

【临床护理】

屈指肌腱断裂修复后患者的康复护理

彭利华

(遂川县人民医院 外二科,江西 遂川 343900)

[摘要] 总结屈指肌腱断裂修复后康复护理体会。术后对患者实施心理疗法、物理疗法以及分初、中、后3个阶段实施康复运动疗法,术后初期被动屈指、主动伸指训练;术后中期主动运动恢复期,被动屈曲各掌指和指间关节;术后后期逐渐增加阻力的主动练习。注意尽早进行,循序渐进,直至功能基本恢复。随访6~18个月54例屈指肌腱断裂修复术后患者,功能恢复优35例,良14例,可3例,差2例,优良率91%。笔者认为术后指导患者科学系统地进行康复训练,对防止和减少肌腱断裂术后粘连和手功能恢复起着重要的作用。

[关键词] 屈指肌腱; 断裂; 修复术; 康复护理

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1008-9969(2006)03-0046-02

屈指肌腱断裂是手部常见损伤,其修复是外科领域中较为重要的课题之一,如不注重术后康复护理,往往造成肌腱粘连及再断裂、手指功能障碍等后遗症。术后如何指导患者进行正确有效的康复训练是护理工作面临的新课题,本院2001年2月-2005年5月对54例屈指肌腱断裂患者进行了修复术,现将患者修复术后康复护理体会报道如下。

1 临床资料

本组患者54例,男47例,女7例,年龄15~49岁;致伤原因:刀具或玻璃等切割伤23例,电锯伤7例,各种机器挤压伤15例,其他损伤9例;损伤部位:腕区损伤16例,掌区损伤8例,指区损伤5例,掌区损伤8例,两区以上的多区域损伤17例;本组均行屈指肌腱修复术,术后24~48h开始功能练习。肌腱指伤后一期肌腱直接缝合修复者38例,二期修复者16例。住院30~51d,平均住院43.5d出院。随访6~18个月,根据美国手外科协会制订的TAM系统评定标准^[1]进行手功能评估:优35例,良14例,可3例,差2例,优良率91%。

2 康复护理

2.1 心理疗法 本组手外伤患者多为突遭外伤,担心疾病的预后,出现明显的焦虑、抑郁、失望等情绪,针对患者存在的心理问题,护理人员做好心理护理,并根据患者情况制定相应康复护理计划,让患者了解康复护理的重要性,使患者的顾虑降至最低程度,积极配合康复锻炼。

2.2 抬高患肢,减轻患肢肿胀 让患者取舒适的卧位,用枕头或支架将伤肢垫起抬高,略高于心脏水平,促进静脉血和淋巴液的回流,减轻肢体肿胀,避免患肢长时间置于受压卧位,以免影响患肢血液循环,加重水肿。患者坐位或立位时将患肢悬吊于胸

前,不能下垂或随步行而甩动。

2.3 物理疗法 术后早期选用超短波、超声波治疗,术后中、晚期(伤口愈合后)选用石蜡疗法、音频电疗法、水疗、红外线疗法,对于促进创面修复,软化疤痕,改善功能和减轻后遗症有明显作用。

2.4 康复训练运动疗法

2.4.1 术后初期即被动屈指,主动伸指期(术后24h~3周) 患者术后返回病房,麻醉消失后局部出现疼痛肿胀,本能地拒绝引起疼痛的任何活动,护士鼓励患者进行早期功能锻炼,说明术后早期活动的重要性和必要性,培养患者乐观积极情绪和自我康复能力。为了减少断腱缝合口的张力,术后用前臂和手的背侧石膏托外固定,使腕关节屈曲30°,掌指关节屈曲45°,指间关节伸展位。护士一手持患者患肢掌腕关节处,另一只手先自伤指的指尖开始向近端按摩3min,然后对伤指指间关节及掌指关节进行被动屈曲,嘱患者主动伸直活动,活动范围为1~3cm,3次/d,5min/次,循序渐进,幅度逐渐增大,时间逐渐延长,此期注意避免主动屈指、被动伸展,以逐渐被动活动为主,鼓励患者忍受一定的疼痛,坚持锻炼,才能收到良好的治疗效果。

2.4.2 术后中期即主动运动恢复期(术后4~5周) 被动屈曲各掌指和指间关节,4次/d,10遍/次,主动练习3种方式握拳,最好将各手指用胶布套在一起,使健指带动患指活动,被动屈指位伸腕练习,指、腕不能同时伸展,腕中立位及掌指关节最大屈曲位练习伸指1次,同时用腕带取代石膏托,指导患者行患指轻度主动运动,做3种位置的主动肌腱活动练习,做轻微日常生活活动练习,如撕报纸、擦玻璃、砂磨等。锻炼时动作缓和,用力适当,以引起轻度酸胀为宜,避免暴力性动作,无阻抗地恢复关节活动度;对肌肉和关节进行按摩,以改善血循环及肌腱活动性,7min/次,15次/d。对急于求成的患者,说明锻炼的渐进性和长期性,防止过度锻炼引起不良影响。

2.4.3 术后后期即逐渐增加阻力的主动练功期(术

[收稿日期] 2005-10-17

[作者简介] 彭利华(1979-),女,江西遂川人,大专学历,现就读护理本科,护师。

后6~10周) 除去一切手部固定, 逐渐增加负荷主动练功, 每一动作需用最大力量主动屈曲手指, 持续2~5 s/次, 15~30次/d, 练习时必须掌握要领, 在练习中感到明显的肌肉疲劳, 否则说明运动力度不够; 日常生活中有意识的多用伤指, 如使用匙子、筷子进食, 穿衣扣钮, 系鞋带, 握笔写字, 自己的事情自己做, 功能活动由简到繁, 循序渐进, 使生活从不能自理逐步过渡到自理, 或增加捡豆子的动作, 以利手指灵活协调, 捏皮球和手中转球, 以增加肌力和改善关节活动度, 拉力器进行负重牵引, 增加伤指肌力, 配合理疗、按摩疗法, 3个月后功能基本恢复。

2.5 康复训练中的注意事项 (1) 注重手的屈指练习。因为在日常生活工作中, 手的屈指功能比伸指更为重要; (2) 活动掌指关节, 只要掌指关节能够活动, 伤手就有一定的功能; (3) 不能过度劳累, 伤手不能过度劳累, 更不能感觉疼痛; (4) 石膏托固定, 每日锻炼后, 将伤手用原来的石膏托固定; (5) 适时修订训练计划, 根据活动有无进步适时修订训练计划, 以适应手功能恢复的需要; (6) 锻炼、复诊, 出院后继续进行功能锻炼, 定期门诊复查。

3 效果

本组患者均掌握康复训练方法, 无肌腱断裂及粘连发生, 患者屈指 150°~180°, 指伸 30°~40° 出院。随访 6~18 个月, 根据美国手外科协会制订的 TAM 系统评定标准^[1]进行手功能评估: 优 35 例, 良 14

例, 可 3 例, 差 2 例, 优良率 91%。

4 讨论

屈指肌腱断裂修复术后主要的并发症是肌腱再断裂^[2]及肌腱粘连, 尤其是 区损伤。传统方法要求术后石膏制动 3 周, 因此导致肌腱粘连严重, 多达 49%^[3]的患者因肌腱粘连严重而接受 2 次松解手术。近年来, 大量临床实验证明, 早期保护性功能锻炼对手功能的恢复十分有利, 术后保护性主动和被动活动, 促进腱细胞增生和胶原蛋白的合成, 激发其内源性愈合能力, 促进肌腱痂的塑形, 使腱细胞分泌的胶原纤维按应力方向整齐排列, 减少了杂乱无序的纤维数量, 减少腱鞘的塌陷和萎缩, 加速滑液的分泌, 有助于手功能的恢复^[4]。本组 54 例患者屈指肌腱断裂修复术后进行系统的康复护理, 取得了较满意的效果, 手功能优良率达到 91%, 提示患者术后科学系统地进行康复训练, 对防止和减少肌腱断裂术后粘连和手功能恢复起着重要的作用。

[参考文献]

- [1] 宁宁, 李秀, 陈琼. 手部屈指肌腱修复术后的康复护理 [J]. 护士进修杂志, 2000, 15(1): 57.
- [2] 叶小芬, 陆雪梅, 叶秀芳, 等. 肌腱修复术后再断裂的原因分析及护理对策 [J]. 南方护理学报, 2004, 11(6): 27.
- [3] 王澍寰. 手外科学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 467.
- [4] 张玲玲, 王朝娟, 史素玲. 拇指再造一体化功能康复 [J]. 实用护理杂志, 2003, 19(5): 19.

[本文编辑: 杨玩华]



【短篇报道】

胸腹部包虫切除手术的配合要点

何志平

(甘南州人民医院, 甘肃 甘南州 747000)

[关键词] 胸腹部包虫; 术中配合; 用物处理

包虫是狗绦虫的幼虫在人体内生长的一种寄生虫病, 西北地区高原游牧区发病率高, 多发生于成年及青少年, 发病起因: 居住区域的人群与狗羊等牲畜有接史及生活饮食有关。

1 临床资料

1994 年 12 月-2005 年 12 月收治胸腹部包虫 27 例, 男 15 例, 女 12 例, 年龄 15~65 岁。胸部包虫 8 例, 肝包虫 17 例, 腹腔包虫 2 例。均施行手术治疗, 无发生囊液再种植和囊液溢出造成过敏性休克。总治愈率 94%, 好转率 2%, 病死率 1%。

2 手术配合要点

2.1 特殊用物准备 高频电刀 1 台, 包虫手术专用包, 无菌容器 2 个, 4% 甲醛 500 ml, 双氧水 500 ml, 10% 氯化钠溶液 500 ml。

2.2 手术体位 采用仰卧位, 手术床铺橡胶单, 一次性中单, 一次性大单, 一次性剖腹单, 腿部约束带松紧适宜。

2.3 术中配合 (1) 保护性隔离。将甲醛熏蒸的大纱布垫置于左右两侧肋下及腹下。(2) 无菌操作。对被污染, 疑有污染与未被污染的物品、器械分开摆设。(3) 认真清点物品。手术

前后清点器械物品, 注意清点囊腔的小纱布, 以防滞留在囊腔内。(4) 处理囊腔。将牵引囊壁的丝线提前置于热盐水中浸泡 30 min; 准备 2 个有带纱垫保护周围脏器及组织; 用 50 ml 空针抽取囊液留标本; 然后将准备好的 4% 甲醛注入囊腔固定 3~5 min 吸出, 用双氧水冲洗; 再用 10% 氯化钠溶液冲洗囊腔; 关闭囊腔后, 热盐水冲洗腹腔。(5) 高频电刀的使用。使用时将锌板置于患者臀下, 并用约束带固定, 以防术中移位; 术中暂不使用电刀时用治疗巾包好固定在剖腹单上, 以防触电、灼伤。(6) 标本的留置。将未污染的包虫液盛在容器内, 子囊及整壁置于烧瓶内用甲醛固定。

2.4 术后用物处理 血压计、听诊器、电刀、记录笔放在甲醛熏箱内 4 h 再高压消毒, 术间用物、手术人员衣帽鞋放置术间按 2 g/m² 或 4 g/m² 的高锰酸钾加甲醛 4~8 ml 熏蒸消毒, 密闭 12 h; 一次性用物、敷料、手套及废弃物品经甲醛固定消毒后烧掉; 污染囊液及污物经甲醛固定处理后深埋于指定的地点。