

带锁髓内钉内固定治疗股骨干骨折围手术期护理体会

曹湘鸿¹, 王超英²

(1. 浙江省台州市中西医结合医院, 浙江 台州 317523;

2. 浙江省台州市黄岩区中医院, 浙江 台州 318020)

摘要 **目的:**总结带锁髓内钉内固定治疗股骨干骨折围手术期的护理经验。**方法:**对采用带锁髓内钉内固定治疗并实施全面围手术期护理的 36 例患者进行回顾性分析。**结果:**36 例患者经治疗和 6 个月随访,骨折均愈合,肌力均恢复良好,关节活动度达到或接近正常范围,无术后特殊并发症发生。**结论:**手术顺利完成的前提条件是术前充分的准备,手术成功的保障是术后精心护理,术后功能康复的关键是功能锻炼。

关键词 股骨干骨折 带锁髓内钉内固定 围手术期护理

股骨干骨折是常见骨折之一,多由于猛烈的外力引起,多见于男性青壮年强体力劳动者,可由于在劳动中从高处坠下间接暴力,也可由于车祸、跌伤、重物的打击等直接暴力所造成。骨折的同时可伴有严重的软组织损伤,大量出血,引起休克等生命危险。由于股骨干的血液供给比较充分,所以骨折易愈合。但如果处理不当,可造成畸形愈合,留下残疾。带锁髓内钉作为内固定物治疗股骨干骨折是比较理想的,其优点是:能保持良好的解剖或近解剖复位,功能锻炼可以早期进行,固定牢靠。2007 年 1 月至 2012 年 12 月,我们采用带锁髓内钉治疗股骨干骨折 36 例,配合精心细致的术前、术后护理,疗效显著,现将护理经验总结如下。

1 临床资料

本组 36 例,男 28 例,女 8 例。年龄 21~63 岁,中位数 36.5 岁。跌倒致伤 2 例,车祸伤 29 例,高处坠伤 5 例;螺旋形骨折 6 例,横断骨折 16 例,粉碎性骨折 14 例。均采用带锁髓内钉内固定治疗,经 6 个月以上随访,骨折均接近或达到解剖复位,肌力均恢复良好,关节活动度达到或接近正常范围,无脂肪栓塞、骨筋膜室综合征、下肢深静脉血栓等发生。

2 方法

2.1 情志护理 骨折多为突发性,健康人突然成为卧床不起的患者,角色的突变,使其心理压力过大,易导致焦虑、痛苦、悲观等情绪变化。医护人员应态度和蔼,语言亲切,介绍详细,消除患者的陌生感,增进医患信任感。同时重点介绍同类患者成功治愈案例,强调施行带锁髓内钉内固定术具有创伤小,固定可

靠,可有效地防止骨折旋转,短缩及成角畸形的发生,患者能够早期下床,进行功能锻炼等优点^[1]。消除患者的顾虑,以利配合治疗。术后病情稳定后,患者易出现忧郁反应,表现为睡眠不佳,不思饮食,少言寡语。事实证明,不良情绪能够影响伤口及骨折的愈合。因此,做好病人的心理疏导工作,调整病人心态,争取其以乐观积极的态度配合治疗。

2.2 术前护理

2.2.1 严密观察病情 股骨干骨折失血量可达 800~1 000 mL,加上合并伤和疼痛,大多伴有不同程度的休克。因此,应密切观察患者的生命体征,局部肢体肿胀、血运、活动、皮感,尿量等情况,做好详细记录,以调整输血、输液量及速度。对严重创伤性休克患者及时补充血容量,同时保持呼吸道通畅、吸氧、保暖等护理。剧痛者,必要时给予止痛剂。

2.2.2 术前准备 大腿肌肉力量大,肌肉丰富,常导致断端的移位,为了达到术前所要求的复位,一般通过持续骨牵引对抗肌肉组织的力量。牵引者按牵引常规护理,注意牵引绳的方向,牵引的重量,骨牵引每天 2 次用 75% 酒精消毒针眼,以达到防止感染的目的。吸烟者戒烟,做好青霉素针、利多卡因针等皮肤试验;完善各项检查;术前 1 d 备皮,备皮时防止损伤皮肤;备血 400~800 mL;术前给予预防感染;术前常规禁水、禁食;练习深呼吸,吐痰,床上排两便,指导患者术后功能锻炼方法,避免推拉患者发生褥疮。

2.3 术后护理

2.3.1 一般护理 根据麻醉方式采取相应的麻醉后护理,心电监护,术后 6 h 密切监护生命体征、敷料渗

出、引流量等病情变化。术后适当应用镇痛泵,向患者解释疼痛的原因,鼓励安慰患者。经常检查敷料、引流管情况,防止牵拉、阻塞、扭曲,注意观察引流液的量及性质,如果引流液为鲜红色,且 24 h 内超过 400 mL,提示有活动性出血的可能,应及时报告医生处理。肢体呈外展中立位,术后丁字型固定,术后 1 周抬高患肢高于心脏 10 cm,以利肢体静脉回流退肿。注意肢端血运、活动、皮感情况,观察两便情况。

2.4 并发症的预防

2.4.1 预防主钉或锁钉折断 严重粉碎性骨折,手术施以静力性固定,术后不宜过早负重,以免引起主钉或锁钉折断造成内固定失败。因此,事先向患者及家属讲明其重要性,操作时动作轻柔,避免患肢单独负重及过度旋转。如出现局部疼痛、肿胀、出现假关节活动,应立即报告医师给予相应处理^[2]。

2.4.2 预防下肢深静脉血栓 患者均需卧床,术后制动,下肢血流缓慢,创伤后损伤血量,均易引起下肢深静脉血栓。故需抬高患肢,加强踝关节活动和小腿肌肉收缩,促进血液循环。术后患者血液呈高凝状态,一般用低分子右旋糖酐和小剂量肝素预防。注意观察患肢有无肿胀,重视患者主诉有无疼痛^[3]。

2.4.3 警惕脂肪栓塞发生 股骨干骨折髓腔开放,局部往往形成较大血肿,搬运过程中未能有效制动,周围静脉破裂,髓内脂肪栓子极易进入破裂静脉形成脂肪栓塞。因此,在搬运时做好患肢有效固定,用正确方法搬运,如发现患者胸闷、气急、皮下瘀点、呼吸困难等症状,应及时报告医生紧急处理。

2.4.4 观察骨筋膜室综合征 密切观察患肢皮肤色泽、皮感、皮温、搏动、疼痛情况,若发现患肢麻木、紫绀,抬高患肢后剧烈疼痛,提示骨筋膜室综合征的发生,因立即报告医生处理。

2.5 功能锻炼 指导功能锻炼是治疗骨折的重要环节,没有正确的积极的功能训练,即使手术成功,亦易发生并发症。术前行骨牵引及术后病人应及时作肌肉的静态锻炼,用力收缩股四头肌,骨折端以外部位,主要以捏拿手法进行按摩。麻醉作用完全消失后,患者即可开始踝关节,足趾的屈伸训练,随着切口疼痛的减轻,可行等长或等张收缩训练和抬臀动作,体位也可改为半卧位或坐位。术后 4~5 d,可在床上进行膝关节、髋关节主动屈伸训练,动作要温柔,不可用力过快、过猛,幅度要从小到大。在软组织愈合、肿胀消

退后,可下床扶拐站立,但不能完全负重,活动要以无疼痛不疲劳为度。在功能训练过程中,要避免摔倒,注意防护,不可过度扭转,用力下蹲,以免导致固定物的松动、断裂,折弯等^[4]。3 个月后摄 X 线片复查。骨折骨性愈合,可酌情使用单拐而后弃拐行走。

2.6 饮食调理 创伤后患者食欲下降,营养供给不足,常可影响骨折愈合。所以要加强饮食调摄。术后初期及卧床期间饮食以理气通便、消肿止痛为主,宜进清淡、温热、富含纤维等易消化、高维生素类饮食,忌食辛辣、油腻、冷腥之品。骨折中期,应以“和”为主,即调和营血,接骨续筋作用的食物,同时补充大量维生素及钙质。久病中虚,虚则补之,需给予补益肝肾,强筋壮骨之品^[5]。

2.7 出院指导 由于各种原因,大多数病人拆线后即强烈要求出院。患肢功能恢复的关键是有效的功能锻炼,因此,在坚持用药的同时,还有下一轮的锻炼计划:骨折愈合前每 4~6 周门诊复查后,根据骨折愈合情况将锁钉去除,取钉后 1.5 个月内避免过度负重及剧烈运动,以免髓内针断裂,如有不适及时与医生联系。骨折线模糊了,再独立行走。

3 小 结

本病多是由于外伤引起,预防措施无特殊。本组 36 例实施上述护理措施,经过 3 个月至 1 年的随访,均肌力恢复良好,关节活动度达到或接近正常范围,无脂肪栓塞、骨筋膜室综合征、下肢深静脉血栓等并发症发生。带锁髓内钉内固定能保持良好的解剖或近解剖复位,功能锻炼可以早期进行,固定牢靠。手术顺利完成的前提条件是术前充分的准备,手术成功的保障是术后精心护理,术后功能康复的关键是功能锻炼。在术后护理中,早期功能训练是重要环节,要特别引起注意。

4 参考文献

- [1] 石树芬.带锁髓内钉治疗股骨干骨折的护理[J].中国医学创新,2010,7(4):121-122.
- [2] 王春英,高起莲,王玮.股骨干骨折带锁髓内钉内固定术 62 例护理体会[J].中国民康医学,2009,21(6):645.
- [3] 任小君.带锁髓内钉治疗股骨干骨折的护理[J].中外医疗,2012,31(3):163.
- [4] 张立伟,蒋秀娟.股骨骨折带锁髓内钉内固定术后的护理体会[J].中国民康医学,2009,21(6):644.
- [5] 张冬纳,王海雁,柴淑静.带锁髓内钉治疗股骨干骨折的护理体会[J].中医正骨,2007,19(12):77.