维普资讯 http://www.cqvip.com

各种终止妊娠方法与造影术检查结果，见表 2，一次性人工流产，药物流产，引产引起输卵管性不孕 88 例，占继发性不孕的 73.33%，原发性不孕中输卵管因素不孕 26 例，占 55.32%。

表 2 各种终止妊娠方法输卵管造影术检查结果

方式	例数	造影术结果		
		双侧阻塞，积液	单侧阻塞，积液	双侧通畅
正常分娩	12	2(16.6%)	4(33.3%)	6(50%)
引产术	13	3(23.08%)	6(46.15%)	4(30.77%)
药物流产	22	11(50%)	9(40.91%)	2(9.09%)
人工流产	73	49(67.12%)	21(28.77%)	3(4.11%)

三、讨论

1. 排除输卵管因素引起的不孕症是诊断女性不孕的必要检查步骤。输卵管通水是检查输卵管最常用、简单、方便的方法，在基层医院、卫生院是唯一的检查方法。但由于每个人操作时的判断不一样，特别是当双侧输卵管积液时，就出现明显差误，如表 1 中就可以看出输卵管通水感觉通畅者 39 人，造影发现 11 人双侧输卵管积液。造影术就可以避免这种误差，因其可清晰了解双输卵管的形态、阻塞部位，为进一步治疗提供依据，尤其是输卵管积液确诊后可在腹腔镜下行输卵管粘连松解、造口术，并可在分离粘连时恢复子宫、卵巢、输卵管的正常形态，去除卵巢与输卵管间的薄膜状结构，卵巢表面薄膜包裹，有利于伞端捕捉卵细胞，多点刺破多囊卵巢内大量囊性化的卵泡使体内的 LH/FSH、T、E 接近正常水平，恢复正常的月经调节机制，使大部分患者恢复排卵功能，而妊娠。由于我国腹腔镜手术基本接近或达到国际先进水平，并有很多优点[1]，因此易被病人接受。故建议基层医院在检查输卵管因素引起不孕症时，尽量做造影术，以免延误治疗。

2. 有报告[2]自流产后第二天，宫腔杀菌力开始被破坏，流产后 3 d ~ 4 d 致病菌排出量明显增多，常为葡萄球菌和大肠杆菌，如术前生殖道有炎症未治疗，经手术干扰而引起急性扩散，加上不注意无菌操作和手术后个人卫生或药流流血时间长，人流不全，更容易引起盆腔、宫腔感染粘连，使输卵管管道狭窄、阻塞，造成不孕。此外吸、刮宫深度不易掌握，易损伤子宫内膜基底层，引起宫腔粘连，子宫内膜异位症等一系列病理过程，也可引起输卵管粘连、阻塞。有文献报道人流引起输卵管阻塞占 95.89%，一次人为终止妊娠引起输卵管阻塞占继发性不孕 73.33%[3]。故未产妇行人工流产有一定不安全性，因此必须做好避孕措施，避孕失败要终止妊娠时也要到条件好的医院、术后一定要按医生的嘱咐做好个人卫生，以免造成终生的遗憾

参 考 文 献

1 刘 彦. 实用妇科腹腔镜手术学. 北京：科学技术文献出版社，1999，119.
2. 张罗兰，译. 人工流产手术对妇女机体及其功能恢复的影响. 国外医学计划生育分册，1983，2：165.
3 陈锡玲. 未产妇人工流产致输卵管梗阻性不孕 288 例临床分析. 中国实用妇科与产科杂志，1999，15：40.

（收稿：2001-05-08）

小切口胆囊切除术的切口改进

刘燕乐* 曾义兵*

作者从 1996 年开始尝试作小切口胆囊切除术（mirulaparotomy cholecnystectomy MC）。起初仅选择体形瘦的病人，随着手术经验的积累，逐渐放宽了体形的选择。对体格健壮或肥胖的病人也施行 MC。经过手术实践体会到，MC 的难点之一是切口小，尤其是遇到体格健壮和肥胖的病人时，由于手术野深、暴露困难，操作难度增加，切口小这一难点就更为突出。为了改善这个难题，本文在一组 MC 时，将切口作了改进。从而降低了 MC 手术的难度并取得了一定的临床效果。现报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组对 50 例患胆囊疾病的患者用切口改进的方法施行了 MC，其中慢性结石性胆囊炎 37 例，慢性非结石性胆囊炎 4 例，胆囊息肉 9 例。男 14 例，女 36 例。年龄 18 ~ 59 岁，平均 41 岁。切口长度：4.5 ~ 7.0cm，平均 5.9cm 手术时间：25 ~ 80min，平均 52min。术后住院时间：3 ~ 6d，平均 4.6d，全组患者伤口一期愈合、全愈出院。

2. 切口的改进方法：为了改善 MC 在小切口条件下的手术显露，降低手术难度，将本组 MC 切口作了改进。常规取肋缘下斜切口，遇肥胖或体格健壮者，术前作 B 超定位有利于切口选择。在切开腹直肌前鞘及腹外斜肌腱膜后，沿腹外斜肌纤维方向将其内、外侧片腱膜各作外上、内下不在同一水平的平行切口，各长约 1.5 ~ 2.0cm（图 1，2），再钝性分离腹外斜肌深入其切口。

* 作者单位：610209 四川省成都市双流县中国科学院成都光电所医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

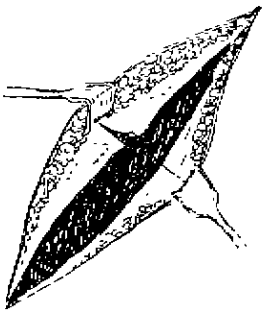


图1 原腹外斜肌腱膜切口，其切开方向与腹壁肋缘下斜切口垂直

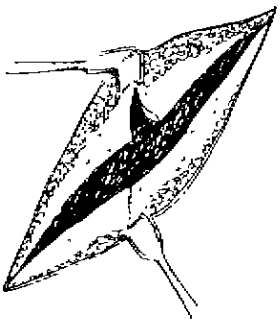


图2 改进后腹外斜肌腱膜切口，在切开腹直肌前鞘及腹外斜肌腱膜后，沿腹外斜肌纤维方向将其内、外侧片腱膜各作外上、内下不在同一水平的平行切口

二、结果和讨论

1. MC腹壁切口的特点和本组切口改进的优点：该术式在于开腹并用拉钩将肌肉拉开（如阑尾手术的"麦氏"切口），所以MC有微创的特点，而不是单纯地把传统的常规开腹胆囊切除术的切口缩小一点[1]。本组病例切口改进，由于在两侧腱膜上下作切口与腹外斜肌纤维方向一致，当钝性分离腹外斜肌对其腱膜张更为满意，使其更充分地满足腹壁小切口显地的要求，从而有利于该术式的显露和操作。

2. 关于MC的手术适应症：通过本组手术实践，本文认为MC的适应症相对局限。经过切口改进，使小切口条件下的显露和操作有了一定的改善。在施行MC时，在切口改进的基础上，配合带冷光源拉钩和钛夹钳的应用[2]，解决了该术式的显露、术野照明、深部结扎等手术基本问题，从而使MC的适应范围增加，如体格健壮和肥胖者也可以施行本术式。MC的适应症为：慢性结石性胆囊炎；慢性非结石性胆囊炎；胆囊息肉无恶变者。在此强调，术前必须经影象学明确上述诊断以明确MC的手术指征，下列情况不是MC的适应症：胆囊或胆管、肝门恶性病变者；并存胆总管结石或胆总管明显增粗，其直径＜1.2cm者；胰腺有病变者；再次胆道手术者。在施行MC术中发现胆囊与周围组织有严重粘连者，术者应延长切口，充分显露术野，分离粘连，对周围脏器进行仔细探查，对并存上述疾病的情况采取相应的处理措施。

参 考 文 献

1. 黄志强. 胆道外科的现状与未来. 中国实用外科杂志, 1999, 19(10): 17.
2. 刘燕乐, 曾义兵. 小切口胆囊切除术切口改进和特殊器械的应用. 四川医学, 2000, 11(21): 1003.

（收稿：2001-05-09）

陈旧性会阴裂伤42例临床分析

黄雅杰*

会阴裂伤是最常见的分娩并发症，几乎每例足月初产妇都会发生程度不同的会阴裂伤，由于不及时缝合及修补，严重影响妇女的正常功能和正常生活。及时正确地论断、处理和预防软产道损伤是围产保健中的重要环节之一，亦是提高产科质量的重要课题。本文对自1998年1月至2000年12月住院的陈旧性会阴裂伤42例进行分析，并对预防措施进行讨论。

一、临床资料

1. 一般情况：就诊时年龄29岁～68岁，平均32.8岁。分娩1胎8例，分娩2胎16例，分娩3胎14例，分娩4胎6例，平均产次2.5次。会阴陈旧性Ⅱ度裂伤37例，Ⅲ度裂伤5例，同时伴有子宫Ⅰ度脱垂10例、Ⅱ度脱垂5例，阴道前壁膨出[1]8例，患病年限1年～20年。

2. 临床主要表现：本组病例主要临床表现为尿频、尿痛、尿失禁、大便失禁、性交痛、性功能障碍、生殖道感染等（见表1）。

表1 主要临床表现

临床表现	例数	%
尿频尿痛	36	85.7
尿失禁	10	23.8
大便失禁	5	11.9
性交痛	25	59.5
性功能障碍	16	38.1
生殖道感染	34	80.2

3. 手术方法：单纯会阴修补术37例，Ⅲ度会阴裂伤修补术5例，阴道前壁膨出修补术8例，手术方法参考妇产科手术学[2]。

二、结果

术后留置尿管24 h～48 h，阴道放置几士林纱卷，24 h取

* 作者单位：533000 广西百色地区人民医院妇产科