

上海第二医学院

校庆三十周年学术报告会

妇 产 科

论文摘要汇编

1982. 10.

目 录

1. 中国剖腹产史.....	26—1
2. 健康妇女阴道、宫颈正常菌群的初步研究.....	26—1
3. 正常妇女与正常孕妇细胞免疫功能测定的初步探讨.....	26—2
4. 卵巢恶性肿瘤周围血染色体变化.....	26—3
5. 血催乳素(PRL)测定在月经失调诊断中的应用.....	26—4
6. 32例妇科急腹症误诊原因探讨.....	26—4
7. 早、中、晚期妊娠发生急腹痛伴内出血三例罕见病例报道.....	26—5
8. 纤维蛋白降解产物测定在卵巢癌诊断上的临床应用.....	26—5
9. 因子Ⅷ相关抗原(VIR:Ag), 纤维蛋白降解产物(FDP)、乳酸脱氢酶(LDH)、红细胞沉降率(ESR)在卵巢癌诊断的评价.....	26—5
10. 女性假二性畸形.....	26—6
11. 十年治疗绒癌 148 例的临床分析.....	26—6
12. 中国妇女更年期综合征治疗体会.....	26—7
13. 产后巨大血肿保守疗法.....	26—8
14. 液氮低温冷冻治疗宫颈糜烂及宫颈原位癌远期疗效的调查结果.....	26—8
15. 会阴左侧斜切开单纯全层缝合.....	26—9
16. 阴道及腹部子宫全切除术的临床比较及阴道细菌培养的初步观察.....	26—9
17. 各种困难尿瘘修补的体会.....	26—10
18. 阴式宫颈癌广泛手术.....	26—11
19. 中西药不同方案治疗恶性葡萄胎 238 例报告.....	26—12
20. 正常孕妇 T 淋巴细胞及其亚群免疫功能的初步探讨.....	26—13
21. 宫外孕并发急性呼吸窘迫综合征抢救成功一例.....	26—14
22. 恶性卵巢卵泡膜细胞瘤二例报告.....	26—14
23. 五年来剖腹产发生率增加的探讨.....	26—15

中国剖腹产史

附属第三人民医院妇产科 郭泉清

我国在剖腹产史上是有其悠久历史的，摘要的说来有以下各点值得注意：

(一)早在公元前2400年左右就有剖腹产的记载，如女嬃氏的拆剖启脉生产的四个记载。简狄胸部生契和修己背拆生雷的五个记载。老子剖腋而生也有三个记载。释迦从右肋而生的也有两个记载。

(二)剖腹产母子都存活的记载是在224年，即魏黄初五年十月十二日汝南雍妻王氏的剖腹产。

(三)死后剖腹产在我国也有很早的记载，如搜神记所载沛国武标之妻林氏在元嘉年代的死后剖腹产，约为公元一世纪左右。

(四)近代医学传入中国以后，以西医的手法作剖腹产母子都存活的第一例在重庆1902年所作 Porro 氏剖腹产和1904年在台湾所做的第一例成活的 Säger 氏剖腹产。

(五)新中国成立以后，剖腹产手术得到了普遍的开展，在1954年能有剖腹产专号杂志的刊出及1965年腹膜外剖腹产专题座谈会的召开。而1981年的围产期会议和1982昆明召开剖腹产座谈会更是全国性的。这对我国剖腹产的各方面，将有很大的好处。值得注意的是目下剖腹产率各地都有增高的趋势。

结合我国和外国的历史，是否可以将剖腹产的历史分期分成以下六期：

(一)第一期从公元前2400年起，约在该时起我国就有了剖腹产的记载。

(二)第二期约在公元224年开始，该时起中国有剖腹产后母子都存活的记载。

(三)第三期是从1876年意大利 Porro 氏切除子宫起。

(四)第四期是从1882年德国 Säger 氏缝合子宫切口起。

(五)第五期是由德国 Frank 在1907年的腹膜外剖腹产算起。

(六)第六期从1912年德国 Krönig 氏子宫下段剖腹切口起。

健康妇女阴道、宫颈正常菌群的初步研究

附属第三人民医院妇产科 沈湘君* 郭泉清 潘家驊 洪素英

阴道细菌学的研究已有近百年的历史。近年来，由于厌氧培养技术的改进，对厌氧菌的认识有了很大的提高，阴道厌氧菌的研究日益受到人们的重视，但国内有关阴道厌氧菌的报道至今尚未见到。为了初步建立我国健康妇女阴道、宫颈中正常菌群的菌谱，探讨正常菌群与生殖感染的关系，本文对60例育龄妇女和20例绝经妇女进行阴道、宫颈分泌物的需氧菌及厌氧菌培养。厌氧菌培养采用厌氧缸抽气换气法，分离到的厌氧菌根据菌落特点、细菌形态、革兰氏染色以及特定的生化反应确定菌种。

80例健康妇女阴道细菌的检出率为100%，宫颈为97.5%。阴道、宫颈需氧菌的检出率

分别为98.7%和91.2%；厌氧菌的检出率分别为93%和82.6%。阴道细菌培养兼有需氧菌和厌氧菌者占92.5%，宫颈为80%。育龄组与绝经组妇女阴道、宫颈细菌培养的检出率基本一致。

阴道每次培养平均检出的菌种数育龄组为4.17种，其中需氧菌2.37种，厌氧菌1.80种，绝经组为4.25种，其中需氧菌2.35种，厌氧菌1.90种。宫颈每次培养平均检出的菌种数育龄组为3.17种，其中需氧菌1.72种，厌氧菌1.45种；绝经组为3.05种，其中需氧菌1.70种，厌氧菌1.35种。二组妇女阴道每次培养平均检出的菌种数均较宫颈为高($P < 0.001$)。

二组妇女阴道、宫颈分离到的需氧菌种及厌氧菌种基本相同。分离到的需氧菌有乳酸杆菌、类白喉杆菌、表皮葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、四联球菌、甲型溶血性链球菌、乙型溶血性链球菌、非溶血性链球菌、粪链球菌、大肠杆菌、产气杆菌、变形杆菌、卡他球菌和酵母菌，共14种。其中最常见的是乳酸杆菌、类白喉杆菌、表皮葡萄球菌和甲型溶血性链球菌。分离到的厌氧菌有厌氧的乳酸杆菌、类杆菌、消化球菌、消化链球菌、梭形杆菌、韦荣氏球菌、丙酸杆菌、真杆菌、双歧杆菌等9个属中的25种细菌。其中最常见的是厌氧乳酸杆菌、消化球菌、消化链球菌及类杆菌中的脆弱类杆菌和产黑色素类杆菌。

通过对照组检查，表明乳酸杆菌的检出率与阴道、宫颈的PH值有关。育龄组PH值明显低于绝经组，故乳酸杆菌的检出率显著高于后组($p < 0.01$)。

月经上半周期每次培养平均检出的菌种数与下半周期比较无显著差异，但检出的厌氧菌种数较下半周期高，接近有显著差异($0.1 > p > 0.05$)。

本文阴道、宫颈细菌的检出率、检出的需氧菌种和厌氧菌种与Gorlack, Ohm, Osborne, Hill等的报道基本一致。每次培养平均检出的菌种数与Osborne基本相同。我们的结果表明健康妇女阴道、宫颈中除非致病菌外，还可存在多种条件致病菌。其中不少是厌氧菌，如脆弱类杆菌、产黑色素类杆菌、消化球菌、消化链球菌等。这些细菌常常是生殖道感染的重要病原菌。目前，国内对厌氧菌感染的重要性及普遍性尚未充分重视，我们建议，必须广泛开展厌氧菌的临床检验，以提高临床诊断治疗水平。

本文的结果为我国健康妇女阴道、宫颈正常菌群的菌谱提供了客观的依据。

* 研究生

正常妇女与正常孕妇细胞免疫功能测定之初步探讨

女子计划生育第一研究室 潘家骧 朱丽华 宫梅芬

本室自1979年6月至1980年3月对42例育龄妇女和111例正常孕妇，其中初孕妇75例，经孕妇36例。自妊娠5周起，每4周分为一组，至孕40周，共9组。采用PHA淋巴细胞转化试验和T淋巴细胞自然玫瑰花形成试验以观察正常妇女和正常孕妇的细胞免疫变化。

结 果

1. 42例正常妇女的Et-RFC%正常值为 52.72 ± 13.60 。39例正常妇女的LBT%的正常值为 64.25 ± 13.16 。111例正常孕妇的Et-RFC%正常值为 52.09 ± 14.65 。109例正常孕妇的LBT%正常值为 57.14 ± 2.98 。

2. 正常妇女和正常孕妇、各孕月之间、初孕妇和经孕妇之间的 $E_t-RFC\%$ 测定结果、经统计学处理, 均无明显差异。

讨 论

有关孕期的细胞免疫功能变化迄今报导不一。本文提示正常妇女和正常孕妇的细胞免疫功能无明显差异, 所以出现不同的结果, 我们认为这是由于所用的致有丝分裂因子的种类不同和实验的方法不同所致。

单用 PHA 淋巴细胞转化试验和 T 淋巴细胞玫瑰花形成试验单次测定, 可能还不能完全反映妊娠妇女的细胞免疫功能, 故有关妊娠妇女的细胞免疫功能变化尚待进一步的研究。

卵巢恶性肿瘤周围染色体变化

——附 23 例临床分析报告

附属新华医院妇产科 王中泰 周鄂隆

对 21 例入院拟诊为卵巢恶性肿瘤和 2 例拟诊为直肠癌和乳房癌者, 在手术前抽取外周静脉血以常规方法作染色体检查, 进行染色体检查者并不知道临床探腹和病理检查情况。23 例中最后确诊为卵巢恶性肿瘤者有 13 例, 卵巢良性肿瘤 4 例, 子宫肌瘤 1 例, 生殖系统以外癌肿 5 例。13 例卵巢恶性肿瘤中大部份外周血染色体有异常, 表现在二倍体减少, 异倍体和结构异常(包括解旋、粘连、毛糙、模糊、无法计数等)。如试以二倍体 $\geq 70\%$, 异倍体和结构异常 $\leq 30\%$ 为界限, 则卵巢恶性肿瘤中有 9 例有染色体异常, 占总数 69.2%。卵巢良性肿瘤和子宫肌瘤共 5 例中只有 1 例有上述染色体异常, 占总数 20%, 与卵巢恶性肿瘤对比有统计学上显著意义 ($p < 0.05$)。5 例生殖系统以外癌肿病例, 术前周围血染色体检查结果没有 1 例在上述二倍体和异倍体界限以内, 与恶性肿瘤比较有显著差别 ($P < 0.01$)。恶性卵巢肿瘤不同期别, 年龄和病程之间的染色体变化无明显差异 ($p > 0.05$)。对 4 例术前染色体变化在界线以内的卵巢恶性肿瘤病例, 经过手术和化疗, 病情好转或临床治愈后, 复查周围血染色体(4 个病例染色体)均转为正常。鉴于上述情况, 我们认为周围血的染色体检查, 如以二倍体数 $\leq 70\%$ 为界线, 对于卵巢恶性肿瘤的诊断和鉴别诊断是有特异性意义的。同时周围血的染色体检查, 在卵巢恶性肿瘤治疗效果的估计上, 以及在其后的随访和复发的诊断上, 都有一定的参考价值。

血催乳素(PRL)测定在月经失调诊断中的应用

附属瑞金医院妇产科 佟慕光
上海市计划生育研究所 冯赞冲 李逸安 张德炜 王中兴
上海中医学院附属曙光医院 沈丽君
附属瑞金医院放射科 唐敬荣

从1980年7月到1981年3月间,收集有临床症状溢乳伴有月经失调的病人50例。其中临床记录及检查较完整者43例,分为四类,并测定PRL、FSH、LH、 E_2 及孕酮等。正常育龄妇女19人按周期进行激素测定作为对照组。

结 果:

1. 疑有血PRL增高可能者,均应检查双侧乳房有否溢乳。
2. 溢乳与高泌乳素血症有一定的关系,但不是绝对的,与乳腺组织的PRL受体数目及其与PRL结合力有关。
3. 对于继发闭经病人的内分泌检查,宜首先测定FSH、LH和PRL,以确定是否为高PRL血症性闭经或卵巢性闭经。
4. 高泌乳素血症的病人临床表现有程度不等的上述激素水平减退症状。
5. 本组1例垂体瘤经颅手术放疗后一年,视觉有所改善,但仍持续溢乳一闭经。血PRL明显增高,可能提示肿瘤未完全切除。从激素的结果与卵巢性闭经相比,其血 E_2 水平较低而血FSH、LH水平正常或偏低;虽卵巢性闭经病人的血 E_2 亦低,但FSH明显升高,两者截然不同。提示高PRL血症病人的 E_2 对下丘脑-垂体轴反馈机制失调而导致无排卵,甚至闭经。

32例妇科急腹症误诊原因探讨

附属新华医院妇产科 王中泰

自1977年至1981年五年中共收治妇产科急腹症病例81例。宫外孕52例,卵巢囊肿扭转(或破裂)29例。52例宫外孕病例中初诊误诊的有24例,误诊率为46.2%。其中误诊为流产者8例,早孕3例,盆腔炎3例,阑尾炎2例,中毒性肠炎2例,其他诊断9例,不明5例。24例中出血1000ml以上者有13例,其中7例出血1500ml以上。出血性休克9例,其中1例手术后出现休克。29例卵巢囊肿扭转(或破裂)病例中初诊误诊者8例,误诊率27.6%。误诊为阑尾炎3例,肠痉挛2例,肠梗阻,肾绞痛,卵巢囊肿恶变感染以及病毒感染等各1例,不明1例。5年中全部妇科急腹症病例确诊及误诊者均治愈。

探讨妇科急腹症初诊误诊原因,主要是病史和体征不典型,病史采集不全,检查不严密,病史不真实以及实际经验不足或责任心不强,对病例缺乏全面深入分析等所造成。其中以病史体征不典型和检查不细致为主要的误诊原因。本文对如何防止误诊和提高妇科急腹症初诊确诊率作了初步探讨。

早、中、晚期妊娠发生急腹痛伴内出血

三例罕见病例报道

附属第九人民医院妇产科 陈德永 许杏英

本文报道我院自1979年5月至1980年1月收治三例妊娠早、中、晚期并发急腹痛伴内出血罕见病例，并加以分析。三病例病情危急，经手术诊治转危为安。三病例术后诊断如下：

病例Ⅰ、输卵管残端妊娠破裂(前次宫外孕手术后)

病例Ⅱ、中期妊娠合并子宫卵巢静脉破裂。

病例Ⅲ、晚期妊娠合并子宫多发性浆膜下血管瘤破裂。

纤维蛋白降解产物测定在卵巢癌诊断上的临床应用

附属瑞金医院妇产科 华祖德 丁家佩

附属瑞金医院检验科 支立民

(指 导 刘嘉贞)

由于纤维蛋白降解产物(FDP)可出现于卵巢癌的病例中，为了对卵巢癌的及时诊断，我们对卵巢癌，拟诊卵巢癌或盆腔肿块者共69例，进行FDP的对比测定。

结果，经手术及病理证实为卵巢癌者18例中，FDP阳性者16例，占88.9%。另盆腔良性肿块作为对照组者45例中，FDP阳性者5例，占11.1%，差异显著($p < 0.01$)。若以总数69例计算，则盆腔良性肿块的FDP阳性率仅为7.2%。为此，在盆腔良性或恶性肿瘤的鉴别诊断上，FDP测定还是有所帮助的方法之一。

因子Ⅷ相关抗原(ⅧR:Ag)、纤维蛋白降解产物(FDP)、乳酸脱氢酶(LDH)、红细胞沉降率(ESR)

对卵巢癌诊断的评价

附属瑞金医院妇产科 费冲 陆培新 朱文新

(指 导 刘嘉贞)

基础医学部病理生理教研室 王振义 邵慧珍 吕敏声

卵巢癌死亡率目前是妇科癌症第一位。要提高治疗率首先要提高早期诊断率，现尚无简便可靠之诊断方法。本文对119例盆腔肿块患者进行血液测定：因子Ⅷ相关抗原(因子ⅧR:Ag)纤维蛋白降解产物(FDP)，乳酸脱氢酶(LDH)，血沉(ESR)。测定结果：因子ⅧR:Ag在

良性卵巢肿瘤升高者为17.4%，子宫肌瘤升高者为28.1%，而恶性卵巢肿瘤升高者占87.2%。与正常组相比，良性卵巢肿瘤及子宫肌瘤均与正常妇女无显著差别($P>0.05$)，恶性卵巢肿瘤与正常人相比则有显著差别($P<0.001$)。FDP、LDH、ESR，虽不如ⅧR:Ag明显，但良性卵巢肿瘤，子宫肌瘤与恶性卵巢肿瘤之间均有显著差别。故认为此四项指标有助于判别良性肿瘤及恶性肿瘤，也可作为恶性卵巢肿瘤随访及推测预后之辅助指标。

女性假二性畸形(附二例报告)

附属瑞金医院妇产科 费冲 佟慕光

女性假二性畸形是一种少见的妇科疾病，发生原因主要由于肾上腺皮质增生或后天肾上腺皮质肿瘤，也可由于患者母亲孕期服用某种激素类药物引起。本文报导二例患者均系先天性肾上腺皮质增生所引起，并对病因诊断及治疗略加讨论。近年来发现由于孕期服用激素类药物也可使子代发生女性假二性畸形，能产生这种副作用的药物有甲基睾酮、雄甾烯酮、炔诺酮及黄体酮。但这些药物引起男性化作用与用药时期及药物剂量有关，故孕期服用激素类药物必须谨慎。

十年治疗绒癌148例的临床分析

附属瑞金医院妇产科 陈脉

本文报告自1971年至1980年十年内诊治绒癌148例临床小结如下：

1. 分期情况：Ⅰ期38例(占29.7%)，Ⅱ期36例(占24.3%)，Ⅳ期24例(占16.2%)。

临床可见转移最多是肺，病人入院时已能看到肺转移灶的占70.2%，内有肺大块转移者22例占14.8%，最大转移达12cm。凡经动脉血运至其他脏器出现有转移者(Ⅳ期)均已有肺转移。脑转移17例占Ⅳ期病人的绝大多数(70.8%)其余为膀胱、肾、肝、脊髓转移。

2. 治疗效果：148例绒癌病人，治愈98例，死亡47例，治疗失败或病人自动出院者3例。在分阶段小结中发现随着治疗措施的变化，治愈率在不断提高，死亡率在逐渐下降。见下表：

时 间	病例数	治 愈	死 亡
早期1971—1974年	61	33例 54.1%	28例 45.9%
中期1975—1977年	45	32例 71.1%	13例 28.9%
近期1978—1980年	42	33例 78.6%	*6例 14.3%
共 计	148	98例 66.2%	*47例 31.7%

* 另有3例自动出院

我们所以能取得这些进步，主要采取以下措施：

(1) 严格选择手术时机，绒癌的有效治疗还是以化疗为主，只有及早使足够浓度的化疗药物渗入到病灶内，是取得疗效的关键。手术有促使扩散的危险，且血管结扎后也影响化疗药物渗入，故现在倾向于不急于手术或不作手术，急腹症例外。

(2) 化疗副反应及特殊并发症的处理：近年来已能做到预防为主，及早发现及时控制。方法是中西医结合，支持疗法及对症处理，重视中药扶正，反复鼓励病人少量多餐，注意口腔卫生，激素尽量少用或不用。因绒癌病人本身免疫功能差，激素又是免疫抑制剂，对肿瘤不利。大量应用抗菌素时要重视菌群失调霉菌感染的防治。

(3) 严格进行巩固治疗：未采用手术治疗的绒癌患者尿HCG <100 国际单位/升后继续进行三个巩固疗程，已手术者巩固二个疗程，但也有特殊情况：①凡尿HCG缓慢下降或有上下波动的；或尿HCG <100 国际单位/升，但肺片仍在继续吸收中，则巩固疗程要适当增加。②凡复发病例，巩固疗程也要适当增加。必须强调巩固疗程中，HCG要始终小于100国际单位/升，如有一次反跳到100以上，则全部巩固疗程作废，仍按治疗疗程计算，不能作为巩固疗程。

中国妇女更年期综合症治疗体会

附属第三人民医院妇产科 郭康清 严秀鸿

中国妇女平均绝经年龄在城市中为49.5岁，在农村中为47.5岁，在治疗更年期综合征之过程中，我们有如下体会供参考：

1. 患更年期综合症病员来门诊之主要主诉有潮热，多汗、头痛、心悸、失眠、忧郁、恐惧感、记忆力差和情绪不稳等等，我们尚见到有肌肉抽痛，尤其是腓肠肌痉挛为其唯一的主诉症状者。

2. 症状轻重各人有别，绝经时间长者，症状较轻，较易康复。绝经前即有发病者，症状较重，需治疗时间亦较长。

3. 手术绝经而发病者，以子宫肌瘤患者症状较重。即使年过50亦常见发病，一般在术后二周到三个月即会出现。我们认为这些病例可能有较高的雌激素水平，因此，在替代治疗中雌激素的剂量需要比较高一些，用药也需要早一些。

4. 有45岁左右患子宫肌瘤病例，术时留下一只肉眼完全正常之卵巢，术后3天即见发病者。因此，对过去认为妇女有一只卵巢已足够维持女性内分泌功能需要的意见，在这类病例中需重新权衡。

5. 性激素治疗最为有效，重症患者，往往非用不可。但在本院门诊中常首选中草药和针灸治疗，因这些治疗方法的主要优点是安全无害，而性激素治疗则有反指征存在。根据病情可选用下述方法治疗：

(1) 常用中草药：

丸类有知柏地黄丸6克三/日；左归丸3—6克三/日；天王补心丸1/日等。

汤药类有：二仙汤；甘麦大枣汤等。

(2) 针灸穴位：

太冲、合谷，三阴交，留针15分钟隔日一次，10次为一疗程。

(3) 其他：

谷固醇3~6克三/日；麦胚油10毫升三/日；维生素E20毫克三/日。

6. 根据我们临床观察，以上药物中，维生素E治疗对肌肉抽痛最有效，服药后患者还有舒适感。性激素或别的处理方法对肌肉痉挛则均无效。

产后巨大血肿保守疗法

附属瑞金医院妇产科 李蕙芳 华祖德 金毓翠

本文主要报道四例阴道提肛肌上巨大血肿的保守治疗。主要方法是先止血、后消肿同时加用广谱抗菌素。开始三天应用大量止血药、维生素K₁、止血敏、安络血、PAMBA、云南白药、三七片等。三天后停上述止血药，取强的松5毫克每日四次口服，以后每3—5天减5毫克至每天5毫克，直到血肿消失停药。 α -糜蛋白酶每天5毫克肌注到血肿消失停药。抗菌素为庆大或卡那。通过以上药物治疗四例血肿均在一个月左右吸收，最快有一例在19天内即吸收，效果显著。保守疗法避免了复杂困难的手术，减少对病人危险性，大大减少了病人的痛苦，此法安全有效，便于掌握应用。

液氮低温冷冻治疗宫颈糜烂及宫颈原位癌

远期疗效的调查结果

附属新华医院妇产科 张崇清

我院于1973年6月开始应用液氮低温冷冻治疗宫颈糜烂及宫颈原位癌等妇科疾病以来，经过多年随访，现将其近期(3个月之内)和远期(7年之内)疗效结果比较如下：1973年6月至1979年应用液氮冷冻治疗宫颈糜烂共480例，宫颈原位癌共18例。其中经复查随访，宫颈糜烂300例(随访1—7年)，宫颈原位癌14例(随访4年9个月至7年)。

300例宫颈糜烂冷冻治疗后近期随访治愈率为95%，其中完全治愈率为76%，基本治愈率为19%，失效率为5%(15例)。其中5例经再冷冻，10例经电熨后仅一例失效。远期随访完全治愈率为91.67%，基本治愈率为8%。随访到的14例宫颈原位癌的近期及远期疗效的治愈率为100%。无一例复发，复查宫颈阴道涂片全部阴性。

虽冷冻治疗子宫颈糜烂很少发生术后宫颈局部大出血，且全身反应亦较轻，但是受到冷冻探头的限制不能适应各种类型的糜烂，仅限于治疗中度糜烂。至于冷冻后大量阴道流液的缺点是可以克服的。

对宫颈原位癌的患者，并发有手术禁忌症时，宫颈尚未萎缩而突出于阴道穹窿外者，冷冻疗法是理想的治疗方法，容易为患者所接受。

会阴左侧斜切开单纯全层缝合

附属瑞金医院妇产科 陆培新 金毓翠

会阴左侧斜切开术为产科常见手术,目前多数采用的是分层缝合法,术后第4—5天拆线。由于近几年来分娩数明显增加,因此加重了产科医护人员的工作量及影响了床位的周转率。为了简化手术操作及加快床位的周转率,自1981年12月—1982年3月,4个月内会阴左侧斜切采用单纯全层缝合法共210例,其中自然分娩182例、胎头吸引11例、低位产钳14例、臀位助产3例,总的I期愈合率为98.1%。同期采用分层缝合法共311例,其中自然分娩250例、胎头吸引14例、低位产钳40、臀位助产7例,总的I期愈合率为98.40%。两者相比无明显差别($p>0.05$)。

会阴侧切单纯全层缝合法用00号铬制肠线连续缝合阴道粘膜后,然后用0号涤纶丝线单纯缝合会阴,术后72小时拆线。分层缝合法于术后96小时拆线。

我们推测可能全层缝合因缝线少,创口的血液循环供应比分层缝合丰富,因此局部小凝血及坏死组织容易被清除掉,而加速了结缔组织及毛细血管生长,使创面早期愈合。在全层缝合中,低位产钳14例全部I期愈合,说明并不由于创口较深而影响其愈合。

由于会阴单纯全层缝合操作简便、迅速,初学者很易掌握,产妇痛苦小,拆线早,拆线后创口硬结不明显,因此容易被产妇及产科医护人员所接受与推广。

但会阴全层缝合也有其一定局限性,如创口明显不整齐者不宜作全层缝合。

阴道及腹部子宫全切除术的临床比较 及阴道细菌培养的初步观察

医学系二部妇产科教研室 张永秀* 郭泉清 潘家耀 吴宇芬 洪素英

本文通过对1978年1月~1981年3月本院妇科手术病人手术后,回顾性地挑选条件基本相同的,行腹部子宫全切除(TAH)和阴道子宫全切除(TVH)病例各100例,作临床对比。其中TVH 30例,TAH 11例在阴道准备前后行阴道和宫颈管细菌培养,手术前后及术后三天行阴道细菌培养,认为两种手术各有其优缺点。但经阴道进行手术,无腹部伤口,手术时间短,手术反应小,恢复快,在相同条件下,是一种值得选择的方法。对年老、体弱、肥胖、有心肺等内科并发症者尤为适合。细菌培养说明,常见阴道细菌为大肠杆菌、厌氧葡萄球菌和类杆菌。目前的子宫切除前阴道准备方法需进一步改进,特别要加强对宫颈管的消毒。手术后虽无死亡,但在子宫切除前使用预防性抗菌素可进一步减低术后病率;青霉素和庆大霉素可作为预防性抗菌素的首选药物。

* 研究生

各种困难尿瘘修补的体会

附属第三人民医院妇产科 洪素英

我院从1969年到1981年12月共修补了困难尿瘘41例，其中除1例采取腹阴联合修补外，其他40例均经阴道修补。瘘管的分类见表：

41 例 尿 瘘 疗 效

分 类			例 数	疗 效		
				治 愈 例数百分率	好 转 例数百分率	失 败 例数百分率
膀胱阴道瘘	巨	大	3	6	0	0
	高	位	3			
*膀胱颈阴道瘘	巨	大	3	10	0	1
	高	位	8			
**尿道阴道瘘			5	5	0	0
膀胱阴道瘘合并输尿管阴道瘘			7	7	0	0
*膀胱颈阴道瘘合并尿道瘘			6	5	1	0
*膀胱颈尿道瘘合并尿道完全缺损			3	2	1	0
**及*膀胱颈阴道瘘合并尿道部分缺损			3	3	0	0
共 计			41	38(92.7%)	2(4.9%)	1(2.4%)

* 膀胱颈阴道瘘 23 例 ** 尿道阴道瘘 17 例

这些尿瘘经外院修补失败1~4次者23例，其他18例均由他院将复杂尿瘘转至我院，故本文病例均为困难尿瘘。41例中获痊愈者38例占92.7%。好转者2例占4.9%。一例在膀胱过分充盈时稍有尿液渗漏，另一例有轻度用力性尿失禁。失败1例占2.4%，其治愈率为97.6%。修补方法的关键在于：一、任何尿瘘口必须处理好瘘口本身的松解及缝合，能否处理好瘘孔组织，减张是保证手术成败的主要关键。瘘孔的分离必须达到膀胱粘膜能自然闭合的程度，缝合后才无张力，这是修补好瘘孔的基本条件。瘘孔的减张可采用打开膀胱侧窝，必要时可将子宫颈缝于耻骨联合之二侧，帮助减少瘘孔张力，有助于瘘孔的愈合。本文打开膀胱侧窝者23例，宫颈缝于耻骨后者6例，效果均满意。二、对复杂混合性瘘管，必须做到个别病例个别处理。对疤痕严重发生阴道闭锁或窦道的真正瘘口，本文19例经分解疤痕，切除窦道，暴露瘘孔，经缝合后，19例均效果满意。输尿管开口于瘘孔边缘者，必须将导管插入输尿管，然后缝合膀胱瘘孔，本文7例，均修补成功。高位瘘孔，可用左手食指触摸瘘孔边缘的疤痕组织，右手执剪刀，凭感觉谨慎地分离疤痕组织，因而松解了瘘孔，本文3例均获成功。膀胱颈阴道瘘可分部分性及完全性二种。后尿道与膀胱瘘孔作吻合，然后缝合余下膀胱粘膜，本文共23例，除1例失败外其他22例均痊愈。其失败原因，可能为瘘孔四周疤痕组织广泛，术时未加固肌肉，以致血供不足造成失败。三、部分尿道缺损影响尿道长度时、需行部分尿道成形术。以耻骨体盆面之骨膜及残余之尿生殖三角组织作为尿道缺损之填

补,可恢复尿道长度。本文二例,效果满意。尿道完全缺损三例,经作尿道成形术,排尿均正常。四、瘻孔部位缺乏健康组织,影响血供应。采用瘻孔之就近肌肉如球海绵体肌,坐骨海绵体肌、肛提肌复盖于瘻孔部位,可起到加固瘻孔或补充尿道或膀胱之括约作用,本文17例,效果满意。五、术后耻骨上膀胱虹吸法引流是保证保持空虚减少缝合口张力的重要措施。

最后,必须指出除因车祸4例,子宫托造成尿瘻1例外,其余均由产伤所致。因此推行新法接生,提高产科质量是避免尿瘻发生的重要措施,必须予以重视。

阴式子宫颈癌广泛手术(Schauta)133例临床分析

医学系二部妇产科教研室 郭泉清 潘家驷 洪素英

我院自1957年2月起施行阴式子宫颈癌广泛手术,系国内首先开展,直至1981年2月共133例。133例中17例失访,随访率为87.2%,这可能与10年动乱不能坚持随访有关。

病理分类:原位癌52例占39.1%,鳞癌76例占57.1%,腺癌5例占3.8%。今将5年、10年、15年、20年随访之存活率小结如下:

本文原位癌5年、10年、15年、20年各阶段随访之存活率均为100%。宫颈癌I期:5年存活率为100%,失访14例,若将失访作为死亡计算,其5年存活率为78.8%。10年存活率为97.8%,无失访。15年存活率为97.5%,如将死于内科疾病也计算在内,则存活率为90.2%。20年存活率为100%,无失访。与腹式途径比较,存活率相仿。

对Schauta氏手术有以下几点体会:

一、宫颈原位癌手术切除范围:一般主张单纯切除子宫及阴道套状切除,也有主张作腹式广泛切除。我院采取阴式广泛切除术,由于手术切除宫旁组织方便,同时不必担忧术后病理切片为浸润癌。本文二例,术后病理检查为浸润癌,未给任何辅助治疗,至今四年均健在。

二、早期癌细胞浸润局限于宫颈,很少向淋巴结浸润,甚至无浸润。根据国内外文献报导,大都主张不必清除淋巴结。本手术方法适合宫颈癌I期。

三、阴式手术对术前合并肥胖、高血压、心、肺、肾、糖尿病、精神病等患者,尤其年龄超过60岁,不宜行腹式手术,但能耐受阴式手术。无1例发生术时、术后之意外危险。

四、宫颈残端癌行阴式手术,由于其上部已被切除,故手术较易,能多取宫旁组织,不会如腹式造成手术分解不易。采取镫疗会因置镫困难,有导致生殖道膀胱直肠瘻之可能。

五、本手术的操作尚不够熟练,泌尿系统误伤率高,术时出血较多,下肢腓总神经轻度麻痹及下肢浅层静脉炎各二例均痊愈,系手术时护理不当所致。今后尚须改进。

中西药不同方案治疗恶性葡萄胎 238 例报告

附属瑞金医院妇产科 陈 脉

本文报告自1971年初至1980年底十年内收治各期恶葡 238 例，占同期妇科全部住院人数 3.6%。采用单纯中药，单纯化疗及中药加化疗三种不同方案治疗。

第一组(中药组)单独天花粉或天花粉加苦甘草或天花粉加穿心莲静脉滴注10~30天为一疗程，同时口服抗癌中草药每日一帖。

第二组(化疗组)：以单药或双药为主，亦有三药序贯。

第三组(中药加化疗)：化疗单药于疗程头、中、尾加天花粉，亦有部分用双药加天花粉。

各组疗效如下：第一组38例，近愈35例(92.1%)，死亡1例，失败2例(改用化疗治愈)；第二组53例，近愈43例(81.1%)，死亡9例，失败1例。第三组147例，近愈144例(97.9%)死亡3例。总治愈病例224例，治愈率为94.1%。

除在外院已切除子宫28例外，大多数病人均保留子宫。

随访病人 186 例(占 78.1%)，情况良好者 180 例。随访时间一年以下 47 例，一至二年者 53 例，二至五年者 71 例，五年以上 9 例。有 6 例复发(半年内 2 例，一年内 4 例)占 3.2%。有 28 例再次妊娠，再妊率为 15%。

对其中98例的分析(一组37例，二组49例，三组112例)发现发病于30岁以下者占64.6%，发生于第一胎者占43.9%，入院时主诉主要为阴道流血占88.3%，尿 HCG<1万者56.5%，1—8万占29.2%，16万以上占14.1%，有1例高达250万 i.u/升。

经一疗程后尿 HCG 降至正常为 40.9%，二疗程后为 29.2%，其他需经更多的疗程。肺原转移灶经治疗后吸收者占88.4%，在二疗程结束前开始吸收可达47.5%。

治疗副反应主要出现于第二组及第三组，如白细胞下降占40.4%，血小板下降占27.2%，呕吐占54.5%，腹泻占29.7%，口腔溃疡占42.9%，肝功能不同程度受损者占27.5%。对上述副反应除常规给以对症处理外，加用中药扶正治疗。

临床体会：用中药治疗尿 HCG 下降较快，对骨髓无抑制作用，且对脑转移症状改善迅速。天花粉用于扫尾治疗亦有效，其最大优点是并发症极少，死亡率也低。即或治疗失败，改用化疗仍能获良好效果。

本治疗组中有13例死亡，其中死于ⅢB(大块型)2例，死于化疗剂量过大严重副反应3例。其他死于感染中毒性休克、脑转移等。死于天花粉延迟过敏反应及药物性肝损者各1例。

恶葡治疗后复发多在一年内。复发6例中1例死于肺、脑转移，另5例均再次治愈。内1例先后复发五次，最后于第五次住院原肺转移阴影扩大超过3cm时，作肺切除术合并化疗后取得近愈出院。

刊于上海中医药杂志 3:1982

正常孕妇 T 淋巴细胞及其亚群免疫功能的初步探讨

附属第九人民医院 薛 培 吴万林 法福玉 马慧芳
上海市免疫研究所 朱炳法

我院妇产科自1980年1月开始,对正常孕妇进行T淋巴细胞免疫测定,包括68例淋巴母细胞(PHA)转化试验,76例T淋巴细胞及其亚群 EA_G , EA_M 测定,用余瀛氏等法。根据妊娠时间分为三大组, <15孕周为早期, 15~27孕周为中期, ≥ 28 孕周为晚期。正常非孕妇15例,其淋转(PHA)平均值为 $46.7 \pm 6.1\%$,而68例妊娠后期孕妇的淋转则明显低于非孕妇。早期为 27.95 ± 5.69 ,中期为 29.56 ± 9.175 ,晚期为 30.31 ± 8.06 ($p < 0.01$)。76例同时又作T淋巴细胞及其亚群测定,24例非孕妇对照。24例非孕妇 T_H 为 53.2 ± 9.4 , $T_H(EA_G \text{ 花环})$ 为 $9.7 \pm 5.6\%$, $T_H(EA_M \text{ 花环})$ 为 $43.8 \pm 14.5\%$ 。早孕妇26例 T_H 为 $70.7 \pm 14.16\%$, $T_H(EA_G \text{ 花环})$ 为 $18.42 \pm 4.20\%$, $T_H(EA_M \text{ 花环})$ 为 $23.5 \pm 6.71\%$ 。中期孕妇17例 T_H 为 $68.78 \pm 11.82\%$, T_H 为 $17.47 \pm 6.7\%$, T_H 为 $25.7 \pm 4.92\%$,晚期孕妇33例 T_H 为 $71.85 \pm 8.5\%$, T_H 为 $18.56 \pm 4.49\%$, T_H 为 $23.06 \pm 6.28\%$ 。T淋巴细胞百分比总数在孕妇比非孕妇升高,但 $T_H(EA_G \text{ 花环})\%$ 与非孕妇对照值比较,各期妊娠皆明显上升, $p < 0.01$ 。 $T_H(EA_M \text{ 花环})\%$ 则较非孕妇明显降低, $p < 0.01$ 。

妊娠期免疫机理复杂,母体对同种异体移植物——胎儿的耐受,不产生排斥,可能是许多因素相互作用的结果。近年来对妊娠T和B细胞免疫进行较广泛的研究,但结果并不一致。我们认为正常妊娠的细胞免疫可能并不完全取决于T和B淋巴细胞总数的改变,而与其亚群的变化有关。近年来随测定方法的不同,发现T细胞有很多亚群如带有免疫球蛋白受体的 T_H 、 T_H 、 T_H 、 T_H 、 T_H 和不带免疫球蛋白受体的 T_H 等亚群细胞。其中以带有 $I_E GF_0$ 受体的 T_H 细胞及带 $IgM F_0$ 受体的 T_H 细胞为主要的免疫调节细胞。 T_H 细胞含有抑制性 T_H 细胞对合成免疫球蛋白的B细胞起抑制作用。 T_H 细胞含有辅助性 T_H 细胞对B细胞合成球蛋白起协助作用。76例正常孕妇T细胞亚群的测定, EA_G 花环(T_H 细胞)皆明显增加, EA_M 花环(T_H 细胞)则明显减少,65例孕妇的淋巴母细胞转化(PHA)试验亦明显降低。胎儿能够不被母体所排斥。应当指出 T_H 细胞中亦可能含有杀伤作用的细胞。多种T细胞亚群之内又相互依赖,相互制约,甚至可相互转化。T淋巴细胞及其亚群的研究可能对某些异常妊娠如流产、ABO血型不合,羊水过多、妊毒症等的免疫问题提供一些诊断和发病机理上有一些价值。

刊于上海医学 5(2):92,1982

宫外孕并发急性呼吸窘迫综合征抢救成功一例

附属新华医院妇产科 王中泰 周鄧隆

本文报告一例输卵管峡部妊娠破裂。有停经6周，阴道流血1周，突发下腹剧痛7小时，出冷汗及昏厥，血压0等病史。在输血及中药麻醉下立即手术。腹腔中积血2,000毫升。术时输自血1,000毫升，术前中后共输血2,000毫升。手术后，病员循环情况良好，血压回升并稳定在正常水平，尿量多，但呼吸急促，必须在加压给氧呼吸下，情况才能稳定，否则即有呼吸迫促，青紫。体检肺呼吸音低，有干湿罗音。胸片见肺部有片状阴影，诊断为呼吸窘迫综合征。给地塞米松，人工加压呼吸，白蛋白，西地兰，抗菌素等治疗措施，并作气管切开，用可控同步呼吸器控制呼吸。胸片及动脉血气分析表明肺部病变在3~4天发展到高峰，以后逐渐好转。7天后停止人工呼吸，9天后停氧气，38天后气管切开拔管，以后即痊愈出院。

本例发病原因分析可能为：(一)大量失血引起休克，(二)大量输血包括自血和库血，(三)胃内容物的吸入。在治疗中，通气是关键。使用KTH—2型可控同步呼吸器进行间歇加压通气(IPPB)，使用时应注意有足够的通气量和适当的呼吸频率。吸入气体以40%氧的混合气体较安全。正确应用雾化器，并避免长时期恒量通气对肺造成的损害。其次，应使用甘露醇、利尿剂等控制入水量、和提高血液胶体渗透压等来治疗肺间质水肿。同时，还须应用皮质激素改善肺功能，低分子右旋糖酐疏通微循环，洋地黄支持心脏功能，改善心肺循环，以及大量抗菌素治疗感染等综合施措。

刊于上海医学 5(3):170.1082

恶性卵巢卵泡膜细胞瘤二例报导

附属第九人民医院妇产科 薛培 达治人

文献上认为卵泡膜细胞瘤大都为良性，恶性病例历年报告极少。Evans 1980年报告82例卵泡膜细胞瘤中仅一例可能为恶性。至今报导恶性者仅20例左右。我科于过去12年中有9例卵泡膜细胞瘤，内有2例恶性，故认为并非少见。

Foda 收集14例中，年龄多数大于50岁，有肿块，腹痛，经绝期出血，腹水等。早期诊断不易。本文2例恶性者年龄亦大于50岁，都有腹痛，腹块及胃纳不佳，体重减轻等症状，但无绝经期出血。术前诊断为卵巢恶性肿瘤。例1有盆腔转移，不久就死亡。例2包膜完整，肿瘤与附近组织粘连但无转移。阔韧带中有一大块钙化。虽经全子宫附件切除手术及术后化疗，出院后不久复发，术后10个月死亡。此2例临床表现高度恶性。Foda 分析11例中仅5例死亡，6例存活，故他认为恶性度不高。我们认为此瘤并非如一般文献中所谓良性者多，亦非恶性度低的肿瘤。对恶性患者应给予积极长期化疗与随访，不能低估其恶性度。

诊断和治疗问题：由于卵泡膜细胞瘤常发生于经绝期妇女且具有分泌雌激素功能，长期刺激易伴有子宫内膜癌。本院收治9例卵泡膜细胞瘤(包括2例恶性)均未发现子宫内膜癌。对经绝期妇女有出血者，首先应作诊刮。如发现子宫内膜为囊性腺体增生或为增殖期内膜，应疑为本病。术时应作较彻底的全子宫及附件切除术，术后标本作详细病理检查。恶性者应加化疗。Pedowitz报道一例恶变病人术后放疗而存活。本文例2术时误认为炎性肿块，术后病理切片为恶性，再作全子宫附件切除，术后化疗又未彻底而迅速复发死亡。故对此肿瘤不能等有临床转移症状才诊断为恶性，这样会失去积极治疗的时机。应长期随访化疗，必要时亦可用放疗。

刊于肿瘤杂志 1:33, 1982

五年来剖腹产发生率增加的探讨

附属第九人民医院 何福珍 许杏英 邱慕勤

1. 本文报道了自1977年至1981年5年内共767例剖腹产手术。剖腹产发生率逐年增加，由6.8%，7.71%，11.9%，16.03%上升至20.31%。

2. 剖腹产发生率增加的原因，麻醉安全性增加，操作技术提高，易被家属接受。以往剖腹产指征多考虑产母因素，近年来从母婴两方面出发，故剖腹产指征胎儿窘迫跃升为第一位，臀位为第二位，头盆不称第三位。

3. 剖腹产发生率上升了，但同时期产钳发生率并没有降低，故总的难产率增加。因第一胎较过去增加很多，特别是1981年，第一胎占总数的90%。

4. 剖腹产发生率上升的同时，臀位阴道分娩发生率相对地下降，特别是1981年，臀位阴道分娩下降了一半以上。主要因为臀位阴道分娩对胎儿危害性大，故近年来多采取剖腹手术。

5. 剖腹产发生率增加，新生儿死亡率并无下降，剖腹产的新生儿死亡率也无下降。剖腹产新生儿死亡21例，其中前置胎盘3例，先天性畸形9例，早产儿2例，新生儿重度窒息抢救无效死亡4例。还有3例：1例臀位已发生脐带脱垂再行剖腹产，1例产钳失败再行剖腹产，1例子痫发作时宫口已开全，胎头吸引失败再行剖腹产，故在处理上有不足之处。如正确处理，新生儿死亡率可望下降。

6. 我们认为剖腹产发生率不应再上升。从加强产前检查着手，开展对胎儿的各种监护，早期筛选畸胎儿，分娩时加强产程观察，积极处理，以减低新生儿死亡率。

附表：

年 份	分娩总数	剖腹产数	百 分 率	产 钳	百 分 率	臀位阴道分娩	百 分 率
1977	1103	75	6.8 %	132	11.97%	20	1.81%
1978	1149	89	7.75%	128	11.14%	19	1.65%
1979	1135	135	11.9 %	161	14.54%	25	2.2 %
1980	1185	190	16.03%	179	15.11%	21	1.77%
1981	1376	278	20.31%	166	12.06%	10	0.73%