

# 青壮年断指再植患者在辨证施护原则下行同病异护效果观察

孙凌燕

宁波市第六医院, 浙江 宁波 315040

**[摘要]** 目的: 观察青壮年断指再植患者在辨证施护原则下行同病异护的效果。方法: 青壮年断指再植患者90例, 随机分为对照组和实验组, 各45例。围手术期, 对照组给予常规护理干预; 实验组在辨证施护原则下行同病异护。采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价患者的情绪状态, 观察2组断指再植后手部功能恢复情况、并发症发生率等。结果: 护理干预后, 2组SAS评分、SDS评分均较干预前下降, 与本组干预前比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); SAS评分、SDS评分实验组的下降幅度明显大于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。手部功能恢复优良率实验组97.78%, 对照组84.44%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。并发症总发生率实验组为0, 对照组8.89%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 青壮年断指再植患者在辨证施护原则下行同病异护, 有助于改善患者的不良情绪状态, 促进康复锻炼以恢复手部功能, 减少并发症风险。

**[关键词]** 青壮年; 断指再植; 辨证施护; 同病异护

**[中图分类号]** R658.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0268-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.101

近年来随着工业的发展, 手指离断性损伤的发生率不断升高。但随着手外科的发展和完善, 多数手指离断性损伤患者可得到及时的治疗, 断指功能也得到最大限度的恢复。断指再植是通过显微镜的辅助, 将离断的指体接回原位, 并修复血管、肌腱、神经。术后需要患者进行科学合理的康复锻炼, 以防发生肌腱粘连、肌纤维萎缩等并发症而影响手指功能的恢复<sup>[1]</sup>。临床上的断指再植患者大多为青壮年, 这可能与手指离断性损伤多为工伤有关。青壮年往往承担着家庭的生活重担, 在受伤后常会由于疼痛、担心留下残疾或高昂的治疗费用而产生焦虑、抑郁等不良情绪, 不仅影响术后的后续治疗、康复锻炼的依从性, 还易与护理人员发生矛盾, 不利于护理工作的顺利实施<sup>[2]</sup>。本研究在青壮年断指再植患者的围手术期护理工作中, 以辨证施护原则为指导, 根据患者的具体病情实施同病异护, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

选择2013年3月—2015年2月收治的青壮年断指再植患者, 共90例, 男65例, 女25例; 年龄

22~50岁, 平均 $(38.75 \pm 10.32)$ 岁; 体重49~82kg, 平均 $(64.78 \pm 11.21)$ kg; 受伤至就诊时间20~90min, 平均就诊时间 $(41.25 \pm 11.28)$ min; 受伤原因包括交通事故伤28例, 机器轧伤40例, 锐器切割伤22例。按照随机数字表法将90例患者分为对照组和实验组, 每组43例, 2组性别、年龄、体重、受伤至就诊时间、受伤原因等经统计学处理, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 方法

**2.1 手术方法** 所有患者均接受断指再植手术, 行臂丛神经阻滞麻醉。在显微镜下彻底清创, 术中将近指两端的指神经进行端端吻合, 采用10个0的无损伤缝线修复指神经外膜, 每根指神经吻合4针。骨折部位采用钢针固定。

### 2.2 护理方法

**2.2.1 对照组** 给予常规护理干预, 术后保持病房室温维持在 $25^{\circ}\text{C}$ 左右, 相对湿度维持在50%~60%。嘱患者注意卧床休息, 患肢制动, 抬高于心水平以上15~30cm。禁止患侧卧位, 每隔2h观

**[收稿日期]** 2016-01-15

**[作者简介]** 孙凌燕 (1981-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理研究。

察再植指的血运情况。手术局部烤灯照射,并按照医嘱给予静脉补液、抗感染、镇痛等后续治疗。

**2.2.2 实验组** 患者在辨证施护原则下行同病异护,根据不同阶段的伤情特点实施不同的护理方法。术后早期的病理特点是骨断筋伤、气血瘀阻,断指失去温煦。术后7d内这一阶段的护理措施以活血止痛、断指保温为主。将患者安置于安静、舒适的病房,适当限制探视人员的数量,以防交叉感染。预防血管危象,禁止患者及探视人员吸烟。饮食在清淡基础上辅以活血化瘀、消肿止痛之品,如桃仁粥、三七煲鸡汤等,忌食辛辣刺激、肥甘厚味,给予桃红四物汤口服。患肢制动,对患者的疼痛进行安慰,重视情志护理,以达到疏肝解郁的目的。根据需要采用专用烤灯照射,加强巡视,观察断指皮肤颜色、皮温、肿胀程度、毛细血管充盈情况。术后72h是血管危象的高发时段,应严密观察。中期筋脉已连,骨连而未合,筋续而未固。术后1~3周以活血化瘀、接骨续筋为主。行红外线理疗。饮食在清淡基础上辅以活血补血、接骨续筋之品,如当归煮鸡汤、桑枝排骨汤。同时配合适当的功能锻炼,用健侧手指捏住患指中节指段,主动屈伸远侧指关节;或按住近节指段主动屈伸近侧指关节。以减轻肌肉萎缩、组织粘连和关节僵硬。同时辅以中药红花、艾叶等熏洗。对患者康复锻炼的依从性进行分析,对畏痛怕难者鼓励其克服疼痛感,坚持锻炼,而对于操之过急者告知其锻炼要循序渐进,不可急功近利。晚期时骨、脉、筋均已愈合,针对损伤后脉通而未和、筋续而未舒等病理特点,术后6周后这一阶段的护理措施以舒筋活络、补益气血为主。采用红外线理疗,并给予当归、红花、透骨草、伸筋草等舒筋活血类中药熏洗。增加蛋白质、钙质等摄入,可服用黄芪猪脚汤、党参黑鱼汤等。指导患者练习拿筷子、写字、扣纽扣等精细动作训练,并加强握拳等肌力训练。

### 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价患者的情绪状态,SAS评分临界值为50分,得分越高表示焦虑程度越严重。SDS评分临界值为53分,得分越高表示抑郁程度越严重。

**3.2 统计学方法** 运用SPSS11.5统计软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 $t$ 检验;计数资料用百分率表示,采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 手部功能恢复评价与结果

**4.1 手部功能恢复评价** 采用中华医学会手外科学会手部功能评价标准评定患者指伸肌腱总主动活动度。优:屈伸活动正常,总主动活动度 $>220^\circ$ ;良:功能为健侧指的75%以上,总主动活动度达到 $220^\circ \sim 200^\circ$ ;中:功能为健指的75%~50%,总主动活动度达 $200^\circ \sim 180^\circ$ ;差:功能为健指的50%以下,总主动活动度 $<180^\circ$ 。

**4.2 2组护理干预前后SAS评分、SDS评分比较** 见表1。护理干预后,2组SAS评分、SDS评分均较干预前下降,与本组干预前比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );SAS评分、SDS评分实验组的下降幅度明显大于对照组,与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组护理干预前后SAS评分、SDS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	n	SAS评分		SDS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	45	66.45±14.54	59.24±10.35 <sup>①</sup>	68.75±15.24	60.34±11.63 <sup>②</sup>
实验组	45	66.72±14.38	52.45±8.67 <sup>①②</sup>	68.90±15.17	54.28±8.94 <sup>①②</sup>

与本组干预前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组干预后比较,② $P < 0.05$

**4.3 2组术后手部功能恢复优良率比较** 见表2。手部功能恢复优良率实验组97.78%,对照组84.44%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),术后手部功能恢复优良率明显高于对照组。

表2 2组术后手部功能恢复优良率比较 例

组别	n	优	良	中	差	优良率(%)
对照组	45	18	20	6	1	84.44
实验组	45	21	23	1	0	97.78 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

**4.4 2组并发症发生率比较** 见表3。并发症总发生率实验组为0,对照组8.89%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组并发症发生率比较 例

组别	n	感染	关节僵硬	血管危象	总发生率(%)
对照组	45	2	1	1	8.89
实验组	45	0	0	0	0 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

## 5 讨论

近年来,随着显微外科技术的不断发展,为手指

离断性创伤的修复提供了良好的技术支持。断指再植的成功与否受到诸多因素的影响,手术技术固然是断指再植成功的基础,手术后的护理干预质量也对断指成活起到重要的影响<sup>[3~4]</sup>。如何加强术后护理干预,使断指再植的成活率得到提高是临床护理工作的重点。

中医学认为,手指离断性损伤属于“外伤”之范畴,皮肤、肌肉、筋骨发生损伤后导致瘀血肿痛、筋骨骨折<sup>[5]</sup>。创伤初期气机逆乱,经脉损伤,血溢脉外。离经之血瘀阻脉络,气随血失,导致经络不通,治则以活血化瘀为法。中期则以气虚则血滞、瘀阻经络为主,皮肉、筋骨得不到气血之温养,肌肤麻木不仁,治则以活血补气为法。而晚期虽筋骨愈合,但仍处于脉通而未和、筋续而未舒的状态,治则以舒筋通络为法<sup>[6]</sup>。因此在病情的不同阶段施以不同的干预手段十分必要。

青壮年断指再植患者为突然受到严重的创伤,伤情导致的剧烈疼痛、对预后情况以及手术费用的担忧,常使患者处于焦虑、抑郁等不良情绪的影响下。不良情绪不仅影响患者的休息和睡眠,还会引起机体儿茶酚胺大量释放,引起血管收缩而不利于断指再植的成活,因此,在护理工作中应注重情志护理,使患者消除不良情绪<sup>[7~8]</sup>。本研究中经过护理干预后,2组患者的SAS评分、SDS评分均较干预前下降,实验组的下降幅度明显大于对照组,提示,青壮年断指再植患者在辨证施护原则下行同病异护,有助于改善患者的不良情绪状态。

术后的康复锻炼对断指再植患者的手部功能影响较大,实施辨证施护可通过饮食指导、中药熏洗等手段使处于不同阶段的患者接受到相应的活血、化瘀、止痛的护理干预,有助于缓解疼痛、肿胀,更有利于术后康复锻炼<sup>[9]</sup>。同时针对不同心态的患者进行心态调整,既避免了锻炼不足,又避免了过度训练。本研究中实验组患者术后手部功能恢复优良率明显高于对照组。术后根据不同阶段的病理特点通过中药熏洗或口服的方式改善局部血液循环,促进断指局部血运,缓解肿胀。配合科学合理的康复锻炼,避免引起肌肉

萎缩、关节僵硬、血管危象等风险因素<sup>[10]</sup>。实验组患者并发症发生率明显低于对照组。断指再植的围手术期,患者的情绪处于易激惹状态,常会因为小事或误会而将火发在护理人员身上。辨证施护的干预过程增加了护理人员和患者之间的沟通与理解,使患者更易配合各种治疗和护理操作。本研究结果表明,青壮年断指再植患者在辨证施护原则下行同病异护,有助于改善患者的不良情绪状态,促进康复锻炼以恢复手部功能,减少并发症风险,同时也有利于增进护患关系。

### [参考文献]

- [1] 庄加川,李敏姣,吴耿,等. 指动脉静脉化在末节断指再植中的临床应用[J]. 中华显微外科杂志, 2012, 35(1): 78-79.
- [2] 方彩琼,周志华,叶伟德,等. 断指再植术后成活率影响因素分析及护理对策[J]. 中华全科医学, 2014, 12(7): 1156-1158.
- [3] Chin KY, Hart AM. Temporary catheter first perfusion during hand replantation with prolonged warm ischaemia[J]. JPRAS, 2012, 65(5): 675-677.
- [4] 彭爱萍,陈晓敏. 延续康复护理对断指再植患者康复期生活质量及再植指功能的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(5): 378-379.
- [5] 刘运涛,李新军,吕景波,等. 中西医结合治疗断指143例临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(6): 996-997.
- [6] 张勇,王小宇,潘书燕,等. 逐瘀再生汤防治断指(趾)再植术后血管危象临床研究[J]. 吉林中医药, 2012, 32(12): 1249-1250.
- [7] 杜兰香. 断指再植术128例术后护理[J]. 中华全科医学, 2013, 11(2): 320-321.
- [8] 张立美,刘光青. 舒适护理在断指再植患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(1): 49-52.
- [9] 赵鹏飞. 中药熏洗联合术后功能锻炼对断指再植功能恢复的作用分析[J]. 中医临床研究, 2015, 9(10): 31-32.
- [10] 张晓岚,赛咏梅,郑田淑,等. 末节断指再植术后的护理[J]. 中医正骨, 2012, 24(6): 79-80.

(责任编辑: 马力)