



骨科护理教学查房

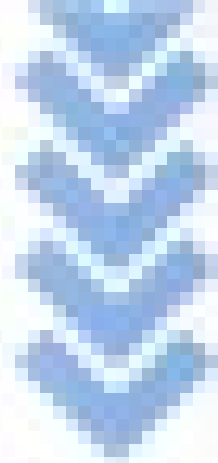
主编 郭锦丽 程宏 李冰

224



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS



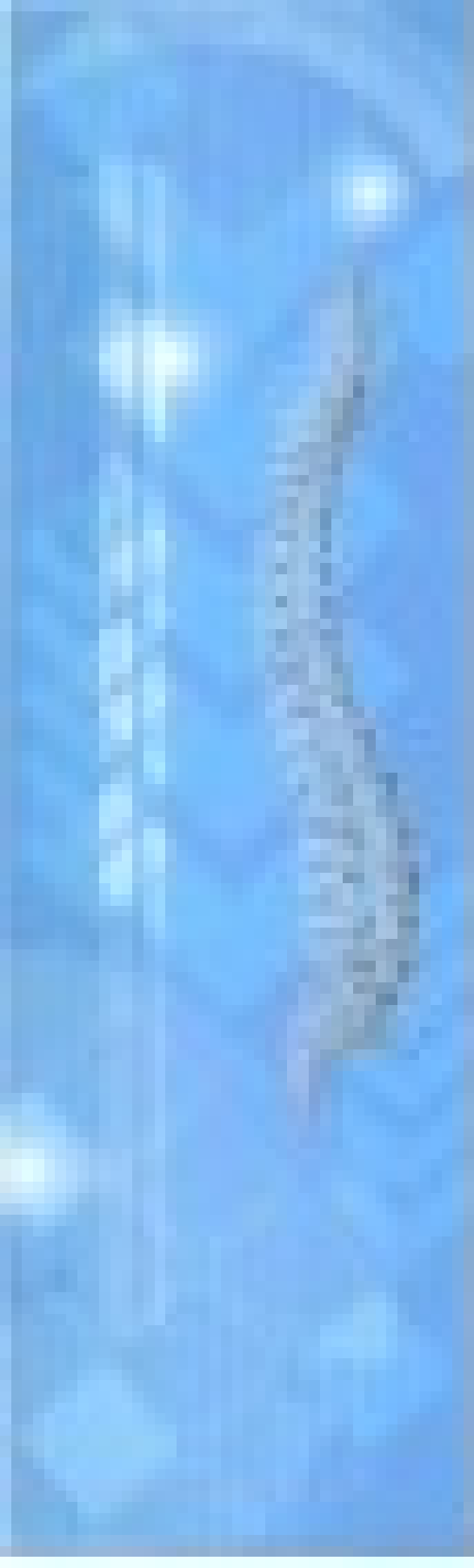


骨科护理教学查房

——以“骨折”为例——

王芳

中国医药出版社



骨科护理教学查房

主编 郭锦丽 程宏 李冰



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北京 ·

图书在版编目(CIP)数据

骨科护理教学查房 / 郭锦丽, 程宏, 李冰主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2013.11

ISBN 978-7-5023-8403-6

I. ①骨… II. ①郭…②程…③李… III. ①骨疾病—护理 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 236948 号

骨科护理教学查房

策划编辑: 付秋玲 责任编辑: 杜新杰 责任校对: 赵 媛 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038

编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)

发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)

邮 购 部 (010) 58882873

官 方 网 址 <http://www.stdp.com.cn>

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京紫瑞利印刷有限公司

版 次 2013 年 11 月第 1 版 2013 年 11 月第 1 次印刷

开 本 710 × 1000 1/16

字 数 507 千

印 张 33

书 号 ISBN 978-7-5023-8403-6

定 价 58.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

《骨科护理教学查房》

编委会

主 编 郭锦丽 程 宏 李 冰

副主编 王翠萍 耿俊梅 史 洁 李佳慧 李艳春 李蓉萍

编 委 （按姓氏笔画）

马俊红	王宝娜	王 惠	王 琦	王香莉	王建秀	王璞琳
王朝霞	白 帆	邓小英	闫艳霞	刘 宏	汪军英	张颖惠
苏芙蓉	张 洁	佟金谕	祁 蕊	陈彩娟	段俊芳	畅 盼
柴耀凤	贾 婷	郭金花	郭 婷	曹立新	薛瑞芳	薛 敏

序

在《骨科护理教学查房》即将付梓之际，我很高兴为之作序。我从事骨科临床工作已经 30 多年，多年的临床工作使我深知“三分治疗七分养”的含义，深刻体会到精湛护理对于一名骨科患者的重要，压疮、疼痛、管路、饮食，甚至一次体温的变化，一次排便的异常，都有可能影响任何一次我们认为完美的手术。由此可见，提高护理质量，多角度、深层次认识疾病，观察病情，培养高素质的护理专业人才尤为重要。

正是基于这样的理念，山西医科大学第二医院多位骨科专业组的护理同志编写了这本书。该书针对创伤、关节、脊柱、肿瘤、显微外科 65 个典型病例，以查房的形式从病理、生理、疾病等特点来分析、阐述护理要点、护理措施。该书对健康教育、风险评估等的阐述也具有很强的前瞻性和科学性。

山西医科大学第二医院骨科是山西省骨科的发源地，2010 年被评为首批“国家临床重点建设专科”，多年来，为山西省及周边省份的医院培养了大批骨科人才。撰写这本书的护理同志具有非常丰富的临床护理经验和教学经验，编撰此书既有扎实的理论基础在内，也有详实的病历描述，理论性、实践性兼而有之，给人以耳目一新的感觉。对于在校学生和刚刚走上临床岗位的护理人员来说，无疑是一本非常实用的手册。因而，郑重地推荐给大家。

我也诚挚地希望，该书的出版能给新时期的护理教学提供一种全新的理念，成为广大护理人员以及在校师生的良师益友！

山西省卫生厅厅长 卫小春

2013 年 8 月 15 日

前 言

自从有了人类，便有了护理活动的萌芽。护理（Nursing）一词是由拉丁文“Nutricius”演绎而来，原为抚育、扶助、保护、照顾残疾、照顾幼小等含义。对护理的定义，由于历史背景、社会发展、环境和文化以及教育等因素的不同，人们对其有不同的解释和说明。纵观护理发展的历史，护理的概念和内涵随着其理论研究和临床实践的发展，逐步从简单的“照料、照顾”向纵深方向拓展和延伸。护理学已经发展成为现代科学体系中综合人文、社会、自然科学的为人类健康服务的应用学科。1977年WHO提出了“2000年人人享有卫生保健”的战略目标，成为世界各国保健人员的努力方向，使护理人员认识到仅以患者为中心是不够的，使“以人的健康为中心的护理”成为必然，护理模式也从个人模式（依赖于个人经验）、生物模式（以疾病为中心），转变到整体模式（以人为中心）。护理的对象不再仅限于疾病、患者，而是扩展到处于疾病边缘的人以及健康的人；护理工作的着眼点是人而不仅仅是疾病，其任务除完成治疗疾病的各项任务外，还担负着心理、社会保健任务；护理的目标除了谋求纠正人生理上的变异外，还要致力于人的心理社会状态的完满与平衡。

护理的基本属性是医疗活动，但它具有专业性、服务性的特点。随着诊疗技术的发展和医学分科的不断细化，培养高素质的护理人才投身于护理实践，并在专业领域发挥带头人作用已成为新时期面临的新课题。只有不断提高专业水平，以护理学和相关学科理论为基础，结合各专科患者的特点及诊疗要求，以其专业化知识和技术为人们提供健康服务，才能满足人们的健康需要。如运用护理程序的方法，诊断和处理人类现存的和潜在的健康问题的反应；强化对危重患者的监护以及手术前后的专科护理；为

患者提供包括生理、心理、社会文化等方面的护理服务和护理教育等。

医学科学的发展使护理学的研究范围越来越大,临床护理所面临的难题也越来越多,要提高护理人员业务水平,规范护理核心制度,就必须组织护理查房。开展临床护理教学查房不仅是业务需要,也是教学需要,还是管理需要。护理查房是护理管理系统中的一个子系统,是护理管理中评价护理程序实施的效果,了解护士工作性质的一种最基本、最常用、最主要的方法,是检查护理质量、落实规章制度、提高护理质量及护理人员业务水平的重要措施,其内容包括基础护理的落实情况、专科疾病护理内容、心理护理、技术操作、护理制度的落实。因此,编写《骨科护理教学查房》,力争在现代护理观的指导下,结合我国护理教育和实践的现状,以整体护理、循证护理为方向,以护理程序和评判思维为框架,培养广大护理人员和在校师生的综合思考、分析、判断能力,提高临床护理水平和医疗质量。

本书由中华护理学会骨科学组委员、山西护理学会理事、山西医科大学硕士生导师、山西医科大学第二医院护理部主任郭锦丽主任护师主持编写,内容涉及创伤、关节、脊柱、肿瘤、显微骨科等多个专业组,共分七章,收录了近70例典型、复杂病例,按护理诊断/问题、护理目标、护理措施、护理评价和健康教育为主线,以前沿技术为指引,从生理、病理、心理三方面,以治疗、保健、康复三位一体来阐述专科护理,提供临床指南。由于目前国内对护理诊断的认识尚未统一,故本书在参考北美护理诊断的基础上,结合国内护理实践,提出骨科常见的护理诊断和问题。同时,由于所述病例并全部涉及某个个体,故护理评价仅提出了针对患者在某种疾病状态下应评价的内容;为避免重复,少数疾病的查房内容仅为术后护理,而不是围术期护理。

山西医科大学第二医院是一所有着94年院龄的教学医院,是山西省医学教育的发源地,骨科是首批国家临床重点建设学科、山西省重点学科,拥有山西省重点实验室和330张床位,曾先后获得“国家级青年文明号”“全国卫生系统先进集体”等荣誉。本护理组承担山西医科大学护理学院、汾阳学院、山西省中医学院、长治医学院、大同大学、广西柳州医学院等多所高等院校的教学授课、实习任务及省内兄弟单位护理进修生、专科护士培训任务。本书在编写过程中得到了山西省卫生厅的关怀和支持,卫小春

厅长还在百忙之中为本书做了序，同时得到了山大二院骨科各位骨科专家的大力帮助，本书中医学部分和插图参考了国内各种版本的书籍和临床资料，谨在此深表谢意！

由于本书编者多为中青年护理人员，尽管做了最大努力，但由于地域、文化的原因，水平确实有限，难免有欠缺、不足之处，恳请各位专家、同仁在应用中发现问题，并给予指正，在此一并表示感谢！

编者

目 录

CONTENTS

第一章 骨折病例护理教学查房	/ 001
第一节 锁骨骨折	/ 001
第二节 肱骨骨折	/ 008
第三节 桡骨骨折	/ 015
第四节 掌骨骨折	/ 023
第五节 股骨颈骨折	/ 030
第六节 股骨粗隆间骨折	/ 039
第七节 股骨干骨折	/ 046
第八节 胫腓骨骨折	/ 054
第九节 胫骨平台骨折	/ 062
第十节 踝部骨折	/ 074
第十一节 髌骨骨折	/ 081
第十二节 跟腱断裂	/ 090
第十三节 足部骨折—跟骨骨折	/ 099
第十四节 颈椎骨折合并脊髓损伤	/ 109
第十五节 胸椎骨折合并肋骨骨折、脊髓损伤	/ 123
第十六节 腰椎骨折合并脊髓损伤	/ 133
第十七节 骨盆骨折合并髋关节脱位（髌臼骨折）	/ 142
第十八节 多发伤	/ 154

第二章 周围神经、血管、肌腱损伤病例护理教学查房 / 175

- 第一节 臂丛神经损伤 / 175
- 第二节 正中神经损伤（腕管综合征） / 181
- 第三节 尺神经损伤（肘管综合征） / 186
- 第四节 桡神经损伤 / 191
- 第五节 踝管综合征 / 195
- 第六节 坐骨神经损伤 / 202
- 第七节 腓总神经损伤 / 206
- 第八节 手部切割伤 / 211

第三章 骨关节损伤脱位病例护理教学查房 / 218

- 第一节 肩关节脱位 / 218
- 第二节 桡骨小头脱位 / 226
- 第三节 膝关节脱位 / 230
- 第四节 膝关节半月板损伤 / 239
- 第五节 膝关节韧带损伤 / 245

第四章 脊柱疾病病例护理教学查房 / 253

- 第一节 颈椎病 / 253
- 第二节 寰枢椎脱位伴脊髓压迫症 / 263
- 第三节 腰椎间盘突出症 / 273
- 第四节 腰椎管狭窄症 / 279
- 第五节 腰椎滑脱综合征 / 286
- 第六节 特发性脊柱侧弯 / 293

第五章 骨与关节疾病病例护理教学查房 / 300

- 第一节 脊椎结核 / 300
- 第二节 髋关节结核 / 309
- 第三节 化脓性骨髓炎 / 319
- 第四节 化脓性关节炎 / 326

第五节	类风湿性关节炎	/	333
第六节	骨关节炎	/	344
第七节	强直性脊柱炎	/	355
第八节	股骨头无菌坏死	/	364
第六章	运动系统畸形病例护理教学查房	/	376
第一节	先天性肌斜颈	/	376
第二节	先天性脊柱侧凸	/	381
第三节	发育性髋关节脱位	/	386
第四节	先天性并指多指畸形	/	398
第五节	先天性马蹄内翻足	/	402
第六节	高肩胛症	/	408
第七节	踇外翻	/	416
第七章	骨肿瘤病例护理教学查房	/	422
第一节	骨软骨瘤病	/	422
第二节	软骨瘤	/	428
第三节	骨巨细胞瘤	/	433
第四节	骨肉瘤	/	443
第五节	骨尤文肉瘤	/	455
第六节	多发性骨髓瘤	/	464
第七节	骨纤维发育不良	/	472
第八节	神经纤维瘤	/	478
第九节	转移性骨肿瘤	/	485
第十节	骨囊肿	/	494
第十一节	血管瘤	/	501
第十二节	成骨不全症	/	508

第一章 骨折病例护理教学查房

第一节 锁骨骨折

查房时间：2013年6月27日

查房地点：骨科病房

查房内容：锁骨骨折的护理

查房形式：三级查房

参加人员：护士长李冰。护士：郭金花、王宝娜、朱俊丽、卜彩红、于慧、刘宏、贺晓宇、张琳芳、成静静、何洁、闫向丽、彭佳、张改珍、范莉莎、梁娜。

护士长李冰：大家下午好，今天我们选择的是一例锁骨骨折合并术后气胸的病例进行护理查房。虽然锁骨骨折病例比较常见，但合并气胸时若不能及时给予恰当的治疗和护理，就可能造成严重后果。希望通过这次查房，我们可以进一步加深对锁骨骨折医学相关知识的掌握，懂得如何去护理气胸并发症的患者，促进患者肢体功能的及早恢复。

下面由护士卜彩红汇报简要病史。

护士卜彩红：患者，张某，男性，56岁，主诉：摔伤致左肩部及上肢肿胀、疼痛、活动受限7日余。诊断为：左锁骨骨折。患者在受伤后行手法复位，横形“8”字绷带固定，但患者难以忍受绷带固定痛苦，且X线示复位后示骨折再次移位，为求进一步治疗，于2013年6月13日入住我院。

查体：发育正常，营养不良，正常面容，神志清楚，言语流利，对答切题，查体合作。脊柱呈生理弯曲，无侧弯畸形，棘突无压痛。左上肢支具制动，左肩关节周围肿胀明显，可见大量瘀斑；左肩关节活动障碍，局部压痛及

叩击痛阳性，手指末梢血运可。余肢基本正常。体温：36.0℃。脉搏：72次/min、呼吸：19次/min。血压：128/80mmHg。既往体健，否认肝炎、结核等传染病史，否认手术、外伤史，否认输血史。生于原籍，未到过疫区，无有害及放射物接触史，无烟、酒嗜好。无家族遗传倾向的疾病。

该患者于2013年6月17日在颈丛加臂丛麻醉下行“左锁骨骨折切开复位内固定术”。术毕回房后，遵医嘱给予麻醉术后护理常规：吸氧，心电监护，检查生命体征。观察发现患者呼吸困难，左侧胸呼吸音减弱；触之有握雪感；听之有捻发音。遂抬高床头，增加氧流量，通知主管医师，请胸外科会诊，拍X线胸片示：左侧气胸。急诊给予床边留置胸腔闭式引流术后，取半卧位休息，引流瓶中有气泡逸出，患者症状缓解，病情好转。

现存的护理问题有：疼痛；恐惧；气体交换受损；有感染的风险；并发症：气胸。潜在并发症：肺部感染。

下面请大家讲一下该患者的护理问题及措施。

责任护士郭金花：疼痛

1. 提供患者安静、舒适的环境。
2. 协助患者取半卧位舒适体位。
3. 指导患者深而慢地呼吸，缓解疼痛。
4. 转移注意力，减轻疼痛。

责任护士郭金花：恐惧：与呼吸困难、呼吸不畅有关

1. 立即给予吸氧，通知医师，并陪护患者。
2. 理解患者的恐惧感受，常与患者交谈。
3. 肯定患者的进步，使患者树立信心，战胜恐惧感。
4. 各种操作、治疗前耐心解释，消除紧张情绪。

责任护士郭金花：气体交换受损：与疼痛、麻醉使胸部受损有关

1. 协助患者取半卧位，以利于呼吸。
2. 吸氧，缓解呼吸困难症状。
3. 指导患者咳嗽时双手按压伤口处和患侧胸壁，减轻疼痛。
4. 遵医嘱给予药物等止痛处理。
5. 给予心电监护，密切观察并记录生命体征的变化。
6. 术后恢复期，鼓励患者咳嗽咳痰，可用吹气球等方式促进肺膨胀。

责任护士郭金花：潜在并发症：肺部感染

1. 每日常规更换引流瓶，严格无菌操作。
2. 保持管路通畅，有效引流。
3. 保持伤口敷料的清洁和干燥。
4. 鼓励患者咳嗽，协助患者变换体位，促进肺扩张。
5. 引流瓶应低于胸壁引流平面 60 ~ 100cm，防止引流液返流。
6. 遵医嘱合理使用抗生素。

护士何洁：老师，如何判断患者出现了气胸？

责任护士郭金花：出现以下症状和体征时，可以判断患者出现了气胸：

1. 胸闷、胸痛、气促和呼吸困难。
2. 患侧胸壁饱满，气管向健侧偏移，胸部叩诊呈鼓音，听诊呼吸音减弱或消失。
3. 后期均伴有明显的低氧血症。

护士彭佳：老师，怎样保持半坐卧位姿势？

护士王宝娜：有两种方式：

1. 摇床法：患者卧于床上，以髋关节为轴心，先摇起床头支架与床成 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ ，使上半身抬高，再摇起膝下支架，以防患者下滑。必要时，床尾可置一块软枕，垫于患者足底。放平时，先摇平膝下床头支架。
2. 靠背架法：如无摇床，可在床头垫褥下放一靠背架。将患者上半身抬高，下肢屈膝，膝下垫软枕，软枕用中单包裹，中单两端的带子固定于床缘，以防患者下滑。床尾、足底垫软枕。其余同摇床法。

护士长李冰：那么，半卧位的临床意义有哪些？请范丽莎回答。

护士范丽莎：半卧位的临床意义有：

1. 某些面部及颈部手术后患者。采取半坐卧位可减少局部出血。
2. 心肺疾病引起呼吸困难的患者。采取半坐卧位，由于重力作用，部分血液滞留于下肢和盆腔，使回心血量减少，从而减轻肺瘀血和心脏负担；同时可使膈肌位置下降，胸腔容量扩大，减轻腹腔内脏器对心肺的压力，肺活量增加，有利于气体交换，使呼吸困难的症状得到改善。
3. 腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者。采取半坐卧位，可使腹腔渗液流入盆腔，促使感染局限。这是因为盆腔腹膜抗感染性较强，而吸收较

弱，故可防止炎症扩散和毒素吸收，减轻中毒反应。同时采取半坐卧位还可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿。此外，腹部手术后患者，采取半坐卧位，可减轻腹部切口缝合处的张力，缓解疼痛，促进舒适，并有利于切口愈合。

4.疾病恢复期体质虚弱的患者。采取半坐卧位，可使患者逐渐适应体位改变，以利于向站立位过渡。

护士长李冰：那么，胸膜腔闭式引流目的是什么？请朱俊丽回答。

护士朱俊丽：胸膜腔闭式引流目的：

- 1.引流胸腔内积气、积血和积液。
- 2.重建负压，保持纵隔的正常位置。
- 3.促进肺膨胀。

护士何洁：胸腔闭式引流适用于哪些疾病？

护士朱俊丽：胸腔闭式引流的适应证有：外伤性和自发性气胸、血胸、脓胸或心胸外科术后引流。

护士长李冰：那么，气胸、血胸和脓胸置管的位置怎样来确定和选择？请于慧回答。

护士于慧：置管和置管位置：通常在手术室置管，紧急情况下可在急诊室或患者床旁进行。可根据体征和胸部X线检查结果确定置管位置：

- 1.气胸：由于积气多向上聚集，宜在前胸膜腔上部引流，因此常选锁骨中线第2肋间置管引流。
- 2.血胸：一般于腋中线和腋后线之间第6~8肋间插管引流。
- 3.脓胸：常选择脓液积聚的最低位置置管。

护士长李冰：那么，留置胸腔闭式引流管患者的护理要点有哪些？请贺晓宇回答。

护士贺晓宇：

- 1.当出血量多于100ml/h，血液呈鲜红色，有血凝块时，提示有活动性出血，要立刻通知医师处理。
- 2.患者下床活动时，引流瓶的位置应低于膝盖水平，且要保持平稳。
- 3.鼓励患者深呼吸，咳嗽和变换体位。

护士长李冰：那么，胸腔引流为什么要求是密闭的呢？请卜彩红回答。

护士卜彩红：因为胸腔是一个潜在的密封腔隙，胸腔内的环境压力

是 $-8 \sim -10\text{cm H}_2\text{O}$ ，当环境压力改变时，会影响到肺的膨胀，尤其是两侧胸腔压力失衡时会导致纵隔的移位，从而直接严重影响到患者的呼吸功能，不及时处理将危及生命。

护士梁娜：老师，那怎样才能保证引流管道的密闭呢？

护士卜彩虹：保持管道密闭需注意以下几点：

- 1.随时观察管路有无脱出。
- 2.保持水封瓶内长管没入水中 $3 \sim 4\text{cm}$ 并保持直立。
- 3.用油纱布严密包裹引流管与胸壁接触的部分。
- 4.搬运患者时应用双止血钳夹闭胸壁引流管远近两端。

护士长李冰：那么，在护理中发现管路的密闭性遭到破坏，应该怎样处理呢？请张琳芳回答。

护士张琳芳：管路密闭性遭到破坏有以下两种情况：

- 1.引流管与水封瓶连接处，应立即用双止血钳夹闭胸壁引流管远近两端，更换引流装置。
- 2.引流管从胸壁脱出，应立即捏闭伤口处皮肤，消毒处理后，用凡士林纱布封闭伤口，协助医师做进一步处理。

护士长李冰：那么，怎样保持引流管的有效通畅呢？请责任护士郭金花回答。

责任护士郭金花：主要是通过水封瓶内的长管来观察的。

- 1.长管中的水柱随着呼吸上下波动，是引流通畅的重要标志。
- 2.正常情况下，水柱波动范围是 $4 \sim 6\text{cm}$ 。
- 3.水柱波动范围大于 $4 \sim 6\text{cm}$ ，提示可能存在肺部不张。
- 4.若水柱无波动，提示引流管不通畅或肺已经完全扩张。
- 5.若患者表现为气促、胸闷、气管偏向健侧，则提示血块阻塞引流管，应捏挤或用负压间断抽吸引流瓶中的短管，使其通畅，并立即通知医师给予处理。

护士张改珍：老师，患者什么时候就能拔除胸腔闭式引流管呢？

护士刘宏：出现以下指征时，可以拔管：

- 1.置管引流 $48 \sim 72\text{h}$ 后，引流瓶中颜色变浅， 24h 引流液少于 50ml ，脓液少于 10ml 。