

外阴癌手术配合及护理要点



庞川亚 吴婷 寇文馨



- 01 概述
- 02 外阴鳞状细胞癌的相关知识
- 03 手术配合及关注点
- 04 护理诊断及护理要点

01

概述

外阴恶性肿瘤较少见，占女性生殖恶性肿瘤的3%-5%，**常见于60岁以上妇女**。其组织类型较多，**以外阴鳞状细胞癌最常见**，占外阴恶性肿瘤80%-90%，其他有恶性黑色素瘤、基底细胞癌、汗腺癌、前庭大腺癌以及来自皮下软组织的肉瘤等。**外阴恶性肿瘤的恶性程度以恶性黑色素瘤和肉瘤较高，腺癌和鳞癌次之，基底细胞癌恶性程度最低。**

外阴癌的癌前病变称为外阴鳞状上皮内瘤样病变，其分为3级：即：VINI轻度不典型增生；VINII中度不典型增生，VINIII重度不典型增生和原位癌。



鳞状细胞癌



病因

病因尚不完全清楚，与以下因素有关



与HPV感染和吸烟有关，有约5%-10%的外阴不典型增生会发展成为外阴癌，多发生于年轻妇女。



与慢性非瘤性皮肤黏膜病变相关，如外阴鳞状上皮增生和硬化性苔藓。



外阴的慢性长期刺激如外阴尖锐湿疣、外阴瘙痒、慢性前庭大腺炎、慢性溃疡等也可能发展成为外阴癌。

临床表现



1、症状 主要为不易治愈的外阴皮肤瘙痒。肿瘤合并感染或较晚期癌可出现疼痛、渗液、出血。肿瘤侵犯尿道或直肠时，可出现尿频、尿急、尿痛、血尿、便秘、便血等症状。

2、体征 癌灶可生长在外阴任何部位，但大多数发生在大阴唇，也可发生在小阴唇、阴蒂和会阴，表现为各种不同形态的肿物，如结节状、菜花状、溃疡状。

转移途径

外阴癌具有转移早、发展快的特点。转移途径以**局部蔓延**和**淋巴扩散**为主，极少血性转移

直接浸润

癌组织可沿皮肤黏膜直接浸润尿道、阴道、肛门，晚期时可累计直肠及膀胱等。

血行转移

罕见，仅发生在晚期，引起肺、骨转移多见。

淋巴转移

外阴淋巴管丰富，两侧互相交通形成淋巴管，**外阴鳞状细胞癌几乎均通过淋巴结转移**。癌灶多向同侧淋巴结转移，最初转移到腹股沟淋巴结，再至股深淋巴结，并经此进入盆腔淋巴结，最后转移至主动脉旁淋巴结和左锁骨淋巴结。

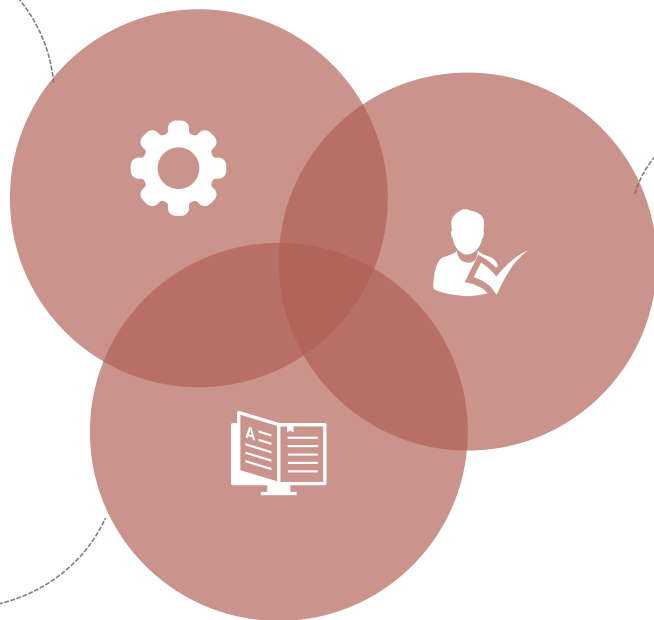


表2 外阴癌FIGO分期

FIGO 分期	描述
I 期	肿瘤局限于外阴
I A	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,无淋巴结转移,病灶直径 $\leq 2\text{cm}$,间质浸润 $\leq 1.0\text{mm}^{1)}$
I B	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,无淋巴结转移,病灶直径 $> 2\text{cm}$ 或间质浸润 $> 1.0\text{mm}^{1)}$
II 期	无论肿瘤大小,肿瘤局部扩散至会阴邻近器官(尿道下 1/3、阴道下 1/3、肛门),但无淋巴结转移
III 期	无论肿瘤大小、无论肿瘤局部是否扩散至会阴邻近器官(尿道下 1/3、阴道下 1/3、肛门),但有腹股沟淋巴结转移
III A	(i) 1 个淋巴结转移($\geq 5\text{mm}$)或(ii) 1 ~ 2 个淋巴结转移($< 5\text{mm}$)
III B	(i) ≥ 2 个淋巴结转移($\geq 5\text{mm}$)或(ii) ≥ 3 个淋巴结转移($< 5\text{mm}$)
III C	阳性淋巴结出现包膜外扩散
IV 期	肿瘤侵犯邻近区域其他器官(尿道上 2/3、阴道上 2/3)或远处器官
IV A	肿瘤侵犯下列任何器官:(i) 上尿道和(或)阴道黏膜,膀胱黏膜,直肠黏膜或固定于骨盆,或(ii) 腹股沟淋巴结固定或溃疡形成
IV B	任何远处部位转移,包括盆腔淋巴结转移

注:1):指肿瘤从最表浅的真皮乳头的上皮-间质连接处至最深浸润点的距离

02 手术分期

自1988年以来,外阴癌一直采用手术分期,FIGO妇科肿瘤委员会于2009年行最新改动,见表2。这一分期系统适用于除恶性黑色素瘤以外的大多数外阴恶性肿瘤。



诊断

外阴癌位于体表，根据病史、症状和体征诊断并不困难。早期浸润癌的诊断有一定难度，因其与外阴慢性良性病变和VIN同时存在，且浸润癌灶可能不明显，且早期易被患者本人及医务人员忽略而漏诊。对可疑病变应及时作外阴活组织检查。为了提高准确性，先用1%甲苯胺蓝涂抹局部，待其干后，再用1%醋酸擦洗脱色，在仍有蓝染部位作活检或阴道镜检查下取活检。



处理原则

以手术治疗为主，辅以放射治疗与化学药物治疗



手术治疗 是外阴癌的主要治疗手段，手术的范围取决于临床分期、病变的部位、肿瘤细胞的分化程度、浸润的深度、病人的身体状况以及年龄等。手术强调个体化，在不影响预后的前提下，最大限度缩小手术范围，以保留外阴的解剖结构，改善生活质量。

放射治疗 由于外阴正常组织对放射线耐受性差，**放射仅限于辅助治疗**。适用于不能手术或需要缩小癌灶再手术的病人、晚期病人或术后局部残留癌灶及复发癌的病人。

化学药物治疗 可作为较晚期或复发癌的综合治疗手段

手术治疗



传统术式

三切口术式：开放性双侧腹股沟淋巴结清除术及外阴广泛切除术



改良术式

腹腔镜下腹股沟淋巴结清除术及外阴广泛清除术

开放性双侧腹股沟淋巴结清除术及外阴广泛切除术

传统术式



用物准备

无菌包

阴道包、盖盆布、长口、无菌手术衣、治疗巾

手术器械及敷料

外阴广泛器械、超声刀及连线、氩气刀、记号笔、纱布、纱球

无菌物品

一次性无菌薄膜*2、一次性自粘敷贴*2、无菌手套、尿管*2、尿袋*2、空针*2、广泛套针、1、4、7号丝线、可吸收线(2-0、4-0) 一次性电刀笔、电刀清洁片、一次性吸引管、一次性吸引头、11、20#刀片*2、油纱、纱垫、绷带、碘伏

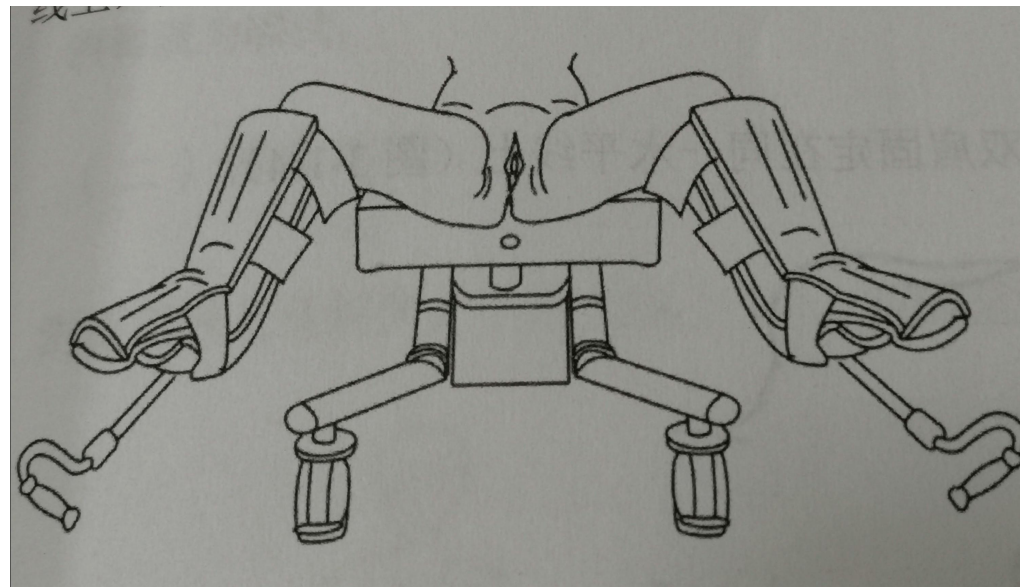
仪器设备及辅助物质

高频电刀、盆底工作站、超声刀、腿架、托盘、矮板凳、宽胶布

体位安置

传统术式：仰卧位（腿分开式）-截石位-仰卧位

- 1、先取仰卧位（腿分开式）：患者平卧于可分腿的手术床中央，双下肢分开 80° - 90° ，臀部齐床缘或超出床缘，并用约束带固定。
- 2、变换体位为膀胱截石位：患者平卧于手术床中央，床上腿套，双小腿各用一约束带固定，双小腿置于腿托架上，跟架高度为患者大腿长度的 $\frac{2}{3}$ ，足尖、膝关节、对侧肩在一条直线上，两腿夹角最大不超过 90° ，能最大限度地暴露会阴。腘窝处用棉垫衬垫好，以保护患者的腓总神经不受压。
- 3、建立静脉通道的上肢平放于手板上，外展小于 90° ，并用约束带固定，另一侧上肢系好血压袖带后，用床单反折包裹，平放于身体侧。



注意：由于手术时间长，建议使用体位垫

消毒铺巾

(1) 腹股沟消毒范围：腹股沟切口周围15cm,

- 上：至剑突
- 下：至大腿内侧上三分之一
- 两侧：至腋中线
- 消毒完毕，在臀下垫一张无菌单，留置尿管
- 将两张手术薄膜沿腹股切口方向分别斜铺于患者的双侧腹股沟处。

(2) 会阴消毒范围：

- 上：至脐平线，
- 下：大腿内侧上三分之一
- 两侧：至腋中线包括耻骨联合、肛门及臀部，最后消毒阴道

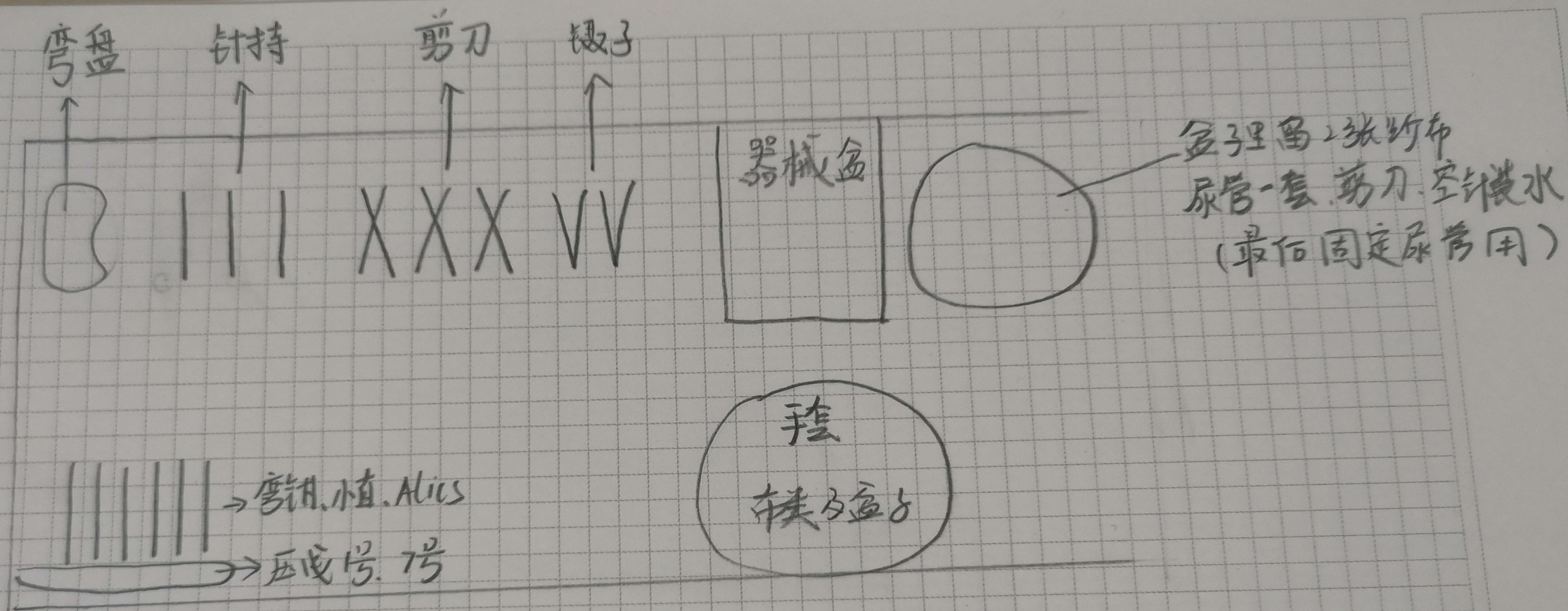


第一步：将盖盆布铺于近侧腿，边缘置于患者腹股沟外2cm处，同法铺于对侧腿
第二步：第1张治疗巾纵向反折1/4铺于患者近侧腹股沟，与盖盆布边缘平齐，同法第2张治疗巾铺于对侧腿
第三步：第3张治疗巾纵向反折1/4铺于患者近侧腋前线；第4张治疗巾对折整边铺于平脐处；第5张治疗巾纵向反折1/4铺于患者对侧腋前线；第6张治疗巾对折铺于会阴
第四步：第一张剖口单对准切口部位,有标志处向头侧展开(近侧一对侧一头侧),将尾侧铺于近侧腿；
第五步：同法铺第二张剖口单，将尾侧铺于对侧腿；
第六步：腹股沟淋巴清除术后遮盖切口，撤除布类，**拔除尿管**；
第七步：阴式消毒后，按照阴式手术铺巾

注意：彭芝兰教授铺第6张治疗巾用巾钳固定外阴皮肤，如右上图所示，其他教授不用。

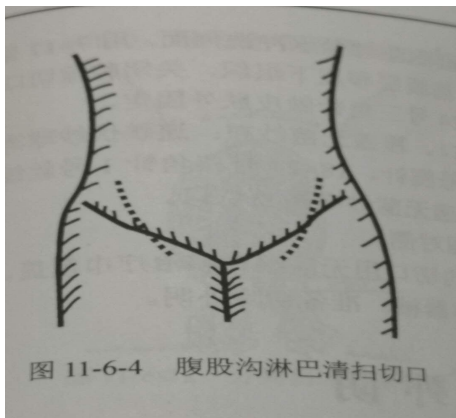


无菌器械台



铺台
仅供参考

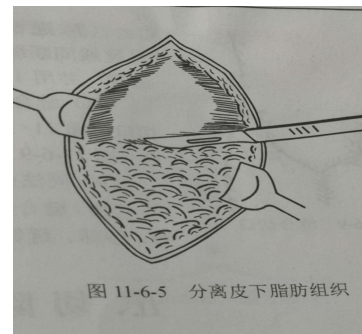
手术配合



主刀坐在病人双腿之间，助手站于外侧

一、物品清点：洗手和巡回护士按照手术物品清点原则共同进行物品清点，器械护士固定电刀笔、氩气刀及电刀清洁片

二、递切皮器械：手术刀（弯盘传递）、短组织镊、甲状腺拉钩、组织剪、纱布，从髂前上棘内侧3cm处，向下沿股动脉走行做一纵向长约15cm的垂直切口，切开皮肤和皮下组织。



三、分离皮下脂肪组织：递手术刀或分离剪分离皮下脂肪组织，在分离过程中，递直脉钳或弯钳钳夹，用电凝或准备1号丝线结扎止血。

四、清除腹股沟浅层淋巴结：递弯钳、分离剪分离出腹股沟韧带，继续分离出股三角及大隐静脉，继续向上分离内侧脂肪组织以及大隐静脉下脂肪组织，边分离边准备1号丝线结扎止血或氩气刀止血，整块取下皮下脂肪及浅淋巴结。用准备好的标本装好标本，并区分左右。

总结：此过程递弯钳或小直及分离剪不停分离，边分离边准备一号丝线止血，直到清除浅层淋巴结。

手术配合

5.清除腹股沟区**深层**淋巴结：
递分离剪分离出缝匠肌上阔筋膜内缘的淋巴组织，递长镊提起、分离暴露出股动脉，用**7号丝线结扎阴部外动脉**，递弯钳钳夹大隐静脉并切断、**7号丝线双重结扎**，递弯钳钳夹圆韧带并切断、**7号丝线结扎**。

6.生理盐水冲洗创面，（询问是否安置引流管，并用三角针做皮肤外固定）。用**小圆针1号丝线间断缝合筋膜层和皮下组织**。



7.清点纱布、纱球、缝针和器械

8.递碘伏纱球消毒皮肤切口，**递三角针1号丝线间断缝合**，缝合完毕再次用碘伏纱球消毒，更换纱布擦干，**递无菌纱布及治疗巾覆盖切口**。

9.同法处理对侧。

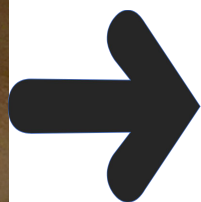
10.清点手术物品：清点纱布、纱球、缝针和器械

11.将用过的器械用碘伏水清洗，擦干净。（无瘤原则）



注意：清除完腹股沟淋巴结后用干净纱布和治疗巾覆盖切口，根据主刀习惯，可询问主刀是否先贴敷贴

手术配合



外阴切口

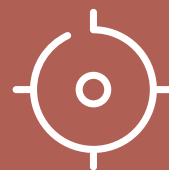
缝合切口



1.拔除尿管，膀胱截石位，递碘伏消毒，铺巾。

消毒的纱球丢入纱布桶内，方便最后清点。

2.用11号手术刀在距癌灶外正常皮肤 2cm 处做椭圆形切线，外侧始于阴蒂上方正中部位，向两侧呈椭圆形伸展，后止于后联合。1号丝线结扎或小圆针1号线缝扎或氩气刀止血，用Allis 钳牵引皮肤，自皮下分离，止血，结扎。



3.递分离剪切除大、小阴唇、阴道前庭及会阴、尿道生殖隔筋膜。分离阴蒂，7号线结扎阴部内动静脉，如病灶累及尿道，则应切除部分尿道（约0.5cm）。

4.分离阴道后壁黏膜，两侧切口延长到后联合，分离阴道黏膜，暴露直肠和肛提肌筋膜。

5.切除外阴

6.先用碘伏水冲洗创面，再用生理盐水冲洗创面。

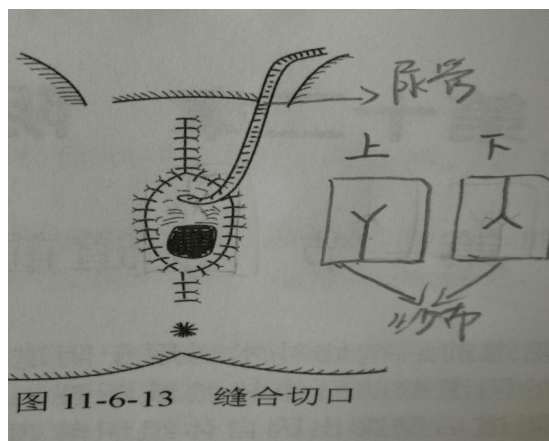
7.用4-0可吸收缝线缝合阴道黏膜及尿道口边缘，用2-0可吸收线缝皮下组织（询问教授用317还是345），消毒切口皮肤，用2-0可吸收线缝皮肤。

8.缝合完毕，留置尿管，并在阴道内放置油纱卷。

手术配合

用两张纱布剪成Y字型，上下各固定尿管

9.碘伏纱球消毒各切口，（两侧腹股沟切口及会阴切口），敷贴固定两侧引流管，大敷贴覆盖两侧切口，固定尿管。



10.手术物品清点：清点器械、纱布、纱球、缝针。

11.包扎伤口：将棉垫置于伤口上,以分散和缓解局部组织压力,用绷带加压包扎伤口。绷带的起始端和末端都要用宽胶布固定。包扎好后撤去脚架，将患者的腿放平（在包扎时，先包扎腹股沟区的切口，然后再包扎会阴区）。

12.再次清点手术物品，交接标本，处置器械，约束固定患者并保暖

加压包扎时应特别注意观察肢端颜色、皮温及足背动脉搏动情况

手术关注点



- 1、外阴癌清点物品较多，特别注意纱球及纱布的清点，第二次消毒的纱球应放置妥当，以及压伤口的纱布记得数目与位置，方便最后清点。
- 2、注意无瘤原则，清除完淋巴结后应用碘伏水清洗并擦净用过的器械，以便阴道手术使用。
- 3、建议预留一个干净的盆子，里面预留一把干净的剪刀，纱布两张以及尿管一套，以便手术结束后固定尿管用。（看个人习惯）
- 4、油纱卷应做的大小适宜，建议小而细，可询问主刀是否包裹纱布，放置过大会撑断会阴口周围的缝线。
- 4、在包扎的过程中，注意不要将腹股沟两侧的引流管及尿管压迫，以免引流不畅；在包扎的过程中一定注意加压，以免绷带松脱，起不到止血的作用，但要注意松紧适宜。
- 5.在用绷带包扎后，患者的腿成屈膝外展状，因此在用约束带固定患者时注意不要将患者的腿压平。



记账



01

双侧腹股沟淋巴结清扫术

02

广泛外阴切除术

03

外阴整形术

若病灶累及尿道口可记：
尿道病灶切除术或尿道外口整形术

注意：记账必须同主刀核实清楚再记账。

腹腔镜下腹股沟淋巴结清除术及外阴广泛清除术

改良术式

用物准备

无菌包

电镜包、盖盆布、长口、无菌手术衣、

手术器械及敷料

腹腔镜镜子，腹腔镜器械，腹腔镜普通器械，超声刀及连线、百克钳或（PK 弯钳、PK 电针、PK 连线）、10mm超长粗卡、胆石钳。

无菌物品

无菌手套，尿管，尿袋，10ml空针，腔镜套，一次性吸引管，11#刀片，腔镜敷贴，无菌敷贴

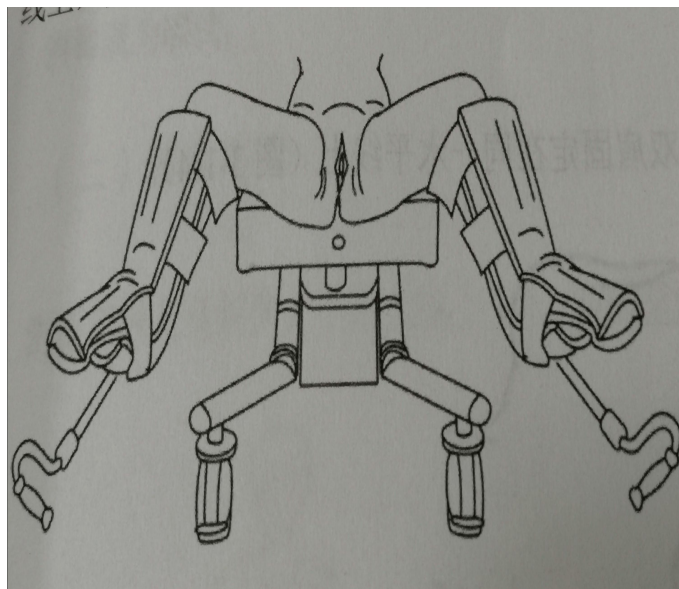
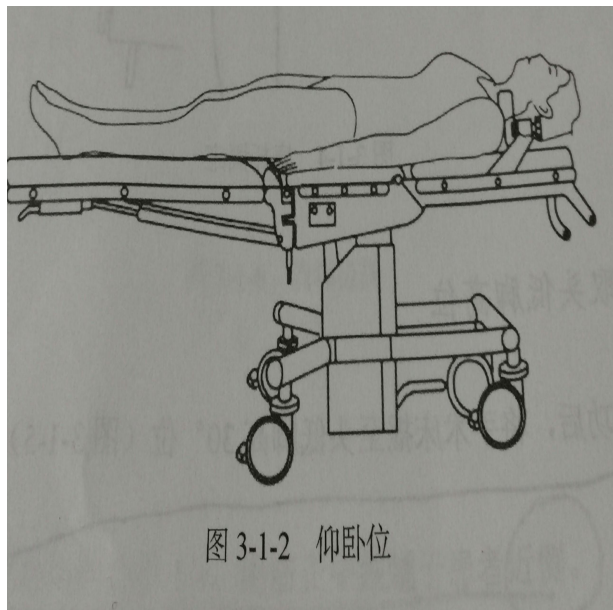
仪器设备及辅助物质

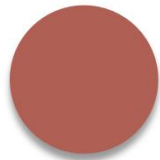
腹腔镜影像系统，副显示器，盆底工作站，CO2气腹机、超声刀

● 体位安置

改良术式：即仰卧位-截石位-仰卧位

- 1、先取仰卧位：患者平卧于手术床中央，臀部齐床缘或超出床缘，并用约束带固定。
- 2、建立静脉通道的上肢平放于手板上，外展小于 90° ，并用约束带固定，另一侧上肢系好血压袖带后，用床单反折包裹，平放于身体侧。
- 3、清除完淋巴结后转换内截石位。





消毒铺巾

(1) 腹腔镜下清除淋巴结消毒范围：

- 上：至剑突，
- 下：大腿内侧上三分之一
- 两侧：至腋中线

(2) 会阴消毒范围：

- 上：至脐平线，
- 下：大腿内侧上三分之一
- 两侧：至腋中线包括耻骨联合、肛门及臀部，
最后消毒阴道



第一步:将盖盆布铺于近侧腿,边缘置于患者腹股沟处,同法铺于对侧腿

第二步:第1张治疗巾纵向反折1/4铺于患者近侧距脐2cm处;第2张治疗巾对折整边铺于脐上2cm处;第3张治疗巾纵向反折1/4铺于患者对侧脐2cm处;第4张治疗巾对折铺于会阴处。(边缘往下1-2cm)

第三步:第一张剖口单对准切口部位,有标志处向头侧展开(近侧一对侧一头侧),将尾侧铺于近侧腿;

第四步:同法铺第二张剖口单,将尾侧铺于对侧腿。

第五步:腹股沟淋巴清除术后,撤除布类,拔出尿管。

第六步:阴式消毒后,按照阴式手术铺巾



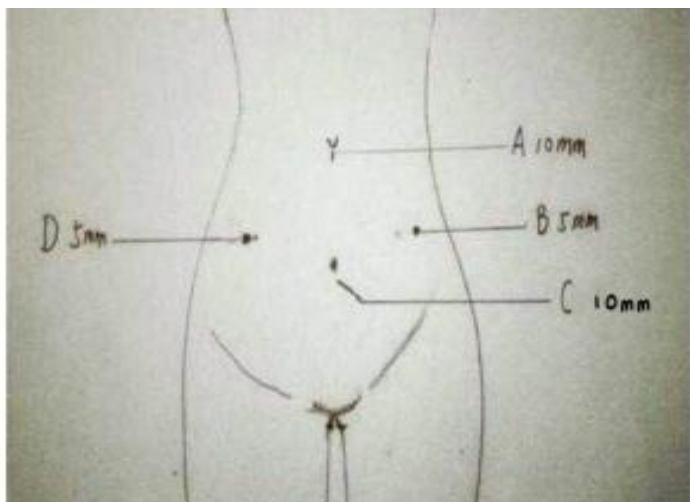
铺法同全切

(一) 物品清点：洗手和巡回护士按照手术物品清点原则共同进行物品清点

(二) 连接用物

(三) 手术配合

1.建立穿刺孔：A点：脐部做3cm切口：手指分离间隙，经皮下腹外斜肌表面朝一侧腹股沟韧带中点置入超长10mm粗卡至腹股沟区；B、D点：置5mm粗卡；C点（脐耻连线中点）：置入10mm粗卡



2.清扫右侧腹股沟淋巴结：

(1) 传递超声刀和百克钳分离、切除腹股沟淋巴结

(2) 取出标本

(3) 无菌生理盐水冲洗

(4) 放置引流管

3.同法清扫左侧腹股沟淋巴结：

4.手术物品清点：清点器械、纱布、纱球、缝针

5.关闭仪器，拔出穿刺套管：用负压吸引器吸尽腹腔内的二氧化碳气体。

6.缝合手术切口：递缝针、针持、组织镊、剪刀和敷贴

7.再次清点物品，收拾用物，交接标本，处置器械，约束固定患者并保暖

8.广泛外阴切除同前。

手术关注点



- 1、待皮下气肿空间满意后，气腹机压力应降到10mmHg，防止发生广泛性皮下气肿
- 2、取出的标本应装在标本袋中区分左右，注意无瘤原则。



记账



01

腹腔镜下双侧腹股沟淋巴结清除术

02

广泛外阴切除术

03

外阴整形术

若病灶累及尿道口可记：
尿道病灶切除术或尿道外口整形术

注意：记账必须同主刀核实清楚再记账。

护理要点



护理评估



健康史

外阴癌一般发生在60岁以上的老人，该年龄组人群常伴有高血压、冠心病、糖尿病等，应仔细评估各系统健康史以及有无外阴瘙痒史以及外阴赘生物史



身心状况

早期病人外阴部有瘙痒、烧灼感等局部刺激的症状。癌灶可生长在外阴任何部位，大阴唇最多见。晚期病人主要症状为疼痛。若转移至淋巴结，可扪及一侧或双侧淋巴结增大、质硬且固定。同时外阴局部的症状以及疾病本身为恶性会让患者感到悲伤、恐惧甚至绝望，从而引发一系列身心问题



辅助检查

通过外阴活体组织病理检查以明确诊断

护理诊断



慢性疼痛

与晚期癌肿侵犯神经、血管和淋巴系统有关



体像紊乱

与外阴切除有关



有感染的危险

与病人年龄大，抵抗力低下、手术创面大及邻近肛门有关。



焦虑、恐惧

与不了解疾病知识、担心疾病预后以及担心经济状况有关

护理措施



一、术前准备：（1）除按一般会阴部手术病人准备以外，外阴癌病人多为老年人，常伴有高血压、冠心病、糖尿病等疾患，应协助病人做好检查，积极纠正内科合并症；（2）指导病人练习深呼吸、咳嗽、床上翻身等；（3）病人讲解预防术后便秘的方法；（4）外阴需植皮者，应在充分了解手术方式的基础上对植皮部位进行剃毛、消毒后用无菌治疗巾包裹；（5）将病人术后用的棉垫、绷带、各种引流管进行消毒备用。



二、术后护理：（1）除了按会阴部病人护理以外，应给予积极止痛；（2）术后取平卧外展屈膝卧位，并在腘窝垫软枕，鼓励病人上半身及上肢活动，预防压疮；（3）术后应观察切口有无渗血，皮肤有无红、肿、热、痛等感染征象以及皮肤湿度、温度和足背动脉搏动情况；（4）保持引流管通畅，注意观察引流物的量、颜色、性状等；（5）按医嘱给予抗生素；（6）外阴切口术后5天开始间断拆线，腹股沟切口术后7天拆线，每日行会阴擦洗，保持局部干燥。（7）术后第二日，会阴部、腹股沟部可行红外线照射，促进切口愈合（7）指导病人合理饮食，预防便秘。

护理措施



三、**放疗病人的皮肤护理**：放疗者在照射后8-10出现皮肤的反应，应根据损伤的程度进行护理。轻度表现为皮肤红斑，此期在保护皮肤基础上继续照射；中度损伤表现为水疱，溃烂和组织皮层丧失，应暂停放疗，待其痊愈，保持皮肤清洁、干燥，避免感染，勿刺破水疱，可涂1%甲紫或用无菌凡士林纱布换药；重度表现为局部皮肤溃疡，应停止照射，避免局部刺激，可用抗生素软膏换药。



四、**心理护理**：为病人做好术前、术后健康指导，主动讲解外阴癌相关知识，鼓励病人表达自己的不适，积极配合治疗。

护理措施



五、**出院指导**：告知病人外阴根治术后3个月返回医院复诊，以全面评估其术后恢复情况，医护人员与病人一起商讨治疗及随访计划。

外阴癌的预后与癌灶的大小、部位、分期、肿瘤分化、有无淋巴结转移及治疗措施等有关。其中以淋巴结转移最为重要，有淋巴结转移5年生存率约为50%，无淋巴结转移者5年生存率约为90%。治疗后应指导病人定期随访。具体随访时间为第一年每1-2个月1次；第2年每3个月1次；第3-4年每半年1次；第5年及以后每年1次。随访内容包括放疗的效果、副反应及有无肿瘤复发的征象等。



参考：

- 1、第七版妇产科护理学
- 2、图解妇科手术配合
- 3、谢玲玲,林荣春,林仲秋. 《FIGO 2018癌症报告》——外阴癌诊治指南解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2019,35(06):660-665.

感谢观看

