

1 例舌缘恶性肿瘤切除合并耐药肺结核患者的围术期护理

严静 刘静* 蔡冰星 周晓娟 陈秋君

重庆医科大学附属第二医院 重庆 400010

摘要: 总结1例舌缘恶性肿瘤扩大切除合并耐药肺结核伴气管切开患者的围手术期护理。护理要点: (1) 做好传染病防护措施, 防止交叉感染; (2) 多学科团队会诊, 确定治疗及护理重点; (3) 术前制定个性化预康复管理, 包括肺康复、营养预康复、心理预康复, 降低围手术期风险; (4) 系统整体化护理游离皮瓣, 防止血管危象的发生; (5) 精细化气道管理, 防止肺部感染; (6) 制定个性化的营养供给方案; (7) 加强肢体功能康复运动; (8) 纳入个案管理, 实施延续性护理。经过精心的治疗和个性化的护理措施, 术后第22天出院, 继续定点医院治疗肺结核, 出院后延续随访, 患者恢复良好。

关键词: 舌缘恶性肿瘤; 耐药肺结核; 气管切开; 护理

舌癌是口腔癌的一种, 恶性程度较高、生长快、浸润性较强。口腔癌的新发病人数和死亡人数, 多数来自于亚洲, 分别占全球的65.8%和74%^[1]。口腔癌5年生存率为49.0%—66.2%, 目前以手术治疗为主^[2-3]。在口腔癌手术中, 为有效保证治疗方案的安全性, 常给予患者预防性的气管切开术^[4]。耐药结核属于结核病中的一种特殊疾病, 属于难治性肺结核, 是指通过体外药敏测试确定患者所感染的结核分枝杆菌对多种或一种抗结核药有耐药性的肺结核, 由于免疫力下降受到结核分枝杆菌感染, 对肺部黏膜有明显的侵害, 从而导致肺功能下降^[5-6], 肺部感染发生率也高达43.6%, 严重影响患者预后^[7]。耐药肺结核合并舌缘恶性肿瘤扩大切除伴气管切开病例罕见, 二者的存在不仅增加了病情的复杂性, 也对护理工作提出了更高的要求。我科于2024年2月收治了1例舌缘恶性肿瘤合并耐药肺结核伴气管切开的患者, 经过多学科团队的协助与精心护理, 患者恢复良好, 康复出院, 现将护理经验报告如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料

患者男, 50岁, 因“发现右舌肿物伴疼痛4月”入院, 院外舌活检提示: (舌) 鳞状细胞癌, 门诊以“右侧舌恶性肿瘤”收入我科。入院查体: 体温36.5℃, 脉搏79次/分, 呼吸20次/分, 血压115/80mmHg, 身高169cm, 体重52kg。根据肿瘤患者营养评估量表PG-SGA评分10分C级, 实验室检查: 血红蛋白75g/L, D-二聚体598.4ng/ml, 肺功能检查: 弥散功能轻度下降; 最大呼气流速—容量曲线,

MMEF和MEF25及MEF50均有降低; 呼吸阻力周边气道阻力稍增高。诊断: (1) 右侧舌缘恶性肿瘤: 中—高分化鳞状细胞癌; (2) 右侧颈部淋巴结继发恶性肿瘤; (3) 肺结核。

1.2 治疗与转归

入院后申请营养科、感染科、呼吸内科、呼吸康复小组、麻醉科多学科综合治疗。于2024年2月1日在全麻下行右侧颈淋巴结清扫术+右舌恶性肿瘤切除术+游离皮瓣移植修复术+气管切开术, 术后第1天从ICU脱机后转回病房, 采取标准预防结合空气传播的隔离疾病预防措施, 严密加强皮瓣护理、补液、抗感染、记出入量、肠内养外营养、气道湿化、早期康复等综合支持治疗。术后第6天, 患者呼吸频率28次/分, 心率115次/分, 血氧饱和度92%, FiO₂为35% 血气分析示氧分压94mmHg, 氧合指数268mmHg, 给予调节高流量参数, 加强肺康复, 随访血气分析。术后第7天, 给予更换气管导管为金属导管; 术后第10天, 予金属导管半堵管; 术后第11天予金属导管全堵管; 术后第14天予拔除金属导管, 缝合气管处伤口; 患者术后恢复可, 治疗效果满意, 康复出院, 后续纳入个案管理延续随访, 术后1个月回访, 康复良好。

2. 护理

2.1 做好传染病防护措施, 防止交叉感染

根据医院隔离技术标准WS/T311—2023^[8], ①患者安置在单独隔离病室, 每日2次进行空气消毒; ②医务人员的防护应戴帽子、医用防护口罩; ③为患者进行吸痰、气管切开换药等操作应戴护目镜或防护面罩, 穿隔离衣; ④接触呼吸

道分泌物后实施手卫生⑤加强医生、护士、保洁、陪护人员传染病知识学习,由教学组长负责防护措施培训与考核,确保每位医护人员防护措施合格;⑥在人员安排上,护理人员相对固定,护理操作集中进行⑦减少不必要的探视;

通过以上措施的执行,该患者出院时病区医护人员、病区患者未出现呼吸道传染性疾病。

2.2 术前护理

2.2.1 多学科团队会诊,确定治疗及护理重点

患者确诊右侧舌缘恶性肿瘤,需手术治疗,术后气管切开状态伴肺功能下降,极易出现肺部感染;耐药肺结核,需采取隔离措施;患者疾病消耗大伴有重度营养不良,诸多因素加大了护理难度。因此如何做好传染病防护措施同时又做好皮瓣的护理、气道的管理、肺部感染的预防、全程营养支持等综合管理是该患者的护理重点和难点。通过多学科会诊,制定了患者的手术诊疗方案、麻醉风险评估、抗结核治疗、营养支持、护理计划、康复计划等。

2.2.2 制定个性化预康复管理,降低围手术期风险

(1)肺康复为主的物理康复训练 肺康复干预应用肺结核患者围手术期治疗中可以实现良好的治疗效果,加快患者康复,从而降低术后并发症发生率和死亡率、缩短术后住院时间和减少住院费用^[9]。措施如下:①由肺康复治疗师指导完成,构建有效呼吸模式即缩唇—腹式呼吸训练②呼吸肌训练,在呼吸训练完成后,开展体外膈肌起搏器,增加膈肌收缩力。③有氧运动训练:主要包括行走和爬楼梯等下肢训练,运动时间由5~30min/d逐渐增加到40~60min/d。

(2)营养预康复 患者BMI18.21kg/m²,近3月体重下降约5kg,PG-SGA评分10分C级,评估患者24小时摄入能量约600~800kcal,能量未达标,由营养科配制“高蛋白型全营养素”1袋,早中晚各一袋,可供能870kcal,含蛋白质约46.5g,增加其他优质蛋白食物联合营养素,改善营养不良。

(3)心理预康复 患者入院后,对舌癌存在认知不足。既往研究表明:知行信模式的实施有助于提高病人的日常生活能力,提升病人治疗配合度、依从性,不仅能巩固治疗效果,亦可提高病人自我管理水平^[10],护理措施包括知识、信念及行动方面。知识:向患者提供疾病的详细治疗过程,确保患者充分了解疾病治疗过程。信念:帮助患者建立战胜疾病的信心,促使患者积极配合。行动:术前模拟床上活动、

制动体位等,帮助患者提前适应术后角色。

2.3 术后护理

2.3.1 系统整体化护理游离皮瓣

国内文献报道的皮瓣危象和坏死发生率分别为3.5%~5%和1.8%~2.3%,总体成功率为85%~95%^[11]。游离组织皮瓣存活率的提高取决于血管危象的预防与处理。术后从体位护理、皮瓣危象的观察、环境管理、用药护理、伤口引流管护理、口腔冲洗等多方面着手病人的护理,患者术后积极配合,皮瓣未出现血管危象,存活良好。

2.3.2 精细化气道管理,防止肺部感染

(1)分泌物清除和微反流误吸的预防 措施实施如下:

①每4~6小时对气管切开套管气囊上方声门下分泌物的引流②根据患者主诉、肺部听诊情况按需吸痰,及时清除气道分泌物。③采用高流量呼吸湿化治疗仪给予患者气道加温加湿,根据患者痰液黏稠度,调节湿化强度。④患者术后每天监测气囊压三次,维持气囊压在25~30cmH₂O。

(2)肺康复提高气道廓清能力 术后指导患者做主动循环呼吸技术结合徒手排痰法,帮助患者松动痰液,提高有效咳嗽;在气管切开处连接仪器Acapella,将松解的分泌物自下而上推入大气道,清除气道内滞留的痰液。

(3)药物使用 术后给予哌拉西林钠他唑巴坦钠静脉滴注预防感染,利奈唑胺、左氧氟沙星、环丝氨酸胶囊、吡嗪酰胺片抗结核治疗。

通过以上措施的落实,患者术后体温正常,连续3次痰培养结果阴性。

2.3.3 肺康复在气管切开后的序贯应用

(1)术后第1~5天 康复目标提高气道廓清能力:①术后第1~3天制动期间,指导患者做腹式呼吸。②术后第4~5天患者可抬高床头,康复措施增加主动循环呼吸技术(ACBT);在气管切开处连接Acapella,清除气道内滞留的痰液。

(2)术后第6天 术后第6天床上轻微活动后呼吸增快约28次/分,心率115次/分,血氧饱和度92%,FI02 35%,急查血气分析示氧分压94mmHg,氧合指数268,Borg指数3分,自认疲劳程度RPE13,根据患者情况制定康复策略:①保持气道廓清能力,调节呼吸模式、指导ACBT、Acapella运用。②呼吸支持,增加PEEP:调节高流量峰流速为35L/min,改善患者氧合。③吸气阻力训练:在

患者腹部放置一定重量重物,让患者吸气时克服腹部阻力。

④体外膈肌起搏器治疗:治疗时间 30min 每日一次,增大肺容积量。⑤有氧运动(呼吸操):有氧运动呼吸操可以锻炼呼吸肌,提高活动耐力^[13]

通过以上训练,患者 Borg 指数 1 分,自认疲劳程度 RPE9,完全堵管状态下 $SpO_2 > 94\%$; 能有效的咳嗽咳痰; 术后第 7 天,更换气管导管为金属导管,术后第 10 天,金属导管半堵管,术后第 11 天金属导管全堵管,复查患者动脉血气分析氧合指数 355,术后第 14 天予以拔除金属导管,缝合气管处伤口。

2.3.4 做好营养支持,制定个性化营养配方

根据肿瘤患者营养评估量表 PG-SGA 评分 10 分 C 级,重度营养不良, BMI 为 $18.21\text{kg}/\text{m}^2$,伴吞咽困难,需采取个体化护理措施。

(1)再次申请营养科会诊,制定营养方案 ①计算患者目标能量为 2030kcal,蛋白质 87g,采用肠内营养和肠外营养相结合。②选择高蛋白型全营养素,每袋能量 290kcal,蛋白质 15.5g。③术后 1 ~ 3 天,肠内营养加肠外营养能量 1500kcal 蛋白质约 82g。④术后第 5 天调整肠内营养支持方案,每日 4 次营养科配方,中途增加牛奶与鱼肉汤,能量及蛋白质基本达标。

(2)关注患者电解质、人血白蛋白、血清前蛋白情况。

(3)吞咽困难是该类患者术后常见的并发症,其术后总发生率为 41.3% ~ 88.0%,术后 7d 发生率高达 98.0%^[14],邀请吞咽康复师锻炼患者的进食能力,患者每日经口进食量可以达到 60%,遵医嘱予以拔除胃管。

经过营养方案的实施,患者血红蛋白由入院的 75g/L 升至 91g/L,白蛋白、总蛋白较入院基本无改变,患者出院时体重较入院略下降,但降幅低于入院前三个月,出院后随访 1 月后体重增加 4 斤。

2.3.5 加强肢体功能康复运动

(1)肩颈康复训练 采用 Constant-Murley 肩关节功能评分进行评估,满分 100 分,包括疼痛(15 分)、日常生活活动(20 分)、关节活动度(40 分)、肌力(25 分)4 个部分^[15]。由责任推送相关视频加床旁指导活动,术后第一天采用保护性康复训练。术后拆线至一个月内指导做上肢举高练习,进行上肢举高练习,减轻肌肉萎缩,预防并发症。

(2)预防下肢深静脉血栓 采用 G-Caprini 评分量表该

患者评分为 9 分,属于高风险,采取血栓三级预防措施。

2.3.6 纳入个案管理,落实延续性护理

患者出院后继续往指定医院抗结核治疗,出院后 3d、1 个月、3 个月定期随访。个案管理师从功能康复训练及营养管理入手,指导患者坚持康复训练和营养管理。患者出院 1 个月,心情佳,状态可,积极配合定点医院抗结核治疗。

3. 小结

本研究采用多学科协作的方法,明确护理方案,落实护理重点,针对该患者的实际情况设计了精细化、特异性强、个性化的肺康复指导以及针对性的营养干预措施。同时强调延续性护理的重要性,不仅体现在关注患者的生理需求,还深入了解患者的心理状态和社会需求。本例患者经过精心护理后整体恢复状况良好,并已顺利出院。该护理方案不仅为患者带来了显著的益处,也为相关学科的护理实践提供了护理管理经验和客观数据参考。

参考文献:

[1] 马晓琨.唇-口腔-口咽鳞癌术后患者生存因素的研究[D].北京大学医学部,2022.

[2] Sharma Swati, ;Satyanarayana L;;Asthana Smitha;;Shivalingesh K K;;Goutham Bala Subramanya;;Ramachandra Sujatha.Oral cancer statistics in India on the basis of first report of 29 population-based cancer registries. U].Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP,2018.

[3] Shrestha Aamod D;;Vedsted Peter;;KallestrupPer;;Neupane Dinesh.Prevalence and incidence of oral cancer in low-and middle-income countries.A scoping review.[J].European journal of cancer care,2020.

[4] 吴榜静等,人工鼻在口腔癌气管切开后患者中的应用效果.临床医学研究与实践, 2022. 7 (08): 第 161-164 页.

[5] 尹成荫,杨慧,王宁宁.Snyder 希望理论指导下肺功能康复训练对耐药肺结核患者应对方式、肺功能及免疫功能指标的影响[J].口岸卫生控制,2023,28(05):54-58.

[6] 康冠楠,党萍,马清艳,等.芪参益肺汤联合康复新液治疗老年肺结核疗效及对患者肺功能、免疫功能的影响[J].陕西中医,2021,42(10):1393-1396.

[7] 曹捷,彭琳,黄晓燕,王园,王立芬,冯莘.气管

切开患者吸痰临床实践的证据转化[J]. 军事护理, 2024, 41(01): 103-107.

[8] 医院隔离技术标准 WS/T 311—2023[J]. 中国感染控制杂志, 2023, 22(11): 1398-1410.

[9] 袁媛. 康复运动护理对肺结核住院患者肺功能恢复与运动耐力的影响[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(14): 1464-1465+1468.

[10] 龚玉蕾, 魏军, 于春妮, 等. 知信行模式在重症支气管扩张合并肺部感染老年病人中的应用及对自我管理能力的影 响[J]. 实用老年医学, 2021, 35(11): 1194-1197.

[11] 王喹喹. 口腔癌行股前外侧皮瓣游离移植修复术后的皮瓣护理[J]. 当代护士(下旬刊), 2019, 26(09): 65-67.

[12] 气管切开患者的管理和康复治疗推荐意见, 中华结核和呼吸杂志 2023年10月第46卷第10期

[13] 胡亦伟, 熊晓云, 孙兴兰, 等. 抗阻训练对老年慢性心力衰竭合并衰弱病人的影响[J]. 护理研究, 2024, 38(02): 369-373.

[14] 章爱丽, 刘小娜, 刘江炎, 毛妍. 个性化吞咽康复在口腔癌游离皮瓣移植后患者中的应用[J]. 中国临床研究, 2023, 36(12): 1905-1909.

[15] 口腔颌面头颈肿瘤护理学, 侯黎莉 王悦平主编上海交通大学出版社, 2024年3月第1次版

作者简介:

严静(1989—), 女, 汉族, 本科, 主要研究: 危重患者综合管理, 围手术康复管理, 伤口造口专科护士, 呼吸(治疗与康复方向)专科护士。

通讯作者简介: 刘静, 女, 职称: 副主任护师 研究方向: 患者围手术期管理。