

# 阴茎全切会阴尿道造瘘加腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术的术中护理

贾文娟 梁苑<sup>通讯作者</sup>

云南省肿瘤医院 云南昆明 650118

**〔摘要〕**目的 总结阴茎癌患者阴茎全切术的手术中期护理体会。方法 回顾性分析我院自 2020 年 1 月至 2021 年 12 月阴茎癌患者中 4 例行阴茎全切+尿道会阴部造瘘术的围手术期护理的临床资料,完善各项准备做好术中护理。结论 本组手术均在 6~7 小时内顺利完成,未发生大出血、抢救或死亡病例。术后蹲式排尿通畅,未发生并发症,恢复良好。术后随访 0.6~1.6 年,生存率达 83%。熟练的术中配合能有效减少术后并发症的发生,是阴茎癌患者治疗成功的有利保障。

**〔关键词〕** 阴茎癌; 阴茎全切; 尿道会阴造瘘; 腹股沟淋巴结清扫

**〔中图分类号〕** R473 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2023) 01-146-02

阴茎癌是常见的泌尿生殖系肿瘤之一。阴茎癌常规治疗以手术为主,化疗为辅。部分研究显示,对于处于 I、II 期阴茎癌患者采用切除端距肿瘤边缘 2.0cm 以上,保留正常阴茎 2~3cm 可行阴茎部分切除术,肿瘤较大已浸润到阴茎体或阴茎干部位时,应行阴茎全切除术<sup>[1]</sup>。目前,大部分医生都主张先行病灶切除,再行双侧腹股沟淋巴结清扫术,可以提高患者的生存率和减少术后并发症<sup>[2]</sup>。但阴茎全切会阴尿道造瘘术因为手术部位的特殊性和术中需要改变体位从而会增加手术患者伤口感染的风险,手术时间长有术中低体温的风险等<sup>[3]</sup>。而且部分研究还显示,腹股沟淋巴结清扫术也会发生部分并发症,如皮瓣坏死、下肢淋巴水肿和静脉血栓等。熟练的手术配合可以降低术中风险的发生率,提升治疗安全性及减少预后并发症。2020 年 1 月~2021 年 12 月,我们对 4 例阴茎癌患者行阴茎全切尿道会阴造瘘加腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术患者进行观察,并给予精心的术中护理,取得满意效果。现将术中护理体会报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

本组阴茎全切加尿道会阴造瘘术患者 4 例,年龄 48~72 岁,平均 56 岁。有吸烟史 3 例;饮酒史 2 例;合并高血压 2 例,糖尿病 1 例。病理活检均提示鳞状细胞癌。

### 1.2 方法

4 例均施行阴茎全切术+会阴尿道造瘘+腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术,其中 1 例为阴茎部分切除术后复发阴茎癌患者。

## 2 护理

### 2.1 术前访视

患者由于性器官的疾患,且患病过程中伴随肿瘤破溃、异味、疼痛及影响性生活,另外心理上难以接受会有强烈的自卑羞感,加之手术治疗要切除全部阴茎,同时排尿方式改变,患者易出现情绪低落,产生自卑感、羞感,表现为抑郁、孤僻、沉默寡言,与他人存在有群体隔阂;担心手术后影响性生活及夫妻关系。同时认为癌症是不治之症,对手术治疗忧虑也较多,对术前的治疗和护理时常不合作。<sup>[4]</sup>术前访视时护士一方面应仔细、耐心向患者讲解疾病的有关知识、手术的必要性、术前准备对术后康复的重要性、术后注意事项,尽可能地减轻患者的紧张情绪。另一方面,介绍腹腔镜手术的效果、

特点及优势,增加患者对治疗的信心。

### 2.2 术中护理

#### 2.2.1 手术开始前护理

术前再次检查核对器械、材料、药品等,并检查仪器是否性能正常,患者在进入手术室之前,调节好温湿度,使患者体感舒适。患者入室后热情迎接,简单向患者介绍手术室内环境,医务人员不谈论患者病情,主动与患者交流沟通,安慰患者,缓解患者焦虑紧张的情绪。建立静脉通路,患者取膀胱截石位。

#### 2.2.2 手术中护理配合

##### 2.2.2.1 阴茎全切+尿道会阴造瘘术

协助麻醉医生对患者进行全身麻醉。对患者手术区域皮肤行常规消毒,常规铺巾。消毒避孕套包裹阴茎远端及肿瘤,再用丝线于包裹近端结扎,以免肿瘤组织污染手术野。沿阴茎根部梭形切口,切开阴茎皮肤和筋膜,于背侧分离并切断阴茎悬韧带。再分开阴茎背动脉、静脉和神经,于根部将其切断并双重结扎血管断端。于阴茎腹侧距肿瘤 2.5cm 处切断尿道海绵体,远端结扎。向近侧端继续游离尿道海绵体直达尿道球部。沿阴茎海绵体白膜表面游离阴茎海绵体,直到耻骨支处,切断阴茎,缝合阴茎残端<sup>[5]</sup>。于会阴部做一 2cm 左右的直切口。将尿道残端从此切口拉出,检查尿道无成角扭曲,剪开尿道外口,使尿道外口粘膜外翻与切口皮沿对合,用丝线间断缝合。形成向外突出的尿道外口,放置气囊尿管。用 42° 蒸馏水冲洗创面。检查有无出血,放置引流,缝合切口,消毒切口,敷贴遮盖切口。

##### 2.2.2.2 腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术

患者由膀胱截石位转变为平卧位,双腿略微分开。再次对手术区域消毒,铺巾。腹腔镜显示器摆在患者脚侧,在股三角顶点向下约 2cm 处做一约 1.5cm 切口,逐层切开皮肤、皮下,从切口处开始用血管钳钝性分离皮下浅筋膜和深筋膜层,建立腹膜外间隙。接气腹机使压力达 12~14mmHg(1mmHg=0.133kPa),建立潜在腔隙。皮下腔隙建立后,在距切口约 6~8cm 在股三角外侧分别置入 5mm、12mm Trocar,在第一切口处置入 10mm Trocar。置入腹腔镜 30° 镜,用超声刀游离及左弯钳钝性 102 分离皮下浅筋膜层和深筋膜层之间纤维条索,防止损伤血管,扩大操作空间。清扫范

围上至腹股沟韧带上约 2~3cm(可见腹股沟韧带、精索、股血管),下至股三角尖部,内侧至长收肌内侧缘,外侧至缝匠肌外侧缘<sup>[6]</sup>。解剖出大隐静脉及其属支,整块切除腹股沟浅组的脂肪及淋巴结群,打开股管的外鞘,游离出股动脉和股静脉,将股管内的脂肪和淋巴组织清除。将标本放入标本袋内经 12mm Trocar 取出,冲洗创面,第一切口位置留置负压引流管,缝合切口后加压包扎。

### 2.2.2.3 预防感染护理

严格消毒,严格无菌操作,严格控制手术室人数人员,参加手术人员选择好位置站好,尽量减少走动,避免细菌产生。随着医学技术的不断发展进步,腹腔镜具有操作简单、手术切口小、术中出血量少、患者痛苦小、术后恢复快等诸多优点。然而大量临床实践表明,泌尿外科腹腔镜手术后的切口感染仍无法避免。发生感染的原因主要有以下几点:(1)患者因素:年龄因素、合并疾病(如高血压、糖尿病、尿路感染等);(2)医生手术熟练程度、术中出血量、手术时间等;(3)使用一次性材料情况:如一次性腹腔镜穿刺鞘卡、一次性负压引流管、血管夹、钛夹等。术前积极清洗阴茎肿瘤部位,对合并高血压、高血糖的患者的血压、血糖做好严格控制。规范手术流程,严格消毒,严格无菌操作,严格控制手术室人数人员,参加手术人员选择好位置站好,尽量减少走动,避免细菌产生。手术物品准备充分,由技术熟练的医生执行手术,术中护士和医生需配合良好,尽量缩短手术时间,减少感染的发生率,减少术中以及术后出血量,减少因感染导致的皮瓣坏死<sup>[7]</sup>。避免或减少一次性植入性材料的使用等,从而将导致患者发生感染的风险因素降至最低。

### 2.2.2.4 术中低体温护理

一般认为患者体温低于 36℃时为低体温,约 50%的患者在外科手术时会发生低体温<sup>[8]</sup>。低体温不但可影响患者的循环、呼吸、神经、消化、血液系统功能,而且增加氧耗量、切口感染率,以及中枢神经系统对麻醉药物的敏感性,易导致麻醉恢复延迟。患者入手术室前将室温控制在 24℃~26℃,湿度 40%~60%。入室后在不影响手术操作的基础上,为躯体覆盖棉被、双下肢穿戴棉腿套。尽量减少不必要的体位暴露。对手术操作区域外的暴露部位除应用棉被覆盖外,可用加热毯和电热毯保温,温度应低于 40℃,以免烫伤。(2)对术中静脉输入的液体,以及大量应用的灌注(冲洗)液进行预加热后,放置在恒温箱保持 40℃左右备随时使用。采取多功能监护仪监测温控探头,对患者术前、术中鼻咽部温度进行监测<sup>[9]</sup>。

### 2.2.2.5 手术体位的护理

膀胱截石位手术会对下肢血管、神经造成压迫,摆放不当易引发一系列的并发症,因而成为近年护理研究的关注重点。在麻醉状态下,患者肌肉松弛,所有的体位设置均由护理人员完成,即使存在不符合患者舒适度的动作也难以制止,

而在清醒状态下摆放体位则可以尽量增加接触部压力的作用面积,最大限度地避免对神经的牵拉、压迫。王芬等发现,在麻醉前摆放截石位,不仅提高工作效率,降低术后的不良反应如神经损伤、静脉血栓等,而且也提高了医、护、患三方的满意度,取得了双赢的效果<sup>[10]</sup>。术中变换体位时要动作轻柔,注意保护关节,韧带和肌肉,先放平一条腿后观察患者生命体征,无异常后在放平另外一条腿。

### 2.3 术后护理

患者手术结束,送复苏室,拔出气管插管。持续心电监护,观察体温、血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度等情况。安返病房后 6 小时后血压平稳可抬高床头 30°,促进渗血、渗液的引流。术后持续低流量吸氧 6~12 小时,提高氧分压促进二氧化碳排出。

## 3 讨论

阴茎全+切尿道会阴造瘘+腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术对患者身体和心理创伤很大,而且手术时间长,容易引起术后并发症的发生,所以对患者进行优质的术中护理至关重要。阴茎癌常规治疗以手术为主,成功的手术可以延长患者的生命,优质的术中护理可以提高患者战胜疾病的信心。

### [参考文献]

- [1] 陈斌, 杨磊. 阴茎癌 8 例诊治分析 [J]. 医学信息, 2009, 1(4):158
- [2] 莫炎, 周学鲁, 张继峰, 张剑峰, 湖灏, 周上军. 腹腔镜腹股沟淋巴结清扫术治疗阴茎癌及生殖肿瘤的初步临床体会 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2013, 18(5): 350
- [3] 张燕, 阴茎全切加尿道会阴造瘘术 5 例围术期护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(02)
- [4] 方燕飞, 邵燕娟, 陈秀秀. 腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术治疗阴茎癌的护理 [J]. 中国乡村医药, 2021, 28(04): 56-57
- [5] 刘新福, 黄惠赐. 阴茎癌全切术后会阴小阴茎成形术 [J]. 中国修复重建外科杂志, 1997, (03)
- [6] 马帅军, 杨波, 张龙龙, 郑万祥, 王廷柱, 杨晓剑, 袁建林. 腹腔镜腹股沟淋巴结清扫术治疗阴茎癌 20 例报告及随访分析 [J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2017, 9(05)
- [7] 何金朝, 邱丽平. 泌尿外科后腹腔镜手术后切口感染分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(87)
- [8] 李拔贤, 李文志. 麻醉学 [M]. 3 版. 北京人民卫生出版社, 2017:78-80
- [9] 齐媛媛, 王新丽, 刘晓燕. 泌尿外科腔镜手术围术期保温护理对预防术中低体温的效果 [J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(03)
- [10] 王芬, 宋丹丹, 张明利, 张玉琼, 董剑云. 妇科手术患者麻醉前后截石位摆放的护理探讨 [J]. 临床护理杂志, 2014, 13(02)

(上接第 145 页)

可有效预防乳腺癌患者并发症,降低发生率,具备较高安全价值,推广性显著。

### [参考文献]

- [1] 乐迎春, 高建红, 曹敏等. 精细护理对乳腺癌植入式静脉输液港化疗患者 VAS 评分与护理不良事件发生率的影响观察 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(24):57-59.
- [2] 刘文静, 江春霞. 精心护理理念在植入式静脉输液港化疗乳腺癌患者中的应用 [J]. 中外医学研究, 2021,

19(21):86-89.

- [3] 汪金华, 林娟, 何琴帅, 等. 细节性护理在乳腺癌行植入式静脉输液港化疗患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(2):134-136.
- [4] 闵伟, 程巧琳. 乳腺癌化疗中应用超声实时引导植入式静脉输液港放置位置的效果观察 [J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(14):71-72.
- [5] 冯娟娟. 集束化护理在乳腺癌患者植入式中心静脉输液港中的应用效果 [J]. 中国民康医学, 2021, 33(10):168-169.