

• 手术室护理 •

下咽癌扩大切除同期行锁骨上岛状皮瓣修复的手术护理

陈晗倩, 齐晓彬, 王 莺, 盛菊丽

浙江大学医学院附属第一医院, 浙江杭州 310003

摘 要:总结 23 例下咽癌扩大切除同期行锁骨上岛状皮瓣修复术的手术护理经验。护理要点:严格执行无菌无瘤技术,加强肿瘤切缘标本的管理和核查;做好气管插管及预防气道痉挛的护理,关注锁骨上岛状皮瓣的术中护理,预防并发症及全程规范用药。23 例患者均手术成功,皮瓣成活,术后无局部肿瘤种植转移。

关键词:下咽癌;扩大切除;皮瓣修复;手术护理 DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2021.03.028

中图分类号:R472.3

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2021)03-0096-03

下咽癌是头颈部鳞癌的一种特殊类型,发生于梨状窝、下咽后壁及环杓后区,具有发病隐匿、恶性程度高和侵袭性强等特点^[1]。在头颈部恶性肿瘤中,下咽癌占 3%~5%^[2]。下咽癌向周围浸润性生长侵犯舌根、舌体、口咽、颈段食管、甲状腺、颈部肌肉和皮肤,扩大切除是其主要治疗手段。切除后的修复及功能重建是手术的一大难题^[3]。锁骨上皮瓣因具有位置毗邻头颈部、皮瓣的厚度适中、颜色及质地相近、制备过程简便和供区并发症少等优点,近年来日益受到人们的关注。2016 年 11 月至 2019 年 12 月浙江大学医学院附属第一医院收治下咽癌扩大切除同期行锁骨上岛状皮瓣修复术患者共 23 例,手术均顺利,皮瓣存活,术后无局部肿瘤种植转移。现总结手术护理经验如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者男 20 例、女 3 例;年龄 42~74 岁,平均(64±7)岁。20 例下咽鳞状细胞癌,2 例甲状腺侵犯下咽鳞状细胞癌,1 例舌根黏液表皮样癌。行电子鼻咽喉镜及颈部增强 CT/MRI 定位原发病灶大小及侵犯周围组织情况,行颈横动脉 CT、血管造影了解颈动脉供血情况,有效定位锁骨上动脉及其穿支血管,精准设计锁骨上动脉岛状皮瓣,本组皮瓣蒂长 9~13 cm,皮瓣大小 4 cm×5 cm~7 cm×9 cm。

1.2 手术过程与结局

18 例行气管插管全身麻醉,5 例因肿瘤较大侵犯气管,先行局部麻醉切开气管后再行气管插管全身麻醉。常规支撑喉镜钳取部分新生物送冷冻切片病理检查,20 例确诊为下咽部鳞状细胞癌,2 例甲状腺侵犯下咽鳞状细胞癌,1 例舌根黏液表皮样癌。术中留置导尿管、胃管。颈部采用大 U 形切口,分离胸锁乳突肌、动脉、静脉以及神经,分别清扫左右颈侧淋巴结,沿颈正中切开,暴露甲状腺峡部。处理喉部之前换气管插管,松动喉体切开甲舌膜进入咽腔暴露肿瘤,沿肿瘤基底边缘 2 cm 切除切缘送冷冻切片病理检查。根据切缘病理检查结果决定是否再扩大切除范围,取同侧带蒂舌骨-胸骨舌骨肌瓣移植修复喉腔,重建喉功能。取同侧锁骨上带蒂岛状皮瓣修复下咽及食管上端(防咽食管狭窄)。锁骨上肩部缺损直接拉拢缝合,放置引流管逐层关闭切口。更换一次性气管套管,颈部加压包扎。23 例患者手术时间 181~510 min,手术均顺利,皮瓣存活。1 例患者术后第 9 天发生供区切口裂开,经每天局部换药 3 周后愈合出院。术后随访局部均无肿瘤种植发生。

2 护理

2.1 严格执行无菌无瘤技术

术中严格执行无菌技术可预防切口感染;严格无瘤技术避免肿瘤局部复发或远端转移的关键,可确保手术效果^[4]。支撑喉镜钳取送检组织后,随即清点、整理并撤走器械。病理检查结果确定为恶性肿瘤后,安置患者为颈仰卧位,消毒颈部

作者简介:陈晗倩(1976—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2020-08-04

和肩部手术区,肩部围垫治疗巾及分区铺巾。铺大洞巾后肩上覆盖治疗巾,直至取锁骨上皮瓣时再掀开治疗巾。手术床头端不放置麻醉架,可在头端大洞巾下垂部分贴大号洁净袋,切口贴 3M 皮肤保护膜延伸至洁净袋内,此袋可以防止血液、体液、冲洗液外渗污染手术医生,又可存放手术台上暂时不用的电刀、吸头,避免电刀吸头垂下手术台致污染。清扫颈部淋巴转动患者头部及喉部换气管插管时(气管切开的患者无需更换),均需掀起头端铺巾,极易触碰污染手术无菌区,予更换洁净袋以保证无菌。铺置肿瘤切除器械台和皮瓣切取器械台 2 个无菌台。物品分别清点,所有器械不交叉使用。肿瘤切除器械台区分有瘤区、无瘤区。全程用蒸馏水湿纱布擦拭器械上的血迹,接触喉、气管、下咽、食管、肿瘤的器械不得再使用,肿瘤切下后用弯盘盛放,避免污染其他区域,用碘伏、蒸馏水冲洗创面(冲洗时避免冲洗水流入气道)。吸净冲洗液后更换手套、器械。期间使用剪刀、血管钳钳夹切取切缘,切取所用器械均予更换。

2.2 肿瘤切缘的管理及核查

下咽癌手术涉及多次送冷冻切片病理检查,病理检查结果直接关系到下一步的手术方式,巡回护士和器械护士及时和医生确认冷冻切片切缘名称,及时送检并随时关注检查结果。第 1 次送检支撑喉镜下钳取的肿物组织。第 2 次送检标本为下咽癌的肿瘤切缘切片,由于此次标本数量较多(一般会有 4~6 个),加之小而组织黏液多,极易黏附在钳端导致不易装袋。为确保切缘切片名称正确,标本组织离体第一时间,手术医生、巡回护士、器械护士先认真核对,确认切缘切片名称正确后,即时装入标本袋,巡回护士同步打印相应标本名称的术中冷冻切片条码,粘贴于标本袋上,再次与手术医生、器械护士核对确认。器械护士提前剪 4~6 片 1 cm×2 cm 大小的纸片(可用进口线内层纸)粘吸切除的标本切缘,以节约时间。切缘切片逐一离体后,按上述方法处理术中冷冻切片。标本组织放置于专用标本转运箱送检,防止标本丢失。巡回护士随时关注病理检查结果及时报告医生。报告阳性或有异型增生,则继续扩大切除切缘,再次送冷冻切片病理检查,直至阴性为止。本组 18 例第 1 次切缘送检即为阴性,4 例扩大切除至

第 2 次切缘送检报告阴性,1 例扩大切除至第 3 次切缘送检方为阴性。

2.3 气管插管及预防气道痉挛的护理

患者全身麻醉行气管插管,为保证气管插管的安全固定,连接气管插管的前端螺纹管使用专用固定架,巡回护士顺螺纹管延伸方向,将铺盖在上面的无菌单提起,用卵圆钳夹起固定在麻醉机上。术中处理喉部需更换气管插管,巡回护士根据手术医生需求提前和麻醉师核对气管插管的型号,仔细检查外包装的完整性及有效期无误后,再送至手术台。器械护士准备好 5 ml 注射器用于气管插管气囊充气,气体量以正压通气不漏气为佳,气囊充气也可有效防止碘伏水、蒸馏水冲洗时液体流入气道造成并发症。使用 3-0 可吸收线将更换的气管插管缝制固定于胸颈部皮肤上,再穿过洞巾下与之前的螺纹管相连以确保气道通畅。巡回护士提前与手术医生确认好气管套管的型号,手术结束前将已更换的气管插管换成一次性使用的气管套管。为防止气管套管脱管,将套管系带打死结固定,松紧度适宜(术后气管套管随患者带回病房)。最后一次更换气管套管时(全程更换 2 次),由于手术将近结束,麻醉由深变浅,气道逐渐恢复敏感性,换管操作刺激气道极易发生气道痉挛导致气道不畅致插管不顺。本组换管前手术医生均与麻醉师提前沟通,维持适当麻醉深度、肌肉松弛良好情况下更换气管套管。器械护士提前用 5 ml 注射器抽取 2%利多卡因喷洒气管周围以松弛气道。本组均未发生气道痉挛,换管顺利。

2.4 锁骨上岛状皮瓣的术中护理

2.4.1 皮瓣切取护理

手术医生和器械护士更换手套后,使用皮瓣切取器械台。根据手术缺损范围,用记号笔和尺设计皮瓣面积。切口取肩峰皮瓣,沿皮瓣外侧缘,由远端至近端刀片锐性分离筋膜下皮瓣血管蒂^[5]。随时更换刀片,保持刀片锋利,尽量减少电刀的使用。使用双极电凝止血(能量 40 W),随时用湿盐水纱布清除刀头焦痂。游离皮瓣过程中动作轻柔,不可牵拉扭曲血管蒂。本组皮瓣血管蒂游离长度合适,无血管蒂牵拉扭曲发生。

2.4.2 防止血管痉挛

术中防止低温引起末梢血管收缩,导致皮瓣

血供不佳,手术间温度调至 25℃,输液液体均加温至 32~36℃。使用 5 ml 注射器抽取 2%利多卡因,更换 1 ml 注射器针头喷洒游离皮瓣表面,防止血管痉挛。将无菌纱布放入 38℃的 0.9%氯化钠注射液中浸湿,使用湿纱布包裹保护游离皮瓣,并根据情况及时更换温湿纱布,以维持游离皮瓣的温度和血运。肩部创面用温等渗盐水纱布覆盖保护。本组皮瓣均未发生血管痉挛现象。

2.4.3 术中行控制性低血压

为减少术中出血,保持手术野清晰,降低血管神经误伤的风险,游离皮瓣时和麻醉师沟通行控制性低血压^[6]。加强血压、尿量及血氧饱和度的监测,避免控制性低血压对重要器官功能造成影响。待血管蒂、皮瓣游离完成后,将血压适当提高以保证皮瓣血液循环充足。本组切取皮瓣术中控制收缩压不超过 100 mmHg,舒张压不超过 80 mmHg;待皮瓣血管蒂游离完成后,再提升收缩压至 100~120 mmHg,舒张压 80~90 mmHg,并即时评估皮瓣血供情况。本组皮瓣颜色红润,针刺出血试验佳,提示皮瓣血运良好。

2.5 并发症的预防

2.5.1 避免术后咽食管狭窄的术中配合

下咽癌扩大切除咽食管重建患者,术后极易发生咽食管狭窄。为避免术后咽食管狭窄,取 30 号一次性硅胶胸腔引流管,剪一段长度约 2.5 cm 的管道支撑于咽食管吻合口处,此时麻醉师需配合插胃管,胃管通过该硅胶管直达胃部,以备术后胃肠营养使用。硅胶管上端用 2-0 血管缝线固定于咽食管壁上,两周后由于吻合口的蠕动以及反流胃酸的腐蚀作用,本组患者支撑用硅胶管于术后 14~21 d 均自动脱落随粪便排出。

2.5.2 预防压力性损伤

下咽癌手术持续时间长,极易引起压力性损伤。术中患者保持颈仰卧位,可视患者具体情况抬高颈肩部高度,保持头颈中立位,头部使用硅胶头圈固定,充分暴露手术部位。患者双手固定于身体两侧,三通接头处与皮肤用棉垫隔开。患者眼部使用 6 cm×7 cm 透明敷贴贴合保护,骶尾部使用 15 cm×15 cm 美皮康贴合保护,双侧足跟、外踝下垫硅胶足垫。每隔 2 h 遥控手术床左右倾斜 10°并保持 2~3 min,以转移皮肤受压点。本组患

者术中采取以上防护措施,无一例发生压力性损伤。

2.6 术中全程规范用药

本组患者均为 II 类切口,由于切口破坏了皮肤黏膜的完整性,加上术中可能存在细菌污染,导致术后容易发生切口感染^[7]。为确保达到充足的血清和组织抗生素浓度,第一次抗生素于划皮前 30 min 静脉滴注,手术时间超过 3 h 加用一次抗生素。本组手术时间 181~510 min,术中均加用一次抗生素。下咽癌大体标本切除后,遵医嘱给予 20%白蛋白 100 ml 静脉输注,可减轻组织间隙水肿,有利于咽食管吻合口愈合。

3 小结

下咽癌扩大切除同期行锁骨上岛状皮瓣修复的手术时间长、创伤大,术中严格执行无菌无瘤技术,加强肿瘤切缘病理的管理和核查,做好气管插管及预防气道痉挛的护理及锁骨上岛状皮瓣的术中护理,防止血管痉挛,做好术中控制性低血压,预防并发症发生,同时做到术中全程规范用药。术中的一系列护理措施为保证手术获得成功、皮瓣存活、局部无肿瘤种植提供保证。

参考文献:

- [1] RODRIGO J P, GRILLI G, SHAH J P, et al. Selective neck dissection in surgically treated head and neck squamous cell carcinoma patients with a clinically positive neck: systematic review[J]. European Journal of Surgical Oncology, 2018, 44 (4): 395—403.
- [2] KIM J W, KIM M S, KIM S H, et al. Definitive chemoradiotherapy versus surgery followed by adjuvant radiotherapy in resectable stage III/IV hypopharyngeal cancer[J]. Cancer Research & Treatment Official Journal of Korean Cancer Association, 2016, 48(1): 45—53.
- [3] 王勤琪. CTA 定位锁骨上动脉及其穿支皮瓣的 3D 可视化研究与其在晚期喉癌、下咽癌术后缺损修复中的应用[D]. 杭州: 浙江大学, 2017.
- [4] 黄锋, 龚芝萍. 术中无瘤技术护理配合措施的研究进展[J]. 家庭保健, 2019(15): 251.
- [5] 王士琪, 程瑞, 孙传政. 锁骨上动脉岛状皮瓣的制备与应用[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 43(1): 32—36.
- [6] 罗海燕, 刘鸣江, 谢松林, 等. 眼镜蛇咬伤致四肢深层溃疡患者行皮瓣修复的护理[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(8): 1201—1204.
- [7] 魏连奎. 普外科手术切口感染中抗生素的预防作用分析[J]. 海峡药学, 2017, 29(7): 179—180.