DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.03.013

技术与方法

一种有效而简便的输精管复通术

蒋克钧 严治林 巨生产

(第二附属医院 泌尿外科)

四川省从1971年至1984年已作输精管绝育术1200万余例，由于各种原因要求作输精管复通术者日益增多。本文介绍不用手术显微镜，输精管内不安放支架，而在放大镜下操作的一种有效而简便的输精管复通术。

手 术 方 法

手术在硬膜外或局麻下进行。切除输精管结扎部位的瘢痕组织及其附近的肉芽肿后，即可见到输精管睾丸端腔内溢出清亮或乳白色精液。取一小滴在显微镜下观察确定有无精子。然后用带有钝针头的注射器向精囊端输精管腔内注入3～5ml生理盐水以检查该段输精管是否通畅；或注入50%泛影葡胺6ml照一张输精管精囊X线片。

手术者和助手各戴上一副4～6倍放大眼镜，然后作输精管吻合术。在输精管两断端的鞘上先固定一针以使二者靠拢。然后用微型扩张器扩张精囊端输精管腔使其内径与睾丸端扩张的输精管腔相等。吻合3针(两针之间相距120°)或4针(3、6、9和12点各一针)已足够。不论缝3针或4针，粘膜对粘膜吻合最为重要。从后壁开始缝第一针，在输精管断端粘膜下进针，穿过浆肌层在断端边缘之上2mm处出针，打结后缝线即形成一等边三角形，其顶端位于两侧粘膜靠拢处，其底位于浆肌层之外(图1)。一般用7—0或8—0号尼龙线作吻合。吻合后再加固3～4针(仅穿过浆肌层的浅层)。要想看清楚输精管管壁的三层组织(粘膜、肌层和浆膜)，并做到粘膜对合良好和进针、出针的针距和边距绝对准确，就必须在放大镜下操作。输精管腔内不必放支架。或者为求输精管断端对位良好，吻合前先放一根2—0或3—0尼龙线在管腔内，待缝线打结时取出。

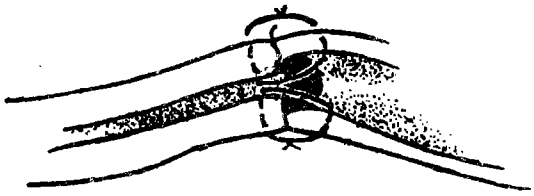


图1a 不正确的吻合法
图内黑色区表示两端粘膜间的粗糙面

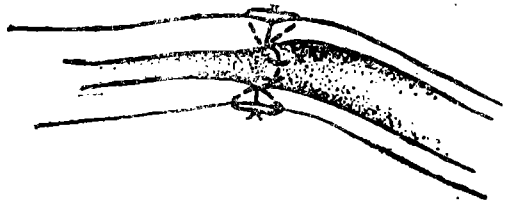


图1b 正确的吻合法
粘膜间无空隙，粘膜对粘膜对位良好

临 床 应 用 及 效 果

作者首先于1983年11月一个月内用本法试作了4例复通术，效果满意(见表例1至例4)。尤其是其中2例曾在其他医院用传统的手术方法作过输精管吻合术失败者。从1984年1月至12月又作了11例。除1例精液检查未见精子外，其余10例均有精子(见表)。无精子的一例(例10)系输精管结扎术后因患痛性结节而要求切除结节并作吻合术，手术中曾采取精液检查，未查见精子。

讨 论

输精管结扎术时，如果结扎的是输精管

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 15例输精管复通术后随访结果

病例	住院号	精液检查或爱人受孕情况	病例	住院号	精液检查或爱人受孕情况
1	60152	来信：术后妻足月产下一孩	9	68823	精子计数： 1×10^9/ml
2	60294	精子计数： 36×10^6/ml	10	39050	吻合一侧，精子计数：无精子
3	60333	〃〃〃〃 42×10^6/ml	11	68281	来信：有精子，爱人已怀孕四月
4	60630	〃〃〃〃 24×10^6/ml	12	69054	精子计数： 52×10^6/ml
5	60159	〃〃〃〃 2～8/HP	13	69148	〃〃〃〃 23×10^6/ml
6	62421	〃〃〃〃 14×10^6/ml	14	69605	来信：大量精子，不活动
7	62579	〃〃〃〃 101×10^6/m	15	69920	精子计数： 54×10^6/ml
8	65052	来信：未查精液，但妻已孕			

的直段，则复通术一般不难。本组15例中有13例均为结扎了直段，复通术效果较佳，与此有关。例1在其他医院作首次输精管吻合术时吻合部位较低，十分接近输精管的曲段，第二次吻合术时困难较多，能吻合成功已是幸事。

例11系输精管注射粘堵绝育术，术中发现右侧精囊端的输精管不通，左侧睾丸端的输精管不通。因此将右侧睾丸端与左侧精囊端输精管作了两侧交义吻合，结果获得成功。

作者认为本法可在基层医院推广。手术时用的放大眼镜售价便宜，而且携带方便。因此，为满足输精管绝育术后恢复生育力的要求，本法将受到欢迎。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net