

循证护理对关节镜下治疗踝关节撞击综合征患者功能恢复的影响

贾飞飞 冯乐玲 杨爱玲 姚陆丰 贺萍萍

【摘要】目的 探讨循证护理对关节镜下治疗踝关节撞击综合征患者功能恢复的影响。**方法** 选取行关节镜下治疗的踝关节撞击综合征患者 86 例,通过抽签方式随机分成实验组和对照组各 43 例。实验组实施循证护理,对照组实施常规护理。**结果** 实验组患者康复锻炼依从性及 AOFAS 评分均明显高于对照组,并发症发生率低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。**结论** 对关节镜下治疗踝关节撞击综合征患者实施循证护理,提高了患者康复锻炼的依从性,促进了患者足-后踝功能的恢复,降低了并发症的发生率,效果满意。

【关键词】 循证护理 关节镜手术 撞击综合征 足-后踝功能

踝关节撞击综合征是指因踝关节反复慢性损伤导致的慢性疼痛,是临床踝关节肿胀的常见病因,其在一般成人中发生率达 30%,在运动员中发生率达 40%^[1]。若患者发生踝关节撞击综合征未得到正规治疗,极可能造成踝关节功能迅速降低甚至丧失。目前关节镜下踝关节清理术是治疗踝关节撞击征的主要手术方式^[2]。但是,手术后因患者惧怕疼痛、康复锻炼知识缺乏导致其康复锻炼依从性低,足踝功能恢复缓慢。循证护理理念有助于强化临床护理人员的科研证据意识,规范临床护理工作,加速科研成果向临床应用的转化,值得关注^[3]。本院循证医学研究小组于 2014 年 2 月至 2016 年 8 月对踝关节撞击综合征患者实施循证护理,提高了患者的康复锻炼依从性和足-后踝功能,临床效果满意,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选择 2014 年 2 月至 2016 年 8 月在宁波市第六医院行关节镜下治疗的踝关节撞击综合征患者 86 例,男 51 例,女 35 例。通过抽签方式随机分成实验组和对照组各 43 例,避免在同一病房同时或交叉出现实验组和对照组患者。实验组男 27 例,女 16 例;年龄 31~56 (43.07±12.25)岁;其中骨性撞击 32 例,软组织撞击 11 例;左侧 26 例,右侧 17 例。对照组男 29 例,女 14 例;年

龄 30~54 (42.78±11.6)岁;其中骨性撞击 30 例,软组织撞击 13 例;左侧 25 例,右侧 18 例。两组患者性别、年龄、撞击综合征分类、患侧等比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。纳入标准:(1)年龄 19~65 岁;(2)无视力障碍;(3)小学以上学历;(4)自愿参与研究。排除标准:(1)因听力、智力等导致交流障碍;(2)手术后病情突然变化;(3)上消化道溃疡;(4)严重肝、肾功能不全;(5)主动要求退出研究者。本研究获得医院伦理委员会批准和患者知情同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

1.2.1.1 术前护理 指导患者术前 1d 沐浴全身,尤其是足部、肛周及会阴部应反复清洗;告知患者禁食、禁饮时间;指导患者保持手术标记清晰;教会患者床上小便以预防术后尿潴留。

1.2.1.2 术后护理 观察患者生命体征、双下肢感觉、足部肿胀、术区敷料等情况;教会其预防便秘的方法;疼痛评分 ≥ 4 分者,遵医嘱予药物镇痛治疗,减轻疼痛;积极预防感染、血管神经损伤等并发症。

1.2.1.3 康复锻炼指导 指导患者进行正确的康复锻炼,如足趾活动、直腿抬高运动、足的内外翻运动等;嘱咐患者配合医护人员的康复计划循序渐进进行功能锻炼,告诫其禁止提早负重。

1.2.2 实验组

1.2.2.1 提出循证问题 由责任护士 4 位、护士长 1 位、主管医师 2 位、洗手护士 1 位成立循证医学研究团队,责任护士对踝关节撞击综合征患者实施问卷调查,分析调查结果,提出主要的循证问题:(1)如何有效降低

doi:10.12056/j.issn.1006-2785.2018.40.2.2017-647

作者单位:315040 宁波市第六医院足踝外科(贾飞飞、姚陆丰、贺萍萍),院长办公室(冯乐玲);宁波市第二医院骨科中心(杨爱玲)

通信作者:冯乐玲,E-mail:m87370016@126.com

患者的疼痛程度? (2)如何有效提高患者的康复锻炼依从性? (3)如何前瞻性预防踝关节术后并发症?

1.2.2.2 查找文献 研究人员查询最近 5 年内核心期刊和书籍,如中华护理杂志、护士进修杂志、护理学杂志、Pubmed 数据库、《足踝外科学》等,检索以上 3 个护理问题的循证护理依据,筛选出 20 篇相关文献。

1.2.2.3 证据评价 邀请足踝外科专家 2 位和护理专家 3 位,将检索到的循证护理措施依据澳大利亚 JBI 循证护理中心标准进行评价与分析,最终选入系统性评价文献 1 篇、随机实验性研究文献 4 篇、病例报告文献 2 篇、观察性研究文献 1 篇、综述文献 1 篇,共 9 篇,访谈 20 例患者并征得其同意,综合宁波市第六医院足踝外科的医疗环境,确定本研究的最佳循证护理方案,以确保其科学性、创新性、实用性。

1.2.2.4 实施循证护理方案

1.2.2.4.1 疼痛护理 (1)循证依据:据报道,术前骨性或软组织的机械撞击与术后手术的刺激导致患者踝关节疼痛明显^[4]。研究指出,超前镇痛能够抑制或终止中枢及外周疼痛神经敏感化,可显著减轻患者疼痛,减少镇痛药的剂量^[5],脉冲加压冷疗系统具有减轻疼痛与肿胀的效果^[6]。(2)护理措施:围术期遵医嘱予西乐葆 0.2g 口服,1 次/d(辉瑞制药有限公司,规格:0.2g,国药准字:J201220063)。将脉冲加压冷疗系统冰囊包裹患足后置于 20~30cm 高的软垫上,持续冷疗 30min,3 次/d,5d 为 1 个疗程。采用视觉评分法评估患者疼痛程度,3 次/d,评分 ≥ 4 分者遵医嘱予增加曲马多片 100mg 口服,1 次/d(萌蒂(中国)制药有限公司,规格:0.1g,国药准字:H19980214)。

1.2.2.4.2 康复锻炼指导 (1)循证依据:文献表明健康教育可以提高患者的依从性^[7]。(2)护理措施:术后 1d 向患者进行康复相关知识宣教,如康复锻炼对足-后踝功能恢复的益处,拒绝康复锻炼的不良后果等。指导患者在疼痛范围内进行踝泵运动,足内、外翻运动,直腿抬高运动,屈膝曲髋运动,4 组/d,20 次/组,2 次/d,在护士监督下完成康复动作,并对遗忘动作的患者给予提醒。告知患者术后 2 周,患足前足着地半负重行走,10min/次,3 次/d,并逐渐全负重行走;术后 4 周,半蹲运动,4 组/d,25 次/组;术后 6 周,提踵训练,100 次/d;慢跑训练,10min/次,2 次/d。出院时发放康复计划表,并嘱咐患者严格按计划表进行锻炼。

1.2.2.4.3 前瞻性并发症的预防 研究表明踝关节术后常见并发症为神经、血管、肌腱损伤,关节腔及切口感染^[8]。

1.2.2.4.3.1 神经、血管、肌腱损伤 (1)循证依据:据报道,术前为患者足踝局部动静脉、神经、肌腱等组织完善手术标记可有效降低术中血管、神经、肌腱的损伤^[9],术中踝关节镜入路时应用血管钳以确保软组织钝性分离,术后应及早发现异常症状和体征以便及时处理^[9]。(2)护理措施:术前 1d 责任护士告知患者手术标记相对应的胫骨、腓骨、足背动脉、大隐静脉、神经束支等皮下位置以及手术标记的意义,以增强其对维持手术标记清晰的重视程度。术中医师进行踝关节镜入路时,洗手护士正确传递血管钳,以确保钝性分离。术后 3d 内责任护士观察患者术肢感觉、足背动脉、敷料外观情况、肿胀程度、活动等指标,1 次/4h,如有异常及时向主管医师汇报。

1.2.2.4.3.2 关节腔及切口感染 (1)循证依据:研究报道,术后感染主要因素为:全身或局部存在感染灶,皮肤破损,未严格执行无菌操作及合理应用抗生素^[10]。林晓虹等^[11]研究表明,红外线激光照射能促进局部组织的血液循环,增强细胞活力,加快细胞代谢,能够有效解痉、镇痛、消炎,加速组织再生修复。(2)护理措施:入院时积极评估患者足部皮肤状况,若发现足癣患者,汇报主管医师,遵医嘱予曲安奈德益康唑乳膏涂于患处,2 次/d,保持足部干燥,备皮时确保皮肤完整性。保持术区敷料干燥,隔日换药一次,并严格执行无菌操作,观察切口有无红肿、渗液。规范应用抗生素。术后 24h 开始采用红外线激光照射术区 20min,1 次/d,光源与术区距离为 40cm,5d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标

1.3.1 康复锻炼依从性 出院时根据康复锻炼内容评价患者康复锻炼的依从性,分为 3 个等级,完全依从:患者能定时定量完成责任护士提供的康复锻炼计划;部分依从:患者需要责任护士指导才能全部完成康复锻炼计划;不依从:患者不能或拒绝进行康复锻炼^[12]。由 2 位足踝外科专家讨论该项观察指标的科学性,并选取踝关节撞击征术后患者 20 例进行预实验,得出 Cronbach's α 系数为 0.841。

1.3.2 足-后踝功能 术后 6 个月随访时主管医师参照美国足与踝关节协会(AOFAS)评价标准评估足-后踝功能^[13]。优秀:90~100 分,良好:80~89 分,尚可:70~79 分,差:<70 分。

1.3.3 并发症发生率 并发症发生率=发生并发症患者例数/研究对象例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 20.0 统计软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验;等级资料组间比较采用 Mann-

Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者康复锻炼依从性及足-后踝功能比较 实验组康复锻炼依从性及 AOFAS 评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者康复锻炼依从性及 AOFAS 评分比较

组别	n	康复锻炼(n)			AOFAS 评分(分)
		完全依从	部分依从	不依从	
实验组	43	21	16	6	89.3 ± 3.1
对照组	43	9	18	16	85.9 ± 4.7
Z/t 值			-2.315		2.219
P 值			0.000		0.013

2.2 两组患者并发症发生率比较 实验组 1 例患者因凝血功能异常导致术区失血较多,经过输血、补液、促凝等对症治疗 2d 后好转,并发症发生率为 2.3%。对照组 3 例患者术后 6h 内术肢弹力绷带外观渗血较多,并有皮下血肿,积极换药加压包扎后好转;1 例患者术后 1d 出现患肢麻木症状,医嘱予对症治疗后治愈;2 例患者术后 2d 出现浅表感染,经抗生素对症治疗后好转;并发症发生率为 14.0%。两组并发症发生率比较差异有统计学意义($\chi^2=3.888, P=0.049$)。

3 讨论

3.1 循证护理对患者康复锻炼依从性及足-后踝功能的影响 殷素凤等^[4]对 50 例髌臼骨折术后患者实施循证护理,针对患者疼痛、认知、心理等问题进行护理干预,显著加快了患者髌关节功能恢复速度。本循证护理于踝关节撞击综合征患者围术期结合药物、心理、物理等方法缓解了患者的疼痛程度,消除了患者因疼痛而影响康复锻炼的焦虑,术后通过健康教育增强患者对康复锻炼的主观能动性,细心指导及加强监督,提高了患者自我康复锻炼的能力,进而提升了患者的康复锻炼依从性,加速了患者足踝功能的康复。本研究显示实验组患者康复锻炼依从性及 AOFAS 评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义。因此,循证护理对患者康复锻炼依从性及足-后踝功能恢复是具有积极意义的。

3.2 循证护理对患者术后并发症发生率的影响 张跃钟等^[5]报道踝关节镜手术并发症的平均发生率为 13.3%。本研究重视患者并发症的前瞻性预防护理。由于踝关节腔狭窄导致此类手术极易发生血管、神经、肌腱的损伤,因此踝关节镜手术对预防血管、神经的关注相较于其他

手术更加谨慎。术前重点宣教手术标记,术中入路时保证软组织钝性分离,术后定时观察病情,无一不是为了严防此类并发症的发生。同时,本研究在围术期每个环节提防踝关节腔及切口感染的发生。本研究实验组采用循证护理模式,并发症发生率为 2.3%,低于对照组的 14.0%。

循证护理强调以临床护理中的问题为起点,将科研得出的最佳证据与临床护理工作相结合,解决患者康复中的实际问题,满足患者的护理需求,从而促进患者的康复。本研究根据关节镜下治疗踝关节撞击综合征患者的护理问题,文献查找并评价证据,选取最佳循证护理措施,提高了患者康复锻炼依从性,降低了并发症发生率,加快了患者足-后踝功能的恢复。

综上所述,循证护理有助于提升关节镜下治疗踝关节撞击综合征患者的足-后踝功能恢复速度,值得推广应用。但是,本研究 1 例患者因凝血功能异常导致术区失血较多,因此术前协助医师对患者各项化验检查作好把关是以后护理工作中需要改进之处。

4 参考文献

- [1] 宋斌李,卫平,陈仲,等. 踝关节镜下方联合跗骨窦入路及后外侧入路治疗踝关节前后联合撞击综合征[J]. 中华创伤杂志, 2015, 31(12): 1085-1088. doi:10. 3760/cma. j. issn. 1001-8050. 2015. 12. 007.
- [2] Zwiers R, Wiegierinck JI, Murawski CD, et al. Arthroscopic treatment for anterior ankle impingement: a systematic review of the current literature [J]. Arthroscopy, 2015, 31(8):1585-1596. doi: 10. 1016/j. arthro. 2015. 01. 023.
- [3] 杜世正, Anna G, Dana R. 循证护理实践模式及应用启示[J]. 护理学杂志, 2016, 31(2):87-91. doi:10. 3870/j. issn. 001-4152. 2016. 02. 087.
- [4] 龙义,陈游. 踝关节撞击综合征的进展与研究[J]. 中国医师杂志, 2015, 17(2):310-313. doi:10. 3760/cma. j. issn. 1008-1372. 2015. 02. 056.
- [5] Lv N, Kong Y, Mu L, et al. Effect of perioperative pare. coxib sodium on postoperative pain control for transcatheter arterial chemoembolization for inoperable hepatocellular carcinoma: a prospective randomized trial[J]. Eur Radiol, 2016, 26(10):3492-3499. doi: 10. 1007/s00330-016-4207-8.
- [6] 林爱玉. 脉冲式加压冷疗与冰袋冷敷对踝关节骨折后的疗效比较[J]. 护理研究, 2013, 27(2):538-539. doi: 10. 3969/j. issn. 1009-6493. 2013. 06. 034.
- [7] 徐连芳,陈润芳,萧佩多,等. 循证护理对老年髌臼骨折术后患者早期离床坐依从性的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(6):439-442. doi:10. 3760/cma. j. issn. 1672-7088. 2016. 06. 010.
- [8] 王正义. 足踝外科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014:722.
- [9] 王恒俊,董占引,刘红正. 踝关节镜下治疗踝前撞击综合征的疗效[J]. 临床骨科杂志, 2017, 20(1):109-110. doi:10. 3969/j. issn. 1008-0287. 2017. 01. 050.
- [10] 英秀梅,杨丽娟,翁双凤. 护理干预在骨科术后患者预防并发症中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(34):97-98. doi:10. 3969/j. issn.

1006-7256. 2012. 34. 058.

- [11] 林晓虹, 洪佳娜, 李娜, 等. 乳腺癌术后继发腋网综合征病人的护理[J]. 全科护理, 2017, 15(4):459-460. doi:10. 3969/j. issn. 1674-4748. 2017. 04. 031.
- [12] 黄金怀. 影响骨折病人康复锻炼依从性因素及对策[J]. 护理研究, 2008, 22(7A):1699-1700. doi:10. 3969/j. issn. 1009-6493. 2008. 19. 004.
- [13] Brennan SA, Rahim F, Dowling J, et al. Arthroscopic debridement for soft tissue ankle impingement[J]. Ir J Med Sci, 2012,

181(2):253-256. doi: 10. 1007/s11845-011-0749-6.

- [14] 殷素凤, 谷江华. 循证护理在髌臼骨折术后功能锻炼中的应用[J]. 中国社区医师, 2016, 32(33):157-158. doi:10. 3969/j. issn. 1007-614x. 2016. 33. 98.
- [15] 张跃钟, 胡跃林, 江东. 关节镜在慢性踝关节不稳治疗中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(9):845-847. doi:10. 3969/j. issn. 1009-6604. 2016. 09. 020.

(收稿日期:2017-03-24)

(本文编辑:陈丽)

(上接第 190 页)

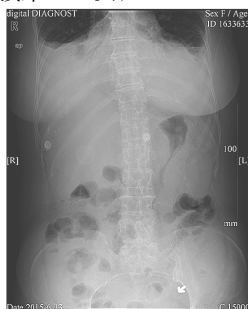


图2 盆腔内囊性占位(白色箭头)

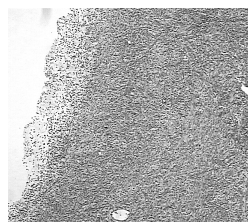


图3 高倍镜下见大量炎性细胞和脓细胞聚集, 细胞结构消失, 细胞排列杂乱(HE染色, ×40)

差, 症状不明显, 感染后治疗不及时, 炎症物质侵入肌层而形成脓肿。该病尚需与阑尾炎、肾盂肾炎等下腹部感染性疾病鉴别。本例患者绝经 20 余年, 有糖尿病史多年, 超声提示盆腔包块, 当地医院拟诊为附件包块所致, 经大剂量抗生素治疗后, 症状缓解, 但因气体干扰, 与初次 B 超相比, 很难确认包块性质。

子宫脓肿的典型临床症状和体征主要为发热、下腹痛, 妇科检查时, 部分患者

可伴脓性分泌物及恶臭、宫颈举痛、宫体软、漂浮感、宫体及附件区压痛^[9]。老年人也可以无明显症状, 但若脓肿破裂, 易引起腹膜炎^[4], 造成严重的腹腔感染, 甚至危及生命。子宫脓肿盆腔 B 超可表现为^[9]: (1)子宫较正常增大; (2)子宫内膜线增粗, 回声增强或液性暗区。

子宫脓肿的治疗, 在急性感染期, 需经验性使用足量抗生素控制感染, 若效果不佳时, 需及时手术治疗。因子宫位于盆腔, 盆腔感染的致病菌多为需氧菌、厌氧菌及衣原体的混合感染。抗生素的治疗原则为经验性、广谱、及时和个体化, 同时兼顾对淋菌及衣原体的治疗; 若经药物治疗效果不明显, 迁延不愈, 体温持续不降, 或中毒症状加重, 包块增大, 则应尽早手术治疗^[9]。手术治疗能迅速消除病灶, 减少中毒症状及复发。对于年轻妇女尽量保留内分泌及生育功能; 对于年龄大、双附件受累或附件脓肿屡次发作者, 需行全子宫及双附件切除, 脓肿破裂者应立即手术。子宫脓肿属于感染性手术, 最好不要扩大不必要的手术范围, 而是先病灶清除加引流, 开腹后常规脓液培养加药敏, 先抽吸脓液后再仔细彻底剥离脓肿壁^[9]。本例患者年龄较大, 并发症较多, 卵巢已失去正常功能, 且盆腔粘连较多, 若保留附件, 有加大附件病变风险, 故术中予以子宫加双侧附件切除。

综上所述, 子宫脓肿的发生有感染因素, 多见于老年绝经女性, 若未得到及时治疗, 易出现全身的中毒症状, 预后差。故对老年女性特别是感染高危人群, 出现高热不退, 盆腔包块者, 术前应详细检查, 及早给予广谱抗生素治疗, 则预后良好。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:246-249.
- [2] Inoue T, Oda K, Arimoto T, et al. Xanthogranulomatous inflammation of the perimetrium with infiltration into the uterine myometrium in a postmenopausal woman: a case report[J]. BMC Women's Health, 2014, 14:82. doi: 10. 1186/1472-6874-14-82.
- [3] 苏悦, 马志松, 徐建波. 盆腔脓肿 32 例临床分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2015, 40(11): 1541-1543. doi:10. 13898/j. cnki. issn. 1000-2200. 2015. 11. 026.
- [4] 程佩荣, 李洪湘. 子宫脓肿破裂误诊为阑尾穿孔的教训[J]. 淮海医药, 1998, 16(2):69.
- [5] 陶素萍. 盆腔脓肿腹腔镜手术治疗时机选择探讨[J]. 浙江临床医学, 2014, 16(5): 783-784.
- [6] 朱辉玲. 探讨腹腔镜手术治疗盆腔脓肿的临床效果[J]. 当代医学, 2013, 19(5):73-74.

(收稿日期:2017-02-08)

(本文编辑:陈丽)