

王 芳 庞婷婷◎主编

王 芳 庞婷婷◎主编

 吉林科学技术出版社

实用临床护理学新进展

(下)

王芳 庞婷婷◎主编

第八章 骨科疾病患者的护理

第八章 骨科疾病患者的护理

第一节 四肢骨折

一、概述

骨的完整性或连续性中断者称之为骨折。

(一) 病因

(1) 直接暴力：外界暴力直接作用的部位发生骨折，常合并软组织损伤或有开放伤口，如汽车撞击小腿引起的胫腓骨骨折。

(2) 间接暴力：外力通过传导、杠杆或旋转作用所造成的骨折发生在作用点以外的部位，例如，滑倒时手掌撑地，外力经传导而发生的肱骨髁上骨折。

(3) 牵拉暴力：其指肌肉突然强烈收缩造成的骨折，常称撕脱骨折，例如，上肢进行过猛的投掷动作时，可造成肱骨内上髁骨折。

(4) 骨骼病变：在原有骨病的基础上，因轻微的外力，或在正常活动中发生的骨折，这种骨折称病理性骨折，如骨髓炎、骨肿瘤、骨结核并发的骨折。

(5) 积累劳损：长期的慢性压力集中作用于骨骼，造成的骨折称为疲劳骨折。如长距离跑步、行军造成的跖骨疲劳骨折。

1. 分类

(1) 根据骨折端是否与外界相通分类

1) 闭合性骨折：骨折处皮肤或黏膜完整，骨折端与外界不相通。

2) 开放性骨折：骨折附近的皮肤或黏膜破损，骨折端与外界相通，如合并膀胱或尿道破裂的骨盆耻骨骨折，合并直肠破裂的尾骨骨折。

(2) 根据骨折断裂的程度分类

1) 不完全骨折：骨的连续性或完整性仅有部分中断，如儿童的青枝骨折。

2) 完全性骨折：骨的连续性或完整性全部中断。完全性骨折常常出现骨折端的移位，包括成角、重叠、分离、侧方、旋转移位五种形态，临床上常合并发生，同时出现。

(3) 根据骨折线的形态分类：通过拍 X 线片，根据骨折线的走向不同可分为

1) 裂缝骨折：像瓷器上的裂纹，常见于颅骨、肩胛骨等处。

2) 青枝骨折：多发生于儿童。骨虽断裂，但因儿童骨质软韧，不易完全断裂，如同青嫩的树枝被折，而称为青枝骨折。

3) 横断骨折：骨折线与骨干纵轴接近垂直。

4) 斜形骨折：骨折线与骨干纵轴呈一定角度。

5) 螺旋骨折：骨折线呈螺旋状，多由于扭转性外力所引起。

6) 粉碎骨折：骨折块碎裂成两块以上者。多因受较大的直接外力打击而引起。

7) 嵌插骨折：发生在长管骨干骺端坚质骨与松质骨交界处。骨折后，坚质骨嵌插入松质骨内。常见于股骨颈骨折、肱骨外髁颈骨折，多见于压缩性间接外力所致。



8) 骨骺分离：通过骨骺的骨折。骨骺的断面可带有部分骨组织，是发生于少年儿童时期的一种骨折类型。

9) 压缩骨折：松质骨因外力压缩而变形，如椎骨及跟骨受到垂直外力所致。

10) 凹陷骨折：受直接外力打击而致骨折块下陷，如颅骨、颜面骨骨折。

(4) 根据骨折的稳定程度分类

1) 稳定骨折：复位固定后不易再移位的骨折，如横断骨折、有锯齿状的短斜骨折。

2) 不稳定骨折：复位固定后骨折断端仍然容易再移位。如断面呈螺旋形、长斜形、粉碎形以及周围肌肉丰厚的股骨干骨折。

2. 骨折的并发症

(1) 早期并发症

1) 休克：创伤或出血性休克为某些骨折常见的并发症。

2) 血管损伤：肱骨髁上骨折可能伤及肱动脉，应检查伤肢桡动脉的搏动。胫骨平台骨折可能伤及腘动脉，应检查伤肢足背动脉搏动。

3) 周围神经损伤：较多见的有上肢骨折可能损伤桡神经、正中神经和尺神经。腓骨小头和腓骨颈骨折时，跨越腓骨颈部的腓总神经常同时受损。

4) 脊髓损伤：多发生在颈段和胸、腰段脊柱骨折和（或）脱位时，形成损伤平面以下的截瘫。

5) 内脏损伤：肋骨骨折可并发肺实质损伤，引起血胸或气胸；下胸部的肋骨骨折可并发肝脾破裂；骨盆骨折可并发后尿道损伤。

6) 脂肪栓塞：在成人，若骨干骨折处髓腔内血肿张力过大，骨髓被破坏，脂肪滴进入破裂的静脉窦内，可以引起肺脂肪栓塞等。

7) 感染：开放性骨折有发生化脓性感染和厌氧性感染可能。

8) 坠积性肺炎：骨折患者若长期卧床不起，可以发生坠积性肺炎，可因其丧命。应注意功能锻炼，使患者尽早恢复行动。

(2) 晚期并发症

1) 压疮：截瘫和严重外伤的患者，长期卧床，若护理不周，骨隆起处如骶骨部、股骨大粗隆部等长期受压，局部软组织发生血液供应障碍，易形成压疮。

2) 缺血性肌挛缩：由于上下肢的重要动脉损伤后使肢体血液供应不足，或因肢体肿胀和包扎过紧，可造成前臂或小腿的肌肉群缺血、坏死、机化而发生挛缩。如肱骨髁上骨折或尺桡骨骨折所造成的前臂缺血性肌痉挛，形成特有的畸形，称爪形手。

3) 骨化性肌炎：关节附近的骨折，骨膜剥离后，形成骨膜下血肿。若处理不当，血肿较大，经机化、骨化后，在关节附近的软组织内可有广泛的骨化，影响关节活动功能。

4) 关节僵硬：受伤肢体经长时间固定而不注意功能锻炼，关节囊及周围肌肉挛缩，使关节内外发生纤维黏连，造成关节僵硬。

5) 创伤性关节炎：关节发生骨折，若未准确复位，畸形愈合后，因关节面不平整，可引起创伤性关节炎。

6) 缺血性骨坏死：骨折发生后，骨折段的血液供应被切断而致坏死时，称缺血性骨坏死。常见的骨折有股骨颈骨折、腕舟状骨骨折。

7) 泌尿系感染、结石：脊柱骨折伴截瘫患者因尿潴留或导尿可引起泌尿系感染，患



者长期卧床、尿路感染等均可诱发尿路结石。

3. 骨折的愈合过程

(1) 血肿机化期：骨折后，骨断端及周围软组织内血肿形成。几天内，新生的毛细血管、成纤维细胞和吞噬细胞侵入血肿，继而形成纤维组织并逐渐增多，把骨折两端连在一起，达到纤维愈合。这一过程约需2~3周。

(2) 骨痂形成期：骨断端通过骨膜的成骨细胞形成骨样组织，并逐渐钙化，称为骨膜内骨化，分别形成内骨痂和外骨痂。骨断端的血肿形成纤维组织后，转变为软骨，并经增生、钙化而构成桥梁骨痂。内骨痂、外骨痂及桥梁骨痂三者汇集融合，成为骨断端的支持，达到骨折的临床愈合期，此期约从伤后3周开始。

(3) 骨痂改造塑形期：随着肢体的活动和负重，在应力轴线上的骨痂不断地得到加强和改造；在应力线以外的骨痂逐步被清除；使原始骨痂逐渐被改造成为永久骨痂。此为骨性愈合期，此期约从伤后6~8周开始，但完成塑形需要相当长的时间。

4. 骨折临床愈合标准

(1) 局部无压痛及纵向叩击痛。

(2) 局部无反常活动。

(3) X线片显示骨折线模糊，有连续骨痂通过骨折线。

(4) 外固定解除后伤肢能满足以下要求：上肢能向前平举1kg重量达1min；下肢能不扶拐在平地连续步行3min，且不少于30步。

(5) 连续观察2周骨折处不变形。

从观察开始之日起倒算到最后一次复位的日期，其所历时间为临床愈合所需时间。

5. 影响骨折愈合因素

(1) 全身因素：骨折愈合与年龄及健康状况有关。如儿童生长活跃，愈合较成人快；营养不良及各种代谢障碍病可影响愈合。

(2) 局部因素

1) 骨折两端的血供良好者，骨折愈合快。

2) 软组织损伤或开放损伤的程度越严重，骨折愈合越慢。

3) 骨折断端接触面越大、越紧密，越容易愈合。反之，如过度牵引使断端分离或有软组织嵌入，复位或固定不良，则影响愈合。

4) 骨折合并感染影响愈合。

5) 骨折治疗的方法也与愈合的速度有关，如手术复位较闭合复位愈合时间长。

6. 骨折的急救处理 骨折急救的目的，在于用简单而有效的方法抢救生命、保持患肢，使能安全而迅速地运送至附近医院，以便获得妥善的治疗。

(1) 一般处理：凡有骨折可疑的患者，均应按骨折处理。一切动作要谨慎、轻柔、稳妥。首先抢救生命，如患者处于休克状态，应以抗休克治疗为首要任务，注意保温，有条件时应立即输血、输液。对有颅脑复合伤而处于昏迷中的患者，应注意保持呼吸道通畅。不必脱去闭合性骨折患者的衣服、鞋袜等，以免过多搬动患肢，增加疼痛。若患肢肿胀较剧，可剪开衣袖或裤管。闭合性骨折有穿破皮肤、损伤血管和神经的危险时，应尽量消除显著移位，然后用夹板固定。

(2) 伤口包扎：绝大多数的创口出血，用绷带压迫包扎后即可止血。如现场没有无



菌敷料,可采用当场所能得到的最清洁的布类包扎。在大血管出血时,可用止血带,应记录开始用止血带的时间。如果骨折端已戳出伤口,不应在现场整复,以免将污物带进创口深处。若在包扎创口时骨折端已自行滑回创口内,则送患者到医院后,务须向负责医师说明。

(3) 妥善固定:急救固定的目的是:①避免骨折端在搬运时更多地损伤软组织、血管、神经或内脏;②骨折固定后即可止痛,有利于防止休克;③便于运输,若备有特制的夹板,最为妥善;否则就地取材,如树枝、木棍、木板、步枪等,都适于作夹板之用;若一无所有,也可将受伤的上肢绑在胸部,将受伤的下肢同健侧一并捆绑在一起。

(4) 迅速运输:四肢骨折经固定后,可用普通担架运送,脊柱骨折患者必须平卧于硬板上,运送时迅速、平稳。运送途中仍应注意全身情况及创口有无继续出血。如有上述情况,应及时处理。

7. 骨折的处理原则 骨折治疗的基本原则是:(1)复位;(2)固定;(3)功能锻炼。

复位是将移位的骨折段恢复正常或近乎正常的解剖关系,重建骨骼的支架作用。但骨折愈合需要一定的时间,因此还得用固定的方法将骨折维持于复位后的位置,待其坚固愈合。功能锻炼的目的是在不影响固定的前提下,尽快恢复患肢肌肉、肌腱、韧带、关节囊等软组织的舒缩活动,防止发生肌肉萎缩、骨质疏松、肌腱挛缩、关节僵硬等并发症。

(二) 护理评估

1. 临床表现

(1) 全身表现:一般的骨折,无明显全身表现,但严重骨折及骨折合并重要器官损伤时,会导致全身病理改变,患者出现全身症状,如肋骨骨折合并肺损伤的患者出现呼吸通气功能障碍,严重的开放性骨折失血量过多等均能引起休克。因此,要注意观察患者的全身情况,如神志是否清晰,血压、脉搏、呼吸是否正常。要警惕有些合并损伤的性质和程度,许多合并伤往往比骨折更严重。因此不能仅满足于骨折的诊断,要进一步明确或排除合并损伤,它直接关系到患者生命的安危。对那些短时间内影响患者生命的合并伤,应先于骨折治疗,把抢救患者生命放在第一位。

(2) 局部症状与体征

1) 骨折的特殊体征

- a. 畸形:完全性骨折,因移位而造成局部畸形。
- b. 反常活动:在肢体没有关节的部位,出现不正常的假关节样活动。
- c. 骨擦音或骨擦感:骨折端互相摩擦时可听到骨摩擦音或感到骨摩擦感。

以上三种体征只要发现其中之一,即可确诊。但未见此三种体征时,也可能有骨折,例如,嵌插骨折、裂缝骨折。

2) 骨折的其他症状与体征

- a. 疼痛与压痛:骨折处均感疼痛,在移动患肢时疼痛更剧。扪诊时,骨折处有局限性压痛。
- b. 局部肿胀与瘀斑:骨折时,骨髓、骨膜及周围软组织内的血管破裂出血。软组织亦因受伤而发生水肿,患肢显著肿胀,皮肤可发亮,出现张力性水疱。严重时阻碍静



脉回流,使骨筋膜压力增高,甚至可阻碍动脉血液循环。骨折位置浅表或出血较多时,水肿可透过撕裂的肌膜及深筋膜渗到皮下,使骨折周围皮肤出现青紫瘀斑。

c. 功能障碍:骨折后由于肢体内部支架的断裂和疼痛,使肢体丧失部分或全部活动功能。但嵌插、裂缝骨折对活动功能影响较小,仍可有部分活动功能。

以上三项可见于新鲜骨折,也可见于软组织损伤及炎症。但有些骨折仅有这些临床表现,此时必须用X线摄片检查才能确诊。

2. 辅助检查

(1) X线检查:骨折的诊断主要依靠病史及体征,但X线检查能进一步明确骨折端的形态及移位情况,对治疗护理有重要的指导意义。X线摄片检查还能够显示临床检查中难以发现的一些情况,如不完全骨折、体内深部骨折、脱位时伴有小骨片或撕脱性骨折等。X线摄片检查时必须包括正、侧位片,并须包括邻近关节,有时还要加摄特定位置或健侧相应部位的对比X线片。

(2) CT扫描:有些部位的骨折仅有X线检查是不够的,应行CT扫描,更准确的了解骨折移位情况,如髌臼骨折、脊柱骨折。

3. 心理、社会状况 骨折多为意外伤害,突如其来的创伤会使患者情绪剧烈变化,表现为精神紧张或惊恐不安。由于长时间的治疗休养会使患者从盲目的乐观转为疑虑、烦躁、萎靡,甚至怨天尤人不配合治疗。当肢体发生暂时性或永久性功能丧失时,患者易有悲观失望、孤独厌世,甚至轻生的心理变化。

(三) 护理诊断

1. 入厕、卫生、进食、自理障碍 其与骨折、卧床有关。
2. 焦虑 其与担心愈后有关。
3. 疼痛 其与骨折有关。
4. 便秘 其与卧床、不能活动有关。
5. 有皮肤完整性受损的危险 其与石膏、夹板、固定带固定或长期卧床有关。
6. 潜在并发症 周围神经血管功能障碍。
7. 有废用综合征的危险 其与患肢制动有关。

(四) 护理目标

- (1) 患者卧床期间的基本需要得到满足,舒适感增加。
- (2) 患者自述紧张感下降,焦虑症状减轻或消失。
- (3) 患者自述疼痛减轻,舒适感增加,不因疼痛而影响休息。
- (4) 患者卧床期间,恢复并保持正常的排便规律,无排便不适感。
- (5) 患者皮肤完好。
- (6) 周围神经血管功能障碍的表现能被及时发现和处理。
- (7) 患者患肢功能保持良好,无肌肉萎缩等状况出现。

(五) 护理措施

1. 提供心理社会支持 护士要多与患者沟通,了解患者的思想情绪活动,有的放矢地进行思想工作和心理护理。护士在患者面前要从容镇定、态度和蔼,护理操作要轻柔、认真、熟练,以取得患者的信任。积极向患者报告成功的病例及病情好转的佳音,不谈有损患者情绪的话,使患者树立治疗疾病的信心和勇气。



2. 疼痛的观察和护理

(1) 除创伤、骨折引起患者疼痛以外,固定不满意、创口感染、组织受压缺血也会引起疼痛,由于疼痛的原因、性质不同,处理也不同,因此应加强临床观察,不要盲目地给予止痛剂。

(2) 针对引起疼痛的不同原因对症处理。创伤、骨折伤员在现场急救时给予临时固定,以减轻转运途中的疼痛;发现感染时及时通知医生处理创口,开放引流,并应用有效抗生素;缺血性疼痛须及时解除压迫,松解外固定,如已发生压疮应及时行压疮护理;如发生骨筋膜室综合征需及时手术,彻底切开减压。

(3) 对疼痛严重而诊断已明确者,在局部对症处理前可应用吗啡、哌替啶(度冷丁)、布桂嗪(强痛定)等镇痛药物,以减轻患者的痛苦;疼痛轻者可分散或转移患者的注意力,冷敷、按摩、热敷等也能起到镇痛的作用。

(4) 在进行护理操作时动作要轻柔、准确,防止粗暴剧烈,如移动患者时,应先取得患者配合,在移动过程中,对损伤部位重点扶托保护,缓慢移至舒适体位,争取一次性完成,以免引起和加重患者疼痛。

3. 一般护理 多给予患者生活上的照顾,满足患者的基本生活需要,如帮助患者饮水、进食、排便、翻身、读书,直至能生活自理。

4. 环境 保持病室、床单位清洁干净,空气清新,定期为患者擦浴、洗头、剪指甲、更换衣服床单,使患者感觉舒适。

5. 积极预防并发症

(1) 对长期卧床的患者,定时给予翻身拍背,按摩骨隆突处,并鼓励患者咳嗽咳痰,防止压疮及坠积性肺炎的发生。

(2) 骨折或软组织损伤后伤肢局部发生反应性水肿、骨折局部内出血、感染、血循环障碍等也会造成伤肢不同程度的肿胀,应迅速查明引起肿胀的原因,及时对症处理。

(3) 适当抬高患肢,以利于静脉回流,防止或减轻患肢肿胀。

(4) 对于夹板、石膏等外固定物过紧,引起患肢肿胀伴有血液循环障碍的,应及时松解,并观察有无神经损伤,严重肿胀时,要警惕骨筋膜室综合征发生,及时通知医生做相应处理。

6. 满足营养需要

(1) 建立规律的生活习惯,定时进餐,并根据患者的口味适当调整饮食,尽可能在患者喜欢的基础上调整营养结构,保证营养的供给。

(2) 给予合理饮食,鼓励患者进食清淡、高蛋白、高热量、高维生素、含粗纤维多的食物,避免进食牛奶、糖等易产气的食物,注意多饮水,防止便秘。

7. 功能锻炼 在病情许可的情况下,尽早鼓励患者进行伤肢的功能锻炼,锻炼应循序渐进,活动范围从小到大,次数由少到多,时间由短至长,强度由弱至强,以防止关节僵直,肌肉废用性萎缩。与患者共同制订锻炼计划,并在治疗过程中,根据患者的全身情况、骨折愈合程度、功能锻炼后的反应等不断地修改计划。

(六) 护理评价

(1) 卧床期间患者基本需要是否得到满足。

(2) 焦虑是否消除或降低。



- (3) 疼痛是否得到缓解。
- (4) 卧床期间排便规律是否正常。
- (5) 患者的皮肤是否完好。
- (6) 并发症是否早期发现并得到及时处理。

二、锁骨骨折

(一) 病因

锁骨骨折多因间接暴力所致，常在跌倒时手掌或肩部着地而发生，好发于中外 1/3 处。骨折后，近段因受胸锁乳突肌的牵拉而向上、向后移位；远段因受上肢重量的影响而向下移位。

(二) 处理

(1) 三角巾悬吊对无移位的锁骨骨折可采用三角巾悬吊 3 周。

(2) 手法复位“8”字绷带固定对有移位的锁骨骨折，使患者维持在双肩后伸的体位，然后采用横“8”字形绷带包扎固定。

(三) 护理评估

1. 症状与体征 局部肿胀、疼痛、畸形、压痛、异常活动，患侧肩下垂，向前向内倾斜，头偏向患侧，并常用健侧手支托患侧肘部。如遇幼儿锁骨骨折，则其不愿活动上肢，穿衣伸手入袖时有啼哭。

2. X 线检查 可显示骨折和移位情况。

3. 心理社会反应 有移位的锁骨骨折应用“8”字带固定，双肩后伸，使骨折端保持良好的复位位置，睡觉时去枕平卧于硬板床，两肩胛区垫枕以使两肩后伸、外展，但这种卧位时间太久既不方便，也不舒适，容易使患者产生急躁情绪，甚至自己变动卧位。

(四) 护理诊断

1. 疼痛 与骨折创伤有关。
2. 有皮肤完整性受损的危险 与“8”字带包扎固定有关。
3. 知识缺乏 缺乏功能锻炼方面的知识。

(五) 护理目标

- (1) 疼痛缓解。
- (2) 骨折固定有效，保持皮肤完好。
- (3) 患者及家属能够了解与骨折的诊治、预后、护理及术后功能锻炼有关的知识。

(六) 护理措施

(1) 用“8”字带固定者，须注意既要保持有效固定，又不能压迫太紧，日间不要活动过多，尽量卧床休息。

(2) 向患者说明保持正确卧位的重要性，以取得合作。

(3) 疼痛时应先查明原因后方可给予处理。

(4) 功能锻炼自局部固定后即可开始，作握拳，伸屈肘关节，两手叉腰，后伸肩等活动，以促进血液循环，消除肿胀，促使骨折愈合。

(七) 护理评价

- (1) 疼痛是否得到缓解。
- (2) 骨折固定是否有效。



(3) 皮肤是否保持完好。

三、肱骨髁上骨折

(一) 病因

肱骨髁上骨折多由间接暴力所致，儿童居多。如跌倒时肘关节半屈或伸直位，手掌着地，暴力经前臂向上传导而达肱骨下端，将肱骨髁推向上方。同时由上向下的体重和冲力，将肱骨干下部推向前下方，使肱骨髁上发生骨折，称为伸直型骨折。伸直型骨折，骨折近端向前移位，可压迫或刺伤肱动、静脉，正中神经或桡神经。如跌倒时肘关节屈曲，肘后着地，暴力由后下方向前上方撞击尺骨鹰嘴，使肱骨髁上发生骨折。这种近端向前，远端向后的骨折，称为屈曲型骨折，较少见。

(二) 处理

1. 手法复位，石膏托固定 伸直型肱骨髁上骨折可在臂丛麻醉或局麻后进行手法复位。如果局部肿胀严重，不能进行手法整复时，可先作尺骨鹰嘴骨牵引，待肿胀基本消退后，再行手法复位并进行固定。

2. 手术治疗 对于手法复位失败或伴有血管、神经损伤时，可行切开复位，克氏针内固定手术。

(三) 护理评估

1. 症状与体征 肘部肿胀、疼痛、畸形、压痛，肘关节活动障碍，肘后三角关系正常，若合并正中神经、尺神经、桡神经损伤，则出现前臂相应的神经支配区的感觉减弱或消失及相应的功能障碍。

2. X线检查 可了解骨折及移位情况。

3. 心理、社会反应 肱骨髁上骨折多发生于儿童，儿童患者的心理因年龄不同而表现不一。婴幼儿常会出现哭闹、拒食、尿床，年龄较大的孩子因住院限制了活动，常产生一些抵触情绪和不合作行为。

(四) 护理诊断

1. 疼痛 与骨折或手术切口有关。

2. 潜在并发症 神经血管功能障碍。

3. 有感染的危险 与尺骨鹰嘴骨牵引有关。

4. 不合作 与患儿年龄小缺乏对健康的正确认识有关。

(五) 护理措施

(1) 要关心爱护患儿，对患儿要和蔼亲切，给予生活上的照顾，满足患儿的需要。患儿不合作时要耐心，年龄较小的要耐心哄逗，年龄较大的要着重讲道理，切忌大声训斥及恐吓。

(2) 患儿哭闹时，可询问患儿及家长，并仔细检查患肢情况，细心查明原因，根据情况及时给予处理，必要时遵医嘱给予止痛剂。

(3) 行尺骨鹰嘴骨牵引，重量1~2kg，牵引针眼处每日用75%乙醇消毒一次，勿去除已形成的血痂，以防发生感染。

(4) 密切观察患肢感觉、运动、皮温、血运、桡动脉搏动情况，肿胀时及时调整外固定的松紧，以防过紧造成肢体内压力增高，引起前臂骨筋膜室综合征。一旦发现立即通知医生，并作好切开减压的准备。



(5) 向患儿家长说明功能锻炼的重要性,以取得家长的积极配合。教给患儿和家长功能锻炼的方法,使家长协助功能锻炼。

(6) 伤后一周内开始练习握拳、伸指、腕关节屈伸及肩关节的各种活动。4~5周去除外固定后开始练习肘关节屈伸活动。

四、桡骨下端骨折

(一) 病因

桡骨下端骨折指桡骨下端2~3cm范围内的骨折。多由间接暴力所致,中年人和老年人多见,儿童多为桡骨远端骨骺分离,如侧身跌倒时手掌着地而引起的桡骨下端骨折,称为Colles骨折,骨折远端向背侧及桡侧移位。跌倒时手背着地,腕部在屈曲位发生的桡骨下端骨折,又称Smith骨折,骨折远端向掌侧及桡侧移位。

(二) 处理

在局部麻醉下行手法复位,用小夹板或石膏固定3~4周。

(三) 护理评估

1. 症状与体征 腕关节侧面观似餐叉样畸形,正面观呈枪刺刀样畸形;局部肿胀、疼痛、压痛和功能障碍。

2. X线检查 可了解骨折类型及移位情况。

3. 心理、社会反应 患者伤后会产生焦虑、紧张、恐惧等特殊心理变化,担心会不会致残,要不要手术等问题而流露出烦躁不安、感觉过敏或夸大伤痛等情绪。

(四) 护理诊断

1. 焦虑 其与担心预后有关。

2. 潜在并发症 周围神经血管功能障碍。

3. 知识缺乏 缺乏功能锻炼的知识。

(五) 护理措施

(1) 护士应安慰患者,耐心解释病情,并向患者表现出十足信心,取得患者的信任,以最佳的心理状态接受治疗取得最佳疗效。

(2) 嘱患者不可自行拆移外固定,注意患肢手部血液循环情况,如有肿胀、严重疼痛、麻木、皮肤颜色青紫、皮温减退等情况,立即通知医生及时处理。

(3) 复位固定后即开始功能锻炼,指导患者用力握拳,充分伸屈五指,以练习手指关节和掌指关节活动及锻炼前臂肌肉的主动舒缩;指导患者练习肩关节前屈、后伸、内收、外展、内旋、外旋及环转活动和肘关节屈伸活动。

(4) 2周后可进行腕关节的背伸和桡侧偏斜活动及前臂旋转活动的练习。3~4周解除固定后,可以两掌相对练习腕背伸,两手背相对练习掌屈。也可利用墙壁或桌面练习背伸和掌屈。

五、股骨颈骨折

(一) 病因与分类

与骨质疏松导致的骨质量下降有关,遭受轻微扭转暴力则可发生骨折。多数情况下是在走路滑倒时,身体发生扭转倒地,间接暴力传导致股骨颈而发生骨折。青少年较少发生股骨颈骨折,常需较大暴力才会引起,且以不稳定型多见。股骨颈骨折的分类方法有:①按骨折线部位分为:股骨头下骨折、经股骨颈骨折和股骨颈基底骨折。②按X线



表现分为：内收骨折和外展骨折。③按移位程度分为：不完全骨折和完全骨折。

（二）处理

1. 非手术治疗 其适用于无明显移位的骨折，外展型或嵌入型等稳定性骨折，年龄过大，全身情况差或合并严重心、肺、肾、肝等功能障碍者。最常采用胫骨结节牵引8~12周。

2. 手术治疗 其适应证为：内收型骨折和有移位的骨折，65岁以上老年人的股骨头下型骨折，青少年的股骨颈骨折，陈旧骨折不愈合，股骨头缺血坏死或合并髋关节骨关节炎。常用手术方法有闭合复位内固定、切开复位内固定及人工关节置换术。

（三）护理评估

1. 症状与体征 受伤后立即无法站立（嵌插骨折除外），患肢出现短缩、内收、外旋畸形。患髋疼痛，活动受限，股三角处压痛，足跟纵向叩击时，髋内有痛感。

2. X线检查 可了解骨折及骨折类型。

3. 对疾病心理、社会反应 股骨颈骨折多为老年患者，病后常担心无人照顾，给子女在经济、工作上带来麻烦，或住院治疗后因自己的生活习惯受干扰而感到烦躁不安。另外，老年人跌伤后对独立行走会产生恐惧感，对再次行走有畏惧心理。

（四）护理诊断

1. 部分自理缺陷 入厕、卫生、进食自理障碍，与骨折、卧床有关。

2. 焦虑 其与担心病后无人照顾有关。

3. 疼痛 其与骨折或手术切口有关。

4. 清理呼吸道无效 其与年老、长期卧床有关。

5. 便秘 其与长期卧床肠蠕动减慢有关。

6. 有皮肤完整性受损的危险 其与长期卧床不能活动有关。

（五）护理措施

1. 告诉患者有关治疗及护理的知识，使患者能坚持治疗。

（1）外展骨折或无明显移位的嵌插骨折应持续皮牵引6~8周，保持下肢在外展中立位。其护理参见牵引术的护理。

（2）内收骨折或有移位的骨折在行牵引7~10d内行经皮多针或加压螺丝钉内固定术。3个月后参阅X线片临床愈合后可扶杖行走，6个月后弃拐行走。

（3）60岁以上患者若全身情况允许可行人工股骨头置换术。

术后3~4周即可拄拐下地活动。

2. 指导并督促患者进行功能锻炼。

（1）应督促患者进行股四头肌等长舒缩的锻炼。

（2）根据患者的情况尽量让患者早下床活动，防止由于长期卧床引起的并发症。

3. 防止发生局部感染。

（1）术前准备应充分，并严格按照术前常规进行。若局部有感染病灶、破损时不可手术。

（2）术中及术后换药应严格无菌技术操作。

（3）遵医嘱术前预防性应用抗生素，术后继续应用。

（4）术后注意观察局部有无红、肿、热、痛及体温改变等感染征象。若发现应及时



查明原因并处理。

(5) 注意观察全身其他部位有无感染,若发现应及时治疗。

(6) 保持病房环境清洁、通风。

4. 注意有无人工关节松动。

(1) 向患者说明预防关节松动的重要性,使患者提高认识,加强防范措施。

(2) 术后应保持患肢于外展 30° 中立位。

(3) 术后不宜进行直腿抬高活动。

六、股骨干骨折

(一) 病因

直接暴力作用于股骨,容易引起股骨干的横形或粉碎性骨折。间接暴力作用时,常导致股骨干斜形或螺旋形骨折。儿童期,当发生折弯暴力时,可出现青枝骨折。

(二) 处理

1. 非手术治疗 对比较稳定的股骨干骨折,软组织条件差者,儿童的股骨干骨折,多采用手法复位、小夹板固定及皮肤牵引的方法治疗。牵引方法很多,而3岁以下儿童一般多采用垂直悬吊皮肤牵引。

2. 手术疗法 适应证为:非手术治疗失败;同一肢体或其他部位有多处骨折;合并神经血管损伤;老年人的骨折,不宜长期卧床者;陈旧骨折不愈合或有功能障碍的畸形愈合;开放性骨折者。切开复位,加压钢板螺钉内固定是较常用的方法。

(三) 护理评估

1. 症状与体征 患肢不能站立,局部疼痛、肿胀、畸形,股骨有异常活动及骨擦感。

2. 失血征象并可能有休克。

3. X线检查 可明确骨折部位、类型及移位情况。

4. 心理、社会变化 意外事故的刺激、伤口的疼痛、各种检查治疗的干扰及疾病的愈合,使患者情绪极不稳定,表现出烦躁不安、恐惧、身心疲惫。

(四) 护理诊断

1. 潜在并发症 失血性休克。

2. 部分自理缺陷 入厕、卫生、进食自理障碍,与骨折、卧床有关。

3. 疼痛 其与骨折或手术切口有关。

4. 有感染的危险 与骨牵引有关。

(五) 护理措施

1. 预防并发症

(1) 密切观察患者神志、血压、脉搏、呼吸、腹部症状、体征及贫血征象。

(2) 创伤早期警惕有无颅脑、内脏损伤及休克发生,尽早开放静脉通路,建立特护记录,及时发现异常情况并立即通知医生处理。

(3) 每日温水擦洗皮肤,骨牵引针眼处每日用75%乙醇消毒一次,及时清理渗出物,预防感染。

2. 保持患者的心理和生理舒适

(1) 作好家属的思想工作,避免惊慌、哭闹,使之冷静,配合医护工作。



(2) 护士要随时满足患者的基本生活需要,保持床单位清洁,增加舒适感。

(3) 主动关心体贴患者,介绍有关病情,使患者对自己的伤情有一个正确的评价,愉快的配合治疗。疼痛原因明确后方可给予处理。

3. 保持患肢功能

(1) 患肢置外展位,抬高患肢,牵引时应注意检查局部皮肤有无受压,腓骨小头处应垫棉垫保护,以免损伤腓总神经,导致足背伸无力,出现垂足畸形。

(2) 加强功能锻炼,疼痛减轻后,即可开始训练股四头肌的等长收缩,以促进血液循环,防止肌肉黏连。同时可练习伸直膝关节,但关节屈曲应遵医嘱执行。

七、胫腓骨骨折

(一) 病因

胫腓骨骨折为长骨骨折中最为多见的一种。大多由直接暴力造成,因胫骨前内侧及腓骨下段都在皮下表浅部位,故常是开放性骨折。

(二) 处理

1. 非手术治疗 无移位的胫腓骨干骨折采用小夹板或石膏固定。有移位的横形或短斜形骨折,采用手法复位后小夹板或石膏固定。不稳定的胫腓骨干双骨折可采用跟骨结节牵引,克服短缩畸形后,实施手法复位,小夹板固定。

2. 手术治疗 不稳定的胫腓骨干双骨折宜采用切开复位内固定;软组织损伤严重的开放性胫腓骨干双骨折,在复位后,采用外固定器固定。

(三) 护理评估

1. 症状与体征 局部肿胀、疼痛、功能障碍,患肢短缩或成角畸形,异常活动,局部压痛,易触及骨折端,有骨擦感。开放性骨折有时常可见到刺破皮肤的骨折端。若并发胫动脉损伤,则足背动脉搏动消失,肢端苍白、冰凉。若继发骨筋膜室综合征,则患肢端除出现缺血表现外,还有小腿肿胀明显、张力增加、肢体感觉消失。

2. X线检查 可了解骨折及移位情况。

3. 对疾病的心理社会反应 患者对突然的创伤没有思想准备,对疾病的治疗及预后认识不清,常产生焦虑、恐惧。由于病程较长,肢体功能恢复慢,患者甚至出现悲观、消极的心理。

(四) 护理诊断

1. 部分自理缺陷 入厕、卫生、进食自理障碍,与骨折、卧床有关。

2. 疼痛 其与骨折、手术切口有关。

3. 潜在并发症 神经血管功能障碍。

4. 有感染的危险 其与跟骨牵引有关。

5. 知识缺乏 缺乏功能锻炼方面的知识。

(五) 护理措施

1. 预防发生骨筋膜室综合征

(1) 严密观察病情,若发现有骨筋膜室综合征的早期表现,应及时报告医生,并做好切开减压的准备。其早期表现有:患肢持续性肿胀、疼痛,进行性加重,与创伤程度不成比例;局部感觉异常、过敏或迟钝、两点分辨觉消失;患侧足趾屈曲,被动牵伸可引起剧痛。



(2) 向患者及家属说明骨筋膜室综合征的早期表现及其危害性, 让患者注意若有这些表现应及时报告医护人员。

(3) 注意观察外固定的松紧度, 避免由于肢体肿胀使外固定过紧引起压迫。

(4) 观察有无腓总神经损伤的表现

1) 胫前肌、趾长伸肌、踇长伸肌、趾短伸肌、腓骨长短肌瘫痪, 出现足下垂。

2) 小腿外侧、足背第一跖骨部位三角区感觉障碍。

(5) 观察有无腘动脉受压的表现

1) 远端肢体有血液循环障碍, 表现为足背动脉搏动减弱或消失, 皮肤苍白、发冷、麻木, 趾甲甲床返红减慢, 肌肉酸痛, 甚至肢体坏死。

2) 可出现远端肢体的活动障碍。

2. 指导患者进行功能锻炼

(1) 伤后早期练习股四头肌等长收缩、髌骨被动活动及足趾的活动。

(2) 用夹板固定的患者可早期练习膝、距小腿(踝)关节活动, 但禁止在膝关节伸直的情况下旋转大腿。

(3) 外固定去除, X线片示骨折临床愈合后, 充分练习各关节的活动, 逐步下地行走。

(4) 检查并督促患者进行功能锻炼, 若有错误则应及时纠正。

(5) 锻炼以不感到疲劳和疼痛为度。

3. 预防并治疗骨折愈合延迟

(1) 及时发现引起骨折延迟愈合的原因并去除。

(2) 给患者加强营养, 补充高蛋白质、高维生素的饮食。

(3) 治疗各种影响骨折愈合的全身慢性疾病。

(4) 使骨折部位复位满意, 正确固定。

(5) 一旦形成骨折不愈合, 应手术治疗, 植骨、内固定并加用石膏外固定。

(王芳 庞婷婷)

第二节 骨盆骨折

骨盆是由3块骨骼构成的扁平形“环状盆”。其前部的主要功能是保护盆腔内脏器; 后部主要有支持的功能。盆腔内及耻骨后方有多数大血管和静脉丛, 故骨盆损伤时常合并大出血, 甚至休克。

(一) 病因与分类

骨盆骨折多由强大的直接或间接暴力引起, 主要是车祸、高空坠落和工业意外。

1. 按骨折位置分类 骨盆边缘撕脱性骨折、骶尾骨骨折、骨盆环单处骨折和骨盆环双处骨折。

2. 按暴力的方向分类 暴力来自侧方的骨折、暴力来自前方的骨折、暴力来自垂直



方向的骨折、暴力来自混合方向的骨折。通常以混合性骨折多见，其并发症也多见。

（二）处理

严重的骨盆骨折，应注意全身情况，如有危及生命的并发症时，应首先处理，其次才是骨折本身。对骨折的处理包括 1. 非手术治疗

（1）卧床休息：对于单处骨折骨盆环完整者，一般不需特殊治疗，仅卧床 3~4 周即可。

（2）骨盆兜悬吊牵引：对于骨盆环 1 处（包括一侧耻骨上下支骨折、耻骨联合分离、一侧骶髂关节附近骨折），可采用骨盆兜悬吊牵引。

2. 手术治疗

（1）骨外固定架固定术：对于骨盆环 2 处断裂骨折（包括耻骨上下支骨折或耻骨联合分离，合并髌骨骨折或骶髂关节脱位，以及骨盆环多处骨折），可考虑采用骨外固定架固定术。

（2）钢板内固定术：对骨盆环多处骨折，为保持骨盆环稳定以及便于临床护理，亦可考虑切开复位后钢板内固定术。

（三）护理评估

1. 健康史 评估受伤的时间、原因和部位，受伤时的体位，急救、搬运和运送方式等。

2. 临床表现与诊断

（1）症状：强大暴力外伤史，局部疼痛、肿胀，压痛明显，活动障碍，是一种严重的多发伤。

如合并腹膜后血肿、腹腔内脏损伤，常出现腹痛、低血压和休克；合并膀胱或后尿道损伤，患者常出现无尿或血尿现象；如合并腰骶神经丛与坐骨神经损伤将出现相应的症状。

（2）体征：①骨盆分离试验与挤压试验阳性。②肢体长度不对称。③会阴部的瘀斑是耻骨和坐骨骨折的特有体征。

（3）影像学检查：X 线检查可显示骨折类型及骨折块移位情况，但骶髂关节情况 CT 检查更清晰。

3. 心理、社会状况 评估患者及其家属对骨盆骨折的心理反应、认知程度，对骨折复位后康复知识的了解及支持程度。

（四）护理诊断

1. 有液体不足的危险 其与骨盆骨折合并血管、内脏损伤及疼痛有关。

2. 便秘 其与骨盆骨折刺激腹膜造成自主神经功能紊乱及卧床致肠蠕动减慢有关。

3. 有皮肤完整性受损的危险 其与卧床制动有关。

4. 潜在并发症 膀胱破裂、尿道断裂、直肠破裂、神经损伤。

（五）护理目标

（1）患者的休克征象得到及时发现和救治。

（2）患者如若发生膀胱或尿道损伤、直肠破裂、神经损伤等，均得到及时发现和救治。

（3）患者无便秘发生。