

# 超低位直肠癌患者吻合口狭窄发生状况及影响因素

唐宗怀

(广东省阳春市人民医院肝胆外科 阳春 529600)

**摘要:**目的:探讨超低位直肠癌患者吻合口狭窄发生状况及影响因素。方法:选择 2017 年 4 月~2019 年 4 月收治的 60 例超低位直肠癌患者为研究对象,观察术后吻合口狭窄发生状况,分析超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄发生的影响因素。结果:单因素分析结果显示,性别、新辅助放化疗、吻合口漏均可能会促使超低位直肠癌患者术后发生吻合口狭窄( $P<0.05$ );经 Logistic 多因素分析结果显示,接受新辅助放化疗、男性、吻合口漏均是超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄发生的影响因素( $OR>1, P<0.05$ )。结论:接受新辅助放化疗、男性、吻合口漏均可能会增加超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄发生的风险,临床应针对存在风险者,积极采取干预措施,以降低吻合口狭窄发生风险。

**关键词:**超低位直肠癌;吻合口狭窄;新辅助放化疗;吻合口漏

中图分类号:R735.37

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.054

超低位直肠癌是指发病于直肠黏膜上皮,距肛缘 5 cm 以内的直肠癌,患者临床主要表现为便意频繁、肛门下坠感等,严重影响生活质量。目前对于该病主要采取手术进行治疗,可有效提升患者生存期,如腹腔镜经括约肌间切除术(Lap-ISR)可经肛途径在括约肌间隙切除全部或部分内括约肌,并完成结肠-肛管吻合,相较于常规手术而言,可有效降低手术风险<sup>[1-2]</sup>。但吻合口狭窄是直肠癌术后常见并发症之一,是患者术后出现肛门失禁需行永久造口的主要原因<sup>[3]</sup>。如能发现 Lap-ISR 术后患者发生吻合口狭窄的影响因素,并给予针对性干预,对降低吻合口狭窄发生风险有着重要意义。鉴于此,本研究分析了超低位直肠癌患者吻合口狭窄发生状况及影响因素。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2017 年 4 月~2019 年 4 月我院收治的 60 例超低位直肠癌患者为研究对象,其中男 19 例,女 41 例;年龄 54~82 岁,平均年龄( $72.18\pm 8.18$ )岁;体质量指数 20~27 kg/m<sup>2</sup>,平均体质量指数( $23.62\pm 1.82$ )kg/m<sup>2</sup>。本研究经医院医学伦理委员会批准。

**1.2 入组标准** 纳入标准:符合《中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014 年,北京)》<sup>[4]</sup>中诊断标准;高、中分化腺癌;采取端-端直接行手工结肠-肛管吻合完成消化道重建;签署知情同意书。排除标准:合并其他恶性肿瘤;严重肝、肾功能不全;术前大便失禁严重程度(Wexner)评分<sup>[5]</sup>>10 分。

**1.3 研究方法** 记录超低位直肠癌患者 Lap-ISR 术后吻合口狭窄发生状况,根据是否并发吻合口狭窄分为并发组和未并发组。吻合口狭窄:食指或 12 mm 电子结肠镜镜身通过吻合口或新直肠有明显阻力或无法通过,同时伴有肛门失禁、排便费力等临床

症状。采用我院自制基线资料调查问卷对患者一般情况进行调查,包括性别、年龄、高血压史<sup>[6]</sup>、糖尿病史<sup>[7]</sup>、盆腹腔手术史、吸烟史(持续时间>1 年);记录患者肿瘤最大直径、直肠前壁受累情况、组织分化不良、是否接受新辅助放化疗、是否发生吻合口漏;使用双缩脲法对总蛋白(TP)水平进行检测,试剂盒由富士胶片和光纯耀(上海)化学有限公司提供;使用西门子医学诊断产品(上海)有限公司生产的全自动生化分析仪测定白蛋白(ALB)及癌胚抗原(CEA)水平。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS23.0 软件进行数据处理,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,计数资料用百分比表示,采用  $\chi^2$  检验,多因素分析建立 Logistic 多元回归模型分析检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 超低位直肠癌术后吻合口狭窄并发情况分析** 60 例患者中 13 例术后并发吻合口狭窄,并发率为 21.67%(13/60)。

**2.2 超低位直肠癌术后并发吻合口狭窄的单因素分析** 单因素分析结果显示,超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄发生不受年龄、盆腹腔手术史、高血压史、糖尿病史、吸烟史、TP 水平、ALB 水平、CEA 水平、肿瘤最大直径、直肠前壁受累情况、组织分化不良影响( $P>0.05$ ),但可能受性别、新辅助放化疗、吻合口漏影响( $P<0.05$ )。见表 1。

**2.3 超低位直肠癌术后并发吻合口狭窄的多因素分析** 将单因素分析结果中差异有统计学意义的因素纳入自变量并赋值。见表 2。将超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄并发情况作为因变量(1=并发,0=未并发),经 Logistic 回归分析结果显示,接受新辅助放化疗、男性、吻合口漏是超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄发生的影响因素( $OR>1, P<0.05$ )。见表 3。

表 1 超低位直肠癌术后并发吻合口狭窄的单因素分析( $\bar{x} \pm s$ )

单因素	n	未并发组(n=47)	并发组(n=13)	$\chi^2/t$	P	
年龄[例(%)]	≥75 岁	19	15 (78.95)	4 (21.05)	0.067	0.796
	<75 岁	41	32 (78.05)	9 (21.95)		
性别[例(%)]	男	28	18 (64.29)	10 (35.71)	6.104	0.014
	女	32	29 (90.63)	3 (9.38)		
盆腹腔手术史[例(%)]	有	17	14 (82.35)	3 (17.65)	0.016	0.898
	无	43	33 (76.74)	10 (23.26)		
高血压史[例(%)]	有	13	11 (84.62)	2 (15.38)	0.058	0.810
	无	47	36 (76.60)	11 (23.40)		
糖尿病史[例(%)]	有	17	13 (76.47)	4 (23.53)	0.016	0.898
	无	43	34 (79.07)	9 (20.93)		
吸烟史[例(%)]	有	35	27 (77.14)	8 (22.86)	0.070	0.791
	无	25	20 (80.00)	5 (20.00)		
TP(g/L)			76.68± 6.18	74.18± 6.93	1.258	0.214
ALB(g/L)			48.62± 5.47	45.94± 5.08	1.586	0.118
CEA(μg/L)			4.18± 1.14	4.42± 1.35	0.646	0.521
肿瘤最大直径(cm)			4.17± 0.94	4.62± 1.05	1.490	0.142
直肠前壁受累情况[例(%)]	是	31	26 (83.87)	5 (16.13)	1.159	0.282
	否	29	21 (72.41)	8 (27.59)		
组织分化不良[例(%)]	有	6	5 (83.33)	1 (16.67)	0.044	0.835
	无	54	42 (77.78)	12 (22.22)		
吻合口漏[例(%)]	有	8	3 (37.50)	5 (62.50)	6.505	0.011
	无	52	44 (84.62)	8 (15.38)		
新辅助放疗[例(%)]	有	25	16 (64.00)	9 (36.00)	5.188	0.023
	无	35	31 (88.57)	4 (11.43)		

表 2 自变量赋值表

自变量	变量赋值	
	1	0
性别	男	女
吻合口漏	有	无
新辅助放疗	有	无

表 3 超低位直肠癌术后并发吻合口狭窄的多因素分析

相关因素	B	标准误	Wald	P	OR	95%CI
男性	1.681	0.723	5.398	0.020	5.370	1.301-22.172
存在吻合口漏	2.216	0.825	7.208	0.007	9.167	1.819-46.204
接受新辅助放疗	1.472	0.675	4.755	0.029	4.359	1.161-16.373

### 3 讨论

超低位直肠癌发病原因较多,如遗传、直肠慢性炎症、日常饮食等因素均可导致发病。手术是治疗该病的有效方式,Lap-ISR 手术能够帮助患者改善临床症状,但术后仍可能发生吻合狭窄,严重影响术后恢复<sup>[9]</sup>。因此分析超低位直肠癌患者吻合口狭窄发生状况及影响因素,对降低吻合狭窄发生率,提高手术效果意义。

本研究结果显示,接受新辅助放疗、男性、吻合口漏均是超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄发生的影响因素。分析原因如下:(1)新辅助放疗是治疗进展期直肠癌患者的重要手段,可在一定程度上保证根治术效果,能够降低环周切缘及远切缘阳性,控制局部复发风险。但盆腔放疗亦可导致阴部神经及括约肌发生纤维化,降低其对刺激的敏感度。同时新辅助放疗可导致患者出现放射性肠炎,亦可导致患者发生吻合口狭窄。且相关研究显示,新辅助放疗是导致患者术后肛门功能较低的独立影响因素<sup>[9]</sup>。因此临床可根据患者情况,尽可能减少新辅助放疗的使用,以降低吻合口狭窄风险。(2)由于男性患者骨盆较为狭窄,骨盆腔相较女性更深,同时

肛管较长,导致手术视野相对较差,在解剖与吻合时手术难度较大。同时结肠-肛管吻合口更容易受到肛管-直肠高压区压榨,从而导致预后欠佳,易造成吻合口狭窄。(3)吻合口漏可导致吻合口周围组织出现感染与坏死情况,形成慢性炎症,从而导致吻合口在愈合时出现瘢痕挛缩,进而发生吻合口狭窄<sup>[10]</sup>。因此,临床在对患者进行手术时,应细心缝合,防止出现吻合口漏。

综上所述,接受新辅助放疗、男性、吻合口漏均可能会增加超低位直肠癌患者术后吻合口狭窄并发风险,建议临床积极采取干预措施,以降低预后风险。

#### 参考文献

- [1]胡连智,李伟,刘海山,等.腹腔镜低位直肠癌手术的临床治疗价值及其对血浆 miR-21 水平的影响[J].腹腔镜外科杂志,2017,22(10):738-742.
- [2]张志鹏,姚宏伟,陈宁.腹腔镜辅助经肛门全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌的临床疗效[J].中华消化外科杂志,2017,16(7):695-700.
- [3]刘福全,杨宇慎,赵海波.左结肠动脉保留预防中低位直肠癌术后吻合口狭窄的临床疗效[J].中国临床医学,2020,27(2):260-262.
- [4]中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会.中国早期结肠直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014年,北京)[J].中华消化内镜杂志,2015,32(6):341-360.
- [5]赵建军,许丽华.采用 Wexner 评分系统的综合护理在脑梗死患者便秘中的应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(34):4395-4397.
- [6]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等.高血压基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2019,18(8):723-731.
- [7]中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2017年版)[J].中华糖尿病杂志,2018,10(1):64-67.
- [8]张斌,赵克,刘泉龙,等.低位直肠癌腹腔镜经括约肌间切除术后并发症及其处理[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(4):432-438.
- [9]秦启元,马腾辉,蔡建,等.经括约肌间切除术治疗新辅助放疗后低位直肠癌的近远期并发症研究[J].中华外科杂志,2018,56(12):892-899.
- [10]张斌,卓光鑽,田雷,等.腹腔镜低位直肠癌经括约肌间切除术后吻合口狭窄危险因素分析[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(8):755-761.

(收稿日期:2020-07-17)