

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a lábszártörés kezeléséről

Készítette: a Traumatológiai Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

I.1. ALKALMAZÁSI TERÜLET: ORTOPÉDIA, TRAUMATOLÓGIA

I.2. A PROTOKOLL BEVEZETÉSÉNEK ALAPFELTÉTELE

Megfelelő tájékozottság a fent említett szakmákban, tapasztalat a velőür szegezésben, a lemezes synthesis-ekben, ill. a röntgenfilmek értékelésében.

I.3. Definíció:

A lábszár törései direkt vagy indirekt traumára alakulnak ki. Lehetnek zártak és nyíltak, és kialakulhatnak a lábszár proximalis harmadában, a lábszár diaphysisén és a lábszár distalis harmadában.

3.2. Kockázati tényezők: Nagy sebességű járműveken történő utazás, magasból történő leesés, direkt- kontaktsportok.

I.4. Panaszok, tünetek, általános jellemzők:

A sérülés kapcsán kóros mozgathatóság alakul ki a lábszár területében proximalisan a középvonalban vagy distalisan.

Jelentős fájdalom alakul ki ugyanazon a területen.

Spontán a beteg a végtagját emelni nem tudja.

Kóros mozgathatóság a végtag egész területén.

Jelentős duzzanat.

A sérülés felett seb vagy zúzódás.

I.5. A betegség leírása:

5.1. Lábszártörések esetében megkülönböztetjük a lábszártörést, ebben az esetben a tibia és a fibula együtt sérül ill. az ún. tibia törést, ahol csak a tibia sérül, ennek a gyógyulási jellemzői rosszabbak. A proximalis harmadban megkülönböztetjük a monocondylaer, bicondylaer töréseket, míg a distalis részen az ún. pilon töréseket, amely pilon törések az ízületi felszín részvételével súlyos sérülést jelentenek a végtag számára.

5.2. Genetikai háttér nem kimutatható

5.3. Évente Magyarországon általában 1350 lábszártörés alakul ki, ebből 300 a proximalis harmadban, 500 a diaphysisen és a maradék a distalis harmadban.

5.4. Leggyakrabban a 21-60 éves emberek körében fordul elő.

5.5. Férfiak, nők arány 60-40%.

II. Diagnózis

II.1. A diagnózis algoritmusa:

Pontos anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat, képalkotó vizsgálat.

II.2. Anamnézis:

Igen fontos a baleset mechanizmusának tisztázása (indirekt trauma). Igen fontos a kísérő betegségek tisztázása a műtéti terv felállításának szempontjából.

II.3. Fizikális vizsgálat:

- a végtag megtekintése
- a kóros mozgathatóság megítélése
- a két domináns (a dorsalia.pedis és a tibialis posterior) artéria tapintása
- érzés vizsgálata
- mozgás megállapítása
- külsérelmi nyomok megállapítása
- a lágyrészek feszességének megállapítása

II.4 .Kötelező diagnosztikai vizsgálatok:

- 4.1. Laboratóriumi vizsgálatok: nem szükségesek a sérülés igazolásához.
- 4.2. A képpalkotó vizsgálat: Kétirányú lábszárfelvétel, egyik AP-ból a lábszár proximalis részéről, a másik oldalról lábszár distalis részéről.
- 4.3. Amennyiben a distalis artériák nem tapinthatók úgy Doppler vizsgálat szükséges, ha ez is negatív eredményű úgy érfestés vizsgálatának elvégzése szükséges.

III. Terápia

III.1. Nem gyógyszeres kezelés:

Gyógyszeres kezelés alapellátásban nem szükséges.

- 1.1. Megfelelő egészségügyi ellátás szintje: traumatológiai vagy ortopéd sebészeti osztály, ahol szakorvos mellett képerősítő és műtő is rendelkezésre áll képzett személyzettel.

III.2. Műtét

- 3.4. Sebészeti kezelés
 - 3.4.1. Műtéti indikáció.
 - 3.4.1/1. Proximális harmad lemezes vagy csavaros synthesis.
 - 3.4.1/2. Diaphysis törés fedett felfúrásos velőúr szegezés vagy lemezes osteosynthesis.
 - 3.4.1/3. Distalis harmad fixateur externe, lemezes csavaros osteosynthesis.
 - 3.4.2. Műtéti előkészítés: Labor előkészítés után aneszteziológiai konzílium.
 - 3.4.4. Műtét: Steril műtőben, általában vértelenségben lemezes vagy felfúrásos velőúr szegezést végzünk.
 - 3.4.5 Posztoperációs teendők: redon drain behelyezés, antibiotikus profilaxis, szükség esetén tetanus profilaxis, a végtag magasra polcolása, rendszeres kontroll.
- 3.5. Fizikai aktivitás:

A beteget a műtét utáni második napon két mankóval terhelés nélkül mobilizáljuk.
- 3.6. Diéta:

Nem szükséges.
- 3.7. Betegoktatás:

A műtét után LMVH-val profilaxis szükséges, ennek folytatása a műtét után 3 hétig történik, erre a beteget ki kell oktatni. Meg kell tanítani a gyógytornára ill. a mobilizálásra terhelés nélkül.

III.3. Egyéb terápia

Nem szükséges.

IV. Rehabilitáció

A posztoperatív időszakban szükséges a beteg mobilizálása gyógytornász segítségével 6 hétig terhelés nélkül, 6 hét után terheléssel.

V. Gondozás

V. 1. Rendszeres ellenőrzés:

3., 6., 12., 18., 24. héten, ezután 12 hetenként.(rtg. kontroll)

V. 2. Megelőzés

Baleset megelőzés.

V. 3. Lehetséges szövődmények:

A szövődményeket elsősorban a fertőzés jelenti, ez rendszeresen kontrollálandó és újra feltárás, műtét és antibiotikum szükséges.

- 3.1. Szövődmények kezelése: álízület kialakulása esetén újabb műtét ill. csontforgács beültetés szükséges.

V. 4. Kezelés várható időtartama:

4-6 hónap.

V. 5. Az ellátás megfelelőségének indikátorai

A megfelelő kontrollok alapján készített röntgenfelvételek ill. az írásbeli dokumentáció

V.6. Dokumentáció, bizonylat

A műtéti beleegyezéstől a rendszeres kontrollokon keresztül a végleges elbocsátásig terjed.

VI. Irodalomjegyzék

1. Renner A: A traumatológia Budapest, 1999
2. Cziffer E: Operatív töréskezelés Budapest, 1998
3. Böhler: A csonttörések kezelése (1963)
4. Magyar Zoltán: Funkcionális töréskezelés (1993 MTA)

Kapcsolódó internetes oldalak:

www. Lábszártörések kezelése

A szakmai protokoll érvényessége: 2009. december 31.

VII. Melléklet**1. Gyakori társbetegségek:**

Nincs

2. Érintett társszakmákkal való konszenzus:

Nincs

3. Egyéb megjegyzések:

Nincs



KÖZLÖNY

§