



• 论 著 •

阴茎癌原发灶术后即刻腹股沟淋巴结清扫对患者生存的影响

叶明佑 谢 宇

湖南省肿瘤医院(中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院) 410000

【摘要】目的：观察在阴茎癌患者当中，患者原发灶术后接受即刻腹股沟淋巴结清扫对于患者生存期产生的影响。方法：选择我院 2013 年 1 月至 2015 年 12 月收治的 25 例阴茎癌患者为主要对象，所有患者在原发灶术后即刻接受腹股沟淋巴结清扫，观察患者术后随访期内的生存情况。结果：在对患者进行随访之后发现，患者的生存例数为 15 例，生存率为 60%。结论：针对患有阴茎癌的患者，在其接受原发灶术后对其即刻实施腹股沟淋巴结清扫可以有效保证其生存期，该方案值得在临床中推广。

【关键词】阴茎癌；淋巴结清扫；原发灶；腹股沟；生存期

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 15-092-02

阴茎癌在发达国家当中的发病率相对较少，但是在发展中国家比如亚洲、非洲、南美洲地区国家中，发病率相对稍高[1]。一般来讲，阴茎癌患者多以鳞状细胞癌为主，患者主要的治疗方式为手术治疗[2]。对于阴茎癌患者的预后而言，较为重要的因素在于区域淋巴结的转移，所以，选择淋巴结清扫术可以较好提高阴茎癌患者的生存率[3]。相关研究也证实，预防性淋巴结清扫可以帮助高危阴茎癌患者获得较好疗效，但是淋巴结清扫也可能导致患者出现并发症反应等，这也给其实际应用带来了一些限制[4]。我院针对阴茎癌患者选择在原发灶术后为其即刻进行腹股沟淋巴结清扫，收到相对较好的反馈效果，现根据实验情况进行如下论述：

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2013 年 1 月—2015 年 12 月在我院接受临床诊治的癌症患者当中选择 25 例阴茎癌患者开展相关研究，此次实验得到了我院伦理委员会的审批，且预先征求所有患者及其家属的同意。患者的纳入标准为：意识正常患者、接受 CT 等影像学检查确诊患者、病理确诊患者、自愿入组患者、一般资料完整患者。本次研究当中，患者的排除标准如下：精神功能障碍患者、合并其它类型恶性肿瘤患者、肿瘤细胞全身转移患者、临床资料不全患者、非自愿入组患者、无家属监护患者、表达与认知功能缺失患者、意识丧失患者、手术禁忌症患者。在所有患者中，年龄最小为 25 岁，最大为 71 岁，所有患者手术之前腹股沟区域可明显触及肿大的淋巴结，并且未累及患者的皮肤组织。

1.2 方法

所有患者入院接受原发病灶手术治疗后，均即刻接受腹股沟淋巴结清扫治疗，患者需要以平卧位接受手术，医生让患者双侧髋关节屈曲外展，并且将其双侧足底对合，进行良好固定。医生分别在患者腹股沟韧带上方部位 3cm 与下方 4—5cm 位置作两条横行切口，并且与其腹股沟韧带相平行，切口内达患者的耻骨结节外缘部位，外部则到达患者髂前上棘内侧部位。医生需要对患者的皮下脂肪组织进行牵拉处理，用电刀对患者筋膜的脂肪层进行游离处理，并且随着脂肪组织向切口的两侧游离，对筋膜下方纤维膜性层进行识别处理。医生在不同筋膜的解剖层面之中，将皮瓣掀起，将患者腹股沟韧带上方切口游离至切口下缘皮瓣部位，下方的切口则需要向上缘皮瓣方向进行游离，确保两个切口被贯通。之后，医生需要在两个切口之间获得完整的皮肤组织、皮下脂肪层组织，在进行淋巴结清扫的时候需要确定清扫区域，以患者股三角为中心作四边形，分别为股三角的底边以及三个角的 1—2cm 部位。医生先将患者腹股沟区域淋巴脂肪组织上缘、下缘与外侧缘进行游离处理，之后从外向内、从下至上进行操作，将整块组织从患者血管的表面进行剥离。医生在进行剥离的时候需要观

察患者股静脉与大隐静脉的交汇部位，对其大隐静脉的属支进行结扎，并且保留大隐静脉的主干。最后，医生在患者股静脉内侧以及腹股沟韧带的交界部位，将患者腹股沟区域的淋巴脂肪组织切除，并且在其皮桥下股三角部位进行负压引流及切口缝合处理[5]。

1.3 临床观察指标

观察所有患者接受腹股沟淋巴结清扫之后随访 3 年的生存情况，并进行简析。

2 结果

表 1 患者术后 3 年生存情况 n (%)

患者数	术后 3 年存活数
n	n (%)
25	15 (60)

由上表当中所显示的数据可知，25 例患者当中有 15 例患者生存，生存率为 60%。

3 讨论

阴茎癌是临床中男性恶性肿瘤疾病类型之一，阴茎癌的起源主要是患者阴茎头与冠状沟的皮肤黏膜组织，患者主要病变类型为鳞状细胞癌。绝大多数阴茎癌患者为中老年人，但也有少数年轻患者发病，且包茎人群患有阴茎癌的几率会相对更高[6]。阴茎癌患者发病之后，身心健康状况会不断受到影响，且生活质量会不断下降，对此类患者进行科学干预十分重要。

对于阴茎癌患者的预后而言，区域淋巴结转移一直被认为与患者预后状况息息相关。所以，阴茎癌患者在接受原发病灶切除处理后，其生存预后情况除了与肿瘤分期、肿瘤分级相关外，更与患者是否接受了腹股沟淋巴结清扫以及清扫的时机相关。目前，临床针对阴茎癌患者接受腹股沟淋巴结清扫存在一定争议。有部分学者及相关指南认为阴茎癌患者接受即刻腹股沟淋巴结清扫治疗可以获得较好的效果，在未触及区域淋巴结肿大的患者当中，仍然有患者可能存在淋巴结转移的情况。与此同时，接受淋巴结穿刺显示阴性的患者也可能为假阴性。而持反对意见的人则认为触及肿大淋巴结的患者病灶可能与溃疡等相关炎症相关，在接受抗生素主流后 4—6 周，淋巴结肿大情况可消失。

我院认为，是否给予阴茎癌患者腹股沟淋巴结清扫治疗需要充分考虑患者自身的临床获益情况，也要结合患者手术可能出现的并发症与风险事件、患者的个人意愿等。对于接受腹股沟淋巴结清扫治疗的阴茎癌患者，《中国泌尿外科疾病诊治指南》表示，如果患者的阴茎癌为低分化情况、肿瘤组织伴有血管与淋巴结浸润情况、患者肿瘤分期达到 T2 期以上等，就需要接受预防性的腹股沟淋巴结清扫治疗。此外，腹股沟淋巴结清扫可能会导致患者出现一些不良反应，医生在



·论 著·

进行操作之后,需要选择术后负压引流方式,也需要做好止血、腹带包压、绷带包压等,避免患者出现严重的并发症反应。

在此次研究当中,所有患者入院后都在原发灶术后即刻接受腹股沟淋巴结清扫治疗,在对患者术后进行随访后可知,有15例患者在术后3年后仍然存活,其它10例患者因肿瘤进展死亡,这一数据可侧面反映出腹股沟淋巴结清扫的优势。

结语:

针对患有阴茎癌患者的临床治疗方式选择而言,原发灶术后即刻腹股沟淋巴结清扫可以较好确保患者的术后生存情况,对于患者的整体预后有一定积极效果,该方案可作为此类患者的首选治疗方式加以应用。

参考文献:

- [1]管维,曾星,胡志全,陈忠,王涛,庄乾元.腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术治疗阴茎癌3例报告[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2013,5(06):333-335.
- [2]张科,肖民辉,于振铎,齐书武,罗耀辉,余闫宏.同期单孔腹腔镜下

改良预防性双侧腹股沟淋巴结清扫术在阴茎癌手术中的应用[J].云南医药,2017,38(02):137-140.

[3]尧凯,邹子君,李再尚,周芳坚,秦自科,刘卓炜,李永红,韩辉.阴茎癌腹股沟淋巴结清扫术保留阔筋膜技术的控瘤效果[J].现代泌尿外科杂志,2014,19(01):19-21.

[4]田义阳,李响,王海舟,赵涛,刘健帮.阴茎癌腹腔镜和腹股沟皮桥行腹股沟淋巴结清扫手术效果比较[J].四川大学学报(医学版),2017,48(04):640-642.

[5]王海舟,刘振华,刘健帮,任尚青,赵涛,曾浩,李响.阴茎癌原发灶术后即刻腹股沟淋巴结清扫对患者生存的影响[J].四川大学学报(医学版),2016,47(03):371-375.

[6]黄志成,彭栋,陈智林,万沛,朱宇广,陈南辉.阴茎切除联合改良腹股沟淋巴结清扫术治疗阴茎癌的疗效观察[J].中国肿瘤外科杂志,2018(03):182-183+197.

(上接第86页)

表3 并发症对比

组类	淋巴囊肿	脏器损伤	术后尿潴留	切口感染	并发症发生率
腹腔镜组 (n=34)	2	1	5	0	8 (23.5)
开腹组 (n=34)	4	2	8	1	15 (44.1)
X ²	-	-	-	-	9.48
P	-	-	-	-	<0.05

3.讨论

自从1992年Nezhat等报道腹腔镜下盆腔淋巴结清扫+广泛子宫切除术治疗宫颈癌以来,该术式的优越性逐渐凸显,国内外大量研究表明,其治疗宫颈癌安全、可行,相比于传统开腹手术疗效相当,切除的盆腔及腹主动脉淋巴结数量无差异[2-4]。

腹腔镜手术术中组织可在镜下放大5-7倍,加上气腹的建立,术野宽且组织解剖结构清晰,对开腹手术显示困难的淋巴结,可利用镜头局部放大进行处理,从而减少淋巴结漏诊率,同时利用超声刀快速止血,可使出血量减少。镜下操作避免腹腔暴露于空气中,可减少对胃肠的干扰,减少并发症的发生,加速术后恢复。但腹腔镜手术操作难度较大,术中可能损伤邻近组织,如膀胱、输尿管及髂血管等,因而对术者的操作技巧有较高的要求[5]。本组结果显示,腹腔镜组手术时间较开腹组明显延长,术中出血量、术后排便时间、留置尿管时间、住院时间等指标均较开腹组明显要少($P<0.05$),切除淋巴结数量明显要多($P<0.05$),说明相比于开腹手术,腹腔镜手术具有创伤小、恢复快等特点,且能达到开腹手术切除的淋巴结数量,甚至更多,尤其是老年患者耐受性差,采用腹腔镜手术进行治疗有益于患者术后早日康复。腹腔镜下手术治疗最主要并发症是脏器及大静脉血管的损伤,为减少并发症,保证手术顺利完成,需要主要以下几点[6]:(1)开展此项手术前应加强培训,使临床医师熟悉盆腔解剖结构及神经、血管走行。手术中对血管进行游离时应分清层次,由动脉到静脉,之后再行淋巴结清除。(2)在清扫盆腔淋巴结时,应充分暴露输尿管及髂总、髂内、髂外血管的全长,以免误伤这些重要脏器结构;(3)淋巴血管粘连大血管时,要小心操作,分清血管解剖层次,避免撕裂;(4)尽量使用热辐射低的超声刀打开输尿管隧道,防止输尿管热损伤;处理膀胱、宫颈韧带时,用超声刀锐切并紧贴宫颈操作,以避免膀胱损伤;充分分离直肠侧窝,可有效防止肠管损伤。(5)在对闭孔淋巴

脂肪组织进行清扫时,可利用腹腔镜局部放大功能,以使闭孔窝动静脉损伤及闭孔神经损伤减少。本研究中,腹腔镜组并发症发生率较开腹组明显要低($P<0.05$),提示腹腔镜手术的并发症发生率相对较低,与文献报道的结果相一致[7-8]。

综上所述,宫颈癌采取腹腔镜下广泛子宫切除联合盆腔淋巴结清扫术治疗,术后恢复快,创伤小,疗效较好,具有临床推广价值。

参考文献

- [1]张淮,陈必良,辛晓燕等.腹腔镜与经腹宫颈癌根治术154例临床观察[J].现代肿瘤医学,2013,21(1):147-149.
- [2]朱巍立.腹腔镜下广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术与开腹手术的比较[J].浙江创伤外科,2013,18(6):800-802.
- [3]朱静芳.老年宫颈癌患者行腹腔镜下广泛子宫切除联合盆腔淋巴结清扫术的临床效果观察[J].实用癌症杂志,2016,31(11):1822-1824,1837.
- [4]翟振波,张秀珍,宋丽等.腹腔镜广泛子宫切除及盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌183例临床分析[J].现代肿瘤医学,2013,21(10):2319-2321.
- [5]李琳,张婧,邢辉等.腹腔镜下广泛子宫切除+盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌疗效分析[J].中外医疗,2013,32(34):89-90.
- [6]陈晓梅,卢昆林.腹腔镜辅助下阴式广泛全子宫切除加盆腔淋巴结清扫术治疗宫颈癌的临床分析[J].临床军医杂志,2015,43(1):53-54,61.
- [7]姜涛.腹腔镜下广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术的围术期护理[J].微创医学,2016,11(2):307-309.
- [8]周树林,袁琳,傅士龙等.腹腔镜下广泛子宫切除加盆腔淋巴结清扫术治疗60例宫颈癌[J].江苏医药,2013,39(16):1938-1940.