

87例女性尿瘘临床分析

苏应宽 陈菊芳 邢光坤
(山东医学院妇产科学教研室)
(援坦桑尼亚医疗队)

作者在坦桑尼亚医疗队期间共做尿瘘修补术87例, 总成功66例, 成功率为75.86%。尿瘘主要由滞产所致, 其中经产妇占半数, 故对经产妇分娩不能因以往曾经阴道分娩而疏忽。本文还就手术成败与瘘孔大小, 组织缺损多少, 疤痕轻重及据以选择的术式的关系进行了讨论。

1980年3月至1981年8月(1.5年), 在坦桑尼亚姆辛比利医疗中心(A组), 共做尿瘘修补术55例, 成功者39例, 成功率为70.90%; 1979年11月至1981年6月(1年8个月), 在7个医疗点(B组), 有记录的尿瘘修补术共32例(塔波拉12、姆索马8、多多马6、姆特瓦拉2、基戈马2、辛吉达1、内瓦拉1), 成功者27例, 成功率为84.3%。总成功66例, 成功率为75.86%。

尿瘘发生的原因

除1例系子宫切除后形成膀胱宫颈瘘, 2例为剖腹产后形成1例输尿管阴道瘘外, 其余皆系滞产引起。产程大多数在2~3天。分娩处理方式, 在A组的55例中, 自然分娩者18例, 胎头吸引术者5例, 产钳牵引术者4例, 碎胎术者3例, 剖腹产术者12例, 分娩术式不明者13例; 在B组的32例中, 自然分娩者7例, 胎头吸引术者7例, 产钳牵引术者1例, 碎胎术者4例, 剖腹产者10例, 术式不明者4例, 见表1。

表1 尿瘘患者的分娩方式

| 分娩方式 | 自然分娩 | 胎头吸引 | 产钳术 | 碎胎术 | 剖腹产 | 不详 | 共计 |
|------|-------|-------|------|------|-------|-------|-----|
| 组别 | | | | | | | |
| A | 18 | 5 | 4 | 3 | 12* | 13 | 55 |
| B | 7 | 7 | 1 | 4 | 10** | 3 | 32 |
| 共例数 | 25 | 12 | 5 | 7 | 22 | 16 | 87 |
| 计% | 28.73 | 13.79 | 5.74 | 8.04 | 25.28 | 18.42 | 100 |

* 1例输尿管阴道瘘

** 1例输尿管阴道瘘

剖腹产术例高达1/4强。多数未提及胎儿情况, 但从形成瘘的严重情况、瘘孔部位之低, 以及产程之长推测, 大多数瘘在手术前已潜在形成(其中2例输尿管瘘显

系手术失误所致); 一般剖腹产术不至损伤输尿管, 可能因子宫切口较偏而到达侧后壁, 缝切口时, 尤其是当有多量出血时, 可能缝扎了输尿管。这点应引起注

意。因而，除非严重骨盆狭小或胎心尚好，应行剖腹产术外，否则有害无益。同样，对于胎头吸引术及产钳牵引术（本组资料中两者手术率为20%）亦应慎重考虑。在滞产中形成尿瘘者，多为组织受压迫时间过久，脱落坏死所致。如再强力牵引，更易促成。故在决定手术前，必须明确胎儿情况。如已死亡，施行穿颅手术最

为合理。当然必须强调，此类情况应通过加强围产期保健，特别是孕期与分娩期监护，及时采取适宜措施，以防止之。

本组患者经产妇超过半数，明显不同于尿瘘以初产妇为多见的一般报道^{1,2,3,4}，见表2。

故对经产妇分娩也不能掉以轻心，仍应密切观察产程。

表2 尿瘘形成时的产次

| 产次 | | 未孕 | 1 | 2~5 | ≥6 | 不详 | 共计 |
|----|-----|----|---------|----------|----------|----|----|
| 组别 | A | 1 | 28 | 19 | 9 | 3 | 55 |
| | B | 0 | 11 | 13 | 8 | 0 | 32 |
| 共 | 例数 | 1 | 39 | 27 | 17 | 3 | 87 |
| 计 | (%) | | (2.52%) | (39.03%) | (19.54%) | | |

住院前后手术次数与成败的关系

A组在院内（即由我们或在我们指导下手术-下同）仅做过1次手术者48例（其中曾在院外做过1~3次手术的有9例），32例成功，成功率为62.5%。B组在院内仅做1次手术者30例（其中曾在院外手术1~2次者2例），成功者26例，成功率为86.66%。两组手术1次手术成功

者共58例，成功率为66.66%。

A组在院内有5例（其中1例在院外曾做过1次手术）经2次手术才成功；有2例（其中曾在院外做过1次手术及2次者各1例）经3次手术才成功。B组在院内有2例经2次手术，成功、失败各1例。详表3。实践证明再次甚至更多次手术成功机会较高⁵，但成败亦受后文所述各种因

表3 住院前后手术次数与手术成败的关系

| 住院后手术次数 | 1 | | | | | 2 | | | | | 3 | | | | | 共 | | | | | |
|---------|----------|----|---|---|---|---|---|---|----|---|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
| | 无 | 1 | 2 | 3 | 小 | 无 | 1 | 小 | 1 | 2 | 小 | 无 | 1 | 2 | 小 | | | | | | |
| 住院前手术次数 | 无 | A | B | A | B | A | B | A | B | 计 | A | B | A | B | 计 | A | B | A | B | 计 | 计 |
| 成功例数 | 24 | 22 | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 58 | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 66 | } 87 |
| | (66.66%) | | | | | | | | | | (75.86%) | | | | | | | | | | |
| 失败例数 | 15 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | (24.14%) |
| | (33.34%) | | | | | | | | | | (24.14%) | | | | | | | | | | |

素影响。

瘘孔大小与成败的关系

瘘孔大必然组织缺损多，往往疤痕也

较重，修补成功率较低。本组瘘孔小于1厘米者21例，修补成功者19例(90.47%)。其中18例（内3例曾在院外进行过1次手

术, 2例进行过2次手术)在院内1次手术即成功;另1例经3次手术始成功,此例曾在院外进行过2次手术。失败的2例中,1例曾在院外进行过1次手术。

瘘孔在1~3厘米者共22例,痊愈者18例(81.81%),除1例在院内经2次手术始成功外,其余均经1次手术治愈。后者中有3例曾在院外做过1次手术。失败的4例在院内只经1次手术,其中1例曾在院外做过2次手术。

瘘孔大于3厘米者共42例,成功者27

例(64.22%),其中在院内经1次修补者21例(在院外曾补过1次者3例,3次者1例);经2次修补者5例(内1例曾在院外修补过1次);经3次修补始成功者1例(曾在院外做过2次手术)。失败的16例,在院内经1次手术者16例(内1例在院外曾做过2次手术);经2次手术者1例;经3次手术者1例(曾在院外做过2次手术)。故瘘孔大的再次手术成功机会还是相当高的。见表4。

表4 瘘孔大小与手术成败关系

| 瘘孔大小 组别 | < 1cm | | | 1cm~<3cm | | | ≥3cm | | |
|------------|---------|------|----|----------|-----|----|----------|-----|----|
| | A | B | 小 | A | B | 小 | A | B | 小 |
| 住院术后次 | 1 2 3 | 1 2 | 计 | 1 2 | 1 2 | 计 | 1 2 3 | 1 2 | 计 |
| 成功例数 | 5 0 1 | 13 0 | 19 | 10 0 | 7 1 | 18 | 16 5 1 | 5 0 | 27 |
| | (90.4%) | | | (81.81%) | | | (64.22%) | | |
| 失败例数 | 1 0 0 | 1 0 | 2 | 3 0 | 1 0 | 4 | 11 0 1 | 2 1 | 15 |
| | (9.53%) | | | (18.19%) | | | (35.78%) | | |
| 共 计 | 6 0 1 | 14 0 | 21 | 13 0 | 8 1 | 22 | 27 5 2 | 7 1 | 42 |

瘘孔类型与成败关系

42例膀胱阴道瘘中,成功者38例(90.47%),其中院内1次手术成功者36例,2次始成功者2例。这38例中曾在院外已做过1次或2次手术者8例。失败的4例在院内只做过1次手术,其中瘘孔不及1厘米、疤痕也不重、又无其他特殊病损者1例;瘘孔不及1厘米,但曾在院外修补过1次者1例;合并三度会阴裂伤、肠道准备不好、手术野污染者1例;曾在院外进行过2次手术、原瘘孔处有2个小孔、周围组织比较薄、仅用简单分层法、未用球海绵体肌加固而失败者1例。

膀胱宫颈阴道瘘12例,10例成功(83.33%),其中8例经腹膜外膀胱内修补。高位瘘孔如不易经阴道暴露,以经

膀胱修补为好⁸(用塑料球或纱布球置阴道内经膀胱提起,手术野更易暴露)。失败的2例,1例只经阴道修补1次,另1例先经阴道修补,后又经膀胱修补,皆未成功。

膀胱尿道阴道瘘31例(包括4例尿道完全损伤),成功者16例(51.64%),其中在院内手术1次成功者10例,内3例曾在院外做过1~3次手术;2次成功者5例;3次成功者1例,患者曾在院外做过2次手术,并曾患过血吸虫病。手术1次失败者13例,其中2例曾在院外做过2次手术。有关膀胱尿道阴道瘘的修补方法将在另一篇文章讨论。

输尿管瘘2例,皆系单侧,经输尿管膀胱移植而成功,见表5。

表5 瘘孔部位与手术成败关系

| 瘘孔部位 | 膀胱阴道瘘 | | | 膀胱宫颈阴道瘘 | | | 膀胱尿道阴道瘘 | | | 输尿管阴道瘘 | | | 共 计 | | | | |
|-------|-------|---|----|---------|----|---|---------|---|---|--------|----|---|-----|---|----|----|----|
| | A | B | 小 | A | B | 小 | A | B | 小 | A | B | 小 | | | | | |
| 住院后术次 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 计 | | | |
| 成功例数 | 19 | 2 | 17 | 0 | 38 | 3 | 0 | 7 | 0 | 10 | 9 | 4 | 1 | 1 | 16 | 66 | |
| 失败例数 | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 12 | 0 | 0 | 3 | 0 | 15 | 21 |
| 共 计 | 22 | 2 | 18 | 0 | 42 | 4 | 0 | 8 | 0 | 12 | 21 | 4 | 1 | 4 | 13 | 87 | |

小 结

本文总结了援坦医疗队1979年11月至1981年8月在姆辛比利医疗中心和其他7个省、县医院所进行的87例尿瘘修补术。从本组资料有以下体会：

一、在发展中国家因难产所致的尿瘘仍为妇女一严重疾病，其中尤以滞产而膀胱宫颈阴道受压迫过久及/或产科助产手术不当形成者为多。本组除1例未孕妇系因子宫切除所致膀胱宫颈阴道瘘及2例剖腹产术所致输尿管阴道瘘外，其余84例皆系滞产所致。故加强保健站，普及产前检查，正确及时处理异常产科情况（包括及时转送产妇至有条件医院），仍为防治尿瘘首要措施。

经产妇至少占半数，多产妇（6胎或以上者）至少达1/5，故对经产妇分娩不能因以往曾经阴道分娩而疏忽。

二、在处理分娩中，剖腹产术占1/4，产钳术及胎头吸引术占1/5，可惜绝大部

分新生儿情况未能记录。但据形成尿瘘的情况来看，显系组织受压坏死所致。故上述助产手段是否适宜应引起进一步注意。如为死胎，则以行穿颅术为恰当，以免增加损伤。但此类情况应通过加强孕期及分娩期监护防止之。

三、手术成败与瘘孔大小、组织缺损多少、疤痕轻重以及据以选择手术方式当否有关^{6,7}。一般而言，膀胱阴道瘘、膀胱宫颈阴道瘘及输尿管阴道瘘治愈率较高，膀胱尿道阴道瘘，特别伴有严重疤痕者，成功率较低。但采用阴道粘膜瓣及/或大阴唇填补法可提高成功率（另文讨论）。故评价手术成功率应分别尿瘘不同类型计算。

四、重复手术明显提高成功率，⁸故对困难尿瘘不可轻易放弃。

（本文承坦桑尼亚共和国姆辛比利医疗中心妇产科L.D.R. Mtimavalye主任教授允许应用该中心病例；山东医学院附属医院江森主任斧正，特此致谢。）

参 考 文 献

1. 胡信德等：中华妇产科杂志 5:307, 1963
2. 冯彩珠：中华妇产科杂志 12:124, 1966
3. 乐以成等：中华妇产科杂志 4:39, 1956
4. 骆毅 于兰馥：中华妇产科杂志 12:561, 1965
5. 司徒亮等：中华妇产科杂志 1:303, 1963
6. 刘本立：中华妇产科杂志 7:327, 1957

7. 刘本立: 中华妇产科杂志 10:322, 1964

8. 于惠元: 中华外科杂志 13:494, 1965

An Analysis of 87 Cases of the Female Urinary Fistulas

Su Yingkuan Chen Chufong Hsian Kongkun

(Gynaecology & Obstetrics Department, Shandong Medical College)

(The Chinese Medical Team of the Republic of Tanzania)

From March 1980 to July 1981, 55 cases of urinary fistulas in the Muhimbili Medical Center and from Nov 1979 to June 1981 in 7 Chinese Medical Group in Tanzania, 32 cases with record of urinary fistula had been done with a successful rate of 70.90% and 84.39%. Totally 66 cases (75.86%) succeeded.

All but one resulted from hysterectomy (cervico-vaginal) and 2 from cesarean section (uretero-vaginal) were due to prolonged labour.

The methods of delivery were discussed retrospectively pointing out the operative deliveries (cesarean section, forceps or vacuum extraction) might be better avoided considering the babies were dead or in desperate conditions.

At least half of the cases were multiparas so that the same attention if not more should be paid to multiparas.

The factors influencing successful rate are the type and the size of the fistula besides the technic and the degree of cicatrization. The most difficult case is the urethro-vesico-vaginal fistula.

The selection of urinary diversion must be very cautious, because the chance of success of repeated operation is quite optimistic.

The good quality of maternity organization and care are still the most important factors in the prevention of the female urinary fistula.

(上接57页)

An Inquiry into Food Treatment on Diabetes and Its Effect

(with Clinical Analysis of 148 Cases)

Zhang Baozhu Wang Liguang zhang Jingmin

(Internal Medicine Department of the Affiliated Hospital of Shandong Medical College)

Food treatment on diabetes is helpful to control the development of diabetes. In this article food treatment and its effects on 148 hospitalized patients suffering from diabetes from 1971 to 1980 are analysed. The result shows that complete control of food is a most miserable method, partial control of the staple food is advisable, but partial control of carbohydrate is ineffectire. Its mechanism and methods are being discussed. The authors consider that food treatment is the foundation of all of other measures for treating diabetes.