

# 第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损的护理体会

邓琪,葛玉珍,黄敬,吴晓珂

(河南省焦作市第二人民医院,河南 焦作 454000)

**摘要:**目的 总结第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损的护理体会。方法 回顾性分析我院2015年8月—2017年6月收治的36例拇指指腹缺损患者的临床资料,术前给予患者心理护理、术前检查和皮肤准备,术后给予皮瓣护理、健康宣教及用药观察,出院时给予出院指导。结果 本组患者创面范围 $3.0\text{ cm}\times 2.0\text{ cm}\sim 4.2\text{ cm}\times 3.0\text{ cm}$ ,切取皮瓣面积 $3.5\text{ cm}\times 2.4\text{ cm}\sim 4.6\text{ cm}\times 3.5\text{ cm}$ ,36例患者中4例发生血管危象,均予以及时处理。术后皮瓣均存活,创面均I期愈合。术后随访6~24个月,骨折均愈合,修复指腹外观无臃肿、颜色与周围皮肤相似、质地柔软,关节伸屈活动正常,两点辨别觉2~5 mm,感觉恢复S3~S4。结论 第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损术前心理护理可增加患者依从性,术后皮瓣护理可尽早处理血管危象,提高皮瓣存活率。

**关键词:**第一趾蹠皮瓣;拇指指腹缺损;皮瓣血管危象;护理

**中图分类号:**R473.6

**文献标识码:**C

**文章编号:**1001-5817(2019)02-0233-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2019.02.031

拇指承担着40%的手功能,而在意外事件发生时,拇指却最容易受到损伤,且拇指指腹缺损更为常见。第一趾蹠皮瓣游离移植术是修复拇指指腹缺损的常用方法,具有感觉相似、血管、神经重建效果更佳的特点,但该手术涉及拇指指腹、第一趾蹠及足背组织、大腿内侧组织<sup>[1]</sup>,创伤处多,游离皮瓣血管危象直接影响着皮瓣的存活,术后功能锻炼又是移植皮瓣功能恢复的关键干预,故护理在手术前后均有重要意义。本研究回顾性分析了本院2015年8月—2017年6月收治的36例拇指指腹缺损患者,总结了第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损的护理体会,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 回顾性分析本院2015年8月—2017年6月收治的36例拇指指腹缺损患者的资料。其中男23例,女13例,年龄23~56岁,平均年龄 $(36.20\pm 6.70)$ 岁。受伤原因为挤压伤14例,砸伤10例,机械绞伤8例,电创伤4例。均为单侧受损,其中左侧7例,右侧29例,急诊入院28例,受伤至急诊手术时间3~8 h,平均 $(3.00\pm 1.80)$ h,陈旧性损伤7例,入院后先给予清创处理及抗感染治疗,感染控制后行皮瓣修复,受伤至皮瓣移植时间为3~6 d。

1.2 手术方法 一般取臂丛神经阻滞麻醉联合持续硬膜外麻醉,如不耐受则采用全身静脉麻醉。患者取仰卧位,上肢外展,患肢及同侧上肢行气囊带驱血止血。创面先行彻底清创,保留新鲜肉芽肿组织,去除陈

旧坏死及被污染组织,如合并骨折可采用克氏针固定骨折。自虎口顶侧做一长约1~1.5 mm皮肤切口,游离主要动脉、头静脉及拇指治神经残端,用布片置于拇指指腹缺损区,加压包扎,放松止血带。借助彩色超声多普勒血流探测仪探查第1跖背动脉,并以此血管动脉为轴线设计与受区缺损形态与面积相符的皮瓣,皮瓣远端不超过第1跖蹠游离缘<sup>[2]</sup>。在足背做皮肤切开,暴露第1跖背动脉、大隐静脉、足背静脉及趾背静脉,结扎其余静脉分支,游离第1趾背动脉包含的皮瓣,在伸趾肌腱及骨膜浅面切取皮瓣,保留趾背神经3~4 cm,夹闭足背动脉,切断第1趾背动脉足底穿支,切取皮瓣。先用4针间断缝合固定游离皮瓣与受区,显微镜下吻合神经残端,将足背动脉、静脉送入虎口分别与拇指主要动脉、头静脉吻合,皮瓣充分止血后,吻合边缘无张力缝合。供区采用大腿内侧全厚皮瓣游离移植皮修复。

## 1.3 护理

1.3.1 术前心理护理 不同入院患者心理状态不一。急诊入院患者多有心理应激反应,常表现为焦虑、惊慌的情绪,此时应用共情护理引导患者情绪,再对患者的境遇加以同情和安慰,应逐渐诱导其到病情中。对于担心缺损修复效果者,责任护士可通过讲解手术原理及成功案例安抚患者,提高患者的治疗信心。对于疼痛明显患者,在行麻醉前多用软语安慰。非急诊入院患者往往会因贻误病情而自责、忧郁,责任护士应以开

导为主,告诉患者虽然失去了最佳时机,但修复效果仍旧可观,建立患者的自信心<sup>[3]</sup>。

1.3.2 术前准备 了解患者皮肤病及药物过敏史,如患者有足癣则应避免交叉感染,积极给予抗真菌药物。非急诊入院患者除进行常规的抗感染治疗外,了解患者日常不良生活习惯如吸烟、嗜酒史,入院后即嘱咐患者戒烟戒酒<sup>[4]</sup>。术前1~2 d指导患者床上排便,多食用蔬菜水果,预防便秘。游离皮瓣为足背皮瓣与第一趾蹼间皮瓣,故术前应注意保护。术前30 min采用温水浸泡供区,非急诊入院患者术前3 d每日温水浸泡30 min,水温以40℃为宜,确保供区皮肤干净。

1.3.3 术后常规护理 环境护理:病房布置以暖色为主,改善患者的心情;室温控制在28℃~30℃,避免因温度过高导致血管痉挛或温度过高导致感染概率增加;湿度控制在60%~70%,注意时常通风<sup>[5]</sup>。疼痛护理:疼痛显著者可用局部麻醉缓解疼痛。疼痛可耐受及接受麻醉注射后仍有轻微疼痛者可采用转移注意力降低患者的痛苦。

1.3.4 体位护理 术后患者需绝对卧床14 d,取平卧位,患肢抬高10~20 cm,使其与心脏保持同一高度,从而促进静脉回流。术后2 d结合患者的实际情况可间歇性改变体位,避免长时间同一体位而导致的肢体麻木。改变体位时需注意避免皮瓣牵拉和受压。术后4周内禁止患肢着力行走,并适当功能锻炼。

1.3.5 皮瓣护理与观察 采取促进血液循环措施保护皮瓣,如用60 W烤灯照射受区,照射距离以30~40 cm为宜。夏季采取早晚照射,冬季可连续照射,晚上用深色灯罩覆盖,避免强光影响睡眠。冬季禁用暖手宝和热水袋保暖,以免烫伤。血管危象常于术后24~72 h发生。皮瓣观察的目的是警惕游离皮瓣血管危象的发生,观察项目包括温度、颜色、张力及毛细血管充盈时间<sup>[6]</sup>,遵循“一看、二摸、三压”的观察原则。术后24 h每30 min观察1次,术后24~72 h每1 h观察1次,制作皮瓣观察卡片,详细记录皮瓣变化情况。如皮瓣颜色变淡、发白则提示动脉栓塞;如皮瓣变暗发紫,或现瘀点、瘀斑则考虑静脉栓塞;用皮试针头针刺皮瓣,如渗出暗紫色血液,则提示静脉血栓;如无血液渗出则为动脉血栓<sup>[7]</sup>。皮瓣肿胀期皮瓣内血管往往容易受压,造成血液循环障碍,故对肿胀明显者应多留意观察。也有血痂压迫血管蒂导致血管危象的报道,责任护士应了解手术方法、血管吻合及血流特点,评估皮瓣血管危象的可能性。

1.3.6 健康宣教 嘱咐患者合理膳食,定时进餐,食

物选择以高维生素、足量优质蛋白质、低脂、低盐为原则,多食用水果和蔬菜等粗纤维食物,忌辛辣、浓茶、咖啡等刺激性食物,每日饮水不少于3000 ml。通过指导患者腹部按摩,刺激肠蠕动,适应床上排便,降低术后便秘的发生率。术后2 d即可进行患肢轻微锻炼,此时仍为肿胀期,锻炼时不可引起皮瓣牵拉,待水肿消退后,再行手腕、指关节的伸屈活动,术后7 d逐渐增加运动量,卧床期间增加肺功能锻炼,避免长期卧床造成的肺炎。可下床后进行双下肢活动,预防下肢静脉血栓形成。如已经发生便秘,则可给予润肠通便药物治疗。

1.3.7 用药观察 术后常规给予抗痉挛、抗栓塞、抗感染等治疗。药物应用后留意观察患者的不良反应,抗感染治疗所用抗生素及抗栓塞药物如肝素常易引起胃肠道反应如恶心呕吐,部分患者还可发生皮下出血及皮疹等皮肤反应<sup>[8]</sup>,应及时告知医师给予处理或安排会诊。对于血容量不足或血红蛋白较低者根据严重程度给予饮食指导或输液,提高血容量,以保证皮瓣血液和营养供给<sup>[9]</sup>。术后疼痛促使机体释放5-羟色胺可引起周围血管收缩,且影响患者正常睡眠,不利于术后恢复<sup>[10]</sup>,故应积极处理。故术后48 h应给予必要的止痛措施,一般为局部注射罂粟碱,每日4次,3 d后改为每日3次<sup>[11]</sup>,注射时应避免形成硬结,以免影响药物发挥作用。

1.3.8 出院指导 指导患者坚持高维生素、足量优质蛋白质、低脂、低盐饮食,出院后可继续功能锻炼,注意保护患肢,避免磕伤碰伤,避免冷热刺激,衣着应以透气的棉布为主,如发现二次伤害或发现皮瓣异常应及时就医。

## 2 结果

本组患者创面范围3.0 cm×2.0 cm~4.2 cm×3.0 cm,切取皮瓣面积3.5 cm×2.4 cm~4.6 cm×3.5 cm。36例患者中4例发生血管危象,其中术后8 h发现血痂压迫血管蒂致皮瓣发白1例,给予血痂清除;术后12~20 h发现肿胀致皮瓣发紫3例,给予拆线和换药。术后皮瓣均存活,创面均I期愈合。术后随访6~24个月,骨折均愈合,修复指腹外观无臃肿、颜色与周围皮肤相似、质地柔软,关节伸屈活动正常,两点辨别觉2~5 mm,感觉恢复S3~S4。

## 3 讨论

术前心理护理可提高患者治疗依从性。无论是哪种不良情绪均可影响患者对疾病的认知度和对治疗的认可度。术前患者的积极配合可进一步缩短治疗时

间,有利于保留新鲜组织。术后患者的积极配合则有利于功能恢复。必须说明的是,心理护理在术前尤为重要,在术后也是必不可少的,患者针对任何事情出现的不良情绪,责任护士均应采取有效措施应对。特别是术后发生血管危象的患者更容易因担心手术失败而惊慌和沮丧,此类患者应加强心理护理<sup>[12]</sup>。术后血管危象护理是重中之重。由于皮瓣观察为每半个小时或1 h观察一次,责任护士不可能24 h跟踪记录,故应做好交接。值夜班护士加强夜间巡视,重视皮瓣观察,这是因为夜间温度较冷,更容易发生血管痉挛<sup>[13]</sup>。本研究采用皮瓣观察卡片,并在卡片的实施前采取统一培训,保证了卡片上记录的皮瓣变化真实可靠,避免了因患者肤色或其他情况导致的误差。由于长期卧床患者体位不适、容易发生便秘,且有发生医源性肺炎的可能,患者体位管理可借助一些物品,如针头、支具等,并给予适时按摩缓解疲劳。便秘不但影响患者营养吸收,也是引发患者不良情况的重要因素之一,故便秘的防治也是十分必要的。值得一提的是,患者胃肠不适也有可能和用药有关,如患者有明显腹痛、腹胀,应采取积极的应对措施。术后功能锻炼应当适度,不可引起皮瓣牵拉,如反复牵拉创面,可增加瘢痕增生,影响功能恢复<sup>[14]</sup>;此外,牵拉皮瓣时血液循环受阻,不利于神经及组织修复。

综上所述,第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损中术前心理护理可增加患者依从性,术后皮瓣护理可尽早处理血管危象,提高皮瓣存活率。

#### 参考文献:

- [1] 顾玉东,王澍寰,侍德. 手外科手术学[M]. 2版. 上海:复旦大学出版社,2010:774.
- [2] 杨庆达,卢建国,苏瑞鉴,等. 改良第一趾蹠皮瓣游离移植

- 修复拇指指腹缺损[J]. 中国修复重建外科杂志,2012,26(5):633-634.
- [3] 钟晓红,钟少开. (足母)趾侧方皮瓣修复指端缺损围手术期护理[J]. 实用手外科杂志,2016,30(2):247-248.
- [4] 陈婉红,吴艺,陈世玖,等. 12例吻合血管的游离趾甲床移植修复指甲床缺损患者的围术期护理[J]. 中华现代护理杂志,2015,21(33):4063-4064.
- [5] 李秀娟,黄丽玲. 第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损的护理[J]. 护理研究,2017,31(24):3039-3041.
- [6] 施平. 十多种皮瓣修复拇指软组织缺损265例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2008,14(24):59-60.
- [7] 黄翠涵. 神经血管蒂逆行皮瓣修复胫前和足踝部缺损护理[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(3):517-518.
- [8] 吴容,陈雅琴,侯峥嵘,等. (足母)背甲皮瓣移植联合带指神经血管蒂岛状皮瓣移位再造拇指术患者的护理[J]. 中华护理杂志,2001,36(11):808-810.
- [9] 徐洁芳. 改良第一趾蹠皮瓣游离移植修复拇指指腹缺损12例责任制护理[J]. 齐鲁护理杂志,2015,21(12):83-84.
- [10] 翟淑云. 足背踝前组织皮瓣修复手指远端组织缺损的护理[J]. 局解手术学杂志,2009,18(3):214-215.
- [11] 刘秀霞,李红霞. 一例拇指旋转撕脱伤患者再植后反复出现血管危象患者的护理[J]. 中国实用护理杂志,2015(z2):123.
- [12] 周明霞. 逆行拇桡侧指背动脉筋膜蒂掌骨皮瓣修复拇指末节复合组织缺损的护理[J]. 国际护理学杂志,2015,34(5):705-707.
- [13] 许路. 手外伤软组织缺损腹部皮瓣术后的观察护理[J]. 中医临床研究,2016,8(18):133-134.
- [14] 夏翠兰,周运彩,樊文娜,等. 心理干预结合功能锻炼在手外伤致残患者康复护理中的应用研究[J]. 中国伤残医学,2018,26(21):9-10.

收稿日期:2018-11-30;修回日期:2019-02-14