维普资讯 http://www.cqvip.com

转/分离心 10 分钟，弃上清液重复洗涤一次留 0.5 毫升再加入 0.5 毫升培养液摇匀备用。对死精过多者在加入培养液后先 500 转/分离心 10 分钟，置 37℃水浴箱 30 分钟，使活精子上游，将上层液体移入另一离心管 1500 转/分离心，操作同上。

四、B 超监测

从月经周期第 8～10 天开始 B 超监测卵泡发育，至卵泡消失或缩小出现排卵症状为止。

五、宫腔内人工授精

在无菌操作下，将输卵管导管插入子宫颈内口之上，注入精子悬液，再用 1 毫升 1640 培养液冲洗导管一次，臀高位仰卧 30 分钟。

六、妊娠的判断

授精后第 12～14 天抽血查 HCG－β，其值＞3.1ng/ml，即认为生化妊娠，停经 5－6 周在 B 超下见胚囊时，为临床妊娠。

结　果

本组 27 例 196 个周期共妊娠 35 次。妊娠率为 17.86%；流产 11 次。分娩 24 例，其中男婴 16 例，女婴 8 例。

讨　论

一、关于精液洗涤术的应用

Dimarzo 等于 1986 年提出在女性输卵管通畅的情况下患者要求做输卵管配子移植术者可选用之[1]。万焕忠等亦应用于治疗不明原因的不育症。我们对少精、弱精、死精过多，活动率低、精液液化不良及精子宫颈粘液相溶性差者应用此法，只是对精子数少者采取浓缩的方法，减少了上游法精子的丢失，提高了宫腔精子的密度，有利于受孕。

二、授精时间的安排

王信心等提出以精子等卵子的原则，在排卵前 24 小时内授精一次[2]。我们采用在 B 超监测卵泡直径在 18～20mm 时开始每 48 小时授精一次，直至卵泡消失后再行一次。万焕忠等亦主张在排卵前后的 24 小时之内应各授精一次[3]。

三、下次月经来潮之前抽血查 HCG－β 能尽早测得生化妊娠，以利采取保胎措施。本组有 11 次妊娠流产，其中生化妊娠 4 次，早孕 4 次，中期妊娠（12～15 周）3 次，其中一例前三次妊娠都由于注意不够而流产；第四次妊娠加强保胎措施后足月分娩。

参 考 文 献

1. Dimarzo SJ. IuI with husband's washed sperm. Fetil Steril, 1986, 46(3): 470.
2. 王信心. 宫腔内人工授精的临床应用. 中华妇产科杂志, 1989, 24: 87.
3. 万焕忠. 洗涤精液宫腔内授精治疗原因不明的不育症 25 例. 中华妇产科杂志, 1992, 27: 106.

（收稿：1997－12－18）

42-43　心血　肛门　直肠　损伤　外科手术　20

小儿肛门直肠损伤手术治疗体会
（附 5 例报告）

治疗

R726.571

杨铁成*

小儿肛门直肠损伤临床较少见，我们自 1981 年至 1996 年间共收治 5 例，占同期外伤 0.2%。现结合病例报告和文献学习，将诊治体会进行报告。

临床资料

一、一般资料　本组男性 2 例、女性 3 例，年龄 2～9 岁。均为急诊住院，从受伤到手术时间最短半小

* 作者单位：114032　辽宁鞍山钢铁公司立山医院小儿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

时，最长 2 小时，平均住院日为 16 天。

二、致伤原因　刀刺伤 1 例，钢丝划伤 1 例，坠落伤 1 例，汽车撞伤 2 例。本组有 4 例为复合伤，分别伴有尿道、膀胱及骨盆骨折等，

三、损伤部位及表现　见附表。

附表　肛门直肠损伤分布及类型表

损伤部位	会阴、肛门裂伤	直肠损伤	肛门、直肠裂伤及其他
伤口表现	会阴至肛门齿状线有 3cm 裂伤，部分括约肌断裂	直肠粘膜有 2cm 裂伤深达肌层	肛门、直肠下端撕脱，外括约肌断裂，尿道部分及膀胱部份裂伤
例数	1	1	3
占%	20	20	60

四、治疗转归及随访　本组病例均经手术治疗。术式分别为会阴、肛门修补成形术，直肠修补和尿道膀胱修补术，未做结肠造瘘和骶前引流，结果术后有三例发生切口感染经换药及局部照烤治愈，随访一年间发现 2 例发生肛门狭窄后经二次手术和扩肛治愈，以后随访四年本组病例排便功能正常，生长发育良好。

讨论和体会

一、对小儿肛门直肠损伤的诊断　我们体会：小儿的肛门直肠损伤诊断一般不困难，只要发生会阴和肛门处的外伤，表现肛门流血或大便带血就可诊断。值得提出的是对一些高位的直肠损伤需做直肠指诊或借助直肠镜来确定损伤部位以及有无周围脏器的合并伤。由于肛门直肠区神经血管分布较为丰富，对疼痛较为敏感，加之小儿不能配合检查，这样反会增加检查的难度而且也容易发生损伤。克服的办法除要求医护人员耐心，动作轻柔，尽量得到小儿及其家属的配合外，对严重损伤者还需要麻醉师的协作，以保证检查顺利进行。检查时应充分了解肛门括约肌有无功能（是否断裂），直肠壁有无缺损和邻近脏器（尿道）有无损伤，特别要注意勿把粪便挤入直肠周围的间隙，努力减少对创口的污染。本组病例分别有外伤史，并且受伤的肛门直肠易于显露，不仅易于诊断而且方便治疗，在整个诊治过程中比较顺利。

二、对小儿肛门直肠损伤治疗的方法探讨

小儿肛门直肠损伤后，由于外伤和粪便的污染很容易发生切口感染甚至长期不愈形成病理性窦道、瘘等，所以采用粪便转流，骶前引流以及尽可能的直肠肛门修补成形手术一般被认为是比较合理的治疗方法。我们认为，做肠造瘘使粪便转流虽能有效地减少对创口的感染，利于愈合；做骶前引流可预防骶前和盆腔脓肿的发生，但这些会给小儿身心带来很大的痛苦和加重护理负担，所以只要无肠壁缺损、不伴有其他邻近脏器的损伤最好不做结肠造瘘和骶前引流，只要手术清创彻底，不遗留异物，修补缝合可靠，术后禁食时间稍长一些（6—8 天）采用静脉高价营养疗法和广谱抗菌素抗炎都可达到一期愈合。本组有三例曾发生切口感染，由于我们及时换药和局部照烤很快愈合。对个别损伤严重同时又伴有周围脏器损伤，特别是腹膜返折以上易发生盆、腹腔污染者还应做结肠造瘘和骶前引流为宜。

三、对小儿肛门直肠损伤术后随访体会

我们对本组病例分别进行了 1—4 年随访，发现 2 例因肛门括约肌损伤小儿在 1 年内发生肛门狭窄，皆为创口瘢痕牵缩引起，采用扩肛方法疗效不显，又分别进行“V”型切开成形手术，以后配合扩肛治疗好转。我们体会对肛门直肠损伤的小儿术后随访十分重要，随访是院外后续治疗的重要组成部分，通过随访可发现问题，及时处理防止严重的并发症，如由肛门狭窄而继发的巨结肠等发生。

参考文献

牛爱国，李振东，牟弦琴，等. 小儿直肠损伤. 全国小儿急腹症会议交流材料，1987.10.

（收稿：1997—12—18）