维普资讯 http://www.cqvip.com

出，术后 5 天会阴拆线，42 例均愈合，术后 42 天复查、3 个月随访，临床症状上治愈或好转（见表 2），术后半年均无症状

表 2 手术前后陈旧性会阴裂伤主要症状

症状	术前（例）	术后	
		42 天（例）	3 个月（例）
尿频、尿痛	38	3	0
尿失禁	11	0	0
大便失禁	5	0	0
性交痛	25		10
性功能障碍	16		6
生殖道感染	34	5	

三、讨论

1. 原因：42 例陈旧性会阴裂伤，其中 II 度裂伤 37 例，III 度裂伤 5 例，全部为乡或镇医院接生或旧法接生。本组病使中尿频、尿痛、生殖道感染达 80% 以上，性交痛、性功能障碍等亦占一定的比较，所有症状经手术治疗后均治愈或好转。由于盆底撕裂，肛提肌的两侧分离、未修补或修补时如未能将撕裂之筋膜层及肛提肌缝合好，会引起阴道前后壁膨出及子宫脱垂，女性自然防御机制丧失，生殖道感染率上升，盆底筋膜松弛，继发尿失禁及大便失禁。造成陈旧性会阴裂伤的原因为：①医疗卫生条件差，多数为边远山区，助产人员没有经过培训，旧法接生根本不保护会阴或接生技术不当造成。②胎儿娩出时会阴过伸展程度超过了生理限度，或者其过程太快，没能使会阴逐步进行生理性伸展而造成。

2. 会阴裂伤的诊断及处理：如果阴道有持续不断的鲜红色血液流出，子宫收缩良好，应考虑有软产道裂伤，及时修补是预防产后出血、感染及盆底组织松弛的有效方法。修补时要求组织对合整齐，恢复原解剖关系，妥善止血，预防感染。术后注意伤口护理，保持大便通畅，预防便秘，鼓励患者进行缩肛运动[1]。

3. 预防：①加强对基层妇幼保健人员的技术培训及孕产期保健知识宣教，分娩时应到医院分娩，杜绝无证接生，杜绝多胎生育。②指导产妇分娩时正确用力，防止胎儿娩出过快。③及时发现会阴、阴道异常，选择合适的分娩方式，如会阴异常瘢痕无弹性，估计会造成严重裂伤时，可选择剖宫产或作较大的会阴侧切。④提高接生技术，正确保护会阴。应在胎先露拨露使会阴后联合紧张时开始保护会阴，协助胎头俯屈，控制胎头娩出的速度，并上托会阴使之松弛，加强盆底的力量，但不要用手紧紧将会阴体压向胎头，这样反而阻碍会阴体随胎头逐渐娩出而进行的同步伸展，长时间压迫可使会阴体组织水肿、缺血，组织脆而容易撕裂。在宫缩间歇时应将保持会阴之手松开，避免组织缺血与水肿。接生人员应熟悉分娩机转，让胎儿以最小径线通过会阴。

总之，陈旧性会阴裂伤均不同程度地影响妇女的身心健康，严重的损伤可影响母体的正常生理功能，其下良后果有时终身难以纠治。性生活是人类高生活质量中不可缺少的一项要求，近年来，性教育已普遍深入群众，下再是羞惭难言之隐私。因此保护好生殖道，使之处于良好的功能状态，是近年来对妇产科医生的新要求。及时论断及处理软产道损伤，加强妇幼保健和计划生育技术服务机构和队伍的建设，大力开展人员培训，提高干部队伍素质，才能满足各种人群不断增长的生殖保健服务需求。

参 考 文 献

1. 苏应宽，田孝坤，江森，主编. 子宫脱垂与尿瘘. 北京：人民卫生出版社，1984. 49 - 148.
2. 苏应宽，刘新民，主编. 妇产科手术学. 北京：人民卫生出版社，1994, 216 - 225.
3. 谷祖善，赵 霞. 陈旧性产道损伤的防治. 实用妇产科杂志，1993, 9(5): 240.

（收稿：2001-05-24）

网塞填充式无张力疝修补术在复发性腹股沟疝的应用

张 伟* 李 平* 王 康* 郭志义*

作者自 1998 年 7 月 ~ 2001 年 2 月采用 Mesh Plug 定型产品行网塞填充式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 180 例次，其中复发性腹股沟疝 16 例次，均取得近期满意效果，现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料：本组 16 例均为复发性腹股沟斜疝，其中男性 15 例，女性 1 例，年龄 31 岁 ~ 80 岁，平均 59.4 岁，伴有心肺功能不全 3 例，前列腺肥大排尿困难 1 例，慢性便秘 1 例，其中 15 例为第一次复发，1 例为第二次复发；16 例次既往手术采用传统疝修补方法，1 例次为外院行网塞填充式无张力疝修补术后 7 天复发。

2. 麻醉及手术方法：本组全部采用持续性硬膜外麻醉，切口选用原手术切口，切除皮肤及皮下瘢痕组织，并切开腹外斜肌腱膜，分离粘连，尽量恢复原来解剖结构层次，寻找到疝囊，游离至高位，距内环口以远 4 cm 左右横断疝囊并封闭近端疝囊（若疝囊较小仅游离至高位），完全游离精索后用疝环锥形填充物 Perfix 将疝囊从内环口处内翻推回入腹，将网塞的叶瓣与

* 作者单位：610072 成都市四川省人民医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

内环处腹横筋膜或纤维瘢痕组织缝合6～8针，再将网片平坦置于精索后方，并与周围组织固定数针，最后按解剖结构层次缝合腹外斜肌腱膜，皮下及皮肤。

二 治疗结果

手术时间40～100 min，平均58.2 min，术后6～16 h开始进食，术后5～9 d出院，本组16例病人无切口感染、阴囊水肿、积血、积液等并发症，切口均1期愈合。术后随访1～15个月，无一例复发，随访率100%。

三、讨论

传统疝修补术其复发率不一，一般在10%～15%左右，再修补术后复发率则更高，可达20%～30%左右[1,2]。有关传统疝修补术后复发机理，Peacock[3]认为后天性腹股沟疝病人是因为胶元代谢缺陷导致了腹横肌或盆肌筋膜的病理性缺损。加之传统疝修补术为了加强腹壁、修复缺损，而将不同组织结构和解剖层次的两者强行缝合一起，其后果势必局部组织和缝线张力过高，可能产生组织撕裂、缝线断裂，最终导致腹壁再度缺损而复发。

复发性腹股沟疝因其可能存在的病理性缺损及既往手术对腹股沟管区域的破坏，如再采用传统方法修补，不可能很好地加强腹壁、修复缺损，恢复腹股沟管结构，加之修补后张力的存在，因而再复发率明显增高。而采用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝，因使用网塞填充疝环的形式修补缺损，其突入腹腔的部分有分散腹内压的作用，再用网片平整地放置于精索的后方以修补加强腹股沟后壁，且其网眼允许组织长入，并富有弹性，从而真正达到修补缺损、加强薄弱区域的目的。因此其再复发率明显降低。Shulman[4]采用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝的再复发率仅为1.6%，明显低于传统手术的再复发率。本组16例复发性腹股沟疝病人经采用网塞填充式无张力疝修补术治疗后，随访1～15个月均无复发。因此，本文认为采用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝是目前最理想的术式。

复发疝的再手术由于正常解剖结构的改变，手术难度加大，本文认为应由有经验的医师施行。耐心细致地解剖分离，恢复确认原正常的解剖层次，找到疝囊是手术成功的关键。根据本组资料，运用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝应注意以下问题：①围手术期使用抗菌素，手术中尽量切除瘢痕及异物，预防切口感染；②找到疝囊后一定要游离疝囊至高位内环口处，以便腹腔外之疝囊能被完整内翻入腹腔；③网塞一定要放置准确、为保证网塞最佳形状、预留内翻的疝囊要够大，横断疝囊及缝合近端应距内环口4cm左右为佳，与内环口处缝要确切，针距应稍密，通常6～8针为宜；网片平整置于精索后勿皱褶并固定，仔细关闭补片让精索通过的裂隙；④尽量恢复解剖层次结构，逐层确切缝合。

参 考 文 献

1. Berliner S, Burson L, Katz P, et al. An anterior transversalis fascia repair for adult inguinal hernias. Am J Surg, 1978, 135(5): 633
2 Thieme ET. Recurrent inguinal hernia. Arch Surg, 1971, 103(2): 238.
3. Peacock EE. Internal reconstruction of the pelvic floor for recurrent groin hernia. Ann Surg, 1984, 200(3): 321.
4. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The "plug" repair of 1402 recurrent inguinal hernias 20-year experience. Arch Surg, 1990, 125(2): 265.

(收稿：2001-05-28)

门脉高压症巨脾切除术的体会

姚伯元* 刘荫虎* 张金泰*

门脉高压症手术治疗中行血管分流手术和/或贲门血管离断术意见虽尚未统一，但术中行脾切除适应症已明确、手术死亡率已明显降低，但广泛血管粘连性的巨脾切除仍相当困难、处理不当合并出血比较凶险。本文就22年以来本院行困难的脾切除的临床资料分析报告如下。

一、临床资料

1.一般情况：1978年6月至2000年6月，本院普外科手术治疗肝硬化所致门脉高压症486例，男353例；女233例。年龄26岁至67岁，平均年龄46岁。肝功能按照Child分级：A级253例，B级176例，C级479例。分流手术237例、断流术217例，分流加断流术18例，脾切除加冠状血管缝扎术14例，术中均行脾切除术，其中广泛粘连巨脾切除64例，其中脾后动脉小或固定43例，腹壁静脉曲张21例，叩诊脾区疼痛21例，脾稍大而质硬18例，B超显示脾增厚伴脾周围炎25例，CT示脾被膜增厚。螺旋CT示脾的血管明显迂曲增粗，后腹膜区血管开放性增粗119例。

2.方法：64例中选左上复直切口12例，左上腹"L"型切口48例，术中改为胸腹联合切口4例，术中探查确定脾周围广泛血管粘连后首先游离脾尾和脾蒂18例，术中行脾动脉结扎12例，术中开胸并切除部分膈肌2例，脾被膜内切除4例，术中出血量最多1200 ml，最少400 ml。

二、结果

* 作者单位：300120 天津市第二中心医院普外科