

喉癌患者术后咽痿发生的观察及护理

梁龙君, 孟玮, 何双八

(东南大学医学院附属南京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏南京, 210001)

[摘要] **目的** 总结喉癌患者术后咽痿发生的观察及护理要点。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2016 年 6 月 50 例未行放疗的喉癌患者, 对术后 1~15d 的喉癌患者的痰液性状、颜色及气味变化以及发生咽痿情况进行记录并做好相关护理。**结果** 50 例患者中 8 例发生咽痿, 术后 3~5d 痰液黏稠、臭味增强及厌恶度升高, 异味加重。1 例患者术后 3d、7 例患者均于术后 5~10d 确诊为咽痿。经护理 3 例患者经局部开放换药约 2~4 周瘘口愈合。5 例患者经 4~6 周常规换药不能自行愈合, 行二次手术行胸大肌皮瓣修补, 愈合时间术后 10~104d, 平均 (56.03 ± 16.87) d。**结论** 观察喉癌术后患者痰液的性状颜色、黏稠和臭味可提示患者是否发生咽痿, 可作为患者术后恢复中一个较为重要的临床观察指标; 同时加强喉癌咽痿患者的相关护理, 可促进患者的康复。

[关键词] 喉癌; 咽痿; 痰液; 护理

[中图分类号] R473.73; R473.76 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2017)12-0017-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.12.005

Correlation between postoperative sputum properties and pharyngeal fistula in laryngeal cancer patients

Liang Longjun, Meng Wei, He Shuangba // Modern Clinical Nursing, -2017, 16(12): 17.

(Department of ENTHN Surgery, Nanjing Tongren Hospital, the Southeast University Medical School, 210001, Nanjing, China)

[Abstract] **Objective** To observe the correlation between postoperative sputum properties and pharyngeal fistula in laryngeal cancer patients and summarize the nursing points. **Methods** Fifty laryngeal cancer patients with partial laryngectomy but no radiotherapy were enrolled in the study to record the sputum properties change, pharyngeal fistula. The relevant care measures were taken. **Results** On day 3 to 5 after partial laryngectomy, the sputum from the patients was stickier and more odorous, and the stench intensity was increased. 1 case and another 7 ones were diagnosed as pharyngeal fistula on days 3 and 7, respectively. 3 of them were healed by local open medication for 2 to 4 weeks. The other 5 cases which were not cured with routine medication for 4 to 6 weeks were treated with repair of pectoralis major myocutaneous flap and then healed on days 10 to 104 days, averaged (56.03 ± 16.87) d. **Conclusions** The postoperative sputum properties like color, stickiness and odor can indicate the local healing condition. The relevant nursing measures can promote their recovery.

[Key words] laryngeal cancer; pharyngeal fistula; sputum; nursing

喉癌切除术后咽痿发生于 5~15d, 全喉切除术后发生率为 10%~40%, 部分喉切除术后发生较为少见^[1]。喉癌切除术后咽痿的发生不仅影响术后局部创面的恢复, 同时有可能拖延进一步治疗, 其早期症状为术后反复高热, 切口周围皮肤红、肿、压痛、渗出物增多, 气管套管周围分泌物增多, 脓痰,

味臭等临床症状。通过观察喉癌术后的、颜色、气味和性质做好咽痿的预防护理措施, 对患者及早愈合具有重要意义。笔者对 2013 年 1 月至 2016 年 6 月对 50 例喉癌术后患者痰液变化与发生咽痿的情况进行观察并做好相关护理, 为尽早发现咽痿提供理论依据, 现将结果报道如下。

[收稿日期] 2017-08-08

[作者简介] 梁龙君 (1974-), 女, 安徽淮南人, 主管护师, 本科, 主要从事耳鼻咽喉头颈外科护理工作。

[通信作者] 何双八, 主任医师, 博士, E-mail: hesb@njth.org。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 1 月至 2016 年 6 月共 50 例喉癌术后患者, 其中男 43 例, 女 7 例, 年龄 44~81 岁,

平均(62.93±10.17)岁。行全喉切除术患者 31 例,部分喉手术患者 19 例。全喉切除术者发生咽痿者 7 例,部分喉手术者发生咽痿者 1 例。所有患者术前均未行放疗,为非 CO₂ 激光手术者。

1.2 方法

对术后 1~15d 的喉癌患者的痰液性状及气味变化以及发生咽痿情况进行记录并做好相关护理。其中痰液黏度评定标准^[2]:Ⅰ度(稀痰),痰如米汤或白色泡沫状,容易咳出,吸痰后玻璃内壁无痰液滞留情况;Ⅱ度(中度黏痰),较Ⅰ度痰液黏稠,痰为白色或黄白色,需用力咳出,吸痰后玻璃内壁痰液易被冲净;Ⅲ度(重度黏痰),痰液外观明显黏

稠,呈黄色,伴血丝、血痰,不易咳出,吸痰后玻璃内壁痰液大量滞留,不易冲净,吸痰管常因负压过大而塌陷。臭味的感觉评定标准^[3]有 2 种。①臭味强度分级:0 级,无臭,无气味;1 级,勉强感觉臭味存在嗅域;2 级,稍可感觉出的臭味,味轻微;3 级,极易感觉臭味存在,味明显;4 级,有强烈的气味,味强烈;5 级,无法忍受的极强的气味,味极强烈,长期反复受到恶臭物质的刺激,引起嗅觉疲劳,导致嗅觉失灵。②厌恶度分级:+4,极愉快;+3,非常愉快;+2,愉快;+1,稍感愉快;0,一般;-1,稍感不快;-2,不快;-3,非常不快;-4,极端不快。

表 1 50 例喉癌术后患者 15d 内痰液性状或颜色、黏度及臭味情况

术后时间	1d	2d	3d	5d	7d	10d	15d
喉癌术后愈合患者							
性状或颜色	血性痰	血性痰	黄白色、血腥味	白色	白色	-	-
黏稠度(度)	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ~Ⅲ	Ⅱ~Ⅰ	Ⅱ~Ⅰ	Ⅱ-Ⅰ	Ⅱ-Ⅰ
恶臭强度分(级)	3	2	2	1~0	1~0	1~0	1~0
厌恶度分级	-2	-2	-1	-1~0	-1~0	-1~0	-1~0
例数(n)	50	50	49	47	42	42	42
喉癌术后咽痿患者							
性状或颜色	血性痰	血性痰	灰暗色、痰痂	灰暗色、痰痂	黄色	白色	白色
痰液黏度	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ
恶臭强度分(级)	3	2	3	4~5	4~5	5	5
厌恶度分级	-2	-2	-2	-3	-4	-4	-4
例数(n)	0	0	1	3	8	8	8

2 结果

50 例喉癌术后患者 15d 内痰液性状或颜色、黏度及臭味情况见表 1。有 1 例患者术后 3d 确诊发生咽痿;7 例患者均于术后 5~10d 确诊为咽痿。喉癌术后发生咽痿患者前 2~3d 出现体温升高,体温波动范围为 37.8~39℃,负压引流量增多,伤口敷料渗出增加,色灰暗,痰液黏稠、臭味增强及厌恶度升高,异味加重,局部皮肤出现红、肿、压痛,与正常恢复患者在同等气道湿化的条件下,分泌物性状改变,有少量痰痂形成。经护理 3 例患者经局部开放换药约 2~4 周痿口愈合。5 例患者经 4~6 周常规换药不能自行愈合,行二次手术行胸大肌皮瓣修补,愈合时间术后 10~104d,平均(56.03±16.87)d。

3 讨论

3.1 痰液性状变化可提示咽痿的发生

感染是喉癌术后发生咽痿最主要的原因。喉切除手术中,喉咽腔术野完全暴露,术后咽腔的分泌物容易潴留于喉咽缝合缘处,分泌物积聚引起切口感染并向皮肤表面破溃形成咽痿^[4]。咽痿形成后,分泌物增多,造成局部潮湿的环境,有利于细菌的滋生,进一步破坏组织,造成局部组织坏死、脱落,造成创口不愈合并形成窦道和痿管,加重感染,两者相互影响^[4]。痰液主要成分由支气管黏膜上皮的分泌黏液的腺体和杯状细胞分泌的。感染时由于大量炎症细胞核破坏而产生的 DNA 使痰液的黏稠度显著提高。其中包含黏液、异物、病原微生物、各

种炎症细胞及坏死脱落的黏膜上皮细胞等成分形成不易排出的脓痰。喉癌手术后分泌物性状及气味的改变,与患者再造喉体组织局部愈合情况密切相关,可尽早发现咽痿,为下一步对症治疗提供参考。喉癌切除术后排除肺部感染后痰液以下情况可提示咽痿:术后 5~7d 患者痰液性状黏稠、量多、异样臭味明显,伤口渗出增多,局部脓腔形成。同时患者可伴有术后 3~5d 反复发热甚至高热、血白细胞增高,中性粒细胞增高。本组 8 例患者中 1 例于术后 3d 痰液味臭、黏稠,颈部敷料色暗,伴有低热,经 X 线排除检查肺部感染后伤口开放换药,可见咽痿形成。其余 7 例患者持续Ⅲ度黏痰,量增多,味臭逐渐加重,同时伴有发热,伤口渗出增加,敷料外观颜色灰暗,负压引流液见浑浊味臭引流液,开放引流仍有异味出现,提示未能开放的脓腔。

3.2 喉癌术后发生咽痿的护理

3.2.1 健康教育 喉癌患者术后发生咽痿,嘱患者勿做吞咽动作,勿经口进食,减少对伤口残余黏膜的牵拉及分泌物对伤口的刺激;嘱患者避免头颈部过度活动,以免伤口组织裂开;加强术后患者翻身、叩背,并告知家属减少探陪人员,避免交叉感染。

3.2.2 气管切开的护理 喉癌术后发生咽痿,除严格按照气管切开护理常规进行护理外,需加强呼吸道管清理和无菌操作,及时更换浸湿的气管开口纱布,气管套管口外敷双层湿纱布以利气道湿化;根据痰液性质、黏稠度,采用墙壁式氧动力雾化吸入持续进行气道湿化,若痰液为Ⅲ度,补加湿化液量为 4~8mL/0.5h,若痰液为Ⅰ~Ⅱ度,则将湿化液调整为 2~4mL/h;及时评估患者的吸痰指征,按需吸痰,遵循先气道,再口腔、鼻腔吸痰,不同部位使用不同吸痰管,气道吸痰时防止高负压插入式吸痰及拉锯式吸痰,而采用改良吸痰深度吸痰法吸痰,减少患者的刺激性呛咳^[6]。

3.2.3 口腔护理 研究发现^[7],咽痿感染主要来自口、鼻腔分泌物。因喉癌患者术后改变正常的进食模式,以鼻饲管代替经口进食,由于鼻饲管的刺激及术后咽喉腔分泌物滞留,使口腔分泌物增多,口腔的自洁能力减弱,导致细菌繁殖。嘱患者术后 2 周勿吞咽,及时吐出口腔内分泌物,以减少分泌物

流入下咽部;早晚刷牙,勤漱口 5~6 次/d,保持口腔清洁。同时观察口腔黏膜有无炎症,口腔有无异味,及时发现口腔感染。

3.2.4 营养支持 围手术期喉癌患者有 28.79% 存在营养风险^[8]。而咽痿患者术长期不能经口进食,因此根据患者的病情、营养状况、生化结果、体质指数 (body mass index, BMI) 及患者需要量和临床治疗需求为患者制订个性化的饮食护理方案^[9]。营养支持的金标准为应用全营养支持,首选肠内营养,必要时肠内、肠外营养联合应用^[10]。给予患者高蛋白、高维生素、高热量鼻饲饮食,必要时静脉补充复方氨基酸、脂肪乳、白蛋白等以满足患者的生理需求,增加机体抵抗力,促进瘻口的愈合。鼻饲时采取半卧位,鼻饲后 30min 减少或避免吸痰,防止食物反流或呕吐增加感染的机会;同时鼻饲管要妥善固定,防止滑脱,避免加重局部吻合口的损伤。

3.2.5 积极换药 喉癌患者术后 5~7d 发生咽痿后,大量的分泌物流出浸湿敷料,需积极配合医生换药,每日 2~3 次,换药时根据伤口分泌物培养的结果选择合适的冲洗液冲洗创面。冲洗后局部喷重组人表皮生长因子溶液促进新鲜肉芽组织增生,促进瘻口的修复及愈合。瘻口予以碘仿纱条填塞,保持局部敷料的清洁干燥,观察包扎敷料是否松脱、包扎过紧、渗血、渗液等。其中 2 例患者以分泌物、伤口敷料渗出增多,出现恶臭味,开放局部可疑部位引流脓性液体,可观察到混浊、味臭引流液,并开放引流。本组 5 例患者经 4~6 周常规换药不能自行愈合,行二次手术行胸大肌皮瓣修补,愈合时间术后 10~104d,平均 (56.03±16.87)d。

3.2.6 体温升高的护理 喉癌患者术后 3~5d 发生咽痿,体温升高。8 例患者中 1 例患者排除肺部感染,体温 38.5~39℃,其中 3 例患者体温恢复正常后又出现发热及血白细胞增高,其中 2 例患者体温持续 37.8~38.5℃。密切观察患者的生命体征变化,做好体温监测;嘱患者卧床休息,减少体力消耗;及时补充水、电解质,必要时静脉补液;选择合适的降温方法,首选物理降温,以温水擦浴及冰袋冷敷为主,必要时采用药物降温;出汗后及时更换衣物,避免患者出汗较多引起虚脱;因发热致口唇

干燥脱皮,可采用黄瓜切薄片敷唇部,保湿效果较明显。

4 小结

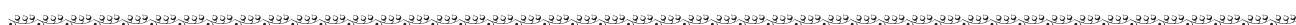
喉癌术后出现咽瘘会大大延长患者的愈合期,增加患者的痛苦,因此需根据喉癌术后 3~5d 痰液黏稠、臭味增强及厌恶度升高,异味加重,可判断咽瘘发生并及时进行相关护理,从而促进咽瘘的及早发现以及尽快愈合。

参考文献:

[1] 王天铎. 喉科手术学[M].2 版.北京:人民卫生出版社, 2007:392.
[2] 蓝惠兰,李雪球,覃铁和,等.机械通气患者吸痰前气管内滴注生理盐水湿化的比较研究[J].中华护理杂志, 2005,40(8):567-569.
[3] 苏家坤,赵峰,魏小林,等.影响喉癌及下咽癌术后咽

瘘的多因素分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015,29(7):581-584.
[4] 李红权. 全喉切除及下咽癌术后咽瘘的相关危险因素分析[J].现代中西医结合杂志 2013,22(36):4070-4071.
[5] 夏倩.人工气道吸痰方法的研究进展[J].护士进修杂志,2015,30(9):783-786.
[6] 刘丹,郭其云,马良,等.下咽癌术后咽瘘 17 例相关病原菌及药敏分析[J].中国全科医学,2015,18(26):3188-3191.
[7] 胡丽荃,吴洁丽,陈新林,等.围手术期喉癌患者营养风险与生存质量的调查研究[J].现代临床护理,2014,10(7):1-4.
[8] 林意,李凤,杨伟丽.个体化饮食护理计划在降低喉癌术后患者肠内营养并发症中的作用[J].现代临床护理,2013,12(5):40-42.
[9] 黎介寿.临床营养支持的发展趋势[J].肠外与肠内营养,2010,17(1):1-4.

[本文编辑:李彩惠]



·编读往来·

医学类论文中数字的用法

阿拉伯数字使用规则:①凡是可以使用阿拉伯数字而且很得体的地方,均应使用阿拉伯数字;②公历世纪、年代、年、月、日和时刻必须使用阿拉伯数字,年份不能简写;③计量单位前的数字和统计表中的数值一律使用阿拉伯数字;④多位数的阿拉伯数字不能拆开转行。

汉字数字的用法:①数字作为词素构成定型词、词组、惯用语、缩略语或具有修辞色彩的词句,应使用汉字,例如:十二指肠等;②邻近的两个数字并列连用表示概数时,应使用汉字,连用的两个数字之间不加标点,如三四家医院等;③不定数次一律用汉字,例如:任何一例患者,无一例死亡。

参数与偏差范围的表示:①数值范围号的使用应统一,一般使用浪纹连接号“~”。②单位相同的参数范围,只需写出后一个参数的单位,例如:35~45℃。③百分数范围:前一个参数的百分号不能省略,例如:50%~60%。

[本刊编辑部]