

十足踝长肌肌腱松解+屈趾长肌肌腱延长+跖腱膜松解+三关节融合术,以及单纯三关节融合术等。出院后随访,远期效果均较满意。

术前护理

病人入院前多不能得到系统的功能锻炼,入院后除观察记录病人体温、脉搏、呼吸等一般情况外,还要对其患足进行被动锻炼。包括前足的内收、外展、背伸、屈曲等,使其活动度达到最大范围再行手术。通过对照观察,其效果远远超过不先进行功能锻炼即行手术者。

术后功能锻炼

为每位患者制定一份锻炼计划,成为护理病历的一部分。每 10 天为一疗程,每天锻炼 2~4 次,在每个疗程及每天测量一次活动范围以便对照,还可以增加病人战胜疾病的信心。对于跟腱延长,内收肌切断及腱膜松解等手术患者,在手术 4 周拆石膏后,换穿矫形鞋托,结合被动活动,一般效果都很好。对于年龄较大畸形仍较明显者,要做三关节融合术。手术后一般用石膏

固定,此时要抬高患肢,密切观察足趾血循环。术后第 1 天按摩足趾,第 2 天即可在指导下行足趾活动。2~3 月拆石膏。待骨融合牢固后,开始锻炼。每次锻炼前我们采取神灯照射 20 分钟,先按摩患足,做足的全关节被动活动(根据病情选择)注意动作宜轻,然后扶病人下床、赤足、双足蘸粉末,足跟着地,护理人员站在病人左侧或前方,双手牵着病人两手,家属在旁看护,嘱患者放松情绪,站稳步态,步距由小到大,力量由轻到重缓缓进行,第 1 天走 5 步,第 2 天走 10 步;如此循序。在锻炼过程中,护士要通过细致的观察来掌握锻炼正确与否。总之,锻炼越早,效果越好。

注意事项:功能锻炼时主动活动步态一定要正确,足跟着地用力均匀,地板滑时,应注意切勿摔倒,扭伤踝关节等部位。

(本文承蒙阮汝清教授审阅,谨此致谢)

(收稿:1995-11-21)

夹板固定下肢骨折的护理

福建省漳州市中医院 (363000)

林丽娟 陈联源

我科 1993~1996 年应用夹板固定治疗下肢骨折 500 例,效果满意,无一例发生并发症。现将护理体会总结如下。

夹板固定的护理

1. 骨折整复后,应根据骨折的解剖位置和类型,选择大小、长短适合的夹板,并按肢体的形态塑形。

2. 一般骨折复位后肢体会肿胀,故首次包扎不宜过紧。应经常检查患肢的肢端血运、皮肤颜色、肿胀程度、静脉回流有无障碍,防止包扎过紧引起血液循环障碍导致缺血性坏死或神经麻痹。如发现包扎过紧,应重新调整。

3. 夹板固定后,如患者诉疼痛不减甚至加剧,应及时解开夹板检查棉花垫放置的位置是否正确、或夹板过长、过短压迫皮肤引起水泡。如有水泡可用注射器抽空,外敷凡士林纱布保护创面。

4. 肿胀消退后,每 7~10 天在维持牵引下解开夹板检查一次,及时纠正移位,并调整松紧度。并用红花

酒精按摩局部以达到舒筋活络作用。

5. 功能锻炼:单纯的静止固定对骨折愈合不利。必须在固定与活动相结合的原则下,以不影响骨折部的固定为限,早期指导患者做患肢足趾伸屈活动,踝关节、股四头肌收缩活动。中后期应加强全身、患肢及各关节的上下活动,防止关节僵直及肌肉萎缩。

体 会

夹板外固定治疗骨折的优点在于取材容易、材料携带方便、医疗费用低、病人痛苦少、关节功能恢复好,又可降低手术内固定率而减轻病人的痛苦和经济负担。但如果护理不当易引起并发症。所以应用夹板固定后应密切观察患肢血运情况,防止缺血、坏死。定期检查防止移位。及时调整夹板松紧度以达到固定目的。中后期指导进行功能锻炼,防止关节僵直及肌肉萎缩。在骨痂基本形成时拆除超关节的夹板以便伤肢进行功能锻炼。

(收稿:1997-05-21)