?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

合适大小的聚乙稀醇泡沫塞子。从股动脉沿轨道钢丝插入塞子引入器，将塞子串到轨线上于引入器尾端将塞子顶入腹主动脉，然后用推顶导管将塞子沿轨线顶至未闭导管内，在X线左侧位监视下见塞子到位，反复推拉塞子不移动，听诊连续性杂音消失；退出轨道钢丝，重复主动脉造影，未见肺动脉同时显影，退出导管包扎，拍正侧位胸片。1月后复查胸片，超声心动图，见心影缩小，肺野清晰，肺动脉内连续性湍流频谱消失。

2 讨论

PDA是一种常见的先天性心脏大血管病变，其根治以往需开胸手术。自Porstman[1]报道用导管栓塞法堵塞PDA获成功以来，随着导管技术的日益成熟，使该技术得以推广应用[2,3]。该技术为PDA患者提供了一种创伤小，安全可靠，不需开胸即达根治目的新疗法。

关键词 动脉导管未闭；栓塞，治疗性

中图法分类号 R541.1

参考文献

1 Porstman W, Wierny L. Percutaneous transfemoral closure of the patent ductus arterious. An alternative of surgery. Semin Roentgenol, 1981, 16: 2

2 王永武，黄国长，顾旭东，等. 血流引导塞子到位法行动脉导管未闭堵闭术. 中华心血管病杂志，1993, 21(3): 158

3 刁绍先，王伟林，夏瑞金. 堵塞动脉导管未闭时塞子滑至肺动脉的处理经验. 中华心血管病杂志，1993, 21(3): 160

(收稿：1994-04-11；修回：1994-10-04)

巨大腹壁切口疝改良修补法——丝线四重缝合法

Modified repair method for large abdominal incisional hernias: silk thread four fold suture

郑乃国 马宏敏 赵德栋* (第三军医大学西南医院普通外科) 630038

腹壁切口疝较常见，其发生率占剖腹术的3%～10%[1]，修补法多达7种以上，但感染率和复发率均较高，其中巨大腹壁切口疝行修补术更困难，往往需用补片植入。作者自1986年至1993年8月试用丝线四重缝合修补法治疗巨大腹壁切口疝7例，近期效果满意，现介绍如下。

1 临床资料(见表1)

表1 7例巨大切口疝病例情况

病例	性别	年龄(岁)	体重(kg)	病因	疝大小(cm)	随防时间(月)
1	男	66	78	阑尾切除后切口裂开	12×12	87
2	女	60	65	胆囊切除术后	25×20	39
3	女	51	83	阑尾切除后切口疝，修补后复发	15×12	28
4	男	48	60	阑尾切除后切口感染，I期缝合	10×10	27
5	女	65	65	阑尾切除后切口感染形成切口疝，修补1年后复发	16×14	22
6	女	56	93	阑尾切除及腹腔引流术后	30×20	11
7	女	63	—	阑尾切除术后	30×25	7

2 结果

本组7例，均在7～9 d内拆除皮肤缝线，2周左右拆除减张缝线。除1例并发皮下脂肪液化轻度感染经换药治愈外，其余6例全部I期愈合。经随防7～87个月，全组7例均恢复良好，无1例疝复发。

3 手术方法

在硬膜外麻醉或全麻下常规消毒，铺巾，皮肤切口达疝囊后，分离疝囊至疝环，并适当分离其周围皮下组织。切开疝囊，分离与之粘连的内容物并还纳腹腔。再分离与疝环附近膜腔粘连的腹内脏器。检查无异常后，距疝环约1 cm许剪除多余的疝囊，彻底止血后按："丝线四重缝合法"修补缺损。①第1步：用10号或7号丝线减张缝合腹壁全层约4～6针，不结扎，备用。②第2步：用7号或10号丝线沿缺损纵轴方向距边缘约1.5～2 cm间断缝合除皮肤皮下组织外的腹壁全层并打结，余线不剪断备用。两侧各缝一排。③第3步：7号丝线全层外翻水平褥式缝合疝环，并结扎以闭合腹腔，剪去多余缝线。④第4步：4号丝线间断或水平褥式缝合外翻之疝环残端，结扎后剪去余线。⑤第5步：将第2步之两排备用线单根拉拢结扎，剪去余线。⑥冲洗伤口，彻底止血，酌情放置引流物及缝合皮下组织及皮肤。

* 重庆市沙坪坝区人民医院

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net