

Dis Colon Rectum 2024 年 3 期摘要

结直肠癌摘要 Colorectal Cancer Abstracts

术前放化疗后的进展期直肠癌序贯性侧方淋巴转移与上行转移的肿瘤学预后相似

Hye Jin Kim, Gyu-Seog Choi, Seung Hyun Cho, Min Kyu Kang, Jun Seok Park, Soo Yeun Park, Byung Woog Kang, Jong Gwang Kim

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景:直肠癌侧方淋巴结转移属于区域性疾病还是全身性疾病是一个长期存在的争论。日本先前的研究认为侧方淋巴结属于局部性疾病;而西方国家的研究认为侧方淋巴结转移属于全身性疾病,故术前放化疗后不需进行侧方淋巴结清扫。

目的:评价侧方淋巴结转移是全身性或区域性疾病,是否需要根治性切除。

设计:基于前瞻性收集的数据库进行回顾性分析。

设置:本研究于三级癌症诊疗中心进行。

患者:在 2011 年至 2019 年之间,在术前放化疗后行根治性全直肠系膜切除术加或不加盆腔侧淋巴结清扫的局部进展期直肠癌 616 例患者。

主要结局指标:3 年无病生存期和总生存期。

结果:研究入组 360 例接受了全直肠系膜切除术的患者,160 名患者接受了全直肠系膜切除术与盆腔侧淋巴结清扫术,两组 3 年无病生存率($P=0.844$)和总生存率($P=0.921$)的差异无统计学意义。盆腔侧方淋巴结转移患者与全直肠系膜切除组有直肠周围淋巴结转移患者相比,两组无病生存率相似。在一项亚组分析中,髂内淋巴结转移患者与直肠周围淋巴结转移患者相比,两组无病生存率相似;其他部位侧方淋巴结转移患者与中间组淋巴结转移患者相比,两组无病生存率相似。盆腔侧方淋巴结清扫术的盆腔侧方淋巴结转移率为 32.5%。在多变量分析中,单侧侧方淋巴结清扫个数 <8 、ypT 分期较晚与较差的无病生存率显著相关。

局限:本研究为回顾性研究。

结论:侧方淋巴结转移与上行转移的肿瘤学结局相似,尤其是直肠周围淋巴结转移。需要长期随访的大型队列研究来证实这些结果。

全新辅助治疗后肿瘤残留的内镜预测因素: 直肠腺癌器官保留试验的事后分析

Hannah Williams, Hannah M. Thompson, Sabrina T. Lin, Floris S. Verheij, Dana M. Omer, Li-Xuan Qin, Julio Garcia-Aguilar, On behalf of the OPRA Consortium

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:内镜评估在对新辅助治疗反应良好的局部晚期直肠

癌患者是否可以选择不进行手术治疗的决策中起着关键作用。

目的:本研究评估了最能预测肠壁肿瘤残留的内镜特征。

设计:本研究为前瞻性随机试验的事后分析。

设置:OPRA 研究将 18 个机构的 II~III 期直肠腺癌患者随机分配接受诱导或巩固型全程新辅助治疗。外科医生完成了复查肿瘤评估表,将患者分为三个临床反应层级。

患者:参与 OPRA 研究并完成肿瘤评估表的患者被纳入研究范围。

主要结局指标:主要结果是肿瘤残留,定义为在复查后两年内,临床反应不完全或局部肿瘤再生。采用逆向选择的多变量 Logistic 回归分析确定了残留肿瘤的独立预测因素。对完全和近乎完全临床反应者进行了亚组分析。

结果:外科医生在新辅助治疗后中位数 7.7 周为 263 名患者完成了复查表;128 例(48.7%)患者有残留肿瘤。在多变量回归分析中,接近完全反应的多个特征如溃疡($OR=6.66$; 95%CI: 2.54~19.9)、不规则黏膜($OR=3.66$; 95%CI: 1.61~8.68)和结节性($OR=2.96$; 95%CI: 1.36~6.58)仍然是残留肿瘤的独立预测因素。对于被归类为完全临床反应者的患者,平坦瘢痕与携带残留病变的可能性较低相关($OR=0.32$; 95%CI: 0.11~0.93)。

局限:本研究的限制包括在单一时间点分析内镜特征以及肿瘤评估表响应标准的模糊性。

结论:在复查内镜中出现溃疡、结节或不规则黏膜的患者残留肿瘤的概率较高。认识到这些特征的负面预后意义将有助于外科医生更好地选择非手术治疗的候选患者,并提示具有高风险特征的患者将从密切间隔监测中受益。

新辅助放化疗后低位直肠癌接受经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术后的局部复发和生存的纵向分析

John H. Marks, Thais Reif de Paula, Hela Saidi, Taylor P. Ikner, Henry Schoonyoung, Gerald Marks, Deborah S. Keller

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:何思祺 中山大学附属第五医院

背景:经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术于 1984 年发展起来,作为术前放疗后低位直肠癌的括约肌保留手术。作为被颠覆性开创的括约肌保留手术,它仍在使用中得到不断的发展。由于其他的括约肌保留手术仍存在安全性和局部复发相关争议,有必要回顾经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术的长期肿瘤学结果。

目的:评估经过新辅助放化疗后经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术后的局部情况。

设计:本研究为对前瞻性维护数据库的回顾性队列研究。

设置:三级直肠癌转诊中心。

患者:1998 年至 2021 年接受新辅助放化疗,然后接受经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术的低位直肠癌患者(距离

齿状线 ≤ 5 cm)。

主要结局指标:局部复发率和总生存率。

结果:共有 255 例患者被纳入研究,男性占 67.8% (173 例),平均年龄 58.7 岁(标准差 11.5),平均体质指数 27.1 kg/m²(标准差 5.4),ASA II 级占 50.2% (128 例)。肿瘤平均大小为 4.8 cm(标准差 1.9),大多数为临床 T3 期(81.8%, 184 例),52.1% 有淋巴结受累(100 例)。放疗剂量中位数为 5400 cGy,其中 73.7% (149 例)达到良好反应。90.2% (230 例)进行了微创手术。完整的直肠全系膜切除率为 94.3% (83/87),100% (255 例)的患者切缘阴性。平均检查淋巴结数为 13.9(标准差 10.7)。在中位随访 55.4 个月后,有 5.1% (13 例)的患者出现局部复发,中位时间为 29.6 个月。5 年总生存率为 84.1% (95%CI: 78.8~89.4)。

局限:回顾性研究存在的偏倚风险和普适性不足。

结论:在这项纵向研究中,经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术在非常低位的直肠癌中展现出卓越的长期局部控制和生存。经肛经腹根治性直肠乙状结肠切除术的优异结果经过了时间的考验,应进一步推广括约肌保留手术技术。

基于治疗前因素预测直肠癌病理完全缓解的一项机器学习研究

Kevin A. Chen, Paolo Goffredo, Logan R. Butler, Chinmaya U. Joisa, Jose G. Guillem, Shawn M. Gomez, Muneera R. Kapadia

翻译:张荣欣 中山大学肿瘤防治中心

审校:芮耀宇 中山大学附属第六医院

背景:新辅助治疗后的病理完全缓解是局部晚期直肠癌的重要预后指标,并可能为是否接受非手术治疗提供指导。在治疗前预测病理完全缓解的现有模型受到小数据集和低准确性的限制。

目的:我们尝试使用机器学习来开发一种更通用的预测模型,用于预测局部晚期直肠癌的病理完全缓解。

设计:本研究纳入了 2010—2019 年之间在国家癌症数据库中接受新辅助治疗后进行手术切除的局部晚期直肠癌患者,并将其分为训练、验证和测试集。机器学习技术包括随机森林、梯度增强和人工神经网络。同时还建立了 Logistic 回归模型。本研究使用受试者工作特性的曲线下面积来评估模型性能。

设置:本研究使用了一个全国性的多中心数据集。

患者:接受新辅助治疗和手术治疗的局部晚期直肠癌患者。

主要结局指标:病理完全反应(定义为 T0/xN0/x)。

结果:本研究纳入了 53 684 名患者。其中 22.9% 的患者出现了病理完全缓解。梯度增强表现出最佳性能,受试者工作特性的曲线下面积为 0.777 (95%CI: 0.773~0.781),而 Logistic 回归的曲线下面积为 0.684 (95%CI: 0.68~0.688)。病理完全缓解的最强预测因子是无淋巴管浸润、无周围神经侵袭、CEA 较低、肿瘤较小和微卫星稳定性。包含上述 5 个最佳预测变量的简明模型显示出较好的性能。

局限:这些模型没有经过外部验证。

结论:机器学习技术可用于准确预测局部晚期直肠癌的病理完全缓解。在对包括非手术治疗的患者的数据集进行微调后,这些模型可以帮助临床医生确定对哪部分患者采取观察等待策略。

直肠癌前切除术吻合口漏与直肠系膜切除类型及转流性造口的关系

Martin Rutegård, Johan Svensson, Josefin Segelman, Peter Mathiessen, Marie-Louise Lydrup, Jennifer Park, On Behalf of the RectoLeak Study Group

翻译:梁逸超 中国医科大学附属盛京医院,俞亮 福建医科大学附属协和医院

审校:卓长华 福建省肿瘤医院

背景:在直肠前切除术后吻合口漏患者中,接受全直肠系膜切除术的比部分直肠系膜切除术的更为常见,但这种情况有可能通过转流性造口获得改善。

目的:评估直肠系膜切除类型和转流性造口的使用对吻合口漏的影响。

设计:这是一项回顾性多中心队列研究,评估直肠癌前切除术后的吻合口漏。采用风险比和 95% 置信区间(95%CI)的多变量 Cox 回归分析来对比分析直肠系膜切除的类型和转流性造口的使用对于吻合口漏的影响,并对混杂因素进行调整。

设置:这项多中心研究纳入 2014—2018 年间来自 11 家瑞典医院的患者。

患者:纳入因直肠癌而行直肠前切除术的患者。

主要观察指标:观察术后 30 d 内和 30 d 后到术后 1 年内的吻合口漏的发生率。

结果:1 126 例患者中,接受全直肠系膜切除和部分直肠系膜切除术的吻合口漏的发生率分别是 24.6% 和 9.0%。与全直肠系膜切除术相比,部分直肠系膜切除术与吻合口漏减少相关。调整后的风险比(HR)为 0.46(95%CI: 0.29~0.74)。30 d 内的早期吻合口漏的发生率,在有造口的情况下是 14.9%,在无造口的情况下是 12.5%。而在 30 d 后的迟发性吻合口漏的发生率,在有造口的情况下是 7.5%,在无造口的情况下是 1.9%。调整后,转流性造口的使用和较低的早期吻合口漏发生率相关(HR=0.47; 95%CI: 0.28~0.77)。然而,转流性造口患者的迟发性吻合口漏的发生率并没有显著升高(HR=1.69; 95%CI: 0.59~4.85)。

局限:本研究受限于回顾性观察研究的设计。

结论:直肠癌前切除术后 1 年内,吻合口漏很常见,其中部分直肠系膜切除术与较低的吻合口漏发生率相关。转流性造口似乎可降低吻合口漏的发生,尽管部分原因只是延迟了诊断。

炎性肠病摘要 Inflammatory Bowel Disease

Kono-S 吻合术的长期预后:一项多中心研究

Alessandro Fichera, Anjali Mangrola, Kinga S. Olortegui, Daniela Rebollo, Sarah Stringfield, Muneera Kapadia, Supradeep S. Madduri, Gerald Ogola, Mukta Krane

翻译:陈文平 西安大兴医院

审校:赖思聪 中山大学附属第六医院

背景:克罗恩病术后复发仍然是一个重要问题,其复发原因与肠系膜有关。Kono-S 吻合术的目的是防止肠系膜进入宽

大的吻合腔,限制肠腔变形和粪便滞留,并保护神经和血管。
目的:回顾克罗恩病患者行 Kono-S 吻合术后的并发症和长期结果。这些病例是连续未经选择的患者

设计:对前瞻性入组患者的回顾性研究。

设置:4 个三级转诊中心。

患者:2010 年 5 月至 2022 年 6 月期间接受 Kono-S 吻合术切除的连续克罗恩病患者。

干预措施:体外手工 Kono-S 吻合术。

主要观察指标:术后结局,以及内镜、临床、实验室或手术包括内镜干预确认的复发。

结果:共纳入 262 名连续患者(53.4% 为男性)。手术时的平均病程为 145.1 月。135 名(51.5%)曾接受过克罗恩病的腹部手术。44 名(17%)有吸烟史,150 名(57.3%)接受过生物治疗。4 名(1.5%)发生吻合失败,其中 2 名(0.7%)患者需要再次手术。16 名(6.1%)发生术后手术部位感染。中位随访时间为 49.4 月,发现 20 名患者(7.6%)出现复发。在多变量分析中,肛周疾病($OR=2.83, P=0.001$)、急诊手术($OR=3.23, P=0.007$)、术后使用类固醇($OR=2.29, P=0.025$)与总体复发风险增加有关。

局限:回顾性研究;围手术期药物治疗的差异性。

结论:我们的研究表明,尽管患者群体复杂,但术后并发症发生率非常低。手术复发率低,可能是由于吻合结构的内在优势和术后感染并发症的发生率低。在经验丰富的医生手中,Kono-S 吻合术是一种安全的技术,具有非常明显的短期和长期效果。尚需进一步随机对照试验(正在进行中),以验证我们的发现。

良性疾病摘要 *Benign Disease Abstracts*

结肠憩室疾病随机试验中具有统计学意义的结果

的脆弱性:一项系统评价

Tyler McKechnie, Shuling Yang, Kathy Wu, Sahil Sharma, Yung Lee, Lily Park, Edward Passos, Aristithes Doumouras, Dennis Hong, Sameer Parpia, Mohit Bhandari, Cagla Eskicioglu

翻译:鲜振宇 中山大学附属第六医院

审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景: P 值被批评为过度简化了治疗效果是否存在的判断。一种替代方法是脆弱性指数。它表示需要将非事件转化为事件以使 P 值增加到 0.05 以上的最小非事件数量。

目的:确定自 2010 年以来评估憩室病患者干预疗效的随机对照试验的脆弱性指数,以评估当前证据的稳健性。

数据来源:从创立到 2022 年 8 月,在 MEDLINE、Embase 和 CENTRAL 中进行了搜索。

研究选择:如果文章是 2010 年至 2022 年间进行的随机试验,采用平行优效设计评估憩室病患者的干预措施,则符合纳入条件。只有具有二分类主要结局且相关 $P<0.05$ 的随机试验才考虑纳入。

干预措施:任何针对憩室病患者的手术或内科干预。

主要结局指标:脆弱性指数通过从事件数量较少的组中增加事件并减去非事件来确定。 $P>0.05$ 所需要添加的最小事件数被认为是脆弱性指数。

结果:经过筛选 1 271 篇引文后,15 项随机试验符合纳入标准。其中 9 项研究评估了外科干预措施,6 项研究评估了内科干预措施。每个 RCT 随机和失访患者的平均数分别为 92 例($SD=35.3$)和 9 例($SD=11.4$)。脆弱性指数的中位数为 1(范围:0~5)。纳入研究的脆弱性指数与任何研究特征均无显著相关性。

局限性:小样本、异质性,以及缺乏纳入连续结局的研究。

结论:评估憩室病外科和内科干预措施的随机试验不稳健。在大多数研究中改变一个结局事件足以使具有统计学意义的研究结果变得不显著。

现代家族性腺瘤性息肉病患者回肠直肠吻合术后直肠切除术的风险

Sudeep Banerjee, Carol A. Burke, Joshua Sommovilla, Cristan Anderson, Margaret O' Malley, Lisa LaGuardia, Ana Vazquez Villasenor, Carole Macaron, David Liska

翻译:金磊 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

审校:吴炯 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,何思祺 中山大学附属第五医院

背景:家族性腺瘤性息肉病的预防性手术已经发展了几十年。保留功能的结直肠切除术加回肠贮袋肛门吻合术为全结肠切除术加回肠直肠吻合术提供了另一种选择方案。我们之前的研究表明,在“前贮袋”时代,全结肠切除术后回肠直肠吻合术的直肠切除率和直肠癌发生率分别为 32% 和 13%。

目的:确定家族性腺瘤性息肉病患者中直肠切除术和直肠癌的发生率,以及现代全结肠切除术和回肠直肠吻合术后直肠得到保留(<20 个直肠息肉)的比例。

设计:回顾性队列研究。

设置:有遗传性结直肠癌登记处的一个三级医疗机构。

患者:1993 年至 2020 年间接受全结肠切除术并行回肠直肠吻合术的家族性腺瘤性息肉病患者。

主要结局指标:任何适应证的直肠切除术和直肠癌发生率。

结果:共纳入 197 名患者,中位年龄为 24 岁(范围为 10~67 岁)。全结肠切除术加回肠直肠吻合术后的中位随访时间为 13 年($IQR: 6\sim 17$)。16 名患者(8%)接受了直肠切除术。适应证包括 6 例(3%)直肠癌(2 例 I 期和 4 例 III 期);息肉高度异型增生 4 例(2%);进展期息肉 3 例(1.5%),排便功能障碍 2 例(1%);吻合口漏 1 例(0.5%)。在 30 例(18%)有 ≥ 20 个直肠息肉且行全结肠切除术加回肠直肠吻合术的患者中,8 例(26%)行直肠切除术,3 例(10%)发展为直肠癌。在 134 例(82%)有 <20 个息肉的患者中,8 例(6%)接受了直肠切除术,3 例(2%)发展为直肠癌。当行全结肠切除术加回肠直肠吻合术时,直肠息肉的数量与直肠切除术之间存在相关性($OR=1.1, P<0.001$),但与直肠癌的发生无关($P=0.3$)。

局限:回顾性数据收集。

结论:家族性腺瘤性息肉病患者根据直肠息肉数量选择行全结肠切除术加回肠直肠吻合术,与既往对照组相比,其直肠切除术和直肠癌的发生率较低。在适当的选择标准和监测下,全结肠切除术加回肠直肠吻合术对于家族性腺瘤性息肉病患者仍然是一种重要且安全的治疗选择。

盆底疾病摘要 *Pelvic Floor Disease Abstracts*

骶神经调节治疗低位前切除综合征:SANLARS 随机临床试验

Franco G. Marinello, Domenico Fraccalvieri, Pere Planellas, Montse Adell, Julia Gil, Esther Kreisler, Gianluca Pellino, Eloy Espín-Basany

翻译:徐海霞 南京中医药大学附属医院
审校:孙伟鹏 郑州大学第一附属医院

背景: 骶神经调节能够有效缓解直肠癌术后低位前切除综合征(LARS),但缺乏有力证据。

目的: 通过验证评分和肠道日志评估骶神经调节对低位前切除综合征的影响。

设计: 随机、双盲、II期、对照、多中心交叉试验(NCT02517853)。

设置: 三个三级诊疗医院。

患者: 直肠切除、消化道重建后重度LARS评分持续12个月的保守治疗失败患者。

干预措施: 第一测试阶段持续3周,所有患者均接受电刺激。如果LARS评分降低50%,则植入脉冲发生器。随机分组阶段持续4周,脉冲发生器激活或不激活。洗脱2周后改变顺序。交叉后激活所有患者的脉冲发生器。

主要结局指标: 主要结局是LARS评分下降。次要结局包括控便和肠道症状。

结果: 测试结束后,46例患者中有35例(78%)LARS评分下降 $\geq 50\%$ 。交叉治疗期间,所有患者的评分均降低,同时症状得到改善。并且脉冲发生器激活状态的患者改善更明显。随访6个月和12个月,LARS评分平均降低了-6.2(-8.97; -3.43; $P < 0.001$)和-6.97(-9.74; -4.2; $P < 0.001$),而St. Mark's失禁评分平均降低了-7.57(-9.19; -5.95, $P < 0.001$)和-8.29(-9.91; -6.66; $P < 0.001$)。此外,与改善生活质量相关的排便急迫、排空困难和排便聚集症状发作减少。

局限: 非特异性测量工具可能会低估骶神经调节治疗后LARS评分的下降情况。假刺激组中可能有遗留效应。

结论: 骶神经调节能够改善症状和生活质量,支持其应用于LARS。

荷兰非患者人群的排便问题严重程度与生活质量负相关

Maaïke B.C. ten Hoor, Monika Trzpis, Paul M.A. Broens

翻译:梅祖兵 上海中医药大学附属曙光医院
审校:冯耀宇 中山大学附属第六医院

背景: 便秘和大便失禁已知对生活质量有负面影响。但在非患者人群中,排便问题的严重程度与生活质量之间的关系尚未得到研究。

目的: 探讨非患者中便秘和大便失禁的严重程度与生活质量之间的关联。

设计: 基于人群的横断面研究。

设置: 研究包括3 668名荷兰非患者。

参与者: 一家调查公司对荷兰普通民众进行了全民调查。共有5 000名荷兰公民完成了格罗宁根排便与大便失禁问

卷和简式36健康调查问卷。分析包括了3 668名无可能影响肠功能的共病史的受访者数据。

主要结局指标: 便秘(Agachan评分)和大便失禁(Wexner评分)的严重程度与生活质量评分之间的关系。

结果: 在非患者人群($n=3 668$)中,有487人(13.3%)存在便秘,116人(3.2%)有大便失禁,两种粪便问题同时存在的有64人(1.7%)。多变量分析显示,所有生活质量领域均与便秘和大便失禁的严重程度呈负相关。便秘严重程度与生活质量之间的关联(最高: $\beta=-2.413$,95%CI,-2.681~-2.145, $P < 0.001$)比大便失禁的关联(最高: $\beta=-1.280$,95%CI,-1.681~-0.880, $P < 0.001$)更为显著。我们还发现,肠道不适症状持续时间越长,其严重程度评分越高,尤其是对于便秘。大部分受访者无论粪便问题严重程度如何,均对自己的排便健康状况评价较好。

局限: 横断面研究设计。

结论: 便秘和大便失禁的严重程度与生活质量下降显著相关,便秘的影响比大便失禁更为显著。鉴于受访者对自身粪便问题的认识不足以及这些问题的渐进性质,建议应及时进行干预。

结局摘要 *Outcomes Abstracts*

小剂量利伐沙班作为延伸预防用药可减少恶性肿瘤和炎性肠病患者出院后静脉血栓栓塞的发生

James W. Ogilvie, Jr., Mariam T. Khan, Emiko Hayakawa, Jessica Parker, Martin A. Luchtefeld

翻译:许晨 天津市人民医院
审校:冯耀宇 中山大学附属第六医院

背景: 尽管指南建议在结直肠癌或炎性肠病患者中使用利伐沙班延伸用药来预防静脉血栓栓塞症,但常规使用的比例较低,且关于口服治疗的数据较少。

目的: 比较使用低剂量利伐沙班的患者出院后静脉血栓栓塞症的发生率。

设计: 我们使用倾向性匹配来比较干预前和干预后的分析,从实施扩大预防前2年开始。

设置: 所有在单一机构的结直肠癌患者均被前瞻性地考虑使用利伐沙班延伸预防用药。

患者: 纳入诊断为炎性肠病或结直肠癌并接受手术切除的患者。

干预措施: 考虑延长预防的患者术后给予利伐沙班10 mg用药,持续30 d。

主要结局指标: 主要结局指标为出院后30 d内静脉血栓栓塞症的发生率,次要结局为出血率。

结果: 498例考虑延长预防用药的患者中,363例予利伐沙班出院带药,81例住院期间抗凝,54例未抗凝。根据造口、手术方式、手术类型和体重指数对174例历史对照进行倾向性匹配队列研究。排除住院静脉血栓栓塞症病例后,前瞻性队列(4.8% vs. 0.6%, $P=0.019$)的术后发生率较低。前瞻性队列共发生36例次出血,其中26例次(7.2%)使用利伐沙班,8例次(9.9%)使用其他抗凝剂,2例次(3.7%)术后未使用抗凝剂。利伐沙班组大出血发生率为1.1%(4/363),均需干预

治疗。

局限: 该研究仅限于单一机构, 没有设置安慰剂组。

结论: 在炎性肠病和结肠直肠癌患者中, 低剂量利伐沙班延伸预防治疗导致出院后血栓栓塞事件显著减少, 且出血风险较低。

通过术前输出绊肠道刺激, 将袢式回肠造口关闭术作为住院 23 小时手术: 一项随机对照试验

Janyssa Charbonneau, Genevieve Morin, Xavier Paré, Jonathan Frigault, Sebastien Drolet, Alexandre Bouchard, François Rouleau-Fournier, Philippe Bouchard, Claude Thibault, François Letarte

翻译: 陈俊杰 南京中医药大学附属医院

审校: 竺平 南京中医药大学附属医院, 赖思聪 中山大学附属第六医院

背景: 袢式回肠造口关闭术是结直肠外科常见手术。通常被视为一种并发症发生率低的简单手术, 但仍会导致住院时间延长。减少术后并发症和肠梗阻的发生率可以缩短住院时间, 甚至成为日间手术。

目的: 本研究旨在评估在采用标准化快速康复路径的情况下, 实施回肠造口关闭术后仅住院 23 小时的安全性和可行性。

设计: 随机对照试验。

设置: 两个高手术量的结直肠手术中心。

患者: 2019 年 7 月至 2022 年 1 月接受择期回肠造口关闭术的健康成年人。

干预措施: 所有患者都参加了专门针对回肠造口关闭术的标准化快速康复路径, 包括在手术前 7 d 每天用营养配方灌注输出袢。患者被随机分配到常规住院组 (23 例) 或住院 23 小时组 (24 例)。

主要结局指标: 主要结果是总住院时间, 次要结果为 30 d 再入院率、术后肠梗阻、手术部位感染、术后并发症和死亡率。

结果: 最终共有 47 例患者接受了随机分组。住院 23 小时组患者的中位住院时间较短 (1 d vs. 2 d, $P=0.02$), 再入院率 (4% vs. 13%, $P=0.35$), 术后肠梗阻 (两组均为 0), 手术部位感染 (0 vs. 4%, $P=0.49$), 术后并发症 (21% vs. 22%, $P=1.00$) 和病死率 (两组均为 0) 差异均无统计学意义。

局限: 由于 COVID-19, 手术床位的获取受到很大限制, 导致袢式回肠关闭术转为门诊手术。本研究提前结束, 统计学强度因此受到影响。

结论: 袢式回肠造口关闭术作为住院 23 小时手术是安全可行的。术前通过营养配方灌注造口输出袢来进行肠道刺激可能会降低回肠梗阻率, 但需要专门的随机对照试验来证实这种关联。

专区编辑 (Section Editor): 汪建平 傅传刚

执行编辑 (Executive Editor): 汪挺 窦若虚

本期翻译和审校小组 (Translation and Review Group) (按姓氏拼音首字母排序): 陈俊杰 陈文平 池诏丞 吕耀宇 何思祺 金磊 赖思聪 梁逸超 梅祖兵 孙伟鹏 吴炯 鲜振宇 徐海霞 许晨 俞亮 张荣欣 张钰祥 张昭 竺平 卓长华

查看其他全文翻译请登录杂志官网 www.china-gisj.com 或微信公众号

住院医师角: 妊娠期结肠癌

每月精选文章: 直肠癌前切除术吻合口漏与直肠系膜切除类型及转流性造口的关系

版权声明: 文章版权归美国结直肠外科医师协会, 未经授权不得复制和传播。美国结直肠外科医师协会不对汪建平教授团队的译文负责。英文原文是唯一的正式文本, 译文应完全忠于英文原文。如果对译文的准确性存疑, 请参考英文原文。Copyright © The American Society of Colon & Rectal Surgeons, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited. Disclaimer: The American Society of Colon and Rectal Surgeons is not responsible for the translations provided by Dr. Wang and his colleagues. The original English version of the published content is the only official text. The translated version is subject in all respects to the official text of the published article. If there are any concerns or issues regarding the accuracy of the translations or information presented within the translated versions of these articles, please refer back to the official English-language version.