

早期和中期介入康复治疗护理对手外伤术后手功能恢复的影响比较

孙红波

手外伤是手外科最常见的损伤,术后常遗留不同程度的功能障碍或产生一些并发症,影响患者的生活和工作。手外伤的康复治疗直接影响手功能的恢复效果,作用不容低估。患者往往不了解或不重视康复医学而延误最佳康复时机,致使病程延长,手功能恢复效果不理想。本次研究总结98例手外伤术后患者的康复治疗经验,探讨手功能恢复过程中康复治疗护理介入的最佳时期。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年3月至2016年6月在慈溪市中医医院手外科收治的手外伤术后患者98例,其中男性58例、女性40例;年龄16~56岁,平均年龄(34.62 ± 4.36)岁,所有患者均未接受过专业的康复治疗护理。入选标准为手外伤术后,并发或不并发手部关节或血管损伤、手部骨折等,排除手部神经损伤或炎症术后、运动损伤、类风湿性关节炎、慢性腱性损伤等。根据患者介入康复治疗护理的时间不同分为两组,术后1~3月接受康复治疗护理的患者36例分入早期康复护理组,术后3~6月接受康复治疗护理的患者62例分入中期康复护理组。其中早期康复护理组36例中男性18例、女性18例;平均年龄(33.42 ± 5.12)岁;掌骨或指骨骨折12例、撕脱伤6例、肌腱损伤10例、断指再植8例;中期康复护理组62例中男性40例、女性22例;平均年龄(34.72 ± 2.83)岁;掌骨或指骨骨折19例、撕脱伤12例、肌腱损伤19例、断指再植12例。两组患者的年龄、性别、手外伤类型的构成比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 治疗方法

1.2.1 康复治疗 ①物理治疗:采用超短波或红外线照射伤口,每次20分钟,每天2次。有炎症或溃疡者加用激光照射,每次15分钟,每天2次。②运动治疗:给予患者手部关节活动度训练,包括被动运动、主动运动、屈伸运动、肌力训练、耐力训练等改善关节活动度。③作业治疗:根据患者手功能的具体情况制定个体化的治疗方案,练习实用性技能,如抓捏橡皮泥、抓握轻重大小不一的物品、写字、使用电脑、娱乐性治疗等促进手部功能的恢复。④矫形治疗:给患者配备必要的辅助工具,如手部矫形器等。以上治疗每天3~6小时,具体治疗量由主治医师根据患者情况灵活制定^[1,2]。

1.2.2 临床护理 ①手部护理:应严密监察患手的情况,包括伤口、血液运行等,防止感染或病情加重。②体位摆放:利用矫形器具或小枕头将患手保持在关节功能位置,防止畸形的发生。手部肿胀患者应将患手垫起至略高于心脏水平,以利血液循环,减轻肿胀。③指导锻炼:指导患者进行正确的手部功能锻炼,鼓励患者进行穿衣、用餐、洗澡、入厕等训练,嘱其注意保暖和保护患手的各项措施。④疼痛护理:向患者解释手部疼痛是不可避免的,介绍淡忘疼痛的方法,讲清止痛药的易成瘾性,鼓励患者树立信心战胜疼痛,对难以忍耐疼痛者适当给予止痛药。⑤生活自理能力的指导:对患者进行穿衣、进食、个人卫生等训练指导,提高生活自理能力。⑥指导安全防护:告知患者尽量避免皮肤损伤,注意保持与锐利、硬物间的距离,谨防擦伤和碰伤。在洗手时,先用健手试温(在 45°C 左右),后将患手浸入水中,以免烫伤。寒冷季节手指注意保暖,防止冻伤,嘱其采取相应的预防皮肤损伤措施。⑦心理护理:针对患者不同时期出现的心理变化及时给予心理指导,使其正确面对受伤的事

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.03.041

基金名称:慈溪市科技局农业和社会发展科技科(CN2014029)

作者单位:315300 浙江慈溪,慈溪市中医医院手外科

实,从而树立其对生活的信心和勇气以及树立对康复的信心。

1.3 疗效评定 参照国际手外联合会制定的手指伸屈功能作为评定标准^[3,4],即总主动活动度(total active motion, TAM)进行评估, TAM=患指总主动屈曲度-总主动伸直受限度。术前及康复治疗结束后均测定TAM进行疗效比较。评价标准:优:TAM>220°,屈曲活动正常;良:TAM 200°~220°,功能为

健侧的75%以上;中:TAM 180°~200°,功能为健侧的50%~75%;差:TAM<180°,功能为健侧的50%以下。优良率为优和良例数之和占总例数的比例。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计数资料采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者治疗效果对比见表1。

表1 两组手外伤患者治疗前后疗效对比

组别		TAM/°	优/例	良/例	可/例	差/例	优良率/%
早期组	治疗前	73.21±19.60	0	9	6	21	25.00
	治疗后	204.34±28.43*#	20	11	3	2	86.11*#
中期组	治疗前	80.92±21.31	0	18	14	30	29.03
	治疗后	163.73±24.21*	14	28	11	9	67.74*

注: *:与同组治疗前比较, $P<0.05$; #:与中期组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,两组患者治疗前TAM和优良率比较,差异均无统计学意义($t=1.82, \chi^2=0.41, P$ 均 >0.05)。经过3个月的康复治疗,两组患者的TAM均较治疗前有明显改善(t 分别=22.80、20.22, P 均 <0.05),早期组患者的TAM和优良率均高于中期组,差异均有统计学意义($t=7.19, \chi^2=4.04, P$ 均 <0.05)。

3 讨论

手外伤后的手术与康复不可分割,外科手术更大程度的保留了手功能,为手功能的恢复创造了必要条件,但完全恢复手功能还需要大量的康复治疗。

目前,早期介入康复治疗的意识淡薄,对康复医学了解较少,可能是造成手外伤后期恢复不理想的主要原因之一,因此医护人员一方面应加强康复治疗宣传,让患者充分了解康复医学,认识康复治疗的重要性,由被动康复转变为主动康复,使更多患者早期介入康复治疗,赢取康复治疗的最佳时机;另一方面应积极开展简便可行的康复治疗手段,如家庭康复治疗等,可节省治疗所需费用,降低患者的家庭负担,提高治疗效果,帮助患者更好的恢复手功能,提高患者的生活质量。本次研究结果显示,经过3个月的康复治疗,两组患者的TAM均较治疗前有明显改善(P 均 <0.05),早期组患者的TAM和优良率均高于中期组,差异均有统计学意义(P 均 <0.05)。可见康复治疗护理对于手功能的恢复极为重要,康复治疗介入越早,治疗疗效越好,且康复所需时间越短。这可能与早期康复锻炼有利于患者血液恢复循环,消除肿胀,从而减少关节僵硬、瘢痕

挛缩、肌肉萎缩等后遗症的发生率相关^[6,7]。另外,手外伤术后3~6个月才开始康复治疗护理,治疗3个月后手功能也有明显改善,可见有些未经过正规康复治疗的患者,虽错过了康复治疗的最佳时机,医护人员也不应该放弃对患者的继续治疗。

综上所述,早期接受康复治疗护理有利于手外伤患者术后手部总主动活动度的恢复,对于手部功能的其他方面,如肌力、肌张力、精细运动情况的影响尚待进一步研究。

参考文献

- 1 孙泉,李云.手外伤术后康复治疗进展[J].医学信息,2016,29(15):59-60.
- 2 单燕舞.手外伤术后患者焦虑和抑郁的原因分析及护理措施[J].中国医药导报,2014,19(19):145-147,151.
- 3 Lin DC, Chang JH, Shieh SJ, et al. Prediction of hand strength by hand injury severity scoring system in hand injured patients[J]. Disabil Rehabil, 2012, 34(5):423.
- 4 邓惠文,吴洪,刘丽平,等.早期系统康复治疗对手外伤术后患者的影响[J].中国康复,2011,18(6):409-411.
- 5 赵冠春,刘珂,徐鑫亚,等.手功能障碍患者康复治疗介入时间与疗效分析[J].江苏医药,2015,41(23):2896-2898.
- 6 薛建波,竺枫,黄剑.多手指多平面离断再植186例的临床分析[J].全科医学临床与教育,2012,10(1):72-73.
- 7 罗娟,刘忠义,刘敏,等.手外伤术后的早期介入康复治疗及护理[J].实用手外科杂志,2016,30(3):370-371.

(收稿日期 2017-01-20)

(本文编辑 蔡华波)