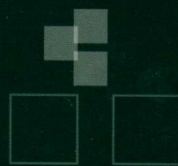
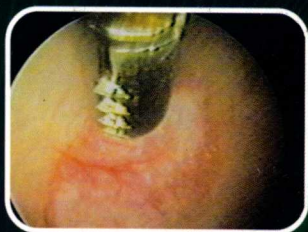




“十二五”国家重点图书出版规划项目



DVD 光盘

宫腔镜诊断 和操作技术

第 2 版

Diagnostic and
Operative
Hysteroscopy

SECOND EDITION

蒂尔索·佩雷斯·梅森娜
〔西〕 安立奎·凯尤拉·福特

主 编

夏恩兰 主 译

天津出版传媒集团

天津科技翻译出版有限公司

“十二五”国家重点图书出版规划项目

宫腔镜诊断和操作技术

Diagnostic and Operative Hysteroscopy

第2版

Second Edition

[西] 蒂尔索·佩雷斯·梅森娜 主 编
安立奎·凯尤拉·福特

夏恩兰 主 译

天津出版传媒集团

 天津科技翻译出版有限公司

著作权合同登记号:图字:02-2012-176

图书在版编目(CIP)数据

宫腔镜诊断和操作技术/(西)梅森娜(Medina, T. P.), (西)福特(Font, E. C.)主编;夏恩兰等译. —天津:天津科技翻译出版有限公司, 2014. 1

书名原文:Diagnostic and operative hysteroscopy

ISBN 978-7-5433-3319-2

I. ①宫… II. ①梅… ②福… ③夏… III. ①子宫疾病-内窥镜检 IV. ①R711.740.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第255024号

Tirso Pérez-Medina, Enrique Cayuela Font

Diagnostic and Operative Hysteroscopy (Second Edition)

ISBN 978-93-8070-469-2

Copyright © 2012 by Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. All rights reserved.

Originally published in India by Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.

Chinese (in simplified character only) translation rights arranged with Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. through McGraw-Hill Education (Asia).

本书封面贴有 McGraw-Hill Education 公司防伪标签,无标签者不得销售。版权所有,侵权必究。

授权单位:Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.

出版:天津科技翻译出版有限公司

出版人:刘庆

地址:天津市南开区白堤路244号

邮政编码:300192

电话:(022)87894896

传真:(022)87895650

网址:www.tsstpc.com

印刷:山东鸿杰印务集团有限公司

发行:全国新华书店

版本记录:889×1194 16开本 11.25印张 120千字

2014年1月第1版 2014年1月第1次印刷

定价:128.00元

(如发现印装问题,可与出版社调换)

主译简介



夏恩兰,1955年毕业于西北医学院,是我国宫腔镜诊治医学的奠基人与开拓者。现任首都医科大学附属复兴医院妇产科教授、科主任,硕士研究生导师,卫生部四级妇科内镜手术培训基地主任,北京市国际宫腔镜培训中心主任,第七届妇产科学术委员会理事,中华医学会第一届妇产科学会妇科内镜学组副组长,《国际妇产科学杂志》等多家期刊编委。于1990年在我国率先引进并开展了宫腔镜电切术。1993年创建了国内第一家宫腔镜诊治中心,继续进行临床实践与科学研究,用宫腔镜技术诊治妇女的异常子宫出血、子宫肌瘤、子宫畸形、女性不孕症、子宫内膜异位症、宫颈疾患以及计划生育合并症等,于1994年又开展了腹腔镜,并在国内首创应用宫腔镜腹腔镜联合诊治

妇科疾病。在多年的临床实践中积累了丰富的经验,技术操作极为娴熟,形成了独特的风格,被国内外同行誉为“夏氏刀法”,手术成功率居国际先进水平,享誉国内外。夏恩兰除注重自身学术水平的提高之外,还不遗余力地进行妇科内镜技术的普及和推广,共举办北京国际官腹腔镜学术研讨会21届,官腹腔镜手把手学习班50期。培养硕士研究生15名,带教进修医生1000余名。由于该中心具备高端的技术水平和较强教学能力,于2000年被国际宫腔镜培训中心荷兰阿姆斯特丹总部遴选为国际宫腔镜培训中心亚洲分中心,与美洲芝加哥和欧洲巴黎的培训中心齐名。于2007年通过验收,成为我国第一批国家卫生部妇科内镜专业技术培训基地。该中心以临床带教学,促科研,不断总结经验,著书立说。学术上,在国内外首创应用宫腔镜B超联合检查一期诊断宫腔内及盆腔病变,独创子宫内膜切除的“带鞘回拉顺行切割法”和黏膜下子宫肌瘤切除的“切割、钳夹、捻转、牵拉、娩出”五步手法,规范了不同类型黏膜下肌瘤的切割手法,首创子宫内膜功能层切除术,首创B超或腹腔镜监护切除子宫中隔标准术式,在国内外首先进行宫腔镜电切术电热效应对组织影响的研究,进行米非司酮和负压吸宫子宫内膜预处理的研究;子宫内膜切除术对子宫、卵巢动脉血流动力学及卵巢功能的影响的研究;球囊压迫止血方法的临床应用研究。在国内首创应用官腹腔镜联合手术和进行5%葡萄糖灌流液安全性的研究。先后发表论著220篇,主编出版《妇科内镜学》、《宫腔镜学及图谱》、《妇科腹腔镜手术操作及实例精选演示》。主译《阴道镜学及图谱》、《妇科内镜手术并发症》、《宫腔镜诊断及手术——解剖、生理、病理学图谱》、《宫腔镜技术——宫腔病变的门诊诊断和治疗》、《宫腔镜系列经典及疑难手术录像集锦》等13部科技图书。获卫生部、北京市科委、北京市卫生局及西城区政府等各级科技进步奖25项。《宫腔镜的临床应用与基础研究》获2004年度国家科技进步二等奖。对推动我国妇科内镜事业的发展起到了一定的作用。

译者名单

主 译

夏恩兰 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主任、教授

译 者

于 丹 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心副主任医师

刘玉环 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主任医师

蔡捍东 首都医科大学附属复兴医院 麻醉科主任主任医师

黄晓武 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主任医师

郑 杰 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心副主任医师

彭雪冰 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主任医师

马 宁 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心副主任医师

宋冬梅 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心副主任医师

肖 豫 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主治医师

李云飞 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主治医师

郭 艳 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心主治医师

谢 薇 首都医科大学附属复兴医院 宫腔镜诊治中心住院医师

编者名单

Maria Alejo Sánchez
Department of Pathology
Vic General Hospital
Barcelona, Spain
Carmen Alvarez
Attending Gynecologist
12 De Octubre University Hospital
Madrid, Spain
Nuria De Argila Fernanadez-Durón
Qualified in Infirmary
Master in Infirmary Sciences
Pilar Arranz-Garcia
Qualified in Infirmary
Professor of Medical-Surgical Infirmary
(Predegree)
and Sanitary Technology (Postdegree)
Madrid, Spain
Josefina Autonell Reixach
Department of Pathology
Vic General Hospital
Barcelona, Spain
Enrique Cayuela Font
Chairman
Department of Obstetrics and Gynecology
L'Hospitalet General Hospital
Barcelona, Spain
Ramón Cos Plans
Senior Gynecologist
Parc Tauli Hospital, Sabadell
Barcelona, Spain
Joan Carles Ferreres Pinas
Department of Pathology
Hospital Universitari Vall D'hebron
Barcelona, Spain
Concepción Garcia-Zarza
Qualified in Infirmary
Outpatient Surgery Unit
Santa Cristina University Hospital
Madrid, Spain
Josep Grau Galtes
Staff Physician
Senior Gynecologist
Obstetrics and Gynecology Department

Vic General Hospital
Barcelona, Spain
Cristina Gonzalez Macho
Attending Gynecologist
12 De Octubre University Hospital
Madrid, Spain
Carmen Guillen Gamez
Attending Gynecologist
12 De Octubre University Hospital
Madrid, Spain
Miguel Angel Huertas
Head
Department of Obstetrics and Gynecology
Getafe University Hospital
Madrid, Spain
Federico Heredia Prim
Senior Gynecologist
Parc Tauli Hospital
Sabadell, Barcelona, Spain
Enrique Iglesias Goy
Professor
Senior Gynecologist
Universidad Autonoma De Madrid
Puerta de Hierro University Hospital
Madrid, Spain
Jesus S Jimenez
Associate Professor
Senior Gynecologist
Universidad Complutense De Madrid
12 De Octubre University Hospital
Madrid, Spain
Gregorio Lopez Gonzalez
Attending Gynecologist
12 De Octubre University Hospital
Madrid, Spain
Sonia Moros
Senior Gynecologist
Vic General Hospital, Barcelona, Spain
Tirso Pérez-Medina
Professor
Senior Gynecologist
Universidad Autonoma De Madrid
Puerta de Hiderro University Hospital

Madrid, Spain
Juncal Pineros Manzano
Senior Gynecologist
Department of Obstetrics and Gynecology
L'Hospitalet General Hospital
Barcelona, Spain
Alberto Puig Menem
Associate Professor, Senior Gynecologist
Department
Of Obstetrics and Gynecology
L'Hospitalet General Hospital
Barcelona, Spain
Jennifer Rayward
Specialist in Reproduction, Procrea T
Madrid, Spain
Purificación Regueiró Espin
Senior Gynecologist
Department of Obstetrics and Gynecology
L'Hospitalet General Hospital
Madrid, Spain
Mar Rios Vallejo
Attending Gynecologist
Puerta de Hierro University Hospital
Madrid, Spain
Franciso Salazar Arquero
Attending Gynecologist
Infanta Leonor Hospital
Madrid, Spain
Teresa Tijero
Staff Anesthesiologist
Santa Cristina University Hospital
Madrid, Spain
Rafael F Valle
Professor Emeritus
Department of Obstetrics and Gynecology
Northwestern University Medical School
Chicago, Illinois, USA
Marta De Vicente
Staff Anesthesiologist
Santa Cristina University Hospital
Madrid, Spain

译者前言

在没有宫腔镜之前,我们对子宫腔的了解仅靠一根金属管状器械,例如探针、扩张器、刮勺、吸管等,盲探宫腔,此操作被称为“盲视手术”,妇产科医生的“武器”是“瞎子一根棍”。宫腔镜的问世,为我们展示了宫腔的奥秘,使我们对宫腔的了解由“盲视”转变为直视,真可谓梦想成真。宫腔镜的发展经历了 140 多年的历史,直到进入 20 世纪,随着器械的微型化,冷光源的出现,持续灌流取代单向灌流膨宫,宫腔镜技术才逐渐完善起来。经过近 20 年的发展,宫腔镜检查已成为现代诊断宫腔镜病变的金标准。手术宫腔镜的诞生为许多妇科疾病的诊治带来了划时代的变革,宫腔镜手术微创、高效,切除宫内良性疾病,保留子宫和生育能力,以其低创伤比值和高效价比,被誉为现代微创外科手术成功的典范。近 10 年我国宫腔镜技术发展迅速,与国际先进水平的差距不断缩小,理念和技术也都取得了长足进步。但是,受地域和经济条件的影响,全国各地发展水平并不平衡。为使我国妇科医生对宫腔镜技术有深层次的了解和掌握,使我国广大妇女享受到微创、安全、有效的宫腔镜技术的优越性,医生们需要不断学习,博览众长。《宫腔诊断和操作技术》就是一本非常好的参考书,其内容十分广泛,既有基础理论,又有实际操作,既有经典,又有进展,既有阐述,又有点评,图文并茂,引人入胜。

该书由西班牙西班牙马德里自治大学蒂尔索·佩雷斯·梅森娜教授主编,妇产科学会主席若泽·曼纽尔·巴霍·阿里纳斯教授和加拿大著名妇科内镜专家威克多·哥梅尔教授推荐,西班牙 26 位相关领域资深专家和美国手术宫腔镜的先驱拉斐尔·瓦尔教授撰写,于 2012 年再版。编者把长期积累的丰富经验和反复实践形成的真知灼见凝聚在全书 18 章中,系统介绍了宫颈和子宫的解剖学、组织学、生理学和病理学,宫腔镜的仪器设备与膨宫介质及维护,电外科的基本原理,子宫影像学检查,宫腔镜与不孕,宫腔镜诊断子宫内膜的良、恶性病变,宫腔镜手术的麻醉,宫腔镜切除子宫内膜、子宫内膜息肉、子宫肌瘤、子宫中隔、宫腔粘连的临床应用现状,宫腔镜的并发症及其预防要点和经宫颈胚胎镜检查。尤其以下各章,特点鲜明,独具优势,极具实用性。

一、第一章 子宫的解剖。本章讲到子宫内膜活检标本的要求,剖析可能遇到问题的各种原因,提高子宫内膜活检准确率。列举了生理性子宫内膜与病理性子宫内膜的宫腔所见,在病理性子宫内膜中详细阐述了来自子宫的和子宫外肿瘤转移至子宫内膜的恶性子宫内膜病变及妊娠相关病变。插有精美的病理切片图,给临床医生开阔了思路,增加了许多病理知识。

二、第四章 超声、多普勒超声、3D 超声、子宫声学造影、MRI、HSG 诊断宫内异常的价值。宫腔镜只能了解宫腔内的结构和病变,对于宫内病变与子宫壁的关系则需要影像学检查辅助。宫腔镜检查后的处理决策需要对生殖器官有全面的了解。所以,宫腔镜医生必须有影像学诊断知识。在欧洲,超声检查是妇科医生专业之一,将超声比喻为“妇产科医生的第三只眼睛”。本书分别详述了超声,多普勒超声,3D 超声,子宫声学造影,MRI 和 HSG 在子宫肌瘤、子宫腺肌病、子宫内膜息肉、子宫畸形、宫腔粘连和子宫内膜癌等疾病的影像学检查,由 25 帧高质量的插图展示其所见,是确诊的重要辅助手段。

三、第十六章 经宫颈胚胎镜检查。经宫颈胚胎镜检查是一种通过光学透镜经宫颈进入宫腔观察妊娠5~12周妊娠囊和胚胎结构的内镜操作技术。通过13帧照片,了解人的初始生命。TE可在直视下检查稽留流产宫腔内死亡的胚胎,进行直视下绒毛膜取样活检,精确地诊断发育缺陷。可收集脐带血以确定遗传病。在妊娠前3个月,可以分离胎儿间充质干细胞。

全书各章节内容反映了近代宫腔镜技术的进展和趋势,提供了目前最新的相关专业信息,具有实用性和权威性。阅读此教材,读者比较容易学会、掌握和提高宫腔镜技术,探索科学研究思路。

为了使我国读者能尽早阅读此书,在我院席院长,科研处李菁、钟勤处长的支持下,宫腔镜中心全体医生通力合作,将此书译为中文,奉献给致力于宫腔镜技术开发和应用的同道们!

由于英语水平有限,译文及措辞不当之处,敬请指出及谅解。

感谢现已定居英国的原我中心硕士研究生于丹医生对中文译稿的认真校对!

感谢天津科技翻译出版有限公司为本书中文版的出版做出的努力!

首都医科大学附属复兴医院宫腔镜诊治中心

夏恩兰

2013-11-6

第二版序言

通常来说,很少有人在进行培训时能得到知名教授的指导,在随后的临床实践中又有幸做名师的学生。幸运的是,命运之神对我是慷慨的,将两者都赋予了我。很荣幸我能够为两位杰出的同仁和宫腔镜领域的先驱者们撰写此序。在本书中,两位学者将他们对宫腔镜这一发展迅速、涉及广泛的领域的认知和丰富经验与读者共享。

除了公认的确切的理论知识,本书还包含大量作者在长期手术操作中积累的实践经验和真知灼见。

术中高质量的插图展示了作者阐述的技术诀窍。由于作者的经验丰富,他们通过与工业界同仁交流技术方面的灵感,致力于改进宫腔镜设备。正是由于他们这些有价值的建议,使得包括图像捕捉在内的光学技术获得进步。

感谢他们信奉书籍的力量,感谢他们出版此书和传播知识的热忱,这些皆有助于宫腔镜技术的传播。目前,实施宫腔镜的许多专家曾是他们的培训教师。

在写本书序言时,我不禁想起我在西班牙马德里老红十字医院担任妇产科主任的那些日子。为描述当时宫腔镜技术的状况,我引用一位17世纪西班牙国王——菲利普Ⅱ世的话,当提及“西班牙无敌舰队”时,他说“与大自然战斗”是英雄行为。在我们的医疗系统中应用宫腔镜的初期也确实如此。光源和设备都是很简陋的,更糟的是,“旧式学派”一直有反对意见,他们认为宫腔镜是转瞬即逝的技术。感谢我们的坚持不懈,以及大量艰苦工作,使得宫腔镜成为独立的妇科技术。目前,二位作者所在的医院已成为西班牙宫腔镜技术实践和教学中心。

我确信,本书通过全面阐述宫腔镜技术,有助于读者、学生、医师和专家了解目前诊断性和手术性宫腔镜的热点。衷心希望读者可以同我一样喜爱这本书。

若泽·曼纽尔·巴霍·阿瑞那斯
西班牙妇产科学会主席
妇产科主任
马德里自治大学
圣克里斯蒂娜大学医院
西班牙马德里

第一版序言

探寻人体内部的愿望与人类历史同样长远。犹太法典上有检视宫颈的器械的描述。自庞培废墟也发现有 2000 年历史的古代窥镜,其上雕刻着精美的装饰图案。

在 1805 年,Bozzini 描述了一种尿道内部的检查技术。他将蜡烛光用镜子反射,并通过一个金属管道进行操作。他的才能被维也纳医学会誉为“超级奇人”。60 年后,Desormeaux 进行了更佳的改进。他设计了一个膀胱镜,巴黎皇家医学会授予他阿让特伊奖。1869 年,Pantaleoni 在爱尔兰应用这种透视镜检视一例阴道出血的 60 岁妇女的子宫腔,在其子宫内见到息肉。Nitze 也改进了器械,1879 年,他用白炽的铂丝灯置于膀胱镜的远端替代了笨重的体外酒精和树脂油灯。

医学上大跨步的进步总是跟随在技术的进步和创新之后。两者彼此促进,相辅相成。总的说来,内镜的发展很大程度上受益于早期技术的创新,包括爱迪生(1880 年)发明的白炽灯泡;“冷光源”概念的引入,它是一种 1952 年由 Fourestier、Gladu 和 Vulmiere 引入,用石英杆发送强光的方法;同一年,英国 Hopkins 和 Kapani 将光学纤维引入内镜器械中。

尽管宫腔镜先于妇科腹腔镜问世,但是在引入有效的子宫膨宫介质,可使宫腔显示良好之前,宫腔镜的应用和临床接受度一直落后于腹腔镜。

1970 年,Lindemann 应用加压的二氧化碳系统膨胀宫腔,在同一年,Edstrom 和 Fernstrom 应用高分子右旋糖酐膨胀宫腔。尽管有这些进步,但宫腔镜技术在当时纯为诊断,其应用有限。主要原因是无创显像技术的显著进步,如超声以及阴道探头评估盆腔脏器。在那时,宫腔镜被描述为“一项寻找指征的技术”。

然而宫腔镜对医学的影响是根本性的。当宫腔镜作为一项进入子宫的新型手术通路应用于临床时,这一影响就开始了。这一技术彻底改变并大大简化了许多先前需要开腹和子宫切开进入宫腔的手术,如重度宫腔粘连松解术、子宫中隔子宫成形术以及症状性宫腔内肌瘤切除术。这些毕竟都是常见疾病,宫腔镜简化了这些常见疾病的手术操作,显著降低了发病率。宫腔镜直接进入宫腔使一些手术得以施行,如子宫内膜切除术和子宫内膜去除术,这两种手术创伤更小,然而在治疗药物无效的异常(功能失调)子宫出血时与子宫切除效果相似。宫腔镜还可以实施输卵管永久绝育的简易手术。

宫腔镜的所有这些进步都可以通过更多的技术进步和创新实现。光镜系统的进步导致更小口径、更佳光学品质的内镜的产生。这一创新允许宫腔镜在无麻醉状态下实施,最终导致“门诊宫腔镜”的应用。

应用轻便微小摄像头和高清晰度的电视监视器允许外科医师和其他手术助手在一个或更多的监视器上检视手术野,如一个团队样工作。这些发展与新的和更先进的器械和设备产品一起,使宫腔内操作更容易,更迅速,以及更安全。

手术性宫腔镜的诞生,改变了某些疾病治疗的常规方法。在过去,药物治疗失败的黏膜下肌瘤出血和功能失调子宫出血通常行子宫切除术。现在许多这样的病例可以分别用宫腔镜肌瘤切除术和內

膜去除术成功治疗,宫腔镜技术更加微创,而且还非常有效。医学发展就像我们的生活一样,没有静止的时候。宫腔镜子宫内膜去除术已经由一些新兴简易内膜去除技术代替,如“整体去除术”或者(更好的)无宫腔镜内膜去除术,这些技术与宫腔镜内膜切除术或滚球去除术的手术效果相似。引用阿瑟·叔本华(Arthur Schopenhauer)说的话,那就是“唯有变化才是不变的”。

本书涉及广泛,包括:宫颈和子宫腔的解剖、组织学、生理学和病理学(第1章),宫腔镜器械的维护(第2章),子宫影像学检查(第4章),以及经宫颈胚胎镜检查(第16章)等章节。本书写作上乘,由杰出的西班牙作者完成,另有一篇文章由一位著名的非西班牙作者拉斐尔·瓦尔写就,他是公认的手术性宫腔镜的先驱。本书实用性强,阐述清晰。我可以确定本书是妇科住院医师进行妇科临床实践很有价值的教科书。

威克多·哥梅尔

教授

妇产科

英属哥伦比亚大学,医学院
加拿大,温哥华英属哥伦比亚

第二版前言

本书由美国和欧洲的著名专家对宫腔镜技术各个方面进行了严格的阐述。主要目的是为目前临床上的热点问题提供公允的评价,并介绍宫腔镜技术迅速发展的现状。

自从20世纪70年代晚期先驱者们开始临床应用,至几年前宫腔镜在妇科领域占有一席之地,这一技术的应用得到了很大的发展。我们自80年代晚期开始施行诊断性宫腔镜,90年代初期开始开展手术性宫腔镜。今天宫腔镜已经成为多数宫腔内病变诊断和治疗的标准方法。而且这一技术还在不断创造新的应用领域。

本书以详细阐述宫颈和子宫腔的解剖学、组织学、生理学和病理学开始,然后是手术室器械维护和相关人员的作用,以及宫腔镜不同器件灭菌和消毒指南。

当出现异常子宫出血或者检查不孕病因时,必须行宫腔内检查。因为持续性和周期性受性激素的影响,子宫内膜的结构和厚度不断变化。当出现异常病变时,必须强制性完善评估那些病变,尤其是怀疑有恶性病变的患者。

正如许多年前妇科腹腔镜经历的事件一样,宫腔镜不再仅用于诊断。微型手术器械可插入辅助鞘孔,以及液体持续灌流的发展,使门诊宫腔镜成为诊断性和治疗性宫腔镜。遵循“随见随治”的原则,妇科医师在宫腔镜诊断的同时还可施行某些简易的宫腔内手术,且多数病例不需麻醉。因此,宫腔镜现在可以纳入门诊手术概念内。

宫腔镜提供宫腔的直视图像,并对可疑病灶直视下活检。有些特定的宫腔镜可在不同程度上检视病变,某些甚至可达核质水平。其他良性病变如子宫内膜息肉或者黏膜下纤维肌瘤也可产生临床症状,需要治疗。第4章致力于阐述不同的影像学方法,可作为影像学检查方法(TVUS, HSSG)或者作为确诊的辅助手段(HSG, MRI)。

第5章探讨了宫腔镜在生殖医学中的应用。描述了在不孕和反复流产患者中这些问题的各种诊断和手术指征。

其他章节包括这一领域的特殊疾病,如子宫中隔或宫腔粘连。当检查不孕病因时,宫腔镜是诊断和治疗某些生殖道畸形的有效方法。在生殖医学领域,粘连分离术和中隔切除术得到很好的应用。输卵管镜、输卵管插管或宫腔镜下绝育术是宫腔镜技术持续发展的典型例子。而经宫颈胚胎镜也在研究中。

第6章和第7章全面阐述了宫腔镜诊断和治疗子宫内膜增生和子宫内膜腺癌,描述了这些病变的不同表现。要牢记宫腔镜已经发展成为诊断子宫内膜癌的方法,替代了盲操作技术,后者目前已经摒弃。

当需要实施手术时,掌握电外科手术原则是必要的。每一技术所需的特定麻醉方法也在另一章节阐述。

对于子宫内膜切除或者去除术,本书着重于宫腔镜手术,而非其他技术。这种可替代开腹、腹腔镜

镜或者经阴道子宫切除术的简易手术方法受到世界瞩目。宫腔镜子宫内膜去除术涉及高科技领域,并且因为需要应用摄像系统,术者必须掌握相关操作技巧。对于因为严重出血导致贫血和社会生活受限而需子宫切除的病例应考虑子宫内膜去除术。文献报道,如果仔细选择患者,最初的四年内每年的复发率仅有5%或8%。这一比率尚可以接受,尤其当在围绝经期妇女施行去除术时。需要注意内膜去除术已证实为一安全技术,四分之三的患者可缓解症状。获得该手术的操作技巧,并将此技术应用用于患者是很重要的。

长期并发症发生率还不明确。不同医师的相关经验也很少,但是希望大范围的研究结果可在不久之后发表,能够提供一个数据规律计算潜在的并发症。尽管这是一个安全的技术,但宫腔镜也不是没有问题的,所以在未来能够精确评估可能发生的问题,并准备好处理方法是重要的。

很多活跃的学者已经建立了各个国家内和国际间的腹腔镜和宫腔镜学会,并经常组织探讨会和培训课程。宫腔镜的前景广阔,许多前沿技术将由富于创新精神、经验丰富和训练有素的医师探索——这是我们所有人都必须参与的责任。

蒂尔索·佩雷斯·梅森娜

安立奎·凯尤拉·福特

(夏恩兰译)

目 录

第 1 章 子宫的解剖	1	第 7 章 宫腔镜检查 and 子宫内膜癌	59
大体解剖	1	介绍	59
子宫内膜活检标本	1	子宫内膜癌的诊断	60
上皮性子宫内膜病变的子宫病理学	2	结论	64
间叶组织肿瘤	4	第 8 章 诊断性和手术性宫腔镜中的	
混合苗勒管肿瘤	5	仪器设备与膨宫介质	67
子宫外肿瘤转移至子宫内膜	5	仪器设备	67
第 2 章 宫腔镜器械的维护	7	膨宫介质	71
介绍	7	膨宫系统	72
手术室内宫腔镜设备安装管理的第一阶段	7	第 9 章 电外科学的基本原理	75
感谢	14	介绍	75
第 3 章 门诊宫腔镜检查:适应证和禁忌证 ...	15	基础电学	75
介绍	15	双极电切手术	76
操作技术	15	临床相关性	77
特殊并发症	19	电切手术的风险	79
门诊宫腔镜检查的适应证	20	第 10 章 宫腔镜子宫肌瘤切除术	81
第 4 章 超声、多普勒超声、3D 超声、子宫声		介绍	81
学造影、MRI、HSG 诊断宫内异常的价值 ...	27	黏膜下子宫肌瘤的临床表现	81
经阴道超声	27	黏膜下肌瘤的治疗	82
多普勒超声	30	术前评估	82
3D 超声	31	术前准备	84
子宫声学造影	34	麻醉	86
磁共振成像	35	结果	87
子宫输卵管造影	37	并发症	88
结论	38	第 11 章 宫腔镜治疗有症状的中隔子宫 ...	91
第 5 章 宫腔镜与不孕症	41	介绍	91
介绍	41	子宫畸形(中隔)	91
宫腔镜在不孕症诊治中的应用	41	结论	94
宫腔镜在复发性流产中的应用	47	第 12 章 子宫内膜息肉	97
第 6 章 子宫内膜增生和宫腔镜诊断	53	介绍	97
介绍	53	病理生理学	97
子宫内膜增生	53	组织病理学	98
临床表现	53	诊断	101
影像学诊断	53	处理原则	102
子宫内膜增生的宫腔镜诊断	55	治疗方案	102

结论	104	其他问题及应用	126
第 13 章 宫腔镜技术在子宫内膜去除术		结论和评价	127
中的应用	107	第 15 章 宫腔镜并发症	131
介绍	107	介绍	131
适应证	107	诊断性宫腔镜	131
禁忌证	107	宫腔镜手术	134
患者咨询	108	第 16 章 经宫颈胚胎镜检查	141
术前评估	108	介绍	141
麻醉	108	TE 技术的发展	141
建议	109	材料和方法	142
手术方法	110	结果	142
环形电极子宫内膜切除术	110	经宫颈胚胎镜检查的适应证	146
滚球电极子宫内膜去除术	111	结论	147
正常的术后随访和进展	111	第 17 章 宫腔粘连的宫腔镜手术治疗	149
特殊的并发症	112	诊断	149
结果	113	治疗方法	149
结论	115	手术后辅助治疗	152
第 14 章 宫腔镜下输卵管绝育术		粘连的诊断和分类	152
Essure™ 系统	117	结论	153
介绍	117	第 18 章 宫腔镜技术的麻醉	155
Essure 系统的阐述	117	介绍	155
操作程序	119	宫腔镜技术麻醉适应证	155
建议	122	宫腔镜装置的设置	156
并发症	123	麻醉技术	156
经验	123	并发症的麻醉管理	160
多中心研究的结果	125	索引	163

宫腔镜检查对了解宫内病灶的外观及初步诊断是非常重要的。标本取出后应固定以免发生组织自溶,妨碍获得准确的病理学诊断。

如果子宫内膜标本采取得过少,将大大增加诊断疾病的难度,很难保证病理学诊断的准确性。宫腔镜定位活检的标本,会经常看到一些分离的伪像及镜下伪像。前者是由于间质的破坏和腺体之间关系的改变,病变区腺体变得拥挤。这一伪像呈现“背靠背”现象,可导致误诊为非典型增生或癌。镜下伪像是因为腺套叠呈现腺套腺的图像。这两种伪像是子宫内膜在标本采取过程中受到创伤的表现。

当宫腔镜下取出的标本中未发现病变时,标本的评估即成为一个特殊问题。通常这些病变不是位于子宫内膜,而是位于相邻的间质或肌层内。并且在绝经后期取材通常仅可获得小块表面上皮和腺上皮以及少量间质组织。此时的腺管成分明显为人工伪像。

子宫内膜对生育年龄妇女的内源性激素水平发生反应。内源性激素即雌激素和孕激素,导致周期性变化(增生期、分泌期、月经期)。任何干扰激素状态的情况都会导致子宫内膜发生形态学改变,使其正常形态发生变化。

功能失调性子宫内膜是由于激素水平不足或子宫内膜对激素反应不足而导致的形态学变化。外源性激素制剂(口服避孕药、激素替代疗法和三苯氧胺或雷洛昔芬等用于预防乳腺癌的激素类药物)可引起广泛的子宫内膜形态学变化。要对子宫内膜活检进行精确的诊断,我们有必要了解患者用药史。

通过宫腔镜检查,可发现累及宫腔的多数病变或黏膜下肌瘤(表 1.1)。然而,如果宫腔镜检查没有活检取样,那么一些子宫内膜病变可能被忽略(表 1.2)。

上皮性子宫内膜病变的子宫病理学

子宫内膜上皮化生

即由非肿瘤上皮细胞替换正常子宫内膜。这些化生包括鳞状化生、纤毛化生、乳头状变化、黏液化生、嗜酸性化生、透亮细胞化生、肠道和间质上皮化生。它们可以同时伴有或不伴有内膜增生。

子宫内膜息肉

子宫内膜息肉是良性的,在子宫内膜局部过度生长,内膜表面覆盖上皮细胞,并由内膜腺体、间质及血

表 1.1 宫腔镜检查发现的宫腔内生理和病理发现

- 生理性的子宫内膜
- 周期性的子宫内膜
 - 过度分泌方式和增生晚期子宫内膜(息肉样外观)
 - 囊性萎缩
- 病理性的宫腔所见
- 子宫内膜病变
 - 子宫内膜化生(鳞状化生,乳头化生……)
 - 子宫内膜息肉
 - 不典型息肉状腺肌瘤
 - 子宫内膜增生
 - 子宫内膜癌及其变异
 - 内膜间质肿瘤
 - 子宫内膜间质结节
 - 子宫内膜间质肉瘤
 - 混合的子宫内膜间质肿瘤和混合的苗勒管肿瘤
 - 腺纤维瘤
 - 腺肉瘤
 - 癌纤维瘤
 - 癌肉瘤
 - 来自肌层的病变
 - 黏膜下子宫肌瘤
 - 平滑肌肉瘤
 - 未分化子宫肉瘤
 - 子宫外肿瘤转移至子宫内膜
 - 妊娠相关病变
 - 胎盘部位结节和斑块
 - 胎盘部位滋养细胞肿瘤
 - 上皮样滋养细胞肿瘤
 - 绒毛膜癌

表 1.2 不进行活检宫腔镜检查通常检测不到的病理情况

- 子宫内膜上皮化生(除鳞化)
- 某些间质化生
- 增生紊乱和局灶性增生
- 子宫内膜上皮内癌
- 感染和炎性病变

管组成。肉眼所见,息肉通常单发,亦可多发。它们可以带蒂或无蒂,可发生在子宫内膜上任何位置。偶尔息肉可以充满整个子宫腔,甚至延伸至宫颈外口。息肉表面是平滑的,可以有出血和坏死灶。

子宫内膜息肉的三面覆盖内膜上皮细胞,并有包含厚壁血管的突出柄状物(图 1.1)。通常需从子宫内膜息肉表面提取小块组织送到实验室去检查。这些标本可能显示为增殖期紊乱、星状、非分泌的腺体扩张和间质的纤维化。有时,这些病变含有平滑肌纤维(腺肌瘤息肉)。各种腺肌瘤为不典型息肉样腺肌瘤。这是由不同程度增生和非典型增生的腺体组成,有时在子宫内膜间质和平滑肌纤维之间,有接近于原位癌的表现。

宫腔镜诊断子宫内膜息肉将在第 12 章中进一步讨论。

子宫内膜增生

子宫内膜增生的定义是子宫内膜腺体大小和形态不规则的增生,相比增殖期子宫内膜,腺体与间质的比例增加。子宫内膜是增厚的、柔软的、平滑的。增生可能为弥漫性或局限性。子宫内膜增生有许多种分类方法。最常见的是根据增生腺体结构的复杂性及细胞核的不典型性进行分类(WHO, 1994 年)。腺体结构可以是复杂的也可以是简单的。单纯型为腺体数量轻度增生或囊性增生,某些腺体扩张成小囊。复杂型表现为更严重程度的腺体密集。不典型增生有不典型腺体上皮细胞核,细胞核更大更圆,染色质丛聚或边聚。用这种分类方法有四种增生模式:无不典型增生的简单或复杂增生(非不典型增生)和有不典型增生的简单或复杂增生(不典型增生)(WHO, 2002)(图 1.2)。

非典型增生很有可能发生在伴有癌变的子宫切除术后或随访中发展成癌症的病例中。如果子宫内膜活

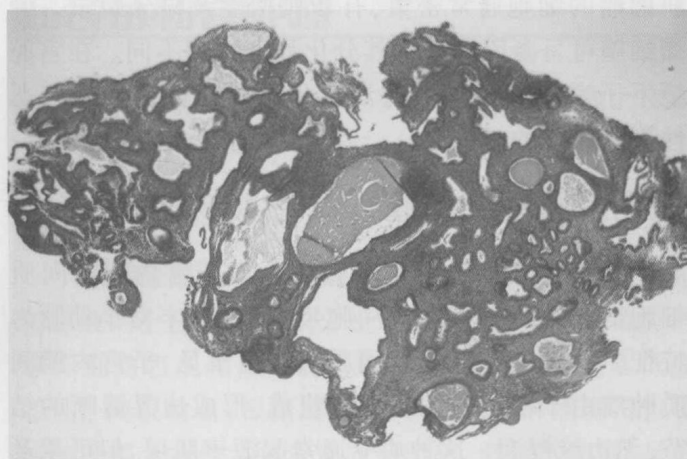


图 1.1 子宫内膜息肉。息肉有纤维化的间质、囊性扩张的腺体和中心血管轴。

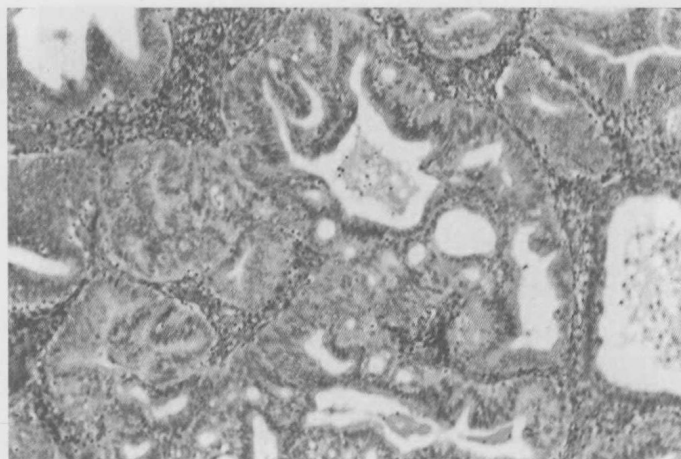


图 1.2 不典型的复杂增生。重度腺体密集。间质很少。细胞核大而圆,染色质丛聚或边聚。

检取材过少,可能很难区分高分化癌和不典型增生。支持癌的诊断的显微镜下特征包括:实质或筛状结构的腺体汇合,形成广泛复杂的乳头状突起和间质结缔组织增生。

子宫内膜癌

子宫内膜癌是发达国家女性生殖道最常见的恶性肿瘤。几种流行病学和临床病理学依据支持有两种截然不同的子宫内膜癌的假说。第一种类型发生在围绝经期妇女,与雌激素过度刺激相关,病理学级别趋于低度恶性。第二种类型与激素危险因素无关,发生于绝经后的老年妇女。这些肿瘤的恶性程度较高。

子宫内膜癌肉眼所见为基底广泛的息肉样肿物,或子宫内膜弥漫性增厚,并浸润到肌层。包块表面不规则,局部出血坏死组织呈灰白色。

大约 70%~80%的子宫内膜癌为子宫内膜腺癌,源自于子宫内膜增生。显微镜下,肿物由腺体及乳头构成(图 1.3)。分级方式主要依据结构分级:肿瘤的实质区域小于 5%则列入 1 级,实质区域在 6%~50%则列入 2 级,实质区域大于 50%则列入 3 级。不能把鳞状化生区域视为仅有腺体成分生长的实质肿瘤。在肿瘤内可以看到结构等级的显著差异。组织分化的异型性导致在子宫内膜诊刮及子宫切除的标本中观察到分化级别不同。细胞核的显著不典型性可增加肿瘤恶性等级。它们的细胞明显增大,细胞核大而多形性。子宫内膜腺癌有很多种类型(有鳞状分化的子宫内膜癌、绒毛腺型癌、分泌型癌、纤毛细胞癌)。

其余子宫内膜上皮肿瘤是非子宫内膜腺癌(即浆液性癌和透明细胞癌)。浆液性癌可能包含乳头、腺