

# 1 例下咽癌术后并发咽瘘行胸大肌皮瓣移植术后的护理

颜纳君

(中山大学附属第三医院 广东广州 510000)

**【摘要】**总结1例下咽癌术后并发咽瘘的术后护理经验。护理要点：下咽癌是头颈部常见的恶性肿瘤，咽瘘是下咽癌术后严重的并发症之一，咽瘘采用皮瓣移植修复是重要的外科手术，科学规范的护理对患者康复至关重要。本文从术前护理，术后护理进行多维度重点管理，从皮瓣血运监测、气道管理、引流管护理、营养与用药支持、疼痛管理、心理支持等方面，是确保皮瓣成活、改善患者远期生活质量的重要保障。患者住院18天，顺利出院。

**【关键词】**下咽癌；咽瘘；皮瓣；护理

Nursing care of a patient with pharyngeal fistula after surgery for nasopharyngeal cancer who underwent pectoralis major muscle flap transplantation

Yan Najun

(Third Affiliated Hospital of Sun Yat sen University, Guangzhou, Guangdong 510000)

**[Abstract]** This article summarizes the postoperative nursing experience of a case of pharyngocutaneous fistula after surgery for nasopharyngeal cancer. Nursing points: Hypopharyngeal cancer is a common malignant tumor in the head and neck region, and pharyngeal fistula is one of the serious complications after surgery. The use of skin flap transplantation to repair pharyngeal fistula is an important surgical method, and scientific and standardized nursing is crucial for patient recovery. This article focuses on multidimensional management of preoperative and postoperative care, including monitoring of skin flap blood flow, airway management, drainage tube care, nutrition and medication support, pain management, psychological support, etc. It is an important guarantee to ensure the survival of skin flaps and improve the long-term quality of life of patients. The patient was hospitalized for 18 days and discharged smoothly.

**[Key words]** Hypopharyngeal cancer; Pharyngeal fistula; skin flap; nursing

下咽癌是头颈部最常见的恶性肿瘤之一，占有头颈部癌症的5%。咽瘘是咽与颈部皮肤之间的异常通道，是全喉切除术后最常见且最严重的并发症之一<sup>[1]</sup>。国内外文献报道其发生率为6.79%–49.6%，其发生多与感染、拔胃管时间、病变部位、术前放疗、手术时间、术前气管切开、手术切缘、合并慢性全身性疾病以及T分期相关<sup>[2]</sup>。发生咽瘘后导致喉部创口易发生持续感染，切口较难愈合。影响喉癌术后吞咽功能和发音功能的康复<sup>[3]</sup>。同时会延长住院时间、增加费用、影响生活质量，并延误辅助治疗的开始，给患者带来较重的精神心理与经济压力<sup>[4]</sup>。胸大肌皮瓣是全喉切除术后治疗咽瘘的一种重建选择<sup>[5]</sup>。现1例下咽癌术后并发咽瘘行胸大肌皮瓣移植术后护理经验报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

患者，男，75岁，因“确诊下咽癌5月余，下咽癌手术后咽瘘4月余”于2025年11月3日入院。患者5月余前因咽异物感于外院就诊，喉镜下病理活检提示原位鳞状细胞癌，分别于同年5月及6月行顺铂+5-Fu+尼妥珠单抗免疫+化疗，复查化疗效果欠佳，于2025年7月在外院行全喉切

除术+下咽部分切除术+下咽功能重建术+淋巴结改良根治术+颈阔肌瓣下咽修复术+胸导管结扎术+气管造瘘术，住院期间患者出现下咽修补颈阔肌皮瓣坏死，合并咽瘘形成。为进一步治疗转来我院就诊，外院带入尿管、胃管及硅胶气管套管。患者既往高血压、糖尿病病史。体查：气管切开状态，颈下见手术切口，可见瘘口形成，较多唾液分泌物从中涌出。辅助检查：颈部CT提示气管切开插管术后改变，气管切口左上方瘘道形成（1条），喉部MR提示喉部及下咽术后合并咽瘘及周围软组织感染。术前营养风险筛查评分5分，BMI指数22.4kg/m。

### 1.2 手术方法

术中见颈部正中长约4cm咽瘘口，切除周围坏死组织，暴露咽部新鲜创面。以胸肩峰动脉为蒂，制备大小约12\*6cm胸大肌皮瓣，转入咽部。胸大肌皮瓣与咽部伤口缝合，关闭咽腔。在腹部取薄片，贴在颈部胸大肌肌瓣上，加压包扎。

### 1.3 治疗与转归

于2025年11月7日在全麻下行咽瘘修补术（舌根肿瘤切除术+颈部清创术）+左侧胸大肌皮瓣切取移植术，术后带回左颈部引流管、胸部引流管，术后给与抗感染、祛痰、护胃、营养支持对症治疗，气管套管处接高通量气道湿化治疗仪。术后第1天，体温38.2，白细胞计数 $11.44 \times 10^9/L$ ，总

蛋白 60.4 g/L, 加用左氧氟沙星注射液抗感染治疗。术后第 2 天, 颈前皮瓣血运良好, 皮温正常, 腹部植皮颜色暗黑, 无出血。术后第 3 天予更换 12 号全喉套管。术后第 5 天拔除胸部引流管, 停止高通量气道湿化治疗仪及吸氧。术后第 6 天拔除左颈引流管, 复查血象白细胞计数  $6.71 \times 10^9/L$ , C 反应蛋白 17.5 mg/L, 术后第 8 天拔除尿管。术后空腹血糖波动在 7.4–9.4mmol/L, 餐后血糖波动在 7.9–10.5mmol/L。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

#### 2.1.1 彩超评估供区血管, 做好充分的术前准备

行彩超评估胸大肌供皮区情况。医生用记号笔为患者标记手术部位及供皮区, 并做好供皮区皮肤准备, 术前晚患者沐浴, 清洁全身皮肤。完成其他常规术前准备。

#### 2.1.2 加强沟通及术前教育, 消除患者思想顾虑

护士与患者建立良好的护患关系, 对病人的心理状态进行正确的评估, 充分了解病人心理状况、对手术的期望值等。协同主管医生耐心向患者解释治疗方案, 手术目的, 术后可能出现的问题以及应对的措施, 使病人有充分的心理准备, 鼓励其积极配合治疗, 提高其依从性。

### 2.2 术后护理

#### 2.2.1 皮瓣观察与护理—护理工作的核心

胸大肌皮瓣是修复全喉术后咽痿中使用最广泛的皮瓣, 皮瓣设计多样性、组织量可观, 皮瓣的主要供血动脉为胸肩峰动脉, 管径粗、血供丰富、抗感染力强, 皮瓣成活率高<sup>[6]</sup>。皮瓣移植术后最常见的并发症之一为血管危象, 术后 3 天是皮瓣的不稳定期, 4 天开始趋于平稳<sup>[7]</sup>。及早发现皮瓣的血管危象是皮瓣术后护理的关键。密切观察皮瓣血液循环情况: 通过查看皮瓣的颜色、张力、毛细血管充盈时间和针刺出血情况等来了解修复皮瓣的血液循环情况。正常光线下查看皮瓣颜色, 若为红润, 则说明血液循环良好; 若皮瓣颜色苍白, 说明动脉血供可能受阻; 若皮瓣有淤血或暗红色肿胀, 则可能存在静脉回流受阻<sup>[8]</sup>。正常皮瓣应是质软的, 若呈松弛脱水状或紧绷肿胀为异常。术后 2–3 d 内正常皮瓣呈轻度肿胀, 严重的局部水肿和伤口渗液增多提示皮瓣坏死或液化, 皮瓣动脉供血不足的现象是皮瓣干瘪、皮纹增多、不饱满<sup>[9]</sup>。采用“棉签法”监测毛细血管反应: 将无菌棉签轻轻按压皮瓣中央至变色, 快速撤除。如果颜色在 1~2 秒恢复正常, 为毛细血管反应正常; 如果大于 2 秒为毛细血管反应延迟。应注意观察, 早期发现、早期处理是保证皮瓣存活的关键。患者颈前皮瓣颜色正常, 皮瓣血运良好。

#### 2.2.2 引流管护理—保持皮瓣引流管通畅

通过引流可减轻局部肿胀, 消灭死腔, 有利于皮瓣成活。该患者术后放置左颈引流管, 该负压引流管装置是由一段负压吸引管及引流球组成, 挤压引流球呈扁状约球体的 2/3,

利用虹吸原理对创面进行有效引流, 将坏死组织排出体外, 防止死腔和血肿形成, 预防感染。采用 3 M 胶布高举平台法固定引流管, 防止引流管反折、扭曲、牵拉, 做好防脱管知识宣教, 预留一定量的活动范围, 避免起床及活动时牵拉或脱出。每天 7:00 倾倒引流液体, 记录引流液体的颜色、性质、量并做好记录。术后第 6 天左颈引流液为 2ml, 予拔除左颈引流管。

#### 2.2.3 体位管理—减轻张力与压迫

手术后正确的体位有利于减轻血管蒂的张力, 促进皮瓣的血供。卧床休息时取半卧位, 床头抬高  $15^\circ - 30^\circ$ , 遵医嘱头保持正中位, 有利于呼吸及静脉回流, 减轻水肿, 同时避免局部受压影响血供, 导致皮瓣缺血坏死。

#### 2.2.4 气道管理—保持呼吸道通畅

术后应保持呼吸道通畅, 所以护理人员要做好按需吸痰、湿化气道、换药等护理操作。密切监测患者呼吸频率、节律、血氧饱和度等情况。术后持续予高通量气道湿化治疗仪对面罩吸氧 ( $5L/min$ ), 湿化方式充分改善了人工气道的湿化环境, 有利于分泌物的稀释和排出, 可有效降低痰液的黏稠度。痰液喷溅污染敷料容易引起全喉造瘘口感染, 所以每天执行无菌操作换药 2 次。术后前 3 天定时吸痰, 后续采用按需实时、有效吸痰保证气道通畅。定时给与翻身拍背, 鼓励并协助患者深呼吸、有效咳嗽咳痰。术后第 5 天停止高通量气道湿化治疗仪及吸氧, 患者痰液性状为 2 度白色粘痰, 无发生堵管情况。

#### 2.2.5 口腔护理—预防切口与皮瓣感染

患者因留置胃管鼻饲饮食, 禁止经口进食, 此举降低了口腔黏膜的湿化及清洁功能, 造成口腔内的抗菌物质减少, 容易导致口腔内的定植菌滋生<sup>[10]</sup>。所以预防术后伤口感染, 做好口腔卫生工作非常重要。可使用负压吸引牙刷, 采用冲洗+刷洗的方式对患者进行口腔清洁, 频率为 1 天 2 次, 此方法能做到边清洁边吸引, 有效地清除口腔分泌物, 还能有效地缓解口腔异味、口臭, 降低口腔牙菌斑的滋生。指导患者避免做吞咽动作, 并及时吐出口腔内分泌物来减少口腔内有菌液体流入下咽部。同时遵医嘱使用复方硼砂漱口液漱口, 频率为 1 天 3–5 次。患者口腔卫生良好, 无异物及异物, 口腔清洁度为 3 度。

#### 2.2.6 营养支持—促进创面愈合

患者因咽痿问题, 术前一直未能经口进食, 术后仍需经胃管鼻饲饮食, 术后营养风险筛查评分 5 分。根据患者个体情况及每日所需量, 制定科学、系统、个性化的营养干预计划, 给予病人富含高热量、高蛋白的肠内营养制剂, 有助于改善病人的营养状况, 促进切口愈合, 减少感染并发症的发生率。术后前 3 天卧床可按  $25kcal/(kg \cdot d)$  估算能量需求, 术后第 4 天能够下床活动可按  $30kcal/(kg \cdot d)$  估算能量需求<sup>[11]</sup>。根据计算得出患者理想体重为 56kg。术后前 4 天使用营养泵, 匀速地把肠内营养液经胃管内泵入, 具体营养计划如下图:

术后第1天			
需要量(机体需要量的30%): 500ml 营养泵速度: 80ml/h			
术后第2天			
需要量(机体需要量的60%): 1100ml 营养泵速度: 100ml/h			
术后第3天			
需要量(机体需要量的75%): 1300ml 营养泵速度: 150ml/h			
术后第4天			
需要量(机体需要量的100%): 1680ml 营养泵速度: 150ml/h			
术后第5天采用间歇鼻饲的方式,在规定的时间内给患者鼻饲肠内营养液,具体营养计划如下图:			
时间	鼻饲种类	餐总量(ml)	总热量(kcal)
7: 45-8: 00	伊力佳	280	280
10: 00-10: 30	伊力佳	280	280
11: 30-11: 50	伊力佳	280	280
14: 00-14: 30	伊力佳	280	280
17: 30-17: 45	伊力佳	280	280
21: 00	伊力佳	280	280
合计			1680

患者住院期间,能按照制定的营养计划按时按量鼻饲饮食,鼻饲量能达到营养需求,住院期间体重无下降。

#### 2.2.7 病室管理—创造良好的康复环境

保持病房舒适、整洁,控制室内温湿度,使温度控制在

22-25°C,湿度在60%-70%温度过低,局部血管痉挛,有发生血管危象的危险,从而影响皮瓣血运。安排双人间病房,定期进行空气消毒,限制陪人探视,以降低交叉感染的风险。病房内要严格禁止吸烟,包括二手烟,尼古丁会导致血管痉挛的发生。

#### 2.2.8 个体化心理护理—减少负性情绪

患者由于发生咽痿时间较长,辗转不同医院进行治疗,且因行全喉手术无法用语言表达自己的想法,容易出现情绪低落、精神欠佳等负性情绪。实施一对一专人照护,减少孤独感,鼓励患者使用书写板、手机打字等方式表达需求,及时满足生理及心理需求<sup>[12]</sup>。及时向患者反馈伤口情况及治疗进度,增加患者治疗信心并缓解焦虑术后患者情绪稳定,能积极配合治疗护理。

### 3 小结

下咽癌术后并发咽痿行胸大肌皮瓣移植的护理是一个系统的过程,需要护理人员具备专业的知识和技能,实施以皮瓣血运监护为核心,涵盖气道、规范的引流、体位营养、环境等多维度的系统化、精细化的护理方案,是最大限度保证皮瓣成活、有效控制感染、促进复杂创面愈合,减少并发症,为患者提供全面、优质的护理服务。

#### 参考文献:

- [1]Kim DH, Kim SW, Hwang SH. Predictive Value of Risk Factors for Pharyngocutaneous Fistula After Total Laryngectomy. *Laryngoscope*. 2023; 133(4): 742-754.
- [2]徐泽鹏,郭良,赵佳正,等.晚期下咽癌综合治疗后并发大型咽痿成功修复一例[J].*中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2021, 56(9): 987-989.
- [3]朱艳红,窦倩雯.喉癌患者手术切除治疗后发生咽痿的危险因素分析[J].*医药论坛杂志*, 2024, 45(5): 482-486.
- [4]Sanabria A, Olivera MP, Chiesa-Estomba C, et al. Pharyngeal Reconstruction Methods to Reduce the Risk of Pharyngocutaneous Fistula After Primary Total Laryngectomy: A Scoping Review. *Adv Ther*. 2023; 40(9): 3681-3696
- [5]Sumarroca A, Rodríguez-Bauzá E, Lop-Gros J, et al. Repair of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulas using a pectoralis major flap. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019; 85(3): 351-356.
- [6]王代红,徐景利.带蒂组织皮瓣在喉全切除术术后咽痿中的应用现状[J].*国际耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2022, 46(1): 44-48.
- [7]朱玉玲,蒋琪霞,祝文君,等.皮瓣移植术后皮瓣区"五点温度"变化与皮瓣血供和预后相关性研究[J].*中国护理管理*, 2025, 25(1): 140-144.
- [8]王东芳,莫木琼,孙薇,等.10例锁骨上岛状皮瓣在下咽及食管上段恶性肿瘤手术修复术的护理[J].*中华肿瘤防治杂志*, 2020, 27(S1): 212-213.
- [9]杨琳,卞薇薇.皮瓣移植术后血液循环观察的研究进展[J].*中华护理杂志*, 2019, 54(09): 1329-1333.
- [10]赵敏,李琦,黄晓琼,等.口腔护理对经口气管插管患者呼吸道病原体与口腔生物膜之间影响的研究进展[J].*中国医药指南*, 2023, 21(26): 53-55.
- [11]马月,吴蓓雯.癌症患者营养管理指南解读[J].*上海护理*, 2017, 17(2): 10-15.
- [12]石习习,王静,杨雪琴.癌症患者心理痛苦预测模型的构建及验证[J].*中华护理杂志*, 2022, 57(11): 1330-1336.