

湖南省妇产科学学术会议

资料汇编

湖南省妇产科专业委员会

一九九六年十月长沙

目 录

1. 常用妇科手术的范围	1
..... 湖南医科大学附二院 张志胜	
2. 年青宫颈癌妇女卵巢移植	6
..... 湖南省肿瘤医院 廖革望 易济民 唐迪红 江啸音 张家舫 杨 珍	
3. 淋巴清扫术	11
..... 湘雅医院 徐碧泉	
4. 了宫内翻及剖宫产时出血手术处理	16
..... 湖南省妇幼保健院 唐士元	
5. 剖宫产防产伤的手术技巧	22
..... 湖南省妇幼保健院 金明华	
6. 产科特异感染	26
..... 湘雅医院 刘降仙	
7. 电视腹腔镜下手术治疗了宫内膜异位症	31
..... 湖南省人民医院 陈湘媛	
8. 宫内感染及其分子生物学检测	36
..... 湖南省计划生育研究所 廖善祥	
9. 全国会议精神传达 妇产科内分泌会议	41
..... 湖南医科大学附二院 肖根秀	
10. 输卵管性不育在腹腔镜诊治的应用	47
..... 株洲市一医院 郭益邈	
11. 96年晋升试题答疑	50
..... 湘雅医院 余浣珍	
12. 女性生殖道沙眼衣原体感染与宫外孕附38例输卵管妊娠临床病例分析	56
..... 湖南医科大学附二院 刘凤英 张洪文 张志胜	
13. 恶性滋养细胞肿瘤手术治疗30例临床分析	59
..... 湖南医科大学附二院 刘毅智 张琼英	
14. 恶性滋养细胞肿瘤预后因素的COX模型分析	63
..... 湖南医科大学附二院 刘毅智 张琼英	

常用妇科手术的范围

湖南医科大学附二院 张志胜教授

1. 关于附件手术

1.1 输卵管炎症、积水，以及不准备作修复手术的输卵管妊娠，充分分离粘连后，沿输卵管系膜切开，缝合直达间质部，间质部作楔形切除。输卵管卵巢脓肿或输卵管卵巢炎，要将卵巢在直视下从阔韧带后叶充分游离提出，骨盆漏斗韧带粘连及缩短时应充分剥离，或打开骨盆漏斗韧带之腹膜，单独结扎卵巢动静脉，注意避免损伤输尿管。

不孕症作显微修复手术时如发现多处梗阻效果多半不佳，间质部及峡部梗阻变硬时应将间质部楔形切除，有硬结的峡部切除，再将剩余输卵管植入子宫角。

单侧卵巢肿瘤切除时应在手术台上剖开肿瘤检查如有恶性可疑，应送快速切片检查，被保留的卵巢应详细检查外观，有囊性结节可先作挖除术。快速切片结果回报为良性者可以关腹。现在对侧卵巢的取舍不用切开剖视法，主要等候患侧卵巢的快速切片结果。皮样囊肿作剥离术，患侧为恶性肿瘤如为年青患者则再考虑对侧的处理问题。

老年妇女可摸及的卵巢应详细检查，包括B超，有条件时应作阴道B超，恶性病变的比例为<5cm者占3%，5-10cm者占11%，>10cm者占64%。多房实性者恶性占75%，实性占45%，多房囊性占16%，单房囊性占0.3%。良性单纯囊肿无乳突，有1-5个乳突者恶性占14%。>5个乳突者100%为恶性，因此，只有<5cm，或某些作者认为<2cm无乳突的单房囊肿可以观察外均应手术治疗。输卵管结扎后常可有输卵管一端或两端积水，B超下为圆形透声肿块，病人全身情况允许时应予切除明确诊断。

2. 关于子宫肌瘤手术

2.1 子宫肌瘤挖除术的指征：年龄35岁以下及未婚的妇女，要求

保留生育的妇女,虽有子女要求保留子宫者,阔韧带肌瘤多半均可剥离而不必切子宫。注意事项:(1)单个大肌瘤生长快者挖出时包膜界线不清,切面形态不好或有变性者应作快速切片证明良性才可保留子宫。(2)有不规则出血怀疑肉瘤或合并内膜癌者术前应用诊断性刮宫。(3)妊娠期及剖腹产时不作肌瘤挖除术,即使妊娠合并红色变性均只作保守治疗。(4)早孕合并多发性肌瘤如子宫确实增大明显有手术指征可连胚胎一起作子宫切除。(5)挖除术应尽量少作切口,大的肌瘤应为剖宫取胎样缝2-3层,表面充分包埋避免肠粘连。勿损伤粘膜层,靠近子宫角部的肌瘤特别注意勿伤及输卵管。(6)大的肌瘤挖除术为减少出血应于阔韧带下方将阔韧带打洞穿通,扎止血带止血,便于手术操作。(7)大的宫颈肌瘤可先行挖除术再切子宫。(8)挖除术后一年才可怀孕,应作剖腹产分娩。

2.2 子宫肌瘤的手术指征仍为>3个月妊娠的子宫,有流血过多及压迫症状,子宫粘膜下肌瘤,阔韧带及宫颈的大肌瘤,迅速增长的肌瘤,子宫腺肌症应作子宫切除而不能行挖除术。

2.3 妊娠合并子宫肌瘤如无产道阻碍,原则上可阴道分娩,但因肌瘤过多可使产程延长或停滞此时应不失时机行剖腹产,是否同时作子宫切除应由医生及家属磋商后决定。

3. 子宫切除术的宫颈去留问题

在相当一段时间为防止宫颈癌变对子宫肌瘤,功能性出血等良性疾病作子宫手术时一律作全切除术。对某些年轻患者40或45岁以下,切除子宫有顾虑者可在多次涂片正常,阴道镜检查正常的情况作次全切除术。次全切除术后10年宫颈癌的危险性约0.5%-1%。Strom(1992年)报告1104例次全切除仅2例发生宫颈癌,1例宫体癌,占0.3%。术前对子宫切除有顾虑者保留宫颈可免去许多心理性疾病及性生活不快,其实性高潮的中心的皮层并不在宫颈或子宫,但许多男女并无此认识,绝大多数子宫全切患者性生活仍然满意。

4. 子宫内膜异位症的保守性手术

4.1 适应症 ① 卵巢巧克力囊肿 ② 不孕症 ③ 难以忍受的盆腔疼痛

4.2 手术范围: ① 清除肉眼所见异位病灶恢复正常解剖, 小病灶用气化或电灼清除, 细心挖出大小不等的巧克力囊肿, 细心缝合卵巢皮质避免以后粘连。② 分离全部输卵管及卵巢表面的粘连, 术后腹腔置中分子右旋糖酐 500ml 或分离表面复盖透明质酸钠。③ 悬吊子宫及卵巢。④ 术前后应用药物辅助治疗 (丹那唑, 内美通或己酸孕酮, GnRH 激动剂等)。术后复发率与技术是否精湛, 病变范围大小及术后是否用药有关。有报道保守手术复发率为 26.6%。Weeler 报道 3 年复发率 13.5%, 5 年复发达 40.3%。

半根治术: 指保留卵巢切除子宫适于 40 岁左右妇女, 子女已大, 症状严重者, 保留一侧或仅部分卵巢, 术后复发需再手术者约 4.1%。

✓ 5. 宫颈癌手术的原则

5.1 Ia 期经阴道镜下多点活检证实可行次广泛子宫切除, 重点为主韧带, 骶骨韧带, 宫旁及阴道均应切除 2cm, 年青卵巢正常者可保留一侧。

5.2 Ia 期及 IIa 期 (阴道转移在 1cm 以内者) 正规的根治术包括广泛子宫切除及盆腔淋巴清扫术, 各韧带宫旁及阴道切除 3cm 以上, 年青患者适当保留一侧卵巢。

5.3 IIa 期以上行放疗, 年青患者可于放疗前作开腹诊断, 看盆腔有无转移。病灶不大者可同时作单侧或双侧带血管卵巢移植, 移于髂嵴以上的侧腹壁可避免放射损伤。

6. 子宫内膜癌的手术原则

6.1 子宫内膜癌的临床分期目前均采用 FIGO

1989 年的手术病理分期法, 现介绍于下

I 期 Ia 病变局限于子宫内膜

Ib 病变侵犯肌层 $< 1/2$

- I c 病变侵犯肌层 $>1/2$
- II 期 II a 病变只侵犯宫颈腺体
II b 病变已侵犯宫颈间质
- III 期 III a 病变侵犯子宫浆膜 / 或附件 / 或腹腔细胞学 (+)
III b 阴道转移
III c 盆腔或腹主动脉旁淋巴转移
- IV 期 IV a 病变累及膀胱或腹主动脉旁淋巴结
IV b 远处转移包括腹腔外及腹股沟淋巴结转移

6.2 手术原则 子宫切除术、附件切除术

对 I a 期诊断时或宫腔镜下所见病变很少者只作次广泛切除，宫体癌的重点是双侧附件尽可能宽的子宫阔韧带及圆韧带，宫颈周围韧带只需切除 1-2cm，宫颈残端易复发仍应切除 2cm。切下标本剖视为肌层有明显侵犯（不一定达 $1/2$ ）需补行盆腔淋巴清扫及腹主动脉旁淋巴结切除。I b 及 II 期均作广泛切除及淋巴清扫，II 期如有条件术前可作腔内照射 $1/2$ 剂量再手术。II 期患者细胞分化差 G2-G3，肌层侵犯 $>1/2$ 或淋巴结阳性，术后加外照射或化疗。III 期术前腔内照射，争取手术广泛根治加淋巴清扫，术后加全盆外照射（均应烟窗式向上照到腹主动脉淋巴结）。

7. 卵巢癌的手术原则

7.1 真正 I a 期上皮癌分化好青年患者（G1 级）可行单附件切除保留生育功能。大网膜全切、盆腹腔转移癌切除、淋巴结清扫、术后放疗、化疗、随访

7.2 生殖细胞癌及性索间质癌年轻希望保留生育功能者可作患侧附件，大网膜全切，盆腔转移癌切尽的情况下，再作盆腔及腹主动脉旁淋巴清扫，保留子宫及健康的对侧卵巢，如对侧卵巢不正常，盆腹腔肿瘤切不尽则不宜保留子宫及对侧卵巢。

7.3 I b 以上卵巢癌均作正规的子宫双附件，大网膜全切或 / 和阑尾切除，盆腹腔肿瘤切除及淋巴清扫。

7.4 只有盆腹腔转移灶基本切尽者才考虑部分膀胱、结肠切除及造瘘。如果转移灶不能切尽则应避免脏器损伤，等化疗后有机会时再次手术。

7.5 如手术范围已很广出血很多，淋巴清扫可等待二次手术时进行。

7.6 如手术极复杂，对病情估计不足，技术上不能完成彻底手术者应作活检后关腹转院治疗，切不可在没有把握的情况下手术造成大出血，脏器损伤而残留大块肿瘤，草草收场这种毫无意义的手术。

8. 滋养细胞肿瘤的手术

8.1 良性葡萄胎，年龄超过40岁，要求手术治疗，刮宫后hCG迅速下降，8周内均为阴性可作子宫及双附件切除（术前B超肌层无侵犯胸片（一）。）

8.2 绒癌或侵蚀性葡萄胎子宫穿孔或宫旁静脉破裂（宫旁静脉内有侵蚀性葡萄或绒癌）腹内大出血病情危重需作急诊手术。此时可先行破口缝合止血，宫旁破口只能浅浅缝合止血，然后作子宫次广泛切除，注意分离输尿管，切除宫旁及卵巢静脉丛，如病人情况不宜再手术而出血已止住，可先化疗再考虑手术。

8.3 顽固的子宫滋养叶细胞瘤及肺部病变，足够的化疗后，hCG正常才可行手术治疗。

年青宫颈癌妇女卵巢移植(位)

----附 30 例临床病例分析

湖南省肿瘤医院 廖革望 易济民 唐迪红 江啸音 张家舫 杨珍

摘要:1992年8月至1993年11月,我院对住院治疗的年龄22-40岁的宫颈癌患者30例在进行治疗的同时实施卵巢移位,其中IB期7例,IIA期1例,IIIB期19例,IIIB期3例。手术前与治疗结束后取血清标本测FSH、LH、E₂、P。术中留银夹作定位标志。30例中,10例为单纯卵巢移位,20例为行宫颈癌根治术同时实施卵巢移位,术后共21例病人接受了盆腔放疗。盆腔X光照片显示移位卵巢位于放疗野外,距放射野外侧缘6cm以上,血清激素测定结果亦说明基本上达到了保护卵巢功能的目的。我们认为:宫颈癌,特别是鳞癌,卵巢转移罕见,参考国内外文献,年龄45岁以下的宫颈癌患者,如可能要接受盆腔放疗,则应考虑予以卵巢移位,其移植位置以中上侧腹部的结肠旁沟最为简便、安全。本组病例未发现与移植术有关的并发症,但应密切随访,以真正提高患者的生活质量。

关键词 宫颈癌 卵巢移植(位)

1992年8月至1993年11月,我院对住院治疗的年龄22-40岁的宫颈癌患者在进行治疗的同时实施卵巢移位,现将此组资料报道如下:

一般资料

1. 年龄、孕产:年龄范围22-40岁,平均34.4岁,2例孕 ≤ 1 次,其余病例均孕 ≥ 2 次,1例产0,6例产1,其余23例均分娩 ≥ 2 次。

2. 临床病理、分期及分型:30例术前均经病检证实,腺癌3例,鳞癌27例。术后报告盆腔淋巴结单组或多组转移者共7例,其余盆腔淋巴结阴性病例中,有4例癌灶浸润颈管深肌层,临床分期按FIGO,1988年

标准,详细情况见表1。

3. 激素测定仪器及放免药盒来源:测量仪为瑞典进口LKB1282伽玛计数器,所有数据经微电脑处理分析。FSH、LH、E2放免药盒由北京北方免疫试剂研究所提供;P放免药盒由天津DPC公司提供。

方法

1. 术前治疗:术前未给予特殊治疗7例,术前给予¹³⁷CS腔内放疗23例,A点剂量为22例10-20Gy,1例30Gy。

2. 有关的客观指标:卵巢移位术前、治疗结束后,出院后复查时分别抽血取血清标本置于-20℃保存,供测FSH、LH、E2、P用。术中在移位的卵巢门处上银夹3至4个,出院前照腹平片显示银夹位置。

3. 手术方式及术后治疗:根据盆腔情况,分为两种手术方式,一种为卵巢移位加同侧腹壁下动脉插管术,术后动脉化疗具体用药为每疗程顺铂100-120mg,平阳霉素80-96mg或阿霉素50mg。腺癌患者则以氟脲嘧啶替代平阳霉素,化疗结束后实施¹³⁷CS腔内放疗和盆腔6000外照射。另一种手术方式为子宫广泛切除加盆腔淋巴清扫术,同时行卵巢移位术。具体方法为经腹膜后途径,充分游离卵巢血管,注意保留紧邻卵巢之骨盆漏斗韧带上部分腹膜,将卵巢移植至同侧结肠旁沟中上侧腹部后,予以间断缝扎、固定。广泛术后病检盆腔淋巴结有癌转移或肿瘤浸润至颈管深肌层者亦给予盆腔6000外照射。盆腔放疗野上界平髂脊水平,髂总淋巴结阳性者之放疗野则包括髂脊连线以上正中7×5cm区域。6000外照剂量为DT45-50Gy,详细情况见表2。

结果

30例患者均未发生与卵巢移位有关的并发症,无去势综合症。X线腹平片显示卵巢银夹位置平均距正中线11cm,距髂髂1cm,距放疗路外侧缘6至10cm,确保移位卵巢在放疗野外。有关血清女性激素测定结果如表3。1-14号相当黄体期,15-24号相当于卵泡期,25-30号因不规则阴道流血而分不出正常月经期。各组资料经统计学处理,结果

如表4、表5。

讨论

宫颈癌治疗后的五年生存率较高,且卵巢转移很少或罕见,Tabata报道706例早期宫颈癌以及278例IB至III期的宫颈鳞癌,卵巢转移率为0。本院报道的1987年以前手术治疗的110例宫颈癌亦无一卵巢转移,治疗后健康生存中的部分绝经期前妇女,特别是年龄小于40岁者,因卵巢功能丧失而出现去势综合症,影响其生活质量,有些症状严重持续数年,个别的甚至出现自杀倾向。基出此因,很多学者在治疗宫颈癌的同时,力争保留患者的卵巢功能,Shiina Y于1983年报道了51例宫颈癌根治术时的卵巢移植随后,Biletk等以及Husseinzen等相继报道此类病例。国外学者认为宫颈癌阴道癌需接受盆腔放疗或在子宫广泛切除术后可能需接受盆腔放疗者可实施卵巢移植。我们赞同此类观点,但从肿瘤因角度分析,原则上应以鳞癌病例为主,腺癌或其他类型的恶性肿瘤需慎重选择。女性虽从40岁左右起卵巢功能开始衰退,但不少年龄50岁左右的妇女却仍有正常月经,据此,我们认为:卵巢移位的较合适年龄为40岁左右,家中经济情况较好,文化素质较高的妇女可放宽至45岁左右,而年近5旬的病例实施此项手术的实际价值值得商讨。

从内分泌学的角度上来讲,手术时保留双侧卵巢比保留单侧为好,但考虑到宫颈癌根治术的手术操作时间以及卵巢移位时的手术创伤,我们均仅行单侧卵巢移位。从血清女性激素测定结果显示:保留一侧卵巢,历经手术、化疗、放疗后,其FSH、E₂、P测定值治疗前后基本相似。六个不同组别,除个别组的FSH对比P值有差异外,其余不同组别共19项P值均>0.05,Beurden等认为由于散射线等原因,总放疗剂量的5%可存在于放疗野外4cm范围内,卵巢功能因此而受影响。本组病例腹平片显示移位卵巢在髂脊水平以上1cm距正中线平均11cm,而我院6000盆腔外照射野上界宽7cm,即正中线旁开3.5cm,平髂脊水平,所

移位之卵巢确保在放疗野外6cm以上,故能保持较正常的卵巢功能。

卵巢移植的最常用位置为结肠旁沟的中上侧腹部,其次为腹部切口的皮下脂肪组织内,亦有为妊娠目的的对侧移位。Shiina报道了31例移植至乳腺。我们认为中上侧腹部移位术式简便、安全,对病人损伤小,只要操作得当,保证卵巢良好的血液供应,就能达到将卵巢移出放射区域、保留其功有的目的,而移植至皮下脂肪组织内,术后周期性的肿胀可致病人疼痛不适。总之,不管移位何处,关键是防止卵巢血管扭曲,成角以及卵巢扭转。要作到这一点,除血管游离长度适当外,尚需保留紧邻卵巢的部分腹膜,以便实施充分有效的固定,防止影响卵巢的血液供应。

1958年,Brentane等对全宫切除术后保留附件发生的并发症进行了描述,其主要表现为弥漫性下腹疼痛伴可触及的附件压痛包块,或仅扪及包块而无腹痛者,少数可有性交疼痛及尿频尿急,此称为残余卵巢综合症,其发生率为2-7%,多因术后粘连,引起排卵障碍,发生囊肿或血肿。Chambers则认为:移植的一个主要并发症是症状性卵巢囊肿,根治性子宫切除时卵巢保留于原位者仅7%出现此并症,而同时行卵巢移位者其发生率高达24%,单纯行卵巢移位者亦有18%发生症状性卵巢囊肿,其中4例因顽固性疼痛需手术治疗本组病例因术后观察时间尚短,暂未发现此类并发症,但要密切随访,以便及时处理。

表1 30例宫颈癌临床病理、分期、分型(例)

病理	鳞癌	腺癌	腺鳞癌	合计
术前	27	3		30
术后	26	3	1	30

期别	IB期	IIA期	IIB期	IIIB期	
例数	7	1	19	3	30

分型	菜花型	结节型	颈管型	糜烂型	
例数	25	3	1	1	30

表2 30例宫颈癌手术方式及术后治疗情况

手术方式	例数	移位卵巢		术后治疗		
		右	左	动脉化疗	腔内放疗	CO外照射
宫颈癌根治术加卵巢移位术	20	11	9			11
腹壁下动脉插管加卵巢移位	10*	7	3	9	10	10
合 计	30	18	12	9	10	21

* 其中1例未行术后化疗

表5 30例卵巢移位术治疗前后血清激素测定对P值

	组别	例数	FSH	LH	E2	P
相当于黄体期	1	14	<0.05	<0.01	-	-
相当于卵泡期	2	10	-	<0.01	-	-
分不清月经周期	3	6	-	-	-	-
全部病例对比	4	30	-	<0.01	-	-
放疗与未放疗	5	30	-	-	-	-
放疗前后对比	6	21	<0.01	-	-	-

宫颈癌根治术之清扫淋巴

湘雅医院妇产科 徐碧泉

一、清扫淋巴的重要性

大家知道，宫颈癌根治术包括广泛子宫切除及盆腔淋巴清扫术，如若不清扫淋巴，即使切除子宫再广，也是不能达到根治目的的。因为宫颈癌的淋巴转移乃是更重要的扩散途径，而且发生也较早。根据国内外资料统计，除0期和1a期无淋巴转移外，1b期及以上各期均可发生淋巴转移，其淋巴转移率还随临床期别升高而增加，1a期为15%-20%，II期即增至25%-40%。因此，对1b期以上需要手术者，均应施行根治术，进行彻底的盆腔淋巴清扫。

Henrikson从26例未经治疗而死亡的宫颈癌病人尸体解剖的资料分析，其淋巴结的转移率如图一：

图一不但说明盆腔淋巴转移是宫颈癌扩散的主要途径，而且还说明晚期宫颈癌盆腔以外的远处转移亦高。根据我们临床观察，宫颈癌的远处转移，又以左锁骨上淋巴皮累最常见。提示宫颈癌的淋巴转移不容忽视，根治术时要重视淋巴结的清扫。

由于根治术风险大，并发症多，放疗已经成为治疗宫颈癌的首选方案，有逐渐取代手术之势，但近些年来发现二方面的变化：

1. 宫颈癌患者有年轻化倾向，这是否与性传播性疾病上升有关，尚无定论。

2. 宫颈腺癌的发生率上升。据张惜阴教授资料，宫颈腺癌占宫颈鳞癌的比例已由4-5%升高至6-12.7%。

从所周知，放疗最大的弊端就是对卵巢功能破坏及放疗疗效受病理类型影响。而这二点又恰恰是手术的优越之处。因此，对年轻要保留卵巢功能或宫颈腺癌患者，仍应首选根治术。因此，盆腔淋巴清扫

的技术不但不能丢，还要更加精益求精地发展下去。

二、盆腔淋巴结分布及流向

人体淋巴系统主要由淋巴管及淋巴结构成。

淋巴管又是由组织内丰富的网状毛细淋巴管集合而成。密布组织间的毛细淋巴管网，吸收组织液构成淋巴液。

淋巴结则是淋巴管回到静脉前的淋巴过滤器官，它可产生淋巴细胞和抗体。大小约0.1-2.5cm，呈豆形成圆形，质软、活动。沿淋巴管的一定部位排列，常聚于大血管旁，多数埋于脂肪组织中。

女性生殖器官具有丰富的淋巴管和淋巴结，它们相互交织成网状，是防止生殖道上行性感染的有力屏障，如果一旦遭受癌瘤侵犯，则将变成癌细胞扩散的通道。

子宫颈有三支大的淋巴干径，此系宫颈癌向淋巴转移的物质基础。这三条淋巴干径，其一是前淋巴管，在宫旁血管丛，从其前面经过达输尿管，沿子宫动脉途径与宫旁、闭孔和髂外淋巴结连接。其二乃后淋巴管，于宫旁血管丛的后方顺子宫静脉途径，终于髂内淋巴结。其三为骶淋巴管，支接源于子宫颈，沿子宫骶骨韧带皱襞，经在肠周围结缔组织，终于骶侧淋巴结和骶岬淋巴结。

宫颈癌由于主韧带易受累，故通过宫旁淋巴转移最常见。

盆腔淋巴回流的方向，除各淋巴管之间的错综沟通外，一般是宫旁淋巴结经腹股沟深淋巴结（鼠蹊淋巴结）及闭孔淋巴结汇入髂内、外淋巴结，再流向髂总淋巴结。两侧髂总淋巴结收集骶前淋巴结回流后，经腹主动脉旁淋巴结注入乳糜池。（图二）

与宫颈癌关系较密切的淋巴结群：

1. 宫旁淋巴结：一般有1-2个，位于子宫动脉与输尿管交叉部位。收集子宫颈和阴道上1/3淋巴回流注入闭孔淋巴结或髂内淋巴结，清扫术一般归入到髂内淋巴结送检。

2. 闭孔淋巴结：有1-2个，位于闭孔动脉进入闭孔膜管附近。收集

宫旁和腹股沟深淋巴结回流，注入髂内淋巴结。

3. 腹股沟深淋巴结：约4个左右，在腹股沟深筋膜下方，髂外动脉末段前面，亦包括股管内的克氏淋巴结 (Cloquet's node)。主要收集腹股沟浅淋巴结淋巴液回流，还接纳部分宫旁淋巴结的引流。

4. 髂内淋巴结：有3-4个，主要位于髂内动脉的血管三角区（髂内外血管分叉部）。收集腹股沟深淋巴结及闭孔淋巴结，即所有盆腔内器官的淋巴回流，注入髂总淋巴结。

5. 髂外淋巴结：有3-8个，位于髂外动脉外侧和髂外动脉、静脉膈内，接受腹股沟深淋巴结及宫旁淋巴结的淋巴引流注入髂总淋巴结。

可分三组：

① 外侧组：髂外动脉外侧。由腹股沟浅、深淋巴结、阴蒂部分及腹壁深部淋巴回流。

② 中间组：髂外动脉后侧。由膀胱、宫颈及阴道上部的淋巴回流。

③ 内侧组：髂外动、静脉膈内。由腹股沟深部、膀胱颈、阴道及髂内小部分淋巴输出管。

6. 髂总淋巴结：有2-6个，多位于腹主动脉交叉部以下的髂总动脉外侧及内侧。接受髂内外淋巴结及骶淋巴结的淋巴回流，注入腹主动脉旁淋巴结。

7. 骶前淋巴结：有2-3个，位于第五腰椎、骶岬前，沿骶中血管及骶外侧血管排列，收集子宫颈、阴道后壁及在肠的淋巴回流注入髂总淋巴结。

8. 腹主动脉旁淋巴结：又称腰淋巴结，有^{6-10个 3-5对}8-10个（4-5对），亦可多至8对，位于腹主动脉两侧。其右侧者位于下腔静脉前面和外侧。汇集腹壁深、髂总血管及腹腔成对器官（卵巢、输尿管腹段，肾和肾上腺等三部分的淋巴回流，组成左右腰干，汇入乳糜池。

三、清扫范围与注意点：

宫颈癌根治术由于切除范围广、组织创伤大、手术并发症多、

术后康复慢等，不宜盲目扩大手术，但又不要任意缩小手术而导致癌瘤复发。手术的总原则应是：既要达到根治又要减少创伤，因而多数人主张，仍按传统方案，即清扫10组盆腔淋巴结妥当，它不仅包括了全部疗程淋巴结，还包括了癌转移首当其冲的次程淋巴结，防止癌复发的保险系数大。近些年来宫颈癌的发生有年轻化倾向，IIa期甚至IIb早期接受手术治疗的增多，有资料表明，II期宫颈癌可向高位淋巴结转移。因此，一些专家如张其本教授等就主张II期宫颈癌的淋巴清扫应扩大到髂前及腹主动脉旁下段淋巴结。

为做到手术彻底又不发生重大损伤，在施术过程中应注意以下几方面：

1. 大血管损伤

淋巴结一般附于大血管壁，尤在有炎症的情况下，其与血管的关系更密切，进行淋巴清扫时，要先剪开大血管的鞘膜再清扫，就十分顺利，直接清扫不但困难，而且容易撕裂血管壁，导致难以控制大出血。尤其是静脉，其管泊弱，更易撕裂。

①熟悉盆腔解剖是减少损伤的关键。清扫淋巴结时，要注意某些血管位置的特殊性，尤其是静脉，以防误伤。②如右髂总静脉位于同名动脉的右外侧，下腔静脉位于腹主动脉右后方，③髂内动脉自髂总动脉分出后向盆腔深部行走，暴露较困难，处理难度大，而髂内静脉又在髂内动脉的后方，尤需小心细致；④闭孔动、静脉位于闭孔窝深部，损伤后止血困难，防止的办法是清扫闭孔淋巴结时不超过闭孔神经的深面。

2. 输尿管的损伤

输尿管横跨髂总、髂外动脉交汇处，紧贴后腹膜向下行，位于淋巴清扫区内，与髂内动脉下段关系密切，清扫淋巴时常需游离或牵拉输尿管，稍不注意，即易误伤。游离输尿管时，要注意保护输尿管营养血管，勿损伤输尿管鞘膜，以防输尿管瘘发生。

3. 淋巴结的清扫

盆腔淋巴结多埋于脂肪中，清扫时应连同脂肪组织成片清除，它比异块摘除彻底，为操作便利，一般我们按髂总---髂外---鼠蹊及髂内---闭孔次序，分二大片清扫。清扫过程中遇有淋巴管均应进行结扎，尤其是在处理鼠蹊、闭孔淋巴结时，更要扎牢，以免淋巴液外流，聚积形成淋巴囊肿，术后盆腔放置引流管，也是防止淋巴囊肿的有效方法，我们认为，引流管经阴道引流效果好，又不增加腹壁切口，值得推介。