

## • 临床护理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.09.027

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240228.1201.031\(2024-02-27\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240228.1201.031(2024-02-27))18 例颈胸交界恶性肿瘤根治性切除伴皮瓣修复或游离空肠代食管手术患者围手术期的护理方法探讨<sup>\*</sup>王依贵,张 娇,廖 印,陈星雨,李莎莎,熊玲玲,廖修富<sup>△</sup>

(重庆市人民医院耳鼻咽喉头颈外科,重庆 400014)

**[摘要]** 目的 探讨颈胸交界恶性肿瘤(TCTJ)患者行根治性肿瘤切除、皮瓣修复或游离空肠代食管手术的围手术期护理方法。方法 回顾性分析该院行 TCTJ 根治性肿瘤切除、皮瓣修复或游离空肠代食管的患者 18 例,给予个案化管理模式、专病医护一体化模式护理方案,实施专病优质护理。结果 患者皮瓣或游离空肠存活率 100%,无切口感染,所有患者于术后 17(14~21)d 顺利康复出院。结论 针对 TCTJ 根治性切除并皮瓣修复或游离空肠代食管手术患者实施个案化管理模式结合病医护一体化模式护理,可保证手术效果,促进患者的心理与生理康复,从而提高生活质量。

**[关键词]** 颈胸交界恶性肿瘤;胸大肌皮瓣;游离空肠;个案化管理模式;护理**[中图法分类号]** R473.2**[文献标识码]** B**[文章编号]** 1671-8348(2024)09-1429-04

颈胸交界恶性肿瘤(tumor of cervicothoracic junction, TCTJ)是指原发于颈部的恶性肿瘤向下经胸廓入口扩展至胸腔内,或起源于胸部的恶性肿瘤向上经胸廓入口到达颈部,临床较为少见<sup>[1]</sup>。由于颈胸交界解剖结构复杂,肿瘤往往与颈总动脉、主动脉弓、头臂干等重要血管关系密切,气管、食道不同程度受累及,手术难度大,风险高,需胸外科、血管外科、头颈外科、麻醉科等相关科室协作完成<sup>[2-3]</sup>,手术涉及气管、食道及重要血管神经重建,皮瓣修复缺损组织,完善的术后护理措施能保证手术效果,避免术后大出血,改善患者生活质量。本研究回顾性分析本院耳鼻咽喉头颈外科行 TCTJ 根治性切除、血管重建、胸大肌带蒂皮瓣修复或游离空肠代食管的 18 例患者,经优质的护理,取得满意的愈后效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性分析 2017 年 1 月至 2022 年 12 月在本院耳鼻咽喉头颈外科行 TCTJ 根治性切除、血管重建、胸大肌带蒂皮瓣修复或游离空肠代食管手术的 18 例患者。纳入标准:(1)有完整的临床护理资料;(2)影像学显示肿瘤在颈胸交界处且术中得到证实;(3)知情同意,自愿参与本研究。排除标准:(1)有严重认知功能障碍、既往有精神病史者;(2)合并重要脏器功能障碍或衰竭者;(3)依从性较差者。18 例患者均为男性,年龄 47~76 岁。包括晚期甲状腺癌 11 例(乳头状癌 9 例,髓样癌 2 例),甲状腺癌患者均有肿瘤侵犯气管伴颈部、纵隔淋巴结转移,其中 6 例肿瘤组织包裹颈总动脉、头臂干、颈内静脉及锁骨下动脉,1 例伴有食管受侵犯;下咽鳞状细胞癌伴胸上段食管癌 5

例;喉癌术后放疗后复发、颈根部软组织坏死伴左侧锁骨头坏死 2 例。排除标准:(1)有严重认知功能障碍、既往有精神病史者;(2)合并重要脏器功能障碍或衰竭者;(3)依从性较差者。本研究经过本院伦理委员会审核通过(审批号:KY S2021-028-01)。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 手术治疗

所有患者均进行外科手术切除。11 例晚期甲状腺癌患者行甲状腺癌根治+颈部、纵隔淋巴结清扫+气管重建+食管重建+血管重建+胸大肌带蒂皮瓣修复+气管造瘘术,颈部均采用大“U”形切口,长约 20 cm,胸骨正中切口,长约 15 cm,侧胸部大“S”形切口,长约 18 cm,其中 2 例患者使用人工血管重建颈总动脉及锁骨下动脉;5 例下咽鳞状细胞癌伴胸上段食管癌患者行下咽癌、胸上段食管癌扩大切除+全喉切除+双侧颈淋巴结清扫+游离空肠代食管+微血管吻合+气管造瘘术,术后颈部留置空肠观察窗,便于术后观察游离空肠存活情况。2 例喉癌术后放疗后复发、颈根部软组织坏死伴左侧锁骨头坏死患者,Ⅰ期行颈根部及锁骨头坏死彻底清创,反复换药后无明显炎症坏死征象,Ⅱ期再行胸大肌带蒂皮瓣及前胸部滑行皮瓣修复缺损。

#### 1.2.2 护理模式

##### 1.2.2.1 个案化管理模式

个案化管理模式适用于小样本量的管理对象,注重患者个性化问题,能够有效改善肿瘤患者的身心功能,提高患者对治疗及护理的满意度,促进患者的整体康复<sup>[4]</sup>。在本研究中,由 1 名高级护理人员(拥有心理咨询师资格证)担任个案管理研究员,在患者入

院时,使用个案管理评估表详细了解患者基本情况、疾病相关情况及患者对所患疾病的认知和治疗期望等,并进行身体及心理功能的评估,以全面评价患者的生理、心理、社会状况,制订个案化护理计划以实现患者高质量护理。

#### 1.2.2.2 专病医护一体化工作模式

专病医护一体化工作模式是近年来危重症患者护理中值得推荐的一种护理管理方案<sup>[5-7]</sup>,专病医护协作模式可针对患者的问题,共同发挥医生、护士间的有效沟通和主观能动性,更好地为患者提供优质护理。专病医护小组由主刀医生 1 名、主管医生 1 名、专病护理人员 3 名(均有肿瘤医院进修学习经历),同时加入手术后 72 h 内中夜班值班护士 3 名共同组成,组建专病医护一体化微信群,医生和护理人员紧密合作,及时在群里沟通和反馈患者的病情、治疗、护理及术后康复等信息。

#### 1.2.3 围手术期护理

##### 1.2.3.1 术前护理

###### 1.2.3.1.1 心理护理

个案管理研究员根据不同患者的个案管理评估表,给予患者及家属个性化的心理疏导,术前与患者亲切交流并理解、鼓励患者,使用认知行为疗法,发放提前制订好的健康教育手册,鼓励患者主动说出护理需求,由医生及护理人员共同向患者讲解手术情况及需要配合的注意事项,对患者展开多元化的知识宣教。

###### 1.2.3.1.2 术前准备

专病医护小组成员共同参与术前多学科会诊,评估患者的围手术期护理风险,完善术前准备。TCTJ 患者术前准备主要包括:呼吸道准备、口咽部准备、皮肤准备、康复训练准备。(1)呼吸道准备:为患者行气管造瘘,指导患者学会并掌握腹式呼吸和有效咳嗽、咳痰的技巧,避免肺部感染;(2)口咽部准备:术后无法使用语言交流,术前告知患者并指导患者通过文字或手势交流,备好写字板或纸笔等。检查患者口腔有无假牙、牙龈炎症、牙齿松动等,及时处理,术前 3 d 给予口腔护理液漱口,预防口腔感染;(3)皮肤准备:术前 3 d 进行术区皮肤深度清洁,彻底清除头颈部术前皮肤油脂,每天用温水清洗后涂抹保湿乳,保护皮肤,术区皮肤备皮,并嘱患者理发、剃胡须;(4)康复训练准备:提前指导患者练习颈部及上肢功能训练、吞咽康复训练、语音训练等。

##### 1.2.3.2 术中护理

###### 1.2.3.2.1 体位与皮肤护理

TCTJ 手术对体位摆放的要求高,因为头位改变可影响气道压力,引起颈部肌肉拉伤、发声异常等并发症发生<sup>[8]</sup>,专病医护小组成员经过主刀医生的培训,根据手术入路和方式,合理摆放体位,在充分暴露手术视野的同时,预防并发症的发生<sup>[9]</sup>。另外,由于

患者手术范围广、时间长、出血量多,因此做好术中压力性损伤的预防非常重要。患者麻醉后在患者骶尾部预防性使用泡沫敷料。

###### 1.2.3.2.2 缩短手术时间

由于手术复杂,难度高,术前主刀医生与器械护士进行沟通,交流手术流程及配合重点。术前检查手术仪器设备及手术器械的完整性,确保手术顺利开展,在手术过程中,器械护士需要密切配合主刀医生的工作,及时传递所需器械,尽量缩短手术时间。

###### 1.2.3.2.3 低体温保护

低体温是围手术期最常见的并发症,与患者预后密切相关,手术、麻醉、环境等因素均可影响患者体温<sup>[10]</sup>。手术室护士提前调整手术室的温度(22~24℃)及湿度(40%~60%)<sup>[11]</sup>,必要时使用加温毯,提前复温术中需要冲洗伤口的液体,促进手术患者的安全和舒适。

##### 1.2.3.3 术后护理

###### 1.2.3.3.1 皮瓣观察与护理

皮瓣的血管危象是导致手术失败的最常见因素,术后的皮瓣血运观察是术后护理最重要的部分<sup>[12-13]</sup>。术后 72 h 是皮瓣血液循环障碍高发期,以 24 h 内最为常见,此阶段是皮瓣观察的关键期<sup>[14-15]</sup>,故专病医护小组成员纳入术后 72 h 内中夜班值班护士,便于无间断观察患者皮瓣血运情况,主要观察皮瓣的色泽、皮温、组织肿胀程度、进行毛细血管充盈实验及针刺实验。术后 24 h 内观察频率为每小时监测一次,并拍照记录,上传专病医护一体化微信群,以便成员及时了解病情变化,发现异常能及时处,若病情危急,则调整为每 15 分钟监测一次,至血管危象解除后再按常规时间观察<sup>[16]</sup>。术后 24~72 h 观察频率为每两小时监测一次,术后 4~10 d 观察频率延长至每 6 小时监测一次。皮瓣温度应等于或略高于健康皮肤 1~2℃,若低于 3℃以上并伴有色泽的改变,常提示有血液循环的改变。皮瓣色泽可反映皮下血液循环状态,皮瓣色泽应与供区色泽基本一致,术后 1~2 d 稍显苍白;若皮瓣颜色变暗、紫绀,则为静脉淤血;如皮瓣颜色灰白,则为动脉缺血。皮瓣移植后多有轻度肿胀,当发生静脉栓塞时肿胀加重,若出现皱纹甚至呈干瘪状,则提示有血管危象。

###### 1.2.3.3.2 体位护理

TCTJ 患者麻醉清醒后返回病房需长期卧床休息,预防压疮及下肢静脉血栓形成很有必要。术后去枕平卧,待患者生命体征平稳后可改为舒适体位,但必须保障皮瓣的血供,避免挤压或过度牵拉血管蒂。嘱家属协助患者在床上活动双侧上下肢,待病情稳定后鼓励患者多下床活动,预防静脉血栓形成。

###### 1.2.3.3.3 气管切开护理

保持气管导管通畅,观察痰液颜色、性状和量,及时清理呼吸道分泌物。更换气管内导管,2 次/d,消毒

瘰口周围皮肤,更换纱布垫。鼓励患者咳嗽,必要时吸痰,维持室内湿度在 55%~65%<sup>[17]</sup>。给予气道湿化,使用加湿器提高湿度,防止痰液结痂阻塞气道,遵医嘱给予药物雾化吸入,湿化痰液。

#### 1.2.3.3.4 饮食护理

由于颈胸交界部位距离口腔和食管较近,术后严重影响患者进食,加之机体创伤较大,因此术后饮食护理尤为重要。请营养科会诊制订营养方案,术后 24 h 开始定时定量给予鼻饲高蛋白、高维生素、易消化的流质饮食。根据病情拔出胃管后给予清淡、富含营养的软食。

#### 1.2.3.3.5 疼痛护理

TCTJ 患者手术创伤大,伤口涉及颈部、胸部及腹部,术后疼痛明显,适时采用数字疼痛评分法(NRS)对疼痛进行评估<sup>[17]</sup>,根据患者不同疼痛程度采取个性化的护理措施,必要时给予镇痛药物治疗;咳嗽剧烈者给予有效的化痰镇咳措施,避免剧烈咳嗽而加剧疼痛。同时,可结合正念呼吸训练法,一方面能够缓解患者焦虑抑郁等负性情绪,另一方面能够避免因疼痛导致快而浅的无效呼吸,利于康复训练<sup>[18]</sup>。

#### 1.2.3.3.6 吞咽训练

TCTJ 患者术后常有吞咽功能改变,系统化训练有助于吞咽功能的恢复。术后 10 d 开始吞咽功能训练,首先放松颈部及咽喉部肌肉、点头、仰头、左转头、右转头、耸肩,口唇闭锁、鼓腮、舌体运动训练,以协调吞咽运动,术后 2 周无咽痿出现,则逐步进食流质饮食或半流质饮食。

#### 1.2.3.3.7 康复训练

晚期头颈肿瘤患者因病变范围广,术中会对颈部淋巴管、淋巴结、与之紧密相邻并可疑受肿瘤细胞侵犯的脂肪结缔组织和肌肉,以及对侵犯到维持人体重要功能的血管、副神经等一并切除,导致其面颈部循环障碍,出现头面部肿胀、疼痛、肩臂活动受限等,从而严重影响生活。尽早开展康复训练可以有效改善患者近期局部症状,减轻局部肿胀不适。远期可明显改善其头颈部及肩部功能,提高患者预后生活质量。

#### 1.2.4 出院后随访

患者术后 6 个月内每 1~2 个月复查 1 次,6 个月后每 2~3 个月复查 1 次。若发现颈部肿物、胸部及腹部有异常症状,如出血、肿物等,应及时就诊;并向患者强调终身随访的重要性。

#### 1.3 资料收集

采用自行设计表格记录所有患者的一般人口学资料、手术方式、护理方案、皮瓣存活时间、术后住院时间、伤口恢复情况、心理健康状态及营养状态等。术后皮瓣存活情况,可分为完全存活、部分存活和完全坏死。术后住院时间指手术后当天至出院的时间。术后伤口恢复情况,分为甲级、乙级和丙级愈合。采用抑郁自评量表(SCL-90)评估患者出院后心理健康

状态,总分低于 160 分记为心理健康状态良好。术后低蛋白血症为营养不良的重要指标,记录检查发现低蛋白血症出现时间到完全就诊时的时间间隔。

#### 1.4 统计学处理

采用 Excel2020 软件进行数据处理,计量资料采用  $M(Q_1, Q_3)$  描述。

### 2 结 果

通过护理人员精心、有效的护理,胸大肌带蒂皮瓣和游离空肠存活率 100%,其中 2 例胸大肌带蒂皮瓣修复患者术后 4 h 出现皮瓣红肿充血明显,考虑静脉回流障碍,经医生及时处理后恢复正常,1 例游离空肠修复患者术后 6 h 出现空肠观察窗苍白,颈部切口渗血,夜班护理人员及时发现并告知医生,急诊手术抢救皮瓣后恢复正常,上肢运动功能恢复良好,无颈部及胸部伤口感染,切口均甲级愈合,5 例患者术后出现肺部感染,经积极抗感染治疗后得以有效控制,18 例患者术后均出现不同程度低蛋白血症,经营养支持治疗后于术后 6(5,8)d 纠正低蛋白血症,所有患者于手术后 17(14,21)d 顺利康复出院,所有患者围手术期心理健康状态良好,出院后 30 d SCL-90 评分 147(115,163)分。

### 3 讨 论

#### 3.1 TCTJ 围术期护理要点

TCTJ 手术难度较大,风险高,手术涉及气管、食道及重要血管神经重建,皮瓣修复缺损组织,游离空肠修复缺损食管等<sup>[1-2]</sup>,涉及人体呼吸、吞咽、语言等重要功能,故围手术期的护理至关重要。除常规护理外,其护理要点还包括多个方面。(1)皮瓣护理:皮瓣修复或游离空肠代食管修复术后密切观察患者皮瓣存活情况是关键,医护团队协作有利于及时发现异常,尽早给予相应处理,有效提高皮瓣存活率。(2)重视功能康复训练:手术对 TCTJ 患者均可能造成一定程度功能损害,如言语、呼吸、吞咽咀嚼及肢体活动等功能障碍,尤其是言语及吞咽功能明显降低,严重影响患者日常生活<sup>[19]</sup>。(3)特殊护理:腹部空肠切取术后影响胃肠道功能,甚至出现肠梗阻、肠坏死等严重并发症,均是围手术期重点护理观察内容<sup>[20]</sup>;胸部皮瓣切取术后胸大肌缺损,较长切口瘢痕影响肢体活动<sup>[21]</sup>;医护团队可与胃肠外科、康复科等进行多学科合作,提升专病护理质量。(4)心理护理:患者承受着巨大手术创伤痛苦,身心疲惫,且由于疾病的特点,术后仍有复发、转移或恶化可能,从而产生悲观、恐惧、绝望的心理;在 TCTJ 的围手术期护理实践中,应全面地对患者进行治疗干预<sup>[22]</sup>。

#### 3.2 创新结合护理模式,提供全面、精准、有效的护理

本研究中,将个案化管理模式与专病医护一体化工作模式相结合,运用到 TCTJ 患者的围手术期护理中,能够充分发挥两者的优势,更精准有效地为患者



提供优质护理。两种模式对医生和护士的要求较高,在今后的临床实践中,可加强医护人员的培训,提升头颈部少见肿瘤围手术期护理的专业能力及团队协作的主观能动性,以利于发挥两者的优势,无论是对于患者自身的健康还是对于医疗质量的提升均有十分重要的意义。

综上所述,对 TCTJ 根治性切除并胸大肌带蒂皮瓣修复或游离空肠代食管修复手术患者实施精准有效的个案化管理模式结合专病医护一体化模式,促进患者的心理与生理健康,使其积极融入社会环境,从而提高患者生活质量,值得推广。本研究不足之处在于患者数较少,未进行对照研究,在后续的研究中,将纳入更多的研究病例,引进更先进的护理理念,促进患者康复。

## 参考文献

- [1] WANG S, CHEN Z, ZHANG K, et al. Individualized surgical treatment for patients with tumours of the cervicothoracic junction[J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2022, 34(6): 1024-1030.
- [2] PREZERAKOS G K, SAYAL P, KOURLIOUROS A, et al. Paravertebral tumours of the cervicothoracic junction extending into the mediastinum: surgical strategies in a no man's land[J]. *Eur Spine J*, 2018, 27(4): 902-912.
- [3] UPILE T, TRIARIDIS S, KIRKLAND P, et al. How we do it: the anterior thoraco-cervical approach to tumours of the thoracic inlet[J]. *Clin Otolaryngol*, 2005, 30(6): 561-565.
- [4] 彭翠娥, 李赞, 周晓, 等. 舌癌根治并游离皮瓣修复术患者个案护理管理研究[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(12): 21-24.
- [5] 崔俊燕, 吴俐昊, 吴玮. 专病医护一体化工作模式在人工全膝关节置换术中的应用与发展[J]. *系统医学*, 2020, 5(21): 196-198.
- [6] 陈瑾. 健康促进管理模式对患者术后康复的系统管理价值[J]. *中医药管理杂志*, 2020, 28(6): 168-169.
- [7] 郭建英. 医护一体化护理模式在心脏瓣膜置换术中的应用效果[J]. *山东医药*, 2016, 56(20): 80-81.
- [8] 董祯炆. 基于失效模式及效应分析的管理模式预防耳鼻喉科术中头面部医疗器械相关压力性损伤的效果[J]. *临床医药实践*, 2023, 32(2): 152-154.
- [9] 王帅, 谭黎杰, 葛棣, 等. 颈胸交界处肿瘤的手术入路和方法[J]. *中华胸心血管外科杂志*, 2021, 37(6): 358-362.
- [10] 彭翠娥, 李赞, 周晓, 等. 舌癌根治并游离皮瓣修复术患者个案护理管理研究[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(12): 21-24.
- [11] 林雄坡, 刘云肖, 马京华, 等. 基于专家共识围手术期预防术中低体温护理措施实施现状[J]. *中国医药科学*, 2023, 13(3): 158-161.
- [12] 许来雨, 彭伶俐, 黄伟红, 等. 皮瓣移植术后血管危象识别与防控管理信息系统的开发及应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(11): 1291-1296.
- [13] CHAE M P, ROZEN W M, WHITAKER I S, et al. Current evidence for postoperative monitoring of microvascular free flaps: a systematic review[J]. *Ann Plast Surg*, 2015, 74(5): 621-632.
- [14] SMIT J M, ZEEBREGTS C J, ACOSTA R, et al. Advancements in free flap monitoring in the last decade: a critical review[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2010, 125(1): 177-185.
- [15] 张秀秀, 贾晓颖, 李娜, 等. 穿支皮瓣移植术后血管危象的处理及护理体会[J]. *天津护理*, 2020, 28(3): 337-338.
- [16] 郭巧英, 陆丽娜, 许敏霞, 等. 12 例股前外侧皮瓣移植后血管危象的观察[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47(3): 215-216.
- [17] 张邢柯, 田应选, 孙莉. 老年综合评估在老年癌症患者疼痛管理中的应用进展[J]. *现代肿瘤医学*, 2021, 29(3): 528-530.
- [18] 葛雯, 张洁文, 张麒, 等. 喉癌术后患者正念康复影响因素的质性研究[J]. *临床精神医学杂志*, 2022, 32(5): 404-407.
- [19] 许可, 邓盛, 熊荣生, 等. 原发颈胸交界部非肺源性肿瘤的外科治疗[J]. *现代肿瘤医学*, 2017, 25(1): 66-68.
- [20] 张雨娜, 叶栋, 沈志森. 游离空肠移植重建下咽和颈段食管的护理[J]. *护理与康复*, 2013, 12(7): 660-662.
- [21] 张淑彩. 胸大肌皮瓣修复头颈部晚期恶性肿瘤术后缺损 29 例围术期护理[J]. *解放军医药杂志*, 2012, 24(9): 67-70.
- [22] ROLLER-WINSBERGER R. The bio-psychosocial frailty: a key to the integrate territorial and hospital care in Europe[J]. *Eur J Public Health*, 2020, 30(Suppl. 5): 178.