

本研究中,既往 UGH 史、出血量 > 500 mL、治疗后 72 h 内再出血也是肝硬化合并 UGH 预后的危险因素。肝受损不仅可减少凝血因子、免疫球蛋白等生成,而且能引起脾功能亢进,从而激活单核吞噬系统,破坏血小板<sup>[10]</sup>。反复的中重度出血提示患者病情极不稳定,机体存在随时恶化可能,应给予足够重视。陈春等<sup>[7]</sup>研究中,住院期间再出血患者的死亡风险是非再出血患者的 9 倍左右;占国清等<sup>[11]</sup>认为既往出血史(OR=3.140,95%CI 为 1.027~8.329)、24 h 内再出血(OR=1.563,95%CI 为 1.029~4.336)是肝硬化合并 UGH 预后的独立危险因素;陈煊森<sup>[5]</sup>报道,出血量 > 500 mL 的 OR 为 2.312,95%CI 为 1.359~6.452。这均与本研究结果相吻合。

本研究中,食管胃底静脉曲张对患者预后有明显不利影响。肝硬化患者肝内血液循环障碍,门静脉内血液不能正常回流,导致食管胃底静脉充血、扭曲,代谢产物异常堆积,消化道管壁变薄,通透性提高,最终形成局部黏膜的水肿、溃疡,甚至糜烂,可造成重度 UGH,从而危及生命。崔星亮等<sup>[9]</sup>研究中,食管静脉曲张 OR 为 9.100,95%CI 为 5.000~16.600,与本研究结论相互印证。

本研究中,贫血、合并冠心病等基础病及 ALT、TBiL 等异常未入选为肝硬化合并 UGH 预后的独立危险因素,与陈志敏等<sup>[12]</sup>、郑剑<sup>[13]</sup>、孙立东等<sup>[14]</sup>的观点不全一致,考虑与样本量大小、检测精确度等的差异有关,需进一步进行全国性、大样本、高精度检测手段的研究。

综上所述,肝硬化合并 UGH 多发于中老年男性,病死率和再出血率均在 20.0% 以上;男性、肝功能 Child-Pugh C 级、合并腹水、既往 UGH 史、出血量 > 500 mL、治疗后 72 h 内再出血、合并肝性脑病、食管胃底静脉曲张是影响肝硬化合并 UGH 预后的危险因素,临床需加以重视。

参考文献

[1] Kim E, Ryoo Y, Ryu H, et al. Sorafenib for hepatocellular carcinoma according to Child-Pugh class of liver function [J]. *Cancer Chemother Pharmacol*, 2011, 68(5): 1285-1290.

[2] Mayorga CA, Rokey DC. Clinical utility of a standardized electronic order set for the management of acute upper gastrointestinal hemorrhage in patients with cirrhosis[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013, 11(10): 1342-1348.

[3] 苏海水. 肝硬化并上消化道出血的临床特征及预后分析[D]. 福州: 福建医科大学, 2013.

[4] 陈好, 田虹, 黄晓丽, 等. 肝硬化合并非静脉曲张性上消化道出血临床分析[J]. *中山大学学报(医学科学版)*, 2014, 35(2): 278-283.

[5] 陈煊森. 肝硬化并上消化道出血患者预后的相关因素研究[J]. *河北医学*, 2015, 20(1): 86-88.

[6] Hoekstra T, De Graaf W, Nibourg A, et al. Physiological and biochemical basis of clinical liver function tests: a review[J]. *Ann Surg*, 2013, 257(1): 27-36.

[7] 陈春, 伍思国, 杨智娟. 肝硬化上消化道出血患者预后因素分析[J]. *实用肝脏病杂志*, 2015, 18(3): 300-301.

[8] 侯响. 肝硬化不同病因上消化道出血患者的临床对比[J]. *临床和实验医学杂志*, 2015, 13(12): 999-1001.

[9] 崔星亮, 刘晓东, 任海霞, 等. 肝硬化并发上消化道出血相关危险因素分析[J]. *疑难病杂志*, 2014, 12(5): 488-489.

[10] Tsochatzis EA, Jaime B, Burroughs AK. Liver cirrhosis [J]. *Lancet*, 2014, 383(9930): 1749-1761.

[11] 占国清, 郑三菊, 李儒贵, 等. 肝硬化并上消化道出血患者预后的影响因素[J]. *临床消化病杂志*, 2011, 23(1): 43-45.

[12] 陈志敏, 仇建成, 上官惠敏, 等. 肝硬化患者上消化道出血危险因素与预后影响因素分析[J]. *中华医院感染学杂志*, 2015, 24(19): 4488-4490.

[13] 郑剑. 肝硬化并上消化道出血患者的临床特征与预后[J]. *中国临床研究*, 2014, 27(10): 1224-1225.

[14] 孙立东, 张玫, 汤哲. 老年肝硬化患者预后及影响因素分析[J]. *山东医药*, 2010, 50(16): 75-76.

(收稿日期: 2017-03-20 修回日期: 2017-04-27)

• 临床探讨 •

## 个性化护理干预在脊柱结核患者围术期的应用效果分析

李孝文

(辽宁省朝阳市中心医院骨伤科 122000)

**摘要:**目的 分析个性化护理干预在脊柱结核患者围术期的应用效果和临床意义。方法 对 154 例符合手术标准的脊柱结核患者按照随机数字表法, 随机分为试验组和对照组, 每组 77 例。试验组实施个性化术中护理, 对照组采用传统护理模式, 比较两组患者的创口愈合时间、下床时间; 定期随访患者, 在护理前、护理后(护理 6 周或护理 3、6 个月)对患者视觉模拟(VAS)评分、个性化护理后服药依从性、活动能力指标方面进行对比和分析。结果 试验组在创口愈合时间、下床时间、VAS 评分、服药依从性、活动能力指标方面优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针对患者不同的个性化需求制订出适当的个性化护理干预措施, 有利于患者的康复。

**关键词:** 个性化术前护理; 脊柱结核; 个性化术中护理; 复发

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.053 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)17-2629-04**

脊柱结核是最常见的一种骨关节结核, 占全身结核的 50%。由于椎体受累塌陷、骨质破坏、肉芽组织形成, 导致脊柱受压, 以及循环障碍及结核感染引起椎体病变, 最终形成脊柱

结核<sup>[1]</sup>。脊柱结核具有隐匿性发病的特点, 通常引起椎体病理性压缩性骨折、截瘫, 给患者带来严重的身体危害和极大的精神损伤, 且需要实施长期的治疗和有针对性的护理。目前国内

对脊柱结核手术患者的个性化护理干预较少,可能与当前基层医疗卫生服务体系还不完善、社区卫生服务与医院护理服务脱节影响了实施干预措施有关。因此,在术前、术后对患者采取有效的个性化护理干预,并采取病灶清除、固定内置物的方法,可对脊柱畸形进行矫正,脊柱功能进行改善,同时可规避脊髓神经根损伤引起的患者肢体功能缺陷<sup>[2]</sup>。本文针对 154 例脊柱结核患者的不同需求分别实施个性化护理干预和常规护理,现对干预效果进行分析和总结,报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2014—2016 年本院骨伤科接收的脊柱结核患者,并将符合以下标准的 154 例患者纳入研究:患者均摄 X 线片,并经 MRI 检查诊断为脊柱结核,自愿在本院接受手术且达到实施手术的标准;患者年龄 20~80 岁,无精神类疾病史和语言障碍,排除患有心、肝、肾等重要脏器疾病的患者;所有患者影像学检查均显示有骨质破坏,椎间隙变窄,行手术病灶清除术,排除下肢血栓栓塞、严重肥胖及截瘫者。对 154 例符合手术标准的脊柱结核患者按照随机数字表法,随机分为试验组和对照组,每组 77 例。

**1.2 方法** 对照组患者采用传统护理模式,试验组患者实施个性化术中护理,具体如下。

**1.2.1 术前护理方法** 通过采用谈话法和观察法,对试验组患者实施术前个性化护理。(1)术前心理护理:针对患者术前出现的忧虑、悲观等情绪,对患者实施术前个性化心理护理。首先,为了缓解患者痛苦,嘱咐患者注意卧床休息,保持安静的环境,尽量限制脊柱的活动,从而达到固定脊柱的目的。其次,主动讲解手术治疗过程的相关注意事项和病理知识,使患者理解手术的目的和重要性,为患者解决内心疑问和缓解紧张、恐惧的情绪。同时,向患者介绍手术成功的案例以及新的医学研究进展,鼓励他们与手术成功病友交流,以增强自信,消除患者的消极心理,使之主动与医护人员积极配合,达到治疗的目的。(2)术前营养护理:由于脊柱结核与营养之间存在的双向关系,现有或潜在的与营养有关的因素会导致患者发生不良后果,而脊柱结核手术中血浆清蛋白随血液流失,术后分解代谢进一步降低会引起低蛋白血症,影响伤口愈合<sup>[3]</sup>。术前进行营养风险筛查,从 3 个方面(疾病严重程度评估、营养状态评估、年龄状况评估)进行评估<sup>[4]</sup>。对于术前存在营养风险的患者,医护人员应注意使患者的饮食保持营养平衡,以改善机体的负氮平衡和增强患者的免疫力。应鼓励患者多进食高热量、高蛋白、易消化的食物,如鱼类、肉类、蛋类及新鲜水果蔬菜等。根据患者的口味选取合适的食物,注重将食物的色、香、味与高营养结合,以增进患者食欲,同时创造良好的就餐环境。(3)术前用药护理:抗结核治疗过程遵循早期、联合、适量、规律、全程的原则,所有患者手术前均进行 2~3 周积极的抗结核化疗。医护人员在实施个性化护理的过程中应注意观察用药后的药物反应,根据反馈结果及时调整用药量,注意观察患者在服用乙胺丁醇后是否出现视力模糊,如果出现及时嘱咐患者停药观察;注意观察患者在服用链霉素后是否出现听力障碍<sup>[5]</sup>,根据患者的病情发展和医生商议后采取相应的治疗措施。如果经过术前用药护理后,结核中毒症状得到缓解,各项身体指标达到手术指征,再实施手术治疗方案。

**1.2.2 个性化术中护理** (1)患者术中个性化护理:针对不同性别的患者,认真询问术前特殊需求或特殊要求,并尽可能地满足患者需求。术中根据医生手术所需,依据临床实际情况采

用平卧或俯卧位并调节手术床的高度使之符合手术需求;同时注意保证患者舒适安全,及时调整患者的体位和功能位置。营养差的结核患者,全身麻醉状态处于俯卧体位,受压部位皮肤易受损,术后又不易恢复皮肤完整性,需要特别注意。准备患者所需的导尿管,认真执行医嘱,调节室温、检查仪器和药品,配合医生保证输血通道通畅,注意观察患者术中的出血情况,手术过程严格执行无菌操作。(2)术中配合医生的个性化护理:手术过程中需清除呼吸道异物,保持呼吸通畅。保证麻醉安全,术中用药中不能用激素且对术中清蛋白流失状况需处理;已使用过的手术器械要与其他器械分开放置,避免污染;协助医生安装内置固定物并用生理盐水冲洗,确保无出血状况;随时注意协助医生安置引流管并进行缝合固定、包扎伤口、拆除手术布单、清点缝针纱布等<sup>[6]</sup>。

**1.2.3 个性化术后护理** (1)心理护理:由于脊柱结核病程较长,治疗效果缓慢且病情容易复发,脊柱结核患者在术后容易产生较多的心理负担和负面情绪,给患者和家属带来巨大的压力。医护人员需要针对患者术后的需求采取个性化护理措施,并根据患者的反馈情况改进和完善个性化护理措施。首先,医护人员和患者之间应加强沟通,根据患者术后具体情况指导患者术后注意事项,使患者保持心情舒畅,对战胜疾病充满信心<sup>[7-8]</sup>。(2)营养护理:脊柱结核患者对营养的消耗极大,术后要注意对患者进行饮食指导,帮助患者保持机体营养平衡,补充能量,提高免疫力,促进伤口愈合。由于大多数脊椎结核患者的家庭经济条件差,对术后营养护理和饮食治疗意义不甚理解,针对患者的具体情况,制订经济实用的食谱。适量饮水,多食新鲜蔬菜水果,保持大便通畅,必要时遵医嘱给予高能营养合剂、血浆、清蛋白,少量多次输新鲜血液等方式保持营养充足,促进术后伤口的愈合。(2)术后功能锻炼:术后第 1 天指导患者进行双下肢直腿抬高锻炼;指导患者进行双下肢趾、踝、膝关节的伸、屈活动,以及股四头肌的舒、缩活动,每天 6~10 次,每次 30~50 下,强度及频率以患者的身体状况及体感疲劳度为基准。根据患者的情况可逐渐增加活动量。护士应指导家人帮助患者按摩、揉捏双下肢肌肉,协助各关节在床上行自主活动,并且要教导家属掌握锻炼方法,以防止肌肉萎缩及关节僵硬。定期检查患者的愈合情况,根据患者自身情况指导患者进行胸、腰背肌的功能锻炼。锻炼时注意避免出现发热、疼痛引起的病情恶化,根据患者术后康复情况和耐受能力而制订锻炼的强度,以不感到疲劳为宜,应循序渐进,持之以恒<sup>[9-10]</sup>。

**1.3 观察指标及评定标准** 比较两组患者的创口愈合时间、下床时间。进行定期随访,从护理前、护理后(6 周或 3、6 个月)对患者疼痛指标、个性化护理后服药依从性、活动能力指标方面进行对比和分析。疼痛指标评分采用视觉模拟评分(VAS)量表:无疼痛为 0 分,重度疼痛为 10 分,从 0~10 分表示疼痛程度递增。服药依从性评分标准:完全配合为 5 分,完全不配合为 10 分,从 5~10 分表示配合程度下降。活动能力指标评分标准:完全无法自主活动为 0 分,自主活动完全灵活不受限为 100 分,从 0~100 分表示活动能力递增。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者创口愈合时间和患者下床时间比较** 试验组创口愈合时间、下床时间优于对照组,差异均有统计学意义( $P <$

0.05)。见表 1。

**表 1 两组患者创口愈合时间和患者下床时间比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )**

| 组别  | n  | 创口愈合时间 | 下床时间  |
|-----|----|--------|-------|
| 试验组 | 77 | 11±2   | 68±8  |
| 对照组 | 77 | 16±1   | 93±12 |
| t   |    | 5.29   | 5.18  |
| P   |    | 0.010  | 0.005 |

**2.2 两组患者护理前后 VAS 评分比较** 实施个性化护理前, 两组的 VAS 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 实施个性化护理后 6 周, 试验组的 VAS 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

**表 2 两组患者护理前后 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s, 分$ )**

| 组别  | n  | 护理前         | 护理后 6 周     |
|-----|----|-------------|-------------|
| 试验组 | 77 | 3.898±0.859 | 3.371±0.819 |
| 对照组 | 77 | 3.881±0.849 | 3.839±0.865 |
| t   |    | -0.395      | 2.598       |
| P   |    | 0.598       | 0.010       |

**2.3 两组患者服药依从性比较** 护理前两组服药依从性差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 实施个性化护理后 3 个月的试验组依从性评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 实施个性化护理后 6 个月试验组依从性评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

**表 3 两组患者护理前后服药依从性比较 ( $\bar{x} \pm s, 分$ )**

| 组别  | n  | 护理前          | 护理后 3 个月    | 护理后 6 个月    |
|-----|----|--------------|-------------|-------------|
| 试验组 | 77 | 7.891±0.2241 | 6.292±1.069 | 5.969±0.998 |
| 对照组 | 77 | 7.803±0.379  | 7.281±0.891 | 7.261±0.871 |
| t   |    | 1.498        | -4.469      | -6.109      |
| P   |    | 0.129        | 0.001       | 0.001       |

**2.4 两组患者护理前后活动能力指标评分比较** 实施个性化护理前两组的的活动能力指标评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 实施个性化护理 3、6 个月后的试验组活动能力指标评分明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

**表 4 两组患者护理前后活动能力指标评分比较 ( $\bar{x} \pm s, 分$ )**

| 组别  | n  | 护理前          | 护理后 3 个月      | 护理后 6 个月      |
|-----|----|--------------|---------------|---------------|
| 试验组 | 77 | 32.198±7.901 | 84.181±13.012 | 95.729±8.518  |
| 对照组 | 77 | 31.501±4.492 | 76.095±21.381 | 90.011±11.983 |
| t   |    | -0.401       | -2.193        | -2.801        |
| P   |    | 0.702        | 0.039         | 0.005         |

### 3 讨 论

现有研究对术后未愈或复发的脊柱结核患者的临床资料进行分析, 对于引起病情复发的因素进行总结, 主要有以下几个方面: 药物化疗出现不良反应、病灶术后清除不彻底以及病

灶部位未严格制动、患者自身营养不良免疫较弱、出现耐药菌株等。上述因素均具有不可控性, 能导致患者术后未愈或复发<sup>[11]</sup>, 术后要及时了解引起未愈及复发的相关因素。本文考虑的脊柱结核术后未愈及复发影响因素排除了术中影响因素 (手术清除病灶不彻底、脓腔处理不当等<sup>[12]</sup>), 只考虑患者术后的病情发展, 仅从护理角度提出干预措施。

由于脊柱结核手术患者在手术过程中机体能量消耗过大, 手术后家属配合医护人员保证患者的机体保持营养平衡显得尤为重要。保持营养平衡能够增强机体的自身免疫力, 帮助杀死结核分枝杆菌。如果没有良好的营养护理, 治疗脊柱结核的其他方式是无效的<sup>[13]</sup>。结核患者多表现为贫血、体弱或机体消瘦, 保持营养平衡以及合理的膳食健康不仅可以提高抗结核药物的药效, 而且可以减少术后未愈或复发的风险<sup>[14]</sup>。针对患者的具体情况, 制订经济、实用的食谱。适量饮水, 多食新鲜蔬菜水果, 保持大便通畅, 必要时遵医嘱给予高能营养合剂等 方式保持营养充足, 促进术后伤口的愈合。术后规范的药物对预防脊柱结核复发有重要的意义。因为脊柱结核的治疗周期较长, 患者术后容易出现不遵从医嘱用药的情况, 导致术后未愈或复发, 所以应对患者实施术后药物护理, 以及对家属实施术后用药健康教育, 提高患者遵从医嘱用药的意识和主动性<sup>[15-16]</sup>, 从而提高脊柱结核治愈率。对脊柱结核患者采取病灶清除或植骨融合术, 可稳定患者病变部位, 防止畸形加重, 避免病变扩散。患者术后应注意严格控制病椎部位的活动, 确保术后康复过程中的合理锻炼。

本研究结果显示, 实施个性化护理的试验组较对照组, 在创口愈合时间、下床时间、VAS 评分、服药依从性、活动能力指标方面均优于对照组, 说明了个性化护理干预在脊柱结核患者围术期取得了较好的应用效果, 对患者术后恢复和出院后康复有重要的作用。实施个性化护理干预, 要坚持以患者为中心的原则, 切实按照疾病特点做好术前个性化护理, 注意随时观察患者用药后的不良反应, 积极做好术前的准备工作, 积极实施术后基础护理和个性化护理的相互配合。医护人员应注意与患者和家属的沟通, 从心理层面和生活层面满足患者需求, 促使患者积极主动配合个性化护理, 最大限度缓解患者病痛以及减少术后未愈或复发的风险。对于术后发生局部病变未愈或复发的状况进行综合分析, 总结未愈及复发的相关因素有助于制订合适的护理干预措施和治疗方案。

### 参考文献

- [1] 马治军, 王琪娜, 崔玲, 等. 个性化护理在外科门诊患者术后疼痛中的应用研究[J]. 河北医药, 2016, 44(3): 465-467.
- [2] 杨宝霞, 武春霞, 刘素芳. 小儿脊柱结核手术过程中安全护理的重要性与效果分析[J]. 中国防痨杂志, 2015, 37(8): 819-822.
- [3] 张淑红. 综合护理干预对脊柱结核术后恢复和并发症的影响[J]. 护士进修杂志, 2015, 29(6): 526-528.
- [4] 雷国华, 马皎洁, 王倩, 等. 132 例脊柱结核患者围手术期营养状况的调查分析[J]. 中国防痨杂志, 2015, 37(3): 276-279.
- [5] 严晓云, 李玉伟. I 期后路脊柱结核病灶清除内固定术的围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 22(17): 1917-1919.

[6] 王倩,雷国华,张磊,等.92 例胸腰椎结核伴截瘫患者的围手术期护理体会[J].中国防痨杂志,2015,37(3):315-317.

[7] 骆永梅,席明霞,王慧荣,等.协同护理模式对脊柱结核手术患者出院后服药依从性的干预效果[J].护士进修杂志,2014,28(2):142-144.

[8] 陈小霞,唐玲,肖帆.个性化心理护理干预在耐多药结核病围术期中的应用[J].检验医学与临床,2014,11(15):2159-2161.

[9] 雷国华,王倩,陈向军,等.腰椎结核患者围手术期两种排便护理方法的对比研究[J].中国防痨杂志,2014,36(8):696-699.

[10] 蹇泽英.运用优质护理提高结核患者的治疗依从性[J].检验医学与临床,2014,11(11):1582-1584.

[11] 罗世珍.完全管理模式在耐多药肺结核患者护理中的应用[J].护理学杂志,2014,29(10):12-14.

[12] Maria Guix-Comellas E,Rozas-Quesada L,Force-Sanmartin E, et al. Influence of nursing interventions on adherence to treatment with antituberculosis drugs in children

and young people: research protocol [J]. J Adv Nurs, 2015,71(9):2189-2199.

[13] Lamberti M,Uccello R,Monaco MG, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection and associated risk factors among 1557 nursing students in a context of low endemicity [J]. Open Nursing Journal, 2015,9(1):10-14.

[14] Autorino R,Zargar H,Mariano MB, et al. Some problems of tuberculosis nursing in rural communities [J]. Eur Urol, 2015,68(1):86-94.

[15] Amit SM,Katherine RM,Gisela FM, et al. Trends in tuberculosis cases among nursing home residents, California, 2000 to 2009 [J]. J Am Geriatr Soc, 2015, 63(6): 1098-1104.

[16] Vaz M,Travasso SM. Perceptions of stigma among medical and nursing students and tuberculosis and diabetes patients at a teaching hospital in southern India [J]. Indian J Med Ethics, 2016,13(1):8-16.

(收稿日期:2017-03-02 修回日期:2017-05-19)

• 临床探讨 •

# 冰敷联合促进淋巴回流法在三踝骨折内固定术后的应用分析

施田宝<sup>1</sup>,雷卫军<sup>1</sup>,汪来杰<sup>1</sup>,杜桂夏<sup>1</sup>,宗毅<sup>2</sup>

(1. 江苏省淮安市洪泽区人民医院骨科 223100;2. 中国人民解放军第八二医院骨科,江苏淮安 223000)

**摘要:**目的 观察冰敷联合促进淋巴回流法对三踝骨折内固定术后的治疗效果。方法 选择 2011 年 9 月至 2016 年 9 月淮安市洪泽区人民医院收治的 48 例三踝骨折患者,均行手术内固定复位治疗,术后根据随机数字表法将患者分为联合组和对照组,各 24 例。对照组予冰敷治疗,联合组予冰敷联合促进淋巴回流法治疗,两组治疗疗程均为 7 d,比较分析两组患者术后 6、12、24、48 h 患肢疼痛情况及 1、3、5、7 d 踝肿胀程度。结果 联合组患者术后 12、24、48 h VAS 评分[(5.9±0.5)、(6.1±0.6)、(6.3±0.4)分]低于对照组[(6.1±0.4)、(6.4±0.8)、(6.8±0.5)分],差异均有统计学意义(P<0.05)。术后 1、3、5、7 d,联合组的踝周径差[(3.01±0.56)、(2.98±0.98)、(1.56±0.41)、(0.98±0.84)cm]低于对照组[(3.21±0.41)、(3.35±0.76)、(2.13±0.49)、(1.46±0.77)cm],差异均有统计学意义(P<0.05)。结论 三踝骨折术后给予冰敷联合促进淋巴回流法治疗,可明显减轻患者疼痛、肿胀程度,三踝骨折术后应积极采取此治疗方式。

**关键词:**三踝骨折; 术后; 冰敷; 促进淋巴回流法

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.17.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)17-2632-03**

三踝骨折是青壮年最容易发生的一种严重而复杂的关节内骨折。因其解剖结构的复杂性,精准对位对三踝骨折的愈合恢复及后期功能有着重要的影响,外科手术一般是三踝骨折最主要的治疗方法<sup>[1]</sup>。骨折术后患肢肿胀、疼痛会影响伤口的愈合速度,因此术后的相应治疗不可忽视<sup>[2]</sup>。冰敷作为骨折术后的主要降温、消肿方式,近年来在临床应用屡见不鲜。但单纯冰敷的疗效往往达不到预期的消肿、镇痛效果,若配合促进淋巴回流法,在降温的同时又促进淋巴回流,可加速代谢速度,减轻红肿和疼痛。本研究通过对 2011 年 9 月至 2016 年 9 月淮安市洪泽区人民医院收治的 48 例行手术内固定治疗的三踝骨折患者,予单纯冰敷治疗、冰敷联合促进淋巴回流法分别进行治疗,发现冰敷联合促进淋巴回流法取得了较好的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2011 年 9 月至 2016 年 9 月淮安市洪泽区人民医院收治的行切开复位内固定术三踝骨折患者 48 例,

其中男 22 例(45.8%),女 26 例(54.2%);年龄 25~59 岁,平均(39±6)岁;损伤部位:右踝骨折 25 例,左踝骨折 23 例;骨折原因:交通事故 26 例,高处坠落伤 18 例,重物砸伤 4 例;损伤类型:闭合性损伤 45 例,开放性损伤 3 例;骨折类型按照 Lange-Hausen 分类<sup>[3]</sup>:旋后外旋型 30 例,旋前外旋型 11 例,垂直压缩型 6 例,旋后内收型 1 例。根据随机数字表法将 48 例患者在入院时随机分为对照组(24 例)和联合组(24 例),其中联合组男 10 例,女 14 例;对照组男 12 例,女 12 例。两组患者在性别、年龄、损伤部位、骨折原因、损伤类型、骨折类型方面比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。见表 1。本研究已征得本院伦理协会同意,患者及家属均知情同意。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:患者行 X 线片均确诊为三踝骨折;均为新鲜骨折;神志清醒,语言表达自如;无高血压、糖尿病、肾病综合征、肺结核、肿瘤等重大疾病;无手术禁忌证。排除标准:肝肾功能损伤患者;血栓性静脉炎、周围血管疾病患者;术后发冷、皮肤不耐受按压、对冷敏感患者;依从性差患者。