

· 护 理 ·

皮肤扩张术修复大面积头皮缺损的护理体会

何 丽

(广东省河源市人民医院外科, 广东 河源 517000)

【摘要】 目的 总结23例皮肤软组织扩张术修复大面积头皮软组织缺损的临床效果及护理体会。**方法** 采用一期置入扩张器行皮肤扩张术, 注水充分扩张后, 二期合理设计扩张皮瓣转移修复大面积头皮缺损的方法, 治疗大面积头皮缺损23例。**结果** 23例大面积头皮软组织缺损均完全修复。本组出现并发症4例: 皮瓣远端表皮坏死2例, 经换药治疗后延期愈合; 扩张器外露1例, 取出扩张器, 另一头皮切口再置入, 头皮扩张成功; 切口裂开1例, 抽出扩张器已注入的水, 分层严密缝合头皮后消失。术后随访6个月至1年头发生长良好, 疤痕隐蔽, 外观满意。**结论** 皮肤软组织扩张术是一种修复大面积头皮软组织缺损的最理想的手术方法, 治疗过程中, 加强心理护理, 严格按照护理操作规程, 减少并发症的发生, 大面积头皮软组织缺损都能得以修复。

【关键词】 皮肤扩张术; 头皮缺损; 修复; 护理

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** B

【文章编号】 1003—6350(2010)03—138—02

颅脑外伤、头皮烧伤、高压电击伤, 头皮肿瘤切除等原因常造成头皮软组织大面积缺损, 有时甚至引起颅骨外露、缺损或坏死。皮肤扩张术可获得带有头发的额外头皮, 不仅可修复皮肤软组织的缺损, 而且可以避免继发性秃发畸形的出现, 具有其他方法不可比拟的优点^[1-2]。我院2001年3月至2006年12月, 采用皮肤扩张术修复大面积头皮缺损23例, 均获得满意的效果。现将护理措施总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组23例, 男14例, 女9例。年龄6—59岁。病因: 头皮严重挫裂伤后感染, 坏死致大面积头皮缺损8例, 头皮撕脱伤4例, 头皮烧伤后瘢痕3例, 头皮感染后瘢痕2例, 头皮血管瘤4例, 色素痣2例, 其中5例大面积头皮缺损伴颅骨缺损。4例头皮撕脱伤患者在外院显微外科行血管吻合撕脱头皮回植术失败。位于额部4例, 枕部5例, 颞部8例, 顶部12例, 2个以上部位6例。头皮缺损范围8 cm×6 cm至20 cm×18 cm。扩张器选用肾形、球型或长方形, 容量为300—600 ml, 注水扩张时间为5—12周, 扩张器数量为1—3个。

1.2 手术方法

1.2.1 一期行皮肤扩张器置入术 对头皮软组织大面积缺损区合并感染病例, 予局部换药, 全身使用敏感抗生素。待感染基本控制后根据病变部位, 范围和最终形成的扩张皮瓣的大小选择适当形状和容量的扩张器, 设计并标出扩张区域切口部位和注射壶埋置部位。切口位置位于拟二期手术时形成皮瓣的游离缘。扩张器埋置于顶部的帽状腱膜深

面或颞部颞浅筋膜深面, 注射壶内埋置于远离扩张器的头皮下较浅部位。扩张器尽量展平置入, 置负压引流, 分层缝合头皮, 加压包扎切口区。

1.2.2 注水扩张头皮 术后2—3 d 拔除引流管后可注入少量生理盐水于扩张器内以减少死腔, 预防血肿形成。以颞部头皮扩张为主的病例采用“皮肤亚急速扩张法”^[3]: 拔除引流管后每隔2 d 注水1次, 注水量约为扩张器额定容量的10%—15%。以顶部头皮扩张为主的病例采用常规注水扩张法: 术后1周伤口拆线后开始注水, 每周1—2次, 每次注水量约为扩张器额定容量的10%—20%。无论何种注水扩张法的具体注水量以局部出现胀感或有轻度疼痛, 表面皮肤苍白为度。注水至所需扩张面积后, 有条件的病例扩张器尽量多放置2—4周再行二期手术, 以防皮瓣回缩, 远端缺血坏死。

1.2.3 二期行扩张皮瓣修复手术 经证实扩张皮瓣可完全覆盖病灶后按原已设计好的切口转移皮瓣, 修复创面。对瘢痕、头皮血管瘤、色素痣等病变, 边切除病变边试行转移皮瓣, 最后确定形成的皮瓣和修复的面积。使用两枚以上扩张器时, 每形成一个皮瓣即定位缝合, 然后再形成下一个皮瓣, 依次切除病变区。皮瓣转移后, 创腔放置负压引流管, 分层缝合头皮。

2 结果

本组23例大面积头皮软组织缺损均完全修复。本组出现并发症4例: 皮瓣远端表皮坏死2例, 经换药治疗后延期愈合; 扩张器外露1例, 取出扩张器, 另一头皮切口再置入, 头皮扩张成功; 切口裂开1

作者简介: 何 丽(1971—), 女, 广东省河源市人, 主管护师。

例,抽出扩张器已注入的水,分层严密缝合头皮后消失。术后随访6个月至1年头发生长良好,疤痕隐蔽,外观满意。

3 体会

由于头皮带有毛发这一特性,人体无其他足量的相似组织可替代,理想的修复只能由相同质地的局部组织完成。邻近组织不足时,皮肤扩张术是唯一可产生相对正常的带毛发皮肤来修复缺损的方法,这也符合 Millard 提出的“同物相济—以相类似的组织修复缺损”的整形外科原则^[4]。皮肤扩张术是修复大面积头皮软组织缺损最佳手术方式。

笔者对皮肤软组织扩张术修复大面积头皮软组织缺损有如下护理体会:①心理护理重要:由于此类患者对常规修复大面积头皮软组织缺损手术可能遗留瘢痕性秃发不满意而选择了皮肤软组织扩张术,对手术能否解除心理上的痛苦,恢复原有的外貌有较高的期望值,因此多思想负担较重,对手术效果,手术并发症有所顾虑。同时对长时间扩张头皮有恐惧心理,因此护士应主动了解患者的思想状况并多解释,让病人观看以往该类病例术前、术后的对比照片,多给予同情和关怀;主动向患者解释手术方法、治疗过程、术后恢复情况,注意事项及可能出现的并发症及解决办法,使其正确认识,消除恐惧心理并积极配合治疗。②注重注水扩张期护理:此期病程长,注水扩张易带来疼痛及恐惧,因此要让患者了解手术步骤,做好心理护理,使其对恢复头部美感充满信心。指导患者避免术区锐性刺激而造成扩张器渗漏。做好扩张的皮肤观察和护理,尤其每次注水扩张的前3d,发现皮肤有苍白、瘀血、发黑、切口裂开等现象,应及时报告医生。头皮多次注水扩张后变

得松弛,变薄,应保持头皮清洁,避免搔抓和摩擦,卧于健侧,以免扩张区头皮破坏和感染。同时也应加强头皮缺损区的护理,保持干洁,防止损伤和感染。本组4例并发症均出现在注水扩张期,2例皮瓣远端表皮坏死,1例扩张器外露,1例切口裂开,因护理观察及时,经相应的处理后,手术取得成功。③重视扩张皮瓣修复术后护理:术后患者取头高位,有利于消肿,减轻切口张力和引流通畅,利于切口的愈合。严密观察皮瓣的血运,良好的血液循环是手术成功的关键,术后1-2d最易发生血运障碍^[5],应严密观察皮瓣的颜色、肿胀程度。术后限制患者活动,以防止过度牵拉造成切口裂开,皮瓣坏死。因患者历经两次手术,机体消耗大,为使切口早日愈合,应给予含有高蛋白、高热量、高维生素等营养饮食。切口愈合后会出现皮瓣挛缩,头皮紧张感,要指导患者经常做头面部按摩、提拉周围皮肤等处理。

参考文献

- [1] 何智涛,于立民,骆士. 皮肤软组织扩张术修复大面积瘢痕秃发[J]. 中国修复重建外科杂志,2005,19(8):626-628.
- [2] 刘胜初,张毅,黄建斌,等. 皮肤扩张术在头皮大面积缺损修复中的应用[J]. 南方医科大学学报,2007,27(12):1951-1952.
- [3] 黄泽春,谭震,胡永才,等. “皮肤亚急速扩张法”早期治疗头皮缺损5例[J]. 湘南学院学报(自然科学版),2004,6(4):22-23.
- [4] Hudson DA, Lazarus D, Silfen R. The use of serial tissue expansion in pediatric plastic surgery[J]. Ann Plast Surg,2000,45:589-594.
- [5] 刘玲,向军莲. 头皮扩张器修复头皮大面积缺损的护理体会[J]. 西部医学杂志,2008,20(2):417-418.

(收稿日期:2009-09-07)

急慢性类鼻疽伯克霍尔德菌肺部感染新型动物模型的发展

蔡兴俊,黄奕江 译

(海南省人民医院呼吸内科,海南 海口 570311)

类鼻疽伯克霍尔德菌可导致类鼻疽病,类鼻疽病最常见的临床报告类型为肺炎,主要表现为急性和慢性发病形式。2004年海啸事件证明了类鼻疽病发病新的危险因素,且得出结论认为类鼻疽伯克霍尔德菌直接传播至肺部可能导致这种病原体致病能力增强。在本研究中,作者介绍了急慢性肺类鼻疽病大鼠模型的建立和特点,同时利用这些模型证明了类鼻疽伯克霍尔德菌直接传播至肺部确实导致了这种病原体致病能力的增强。重要的是,在急慢性感染期间大鼠类鼻疽病肺部感染模型可量化个体类鼻疽伯克霍尔德菌野生型菌株毒力上的差异。而且,大鼠肺部类鼻疽病相关组织病理学改变与结核相似。慢性肺部感染病程中类鼻疽伯克霍尔德菌的微观序列用于表现基因表达模式的特征。慢性感染过程中不同时间点的转录分析提示大部分与毒力和代谢功能相关基因在体内调控存在差异。

(译自 Erin van Schaik, Marina Tom, Rebekah De Vinney, Donald E. Woods Microbes and Infection 2008,10:1291-1299)