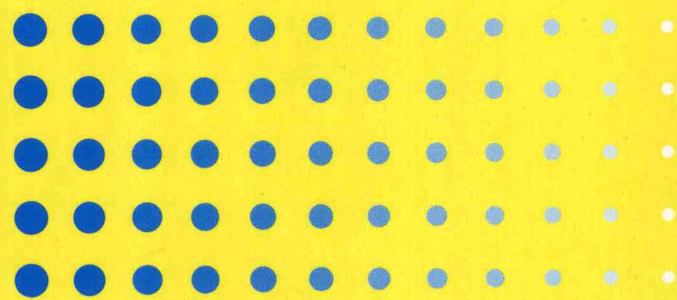


OGS^{NOW}

Obstetric and Gynecologic Surgery

妇产科手术系列

1



主编：（日）平松佑司 冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科教授

编委：（日）小西郁生 京都大学大学院医学研究科 妇产科教授

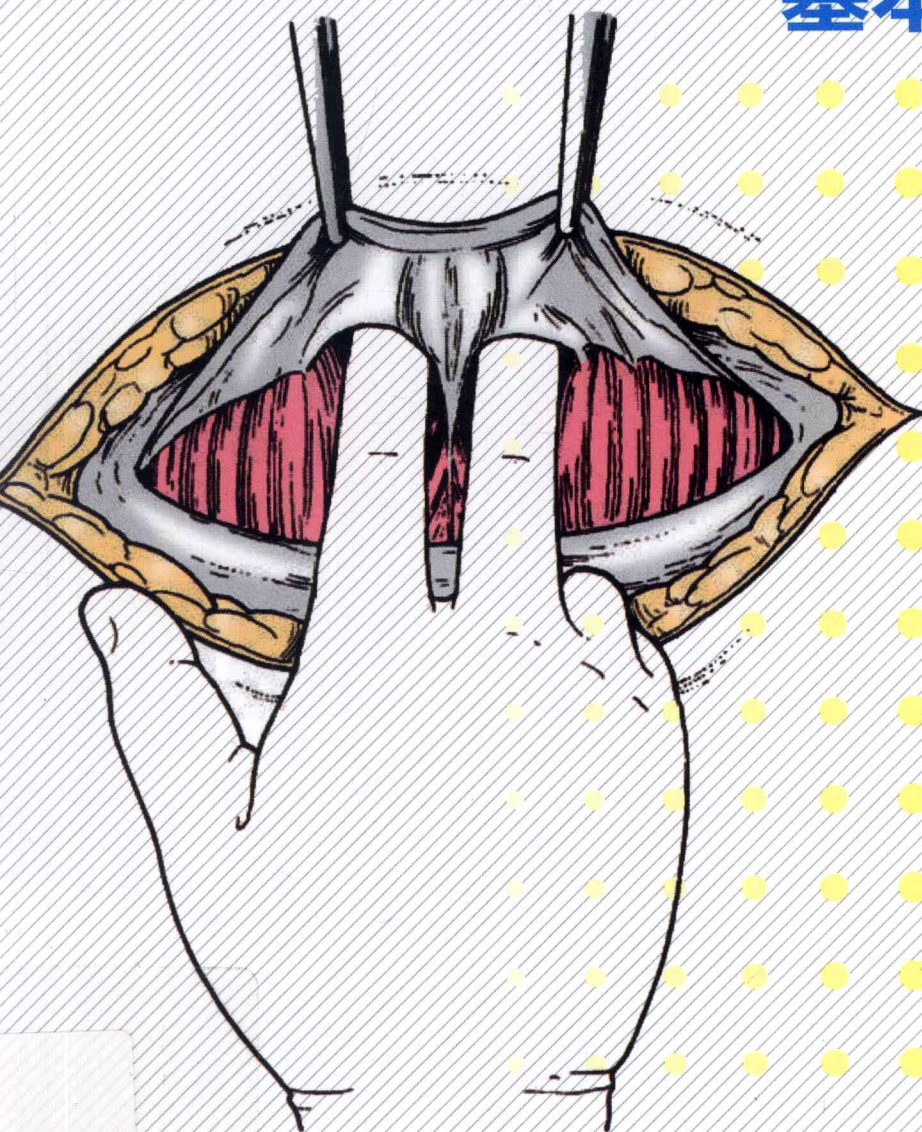
（日）樱木范明 北海道大学大学院医学研究科 生殖内分泌及肿瘤学教授

（日）竹田 省 顺天堂大学医学部 妇产科教授

主译：董玉贞 中国人民解放军沈阳军区第202医院妇产科副教授

开腹 · 关腹及附件手术

基本操作全攻略



1. 前言

2. 第一章 绪论

3. 第二章 开腹手术

4. 第三章 关腹及附件手术

5. 第四章 腹腔镜手术

6. 第五章 机器人辅助手术

7. 第六章 微创手术

8. 第七章 内镜手术

9. 第八章 介入手术

10. 第九章 放射治疗

11. 第十章 药物治疗

12. 第十一章 综合治疗

13. 第十二章 随访与预后

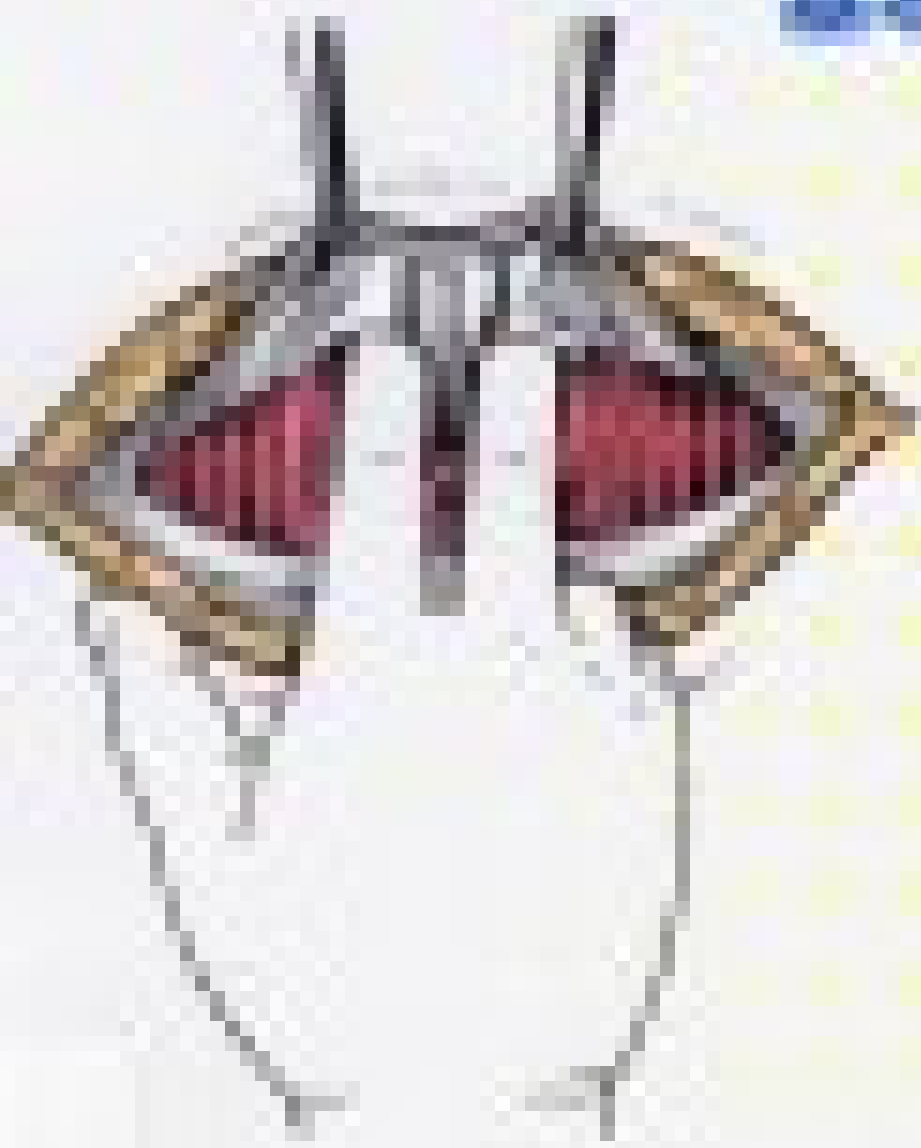
14. 第十三章 附录

15. 第十四章 参考文献

16. 第十五章 索引

开腹 · 关腹及附件手术

腹腔镜手术

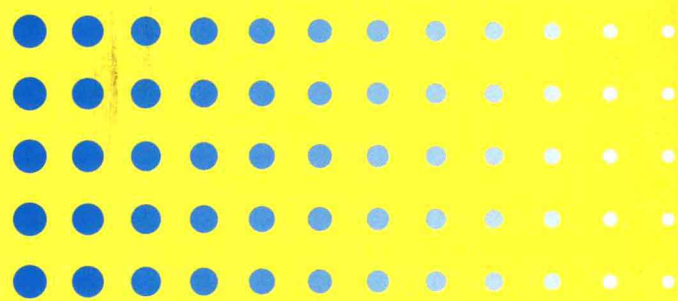


OGS^{NOW}

Obstetric and Gynecologic Surgery

妇产科手术系列

1



主编：（日）平松佑司 冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科教授

编委：（日）小西郁生 京都大学大学院医学研究科 妇产科教授

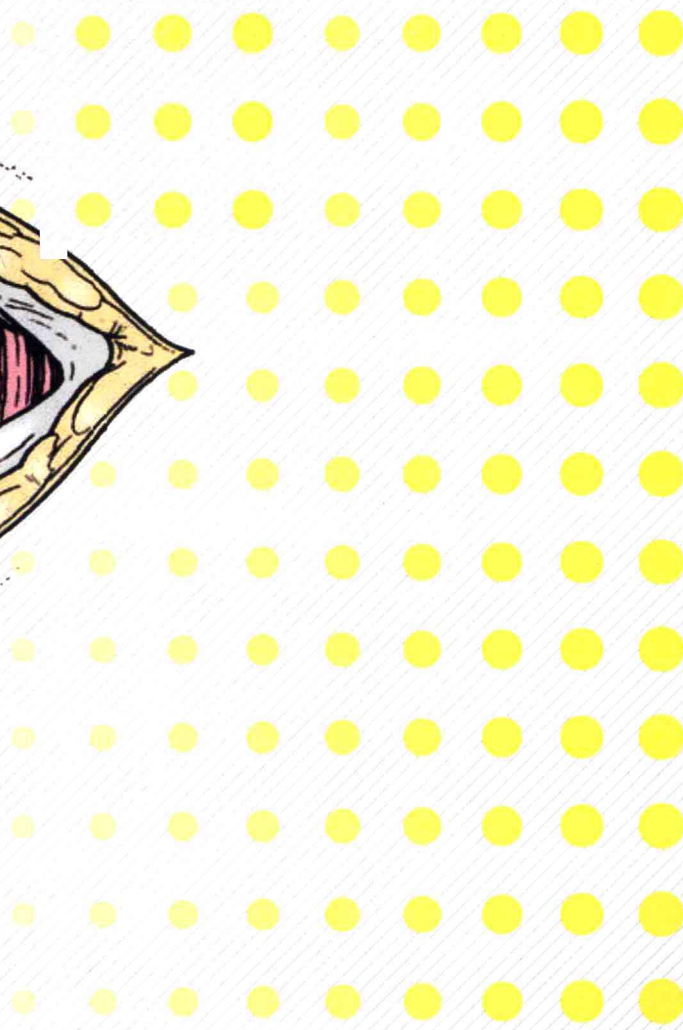
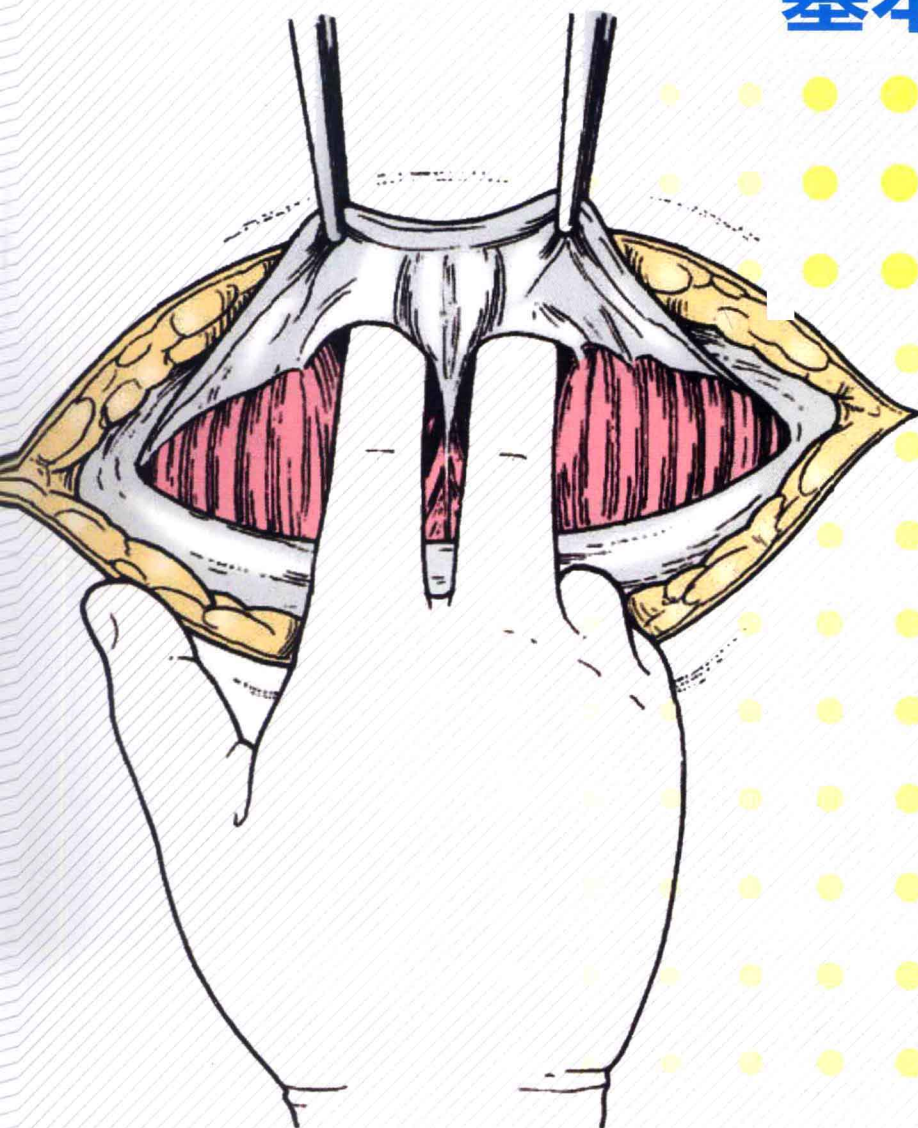
（日）樱木范明 北海道大学大学院医学研究科 生殖内分泌及肿瘤学教授

（日）竹田 省 顺天堂大学医学部 妇产科教授

主译：董玉贞 中国人民解放军沈阳军区第202医院妇产科副教授

开腹 · 关腹及附件手术

基本操作全攻略



辽宁科学技术出版社

· 沈阳 ·

OGS NOW 1 KAIFUKU. HEIFUKU TO FUZOKUKI SHUJUTSU

-KIHON SHUGI NO KANZEN MASTER

YUUI HIRAMATSU 2010

Originally published in Japan in 2010 and all rights reserved by MEDICAL VIEW CO.,LTD.

Chinese translation rights arranged through TOHAN CORPORATION, TOKYO.

©2012, 简体中文版权归辽宁科学技术出版社所有。

本书由日本 MEDICAL VIEW 出版社授权辽宁科学技术出版社在中国范围内独家出版简体中文版本, 未经书面同意, 不得以任何形式复制、转载。著作权合同登记号: 06-2012第141号。

版权所有·翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

开腹·关腹及附件手术: 基本操作全攻略 / (日) 平松佑司

主编; 董玉贞主译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2012.12

(妇产科手术系列)

ISBN 978-7-5381-7755-8

I. ①开… II. ①平… ②董… III. ①妇科外科手术②产科外科手术 IV. ①R713②R719

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第258484号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印刷者: 辽宁彩色图文印刷有限公司

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 210mm × 285mm

印 张: 10

字 数: 200 千字

印 数: 1~2000

出版时间: 2012年12月第1版

印刷时间: 2012年12月第1次印刷

责任编辑: 凌 敏

封面设计: 魔杰设计

版式设计: 袁 舒

责任校对: 李 霞

书 号: ISBN 978-7-5381-7755-8

定 价: 98.00 元

联系电话: 024-23284363

E-mail: lingmin19@163.com

http://www.lnkj.com.cn

序言 1

今年开始MEDICAL VIEW公司将以每年出版4集的形式出版《妇产科手术系列（OGS NOW）》图书。该公司将以同样的方式出版其他医学领域的手术系列图书，而在妇产科，已经计划出版以研究生及取得妇产科医师资格几年的年轻医生为主要读者对象的手术系列图书。最初的4期将以希望成为妇产科医师的医师为读者对象，介绍最基础的基本知识。

作为《妇产科手术系列（OGS NOW）》的主编，我们主要考虑以下几个方面，希望能够编写出对妇产科医生有指导意义的内容充实的手术辅导书。

（1）以能够确切掌握手术技法为目标，简明扼要地进行解说。

（2）以彩图为中心尽量多地使用图表，图文结合的解说为本书的基调。

（3）以“在充分理解的基础上进行手术”为着眼点，充分解释“深入理解疾病，实施必要而充分的手术”“以不损害术后的幸福感为目的而多下工夫”“如何更好地保留生育功能”等理念。

每章节都将遵循上述宗旨，以①术式的特点与技巧，②检查和诊断，③治疗方法的选择，④适应证和禁忌证，⑤术前准备，⑥术后的流程等为主题，由活跃在临床第一线的专家以简明易懂的语言解说手术技法。在讲述手术技法的同时随时标注“关键点和注意点”，阐明避免并发症、逐层展开、进入腹腔等手术过程中的注意事项。

手术是以解剖学为基础的科学，同时也是需要无止境向上追求的艺术，希望《妇产科手术系列（OGS NOW）》能够为每位渴望成为优秀手术医师的人提供所需要的知识和内容。

2010年1月

编辑委员：

平松佑司 冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科教授

小西郁生 京都大学大学院医学研究科 妇产科教授

樱木范明 北海道大学大学院医学研究科 生殖内分泌及肿瘤学教授

竹田 省 顺天堂大学医学部 妇产科教授

序言 2

作为《妇产科手术系列（OGS NOW）》的第一本书，我们为您送上了《开腹·关腹及附件手术——基本操作全攻略》。本书作为第一本，在介绍了妇产科手术所必需的解剖、器械、缝线、缝合法及止血方法等基本知识的同时，也教您一些初级医生最先开展的手术——附件手术的操作方法。

首先，我们介绍了以前使用的和现在最新式的缝合针、缝合线及各种手术器械、止血剂等，详细描述了它们的特点、使用方法、使用部位等，不仅对于初级医生具有重要指导意义，中高级医生在重新整理这些知识时也具有参考价值。若您想完全掌握打结、缝合等技法，请您随身携带本书以方便您的练习。

对于解剖知识，我们尽可能通俗易懂地，以立体的方式进行介绍，因为这些知识对于恶性肿瘤手术也很重要。观摩手术时要反复多次确认其位置关系，正确掌握各层的分离、腹腔的切开等基本手法。

对于《开腹·关腹及附件手术——基本操作全攻略》这本书，从最基本的知识到应用术式都做了详细阐述。

在基本解说中，详细阐述了如何根据解剖知识进行切开、切断或展开等操作。

书中在每个操作过程中都标注了“关键点和注意点”。请各位在手术前阅读本书以明确手术的关键点和注意点，有意识、有目的地进行手术，预防并发症的发生。

作为主编，我感觉本书通俗易懂，对初级医生有很大的帮助。希望以本书为起点，以后的各部书都能成为对大家有帮助的书。

平松佑司

2010年1月

编著者名单

● 主编	平松佑司	冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科教授
● 编委	小西郁生	京都大学大学院医学研究科 妇产科教授
	樱木范明	北海道大学大学院医学研究科 生殖内分泌及肿瘤学教授
	竹田 省	顺天堂大学医学部 妇产科教授
● 作者（按本书内容的顺序）	平松佑司	冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科教授
	小西郁生	京都大学大学院医学研究科 妇产科教授
	长田尚夫	前日本大学教授，加藤女子医院
	金内优典	北海道大学大学院医学研究科 综合女性医疗系统学教授
	樱木范明	北海道大学大学院医学研究科 生殖内分泌及肿瘤学教授
	古谷健一	防卫医科大学 妇产科教授
	藤井多久磨	庆应义塾大学医学部 妇产科讲师
	仲村 胜	庆应义塾大学医学部 妇产科讲师
	青木大辅	庆应义塾大学医学部 妇产科教授
	水谷靖司	姫路红十字医院 妇产科部长
	片渕秀隆	熊本大学大学院生命科学研究部 妇产科教授
	田代浩德	熊本大学医学部附属医院 妇产科讲师
	吉田信隆	广岛市立广岛市民医院 妇产科主任部长
	黑田惠司	顺天堂大学医学部 妇产科
	竹田 省	顺天堂大学医学部 妇产科教授
	菊地 盘	顺天堂大学医学部 妇产科教授
	藤本晃久	东京大学医学部 妇产科
	矢野 哲	东京大学医学部 妇产科准教授
	镰田泰彦	冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科
	三桥直树	顺天堂大学医学部附属静岡医院 妇产科教授
● 主译	董玉贞	沈阳军区第202医院 妇产科副主任医师

开腹・关腹及附件手术

基本操作全攻略

开腹法・关腹法（包括预防瘢痕形成）	平松佑司	8
运针与缝合	小西郁生	20
结扎（打结）	小西郁生	26
止血法	长田尚夫	32
妇产科手术缝合用的针和线的特点及选择方法	平松佑司	40
妇产科常用的手术器械① 器械使用原理	金内优典等	48
妇产科常用的手术器械② 特殊器械及其使用方法	古谷健一	60
子宫周围的局部解剖	金内优典等	72
卵巢囊肿摘除术・核除术（开腹法）	藤井多久磨等	86
卵巢囊肿摘除术（腹腔镜法）	水谷靖司	92
巨大卵巢囊肿摘除术	片渕秀隆等	100
异位妊娠（宫外孕）的手术（开腹法）	吉田信隆	108

异位妊娠（宫外孕）的手术（腹腔镜法）	黑田惠司等	116
卵巢巧克力囊肿的手术（开腹法）	竹田 省等	126
输卵管结扎术（腹式、阴式、腹腔镜）	藤本晃久等	134
输卵管狭窄，输卵管闭锁	镰田泰彦等	142
阔韧带内卵巢肿瘤摘除术	三桥直树	152

开腹法 · 关腹法

(包括预防瘢痕形成)

冈山大学大学院医齿药学综合研究科 妇产科
平松佑司

术式的特点与构思

● 开腹法有纵切法和横切法^[1-2]两种。需要有较大视野，术中有可能需要向上方扩展切口，将来极有可能再次开腹时应选择纵切法。而不需要太大视野或者是未婚女性比较在意腹部瘢痕时可选择横切法，有时还需要进行美容缝合。

手术的流程

纵切法

用手术刀切开的方法（剖宫产等手术时）

1

切开皮肤

2

切开脂肪层和筋膜层

3

剥离和切开腹膜

4

扩展腹膜、筋膜切口

5

推开肠管，确保视野清晰

纵切法

用电刀开腹

1

切开表皮（用手术刀）

2

切开脂肪层和筋膜层（用电刀）

3

切开腹膜（用手术刀）

纵切法的关腹方法

1

缝合切口上端

2

缝合腹膜

3

缝合筋膜

4

消毒、清洗和缝合脂肪层

5

缝合皮肤

横切法^[1-2]

1

确定切开部位，切开皮肤

2

切开脂肪层

3

切开、剥离筋膜层

4

切开腹膜

横切法的关腹方法

1

缝合腹膜

2

缝合腹直肌

3

缝合筋膜

4

缝合脂肪层

5

缝合皮肤

预防瘢痕的缝合法^[3-5]

1

减张缝合

2

缝合真皮

3

处理表层

4

术后处理

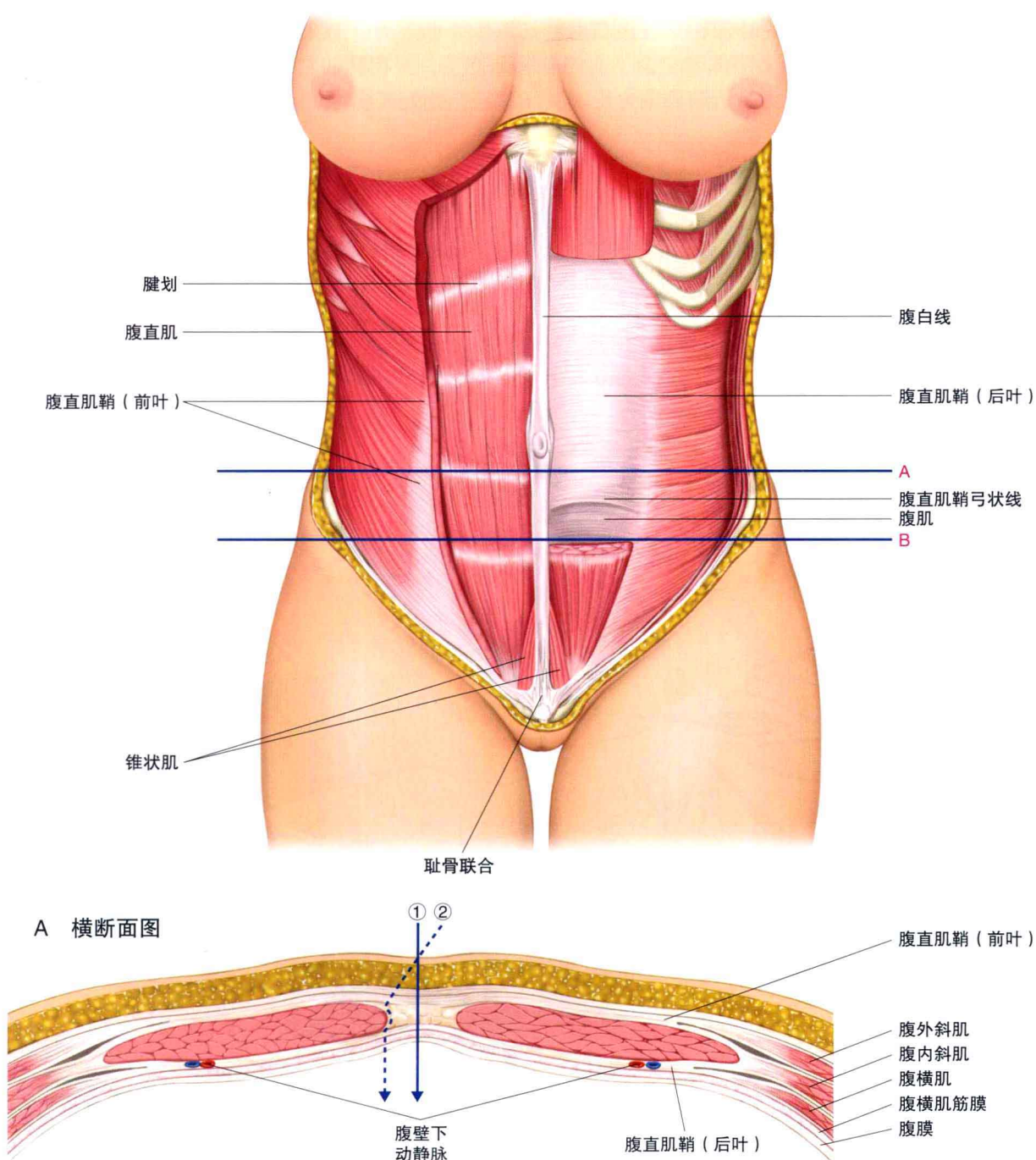
必须知道的解剖知识

● 腹壁的解剖

腹壁的解剖如图1所示，开腹时了解腹壁的解剖非常重要。

图1 腹壁的解剖

本图显示腹壁各肌肉的走行。左半侧显示去除腹直肌后的状态。下图显示的是上图A位置的横断面示意图，腹直肌鞘弓状线下方的B位置处是腹直肌鞘后叶消失后的状态。进入腹腔的通路是①，但如果像通路②那样，进入时稍微偏离就会碰到腹直肌，所以需要剥离腹直肌的内侧端，找到腹膜进入腹腔。



纵切法 用手术刀切开的方法（剖宫产等手术时） [1-2]

1 切开皮肤

标记切口起点和终点。需要清扫骨盆淋巴结和盆腔动脉淋巴结时，还要标记剑突和引流管的位置。通常选择从耻骨上正中至脐下1横指的正中切口进行切开，但要根据摘除肿瘤大小的需要进行调整。

以右手的拇指、食指和中指3根手指轻轻拿在手术刀柄下端向上2~3cm处，张开左手的拇指和食指轻轻按住皮肤使之绷紧，像摆动右肘那样直线切开皮肤直至筋膜上方。用止血钳夹住出血点。

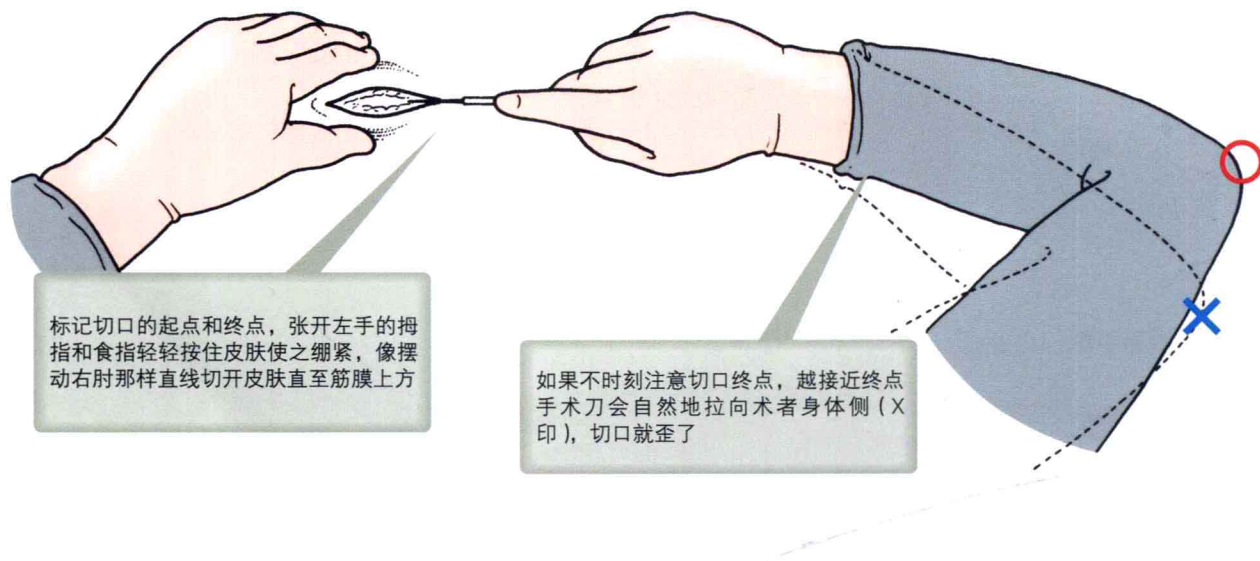
需要将切口扩大到上腹部时，由于右侧有肝圆韧带，要在脐的左侧画个缓弧进行延长，但如果太靠近脐周围会影响关闭腹腔，此处需要注意。

◀ 若能直接切到筋膜，被切断的血管就会收缩，几乎看不到出血。

关键点和注意点

- 开腹时容易出现的失误之一是切口不直。用手术刀切开腹部时，如果不注意终点，越接近终点手术刀会自然地拉向术者身体侧，结果就形成了凸向对侧的弧形切口（图2）。
- 只用手术刀切开腹部时，初学者有时会切几次才能切到筋膜，这时容易使切面形成阶梯状。若形成阶梯状，闭合腹壁时缝合脂肪层就比较困难，所以一定要注意在同一条直线上切。

图2 皮肤切开



2 切开脂肪层和筋膜层

能看见脂肪层底部的白色筋膜后，在切口内出现筋膜，然后，注意不要切到腹直肌，薄薄地切开切口全长的筋膜。

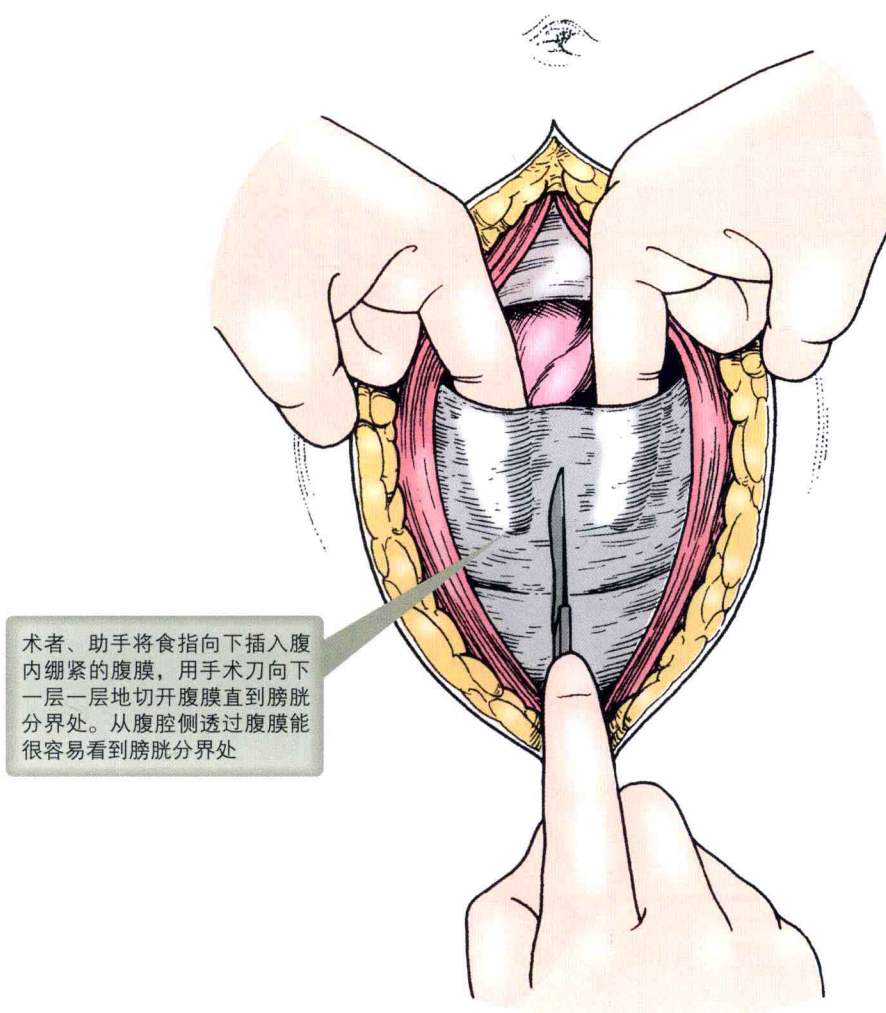
3 剥离和切开腹膜

切开筋膜后，常可以在腹直肌的左侧或右侧看到略带黄色的部分腹膜，用手术刀小心剥离该部分的肌肉，用两手食指向左右分开腹直肌，暴露腹膜。然后，用镊子夹起肚脐附近的腹膜，通过触诊和肉眼观察确认没有夹到肠管，用手术刀切开腹膜。太靠下方切腹膜会引起膀胱损伤，应注意。

用长止血钳提起剪开的腹膜，通过肉眼观察和触诊确认腹膜内面没有粘连后，用直剪刀向上方剪开腹膜。为了更容易地切开腹膜，助手可以把住切口并牵引上端以辅助之。然后术者、助手像图3那样将食指向下插入腹内绷紧的腹膜，先用纱布向下方（脚侧）推腹膜，这样会使腹膜变薄。然后用手术刀向下一层一层地切开腹膜直到膀胱分界处。

◀从腹腔侧透过腹膜能很容易看到膀胱分界处。

图3 向下方切开腹膜



关键点和注意点

切开筋膜时若不能看到白线可以参考以下几点去寻找：

- 附着在耻骨上的锥状肌（M. Pyramidalis）的三角形尖端附着于白线，沿着肌纤维走行的斜向内上方就有白线。
- 腹直肌是由外上方稍斜向内下方走行，所以其肌纤维向内下方走行的方向有白线。
- 既往有过开腹手术或患过腹膜炎的患者，开腹时有可能损伤肠管，开腹前应行腹部超声检查，让患者深呼吸以确认腹部正中的腹壁下肠管是否与腹壁一起运动。与腹壁一起运动的肠管就是与腹壁粘连在一起了，要避免这些部位切开腹膜，以免损伤肠管。

4 扩展腹膜、筋膜切口

用拉钩扩开切口，卸掉止血用的止血钳，对出血不止的部位结扎止血或凝固止血，然后用直剪刀剪开腹膜至耻骨联合上部。

5 推开肠管，确保视野清晰

用生理盐水浸湿的纱巾将肠管推向上方，置入拉钩以扩展视野。使用纱巾时有可能带进纱布和小器械等小件物品，助手要用手检查确认没有东西卷入其中。

纵切法 用电刀开腹

1 切开表皮（用手术刀）

使用电刀能减少出血。首先用普通手术刀切开3~4mm的小切口。这种程度的切口几乎不出血。术者和助手在切口两侧用镊子绷紧皮肤，用电刀的凝固切开功能切开皮肤和皮下组织，一直切到筋膜表面，注意不要切成阶梯状，要在同一条直线上切。另外，用普通手术刀切的皮肤切口太窄的话，电刀有可能会烫伤皮肤表层。

◀相反，用普通手术刀切的切口太深则容易出血，失去了使用电刀的意义。

2 切开脂肪层和筋膜层（用电刀）

到达筋膜表面后，为了不损伤肌肉，将筋膜切开5mm左右。助手用弯止血钳提起筋膜，将尖端稍张开，使术者能够不损伤肌层而剪开筋膜。

以下的开腹操作及注意点与用普通手术刀开腹的操作及注意点相同。

3 切开腹膜（用手术刀）

本操作与普通手术刀的“腹膜切开和扩展”相同。

纵切法的关腹方法

确认没有出血点，纱布计数没有问题后，撤除拉钩和保护肠管用的纱布，将肠管恢复到原来的位置，用长钳子夹住左右腹膜，用弯止血钳夹住膀胱部，用科赫氏钳夹住切口上端。关腹的顺序如图4所示。

我们全部用合成可吸收线来关腹。

1 缝合切口上端

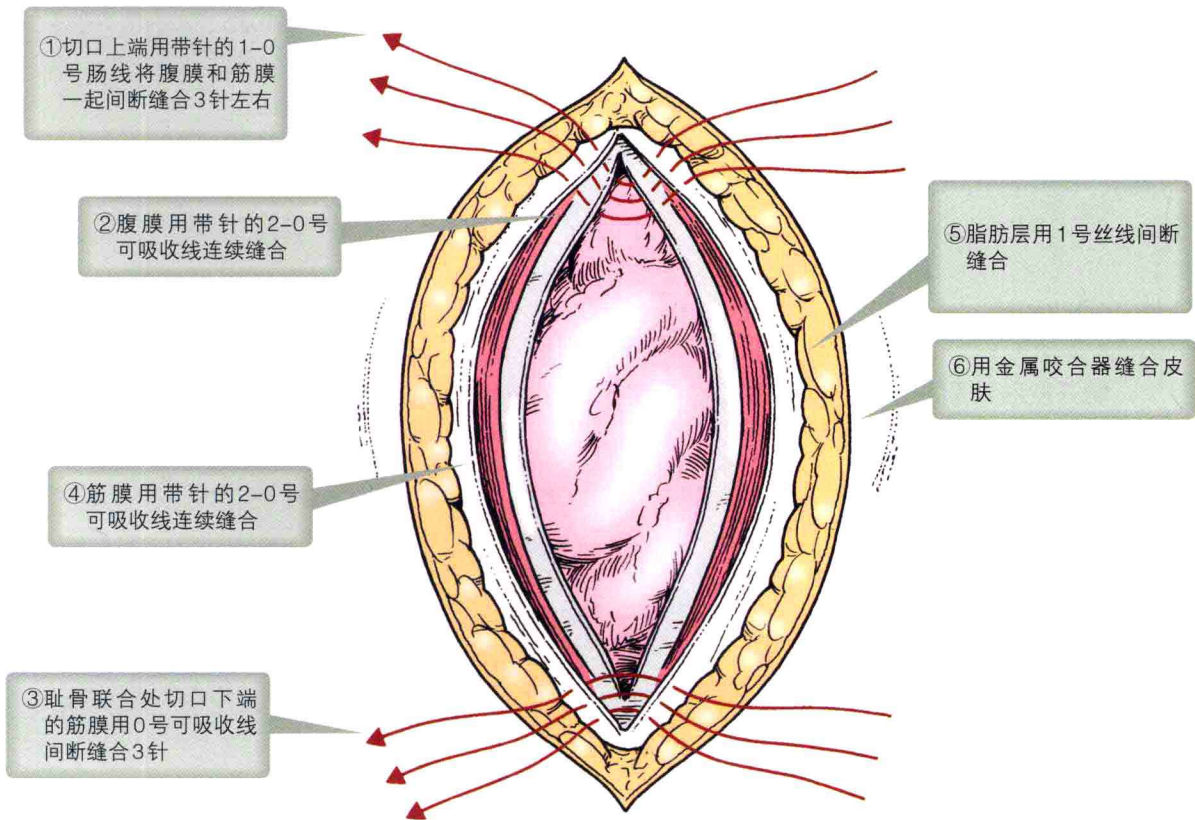
切口上端用带针的1-0号肠线将腹膜和筋膜一起间断缝合3针左右。该部位深陷内部时，腹膜、筋膜逐层缝合很困难，所以将腹膜和筋膜一起缝合（图4）。

2 缝合腹膜

腹膜用带针的2-0号肠线连续缝合（图4）。针距7~10mm。切口下端由于接近膀胱，要十分注意不要缝到膀胱。

图4 纵切法时的关腹方法

用长钳子夹住左右腹膜，用弯止血钳夹住膀胱部，用科赫氏钳夹住切口上端。按如下顺序进行缝合。



3 缝合筋膜

位于耻骨联合附近的切口下端的筋膜用0号可吸收线间断缝合3针（图4）。这个部位容易形成血肿，因此要再三确认没有出血之后再缝合。余下的筋膜用2-0号可吸收肠线连续缝合（图4），筋膜作为腹壁的支撑组织非常重要，所以缝合的厚度要在5mm左右。此处的筋膜也可以连续缝合。

◀ 若只是下腹部的手术，用Vicryl也没有问题，但如果切口延到了上腹部，由于容易出现腹壁疝，要用比Vicryl张力更强的PDS II®合成可吸收线。

4 消毒、清洗和缝合脂肪层

用生理盐水（0.9%的氯化钠）清洗消毒创口。用0号肠线缝合脂肪层。一般连续缝合即可，脂肪层较厚时也可以间断缝合，或者是考虑在筋膜上放置引流管。

5 缝合皮肤

表层的皮肤用金属咬合器缝合，或者为了防止瘢痕形成行皮内缝合。创面可以用纱布覆盖，但最近使用伤口固定的方法，用防水凝胶材料覆盖来保护创口的情况越来越多。

横切法 [1-2]

1 确定切开部位，切开皮肤

Pfannenstiel法的历史悠久（1900年）。将腹壁压向耻骨联合方向，就会在耻骨联合上方约2横指处出现一道皱褶（Pfannenstiel皱褶）。确定这个皱褶，在耻骨联合中央做标记，以双侧髂前上棘为标记，左右对称地画出切口线，然后沿着这条皱褶，像画一条凸向下的曲线那样切开皮肤。把手术刀当成笔，切开长10~14cm大小的切口。

2 切开脂肪层

切开皮肤和脂肪层时，一定要注意不要把走行在腹直肌筋膜前方的外阴动脉以及位于腹直肌外侧的腹壁浅动脉切断。

3 切开、剥离筋膜层

横切筋膜。切开时注意不要切断筋膜下方的腹直肌纤维。为了不切断腹直肌，先在中央部切开筋膜约3cm，用镊子提起筋膜，用弯剪刀从筋膜后面将腹直肌分离，然后用弯剪刀左右剪开筋膜。用止血钳提起腹白线两侧的筋膜，用手指或弯剪刀背侧按住两侧的肌纤维，尽量大范围地分离腹直肌（图5）。这时，一定要注意不要损伤走行在腹直肌及其筋膜内的下腹壁动静脉的分支。血管损伤时要完全止血，否则容易形成术后血肿。白线处的筋膜附着紧密不易剥离，可用弯剪刀锐性分离。

4 切开腹膜

用镊子尽量上提腹膜，确认没有夹到肠管后纵行切开腹膜。横切开腹比纵切开腹时切开腹膜的位置低，容易伤及膀胱，一定要加以注意。将腹膜切口向上下扩展，推开肠管后，用拉钩拉开切口，开始手术。

图5 横切开腹法 肌层的剥离（1）

用有齿钳提起腹白线两侧的筋膜，用手指或弯剪刀背侧按住两侧的肌纤维，分离腹直肌。

