

341

135135

广东省医学科学資料汇编第六輯

妇产科学术會議 論文集

(內部資料)

中华医学会广东分会妇产科学会編
广东省医学科学研究委员会出版

妇产科学术会议论文集

(内部资料)

編輯者：中华医学会广东分会妇产科学会

出版者：广东省医学科学研究委员会
(广州市仓边路39号)

印刷者：广东人民印刷厂

出版日期：1964年10月

目

在广东省第一届妇产科学术会议开幕式上的讲话	林巧稚 (1)
在广东省第一届妇产科学术会议闭幕式上的讲话	林巧稚 (3)
有关计划生育问题	王淑贞 (4)
早期宫颈癌的处理	柯应夔 (8)
有关女性激素问题	俞霖峯 (14)

計 划 生 育

使用不銹鋼宮內避孕環 546 例观察	周怀坚 (24)
宮內避孕器 (100 例) 的效果 观察	章梓芳等 (28)
子宮內金屬避孕環 282 例初步分析	广东省妇幼保健院 (31)
宮內金屬避孕環避孕 184 例初步分析	汕头市第二人民医院妇产科 (35)
子宮腔吸引术在早期人工流产 1000 例临床疗效研究	叶淦平等 (37)
人工流产吸引术观察初步报告	广东省妇幼保健院 (44)
1000 例人工流产吸引术初步分析	甘少虹等 (49)
电吸引人工流产 392 例初步分析	张兴惠等 (53)
910 例人工流产分析与 260 例术后观察	广州部队总医院妇产科等 (58)
761 例人工流产刮宫术临床分析	叶淦平等 (61)
人工流产方法分析	
关于門診人工流产的一些問題	
313 例人工流产刮宫术加阴道式輸卵管結扎术	
阴道輸卵管絕育术 302 例之临床分析	
产褥期腹部輸卵管結扎术远期观察	侯蘊石 (78)
271 例輸卵管絕育术 近期及远期的观察	甘少虹等 (81)
經阴道后穹窿輸卵管結扎术 98 例分析	黎汝端 (85)
不孕症治疗的探討	王 瑛 (86)
海帶栓塞扩张宫颈 51 例报告 (摘要)	广东省妇幼保健院 (90)
人工流产和輸卵管結扎术 68 例的初步分析报告 (摘要)	广东省妇幼保健院 (91)
人工流产吸引术所致的子宮穿破 2 例报告 (摘要)	伍素嫻等 (92)
电吸人工流产 230 例小結 (摘要)	汕头市妇幼保健院妇产科 (93)
人工流产吸引术 200 例初步总结分析 (摘要)	佛山市妇幼保健院 (94)
人工流产电吸引术 109 例初步分析 (摘要)	王淑賢等 (95)
人工流产电吸引术 73 例分析 (摘要)	肇庆专区人民医院妇产科 (96)
子宮腔插管注入高渗食盐水人工流产 55 例临床分析 (摘要)	陈宗伟 (97)

輸卵管結扎154例分析 (摘要)	肇慶專區人民醫院婦產科 (97)
阴道式輸卵管絕育術 57 例臨床分析 (摘要)	韶關專區人民醫院婦產科 (98)
240 例輸卵管結扎手術患者的追蹤 (摘要)	周宜妙 (99)
宮內避孕環 64 人次觀察 (摘要)	湛江專區人民醫院婦產科 (101)

泌尿生殖道損傷

泌尿阴道瘻——复杂病例的处理	林劍鵬等 (103)
双手負重对于搬运女工生殖器官的影响	張 橋等 (109)
环状子宫托治疗子宫脫垂初步观察	中华医学会广东分会妇产科学会 (113)
环状子宫托治疗子宫脫垂三年疗效分析	广东省妇幼保健院等 (119)
膀胱阴道瘻的手术疗法	羅榮助 (124)
子宫脫垂手术治疗80例分析	肇慶專區人民醫院 (126)
膀胱阴道瘻 11 例手术情况的初步报告	宋文华 (128)
膀胱阴道瘻 31 例臨床分析	梅县卫生学校附属医院 (130)
子宫脫垂合并妊娠分娩	蔣虹玉等 (131)
子宫托治疗子宫脫垂 88 例分析 (摘要)	肇慶專區人民醫院婦產科 (133)
泌尿生殖道瘻治疗的点滴体会 (摘要)	袁 浩等 (135)

产 科 出 血

自然流产2,997例病案分析	邓京育等 (136)
813 例自然流产臨床分析	蔡珊元等 (142)
异位妊娠誤診病例分析	王玉珍等 (147)
輸卵管壶腹部妊娠并发輸卵管扭轉一例报告	肇慶專區人民醫院婦產科 (154)
恶性水泡状胎块 (破坏性絨毛膜上皮肿) 的诊断 及处理 (临床病例討論)	广东省人民医院婦產科 (155)
葡萄胎的诊断与治疗的探討 (附 100 例臨床分析)	甘亦珍等 (158)
正常位置胎盘早期剝离 (113 例臨床分析)	李大慈等 (162)
前置胎盘182例臨床分析	曹碧光等 (169)
子宫頸和子宫体部分植入性胎盘合并前置胎盘一例报告	羅榮助等 (176)
116 例前置胎盘病例分析	趙美兰等 (177)
妊娠合并子宫頸癌 9 例报告	王 珪 (180)
产后流血量与产后出血的研究	張秀俊等 (185)
404例产后出血病案暨118例隨訪分析	梅卓賢等 (200)
307 例产后出血的分析及其防治	广州部队总医院婦產科 (206)
产后出血 125 例分析	梁翠馨 (212)
子宫破裂 (附16例报告)	許香桂 (214)
子宫破裂40例分析	肇慶專區人民醫院婦產科 (217)
31例妊娠子宫破裂的臨床分析	肖 毅 (221)
原发性卵巢妊娠一例报告	胡德操 (225)
妊娠子宫扭轉二例报告 (摘要)	邓京育等 (227)

异位妊娠91例分析报告(摘要).....	蒋虹玉等(228)
中西医结合治疗7例宫外孕疗效观察(摘要).....	管铭生等(229)
133例葡萄胎分析(摘要).....	曹德凤等(229)
对处理葡萄胎的点滴体会(摘要).....	袁浩等(230)
产前流血84例临床分析(摘要).....	蒋虹玉等(231)
妊娠子宫破裂33例临床分析(摘要).....	王淑贤等(232)
子宫破裂35例报告(摘要).....	吴汉祥等(233)
妊娠子宫破裂21例临床分析(摘要).....	吴薇之(234)
足月妊娠子宫破裂7例分析(摘要).....	康保敏(235)

产 科 其 他

晚期妊娠中毒症 300 例临床分析——I. 病因、诊断和分类.....	郑惠国等(236)
晚期妊娠中毒症 300 例临床分析——II. 预防和治疗.....	郑惠国等(240)
晚期妊娠中毒症 138 例临床分析.....	广东省人民医院(245)
晚期妊娠中毒症的眼部变化(附 325 例眼底分析).....	刘伟灵(251)
67例晚期妊娠中毒症临床分析(附 21 例中西医结合治疗疗效观察).....	421医院(256)
1000例初产妇孕产情况分析.....	方悦行等(259)
12年来孕产妇死亡病例分析.....	洪素嫻(263)
双胎妊娠并发症及胎儿死亡原因分析.....	何秀琼(266)
92例多胎妊娠临床分析.....	梁丽雯(269)
无黄疸型传染性肝炎合并妊娠39例(45例次)临床分析.....	梁纪(272)
脐带脱垂(45例临床分析).....	张凤英等(277)
124例滞产之分析.....	吕超等(283)
妊娠合并外科急腹症.....	洪素嫻(287)
右桡尺周径测量对真结合径估计的初步探讨(附128例临床分析).....	陈自强等(291)
剖宫产 151 例临床分析.....	潘国权等(295)
136例吸引产与150例产钳助产分析.....	周素萍(299)
Waters 氏腹膜外剖宫产术的变法(附 2 例报告).....	甘少虹(304)
7例水肿型有核红细胞症的胎盘的临床所见及分析报告.....	兴宁县保健院(307)
胎盘血管瘤一例报告.....	符俐君(311)
40岁以上妇女的妊娠与分娩——附 102 例分析(摘要).....	陈自强等(311)
臀先露分娩 216 例临床分析(摘要).....	陈自俭(312)
19例横位分娩的临床分析(摘要).....	叶海燕等(313)
脐带脱垂33例的分析(摘要).....	罗启东等(314)
石胎合并再次子宫内妊娠足月顺产一例报告(摘要).....	庄广伦(315)
陈旧性输卵管妊娠合并子宫内妊娠一例报告(摘要).....	甘少虹等(315)
降低臀产胎儿死亡率点滴经验介绍(摘要).....	曾秀英等(317)
脊髓炎下肢瘫痪分娩处理一例报告(摘要).....	蒋虹玉等(317)
妊娠中毒症中西综合辨证防治商讨(摘要).....	朱必真(317)
263 例孕妇脉位测电预测生男生女结果报告(摘要).....	俞寿亲(319)

推荐鎖骨剪应用于穿顱及断头术(摘要).....	叶大銘(320)
非法流产引起死亡二例报告(摘要).....	杨凤娥(320)

妇 科 其 他

女阴癌手术治疗的一些体会.....	林剑鹏等(321)
有关子宫頸癌根治手术的一些問題.....	郑惠国(324)
子宫頸癌根治术的合并症.....	譚道彩等(326)
子宫絨毛膜上皮癌38例临床分析.....	招杰容等(329)
抗叶酸代謝物治疗恶性滋养叶細胞瘤10例初步报告.....	丘泮英等(335)
314例卵巢肿瘤临床病例分析.....	张志英等(339)
功能性子宫出血病(附242例分析).....	鄺健全等(343)
幼女阴道水蛭咬伤(附22例报告).....	佛山专区人民医院(350)
血管造影诊断絨癌一例报告.....	邢守志(352)
卵巢畸胎瘤穿过膀胱一例报告.....	曹德凤(354)
145例阴道鏡检查初步总结.....	譚雪冰(354)
2900例广州市手工业妇女普查初步分析.....	广东省妇幼保健院(359)
东莞县莞城鎮阮涌、下关两地段居民卫生状况調查总结.....	东莞县妇幼保健院(363)
功能性卵巢肿瘤(摘要).....	郑惠国等(365)
絨毛膜上皮癌9例分析(摘要).....	伍素嫻(366)
佛山地区9099例女工妇科学查分析(摘要).....	佛山专区人民医院等妇产科等(367)
67例經閉患者之經絡观察(摘要).....	罗次梅(368)
从妇科角度来探討冲任的問題(摘要).....	林国銘(369)
附: 参加会议的論文題目表.....	(371)

林巧稚教授在广东省第一届妇产科学术會議

开幕式上的講話（記錄稿）

各位首长，各位代表同志們：

中华医学会广东分会妇产科学会第一届妇产科学术會議今天开幕了，我代表中华医学总会及中华医学会妇产科学会致以热烈的祝賀。从参加會議的代表人数及論文来看，这次會議是检閱队伍，总结成果的會議，看了这支不断成长的队伍和他們在工作中取得了这許多成績，我們每一个妇产科工作者都感到特别高兴，这些成績是在党的领导下，在妇产科工作者的不懈努力下所取得的，对大家辛勤的劳动致以衷心的慰問。

目前在我国把計划生育問題，已列入国家的議程，計划生育是为了保护母亲与第二代的健康，及保証妇女很好的参加社会主义建設。为了在現有的基础上开展我們的工作，总会建議1964年全国各地召开地区性的关于計划生育的专业會議，这次會議我相信提出許多論文，为下次會議打下基础，及做一些准备工作。

我們国家提出的科研规划，1958年所制定的十二年医学科学规划，是有苏联专家参加的。而1963年提出的十年规划，是我們自己进行的，我們在这方面已經是可以自力更生了。

对于計划生育的問題，我們需要做很多調查研究的工作，提出簡便的方法。在座的同志們，尤其是青年同志們，說不定就会发现理想的簡便的方法，例如，如果我們能够发现可靠控制排卵的方法，我們就可以解决很大的問題。計划生育虽然不單純是我們的任务，它还需要許多其他基础学科如生物，生理、生化，泌尿科等共同担当，然而70%还是在我們这一学科肩負上，我們应积极担負起这项艰巨而又光荣的任务。

下面我簡單談談国家医学研究规划妇产科专题的問題，妇产科规划专题包括十个項目，其中产科、妇科各有五項。

产科項目中主要的有“妇女保健組織工作”，产科保健工作主要是放在預防方面。其他的科一般是有病的时候找大夫，而产科就不是这样，产科的工作大部分是有关正常生理，但是如果对正常生理，不加以应有的注意，就可能发生病理状态，甚至危害母嬰生命，另一方面，作好了产科工作，妇科問題就会减少，但是能够做好推动这项經常工作是不容易的。

第二个問題是生理妊娠与病理妊娠、生理分娩与病理分娩問題，这是我們經常的工作，也是最平凡的工作，但是就这个最平常的問題，深入要求一步，我們常常就模糊或不知道了，例如为什么人类妊娠大多数280天左右就自然临产，对这个天天遇到的問題到現在我們还不知道，但是大家有經驗在妊娠未足月而有必要終止妊娠时，往往不是那么容易成功的。这个如果我們能够知道发动分娩的規律，我們就能够解决很多今天还未能解決的問題。

妊娠中毒症也是学科一个很重要的問題，現在各地已有一些研究的基础，对于这个疾患一般可以控制它的发展，但是发生原因还是一个問号，而且还有許多产科疾患与妊娠中毒症有关。产科出血目前还是产母死亡重要原因之一。

关于胎嬰兒也有很多問題，在旧社会里一个产妇生七、八个，只剩一个，甚至一个也沒有留下，現在我們要求生一个活一个，健一个。目前嬰兒死亡率还应繼續降低。另一方面新

生儿后天的疾患，常与先天有关，所以也应是我科研究课题之一。

妇科有关的五个项目中的一个，是功能性疾患与内分泌的关系。研究卵巢的功能与它的活动，还可以发现与生育有关的问题，这对计划生育也是重要的。

在我们妇产科中肿瘤是很重要的课题，过去我国生命的平均年龄为35岁，现在已提高到50—60岁了，所以癌肿的研究就显得更重要了。其中子宫颈癌占着很重要的地位，而绒毛膜上皮癌是非常凶恶的一种病，在我国还是不少见的，同时又多发生在年青人、劳动力最强的时候，所以是一个急需研究的课题。

损伤尤其是子宫脱垂亦是很重要的问题。

炎症，由于现在有许多种抗菌素可供应用，比我当年作住院医师的时期好解决了。但抗菌素广泛应用后，目前也发生不少的难题，主要是抗药性的问题，近来多年不见的败血症又比较多的出现了。

结核病方面，盆腔结核一般不属内科诊治范围，所以只有我们来承担，而且目前这一疾患也还较多见。

遗传问题过去我们很少过问，现在有很多问题与我们有关，所以也已提到研究的日程上来了。

许多人以为妇产科没有什么要紧工作，只是接接生，谁都会。其实，深入考虑一下，就决不是没有什么可做，而是有很多工作急于等着要做，没有解决的问题太多了，不是没有可为而是大有可为的。

我早就想来广州，这次才有机会，到了很多的地方，增加了很多见识。还到了佛山这个全国卫生模范城市，正如我们平时说的“百闻不如一见”，到处都很干净。总之，这次在广州所看到的，不论在建设方面，绿化方面，卫生方面，都是值得钦佩的，真高兴，我们的祖国有这样好的与我们祖国国际地位相称的南大门。

最后对广东省卫生厅及中华医学会广东分会的同志们，对我们的热情招待，我代表我们来的几位同志们，表示感谢。

祝大会成功。

林巧稚教授在广东省第一届妇产科学术會議

閉幕式上的講話（記錄稿）

首长及代表同志們：

广东省第一届妇产科学术會議，即将胜利的閉幕了，我很荣幸的参加會議学习，收获很大。这次学术會議，能获得这样大的成功，不是偶然的，这是广东省党組織、科协、中华医学会广东分会的領導，貫徹了領導、专家、群众三結合的方針政策，与党的正确領導，才能做得这样的好。大会共收到論文169篇，有一定的水平，部分质量很高。宣讀的38篇論文，目的性明确，宣讀表达的方式很清楚，虽然有些同志是广东的語音，但也能听得懂，所画的图表也非常的好，無論在表达方式或繪制的顏色方面都很突出，我参加几次別处的會議，都沒有看到有这样的。掌握時間也很严格，很短的時間內，說出精確內容，時間很緊湊，時間到了，也已讲完了，重要的与次要的分析得很清楚。以上都是这次會議的特点。

这次許多論文，既有工作經驗的总结，也有理論性的文章，并有許多篇能提出自己的見解做到了爭鳴。协作做得很突出：几个医院，市、专区合作写文章，前期科与后期科也联系得很好。集中代表了您們几年来辛勤的劳动所得来的成果，这些于平时也可能是看不到的，而在这次大会中表現出来，不能不归功于領導的重視，与組織工作做得好。內、外科在学术活动上很突出，有很大的成績，前次外科會議，有国外朋友們参加，儿科也准备明年开，領導上也常說：你們妇产科也要赶上，不要落在后面，我們想不要开沒有准备的會議，所以要准备准备，后年开，明年先开三个区域性的會議，做好准备。通过参加这次會議，听到了你們論文的宣讀，我們有很大的信心，因为知道了广州有着很强大的队伍，您們都有很多工作成績和經驗，我希望也要求大家多多的总结，在1965年的全国會議上拿出更多的成果，或者把写成的資料送給总会。妇产科杂志，停刊二年多，1963年复刊，現在质量还不太高，大家得更多的提供文章，多支持，帮助杂志提高。我来之前，向总会会长請示，会长說：要我們好好的学习，并代他向同志們問好，中华医学会是一个重要的会，鼓励大家在計划生育上做好工作。我們一定把整個會議的精神及活跃的气氛与丰收的碩果带到总会去，总会一定是会很欢迎的。

最后我代表我們来的四位同志，向广东省卫生厅、广东省科协、中华医学会广东分会，在这两周内，對我們无微不至的款待和照顾，表示再一次的感謝。祝大家在即将来临的1964年身体健康，工作进步，对国家的科学事业作出更大的貢獻。

有关計划生育問題

王淑貞

主席团、各位首长，各位同道：

首先請允許我代表上海中华医学会分会妇产科学会的同道們向你們大会的同志們致以崇高的敬意和热烈的祝賀。

这一次你們开会允許我来参加感到非常荣幸，听到你們省委同志、卫生厅长、中华医学会广东分会柯会长的講話，及广州市、各专区的同志們的学术报告。今天早上又听到省委尹書記关于“計划生育問題”的全面报告，对我有很大的启发，認識有进一步的提高。另外，前两天听到林劍鵬主任关于广东省中华医学会妇产科分会十年来工作总结报告，我感到广东省同道們在正确的党政领导下及同志們的努力下所取得的成績是很大的。我一定要把會議的精神及你們的成績帶回上海去，这可以給上海的同道們很大的启发。同志們要我談一談关于上海計划生育的經驗，但是，上海这工作亦做得不多，没有什么經驗可介紹，現在让我向同志們会报一下上海开展計划生育的一些情况：

上海市工作由1957年上海第二届人民代表大会第三次會議上提出开展計划生育工作，爭取在第二个五年計划完成的时候上海市人口出生率由40%下降至20%以下；由那时起，上海全市就展开全面的群众性計划生育运动，做了一些宣教工作，开展避孕指导門診，做了一些絕育手术，抓紧避孕用具的供应。但是由于缺乏經驗有的宣传工作方法做得不够，例如：选择宣传場面不合适，又把一些不成熟的中藥經驗介紹出去，这样沒有把工作做好。1959年这一工作有所放松下来。自1962年3月在市委领导下，妇联、党委、卫生局党委，市工会、团委等领导下，

又进一步开展計划生育工作。自1962年在中央又提出了这个問題，所以，上海又在上海市委統一领导下布置了这个工作，由四个方面进行。

第一、加强組織領導。

第二、开展宣传教育工作。

第三、技术指导。

第四、科学研究。

我分开各点談談：

第一点、关于加强組織領導的問題

成立上海市計划生育工作委員會，由市委書記亲自挂帅，另外一位副市长、一位文教卫生部部长做副組长，在他們的领导下有包括妇联、工会、团委、商业、民政、文教、机关、学校和若干医务工作者为組員。我自己也参加这个委员会。我覺得这个委员会很解决问题，在市委書記领导下很快开展工作。例如：有些工作属妇联的就由妇联抓；有的工作是由商业部門抓的，如藥物，物品工作，就由商业部門抓；又如关于如何检查推迟結婚年龄則由民政局提供关于結婚登記。在委员会下面有計划生育办公室。另外，在各区、县成立計划生育委员会，由区、县委书记亲自挂帅。85%的街道、工厂、农村人民公社也建立了計划生育委员会，医院也建立了計划生育領導小組，并在各科室建立計划生育工作小組，由原来的核心小組担任，把这项工作具体安班給每一个人，比如大組长、护士长、卫生干事，各人要做什么都要明确自己的職責。

第二点、开展宣传教育工作

1. 培养宣传队伍：分有两类宣传队伍

(1) 群众性队伍。

(2) 医疗专业队伍。

群众性队伍主要是在市妇联领导下带动起来的，共约有20万多人，其中农村有5万人，分布到各个基层，如工厂、车间、里弄等。由思想进步，工作作风正派的已婚男女，经过一段时期培训后，掌握了一定的计划生育知识，按照不同的情况进行宣传，例如现身说法等。在培养这批宣传队伍也是有困难的，例如有的人出来宣传有三怕：第一是怕难为情，第二怕碰钉子，第三是怕群众骂，但经过实践工作后，逐渐纠正了这些思想。

培养医疗专业队伍：作为一个人民的医务工作者，既必需要做好医疗工作；还必需做好计划生育宣传工作。但有的医务人员只愿做手术，认为宣传是浪费时间，不重视宣传工作，把宣传工作落在助产士和护士身上。但是，医生在这方面所起的作用是很大的，因为医生的一言一行都是容易被群众所接受的。

2. 宣传方法：应该多种多样，针对群众的各种顾虑，分别召开大会、小会和个别谈心会；大会上交代政策，小会上交流经验，谈心会上解决个别思想问题。宣传员还解决一些具体问题，例如：有的妇女，准备到医院去做节育手术，因为没有人照顾孩子，宣传员就主动地替她料理家务照顾孩子，做得妥妥贴贴；有的妇女怕男医生检查，就安排由女医生去检查；有的妇女不好意思亲自购买避孕用具，宣传员替她买。宣传员对工作要有信心，不怕人家骂，有一多子女的妇女经过27次的访问，才乐意的接受计划生育。

通过报纸、电台、候诊教育、开会、文字、图片、文娱等形式进行宣传。上海市卫生馆发行了计划生育宣传材料75,000册，放映电影400多次，有33万观众。要根据政策指示，存在问题印发了宣传资料，使宣传员宣传内容比较一致，不要相差太远以免引起群众思想上的混乱。

宣传工作的要点包括：

(1) 计划生育的好处，多先从妇女身体健康、家庭生活安排着想，然后让群众认识到和社会主义建设的联系。

(2) 不提口号、指标，使群众自觉自愿的接受。

(3) 尊重风俗习惯，不要在男女公开场合进行宣传。

(4) 关心母亲、孕妇的健康，对不孕的妇女进行治疗，不歧视孕妇。

通过广泛的开展群众性的宣传，基本上做到家喻户晓，收到了明显效果，在工作做得好的几个点，出生率已降到15%，上海市1963年上半年的出生率是22.4%比上年同期略有下降。

宣传教育工作不是一阵风，而是长期反复的工作，遇到困难，不要灰心，有成绩，也不要骄傲。

3. 晚婚宣传教育：

市委批转了学生、学徒在学习期间的结婚限制，由学校、工厂领导以及共青团各方面进行宣传，得到青年和家长们的拥护，认识到晚婚的好处。宣传时亦利用具体典型人物，如裔式娟、王娟娟都是全面优秀的人物，也都是坚持晚婚的。利用座谈会、谈心会，谈谈早婚的害处，并用现身说法教育群众。民政机关严格执行结婚登记，耐心说服，使今年的结婚数字较去年减少。

第三点、加强技术指导

1. 提高医务人员的思想认识，重视计划生育技术指导工作，要批判一些不正确的思想，例如认为搞计划生育不是尖端科学没出息，害怕出事、反而要检讨；讥讽多子女的妇女；不好好去检查并发症的原因，研究感染来源问题。经过几年来的教育，医务人员思想有了显著提高。

2. 健全制度：为了提高计划生育技术质量，各医院订立了工作制度。例如为了消灭感染，修订了严密的消毒隔离制度；为了消灭事故，订立了操作常规；为了做好科学研究，订立了追踪、随访制度；此外，还订立

了改善服务态度及检查督促制度，一环扣一环，一层抓一层进行工作。

3. 相互学习：为了提高医疗质量，全市各医院在卫生局领导下进行了相互学习、交流经验、取长补短，不作评比和竞赛。这样又在一定程度上统一了全市的工作常规，为培训干部准备了有利的条件。

4. 普遍建立计划生育门诊：全市67个医院中，90%以上已建立了计划生育门诊，而且设在最显眼的地方，不限额、不限时间、不收费。人工流产只要单方申请，即可手术。同时建立门诊手术室，增设门诊休息床位。绝育手术只要夫妇双方同意即可进行，不必其它证明。

5. 培养技术干部：医生必须重视和不断提高这项工作，如提高质量、消灭并发症。为了使医师能重视这项工作，已把计划生育工作列为培养青年医师的三基训练内容。

由于计划生育技术指导工作的量大和增加，尤其为了开展农村工作，单靠医师难以完成，故即培训了大批中级干部，分两类进行。一类是有经验的助产士和护士，一般都工作五年以上，学习时间为八周，其中集中理论学习两周，以后分散在若干医院进行临床实习六周，每班20—24人，4—5人为一小组进行实习，学业结束后两天，到各医院观摩学习。由卫生局统一教材，专人负责讲解，结束后要掌握：①计划生育的政策，避孕须积极推广，人流是在避孕失败的基础上才进行的手术，绝育要讲清楚道理，建立稳固的思想基础。②会做宣传工作，指导避孕用具的用法。③能作早孕诊断，治疗妇科常见疾病，如宫颈炎、阴道炎等，放节育环。④能在无菌技术操作下做人流操作（限于电吸引，三个月以内妊娠），不要求能做绝育的手术者，但可当助手。⑤懂得随访、登记制度。

具体做法和要求：

（1）妇检：150次，

（2）人流：30次，

（3）放环：15次，

（4）见习结扎输卵管：2—3次，

经过培训后，起作用很大，例如有一个护士做了千次以上的电吸引人流手术，未出事故。

今年秋天，上海市卫生局又决定培训70名刚毕业的中级干部，时间分配是理论学习两周，临床实习5个半月，要求：

（1）妇检：500次，

（2）人流：50次以上，

（3）放环：15—20次，

（4）绝育（腹式）术：20次，

除了为农村培训技术干部之外，为做好农村的计划生育工作，已派出医疗队下乡，以妇产科，泌尿科，护士、助产士各一人，为一小组，分赴各县。帮助建立制度，培训人员。另外，还为县级干部组织经验交流会和病例讨论会。

6. 避孕用具的供应，有关工厂保证避孕工具的质量和供应。

第四点、科学研究工作

要研究出有效、安全、简单、经济的方法，并指出计划生育工作不是没有前途的，而是大有作为。

今年三月召开医学科学十年规划会议，把计划生育列为一个专题，其中包括妊娠的基础理论，新的避孕方法的寻找（男用、女用）。在这方面妇产科工作者都在积累资料，近来泌尿科亦动起来了。但是我们做的多限于临床资料的随访，分析，而很少做基础理论。在这方面，希望科学院和各医学院的基础科参加协助研究。关于临床资料方面，上海所作工作与广东差不多。如现有的材料证明，电动吸引效果比刮子宫好，但人流可能还是对身体有些影响的，尤其是大月份的。因此，妊娠3个月以上尽可能不做，如果做时，我们多数是插入橡皮袋灌水法（导尿管旁扎上阴茎套），效果尚好。

关于环的脱落问题，是否因环的大小、重量、材料和放入方法以及子宫腔的长宽度

有关，尚待研究。

带环受孕的也有这样的例子，多数要求人工流产，亦有带至足月，娩出孩子，均好。

带环的时间在1—5年者均有，多数在2—3年，五年取出者亦无特殊，故我们在继续随访，多久最为适宜。取环后很快受孕，所以，没有永久性损害。

关于结扎输卵管手术后遗症问题，可能与操作技术有关，如引起粘连或者影响盆腔血流主要是影响卵巢血循环供应。这些值得我们很好研究，提高技术操作。但亦有些手

术后遗症似乎与局部关系不大，而是由于受术者的思想顾虑，没有完全得到解决，这亦是我們医务工作者应该注意的事情，也就是医务工作者应作的宣传教育工作。

口服避孕药物：这是群众迫切要求的。国外现有内服激素类药物，可抑制排卵，故对避孕有效，但有些副作用，而且主要是要长期服用。此类药上海、武汉均在试制，已部分成功，但只能少量生产，且价钱较贵，至于效果及副作用，尚有待今后的实践观察。

早期子宮頸癌的处理

柯应葵

引言

子宮頸癌在我国各种癌瘤中是最常见的。全国26个省市防癌普查报告：在4,157,051人中，发现各种癌瘤共1,901例，其中子宮頸癌为1,216例，占64%。国外统计子宮頸癌发病率虽然没有这样高，大约占11%，但是在癌瘤疾患中也是首屈一指的。子宮頸癌威胁妇女健康很大，研究解决的方法可以从许多方面着手。现在仅就最实用方面谈谈早期子宮頸癌的处理问题。

几十年来，人们对子宮頸癌作了不少工作，取得了辉煌的成就。在整个癌瘤领域内许多方面，诸如病理、放射等，对子宮頸癌的研究起了带头作用。直到今天，问题还是非常复杂，需要我们继续努力。

子宮頸癌虽然是一种病，该病发展的早晚期有所不同，甚至关系到患者的体质和并发症，治疗措施都需要个别考虑。到目前化学药物的应用，风起云涌，发展很快，但在子宮頸癌治疗方面，总的讲尚未能达到临床实际有效的水平。六十年来，放射与外科手术越发展越好，仍然是治疗子宮頸癌的两大措施。在不同病例，如何选择一种疗法，或合并使用，甚至疗程的长短，剂量的增减，都很重要。

另一方面，近年来国内外进行了广泛的普查和阴道涂片筛选工作。这项工作使得我们可能找出大量早期子宮頸癌病例，进行治疗。大家都清楚，早期子宮頸癌的治愈率是相当高的。为了解决治疗问题，目前虽然还有许多工作有待进行，如新的化学药物的发明，诊断方法的简化，放射治疗的改进等

等，但比较实际的解决方法，莫如早期诊断，早期治疗。尤其对子宮頸癌这样做，可以大大降低死亡率。世界各地都在这方面努力，而且已经取得很大的成就。现在分为两个方面谈：（1）原位癌；（2）早期浸润癌。

原位癌

原位癌知识的发展：讲起原位癌问题，它的历史是比较短暂的。原位癌是在最近20—30年中，逐渐明确起来的。虽然远在1852年Robin氏首次描写子宮頸癌浸润，是属于上皮细胞性，它的病理诊断在本世纪初，才由Cullen、Schiller、Robert Meyer氏等肯定下来。以后Te Linde、Novak、Broders氏等，对子宮頸原位癌的組織病理作了进一步的研究。为了说明原位癌的研究尚在年青的阶段，我们现在抄一段文献记载。1929年Pemberton医师送一个子宮頸組織标本给Harrard大学F. B. Mallory教授，请求诊断。Mallory的意见，組織上表现子宮頸上皮高度增生，有多数核分裂，基底膜完整，间质中呈大量的多核白血球。诊断为慢性宫颈炎。同一标本又送给James Ewing氏检查，Ewing说，这是一个非常早期的癌瘤。宮頸上皮虽然没有表现浸润现象，它的细胞表现高度核染质的异常。建议给与镭治疗，结果病人28年后仍健在。这说明不久以前(1929)世界上两位病理权威对于一个原位癌的切片还存在着不同的看法。今天这种情况还是有，也说明诊断问题的复杂性。

目前絕大多數的学者认为，子宮頸浸润癌发源于原位癌；在子宮頸浸润癌没有发现以前，在很长一个时期，它的上皮层内细胞

在原来的位置上逐渐发生癌变。起初是基底层细胞增生，逐渐上长，牵連到全层。虽然基底膜还没有被突破，但是宫颈上皮层内细胞都表现与癌瘤同样的病变。这就叫做原位癌。早晚，可能是十年八年，这个原位癌将会突破基底膜，而发生癌瘤的浸润和轉移。总地来说，病理研究上有五点如下的意见来支持这种看法：①原位癌的上皮细胞，除了浸润现象以外，表现所有癌瘤细胞的病理面貌。②原位癌邻近组织的面貌与浸润癌邻近组织的面貌无异。③在原位癌病理组织检查中，可见没有浸润的现象，但是在同一患者多少年以后，可以发生宫颈浸润癌。④从宫颈原位癌的脱落细胞涂片，可以观察到所有癌瘤细胞的特征与浸润癌相同。⑤原位癌对紫外线的吸收，组织化学的反应，生化现象，组织培养，显微镜像对比等研究，都表现与浸润癌上皮同样的情况。追随一个原位癌，定期作各种检查，一直等到发生浸润癌，经常需要好几年，可能是10年、8年。从医师的时间和病人的合作方面看，都是一件非常困难的事。另外，文献上还报告很少数的病例，虽已经诊断为宫颈原位癌，经过几年以后，再做活检，宫颈上皮细胞又恢复正常。这样的例子是不多的，估计不过1%。的确、完整的长期随访病例，从原位癌一步一步逐渐发展到浸润癌，文献上不断有报告。Friedell氏于1960统计，文献上有这样病例50例，这就有力地说明，原位癌治疗的重要性。

诊断问题：诊断宫颈原位癌，主要是依赖病理组织切片检查，病理家的经验与解释具有很大关系。原位癌的诊断需要具备一系列的病理条件。简单地說，当宫颈上皮层全部经过检查，它的癌瘤细胞的特征，可能是细胞变大，层次紊乱，极性排列消失，浆核比例异常，细胞间桥的消失，核染质增加，核变形，核分裂等。总的表现细胞分化不全，但是缺乏浸润现象。

上述病变，可能表现在一部分宫颈上皮

层内。Wooduff、Mattingly氏等曾经研究比原位癌更早期的病理现象，提出各种情况，如基底细胞增殖、鳞状上皮非典型增殖等。这些病变与原位癌有一定的关系，可能代表在发展阶段中母子的关系。为了简化工作，病理学家曾将鳞状上皮非典型增殖分为三级：Ⅰ级代表鳞状上皮层下 $\frac{1}{3}$ 的病变，Ⅱ级代表在中下部位整层 $\frac{2}{3}$ 的病变，Ⅲ级代表全层病变。这样定义，宫颈鳞状上皮三级非典型增殖就等于原位癌。宫颈鳞状上皮Ⅰ级和Ⅱ级，一般的没有手术或放射治疗的重要性。

在研究原位癌初期，Te Linde氏等曾经发现在上皮层之下有一团团的癌瘤细胞，当初认为是浸润癌的存在。以后经过更多的研究，主要是在哈佛大学医学院病理科，通过连续切片观察，发现这些上皮层下细胞团，乃是原位癌牵連到腺体的现象。它表明，在原位癌发展过程中，癌瘤细胞逐渐而连续地从表面位置，伸入宫颈腺体中。于是在表层下组织横切面就可以看见一团团原位癌细胞，周围也有一层基底膜。因此，累及腺体还属于原位癌范畴以内，表现比较一个晚期阶段。

根据上述病理特点，诊断一个原位癌还不是一件简单的事。在一个病变的宫颈，经常可以看到原位癌与浸润癌同时存在，表现各个不同阶段的癌瘤病变。所以单靠活检检查，很有可能只看到一个据点的病变，而忽略整个标本的全貌。早期浸润癌假阴性的后果是非常严重的。所以在初步涂片或活检诊断原位癌时，必须进一步加以证实，将浸润癌的诊断除外。有人采取在宫颈上做多处活检，如在钟表上1—12点各部位。采取活检标本时，应该选择最可疑的地点，如组织糜烂、血管充盈、白斑以及组织突出等。最好在病变部位的边缘采取。这些病变部位的观察，往往需要充足的光线；阴道镜的帮助尤其重要。

比较可靠的办法，莫如做宫颈锥形切

除。然后将锥形切除标本切成8—10块或20—30块。每块蜡块都做連續切片，每5—10片中染色一片，以显微镜检查。这样就能在整个标本上，对各个部位的病理情况加以了解。现在公认的办法，在每个活检诊断出来的原位癌，都应该进行一次宫颈锥形切除和病理全面诊断，然后才决定治疗方法。

治疗方法：原位癌既然是一种癌瘤，在几年或十几年内早晚要发生浸润和转移，自然有一定的危险性，诊断后应该及时处理。按照它的病理特点，治疗方法最好是手术切除。手术切除是比较简便、安全而合理的。

文献上有少数病例报告，有的宫颈原位癌的患者经过活检采取标本后，不能再次得到阳性组织标本。也就是说，活检诊断措施也达到治疗目的。这样的原位癌一定是面积非常细小，切除机会也非常偶然，这种病例必是非常少的。我们在治疗方面，当然不能依靠这种办法。

最保守的治疗方法就是电灼或宫颈切除。文献上也有不多的病例，经过这样治疗而痊愈。在年青的妇女需要生育者，可能考虑这种办法，加以定期的随访观察。宫颈原位癌在这种情况下，可以观察几年，等到生育1—2个子女以后，再进行子宫摘除；临床经验指明，这样做是可以的。

Telinde氏对原位癌的治疗做过很多工作。根据他的经验和大多数学者的体会，现在大家都认为子宫全摘是宫颈原位癌的适当治疗方法。大数目的子宫全摘治疗后，结果都非常良好。因为原位癌没有转移问题，盆腔淋巴结不需要切除。在年青妇女，两侧卵巢应该保留，因为卵巢内分泌功能对妇女的健康和活力有重要的作用。在进行这种子宫全摘手术时，应该特别注意阴道穹窿的切除，因为宫颈原位癌经常是多发性的，穹窿的牵连很可能存在。文献上有一些报告，宫颈原位癌切除后，在其边缘复发，说明切除不彻底的危害性。手术前最好应用Schiller氏碘液涂抹，以观察宫颈和阴道穹窿粘

膜染色的情况，不染色部分都应该切除。一般地，阴道穹窿部切除2厘米左右较为合适。当然子宫全摘可以通过腹部进行。我们认为做阴道子宫全摘更加方便，因为作阴道子宫摘除前，可以方便地将阴道穹窿不着色的地区划分出来，在它的外边缘作适度的切除。阴道子宫摘除术后的反应也比较少。

在研究宫颈原位癌治疗过程中，也曾有部分病例进行广泛性切除手术。我们前几年也有几例这样作。现在看起来没有这种必要，这是很明显的。J.V.Meigs 1962年（在Pack—Ariel的Treatment of Cancer and Allied Diseases书中）说，他曾经有20例宫颈原位癌进行广泛性切除术。虽然这些病例术后结果是良好的，但是他自己说，看来对原位癌进行这样扩大手术，是有些过分。

早期浸润癌

早期宫颈浸润的分类：关于早期宫颈浸润癌的分类，我们是根据国际分期法，加以改进。我们将临床第I期进一步分作三度。第I期第一度是指肉眼不能辨认的癌瘤。肉眼观察，宫颈可能有不同程度的糜烂，可能表现一些白斑，也可能表面比较光滑。一般的患者没有什么症状，少数可能有点滴的接触性出血。往往通过普查，阴道涂片检查发现癌细胞，然后由病理组织切片证实诊断。

第I期第二度是指比较早期肉眼已能看出的癌块，可能为结节形，也可能是突出的菜花状，触之出血。癌瘤一般位于宫颈外口，有的可能延及颈管。这种癌瘤的面积不超过宫颈直径的一半。

第I期第三度是指宫颈上已有发展较多的癌瘤。整个癌块显然超过宫颈的半直径，但仍然局限于宫颈范围以内。

另外，我们所要谈的早期宫颈癌，还包括一种第II期早期宫颈癌。按照国际临床分期法，第II期宫颈癌计有三种：即阴道、宫旁和宫体。我们这里所说的第II期早期，是指有阴道穹窿的癌瘤，一般只占阴道

穹窿1—2厘米长。这样范围的癌瘤，既便于手术治疗，也适于放射治疗，的确是属于子宫颈癌早期范畴。

文献上对临床第I期的子宫颈癌，近年来有不少种分度法。不少学者采取以厘米计算癌瘤面积直径的长短为标准；同时分度也比较细，有的分为4度或5度。我们认为癌瘤面积多不规则，测量不易准确，同时宫颈本身大小差别也很大，不如以癌瘤面积与宫颈面积的比例来说明发展情况，较为合理。第I期子宫颈癌的分度，根据临床需要，不必太复杂。

几年来应用上述分类法，临床上得到不少帮助，它表现在诊断、预后和治疗的效果上。现在分列两表如下：

表1 临床期别与盆部淋巴转移的关系

期 別	例 数	盆部淋巴結轉移		
		例 数	%	
I	1 ₁	369	3	0.8
	1 ₂	224	11	4.9
	1 ₃	102	17	16.7
	小計	695	31	4.5
Ⅱ 早		82	23	28.0
总 計		777	54	6.6

表2 3½年广泛性子宫颈癌切除术后生存率

期	別	例数	随訪数	健在	死亡	相对生存率	绝对生存率
I	1 ₁	82	78	77	1	98.7	93.9
	1 ₂	54	54	53	1	98.1	98.1
	1 ₃	26	26	22	4	84.6	84.6
	小計	162	158	152	6	96.2	93.8
II	早	25	24	16	8	66.7	64.0
总 計		187	182	168	14	92.3	89.8

放射治疗：对各期的子宫颈癌，放射治疗还是最好的疗法。对临床III和IV期子宫颈

癌，放射治疗几乎是唯一、有效疗法。对临床I和II期，放射治疗也可以说是不亚于任何其它疗法的。

表3 早期子宫颈癌手术和放射后五年治愈率(1962)

手术 治 疗			放 射 治 疗		
作 者	五年治愈%		作 者	五年治愈%	
	I期	II期		I期	II期
Kelso	85.9	71.1	Phillip	91.7	70.9
Rauscher等	87.4	58.0	Sherman等	88.9	76.5
Phillip	86.0	53.8	Kottmeier	84.0	53.0
Meigs	81.8	61.8	柯应夔	93.0	61.0
柯应夔等	95.2	50.0			

上列放射治疗的结果，是最近的统计数字，也就是说在过去约40—50年中，在各个阶段，通过大量的研究，放射治疗逐渐、不断地改进，而达到现在的水平。我们在过去30多年一直不断地为子宫颈癌放射治疗努力，经历过各种各样治疗方法。在本世纪30年代里，我们对放射治疗的物理、生理和病理也是认识不足，对本国患者的体质和放射反应体会不深。当时只是墨守成规地抄仿国外的某种疗法，如Stockholm或Paris的疗法。治疗中也得到一些效果，但是治愈率不够高，也带来一些放射治疗的并发症。以后累积经验，通过观察，就体会到辩证施治的重要性。于是采取较长的疗程，较大的剂量，同时也大量补血、补液，强调营养和休息的整体观念。对感染的治疗有所改进。对预防休克和麻醉的安全性方面也加强了。关于镭疗和体外放射，从前剂量比较小；总的镭剂量约为5,000毫克小时，体外x线放射只用前后4野，总剂量不过8,000r(空气量)。在这个基础上，我们逐渐增加，直到现在镭总剂量达到3,000毫克小时，体外x线放射采取6个野，每野剂量可达3,000r，总剂量接近13,000r，这样措施后，病人仍很安全。同时我们强调辩证施治，对于疗程长短的掌握和剂量的增减，都通过个别处