

JICENG YIYUAN

FUCHANKE SHOUSHUXUE

基层 医院妇产科手术学

主 编 彭 鹏 杨淑华 杨俊艺 徐 彬 程建军
副主编 胡秀华 余祖华 胡查明 周春荣 陈国平



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

基层医院妇产科手术学

主 编	彭 鹏	杨淑华	杨俊艺	徐 彬	程建军
副 主 编	胡秀华	余祖华	胡查明	周春荣	陈国平
编写人员	刘南保	谭秀萍	胡玲妹	徐东寿	张碧莲
	陈小玲	于 云	陈玉霞	熊衍珂	程梅兰
	张隆庆	黄海林	余何之	彭艳云	彭小华
	吴迎春	余正友	陈雪珍	刘小妹	王智芳
	彭海瑛	蒋香莲	徐建民	郑建新	张 伟
	吴少清	王桂荣	谢 宇	陈 平	熊成榜
	吴玉华	应红青	王松泉	柏胜梅	



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 提 要

作者们集多年丰富的临床经验,编撰了本书。该书系统地介绍了妇科、产科及计划生育的临床常用手术操作 100 余种,内容上图文并茂、临床实用性强,读者能一目了然。

本书适于妇产科的住院医师、主治医师和基层医院妇产科的工作人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

基层医院妇产科手术学/彭鹏,杨淑华,杨俊艺,徐彬,程建军主编. 上海:第二军医大学出版社,2011.9

ISBN 978-7-5481-0268-7

I. ①基… II. ①彭… ②杨… ③杨… ④徐… ⑤程…

III. ①妇科外科手术②产科外科手术 IV. ①R 713

②R 719

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 148497 号

出 版 人 陆小新

责任编辑 刘 向 高 标

基层医院妇产科手术学

主 编 彭 鹏 杨淑华 杨俊艺 徐 彬 程建军

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

上海第二教育学院印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 20 字数: 487 千字

2011 年 9 月第 1 版 2011 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0268-7/R·1065

定价: 58.00 元

序

我国妇女占全国总人口的一半,妇产科手术学在临床治疗中有着重要的、不可替代的作用。彭鹏主任医师系江西籍在宁波工作的教授、专家,因其学术造诣和影响,出版社邀请彭鹏教授撰写一本适用于基层医院妇产科的手术学。彭教授组织了一批工作在临床一线的、经验丰富的专家和医师,参阅了大量的国内外相关文献,结合临床经验与体会完成了这部《基层医院妇产科手术学》。可以预测,本书的出版,必将会对我国广大基层医院妇产科的临床医师起到切实地帮助作用,并成为他们的良师益友。

彭鹏主任医师、教授从医已经 50 余年,退休后一心思故乡——鄱阳,不受上海、杭州、宁波、广州、深圳和鹰潭等医疗机构的高薪诱惑,毅然回到家乡工作。2003 年起任肝胆医院业务院长,开展“腹膜外剖宫产”专科手术,后又在饶河医院、鄱阳县工业园区医院任顾问、专家组组长、妇产科名誉主任等。彭鹏教授是浙江、江西,乃至全国知名的妇产科专家,其妇产科功底深厚,知识渊博,技术全面,工作敬业、勤勉,为人真诚、亲切、守信。至今,共发表医学论文 50 余篇,曾独创“手指分离法腹膜外剖宫产”,参与编写《妇产科重症的抢救》,主编了《妇产科解剖学和腹膜外手指分离法剖宫产》、《腹膜外剖宫产》等著作。此次推出《基层医院妇产科手术学》,可见其用意良苦,壮志不已。

鄱阳是彭鹏教授的故乡,出于一个资深医生的社会责任感,彭鹏教授在施教时耐心、细心,诊治患者时热心、周到。如今,他的学生遍布全国,鄱阳的城乡也都有其弟子辛勤地耕耘在妇产科一线。在此,我们便会忘记了彭鹏教授“老之将至”,而如印度诗人泰戈尔所说“上帝期待着我们在智慧中重获童年”!

江西省鄱阳县人民政府副县长

2011 年 8 月 18 日

前 言

随着科学技术的迅猛进展,知识更新的加快,为满足我国广阔的基层(特别是偏远农村、山区、边区)医院的妇产科医师们对妇产科手术技术的需求,我们在第二军医大学出版社协助下,组织了多位临床经验丰富的妇产科专家们编写本书。本书除介绍了常规的妇产科手术外,还介绍了近年来涌现出的一些比较安全稳定的新术式,以及一些常用的腔镜手术,阅读本书对提高手术成功率和降低手术伤残率均能有所帮助。本书内容力求简明,可靠有效,突出手术中要点及手术操作技巧,内容涉及产科、妇科及计划生育手术三篇。全书内容较系统全面,图文并茂,适应我国基层医院的条件能开展的手术进行阐述。

由于作者专业水平及作者写作风格不可能统一,内容之瑕疵在所难免,希望同道们提出批评指正。

编 者
2011年8月

目 录

第一篇 产 科 手 术

第一章 催引产相关手术	(3)
第一节 手法扩张宫颈术	(3)
第二节 人工剥膜术	(4)
第三节 人工破膜术	(5)
第四节 低位水囊引产术	(7)
第五节 头皮牵引术	(9)
第二章 外阴阴道手术	(12)
第一节 外阴切开缝合术	(12)
第二节 子宫颈切开缝合术	(17)
第三节 会阴裂伤修补术	(18)
第四节 宫颈管裂伤缝合修补术	(23)
第五节 产道血肿清除术	(24)
第三章 人工助娩术	(28)
第一节 手转胎头术	(28)
第二节 胎头吸引术	(31)
第三节 产钳助娩术	(35)
第四节 臀位阴道助产术	(44)
第五节 横位内倒转术	(55)
第六节 肩难产助产术	(58)
第七节 臀位外倒转术	(59)
第八节 脐带还纳术	(62)
第四章 剖宫产术	(64)
第一节 剖宫产术的手术指征	(64)
第二节 剖宫产术禁忌证	(68)
第三节 剖宫产的术式	(69)
第五章 妊娠子宫破裂手术	(82)
第一节 子宫破裂修补术	(82)
第二节 破裂子宫切除术	(85)
第六章 毁胎术	(87)
第一节 穿颅术	(87)
第二节 断头术	(91)
第三节 脊柱切断术	(92)

第四节 头臂斜形切断术	(93)
第五节 除脏术(内脏剝出术)	(93)
第六节 锁骨切断术	(95)
第七章 子宫翻出复位术	(97)
第一节 经阴道复位术	(97)
第二节 经腹组织钳牵拉子宫复位术	(98)
第三节 经腹子宫壁切开复位术	(100)
第四节 经阴道子宫壁切开复位术	(101)
第八章 产后出血手术	(104)
第一节 人工剥离胎盘术	(104)
第二节 子宫双手压迫止血法	(105)
第三节 宫腔纱条填塞术	(107)
附 穹隆纱布块填塞术	(108)
第四节 子宫动脉上行支结扎术	(109)
附 1 子宫卵巢动脉吻合支和卵巢动脉结扎术	(111)
附 2 子宫全肌层局部缝扎术	(112)
第五节 髂内动脉结扎术	(112)
第六节 子宫背带式止血术	(116)
第七节 介入性髂内动脉栓塞术	(117)

第二篇 妇 科 手 术

第一章 妇科小手术	(123)
第一节 子宫腔诊刮术	(123)
第二节 处女膜修补术	(124)
第三节 阴蒂整形术	(126)
第四节 处女膜闭锁切开术	(127)
第五节 小阴唇修整术	(129)
第二章 外阴手术	(131)
第一节 外阴组织活检术与技巧	(131)
第二节 单纯外阴切除术	(132)
第三节 外阴尖锐湿疣的手术	(134)
第四节 前庭大腺手术	(136)
第五节 小阴唇粘连分离术	(139)
第六节 外阴良性肿瘤切除术	(141)
第七节 广泛外阴切除术	(142)
第三章 宫颈手术	(144)
第一节 宫颈组织活检术	(144)
第二节 宫颈息肉摘除术	(145)
第三节 宫颈锥形切除术	(146)

第四节	宫颈环行电切术	(147)
第五节	宫颈陈旧性裂伤修补术	(148)
第六节	宫颈功能不全手术(宫颈环扎术)	(150)
第七节	宫颈部分切除术	(156)
第四章	阴道手术	(158)
第一节	阴道口狭窄扩张术	(158)
第二节	阴道瘢痕松解术	(160)
第三节	阴道膈切除术	(161)
第四节	阴道壁良性肿物切除术	(165)
第五节	阴道囊肿抽吸术	(167)
第六节	阴道后穹隆损伤修补术	(168)
第七节	阴道后穹隆穿刺术	(169)
第八节	阴道后穹隆切开术	(172)
第九节	阴道紧缩术	(174)
第十节	阴道异物取出术	(175)
第十一节	阴道内黏膜下子宫肌瘤切除术	(176)
第五章	子宫体部手术	(183)
第一节	无痛诊断性刮宫	(183)
第二节	无痛葡萄胎清宫术	(184)
第三节	子宫肌瘤摘除术	(185)
第四节	子宫切除术	(192)
第五节	子宫阔韧带肌瘤切除术	(226)
第六章	盆腔手术	(229)
第一节	盆腔肿块穿刺抽吸术	(229)
第二节	盆腔粘连松解术	(231)
第三节	子宫畸形矫形术	(233)
第七章	输卵管手术	(239)
第一节	输卵管造口术	(239)
第二节	输卵管切开缝合术	(240)
第三节	输卵管切除术	(241)
第四节	异位妊娠手术	(245)
第五节	输卵管伞端成形术	(252)
第六节	输卵管吻合术	(253)
第七节	输卵管移植术	(255)
第八章	卵巢手术	(257)
第一节	卵巢良性囊肿手术	(257)
第二节	卵巢活检术	(259)
第三节	卵巢囊肿穿刺抽吸术	(260)
第四节	卵巢囊肿开窗术	(261)

第五节	卵巢囊肿剥离术	(262)
第六节	卵巢切除术	(263)
附	卵巢肿瘤蒂扭转切除术	(265)
第七节	输卵管卵巢切除术	(266)
第八节	卵巢冠囊肿(剥)切除术	(269)
第九节	卵巢剖开探查术(部视检查)	(271)
第十节	卵巢移植术	(273)

第三篇 计划生育手术

第一章	计划生育检查技术	(279)
第一节	输卵管通气术	(279)
第二节	输卵管通液术	(280)
第三节	子宫输卵管造影术	(283)
第四节	B超监测输卵管通液术	(286)
第二章	计划生育手术	(288)
第一节	宫内节育器放置术	(288)
第二节	宫内节育器取出术	(290)
第三节	输卵管绝育术	(292)
第四节	无痛人流流产吸宫术	(299)
第五节	无痛人流流产钳刮术	(301)
第六节	无痛清宫术	(303)
第七节	水囊引产术	(304)
第八节	羊膜腔内注射药物引产术	(307)
第九节	小型剖宫产取胎术	(308)
参考文献		(311)

第一篇 产 科 手 术

孕期、分娩期及产褥期进行的女性生殖系统的手术称为产科手术。

第一章 催引产相关手术

妊娠已达 28 周以后,因孕妇患某些疾病或胎儿原因,不宜继续妊娠,用人工方法诱发子宫收缩而分娩,终止妊娠,称人工引产术。正式临产后以人工方法促进宫缩,从而加速分娩,称催产术。

第一节 手法扩张宫颈术

徒手扩张宫颈术是指术者用手指扩张宫颈的方法,是一种十分古老的手术方法,主要用于引产和临产后第一产程进展缓慢者以催产。目前人工宫颈扩张术在临床上已经很少单独使用,因为单纯使用时引产效果较差,一般多与人工破膜术联合应用。

一、适应证

(1) 引产 主要用于胎儿畸形、过期妊娠以及胎盘功能不良等需要结束分娩。

(2) 促进产程 临产后主要用于第一产程进展缓慢、胎儿宫内窘迫、妊娠高血压疾病,为缩短第一产程时间,尽快结束分娩者。

(3) 临产过程 宫颈被压于耻骨联合后,扩张受阻者。

二、禁忌证

1) 头盆不称。

2) 宫颈管尚未完全消失,宫颈不成熟,宫颈评分 ≤ 4 分。

3) 不具备经阴道分娩条件者。

4) 瘢痕子宫。

5) 怀疑或确诊前置胎盘者。

三、术前准备

外阴消毒,检查排除阴道分娩禁忌证。

1) 引产时宫口应开大,宫颈口 >1 cm。

2) 临产后宫颈开大,宫颈口 >3 cm。

3) 产妇取膀胱截石位,消毒,铺巾。

四、手术步骤

1) 取膀胱截石位,常规消毒外阴和阴道。

2) 术前常规听胎心。

3) 术者右手进入阴道内,以示指、中指进入宫颈前唇与胎头之间、在宫缩时顺时针或逆时针绕宫颈内口反复做圆周扩张。

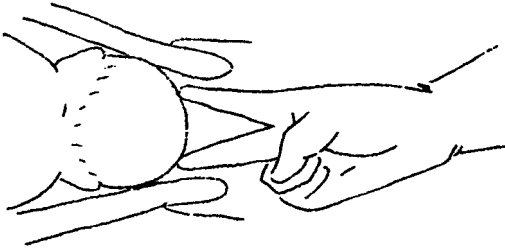


图 1-1-1 人工扩宫颈术

4) 临产后可以在子宫收缩时,尽量将子宫颈向上推,并向两侧扩张。

5) 宫口开大 4 cm 以上时,应用手向各个方向扩张,以促进宫口扩张的速度。宫口近开全时,则变为上推宫颈(图1-1-1)。

五、手术要点

- 1) 扩张宫颈应尽量避免与破膜同时进行,以免因宫颈管内小的裂伤暴露,引发羊水栓塞。
- 2) 术中避免暴力,要缓慢用力,逐渐扩张。扩张手法要轻巧,以免引起颈管内裂伤。
- 3) 术后应给予口服抗生素预防感染。

第二节 人工剥膜术

人工剥膜术是引产手术中最常用的一种引产方法。施术者用手指将接近子宫颈口的部分胎膜与宫壁分离。人工剥离胎膜可刺激子宫颈及子宫下段引起反射性的子宫收缩,使宫口开大可加速产程进度。但常与其他引产方法配合使用。人工剥膜术可损伤宫颈黏膜血管,诱发羊水栓塞,同时增加感染机会,由于各种促宫颈成熟药物的广泛应用,人工胎膜剥离术已经很少在临床上单独使用。

一、适应证

- 1) 凡是妊娠晚期需要在产兆发动前终止妊娠者均可实行,多用于正常妊娠、过期妊娠,宫颈尚不完全成熟,胎头未入盆。
- 2) 或有妊娠合并症、并发症,继续妊娠对母体健康有严重威胁者。
- 3) 死胎或无存活能力的畸形胎儿、双胎或羊水过多等。

二、禁忌证

- 1) 有明显头盆不称、胎位不正(如横位和臀位)、产道阻塞,瘢痕子宫及软产道异常者。
- 2) 宫颈不成熟者,产前有阴道出血史者。
- 3) 怀疑或明确边缘性前置胎盘者。
- 4) 外阴、阴道炎症者,胎盘功能严重减退者。
- 5) 宫颈肌瘤、严重宫颈水肿等无阴道分娩条件者。

三、手术步骤

严格无菌操作。

- 1) 术者右手呈圆锥形伸入阴道内,再将示、中二指伸入宫颈口内。
- 2) 稍扩张宫颈管。
- 3) 将示、中二指沿子宫下段,将紧贴于子宫下段宫壁的胎膜轻轻与子宫壁呈环状分离

(剥离)数圈,剥离的深度在 5 cm 以上(图 1-1-2、图 1-1-3)。

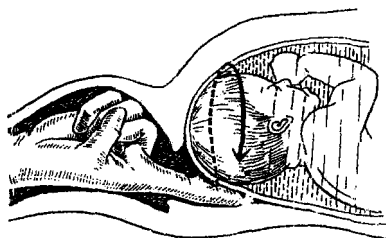


图 1-1-2 人工剥膜

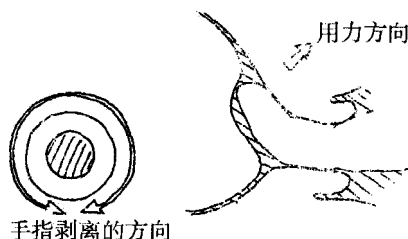


图 1-1-3 人工剥膜的方向

四、手术技巧与要点

- 1) 先扩张宫颈,然后再用手指沿子宫下段宫壁轻轻剥离胎膜数圈,深度达 4~6 cm。
- 2) 操作中应动作轻柔,防止粗暴造成宫颈损伤或胎膜破裂。

五、术后处理

- 1) 剥膜后一般 24 h 之内可发动产兆。
- 2) 应严格无菌操作,防止感染发生,术后最好加用抗生素。
- 3) 剥膜后注意观察胎心变化及宫缩情况。禁止剥膜与人工破膜同时进行。
- 4) 注意观察生命体征的变化,注意有无羊水栓塞的先兆。

六、常见并发症及处理

(1) 出血 动作粗鲁,容易导致宫颈损伤,尤其是宫颈在时钟 3、6 点处的损伤出血较多。出血时可予以压迫止血,出血部位表浅时可以收效,必要时行宫颈缝合。

(2) 感染 消毒不严密,细菌逆行感染,可导致羊膜炎的发生。严格无菌操作,术后预防性地使用抗生素,可防止感染发生。

(3) 胎盘早剥 略。

(4) 羊水栓塞 略。

七、常见的手术失误

- 1) 动作粗鲁,导致宫颈损伤。
- 2) 宫缩时行人工剥膜,导致羊水栓塞。

第三节 人工破膜术

人工破膜术是用人工的方法钳破或刺破胎膜,排出羊水,使先露下降,刺激宫颈,以诱发或促进宫缩、加速宫口的扩张,缩短产程,减少滞产的发生,并且可以观察羊水量和性状,及时判断胎儿在宫内是否安全,及时决定分娩方式。是临床广泛应用的有效催产方法之一。

一、适应证

- 1) 人工破膜术有引产作用,可用于终止异常妊娠。胎儿宫内生长受限、胎儿畸形、死胎

及羊水过少等。

- 2) 过期妊娠。
- 3) 妊娠合并高血压、肾脏疾病等,需引产者。
- 4) 羊水过多。
- 5) 人工破膜术有催产作用。
- 6) 产程进展缓慢,宫口开大至 3~4 cm 时,可以加速产程。
- 7) 宫口开大至 8~10 cm,胎膜迟破者。
- 8) 胎儿胎盘单位功能不全,继续妊娠对胎儿有危险者。
- 9) 试产时,观察产程进展。

二、禁忌证

- 1) 明显的头盆不称不可能经阴道分娩,有剖宫产指征者,如头盆不称、胎位不正、先露浮动、横位或臀位不宜试产。
- 2) 明显影响先露入盆的产道梗阻。
 - A. 阴道肿瘤影响先露下降。
 - B. 严重的宫颈水肿。
 - C. 子宫肌瘤阻塞产道。
 - D. 卵巢肿瘤前置。
- 3) 胎儿未成熟、胎盘功能严重低下,胎儿不能耐受阴道分娩。
- 4) 孕妇合并或并发严重疾病,瘢痕子宫。不宜阴道分娩。
- 5) 脐带先露或脐带隐性脱垂者。

三、手术步骤

产妇取膀胱截石位,消毒,铺巾,导尿。

- 1) 阴道检查了解骨产道及宫口情况,有无脐带前置及先露高低等。
- 2) 扩宫与剥膜: 宫口径 <4 cm 时,可先扩宫口,剥膜。
- 3) 术者左手示指、中指通过宫颈管触及前胎膜囊,右手持齿钳,钳端在左手示、中指护盖下,送入阴道,置于羊膜囊表面,在子宫不收缩时钳破或戳破胎膜(图 1-1-4),以免宫缩时宫腔压力过大羊水流出过速。也可用窥器暴露宫颈,直视下用针刺破胎膜(图 1-1-5)。

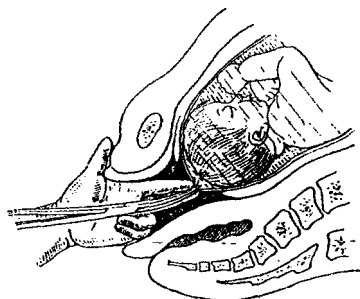


图 1-1-4 有齿钳破膜

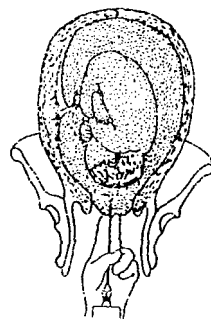


图 1-1-5 针头破膜

4) 如羊水流出不多,可用手指扩大破口或将先露部稍向上推,使羊水流出。

羊水过多者,应以羊膜穿刺针或长针头伸入宫颈内刺破胎膜,穿刺点应略高于子宫口水平,使羊水沿针头流出。羊水大量涌出时,应将手堵住宫口,使羊水缓慢流出,防止急骤流出而引起腹压骤降性休克、胎盘早期剥离、脐带脱垂或胎儿小部分娩出。

四、操作技巧

1) 操作时用手引导,以免造成周围组织损伤。

2) 最好在无宫缩时破膜,以使羊水缓慢流出,避免脐带脱垂及羊水栓塞。

3) 羊水过多时,应用长针高位穿破胎膜,使羊水缓慢流出,羊水流出过快、过急会因宫腔内压力骤降而引起胎盘早剥、脐带脱垂。

五、术式特点

方法简单,有利于产程进展;对母婴一般没有影响;在人工破膜同时采用,以提高破膜引产、催产的效果。

第四节 低位水囊引产术

低位水囊引产是将水囊置于宫颈内口上,子宫壁与胎膜之间,起人工剥离胎膜和对子宫下段及宫颈机械性压迫作用,使宫颈成熟和诱发子宫收缩达到引产的目的。是一种安全有效、操作简单的引产方法。

一、水囊制备

用一根新的 18 号橡皮导尿管及 2 只或 1 只男用避孕套,将导尿管插入双层或单层避孕套内直达避孕套顶端下 2 cm 左右。用手捏挤(或旋转捏挤)排出避孕套内气体,再用粗线将囊口缚于导尿管上。结扎过紧使导尿管腔阻塞,影响液体入囊内;过松液体易外溢,影响引产效果。继之,用注射器从导尿管口抽出残余空气再用粗线将导尿管外端折叠结扎消毒备用(图 1-1-6)。

二、适应证

- 1) 妊娠在 13~27 周要求终止妊娠。
- 2) 因患某种疾病,不宜继续妊娠者。
- 3) 3 d 内无性生活。
- 4) 体温不超过 37.5℃。
- 5) 无生殖器官炎症。
- 6) 可适用于患有肝肾疾病孕妇。

三、禁忌证

- 1) 各种全身性疾病的急性期。
- 2) 慢性炎症急性发作期,如阴道炎、慢性宫颈炎、

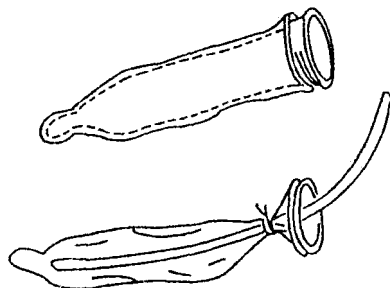


图 1-1-6 水囊的制作

盆腔炎。

- 3) 妊娠期间有反复阴道出血或 B 超提示有前置胎盘者。
- 4) 瘢痕子宫。
- 5) 死胎或过期流产。

四、术前准备

- 1) B 超检查了解胎盘位置。
- 2) 术前 3 d 阴道灌洗, 每天用 1 : 5 000 高锰酸钾液冲洗阴道。

五、手术步骤

1) 用阴道窥器暴露宫颈, 拭净阴道及宫颈分泌物, 宫颈用碘酒、乙醇或碘伏消毒, 以宫颈钳挟持宫颈前唇, 将小水囊涂以无菌滑润剂, 以卵圆钳或无齿弯钳夹住小水囊送入宫腔侧壁, 待第 2 个线结进入宫颈外口即停止, 此时表示已放入 8 cm, 注入生理盐水 100 ml 加庆大霉素 8 万 U 形成小水囊, 其下缘已达宫颈内口上方(图 1-1-7)。最后用线结扎导尿管末端。

- 2) 取下宫颈钳, 用无菌纱布包裹导尿管末端放入阴道后穹隆内。
- 3) 取出阴道窥器。

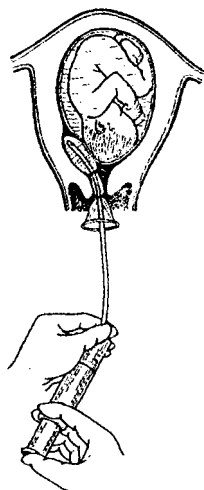


图 1-1-7 水囊的放入

六、术中注意要点

- 1) 小水囊放入时切勿碰触阴道壁, 并避免反复操作。
- 2) 放入时如有出血, 应立即取出, 再在另一侧放入。

七、术后处理

- 1) 水囊插入后测量并记录子宫底高度。
- 2) 注意孕妇自觉症状, 定时测体温、脉搏、血压。
- 3) 严密观察宫缩。
- 4) 放置 24 h, 先放出囊液, 然后取出水囊。
- 5) 若放置水囊过程中, 出现宫缩过强, 阴道出血较多, 宫底升高, 或有感染, 体温高于 38℃ 时, 应提前取出水囊。
- 6) 如水囊取出后, 宫缩乏力, 可加用缩宫素 10 U, 溶于 10% 葡萄糖液 500 ml 内, 静滴。以后根据宫缩情况适当增减, 缩宫素每日量应少于 80 U。
 - A. 静滴中, 专人守护, 密切观察血压、脉搏、宫缩、宫底高度及阴道出血量。
 - B. 避免宫缩过强, 以防宫缩过强宫颈不能及时扩张, 或胎儿娩出过快, 导致宫颈或穹隆破裂, 甚至胎儿从穹隆排出。
 - C. 胎儿、胎盘娩出后, 继续静点缩宫素 1 h 以防子宫收缩欠佳, 引起子宫出血。
 - D. 若胎儿排出后, 胎盘剥离不全或胎膜残留, 半小时仍不能自动排出, 或出血量多, 应