

《现代医院》杂志栏目

现代化纵论	专业技术篇
学科进展	论著·论述
实验与应用研究	临床经验
传统医学	医技诊疗
临床药学	护理技术
心理医学	医改实践
质量管理	应急管理
文化建设	人力资源
后勤支持	信息服务
社区卫生服务	预防保健
医师手记	港澳台链接
科技新知	辞海查新
院刊集锦	医院采撷篇

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

有限内固定结合铰链式外固定架治疗肘关节“恐怖三联征”的术后护理

[作者: 易红, 冯婉华, 段莉香] 来源: 本站原创 阅读量: 176

(广州市越秀区正骨医院, 广东 广州 510045)

[摘要] 目的 探索有限内固定结合铰链式外固定架治疗肘关节“恐怖三联征”

的术后护理要点。方法 作者通过对2007年10月~2009年9月收治的5例肘关节“恐怖三联征”行有限内固定结合铰链式外固定架治疗的患者施行全面的术后护理, 并进行了3个月~2年的随访。结果 患者骨折均愈合, 肘关节稳定, 功能恢复满意。Mayo肘关节功能评分: 优4例, 良1例。优良率达100%。结论 肘关节“恐怖三联征”手术后通过施行全面的术后护理, 及早进行康复训练, 最大限度地改善肘关节活动功能, 可明显减少并发症的发生, 对提高患者术后生活质量具有重要意义。

肘关节“恐怖三联征(terrible triad of elbow)”是指肘关节后脱位同时伴有尺骨冠状突骨折和桡骨头骨折[1]。自1996年Hotchkiss首次将这种损伤命名为肘关节“恐怖三联征”以来, 有关此类损伤的研究报道日渐增多。这种损伤以创伤模式复杂、诊治困难、并发症多、临床预后差而闻名[2]。肘关节“恐怖三联征”是肘部严重的高能量创伤, 属于肘关节内复杂骨折脱位的一种类型, 这类损伤均同时伴有肘内外侧副韧带的撕裂, 但不伴有尺骨鹰嘴骨折[3]。多发生于年轻人, 高处坠落伤和车祸伤是常见原因。2007年10月~2009年9月, 我院共收治这类损伤患者5例, 均采取了有限内固定结合铰链式外固定架治疗, 手术后施行全面的术后护理。经3个月~2年随访, 骨折愈合, 肘关节稳定, 功能恢复较好, 取得了满意疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组5例, 其中男4例, 女1例; 年龄25~53岁, 平均38岁; 左肘2例, 右肘3例。致伤原因: 高处坠落伤2例, 车祸伤2例, 平地跌倒1例; 闭合性骨折4例, 开放性骨折1例。受伤至手术的时间间隔为2~10d。所有患者术前进行了肘关节CT扫描和三维重建检查, 了解骨折块粉碎程度及关节面受累情况。本组5例均采取了有限内固定结合铰链式外固定架治疗。其中1例合并同侧桡骨远端骨折。

1.2 手术方法 患者在臂丛麻醉下, 常规止血, 上臂近端扎气囊止血带。采用肘关节外侧入路, 沿肱骨外上髁向下在肱三头肌与桡腕肌之间切开, 再在后侧的肘肌与尺侧腕伸肌之间切开, 即可显露。冲洗关节腔, 清除血凝块和细小骨碎片, 手术修补固定顺序为尺骨冠状突骨折、前关节囊、桡骨头骨折和外侧软组织。如采用了内侧辅助切口, 则先固定尺骨冠状突骨折, 修复内侧关节囊; 再固定外侧结构, 最后修复内侧副韧带和屈肌起点。骨折复位固定后以C型臂X线机透视予以确认。并在透视下取肘关节旋转中心, 从外髁向内髁旋入克氏针一枚, 以此为支点, 在尺骨下段, 肱骨中上段各旋入中置钉两枚, 装入可活动铰链式外固定架, 检查旋转良好, 肘关节稳定后逐层缝合软组织。

1.3 随访与转归 本组患者均得到随访。随访时间为3个月~2年(1例随访3个月, 4例随访1年以上)。术后3个月每月随访1次, 以后每3个月1次。术后骨折均愈合, 肘关节稳定, 无疼痛。经过早期功能锻炼, 肘关节屈伸幅度和前臂旋转幅度逐渐增加, 术后3个月时肘关节屈伸幅度平均达到125°, 前臂旋转幅度平均达到118°。Mayo肘关节功能评分: 优4例, 良1例。优良率达100%。

2 术后护理

2.1 严密观察病情 术后严密观察患者体温、脉搏、呼吸、血压情况, 密切监护伤肢神经血管功能。肘关节神经、血管伴行丰富, 术中由于组织剥离、牵拉的关系, 容易导致神经、血管损伤。术后的密切监护利于早期发现并发症, 给予干预, 从而保证手术治疗效果。术后患者可取半坐卧位, 软枕垫高患肢20cm, 伤口周围可给予冷敷。注意评估患者伤肢肢端血循环及皮肤感觉、手指运动、肿胀程度、局部创口及全身情况, 每2~4h评估1次, 发现异常, 及时处理。

2.2 疼痛的护理 因疼痛引发患者紧张和焦虑情绪, 易导致机体发生一系列生理变化, 并且难以进行早期的术后康复训练。因此, 术后常规应用止痛泵3d, 之后改用塞来昔布胶囊口服止痛, 服用5~7d。护士应向病人介绍镇痛知识及对疼痛的评估方法, 使其对术后疼痛有充分心理准备[4]。应密切注意患者对止痛药物的反应, 本组患者止痛的效果较好, 无感觉迟钝、呼吸抑制、排尿困难等副作用。有1例患者出现恶心呕吐, 予关闭镇痛泵, 遵医嘱给予灭吐灵10mg肌肉注射后症状缓解。止痛药一般在康复训练前半小时给予, 以减轻训练时的疼痛不适, 提高患者对康复训练的依从性。

2.3 预防伤口感染 术后严密观察伤口渗血、渗液情况, 注意伤口周围皮肤红肿、疼痛情况。术后预防性全身使用抗菌药物, 医务人员严格执行无菌操作, 发现不良趋势及时处理。若疑有感染, 可对分泌物进行细菌培养并重新调整抗菌药物。本组1例开放性骨折伤口有轻度污染, 经合理应用抗菌药物, 加强伤口换药, 伤口在术后2个月

获得了愈合。

2. 4 外固定架的护理 术后必须加强外固定架针眼处皮肤的护理。每天用75%乙醇滴于针眼处并及时更换敷料,保持针眼处皮肤干燥。同时应注意观察针眼处有无分泌物,如有分泌物需观察其颜色、性状,观察针眼周围皮肤有无红、肿、热、痛。如针眼处分泌物为脓性或针眼周围皮肤有红、肿、热、痛则应考虑针眼感染,需及时应用抗生素,以免针眼感染进一步发展为软组织感染和骨髓炎。还要注意防止外固定架松动,包括穿脱衣服、拉扯被服时均应轻柔、轻巧,防止因牵拉引起外固定架螺丝钉及固定针的松动。又由于术后患者必须进行功能训练,这也很有可能引起外固定架螺丝钉及固定针的松动。因此,术后应仔细观察及时调整螺丝钉及固定针的松紧度,以免由于外固定架的松动而导致骨折的移位,影响骨折的愈合。

2. 5 功能康复护理 首先向患者讲解术后早期功能康复训练的方法和重要性,以取得患者的配合。术后6h即可嘱患者轻微活动患肢手指,伸展、屈曲掌指及指间关节。手术当日肘关节暂不活动,以免加重出血。术后第1天开始在外固定架保护下进行功能训练:鼓励患者先主动活动手指,作患肢重复握拳(5s)、松拳(5s)活动,然后取下铰链式外固定架的锁扣,指导患者用健侧上肢帮助患肢做被动肘伸展、屈曲活动,伸屈范围以能耐受力为度,一次10min,每日3次,循序渐进。每次训练完毕,安装好铰链式外固定架的锁扣,维持肘关节屈曲100~110°。鼓励患者早期下地行走,注意避免直立性低血压、头晕、跌倒。术后应保持创口干洁,一般术后两周拆线。术后2周后继续加强肘关节活动度和肌力的训练。术后4周内锻炼时应尽可能地完全屈曲至屈曲30°,避免过伸。指导患者日常生活活动的自我照顾方法和技巧。术后6周内进行肘关节屈伸训练时应将前臂维持于旋前位,进行前臂旋转训练时将肘关节处于屈曲90°。在伸肘、前臂完全旋后肘肘关节最不稳定,应尽量避免这种体位 [5]。

2. 6 出院指导 日常生活中上肢的绝大多数动作可以在屈肘30°~130°和前臂100°(旋前50°至旋后50°)的旋转弧内完成。创口治愈后,主要是训练关节的活动度。术后功能康复一般需要3~6个月时间,甚至更长。因此应本着循序渐进、持之以恒的原则,耐心做好患者的思想工作,尽量使患者认识到术后康复的重要性,赢得患者的配合,切实落实功能康复计划,不断改善、逐渐恢复患肘功能。术后6周拆除外固定架加强日常生活训练如吃饭、穿衣,扣纽扣等。术后定期复查,随时电话咨询、随访。

3 体会

肘关节“恐怖三联征”的骨折片虽然很小,但伴有肘内外侧副韧带撕裂,肘关节严重不稳定。以往经保守治疗后出现复发性不稳定、制动时间延长引起的关节僵硬、畸形愈合、不愈合等的概率很高,常导致治疗失败

[6]。目前多主张采取积极的早期手术治疗以降低并发症发生率。手术内固定的目的是使肘关节获得充分的稳定性,为骨折的愈合创造条件,但为了避免肘关节长时间制动引起的功能障碍,防止关节僵硬、肌肉萎缩等并发症的发生,必须尽早进行以关节运动为主的康复训练。应用可活动铰链式外固定架辅助固定可在充分地维持肘关节稳定性的基础上,为患肢的早期功能训练提供了条件。手术后通过施行全面的术后护理,尤其是通过早期的康复训练,最大限度地改善肘关节活动功能,可明显减少并发症的发生,对提高患者术后生活质量具有重要意义。

[参考文献]

- [1] 张世民,俞光荣,袁锋,等.肘关节后脱位伴桡骨头和尺骨冠突骨折(恐怖三联征)5例初步报告[J].中国矫形外科杂志,2007,15(14):1069-1073.
- [2] McKee MD, Jupiter JB. Trauma the adult elbow[A]. in: Browner BD, Jupiter JB, Levine AM eds. Skeletal Trauma[M]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 2003, 1404—1436.
- [3] Katicic T, Muhr G. Frangent M Dislocation of the elbow with fractures of the coronoid process and radial head. Arch Orthop Trauma Surg, 2007; 127(10): 925-931.
- [4] 盘瑞兰,詹福儿,王晓秋,等.主动脉夹层动脉瘤腔内隔绝术患者围术期护理[J].南方护理学报,2005,12(2):35-36.
- [5] 孙辉,仲枫,罗从风.肘关节“恐怖三联征”诊断及治疗[J].国际骨科学杂志,2008,7(4):223-226.
- [6] 费自威,周富根,孙广成,等.手术治疗肘关节“恐怖三联征”12例临床分析[J].浙江创伤外科,2009,14(4):391-392.

1