

皮瓣修复面颊部洞穿性缺损 23 例围术期护理体会

王庆华, 付秀兰, 付秀英

(山东省立医院 山东 济南 250021)

摘要 目的:探讨皮瓣修复面颊部洞穿性缺损患者围术期的护理方法。方法:对 23 例面颊部洞穿性缺损患者,采用胸大肌皮瓣、腓骨肌皮瓣、前臂皮瓣、背阔肌皮瓣单独或联合修复,术前给予心理指导及针对性训练,术后密切观察病情,预防血管危象的发生,预防感染,加强营养支持。结果:4 例采用胸大肌皮瓣修复的患者术后出现部分液化坏死,经换药创面愈合,23 例均顺利出院。结论:对面颊部洞穿性缺损皮瓣修复患者,术前给予心理指导及针对性训练,术后预防血管危象的发生,预防感染,加强营养支持是保证手术成功的关键。

关键词 洞穿缺损;皮瓣修复;围术期护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-7256(2007)24-0001-03

Experience of perioperative nursing care of 23 cases of perforating cheek defect repaired with musculotaneous flaps

Wang Qing-hua, Fu Xiu-lan, Fu Xiu-ying

(Shandong Provincial Hospital, Jinan Shandong 250021, China)

Abstract Objective: To explore the methods of nursing care in perioperative period in the treatment of perforating cheek defect repaired with musculotaneous flaps. Methods: Single or combined repairs were applied to 23 cases of perforating cheek defect with pectoralis major myocutaneous flap, free fibula osteomyocutaneous flap, free radical forearm flap and latissimus dorsi flap. Corresponding nursing care were taken before and after the operation in order to prevent from flap vessel crisis, infection and to ensure the survival of transplanted flaps. Results: Four cases repaired with pectoralis major myocutaneous flap got necrosis in local regions and healed up through treatment. All 23 patients were cured and discharged from hospital. Conclusion: Psychological nursing and training before operation, sustaining nourishment and preventing from flap vessel crisis and infection are the keys to the successful transplantation of flaps.

Key words Perforating defect; Repair with flap; Perioperative nursing

2002 年 8 月~2007 年 5 月,我们对 23 例面颊部洞穿性缺损患者行皮瓣移植修复,经精心护理,效果满意。现将围术期护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组面颊部洞穿性缺损患者 23 例,17~73 岁。颊癌 11 例,下颌牙龈癌 9 例,左下颌横纹肌肉瘤 1 例,创伤造成的颊部洞穿缺损 2 例。均行皮瓣移植修复。

1.2 方法 23 例洞穿性缺损患者中有 16 例为下颌骨缺损,其中 6 例采用带血管腓骨移植修复,口内软组织缺损由腓骨瓣携带的皮岛修复,口外软组织前臂皮瓣修复 3 例,胸大肌皮瓣修复 3 例;10 例由成型钛板修复重建。除上述 6 例采用腓骨瓣修复下颌骨缺损患者采用 2 个皮瓣修复外,其余患者都采用 1 个皮瓣折叠修复。单个皮瓣修复患者中采用前臂皮瓣 5 例,胸大肌皮瓣 15 例,背阔肌皮瓣 3 例。

2 结果

4 例采用胸大肌修复后面颊部皮瓣出现部分坏死,均为女性患者,口内部分愈合良好,未发生口内外相通,3 例经换药后愈合,1 例出现钛板暴露,1 个月后手术取出钛板,创面愈合。其余患者顺利愈合。3 例患者术后出现涎涎,2 例为颊癌患者肿瘤侵犯了口角位置,术后口角外侧由不带肌肉功能的皮瓣

修复重建;1 例为牙龈癌侵犯到下唇,口角由上唇的扇形瓣修复。面形除皮瓣的色泽与周围组织不同外基本恢复正常,所有患者都恢复口腔正常进食功能。

3 围术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 入院指导 护士热情接待入院后患者,为患者测量体温、脉搏、呼吸、血压等,并为其安排好床位。再由责任护士将患者送入病房,并向其介绍病区环境、探视时间、饮食、送开水时间、医生查房时间、治疗时间等作息时间;介绍主管医生、科室主任、护士长、责任护士;介绍科室有物价本、针线包。使患者尽快熟悉环境,加快角色的转变。同时,根据医嘱和检查项目指导患者如何留取标本,讲解做各项检查的目的及注意事项,并由护工陪同检查。全面了解患者的全身状态,了解患者心、肝、肾功能。

3.1.2 术前准备 ①心理指导。由责任护士了解患者的病情、思想状态,讲解术前注意事项,消除患者的疑虑、恐惧心理,使其保持良好的心理状态,积极主动配合治疗与护理。②术前根据医嘱做青霉素、先锋霉素皮试并做详细记录,为术后用药做好准备。根据手术范围由责任护士备手术区域 5mm 以上皮肤,全麻患者术前 6h 禁饮食,局麻患者根据医嘱给予

术前用药。③口腔准备。对患有残根、残冠及严重牙周、牙体疾病者术前应进行治疗,清除感染病灶;对有牙结石者应于术前 3d 行洁牙术,去除牙石、牙垢,且于术前 3d 用 2% 甲硝唑溶液含漱。保持口腔清洁,减少细菌,防止术后感染。④术前训练。主要包括卧床体位、床上大小便、咳痰方法、戒烟及沟通方式等。

3.2 术后护理

3.2.1 体位护理及生命体征监测 全麻清醒后,协助患者取仰卧头正中位,两侧以沙袋固定制动,头偏向患侧 15°,头部制动 5~7d,以防血管蒂扭曲发生血管危象^[1]。每 15min 观察生命体征 1 次,给氧 2~3L/min,返回病室后测体温 1 次,以后每 1h 1 次。并对患者的意识、呼吸、心血管系统、肌力恢复情况及皮肤情况等按复苏评分标准进行系统检查并做出书面评估,直到患者完全恢复清醒。患者清醒后每 4h 测生命体征 1 次,直到病情完全稳定。

3.2.2 气管切开护理 为确保呼吸道通畅,气管套管应保持外管固定、内管通畅,每隔 6h 消毒内管 1 次,必要时随时消毒,及时调整套管及系带的松紧度和套管位置,以防脱落,及时吸出痰液。吸痰时注意无菌操作,动作宜轻柔,每次吸痰时间以 15s 左右为宜,2 次间隔 3~5s。痰液粘稠不易咳出者,可行雾化吸入 2~3 次/d。或用庆大霉素 8 万 U + 生理盐水 20ml,经气管内滴入,2~3 滴/次,每隔 1~2h 滴入 1 次,以防止分泌物干燥结痂堵塞套管。管口盖 2 层湿纱布,以增加吸入空气的湿度,防止异物吸入气管,敷料每日更换 1 次并保持清洁干燥,以防切口感染。同时,注意有无出血、皮下气肿等并发症的发生。拔管前堵管 24h,注意观察患者呼吸情况,如无呼吸困难时可拔管。

3.2.3 皮瓣监护 皮瓣血管危象一般发生于术后 24~72h,尤其是 24h 内。因此,术后 24h 内每 30min 观察并记录 1 次,72h 内每 1h 观察并记录 1 次,72h 后每 3~5h 观察并记录 1 次,持续 5d^[2]。皮瓣观察内容如下:①颜色:皮瓣颜色应与供皮区颜色相一致。若术后 1~2d 皮瓣颜色稍显苍白,多属正常现象;若皮瓣颜色变暗、发绀,则说明静脉淤血;若为灰白色,则提示动脉缺血,应及时探查。②温度:皮瓣移植后温度有下降的现象,一般温度不应低于正常组织 3~6°C,温度过低、颜色变化则应探查抢救。③皮纹:皮瓣表面应有正常的皮纹皱褶,如发生血管危象,则皮纹消失,可见皮纹肿胀。④质地:皮瓣移植后仅有轻度的肿胀,可比周围组织程度轻,若皮瓣区域出现明显肿胀,质地变硬时,则可判断血管危象的发生,应予以抢救。⑤毛细血管充盈试验:以手指轻压皮瓣,放开后可见变白区域再度泛红,泛红过程越快,则说明微循环状况越好。如该过程超过 5s,多提示微循环功能较差,抢救成功的可能性较小。⑥针刺出血试验:如怀疑有血管危象,可在无菌状态下,以 7 号针头刺入皮瓣深达 5mm 处,并适当捻动针头,拔起后轻挤周围组织,如见鲜红血液流出,提示小动脉血液供应良好,否则提示动脉危象^[3]。本组术后预防应用扩血管及解痉类药物,均未出现血管危象。

3.2.4 创口及引流管护理 注意观察创口敷料有无渗血,包扎是否完好,尤其注意创口出血情况,做到及时发现,及时处理。护士应做好负压引流护理:①保持引流管通畅、不受压、不脱落,维持一定压力(100~120mmHg),防止血块堵塞引流

管。②术后 48h 应每 8h 记录引流量 1 次,以后每 24h 记录 1 次,直至拔除引流管。一般术后当日引流量 ≤ 250 ml。如 > 250 ml 或短时间内大量出血时,及时通知医生,考虑有活动性出血情况;如伤口肿胀,而又无引流液,应考虑引流管是否有堵塞、折叠,应通知医生及时处理。③正常情况下,引流液的颜色由暗红→深红→淡红→淡黄逐渐变淡。若发现颈部引流液为乳白色,应考虑乳糜瘘(通常为根治性颈清时误伤胸导管所致),应及时通知医生,拔除负压引流管,加压包扎,给予低脂饮食。严重者重新打开术区,缝合胸导管。④根据伤口情况,一般术后 4~7d,待引流液变浅,24h 引流量 < 15 ml 时,可考虑拔管^[3]。

3.2.5 口腔护理 因术后患者禁止从口腔内进食,口腔的机械性自洁作用受影响,加之切口渗血渗入口腔,上皮组织脱落,且唾液、痰液蓄积,易导致感染,对切口愈合极为不利。因此,口腔护理和口腔冲洗是保证皮瓣成活的关键。做好口腔护理前应先吸尽唾液和痰液,再用 1.5% 双氧水和生理盐水先后擦拭皮瓣组织及口内其它部位,最后用生理盐水进行口腔冲洗,2 次/d。在口腔内进行吸引、擦拭、冲洗时,动作宜轻,避免将口内缝合线吸脱而造成切口裂开、坏死。

3.2.6 饮食护理 加强营养,增加机体抵抗力是促进创面愈合的关键,术后常规复查血常规、肝功生化,若发现患者有贫血、低蛋白血症,必要时需输新鲜血液、血浆、白蛋白。因口腔内有手术切口和植入皮瓣,为防止缝线松脱、切口裂开而造成皮瓣感染、坏死,我们选用鼻饲流质饮食,以满足机体需要。术后鼻饲 7~10d,若口内切口愈合良好时,可考虑拔管。

3.3 康复指导 流涎是口腔癌术后常见的问题,严重影响患者术后的生活质量和社会交际,常发生于口轮匝肌功能受到严重影响的患者,颈部骨缺损使下唇的口轮匝肌缺乏骨性支持,口轮匝肌形不成足够的张力,会发生流涎现象,本组有 3 例手术累及口角,扩大切除后口角外侧缺损由皮瓣折叠修复,口角的弹性变差,口轮匝肌功能受到影响发生流涎。术后应指导患者行功能训练:①唇运动:嘱患者做鼓腮、龇牙、撅嘴、嘬唇等动作,通过张闭口动作、声门开闭促进口唇肌肉运动,加强口唇肌肉的功能恢复;②进食训练:包括进食时适当体位、食物形态、用量及综合训练方法,以代偿口轮匝肌功能障碍,促进患者改善流涎症状。

4 讨论

面部颊部贯穿性缺损的修复方法有很多,随着显微外科技术的发展和成熟,实施者已掌握了丰富的临床经验,但由于每个患者的缺损以及身体状况存在差异,任何单一的皮瓣或者某几个皮瓣的固定组合都不能解决所有问题。皮瓣的选择除根据缺损的部位、大小、颜色、外形、厚薄外,还要考虑患者的身体状况、肿瘤根治后的寿命、功能的恢复、术后生活质量。对年轻而且身体状况较好的患者,可选择复杂的修复技术,以便达到最佳的外形和功能;对年龄较大、身体状况欠佳的患者,应以关闭创面为主要目的,选择简单、创伤较小、成功率高的修复技术。但对于年龄较大,身体状况欠佳的患者,特别是晚期肿瘤患者,根治手术的目的之一是解除癌性疼痛,使其能由口腔进食,从而提高生存质量。

胸大肌皮瓣在修复口腔颌面缺损中起重要作用,是口腔颌面外科常用皮瓣之一^[4]。但由于其为带蒂皮瓣,受蒂长的

限制,在颊部洞穿性缺损的修复中只用于修复下颊部的缺损。在下颌癌和牙龈癌累及皮肤时经常采用胸大肌皮瓣修复,由于常将皮瓣的近中放入口腔内,远中用于修复口腔外的皮肤缺损,在缺损较大时远中边缘的血供往往较差,尤其老年女性患者,肌层较少,脂肪层较厚,皮肤的血供就更差。

腓骨肌皮瓣在伴有下颌骨缺损的面颊部洞穿性缺损的修复中起着非常重要的作用,腓骨较长,上下直径基本一致,节段性供血便于塑形而不影响其血液供应,皮质骨为主便于种植牙以恢复口腔功能等特点,使其在近年来取代髂骨成为下颌骨重建的首要选择,腓动脉的皮肤穿支携带的皮岛可以修复口内或口外的软组织缺损,如有 2 个穿支位置适当的情况下 1 个腓骨肌皮瓣就可单独修复伴有下颌骨缺损的洞穿性缺损。

口腔进食的质量一方面与术后的咬合及残留牙齿有关,另一方面与下颌骨重建质量有关,下颌骨缺损少,又得到较好的重建,下颌骨的功能就能得到较好的恢复。一般认为植骨重建比钛板重建下颌骨的肌力能得到更好的恢复。流涎是口

腔癌术后常见的问题,严重影响患者术后的生活质量和社会交际,常发生于口轮匝肌功能受到严重影响的患者,颈部骨缺损使下唇的口轮匝肌缺乏骨性支持,口轮匝肌形不成足够的张力,会发生流涎现象。因此,对此类患者术前给予心理指导及针对性训练,术后预防血管危象的发生,预防感染,加强营养支持,是保证手术成功的关键。

参考文献:

- [1] 褚秀英. 舌癌根治术后前臂游离皮瓣修复 18 例护理体会[J]. 齐鲁护理杂志, 2006, 12(6): 1110-1111.
- [2] 李劲松, 潘朝斌, 陈伟良, 等. 游离前臂皮瓣舌再造的临床经验[J]. 中华显微外科杂志, 2003, 26(4): 262-263.
- [3] 张志愿. 口腔颌面肿瘤学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004, 3.
- [4] Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap: a versatile flap for reconstruction in the head and neck[J]. Plast Reconstr Surg, 1979, 63(1): 73-81.

收稿日期: 2007-09-23

· 经验交流 ·

内镜超声引导下细针穿刺术 11 例护理配合

聂晓英, 甘丽美, 兰惠霞

(中山大学附属第一医院 广东 广州 510080)

近年来,我们对 11 例患者行内镜超声引导下细针穿刺术,并给予密切护理配合,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 11 例,男 5 例,女 6 例,31~63 岁,平均 42 岁。

1.2 方法 ①常规胃镜检查准备,一般禁食 8h,咽喉部局部麻醉,口服 1% 丁卡因咽喉麻醉。②术前常规静脉推注咪唑安定(0.05mg/kg)。③水囊内注入蒸馏水进行病灶的部位扫描,确定病变大小、所在的层面、回声及界面范围。用彩色多普勒扫描穿刺处有无大血管。确定后穿刺进入病变处,观察针尖进入病变区域后,将针芯拔出,连接负压注射器,反复抽吸数次后,退针将吸物注入干燥玻璃钢片上,同前进针 2~3 次,用 95% 乙醇固定玻璃片后送病理活检。④超声内镜引导腹腔节阻滞术,超声内镜显示主动脉下腹腔干夹角,用穿刺针刺入夹角处约 2cm 长,回抽无血液,即注入罗哌卡因 5ml、无水乙醇 20ml,局部呈云雾状强回声。退针见局部无出血,退镜。

2 结果

超声穿刺 11 例患者中,5 例胰头占位性病变(病理结果 2 例为胰岛细胞瘤,1 例纤维及胰腺细胞,1 例见大量小圆细胞伴核分裂,形态符合恶性肿瘤,1 例有少量炎性细胞和上皮细胞),2 例胰腺癌,2 例胰腺炎后假性囊肿(病理为炎性细胞),1 例纵隔肿物(病理为致密结缔组织,夹杂少量巨噬细胞并大量不明性质结晶沉着),1 例胃黏膜下隆起性病变(病理为平滑瘤)。操作均顺利、成功。

3 护理

3.1 术前护理 ①嘱患者术前 8h 禁食。②评估患者,观察了解患者病情及心理承受程度,内镜超声引导下穿刺术是近几年新开展的一项检查项目,患者对这项检查缺乏较深的了解,术前必须向患者细心解释操作过程、并发症和不适,取得患者及家属的理解和配合并签名。③口服丁卡因咽喉麻醉霜,指导患者进入检查室,卧床休息。④保持一条静脉通畅,由麻醉医生给予静脉推注异丙酚行静脉全麻,让患者在安静状态下接受检查、治疗,使其既安全又准确^[1]。

3.2 术中配合 ①指导患者左侧卧位,给予心电监护,观察血氧饱和度和心率的变化,预防抑制呼吸道引起窒息。②铺无菌治疗台,准备好穿刺用物。③配合操作医生行超声内镜扫描,确定病变部位、层次、范围及病变周围的血管情况,递送穿刺针给医生,观察针尖进入病变区域,将针芯拔出,连接负压注射器,在病灶中反复抽吸数次,缓慢放掉负压并退针,将针吸组织固定于干燥玻片上用固定液固定后送病理活检。这种过程重复 2~3 次。

3.3 术后护理 ①嘱患者卧床休息,禁食 6h。②观察患者病情变化,是否有腹痛、腹胀并测量血压。③告知患者若有头昏、恶心、呕吐、腹痛、腹胀等不适及时通知医护人员。

参考文献:

- [1] Wiersma M. J., Vilmann P, Giovannini M, et al. Endosonography - guided fine - needle aspiration biopsy: diagnostic accuracy and complication assessment[J]. Gastrointest Endosc, 1997, 45(3): 243-250.

收稿日期: 2007-10-12