

理状态与生活质量也具有一定的相关性, 即当 CHF 患者出现焦虑或抑郁的消极情绪时, 其生活质量往往也较差。这也为医护人员提供一些指导, 医护人员在对 CHF 患者进行药物或其他方式的治疗外, 应密切关注患者的心理状态, 对其进行评估, 分析患者焦虑、抑郁产生的原因及不利影响, 并进行针对性的心理护理干预, 有利于患者生活质量的提高<sup>[18]</sup>。

本研究表明, 经心理护理干预后 CHF 患者的 SAS 和 SDS 评分均低于经常规护理干预后的患者, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 说明经心理护理干预后 CHF 患者的焦虑、抑郁的心理状态的改善情况优于经常规护理干预的患者。经心理护理干预后 CHF 患者的 GQOL-74 各项评分均优于经常规护理干预后的患者, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 说明经心理护理干预后 CHF 患者的生活质量明显提高, 且提高程度优于经常规护理干预后的患者。经心理护理干预后 CHF 患者的护理满意度高于经常规护理干预的患者, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 说明经心理护理干预可提高 CHF 患者的护理满意度。

综上所述, 实施有效的心理护理干预能缓解 CHF 患者焦虑、抑郁状态, 可改善患者的生活质量, 提高患者的护理满意度。

#### 参考文献

[1] Samartzis L, Dimopoulos S, Tziogourou M, et al. Effect of psychosocial interventions on quality of Life in patients with chronic heart failure; a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Card Fail, 2013, 19(2): 125-134.

[2] Chang LC, Chen WC, Dai YT, et al. The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients; a quasi-experimental study[J]. Int J Nurs Stud, 2012, 49(10): 1230-1242.

[3] 唐珍珍. 低 T3 综合征/心钠素与慢性心力衰竭关系研究进展[J]. 西部医学, 2012, 24(10): 2036-2038.

[4] 阿米那·阿吾提, 阿不都热衣木·吾甫尔, 帕丽达·阿布来提, 等. 焦虑情绪对老年慢性心力衰竭患者左心功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(6): 559-560.

[5] 曹明节, 刘淑萍, 梁燕仪. 老年慢性心力衰竭患者抑郁、焦虑与社会支持的相关性研究[J]. 中国临床保健杂志, 2012, 15(3): 257-259.

[6] 谢小玲, 李汇华. 心理干预对合并抑郁情绪的慢性心力衰竭患者生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2013, 10(13): 118-120.

[7] 刘超, 杜万红. 慢性心力衰竭并抑郁障碍研究进展[J]. 华南国防医学杂志, 2013, 27(8): 605-607.

[8] 钱海兰, 王君俏. 慢性心力衰竭患者及家庭照顾者的生活质量研究进展[J]. 全科护理, 2013, 11(21): 1998-2000.

[9] 孟珠, 高静静, 范秀珍. 慢性心力衰竭患者生活质量指数与抑郁情绪的关系研究[J]. 护理研究, 2012, 26(2): 118-119.

[10] 匡霞. 慢性心力衰竭患者生活质量的研究及护理进展[J]. 临床护理杂志, 2013, 12(5): 67-69.

[11] 刘思朦. 抑郁对慢性心力衰竭患者的影响[J]. 心血管病学进展, 2011, 32(4): 601-603.

[12] 邓成英, 胡素容, 吴英, 等. 早期护理干预对慢性心力衰竭患者便秘的影响[J]. 西部医学, 2012, 24(7): 1399-1401.

[13] 范美琴. 心理护理干预对老年慢性心力衰竭患者情绪及心功能影响分析[J]. 中国保健营养, 2012, 15(5): 926-927.

[14] 吴虹, 张海泳, 沈玉枝. 护理干预在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(1): 72-73.

[15] 林凯思. 慢性心力衰竭患者焦虑状态的护理干预效果分析[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(14): 1298-1299.

[16] 田凤英. 心理护理干预对慢性心力衰竭患者心功能和生活质量的影响分析[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(7): 358-359.

[17] 吕蓉, 孙路路, 安涛, 等. 心力衰竭患者生活质量与心理状态的相关性研究[J]. 护理学报, 2011, 18(2): 71-73.

[18] 罗维, 瞿广素. 护理心理干预对慢性心力衰竭合并抑郁患者心功能及生活质量的影响[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(18): 1918-1919.

(收稿日期: 2014-01-13 修回日期: 2014-06-10)

## 影响老年患者再植指成活及康复的不利因素及护理干预研究

万晓华(河北省承德市宽城满族自治县县医院骨科 067600)

**【摘要】** 目的 分析影响断指再植老年患者再植指的不利因素及其护理方法。方法 将河北省承德市宽城满族自治县县医院 2011 年 2 月至 2012 年 2 月采取常规护理的 30 例断指再植老年患者纳入对照组, 将 2012 年 3 月至 2013 年 3 月采取有针对性护理的 30 例断指再植患者纳入研究组。比较两组患者再植指的总成活率和动静脉危象的发生率及成活率, 并分析影响再植指成活及功能恢复的不利因素。结果 研究组 30 例患者共再植 42 指, 总成活率为 88.1%, 动脉成活率 70.27%; 对照组 30 例患者共再植 37 指, 总成活率为 75.68%, 动脉成活率 80.95%, 两组比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 对断指再植老年患者进行不利因素分析和采取有针对性的护理措施能够明显提高断指再植的成功率。

**【关键词】** 老年人断指再植; 不利因素; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.064 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)19-2783-03

断指再植是挽救患者手指, 恢复手部功能最有效的治疗方式。断指再植需行外科显微手术, 要求手术操作精密细致<sup>[1]</sup>。

然而, 断指再植能否顺利进行并最大限度地恢复断指功能受到许多因素的影响。本研究对本院 2011 年 2 月至 2013 年 3 月

收治的 60 例断指再植老年患者进行回顾性分析,旨在对断指再植老年患者的不利因素进行探讨并提出相应的护理方案。现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究选取本院 2011 年 2 月至 2012 年 2 月进行断指再植的老年患者 30 例作为对照组,2012 年 3 月至 2013 年 3 月进行断指再植的 30 例老年断指患者作为研究组。对照组患者中男 26 例,女 4 例;年龄 60~72 岁,平均年龄(64.2±1.3)岁;共再植 37 指,其中拇指共 10 指,2~5 指共 27 指。研究组患者中男 25 例,女 5 例;年龄 61~74 岁,平均年龄(65.4±1.6)岁;共再植 42 指,其中拇指 11 指,2~5 指 31 指。两组患者在性别、年龄、断指情况等方面比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),组间具有可比性。

**1.2 方法** 对本院收治的 60 例断指再植老年患者进行回顾性分析,其中 2011 年 2 月至 2012 年 2 月采取常规护理的 30 例断指再植老年患者纳入对照组,将 2012 年 3 月至 2013 年 3 月采取有针对性护理的 30 例断指再植患者纳入研究组。分析影响再植指成活及功能恢复的不利因素,并比较两组患者再植指的总成活率和动静脉危象的发生率及成活率<sup>[2]</sup>。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理及统计学分析,计数资料采用百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $\alpha=0.05$  为检验水准, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组患者断指再植成活率对比** 研究组 30 例患者共再植 42 指,总成活率为 88.1%,对照组 30 例患者共再植 37 指,总成活率为 75.68%,两组总存活率比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者断指再植总成活率对比[n(%)]

组别	n	拇指成活率	2~5 指成活率	总成活率
对照组	37	7(70.00)	21(77.78)	28(75.68)
研究组	42	10(90.91)	27(87.10)	37(88.10)
$\chi^2$		2.601 3	3.338 0	6.431 0
P		0.106 8	0.067 7	0.011 2

**2.2 两组患者动静脉再植情况对比** 研究组再植动脉危象发生率及成活率分别为 19.05% 和 80.95%,静脉危象发生率及成活率分别为 23.81% 和 80.95%;对照组再植动脉危象发生率及成活率分别为 24.32% 和 70.27%,静脉危象发生率及成活率分别为 29.73% 和 78.38%。其中两组患者再植动脉成活率比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者动静脉再植情况对比[n(%)]

组别	n	动脉		静脉	
		危象发生率	成活率	危象发生率	成活率
对照组	37	9(24.32)	26(70.27)	11(29.73)	29(78.38)
研究组	42	8(19.05)	34(80.95)	10(23.81)	34(80.95)
$\chi^2$		1.840 2	5.283 1	2.371 3	0.755 9
P		0.174 9	0.021 5	0.123 6	0.384 6

### 3 讨论

**3.1 影响老年患者再植指的不利因素** 本研究通过对 60 例患者的病历资料分析及临床观察,现将影响老年患者再植指成活及功能恢复的不利因素归纳如下:(1)血管因素。随着年龄的增加,血管壁内弹性蛋白大量流失,钙质沉积,很容易造成血

管硬化,弹性下降,血流阻力大大增加,动脉往往会表现出内膜层增厚的现象<sup>[3]</sup>。此外,由于血管弹性减弱,脆性增加,容易形成血栓,影响老年患者断指康复。(2)药物因素。老年患者机体代偿能力普遍下降,很可能引发药效学变化。有研究显示,老年人对药物反应将大大增加<sup>[4]</sup>。另外,通常老年人心脏重量会略微增加,但 ATP 酶的活性则会降低,动脉血管内弹性纤维减少,进而导致老年患者对药物的反应增强,很容易引发心脏毒性反应<sup>[5]</sup>。(3)心理因素。老年患者由于身体机能下降,免疫力低下,还往往有经济收入有限等原因,再加上对再植手术的成功率的担忧及对手术的恐惧等心理,往往不愿意进行断指再植手术或术后锻炼。此外,部分老年患者由于对手指功能锻炼的重要性缺乏足够的认识,导致其术后对功能恢复锻炼的依从性较差<sup>[6]</sup>。(4)合并其他基础性疾病。老年患者往往合并有其他不利于再植指恢复的疾病,如糖尿病、高血压等<sup>[7]</sup>。

**3.2 护理措施** 再植指能否成活并恢复其功能,不仅与断指再植的条件及再植手术的操作技术等因素有关,而且与再植手术后的精心护理关系重大。研究结果显示,2012 年 3 月至 2013 年 3 月收治的 30 例断指再植老年患者由于采取了针对性的护理措施,所以其断指总成活率、动脉成活率明显高于 2011 年 2 月至 2012 年 2 月收治的 30 例,采取普通常规护理的断指再植老年患者,比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。现将 2012 年 3 月以来本院对老年断指患者采取的有针对性的护理经验总结如下:(1)控制室温 and 再植指温度。在对老年患者行断指再植手术后,专人护送患者入病房,病房内 24 h 空调开放控制室温,夏季温度维持在 20~22℃,冬季 23~25℃<sup>[8]</sup>。再植指的最佳皮肤温度为 36~37℃,因此,术后应采用皮肤温度仪对患者再植指的温度进行监测,冬季可用电暖气辐射提高温度。另外,本院通过临床观察发现,局部烤灯很容易造成皮肤温度仪测量出的是虚假温度,导致医护人员忽略患者的实际皮肤温度,且由于局部烤灯易造成患者皮肤灼伤,因此不建议使用局部烤灯照射的方式来提高患者再植指皮肤温度。在对患者皮肤温度进行监测时,需注意再植指和健康皮肤之间的温差。同时,在为患者取出暖水袋、烤灯、电热毯等保暖设备后,应在 30 min 后再次对患者体温及皮肤温度进行测量<sup>[9]</sup>。在手术后两周内可以安排患者进行适当的室外活动,但需提醒患者注意室内外的温度差,并做好保暖措施。(2)禁烟教育。吸烟是造成动脉危象的原因之一。为防止断指再植老年患者在术后吸烟,将进行再植手术的老年患者安排在远离吸烟区的病房内,同时要求患者家属协同医护人员共同对患者进行严格戒烟<sup>[10]</sup>。医护人员也需向患者及探望人员进行禁烟教育,要求患者在术后戒烟至少一年。(3)卧床休息。断肢再植老年患者术后 1 周内需绝对卧床静养。病房内必须保持干净整洁,空气流通,安静,湿度应当控制在 50%~60%,每天保证一定时间的日晒,定期专人消毒杀菌以防止交叉感染<sup>[11]</sup>。合理安排对患者检查、治疗时间,保证患者有足够的卧床休息时间。由于患者术后 1 周内需绝对卧床休息,往往存在大小便困难等问题,针对此类患者应预先留置导尿管。患者术后应当禁止再植指活动,且再植指位置应当保持在高于心脏 10~15 cm 的位置,以保证动脉供血和静脉回流,有效减轻患者再植指肿胀等问题<sup>[12]</sup>。患者卧床休息需注意采取平卧位或健侧卧位,以避免患者再植指一侧由于受到压力而影响血液循环。(4)血管危象处理。医护人员应当严密观察患者体表温度、肤色、皮肤弹性和毛细血管等的情况。一旦发现患者出现皮肤苍白、温度下降、毛细血管反流消失等动脉供血障碍的表现,应当立刻采取

保温措施,有效提高患者手指温度,并提前做好手术探查的准备。如患者出现皮肤呈深紫色、毛细血管充盈和肿胀等静脉回流受阻的表现,应当首先排除患者手指受压的因素,如血痂或纱布过紧等,其次对患者进行指端向心方向的按摩运动。一旦患者出现血管危象,应当立即对患者补液,防止患者出现电解质、水和酸碱平衡紊乱等现象<sup>[13]</sup>。(5)静脉滴注护理。断指再植患者术后 7 d 需 24 h 静脉滴注以减轻患者疼痛及促进再植指血管扩张,静脉滴注速度应控制在每分钟 30 滴,还可对患者皮肤进行热敷以促进血管扩张,从而减少患者血管危象的发生率。由于断指再植老年患者在药物吸收、分布及体内代谢等方面与年轻患者有较大差异,因而,在对老年患者给予药物治疗时,应遵循个体化、小剂量化、慎多药联用的原则,从而避免不良反应的发生。此外,应加强对患者病情的评估工作,给予不同患者有针对性的个体治疗,可适当使用维生素 C 和糖皮质激素防止脂肪血栓的形成。(6)康复训练。患者在断指再植手术 3 周后,可在医护人员的指导下进行康复训练。首先可进行一些简单的屈伸练习,逐步增加锻炼时间,3~6 周时可进行一些指关节的活动,7~12 周时,可以适当进行一些抗阻锻炼,逐步恢复手部功能。此外,在康复锻炼过程中为减少患者对疼痛的恐惧,促进患者积极配合康复锻炼,可采用播放患者喜欢的音乐以分散患者注意力,指导患者做好疼痛管理等方式,提高患者配合度<sup>[14]</sup>。(7)出院指导。为巩固治疗效果,应在患者出院时发放手指功能训练手册,并予以适当讲解和演示,使患者把握康复训练的要领。术后第 2 周至第 3 周进行“放置-保持”训练;第 4 周,若创口愈合,则可行瘢痕按摩,并进行保护性关节活动度和被动关节活动度训练;第 5 周,可行屈曲练习,并予弹性自粘带和向心性按摩,促进肿胀部位恢复。经一系列功能训练后,可进行模拟工作训练,并结合感觉测试对训练方案进行适当调整。积极动员患者家属督促患者进行手指功能锻炼,提高自理能力,减少对他人的依赖性。医护人员对出院患者进行定期随访。

本研究自 2012 年 3 月对断指再植老年患者采取有针对性的护理以来,对患者的再植指康复起到了积极的作用,其经验值得其他临床工作者借鉴。

### 参考文献

[1] 陈淑琴.断指再植术后血管危象多因素分析及预防[J].中华护理杂志,2009,44(12):1076.  
 [2] 傅玉红,高慧秋,徐敏.45 例老年人断指再植的不利因素

分析及护理[J].中华护理杂志,2012,47(01):30-32.

[3] 严士海,朱萱萱,陈晓虎,等.黄芪注射液载入修饰胶原促进血管再生的研究[J].中国中药杂志,2009,34(4):464-467.  
 [4] Korompilias AV,Chen LE,Seaber AV,et al. Studies of ischemia reper fusion injury in skeletal muscle: efficacy 21-minosteroids on microcirculation and muscal contraction after an extended period of warm ischemia[J]. J Orthop Res,2007,15(4):512-513.  
 [5] 陆征峰,张全荣,魏苏明,等.60 岁以上老年人断指再植体会(附 45 例报告)[J].中国现代医学杂志,2010,20(19):2994-2996.  
 [6] 杨庆民,王晨霖,毕卫伟,等.老年断指再植临床体会[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(11):949-950.  
 [7] 袁卓,张军平,张仁岗.四妙勇安汤的有效成分对血管内皮细胞增殖的影响[J].上海中医药大学学报,2008,22(4):69-71.  
 [8] 李红霞,崔立敏,胡立霞.小儿断指再植术后的护理[J].中国实用医刊,2013,40(10):3.  
 [9] 林大木,吴志鹏,褚庭纲.辗转撕脱性断指再植的临床及治疗特点[J].中华显微外科杂志,2013,36(4):379-380.  
 [10] 吴艳玲.断指再植术护理现状与进展[J].中外健康文摘,2013,19(17):375-376.  
 [11] 刘丽芬,陈瑜,邱春妹,等.延续性护理在断指再植术后患者中的应用[J].中国医疗前沿,2013,8(13):100.  
 [12] 刘涛涛,李新军,吕景波.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.  
 [13] SAmbiru,NFuruyama,Kimura,et al. Effect of hyperbaric oxygen therapy on Patients with adhesive intestinal obstruction associated with abdominal surgery who have failed to respond to more than 7 days of conservative[J]. HePato-gastroenterology,2008,55(3):491-496.  
 [14] Grant D,Kneteman N,Tchervenkov J,et al. Peak cyclosporine levels correlated with freedom from liver graft rejection:Results of a prospective, randomized comparison of neural and sandmen for liver transplantation[J]. Transplantation,2007,67(8):1133-1137.

(收稿日期:2014-02-22 修回日期:2014-05-12)

(上接第 2765 页)

PCR 检测乙型肝炎病毒拉米夫定耐药突变及其与临床指标的相关性[J].中国生物制品学杂志,2008,21(9):806-809.  
 [11] 邓乐.乙型肝炎病毒基因型与抗病毒药物疗效关系的研究进展[J].临床肝胆病杂志,2012,28(6):469-473.  
 [12] 刘艾芹,唐曙明,陈卫布,等.深圳地区乙型肝炎病毒基因分型与耐药性研究[J].国际检验医学杂志,2013,34(14):1787-1788.  
 [13] Toan NL,Song le H,Kremsner PG,et al. Impact of the hepatitis B virus genotype and genotype mixtures on the course of liver disease in Vietnam[J]. Hepatology,2006,43(6):1375-1384.

[14] Pas SD,Tran N,De Man RA,et al. Comparison of reverse hybridization,microarray,and sequence analysis for genotyping hepatitis B virus[J]. J Clin Microbiol,2008,46(4):1268-1273.  
 [15] 李穗雯.单核苷酸多态性检测方法的研究进展[J].国际检验医学杂志,2013,34(12):1559-1561.  
 [16] Han Y,Zhang Y,Mei Y,et al. Analysis of hepatitis B virus genotyping and drug resistance gene mutations based on massively parallel sequencing[J]. J Virol Methods,2013,198(2):341-347.

(收稿日期:2014-02-10 修回日期:2014-06-15)