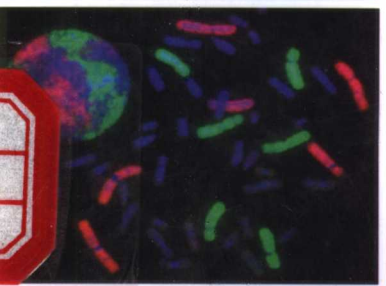
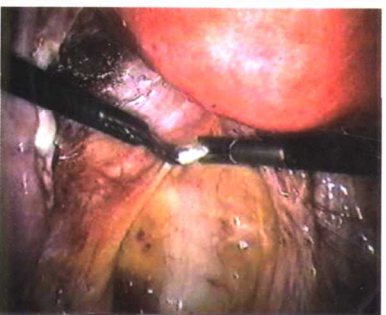
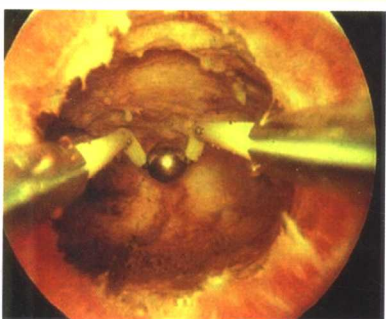


在北京大学听医学专家讲座

妇产科热点问题聚焦



名誉主编 郎景和

主 编 周应芳

杨慧霞

王建六

白文佩

时春艳

北京大学医学出版社

在北京大学听医学专家讲座

妇产科热点问题聚焦

名誉主编 郎景和

主 编 周应芳 杨慧霞 王建六
白文佩 时春艳

北京大学医学出版社

FUCHANKE REDIAN WENTI JUJIAO

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科热点问题聚焦/周应芳等主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2005. 9

(在北京大学听医学专家讲座)

ISBN 7-81071-760-X

I. 妇... II. 周... III. ①妇科学②产科学
IV. R71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 094883 号

妇产科热点问题聚焦

主 编: 周应芳 杨慧霞 王建六 白文佩 时春艳

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务书刊有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 刘 燕 责任校对: 蓝 叶 责任印制: 郭桂兰

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 35.25 字数: 866 千字

版 次: 2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷 印数: 1—3000 册

书 号: ISBN 7-81071-760-X/R·760

定 价: 79.60 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编委名单

(按姓氏拼音为序)

白文佩	曹泽毅	陈咏健	崔恒	戴钟英	董悦
段华	段涛	樊尚荣	盖铭英	关铮	郭素芳
金燕志	郎景和	冷金花	李斌	李光仪	李克敏
李美芝	李蓉	李小明	李小平	廖秦平	刘式景
刘玉洁	刘运明	路军丽	乔杰	曲元	阮邦武
尚鹤	刘慧玲	沈铿	时春艳	孙路明	孙伟杰
孙瑜	王建六	王世军	魏丽惠	温宏武	夏恩兰
向阳	徐小明	杨慧霞	杨欣	于泓	于红丽
翟桂荣	章小维	赵瑞琳	郑建华	周世梅	周应芳
朱兰					

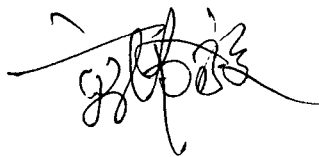
序

当今社会已经进入信息化时代，新理论、新知识、新技术如雨后春笋，层出不穷。医学进展也异常迅速，稍有放松就有滞后之感。而临床医生工作繁忙，如何能在短时间内获得较多的相关医疗信息，将当前最好的诊断和治疗提供给患者，做一个新世纪、新时代的临床医生，是每个临床医生的迫切心愿。

由郎景和担任名誉主编，周应芳、杨慧霞、王建六、白文佩和时春艳主编的“妇产科热点问题聚焦”一书的出版给临床医生提供了一本好的参考书。该书特点在于写疾病诊治中人们普遍关心的热点、焦点和有争议的问题，并结合国内外新近研究成果和作者个人经验提出观点和结论，用于协助医生进行临床实践。本书紧密结合临床，理论联系实际，既阐述了某个焦点问题国内外最新的研究状况，又荟萃了国内众多妇产科知名专家的临床经验，我也很高兴地参加了此书的编写。

专家讲座这样的书籍要想保持内容新颖，保持她的生命力，需要不断进行内容更新。希望本书只是个开始，是一个模本，日后能定期翻新再版，不断丰富和增加新的内容。

我有机会先读此书，认为是一本较好的参考书，特向广大同仁推荐此书。



2006年1月于北京

前 言

进入新世纪,新理论和高科技发展迅猛,只有不断地学习才能跟上时代步伐,才能做一个合格的现代化专科医生。广大妇产科医生迫切需要一部能及时反映国内外妇产科学发展中的新观念、新技术、新方法和新经验的参考书,尤其是针对学科内一些有争议的问题进行广泛讨论,顺应时代要求的书籍。“妇产科热点问题聚焦”一书应运而生。

本书除邀请曹泽毅、郎景和、魏丽惠、董悦、戴钟英、夏恩兰、赵瑞琳、盖铭英、李美芝和周世梅等数名德高望重的老专家编写外,还邀请了一批活跃在临床一线的中青年专家,他们都有自己的研究领域,有丰富的临床经验。经过一年多的努力,众多国内知名专家的心血才得以汇集成书出版。

本书不同于教科书及一般妇科参考书,具有以下几个特点:①时代性强,以各教学医院的临床实践为基础,讲述近年来国内外妇产科领域的新技术、新理论、新成果和新治疗方法及其临床应用;②实用性强,着重介绍妇产科常见病、多发病中的“重点、难点和热点”问题,有别于内容浅显的临床指南和罗列内容的一般参考书;③可读性强,阅后给读者开卷有益之感;④可操作性强,尽量使读者一看就懂,一懂就会,当然,有关手术部分如果多一些详细的图解会更好一些;⑤科学性强,在不违背医疗常规的基础上,扬弃陈旧的观点,注意多引用新近发表(或出版)的符合循证医学要求的文章,注意用循证医学的观点分析问题,做到“新、精、深”;⑥启发性强,涉及学术争鸣、未来发展和研究方向等的内容具有较强的时效性、启发性和指导性。

推荐本书的读者对象主要为高年资住院医师、主治医师及更高年资的临床医师,也很适合妇产科专业的临床研究生。北京大学的各附属医院妇产科每年承办多个国家级继续教育项目,邀请北京市乃至全国各地的妇产科知名专家前来讲学,内容丰富多彩,深受学员的欢迎。该书中的许多讲稿正是来源于这些专家的讲座内容,以后我们将定期更新讲座内容,增加更多的优秀讲座,使该书能跟上时代的步伐。

为了使内容做到新而精,本书的编者查阅了大量的资料,花费了很多心血,付出了辛勤的劳动,在此,对他们的无私奉献表示真诚的谢意和崇高的敬意。本书的编写还受到了中华医学会曹泽毅教授、北京协和医院郎景和教授、北京大学医学部魏丽惠教授、北京大学附属医院妇产科廖秦平教授等以及众多老前辈与同道的热情关怀和热心指导。白文佩和时春艳两位副教授分别作为本书妇科部分和产科部分的秘书,完成了大量的和琐碎的具体工作。在编写工作中,还得到了北京大学医学出版社领导及编辑人员的大力支持,在此一并感谢。

正如郎景和教授所言,科技迅猛发展,学识永无止境。本书难免有欠缺之处,欢迎前辈和同道批评指教,争取再版时能弥补缺憾,使该书水平不断提高,以飨读者。

周应芳

2005年8月

目 录

妇 科 篇

第 1 讲	子宫颈癌手术治疗的变迁和思考	曹泽毅 (3)
第 2 讲	妇科肿瘤癌前病变和交界性肿瘤	郎景和 (10)
第 3 讲	现代卵巢癌诊断和治疗的焦点问题	崔 恒 (25)
第 4 讲	复发卵巢上皮癌的处理	沈 铿 (38)
第 5 讲	滋养细胞肿瘤的研究进展及诊治问题	向 阳 (43)
第 6 讲	淋巴结切除在妇科恶性肿瘤中的应用	王世军 王建六 魏丽惠 (52)
第 7 讲	妇科恶性肿瘤与性激素补充治疗	沈 铿 路军丽 (61)
第 8 讲	子宫颈上皮内瘤变诊断与治疗的进展	李克敏 (67)
第 9 讲	宫颈癌合并妊娠诊断与治疗新观念	王建六 魏丽惠 (74)
第 10 讲	妇科恶性肿瘤化学治疗方案的选择	温宏武 (79)
第 11 讲	妇科手术中损伤和出血的预防和处理	曹泽毅 (90)
第 12 讲	阴道成形手术	李克敏 周应芳 (96)
第 13 讲	女性压力性尿失禁的诊治规范	朱 兰 (102)
第 14 讲	女性压力性尿失禁的非手术治疗	王建六 魏丽惠 (109)
第 15 讲	子宫内膜异位症诊断和治疗的规范化的建议	郎景和 (115)
第 16 讲	子宫内膜异位症的腹腔镜诊断	周应芳 (124)
第 17 讲	子宫内膜异位症手术治疗的现状及评价	冷金花 (127)
第 18 讲	子宫内膜异位症的药物治疗的进展	周应芳 (134)
第 19 讲	子宫腺肌病的诊断及治疗进展	周应芳 (141)
第 20 讲	子宫肌瘤的非手术治疗进展	李小平 王建六 魏丽惠 (146)
第 21 讲	细菌性阴道病的诊断和治疗	樊尚荣 (154)
第 22 讲	女性生殖道沙眼衣原体与支原体感染	杨慧霞 (161)
第 23 讲	异位妊娠的早期诊断	周应芳 (165)
第 24 讲	异位妊娠的治疗进展	周应芳 (172)
第 25 讲	功能失调性子宫出血的药物治疗	李克敏 (178)
第 26 讲	高泌乳素血症	李美芝 (185)
第 27 讲	多囊卵巢综合征的诊断进展	陈咏健 李美芝 (193)
第 28 讲	多囊卵巢综合征与高雄激素血症	李 蓉 乔 杰 (198)
第 29 讲	多囊卵巢综合征促排卵治疗的进展	李 蓉 乔 杰 (206)
第 30 讲	多囊卵巢综合征治疗的新途径	李美芝 (211)
第 31 讲	性早熟的诊断与治疗	郑建华 于 泓 于红丽 (216)
第 32 讲	口服避孕药——从基础到临床	白文佩 (221)

第 33 讲	米非司酮在妇科的应用	李克敏 (227)
第 34 讲	性激素补充治疗及其与绝经后骨质疏松	杨欣 (232)
第 35 讲	女性恶性肿瘤与激素替代治疗	尚鹤 廖秦平 (253)
第 36 讲	微创观念与微创妇科	关铮 (261)
第 37 讲	宫腔镜的历史、现状与发展前景	夏恩兰 (275)
第 38 讲	宫腔镜适应证、禁忌证的认识、变化及发展趋势	段华 (281)
第 39 讲	宫腔镜检查与子宫内膜癌扩散的风险	段华 (287)
第 40 讲	宫腔镜诊治生殖道畸形	夏恩兰 (294)
第 41 讲	宫腔镜手术并发症的防治	刘运明 (300)
第 42 讲	腹腔镜适应证和禁忌证的认识、变化及发展趋势	周应芳 (306)
第 43 讲	腹腔镜手术的基础研究	王世军 崔恒 (312)
第 44 讲	腹腔镜下子宫肌瘤剔除术——应用现状及评价	冷金花 (319)
第 45 讲	腹腔镜下子宫切除的术式评价	李光仪 尚慧玲 (325)
第 46 讲	妇科无气腹腹腔镜手术的临床应用及进展	李斌 (334)
第 47 讲	妊娠期腹腔镜手术	阮邦武 (339)
第 48 讲	Operative laparoscopy in pregnancy	Yuen Pong Mo (344)
第 49 讲	宫腔镜与腹腔镜联合在诊治妇科疾病中的应用	段华 (354)
第 50 讲	经阴道注水腹腔镜技术的临床应用	夏恩兰 (360)

产 科 篇

第 1 讲	产前诊断方法的研究进展	段涛 孙路明 (367)
第 2 讲	孕妇血清标记物在唐氏综合征产前筛查中的评价	段涛 孙路明 (372)
第 3 讲	孕妇血清 AFP 筛查在产科的应用	樊尚荣 (375)
第 4 讲	超声检测宫颈在早产预测和诊治中的应用	时春艳 杨慧霞 (379)
第 5 讲	对围产期 TORCH 感染筛查的重新评价	董悦 (383)
第 6 讲	早产的药物治疗	刘式景 (387)
第 7 讲	感染和早产	樊尚荣 (393)
第 8 讲	妊娠高血压疾病的国际分类和处理原则	孙瑜 董悦 (398)
第 9 讲	妊高征合并 HELLP 综合征	孙瑜 杨慧霞 (404)
第 10 讲	妊娠期糖尿病的病因学研究	徐先明 (408)
第 11 讲	妊娠合并糖尿病对孕妇和围产儿的影响以及处理	杨慧霞 (414)
第 12 讲	妊娠期肝内胆汁郁积症	戴钟英 (422)
第 13 讲	产前出血的诊断和处理	徐先明 (436)
第 14 讲	双胎输血综合征	戴钟英 (441)
第 15 讲	肺栓塞与妊娠	盖铭英 (450)
第 16 讲	围产期心肌病	赵瑞琳 (458)
第 17 讲	妊娠合并心衰的诊断和处理	翟桂荣 (465)
第 18 讲	肝素在羊水栓塞治疗中的应用	金燕志 (468)

第 19 讲	妊娠合并人细小病毒 B19 感染对母儿结局的影响	杨慧霞 (472)
第 20 讲	妊娠合并性传播疾病的处理	樊尚荣 (475)
第 21 讲	妊娠期急腹症的治疗进展	章小维 (483)
第 22 讲	妊娠期用药	周世梅 (488)
第 23 讲	哺乳期用药	周世梅 (498)
第 24 讲	产后抑郁	郭素芳 (503)
第 25 讲	胎儿监护的评价	李笑天 (507)
第 26 讲	胎儿肺成熟预测方法	孙伟杰 (516)
第 27 讲	胎儿疾病的内科治疗	樊尚荣 (521)
第 28 讲	宫颈机能不全的诊断与妊娠期手术	金燕志 (525)
第 29 讲	促宫颈成熟方法的进展	章小维 (528)
第 30 讲	分娩中各种镇痛方法的评价	刘玉洁 曲 元 (536)
第 31 讲	循证医学在产科临床实践中的应用	李小毛 (547)

婦 科 篇

第1讲 子宫颈癌手术治疗的变迁和思考

曹泽毅

子宫颈癌作为妇科常见的恶性肿瘤,在20世纪后50年,由于阴道细胞学的广泛应用,取得了举世瞩目的良好治疗效果,其发病在世界各地明显下降。但至今在发展中国家仍位居妇科恶性肿瘤的首位。我国对宫颈癌的防治取得很大成效^[1,2,3],过去50年,发病有所下降,但在一些地区由于HPV感染上升和社会生活的变化,宫颈癌发病有增高趋势,特别是发病年轻化在近20年特别明显,因此对宫颈癌的诊治提出了新问题。

一、发病年龄和病理类型的变化

FIGO 流行病学和统计学2001年报告^[4],子宫颈癌的发病年龄由20世纪50年代平均60岁下降到20世纪90年代末的50岁。华西医院和北京大学第一医院1968~2001年的33年间,1342例宫颈癌手术病人的平均年龄由55岁下降到42岁,最年轻病人仅17岁。

同一时期,宫颈癌病理类型也由过去宫颈鳞癌占90%以上、腺癌和非鳞癌不足10%,转变为鳞癌只占74%,腺癌等占25%以上,鳞、腺癌之比由10:1到4:1,病人年龄和病理类型的变化对治疗方案的选择有很大的影响^[5,6]。

由于年轻病人增加,要求提高治疗后生活质量,对保留卵巢和阴道功能的要求尤为突出,不仅青年,中年病人也同样希望在治疗后能保留女性内分泌功能和正常性生活,对如何使病人在治疗后恢复正常的家庭生活和社会生活,提出了更高的要求^[6]。因此在对这部分病人选择,制定治疗计划时,要尽量考虑保留病人的卵巢和阴道功能。

二、新辅助化疗的提出和子宫颈癌治疗模式的变化

子宫颈癌的治疗主要是放射和手术,宫颈癌绝大多数为鳞状细胞癌,对放射治疗比较敏感,宫颈在盆腔的解剖位置更是腔内放疗的理想条件,临床实践证明宫颈癌的放疗效果是好的,而且没有手术的风险性,临床各期都能治疗,成为宫颈癌的主要治疗方法。由于放疗和手术均能达到根治,化疗对子宫颈癌的治疗多年来没有地位,因此,形成公认的宫颈癌的治疗是以“放疗为主,手术早期,化疗无用”的治疗模式。

随着宫颈癌局部晚期和早期巨大癌灶病人的增多,单独放疗的效果差,复发率高,且根治术后再放疗并不提高生存率,而且增加并发症^[7],并且由于宫颈癌发病的年轻化 and 腺癌增

曹泽毅 中华医学会常务副会长,主任医师,教授,博士研究生导师。中华妇科肿瘤学会主任委员,《中华妇产科杂志》名誉总编辑,《中华妇产科学》主编。

加,在病人对治疗后提高生活质量要求的情况下,使我们不得不对多年来被公认的上述的宫颈癌治疗模式提出质疑。

放射治疗对宫颈癌有很好的疗效无可非议,但对大癌灶疗效差,其最大的缺点是损伤卵巢和阴道。当剂量达到6~10Gy时,卵巢永久性破坏,阴道上皮纤维化,进而形成阴道挛缩,放疗的这些副作用是很难避免的^[8],过去对这些问题考虑很少,病人也很少提出,因而没有引起重视。现在,保留功能的手术在肿瘤治疗中得到高度重视,而手术的最大的优点是能保留卵巢和阴道的功能^[9],所以,目前对青年和部分中年病人应首选手术治疗。近20年来提倡的新辅助化疗对宫颈癌的应用更是支持了这种倾向。

新辅助化疗后再手术的提出,不是简单地扩大广泛手术指征,而是由于新化疗药物和良好的化疗辅助药物的出现,使过去的化疗概念有所改变^[7]。在手术或放疗前给予化疗,之后再行手术或放疗的意义在于:虽然化疗对宫颈癌不能达到根治,但在2~3周内可以缩小或控制肿瘤,可抓紧时机进行手术,以达到清除癌灶、减少复发、保留功能的目的。新辅助化疗的治疗方案有PVB、PBF、PC(CPT11开普托)等,采用静脉或动脉介入治疗均可。在每一疗程开始前对肿瘤严格检查、评估并和治疗前比较,评估标准为:CR:完全消失;PR(有效):缩小>50%或宫旁浸润明显消退;SD(无效):缩小<50%或宫旁无变化;PD(发展):肿瘤增大25%。一般在用药后2周显效,如有效则进行第二疗程。化疗2个疗程后10~14天施行手术。如检查、评估无效或发展,则立即进行全量放疗。

近20年来新辅助化疗在国内外应用日益广泛,Youn报道PVB方案后再对Ib2~II期宫颈癌手术后,5年生存率为100%、80%。陈春林综合报道介入化疗后有效率为71%~84%,其中,60%~74%的III期和45%的IV期病人在介入化疗后可以手术。49%在介入后免除了放疗^[10],四川大学华西第二医院对94例(Ib2期15例,IIb期43例,IIIb期21例)化疗后66%进行了手术。

治疗模式的变化对确定治疗方案提出了更高的要求:即对Ia1、Ia2、Ib1、Ib2期的诊断应当准确,强调治疗适当,个别化,不是单纯缩小或扩大治疗范围。Ia期的手术应缩小手术范围,化疗后II、III期的广泛子宫切除术也要尽可能做到在治疗彻底的基础上保留功能,提高治疗后的生活质量。充分重视手术及放疗的副作用,进而形成了在新辅助化疗的基础上,对中青年患者实行“手术首选,术前化疗,保留功能”的以手术为主的新治疗模式。

三、手术适应证的变化

20世纪90年代以前和目前子宫宫颈癌广泛子宫切除术的指征的主要不同是:

1. 全身情况的考虑

(1) 年龄:过去选择60岁以下为主,现在70岁以上也可手术。

(2) 心、肺等器官疾病:过去均选择放疗,现在与专科医生讨论决定是否手术。

(3) 肥胖:过去严格计算肥胖系数、比体重决定手术。即比体重>0.4、肥胖系数>0.65时不选择手术^[2],现在则根据医生经验、麻醉、手术器械等情况确定是否手术。

2. 临床期别的考虑

过去手术主要选择Ⅰb1期,Ⅰb2期最好先放疗再手术或手术后再继续放疗,Ⅱa期个别可选择广泛子宫切除术,Ⅱb期原则上不选择手术治疗^[1,2,3]。现在的看法是:

(1)Ⅰa期主张缩小手术范围,可行筋膜外子宫切除术或次广泛子宫切除术(Novak 1类手术),不需淋巴清扫手术^[9]。

(2)近年来建议对上述早期和个别Ⅰb1期宫颈癌行子宫颈广泛切除术(trachelectomy)加淋巴清扫手术,保留子宫及输卵管、卵巢,手术后12个月内妊娠分娩率37%。此种手术方式可以严格选择病例后施行^[11,12]。

(3)Ⅰb1期行A类广泛子宫切除术(Novak 2类手术)加盆腔淋巴清扫手术^[9]。

(4)Ⅰb2~Ⅲb期在新辅助化疗2疗程后,在局部病灶缩小的情况下,施行广泛子宫切除术^[2,10]。

Ⅰb2~Ⅱa期行B类广泛子宫切除术(Novak 3类手术)加盆腔淋巴清扫手术。

Ⅱb~Ⅲb期行C类广泛子宫切除术(Novak 4类手术)加盆腔淋巴清扫手术。

(5)手术中可保留双侧卵巢,如阴道切除超过3cm时,在手术中可同时做延长阴道的处理^[5,13]。这样,既保证切除了足够长度的阴道,避免残端复发,又能在手术后恢复正常性生活。

(6)如病人可能术后放疗,则在术中做卵巢移位手术,将卵巢移位到双侧髂凹外侧以避免手术后放疗的影响。

四、子宫颈癌广泛子宫切除术技巧的改进

1. 子宫颈癌手术治疗发展的历史回顾:子宫颈癌广泛子宫切除术已有105年的历史,从Werthiem,到Meigs至现代手术治疗,是不断改进、发展、完善的过程^[1,2,3,14]。

(1)开创期:

1878年 Freund 经腹广泛子宫切除术,手术死亡率72%。

1879年 Czerny 经阴道广泛子宫切除术,死亡率70%。

1893年 Schuchardt 改进经阴道广泛子宫切除术,死亡率仍为60%~70%。

1895~1897年 Ries、Clark、Rumpf 改进经腹广泛子宫切除术,死亡率仍为50%。

以上时期,因为诊断、无菌、消毒和麻醉等学科尚未发展,所以有如此高的手术死亡率。

(2) Werthiem 期:

1898.11.6 Werthiem 在进一步改良 Rumpf 手术式的基础上,在维也纳医学会表演经腹广泛子宫切除术并首次清扫盆腔淋巴成功,成为经典的子宫颈癌广泛子宫切除术。至今,广泛子宫切除术也被称为 Werthiem 手术,但当时手术死亡率仍为25.2%。

1901.7.1 Schauta 在进一步改良 Schuchardt 手术式的基础上,成为经典的经阴道广泛子宫切除术,后称为 Schauta 手术,当时手术死亡率仍为19%。

(3)发展期:

1907~1936年 Bonny 改进经腹广泛子宫切除术,死亡率降低到11%~20%。

1941年 冈林改进经腹广泛子宫切除术,死亡率>10%。

1944年 Meigs 改进经腹广泛子宫切除术,死亡率为0%。

(4) 近代期:

1950年 Brunschwig 提出盆腔扩清手术。

1951年 Meigs 报道改良 Werthiem 手术500例的经验,使经腹广泛子宫切除术更广泛、更安全,5年成活率Ⅰ期为81.8%,Ⅱ期为61.8%。

(5) 我国自20世纪50年代初开始施行了子宫广泛手术以来,经历多次改进和完善^[15,16,17,18]。

1953~1957年 柯应夔、林元英、康映堃、张其本等在天津、上海、北京、安徽开展。

1957~1960年 北京、天津、上海、安徽合肥、济南、成都、广州、武汉等全国各地开展大规模普查后,各大医院相继开展了经腹广泛子宫切除术,惟安徽坚持同时行经阴道广泛子宫切除术^[2]。

2. 手术式: 仅限子宫颈浸润癌,原位癌不在此例。

(1) 广泛子宫切除术: 经腹、经阴道、腹腔镜手术。

(2) 淋巴清扫: 经腹、经腹膜外、腹腔镜手术。

3. 广泛子宫切除术的手术范围

(1) 子宫颈广泛切除术: 部分阴道、子宫内口以下的子宫颈、骶韧带和主韧带同A类广泛子宫切除术。切除宫颈后,将内口以上的子宫体与阴道残端吻合缝合。

(2) 广泛子宫切除术: 子宫、宫颈、骶韧带和主韧带,可不包括输卵管、卵巢。

① 次广泛子宫切除术: Novak 1类 骶韧带、主韧带1cm、阴道1cm。

② 子宫广泛切除术A: Novak 2类 骶韧带、主韧带2cm、阴道2cm。

③ 子宫广泛切除术B: Novak 3类 骶韧带、主韧带3cm、阴道3cm。

④ 子宫颈广泛切除术C: Novak 4类 骶韧带、主韧带3cm接近盆壁,阴道6cm^[9]。

不论经腹、经阴道或者腹腔镜手术,切除术的手术范围相同。

4. 淋巴清扫范围

(1) 如髂总淋巴结可疑,冰冻阳性,再探查腹主动脉旁淋巴结,如阳性则停止淋巴清扫手术,阴性则行腹主动脉旁淋巴结清扫手术,从肠系膜下动脉平面开始向下。如髂总淋巴结阴性,则行盆腔淋巴清扫手术即可。

(2) 盆腔淋巴清扫手术范围: 双侧髂总淋巴结,髂外、髂内淋巴结,深腹股沟淋巴结,闭孔深、浅组淋巴结。

5. 子宫颈癌广泛子宫切除术手术技巧的改进

(1) 淋巴清扫: 过去从髂总淋巴向下依次切除结扎,现仅对髂总淋巴群上端和腹股沟深淋巴远端切断后结扎或电灼即可,闭孔淋巴除清除闭孔窝神经周围浅淋巴群外,还清除盆侧壁闭孔周围的闭孔深组淋巴后结扎上、下端。由上而下,由外向内,清扫较彻底,快速而无损伤和出血危险,并可避免术后淋巴囊肿。

(2) 切除足够韧带和阴道: 先处理骶韧带、子宫主韧带,再处理输尿管隧道和膀胱宫颈韧带的手术方式使手术便利,解剖清楚,出血少。

① 为充分显露骶韧带,首先钝性分离子宫阴道直肠窝,特别注意直肠两侧与骶韧带内侧的分离。

②在输尿管内侧、骶韧带外侧分离直肠侧窝，在子宫阴道直肠窝与直肠侧窝之间充分显露骶韧带，手术分两次切除骶浅组及深组韧带。

③在髂内动脉内侧、输尿管外侧膀胱内下方分离膀胱侧窝，在膀胱侧窝与直肠侧窝之间充分显露子宫主韧带，一次切断，结扎。

④分离以上侧窝可用手指寻找疏松结缔组织间隙行钝性分离，分离中注意避免损伤盆底静脉丛，否则将可能引起致命性出血。

(3) 打开输尿管隧道：直接用解剖剪分离输尿管周围薄层疏松的结缔组织，并剪开隧道顶部至输尿管进入膀胱三角区部，分离输尿管，个别出血点结扎即可。

(4) 牵引子宫侧主韧带断端，于输尿管外侧膀胱角与主韧带交界处切断，缝扎膀胱宫颈韧带，自此，膀胱、输尿管可任意推下。

(5) 必要时将膀胱腹膜缝合于阴道断端前壁，直肠浆膜缝合于阴道断端后壁，再于所需延长高度处关闭缝合膀胱腹膜与直肠浆膜，形成延长阴道。

(6) 个别情况考虑可能术后放射治疗者，游离卵巢血管至根部，将卵巢转位至双侧髂凹外侧固定，并以银夹做指示。

(7) 阴道断端可电灼出血点或开放缝合后经阴道放置引流，或关闭缝合后行腹膜外闭式引流，将盆腹膜覆盖创面，可不缝合。

(8) 盆腹膜后置化疗管由腹膜外穿出，以备术后淋巴化疗所用^[19]。将双侧后腹膜牵引线打结，关闭后腹膜即可，不用缝合。

五、关于广泛子宫切除术中常见问题的几点看法

(1) I b₂ 期以上的病例，术前仅以新辅助化疗或同时给放疗。^[20]从保护患者卵巢和阴道功能考虑，仅以新化疗即可。

(2) 有报道即使卵巢移位，手术后放疗后卵巢也难以避免受损，因此，保留卵巢的患者不宜再做放疗。

(3) 术中发现“前哨”淋巴结阳性，则应停止手术，这是当前国际上一些专家意见^[21,22]，但目前对宫颈癌前哨淋巴结的确诊和处理还有不同看法，作者认为可先化疗再手术，术后可继续淋巴化疗。

(4) 一些学者认为术中可用染色等方法识别骶神经丛，从而可避免损伤以保护膀胱功能^[23]。作者认为，此法经多年临床实践中证明并不实用，或效果很差。保护膀胱功能最好的方法是术中轻柔操作，适度切除骶韧带，缩短手术时间即可。

(5) 术后保留尿管可以稍长时间，可完全开放，不用定时钳夹，一般需保留 10~14 天。

(6) 术后放置引流十分重要，可用自制橡胶手套剪成 T 形或 V 形管经阴道引流，或经腹膜外闭式负压引流 3~5 天，彻底引流可避免感染或发生淋巴囊肿，并鼓励术后 72 小时后早期离床活动。

(7) 术后淋巴结阳性，如术中已于腹膜后置管可行淋巴化疗^[19]。

六、几点体会和思考

1. 局部晚期和大癌灶病人,可先行新辅助化疗后手术或放疗。
2. 宫颈癌年轻化和对治疗后生活质量的要求已使宫颈癌的治疗原则和方法发生变化,带来手术指征和适应证的变化。
3. 首选化疗后手术已成为中青年宫颈癌患者治疗方案的发展趋势,选择以手术治疗为主。
4. 选择病人的个体化治疗原则更加重要。
5. 新辅助化疗后的Ⅱ~Ⅲ期病例,广泛子宫切除术并不增加手术的合并症和危险性。对比过去 33 年经验,手术时间缩短,出血减少,手术后合并症发生率降低,生存率提高。
6. 新形势需要进一步完善,提高妇科医师的诊断和手术操作技术,规范治疗方案。
7. 建立妇科肿瘤专科医师培训制度刻不容缓,合格的专科医师才能达到全面提高患者生存率和手术后生存质量的目的^[6]。

参考文献

1. 柯应夔,林元英. 子宫颈癌广泛性子宫切除术. 天津:天津出版社. 1962
2. 张其本. 子宫颈癌手术学. 北京:人民卫生出版社. 1992
3. 苏应宽. 妇产科手术学. 人民卫生出版社, 1992. 137
4. Journal of Epidemiology and Biostatistics FIGO Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. 2001, 6 (1): 12
5. 曹泽毅,宋鸿钊,江森. 妇科肿瘤学. 北京:北京出版社. 1998
6. 曹泽毅. 中华妇产科学. 北京:人民卫生出版社. 1999
7. 孙建衡. 子宫颈癌的治疗动向. 中华妇产科杂志, 2003, 8 (38): 497-498
8. 徐从高,张茂宏,杨兴秀 主译: 癌——肿瘤学原理和实践. 第五版. 济南:山东科技出版社, 2001. 2961
9. Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi, Paula A. Hillard, Novak's Gynecology. 12th edition Williams & Wilkins corp. Baltimore, Hong Kong, London, Sydney. 1996. 1111-1141
10. 陈春林. 妇产科血管性介入治疗的应用和展望. 中华妇产科杂志, 2003, 8 (38): 506-509
11. Allen Covens, Patricia Shaw, Joan Murphy. Is radical Trachelectomy a Safe Alternative to Radical Hysterectomy for Patients with Stage I a-b1 Carcinoma of the Cervix? Cancer, 1999, 86: 2273-9
12. Rodriguer Micheal, Guimares Omar, Rose Peter G; Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. Am J Obstet and Gynecol, 2001, 185 (2): 370-374
13. 曹泽毅. 妇科常见恶性肿瘤诊断治疗规范. 北京:人民卫生出版社, 2000. 26
14. Rutledge F. N, Galakatos A. E, Wharton J. T et al; Adenocarcinoma of the Uterine Cervix Amer. J. Obstet & Gynecol, 1975, 122-236
15. 陈惠祯. 实用妇科肿瘤手术学. 成都:成都出版社, 1990