

129718

基本馆藏

婦科手術學

東北人民政府衛生部

1951

014

婦科手術學

著者 Konstantin Logothetopoulos

譯者 于 寶 樞

東北人民政府衛生部

1951

1951年8月初版

1-5,000册

版權所有

婦科手術學

著者

Konstantin Logothetopoulos

譯者

于寶樞

出版 東北人民政府衛生部教育處出版科
印刷 東北醫學圖書印刷廠
發行 東北醫學圖書出版社
總社：瀋陽市和平區中山路84號
哈爾濱市道裡地段街43號
分社：長春市勝利大街二段14號

書號 3042

前

言

此書原名爲 Gynakologische Chirurgie 爲 Konstantin Logothetopoulos 氏著作，
該氏對婦科手術有其獨到心得的地方，尤其簡單明瞭，附圖 1-4 5 幅更能
幫助理解，對於婦科學生或一般外科醫師有參考的價值，茲不揣學淺識薄
譯不成文並經我政府衛生部教育處出版科審查校正以饗讀者尙祈海內同道
展開書評以補充其不足是爲盼禱之至。

于寶樞於齊齊哈爾鐵路醫院

目 錄

總 論

1. 止血法	1
2. 必要時用的羅哥太安普羅斯氏 (Logothetopoulos) 止血法	3
3. 開腹術	8
a) 患婦的體位	8
b) 正中切開	10
c) 披番龍司蒂魯氏 (Pfannenstiel) 恥骨上橫切開	10
d) 腹壁縫合	11
e) 羅哥太安普羅斯氏在縱或橫切開時這樣突起切除便法	12
f) 充填腸管暴露手術說	12
g) 腹膜覆蓋縫合 (Peritonisierung) 和腹腔引流	13
4. 腔式手術	14
a) 前腔腹腔切開術	16
b) 後腔腹腔切開術	17

各 論

I. 子宮位置異常的外科處置	19
A. 子宮後傾後屈	19
1. 圓韌帶固定	19
a) 亞歷山大-阿大母斯氏 (Alexander-Adams) 手術	19
b) 歐魯少真氏 (Olshausen) 手術	19
c) 斗雷利斯氏 (Doleris) 手術	19
d) 維勃司特-巴爾地氏 (Webster-Baldy) 手術	20
2. 腹式膀胱固定術	20
3. 羅哥太安普羅斯氏圓韌帶短縮同時子宮膀胱固定	20
4. 直接固定子宮在腹壁上	21
B. 腔降下和脫出	21

1. 前陰縫合	21
2. 後陰縫合和會陰成形術	22
3. 陳舊性完全會陰裂傷手術	24
C. 子宮下降和脫出	25
膀胱陰子宮置置法	27
I. 外陰部手術	27
1. 巴魯透林氏腺 (Bartholini) 割出	27
2. 外陰部痛	28
II. 腔式子宮手術	31
1. 子宮刮除	31
刮除時的合併症	32
2. 陳舊性頸部裂傷手術	34
a) 羅道-愛梅特氏 (Roser-Emmet) 法	34
b) 司突爾母斗爾夫氏 (Sturmdorff) 法	34
3. 剖其氏 (Pozzi) 頸管截開	34
4. 腔式矢狀部分子宮切除術	35
5. 腔式子宮全剔出	36
a) 分割子宮前壁腔式全剔出	40
b) 分割子宮前後壁腔式子宮全剔出	41
6. 子宮筋腫的腔式手術	41
a) 有莖粘膜下筋腫 (疣贅)	41
b) 腔式筋腫結節摘出	42
c) 子宮筋腫時腔式子宮剔出	42
7. 子宮頸部痛時廣範圍腔式手術	45
8. 腹式子宮手術	47
a) 有莖漿膜下筋腫	47
b) 筋腫摘出術	47
c) 腹式矢狀子宮切除	47
d) 腔上子宮剔出	48
e) 腹式子宮全剔出	52
9. 卵巢切除術	54

a) 腹式卵巢切除術.....	54
b) 腔式卵巢切除術.....	57
10. 炎症性附屬器疾患.....	57
a) 炎症性附屬器疾患的腹式手術.....	58
b) 炎症性附屬器疾患的腔式手術.....	60
11. 子宮外妊娠.....	63
12. 子宮周圍炎的外科處置.....	64
用羅哥太安普羅斯氏人工膿瘍形成法處置慢性子宮周圍炎.....	65
13. 限局性腔狹窄.....	68
14. 腔全閉鎖.....	68
在腔血腫和子宮血腫.....	68
15. 人工造腔術.....	68
16. 膀胱腔囊.....	69
膀胱腔囊合併膀胱括約筋和尿道的破壞.....	73
17. 直腸腔囊.....	75

總

論

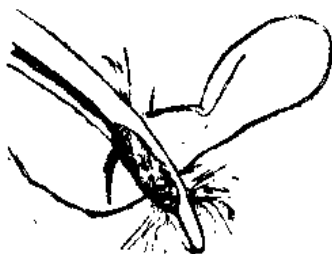
在實行任何手術之前，手術者要切實考慮手術的大小和危險性是否適宜於期待的目的，對於孕婦有益尤其重要。

任何手術欲其經過良好，遵守無菌法則為其先決條件。但欲結果良好或盡可能避免所有危險，手術醫生必須有手術天才老練與技術。欲手術夠快這個品質是不可缺的，因為手術時間越短結果越好，這是麻醉時間較少手術痛苦較小並且如經驗證明手術區的細菌污染也較輕的緣故，至於速度不應以止血法或無菌為代價得來已不待言『無菌手術』意思不僅使用消毒器械布帕、手套等等，主要都在避免在手術中，由於不覺或不注意的操作把傳染菌類由傳染區域傳播到無菌地方，例如腹腔，有菌子宮或化膿的附屬器腫痛的切開時候。

實際迅速的手術不僅依靠手頭技巧，第一却依靠有系統的適於目的的動作，避免無用的重複，那只有在有疏實的手術解剖學知識和親身經驗方可做到。

1. 止血法

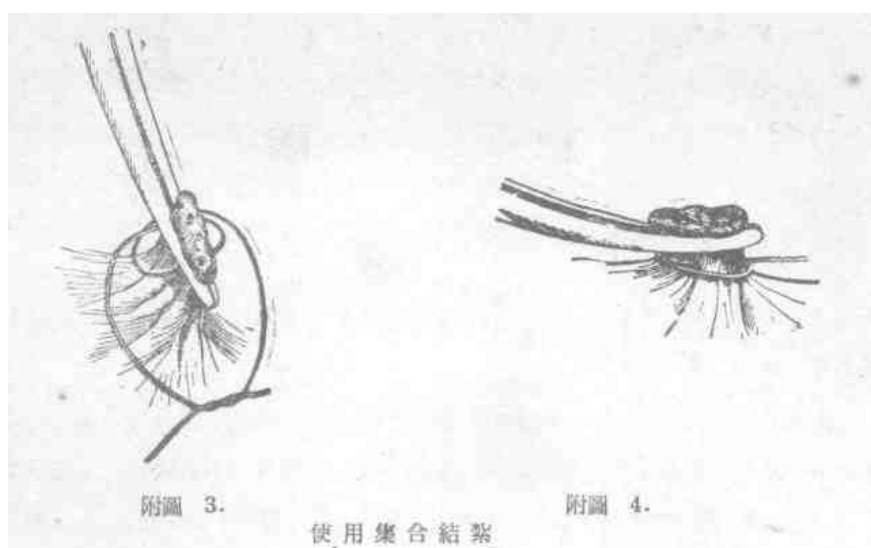
手術時必須着重最確實的止血。大量失血有害於所有組織並限制了它們對傳染的防禦力。腹腔積血能引起化膿，腹腔血腫常妨礙手術創口的一期癒合。毛細管出血多數自己停止，較強的用紗布沖沖壓迫止血，較小血管能用鉗子夾住，少頃不用結紮即可取去。常用最細又充分的腸線結紮為吸收容易，在多數婦科手術我們用較大有力的鉗子連同周圍組織夾住多數血管(附圖1—4)多數外科醫生反對這種結紮，因為他們認為引起組織壞死助長傳染但那是不正確的，因為雖然絞扼很強斷端仍被充分營養是沒有異議的。當助手慢慢的、小心的張開鉗子時結紮第一結節，必要時用兩手以便絲線慢慢滑入鉗子溝中，然後結紮第二、腸線時第三結節。一個缺點我常在青年助



附圖 1.



附圖 2.



手見之願再提及。當結紮時他們把手指插入鉗子孔中，因此使術者工作困難，因當實行不同結紮操作時鉗子必須向各方易於活動；否則在深結紮特別不可能。當鉗子需要張開的一瞬間方可將拇指食指插入環中。斗安 (Doyen) 和土非 (Tuffier) 氏止血法用有力短鉗子強力壓迫血管2分鐘，不用結紮血管即可閉鎖，因術後有出血危險已被放棄。若是腔式手術結紮大深部血管困難時，依必要可將夾血管的鉗子放在創內2—3天，一般取去鉗子後出血即止。因並不常常如此，鉗子留置引起斷端疼痛不快和壞死傷口治癒困難所以常常盡可能結紮之。廣泛出血纏絡結紮即止，或用紗布堵塞出血處，繼續進行手術，手術終了時再拿去堵塞。假如仍然出血可從新堵塞並將誘導分泌物的紗布條引向外方。在子宮全剝出時可簡單完成，即將堵塞紗布用阿曼氏 (Amann) 誘導探子 (附圖5) 經過腔孔引向外方。子宮保存或腔上方切斷時為此目的可將紗布條由後腔穹



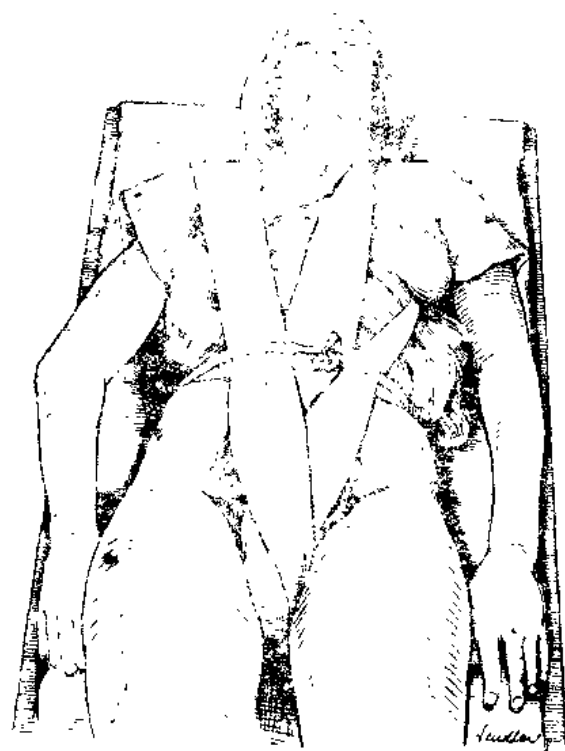
附圖 5 阿曼氏 (Amann) 誘導探針

窿部的開孔向外方引出，然後封閉腹腔。有時單純堵塞不能止血，是因出血表面太大或因升高的出血素質存在所致。在此症例同樣在血管的夾持和結紮失敗時米克利此 (Mikulicz) 堵塞法是可推薦的，此法很是可用但必須算計延長治癒的二次傳染，並且有時通過腹創堵塞術後癰疽脫腸的危險很大。此外本法在動脈大出血時常常完全無效。我們不用局部止血劑同樣也

放棄了熱力燒灼，因為形成的痂皮很易引起傳染並且助長癒着。結紮下腹動脈以防止大量出血，在我教室自從應用我的止血法後已不再用。它仍為許多術者在行周有手術前預防的為避大量失

血應用，但並無害的操作如下面事件所示。在我醫院一個有名的外國女醫生依法作了一個腹式韋爾特海母（Wertheim）氏手術並且實際上事先結紮了兩下腹動脈，腹腔開放，大創腔用紗布填滿。手術20天後看見血腔流血，檢查指明膀胱壁一處壞死而壞死部可由上方完全取去。2½月後那非常的膀胱腔癭（全膀胱袋和後膀胱室缺損！）目前直腸壁代用缺損部由我縫好。爲了大出血時容易找出血管用手指借助壓抵布面牽住血管束時，出血臨時停止，血管容易夾住。

孟勃氏囊（Monburg）和保立地司氏（Riediger）和這爾孚氏（Sehrt）的壓迫大動脈裝置不足沒有危險我們還在功產特別必要時使用。有時陰部或外陰部術後出血，多爲腸線結紮早期吸收所致，腔內栓塞會使手術結果，例如變形術或爲閉鎖。下面方法對我常按著效：我用繃帶固定壓抵棉在外陰前面，繃帶起初是繫在腰部，由後方直線走向前方遊至肩，如此重複多次，這樣壓力壓迫外陰部，由（附圖6）此繃帶容易了解其正確的描寫一樣。



附圖 6 繃帶腹部用繃帶固定在外陰前面的壓迫棉塊。

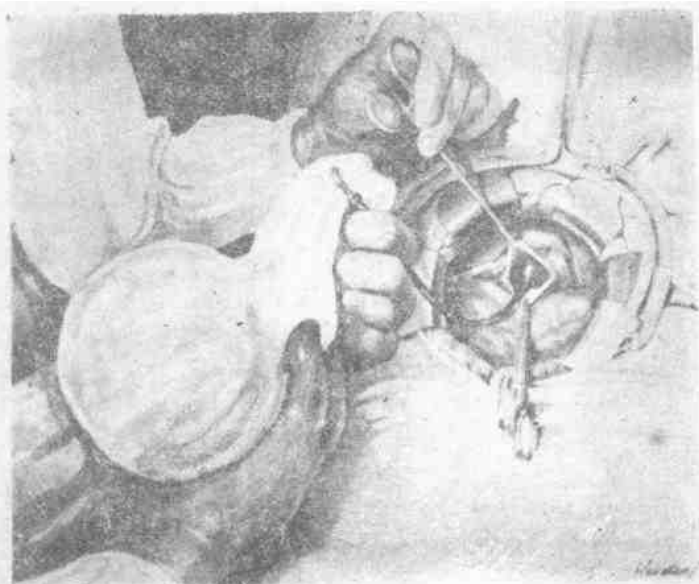
2. 必要時用的 Logothetopoulos 氏止血法

〔Nürnberg 氏稱「羅哥倫氏」 Sellheim 氏稱「希臘草」〕

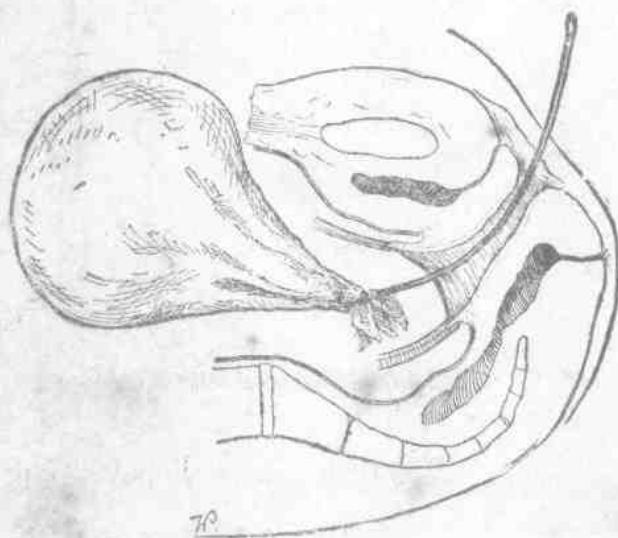
爲了避免由腹壁栓塞引流，能由遠行可以栓塞，我想出一個特別方法，它能止住各樣和最強

的動脈出血。它僅為必要想出，多年以來在多數症例非常可靠，作法如下：

我用一紗布條用力填滿一個方塊紗布囊，於是得到一兒頭大的球形物。栓塞大小依出血血管位置而定，距骨盤底越遠必須越大。我把外面的方形紗布的四角和為區別便利必須較四角稍長的垂出的紗布條端用 Amann 氏誘導探針固定在一起，並自腹腔經腔引向外方(附圖7—8)。此時助手將它把住用力向下拉直至球形栓塞進入小骨盤並向骨盤血管壓迫(附圖9)。當助手拉的時候，術



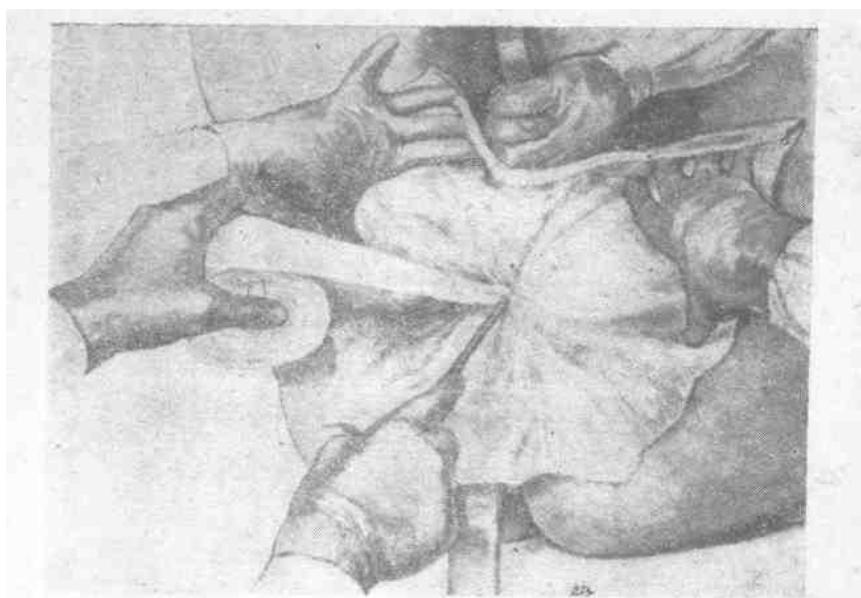
附圖 7 羅氏 (Logothetopoulos) 止血法在剝出子宮後向腔腔送入栓塞。



附圖 8. 羅氏 (Logothetopoulos) 止血法在附圖7裡經路的要領表示

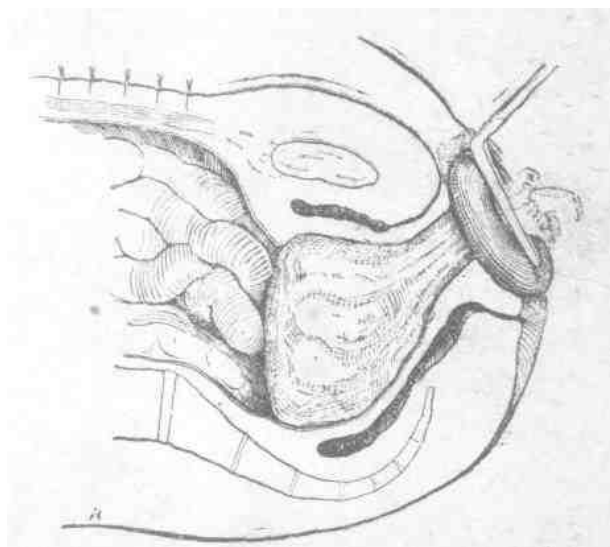
原
书
缺
页

原
书
缺
页



附圖 13 在產式手術的羅氏止血法用紗布條填塞容着透入的紗布囊。

注意紗布條在骨盆腔內向各方均等分配使充滿的囊呈蒂形（附圖14）。爲了避免矯環強力壓迫外陰部所引起的壞死我放一個小棉墊，在矯環和外陰部之間在栓塞莖部兩側，同樣道理矯環前的鉗子 8 小時後取去，對於紗布進一步的操作必須避免所以最好使矯環再多留一天，第三天開始漸漸把裡面的紗條牽出在第五天把栓塞外面的方形包皮也取去。



附圖 14 羅氏 (Logothetopulos) 止血法栓塞的正確位置，要圖的表示。

一方面爲了確定栓塞的作用如何另一方面確定它的確實位置和骨盤臟器的關係，在當地克利斯安普羅斯

(Christopulos) 解剖學校在司克拉互諾斯 (Sclavunos) 的指導下作了對於屍體的檢查，腸、膀胱、和尿管在受壓迫區域以外並無任何傷害。此事既無異議亦和臨床經驗一致。此外切開的和未結紮的子宮動脈附近完全沒有用高壓注進頸動脈的色素溶液，足證動脈止血的確實性。

在術後出血栓塞對我有多次很有價值，此時我重新把縫合的陰壁和腹膜打開，不論腹式或陰式，同樣由陰應用栓塞，若是栓塞大小恰當，即充分充填骨盆腔時，在所有症例立時止血。

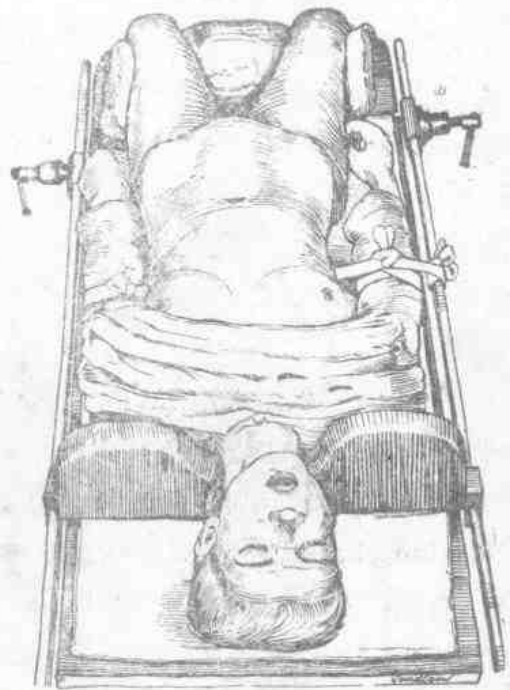
在衰弱的患婦和複雜的腹腔手術我不結紮深部難達的血管。特別是在腔引流必要時，放入栓塞同時在助手向下牽引栓塞的一瞬間，在栓塞確實固定在它的位置以前取去留置的鉗子。我不理解爲甚麼僅因結紮所有的血管或打算得到確實的腹膜覆蓋而延長了手術經過會危及患婦生命。誰若一次學得了應用栓塞就要常常較高估計它的價值；他將覺到他能安心的確實的作每個連那最難的婦人科手術，當他認爲每個不可預見的出血容易掌握時。

在歐洲最大的醫院裡我有腔式或腹式的子宮全剝出效果很好（巴黎：J. L. Faure；Leipzig：Sellheim；維也納：Halban；柏林：Stöckel；Halle：Nürnberg），爲了表示栓塞的作用沒有結紮一個血管沒有留置一個鉗子，因此理由幾個同業想像我認爲我的止血法是得意的。其實並不如此，我在前面論說中已經表明了，我再強調一次即我的栓塞在必要時在用他法不能或很難止的血時使用，那時却是一個確實永不失敗的補助。

3. 開 腹 術

a) 患婦的體位

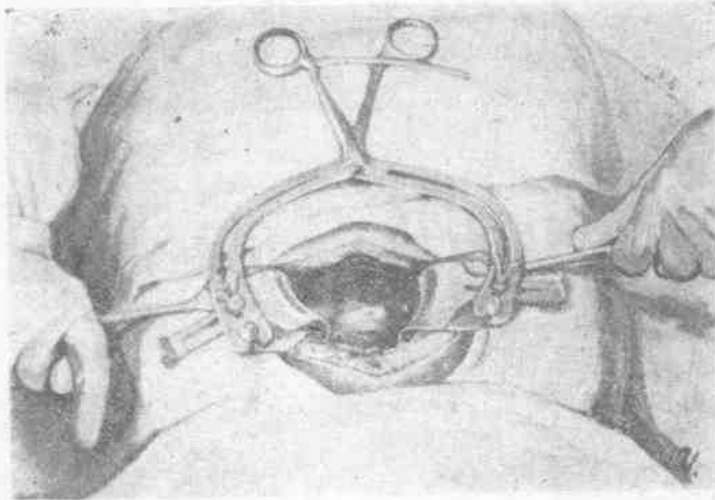
患婦體位應該是在工作中既不妨碍手術者也不妨碍助手並且對於患婦決不要有害處發生，例如：因桌後沒有墊好壓迫神經發生的桡骨神經麻痺等，我避免那個，把伸直的臂部用通過身下的繃帶固定在患婦身旁，脈搏可由麻醉師觀察頸動脈，在骨盤高位（Trendelenberg）肩部支持器必須按好兩腿張開固定在桌上以便必要時能容易在腔部或膀胱進行操作（附圖15）麻醉者不能因特別準備由手術區過程離開以便確實看到腹呼吸並隨手術的進行能監視麻醉調節深度以適應手術者，慣用右手的面站着助手們並在他右側稍後站着手術看護。器械桌應儘可能靠近手術者以便必要時在原位親身查找或取器械。許多手術者在患者胸上或腹上應用小手術板，我認爲多餘反倒妨碍，在助手後面再放一小器械桌較爲合適在那上面放幾把血管鉗子和剪刀等。在希臘這地方我們差不多可以不用人工光線，因爲自然光線勝於任何只在夜間使用的人工照明；爲了避免過亮的光線，手術室的窗戶必須在北面。



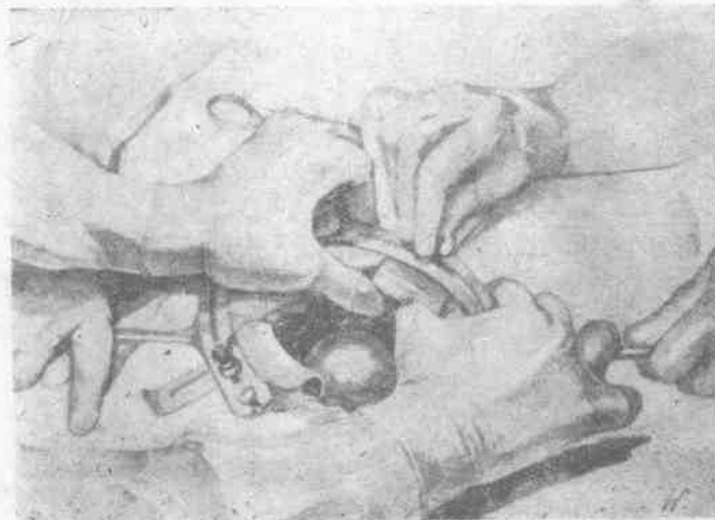
附圖 15. 開腹時的患婦位置。

開腹慣用的器械在我院是德國婦人醫院一般通行的。特殊器械我將特別提及，利握金 (Reverdin) 縫針在縫腹壁時很便利，預備一個強彎的和一個弱彎的，它們微細的構造需要細心的保護因此常常可用。在福藍克來希 (Frankreich) 差不多專用它們來縫合。

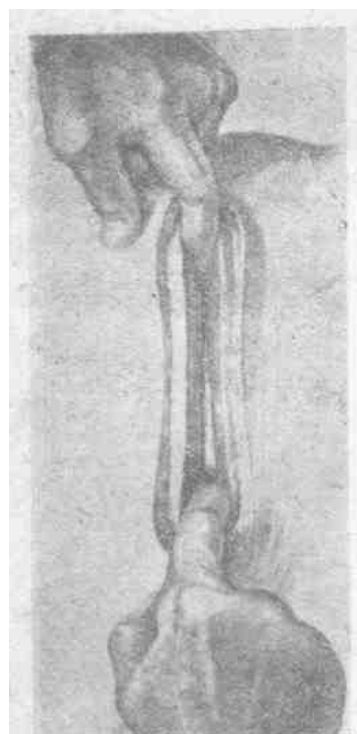
在明痕 (Mänchen) 司梯分後非 (Stiefenhofer) 商店依我設計製造一種自定四瓣開創鉤 (附圖16—17)，應用很是便利並在很小的腹切開也能很好的達到手術區。自定器瓣分大小二種以適應於腹壁的不同厚度並且容易交換。開腹後先用普通鉤子牽開腹壁然後容易將自定開創鉤放入。



附圖 16. 羅氏 (Logothetopoulos) 腹壁保持器的放入。



附圖 17. 羅氏腹壁保持器的放入，展開變葉。



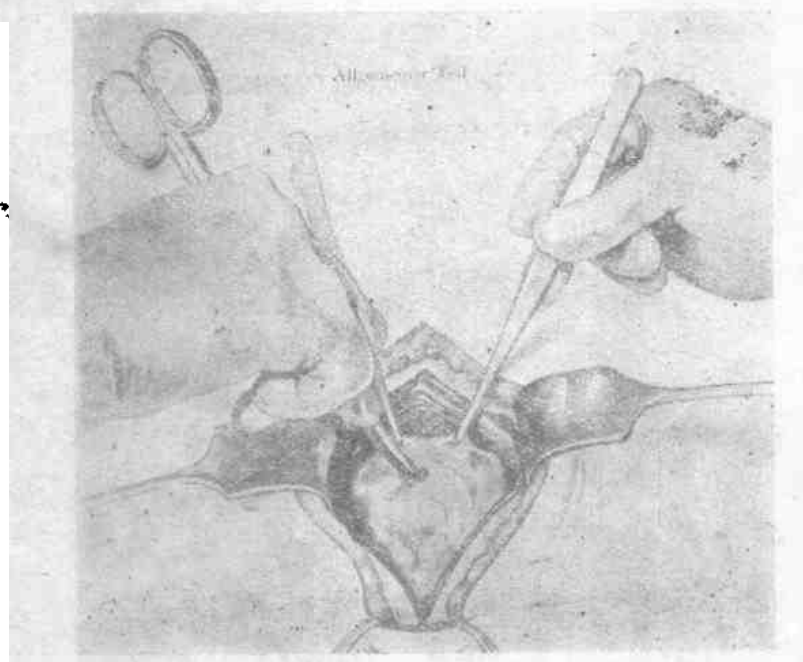
附圖 18. 腹壁縱切開，
腹直肌鞘的分離。

b) 正中切開

在恥骨上方起始並恰在中線垂直引向上方，長短按手術需要。我們打算切口不太大常由一小切口起始，根據需要可以延長，向下方分開皮膚至恥骨上在胖的婦人手術區即較易達到，向上延長超過臍部僅例外的在大腫瘍時使用。我們用刀分開皮膚和皮下組織直至腱膜，腱膜本身由一小切開起始用剪刀分開然後用閉合的剪子和手指把兩腹直筋互相分離（附圖18）。現在我們放進兩個腹鉤讓助手把持着，用兩個鉗子夾住腹膜提起來用閉上的鈍剪子刺開（附圖19）同樣不用銳器，空氣侵入造成的孔，腸子後退然後腹膜容易用剪子剪開（附圖20）。在這樣作時不可能損傷腸管，因為穿透的瞬間腸子後退不能破傷甚至在腸管被鉗子誤夾在一起的時候，正中切開的好處是與血的經過，沒有肌肉和神經的機能障礙，並可隨意向上方擴大。

c) 坡普能司蒂魯 (Pfannenstiel) 氏恥骨上橫切開

我們用刀子切斷皮膚和皮下組織，在恥骨上方2—3cm. 處橫行長度 5—20cm. 或再多依照手術種類和腹壁厚薄於是在和



附圖 19. 羅氏腹膜開口法
用兩個鉗子提起腹膜並用閉合的剪子穿透。