

专科护理在 Sanders IV 型跟骨骨折手术治疗中的应用

李燕 陈钱[#]

(广东省广州市正骨医院 广州 510045)

摘要:目的:探讨手术治疗 Sanders IV 型跟骨骨折临床护理干预效果。方法:选择 2012 年 5 月~2014 年 5 月在我院住院的 Sanders IV 型跟骨骨折患者 40 例,随机分为观察组及对照组各 20 例,两组均行手术治疗。对照组进行常规护理,观察组在对照组的基础上行专科护理干预,采用 AOFAS 踝-后足评分标准及护理满意度评价标准,比较两组的治疗效果。结果:37 例患者获得随访,3 例失访。其中对照组 18 例,观察组 19 例,依据 AOFAS 踝-后足评分标准,对照组优 8 足(44.4%),良 6 足(33.3%),可 4 足(22.2%),优良率 77.8%;观察组优 6 足(31.6%),良 11 足(57.9%),可 2 足(10.5%),优良率 89.5%。对照组护理满意度为 77.8%,观察组护理满意度为 94.7%,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对于 Sanders IV 型跟骨骨折的手术治疗,实施专科护理干预,可明显提高患者的临床疗效和护理质量。

关键词:跟骨骨折;专科护理;疗效

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.042

跟骨骨折是足踝部常见的骨折,其中 60%~75% 为关节骨折^[1],Sanders IV 型跟骨骨折是跟骨骨折中最严重的类型,通常是由于高能量暴力损伤所致,具有骨折严重粉碎、软组织损伤明显、手术并发症多及预后差等特点,是跟骨骨折手术治疗中最棘手的类型^[2]。由于骨折严重,局部软组织肿胀明显,术前消肿时间长,术后康复困难,使得患者住院时间延长,因此良好的专科护理干预成为手术以外左右治疗效果的关键环节。我科自 2012 年 5 月~2014 年 5 月对手术治疗 Sanders IV 型跟骨骨折患者采用专科护理干预方法,取得良好疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 5 月~2014 年 5 月在我院住院的 Sanders IV 型跟骨骨折患者 40 例,其中男 34 例,女 6 例;年龄 22~48 岁,平均年龄(37.1±1.4)岁;均为单侧骨折,左侧 26 例,右侧 14 例;致伤原因:高处坠落伤 37 例,交通伤 3 例;合并伤:腰椎骨折 2 例,同侧桡骨远端骨折 2 例,对侧踝部骨折 3 例。依据随机数字表法随机分为观察组及对照组各 20 例,两组患者性别、年龄、受伤至手术时间比较,差异均无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄(岁)	男(例)	女(例)	受伤至手术时间(d)
对照组	20	37.4±1.3	16	4	12.3±1.8
观察组	20	35.7±1.6	18	2	13.1±1.4

1.2 方法

1.2.1 手术治疗 两组患者均行外侧扩大入路切开复位内固定手术治疗。手术由同一组医生完成。在硬膜外麻醉下取健侧卧位,上气囊止血带后采用外侧扩大“L”形切口入路,依次切开皮肤和皮下组织,直

达骨膜,注意保护切口前方的腓肠神经。紧贴跟骨外侧壁用手术刀行骨膜下锐性分离,形成 L 形的皮瓣,再依次在距骨和骰骨打入 2.0 mm 克氏针,将克氏针预弯后保护皮瓣,显露骨折端及距下关节。复位骨折及塌陷的关节面,克氏针临时固定,C 臂透视下见骨折位置良好,跟骨长、宽及高度恢复,外侧予跟骨异形钛板(AO 公司)固定。再次透视确认钛板螺钉位置良好,骨折复位满意后缝合切口,放置引流管引流,并用敷料行外翻加压包扎。

1.2.2 护理方法 对照组围手术期间行常规护理。观察组在常规护理的基础上,开展足踝专科护理干预。术前护理:(1)心理护理:Sanders IV 型跟骨骨折患者多由于高能量损伤引起,本组 40 例患者中有 37 例是高处坠落伤,其中 30 例患者是 3 米以上高处坠落,因此常合并其他部位的损伤。由于巨大的惊吓会造成患者产生恐惧及焦虑等负面情绪,因此护理人员在患者入院后应当及时了解患者的心理情况,做出个性化心理护理方案,消除患者紧张及焦虑情绪。要在安慰患者的基础上进行骨折知识宣教,了解手术必要性及对后期康复的影响,取得患者及家属的配合。(2)术前准备:Sanders IV 型跟骨骨折是跟骨骨折中最为严重的类型,由于骨折严重粉碎,加上跟骨局部缺乏疏松结缔组织,骨折血肿常压迫局部皮瓣出现张力性水泡,甚至发生骨筋膜间室综合症。文献报道 Sanders IV 型跟骨骨折发生骨筋膜间室综合症的风险高达 10%^[3]。因此需密切观察患肢足趾末端血运、感觉及活动度情况,以防止骨筋膜间室综合征的形成。术前积极指导患者抬高患肢,并行冰桶治疗消除水肿,指导患者主动行足趾及踝泵功能锻炼,促进下肢静脉血液回流,以利水肿消退。对于合并局部张力性水泡形成的患者,应注意预防皮肤感染的

[#] 通讯作者:陈钱, E-mail: cq@qq.com

发生,未溃者用无菌注射器抽吸后外用雷尔纱布,每日观察水疱的生长及消退情况。待水疱上皮化后再行手术治疗。术后护理:(1)体位护理:术后去枕平卧 6 h,抬高患肢,用垫枕保持患足中立位,既有利于静脉回流促进肿胀消退,又避免压迫伤口导致伤口血运障碍出现愈合不良。术后第 2 天开始行气压治疗,预防深静脉血栓形成。严密观察术口渗血及术后引流管引流量情况,引流管引流量少于 20 ml 时通知主管医师拔除引流管。指导患者术后行 X 线检查时合理放置引流管,避免因搬动出现引流管脱落或者松动甚至阻塞等情况发生。观察足趾末端血运、感觉及运动情况,及时发现病情。(2)疼痛护理:跟骨骨折术后患者常出现明显的疼痛,疼痛刺激可引起局部血管痉挛出现伤口血运障碍。因此疼痛护理是术后康复的一个重要环节。首先需进行疼痛的监测,积极开展无痛治疗,术后自控镇痛(PCA)的应用可极大地减轻患者的痛苦。其次发生疼痛时可通过安慰或者与患者交谈转移注意力减轻疼痛,必要时行口服药物止痛。最后做好心理疏导及安慰,告知患者术后疼痛是骨折手术后的一个不可避免的并发症,指导其正确认识疼痛发生的机制,提高患者的心理应激能力。(3)饮食护理:术后 6 h,麻醉作用消失后可嘱患者饮水,进食少量流食,术后第 2 天后可多食清淡易消化饮食,少量多餐,可多食新鲜的水果及蔬菜。注意观察患者大便情况。多数患者术后前 3 天因手术创伤刺激进食较少,出现大便不通,此时因及时通便治疗。后期患者可以进高热量、高维生素和高纤维素及高钙饮食,以利骨折愈合。(4)功能锻炼:术后立即抬高患肢,术后第 1 天指导患者行足趾被动伸屈锻炼,第 2 天开始行足趾和踝泵功能锻炼。功能锻炼以患者能耐受及循序渐进为原则,同时制定个体化的功能锻炼方案,早期依据伤口不同恢复情况决定距下关节功能锻炼时机,如伤口愈合良好,术后 1 周可行足部踩皮球功能锻炼,恢复距下关节活动度。后期依据 X 线检查评估骨折愈合情况,决定下地负重时间。

1.2.3 疗效评价方法 采用美国矫形足踝协会(American Orthopaedic Foot And Society, AOFAS)的踝关节后足评分标准^[4]及护理满意度评价标准进行疗效评价。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析。计量资料采用两独立样本的 *t* 检验方法,计数资料采用两相关样本的非参数检验, *P* < 0.05 表示差异有显著意义。

2 结果

37 例患者获得随访,3 例失访,对照组 18 例,观察组 19 例。依据 AOFAS 踝 - 后足评分标准,对照组优 (90~100 分)8 足 (44.4%),良 (75~89 分)6 足 (33.3%),可 (50~74 分)4 足 (22.2%),优良率 77.8%;观察组优 (90~100 分)6 足 (31.6%),良 (75~89 分)11 足 (57.9%),可 (50~74 分)2 足 (10.5%),优良率 89.5%。对照组护理满意度为 77.8%,观察组护理满意度为 94.7%,两组比较,差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

跟骨骨折是临床上常见的骨折,约占全身骨折的 2%^[1],而 Sanders IV 型跟骨骨折是跟骨骨折中最为严重的类型,具有骨折粉碎严重、距下关节面塌陷、软组织损害明显等特点。目前手术治疗是 Sanders IV 型跟骨骨折最常用的方法,通常采用切开复位钛板内固定。由于其软组织损害明显,术前消肿时间长,不能早期行手术复位,术后因其关节面塌陷粉碎,后期容易出现创伤性关节炎,因此其预后常欠佳^[2]。本研究通过围手术期良好的专科护理干预,观察组较对照组术后疗效明显提高,说明专科护理干预可以成为左右治疗效果的关键环节。进入 21 世纪以来,现代医学倡导的生物 - 心理 - 社会医学模式就是要将患者视为一个社会个体的存在,而不单纯是一个患者,专科护理模式的核心是个体化的护理方案,包括术前及术后个体化护理方案,尽最大可能从心理社会环节贴近患者,使患者能够理解并配合医生的治疗,从而提高其依从性。因此对 Sanders IV 型跟骨骨折患者,实施专科护理可以明显提高其术后疗效。

参考文献

[1]Tanke GM.Fractures of the calcaneus. A review of the literature together with some observations on methods of treatment [J].Acta Chir Scand Suppl,1982,505:1-103
[2]Gusic N,Fedel I,Darabos N,et al.Operative treatment of intraarticular calcaneal fractures: Anatomical and functional outcome of three different operative techniques[J].Injury,2015,46:S130-133
[3]Rosenthal R,Tenenbaum S,Thein R,et al.Sequelae of underdiagnosed foot compartment syndrome after calcaneal fractures[J].J Foot Ankle Surg.2013,52(2):158-161
[4]Kitaoka HB,Alexander IJ,Adelaar RS,et al.Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux and lesser toes[J].Foot Ankle Int, 1994,15(7):349-353
[5]Eckstein C,Kottmann T,Füchtmeier B,et al.Long-term results of surgically treated calcaneal fractures:an analysis with a minimum follow-up period of twenty years[J].Int Orthop.2016,40(2):365-367

(收稿日期: 2016-07-11)