

围术期康复护理对断指再植术的疗效观察

黄盈盈

【摘要】 目的:探讨围术期康复护理对断指再植术的疗效。方法:断指再植术患者80例,随机分为观察组和对照组各40例,均采用常规护理、抗感染及对症支持治疗,观察组同时给予围术期康复护理。结果:术后观察组血管危象发生率明显低于对照组(2.5%、20.0%, $P<0.05$)。治疗3个月后,2组关节活动度及握力均较治疗前明显增加($P<0.05$),且观察组更高于对照组($P<0.05$)。治疗6个月后,观察组总优良率明显高于对照组(97.5%、85%, $P<0.05$)。结论:加强断指再植术围术期康复护理,能改善患者关节功能水平,提高疗效。

【关键词】 断指再植术;康复护理;功能恢复

【中图分类号】 R49;R686 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.06.017

近年来,断指伤的发生呈逐年上升趋势。断指再植术为一项综合性、高精度的创伤外科手术^[1]。促使断指成活的同时,对再植指的肌腱、血管、神经尽可能的修复,行良好关节和骨固定,最大程度的恢复再植指功能,是临床开展断指再植术的最终目的。本文拟探讨围术期康复护理对断指再植术功能恢复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012年5月~2013年5月我院收治的断指伤患者80例,均符合《手外科学》制定的断指伤相关诊断标准^[2]。随机分为2组各40例,①观察组,男27例,女13例;年龄(34.8±11.7)岁;病程(3.2±1.6)h;完全断离6例,不完全断离34例。②对照组,男26例,女14例;年龄(34.8±11.7)岁;病程(3.4±1.7)h;完全断离7例,不完全断离33例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组均采用常规护理、抗感染及对症支持治疗。观察组同时给予围术期康复护理。①术前护理:完善术前评估及手术室准备,行针对性心理干预,协助患者克服心理障碍,提高依从性^[3]。②术后康复干预:术后2~4周,给予超短波、微波、红外线、特定电磁波等物理因子治疗,并将患肢抬高,行向心性按摩,对近端及远端未固定关节行轻微被动运动,在协助下行轻微屈伸运动等^[4]。术后5周~3个月行系统康复训练,以运动疗法为主,各关节主动作各方向运动,以使运动达到最大幅度,以相关关节区域轻微疼痛或产生紧张感为宜;肌力和关节活动度有一定程度恢复后积极鼓励患者参与日常活动,并使用各种工具,练习书写、打字等,辅以关

节被动运动及物理疗法^[5]。术后3个月,行分级抗阻运动练习及关节松动术^[6],包括牵伸、主动及被动生理运动、掌骨间关节后前位滑动或前后位滑动,牵引腕掌关节长轴,掌指关节牵拉挤压,拇指腕掌关节纵轴牵引;感觉再训练,包括辨别觉、温度觉及定位觉训练。伤指皮肤恢复保护性感觉后,训练即可开展,每日3次,每次10~15min,要求训练前患者在手上画出缺失感觉的范围;心理康复,强调康复要点,功能康复重要作用,针对性进行心理干预。

1.3 评定标准 ①血管危象:依据毛细血管反应快慢, $>3s$ 静脉危象, $<1s$ 动脉危象,1~3s 正常。②关节活动度:应用1975年国际手外科联合会肌腱损伤委员会制定关节总主动活动度测量法(total active movement, TAM),测定关节活动度,近、远节指间关节及掌指关节主动屈曲度减去各关节直欠缺度数之和得到总活动度。③握力:采用Jamer握力器进行测量。④临床疗效:优,患者日常生活及关节活动范围基本呈正常恢复,握力明显增加,指端温觉和痛觉基本恢复正常,辨别觉在两点间可达4mm;良,日常生活可自理,关节活动范围与正常相比,相差 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$,指端温觉及痛觉明显改善,辨别觉在两点间可达8mm;差,日常生活较难自理,关节活动与正常相比,相差 $>20^{\circ}$,指端温觉及痛觉迟钝。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,t检验;计数资料用百分率表示, χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后,观察组血管危象发生率明显低于对照组(2.5%、20.0%, $P<0.05$)。治疗3个月后,2组关节活动度及握力均较治疗前明显增加($P<0.05$),且观察组更高于对照组($P<0.05$)。见表1。

收稿日期:2013-08-12

作者单位:慈溪市中医医院,浙江 慈溪 315300

作者简介:黄盈盈(1976-),女,主管护师,主要从事手术室护理及术后康复方面的研究。

治疗 6 个月后, 观察组再植断指功能恢复达优 31 例、良 8 例、差 1 例, 对照组分别为 22、14 及 6 例, 观察组总优良率明显高于对照组(97.5%、85.0%, $P < 0.05$)。

表 1 2 组关节活动度及握力治疗前后比较 $\bar{x} \pm s$

组别	n	关节活动度(°)		握力(kg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	102.4±31.7	189.8±29.6 ^{ab}	0.5±0.2	8.8±1.7 ^{ab}
对照组	40	101.8±35.2	137.5±27.2 ^a	0.5±0.1	2.4±0.9 ^a

与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^b $P < 0.05$

3 讨论

手外伤患者以体力劳动者为主, 一旦发生, 使基本维持生计的条件丧失, 给患者带来严重身心痛苦的同时, 增加了家庭及社会负担。目前, 随着显微外科技术的普及及不断发展, 多数手外伤患者均可得到理想的救治。但手术成功的定义为再植手指功能良好恢复, 除满意修复肌腱、血管、神经, 良好固定骨与关节外, 还需行系统的、合理的术后康复治疗, 最终达到功能恢复。术后加强功能康复是保障预后的关键, 依据患者恢复情况, 对康复干预方案行计划性、系统性的制定, 如自我功能锻炼指导、手功能被动锻炼、支具配置与使用、感觉再训练、作业训练、职业康复等, 以全面促进再植断指功能恢复^[7-9]。本研究结果显示, 观察组术后血管危象率明显低于对照组, 关节握力、活动度明显优于对照组, 再植

断指功能恢复情况优于对照组, 明显提高了疗效。提示加强断指再植术围术期护理及术后康复, 可改善患者关节功能水平, 增强整体生活质量。

【参考文献】

- [1] 李红玲, 周顺林, 胡秋生. 我国的工伤康复现状[J]. 中国康复, 2012, 27(1): 71-72.
- [2] 王澍寰. 手外科学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011, 324-326.
- [3] 沈毅. 我科在康复医学工作中存在的问题与对策[J]. 中国康复, 2012, 28(4): 311-312.
- [4] 吴立红, 陈志刚, 沈良册, 等. 膝关节常见运动创伤康复研究进展[J]. 中国康复, 2012, 27(3): 215-217.
- [5] 徐雪梯, 李培君. 中药熏洗在断指在植功能恢复中的运用[J]. 中国中医急症, 2010, 19(1): 140-141.
- [6] 翟华. 辅助器具在上海养志康复医院的临床应用[J]. 中国康复, 2012, 27(3): 237-238.
- [7] 李凝, 周斌, 房红梅, 等. 手功能康复训练对脑卒中患者单侧忽略改善的效果[J]. 中国康复, 2011, 26(3): 209-210.
- [8] 陈世菊, 吴强, 何红晨, 等. 国际假肢矫形学会课程认证对我国假肢矫形专业教育的启示[J]. 中国康复, 2013, 28(4): 261-262.
- [9] 李希. 康复护理指导对脑卒中家庭康复中的应用[J]. 中国康复, 2012, 27(3): 234.

低频电刺激治疗脑卒中后尿潴留的疗效观察

曹克勇, 雷海瑛

【摘要】 目的: 观察低频电刺激对脑卒中后尿潴留的疗效。方法: 选择脑卒中后尿潴留患者 80 例, 随机分为观察组和对照组各 40 例。2 组均予以常规膀胱功能干预治疗, 观察组同时给予低频电刺激治疗。治疗前后测定 2 组膀胱残余尿量、记录生活质量评分。结果: 治疗 15d 后, 2 组患者的膀胱残余尿量、生活质量评分均明显低于治疗前, 且观察组更低于对照组(均 $P < 0.05$); 2 组患者临床疗效比较, 观察组总有效率明显高于对照组(95%、75%, $P < 0.05$)。结论: 低频电刺激能显著减少膀胱残余尿量, 改善尿潴留症状, 疗效肯定。

【关键词】 低频电刺激; 脑卒中; 尿潴留

【中图分类号】 R49; R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.01.018

尿潴留是脑卒中患者较常见的并发症之一^[1], 严重影响患者生活质量。临床除少数严重或长时间尿潴留患者行手术治疗外, 多采用保守治疗^[2-6]; 但留置或间歇清洁导尿不仅增加患者痛苦, 且对尿道造成损伤、引

起泌尿系统感染; 而药物治疗不仅起效较慢, 疗效也不肯定。我科采用低频电刺激治疗脑卒中后尿潴留, 效果良好, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 7 月~2012 年 12 月在我科治疗的脑卒中患者 80 例, 均符合第四届全国脑血管病会议的诊断标准^[7], 且经头颅 CT 或 MRI 确诊。80 例患

收稿日期: 2013-08-14

作者单位: 丽水市中心医院康复医学科, 浙江 丽水 323000

作者简介: 曹克勇(1981-), 男, 住院医师, 主要从事神经系统疾病及骨关节系统疾病功能康复方面的研究。