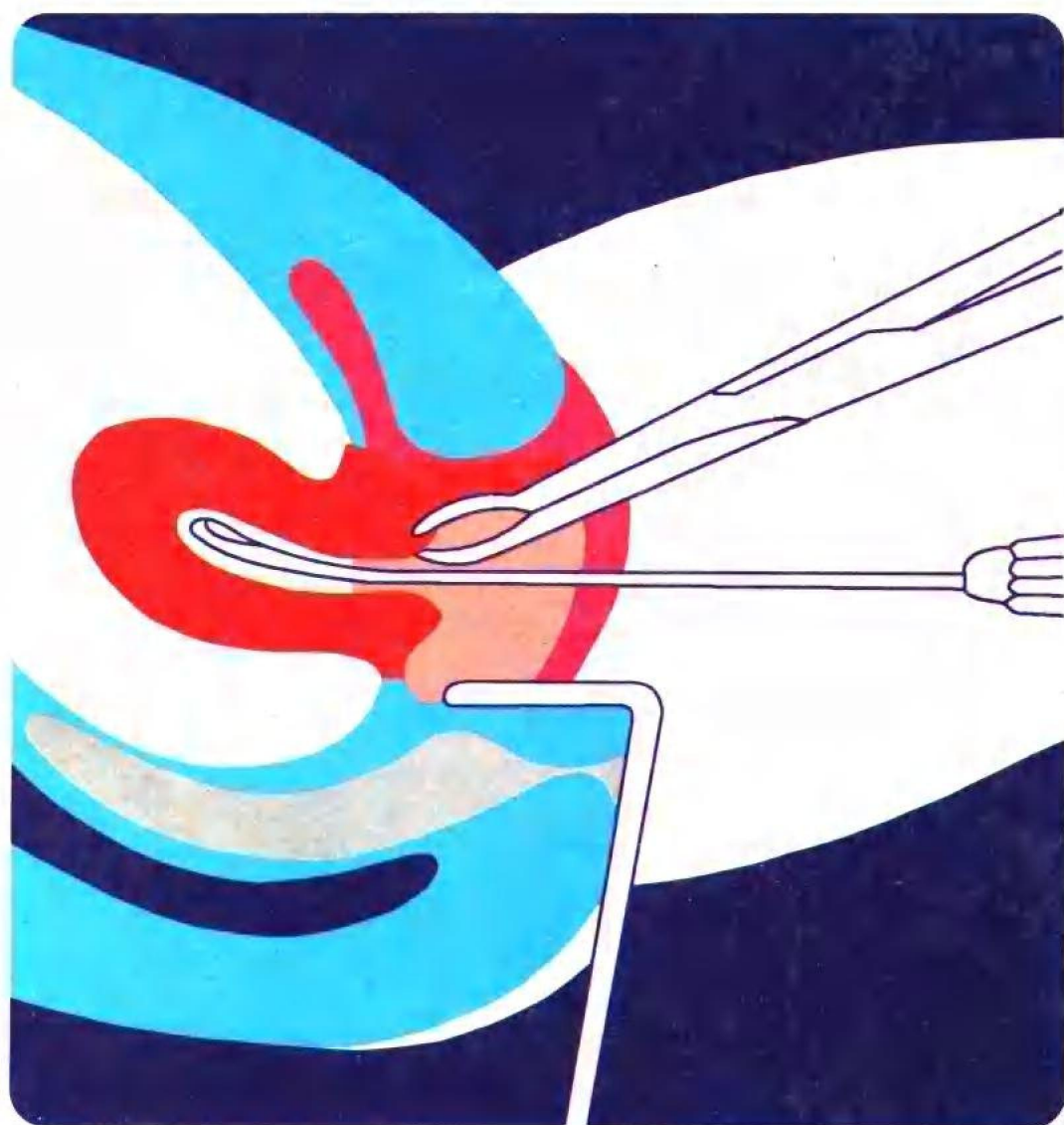


妇科手术图谱

德文版原版主编 O.Käser
F.A.Iklé, H.A.Hirsch

英文版(第2版)译本主编 Emanuel A.Friedman
译者 E.J.Friedman, E.A.Friedman

中文版
绘图 K.H.Seeber
译者 胡立 翁铭庆
审定 李淑浥



Atlas of Gynecological Surgery



广东科技出版社

妇科手术图谱

Atlas of Gynecological Surgery

(包括泌尿、直肠和乳房手术)

德文版原版主编 O. Käser

F. A. Iklé, H. A. Hirsch

英文版(第2版)译本主编 Emanuel A. Friedman

译者 E. J. Friedmán, E. A. Friedman

绘图 K. H. Seeber

中文版译者 胡立 翁铭庆

审定 李淑浥



广东科技出版社



A0284248

粤新登字 04 号

本书原出版者为 Georg Thieme Verlag, 经授权由百通公司(集团)成员出版社广东科技出版社、天津科学技术出版社、贵州科技出版社出版发行中文版, 版权专有。

图书在版编目(CIP)数据

妇科手术图谱: 泌尿、直肠和乳房手术/(德)O. Käser 等;
(英)Emanuel A. Friedman 等; 胡立等译. —广州: 广东科技出版社, 1996. 2

ISBN 7-5359-1463-2

I. 妇…

I. ①O…②E…③胡…

Ⅲ. 妇科外科手术—图谱

IV. R713

著译者: 德文原版主编 O. Käser
F. A. Iklé, H. A. Hirsch
英文版(第2版)译本主编 Emanuel A. Friedman
译者 E. J. Friedman, E. A. Friedman
绘图 K. H. Seeber
中文版译者 胡立 翁铭庆
审定 李淑滢

策划: 百通公司(集团)对外合作部
责任编辑: 许新主 傅东伟 黄铸
出版发行: 百通公司(集团) 广东科技出版社
排版: 广东科电有限公司
经销: 广东省新华书店
印刷: 广州彩色印务有限公司
规格: 787×1092 1/16 印张 43.5 插页 8 字数 1050 千
版次: 1996年2月 第1版
1996年2月 第1次印刷
印数: 1-2000册
I S B N 7-5359-1463-2
分类号: R·257
定价: 200.00 元

版权贸易合同审核登记
粤字第 0190 号

出版说明

本书据 O. Käser, F. A. Iklé, H. A. Hirsch 所著的《Atlas of Gynecological Surgry》(《妇科手术图谱》) 翻译。内容包括了大妇科手术, 即不仅有妇科手术且详列了与妇科有关的泌尿、直肠和乳房手术, 而国内所见到的妇科手术图谱仅仅叙述妇科手术。本书各章均包括各种手术适应症、手术前准备、手术方法、手术注意事项、手术并发症及其预防措施。对于手术步骤、改良术或替代术式做了详细地图解和文字说明, 内容丰富、图文并茂。

本书自初版以来, 已经修订增补了 3 次, 有德文、英文等版本。本版是著者根据妇科手术方面的新发展及个人长期的经验和文献积累最新修订的, 过时的内容尽行删除, 增加了经过评估、公认的新概念及其方法, 重新绘制了大部分插图等。

为了学习和借鉴国外医学的先进技术和经验, 为我国广大妇科医生开阔知识范围提供参考, 我们购买了本书的中文版权, 由有关妇科专家学者翻译、审校, 以飨读者。

1994 年 10 月

原版前言

近 10 余年来妇科手术的发展有如下变化：

对老年妇女的应用增加：在工业化国家中人们的预期寿命增高，出现一批年龄颇高女性的良性及恶性疾病患者。当前，这些患者即使一般健康不佳，常可经手术方法得到很好的治疗。

癌的个体化治疗：对一些早期癌患者，常可保存相当功能。只要能达到治愈患者的基本目的，就应施行个体化治疗。

对界限清楚的晚期癌的手术根治性提高：近 20 多年来对超根治手术有相当多的反对和争论。现在已认为是特异性适应症，且常获成功。

对具危险的患者手术方法增多，死亡率也稳步下降。由于麻醉方法和围手术期医疗护理的进步，使选择性手术几乎没有太多的禁忌症。但并不意味着手术和麻醉已完全没有危险了。妇科手术并发症的发病率仍然较高。因而必需仔细的衡量适应症，在这一方面著者拥护保守主义，预期具有改善患者情况高度可能性的手术方法才是适应的。此外对每一例都必须考虑非手术方法是否能达到与手术相同或更好的效果。

勿庸置疑，对属于边缘适应的很多病例做了手术，并在很多患者中切掉了不需切除的子宫。因而使公开强烈反对所谓预防性子宫切除者日益增多。著者认识到为治疗粘连、慢性阑尾炎或无并发症的子宫后倾的手术很少成功。如怀疑有粘连，则在施剖腹术前必须先做腹腔镜以核实诊断。

虽然手术并发症发病率和死亡率属于重要的考虑，但在评定一个医院或手术医生时这些并不是唯一的标准。对小数量病例计算率时，机会起很大作用。而死亡率统计则反映了患者人群组成和做手术的适应症等很多有关因素。除外患者有医学引起的虚弱和年老等危险因素后，手术可获得较好的结果。某些妇女拒绝治愈的机会抵消了这一方针的裨益。

目前在很多医学学科中对质量控制讨论得很多，试图以标准的尺度收集比较统计用于评价预防措施的效果。但这些比较数据远不能令人满意，主要是由于未能阐明适应症。

尚未解决的一个困难问题是有些手术医生在种种病例中没有按规则手术，他们并非缺乏勇气，而是缺乏自我评价、经验和技術训练以确保防止并发症发生。由于患者常不察觉手术已经失败而保住了这些医生。实际上，在手术失败后的长时期中，可以是看起来手术成功了，而且在一些病例中手术失败永远也不显露出来。

原版序言

手术的教科书仅有有限的生命期限。这一图谱自从20多年前初版以来已经修订增补了3次。前一版发行至今的这一期间，妇科手术实践方面并没有什么决定性变化，然而妇科手术实践方面并发症发病率和死亡率在继续下降。但对有关重点和适应症的考虑有了很大的改变，并呈现了很多新的动向。根据个人较长期的经验和文献积累，著者倾注精力试图较以往更为精确的限定适应症。

这一版的内容全部是最新修订的，大部分是重写的。过时的内容尽行删除，增加了经过评估公认的新概念及其方法。重新绘制大部分插图，其余的图也经修改增补。全书版式经过新的统一编排。此外，所列参考文献均经核实并削减为最相关的资料。在妇科手术中有几种改变和新的趋向，其中尤其重要的是特别注意使手术方法能尽量保留受损伤组织或器官的功能甚至改善其功能，对良性和恶性疾患都是如此。一系列的显微外科和整形方法都具有审美和改善功能的目的。

也发展了很多用于患者计划生育的手术方法。这些手术包括输卵管绝育术和中断妊娠直至子宫切除等一系列方法。

近来才强调的另一重要目标为癌手术疗法的个体化。其原则为必要做则尽量做和尽可能限于小范围及减少损伤。根据疾病程度所设计的疗法其目的为治疗患者并避免不必要的危险和伤残。这种个体化处理最关键的是需要妇科医生和妇科组织学家与细胞学家之间的密切合作。甚至对恶性病的手术治疗，目前也比以前更加适当的做美学和功能的考虑。

当前，对晚期癌的选择性病例普遍采用超根治手术并满足了规定的先决条件。现在认为对晚期卵巢癌要尽最大努力手术。这些手术必须由掌握大肠和泌尿外科必要技术的医生施术。美国现有受过多种专业训练的盆腔外科医生。

增加了很多针对老年患者的手术方法。西方工业化国家延长了人们的预期寿命，目前妇女平均寿命已达75岁，因而增多了良性和恶性病的老年患者。令人高兴的是近年在麻醉和加强监护方面的进展减少了选择性手术（甚至在老年或一般健康状况不佳的患者中）的禁忌症。然而，仍有一些情况是手术不可取的，特别是有关心理和伦理方面的考虑。越来越多的妇科医生甚至施行选择性美容整形方法治疗良性和恶性乳房疾患。上一版图谱的很多读者鞭策著者扩充乳房手术的章节以写入整形重建手术方法，这一版做到了这一点。应该强调的是必须特别注意此种美容性乳房手术的严格要求，尽量考虑到在医学-法律范围的相互关系，在术后不满意的患者中对手术损伤的诉讼颇为常见。

这一版中也采用了其他的编写方法。可以相信，将来在手术未能成功的病例中，会有越来越多的诉讼案，对治疗不当的责任提出诉讼。因此在这本书中著者特别着重阐明可能发生的并发症及其预防办法，以便减少并发症。著者对Georg

Thieme Verlag 出版社表示感谢，尤其是 G. Hauff 博士的见识和合作保证了这本图谱的高质量和精美设计。此外，特别感谢艺术家 K. H. Seeber 的长期而宝贵的合作。著者也对 G. Giese 和 U. Schmidt 为此书的手稿打字和 E. Neeser 医生校正印刷校样表示谢忱。

著者

1982 年 11 月

目 录

第一章 手术前后的处理及急性并发症的治疗	1
手术前后的处理	1
器械操作	3
预防措施	3
急性并发症的治疗方法	5
手术期内和手术后出血	5
手术期内出血	6
手术后出血	7
髂内动脉结扎	8
急性心血管虚脱	9
休克	17
低血容量性休克	18
脓毒性休克	23
感染	25
肠梗阻、腹膜炎和伤口裂开	27
肠梗阻	27
腹膜炎	29
伤口裂开和脏器暴露	30
肺部并发症	31
肺栓塞和梗塞	31
肺吸入、肺不张和支气管肺炎	32
参考文献	34

小手术及腹壁手术

第二章 诊断性和治疗性小手术	39
子宫颈扩张术和刮宫术	39
子宫内闭锁的治疗	44
输卵管通畅试验	44
输卵管通气术	44
输卵管通液术	45
子宫输卵管造影术	45
腹腔镜检查	46
腹腔镜检查	47
宫腔镜检查	55
后穹窿穿刺术、阴道后穹窿切开术和子宫旁活体组织检查	57
子宫直肠陷凹穿刺术	57
阴道后穹窿切开术	57

子宫旁组织活检	58
子宫颈手术.....	59
烧灼术和锥形切除术	59
冷冻手术	60
激光手术	61
子宫颈切除术	61
子宫颈缝补术 (Emmet 手术) 及子宫颈裂伤修补术	62
子宫颈息肉切除术	63
子宫颈活体组织检查	64
冷-刀锥形切除术、环状活体组织检查和子宫颈管刮术	64
外阴和入口的手术	67
活体组织检查	67
外阴湿疣的切除	67
前庭大腺囊肿或脓肿手术	67
参考文献	69
第三章 绝育术与终止妊娠	72
女性绝育手术	72
输卵管结扎术与子宫切除术	72
输卵管绝育术	73
输卵管部分切除术	75
应用钳夹或硅橡胶环机械性闭塞输卵管	79
腹腔镜输卵管绝育术	80
经腹小切口输卵管绝育术	81
经阴道输卵管绝育术	82
终止妊娠	84
早期妊娠流产	84
应用 Karman 法施行月经内膜吸取术	84
12 周妊娠的中断	86
应用刮匙排空	86
负压吸引	87
人工流产并做绝育手术	88
中期妊娠流产	88
流产和绝育	90
合法流产的危险性和并发症	90
参考文献	92
第四章 腹壁手术	95
概说	95
用于妇科手术操作的剖腹术切口	98
中线垂直切口	99
Pfannenstiel 筋膜横切口	103
筋膜横切口, Cohen 改良法	105
耻骨上方或髂间横切口	106
McBurney 中线切口	107
小切口开腹术切口	109
正中旁切口	109
McBurney 侧切口	110
再探查	110

引流	110
伤口愈合的并发症	111
出血(血肿)和感染(脓肿)	111
裂开	111
肠痿	113
腹膜粘连	113
未能预料的发现	114
参考文献	114
第五章 腹壁疝手术	116
一般情况	116
腹股沟疝	117
腹股沟斜疝或间接腹股沟疝	117
腹股沟内侧疝或直疝	120
股疝	120
女性水囊肿	123
脐疝	123
腹疝	124
腹部成形术(皮肤脂肪切除术)	125
参考文献	130

腹 部 手 术

第六章 生殖器移位的腹部手术	135
子宫后屈和下垂	135
子宫固定术(Kocher法)	136
宫骶韧带折叠术	137
圆韧带缩短术	137
Pestalozza 腹侧固定法	139
卵巢脱垂	140
子宫切除术后的阴道脱垂	141
阴道断端腹侧固定术	141
阴道骶骨悬吊法	143
陷凹腹膜切除术	144
子宫内翻	145
参考文献	146
第七章 子宫手术	147
腹式子宫切除术	147
子宫切除术后卵巢切除术	148
全子宫切除术	149
筋膜外子宫切除术	150
筋膜内子宫切除术, Aldridge 法	159
次全或子宫颈上子宫切除术	164
效果、并发症和错误	166
腹部肌瘤切除术	168
子宫畸形手术	173
子宫成形术	175

参考文献	178
第八章 腹式子宫切开术	181
剖腹产术	181
剖腹产子宫切除术	193
腹膜外剖腹产术	197
参考文献	199
第九章 附件手术	208
附件炎症	208
生殖器官结核	209
子宫内膜异位症	209
异位妊娠	211
输卵管妊娠	211
卵巢和子宫残角妊娠	213
腹腔妊娠	213
卵巢肿瘤	214
输卵管瘤	220
手术操作方法	220
卵巢楔形切除术	220
囊肿切除术	220
卵巢切除术	221
阔韧带内囊肿摘除术	222
输卵管切除术	222
输卵管切开术和其他保守方法	223
输卵管-卵巢切除术	224
盆腔炎性疾病的手术	227
子宫内膜异位病灶切除术或烧灼术	229
骨盆静脉曲张手术	229
不孕症手术	230
非手术治疗方法	234
手术方法	234
输卵管吻合术（输卵管或端-端吻合术）	235
间质部吻合术（输卵管子宫角吻合术）	237
“开放”间质部吻合术	238
在子宫角处输卵管子宫植入术	239
在子宫后壁的子宫输卵管植入术	241
粘连松解术	241
输卵管伞成形术（输卵管伞端松解术）	242
输卵管造口术	242
输卵管不可逆性损伤的手术操作方法	244
不孕症手术结果	244
子宫内膜异位症手术	245
参考文献	246
第十章 盆腔痛的手术	250
骶前神经切除术（Cotte 方法）	251
扩大的骶前神经切除术（Held 和 Vara 方法）	252
骶神经去除术（Thiermann 方法）	253

卵巢神经去除术	253
参考文献	253
第十一章 肠管手术	255
阑尾切除术	255
McBurney 氏切口	256
阑尾切除术的技术	256
Meckel 氏憩室切除术	257
肠管损伤的处理	259
肠造口术	259
粪瘘	260
盲肠造口术技术	260
结肠造口术	261
翻转结肠造口术	262
肠管切除术和吻合术	263
大肠切除术和吻合术	266
参考文献	267

阴 道 手 术

第十二章 阴道式子宫切除术及阴道脱垂手术方法	271
阴道式子宫切除术	277
生殖器官脱垂的阴道式手术方法	296
合并进行阴道前壁和后壁成形术的阴道式子宫切除术	299
Manchester 手术	317
后阴道疝手术	324
阴道脱垂（子宫切除术后）的疗法	328
阴道式子宫切除术、阴道切除术	333
其他的脱垂手术方法	337
参考文献	340
第十三章 子宫与附件（与脱垂无关）的阴道式手术	345
摘除子宫颈残端	345
对子宫的膀胱固定术	347
阴道式子宫切开术	347
经阴道治疗子宫内翻	350
切断子宫骶骨韧带治疗痛经	351
阴道式输卵管绝育术	351
子宫颈机能不全的手术治疗	351
Lash 峡部缝合	355
参考文献	357
第十四章 外阴和阴道手术	358
损伤	358
小外科	358
去除支配外阴的神经治疗外阴瘙痒	358
外阴切除术	360
阴道和外阴中隔、闭锁、狭窄手术	363

处女膜闭锁和处女膜再造	363
阴道中隔	363
先天性阴道闭锁和狭窄	363
后天性阴道闭锁和狭窄	366
阴道囊肿和肌瘤手术	366
阴道断端癌	367
女性假两性畸形手术	367
大阴唇粘连	367
阴蒂肥大和大阴唇融合	368
泄殖腔和肛门先天闭锁手术	371
阴道闭锁和后天性阴道闭合手术	371
无子宫的手术方法	372
游离皮片覆盖新阴道	378
对有功能的子宫患者的手术方法	384
参考文献	385

癌的根治和超根治手术

第十五章 宫颈和子宫癌手术	391
宫颈癌	391
浸润前病变	391
浸润性宫颈癌	392
宫颈早期浸润癌	394
浸润性宫颈癌	395
子宫内膜癌	398
腺瘤样和非典型腺瘤样增生	399
浸润性子官内膜癌	399
其他子宫恶性肿瘤	402
肉瘤	402
妊娠滋养细胞肿瘤	403
子宫颈癌腹式手术	404
改进的根治性子官切除术	408
根治性子官切除术	409
宫颈癌的阴道式手术	430
参考文献	443
第十六章 盆腔内脏去除术	449
Bricker-Morley 术式盆腔内脏去除术	452
排粪和尿流改道	468
结肠造口术	468
泌尿通道	471
参考文献	472
第十七章 阴道和外阴癌	474
外阴癌	474
浸润前期癌	474
浸润性癌	474
其它外阴癌	488

恶性黑瘤	488
尿道癌	488
前庭大腺癌	488
阴道癌	489
原位癌	489
浸润癌	489
参考文献	489
第十八章 乳房手术	492
解剖学概况	492
活组织检查	493
针吸或活组织检查	494
切除活检	496
乳腺小叶或乳腺管切除	499
乳腺下活检	501
皮下乳房切除术和整形隆乳	502
对正常形状乳房的手术方法	503
下垂乳房的手术	508
肥大乳房的手术	509
乳腺炎手术	510
急性乳腺炎	510
慢性乳腺炎	510
乳房切除术	511
乳腺癌	511
全乳房切除术并做腋淋巴结切除术	518
改良的根治性乳房切除术, Patey 方法	523
经典的根治性乳房切除术, Halsted-Rotter 法	525
全乳房切除术	526
保留乳房的方法	527
并发症和错误	529
结果	530
隆乳乳房成形术	531
缩小乳房成形术	536
参考文献	542

泌尿和直肠手术

第十九章 泌尿系手术	549
尿道	549
尿道旁腺炎	549
尿道肉阜和尿道息肉	550
尿道脱垂	550
尿道憩室	552
尿道狭窄	554
膀胱颈梗阻	555
膀胱	557
膀胱炎	557

尿失禁	557
膀胱排空和膀胱引流障碍	558
膀胱损伤	561
输尿管	563
端-端吻合	566
输尿管膀胱植入	568
Boari 成形术	573
输尿管-输尿管吻合术	577
经输尿管的输尿管吻合术	578
输尿管植入回肠通道 (Ileum conduit)	579
输尿管皮肤造口吻合术	579
合成的输尿管假体	583
输尿管乙状结肠尿流改道	585
尿流改道	588
由乙状结肠通道行尿流改道	590
由横结肠通道行尿流改道	593
尿流改道术的修改	596
肾	597
肾造口术	597
参考文献	599
第二十章 下泌尿道瘘	605
膀胱阴道和膀胱宫颈瘘	605
阴道式手术	607
耻骨上手术	613
膀胱宫颈瘘	617
对极端病例的闭合法	618
尿道阴道瘘和尿道成形手术	619
尿道阴道瘘	619
尿道成形术	619
输尿管阴道瘘	624
参考文献	624
第二十一章 压力性尿失禁的手术	626
膀胱括约肌功能不全	626
手术前评价: 尿失禁的程度	628
压力性尿失禁的治疗	629
保守处理	629
手术治疗	630
治疗尿失禁惯用的手术	631
阴道前壁缝合术	631
膀胱尿道固定术	636
尿道膀胱悬吊术	640
悬带手术 (Sling operation)	643
腹部会阴尿道悬吊术	652
尿道下注射聚四氟乙烯 (Teflon)	653
尿失禁手术结果总结	653
参考文献	654

第二十二章 直肠阴道瘘和会阴完全性裂伤的手术治疗	658
直肠阴道瘘	658
会阴完全性裂伤	662
参考文献	666
第二十三章 直肠手术	667
肛门搔痒	670
大便失禁	671
会阴裂伤或切开	671
显露肛门直肠瘘	671
肛门直肠脓肿和瘘	672
慢性肛裂	673
痔和脱肛	674
直肠脱垂	678
参考文献	678

第一章 手术前后的处理及急性并发症的治疗

手术前后的处理

一般情况

如果要全面讨论这个问题，可以写一本专著，因此，读者想详细了解这方面的内容，可参考有关的文献。本章节只涉及其要点。特殊技术操作过程将在有关手术的章节讨论。

首先，一个完整的病史是特别重要的。在急症处理时，有关的医生常常不在场，所以外科医生必须熟悉病人过去的诊疗情况。施行妇科手术之前，医生一定要作好一般体格检查和详细的妇科检查并写好记录。宫颈细胞学检查是一个重要的诊查项目，必要时还应做阴道镜检查，以避免漏诊宫颈癌。众所周知，宫颈癌手术治疗不彻底时，其预后不良。对每一个病例，在病人麻醉情况下都要在术前做一次全面的妇科检查。对于那些事先有迹象认定为癌而未能排除其可能性的病例，这项检查措施尤其重要。遇到诊断不明的病例，应根据情况请有关专家（如内科、泌尿科或普通外科专家）会诊。同样，可能还需要做某些特殊检查。一般来说，这些方面的工作常常做得不够。例如，一侧附件病理情况不明的病例，就应做直肠乙状结肠镜和钡剂灌肠检查。这些检查有助于防止在手术中碰到事先未预料到的重要问题。超声图是一种重要的检查手段，可以用于确定腹部或盆腔内一些未能肯定的疾病。尿培养、膀胱镜和静脉肾盂造影也可提供一些有用的情况。对于黑素瘤患者常应做肺部和骨骼 X 光照像检查、淋巴管造影，甚至可能还要做盆腔动脉造影。

在重大手术之前可能要进行其他特殊检查，包括：

- ①中心静脉压测定；
- ②血液容积测定；
- ③血凝时间测定、凝血酶原时间测定、纤维蛋白原浓度测定，以及特别是血小板计数。通过这些检查以便发现潜在性凝血缺陷。

告知病人和/或其亲属

一旦确诊并且准备施行手术就应告知病人及其近亲。通过单独交谈，用通俗语言说明手术计划和有关问题并且讲清其危险性和可能发生的后果。根据人道主义精神和法律的原因需要这样做。印发宣传小册子，或进行口头交谈讨论可能效果更好。此时必须让病人有提问的