

# 颊黏膜癌 64 例围手术期护理体会

辛美灵

**[摘要]** 目的:配合手术治疗颊黏膜癌,开展针对性的颊黏膜围手术期护理,探讨护理效果。方法:颊黏膜癌患者 64 例,均行气管切开术+颊颌颈联合根治术+带蒂皮瓣游离移植术。以口腔颌面外科护理为基础,针对颊黏膜癌特点进行针对性的护理,术前做好心理护理及术前准备,术后做好气管切开后护理、口腔护理、皮瓣的观察、创面负压引流护理及术后功能训练等,预防并发症的发生并进行出院康复指导。结果:64 例患者中 2 例因肺栓塞死亡,余 62 例皮瓣移植修复均获成功,取得良好效果。结论:细致周全的围手术期护理可以提高患者手术成功率。

**[关键词]** 颊黏膜肿瘤;手术;围手术期;护理

**[中图分类号]** R 739.8

**[文献标志码]** A

**DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.02.044

颊黏膜癌是最常见的口腔癌之一,是发生在口腔颊黏膜上皮的恶性肿瘤。目前诊断的金标准是病理活检,在治疗上多采用手术、化疗等综合治疗方法。老年人患颊黏膜癌时常伴有其他疾病,如高血压、糖尿病或其他基础疾病,增加了手术的危险性和复杂性,术后恢复慢,并发症较多。常见的手术方式是气管切开术+颊颌颈联合根治术+带蒂皮瓣游离移植术。由于此类手术创面较大,易导致术后出现上呼吸道阻塞、创口出血、皮瓣坏死和感染等并发症,而且一般患者对疾病的了解、手术心理适应及术后功能恢复需要一个逐步的认知过程,所以术前后做好患者护理、争取患者及家属支持是颊黏膜癌患者围手术期护理的重点<sup>[1]</sup>。现将我科收治的 64 例颊黏膜癌护理经验作一总结。

## 1 临床资料

2009 年 1 月至 2013 年 12 月,我科共收治颊黏膜癌患者 64 例,均经病理活检确诊;其中男 42 例,女 22 例;年龄 46~72 岁;术后病理诊断:低分化鳞癌 12 例,高分化鳞癌 52 例。手术方法采取气管切开术+颊颌颈联合根治术+带蒂皮瓣游离移植术,术前、术后对患者进行护理及心理评估,针对不同的患者护理需求实施有针对性的护理。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

**2.1.1 心理护理** 颊黏膜癌患者术后在面部美观、咀嚼功能、吞咽功能及语言功能等方面会受到不同

程度的影响,术前心理评估有助于提高患者手术依从性及耐受手术的打击等。颊黏膜癌患者多为老年人,大部分需行手术治疗,患者常常伴有精神紧张、焦虑,甚至抑郁等。我科从入院开始对患者进行入院宣教,主动介绍病区环境,通过与患者及其家属聊天消除陌生感,尽量满足其身心需要。告之患者及其家属恐惧、焦虑的心理状态对手术会有一定的影响,甚至影响伤口愈合及预后等。同时耐心讲解行手术的必要性及重要性,通过介绍手术相关知识,指导患者及其家属配合手术,做好术前准备等,鼓励其树立战胜疾病的信心。责任护士以良好的沟通、认真严肃的态度、娴熟的技能取得患者及其家属的充分信任,使其自觉配合治疗及护理过程。

**2.1.2 术前准备** 术前应行常规检查如血常规、肝肾功能、凝血功能、心肺功能等,充分评估患者对麻醉与手术耐受性,全面了解有无心血管、呼吸及内分泌等基础疾病。术前 2 d 含漱液漱口,保持口腔清洁。术前 1 d 行配血、药物过敏试验,术前 8~12 h 禁食、禁饮,并禁止沐浴。术晨再次监测一般生命体征,并做手术区域备皮,导尿,必要时应用镇静剂。

### 2.2 术后护理

**2.2.1 体位** 患者全麻未清醒之前,取平卧位,头偏向患侧,及时清除口鼻内分泌物,保持呼吸道通畅。清醒后 24 h 取平卧位,有利于头颈部静脉血液回流,减轻水肿;术后第 2 天,采取床头抬高 15°~30°的半卧位<sup>[2]</sup>,有利于引流。并头颈部制动,避免说话,以减轻切口张力,避免出血或切口裂开。

**2.2.2 出血的观察** 术后给予心电监护,严密观察患者意识、面色、血压、脉搏及呼吸变化。观察切口周围皮肤情况,术区外敷料及引流液的量、颜色,如引流管血性液体大于 100 ml/h,立即报告医生给予处理。一旦发生大出血,护理人员应从容镇定,安抚

[收稿日期] 2014-04-09

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 口腔颌面外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 辛美灵(1968-),女,主管护师。

患者,将头偏向一侧,及时清除口腔内血液和分泌物,保持呼吸的通畅,并严密观察生命体征的变化,积极配合医生抢救。

**2.2.3 气管切开术后护理** 严格按气管切开护理常规,及时清除呼吸道分泌物,吸痰时动作轻柔,严格遵守无菌技术原则。充分湿化气道,采用0.9%氯化钠注射液持续湿化。用0.9%氯化钠注射液、特布他林、地塞米松雾化吸入,每天2次。气管切口处用0.9%氯化钠注射液纱布覆盖,保持清洁干燥,每班更换。

**2.2.4 皮瓣的观察与护理** 观察皮瓣颜色变化,了解皮瓣血液循环和成活情况等。游离皮瓣的主要并发症是皮瓣血管危象,也是颊黏膜癌根治术的成功与否的关键。皮瓣血管危象发生时间一般发生在术后72 h内,手术当天每隔30 min观察1次皮瓣的质地、颜色和温度,第2天每隔1 h观察1次,术后第4天应每隔2 h观察1次<sup>[3]</sup>。皮瓣颜色出现苍白说明动脉供血不足,应调高室温至28℃;皮瓣发绀及肿胀,说明静脉回流不畅或发生栓塞等;皮瓣隆起,提示皮瓣下有出血等可能,及时通知医生予以处理。

**2.2.5 负压引流的护理** 术后患者返回病房时引流管应分别做好标志并妥善固定,应密切观察引流液的颜色和量等。引流管道应避免扭曲、堵塞、受压和脱落,及时倾倒引流液并记录时间和量,使其保持负压状态,正常时引流液颜色由鲜红逐渐变浅变淡。如果短时间内引流量较多,或者引流液由淡血性变成鲜红色,应及时汇报医生;术后应每2 h挤压引流管,防止血块阻塞导致引流不畅。负压大小应适宜,压力过大易导致静脉回流障碍,影响皮瓣成活。如果24 h负压引流小于30 ml,可考虑拔出引流管。

**2.2.6 营养支持** 术后患者的消耗较大加上手术的打击,需要有足够的营养支持。营养不良常常导致切口愈合不良甚至不愈合等,导致患者恢复较慢。颊黏膜癌的患者术后禁食至手术第2天,即可给予鼻饲以维持胃肠道黏膜屏障的功能,并且能防止伤口污染。鼻饲时应以高热量、高营养、高蛋白、高维生素的饮食为主,且少量多餐。同时行静脉补液,补充能量、营养及电解质等维持体液平衡。同时,应做好心理护理,做好安慰解释工作,以取得患者及其家属的配合。

**2.2.7 口腔护理** 颊黏膜癌术后口腔护理常用的方法有擦拭法和含漱法。术后第1天行口腔护理,0.9%氯化钠注射液棉球擦拭,每天2次。口腔护理时,要求动作轻柔,仔细清除食物残渣等。避免牵

拉,以免缝线脱落,影响皮瓣愈合<sup>[4]</sup>。患者经口进食后,以浓替硝唑含漱液漱口,每天4~5次。

**2.2.8 术后功能训练** 咀嚼功能锻炼:颊部手术拆线后,指导患者张口训练,以防瘢痕挛缩影响开口度,逐渐进行咀嚼功能锻炼,使口腔恢复正常的运动功能。

**2.2.9 出院指导** 患者出院时进行健康宣教,行出院指导。加强患者的随访力度,缩短出院后回院复查周期,如出院1~2周内进行化疗。嘱咐患者出院后如有不适随时就诊,开设针对性的讲座,使患者及其家属了解转移及复发的表现,以便及时发现复发及转移,提高患者的生存质量及生存率。

### 3 结果

本组所有患者均未发生远处转移,其中2例术后因肺栓塞死亡,1例发生于术后第4天,1例发生于术后第3天;62例均取得了良好的效果,皮瓣移植修复均获得成功。

### 4 讨论

口腔颌面部组织解剖结构复杂,各器官毗邻紧密,因此发生于该区域的恶性肿瘤行手术治疗时会严重影响机体的基本生理功能如外形、交流、进食及吞咽等,影响患者术后的生活质量<sup>[5]</sup>。因此,患者会出现各种心理、行为改变,出现不同程度的抑郁和焦虑状态也相当普遍<sup>[6]</sup>。颊癌皮瓣移植成功率较高,好的技术和仪器是成功的保障,同时与术前心理护理、术后生命体征及移植皮瓣的细致观察等常规护理密不可分。本组病例中,我科医护人员在实施常规护理的基础上,同时注重给予患者心理护理,取得较好的护理效果,为手术的成功提供了保障。

颊癌的治疗以手术切除为主,患者术后可能会出现面部畸形及功能障碍,影响患者的生存质量,从而使其产生绝望、恐惧的心理,甚至拒绝治疗。医护人员术前对颊癌患者进行耐心解释、心理疏导,评估患者的心理状态,针对患者术前、术后实施有效的心理及常规护理,并做好与患者家属的沟通及协调工作,能够帮助患者提高手术依从性及耐受手术的打击等,使患者围手术期自觉配合治疗及护理,为手术成功做好准备。

#### [ 参 考 文 献 ]

[1] 刘凤伟. 口腔癌患者游离组织瓣移植手术的护理[J]. 天津护理杂志, 2012, 20(5): 304-305.

- [2] 张丽,刘东艳,甘莉,等. 颊部磷状细胞癌切除术的护理[J]. 邵阳医学院学报,2010,29(2):185.
- [3] 罗姜. 口腔颌面部游离皮瓣移植术 90 例围手术期观察和护理[J]. 中国保健营养杂志,2012,22(5):909-910.
- [4] 袁旭君,周巧玲. 13 例颊粘膜癌患者的围手术期护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2011,32(17):2894-2895.

- [5] 杨悦,尚少梅,彭歆. 口腔癌患者术前生活质量及其相关因素的调查分析[J]. 中国实用护理杂志,2007,23(12):43-44.
- [6] 黄文,赵芳萍,马梁红,等. 颌面恶性肿瘤患者术后抑郁焦虑状态干预策略的探讨[J]. 口腔医学研究,2008,24(1):72-74.

(本文编辑 周洋)

[文章编号] 1000-2200(2015)02-0265-02

· 护理学 ·

## 门诊糖尿病 326 例末梢血糖监测分析

蒙清婷,黄艳玲

**[摘要]** **目的:**探讨门诊糖尿病患者末梢血糖监测存在的问题并提出对策。**方法:**采用自主设计的调查表对 326 例糖尿病患者进行末梢血糖监测,并进行相关知识调查。**结果:**掌握采血部位的人数最多,占 31.90%;掌握及基本掌握操作方法的人数最多,占 84.97%;不掌握糖尿病基本知识的人数最多,占 44.17%。**结论:**患者在末梢血糖监测中应注意在操作步骤、采血方法、采血部位等相关知识,门诊护士应重视门诊糖尿病患者血糖监测健康教育普及。

**[关键词]** 糖尿病;末梢血糖监测;健康教育

[中图分类号] R 587.1

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.02.045

随着糖尿病患者日益增多,血糖监测已经成为糖尿病患者自我管理不可缺少的重要组成部分,为早期防治并发症提供重要依据和帮助。患者应积极参与到血糖监测中,了解自身的血糖变化情况,可提高糖尿病控制和治疗效果。我们对 326 例使用血糖仪进行末梢血糖自我监测的糖尿病患者,采用问卷形式调查其对末梢血糖监测的认知情况,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2010 年 8 月至 2012 年 12 月于我院门诊就诊并使用血糖仪进行末梢血糖自我监测的糖尿病患者 326 例,其中男 156 例,女 170 例;年龄 17~85 岁;病程 5 个月至 32 年,病程 3 年以下 123 例,3~10 年 169 例,11~32 年 34 例。

**1.2 方法** 自主设计问卷调查表,采用口头交谈方式,调查患者对末梢血糖监测操作方法、采血部位、采血量、糖尿病相关基础知识和血糖仪及试剂的存贮和保养等的认知情况,并进行评级和记录。能正确回答记为掌握,部分正确记为基本掌握,不知道或错误记为不掌握(见表 1)。

### 2 结果

对于所调查问题,大部分患者能掌握或基本掌

握。其中,掌握采血部位的人数最多,占 31.90%;掌握及基本掌握操作方法的人数最多,占 84.97%;不掌握糖尿病基本知识的人数最多,占 44.17%(见表 2)。

### 3 讨论

糖尿病患者以中老年人为主,文化程度参差不齐,本研究采用交谈方式进行问卷调查,通过与患者沟通交流,了解患者对血糖监测和糖尿病知识的认知程度及存在问题。结果发现,部分老年痴呆或瘫痪患者无法掌握,主要由家属代为监测,大部分患者基本掌握血糖仪的使用方法,并专人专用,但操作常不规范。部分患者检测时未进行皮肤消毒,或采用聚维酮碘消毒,或消毒后未待干燥即检查;部分患者自觉血量少而反复挤压指端。

关于末梢血糖测定前采用哪种消毒方式对血糖的影响最小,目前尚不统一。美国糖尿病协会推荐用肥皂、流水洗手作为指测血糖前的皮肤消毒,不建议用碘酊等有色的消毒液以免影响测定结果<sup>[2]</sup>。我国临床上常用 75% 乙醇或 0.1% 洗必泰消毒。周雷等<sup>[3]</sup>分别以 75% 乙醇与 0.1% 洗必泰对手指消毒,发现两者消毒皮肤效果相当,而洗必泰对皮肤刺激性小,对结果影响较小,作为皮肤消毒剂更安全。闫丽杰<sup>[4]</sup>认为采用复合碘消毒棉签按正规操作进行皮肤消毒,既可节约反复消毒的时间,又不会影响微量血糖值的准确性。李东静<sup>[5]</sup>在采用不同浓度梯度的消毒剂对血糖影响程度的研究中也发

[收稿日期] 2013-11-28

[作者单位] 广西壮族自治区百色市人民医院 内分泌门诊,533000

[作者简介] 蒙清婷(1964-),女,副主任护师。