

第一章 瘰管患者的护理

第一节 头颈部瘰管患者的护理

个案 1 墙式负压吸引配合冲洗运用在喉癌术后咽瘘患者中的护理

近年来，我国喉癌患者呈增多趋势。上海市 1996 ~ 2005 年男性喉癌发病率由 3.6/10 万上升到 4.21/10 万，女性由 0.5/10 万上升到 0.59/10 万。广东中山市 1979 ~ 2002 年喉癌发病率由 0.69/10 万增至 2.18/10 万。这与世界上一些国家喉癌发病率呈下降趋势相反。美国国立癌症研究院资料显示，美国喉癌发病率由 1975 年的 9.9/10 万下降到 2005 年的 6.5/10 万。到目前为止，喉癌的病因尚未明了，一般认为喉癌的发生与吸烟、病毒感染、癌基因、抑癌基因、性激素因素有关。喉癌的治疗以手术和放射治疗为主。声门下区癌，一般行全喉切除术。咽瘘是全喉切除术后最常见的棘手的并发症，据国内外的文献报道其发生率为 13% ~ 25%，发生时间一般为术后 7 ~ 14 天。咽瘘是指唾液贮积于皮下或切口下组织，形成脓腔破溃至皮肤或切口缘，使下咽、食管腔与皮肤相通，唾液或食物经此向皮肤外溢出，形成皮肤瘘，称为咽瘘。咽瘘相关因素包括：①术前因素，如术前全身性因素慢性阻塞性肺气肿、糖尿病、肿瘤的 T 分期、术前气管切开、术前放疗；②术中因素，手术缝合技巧、引流方式、皮肤切口、手术时间、术前抗生素、同期颈部淋巴结清扫；③术后因素，术后切口感染、引流不畅或引流过久、鼻胃管的作用、瘘口复发癌。咽瘘分三级：口径 $\leq 1\text{cm}$ 为小咽瘘，口径 $1 \sim 2\text{cm}$ 为中咽瘘，口径 $\geq 2\text{cm}$ 为大咽瘘；分 3 期：红肿化脓期、肉芽生长期、上皮覆盖期。传统咽瘘处理，扩创引流，清除坏死及异物，用碘仿纱条填充引流。据报道，中小型瘘口常采取保守治疗，89% 可以治愈；对于瘘腔过大、严重感染坏死、长期换药不愈、肿瘤复发至咽瘘的，需要手术治疗。

负压吸引治疗是一种促进急、慢性创面愈合的治疗方法。负压吸引治疗又称局部负压治疗、伤口负压治疗、真空吸引治疗、真空辅助愈合、封闭负压引流等。负压吸引治疗在 20 世纪 80 年代形成，是运用低于大气压的负压或真空，通过一个和敷料附在一起的装置作用到伤口床上，敷料的应用和类型根据不同的厂商而不同，将开放性伤口变成受控制的密闭环境，是利用负压吸引体液流量真空控制原理的一种治疗方法。负压吸引治疗的主要原理是移除伤口过多的渗液，增进血管新生，促进肉芽组织成长，提供一个保护性的屏障，减少伤口细菌的数量以及降低伤口感染的机会。负压吸引治疗一般是借助墙式负压装置或真空负压治疗仪达到负压吸引引流的目的。目前，国内外市场有便携式真空负压治疗仪器，例如，真空负压辅助愈合（VAC）是由美国 KCI 公司 1989 年制造的可用的真空仪器商品名称。国内同类产品是封闭负压引流（VSD）及负压创伤治疗仪等。负压吸引治疗的适应证：慢性开放性伤口，包括糖尿病伤口和第三、四期的压力性损伤；急或亚急性伤口，包括创伤、

切开的伤口、网状植皮和肌肉皮瓣移植；烧伤；术后纵隔炎；足部截肢伤口、翻裂性伤口、妇科慢性伤口；儿科软组织缺损等。负压吸引治疗不能在下列情况使用：恶性肿瘤伤口；没有治疗的骨髓炎；有坏疽的伤口；一些瘘管伤口，但对肠皮下瘘管有用；伤口附近有大血管或曾发生急性出血的伤口或使用抗凝血剂、血友病、镰状细胞疾病等血液方面障碍的患者。负压吸引治疗开始禁用。在瘘管治疗中，但是，在低排出量瘘管中已经产生好的结果。Brian T.Andrews 等学者报道利用 VAC 成功治愈 1 例咽瘘、1 例口底瘘（2/3）。在 2 个案例中完成瘘管愈合时间分别是 3 天和 11 天，另一例不能愈合的咽瘘患者因为术前接受过放射治疗，颈部组织硬结、纤维变性，连续负压不能闭合瘘管。Brian T.Andrews 等用 VAC 处理咽瘘的负压压力 150mmHg(20kPa)，口底瘘负压压力是 125mmHg(16.7kPa)。

利用双套管，一边持续负压吸引，主动吸出咽瘘管唾液、脓液、细菌等；一边通过冲洗稀释浓稠的唾液、脓液，避免唾液、脓液及坏死组织和细菌等堆积损伤组织，阻碍引流，能促进咽瘘的愈合。

【患者资料】

患者严先生，52 岁，因声门下区癌，行全喉切除 + 左颈下梨状窝肿物切除 + 双颈淋巴结清扫 + 气管造瘘术，术后第 10 天见颈前手术切口有渗液，撑开伤口有唾液流出。术后一直执行肠内营养及静脉营养。咽瘘后，医生更改原来使用的抗生素；颈前左右颈下毛细引流管（术中放置）从连接普通一次性负压引流瓶，改为连接墙式负压吸引引流，引流效果欠佳，咽瘘口变大，导致唾液从咽瘘口流至气管造瘘中，引起刺激性咳嗽。术后第 18 天，请造口治疗师会诊。

【全身评估】

患者术后第 10 天发生咽瘘，此时实验室检查异常的结果是白蛋白 28.6g/L，血红蛋白 115.2g/L，C-反应蛋白 47.74mg/L；术后第 16 天实验室检查异常的结果是白蛋白 31.6g/L，血红蛋白 120.0g/L，C-反应蛋白 11.12mg/L。白细胞计数、体温正常。身高 171cm，体重 53kg，睡眠差，担忧手术切口不能愈合，心情烦躁。目前全身静脉营养及肠内营养，更改了抗生素，能下床活动。平素身体健康，诊断出该病前平均每天抽烟 40 支、喝酒 2 两（100g）。有医保，经济好，脾气急躁，有家属关爱照顾。术后第 18 天，请造口治疗师会诊。

【局部评估】

患者颈部手术切口下端与气管造瘘口 12 点位置相连处有浑浊唾液流出（咽瘘外口），流到气管时引起患者刺激性咳嗽，用左、右手的示指和中指分别放置在颈部切口中段的两边，轻轻挤压切口中段，有浑浊棕红色液体流出。颈部切口下段裂开 3cm × 2cm，周围皮肤泛红，较硬。请主管医生拆掉切口中段缝钉，轻轻撑开中段疏松组织，有浑浊的唾液流出，看不清内瘘口位置。形成了 2 个咽瘘外口——原手术切口中段及切口下段（2 个咽瘘外口的皮下隧道是相通的）。颈部左、右颈下有两根毛细引流管接普通负压引流瓶，引流管都经过咽瘘口，有少量黄白色脓液引出，左边的引流液比右边多（图 1-1-1a）。咽瘘口气味较重。

【护理目标】

- 1. 引流唾液、痰液、细菌等咽瘘排泄物，控制感染。
- 2. 保持咽瘘清洁，引流通畅，促进愈合。
- 3. 患者及家属理解咽瘘愈合方面的知识。

【处理过程】

1. 用墙式负压吸引配合持续冲洗的方法处理有脓液的咽

瘘 因为浑浊的咽瘘分泌物通过普通一次性负压引流瓶引流难以引出，通过墙式负压引流容易造成堵管；通过负压配合冲洗，既保持了负压的吸引，又保持通畅，能促进咽瘘愈合。这方法得到主管医生的许可。

（1）每次换药时，都用碘伏消毒咽瘘周围的皮肤，抹干。

（2）利用自制双套管达到负压吸引和冲洗的目的（图 1-1-1b）。双套管即是吸痰管内套入头皮针软管。首先，根据瘘管的尺寸选择吸痰管，选择 14 号的一次性吸痰管，将其原有的侧孔稍微增大，0.5cm 左右，隔 0.5cm 剪另一个同样大的对侧侧孔；其次，将头皮针除去钢针部分，剩余头皮针软管套入吸痰管中（从吸痰管侧孔进入），直至与吸痰管头平齐。侧孔总长比置管长度小 0.5~1cm。

（3）双套管前端的侧孔端用脂质水胶体敷料包裹，外科缝线扎紧，置入咽瘘内 1.5cm，用小号无菌伤口引流袋收集咽瘘口周围的渗液。具体步骤：小号伤口引流袋上面贴上水胶体超薄片，其上剪孔；然后，双套管从此孔穿入伤口引流袋，并穿过底盘（底盘孔径比伤口大 3mm），然后贴紧引流袋底盘（图 1-1-1c）；最后，引流袋外面的头皮针软管接上输液管，连接冲洗液，持续冲洗咽瘘；吸痰管的另一端接墙式负压吸引。



图 1-1-1a 初诊时见唾液在气管造瘘 12 点出现



图 1-1-1b 自制双套管



图 1-1-1c 咽瘘及左颈下引流管负压及冲洗

（4）用 1000ml 0.9% 氯化钠注射液作为冲洗液。每天滴入瘘口中，灌洗速度是 10 滴 / 分左右，以不漏入气管造口及口腔为宜，持续冲洗每天。

2. 左颈下原有的单腔引流管制作成双套管，用墙式负压吸引配合持续冲洗的方法处理有脓液的引流管

（1）了解颈部左颈下引流管在颈部伤口中的长度，测量是 10cm；将一次性 6 号吸痰管在 9cm 处做出标记。

(2) 左颈下引流管内套入6号的吸痰管。在颈部左颈下引流管出皮肤水平上2cm处用碘伏消毒，剪出一个小孔，将6号吸痰管从此侧孔插入引流管内（也从此侧孔置入一条排气管排气，以防堵管），进管长度与引流管同长或短1cm。此吸痰管另一端接口接冲洗液，输入冲洗液500ml 0.9%氯化钠注射液，灌注速度是5滴/分左右，以不漏入气管造口及口腔为宜，每天持续冲洗。而左颈下毛细引流管连接墙式负压吸引。右颈下毛细引流管脓液少，继续连接普通一次性负压引流瓶。

(3) 用Y型连接管把左颈下毛细引流管和咽瘘的吸痰管外接头连接（这2根引流管的引流液性质一致）（图1-1-1c），再接墙式负压吸引，压力150mmHg（20kPa），配合局部冲洗，每天持续负压吸引和冲洗，引出冲洗量5~10ml/d，浑浊，黄色。

3. 阻断2个咽瘘外口皮下隧道相通处 由于颈部中段切口的咽瘘外口与气管造瘘口12点位置上的咽瘘外口两者相通，造成唾液流向气管造瘘口，再加上颈中段咽瘘局部冲洗，更多的液体流向气管造瘘的可能。

(1) 堵塞2个咽瘘外口的皮下隧道相通处。从隧道上面加压，用一小块纱布堵塞通道（纱布一端置于墙式负压下的伤口引流袋下，通过负压增加通道局部压力，达到堵塞通道的目的，另一端用胶布固定），12小时更换1次纱布。

(2) 维持墙式负压吸引治疗的有效性，维持伤口引流袋内负压状态，直接向隧道加压，阻断隧道相通；同时保持局部引流通畅，促进咽瘘渗液的吸收，减轻局部水肿和感染，促进肉芽生长。

4. 咽瘘口的变化

(1) 会诊第3天，第1次更换墙式负压引流管及敷料，更换咽瘘敷料时，发现原来咽瘘口周围皮肤的泛红现象已经缓解，2个咽瘘外口皮下隧道大小同前，看上去很洁净，也没有以前很重的气味。颈部中段咽瘘外口12点位置棉签向内探查，有2.5cm通道，能见到内瘘口小于1cm，吞咽时见少量唾液涌出（图1-1-1d），唾液清稀、不浑浊。继续在原来方案的基础上，增加两咽瘘外口隧道局部手指按压（患者或家属执行）。医嘱停止抗生素治疗，继续肠内营养及静脉营养。

(2) 会诊第7天，更换负压吸引管及敷料时，发现患者咽瘘冲洗已经停止1天，由于冲洗液漏出到气管造瘘口，造成咳嗽。负压也停止了1天。咽瘘口有些气味，颈部中段咽瘘外口皮肤稍微红肿。但是，2个咽瘘外口皮下隧道已经不通，气管造瘘12点位置的咽瘘外口皮肤缺损处的组织洁净、伤口缩小（图1-1-1e）。继续进行颈部中段咽瘘口的墙式负压吸引并配合冲洗，增加1根吸痰管（吸痰管的侧孔端包裹了脂质水胶体敷料放置在伤口引流袋内，吸痰管另一端接墙式负压吸引），加强吸引，避免冲洗液渗漏到气管造瘘口。患者白细胞计数、红细胞计数、白蛋白水平、C-反应蛋白水



图1-1-1d 切口中段咽口12点能探2.5cm深



图1-1-1e 两个咽瘘外口已经不相通

平都正常，血红蛋白稍微偏低，129g/L。

（3）会诊第 10 天，更换负压吸引管及敷料时，发现咽瘘外口肉芽生长，瘘口洁净，没有臭味，敷料没有颜色，外瘘口变小（图 1-1-1f），冲洗引流液很清，冲洗出入量平衡。同时，颈部左颌下的引流管没有引流液流出，引流管干净，主管医生拔出左右颌下的引流管。继续墙式负压吸引及冲洗。

5. 咽瘘愈合 会诊第 12 天，咽瘘没有液体吸出，停止墙式负压吸引及冲洗。会诊第 15 天（术后第 33 天）患者出院，咽瘘愈合，表皮没有完全愈合（图 1-1-1g）。



图 1-1-1f 瘘口缩小



图 1-1-1g 咽瘘愈合

【健康教育】

1. 换药时解释所用治疗方法的原因和目的，说明伤口目前情况。墙式负压配合冲洗治疗得到患者的理解配合。本案例患者是知识分子，术后沟通困难，用笔写字交流，可以积极主动表达治疗中出现的问题。
2. 解释墙式负压吸引的注意事项，注意负压的有效或无效的现象，伤口引流管有无浓稠血液。解释护理人员会加强巡视观察。
3. 解释睡眠也会影响咽瘘的愈合，鼓励下床活动，本例患者，能自己每天下床散步活动约 2 小时。每次活动前先关闭冲洗液，再持续负压吸引 15 分钟后，才脱管活动，每次活动 15 分钟，每天 6 次。及时告知咽瘘愈合的进展，树立信心。
4. 每天 4 次口腔清洁漱口。继续肠内营养，直至咽瘘愈合。解释营养对咽瘘愈合的重要性。

【结果】

患者严先生，52 岁，因声门下区癌，行全喉切除 + 左颌下梨状窝肿物切除 + 双颈淋巴结清扫 + 气管造瘘术。术后第 10 天见咽瘘；术后第 18 天，开始通过墙式负压吸引配合冲洗，负压及冲洗 12 天后，咽瘘口肉芽生长，咽瘘收缩变小，停止负压及冲洗；术后第 33 天（会诊第 15 天），咽瘘愈合。治疗期间，有肠内营养、静脉营养；及时调整抗生素的使用；检测实验室检查，如白细胞、红细胞、血小板、C- 反应蛋白、白蛋白等；建议患者适当下床活动。

【重点 / 难点】

1. 患者咽瘘中的液体有唾液、脓液、细菌等，含有消化酶能刺激周围组织，仅用墙式负压吸引的方法容易堵管，引流不畅，加速局部感染，或需要频繁地更换敷料。墙式负压吸引配合冲洗能保持局部引流通畅，保持局部清洁，减轻局部水肿，减少细菌，促进愈合。此方法需要征得医生及患者同意。

2. 患者咽瘘直接与气管造瘘口相通，唾液容易流到气管造瘘口，引起刺激性咳嗽。找到更靠近咽瘘内口的颈部中段咽瘘口，并进行引流，有利于减少唾液流到气管造瘘口。
3. 阻断颈部中段咽瘘外口与气管造瘘口 12 点的咽瘘外口的通道，在通道上增加纱布块压迫，并配合墙式负压压力而达到目的。
4. 墙式负压吸引前，了解手术中有没有新吻合血管在负压吸引的位置经过，有没有血管暴露，了解有没有负压伤口治疗的适应证、禁忌证等。
5. 当咽瘘口比较大、又配合冲洗治疗时，选用伤口引流袋收集瘘口渗液，避免渗漏，配合墙式负压。在伤口引流袋内放置一根吸引管，另一端接负压也可避免渗漏。当咽瘘口比较小时可以不用造口袋，只用透明敷料密封咽瘘口配合墙式负压吸引治疗即可。
6. 脂质水胶体敷料包裹双套管侧孔端的目的是预防瘘管分泌物堵管，又保持引流通畅，取出敷料时又能避免创伤脆弱的肉芽，因为脂质水胶体敷料能保持伤口湿润。
7. 左颌下单腔引流管制成双套管时，需要有排气管。可用伤口引流袋收集引流管周围渗液。此条双套管的必要性还有待进一步的研究。

（张惠芹）

个案 2 墙式负压吸引配合冲洗运用在喉癌术后左、右下颌咽瘘患者中的护理

外科感染伤口常常需要扩开引流，引流常用的有引流胶片、抗生素纱条、胶管连接一次性普通负压引流瓶，而负压吸引伤口治疗引流因为能主动引流，引流作用比较快。但是，由于坏死组织、浓稠的伤口分泌物等容易造成堵管，负压伤口吸引治疗也有局限。使用 0.9% 氯化钠注射液冲洗配合负压伤口治疗，或许与抗生素和抗菌液的冲洗效果一样，且安全经济。

喉癌切除术后咽瘘，咽瘘口有唾液、脓液、细菌和坏死组织，用负压吸引伤口治疗的方法常常容易堵管，引流失败而引起感染或更换敷料次数太多，咽瘘难以愈合。而用墙式负压吸引配合冲洗的方法，能保持引流通畅，维持瘘管床的干净，促进了肉芽生长，促进瘘管愈合。

【患者资料】

患者李先生，男性，51 岁，诊断为下咽癌，术前做了放、化疗的治疗。3 个月前在全身麻醉（全麻）下行全喉切除 + 左颈淋巴结清扫 + 右颈淋巴结清扫术。术后第 8 天发现颈部左右颌下的两条毛细引流管有唾液，浑浊，主管医生诊断为咽瘘，把毛细引流管接墙式负压吸引治疗，效果欠佳，术后第 10 天，请造口治疗师会诊。

【全身评估】

患者术后第 10 天，痛苦面容；因为气管造瘘，不容易口头交流，靠书面文字交流，多数由家属代为陈述病史、要求。身高 164cm，67.5kg，造口治疗师会诊前连续 4 天体温 37.7℃ ~ 37.8℃，医生更换了抗生素，每天采用胃保护剂、白蛋白、静脉营养、肠内营养，并进行口腔清洁；能下床活动；

有医保，经济好，家人关心照顾，患者及家属十分担心咽瘘不能愈合；睡眠差。每天抽烟 1 ~ 2 包，30 多年，已经戒烟 3 个月。没有糖尿病等基础疾病。近 4 天没有做实验室检查。

【局部评估】

患者面部左右脸颊、下颌、左右下颏肿胀，皮肤硬、泛红，颈部左右颏下有毛细引流管接墙式负压引流，有头皮针软管（去掉头皮针）在引流管旁边，接输液管缓慢滴入 0.9% 氯化钠注射液冲洗咽瘘，导致引流管周围有液体渗漏，流到气管造瘘而引起咳嗽；流到衣服上；少量黄色脓液、唾液及淡红色液体从毛细管流出，引流管周围皮肤泛红、肿胀；患者诉引流管周围疼痛（图 1-1-2a），睡眠差。咽瘘气味重。



图 1-1-2a 初诊时左右下颏肿胀泛红疼痛

【护理目标】

- 1. 充分引流唾液、痰液、细菌等瘘口排泄物，控制感染。
- 2. 保持咽瘘清洁，引流通畅，促进愈合。
- 3. 减轻患者及家属的心理压力。

【护理过程】

1. 评估咽瘘情况，提出护理计划，获得主管医生同意

- （1）主管医生同意拔出原先疏松的毛细引流管及头皮针软管。用碘伏消毒瘘口周围的皮肤。
- （2）用不同大小的棉签探查左右两边的咽瘘周围情况，右边的咽瘘能探到 3cm 管状隧道，约 4mm 宽；左边的咽瘘管状隧道 5cm，管腔比右边大，约 5mm 宽，都有唾液排出。用注射器带头皮针软管向咽瘘轻轻注入 0.9% 氯化钠注射液，从左边咽瘘隧道进水，右边咽瘘隧道出；从右边咽瘘隧道进水，不能从左边咽瘘隧道出来。咽瘘口小于 1cm 操作过程中患者伤口疼痛，应操作轻柔，分散患者注意力。
- （3）建议墙式负压吸引配合冲洗，并需要用伤口引流袋收集渗液，以免冲洗液渗漏，得到医生同意。咽瘘导致分泌物黏稠，单纯用墙式负压吸引的方法难以吸出分泌物，需要用负压配合冲洗的方法，以保持引流通畅，保持局部清洁，减轻水肿，促进血液循环，促进瘘管愈合。

2. 用墙式负压吸引配合持续冲洗的方法处理有脓液的咽瘘的具体步骤

- （1）利用自制双套管达到负压吸引和冲洗的目的（双套管制作方法同第一章第一节个案 1）。
- （2）双套管材料的准备 吸痰管内套入头皮针软管。首先，根据咽瘘大小选择吸痰管，选择 14 号一次性吸痰管，将其原有的侧孔稍微加大成 0.5cm 左右，隔 0.5cm，剪另一个同样大的对侧侧孔，再隔 0.5cm 以此法再剪出一个侧孔，拟定放在颈部左颏下咽瘘；颈部右颏下咽瘘，拟定 12 号一次性吸痰管，只需要 2 个侧孔，剪法同前；其次，将头皮针除去钢针部分，剩余头皮针软管套入吸痰管中（从吸痰管最远端的侧孔进入），直至与吸痰管头平齐；这双套管的侧孔端用脂质水胶体敷料包裹，扎紧，待用。
- （3）把上述 2 根双套管各置入左右颏下咽瘘，各置入管 4cm 和 3cm，各用小号伤口引流袋收集咽瘘周围的渗液。小号伤口引流袋上贴上水胶体超薄片，其上剪孔；然后，双套管从此孔穿入伤口

引流袋，并穿过底盘（底盘孔径比伤口大 3mm）；置入咽瘘中，贴紧引流袋底盘；最后，引流袋外的头皮针软管接头接上输液管，连接冲洗液，持续冲洗瘘口；左右两根吸痰管的外接口用 Y 型连接管连接墙式负压吸引（图 1-1-2b），压力 150mmHg（20kPa）。为避免冲洗液渗漏到气管造瘘中，在伤口引流袋内增加一根包裹脂质水胶体的吸痰管头端，另一端接负压。

（4）用 0.9% 氯化钠注射液 1000ml 及甲硝唑 100ml 作为两个咽瘘的冲洗液。每天滴入咽瘘中（持续 24 小时），灌洗速度 10 滴 / 分左右，以不漏入气管造瘘及口腔为宜。墙式负压配合冲洗的第 2 天，引流出的冲洗液为黄色有些浑浊的唾液、痰液等。冲洗量 5ml 左右。

（5）加强巡视，维持墙式负压吸引治疗的有效性，维持伤口引流袋内负压状态，保持局部引流通畅，促进咽瘘渗液的吸收，减轻局部水肿和感染，促进肉芽生长，促进咽瘘的愈合。

3. 咽瘘变化

（1）会诊第 3 天，咽瘘口周围感染现象改善，体温正常。第 1 次更换墙式负压引流管及敷料，发现患者脸颊、下颌、下颏红肿减轻，疼痛减轻，咽瘘口原来很重的气味变清，2 个咽瘘隧道大小同前，但是咽瘘显得清洁（图 1-1-2c），唾液清稀不浑浊。继续原来治疗方案，医嘱并停止抗生素治疗，继续肠内营养及静脉营养。继续 3~4 天更换管道、敷料 1 次。



图 1-1-2b 左、右下颏咽瘘用双套管
负压及冲洗



图 1-1-2c 处理 5 天下颏红肿、胀痛
有减轻

（2）会诊第 7 天，更换负压吸引管及敷料，发现患者右颏下咽瘘愈合。更换敷料前，墙式负压吸引出来的冲洗液很清，冲洗液出入量平衡。除去负压吸引的敷料后，咽瘘口没有臭味；用注射器带头皮针软管轻轻向咽瘘口注入 0.9% 氯化钠注射液，从左边咽瘘隧道进水，不见右边咽瘘隧道出；从右边咽瘘隧道进水，不能从左边隧道出来，即左右两边的咽瘘口已经不相通；患者吞咽动作时，没有见到唾液从右颏下咽瘘口出来，左颏下仍有唾液出来。右颏下咽瘘口停止负压及冲洗，只用纱布覆盖（图 1-1-2d）。再过 3 天后右颏下咽瘘口表皮愈合。脸颊、下颌、下颏红肿减轻明显，疼痛减轻显著。患者心情较前好转，睡眠好转。左颏下继续负压吸引和冲洗，会诊 14 天后更换敷料时，患者左颏下咽瘘口内，仍有少量黄白色脓液（图 1-1-2e），也有红色肉芽组织；嘱患者做吞咽动作，见到左咽瘘口有唾液流出，继续墙式负压吸引及冲洗。

（3）会诊 20 天，更换敷料时，嘱咐患者做吞咽动作，左侧咽瘘口没有唾液流出，无异常气味，脸颊、下颌、下颏红肿热痛消失，覆盖纱布。此后 2 天有少量唾液从左侧咽瘘口流出，再观察 5 天，其中，后 3 天流质饮食，没有唾液、食物流出，医生确诊咽瘘愈合，患者出院（图 1-1-2f）。1 周后复查，左颏下咽瘘口表皮愈合。



图 1-1-2d 处理 7 天右下颈咽瘘愈合 图 1-1-2e 处理 14 天左下颈咽瘘少量脓液 图 1-1-2f 处理 22 天左下颈咽瘘愈合

【健康教育】

- 1. 患者是商人，上网查找咽瘘的处理方法，所看见的方法与墙式负压吸引配合冲洗的治疗方法不同，所以需要向其解释这个治疗的作用和目的，以取得配合。解释后也得到患者的理解、配合。
- 2. 解释墙式负压吸引的注意事项，注意负压的有效或无效的现象，伤口引流管有无浓稠血液。解释护理人员会加强巡视观察。
- 3. 鼓励下床活动，并解释墙式负压吸引配合冲洗时间，24 小时内只能停止治疗 2 小时，并把它分在不同时间段，以方便活动。患者能每天下床散步活动约 2 小时。每次活动前先关闭冲洗液，再持续负压吸引 15 分钟后，才脱管活动，每次活动 15 分钟，每天 4 次。及时告知瘘口愈合的进展，树立其信心。
- 4. 每天 4 次口腔清洁漱口。继续肠内营养，直至咽瘘愈合。解释营养对瘘口愈合的重要性。
- 5. 解释每项操作的意义，解释咽瘘愈合进展，解释治疗需要营养、需要时间，患者及家属理解并配合。

【结果】

患者行全喉切除 + 左颈淋巴结清扫 + 右颈淋巴结清扫术，术后第 8 天发现颈部左右下颈咽瘘，术后第 10 天用墙式负压吸引配合冲洗的方法处理咽瘘，术后第 17 天右下颈咽瘘愈合。继续墙式负压吸引配合冲洗治疗，术后 32 天左下颈咽瘘愈合。墙式负压吸引配合冲洗前 4 天连续低热，墙式负压配合冲洗治疗 2 天以后就没有发热现象。治疗期间有肠内营养、静脉营养、白蛋白等的支持；及时调整抗生素的使用；患者适当下床活动，增加沟通，减轻患者心理压力。

【重点 / 难点】

- 1. 处理咽瘘前先充分评估咽瘘外口数目、有没有窦道等。咽瘘中的组织有没有暴露的血管或新吻合的血管，有没有负压吸引治疗的禁忌证、适应证。拔除术中留置的引流管需要主管医生同意和执行。
- 2. 患者咽瘘感染，而且咽瘘中的液体有唾液、脓液、细菌等，含有消化酶能刺激组织，仅用墙式负压吸引的方法容易堵管，引流不畅，加速局部感染，或需要频繁地更换敷料。墙式负压吸引配合冲洗能保持局部引流的通畅，保持局部的清洁，减轻局部水肿，减少细菌，促进愈合。此方法取得医生及患者同意。
- 3. 用伤口引流袋收集咽瘘排泄物及冲洗液的渗漏，避免渗液流到气管造瘘口引起刺激性咳嗽。

4. 为避免冲洗液渗漏气管造瘘中，在伤口引流袋内增加一条包裹脂质水胶体敷料的吸痰管头端，另一端接负压。

(张惠芹)



个案3 现代敷料运用在喉癌切除术后切口感染并咽痿患者中的护理

切口感染与咽痿是喉癌全喉切除术后常见的早期并发症。咽痿是指唾液在皮下或者是切口下组织内贮积，形成脓腔破溃至切口缘以及皮肤，使得食管腔、下咽部开放与皮肤相通，最终形成窦道。食物或者是唾液可以通过此窦道向外溢于皮肤，形成皮肤痿。其发生率为 3.2% ~ 38.6%。咽痿的临床表现为颈部皮肤发生红肿、压痛，可出现痿口，唾液、食物和水顺着痿道流出，污染颈部伤口和皮肤，延迟伤口的愈合。一旦发生咽痿，不仅影响预后，往往经久不愈，增加患者痛苦和经济负担，还可影响患者发声和吞咽功能恢复，严重者导致营养不良、肺部感染，增加病死率。对 1 例喉癌切除术后切口感染并咽痿患者运用伤口床准备理论，对伤口进行清创、抗感染、合理选择伤口敷料，维持湿性环境，以及针对伤口基底过长及水肿的肉芽组织联合应用高渗盐敷料、泡沫敷料及加压包扎的方法进行处理，同时加强呼吸道感染控制、营养支持、心理护理及口腔护理等，促进了咽痿和切口的愈合。

【患者资料】

患者陈某，男性，62 岁。因右颈部肿块 2 个月余，1 个月前出现声音嘶哑伴左颈部肿块增大，经检查拟喉癌收入院治疗。入院后做好术前各项常规检查和准备工作后，在全身麻醉下行气管切开、颈部清扫及喉癌切除术。术后予抗炎、营养支持、对症处理和伤口换药等处理，术后第 4 天患者觉伤口疼痛，切口部位红肿、渗液，病区应用传统换药方法进行伤口处理，第 7 天发现切口上方内侧有一痿口，有唾液等呼吸道分泌物流出，经用凡士林油纱及碘仿纱等换药处理伤口未能愈合，术后第 21 天请造口治疗师会诊，要求协助处理伤口。

【全身评估】

患者体重 66kg，身高 171cm，体温 37.4℃ ~ 38.2℃，脉搏 92 次 / 分，血压 138/74mmHg。血常规示血红蛋白 125g/L，白蛋白 36g/L，白细胞计数 $7.64 \times 10^9/L$ ，空腹血糖 4.5mmol/L。留置胃饲管鼻饲流质饮食。患者大小便正常，能下床活动。有咳嗽、咳痰，痰液较多，稀薄。由于伤口经换药治疗 3 周末愈，患者心情焦急，担心预后及经济负担。发病前患者吸烟史近 40 年，每天吸烟 20 ~ 30 支。家庭关系良好，妻子每天陪伴左右。

【局部评估】

伤口位于左颌下，大小约 5cm × 2.8cm；基底可见 100% 红色肉芽，但肉芽水肿、过长，高于皮肤平面约 0.3cm，基底疏松，触碰易出血；伤口上缘内侧见一痿口，痿管外口直径约 0.5cm，患者吞咽和咳嗽

时见大量痰液从瘰口流出，瘰管壁肉芽水肿；伤口渗液令伤口敷料变绿色，呈漏出状态（3块小方纱及2块大方纱加压包扎）；伤口有臭味；伤口周围组织无红肿、浸渍现象，皮温正常，按压无疼痛，周围皮肤组织弹性差；疼痛评分为3分（10分法）；痰液和伤口分泌物培养均示铜绿假单胞菌感染。伤口旁气管切开已堵管封闭，患者呼吸平顺（图1-1-3a）。



图1-1-3a 接诊时咽瘰及伤口情况

【护理目标】

1. 控制呼吸道感染，减少痰液分泌。
2. 减少痰液漏出，促进瘰管闭合。
3. 控制肉芽水肿及过长，促进伤口愈合。

【处理过程】

1. 控制呼吸道感染 由于咽瘰周围的呼吸道黏膜纤毛功能与腺体功能的改变，分泌物增多，致手术部位痰液积聚。瘰管不断有大量感染的痰液流出污染伤口，令伤口感染难以控制。因此，控制呼吸道感染，减少痰液分泌是瘰管和伤口愈合的首要环节。根据痰液及伤口分泌物细菌培养结果应用敏感的抗生素治疗感染，雾化吸入以消除局部炎症、水肿，稀释痰液，并加强翻身、拍背，鼓励患者咳嗽、咳痰，必须及时予以吸痰，并严格遵守无菌操作。术后禁食期间，指导患者及时吐出口内分泌物，勿咽下，减少分泌物流入下咽部，观察口腔黏膜的变化，口腔有无异味。指导或协助患者每天进行口腔清洁或漱口3~4次，保持口腔清洁。

2. 减少痰液漏出，促进瘰管闭合 由于长时间大量感染性呼吸道分泌物从瘰口流出，导致瘰管内肉芽组织水肿及过长而影响瘰管的闭合。因此，减少痰液从瘰管漏出也是瘰管和伤口愈合的重要方面。用0.5%聚维酮碘溶液消毒瘰管及周围皮肤后，用血管钳钳夹瘰管内过长肉芽，并用小方纱布按压止血，再用0.9%氯化钠注射液棉球清洗干净及用小方纱布轻轻拭干瘰口及周围皮肤水分，剪裁适当大小与长度的高渗盐敷料填塞瘰管外口处，然后用折叠的小方纱布做外层敷料覆盖并稍加压。由于瘰管与咽部相通，填塞引流条时为防止填塞过深引致呛咳或引流条误入咽喉部，注意引流条不能填塞过深，同时引流条尾端要预留足够长度（2~3cm）在瘰口外并做好固定。患者咽瘰瘰口位于左颌下，指导患者采取右侧半卧位，尽可能减少呼吸道分泌物从瘰口流出。感染期瘰管填塞的引流条每天更换1次，感染控制后可2~3天更换1次。高渗盐敷料是含结晶的高渗性氯化钠的无纺布敷料，有吸收渗液、吸附细菌和坏死组织、降低水肿、促进愈合、顺应伤口轮廓、整块取出的优点。使用高渗盐敷料处理肉芽水肿伤口，是利用水从低渗向高渗移动的原理，在伤口局部造成高渗环境，将肉芽组织内水分移向组织外而减轻肉芽组织水肿。

3. 控制伤口肉芽水肿及过长，促进伤口愈合 肉芽组织在伤口修复、愈合过程中起关键作用。肉芽组织质量直接影响着伤口的修复愈合程度及其预后。评估患者出、凝血功能正常后，用无菌手术剪剪除或用血管钳钳夹伤口过长或水肿的肉芽，用小方纱布压迫止血后，根据伤口的大小和形态将裁剪好的高渗盐敷料覆盖于伤口上（图1-1-3b），确保敷料与伤口充分接触，不留死腔，外层以泡沫敷

料覆盖，再将小方纱布折叠放于泡沫敷料上，最后用弹性柔棉宽胶带进行加压固定（图 1-1-3c）。根据伤口渗液量确定更换频率，感染期或瘘管流出量多时可每天更换 1 次，情况改善后可 2 ~ 3 天更换 1 次。泡沫敷料具体高吸收性，同时能够维持伤口适当的湿润度，不与伤口粘连，可避免更换敷料时再次引起伤口的机械性损伤。泡沫敷料加压包扎的方法用于肉芽组织水肿的伤口，是利用虹吸现象及分子内吸收的物理原理，使水肿肉芽组织的水分迅速被吸出以减轻水肿，通过折叠小方纱布加压包扎，进一步抑制肉芽组织的超常增生，同时还保证了伤口的湿润。因为湿润的环境能增加表皮细胞的迁移速度，可维持创缘到伤口中央正常的电势梯度，促使更多的生长因子结合，以促进伤口的愈合。待瘘管闭合，伤口肉芽组织恢复正常，可改用泡沫敷料或水胶体敷料覆盖伤口，4 ~ 5 天更换 1 次至愈合。



图 1-1-3b 瘘管及伤口应用高渗盐敷料



图 1-1-3c 方纱布折叠后加压包扎

【健康教育】

- 1. 心理护理 患者术后会有一段时间失去部分或全部的发声功能，若发生咽痿还会延长患者的住院时间。因此，患者容易出现情绪低落、悲观、烦躁、易怒等不良心理情绪。接诊患者后，应即刻向患者及家属做好解释工作，说明伤口目前的情况、拟执行的治疗方案、伤口敷料应用的目的和意义、伤口处理过程可能出现的问题及患者如何配合等，指导其积极应对，在心理上有充足的准备。
- 2. 营养支持指导 因患者出现咽痿，暂时不能经口进食，要延长鼻饲时间，并且合并呼吸道感染而加重了患者营养的消耗，不利于咽痿愈合，因此补充营养显得十分重要。建议请营养科医师会诊，制订个性化的鼻饲营养食谱，多鼻饲肉汤、鱼汤、果汁、蔬菜汁、牛奶等，必要时按医嘱给予脂肪乳剂、白蛋白、氨基酸等静脉营养补充，以促进伤口愈合。瘘管闭合前嘱患者尽量少做吞咽动作，切勿从口中进食，避免食物从瘘口中流出，加重瘘口和伤口感染。咽痿闭合后指导患者经口试行进食，如无呛咳现象，再拔除胃管。指导患者经口进食，早期宜选择可控性较强的食物，即食物可以在口腔停留且在咽喉移动缓慢的食物，如土豆泥，泡好的蛋糕、馒头，黏稠的燕麦粥，调好的藕粉等。稀薄液体是最难控制的食物，不宜早期食用。如试吃无呛咳现象，再改为流汁和半流汁，最后进软食。进食后注意检查伤口敷料情况，注意有无饮食经由原瘘口流出。
- 3. 劝导患者戒烟 向患者解释烟草中所含的单氧化物、尼古丁直接影响伤口局部的氧供，降低细胞增殖及迁移的速度，导致伤口愈合延迟。指导患者采取有效的戒烟策略，如劝导、行为治疗等方式，以增加组织的供氧量，促进伤口的愈合。

【结果】

经过呼吸道感染控制、瘘管及伤口异常肉芽局部处理等全身综合性治疗护理措施，患者痰液逐

日减少,3天后经由瘻管流出的痰液也明显减少,伤口分泌物由绿色转变为淡黄色,体温降到正常,痰液及伤口分泌物培养均无细菌生长;4天后肉芽组织结实,鲜红色及小颗粒状,伤口周围可见上皮组织生长,伤口缩小到 $4\text{cm} \times 2.5\text{cm}$;17天后瘻管完全愈合,按医嘱拔除胃管,改为经口进食流质,逐渐过渡至半流质饮食,伤口进一步缩小至 $2\text{cm} \times 1\text{cm}$,改用泡沫敷料覆盖伤口,4~5天更换1次,换药第30天伤口完全愈合(图1-1-3d)。



图1-1-3d 伤口愈合情况

【重点/难点】

1. 喉癌术后如并发咽瘘,呼吸道分泌物通过瘻管流至伤口,致使伤口感染难以控制。
2. 控制呼吸道感染,减少痰液分泌及经瘻管漏出至伤口是伤口愈合的保证。
3. 瘻管内填塞引流条时应特别注意引流条放置的安全性,防止引流条滑落至咽部。
4. 瘻管流出量多时,指导患者采取右侧半卧位,以减少呼吸道分泌物从瘻管流出。
5. 颈部伤口敷料避免采用环形包扎,避免颈静脉回流受阻及影响患者呼吸。

(黄漫容)

个案4 墙式负压吸引运用在口底癌术后口底瘻患者中的护理

口底癌是指发生于口底黏膜的癌,绝大多数为原发于黏膜的鳞癌及少量来源于口底小涎腺的癌,在我国发病率呈逐渐上升趋势。口底瘻是口底癌术后棘手的并发症之一,许多因素可以导致瘻管的形成,如患者有颈部放射治疗史、手术中皮角角度过小或术后局部皮瓣血供不足、术后感染等。头颈部术后形成的瘻管,传统局部处理常是扩大皮肤创口,促进脓液引流,根据经验选用碘仿纱条、红霉素纱条、凡士林纱条等不同的引流方法,无感染后,以加压包扎为主,结果瘻口愈合时间长,不少瘻口还要清创缝合、瘻口修补、肌皮瓣修复或局部植皮,影响患者术后功能恢复、生活质量及增加住院费用。Andrews等报道,真空负压辅助愈合是促进头颈部瘻管愈合的可行选择。

国内有报道应用墙式负压吸引处理6例头颈部恶性肿瘤术后患者的口底瘻,压力在 $100 \sim 125\text{mmHg}$ ($13.33 \sim 16.67\text{kPa}$),在5~28天内愈合。

【患者资料】

患者严先生,45岁,因口腔疼痛1年余,发现右侧口底肿物3个月余,入院后予口底镜检查,送检口底黏膜组织中见高分化鳞状细胞癌浸润。在全身麻醉下行右侧口底癌根治术+右下颌骨部分切除术+右侧钛板修复术+右侧股前外侧皮瓣修复术+右颈淋巴结清扫术+气管切开术。术后第5天发现口底转移皮瓣坏死,第6天急诊行口腔坏死皮瓣清创缝合术,术后1个月伤口愈合不佳,转介造口治疗师处理。

【全身评估】

患者严先生，男性，身高 175cm，体重 65kg，精神好，鼻饲饮食，体温 36.7℃，血压 125/80mmHg，血常规、生化检查正常。既往体健，没有糖尿病、高血压等基础疾病。吸烟 30 余年，10 支 / 天，饮酒 20 余年，2kg/ 周，已戒烟酒 3 月余，有两年嚼食槟榔史。家庭关系好，有妻子照顾，经济一般。对瘘管不能愈合有些烦恼，担心影响后续放射治疗。

【局部评估】

接诊时见患者右侧下颏 0.2cm × 0.5cm 伤口，周围皮肤 0.5cm 泛红，有淡黄色脓液流出、腥味。清洗干净伤口后，用装有 0.9% 氯化钠注射液无菌注射器，冲洗伤口，见到 0.9% 氯化钠注射液从口腔流出。患者诉日常见有唾液从伤口流出。诊断为口底瘘（图 1-1-4a），接诊前每天用 75% 乙醇消毒伤口，一块纱布覆盖，纱布湿润，每天换药 1 次。没有诉伤口疼痛。



图 1-1-4a 术后 1 个月的口底瘘

【护理目标】

- 1. 瘘管引流通畅，消除局部炎症，促进口底瘘的愈合。
- 2. 理解瘘管愈合的康复知识。

【处理过程】

采用墙式负压吸引的方法处理，促进瘘管愈合。

（1）每次清洗瘘用 0.9% 氯化钠注射液冲洗口腔，冲洗液从口底瘘口流出来，再清洗瘘口周围的皮肤，抹干。

（2）用超薄水胶体贴在瘘口周围皮肤，保持瘘管周围皮肤平顺。

（3）剪一小条脂质水胶体敷料 0.2cm × 3cm 大小，填塞在口底瘘中，敷料露出瘘管口外 1cm（图 1-1-4b），利于引流。因为瘘口小、很浅，分泌物少，常规负压引流用的脂质水胶体包裹吸痰管不能置入瘘口，也不必置入瘘口，以免影响愈合。

（4）单腔负压吸引管的制作 准备一根一次性 14 号硅胶吸痰管，剪 2 个侧孔（加大它原有的 2 个侧孔），侧孔大小 0.5cm，隔 0.5cm 再剪下一个对侧 0.5cm 的侧孔；用脂质水胶体敷料半块，包裹吸痰管侧孔端。包裹时，注意脂质水胶体敷料在吸痰管头端要反折，外科缝线固定。

（5）用上述脂质水胶体敷料包裹的吸痰管放置在颏下瘘口外，与瘘口中引流用的脂质水胶体敷料外露部分相接触，用透明敷料 2 块覆盖包裹的吸痰管和引流用脂质水胶体敷料，密封瘘口。吸痰管外口再接上墙式负压，压力在 125mmHg（17kPa）（图 1-1-4c）。

（6）3 天更换敷料 1 次，负压引流管吸出少量淡红色渗液。第 2 次更换敷料后瘘口没有液体流出，但是喝水后还是有水漏出，继续墙式负压吸引。第 4 次更换敷料时，口底瘘周围皮肤颜色正常，没有脓液从瘘口流出，周围皮肤泛红消失，因此瘘口不再用引流用的脂质水胶体敷料，以免影响愈合，

把脂质水胶体敷料包裹的吸痰管放置在瘘口附近，用透明敷料密封，继续负压。3 天后口底瘘愈合。



图 1-1-4b 引流用敷料部分塞入瘘口



图 1-1-4c 用透明敷料密封

【健康教育】

1. 向患者及家属解释，右侧下颏的口底瘘只用敷料局部换药，耗时长。
2. 解释墙式负压吸引的目的是为了减少瘘管的细菌，减轻局部水肿，促进局部血液循环，促进肉芽生长，加快瘘管的愈合。
3. 强调墙式负压吸引治疗过程中，不能自己调节压力表，超过压力范围时，及时报告医务人员。
4. 说明当墙式负压吸引的引流液的颜色变成浓稠血性时，及时报告医务人员。
5. 说明墙式负压有效或无效负压现象。
6. 鼓励患者下床活动，不脱离中心负压机时也可以下床，在床边活动。脱离中心负压机时，报告护士，先关闭负压，用无菌纱布包裹导管两个分离端。暂停负压的时间每天共不超过 2 小时。
7. 患者鼻饲饮食时，先关闭中心负压，鼻饲完成后 30 分钟中，再开启墙式负压机吸引治疗，以防鼻饲液从瘘管吸出。
8. 术后患者抵抗力下降，舌功能受损，口腔自净能力减弱，加上口底位置低，长期浸泡在唾液中易发生感染。因此，口腔护理非常重要，督促患者晨起、睡前或进食后用 0.9% 氯化钠注射液漱口，每日 6 次。

【结果】

患者口底瘘通过墙式负压吸引处理，12 天愈合。

【重点 / 难点】

1. 因为瘘口很小又有脓液，需要充分引流脓液，而又无法把吸痰管放置到瘘口内，因此，需要先在瘘口内放置小块脂质水胶体敷料做引流条，让瘘管外的吸痰管与引流条相接触。透明敷料封闭瘘口后连接负压后，才能充分引流瘘口内的细菌、脓液，同时又能促进血液循环。
2. 当瘘管内引流液变少、变清，没有脓液时，可以不在瘘口内放置引流条，只在瘘管外放置脂质水胶体敷料包裹的吸痰管，透明敷料密封瘘口和吸痰管，吸痰管另一端连接负压就可以了。
3. 脂质水胶体敷料是微型网状结构，有利于引流，用它包裹有多个侧孔的吸引管，可以避免没有包裹的吸引管在压力下吸附组织，造成损伤，也可避免堵管。含有亲水性颗粒的脂质水胶体敷料，且能维持湿性愈合环境，停止负压后敷料容易取出，不易损伤肉芽组织。在这个案中，也可用纱布

包裹吸痰管侧孔端，预防堵管，保持引流通畅。

（张惠芹）



个案5 墙式负压吸引运用在口颊癌术后口颊痿患者中的护理

口腔癌为颌面部最常见的恶性肿瘤，其发病率位居恶性肿瘤的第8位，占全身恶性肿瘤的3%，好发于男性。据统计，每年约有27万人被诊断为口腔癌，14.5万人死于该病，其中有1/2的病例发生于发展中国家。2010年，美国疾病控制中心的统计结果表明，全球每年约50万人患口腔癌，死亡人数约为12000人。

目前口腔癌治疗手段主要依靠手术，肿瘤切除根治术后往往遗留大面积软硬组织缺损，需要皮瓣移植，若术后切口愈合不良会形成口颊痿、口底痿等。痿管形成后，伤口渗液增多，传统置入引流管引流的方法效果不好，易引起伤口感染，伤口延迟愈合，甚至发展为难愈性伤口。本案例利用负压封闭吸引的原理，采用墙式负压吸引装置治疗伤口，取得了不错的效果。

负压创面治疗（negative pressure wound therapy, NPWT）作为创面治疗的新方法，已经成为治疗各种急性创伤和慢性难愈性伤口的最先进的技术之一。20世纪70年代，前苏联就有关于负压治疗创面的文献报道。1993年，德国创伤外科Fleischmann博士将负压封闭引流法的概念带到中国，其工作原理是将带有引流管的医用海绵敷料覆盖或者填充缺损的创面，再用半透膜对其进行封闭，最后将引流管连接负压源，通过负压可控装置引流出渗液以及坏死物质，清洁创面，促进伤口愈合。1997年，美国外科医师Argenta和Morykwas利用负压封闭吸引原理发明了真空负压辅助愈合装置（VAC）。大量临床研究证明，NPWT促进伤口愈合方面具有显著的效果。本案例使用墙式负压吸引引流技术进行治疗。

【患者资料】

患者朱某，男，68岁，因发现左口颊肿物1年而入院。入院诊断为左侧口颊鳞癌，全身麻醉下行“左侧颊部恶性肿瘤局部扩大切除术+左口腔颌面部缺损颞肌筋膜瓣修复+左上颌骨部分切除+左上半颈淋巴结清扫术”，术后第1天全身麻醉下行左侧颈部清创止血术。第2次手术后第3天引流液浑浊，术后第11天伤口愈合不良，有脓性分泌物，左颊面部肿胀明显；术后第12天，伤口出现恶臭，其他一般状况良好。术后第13天，请造口治疗师会诊。鼻饲饮食。

【全身评估】

患者身高176cm，体重82kg，意识清楚，既往有高血压史，无糖尿病史，无食物药物过敏史。血常规显示：白细胞计数 $13.72 \times 10^9/L$ ，红细胞计数 $3.9 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白118g/L。生化检查结果：超敏C-反应蛋白132.71mg/L，白蛋白30.5g/L，其余检查结果均正常，术后血压、血糖控制良好。接诊时患者为术后第13天，血红蛋白含量较低，白蛋白低于正常水平，全身营养状况不佳。患者担心伤口愈合，情绪焦虑，伤口疼痛（数字等级评定量表法评分4~6分），睡眠差。

【局部评估】

术后13天,头颈部切口3个,位于左侧的颊部、下颏和下颌部(图1-1-5a)、左侧头顶部至左耳前。左颊部切口全长9cm,该切口下2/4段见2个小裂口(间隔0.5cm),各约1cm×0.7cm左右,上裂口12~1点位置与口腔相通,即口颊痿,下裂口与颈部切口相通,患者感觉左颊内似乎有鸡蛋大的球状物。下颏和下颌部切口全长12cm,内有1根引流管接一次性普通负压瓶,引流液见黄褐色脓液,与切口渗液同,渗液恶臭,虽然胡须覆盖切口,仍见周围皮肤2~5cm范围红、肿、热、痛。切口基底75%黄色组织、25%红色组织,头顶左侧到左耳前切口见缝钉连续,内置1根引流管接一次性普通负压瓶,引流管出口渗液量大,3层中纺纱敷料湿透,渗液溢出至衣服,渗液呈淡黄色,浑浊,轻微恶臭。头顶左侧到颞后切口缝钉周围皮肤正常,而耳郭上缘上3cm的缝钉周围皮肤红肿(图1-1-5b)。



图1-1-5a 初诊时颊部、下颏部及耳前切口感染



图1-1-5b 拔出颈部引流管

【护理目标】

- 1. 充分吸收伤口渗液,充分引流,保护伤口周围皮肤。
- 2. 保持伤口清洁,控制感染。
- 3. 患者及家属理解伤口愈合方面的知识,减少患者及家属的心理压力。

【处理过程】

1. 拔出下颌的引流管,充分清洁伤口及周围皮肤 因为下颌下颏部切口内的引流管接一次性普通负压吸引瓶,引流液浑浊恶臭,不能充分引流,征求医生意见后,拔出该伤口内的引流管,见部分伤口基底暴露,75%黄色组织、25%红色组织。使用0.9%氯化钠注射液清洗伤口,伤口痿管周围皮肤用电动剃须刀剃须。使用安尔碘皮肤消毒剂消毒伤口周围的皮肤包括左面颊部痿管、下颌下颏伤口及耳前伤口周围皮肤及耳前伤口近端的引流管。

2. 墙式负压吸引配合冲洗的方法处理伤口 因为左面颊切口存在口颊痿并与下颌下颏伤口相通,伤口渗液量大,渗液浑浊,周围皮肤发红,选择利用双套管进行墙式负压吸引配合冲洗的治疗方法处理痿管及伤口(图1-1-5c),征得医生同意,具体步骤



图1-1-5c 颊部裂口与口腔及颈部切口相通