

# A Case of Nursing Care of One Patient with Tongue Cancer and Giant Subcutaneous Lipoma in Occiput

Junxian Song, Guofeng Ye

The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou

Email: [1051866683@QQ.com](mailto:1051866683@QQ.com)

Received: Mar. 19<sup>th</sup>, 2014; revised: Mar. 28<sup>th</sup>, 2014; accepted: Apr. 11<sup>th</sup>, 2014

Copyright © 2014 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

---

## Abstract

Tongue cancer is one of the most common malignant cancers in pate. Its 5-year survival rate is only 50% to 70%, and the advanced tongue cancer is even lower. The best way to cure this disease is doing operations. However, the range of tongue-jaw-neck operation is too wide. If the tongue defect rate is over 50%, the function of chew and swallow will be affected because of the direct suture of wound. With the development of science and technology, all kinds of free flaps have been gradually applied in the repair of oral and maxillofacial region defect and have been the mainstream of repair and reconstruction of neck from 1970s. Patients who are under the treatment of tongue-jaw-neck and anterolateral thigh flap or antebrachial flap should lie down without pillow and their heads should be placed with certain position for 5 to 7 days to prevent the buckling of vessel after operation to let the flap match the transplanted vessel. On September 30th, 2013, our hospital did tongue-jaw-neck and anterolateral thigh flap operation for the patient who has tongue cancer and giant subcutaneous lipoma. The nursing care report is as follows.

## Keywords

Tongue Cancer, Subcutaneous, Lipoma, Nursing Care

---

## 舌癌伴后枕部巨大皮下脂肪瘤1例的围手术期护理

宋君仙, 叶国凤

浙江大学医学院附属第二医院，杭州  
Email: [1051866683@QQ.com](mailto:1051866683@QQ.com)

收稿日期：2014年3月19日；修回日期：2014年3月28日；录用日期：2014年4月11日

## 摘要

舌癌是头颈部最常见的恶性肿瘤之一，5年存活率为50%~70%，晚期舌癌患者的5年生存率更低[1]。手术根治是目前治疗舌癌的最佳手段。但舌-颌-颈联合根治手术范围大，当舌缺损超过舌体1/2时，直接拉拢缝合创面影响患者的咀嚼，吞咽，发音功能，自20世纪70年代以来，随着显微外科技术的发展，各类游离组织瓣逐步应用于口腔颌面部缺损的修复中，并成为头颈部修复重建的主流[2] [3]，对于舌-颌-颈联合根治同期行股前外侧皮瓣或前臂皮瓣的患者，因皮瓣移植行血管吻合，术后为防止血管扭曲，要求去枕平卧位头部按一定的角度制动5~7天。2013年9月30日，本院为1例舌癌伴后枕部巨大皮下脂肪瘤患者行舌-颌-颈联合根治同期取股前外侧皮瓣修复手术，现将护理体会报告如下。

## 关键词

舌癌，皮下，脂肪瘤，护理

## 1. 病例介绍

患者，男，69岁。因“右侧舌体疼痛性肿块8年”入院，近日肿块增大并伴疼痛，严重影响进食，口齿不清，不能正常沟通。查体：口内见舌部偏右溃疡，表面不平，可及浸润块，约4cm直径大小，质地硬，舌活动受限，左枕部见一8×8×4cm大小肿物，质软，高于头皮表面，边界清楚，无压痛，已有20余年，舌部MRI提示：舌体右侧缘肿块，考虑恶性肿瘤，舌癌可能。头颅CT提示：双城基底节区腔隙灶，左枕部皮下脂肪瘤，33×84mm脂肪密度肿块影。2013.9.25局麻下行舌肿瘤活检术，病理确诊为舌鳞状细胞癌(T4N1M0)。入院后完善各项术前检查及准备，于2013.9.30在全麻下行“右舌、口咽癌扩大切除+右下颌骨部分切除+右舌骨上颈清+右颈清+左舌骨上颈清+股前外侧皮瓣移植+小动静脉移植+舌再造+拔牙术+气管切开术。”术后转ICU监护一天，病情平稳后转回我科，术后予抗炎、抗凝，消肿鼻饲流质营养支持治疗。术后患者呼吸道通畅，有咳嗽、咳痰，痰液较多，能自行咳出。舌部皮瓣血运正常，颈部有肿胀，左、右颈部伤口各放置引流管一根，引流通畅。左下肢股前外侧取皮处置引流管一根，引流通畅，抬高位。于10月7日更换金属套管，并予以试堵管，并予拔除左颈部及左下肢术区引流管，10月8日拔除气切套管，呼吸平稳。10月9日，拔除右侧颈部引流管。10月10日可经口进食流质，拔除胃管，颈部及大腿处切口愈合正常，予拆除大腿缝线，舌部皮瓣愈合正常，舌部外形佳，建议术后1月后放疗，患者于2013年10月11日出院。

## 2. 护理

### 2.1. 术前护理

#### 2.1.1. 体位训练

由于患者后枕部巨大皮下脂肪瘤，平卧位时压迫脂肪瘤，患者夜间均取俯卧位或者右侧卧位，患者的巨大脂肪瘤，一方面在手术过程中不利于手术体位摆放，手术操作不便；另一方面，手术将行血管吻合术，要求患者头部制动，平卧位休息。巨大的脂肪瘤导致无法采取平卧位，严重影响吻合血管的血流；

再次平卧加头部制动体位要求将直接压迫患者后枕部的脂肪瘤,易导致脂肪瘤皮肤破裂,或者压疮形成。术前要纠正患者体位,针对这个问题,我们先向手术室借用了硅胶体位垫,该体位垫舒适度好,但与患者后枕部脂肪瘤的位置不合适,存在挤压脂肪瘤的情况。因此我们为患者特制斜坡型头圈。制作方法:采用全棉柔软毛巾 5 条,放在一起折叠起来后围成一圈,根据患者枕部肿块大小,一边高,一边低,中间空出肿块大小的空间,同时在肩膀下方垫水垫,以促进舒适。使用该特制头圈后,患者头部脂肪瘤刚好位于头圈中央,得到妥善的保护,防止受压和挤压。按照本科口腔颌面外科皮瓣移植患者术前体位训练宣教单内容,术前 2 天开始指导患者进行头部制动体位训练,30~60 min/d,3~5 次/d,同时抬臀训练,臀部垫水垫;四肢肌肉训练,双手用力握拳放松训练,每次持续 10s,10~20 次/d;直腿抬高,下肢背伸,跖屈训练,每次持续 10 s,20~30 次/d,防止肌肉萎缩,及双下肢静脉血栓形成。同时进行扩胸,抬臀,抬下肢等全身性综合运动。

### 2.1.2. 心理护理

患者为农村老年男性,因舌部肿瘤严重影响发音吞咽功能才来院就诊,其对于自身疾病病情不够了解,不知道手术的预后情况。因发音含糊,不愿与医生护士交流,但对于自身预后比较关心,担心疾病不能彻底治愈,对治疗缺乏足够的信心。护士从知晓患者将行皮瓣移植开始,告知患者术前要保护好该侧肢体。避免碰撞或损伤该侧皮肤。对患者进行皮瓣知识的宣教,告知患者术前体位训练方法,指导并督促患者训练,通过交流,与患者形成良好的互动,建立相互信任的关系。护士通过与家属沟通,了解患者家庭经济情况及家庭支持情况,和家属一起倾听患者的倾诉,以满足患者的需求。

### 2.1.3. 手术相关准备

评估患者营养状况及全身状况,完善术前各项检查;指导患者床上使用便盆、有效咳嗽、排痰;指导患者准备纸笔书写或用手势与家属及护士沟通,如用伸大拇指表示饥饿,要进食,以小拇指表示要小便等等。患者术前 1 d 已经能用手势表达需求,与家属和护士互动;在术晨备全发及会阴部皮肤;

## 2.2. 术后护理

### 2.2.1. 环境护理

病室温度保持在 24℃~26℃,室温过低容易导致皮瓣血管痉挛,室温过高增加患者能量消耗,同时要开窗通风,湿度保持在 60%~70%,病室内严禁吸烟,因为尼古丁对于血管的刺激大,容易引起血管痉挛。向患者家属及探访陪客做好禁烟指导。

### 2.2.2. 密切观察生命体征

术后 72 h 内床边心电监护,密切观察患者 T、P、R、BP 的变化,一旦出现异常及时向医生汇报并予以处理。该患者有高血压史,术后血压偏高,通知医生后予吲达帕胺片(伊特安)2.5 mg 鼻饲 QD,后血压平稳。

### 2.2.3. 体位和皮肤护理

患者术后 Braden scale 评分为 17 分,属于高危压疮范畴,我们按照高危压疮防范要求进行管理,以防止压疮发生。患者术后体位要求平卧位,头部正中位制动,我们使用特制头圈,以固定头部,以免皮瓣血管蒂受到牵拉或扭转而发生血管危象。因特制头圈有一定高度,要经常检查患者体位,避免头圈压迫颈部伤口及引流管,每班检查后枕部脂肪瘤处皮肤情况,避免后枕部巨大脂肪瘤受压,防止压疮发生。取皮侧肢体使用高下肢垫抬高 15°~20°,以促进静脉回流,妥善保护足跟。检查各引流管道及输液管道,避免导管受压,勤更换衣裤,穿全棉衣裤,保持床单位清洁干燥,防止摩擦及潮湿刺激,臀部使用水垫减压,鼓励其按照术前体位训练宣教单定时抬臀、扩胸、下肢肌肉训练。因患者术前已进行了相关训练,

掌握了要领，术后能够自行锻炼。患者于 10 月 7 日，去除头部制动，摇高床头，小于 30°，Braden scale 评分>18 分，停止高危压疮防范护理，患者全身皮肤完整未发生压疮。

#### 2.2.4. 皮瓣的观察

术后 72 h 是游离皮瓣最易发生血管危象的时间，期间要定时观察皮瓣的血运情况。重点观察皮瓣的颜色、皮纹、质地及毛细血管充盈度。正常皮瓣的颜色、皮纹与供皮区皮肤相似。正常皮瓣术后可有轻度炎症反应，稍有肿胀。如发生血管危象时，表现则因静脉淤血和动脉缺血而不同，如静脉淤血时，皮瓣颜色变暗，发绀，皮瓣肿胀明显，质地变硬，弹性消失，正常的皮肤皱褶消失；如动脉缺血时，皮瓣颜色为灰白色，斑驳，皮肤肿胀减轻。当出现皮瓣颜色、皮纹、质地变化时，应立即通知医生。毛细血管充盈试验：棉签轻压皮瓣 1 s 后放松，观察组织皮瓣的颜色，3~5 s 内恢复属正常。若对皮瓣血管危象持怀疑态度无法确定时，可以用 7 号头皮针刺入皮瓣，拔出后轻挤周围组织，如见鲜红色血液流出，提示动脉血供良好，否则提示动脉危象。若为暗红色血液流出，说明静脉回流障碍[4]。对于皮瓣的有效观察，能早期发现微循环障碍，为皮瓣抢救赢得时间。皮瓣动脉缺血耐受 6 h 仍有恢复的可能，而静脉性淤血仅耐受 3 h，如超过 3 h，则失去抢救的时机[5]。该患者术后皮瓣存活良好。皮瓣颜色红润，皮纹明显，未发生血管危象。

#### 2.2.5. 负压引流的护理

皮瓣移植术后为保持吻合血管血流通畅，术后不使用止血药物，而使用低分子右旋糖酐针降低血液粘稠度和盐酸罂粟碱针扩张血管，但是使用该类药物易造成伤口内渗血和渗液较多。如引流不畅所形成的血肿会压迫皮瓣蒂部，影响皮瓣血运，因此要妥善固定引流管，防止扭曲折叠，保证引流效果，现在我科均使用 600 ml BD 负压引流瓶，各班正确记录引流液量、颜色、性状，如引流量过多，伴有凝固性血性液体引出，视为有活动性出血；如有淡黄色或乳白色液体引出、且量多，提示有乳糜瘘发生；如引流量过少，要检查引流管是否通畅，管路上的开关有无夹闭，或者引流瓶上负压弹性装置提示无负压，均可导致负压不足，引流不畅，如负压消失，可以使用头皮针连接墙式负压吸引器，低负压持续吸引。当引流瓶内液体超过 2/3 时，要及时更换负压引流瓶。该患者左颈部引流管术后有漏气无负压情况，我们使用头皮针连接墙式负压吸引器，保持引流通畅。分别于术后 7 天、术后 8 天拔除颈部 2 根负压引流管。

#### 2.2.6. 气管切开护理

该患者舌部肿瘤大，医生予以术前预防性气管切开，术后予以 6 L/min 气切口面罩吸氧，予以生理盐水 3-5ml/h 持续气道湿化，各班检查气管套管系带松紧度，以一指松紧为宜，同时观察呼吸、咳嗽、咳痰情况，有咳痰及时清理。气管套管气囊内的气体在术后 48 小时后分两次抽出，每次约 2 ml，间隔约 24，防止局部受压、缺血、坏死。患者术前有 30 多年的吸烟史，痰液多，根据患者痰液粘稠度，调节湿化液的速度 5 ml/h 持续气道湿化，以利于排痰。术后 7 天，经五官科会诊更换金属套管，并随即堵管，堵管后患者呼吸平稳，可以发音，堵管 1 天(术后 8 天)拔除金属套管，拔管后患者呼吸平稳。

#### 2.2.7. 口腔及饮食护理

因患者口腔内伤口创面大，口腔失去自洁能力，术后予口腔护理保持口腔清洁，我们用生理盐水清洁口腔 2 次/d，口腔护理时动作要轻柔，避免损伤皮瓣，口腔护理时要仔细观察口腔黏膜及皮瓣情况。同时要指导患者漱口，漱口时要意漱口水的温度，避免过烫、过凉。术后医嘱予鼻饲流质，插胃管时动作要轻柔，选择健侧鼻腔，避免损伤皮瓣，插管成功后先予温水 100 ml 鼻饲，患者无不适后，予以鼻饲米汤、牛奶等，200~500 ml/次，有报道提示术后清醒，胃肠功能健全的患者每日鼻饲全营养流质 5 次每次可以喂食 600 ml，每次间隔 4 h，是可行的[6]。每次鼻饲完毕灌注少量温开水冲管，指导家属准备营

养丰富的流质食物，以促进术后恢复。术后 10 天，患者口内伤口及皮瓣愈合好，在护士指导下开始经口试进食流质，进食过程顺利。术后 11 天予以拔除胃管，指导患者开始进食流质，并逐步过渡到半流质及软食。因移植皮瓣的感觉没有舌体感觉灵敏，指导家属在准备食物时要注意食物的温度，防止皮瓣烫伤或冻伤，同时要注意食物的精细度，食物要细软，避免鱼刺、骨头等尖锐的物体损伤皮瓣。

### 3. 小结

晚期舌癌患者行舌 - 颌 - 颈联合根治同期行股前外侧游离皮瓣修复手术复杂，同时该患者因后枕部巨大脂肪瘤，影响患者体位摆放，对我们的术后护理提出了很大的挑战。有人提议先行枕部脂肪瘤切除后再行舌部手术，但考虑患者舌部肿瘤已经影响到患者进食、语言功能等，延期手术会引起肿瘤的转移，因此舌部肿瘤手术更重要。我们在积极完善术前常规准备的同时，自主创新设计头部固定枕，给患者予个性化的头部固定，保证术后体位的摆放、压疮的预防和皮瓣的正常血供，使患者得以顺利的渡过了围手术期。但因时间仓促，我们自制的头圈不够完善，使用时间久出现变形情况，同时患者痰液、汗液污染头圈，需要不断的改善。

### 参考文献 (References)

- [1] 胡永杰, 钟来平, 张志愿, 等 (2007) 晚期舌癌患者扩大根治术疗效分析. *中国口腔颌面外科杂志*, **6**, 413-417.
- [2] Song, X.M., Ye, J.H., Yuan, Y., et al. (2010) Radial forearm free flap for reconstruction of a large defect after radical ablation of carcinoma of the tongue and floor of the mouth: Some new modifications. *ORL: Journal for Oto-Rhino-Laryngology and Its Related Specialties*, **2**, 106-112.
- [3] Brown, L., Rieger, J.M., Harris, J., et al. (2010) A longitudinal study of functional outcomes after surgical resection and microvascular reconstruction for oral cancer: Tongue mobility and swallowing function. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **11**, 2690-2700.
- [4] 邱雷, 曾琦桥 (2012) 前臂游离皮瓣修复舌癌术后组织缺损 26 例临床护理. *齐鲁护理杂志*, **14**, 73-75.
- [5] 张森林, 殷俭, 周平, 等 (2004) 胸大肌皮瓣修复口腔颌面颈部缺损的护理. *医学研究生学报*, **6**, 571-572.
- [6] 陈冬兰, 莫福琴, 黄代娜, 等 (2013) 喉癌患者术后鼻饲量与间隔时间研究. *护理学杂志*, **10**, 54-56.