

# 婦產科學精要

Synopsis of Obstetrics & Gynecology

周松男教授 主編

第一冊 婦科學

藝軒圖書出版社

# 婦產科學精要

## 第一冊 婦科學

主 編：周松男教授

副 主 編：陳瑞堅教授

編輯顧問：黃思誠教授・林鶴雄教授

撰文指導：許博欽醫學博士臨床助理教授

校 稿：許廷禎醫師・陳啟豪醫師  
張文君醫師・許文瓊醫師

撰 文：陳啟豪醫師・彭福祥醫師  
許逸欣醫師・吳文毅醫師  
傅啟峰醫師・吳孟宗醫師  
簡淑錦醫師・楊濬光醫師

藝軒圖書出版社

婦產科學精要=Synopsis of obsterics & gynecology/陳啟豪等撰文;  
周松男主編.--第一版.-臺北縣新店市:藝軒,2004【民 93】  
冊; 公分  
內容:第 1 冊:婦科學;第 2 冊:產科學;第 3 冊:生殖內分泌學  
ISBN 957-616-762-0 (第 1 冊:精裝)  
ISBN 957-616-763-9 (第 2 冊:精裝)  
ISBN 957-616-764-7 (第 3 冊:精裝)  
1.婦科-論文,講詞等  
2.產科-論文,講詞等

417.07

93005205

◎ 本書任何部分之文字或圖片,如未獲得本社書面同意,  
不得以任何方式抄襲、節錄及翻印。

新聞局出版事業登記證局版台業字第一六八七號

## 婦產科學精要(第一冊)婦科學

主 編:周 松 男

發 行 所:藝軒圖書出版社

發 行 人:彭 賽 蓮

總 公 司:台北縣新店市寶高路 7 巷 1 號 5 樓

電話:(02) 2918-2288

傳真:(02) 2917-2266

網址:www.yihscient.com.tw

E-mail:yihscient@ms17.hinet.net

總 經 銷:藝軒圖書文具有限公司

台北市羅斯福路三段 316 巷 3 號

(台大校門對面,捷運新店線公館站)

電話:(02) 2367-6824

傳真:(02) 2365-0346

郵政劃撥:0106292-8

台中門市

台中市北區五常街 178 號

(健行路 445 號,宏總加州大樓)

電話:(04) 2206-8119

傳真:(04) 2206-8120

大夫書局

高雄市三民區十全一路 107 號(高雄醫學大學正對面)

電話:(07) 311-8228

本公司常年法律顧問 / 魏千峰、邱錦添律師

二〇〇四年八月第一版 ISBN 957-616-762-0

※本書如有缺頁、破損或裝訂錯誤,請寄回本公司更換。

讀者訂購諮詢專線:(02) 2367-0122

# 主編簡介

## 周松男教授

現 職 國立台灣大學醫學院婦產科教授兼主任  
國立台灣大學醫學院附設醫院婦產部主任

經 歷 國立台灣大學醫學院醫科（醫學士）  
國立台灣大學臨床醫學研究所（醫學博士）  
國立台灣大學醫學院雷射醫學研究中心主任  
中華民國婦產科心身醫學會理事長  
台灣醫學會秘書長  
台灣婦科醫學會理事長  
台灣婦科腫瘤醫學會理事長  
台灣更年期醫學會理事長  
美國婦癌專科醫師學會  
（Society of Gynecologic Oncologists）  
第一位台灣會員

## 陳 序

婦產科學是醫學教育中佔有重要地位的一門功課。然而就像其他學問一樣，缺少中文的教科書，從林林總總的洋文教科書中要得到有一系統的概念，往往事倍功半。中文的書籍可以多少對醫學的學習有所幫助，雖然不一定當作唯一的書籍，至少可當作學習上之輔助。

目前婦產科在周主任的領導下，成立了一編輯群將婦產科學分為婦科學、產科學及生殖內分泌學三部份。將必要的知識作有系統的整理相當實用，此書必然會是醫學生的主要參考書，同學們如果能多多利用此書，必然會對婦產科學的學習有極大的幫助。

由於國內中文的醫學教科書仍然不多，婦產科能有這樣的書籍出版，實屬難能可貴，是為之序。

台大醫學院院長

陳定信

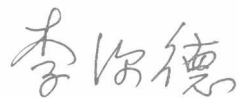
2004年8月

## 李 序

學習新的東西，都是由簡入繁，由易入難。婦產科學的學習亦是如此。婦產科學的知識累積，需要經年累月的經驗傳承，始能培育獨當一面的優秀醫師。對於剛接觸臨床的醫學生、實習醫師與住院醫師，往往一開始見到臨床上各色各樣的病狀，都有不知所措的疑慮。剛接觸臨床的實習醫師與資淺醫師，心中常渴望擁有一本「武功祕笈」，以供隨時翻閱。而臨床醫師在長期執業後，也需要定期充實新知，才能在面對複雜病症時，能以最符合時代潮流的治療方式醫治病人。醫師是以病人的生命為其崇高的服務對象，醫學的進步又非常快速；因此，身為現代的醫師，必須以終生學習為職志，隨時吸收新知識，方能達到濟世救人的目標。

本院婦產部動員全體醫師，編輯《婦產科學精要》，不但主題明確、內容更是精要，且對婦產科學常見的病症，均有深入淺出的介紹，對剛接觸臨床的實習醫師與住院醫師，必能在最有效率，最經濟的時間內，有效的累積婦產科學的知識；《婦產科學精要》內容精簡而重點清晰，有助於臨床醫師在執業後，面對複雜病症時，能在最短時間內找到治療與處置原則。本院執國內醫學界牛耳，在本院優秀教授群、醫師群們群策群力下，出版適合醫學院學生、實習醫師以及住院醫師們閱讀的《婦產科學精要》，相信必能提昇實習醫師在婦產科學臨床實習的學習成效、更有助於住院醫師、與執業醫師同仁們，累積現今最有效的婦產科新知與治療病人的原則。

台大醫院院長



2004年8月



## 前 言

台灣過去醫科學生或現在醫學系學生在第五年或第六年見習醫師階段及第七年的實習醫師階段，所有學生必修的臨床四大科是內科學、外科學、婦產科學及小兒科學，因此婦產科學在醫學生大學部時期是非常重要的一門臨床醫學，它在醫師的養成過程佔有極為重要的角色。即使在畢業後所有醫師往專科領域的培訓選擇或大學醫院的臨床醫療服務，婦產科部仍然是內科部、外科部、婦產科部及小兒科部等四大科部中的一大科部。

教學、研究與服務是台大醫學院與台大醫院之所以存在的意義與必須完成的三大任務。而優質的社會與富強的國家所賴以維繫的是永續的教育與優良傳統的承接，因此教學是一切大學教育的根本與基石。國內婦產科學的教學絕大多數仍然直接取材自外文醫學書籍及相關外文資訊，這在世界村國際化的趨勢與高水準的研究要求是正確的方向，但對於剛剛步入臨床醫學啓蒙階段的醫學生或剛入門的住院醫師而言，要他們在短短的一至二個月或一年內吸收英文書寫的婦產科學浩瀚的內容，事實上有其困難與效率問題，因此編寫一部完整的婦產科學精簡版中文教學書籍，是台灣國內非常迫切需要的一件事，這也是本人所以編寫此書的動機。

這部《婦產科學精要》的內容包括三部份，分別為婦科學、產科學與生殖內分泌科學。編印與發行以兩種方式展現給讀者，一是合訂本，另一方式是單行本，分為三冊，以適應不同使用者的需求。這樣的編寫設計一方面是反映目前婦產科在「婦產科專科」訓練完成之後接著要進一步踏入的三個「次專科訓練」；另一方面是基於醫學生或住院醫生在輪派訓練中不同時期的重要需求，這樣的編寫方式相信會給使用的醫學生或醫師帶來閱讀上的方便。

這部書的完成是全體編輯群同仁付出許多寶貴的時間、精力與專業知識所完成的，在此一併感謝大家的辛勞。雖然編著期間做了幾次的審稿與修正，但百密一疏仍有其可能，倘有錯誤遺漏之處，尚請見諒。

台大醫學院婦產科主任  
台大醫院婦產部主任

周松男 謹記

2004年8月

## 目次

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 陳序／陳定信                           | i   |
| 李序／李源德                           | iii |
| 前言／周松男                           | v   |
| 第一章 婦科檢查與診斷／簡淑錦 張文君 許博欽          | 001 |
| 第二章 常見婦科手術及術前評估與術後照護／彭福祥 陳啟豪 許博欽 | 005 |
| 第三章 婦科加護病房的照護／彭福祥 陳啟豪 許博欽        | 013 |
| 第四章 婦科腹部急症／彭福祥 陳啟豪 許博欽           | 025 |
| 第五章 陰道鏡／許逸欣 張文君 許博欽              | 039 |
| 第六章 子宮腔內視鏡／吳孟宗 陳啟豪 許博欽           | 043 |
| 第七章 腹腔鏡／彭福祥 陳啟豪 許博欽              | 051 |
| 第八章 子宮陰道脫垂及膀胱、直腸膨出／楊濬光 許博欽       | 059 |
| 第九章 尿失禁／楊濬光 許文瓊 許博欽              | 061 |
| 第十章 骨盆腔發炎／吳文毅 張文君 許博欽            | 067 |
| 第十一章 性病／吳文毅 張文君 許博欽              | 071 |
| 第十二章 子宮肌瘤／吳孟宗 陳啟豪 許博欽            | 079 |
| 第十三章 良性子宮頸疾病／許逸欣 張文君 許博欽         | 085 |
| 第十四章 良性卵巢疾病／傅啟峰 張廷禎 許博欽          | 103 |
| 第十五章 良性輸卵管疾病／傅啟峰 張廷禎 許博欽         | 107 |
| 第十六章 良性外陰部與陰道疾病／簡淑錦 張文君 許博欽      | 111 |
| 第十七章 更年期與荷爾蒙治療／陳啟豪 張廷禎 許博欽       | 117 |
| 第十八章 子宮頸癌／許逸欣 張文君 許博欽            | 125 |
| 第十九章 子宮內膜癌／吳孟宗 陳啟豪 許博欽           | 139 |
| 第二十章 卵巢癌／傅啟峰 張廷禎 許博欽             | 151 |
| 第二十一章 輸卵管癌／傅啟峰 張廷禎 許博欽           | 155 |
| 第二十二章 外陰癌和陰道癌／簡淑錦 張文君 許博欽        | 159 |
| 第二十三章 滋養層細胞疾病／吳孟宗 陳啟豪 許博欽        | 169 |
| 第二十四章 婦科惡性腫瘤的放射線治療／許逸欣 張文君 許博欽   | 177 |



# 第一章 婦科檢查與診斷

## Gynecologic Examination and Diagnosis

簡淑錦 張文君 許博欽

婦科診斷與治療上，先由詢問可靠的病史並配合理學檢查，來收集相關資料，在診斷上必須具備解剖構造和病理學上的知識，了解各種組織可能發生的病理過程，最後加上其它儀器的輔助來得到相關的診斷。

### 一、婦科病史

臨床醫學上 SOAP 記錄是針對問題而有系統、有組織列出主觀（S）與客觀（O）之症狀，來分析（A）這些發現，利用可實行的方案（P）來處理或治療。

完整病歷內容包括：

1. 病人資料：姓名、年齡、職業、結婚與否、有無性經驗…等。
2. 主訴：目前症狀發生的期間和嚴重度。
3. 現病史。
4. 家族史：是否有遺傳疾病。
5. 過去疾病與手術（既往病史）。
6. 婦產科病史：
  - (1) 月經史：初經、間隔（interval）、期間（duration）、出血量、經痛、經間出血、最終月經（LMP）、停

經年齡。

- (2) 分泌物（白帶）：分泌物特性顏色、濃稠度、味道。
- (3) 產科史：妊娠數、分娩數、自然產或剖腹產、產程及其合併症。
- (4) 性生活：性交困難或疼痛、避孕方式。
7. 其他器官系統的問題：相關的泌尿系統，胃腸症狀或其他疾病，像是大小便習慣、頻尿、尿急、尿失禁。

### 二、全身檢查（物理檢查）

全身檢查應包括乳房檢查。

#### 1. 腹部檢查

- (1) 視診：外形、顏色、癍痕、毛髮。
- (2) 觸診：壓痛（從不痛處檢查起，最後檢查痛點），腫塊。  
任何腫塊應注意六項：位置、大小、形狀、硬度、壓痛、可動性及其附著物。
- (3) 叩診：濁音（有腹水存在時）。
- (4) 聽診：腸蠕動的聲音或其他雜音（產科需聽胎心音）。

- (5)測量腹圍：用於了解腹水產生的速度或是產科子宮底的高度。

## 2. 骨盆腔檢查

包括外陰部、陰道壁、子宮頸、子宮體、子宮附屬器、尿道、會陰與肛門之檢查，需特別注意好發炎症部位，像是尿道旁腺以及女陰陰道腺（巴氏腺），包括分泌物、炎症、潰瘍、腫脹、畸形。

- (1)子宮體（膀胱排空下檢查）：位置、大小、形狀、硬度、壓痛、可動性、黏連或浸潤引起之附著。
- (2)輸卵管卵巢等子宮附件（adnexa）檢查腫塊、硬結、壓痛。
- (3)骨盆後部（子宮後陷凹）與骨盆前部。

## 3. 常用器械

- (1)陰道窺器（speculator），俗稱鴨嘴。
- (2)子宮頸把持鉗有單鉤、雙鉤或無鉤者。
- (3)探針與刮匙。

## 三、特殊檢查與試驗

- 1.子宮頸抹片（Pap smear）與分泌物檢查：早期子宮頸癌或癌前病變及炎症篩檢，採樣器械可用 Ayre 木製小匙，棉棒或特製小刷子。採樣部位儘可能為鱗狀上皮與柱狀上皮交接處，及子宮內頸；內分泌研究時，則取陰道側壁中段依成熟指數（maturation index）觀察荷爾蒙變化。塗抹散開後馬

上固定，之後以染料染色以便判讀。濕（wet）抹片可觀察陰道滴蟲，菌絲等。已有性生活婦女即應開始作抹片，每年一次連續三年均正常後，則可依醫師意見判定是否拉長間隔至二、三年一次。

- 2.陰道擴大鏡檢查：陰道擴大鏡可放大子宮頸表面，觀察外形、顏色與血管分佈的變化，有時可藉由醋酸染色以助判別，這些變化常合併於癌前病變或癌症，不正常抹片的處理依程度而定，嚴重者最好在陰道鏡檢（colposcopy）下行切片檢查。
- 3.子宮頸切片檢查：鱗狀上皮與柱狀上皮交接處即所謂變形帶，可由陰道鏡看出時，則可直接於有病變區域行鉗鉗子（punch forceps）作小切片，如不容易完全觀察時就必須施行子宮內頸刮除採樣，或者子宮頸圓錐切除切片（cone biopsy）。
- 4.子宮內膜切片檢查：雖然子宮內膜腔可進行沖刷法取得細胞以供研究，不過更佳資料仍需靠內膜切片，藉由擴張子宮頸內口以刮除內膜組織為檢查。
- 5.子宮鏡檢查（hysteroscopy）：直接視察子宮內膜腔，診斷子宮內膜疾病，也可藉以作手術治療。
- 6.子宮頸黏液樹枝狀試驗（羊齒試驗）：子宮頸黏液在排卵前由於雌激素的作用，迅速熱乾後會結晶成樹枝狀，恰似羊齒類或棕櫚葉狀，而排卵後此羊齒狀會消失。

7. 子宮後陷凹穿刺（culdocentesis）：證明腹腔內積血或骨盆腹膜炎化膿時最有價值之診斷方法之一，可用於子宮外孕出血、卵巢黃體出血或其他腹部器官破裂出血等。

8. 懷孕試驗：月經過期非懷孕病人，常使用油性黃體素 50 至 100 mg 肌肉注射，如無排卵可望於 3 至 7 天後引起消退性出血。超音波檢查可於懷孕 4-5 週間發現妊娠囊，6 週發現胎兒或胎心跳。目前使用的懷孕試驗以單株抗體，在著床之後即可測得 $\beta$ -hCG（絨毛膜促性激素）（敏感度達 25-50 mIU/ml），相對來說子宮外孕與子宮內懷孕但流產者 $\beta$ -hCG 較低，而妊娠滋養層疾病（GTD）者可為較高的數值。

#### 9. 內分泌調查

(1) 腦下垂體荷爾蒙測定：常用放射性免疫鑑定（RIA）。FSH 增高時可能代表卵巢衰竭、停經、卵巢發育不良、或卵巢切除破壞等。LH 於排卵前會突增，可協助不孕病人作人工生殖技術（ART）。泌乳素（PRL）增加即所謂高泌乳素症候群可能會有月經不規則與不孕症的問題，這類病人如懷疑可能有腦下垂體腫瘤時，可用蝶鞍 X 光攝影、視野檢查、電腦斷層（CT）或磁振造影（MRI）等以助判別。

(2) 雌激素與黃體素測定（RIA）：雌激素測定在作人工生殖技術時，可做為卵子成熟度的評估，黃體素的測定可用於黃體機能缺乏病人的診

斷。

(3) 甲狀腺功能與腎上腺功能：T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> 可在甲狀腺機能亢進時增高，甲狀腺機能低下時最好的試驗是 TSH（腦下垂體的甲狀腺刺激素）。其他內分泌檢查還包括 Cortisol 與 testosterone 測定。

(4) 染色體檢查：可應用於染色體異常個案，例如不孕調查、染色體數目異常或結構異常、以及陰陽人調查等。

(5) 輸卵管試驗：通氣試驗（Rubin 試驗）已經較少應用。目前較常直接作子宮輸卵管攝影或作腹腔鏡檢查。

#### 10. 影像學檢查：

(1) 一般攝影（KUB）：骨盆腫塊鈣化、結石等。

(2) 腎盂攝影（IVP）：腎水腫、輸尿管位移、輸尿管阻塞、尿路異常等。

(3) 鋇劑灌腸（Barium study）：可用於腸阻塞的病人或是癌症病人的檢查。

(4) 子宮輸卵管攝影（HSG）：子宮與輸卵管內腔顯影。

(5) 電腦斷層、磁振造影：婦科病人一般是用於腫瘤懷疑惡性時、癌症復發或是追蹤時使用。

(6) 超音波掃描攝影

a. 都卜勒（Doppler）：胎心音、血流回音。

b. 實時間（real-time）：活動影像。幾乎所有婦產科疾病在診斷或治療

上都需依賴超音波篩檢或診斷，可說已成為婦產科診斷上一重要利器。以婦科而言，最常於骨盆腔腫瘤之協助診斷，產科則用於胎兒發育與成長情形，至於不孕症的病人則是用於判定排卵與取卵操作之協助。

#### 11. 腹腔鏡檢查：

應用腹腔鏡連接電視影像，可從螢幕上作診斷甚至治療。診斷用腹腔鏡檢常用於不孕調查或不明原因的疼痛與小腫瘤之診斷。腹腔鏡手術包括分離黏連、輸卵管卵巢手術甚至子宮切除等。

#### 12. 尿路調查

由於泌尿生殖道相近，故有些泌尿症狀也常與生殖道症狀混淆，所以尿液檢查、膀胱鏡檢、超音波檢查、X光攝影、IVP以及尿失禁常作的尿路動力學檢查等都可能成為必要。

### 四、鑑別診斷與診斷方法

依特定主要症狀將疾病分類，予鑑別分析後可協助作正確診斷，例如骨盆疼

痛為自覺主觀之感覺，可為骨盆、背部或其他器官之毛病，可能別處器官病轉移而來之牽引痛，或者可由身心問題而引起；又如外陰檢查發現一潰瘍病變，需考慮是否為感染性（像是軟性下疳、梅毒或結核病）、惡性或單純性的潰瘍？

#### 1. 骨盆症狀可分類成為三群：

- (1) 急症者如輸卵管異位妊娠，卵巢囊腫破裂與扭轉。
- (2) 慢性群如子宮或卵巢腫瘤，子宮脫垂，骨盆鬆弛等。
- (3) 功能性障礙者如內分泌與營養疾患，過敏性問題，姿勢或職業性扭傷，神經性或身心性障礙。

#### 2. 生殖器以外的情況需考慮消化系統，泌尿系統，骨骼系統，神經系統等組織問題。以右下腹部壓痛的鑑別診斷應包括

- (1) 子宮附屬器像是輸卵管卵巢疾病。
- (2) 神經痛。
- (3) 急性闌尾炎。
- (4) 上升結腸或盲腸疾病。
- (5) 腎盂炎或輸尿管炎。
- (6) 結石。

## 第二章 常見婦科手術及術前評估與術後照護

### Gynecologic Surgery, Pre- and Post-operative Care

彭福祥 陳啓豪 許博欽

#### 常見婦科手術

### 一、陰道及外陰部手術

#### 1. 子宮擴刮術

(Dilatation and Curettage, D&C)

這是最常做的婦科手術，基本上算門診手術，分為診斷性 (fractional) D&C 及治療性 (therapeutic) D&C，其步驟如下：

- (1) 病人麻醉後採 lithotomy 姿勢，內診檢查子宮大小及位置。
- (2) 外陰部及陰道用優碘消毒後，若膀胱脹先導尿。
- (3) 將擴陰器置入陰道，用 teneculum 將子宮頸拉出，若要做診斷性 D&C 時，這時先用刮勺在 endocervix 刮一些組織。
- (4) 用子宮探針伸進子宮腔，看深度及方向。
- (5) 然後用 Hegar dilator 由小到大逐漸將子宮頸擴張。
- (6) 用 sponge forceps 到子宮腔，把 polyp

夾出，然後開始用刮勺作 curettage。

(7) 刮下的東西送病理檢查，若懷疑有 TB 則要送培養。

※ 診斷性 (fractional) D&C 適應症：

- (1) Dysfunctional uterine bleeding (DUB)
- (2) Amenorrhea
- (3) Oligomenorrhea
- (4) Malignant disease of uterus
- (5) Postmenopausal bleeding
- (6) Sterility or not

※ 治療性 (therapeutic) D&C 適應症：

- (1) 流產後還有妊娠組織殘留子宮，incomplete abortion
- (2) Therapeutic or legal termination
- (3) Remove polyp and small submucosal myoma
- (4) Remove IUD
- (5) Drain pyometra or hematometra
- (6) Application for radiotherapy

※ 禁忌症：

- (1) 懷孕。
- (2) 感染、如 sepsis of vagina or cervix, PID。

## 2. 子宮頸圓錐狀切除手術 (Cervical conization)

處理 CIN (cervical intraepithelial neoplasia) 的手術，兼具診斷及治療的目的。

※適應症：

- (1)治療 CIN2 以上的 cervical lesion。
- (2)Adenodysplasia。
- (3)對於 Pap smear 為 HSIL 的病人，在下列情況下應做 conization：
  - (1)在陰道鏡下無法看到整個 lesion。
  - (2)在陰道鏡下無法看到 SCJ (squamocolumnar junction)。
  - (3)Endocervical curettage 結果為 CIN2 或 CIN3。
  - (4)Pap smear 與 colposcopic biopsy 結果不同 (discordant)。
  - (5)Biopsy 或 cytology 的結果懷疑是 microinvasive cancer 時。
  - (6)陰道鏡檢查下無法排除 invasive cancer 時。

※併發症：

- (1)出血：常發生在手術當中或手術後第 7-10 天。止血方式包括 bosmin 紗布 (diagnostic)、塞 silver nitrate stick、negatol 棉球止血、或使用 microfibrillar collagen (Avitene)、另外也可用電燒止血。如果以上都失敗或出血屬於“pulsating ooze”，則可能要用縫合來止血。很少數的情況下出血無法控制必須做 hysterectomy。
- (2)子宮頸狹窄 (Cervical stenosis)：

屬長期併發症，會造成無月經 (amenorrhea)、子宮腔積血 (hematometra)，甚至子宮內膜異位 (endometriosis)。Conization 後必須密切追蹤，一旦發現有 stenosis 的情形必須再 dilate。

- (3)其他：包括 infection...等，很少見。

## 3. 其他陰道手術

- (1)陰道切開術 (Colpotomy)：從 posterior fornix 處切開，將腹膜打開引流骨盆腔膿瘍。
- (2)處女膜切除術 (Hymenectomy)：切除太硬的處女膜，因妨礙性交。
- (3)會陰切開術 (Perineotomy)：將 perineal body 切開再縫合，使陰道口變大。
- (4)人工陰道：用大腿皮膚皮瓣移植到新建的陰道。
- (5)菜花及尿道口肉垂 (caruncle)：可用電燒治療切除。
- (6)巴氏腺造口術 (Marsupialization of the Bartholin's cyst)：將巴氏腺切開引流膿瘍後不縫起來，把內膜與外面黏膜縫合造口，繼續引流，讓組織從下面慢慢長上來。

## 4. 外陰切除術 (Vulvectomy)

- (1)Simple vulvectomy：頑固性白斑 (leukoplakia) 或 lichen sclerosis。
- (2)Radical vulvectomy：外陰癌。包括廣泛切除大陰唇、小陰唇、下 1/3 陰道，suprapubic 皮膚、及引流的淋巴



結均要切除。

#### 5. 陰道整形 (Colpoperineorrhaphy : A-repair, P-repair, AP-repair)

修補陰道，包括前陰道壁修補 (A-repair)、後陰道壁修補 (P-repair)、前後陰道壁修補 (AP-repair)。用來治療 cystocele, rectocele 等。

#### 6. 經陰道子宮切除術 (Vaginal hysterectomy, VTH)

適應症同經腹部子宮切除術。另外、子宮下垂要治療者也可採用經陰道子宮切除術。

## 二、腹部手術

### 1. 子宮切除術 (Hysterectomy)

包括次全子宮切除術、全子宮切除術、子宮切除術及雙側卵巢輸卵管切除、根除性子宮切除術。

#### (1) 次全子宮切除術 (Subtotal hysterectomy, STH) :

子宮體拿掉但保留子宮頸。較全子宮切除術簡單並且較不會傷到輸尿管。有些人認為保留子宮頸，可分泌黏液，對性功能較無影響，且能保留女性性高潮的功能。

#### (2) 全子宮切除術 (Total abdominal hysterectomy, TAH) :

適應症包括子宮肌瘤、子宮肌腺瘤、月經過量造成貧血、功能不良性出血者。

#### (3) 子宮切除併雙側卵巢輸卵管切除 (TAH+BSO)。

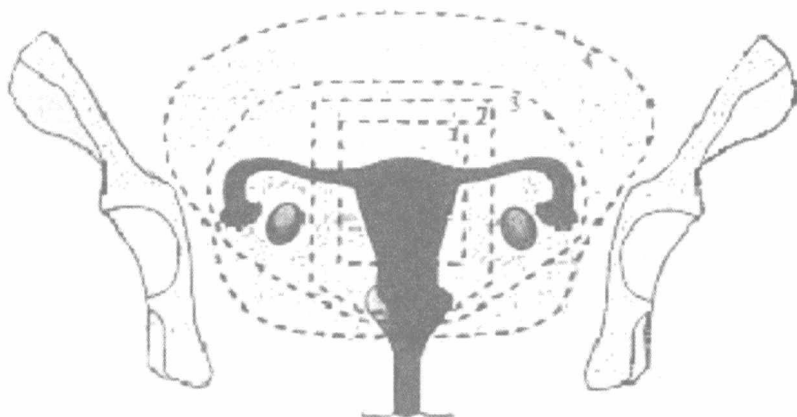
#### (4) 根除性子宮切除術 (Radical hysterectomy) :

子宮頸癌治療。切除範圍包括子宮、broad ligament、parametrium、上半部陰道及骨盆腔淋巴結。

### 2. 子宮肌瘤切除術 (Myomectomy)

切除肌瘤而保留子宮，病人仍可再懷孕。





不同型式子宮切除術：1. Subtotal hysterectomy. 2. Total hysterectomy. 3. Total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. 4. Radical hysterectomy.

### 3. 子宮懸吊術 (Uterine suspension)

藉由縮短圓韌帶，可矯正後傾的子宮。

## 三、輸卵管手術

### 1. 輸卵管切除術 (Salpingectomy)

可分為部分輸卵管切除及全輸卵管切除：

- (1) 部分輸卵管切除：例如結紮手術，子宮外孕手術。
- (2) 全輸卵管切除：例如輸卵管結核，輸卵管惡性腫瘤，慢性骨盆腔發炎需連同子宮一併切除。

### 2. 其他手術

輸卵管重建手術：用以恢復生育能力。

輸卵管造口術 (Salpingostomy)：用於子宮外孕時將妊娠組織取出。

## 四、卵巢手術

### 1. 卵巢切除術 (Oophorectomy)

整個卵巢切除，在整個卵巢組織被破壞時才做。如很厲害的感染 (Tubo-ovarian abscess；TOA) 或卵巢癌。

### 2. 卵巢囊腫切除術

適應症是良性卵巢囊腫，把囊腫或腫瘤部分切除，留下正常部分。

### 3. 卵巢楔狀切除 (Wedge resection)

通常用來治療 PCOD，目前比較少做了，因為新的治療方式效果較好，有人將卵巢做 multiple puncture of the capsule 取代 wedge resection。

## 五、根除性手術

應用在骨盆腔惡性腫瘤，需要切除腫瘤侵犯到的組織器官，並且要檢查腫瘤侵犯範圍，例如有無淋巴結轉移等。包括有：

1. 淋巴結切除術。
2. Pelvic exenteration：適用於 advanced carcinoma，且無其他治療方式可做時，且病人的情況不錯時。
3. Anterior exenteration：包括膀胱切除，將輸尿管接到 ileal loop 上或接到結腸上；子宮、卵巢、輸卵管、parametrium、膀胱、尿道及骨盆腔淋巴結均拿掉。
4. Posterior exenteration：包括 colostomy，子宮、卵巢、輸卵管、陰道後壁、降結腸、直腸、及肛門均切除。
5. Total exenteration：合併 anterior and posterior exenteration。

### 手術前評估與準備

通常病人於手術前一天入院檢查。除非小手術，可於當日入院做，如 D&C、人工流產、腹腔鏡結紮，請病人簽手術同意書。

1. 病史：很重要，必須詳細問診，包括最後一次月經的時間。有些醫師避免在月經快來前手術，因為此時骨盆腔血管較豐富。利用超音波檢查內膜也可得知月經週期。另外，一定要考慮病人有無懷孕之可能，還有病人最近服用的藥物，包括荷爾蒙，特別是口

服避孕藥、抗生素及 tranquilizers。

2. 理學檢查：包括骨盆腔檢查，有無摸得到的腫塊、有無疼痛、子宮大小及方向作為手術參考。
3. 實驗室檢查：注意病人血紅素值，一般大手術宜維持在 10.5 g/dl 上，而小手術最好在 10 以上。病人的 ABO 血型及 Rh 血型，如果術中有可能要輸血，則要備血。如果最近病人沒有做過子宮頸抹片則應該做。另外看看尿液中的蛋白及糖份，若懷疑有尿路感染，則要取中段尿作細菌培養。如果有需要可照 CXR，此外若懷疑輸尿管受波及，如作 Wertheim's hysterectomy 要排除 double uterus 或其他異常時，可做泌尿道攝影（urography）。

### 術後照護

吳攝

手術後需要一段時間恢復。對於一些小手術如 D&C，病人做完可回家。如有接受全身麻醉，兩天內不得開車或操作機械，必須告訴病人 14 天內仍可能有少量出血，這段期間盡量不要有性行為。有些作子宮頸圓錐狀切除（conization）的病人有可能會有大出血，需要再入院作縫合。對於一些較不複雜的手術或脫垂修補手術，建議病人應及早下床活動。通常術後 6 週內需再回門診追蹤，如果病人在停經前作卵巢切除手術，可能需要補充荷爾蒙。

## 一、術後併發症

手術完後 12 小時內應密切觀察病人