

游离皮瓣移植术后血管危象的早期观察及护理体会

何彩华

常德市第一人民医院 湖南常德 415000

【摘要】目的 总结游离皮瓣移植术后血管危象的早期观察及护理体会。**方法** 选择本院2016年1月至2018年6月行游离皮瓣移植术的57例患者进行研究,随机分为观察组和对照组,对照组27例术后行常规护理,观察组30例术后给予血管危象的早期观察及护理干预,对比两组患者术后并发症发生率及皮瓣存活率。**结果** 观察组并发症发生率少于对照组,皮瓣存活率高于对照组,差异均有统计学差异($P < 0.05$)。**结论** 术前做好充足的准备,保持患者良好的心理状况,培训护理人员掌握血管危象观察方法和技巧是手术成功的关键。

【关键词】 游离皮瓣移植术;血管危象;早期观察;护理

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 09-200-02

游离皮瓣移植被广泛应用于软组织缺损的修复,能够有效促进创面的愈合,疗程相对较短,能够在保证功能和美观的前提下,尽可能提高治疗效果。但游离皮瓣移植术后易发生血管危象,严重影响游离皮瓣的存活^[1]。如何能够有效的提高组织移植的成活率,仍是目前临床工作中需要解决的重要问题。目前对于血管危象的诊断及治疗在临床护理工作中已经相对比较成熟,但是由于血管危象的诊断主要依靠个人经验,缺乏足够的客观依据,容易造成延迟诊断或漏诊,从而影响皮瓣术后的成活率,本文对57例游离皮瓣移植术患者的临床资料进行分析,探讨早期观察及护理体会,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择本院2016年1月至2018年6月行游离皮瓣移植术的57例患者进行研究,随机分为观察组和对照组,观察组男21例,女9例;年龄18-67岁,平均年龄 40.6 ± 5.6 岁;皮瓣移植原因:车祸碾压伤18例,机器绞伤9例,摔伤3例;游离皮瓣部位:股前外皮瓣30例;游离皮瓣面积为 $10\text{cm} \times 4\text{cm}$ - $17\text{cm} \times 10\text{cm}$;对照组男19例,女8例;年龄19-70岁,平均年龄 40.2 ± 5.7 岁;皮瓣移植原因:车祸碾压伤19例,机器绞伤8例,摔伤3例;游离皮瓣部位:股前外侧皮瓣27例;游离皮瓣面积为 $11\text{cm} \times 3\text{cm}$ - $18\text{cm} \times 11\text{cm}$ 。两组患者一般资料比较无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组术后行常规护理,观察组术后给予血管危象的早期观察及护理干预。(1)血管危象的早期观察:在游离皮瓣移植术后3d内,每间隔30min-1h观察1次皮瓣温度、颜色、毛细血管充盈及肿胀程度^[2]。(a)动脉危象的观察及处理。在观察到动脉危象时立即通知医生进行对症处理,松解包扎敷料、保暖、肌注罂粟碱,静脉输注低分子右旋糖酐,明显感觉到疼痛时,同时做止痛处理。(b)静脉危象的观察及处理。在观察到静脉危象时,立即抬高患处、松解敷料、保暖,并轻轻按压皮瓣,促进静脉回流,必要时拆开部分皮瓣周围缝线,在皮瓣上划小切口放血减压,并对局部皮肤采用肝素棉球进行湿敷处理,持续15min,间歇30min-1h一次,重复操作至皮瓣颜色转红润、肿胀减退。必要时可行手术血管探查。(2)护理:(a)心理护理。护理人员应该积极与患者沟通和交流,做好健康教育,减轻患者心理负担。主动关心患者,给予患者心理支持。对于一些较为棘手的病情,可由经验丰富的护士进行护理,降低患者受到不良刺激的概率^[3]。(b)疼痛护理。加强护理人员对术后镇痛药作用知识培训,让护理人员认识到疼痛护理在护理工作的重要性;在护理操作中,护理人员

动作轻柔,减少疼痛对患者刺激,遵医嘱给患者使用镇痛药物,例如术后采用镇痛泵持续静脉泵注镇痛,若患者出现呕吐、恶心时可采用布托啡诺抑制,其有良好的镇痛、镇静作用,减轻患者因紧张、疼痛等引起的应激反应。(c)病室环境:保持患者病区的舒适与安静,室温保持在 23°C - 25°C ;室内湿度保持在55%-60%,做好床单位的清洁工作,病房内禁止吸烟^[4]。(d)加强护理人员培训,使用比对卡统一医护人员对游离皮瓣颜色、张力判断的客观标准。(e)其他护理措施:给予患者软硬适宜的床铺,术后绝对卧床7d-10d(平卧位),患处在卧床休息过程中,不能受压,以免影响患处的血液循环,同时患处需适当制动,减少患处活动对皮瓣的血液循环的影响,并嘱咐家属在患者睡眠时密切注意,避免患者因熟睡而挤压受伤部位,导致血液循环出现障碍。饮食方面需避免吃过于辛辣、富含咖啡因的食物,避免刺激血管,防止血管收缩,从而影响皮瓣的成活率。

1.3 观察指标

对比两组患者术后并发症发生率及皮瓣存活率。

1.4 统计学处理

使用SPSS22.0处理,采用百分率(%)表示,并用卡方进行检验,用P值小于0.05表示有统计学意义。

2 结果

观察组并发症发生率少于对照组,有统计学差异($P < 0.05$),如表1所示。观察组皮瓣存活30例(100.0%),对照组皮瓣部分坏死4例(14.8%),皮瓣存活23例(85.2%),有统计学差异($\chi^2=3.395$, $P=0.020 < 0.05$)。随访3-12月,皮瓣外观及功能均良好。

表1:并发症发生率对比(n, %)

组别	例数	并发症			
		血管危象	切口感染	术后便秘	总发生率
观察组	30	7	1	1	30.0
对照组	27	8	5	3	59.3
χ^2					3.824
P					0.017

3 结论

血管危象是移植皮瓣术后非常严重的并发症和皮瓣坏死的主要原因,在围术期医护人员要在术前努力控制患者原发病,做好宣教和心理干预;术后护理人员加强观察,仔细交接,及时发现皮瓣血管危象的前兆,如在发现血管危象时及时通知医师,并协助其进行有效的对症处理,就可以提高移植皮瓣的成活率,这就要求护理人员具备扎实的专业知识、

(下转第202页)

术的趋势,但是美中不足的是多通道 PCNL 术仍有许多严重的并发症发生。^[4]近年来也有许多学者和医生对多通道 PCNL 术进行改良,这其中有一大部分强调了护理方案在减少并发症、加快患者康复等方面的作用。包括:医护一体化的术前教育和健康宣传,减轻患者焦虑紧张情绪,减少手术应激的发生;将护理流程规范化,加强护理人员的培训,加强业务水平,有助于缩短手术时间,帮助患者康复;重视一切可能引起患者应激的因素,尽量减少这些因素对患者的刺激等等。从多方面减少多通道 PCNL 术后并发症等的出现,发挥其能够解决复杂病例、微创和患者康复快的优点。

快速康复外科理念的主要目的是通过一系列基于循证医学的有效措施来减少病人痛苦,加速病人康复。^[1]在快速康复外科理念的指导下针对每个患者制定切实有效的护理方案,能够有效减小手术和疾病对患者刺激,加速患者术后康复时间。本实验中针对患者的护理方案主要围绕着以下几点:①科学高效地缓解病人对手术的紧张焦虑情绪,使患者以积极配合的态度参与手术。主要是术前医师与护士一同对患者及家属以引导式降解手术相关知识,帮助患者了解手术过程等,以便患者在治疗过程中以积极乐观的态度配合医生。②缩短或取消患者术前的用药和肠道准备,减轻患者术前的口渴和饥饿感,避免术后腹胀的不适感,大大提高了患者舒适度,同时有利于患者术后的康复。^[6]③术后早进食、早饮水、早下床活动。允许患者术后少量饮水,缓解患者口渴不适感。指导病人从流食向普食过渡,利用咀嚼动作逐渐刺激患者胃肠道的活动,加快患者消化系统的恢复。鼓励患者积极进行适当活动,最好在术后 24h 内就下床做适量活动,需注意活动时需保护伤口,可以帮助患者早日康复。④术后早拔管。近年来无管化 PCNL 术的应用逐渐为人所重视,随着技术的逐渐完善和发展,无管化 PCNL 术比传统留置肾造瘘管的 PCNL 具有更大优势。^[7]在这一理念的指导下,对多通道 PCNL 术后患者尽早拔管,能够减少患者疼痛,减少并发症发生的风险^[8],并且能加速患者的康复速度,缩短患者住院时间。⑤超前镇痛。良好的镇痛是术后护理的关键措施之一,不仅能够缓解患者焦虑情绪,缓解患者痛苦,还能够促进患者尽早下床

活动,改善患者胃肠功能。

综上,在快速康复外科理念指导下制定严格有序、科学合理的护理方案,更加符合人体的生理状态,能够给患者最大程度地减少一切不必要的应激,减少了不必要的一切可能操作损伤。制定并实施在快速康复外科理念指导下的护理方案,能够促进患者术后康复速度,减少并发症的发生,加快患者出院,还能够增加多通道 PCNL 术的适应症,具有较大的应用价值。

参考文献

- [1] Nanavati AJ, Nagral S, Prabhakar S. Fast-track surgery in India. *Natl Med J India*. 2014 Mar-Apr;27(2):79-83. Review. PMID: 25471759
- [2] Wilhelm K, Fritsche HM, Netsch C. Percutaneous Stone Treatment Today: Standard-, Mini-, Micro-, Ultramini-PCNL. *Aktuelle Urol*. 2015 Jul;46(4):297-302. doi: 10.1055/s-0035-1555863. Epub 2015 Jul 30.
- [3] Türk C, Petřík A, Sarica K, Seitz C, Skolarikos A, Straub M, Knoll T. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur Urol*. 2016 Mar;69(3):475-82. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.041. Epub 2015 Sep 4.
- [4] 陈锐, 岳明, 朝鲁, 等. 经皮肾镜碎石术的并发症及其防治 [J]. 临床军医杂志, 2011, (3):453-455. DOI:10.3969/j.issn.1671-3826.2011.03.19.
- [5] 李芳芳, 张敏, 冯秋霞, 等. 快速康复外科理念在超微经皮肾镜取石术护理中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2017, (10):1430-1433. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2017.10.045.
- [6] 黄桂英, 廖佩仪, 陈翠华. 快速康复外科在肾切开取石术围手术期护理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, (14):40-41. DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2016.14.017.
- [7] 王少刚, 余琥. 经皮肾镜碎石取石术的现状与进展 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志 (电子版), 2016, (3):1-4. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-3253.2016.03.001.
- [8] 许玲, 范立新. 快速康复外科理念在无管化 PCNL 术围手术期护理的临床应用 [J]. 内蒙古中医药, 2017, (11):127-128.

(上接第 200 页)

较高的责任心和较强的专业技能,所以要强化护理人员对皮瓣血运观察的培训,并通过比对卡统一医护人员对游皮瓣颜色、张力判断的客观标准,在游离皮瓣移植术后 3d 内,每间隔 30min-1h 观察 1 次皮瓣温度、颜色、毛细血管充盈及肿胀程度,准确判断患者是否血管危象。动脉危象多发生在术后 24-72h 内,表现为患者移植的皮瓣颜色由红润转为苍白,皮肤温度与健康部位相比降低 2℃-4℃,皮肤张力或弹性不断下降,皮纹增多,同时毛细血管充盈时间延长,说明动脉痉挛、供血不足或栓塞。静脉危象同样多发生在术后 24-72h 内,表现为皮瓣颜色由红润变暗红,并逐渐转变成紫红,皮肤张力高,皮纹消失,皮瓣温度降低,毛细血管充盈时间缩短多在 1s 内出现,说明静脉栓塞,回流障碍。同时皮瓣术后血管危象的发生往往与多种因素有关,例如过于恐惧、焦虑的心理,极易容易造成血管痉挛,从而诱发血管危象的发生,所以护理人员要及时有效地给予患者心理护理;在手术完成后,要尽量避免患者因疼痛而导致血管收缩,从而引起血栓的形成或血管出现闭塞等情况,所以术后给予患者疼痛护理干预

是非常有必要的;保持病室适宜温湿度,因为温度过低易导致患者血管痉挛,过高易出现烦躁、多汗等现象,此外,清洁病室环境能够减少感染概率;禁止吸烟、卧床制动、饮食干预等措施都是避免皮瓣血液循环出现障碍的措施^[5]。总之,医护人员应针对诱因及时地采取有效的预防护理措施,最大限度降低血管危象的发生率,从而提高皮瓣的存活率。

参考文献

- [1] 武林燕. 游离皮瓣移植病人的围术期护理 [J]. 全科护理, 2018(16):1982-1984.
- [2] 谢玉珍. 游离皮瓣移植术后血管危象的观察与护理 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(81):201.
- [3] 胡利, 廖春梅, 雷湘莲, 等. 综合护理干预对指动脉终末节皮瓣修复术后患者发生血管危象的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018(10):54-55.
- [4] 张伟球. 循证护理路径预防游离皮瓣移植术后血管危象的临床效果观察 [J]. 中国医药科学, 2017(20):146-148.
- [5] 陈亚平, 梁夏威. 观察综合护理干预预防游离皮瓣移植术后血管危象的效果 [J]. 哈尔滨医药, 2017(6):599-600.