

皮瓣游离移植修复手部疤痕松解术后 皮肤缺损的护理

苟红兵

(贵阳医学院第二附属医院整形美容中心, 贵州 凯里 556000)

关键词 疤痕松解术 游离皮瓣 护理

中图分类号: R473.75 文献标识码: B 文章编号: 1002-6975(2007)06-0536-02

2002 年 6 月~2005 年 6 月, 我科对 86 例手部疤痕挛缩者实施了松解加局部软组织切除加游离皮瓣修复术, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 86 例, 男 32 例, 女 45 例, 年龄 8~46 岁, 平均年龄 27 岁, 其中掌指疤痕挛缩 56 例, 指间疤痕挛缩 30 例。

1.2 手术方法 在臂丛麻醉下, 行手部疤痕松解术加部分软组织切除。形成的 1~2 cm×2~3 cm 皮肤缺损。采用桡动脉肌皮瓣、股外侧肌皮瓣游离移植。

1.3 结果 86 例游离皮瓣移植患者, 除 1 例患者术后 5 d 出现循环障碍, 皮瓣失活外, 其余 85 例切口均为一期愈合, 无感染, 无坏死。手部感觉良好。术后 6 个月即伸、屈、展活动逐渐恢复。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者普遍存在焦虑和忧郁的情绪。对疤痕松解术能否成功心存顾虑, 既害怕疼痛, 又担心手术效果, 更担心移植皮瓣不成活而加重创伤, 或留下新的疤痕。我们从预防消极的心理应激反应, 减弱应激源入手, 加强心理支持, 防止患者因烦躁、焦虑、疼痛和代谢紊乱因素而诱发术后血管危象。耐心向患者讲解手术方法、目的及手术前、手术后注意事项, 消除紧张情绪, 减少各种不良刺激。由此增强了患者康复的信心, 为手术成功创造良好的心理条件。

2.1.2 皮肤准备 本组 86 例皮瓣游离移植修复疤痕松解皮肤缺损, 选用的供区分别为上肢桡动脉肌皮瓣

和股外侧肌皮瓣。术前需特别注意保护供区的皮肤和血管, 加强皮肤护理, 观察有无疖肿, 禁忌涂抹外用药物。受区皮肤防止擦伤, 避免在供区的血管穿刺、输液及抽血。术前 1 d 备皮, 协助患者洗浴或用温水擦洗皮肤。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征观察 该手术在疤痕松解的同时, 施行移植皮瓣修复术, 操作精确, 创面小, 失血不多。术后密切观察生命体征, 30 min 巡视一次, 每 2 h 观察血压、脉搏、呼吸 1 次, 随时观察伤口敷料情况及指端循环状况。本组 368 例患者术后给予持续心电图、血压及血氧饱和度监测。无 1 例发生大出血而致的低血容量休克。

2.2.2 患肢护理 因疤痕松解术中切除了少量软组织, 致使手部软组织相对缺血。虽创面小, 但术后渗血多, 极易导致手部肿胀, 张力增大, 诱发微血管痉挛。因此, 术后为减轻手部及皮瓣手肿胀, 利于静脉回流, 患肢屈肘以棉垫垫高 40°角, 并用宽绷带固定, 制动 2 周。需严密观察手部血运感觉及运动情况, 做甲下充盈试验。术后及时观察患肢皮肤颜色、温度情况, 触摸手背动脉搏动, 并与健侧做对比, 防止神经及血管损伤。绷带固定松紧应适度, 防止患肢卡压, 本组 85 例皮瓣游离移植修复手部疤痕松解皮肤缺损, 其外形色泽与手臂皮肤无明显差别。供区手部上肢无缺血, 肌力正常, 无感觉障碍。

2.2.3 皮瓣的护理 将室温维持在 28℃, 皮瓣区用 100 W 远红外线烤灯照射 7 d, 以预防移植皮瓣血管痉挛。照射距离为 40~50 cm。观察皮瓣颜色、温度、肿胀程度, 做毛细血管充盈试验 3 次/d, 皮瓣颜色如在 2~5 s 恢复即属正常范围。有条件者每日间隔 6 h 肌注妥拉苄林 25 g 一次。静滴低分子右旋糖酐 500 ml/d 以改善微循环。本组有 1 例术后 5 d 出现皮瓣边缘坏死, 伤口开裂。经及时清创、换药, 加强抗感染治疗, 局部用重组冻干粉治疗

作者简介: 苟红兵(1967—), 女, 贵州, 本科在读, 主管护师, 护士长, 从事整形美容护理工作

后,肉芽组织再生。

2.2.4 伤口渗出的护理 密切观察渗出液颜色、性状及量,保持敷料干燥,防止感染。每 24 h 更换敷料一次,渗出液颜色由血性液体逐渐变为浅黄色清亮且量逐渐减少为正常。

2.2.5 疼痛的护理 因疼痛可引发紧张和焦虑,易导致机体发生生理变化而诱发血管痉挛。因此,要进行预防性用药,予美施康定 30 mg 口服,2 次/d,连用 3 d,护理中与患者多沟通、多交流、多倾听,建立相互信任的护患关系,给患者以安全感,充分发挥心理镇痛效果。本组经有效的镇痛处理,未发生因疼痛性血管痉挛引起移植皮瓣失活的病例。

2.3 手部功能训练

疤痕松解,皮损修复,功能逐渐恢复至少要 6 个月。此期间过早手部负重,将影响伤口愈合。应嘱患者循序渐进加强手部功能锻炼及肌力训练,以预

防手部关节僵硬和肌肉萎缩。术后 3 d 指导做手指关节旋转运动 2 次/d,15 min/次;术后 2 周做手指伸展运动,3 次/d,20 min/次;术后 1 个月作伸屈运动,2 次/d,20 min/次。6 个月后可作推物运动。

3 讨论

疤痕松解术最大限度地恢复了手指关节的功能。游离移植皮瓣对术后皮肤缺损的修复扩大了适应症的范围,加速了手指功能恢复。护理成功的关键是:术前重视心理支持,做好皮肤护理,术后加强对患肢的体位护理,密切观察患手部及皮瓣血运、温度、颜色及肿胀程度。确保敷料干燥,减少各种可能引发皮瓣失活的应激源。及早发现动静脉危象的发生。有效避免了皮瓣局部缺血、坏死、失活,为提高皮瓣成活创造了良好的条件。

(收稿日期:2006-12-19)

食管静脉曲张破裂套扎术的护理

任爱红 唐华

(陕西省汉中市中心医院护理部,陕西 汉中 723000)

关键词 食管静脉曲张 皮圈结扎 护理

中图分类号:R473.5 **文献标识码:**B **文章编号:**1002-6975(2007)06-0537-02

我科 2003 年 10 月~2006 年 3 月对 46 例食管静脉曲张并破裂出血的患者采用内镜下皮圈套扎治疗,除 1 例身体条件太差,不能接受内镜治疗,未能正常实施手术外,其余 45 例均取得较好的临床效果,现将套扎术的护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 46 例,男 32 例,女 14 例,年龄为 40~73 岁,平均 56.5 岁。由于反复呕血、黑便,且出血量大,均有不同程度的贫血。胃镜提示:食管静脉重度曲张或伴出血;B 超提示:肝光点粗、门静脉增宽、脾大或有腹水等,证实为肝硬化失代偿期。1 例女性老年患者因心、肝功能差,在内镜插管过程中,心率突然增至 150 次/min,且出现面色苍白、呼吸增快、大汗淋漓、血压下降等休克症状,立即停止手术,采取相应急救措施,患者转危为安。余 45 例手术成功,患者均恢复良好。

1.2 手术方法 我科使用的是富士能 450 HR 电子胃镜,日本秋田结扎器。在内窥镜下根据食管静脉曲张状况,自上而下对每条曲张静脉进行多处不同平面的结扎。有活动性出血患者在出血部位结扎,套扎结束后再检查所有套扎点,有渗血者给予 10% 孟氏液局部喷洒后退镜^[1]。待病情稳定后再择期进行全面系统地结扎。

1.3 手术结果 6 例急诊套扎患者术后立即止血,其中 4 例患者出血停止,生命体征稳定的情况下择期进行第二次系统的套扎,效果好。40 例患者套扎治疗 1 次成功。有 1 例患者首次行内镜结扎时,由于活动性出血量大,手术视野模糊,被迫终止手术;后用药物止血治疗 20 余天,病情稳定,身体一般状况恢复,再次行内镜套扎治疗成功,患者预后良好。1 例因个体差异原因未能实施手术,手术成功率达 97.9%。

2 护理体会

2.1 术前护理

2.1.1 术前检查 指导患者做心电图、拍胸片、检

作者简介:任爱红(1968—),女,陕西汉中,本科,主管护师,从事护理管理工作