

括约肌间切除术与人工肛门重建对低位直肠癌根治术患者术后生活质量的影响

万玉峰

(佳木斯市中心医院普外一科,黑龙江 佳木斯 154003)

摘要:目的 研究括约肌间切除术与人工肛门重建对低位直肠癌根治术患者术后生活质量的影响。方法 选取2021年6月—2022年6月在我院行低位直肠癌根治术的74例患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组(37例)和观察组(37例)。对照组采用人工肛门重建术,观察组采用括约肌间切除术,比较两组手术指标、疼痛(VAS)评分、排便功能障碍评分、并发症发生率及生活质量水平。结果 观察组手术时间、淋巴结清扫数目与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组术中出血量、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间均小于对照组($P<0.05$);观察组术后1、2、3 d VAS评分均低于对照组($P<0.05$),两组术后7 d VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组术后3个月排便功能障碍评分均高于术前,但观察组低于对照组($P<0.05$);观察组并发症发生率为10.81%,低于对照组的24.32%($P<0.05$);观察组术后3个月身体、角色、认知、情绪、社会功能各维度评分均高于对照组($P<0.05$)。结论 低位直肠癌根治选择括约肌间切除术具有相对优势,可提高患者术后生活质量水平,有效改善肛门功能,减轻患者疼痛,并发症少,利于患者术后恢复,是一种可行的治疗方案。

关键词:括约肌间切除术;人工肛门重建;低位直肠癌根治术;生活质量

中图分类号:R735.3+7

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.09.019

文章编号:1006-1959(2023)09-0098-04

Effect of Intersphincteric Resection and Artificial Anal Reconstruction on Postoperative Quality of Life in Patients Undergoing Low Rectal Cancer Radical Surgery

WAN Yu-feng

(Department of General Surgery, Jiamusi Central Hospital, Jiamusi 154003, Heilongjiang, China)

Abstract: **Objective** To study the effect of intersphincteric resection and artificial anal reconstruction on postoperative quality of life in patients undergoing low rectal cancer radical surgery. **Methods** A total of 74 patients who underwent low rectal cancer radical surgery in our hospital from June 2021 to June 2022 were selected as the research objects. They were divided into control group (37 cases) and observation group (37 cases) by random number table method. The control group was treated with artificial anal reconstruction, and the observation group was treated with intersphincteric resection. The surgical indicators, pain (VAS) score, defecation dysfunction score, complication rate and quality of life were compared between the two groups. **Results** There was no significant difference in the operation time and the number of lymph node dissection between the observation group and the control group ($P>0.05$). The intraoperative blood loss, anal exhaust time and recovery time of bowel sounds in the observation group were less than those in the control group ($P<0.05$). The VAS scores of the observation group were lower than those of the control group at 1, 2 and 3 days after operation ($P<0.05$). There was no significant difference in VAS scores between the two groups at 7 days after operation ($P>0.05$). The scores of defecation dysfunction in the two groups at 3 months after operation were higher than those before operation, but those in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of complications in the observation group was 10.81%, which was lower than 24.32% in the control group ($P<0.05$). The scores of body, role, cognition, emotion and social function in the observation group were higher than those in the control group at 3 months after operation ($P<0.05$). **Conclusion** Intersphincteric resection has a comparative advantage in the radical treatment of low rectal cancer, which can improve the quality of life of patients after surgery, effectively improve anal function, reduce pain, reduce complications, and facilitate postoperative recovery. It is a feasible treatment plan.

Key words: Intersphincteric resection; Artificial anal reconstruction; Low rectal cancer radical surgery; Quality of life

结直肠癌(colorectal cancer)是临床常见的恶性肿瘤之一,并且近年来发生率不断上升^[1]。临床将肿瘤距肛门边缘小于7 cm或肿瘤在直肠下1/3者称

为低位直肠癌^[2]。腹会阴切除术是临床低位直肠癌根治术的标准术式,但具有创伤大、恢复慢、并发症发生高等缺点^[3]。随着近年对直肠癌解剖特点的深入认识,发现肿瘤多以向上浸润扩散为主^[4]。因此,降低局部复发的关键不在于远侧切断的长度^[5]。而经肛门括约肌间切除术突破了直肠癌保肛手术受限

于肛门及肿瘤距离的阻碍,给直肠癌患者避免永久

作者简介:万玉峰(1982.8-),男,黑龙江佳木斯人,硕士,主治医师,主要从事乳腺、胃肠外科相关工作

造瘘、保留肛门括约肌提供了可能^[6]。本研究结合 2021 年 6 月-2022 年 6 月在我院行低位直肠癌根治术的 74 例患者,探究括约肌间切除术与人工肛门重建对低位直肠癌根治术患者的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 6 月-2022 年 6 月在佳木斯市中心医院行低位直肠癌根治术的 74 例患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组(37 例)和观察组(37 例)。对照组男 20 例,女 17 例;年龄 52~68 岁,平均年龄(59.18±2.45)岁。观察组男 18 例,女 19 例;年龄 53~69 岁,平均年龄(59.67±2.72)岁。两组性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会审批,患者均自愿参加并签署知情同意书。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:①均符合直肠癌诊断标准^[7];②均符合低位直肠癌根治术指征^[8];③均经病理诊断确诊^[9]。排除标准:①合并腹腔广泛转移者;②合并其他恶性肿瘤者;③随访资料不完善者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用人工肛门重建术:全麻,依据直肠系膜全切除原则,近端系膜切除离肿瘤(≥ 5 cm),远端肠段切除离肿瘤不小于 2 cm,指导患者取截石位,常规消毒铺巾,尽量在肛管内尽可能多保留肛管皮肤双重荷包缝合肛门。围绕缝扎线放射状切开皮肤、皮下,切断外括约肌及肛尾韧带进入盆腔,沿双侧肛提肌和外括约肌内缘分离直肠周围组织,完全移除直肠癌瘤,确保拉出之后结肠血供良好、无张力、无扭转,无活动出血后,冲洗创面后,缝合切断的外括约肌,在切除肠管上 3 cm 位置,相距 3.5 cm 肠壁浆肌层对折进行间断环形缝合 6~8 针,形成环状套叠,并经其于会阴、尾骨尖对称缝合固定,剥离结肠残端黏膜 2 cm,离断标本,结肠残端与肛缘皮肤间断缝合,会阴部戳孔,于骶前间隙置引流管,肛内置肛管。

1.3.2 观察组 采用括约肌间切除术:取平卧位,从下腹正中线绕脐做切口,使用超声刀切开乙状结肠左侧腹膜,并从肾前筋膜浅层分离乙状结肠系膜。对切断的肠系膜下动静脉、血管进行结扎,然后从肾前筋膜浅层向肛端游离直肠直至骶前间隙,与齿状线周围括约肌沟,并距肿瘤下缘 2 cm 进行肛管切口,切除肛门括约肌间,并沿盆腔方向分离内外括约肌间隙。水平连续缝合肛管口侧切缘,进行直肠出口封闭,最后将远端结直肠拉出肛门,切除肿瘤上缘 8~10 cm 肠管,充分游离保证吻合口,无张力后进行缝合。

1.4 观察指标 比较两组手术指标(手术时间、淋巴结清扫数目、术中出血量、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间)、疼痛(VAS)评分、排便功能障碍评分、并发症(感染、肠梗阻、吻合口狭窄、吻合口瘘)发生率及生活质量。

1.4.1 VAS 评分^[10,11] 依据疼痛程度分为无痛(0 分)、轻度(1~3 分)、中度(4~6 分)以及重度(7~10 分),评分越高疼痛度越大。

1.4.2 排便功能障碍评分^[12] 采用 LARS 量表评分,总分 42 分,0~20 分为无障碍,21~29 分为轻度障碍,30~42 分为重度障碍,评分越高排便障碍越严重。

1.4.3 生活质量水平^[13] 采用 OLO-C30 量表评定,包括身体、角色、认知、情绪、社会功能 5 个维度,每个维度 100 分,评分越高生活质量越高。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计学软件处理本研究的数据,符合正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用[$n(\%)$]表示,组间比较采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术指标比较 观察组手术时间、淋巴结清扫数目与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组术中出血量、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间均小于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组手术指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间(min)	淋巴结清扫数目(枚)	术中出血量(ml)	肛门排气时间(d)	肠鸣音恢复时间(h)
观察组	37	165.44±14.29	12.03±1.45	48.19±5.44	2.18±0.23	21.33±2.67
对照组	37	166.02±15.08	11.98±1.60	90.34±6.27	3.56±0.30	30.56±3.11
t		0.895	0.745	20.223	3.281	6.485
P		0.398	0.321	0.000	0.032	0.018

2.2 两组排便功能障碍评分比较 两组术后3个月排便功能障碍评分均高于术前,但观察组低于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 两组排便功能障碍评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	术前	术后3个月
观察组	37	23.19±3.22	31.44±2.90*
对照组	37	22.11±4.02	38.94±3.16*
<i>t</i>		0.784	5.831
<i>P</i>		0.336	0.019

注:与术前比较,* $P<0.05$

2.3 两组VAS评分比较 术后1、2、3 d,观察组VAS评分均低于对照组($P<0.05$);术后7 d 观察组VAS评分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

2.4 两组并发症发生率比较 观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$),见表4。

2.5 两组生活质量比较 观察组术后3个月身体、角色、认知、情绪、社会功能各维度评分均高于对照组($P<0.05$),见表5。

表3 两组VAS评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	术后1 d	术后2 d	术后3 d	术后7 d
观察组	37	6.29±1.03	4.04±0.89	2.45±0.78	3.18±0.20
对照组	37	7.89±1.10	6.01±0.90	4.02±0.81	3.21±0.16
<i>t</i>		5.338	7.221	4.033	0.393
<i>P</i>		0.024	0.010	0.036	0.401

表4 两组并发症发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	感染	吻合口瘘	吻合口狭窄	肠梗阻	发生率
观察组	37	2(5.41)	1(2.70)	1(2.70)	0	4(10.81)*
对照组	37	3(8.11)	2(5.41)	2(5.41)	2(5.41)	9(24.32)

注:*与对照组比较, $\chi^2=3.894$, $P=0.032$

表5 两组生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	身体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能
观察组	37	69.33±10.23	54.10±10.03	67.38±4.03	60.33±6.10	70.33±5.40
对照组	37	54.01±8.79	47.88±7.29	50.33±5.36	51.93±4.50	62.19±6.26
<i>t</i>		9.448	8.033	10.345	6.044	7.832
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.013	0.004

3 讨论

低位直肠癌由于癌变组织位于盆腔内,加之外面包绕肠系膜与肛门、前列腺、膀胱等相关组织邻近,常规术式操作难度较短,难以用吻合器完成足够远切缘^[14]。而括约肌间切除术,不仅符合直肠癌根治术治疗原则,而且可改变传统术式的缺陷,保护肛提肌以及部分肛门括约肌功能^[15,16]。同时括约肌间切除术,可避免永久造瘘,相对而言具有显著的临床应用优势^[17]。但是关于括约肌间切除术与人工肛门重建对低位直肠癌根治术生活质量、并发症等方面的研究较少^[18]。

本研究结果显示,观察组手术时间、淋巴结清扫数目与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组术中出血量、肛门排气时间、肠鸣音恢复时间均小于对照组($P<0.05$),表明括约肌间切除术治疗低位直肠癌根治术可与人工肛门重建实现基本相同的治疗效果,在淋巴结清扫方面无差异。但是可以减少术中出血量,缩短术后肛门排气、肠鸣音恢复时间,进一步提示该术式对患者创伤小,有利于术后恢复^[19]。同时研究显示,术后1、2、3 d,观察组VAS评分均低于对照组($P<0.05$),术后7 d 观察组VAS评分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示

括约肌间切除术可减轻患者术后疼痛评分,减小疼痛的刺激,进一步确保手术安全性,预防不良应激影响。术后 3 个月,两组排便功能障碍评分均高于术前,但观察组低于对照组($P<0.05$),提示括约肌间切除术后近期效果确切,可降低排便功能障碍评分,提高患者排便功能。分析认为,可能是由于括约肌间切除术可更好地保护括约肌,进而较好的保护肛门功能^[20,21]。术后观察组并发症发生率(10.81%)低于对照组(24.32%),可见括约肌间切除术后并发症发生率低,进一步证实了该手术方式的安全性。此外,术后 3 个月,观察组生活质量各维度(身体、角色、认知、情绪、社会功能)评分均升高,且高于对照组($P<0.05$),表明括约肌间切除术可提高低位直肠癌患者术后生活质量水平,使其保持良好的术后耐受性,避免人工肛门重造成的永久性影响。可能是由于括约肌间切除术通过延长肿瘤远切缘以增大安全距离,一定程度保护肛门功能,促进预后良好形成,为较高的生活质量水平提供了有利的条件^[22]。

综上所述,与人工肛门重建比较,括约肌间切除术对低位直肠癌根治术患者术后生活质量具有积极影响,可提高患者生活质量水平,改善临床手术指标,降低并发症发生率,减轻患者疼痛,提高排便功能,值得临床应用。

参考文献:

- [1]姚宏伟,陈宁,张志鹏,等.完全经肛全直肠系膜切除术联合括约肌间切除治疗超低位直肠癌[J].首都医科大学学报,2017,38(6):790-794.
- [2]沈晓明,刘如钱,鲍传庆.腹腔镜下全直肠系膜切除术联合经肛管括约肌间切除术在超低位直肠癌保肛手术中的应用效果分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(17):131-132.
- [3]马磊,丁克,刘广余,等.经肛门括约肌间切除术治疗超低位直肠癌根治效果及术后肛门功能观察[J].中华胃肠外科杂志,2017,26(7):688-692.
- [4]毛益虎.腹腔镜下全直肠系膜切除术联合经肛门内括约肌间切除术治疗超低位直肠癌的效果分析[J].实用医院临床杂志,2019,16(2):140-142.
- [5]王励,刘建,张勇,等.腹腔镜全直肠系膜切除术+经肛门括约肌间切除术治疗超低位直肠癌效果及术后并发症观察[J].解放军医药杂志,2018,30(8):5-8.
- [6]魏亚元,马波,徐继宗,等.腹腔镜 TME 联合 ISR 对低位直肠癌的疗效及对患者控便功能的影响[J].中华结直肠疾病杂志,2019,8(5):491-495.
- [7]方复,卢国春,毛华辉.腹腔镜全系膜切除术联合经肛门内括

约肌切除术治疗超低位直肠癌的疗效分析[J].中华全科医学,2017,15(4):724-726.

- [8]Silva MMRL Junior SA,Juliana DAP,et al.Late assessment of quality of life in patients with rectal carcinoma: comparison between sphincter preservation and definitive colostomy [J].Int J Colorectal Dis,2018,33:1039-1045.
- [9]张忠涛,郑民华,姚宏伟,等.直肠癌经肛全直肠系膜切除专家共识及手术操作指南(2017 版)[J].中国实用外科杂志,2017,37(9):978-984.
- [10]王蓓蓓.不同类型经括约肌间切除术联合新辅助治疗对低位直肠癌患者术后控便功能的影响[J].中国医师进修杂志,2018,41(10):882-886.
- [11]郑志刚,王利伟,戎亚军,等.经肛门括约肌间切除术在 T1、T2 期超低位直肠癌患者治疗中的应用研究[J].现代中西医结合杂志,2017,26(12):1331-1333.
- [12]Braun J,Treutner KH,Winkeltau G,et al.Results of intersphincteric resection of the rectum with direct coloanal anastomosis for rectal carcinoma[J].Am J Surg,1992,163(4):407-412.
- [13]江培.腹腔镜联合结肠镜行结直肠癌根治术对老年患者机体细胞免疫功能和炎症因子的影响[J].四川医学,2017,38(7):791-792.
- [14]董博,黄博,董永红,等.腹腔镜与开腹全直肠系膜切除术治疗直肠癌的临床比较[J].肿瘤研究与临床,2017,28(10):679-682.
- [15]刘自忠.腹腔镜肛提肌外腹会阴联合切除术治疗低位进展期直肠癌的近期疗效[J].医学临床研究,2017,34(4):763-765.
- [16]磨鹏诗,杨平,陈应驹.腹腔镜辅助 TaTME 术在低位直肠癌患者中的临床效果及安全性研究[J].中华普外科手术学杂志,2019,13(2):155-158.
- [17]康博雄,夏博伟,樊勇,等.腹腔镜下头侧中间入路在保留左结肠动脉的 Dixon 手术中的应用(附 22 例报告)[J].中国微创外科杂志,2017,17(10):897-899.
- [18]韩寅,何勇,黄进,等.腹腔镜全直肠系膜切除术治疗老年中低位直肠癌的近期疗效及安全性评价[J].海南医学,2017,28(5):749-751.
- [19]鲁德斌,刘西平,胡林忠.腹腔镜与开腹手术治疗直肠癌疗效及对患者应激反应、免疫功能和生活质量的影响[J].海南医学院学报,2017,22(3):289-291,295.
- [20]孔庆元,贺德,许毓敏,等.全直肠系膜切除术联合经括约肌间切除术对超低位直肠癌患者 Williams 分级及肛门功能的影响[J].黑龙江医学,2021,12(1):36-39.
- [21]常远.TME 经括约肌间切除术在低位直肠癌根治性保肛中的应用分析[J].中国现代手术学杂志,2018,22(3):165-169.
- [22]魏光喜.经腹经肛柱状切除对晚期中低位直肠癌综合治疗后复发和转移的影响[J].实用癌症杂志,2017,30(1):133-135.

收稿日期:2022-12-09;修回日期:2022-12-19

编辑/成森