

[11] 曾德春,唐建,温永芬,等.新规范下我国消毒供应中心岗前培训现状与思考[J].中国消毒学杂志,2017,34(8):797-798.

及持续改进[J].医疗卫生装备,2016,37(7):130-132.

(收稿日期:2019-01-10 修回日期:2019-04-21)

[12] 曹冬莉,唐丽萍,俞瑛.消毒供应中心质量缺陷原因分析

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.16.040

闭合复位交锁髓内钉治疗老年胫腓骨骨折的疗效观察

贾忠宝¹,崔 纳²,张 柳³,郎 林¹,王计辰¹

北京市丰台区南苑医院:1.骨科;2.功能科,北京 100076;3.华北理工大学附属医院骨科,河北唐山 063000

摘要:目的 观察闭合复位交锁髓内钉内固定治疗老年胫腓骨骨折的效果。方法 选择北京市丰台区南苑医院 2014 年 3 月至 2016 年 8 月因胫腓骨中下段骨折入院接受手术治疗的老年患者 40 例,其中男 22 例、女 18 例,闭合性骨折 32 例、开放性骨折 8 例。对骨折患者应用闭合复位交锁髓内钉内固定治疗,观察患者骨折复位情况、切口感染情况、延迟愈合情况、畸形愈合情况、骨痂出现时间、骨折愈合时间和下床负重时间。结果 胫腓骨骨折患者术后均达到临床愈合,术后有 2 例伤口感染,并发症发生率为 5.00%,经过换药处理后感染转好。经过 10~12 个月的随访观察,全部患者无延迟愈合及畸形愈合。经过治疗后患者的骨痂出现时间为(6.0±0.1)周,骨折愈合时间为(15.1±0.3)周,下床负重时间为(39.6±8.6)d。结论 老年胫腓骨骨折患者应用闭合复位交锁髓内钉内固定治疗,有利于骨折的愈合,适宜在临床推广应用。

关键词:胫腓骨骨折; 闭合复位交锁髓内钉; 内固定

中图法分类号:R683.42

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)16-2402-03

胫腓骨骨折在骨科中比较常见,特别是随着工业和交通业的发展,胫腓骨骨折发生率较之前显著攀升,并对患者产生较大心理影响^[1]。胫腓骨骨折中,中下段骨折稳定性差,皮下组织覆盖少,局部血供差,如不能有效处理,可能会引起各种并发症。治疗胫腓骨骨折的方法较多,传统的牵引治疗效果较差。随着医疗技术进步及医疗材料的发展,手术成为众多医生的首选,其中闭合复位交锁髓内钉内固定是一种有效的手术方式^[2]。本研究选择 40 例老年胫腓骨骨折患者,采用闭合复位交锁髓内钉内固定治疗并对其疗效进行观察^[3],现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 3 月至 2016 年 8 月北京市丰台区南苑医院 40 例老年胫腓骨中下段骨折患者,其中男 22 例,女 18 例;年龄 60~69 岁,中位年龄 66.4 岁;闭合性骨折 32 例,开放性骨折 8 例。所有患者均在受伤 1 周内完成手术。

1.2 方法 闭合复位交锁髓内钉内固定治疗胫骨骨折,采用硬膜外麻醉,仰卧位,在髌韧带上作 5~6 cm 切口。取胫骨结节内侧 1 cm 为进钉点并扩髓使之较主钉直径大 1 mm,根据患肢对侧肢体长度并结合 X 线片选择合适大小的髓内钉及锁钉。若合并有需要内固定的腓骨骨折,可在导入主钉后切开复位,以接骨板螺钉系统固定腓骨。调整旋转主钉,安装远端锁钉。C 型臂透视评估骨折端复位情况,消除旋转及分离移位。装好定位器,打入近端锁钉。两端依次拧入 2 枚锁钉,最后装好钉帽。C 型臂再次透视评估骨折复位情况及髓内钉位置,被动活动患肢以确保骨

折端稳定。操作完成后用盐水冲洗伤口,髌韧带切口留置橡皮条引流,逐层缝合切口^[4-5]。术后抗感染治疗 1~3 d,术后 1 周可逐步进行功能锻炼。术后处置:切口冷敷、垫高。术后第 2 天可等长收缩锻炼肌肉,术后 1 周左右可行患肢的功能锻炼(不负重)。术后第 2 天行 X 线片检查,出院后每个月行患肢 X 线检查。

1.3 术后观察指标 观察术后骨痂出现时间、骨折愈合时间、下床负重时间,以及切口感染、延迟愈合、畸形愈合发生情况。

1.4 疗效判定 (1)疗效判定标准:①骨折愈合,未出现成角移位和短缩畸形,对位准确度>90%,患肢功能恢复时间<6 个月为显效;②骨折部位对位准确度为 80%~90%,出现前后成角≤10°,未出现侧方成角,短缩畸形≤2 cm 为有效;③骨折不愈合为无效。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。(2)骨折临床愈合标准:①局部无压痛,无纵向叩击痛;②局部无异常活动;③X 线片显示骨折线模糊,有连续性骨痂通过骨折线;④功能测定,在解除外固定情况下,上肢能平举 1 kg 重物达数分钟,下肢能连续徒手步行 3 min,并不少于 30 步;⑤连续观察 2 周骨折处不变形。(3)胫骨骨折疗效(Johner-Wruth)评分标准:①优为骨折达解剖对位,骨折部位完全愈合,无畸形,无感染,愈合时间≤8 周,骨性愈合≤3 个月,关节功能完全恢复正常;②良为骨折达解剖对位或近解剖对位,骨折部位基本愈合,无畸形,皮肤轻度感染,愈合时间>8~≤12 周,骨性愈合时间≤6 个月,关节功能基本恢复;③中为骨折近解剖对位,肢体短缩、轻

度跛行,影响正常生活;④差为骨折未达解剖复位,肢体短缩、明显跛行,严重影响正常生活。(4)踝关节(Kofoed)评分标准:各项积分之和 85~100 分为优,75~<85 分为良,70~<75 分为中,<70 分为差。(5)膝关节(KSS)评分标准:各项积分之和 85~100 分为优,70~<85 分为良,60~<70 分为中,<60 分为差。优良率=(优的例数+良的例数)/总例数×100%。

2 结 果

2.1 术后疗效评定 全部患者均随访 10~12 个月,中位随访时间 11.2 个月。术后 4 个月骨折均达到临床愈合,骨折愈合显效及有效例数占 100.00%。术后 5 个月根据 Johner-Wruth 评分标准进行评价,优、良、中、差分别为 30、5、4、1 例,优良率为 87.50%。末次随访疗效按 Kofoed 评分标准评定:优 32 例,良 6 例,中 2 例,优良率为 95.00%;疗效按 KSS 评分标准评定:优 30 例,良 8 例,中 2 例,优良率为 95.00%。患者术后 X 线片提示骨折均达到解剖复位或功能复位。经随访,全部患者无延迟愈合及畸形愈合。

2.2 手术指标观察 术后患者骨痂出现时间为(6.0±0.1)周,骨折愈合时间为(15.1±0.3)周,患者下床负重时间为(39.6±8.6)d。

2.3 并发症发生情况 所有手术患者无延迟愈合及畸形愈合。术后 2 例患者出现伤口感染,未波及内固定物,经换药治疗后感染得到控制。并发症发生率为 5.00%。

3 讨 论

胫腓骨是支撑身体的重要骨性结构之一,易发生骨折,医院的治疗方案较多,但是早期、积极进行手术是其主要的治疗方式。随着对骨折认识的深入,人们对胫腓骨骨折的治疗理念也逐渐转变。目前主要倾向于保护骨折周围血供、促进功能复位、使用解剖轴线排列的生物学固定^[6]。老年人由于基础疾病较多,血管硬化导致下肢血供较差,不利于切开复位钢板内固定后的骨折愈合。同时老年人术后易出现多种并发症,如切口感染、小腿皮肤缺血坏死、内固定物暴露等。骨折易导致供应胫骨血液的滋养动脉受损,影响胫骨的血供,而骨折恢复所需的血供还需要骨膜血液进行临时补给,因此手术治疗过程中要特别保护骨膜的血液供应^[7]。在胫腓骨骨折的众多治疗方案中,不同的治疗方案,往往产生不同的治疗效果。但临床主要以恢复下肢长度,改善患肢功能为目标。随着医疗技术进步及医疗材料的更新,闭合复位交锁髓内钉内固定治疗胫腓骨骨折逐渐成为一种患者普遍接受的方法^[8]。闭合复位交锁髓内钉内固定可显著减少对骨折部位周围血供的不利影响,提升患肢功能恢复的效果^[9-10]。

胫骨的解剖特点导致骨折后易发生旋转移位。而作为内夹板固定,实施中轴线弹性固定的交锁髓内

钉能有效纠正骨折的移位,从而使胫骨恢复正常力线,达到解剖复位或功能复位,有效保证术后骨折端的稳固性,可使患者较早期地进行下地训练^[11-12]。胫骨骨折后,力量直接或通过骨间膜作用于腓骨,易引起腓骨骨折。而胫骨骨折复位固定后,因为骨间膜的作用或辅助外力而使腓骨骨折复位,根据骨折稳定程度,可给予钛板螺钉固定或不固定。

本研究结果显示,患者术后 X 线片提示骨折均达到解剖复位或功能复位。术后有 2 例伤口感染,不良反应发生率为 5.00%。有研究报道,切开复位钢板内固定有较高的不良反应发生率^[13-14]。本研究中,40 例患者经过 10~12 个月的随访,患者均达到骨折愈合。闭合复位交锁髓内钉内固定治疗老年胫腓骨骨折,术后效果确切,并发症发生率低,适宜在临床中应用。

参考文献

- [1] 梁维平. 胫腓骨骨折应用切开复位与闭合复位交锁髓内钉内固定的比较研究[J]. 双足与保健, 2017, 26(13): 127-128.
- [2] 李柏. 胫腓骨骨折不同手术治疗的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2017, 12(12): 44-46.
- [3] XIA L, ZHOU J, ZHANG Y, et al. A meta-analysis of reamed versus unreamed intramedullary nailing for the treatment of closed tibial fractures[J]. Orthopedics, 2014, 37(4): e332-e338.
- [4] 费良健. 闭合复位与切开复位交锁髓内钉内固定治疗胫腓骨骨折的疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(22): 63-65.
- [5] 陈刚, 钱明权, 朱国兴, 等. 经皮闭合复位锁定钢板和交锁髓内钉及切开复位钢板置入修复胫骨中下段骨折: 生物稳定性比较[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(44): 7151-7156.
- [6] 王秀权. 透视下闭合复位交锁髓内钉治疗胫腓骨骨折[J]. 医学信息, 2016, 29(14): 293-294.
- [7] YU J, LI L, WANG T, et al. Intramedullary nail versus plate treatments for distal tibial fractures: a meta-analysis[J]. Int J Surg, 2015, 16(Pt A): 60-68.
- [8] 董金海, 韩继明. 胫腓骨骨折手术治疗 128 例[J]. 陕西医学杂志, 2009, 38(7): 845-846.
- [9] 彭长辉, 黄名芳, 何辉, 等. 闭合复位交锁髓内钉内固定治疗胫腓骨多段骨折[J]. 临床骨科杂志, 2016, 19(6): 738-739.
- [10] 沈松坡, 强华, 赵尔弘. 专家型胫骨髓内钉治疗胫骨远端骨折的初期疗效[J]. 实用骨科杂志, 2016, 22(3): 229-232.
- [11] 章年年, 叶招明, 任伟峰, 等. 交锁髓内钉与钢板内同定微创治疗胫腓骨多段骨折的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2015, 28(4): 363-367.
- [12] 邵春海. 58 例胫腓骨骨折手术治疗临床效果观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(1): 22-24.
- [13] TASKESEN A, YARADILMIS Y U, OZDEMIR M, et al. Are clinical and functional results of MIPPO and IMN

for treatment of extraarticular distal tibia fractures similar[J]. J Turgut Ozal Med Cent, 2017, 24(4): 413-417.

折 78 例临床观察[J]. 山东医药, 2008, 48(32): 131-132.

[14] 吴昌林, 郑璞, 李绚, 等. 带锁髓内钉内固定治疗胫腓骨骨

(收稿日期: 2018-12-25 修回日期: 2019-03-26)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.16.041

强化自我护理能力对初产妇产褥期恢复及母乳喂养情况的影响

张 娟, 张 跃, 赵 梅[△]

西电集团医院产科, 陕西西安 710077

摘 要:目的 探讨强化自我护理能力对初产妇产褥期恢复及母乳喂养情况的影响。方法 选取该院 2017 年 1 月至 2018 年 6 月初产妇 120 例, 计算机随机等分成对照组与观察组, 每组 60 例。对照组产妇接受常规护理, 观察组产妇在对照组基础上接受强化自我护理能力干预。比较两组产妇的自我护理能力、恢复情况、心理状态、母乳喂养情况。结果 干预前两组产妇自我护理能力比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 干预后观察组产妇的正常生活能力、家庭融入、社会融入、情绪状态评分显著高于对照组($P<0.05$)。观察组产妇泌乳时间、子宫入盆时间、血性恶露时间短于对照组($P<0.05$)。干预前两组产妇焦虑自评量表(SAS 量表)、抑郁自评量表(SDS 量表)评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 干预后观察组产妇 SAS、SDS 评分低于对照组($P<0.05$)。观察组完全母乳喂养率显著高于对照组($P<0.05$)。结论 强化自我护理能力可促进初产妇产褥期恢复, 改善其负性心理, 促进母乳喂养。

关键词:强化自我护理能力; 初产妇; 产褥期; 焦虑; 抑郁

中图法分类号:R473.71

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)16-2404-03

妊娠是女性正常生理现象, 产妇在经历备孕一怀孕一分娩之后^[1], 身体各项功能都会发生改变^[2]。尤其是剖宫产的产妇, 术后需要较长时间卧床休养, 如果术后得不到较好的护理, 很可能出现并发症以及不良事件。因此, 对初产妇产褥期自我护理能力的培养关乎产妇产后生活质量及乳汁分泌。有研究发现, 强化自我护理能力能够快速促进产妇恢复, 减少产后不良事件发生^[3]。目前国内在强化自我护理能力方面的干预措施虽多, 但缺乏新颖性, 这也影响了初产妇产褥期的恢复。本文选取本院 2017 年 1 月至 2018 年 6 月收治的初产妇, 对其实行强化自我护理能力干预, 取得了较好的效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 6 月本院初产妇 120 例, 计算机随机等分成对照组与观察组, 每组 60 例。对照组产妇年龄 23~34 岁, 平均(28.97±2.47)岁; 孕周 34~41 周, 平均(38.57±1.04)周; 阴道分娩 48 例, 剖宫产 12 例。观察组产妇年龄 23~33 岁, 平均(28.97±2.87)岁; 孕周 34~40 周, 平均(38.57±1.57)周; 阴道分娩 49 例, 剖宫产 11 例。两组产妇年龄、孕周、生产方式等一般资料比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性($P>0.05$)。纳入标准: (1)单胎、初产; (2)知情同意; (3)经本院医学伦理会批准; (4)既往病史、手术史清楚。排除标准: (1)精神病产妇; (2)认知功能障碍产妇; (3)心脏病产妇; (4)肝肾功能代谢异常产妇; (5)四肢功能不全产妇。

1.2 方法 对照组产妇接受常规护理: 产前护士对产妇进行健康宣教, 产后护士指导产妇刺激乳房、泌乳、清洗新生儿等。观察组产妇在对照组基础上接受强化自我护理能力干预: (1)生理干预。护士针对本组产妇生理特点制订干预措施, 其目的是增强产妇自我护理意识, 深化产妇对生产及护理知识的认知。护士在本组产妇生产后与其保持密切联系。对于阴道分娩的产妇, 要提醒其注意保暖, 讲解阴道生产的优点及产后 2 h 下床活动的重要性; 告知产妇阴道分娩数小时后即有乳汁分泌, 教授产妇按摩乳房的手法, 并观察产妇的按摩步骤是否正确, 指出有问题的地方。对于剖宫产的产妇, 要尽量满足其要求, 不能刺激产妇, 在术后 6 h 去枕平卧, 叮嘱产妇家属及产妇定时按摩乳房, 鼓励产妇尽早下床活动。(2)安全干预。将生产安全手册发放给产妇, 指导产妇阅读生产安全手册上的内容, 解答产妇的疑问。带领产妇参观护士护理过程, 告知产后 72 h 护理要点。(3)尊重干预。该阶段的干预措施主要是尊重产妇人格及心理需求。产妇生产后几个小时内会发生会阴部及手术切口疼痛, 剧烈的疼痛会影响产妇的自我护理能力。因此, 产妇的饮食、运动等大部分行为都需要护士及家属照顾, 在这个过程中会涉及产妇个人隐私, 可能会影响产妇自尊心, 使其出现负性心理。护士首先向产妇讲解他人护理的重要性, 告知产妇护士会对其个人信息及身体状况严格保密。同时, 以亲切的语言及熟练护理技巧获得产妇信任。例如: 护理人员亲身指导, 一

[△] 通信作者, E-mail: 834186416@qq.com.