

骨科护理

髌骨骨折的术后护理

浙江省余姚市中医医院(315400) 黄明和

我院自 1993 年至 1996 年共收住髌骨骨折 182 例,其中 163 例采用不同的手术方法治疗,现谈谈我们的术后护理体会。

临床资料 1. 本组手术 163 例中男 97 例,女 66 例;年龄 18~87 岁。横形骨折 87 例,粉碎骨折 76 例,分离均在 1cm 以上。

2. 治疗方法:张力带钢丝固定 48 例,钢丝或丝线环扎固定 111 例,其它 4 例。

护理要点 1. 术后肿痛的护理:髌骨骨折不论采用何种手术治疗,术后多数均有膝关节的肿胀疼痛。术后必须将患肢置于长腿石膏托中伸直位固定,注意观察患肢的血液循环及肿胀情况。尤其需要区分膝部的疼痛,是术后切口疼痛还是术后敷料包扎过紧引起的疼痛。若术后切口疼痛可根据医嘱给予止痛剂,如度冷丁、美非康等,给药时必须足量早期,这样疗效较好。如果是术后肿胀导致绷带包扎过紧的疼痛,给予止痛剂往往疗效不好,此时检查术区可感张力过高,必须立即松解绷带,观察肢体的血液循环,很多病人松解绷带后疼痛迅速缓解,也不需要服用止痛药。

2. 术后功能锻炼:(1)张力带钢丝固定者,由于采

用了坚强的内固定方法,在手术反应过去后,一般 5~7 天可以扶拐下地步行。护理人员要鼓励患者早期步行,10~14 天拆线后逐渐加大步行量。此段时间应加强膝关节的屈伸功能锻炼,可以指导病人做各种膝关节的功能操练,如蹬车活动、搓滚舒筋等,以利最大限度地恢复膝关节的功能。(2)采用钢丝或丝线环扎固定者,如髌骨是粉碎性骨折者,固定作用没有像前一种牢固,因此必须推迟下地步行的时间。此类病人手术反应过去后,可以早期进行股四头肌等长收缩锻炼。护理人员必须耐心地教会病人作股四头肌收缩,要求每小时作 80~100 次,每天活动 4~6 个小时,并分段进行。对于一些老年病人,如不会作主动股四头肌收缩,可进行髌骨被动活动,以防止髌骨关节面的粘连。

3. 中药外洗:中药外洗是常用方法,我们多在术后 3~4 周开始中药煎剂的外洗。方用:艾叶 30g,透骨草 30g,伸筋草 30g,当归 15g,海风藤 30g,威灵仙 30g,红花 15g,络石藤 30g。加水 2000ml,煎 30 分钟,温热带药渣洗。每天 3~5 次。以期活血舒筋,通络消肿,促进膝关节功能的恢复。

(收稿:1997-04-21)

抓髌器治疗髌骨骨折的临床护理

山东省沂南县人民医院(276300)

姚兴玲 蔡建春

我院骨科于 1990 年 6 月至 1995 年 6 月 5 年间,用抓髌器治疗髌骨骨折 26 例,由于重视术后护理,骨折均获愈合,临床效果颇令人满意,现就临床护理体会总结如下。

临床资料 26 例全为新鲜骨折,其中男 20 例,女 6 例;年龄 23~68 岁;横断骨折 16 例,粉碎骨折 10 例;损伤形式:直接撞伤 16 例,间接暴力损伤 10 例。

操作方法 患者仰卧于床上,患膝伸直,局部浸润麻醉,在无菌操作下先抽净关节内积血,并按压髌骨使其对位,先用抓髌器较窄的一侧钩入皮肤,钩住髌骨下

极前缘和部分髌腱,并用力下按使此二爪深入骨皮质并牢牢抓住,然后再用抓髌器较宽的一侧,钩住近端髌上极前缘,并用力压四爪使其进一步深入骨皮质中,将加压螺旋稍加拧紧,并在 X 线透视下看对位情况,若位置满意则缓慢地反复地轻度屈伸膝关节以达到最佳复位,并拧紧加压螺旋达到加压固定。

术后护理 术后膝关节置于一具有塔形海棉垫的木板上,每日于创口处滴酒精,术后第 2 天不扶拐下床,术后 3 周内可作轻度膝关节屈曲活动,3 周后加大膝关节活动力度,并继续上紧加压螺旋,此时一般不

易脱钩。6 周时膝关节可屈曲近 90°，并去除抓髌器。去除抓髌器后膝关节屈曲锻炼应顺序渐进，并注意防止摔倒。一般 3~6 个月膝关节功能即可恢复正常或接近正常。

治疗结果 本组病人全部在 6 周内临床愈合，其中 8 例随诊 3 年，16 例随诊半年，26 例随诊 3 个月。根据 1975 年全国中西医结合治疗骨折座谈会制订的骨折疗效标准，本组治疗效果：优者 20 例，良者 5 例，中者 1 例。优良率 96.1%。

体会 抓髌器固定法治疗髌骨骨折具有创伤小、骨折愈合快、功能恢复好等优点，具有张力带固定原理和可早期活动膝关节的特点，并免于开刀。病人早期不扶拐下地行走，使关节面自身模造而逐渐复位，克服了髌骨错格现象，且有效地保持加压嵌插，促进骨折愈合。病人膝关节早期活动可防止关节粘连、肌肉萎缩，使功能恢复和骨折愈合同步进行，并减少了创伤性关节炎的发生，体现了动静结合、筋骨并重治疗骨折的原则，体会临床效果颇佳。其治疗效果的体现与护理质量

有直接的关系，护理不当可致治疗失败，因此在护理工作中应注意以下几点：①伤后早期清洁膝关节周围皮肤并局部冷敷，减轻膝关节积血，减轻疼痛。②抓钩刺入皮肤时注意使该处皮肤向四周绷紧，以免抓钩合拢后压迫皮肤坏死。③术后膝关节创口处每日滴酒精，以预防感染，促进消肿。④早期在屈曲膝关节 10°~60°之间活动膝关节以模造关节面达到最佳复位，理由是屈曲太重因张力太大早期爪深入骨质浅易造成脱钩，而完全伸直因髌股关节面彼此不相接触，易造成髌骨关节面不平整。⑤始终注意抓髌器螺旋盖压力调整。随着膝关节的活动、爪的进一步深入、以及螺旋本身的原因，螺旋有可能松动，因此要始终注意抓髌器的螺旋盖压力调整，由于此时髌爪已近于合拢，拧紧螺旋时爪的力量接近水平，因此边用力下按边拧紧使其合力呈 45°深入骨质，才会更加稳固，这样随着膝关节锻炼幅度的加大，也不致于脱钩。

(收稿：1996—09—10)

伸膝装置松解术后的护理

山东省文登市整骨医院(264400)

时秋英 赛小珍 刘杰 王秀文 王志平

我院于 1991 年 1 月至 1993 年 12 月，共收治膝关节纤维性强直病人 21 例，由于重视术后护理，故疗效满意，现将护理体会介绍如下。

临床资料 本组 21 例中，男 16 例，女 5 例；年龄 22~45 岁；17 例继发于股骨下段骨折，4 例继发于髌骨和股骨髌间骨折术后；关节僵直持续时间最长 9 年，最短半年；术前膝关节主被动屈曲度最大 15°，最小 5°，均有不同程度的股四头肌萎缩；术后膝关节主动屈曲度正常的 13 例，屈 90°~100°的 6 例，80°~90°的 2 例。

术后护理 1. 麻醉与体位的护理：此手术全部采用硬膜外麻醉，故病人回病房后均取去枕仰卧位，禁食 6 小时，以防呼吸道意外。每 2 小时做一次骶尾部按摩，注意保持输液管道的畅通。患肢膝关节屈曲 45°~60°位，置于布郎氏架上，利于继续延伸已松解的股直肌及膝部软组织等，防止再挛缩粘连，促进静脉和淋巴液回流，减轻组织肿胀。

2. 密切观察引流液及血压的变化：本手术切口长，组织损伤大，伤口内渗血较多，如不及时引出，将导致

组织代谢增快、体温升高、伤口感染等，故术中除严密止血外均放置橡皮或硅胶引流管。术后应及时接负压引流器，保持引流管通畅，准确记录引流液的颜色和量，一般在 200~300ml 之间，如超过此量，应注意血压的变化。本组有 3 例出血在 600ml，故采用液体中加立止血或止血敏等药物、局部加压包扎、暂时阻断引流管等措施，使失血得以及时控制。引流管一般 24~48 小时拔除。

3. 局部皮肤的护理：由于病人膝关节长期处于伸直位，膝前区软组织粘连挛缩，皮肤亦处于紧张状态，而术后患膝由伸直变为屈曲位，加上髌骨在皮下的衬垫作用，髌前皮肤更显紧张，往往造成血液循环障碍，轻则局部散在水泡，重则皮肤坏死。本组有 1 例术后当日发现髌前皮肤略白，静脉充盈差，次日晨发现皮肤呈淡紫色，相继出现水泡，此时略伸小腿，减少屈曲度数，但为时已晚，皮肤坏死达皮下深层，行坏死组织切除、换药等治疗，伤口愈合。由于治疗创口，延误功能练习时间，疗效未达满意。通过本例给我们一启迪，如在手术