

## 多处骨折病人的护理

湖南省新化水泥厂职工医院(417604) 徐珍云

多处骨折病人, 由于伤情重, 并发症多, 临床护理难度大, 应重点进行以下护理。

### 心理护理

多处骨折病人因伤情重, 日后功能影响大, 多数病人思想负担重, 部分病人(特别是年轻女性患者)有轻生情绪, 甚至拒绝治疗, 因此心理护理至关重要。要耐心地疏导病人, 稳定情绪, 帮助树立起日后生活信心和勇气, 有条件时应允许病人亲属陪护, 以期取得更好的医患协作。

### 体位护理

多处骨折病人, 多呈强迫体位, 搬动时病人痛苦大, 加上各种外固定物, 给护理带来许多不便, 往往顾此失彼。从护理角度来说, 多处骨折病人凡适应手术者, 以切开复位内固定为妥, 以利尽快离床活动, 减轻护理难度。一般下肢骨折行牵引与外固定者, 以仰卧位为好, 但受体位、固定物支架等影响, 二便护理较麻烦, 如股骨颈, 粗隆间骨折和行牵引的病人, 大小便时往往健侧臀部需离床插入便盆, 使患处产生内旋动作, 影响骨折复位后的稳定度, 不利愈合。加之部分病人初时不适应床上解便而产生二便潴留, 故臀下床面最好设置便孔, 在床下接大小便比较方便(特别是女性), 同时也避免了床上污染。上肢、颅骨、躯干骨折病人, 除脊柱屈曲不稳定性骨折、骨盆骨折及昏迷、休克患者外, 大多可适应半卧位或坐位, 这样可减少坠积性肺炎、尿路感染等并发症, 且进食也较方便。对容易受压部位可每日擦 1~2 次万花油或红花油以防褥疮。总之, 多处骨折病人的体位应根据骨折部位与固定方式决定, 一般以利骨折复位制动、病人痛苦少又便于护理为原则。

### 外固定护理

合理有效的固定是治疗骨折的重要手段, 对骨折复位后固定起主导和决定性作用, 因此要加强外固定护理。牵引病人要保持牵引位置正确, 每天测量患肢长

度与健侧对比, 及时调整牵引重量。骨牵引者穿针眼处最好每天换药或滴 75% 酒精 2 次以防针道感染。小夹板固定病人, 应观察患肢远端血运情况, 初期因肿胀要防止夹板扎带捆扎过紧, 影响血脉流通, 肿消后及时调整扎带并保持 1cm 的移动度, 防止夹板松动。石膏固定病人, 初时主要是观察血运, 防止发生压疮, 肿消石膏干固后间隙增大, 应避免骨折再移位。对外固定发生异常疑有再移位可能时, 应立即报告医师, 采取相应措施, 及时处理。

### 清洁护理

多处骨折病人, 往往有开放性骨折, 创面污染严重, 最易并发感染, 且伤后卧床时间长, 清洁护理不容忽视, 尤其是不能 I 期闭合创口时更为重要。对病人要勤擦浴, 保持床铺干燥、平整、清洁。床上用品要勤洗勤换, 并进行高压灭菌处理。床架、床头柜可用消毒液(我院习惯用 1: 5000 消佳净)抹洗。有条件要安排单独病室, 定时进行地面与空气消毒。这样才能有效地防止感染, 促进愈合。

### 功能护理

积极恰当的功能锻炼是病人恢复功能的有效手段, 护理人员应热忱地指导、协助病人进行合理的锻炼, 做到动静结合。在辨明病情、估计预后的前提下, 按骨折部位与骨折分期制订练功计划。上肢练功以恢复手的功能为主, 下肢练功重点是恢复负重和行走功能。骨折初期, 主要是指导患者进行伤肢局部自主活动。中期主要是协助活动关节, 增强肌力, 防止关节僵硬与肌肉萎缩。后期除教练练功功法外, 还应配合使用练功器具, 进行全身锻炼, 借以推动气血流通, 促进骨折愈合, 使整体脏腑功能尽快恢复。

(收稿: 1994-03-21)

体会: 用多枚克氏针行尺骨鹰嘴骨内固定, 操作简便, 术后取针容易。但由于患肢长时间固定, 克氏针周围骨质被吸收后使针道扩大, 克氏针又无螺纹, 所以当肘关节伸屈活动时, 克氏针在重力作用下易向上、向下移

动。如果手术时将克氏针穿过对侧骨皮质, 而且针尾折弯即可避免术后克氏针松动向后退或向前滑入前臂。

(收稿: 1994-01-12)