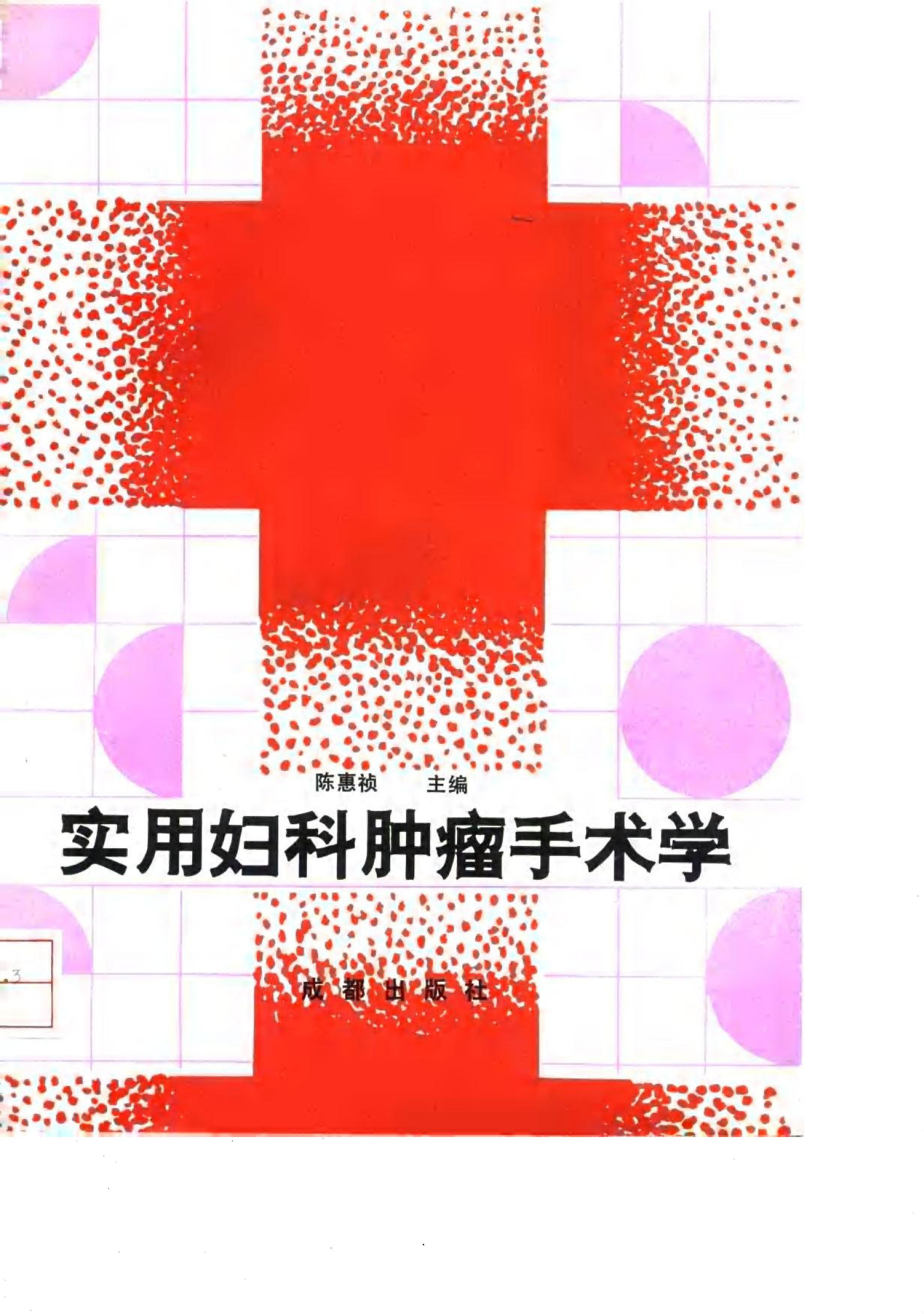




陈惠祯 主编

实用妇科肿瘤手术学

成都出版社

实用妇科肿瘤手术学

陈惠祯 主编

编 者

杨国梁	万德宁	张广德	刘诗权
刘少扬	王焱林	王 浩	吴绪峰
蒋 刚	林从尧	刘履光	杨庆忆
江大琼	蔡红兵	程 晶	徐国庆

绘 图

胡鸣中 汪丹军 安 静

成 都 出 版 社

一九九〇年五月

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，手术分类更加切合患者病情等等，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的结合，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

一九九〇年一月于武汉

目 录

第一章 妇科肿瘤癌前病变的临床意义及处理	(1)
第一节 外阴、阴道癌前病变	(1)
第二节 子宫颈癌前病变	(5)
第三节 子宫内膜癌前病变	(11)
第四节 输卵管、卵巢癌前病变	(14)
第二章 外阴、阴道恶性肿瘤的手术治疗	(16)
第一节 外阴、阴道原位癌和外阴湿疹样癌	(16)
第二节 外阴浅表浸润癌	(18)
第三节 外阴浸润癌	(21)
第四节 阴道浸润癌	(38)
第五节 尿道癌	(41)
第六节 女性生殖道黑色素瘤	(42)
第七节 外阴、尿道、阴道重建	(45)
第三章 子宫颈癌的手术治疗	(56)
第一节 宫颈原位癌	(57)
第二节 宫颈早期浸润癌	(65)
第三节 宫颈浸润癌	(73)
第四节 宫颈癌合并妊娠的处理	(88)
第五节 宫颈癌的综合治疗	(91)
第六节 复发性宫颈癌	(96)
第七节 宫颈癌的泌尿道手术	(108)
第八节 腹主动脉旁淋巴结切除术在宫颈癌诊疗中的应用	(116)
第四章 子宫体恶性肿瘤的手术治疗	(125)
第一节 子宫内膜癌	(125)
第二节 子宫肉瘤	(135)
第五章 卵巢恶性肿瘤的手术治疗	(139)
第一节 I、II 期卵巢癌	(140)
第二节 III、IV 期卵巢癌	(147)
第三节 卵巢上皮交界性肿瘤	(158)
第四节 卵巢非上皮性恶性肿瘤	(161)
第五节 卵巢癌的综合治疗	(164)
第六节 卵巢癌二次探查术	(170)
第六章 原发性输卵管癌的手术治疗	(176)
第七章 妊娠恶性滋养细胞肿瘤的手术治疗	(181)
第八章 盆腔根治术并发症及处理	(191)
第一节 手术损伤	(191)

第二节 出血.....	(197)
第三节 血栓形成.....	(200)
第四节 肺栓塞.....	(202)
第五节 功能障碍.....	(205)
第六节 感染.....	(209)
第九章 妇科肿瘤病人的术前准备及术后处理.....	(214)
第一节 术前准备.....	(214)
第二节 术后观察及一般处理.....	(217)
第三节 妇科肿瘤病人的营养支持.....	(221)
第四节 妇科肿瘤病人的心理反应及心理康复.....	(227)
第五节 妇科肿瘤病人的性心理反应与性康复.....	(231)
附 录	
附录一 妇科肿瘤临床分期.....	(235)
附录二 妇科肿瘤主要抗癌药物的中、英文名称、商品名、别名、简写符号及规格.....	(237)

第一章 妇科肿瘤癌前病变的临床意义及处理

第一节 外阴、阴道癌前病变

外阴、阴道癌前病变 (Vulval and vaginal Premalignant lesions) 一词, 严格地讲是指转变为癌之前必然经过的一种疾病, 其本身并非恶性, 但比正常组织或其它病变更易转变为癌。外阴、阴道癌前病变一般是指其上皮的非典型增生。

外阴的癌前病变即外阴上皮非典型增生。过去认为的外阴癌前病变有外阴白斑病、原位癌、Bowen's病、Paget's病等。此外还有人把外阴萎缩症乃至硬化性苔癣或尖锐湿疣等也列入其内。实际上, 原位癌、Bowen's病是上皮内癌, Paget's病为湿疹样癌, 并不是癌前病变。外阴白色病变、萎缩症、硬化性苔癣以及尖锐湿疣则是外阴的慢性良性疾病, 只有在它们发生非典型增生时, 才能真正称为癌前病变, 其中以外阴白色病变 (特别是增生型和混合型营养不良) 发展为不典型增生为多见。

外阴非典型增生与宫颈非典型增生一样, 也与原位癌有形态学的类似性, 一般认为外阴非典型增生单发者居多, 但也有报道14~70%的病人为多中心发生的。

阴道非典型增生较少见, 但值得注意的是患宫颈上皮内瘤样病变者, 约1~3%的病人同时有阴道上皮内瘤样病变, 患有外阴上皮内瘤样病变者, 亦有发生阴道上皮内瘤样病变的危险。因此, 对这些病人不能忽视阴道检查和随访。Townsend发现因宫颈癌前病变作全宫切除术后, 有发生阴道癌前病变的显著危险性, 甚至因宫颈的良性病变作全宫切除术后10~15年, 也有发生阴道癌前病变者。所以他建议, 对宫颈上皮内瘤样病变行全宫切除术者, 每年作一次阴道细胞学检查, 对宫颈良性病变行全宫切除术者, 每三年作一次阴道细胞学检查。还有报道宫颈癌放射治疗后10~15年发生阴道上皮内瘤样病变, 甚至阴道癌者。阴道上皮非典型增生可以是单发的, 也可以是多中心发生的, 可以是原发的, 也可以是宫颈上皮非典型增生蔓延而来的。

目前外阴和阴道非典型增生的病因尚不清楚, 有人通过研究发现, 无非典型增生的增生性营养不良或硬化性苔癣被人乳头瘤病毒(HPV)感染后发生了非典型增生。还有人观察到单纯疱疹病毒Ⅱ型(HSV-Ⅱ)感染后经过较长时间发生了外阴或阴道的非典型增生。因而认为, 本病是HPV和HSV-Ⅱ作用的结果。但目前大多数人则倾向于物理、化学、生物、免疫以及营养等诸因素共同作用导致非典型增生的看法。

外阴非典型增生, 根据增生的程度不同分为三级。其组织细胞病理学诊断标准与宫颈上皮非典型增生相同, 即轻度非典型增生(Ⅰ级)、中度非典型增生(Ⅱ级)、重度非典型增生(Ⅲ级)。阴道上皮非典型增生的诊断标准尚未确定。1981年, Townsend建议阴道上皮非典型增生的诊断标准可参照宫颈上皮内瘤样病变的诊断标准。

外阴和阴道上皮非典型增生, 多发生于年龄较大的或绝经后的妇女。但近年大量的文献表明, 年轻妇女阴道非典型增生的发病率有增加的趋势。外阴或阴道上皮非典型增

生与宫颈上皮非典型增生一样，同样可以自然消失，也可以发展为原位癌或浸润癌。

【临床意义】 外阴、阴道上皮非典型增生与宫颈上皮非典型增生一样，都属于癌前病变，可有三种转归：①消退或逆转；②不变；③癌变。

过去认为，外阴白斑是具有恶变潜能的疾病，癌变率高达10~50%。Taussing认为50%的外阴白斑可以发展为癌，同时发现70%的外阴癌患者合并白斑，因而他认为，外阴白斑是癌前病变。Gardner等 经过对外阴白斑的长期观察，发现癌变率在2~5%之间，Jeffcoate对136例外阴营养不良的患者进行了2~25年观察，发现癌变率小于5.0%，国内文献报道的癌变率为0.6~3.0%。近年来，经过进一步研究表明，凡是发生癌变者，早期病理活组织检查均有非典型增生，而非典型增生约有10~20%癌变的危险。非典型增生越严重，癌变的可能性也越大。外阴、阴道上皮非典型增生有发展为癌的潜在危险。因此，早期发现，积极治疗是防止癌变的重要措施。

【治疗】

一、手术治疗

（一）外阴非典型增生的手术治疗 单个较小的病变可在局部麻醉下行局部病变切除，对于多中心的外阴非典型增生病变应行单纯外阴切除术。

1. 单纯外阴切除术的手术范围 切除范围应包括病变全部。切口线应位于病变边缘外5~6 mm处。

2. 手术步骤

（1）注射肾上腺素盐水 无心血管疾病患者，可用1:250的肾上腺素盐水局部浸润，以减少术中出血。注射时应注意心率、血压变化，以免发生意外。

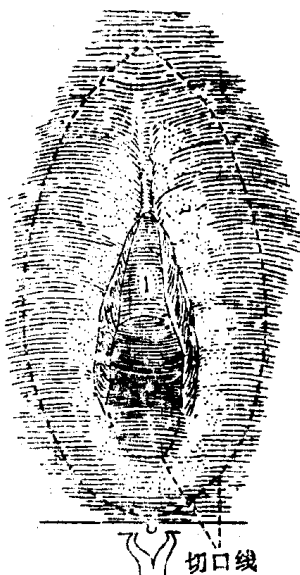


图1-1 外阴内外侧椭圆形切口线

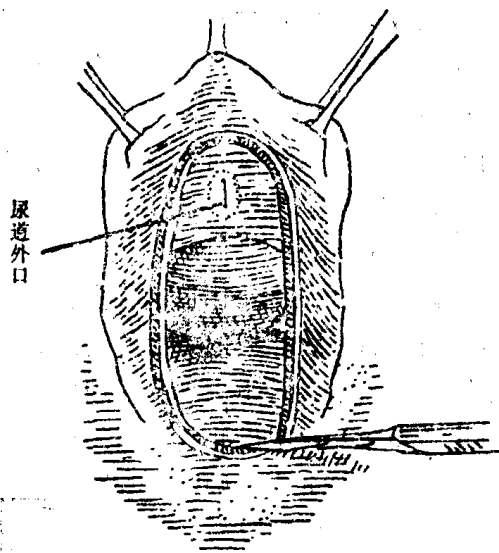


图1-2 行内椭圆形切开

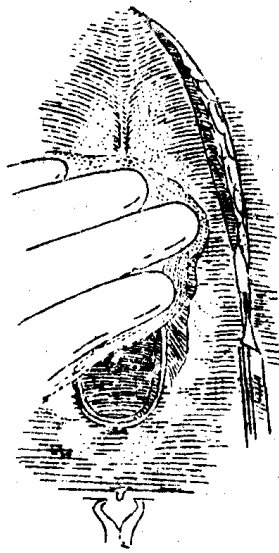


图1-3 行外椭圆形切开

(2) 切口 根据病变情况画出两个椭圆形切口线(图1—1)。先沿内椭圆线切开(图1—2),以便压迫止血和操作。切口起于尿道口上方,离尿道口的距离应根据病变情况决定,必要时可切除部分尿道。沿阴道前庭、阴道口外侧缘向下延伸。病变外侧的切口线应距离病变外缘5~6mm(图1—3),上起于阴蒂上方,向两侧呈椭圆形延伸,下至会阴联合,切口深约5mm。

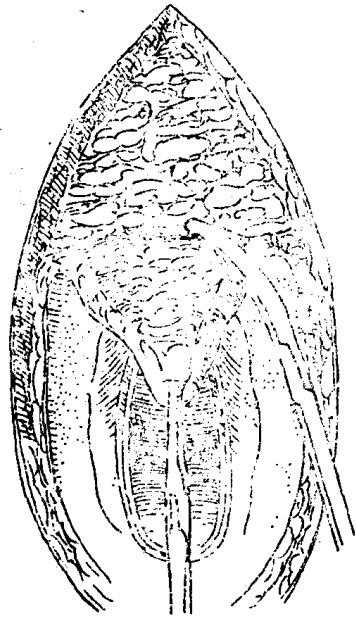


图1—4 从上至下切除外阴皮肤

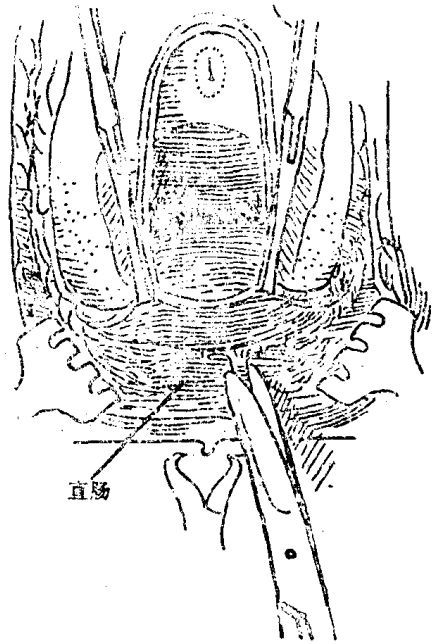


图1—5 自下而上切除会阴皮肤

(3) 切除外阴 于阴蒂上方,以组织钳夹住欲切除的外阴皮肤切缘(图1—4)。用弯组织剪或手术刀分离内外两椭圆形切口间的外阴皮肤及部分皮下组织,同时切断阴蒂悬韧带,直至与内切口贯通。再用两把组织钳夹住并提起会阴部切口皮肤边缘,用弯组织剪解剖(图1—5),直至内切口(图1—6)。然后分离左侧及右侧皮肤及皮下组织至内切口(图1—7, 1—8),取下手术标本,送病理检查。

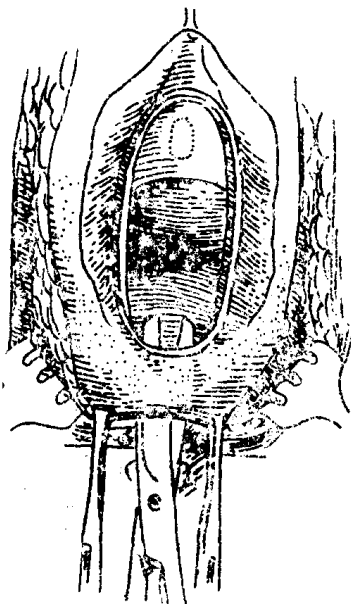


图1—6 切除会阴皮肤直到内椭圆形切口

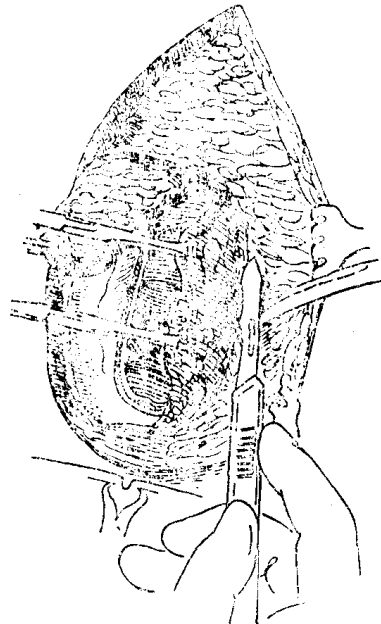


图1—7 从左向右切除外阴皮肤

(4) 修复会阴体 用两把血管钳或组织钳夹住并提起阴道后壁的粘膜切缘，以弯组织剪将阴道后壁粘膜与粘膜下组织分离（图 1—9），暴露出提肛肌，用 7 号丝线间断缝合提肛肌（图 1—10），注意不要结扎过紧，以免将提肛肌截断。

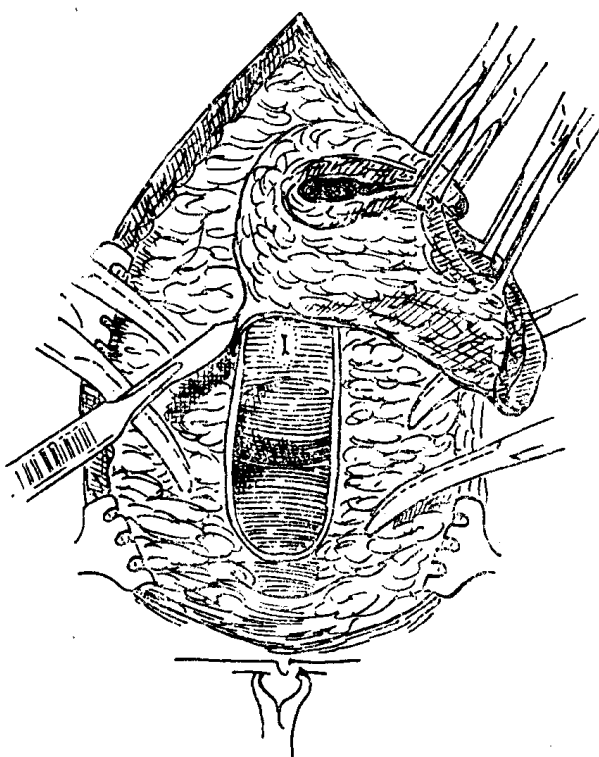


图 1—8 从右向左切除外阴皮肤

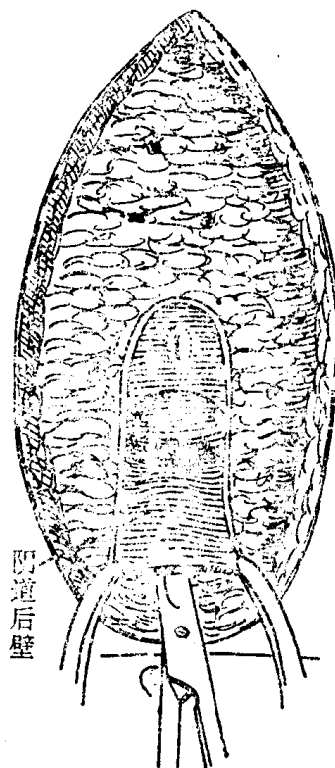


图 1—9 分离阴道后壁

(5) 缝合 以 1 号丝线间断缝合皮下组织（图 1—11），使两椭圆形切口靠近。然后用 1 号丝线间断缝合皮肤。先缝合尿道口前方和阴道口后方两侧皮肤，使两侧皮肤边缘尽量靠近阴道口粘膜边缘，然后行皮肤和粘膜的缝合。缝合完毕后置导尿管

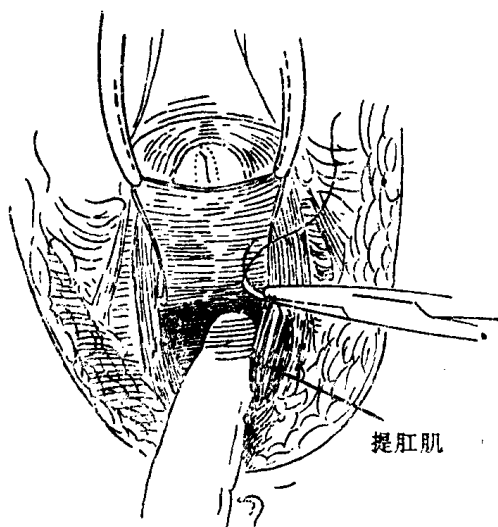


图 1—10 缝合提肛肌

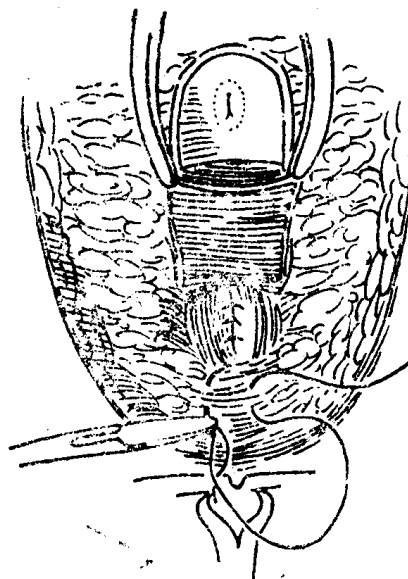


图 1—11 缝合会阴皮下脂肪

(图 1—12)。

(二) 阴道非典型增生的手术治疗 单个病灶可在局部麻醉或阴道神经阻滞麻醉下行局部切除，多个病灶应在骶硬膜外麻醉或者低位腰硬膜外麻醉下行全阴道或部分阴道切除。

1. 全阴道切除 沿阴道外口作一环形切口，先分离阴道前壁。在相当于尿道外口的平面，紧贴阴道壁操作。用手术刀或剪刀锐性分离（注意不要损伤尿道），逐渐向上延伸，到阴道中段即可见膀胱阴道间隙，可用弯组织剪或手指行钝性分离，直达前穹窿。同时分离阴道侧壁达侧穹窿处。然后用组织剪剪开前穹窿及侧穹窿。用长弯血管钳分离后穹窿处的阴道壁并横断之。在剪开后穹窿时应格外小心，不要切开子宫直肠窝的腹膜。此时用一把组织钳夹住阴道后穹窿断端，向下牵引，用手术刀紧贴阴道后壁锐性分离阴道直肠间隙，亦可用手指钝性分离，直达阴道外切口处，取下标本。术中注意充分止血，以免出血影响视野，造成盲目操作而损伤周围脏器。创面充分止血后，取一侧大腿内侧皮瓣行阴道重建。方法见第二章第七节。

2. 部分阴道切除 根据病变部位的不同，分上段阴道和下段阴道切除，其手术操作及注意事项同全阴道切除。如切除部分只占全阴道的三分之一，可行阴道端端吻合，如切除部分占全阴道的二分之一以上，须行阴道植皮。

3. 全阴道切除和部分阴道切除的并发症

(1) 术中并发症 术中并发症包括出血和周围脏器损伤。术中仔细操作和止血，可避免过多的失血。周围脏器损伤可因操作不细心或患者以前有炎症、粘连所致。一旦出现周围脏器的损伤或穿孔，应立即行修补术。

(2) 术后并发症 术后并发症主要包括感染和再造的阴道坏死。一旦出现这种情况，可能使阴道再造术失败，必须积极处理，包括全身应用广谱抗菌素，局部换药和引流。如发生小部分坏死，控制感染后可自行愈合。如发生大面积坏死或全部坏死，可待感染被控制后，肉芽新鲜时，再行二期植皮或再造术。

二、外阴、阴道非典型增生的非手术治疗

外阴、阴道非典型增生的非手术治疗方法包括CO₂激光、冷冻、电熨等物理方法及5-氟脲嘧啶(5-FU)和雌激素治疗。

(刘诗权 徐国庆)

第二节 子宫颈癌前病变

根据很多学者的观察和研究，已公认宫颈上皮非典型增生是一种癌前病变，即宫颈癌前病变(Cervical Premalignant lesion)，有间变、非典型上皮、不典型化生、不规则上皮、基底细胞过度活跃、癌前化生和边界病变等不同名称，而以非典型增生或结构不良为常用。

宫颈上皮非典型增生可来源于固有鳞状上皮的基底细胞，亦可来源于柱状上皮的储

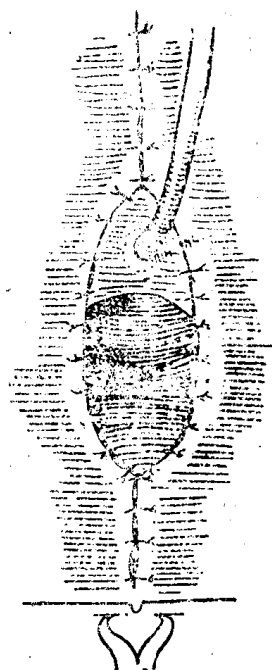


图 1—12 外阴皮肤缝合完毕，放置导尿管

备细胞，而后者比前者多见。有人认为来源于固有鳞状上皮部位的多数是可逆的，而来源于储备细胞的不易逆转。

宫颈非典型增生表现为上皮细胞形态的异常改变与增生，如细胞分化不良、排列紊乱、细胞核深染、核异型或异常分裂相，并由上皮基底部分逐渐向全层发展。这种异型改变，特别是核的改变，已具备了恶性细胞的特点，但又不象恶性细胞改变那么严重，因而称之为宫颈上皮非典型增生。如不治疗，其中一部分经过相当长的时间将会转变为鳞状上皮原位癌，故又称为癌前病变。

根据非典型增生的程度和病变累及上皮的范围，分为三级，即轻度非典型增生（Ⅰ级）、中度非典型增生（Ⅱ级）、重度非典型增生（Ⅲ级）。

【临床意义】 要了解宫颈上皮非典型增生的生物学意义比其原位癌更困难。许多临床观察已证实，原位癌发病年龄高峰比浸润癌早，而非典型增生发病年龄高峰又比原位癌早。通过临床观察，结合非典型增生细胞的演变及其形态学上的异常程度，提示轻度、中度、重度非典型增生与原位癌实质上是同一性质的病变，只有程度上的差别。宫颈原位癌和非典型增生的超微结构无明显区别。经用 H^3 -胸腺核甙标记扫描法，从脱氧核糖核酸标记细胞的数量和分布上，看到在正常宫颈鳞状上皮层内，标记细胞仅出现在内底层，数量不超过5%。非典型增生时，则标记细胞与病变程度成比例地增加。到原位癌时，标记细胞可达75%以上。这说明，非典型增生、原位癌、早期浸润癌是一个连续的过程，是几个分化不同的阶段。

非典型增生可有三种转归：①消退或逆转；②不变；③癌变。其癌变率随非典型增生的程度不同而异。文献提供的资料不尽相同，大约20~50%的非典型增生可恢复正常。然而，有1~20%的非典型增生和65%的重度非典型增生发展为原位癌。大多数文献所提供的非典型增生转归的资料是来自活体组织诊断后的随访结果（见表1-1和表1-2）。只有少数的研究（表1-3）注意到不扰乱上皮变化的自然过程，采用细胞学或阴道镜诊断和随访而不作活组织检查。

表1-1 活体组织检查诊断为非典型增生的随访结果

作者	分级	全部病例数	发展为原位癌%	恢复正常%
Galvin Jones Telinde		191		
	Ⅰ级	93	2	54
	Ⅱ级	63	11	44
	Ⅲ级	35	65	17
Green		142	10	37
Pecknam, Greene		489	10.7	40
Mckay, et al		129	3.8 (1例浸润癌)	20
McLaren, Attwood		39	10	32
Dougherty, Torres		293	3	51
Cotton			12	
Lambert, Woodruff		108	8.4	
Jordan, Bader, Day		95		

Richart和Barron用非活检技术，通过细胞学涂片，将非典型增生详细地分为不同等级，且设计出能够观察其进展的方案。非活检技术分级法判断的准确性与细致的组织学资料的判断是一致的，因而是可信的。演变率是全部材料的一个综合，对每个具体的病人来说，并不能预示每一个病灶最后的结果。然而他们的资料证明，非典型增生有进展的倾向。同时他们指出，程度不同的非典型增生和原位癌，是一个连续的过程，因而可

统称为上皮内瘤样病变。

此外，非典型增生常同原位癌或浸润癌并存，其伴随原位癌的机会比浸润癌大7倍多，且多在原位癌周围。

表1—2 活体组织检查诊断为非典型增生者的随访结果

作者	级别	病人数	进展为原位癌%	不变%	消失%	随访时间
上海第一医学院 妇产医院		160	3.1	30.6	6.3	1~13年
陈惠祯		91	6.59	36.3	28.6	4~10年
	I	63	3.17	41.3	41.3	
	II	22	4.55	31.8	63.6	
	III	6	50	0	0	
丁爱华		195				1~20年
	I		0.69			
	II		4.65			
	III		12.5			
Hall		206				1~14年
	I		6.2			
	II		12.9			
	III		29.1			
野田		1537				1~11年
	I		2.3			
	III		13.7			

表1—3 通过细胞学诊断非典型增生的随访结果

作者	全部病例数	发展为原位癌%	恢复正常%
Lerch, et al	80	2.5 (随访3年)	0
Fox	278	60*	31

* 167例原位癌或重度非典型增生；2例微小癌；1例早期浸润癌

上述资料表明，非典型增生存在一定程度的潜在恶性，其癌变的可能性随细胞异常增生程度的加重而增加，也就是说，宫颈上皮非典型增生越严重，癌变的可能性越大，逆转或消失的可能性越小。因此，必须积极治疗宫颈上皮非典型增生，特别是重度非典型增生，这是防治宫颈癌的重要措施，是阻断非典型增生向宫颈癌发展的重要措施，但治疗前必须排除癌变。

【治疗】

一、治疗原则

宫颈上皮非典型增生的治疗原则必须根据病人的年龄、妊娠及生育要求、病变范围及程度、医疗条件等因素综合考虑后制定。

若病人已有子女，子宫全切能成功地治疗重度非典型增生，特别是在不能区别是重度非典型增生或原位癌时更是如此。但大多数非典型增生可采用较小的手术获得满意的疗效。若细胞学和组织学检查提示为轻度非典型增生，可用细胞学检查随访观察其转归情况。如为中度或重度非典型增生，则需要锥切，亦可考虑冷冻或烧灼，但事先必须排除浸润癌。

我们对宫颈上皮非典型增生的处理原则是：

I级：按慢性宫颈炎处理，阴道细胞学随访至完全恢复正常，并为组织学所证实。

Ⅰ级：①宫颈锥切；②不接受宫颈锥切者可考虑用冷冻或激光治疗，并定期随访。

Ⅱ级：原则上行宫颈锥切。不能区别是重度非典型增生或原位癌时，或累及阴道上段者行全子宫切除术。少数年老（60岁以上）或有手术禁忌者，用冷冻或激光治疗，但须排除浸润癌。

二、治疗方法

（一）宫颈锥形切除术

1. 选择病人的标准

（1）在满意的阴道镜检查指示下作宫颈多区活组织检查或四象限（3、6、9、12点）直接活组织检查及颈管刮取活组织检查结果为Ⅱ、Ⅲ级非典型增生者。

（2）多次宫颈刮片检查找到恶性或可疑恶性细胞，阴道镜检查不满意，宫颈活检诊断为非癌或有可疑癌变而不能确诊者，特别是不能排除浸润癌者，对这些病人作锥切主要是为了明确诊断。

2. 手术范围 宫颈非典型增生的手术范围是切除全部病变组织并包括周围一定范围的正常组织，以防遗漏病变组织。切除范围应根据病变的大小和累及的部位来决定。如图1—13所示，病变部位在宫颈外口以下，锥切的形状宽而浅（图1—13A、B）；病变部位向颈管内延伸超过了阴道镜观察的限度，那么应行全部宫颈管锥切（图1—13C）；偶有个别细胞学检查结果阳性的病人，阴道镜检查又没有发现宫颈或下段颈管病变，且异常细胞又是源于鳞状上皮，此时亦行全宫颈管锥切

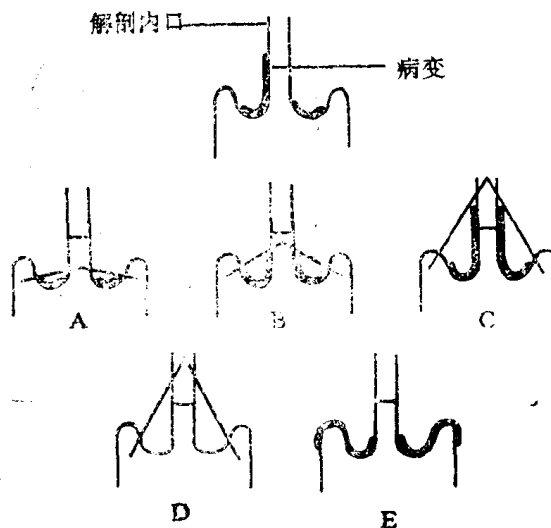


图1—13 宫颈非典型增生的锥切范围

（图1—13D）；少数病人的宫颈非典型增生累及阴道上段，此时亦应行全宫切除加穹窿和部分阴道切除（图1—13E）。在保证能全部完整地切除宫颈非典型增生上皮的前提下，应尽可能多地保留颈管组织，这对未生育而又有生育愿望的妇女尤为重要。

3. 手术步骤

（1）暴露宫颈 首先在阴道镜下找到病变部位和范围，然后以Schiller's碘试验的不着色区作为切除的病变区。

（2）牵拉宫颈 确定切除范围后，用宫颈钳夹持宫颈口组织作牵拉，于宫颈12点处用7号丝线缝一针，以备术后病理检查定位之用。

（3）注射肾上腺素盐水 于宫颈局部注射1：250的肾上腺素盐水（心血管疾病患者忌用）至整个宫颈呈白色。此时应注意观察病人的心率、脉搏、血压。

（4）宫颈锥切 注射肾上腺素盐水后，用小手术刀在病变区或碘不着色区外3～5mm处作一环形切口，并沿宫颈内口方向逐渐加深至欲切深度，迅速切除标本，以免出血过多。然后立即用热盐水纱布压迫止血数分钟。如仍有出血或渗血可用1—0号肠线缝扎止血，充分止血后行残余颈管的扩宫与诊刮。诊刮组织送病理检查，以证实病变切除是否彻底。

(5) 缝合 目前采用Sturmdorf氏缝合法和改良的Sturmdorf氏缝合法，这两种方法都利于宫颈的重建。

1) Sturmdorf氏缝合法 以有齿镊夹住宫颈切缘，先从远离切缘的宫颈11点处进针，贯穿宫颈全层，回转时经创面从11点近切缘处缝入，再从1点近切缘处缝出创面，回转时经宫颈全层从远离切缘的1点处缝出。结扎后即形成了重建的宫颈前唇(图1—14A)。重建宫颈后唇的方法同前唇。两侧再各缝合一针关闭死腔(图1—14B、C)。

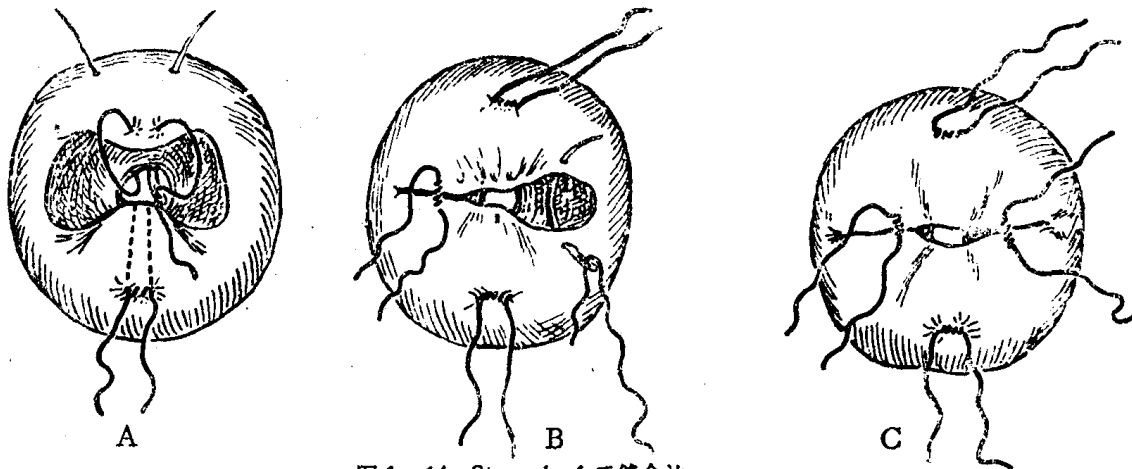


图1—14 Sturmdorf氏缝合法

2) Sturmdorf氏改良缝合法 以有齿镊夹住宫颈切缘，先从10点处离切缘稍远的地方进针，贯穿宫颈全层，回转时经创面从11点近切缘的地方缝出，再从1点近切缘处缝入创面，回转时贯穿宫颈全层从2点处离切缘稍远的地方缝出，暂不结扎。后唇缝合的方法同前唇，即从宫颈8点处进针，7点出针；5点进针，4点出针。8点与10点、2点与4点缝线结扎(如图1—15A、B)。这种缝合法使两侧不需再缝一针关闭死腔。缝合完毕后填塞消毒大纱布1~2块，压迫止血，第2天取出。

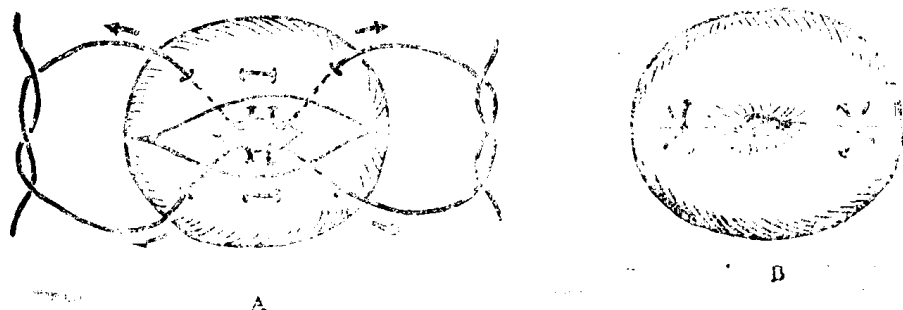


图1—15 Sturmdorf氏改良缝合法

4. 并发症及其处理

(1) 手术中并发症 主要是出血多，子宫穿孔或邻近器官损伤。

手术前应用止血药预防，术中充分止血和缝合，必要时输血。手术中仔细观察并确定子宫颈管的方向，应用小号手术刀精心操作。如发现子宫穿孔和损伤邻近器官，应立即行修补术。

(2) 手术后并发症 手术之后并发出血多为即时出血，这是主要的，也是最为严重的合并症之一，如及时发现和处理，可引起大出血及出血性休克。因此，除要求手术中仔细缝合创面外，术后要用纱布或纱条填塞阴道，压迫宫颈残端，并注意严密观察，一旦发现出血要及时更换阴道纱布或纱条，塞紧各穹窿部及阴道上段多能止血。偶有

48小时后至2周内出血者，多因伤口愈合不良所致，只要仔细缝合伤口以及预防局部感染，就可以避免。如有发生，仍可填塞压迫止血。

Luesley报道，在788例行锥切术的患者中，有101例（12.82%）术后有不同程度的阴道出血，其中44例（5.63%）发生在术后24小时内，55例（6.98%）发生在术后24小时至术后12天内。Claman、Luesley认为，原发性或继发性术后出血与锥切底部的宽度和锥切的长度有关。

（3）晚期并发症

1）宫颈狭窄 宫颈狭窄是主要的晚期并发症之一，时有发生。但目前对宫颈狭窄的诊断还没有统一的标准。Byrne、Hollyhock、Larrison、Moinian和Andersch报道，宫颈狭窄的发生率为3~31%。Luesley认为，宫颈狭窄与锥切长度有关。如果锥切为25mm或少于25mm，其发生率为12.8%，当锥切长度大于25mm时，其发生率为24.2%。

宫颈狭窄引起的痛经占锥切病人的4%，术后定期扩张宫颈可以解除狭窄。症状严重，经扩张宫颈狭窄仍不能解除者，可用激光切除狭窄部位或行全宫切除。

2）不孕 是由于切除了大部分颈管内腺上皮引起宫颈干燥或狭窄所致。对伴有狭窄的患者可行宫颈扩张治疗。

3）早产 是由于宫颈作了大的锥切术后宫颈上皮组织无承受能力所致。

4）难产 是由于宫颈锥切后宫颈瘢痕纤维化所致，可行剖宫产。

（二）激光宫颈锥形切除术 与传统的手术锥切方法相比，激光锥切的优点是出血少，并发症少。激光锥切与激光汽化破坏相比，功率密度要求更高，达 $60000\sim 80000\text{W}/\text{cm}^2$ ，光斑要求更小，直径为 $0.20\sim 0.24\text{mm}$ 。

1. 手术步骤

（1）暴露宫颈 首先在阴道镜下找到病变部位，然后以Schiller's碘试验确定切除范围（包括病变外5~6mm正常粘膜）。

（2）注射肾上腺素盐水或止血缝合 注射1:250肾上腺素盐水（心血管病患者忌用）时，从已确定的切除范围外进针达宫颈深层，注射至整个宫颈呈白色，或用1—0号肠线在两侧穹窿紧靠宫颈各深缝一针，以结扎宫颈两侧的下行血管。

（3）宫颈锥切 激光功率调至25~27W，聚焦到 $0.20\sim 0.24\text{mm}$ ，即可产生电力密度为 $60000\sim 80000\text{W}/\text{cm}^2$ 。用宫颈钳夹住宫颈作牵引，脚踏开关，对准需切除范围的外缘间断冲击几个点（图1—16A），以点的连线连续作锥形切割（图1—16B、C、D、

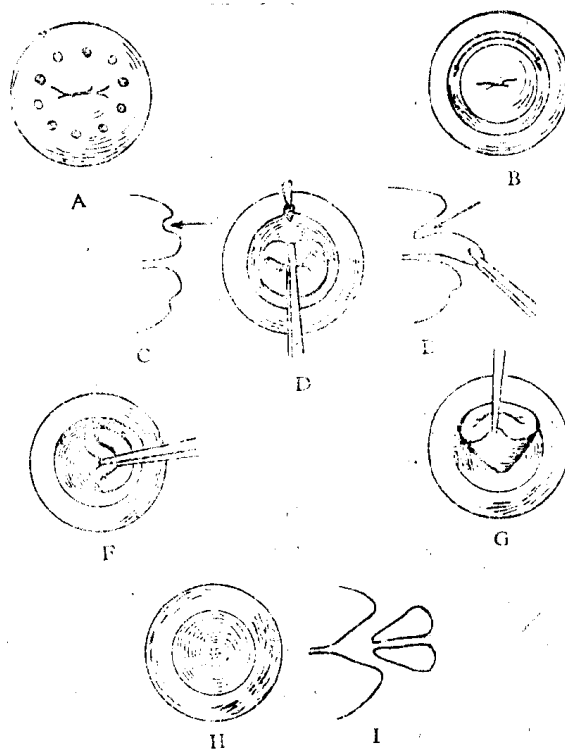


图1—16 激光锥切步骤

E、F、G、H、I)。根据宫颈的形状和病变部位的不同，锥形切除可深可浅（图 1—17A、B），只需稍微改变激光的角度即可。切除至离颈管粘膜 4～6 mm 时，为保证术后病检的准确性，可改用手术刀切除。

（4）止血 由于注射了肾上腺素盐水或作了宫颈旁缝合，出血很少，可用扩大光斑的激光烧灼止血，较大的出血需缝合结扎止血。

（5）扩宫诊刮 对残余颈管应常规扩宫诊刮。刮出物送病检，以检查切除病变是否彻底。

（6）缝合 激光锥切后同样可用 Sturmdorf 缝合或改良式 Sturmdorf 缝合，也可不缝合，用凡士林纱条填塞。

2. 并发症 激光锥切后并发症很少。主要并发症为出血、感染和狭窄。

（1）术后出血 术后出血多发生在术后 7～14 天。Larsson 报道，激光锥切后出血发生率为 2.6%（12/456），Baggish 报道的出血发生率为 2.5%（3/120），出血多不严重。

（2）狭窄 Larsson 报道，激光锥切后狭窄发生率为 0.44%，Baggish 报道的狭窄发生率为 0.91%，比激光汽化破坏的狭窄发生率低。

（三）全子宫切除术 对宫颈中度或重度非典型增生同时累及阴道上段者，或不能区分是重度非典型增生或原位癌者行全子宫及部分阴道切除术者，50 岁以内的病人保留一侧卵巢。切除阴道上段的长短应根据阴道镜检查或碘试验检查所提示的病变区以下 5～6 mm，一般切除阴道 1～2 cm 已足够。手术方法见第三章第一节。

（四）宫颈非典型增生的非手术治疗 宫颈非典型增生的非手术治疗技术包括 CO₂ 激光治疗、冷冻治疗、冷凝治疗、电凝透热治疗、电熨治疗及药物治疗。

（刘诗权 陈惠祯）

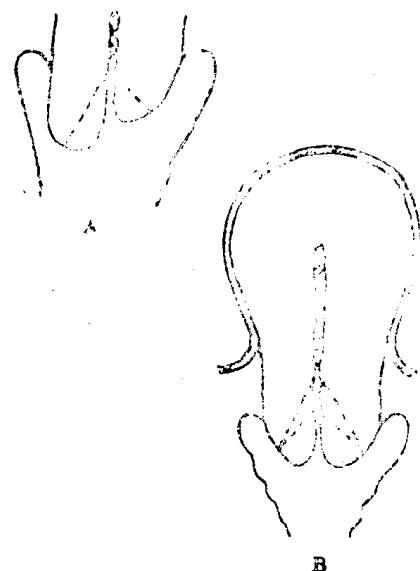


图 1—17 激光锥切深浅示意图

第三节 子宫内膜癌前病变

子宫内膜癌前病变（Endometrial Premalignant lesion）实质上是指子宫内膜非典型增生，它可能是子宫内膜脱落不全而呈现不规则的增生样改变。轻度增生可能有自发逆转的趋势，而重度增生则有较大的恶变倾向。发病年龄多见于更年期妇女，但也有的是年轻不育的患者。临床表现为不规则的阴道出血或一段时间的闭经后子宫出血或月经稀少等。妇科检查常无明显异常，有时子宫可稍增大、饱满，偶可触及一侧或双侧增大的囊性卵巢。

大体标本肉眼可见内膜增厚或很薄，病灶呈局限性或弥漫息肉状。1975 年世界卫生组织（WHO）关于子宫内膜非典型增生分类规定如下：细胞呈现不同程度的核和胞浆变化。在轻度增生中，细胞仍具有典型的柱状形态，核增大，核染色质略增多且图象不规则。胞浆内可见细小的或大的空泡。当组织学病变进展时，细胞的变化也随之明显起来，此时的细胞与子宫内膜癌的脱落细胞非常相似，一般表现为核增大，染色质增多且

图象不规则，核外形也不甚规则。在较严重的增生中可见到明显的单个核仁，胞浆常呈空泡状，核浆比例增大。有关子宫内膜腺上皮内瘤样病变（GIN）的分类见表1—4。

表1—4 子宫内膜腺上皮内瘤样病变的分类

作 者	I	II	III
WHO (1975)	囊性增生或腺瘤样增生	腺瘤样增生	非典型增生
Vellions (1972)	同上	非典型增生	原位癌
Campbell及Barter (1961)	良性增生或非典型增生	非典型增生 I、II 级	非典型增生 III 级

【临床意义】 许多临床资料都证实子宫内膜非典型增生有较大的恶变倾向，是内膜癌的癌前病变，它包括腺瘤样增生、非典型增生和原位癌。

1979年Sherman等发现113例未治疗的“腺瘤样增生”和91例未治疗的“非典型腺瘤样增生”，前者的22%和后者的57%在2~18年内发展为内膜癌。Chamlian和Taylor观察的97例腺上皮增生的年轻妇女在1~14年间有14例发展为癌。Gusberg和KaPlan作了回溯前瞻性研究，对诊断为腺上皮增生的191例病人进行长期随访，其中90例在诊断明确后即行子宫切除术，发现20%与癌共存，13%有临界性间变；剩余的101例随访，有8例（7.92%）发展为内膜癌（平均随访5.3年）。在对照组的202例病人（全部有绝经后出血，第一次诊刮术病检都没有增生和癌），其中仅1例发展为子宫内膜癌。Campbell报告，非典型增生的I、II、III级病人的癌变率分别为15%、24%、45%。

上述资料说明，非典型增生存在一定程度的潜在恶性，其癌变的可能性随细胞异常增生程度而增加。因此，临床妇科医师必须重视子宫内膜癌前病变的查治工作，积极采取阻断治疗措施，以降低子宫内膜癌的发病率和死亡率。此外，不少文献报告，在手术切除的子宫标本常规病理检查时，发现增生的病灶处常伴有临床不易诊断的浸润性内膜腺癌。所以，发现病人有子宫内膜增生病变，须查明是否与内膜癌共存。

【治疗】 应根据子宫内膜癌前病变发展过程中病人的年龄、生育情况、病程长短、全身情况及组织学类型来选择不同的治疗方法。对于绝经前妇女以积极的保守治疗为主，而绝经后诊断明确的则采用手术治疗。

一、手术治疗

（一）负压吸宫术或刮宫术 主要目的是清除子宫腔内或宫颈管内的异常组织，进行病理组织学检查。它不仅是重要的诊断方法，如能将宫腔内膜病变吸净，亦是治疗手段之一。有资料报道，负压吸宫比刮宫更为满意，吸宫所取得的内膜，比刮宫取材更为全面。有下列两种情况者可按常规进行负压吸宫术或刮宫术：

（1）生育期妇女经药物治疗无效者；

（2）绝经前后全身情况不能胜任较大手术，又不适宜药物治疗者。

刮（吸）宫时，应分段刮（吸）取组织，先刮取子宫颈管组织，尔后刮取宫腔内组织。要注意彻底清除宫腔前后壁、宫底及两侧角的所有内膜组织。刮出物应分装送病理检查。

（二）子宫切除术 年龄较轻者多采用次全子宫切除术；病情较重而年龄较大者多采用全子宫切除术。有下列情况者可选择此手术治疗：

（1）凡年龄在40岁以上，诊断明确，无生育要求者；

（2）经药物治疗后，内膜持续增生或加重，并怀疑有癌变趋势或已发展为癌者；