

9例拇甲皮瓣拇指指尖再造术患者的护理

陈杨

(天津市天津医院,天津 300211)

摘要 总结9例拇指指尖缺损患者行同侧足拇趾甲皮瓣移植再造拇指治疗的护理。术前充分做好各项准备;全面评估患者的心理状态,针对性进行心理疏导;术后严密观察病情变化,预防和及时处理血管危象的发生;指体成活后早期康复护理,提高再造拇指的成活率和成活效果。

关键词 拇甲皮瓣;拇指指尖再造指;护理

中图分类号 R473.6 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.06.017 文章编号 1006-9143(2019)06-0695-02

指尖是甲根以远的手指末节部位,拇指占手指功能的40%,功能较为特殊。拇甲皮瓣拇指指尖再造术是采用拇趾腓侧趾底动脉分支为营养血管的复合组织瓣再造拇指指尖^[1],修复拇指指尖缺损。指尖再造修复后外形逼真,指甲大小、形态均接近正常指尖,温度、触觉、痛觉功能也可达到满意。且供区拇趾皮瓣覆盖后保留患者拇趾不影响穿鞋与负重行走。但这一手术难度高,术后极易出现血管危象,对临床护理及观察提出了极高的要求。我科自2015年10月至2018年5月收治拇指指尖再造患者9例,经治疗和护理,术后全部成活,拇指功能恢复良好,康复出院。现将手术前后的护理总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者9例。男3例,女6例,年龄18~35岁。其中机器绞伤致脱套伤4例,压砸伤3例,碾压伤2例。9例均为伤后一期行拇指部分短缩手术的患者,此次为患者行二期再造手术。患者择期在神经阻滞麻醉下行拇甲皮瓣拇指指尖再造手术,9例患者再造拇指全部成活,功能触感等无异常,供区皮瓣覆盖术后I期愈合,足功能无影响。

1.2 手术方法 术前测量患者健侧拇指指甲长宽和指尖周径,以此在同侧足的拇趾设计拇甲瓣。标记足趾切取线,做到“缺多少,补多少”。手术在神经阻滞麻醉下进行,供区切取范围在1.5 cm×4.0 cm~2.0 cm×5.5 cm的拇趾复合组织皮瓣,先用肝素钠和温盐水冲洗备用。处理患拇指残端,将拇甲皮瓣复合组织移至患拇残端处以一枚克氏针固定。在显微镜下先后吻合手指优势动脉和足趾皮瓣动脉,患指神经和拇趾趾底神经,吻合静脉1~2条,观察血运及边缘渗血良好后适当修整缝合皮瓣。供区采用拇趾胫侧皮瓣

转移覆盖。

2 护理

2.1 心理护理 拇指缺损不仅影响美观更会严重影响患者生活质量。患者情绪悲观,既强烈希望手术来恢复外观和功能,又担心手术失败,失去部分足趾影响行走,造成患者身体和经济上的双重损失。患者对手术既期待又感到焦虑、恐惧。责任护士对应患者的心理状况有针对性的制定护理计划。允许家属陪伴取得家属合作,入院后为患者及家属介绍病室环境、主管医生和护士,取得患者信任。采用文字和照片的方式为患者及家属讲解手术后的注意事项和成功案例,告知患者通过手术不仅能恢复患者手部功能且对供区足趾外观及行走等功能影响不大,以消除患者恐惧增强信心,使患者做好充分准备迎接手术,更好地配合治疗及护理工作。

2.2 术前护理 3例有吸烟史的患者术前1周绝对戒烟,4例有饮酒史者完全戒酒。因术后需绝对卧床,嘱患者练习床上使用便器。术前3日每日早晚各泡脚2次,每次30 min,修剪趾、指甲。术前1日做好皮肤准备,夜间遵医嘱给予地西洋10 mg口服以保证患者充足睡眠。术日晨给予皮肤消毒,辅助医生测量绘制供皮范围。术前禁食8 h,禁水6 h。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理 为患者安排安静、清洁、舒适的病房。每日500 mg/L含氯消毒液擦拭病房物品及地面早晚各1次,病室温度应维持在22~26℃,湿度60%~70%,并按时开窗通风,减少家属探视。为防止便秘协助患者按摩腹部,促进肠蠕动,必要时给予麻仁软胶囊和开塞露导泻,嘱患者切勿用力排便引起血管痉挛。患者术后绝对平卧7~10日。患肢抬高10~20厘米,略高于心脏水平位置,根据患者实际情况,酌情调节体位垫高度,增加患者舒适度,防止患侧肢体体位不适引起肢体僵硬疼痛,避免患侧肢体受压。患

侧局部予以 60 w 烤灯照射,烤灯距离再造指 30~40 cm,告知患者及家属切勿随意移动和关闭烤灯,以免太近烫伤患者、太远造成无效照射。术后常规给予罂粟碱 30 mg 肌肉注射 q 4 h 抗血管痉挛,以保证体内药物有效治疗浓度^[3]。健足建立静脉通路给予肝素钠 12 500 u+0.9%氯化钠 1 000 mL,18~22 滴/分输液泵 24 h 维持。

2.3.2 再造指的观察及护理 术后 3 日内最易发生血管危象,而寒冷、疼痛、烦躁和代谢紊乱都会诱发血管危象^[4]。严密观察再造指,尽早发现动脉危象和静脉危象的发生,做好及时处理,是术后护理的要点。毛细血管反流测定、皮肤颜色的变化是早期反应血液循环状况最直接、最迅速、受外界因素干扰最小的两项指标,并且可以反复检查^[5]。我科安排有经验的责任护士术后 24 h 内至少每 0.5~1 h 观察 1 次,术后 24~72 h 内至少每 1~2 h 观察一次,术后 4~7 日至少每 2~3 h 观察 1 次,严格交接班制度,尤其是夜班的观察与巡视。观察再造指应在自然光线下避开烤灯,应用皮温计观察皮肤温度,正常温差应在 2 ℃ 内,若温差大于 3 ℃ 考虑为血管危象,应及时通知医生。颜色、张力的判断明显存在主观感觉上的差异,我科应用颜色对比卡来观察再造指血运颜色和张力^[6],医护之间统一了描述标准,提高了护理质量。应用高温灭菌的改良棉棒作为探察棒来观察毛细血管的充盈时间,便于手指观察、节省操作时间,防止因不当操作使再造指伤口污染。本组有 2 例患者术后 48 h 内出现了皮肤暗紫指腹肿胀等现象,考虑为静脉血管痉挛或栓塞,通知医生。遵医嘱给予甲床肝素湿敷放血疗法,在再造指甲床中间部分以无菌刀片薄薄切除一层,严格执行无菌操作,切口处用肝素薄棉片(12 500 u 肝素钠+250 mL 生理盐水)湿敷 5~7 日。并根据渗血情况勤更换棉片,以免患者创面血痂形成影响再造指血运的观察并卡压指体影响血运,增加感染率,诱发血管痉挛并影响成活率^[7]。经上述处理本组 2 例再造指均成活。

2.4 饮食护理 遵医嘱给予患者高蛋白、高维生素、高热量、富含纤维素易消化饮食,嘱患者多饮水。绝对禁烟忌酒,忌浓茶、咖啡、碳酸饮料、避免进食海鲜、辛辣等饮食。

2.5 疼痛护理 应用“数学等级评分量表”对患者疼痛进行评估,使结果更加客观准确^[8]。术后 24 h 疼痛用,为防止疼痛引起血管危象,本组 9 例患者术后均给予自控式镇痛泵治疗,3 日后停用。其中 6 例患者

术后 3 日疼痛评分仍 ≥ 5 分,遵医嘱给予西乐葆 100 mg 口服每日 2 次,术后 7~10 日停药。3 例患者疼痛评分 1~3 分,未给予处理。

2.6 康复护理 术后指体成活不等于手术成功,只有接近或达到正常拇指功能才算真正意义上的成功。因此,术后早期康复锻炼至关重要^[9]。再造指成活后 10~14 天即可开始康复锻炼。3 例患者手术成功后转往康复科继续治疗。我科与康复科相互配合为其余 6 例患者制定个性化康复训练,向患者及家属讲解康复锻炼的重要性。通过早期运动功能锻炼和感觉功能再教育训练为主的主、被动的锻炼方式使患者再造指尖消除水肿、恢复触觉,防止肌肉和周围组织粘连致手指不能屈伸自如。指导和协助患者出院后仍坚持每日锻炼计划。告知患者康复锻炼应循序渐进,切不可暴力活动以免损伤刚成活的再造指体,并注意保暖。术后 1、3、6、12 个月定期复查。9 例患者手指功能恢复良好,接近或达到正常水平。

3 小结

手部是裸露器官。随着生活质量的提高,患者对手指功能和美观都有了更加完美的要求。拇甲皮瓣拇指指尖再造术也越来越多的开展。不仅手术医生要拥有高超的医术和经验,对术后的临床护理和观察也提出了更高的要求。护士在临床护理中要有高度的责任心、丰富的临床经验、细致观察敏锐判断及医护之间良好的配合才能防止血管危象等并发症发生。同时注重制定个性化康复训练,提高患者锻炼依从性,加快再造指功能恢复。

参考文献

- [1] 李文君,苏波,张玲玲,等.拇甲皮瓣再造指尖[J].中华手外科杂志,2016,32(3):202-204.
- [2] 陶云华,钱春华,王卫国,等.拇甲瓣的临床护理[J].实用临床药理学杂志,2012,16(24):137-138.
- [3] 刘刚义,席志峰,王从虎,等.拇指旋转撕脱性离断再植方法的改良[J].实用手外科杂志,2011,25(2):109-111.
- [4] 容桂荣,蒋春红,许丽娟.5 例手毁损再植术后精神障碍并血管危象的护理[J].中华护理杂志,2000,35(3):150.
- [5] 陈娟,朱璐.未吻合静脉的末节断指再植行改良小切口放血疗法的临床护理[J].实用手外科杂志,2018,32(2):259-261.
- [6] 沈英飞.自制对比卡在游离皮瓣血液循环观察中的应用[J].中华护理杂志 2013,48(8):封 3.
- [7] 黄跃华,范春海,董冬.甲床放血在条件不良指尖再植中的应用[J].实用手外科杂志,2018,32(4):474-475.
- [8] 王淑平.骨科患者疼痛的护理进展[J].天津护理,2013,21(3):278-280.
- [9] 顾玉东.功能在于康复[J].中国临床康复,2001,5(22):22-23.

(2019-03-29 收稿,2019-07-08 修回)