

石膏托悬吊牵引治疗儿童肱骨髁上骨折的临床观察

王明明, 赵 涵*, 马玉凤

陆军第八十集团军医院, 山东 潍坊

收稿日期: 2022年1月21日; 录用日期: 2022年3月31日; 发布日期: 2022年4月7日

摘 要

目的: 探讨肱骨髁上骨折患者采取石膏托悬吊牵引的临床效果。方法: 将本院收治的62例肱骨髁上骨折患儿作为研究对象, 根据双盲对症原则及随机数字表法将患儿随机分为对照组(n = 31例)和观察组(n = 31例), 2组患者均为肱骨髁上骨折患儿。对照组予以常规护理, 观察组在对照组基础上采取石膏托悬吊牵引的方法进行护理干预, 比较2组患者的消肿时间及护理满意度。结果: 对照组及观察组消肿时间(患肢出现皮纹)分别为 7 ± 4.2 天、 4 ± 3.4 天, 经t检验, 与对照组相比, 观察组的肢体消肿时间明显缩短, $P < 0.05$ 。结论: 悬吊牵引在肱骨髁上骨折中应用良好, 对于骨折肿胀明显的患儿, 提高了消肿效果, 缩短了住院时间, 减轻患儿痛苦。

关键词

悬吊牵引, 骨折, 临床观察

Clinical Observation on the Treatment of Supracondylar Fracture of Humerus by Plaster Suspension and Traction

Mingming Wang, Han Zhao*, Yufeng Ma

Army 80th Army Hospital, Weifang Shandong

Received: Jan. 21st, 2022; accepted: Mar. 31st, 2022; published: Apr. 7th, 2022

*通讯作者。

Abstract

Objective: To investigate the clinical effect of plaster suspension and traction in patients with supracondylar fracture of humerus. **Methods:** 62 cases of children with supracondylar fracture of humerus in our hospital were selected as the research objects. According to double-blind symptomatic principle and random number table method, the children were randomly divided into control group (n = 31 cases) and observation group (n = 31 cases). Both groups were children with supracondylar fracture of humerus. The control group was given routine nursing, the observation group on the basis of the control group to adopt plaster suspension traction method for nursing intervention, compared the detumescence time and nursing satisfaction of 2 groups of patients. **Results:** The detumescence time (skin striations on affected limbs) of the control group and the observation group were 7 ± 4.2 days and 4 ± 3.4 days respectively. The T test showed that the detumescence time of the observation group was significantly shorter than that of the control group, $P < 0.05$. **Conclusion:** The application of suspension and traction in humeral supracondylar fracture is good, which can improve the detumescence effect, shorten the hospital stay and relieve the pain of children with obvious fracture swelling.

Keywords

Suspension Traction, Fracture, Clinical Observation

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肱骨髁上骨折发生在肱骨髁与肱骨干之间的相对薄弱部分, 肱骨髁上骨折是 10 岁以下儿童最常见的肘部骨折, 约占全部肘关节损伤的 50%~60% [1]。肱骨髁上骨折常见的治疗方法有手法复位、石膏外固定、尺骨鹰嘴骨牵引复位固定、手法复位、切开复位等多种方法, 如治疗不当易引起上肢骨筋膜室综合征、缺血性肌挛缩, 导致爪形手畸形, 或后遗肘内翻畸形等[2]。将本院 2018 年 5 月至 2020 年 5 月收治的 62 例肱骨髁上骨折患儿作为研究对象, 本组已通过伦理学审查。对照组予以常规护理, 观察组在对照组基础上采取石膏托悬吊牵引的方法进行护理干预, 效果满意, 现报告如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

本组 62 例, 男 40 例, 女 22 例, 年龄 5~12 岁, 平均 5.4 岁。其中伸直型 51 例, 屈曲型 11 例。随访 3~6 个月。根据双盲对症原则及随机数字表法将患儿随机分为对照组(n = 31 例)和观察组(n = 31 例), 其中对照组男 21 例, 女 10 例, 观察组男 19 例, 女 12 例, 2 组患者均为肱骨髁上骨折患儿。本组病例全部为闭合性损伤。两组年龄、文化程度、家庭经济状况、手术方式等比较, 差异无统计学意义(均 $p > 0.05$), 具有可比性。

2.2. 诊断标准[3]

- ① 有明确的肘部直接与间接外伤史;
- ② 骨折局部疼痛、肿胀、压痛明显, 有移位骨折可触及异常

活动及骨擦音，甚至有张力性水泡，肘后三角关系正常；③ X 线片检查可明确骨折类型及移位情况。

2.3. 治疗方法

2.3.1. 麻醉方法

采用臂丛阻滞麻醉。

2.3.2. 手法复位

一般需 4 人配合复位，3 人手法复位，1 人给予石膏外固定。患者仰卧位，由两名医生分别握其上臂及前臂，沿前臂自然位方向顺势牵引，骨折端牵开后，另一名医生两手分别握住近骨折端进行骨折对位，纠正侧方移位。立即进行石膏固定，并在石膏远端钻一小孔，将绷带自小孔中穿出。复位后，进行 X 线拍片，了解骨折复位情况。

2.4. 牵引方法

患者平卧，患侧肩关节外展 15°，将穿过石膏的绷带悬挂在床边输液架上。牵引高度以肘部石膏离床平面约 2 cm~5 cm 左右。5 天左右消肿后可改为用手垫抬高患肢，石膏外固定 3~4 周。期间加强主动及被动活动，防止肌肉萎缩及关节僵硬。

2.5. 疗效标准

参照 Flynn 临床功能评定标准对肘关节功能进行评价[4]。X 片示骨折解剖复位或接近解剖复位，活动范围正常，外形正常为优。功能复位，活动范围正常。

3. 护理

3.1. 血运的观察

血运观察是肱骨髁上骨折复位后重点观察指标。血运观察包括患肢颜色、皮温、张力、毛细血管充盈时间。可以摸患儿的桡动脉观察肢体血运情况，让患儿做手腕或手指的屈伸训练，判断患肢血运情况。在护理患儿过程中，观察肢体血运，避免出现“5P”征。如果一旦发现出现血运障碍，立即采取措施，首先解除石膏固定，解除压迫，如不缓解，需手术探查。

3.2. 功能锻炼

3.2.1. 手指屈伸锻炼

手指伸直和屈曲做到最大程度。手指伸到最大程度后保持 5~10 秒，再屈曲，屈到最大程度，保持 5~10 秒，每日 5 组，每组 30~50 次。也可以做抓握软球的动作，让患儿在玩的同时，进行功能锻炼。

3.2.2. 肩关节外展前屈训练

肩关节无外伤的情况下，早期进行肩关节的外展和前屈训练，防止肩关节僵硬。另外，在护理患儿的过程中，我们注重了肩关节的保暖，以免引起肩关节的不适。

3.3. 疼痛护理

患儿肱骨髁上骨折复位后，会引起不同程度的疼痛。在护理过程中，采取转移患儿的注意力的方法，适当应用止痛药。临床常用的止痛药物对 18 岁以下患儿有禁忌症，在临床应用中，我们也引起了足够重视。

3.4. 心理护理

多与患儿交流沟通,多采用鼓励和表扬的语言,缩短和患儿的距离。有个别患儿特别惧怕医务人员,我们取得了家长的配合,做好家长的指导工作。

4. 结果

62 例中,均康复出院,随访 3~6 个月,对功能及外形均恢复满意。

5. 讨论

肱骨髁上骨折是儿童常见的骨折之一,多数可经闭合复位外固定而治愈[5]。根据外力及骨折移位方向,骨折可分为两型:伸直型和屈曲型,伸直型骨折约占总数的 90%以上[6]。儿童肱骨髁上骨折治疗应以及时准确复位、恢复患儿关节功能、防止肘部畸形及缺血性挛缩的发生为目的,首选方法是手法复位夹板外固定,根据骨折损伤机理,进行逆损伤过程复位,争取一次复位成功[7]。对复位术后的患儿采取护理干预,优质护理干预是指根据患者的实际情况,选择最优的护理手段对患者实施护理,通过准确的评估患者的状况,并制定完整的护理计划[8]。在护理过程中注重患儿的疼痛管理,患儿对疼痛的耐受力差,患儿若出现疼痛程度高,出现烦躁、焦虑、不配合治疗等情况,会严重影响患肢消肿及骨折愈合。复位后的功能锻炼非常重要,不仅能促进患肢消肿,同时防止术后关节僵硬、粘连等情况发生,也不能过度而影响骨折愈合。因此骨折术后应加强患肢的康复训练,在进行康复训练时应注意由被动到主动,活动强度由小到大,以患者不感到疲劳为主[9]。也能有效相对于传统的抬高患肢方法,石膏托悬吊牵引方法简单,简单易行,费用低廉。创伤小,并发症少,没有手术疤痕、感染、神经损伤等风险。

参考文献

- [1] 田伟. 实用骨科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 398-399.
- [2] 张风帅. 中西医结合治疗儿童肱骨髁骨折的临床疗效观察[J]. 中国当代医药, 2011, 18(3): 83-84.
- [3] 谭远超, 刘峻. 肱骨髁上骨折诊断疗效标准[C]//中华中医药学会骨伤分会第四届第二次会议. 中华中医药学会骨伤分会第四届第二次会议论文集. 广州: 中华中医药学会, 2007: 70-72.
- [4] 杜浩, 田笑笑, 李同森, 等. 儿童肱骨髁上骨折术后关节功能恢复临床评估[J]. 中国矫形外科杂志, 2012, 18(2): 116-120.
- [5] 江建平, 张骥, 张嫩, 等. 闭合复位经皮外侧穿针固定治疗儿童肱骨髁上骨折[J]. 江西医药, 2011, 46(12): 1069-1071.
- [6] 李继贤, 张源, 张发智, 等. 肱骨髁上骨折手术入路的探讨[J]. 中华小儿外科杂志, 2008, 12(2): 108-110.
- [7] 尚天裕. 中国接骨学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1995: 101-108.
- [8] 尤丽, 杨小丽, 李丽. 护理干预对内固定治疗老年肱骨近端骨折康复的影响[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(9): 944-945.
- [9] 陆泓, 汪友兰. 综合护理干预对经皮微创钢板内固定术治疗肱骨干骨折疗效的影响[J]. 微创医学, 2015, 10(4): 565-566+562.