

·康复护理·

游离拇趾腓侧皮瓣修复手指指腹缺损术后的康复护理

吴小英, 沈培根, 金耀峰, 朱美红, 刘明

[摘要] 目的 探讨拇趾腓侧皮瓣修复手指指腹缺损的护理措施。方法 对 12 例手指指腹缺损行拇趾腓侧皮瓣修复患者进行总结。结果 12 例皮瓣均成活, 未发生血管危象, 皮瓣外形满意, 皮肤有出汗并有良好的感觉, 两点分辨感觉 4~6 mm。结论 严密细致的观察和行之有效的护理措施可促进患者术后恢复, 是患者皮瓣修复手术成功的重要保证。

[关键词] 手指指腹缺损; 皮瓣移植; 护理

Nursing after Free Great Toe Fibular Flap for Finger Pulp Defect WU Xiao-ying, SHEN Pei-gen, JIN Yao-feng, et al. The Second Hospital of Jiaxing, Jiaxing 314000, Zhejiang, China

Abstract: Objective To explore the nursing after free great toe fibular flap transplant to repair finger pulp defects. **Methods** 12 cases with finger pulp defect accepted the free great toe fibular flap were reviewed. **Results** All flaps survived and no vascular crisis occurred. The flap shaped well, and the skin sweated and the two point discrimination was 4-6 mm. **Conclusion** Close monitoring and appropriate is important after free great toe fibular flap transplant to repair finger pulp defects.

Key words: finger pulp defects; flap transplantation; nurse

[中图分类号] R687.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1006-9771(2011)05-0486-02

[本文著录格式] 吴小英, 沈培根, 金耀峰, 等. 游离拇趾腓侧皮瓣修复手指指腹缺损术后的康复护理[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(5):486—487.

手指指腹缺损是手外伤中较为严重及棘手的常见损伤^[1]。指腹在手功能中具有十分重要的地位, 指腹感觉对于握捏等动作完成意义重大^[2]。近 30 年来, 随着各种含感觉神经的微型皮瓣修复手指指腹缺损手术的开展, 对于手指指腹缺损修复有了跨越式的进步。康复护理在其中起着重要的作用。

1 临床资料

本院 2008 年 5 月~2010 年 6 月应用游离拇趾腓侧皮瓣修复手指缺损 12 例, 患者均为男性, 年龄 19~53 岁; 均为机器伤; 缺损面积 0.5×0.5 cm~4×2.5 cm; 伤及拇指 8 例, 中指 3 例, 中指、环指 1 例。取同侧皮瓣 9 例, 对侧 3 例。拇趾腓侧皮瓣移植全部成活。住院时间 1~3 个月。

2 护理

2.1 术前心理护理及皮肤准备 因严重创伤, 绝大部分患者怀有恐惧及焦虑的心情。为了让患者更好地配合治疗及护理, 我们要向患者介绍成功的病例, 耐心解说手术过程, 消除患者的恐惧及焦虑的心情, 使其树立战胜疾病的信心^[3]。检查拇趾腓侧供区皮肤有无炎症及皮肤科疾病。术前 1 周指导患者每天早晚用温水泡洗供区皮肤, 并行局部按摩, 使皮肤浅静脉扩张, 可改善皮肤及血管条件, 提高皮瓣成活能力。术前 1 d 常规备皮。

2.2 术后一般护理 安置患者在专用病房, 室温 25℃~28℃, 湿度 60%~65%。病房内禁止吸烟, 以防香烟中的尼古丁引起

血管痉挛; 限制探视, 防止交叉感染。每天用含氯消毒剂拖地及擦拭物品表面, 皮瓣局部用 40 W 烤灯持续照射 7~10 d, 灯距 30~45 cm^[4]。患者卧气垫床, 绝对卧床 7~10 d, 保持舒适协调的体位, 避免皮瓣蒂部受压扭曲、牵拉; 将供区和受区均抬高 10~20 cm, 供区肢体制动。为了避免受压及发生压疮, 可用软枕或翻身垫垫于腰背部, 协助患者每小时侧身 15 min。

2.3 皮瓣血运的观察与护理 由于皮瓣血管较细, 通过较细的血管蒂与其他组织相连, 所以术后要重点观察皮瓣血运, 以早期发现血管危象^[5]。皮瓣血管危象一般发生在术后 72 h 内, 特别是 24 h 内。因此术后 24 h 内每 30 min 观察记录皮瓣颜色、温度、肿胀及毛细血管充盈时间 1 次, 24~72 h 内每 1 h 观察记录 1 次, 72 h 后每 2~4 h 观察记录 1 次。正常皮瓣颜色与供皮区域颜色一致, 呈淡粉色或淡白色; 温度一般 33℃~35℃, 与健侧相比, 温差在 2℃以内; 毛细血管充盈时间为 1~2 s; 皮瓣轻度肿胀, 常于术后 3~7 d 逐渐消退。观察皮瓣时要关闭烤灯, 在自然光线下观察。皮瓣颜色苍白或灰白, 张力低, 毛细血管充盈时间延长或消失, 为动脉危象; 皮瓣颜色紫红, 张力高或出现水泡, 毛细血管充盈时间缩短, 为静脉危象。本组病例均未发生血管危象。

2.4 足部供区观察护理 术中足部供区修复采用全厚皮片加压植皮。术后抬高供区下肢, 妥善固定制动, 观察植皮处加压包扎松紧是否适中, 注意供区趾端血液循环^[6], 敷料有无松动、

作者单位: 浙江省嘉兴市第二人民医院骨科, 浙江省嘉兴市 314000。作者简介: 吴小英 (1971-), 女, 浙江嘉兴人, 主管护师, 主要从事骨科临床护理工作。

渗出和异味; 术后 10 d 打开加压包扎敷料查看植皮是否成活。本组有 3 例患者植皮边缘小部分未成活, 经换药后痊愈。

2.5 疼痛护理 疼痛可引起机体释放 5-羟色胺, 导致血管收缩。为了防止患者发生血管痉挛, 术后除使用镇痛泵外, 常规给予曲马多缓释片 100 mg 口服, 12 h 给药 1 次, 连续 5~7 d, 以防疼痛刺激引起吻合口血管痉挛, 导致血管危象的发生^[7]。允许家属陪护, 与其聊天、听音乐等, 同时抬高患肢, 减轻皮瓣肿胀, 做好基础护理, 使患者舒适。

2.6 用药的观察与护理 按医嘱准确应用抗凝、解痉药物。常规将 12500 U 肝素加生理盐水 100 ml/d 微泵静脉推注, 分 2 次应用, 用药时要观察全身有无出血倾向, 如伤口渗血量多, 鼻衄, 牙龈出血, 皮肤出血点, 瘀斑等; 需定时检查血常规, 监测凝血功能, 一般可允许凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)在正常值的 1.5 倍之内^[5]; 本组病例未出现出血不良反应。术后解痉常用罂粟碱 30 mg, 每 6 h 肌肉注射 1 次, 可解除平滑肌痉挛, 连续 5~7 d。肌肉注射时速度要缓慢, 经常更换注射部位, 观察患者有无呕吐, 臀部有无硬结。本组病例肌肉注射后均有不同程度硬结产生, 经热敷后缓解。

3 康复训练

3.1 功能训练

3.1.1 早期功能训练 术后第 1 天可对患肢肩周、上臂进行被动按摩, 以不牵动皮瓣为度, 3 次/d, 5 min/次, 同时指导行股四头肌、肱二头肌、肱三头肌等长收缩。术后第 2 天可行患手健指被动活动, 幅度要小, 以不引起切口疼痛为原则, 以免发生血管痉挛。

3.1.2 中期功能训练 术后 2 周, 皮瓣与周围组织基本建立血液循环, 血液循环状况较稳定, 可以对伤手进行较大幅度功能锻炼, 方法以主动活动为主, 被动活动为辅, 进行指间关节屈曲、伸直锻炼。活动范围由小到大, 时间从每次 5 min 增加到 10 min, 防止关节僵硬。但以不造成伤口疼痛和不增加皮瓣张力为原则。

3.1.3 后期功能训练 术后 3 周, 指导患者主动活动手的各关节, 包括手指的屈伸、内收、外展及对掌运动, 每天 3~5 次, 每次 5~20 min, 按循序渐进原则, 以恢复手指的抓、捏、握功能。

3.2 感觉训练

3.2.1 建立感觉信息处理系统 于术后第 2 周皮瓣愈合后即开始进行感觉训练, 以促进皮瓣感觉的尽快恢复。在康复师的指导下, 用针刺、冷、热、深压等刺激, 让患者体会每种感觉的特点, 然后按闭眼-睁眼-闭眼反复体会。通过训练, 重建感觉信息处理系统。

3.2.2 感觉再训练 感觉再训练可分为早期训练和晚期训练。早期主要是触觉定位、定向的训练, 后期主要是辨别觉的训练。术后 3 周开始进行感觉再训练, 首先让患者在手上画出感觉缺失区域, 用橡皮铅笔的橡皮端在沿患者手掌由近向远叩打, 患者先睁眼观察该过程, 然后闭上眼睛, 仔细体会叩打的感觉, 如此反复进行, 每日 3 次, 每次 15 min。当患者能准确确认刺激部位, 有了定位觉以后, 可开始辨别觉的训练。辨别觉的训练要循序渐进, 开始让患者辨别粗细差别较大的物体表面, 逐

渐发展辨别较小物体的表面。每项训练同样采用闭眼-睁眼-闭眼的方法, 反复进行。通常使用的训练物品有粗细不等的砂纸、布料、螺丝帽、纽扣、花生米等, 时间不宜过长, 每日 3 次, 每次 10~15 min。

4 结果

本组 12 例拇趾腓侧皮瓣全部成活, 未发生血管危象。随访 6 个月~2 年, 皮瓣及再造指外形逼真, 有皮纹, 质地柔软, 皮肤弹性及毛细血管充盈良好, 无明显肿胀萎缩; 皮肤有出汗并有良好的感觉, 两点分辨感觉 4~6 mm, 持物时无异常感觉, 感觉功能恢复评定按 1954 年英国医学研究会(BMRC)感觉功能评定标准评定^[8], 4 例为 S3 级, 8 例为 S3+ 级。手的功能恢复按中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准评定^[9], 优良率达 95%。

5 讨论

拇趾腓侧皮瓣被认为是修复手指指腹缺损的最佳皮瓣, 可以逼真地恢复指腹的外观, 并获得良好的两点分辨觉^[10], 为那些年轻的、对手部功能与外形要求高的手指软组织缺损患者带来了更多的选择。术前重视心理护理及皮肤准备, 术后合理安置体位, 密切观察皮瓣血运, 并及时发现、处理血管危象, 是手术成功的关键, 要做到早发现、早处理, 减少并发症的发生; 做好疼痛护理和用药护理, 给患者创造舒适安全的治疗环境, 是促进患者早日康复的重要保证。术后早期有效康复训练可促进肢体功能的恢复, 降低伤残率, 提高患者的生活质量, 也是护理的重点。

【参考文献】

- [1]陈奇鸣, 洪小芳, 杨福周, 等. 拇趾腓侧皮瓣临床应用 15 例体会[J]. 海南医学, 2009, 20(7): 115-116.
- [2]王荣春, 陈拓, 银春景, 等. 拇趾腓侧皮瓣在指腹损伤修复中的应用[J]. 深圳中西医结合杂志, 2008, 38(5): 292-293.
- [3]安丰妹, 刁惠民, 康丽燕, 等. 社会心理因素对断指再植术后患者手功能的影响[J]. 中华护理杂志, 2002, 12(37): 941.
- [4]邹吉锋, 李桂云, 李小玲. 第 2 足趾移植再造拇指患者的康复护理[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(2): 190.
- [5]房玉霞, 房华, 周蕊. 足部皮瓣与足趾组合再造手指病人的护理[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(12): 901-902.
- [6]梅彩霞, 马斐, 陈斯, 等. 血管化腓骨瓣移植一期修复下颌骨的护理[J]. 护理与康复, 2008, 7(4): 253-254.
- [7]陈巧莉, 杨碧红, 何伟芳. 游离复合足背皮瓣修复手部组织缺损患者的护理[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(6A): 47-48.
- [8]樊飞, 郑仰林, 张顺, 等. 黄体酮促进端侧吻合外周神经再生的实验研究[J]. 中华显微外科杂志, 2006, 26: 35-38.
- [9]潘达德, 顾玉东, 侍德, 等. 中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准[J]. 中华手外科杂志, 2000, 16: 130-135.
- [10]糜菁熠, 芮永军, 寿奎水, 等. 改良拇趾腓侧皮瓣修复拇指指腹缺损[J]. 中华手外科杂志, 2006, 22(1): 32-33.

(收稿日期: 2011-04-12)