



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2018.04.014  
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2018.04.014  
Chinese Journal of General Surgery, 2018, 27(4):488-493.

· 临床研究 ·

## T 型疝囊切开游离巨大斜疝疝囊在腹腔镜下经腹腔腹膜前疝修补术中的应用

周太成, 于洪燕, 马宁, 陈文豪, 江志鹏, 李英儒, 甘文昌, 侯泽辉, 陈双

(中山大学附属第六医院 胃肠、疝和腹壁外科; 广东省结直肠盆底疾病研究重点实验室, 广东 广州 510655)

### 摘 要

**目的:** 探讨 T 型切开疝囊在腹腔镜下经腹腔腹膜前疝修补术 (TAPP) 中游离斜疝巨大疝囊的临床效果。  
**方法:** 选择 2013 年 1 月—2016 年 1 月中山市附属第六医院收治并拟行腹腔镜下 TAPP 的 150 例符合入选标准的巨大腹股沟斜疝患者, 用电脑数字表法随机分为对照组 (76 例) 和研究组 (74 例), 对照组采用常规方法游离疝囊, 研究组采用 T 型切开疝囊, 并向两侧游离。比较两组的相关临床指标。

**结果:** 两组患者在年龄、体质量指数、发病时间、疝缺损大小等方面差异均无统计学意义 (均  $P>0.05$ )。与对照组比较, 研究组的平均疝囊游离时间 (8.3 min vs. 11.2 min)、平均术中出血量 (2.1 mL vs. 4.3 mL)、平均手术时间 (47.2 min vs. 51.3 min) 均明显减少 (均  $P<0.05$ ); 两组患者手术后均无复发及补片部位感染, 研究组术后血清肿发生率明显低于对照组 (2.6% vs. 8.1%,  $P=0.029$ ); 两组术后疼痛视觉模拟评分、住院时间及住院费用均无统计学差异 (均  $P>0.05$ )。

**结论:** 在 TAPP 巨大斜疝疝囊游离中采用 T 型疝囊切开, 能显著缩短游离及手术时间, 减少术中出血, 且不增加术后并发症的发生。

### 关键词

疝, 腹股沟; 疝修补术; 腹腔镜  
中图分类号: R656.2

## Application of T-shaped incision of the hernia sac for giant indirect hernia sac separation during transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair

ZHOU Taicheng, YU Hongyan, MA Ning, CHEN Wenhao, JIANG Zhipeng, LI Yingru, GAN Wenchang, HOU Zehui, CHEN Shuang

(Department of Gastrointestinal, Hernia and Abdominal Wall Surgery, the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University; Guangdong Provincial Key Laboratory of Colorectal and Pelvic Floor Diseases, Guangzhou 510655, China)

### Abstract

**Objective:** To investigate clinical efficacy of using T-shaped incision of the hernia sac for separation of the giant hernia sac during transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair.

**Methods:** One-hundred and fifty eligible patients with giant oblique inguinal hernia scheduled to undergo TAPP during January 2013 to January 2016 in the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University were enrolled.

基金项目: 广东省科技计划资助项目 (2017A020215036)。

收稿日期: 2017-10-23; 修订日期: 2018-03-20。

作者简介: 周太成, 中山大学附属第六医院副主任医师, 主要从事胃肠、疝和腹壁外科疾病的发生、诊断及微创治疗方面的研究。

通信作者: 陈双, Email: sysusc@126.com

Using a computer-generated random number table, the patients were randomly assigned to control group (76 cases) and study group (74 cases). Patients in control group underwent conventional separation of the hernia sac, and those in study group underwent T-shaped hernia sac incision and two directional dissection. The main clinical variables between the two groups were compared.

**Results:** There were no significant differences in age, body index mass, time of onset, and size of the hernia defect between the two groups (all  $P>0.05$ ). In study group compared with control group, the average time for hernia sac separation (8.3 min vs. 11.2 min), average intraoperative blood loss (2.1 mL vs. 4.3 mL), and average operative time (47.2 min vs. 51.3 min) were all significantly reduced (all  $P<0.05$ ). No postoperative recurrence or mesh infection occurred in either group. The incidence of postoperative seroma in study group was significantly lower than that in control group (2.6% vs. 8.1%,  $P=0.029$ ). The scores of visual analogue scale, length of hospital stay and hospitalization costs showed no significant difference between the two groups (all  $P>0.05$ ).

**Conclusion:** Using T-shaped incision of the hernia sac during TAPP separation of the giant hernia sac can effectively shorten the separation and operative time, and reduce the intraoperative blood loss, with no increase of incidence of postoperative complications.

**Key words** Hernia, Inguinal; Herniorrhaphy; Laparoscopes

**CLC number:** R656.2

腹腔镜下腹膜前疝修补术 (transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair, TAPP) 是腹股沟斜疝的重要手术治疗方式之一<sup>[1]</sup>。腹腔镜下游离巨大斜疝疝囊是TAPP手术的重点及难点<sup>[2]</sup>。近年笔者提出了TAPP手术的七步法,对规范TAPP手术操作起到了重要的作用<sup>[3]</sup>,但TAPP术中如何游离巨大疝囊仍未有统一的规范。这也导致了TAPP治疗巨大斜疝术中、术后的一些并发症,比如:输精管损伤、出血、术后血清肿等<sup>[4]</sup>。为了简化巨大斜疝疝囊游离的问题,笔者采用T型切开并游离疝囊,取得了不错的效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2013年1月—2016年1月中山六院胃肠疝和腹壁外科行腹腔镜下TAPP共150例巨大腹股沟斜疝患者符合标准、纳入研究。入选标准包括:成

年男性、单侧腹股沟巨大斜疝患者 (Gilbert分级III型疝,疝囊进入阴囊)。排除标准:(1)复发性疝;(2)女性;(3)急诊嵌顿、绞榨疝;(4)并发肝硬化、腹水、纤维病、脏器功能不全、营养不良等;(5)使用影响凝血功能的药物。随机数字表将患者分为对照组76例,研究组74例,两组年龄、性别、发病时间、BMI、疝缺损大小等一般情况均无统计学差异 (均 $P>0.05$ ) (表1)。

### 1.2 手术方法

两组均由同一组手术医生完成,采用TAPP七步法<sup>[3]</sup>进行,即第一步:建立手术气腹及套管;第二步:切开腹膜 (画眉毛);第三步:游离Retzius间隙和Bogros间隙 (造山头);第四步:分离疝囊 (拉山头、走山脊);第五步:精索去腹膜化和追平腹膜反折线;第六步:放置补片、缝合关闭腹膜;第七步:解除气腹及拔除套管。两组患者手术的区别主要在于疝囊的游离方法。

表1 两组一般情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Figure 1 Comparison of the general data between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	年龄 (岁)	发病时间 (月)	BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	缺损大小 ( $\text{cm}^2$ )
对照组	76	$57.6 \pm 0.6$	$26.1 \pm 0.5$	$23.2 \pm 0.4$	$16.8 \pm 0.5$
研究组	74	$58.2 \pm 0.9$	$26.6 \pm 0.3$	$23.5 \pm 0.6$	$17.2 \pm 0.7$
F		1.362	1.571	1.057	1.932
P		0.457	0.557	0.613	0.195

### 1.3 疝囊游离方法

**1.3.1 对照组** 采用传统方法进行疝囊游离、横断：在拉好山头走好山脊之后，在距离内环口约3 cm横断疝囊，左手的抓钳抓住近端，继续予以完全游离疝囊（图1A-B）。

**1.3.2 研究组** 采用T型切开疝囊并进行游离：

在拉好山头走好山脊之后，沿着长轴方向在疝囊顶部主动剪开腹膜，长度为3 cm，再沿垂直长轴方向往左右两侧切开疝囊，并继续游离，勿损伤输精管及精索的血管，直至两端切口会合，完成疝囊的离断，继续予以完整游离疝囊（图1C-D）。

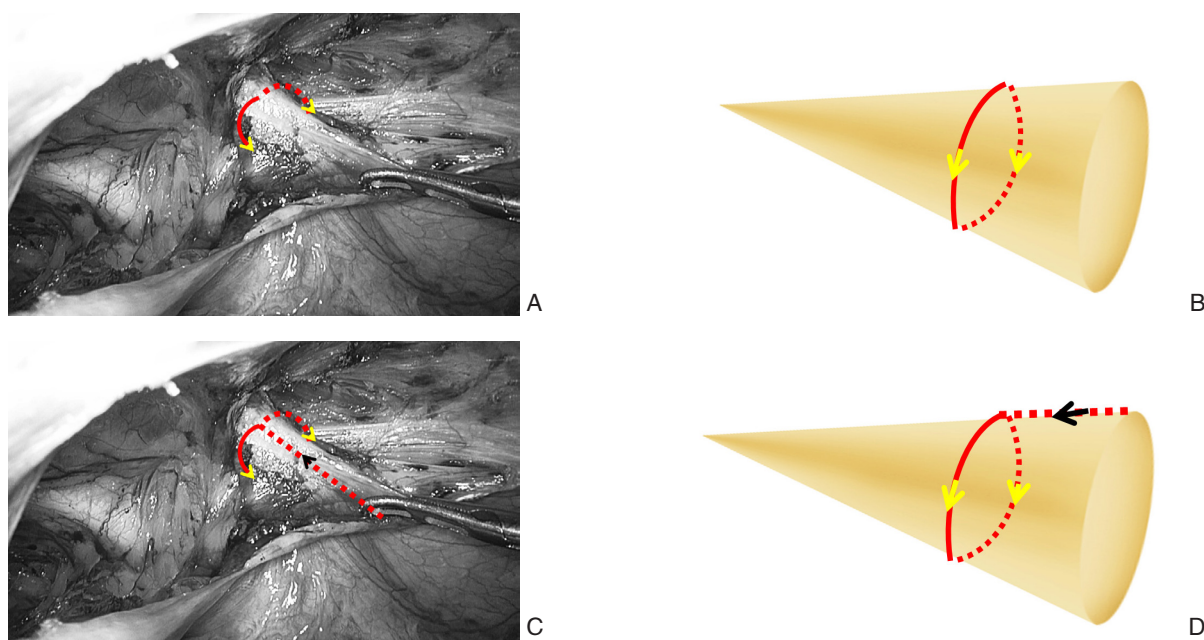


图1 疝囊游离方法 A: 游离出近端疝囊约3 cm后，拟在箭头处横断（传统方法）；B: 传统方法下疝囊横断模式图；C: 游离出近端疝囊约3 cm后，拟在箭头处横断（T型疝囊切开法）；D: T型切开方法下疝囊横断模式图

**Figure 1 Methods for separation of the hernia sac** A: Separation of the proximal portion of the hernia sac with 3 cm in length, and planned transection at the arrow pointing sites (traditional method); B: Pattern diagram of the traditional hernia sac separation; C: Separation of the proximal portion of the hernia sac with 3 cm in length, and planned transection at the arrow pointing sites (T-shaped hernia sac incision method); D: Pattern diagram of the T-shaped hernia sac incision for hernia sac separation

### 1.4 随访

采用电话、门诊进行随访，时间2~36个月，中位时间24个月，登记是否有术后复发、感染、血清肿等并发症的发生。

### 1.5 统计学处理

应用SPSS 21.0软件包进行统计分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示。计数资料以率表示；组间计量资料的比较采用t检验，观察率指标的比较应用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 术中指标比较

与对照组比较，研究组的疝囊游离时间

[(8.3 ± 1.1) min vs. (11.2 ± 1.9) min]，术中出血量[(2.1 ± 1.2) mL vs. (4.3 ± 1.4) mL]，总体手术时间[(47.2 ± 3.4) min vs. (51.3 ± 4.5) min]均明显减少（均 $P < 0.05$ ）（表2）。

表2 两组术中指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）  
Table 2 Comparison of the intraoperative variables between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	疝囊游离时间 (min)	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)
对照组	76	11.2 ± 1.9	4.3 ± 1.4	51.3 ± 4.5
研究组	74	8.3 ± 1.1	2.1 ± 1.2	47.2 ± 3.4
F		8.932	10.932	8.243
P		0.020	0.007	0.033

## 2.2 术后指标比较

两组患者手术后均无复发、无发现补片部位感染。术后血清肿研究组出现2例,对照组6例,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),均使用芒硝局部

外敷后2周内吸收;两组术后疼痛视觉模拟评分(VAS)、住院时间及住院费用均无统计学差异(均 $P > 0.05$ )(表3)。

表3 两组术后指标比较

Table 3 Comparison of the postoperative variables between the two groups

组别	n	复发 [n (%) ]	血清肿 [n (%) ]	补片感染 [n (%) ]	VAS 评分 (分, $\bar{x} \pm s$ )	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$ )	住院费用 (元, $\bar{x} \pm s$ )
对照组	76	0 (0.0)	6 (8.1)	0 (0.0)	3.0 ± 0.4	4.1 ± 0.1	11 247.3 ± 158.7
研究组	74	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2.9 ± 0.2	4.0 ± 0.2	10 918.5 ± 148.5
$\chi^2/F$		0.782	12.159	0.782	1.917	1.975	4.782
P		0.648	0.029	0.648	0.412	0.466	0.081

## 3 讨论

TAPP是治疗腹股沟疝的主要手术方式,对于巨大的腹股沟斜疝尤其具有优势<sup>[5]</sup>。但相对于开放手术,TAPP明显具有较长的学习曲线,需要更高的手术技巧<sup>[6]</sup>。TAPP手术最大的难点在于疝囊的游离,手术的成败往往决定于游离的效果<sup>[7]</sup>。既往的经验表明:输精管、精索血管甚至是腹壁下血管的损伤,往往出现在这个环节中<sup>[8]</sup>。现阶段TAPP疝囊尤其是巨大斜疝疝囊的如何进行横断<sup>[9]</sup>、游离并没有统一规范。本研究着重于TAPP术中如何合理的游离巨大斜疝疝囊。本文对于进入阴囊的III型疝采用T型切开疝囊,与传统横断疝囊方法相比,该法简单易学,能缩短分离疝囊及手术的时间,减少术中损伤血管引起出血的机会,也降低了术后血清肿的发生率。对于T型横断疝囊方法的使用,作者体会如下。

### 3.1 更好的解剖暴露

腹股沟斜疝疝囊位于精索上方,以新月形包绕精索<sup>[10]</sup>。在疝囊巨大或者疝内容物反复与疝囊颈部摩擦的情况下,疝囊某些部位往往与精索关系紧密或粘连致密<sup>[11]</sup>。传统横断疝囊以后,对于疝囊下方与精索内筋膜的解剖暴露往往不清楚,而这些部位存在和重要的精索血管与输精管,不好的暴露容易造成损伤引起出血<sup>[12]</sup>。而笔者在疝囊颈部的上方主动切开,能很好的暴露疝囊下方与精索的关系,从而避免损伤下方的组织。而本研究的初步结果也显示:T型切开疝囊的研究组患者,术中出血量更少。干净的手术创面也进一步

减少了止血的时间,从而缩短了游离疝囊和总体的手术时间。

### 3.2 简化手术操作

在T型切开疝囊颈部的腹膜以后,游离近端的疝囊就显得简单易行了。首先,疝囊新月形状一分为二,两边部分的半个近端疝囊可以分别进行游离;其次,向侧分离的过程中,很容易找到横断疝囊的“会师点”。而传统的横断疝囊方法,只能左手牵拉疝囊近端进行两侧的游离,操作难度明显较大、操作动作增多<sup>[13]</sup>。在疝囊巨大的情况下,传统方法左手更加难以各角度牵拉整个疝囊,而简化的T型切开就显得更加“经济”。从低年资疝外科医生角度来讲,简化的手术操作意味着更短的学习曲线、更容易建立手术信心<sup>[14]</sup>。本组T型切开患者更短的游离近端疝囊时间即显示了手术操作简化的优势。

### 3.3 降低腹膜缝合难度

腹膜切口的缝合在TAPP操作中也是一个难点<sup>[15]</sup>。其主要难点在于腹膜缝合的张力,如果缺损过大,缝合的过程中容易撕裂腹膜,造成缝合的失败<sup>[16]</sup>。在疝囊T型切开手术过程中发现:由于进行了腹膜T型切开,游离的腹膜瓣扩展以后下方的腹膜缝合面更宽、缝合的张力更小(图2)。而对于传统的横断法,腹膜缝合时必须兼顾疝囊横断后的腹膜缺损,在缝合腹膜切口以后,还必须随后缝合疝囊,加大了缝合的张力和难度。另外一方面,研究组缝合的加快,进一步促使了总体手术时间缩短。

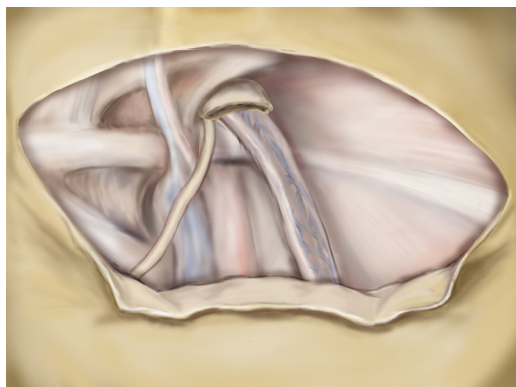


图 2 T型腹膜切开横断疝囊后腹膜保留多、缝合张力小、缝合难度明显减小

Figure 2 T-shaped peritoneotomy offering more peritoneum preservation, small suture tension and less suture difficulty

### 3.4 减少术后局部渗出

血清肿是疝修补术后常见的局部并发症，其发生与手术创面的损伤、术后的渗出以及未缝合的疝囊缺损密切相关<sup>[17]</sup>。在本研究中，由于患者的疝囊较大，都是进入阴囊的III型疝，疝囊远端常规旷置，不予处理，增加了术后血清肿发生的几率。所以术中减轻局部组织血管损伤、减少术后渗出就显得尤为重要。本研究显示，在研究组术后血清肿的发生率明显低于对照组。这可能与术中暴露良好、组织损伤反应小有关<sup>[18]</sup>。

总之，熟练精细的手术操作是疝外科医生应当具有的必备条件<sup>[19]</sup>。在此基础上对手术技巧的改进、经验的总结也非常必须<sup>[20]</sup>。本研究中发现，T型切开疝囊并在此基础上操作，能让术者在TAPP中更容易的游离近端疝囊，并能减少术中的损伤、出血，同时减少术后血清肿的发生机会。另一方面，其并不增加术后复发、补片感染的发生，值得在基层广泛使用。

### 参考文献

- [1] Oguz H, Karagulle E, Turk E, et al. Comparison of peritoneal closure techniques in laparoscopic transdominal preperitoneal inguinal hernia repair: a prospective randomized study[J]. *Hernia*, 2015, 19(6):879–885. doi: 10.1007/s10029–015–1431–0.
- [2] 李健文, 王明刚, 唐健雄, 等. 腹股沟疝腹腔镜手术规范化操作指南[J]. *中国实用外科杂志*, 2013, 33(7):566–570.  
Li JW, Wang MG, Tang JX, et al. Guidelines for standard laparoscopic surgery for inguinal hernia[J]. *Chinese Journal of*

*Practical Surgery*, 2013, 33(7):566–570.

- [3] 李英儒, 江志鹏, 周大成, 等. 腹股沟疝网塞—平片修补技术七步法:附视频[J]. *中华普通外科学文献:电子版*, 2017, 11(2):138–140. doi:10.3877/cma.j.issn.1674–0793.2017.02.020.  
Li YR, Jiang ZP, Zhou TC, et al. inguinal hernia mesh plug—7-step method of patch repair with attached video[J]. *Chinese Archives of General Surgery:Electronic Edition*, 2017, 11(2):138–140. doi:10.3877/cma.j.issn.1674–0793.2017.02.020.
- [4] Scheuermann U, Niebisch S, Lyros O, et al. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal herniarepair - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *BMC Surg*, 2017, 17(1):55. doi: 10.1186/s12893–017–0253–7.
- [5] Momiyama M, Mizutani F, Yamamoto T, et al. Treatment of a giant inguinal hernia using transabdominal pre-peritoneal repair[J]. *J Surg Case Rep*, 2016(9). pii: rjw159. doi: 10.1093/jscr/rjw159.
- [6] Read RC. Crucial steps in the evolution of the preperitoneal approaches to the groin: an historical review[J]. *Hernia*, 2011, 15(1):1–5. doi: 10.1007/s10029–010–0739–z.
- [7] Fujinaka R, Urade T, Fukuoka E, et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal approach for giant inguinal hernias[J]. *Asian J Surg*, 2018, pii: S1015–9584(17)30491–8. doi: 10.1016/j.asjsur.2017.12.004. [Epub ahead of print]
- [8] Shah S, Marsh H, Khan MS, et al. Urological complications of inguinal hernia surgery[J]. *Scott Med J*, 2013, 58(2):119–123. doi: 10.1177/0036933013482671.
- [9] 中华医学会外科学分会疝与腹壁外科学组, 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组, 大中华腹腔镜疝外科学院. 腹腔镜腹股沟疝手术操作指南(2017版)[J]. *中华疝和腹壁外科杂志:电子版*, 2017, 11(6):401–406.  
Hernia and Abdominal Wall Surgery Group of Society of Surgery of Chinese Medical Association, Laparoscopic and Endoscopic Surgery Group of Society of Surgery of Chinese Medical Association, Chinese College of Laparoscopic hernia Surgery. Guidelines for operating laparoscopic inguinal hernia repair (2017 edition)[J]. *Chinese Journal of Hernia and Abdominal Wall Surgery: Electronic Version*, 2017, 11(6):401–406.
- [10] 陈双. 腹股沟疝的病理生理[J]. *中华疝和腹壁外科杂志:电子版*, 2010, 4(3):232–235. doi:10.3969/cma.j.issn.1674–392x.2010.03.001.  
Chen S. Pathophysiology of inguinal hernia[J]. *Chinese Journal of Hernia and Abdominal Wall Surgery:Electronic Version*, 2010, 4(3):232–235. doi:10.3969/cma.j.issn.1674–392x.2010.03.001.
- [11] Prochotsky A, Dolak S, Minarovjech V, et al. Giant inguinoscrotal hernia repair[J]. *Bratisl Lek Listy*, 2017, 118(8):472–478. doi: 10.4149/BLL\_2017\_091.
- [12] Nordin P, Ahlberg J, Johansson H, et al. Risk factors for injuries

- associated with damage claims following groin hernia repair[J]. *Hernia*, 2017, 21(2):215-221. doi: 10.1007/s10029-017-1585-z.
- [13] 孙运璇, 毕洁亮, 孙宁宁, 等. 腹腔镜经腹腹膜前横断疝囊法治疝Ⅲ型腹股沟疝[J]. *腹腔镜外科杂志*, 2015, 20(4):296-299. doi: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2015.04.296.
- Sun YX, Bi JL, Sun NN, et al. Transection of hernial sac in transabdominal preperitoneal laparoscopic inguinal herniorrhaphy for type III inguinal hernia[J]. *Journal of Laparoscopic Surgery*, 2015, 20(4):296-299. doi: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2015.04.296.
- [14] Bansal VK, Krishna A, Misra MC, et al. Learning Curve in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair: Experience at a Tertiary Care Centre[J]. *Indian J Surg*, 2016, 78(3):197-202. doi: 10.1007/s12262-015-1341-5.
- [15] 周大成, 于洪燕, 江志鹏, 等. 自制直针三尾免打结缝线在TAPP腹膜缝合的应用研究[J]. *中国实用外科杂志*, 2017, 37(8):65-68.
- Zhou TC, Yu HY, Jiang ZP, et al. Application of straight needle three-tail non-kontting suture in peritoneal closure in transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair[J]. *Chinese Journal of Practical Surgery*, 2017, 37(8):65-68.
- [16] Niebuhr H, Pawlak M, Köckerling F. Differentiated application of recommended guideline techniques for treatment of inguinal hernia[J]. *Chirurg*, 2017, 88(4):276-280. doi: 10.1007/s00104-017-0379-2.
- [17] Li J, Zhang W. Closure of a direct inguinal hernia defect in laparoscopic repair with barbed suture: a simple method to prevent seroma formation?[J]. *Surg Endosc*, 2018, 32(2):1082-1086. doi: 10.1007/s00464-017-5760-1.
- [18] 李健文. 疝囊离断与术后血清肿的关系[J]. *中国实用外科杂志*, 2017, 37(11):1235.
- Li JW. Relationship between division of hernia sac separation and postoperative seroma[J]. *Chinese Journal of Practical Surgery*, 2017, 37(11):1235.
- [19] HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management[J]. *Hernia*, 2018, 22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x.
- [20] Sun J, Wang W, Li J, et al. Laparoscopic Experience for Recurrent Inguinal Hernia Repair in a Single Center for 14 Years[J]. *Am Surg*, 2018, 84(3):344-350.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 周大成, 于洪燕, 马宁, 等. T型疝囊切开游离巨大斜疝疝囊在腹腔镜下经腹腔腹膜前疝修补术中的应用[J]. *中国普通外科杂志*, 2018, 27(4):488-493. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2018.04.014

Cite this article as: Zhou TC, Yu HY, Ma N, et al. Application of T-shaped incision of the hernia sac for giant indirect hernia sac separation during transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair[J]. *Chin J Gen Surg*, 2018, 27(4):488-493. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2018.04.014

## 《中国感染控制杂志》征订征稿启事

《中国感染控制杂志》(月刊, ISSN1671-9638; CN43-1390/R; 邮发代号 12-203)是国家教育部主管,中南大学(湘雅医院)主办的国内外公开发行的国家级感染性疾病专业学术期刊。本刊为中国科技论文统计源与核心期刊,北京大学图书馆《中文核心期刊要目总览》期刊,并被《美国化学文摘》(CA)、《俄罗斯文摘》杂志(AJ)、《世界卫生组织西太平洋地区医学索引》(WPRIM)、《中国生物医学文献数据库》(CBM)、《中国期刊全文数据库》(CNKI)、《万方—数字化期刊群》及《中文生物医学期刊文献数据库》(CMCC)等国内外重要检索机构收录。

本刊以感染预防控制为主,涵盖临床医学、临床流行病学、临床微生物学、医院感染监测与控制等,主要刊载感染疾病学理论、实践、科研、教学和管理最新成果和经验;栏目包括专家论坛、论著、经验交流、病例报告、综述、译文、国内外学术动态等。欢迎各相关专业医务人员及疾病预防与控制人员订阅(15元/期,全年180元)、赐稿(网址:www.zggrkz.com)。

本刊承诺,投至本刊的国家级基金项目或高质量研究论文经审稿通过,在收稿2~4个月内刊登;省级基金项目审稿通过,在收稿4~6个月内刊登。稿件一经刊用,编辑部将致薄酬并赠送第一作者《中国感染控制杂志》12期。

编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路87号,中国感染控制杂志社(编辑部) 邮编:410008

网址:www.zggrkz.com; www.cjicp.com E-mail: zggrkz2002@vip.sina.com 电话(传真): 0731-84327658。

中国感染控制杂志编辑部