

· 护理学 ·

文章编号: 1002 - 0217(2016) 01 - 0095 - 02

口腔生物组织补片修复口腔黏膜缺损临床应用的护理体会

方媛媛 滕晓菊

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 口腔颌面外科, 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 总结口腔生物组织补片修复口腔黏膜及软组织缺损手术的围手术期护理经验。方法: 通过对我科 40 例口腔生物组织补片修复手术患者进行充分的术前准备, 密切观察术后移植区的情况和不良反应等, 总结护理要点。结果: 通过科学完善的护理, 其中 38 例患者术后生物补片完全存活, 术区黏膜均已与周围正常组织黏膜融合, 无明显不良反应及并发症发生; 2 例患者术后因自身原因致术区出血, 给予对症治疗及全面的有效护理后, 恢复良好, 生物组织补片也均存活。结论: 充分的术前准备及心理干预, 加强术后护理, 提供患者有针对性的健康指导, 对口腔生物组织补片修复口腔黏膜缺损临床应用患者的康复至关重要。

【关键词】生物组织补片; 口腔黏膜缺损; 护理; 异体移植

【中图分类号】R 473. 78 **【文献标识码】**A

【DOI】10. 3969/j. issn. 1002-0217. 2016. 01. 029

口腔生物组织补片作为可降解的脱细胞异体真皮医用组织补片, 用于修复口腔黏膜及软组织缺损, 可与宿主组织无差别整合, 具有移植后收缩小, 无挛缩性疤痕, 无排斥反应等优点^[1]。我科自 2012 年 4 月采用生物组织补片修复口腔黏膜缺损手术, 通过优质护理服务, 有效地避免了患者术前心理不安、术后出血、感染等并发症的发生, 为手术的成功提供了重要保障。现将围手术期护理介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科自 2012 年 4 月~2014 年 10 月, 共完成此类手术 40 例。其中男性患者 18 例, 女性患者 22 例, 年龄 26~86 岁。其中舌体癌 9 例, 均为不同程度的鳞状细胞癌; 舌根癌 3 例, 均为腺样囊性癌; 口底鳞状细胞癌 1 例; 颊部鳞状细胞癌 4 例; 口腔黏膜白斑 11 例; 口腔黏膜慢性炎症伴糜烂或肉芽组织形成 12 例。

1.2 材料 选用 RENOV(瑞诺) 口腔组织补片(北京清源伟业生物组织工程科技有限公司, 美国专利号: 5916265; 中国专利号 00120211. 1); 海奥口腔修复膜(烟台正海生物技术有限公司, 产品注册证书编号: 国食药监械(准) 字 2013 第 3461200 号)。

1.3 手术方法

1.3.1 方法一 根据创面大小剪取适宜的组织补片, 将补片直接贴敷于创面上, 补片与创缘间进行间断缝合^[2], 留线头, 反包扎加压, 使补片组织面和创面紧贴。

1.3.2 方法二 根据创面形状、大小, 用锐利组织剪将补片修成适宜的形态, 保证组织补片周围断面整齐, 可酌情在补片上剪数个小切口以利创面渗液的引流^[3], 组织补片与创面周围对位整齐, 严密缝合。

2 结果

38 例患者术后恢复良好, 无明显术后并发症, 均于术后 7~10 d 拆除口内加压包出院, 术后 3 个月回访, 术区黏膜均已与周围正常组织黏膜融合, 无明显差异。1 例舌体癌患者术后第 6 日因呼吸道感染致剧烈咳嗽, 口内加压缝合包上缘部分缝线脱落引起出血, 立即给予术区加压及止血药物应用, 两日后情况平稳, 术后第 10 日拆除口内加压包出院, 术区黏膜生长良好, 3 个月后回访术区黏膜与周围组织无明显差异。1 例舌根癌的患者经手术及相关治疗后于术后第 12 日拆除口内加压缝合包给予出院, 出院时创口愈合良好, 黏膜生长良好, 于出院后第 5 日因进食硬性食物造成口内出血, 急诊入院, 为防止出血引起窒息, 我科医生立即予以“气管切开及口内出血探查术”, 考虑为术区新生肉芽组织出血, 术后给予鼻饲饮食、术区纱布压迫以及抗炎止血等对症治疗后病情稳定, 7 日后给予健康指导出院, 术后 3 个月回访创口愈合良好, 术区黏膜与周围组织融合。

3 护理

3.1 术前护理

收稿日期: 2015-08-22

作者简介: 方媛媛(1982-), 女, 护师, (电话) 13705538322, (电子信箱) 47701878@qq.com.

3.1.1 心理护理 口腔颌面外科的患者入院后多有疼痛、焦虑、烦躁等不良情绪,应根据每位患者的病情,针对性地给予相应的心理支持,向患者及家属解释此类手术的方式及预后,介绍成功病例,鼓励患者树立信心,积极配合治疗^[4]。

3.1.2 口腔护理 为了保持患者口腔清洁,减少术后口腔感染的机会,术前的口腔护理尤为重要,入院后遵医嘱给予患者合适的漱口液漱口(0.2% 氯己定液、康复新液、等渗盐水等)^[5],含漱时间为1 min,每6 h 一次,并于术前1 d 常规行全口牙洁齿。

3.1.3 术前准备 术前完善相关检查(心电图、胸片等)及检验项目,根据需要备血,术前1 d 术区备皮,更换手术衣,术前8 h 禁食禁饮,术前30 min 备好生物组织补片,床边备心电监护仪、吸氧装置、吸引装置及抢救物品等。

3.2 术后护理

3.2.1 密切观察生命体征变化 术后遵医嘱给予心电监护监测,密切观察生命体征变化,备齐各种抢救药品及器材,发现异常及时报告医生,积极配合抢救处理。

3.2.2 术后呼吸道管理 术后因气管插管引起的喉痉挛、喉水肿、口腔内出血以及全麻未完全清醒,都是导致呼吸道梗阻的重要原因,因此保持呼吸道通畅是护理工作的重点。应给予患者去枕平卧位,头偏向一侧,密切观察呼吸及血氧饱和度的变化,遵医嘱给予雾化吸入以减轻呼吸道黏膜水肿和减少分泌物^[6],及时清除患者口内分泌物及血液,吸痰过程中,要注意调节合适的负压,避开补片移植区,以免影响手术效果。

3.2.3 创口观察 术后48 h 内应密切观察口内生物补片修复区域的渗血情况,如有大量新鲜血液渗出,应立即报告医生进行处理;同时观察创面肿胀情况,一般术后1~4 d 局部有轻度水肿,术后8 d 拆除碘仿纱布后肿胀可逐渐消退。术后当日用无菌棉签轻轻按压补片修复区的周围黏膜q 0.5 h,如按压处立刻由白转红说明血运情况良好,术后第1~3 天改为q2 h。

3.2.4 伤口负压引流管的护理 保持负压引流管的通畅,防止受压、扭曲、滑脱,注意观察并记录伤口负压引流液的量和性质,当24 h 引流量少于20~30 mL时即可考虑拔管;拔除引流管后,伤口需加压包扎,同时注意观察伤口肿胀及渗血情况。

3.2.5 预防感染 术区感染将直接影响生物补片

修复手术的成功,因此在遵医嘱应用抗生素的基础上,应加强局部伤口的护理,保持口腔清洁,可用0.2% 氯己定液进行口腔护理2~3 次/d,若可进食则进食后及时用漱口液漱口;同时病房内减少人员的探视,保持病室空气流通,温湿度适宜,定时监测患者体温的变化。

3.2.6 饮食护理 术后给予患者高热量、高蛋白及丰富维生素的流质饮食,术后5~7 d 遵医嘱给予流质或鼻饲流质饮食,尽量减少口唇运动,保持口腔清洁,有助于生物补片成活^[7]。拔除胃管前1~2 d 指导患者进行吞咽动作练习,口腔进食从流质开始逐步过渡到半流质及普食,食物温度以35~40℃ 为宜。

4 讨论

口腔生物组织补片适用于修复口腔黏膜及软组织缺损,多具有胶原蛋白特有的三维框架结构^[8],可引导细胞生长和血管化、促进组织再生、在体内降解、易于制备、保存时间长、运输和储存方便、生长效果好、无排异反应等优点,长期应用于口腔疾患中。本组中40 例生物组织补片修复口腔黏膜缺损的患者,通过充分的术前准备及术后各项护理措施的落实,恢复良好。科学完善的护理不仅减少了患者的痛苦,而且也提高了手术的成功率,为患者术后康复提供了保障,有效地减少了并发症的发生。因此,科学、合理、有效的护理措施在口腔生物组织补片修复口腔黏膜缺损的临床应用中必不可少。

【参考文献】

- [1] 张坦如. 口腔组织补片修复口腔颊黏膜缺损的应用体会[J]. 按摩与康复医学 2011, 2(8): 67-68.
- [2] 张斌, 王颖. 组织修补材料在牙龈缺损修复中的应用[J]. 中国社区医师 2013, 15(3): 189.
- [3] 陶晓梅, 王丽梅, 苏华. 口腔组织补片用于口腔黏膜组织缺损修复中的手术配合[J]. 护士进修杂志 2009, 10(19): 1798-1799.
- [4] 扶启宏. 口腔修复工作中对患者的护理[J]. 临床护理 2009, 1(8): 190.
- [5] 李丽, 苏凤花, 黄幼凤. 唇部分缺损口腔修复膜修复的围术期护理[J]. 现代医药卫生 2013, 29(9): 1412.
- [6] 韩艺. 围术期护理干预对唇部分缺损口腔修复膜修复术的影响[J]. 国际护理学杂志 2014, 33(1): 126-128.
- [7] 徐开燕. 诺瑞口腔组织补片在口腔组织缺损中的应用[J]. 河北医药 2011, 33(22): 3430-3432.
- [8] 王怡丹. T-I 型脱细胞异体真皮基质组织补片在修复口腔黏膜缺损中的临床应用[J]. 中国医师进修杂志 2008, 31(8): 64-65.