

· 康复与临床 ·

康复治疗对肱骨近端骨折患者内固定术后肩关节功能的影响

卜倩

(陕西省人民医院 710068)

摘要: 本文分析了内固定术后肱骨近端骨折患者康复治疗对肩关节功能的影响。方法: 对 2017 年 2 月至 2019 年 3 月在我院收治的 60 例近端肱骨骨折患者进行研究, 并采用随机数表法将其分为观察组和对照组, 所有患者均接受了内固定和相应的护理, 观察组在此基础上增加了康复治疗, 比较两组之间肩部功能的差异。结果: 观察组在疼痛、强度、稳定性、关节功能、平均关节活动度方面得分均高于对照组, 且得分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组在手术后 1、3、6 个月的 Neer 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 康复治疗在肱骨近端骨折内固定患者中可以发挥积极作用, 改善患者的肩部功能, 稳定内固定的效果并改善患者的预后。

关键词: 康复治疗; 肱骨近端骨折患者; 固定术后肩关节功能;

肱骨近端骨折是临床实践中常见的骨折类型, 尤其是手术颈部和肱骨部分的骨折, 它约占所有骨折患者的 5%。功能恢复在评估疗效中起着重要作用, 因为这种类型的骨折的受伤部位靠近肩关节, 而肩关节是人体中最活跃的关节之一。目前, 有肱骨近端骨折的手术和非手术方法, 但一般来说, 如果患者能够耐受手术, 可以采用手术内固定治疗, 效果更好。但是, 根据相关研究结果。治疗只是影响肱骨近端骨折治疗效果的一个方面, 康复质量也是一个重要方面。本文考虑 2017 年 2 月至 2019 年 3 月收治的 60 例肱骨近端骨折内固定术后康复治疗对肱骨近端骨折患者肩关节功能的影响。

一、资料与方法

(一) 一般资料

从 2017 年 2 月至 2019 年 3 月, 共选择 60 例肱骨近端骨折患者。根据随机数表法, 将受试者分为观察组和对照组, 每组 30 例, 其中, 平均年龄在 31 至 75 岁之间, 男性和女性分别为 41 位和 19 位, 平均年龄 (61.58 ± 6.69), 所有患者均经过临床治疗。影像学检查诊断为近端骨折, 否认存在病理性骨折的可能性。所有患者从受伤到手术的时间为 1 至 5 天, 平均 (2.13 ± 1.12) 天。发生 32 起交通事故、22 例跌倒和 6 次坠落。为了确保研究的同质性, 该研究表明, 所有患者在受伤之前都可以照顾好自己, 没有恶性肿瘤或其他严重疾病, 并且患者是神经系统正常。两组在性别、年龄、医学状况上无统计学差异 ($P > 0.05$), 且具有可比性。

(二) 调查方法

所有患者均使用 IDEAL 系统用近端肱骨的锁定板固定, 并在麻醉下进行。患者躺在透视手术台上, 胸部和肩部抬高 30° 至 40° , 表 1 两组肩部功能的比较 ($x \pm s$)

组别	疼痛	肌力	稳定型	肩关节功能	肩关节平均活动度
观察组	78.58 ± 5.69	81.23 ± 4.09	76.69 ± 4.98	81.27 ± 4.45	78.25 ± 6.69
对照组	70.25 ± 4.69	76.69 ± 4.58	70.40 ± 5.06	75.64 ± 5.09	75.69 ± 8.04
t 值	6.19	4.05	4.85	4.56	4.34
P 值	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

(二) 两组 Neer 评分的比较

术后第三天, 两组之间的 Neer 评分无显著差异 ($P > 0.05$)。在手

表 2 两组 Neer 评分的比较 ($x \pm s$)

组别	术后 3 天	术后一个月	术后三个月	术后六个月
观察组	45.69 ± 6.49	58.69 ± 4.08	68.98 ± 7.98	78.25 ± 6.69
对照组	44.98 ± 4.97	50.39 ± 4.85	57.59 ± 8.80	67.69 ± 8.04
t 值	0.48	7.17	5.25	5.53
p 值	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

并通过三角肌胸大肌进行入路。骨折端显露后, 将血肿清除, 并将骨折复位。克氏针用于临时固定复位, 并在 C 形臂 X 线机的透视下观察复位是否满意, 执行锁定板固定。对照组患者接受常规护理, 观察组患者根据此进行康复治疗。具体措施如下。首先, 从手术后的第二周到第三周, 这是康复治疗的第一阶段, 主要进行被动锻炼。例如关节囊和韧带。主要运动是前屈和外旋, 每天至少执行两次, 每次至少 10 分钟。在该阶段的后半段, 可以根据患者的病情进行内收和内旋锻炼。其次, 康复的第二阶段是手术后 4 至 10 周。这个阶段的目的增加三角肌和肩袖肌的力量, 主要动作是向前弯曲并扩大行动的第一阶段的范围。在此过程中, 患者必须注意循序渐进的发展, 以免造成过急损害。第三, 康复治疗的第三阶段可以在手术后三个月开始。这意味着旨在增加肩部活动强度和范围的运动可以使用基于主动运动的设备, 还可以帮助患者参加简单的社交活动。在这个阶段, 有必要提高患者对康复的信心, 并注意积极进行运动康复。

(三) 观察指标及评价方法

本文中的观察指标包括两个部分。首先是比较两组患者的肩部运动表现, 测量时间是在术后 6 个月使用“肩关节评估表”对患者进行的重新检查, 满分为 100, 得分越高, 效果越好。第二是比较两组患者的肩部 Neer 评分功能, 如果满分为 100, 则评分越高, 结果越好。

二、结果

(一) 两组肩关节功能的比较

观察组在疼痛, 肌肉力量, 稳定性, 肩关节功能和肩关节平均运动范围方面得分均高于对照组, 得分为对照组。差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 参见表 1。

术后 1、3 和 6 个月, 观察组的 Neer 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 参见表 2。

三、讨论

(下转第 78 页)

患者 PANAS 评分差异明显 ($P<0.05$)。见表 3

表 3 观察患者 PANAS 评分

组别	正性情绪	负性情绪
干预前	53.41 ± 8.31	60.54 ± 8.02
干预后	71.82 ± 8.14	32.17 ± 7.42
t 值	11.017	15.917
P	0.007	0.002

3 讨论

随着医疗技术行业的不断发展和医疗技术行业的不断发展,医院对临床医学中感染的控制能力已逐渐为医院所认可,确保质量水平具有关键的现实意义,每个人都始终保持严格诊断和治疗服务水平。传统的医院的感染预防和控制方法确定了每个团队成员的工作职责,但缺乏科学研究,缺乏顶层预防的合理概念和个人行为。在综合管理模式实施感染预防和处理方法需要建立一个团队,以提高工作人员的观念和工作能力,在关键点改进管理方法,增强医院的感染预防和控制能力,并在很大程度上提高医院的感染预防和控制能力,提高疗效。医院感染不仅增加了患者的压力,而且增加了危害结束后的住院时间,导致环境卫生资源的消耗。因此,必须在医院的感染管理方面确保门诊病人的安全。在实施管理方法之前,应建立管理方法团队。团队中有医师和医务人员,专业培训可以提高工厂团队成员的责任感以及医院感染预防和控制的能力。在医生的帮助下,老年护理人员可以更成功地完成医院感染的预防和控制,确保可以详细实施每种预防和控制策略,这不仅有助于提高管理方法的质量。严格监督预防和控制感染各个阶段的质量控制措施,大大提高了诊疗服务水平。在工作中仅依靠护理人员的管理方法就难以获得合理及时的质量控制效果。因此,采用医疗综合方法来控制预防和控制模式可能会更好地提高患者的疗效和医疗质量,减少手术治疗的危害,确保安全,并使医生、护士与患者更加和谐。医护一体化医院防控模式继承了传统的医务工作

模式,在医护之间的职责分工更加明确。到目前为止新的协作模型已经得到很好的实施。在这一阶段,已经在几家医院测试了医疗护理综合医院感官预防和控制模型。处于改革和创新前沿的医院已经在我院大规模实施了这种模式,获得的结果令人印象深刻。总体而言,医疗综合医院感官防控模型在临床医学科室医疗质量管理方法的全过程中,促进了医疗废物处置准确率的提高,并合理减少了临床上的发生。从此次研究过程中可得知,相关措施实施前后院内感染情况、控制效果与患者 PANAS 评分差异明显 ($P<0.05$)。

综上所述,医护一体化的管理模式可以在日常工作中很好的进行院内感染控制,为患者的疾病恢复与生命健康提供保证。

参考文献

[1]李福财,金姐,王飞飞,张丽娟,王立冬,曹化梅.医护一体医院感染预防与控制模式的疗效[J].中国继续医学教育,2019,11(33):81-83.
 [2]王鹏,丁丽丽,喻玲丽,张平,周莹丽,齐敏克.多元化培训模式在医务人员医院感染预防控制中应用的效果评价[J].中华医院感染学杂志,2019,29(16):2533-2536.
 [3]曲剑平.医护一体医院感染预防与控制模式在医院感染管理中的效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(52):355.
 [4]王玉寰.医护一体医院感染预防与控制模式在医院感染管理中的效果评价[J].中国卫生产业,2019,16(14):170-171.
 [5]阿丽努尔·阿不都热合曼.医护一体医院感染预防与控制模式在医院感染管理中的效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(89):188.
 [6]张琼.医护一体医院感染预防与控制模式在医院感染管理中的效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(27):187+189.
 [7]文守琴,宁宁,李玲利,刘欢.医护一体医院感染预防与控制模式在医院感染管理中的效果评价[J].华西医学,2016,31(05):958-960.

(上接第 74 页)

瘤及血管母细胞瘤鉴别。根据病变发生的部位、信号强度及强化特点,典型表现的胶质瘤诊断并不困难;间变性少突胶质瘤、脑实质内室管膜瘤当影像表现缺乏特异性时鉴别诊断相对困难。

MRI 软组织分辨率高,空间对比度好,可多方位成像,能明确肿瘤部位、生长方式和部分组织学特点,对脑胶质瘤定性准确率高,尤其是显示幕下肿瘤有明显优势。另外功能性 MR 序列 PWI、MRS、DTI 的应用,能进一步提供肿瘤的生理代谢信息,是术前或治疗前预测胶质瘤病理分级的有效方法,在评估肿瘤治疗效果和鉴别肿瘤复发方面也具有明显优势。特别是多种新技术的联合使用^[3-6],能明显提高 MRI 对胶质瘤诊断的准确性、敏感性和特异性^[5-6]。近年来, MRI 已成为中枢神经系统肿瘤的首选检查方法,具有十分重要的价值。

参考文献:

[1] 白人驹,张雪林,孟俊非,等.医学影像诊断学[M].北京:人民卫生出版社,第 3 版 2012.8.: 34.

[2] 黄瑾瑜,沈海林.第四脑室肿瘤的 MRI 诊断及鉴别诊断.苏州大学学报(医学版),2006,2:282.
 [3] 方靖琴,张伟国,陈金华,等.应用磁共振波谱分析和扩散张量成像鉴别颅内良、恶性肿瘤[J].第三军医大学学报,2009,31(21):2061-2064.
 [4] 吴雪斌,张伟国,谭勇,等.磁共振灌注及波谱成像在鉴别高级别胶质瘤和转移瘤中的应用[J].中国临床医学影像学杂志,2010,21(6):381-384.
 [5] B ianW, Khayal I S, Lupo JM, et al. M u ltiparam etric characterization of grade 2 gliom a sub types u sing m agn etic resonance spectroscopic, perfusion, and d ifusion im ag ing [J]. T rans l On co, l 2009, 2 (4): 271- 280.
 [6] 吴雪斌,张伟国,张靖.神经元和混合性神经元----神经胶质瘤的 MRI 表现[J].放射学实践,2010,25(7):719-722.

(上接第 80 页)

对于这种类型的骨折,有两种临床方法:保守治疗和手术治疗。一般而言,如果患者骨折而无移位,则可以考虑保守治疗;如果患者有移位现象,则应考虑采用内固定进行治疗。通常需要内固定治疗的肱骨近端骨折,所有这些都会完全破坏患者的软组织,并可能导致患者关节囊和韧带之间的粘连,尤其是在手术后的两周之内非常严重。此外,肩功能恢复并不乐观,因为患者在出院恢复阶段没有得到系统的治疗。在这项研究中,在患者的整个治疗过程中都使用了康复疗法,着重于术后早期进行被动锻炼,并在后期改善患者的运动功能,它稳定了肱骨近端骨折的固定效果,并改善了肩关节的功能。

参考文献:

[1]毛军胜,王国伟,林永杰,张琳.快速康复对肱骨近端骨折内固定的早期影响[J].中国矫形外科杂志,2020,28(21):2002-2004.
 [2]王少云,陈树清,陈梅花,罗时运.综合康复对肱骨近端骨折术后关节功能的影响和安全性[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(08):153-154.
 [3]崔传旺.肱骨近端骨折术后安全有效康复量的临床研究[D].山东中医药大学,2019.
 姓名:卜倩 出生年月:1990.12.15 性别:女 籍贯:陕西省榆林市 民族:汉 学历:本科
 职称:护士 研究方向:康复治疗对肱骨近端骨折内固定术后肩关节功能的影响。单位:陕西省人民医院 邮编:710068