

现代临床

妇科手术技术

张春红 ◎ 著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

现代临床妇科手术技术

张春红 著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代临床妇科手术技术 / 张春红著. --天津: 天津科学技术出版社, 2018.1
ISBN 978-7-5576-4691-2

I. ①现… II. ①张… III. ①妇科外科手术 IV.
①R713

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第039543号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 25.75 字数 610 000

2018年1月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷

定价: 128.00元

前 言

妇科病是许多女性朋友们挥之不去的恶梦,许多病痛需要通过手术来完成,常见的妇科手术有子宫肌瘤手术、卵巢肿瘤手术、阴道手术等。随着我国经济和社会的发展,人们生活、文化水平不断提高,人们法制观念不断增强,患者对医疗质量、服务质量、医疗安全及自我保护观念不断提高。手术室是医院对患者实施手术治疗,诊断并担负抢救的重要场所,其中妇产科手术更是高风险的医疗项目之一。手术室工作人员的责任重大,而产妇是十分特殊的病人,在对她们进行相关手术的时候要引起高度的重视。

本书共十八章,详细讲述了临床常见妇科手术的操作方法。本书内容全面、简明、新颖、实用,可供临床医学生、妇产科专业学生参考使用。

限于本人知识、技术的局限,书中难免有错误和疏漏之处,望广大读者朋友提出,不胜感激。

编者

目 录

第一章 经腹子宫切除术	(1)
第一节 经腹筋膜外全子宫及附件切除术	(1)
第二节 经腹保留附件全子宫切除术	(24)
第三节 经腹筋膜内全子宫及其附件切除术	(28)
第四节 经腹次全子宫切除术	(34)
第五节 保留子宫内膜及子宫动脉上行支的手术	(39)
第六节 经腹半腹膜外筋膜内全子宫切除术	(45)
第七节 经腹半腹膜外筋膜外全子宫切除术	(49)
第二章 经腹子宫肌瘤手术	(51)
第一节 子宫肌瘤切除术	(51)
第二节 阔韧带肌瘤子宫切除术	(61)
第三节 子宫颈肌瘤子宫切除术	(69)
第三章 子宫颈浸润癌的手术	(76)
第一节 宫颈浸润癌的术前评估	(76)
第二节 腹膜外盆底淋巴结清扫术	(82)
第三节 广泛性子宫切除术	(91)
第四节 宫颈癌根治术手术探究	(104)
第四章 子宫内膜癌的手术	(117)
第一节 术前评估	(117)
第二节 治疗	(122)
第三节 手术探究	(124)
第五章 卵巢恶性肿瘤的手术	(129)
第一节 卵巢恶性肿瘤的术前评估	(129)
第二节 肿瘤细胞减灭术或大块切除术	(135)
第三节 卵巢癌手术探究	(148)
第六章 外阴癌的手术	(154)
第一节 术前评估	(154)
第二节 区域性淋巴结切除术——腹股沟淋巴结切除术	(161)
第三节 外阴根治性切除术	(169)

第四节	外阴癌手术探究	(185)
第七章	阴道癌手术	(193)
第八章	妊娠滋养细胞疾病手术	(199)
第九章	输卵管、卵巢手术概论	(206)
第一节	手术的选择	(206)
第二节	粘连因素及其处理	(206)
第三节	关于卵巢的处理	(208)
第四节	出血的处理	(212)
第十章	输卵管手术	(214)
第一节	附件炎症的手术	(214)
第二节	输卵管切除术	(215)
第三节	输卵管卵巢切除术	(218)
第四节	盆腔脓肿的手术	(220)
第五节	异位妊娠的手术治疗	(221)
第十一章	卵巢良性肿瘤手术	(234)
第一节	术前评估	(234)
第二节	卵巢切除术	(235)
第三节	卵巢肿瘤蒂扭转的手术	(238)
第四节	卵巢楔形切除术	(239)
第五节	卵巢切开检查术	(241)
第六节	卵巢肿瘤挖除术	(242)
第七节	阔韧带囊肿切除术	(246)
第十二章	子宫内膜异位症的手术治疗	(254)
第十三章	阴道手术	(258)
第一节	阴道瘢痕	(258)
第二节	阴道口狭窄	(260)
第三节	阴道良性肿瘤	(264)
第四节	阴道损伤	(267)
第五节	阴道异物	(269)
第六节	子宫阴道积液	(270)
第七节	阴道后穹窿穿刺术	(271)
第八节	阴道后穹窿切开术	(272)
第十四章	外阴手术	(275)
第一节	尿道肉阜切除术	(275)
第二节	尿道粘膜脱出矫治术	(277)

第三节	尿道旁腺囊肿切除术	(278)
第四节	尿道憩室切除术	(279)
第五节	前庭大腺囊肿手术	(281)
第六节	前庭大腺脓肿切开术	(285)
第七节	外阴创伤手术	(286)
第八节	小阴唇粘连分离术	(288)
第九节	外阴肿瘤切除术	(289)
第十节	外阴尖锐湿疣切除术	(291)
第十一节	单纯外阴切除术	(293)
第十五章	女性生殖器官先天性畸形的矫治手术	(298)
第一节	无孔处女膜切开术	(298)
第二节	先天性无阴道的手术	(300)
第三节	阴道隔手术	(323)
第四节	两性畸形矫治术	(328)
第十六章	后位子宫的手术	(334)
第一节	后位子宫悬吊术	(335)
第二节	阔韧带裂伤修补术	(338)
第三节	经腹全子宫附件切除术	(340)
第十七章	女性生殖器官瘘管手术	(341)
第一节	尿瘘手术的术前评估	(342)
第二节	经阴道膀胱阴道瘘修补术	(345)
第三节	膀胱尿道阴道瘘修补术	(352)
第四节	尿道全裂重建术	(356)
第五节	膀胱阴道瘘尿道缺损修补术	(358)
第六节	经腹膀胱外腹腔内修补术	(360)
第七节	经腹膀胱内腹腔内修补术	(362)
第八节	经腹膀胱内腹腔外修补术	(363)
第九节	经腹膀胱外腹腔外修补术	(366)
第十节	经阴经腹联合途径修补术	(366)
第十一节	输尿管阴道瘘修补术	(366)
第十二节	耻骨上膀胱造瘘术	(367)
第十三节	直肠阴道瘘修补术	(370)
第十四节	直肠阴道瘘合并膀胱阴道瘘修补术	(371)
第十五节	尿瘘修补中辅助填补手术	(372)
第十六节	尿瘘手术探究	(382)

第十八章 不孕症手术治疗 (386)

第一节 输卵管通畅检查 (386)

第二节 不孕症内镜检查 (393)

第三节 输卵管粘连分离术 (394)

第四节 输卵管复通术 (394)

第五节 卵巢移植术 (395)

第六节 子宫畸形矫正术 (395)

第七节 选择性子宫输卵管造影术与输卵管导管扩通术 (396)

第一章 经腹子宫切除术

第一节 经腹筋膜外全子宫及附件切除术

经腹筋膜外全子宫及附件切除术,是于子宫筋膜外切除全子宫,包括子宫颈,及切除双侧附件(输卵管及卵巢)的手术(图 1-1)。全子宫切除术是妇科标准的常见手术之一,在美国列为第 3 位或第 4 位常见手术,国内尚无详细报道。随着医学发展和保守手术理论的进展,全子宫切除率必将降低。如本章第五节保留子宫内膜的手术及其他类似子宫手术、子宫内膜电切术的出现等,可使大多数妇女避免较大手术。对于保守治疗无效的子宫病变,采用全子宫切除术是为必然。

一、术前评估

(一)排除隐匿癌肿

术前 3 个月内应行宫颈/阴道细胞学检查(TBS),排除隐匿癌肿。如涂片有异常,先行抗炎治疗后复查涂片。如仍异常,则应行阴道镜检查 and/或宫颈管及宫腔毛刷涂片,并进行分段刮宫及宫颈多点活检,送病理组织学检查排除隐匿癌肿。必要时,尚需行宫颈锥切,排除隐匿癌肿。

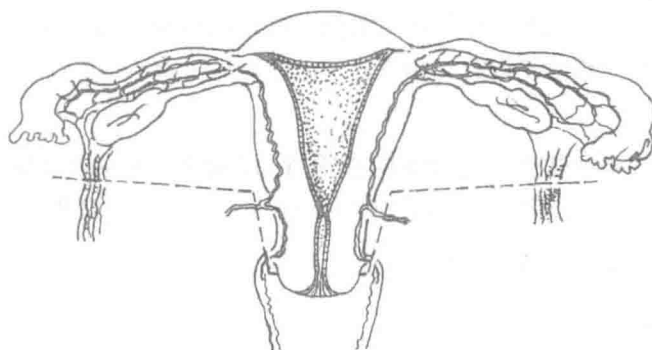


图 1-1 筋膜外全子宫加双侧附件切除术

(二)有异常子宫出血的患者

尤其年龄超过 35 岁者,宜在子宫切除前行子宫内膜评估(直接活检或扩刮宫术)。对雌激素治疗无孕激素对抗、多囊卵巢综合征等引起子宫内膜瘤样增生者,也应在子宫切除前行子宫内膜评估。

(三) 盆腔情况的术前评估

通过常规的妇科检查及盆腔超声检查完成。妇科检查务必注意盆腔炎性疾病及其炎症引起的盆腔粘连,盆腔子宫内膜异位症或盆腔结核,可触及的可疑盆腔包块,包括绝经后卵巢触及综合征,长期盆腔痛等。术前常规行盆腔 B 超检查有助于评估子宫附件情况,尤其对肥胖妇女及双合诊或三合诊检查不理想者(包括应用止痛、麻醉剂检查)。盆腔 B 超优于 CT。对附件的评估 MRI 效果较好。对于有习惯性便秘者行 B 超检查前需清洁肠道粪便。

对有直肠症状的患者,子宫切除前还应做大便隐血试验,必要时行直肠镜和纤维乙状结肠镜检查。对有严重盆腔炎症长期下腹痛或可疑癌症时,则需行结肠镜检查或钡灌肠造影检查,必要时行腹腔镜检查。

(四) 术前预防性抗生素的应用

盆腔检查附件或子宫有压痛疑存在炎症者,术前应给予预防性抗生素。就子宫切除术而言,无论经阴经腹约有 20% 发生术后感染。为降低术后感染率,也必须应用预防性抗生素。选用抗生素的原则为能有效抵御常见盆腔感染致病菌、药物毒副作用少、易于使用、价廉、并可在手术部位达到有效治疗浓度者。不要选用用于严重感染的广谱强效抗生素。若术前、术中能给予 1~2 次预防性抗生素更为理想。

(五) 术前征得患者或亲属知情同意

对子宫或附件良性病变行子宫切除术者,尤其在绝经前施行者,必须告知患者及亲属术前诊断、全子宫及附件切除可能带来的不利影响以及术中、术后可能带来的危险。如麻醉意外,术中出血或损伤,术后阴道残端出血、感染或蜂窝织炎等,以及术中、术后输血可能带来的病毒感染,少见的术后静脉血栓性疾病(尤其有高血脂、高血压、糖尿病的患者)等。当前的医学法律环境要求医务工作者务必慎之又慎,不仅术前力求诊断明确,术中、术后处理得当,不出或少出并发症,而且对全子宫及附件切除术术后近期可能出现的卵巢脱落征,日后可能发生的心血管疾病、骨质疏松症等的预防予以告知患者。

二、术前准备

见腹部术前准备、术前阴道冲洗、术前晚肥皂水灌肠、进手术室前放置导尿管。

三、麻醉

持续硬膜外阻滞麻醉或静脉全身麻醉。

四、手术步骤

(一) 切开腹壁探查盆腹腔

取仰卧位,常规腹部手术野皮肤消毒、铺巾。通常取下腹正中切口,切开腹壁各层。洗手后轻巧探查盆腔脏器,必要时系统触诊上腹脏器及视诊阑尾与回盲部。仔细检查子宫或附件病变部位、性质是否与术前诊断一致。如一致,则按术前拟定的手术范围进行手术。否则,手术范围的扩大或缩小,如术前评估到,且与患者及亲属在手术协议书上谈妥,则按原计划进行手术。未评估到及未与患者及亲属谈及者,则必须再与亲属协商,争取同意新手术方案,并补办签字手续。

(二) 暴露手术野

先将肠管排垫于上腹,使手术野显露清楚。排垫肠管宜取头低臀高位。安放腹壁固定开腹器。助手用腹腔拉钩提起脐上腹壁,术者用手将肠管推向上腹,用大的湿腹垫包盖排挡肠管下降(图 1-2)。通常麻醉效果良好,排垫肠管无困难。如麻醉效果不佳而鼓肠,则应避免强行排垫,使肠管鼓出腹壁切口外。此时嘱患者大口哈气,减轻膈肌收缩鼓肠。这时可用大腹垫暂时遮盖肠管,略微上推(拉),显露出足以提起子宫进行部分手术操作的空间,边进行手术操作,助手边用手或 S 状宽大拉钩缓缓上推肠管多可奏效。如肠管、大网膜与附件、阔韧带及子宫粘连,宜先分离粘连;如肿块较大,则应先将肿物娩出腹壁切口外,然后排垫肠管。



图 1-2 放置腹垫

也有不排垫肠管,也不安放固定开腹器者。即术者手术进行到子宫附件某部位时,助手将用拉钩暴露手术野,足以使手术步骤安全进行。

(三) 牵拉子宫

目前多主张用两把中号弯止血钳夹持子宫两侧角部,包括圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带(图 1-3)。一般不用子宫抓钳钳夹子宫底部(图 1-4),一是如存在子宫隐匿性癌肿,抓钳操作可能促发瘤细胞扩散;二是宫底或体部较大的良性肿瘤也难以钳抓。此时,若有肌瘤挖除术螺钻,将螺钻拧进宫底部肌核内可作子宫的牵提(图 1-5)。

(四) 处理子宫圆韧带及前后腹膜

向头端牵提子宫,使圆韧带及阔韧带前叶腹膜伸展,于圆韧带上中 1/3 处用中号止血钳钳夹、切断,用 7 号线缝扎或结扎(图 1-6)。顺势剪开圆韧带前方至宫颈内口处之阔韧带腹膜(图 1-7)。反向再剪开圆韧带与骨盆漏斗韧带之间的腹膜(图 1-8)。

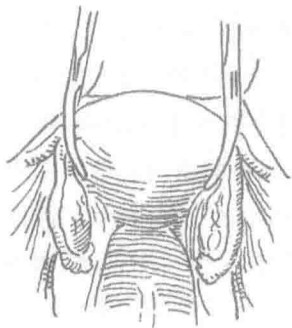


图 1-3 安放血管钳

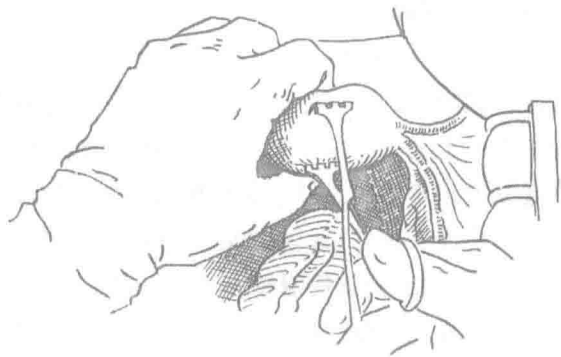


图 1-4 安放子宫抓钳

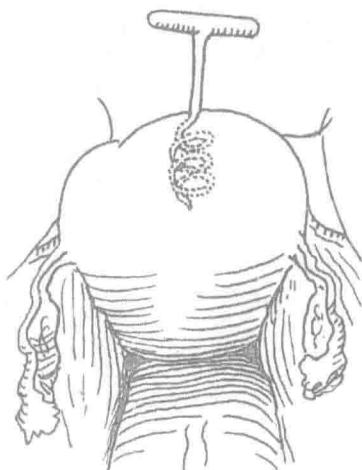


图 1-5 肌瘤螺钻牵拉子宫

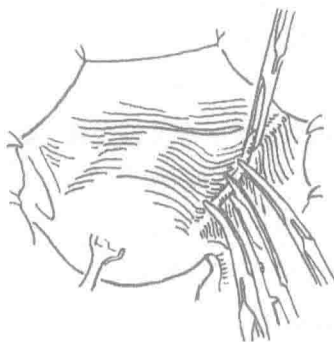


图 1-6 钳夹剪断圆韧带

阔韧带组织疏松,易于分离,血管少。然而分离至近子宫颈内口水平处可能有静脉丛,应防止剪伤出血。

(五)处理骨盆漏斗韧带

将子宫向对侧附件方向牵提。用 Allis 钳提牵附件,使该侧骨盆漏斗韧带伸展,于该韧带下方无血管区用剪刀剪开阔韧带后叶腹膜,或用中号止血钳顶起此处腹膜并剪开(图 1-9),也

可用示指贯通(图 1-10)。此时,漏斗韧带清楚显露,于其下方送入一根 7 号或 10 号丝线予以单独结扎(图 1-11)。于结线卵巢端用两把止血钳钳夹骨盆漏斗韧带血管,并于两钳中间切端(图 1-12),两断端分别用 7 号或 10 号丝线再贯穿 8 字缝扎或结扎(图 1-13、14)。卵巢端扎线结于该侧牵提子宫止血钳上。

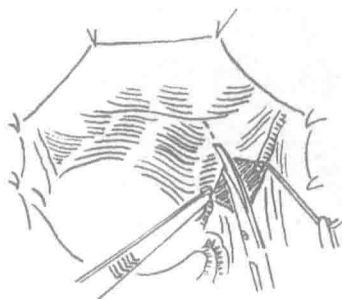


图 1-7 剪开阔韧带前叶腹膜

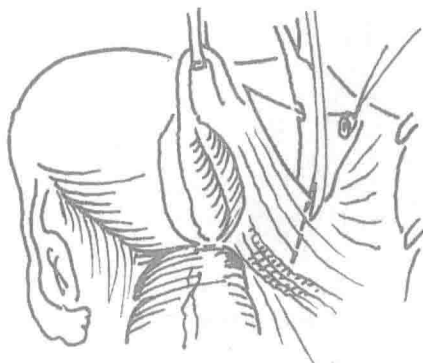


图 1-8 剪开圆韧带后方至漏斗韧带间腹膜

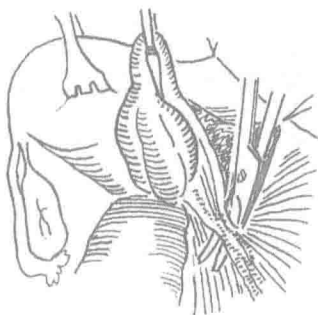


图 1-9 于漏斗韧带下方无血管区剪开阔韧带后叶腹膜(用止血钳撑开阔韧带后叶腹膜无血管区以便剪开)



图 1-10 用手指贯通后腹膜

(六) 剪开阔韧带后叶腹膜

向前牵提子宫,暴露阔韧带后叶腹膜,用剪刀向同侧宫骶韧带方向剪开后腹膜(图 1-15),注意直视下腹膜透明才可剪开。稍事分离宫骶韧带外侧窝腹膜(图 1-16),使可能粘连贴近宫骶韧带的输尿管能从此离远。

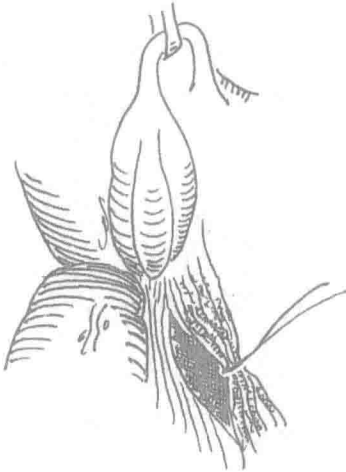


图 1-11 粗细线单纯结扎骨盆漏斗韧带

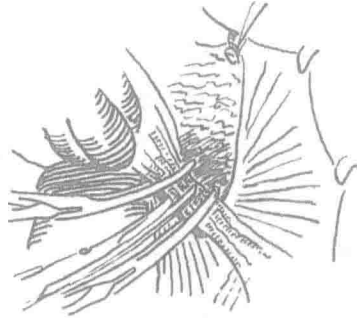


图 1-12 钳夹、切断骨盆漏斗韧带

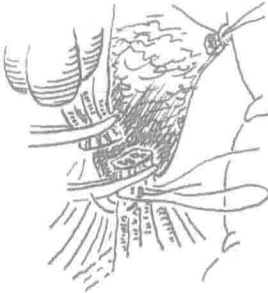


图 1-13 缝扎近侧断端漏斗韧带

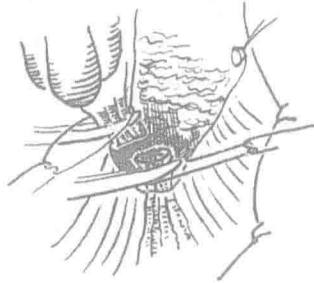


图 1-14 再结扎次

(七)处理宫骶韧带

宫骶韧带外侧方(骶韧带侧窝)腹膜分离后,其韧带独立伸展易辨。用两把中号弯止血钳钳夹靠近子宫颈端之宫骶韧带,切断、7号丝线贯穿缝扎(图 1-17、18)。两宫骶韧带钳切后,将其间腹膜剪(切)开(图 1-19),用鼠齿钳牵提其后切缘腹膜,用精细脑膜剪刀或长弯止血钳沿宫颈后方间隙分离下推直肠子宫凹陷前侧腹膜至宫颈外口水平(图 1-20)。

(八)剪开膀胱子宫凹陷腹膜

钳提已剪开至宫颈内口处阔韧带腹膜,用剪刀分离膀胱子宫凹陷反折腹膜,并剪开直至与对侧阔韧带腹膜切口相连(图 1-21、22)。

也可向头端牵提子宫,一张一弛,看清膀胱子宫陷凹皱褶处疏松腹膜,用长镊子提起并剪开小口,然后向两侧扩大与阔韧带腹膜切口相连(图 1-23、24)。为易于剪开此陷凹腹膜,宜稍离开腹膜与子宫粘贴处。

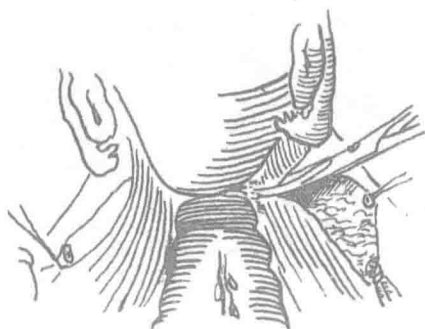


图 1-15 剪开阔韧带后叶腹膜

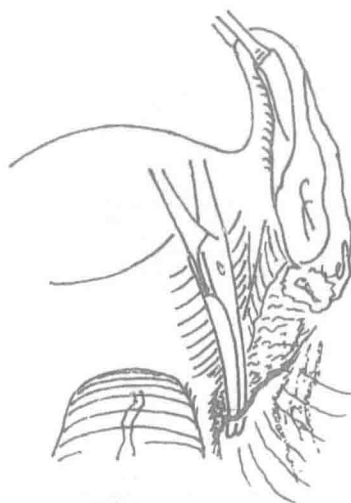


图 1-16 稍事分离宫骶韧带外侧窝

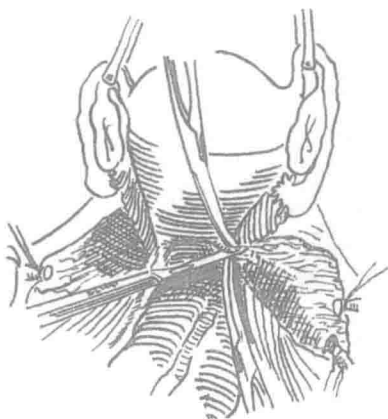


图 1-17 钳、切子宫骶韧带

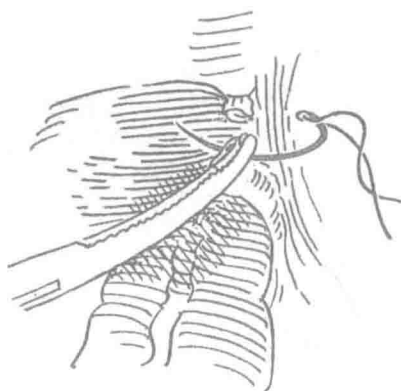


图 1-18 缝扎断端



图 1-19 剪开骶韧带间腹膜

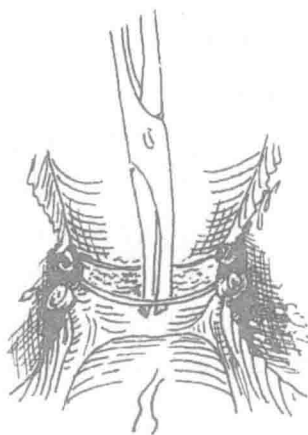


图 1-20 分离宫骶韧带间腹膜至宫颈外口水平

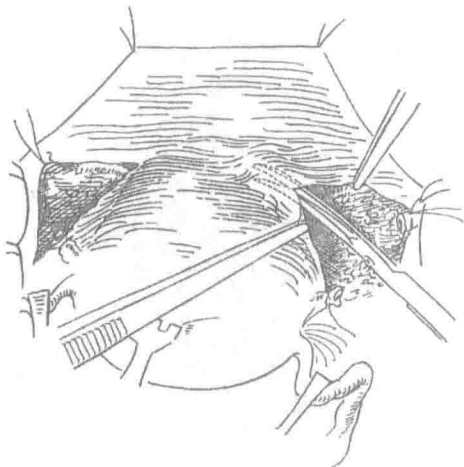


图 1-21 分离膀胱子宫反折腹膜

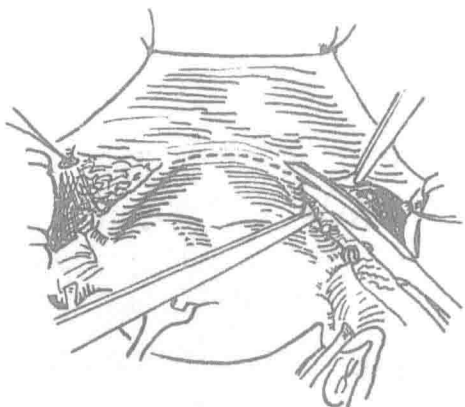


图 1-22 剪开膀胱子宫凹反折腹膜

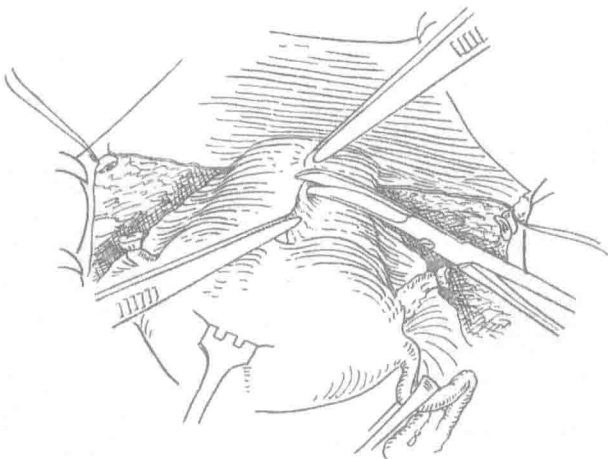


图 1-23 于子宫膀胱反折腹膜中间剪一小口

(九)分离膀胱

用两把 Allis 钳向足端牵提附着在膀胱侧的反折腹膜,子宫向头端(后上方)牵提,约与阴道纵轴成 30° 角。术者左手压低子宫下段,并一张一弛;或上下牵提子宫,使膀胱宫颈间隙疏松组织可辨。用精细脑膜剪刀头端闭合且弯头面贴近宫颈,于其膀胱宫颈无血管区的网状组织间隙,缓缓向阴道穹隆方向推插(图 1-25、26),如间隙正确,推插顺利,不出血。紧接着撑开剪刀,继之将凸面向两侧方向用力推至宫颈旁(图 1-27),膀胱可被分离。也可采用剪刀边伸入边分离,剪开膀胱筋膜与宫颈筋膜间的疏松组织(图 1-28)。在中线处结缔组织索较牢靠地附着于子宫下段时不适用。初学者也可用示指分离(图 1-29)。当膀胱宫颈间隙清楚可见时,此时可采用宽度适宜的 S 状拉钩伸入间隙拉开(图 1-30),分离完毕(图 1-31)。

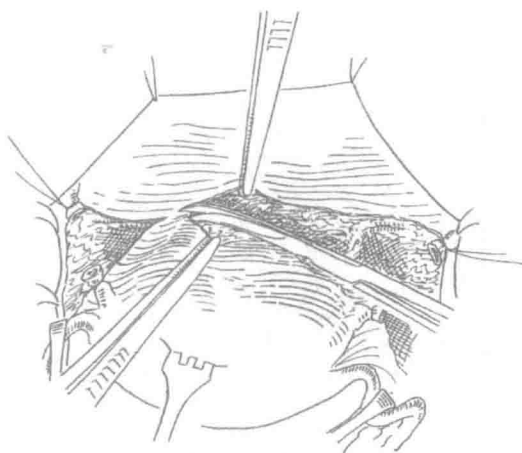


图 1-24 剪开子宫膀胱反折腹膜



图 1-25 用剪刀伸入膀胱宫颈间隙



图 1-26 剪刀弯头向宫颈并贴宫颈向下伸入(侧面观)



图 1-27 用剪刀凸面向两侧分离膀胱

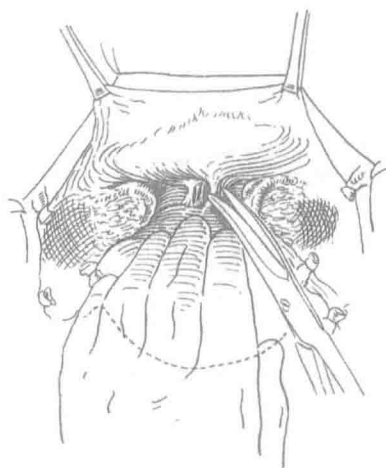


图 1-28 分离膀胱

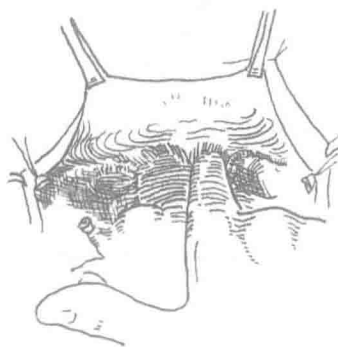


图 1-29 手指推离膀胱