



手术治疗8例鼻部基底细胞癌患者的围手术期护理

欧梅辉 陈秋鸿 (解放军第一七五医院 厦门大学附属东南医院耳鼻咽喉颌面外科 福建漳州 363000)

摘要:目的 探讨鼻部基底细胞癌切除术的围手术期护理。方法 对8例鼻部基底细胞癌患者进行围手术期护理,观察其治疗效果和预后。结果 8例患者带蒂皮瓣转移,皮瓣全部成活,预后良好。结论 鼻部基底细胞癌手术切除行皮瓣转移,术前后正确实施基础护理、专科护理措施是保证皮瓣成活的关键。从而减轻病痛,缩短住院日期,提高手术成功率,取得理想的修复效果。

关键词:基底细胞癌 手术治疗 护理

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)07-307-02

基底细胞癌是一种常见的皮肤癌,是与紫外线照射相关的皮肤癌^[1]。多发生于老年人的鼻面部,对容貌的影响较大。治疗基底细胞癌,早期诊断、早期手术切除是临床治疗的关键^[2]。我科对8例鼻部基底细胞癌患者进行手术切除治疗,术前后采取围手术期护理,术区无感染、皮瓣均存活、无坏死等并发症发生,手术效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年1月至2016年9月我科收治的鼻部基底细胞癌患者8例,其中男性3例,女性5例,年龄51~82岁,平均年龄63岁。病程为1~20年,平均住院日10天。行皮瓣转移修复8例患者,5例取皮于锁骨下皮肤,3例取皮于鼻唇沟,术后患者皮瓣均存活,皮瓣质地、柔软度、色泽均与周围皮肤接近。

1.2 手术方法

患者全麻下行鼻部基底细胞癌扩大切除+皮瓣转移修复术。气管插管全麻成功后,患者取平卧位,以5%碘伏消毒鼻面部皮肤,以2%碘酒、75%酒精消毒待植皮部位皮肤,术区铺无菌手术巾。距溃疡基底部外缘5mm~8mm处作切口,切开皮肤、皮下组织,于软骨膜下切除病变,切缘电凝止血。以3%双氧水、0.9%生理盐水、1%碘伏清洗创面。测量鼻部创面面积。以0.5%碘伏、75%酒精消毒待植皮部位皮肤,切取全厚皮,供区皮肤间断缝合后无菌纱布包扎。移植缝合于鼻面部缺损区,创面打包加压包扎。鼻部术区留置多个侧孔的细引流管1根,接负压吸引器,术侧鼻腔留置通气管后以PVA绵行前鼻孔填塞。将肿瘤组织送病理检查。

2 结果

8例病例术后病理报告均为基底细胞癌,切缘均阴性。8例患者出院时手术切口均甲级愈合,治愈出院。出院病人均随访6个月,半年后皮瓣修复术患者术区颜色正常、局部平整,触痛觉及温度觉恢复,供区切口对合齐,无裂开及异常红肿,愈合良好。随访期间未见肿瘤局部复发,无明显瘢痕,对鼻面部形态满意。鼻唇沟修复者鼻唇沟形态正常。

3 围手术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理:因为手术部位在鼻部,患者担心手术影响面部外观、预后差等不良后果,而产生恐惧、焦虑,甚至悲观等情绪。责任护士应加强与患者、家属交流,了解其心理变化。详细耐心讲解疾病的相关知识,介绍手术成功的病例,给予心理指导,以消除患者及家属对手术的顾虑,树立其战胜疾病的信心,促使积极配合治疗,确保手术成功。

3.1.2 术前检查:完善手术前各项辅助检查,如心电图、三大常规、肝肾功、免疫四项、血型、凝血因子五项、胸片等,年龄大于60岁的患者均行心肺功能检查、评估。如有高血压、糖尿病等基础疾病者,要积极配合医生治疗,待各项指标稳定于正常范围内,再进行手术治疗,以免影响手术治疗的效果。

3.1.3 术前准备:术前一日常规术区备皮,如剪鼻毛,男性患者需剃胡须。交代全麻患者术前一晚22:00开始禁食,一般禁食12小时,禁水4~6小时。术晨更换手术衣,术前半小时内肌注鲁米那0.1g、阿

托品0.5mg,起镇静和减少腺体分泌的作用。术前半小时内用500ml的生理盐水冲洗鼻腔,根据身体状况,遵医嘱输注抗生素预防感染以及肌注蛇毒血凝酶防止术中出血。

3.2 术后护理

3.2.1 体位护理:患者均为全麻手术,术后去枕平卧头偏向一侧,保持呼吸道通畅,以免呕吐物误吸入呼吸道引起窒息。6小时后给予半卧位,有利于术区转移皮瓣的血液循环,减轻术区创面渗血和肿痛不适,促进伤口愈合。

3.2.2 病情观察:术后6小时持续低流量吸氧1~2L/min,持续心电图监护,密切观察生命体征及术区敷料渗血渗液情况,及时更换敷料,预防感染。

3.2.3 疼痛护理:伤口疼痛可导致焦虑,烦躁情绪,疼痛可反射性地引起血管痉挛,致使末梢血管收缩,血运欠佳导致血循环障碍^[4],影响皮瓣成活。因此术后观察病人情况,倾听病人主诉,评估疼痛程度。伤口疼痛时要安慰病人,分散注意力,必要时使用镇痛药以减轻疼痛。

3.2.4 皮瓣观察与护理:住院期间密切观察皮瓣的颜色、温度、肿胀及局部毛细血管充盈情况。正常毛细血管充盈时间为1~2s。若皮瓣颜色苍白、无弹性、干瘪,毛细血管充盈延长或不明显,皮温突然下降,用针尖划破表皮后出血少或不出血^[3],提示血液循环障碍。应及时通知医生,给予相应的处理。

3.2.5 引流管护理:嘱患者避免用力摇晃头部,以免引流管受压、扭曲、脱出,导致引流受阻、颜面部肿胀,延缓愈合,注意观察引流液的量、色、性质,并做好记录。

3.2.6 创口护理:术后加强抗感染用药,减少炎性渗出。为预防术区血肿,术后需加强加压包扎48小时,包扎敷料松紧度适宜,每日换药,切口渗出液多时要及时更换敷料,保持术区清洁干燥。为促进术区切口愈合,给予氦氖激光治疗仪照射(2次/日,15~20分钟/次)促进炎症吸收、改善血液循环。术后48小时取出鼻腔内填塞物,术后7天予切口拆线。

3.2.7 口腔护理:予复方硼砂溶液及双氧水漱口,必要时行口腔护理及口腔冲洗,保持口腔清洁卫生,促进食欲。

3.2.8 饮食护理:患者鼻面部手术后,局部肿胀明显,可进食营养丰富、易消化的温凉流质、半流质饮食(如肉汤、面线、稀饭),术后第3天可进软食,术后2周内避免进食油炸类、辛辣、过热、过硬等刺激性食物及参类活血食物,防止因咀嚼增加伤口张力,影响伤口愈合。多食新鲜蔬菜、水果,避免大便干燥、便秘现象。

3.3 出院指导嘱患者保持伤口清洁、干燥。夏天避免术区出汗,冬天要注意局部保暖,如:术区为鼻部者术后3个月内不可按压鼻部,并预防上呼吸道感染;术后避免用力咀嚼及面部表情活动。定期随访,如有异常及时来院就诊。

4 讨论

基底细胞癌好发于颜面部,据统计85%位于颜面部^[5]。多为原发性的基底细胞癌,病理恶性程度低,临床进展缓慢,易于诊断;但该病均为高龄的老年患者,行动不便,防范意识不强,家属疏于照顾,(下转第309页)



(PROCEED), 指在执行教育、环境干预中运用政策、法则及组织等手段^[8]。格林健康教育模式已是健康领域中使用最为广泛、评估最为全面的模式之一,也是社区健康促进和公共卫生干预的有效模式。格林模式的干预对象包括健康者和疾病患者,其研究方向主要包括疾病的预防、护理、健康保健和健康需求评估等。其中在疾病的护理中,已应用到高血压^[9]、冠心病^[10]、缺铁性贫血^[11]、乳腺癌等癌症^[12]护理干预中。同时,也有研究将其应用到老年人的压力水平、希望水平等。而格林模式正是基于多学科视角的模式,由上可知,目前该模式已应用在多种领域的健康干预中,取得了非常显著的效果。国内外已有大量的研究表明,基于格林模式理念的健康干预有利于患者健康行为及良好自我管理习惯的形成,提高其生活质量,增强对生活的信心,进而提高其希望水平,在一定程度上可以间接减少对卫生服务的使用。因此,我们在进行相关健康护理干预时,特别对于患者健康的知识、信心、行改变中,可以应用格林模式来达到健康干预的目标。本研究正是借鉴了这样的一种理论框架模式,对胰腺癌患者进行健康教育干预,以期提高其希望水平。

3.2 格林模式的健康教育对胰腺癌患者希望水平的影响

希望是指人们虽然对未来的结果未知,但是却能始终对生活持有坚定的信心和信念,它是一种动态内在力量,可以超越现状对于生命价值的正向的价值观^[13]。相关研究表明^[14],癌症对患者的生活质量和幸福感具有不同程度的影响,其中,希望是影响其生活质量及生存信念的重要因素及其对应应激源的动力^[15],是医护人员减轻患者身心障碍的重要调节中介。另有研究表明^[16],正确的疾病感知有助于减轻患者因疾病所致的不良情绪反应,有效帮助患者树立信心,提高患者的希望水平。而格林模式的健康教育主要是从胰腺癌患者的饮食、运动、药物依从性等方面进行干预,改善其对疾病知识的获益感,进而增加其希望水平,另外,本研究基于格林模式的理念,从患者的倾向因素、促成因素、强化因素等方面进行健康教育干预,从表2-1、2-2研究结果中我们可以看出,基于格林模式框架的健康教育可有效提高患者的希望水平。

综上所述,格林模式为临床护理健康干预提供了一种新的思路 and 新的视角,体现了“大健康教育观”。全世界范围内,以格林模式为框架发表的论文超过一千篇,其中,国外的研究明显多于国内的研究,并且,目前健康教育模式主要是在健康预防及促进等方面应用广泛,对于癌症患者的护理干预,特别是心理干预方面(如生理状态、希望水平等方面)相关研究还尚缺乏,因此,如何将格林模式与我国国情相结合,开发适应我国文化的干预模式框架并应用于健康教育干预中是未来的研究方向。

参考文献

[1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,

2008:201-204.

[2] Siegel R, Ward E, Brawley O, et al. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths[J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(4): 212-236.

[3] 王薇, 程芳, 施欢欢. 头颈部肿瘤患者放疗期间不适体验的质性研究[J]. 护理与康复, 2013, 12(1): 8-11.

[4] Green LW. Health education planning: a diagnostic approach[M]. Mountain View Ca: May field, 1980: 2-17.

[5] Damiani ME, Cattaneo MT, Tansini G, et al. Care of the terminally ill cancer patient[J]. J Med Pers, 2009, 7(1): 27-33.

[6] 赵海平, 王健. 血液透析病人的社会支持和希望[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(5): 306-308.

[7] 王艳华. 中文版 Herth 希望量表用于癌症病人的可行性研究[J]. 护理研究, 2010, 24(1A): 20-21.

[8] Green LW. Health education planning: an educational and environmental approach[M]. Mountain View Ca: May field, 1991: 44-214.

[9] 纪诚, 郑昊, 姚桐, 等. 格林模式在社区高血压患者健康教育中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(21): 2256-2259.

[10] Pournaghash-Tehrani S, Etemadi S. ED and quality of life in CABG patients: an intervention study using PRECEDE-PROCEED educational program[J]. Int J Impot Res, 2014, 26(1): 16-19.

[11] Sharifirad G, Golshii P, Shahnazi H, et al. PRECEDE educational model for controlling iron-deficiency anemia in Talesh, Iran[J]. J Pak Med Assoc, 2011, 61(9): 862-865.

[12] McCarthy A, Bates P. Using the Precede-Proceed model of health program planning breast cancer nursing research[J]. J Adv Nurs, 2012, 68(8): 1870-1880.

[13] Rustoen T. Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: A theoretical analysis[J]. Cancer Nurs, 1995, 18(5): 355-361.

[14] Ledderer L, La Cour K, Mogensén O, et al. Feasibility of a psychosocial rehabilitation intervention to enhance the involvement of relatives in cancer rehabilitation: Pilot study for a randomized controlled trial[J]. Patient, 2013, 6(3): 201-212.

[15] Beckerman A. Hope, chronic illness and the elderly[J]. J Gerontological Nurs, 1996, 22(5): 219-241.

[16] 常海霞, 朱枣兰, 哈丽比努·坎加库力. 延续性健康教育对维吾尔族和哈萨克族食管癌病人术后生活质量的影响[J]. 护理研究, 2014, 28(18): 2241.

(上接第306页)

界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015, 25(51): 234.

[2] 胡蓝月, 赵桂芬, 钱绪芬, 等. 支气管哮喘合并肺部感染患者的护理对策探讨[J]. 医学信息, 2015, 14(2): 252.

[3] 吉学兰. 支气管哮喘合并肺部感染实施综合护理临床分析[J]. 中国保健营养(上旬刊), 2014, 24(5): 2681.

(上接第307页)

癌肿溃烂, 腐败坏死致毁容, 影响本人及周围人群生活时才就诊。手术治疗是治疗基底细胞癌的关键方法, 而围手术期护理在确保手术成功上起了至关重要的作用。术前完善相关准备以及心理护理, 术后严密观察病情, 精心护理, 适时进行健康知识宣教, 有利于患者全面理解并配合治疗, 从而减轻病痛, 缩短住院日期, 提高手术成功率, 取得理想的修复效果。

参考文献

[1] 蒋莉, 涂平, 等. 基底细胞癌和日光角化病细胞分化差异的初步研究. Chin J Dermatol Venerol Integ Trad W Med 2010,

[4] 何威, 顾爽, 曲红, 等. 支气管哮喘合并肺部感染治疗观察与临床护理[J]. 医学美容(中旬刊), 2015, 16(5): 399.

[5] 林淑珍, 叶方英. 支气管哮喘合并肺部感染的治疗与护理效果评定[J]. 西藏医药, 2016, 37(4): 82-83.

[6] 黄宝莉. 护理干预对支气管哮喘合并肺部感染临床治疗效果的影响[J]. 实用预防医学, 2012, 19(4): 619-620.

Vol. 9 No. 2: 90. study in a defined Population[J]. Cnaee, 1992, (70): 104-108.

[2] 刘萍, 刘毅, 张晓萍, 等. 面部基底细胞癌的手术治疗[J]. 临床肿瘤学杂志, 2006, 11(1): 37-39.

[3] 邢丽娜. 皮瓣移植术围手术期的观察及护理[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(22): 4444-4445.

[4] 张晓茂, 顾群英. 皮瓣移植术的观察及护理[J]. 医药信息, 2011, 3(02): 1107-1108.

[5] 孔余聪, 周红. 鼻翼基底细胞癌的手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 15(2): 102