

前臂皮瓣复合腓骨瓣修复下颌骨缺损术的围手术期护理

冯琴, 吴贤慧, 秦丽英

(第二军医大学附属长海医院口腔科, 上海, 200433)

[摘要] **目的** 总结前臂皮瓣复合腓骨瓣修复下颌骨缺损术的围手术期护理方法。**方法** 对应用前臂皮瓣复合腓骨瓣修复恶性肿瘤术后软组织及下颌骨缺损患者 9 例, 术前做好心理指导, 供皮区、受皮区准备, 口腔准备; 术后严密观察患者生命体征、皮瓣血运情况。**结果** 8 例患者前臂皮瓣、腓骨瓣完全成活; 1 例患者腓骨瓣存活, 前臂皮瓣出现血管危象。复合皮瓣移植成功率为 89.9%。**结论** 围手术期精心护理对提高皮瓣存活率、手术成功率具有积极意义。

[关键词] 前臂皮瓣; 腓骨瓣; 下颌骨缺损; 护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)01-0049-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.01.016

Perioperative nursing for patients undergoing mandibular defect repair by forearm flap composite fibula flap

Feng Qin, Wu Xianhui, Qin Liying // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (01): 49.

[Abstract] **Objective** To summarize the perioperative nursing strategies for patients undergoing mandibular defect repair by forearm flap composite fibula flap. **Methods** From January 2009 to December 2012, 9 patients with mandibular defect and soft tissue defects after resection of malignant tumors received fibula flap and forearm flap. Before operation, the patient received psychological education and the preparation of donor flap and receptor area together with oral preparation was performed. After operation, the vital signs and blood circulation in the flap were observed. **Results** The fibula and forearm flaps in 8 patients survived. The fibula flap in one patient survived while the forearm flap developed with vascular crisis. The success rate for the transplanted flap was 89.9%. **Conclusion** The perioperative nursing strategies are key to increase survival rate of flaps and the success rate of operation.

[Key words] forearm flap; fibular flap; mandibular defect; nursing

下颌大范围牙龈癌及口底癌侵犯下颌骨根治术后下颌骨连续性破坏及软组织大量缺损造成患者面部畸形, 语言、咀嚼、吞咽等功能障碍, 严重影响患者的心理健康及生活质量。随着显微外科技术在颌面外科的广泛应用, 自身组织瓣游离到颌面部进行大面积组织缺损重建提高了患者生存质量。手术技巧是治疗的皮瓣存活关键因素, 科学细致的围手术期护理保证了手术的成功。本科室自 2009 年 1 月 ~ 2012 年 10 月应用前臂皮瓣复合腓骨瓣修复恶性肿瘤术后软组织及下颌骨缺损患者 9 例, 取得满意疗效, 现将护理体会报道如下。

[收稿日期] 2013-08-19

[作者简介] 冯琴 (1976-), 女, 上海人, 护师, 中专, 主要从事临床护理工作。

[通信作者] 秦丽英, 护士长, Email: QinLiYing812@163.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 1 月 ~ 2012 年 10 月选择在本院住院治疗的口腔颌面部癌患者 9 例, 男 6 例, 女 3 例; 年龄 54 ~ 65 岁, 中位数 48.6 岁; 疾病类型: 牙龈癌 7 例, 口底癌 2 例。所有病例均经病理确诊, 未发现远处转移癌。

1.2 手术方法

牙龈癌患者均行恶性肿瘤扩大切除 + 下颌骨截骨术 + 同侧颈淋巴清扫术, 口底癌患者行恶性肿瘤扩大切除 + 下颌骨截骨术 + 双侧颈淋巴清扫术。根据软组织缺损制备前臂皮瓣, 根据截骨长度制备腓骨瓣, 将前臂皮瓣桡动脉、腓骨瓣腓动脉与颌外动脉、甲状腺上动脉吻合, 前臂皮瓣头静脉、腓骨瓣腓静脉与颌外静脉、颈外静脉吻合, 腓骨瓣存留皮岛观察窗, 切取上臂全厚皮片行供区皮瓣区游离植皮。

2 结果

8例患者前臂皮瓣、腓骨瓣完全成活;1例患者腓骨瓣存活,前臂皮瓣出现血管危象。复合皮瓣移植成功率为89.9%。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 口腔癌患者对恶性肿瘤的恐惧和颜面部术后毁形,咀嚼、吞咽、发音等功能丧失带来的沉重心理负担,对手术产生紧张、焦虑、恐惧心理。患者精神高度紧张,使交感神经兴奋性增加,引起儿茶酚胺分泌增多,导致末梢血管收缩,使血液处于高凝状态,造成血管痉挛增加了血栓形成的风险^[1],因此医护人员应耐心、安慰、疏导患者,用通俗易懂的语言讲解手术过程、皮瓣知识及成功的病例,鼓励患者面对现实,消除不良心理因素,以最佳心态接受配合手术治疗^[2-3]。本组患者经心理护理后均以积极的心态配合治疗和护理。

3.1.2 术前准备 ①术前做好胸透,凝血时间,肝肾功能、心电图等各项检查,有无血管病变及血管变异,腓动脉造影检查腓动脉情况。②口腔卫生:常规给予洁牙,拔除残根,术前3d保持口腔清洁,用氯己定漱口液含漱,每日4次。③选择近期无外静脉穿刺史、无外伤、炎症的静脉作为供区血管。术前3d供区行常规清洁处理:每天用10%肥皂水清洗供区皮肤,每日3次。术前1d再次剃供区汗毛,清洁擦干,用75%酒精消毒,无菌巾包扎、标记,避免损伤。④烟中的尼古丁及CO可导致血管危象术,嘱患者戒烟或防止被动吸烟。室温维持在25℃左右,防止受冷的刺激而引起皮瓣血管痉挛。⑤患者术后需制动,指导患者练习床上大小便;培养患者去枕平卧睡眠习惯,防止术后制动而引起休息的不适。对于言语不便,交流有障碍者进行手语示意练习。

3.2 术后护理

3.2.1 移植皮瓣血栓监护及预防 游离组织瓣可因某些原因处理不当,导致皮瓣危象和坏死,发生率约10.5%~12.85%^[4]。Salgado等^[5]报道,皮瓣危象出现在72h内为最多见,发生率达84%。引起游离组织瓣危象的主要原因在于

局部因素,多数因静脉栓塞引起。动脉栓塞往往是供区或受区动脉内膜遭受损伤,全身因素引起组织瓣危象的可能性较少。血管栓塞的组织瓣在临床上均表现出一定的发展和转变过程。皮瓣抢救成功与否和皮瓣发生危象所持续发展的时间直接相关,若在6h内血循环得不到再通,皮瓣成活的可能性相对较少。而栓塞时间在8h或更长时,皮瓣坏死率达100%。术后认真观察,及时发现并排除血管危象,是提高皮瓣成活率的关键之一,尤其在24h内,应严密观察并记录移植皮瓣的颜色、温度和质地,术后24h内应1次/0.5h,72h内每2h观察1次,4d后改为每日6次,10d为安全期。观察内容:①皮瓣颜色。皮瓣颜色应与供区皮肤颜色一致,有些患者术后1~2d内皮瓣颜色稍显苍白多属正常现象,可结合皮温和质地等征象加以判断。静脉栓塞表现为皮瓣上出现散在的灰或青紫色斑块,随着病情逐渐加重,散在性斑块融合成片,并向周围逐渐扩散;动脉栓塞表现为皮瓣色泽苍白或花斑,无光泽。如出现皮瓣颜色异常,应通知医生及时探查。②皮温。移植后的皮瓣温度应在33~35℃,与健侧温差在2℃以内。采用红外线点温探测仪测量皮温,温度相差在0.5~2℃以内提示动静脉吻合通畅;皮温相差3℃以上并有色泽改变,提示血循环障碍,应立即行手术探查。③皮纹和质地。皮瓣表面应有正常的皮纹皱褶,质地较软,如发生血管危象,则皮瓣肿胀明显、皮纹消失、质地硬、弹性差。观察方法:①针刺出血试验。将针头刺入皮瓣内5mm,拔除后轻挤周围组织,若有鲜红色血液缓慢溢出,说明正常;若反复多次针刺后仍不见有血液溢出,说明可能存在动脉危象;若有蜡红色血液溢出,说明静脉回流障碍。②毛细血管充盈试验。在皮瓣发生血管危象的早期,可表现轻度的充血或淤血现象。以手指轻压皮瓣3s,松开后可见变白区域再度泛红。泛红的过程越快说明微循环的状况越好,如果时间>5s,多提示微循环很差,抢救成功的可能性较小。③Doppler仪器。探测组织瓣血管蒂是否通畅,我科常用无创性8MHz脉冲式Doppler仪器。术中在体表标记吻合血管位置,术后Doppler脉冲检查,6h内15~30min/次,以后3~4d内1h/次。使用Doppler脉冲时,将听诊器探头放置

在有介质的皮肤上,动脉声呈节律性的枪击声,短且急促;静脉声为“嘘嘘”吹风声。对无体表观察窗的组织瓣,测血管尤为适合。同时配合创口肿胀程度和渗出量的多少一起判断,准确率更高。预防血管痉挛:①注意保暖。寒冷刺激可使血管发生痉挛导致血栓形成。术后将患者安置在安静、舒适的单人房间,室温保持在22~25℃,湿度为50%~60%。一般用40~60 W红外线烤灯照射皮瓣区,距离30~45 cm,要做好宣教工作,烤灯固定稳妥,防烫伤,特别是夜间加强巡视。②避免疼痛。疼痛可使机体释放5-羟色胺,具有强烈收缩血管作用,可造成血管腔闭塞或血栓,导致移植皮瓣手术失败。术后伤口换药、口腔护理动作轻柔避免机械疼痛刺激,血管痉挛。术后使用冬眠合剂一号(氯丙嗪25 mg、异丙嗪25 mg及盐酸哌替啶50 mg组成)肌内注射1周,2次/d,以减少患者术后疼痛。③术后常规使用丹参等活血药物,防止形成血栓,护士要勤于观察,警惕出血倾向。④维持正常血容量。即使是轻度血容量不足,也会影响皮瓣的血液供应,这对移植的皮瓣不利^[6]。术后要严密观察伤口出血情况及血压的变化,记录24 h出血量,及时补液以维持正常血容量。⑤保持大便通畅,指导进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物。必要时给予缓泻剂,并告知患者排便时勿用力屏气,以免血管痉挛。

3.2.2 气管切开的护理 确保呼吸道通畅,每隔6 h消毒内管1次,及时吸出痰液,吸痰时注意无菌操作,动作要轻柔,每次抽吸时间以15 s左右为宜,2次抽吸间隔3~5 s。痰液黏稠不易咳出者,可每日雾化吸入2~3次,或用庆大霉素8万U加入20 mL生理盐水中,经气管内滴入,每次2~3滴,每隔1~2 h滴入1次。同时注意有无出血、皮下气肿等并发症的发生。拔管前堵管24~48 h,注意观察患者呼吸情况,如无呼吸困难可拔管。

3.2.3 负压引流的护理 保持引流通畅,有效清除积血、积液,减轻局部组织肿胀,消灭死腔,是预防感染的重点。护理中应注意调节负压的大小,如负压过大,可造成直接压迫静脉回流;负压过小,则又可因积血积液而间接压迫静脉导致回流障碍,这2种情况均严重影响皮瓣成活。保持负压引流的通畅及有效,有效负压以引流管吸扁

平为标准^[7]。观察引流液的颜色、性质和量,引流量过少应观察伤口有无肿胀及周围组织发亮、自觉痛或触压痛;引流过多时应注意有无出血、乳糜瘘等,必要时手术探查。如颜色鲜红,24 h超过400 mL,颜色鲜红易凝固,视为有活动性出血倾向,应及时通知医生。引流量<20~30 mL,术后48~72 h颜色变淡红或淡黄色即可拔管。

3.2.4 口腔护理 术后口腔内创口不易消毒换药,伤口渗血流入口腔,上皮组织的脱落,唾液的蓄积,易导致皮瓣感染、坏死,对伤口愈合极为不利。术后必须做好口腔护理,具体做法:口腔护理前先吸除唾液及分泌物,并用1%双氧水及0.9% NaCl冲洗口腔,必要时用四手操作法冲洗口腔。冲洗时患者头稍偏向健侧,由患侧冲入健侧吸出,力量要适中,嘱患者勿吞咽,吸引及擦洗时动作要稳、轻、柔,避免因操作不妥使皮瓣缝合线脱落,口唇及口角分别用石蜡油及金霉素眼膏擦拭,防止干裂。

3.2.5 体位管理 术后72 h内患者取仰卧头正中位,两侧以沙袋固定制动,颈部两侧不能受压。(如术中血管蒂短,头部向患侧稍屈曲;如血管蒂长,则偏向健侧),使皮瓣松紧度适宜,以利皮瓣血液回流。避免头部后伸和左右转动,以防皮瓣血管扭曲、牵拉和张力过大,影响皮瓣的血运。搬动患者过床时,头颈、躯干要平行移动,翻身时头、颈、躯干为同轴位以防吻合的血管扭曲。前臂下用枕头垫高15~30°,以利患肢静脉及淋巴回流,减轻肿胀,注意观察手部的血液循环、活动情况和指端血供。注意测血压袖带勿放置在供皮区侧的上臂,以免影响血循环。卧床期间供侧下肢抬高15°,以利静脉回流、减轻水肿,指导患者作脚趾伸屈活动,以促进血液循环;鼓励患者早期下床活动,一般术后5~7 d可下床拄拐杖行走,每日2~3次,每次10~15 min,指导患者进行健侧抬腿、屈腿训练,可缓解肌肉酸痛,预防术后长时间卧床引起的深静脉血栓^[8]。

3.2.6 饮食护理 合理饮食能促进伤口愈合和组织修复。术后与营养科联系,制定高蛋白、高纤维素、高热量易消化食物,如牛奶、豆浆、菜汁等,同时提供足够的维生素和矿物质,保证营养的均衡,防止便秘。注意少量多餐及鼻饲液温度和量。鼻饲液的温度为38~40℃,每次300~500 mL,每

日 5~6 次,食用前应过滤,灌注流食后注入温开水 100~200 mL,以维持充足的水分及防止胃管堵塞。鼻饲后注意观察患者进食后反应,如有腹痛、腹泻等不适要及时调整饮食。术后 10 d 开始经口进食清流-流质-少渣半流质,观察患者如无呛咳并进食顺利,拔出胃管。

3.2.7 生命体征监测 术后 24 h 给予心电监护,密切观察患者体温、心率、血压、呼吸的变化。保持呼吸道通畅,及时吸出或清理口腔内分泌物和血性痰痂,注意吸力勿过大,动作轻柔,勿损伤创面及皮瓣。术后持续低流量吸氧 5~7 d,确保血氧饱和度 98%~100%,防止缺氧导致皮瓣发生紫绀及静脉血管危象。同时记录 24 h 出入量,防止术后体液不足,保证皮瓣血液灌注。

3.2.8 康复指导 术后 2 周进入康复期,需对患者进行心理康复指导,内容包括:①指导相关医学知识,帮助树立战胜疾病的信心;②指导患者按顺序进食流质、半流质软食,逐渐恢复正常饮食习惯。注意保持口腔清洁,进餐后漱口,特别是要去除食物残渣;③鼓励开口说话,进行语音训练,纠正不正常发音,提高语言清晰度,树立正常发音的信心;④皮瓣移植成活后 3 个月内感觉都是缺失的,这个期间嘱患者要注意防止烫伤。术后 1、3、6 个月复诊,有特殊情况随诊。

4 小结

综上所述,术前和术后加强心理护理;术后严

密观察生命体征,预防血栓、及时报告血管危象,指导患者适当体位、加强负压管理等的护理是提高手术成功率的重要保证。护理人员在临床实践中要不断的总结经验,改进护理方法,护理人员必须与时俱进地提高自己的护理水平,方能适应医疗技术发展的要求。

参考文献:

- [1] 顾志华.断指再植术后的观察与护理[J].实用手外科杂志,1999,13(4):249.
- [2] 程淑平,周阿南,戚秀红.老年脑肿瘤病人手术前护理临床效应[J].现代生物医学进展,2007,7(8):1276-1277.
- [3] 刘雪梅,王江滨,周创建.甲氨蝶呤治疗银屑病关节炎的护理[J].现代生物医学进展,2007,7(8):1278-1279.
- [4] 刘润宏,房笑丽.吻合血管游离皮瓣移植术后血管循环危象的观察与处理[J].中华显微外科杂志,2003,25(26):74-75.
- [5] Salgado CJ, Smith A, Kim S, et al. Effects of late loss of arterial inflow on free flap survival[J]. J Reconstr Microsurg, 2002, 18(7): 579-584.
- [6] 姬玉芬,周燕,王芳.带蒂胸大肌肌皮瓣修复上唇及面部缺损术的护理[J].天津护理杂志,2004,12(1):7-8.
- [7] 黄静.自体组瓣修复头颈部癌术后缺损及并发静脉危象的护理[J].护理与康复,2009,8(1):28.
- [8] 徐云,郭薇,何则阴.浅议临终关怀护理者职业教育中的心理学培训[J].现代生物医学进展,2006,6(9):137-138.
- [9] 毛雅迪.现代医学模式对发展整体护理的要求[J].现代生物医学进展,2006,6(12):152-153.

[本文编辑:郑志惠]

• 编读往来 •

禁止一稿多投

“一稿多投”是指作者把自己的一部作品同时或者先后发给不同的出版社或其他媒体,即多次使用同一作品的行为。对科技期刊来说,一篇投稿的录用需要经过初审、外审、定稿等多个流程,同时需要编辑花费大量的时间和精力进行修改,如果作者同时向多个刊物投稿,必将导致大量的重复性劳动和编辑资源浪费,将严重伤害科技期刊和广大作者的利益。敬请各位作者慎重选择投稿刊物,并确定前一次投稿已被退稿后再行改投。