

外固定架联合皮瓣修复马蹄足畸形伴软组织缺损的护理

孙 叶

(新疆维吾尔自治区第三人民医院 手足显微外科 新疆乌鲁木齐 830000)

摘要: 目的: 探讨 Ilizarov 外固定架结合皮瓣治疗外伤后马蹄足畸形伴软组织缺损的护理方法。方法: 2019 年 1 月 2021 年 9 月病例人数 40 例外伤后马蹄足畸形伴软组织缺损患者进行 VSD 负压引流护理、皮瓣观察护理、支架护理等临床护理。结果: 40 例中, 逆行腓肠神经血管岛状皮瓣 20 例, 隐神经血管皮瓣 8 例, 延迟皮瓣 10 例。1 例腓肠神经血管延迟, 皮瓣边缘坏死, 多次清创和换药后二次愈合。1 例隐神经血管皮瓣出现浅表皮肤坏死, 切痂后二期愈合, 其余 38 例一期全部成活。40 例固定架患者中, 2 例固定架针眼轻度感染, 经口服抗生素后感染得到控制。其余 38 例无感染症状。结论: 外伤后马蹄足畸形合并软组织缺损的疗效确切。精心、专业的护理是保证和提高此类患者治疗效果和功能康复的重要措施。

关键词: 外固定架、皮瓣、修复、马蹄足畸形、软组织缺损、护理

外固定架是一种将患肢保持在治疗所需位置的外固定装置, 如骨折脱位复位或某些肢体矫形术后, 以便于骨折等软组织的修复。常用的有石膏夹板和小夹板。持续牵引, 如骨牵引和皮肤牵引, 也可以减少、制动和矫正畸形。它也是外固定的一种形式。钢针穿入骨端和外连接支架的外固定针方法属于另一种外固定装置, 主要用于严重开放性骨折和严重软组织挫伤的患者, 不能用于外固定或手术内固定。

1. 临床资料

1.1 研究对象

选取 2019 年 1 月 2021 年 9 月病例人数 40 例外伤后马蹄足畸形伴软组织缺损患者作为本次的研究对象, 交通事故伤 22 例, 坠落伤 9 例, 挤压伤 6 例, 机械勒伤 3 例。皮肤软组织损伤面积: $4\text{cm} \times 6\text{cm} \sim 10\text{cm} \times 11\text{cm}$, 随访 6~42 个月, 平均 18.2 个月。20 例采用腓肠神经血管逆行岛状皮瓣修复, 其中延迟皮瓣 10 例, 延迟皮瓣边缘坏死 1 例。后期, 经多次清创和换药后愈合。8 例采用隐神经血管皮瓣修复, 其中延迟皮瓣 2 例, 非延迟皮瓣浅表皮肤坏死 2 例, 切痂后二期愈合, 其余 38 例一期成活。40 例中, 2 例针眼轻度感染, 口服敏感抗生素后感染得到控制, 其余 11 例无感染症状。

2. 护理

2.1 室间隔缺损负压引流的护理

首先防止排水管打滑, 观察有无打滑、压力、堵塞、漏气现象, 敷料有无积液、隆起现象。半透膜应保持折叠状态, 并为管状。当排水不畅或管道堵塞时, 可用生理盐水定期冲洗管道, 保持管道通畅。负压引流瓶应低于伤口 $20\sim 30\text{cm}$, 以防反流, 并观察引流液的量和性质是否异常。引流时, 根据病人的操作调整压力, 并根据医生的建议给予正常压力 $0.02\sim 0.06\text{MPa}$ 。本组仅 1 例皮瓣转移游离植皮。根据医生的建议, 压力保持在 0.02MPa 以下, 以避免因压力过大而导致皮瓣坏死^[1]。

2.2 皮瓣的观察与护理

术后应保持适宜的环境温度, 禁止室内吸烟, 绝对卧床 7~10 天, 将患肢抬高高于心脏水平, 禁止外敷冰袋, 密切观察并记录皮瓣的血供, 如颜色、温度、肿胀度等, 毛细血管充盈时间等, 尤其是术后

1~3 天, 要高度警惕动静脉危象的发生。当皮瓣的皮肤温度较低, 颜色深紫色, 与受区周围皮肤相比, 皮肤线条消失, 甚至出现水泡, 表明静脉回流受阻, 通知医生, 并给予抬高患肢角度、按摩、针灸放血等治疗, 高压氧治疗等, 如果肤色苍白, 皮肤温度下降 2°C 以上, 毛细血管充盈时间缓慢或消失, 会提示动脉危象。通知医生后, 将其压平, 使侧灯保持温暖, 并使用解痉药或止痛药和其他治疗方法。动静脉危象是皮瓣移植术后常见的并发症。早期仔细观察皮瓣是皮瓣护理的重中之重。应综合判断, 早发现, 早治疗^[2]。

2.3 外固定器的护理

手术后, 软枕将患肢抬高并保持功能位置。观察患肢的血液供应、颜色、皮肤温度、感觉和脚趾活动是否异常, 并警惕过度牵引引起的血液供应不良、皮肤温度低和感觉异常及其他血管和神经损伤。随时检查外固定是否松动, 并要求患者不要自行松动和拆除螺母。使用 75% 酒精棉拭子护理针道。一个棉签只能消毒一条针道, 每天两次。如果患者针头路径出现红肿、疼痛、渗出等感染, 要求患者减少活动, 增加针眼消毒次数 $3\sim 4$ 次/D, 避免不良因素引起感染。如有必要, 服用口服或静脉注射消炎药进行治疗。

4. 结果

表一 疾病分型

组别	N	比例%
逆行腓肠神经血管岛状皮瓣	20	0.50
隐神经血管皮瓣	8	0.20
延迟皮瓣	10	0.25

表二 护理满意程度

组别	N	比例%
非常满意	10	0.25
满意	25	0.63
一般	5	0.12
差	0	0
很差	0	0

表三并发症发生概率

组别	N	比例
继发性出血	0	0
感染	0	0
畸形复发	2	0.05
过度矫形	0	0

根据结果可以看出在对于外固定架联合皮瓣修复马蹄足畸形伴软组织缺损的护理的过程当中,患者并发症的发生率较低,患者满意度好。

5. 结论

当外固定器与皮瓣结合时,外固定器可抬高肢体,防止皮瓣受压,矫正足踝畸形,保护皮瓣。两者的结合是相辅相成的。近三年来,我科应用该技术对 40 例此类患者进行了治疗和护理,护理效果令人满意。术后皮瓣的观察与护理是最重要的^[9]。护理人员有扎实的理论基

础,细致的观察和护理,动静脉危象的早期发现和解决,提高了皮瓣的成活率;采用 75%酒精对护理针道进行消毒,感染率低,不易腐蚀针道;由于带外固定器对术后生活的影响和不便,治疗过程长,疼痛大,有效的心理支持、疼痛管理、出院指导和随访也是促进患者早期康复的有效保证。

参考文献

[1]安晓萍,安霞,于泽颖.外固定架联合皮瓣修复马蹄足畸形伴软组织缺损的护理[J].实用外科杂志,2020,34(03):360-362.

[2]王爽,舒衡生,石博文,沈义东,Ilizarov 技术结合腓肠神经或隐神经营养血管皮瓣治疗足踝部软组织缺损伴创伤后马蹄足畸形[J].中华骨科杂志,2019(05):305-312.

[3]黄桂林. 外固定架联合小腿皮瓣修复小腿软组织缺损的护理[A]. 中华护理学会.全国第 10 届骨科护理学术交流暨专题讲座会议论文汇编[C].中华护理学会:中华护理学会,2008:3.

(上接第 22 页)

表 2 Logistic 多因素回归分析

危险因素	回归系数	Wald 值	OR 值	P 值	95%CI
既往病史	0.898	2.895	8.898	<0.001	1.033-9.998
意识状态	0.740	3.680	12.400	<0.001	2.002-12.398
手术史	0.843	2.737	7.933	<0.001	2.002-12.398
抗生素使用时间	0.600	9.424	29.398	<0.001	2.127-30.365
气管切开辅助通气时间	0.398	6.398	16.185	<0.001	2.588-20.484

2.3 不同部位细菌检查结果

本次实验当中发现不同的时间点以及不同的部位发生的细菌感染情况是不同的,都有着明显的数量变化,具体的数据如下表 3:

表 3 下呼吸道分泌物中占比前 10 的细菌感染分布情况[n (%)]

序号	细菌	样本数/株	细菌感染
1	阴沟杆菌	30	1
2	铜绿假单胞菌	30	2
3	金黄色葡萄球菌	30	2
4	粘质沙雷菌	30	3
5	嗜水气单胞菌	30	3
6	洋葱伯克霍尔德菌	30	3
7	溶血葡萄球菌	30	4

8	鲍曼不动杆菌	30	5
9	中间葡萄球菌	30	5
10	肺炎克雷伯菌	30	6

3、讨论

在患者进行气管切开后注重呼吸道感染情况,并提前做好相应的风险识别能够有效地提升护理质量,让护理人员的工作更加明确,清楚应当从哪些方面进行细菌防护,降低感染出现。在本次研究的结果当中也能够检测到不同时期、不同部位都会存在着不同的菌群以及风险感染因素。将实验数据结果进行总结分析能够有效为护理人员指明护理方向,并有目的的提升护理质量。

总之,做好科学的呼吸道感染风险因素统计与分析,提前检测出不同位置、不同时间段的菌群变化能够有效地提升护理水平,让护理人员在降低感染风险上做好充分的准备。

参考文献:

[1]缪素萍,朱熙熙,钟文珍.气管切开后患者下呼吸道感染的危险因素与环境相关性研究[J].中国实用医药,2016,11(020):104-105.

[2]沙楠楠,刘明兴.气管切开后下呼吸道感染风险因素识别对提升护理质量的作用[J].实用临床医药杂志,2019,023(015):119-121,125.

[3]姜丽琼.气管切开后患者下呼吸道感染原因分析及护理对策[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2015.