

骨科护理

下肢骨折常见并发症的护理

福建省龙海市中医院(363100) 康淑华 康淑美*

现将下肢骨折常见并发症的护理分述如下。

1. 下肢骨折固定后,由于石膏、夹板固定的松紧度以及局部肿胀的程度所致的气血运行不畅,护理人员必须及时观察患者的肢端血运情况。检查固定肢体远端的皮温、色泽、表面血管充盈度,足背动脉搏动及趾的主动活动及被动活动情况。如发现肢端皮肤青紫、苍白、主诉局痛、麻木,应及时报告医师,予以调整。

2. 下肢骨折病人,经医师整复固定完毕,在 1~2 周内,容易发生骨折移位,故在搬动病人时,要协同配合,注意保护患肢。将患肢保持在正确位置,保持外展中立位,抬高患肢,防止足下垂,在此期间,护理人员必须向病人做好解释工作,嘱病人不能任意变动患肢位置,以防肢体不适当的移动,而致骨折断端重新移位,再次整复,带来更大痛苦。一旦发现移位,应立即报告医生,配合处理。

3. 下肢骨折后 1~2 周,是外伤性炎症恢复期,此期局部疼痛,肢体肿胀,骨折断端不稳定。故护理人员要掌握时机,经医生整复固定后,即要鼓励和指导病人作脚趾自主活动,踝关节背屈活动,股四头肌收缩活动。如病情允许,也可进行膝关节轻度屈伸活动,配合髌骨按摩,每日 3 次。如是牵引病人,可酌情嘱其手拉吊环,作抬臀动作。可促进肿胀消退,防止肌肉萎缩和关节粘连。

下肢骨折后 3~4 周,即是骨痂形成期,此期局部疼痛,肿胀基本消失,骨折断端初步稳定,骨痂也开始生长。故在此期间,护理人员应鼓励病人练习患肢足部轻度蹬床及直腿抬举动作。如果是牵引病人,可练习双手拉吊环,健肢站立床上的活动。要是小夹板外固定的病人,可鼓励并协助病人扶双拐下床,作患肢逐渐负重锻炼。防止滑倒,碰伤,扭转等。

下肢骨折 6~7 周,即骨痂成熟期,此期局部软组织已恢复正常,骨折断端稳定,外固定及牵引病人可以拆除。此时,护理人员要向病人做好解释工作,以取得病人的主动配合,坚持锻炼,并要求病人在锻炼时,思想要集中,呼吸要均匀,动作要准确,切忌用力粗暴过猛,锻炼时要做到循序渐进,根据骨折愈合情况在力所能及的情况下,逐渐加大活动范围和时间,以不使病人感到疲劳,不加重骨折部位疼痛为度。但应注意指导病人限制不利于骨折愈合的动作。

下肢骨折后 7~10 周,为临床愈合期,此时骨折已达到临床愈合标准,关节功能都已基本恢复正常。此阶段护理人员要嘱病人从双拐改成单拐,继而弃拐行走。并逐步增加摆腿动作,蹲下起立及旋转摇膝动作,指导病人出院后仍须继续坚持锻炼,增强肌肉力量,直至功能完全恢复为止。

(收稿:1994-03-21)

胸腰椎压缩性骨折的护理要点

福建漳州市中医院(363000) 郭燕玲 陈联源

我院自 1989 年来对胸腰椎压缩性骨折实行辨证护理,收到满意效果,介绍如下。

常规护理:屈曲型胸腰椎压缩性骨折,令病人仰卧在硬板床上,骨折处垫一软枕头,在耐受的情况下逐渐增加枕头高度至 10~15cm,使脊柱过伸。做好受压部位的皮肤护理,防止褥疮的发生。协助病人翻身时脊柱保持伸直位,以免扭屈易损伤脊髓。

情志护理:胸腰椎压缩性骨折病人多为突发性损

伤,损伤后由于疼痛、肿胀、功能障碍,将会使病人精神紧张,恐惧并考虑对疾病的预后,加上需持续卧硬板床上腰部垫枕,处于强迫体位,心理不适应。因此,护士应耐心、细心地安慰和解释,做好精神护理。

饮食护理:饮食对疾病的恢复是极其重要的,因此护士应对病人进行饮食指导。1. 骨折早期:筋伤骨损,气滞血瘀,瘀血内阻,肿胀疼痛,加上血肿刺激周围神经丛,使胃肠蠕动减慢而产生腹胀、便秘。饮食宜进清

淡可口,易消化的半流质或软食。2. 骨折中后期:病人肿胀和疼痛减轻,食欲增加,骨折修复,机体消耗较大。饮食宜富有营养,增加钙质,胶质和滋补肝肾食品。

功能锻炼:胸腰椎压缩性骨折腰背肌锻炼,借助前纵韧带及椎间盘前部纤维体的张力使压缩椎体进一步张开,骨折畸形得以最大程度的矫正,早期即开始行功能锻炼,可预防骨质疏松,又可使背伸肌坚强有力,损伤的韧带,筋膜、肌腱等软组织达到理顺治疗并预防肌膜间的粘连和肌肉萎缩,免除慢性腰背痛的后遗症。腰

背肌功能锻炼贯穿于整个疾病的过程中,是治疗胸腰椎压缩性骨折的一项重要措施。

具体步骤:第一阶段:伤后卧床 1~2 周后试行五点支撑法锻炼。第二阶段:伤后 2~3 周开始行三点支撑法锻炼。第三阶段:伤后 3~4 周开始可行飞燕点水法锻炼。第四阶段:伤后 3 个月才能弯腰活动和小量体力活动,半年后才能负重。

(收稿:1994-01-05)

脂肪栓塞综合征失语十三天一例报告

广东韶关市一医院(512000) 陈瑞源

侯××,女,17岁,农民。汽车撞伤右下肢,致右股骨中上段开放性骨折,右胫腓骨闭合性骨折;右足舟骨开放性骨折。伤后4小时入院。伤后无昏迷呕吐,无大小便失禁。头颅无伤痕、无血迹、无压痛,胸、腹部无伤,无内脏破裂之体征。作好术前准备,距受伤6小时,腰麻下行右股骨V形钉内固定术;胫骨勾形钉内固定;腓骨克氏针内固定;舟骨门形钉内固定。术毕,患肢用长石膏托外固定,回病房抬高患肢及补液抗感染治疗。于术后8小时,距受伤14小时,出现昏迷、高烧、双上肢抽搐、无呕吐。

检查:血压下降至10/6Kpa,瞳孔等圆大,对光反射敏感,双肺呼吸音粗糙,腹平坦,软,无压痛。腹壁反射减弱,未引出病理性神经反射。经加大补液量后,血压恢复正常,但仍有昏迷、发烧、双上肢抽搐,体温38℃,呼吸30~40次/分,眼结膜充血,其中有数粒出血点,血及尿中未发现脂肪球。血小板10万/mm³,凝血时间5分钟,血沉65mm/小时,Hb4克。心电图正常,肺部照片见双肺中下部有片状淡阴影。初步诊断为脂肪栓塞综合征。

治疗:1. 供氧:支持呼吸,纠正低氧血症。2. 应用大剂量皮质激素:地塞米松40mg/日分次静脉推注,可抑制白细胞、血小板凝集,扩张肺、脑微细血管,增加微循环灌注。3. 抗休克:输血、补液,维持水电解质平衡。应用低分子右旋糖酐,每天500ml静脉滴注,可扩充血容

量,降低血液粘稠度,改善微循环。4. 使用人体白蛋白:25%白蛋白100ml/日,有扩充血容量,提高血液胶体渗透压,达到脱水作用,减轻脑水肿,且与游离脂肪酸结合,降低毒性作用,对于改善脑部及肺部症状有治疗作用。

结果:经以上治疗7天后,病人双眼能睁开,但呆滞,次日查房时,病者双眼随医生手指慢慢转动,且幅度渐增大。第9天会流泪,表情痛苦,挣扎起床;第10天,用手指示意要食物,并进食物及能写字表达;第13天才能说话。一个半月后下床活动。住院二个半月痊愈出院。经5年追踪,完全恢复农务劳动。

讨论:脂肪栓塞综合征引起昏迷1周,失语13天为罕见病例。骨折局部破裂的脂肪滴是栓子的来源,进入血液,使血液流变力学改变,血小板、红细胞、白细胞聚集粘附于脂肪滴表面,使脂肪栓子随血流而走向,当流至直径<7~20μm的微小血管时,即发生阻塞,沉积于肺组织和脑组织而出现症状。此病人由于脂肪栓于脑的语言中枢区域,致使失语13天。

此病例属于暴发型脂肪栓塞综合征,是骨折后的严重并发症之一,死亡率极高。严密观察病情,做到早期诊断,早期治疗十分重要。可减少死亡并有一个好的愈后。

(收稿:1994-04-11)