

表2 两组胃癌根治术患者术后指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	下床活动时间 (h)	芬太尼用量 (mg)	住院时间 (d)
护理干预组	21	45.34±6.78	0.45±0.12	18.67±4.45
临床对照组	21	58.56±6.53	0.96±0.27	22.88±4.78
t		7.409	7.910	2.954
P		<0.001	<0.001	0.005

3 讨论

在临床上通常将机体对伤害性刺激的痛反应称为疼痛,其中包括外伤和手术特别是手术的切口刺激所引发的人体主观的不愉快的感觉^[6]。痛觉拥有不可或缺的作用,在身体健康受到威胁或侵害时可通过生物体的感知对伤害进行防御,因而而将损害减到最低,但是有时在临床上遇到的长时间的剧烈疼痛不仅对机体是一种折磨也严重影响对疾病的判定和治疗效果^[7]。手术切口处的疼痛是胃癌根治术后最常见的临床表现之一,其疼痛的原因一般认为与手术操作导致的组织损伤和各种导管插入或因伤口周围肌肉痉挛和炎性因子对感受神经的刺激有关^[8],同时也与患者个人对疼痛的感知程度和反应程度以及对病情的认识和其特殊的人生阅历等有关。

在本次研究中,通过护理干预的患者疼痛程度明显低于临床对照组,通过临床对比分析,两组患者下床活动时间、芬太尼用量和出院时间,护理干预组明显低于对照组,经统计学方法比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。通过本次研究笔者发现,如护士主动向患者介绍手术情况和麻醉方式,并指导他们如何采取有效措施减少不适感,并与患者建立良好的护患关系

可极大地提高临床的护理效率和效果。特别应加强与患者家属的沟通,减轻患者家属的焦虑情绪,给患者营造一个和谐舒适的治疗环境,另一方面也避免了患者家属的不当操作对患者疾病的延误,同时可以减轻患者的心理负担。

综上所述,在胃癌根治术患者中实施护理干预可缓解患者的焦虑情绪并明显减轻患者的疼痛症状,促进患者康复。

参考文献:

- [1] 邹烂辉. 护理干预控制腹部手术患者术后疼痛的临床观察[J]. 中国实用医药, 2009, 16(4): 258-259.
- [2] 龙华. 癌性疼痛的评估与护理[J]. 右江民族医学院学报, 2007, 28(4): 45-46.
- [3] 敖琴英, 唐四元, 陈井芳, 等. 老年消化道肿瘤患者术后全程无痛干预研究[J]. 护理学杂志, 2011, 26(8): 11-12.
- [4] 朱静. 晚期癌症 120 例的临终关怀[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(9): 26-27.
- [5] 张小茹. 胃癌患者围术期焦虑及术后疼痛的护理干预[J]. 吉林医学, 2012, 8(33): 22-23.
- [6] 姜彦玲. 胃癌晚期 96 例疼痛的护理[J]. 中国社区医师, 2013, 15(10): 320-321.
- [7] 黄海玲. 浅谈减轻癌症疼痛的护理进展[J]. 中国医疗前沿, 2012, 10(9): 34-35.
- [8] 高山冰. 癌症疼痛的原因分析和护理对策[J]. 中国实用医药, 2008, 12(8): 56-57.

收稿日期: 2014-03-28

神经营养血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部缺损护理

黄翠涵

(广西都安瑶族自治县人民医院外二科, 广西 都安 530700 E-mail: huancuihan@sina.com)

关键词: 软组织损伤; 组织移植; 护理

中图分类号: R47 文献标识码: C 文章编号: 1001-5817(2014)03-0517-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.112

外伤导致的足踝部软组织缺损是近年来临床上常见、较难于处理的损伤, 神经营养血管蒂逆行皮瓣具有带蒂转位、安全、操作简便等优点, 是近年来局部修复足踝部创面取得较好效果的一种治疗方法^[1]。自 2008 年以来, 我院采用神经营养血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部组织缺损 27 例, 取得良好效果, 现将病情观察和护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 1 月~2013 年 6 月我院骨外科收治胫前和足踝部组织缺损患者 27 例, 其中男 20 例, 女 7 例; 年龄 18~60 岁, 平均(35.7±10.5)岁。致伤原因: 车祸伤 18 例, 重物压伤 6 例, 绞伤 2 例, 电烧伤 1 例; 合并骨折 20 例, 合并肌腱离断 13 例, 20 例患者均有肌腱、骨质或内固定物外露。缺损部位: 胫前缺损 7 例, 外踝、内踝、足背部大块缺损 6 例, 内踝部缺损 5 例, 足背缺损 4 例, 足跟部缺损 3 例, 外踝部缺损 2 例; 缺损面积最小 3 cm×4 cm, 最大 11 cm×17 cm, 平均 4 cm×9 cm; 应用腓肠神经血管蒂皮瓣 16 例、隐神经血管蒂皮瓣 7 例、腓浅神经血管蒂皮瓣 4 例。

1.2 治疗方法^[2] 所有患者均给予椎管内麻醉后, 用生理盐水、3% 双氧水、0.1% 新洁尔灭溶液对缺损组织创面进行反复冲洗, 清除创面脓液、渗出液、坏死组织等以彻底清创。用紫药

水画线标记皮神经的体表投影, 皮瓣按“点、线、面”对旋转点、皮瓣和蒂部进行设计。将小腿近端切开寻找相应的皮神经, 确定皮神经经过设计皮瓣和蒂的中部, 结扎伴随静脉。掀起皮瓣时为防止筋膜撕脱, 将深筋膜与皮肤缝合固定, 按计划切开皮瓣四周, 将皮瓣于筋膜下进行锐性分离, 使皮瓣蒂部的皮肤宽度为 2~4 cm、筋膜层宽度为 3~5 cm, 在组织缺损创面到旋转点间切开皮肤, 于真皮下锐性剥离, 两侧宽度以能让旋转后的蒂部与蒂部皮肤缝合无张力且能使蒂部通过为宜, 一般宽均约为 1~3 cm。及时缝合创面和皮瓣。缺损部位小可拉拢缝合闭合, 较大的取同侧大腿中厚皮进行植皮, 更大则取腹壁的中厚皮进行植皮。术后酌情采用高分子夹板适当行外固定制动。

1.3 结果 本组 27 例患者手术用时 60~180 min, 平均(90±30) min; 术中出血 50~250 ml, 平均(100±50) ml。术后住院 5~15 d, 平均(8.0±1.5) d; 术后均给予随访 3 个月~2 年, 22 例皮瓣完全成活, 5 例皮瓣远端部分坏死, 经二期拉拢缝合后治愈。修复后皮瓣饱满、颜色正常、无色素沉着、外观基本满意, 皮瓣富有弹性、能耐磨, 与关节囊、肌腱、骨质等无粘连, 关节活动度良好。

2 护理

2.1 术前准备 本组所有患者均为意外伤害所致, 由于意外

伤的刺激、对伤情、治疗、手术和预后的担忧等,患者心理状态受到较大的影响,常有焦虑、恐惧、紧张、急躁等表现,不良心理应激可导致血管收缩、心率加快、血压升高,不利于手术的施行。因此术前责任护士应认真评估患者的心理状态,及时进行心理疏导,详细向患者及其家属进行病情的解释、治疗和手术方式的详细讲解、神经血管蒂逆行皮瓣修复的健康教育、术前注意事项和配合要点,使患者了解疾病相关知识,提高其对手术相关知识的认知,缓解或消除其不良心理情绪,积极配合术前治疗和护理工作。指导患者采取正确的体位及进行术前适应性体位训练,告知患者及其家属保持正确体位的意义和要点,按骨科手术护理常规做好各项术前准备工作。

2.2 术后护理

2.2.1 病情观察 动态观察皮瓣血供变化、及时发现和解除造成血管危象的原因是避免和挽救皮瓣坏死、促进皮瓣存活的关键^[3]。术后24 h内每30 min监测皮瓣颜色、皮瓣局部皮温、张力、肿胀程度和血运变化,观察和判断有无血流障碍,有绷带和石膏固定者在皮瓣相应部位开一小窗进行观察,并详细填写护理记录单。术后第1 d观察皮瓣血液循环是手术成功的关键,正常情况下移植皮瓣局部皮温不低于邻近皮肤温度3度,正常毛细血管充盈时间为1 s,否则为皮瓣血运不良;皮瓣颜色从远端开始由淡红色变成青紫色说明静脉回流不畅,由红白色变成为苍白色,且皮瓣无张力说明动脉供血障碍;区域毛细血管反应由增快至消失、局部肿胀逐渐加重,皮瓣表皮出现水泡且由小变大或数量增多可为回流障碍,应及时报告医生进行处理。可采用龙胆紫对皮瓣出现颜色变化区域进行标记、小指指床按压皮瓣观察颜色变化等措施进行观察比较皮瓣局部变化情况。本组27例患者中5例术后第1 d出现回流障碍,均表现为皮瓣颜色由红变紫、局部肿胀进行性增加、毛细血管反应增快,报告医生后给予抬高患肢、局部按压、减轻局部张力、遵医嘱应用解痉剂等,处理后皮瓣回流障碍缓解,仅发生皮瓣远端部分坏死。

2.2.2 体位护理 术后保持正确的体位是使皮瓣区不受压、保证皮瓣血运、防止静脉回流障碍,减少术后并发症发生的关键^[4]。由于缺损部位的不同,术后的体位选择亦不同,术后体位摆放原则以皮瓣血液循环不受到影响、皮瓣不受压、防止皮瓣血管吻合处发生扭曲和张力为原则,根据皮瓣所处部位选择适当的体位。如足背部缺损皮瓣修复术后取仰卧位,足跟部缺损皮瓣修复术后取俯卧位或侧卧位,将患肢抬高10~15 cm,略高于心脏,并外展、屈曲、外旋,保持于功能位,翻身或移动患肢时动作轻柔,防止粗暴动作引起血管痉挛。术后常规绝对卧床休息1周患肢制动,第2周起可将床摇起在床上活动,并根据病情逐步恢复正常活动。

2.2.3 功能锻炼 术后第1 d对伤口周围皮肤进行向心性按摩以促进局部血液循环,早期不宜进行踝关节活动,以防止皮瓣血运受到影响;术后5~7 d指导和鼓励患者行床上膝关节的伸屈运动,术后2周皮瓣存活后行踝关节及足趾屈伸训练,4周后行直腿抬高运动,6周后扶拐下地活动;足底受压耐力训练根

据皮瓣部位不同制定锻炼计划,使患者能尽快回复正常的活动和肌力,预防废用性功能障碍的发生。功能锻炼遵循循序渐进的原则,由简单到复杂、强度由弱到强、幅度由小到大、时间由短到长,以患者不感觉疼痛为宜,并持之以恒。

2.2.4 疼痛护理 术后疼痛可使机体释放具有强烈收缩血管作用的5-羟色胺,导致血管腔闭塞或血栓形成,如不及时处理可影响皮瓣的存活^[5]。术后责任护士密切观察和评估患者疼痛状况,注意倾听患者的主诉,指导和教会患者通过听音乐、玩游戏、看电视等方法转移对疼痛注意力,减少对疼痛的关注,从而缓解或消除疼痛引起的心理应激,对疼痛剧烈患者及时报告医生给予止痛药等处理。

2.2.5 一般护理 加强病房管理,保持病室内温度、湿度适宜、空气流通,限制探视以减少病房内人员流动所致的潜在感染的机会。禁烟酒及含咖啡的饮料,鼓励患者进食高热量、高蛋白、富含营养易消化的多纤维食物,多进食新鲜蔬果、多喝水以保持大便通畅,防止便秘的发生。加强对患者术后皮瓣观察、护理、注意事项,术后烤灯应用的要求、注意事项和配合要点,术后床上大小便的重要性的和便秘危害性等相关健康的健康教育,告知患者注意患肢保暖,防止受凉感冒,保护患肢尤其是皮瓣处,勿受碰撞、磕伤等。

3 体会

神经血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部缺损不需进行血管吻合,不损害主要神经和动脉,不需使用显微镜等特殊手术器械,手术操作简单安全,可取皮瓣大,术后对患者活动受限少,尤其适用于基层医院的应用。围手术期护理做好术前患者的心理护理、体位适应性训练等术前准备、术后加强病情观察、体位护理、功能锻炼及生活、饮食上的护理,及时发现血管危象等术后并发症,及早进行处理是术后皮瓣存活的重要保证,也是提高手术成功率的关键。

参考文献:

- [1] 朱小敏,刘春兰.大隐静脉-隐神经血管蒂逆行岛状皮瓣治疗足踝部皮肤缺损的手术配合[J].护理学杂志,2012,27(4):46-47.
- [2] 谭义煌,磨志,韦炳清.神经血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部缺损18例的体会[J].广西医学,2012,34(9):1278-1279.
- [3] 卢慎,首家保,崔泽龙.吻合指神经的逆行指动脉岛状皮瓣在修复指端缺损中的应用[J].右江民族医学院学报,2010,32(5):728-729.
- [4] 朱婵,刘志荣.腓肠神经血管蒂皮瓣修复足部软组织缺损患者的护理[J].护理学杂志,2011,26(18):36-37.
- [5] 曾丽萍,李达,林玲英,等.腓肠神经血管蒂皮瓣移植术27例围手术期护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(23):62-63.

收稿日期:2014-02-19;修回日期:2014-03-20