

综合康复护理干预对胫骨平台骨折术后患者关节功能恢复及生活质量的影响

四郎巴姆

四川省甘孜藏族自治州人民医院创伤外科, 四川 甘孜 626000

摘要:目的 探讨综合康复护理干预对胫骨平台骨折术后患者膝关节功能恢复及生活质量的影响。方法 2015年9月~2018年2月甘孜藏族自治州人民医院收治72例胫骨平台骨折患者,分为观察组和对照组。对照组患者(37例)术后给予常规康复护理干预,观察组(35例)在对照组基础上给予综合康复护理干预。比较两组术后2周、1、3月时的疼痛VAS评分;依据膝关节HSS评分表评定两组术后3月时的膝关节功能及功能恢复的优良率;依据简明健康测量量表(SF-36)评定两组患者术后3月时的生活质量;评估患者对康复干预的满意度。结果 观察组患者术后2周、1、3月时的VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后3月,观察组膝关节功能HSS评分及功能恢复优良率均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术后3月,观察组SF-36评分各项指标均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术后康复护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 综合康复护理干预可缓解胫骨平台骨折术后疼痛,促进膝关节功能恢复,改善患者生活质量,提高患者的护理满意度。

关键词: 胫骨平台骨折;综合康复护理干预;疼痛;关节功能;生活质量

胫骨平台骨折术后康复锻炼具有重要意义^[1]。综合康复护理干预是在常规康复护理干预措施的基础上针对患者提供个性化的、全面性的、系统性的康复锻炼,以期尽快恢复膝关节功能,改善患者生活质量^[2]。甘孜藏族自治州人民医院创伤外科对胫骨平台骨折患者术后进行综合康复护理干预,效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年9月~2018年2月期间收治的72例胫骨平台骨折患者资料。纳入标准:(1)临床症状及影像学检查证实为胫骨平台骨折;(2)单纯闭合性新鲜骨折,受伤至手术时间 $<7d$;(3)初次骨折者。排除标准:(1)陈旧性、开放性骨折者;(2)血管、神经损伤者;(3)合并其他部分骨折者;(4)有风湿、类风湿、关节炎、痛风等膝关节疾病者;(5)有膝关节手术史者;(6)依从性差者。

研究获得本院医学伦理委员会认可。患者及家属均知情同意。

72例患者分为观察组和对照组。对照组37例患者术后行常规康复护理干预,观察组35例患者行综合康复护理干预。两组患者在性别、年龄、术前VAS评分、骨折Schatzker分型等一般资料比较上无显著差异($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者术前一般资料比较

组别	例数	性别[n(%)]		年龄(岁, $\bar{X} \pm s$)	VAS评分(分, $\bar{X} \pm s$)	Schatzker分型[n(%)]					
		男	女			I型	II型	III型	IV型	V型	VI型
对照组	37	20 (54.05)	17 (45.95)	44.63±10.27	6.03±0.88	3 (8.11)	7 (18.92)	11 (29.73)	14 (37.84)	2 (5.41)	0 (0)
观察组	35	21 (60.00)	14 (40.00)	42.79±11.53	6.17±0.76	2 (5.71)	5 (14.28)	14 (40.00)	13 (37.14)	1 (2.86)	0 (0)
χ^2/t 值		0.138		0.323	0.316	0.385					
P 值		>0.05		>0.05	>0.05	>0.05					

1.2 方法

所有患者均行外科手术治疗。

对照组术后即行抗感染、消肿治疗,注意观察引流情况。术后给予高蛋白、高热量、粗纤维、富含维生素饮食。嘱患者多饮水。根据疼痛情况予以药物镇痛。嘱患者遵医嘱锻炼,期间嘱患者预防摔倒注意安全。定期复查。

观察组在对照组基础上给予综合康复护理干预。(1)术后患肢维持舒适体位;患肢移动时动作轻柔避免转换体位时加重疼痛;在允许范围内给予患肢热敷、冷敷等;用聊天、电子游戏、看电视等途径分散病人疼痛注意力;中重度疼痛患者采用药物镇痛干预。(2)康复教育。对患者及家属进行康复知识宣教,详细解释术后进行康复干预的必要性;早、中、晚期康复锻炼的内容、方法、注意事项;患者及家属配合的重要性。通过微信推介、网络介绍、病友交流等途径解决患者疑问,提高患者对康复锻炼配合的积极性和依从性。(3)心

理干预。向患者及家属阐明保持良好心态对术后康复干预的重要性,通过语言鼓励安慰,病友现身说法,呼吸调节等方法帮助患者克服紧张、焦虑、抑郁等负面情绪。(4)康复锻炼。早期:术后患肢置功能位,下垫软垫,屈曲 5° 。麻醉清醒后即嘱患者行下肢肌肉等长收缩锻炼,3min/次,3次/组,3组/天;踝泵屈伸锻炼,3min/次,3次/天。术后2天,即在床上行直腿抬高锻炼。术后1周内,协助患者行膝关节连续被动屈伸锻炼,关节屈曲至最大耐受程度时保持5s,2次/组,2组/天。术后1周后,①指导患者拄拐下地站立、慢行;②行膝关节主动屈伸锻炼。中期:术后2~6周,①指导患者行步行、上下楼梯练习;②加大膝关节主动屈伸锻炼力度 5° /天。术后6~8周,行下肢肌力训练。患者坐位,双脚离地,踝关节处寄适当重量的重物,尽量伸膝保持5s,2次/天。晚期:术后8~12周,患者可以行压腿、下蹲锻炼,轻微体育互动,日常活动。术后6周内患肢不负重,康复锻炼以膝关节有轻微酸胀但患者能耐受为宜。期间嘱病人防止摔倒。(5)中医药辅助。术后1周口服中药汤剂,以舒筋活络类汤方为宜,如桃红四物汤^[3]、续骨活血汤^[4]、补肾壮筋汤^[5]等;针灸:术后第3周开始,取阳陵泉、巨虚、委中、鹤顶、阴陵泉、膝眼、梁丘等诸穴,通过1~15cm毫针采用平泻平补手法斜刺之,得气后留针30min,1次/d,持续2~3周。按摩:由患肢近端向远端向心性按摩,穴位按摩取膝眼等穴进行按揉,每个穴

位按揉15~30次。

1.3 观察指标

干预后2周、1、3月时采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[6]评估疼痛程度,评分0~10分,得分越高表示疼痛越剧烈。干预后3月,依据膝关节HSS评分表^[7]评估两组膝关节功能,包括疼痛程度(30分)、功能(22分)、关节活动度(18分)、肌力(10分)、屈曲畸形(10分)、关节稳定性(10分),满分100分,优 >85 分,良70~84分,中60~69分,差 <60 分,优良率=(优+良)/总例数 $\times 100\%$ 。干预后3月,采用简明健康测量量表(SF-36)^[8]评估两组患者术后生活质量,包含生理功能、一般健康状况、社会功能、精神健康4项,分值越高,患者生活质量恢复越好。评估患者的康复干预满意度,包括康复教育,心理干预,功能恢复,护理态度4项,每项满意5分,共20分, ≥ 16 分为满意, ≥ 12 分为基本满意, < 12 分为不满意。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计学软件处理数据。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验。计数资料以率 $[n(\%)]$ 表示, 比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预后 2 周、1、3 月时 VAS 评分比较

干预前, 两组患者 VAS 评分比较无显著差异 ($P > 0.05$)。干预后 2 周、1、3 月, 观察组 VAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组干预前, 干预后 2 周、1、3 月 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	术前	干预后 2 周	干预后 1 月	干预后 3 月
对照组	6.03 ± 0.88	4.67 ± 1.34	3.71 ± 1.08	2.71 ± 0.54
观察组	6.17 ± 0.76	3.14 ± 1.49	2.97 ± 0.71	1.75 ± 0.36
t 值	0.316	6.221	6.347	6.454
P 值	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组干预后 3 月膝关节功能 HSS 评分及优良率比较

干预后 3 月, 观察组膝关节功能 HSS 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组膝关节功能恢复优良率为 77.14%, 对照组为 62.16%, 观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组干预后 3 月膝关节功能 HSS 评分及优良率比较

组别	HSS 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	优 $[n(\%)]$	良 $[n(\%)]$	可 $[n(\%)]$	差 $[n(\%)]$	优良率 (%)
对照组	86.20 ± 5.76	9 (24.32)	14 (37.84)	15 (40.54)	2 (5.41)	62.16 (23/37)
观察组	90.71 ± 4.39	9 (25.71)	18 (51.43)	5 (14.29)	1 (2.86)	77.14 (27/35)
t 值	7.002	-2.117				3.279
P 值	<0.05	<0.01				<0.05

2.3 两组干预后 3 月患者生活质量 SF-36 评分比较

干预后 3 月, 观察组生活质量改善评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组干预后 3 月患者生活质量 SF-36 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	生理职能	一般健康状态	社会职能	精神健康
对照组	54.77 ± 3.29	30.38 ± 9.49	51.32 ± 8.17	40.51 ± 6.91
观察组	62.61 ± 4.82	37.19 ± 6.22	59.26 ± 7.33	48.02 ± 6.38
t 值	5.771	3.447	5.219	5.019
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.4 两组康复护理干预满意度比较

观察组患者康复护理干预满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组康复护理干预满意度比较 (n)

组别	满意 $[n(\%)]$	基本满意 $[n(\%)]$	不满意 $[n(\%)]$	满意率 (%)
对照组	11 (29.73)	19 (51.35)	7 (18.92)	81.08
观察组	14 (40.00)	18 (51.43)	3 (8.57)	91.43
χ^2 值				5.457
P 值				<0.05

3 讨论

3.1 综合康复护理干预的必要性

胫骨平台骨折后疼痛、肿胀, 导致膝关节功能障碍、活动受限, 降低患者生活质量。手术治疗可迅速复位骨折, 恢复关节面平整和关节稳定性^[9]。但胫骨内外侧平台受力不均, 且作为膝关节的重要负荷结构, 对下肢力线和关节面的恢复要求较高, 因而术后修复期较长。为尽快恢复关节功能, 促进骨折愈合, 减少术后并发症, 改善患者生活质量, 术后康复护理干预有其必要性^[10,11]。近年来, 综合康复护理干预应用于骨科临床, 其针对不同康复阶段、不同患者、不同康复

需求在常规康复护理干预的基础上提供个性化的、全面性的、系统性的干预措施, 显著提高了康复干预效果^[12,13]。

3.2 综合康复护理干预能有效缓解术后疼痛

疼痛是术后主要临床症状之一, 而患者的紧张、焦虑、抑郁等负面情绪会进一步放大其对疼痛的敏感性, 从而抵触、回避康复锻炼, 降低患者参与康复锻炼的积极性和依从性。本文观察组通过综合措施显著缓解术后疼痛症状。①采用术后患肢置舒适位, 减少患肢体位转移痛, 分散疼痛注意力等技术性镇痛方式。②中重度疼痛给予药物性镇痛。③内服舒筋活络类中药汤剂、外用针灸、按摩等。利用中药汤剂、针灸、按摩等能促进微循环, 降低血管通透性, 减轻肿胀; 改善局部血供, 减轻无菌性炎症反应, 抗炎止痛, 从而起到缓解疼痛的效果, 提高患者的疼痛耐受能力。通过预防性镇痛和多模式镇痛方式相结合, 最大程度缓解疼痛症状, 观察组干预后 2 周、1、3 月时的 VAS 评分均低于对照组。

3.3 综合康复护理干预能促进关节功能恢复

本文对照组干预后 1、3 月时的膝关节功能 HSS 评分优良率均低于观察组。原因是传统康复干预虽然也通过锻炼来促进关节功能的恢复, 但不同患者、不同康复阶段均存在差异性, 传统方法不一定适用于每一位患者、每一个阶段, 可能使患者关节功能恢复欠佳。观察组通过综合措施来促进关节功能恢复。①运用示范、微信推介、网络介绍等多种形式向患者宣教康复知识, 使患者充分了解康复干预的必要性、步骤, 提高其配合积极性。②通过语言鼓励、注意力转移、病

例示范、及时回复患者疑问和咨询等手段, 既能使患者树立信心, 克服紧张、焦虑等负面情绪, 又能在交流的过程中及时掌握患者康复进度, 规范患者康复活动。③针对术后骨折修复的不同阶段采取不同康复干预措施, 避免盲目性。在早期主要行肌肉收缩、下肢被动屈伸锻炼, 期间不负重, 目的是为了促进血液循环、预防下肢静脉血栓、消除肿胀, 为后续主动锻炼打基础。后期以主动屈伸锻炼、行走、恢复肌力为主, 并逐步负重, 目的是为促进关节功能恢复, 预防关节僵硬、骨不连等并发症。从被动锻炼到主动锻炼, 从不负重到负重, 整个康复干预过程系统性进行, 避免患者因康复知识的缺乏盲目锻炼, 反而引起并发症。④坚持适度原则。即达到康复锻炼的效果, 又兼顾患者对疼痛的耐受度, 提高患者的依从性。⑤结合中医药干预手段, 提高患者的全身免疫力, 避免康复锻炼仅集中于骨折部位, 更全面促进患者关节功能的恢复, 并减少术后并发症。

3.2 综合康复护理干预能改善患者生活质量

本文观察组干预后 SF-36 评估量表中生理功能、一般健康状态、社会功能、精神健康均高于对照组, 表明其术后生活质量改善程度高于对照组。①术后综合运用多模式镇痛, 降低患者中枢和外展痛觉敏感度, 减轻术后疼痛症状, 提高患者康复锻炼的依从性和护理舒适度, 促进关节功能恢复和骨折愈合, 促进下肢生理功能恢复^[14]。②通过多种模式宣教康复锻炼知识, 有利于不同骨折类型、知识水平、年龄的人群接受了解, 提高患者对骨折和术后康复干预的认知。减少因缺少对疾病和康复锻炼的认知而引起的焦虑、恐惧等负面情绪, 改善其精神状态。③综合康复护理干预能促进关节功能恢复和骨折愈合, 减少术后并发症及医疗费用, 使患者能尽早恢复正常工作生活。此外, 综合康复护理干预能提高患者对护理工作的满意度和依从性, 减少医护矛盾的发生, 体现以“满足患者需求为中心”这一护理理念。

综上,综合康复护理干预可有效缓解胫骨平台骨折术后疼痛症状,促进膝关节功能恢复,改善患者生活质量。

参考文献

[1]李铮,赵阳.胫骨平台骨折的康复治疗及对膝关节影响分析[J].临床研究,2018,4(2):58-62.

[2]孙春梅,李玲.综合护理对胫骨平台骨折后膝关节恢复及护理满意度的影响[J].双足与保健,2017,27(10):161-162.

[3]林茂基,黄美瑞,王石花.胫骨平台骨折术后配合中药在早期功能康复的作用[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,33(12):1327-1328.

[4]刘宇波,金连峰,张日松.续骨活血汤对家兔骨折愈合影响实验研究[J].辽宁中医药大学学报,2014,16(5):43-45.

[5]赵赫,俞兴,唐向胜,等.现代骨科临床应用补肾壮筋汤的Meta分析[J].世界中医药,2017,13(10):2504-2508.

[6]白璐.疼痛管理在胫骨平台骨折患者术后功能锻炼中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,24(10):58-60.

[7]Bouwstra H, Wattel LM, de Groot AJ, et al. The Influence of Activity-Based Funding on Treatment Intensity and Length of Stay of Geriatric Rehabilitation Patients[J]. J Am Med Dir Assoc, 2017, 18(6): 549-550.

[8]甘萍,迟中海,李培杰,等.新形式健康教育对老年骨质疏松患者生活质量影响[J].齐鲁医学杂志,2017,32(1):78-81.

[9]张小龙,李皓桓.胫骨平台骨折的手术治疗[J].生物骨科材料与临床研究,2017,15(4):58-62.

[10]严前琳,陈洪波.多元化护理康复锻炼在胫骨平台骨折中的应用效果分析[J].中国全科医学,2015,18(8):946-950.

[11]周晓韬.中医综合康复联合运动疗法对胫骨平台骨折术后膝关节僵硬临床观察[D].成都:成都体育学院,2017.

[12]山林林,王玉龙,查甫兵,等.个性化康复运动处方对胫骨平台骨折患者术后膝关节功能的影响[J].中国伤残医学,2016,24(9):102-103.

[13]王倩,王春梅,陈乙瑞.综合护理对胫骨平台骨折后膝关节恢复及护理满意度的影响[J].中国医药导报,2015,39(11):149-152.

[14]卢志琴,周郑丽,徐蕾,等.加速康复外科在关节镜下微创治疗胫骨平台骨折患者效果评价[J].中国实用护理杂志,2018,34(33):2602-2606.

作者简介:四郎巴姆(1983-12-21),女,四川甘孜州人,四川省中医学院本科学历,主管护师,创伤外科副护士长,工作方向:骨科护理。