

· 专科研究 ·

老年患者口腔癌根治术中风险分析及护理对策*

谢洁, 豆孝岚, 龚凤球

(中山大学附属第一医院手术室, 广东广州, 510080)

[摘要] 目的 探讨老年患者口腔癌根治术中护理风险, 并总结护理要点。方法 对 40 例老年口腔癌患者实施口腔癌根治术, 分析术中风险因素, 并采取相应护理措施。结果 40 例患者手术均顺利完成, 手术时间 3 ~ 11 h, 平均(5.5 ± 0.4)h。术中有 5 例患者出现低血压, 26 例患者出现低体温, 均采用对症处理后恢复或改善。结论 对老年患者行口腔癌根治术中的护理风险进行分析, 并采取有效的应对措施, 其是患者顺利完成手术的关键。

[关键词] 老年患者; 口腔癌根治术; 护理

[中图分类号] R473.78 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)08-0005-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.08.002

Intraoperative risks and nursing strategies of elderly patients with oral cancer operation

Xie Jie, Dou Xiaolan, Gong Fengqiu//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(8):5.

[Abstract] **Objective** To explore the intraoperative nursing risks in elderly patients with oral cancer, and summarize the nursing points. **Methods** Forty elderly patients with oral cancer were treated with radical resection and partial skin flap repair surgery. The intraoperative risk factors was analyzed and the corresponding nursing measures were performed. **Results** All the operations were successfully manipulated, with the operation time of 3 ~ 11 h, averaged (5.5 ± 0.4)h. Five patients developed with intraoperative blood pressure, 26 had low body temperature. All the symptoms were improved and cured. **Conclusion** The nursing in the operation room should analyze the nursing risks in details for the elderly patients with oral cancer radical operation and take effective measures to ensure the success of operation.

[Key words] elderly patients; oral cancer operation; nursing

口腔癌是口腔颌面部最常见的恶性肿瘤之一, 手术治疗是口腔恶性肿瘤综合序列治疗中最重要的方式^[1]。老年患者由于生理机能退化, 各脏器的代偿能力下降, 伴随着各种老年性疾病, 如心肾功能不全、糖尿病、高血压病, 对手术的耐受性较差, 手术风险相对较大。2013 年 7 月~2014 年 12 月对 40 例老年口腔癌患者实施口腔癌原发灶根治切除术, 对患者术中可能出现的风险进行分析, 并采取相应护理措施, 取得较好的效果, 现报道如下。

[基金项目] * 本课题为广东省科技计划立项项目, 项目编号为 2011B080701066。

[收稿日期] 2015-03-20

[作者简介] 谢洁(1976-), 女, 广东潮州人, 主管护师, 本科, 主要从事手术室口腔及小儿专科手术护理工作。

[通信作者] 龚凤球, 副科护士长, 副主任护师, 硕士, Email: gfgz@163.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2013 年 7 月~2014 年 12 月, 本院收治的老年口腔癌患者 40 例, 男 36 例, 女 4 例, 年龄 63 ~ 84 岁, 平均(68.6 ± 3.5)岁。病理分型: 舌癌 20 例, 牙龈癌 9 例, 口底癌 4 例, 颊癌 6 例, 软腭癌 1 例。转移情况: 颈淋巴结转移 27 例, 其中双侧颈淋巴结转移 3 例。根据国际抗癌联盟分类^[2], 患者均为恶性肿瘤Ⅳ期。合并疾病: 心血管疾病 12 例, 糖尿病 7 例, 呼吸系统疾病 5 例, 泌尿系统疾病 6 例。

1.2 手术方法

患者均采用静脉吸入与气管插管复合麻醉, 均行口腔癌根治切除术, 其中 27 例行颈淋巴结清扫术, 8 例行转移皮瓣、肌皮瓣或骨肌皮瓣修复术。

2 结果

40 例患者手术均顺利完成,手术时间 3 ~ 11 h, 平均(5.5 ± 0.4)h。术中有 5 例患者出现低血压, 26 例患者出现低体温,均采用对症处理后恢复或改善。术后 33 例返回病房,7 例送 SICU 治疗,并于术后第 2 天或第 3 天转回病房继续治疗。

3 讨论

随着医疗技术的迅速发展,口腔癌根治术为口腔癌患者解除痛苦,提高其生活质量。但由于手术难度较大,手术时间长,老年患者各系统生理功能均发生退行性改变,对疾病症状反应不突出,一旦症状出现就表现为多器官功能代偿不全,增加了手术的风险。因此,术中要充分评估护理风险,并采取相应护理对策,使老年口腔癌患者安全渡过手术期。

3.1 护理风险分析

3.1.1 体位安全风险 由于老年患者肌腱韧带萎缩,骨质疏松,加上麻醉后肌肉完全松弛等原因,手术时要特别注意相关护理,不能因为过分强调暴露切口或影响手术进行而忽视体位不当导致组织损伤的风险。本组患者手术体位均为平卧头后伸位,头颈过伸容易造成肩颈关节、肌肉损伤,摆设时应特别注意。另外,老年患者由于反应及应激能力差,术后复苏期有躁动坠床的风险。

3.1.2 血压异常 患者情绪变化,手术应激,术中失血、失液,老年人心血管系统退行性变和疾病使心脏贮备和代偿功能降低,都对循环系统改变的适应性下降,加之麻醉药物扩张血管作用,使血压波动较大。一方面,可能引起血压升高,出现头晕、呕吐,甚至消化道应激性出血;另一方面,可能引起血容量减少,血管扩张,出现低血压,使心肌缺血、缺氧,容易引起心律失常等心血管意外。本组术前有 12 例患者合并心血管疾病。

3.1.3 水电解质和酸碱平衡紊乱 因患者术前禁食、禁饮致摄入减少,常有不同程度的体液不足,加上术中失血、失液,过渡通气以及心肺功能不全等,均可引起患者术中水电解质和酸碱平衡紊乱^[3]。本组术前有 5 例患者合并呼吸系统疾病。

3.1.4 呼吸道梗阻 口腔癌手术涉及舌、口底、口

咽部、颈部,部分患者术后因失去颌骨支撑作用,舌口底组织后坠而阻塞气道。老年人呼吸道黏膜萎缩,黏膜纤毛和保护性功能降低,渗液、渗血以及分泌物等容易引起痰堵误吸,导致呼吸道梗阻^[4]。本组术前有 5 例患者合并呼吸系统疾病。

3.1.5 术中低体温 在手术室特殊环境中,有 50% ~ 70% 的患者会出现术中低体温^[5],以老年患者为甚。老年人皮肤血管收缩反应能力减退,以及麻醉后体温调节中枢受抑制,术前身体暴露消毒,术中低体温环境,大量输液、输血,手术时间长,均可导致术中低体温危险^[6]。

3.1.6 皮肤压疮 由于手术创伤,手术时间长,本组患手术平均时间(15.5 ± 0.4)h,局部受压组织处于低灌注或缺血状态的时间长,导致受压皮肤损伤发生率高^[7];同时体位固定,手术应激也易造成皮肤压疮。

3.1.7 潜在术中感染 手术过程导致术中感染是多方面的,包括医务人员的无菌操作,手术时间以及患者自身的抵抗能力。本组患者年龄大,手术复杂,时间长,术中钛钉、钛板支撑重建等,因此术中感染风险较大。

3.2 护理对策

3.2.1 做好体位安全管理 口腔癌手术体位为平卧、肩垫高、头后伸、偏向健侧。老年患者耐受力差,特别是手术时间长,体位摆放至关重要。一方面,要保障呼吸和循环系统顺畅;另一方面,又要保证患者手术舒适及术野充分暴露。体位摆置前,向患者耐心解释体位与手术的关系以及可能出现的不适,并询问患者脊柱及肩颈是否有伴随疾病,对于有伴随疾病者,头不能过度后伸,垫肩不能高,适当调整手术床。头颈部位分别采用啫喱垫头圈和棉纸卷保护,头两侧用沙袋固定,防止颈部长时间悬空及术中摇摆。患者躺上手术床后,在手术床中部安装床挡板,并用固定带固定好患者,防止术前及术后复苏期躁动坠床。本组有 3 例患者由于体重超重,手术床相对其体型过小,通过加装双托手板放置双手,避免挤压。

3.2.2 做好生命体征监测,防止血压异常 对原有高血压患者要嘱咐其手术当日按平时剂量服用降压药。患者进入手术室后,巡回护士要耐心解释

并解答疑惑,做到多沟通、多安慰,以缓解患者紧张、恐惧心理,预防心因性高血压。手术过程要密切监测患者生命体征情况,术中合理补液,出血量多,手术时间长或术中输胶体溶液时,要特别注意观察患者血压、脉搏及每小时尿量,做好中心静脉压监测,防止术中血压过低或过高。本组有3例患者术前血压过高,通过心理护理和药物等对症处理血压控制平稳;5例患者术中出现低血压,按医嘱应用升血压药物及补充血容量后患者手术顺利完成。

3.2.3 维持内环境稳态 手术过程严格控制晶体溶液输入量,注意观察患者皮肤弹性、温度及周围循环状况,并密切观察患者生命体征变化、中心静脉压及心肺功能情况,防止液体过量。协助麻醉医生做好术中血气分析,根据血气分析结果,遵医嘱给予补钾、补钙或补碱等药物,及时纠正水电质酸碱平衡紊乱,保持内环境酸碱平衡。本组有2例患者术前出现头晕、低血糖症状,及时给予对症处理,患者术中均未出现内环境失调。

3.2.4 保持呼吸道通畅 老年人手术要求麻醉和手术期加强监控患者呼吸和循环系统等功能,以便及时发现病情变化情况^[7]。高龄特别是合并有呼吸道疾病患者,因其咽喉部反射减弱,术前插管时容易引起咽喉部水肿或由于喉头肌肉收缩,反射性引起开放的声门关闭而出现呼吸道梗阻。巡回护士术前要备好吸氧器,气管切开包及抢救药物,以便随时应对抢救行气管切开术;术中密切观察患者生命体征变化情况及血氧饱和度、呼吸频率等。本组有1例患者麻醉期间出现喉痉挛,舌根后坠和气管分泌物阻塞,由于及时发现给予吸痰,面罩正压给氧后患者症状改善。

3.2.5 做好保暖 患者术中低体温,不但影响机体凝血、心血管、中枢神经及代谢等功能,还会增加切口感染和术后并发症的发生率^[8],因此,护理干预对预防低体温导致的手术风险具有重要意义。本组患者进入手术室前,巡回护士提前0.5~1 h打开手术间的空调系统,预先将室温调至24~26℃,相对湿度45~55%,使用充气式暖风机对手术床单进行预热。患者进入手术间后,再根据患者个人感受对室温进行调整。术前皮肤消毒时关闭空调,非术野区域覆盖棉被以减少术中散热,术中严密监测患者

体温变化情况。本组26例患者术中出现低体温,及时采用加温液体输入及充气式暖被保暖等措施,效果良好,术毕正常拔管,未影响复苏。

3.2.6 预防皮肤压疮 压疮是由于局部组织长期受压,导致局部血液循环障碍,皮肤组织缺氧、缺血损伤^[9]。手术受压部位在手术6 h内发生的压疮为急性压疮,病情进展迅速^[10]。本组患者为老年患者,在手术床铺上放置防压疮啫喱垫,体位摆放时动作轻柔,各关节处垫啫喱软垫,约束带固定松紧适宜,每隔1~2 h在不影响手术操作情况下,检查并按摩受压部位或抬高双下肢5 min,促进血液循环。

3.2.7 预防感染 在手术操作前,先对口腔进行清洗和术野彻底消毒,用0.1%氨多福消毒黏膜,再用生理盐水清洗。术前做好手术间及空气消毒,保持室内清洁卫生。必要时患者术前0.5~2 h应用抗菌药物,术中每3 h追加1次,预防感染,本组患者均预防性使用抗菌素。术中严格遵守无菌操作规范,术中所用重建钛板、钛钉尽量备足已灭菌的各种型号,现用现开,洗手护士应将其放置在器械台相对干燥洁净处待用,避免接触血液和其他物品。手术操作尽量快速准确,缩短手术时间,防止暴露时间过长导致感染。

4 小结

老年患者行口腔癌根治性术,由于其自身特点,术中更容易发生体位安全、血压异常、水电解质和酸碱平衡紊乱、呼吸道梗阻、术中低体温等风险。因此,手术室护士要有较高的专业素质,熟悉手术的解剖、生理、病理和手术步骤,同时也要有高度责任心和敏锐的临床观察能力和分析能力,术前做好详尽的护理风险分析,并采取针对性的护理对策,使老年口腔癌患者顺利渡过手术期。

参考文献:

- [1] 殷学民,李燕,吕晓智,等. 同期胸大肌皮瓣修复晚期口腔癌术后巨型缺损[J]. 南方医科大学学报,2010,30(11):2546-2547.
- [2] 尚伟,王琪. 2002年唇及口腔癌分期方案[J]. 国外医学·耳鼻喉科学分册,2004,28(1):60-62.
- [3] 申振亚,周发春,杨洁. 围手术期水电解质紊乱临床诊治[J]. 中国实用外科杂志,2014,34(2):145-149.