

门静脉高压症的外科治疗

肝移植治疗门静脉高压上消化道出血的疗效分析

俞军*, 张武*, 张珉*, 王伟林*, 周琳*, 沈岩*, 汤洒潇*,
程龙宇*, 谢尚奋*, 陈智贇*, 郑树森*

【摘要】目的 探讨肝脏移植治疗门静脉高压症所致上消化道出血的可行性及安全性,并与传统手术的疗效进行比较。方法 回顾性分析 2009 年 2 月至 2012 年 2 月期间浙江大学附属第一医院肝胆胰诊治中心收治的 303 例门静脉高压症合并上消化道出血患者的临床资料。其中 101 例患者接受肝移植治疗(肝移植组),202 例患者接受常规手术治疗(常规手术组),术后随访 8~44 个月,平均 26 个月。结果 常规手术组患者术前肝功能明显优于肝移植组($P < 0.01$),2 组患者总体死亡率比较差异无统计学意义[7.4%(14/189)比 3.0%(3/101), $P=1.00$]。肝移植组术后再出血率为 2.0%(2/101),低于常规手术组的 9.5%(18/189), $P < 0.05$ 。肝移植组术后内镜下曲张静脉消失率为 86.1%(87/101),高于常规手术组的 54.5%(86/189), $P < 0.01$ 。结论 肝移植治疗门静脉高压症所致上消化道出血是安全可靠的。有出血史但术前肝功能尚好的患者,接受常规手术后能维持较好的肝脏功能和生活质量。终末期肝病门静脉高压症患者,肝移植是唯一的治愈方案。

【关键词】 肝移植;门静脉高压症;上消化道出血

【中图分类号】 R657.34;R657.3 **【文献标志码】** A

Analysis on Effect of Liver Transplantation in Treatment of Upper Gastrointestinal Hemorrhage in Patients with Portal Hypertension YU Jun*, ZHANG Wu*, ZHANG Min*, WANG Wei-lin*, ZHOU Lin*, SHEN Yan*, TANG Sa-xiao*, CHEN Long-yu*, XIE Shang-fen*, CHEN Zhi-yun*, ZHENG Shu-sen*. * Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, First Affiliated Hospital, School of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310003, Zhejiang Province, China

Corresponding Author: ZHENG Shu-sen, E-mail: shusenzheng@zju.edu.cn

【Abstract】 Objective To explore the feasibility and safety of liver transplantation (LT) in treatment of upper gastrointestinal hemorrhage in patients with portal hypertension, and to compare the therapeutic effects with conventional operation (CO). **Methods** The clinical data of 303 patients with bleeding portal hypertension from Feb. 2009 to Feb. 2012 in the department of hepatobiliary and pancreatic surgery of First Affiliated Hospital of Zhejiang University were retrospectively analyzed. One hundred and one patients received LT procedure (LT group), whereas the other 202 patients received CO procedure (CO group). Postoperative follow-up period was 8-44 months (average 26 months). **Results** Liver function before operation in CO group was significantly better than that in LT group ($P < 0.01$). The mortality of CO group and LT group were 7.4%(14/189) and 3.0%(3/101), $P=1.00$, respectively. The rebleeding rate of patients underwent LT was 2.0%(2/101), significantly lower than that of CO group [9.5%(18/189), $P < 0.05$]. The vanish rate of esophagogastric varice in patients underwent LT was 86.1%(87/101), significantly lower than that of CO group [54.5%(86/189), $P < 0.01$]. **Conclusions** LT treatment for bleeding portal hypertension is feasible and safe. Patients with good liver function despite hemorrhage history may be managed satisfactorily with conventional surgery. LT is the only curative treatment for patients with portal hypertension in end-stage liver disease.

【Key words】 Liver transplantation; Portal hypertension; Upper gastrointestinal hemorrhage

【Foundation items】 Health Industry Scientific Research Fund (No. 201002015)

【基金项目】 卫生行业科研专项项目基金(项目编号:201002015)

【作者单位】 * 浙江大学医学院附属第一医院肝胆胰诊治中心(浙江杭州 310003)

【通讯作者】 郑树森, E-mail: shusenzheng@zju.edu.cn

【作者简介】 俞军(1972年-),男,浙江省杭州市人,博士,副主任医师,长期从事肝移植及肝胆胰外科诊治, E-mail: dryujun@gmail.com.

门静脉高压(portal hypertension ,PHT)是肝病的必然结果,可导致腹水、肝肾综合征、曲张静脉破裂等并发症^[1-3]。伴随着 PHT 的进展,曲张静脉破裂所致的上消化道出血将严重威胁患者的生命安全,甚至超过原发疾病而成为患者的主要致死原因^[4]。肝功能处于代偿期内的肝病 PHT 患者 30% 可发生曲张静脉破裂出血,而失代偿期患者曲张静脉破裂出血可高达 80%^[5,6]。为此,针对 PHT 所致的上消化道出血的常规治疗手段在几十年来不断涌现,使其预后得到较大的改善^[7,8]。但是曲张静脉出血的死亡率仍达到 20%,未干预治疗的患者 1 年内再发出血率高达 70%^[9]。肝移植技术的出现极大地改变了 PHT 导致上消化道出血的治疗格局,已成为治疗终末期肝病的最有效手段^[10-12]。现回顾性分析浙江大学附属第一医院肝胆胰诊治中心收治的 303 例 PHT 所致上消化道出血患者治疗情况,报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本研究对象的入选标准: 中国汉族人群; 实验室及影像学检查证实为肝硬化并发 PHT; 内镜检查证实为胃食管静脉曲张,排除消化道溃疡出血; 均有近期胃食管静脉曲张破裂出血史,包括呕血或黑便史; 影像学及术后病理学检查排除了肝脏恶性肿瘤。

1.2 一般资料

选取 2009 年 2 月至 2012 年 2 月间浙江大学附属第一医院肝胆胰诊治中心所收治的 303 例肝病 PHT 患者,男 230 例,女 73 例,年龄 9 ~ 75 岁,平均 47 岁。按手术方式分为常规手术组($n=202$)及肝移植组($n=101$)。所有病例入院时均有不同程度的门静脉高压症表现,如脾脏肿大、脾功能亢进(外周血白细胞及血小板计数减少等)、食管胃底静脉曲张及伴有近期上消化道出血史。2 组患者术前肝功能数据比较,常规手术组明显优于肝移植组($P < 0.01$)。表 1 为本组患者的一般资料。

1.3 手术方式

常规手术组共 202 例,均采用脾脏切除 + 贲门周围血管离断术。行择期手术 190 例,其中联合术中内镜治疗 3 例,联合胰体尾部切除 2 例;行急诊手术 12 例,其中联合术中内镜治疗 2 例。肝移植组共 101 例,其中择期手术行改良背驮式肝移植 82 例,活体肝移植 13 例;行急诊肝移植 6 例,其中改

良背驮式肝移植 4 例,活体肝移植 2 例。

表 1 2 组患者的临床资料比较

Table 1 Comparison of clinical data between conventional surgery group and liver transplantation group

临床资料 Clinical data	常规手术组 Conventional surgery group $n=202$	肝移植组 Liver transplantation group $n=101$	P 值 P value
年龄[岁, $\bar{x} \pm s$ (范围)] Age[year, $\bar{x} \pm s$ (range)]	47 ± 10(16 ~ 75)	47 ± 11(9 ~ 66)	0.773
性别(例) Gender (case)			
男(Male)	143	87	< 0.01
女(Female)	59	14	
病因 Etiology			
肝炎后肝硬化 Posthepatic cirrhosis	166	79	0.375
乙醇性肝硬化 Alcoholic cirrhosis of liver	24*	13	
胆管结石 Calculus of bile duct	6	3	
血吸虫肝病 Hepatic schistosomiasis	3	1	
其他原因 Other causes	8	10	
Child-Pugh 分级 Child-Pugh grading			
A	145	6	< 0.01
B	53	22	
C	4	73	

* : 24 例中并发肝炎后肝硬化 5 例; : 13 例中并发肝炎后肝硬化 5 例

* : Complicated with posthepatic cirrhosis of 5 patients in 24 patients; : Complicated with posthepatic cirrhosis of 5 patients in 13 patients

1.4 随访

患者术后获随访 8 ~ 44 个月,平均 26 个月。随访方式为门诊随访、住院复查及电话随访,观察再出血率、围手术期死亡率、静脉曲张消失率和总体死亡率。

1.5 统计学方法

应用 SPSS 16.0 统计软件进行分析,采用 t 检验及 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 常规手术组

行急诊手术 12 例(5.9%, 12/202),死亡 1 例,急诊手术死亡率为 8.3%。Child-Pugh C 级者共 4 例,其中急诊手术死亡 1 例,常规手术组 Child-Pugh C 级者手术死亡率为 25.0%。术后获随访 189 例,随访时间 8 ~ 44 个月,平均 26 个月,失访 13 例,随

访率为 93.6%(189/202)。术后 161 例患者肝功能较术前有好转($P < 0.05$),其中 134 例患者劳动力和生活质量恢复较为满意。常规手术组术后共死亡 14 例,其中 Child-Pugh A 级 2 例,Child-Pugh B 级 11 例,Child-Pugh C 级 1 例,总体死亡率为 7.4%(14/189)。术后曲张静脉破裂再出血 18 例,其中 2 例发生于术后 3 个月内,4 例发生于术后 3 ~ 12 个月,4 例发生于术后 12 ~ 24 个月,8 例发生于术后 24 ~ 40 个月,再出血率为 9.5%(18/189)。常规手术组术后 3 个月内镜下曲张静脉消失率为 45.5%(86/189)。

2.2 肝移植组

行急诊手术 6 例(5.9%,6/101),无死亡,急诊手术死亡率为 0。择期手术的 95 例患者在等待肝源行肝移植过程中予以护肝、降低门静脉压力等治疗。术后 101 例均获随访,随访率为 100%,随访时间 9 ~ 42 个月,平均 25 个月。术后 87 例患者肝功能恢复正常,患者劳动力和生活质量恢复较为满意。术后共死亡 3 例,均为 Child-Pugh C 级患者,总体死亡率为 3.0%(3/101)。肝移植组术后曲张静脉破裂再出血 2 例,其中 1 例发生于术后 1 个月,1 例发生于术后 30 个月,再出血率为 2.0%(2/101);术后 3 个月内镜下曲张静脉消失率为 86.1%(87/101)。

2 组患者的急诊手术死亡率和总体死亡率差异均无统计学意义($P > 0.05$)。常规手术组术后再出血率高于肝移植组($P < 0.05$),且术后内镜下曲张静脉消失率低于肝移植组($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 2 组患者围手术期及术后观察指标比较

Table 2 Comparison of perioperative and postoperative observation indexes between 2 groups

指标 Index	常规手术组 Conventional surgery group n=202	肝移植组 Liver transplan- tation group n=101	P 值 P value
急诊手术比率[% (例/例)] Rate of emergency operation [% (case/case)]	5.9(12/202)	5.9(6/101)	1.00
急诊手术死亡率[% (例/例)] Mortality of emergency operation [% (case/case)]	8.3(1/12)	0(0/6)	1.00
术后再出血率 % (例/例)] Rate of rebleeding after operation [% (case/case)]	9.5(18/189)	2.0(2/101)	<0.05
总体死亡率[% (例/例)] The total mortality [% (case/case)]	7.4(14/189)	3.0(3/101)	0.19
内镜下曲张静脉消失率 [% (例/例)] Rate of esophagogastric varice vanished [% (case/case)]	54.5(86/189)	86.1(87/101)	<0.01

3 讨论

食管胃底静脉曲张破裂导致上消化道出血在肝硬化 PHT 患者中较为常见,是终末期肝病患者的主要死亡原因之一^[13]。国外最早在 1840 年报道了曲张静脉出血,于 1900 年明确曲张静脉破裂出血与肝硬变的关系^[14]。PHT 患者一旦出现大出血,肝功能将随即迅速恶化,可直接危及患者生命。为此,PHT 导致上消化道出血的治疗手段近几十年来的发展迅速,涌现了贲门周围血管断流手术、门静脉-腔静脉系统分流术、药物、内窥镜、介入血管栓塞等治疗方法^[15-17]。有出血史但肝功能属 Child-Pugh A 或 B 级患者,经综合治疗后部分能维持较好的肝脏功能和生活质量。但是,药物及常规手术治疗只是局部对症治疗方法,都无法纠正 PHT 患者肝硬变的病理改变。随着肝病的进展,不可避免地将再次发生曲张静脉破裂出血而危及患者生命^[18]。

1963 年,Starzl 开展了全球首例肝移植手术,给终末期肝病 PHT 患者的治疗带来了希望的曙光^[10,11]。肝移植术不仅使肝硬化 PHT 患者肝脏生理功能和血流动力学得以恢复正常,而且彻底去除了产生肝硬化 PHT 的根本病因,这是肝硬化 PHT 治疗格局的根本性变革。与其他治疗手段相比,肝移植是目前唯一能“标本兼治”且“疗效出众”的治疗方案,其适应证囊括绝大部分导致 PHT 的肝病。国外有较多成功实施肝移植治疗 PHT 所致上消化道出血的报道^[14,19,20]。国内较早由严律南^[21]在 2001 年报道了 15 例肝移植治疗肝硬化 PHT 的临床经验。

浙江大学附属第一医院肝胆胰诊治中心近 3 年来手术治疗的 303 例肝病 PHT 病例,其中 202 例接受脾脏切除+贲门周围血管离断术的常规手术治疗,101 例患者接受肝移植手术治疗。2 组患者在年龄及病因构成方面的差异无统计学意义($P > 0.05$),但在男女比例上 2 组间的差异有统计学意义($P < 0.01$),考虑这可能系我国传统思想、卫生资源有限及肝移植的高额费用所致。2 组病例术前肝功能分析,常规手术组 Child-Pugh A 级和 B 级的病例构成比高于肝移植组,即常规手术组术前患者肝功能状态优于肝移植组($P < 0.01$)。从手术风险分析,2 组病例急诊手术死亡率和总体死亡率比较差异均无统计学意义(均 $P=1.00$),提示肝移植不仅适用于肝硬化失代偿期择期手术患者,而且对 PHT 所致上消化道出血的急诊患者依然适用。从术后疗效分析,肝移植组患者术后曲张静脉破裂再次出血率为

2.0% , 低于常规手术组的术后再次出血率(9.5% , $P < 0.05$) , 且术后内镜下曲张静脉消失率高于常规手术组($P < 0.01$)。由此 , 笔者认为 , 肝移植是治疗 PHT 所致上消化道出血的最佳治疗手段。

随着肝移植技术开展的普及 , 器官短缺的问题很快摆上了外科医师的桌面。尽管近年来包括活体肝移植、劈裂式肝移植、多米诺肝移植等移植新技术的不断涌现 , 但器官短缺问题仍日益严重。1998 ~ 2007 年间美国肝移植受者接受移植的平均等待时间为 361 d , 英国为 149 d , 很多患者则在等待器官的过程中死亡^[22,23]。中国是乙肝病毒高发国家 , 所面临的问题同样严峻。本组病例的数据显示 , 肝功能 Child-Pugh A 级和 B 级患者接受常规断流手术 , 术后效果较好。因此笔者认为 , 在器官短缺的今日 , 对于合并有上消化道出血病史但肝功能尚处于 Child-Pugh A 级和 B 级的 PHT 患者 , 常规手术仍具有重要的实用价值^[20]。综合器官短缺的现状 , 根据浙江大学附属第一医院肝胆胰诊治中心的经验 , 笔者认为 , 肝移植手术时机的确定有必要进一步规范。

肝移植手术时机的选择是肝脏内、外科学临床研究的重要课题。国外有文献^[24]报道 , 针对肝硬化 PHT 患者 , 不论是否存在出血 , 肝移植都是值得考虑的治疗方案。但 Bismuth 等^[25]研究认为 , 肝移植前有曲张静脉出血及肝功能分级对肝移植预后无不良影响。结合本组病例的数据分析 , 笔者认为 , 对于肝功能尚处于代偿期内而有出血病史的肝病 PHT 患者 , 可以采用分步治疗方案。常规手术、药物、内镜介入等方法可作为肝移植治疗的过渡举措 , 从而将有限的供肝资源留给末期危重肝功能衰竭患者。肝功能失代偿的 PHT 患者在出现以下情况之一时可考虑行肝移植手术 : 无法纠正的凝血功能障碍 ; 肝性脑病反复发作 ; 顽固性腹水 ; 无法纠正的肾功能异常 ; 自身免疫性疾病导致的终末期肝病 ; 经药物、内镜、分流或断流手术等常规治疗无效者。

肝移植是治疗终末期肝病所致 PHT 上消化道出血的最终及最有效的手段。考虑到器官供应 , 在正确的时机选择正确的治疗方案具有决定性的意义。

4 参考文献

- [1] Dong MH , Saab S. Complications of cirrhosis [J]. Dis Mon , 2008 , 54(7) : 445-456.
- [2] Gines P , Cardenas A , Arroyo V , et al. Management of cirrhosis and ascites [J]. N Engl J Med , 2004 , 35(916) : 1646-1654.
- [3] Bari K , Garcia-Tsao G. Treatment of portal hypertension [J]. World J Gastroenterol , 2012 , 18(11) : 1166-1175.
- [4] Dzeletovic I , Baron TH. History of portal hypertension and endoscopic treatment of esophageal varices [J]. Gastrointest Endosc , 2012 , 75(6) : 1244-1249.
- [5] de Franchis R , Primignani M. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis [J]. Clin Liver Dis , 2001 , 5(3) : 645-663.
- [6] Garcia-Tsao G , Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis [J]. N Engl J Med , 2010 , 362(9) : 823-832.
- [7] Funakoshi N , Duny Y , Valats JC , et al. Meta-analysis : beta-blockers versus banding ligation for primary prophylaxis of esophageal variceal bleeding [J]. Ann Hepatol , 2012 , 11(3) : 369-383.
- [8] Zippi M , Traversa G , Pica R , et al. Hematemesis from esophageal varices associated with esophageal perforation : sclerotherapy and endoscopic clipping [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci , 2012 , 16(5) : 704-706.
- [9] Carbonell N , Pauwels A , Serfaty L , et al. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades [J]. Hepatology , 2004 , 40(3) : 652-659.
- [10] Starzl TE , Marchioro TL , Vonkaulla KN , et al. Homotransplantation of the liver in humans [J]. Surg Gynecol Obstet , 1963 , 117 : 659-676.
- [11] Starzl TE , Fung JJ. Themes of liver transplantation [J]. Hepatology , 2010 , 51(6) : 1869-1884.
- [12] Dienstag JL , Cosimi AB. Liver transplantation—a vision realized [J]. N Engl J Med , 2012 , 367(16) : 1483-1485.
- [13] Orloff MJ. Portal hypertension and portacaval shunt// Souba W , Wilmore D. ed. Surgical Research [M]. Harcourt Brace : San Diego , 2001 : 637-701.
- [14] Lata J , Hulek P , Vanasek T. Management of acute variceal bleeding [J]. Dig Dis , 2003 , 21(1) : 6-15.
- [15] Garcia-Pagan JC , Caca K , Bureau C , et al. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding [J]. N Engl J Med 2010 , 362(25) : 2370-2379.
- [16] Koizumi J , Hashimoto T , Myojin K , et al. Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration of gastric varices : use of CT-guided foam sclerotherapy to optimize technique [J]. AJR Am J Roentgenol , 2012 , 199(1) : 200-207.
- [17] Tiuca N , Sztogrin W. The news of treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding [J]. J Med Life , 2011 , 4(4) : 395-398.
- [18] Pomier-Layrargues G , Bouchard L , Lafortune M , et al. The transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of portal hypertension : current status [J]. Int J Hepatol , 2012 , 167868 Epub 2012 Jul 19.
- [19] Klupp J , Kohler S , Pascher A , et al. Liver transplantation as ultimate tool to treat portal hypertension [J]. Dig Dis , 2005 , 23(1) : 65-71.
- [20] Henderson JM , Yang Y. Is there still a role for surgery in bleeding

portal hypertension? [J]. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2005, 2(6):246-247.

[21] 严律南. 肝硬变门脉高压症的肝脏移植经验 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2001, 19(9):951-956.

[22] Organ procurement and transplantation network. Liver Kaplan-Meier median waiting times for registrations listed:1999-2004 [DB/OL]. <http://www.optn.transplant.hrsa.gov>. (accessed on 1 NoV. 2012).

[23] Waiting time to transplant [DB/OL]. <http://www.organdonation.nhs.uk>. (accessed on 1 NoV. 2012).

[24] de Franchis R, Dell'Era A, Iannuzzi F. Diagnosis and treatment of portal hypertension [J]. Dig Liver Dis, 2004, 36(12):787-798.

[25] Bismuth H, Adam R, Raccuia JS. 肝脏移植治疗门脉高压症 [J]. 德国医学, 1996, 13(3):157-159.

(2012-11-02 收稿, 2012-12-05 修回)
(本文编辑 李纓来)

病例报告

机械吻合器在结直肠良恶性疾病手术中的应用

阿力马斯·阿斯哈尔*

【中图分类号】R656.9; R735.34 【文献标志码】E

病例资料 结直肠良恶性疾病病灶切除手术中使用吻合器进行肠吻合来取代手工吻合,对减少吻合口漏等严重并发症的发生及缩短手术时间有一定的作用。笔者所在医院 2007 年 1 月至 2012 年 1 月期间在对 352 例结直肠良恶性疾病患者进行手术时采用一次性吻合器行肠吻合,取得较好效果。男 251 例,女 101 例;年龄 23 ~ 89 岁,平均年龄 56 岁。直肠上段癌 133 例,直肠中段癌 79 例,直肠下段癌 63 例,结肠癌 57 例,溃疡性结肠炎及结肠息肉病 20 例。手术前均经钡剂造影及纤维结肠镜检查及病理学检查证实。方法:对于直肠癌和溃疡性结肠炎及结肠息肉病的手术,笔者多采用双吻合器行直肠-结肠端端吻合,其手术操作如游离、病灶切除、淋巴结的清扫、吻合等步骤均按手术规范要求。为防止吻合口狭窄,尽量使用 33 号或 34 号吻合器;骶前吻合口旁置双套管引流,缝合盆腔腹膜以防小肠内疝。在结肠癌手术中,笔者多采用管状吻合器行近端与远端结肠的端侧吻合,如在右半结肠切除术中,25 号或 28 号吻合器的抵钉座置于切断处回肠内,从横结肠切断处插入吻合器机身,距横结肠切断处 3 ~ 5 cm 行回肠横结肠端侧吻合。结果:全组无手

术死亡。术后发生吻合口漏 20 例,发生率为 5.7%,吻合口狭窄 4 例,均经对症、扩肛等处理后好转,未再行手术;发生吻合口出血 3 例,经应用止血药物保守治疗后均痊愈。

讨论 吻合口漏是结直肠手术中最严重的并发症之一。应用吻合器吻合可减少吻合口漏发生的主要原因是:

吻合器可以排除个人因素,吻合方法容易掌握,其两排钽钉以准确、均匀和无挤压的方式吻合。应用吻合器吻合加浆肌层包埋可以使吻合更牢靠,以减少吻合口漏的发生。应用吻合器能缩短手术时间,减少吻合口组织的暴露,从而减轻局部的污染;同时应用吻合器后肠黏膜对合整齐,组织反应轻,有利于吻合口愈合。吻合口狭窄是结直肠手术中另一主要并发症,应用吻合器吻合吻合口狭窄发生率较手工吻合低,其原因是用吻合器吻合的吻合口质量好,缝合均匀严密,吻合口内外规整光滑,可以达到内通外不粘,瘢痕形成较小。但应用吻合器吻合吻合口狭窄仍有一定的发生率。其主要原因可能与吻合器型号大小的选择、吻合的宽度、吻合口是否包埋、黏膜对合不良、肉芽过度增生等因素有关。因此选择吻合器时,以选偏大号为宜。引起吻合口出血的原因主要有:吻合口小血管切割后回缩出血;残端小血管没有被压紧而致出血;吻合口组织切割不全;吻合口钉合不全或漏钉。因此,在吻合时应尽量避开小血管,吻合后应直视下检查吻合口有无出血,及时处理。

(2012-06-10 收稿, 2012-12-21 修回)
(本文编辑 李纓来)

【作者单位】* 新疆维吾尔自治区人民医院肛肠外科(新疆乌鲁木齐 830001)

【作者简介】阿力马斯·阿斯哈尔(1968 年-),男,新疆乌鲁木齐市人,大学本科,学士,副主任医师,主要从事结直肠癌及肛肠疾病的研究, E-mail:alimasi-6812@163.com。