

率低,费用低廉,也容易为广大患者接受。但外剥内扎法也有其缺点,主要是对于多发混合痔或环形混合痔使用单纯外剥内扎法常常因为创口多,术后创缘易水肿,疼痛明显,易出血,愈合时间久,增加了患者痛苦^[5]。同时外剥内扎术后疼痛是人体对组织损伤和修复过程的一种复杂的生理心理反应,几乎见于所有的术后患者。痔疮手术创伤和刺激直接或间接作用于神经末梢,导致大量的局部致痛物质(前列腺素、血清素、组织胺、缓激肽、P物质及花生四烯酸的衍生物等)释放,引起血管舒张和通透性增高炎症反应,同时也刺激肛门括约肌,使之不断收缩、痉挛,产生疼痛。因此需寻找其他的治疗方法。

3.3 美辛唑酮红古豆醇酯栓由脂肪性基质制成,每粒含红古豆醇酯 5 mg、吲哚美辛 75 mg、呋喃唑酮 100 mg,栓剂表面光滑,对组织摩擦力小,塞入直肠后溶化能起润滑保护创面作用。红古豆醇酯有中枢镇静作用和外周抗胆碱作用,其活性较阿托品弱,但抑制胃肠道蠕动和胃液分泌的作用相对较强。另尚有扩张外周血管、增加冠脉流量及一定的平喘作用,用于各种疾病所致痉挛性疼痛,对肛肠疾病术后所致痉挛性疼痛有极佳疗效^[6]。梁瑞^[7]报道美辛唑酮栓通过对环氧合酶的抑制而减少前列腺素合成,制止炎症组织痛觉神经冲动形成,而抑制炎症反应。因此美辛唑酮应用于混合痔Ⅲ期外剥内扎术后,可

减少相关并发症的发生,从而达到理想的治疗效果。

3.4 本研究表明,外剥内扎术是混合痔Ⅲ期最好的手术方式,并且美辛唑酮栓塞肛溶化后在创面局部形成一层防护层,局部镇痛效果明显,药物直接作用于患部,有抑菌、消肿、收敛、止痛的作用,并能减轻尿潴留的发生,有利于创口愈合和症状的缓解及消失。解决了术后镇痛、恢复时间长、并发症多等问题,值得临床推广使用。

参考文献

- 姜兴文. 外剥内扎加内痔注射齿线保留术治疗混合痔 87 例临床分析[J]. 实用临床医学, 2012, 13(1): 63-64.
- 刘纪锋, 姚健, 王顺和, 等. 外剥内扎术联合内括约肌部分切断术治疗环状混合痔的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(18): 1985-1986.
- 王忱, 侯学忠, 赵东旭, 等. 吻合器痔上黏膜环切钉合术联合外剥内扎术治疗老年环形混合痔疗效观察[J]. 中国全科医学, 2012, 15(3B): 923-924.
- 何剑平, 张锡滔, 占东, 等. 改良 PPH 术与外剥内扎术治疗环状混合痔疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(1): 45-48.
- 董育京, 孟秀琼. 外剥内扎术加消痔灵注射治疗混合痔 76 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2001, 10(7): 663.
- 单剑锋, 刘纪炎. 痔术后运用美辛唑酮栓的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(24): 4216.
- 梁瑞, 卢翔, 李战宁, 等. 美辛唑酮、高锰酸钾及硫酸镁在肛门疾病围手术期的应用[J]. 陕西医学杂志, 2007, 36(2): 228.

[收稿日期 2013-06-17][本文编辑 黄晓红 韦颖]

博硕论坛·论著

中性粒细胞和淋巴细胞与鼻咽癌口腔黏膜炎及肿瘤消退率的关联性分析

翁敬锦, 司勇锋, 覃扬达, 张政, 何宁, 孙金杰, 陆锦龙, 江河, 王勇利

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院耳鼻咽喉头颈肿瘤科
 作者简介: 翁敬锦(1983-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 鼻咽癌放射损伤的防治。E-mail: wengjingjin@163.com
 通讯作者: 司勇锋(1957-), 男, 大学本科, 主任医师, 研究方向: 鼻咽癌的临床研究。E-mail: syfklxf@126.com

[摘要] **目的** 探讨鼻咽癌患者中性粒细胞(NEUT)、淋巴细胞计数(LY)与鼻咽癌放射性口腔黏膜炎程度和肿瘤消退率之间的关系以及放疗前后的动态变化规律。**方法** 选择首诊鼻咽癌患者 68 例为实验对象(观察组), 采集入院时、放疗后第 2、3、4、5、6、7 周以及放疗结束、放疗后 3 个月患者血清标本, 采用全自动血细胞分析仪分别检测患者外周血白细胞(WBC)、NEUT 和中性粒细胞比例(NEUTR)、LY 和淋巴细胞比例(LYR)、中性粒细胞和淋巴细胞比例(NLR); 另同期选择 40 名健康者作对照(对照组)。**结果** 鼻咽癌患者 WBC、NEUT、NEUTR、LY、LYR 及 NLR 与对照组比较差异无统计学意义(P 均 >0.05); 治疗后 NEUTR 和 NLR

明显高于治疗前(P 均 <0.01);治疗后 WBC、LY、LYR 明显下降(P 均 <0.01)。放疗后第3、4、5、6、7周、放疗结束时及放疗后3个月患者的 NEUTR 均与同期口腔黏膜炎分级有关(P 均 <0.05)。治疗前后 LYR 变化与放疗结束时肿瘤消退率有关($P=0.048$)。治疗期间口腔黏膜损伤程度与治疗结束时疗效有关($P=0.012$)。**结论** 治疗期间监测中性粒细胞比例有助于判断放射性口腔黏膜损伤程度。治疗期间定期评价放射性口腔黏膜损伤程度,有助于预测肿瘤的近期疗效。

[关键词] 放射性口腔黏膜炎; 鼻咽癌; 中性粒细胞比例; 肿瘤消退率

[中图分类号] R 739.6 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2014)01-0022-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.08

Relationship among neutrophils, lymphocytes, oral mucositis and tumor regression rate in patients with nasopharyngeal carcinoma: a prospective study WENG Jing-jin, SI Yong-feng, QIN Yang-da, et al. Department of Otolaryngology Head and Neck Oncology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To investigate the relationship among neutrophils (NEUT), lymphocyte count (LY), radiation-induced oral mucositis and tumor regression rate in patients with nasopharyngeal carcinoma, as well as the dynamic changes before and after treatment. **Methods** Sixty-eight patients with nasopharyngeal carcinoma first diagnosed as experimental group, serum samples were collected at admission, two weeks, three weeks, four weeks, five weeks, six weeks, seven weeks after radiotherapy, the end of radiotherapy, 3 months after radiotherapy. Automatic blood cell analyzer was used to detect leukocytes (WBC), NEUT and neutrophil proportion (NEUTR), LY and lymphocyte proportion (LYR), proportion of neutrophils and lymphocytes (NLR), and 40 healthy people were enrolled in control group. **Results** WBC, NEUT, NEUTR, LY, LYR and NLR did not show significant difference between NPC patients and healthy people (all $P > 0.05$). NEUTR and NLR after treatment were significantly higher than before treatment (all $P < 0.01$); WBC, LY, LYR after treatment were decreased significantly (all $P < 0.01$). NEUTR was correlated with the degree of oral mucositis during the same period at 3,4,5,6,7 weeks, the end of radiotherapy and 3 months after radiotherapy (all $P < 0.05$). The changes in LYR was correlated with tumor regression rate ($P = 0.048$). The degree of oral mucosal injury was correlated with tumor regression rate at the end of radiotherapy ($P = 0.012$). **Conclusion** Monitoring the proportion of neutrophils can help judge the degree of radiation-induced oral mucosal injury during treatment. Periodic evaluation of radiation-induced oral mucosal injury during the treatment could help to predict short-term effect of NPC.

[Key words] Radiation-induced oral mucositis; Nasopharyngeal carcinoma; Proportion of neutrophils; Tumor regression rate

鼻咽癌是我国南方常见的恶性肿瘤^[1],放射治疗目前仍是鼻咽癌主要的治疗手段,随着放射剂量的增加,口腔黏膜放射损伤发生率几乎达100%^[2],严重影响患者生活质量。研究发现中性粒细胞和淋巴细胞比例(NLR)与肿瘤的预后有关^[3],这为预测肿瘤疗效提供一种经济实用的方法。研究还发现,头颈癌患者接受西妥昔单抗治疗的患者其皮疹的发生率被证实与患者疗效明显相关^[4],因此我们推断患者口腔黏膜炎程度可能也与疗效相关。本研究通过检测鼻咽癌患者治疗期间及治疗后3个月患者外周血白细胞计数(WBC)、中性粒细胞计数和比例(NEUT, NEUTR)、淋巴细胞计数和比例(LY, LYR), NLR的变化,同时计算患者NLR,旨在探讨其与患者放射性口腔黏膜炎和疗效的关系,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012-05~2013-05我科收治的首诊鼻咽未分化非角化性癌患者68例(观察组),其中男46例,女22例,年龄15~75岁,中位年龄47岁;无远处转移,卡氏评分 ≥ 80 分;临床分期采用国际抗癌联盟(UICC)2010年修订的分期标准,其中I期5例,II期15例,III期25例,IV期23例。另同期选择我院门诊健康体检者40名作对照(对照组),其中男24例,女16例,年龄18~68岁,中位年龄48岁。两组在性别和年龄方面比较差异无统计学意义(P 均 >0.05),具有可比性。

1.2 放射治疗 全组患者均接受调强放射治疗,鼻咽肿瘤(GTVnx)和颈部转移淋巴结(GTVnd)处方剂量为69~72 Gy;32次。

1.3 化疗方案 (1)顺铂30~40 mg/m²,静脉滴注

第 1 ~ 3 天;氟尿嘧啶 2 000 mg/m²,持续 120 h 泵入;每 21 d 为 1 个疗程,连用 2 ~ 3 个疗程。(2)奈达铂 80 ~ 100 mg/m²,第 1 天;氟尿嘧啶 2 000 mg/m²,持续 120 h 泵入;每 21 d 为 1 个疗程,连用 2 ~ 3 个疗程。

1.4 标本收集 观察组分别于入院时、放疗后第 2、3、4、5、6、7 周以及放疗结束时、放疗后 3 个月患者清晨空腹抽取静脉血 2 ml。对照组清晨空腹采集静脉血 2 ml。上述标本当日离心分离血清,置于 - 80 ℃ 冰箱保存待测。

1.5 检测方法 应用日本 sysmex 公司全自动血细胞分析仪检测,操作严格按操作说明书进行。

1.6 疗效评价标准 按 WHO 放射性口腔黏膜反应标准和肿瘤疗效评价标准^[5]将口腔黏膜反应分

为 0 ~ 4 级,鼻咽癌的肿瘤消退率分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、稳定 (SD)、进展 (PD),以 CR + PR 为有效。

1.7 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析,正态分布的计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两样本均数比较采用 *t* 检验,偏态资料用中位数 ± 四分位数间距表示,组间比较采用秩和检验,计数资料以百分率表示,组间比较和关联性分析采用 χ^2 检验,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 WBC 及分类比较 两组 WBC 及 NEUT、NEUTR、LY、LYR 和 NLR 分类比较差异无统计学意义 (*P* 均 > 0.05)。见表 1。

表 1 两组 WBC 及分类比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	WBC(× 10 ⁹ /L)	NEUT(× 10 ⁹ /L)	NEUTR(%)	LY(× 10 ⁹ /L)	LYR(%)	NLR
观察组	68	6.743 ± 1.729	4.108 ± 1.465	0.602 ± 0.107	1.826 ± 0.565	0.278 ± 0.079	2.447 ± 1.170
对照组	40	6.501 ± 1.947	4.091 ± 1.333	0.621 ± 0.090	1.697 ± 0.668	0.254 ± 0.074	2.695 ± 1.193
<i>t</i>	-	0.669	0.063	-0.938	1.072	1.622	-1.056
<i>P</i>	-	0.505	0.950	0.351	0.286	0.108	0.293

2.2 观察组治疗前后 WBC 及分类变化比较 68 例鼻咽癌患者治疗前后 NEUT 比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05);治疗后 NEUTR 和 NLR 明显升高,与

治疗前比较,差异有统计学意义 (*P* 均 < 0.01);治疗后 WBC、LY、LYR 明显下降,与治疗前比较,差异有统计学意义 (*P* 均 < 0.01)。见表 2。

表 2 观察组治疗前后 WBC 及分类变化比较 [$\bar{x} \pm s$], *n* = 68]

时 点	WBC(× 10 ⁹ /L)	NEUT(× 10 ⁹ /L)	NEUTR(%)	LY(× 10 ⁹ /L)	LYR(%)	NLR
治疗前	6.743 ± 1.729	4.108 ± 1.464	0.602 ± 0.107	1.826 ± 0.565	0.278 ± 0.079	2.447 ± 1.170
治疗后	5.114 ± 2.407	3.899 ± 2.351	0.741 ± 0.101	0.694 ± 0.271	0.150 ± 0.062	6.457 ± 4.707
<i>t</i>	4.668	0.653	-9.369	15.087	11.218	-7.136
<i>P</i>	0.000	0.516	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 不同治疗方式 WBC 及分类变化比较 单纯放疗组和放化疗组治疗前后 WBC、NEUT、NEUTR、LY、

LYR 及 NLR 变化差异无统计学意义 (*P* 均 > 0.05)。见表 3。

表 3 不同治疗方式 WBC 及分类变化比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	WBC(× 10 ⁹ /L) 疗前-疗后	NEUT(× 10 ⁹ /L) 疗前-疗后	NEUTR(%) 疗前-疗后	LY(× 10 ⁹ /L) 疗前-疗后	LYR(%) 疗前-疗后	NLR 疗前-疗后
单纯放疗组	22	2.091 ± 1.875	0.602 ± 1.343	-0.140 ± 0.092	1.089 ± 0.491	0.121 ± 0.079	-3.490 ± 2.821
放化疗组	46	1.391 ± 3.296	0.021 ± 3.065	-0.139 ± 0.135	1.152 ± 0.675	0.132 ± 0.102	-4.258 ± 5.296
<i>t</i>	-	0.924	1.086	-0.048	-0.390	-0.465	0.637
<i>P</i>	-	0.359	0.281	0.962	0.698	0.643	0.527

2.4 不同治疗方式放射性口腔黏膜炎的发生率比较 单纯放疗组和放化疗组治疗结束时总的口腔黏膜炎分级中位评分为 12.5 分和 13 分,差异无统计

学意义 (*P* > 0.05)。单纯放疗组和放化疗组治疗期间重度黏膜炎 (3 ~ 4 级) 发生率分别为 59.09% (13/22) 和 82.61% (38/46), 差异有统计学意义 ($\chi^2 =$

4.389, $P=0.036$ 。

2.5 WBC及分类与放射性口腔黏膜炎关系 放疗后第2周 NEUTR 与第2周的口腔黏膜炎程度无关 ($P>0.05$); 放疗后第3、4、5、6、7周, 治疗结束时以及治疗后3个月的 NEUTR 均与同时期的口腔黏膜炎程度相关 (P 均 <0.05); 治疗后 WBC、NEUT、LY、LYR 及 NLR 均与同时期的口腔黏膜炎程度无关 (P 均 >0.05)。

2.6 WBC及分类与肿瘤消退率的关系 治疗前和治疗后 WBC、NEUT、NEUTR、LY、LYR、NLR 与肿瘤消退率无关 (P 均 >0.05)。治疗前后 WBC、NEUT、NEUTR、LY、NLR 变化亦与肿瘤消退率无关 (P 均 >0.05)。治疗前后 LYR 变化与放疗结束时肿瘤消退率有关联 ($P=0.048$)。淋巴细胞比例中位下降率 CR 组(51例)为 48.78%, PR 组(13例)为 29.91%, SD+PD 组(4例)为 28.92%。

2.7 口腔黏膜炎与肿瘤消退率的关系 本组患者治疗结束时, CR 51例, PR 13例, SD 1例, PD 3例; 将治疗期间各个监测时点的口腔黏膜炎分级汇总, 结果显示 CR 组、PR 组、SD 组和 PD 组中位数分别为 14、12、10 和 9, 差异有统计学意义 ($P=0.012$)。

3 讨论

3.1 目前众多研究证实, 细菌感染时患者外周血中性粒细胞计数和比例增高, 其机制为: 当致病菌进入机体后, 在其趋化因子作用下, 使吞噬细胞入血, 向感染部位移行集中^[6]。既往对放射性口腔黏膜炎的微生物研究表明, 放射性黏膜炎患者较少合并细菌感染^[7]。我们前期的研究亦得出类似结果^[8], 不过我们在总结疗效中发现, 使用抗生素后患者其放射性黏膜炎分级下降。Schmidberger 等^[9]对放射性口腔黏膜炎患者的口腔唾液进行细胞学研究, 结果发现中性粒细胞比例较治疗前明显升高。有关放射性黏膜炎与外周血白细胞的关系研究临床报道较少, McCarthy 等^[10]学者的研究证实治疗前白细胞低水平与放化疗引起的口腔黏膜炎有关。本研究发现治疗前的白细胞、中性粒细胞以及淋巴细胞水平均与放化疗引起的口腔黏膜炎无关, 但放疗后第3、4、5、6、7周、治疗结束时以及治疗后3个月患者的中性粒细胞比例均与同时期的口腔黏膜炎程度有关。这种关联性不仅体现在 22 例单纯放疗患者当中, 46 例接受放化疗的患者亦显示这种趋势, 基于对放射性口腔黏膜炎分级标准的认识, 我们推断放射性口腔黏膜炎范围越大, 疼痛越重, 向外周血中释放炎症介质越多, 从而导致中性粒细胞比例上调。

3.2 NLR 被证实与多种肿瘤的预后有关, 研究发现 NLR 越高, 预后越差^[3,11]。本组资料未发现 NLR 与肿瘤疗效有关联, 但不除外与随访时间较短有关。本研究发现, LYR 变化率与治疗结束时肿瘤消退率有关, LYR 明显下降的患者其肿瘤消退率优于 LYR 轻微下降和 LYR 上升者, 但其未能预测治疗后3个月的疗效; 这与 Huang 等^[12]报道不同, 他们认为治疗后淋巴细胞下降是预后不良的因素之一。Leffers 等^[13]对淋巴细胞分类, 并结合患者预后分析, 结果显示, 机体抗肿瘤的淋巴细胞主要为 T 淋巴细胞。本组患者仅测量外周血总的淋巴细胞计数, 未做分类, 基于此, 我们认为 LYR 与肿瘤疗效的关系需要进一步分层研究证实。

3.3 迄今为止, 有关预测肿瘤消退率的临床指标较多, 如 T 分期、N 分期, 调强放疗。随着生物靶向药物的发展, 目前较多证据证实接受靶向治疗的恶性肿瘤患者其皮疹的发生率、程度与肿瘤疗效有关^[4,14], 研究发现皮疹越重, 疗效越好。我们在本研究中发现, 治疗期间口腔黏膜炎越重, 肿瘤消退率越好。有学者^[15]研究炎症与肿瘤的关系时发现, 抗肿瘤治疗引起的炎症可增强树突状细胞抗原呈递功能和刺激机体产生抗肿瘤的细胞因子; Chiringhelli 等^[16]研究证实炎症可导致肿瘤细胞的坏死。我们认为黏膜炎与肿瘤消退率的关系可能涉及多种机制, 但目前还未明了。

3.4 本研究发现, 中性粒细胞比例可作为一种客观评价放射性口腔黏膜炎程度的指标之一, 一定程度上弥补当前口腔黏膜炎主观分级的不足, 由于可通过血细胞分析仪的测定, 有较好的实用性, 至于与其他放射性黏膜炎分级标准是否有关, 有待进一步研究。治疗期间定期评价放射性口腔黏膜损伤程度, 有助于预测肿瘤的近期疗效, 这可能有助于患者治疗的连续进行。

参考文献

- 1 Shao JY, Wang HY, Huang XM, et al. Genome-wide allelotyping analysis of sporadic primary nasopharyngeal carcinoma from southern China [J]. *Int J Oncol*, 2000, 17(6): 1267-1275.
- 2 Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical recommendations [J]. *Ann Oncol*, 2009, 20(suppl 4): 174-177.
- 3 Cedrés S, Torrejon D, Martínez A, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio (NLR) as an indicator of poor prognosis in stage IV non-small cell lung cancer [J]. *Clin Transl Oncol*, 2012, 14(11): 864-869.
- 4 Lee Y, Shim HS, Park MS, et al. High EGFR gene copy number and skin rash as predictive markers for EGFR tyrosine kinase inhibi-

tors in patients with advanced squamous cell lung carcinoma[J]. Clin Cancer Res, 2012, 18(6): 1760-1768.

5 Miller AB, Hoogstraten B, Staquet M, et al. Reporting results of cancer treatment[J]. Cancer, 1981, 47(1): 207-214.

6 Sjöstedt A, Conlan JW, North RJ. Neutrophils are critical for host defense against primary infection with the facultative intracellular bacterium *Francisella tularensis* in mice and participate in defense against reinfection[J]. Infect Immun, 1994, 62(7): 2779-2783.

7 Ciuraru NB, Braunstein R, Sulkes A, et al. The influence of mucositis on oral thermometry: when fever may not reflect infection[J]. Clin Infect Dis, 2008, 46(12): 1859-1863.

8 周日晶, 司勇锋, 李冰, 等. 严重放射性口咽黏膜反应 58 例咽拭子细菌培养分析[J]. 广西医学, 2006, 28(12): 1973-1974.

9 Schmidberger H, Rave-Fränk M, Kim S, et al. Radiation-induced mucositis and neutrophil granulocytes in oral mucosa[J]. Strahlenther Onkol, 2003, 179(10): 667-672.

10 McCarthy GM, Awde JD, Ghandi H, et al. Risk factors associated with mucositis in cancer patients receiving 5-fluorouracil[J]. Oral Oncol, 1998, 34(6): 484-490.

11 He JR, Shen GP, Ren ZF, et al. Pretreatment levels of peripheral neutrophils and lymphocytes as independent prognostic factors in patients with nasopharyngeal carcinoma[J]. Head Neck, 2012, 34(12): 1769-1776.

12 Huang JJ, Jiang WQ, Lin TY, et al. Absolute lymphocyte count is a novel prognostic indicator in extranodal natural killer/T-cell lymphoma, nasal type[J]. Ann Oncol, 2011, 22(1): 149-155.

13 Leffers N, Gooden MJ, de Jong RA, et al. Prognostic significance of tumor-infiltrating T-lymphocytes in primary and metastatic lesions of advanced stage ovarian cancer[J]. Cancer Immunol Immunother, 2009, 58(3): 449-459.

14 Sugiura Y, Nemoto E, Kawai O, et al. Skin rash by gefitinib is a sign of favorable outcomes for patients of advanced lung adenocarcinoma in Japanese patients[J]. Springerplus, 2013, 2(1): 22.

15 Apetoh L, Ghiringhelli F, Tesniere A, et al. The interaction between HMGB1 and TLR4 dictates the outcome of anticancer chemotherapy and radiotherapy[J]. Immunol Rev, 2007, 220(1): 47-59.

16 Ghiringhelli F, Apetoh L, Tesniere A, et al. Activation of the NLRP3 inflammasome in dendritic cells induces IL-1 beta-dependent adaptive immunity against tumors[J]. Nat Med, 2009, 15(10): 1170-1178.

[收稿日期 2013-08-30][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

博硕论坛·论著

肝硬化腹水合并脐疝嵌顿的外科治疗

张春礼, 许慧, 李影, 孙德利, 王红山, 余江涛

作者单位: 450003 河南, 郑州人民医院普通外科

作者简介: 张春礼(1979-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 胃肠外科、疝和腹壁外科疾病的诊治。E-mail: justzhang@126.com

通讯作者: 孙德利(1961-), 男, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 疝和腹壁外科、胃肠外科的临床研究。E-mail: delisun123@163.com

[摘要] 目的 总结肝硬化腹水合并脐疝嵌顿的手术治疗经验。方法 回顾性分析 2007-07~2012-07 郑州人民医院普通外科收治的 17 例肝硬化腹水合并脐疝嵌顿的病例资料。结果 全组 17 例肝硬化腹水合并脐疝嵌顿的患者均行手术治疗, 其中 15 例行脐疝嵌顿疝松解及无张力修补术, 2 例行部分小肠切除术合并脐疝修补术。术后均恢复良好, 无切口感染。结论 肝硬化腹水合并脐疝嵌顿急诊手术治疗应尽早, 可根据不同情况选择无张力疝修补术或疝修补术, 围手术期应进行合理的综合治疗。

[关键词] 肝硬化腹水; 脐疝; 手术治疗

[中图分类号] R 605 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)01-0026-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.01.09

The surgical treatment of incarcerated umbilical hernia in the patients with cirrhotic ascites ZHANG Chun-li, XU Hui, LI Ying, et al. Department of General Surgery, the People's Hospital of Zhengzhou, Henan 450003, China

[Abstract] **Objective** To summarize the experience of surgical treatment of incarcerated umbilical hernia in the patients with cirrhotic ascites. **Methods** Clinical data of 17 patients with cirrhotic ascites, who had undergone incarcerated umbilical hernia and received emergent operation in the people's hospital of Zhengzhou from July 2007 ~