DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.06.046

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。

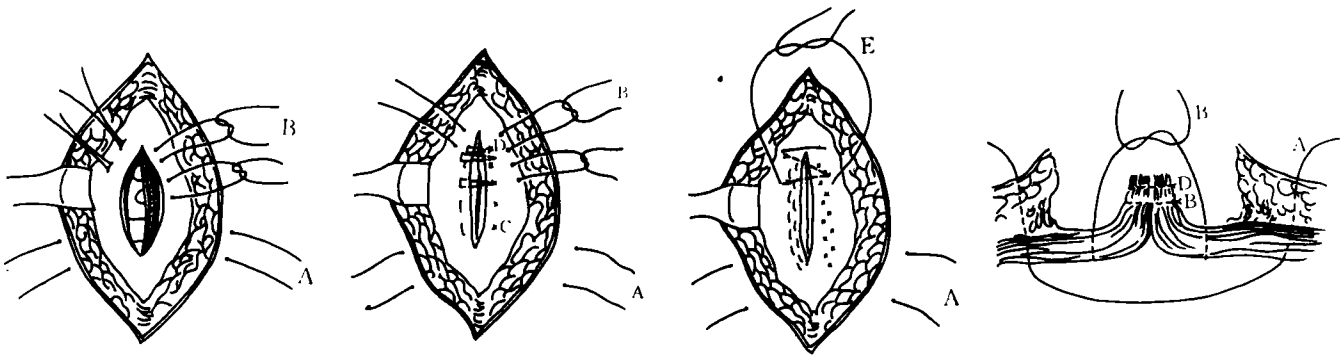
3 手术方法

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

⑦将第 1 步的减张缝线结扎，结束手术。因本法主要缝线有四重，故称丝线四重缝合修补法（如附图）。



附图　丝线四重缝合修补法

A. 减张缝线；B. 全层间断缝线；C. 水平外翻褥式缝线；D. 疝环残端间断或褥式缝线；E. 全层间断缝线相互结扎。

术后强调腹带使用可靠，床上活动 5～7 d，保持大小便通畅，避免突然剧烈增加腹内压力，其余常规治疗。

4　讨论

直径大于 10 cm 者谓之巨大腹壁切口疝[1]，由于切口感染或多次手术致神经肌肉及切口周围其它组织毁损萎缩，加上多数病人年高体弱，肥胖多病和长期内脏脱出扩大了腹壁缺损。部分病例缺损太大，手术时不能将疝环拉拢缝合，需要代用补片植入修补，如金属网，各种化纤网和筋膜或真皮等。但有造成排异物反应，伤口愈合障碍和瘘管形成等并发症的可能。复发率高达 50%[2]；而部分张力不高，疝环可拉拢常规直接修补病例，复发率亦较高，达 23%[1]；疝修补术总的复发率为 33%[3]。本组病例采用了丝线四重缝合法具有如下优点：①在距疝环边缘不同距离的 4 个断面上，将全层腹壁缝合 4 次较在 1 个断面上缝合一次，局部承受力大，故不易产生疝复发，是本术式的最大特点。②不用代用补片植入，没有异物刺激和排异物反应，从而减少伤口感染和切口疝复发率；同时也能减轻病人经济负担，未用筋膜等植入，又可免除病人身体多处创伤。③除第 1 步所缝之减张缝线之外，其余三重缝线均长期将组织纤维垂直捆扎在一起，减少了缝线自组织纤维间滑脱的可能性，增加了腹壁缺损处的抵抗力。④本法无需将融合在一起形成疝环的腹外斜肌、腹横肌和其筋膜等再分离开来，亦无需切除疝环，保留了坚实可靠的疝环组织，增大了该部的牢固性，又保留了该部的滋养血管。有利于伤口愈合。还可以减少组织创伤，简化步骤，省时省事。

本法适用于麻醉下疝环能拉拢缝合的巨大腹壁切口疝，也适用于小型腹壁切口疝。对缺损太大，疝环两侧边缘在麻醉下难于对合者不宜使用。

关键词　疝，腹/外科手术；缝合技术

中图法分类号　R656.24

参考文献

1　Validire J, Zmbaud P, Dutet D, et al. Large abdominal incisional hernias; repair by fascial approximation reinforced with a stainless steel mess. Br J Surg, 1986, 73: 8

2　袁才章，译. Reith HB, Kozuscbek W. 用皮肤成形治疗巨大腹壁疝的效果. 德国医学，1991，1：39

3　方德善，裘华德. 腹部外科再次手术. 上海：上海科学技术出版社，1989：306～309

（收稿：1994-03-24；修回：1994-10-18）

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