

患肢护理观察评分表在儿童肱骨髁上骨折护理中的应用

韦森, 彭巧, 张摇摇, 陈晓蓉, 刘昕, 周英
(四川省骨科医院, 四川 成都 610041)

摘 要 **目的:**观察患肢护理观察评分表在儿童肱骨髁上骨折护理中的应用。**方法:**设计、制定患肢护理观察评分表,从疼痛、被动牵拉试验、桡动脉搏动、肢端颜色、温度、毛细血管充盈时间、感觉及手指运动 8 个方面对 215 例肱骨髁上骨折患儿的患肢情况进行评分,观察评分异常或较差患儿骨折愈合和患肢功能恢复情况。**结果:**本组 215 例患儿,评分良好 197 例、异常 14 例、差 4 例。患肢评分异常的 14 例患儿,及时行手法复位骨牵引治疗后,骨折愈合,患肢功能恢复。患肢评分为差的 4 例患儿,2 例急诊行血管探查闭合复位克氏针内固定术,2 例行急诊骨筋膜室切开减压术,术后骨折均愈合,患肢功能恢复。**结论:**在儿童肱骨髁上骨折的护理中应用患肢护理观察评分表,可客观反映患肢的血液循环等病情变化,避免护理人员遗漏观察项目,便于及时处理并发病,有利于骨折愈合和患肢功能恢复。

关键词 肱骨骨折 儿童 护理

肱骨髁上骨折是肱骨远端内外髁上方 2.0 ~ 3.0 cm 的骨折,是儿童骨折的最常见类型,约占儿童肘部骨折的 50% ~ 60%^[1]。由于该部位的解剖特点,完全移位的肱骨髁上骨折多合并血管、神经损伤。针对肱骨髁上骨折易合并血管、神经损伤及儿童病情观察较复杂的特点,笔者设计、制定了儿童肱骨髁上骨折患肢护理观察评分表,对 2012 年 1 月至 2013 年 3 月收治的 215 例肱骨髁上骨折患儿患肢情况进行了观察,现报告如下。

1 临床资料

本组 215 例,男 137 例,女 78 例;年龄 1 ~ 14 岁,中位数 5 岁。伸直型骨折 158 例,屈曲型骨折 57 例,均为新鲜骨折。

2 方 法

设计、制定儿童肱骨髁上骨折患肢护理观察评分表(表 1),从桡动脉搏动、肢端颜色、温度、毛细血管充盈时间、感觉及手指运动等几方面对患肢血液循环情况进行评分:良好,≥35 分;可,27 ~ 34 分;异常,20 ~ 26 分;差,<20 分。对疼痛程度的评估,学龄前儿童采用儿童疼痛行为量表评定,学龄儿童采用 Wong-Baker 面部表情评估法。肢端感觉和手指运动检查由护理人员询问患儿手部皮肤感觉有无麻木、减退等,并指导患儿完成患肢握拳、五指并拢伸直、手枪手(拇指外展、示指中指并拢伸直、环指小指屈曲)3 个动作。对评分≤26 分的患儿增加观察频数,并立即通知医生,及时进行处理。

表 1 儿童肱骨髁上骨折患肢护理观察评分表		分
项 目		评分
疼痛		
基本不痛,不影响睡眠		5
有疼痛,影响睡眠		4
疼痛严重,伴哭泣、翻转不安、不能安慰		3
持续剧烈疼痛、烦躁不安、一般止痛药不能缓解		2
被动牵拉试验		
阴性		5
无疼痛		4
前臂张力增高,触压痛明显,被动屈曲手指引起疼痛		3
伸指无力,被动屈曲手指时疼痛加剧		2
桡动脉搏动		
正常		5
稍减弱		4
明显减弱		3
消失		2
肢端颜色		
正常		5
稍发白		4
较健侧发白或加深		3
苍白或青紫		2
温度		
正常		5
较健侧稍低		4
明显低于健侧		3
冰冷		2
毛细血管充盈时间		
≤2 s		5
≥3 s		4
≥4 s		3
≥5 s		2
感觉		
正常		5
稍迟钝		4
明显迟钝或消失		3
手指运动		
正常		5
轻度受限		4
明显受限		3
不能活动		2

3 结 果

本组 215 例患儿,依据儿童肱骨髁上骨折患肢护理观察评分表对患肢情况进行评分,良好 197 例、异常 14 例、差 4 例。评分异常的 14 例患儿,及时行手法复位骨牵引治疗后,骨折愈合,患肢功能恢复。评分为差的 4 例患儿,2 例急诊行血管探查闭合复位克氏针内固定术,2 例行急诊骨筋膜室切开减压术,骨折均愈合,患肢功能恢复。

4 讨 论

肘关节周围有肱动脉、尺神经、桡神经、正中神经通过,儿童肱骨髁上骨折易出现血管、神经损伤及骨筋膜室综合征等较严重的并发症^[2]。且并发症的处理时间和方法与患肢功能的恢复直接相关。发生前臂缺血性肌挛缩的患儿,早期多表现为疼痛及手指被动牵拉痛,而患肢出现皮肤苍白或发绀(pallor)、肌肉瘫痪(paralysis)、无痛(painless)、无脉(pulselessness)等“5P”征时,则往往预示神经、肌肉已发生不可逆性损伤^[3]。因此,在肱骨髁上骨折的护理中,对患

肢情况的观察极为重要,尤其是对低龄患儿^[4]。在儿童肱骨髁上骨折的护理中应用患肢护理观察评分表,可客观反映患肢的血液循环等病情变化,避免护理人员遗漏观察项目,便于及时处理并发症,有利于骨折愈合和患肢功能恢复。

5 参考文献

- [1] 杨润葆,杨俊,黄翌,等.手法复位加极度屈肘位超肘腕关节夹板固定治疗伸直型肱骨髁上骨折[J].中医正骨,2013,25(8):33-35.
- [2] Cheng JC, Lam TP, Maffulli N. Epidemiological features of supracondylar fractures of the humerus in Chinese children [J]. J Pediatr Orthop B, 2001, 10(1):63-67.
- [3] Stevanovic M, Sharpe F. Management of established Volkmann's contracture of the forearm in children [J]. Hand Clin, 2006, 22(1):99-111.
- [4] 兰静.儿童合并血管神经损伤的肱骨髁上骨折的护理康复体会[J].医药前沿,2012(20):246-247.

(2014-03-27 收稿 2014-10-31 修回)

(上接第 68 页)良 4 例、可 2 例、差 2 例。

4 讨 论

腰椎间盘突出症临床较为常见,多采用非手术方法治疗,虽然疗效较好,但需要长期卧床,容易引起压疮、坠积性肺炎等并发症,不利于患者康复。臭氧消融联合射频热凝术治疗腰椎间盘突出症,可以有效减轻椎间盘压力,能够迅速缓解疼痛症状,且具有微创的特点,因此患者接受度较高^[5]。良好的围手术期护理措施不仅可以提高疗效,而且可以降低并发症的发生率。术前应与患者良好沟通,充分缓解其心理压力,将其身心调整至适合手术状态。术中应遵医嘱做好常规护理,避免患者受到不必要的损伤。术后护理是护理环节的重点,应注意观察患者生命体征变化及肢体感觉情况,发现问题及时报告医生处理;为患者导尿时应严格遵循无菌操作原则,防止泌尿系统感染;做好患者的饮食护理工作,促进其身体机能恢复;教会患者功能锻炼方法,指导其坚持锻炼,促进其腰

椎功能恢复。

5 参考文献

- [1] 彭涛,姚新苗,吕一,等.臭氧消融联合射频热凝治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].中医正骨,2013,25(11):13-15.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:201.
- [3] Gemmill R, Sun V, Ferrell B, et al. Going with the flow: quality-of-life outcomes of cancer survivors with urinary diversion [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2010, 37(1):65-72.
- [4] Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve-root involvement in sixty-eight patients [J]. J Bone Joint Surg Am, 1971, 53(5):891-903.
- [5] 李梅英,晏维荣.射频消融联合臭氧消融术及神经阻滞术治疗腰椎间盘突出症的护理[J].中国实用医药,2012,7(29):218-219.

(2014-07-28 收稿 2014-09-17 修回)