

106939

子宮纖維肌瘤



人民衛生出版社

子 宮 纖 維 肌 瘤

裘 景 舟 譯

楊 世 榮 校

人 民 卫 生 出 版 社

一 九 六 一 年 · 北 京

內 容 提 要

本书系苏联 А. И. Петченко 教授原著 Фибромиомы матки 的譯本, 共分 14 章, 計 17 万字, 附图 69 幅。內容新穎, 資料丰富。本书全面討論子宮纖維肌瘤的病因、症狀、診斷和治療。其中治療部分約占全書 1/3 的篇幅, 包括現代內分泌療法、X 綫療法和手術療法, 闡述詳盡, 有很多精辟独到的見解, 都是在普通婦科學里看不到的。

本书是一本高級參考書, 但內容深入淺出, 故不但適合于婦產科醫師, 亦可供醫學院學生參考之用。

Проф. А. И. Петченко

ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Государственное
медицинское издательство УССР
Киев—1958

子 宮 纖 維 肌 瘤

開本: 850×1168/32 印張: 6 1/2 插頁: 8 字數: 174 千字

裘 景 舟 譯
楊 世 榮 校

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區鑲子胡同三十六號 •

北 京 市 印 刷 一 厂 印 刷

新華書店北京發行所發行 • 各地新華書店經售

統一書號: 14048·2269

1961年12月第1版—第1次印刷

定 價: 1.20 元

印數: 1—5,000

序

A. И. Петченко 教授与其同事們所写的这本有关子宫纖維肌瘤研究的专著,对妇科临床医师和从事妇科学的肿瘤科医师,都有很大的帮助。

、可以毫不誇張地說,作者对这个問題的研究是全面的,而且达到了現代科学水平。

关于子宫纖維肌瘤的病原发病学、症状学和診斷学,都詳細地作了探討。

研究得特別詳尽的是子宫纖維肌瘤的治疗問題。本书第 12 章“子宫纖維肌瘤的現代內分泌疗法”尤其值得注意,因为这个問題在近年来具有很大的实际意义。

第 14 章內有許多有价值的、关于子宫纖維肌瘤手术治疗的近期待效果和远期待效果的資料,可以把一直存留在这个問題上的大块空白填补起来。

总之,本书确是一部認真地闡述一个很現實的問題的著作,一定会得到好評。

苏联医学科学院院士、教授 A. И. Сereбров

作者自序

把“子宫纤维肌瘤”一书贡献给读者，是为了弥补祖国文献中的一大空白，即我们特别感到普遍的疾病——子宫纤维肌瘤。大家知道，Г. Гамбаров 教授关于纤维肌瘤的最近论著，还是在1926年出版的。

在本书中必须循序地提到列宁格勒儿科医学院中我亲密的同事和其他单位的一些同事的著作。本书也载入了 А. И. Петченко 教授领导敖德萨医师进修学院附属医院妇产科时和领导列宁格勒儿科医学院妇产科时所获得的资料，以及苏联医学科学院列宁格勒肿瘤研究所妇科的一些材料(第2、4、9、14章的一部分)；苏联医学科学院妇产科研究所 Е. М. Майзель 教授、副博士 М. А. Пуговищникова 的论文(本书第14章)，副博士 К. Н. Удалова(莫斯科第二医学院，А. А. Лебедев 教授领导)和 С. Н. Давыдова(伯力医学院附属妇产科医院，С. Б. Голубчин 教授领导)的学位论文。我谨向上述研究所和医院的领导者：苏联医学科学院院士 А. И. Серебров 教授，П. А. Белопашко 教授，А. А. Лебедев 教授，С. Б. Голубчин 教授致以深切的谢意。我们综合了三个主要医院(敖德萨医师进修学院附属医院、列宁格勒儿科医学院附属医院、苏联医学科学院列宁格勒肿瘤研究所)的有关材料，整理出了子宫纤维肌瘤的大量资料。我们认为个别无联系的医院的著作的一些特点，不仅不妨碍子宫纤维肌瘤的研究，相反地多少有推广这一研究的可能。我们有重点地努力从每一个医院中选取那些与其他医院有所不同的独特的研究资料。

本书中除了纤维肌瘤的篇章外，亦包括了在病原、发病学上可能与纤维肌瘤有关的疾病——子宫内膜异位和子宫肉瘤的章节。

由于我们把子宫纤维肌瘤视为全身性疾病，因此必须加入阐述纤维肌瘤患者全身变化的第五章。在叙述纤维肌瘤外科疗法的第14章内，由于考虑到三个主要医院的特点，所以分别引用了每

个医院关于手术后的远期效果和并发病的材料。我們也考虑到纖維肌瘤患者及其所分娩的新生儿的情况 (К. Н. Удалова 的著作)。本书还引用了苏联医学科学院妇产科研究所 А. А. Куликовская 教授, 医学博士 Е. П. Майзель, 副博士 М. А. Пуговишникова, 苏联科学院生物学博士 А. Д. Браун, 苏联医学科学院列宁格勒肿瘤研究所副博士 Н. М. Чистова 的著作。其余作者都是我們列宁格勒儿科医学院附属医院里的同事。大部分插图是作者們亲自观察所得的材料。

作者和合著者将十分感謝讀者为本书所提出的批評意見。

目 錄

序	3
作者自序	4
第一章 子宮纖維肌瘤的發生頻度與解剖-臨床類型(А. И. Петченко 教授)	1
第二章 組織發生學與病原發病學	10
1. 纖維肌瘤的組織發生學及其結構(副博士 М. В. Журавлева 和 Н. М. Чистова)	10
2. 子宮纖維肌瘤的化學成分(生物學副博士 А. Д. Браун)	13
3. 實驗性子宮纖維肌瘤(А. И. Петченко 教授)	20
4. 病原發病學(А. И. Петченко 教授)	22
第三章 子宮和附件的繼發性變化	27
1. 患纖維肌瘤時子宮血液供給的變化(副博士 С. Н. Давыдов)	27
2. 纖維肌瘤結节的繼發性變化;子宮內膜和卵巢的變化(А. И. Петченко 教授)	30
3. 患子宮纖維肌瘤時,子宮內膜增生過盛的特殊形態(А. А. Куликовская 教授)	33
4. 患纖維肌瘤時,子宮收縮機能的變化(А. И. Петченко 教授)	40
第四章 症狀學與臨床經過(А. И. Петченко 教授)	46
子宮纖維肌瘤患者在更年期的特點(副博士 В. В. Слоницкий)	58
第五章 子宮纖維肌瘤患者的全身變化(Л. Ф. Антонова 和副博士 Л. Ф. Шинкарева)	67
1. 心-血管系統、神經系統和血液的狀態(Л. Ф. Антонова)	67
2. 毛細管鏡檢的圖象(Л. Ф. Антонова 和副博士 Л. Ф. Шинкарева)	72
3. 血管的反射性反應(Л. Ф. Шинкарева)	75
4. 新陳代謝的變化(生物學副博士 А. Д. Браун)	81
第六章 子宮纖維肌瘤的診斷學(А. И. Петченко 教授)	85
第七章 子宮纖維肌瘤與妊娠(副博士 А. В. Держие)	89
第八章 子宮纖維肌瘤與內性子宮內膜異位症(副博士 Л. Ф.	

Шинкарева)	105
第九章 纖維肌瘤与子宫的恶性新生物 (助教 Е. П. Мулина)	116
1. 子宫纖維肌瘤与子宫肉瘤	116
2. 子宫纖維肌瘤与子宫癌	124
第十章 子宫纖維肌瘤的预后和預防 (А. И. Петченко 教授)	128
第十一章 无症状的子宫纖維肌瘤的藥物保守疗法和內分泌疗法 (А. И. Петченко 教授)	130
第十二章 子宫纖維肌瘤的現代內分泌疗法	133
1. 子宫纖維肌瘤的孕酮疗法(副博士 П. В. Толстов)	133
2. 子宫纖維肌瘤的雄激素制剂疗法(А. И. Петченко 教授)	136
第十三章 子宫纖維肌瘤的X綫疗法 (А. Я. Рислинг)	141
第十四章 子宫纖維肌瘤的手术疗法	150
1. 手术指征(А. И. Петченко 教授)	150
2. 选择合理的子宫切口問題(副博士 С. Н. Давыдов)	151
3. 根治、半根治手术及保守性的肌瘤摘除术(А. И. Петченко 教授)	153
4. 子宫頸管纖維肌瘤的手术疗法(副教授 М. А. Пуговишни- кова)	162
5. 保存月經机能的手术(А. И. Петченко 教授)	169
6. 子宫纖維肌瘤手术治疗后的近期和远期效果及其并发症 (А. И. Петченко 教授)	176
7. 保守性肌瘤切除术后的直接效果和远期效果(医学博士 И. П. Майзель)	183
8. 妊娠时保守性肌瘤摘除术的直接效果和远期效果(副博士 К. Н. Удалова)	190
9. 子宫纖維肌瘤患者所生新生儿的情况(副博士 К. Н. Удалова)	195
参考文献: 从略	200

第一章 子宮纖維肌瘤的發生頻度

与解剖-臨床類型

子宮纖維肌瘤是最常見的子宮腫瘤。这种肿瘤是良性的，由多少混有結締組織纖維的平滑肌纖維組成。其中有血管網和淋巴管網。根据所含肌纖維或結締組織纖維的多少，而分为子宮肌瘤和子宮纖維瘤；但因通常兩種纖維都有，因此称为子宮纖維肌瘤——这是一个通用的術語。仅由平滑肌纖維所构成的肿瘤极少見，称为平滑肌瘤(лейомиом)。

某些学者(Н. З. Иванов, 1897; В. Н. Орлов, 1909)认为小的結节仅由肌組織組成，并不混有結締組織纖維。

子宮纖維肌瘤患者在妇科医院里占妇科病人总数的百分率，各个学者的統計如下：

Д. О. Отт	17—20.0
В. Н. Орлов	7.8
Г. Ф. Писемский	9.7
Парышев	8.0
Муратов	7.9
Н. М. Какушкин	6.3
А. П. Губарев	20.0
Г. Р. Гамбаров	20.0
Л. Л. Окинчиц	8.8
Е. И. Поволоцкая-Введенская	14.4
Штекель(Stöckel)	10—20.0
Шредер(Schröder)	4—10.0

根据 Л. Л. Окинчиц 和 А. П. Губаров 的資料，子宮纖維肌瘤見于 35 岁以上者，占 20—25%。

根据尸体解剖方面的材料，在 35 岁以上的妇女，患子宮纖維肌瘤的占 15—20% (Bayl)。根据 Schröder 的材料，罹患情况是八

人中有一人,按 Bayl 則是五人中有一人。

关于子宮纖維肌瘤患者的年齡,据敖德薩医师进修学院(Огиув)和苏联医学科学院列宁格勒肿瘤研究所(Лони)的統計如表 1。

表 1 子宮纖維肌瘤患者的年齡

年 齡	病 例 数		患病百分率(%)	
	Огиув	Лони	Огиув	Лони
10--20岁	—	—	—	—
21--30	16	16	5.6	2.3
31--40	96	146	33.6	20.8
41--50	153	444	53.5	63.5
51--60	21	83	7.3	11.8
60岁以上	—	11	—	1.6
總 計	286	700	100.0	100.0

从表中看出,纖維肌瘤的最高发病率是在41—50岁之間,占53.5%和63.5%,其次是31—40岁(占33.6%和20.8%)。据 E. И. Поволоцкая-Введенская 的統計,31—45岁的患者占有所有子宮纖維肌瘤总数的79.4%。本病发生于卵巢机能旺盛的时期,即20岁以后,并随卵巢机能的衰退而急剧减少。在20岁以前,子宮纖維肌瘤极为少见。Кленицкий 在811例中未发现一例子宮纖維肌瘤;其他学者亦仅发现个别的病例。如 Н. М. Какушкин 在687例子宮纖維肌瘤患者中,仅发现有2例发生于20岁以前(0.3%),而 Peham 仅遇到过一例。

纖維肌瘤发生于性未成熟前是极罕见的。La-Tore 在解剖一个10岁的女孩尸体时,曾发现子宮纖維肌瘤;Л. Л. Окинчи (1931)亦曾在一个月經初潮未来前的女孩身上发现过。

通常子宮肌纖維瘤是一种結节,以其蒼白的色澤和比較坚实的硬度同它周圍的子宮肌层相区别。纖維肌瘤的結节常位于子宮体部而很少見于頸部。

以子宮体來說,結节最常发生在子宮底部,后壁次之,位于前壁者比后壁少一半,兩側壁者更少。据統計,位于子宮体与子宮底

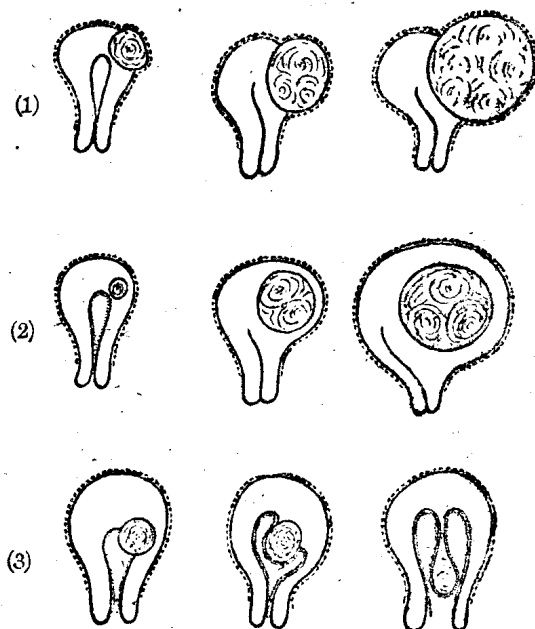


图1 肌瘤的发育示意图

(1)浆膜下肌瘤；(2)壁层内肌瘤；(3)粘膜下肌瘤。

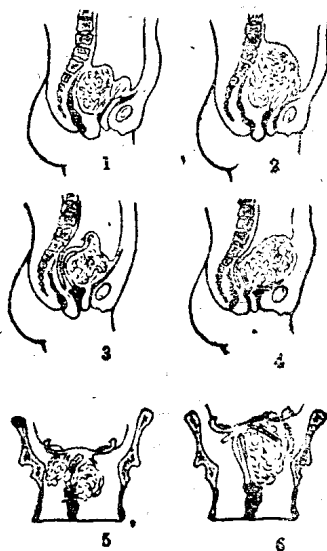


图2 非典型(子宫颈的)纤维肌瘤示意图
(依 Цомакион 氏分类法)

部者占 92—95%；子宮頸峽部與子宮頸阴道段上部者占 4—8%；位于子宮頸阴道段者很少(1%)，而且常只有一个結节。韌帶間肿瘤比較少見——4—5%(图 1)。

子宮頸部的纖維肌瘤可向不同的方向发展，同时可使小骨盆发生复杂的解剖变化。依照 Г. Ф. Цомакион 建議的分类法，可将非典型的纖維肌瘤(主要是子宮頸纖維肌瘤)分为五类(图 2)：

1. 纖維肌瘤起于子宮頸后面或子宮体而位于子宮頸后面的組織內。

2. 纖維肌瘤起于子宮頸或同时发生于子宮体而位于子宮頸后面的組織內，并将腹膜从脊椎方面剝离下来。

3. 纖維肌瘤起自子宮頸前壁或子宮体而位于膀胱后面的組織內。

4. 纖維肌瘤起于子宮頸或子宮体而使前腹壁的腹膜剝离。

5. 纖維肌瘤发源于子宮頸或子宮体，使子宮闊韌帶的兩叶分离，同时肿瘤的頂端凸入腹腔。

不言而喻，混合型的肿瘤也是常見的。例如子宮頸后面的大肌瘤可同时位于闊韌帶的兩叶之間。活动性很小的肿瘤深居于骨盆腔內，对分娩活动是一种威胁，因为它改变了产道的空間关系。由于肿瘤的各种不同的发展，有时可以使膀胱和直腸的机能发生严重障碍(图 2)。

从局部解剖上(与子宮壁各层的关系)可将子宮纖維肌瘤的結节分为：浆膜下、壁层內(肌层內、壁內)和粘膜下結节三种。

所有結节最初均位于子宮壁內，随其向子宮腔方面(向心性)发育增大或向子宮外方(离心性)扩展，而形成粘膜下結节或浆膜下結节。纖維肌瘤的結节有单发的或多发的；后者最为常見，且多呈混合型。

若肿瘤位于闊韌帶兩叶之間，則称为韌帶間纖維肌瘤。这种肿瘤通常将子宮挤向对側。

表 2 說明各种纖維肌瘤結节配置的頻度决定于它們在子宮壁上的位置(根据敦德薩医师进修学院妇科的材料)。

表 2 各型子宮纖維肌瘤的頻度

肿 瘤 类 型	病 例 数	百 分 率(%)
壁层內的	123	43.0
粘膜下的	60	20.8
腹膜下的	47	16.8
壁层內和腹膜下的	20	6.9
壁层內和粘膜下的	16	5.6
三种都有的	4	1.3
子宮內膜异位 ^①	16	5.7
总 計	286	100.0

① 可以列入纖維肌瘤項下

从上表可見,子宮纖維肌瘤的最高頻度是壁层內結节(43.0%), 粘膜下結节的頻度仅为前者的 $\frac{1}{2}$ (20.8%), 腹膜下結节更少 (16.8%)。兩種結节的混合型占 12.5%, 壁层內結节合并腹膜下結节者較多, 壁层內結节合并粘膜下結节者較少。三种結节都有的混合型并不常見。这种肿瘤(分別位于子宮壁上的多数結节)称为多发性纖維肌瘤(fibromyoma multiplex)。

壁层內纖維肌瘤在子宮壁內发育, 往往可以長得很大。仅有一个結节时, 則增大的子宮儼如妊娠子宮, 但較坚硬。同时子宮腔延長, 往往向一側伸展并变形扁化。如果是具有几个壁层內結节的纖維肌瘤, 則子宮的形状急剧改变, 呈不規則、有与硬結数目相符的圓形隆凸, 子宮壁延長增厚, 可以清楚地認出这种肿瘤的被膜, 后者由結締組織束和肌纖維束构成, 包被着結节。由于被膜同結节的联結疏松, 因此, 很容易从被膜中将結节剝出。

腹膜下(浆膜下)肿瘤(图 3)通常由壁层內肿瘤发育而成, 向外生長(远心性), 凸出于子宮浆膜。肿瘤凸出于子宮表面的程度是不同的; 有时結节仅突出于子宮浆膜的表面; 有时很明显地突出于子宮浆膜之上; 有时可发现有帶的浆膜下纖維肌瘤。腹膜下纖維肌瘤的特点为具有特別坚实的硬度, 这可以其中含有很多的結締組織纖維来解釋。这种纖維肌瘤缺乏被膜, 几乎不損害子宮

壁的正常結構。有蒂的腫瘤可發生扭轉并往往引起鈣化和坏死。

粘膜下腫瘤由壁層內腫瘤發育而成，并向子宮腔生長（向心性），上蓋着隨腫瘤增大而變薄的粘膜（圖4）。

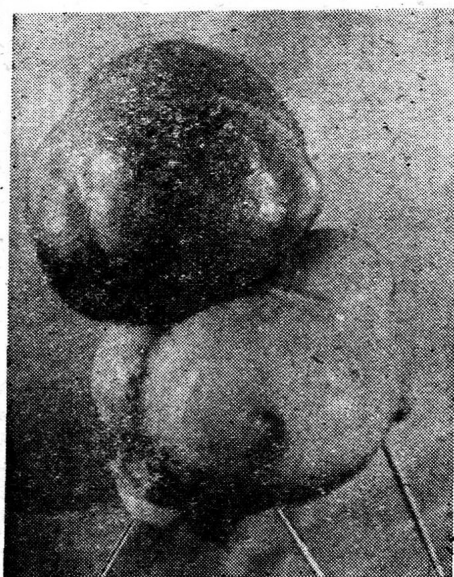


圖3 有巨大漿膜下結节的纖維肌瘤子宮。子宮已摘出：
(1)漿膜下結节；(2)子宮頸。



圖4 粘膜下肌瘤(Jaschke-Pankow)

粘膜下肌瘤往往下垂到子宫腔内，蒂被拉长成水滴状。这种肿瘤可以接近子宫内口，作为异物刺激而引起子宫收缩，促使子宫颈管扩张，使肿瘤“娩出”至阴道内（娩出性纤维肌瘤 *fifromioma nascens*）。Г. Р. Гамбаров 将粘膜下纤维肌瘤分为两类：1. 在子宫腔壁上有广阔的根部的肿瘤。2. 借蒂与宫壁相连的肿瘤。粘膜下纤维肌瘤有时可长得很大；但也可能很小，象子宫腔的纤维息肉。

如果粘膜下纤维肌瘤营养不足（特别是蒂细者），则易被感染、坏死，复盖于其上的粘膜也发生坏疽。有些患者可因这种肿瘤的坏死和断蒂而自然全愈；断了蒂的肿瘤在几阵强烈的阵缩样腹痛和伴有子宫出血的情况下，排出阴道和体外。

子宫纤维肌瘤结节的大小，颇有差异：有的需用显微镜观察，才能看到小结节；有的重达数十公斤。例如 В. С. Груздев(1925)曾记载的一例手术摘出的纤维肌瘤重 14.5 公斤；В. Н. Кузнецов(1926)的一例重 27 公斤；Кузнецкий 的一例重 43 公斤；В. Н. Орлов(1909)的一例约重 2 普特^①；Г. Рейн(1876)的一例重 2 普特又 8 磅；В. Платонов(1898)的一例重 100 磅；К. Ф. Славянский 的一例重 108 磅。

从这份年鉴看来，在最近数十年内，很少发现巨大的肿瘤。

子宫纤维肌瘤可能是单个的，这时子宫呈圆球形；或是多个的，此时子宫发生变形；有时变得奇形怪状。结节的数目可达数十个，因此整个子宫好象嵌满了馅子一样（图 5）。

最后，我们认为，根据列宁格勒肿瘤研究所妇科的材料（助教 Е. П. Мухина 整理的 700 个病例），对子宫纤维肌瘤的性质，作一些详细叙述是适宜的。

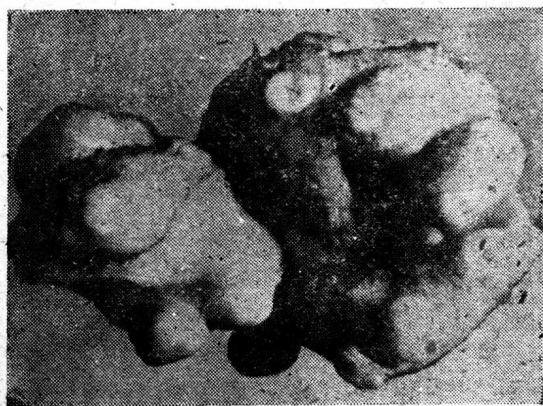
绝大多数病例的纤维瘤结节，其位置是混合的。为了便于更详细地研究各种肿瘤的主要位置，可将它分为几组。

结节位于子宫底部者占 6.5%，这些病例的子宫体积类似妊娠的 7—20 周；但其形状大多与妊娠子宫的大小相似。在大多数病例，结节是浆膜下和多发性的，并常伴有肌层内结节。其大小

^① 1 пуд(普特)=16.38 公斤



(1)



(2)

图5 多发性纤维肌瘤。子宫截断。

(1)外观；(2)断面观。

为：4×5厘米，5×6厘米，6×8厘米，10×12厘米，15×20厘米，20×20厘米。肌层内结节和浆膜下结节的合并型按发病数而论，占第二位。浆膜下或肌层内结节合并粘膜下结节者占第三位。

73%的病例，结节位于子宫体，而且常呈多发性。其大小由1×1.5厘米到25×32厘米，但以4×4厘米、6×8厘米、8×10厘米和10×12厘米者为最多。结节呈圆形、坚实，常起源于子宫前

壁。肌层内结节按其频度占第一位，浆膜下合并肌层内结节者较少，浆膜下或肌层内结节合并粘膜下结节者更少，三种结节合并存在者，仅有个别病例而已。

具有结节的子宫整个大小（相当于大概的妊娠期限）有如下表：

		例数(以百分率表示)
大小相当于妊娠第8周		—20.5
"	10"	—16.5
"	12"	—19.0
"	14"	—9½
"	16"	—9½
"	18"	—7.0
"	20"	—7.0
"	22"	—2.0
"	24"	—3.0
"	24"以上	—6.0

纤维肌瘤位于子宫下段者占6%。同时子宫的大小相当于妊娠6—24周的情况，但以相当于8—10—12周者居多。大多数结节起源于子宫后壁（这具有很大的临床意义）；结节以多发性者最为常见，位于浆膜下或肌层内。在大多数病例，结节的大小为3×4厘米、6×6厘米、8×8厘米和10×12厘米。

起于子宫颈的肌瘤在我们所观察的病例中占8.5%（图6）。其起点为前壁和后壁，而且肿瘤的数目几乎都是相同的，结节也常是单个的呈圆形，其大小变动于2×2厘米到20×25厘米之间，但以10×12厘米者最为常见。

结节位于韧带间者占3.5%，往往是单个的，呈椭圆形，发源于子宫峡部或宫颈内口部，其大小等于：4×4厘米；8×10厘米；10×12厘米；有一例为12×16×20厘米。

娩出至阴道内的纤维肌瘤（图5）占2.5%，此种肌瘤常为起于子宫体壁内或颈管的单个粘膜下结节，已失去其原有的球形，大多数呈水滴状或曲颈瓶状。结节大小等于：3×2厘米、4×3厘米和