

· 临床护理实践 ·

扩张后皮瓣修复面部疤痕的手术配合

710032 中国人民解放军第四军医大学西京医院 王 佳 齐芳荣 段宝玲 孙巧惠

近年来,随着皮肤软组织扩张术的广泛应用^[1-5],使广大患者对此项技术优点越来越看中,过去一些难治性疾病,如疤痕性秃发,面部的斑、痣、血管瘤、疤痕等,获得了很好的疗效,是过去一些常规方法无法比拟的。近年,我院共应用扩张后皮瓣修复面部疤痕 50 例,由于此类手术患者要求较高,故对手术护理配合工作也提出较高要求。现将我院手术室开展此类手术的护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 50 例,男 26 例,女 24 例。年龄 5~42 岁,平均 16 岁。致伤原因:烧烫伤后疤痕 42 例,外伤后疤痕 7 例;手术后疤痕 1 例。受伤到治疗时间:最短 6 个月,最长 22 年,平均 10 年。疤痕面积:最大 15cm×10cm,最小 3cm×6cm。植入扩张器,最少 1 个,最多 3 个。注水至额定容量时间:最短 1 个月,最长 4 个月,平均 1 月 20 天。扩张后皮瓣无血运障碍,患者痊愈出院。

2 扩张后皮瓣修复面部疤痕的原理及特点

扩张后皮瓣修复面部疤痕的原理是在与面部疤痕相邻部位可供扩张的正常皮肤处,置入扩张器定期注水扩张,在皮肤组织深面对表面皮肤产生膨胀压力,使皮肤面积被扩展,并促进皮肤等组织细胞分裂、增殖,而获得额外的皮肤,利用新增加的皮肤软组织转移修复面部疤痕切除后的创面。它具有所形成的皮瓣术后色泽、质地、厚薄与面部相似,且不会造成供区缺损的特点。

3 护理体会

3.1 术前心理护理

术前应与患者交流,做好心理护理,说明面部疤痕的修复,过去常用的有皮片移植、局部皮瓣、远位皮瓣移植等。皮片移植后大部分患者常有继发皮片挛缩、色素沉着等,虽将面部的病损祛除,但亦似“补丁”一样。局部皮瓣的应用,由于其部位与修复部位相邻,术后色泽、质地、弹性与正常组织无异,匹配良

万方数据

好,但供区仍需皮片移植修复,且均处于外露部位,故仍然会留下供区疤痕,且单纯的局部皮瓣较小,常不敷应用,而远位皮瓣由于与面部不相邻,故术后皮肤的颜色、质地与周围正常组织不相匹配。而皮肤软组织扩张术,采用面部病损周围的正常组织扩张所形成的皮瓣术后色泽、质地、厚薄与面部相似,且不会造成供区缺损,使患者充满信心,术中能很好地配合手术。

3.2 术前护理配合

3.2.1 器械准备 应根据手术需要及手术医师的习惯有针对性的准备。(1)连接电凝器,在下肢垫好铅板,将电刀、电凝的输出功率调整到恰当范围,使组织受损伤最小。(2)准备蚊式血管钳、小剪刀、扁桃腺剪等,5-0 保护微乔,外科整形针线。(3)准备消毒的透明纸,以备医师在进行皮瓣拓片时用。

3.2.2 患者的核对 认真核对患者是预防手术差错的前提,并认真阅读病历、手术通知单,并与患者核对。面部疤痕整形的患者,处于外露部位,面积通常较大,故要保证术区灯光,使其没有死角,通常准备 2~3 台无影灯,这样医师能很好地进行精细操作。

3.2.3 患者体位 面部疤痕修复,常采用仰卧位,如需头后仰较多,则肩下应垫软枕,头下垫头圈。如需头偏向一侧,则更需在头下枕头圈,防止耳廓长时间受压,患者不适。全麻患者注意眼内涂眼膏,再用贴膜封牢,防止消毒液渗入眼内,造成角膜损伤。

3.3 术中护理配合

除常规的护理配合外,应根据手术特点进行有的放矢地配合。

3.3.1 建立静脉通道 因手术位于头面部,最好选择下肢建立静脉通道,这样既不影响手术医师的操作,又便于观察及给药。局麻者消毒前遵医嘱可先给止血药和镇静药,同时注意少用代血浆液体,减少创面渗血。

3.3.2 严格消毒 头面部由于有耳道、鼻腔、口腔等,故消毒时要严格要求,在不损伤腔道内器官同时,尽量做到无菌,碘伏棉球消毒时碘伏不要流到腔

穴内。

3.3.3 局麻药物的配制 局麻药一方面麻醉手术区,另一方面在局麻药中加入肾上腺素,可减少术区出血,通常用 0.5% 普鲁卡因 100ml,2% 利多卡因 10ml,0.5% 布比卡因 10ml,肾上腺素 10~15 滴,以减少术中出血。

3.3.4 清点手术用品 扩张后皮瓣下有很大的腔隙,要特别注意清点物品,如棉球、针、纱布等,防止在压迫止血后遗留。

3.3.5 手术灯光的调整 由于术区面积大,护士要根据手术的进程,及时调整光源的位置,保证术区明亮,最好应用灭菌的可卸手柄的无影灯,由手术医师或器械护士调整光源的位置。保证良好的工作环境,使室内光线适度,手术间整齐有序,播放轻缓的音乐,控制室内参观人数,使手术医师能专心手术。

3.3.6 及时观察皮瓣的血运情况 皮瓣转移时,定点缝合线一般是 0 号线,然后用 5-0 保护微乔缝合皮下,再用 6-0 美容线缝合皮肤。定点及缝合过程中,要协助医师观察皮瓣的张力及血运情况,以便医师随时调整,防止皮瓣发生血运障碍。

3.3.7 负压引流 一般在取出扩张器的位置应放负压引流管,放置前要检查负压管有无漏气,放置后协助医师检查有无负压,有问题及时处理。

3.3.8 粘贴拉力胶 伤口缝合完毕,为减少伤口张

力,促进伤口愈合及防止疤痕增生,在每间隔 1cm 粘贴一条拉力胶。

3.4 术后护理配合

3.4.1 协助包扎伤口 面部手术,多需行单耳、单眼包扎,故需包扎处眼内涂红霉素眼膏,并衬垫合适,耳前、耳后同样用松散纱布衬垫,包扎时压力适当,使患者舒适,并有利于皮瓣静脉回流。包扎过程中,负压管不能跨过皮瓣,应该在皮瓣一侧引出,防止负压管压迫皮瓣致皮瓣坏死。包扎时,注意保护负压管,防止其脱出。包扎后,重试负压情况,如有不当,及时处理,并将其固定于面部。

3.4.2 协助搬运患者 在搬运患者时,注意头部固定,防止转移的皮瓣过度牵拉,同时,注意负压管,防止其脱落。

参考文献

- 1 鲁开化,艾玉峰.皮肤软组织扩张术.北京;金盾出版社,1991.23-24.
- 2 程宁新,陈一飞.皮肤软组织扩张术临床应用研究进展.中华整形外科烧伤外科杂志,1994,10(1):40-41.
- 3 马显杰,鲁开化,艾玉峰,等.皮瓣重复扩张的临床应用.第四军医大学学报,1999,20(11):1003-1005.
- 4 鲁开化,宋保强,郭树忠.皮肤扩张Ⅱ期手术的经验探讨.第四军医大学学报,1999,20(11):943-945.
- 5 马显杰,鲁开化,艾玉峰.应用多个扩张器修复面部瘢痕.中国修复重建外科杂志,2000,14(1):33-34.

膝关节镜手术的配合特点

251700 山东省滨州市中心医院 吴洪霞 张春香

随着电子、光学和机械科学的发展,以关节镜微创外科技术进行膝关节手术在我国已被许多关节外科医师作为常规手段^[1]。关节镜手术具有创伤小、干扰少、康复快等明显优势^[2]。我院 2001 年 7 月~2003 年 10 月共实施膝关节镜手术 67 例,术后患者膝关节功能恢复快,无 1 例并发症发生,现将手术配合特点总结如下。

1 临床资料

自 2001 年 7 月至 2003 年 10 月,共实施膝关节镜手术 67 例,男 45 例,女 22 例。年龄 21~79 岁。其中关节镜下半月板切除术 19 例,前交叉韧带重建术 31 例,滑膜炎病灶清除术 17 例。

万方数据

2 术前准备

2.1 患者准备

术前 1 日巡回护士到病房访视患者,了解病情,针对患者不同心理需求进行相关心理护理,介绍手术室环境、手术特点、麻醉方式及注意事项等,以减轻其恐惧感,使其保持情绪稳定,保证手术顺利进行。

2.2 手术设备及器械准备

2.2.1 我院采用 Smith + Npew DYONTCS 关节镜系列,包括直径 4.0mm 30° 广角关节镜、冷光源、摄像成像系统、监视器、手动器械和电动切割刨削系统。

2.2.2 关节镜检查器械 进水套针、关节镜套针。探针、剪刀、咬钳、刮匙等。

2.2.3 其它器械物品包括 电动止血仪、止血带、