

# 直肠癌患者保肛术后低位前切除综合征(LARS)的发生率,恢复情况及影响因素研究

陈敏

(华中科技大学同济医学院附属同济医院胃肠外科)

**摘要:** 目的: 分析直肠癌患者保肛术后低位前切除综合征(LARS)的发生率, 患者恢复情况, 探究 LARS 的相关危险因素。方法: 从我院选择 150 例直肠癌患者做样本, 所有患者均进行保肛手术。分析保肛术后患者产生 LARS 的概率, 然后按照是否产生 LARS 进行组别划分, 获得无 LARS 组 (n=90) 和有 LARS 组 (n=60)。分析直肠癌患者保肛术后 LARS 的恢复情况, 探究产生 LARS 的危险因素。结果: 所有患者产生 LARS 的概率相对较高, 患者术后恢复情况对比无 LARS 组首次排气时间、拔除尿管、住院时间均低于有 LARS 组 ( $P < 0.05$ ); 肿瘤位置低位、术前放疗、吻合口位置距离肛缘  $\leq 5\text{cm}$  是影响直肠癌保肛术后患者发生 LARS 的独立危险因素。结论: LARS 属于直肠癌患者保肛术后常见并发症, 产生该并发症后患者往往需要更长的恢复时间以达到出院标准, 在临床干预中需格外重视导致 LARS 发生的独立危险因素, 做好积极干预。

**关键词:** 直肠癌; 保肛手术; 术后低位前切除综合征; 发生率; 影响因素

直肠癌是临床常见的恶性肿瘤疾病, 需通过及时有效的治疗干预以保障患者机体状态, 延长患者生命周期<sup>[1]</sup>。对直肠癌进行干预, 临床多建议使用手术治疗的方式以产生直接、快速的效果。手术的实施能够在一定程度上对患者病情进行缓解, 但执行保肛手术并不是完全对患者肛门正常排便功能进行保留<sup>[2]</sup>。有相关研究指出, 大部分直肠癌患者在进行保肛手术过后会产生不同程度的排便次数增加、排便不尽、便急等症状, 临床可将其归结为低位前切除综合征(LARS)<sup>[3]</sup>。为探究 LARS 发生概率, 患者实际恢复情况以及相关影响因素, 我院特选择 150 例直肠癌患者展开研究, 内容已做如下整理。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

从我院中选择 150 例直肠癌患者做样本 (2022.01~2023.12), 均实施保肛手术治疗。后续对患者是否产生 LARS 进行组别上的划分, 获得无 LARS 组和有 LARS 组。前者总例数 90 例, 男女占比 50:40, 年龄 60~83 ( $72.51 \pm 2.15$ ) 岁; 后者总例数 60 例, 男女占比 35: 25, 年龄 60~81 岁, 平均 ( $72.46 \pm 2.11$ ) 岁。

**纳入标准:** (1) 确诊为直肠癌且均进行保肛手术治疗; (2) 基础信息齐全。

**排除标准:** (1) 合并有其他恶性肿瘤疾病; (2) 个人原因下未全程参与研究。

### 1.2 方法

所有患者均执行保肛手术。在术后对患者开展为期 5 个月的随访工作, 随访过程中核查患者是否产生 LARS。若有则归纳为有 LARS 组内, 无归纳为无 LARS 组内。LARS 发生情况使用 LARS 评分量表进行评估, 0~42 评

分范围内, 无 LARS 为 0~20 分, 超过 20 分即存在 LARS。后续分值区间 21~29 分/30~42 分分别代表存在轻度 LARS 和重度 LARS。对患者术后实际情况进行记录并做表格整理, 核查患者术后相关时间指标。以问卷调查表的方式获得患者详细信息, 进行表格制作和统计学分析, 寻找影响患者产生 LARS 的危险因素。

### 1.3 观察指标

1.3.1 对患者是否产生 LARS 进行核查, 分析 LARS 发生概率。

1.3.2 进行组别划分, 探究无 LARS 组和有 LARS 组两组恢复情况。恢复情况主要体现为患者术后首次排气时间、尿管拔除时间和住院时间相关时间指标上。

1.3.3 进行影响 LARS 产生的相关单因素分析。

1.3.4 以 Logistic 回归模型进行 LARS 多因素分析。

### 1.4 统计学方法

应用统计学软件 spss24.0 对资料进行分析处理, 患者的计量资料 ( $\bar{x} \pm s$ ) 与计数资料 (%), 分别应用 t、 $\chi^2$  检验, 多因素分析采用 Logistic 回归模型分析, 以  $p < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 LARS 发生率分析

经随访后发现 150 例患者有 90 例未产生 LARS, 占比 ( $90/150$ ) 60.00%, 60 例产生 LARS, 发生概率为 ( $60/150$ ) 40.00%。

### 2.2 恢复情况对比

有 LARS 组各项时间指标数值均高于无 LARS 组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 恢复情况对比 (  $\bar{x} \pm s$  )

组别	例数	首次排气时 间 (d)	拔除尿管时 间 (d)	住院时间 (d)
无 LARS 组	90	4.12 ± 0.68	1.35 ± 0.24	10.79 ± 1.85
有 LARS 组	60	6.89 ± 0.94	2.78 ± 0.41	14.52 ± 2.09
t		20.934	26.911	11.481
p		0.000	0.000	0.000

2.3 LARS 影响因素单因素分析

单因素分析后发现肿瘤位置、术前放疗、吻合口位置可能是影响 LARS 产生的相应因素 (  $P < 0.05$  ), 见表 2。

表 2 LARS 影响因素单因素分析

因素	分类	无 LARS 组 (n=90)	有 LARS 组 (n=60)	$X^2$	P
性别	男	50 (55.56)	35 (58.33)	0.113	0.737
	女	40 (44.44)	25 (41.67)		
肿瘤位置	低位	18 (20.00)	40 (66.67)	33.058	0.000
	中/高位	72 (80.00)	20 (33.33)		
基础性 疾病	糖尿病	31 (34.44)	22 (36.67)	0.357	0.862
	高血压	29 (32.22)	20 (33.33)		
	高血脂	30 (33.33)	18 (30.00)		
术前放 疗	是	2 (2.22)	13 (21.67)	15.123	0.000
	否	88 (97.78)	47 (78.33)		
吻合口 位置	距离肛缘 ≤5cm	19 (21.11)	52 (86.67)	62.061	0.000
	距离肛缘 >5cm	71 (78.89)	8 (13.33)		

2.4 LARS 多因素分析

多因素分析结果提示低位肿瘤、术前放疗吻合口位置距离肛缘 ≤5cm 是 LARS 发生的独立危险因素 (  $P < 0.05$  ), 见表 3。

表 3 LARS 多因素分析

相关因素	$\beta$	标准 误差	Wald	P	OR	95%CI
肿瘤位置 低位	1.821	0.378	23.156	0.000	6.185	2.944~13.005
术前放疗	2.611	0.785	11.021	0.000	13.610	2.914~63.571
吻合口位 置距离肛 缘 ≤5cm	3.268	0.481	46.853	0.000	26.285	10.260~67.342

3. 讨论

直肠癌是原发于直肠黏膜上皮的恶性肿瘤，早期通常无特异性症状，故而不容易被患者所察觉<sup>[4]</sup>。当疾病持

续性负面进展后，患者情况往往不容乐观，需要通过手术的方式进行疾病情况控制，多数手术患者可获得生命周期的延长，于疾病治疗方面呈现出较为理想的效果。对直肠癌患者进行保肛手术，术后需要对患者进行合理的护理，积极控制相关并发症的产生<sup>[5]</sup>。在并发症中，LARS 属于一种产生概率相对较高的一种。LARS 的产生会使得患者肠道功能产生障碍，不利于患者实现正常排便<sup>[6]</sup>。

在研究中，重点分析了直肠癌患者保肛术后产生 LARS 的概率。从随访结果中可见，执行手术后有一部分患者容易受到 LARS 的侵扰，其发生概率相对较高。临床上需对 LARS 的产生予以充分重视。在是否产生 LARS 进行组别划分后可见，存在 LARS 的患者往往会在术后恢复相关时间指标上表现出不尽如人意的效果。与未见 LARS 的患者进行比较，通常在受其排气时间、尿管拔除时间和住院时间上明显差异性。上述结果可以侧面说明 LARS 对患者造成的负面影响。分析影响因素可见肿瘤位置的影响、术前是否进行放疗以及吻合口的位置会影响到 LARS 产生与否，上述三项属于 LARS 的独立危险因素，若想降低 LARS 产生的概率需对其危险因素进行格外关注。

综上，直肠癌保肛术后患者需格外注意控制 LARS 的产生，关注危险因素以提升自身恢复情况。

参考文献：

[1] 郭帆,韩斌,黄琳凯,等. 腹腔镜直肠癌保肛根治术后低位前切除综合征的发生及影响因素分析[J]. 华中科技大学学报(医学版),2021,50(2):194-200.

[2] 袁野,常剑,刘冬波,等. 腹腔镜直肠癌保肛术后低位前切除综合征转归的影响因素分析[J]. 中国肛肠病杂志,2021,41(1):12-14.

[3] 吴晓华,牛志新,何峰,等. 320 例老年直肠癌保肛术后低位前切除综合征的危险因素分析[J]. 临床消化病杂志,2023,35(4):316-319.

[4] 李洲,马勇,方仕旭,等. 全直肠系膜切除术后低位前切除综合征的发生率及相关危险因素分析[J]. 肿瘤预防与治疗,2022,35(2):169-174.

[5] 张蕊,孙晓林,张光云,等. 直肠癌保肛术后低位前切除综合征发生情况及危险因素分析[J]. 实用癌症杂志,2023,38(7):1187-1189,1193.

[6] 张峻岭,董洁晶,吴涛,等. 直肠癌保肛根治术后低位前切除综合征危险因素的列线图分析[J]. 中华普通外科杂志,2021,36(2):81-85.