

儿童肱骨髁上骨折的康复锻炼要点

□黄秋霞 徐婉毅 王广伟

儿童肱骨髁上骨折是儿科骨科较常见的肘部骨折类型,多发于5岁~12岁的儿童。儿童肱骨髁上骨折大多是摔倒时手掌撑地导致的,可以保守治疗和手术治疗。本院常采用黄氏正骨手法复位+小夹板固定的保守治疗方式,优点是:无创(微创),不用开刀,不留疤痕;费用低,住院时间短,甚至在门诊即可处理;无手术麻醉风险,无切口感染风险,对骨髓血运干扰小。

固定只是愈合的基础,循序渐进的康复锻炼才是恢复肘关节功能、避免关节僵硬、肌肉萎缩的关键。

很多家长担心锻炼会伤到患儿骨折部位,不敢让患儿活动;也有家长急于求成,过度锻炼加重损伤。其实,康复锻炼需要严格遵循“分阶段、无痛、循序渐进”原则,根据骨折类型和愈合进度及患儿耐受度进行调整。下面笔者分阶段详细讲解具体锻炼方法,家长照着做,患儿恢复更顺利。

第一阶段:小夹板固定期(复位固定后1周~2周),消肿止痛,预防肌肉萎缩

主要目标:促进局部血液循环,消除肿胀疼痛,防止前臂、手部肌肉废用性萎缩,严禁肘关节屈伸活动,避免骨折移位。

1.手指握伸锻炼(固定后即可可做)
让患儿用力握拳,保持5秒,

再完全伸直手指,张开手掌,保持5秒,每组10次~15次,每天做5组~6组。锻炼时家长可观察,确保患儿手指能完全握紧、伸直,初期患儿可能因疼痛动作幅度小,慢慢鼓励加大力度,这个动作能活动手部所有关节,加速手部血液循环,缓解肿胀。

2.腕关节屈伸锻炼(固定1周后,无疼痛可做)

小夹板固定时腕关节通常未被束缚,让患儿缓慢做手腕向上抬(背伸)、向下压(掌屈)动作,每个动作保持3秒,每组10次,每天4组。要避免手腕左右摇摆,防止牵拉肘部骨折部位力度以轻微酸胀、无剧痛为准。

3.肩关节锻炼(固定3天后开始)

患儿坐直或站立,健侧手辅助患侧手臂,缓慢做肩关节前屈、后伸、外展动作,幅度以孩子舒适为宜,每次5分钟~10分钟,每天2次。长期小夹板固定易导致关节僵硬,提前锻炼可避免抬臂困难,锻炼时全程保持肘关节不动,靠肩膀发力。

阶段注意事项:锻炼时观察患儿表情,出现剧烈疼痛、手部发紫发麻、肿胀加重,立即停止锻炼,应及时就医;保持小夹板松紧适宜,家长每天检查夹板位置,避免移位,不要自行松解或调整夹板;患肢抬高,睡觉时用枕头垫高,高于心脏水平,有利于消肿。

况绝对不要自行提前加大锻炼幅度。

第三阶段:小夹板拆除后(固定5周~6周,遵医嘱拆除),全面恢复关节功能

主要目标:骨折基本愈合,全面开展肘关节屈伸、旋转锻炼,恢复正常活动范围,逐步恢复日常活动能力。

1.肘关节主动屈伸锻炼
让患儿主动弯曲肘关节,尽量用手去摸肩膀,再主动伸直,每组15次,每天4组~5组,可配合健侧手辅助,加大主动发力,避免完全依赖外力。

2.前臂旋转强化锻炼
双手握住小木棒或水杯,做前臂旋前、旋后动作,双手同步锻炼,对比两侧活动幅度,每次10分钟,每天2次,达到与健侧手臂一致的旋转角度。

3.日常功能锻炼
鼓励患儿用患侧手臂完成简单日常动作,如拿轻物、穿衣、吃饭、写字,从轻到重、从简单到复杂,在实践中恢复肢体功能,避免刻意不用患肢,导致功能退化。

4.肌肉力量恢复
借助小哑铃、弹力带,做肘部屈伸抗阻训练,增强肱二头肌、肱三头肌力量,稳定肘关节,锻炼强度要根据患儿体力进行调整,避免过度劳累。

阶段注意事项:拆除夹板后肘部可能仍有肿胀、轻微疼痛,属于正常现象,坚持锻炼会逐渐

缓解;避免剧烈运动,如跑跳、提重物、打闹,防止再次跌倒受伤,完全康复前不能进行剧烈活动;家长每天坚持用温水清洗患儿肘部,轻柔按摩周围肌肉,缓解僵硬。

康复锻炼注意事项,家长务必牢记

1.杜绝暴力操作:任何时候都不能强行掰扯肘关节,否则易导致关节损伤、骨化性肌炎,留下终身关节僵硬等后遗症。

2.拒绝过度静养:长期不运动会导致肘关节僵硬、肌肉萎缩,后期再锻炼难度大幅增加,遵医嘱及时锻炼是关键。

3.密切观察,及时发现异常:在锻炼过程中密切观察,若出现肘部红肿加重、疼痛难忍、手臂活动突然受限,立即停止锻炼,及时就医。

4.遵循个体差异:每个患儿骨折程度、愈合速度不同,要遵循医嘱进行个性化锻炼,切勿照搬他人方法。

儿童肱骨髁上骨折愈合能力强,小夹板固定+科学康复锻炼双管齐下,绝大多数患儿都能恢复正常肘关节功能,不留后遗症。家长要保持耐心,多鼓励患儿循序渐进完成锻炼计划;定期复查,让患儿的手臂早日回归正常状态,恢复正常学习和日常生活。

(作者供职于广州市正骨医院)

春夏气温回升、湿度升高,昼夜温差大,叠加花粉、柳絮等致敏物质增多,群众户外活动增多,呼吸道感染病进入高发期。为筑牢公共卫生防线,秉持“预防为主、科学干预”原则,现将春夏呼吸道感染病防护知识科普如下。

春夏常见呼吸道感染病

春夏高发呼吸道感染病多为病毒感染,常见病种及核心特点如下。

流行性感冒 发病急骤,以高热、全身酸痛、乏力为典型症状,经飞沫及密切接触传播。老人、儿童、慢性病患者和免疫力低下者,是高危人群。

普通感冒 主要表现为鼻塞、流鼻涕、咽痛、轻微咳嗽,全身症状较轻,病情较轻,易在家庭、校园等人员密集场所发生聚集性传播。

呼吸道合胞病毒感染 多见于婴幼儿,主要症状为咳嗽、喘息、呼吸急促,病程较长,可通过飞沫传播,也可经受污染的餐具、玩具间接感染。

腺病毒感染 以发热、咳嗽为主,易引发咽炎、扁桃体炎、结膜炎等并发症,易感人群为儿童和青少年,在校园、宿舍、泳池等密闭环境中传播迅速。

科学防护指导

结合春夏季节特点,从个人、环境、体质三方面落实科学防控措施,降低感染风险。

强化个人防护,阻断传播途径 出入商超、地铁、医院等人员密集场所时,规范佩戴医用外科口罩。坚持科学手卫生,外出归来,接触公共物品、饭前便后,用流动水洗手20秒以上,或使用经检验合格的免洗洗手液消毒。咳嗽、打喷嚏时用纸巾或肘部遮挡口鼻,养成文明卫生习惯。按需接种流感、肺炎球菌疫苗,构建免疫屏障,提升呼吸道疾病抵抗力。

科学管控环境,净化居住空间 居家、办公、教室每日开窗通风2次~3次,保持室内空气流通。定期消杀门把手、手机、玩具等高频接触物品。勤洗勤晒被褥衣物,借助阳光紫外线杀除螨虫。花粉柳絮高发期减少外出,必须外出时全程佩戴口罩,归来后及时清洁鼻腔、更换外衣,减少病菌与致敏物质残留。

养成健康习惯,提升自身免疫力 保持规律作息,每日睡眠7小时~8小时,避免熬夜。合理膳食,多吃新鲜的蔬果、优质蛋白,多饮温水,少食辛辣油腻食物。坚持每周3次~5次有氧运动(比如每次不少于30分钟的慢跑、散步等),增强体质。根据气温变化及时增减衣物,做好腰腹、背部、足部保暖,避免受凉感冒。

感染后护理与就医指导

出现咳嗽、咽痛、发热等呼吸道不适时,患者需要规范居家护理,落实防控措施,明确就医指征,避免病情加重、病毒扩散。

患病后尽量独居分餐、全程佩戴口罩,不参与聚集活动,避免交叉感染。患者发热期间要多饮温水、充分休息,低热患者优先选择物理降温措施;体温超38.5摄氏度时,需要遵医嘱用药,严禁盲目、过量服药。同时,患者要避免过度劳累,减少体力消耗,助力身体康复。

若出现持续高热不退、呼吸困难、喘息不止、精神萎靡,或基础慢性病加重等情况,患者要立即就医,切勿拖延、滥用药物。患者就诊时应如实告知自身症状、旅居史及接触史,严格遵从医嘱规范治疗。

春夏呼吸道感染病可防可控可治。日常坚持科学防护,养成良好的卫生与生活习惯,可有效降低感染风险,守护自己及家人身体健康。

(作者供职于新疆和静县妇幼保健院计划生育服务中心感办)

呼吸道感染病公共卫生防护要点

□何海燕

糖尿病肾病的血管损伤与科学护肾

□李 森

很多糖尿病患者最关心的就是血糖高低,却常常忽略一个隐蔽且致命的问题:长期高血糖,会一点点毁掉肾脏的微小血管。糖尿病肾病是糖尿病最常见、最严重的微血管并发症,也是我国成年人尿毒症的重要病因。它最大的特点就是早期不痛不痒,晚期无法逆转。绝大多数人的肾损伤,都是在不知不觉中慢慢加重的。想要远离尿毒症,关键就是看懂高血糖如何伤害肾脏血管,做好全程科学防护。

肾脏是人体的“过滤器”,全身的血液每天都要经过肾脏过滤、排毒、排水。肾脏内部布满了密密麻麻、极其细小的毛细血管,也就是肾小球。这些微小血管非常脆弱,对高血糖非常敏感。只要血糖长期控制不好,细血管就会持续受到糖毒性损伤,慢慢变硬、变堵、变脆,最终

彻底失去过滤功能,这就是糖尿病肾病的根本原因。

长期高血糖伤肾,主要通过3种方式破坏肾脏血管。首先,血糖过高会在体内产生大量有害物质,也就是糖基化终末产物,这些物质会直接腐蚀血管内壁,让原本光滑柔软的血管壁慢慢增厚、变硬、通透性变差,血管的保护屏障被彻底破坏。其次,受损的微血管会慢慢变窄,血液流动阻力变大,肾脏长期处于高压、高灌注的状态,相当于肾脏每天都在超负荷工作,进一步加重血管损伤。最后,肾脏血管基底膜不断增厚,过滤屏障出现破损,加上肾脏小动脉硬化、供血不足,肾脏长期缺血缺氧,最终导致肾组织硬化、坏死。

糖尿病对肾脏血管的伤害是循序渐进的,整个过程可以分为3个阶段,从可逆损伤到永久损伤,一步步加重。

第一个阶段是早期微量白蛋白尿期,也是普通人唯一可以“逆转护肾”的黄金阶段。这个时候肾脏只是轻微受损,肾小球毛细血管轻度扩张,血管壁轻微增厚,肾功能完全正常,身体也没有任何不适,不会水肿,不会乏力;排尿也没有异常;唯一的变化,就是肾脏的过滤屏障出现了微小漏洞,少量蛋白质开始漏到尿液里。因为没有明显的症状,绝大多数患者都会忽视检查,白白错过最好的治疗时机。只要在这个阶段严格控制血糖、血压,受损的血管可以慢慢修复,完全可以一辈子不发展为肾病。

第二个阶段是中期临床蛋白尿期,从这一期开始,肾脏损伤就不可逆转了。长期的高糖刺激,让肾脏微血管出现大范围硬化、狭窄,肾脏的过滤屏障彻底破损,大量蛋白质持续从尿液中流失。同时,肾小动脉越来越窄,肾脏供血明显不足,肾组织长期缺血缺氧。这个时候身体会出现明显信号,最典型的就是泡沫尿久久不散不去,双腿反复水肿、血压居高不下。到了这一阶段,硬化的血管已经发生了器质性损坏,无论如何治疗,都无法彻底恢复原样,只能通过规范治疗延缓病情恶化,保护剩余的肾功能。

第三个阶段是晚期肾功能衰竭、尿毒症期,也是血管损伤的最终结局。此时,肾脏细小血管大面积闭塞、硬化、纤维化,大量肾小球彻底坏死,整个肾脏慢慢萎缩。肾脏的供血血管严重硬化,血流几乎中断,肾脏彻底失去排毒、排水、过滤的能力。患者血肌酐、尿素氮持续飙升,体内毒素大量堆积,最终发展为尿毒症,只能依靠透析或者肾移植维持生命,不仅生活质量大幅下降,也会给家庭带来巨大的经济压力和精神压力。

虽然糖尿病肾病危害很大,但是它可以提前预防、有效控制。首先要稳定控糖,把糖化血红蛋白控制在7%以内,减少高血糖对血管的持续腐蚀,从源头减少肾损伤。其次要严格控制血压,高血压是伤肾的第二大“元凶”,建议优先选择沙坦类药物、普利类药物,既能降压,又能降低肾小球内压力、减少尿蛋白、保护肾脏微血管。同时,坚持规范降脂,通过他汀类药物延缓全身小动脉硬化,改善肾脏微循环。

定期筛查不能少,糖尿病患者需要每年检查尿微量白蛋白、肾功能、肾脏彩超,尽早发现早期血管损伤。在生活中坚持低盐、低脂、适量蛋白饮食,戒烟、不熬夜、不过度劳累,不乱吃止痛药、偏方等伤肾药物,最大限度减轻肾脏负担。

(作者供职于度城县人民医院)

临检采血的那些事儿

□秦文超

去医院体检或看病时,几乎每个人都经历过“抽血”。您可能会注意到,护士几乎总是在“肘窝”处扎针。为什么总是抽这里的“静脉血”,而不是其他地方的“动脉血”或“手指血”呢?这背后其实蕴含着临床检验科学的重要考量。

静脉血:反映全身状态的“窗口”

我们体内的血管分为动脉、静脉和毛细血管。动脉血刚从心脏泵出,携带氧气,但尚未与全身组织进行充分的物质交换;而静脉血则不同,它流经全身各组织器官,完成了营养输送和代谢废物回收,最终回流到心脏。因此,静脉血的成分更能稳定、真实地反映人体整体的代谢和内环境状态。大多数常规检验项目,如血常规、血糖、血脂、肝肾功能、凝血功能等,都以静脉血为首选标本,就是基于这个原因。

安全与便利:选择静脉的原因

选择静脉采血,还综合考虑了安全性和操作的便利性。位置表浅,易于操作:肘前区静脉,尤其是“肘正中静脉”,位置相对表浅,管径较粗,穿刺成功率高。同时,静脉内的压力较低,穿刺后出血风险小,压迫片刻即可止血,非常适合在门诊、病房等常规场景下进行采血。

避开风险区域:相比之下,动脉位置较深,管壁厚,压力高,穿刺后不易止血,且疼痛感更明显,通常仅在需要做“血气分析”等特殊检查时才会选择。而“手指血”属于毛细血管血,它很容易受到局部温度、循环状态及挤压操作影响,导致结果波动。如在贫血诊断中,就不建议用毛细血管血进行确诊,因为其结果与静脉血存在差异。

特殊情况下采血部位的选择

虽然静脉血是大多数检查的“主力军”,但是在某些紧急或特定情况下,医生会选择其他部位的血液。

动脉血:当医生需要精确评

估患者的呼吸功能和体内酸碱平衡时(如在急诊或重症监护室),必须进行动脉血气分析。这时,动脉血是获取氧分压、二氧化碳分压等关键指标的唯一可靠来源。同样,在判断严重感染或休克患者的组织灌注情况时,动脉血中的乳酸水平也比静脉血更为准确。

特殊情况提醒:有时,医生也会从患者手臂其他位置或手背的浅表静脉采血,但是会避开靠近神经和大动脉的危险区域,以确保患者安全。

确保结果准确的关键环节
您可能不知道,一份准确的化验单,从采血那一刻起就已经开始“塑造”了。分析前的误差占检验总误差的比例较高。因此,规范的采血流程非常重要。

止血带解绑时间:采血时绑的止血带,应尽量在1分钟内松开,以免时间过长引起局部血液浓缩,影响凝血因子等指标的检测确认。

采血顺序:如果一次需要抽多管血,护士会遵循严格的顺序,比如先抽血培养试管,再抽用于凝血功能检查的蓝色试管,然后用于血常规的紫色试管,最后才是用于生化检验的试管。这是为了避免试管中的添加剂相互干扰。

轻柔混匀:采集后的血液,尤其是含有抗凝剂的试管,需要轻柔地、上下颠倒混匀数次,但绝不能剧烈摇晃,否则会破坏血细胞,导致溶血反应,使检验结果失效。总之,选择静脉作为常规采血部位,是综合考虑了血液的代表性、操作的安全性、患者的舒适度和结果的稳定性后得出的最优方案。每一次看似简单的抽血,都遵循着一套严谨的科学规范,目的只有一个:确保每一份检验报告都准确、可靠,为医生的诊断提供科学依据。

(作者供职于山东省枣庄市市中区人民医院)

警惕儿童脊柱侧弯:家庭筛查与日常照护

□王 楠

脊柱侧弯是指脊柱的一个或数个节段向侧方弯曲,并伴有椎体旋转的三维结构畸形。在X线片上,脊柱呈现“C”形或“S”形弯曲,且弯曲角度(Cobb角)大于10度即可诊断。这是儿童和青少年生长发育期常见的骨骼问题,其中以原因不明的特发性脊柱侧弯较为多见,约占全部病例的80%。该病在10岁至16岁年龄段高发,且女孩发病率明显高于男孩,部分类型进展风险较高。早期脊柱侧弯通常不产生明显的疼痛或不适,很多孩子是在学校体检或家长偶然观察时才发现的。因此,家长对疾病的基本认知是启动早期干预的第一步。

家庭筛查的简易方法

1.站立观察:让孩子脱去上衣,自然站立,双脚并拢,双手垂于身体两侧。家长从正后方平视孩子的后背,重点比较双侧肩膀是否等高,两侧肩胛骨下角是否对称,腰两侧的皮肤褶皱是否深浅一致,骨盆两侧的髂嵴是否在同一水平线上。

2.前屈试验(Adam试验):这是最关键的筛查动作。让孩子双脚伸直,双手掌心相对合拢,慢慢向前弯腰至90度,背部与地面平行。家长从正后方观察孩子的后背,尤其注意胸段和腰段。如果一侧背部或腰部出现明显隆起,形成“剃刀背”样改变,则高度提示存在结构性侧弯。

3.脊柱中线触摸:用手指沿

孩子颈后至骶骨的棘突连线轻轻滑动,感受脊柱棘突是否排列成一条直线,有无偏离正中位置。

4.步态与姿态对比:观察孩子走路时双肩摆动幅度是否一致,鞋子后跟磨损是否均匀,日常坐姿是否总偏向一侧。

若以上任意一项出现不对称或偏斜,应于一周内再次复查。若两次均有异常,家长需要带孩子尽快前往骨科或康复科就诊。

医院确诊与专业评估

就诊时,医生会进行详细的体格检查,包括测量下肢长度(以排除因长短腿引起的代偿性侧弯),评估关节松弛度和神经肌肉功能。确诊的金标准是站立位全脊柱正侧位X线片,该片可精确测量Cobb角,明确侧弯的方向和严重程度。对于部分患者,医生还可能建议进行脊柱三维超声或MRI(磁共振成像)检查,以排除椎管内病变。

根据Cobb角的大小,临床将侧弯分为轻度(10度~20度)、中度(20度~45度)、重度(大于40度)。不同等级对应不同的干预策略,家长务必依据医生的诊断报告制订后续计划,不可自行判断或拖延。

日常姿势管理与学习环境优化

对于轻度侧弯和尚未达到治疗指征的儿童,日常姿势管理是控制进展的基础。

1.坐姿:选择高度适中的硬质座椅,确保孩子坐下时双脚能

平稳踩地,大腿与地面平行,膝关节呈90度。腰后放置支撑垫,保持腰椎自然前凸。桌面高度应略低于坐姿时的肘部高度,读写时眼睛离书本一尺(约33.33厘米),胸口离桌沿一拳,避免长时间趴在桌上写作业。

2.站姿:站立时体重均匀地分布于双脚掌,微收下颌,双肩自然放松后沉,腹部轻微收紧,避免挺肚子或歪胯。

3.背包方式:使用双肩背包,且包体重量不超过体重的10%。背带应宽厚,调节至包底位于腰部以上2厘米~3厘米。不推荐单肩包或手拎重物,以免加重脊柱两侧肌力不平衡。

4.电子设备使用:手机或平板屏幕中心应与视线平齐或略低,每次使用电子设备30分钟需要起身活动3分钟,做伸展和后仰动作。

针对性运动训练与康复体操
运动是防治脊柱侧弯的非手术干预手段,重点在于强化核心肌群、矫正肌力失衡和改善本体感觉。

1.对称性运动:游泳(尤其是蛙泳和仰泳)因水中浮力可减轻脊柱负荷,且双侧肢体对称发力,是首选的运动方式。其次为平板支撑、臀桥、靠墙静蹲等静态核心训练。

2.不对称矫正体操:需要在康复师指导下进行。常见动作包括:“侧卧抬腿”,让孩子侧卧于凸侧(即侧弯的凸出方向朝上),上侧腿伸直上抬,强化凸侧肌肉;

“燕飞式”,俯卧,双臂和双腿同时抬起,仅腹部着地,锻炼后背部伸肌群。注意所有动作应以无痛为原则,每组重复10次~15次,每日2组~3组。

3.呼吸训练:脊柱侧弯常导致胸腔容积改变,影响肺功能。家长可以指导孩子进行腹式呼吸,吸气时腹部鼓起,呼气时腹部凹陷,并配合凸侧胸廓的扩张练习,每日晨起和睡前各做5分钟。

4.平衡与协调训练:单腿站立、走直线、瑜伽树式等练习,可增强前庭功能和脊柱稳定性。

需要强调,运动不能替代医疗随访,且必须在专业人员评估后执行,切勿盲目模仿网络视频中的高强度扭转动作。

支具治疗与手术干预指征

当中度侧弯(Cobb角20度~45度)且骨骼发育未成熟(Risser征0级~2级)时,支具治疗是标准方案。现代支具为热塑性材料制成,可以根据孩子体型定制,需要每天佩戴16小时~23小时,只在洗澡、游泳和部分体育活动时取下。支具的核心作用是阻止侧弯进展,而非矫正已存在的弯曲。佩戴支具期间每3个月~6个月复查X线片,评估角度变化。若支具佩戴后角度仍增加超过5度,或初诊时角度已大于45度,则需要考虑手术治疗。手术采用内固定矫形融合术,通过螺钉锚钉和连接棒将弯曲的椎体复位并固定。术后需要住院1周~2周,术后3个月内要避免跑跳和弯腰,6个月后可恢

(作者供职于首都医科大学附属北京积水潭医院小儿骨科)