

# 游离股前外侧皮瓣移植修复下肢组织缺损术后 72h 皮瓣的护理

黎丕华, 何金妮, 吕燕

(玉林市中西医结合骨科医院手外科, 广西玉林, 537000)

**[摘要]** **目的** 总结游离股前外侧皮瓣移植修复下肢组织缺损术后 72 h 皮瓣的护理要点。**方法** 对 160 例外伤致下肢软组织缺损患者采用游离股前外侧皮瓣移植, 术后 72 h 内配合做好皮瓣护理工作。**结果** 160 例游离股前外侧移植皮瓣修复下肢组织缺损患者移植皮瓣全部成活, 术后 72 h 内 12 例患者出现血管危象, 经对症处理后均愈合。**结论** 行游离股前外侧皮瓣移植修复下肢皮肤组织缺损患者, 术后 72 h 内应加强皮瓣观察及护理, 做好术前后心理护理, 疼痛护理及健康指导工作等, 其是保证皮瓣成活的重要因素。

**[关键词]** 游离股前外侧; 皮瓣; 移植; 护理

**[中图分类号]** R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)05-0017-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.05.05

## Nursing of skin flaps after 72 hours' transplantation of femoral skin flap for repairing soft tissue defect in lower extremity

Li Pihua, He Jinni, Lv Yan// Modern Clinical Nursing, -2014, 13(5):17.

**[Abstract]** **Objective** To summarize the strategies for nursing of skin flaps after 72 hours' transplantation of femoral skin flap for repairing soft tissue defect in lower extremity. **Method** One hundred and sixty trauma patients with lower extremity soft tissue defect underwent transplantation of femoral skin flap for repairing. The skin flaps were nursed within 72h after transplantation. **Results** The skins flaps in 160 patients receiving to repair tissue defect of lower limbs all survived. Within 72 hours after operation, 12 patients suffered from vascular crisis, which were cured after pertinent treatment. **Conclusions** For the patients receiving to repair tissue defect, the skin flaps should be carefully nursed. Meanwhile, preoperative psychological nursing, postoperative pain nursing and health education are critical for the survival of skin flaps.

**[Key words]** free anterolateral thigh; skin flap; transplantation; nursing

游离股前外侧皮瓣移植是将一块离体的皮瓣, 通过血管吻合技术将皮瓣血管与缺损部位血管吻合立即得到良好的血液供应和静脉回流, 从而在移植部位永久存活<sup>[1]</sup>。主要应用于小腿远端及足部皮

肤软组织缺损的修复, 尤其适合面积较大的骨骼、肌腱、血管、神经外露创面。术后 1~3 h 内可发生动脉危象, 10~24 h 内可发生静脉危象<sup>[2]</sup>, 血管危象如未能及时处理, 很容易出现皮瓣缺血坏死。本院 2010 年 1 月~2013 年 6 月, 对本科室 160 例下肢组织缺损患者行游离股前外侧皮瓣移植修复术, 术

**[收稿日期]** 2013-08-20

**[作者简介]** 黎丕华(1965-), 女, 广西玉林人, 主管护师, 大专, 主要从事外科护理工作。

- 中的作用[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(18):67-69.
- [8] 周虹, 曹秋梅, 付研. 1 例胺碘酮致肺间质病变加重[J]. 临床药物治疗杂志, 2012, 10(4):30-32.
- [9] 兰安杰, 褚燕琦, 刘丽宏. 胺碘酮致心动过缓、低血压及严重肝损害[J]. 药物不良反应杂志, 2010, 12(2):137-139.
- [10] 王婷, 杨少清, 李月惠, 等. 胺碘酮治疗老年人心律失常 110 例疗效分析[J]. 中华现代内科学杂志, 2009, 5(6):344-345.
- [11] 马学英, 焦保敬. 静脉注射胺碘酮的不良反应分析[J]. 中国实用医药, 2009, 4(21):153-154.

- [12] 罗敏, 李思远, 唐尧. 静脉滴注胺碘酮致肝肾功能不全一例及文献分析[J]. 华西医学, 2011, 26(11):1611-1614.
- [13] 陈淑霞, 薛华, 吕妍琨. 胺碘酮静脉注射致不良反应 1 例[J]. 临床合理用药杂志, 2010, 3(1):17.
- [14] 贾赞丽, 邱小琴. 静脉注射胺碘酮致严重不良反应 2 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(3):93-94.
- [15] 谭晓燕, 李一石, 刘玉清, 等. 我院 2011 年胺碘酮注射液不良反应监测报告分析[J]. 中国药物警戒, 2013, 10(11):670-672.

[本文编辑: 刘晓华]

后 72 h 内加强皮瓣观察及护理,取得较好的效果,现将护理情况报道如下。

## 1 一般资料

### 1.1 一般资料

2010 年 1 月 ~ 2013 年 6 月,本院收治的外伤致下肢软组织缺损患者 160 例,男 128 例,女 32 例,年龄 6 ~ 72 岁,平均  $(40.77 \pm 14.38)$  岁。疾病类型:车祸致伤 108 例,轧伤 52 例。组织缺损部位:小腿 80 例,足跟 30 例,足背 50 例。缺损面积  $5 \text{ cm} \times 10 \text{ cm} \sim 32 \text{ cm} \times 18 \text{ cm}$ ,中位面积  $222.00 \text{ cm}^2$ 。合并情况:150 例不同程度骨折,80 例骨缺损,30 例骨髓炎合并骨外露、肌腱外露。

### 1.2 手术方法

①皮瓣受区准备:首先进行受区扩创,确定所需皮瓣的面积,探查即将用于吻合的血管质量和确定所需皮瓣血管蒂的长度。②皮瓣设计:术前常规多普勒探测穿刺部位并标记,将皮瓣长度数的  $2/3$  设置于髂 - 髌连线中点,宽度的  $2/3$  设计于髂 - 髌连线中点以外<sup>[3]</sup>。常规进行受区创面处理,根据进行受区创面的大小与形状不同设计皮瓣,并放大皮瓣长宽各  $1 \sim 2 \text{ cm}$ 。③游离皮瓣:首先作皮瓣内侧切口,找到股外侧皮神经并切断标记,在股直肌与股外侧肌间隙,找到旋股外侧血管降支及伴行的股神经肌支,探查其皮支的浅出点,以此点为中心确定皮瓣其余边界,血管周围要保留  $1 \sim 2 \text{ cm}$  的肌袖,如果皮瓣面积较大,尽量包括 2 支以上肌皮动脉穿支,按设计切限皮瓣,皮瓣除蒂外已全部游离,检查皮瓣血运并确定所需血管蒂的长度。④特殊情况处理:如果在探查皮动脉时,发现肌皮穿支或肌间隙支缺如,或者皮支细小无法利用旋股外侧血管降支为蒂形成皮瓣,则向上找到旋股外侧血管横支;根据血供代偿原则,近端肯定存在粗大的高位皮动脉,该皮支大多为经阔筋膜张肌至皮肤;确定由横支发出的皮支走行后,调整皮瓣设计,切取皮瓣;观察皮瓣血运后断蒂移植于受区创面。⑤供区创面处理:创面宽度  $< 6 \text{ cm}$ ,可直接减张缝合;如创面较大取断层皮片植皮闭合。⑥血管吻合:在放大 10 倍的显微镜下进行血管吻合。

## 2 结果

160 例游离股前外侧移植皮瓣修复下肢组织缺损患者移植皮瓣全部成活。术后 72 h 内 12 例患者出现血管危象,其中 10 例在术后 15 h 内发生,2 例在术后 15 ~ 72 h 发生,5 例经换药或拆除几针缝线、重新调整植皮肢体位置,用药后皮瓣危象好转,7 例行移植皮瓣探查术,2 例伤口感染,经抗炎后伤口愈合好。

## 3 讨论

### 3.1 游离股前外侧皮瓣移植修复下肢组织缺损效果分析

游离股前外侧皮瓣具有面积大,血管蒂长及径粗,解剖容易,皮瓣厚薄适中,有可供吻合的皮神经等特点<sup>[4]</sup>,且皮动脉的位置根据创面修复的需要任意设计,是皮肤软组织缺损修复最佳的皮瓣供区之一。另外,股前外侧皮瓣游离移植不牺牲主干血管,能提供足够面积,且皮肤质地好,厚薄适中,吻合皮神经后皮瓣恢复良好;股前外侧皮瓣血管蒂长,血管口径粗,易于解剖与吻合,成活率高,旋股外侧动脉降支远端血管口径粗,可作血管桥接,既能经皮瓣供血,又能桥接供血缺损组织<sup>[5]</sup>。本组 106 例游离股前外侧移植皮瓣修复下肢组织缺损患者移植皮瓣全部成活。文献报道<sup>[4]</sup>,游离股前外侧皮瓣血管危象一般发生在术后 24 ~ 72 h,60 % 发生在 24 ~ 48 h 内。本组术后 72 h 12 例患者发生血管危象。因此,术后在护理方面护士应加强皮瓣术后观察及护理(特别是术后 72 h 内),做好术前后心理护理、疼痛护理及健康指导工作等,其是保证皮瓣成活的重要因素。

### 3.2 护理

3.2.1 心理护理 患者先后经历了意外创伤、皮瓣移植,使患者心理承受能力急剧下降,从而产生异常紧张、恐惧的心理。过度紧张会使交感神经功能亢进、肾上腺素分泌增多,周围小血管收缩,加重小动脉痉挛,甚至造成顽固性痉挛<sup>[6]</sup>。本组患者 96 例是外地治疗后才转到本院治疗的,除下

肢组织缺损外常合并骨折、骨外露、骨缺损、骨髓炎等,病程长,损伤严重,经济压力、心理压力大,期望值也相对较大。因此,皮瓣术前后护士多关心患者,耐心细致地向患者及家属解释移植成活的影响因素,强调血管危象发生的原因,情绪紧张因素与血管危象发生的关系,让患者尽量稳定情绪,排除紧张、恐惧心理,使其积极配合治疗护理。

**3.2.2 提供舒适的环境** 室内温度维持在  $22 \sim 26^{\circ}\text{C}$ , 湿度  $50\% \sim 60\%$ , 保持病室安静、清洁,病室内严禁患者、家属及探视者吸烟,尽量减少探视,禁止流行性感冒人员入室内。

**3.2.3 病情观察** 术后密切观察患者生命体征变化情况,特别血压变化情况,因为血压过低易导致皮瓣供血不足而影响成活,维持收缩压不低于  $13.3 \text{ kPa}$ ,尿量每小时不少于  $30 \text{ mL}$ ,如有下降应及时补充血容量,切忌应用升压药,因升压药可使外周血管收缩,血压升高,导致外周循环血量减少而影响皮瓣供血。本组患者无因血压降低导致影响皮瓣成活。术后尽量避免引起疼痛的诱因,疼痛会引起血管收缩,影响皮瓣成活。本组术后对患者疼痛程度进行评估,均给予自动控制镇痛泵镇痛  $72 \text{ h}$ ,患者无一例因疼痛引起血管危象。

**3.2.4 皮瓣的护理** (1)取皮区护理:术后  $72 \text{ h}$  内密切观察取皮区渗血情况,局部是否有肿胀,如渗血较多,肿胀明显,说明皮瓣移植后创面、血管处理不完善。本组患者均无发生大出血情况,40 例患者伤口有少许渗血,经加压包扎后出血停止。(2)植皮区护理:观察植皮区伤口渗血情况,引流管是否通畅,引流量及颜色,如果渗出液较多而引流袋无引流液,说明引流不通畅,可能为血凝块阻塞吻合血管,可影响皮瓣供血而导致皮瓣血管危象。游离组织皮瓣一般最长能耐受  $6 \text{ h}$  缺血,缺血时间越长,皮瓣坏死面积也相应越大,当缺血时间达  $10 \text{ h}$ ,皮瓣总坏死率可达  $50\%$ <sup>[7]</sup>。本组有 12 例患者术后  $72 \text{ h}$  内发生血管危象,其中 10 例是术后  $15 \text{ h}$  内发生。因此,术后第一个  $48 \text{ h}$  内,每隔  $30 \text{ min}$  观察 1 次, $48 \sim 72 \text{ h}$  内每隔  $1 \text{ h}$  观察 1 次,如果发现移植皮瓣有变化,每隔  $15 \text{ min}$  观察 1

次,直到皮瓣相对稳定后改为每  $30 \text{ min}$  1 次。皮瓣观察方法:①皮肤颜色:移植皮瓣皮肤颜色应红润,与健侧皮肤颜色一致或略红于健侧皮肤。皮肤颜色变灰白是动脉痉挛最早表现,逐渐变苍白,说明出现动脉栓塞,苍白皮肤上出现散在性紫色瘀点,为动脉栓塞形成;皮肤颜色变暗是静脉栓塞的表现,暗紫皮肤上出现散在性紫斑点说明栓塞程度加重,之后黑紫斑点可相互融合成片扩展到整个再植组织表面,提示完全栓塞。本组动脉栓塞 2 例,静脉栓塞 10 例,其中 5 例经换药或拆除几针缝线、重新调整植皮肢体位置,用药后皮瓣危象好转,7 例行移植皮瓣探查术。②皮肤温度:手术刚结束时皮温一般较低(比正常低  $1^{\circ}\text{C}$  左右),通常在  $3 \text{ h}$  内恢复,如无血管危象发生,皮温慢慢变暖至正常,说明皮瓣血流通畅;反之皮瓣温度变冷,预示血管危象发生。观察移植组织与健侧组织温差值,大于  $2^{\circ}\text{C}$  提示动脉血流不畅,温度突然下降  $3^{\circ}\text{C}$ <sup>[8]</sup>,提示动脉栓塞。本组 12 例患者发生血管危象,室温控制在  $22 \sim 26^{\circ}\text{C}$ ,局部皮瓣处采用  $40 \sim 60 \text{ W}$  烤灯照射,5 例经处理后皮温恢复正常,7 例皮温无改变行血管探查术。③组织张力:移植组织均有轻微肿胀,弹性好为张力适中,静脉回流不畅则张力升高;移植组织皮肤有肿胀,但皮纹尚存在为张力略高;皮肤肿胀明显,皮纹消失为张力高,皮肤出现水泡为极度肿胀;若动脉供血不足,则张力降低<sup>[9]</sup>;移植组织弹性低于健侧为张力略低;触之有塌陷感为张力低;组织几乎无弹性,组织瘪塌为无张力;当动静脉同时发生栓塞时,早期张力不发生变化。本组 148 例患者术后半小时内张力略高于正常皮肤, $72 \text{ h}$  后逐渐下降,1 周后张力与正常皮肤相同。④毛细血管充盈时间:正常供血的移植皮瓣皮肤色泽红润,轻压呈苍白,一旦移开压迫后,受压区域在  $1 \text{ s}$  内由苍白变红润,为毛细血管充盈时间正常。动脉痉挛时毛细血管充盈时间缓慢,栓塞时充盈时间消失;静脉不完全栓塞的早期毛细管充盈时间变快,完全栓塞后毛细血管充盈现象消失。本组 10 例皮瓣静脉栓塞患者表现为充血时间过快,2 例动脉栓塞者表现为毛



细血管充盈时间过慢。

3.2.5 并发症的护理 压疮:游离皮瓣术后需绝对卧床休息 3~5 d,因此受压部位容易出现压疮,如骶尾部和足跟位置。为了避免压疮发生,术后骶尾部垫水垫,每隔 2 h 更换 1 次;足跟垫小海绵或软小毛巾。便秘:游离皮瓣术后需绝对卧床休息 3~5 d,致肠蠕动减弱,容易发生便秘,指导患者多食蔬菜、瓜果、豆类等含维生素和纤维素较多的粗粮食品,多饮水,使大便保持润滑通畅;少吃辛辣刺激性食物,如辣椒、大蒜、大葱、芥末等;每天按摩腹部 2~3 次,促进肠移动;必要时可用开塞露肛塞,缓解便秘。本组患者无发生以上情况。

3.2.6 健康指导 指导患者术后根据手术方式摆放体位,移植皮瓣肢体放置高度以略高于心脏水平为宜,以利于静脉回流。做好手术皮瓣蒂部标记,指导患者皮瓣蒂部不能受压,防止因受压出现血管危象。

## 4 小结

股前外侧皮瓣具有血管蒂长、径粗,为肢体的非主干血管,面积大、部位隐蔽,有感觉神经及皮瓣切取后对供区功能影响小,容易修复下肢大面积皮肤缺损,得到广泛应用。但移植皮瓣的存活还需术后细致的观察与护理,尤其要做好术后

24~72 h 内移植皮瓣的观察及护理,预防血管危象的发生,其是保证移植皮瓣手术成功的关键。

## 参考文献:

- [1] 吴小兰,乔丹丹.游离股前外侧皮瓣移植修复下肢皮肤组织缺损的围术期护理[J].临床和实验医学杂志,2010,15(9):1197.
- [2] Liu Dongzhe.Early observation and nursing of vascular crisis of free skin flap transplantation[J].Chinese General Nursing April, 2010,8(4a):888.
- [3] 丰波,武宇赤,张霄雁,等.股前外侧游离穿支皮瓣修复四肢皮肤缺损的临床应用[J].中国临床医师杂志,2011,5(4):1163.
- [4] 郭巧英,陆丽娜,许敏霞,等.12例股前外侧皮瓣移植后血管危象的观察[J].中华护理杂志,2012,47(3):215.
- [5] 王胜华,王欣,朱东起,等.股前外侧皮瓣游离移植修复四肢远端软组织缺损[J].安徽医学,2010,31(5):424.
- [6] 石秀霞,邴伟丽,郭巧英,等.游离股前外侧皮瓣移植修复四肢组织缺损41例的术后护理[J].护理与康复,2013,12(5):434.
- [7] 季陆军.口腔颌面部游离组织皮瓣危象临测及相关因素分析处理[J].黑龙江医学,2011,35(8):585-586.
- [8] 周苗.游离皮瓣移植病人围手术期的护理[J].中国现代临床医学,2008,10(7):73.
- [9] 刘东哲.游离皮瓣移植术后血管危象的早期观察及护理[J].全科护理,2010,8(10):888.

[本文编辑:刘晓华]

## 更正说明

本杂志在 2014 年第 2 期出版的《某三级甲等医院低年资护士职业自我概念水平的调查分析》一文时,将收稿日期“2013-11-21”误印为“2012-11-21”;139 名低年资护士 NSCQ 总均分为  $(5.33 \pm 0.77)$  分,领导能力为  $(4.64 \pm 0.12)$  分,误印为  $(5.35 \pm 0.75)$  分及  $(4.77 \pm 0.19)$  分;讨论部分中,差异具有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),误印为(均  $P < 0.01$ ),特此更正,并对此产生的不便向冯锦屏等作者表示歉意。

《现代临床护理》编辑部

2014.6