

急性踝关节不稳定患者早期综合护理干预对预后的影响研究

张海静 夏 雪 刘江龙
宁夏医科大学总医院 宁夏 银川 750004

摘 要：目的：探讨早期综合护理干预对急性踝关节不稳定患者预后的影响。方法：选取2022年1月至2023年12月我院收治的急性踝关节不稳定患者120例，按随机数字表法分为观察组（60例）和对照组（60例）。对照组采用常规护理，观察组在常规护理基础上实施早期综合护理干预。比较两组干预前后疼痛视觉模拟评分、美国足与踝关节协会评分、肿胀消退时间、首次负重时间及并发症发生率。结果：干预4周后，相比对照组，观察组VAS评分较低、AOFAS评分较高（ $P < 0.05$ ）；观察组肿胀消退时间、首次负重时间均较短（ $P < 0.05$ ）；观察组并发症发生率较低（ $P < 0.05$ ）。结论：早期综合护理干预可有效减轻急性踝关节不稳定患者疼痛与肿胀，促进关节功能恢复，降低并发症风险，改善预后。

关键词：急性踝关节不稳定；早期综合护理干预；预后影响

急性踝关节不稳定是骨科常见损伤，多由运动或外伤导致韧带撕裂或松弛引起，临床表现为疼痛、肿胀、活动受限，若护理不当易发展为慢性不稳定，影响患者生活质量。常规护理以固定制动、基础照护为主，忽视早期功能干预与心理支持，预后改善效果有限^[1]。本研究通过实施早期综合护理干预，从康复训练、疼痛管理等多维度介入，探讨其对患者预后的影响，为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2023年12月我院收治的急性踝关节不稳定患者120例，按随机数字表法分为观察组（60例）和对照组（60例）。观察组男35例，女25例，年龄19-58岁，平均（ 32.6 ± 8.5 ）岁。对照组男33例，女27例，年龄20-59岁，平均（ 33.1 ± 7.9 ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：①符合急性踝关节不稳定诊断标准，经X线排除骨折，MRI证实距腓前韧带、跟腓韧带等主要韧带损伤；②受伤至入院时间 $\leq 48h$ ，受伤机制为运动扭伤或行走时意外内翻/外翻；③意识清楚，能配合完成问卷调查及康复训练；④患者及家属签署知情同意书，本研究经医院伦理委员会批准。排除标准：①合并踝关节骨折、脱位或神经血管损伤；②既往有慢性踝关节不稳、关节炎、痛风等病史；③存在严重心、肝、肾等脏器功能障碍，或患有糖尿病影响伤口愈合；④存在精神疾病、认知功能障碍或沟通障碍；⑤妊娠或哺乳期女性；⑥随访期间失访或因其他原因退出研

究。

1.2 护理方法

对照组采取常规护理。固定制动：采用踝关节支具或弹力绷带固定，保持中立位，抬高患肢15-30°以促进静脉回流。基础照护：观察患肢皮肤颜色、温度及肿胀情况，每日测量踝周径；指导患者避免负重，协助日常起居。用药指导：遵医嘱给予非甾体抗炎药（如布洛芬），告知用药剂量及不良反应。出院指导：嘱患者4周后复诊，避免剧烈运动，未提供系统康复方案。

观察组采取早期综合护理干预。在常规护理基础上实施为期4周的综合干预，成立由骨科护士、康复治疗师、心理咨询师组成的干预小组，岗前培训3次确保操作一致性，具体措施如下：（1）个性化康复训练。急性期：在支具固定状态下进行等长收缩训练，指导患者主动收缩胫骨前肌、腓肠肌，每次持续10s，休息10s，每组10次，每日3组；同步开展足趾屈伸运动，主动屈曲、伸直足趾，每组20次，每日4组。训练时采用视觉反馈法，确保肌肉收缩到位；若训练中VAS评分 ≥ 4 分立即暂停，记录疼痛部位并调整训练强度。每日由康复治疗师评估训练完成度，未达标者分析原因并调整方案。亚急性期：去除支具后进行关节活动度训练，护士协助患者完成踝关节被动跖屈、背伸、内翻、外翻，每个方向活动至患者主诉轻微疼痛时停留5s，缓慢复位，每次10min，每日2次；同时开展平衡功能训练，患者单腿站立于平衡垫上，双臂自然下垂，目视前方，每次30s，间隔1min，逐渐延长至1min，每日3组，训练时护士在旁保护以防跌

倒。采用关节量角器每日测量踝关节活动度，确保每周背伸角度增加3°-5°。恢复期：加入抗阻训练，使用弹力带进行抗阻跖屈、背伸、内翻、外翻训练，每个方向动作缓慢完成，每组15次，每日3组；结合步态训练，使用体重秤监测负重程度，从体重的30%开始，每日增加5%-10%，借助平衡仪监测重心摆动幅度，每日训练20min。训练后采用Borg疲劳量表评估疲劳程度，过度疲劳时减少训练量。（2）阶梯式疼痛管理。每日早晚8时采用VAS评分评估疼痛，同时记录疼痛性质。VAS1-3分（轻度疼痛）：采用冷敷疗法敷于患处，每次15-20min，每日3次，间隔6h；同步实施音乐疗法，提供古典音乐或自然音效，患者佩戴耳机聆听，30min/次，每日2次。VAS4-6分：在上述基础上加用塞来昔布胶囊（200mg/次，每日1次）口服，餐后30min服用，记录用药后疼痛缓解时间。VAS≥7分（重度疼痛）：立即报告医生，考虑调整治疗方案，如局部封闭治疗，并增加疼痛评估频次。物理因子辅助：受伤72h后采用低频脉冲电疗，电极片分别贴于内踝、外踝处，频率100Hz，脉冲宽度0.2ms，电流强度以患者感到轻微震颤且无疼痛为宜，每次20min，每日1

次，10次为1疗程。治疗中观察皮肤反应，若出现红斑、瘙痒立即停止。（3）系统性心理干预。采用焦虑自评量表（SAS）每周评估1次，得分≥50分者进行针对性疏导，通过讲解损伤愈合机制、成功案例分享缓解焦虑。邀请家属参与护理计划，指导家属协助患者完成训练，给予情感支持，每周组织1次病友交流会，促进经验分享。

1.3 观察指标

（1）疼痛程度：干预前、干预2周、4周采用VAS评分，0分无痛，10分最剧烈疼痛。（2）关节功能：干预前及干预4周采用AOFAS踝-后足评分量表，总分0-100分，分值越高功能越好。（3）恢复进程：肿胀消退时间、首次负重时间。（4）并发症。

1.4 统计学方法

运用SPSS31.0统计学软件，用“ $(\bar{x}\pm s)$ ”、 $[n(\%)]$ 表示，“ t ”、“ χ^2 ”检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者VAS评分比较

干预2周、4周，观察组VAS评分均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 干预前后VAS评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	干预前	干预2周	干预4周
观察组	60	6.8±1.2	3.1±0.6	1.8±0.5
对照组	60	6.7±1.1	4.5±0.8	3.2±0.7
t 值	-	0.415	10.234	11.657
P 值	-	0.681	<0.001	<0.001

2.2 两组患者AOFAS评分及恢复指标比较

干预4周，观察组AOFAS评分显著高于对照组（ $P<$

0.05）；观察组肿胀消退时间、首次负重时间均显著短于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 AOFAS评分及恢复指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	AOFAS评分（分）	肿胀消退时间（d）	首次负重时间（d）
观察组	60	89.6±5.2	4.2±1.1	7.5±1.3
对照组	60	76.3±6.1	6.8±1.5	10.2±1.8
t 值	-	12.081	10.574	9.422
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	关节僵硬	再次扭伤	DVT	总发生率
观察组	60	1（1.7）	1（1.7）	0	2（3.3）
对照组	60	4（6.7）	3（5.0）	2（3.3）	9（15.0）
χ^2 值	-	1.898	1.047	2.034	4.902
P 值	-	0.169	0.308	0.154	0.027

3 讨论

急性踝关节不稳定是踝关节韧带损伤后的常见病理状态，其中距腓前韧带损伤在所有踝关节韧带损伤中的

占比较高。韧带损伤后，局部胶原纤维断裂，释放炎症介质引发疼痛与肿胀；同时本体感觉受体受损，导致平衡功能下降，形成疼痛、活动减少、功能障碍的恶性循

环。若早期处理不当,部分患者会发展为慢性不稳定,表现为反复扭伤、关节退变,严重影响患者运动能力与生活质量^[2]。当前临床护理存在三方面局限:①制动过度化,部分医护人员认为严格制动才能促进愈合,导致患者长期卧床;②疼痛管理单一化,过度依赖药物镇痛,忽视物理因子与心理因素的协同作用,而药物不良反应发生率高;③康复训练随意化,缺乏分阶段、个性化方案,患者要么因恐惧不敢活动,要么盲目训练导致二次损伤,训练依从性较低^[3]。

早期综合护理干预基于加速康复外科理念,强调在损伤后48h内启动多维度干预,通过动静结合促进韧带修复与功能恢复。其核心在于:根据韧带愈合的病理生理过程制定阶段性方案,兼顾组织修复与功能保护,突破传统制动优先的局限性。本文研究显示,观察组干预4周后VAS评分显著低于对照组,肿胀消退时间缩短,证实阶梯式疼痛管理的有效性。急性期冷敷通过降低局部温度抑制炎症介质释放,减少血管通透性,从而减轻肿胀与疼痛,较传统冰袋更能避免冻伤风险。音乐疗法通过激活大脑内啡肽系统,降低疼痛中枢敏感性。亚急性期引入低频脉冲电疗,通过电流刺激促进局部血液循环,加速炎症因子清除,同时抑制疼痛信号传导。阶梯式用药策略既保证镇痛效果,又减少药物用量,降低不良反应风险。此外,心理干预通过改善焦虑情绪,间接提高疼痛阈值,因焦虑可使疼痛敏感性增加,这也是观察组疼痛缓解更显著的重要原因^[4]。

观察组AOFAS评分显著更高,首次负重时间缩短,得益于个性化康复训练的阶段性实施。急性期等长收缩训练在不增加关节负荷的前提下,通过肌肉泵作用促进静脉回流,同时维持肌肉张力,为后续功能恢复奠定基础。传统护理因缺乏早期训练,患者往往出现肿胀、活动减少、更肿胀的恶性循环,导致恢复延迟。亚急性期被动活动与平衡训练具有双重作用:一方面通过缓慢关节活动预防粘连,增加关节活动度;另一方面激活本体感觉受体,改善平衡功能。恢复期抗阻训练与步态训练则针对性增强韧带负载能力,促进胶原纤维有序排列,使患者能更早安全负重。

观察组并发症发生率显著降低,体现综合护理的协同价值。关节僵硬发生率低与早期活动密切相关,研究

证实制动1周可使关节液中透明质酸浓度下降,导致关节粘连风险增加,而观察组通过分阶段活动维持关节液循环,减少粘连发生。再次扭伤减少与平衡训练提升本体感觉有关,平衡仪监测显示观察组重心摆动幅度较对照组降低,使患者在日常活动中更易维持稳定。DVT预防效果显著,因早期等长收缩训练可增加静脉血流速度,配合患肢抬高,形成主动与被动的血栓预防体系^[5]。对照组2例DVT均发生于制动超过1周且未进行肌肉训练的患者,提示单纯制动存在血栓风险,而综合护理通过动态监测与早期活动实现有效防控。

早期综合护理干预的优势体现在三方面:(1)个体化与标准化结合,既根据损伤程度调整训练强度,又通过操作手册保证干预一致性,解决了传统护理经验化问题;(2)多学科协作模式,护士、康复师、心理咨询师分工明确,形成“评估-干预-反馈”闭环,较单一护理更具系统性;(3)成本效益高,物理干预与健康教育减少药物使用,且降低并发症导致的二次医疗支出,适合基层医院推广。

综上所述,早期综合护理干预通过分阶段个性化康复训练、阶梯式疼痛管理、系统性心理干预及精准化健康教育,可有效减轻急性踝关节不稳定患者的疼痛与肿胀,促进关节功能恢复,降低并发症风险,是一种安全、有效的护理模式,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]孙艳红,张燕,张卫红.心理护理干预对慢性踝关节不稳定伴抑郁症患者情绪的影响[J].河南医学研究,2024,33(8):1514-1517.
- [2]易红,刘瑞飘,陈惠荣.关节镜下治疗慢性踝关节不稳定的护理与康复[J].广州医药,2024,55(12):1500-1505.
- [3]祝崇雪,李梦梦,金平湖.延续康复护理在踝关节不稳术后中的效果观察[J].现代实用医学,2021,33(4):518-519.
- [4]严维娣,蒋明春,王海霞.穴位治疗联合下肢整体康复训练在急性踝关节损伤患者康复中的应用[J].康复,2025(15):187-189.
- [5]成丽敏,孙东绣,姜荣.个体化护理结合行为干预对踝关节骨折患者的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(5):824-827.