

genbogen等^[4]对前瞻性收集的7 221例结直肠癌切除术患者的数据进行了回顾性分析，发现术后第1天患者疼痛评分较低的医院，其患者并发症发生率和再入院率也较低。另一项研究纳入了1 014例手术患者作为研究对象，关于术后疼痛的评估有两种方法，一是患者描述疼痛是否可忍受，二是基于数字评定量表（numerical rating scale, NRS）所得出的运动诱发疼痛评分（the movement-evoked pain score on the numerical rating scale, NRS-MEP），结果显示总体并发症发生率为34%，当NRS-MEP从0分升至10分，发生术后并发症的患者比例从25%升至45%，描述疼痛无法忍受的患者发生并发症的风险增加（调整后的OR=2.17, 95%CI: 1.51~3.10）^[5]。

术后疼痛加剧可能由交感神经兴奋、镇痛不足或早期腹膜炎所导致。该研究所采用的NRS是最常用于描述术后疼痛的评分量表。在结直肠手术患者中，NRS评分的高低与住院时间和肺部并发症相关^[4]。该研究的主要优势是交叉参考了瑞典的两份基于国家层面的登记数据，不足之处是仅纳入麻醉后恢复室（post-anaesthesia care unit, PACU）记录的疼痛评分。该研究所得结果提示我们应高度重视患者术后早期出现疼痛加剧的情况，不应只考虑为镇痛不足，还应警惕有无吻合口漏。如果前述情况与一个或多个既定的吻合口漏风险因素同时存在或术后恢复情况偏离正常进程，应完善相关诊断措施。今后的研究需要综合患者生命体征、镇痛方案及更为全面的术后疼痛评估体系进行探讨，进一步明确术后疼痛对吻合口漏的独立预测效能。

参考文献

- [1] MATTHIESSEN P, HALLBÖÖK O, ANDERSSON M, et al. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection of the rectum[J]. *Colorectal Dis*, 2004, 6(6): 462-469.
- [2] QU H, LIU Y, BI D S. Clinical risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Surg Endosc*, 2015, 29(12): 3608-3617.
- [3] SINGH P P, ZENG I S, SRINIVASA S, et al. Systematic review and meta-analysis of use of serum C-reactive protein levels to predict anastomotic leak after colorectal surgery[J]. *Br J Surg*, 2014, 101(4): 339-346.
- [4] REGENBOGEN S E, MULLARD A J, PETERS N, et al. Hospital analgesia practices and patient-reported pain after colorectal resection[J]. *Ann Surg*, 2016, 264(6): 1044-1050.
- [5] VAN BOEKEL R L M, WARLÉ M C, NIELEN R G C, et al. Relationship between postoperative pain and overall 30-day complications in a broad surgical population: an observational study[J]. *Ann Surg*, 2019, 269(5): 856-865.

[收稿日期：2022-09-24]

本文引用信息：竺平(评论). 术后早期疼痛是结直肠癌手术吻合口漏的标志[J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28(5): 492-493.

【评论】直肠癌术后盆底康复：一项多中心随机临床研究（FORCE研究）

评论者：池诏丞（吉林省肿瘤医院结直肠胃腹部肿瘤外科，吉林长春，130012；E-mail: 20566958@qq.com）

DOI:10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2022.05.017

[文献来源] VAN DER HEIJDEN J A G, KALKDIJK-DIJKSTRA A J, PIERIE J P E N, et al. Pelvic floor rehabilitation after rectal cancer surgery: a multicenter randomized clinical trial (FORCE trial)[J]. *Ann Surg*, 2022, 276(1): 38-45.

研究背景与目的：直肠癌前切除术术后常出现肛管直肠功能紊乱（包括大便失禁），关于盆底康复在改善术后功能结局方面的有效性尚存在争议。本研究的目的是探讨直肠癌前切除术术后盆底康复对功能结局的有效性，并与常规干预（无盆底康复）的效果进行对比。

方法：这是一项基于荷兰17个中心的多中心随机对照研究。直肠癌前切除术患者按1:1的比例随机分配至常规干预组和盆底康复组，并按性别和新辅助治疗进行分层。患者的筛选不参考基线水平的症状严重程度。基线水平评估在无临时性造口术的术后3个月及造口还纳术的术后6周进行。主要研究终点是随机分组后3个月的Wexner肛门失禁评分的变化，次要研究终点是大便失禁相关的生活质量，结直肠特异性生活质量和低位前切除综合征（low anterior resection syndrome, LARS）评分。

结果：2017年10月至2020年3月期间，共128例患者入组，106例患者进行随机化分组（盆底康复组51例，常规干预组55例），其中有95例患者（盆底康复组44例，常规干预组51例）纳入最终分析。与常规干预相比，在未经筛选的前切除术患者中，盆底康复并未促成Wexner肛门失禁评分明显降低（盆底康复组，分值变化为-2.3，95%CI为-3.3~-1.4；常规干预组，分值变化为-1.3，95%CI为-2.2~-0.4；两组比较， $P=0.13$ ）。但是，在随访中发现盆底康复与排便急迫的改善相关（OR为0.22，95%CI为0.06~0.86）。在并非接近完全大便失禁的患者中，盆底康复明显降低了Wexner肛门失禁评分（盆底康复组，分值变化为-2.1，95%CI为-3.1~-1.1；常规干预组，分值变化为-0.7，95%CI为-1.6~0.2；两组比较， $P=0.045$ ）。在中度以上大便失禁的患者中，盆底康复可以改善所有与大便失禁相关的生活质量，常规干预组则与之相反。当剔除接近完全大便失禁的患者后，这些改善效果更加明显。研究过程中未发生严重的盆底康复相关不良事件。

结论：在总体患者中未发现盆底康复的益处，但在亚组分析中发现排便急迫，中度以上大便失禁、并非接近完全大便失禁的患者可从中获益。对于盆底康复，建议选择性地实施（可用于65%~85%的患者）以改善直肠癌前切除术患者的功能结局。

【评论】结直肠癌是常见的消化道肿瘤^[1]。目前，根治性手术切除仍是结直肠癌的首要治疗方法，而直

肠癌又以中低位直肠癌较常见^[2]。随着直肠癌精准诊疗技术的发展及患者对术后生活质量的关注,低位保肛已成为手术技术发展的主要目标之一。但有研究报道称,直肠癌保肛术后的排粪功能障碍——低位前切除综合征的发生率为19%~71%^[3]。盆底康复作为干预排粪功能的重要手段之一,日渐受到关注。盆底康复主要包括盆底肌肉运动、生物反馈、直肠球囊感觉训练和电刺激等4种方式,其目的是增强盆底肌肉力量,改善直肠感觉和运动协调性,从而改善排粪功能^[4]。该研究汇总既往的研究发现,盆底康复治疗的有效率为50%~80%,但相关研究大部分为回顾性及低质量的随机对照研究^[4-5],尚缺乏高级别的循证医学证据。该研究是首个探讨盆底康复在直肠癌前切除术后患者中对功能结局有效性的多中心随机对照研究,其结果表明并非所有患者均能在盆底康复中获益,在亚组分析中发现伴有排粪急迫,中度以上大便失禁、并非接近完全大便失禁的患者的排粪功能明显改善,而完全失禁的患者无获益。排粪急迫是低位前切除综合征中最令患者遭受困扰的症状之一^[6],该研究还发现中度以上大便失禁的患者占总体研究人群的65%。因此,研究者提出可选择性推荐伴排粪急迫及中度以上大便失禁的患者进行盆底康复治疗。另外,该研究提示完全大便失禁的患者无法从盆底康复中获益,可能的原因是支配排粪功能的相应神经在手术中遭到严重损伤,导致盆底康复无法实现任何效果。需要注意的是,该研究存在一定的局限性:(1)其主要研究终点未

达到,结论来自于亚组分析;(2)患者的大便失禁基线水平的评估效果存在一定异质性;(3)由于术后并发症及患者主观意愿等原因导致入组出现选择偏倚。基于以上局限性认为,该研究的结论仍需进一步验证,期待正在研究中的ENESP试验(NCT04569331)能为盆底康复的有效性提供更多的证据,以更好地指导临床实践。

参考文献

- [1] ZHENG R S, ZHANG S W, ZENG H M, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2016[J]. JNCC, 2022, 2(1): 1-9.
- [2] 姚宏伟, 李心翔, 崔龙, 等. 中国结直肠癌手术病例登记数据库2019年度报告: 一项全国性登记研究[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(1): 106-110, 116.
- [3] CROESE A D, LONIE J M, TROLLOPE A F, et al. A meta-analysis of the prevalence of low anterior resection syndrome and systematic review of risk factors[J]. Int J Surg, 2018, 56: 234-241.
- [4] CHAN K Y C, SUEN M, COULSON S, et al. Efficacy of pelvic floor rehabilitation for bowel dysfunction after anterior resection for colorectal cancer: a systematic review[J]. Support Care Cancer, 2020, 29(4): 1795-1809.
- [5] 盖娟娟, 范小华, 曾科学. 盆底生物电反馈治疗在低位直肠癌保肛术后排便重建的作用[J]. 结直肠肛门外科, 2015, 21(5): 310-313.
- [6] VAN DER HEIJDEN J A G, THOMAS G, CAERS F, et al. What you should know about the low anterior resection syndrome-clinical recommendations from a patient perspective[J]. Eur J Surg Oncol, 2018, 44(9): 1331-1337.

[收稿日期: 2022-09-24]

本文引用信息: 池诏丞(评论). 直肠癌术后盆底康复: 一项多中心随机临床研究(FORCE研究)[J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28(5): 493-494.

本期《海外采风》组稿专家: 李来元(甘肃省人民医院肛肠科, 甘肃兰州, 730000)