

128 例儿童肱骨髁上骨折治疗体会

管从军

(河南省郸城县中医院 郸城 477150)

关键词: 儿童; 肱骨髁上骨折; 手法整复; 手术疗法; 中药熏洗

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0072-01

肱骨髁上骨折是儿童常见病之一, 不恰当的治疗易遗留肘关节伸屈功能障碍、肘内翻畸形及筋膜室综合征。笔者自 2004 年 8 月~2006 年 4 月共收治 128 例, 经临床观察, 效果满意。现就治疗情况及结果分析报告如下:

1 临床资料

本组 128 例中, 男 108 例, 女 20 例; 年龄最大 14 岁, 最小 4 岁, 平均年龄 8 岁; 左侧 66 例, 右侧 60 例, 双侧 2 例; 新鲜骨折 125 例, 陈旧骨折 3 例; 无移位骨折 5 例, 开放性骨折 3 例。所有病例均被随访。

2 治疗方法

本组病例采用手法复位、小夹板或超肘关节石膏托外固定治疗 118 例, 手术治疗 10 例。

2.1 复位方法 (1) 无明显移位的骨折可采用小夹板屈曲 90° 固定 4~6 周。(2) 有移位的伸直型骨折: 可在 X 光透视下整复, 复位时两助手分别握住患者腕部与上臂, 沿着前臂自然位方向牵引, 待骨折端牵开后, 术者先纠正远侧骨折端的侧方移位, 尺侧移位应矫正过正, 轻度桡偏移位不可矫正, 以减少肘内翻发生的机会, 侧方移位纠正后, 术者以双手拇指从肘后向前推顶尺骨鹰嘴, 同时在维持牵引下屈肘 90° 或大于 90° 位, 此时一般骨折即可达到满意复位, 检查有无桡动脉搏动存在, 经 X 线透视证实复位满意后, 以夹板或石膏托固定。骨折复位后, 定时复查血循环及骨折位置, 根据肢体消肿情况及时调整或更换外固定。4~6 周去除外固定, 开始练习肘关节屈伸活动, 对肢体肿胀明显闭合复位有困难时或肢体血循环较差者, 可行尺骨鹰嘴骨牵引, 待肿胀消退后再闭合复位或继续牵引治疗。(3) 屈曲型骨折: 牵引下先纠正侧方移位, 然后以双手拇指自肘前推骨折远端向后, 同时, 渐渐伸肘

4 体会

跟痛症首见于《诸病源候论》之“脚跟颓”, 《丹溪心法》称之为“足跟痛”。现代医学认为该病多有急性或慢性损伤史, 由于跟骨及其跟部的软组织长期受压、牵拉损伤引起, 与劳损、退化、炎症、神经卡压等有关。治疗多采用封闭、理疗及口服止痛类药物, 疗效欠佳, 且易复发。中医学认为该病多发于劳伤之人, “肾主腰脚”, 肾气不足, 阴精亏损, 营液久耗, 不能滋润筋络肌骨为其主要病机。临床上常见有两证: 一为湿热内扰型, 证见足跟部疼痛, 局部或有红肿热痛及压痛, 均不严重, 治当滋补肝肾, 清热除湿; 二为脉络瘀阻型, 证见足跟作痛, 不耐久立久走, 久走必痛, 休息后缓解, 足跟不红肿, 常遇冷而痛发, 一般继发于肝阳上亢与消渴病患者, 治当滋阴潜阳, 调补肝肾, 活血通络。笔者依此辨证施治, 随症加减, 获得

以使骨折复位, 以夹板或石膏托固定在伸肘位, 如屈曲位稳定, 也可固定在 90° 位。

2.2 手术治疗 对开放性骨折, 或骨端间夹有软组织, 影响复位或合并有血管、神经损伤时, 可行切开复位克氏针内固定。

2.3 陈旧性骨折 虽有一定畸形, 经功能锻炼, 多不残留功能障碍。如畸形愈合时间较短, 愈合仍未太牢固者, 可在麻醉下进行手法折骨术, 复位多半理想。如错位的骨折端影响屈肘功能时, 可在骨折愈合牢固后, 切除骨突部分, 轻度肘内翻畸形无需处理, 畸形明显时, 可在 14 岁后行肱骨下端楔形截骨术。

2.4 外固定 复位后, 伸直型骨折固定肘关节于屈曲 90°~110° 位置 4~6 周, 夹板或石膏长度应上达三角肌中部水平, 内外侧夹板应下至前臂中部水平, 按力学原理加垫, 加缚后用颈腕带悬吊患肢, 注意观察血运。

2.5 功能锻炼 骨折复位后, 使用小夹板外固定 4~6 周, 拍片示骨折线模糊, 解除外固定, 即可开始练功活动, 应积极主动锻炼肘关节屈伸活动, 严禁暴力被动活动, 以免发生骨化性肌炎。中药熏洗处方: 伸筋草 15g, 透骨草 15g, 秦艽 15g, 鸡血藤 15g, 桂枝 15g, 桑枝 15g。

3 治疗结果

本组 128 例均获骨性愈合, 解除外固定后, 采用中药熏洗及功能锻炼, 随访 3 个月, 肘关节伸屈功能均恢复良好。

4 讨论

肱骨髁上骨折, 又名髁骨下端骨折, 该处前后薄而内外宽, 形成一扁薄形骨端, 髁上部处于疏松骨质和密骨质交界处, 后有鹰嘴窝, 前有冠状窝, 两窝之间仅隔(下转第 81 页) 良效。玉女煎首创于张介宾《景岳全书》之新方八阵·寒阵, 本方原旨为“阳明气火有余, 少阴阴精不足”所设, 实则依据胃肾二脏上下既济、津精同源的关系, 阐发出精亏火旺, 肾劫胃热的病机实质。用于治疗中老年跟痛症, 适当化裁, 切合病机。在临床应用中, 以生地易熟地滋阴清虚热; 牛膝滋肾水, 引血下行; 生石膏清胃中有余之热; 知母上益肺阴, 下滋肾水制阳明独盛之火; 麦冬清热养阴。诸药配伍清热滋肾阴, 标本兼顾, 使热撤而阴复, 变“有余”与“不足”至平调而病愈。苏木合剂方中多为活血化瘀、舒筋通络、祛风除痹之品, 诸药合用, 可使气机通畅, 血脉流通, 经络得以温煦, 筋骨得以濡养, 则疼痛不作, 且局部用药使药效直达痛所, 与内服药物相辅相成, 殊途同归从而达到治愈的目的。

(收稿日期: 2007-02-04)

尺桡骨骨折手法复位与小夹板外固定的护理

谢爱莲

(江西省芦溪县人民医院 芦溪 337200)

关键词:尺桡骨骨折;小夹板外固定;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0081-01

尺桡骨骨折是临床常见的骨科疾病,临床上常采用石膏固定、小夹板固定、手术等方法治疗。石膏外固定易产生关节僵硬、肌肉萎缩等并发症;手术治疗则创伤大,费用高;而采用小夹板固定则取材方便、方法简便经济,只要施护得当,功能恢复既快且好,故在长管骨单纯性骨折中广泛应用。现将 91 例尺桡骨骨折使用小夹板外固定治疗的护理总结如下:

1 临床资料

2000 年元月~2005 年 12 月稳定性闭合性尺桡骨骨折患者 91 例,其中男 57 例,女 34 例;年龄最小 3 岁,最大 64 岁;学生 17 例,农民 37 例,干部 10 例,工人 27 例,均由外伤所致。经 X 线摄片,尺桡骨中、上段骨折 30 例,中段骨折 23 例,中、下段骨折 38 例;新鲜骨折 82 例,陈旧性骨折 9 例。

2 典型病例

易某,女,10 岁,2002 年 7 月入院。患儿因骑自行车摔伤致右上肢肿胀疼痛、功能障碍 10h 入院,经 X 线摄片诊断为右尺桡骨中、上段横行骨折,治疗以手法复位、小夹板加垫外固定,配以消肿止痛、活血化瘀中药内服。主要护理诊断:恐惧、焦虑,有压抑的可能,功能锻炼缺失;辨证施护措施:心理安慰与心理疏导相结合,观察病情,及时指导功能锻炼。住院期间,病人转归良好,未发生任何并发症,于 1 个月后痊愈。

3 护理

3.1 病情观察与处理

3.1.1 夹板松紧度 松紧要适宜,一般以两手指提起绷带能在夹板上下移动 1cm 为标准,这样既能有效固定骨头,又不影响正常血运。并根据病情转归、水肿的逐步消退而及时予以调整。

3.1.2 血液循环情况 密切注意患肢末梢循环,如出现下列情况:(1)疼痛持续存在或进行性加重;(2)肿胀进行性加重或出现水泡;(3)感觉异常:出现肢端麻木的感觉消失;(4)肢端皮肤苍白或青紫;(5)脉搏减弱或消失,提示组织严重缺血;(6)肢端功能障碍:手指肌力差,活动受限,牵拉进行性剧痛,说明组织缺氧严重。应及时处理,避免并发症的发生。

3.1.3 局部受压情况 经常检查夹板松紧及时垫位置,有

(上接第 72 页)一层极薄的骨板,能影响踝上部的坚固性,当受外力时,易致肱骨髁上部位骨折^[1]。肱骨两髁稍前曲,并于肱骨纵轴形成向前 30°~50° 的前倾角,前臂完全旋后时,上臂与前臂纵轴呈 10°~15° 外翻的携带角,骨折移位可使此角改变而呈肘内翻或肘外翻畸形。因此,小儿肱骨髁上骨折需解剖复位或稍桡偏复位固定,以免发生肘内翻畸形^[2]。肱骨髁上为松质骨部位,血运较丰富,骨折多能按期愈合,很少有发生不愈合者。因此,小儿肱骨髁上骨折多采用手法整复和

移动及脱落,避免夹板直接擦破皮肤形成压疮。

3.2 心理护理 为病人创造一个整洁、舒适、安静的治病环境,做好病人的思想解释,介绍病情的发展情况与转归,使病人对该病有一个正确的认识。同时介绍病人参加多种有益的活动,如看电视、读书报、听音乐,分散其注意力,舒缓压力、减轻疼痛,消除焦虑恐惧心理。

3.3 饮食护理 协助患者做好各项生活护理,多食新鲜蔬菜水果,多饮水,保持大便通畅,中、后期多食鱼、肉、蛋、骨头汤等含钙食物,多晒太阳,以促进骨痂的生长。

3.4 功能锻炼 复位固定后,即开始练习握拳、伸指动作,以后逐步进行肩、肘关节屈曲训练,但在骨折的 4~8 周内,禁做前臂旋转动作。

4 体会

疼痛是骨折患者的主要表现,因此在护理上不但要为患者创造一个舒适的环境,还应关心体贴患者,多与患者沟通,以便了解其心理活动,有针对性地进行情志护理,及时为其缓解疼痛^[1]。

功能锻炼在骨折的愈合过程中尤为重要,尽早开始功能锻炼可促进淋巴和血液的回流^[2]。锻炼的过程中,如果病人有畏难情绪,我们要说明其重要性并在旁协助,增强病人战胜疾病的信心,同时,通过功能锻炼,使局部及全身的血液循环也得到改善,对于增强机体抵抗能力、预防并发症的发生起到积极的作用。

临床上此类患者多为体力劳动者,医学知识缺乏,以为小夹板外固定治疗的骨折一定是无关大碍的小病,就自以为是地不按医嘱复查或擅自提前去除夹板,参加劳动,过度锻炼等,造成骨折移位或骨折端再骨折,增加病人痛苦。所以在护理工作中,要加强本病有关知识的宣传,注意病情观察,指导功能锻炼,促进疾病的愈合。

参考文献

[1] 杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1995.230~270
[2] 吕武媛.创伤骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,1997.120~130
(收稿日期:2007-02-08)

夹板外固定。严重的肱骨髁上骨折,合并血管、神经损伤时,多采用手术切开复位内固定、探查损伤之血管神经。总之,对小儿肱骨髁上骨折的治疗,应当根据骨折及是否有合并症,选择恰当的治疗方法,达到最理想的治疗效果。

参考文献

[1] 张安桢,武春发.中医骨科学[M].北京:人民卫生出版社,1988.220
[2] 王亦璁,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,1980.367
(收稿日期:2006-10-16)