



手外科疾病 护理与康复

主审/洪光祥 陈振兵 & 主编/娄湘红 林玲

 江苏凤凰科学技术出版社
国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

手外科疾病 护理与康复

主 审：洪光祥 陈振兵

主 编：娄湘红 林 玲

副主编：黄天雯 余 亮 宋小燕

编 委(排名不分先后)

石 锐	刘彦林	许文娟	宋小燕
余 亮	肖喜玲	吴 霞	张 玲
张 艳	林 玲	罗佳卉	庞东兰
娄湘红	钟宏丽	袁 敏	黄天雯
谭运娟			

图书在版编目 (CIP) 数据

手外科疾病护理与康复 / 娄湘红等主编. -- 南京:
江苏凤凰科学技术出版社, 2017.9
ISBN 978-7-5537-5109-2

I. ①手… II. ①娄… III. ①手—外科学—护理学②
手—外科手术—康复 IV. ① R473.6 ② R658.209

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 219007 号

手外科疾病护理与康复

主 编 娄湘红 林 玲
责任编辑 谷建亚
文字编辑 钱新艳
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平 周雅婷

出版发行 江苏凤凰科学技术出版社
出版社地址 南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009
出版社网址 <http://www.pspress.cn>
照 排 江苏凤凰制版有限公司
印 刷 江苏凤凰数码印务有限公司

开 本 718mm × 1000mm 1/16
印 张 21.25
字 数 410 000
版 次 2017 年 9 月第 1 版
印 次 2017 年 9 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5537-5109-2
定 价 68.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

序

随着手部功能的重要性和复杂性越来越被重视,以及手外科新理论、新技术的不断涌现和发展,对于手部创伤和疾病修复,不仅要求能处理手部复杂的创伤,更重要的是还要解除患者的精神创伤和最大程度地恢复手部的良好功能。因此,学科的发展对手外科的护理也提出了更新、更高的要求。有鉴于此,娄湘红、林玲主编的这本《手外科疾病护理与康复》在立足于手外科临床护理工作的基础上,全面介绍了手外科常见疾病的基础知识。本书以围手术期护理为重点,以手外科常见操作的评分标准为背景,结合手外科患者手部功能恢复的重要性,特别强调了手部疾病康复指导并将其具体化,丰富了手外科护理人员健康教育的内涵,是一本手外科临床护理工作的指南。

本书对提高手外科护理人员的护理水平,规范护理行为具有重要的指导价值。本书的护理观念新颖、内容全面、实用性较强,无疑是一本骨科、手外科专业护理人员的重要临床参考书。

洪光祥

2017年8月16日

前言

随着手外科诊疗技术的不断更新,手外科疾病护理也应与时俱进。不论是临床护理人员,还是患者及家属,均迫切希望有一套科学、系统、全面的介绍手外科护理、康复指导及操作规范的书籍。但是目前此类书籍内容比较零散,导致临床护理主要依据医疗书籍的参考及护理经验的传授进行。鉴于此,我们在广泛查阅资料的基础上,充分归纳总结临床护理经验,编写了这本《手外科疾病护理与康复》。

该书共包括四部分:概论、疾病护理、疾病康复及操作规程,共二十一章,提供图片一百五十余幅,以图文并茂的形式,方便读者的理解和掌握。第一篇介绍手外科的疼痛管理、心理护理、体位护理、换药技术及护理,详略得当,全面具体。第二篇和第三篇着重介绍手外科常见疾病的护理和康复锻炼方法,弥补了手外科护理人员对于疾病的护理措施和康复指导方面知识的不足。附录介绍手外科的基本操作规程,并制订评分标准,可以作为操作考核的蓝本。

本书立足于手外科临床护理工作实践,在全面介绍手外科常见疾病的基础知识、围手术期护理以及手外科常见操作的评分标准基础上,将康复指导具体化,丰富手外科护理人员健康教育的内涵,满足患者延伸护理服务的需求。本书是首次完成以上几方面内容的结合,形成了一套手外科护理工作的实用指南,希望提高手外科护理人员的护理水平,更加规范地为患者服务。

除此之外,本书在确保内容全面详尽的同时,紧抓护理热点,结合专科监测指标、快速康复、人文关怀及循证护理的理念,向护理人员传达科学、新颖的护理观念,是一本与时俱进的实用性护理学书籍。

本书在编写的过程中,一些内容虽经过专家的反复修改与校正,但由于时间、水平有限,仍存在不足之处,恳请广大读者给予指正,以便我们进一步完善。

姜湘红 林玲

2017年7月

目 录

——第一篇 概论——

第一章 手外科病房疼痛的组织与管理	003
第一节 对疼痛实施规范化管理的意义	003
第二节 无痛病房的管理	004
第三节 手外科疼痛临床路径的实施	007
第四节 手外科疼痛规范化治疗护理的开展实施	009
第五节 手外科疼痛护理中的人文关怀	012
第二章 手外科患者的心理评估及护理	015
第一节 心理护理概述	015
第二节 手外科急诊患者的心理特征及护理	018
第三节 手外科手术患者的心理特征及护理	020
第四节 手外科恶性肿瘤患者的心理特征及护理	021
第三章 手外科常见体位及护理	024
第一节 手外科患者的常用卧位	024
第二节 肢体关节的功能位	026
第三节 特殊体位护理	029
第四章 手外科门诊换药技术及护理	033
第一节 手外科门诊换药	033
第二节 各种创面的处理	036
第三节 手外科其他操作技术	038

——第二篇 手外科疾病护理——

第五章 骨与关节损伤	043
第一节 骨与关节损伤的概述	043
第二节 上肢骨与关节损伤	049
第三节 上肢骨与关节损伤患者的围手术期护理	051
第四节 下肢骨与关节损伤	055
第五节 下肢骨与关节损伤患者的围手术期护理	056
第六章 肢(指)体离断伤	061
第一节 肢(指)体离断伤的急救处理	061
第二节 断肢(指)再植	064
第三节 断肢(指)再植患者的围手术期护理	068
第四节 拇指再造患者的围手术期护理	073
第七章 截肢	078
第一节 截肢患者的围手术期护理	078
第二节 假肢的使用	086
第八章 常用皮肤移植	090
第一节 皮瓣概述	090
第二节 游离皮瓣	093
第三节 游离皮瓣患者的围手术期护理	097
第四节 腹部皮瓣患者的围手术期护理	102
第五节 交腿皮瓣患者的围手术期护理	108
第六节 皮片移植患者的围手术期护理	113
第九章 肌腱损伤	118
第一节 肌腱损伤概述	118
第二节 屈肌腱损伤	120
第三节 伸肌腱损伤	122
第四节 肌腱粘连	124
第五节 肌腱损伤患者的围手术期护理	127

第十章 周围神经损伤	131
第一节 周围神经损伤概述	131
第二节 上肢周围神经损伤患者的围手术期护理	133
第三节 下肢周围神经损伤患者的围手术期护理	139
第十一章 上肢神经卡压	144
第一节 肘(腕)管综合征	144
第二节 肘(腕)管综合征患者的围手术期护理	149
第三节 胸廓出口综合征	152
第四节 胸廓出口综合征患者的围手术期护理	154
第十二章 四肢先天畸形	158
第一节 四肢先天畸形概述	158
第二节 常见四肢先天畸形简介	161
第三节 四肢先天畸形患者的围手术期护理	169
第十三章 手外科其他疾病	173
第一节 动静脉造瘘患者的围手术期护理	173
第二节 腱鞘囊肿患者的围手术期护理	177
第三节 狭窄性腱鞘炎患者的围手术期护理	181
第四节 黑色素瘤患者的围手术期护理	185
第五节 痛风石患者的围手术期护理	189
第十四章 腕关节镜	196
第一节 腕关节的解剖	196
第二节 腕关节镜的应用	197
第三节 腕关节镜手术患者的围手术期护理	198

——第三篇 手外科康复指导——

第十五章 手外伤康复概述	203
第一节 手外伤康复的意义	203
第二节 手外伤的临床检查与康复评定	204
第三节 康复治疗的原则	207
第四节 常见康复治疗方法	208

第五节 手外科常见问题的康复	216
第六节 手外科功能康复室的设备及管理制度	220
第十六章 骨与关节损伤患者的康复指导	222
第一节 手部骨折患者的康复指导	222
第二节 四肢骨折患者的康复指导	225
第十七章 肢(指)体离断伤患者的康复指导	229
第一节 断肢(指)再植患者的康复指导	229
第二节 拇指再造患者的康复指导	231
第三节 截肢患者的康复指导	232
第十八章 皮瓣患者的康复指导	237
第一节 游离皮瓣患者的康复指导	237
第二节 腹部或交腿皮瓣患者的康复指导	239
第十九章 肌腱损伤患者的康复指导	241
第一节 伸肌腱修复术后的康复指导	241
第二节 屈肌腱修复术后的康复指导	242
第三节 肌腱松解术后的康复指导	243
第二十章 周围神经损伤患者的康复指导	246
第一节 上肢周围神经损伤的康复指导	246
第二节 下肢周围神经损伤的康复指导	250
第二十一章 手外科其他疾病患者的康复指导	253
第一节 多指畸形患者的康复指导	253
第二节 并指畸形患者的康复指导	254
第三节 手部肿物切除术后患者的康复指导	255
附录 手外科常见护理操作技术及评分标准	257
一、患肢末梢血液循环评估的护理操作技术	257
二、疼痛评估的护理操作技术	261
三、深静脉血栓风险评估的护理操作技术	264
四、术前准备的护理操作技术	267

五、术后麻醉床准备的护理操作技术	271
六、术后患者交接的护理操作技术	274
七、更换引流袋(瓶)的护理操作技术	278
八、“一”字形翻身(轴线翻身)的护理操作技术	282
九、石膏固定患者的护理操作技术	286
十、人工皮负压封闭引流的护理操作技术	291
十一、骨牵引针眼消毒的护理操作技术	295
十二、腹部皮瓣患者术前体位训练的护理操作技术	299
十三、交腿皮瓣术前体位训练的护理操作技术	302
十四、腹部皮瓣断蒂术前夹管训练的护理操作技术	306
十五、皮片移植术患者的伤口护理操作技术	309
十六、使用外展支架的护理操作技术	313
十七、使用烤灯的护理操作技术	317
十八、断指再植术后放血疗法的护理操作技术	320
 参考文献	 324

第一篇 概 论

第一章 手外科病房疼痛的组织与管理

第一节 对疼痛实施规范化管理的意义

伦理学家 Lisson 说:“疾病可以伤害肉体,而疼痛可以摧毁灵魂。”1995 年,美国将疼痛作为除了体温、脉搏、呼吸、血压之外的第五大生命体征。2001 年,亚太地区疼痛论坛则首次表示消除疼痛是患者的一项基本权利。作为护理人员,正确地评估患者疼痛,消除疼痛的诱因,及时给予相应的镇痛措施,可以消除疼痛给患者带来的不良心理和生理体验,促进患者的舒适。

在世界范围内,疼痛管理正受到越来越多的关注。国外发达国家对于疼痛的管理已经由“麻醉师为主体”的管理模式,转换为以“麻醉医生为督导、护士为主体”的管理模式。护士是患者疼痛的评估者、止痛措施的实施者、其他医务工作者的协作者、医患关系的协调者,以“麻醉医生为督导,护士为主体”的疼痛管理模式将是国内疼痛规范化管理的发展趋势。

JCI 总裁 Paul Chang 博士表示:“在中国疼痛管理作为一项基本的人权却没有得到广泛的认同。”在国内,除了在理念接受上的差距外,医院不完善的疼痛管理体系也使疼痛管理举步维艰。表现为国内各医院使用的疼痛评估工具各式各样,疼痛的记录也缺乏统一标准;临床大部分护理人员对麻醉药认识不足,观念陈旧,导致疼痛治疗不及时、不充分;因此,需要对疼痛实施规范化管理。徐鑫芬等学者的研究显示,许多患者的疼痛得不到有效缓解,关键原因在于缺乏完善的疼痛管理体系。

因此,对于疼痛的规范化管理势在必行。其意义在于:① 可以建立疼痛管理的规范化处理流程,通过疼痛评估,制定个体化的镇痛计划,疼痛干预及效果评价可以及时有效地减轻患者的痛苦,降低患者的平均住院日,减少患者的医疗费用,提高患者的满意度。② 可以建立疼痛管理的临床路径以及不良反应发生后应急处理制度,让护士在处理患者疼痛时有章可循,使疼痛的评估、记录、处理、评价规范统一,及时发现和处理不良反应,保障患者生命安全。③ 可以完善疼痛的教育体系,加强护理人员疼痛相关知识的继续教育,纠正错误观念,培养疼痛专科护士;并将疼痛处理的新理念向患者及家属传达,消除其顾虑,提高疼痛的护理质量。

④ 通过规范化疼痛管理,客观专业地处理疼痛,为患者提供人性化服务,提高患者的满意度。

第二节 无痛病房的管理

一直以来,人们对于疼痛的认识都存在着一定的误区,认为疼痛是一种自然过程,使用止痛药物后容易产生依赖性,大部分患者对于疼痛的一贯态度是能忍则忍。正因为如此,疼痛大大降低了患者住院期间的舒适度,影响了患者的康复过程。随着人们对疼痛危害的了解和对止痛药物的认识的加深,镇痛方法日新月异,为患者提供人性化服务的理念深入人心,在患者住院期间,为患者提供无痛服务是医疗护理行业发展的新方向。无痛病房的建立是开展无痛服务的开始。

一、无痛病房的概念

无痛病房是指在无痛原则的指导下,为患者提供各项医疗护理工作,使患者舒适安全地度过整个治疗过程的人性化病房。无痛病房的工作范畴包括为患者提供无痛检查、无痛治疗、控制由疾病引起的疼痛症状,以及治疗疼痛的疾病。但无痛病房并不意味着完全没有疼痛的存在。

二、无痛病房的人员组成

无痛病房人员应该包括:责任护士、疼痛专科护士、主治医师、麻醉师、心理治疗师和理疗师。只有以上各专业的人员共同协作,才能为患者提供无痛的诊疗技术,在患者产生疼痛时及时处理,通过药物理疗以及心理干预等方法有效结合,减轻或消除患者的疼痛感受,保证患者的舒适和安全。

责任护士在无痛病房中是患者与其他医务人员之间沟通的桥梁,必不可少。他们是陪伴患者时间最长的人,与患者关系最为密切,是患者疼痛的直接评估者。通过日常护理过程中与患者的语言交流,以及对患者生命体征、神情、精神状态观察,他们可以对患者的心理状态、疼痛部位、性质以及疼痛程度做出正确评估,将资料反馈给医师。医师与麻醉师结合患者病情,制定合适的镇痛计划之后,由责任护士负责实施,并及时观察和评估镇痛效果和不良反应,及时与医师沟通调整诊疗计划。因此,责任护士是无痛病房的基础力量。他们必须具备良好的沟通能力及观察力,掌握疼痛的评估体系及常用镇痛技术,了解国内外的镇痛发展动向,才能满足无痛病房对于医务工作者的要求。

疼痛专科护士负责病房责任护士的疼痛知识培训及疑难病例会诊,是病房疼痛知识的传播者,是疑难疼痛护理病例的指导者,同时也是病房疼痛护理质量的监督者,以及病房疼痛护理质量不断改进的推动者。因此,疼痛专科护士是无痛病房

的核心力量,他们必须全面掌握各种疼痛相关知识,关注国内外疼痛发展的新理念新技术,为无痛病房的发展铺路搭桥。

主治医师医疗知识丰富,负责患者疾病的治疗和处理,了解患者疼痛的根源,从而可以根据患者实际情况,在责任护士搜集的各种信息的基础上,为患者制定个体化的镇痛方案。同时根据责任护士对于患者镇痛效果的反馈,及时调整治疗方案,保障患者的安全。因此,主治医师是无痛病房的主导者,负责宏观调控各专科的力量,共同为患者服务。

麻醉师则是无痛技术的主要督导者,他们在疼痛处理方面经验丰富,除了熟悉各种麻醉药物的镇痛效果及不良反应外,还熟悉各种神经阻滞麻醉技术,在主治医师为患者选择方案时提供建设性的意见和帮助。

心理治疗师和理疗师可以通过心理干预或者物理治疗等非药物镇痛技术缓解患者疼痛,对于顽固性疼痛或慢性疼痛的治疗和护理的作用也不容忽视。

三、无痛病房的管理

2001年,JCI标准中的疼痛管理部分开始执行。上海华山医院是国内率先建立疼痛管理体系的医院之一。北京积水潭医院也借鉴JCI疼痛标准,开展了疼痛管理的尝试。其创伤骨科教授公茂琪表示:“在JCI模式实施半年多以来,收到了非常正面的反馈,患者的术后疼痛明显减轻了,这样就可以更早地开展康复训练,而患者对手术乃至整体医疗服务的满意度也得到了明显的提升。”关于JCI的疼痛管理标准如下(表1-1)。

表 1-1 JCI 疼痛管理标准

承认与疼痛管理相关的患者权利
对患者疼痛情况进行评估及再次评估
根据治疗计划管理患者疼痛
确保术后的综合疼痛管理
解决晚期肿瘤患者院内的疼痛问题
进行与疼痛相关的患者教育
进行与疼痛管理相关的医务人员和执业医师的培训
出院时针对疼痛管理的沟通

无痛病房除了要明确JCI疼痛管理标准外,还应建立属于自己的疼痛管理制度及模式。

(一) 疼痛的管理制度

1. 确立无痛治疗的观念 每年的10月11日被国际医学学会定为世界镇痛日,

将为患者消除疼痛体验视为患者的一项基本权利。作为医务人员应该首先转变观念,将提供无痛的治疗护理作为工作的目标。同时,医院应对医务人员开展无痛理念和无痛技术培训,普及疼痛管理专业知识,同时注意加强与患者的沟通,让患者了解无痛治疗和护理是其基本权利,通过医患双方共同努力创建以无痛为目标的人性化的医疗护理氛围。

2. 加强医务人员的专业技术能力培训 对医务工作者进行疼痛评估方式培训,保证医务工作者可以选择正确的评估工具,客观地评价患者的疼痛。其中疼痛数字评估量表是目前国内临床上使用并且比较简单准确的测量主观疼痛的方法。同时,还应加强不同镇痛方式的适应证及不良反应处理的培训,保证医务工作者可以根据情况为患者制定个体化治疗方案,并及时评估效果,预测不良反应。重视疼痛专科护士培训及疼痛管理小组的建立。

3. 完善无痛病房管理制度 病房应建立和完善多学科会诊制度,完善疼痛诊疗的质量控制标准,镇痛措施的使用标准,规范疼痛患者的病情观察及记录。同时健全相关法律和医疗保护制度。加大对于无痛病房的宣传力度,促进无痛病房的发展。

(二) 疼痛的评估和记录

疼痛是患者的一种主观感受,止痛的最终目的是为了消除患者的疼痛,解除患者的痛苦。但是有效的止痛方式建立在对于疼痛的明确诊断的基础之上。因此,护士需要学习和掌握疼痛的主要评估方式,并依据患者的面容、主诉、体征客观地判断疼痛程度,以便及时了解患者疼痛的发生、加重和缓解,合理地调整治疗方案,保证治疗效果,提高患者的生活质量。

1. 疼痛评估 对于新入院或转科患者需当日完成疼痛评估,评估结果记录在首次护理评估单上。对所有住院患者,将疼痛作为生命体征之一,常规根据数字疼痛评估表,每班评估,结果记录于体温测量本上。若患者主诉疼痛,确定疼痛程度后,及时通知医师,根据疼痛的不同程度和疾病状态,采取适宜的医疗护理措施。并制定疼痛评估单,疼痛评估单的内容应包括:疼痛部位、性质、疼痛评分、镇痛措施的使用情况,以及镇痛效果的评估。

2. 止痛效果评估 止痛效果评估是有效缓解疼痛的重要步骤,也是疼痛护理程序中必不可少的步骤之一。包括对于治疗效果及其不良反应评价,为下一步治疗做好准备。

目前国内缺乏统一的疼痛评估记录单及疼痛效果评估单。赵继军等学者制定了术后疼痛记录单及慢性患者疼痛记录单,包括疼痛的评估记录,镇痛措施的使用记录,患者用药需求的记录,以及患者疼痛的人体标志图。通过该记录单可以简洁明了地了解患者的疼痛情况。无痛病房应该建立适合病房情况的疼痛记录单,并形成相应的填写规范,最终目的是向全院推广使用。

（三）疼痛治疗

无痛病房应该做到:除了使用常规镇痛方式之外,还应该将超前镇痛、联合镇痛、安全镇痛等新理念应用于临床实践,采用多模式、多阶段、多途径、多学科合作等方式对患者进行疼痛管理。其中疼痛的心理疗法也应受到重视。尤其应该针对患者病情,为患者制定个体化的镇痛方案,最大程度地缓解患者疼痛,降低不良反应的风险,保障患者的安全和舒适。

（四）无痛病房的质量控制

由护理部和疼痛小组负责每月对病房进行质量控制,质量控制的内容包括疼痛护理操作技术、护理文书书写、患者对于疼痛护理的满意程度等。发现问题后,进行总结分析原因,从而提出相应的改进措施,实施于临床,不断发现问题,不断改进。通过 PDCA 模式持续性质量控制和改进,完善对于疼痛管理不足的各方面措施(图1-1)。同时科室需定期组织人员进行相关专业知识的学习,强化理论知识和操作技能,提高护理质量。

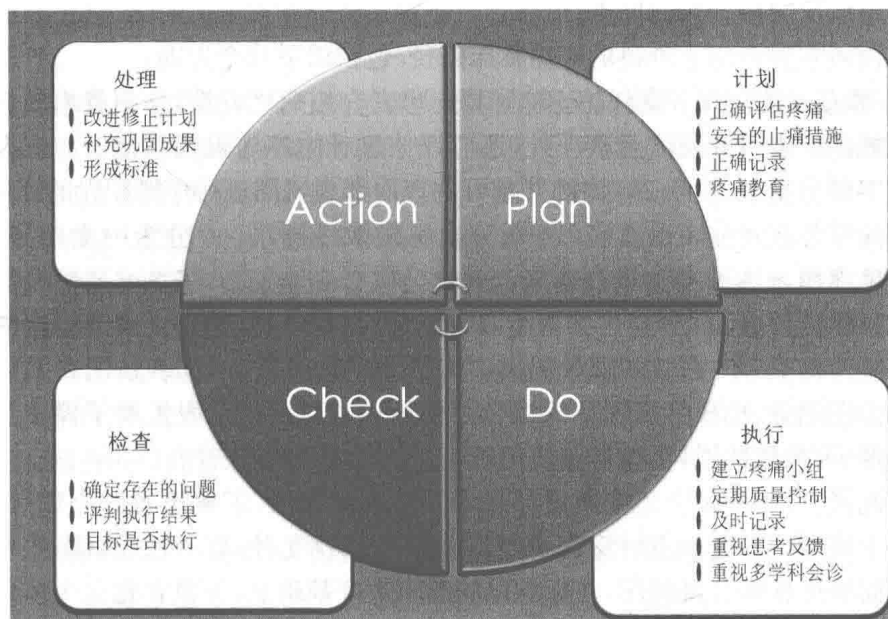


图 1-1 疼痛管理的 PDCA 环节

第三节 手外科疼痛临床路径的实施

临床路径是 20 世纪 80 年代由美国开发的一种标准化诊疗护理模式,是一种以循证医学证据和指南为指导来完善疾病管理的办法,最终起到规范医疗行为,减少差异,降低成本,提高医疗护理质量的作用。临床路径在国内医疗护理行业得到