

· 骨伤科护理 ·

切开复位内固定治疗复杂髌臼骨折的护理

张玉霞¹, 水晓波², 水根会³

(1. 河南省汝阳县人民医院, 河南 汝阳 471200; 2. 河南省栾川县人民医院, 河南 栾川 471500; 3. 河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002)

摘要 目的: 探讨切开复位内固定治疗复杂髌臼骨折的护理方法。方法: 2009 年 1 月至 2011 年 12 月, 对 30 例接受切开复位内固定手术治疗的复杂髌臼骨折患者进行了系统的护理, 男 20 例, 女 10 例; 年龄 12~68 岁, 中位数 39.5 岁; 左侧 12 例, 右侧 18 例。依据 Letournel-Judet 分型, VI 型 9 例、VII 型 6 例、VIII 型 3 例、X 型 12 例。合并坐骨神经损伤 5 例, 合并其他部位骨折 5 例。术后观察骨折愈合、患侧髌关节功能恢复及并发症发生情况。结果: 本组均顺利完成手术, 30 例患者均获随访, 随访时间 6~48 个月, 中位数 26.5 个月; 骨折均骨性愈合, 愈合时间 3~6 个月, 中位数 3.5 个月。参照 Harris 髌关节功能评分标准评定疗效, 本组优 18 例、良 10 例、可 1 例、差 1 例。结论: 耐心的心理疏导、细致的围手术期护理、正确的康复指导等系统护理措施, 有利于切开复位内固定手术后复杂髌臼骨折患者的骨折愈合和髌关节功能恢复。

关键词 骨折 髌臼 骨折固定术, 内 护理

髌臼骨折大多由直接暴力所致, 治疗不当可并发股骨头缺血性坏死或创伤性关节炎等严重并发症。2009 年 1 月至 2011 年 12 月, 笔者对 30 例接受切开复位内固定手术治疗的复杂髌臼骨折患者进行了系统的护理, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 30 例, 男 20 例, 女 10 例; 年龄 12~68 岁, 中位数 39.5 岁; 左侧 12 例, 右侧 18 例。骨折 Letournel-Judet 分型^[1]: VI 型 9 例, VII 型 6 例, VIII 型 3 例, X 型 12 例。合并坐骨神经损伤 5 例, 合并其他部位骨折 5 例。致伤原因: 交通事故伤 19 例, 重物砸伤 7 例, 其他伤 4 例。

2 方法

2.1 心理护理 保持病区安静、清洁、温湿度适宜, 为患者营造舒适的住院环境, 保护患者隐私。向患者和家属耐心讲解复杂髌臼骨折采用手术治疗的必要性, 详细介绍手术前后的注意事项。缓解患者紧张、焦虑情绪, 使其树立战胜疾病的信心。

2.2 术前护理 严密观察患者神志、尿量变化, 监测血压。患肢适度抬高, 维持外展中立位, 注意保暖, 观察末梢血液循环情况。增加巡视病房次数, 保持有效牵引。指导患者正确使用便器, 进行床上大小便训练。保持床铺清洁、干燥, 定时按摩受压部位, 防止压疮。指导患者进行深呼吸及排痰训练。每日温水清洗患肢皮肤; 术前 1 d, 备皮, 并用温水彻底清洗术区

皮肤 2~3 次; 手术当日, 温水清洗患肢皮肤后, 用碘伏棉球消毒, 无菌巾包扎。

2.3 饮食护理 入院后暂禁食, 排气后无腹胀症状者, 进流食、半流食直至普食。术后嘱患者多饮水, 保持大便通畅, 注意维持水电解质平衡。饮食选择高热量、高蛋白、富含维生素、易消化的食物。

2.4 术后护理 术后患者取平卧位, 患肢保持外展中立位, 小腿处垫一软枕, 足跟悬空, 防止患肢外旋、内收。术后 6 h, 每半小时观察、记录生命体征 1 次; 生命体征稳定后, 改为 2~4 h 观察、记录 1 次。密切观察负压引流管引流情况, 保持引流管通畅, 防止扭曲、折叠和滑脱, 观察引流液的颜色、性质及量。术后 48~72 h, 引流量明显减少时拔除引流管。指导患者正确使用止痛药物。

2.5 康复指导 手术当天麻醉作用消失后, 指导患者行股四头肌等长收缩锻炼及踝关节背伸、跖屈锻炼; 从足踝到大腿做环形或挤压式肌肉按摩 2 次, 每次 5~10 min; 指推髌骨 2 次, 每次 5~10 min^[2]。术后 3 d, 指导患者在床上进行抬臀锻炼。术后 6~8 周, 去除牵引, 指导患者行屈髌、屈膝及抬臀锻炼; 术后 8~10 周, 下床扶拐不负重行走; 术后 10~12 周, 负重行走^[3]。

3 结果

本组均顺利完成手术, 30 例患者均获随访, 随访时间 6~48 个月, 中位数 26.5 个月; 骨折均骨性愈合, 愈合时间 3~6 个月, 中位数 3.5 个月 (下转第 80 页)

人工半髋关节置换术 21 例,行带肌蒂骨瓣或带血管蒂骨瓣移植术 24 例,行骨折切开复位内固定术 56 例。术后并发 DVT 9 例,其中继发肺栓塞死亡 1 例;行血栓取出及静脉滤器置入术 1 例,术后患肢功能恢复;行药物溶栓治疗 7 例,治疗后患肢功能恢复。

4 讨论

DVT 早期症状轻微、全身症状不明显,易被术后创伤性反应和切口疼痛所掩盖,不易引起医护人员的注意。且 58.54% 的 DVT 患者无症状^[4],早期诊断更加困难。因此,对高危患者进行风险评估、采取积极的护理干预措施,对预防 DVT 具有重要的临床意义。髋部手术后,为患者制定个体化的护理计划,进行细致的健康教育、规范化的围手术期护理及正确的康复指导,有利于预防 DVT 的发生。

(上接第 78 页)月。参照 Harris 髋关节功能评分标准^[4]评定疗效:优,90 ~ 100 分;良,80 ~ 89 分;可,70 ~ 79 分;差,<70 分。本组优 18 例、良 10 例、可 1 例、差 1 例。

4 讨论

髋臼骨折多由高能量创伤所致,损伤严重。复杂髋臼骨折的手术治疗对骨科临床是一种挑战^[5]。创伤后患者身心皆受到重创,易产生不良情绪,不利于患者的康复。耐心的心理疏导、细致的围手术期护理、正确的康复指导等系统护理措施,有利于切开复位内固定手术后复杂髋臼骨折患者的骨折愈合和髋关节功能恢复。

5 参考文献

- [1] 林胜文,汪煌.彩色多普勒超声检查在下肢深静脉血栓形成诊断中的应用[J].中医正骨,2011,23(6):32-33.
- [2] 王平,卢启贵,黄东红,等.桃红四妙汤结合低分子肝素钙防治全膝关节置换术后深静脉血栓形成的临床观察[J].中医正骨,2012,24(1):27-31.
- [3] 杨刚,吕厚山,商健,等.低分子肝素预防人工髋、膝关节置换术后下肢深静脉血栓形成的研究[J].中华外科杂志,2000,38(1):25-27.
- [4] 顾海伦,王欢,段景柱.人工全髋关节置换术后下肢深静脉血栓形成的多因素分析[J].中国骨伤,2007,20(9):611-613.

(2013-02-16 收稿 2013-03-22 修回)

5 参考文献

- [1] 田伟.实用骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:440.
- [2] 杜天信,高书图.正骨规范[M].人民卫生出版社,2008:276.
- [3] 李伟民,张建荣,赵善明.C型髋臼骨折的治疗分析[J].广东医学,2006,27(5):775.
- [4] 刘云鹏,刘沂.骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M].北京:清华大学出版社,2002:216-217.
- [5] 刘超,李无阴,成传德,等.改良 Stoppa 入路手术治疗骨盆、髋臼骨折[J].2013,25(3):71-72.

(2013-04-02 收稿 2013-05-07 修回)

国家中医药管理局主管
中国中医药报社主办

宣传党和国家中医药方针政策
交流各地中医药工作管理经验
介绍名家学术思想及临床经验
普及中医药预防医疗保健知识
促进行业政治与精神文明建设

报道中医药行业发展最新动态
推广中医药最新科学研究成果
指导服务百姓就医与科学用药
弘扬传播中医药优秀传统文化
推动中医药现代化及走向世界



中国中医药报

让我们与中医药一起深呼吸

2013

中国中医药报 周一、三、四、五出版 请速到当地邮局订阅
邮发代号:1-140 定价:1.00元/份 半年:97.5元 全年:195元
地址:北京市朝阳区北沙滩甲4号
邮编:100192 征订咨询热线:010-64854538