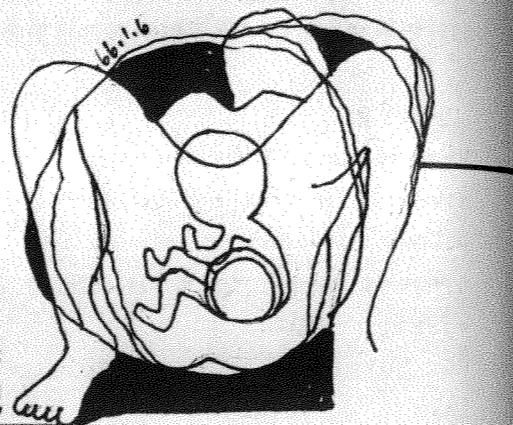


泛論腹腔鏡在婦產科的用途

台北市立和平醫院婦產科主任 陳宏銘述
醫師 林淵樞記



在婦產科的診斷過程中自古以來就以“Bimanual method”來瞭解病情。這種方法往往要靠醫師們豐富的臨床經驗和精確的實驗作業數據作參考才能下定論；然而所做的結果又是只有猜測而已，似乎有瞎子摸象的感覺，如果我們能很清楚的“看”到骨盆腔內的病理變化那真有如黑暗走向光明，能很精確的求得診斷的結果。

在十九世紀初期1806年德國人Philipp Bozzini首先報告了用小的燭光似的內視鏡經由尿道檢查膀胱的病變，其後的一百年間照明技術的進步僅限於採用玻璃鏡作集光的方式來檢查膀胱。到了1902年德國的外科醫生Kelling將膀胱鏡嚙試到狗的試驗上，他將狗的腹內打氣再插入觀察。其後在1910年腹腔鏡的名詞“Laparoscope”首次由Jacobans醫師報告，他是用在腹水的病人身上看出其病變。可是在1920年代因為氣栓的發生而停止使用達十年之久。後來發現了二氧化碳的使用才慢慢普遍起來。

至於在婦科方面於1935年Decker由膝胸臥式之下用內生殖器檢視鏡對不孕症的婦女做檢查或卵巢切片術等之診斷一時大為盛行。但後因為所看有限，以及在1952年德國人Hopkin氏因為玻璃纖維胃內視鏡革命性的發展能使導光能力加強，對熱的損傷減少到最少視野也可廣泛，因而腹腔鏡廣為婦產科醫師所喜愛。且在1969年英國的Steptoe醫師首次有1,500個病例做一系列的報告失敗率僅0.06%所以其結果相當成功。至於在儀器方面的發展，在其器具的體積上儘量求其趨向

小型。目前仍覺笨重搬運不易，照明技術上的改進一般需要fiber optic bundle及distal light source；使用的氣體則用二氧化碳、笑氣、以及氣體調節器。「照相技術方面的進步、添置教學用的閉路電視系統或各種手術器具的進步，都是腹腔鏡在以後發展必有的趨向。」

在婦產科方面，腹腔鏡的用途極為廣泛。以下我們分項來介紹；但是如果碰到病人是有橫膈膜疝氣、腹阻塞，對於腹膜積氣極不良、腹部動過大手術、及麻醉有困難的心肺機能不全者，一般都不做。

一、不妊症

在腹腔鏡的使用以不妊症為最有價值，也是其最初的目的。大約在不妊症的婦女中，我們可以發現到約有25~35%的病人中可以由腹腔鏡中看到病變，如子宮內膜異位症，粘連現象，子宮畸形或卵巢機能不良、輸卵管部份阻塞或粘連等，而這些用X光攝影或輸卵管通氣均無法診斷。一般我們是用Methylene blue之藥水由子宮頸灌入，經子宮、輸卵管流到繖部，這樣可以由腹腔鏡中很清楚地看到是否通暢，或是有其他解剖上的病變，也可以看卵巢有沒有黃體形成或是囊腫；或是做切片，這些均可以幫助診斷。

二、慢性骨盆腔炎

在門診常可遇到病人主訴長期的下腹痛、針刺痛或是間歇性不適。有的是一側，有的是兩側性，甚至有的可以伴月經而加重，這些問題往往會困擾婦產科醫師，在長期的症狀治療以及抗生素使用往往不太見效。如果



陳宏銘 主任

能借用腹腔鏡的話，可以發現其他因素來改變我們的治療過程。Liston報告說134個慢性下腹痛的病人其中百分之七十六沒有任何原因可查；其他也有人報告約有一半以上的下腹痛均找不到病變。其他常見的為子宮內膜異位症，輸卵管發炎，開刀後粘連現象，也有的是在Cul-de-Sac內積有漿液性液體，有時抽取後立即見效，顯然與心理因素有關係。一般我們此檢查均以兩個切口較為方便，如此可以一面看一面做分離、切片或電燒手術。

三、急性骨盆腔炎

我們在急診室常遇到急性下腹痛的病人，如果缺乏特殊的診斷步驟，往往以觀察來處理病患，這是相當危險的事。假使能用腹腔鏡做早期的檢查，如此我們就很輕易地能區別出早期未破的子宮外孕，卵巢囊腫的扭轉，闌尾炎或是輸卵管炎，如果是前三者馬上就能開刀治療。

四、骨盆腔瘤

一般我們在門診檢查如果發現一個瘤直徑大於5公分時，常使用開腹術將其切除；但如果是小於5公分，在以前往往是門診追蹤其變化，因而有些原發的癌症便被忽略了。現在我們可以用腹腔鏡做穿刺、切片或是細胞學檢查，如此便可以達到早期診斷、早期治療的目標了。

五、開刀前的檢查

一般如果在“為不妊症婦女開刀時，手術究竟要施以何種方式？”我們可以先看一下腹腔鏡再做決定：是

祇剝離就可以呢？還是用輸卵管再造術等？有時在葡萄胎病人做子宮搔爬術前，或同時可以用腹腔鏡診斷有無蔓延或轉移的現象，同時在直接鏡檢之下作手術，也可免除因盲目作子宮刮除術所極易發生的子宮穿孔或破裂的危險。

六、取去腹內異物—避孕器

首先在1967年，Smith使用內視鏡取出因子宮穿孔而留置腹內的避孕器報告後，也有人陸續報告。我們也有三例因避孕器穿孔到腹腔內，經由腹腔鏡很成功的取出來，不必住院且預後很好。

七、輸卵管結紮術

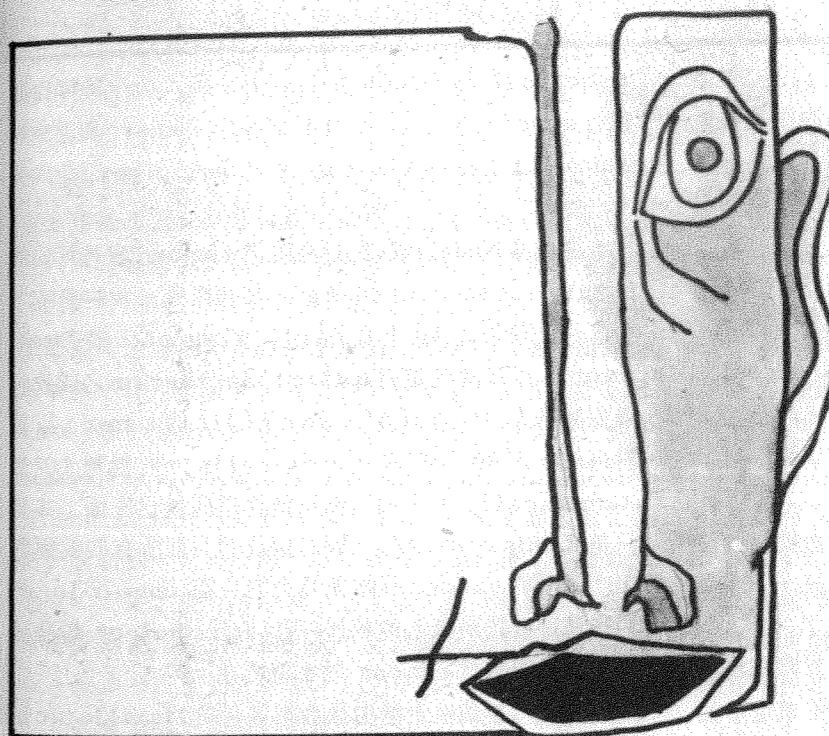
腹腔鏡目前最普遍的應用便在於此。因為它不但可以永久性的避孕也可施以門診方式來處理病患，不需住院極為方便。一般可以用電將輸卵管燒灼或切斷；也有使用小環將輸卵管套上，久了壞死而達避孕之效。這兩種方法本院均作過，而以前者為多。我們一共作了三百二十四個結紮，均極成功沒有再懷孕或合併症出現；至於方法，每個醫院的報告均不同，就如麻醉來說，有些外國的醫院報告用全身麻醉手術或是局部麻醉，而我們則用Ketamin靜脈注射加上Winttrinine，效果很好簡便介紹我們的方法：

首先安排病人早餐禁食，到醫院後先灌腸，其後在子宮頸放置固定器，導尿，消毒皮膚。再予以Ketamin HC11.5 mg/Kg靜脈注射，在臍下劃約一公分之寬度及右側另一小切口。將氣腹針刺入腹內後，打二氧化碳約3公升，再插入套管針以及放置腹腔鏡。我們在雙側

談 ENT

訪台大 ENT 副教授

徐茂銘先生



台灣處於亞熱帶，由於海島型氣候，濕度相當高，竟產生了一些特殊的現象：“專治過敏性鼻炎”、“祖傳鼻炎秘方”，甚至“鼻癌專家”。這些廣告五花八門，層出不窮，大有不由得你不信的氣勢，其中“鼻咽癌”恐怕更是寶島的專利，名聞國際，亦可見 ENT 在台灣的地位將比其它國家更高，因此我們在台大副教授徐茂銘先生的慨允下前往台北，當面請教徐教授有關 ENT 的問題。

輸卵管距子宮 1 公分處採行電氣凝結法，並截除 10 立方公釐之一小段輸卵管；發現到：充分之凝結對輸卵管之截除時出血之抑制與防止瘻管之發生極為重要。全部手術時間自 9 分~25 分鐘，平均為 11 分鐘。術後兩個月，所有病例均施行子宮輸卵管攝影，發現全部閉塞完全。我們做了一年半，沒有發現失敗的病例，也沒有任何合併症發生。

合併症的討論

腹腔鏡和一般其他手術不同，因為它在電燒的過程中往往只有操作的一個人瞭解，旁人無法看到，所以在教學上相當困難。目前有教學用的纖維玻璃管，不但操作者可以看到，而且另外的人也可由此纖維管看到其操作的過程，但價錢相當昂貴，一付約為台幣 12 萬元。其他也有電視電影之傳真教學設施，可惜均極貴。至於合併症往往是經驗不足所致，現談一下主要的合併症。

一、腹膜外積氣：

此為常見的現象，當我們將氣腹針插入病人腹內如果碰到很胖的病人以致於祇到達皮下組織、筋膜內，而造成皮下氣腫；有時空氣可上到胸部下到會陰。反之如果太瘦而到後腹膜不小心入大動脈而有氣栓症之危險；要避免這些，方法很多，我們常用灌氣的壓力機測定腹內壓力，如果太高例如超過 20mm 水銀柱高，就要重插，如此便可避免。

二、穿刺的損傷：

將氣腹針插入時，因其小故傷害到腹壁較微；若插入套管針因較大，易將腹肌損害或穿破子宮體，胃腸之

穿破也有人報告。因此做此手術有人強調外科設備要充足，其次在穿刺第二個切口之時，對右上腹壁血管要小心，所以用照明找無血管的部位穿刺較安全。

三、操作上的損傷：

如果為了做切片，往往有時碰到小動脈要馬上止血，但有時會形成出血或血腫塊現象；有時在結紮電燒或在分離粘連後之電燒與腸子有粘連因而傷及腸子，也有人這麼報告。所以在電燒過程中，解剖上的部位要很清楚的看到，如此才可免去不必要的麻煩。

四、其他則為開刀後肩痛，這只要排氣乾淨即可避免。

有因子宮方向、操作器使用不當而穿破，然而我們現所用新的儀器則不會有這種缺點。皮膚發炎、燒灼之短路或瘀斑均有人報告。

