

外阴癌根治术联合腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫的护理

姚妙星* 胡 旻 邵柳娟 钱燕萍

(浙江大学金华医院 浙江省金华市中心医院妇科, 金华 321000)
中图分类号: R473. 71 文献标识: B 文章编号: 1009 - 6604(2014)10 - 0964 - 03
doi: 10. 3969/j. issn. 1009 - 6604. 2014. 10. 031

外阴癌是较少见的妇科恶性肿瘤, 占女性生殖器官恶性肿瘤 3% ~ 5%, 大多数发病年龄在 60 岁以上, 一旦确诊, 应尽早手术^[1]。以往开放式手术由于手术创面大, 渗出物多且局部血液循环及淋巴回流不畅, 极易发生切口感染和坏死, 病人的生活质量明显下降。我科 2012 年 6 月 ~ 2013 年 12 月, 对 5 例外阴癌行外阴癌根治术联合腹腔镜下腹股沟淋

巴结清扫, 其中 2 例Ⅱ期腹股沟淋巴结阳性者联合腹腔镜盆腔淋巴结清扫术, 取得满意效果, 现将围术期护理方法报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

5 例一般资料见表 1。

表 1 5 例患者一般资料

病例	年龄(岁)	性别	主诉	肿瘤大小(cm)	术后病理
1	12	女	外阴部肿块增大 2 个月	4.0	Ewing 肉瘤
2	45	女	外阴黑痣瘙痒、增大 2 个月	2.0	恶性黑色素瘤
3	62	女	外阴部肿块 1.5 月	2.5	鳞状细胞癌
4	58	女	外阴瘙痒伴肿块 2 个月	3.5	鳞状细胞癌
5*	79	女	外阴部肿块 3 个月, 伴破溃出血 1 周	4.2	鳞状细胞癌

* 伴同侧腹股沟淋巴结肿大 2 枚, 大小分别 1、2 cm

1.2 手术方法

全麻。脐下缘做一横切口 1 cm, 置入 10 mm trocar, 腹腔镜头端钝性游离皮下脂肪, 皮下注入 CO₂, 腔隙内压力设定为 8 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。下腹正中脐耻间、右侧髂前上棘内上 3 cm 分别置入 5 mm trocar。置入器械, 切开右腹壁下脂肪直达股三角下端, 分离皮下脂肪淋巴组织, 暴露腹外斜肌筋膜, 剔除腹股沟浅淋巴, 继续向下分离, 暴露大隐静脉及 5 个分支, 向两侧分离暴露缝匠肌、长收肌, 保留大隐静脉, 暴露股动脉及股静脉, 剔除表面淋巴结, 清扫 Cloquet's 淋巴结, 腹股沟下方放置负压引流管 1 根, 同法行左腹股沟淋巴清扫。2 例腹股沟淋巴结阳性者联合行病灶同侧腹腔镜盆腔淋巴结清扫: 脐下缘横切口进针, 建立气腹, 压力为 11 ~ 13 mm Hg, 原脐耻间、原髂前上棘内上 3 cm 穿刺口

置入 5 mm trocar, 暴露腰大肌及表面生殖股神经, 向上内依次清扫髂外血管、髂内动脉血管周围脂肪, 游离闭孔神经, 清扫闭孔窝淋巴组织, 髂前上棘内上穿刺口置负压引流管 1 根。外阴肿瘤外 2 cm 做梭形切口, 切开皮肤、皮下组织深达筋膜层, 结扎各血管和海绵体和阴蒂, 切除外阴, 创面逐层关闭。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 心理干预 病人医学知识缺乏, 对手术安全性、切口疼痛、预后极为关切, 担心手术后外阴毁损, 严重影响性生活、影响夫妻关系^[2]。为减轻病人的心理负担, 采用支持、疏导等心理护理方法, 解除病人的心理障碍, 使其正确面对现实, 树立信心。

1.3.1.2 术前准备 ①完善术前各项检查化验以

* 通讯作者, E-mail: JHyaomx@163.com

排除手术及麻醉禁忌证,积极调整好血压、血糖、营养,提高病人对手术的耐受性。②外阴及肠道准备:保持外阴清洁,术前 3 d 用 1:5000 高锰酸钾溶液坐浴,2 次/d,每次 30 min。术前 1 d 进无渣半流饮食,术前晚聚乙二醇电解质散剂口服导泻以清洁肠道,晚上 10 点以后禁食,术前 6 h 禁水,防止术中、术后过早排便而污染切口。③备皮:谨慎防止划伤皮肤。

1.3.2 术中护理 采用改良截石位,全身麻醉前摆放到两腿分开 $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$,髋关节屈曲 $150^{\circ} \sim 160^{\circ}$,膝关节屈曲 $140^{\circ} \sim 150^{\circ}$,腹腔镜下腹股沟淋巴清扫时采取此体位有利于腹股沟区的暴露并使肢体尽量处于功能位。行外阴广泛切除时调整为两腿分开 $100^{\circ} \sim 120^{\circ}$,髋关节屈曲 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$,膝关节屈曲 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$,有利于暴露外阴部方便医生操作;缝合外阴切口时两腿分开调整到 $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$,减少切口张力有利于术后切口愈合。臀部、腰部垫小软枕。腹股沟淋巴结清扫后及时送病理检查,结果阳性则建立气腹行盆腔淋巴结清扫术。

1.3.3 术后护理

1.3.3.1 术后体位、生命体征监测 术后去枕平卧头侧位 6 h,保持呼吸道通畅。密切观察病情,给予心电监护,吸氧。术后取平卧位 10~14 d,臀部及大腿外侧各放置软枕 1 个,双腿自然外展屈膝,保持肢体功能位置,利于引流,减轻切口张力、疼痛,双下肢略抬高,以利于静脉淋巴回流,侧卧时两腿屈曲并拢,较薄软枕放双膝之间,以减轻伤口张力。

1.3.3.2 疼痛护理 由于会阴部神经末梢丰富,术后切口用大量棉垫加压包扎,病人常感疼痛不适,为保证病人术后舒适活动、休息,遵医嘱使用麻醉镇痛泵,多与病人沟通交流、听轻音乐等方法分散病人注意力,护理操作尽量集中,动作轻柔,让病人夜间充分休息。

1.3.3.3 切口护理 腹股沟淋巴清扫区的并发症主要为皮瓣感染坏死,致使切口延期愈合。术后腹股沟区需加压包扎压迫 1~2 d,术后当日双侧腹股沟区分别用 1 kg 砂袋压迫 12 h,以防出血。为预防阴道粘连,阴道内放置碘仿纱条,每日碘伏溶液清洗消毒外阴切口。

1.3.3.4 引流管护理 两侧腹股沟淋巴结清扫后,难免会有淋巴液、组织液和渗血淤积在皮瓣下,我科采用术后放置负压硅胶引流球持续吸引,能及时清除皮下渗血、渗液,使皮肤与皮下组织紧贴,是促进愈合、预防皮下血肿、皮肤坏死的关键措施之一。术后应密切观察引流液颜色、量、气味并保持引流通畅,一般保留 3~5 d,根据吸出物情况考虑拔除。

1.3.3.5 尿管护理 保持通畅,观察尿液颜色、量及性质,5~7 d 拔除,观察排尿情况,每次排尿后及

时用软卫生纸吸收干净,如尿液有污染切口,用温水洗净及时用碘伏棉球擦洗外阴创面,必要时消毒更换敷料。

1.3.3.6 排便护理 为防止过早排便,造成创面污染,术后暂禁食,给予静脉高营养维持,待肠功能恢复,给予少渣流质饮食 5 d,控制 1 周内尽量不排便,开始排便、恢复正常饮食后,适量高纤维素食物保持大便通畅,减轻腹压,降低切口张力。每次排便后温水清洗、碘伏棉球擦洗消毒外阴部,防止污染切口。

1.3.3.7 功能锻炼及康复指导 病人因手术切除大量组织,易致切口瘢痕或挛缩引起阴道口狭窄。术后 7~10 d 后尽可能行功能锻炼,如双腿合拢、分开、前屈、后伸、外展、内收等每日 2 次,每次 10~20 min,动作轻柔、缓慢,活动范围由小到大。根据年龄、病情指导病人行盆底肌收缩训练,以减少瘢痕挛缩,改善排尿便功能。

1.4 术后并发症的观察和预防护理

1.4.1 预防切口感染 术中彻底止血,术后皮下负压引流 3~5 d 保持引流通畅,外阴切口皮肤张力不宜过大。若有感染迹象,每日用双氧水、碘伏冲洗切口,生理盐水棉球吸干,凡士林纱布保护,红外线照射,并用生长因子喷涂创面,术后 1 周可用 1:5000 高锰酸钾坐浴。

1.4.2 预防压疮 术后由于卧床时间较长,局部血液循环受阻,易发生压疮,应保持床铺平整、干燥,勤翻身,每日温水擦浴,必要时用气垫床。

1.4.3 预防肺部并发症 外阴恶性肿瘤病人大多为老年人,肺功能降低,宜采取早期低半卧位,帮助病人叩背,鼓励深呼吸,有效咳痰,必要时超声雾化吸入。

1.4.4 预防下肢循环障碍、血栓静脉炎和淋巴性水肿 由于腹股沟淋巴结清扫、外阴广泛切除,可导致淋巴循环障碍,长期卧床、制动易导致下肢深静脉血栓。注意观察下肢有无肿痛,记录术前后大腿周径(通常取髌上 10~15 cm 处)、小腿周径(取小腿最粗处)、有否踝部水肿等,每日按摩双下肢,适当抬高,指导主动、被动下肢功能锻炼,穿抗血栓弹力袜,术后 2~3 d 皮下注射低分子肝素钙,改善促进下肢血液及淋巴循环,必要时行下肢血管彩超检查排除血栓形成。

1.4.5 预防下肢皮肤急性淋巴管炎发生 术后每日清洗双脚,防止下肢脚部某些极小皮肤创伤,出院后日常生活或劳动中避免赤脚,修剪指甲要小心,避免损伤脚趾皮肤,引起感染。

2 结果

外阴广泛切除联合腹腔镜双侧腹股沟淋巴结清

扫术 5 例,其中 2 例Ⅱ期腹股沟淋巴结阳性者联合行同侧腹腔镜盆腔淋巴结清扫术。手术时间 150 ~ 210 min,平均 186 min;术中出血量 70 ~ 120ml,平均 92 ml。术后 FIGO 手术-病理分期:Ⅰb 期 2 例,Ⅱ期 3 例。1 例术后出现下肢淋巴水肿,术后抬高患肢 15° ~ 30°,通过肢体按摩、理疗改善微循环,指导早期床上翻身、下肢屈伸活动及下床活动等处理 1 周后症状消失。术后外阴切口愈合良好,均未发生腹股沟皮瓣坏死、切口裂开等并发症。

3 讨论

随着腹腔镜器械的进一步完善及技术发展,腹腔镜已广泛应用于妇科恶性肿瘤治疗。外阴癌手术的护理也是手术成功的重要一环,术前加强病人心理护理,充分完善术前检查与评估准备,术后密切观察病情,做好术后并发症的观察及预防护理。由于开放性切除腹股沟淋巴结时皮下组织切除多,术后易发生腹股沟切口长期愈合不良,文献报道发生率高达 50% 以上^[3]。腹腔镜下腹股沟淋巴清扫,因手术在皮下空间进行,腹股沟区皮肤无切口,创伤小,

能有效避免开放手术后常见的腹股沟区皮肤坏死,切口长期愈合不良的问题^[4],术后恢复快,住院时间缩短。本组腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫,髂前上棘内上穿刺口置负压引流管,局部无切口,术后早期加压包扎、皮下充分引流,均未发生腹股沟皮瓣坏死、裂开等并发症,外阴切口愈合良好,提高了患者的康复、生存质量。本组 1 例术后发生下肢淋巴水肿,应注意术后下肢抬高,早期下肢活动功能锻炼、按摩可预防此并发症的发生。

参考文献

- 1 王 菊. 外阴癌病人围术期护理. 中国初级卫生保健, 2007, 21 (4): 73.
- 2 应 华. 老年病人 30 例外阴癌的护理. 河北医学, 2002, 8 (3): 274 - 275.
- 3 卢 艳, 姚德生, 莫凌昭, 等. 腹腔镜下腹股沟淋巴切除术治疗外阴癌的临床研究. 临床肿瘤学杂志, 2012, 17 (3): 251 - 254.
- 4 徐惠成, 王延洲, 李宇迪, 等. 腹腔镜下腹股沟淋巴清扫术在外阴癌中的应用技巧及可行性. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27 (4): 283 - 285.

(收稿日期: 2014 - 03 - 31)

(修回日期: 2014 - 08 - 06)

(责任编辑: 李贺琼)