

· 骨伤科护理 ·

筋膜蒂岛状皮瓣修复手指软组织缺损的观察及护理

余王芬

(浙江省杭州市萧山区中医院, 浙江 杭州 311201)

摘要 目的:探讨筋膜蒂岛状皮瓣修复手指软组织缺损的观察及围手术期护理技巧。方法:对 27 例采用筋膜蒂岛状皮瓣修复手指皮肤及软组织缺损病人的进行围手术期护理及皮瓣血循环观察。结果:皮瓣全部成活,其中 2 例出现表皮坏死,经换药脱痂后愈合,术后随访 6~12 个月,无并发症感染,皮瓣外观满意,手指功能恢复良好。结论:系统、完整的科学护理对保证皮瓣移植成功及提高手术成功率至关重要。

关键词 外科皮瓣 修复 护理

手指软组织缺损是手外科常见的损伤之一,临床修复方法多样,采用筋膜蒂岛状皮瓣修复是其中之一。我科于 2007 年 11 月至 2011 年 4 月采用筋膜蒂岛状皮瓣修复手指软组织缺损 27 例,取得了良好的效果,现将观察及护理体会总结报告如下。

1 临床资料

本组 27 例,男 20 例,女 7 例。年龄 7~71 岁,中位数 36 岁。机器压轧伤 15 例,交通事故伤 12 例。指腹部伤 15 例,指背部伤 12 例。一期急诊修复 18 例,二期修复 9 例。均采用筋膜蒂岛状皮瓣修复,皮瓣切取面积 2.0 cm × 1.0 cm ~ 5.0 cm × 2.0 cm,术后常规“三抗”(抗炎、抗痉挛、抗凝)治疗,皮瓣全部成活,其中 2 例出现表皮坏死,经换药脱痂后愈合,术后随访 6~12 个月,无并发症感染,皮瓣外观满意,手指功能恢复良好。

2 术前护理

2.1 心理护理 患者因突然致伤,担心预后,有焦虑情绪,术前对患者进行相应的心理辅导,并向患者及家属讲述该手术方式的优势及注意事项,介绍典型的康复病例,充分取得患者及家属的配合,消除顾虑,增强其战胜疾病的信心,为保证良好的手术效果创造有利条件。有研究^[1]表明,心理因素的影响往往可以直接导致手术的失败。

2.2 常规准备 评估患者一般情况,积极做好术前准备:包括生化全套、免疫全套,血、尿、大便常规,出、凝血时间,心电图,摄 X 线片,术前手术区域备皮,修剪指甲。

2.3 特殊准备 注意检查植皮区及供皮区有无感染、皮炎、湿疹等,皮肤准备至关重要,如有感染应积

极治疗,待感染控制后行手术治疗。

3 术后护理

3.1 环境准备 保持病室安静清洁,室内禁烟,做好空气消毒,定时开窗通气,室温控制在 22~25℃ 左右,湿度保持在 60%~70%,避免冷刺激引起皮瓣血管痉挛而影响皮瓣血运和降低因闷热环境引起汗腺分泌增多而增加感染的机会。限制探视人员以减少感染几率。

3.2 体位护理 术后绝对卧床 1 周,切勿侧卧或坐起,肢体有效制动,避免不当体位使皮瓣受压、牵拉扭转并向患者家属讲明体位的重要性和注意事项,指导患者行有效咳嗽及深呼吸。患者一般取平卧位,抬高患肢 10~20 cm,使患肢和心脏保持在同一水平上或稍高,高度适宜,过度抬高会影响血液供应,过低则影响静脉回流,增加组织肿胀。如患者术后因体位不当导致排尿困难和便秘,应及时处理,避免因用力排便和反复更换体位诱发血管危象,影响皮瓣血运。

3.3 局部保温 患肢用 40~60 W 烤灯照射,照射距离为 30~45 cm,烤灯照射也可使患肢达到更有效的制动。照射距离过低或烤灯温度过高,均会增加局部耗氧。可将皮瓣上辅以单纱布覆盖,可有效达到局部加温,避免灼伤。

3.4 皮瓣的观察 观察皮瓣血液循环,尤其是术后 48 h 内最为重要^[2],仔细观察及时解除血循环障碍,防止皮瓣区受压及减轻张力是皮瓣成活的关键。

3.4.1 观察皮瓣色泽 正常皮瓣颜色多呈淡红或微红色,质地柔软且富有弹性。当动脉供血不足或阻塞,动脉发生血栓,皮瓣颜色表现为苍白或灰白、局部温度下降、皮瓣开始萎缩,多为干瘪,皮瓣不出血等,

可采取放低手部体位,升高烤灯与皮瓣之间的距离,避免增加耗氧;术后皮瓣均有不同程度创伤性水肿,皮瓣肿胀轻者无需特殊处理,一般 4 d 左右开始消肿,若静脉回流不畅时多表现为皮瓣充血肿胀明显,颜色逐渐加深,局部温度上升,而后转为紫红色或青紫斑点,严重时可出现瘀斑、水疱,局部皮温下降等静脉危象^[5],可拆除皮瓣蒂部及边缘张力较高的缝线。所以早期应密切观察,当皮瓣出现血管危象时,应准确判断,及时通知医生,做好处理。

3.4.2 皮瓣温度测定及毛细血管充盈反应观察 可用皮温计测量温度,24 h 内每 30 min 观察记录 1 次,24 h 后每小时观察记录 1 次,72 h 后每 4 h 观察 1 次。正常情况下,皮瓣温度应在 33~35 ℃,与健侧相比温差在 2 ℃ 以内,手术结束时皮温一般较低,通常应在 3 h 内恢复。若皮温差达到 2~3 ℃,则提示有血液循环障碍,若达到 3~5 ℃,则表示血液循环严重障碍。毛细血管充盈反应是临床鉴别栓塞或痉挛最重要指标,是早期发现静脉危象的简便而有效的监测手段:即用针头或棉签轻压皮瓣使之苍白,去除压迫后,皮肤区立即恢复血色,正常毛细血管充盈时间在 2~3 s 内。动脉供血不足,皮肤血色差,毛细血管充盈缓慢,静脉回流不畅,毛细血管床瘀血,皮瓣呈紫色或暗紫,压力较大时能使其变苍白,压力移除后则充盈迅速。术后 24 h 内应每 30 min 观察皮瓣 1 次,如发现皮瓣异常,应及时报告医师。

3.5 止痛、解痉、抗凝药物的应用 术后除常规予罂粟碱 30 mg,8 h 1 次,肌肉注射抗血管痉挛及低分子肝素钠皮下注射抗凝治疗外,术后镇痛治疗不容忽视。疼痛是引起血管痉挛的常见原因之一,血管痉挛可导致血栓形成、供血不足,继之手术失败。术后可使用镇痛泵,指导患者运用非药物性的方法减轻疼痛,如进行穴位按摩疗法、耳穴埋豆疗法、放松疗法、深呼吸等,并进行心理疏导,注意用药后的反应。

3.6 预防感染 感染是诱发迟发性血管危象的重要原因^[3],病室每日用紫外线照射 2 次,每次 30 min,消毒时注意保护患者的眼睛。伤口渗出多时要及时换药,换药时严格执行无菌操作原则,且动作轻柔,包扎

敷料松紧要适当,以防压迫皮瓣致血运障碍;早期合理应用抗生素;严格限制探视人员,防止交叉感染。

3.7 饮食护理 术后予高热量、高蛋白、富含维生素及易消化的饮食,嘱患者多饮水,保证大便通畅,并注意维持水电解质平衡。

3.8 健康指导 早期有效的功能锻炼有利于康复。绝对卧床期间指导患者行抬臀锻炼,注意观察尾骶部皮肤。术后 1 周指导行患肢健指的主动伸屈活动,每日 3 次,每次 10~20 min;术后 10 d 拆除供皮区的植皮打包后,进行患指的主动伸屈活动,运动量逐步增加。术后 3 周进行皮瓣保护的训练。日常生活中告之注意移植皮瓣的保护,避免烫伤、冻伤、意外伤害,如避免直接用患指皮瓣部位接触过热、过冷的物体,调整饮食、生活习惯,避免辛辣、烟酒刺激,冬季注意保暖。

4 讨论

手部筋膜蒂岛状皮瓣修复手指部软组织缺损,由于手术方式简单,外形效果满意,不损伤主要动脉和神经,可以尽量保留伤指的长度与外形,有利于伤指进行早期功能锻炼,无需行 2 次断蒂术等优点,已得到众多学者^[4-5]肯定。结合本组病例资料分析,严密观察皮瓣的颜色、张力、毛细血管反应,及时处理血管危象,加强心理护理和有效的健康指导是手术成功的重要因素。

5 参考文献

- [1] 张延琴,刘建华.带腓肠神经营养血管逆行岛状皮瓣的护理[J].中华现代护理杂志,2010,16(22):2679-2680.
- [2] 顾玉东.四肢显微外科学[M].上海:上海医科大学出版社,1998:31.
- [3] 范启申,王成琪,魏长月,等.小儿断肢再植中几个主要问题探讨[J].中华显微外科杂志,2004,7(1):7.
- [4] 孙广峰,王达利,魏在荣,等.拇指背侧皮神经营养血管筋膜蒂逆行皮瓣修复拇指指腹缺损[J].中国修复重建杂志,2009,23(5):634-635.
- [5] 巨积辉,赵强,刘跃飞,等.指背神经营养血管远端筋膜蒂皮瓣修复手指末节创面[J].中国修复重建杂志,2009,23(8):1017-1018.

(2012-06-03 收稿 2012-07-31 修回)

· 作者须知 ·

论著类文章的书写要求

论著类文章要求附结构式中、英文摘要及关键词。摘要包括目的、方法、结果、结论四要素,关键词尽量采用最新《中文医学主题词表》(CMeSH)中所列的词。摘要中不要使用英文缩写,如 OA;摘要中也不能标注参考文献。