

信息-动机-行为技巧模型在腹部带蒂皮瓣修复术患者中的应用

彭爱萍¹, 包良笑², 陈晓敏¹, 刘远来¹, 王小艳¹

【摘要】 目的:以信息-动机-行为技巧(IMB)模型为理论基础制订护理干预措施,提高腹部带蒂皮瓣修复术患者康复依从性,减少皮瓣蒂扭转、折叠、撕脱,促进关节功能的恢复。方法:选择因手、腕部、前臂皮肤软组织缺损行腹部带蒂皮瓣修复术的患者90例,随机分为观察组和对照组各45例,对照组给予常规护理和健康教育,观察组在此基础上给予IMB模型康复护理干预措施,观察术后皮瓣蒂位置固定情况,在断蒂术后1d、术后2周采用肩关节功能评定量表及肘关节评定表评价。结果:治疗2周后,患者皮瓣蒂部固定效果均优于对照组($P<0.05$)。治疗后2组患者肩关节、肘关节的功能评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且观察组更高于对照组($P<0.01$);2组疼痛分值均较治疗前下降($P<0.05$),且观察组更低于对照组($P<0.01$)。结论:提供IMB模型为理论基础的综合康复护理措施能提高腹部带蒂皮瓣修复术患者对康复训练的依从性,减少皮瓣蒂扭转、折叠、撕脱,促进上肢关节功能的恢复。

【关键词】 信息-动机-行为技巧模型;腹部带蒂皮瓣术;关节僵硬;康复护理

【中图分类号】 R49 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.06.019

腹部带蒂皮瓣具有供区隐蔽、易于设计、操作简单、成活率高、皮瓣质地良好,可供取面积大的优点,临床上常用来修复手、腕部及前臂的皮肤软组织严重缺损^[1]。皮瓣移植术后为防止蒂部扭转、折叠、撕脱,需将患肢固定于腹部3~4周^[2]。但这种肢体制动不牢,移动范围大,会牵拉或扭转蒂部影响皮瓣血液循环甚至坏死,肢体制动过牢又极易造成患肢肌肉酸痛、肌腱萎缩、关节僵硬,从而影响手功能的恢复。如何让患者改变原有活动自如的行为,不影响皮瓣蒂部血运,采取患肢有效固定于腹部,积极进行系统康复锻炼防止关节僵硬,提高依从性促进康复是护理工作的难点。信息-动机-行为技巧模(Information-Motivation-Behavioral Skills, IMB)模型于1992年由Fisher等^[3-4]在艾滋病高危行为研究中首次提出,强调完成行为改变,信息、动机、行为技巧三者缺一不可^[5],是被广泛应用的行为改变理论模式之一^[6]。我们对手、腕部、前臂皮肤软组织缺损行腹部带蒂皮瓣修复术的患者进行以IMB模型为理论基础,制订相关康复护理措施及康复训练方案并实施,效果满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年3月~2015年3月在

我科住院因手、腕部、前臂皮肤软组织复合性缺损行腹部带蒂皮瓣修复术的患者,排除标准:合并有患肢肩肘关节骨折需制动者;合并脑、胸、腹、脊柱、骨盆及大肢体损伤或有休克症状者;既往有认知障碍或有精神疾病病史者。纳入本组病例90例,随机分为2组各45例,①对照组:男27例,女18例;年龄(29.5 ± 4.1)岁;病程(22.4 ± 1.5)d;文化程度:初中及以下22例,高中11例,大专及以上12例;机器绞伤13例,挤压伤14例,热压伤9例,脱套伤9例;单指复合性组织缺损13例,多指复合性组织缺损11例,手掌手背复合性组织缺损8例,前臂复合性组织13例。②观察组:男31例,女14例;年龄(28.3 ± 2.5)岁;病程(23.2 ± 2.1)d;文化程度:初中及以下25例,高中12例,大专及以上8例;机器绞伤15例,挤压伤12例,热压伤8例,脱套伤10例;单指复合性组织缺损15例,多指复合性组织缺损9例,手掌手背复合性组织缺损9例,前臂复合性组织12例。2组患一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组行常规护理方案,做好入院宣教;术前告知注意事项,术后当天平卧位,保持患肢肩、肘关节和腹部皮瓣在同一水平;术后第1天:提供健康宣教,主要出院时进行出院指导等常规护理措施。观察组在对照组的基础上加予IMB模型康复护理,具体如下:①信息干预。a.内容:手术原理,皮瓣的保护,断蒂时间及并发症的预防;术后饮食、体位、肢体活动、伤口情况及疼痛的解析;坚持功能锻炼的重要性;b.时机:手术后第1天,患者情绪稳定且麻醉清醒时进行;c.方

收稿日期:2015-09-01

作者单位:1. 中山市小榄人民医院骨科,广东 中山 528415;2. 南方医科大学南方医院关节骨病科,广州 510510

作者简介:彭爱萍(1977-),女,副主任护师,主要从事骨科及手外科康复护理方面的研究。

式:一对一交流,评估患者信息需求,对其缺失的相关基础知识进行解析,以患者复述宣教知识来评估其掌握程度,并指导下一次信息支持,交流时间为30min;

②动机干预。a. 社会动机:创造有益于健康行为转变的环境,把腹部皮瓣修复术后的患者安置在同一间病房,让患者可以互相交流和鼓励,形成一个健康行为改变的氛围;了解患者家庭支持和经济情况,引导患者及家属认识到采取并维持有效的健康行为可以缩短住院时间,减轻经济负担;b. 患者动机:面对面访谈,掌握患者个性,了解患者人生观及行为改变意愿,使患者对术后相关并发症有清晰的认识。

③行为技巧:护士与医生或治疗师进行有效的沟通,确定患者合适的锻炼方式,开始干预介入的时间及模式,随后护士在医生或治疗师的指导下进行标准行为活动示范,再协助患者行为活动练习,最后形成患者自主行为活动锻炼的模式。

第一阶段:腹部带蒂皮瓣修复术后:术后1d,予平卧位,用软枕垫高患肢肘关节,使肩肘关节和腹部皮瓣保持在同一水平,用宽绷带持续固定患肢于腹部,用健侧手掌按摩患侧肩肘关节,被动活动患肢健指,指导作患肢肌肉等长收缩,以静力性收缩为主,每次肌肉绷紧最大强度坚持10s后休息10s,10次为1组,每天10组。行为活动原则是避免蒂部扭转、折叠、牵拉。术后3d,指导患者健手扶患手固定皮瓣蒂部,协助患者半坐卧位,活动患肢各关节。肩关节做耸肩、顺、逆时针转动;患侧肩关节下沉,脊柱向患侧侧弯,最大限度屈曲肘关节,患侧耸肩,脊柱向健侧侧弯最大限度伸展肘关节;健手固定患手掌骨近端,进行腕关节屈伸、尺偏、桡偏运动;被动活动未受限手指的各个关节到正常范围。每个动作10次为1组,一天2组。腹部带蒂皮瓣断蒂术后:断蒂术后1d,肩关节钟摆及前屈上举活动,弯腰90°,患侧上肢下垂,以健手扶患侧手腕,用力推拉患侧前臂,使患侧肩关节在所能达到的最大范围内划圈每次顺、逆时针各划20圈;肩关节前屈上举,伸直患侧上臂,健手扶患肢肘部,使患肢最大限度上举,并维持2min,10次为1组,每天2组;身体直立,肩关节不动,肘关节进行屈伸、前臂旋前旋后活动,每日3次,每次20min;腕、掌指、指间关节背伸、拇指内收、外展、内旋、外旋运动,握拳,对指对掌活动,每次20min,每天5次。共治疗2周。

1.3 评定标准 ①皮瓣蒂位置:患者皮瓣修复术后2周,每2小时观察1次。皮瓣蒂位置正确为皮瓣蒂部适度无拉伸,无折叠、扭转,皮瓣的血运正常,无疼痛。皮瓣蒂位置错误为皮瓣蒂部拉伸过度,或皮瓣蒂折叠、扭转、撕脱、皮瓣血运异常、疼痛。治疗前后进行以下评价。②患肢疼痛:采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评定^[7],划一直线长10cm,两端分别标明0和10,让患者在直线上标出疼痛位置。0分为无痛,10分为重度疼痛。

③采用Constant-Murley评分对肩关节功能评定^[8]。包括疼痛(15分)、日常活动(20分)、运动范围(40分)、力量(25分),满分为100分,分值越高,功能越好。④采用Mayo评分对肘关节功能评定^[9]。包括疼痛(45分)、运动(20分)、稳定性(10分)、日常活动(25分),满分为100分,90分以上为优,75~89分为良,60~74分为可,60分以下为差。

1.4 统计学方法 所得数据使用SPSS 13.0进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验或F检验,计数资料用百分率表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有显著性意义。

2 结果

治疗2周后,观察组患者皮瓣蒂部固定效果均优于对照组($P < 0.05$)。治疗后,2组患者肩关节、肘关节的功能评分均较治疗前明显提高($P < 0.05$),且观察组更高于对照组($P < 0.01$);2组疼痛分值均较治疗前下降($P < 0.05$),且观察组更低于对照组($P < 0.01$)。见表1、2。

表1 2组患者皮瓣蒂部固定效果比较 例(%)

组别	n	位置正确	折叠	扭转	血运异常	疼痛
观察组	45	41(91.1) ^a	1(2.2) ^a	1(2.2) ^a	0(0) ^a	2(4.4) ^a
对照组	45	32(71.1)	3(6.6)	4(8.8)	1(2.2)	5(11.1)

与对照组比较,^a $P < 0.05$

表2 2组肩、肘关节功能比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	时间	患肢疼痛	关节功能	
				肩关节	肘关节
观察组	45	治疗前	8.2±1.4	82.8±1.6	83.3±1.2
		治疗后	2.2±0.8 ^{ab}	96.6±0.6 ^{ab}	94.2±1.3 ^{ab}
对照组	45	治疗前	8.6±1.3	83.2±1.4	84.1±1.1
		治疗后	3.3±1.6 ^a	89.1±1.2 ^a	88.6±0.8 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.01$

3 讨论

腹部皮瓣修复术后初期,血供主要依靠蒂部血管提供,蒂部拉伸过度、折叠、扭转、撕脱、皮瓣血运异常都会导致皮瓣坏死,手术失败^[8]。在改变腹部带蒂皮瓣修复术患者原有活动方式,采用患肢固定于腹部保护皮瓣蒂部血供的行为中,首先为患者提供腹部带蒂皮瓣修复术的相关信息,使患者了解术后正确的固定方法和规范,其次让患者住同病种病房,提供一个有利于患者开始思考改变原有活动自由,采用患肢固定腹部的行为改变氛围,增强行为转变的动机,再提供患者可以接受的行为技巧训练,观察组在信息、动机、行为三方面实施综合护理干预,让患者认识并避免影响皮

瓣成活的危险因素,采取积极正确的体位,提高皮瓣蒂部固定有效性。本研究结果发现,干预后观察组患者发生皮瓣蒂部折叠、扭转、血运异常、疼痛等情况明显少于对照组,说明干预取得较好的效果。

观察组在信息、动机、行为三方面实施综合护理干预后,患肢的疼痛评分明显低于对照组。急性创伤患者出现明显的心理脆弱、焦虑、恐惧、消极被动的心理反应是疼痛加重的重要因素^[10]。观察组把腹部带蒂皮瓣修复术后患者放置同病种病房,为患者创造一个安全舒适的氛围,及时提供体位、固定、疼痛管理等有针对性的相关信息支持,在动机上护士守护在患者床边鼓励指导,给以心理和情感支持,手把手教会患者掌握活动技巧,从而提高患者的自信心和自我功效,克服了心理障碍,掌握了固定体位和活动技巧,主动妥善固定制动肢体,避免不必要的移动牵拉肢体,促进创面愈合从而缓解疼痛。

目前大多数针对腹部带蒂皮瓣修复术患者的干预都不是以理论性为基础的,而且主要集中于知识的宣教,往往忽略了增强患者行为动机和提供相应的行为技巧训练,有些健康教育甚至不能与腹部带蒂皮瓣修复术后提高康复训练的依从性,减少皮瓣蒂扭转、折叠、撕脱等并发症相一致。而观察组是以IMB技巧模型为理论基础制订护理干预措施却可以为腹部带蒂皮瓣修复术患者提供一个简洁系统的健康促进框架,为患者提供相关知识的宣教的同时,也密切关注患者的动机和社会动机干预,并对患者的行为技巧进行分阶段系统的进行训练,本研究结果显示观察组患肢肩肘关节功能评分明显高于对照组。表明提供IMB技巧

模型为理论基础综合护理干预,能使患者对术后蒂扭转、受压、撕脱及肩肘关节僵硬等并发症有清晰的认识,并能懂得通过采取并维持有利于腹部带蒂皮瓣修复手术的功能锻炼可以促进血液循环,减少患肢肿胀,防止关节僵硬,促进患肢关节功能的恢复。

【参考文献】

- [1] 黄春霞,方静,唐素贞,等. 系统康复治疗对腹部带蒂皮瓣引发废用性肩关节僵硬的干预效果[J]. 解放军护理杂志, 2011,9(28): 28-29.
- [2] 孙永华,孙迎放. 现代烧伤治疗与手术图谱[M]. 北京:人民军医出版社,2003,200-204.
- [3] Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS risk behavior[J]. Psychol Bull, 1992,111(3):455-474.
- [4] Fisher JD, Fisher WA, Misovich SJ, et al. Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation and behavioral skills in a college student population[J]. Health Psychol, 1996,15(2):114-123.
- [5] 梁培荣,薛小玲. 信息-动机-行为技巧模型在护理领域的应用现状[J]. 护理研究, 2013,3(27):584-586.
- [6] Gao JL, Wang JL, Zhu YC, et al. Validation of an information motivation behavioral skills model of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes[J]. BMC Public Health, 2013,4(13):100-100.
- [7] 赵继军. 疼痛护理学[M]. 北京:人民军医出版社,2002:128-128.
- [8] 张明,周敬杰,翟宏伟,等. 肩胸关节运动训练对肩袖损伤术后肩关节功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2015,30(2):128-130.
- [9] 张兵兵,袁治国,邵建军,等. 闭口式尺桡骨双侧截骨术治疗桡骨远端畸形愈合的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2015,28(7):622-627.
- [10] 郑少萍. 带蒂皮瓣最佳断蒂时间及影响因素[J]. 中国美容医学, 2001,10(3):255-257.

• 近期国外期刊文摘 •

脑损伤后抑郁的药物治疗

创伤性脑损伤会导致抑郁风险的增加。有证据表明,创伤性脑损伤后的抑郁经历与功能障碍严重程度和康复困难有关。这篇文献回顾和 meta 分析,探讨了创伤性脑损伤后抑郁的药物治疗的疗效。

基于多数据库的文献回顾,检索了有关创伤性脑损伤后抑郁的药物治疗的研究。提取的数据包括抗抑郁药物的使用,治疗起始时间及持续的疗程,评估方法及治疗效果。对一段时间内抑郁症状改善的治疗效果进行荟萃分析。

文献回顾中,筛选出9个临床试验用于综述和 meta 分析。这些研究中的被试平均年龄在28~50岁之间,有轻到中度的脑损伤。荟萃分析表明,随着时间推移,抗抑郁药物治疗疗效显著($P < 0.001$)。将那些安慰剂对照试验进行分析,抗抑郁药物仍有显著的治疗效果($P = 0.02$)。三环类抗抑郁药和SSRI类抗抑郁药的疗效尤其显著(均 $P < 0.001$)。

结论:这项对脑损伤患者抗抑郁治疗的研究的 meta 分析发现,药物治疗与抑郁症状的缓解显著相关。

Salter KL, McClure JA, Foley NC, et al. Pharmacotherapy for Depression Post-Traumatic Brain Injury: A Meta-Analysis. J Head Trauma Rehab, 2016, 31(4): E21-E32.

中文翻译由浙江大学医学院附属邵逸夫医院李建华主任主译编