

中山醫學院論文集第二十二輯

婦產科疾患和計劃生育的研究

(內部資料 注意保存)

中山醫學院編

1964.7. 廣州

一、妇 科

1. 泌尿阴道瘘——复杂病例的处理……………林劍鵬 梁貴尙 (1)
2. 子宮絨毛膜上皮癌38例临床分析……………招杰容 梁孝娣 (10)
3. 抗叶酸代謝物治疗恶性滋养叶細胞瘤10例初步报告……………丘泮英 梁 尙 (19)
4. 有关子宮頸癌根治手术的一些問題……………郑惠国 (26)
5. 宮体癌18例病案分析……………陈昆田 鄺健全 (29)
6. 314例 卵巢肿瘤临床病例分析……………張志英 李国樑 陈凌峯 黃清兰 (34)
7. 功能性卵巢肿瘤……………郑惠国 鄺健全 (38)
8. 妇产科門診阴道細胞学防癌普查初步报告
……………阮汝权 馬佩月 鄺尙慈 陈允彬 (44)
9. 功能性子宮出血病(附 242 例分析)……………鄺健全 呂 超 (49)
10. 应用硝酸銀及制黴素治疗外阴阴道炎初步观察……………陈丽环 張志英 (59)
11. 广州市92例健康人及42例孕妇的血清蛋白結合碘正常值探討……………周摩西 (64)

二、产 科

12. 异位妊娠誤診病例分析……………王玉珍 陈学煌 郑惠国 (68)
13. 葡萄胎临床病理分析……………周健仪 梁貴尙 (79)
14. 813例 自然流产临床分析……………蔡珮元 梁貴尙 宗琳如 黃素媛 (88)
15. 正常位置胎盘早期剝离(113例 临床分析)……………李大慈 余国靜 (94)
16. 前置胎盘 182 例临床分析……………曹碧光 李大慈 孔秋英 余国靜 (102)
17. 晚期妊娠中毒症(附 300 例临床分析及文献綜述)
 第一部分 病因……………郑惠国 何秀琼 鄺健全 (111)
18. 晚期妊娠中毒症(附 300 例临床分析及文献綜述)
 第二部分 诊断及分类……………郑惠国 何秀琼 鄺健全 (117)

19. 晚期妊娠中毒症 (附 300 例临床分析及文献综述)

第三部分 预防及治疗.....郑惠国 何秀琼 鄺健全 (123)

20. 双胎妊娠并发症及胎儿死亡原因分析.....何秀琼 (130)

21. 产后流血量与产后出血的研究.....張秀俊 余国静 (139)

第一部分 影响产后流血量的有关因素

第二部分 第二第三产程不同处理方法对产后流血量的影响

第三部分 产后出血原因及预防探讨

22. 404 例产后出血病案暨 118 例随访分析.....梅卓贤 李昭红 孔秋英 (161)

23. 臀先露分娩 216 例临床分析.....陈自俭 郑惠国 (168)

24. 19 例横位分娩的临床分析.....叶海燕 (174)

25. 124 例滞产之分析.....吕超 郑惠国 (178)

26. 剖腹产 151 例临床分析.....潘国权 罗大蔚 (184)

27. 脐带脱垂 (33 例的分析).....罗启东 鄺健全 (191)

28. 脐带脱垂 (45 例的分析).....張凤英 李大慈 (194)

29. 10 例孕产妇死亡原因探讨.....李翠兴 潘国权 (202)

30. 无黄疸型传染性肝炎合并妊娠 39 例 (45 例次) 临床分析.....梁纪 (207)

31. 石胎合并再次宫内妊娠足月顺产一例报告.....莊广倫 (215)

32. 晚期妊娠合并巨大卵巢囊肿一例报告.....陈学煌 何秀琼 (217)

33. 1000 例初产妇孕产情况分析.....方悦行 隋清 余国静 (219)

34. 应用 Mc Donald 氏法估计胎重 200 例.....張秀俊 陈莉莉 (226)

三、計劃生育

35. 宫内避孕器 100 例效果观察.....章梓芳 方悦行 陈学煌 (231)

36. 宫腔吸引术在早期人工流产的临床疗效 (附 1000 例分析)

.....叶淦平 梁贵尚 周健仪 区敏华 (235)

37. 761 例人工流产刮宫术临床分析 (附 259 例术后追踪观察报告)

.....叶淦平 張杏芳 刘天麟 莊广倫 区敏华 陈莉莉 (246)

38. 313 例人工流产刮宫术加阴道式输卵管结紮术临床分析

.....叶淦平 張杏芳 刘天麟 莊广倫 区敏华 陈莉莉 (251)

39. 关于門診人工流产的一些問題.....陈湘云 罗启东 李桂珍 (255)

40. 产褥期输卵管绝育术 272 例临床分析.....張杏芳 (259)

泌尿阴道瘘——复杂病例的处理

林劍鵬 梁貴尚

中山醫學院婦產科教研組

尿瘘是妇科領域內的一个严重疾病，由于长期漏尿，不但影响劳动生产，而且影响身心健康，精神痛苦，怕結交朋友，家庭不和睦，甚至鬧离婚，自杀。因此，預防尿瘘发生与治疗尿瘘是妇产科工作者的重要任务。

近年来国内外文献报导^(1,2)尿瘘手术的成功率差异較大(60—100%)，对手术方法亦有爭論。作者认为手术成功率差异原因可能与下列四个因素有关：

(1) 未将困难与简单的瘘孔明确分类，因为比較简单的病例，成功率将会較高，反之，若困难病例較多，成功率則可能較低。

(2) 手术前准备与术后处理。

(3) 手术方法的选择。

(4) 施术者技术水平的高低。

因而根据瘘孔情况，分类对比，对手术疗效的評價具有一定意义。

现将1953年11月至1963年12月間，我們在中山医学院兩間附属医院、广州市及广东省专区几間医院亲自施行泌尿阴道瘘手术的61例作簡單分析，并着重提出对复杂病例手术处理的点滴經驗以及有关問題的一些意見，供同道参考。

瘘 孔

發病原因：本組61例中，以分娩創伤占最多数，共48例，与大多数文献相符。創伤原因多由于头盆比例不称、滯产、膀胱長時間受压使組織坏死脱落所致，亦有由于助产者处

表一 61例泌尿阴道瘘发生原因

原 因	例 數
分娩創伤	48
由阴道局部注射无水酒精誤入膀胱尿道(治疗瘻脫垂)	10
手术創伤	
阴道式全瘻切除盆底整形术时創伤膀胱	1
骨盆骨折創伤	1
先天性尿道缺損	1
總 計	61

理不当，粗暴施用产鉗或臀牵引术而創伤組織所致，故适当处理分娩，提高各級助产人員的技术水平，是預防尿瘻发生的重要关键。

其次为应用酒精等葯物进行阴道局部注射治疗子宫脫垂时葯物誤注入膀胱，引起組織坏死或感染脱落，共10例。

手术創伤一例，为生殖道脫垂施行阴道式全子宫切除术，在分离膀胱时創伤所致。

盆腔骨折創伤一例，由于房屋塌下严重骨折創伤，而創伤膀胱漏尿。

先天性畸形一例，为尿道缺損，漏尿至34岁才治疗。

瘻孔的分类：

(一) 按解剖部位分类。(表二)

(二) 按简单与复杂病例分类：根据全組 61 例的瘻孔情况，分为简单与复杂兩組病例，以便对治疗效果作更好的对比和评价。

1. 簡單病例組：

(1) 膀胱阴道或尿道膀胱阴道，或膀胱子宫頸阴道瘻，直徑在三厘米以內，邊緣周圍組織健康，术野暴露好，33例。

(2) 尿道阴道瘻，直徑在 0.5 厘米以內，邊緣周圍組織健康，术野暴露好，4 例。

表二

泌尿阴道瘻种类

种	类	例 数
膀胱阴道瘻		33
膀胱尿道阴道瘻 (混合型瘻)		16
膀胱宮頸阴道瘻		4
尿道阴道瘻		5
尿道缺損		2
膀胱阴道瘻合併直腸阴道瘻		1
总 計		61

2. 复杂病例組：

(1) 巨大膀胱阴道或尿道膀胱阴道或膀胱子宫頸阴道瘻，直徑在三厘米以上，膀胱粘膜外翻显露輸尿管口 (或同时併发尿道內括約肌損伤)，但經膀胱分离后，瘻孔周圍尚有足够縫合的健康組織，术野暴露尚好，10例。

(2) 膀胱阴道瘻或尿道膀胱阴道瘻，直徑在三厘米以內，其周圍有广泛疤痕組織，阴道狭窄，术野暴露不好，4 例。

(3) 膀胱子宫阴道瘻孔位于阴道前壁高位处，其周圍有大量疤痕組織累及阴道穹窿粘膜，使子宫頸固定，不能拉下，术野暴露困难，2 例。

(4) 尿道膀胱阴道瘻孔位于耻骨后上方，或在耻骨弓側旁，其疤痕組織較多，术野难于暴露，2 例。

(5) 尿道全断裂，与膀胱分离，膀胱三角区亦有損伤以致膀胱黏膜部分內翻，显露

輸尿管口，但瘻孔周圍組織健康，術野暴露好，3例，

(6) 尿道缺損(先天性与后天性各一例) 2例。

(7) 膀胱阴道瘻合并直腸阴道瘻，1例。

手术途径

61例泌尿阴道瘻中經阴道修补者最多数，共59例，經阴道及經耻骨上切开膀胱同时修补者2例，后二例均为瘻孔高位，疤痕严重，分离子宫及膀胱有困难，且难于暴露縫合。

疗效

61例中修补成功者52例，占全組病例的85.2%，失敗者9例，占14.8%。其中1960年以前施手术者24例，修补成功者16例，占66.7%，失敗者8例，占33.3%；1960年以后施术的37例中，成功者36例，占97.3%，失敗者1例，占2.7%。若从简单与复杂兩組病例比較其疗效，則简单組37例中，成功者29例，占78.4%，失敗者8例，占21.6%；复杂組24例中，成功者23例，占95.8%，失敗者1例，占4.2% (表3)。复杂病例成功率較简单組为高，其原因由于修补成功的23例均于1960年后施术，对尿瘻的术前、术时及术后的处理方法，以及修补技术上均有所改进，因而能够取得較高疗效。23例中有曾在院外修补一次失敗者3例，二次失敗者2例，三次失敗者2例，过去曾在本院修补一次失敗，經再次修补成功者有一例。

表三 61例分阶段時間施术的分組疗效情况

	1960年以前			1960年以后			1953—1959年		
	例数	成功例	失敗例	例数	成功例	失敗例	例数	成功例	失敗例
简单組	23	16 (69.6%)	7 (30.4%)	14	13 (92.9%)	1 (7.1%)	37	29 (78.4%)	8 (21.6%)
复杂組	1	0	1 (100%)	23	23 (100%)	0	24	23 (95.8%)	1 (4.2%)
总计	24	16 (66.7%)	8 (33.3%)	37	36 (97.3%)	1 (2.7%)	61	52 (85.2%)	9 (14.8%)

修补成功的复杂病例23例中，18例在解剖上与功能上均获成功；4例解剖上成功，功能上基本成功，患者术后尿频，經追踪观察3个月至1年，其尿频症状漸趋好轉。一例解剖上成功，功能上失敗，該例为尿道膀胱阴道瘻，內括約肌已被严重破坏，术后追踪观察一年內，患者自覺稍有尿意，但不能控制排尿。

处理方法

术前处理：术前檢查瘻孔的情况，包括性質、部位、大小及其与生殖系統各部分的关

系，与邻近器官关系，以及瘻孔周圍組織的情况，可从阴道檢查及膀胱窺鏡檢查两个途径去进行。我們认为两者均重要，但以阴道檢查尤为重要，往往是决定能否施行手术及选择最适当的手术时间的最重要步骤，并且通过它去决定是否須作膀胱窺鏡檢查。一般简单病例采用膀胱截石臥位即能满意地进行阴道檢查，但某些复杂病例如巨大膀胱阴道瘻，膀胱粘膜內翻，及瘻孔位于耻骨联合上后方者，則須采取胸膝臥位方能暴露瘻孔。有些复杂病例由于疤痕組織过多，阴道狭窄，不能从阴道了解瘻孔情况时，可通过膀胱鏡协助檢查，但能否修补或施用何种手术方法，則往往須于手术时在麻醉中置患者于适当体位下方能决定，甚至更須作一适合的阴道切开术方能确定如何进行。

特別对于位于膀胱三角区的瘻孔，我們常规于术前作膀胱鏡檢查，这时，决定手术方式及避免手术时創伤輸尿管至为重要。通过檢查可以明确瘻孔的大小及位置，尤其是与輸尿管及尿道的关系。瘻孔大者，患者取胸膝臥位以空气直接充盈膀胱作檢查較用水充盈法滿意，因瘻孔过大时，注入的液体很快流出之故。膀胱鏡檢查亦可观察膀胱內及瘻孔周圍組織的情况，以及有否結石存在和感染。急性膀胱炎时，必須先以磺胺藥物或抗菌素控制感染后方能施行手术。小結石可从阴道瘻孔取出，大于瘻孔的結石則須行耻骨上膀胱切开术取出，直至伤口癒合、感染消除后才能施行瘻孔縫合术。有外阴阴道及宫颈感染者須用热坐浴及局部抗炎治疗，使組織恢复健康后施行手术，才能得到良好疗效。如有指征时，可作靜脉肾盂造影或輸尿管逆行肾盂造影术，或两者并用，以了解肾盂、肾脏情况及肾功能情况。

全身体格檢查以了解其他系統情况亦至为重要，如有手术禁忌情况，則須待患者健康状况适合时，方能施行手术

手術方法：多数妇产科学者认为經阴道修补瘻孔較安全，易于进行，且成功机会大^(3、4)，本組病例亦大多数經阴道修补。手术方法采用分层阴道縫合，充分分离膀胱壁和阴道，使能作两层縫合而无張力牽引，其范围至少距离瘻孔2厘米。12例使用球海绵肌复蓋縫口以加强癒合。1例膀胱阴道瘻合併直腸阴道瘻行部分阴道閉合术。經阴道及經耻骨上切开膀胱同时修补的2例均从膀胱內以手指将膀胱壁推下，然后經阴道縫合瘻孔。总之复杂病例須按其不同性質决定手术方法。

術后处理：泌尿阴道瘻的修补，不論采用何种手术方法进行，术后护理都是非常重要的。手术后即时放入停留导尿管，并注入靛兰作漏尿試驗，膀胱容量測定及冲洗膀胱。术后密切观察病人情况，最好由术者亲自观察，或委託有經驗的助手負責。首先应在伤口癒合过程中避免膀胱膨脹及染感，我們应用双腔导尿管作閉合式停留开放引流（图1）。注意保持通暢无阻。每天2—3次用呋喃西林溶液密封式冲洗膀胱，注入液量必須恰当，勿使超过膀胱应有容积，以免膀胱过度膨脹，直至病人能暢通地排出澄清尿液为止。

飲食方面，注意多給流質飲食，术后每天輸入液量应保持2500毫升至3000毫升。

术后数天内常规給予青霉素及鏈霉素直至体温恢复正常，伤口癒合良好，及泌尿道感染消除后为止。

简单病例导尿管約于术后7—10天除去，复杂病例則12—14天，对于特別困难的病例，例如耻骨上或經阴道施行人工膀胱造瘻引流等，导尿管須停留至大約3—4周。除去导尿管后，若仍有少許漏尿，則再放置导尿管一周。除去导尿管后，病人可起床活动。

若縫补創面沒有活动性出血，在术后12天内探查阴道不但沒有必要，反而会徒增損

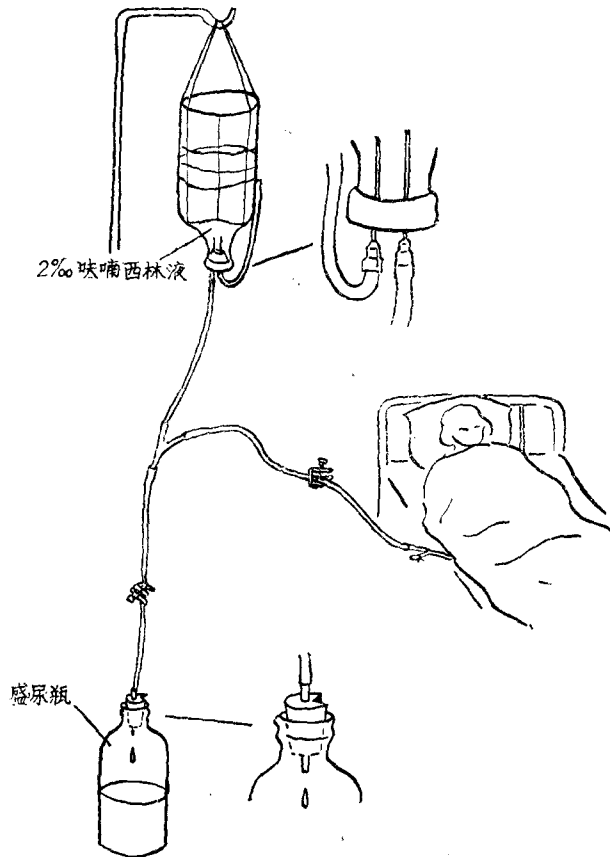


图1. 密闭式膀胱冲洗法

伤。当有血性或尿液性渗出物时，如果少量，亦没有必要进行探查，如果停留导尿管已经除去的，应重新再予小心放置。我们过去曾有类似的病例，术后短期内未作阴道检查的修补成功，而曾作阴道检查者则失败。当有必要探查时（例如有活动性出血，或需确定伤口情况时），可轻轻放入一个小的后阴道牵开器，小心避开阴道前壁伤口，以浸有抗菌素溶液的小棉球轻轻拭净，必要时可在直视下用注射器注入抗菌素液作冲洗，找到出血部位予以止血。

手术修补失败原因

综合手术修补失败病例的失败原因有下列几方面的单独一个或多个原因：

- 一、术前处理问题：（1）外阴阴道感染或宫颈感染未能处理即施行手术，（2）呼吸系统感染未治疗即施术，（3）术前灌肠不够彻底以致术时大便漏出污染术野。
- 二、手术时间选择不当可因组织脆弱或伤口感染而影响手术疗效。
- 三、手术时处理：

(1) 手术过程中术野暴露不良。

(2) 技术问题: 1. 操作过于粗暴。2. 游离膀胱不够充分, 勉强缝合, 致使組織張力过大, 特别是尿道阴道瘻, 一侧边缘如紧黏耻骨弓时, 如分离不足, 则可致尿道弯曲, 影响疗效。3. 疤痕組織削修不足。4. 缝合方法不得当。

(3) 縫补材料選擇不得当(例如縫針、縫綫問題)。

四、术后处理問題: (1) 瘻孔缝合后未作漏液試驗, (2) 手术結束时未作膀胱冲洗, (3) 术后未作膀胱容量測定, 使用过量溶液冲洗膀胱, (4) 术后过早作阴道檢查及阴道冲洗, (5) 停留导尿管固定不好, 部分或全部脫出, 再插时损伤瘻孔閉合处, 如果患者本人或护理人员經驗不足, 把已脫出的导尿管再推入, 則又会导致感染。

複雜病例修補手术成功因素

根据我們在1960年后施术的23例复杂病例治疗效果及1960年前(包括1953年前)作者曾經参加或亲自施术的复杂病例的失敗經驗, 作者認為修補手术成功有賴于多个綜合因素而非某一单一因素。下面列举一些主要因素并予以討論。

一、术者必須掌握女性盆腔器官解剖, 生理与病理的知識, 并須有一定的修補一般瘻孔的經驗。

二、术前詳細檢查泌尿生殖系統及其瘻孔情况极为重要。

(一) 明确了解瘻孔的性質、大小、部位、疤痕多少, 以及尿道括約肌的功能情况。对于巨大尿瘻併发膀胱粘膜翻出, 或瘻孔隱蔽于耻骨联合后方, 如于膀胱截石臥式下用窺器不能暴露时, 可让患者采取胸膝臥位, 必要时用Foley氏导尿管从阴道瘻孔插入膀胱內, 然后注入适量的蒸餾水, 将导尿管向外牵拉, 即可暴露整个瘻孔边缘, 以观察其部位、大小及其周围疤痕的情况。有个別病例, 由于疤痕組織較多, 組織硬实, 难于估計瘻孔的情况, 往往要在手术时将膀胱从阴道壁分离后, 始能确切了解情况。此类病例常在术前难于估計到能否进行修補手术, 成功的机会很少, 过去往往因此而放弃經阴道进行修補手术。我們認為如能耐心和細緻地分离阴道疤痕組織, 常可見有足够縫合的健康組織, 縫合将会是不困难的, 因此对此等患者亦应尽量設法予以治疗机会。

(二) 膀胱鏡檢查瘻孔在膀胱部分的情况, 其位置及其与輸尿管口的关系。如瘻孔位于膀胱三角区或对瘻孔的性質有疑問时, 了解膀胱粘膜有无炎症及膀胱內有无結石是有一定价值的。Naidu氏报告208例膀胱阴道瘻中7例併有膀胱結石⁽⁷⁾。我們处理的大多数病例都經膀胱鏡檢查, 复杂病例則作常规檢查, 61例中37例简单病例中有一例膀胱結石, 24例复杂病例中有2例, 均經膀胱鏡檢查診斷。值得注意的是这三例均曾在其他医院作1至3次修補术失敗, 結石是否于第一次手术时已存在而致手术失敗則不得而知, 但可以肯定併发膀胱結石的尿瘻患者, 同时亦有較严重的膀胱炎, 这是可能导致失敗的原因。若有膀胱炎者, 必須在术前积极予以抗菌素治疗, 必要时用呋喃西林溶液冲洗膀胱以控制感染。至于併发膀胱結石的处理, 三例中二例經阴道瘻孔取出結石, 随即修補瘻孔; 一例分二次手术进行, 即先經腹部切开膀胱取出結石, 半年后作修補术。三例修補均获成功。我們認為瘻孔併发膀胱結石患者如能从阴道瘻孔取出結石, 随着縫合瘻孔, 則不必先經腹部切开膀胱取出結石而分两次进行手术; 重度膀胱炎患者必須先积极治疗后方施行手术,

但轻度炎症则不致影响修补后伤口的愈合，可予施术。

(三) 急性外阴阴道炎患者必须治愈后方可施行手术。

(四) 闭经或月经过少的患者术前可给服己烯雌酚数天。

三、选择适当手术时间：月经正常的妇女，在月经前二周，及月经后3—4天施术最适宜，因为如在经前数天施术，则月经来时伤口尚未愈合，易被感染，而致缝合失败，本组1例即因此而致失败。若尿瘘的发生是由于阴道助产手术操作不当，而又能即时发现，且分娩及手术过程具备无菌操作条件者，可即时缝合瘘孔而能奏效，但必须注意手术修补成功的各项因素，尤其是操作要轻巧、细致和耐心，因孕期、产时及产后阴道及膀胱组织重度充血，且缺乏紧张性，若粗暴或不耐心去缝合，在分离膀胱或缝合时易撕裂组织。由于分娩延长（滞产）所导致之瘘孔，有些学者主张产后一个月內可施手术⁽³⁾，我们认为大多数学者主张的4—6个月後修补（最好在月经恢复两个周期后）较为合适，因此种病例的瘘孔周围组织往往因受压缺血，且常因胎膜早破或产程延长而发生产道感染，若于产后早期施术，虽然缝合瘘孔及给予抗菌素，但结果失败是可以理解的。如在孕期，则应尽可能待至产后适当时间方行手术，本次分娩方式最好采用剖腹产术。

四、手术时的因素：

(一) 充分暴露术野：除个别病例外，合并采用下列六种方法，可满意地暴露术野。

(1) 患者体位一般采用高度膀胱截石卧位（图2）。如瘘孔位于耻骨联合后方或膀胱粘膜严重翻出时，采用胸膝位较为满意，亦可能采用两种体位，即先取胸膝位，后再采用膀胱截石卧位，方能完成整个手术步骤，61例中有2例即如此进行手术。

2. 采用吊线暴露瘘孔边缘，或兼用长而细的粘膜组织钳（图3）。

3. 采用合适的阴道牵开器。

4. 阴道狭窄或瘘孔位置高，瘘孔周围疤痕较多者，如将子宫颈向下牵拉以暴露瘘孔有困难，则作会阴一侧或双侧切开，切口达瘘孔下，或Schuchardt氏切口。

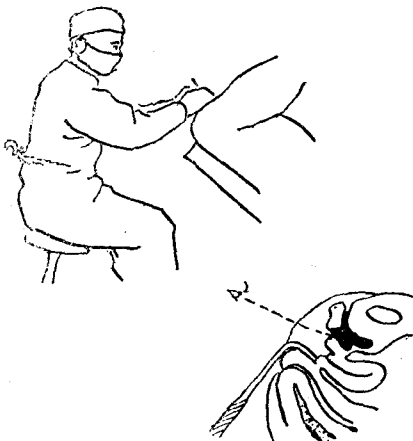


图2. 高度膀胱截石卧位

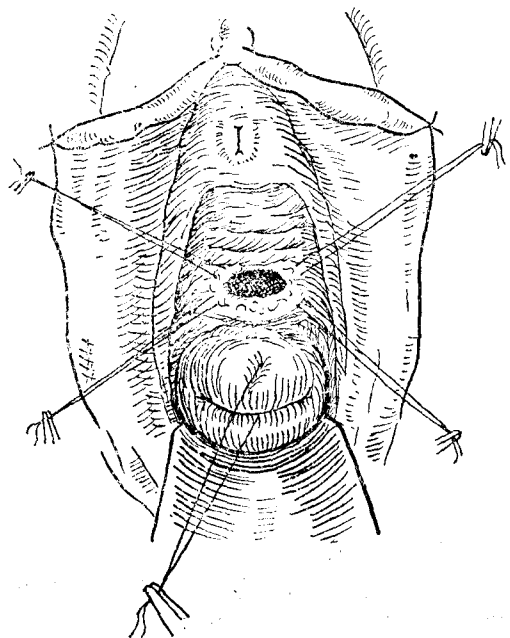


图3. 用吊线暴露瘘孔边缘

5. 阴道粘膜由于組織損失过多，无法縫合时，可用子宮頸縫盖，必要时切除子宮然后用阴道后壁去縫合。

6. 瘻孔位于輸尿管口边缘者，可充分分离膀胱壁后估計能否有足够組織縫合，如組織不足或有怀疑者始插入輸尿管导管，因为往往于分离膀胱壁后，組織松离則能使瘻孔較為远离輸尿管口而不碍縫合。如此可避免不必要插管而引起感染。

(二) 灯光必須明亮。

(三) 技术操作因素。

1. 术者的技术操作必須輕巧，細緻和耐心。

2. 充分游离膀胱或尿道，使縫合瘻孔时无張力，并尽可能以二层縫合。

3. 瘻孔周围膀胱壁疤痕予以修削但，不剪除，避免組織过少不能縫合，但以組織能得到适当血液供应为原则，与Foda^{〔6〕}氏及刘淑香氏^{〔2〕}保留周圍疤痕組織的主張有所差异。

4. 尿道括約肌损伤，或瘻孔只能以一层縫合者，或縫合后对癒合有怀疑者，例如局部血循环可能不足，或瘻孔牵涉尿道括約肌，則应用球海绵肌复盖膀胱或尿道縫合处，以加强癒合。本組有共有12例使用此法均获成功。

5. 縫合方式着重三点。

(1) Lambert's 縫合术(图4)。根据瘻孔形态作横縫或直縫均可，主要在避免伤口張力过大。如瘻孔边缘健康組織不多，則可作 Mattress 褥式縫合术(图5)。

(2) 瘻孔两端的縫綫須縫于瘻孔边缘之外(图4)。

(3) 第二层縫綫应位于第一层两縫綫之間，并距离第一层0.5—1厘米(图6)。

6. 縫合材料：学者意見不一^{〔2〕〔4〕}。我們认为采用絲綫或腸綫均可，但必須細号，鉗制腸綫用“000”或“0000”号。过去我們一般第一层用腸綫，第二层用絲綫，但最近一律采用絲綫均获成功。

7. 尿道括約肌松弛者，应于尿瘻縫合后即时处理，一般用細絲綫作U形縮紧括約肌。

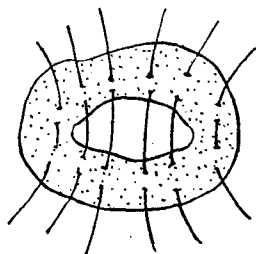


图4. Lambert's 縫合术縫合瘻孔

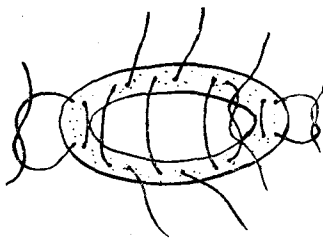


图5. 組織不多时用Mattress 縫合术縫合瘻孔

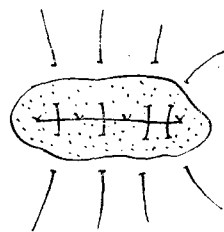


图6. 瘻孔第二层縫綫位于第一层两縫綫之間

五、术后处理：

(1) 阴道粘膜縫合前膀胱常規注入鎂兰作漏尿試驗，以免閉合瘻孔不完全。

(2) 阴道粘膜縫合后用2%呋喃西林溶液或生理盐水冲洗膀胱，洗出可能积聚在膀胱內的旧血液或血块，以利伤口癒合。

(3) 抗感染或預防感染，給予抗菌素数天。

(4) 为使伤口愈合良好及少动导尿管, 我们采用闭合式停留双腔导尿管开放引流, 按瘘孔缝合后膀胱容量的2/3以呋喃西林溶液(2%)冲洗膀胱, 每天2—3次, 直至导尿管取出为止。导尿管停留时间, 简单病例7—10天, 复杂病例12—14天。

(5) 专人负责观察停留开放导尿管是否经常引流通畅。

(6) 避免过早与不必要的阴道检查及阴道冲洗。

(7) 排尿功能差者, 导尿管取出后, 应测潴留尿。

总 结

本文收集10年来作者在中山医学院两间附属医院, 广州市及广东省专区几间医院亲自施行泌尿阴道瘘手术的61例作一简单分析。并将病例分为简单组与复杂组, 总结其治疗效果。1960年以后修补的复杂病例23例全部获得成功。介绍对复杂病例手术处理的点滴经验, 讨论了影响手术成功的因素, 并着重指出术前术后适当处理的重要性。

(本文承蒙中山医学院附属第一医院泌尿外科陈郁林及梅耀大夫协助进行膀胱镜检查及个别复杂病例施行手术, 谨此致谢)。

参 考 文 献

1. Moir, J. C.: Personal experience in the treatment of vesicovaginal fistula, *Am. J. Obst. & Gynec.* 71: 476, 1956.
2. 刘淑香: 泌尿生殖道瘘的手术治疗, 上医学报 479, 1959.
3. Counseller, V. S.: Management of urinary-vaginal fistula in 253 cases, *Am. J. Obst. & Gynec.* 72: 369, 1956.
4. Falk: Gynecological Management of Urinological Injuries, p. 27-41, Philadelphia, 1957.
5. Collins, C. G.: Results of early repair of vesicovaginal fistula with preliminary cortisone treatment, *Am. J. Obst. & Gynec.* 80: 1005, 1960.
6. Foda: Evaluation of methods of treatment of urinary fistulae in women, *J. Obst. & Gynec. British Emp.* 66: 372, 1959.
7. Naidu, P. M.: Vesico-Vaginal Fistulae, An Experience with 208 Cases, *J. Obst. & Gynec. Brit. Comm.* 63: 311, 1962.

子宮絨毛膜上皮癌38例臨床分析*

招杰容 梁素娣

婦產科教研組

本文報告中山醫學院第一第二附屬醫院自1956年1月至1963年6月期間住院的子宮絨毛膜上皮癌38例，並加以分析討論。全部病例均經病理組織切片檢查確診，最近經病理重新復查確認診斷。

病理診斷標準採取 Novak 氏⁽¹⁾所提出的意見：滋養葉細胞不規則增生及分化不良，含有不同比例的朗罕氏及合体細胞群，侵入肌層，伴有周圍組織出血及坏死但無絨毛存在者。

發病數：本院1956年1月至1962年6月共有絨毛膜上皮癌38例，占同期住院妊娠總數38846例的0.097%（表1）。國內報導絨毛膜上皮癌的发生率自0.03%—0.4%⁽²⁾⁽³⁾，亦有報導亞洲地區发生率較歐美為高，可能與地區、氣候、營養甚或生育率高有關⁽⁴⁾⁽⁵⁾，但亦有可能由於診斷標準不一致之故。

38例中，以21—30歲者占最多數（占48.78%），與國內外報告大致相符。最年輕者20歲，最年長者為55歲，平均年齡30歲。

本組病例多發生於四產以內，與國內及 Novak 氏⁽¹⁾報告相同。第二、三、四產占最多數，可見較年輕的經產婦易得絨毛膜上皮癌。

表一 絨毛膜上皮癌發病數

產科住院數	早孕及流產	葡萄胎	異位妊娠	妊娠總數	絨毛膜上皮癌例數	占妊娠總數百分比
30910	7494	201	341	38846	38	0.097

絨毛膜上皮癌發生與妊娠關係[†]

一、妊娠種類：本組病例絨毛膜上皮癌發生於葡萄胎後者占47.36%，流產後者占26.32%，正常產後者26.32%（表二），與國內外一般統計數值相符。絨毛膜上皮癌絕大多數繼妊娠後發生，文獻上亦有稀有病例發生於未婚，未孕或男性而表現為畸胎瘤者⁽⁶⁾。本組發生於正常產後10例中有7例於上次分娩後又有閉經史，以後陰道流血但未見排出組

*指導者：林劍鵬教授

絨物，閉經期自 2 个月至 8⁺ 月。宋鴻釗氏⁽²⁾曾提出文献上对此种情况有三个可能的解釋，即由于孕卵直接变为絨毛膜上皮癌，或发生于未被注意的流产后，或是由于絨毛膜上皮癌細胞生长到一定程度后对卵巢和子宮內膜产生变化，因而造成一时的閉經。絨毛膜上皮癌仍繼上次妊娠之后而发生，但认为应予考虑过期流产后繼发絨毛膜上皮癌的可能性。我們也认为这是值得今后注意探討的。

表二 絨毛膜上皮癌与末次妊娠的关系

妊娠种类	各种妊娠后发生的絨毛膜上皮癌		各种妊娠 总例数	絨毛膜上皮癌占各 种妊娠的百分比
	例数	百分比		
葡萄胎	18	47.33	261	8.95
流产	10	26.32	7494	0.133
正常产	10	26.32	30910	0.032

各种妊娠中以葡萄胎終于变为絨毛膜上皮癌者占大多数，为 8.95%，文献統計一般不超过 10%。

二、症狀开始与上次妊娠相距時間：如表三，大多数病例症狀始于上次妊娠終了后不久，半年內发生症狀者占 55.26%，一年內发生者 60.52%。但亦有一例在上次流产后 6⁺ 年方发生症狀。另一例患者 55 岁于 16 年前足月产，7 年前开始閉經，4 年后阴道少量流血持續 3 年方来診治，其間似无再次妊娠之可疑，患者終于在手术后 2⁺ 月时死亡。

表三 末孕至症狀发生時間

時間	6 月內	6 ⁺ — 12 月	1 ⁺ — 2 年	2 ⁺ — 3 年	3 ⁺ — 4 年	6 ⁺ 年	13 ⁺ 年	不詳	总计
死亡	11	1	5	0	0	1	1	1	20
存活	4	1	1	2	2	0	0	0	10
不詳	6	0	2	0	0	0	0	0	8
共計	21	2	8	2	2	1	1	1	38

症狀与体檢：38 例均有妊娠史，全部病例的 97.37% 有貧血及阴道流血，71.55% 有子宮增大（以妊娠 2—3 月大小占最多，妊娠 5 月大小者 3 例，6 月大者只有 1 例），50% 子宮变軟，其余症狀为腹痛、咳嗽、消瘦、血痰等。与 Acosta Sison 氏所提出 HEBS（即

表四 临 床 表 現

	妊娠史	貧血	阴道 流血	子宮 增大	子宮 變軟	腹痛	昏迷	咳嗽	消瘦	血痰
例数	38	37	37	27	19	12	10	10	9	10
百分比	100.00	97.37	97.37	71.05	50.00	31.58	26.31	26.31	23.68	26.31

病史，子宮增大，阴道出血及子宮軟化）四大症狀為絨毛膜上皮癌之主要臨床表現相符。失血過多可能為貧血之主要原因，血紅蛋白在40%以下者有15例。本組有8例癌腫穿破子宮壁引致內出血，嚴重影響患者預後。

38例中有轉移病灶者28例，占73.68%。其中以肺轉移者最多，18例次（47.37%），其次為阴道轉移，16例次（42.10%）。見表5。

表五 轉 移 情 況

	死 亡	存 活	不 詳	共 計
阴道	2	4	1	7
宮頸		1		1
肺	3	1	1	5
肺+阴道	3	1	2	6
肺+阴道+宮頸			1	1
肺+阴道+宮頸+輸卵管	1			1
單純膀胱	1			1
肺+阴道+膀胱+膀胱周圍	1			1
肺+阴道+腦	1			1
肺+阴道+肝	1			1
肺+肝+腸	1			1
肺+腦+脾	1			1
脊柱	1			1
共計	16	7	5	28
无轉移	4	3	3	10
總數	20	10	8	38

臨床分期：本文病例參照宋鴻釗氏⁽⁷⁾等所提出根據病變發展過程分為四期，如表六。分期標準為：

臨床Ⅰ期：病變局限於子宮（无轉移）。

臨床Ⅱ期：病變侵入子宮旁組織，宮頸，阴道或卵巢（近處轉移）。

A. 病變侵入子宮旁血管及子宮周圍組織或附件。

B. 病變轉移至阴道或卵巢。

臨床Ⅲ期：病變轉移至肺（遠處轉移）。

A. 棉球樣陰影，直徑小於3厘米，或小片狀陰影不超過一側肺的一半範圍者。

B. 超過上述範圍。

臨床Ⅳ期：病變已通過肺循環而轉移至全身各器官如腦，肝，胃，腸以及皮膚等部位者（全身轉移）。

診斷：絨毛膜上皮癌的診斷除前述症狀特徵外，往往還須借助其他輔助方法，一般認為尿生物妊娠試驗有很大幫助。本組病例中35例曾作雄蛙或雄蟾蜍妊娠試驗測定尿中絨毛促

子宮絨毛膜上皮癌 38 例臨床分析

表六 臨 床 分 期

I	II		III		IV	共 計
	A	B	A	B		
10	1	7	2	13	5	38

性腺激素，陽性者31例，占81.58%；陰性者4例，占10.5%，最高稀釋度為1/600，部分患者只作原尿試驗未作稀釋試驗。在尿稀釋試驗中亦未必每例都作至陰性為止，因此未能獲得最高稀釋度。陰性結果可能由於動物反應不足，癌瘤或機體本身各種因素影響絨毛促性腺激素的產生和排出^{〔8〕}。

刮宮診斷有時未必能刮出癌組織，有些學者並指出引起擴散轉移，子宮穿孔及出血的機會大^{〔9〕}。故如採取刮宮診斷時必須慎重考慮。本組有4例在手術前曾經刮宮診斷，2例結果陽性。

不少患者在早期有肺部轉移，故 X 綫胸部攝影亦是很有幫助的輔助診斷方法。本組肺 X 綫檢查陽性者17例，可疑者3例。

治療：本組病例治療方法除了3例廣泛性轉移未能施手術者外，其餘35例均經手術治療。大部分施全宮及雙側附件切除，但亦有全宮切除而保留一側或雙側卵巢者；少數採用次全宮切除術，及切除一側，雙側卵巢或保留卵巢。4例併用胸部深層放射治療。3例併用鉻⁶⁰照射盆腔與陰道。3例併用 Aminopterine 治療。治療情況見表七。

表七 治 療 情 況

預 後	治 療 方 式	切 除		+ 放 射	+ 化 療	+ 放 射 + 化 療	放 射	無 治 療	合 計
		切 除 卵 巢	保 留 卵 巢						
存	活	6	1	1	0	2	0	0	10
死	亡	9	5	2	0	1	1	2	20
不	明	5	0	1	2	0	0	0	8
共	計	20	6	4	2	3	1	2	38

預后：本文38例中可隨訪者30例。內死亡者20例，占52.63%；存活者10例，占26.35%。有8例不可追蹤。死亡病例中除一例在術後一年零一個月死亡外，其餘19例均於術後半內死亡。4例曾作屍檢，死亡原因為腦出血，惡液質及嚴重貧血，另二例已轉移者為子宮穿孔，一例術時死亡，一例死於術後第一天，致死原因可能為急性出血。存活病例中目前已存活7年健在者1例，5⁺年者1例，3⁺年者3例（其中一例肺轉移灶未消失，尿雄蟾蜍試驗仍為陽性），2⁺年者3例，2年以內者2例。見表八。

（1）末次妊娠種類與死亡關係：繼正常產後發生絨毛膜上皮癌的死亡率為70%，繼流產後者約為60%，繼葡萄胎後者約為38.88%，仍符合有些學者所提出的絨毛膜上皮癌死亡率以繼發於正常妊娠後者較高的見解^{〔10〕〔11〕}（見表九）。

表八 隨 診 情 況

	死 亡	存 活							不 明	總 計
		3— 6月	6+— 12月	1+— 2年	2+— 3年	3+— 4年	4+— 5年	5年 以上		
例 數	20	1	0	1	3	3	0	2	8	38
		10								
百 分 比	52.63	2.63	0	2.63	7.90	7.90	0	5.26	21.05	100.00
		26.32								

表九 預 后 与 妊 娠 种 类 关 系

妊 娠 种 类	死 亡	存 活	不 詳	總 數
葡 萄 胎	7	5	6	18
流 产	6	2	2	10
正 常 产	7	3	0	10
總 計	20	10	8	38

(2) 臨床分期与死亡关系：本文病例按宋氏臨床分期与疗效关系比較，結果如表十。
疗效測定标准分四級如下：

(A) 完全緩解：臨床无症状，肺轉移阴影完全消失，尿蟾蜍濃縮阴性，健康及劳动力完全恢复。

(B) 部分緩解：臨床无症状；肺轉移阴影明显縮小或消失，但尿蟾蜍試驗仍阳性，或尿濃縮蟾蜍試驗阴性，而肺阴影尚未完全吸收。

(C) 出院后死亡：本組部分病例书信联系，疾病过程未詳，不能肯定曾否一度緩解。

(D) 无效死亡：未施手术或术后住院期間死亡。

表十 臨 床 分 期 与 效 果 之 关 系

	I	II		III		IV	共 計
		A	B	A	B		
完全緩解	3		3		1		7
部分緩解		1+	1		1		3
住院时死亡	2*			1☆	5	5	13
出院后死亡	2		2		3		7
總 計	7	1	6	1	10	5	30

+ 該例病者术后只觀察不到半年

☆ 单纯膀胱轉移

* 两例为子宮穿孔內出血