

骨科护理

骨盆骨折病人的护理

河北省骨科研究所 (050051) 刘瑞莹 王巧荣

我科治疗了 100 例骨盆骨折, 总结如下。

临床资料

本组, 男 72 例, 女 28 例; 年龄 17~50 岁 93 例, 50 岁以上 7 例; 撞伤 60 例, 轧砸伤 22 例, 高空坠伤 18 例; 骨折类型: I 型 8 例, II 型 35 例, III 型 40 例, IV 型 17 例; 有并发症者 58 例; 其中休克 8 例, 尿道损伤 16 例, 膀胱损伤 2 例, 皮肤撕裂伤 14 例, 腹膜后血肿 2 例, 其它部位骨折 16 例。

并发症的护理

1. 休克病人的抢救与护理: 骨盆为松质骨, 盆腔又有丰富的静脉丛和髂内外动脉, 因此骨盆骨折后, 易造成出血, 短时可出现休克, 应快速给予氧气吸入, 尽快补充血容量, 必要时两条静脉同时输血输液, 应采用上肢输液; 及时给留置导尿, 随时观察并且记录血压、脉搏、呼吸和液体出入量及尿液的颜色, 取平卧位, 禁止搬动, 避免或减少加重损伤和出血, 在没有排除内脏损伤前不可应用止痛剂。

2. 尿道损伤的护理: 注意观察患者尿道口周围有无血迹和血性分泌物, 注意伤后能否自行排尿或排尿有无困难, 不能自行排尿者, 在严格无菌技术下导尿, 一次成功者调整合适深度后给予固定, 导尿困难者, 禁止反复插导尿管。需手术者作好术前准备; 术后除观察全身情况外, 还应注意伤口渗血情况; 保持导尿管或造瘘管的通畅, 防止尿液倒流。

3. 膀胱损伤的护理: 除随时观察排尿情况外, 还要

密切观察患者下腹部有无疼痛、压痛及腹膜刺激症状, 触及膀胱区是否充盈。如伤后没有排尿, 经导尿仅有少量血性尿液排出, 患者出现腹痛或腹膜刺激症状, 应考虑到有膀胱或尿道损伤之可能, 立刻与医生联系, 并协助医生做各项检查, 造影前要做碘试验, 需手术者做好术前准备; 术后保持造瘘管的通畅及尿道口周围的清洁卫生; 需膀胱冲洗时, 应在无菌条件下用生理盐水进行冲洗, 膀胱内加抗菌素者, 冲后将药液注入膀胱, 然后再注入冲洗液 20ml, 关闭导尿管 4 小时后再开放。

4. 腹膜后血肿的护理: 骨盆骨折后引起广泛渗血, 形成巨大血肿于腹膜后; 也可有内脏的损伤, 以上两种情况都可出现腹痛及腹膜刺激症状, 遇有这类患者时, 不但要精心护理病人, 而且要严格观察腹部及生命体征的变化, 并要详细记录; 要禁食, 行胃肠减压, 必要时以肛管排气; 除保证各种管道通畅外, 还应保证按时正确地完成各种治疗。

单纯性骨盆骨折的护理

I II 型骨折病人, 只需卧床休息 4~6 周, 尔后逐渐下地活动; III IV 型骨折病人一般采用股骨髁上牵引治疗。在牵引期间要注意牵引的角度和重量是否正确, 床尾抬高 15cm, 保证持续有效的对抗牵引, 牵引针的出入口处均用无菌纱布保护, 每日滴 75% 的酒精一次, 以防止针眼的感染, 并注意牵引针处皮肤有无受压现象。

(收稿: 1994-01-10)

尺骨鹰嘴骨折术后克氏针滑入前臂一例

沈阳市骨科医院 (110044) 王常启

××, 男 30 岁, 干部。1988 年 5 月 8 日骑自行车摔伤右肘, 伤后 2 小时入院。X 线片示右尺骨鹰嘴粉碎性骨折 5 天后切开复位, 3 枚克氏针内固定, 石膏托屈肘外固定。拆线后嘱患者适当屈肘活动。术后 3 周左右患者突感肘后针刺样疼痛, 拍 X 片见一枚克氏针退到皮

下, 拔出此针后症状好转。术后 6 周去外固定, 锻炼肘关节伸屈活动, 术后 3 个月患者在肘后触及一枚克氏针针尾, 肘关节活动时疼痛来我院复诊, 取出针后疼痛消失。术后 1 年 2 个月患者复查, 肘关节伸 0°→屈 150°, X 片示骨折愈合, 见一枚克氏针滑入前臂。

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, 一般以利于骨折复位制动、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, 操作简单, 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)