

断指再植术后缩短卧床时间的临床病例对照研究

孙凌燕

断指再植术后因血管吻合处血液凝固性升高,血栓形成,发生血管危象而使再植指死亡是再植指成活的主要原因^[1]。目前断指再植术后常规护理方案是要绝对卧床7 d,配合密切的再植指血运观察。长时间的卧床会带来明显的并发症,如腹胀、便秘、压疮、下肢深静脉血栓等。本次研究在保证血管吻合质量的前提下,观察断指再植术后减少绝对卧床时间对再植成活率和血管危象发生率的影响,探讨该方案的科学性和可行性。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年02月至2013年05月在浙江省宁波市第六医院手外科行1-2指断指再植术的患者105例,其中男性53例、女性52例;年龄18~60岁,平均(39.74±10.30)岁;所有患者的断指再植术的术者均为本院高年资主治医师,均对研究目的充分了解,均签署同意参加本次研究的意向书;将有血液疾病及其他对组织愈合造成影响的疾病等患者排除在外。随机分成研究组(n=46)和对照组(n=59)。两组患者的一般资料及断指情况比较,差异均无统计学意义(P均>0.05)。

1.2 方法 两组患者接受术后常规的治疗护理措施:绝对卧床7~10 d,包括大小便及进食均不能做起或离开床位;禁烟及咖啡;保持20~25℃室温及一定的湿度;局部烤灯保暖;在7 d内每小时观察再植指或皮瓣的色泽、弹性、皮温、毛细血管充盈时间等;予以抗炎,抗凝及抗痉挛治疗7 d。研究组患者在常规措施的基础上接受经验性缩短卧床时间的方案:术后绝对卧床3 d,3 d后可指导患者起床如厕,术后第5天可指导患者在病房内行走。对照组患者只接受术后常规的治疗护理措施

表1 两组患者一般资料及断指情况比较

指标	研究组(n=46,55指)	对照组(n=59,74指)
性别(男/女)	23/23	30/29
平均年龄/岁	39.20±10.41	40.14±10.21
断指损伤性质/例		
切割伤	16	18
压砸伤	12	16
撕脱伤	15	21
其他	3	4
离断程度/指		
完全性	42	59
不完全性	13	15
离断水平/指		
近节	25	33
中节	16	26
末节	14	15
再植指数/例		
1指	35	42
2指	11	17
缺血时间/指		
< 6 h	25	31
6~12 h	15	24
> 12 h	6	4

1.3 监测指标 观察两组患者的血管危象情况、再植指成活情况、住院时间和舒适状况。其中血管危象判定标准参考文献^[2]: ①动脉危象:从颜色观指体苍白,无毛细血管回充盈现象,指腹张力低,手指萎瘪,指温下降,常比健指低4~5℃,指端侧方切开无鲜红色血液流出。②静脉危象:从颜色观指体发紫,毛细血管回充盈反应由迅速变为消失,指腹张力明显增高,指温下降,指端侧方切开后立即流出暗紫色血液,继之又流出鲜红色血液,此时手指毛细血管回充盈现象重新出现,指温逐渐回升,然而指腹张力仍无改善。舒适状况评价采用美国Kolcaba

研制的舒适状况量表^[3]。该量表采用1~4 Likert Scale 评分法,1表示非常不同意,4表示非常同意。问卷总分112分,≤60分为低度舒适,≤90分为中度舒适, >90分为高度舒适。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;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

2.1 术后血管危象发生率比较 术后研究组发生血管危象9指,均发生于72 h后,其中6指动脉危象、3指静脉危象,血管危象发生率为16.36%。对照组发生血管危象10指,6指发生于72 h内,其中4指动脉危象、2指静脉危象。4指发生于72 h后,其中3指动脉危象、1指静脉危象,血管危象发生率为13.51%。血管危象发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.20, P>0.05$)。

2.2 术后血管危象救治成功率比较 术后研究组中6例动脉危象予罂粟碱或行手术探查切除栓塞段血管后予前臂静脉移植,5例恢复,1例坏死;3例静脉危象2例缓解,另外1例行手术探查切除栓塞段血管后予前臂静脉移植后无缓解,再植指体坏死,救治成功率为77.78%。对照组6例血管危象发生于72 h内,经积极处理后1例坏死;4例发生于72 h后,经积极处理后1例坏死,救治成功率为80.00%。术后血管危象救治成功率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.69, P>0.05$)。

2.3 再植成活率比较 研究组再植55指,成活53指(96.36%);对照组再植74指,成活72指(97.29%)。再植成活率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.09, P>0.05$)。

2.4 住院时间比较 研究组患者<7 d、7~12 d、>12 d的住院时间分别为29例、12例、5例,平均(8.26 ± 0.50)d;对照组分别为25例、35例、19例,平均(11.17 ± 0.38)d;研究组患者的住院时间明显低于对照组,差异有统计学意义($t=-4.70, P<0.05$)。

2.5 术后舒适度比较 研究组患者术后舒适度显示,低度舒适、中度舒适、高度舒适分别有2例、33例、11例,平均(81.61 ± 1.71)分;对照组分别有18例、34例、7例,平均(69.90 ± 1.79)分。研究组舒适度评分低于对照组,差异有统计学意义($t=4.63, P<0.05$)。

3 讨论

目前,国外文献中对于断指再植术后绝对卧床

时间仍有分歧,从2~7 d不等,其中国外权威的格林手外科学建议术后绝对卧床时间根据患者具体情况而定,2~5 d^[4,5]。但是也没有临床数据作为支持。传统的卧床方案在相当长一段时间满足了临床的需求。但也存在至一些问题。例如教科书规定的7天绝对卧床,患者普遍反应身体不适,虚弱,腹胀及便秘。另外制动往往会增加下肢静脉血栓及肺栓塞等风险^[6]。较长的住院时间,伴随的是高昂的治疗费用。

本次研究结果表明,仅2例发生不明显的一过性颜色改变。且患者舒适感得到极大提高($P<0.05$),减少了卧床并发症,并且有效缩短了住院时间($P<0.05$)。降低了住院费用,提高了患者的治疗依从性,经过46例病患的初步观察,再植手术成功率95%。与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),由此可见,对于3日内血运有变化的患者,仍采用传统方案延长卧床至7 d。本次研究结果还表明,与传统治疗方案相比,两组间术后血管危象发生率及血管危象后抢救成功率比较差异无统计学意义($P>0.05$),说明该方案对断指再植的成活率没有造成影响。

总之,缩短术后卧床时间能最大限度的实现舒适治疗,减少卧床并发症,提高患者就治的依从性,缩短住院时间,降低治疗费用。但是本次研究具有较少的样本量,研究结果不具有极大的代表性,需要相关医学学者进一步深入研究。

参考文献

- 戴晓阳. 常用心理评估量表手册[M]. 北京:人民军医出版社,2010.238-241.
- 张丽霞,张黎明,黄显军,等.改良上肢固定带在缩短断指再植术后卧床时间中的应用[J].中国乡村医药,2015,22(24):8-9.
- 中华医学会骨科学分会.中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[S].中华骨科杂志,2009,6(29):6-16.
- 王日娟,甘秋萍,刘卓红,等.预见性护理在断指再植术后血管危象护理中的应用价值[J].吉林医学,2016,8(2):450-452.
- 黄雪松,李子华,邱忠朋.断指再植术后改良治疗对再植成活率和血管危象发生率的影响[J].临床骨科杂志,2015,18(4):472-474.
- 苏燕颜.46例断指再植术后的护理体会[J].微创医学,2014,9(4):532-533.

(收稿日期 2016-02-17)

(本文编辑 蔡华波)