8 例小腿内侧皮瓣修复足底缺损的护理

汪丽萍,赵小樊 (第三军医大学西南医院整形外科,重庆 400038)

[关键词] 皮瓣移植;足底缺损;护理
[中图分类号] R622.1;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)04-0457-02

足底部受到创伤时在清除大量的坏死组织后,容易暴露跟腱与跟骨,严重影响患者的生活质量。目前临床广泛运用小腿内侧皮瓣修复足跟、踝部等部位的创伤。该方法具有术后创面愈合美观,皮肤敏感度较高,并发症少等优点。而正确及时的护理与观察,对皮瓣存活起到至关重要的作用,成功有效的心理护理和术后对患者进行正确的康复指导是保障手术效果及功能恢复的必要措施[1-2]。我科 2011 年 3 月至 2012 年 12 月收治足部软组织损伤患者 8 例,采用小腿内侧皮瓣的治疗方法,取得较好的术后效果,现将护理重点总结如下。

1 临床资料

本组患者共 8 例,其中男 6 例,女 2 例,年龄 23 ~ 59 岁,住院时间 21 ~ 37 d。损伤原因为烧烫伤 5 例,先天性色素痣反复感染后溃疡 2 例,外伤 1 例。创面大小为 2 cm × 3 cm ~ 6 cm × 7 cm,无分泌物、渗血及异味;患肢活动度、伤口感知度良好;身体、精神、心理状态正常。8 例患者均采用逆行腓肠肌神经营养血管皮瓣移植。手术在全麻下进行,以腓肠神经体表投影为皮岛轴线,大小按清创后足部缺损区大小放大 1 cm ,深筋膜下游离皮瓣及血管蒂,将皮瓣转移到受区,注意防止蒂部扭转、折叠。供区直接缝合或中厚皮片植皮。

2 护理方法

2.1 术前护理

术前指导患者将患肢抬高,以利静脉回流,指导患者行供区皮瓣按摩,增加供区皮瓣的血运和营养,同时进行术前健康教育,使患者了解手术方法、目的和术后注意事项,吸烟患者嘱其戒烟。术前 1 d 对患者进行下肢供区、受区皮肤彻底清洁、消毒并包扎,夜间如睡眠差可予镇静剂口服。病房应保持适宜的温度及准备有效安全的照灯、取暖器。护士应该给予患者最大的支持、关心,取得患者的信任,让其感受到温暖与关怀。认真详细向患者讲解手术、麻醉相关的知识、方案,强调手术可能存在的特殊的风险,使其有充分的心理准备。保留大量手术成功图片供患者阅读,或请同类患者现身说法,增加患者的信任,增强战胜疾病的信心,消除不必要的顾虑,正确积极面对手术。

2.2 术后护理

术后注意观察皮肤颜色、皮肤温度和肿胀程度,及时发现血管危象,一旦出现应立即报告医生并积极配合处理。在护理过程中注意检查毛细血管充盈反应:即用手指或器械按压皮肤,毛细血管血液排空,皮肤颜色变白,放开按压后皮肤颜色在 2 ~ 3 s 内恢复正常。如动脉供血障碍会出现毛细血管充盈反应时间延长,发生此现象可通过局部保温以扩张血管,静脉回流障碍则反应时间缩短,可抬高皮瓣远端,也可用手指轻轻由皮瓣远端向蒂端按摩[3]。向患者及家属讲明体位安置的重要性和注意事项,根据手术部位选择适当体位。内侧皮瓣术后取仰卧位,患肢外翻屈曲。患肢屈曲可使血管蒂放松,抬高患肢至高于心脏平面 10 ~ 20 cm,防止皮瓣及血管蒂部受压。术后告知患者及其家属注意保护皮瓣,尽量减少活动,保持肌肉松弛状态,术后 3 个月内防止皮瓣过度受压、牵拉。切口愈合拆线 5 ~ 7 d 后(即局部结痂脱落后)使用防止瘢痕增生的药物,必要时佩戴弹力套持续压迫半年。拆线 1 个月后可逐渐增大局部活动量,3 个月后可恢复正常活动;加强营养增加机体抵抗力。坚持功能锻炼,前提是不能压迫皮瓣和对皮瓣蒂造成牵拉[4]。术后 2 周拆除石膏托后指导患者行主动锻炼,背屈、跖屈足趾关节,背屈、跖屈、内翻、外翻踝关节,每个动作保持 5 s,重复 20 次/组,每日 2 ~ 3 组,逐渐恢复踝关节活动范围,达到背屈 20° ~ 30°、跖屈 45° ~ 50°、内翻 30°、外翻 30° ~ 35°。

出院时,护士应书面告知相关注意事项,并掌握患者的联系方式;出院 1 周内进行电话回访;6 个月内,每 2 ~ 4 周来院随访 1 次;半年后,每 2 ~ 3 个月复诊 1 次。

3 结果

本组 8 例小腿内侧皮瓣移植患者,其中 1 例发生皮瓣远端大约 1/3 面积坏死,行植皮术后愈合;2 例出现移植皮瓣远端坏死,面积约 1 cm × 1 cm,经换药(呋喃西林湿敷,每日 2 次),1 周后创面自行愈合;其余 5 例移植皮瓣均存活良好。8 例患者住院期间各方面状况良好,积极配合治疗。术后 1 ~ 2 d 均出现不同程度的肿胀,其中 2 例肿胀明显,皮纹消失,毛细血管充盈反应异常,因及时发现经抬高患者、松解敷料及局部按摩后缓解。有 3 例出现不同程度的皮瓣坏死,但通过术前和患者充分沟通和手术相关知识的指导,经及时处理后,患者满意后出院。

4 讨论

小腿内侧皮瓣移植是修复足部缺损的重要手段,手术技术性强,对术后护理要求高。术前应全面了解患者的全身及局部情况,充分了解患者的手术史、心理精神状况、术前检查结果、对手术效果的预期要求、经济状况等进行了解。术后对功能重建者,适当的活动是必要的[5]。掌握患者出院后的恢复情况,

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304054
[收稿日期] 2013-04-20 [修回日期] 2013-05-10

按时来院复查。康复指导是手术后期的护理重点,为皮瓣的后期恢复创造良好的环境。全面评估患者情况,术前做好充分准备和加强患者心理护理,术后对患者进行正确的血管危象观察护理、体位安置、正确的康复指导是保障手术成功率、手术效果和患者满意率的关键护理环节。努力让患者做到信 - 知 - 行,首先取得患者的信任,然后告知患者应该怎样做,最后让患者主动参与并正确的进行护理。这样才能从根本提高护理质量,提高患者生活质量,提高患者满意率。

[参考文献]

[1] 邢玲莉,徐喜艳,邵建波. 手外伤腹部带蒂皮瓣移植术护理体会[J]. 局解手术学杂志,2009,18(4):277.
[2] 魏 玲. 足背踝前分叶皮瓣修复多指皮肤软组织缺损的护理[J]. 中华护理杂志,2007,42(10):904 - 905.
[3] 李世荣. 整形外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:157.
[4] 叶红艳. 皮瓣移植 65 例护理体会[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2010,18(7):998 - 999.
[5] 郭 锐. 小腿内侧皮瓣在足跟及踝部软组织缺损修复中的应用观察[J]. 基层医学论坛,2012,16(20):2705 - 2706.

(编辑:周小林)

心脏解剖中左肺静脉共干变异 1 例

刘凤霞,张 辉,甘子明 (新疆医科大学基础医学院人体解剖学教研室,新疆 乌鲁木齐 830011)

[关键词] 心脏解剖;左肺静脉共干;变异
[中图分类号] R323 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)04-0458-01

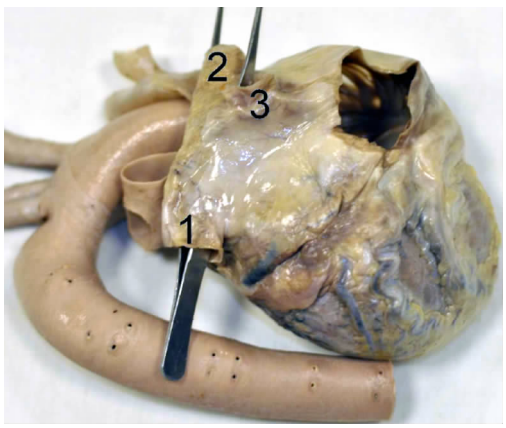
随着医疗技术的不断发展和对肺静脉相关疾病的逐渐认识,充分了解肺静脉的正常解剖关系及变异显得越发重要。通常人类有 4 根肺静脉从心脏后部汇入左心房,即左上、左下肺静脉和右上、右下肺静脉[1]。人类肺静脉的解剖形态、结构存在着很大程度的共性,但是也常发生变异,一般可分为四种类型:标准型,副肺静脉型,静脉共干型,混合型[2]。我们在制作一例心脏标本时,见其左侧肺静脉有变异,心脏解剖过程中比较少见,现报道如下。

1 资料与方法

福尔马林固定后的心脏,长径 16.5 cm,宽径 12.3 cm,厚径 11.7 cm。常规方法解剖,仔细观察组织结构,并用游标卡尺测量各血管的长度及外径,数码相机拍照。

2 结果

如图 1 所示,左侧肺静脉共干,共干部分明显较其他肺静脉粗大,走行于左心耳后方,约呈 25°入左心房,右上肺静脉从上腔静脉与右房连接处的后方经过,约呈 45°汇入左房,右下肺静脉走行于右房后部,约呈 35°汇入左房。左侧共干的肺静脉口直径为 27.5 mm,右上肺静脉口直径为 15.5 mm,右下肺静脉口直径为 18.5 mm。



1:共干的左肺静脉;2:右上肺静脉;3:右下肺静脉

图 1 左肺静脉共干变异

3 讨论

左侧肺静脉共干是心房纤颤异位起搏的重要来源[3-4],而肺静脉共干变异的绝大多数资料都来源于影像学研究,本例人类心脏解剖为肺静脉共干变异提供了尸体解剖来源的形态学资料,有利于对人类肺静脉正常解剖结构和肺静脉变异的全面分析,为肺静脉相关疾病的影像学诊断和治疗方案的选择提供了重要的解剖学信息并有着重要的指导意义。

[参考文献]

[1] 柏树令. 系统解剖学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011:241.
[2] 秦 伟. 肺静脉变异的多层螺旋 CT 研究[D]. 青岛大学,2011.
[3] 冉 荻,郝枭雄,梅 强,等. 主动脉 - 肺动脉 - 肺静脉联合畸形报道 1 例[J]. 局解手术学杂志,2009,18(6):426 - 428
[4] Schwartzman D, Bazaz R, Nosbisch J. Common left pulmonary vein: a consistent source of arrhythmogenic atrial ectopy[J]. J Cardiovasc Electrophysiol,2004,15(5):560 - 566.

(编辑:左艳芳)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304055
[基金项目] 新疆医科大学校内支撑学科项目(XYDXK50780307)
[收稿日期] 2013-02-17 [修回日期] 2013-03-10