

肱骨近端粉碎性骨折切开复位内固定病人的康复护理方法研究

杨 静

岑溪市中医医院 广西岑溪 543200

〔摘 要〕目的 观察肱骨近端粉碎性骨折实施切开复位内固定治疗运用康复护理的效果。方法 将康复护理用于 380 例切开复位内固定治疗的肱骨近端粉碎性骨折患者, 护理内容包括体位护理、功能锻炼、中药热湿敷及中药涂擦。结果 全部患者均实施康复护理, 术后切口均愈合良好, 改善了患者的肩关节功能, 减轻了疼痛, 护理效果显著。结论 肱骨近端粉碎性骨折采用切开复位内固定治疗后实施康复护理, 促进了手术愈合, 恢复了肩关节正常功能, 改善了患者生活质量, 值得进行推广。

〔关键词〕肱骨近端粉碎性骨折; 切开复位内固定; 康复护理

〔中图分类号〕R473.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 02-010-02

肱骨近端粉碎性骨折是一种普遍出现的骨折种类, 针对老年患者通常采用肱骨头置换术进行治疗, 其他患者要采取切开复位内固定治疗。肱骨近端粉碎性骨折的特点是: 骨折为粉碎, 存在肩袖围绕, 导致复位固定治疗存在一定难度, 并且术后康复也具有很多困难^[1]。本次研究, 采用切开复位内固定治疗 380 例肱骨近端粉碎性骨折患者, 术后实施综合性康复护理措施, 改善了患者的恢复情况, 应用效果比较明显, 报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

对我院 2016 年 2 月-2018 年 4 月收治 380 例肱骨近端粉碎性骨折患者进行研究。其中, 男性患者 198 例, 女性患者 182 例, 年龄跨度为 28-78 岁。合并骨折类型主要有: 8 例合并同侧肋骨骨折, 5 例合并同侧锁骨骨折, 7 例合并同侧肘部骨折, 4 例合并同侧尺桡骨骨折, 16 例合并其他骨折, 17 例合并肩关节脱位, 还有 25 例合并肌肉神经损伤, 没有出现其他严重合并症状。骨折原因包括: 215 例属于摔伤, 86 例属于车祸伤, 65 例使用击打受伤, 14 例属于重物砸伤。患者均采取切开复位内固定, 手术后采取抗感染治疗, 改善患者血液循环和肿胀。

1.2 康复护理方法

(1) 体位护理方法。手术后, 患者选择半卧, 患处肩部向外伸展 90 度、前屈 30 度, 然后使用外展架进行固定, 依据患者自身情况对外展架松紧程度进行调节, 做好病房巡视, 了解患者需求和疑问, 确保病床干净整洁, 要避免患者皮肤受到外展架和石膏损伤^[2]。术后第二天, 护理人员可以指导患者下床运动, 首先患者在病床上坐 30 分钟, 随后下床站立 2 分钟再进行其他活动, 避免患者身体不能承受跌倒。术后 8-12 周, 如果患者骨折出现愈合, 不要马上将上肢放下, 要使外展架高度逐渐降低, 慢慢将上臂放下, 患肢使用前臂吊带保护持续 2 周时间。

(2) 功能锻炼方法。依据患者病情开展: ①术后当麻醉消散后, 可以指导患者手指、腕关节开展轻度屈伸活动。24 小时以后, 指导患者开展指关节、掌关节进行活动。可以进行握拳练习: 首先把手掌慢慢张开持续 2s, 然后用力握拳持续 2s, 每天开展 2-3 次, 每次做 12-24 下, 注意肩关节不要做主动运动。如果患者疼痛程度低, 可以多开展几次练习,

能够改善血液循环, 减轻肿胀, 避免出现深静脉血栓。②两星期后, 根据患者内固定情况, 指导患者肩部、肘关节开展轻度活动, 可以做耸肩和肘关节屈伸运动, 每天进行 2-3 次, 每次锻炼 24 下, 逐渐增加, 不要强度过大。③手术 8-12 周以后, 将上肢外展架支具拆除, 借助前臂悬吊带, 开展肩关节、肘关节运动。可以进行耸肩锻炼: 健康一侧将患肢肘部托住, 在没有出现疼痛的情况下, 做出耸肩动作, 在运动到最高的时候持续 5s, 随后放松, 运动要反复开展, 每天运动 2-3 次, 每次开展 24-36 下; 进行扩胸锻炼: 健康一侧将患者肘部托住, 在不引起肩部疼痛的情况下, 双肩向后张开进行扩胸运动, 运动最大位置持续 5s, 随后放松, 再次进行锻炼。每天运动 2-3 次, 每次开展 24-36 下; 进行含胸锻炼: 健康一侧将患者肘部托住, 不引起肩部疼痛情况下, 双肩向前做含胸动作, 运动最大位置持续 5s, 随后放松, 反复锻炼, 每天进行 2-3 次, 每次开展 24-36 下。④借助悬吊带持续两周后, 要指导患者开展肩部、肘关节康复训练。进行肩关节前屈运动: 患者平卧, 将患肢处于放松状态, 健康一侧开展锻炼, 健康一侧握紧患肢肘部, 然后将患肢手臂举起, 当运动出现疼痛后停止 2-3 分钟, 疼痛程度降低后, 上举高度增加。开展肩关节外展运动: 运动姿势和前一项目锻炼一致, 将患侧手臂沿着身体上举。开展肩关节外旋运动: 患者处于平卧, 肘部屈伸 90 度。健康一侧手握住患肢手腕, 在身体前将患肢前臂水平推出, 当运动具有疼痛感后停下 2-3 分钟, 当疼痛程度下降后, 增加角度, 每天开展 2-3 次, 每次进行 12-24 下, 不要同时做外展及外旋运动。摆动运动: 患者身体前屈, 弯腰后上半身同地面平行, 然后手臂摆动。第一步先进行前后摆动, 当疼痛比较轻的时候, 再进行左右侧摆动, 最后开展划圈动作, 每天进行 2-3 次, 每次做 12-24 下。如果患者具有神经损伤, 可以指导患者开展肩部、肘部、腕关节意念锻炼^[3]。

(3) 中药热湿敷。因为肱骨近端粉碎性骨折手术后要固定很长的时间, 会导致肩关节、肘关节活动受到限制、不能方便屈伸。所以将患者外固定拆除后, 要使用中药进行热敷, 可以促进关节恢复, 放松肌肉, 促进关节功能尽快恢复。本次研究中, 使用自制中药方对患者实施热湿敷。中药构成为: 药材伸筋草、药材当归、药材赤芍、药材红花等。将敷布放进盛有药液的铁锅中加热煮沸 20~30 分钟。患者将患肢暴露,

(下转第 12 页)

2.2 两组认知功能障碍比较

研究组患者术后认知功能障碍的发生率为 2.0% (1/50), 比对照组的 18.0% (9/50) 明显偏低, 对比差异具有统计学意义 ($\chi^2=5.005$, $P<0.05$)。

2.3 麻醉后并发症

两组患者麻醉后的并发症发生率无显著差异 ($P>0.05$)。

表 2: 麻醉后并发症发生率

	例数	恶心	头痛	头晕	低血压	嗜睡
研究组	50	3	2	4	2	5
对照组	50	3	4	3	3	6

2.4 两组患者术后 24h 肺功能

研究组术后 24h 肺功能各项指标均低于对照组 ($P<0.05$), 差异有统计学意义。见表 3。

表 3: 两组患者术后 24h 肺功能

	例数	FVC (L)	FEV1 (L)	FEV1/FVC (%)
研究组	50	3.2±0.8	2.6±0.6	74.3±3.7
对照组	50	3.7±0.7	2.9±0.5	77.9±4.5
t		3.326	2.716	4.369
P		0.001	0.000	0.000

3 讨论

随着人们年龄的升高, 其身体的机能将会发生变化, 多表现为器官出现功能性的病变, 这将会导致患者在手术过程中产生较强烈的应激反应, 因而为了确保手术能够顺利的实施, 并减少应激反应, 应在手术前对患者实施有效的麻醉干预, 如果麻醉方式选择不当, 将会导致患者出现精神状态异常及认知功能障碍等诸多并发症^[3]。

全身麻醉有助于使患者处于深度的镇静状态, 但全身麻醉会给患者诸多身体器官及脑部带来较多的并发症, 因而对

患者其中枢神经系统将会产生更为明显的影响, 最终导致其认知功能及其精神状态相对较差^[4]。椎管内麻醉其麻醉靶点从患者的全身转变为身体局部, 此时的麻醉药物将不会对患者相应脑部血流循环产生影响, 此时患者于手术及麻醉后可以及时恢复。此次研究结果表明, 研究组患者手术 1h 的精神状态评分比对照组明显偏高, 术后经 5h 恢复, 研究组患者精神状态稍有改善, 而对照组则没有改善, 对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 研究组患者术后认知功能障碍的发生率为 2.0%, 比对照组的 18.0% 明显偏低 ($P<0.05$)。FVC 与 FEV1 为起到阻塞性与限制性通气障碍的评价指标, 在临床上常用于肺功能的评价。本次研究结果显示, 椎管内麻醉与全麻术后麻醉并发症发生率均无显著差异, 但研究组术后 24h 肺功能各项指标均低于对照组 ($P<0.05$), 提示两组患者麻醉后 24h 的肺功能指标均有下降, 但肺功能的改变是限制性的, 源于全麻后肺不张, 从而影响 FVC 与 FEV1。

上述结果与相关的研究结果相似, 表明与全身麻醉相比, 椎管内麻醉在老年下肢骨折手术中的应用效果显著, 对患者术后的精神状态、认知功能、肺功能相应影响较小, 因而在临床上具有广阔的应用价值。

[参考文献]

- [1] 卢莲. 小剂量轻比重腰麻—硬膜外联合麻醉在老年下肢骨折手术中的应用 [J]. 医学信息, 2015, 10(26): 314.
- [2] 包长彩. 腰-硬联合麻醉与全身麻醉在老年下肢骨折手术中的应用对比 [J]. 浙江创伤外科, 2017, 16(6): 1203-1205.
- [3] 金军. 全身麻醉和椎管内麻醉对老年骨科手术患者术后精神状态的影响 [J]. 包头医学院学报, 2016, 32(5): 66-67.
- [4] 陈炎春, 樊超, 骆永强. 全身麻醉与腰硬联合麻醉对老年下肢骨折术后患者认知功能的影响 [J]. 中国生化药物杂志, 2017, 18(2): 77-79.

(上接第 10 页)

躺在热敷床上, 患肢要处于热敷位置, 操作者用防热手套取出敷布拧至干湿适中, 操作前先在操作者手背上试温后, 温度适宜后才将药巾平敷于患者患处, 敷药时间约 30~60 分钟。操作过程中要询问患者有无不适及对温度的感觉。操作结束后将患肢擦干, 确保身体温暖, 每天热敷两次^[4]。

(4) 中药涂擦。在每天两次中药热湿敷的间隙中, 还要使用中药对患肢进行涂擦。方法是: 手指蘸取中药液, 在患者肩部疼痛部位涂擦, 然后用手指按摩皮肤, 首先要从轻到重, 随后变为从重到轻, 当药物完全吸收后, 再次进行按摩。按摩 3-5 次以后, 可以使患者活血化瘀、关节得到舒缓, 促进恢复。每天涂擦两次。

2 结果

380 例患者术后均实施康复护理措施, 5 个月后, 经过医生评估, 所有患者手术切口均恢复良好, 肩关节功能得到改善, 患者可以开展适当的活动, 护理效果非常明显。

3 讨论

现在, 治疗肱骨近端粉碎性骨折面临很多困难, 不管选择什么方式进行治疗, 都会使患者肩关节功能出现障碍。要使肩关节功能得到恢复, 早期需要重建骨性结构, 进行内固定, 对肩袖实施修补, 才能取得最好的恢复效果。手术后, 患肢

肩部要前屈放在外展架上, 方便骨折取得复位, 使肩部肌肉和皮肤张力得到放松, 使切口尽快愈合, 使肩关节外展和上举功能得到恢复; 开展相应的功能锻炼, 可以避免肩关节、肘关节由于长时间固定引起的僵硬, 以及上肢肌肉发生萎缩, 使肩关节屈伸、收展、旋转功能得到恢复; 将外固定架拆除后, 使用中药热湿敷及中药涂擦, 能够起到活血化瘀、舒展筋骨的效果, 使肩关节功能尽快恢复, 疼痛程度降低。

综上, 将康复护理用于肱骨近端粉碎性骨折切开复位内固定治疗患者, 可以促进肩关节功能恢复, 改善患者生活质量, 值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 毛德军. 内固定手术治疗肱骨近端粉碎性骨折疗效比较 [J]. 按摩与康复医学, 2016, 17(23): 186-187.
- [2] 李干卿, 李红敏, 邢艳辉. 肱骨近端粉碎性骨折切开复位内固定技巧及方法探讨 [J]. 中国实用医刊, 2016, 21(26): 87-88.
- [3] 张作君, 牛素玲, 吕中孝. 肱骨近端粉碎性骨折切开复位内固定技巧及方法探讨 [J]. 中国骨伤, 2017, 16(24): 165-66.
- [4] 吴世丞. 骨折切开复位内固定手术与经皮钢板内固定手术治疗肱骨近端粉碎性骨折疗效比较 [J]. 亚太传统医药, 2015, 15(32): 175-176.