

# 复合组织瓣移植治疗手毁损伤的围手术期护理

陈盛, 韩素琴, 葛爱玲, 许曼芸

(浙江省宁波市第六医院, 浙江 宁波 315040)

**摘 要** **目的:**探讨复合组织瓣移植治疗手毁损伤的围手术期护理方法。**方法:**2014 年 3 月至 2017 年 12 月,对 9 例手毁损伤患者进行系统的围手术期护理。男 7 例,女 2 例。年龄 23~52 岁,中位数 29 岁。双手毁损伤 1 例,单手毁损伤 8 例。1 指缺失再造 2 例、2 指缺失再造 4 例、3 指缺失再造 2 例、4 指缺失再造 1 例。皮肤软组织缺损面积 6 cm×7 cm 至 20 cm×25 cm。围手术期护理措施包括术前心理护理、一般护理、手部创面及供区皮肤护理,术后基础护理、病房环境保护、体位护理、疼痛护理、再造指及皮瓣护理、供区创面护理、饮食护理。观察再造指和皮瓣成活、供区创面愈合及并发症发生情况。**结果:**所有患者再造指均成活,供区创面均一期愈合。9 例患者中 8 例皮瓣均成活;1 例术后 3 d 手部皮瓣远端出现 4 cm×3 cm 紫色瘀斑,局部皮肤温度低、张力高、毛细血管反应不明显,经抗凝、解痉治疗无效后行手术探查,最终皮瓣成活。均未出现感染、压疮、血管危象及坠积性肺炎等并发症。**结论:**对采用复合组织瓣移植治疗的手毁损伤患者进行规范的围手术期护理,可以促进再造指和皮瓣成活以及供区创面愈合,降低感染等并发症的发生率。

**关键词** 手损伤;手指;毁损伤;趾;外科皮瓣;围手术期护理

手指缺失伴手部皮肤软组织缺损的手毁损伤病情较为严重,多采用复合组织瓣移植治疗。足趾与手指的形态及组织结构均较为相似,因此手指的软组织缺损可用足趾上相应组织移植修复,而皮瓣移植的成功率与围手术期护理密切相关<sup>[1-2]</sup>。2014 年 3 月至 2017 年 12 月,我们对采用复合组织瓣移植治疗的 9 例手毁损伤患者实施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 9 例,男 7 例、女 2 例。年龄 23~52 岁,中位数 29 岁。均为浙江省宁波市第六医院的住院患者。双手毁损伤 1 例,单手毁损伤 8 例。1 指缺失再造 2 例、2 指缺失再造 4 例、3 指缺失再造 2 例、4 指缺失再造 1 例。皮肤软组织缺损面积 6 cm×7 cm 至 20 cm×25 cm。1 例采用双足踇甲皮瓣及第 2 趾趾甲皮瓣再造手指,游离股前外侧皮瓣修复供区创面;1 例采用双足踇甲皮瓣、第 2 趾、足背皮瓣再造手指及修复手部创面,游离股前外侧皮瓣修复供区创面;2 例采用单足踇甲皮瓣、第 2 趾、足背皮瓣再造手指及修复手部创面,游离旋髂浅动脉穿支皮瓣修复供区创面;1 例采用双足踇甲皮瓣、第 2 趾趾甲皮瓣、足背皮瓣和右股前外侧皮瓣再造手指及修复手部创面,游离左

股前外侧皮瓣及右旋髂浅动脉穿支皮瓣修复供区创面;1 例采用右胸背动脉穿支皮瓣、左旋髂浅动脉穿支皮瓣和右足第 2 趾骨瓣、踇甲皮瓣再造手指及修复手部创面,游离右旋髂浅动脉穿支骨皮瓣修复供区创面;1 例采用单足踇甲皮瓣、第 2 趾和股前外侧穿支皮瓣再造手指及修复手部创面,游离股前外侧皮瓣修复供区创面;1 例采用单足踇甲皮瓣、足背皮瓣和股前外侧穿支皮瓣再造手指及修复手部创面,游离股前外侧皮瓣修复供区创面;1 例采用双足踇甲皮瓣、足背皮瓣和胸背筋膜穿支皮瓣再造手指及修复手部创面,游离双侧股前外侧皮瓣修复供区创面。

## 2 方 法

### 2.1 术前护理

**2.1.1 心理护理** 向患者说明手术的目的、方法及注意事项,使其积极配合治疗。为患者介绍成功病例,帮助其树立战胜疾病的信心。耐心与患者交流,解答其疑惑,了解其心理状态,必要时请心理医生进行干预,消除其紧张、恐惧等不良情绪。

**2.1.2 一般护理** 观察引流液的颜色、质地及流量,保持引流管通畅,发现引流管内出现大量新鲜血液时及时报告医生处理。向患者说明练习床上卧位排便的目的及重要性,指导其排便时避免用力屏气。嘱患者适度增加饮水量,多进食蔬菜、水果等富含粗纤维的食物,尽量保持大便通畅。

**2.1.3 手部创面及供区皮肤护理** 拆除引流装置

后,创面用聚维酮碘浸泡消毒,每日换药 1 次,预防创面感染。观察供区皮肤情况,常规进行血管造影及彩色多普勒超声检查,了解血管的走行及分布,排除下肢深静脉血栓形成及动脉闭塞性疾病;用记号笔于供区皮肤标识手术范围及血管走向,禁止在手术区域进行穿刺等操作<sup>[3-5]</sup>。术前 3 d 用温水泡足,每日 2 次。术前 1 d 及手术当天早晨,用洗必泰或酒精消毒手术部位皮肤,并用无菌敷料包扎<sup>[6]</sup>。

## 2.2 术后护理

**2.2.1 基础护理** 密切观察患者的体温、脉搏、血压等生命体征变化,发现问题及时报告医生处理;遵医嘱补液,防止出现低血容量性休克<sup>[7]</sup>。定时给患者翻身、拍背,指导其进行卧位功能锻炼及有效咳嗽训练,防止出现压疮及坠积性肺炎。指导患者顺时针按摩腹部,促进肠道蠕动,术后 3 d 未大便者遵医嘱应用缓泻剂。

**2.2.2 病房环境保护** 术后将患者送入手外科移植病房,由专人进行护理,减少家属探视。向患者及其家属说明保护病房环境的重要性,禁止在病房内吸烟,避免影响皮瓣成活。保持病房温度为 20 ~ 25 ℃、湿度为 50% ~ 60%,避免温度过低导致血管痉挛、温度过高使患者心情烦躁。保持病房干净、整洁,定时通风换气,每日用空气消毒机消毒 2 次。

**2.2.3 体位护理** 术后 7 d 绝对卧床休息,使用气垫床,将患手置于略高于心脏水平,禁止患侧卧位,避免压迫或牵拉皮瓣<sup>[8]</sup>。向患者说明保持体位固定的重要性,使其积极配合;当其熟睡后每小时巡视 1 次,纠正其不良姿势<sup>[9]</sup>。

**2.2.4 疼痛护理** 向患者说明术后患指疼痛的原因,消除其紧张情绪,并指导其采用听音乐、看电视等方式转移疼痛注意力。评估患者的疼痛程度,遵医嘱应用镇痛泵或其他镇痛药物<sup>[10]</sup>。

**2.2.5 再造指及皮瓣护理** 术后常规应用烤灯照射,照射时用绿色灯罩遮盖烤灯保护患者眼睛,烤灯距离患指 30 ~ 45 cm,24 h 持续照射,连续照射 7 d。保持敷料清洁、干燥,防止再造指及皮瓣感染;保持敷料包扎的松紧度适宜,避免压迫再造指及皮瓣<sup>[11]</sup>。术后 48 h 密切观察皮瓣渗血情况,保持引流管通畅,防止皮下血肿形成<sup>[12]</sup>。术后 72 h 密切观察再造指和皮瓣的颜色、温度、张力及毛细血管反应等情况,具体观察时注意严格无菌操作。再造指的皮肤颜色红润、

指腹饱满、毛细血管充盈时间为 1 ~ 2 s、皮温与健指相同或略高 1 ~ 2 ℃ 均属正常。皮瓣的色泽较健侧红润、毛细血管充盈时间约为 1 s、皮温与健侧相同或略高 1 ~ 2 ℃、张力与健侧相同或略高均属正常。再造指的皮肤颜色苍白、毛细血管充盈时间延长、指端小切口出血少或不出血,提示动脉危象;再造指的皮肤颜色青紫、张力增高、出现水泡、毛细血管充盈时间缩短、皮温降低,提示静脉危象。皮瓣颜色由红润变为苍白或灰色、毛细血管充盈时间延长、皮温降低、张力降低,提示动脉危象;皮瓣颜色由红润变为暗紫色、毛细血管充盈时间缩短、张力增高、皮温降低,提示静脉危象。发现再造指或皮瓣出现血管危象等异常情况时,立即报告医生处理。建立微信交接班群,由专职护士分别于每日 6 时、14 时、20 时拍摄并上传再造指和皮瓣的静态图片及动态视频,便于医生及时了解患者恢复情况。

**2.2.6 供区创面护理** 观察创面渗血情况,定时更换敷料,注意保持无菌操作,防止创面感染。观察创面周围皮肤肿胀情况,了解患者局部感觉是否异常,发现问题及时报告医生处理,避免出现筋膜间隔综合征。

**2.2.7 饮食护理** 禁止患者喝酒,指导其多进食营养易消化食物,避免食用辛辣食物,适当增加粗纤维食物的摄入量。

## 3 结 果

所有患者再造指均成活,供区创面均一期愈合。9 例患者中 8 例皮瓣均成活;1 例术后 3 d 手部皮瓣远端出现 4 cm × 3 cm 紫色瘀斑,局部皮肤温度低、张力高、毛细血管反应不明显,经抗凝、解痉治疗无效后行手术探查,最终皮瓣成活。均未出现感染、压疮、血管危象及坠积性肺炎等并发症。

## 4 讨 论

手毁损伤多由机器绞压伤等所致,常采用皮瓣移植术治疗,术后容易出现血管危象等并发症,不利于再造指及皮瓣成活,因此对围手术期护理要求较高<sup>[13]</sup>。多数患者受伤后心理压力较大,存在紧张、焦虑、恐惧等负面情绪,容易引起交感神经兴奋,导致血管痉挛或栓塞<sup>[14]</sup>;因此术前应与患者耐心交流,对其进行心理疏导,使其积极配合治疗。术前的一般护理和手部创面及供区皮肤准备,均有助于手术顺利进行。术后的基础护理、病房环境保护、体位护理、疼痛

护理、供区创面护理及饮食护理,均有助于减少并发症、促进患者早期康复<sup>[15]</sup>。再造指及皮瓣的护理是术后护理的关键,应掌握常见并发症的相关知识,密切观察病情变化,便于早期发现、早期治疗。

## 5 参考文献

- [1] 王崔,王晓峰.第2趾趾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.
- [2] 周海微,王欣,李学渊,等.多组复合皮瓣移植再造多个手指的个体化护理分析[J].中华显微外科杂志,2017,40(4):403-405.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 宁宁.断指再植术病人的临床护理分析[J].黑龙江医学,2012,36(2):152-154.
- [7] 张弦,林芝,周飞亚.游离足趾移植联合皮瓣移植手指再造患者的围手术期护理[J].护士进修杂志,2016,31(18):1676-1677.
- [8] 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.
- [9] 何玉萍.游离第二足趾移植再造拇指术围手术期护理体会[J].微创医学,2012,7(1):92-93.
- [10] 孙虹.断指再植术后 PCA 泵应用的护理[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(29):236.
- [11] 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.
- [12] 王欣,刘元波,张世民,等.“游离穿支皮瓣常见并发症原因分析与防治”专家共识[J].中华显微外科杂志,2017,40(3):209-212.
- [13] 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.
- [14] 陈雪芬,周海微.足趾复合组织瓣修复手指缺损的围手术期护理[J].中医正骨,2017,29(5):72-74.
- [15] 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.
- (收稿日期:2018-02-06 本文编辑:郭毅曼)
- (上接第 77 页)
- [7] 聂伟志,谭新欢,隋显玉,等.骨伤 I 号方在跟骨骨折微创植骨术围手术期的应用[J].中国中医骨伤科杂志,2015,3(9):15-18.
- [8] 廖惠玲,陈丽兰.中医护理在老年骨质疏松胸腰椎骨折患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2017,14(21):147-148.
- [9] 王钊.温针灸配合耳穴贴压治疗原发性骨质疏松症的临床研究[D].武汉:湖北中医药大学,2014.
- [10] 欧阳建江,刘庆思,许辛寅,等.温和灸法对原发性骨质疏松症患者骨痛视觉模拟评分及血清骨保护素的影响[J].中国康复医学杂志,2012,27(10):971-972.
- [11] 慈晓杰,王锦伟,姜春阳,等.赤木洗剂治疗老年 Colles 骨折术后腕关节僵硬 40 例[J].中医外治杂志,2014,23(2):64.
- [12] 胡迪,朱红珍,罗涛.健康教育对 Colles 骨折患者手法复位术后功能康复的影响[J].齐鲁护理杂志,2013,19(20):24-26.
- [13] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:168-169.
- [14] 邓昶,周明旺,付志斌,等.骨质疏松症的中医病因病机及其治疗进展[J].中国骨质疏松杂志,2017,23(8):1105-1111.
- [15] 许红霞,杨少辉,吕清华.活血通络搽剂抗炎镇痛活血实验研究[J].中华临床医师杂志(电子版),2016,10(4):51-52.
- [16] 徐善强,陈星,张兴平,等.功能锻炼对桡骨远端骨折拆除石膏外固定后腕关节康复的影响[J].中医正骨,2015,27(10):58-59.
- (收稿日期:2017-12-24 本文编辑:李晓乐)