

第十五章：經陰道修補膀胱陰道

Dr. H. JUNIZAF, Indonesia

概論

膀胱陰道 VVF 有關問題，向來是討論焦點，它不單在發展中國家常見，在發達國家也有發生。

由產科創傷或婦科手術造成的 VVF 對患者構成嚴重問題，因為 搔癢出F造成不適外，更會引致困擾及尷尬等心理社會問題。

在發達國家，VVF 的主要成因為婦科手術的併發症，電療或腫瘤。在發展中國家，VVF 的主要成因是產科創傷。如產程延長，鉗產，或真空吸引分娩 (vacuum extraction) 等。

引言

自 17 世紀開始，治療 VVF 的手術有持續的發展，手術徑路主要有三：經陰道，經腹或經膀胱。普通外科及泌尿科醫師偏好較熟悉的經膀胱及經腹徑路。而婦科醫生由 1852 年 J.M. Sims 倡議後，多選擇經陰道徑路。經陰道徑路併發症及死亡率較低，較少出血，以及可避免腹徑路的併發症。在筆者治療膀胱陰道 振爾g驗中經陰道徑路較簡單可行，成功率高達 92%。

徵狀及診斷

因產科創傷導致的 VVF 病者會於產後即有尿液自陰道流出，而因婦科手術形成的 搔，病者在術後五日至兩週才感到漏尿。漏尿量與 搔癢淋j小和位置有關。 搔癢j的時候，病者從無感到尿意，祇有小便持續由陰道流出。另一方面， 搔癢源儻L小的患者，尤其是當位置較高時，她們可以排出正常分量的尿液。

由於小便不斷流出，陰道，女陰，及外生殖器周圍部位都經常浸濕。這使陰道及女陰發紅，敏感，及表皮? 落。女陰及周圍部位可能有膿 \及發炎

患者在婦科 採切石位行陰道檢查，一般可看見尿液漏入陰道，以及顯示管的大小及位置。就針孔細小的 搔， 搔癢漲孰m可能不易看見 有需要作亞甲藍測試 把三片白色紗布放入陰道後再在膀胱內經導尿管注入亞甲藍溶液 50-100 毫升。指示病者步行 10 至 15 分鐘後再作檢查。逐一移除紗布，若紗布有染藍，即顯示有膀胱陰道 。若紗布濕潤而無染色，則可能有輸尿管陰道 ，這時，就需要作 adona 測試，靜 f注射1-2 毫升 adona*15-30 分鐘後行陰道檢查，若陰道液體黃染則顯示有輸尿管陰度 搔。膀胱鏡有助確定 搔癢孰m與尿管關係，數目及性質。

(譯者按：一般會採用口服非那 啶 Phenazopyridine, pyridium，與亞甲藍測試同時進行，而不須靜 f注射色素

膀胱陰道 瘻瘻B理

1. 保守處理

細小的 瘻瘻b產後或術後診斷到時可留置12 號經尿道導尿管二至三週，以保持膀胱排空。部份病例可自行癒合或 瘻瘻Y小

2. 手術

手術前要有足份準備，就修補時間而言，大部份醫師會選擇 瘻瘻]生產或手術形成後三至六個月。延遲手術，使水腫及發炎有時間消退，及讓健康的肉芽組織(granulation)成長。Collin 建議先給患者皮質類固醇治療 10 天以消除水腫及發炎，然後才進行手術，並表示此方法成功率很高。但大部份醫師都無此做法，而筆者亦無這方法的經驗。

手術前，醫師要再評估病歷，陰道檢查結果，亞甲藍測試及膀胱鏡檢查，以全面明瞭 瘻瘻m大小若 瘻瘻P圍污染 感染或發炎，應給予局部或口服抗生素。

修補技巧

病者在婦科手術 上採切石位，臀部低貼 沿，陰道壁用 Sims 張開器(speculum)暴露，再以幼身 Foley's 導管經 瘻瘻J膀胱 導管水囊充盈至 5 毫升，在修補術中可用作牽引器(retractor) 由 瘻瘻f前及後沿起在前陰道壁行矢狀切各 1cm。之後再環繞 瘻瘻f切開，注意勿損及 瘻瘻H膀胱粘膜 陰道壁由底部 執宮頸筋膜(pubocervicalis fascia)用手術刀游離，由 瘻瘻u切口向外約 1cm。這樣，膀胱有更大移動性，修補 瘻瘻K無張力 這時，移除導尿管後將 瘻瘻@三層修補。

第一層，由 瘻瘻u起修補膀胱粘膜下層採用 No3 聚乙醇酸(Polyglycolic acid, Dexon)縫 邑 _縫合 縫 足壓L 瘻瘻u及外側使縫合後邊沿內翻入膀胱。縫角 釘Y時綁緊 以便可看清楚下一針縫合位置。第一層完成後，第二層，即膀胱肌肉層，就可開縫合。此層亦可用 No3 聚乙醇酸縫 ，縫合方向可與第一層相同或垂直。應以 50 毫升亞甲藍溶液經尿道注入膀胱測試確定此層修補密不漏。之後第三層，即陰道壁的修補，可以展開。 陰道壁可採用 No10 聚乙醇酸間斷縫合。完成修補後，膀胱應即以導尿管排清，並將尿管接駁抽吸泵或尿袋。術中筆者不會切除 瘻瘻u以免出血 再者，切除組織會減少組織，如修補失敗需要重做手術時，就可能會因閉合組織不足而增加修補的張力。

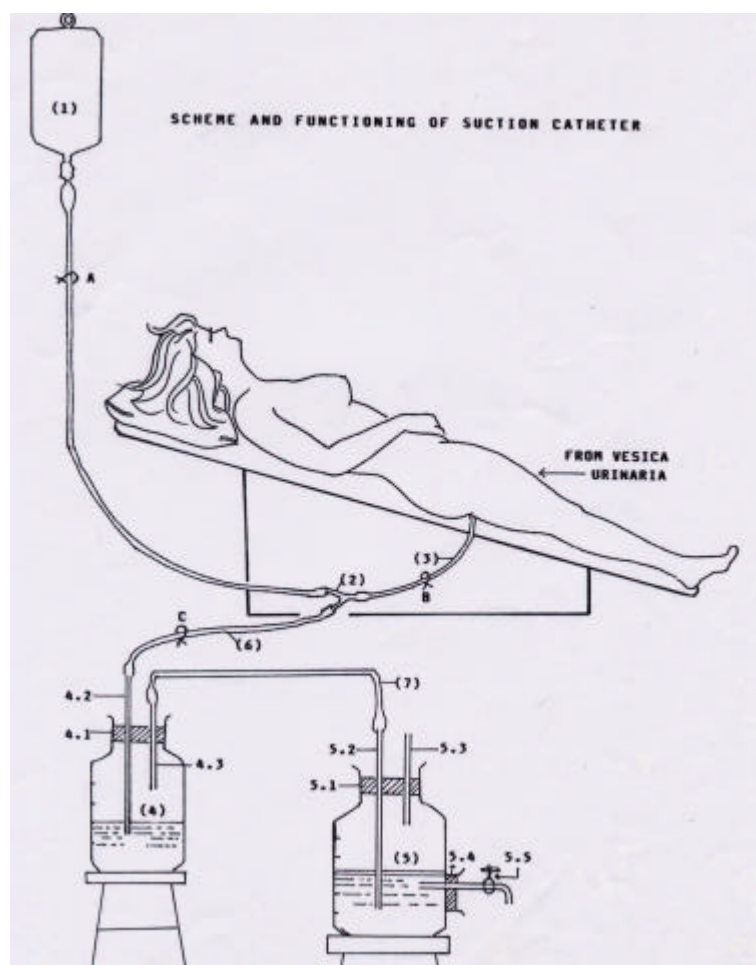
術後護理

病者需留院 12 日。首 10 天，病者需仰臥在床，將透明的經尿道導尿管接駁吸水器。這是特為低位大 瘻瘻] 高位小 瘻瘻i採用三管導管直接接駁密閉的尿液容器。病者接受抗生素 3 至 5 天及口服避孕藥以停止月經。囑咐病者每天飲水 2-2.5 公升以避免細菌在尿液生長從而防止尿路感染。如無漏尿，在第 10 及 11 天開始訓練膀胱。導管閉上後隔一小時開啟，而後延長至二小時。如無漏尿

而病者可維持小便間之時間在兩小時以上，她可以出院並於一周，二周，一個月，三個月等時間隨訪。在三個月後可恢復性生活。若有懷孕時，必須剖宮產。

病者用三管導管引流的，可於術後 5 天開始活動，包括下。導尿管要留置到 10 天，然後進行膀胱訓練。以經陰道徑路，細小及可修補的膀胱陰道 瘻癒率達 100%。在大 瘻原率可達90%，因此整體的復原率以這徑路達 92% 以上。

附錄 I



附錄 II

吸引導管器具的規格

1. 消毒藥水輸注(infusion)，以夾 A 調節
2. 玻璃 T 一管
3. Foley 導管加夾 B
4. 第一接收瓶，盛有消毒藥水，容量 2 公升，有標度(scale)(瓶 4)
 - 4.1 真空橡膠蓋有孔道供玻璃管 4.2，4.3 通過
 - 4.2 長玻璃管差不多到瓶底

- 4.3 短玻璃管
- 5. 第二接收瓶，盛有消毒藥水，容量 5 公升，有標度(瓶 5)
 - 5.1 瓶頂有真空橡膠蓋有孔道供玻璃管 5.2，5.3 通過
 - 5.2 長玻璃管差不多到瓶底
 - 5.3 短玻璃管
 - 5.4 瓶側出口有真空橡膠蓋，中間有孔道供玻璃管 5.5 通過
 - 5.5 玻璃管配旋塞(faucet)
- 6, 7 透明管約 2 公尺長，可接駁 T 管及 4.1，4.2，5.2
 - A. 一夾控制自瓶 1 的輸注
 - B. 一夾控制注入第一接收瓶(瓶 4)
 - C. 一夾控制輸注液使流入膀胱

附錄 III

吸引導管的使用

1. 關閉 C 夾，開 A 及 B 夾，使消毒液由輸注瓶進入膀胱
2. 關閉 B 夾開 A 及 C 夾使消毒液直接注入瓶 4 以填滿連接的管子
3. 第二接收瓶經旋塞 5.5 注滿消毒藥水
4. B 關上 A 夾，開 B 及 C 夾，容許有尿混入的消毒藥水由膀胱流入瓶 4
5. 利用平衡壓力。每一滴尿液會置換瓶 5 等量的消毒藥水，由旋塞 5.5 流出

參考文獻

1. Collins CG, Pent D, Jones FB. Results of early repair of vesicovaginal fistula with preliminary cortisone treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 80: 1005-12.
2. Keettel WW: Vesicovaginal and urethra vaginal fistulas. In: Buchsbaum HJ; Schmidt JD. *Gynecologic and Obstetric Urology*. WB Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto 1978; p 267-73.
3. Lee RA. Vesicovaginal and urethra vaginal fistulae. In Ostergard DR, Bent AE: *Urogynecology and Urodynamics*. Williams and Wilkins 1996. p 341-74.
4. Moir JC. *The vesicovaginal fistula*. 2nd ed. Bailliere, Tindall and Cassell. London 1967.
5. Nichols DH, Randall CL: *Repair of Genital fistulae*. In: *Vaginal Surgery*. 2nd ed. Williams and Wilkins. Baltimore and London 1983; p 308-16.