

小兒外科学

下 冊

譯 校
民 權
建 安
孫 馬

上海衛生出版社

小 儿 外 科 学

下 册

[美国] 格 鲁 士 著

孙 建 民 译

馬 安 叔 校

蘭 錫 純 王 以 敬 王 一 山 審

上 海 衛 生 出 版 社

一 九 五 八 年

內 容 提 要

本書系原著的第二部分,上册已于1957年春付梓。下册共31章,其中15章叙述泌尿生殖系統疾患,其余主要屬胸腔方面疾病,尤对心血管畸形的处理,具有独特的見解。其他論著的程序和方法,都与上册相同。

本書的主要目的亦似上册,不仅对專業医师具指导作用,亦足供一般外科医师参考之用。

The Surgery of Infancy and Childhood

Robert E. Gross

W. B. Saunders Company

1953

小 儿 外 科 学

下 册

〔美国〕格魯士 著

孙 建 民 譯

馬 安 权 校

蘭錫純 王以敬 王一山 审

*

上 海 衛 生 出 版 社 出 版

(上海南京西路2004号)

上海市書刊出版业营业許可証出080号

上海土山灣印刷厂印刷 新華書店上海發行所总經售

*

开本 787×1092 1/18 印張 17 5/9 插頁 29 字數 435,000

1958年5月第1版 1958年5月第1次印刷

印數 1—4,000

統一書号 14120·396

定价 (舊版紙) 4.70 元

目次

第三十八章 腎胚瘤(腎胚組織瘤, 魏姆氏瘤).....1	第四十四章 尿道上裂.....58
病理.....1	臨床所見.....58
臨床資料.....2	治療.....59
X綫檢查.....3	治療結果.....63
鑑別診斷.....3	第四十五章 尿道下裂.....65
治療.....5	臨床所見.....65
治療結果.....10	治療.....66
第三十九章 輸尿管-腎盂梗阻.....14	治療結果.....74
病理.....14	第四十六章 后尿道瓣膜所引起的
臨床所見.....14	尿路梗阻.....76
X綫檢查.....16	病理和臨床所見.....76
實驗室檢查.....20	X綫所見.....77
治療.....21	治療.....78
治療結果.....25	治療結果.....80
第四十章 雙輸尿管.....27	第四十七章 神經性尿、糞失禁.....82
病理觀察.....27	臨床資料.....82
臨床所見.....28	治療.....83
治療.....30	提要.....89
治療結果.....34	第四十八章 鞘膜积液.....92
第四十一章 輸尿管异位.....35	症狀與診斷.....92
病理.....35	治療.....92
臨床所見.....37	第四十九章 睪丸未降症(隱睪症).....95
治療.....38	鑑別診斷.....95
治療結果.....39	臨床所見.....96
第四十二章 輸尿管囊腫.....40	治療.....96
病理發現.....40	治療結果.....104
臨床所見.....41	第五十章 睪丸及睪丸附件扭轉.....106
治療.....43	睪丸扭轉.....106
治療結果.....45	睪丸附件扭轉.....107
第四十三章 膀胱外翻.....46	第五十一章 睪丸腫瘤.....108
臨床所見.....46	病理類型.....108
治療.....47	臨床所見.....108
手術結果.....55	治療.....110

治療結果	112
第五十二章 女生殖道疾病	114
子宮阴道液体滯留(子宮阴道积液)	114
阴道經血滯留	116
卵巢囊腫	116
卵巢贅瘤	118
子宮或阴道贅瘤	121
阴道炎	123
第五十三章 漏斗形胸	124
原因	124
臨床所見	124
手術指征	125
手術治療	125
治療結果	128
第五十四章 食管閉鎖	130
食管畸形的类型	130
臨床現象和X綫發現	131
手術前准备	133
手術	134
手術后處理	143
治療結果	144
第五十五章 食管狹窄	148
先天性食管狹窄	148
手術后食管狹窄	155
消化性食管炎后并发食管狹窄	157
硷水灼伤所引起的食管狹窄	158
第五十六章 賁門-食管弛緩現象	162
原因	162
臨床現象	162
診斷	162
治療	163
治療結果	163
第五十七章 胸腔囊腫和原发性腫瘤	165
一般病象	165
神經性腫瘤	166
成神經細胞瘤	166
成神經細胞瘤分化为节細胞性神經瘤	168
节細胞性神經瘤	169
囊狀神經瘤	169

囊狀水瘤	169
胸腺瘤	170
畸胎瘤	171
骨軟骨瘤	172
血管瘤	172
支气管囊腫	173
神經腸囊腫	173
消化道重复畸形	173
第五十八章 支气管擴張	176
病理和原因	176
臨床現象	179
診斷	180
治療	181
治療結果	185
第五十九章 动脉导管未閉(开放性 动脉导管)	183
臨床所見	188
診斷	190
實驗室資料	190
X綫檢查資料	191
嬰兒病例的診斷困难	191
分流导管的大小預測	192
鑑別診斷	192
未經治療病例的預后	193
施行手術病例的選擇	193
治療	195
手術治療結果	199
第六十章 主動脉縮窄症	201
預后	201
臨床所見	206
輔助診斷	208
施行手術的病例選擇	210
手術治療	211
治療結果	224
第六十一章 房間隔缺損	230
解剖和生理資料	230
臨床所見	231
施行手術的病例選擇	233
关闭房間隔缺損的方法	233
推荐的手術治療方法	235
手術結果	243

第六十二章 法乐氏四联症	244	胚胎	277
病理解剖	244	病理	277
临床现象	245	临床所見	277
X綫和心臟导管术資料	216	鉴别诊断	279
施行手术的病例选择	246	治疗	281
手术治疗	247	治疗結果	284
治疗結果	252	第六十六章 囊腫、瘻管及鳃器的其 他畸形	285
第六十三章 先天性肺动脉狭窄	254	胚胎学	255
病理	254	临床資料	287
临床所見	255	治疗	291
X綫資料	256	第六十七章 囊狀水瘤	295
心臟导管术研究	256	病理	295
手术指征	257	原因	296
外科治疗	258	临床資料	297
手术結果	261	症狀和体征	299
第六十四章 胸腔内血管畸形造成 气管或食管压迫	262	治疗	299
双主动脉弓	262	治疗結果	302
右主动脉弓和左动脉韧带	267	第六十八章 臂之榨压伤	303
无名动脉畸形	271	损伤	303
左頸总动脉畸形	272	治疗	304
迷生鎖骨下动脉	273	医学名詞对照表	1
手术研討	275	人名对照表	2
第六十五章 甲腺舌囊腫和瘻管	277		

第三十八章 腎 胚 瘤

(腎胚組織瘤,魏姆氏瘤)

腎胚瘤為小兒腹部最常見的腫瘤,惡性度極高,又稱“腎癌”、“肉瘤”、“橫紋肌肉瘤”、“血管肉瘤”等;都根據其組織的主要結構成分不同而命名。雖然每個腫瘤的主要成分可能是某一類組織,但如實行適當的顯微鏡檢查,在標本的各部分內,幾乎毫無例外地發現同時含有其他組織成分,因此,我們覺得取名腎胚瘤或腎混合瘤最為恰當。

對於小兒患腎胚瘤的預後,一般抱相當悲觀的看法;它的死亡率固然很高,但其預後不如許多文獻和教科書中所聲述的那樣無望。審查兒童醫院的材料,指出約有半數病例可以根治;而經處理的嬰兒腎胚瘤,生存率竟高達75—80%。

病 理

費伯氏收集和研究兒童醫院有關腎胚瘤的病理資料已逾二十年之久。他的材料,我們已在以前所發表的報告中摘錄,並將在以下各段內廣泛引述。

大体病理 胚組織瘤都發生在腎實質內,當腫瘤生長時,包圍在腎瘤四周的腎被膜亦隨之擴大,經過相當時間後才破裂。腎胚瘤之體積變異甚大,有些小於拳形,多數大於西印度柚,最大者如足球,常呈圓形或橢圓形,表面光滑或略呈分葉狀。腫瘤雖常有囊腫空隙和退化區,但大部分堅實。色澤從灰色到灰紅色,但有些部分可呈粉紅色或黃色。組織結構可能非常堅實,或因細胞成分多而較柔軟。總的來說,血管分布不多,但表面的血管可能很大。腫瘤與受壓腎實質之間,往往有清晰的界限,其中有一狹窄的結締組織帶分隔;但從隔上不可能剝離腫瘤。腎可能尚保持比較正常的形態,但往往被擠壓而變形;腎盂亦因而變窄、增長或變形。少數病例的腫瘤組織可突入腎盂,但多數並不如此。腫瘤經腹膜後淋巴管而轉移,尤易侵襲腎靜脈和血流。

組織學形態 顯微鏡檢查顯示有各種類型不同的組織,主要為上皮細胞,從生長迅速的胚性組織層至比較分化的內膜腔隙,往往類似腎小管或發育未全腎小囊。標本中均有一定量的結締組織存在,實際上在有些標本中,它竟占整個結構的主要成分。常可見到平滑肌和未成熟甚或發育完全的橫紋肌,有時並可發現有小塊骨和軟骨組織。組織結構一般尚能完善地保存,但常有出血和變性。顯微鏡詳細檢查,可在血管內發現有細胞巢存在。

从病理发现的基礎上推断預後 兒童醫院病理部曾化費相當長的時間,擬將腎胚瘤再行分類,希望根據手術切除標本的組織發現,可能推断預後。但迄今為止,研究的結果尚無成績;我們相信,就是再深入進行研究,也不能取得任何結果。但全面檢查標本,可以供給外科醫師一些相當重要的資料,因為廣泛性出血和壞死、腎被膜破裂、腫瘤增長穿過腎被膜,以及腎靜脈的侵襲,都是不能倖免死亡之征。缺乏上述

的各种改变,并不意味着预后肯定优越,因为在手术前或手术时肿瘤细胞仍可能侵入血循环。肿瘤体积的大小并不能衡量转移发生与否:巨大肿瘤,完全充满胁腹者,可被根治;相反地,在较小的肿瘤中,有两例在手术时发现肾静脉已被肿瘤细胞所阻塞。

观察总结 肿瘤有以下特性: 1)发生于幼年时期; 2)组织结构混杂; 3)肿瘤完全受被膜包围,经过相当时间后,被膜才破裂; 4)恶性度极高; 5)易出血和坏死; 6)在转移前,有增加体积的倾向; 7)由局部淋巴管或血流而散播; 8)转移侵及其他器官或骨骼以前,肺部常先受患。

临床资料

症状与体征 不幸本病往往长期无症状地潜伏着,最初主诉大都是母亲在洗澡或穿衣时所发现的一侧胁腹部坚实肿胀,在未被注意前,可以长得很大。肿块的特性为无痛,即使长得极大,仍只有轻微隐痛或不适。仔细询问,偶可发现小儿面色苍白,已历数月之久。泌尿系自觉症状极少,在个别病例中,可发现有血尿。血尿为预后不良之征;具有这种症状的患者,其恶性肿瘤绝少能被根治。轻度或中等程度的发热常见,其原因可以解释为由于出血和肿瘤变性,而并不一定是属于肿瘤或身体其他部分有感染病灶所致。有时发现有轻度或中度血压升高。血液内非蛋白氮值在正常范围内。

视诊和扪诊时,发现一无压痛的痞块(图 188—189),充满肾窝,向前突入腹腔,向下可能进入盆腔。肿瘤呈圆形或卵圆形,表面光滑或略呈分叶状。最大的肿瘤可以占腹部 $\frac{1}{3}$ 、甚至 $\frac{1}{2}$ 地位,上界消失于肋骨缘下,下界可达髂嵴下,前内侧界可远达腹腔体中线或竟超过之。痞块相当固定,与后腹壁结构不能移动,呼吸时亦不移动。

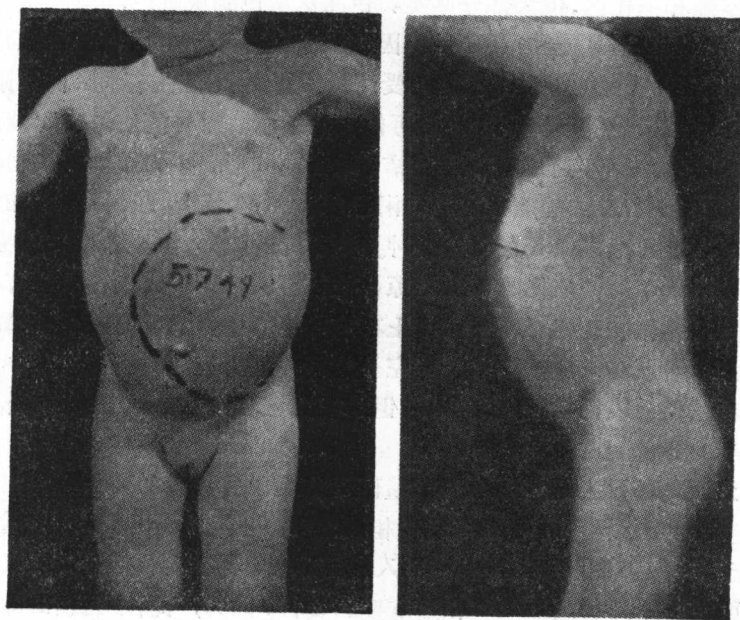


图 188 左侧肾胚瘤,虚线示痞块的范围。

患側橫膈可稍升高，但絕少引起呼吸困難。如腎胚胎瘤在右側，其前上界可與肝臟連續，或在這二種結構間有一淺溝。

在處理這種病例時，應盡量避免增加它的損傷。如進行反復的腫塊捫診或擠壓腫瘤，都可以促使惡性細胞進入血流，造成遠距離轉移，因而破壞病變根治的可能性。一部分人主張施行活體穿刺檢視，用顯微鏡檢查來証實診斷。這種措施是不妥當的，因為穿刺時可以將腫瘤接種于腹腔或附近組織，從而剝奪外科醫師完全切除腫瘤的機會，使原來可能是良好的預後轉為惡化；遠在 20 年前，我們早已放棄使用這種檢查方法。

發病年齡有助於診斷：發現腫瘤最常見的年齡期是在 2—3 歲，超過 8—10 歲者殆不多見，成人更為罕見。在我們的病例中，年齡最幼者僅生後 2 個月，最長者為 9 歲。女性和男性病例的病發率相等。發生于左腎或右腎之機會亦几相等；在我們的病例中，有 4 例兩側腎臟分別患有贅瘤。

X 綫 檢 查

腹部 X 綫攝片（不用對照劑），顯示有痞塊陰影，腸向腹中綫或對側移位。所有病例都應施行腎盂攝影，它可以供給更多的資料。腎盂可能受壓迫、顯著增長或維持原形。腎盂可以保持原來位置，但常在腫瘤陰影之上極或下極；充滿造影劑的腎盂，常高達橫膈，或低及髂窩位。腎盂及輸尿管常被推向中綫，絕少向外側移位。側位攝片指示腎盂與腫瘤陰影之關係，可顯示腎盂向前或向后移位。患側几乎都顯示有造影劑排泄；不能排泄者極罕見。我們常規地在所有病例中施行靜脈腎盂攝影，僅當診斷有疑問時再施行逆行腎盂攝影檢查；我們發現在臨床上需施行膀胱鏡觀察和逆行腎盂攝影檢查者，只占一小部分病例。

不用 X 綫也可能相當正確地診斷腎胚胎瘤；但這種檢查仍應常規地進行，以免與成神經細胞瘤、甚或與腎盂積水發生混淆。施行 X 綫檢查的另一優點，是可使外科醫師在手術前取得有關於腎蒂和血管位置的資料。

鑑 別 診 斷

在小兒時期，腎胚胎瘤必須與其他可能發生于此部位的腫塊相鑑別。

成交感神經細胞瘤 這種腫瘤起源于腎上腺髓質或腹膜后的其他神經組織。它的病發率與腎胚胎瘤相等，惡性度極高，發生的年齡亦與腎胚胎瘤相同。一般說來，這種腫瘤不如腎胚胎瘤巨大，有早期轉移的特性，甚至原发性腫瘤在小型時期，就可以有廣泛性轉移，在肝臟、特別是骨骼內形成繼發性腫瘤。原发性贅瘤質地堅實或僵硬，表面一般高低不平或呈細小結節狀，與光圓或略呈分葉狀的腎胚胎瘤不同。成神經細胞瘤外形不整，邊緣模糊，增大時可能超越腹中綫；而腎胚胎瘤則呈球形或長形，邊緣清晰，超越脊柱的傾向較少。

因為成神經細胞瘤能夠侵襲附近腎臟，使腎盂變形，所以腎盂攝影檢查在鑑別這二種病變上並無多大價值。

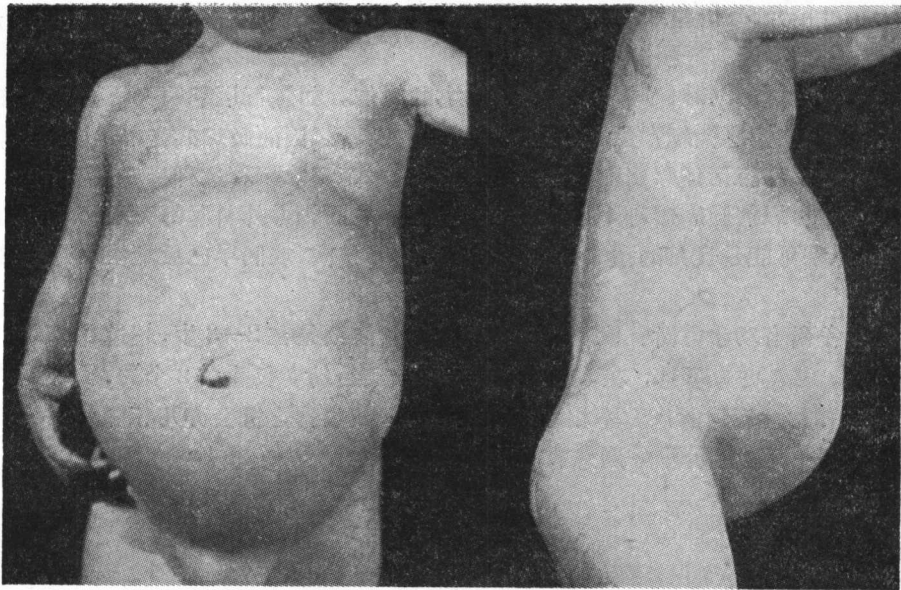


图 189 双侧性巨大肾胚瘤,照相摄自 1940 年。

右侧肿瘤施行手术切除,左侧施行X线治疗。于 1952 年时小儿仍生存,健康状况良好,体内并无赘瘤病患。

这二种肿瘤的转移情况完全不同:肾胚瘤的转移是及于局部淋巴结和肺;成神经细胞瘤的转移广泛地扩散到肝、肾、脑、眼眶等处,特别是在骨骼,构成许多破坏性病灶,只有到病变的晚期,才转移至肺。根据X线的特点和转移的分布情况(有转移时),一般都可以明确地鉴别这二类赘瘤。

肾细胞癌 肾细胞癌或葛雷维次氏肿瘤,为一坚实赘瘤,起源于肾脏的实质,由透明而含泡沫状细胞浆的细胞(类似肾上腺皮质)组成。一般认为是发源于肾上腺皮质的剩余组织,此种组织在其他方面正常的肾脏并不少见。葛雷维次氏肿瘤是一种发生于中年或晚年时期的赘瘤,小儿时期极为罕见,儿童医院在过去 30 年来并未发现此种病例。辨别这二种显然不同的肾脏肿瘤是非常重要的,但因肾细胞癌在小儿时期非常罕见,说明在鉴别诊断上提出这种病变实在是不必要的。我们在这里所以要提及肾细胞癌的原因,目的是澄清某些医师对于这二类肿瘤的混淆观念。

非附着性腹膜后胚组织瘤或畸胎瘤 这一名称曾用以指称坚实或部分囊肿性的混合瘤,可以发生于后腹壁(或胸壁)的任何部位。所谓“非附着性”的意义,是指肿瘤在组织学上可以和肾胚瘤非常相似,但与肾脏并不相连。这种赘瘤被认为是起源于原肾或中肾的残余组织,因此可以发生于在脊柱的任何一侧,从第四颈椎起向下远达内生殖器。肿瘤起初时并无症状,直到它体积巨大时始被发现。预后视恶性程度和病变能否早期辨识而加以切除而定。有些肿瘤虽然巨大,但因结构高度分化,预后仍然良好。如果巨大非附着性腹膜后胚组织瘤所处位置很高,一般在手术前不可能和肾胚瘤相鉴别;如果肿瘤是起源于下腹部,由于它并不伸展至肾窝区,故易与肾胚瘤鉴别。腹膜后胚组织瘤罕见,多数发现于成年人。在我们所见 96 例肾胚瘤的同一时期中,只发现 11 例患腹膜后畸胎瘤。

肾盂积水 在此年龄期中,肾盂积水是比较常见的病变。它是输尿管肾盂联接

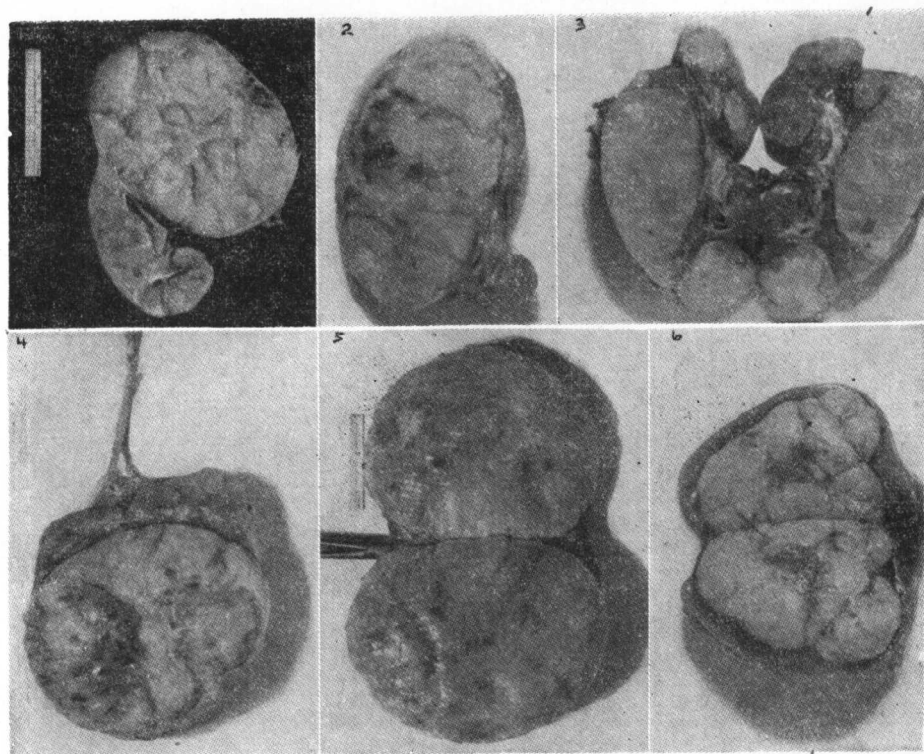


图 190 肾胚瘤的切除标本

1) 患者年仅 11 个月，肿瘤起源于肾脏顶端。2) 年仅 10 个月，肾质被肿瘤挤压至一侧。3) 肿瘤在肾脏内显然有多发性起源。4) 4 岁小儿的球形肿瘤，其外周肾被膜处于扩张状态。5) 年仅 10 个月，只保留极少量的肾组织。6) 年仅 8 个月，肿瘤完全在肾质内。

处或输尿管膀胱吻合处的先天性梗阻所引起的病变。临床上往往伴有疼痛、发热或脓尿。在少数病例中，肾盂极度扩大，充塞腹腔大部分地位，但泌尿系不一定并发感染，疼痛亦非常轻微。在这种情况下，单凭体格检查实际上就不可能和肾胚瘤鉴别。一般地，肾盂积水在扪诊检查时具有液体特征，但紧张充盈的肾盂囊常被误诊为实质性肿瘤者并不少见。如果根据体格检查感到诊断有疑问时，施行静脉或逆行肾盂摄影可以迅速作出鉴别诊断。

治 疗

诊断一经确定为肾胚瘤后，必须立刻决定治疗方针；如不予治疗，将迅速发生转移，涉及淋巴结或肺，甚或可能转移至肝或脑内。如无转移发现，不管原发性肿瘤的体积多么巨大，均须施行手术切除。虽然腹部肿胀的体积可能使医师感到预后似有问题，但手术切除几乎是根治本症唯一的希望。

手术前照射疗法 很多肾胚瘤对于放射线具有高度的敏感性，有些医师如凯尔氏、克利喜满氏、华通氏、潑利司脱来氏和勃洛段氏、潑来然氏和费利曼氏，基于下列二种见解，主张在手术前使用照射疗法：1) 缩小肿瘤的体积，便于切除；2) 消灭较为恶性的细胞，同时可能防止它们在手术操作时侵入血流。

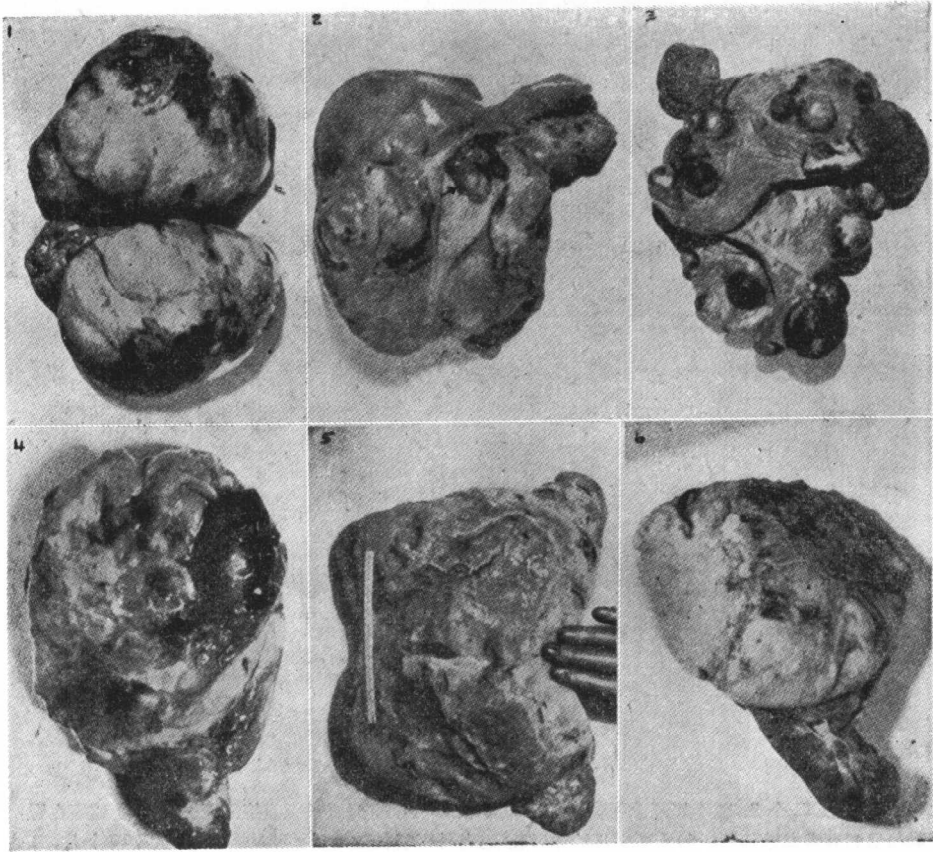


图 191 肾 胚 瘤

1) 患者 1 岁,标本重 744 克,肿瘤内有出血。2) 9 岁男孩的巨大肾胚瘤,长入肾盂(箭头)。3) 多叶性痞块。4) 巨大肿瘤,组织内有新鲜出血。5) 巨大肿瘤,重 2870 克。患者为 10 岁男孩。肿瘤内组织有大量的坏死和溶解。6) 9 岁女孩,肿瘤起源于一极,右上缘穿破肾被膜。

虽然上述的理由相当充足,但反对手术前施行照射疗法,同样亦具有充分的理论根据; 1) 延误手术达一至数星期之久,因而在时间上可以增加转移发生的危险。2) 能使肿瘤软化,甚至液化,因而增加肿瘤细胞侵入血流的机会。充分考虑到以上这些主张以后,个人认为手术前照射疗法的应用已过于广泛。必须指出:手术前的照射疗法,决不能用来创造施行手术的有利条件;而只能是因为它能增加这种恶性病变根治率! 迄今为止,文献中尚无充分证据,说明手术前照射确可增进治愈率的报告;而实际上,它只能降低生存率。

在私人交往中,我们曾从各个外科医师和泌尿科医师的谈话中,收集到“接受手术前 X 线治疗的小儿,已获痊愈”的报导。但这一般都只是各该医师所取得极少数的成功病例,如与同样治疗后所发生的死亡数字比较,这种个别的治愈病例就显得渺小而不足重视。在文献中惜无可靠的资料,用事实证据来说明手术前 X 线治疗的价值或危害性。为了肯定这一点,我们从 1949 年开始,在收入医院的病例中,间隔一例给予这种照射,是在呈现的痞块上给予 2 或 3 千伦琴单位,将剂量分小后延长于 10—15 天期中照射完毕。上述研究在一年中就得到充分的结论——死亡率较以前有显著的

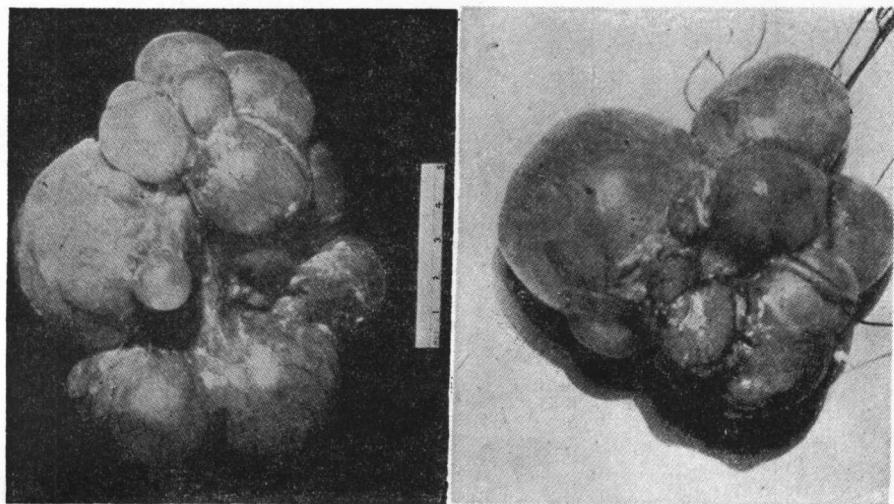


图 194 从二个婴儿切除的二个單側性多囊腎，作为腎窩痞块的对照比較。

左) 患者于生后仅 19 天。右) 患者年仅 9 个月，标本重 375 克。

增高，使我們确信这种手术前的照射是有害无益；我們已完全放棄不用。我們确信：早期手术(結合手术后照射)为最好的治疗方法，它的根治率最高。

腫瘤的早期切除 在最近 20 年中，儿童医院的处理方針，認為腫瘤的体积巨大已不成为施行手术治疗的反指征；自从 1932 年以来，从未发生手术性死亡(我們所称的手术性死亡，包括在住院期中所发生的全部死亡病例，不論其原因屬何)。这种成績，否定了一般以为降低死亡率必須施行手术前照射的观点。

手术前准备：如有貧血，手术前宜予輸血。由于手术解剖的范围，往往会造成相当程度的休克，只能用輸血来适当地控制，所以必須常規地准备于手术期中和手术后給以輸血。在施行探索术以前，必須用插管或可塑导管置入踝靜脉，俾在必要时可迅速給予靜脉輸血或补液。

我們确信所有这种病例，都应迅速地施行手术；任令病人貽誤几天或更多日期后施行手术，是不可原諒的处理方法。固然，我們并不認為这是急症手术，但我們的經驗，从病人的住院、重要資料的收集，以及腫瘤的切除，一般都可能在 4—5 小时中完成。这种腹部痞块容易使医师、护士和医学生們感到兴趣，但須指出：反复捫診檢查在理論基础上可能增加腫瘤細胞投入血流的机会。所以我們認為，只能輕柔地撫摸痞块，只有直接参与处理病人的有关人員，才能捫按；腫瘤愈早切除，治愈的机会亦愈多。

經腹显露：处理这种病变，不宜于肋腹內施用斜行后外側切口，主要是因为它在小儿髂嵴与肋骨間所造成的开口太小。有些医师主張施行斜行胸-腹联合切口，这对于小型或中型的腫瘤，固然能够很好地显露，但对于巨大的腫瘤，就不如前面的經腹切口理想。后者是我們常規选用的切口，它的优点，是可以在涉及腫瘤之前先結扎和切斷腎血管。在手术中及早阻斷腎靜脉，对于减少腫瘤細胞侵入血流的危險性來說，是一种非常重要的措施。

切口应自肋緣起，視具体需要而向下延長(图 195)，常需抵达恥骨。腹直肌可以分开，但最好向外側牽引，俾手术后的創口更为坚固。此外，我們亦曾于一部分病例

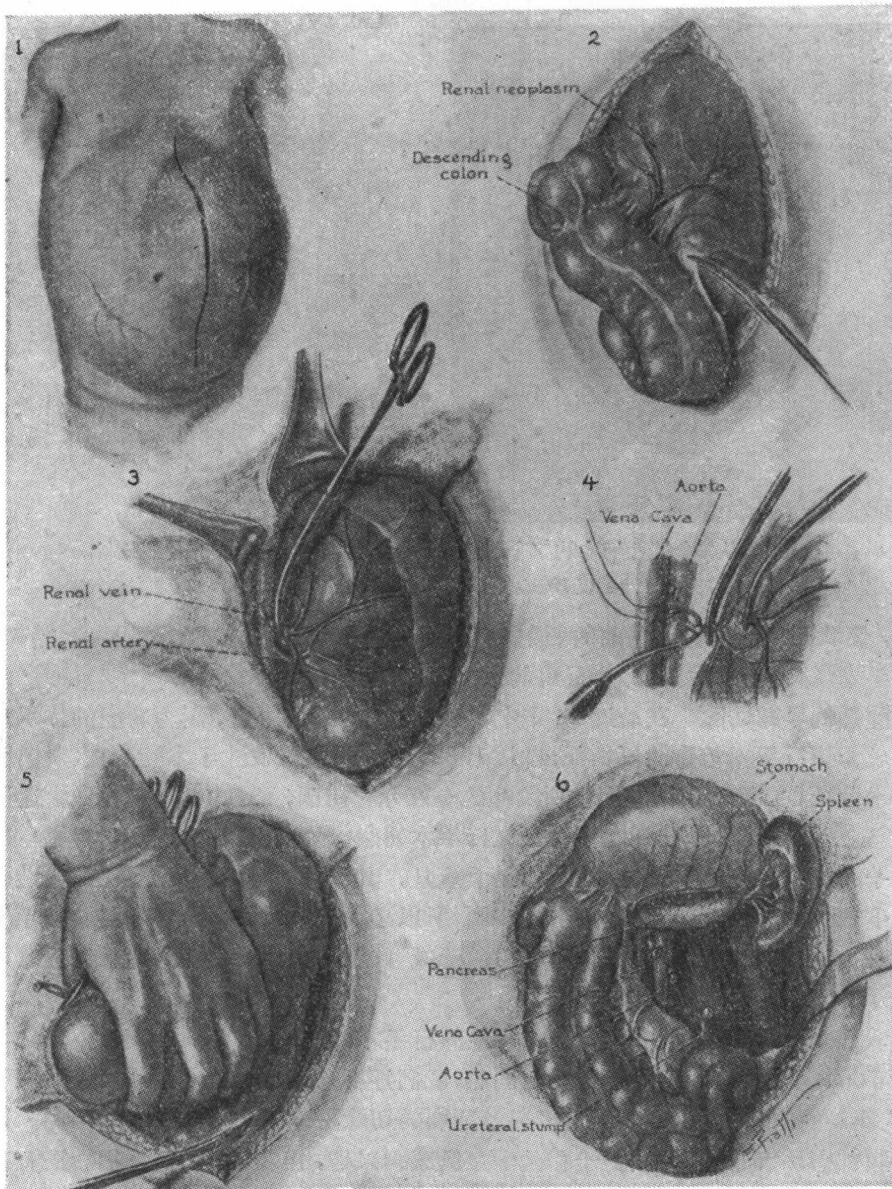


图 195 左侧肾胚胎瘤的手术切除

1) 隆起痞块和长型左腹直肌切口的位置。2) 结肠被肿瘤推向下、向内侧。切开腹膜，游离结肠，显露肿瘤。3) 结肠牵向内侧，在涉及肿瘤之前先处理肾蒂；结扎静脉并予钳夹。4) 切断肾静脉，钳夹肾动脉；在肾动脉周围穿过结扎线。5) 肾静脉、动脉和输尿管全部切断，开始进行痞块下、后面解剖。6) 肿瘤从肾窝切除，结肠将被回纳于此创面区。

Renal neoplasm 肾肿瘤 Descending colon 降结肠 Renal vein 肾静脉
Renal artery 肾动脉 Aorta 主动脉 Vena cava 腔静脉 Stomach 胃
Spleen 脾 Pancreas 胰 Ureteral stump 输尿管残株

中施行横切口。按肿瘤位于右侧或左侧的不同，将升结肠或降结肠从外侧腹膜反折处游离，并移向体中线，以显露肾块及肾蒂。

肿瘤的游离：先将肾动脉和肾静脉切断。有时需要切除一部分或全部肾上腺，

但在多数病例中并不如此,都能完整地保全肾上腺。输尿管尽量向下游离后,在低位切断之,然后从广大的后面附着处游离肿瘤。粘附于其被膜及肾蒂上的脂肪,必须随同肿瘤一并切除。经过肿瘤表面的腰静脉分枝,必须予以切断。痞块完全游离,并牵引出腹外后,腹壁的后外侧部分留有很大的创面,必须仔细观察,并结扎所有的出血点,然后将结肠回纳,以复盖创面。腹壁切口虽长,但如能仔细缝合,手术后创口的愈合都无问题。我们选择应用皮下缝合法关闭皮肤,因而可以省略皮肤缝合,简化敷料包扎,免去橡皮膏使用(橡皮膏会影响手术后的照射)。

一般手术医师常因顾虑到小儿的全身情况,惟恐他不能忍受手术,因而在施行手术时,有急躁情绪,在急欲完成手术的心理影响下,就可能粗鲁地压迫或牵拉坏死的肿瘤,造成被膜的破裂。为了避免这种不幸事故的发生,在处理时应该非常仔细。如果手术前能用插管预先插入一个肢体的静脉内,俾血液能在手术时持续输入,就能使外科医师从容不迫地施行较慢的手法,更好地完成手术。

手术后照射

手术区的照射:手术后照射(在肾窝区)确能显著地增加治愈率。在1940—1947期间(每例于手术后均施行照射),我们的结果显然比前8年期中(只在个别病例中施行手术后照射)所取得的成绩更为优越。在上述二段时期内均无手术性死亡。我们的结论指出:生存率的增加,完全要归功于照射疗法,而并不是由于手术有任何进步。照射的每日剂量是200 伦琴单位,采用200千伏机器,滤过1毫米厚铝片和0.5毫米厚铜片,通过50厘米的靶-皮肤距离和1.05毫米铜片的半值层,按肿瘤区的前、外侧和后面的三个部位每日变换,直至总剂量(空气照射量)为4000—5000 伦琴单位为止。初剂量在手术当日麻醉尚未清醒前即予照射,我们认为及早给予这种治疗是非常重要的措施;任何病例从未因此而影响创口的愈合。

肺部预防性照射 肺野施行“预防性”照射,希望在恶性细胞尚不能被X线来显

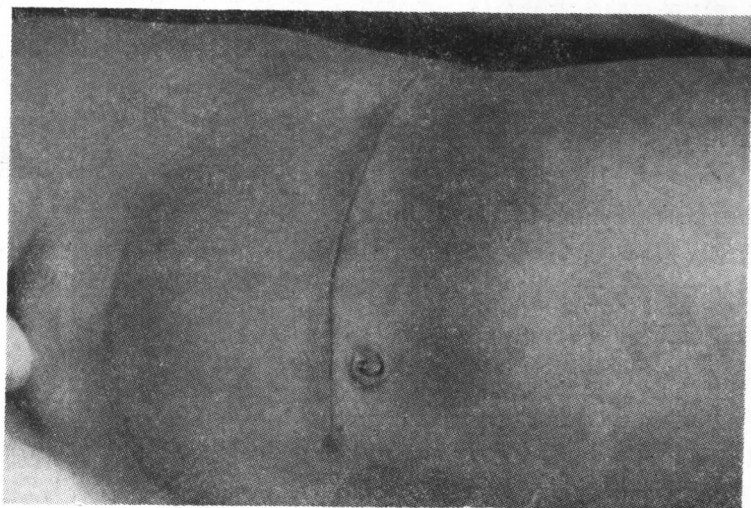


图196 因胚胎组织瘤施行肾切除术2月后的横切口,于手术当日即开始给予手术后的照射疗法。注意创口的愈合良好;即使手术后及早施行照射,在任何病例中从未因此而影响创口的愈合。

示有轉移痕迹時，即加以消滅，這個作用是有問題的：小劑量對轉移的腫瘤細胞無效，而大劑量照射二側肺部（足以破壞細胞）却將釀致病人死亡。

腫瘤蔓延或肺部轉移的照射 對於局限性蔓延或肺部轉移的照射療效究竟如何？耐司別脫氏和阿得姆氏曾列舉 2 例，其腎胚胎瘤未能完全切除，遺有局限性腹膜後浸潤，結果於施行 X 綫照射後獲得治愈。在他們論及的第 3 例（右側原发性腫瘤經穿刺活體檢視証實，同時右胸具有可疑的轉移 X 綫現象），只用 X 綫照射右側胸和腹部治療，結果該例於 10 年後仍良好地生存。凱爾氏曾以腎切除術治療一個 4 歲的女孩，隨後有肺部轉移形成，經照射療法後消失，小兒良好地生存，52 個月後并無病變証據。雪爾佛氏曾以腎切除術治療一年僅 21 個月的嬰兒，手術後并曾以 X 綫照射腹部，但 7 個月後有肺部病灶形成，乃施行胸部照射（照射劑量未敘明）。病人良好生存已超過二年，并無復發証據。就我們自己的材料，沒有肯定的証據，足以說明照射胸部轉移病灶具有超過暫時性的療效，但有幾例施行腎切除術後，明知有腫瘤的蔓延遺留在主動脈或腔靜脈周圍，結果仍能長期生存者，必須歸功於手術後給予的照射療法。

總結以上印象：根據我們自己有限的材料和文獻中的証據，關於贅瘤蔓延或轉移的 X 綫治療，可以綜述如下三點：第一、如在腹部以外部位并無轉移發現，但在施行腎切除術時（或以後）發現腹內有腫瘤蔓延（或轉移），應廣泛而反復地給予照射治療，使這種腹部病灶能被控制、甚而有根除的機會。第二、如果肺部已有廣泛性轉移，X 綫治療（雖然可能略微延長病人的生命）并無多大價值，不值使用。第三、如果肺內只有幾個孤立性轉移，只要肺的其他部分并無重要擴散証據，或宜大量而反復地給予照射。

治療結果

許多處理這種病例的有关人員，長期以來一直抱着的悲觀態度必須予以批判。失望和失敗的結果雖然常見，但从早期和徹底處理後所取得治愈率的增加來看，指出本病在預後上仍有光明的一面。

任何醫療機構在總結病案系的治療結果時，負責人應有義務將他所遇到的全部病例統計在內。只有這樣，他所報告的治愈，才能代表生存百分率的正確性。一般傾向都只報告較好的病例（曾施行手術或其他治療的病例）；只用這些病例的治療結果來計算治愈率。很明顯地，這些數字只能代表曾經治療病例的結果；當然不能代表一個醫療單位所遇到全部病例的總結。這是我們在閱讀文獻報告時必須注意的。

威欠爾，陀干代和潑利司脫來等氏於 1943 年報告 44 例中治愈 7 例。其中 42 例曾包括腎切除術的治療——治愈率 16%。有些病例曾予手術後照射治療；有些在手術前、後均予照射。雖然他們的材料充分証實 X 綫的作用，可以縮小多數腫瘤的體積，因而便于施行手術切除，但并不能證明照射療法的結果在治愈率上比單純採用手術治療更為優越。

1945 年，弟恩氏總結他單用照射療法治療 20 例的發現，其中 5 例生存已超過 5 年，并無病患復發的証據。全部 20 例的診斷均未取得活體檢視証實，因此其中難免不包含實際上為其他類型腫瘤的可能性。他所報告的病例，在診斷的正確性方面虽

有批判处,但根据他的材料,相当清晰地说明X綫对于这种贅生物的破坏作用。

1946年,耐司別脫氏和阿得姆氏报告16个小儿病例的腎胚胎瘤,其中12例曾施行腎切除术(有几例曾于手术后施行X綫照射),結果7例痊愈,治愈率58.4%。另一病例只施行活体檢視和照射疗法,結果痊愈。在16例經証实诊断为腎胚胎瘤的病例中,8例生存;总的治愈率是50%。在相同的10年期中,他們观察了其他11个拟诊为腎胚胎瘤的病例(因为各种原因,诊断未經病理检查証实),其中有些病例所患的可能并不是腎胚胎瘤,但根据这两位經驗丰富的医师所述的資料,指示多数病例所患的确实是腎胚胎瘤,7例(可能有9例)确知已遭死亡。因此,如果从全部27例(包括証实是或者可能是腎胚胎瘤的全部病例)来統計,总的治愈率是在35—40%左右。

1947年,雪尔佛氏报告的18个病例,10例生存,治愈率55%(表61)。仔細閱讀他的材料,发现其中2例为成人(分別为21岁和27岁)。因此,如果單考虑小儿时期問題,只能列算16病例,其中8例生存,治愈率50%。治疗方法并不一律。虽然应用一种疗法处理的病例不多,因而可能造成錯誤的結論,但报告的資料頗有价值,值得吾人研究。茲总结如下:最后一組病例数字虽然很少,但是值得吾人注意的。

表 61 雪尔佛氏病例的治疗資料

治 疗	結 果			
	生	存	死	亡
未治疗	0		2	
只施行照射疗法	0		3	
只施行腎切除术	3		1	
腎切除术和手术后照射疗法	3		2	
手术前照射、腎切除术和手术后照射疗法	4		0	

1949年,狄盖氏和香德洛氏报告12例腎胚胎瘤,诊断均經大体或組織的显微鏡检查証实,結果4例生存(33%)。治疗方法是采用經腹腎切除术,手术后(有些病例)并予照射治疗。

簡單地檢查一下我們儿童医院的材料,可以提出一些評註和結論。我們的材料是包括儿童医院所見的全部腎胚胎瘤病例,不論曾否治疗,所以在整組病例中,包括有一部分初診时已有轉移而只能給予姑息治疗和一些末期处理的病例。这些病例都是在1947年以前治疗的,到現在为止都已經历了5年,因而可以在相当正确的基础上,叙述有关于結果的成败。材料总结于表62。由于治疗方法不同,全部材料將按期分划为三部分——即1914—1930、1931—1939和1940—1947年的三个时期。

表 62 儿童医院全部病例的資料分析

研 究 时 期	治 愈 百 分 率		
	年齡在12个月以內者	年齡超过12个月者	包括各种年齡的全部病例
1914—1930, 共27例(4例痊愈)	42.8	5.0	14.9
1931—1939, 共31例(10例痊愈)	71.4	20.8	32.2
1940—1947, 共38例(18例痊愈)	80.0	43.3	47.3