

陈惠祯

妇科肿瘤手术精选

——
手术方法与技巧

(含DVD盘)

陈惠祯 蔡红兵 张帆 主编

湖北长江出版集团
湖北科学技术出版社

方法技巧

陈惠祯

妇科肿瘤手术精选

手术方法与技巧

陈惠祯 蔡红兵 张帆 主编

湖北长江出版集团
湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

陈惠祯妇科肿瘤手术精选:手术方法与技巧/陈惠祯等主编.
—武汉:湖北科学技术出版社,2007.5

ISBN 978 - 7 - 5352 - 3801 - 6

I. 陈… II. 陈… III. 肿瘤 - 妇科外科手术 IV. R737.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 027075 号

陈惠祯妇科肿瘤手术精选

——手术方法与技巧

◎ 陈惠祯 蔡红兵 张帆 主编

责任编辑:陈兰平

封面设计:王梅

出版发行:湖北长江出版集团
湖北科学技术出版社

电话:87679468

地址:武汉市雄楚大街 268 号
湖北出版文化城 B 座 12-13 层

邮编:430070

印刷:武汉中科兴业印务有限公司

邮编:430071

787 毫米 × 1092 毫米 32 开 5.125 印张

103 千字

2007 年 5 月第 1 版

2007 年 5 月第 1 次印刷

定价:300.00 元(含 DVD 6 盘)

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

主 编	陈惠禎	蔡红兵	张 帆
副主编	朱丽莉	肖国宏	徐锦峰
	陈惠君	蔡鸿宁	刘春玲
编著者	王 浩	王焱林	朱丽莉
	李建国	刘诗权	刘春玲
	刘丝荪	刘茂春	江大琼
	江依群	闫翠华	陈惠禎
	陈惠君	陈 勇	张 帆
	苏志红	何其芳	吴绪峰
	肖国宏	汪向红	汪国荣
	易为良	欧阳艳琼	杨双祥
	罗立立	胡 平	赵祥芹
	袁建寰	徐锦峰	康庆莉
	夏桂芝	辜为为	彭晓庆
	熊 艳	谭文福	漆林涛
	蔡红兵	蔡鸿宁	

前 言

自 1990 年以来,我们先后策划录制出版了《妇科肿瘤系列手术录像》、《妇科肿瘤经典式和新式手术集锦》和《常见妇科恶性肿瘤治疗常规》三部手术录像带或 VCD,得到同仁的欢迎和好评。

17 年来,妇科肿瘤手术治疗又取得新进展,笔者有了更多的手术创新和经验,手术操作更为规范。为此我们感到以前摄制的手术录像有许多不足。为弥补这些不足,我们用了近一年时间精选了 12 例手术重新录制成一套 DVD,包括:宫颈锥形切除术,标准性(保守性)全子宫切除术,筋膜内全子宫切除术,Ⅰ类(Ⅰ型)扩大子宫切除术,Ⅱ类(Ⅱ型)扩大子宫切除术,Ⅲ类(Ⅲ型)扩大子宫切除术,子宫体癌分期手术,早期卵巢癌(Ⅰ、Ⅱ期)分期手术,晚期卵巢癌最大限度缩瘤术,外阴广泛切除术加双腹股沟淋巴结切除术加腹膜外盆腔淋巴结切除术(右侧),外阴单纯切除术,阴式全子宫切除术(含阴道前后壁修补及宫颈、宫体肌瘤剔除术)。

这套光盘所选病例真实,具有典型性,手术操作规范、准确,摄像构图完整,配音解说语音纯正,具有较高的学术水平和推广价值。

为了配合这套手术录像(DVD)的出版发行,我们特别编著了《陈惠祯妇科肿瘤手术精选——手术方法与技巧》一书。该书共5章。重点章节是第4章,阐述了12例手术的手术方法与技巧,前半部分(方法)记录了陈惠祯教授对12例手术的操作过程,并根据其DVD解说词编写而成,实用性强;后半部分(技巧)汇集了陈惠祯教授对12例手术的感悟、经验与体会,具有较强的实用性。其他章节为手术治疗的基本原则,手术基本操作,妇科肿瘤手术常用器械,妇科肿瘤盆腔手术并发症的处理。内容十分具体,可操作性强,可供同仁借鉴、参考与研讨。

本书的编著得到多位专家的指导、同仁的帮助,以及武汉大学中南医院电教中心的大力支持,在此一并表示衷心感谢!对本书及DVD不足之处,恳请同仁批评指正。

编著者

2007年4月

目 录

- 1 手术治疗的基本原则 (1)
 - 1.1 熟悉盆腔解剖,使手术更为安全..... (1)
 - 1.2 严格掌握手术适应证,选择合适的手术方式
..... (2)
 - 1.3 做好术前准备,合理安排手术时间..... (2)
 - 1.4 充分暴露手术野,便于手术操作..... (3)
 - 1.5 熟练的技能,规范的操作..... (4)
 - 1.6 血管通道通畅,为用药输液提供途径..... (5)
- 2 手术基本操作 (8)
 - 2.1 切开 (8)
 - 2.2 止血 (9)
 - 2.3 打结..... (11)
 - 2.4 缝合..... (19)
- 3 妇科肿瘤手术常用器械..... (25)
 - 3.1 腹部手术常用器械..... (25)
 - 3.2 阴道手术特殊器械..... (37)
- 4 常见妇科肿瘤手术方法与技巧..... (40)
 - 4.1 子宫颈锥形切除术..... (40)
 - 4.2 标准性全子宫切除术..... (42)
 - 4.3 筋膜内全子宫切除术..... (48)

4.4	I类(I型)扩大子宫切除术	(52)
4.5	II类(II型)扩大子宫切除术	(56)
4.6	III类(III型)扩大子宫切除术	(61)
4.7	子宫体癌分期手术	(70)
4.8	早期(I、II期)上皮性卵巢癌分期手术	(75)
4.9	晚期卵巢癌最大限度缩瘤术	(84)
4.10	外阴广泛切除术及双腹股沟淋巴结切除术 (含下腹斜切口腹膜外盆腔淋巴结切除术)	(94)
4.11	外阴单纯切除术	(104)
4.12	阴式全子宫切除术(含阴道前后壁修补, 子宫颈、子宫体肌瘤及子宫腺肌瘤剔除)	(106)
5	妇科肿瘤盆腔手术并发症的处理	(111)
5.1	妇科肿瘤盆腔手术种类	(111)
5.2	术中并发症的处理	(111)
5.3	术后并发症的处理	(120)

1 手术治疗的基本原则

尽管放疗、化疗是妇科癌症治疗过程中有潜力且有效果的治疗手段,但是由于生理解剖学和肿瘤病理学的特点,多数恶性肿瘤的治疗仍以手术为主。手术可起到预防、诊断、分期治疗、姑息治疗和生殖道重建的作用。

1.1 熟悉盆腔解剖,使手术更为安全

手术有大小之分,同类手术的难度也不一样。有些医师认为,即使对解剖不够了解,也能成功完成绝大部分手术,而不强调手术解剖的重要性。但是我们必须知道,多数妇科癌症的手术范围较大,难度较高,加之盆腔解剖关系比较复杂,手术有一定风险。特别是手术中遇到的人体结构和解剖关系变异、变形,尤其是大的浸润性肿瘤,有既往手术史、局部脓肿、炎性粘连或者瘘孔存在时,手术难度较大或者很大,明晰解剖是必不可少的。对解剖的清楚了解有助于解决这些问题和更安全地实施手术。

作为一位妇科肿瘤医师,必须熟悉盆腔、腹腔及腹膜后间隙的解剖学,以及熟悉女性生殖道的淋巴引流。如果缺乏这些知识,就不能真正掌握手术操作以及妇科癌症的治疗。

手术的要求是松解粘连,恢复解剖关系,分离邻近器官或组织,包括血管、输尿管和神经等,控制肿瘤血供,松动肿瘤,最后按手术切除原则切除肿瘤,有时还包括区域淋巴结。具有良好的解剖学知识和熟悉的手术技巧就容易实施。若解剖



关系不清,操作不当,就有可能损伤正常器官或造成出血。

1.2 严格掌握手术适应证,选择合适的手术方式

各种恶性肿瘤有其各自的发展规律,应当深入了解其生物学特征。要根据病理类型、临床期别,以及患者年龄、全身情况加以考虑,具体分析,严格掌握手术适应证。若宜行手术治疗,则要选择合适的手术方式,既不盲目扩大,也不应该无原则地缩小,应以病人损伤最小、治愈机会最大为原则,针对每个病人治疗的需要选择一种合适的手术方式。因为手术做得不充分,可以造成局部复发,甚至转移。但切除过多,会给患者带来不必要的创伤,增加并发症,影响机体的防御功能。如果经全面考虑后认为病灶值得施行治愈性手术,则应毫不犹豫积极地完成必需的和最彻底的手术,甚至包括牺牲正常结构和损伤功能,宁可有某些损坏而获得永久康复,而不贪图眼前的良好美观效果以致早期死亡。不宜行根治性手术者可行姑息性手术,切不可勉强将癌瘤切除,一则手术容易发生危险,二则术后很快会复发,三则可能促使转移。这样既不能达到手术治疗的效果,又增加患者痛苦,甚至缩短生命。无手术适应证者可选择其他疗法。

1.3 做好术前准备,合理安排手术时间

对发现的肿瘤进行治疗是一种紧急的事,能及时手术者应尽早手术切除,这是无疑的。但是,能手术者立即给予手术治疗,则不一定是正确的。当出现水肿时,体积/时间比率大时(肿瘤体积大/发现时间短),或有假性炎症征象时,或有

其他原因不宜立即手术时,应劝告病人不要立即手术。病人应做术前放射治疗或进行全身或区域化疗,或对于激素依赖性癌瘤,给予激素治疗。经过这样术前准备的病人,手术的疗效似乎比较好,至少术后头3年是如此。

1.4 充分暴露手术野,便于手术操作

充分暴露手术野包括四个要点。首先是合适的体位。在妇科肿瘤手术时,患者的体位十分重要,它决定着是否能充分暴露视野,尤其是肥胖的患者。大多数妇科肿瘤手术是经腹部施行,病人常规取仰卧位,两侧髻嵴应平行超过手术台的上半截,以使病人呈过伸体位,这样可使骨盆展开,后腹部(尤其是主动脉淋巴结)靠近切口,同时也展开了上腹部。如病人较胖,在腰骶部放一个海绵垫,或一个长枕头使骨盆后方略高,大腿稍下曲,使脊柱和骨盆入口平面扩大,脐耻间的距离延长,骨盆底变浅,有利于盆腔深部的操作。

另一种体位是头低仰卧位,可为腹腔镜提供最佳盆腔暴露。在重力作用下,使大肠、小肠从盆底移位至上腹部。

还有一种体位是膀胱截石位。截石位高、低程度不同,以极高和低截石位最为常用。脚镫装置容易提高截石位,给手术者和助手带来良好的会阴的暴露。可是,大腿在髻部的屈曲超过 90° 时可能导致股神经和坐骨神经根的损伤,尤其是这一体位维持超过3~4小时或助手倚靠在病人腿上时。长时间截石位术后,也可引起髂静脉血栓形成。腿部应避免与悬镫的金属撑杆直接接触,脚避免直接接触(应垫柔软纤维布料)。长时间手术应再次检查腿部,以确定脉搏仍存在,腓肠



肌或腓神经没有受压迫。

其次是切口,就手术安全性而言,适当的切口是手术操作必需的,这一原则不仅适用于腹部切口,也适用于其他解剖部位的切口。

第三点是修复解剖关系,即松解粘连、恢复手术野中器官和解剖结构的轮廓,松动肿瘤或切除组织。若省去了这一步,当组织器官未处在所熟悉的解剖关系上,就容易犯错误。在暴露良好、解剖清楚的情况下,手术就可以顺利地进行,并为进入困难的区域进行手术操作创造了条件。

第四点也是最重要的一点,保持手术野干净。血液不透明,在血液模糊的手术野中进行操作,既降低了能见度又易产生疲劳,因而有可能导致手术操作和判断上的失误。

1.5 熟练的技能,规范的操作

妇科恶性肿瘤手术,特别是首次手术的成败,关系到术后生存质量与生存时间。从某种意义上说,病人的生命掌握在医生手中。因此要求由训练有素的妇科肿瘤医师实施手术。

所谓训练有素的妇瘤医师,是指经过正规训练的医师,能精通妇科肿瘤病理生理学、相关解剖学、诊断学,并具有全面的熟练的治疗技能,能开展妇科肿瘤各种根治性手术,操作娴熟,还必须能够处理妇科肿瘤治疗中常常出现的肠道问题和泌尿道问题,或取得外科医师的合作,还能够处理好各种手术并发症,等等。此外,作为一位训练有素的妇科肿瘤医师,必须有高度责任感,有耐心,坚韧不拔。这样的医师才能很好地完成妇科肿瘤各种根治性手术,包括制定手术治疗方案和术

后的处理。

技术操作的谨慎,可以减少手术过程中局部、区域和全身扩散的危险,务必要求做到如下几点。

(1) 操作要轻巧、准确,切忌按揉或挤压肿瘤。

(2) 应采用锐性解剖,少用钝性分离,因后者易使癌细胞在淋巴流或血流中播散。

(3) 术中先阻断静脉回流(先结扎静脉尔后处理动脉)和淋巴液回流,先切除肿瘤周围部分,再处理肿瘤邻近部位。

(4) 切除范围要足够,切除肿瘤要完整,周边要有一定的正常组织,要整块切除。

(5) 创面及切缘需用纱布垫保护,要避免肿瘤破裂,尽量不做肿瘤穿刺,以免造成肿瘤局部种植。若肿瘤已破损,应用塑料布或纱布将其包扎,使其与正常组织或创面隔离。

(6) 手术结束时,冲洗创面,放置适当的抗癌药物,然后依次缝合。

1.6 血管通道通畅,为用药输液提供途径

在多数情况下,静脉(IV)管常规置入周围静脉,由护士来完成。较复杂的病例,则需要中心静脉插管。妇科肿瘤医生必须熟悉完成静脉通道的不同方法、术后护理及相关的并发症。

(1) 外周静脉通道。手术及术后的各种治疗需要常规建立静脉通道,对大多数病人,一条静脉通道足以为用药输液提供途径。建立外周静脉通道操作简单易行,通常的部位在前臂内侧和手背上。现在多为带针芯的聚乙烯套管针。这种导



管不易产生静脉穿孔和药液外渗,对局部刺激反应少,不易导致浅表血栓静脉炎和输注时轻微活动不受影响。

(2) 中心静脉通道。如果病人较长时间输液和化疗,最好采用中心静脉通道。可用套管针经皮穿刺锁骨下或颈内静脉放置导管。围手术期的适应证包括预期输注液体、血液制品、中心静脉压(CVP)测量和术后静脉高营养的治疗。一般病人选用单腔管就够了,多腔导管适应肺动脉压监测和心脏情况监测,如常用 Swan-Ganz 漂浮导管。

(3) 中心静脉导管的并发症。因感染或血栓形成并发症,大约 10% 的中心静脉导管需要拔除。长期存在中性白细胞减少的情况下,感染会增加,与植入式导管比较,外植式导管更易产生感染。如果在导管插入处或储器植入部位出现蜂窝织炎或脓肿形成,并非预示一定要立即拔除导管,通过系统抗生素治疗,大多数可持续保留。一旦证明导管很可能是感染的来源,应通过感染的导管输入有效的抗生素,因为导管感染的发生机制可能含有导管内血栓中游离出的细菌。维持导管内适当的液流是很重要的。在应用血栓溶解剂清理感染的导管之前,必须给与足够剂量的抗生素,因为血栓溶解后有可能释放出病原菌进入血液。

如果储器或导管腔内感染出现临床症状,抗生素治疗无效,应拔除导管装置。开放储器植入部位,待其肉芽形成愈合。有必要在对侧开放临时性中心静脉通道,继续用抗生素治疗。在长期使用血管通道装置的病人中,几乎都有不同程度的导管血栓形成。在多数病例中,导管尖端周围形成纤维蛋白鞘,但不会产生明显的后遗症。在这导管中更常见的问

题是,通过导管输液毫无困难,但不能产生良好的回血,如果病人不能从其他途径抽血,常可输注尿激酶清理中心导管。清理由血栓造成的导管闭塞,导管内应用尿激酶也同样是很有效的。

长期携带导管的病人,要密切观察、随访。通过静脉造影检查,发现与导管相关的血栓形成的发生率高达40%,但出现症状的静脉闭塞仅有5%。当确实出现了静脉血栓形成的症状,应给予系统的抗凝剂和合理的纤维蛋白溶解剂治疗。若抗凝剂不能消除症状,应拔除导管。应用小剂量的华法令(苧丙酮香豆素)可降低静脉通道装置血栓形成的发生率。

(蔡鸿宁 陈惠祯 吴绪峰 袁建寰)



2 手术基本操作

手术者要成功地完成手术,就必须掌握手术的各种基本功,如手术的局部解剖、切开、缝合、打结、止血等基本知识、基本技术、基本技能等。无论手术多么复杂,都是通过各种基本操作完成的。基本操作的优劣及熟练程度,直接影响各种操作的完成和手术效果,关系到手术能否顺利进行以及术后并发症和后遗症的发生。

作为一位妇科肿瘤医师,手术操作要力求做到“稳、准、轻、快”。“稳”是指有条不紊;“准”是指准确无误;“轻”是指轻柔灵活;“快”是指熟能生巧方可快。“稳”字当头,“准”之核心,“轻、快”之下见功夫。

手术的基本操作包括:切开、剥离、止血、结扎、缝合、引流、拆线等。这里我们主要介绍切开、止血、结扎、缝合。

2.1 切开

切口的选择:手术切口的选择应根据手术的特殊性以及手术野显露的需要进行全面分析而定。一般来说切口应在病变附近,且不损伤重要的解剖结构。妇瘤手术一般选择下腹正中切口。如肿瘤巨大或为恶性肿瘤须行盆腔淋巴结切除术则向左绕脐上1~5 cm,甚至延至全腹,切口大小根据术中具体情况决定;如为良性肿瘤亦可选择下腹横切口;如行腹股沟淋巴结切除可取经腹股沟直切口、经腹股沟弧形切口、下腹弧形切口、大腿内侧上端斜切口;外阴手术采用外阴内外侧椭圆形切口

线;外阴上皮内瘤变切口线应位于病变边缘外5~6 mm正常上皮,外阴恶性肿瘤切口线应于病变边缘外2 cm。

切开:较大的切口由手术者与助手用手在切口两旁或上下将皮肤固定(小切口由手术者用拇指及示指在切口两旁固定),刀尖先垂直刺入皮肤,然后再转至与皮面呈45°斜角,用力均匀切开皮肤及皮下脂肪,直达预定切口的长度,再将刀转成90°与皮面垂直方向,将刀提出切口。切开要一次成功,避免多次切割,以免切口边缘参差不齐,影响愈合。切开时应防止刺入过深,以免损伤深部组织。对皮下脂肪较厚者,切开时要注意避免将皮下脂肪向一侧牵拉,以免切线偏斜。对深部组织应逐层切开,先用刀切开皮肤层,然后用电刀切开皮下脂肪。切开深筋膜及肌腱腱鞘时应先做一小口,用血管钳深入分离,再行剪开,以免损伤深层的血管、神经等组织。切开肌肉时,应沿肌纤维方向用刀柄或手指分离。切开腹膜时,注意勿损伤内脏,尤其注意有腹腔炎症或以往手术患者可能存在腹腔脏器与腹膜的粘连。

(刘春玲 王 华 罗丽丽)

2.2 止血

止血是整个手术过程中持续使用的基本操作,要求迅速、准确。完整的止血不仅可以节约用血、防止失血,并可保证手术野的清楚暴露,有利于进行解剖,避免重要器官的损伤。此外,还关系到病员术中及术后的安全、切口的愈合及减少并发症的发生等。一般小的渗血点,可用压迫止血。较大的出血点,可先予血管钳尖端准确夹住,然后用结扎法、缝扎法或电