

滑车上动脉血管蒂额部皮瓣鼻再造的护理体会

刘 丽,商琼琼,赵永娟,徐 静

[摘要]目的:探讨滑车上动脉血管蒂额部皮瓣鼻再造术的护理要点。方法:对 11 例行滑车上动脉血管蒂额部皮瓣鼻再造术的患者给予适当的术前心理调适、术后心理支持,严格监测术后各项生命体征,及时观察皮瓣血运,对出现的异常情况早发现、早处理,正确指导患者体位,做好患者切口的局部护理和再造鼻的固定与塑形。结果:11 例均能积极配合治疗和护理,移植皮瓣全部成活,再造鼻外形效果满意。结论:做好患者围手术期的心理护理、切口和皮瓣的血运观察,及时处理异常情况,不仅提高了皮瓣成活率,减少了并发症的发生,而且提高了患者满意度。

[关键词] 鼻/损伤;鼻再造;滑车上动脉;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 765.8 [文献标识码] A

由于外伤、感染、肿瘤等原因导致的鼻大部分缺损,不仅影响患者的容貌,而且影响其生理功能,给患者造成严重的生理和心理上的创伤。因此,患者渴望通过鼻再造恢复鼻部生理功能,重树自信。额部皮瓣行鼻再造术已应用数年,近年来随着我科医护人员对额部皮瓣血供的不断研究,手术方法逐渐改进,利用滑车上动脉血管蒂额部皮瓣行全鼻再造收到满意的效果。现将我科收治的 11 例患者的护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 8 月至 2010 年 12 月,我科收治各种鼻缺损 11 例,男 7 例,女 4 例;年龄 15~48 岁。其中鼠咬伤 6 例,狗咬伤 1 例,车祸伤 1 例,感染致组织缺损 1 例,烧伤 1 例,鼻背棘皮细胞瘤 1 例。鼻小柱、两侧鼻翼及部分中隔缺损伴鼻孔外露 7 例,单侧鼻翼及鼻小柱缺损 2 例,两侧鼻翼缺损伴一侧鼻孔瘢痕性狭窄 1 例,病变侵及两侧鼻翼及鼻小柱 1 例。本组缺损面积 $3.0\text{ cm} \times 2.5\text{ cm} \sim 5.0\text{ cm} \times 3.5\text{ cm}$ 。

1.2 手术方法 术前超声探测滑车上动脉,并标记其在额部的走行方向。术中根据创面所需,设计含滑车上动脉血管的蒂部,宽度为 $1.5 \sim 2.0\text{ cm}$,皮瓣长 \times 宽为 $(5.0 \sim 8.5)\text{ cm} \times (3.0 \sim 5.5)\text{ cm}$ 。按常规鼻再造设计将鼻背和边缘残留的组织翻转形成鼻衬里。在眶上 1.5 cm 处进入骨膜,形成包含血管、肌肉的蒂部。对于鼻支撑软骨缺失者,取肋软骨做成

条片状,替代鼻翼和鼻小柱软骨。额部皮瓣直接覆盖于软骨支架上,皮瓣的边缘与创缘对应缝合。蒂部供区一期缝合,皮瓣供区植皮。3 周后断蒂,蒂部可回纳于眉间,保持眉的形态。

1.3 结果 11 例术后经过 4 个月至 3 年的随访,鼻尖、鼻翼及鼻小柱外形接近正常,鼻高度和坡度适中,再造鼻质地弹性良好,鼻孔无狭窄,通气功能正常。

2 护理

2.1 心理护理 (1) 热情接待患者及家属,护士在与患者交谈时首先耐心倾听患者的诉说,并站在患者的角度对其心情表示理解,用和蔼的语言与之交流,帮助患者减轻自卑,树立自信心,积极配合做好治疗和护理工作。(2) 向患者介绍疾病及手术的相关知识、术者的精湛技术,展示以前患者手术前后对比照片,使患者对手术充满信心,同时亦强调鼻再造是一种难度较高的手术,这样既能使患者对手术治疗充满信心,又避免了不切实际的期望值带来的医患关系不和谐。

2.2 术前准备 术前 3 d 开始每天用 3% 过氧化氢溶液和生理盐水清洁残鼻鼻腔,有干痂者涂石蜡油软化,术前日修剪鼻毛,术前 3 d 漱口,保持口鼻腔清洁,前额清洁备皮,剃去发际上 $4 \sim 7\text{ cm}$ 头发,告知患者要注意预防感冒,避免因鼻塞、流涕、咳嗽等影响手术治疗效果。完善术前相关检查,术前一晚和术日晨监测生命体征变化,术前一晚保证睡眠充足,术日晨执行术前用药并给患者照正侧面照片。

2.3 体位护理 患者回房后取去枕平卧位 6 h,立即给予 O_2 吸入,增加机体血氧饱和度,减轻移植皮瓣缺氧状况,未清醒者头偏向一侧,清醒之后指导患者平卧 1 周。因鼻再造术后,移植皮瓣与创面血管

[收稿日期] 2011-08-16

[基金项目] 安徽省卫生厅科研基金资助项目(09A084)

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 整形外科 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 刘 丽(1970-) 女,副主任护师。

重建约需1周,正确安置体位是保证皮瓣血液供应、静脉回流和促进皮瓣成活的重要措施之一^[1]。必要时可垫高肩部,使额部低于鼻部,皮瓣的蒂部处于再造鼻的最低处,以利皮瓣的静脉回流。减少头部摆动和过早坐起,避免皮瓣蒂部受压,影响皮瓣的动脉供血,导致手术失败。

2.4 疼痛护理 手术后疼痛较剧烈者给予心理护理,指导患者用深呼吸、听音乐等方法分散注意力,减轻症状,对于效果不明显者可遵医嘱给予药物镇痛,避免因疼痛导致患者情绪紧张、烦躁,引起血管痉挛而发生皮瓣血液循环障碍。

2.5 皮瓣的观察与护理 术后4~6 h内每15~30 min从敷料天窗观察皮瓣血运1次,以后每1 h观察1次,72 h以后2 h观察1次。每次观察时用无菌干棉签轻压皮瓣,如皮瓣的颜色红润,弹性良好,肿胀不明显,棉签移开1~2 s皮肤颜色由苍白转为红润说明移植皮瓣血运良好。本组有3例发生血管危象,其中1例在术后4 h出现皮瓣温度下降,颜色苍白,可能是由于皮瓣蒂部受压,动脉阻塞或痉挛所致,立即给予打开敷料重新包扎,局部用红外线烤灯持续照射,照射距离40~50 cm,温度<38℃^[2]。利用红外线的温热作用使局部血管扩张,血流加快,改善皮瓣血运,促进皮瓣成活,同时还可降低神经末梢兴奋性,具有镇痛、解痉作用。1 h后皮瓣颜色渐转红润,患者自觉疼痛减轻。另外2例在术后28~30 h皮瓣远端颜色变深,肿胀明显,棉签按压后毛细血管充盈时间延长,立即给予清理切口边缘血痂,轻轻按压再造鼻侧面,排出皮瓣下的积血,并每2 h用干棉签自皮瓣远端向蒂部方向作推进式轻轻挤压按摩,促进静脉回流,经以上处理皮瓣完全成活未影响再造鼻的外形。

2.6 局部护理 鼻再造术皮瓣位于鼻和口腔上方,且处于半暴露状态,易发生感染。术后3~5 d,严格无菌操作下换药,及时清理切口渗血渗液和口腔、鼻腔分泌物,保持切口周围皮肤清洁,每天取出鼻孔内橡皮管清洗、消毒后再用无菌凡士林纱布包裹回置于鼻孔,同时鼻外两侧各置3条小纱布卷适当加压固定,以利于鼻翼的塑形,防止鼻孔收缩^[3]。每次观察皮瓣都要查看敷料包扎的松紧度,避免敷料压迫过紧影响皮瓣血运或敷料压力不足产生皮片贴合不良。注意保暖,以防感冒、流涕、咳嗽等。本组患者未发生感染,均能配合治疗和护理。

2.7 断蒂训练 术后第3周行断蒂训练,用血运阻断夹阻断蒂部血运,第1天2次,每次10~15 min,第2天3~4次,每次20~30 min,以后逐渐延长至

1 h,第4周行断蒂手术。本组患者夹蒂训练后均成功断蒂,皮瓣生长良好,如期出院。

2.8 出院指导 坚持鼻孔内置橡皮管6~12个月,以对抗皮瓣收缩预防鼻孔缩小。保持局部皮肤清洁、预防感冒,避免抓挠和挤压鼻部。加强自我防护意识,防止烫伤、冻伤、碰伤等。短期内不要做剧烈的面部表情活动,少吃坚硬的食物,以减少术后切口处瘢痕增生。告知患者随着时间的推移,皮瓣中脂肪组织会萎缩,再造鼻稍变小是正常现象,不必惊慌。定期门诊随访。

3 讨论

滑车上动脉血管蒂额部皮瓣行鼻再造具有皮瓣薄、带有动脉血供、易成活、再造鼻外形逼真、不臃肿等优势。但再造鼻的功能与外形效果以及患者满意程度不仅与手术者的技术有关,而且与护理人员密切相关。本组11例患者我们均给予适当的术前心理调适、术后心理支持,术后严格监测各项生命体征,及时观察皮瓣血运,对出现的异常情况早发现、早处理等。

临床观察发现,鼻缺损患者长期存在自卑心理,对别人的言行和态度特别敏感,对手术治疗的心情非常迫切,但对手术效果和术者的技术心存疑虑,因此为了使患者能更好地配合护理和治疗,减少术后并发症,避免因术前认识和心理准备不充分而引起的各种不必要的医疗纠纷^[4],必须做好术前心理护理。

手术效果取决于移植皮瓣的成活情况,由于术后皮瓣存在一个“休克期”,需经过一段时间才能恢复正常血运,尤其在术后72 h以内更是移植皮瓣血管危象发生的关键期,因此要做好移植皮瓣的颜色、温度、弹性和毛细血管充盈时间的观察,了解皮瓣的血供情况,发现异常时给予及时处理。此外,正确指导患者体位,做好患者切口的局部护理和再造鼻的固定与塑形是减少并发症,保证再造鼻外观效果的重要保证。

[参 考 文 献]

- [1] 王亚荣,马宝敏,徐国庆.足背游离皮瓣修复虎口皮缺损10例的护理[J].中国误诊学杂志,2009,9(17):4154.
- [2] 陈丽梅,叶丽丽.额部扩张皮瓣移植同期植入假体行鼻再造术的护理[J].护理与康复,2010,9(12):1036-1038.
- [3] 骆俊妮.全鼻再造术后护理[J].现代护理,2010,7(15):97-98.
- [4] 薛富善,袁凤华.围手术期护理学[M].北京:科学技术文献出版社,2001:40-41.

(本文编辑 姚仁斌)