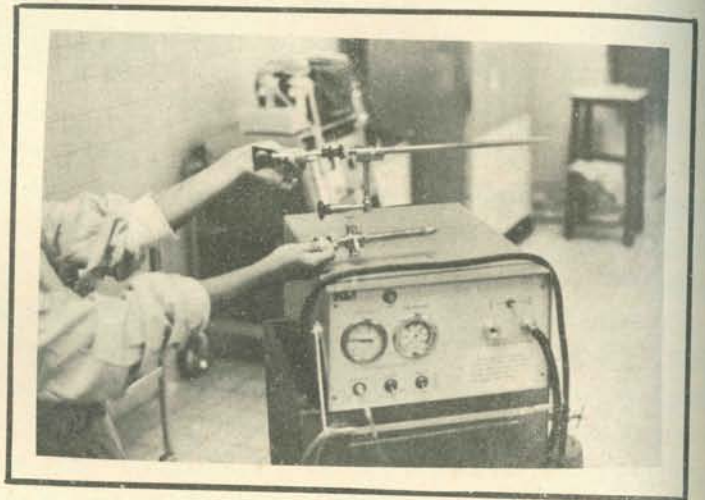


# 婦科腹腔鏡檢查法

王三郎



我於 63 年 3 月到聖路易華盛頓大學 (Washington University School of Medicine, ST. Louis) 當 PIEGO (program for International Education in Gynecology and Obstetrics) 之研究員。申請時是 64 年，當時我仍在馬偕醫院婦產科服務。記得申請表上有一欄：如果贈送腹腔鏡時，你將放在那個醫院使用。身為校友，當時我想如果真的有免費的腹腔鏡能放在附屬醫院使用，該多好啊！於是請教了楊文勳教授。Taipei medical College Hospital 就填在表上了。果然在 65 年 6 月，PIEGO 來信同意贈送給我們附屬醫院腹腔鏡一台。並派人來示範（其實是來視察該儀器是否正當使用）。因醫院未完工，乃順延到九月。幸而水電能及時趕工完成，而開刀房仍未能使用。只好在產房手術。PIEGO 是派來自約翰霍浦金斯大學<sup>(1)</sup>(Johns Hopkins University) 的 Dr. Park 到此示範。在九月十三，十四，十五日，我們共做了十一個門診病人的腹腔鏡絕育手術 (Laparoscopic sterilization with Falope ring)。本文乃簡述腹腔鏡在婦科之使用情形。

遠在二千多年前醫學之父—Hippocrates 就說過在檢查病人時必須看全部可能看到的地方，(In the examination one should see all that is possible to see)。這就是醫學診斷上必須使用的視診。隨著醫學的進步，現在的醫師不僅觀察病人身體表面的病變，同時可利用內視鏡 (Endoscope) 插入身體裏面觀察內臟的變化。作為疾

病之診斷與治療。內視鏡檢查法 (Endoscopy) 之使用於腹腔，在 1910 年首先由 Jacobaus 提出並命名為腹腔鏡檢查法 (Laparoscopy)。1912 年 Nordentoff 介紹腹腔內灌入氣體及使用垂頭仰臥位。1937 年在美國由 Ruddock 發表了他自己設計出來的儀器做了五百位腹腔鏡檢查的結果。同年 Hope 強調使用腹腔鏡檢查對於未破裂子宮外孕之早期診斷。因子宮外孕一旦破裂時將大量出血，情況危急。

足夠的氣腹 (Pneumoperitoneum) 是腹腔鏡檢查的先決條件。倘氣腹不足不但不容易觀察且在插入套管與套針時易傷到腸道。至於所使用的氣體，雖然空氣來源容易且便宜，但因在腹腔內吸收太慢，病人檢查後常會不舒服好幾天。而氧氣却吸收太快。因此二氧化碳或一氧化氮之使用較普遍。前者之吸收較後者快些。二氧化碳跑到腹膜前時約在十到十五分內可完全吸收。Alexander 及 Siegler 發現使用二氧化碳氣腹時  $PCO_2$  會上升，PH 會下降。而一氧化氮不會，且在開刀房是常用的麻醉藥，容易拿到。因此有些人主張用一氧化氮是最好的。可是它的價錢却較貴。氣腹時依病人身體的大小所使用氣體量之多少有差異。一般約二到三公升左右。但不可使腹腔內壓力超過 40 mm Hg，否則病人之  $PCO_2$  會上升，且導致心律不整。至於氣腹時所使用的儀器以 Verres 針最好。其套管針內



含有彈簧裝置的鈍頭套針，當插入腹膜內時，鈍頭套針有彈簧裝置，會自動向前，如此可減少腸道的穿孔。確實的把氣體灌入腹腔內。插入位置的選擇，kalk 建議使用下列四點，即腹壁正中線向左或向右四公分與臍上或臍下三公分之交點。而 Thoyer Rozat 及 Frangeheim 使用臍下緣，由此處插入氣腹，腹腔鏡亦由此處插入作觀察。選擇此處是最好的，因臍下緣處只有皮膚，筋膜及腹膜而已。且腸子不易在此處黏連。

#### 腹腔鏡使用之適應症分爲兩方面：

##### 甲、診斷方面

1. 原發性或續發性經閉。
2. 不孕症之檢查。輸卵管是否暢通，是否黏連。
3. 懷疑爲未破裂之子宮外孕。
4. 無法說明之骨盆痛。
5. 懷疑骨盆之子宮內膜異位。
6. 骨盆腫瘤之鑑別診斷。
7. 生殖器先天畸形之診斷。

##### 乙、手術治療方面：

1. 輸卵管之絕育法：電凝固或用 Silicone rubber band (Falope ring) 套住。
2. 骨盆黏連之剝離。
3. 卵巢之切片檢查。
4. 從骨盆腔中取出穿孔跑出之子宮內避孕器。
5. 子宮內膜異位之電灼。
6. 子宮之懸吊術。

#### 關於使用應注意之事：

##### 甲、有下列情形不宜使用腹腔鏡檢查：

1. 肥胖。
2. 腹水。
3. 以前腹腔開過刀者。

##### 乙、有下列情形禁忌使用：

1. 心肺疾病。
2. 臍、膈之赫尼亞。
3. 腹膜炎。
4. 懷疑腹腔內黏連非常厲害者。
5. 腸阻塞。
6. 腹腔內大量積血者。

腹腔鏡檢查通常在開刀房上全身或局部麻醉。在臍下緣皮膚作半月形切開約一公分半。把 verres 針插入腹腔內。倘入腹腔時其壓力會降到 10 mm Hg 以下，此可作爲是否插入腹腔內之參考，注入二氧化碳氣腹。氣腹時宜注意是否把二氧化碳灌到腹壁上，在叩診時如果肝實音消失，即表示有足夠的氣腹。通常約須二到三公升。然後把 Verres 針取出，把腹腔鏡套管與套針插入腹腔。其方向與骨盆入口垂直，入腹腔後，套針取出，把腹腔鏡放入套管而觀察。此時二氧化碳之流量改用自動調節或低壓力徐徐注入，以免腹腔內壓力太大。倘事先把子宮輸卵管照相用的器械放在子宮頸。可利用此器械上下左右前後移動子宮，以利觀察。同時可由此注入色素溶液，以便觀察輸卵管是否暢通。如果需要用電燒灼，可由右下腹部插入套管與套針後，取下套針，放入電燒灼鉗，通電後可燒灼輸卵管。電燒灼之器械必須有完全的絕緣，否則會燒傷其他的組織如皮膚、腸子等。PIEGO 贈送給我們的是採用 Silicon rubber band (Falope ring) 其內徑 1 毫米，厚度 2 毫米，有伸縮性，只要套住輸卵管即可。不必使用電燒。因此沒有電燒之併發症。手術後臍下緣之套管暫留著，腹腔內的二氧化碳擠出後才取出套管。皮膚傷口只要縫合一針即可。

總之，腹腔鏡之使用於婦科，有時可減少不必要的剖腹術，同時可幫助診斷及治療，在近代醫學上的貢獻是相當大的。

註(1) PIEGO 委託下列三個地方訓練來自世界各國的醫師：

1. Johns Hopkins University in Baltimore, Maryland.
2. Washington University School of Medicine in St. Louis, Missouri.
3. Western Pennsylvania Hospital and Graduate School of Public Health in Pittsburg, Pennsylvania.