

尺动脉腕上穿支游离皮瓣修复手指软组织缺损的围手术期护理

顾新丽

(浙江省杭州市萧山区中医院, 浙江 杭州 311201)

摘要 目的:探讨尺动脉腕上穿支游离皮瓣修复手指软组织缺损的围手术期护理方法。方法:2009 年 2 月至 2012 年 1 月,采用术前心理护理、皮肤准备,术后一般护理、体位护理、受区护理、供区护理、疼痛护理、饮食护理、功能锻炼等措施,规范护理手指软组织缺损患者 16 例,男 10 例,女 6 例。年龄 19~48 岁,中位数 25 岁。软组织缺损部位位于手指掌侧 9 例、手指背侧 7 例,其中拇指 3 例、示指 8 例、中指 3 例、环指 2 例。软组织缺损面积 3 cm×1.5 cm 至 5.0 cm×3.5 cm。合并肌腱损伤 8 例,指骨骨折 9 例。随访观察切口愈合、并发症发生、皮瓣成活及患指功能恢复情况。结果:所有患者均获得随访,随访时间 6~24 个月,中位数 12 个月。切口均愈合。1 例皮瓣远端皮肤边缘出现坏死,经换药后创面愈合。均无感染等并发症发生。所有皮瓣均成活,皮瓣红润、质地柔软、弹性好,患指功能恢复良好。供区外观满意,无疼痛及功能障碍。结论:科学规范的围手术期护理措施可以提高皮瓣的成活率,促进手指功能的恢复,降低术后并发症的发生率。

关键词 指损伤 皮肤移植 外科皮瓣 软组织损伤 围手术期护理

手指软组织缺损是手外科常见损伤,修复方法多样,但对于软组织缺损范围大且伴有肌腱、骨等深部组织外露的创面进行修复则较为棘手。2009 年 2 月至 2012 年 1 月,我们对 16 例接受尺动脉腕上穿支游离皮瓣修复的手指软组织缺损患者进行了系统的围手术期护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 16 例,男 10 例,女 6 例。年龄 19~48 岁,中位数 25 岁。均为手指软组织缺损伴指骨、肌腱外露患者。软组织缺损部位:手指掌侧 9 例,手指背侧 7 例;拇指 3 例,示指 8 例,中指 3 例,环指 2 例。软组织缺损面积:3 cm×1.5 cm 至 5.0 cm×3.5 cm。致伤原因:轧伤 8 例,热压伤 3 例,电创伤 5 例。合并肌腱损伤 8 例,指骨骨折 9 例。

2 方 法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 了解患者的心理状态;用通俗易懂的语言向患者讲解手术的重要性及其预后,向其介绍成功的案例,使其消除恐惧焦虑心理,以正确的态度对待手术,树立起治愈疾病的信心;介绍术后护理要点及注意事项,使其积极配合治疗。

2.1.2 皮肤准备 术前 1 d 做好皮瓣供区的常规备皮、清洁工作,及时发现并排除供区皮肤病及溃疡性创面,确保供区皮肤完整、完好。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 患者安置于室温 22~25℃、湿度 60% 的病房内,定时通风,每天 2~3 次;控制探视人群,室内每日用紫外线消毒 1~2 次;按显微外科术后护理常规护理,加强对心、脑、肾等重要脏器的严密监护,密切观察患者生命体征的变化;注意观察尿液的颜色、质、量的变化,做好会阴护理,预防尿路感染;密切观察药物的不良反应及切口边缘渗血情况;皮瓣局部保暖,用 60 W 烤灯照射,灯距 30~40 cm。

2.2.2 体位护理 术后患者取平卧位,绝对卧床 7~10 d;抬高患肢并用石膏托制动,以利于皮瓣静脉回流;加强夜间巡视,防止患者大幅度变换体位或向患侧肢体侧卧。

2.2.3 皮瓣受区护理 术后 3 d 内密切观察患者的皮瓣情况,每隔 30 min 观察 1 次,皮瓣情况良好后,每隔 2 h 观察 1 次,发现异常及时报告医生处理。在自然光线下观察皮瓣时,重点注意皮瓣的颜色、肿胀程度、皮肤温度和毛细血管反应情况;若发现皮瓣颜色由红润变为苍白、肿胀不明显、皮温下降、毛细血管反应变慢或消失,提示动脉危象,则适当放低患肢,报告医生,应用尿激酶抗凝治疗,必要时行手术探查治疗;若发现皮瓣颜色变为暗红或暗紫、肿胀明显、皮温正常或偏高、毛细血管反应较快,提示静脉危象,则抬高患肢,适当缩短烤灯距离,报告医生及时采取针刺放血、拆线减张等处理。观察敷料包扎情况,保持松紧

适度,避免压迫皮瓣。

2.2.4 皮瓣供区护理 密切观察供区创面敷料渗液、渗血情况,及时更换敷料,降低感染的发生率。

2.2.5 疼痛护理 术后及时倾听患者的主诉,评估疼痛程度;术后 1~3 d 常规口服镇痛药物及辅以中医耳穴药贴止痛;对疼痛耐受性差、口服止痛药无效的患者,遵医嘱注射吗啡类镇痛药物。

2.2.6 饮食护理 嘱患者禁烟酒,合理进食高热量、高蛋白质及高维生素食物,禁食辛辣刺激之品,多食水果及粗纤维食物。定期进行腹部按摩,保持大便通畅。

2.2.7 功能锻炼 术后 7 d 行患指主动屈伸功能锻炼,早晚各 1 次,每次 5~10 min,以后逐渐增加锻炼的频率和强度;对于合并肌腱损伤或骨折者,术后 4 周开始行患指功能锻炼。

3 结果

本组患者均获得随访,随访时间 6~24 个月,中位数 12 个月。切口均愈合。1 例皮瓣远端皮肤边缘出现坏死,经换药后创面愈合。均无感染等并发症发生。所有皮瓣均成活,皮瓣红润、质地柔软、弹性好,患指功能恢复良好。供区外观满意,无疼痛及功能障碍。

4 体会

切取尺动脉腕上穿支游离皮瓣不牺牲前臂主要血管,操作简单,创伤小,术后外形美观,可保留感觉神经,是修复手部软组织损伤的理想方法之一^[1-3]。血管危象是游离皮瓣移植术后最常见的并发症之一,也是导致皮瓣坏死的主要原因^[4-5],故术后应密切观

察皮瓣的颜色、温度、肿胀程度和毛细血管反应情况,预防血管危象的发生。术后疼痛易给患者带来不良的负面情绪,而且疼痛可使机体释放 5-羟色胺等疼痛递质,其具有强烈的收缩血管作用,如不及时处理易导致血管痉挛或血栓形成^[6],故术后加强疼痛护理不容忽视。成功的手术是手指功能恢复的基础,但要获得良好的手指功能及外形,还需指导患者坚持不懈地进行手指功能锻炼。因此,正确的术前护理、严格的术后观察和及时到位的功能锻炼是手术成功的保障。

5 参考文献

- [1] 王一兵,王增涛,缪博,等. 微型尺动脉腕上皮支上行支皮瓣游离移植修复手指创面[J]. 中华显微外科杂志, 2006,29(5):344-346.
- [2] 朱轶,黎斌,肖方生,等. 选择性应用游离尺动脉腕上皮支皮瓣修复手指皮肤缺损[J]. 中华创伤骨科杂志, 2009,11(1):88-90.
- [3] 王胜涛,朱红,黄富国,等. 尺动脉腕上皮支游离皮瓣修复手指掌侧软组织缺损[J]. 中国修复重建外科杂志, 2011,25(5):635-636.
- [4] 周海微,李学渊. 游离腓动脉肌皮穿支皮瓣修复手足皮肤缺损的围手术期护理[J]. 中医正骨,2011,23(6):77-80.
- [5] 王萑,王晓峰. 第 2 趾胫侧趾腹皮瓣移植修复手指软组织缺损的护理[J]. 中医正骨,2012,24(4):77-78.
- [6] 张文静,刘亚静,张文龙,等. 带血管蒂岛状皮瓣修复手指软组织缺损 63 例的术后护理[J]. 中国误诊学杂志, 2012,12(4):970.

(2012-09-23 收稿 2012-11-20 修回)

(上接第 81 页)多,易于造成 MDROs 集聚;尤其是骨髓炎患者,抗生素的应用时间较长,一旦发生 MDROs 感染,会导致患者反复住院治疗,甚至截肢,给患者带来巨大的负担。骨髓炎患者住院时间长,严格执行消毒隔离制度和无菌操作规范,有利于避免交叉感染^[2]。对患者及其家属进行耐药菌预防控制知识的宣教,取得患者及家属对隔离、消毒措施的配合,有利于维护病区环境,避免交叉感染。医务人员的手既要进行无菌操作又直接或间接地同污染物品或患者接触,是医院感染最重要的传播媒介^[3]。因此,手消毒是控制多药耐药菌感染的重要措施,应严格要求保持手卫生。病区环境对感染的发生至关重要,加强病区管理,保持病区通风,患者出院后对其床单位进行终末消毒,可减少发生交叉感染的几率^[4]。

本组护理结果表明,采取积极、严格的隔离、消毒护理措施,有利于控制 MDROs 感染,促进骨髓炎患者的康复。

5 参考文献

- [1] 田春梅,李德保,靳双周,等. 多药耐药菌医院感染目标性监测与危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012,22(12):2498-2500.
- [2] 王晓飞,许国萍. 改良开放植骨技术治疗 17 例慢性骨髓炎患者的护理[J]. 中华护理杂志,2011,46(1):28-29.
- [3] 刘月秀,吴影秋,吴旭琴. 病区结构调整前后医院感染和大环境污染情况调查[J]. 苏州大学学报:医学版,2002, 22(5):540-541.
- [4] 王树花,张芳. 慢性化脓性骨髓炎致病菌及其耐药性的临床研究[J]. 医学检验与临床,2010,21(5):68-69.

(2012-10-17 收稿 2012-12-25 修回)