阴茎癌根治中厚皮片自体移植术的手术配合

杜文秀,卓 宏,曾 俊 (第三军医大学西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 阴茎癌根治;中厚皮片自体移植术;手术配合
[中图分类号] R472.3;R737 [文献标识码] B [文章编号] 672-5042(2014)01-0104-02

阴茎癌以淋巴转移为主,对患者实施阴茎切除、尿道会阴改道同时,腹股沟、盆腔淋巴清扫术能显著提高治疗效果。由于手术创伤大、术后皮肤缺损大、缝合张力高,因此 50% ~70% 患者将会出现伤口感染、裂开、淋巴漏等并发症[1-2],制约了临床上手术的彻底实施,延误了患者的治疗。我院自 2010 年 10 月至 2012 年 12 月在淋巴清扫术后,取患者股外侧或上腹部中厚皮片行自体植皮 8 例,通过精心的术前准备,术中准确的治疗与配合,在确保患者得到充分治疗同时,显著降低了伤口并发症的发生率。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 10 月至 2012 年 10 月实施阴茎癌根治中厚皮片自体移植术 8 例,年龄 40 ~ 62 岁。均为 T2 期以上阴茎癌患者(肿瘤已侵犯阴茎海绵体或尿道海绵体),合并有腹股沟、盆腔淋巴结转移或局部皮肤侵犯。患者无心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全,无凝血功能异常、腹股沟、盆腔淋巴结以外的淋巴转移、不存在远处脏器转移。

1.2 手术方法

所有患者均实施阴茎癌根治中厚皮片自体移植术,手术时患者采用硬腰联合麻醉或全麻,截石体位,手术部位及预计取皮区消毒,以腹腔镜或开放的方式行盆腔淋巴结清扫术、腹股沟淋巴结清扫术,必要时切除受侵犯的局部皮肤,阴茎全切,尿道会阴改道,对手术部位适当缝合以缩小创面,取皮区取中厚皮片移植到剩余创面。

1.3 护理配合

1.3.1 巡回护士配合 协助麻醉医师行硬腰联合麻醉或全身麻醉,注意固定好静脉通道及麻醉管道,以防术中脱落。全麻的患者应在麻醉前为患者摆好体位[3]。并事先在患者身体下方铺设加温毯,骶尾部垫以凝胶体位垫,枕部置以空心头圈,连接好各种仪器设备。密切观察患者生命体征,做好清醒患者术中心理护理。据医嘱及时使用抗菌药物。及时将术中所取淋巴结送冰冻,帮助确定手术范围。随着术野的变动,随时调整无影灯方向。随着手术进展,及时通知烧伤科医生植皮。及时添加包扎伤口所需敷料,协助手术医师对伤口进行包扎。术中取下的淋巴结及其它标本及时装入标本袋内,注明部位、名称等,定点放置,以免混淆、遗失。

1.3.2 器械护士的配合 手术消毒范围包括下腹部、会阴、大腿,铺单时注意留出切口位置。会阴部贴脑外科贴膜,防术中浸湿敷料单。盆腔淋巴结清扫,双侧腹股沟淋巴结清扫:根据术式传递腔镜器械或普通器械。切除受侵犯的局部皮肤,递针线对手术部位适当缝合以缩小创面。切除阴茎海绵体:递无菌手套罩住阴茎,用组织钳夹紧手套口,使肿瘤组织与正常组织隔开。递 15 号刀片、分离钳、结扎线、电刀笔等。尿道会阴改道:递 15 号刀片于会阴部正中皮肤作 1 个长约 2 cm 的切口,电刀笔切开筋膜,使切口与原切口相通,组织钳将尿道残端从切口处拉出,扁桃剪剪掉多余的尿道,使尿道向外突出 1 cm,检查尿道无成角扭曲后,5-0 可吸收线缝合尿道黏膜与皮肤,尿道放置 18F 双腔气囊尿管。检查无出血后,递剪好的潘氏引流条 1 根放置于切口内于尿道造口旁引出,针线缝合切口。递取皮器在大腿外侧或下腹部取全层皮瓣,根据腹股沟区皮肤缺损情况,裁剪成相应大小皮瓣植皮,递负压引流管放置于切口内。协助医生在皮瓣上用散开的小纱布加压固定。

2 结果

手术过程顺利,手术时间 8 ~ 10 h,术中平均出血 550 mL。1 例患者出现一侧的植皮区部分移植皮片坏死,经换药后自行愈合,其并发症发生率显著低于此项技术开展前及文献报道。

3 讨论

阴茎癌主要通过淋巴系统和微静脉转移,因此切除病灶后结合彻底的淋巴结清扫术能取得很好的治疗效果,但由于手术范围大,术后伤口感染、裂开、淋巴漏的发生率高达,自体中厚皮片覆盖淋巴清扫后的创面,扩大了手术适应证范围、显著降低了并发症发生率。手术室护士在熟悉该手术全过程的基础上配合手术,应合理摆放手术体位,既要考虑术野的暴露,又要考虑患者的舒适,为了很好的兼顾二者,选择在麻醉前为患者摆好体位,这样可以在不影响术野暴露的情况下,最大限度让患者自我感觉舒适的体位[3],使下肢处于功能位,减少长时间的截石位后带来的不适,加上术后嘱患者多作小腿的主动或被动运动,可有效预防术后肢体麻木。术前嘱患者沐浴、清洗手术部位,入手术室前检查患者皮肤准备情况,术中手术护理人员熟知手术步骤,备齐手术用物,并限制参观人员,手术野巾单的合理铺置,会阴部贴脑外科贴膜能预防术野巾单浸湿造成手术无菌区污染等都是预防手术部位感染的措施。移植皮手术结束后应提供足量的包扎用物,保持负压引流管处于负压状态预防皮瓣坏死。另外,长时间的手术体位可能导致患者受压的

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401051
[收稿日期] 2013-06-10 [修回日期] 2013-06-28

骨隆突部位如骶尾部、枕部等皮肤受损,该组患者术中骶尾部均垫以凝胶体位垫,枕部置以空心头圈,术后无压疮的产生。

[参考文献]

[1] 周芳坚,韩 辉,尧 凯. 同期改良根治腹股沟淋巴结清扫术治疗阴茎癌:疗效和并发症[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2011,3(5):257 - 260.

[2] Yao K, Tu H, Li YH, et al. Modified technique of radical inguinal lymphadenectomy for penile carcinoma: morbidity and outcome[J]. J Urol,2010,184(2):546 - 552.

[3] 刘林莉,曾 俊. 强制性脊柱炎患者行经皮肾碎石术体位的选择[J]. 局解手术学杂志, 2012,21(6):706.

(编辑:左艳芳)

电子耳蜗植入术后麻醉恢复室护理体会

刘 娟,曾 俊 (第三军医大学西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 麻醉恢复;电子耳蜗植入;护理

[中图分类号] R473.72 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)01-0105-01

近年来随着生物医学工程等高新技术的出现,电子耳蜗是至今为止让全聋患儿回到有声世界的唯一有效的方法,其原理是利用植入内耳的电极,绕过内耳受损的部分,用电流直接刺激听神经,使患儿获得听力[1]。我科麻醉恢复室自 2012 年 8 月至 2013 年 1 月,共收治电子耳蜗术后患者 33 例,均为青春期以前小儿。由于此类患儿年纪幼小,不能将自己的反应进行有效表述,因此,对麻醉复苏护理有了更高的要求。我科通过严密观察生命体征变化,通过口型、手势、图片等方式与患儿进行交流,给予了正确、及时、有效的护理,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组行电子耳蜗术 33 例,男 18 例,女 15 例,年龄 1 ~ 15 岁,平均 6.3 岁。语前耳聋 25 例,语后失语 8 例,其中先天性耳聋 22 例,药物性耳聋 8 例,内耳发育畸形 3 例。均为重度耳聋患儿,17 例曾佩戴助听器,但效果欠佳。

1.2 麻醉恢复室护理要点

患儿送至麻醉恢复室严格交接班。保持患儿呼吸道通畅,全麻未清醒前专人守护,气管导管未拔出前吸出管内分泌物[2];清醒拔管后,如有呕吐物、口鼻腔及气管内分泌物时应及时吸出,防止引起呼吸道梗阻、窒息或吸入性肺炎。对麻醉尚未清醒、躁动不安、意识模糊等情况的患儿应进行适当的约束,防止坠床及各种管道自行拔出。我科就地取材,采用注射药纸盒固定患儿输液处关节上,防止患儿将留置针拔出。且该手术术后多采用多层绷带包扎伤口,应防止患儿抓、扯造成敷料脱离,引起感染。患儿大多对外界有抵触感,对于陌生的环境、陌生的人更易产生恐惧感,且交流困难,患儿拔管后可请长期和患儿相处的家属陪护,采取应对方法,避免和减少患儿因哭闹引起的术后并发症,防止电极脱离。达到出室标准则护送患儿至病房,并与病房护士严密交接班,尤其是意识情况及麻醉医生建议的监护与治疗等。在病房护士签字确认后方可离开。

2 结果

复苏时间 21 min ~ 2 h,平均 1.4 h,麻醉恢复室复苏期间未出现伤口出血、面瘫、耳漏等并发症,生命体征平稳,均安全顺利返回病房。

3 讨论

此类手术大多年纪较小,且小儿各项机制发育尚不健全,再加上麻醉恢复期是发生手术麻醉后并发症的高风险期,若监护不利会对患儿的康复乃至生命安全造成威胁,故应进行严密的监护[3],防止由于观察不及时给患儿带来的不良反应。避免和减少了患儿麻醉术后并发症的发生,减轻了麻醉医生的工作压力及工作量。由于此类手术费用昂贵,家长对患儿的疼爱及对手术期望值高,需给予家长合理的指导,正确的健康教育,讲解主动配合的必要性和重要性,使其理解与配合,更好地为患儿提供帮助。患儿对周围人物和环境的陌生,常会出现烦躁、哭闹等情况,加之此类患儿无法正常表达意愿,我科采取在患儿拔管后允许患儿家属到麻醉恢复室陪伴,使患儿消除陌生及恐惧感,使患儿平稳度过麻醉恢复期并安全顺利送回病房。

针对电子耳蜗植入术后重度耳聋患儿对色彩、手语等较敏感的特点,因此,我们通过口型、手势、图片等方式与患儿进行交流,通过视觉、触觉让患儿感知所要表达的内容,取得了患儿的信任、理解并达到了有效的沟通与配合。本组 33 例患儿通过麻醉恢复期的细化与针对性护理,保证了患儿的安全,并不断地完善护理流程,更好地为电子耳蜗患儿提供服务,使其早日回归主流社会。

[参考文献]

[1] 陈 煜,连庆泉. 当代小儿麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:652.

[2] 吴宝凤,何秀珍,杨桂珠. 低温等离子治疗儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征围手术期护理[J]. 局解手术学杂志,2009,18(5):349.

[3] 朱卫江. ICU 紧张综合征患者的护理体会[J]. 局解手术学杂志,2009,18(4):290 - 291.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401052

[收稿日期] 2013-09-16 [修回日期] 2013-10-20