DOI: 10.16016/j.1000-5404.1999.02.032

anxiety and depression scale. Gen Hosp Psychiatry, 1993, 15 (5): 69
2 国秀娣,何小莉.谈心理护理的三个层次.护理学杂志, 1996, 11(1): 45
3 Roberts P J. Caring for patients undergoing therapeutic cardiac catheterization. Crit Care Nurs Clin North Am, 1989, 1 (2): 275
4 陈 湛 主编.现代心脏病治疗指南.北京: 科学出版社, 1993. 151~154
6 Perdue B. Cardiac Catheterization before and after. What the patient should understand, What the nurse needs to know. Adv Clin Care, 1990, 5(2): 16

(收稿: 1998-05-26;修回: 1998-11-13)
(编辑 仇玉福)

颈部扩张术后并发症的观察与护理

Observation and care of complication after expansion of the neck

汪丽萍* (第三军医大学附属西南医院整形外科) 重庆, 400038

提 要 目的: 防治颈部皮肤组织扩张术后并发症,确保手术成功。方法: 对我科 34例颈部扩张术后患者进行严密观察与护理。结果: 34例中 8例发生并发症,发生率为 25%,因及时发现后进行手术处理,均获得满意效果。结论: 由于颈部特殊的解剖结构及功能使颈部扩张术后容易发生血肿、颈动脉窦受压、扩张区皮肤血运障碍等并发症,因此,严密的术后观察与护理十分重要。

我科自 1989年至今,对颈部手术患者选择性的采用皮肤组织扩张术修复组织缺损。由于皮肤组织扩张术后并发症发生率较高,加之颈部的特殊解剖结构使某些并发症更易发生。做好颈部扩张术后并发症的观察与护理,是确保手术成功的关键,现报道如下。

1 临床资料

本组 32例,男 14例,女 18例;年龄最小 14岁,最大 36岁;其中烧伤瘢痕 28例,胎记 2例,毛细血管瘤 2例。扩张器选择 100~300 ml容量,修复创面 6~18 cm不等。均采用慢扩张术,分两期手术完成。

2 并发症的观察与护理

本组 32例,并发症占 25%,其中发生血肿 3例,颈动脉窦受压 1例,扩张区皮肤血运障碍 2例,扩张器折叠 1例,扩张囊渗漏 1例,经严密的术后观察及良好的护理,发现问题后及时进行处理,保证了手术的成功。

2.1 血肿

颈部的皮肤和浅部结缔组织薄而柔软,胸锁乳突肌中段前后缘到皮肤小穿支血管较多,加之术后又不宜包扎过紧,因此,颈部为皮肤软组织扩张术常见血肿并发症的部位。72 h内密切观察渗血情况及术区肿胀是否明显,有无胀痛、局部皮肤颜色、毛细血管充盈情况等。颈部活动度较大,术后早期也可因活动过多致创面渗血,故术后一般给予平卧,头下垫一薄枕,嘱其尽量减少活动,3 d内每 2 h巡视一次,每班测血压、脉博,以便及时观察病情。

2.2 颈动脉窦受压

颈侧深层有重要的血管神经或颈动脉窦压力感受器,能反射性地调节血压,受刺激后可引起心跳减慢,血压降低等。因此,每次注水应控制在额定量的 10%,注水中和注水后几小时内均应密切观察脉博、血压、呼吸的变化,尤其在埋入两个扩张器时,应采用单侧交替注射,发现问题时应立即停止注射或抽出扩张器内的部分液体。

2.3 扩张区皮肤血运障碍

因扩张器容量增加后局部皮肤压力也逐渐增大,皮肤的血运受到影响,在临床中观察到: 毛细血管充盈时间在正常皮肤为 2~3 s,在注水中扩张区皮肤延至 5~8 s,此时,应严密观察局部皮肤变化,如出现苍白,皮温明显低于正常,毛细血管充盈时间过慢或几分钟后仍未恢复到注水前水平,应立即抽出少量液体,减轻局部压力,对严重者可用 TDP灯距 60 cm照射 15~30 min,以促进血运恢复。

2.4 扩张器折叠

埋置 200 ml以上或埋入二个扩张器时,尤其是靠近颏部埋置时,因颈部的活动或埋置腔分离偏小等而引起扩张器折叠。对这类患者,术后应交代其注意保持颈部伸展,给予去枕平卧或垫薄枕,减少颈部活动。对已出现折叠者,注水时放慢注水速度及注水量,避免出现其它并发症。

* 汪丽萍,女,35岁,主管护师。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.5 扩张囊外露或渗漏

囊外露是颈部扩张术较常见并发症,多发生在扩张器注水过程中,因伤口愈合欠佳或注射壶外置、囊内压力过大所致,一旦发现囊外露,应立即报告医生进行及时处理,防止局部坏死、破溃而引起感染。故术前扩张器准备过程中,应严格按规定注入 10~ 20 ml水对扩张器进行认真挤压检查,发现渗漏,应立即更换以保证手术成功。

2.6 局部感染

因血肿影响伤口愈合、扩张器注射壶外置、注射操作无菌观念不强、全身营养状况差等均可致局部感染。术后对渗血及引流出的渗出物浸染的敷料及时更换,保持伤口及敷料清洁;注射壶外置时更应加强护理,每天消毒外露的连接管和注射壶,保持连接管出皮肤处伤口的清洁并更换覆盖纱布。阀门位置埋置过浅时,在此皮肤之上盖一无菌纱布进行保护并每天更换;术后鼓励患者多食高蛋白、高维生素等富于营养的食物以增加抵抗力。

关键词 颈部扩张术 /并发症;外科护理

中图法分类号 R473.6

参考文献

1 鲁开化,艾玉峰 主编.皮肤软组织扩张术.西安:金盾出版社,1991.117~ 119

2 汪晓雷,黎 钢,吴正阳,等.皮肤软组织扩张器治疗颌面颈部皮肤缺损的体会.实用美容整形外科杂志,1994,5(4):188

(收稿:1998-05-20;修回:1998-11-24)

(编辑 汪勤俭)

口腔颌面部重建中无神经支配的前臂游离皮瓣感觉恢复的观察

Observation of sensory recovery in noninnervated forearm free flap for oromaxillofacal region reconstruction

杨 军* 李慧增 史文进 孙 远 邓红镭 张从纪 (第三军医大学附属西南医院口腔科)重庆,400038

提 要 目的:检验无神经支配的前臂游离皮瓣修复口腔颌面部组织缺损后的感觉功能恢复情况。方法:测试 10例采用前臂桡侧或尺侧游离皮瓣分别修复口底、舌、口咽部、颊部和颏部皮肤缺损后 6~ 36个月皮瓣表面冷热感觉、痛觉及触觉。结果:皮瓣感觉恢复次序为热、冷、痛、触觉。面部皮肤缺损修复皮瓣感觉恢复较口腔内组织缺损修复皮瓣好。结论:从功能性修复方面,无神经支配的前臂游离皮瓣不适宜用于大面积的口腔及咽部软组织缺损修复,较适用于面部软组织缺损修复。

随着显微外科的发展及在颌面外科成功地应用,多种游离皮瓣已应用于修复口腔颌面部缺损。但皮瓣移植后的感觉由丧失到恢复的情况一直为临床医生关注。现报道我科 10例采用无神经支配的前臂游离皮瓣修复口腔颌面部缺损后皮瓣感觉自然恢复情况的随访结果。

1 临床资料和方法

1.1 临床资料

10例中男 8例,女 2例,年龄 34~ 68岁,平均 53.7岁。10例患者中舌癌 4例,口底癌 2例,颊癌 2例,口咽癌 1例,颏颌下腺样囊性癌 1例。10例患者癌灶切除后组织缺损立即用无神经支配的前臂游离皮瓣修复(桡侧瓣 7例,尺侧瓣 3例)。血管吻合方法:① 显微镜下缝线缝合动脉及静脉血管;② 73-Ⅱ型血管吻合器套接动脉及静脉血管,套接血管直径 1.0~ 3.5 mm。受植区血管:动脉为颌外动脉,静脉为面前静脉、面后静脉、颈外静脉及其分支。术后 10例前臂游离皮瓣移植修复均成功,皮瓣移植修复区均接受放射治疗。

1.2 观察方法

术后 6~ 36月随访中,测试皮瓣表面的冷热感觉、表面痛觉、表面触觉。测试时病员双目紧闭。冷热感觉试验是在皮瓣表面放冷或热的口镜,询问病人的感觉,如无反应则评为此皮瓣感觉未恢复。表面触觉和痛觉的测试方法是用棉签及 5号针刺皮瓣。根据皮瓣感觉恢复占整个皮瓣的比例将感觉恢复分为 0~ ⅲ级,0级:皮瓣无感觉;+ 级:1/3皮瓣恢复感觉;ⅱ级:2/3皮瓣恢复感觉;ⅲ级:皮瓣完全恢复感觉。

2 结果

测试结果见表 1。从中可看出① 冷热感觉:口底、舌、口咽、颊部粘膜膜侧修复者术后 6个月,4例中无 1例恢复冷热感觉。9~ 31月 5例,5例热感觉恢复,3例冷感觉恢复;面部皮肤修复者术后 6个月,2例热感觉恢复,1例冷感觉恢复。② 表面痛觉和触觉:用于口底、舌、口咽、颊部粘膜侧修复者术后 12个月,8

* 杨 军,男,35岁,副主任医师,副教授,硕士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net