

足趾复合组织瓣修复手指缺损的围手术期护理

陈雪芬, 周海微

(浙江省宁波市第六医院, 浙江 宁波 315040)

摘要 目的:探讨足趾复合组织瓣修复手指缺损的围手术期护理方法。**方法:**2014 年 1 月至 2015 年 12 月, 采用足趾复合组织瓣修复手指缺损 13 例, 男 11 例、女 2 例。年龄 20~44 岁, 中位数 32 岁。双手 2 例, 单手 11 例(左手 5 例、右手 6 例)。缺损手指均采用足趾复合组织瓣修复, 其中 1 指缺损再造 3 例、2 指缺损再造 5 例、3 指缺损再造 4 例、4 指缺损再造 1 例。足趾供区采用穿支皮瓣修复, 其中单侧股前外侧穿支皮瓣修复 2 例、双侧股前外侧穿支皮瓣修复 8 例、腓动脉穿支皮瓣修复 1 例、双侧髂腹股沟皮瓣修复 1 例、双侧背阔肌皮瓣联合股前外侧皮瓣修复 1 例。病程 29~124 d, 中位数 49 d。围手术期护理措施主要包括术前心理护理、常规护理、术区皮肤护理及适应性训练, 术后专项护理、体位护理、再造指及皮瓣护理、并发症防护、疼痛护理、饮食指导、舒适护理及功能锻炼。观察再造指和足部供区皮瓣成活情况及并发症发生情况。**结果:**9 例再造指及足部供区皮瓣均成活。1 例再造指成活; 足部供区皮瓣术后 11 h 出现静脉危象, 药物治疗无效, 于术后 33 h 行血肿清除术, 最终皮瓣成活。1 例再造指成活; 右足供区皮瓣术后 1 h 出现动脉危象, 药物治疗后成活; 左足供区皮瓣术后 52 h 出现静脉危象, 药物治疗后坏死, 最终采用股前外侧皮瓣修复后成活。2 例再造指术后 12~14 h 出现动脉危象, 药物治疗无效, 分别于术后 20 h 和 34 h 行探查手术后成活; 1 例足部供区皮瓣成活良好, 1 例足部供区皮瓣 1/3 坏死, 后经游离植皮后成活。所有患者均未出现切口感染及压疮等并发症。**结论:**对接受足趾复合组织瓣修复手指缺损的患者进行系统的围手术期护理, 有助于再造指及足部供区皮瓣成活, 降低切口感染及压疮等并发症的发生率。

关键词 指损伤; 外科皮瓣; 趾; 组织移植; 再造指; 围手术期护理

在日常生活和工作中, 多数精细活动需要靠手指之间的协调运作完成, 而严重的创伤可导致手部皮肤软组织缺损或手指缺失, 若未及时或有效治疗, 则容易影响手部外形及功能。游离穿支皮瓣在骨科临床应用较为广泛, 多用于修复各种软组织缺损^[1-4]。2014 年 1 月至 2015 年 12 月, 我们对接受足趾复合组织瓣修复手指缺损的 13 例患者进行了系统的围手术期护理, 并对其效果进行了观察, 现报告如下。

1 临床资料

本组 13 例均为浙江省宁波市第六医院的手指缺损住院患者, 男 11 例、女 2 例。年龄 20~44 岁, 中位数 32 岁。双手 2 例, 单手 11 例(左手 5 例、右手 6 例)。均为机器绞压伤所致。缺损手指均采用足趾复合组织瓣修复: 1 指缺损再造 3 例, 2 指缺损再造 5 例, 3 指缺损再造 4 例, 4 指缺损再造 1 例。足趾供区采用穿支皮瓣修复: 单侧股前外侧穿支皮瓣修复 2 例, 双侧股前外侧穿支皮瓣修复 8 例, 腓动脉穿支皮瓣修复 1 例, 双侧髂腹股沟皮瓣修复 1 例, 双侧背阔肌皮瓣联合股前外侧皮瓣修复 1 例。病程 29~124 d, 中位数 49 d。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 采用焦虑自评量表 (self-rating

anxiety scale, SAS) 评估患者的心理状况, 根据具体评分结果进行针对性护理。SAS 评分在正常范围内的患者, 由责任护士与其进行沟通, 认真听取其倾诉, 了解其内心真实想法; 仔细解答患者疑问, 减轻其心理压力, 使其积极配合治疗; 向患者介绍成功病例, 帮助其树立战胜疾病的信心^[5]。SAS 评分高于正常标准的患者, 由具有心理咨询师资格的护士对其进行认知行为疗法。

2.1.2 常规护理 协助患者进行各项术前检查, 了解其病情。向患者说明保持良好生活习惯对术后早期康复的重要性, 使其戒除烟酒等不良嗜好。

2.1.3 术区皮肤护理 受区皮肤软组织缺损部位遵医嘱及时换药, 防止创面感染。观察供区皮肤软组织情况, 避免于此区域进行静脉输液或抽血。指导患者避免跌倒, 防止供区皮肤软组织受损。术前 1 周用温水泡脚, 术前 3 d 用杀菌沐浴液洗脚。配合医生标记皮瓣位置, 明确皮瓣穿支走向及手术范围^[6]。术前 2 h 备皮, 避免擦拭皮瓣的体表定位标记, 消毒后用无菌巾包裹^[7]。

2.1.4 适应性训练 教会患者深呼吸及有效咳嗽, 指导其卧位进行饮食及排便训练, 并掌握正确翻身方法。

2.2 术后护理

2.2.1 专项护理 术后立即将患者转入断指再植病房,由专职护士进行护理,并由专职护工 24 h 照料,避免家属陪护,防止探视人员影响患者休息^[8]。说明禁烟的重要性,禁止患者吸烟,并嘱刚吸过烟的探视者在室外通风处站立 30 min 后再进入病房。禁止携带鲜花探视患者。保持病房温度为 22 ~ 25 ℃,湿度为 50% ~ 60%^[9]。保持病房卫生清洁,空气清新,每日早晚各通风 30 min,并常规消毒空气。

2.2.2 体位护理 术后平卧 7 d,有出血倾向的患者适当延长卧床时间^[10]。再造指局部制动,置于高于心脏水平 10 ~ 20 cm 处。皮瓣部位向上放置,避免压迫皮瓣蒂部,防止皮瓣水肿^[11]。供区垫枕抬高肢体。禁止患者术后过早进行坐起及下床进食或排便,避免术区受压。

2.2.3 再造指及皮瓣护理 术后注意观察再造指及皮瓣的皮肤颜色、温度及局部血供等情况。在自然光线下观察皮肤颜色,避免在烤灯下进行观察。术区局部皮肤温度与其周围正常皮肤温度相差 1 ℃ 为正常。指压皮肤或甲床后 1 ~ 2 s 内恢复充盈,表示局部血供正常。术后 3 d 皮瓣肿胀明显者,及时查明原因,避免出现血管危象。

2.2.4 并发症防护 术后 12 ~ 24 h 加强再造指及皮瓣血供观察,发现情况及时报告医生处理。再造指皮肤颜色苍白、皮温降低、毛细血管反流缓慢或无反流、皮瓣塌陷、皮纹加深及切口缓慢流出暗红色血液,多提示动脉危象;再造指皮肤颜色青紫或紫红、皮温正常或降低、患指肿胀明显、毛细血管返流加快及针刺指端流出暗红色血液,多提示静脉危象。皮瓣颜色苍白、皮温降低、张力下降、毛细血管反流缓慢及局部塌陷,多提示动脉危象;皮瓣颜色变紫、张力增高、局部出现水疱及毛细血管返流加快,多提示静脉危象。术后早期皮瓣血供未完全恢复时,皮瓣颜色变白、皮温降低及局部塌陷容易与动脉危象相混淆,需要认真鉴别,避免因为血管危象处理不及时而导致再造指及皮瓣坏死。

2.2.5 疼痛护理 评估患者的疼痛情况,疼痛程度较轻者指导其采用听音乐等方法转移疼痛注意力,疼痛程度较重者遵医嘱应用镇痛药物。

2.2.6 饮食指导 指导患者合理膳食,进食营养易消化食物,适度增加鸡蛋、肉汤、鱼汤、新鲜水果及蔬

菜的摄入量,避免食用易胀气及刺激性食物。适当增加饮水量,保持大便通畅,避免便秘引发血管危象。

2.2.7 舒适护理 在避免压迫术区皮肤的前提下协助患者翻身,于其身体易受压部位垫软枕。根据手术部位合理改造患者的衣服,使其既能保护隐私又能感觉舒适。进行烤灯照射时安放灯罩或给患者佩戴眼罩,避免强光照射影响患者睡眠。

2.2.8 功能锻炼 向患者说明功能锻炼的重要性,指导其术后 1 周卧位进行非制动肢体功能锻炼,术后 2 周在保证再造指及皮瓣血供良好的情况下适度活动制动手指,必要时转入康复科进行系统康复训练。

3 结 果

9 例再造指及足部供区皮瓣均成活。1 例再造指成活;足部供区皮瓣术后 11 h 出现静脉危象,药物治疗无效,于术后 33 h 行血肿清除术,最终皮瓣成活。1 例再造指成活;右足供区皮瓣术后 1 h 出现动脉危象,药物治疗后成活;左足供区皮瓣术后 52 h 出现静脉危象,药物治疗后坏死,最终采用股前外侧皮瓣修复后成活。2 例再造指术后 12 ~ 14 h 出现动脉危象,药物治疗无效,分别于术后 20 h 和 34 h 行探查手术后成活;1 例足部供区皮瓣成活良好,1 例足部供区皮瓣 1/3 坏死,后经游离植皮后成活。所有患者均未出现切口感染及压疮等并发症。

4 讨 论

手指缺损多由严重机器绞压伤所致,临床常采用足趾复合组织瓣修复,断指再造和供区皮瓣移植需同时进行,因此手术风险较高,术后容易出现血管危象,可严重影响再造指及皮瓣的成活^[12]。断指再植术后引起血管危象的高危因素包括年龄及既往史等不可控因素,也包括心理、疼痛、吸烟、寒冷、体位不当及便秘等可控因素^[13]。临床应针对引起血管危象的可控因素进行系统围手术期护理,提高手术效果,降低并发症的发生率。

手指缺损后,多数患者存在焦虑及恐惧心理,或担心手指功能无法恢复,或对手术期望值过高,因此容易过度紧张甚至抑郁,可造成交感神经兴奋,引起末梢血管痉挛,最终导致血管栓塞。疼痛及寒冷刺激和香烟中的尼古丁均可引起血管痉挛,因此术后应针对上述问题做好专项护理工作,并注意合理镇痛^[13-14]。术后保持正确体位可以防止皮瓣受压坏死、降低血管危象的发生率,因此应协助患者翻身,并

指导其保持正确体位,避免因体位错误导致皮瓣血管蒂受牵拉或压迫。长期卧床治疗容易影响患者的心理状态,不利于其早期康复,因此术前应指导其进行适应性训练,减少术后长期卧床引起的不适感,避免其产生不满情绪,提高其对治疗和护理的依从性。多指再造术具有游离组织数量多、手术时间长及创伤大等特点,术后容易出现切口感染及血管危象等并发症,因此术后应重点做好并发症的防护。再造指及皮瓣的皮肤颜色、肿胀程度等情况是反映局部血供的重要指标,主要通过护理人员的肉眼观察判断,容易受灯光及室内温度等因素影响,因此应认真观察、准确判断,争取早期发现、及时治疗。术后还应为患者提供舒适护理,减轻其焦虑情绪、缓解疼痛、降低血管危象等并发症的发生率,促进再造指及足部供区皮瓣成活^[15]。

5 参考文献

- [1] 王欣,潘佳栋,黄耀鹏,等. I 期移植复合股前外侧穿支皮瓣治疗ⅢC型开放性损伤[J]. 中华创伤杂志,2014,30(5):433-437.
- [2] 李涛,陈振兵,丛晓斌,等. 游离骨间后动脉血流桥接皮瓣修复伴指动脉缺损的手指创面[J]. 中华创伤杂志,2014,30(9):932-935.
- [3] 曹琳,韩素琴,陈盛. 游离髂腹股沟皮瓣修复四肢皮肤软组织缺损的术后护理[J]. 中医正骨,2015,27(4):79-80.
- [4] 黎燕,冯艳文,刘天瑜. 改良尺侧上副动脉臂内侧游离皮瓣修复手部皮肤缺损的围手术期护理[J]. 护理实践与研究,2013,10(23):55-56.
- [5] 王莉菲. 总结游离股前外侧皮瓣修复下肢毁损伤术后的护理经验[J]. 中国医疗美容,2016,6(11):81-83.
- [6] 王扬剑,李学渊,王晓峰,等. 术前多普勒超声定位 Free-style 穿支蒂螺旋桨皮瓣修复下肢皮肤缺损效果观察[J]. 现代实用医学,2016,28(10):1274-1276.
- [7] 史素玲. 多指再造术的围手术期护理[J]. 中医正骨,2015,27(9):79-80.
- [8] 韩素琴,黄耀鹏,潘佳栋,等. 保留供区足趾长度的拇指缺损再造术的围手术期护理[J]. 中华显微外科杂志,2016,39(3):305-306.
- [9] 唐文怡,王欣,王扬剑,等. 渐进式护理病房在显微外科移植与再植患者术后的应用分析[J]. 中华显微外科杂志,2016,39(5):514-515.
- [10] 任雪峰. 皮瓣移植术后患者的观察及护理[J]. 中国医药指南,2016,14(27):246-247.
- [11] 周海微,李学渊,戴云月,等. 游离腓动脉穿支筋膜瓣修复手部皮肤缺损 6 例的护理[J]. 护理与康复,2012,11(3):235-236.
- [12] 王欣,潘佳栋,黄耀鹏,等. 两个或以上组织瓣游离移植再造拇指并修复足部供区 59 例[J]. 中华手外科杂志,2016,32(5):321-324.
- [13] 沈英飞,汤样华. 游离皮瓣移植术后血管危象的原因分析及护理研究进展[J]. 护理实践与研究,2015,12(11):22-23.
- [14] HICKMAN RL. Evidence - based review and discussion points[J]. Am J Crit Care,2017,26(2):126-127.
- [15] 沈英飞. 舒适护理在游离皮瓣移植修复四肢软组织缺损围手术期的应用[J]. 中医正骨,2014,26(7):76.

(2016-12-07 收稿 2017-03-03 修回)

(上接第 71 页)

- [8] 赵素君,沈春莲,李小燕,等. 负压封闭引流技术治疗糖尿病足溃疡患者的护理[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(32):8-9.
- [9] 陈雪芬,周海微,鲍梦迪. 负压封闭引流技术治疗四肢皮肤软组织缺损的护理[J]. 中医正骨,2016,28(4):78-80.
- [10] 吴博,吴鸿臻. 复杂性骨折术后严重骨感染骨缺损再次手术植骨时机的选择[J]. 中医正骨,2013,25(8):49-50.
- [11] 洪九菊,王晓飞. 骨内移位技术治疗 28 例胫骨感染性骨不连的护理[J]. 中华护理杂志,2007,42(1):26-28.
- [12] 韦健,容安,周建飞,等. 腓骨延长术治疗外踝开放性骨缺损[J]. 中医正骨,2016,28(10):62-63, 66.
- [13] 王跃辉,邹士平,宋树春,等. 螺钉和骨水泥修复膝关节置换术中胫骨平台骨缺损[J]. 中医正骨,2016,28(1):57-59.
- [14] 徐永清,朱跃良,范新宇,等. 二处截骨搬运治疗胫骨干中段感染性骨缺损合并软组织缺损的再认识[J]. 中华创伤骨科杂志,2015,17(10):850-853.
- [15] 韩方磊,丛海波,王祝民,等. 负压封闭引流技术配合冰洁露冲洗治疗大面积软组织缺损感染的临床研究[J]. 中医正骨,2011,23(9):6-8.

(2016-12-15 收稿 2017-04-05 修回)