

实用妇科肿瘤手术学

(第二版)

主编 陈惠祯 吴绪峰 张蔚



科学出版社

www.sciencep.com

实用妇科肿瘤手术学

(第二版)

主编 陈惠祯 吴绪峰 张 蔚

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书共分 18 章,主要内容有手术治疗的地位及其基本原则、手术前检查和病人的准备、手术解剖学、手术后病人的管理、下生殖道上皮内瘤变及子宫内膜增生的处理、恶性滋养细胞肿瘤的治疗、盆腔脏器切除术、整形手术、尿流改道术,以及外阴、阴道、子宫颈、子宫体、卵巢、输卵管恶性肿瘤的手术治疗及综合治疗,盆腔根治术并发症的处理,手术后生活质量和康复。共附有 300 多幅插图和文字说明。

本书具有系统、新颖、专业性和实用性强等优点,可供肿瘤临床工作者、妇产科医师、妇女保健人员、医学院校学生使用。

图书在版编目(CIP)数据

实用妇科肿瘤手术学/陈惠祯,吴绪峰,张蔚主编.—2版.—北京:科学出版社,2006

ISBN 7-03-017016-4

I. 实… II. ①陈…②吴…③张… III. 肿瘤-妇科外科手术 IV. R737.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 020431 号

责任编辑:农芳王晖/责任校对:钟洋

责任印制:刘士平/封面设计:黄超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

1990 年 9 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2006 年 6 月第 二 版 印张:36

2006 年 6 月第一次印刷 字数:856 000

印数:1—3 000

定价:128.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

《实用妇科肿瘤手术学》(第二版)编写人员

主 编	陈惠祯	吴绪峰	张 蔚		
副 主 编	张 帆	欧阳艳琼	邬东平	袁建寰	彭晓庆
	方芙蓉	谭文福	徐小霞		

编 著 者 (按姓氏拼音排序)

蔡红兵	蔡鸿宁	蔡 林	蔡孟军	常 宏
陈慧君	陈惠祯	陈 刚	陈 红	陈雅卿
陈 沂	程 红	程 晶	邓 敏	丁克家
方芙蓉	费曦艳	龚德芳	辜为为	黄 奕
江大琼	江 森	金 晶	金 伟	居敬秀
孔为民	李汉贵	李家福	李晓兰	李志英
梁 辰	刘春玲	刘茂春	刘明娟	刘少扬
刘诗权	刘履光	林丛尧	楼洪坤	楼寒梅
卢玉兰	马 丁	欧阳艳琼	潘 珊	彭 勉
彭晓庆	齐金菊	邱惠玲	莎比娜	宋克玉
孙建衡	谭文福	田 红	汤春生	万德宁
万美兰	王 浩	王 华	王 玲	王世宣
王焱林	王中显	汪 莉	汪国荣	吴 斌
吴道芹	吴 华	吴绪峰	邬东平	夏 婷
肖 琳	肖国宏	解 晨	熊 艳	徐小霞
许学先	闫翠华	颜 琳	杨庆忆	杨志伟
杨伟红	叶美珍	余小云	袁运水	袁建寰
张 帆	张元珍	张广德	张 琳	张志毅
张 蔚	曾庆大	郑 虹	周友珍	朱丽莉

第二版前言

近年来,妇科肿瘤的手术治疗已有了飞速的进展,如新的手术方法的创建、原有手术方式的改进等。但是,系统论述妇科肿瘤手术学的专著很少。为此,我们参阅国内外相关文献资料,并根据多年临床经验,修订了本书。

第二版由第一版的9章调整扩大为18章,由37万字增加至85万字,增加了大量插图。第二版在第一版基础上增加了一些新章节,如“手术解剖学”、“外阴疣状癌、基底细胞癌、腺癌、肉瘤”、“阴道透明细胞癌、肉瘤、内胚窦瘤、黑色素瘤”、“原发性腹膜肿瘤、卵巢肉瘤及卵巢转移癌手术治疗”、“妇科肿瘤中的尿流改道术”、“危重病人监护”等,使内容更全面。同时,对第一版内容做了大量的更新,补充了许多新内容,既介绍了经典的手术方式,也介绍了近15年来妇科肿瘤手术治疗的新进展、新技术以及作者的手术创新及经验,使手术操作更规范、更切合实际、更具可操作性,手术适应证更准确,供同仁借鉴。

在繁忙的临床和研究工作中,各位专家抽出时间将自己的新经验和新成果总结出来供再版应用。在此,我们表示衷心的感谢。另外,由于医学在不断发展,缺点与不足在所难免,诚恳期盼各位同道指正。

陈惠祯 吴绪峰 张 蔚

2006年5月20日

第一版前言

手术是治疗妇科恶性肿瘤的主要方法之一,已广泛应用于临床。近年来,手术治疗妇科肿瘤有了新的发展,如新的手术方式的创立,原有手术方式的改进,手术分期更加切合患者病情等,从而提高了手术治疗效果,减少了并发症。然而,国内尚缺少对近代妇科肿瘤手术作系统介绍的专著。为此,我们根据多年的临床经验,参阅国内外有关文献和专著,编写了本书,以供肿瘤临床工作者、妇产科医师、妇女保健人员及医学院校师生使用。

本书着重于理论与实践相结合,力求具体而实用。对常见的妇科恶性肿瘤的手术方式作了详细的讨论,反映了不同学者的不同观点,并提出我们的见解;对主要的手术方法和步骤作了重点叙述,并附有插图和文字说明;对少见的妇科恶性肿瘤的手术治疗和某些与手术有关的问题亦作了扼要的介绍,以供读者借鉴。由于医学科学的迅速发展,书中难免有疏漏和不妥之处,祈请同道指正。

编 者

1990年1月于武汉

目 录

第一章 手术治疗的地位及其基本原则	(1)
第一节 手术治疗在诊治及预防中的地位	(1)
第二节 手术的基本原则	(5)
第二章 手术前检查和病人的准备	(10)
第一节 手术前检查	(10)
第二节 病人评估	(13)
第三节 手术前准备	(17)
第三章 手术解剖学	(23)
第一节 腹前壁及女性股前区解剖	(23)
第二节 横膈及大网膜解剖	(30)
第三节 腹膜后解剖	(33)
第四节 盆腔解剖	(40)
第五节 外阴和会阴解剖	(53)
第四章 下生殖道上皮内瘤变及子宫内膜增生的处理	(57)
第一节 外阴鳞状上皮内瘤变	(57)
第二节 外阴非鳞状上皮内瘤变	(65)
第三节 阴道上皮内瘤变	(68)
第四节 子宫颈上皮内瘤变	(75)
第五节 子宫内膜增生	(101)
第五章 外阴恶性肿瘤手术治疗	(111)
第一节 外阴浅表性浸润癌	(111)
第二节 外阴鳞状细胞癌	(116)
第三节 外阴恶性黑色素瘤	(143)
第四节 外阴疣状癌、基底细胞癌、腺癌、肉瘤	(149)
第六章 阴道及尿道恶性肿瘤的手术治疗	(154)
第一节 阴道鳞状细胞癌	(154)
第二节 阴道透明细胞癌、肉瘤、内胚窦瘤、黑色素瘤	(161)
第三节 尿道癌	(166)
第七章 子宫颈癌手术治疗	(174)
第一节 子宫颈早期浸润癌	(174)

第二节 子宫颈浸润癌	(185)
第三节 子宫颈癌合并妊娠的处理	(240)
第八章 子宫体恶性肿瘤手术治疗	(248)
第一节 子宫内膜癌	(248)
第二节 子宫肉瘤	(286)
第九章 卵巢恶性肿瘤手术治疗	(304)
第一节 上皮性卵巢癌	(304)
第二节 上皮性交界性肿瘤	(366)
第三节 卵巢恶性生殖细胞肿瘤和性腺母细胞瘤	(374)
第四节 卵巢性索间质肿瘤	(385)
第五节 卵巢肿瘤合并妊娠的处理	(388)
第十章 原发性腹膜肿瘤、卵巢肉瘤及卵巢转移癌手术治疗	(409)
第一节 原发性腹膜肿瘤	(409)
第二节 卵巢肉瘤	(412)
第三节 卵巢转移性癌	(416)
第十一章 输卵管恶性肿瘤的手术治疗	(423)
第一节 原发性输卵管癌	(423)
第二节 原发性输卵管绒毛膜癌、肉瘤及转移癌	(429)
第十二章 恶性滋养细胞肿瘤的治疗	(431)
第一节 概述	(431)
第二节 病理分类、扩散方式、临床分期、治疗原则	(431)
第三节 化学治疗	(432)
第四节 手术治疗	(435)
第五节 放射放疗	(439)
第六节 预后及预后因素	(439)
第十三章 盆腔脏器切除术	(442)
第一节 盆腔脏器切除术的作用	(443)
第二节 术前评价手术切除的可能性	(443)
第三节 手术方式、适应证、手术范围及手术方法	(445)
第四节 手术并发症及盆腔残腔的处理	(457)
第五节 疗效	(459)
第六节 术后管理	(461)
第七节 禁忌证	(461)
第十四章 整形手术	(464)
第一节 外阴成形术	(464)
第二节 阴道成形术	(469)

第三节	其他整形术	(477)
第十五章	妇科肿瘤中的尿流改道术	(479)
第一节	尿流改道的一般原则及适应证	(479)
第二节	手术方式的选择	(480)
第三节	最常用的非可控性膀胱替代方式	(481)
第四节	可控性尿液改道术	(483)
第五节	原位尿流改道	(490)
第十六章	手术后病人的管理	(492)
第一节	手术后的一般处理	(492)
第二节	危重病人监护	(500)
第十七章	盆腔根治术并发症及处理	(509)
第一节	手术损伤	(509)
第二节	出血	(519)
第三节	肠梗阻	(523)
第四节	膀胱功能障碍	(526)
第五节	感染	(528)
第十八章	治疗后生活质量和康复	(534)
第一节	治疗后生活质量	(534)
第二节	妇科肿瘤病人的心理康复	(541)
第三节	妇科肿瘤病人的性康复	(547)
附录		(558)
附录 I	癌症相关性评价量表	(558)
附录 II	疾病特异性问卷示例	(559)
附录 III	症状特异性问题示例	(560)
附录 IV	一般性量表示例	(561)

第一章 手术治疗的地位及其基本原则

第一节 手术治疗在诊治及预防中的地位

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,但由于生理解剖学和肿瘤病理学特点,对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。

(一) 早期诊断和预防

女性生殖道肿瘤的早期诊断和预防占有十分重要的地位。对阴道涂片异常的妇女,在阴道镜指示下行传统的宫颈切除、激光手术、冷冻或环形电切术(LEEP),可以保护功能和预防癌症。通过激光或局部切除来诊断和治疗外阴浸润前疾病,就有可能避免进展为浸润性疾病及与之相应的广泛性手术治疗。

恰当地治疗子宫内膜增生可有效地预防子宫内膜癌的发生。治疗方案需根据个体情况而定。绝经前的子宫内膜增生而无非典型增生的患者,可行孕酮治疗,而绝经后的患者须行子宫切除术。如果是非典型增生患者,都应考虑子宫切除,但年轻且希望保留生育功能者仍可行孕酮治疗。

至今,没有一项检查或早期症状可准确预示卵巢癌或输卵管癌的发生,亦不可能提前发现哪些部位发生转移,预防这些肿瘤发生的唯一方法是在其发生前切除卵巢和输卵管。这些妇女包括有卵巢癌家族史(特定部位癌瘤)、乳腺癌-卵巢癌家族史或遗传性非息肉性结肠癌(Lynch II型综合征)家族史的妇女,在生育后(40岁左右)应考虑切除卵巢或输卵管(如为Lynch II型家族史妇女还应行子宫切除术),但必须经过严格的评估并考虑个人的意愿。

绝经后妇女,如因良性肿瘤行盆腔探查或子宫切除,应考虑切除卵巢和输卵管,以预防卵巢癌的发生。然而,绝经前的妇女是否同时切除卵巢和输卵管仍存在争议。一般不主张小于40岁的妇女切除输卵管和卵巢,除非有卵巢癌家族史者。45岁以前亦不考虑,45岁以上应建议切除,但要尊重个人的意愿。

(二) 诊断与分期

妇科肿瘤的诊断需通过手术活检来确定,用活检钳咬取活体组织行病理检查可确定外阴肿瘤、阴道肿瘤和宫颈肿瘤的诊断,但宫颈微小浸润癌或浸润前癌须行切除活检,以确定肿瘤的严重程度或部位。细针抽吸活检经细胞学分析可确定肿瘤扩散的范围,但不能提供组织细胞学类型和分级。卵巢癌、输卵管癌、子宫内膜癌组织学诊断须行手术探查。

目前,外阴肿瘤、子宫内膜癌、卵巢癌的手术分期已由国际妇产科联盟(FIGO)制定。

宫颈癌仍然沿用临床分期,但许多医疗中心也采用手术分期(剖宫术或腹腔镜)来拟定治疗方案。对于输卵管癌和子宫肉瘤的分期,FIGO 尚未制定,但临床输卵管癌参照卵巢癌手术分期,子宫肉瘤参照子宫内膜癌的手术分期方法。表 1-1 列举了目前各种妇科肿瘤的分期方法。

表 1-1 FIGO 妇科肿瘤分期方法

部 位	分 期	部 位	分 期
外阴	手术-病理分期	输卵管癌	无(大多数用卵巢癌手术-病理分期)
阴道	临床分期	卵巢	手术-病理分期
宫颈	临床分期	妊娠滋养细胞肿瘤	FIGO 分期(临床分期)
宫体(子宫内膜癌)	手术-病理分期		NIH 分类
宫体(肉瘤)	无(大多数沿用子宫内膜癌分期方法)		WHO 分类(根据危险因素)

注:FIGO:国际妇产科联盟;NIH:国家健康协会;WHO:世界卫生组织。

已确定或怀疑为妇科肿瘤的患者应由训练有素的妇科科医师做首次手术,因为准确的诊断与分期对患者以后的治疗有显著的影响。McGowen 与同事发现,妇科医师和普外科医师对卵巢癌患者做的分期手术,与妇科科医师比较,常不充分。这些研究还发现,在医学院附属医院接受分期手术的患者有 66% 的人进行了充分的手术,而在社区医院只有大约 50%。Young 和同事报道早期卵巢癌有很高的生存率,但他们强调这些资料仅针对接受了充分手术分期的患者而言。

除了解剖学的位置和疾病的分期之外,大多数的妇科恶性肿瘤的治疗计划还依赖于组织细胞学类型和组织学分级。手术医师的责任是向病理医师和细胞学医师提供完整的病史和他们希望从解剖学标本中获得的信息。病理医师和细胞学医师必须确保手术医师能从每个特殊标本提供的组织学诊断做出相应的处理。不应该由于他们之间交流失误而造成组织学或细胞学检查的错误。

(三) 手术作为首次治疗

外阴、阴道和宫颈浸润前病变常选择手术治疗,局部切除既是诊断性的,又是治疗性的。手术切除仅限于肉眼可见的病灶和镜下病灶,而不需要切除大面积的正常组织。对这些器官的微小浸润病灶,广泛局部切除(包括 1~2cm 正常组织边缘)是合适的。

局限性病变,如 I~III 期外阴癌, I 期阴道癌和 IB 期、IIA 期宫颈癌常选择整块根治性切除原发肿瘤和区域性淋巴结。这样的手术本身是一种有效的治疗,不需辅助治疗,除非有高危因素存在。正如第五章所述,外阴癌的治疗有保守性倾向。这样可以保留正常组织,以免手术导致外形的改变。其他一些肿瘤,手术是有效的治疗而无需辅助治疗。如早期子宫内膜癌、IA 期卵巢癌和早期子宫肉瘤。

术中的发现可能会决定术后须附加的治疗(通常称辅助治疗),如术中发现有隐匿性扩散(如阳性淋巴结)须行辅助治疗,因为其有高复发风险。

(四) 手术联合其他治疗

在许多女性生殖系统肿瘤中,手术治疗是治疗的基础,但有时单一应用,疗效并不好。

晚期卵巢癌和输卵管癌首次细胞减灭术是重要的,但不予以辅助治疗则疗效差。术后化疗是肿瘤治疗方案的重要组成部分。对于高级别或深肌层浸润的Ⅰ期或Ⅱ期子宫内膜癌患者,切除子宫十分重要。但术前或术后必须进行区域放疗,以保证患者得到最佳的治疗。

(五) 手术作为补救治疗

有时对其他治疗方法失败的患者,手术切除可能是有效的。这种手术常常是广泛的,而且会导致某些功能损害。其他治疗失败后,根治性手术可能是患者最后的存活机会。属于这种情况最典型的例子是外阴、阴道、宫颈或宫体癌首次手术和放疗失败或单纯放疗失败后,实际上包括所有盆腔组织的盆腔脏器切除术可能是唯一的治愈机会。据报道,盆腔脏器切除术的5年生存率为23%~61%。

盆腔脏器切除术是要付出代价的。切除膀胱和直肠后,需要永久性造口,许多患者出现性功能减退或完全消失。对于这些患者,重建术可能会避免造口和恢复性功能。在过去30年里,由于首次手术和放疗的改进,选择标准严格掌握,盆腔脏器切除术已很少采用。目前,大多数患者是远处治疗的失败而不是局部治疗的失败,所以他们不适合做盆腔脏器切除术。

在卵巢癌、输卵管癌以及某些子宫内膜癌,补救性手术有重要意义,对于首次治疗失败的患者,行二次细胞减灭术可能是有益的,是一种合理的补救手术。在这种情况下,手术很少能治愈,补救手术仅适用于小的残留病灶。据报道,腹腔化疗作为卵巢癌的补救治疗是有作用的,但仅适用于残留灶直径小于1cm的患者。

(六) 转移灶的手术

经选择的病例,妇科肿瘤远处转移灶手术切除可以是治愈性的,或延长患者的无瘤生存期。Fuller和同事随访了15位有远处转移而进行了肺叶切除的妇科肿瘤患者,5年生存率为36%,10年生存率为26%。一处转移的患者的中位数生存时间为64个月,多处转移的患者中位数生存时间为48个月。Levenback及同事报道,他们为45位子宫肉瘤转移的患者行肺叶切除术。术后5年生存率为41%,10年生存率为35%。从他们的统计发现,这种手术可提高一些患者的生存机会,如首次手术后1年或更长时间发生肺转移的患者。他们还发现结节(一侧肺)的数目、病灶大小、患者年龄、术后是否有辅助治疗等因素对生存率的影响无统计学差异。然而,这项研究中有少数患者没有进行这方面的评估。

切除腹部或盆腔转移灶可以缓解病情,或使放疗、化疗有更大机会消除病灶。切除血供较差的肿瘤而留下血供较丰富的小肿块,更有利于放化疗。切除大块病灶后可增加残余瘤细胞进入增殖周期的数量,而这些细胞对辅助治疗更具有反应性。术中电子束放射或术中近距离治疗等新技术的应用,对远处和区域性病灶的切除更有效果。

越来越多的证据表明,卵巢癌和输卵管癌的补救治疗只对很小的残余灶的患者有效。二次肿瘤细胞减灭术或区域性和远处转移病灶切除对这些患者的治疗起了重要的作用。最近的报道证实,手术切除肝脾实质的孤立转移灶可望有好的效果。

(七) 特殊治疗的手术操作

手术放置静脉通道装置可方便病人化疗和营养供给以及血样抽取相对简便、舒适。这

些装置通常为半永久性的皮下装置,是安全的,有益于病人健康,使其得到更有效的治疗。

做腔内治疗时,需放置暂时性或半永久性的胸导管。许多研究证实,经皮下进入腹腔的导管或血管导管感染率低,机能障碍发生率低。许多研究正在评估放置动脉导管的装置。这种装置是药物通过动脉通道直接到达肿瘤的位置。但这种装置通常需要经腹内手术将其放在血供适当的部位,现在做得最多的是介入治疗。

(八) 重建术

在切除肿瘤时有可能要行重建术(同时或延时),或为了纠正术后并发症而进行的治疗。在外阴癌首次手术时常常要做外阴重建术,可采用邻近游离皮瓣或转移皮肤脂肪组织皮瓣,或用大腿、臀部或前腹壁肌皮瓣。阴道重建术常是一种有计划的延期手术。阴道重建术根据缺损的大小和以前是否有过阴道放射治疗来决定用转移性皮瓣或肌皮瓣。在第十四章中详细介绍了外阴、阴道重建术的方法。

作为并发症的重建术可以修复愈合不良的伤口、放射坏死区、化疗药物外渗的组织坏死缺损。虽然皮瓣可用来修复手术裂开的伤口,或因化疗药物外渗坏死的组织缺损,但放射坏死区需要用肌皮瓣来修复。因为这样的缺损缺乏血供。

(九) 姑息性手术

姑息性手术包括切除肿瘤以缓解症状,或部分胃肠道或泌尿道改道或分流以延长患者的生命,减轻患者的痛苦。也可通过阻断感觉神经通路来减轻患者的痛苦。许多权威人士对切除大块肿瘤的姑息治疗失去信心。他们指出,没有有效的辅助治疗,术后肿瘤迅速增大,导致手术失败。虽然某些病例确实存在这种情况,但妇瘤科医师不能全盘否定姑息治疗手术。为了缓解症状而行手术治疗,如果在6~12个月肿块增大了,这样的手术是失败的。尽管化疗有副作用,姑息化疗6~12个月,如果肿块缩小或稳定了,那么其治疗是成功的。作为妇瘤科医师必须记住,手术有一定的风险以及有一定的缓解期,可以像6~12个月姑息性化疗或一个疗程姑息性放疗一样得到缓解。最困难的是精确的手术评价,以及患者身体状况和意愿的判断,而做出何时施行姑息性手术。

姑息性手术常用来缓解有一些特殊的功能障碍,如泌尿道或肠道梗阻,通过输尿管膀胱吻合或置入泌尿道导管,以缓解泌尿道梗阻。这需要根据梗阻部位或病灶是局限性或广泛性来选择应用。泌尿道导管可暂时性或永久性缓解患者输尿管瘘、膀胱阴道瘘或尿道阴道瘘的症状,还可以缓解泌尿道梗阻,延长生命以便辅以化疗或放疗。在实施这样的手术时,外科医师的判断和病人的意愿要符合一些基本的要素。患者由于持续的泌尿道瘘而带来的痛苦,或对辅助治疗可能有益,这样就应该行尿路分流。然而,为了延长生命而行尿路分流,这时就应该慎重考虑。对一个生存希望很小的患者或不能控制疼痛的患者,行尿路分流则弊大于利。

妇瘤科医师还必须考虑非手术方式的尿路分流的优点,如放置导管或经皮肾造口。对于许多患者,经皮肾造口优于手术干预。特别是针对辅助化疗或放疗的患者,或患者由于身体状况或其他外科情况考虑,而不适于手术时,这种方法更可取。不幸的是,经皮肾造口无助于有瘘孔的患者,因为肾造口不能完全分流尿液。

通过膀胱镜或顺着皮肾造口放置导管是一种很好很安全的缓解梗阻的方法,它优于尿路分流。目前的技术可数月换一次导管,而且在膀胱镜指导下可通过牵引线容易置换。

Rubin 与他的同事评估了 52 位肠梗阻的卵巢癌患者,他们都进行了姑息性的剖腹探查术。83% 的病人完成了某些手术,而 17% 的病人不可能手术。在 43 位可行手术的患者中,有 79% 的人能给予常规饮食或低渣饮食。这 43 人平均生存时间为 6.8 个月,而仅行剖腹探查的 7 名患者,平均生存时间为 1.8 个月。

(吴 斌 陈惠祯)

第二节 手术的基本原则

(一) 熟悉盆腹腔解剖,使手术更为安全

手术有大小之分,同类手术的难度不一样。有些医师认为,即使对解剖不够了解,也能成功地完成绝大部分手术,因而不强调手术解剖的重要性。但我们必须知道,多数妇科癌症的手术范围较大,难度较高,加之盆腹腔解剖关系较复杂,手术有一定的风险。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,放射治疗后,有既往手术史,复发性肿瘤,局部脓肿,炎性粘连或漏孔存在时,手术难度较大或很大,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、腹部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,以及妇科肿瘤的治疗。

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大出血。

(二) 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,也不应该无原则的缩小,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须的和最彻底的手术,甚至包括牺牲正常结构和损伤功能,宁可有某些损坏而得到永久康复,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。

(三) 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/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。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。

(四) 充分暴露手术视野,便于手术操作

充分暴露手术视野包括四个要点。

1. 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,两侧髂嵴应平行超过手术台的上半截,以使病人呈过伸张体位,这样可使骨盆展开,后腹部(尤其主动脉淋巴结)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,为腹腔镜提供最佳盆腔暴露。在重力作用下,使大、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。脚蹬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,大腿在髋部的屈曲超过 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,也可引起髂动脉血栓形成。腿部应避免与悬蹬的金属撑杆直接接触,脚也避免直接接触(应垫柔软纤维布料)。长时间手术应多次检查腿部,以确定脉搏仍存在,腓肠肌或腓神经没有受压迫。

2. 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。

3. 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,因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。

4. 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,既限制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。

(五) 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。

所谓训练有素的妇科肿瘤医师,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。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,持有耐心,坚忍不拔。这样的医师才能很好地完成妇科肿瘤各种根治性手术,包括制定手术的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:

- (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,因后者易使瘤细胞在淋巴流或血流中播散。
- (3) 术中先阻断静脉回流(先结扎静脉而后处理动脉)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) 创面及切缘须用纱布垫保护,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。

(陈惠祯 袁建寰 吴 斌)

(六) 血管通道通畅,为用药输液提供途径

在多数情况下,静脉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。

对手术来讲,采用 18~20Gauge 的外周静脉导管是合适的。根据用药和输液的需要,静脉导管可留置 48 小时无需更换部位,若超过 48 小时,就增加局部炎症产生的危险。一旦拔针后炎症常有自限性,可采用热敷治疗。在罕见的情况下,出现浅表静脉的葡萄球菌属细菌感染、产生严重的痛性红斑反应和化脓,对此并发症的治疗是热敷和全身性应用抗生素。在免疫功能降低的病人中,当感染和伴随静脉血栓形成持续存在;用化学治疗药物,特别是阿霉素、放线菌素 D 等药物大量外渗时造成局部组织损伤,必要时行手术切除和清创术处置。

2. 中心静脉通道 中心静脉通道最常见的是临时静脉通道及中心静脉穿刺术。如果病人较长时间输液和化疗,最好采用开放中心静脉,可用套管针经皮穿刺锁骨下或颈静脉内静脉放置导管。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。而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。

根据用途、病人体型、医生对解剖学的熟悉程度及经验,决定通道的选择。我们优先选

择锁骨下静脉路径的静脉通路。其优点是导管容易固定,头颈活动不受限制,利于长时间留置,护理方便,缺点是可能穿破胸膜,出血造成血气胸。因此,穿刺前告知病人后签订同意书,方可实施。值得注意的是在输注药物和大量补液前应检查证明导管在静脉内才能进行。如果病人由于使用细胞毒类化学药物治疗或患有特发性血小板减少症,血小板小于 $20 \times 10^9/L$ 时,在行中心静脉导管插入前应输注血小板。

中心静脉导管的置入有两个重要的晚期并发症,血栓形成和感染。感染率直接取决于导管伤口的护理和置管时保持严格的无菌技术,其敷料应24~48小时更换一次,保持插管处周围皮肤干净清洁。定期用肝素液冲洗导管,可避免和降低血栓形成。在中心静脉通道中有一种半永久性静脉通道,分别为经皮外置式导管和皮下储器埋藏式导管。根据使用的强度和恶性肿瘤的类型选择导管。对于标准的化学治疗方案的大多数实性肿瘤病人,储器埋藏式导管较外置式导管更适用,它无需用敷料,减少用肝素冲洗次数(每月一次)以及很少感染,使病人的生活综合质量提高,其价格也经济。

半永久性导管插入的基本方法有直刺或经皮穿刺(Seldinger法和皮下剥离置管术)和切开等方法。直刺技术最常用颈内静脉置管。病人取Trendelenberg体位(垂头仰卧位),用22gauge针定位穿刺静脉,然后并行插入14gauge针,拔出针芯,把导丝插入颈静脉,再拔出14gauge针,保留导丝,在皮肤上划一小口以容纳静脉扩张器,扩张器沿导丝进入颈静脉,然后取出扩张器,保持导丝在恰当的位置,沿导丝插入导管,最后拔出22gauge针和导丝。

剥离技术的典型应用是锁骨下静脉导管插入,剥离皮鞘覆盖扩张器,导管沿导丝插入静脉,保持皮鞘在恰当位置,若选择植入式导管,应在皮肤下分离出一个皮袋,把储器固定好很重要,储器不至于翻转,否则通道无法使用。

半永久性静脉导管插入方法中,我们更喜欢静脉直接切开法,切开部位可选择头静脉或颈外静脉,选择头静脉的优点是可以利用同一切口为储器分离出一个皮下袋,为了暴露头静脉,在胸肌和三角肌之间的沟上做皮肤切口,在脂肪垫下找出头静脉,暴露1.5~2cm,穿过2根3-0PGA可吸收线,远端结扎,切开静脉,导管插入头静脉,同时松弛近端扣,X线透视导管位置,确定导管尖端位于上腔静脉或右房,安全可靠地结扎近端缝线,以维持导管位置。用肝素液冲洗导管,皮下间隙安置储器,缝合皮肤后,再次胸透证实导管位置,无气胸存在。

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。长期存在中性粒细胞减少的情况下,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,必须给予足够剂量的抗生素,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几乎所有病人中,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,并不产生明显的后遗症。在这导管中更常见的问题