骨科手术前后护理

【观察要点】

1.生命体征的变化。

2.伤肢末梢血液循环及运动感觉。

3.术区敷料渗血情况。

【护理措施】

1.术前护理

（1 术）前 1 日将备皮范围洗净，检查手术区域的皮肤是否完整，备皮时剃除手术区域和切口周围的毛发。

（2 督）促能活动的患者进行沐浴并更换衣裤。

（3 晚）10 时开始禁食、禁水等待手术。

（4 术）前嘱患者将义齿取下，贵重物品如手表，首饰等应交给家属或病房负责人保管。

（5 手）术前 30 分钟嘱患者排尿。

（6 根）据医嘱按时准备给术前用药。

将术中需要使用的病历、药物及线片等准备妥当。

（8 停）止术前一切医嘱及治疗，患者去手术室后，准备好床单位。

2.术后护理

（1 同）外科术后一般护理。

（2 患）者返回病房从平车搬运至床上时，注意保护好患者的体位外固定及各种引流管。

（3 观）察四肢的感觉，活动及手术肢体的温度、感觉、血供情况，如发现异常，及时通知医生。

（4 脊）柱手术者平卧 6 小时后可轴线翻身。肢体手术者患肢应高于心脏水平以利于静脉回流，减轻肿胀。

（5 疼）痛时根据病情遵医嘱应用适量镇痛药，以缓解疼痛；如给患者自控镇痛装置应将其放置在患者伸手可及的位置以利于患者自己使用。返回病房后立即使用 1 次，镇痛效果更好。

（6 术）后患者头下可枕软枕（腰麻除外），6-8 小时后可少量饮水。以促进肠蠕动，加快排气，排气后可进流食。

观察伤口引流液量、颜色、性质并记录。术后小时引流量可拔出伤口引流管。

（8 手）术后 12-日 1 可 4 拆线。

【健康教育】

1.加强营养，增加机体抵抗力。

2.保持良好心情，有利于康复。

3.休养环境清洁，舒适，空气新鲜。

4 注.意预防外伤。

5.定期门诊复查。

6.拆线后 1 周内不可盆浴。

7.患肢功能锻炼指导。

牵引护理

牵引是骨科治疗中应用较广的治疗方法，是利用适当的持续牵引力和对抗牵引力达到整复和维持复位。持续牵引分为骨牵引、皮牵引和兜带牵引。主要用于颈椎骨折、骨盆骨折、骨颈骨折、粗隆间骨折、股骨干骨折及不稳定的胫腓骨骨折等。

【观察要点】

1 .观察肢体末梢血液循环及运动感觉情况。

2 .观察局部皮肤受压情况。

【护理措施】

1 .心理护理了解患者思想情绪波动，及时沟通，使之积极配合治疗。

2 .病情观察严密观察患肢血供和肢体活动情况，重视患者主诉。如肢端皮肤颜色变深，温度下降，动脉搏动减弱，被动活动指（趾）引起剧痛，说明发生了血液循环障碍。应查明原因，及时处理。

3 .保持有效牵引

根据患者牵引的部位抬高床头或床尾 3 以保持牵引力和体重的平衡，防止发生头或脚抵住床头和床尾栏杆，使牵引失去作用。保持牵引锤悬空，滑车灵活，牵引绳和牵引长轴平行，牵引绳上不能放置枕头、被子等，以免影响牵引效果。

（2 保）持患者处于正确的牵引体位：股骨颈骨折、转子间骨折患肢处于外展中立位，牵引方向与近端肢体成直线。定时观察记录患肢长度，并与健肢比较，防止过度牵引。

（3 牵）引的重量应根据病情需要调节，不可随意增减：重量太小，不利于骨折复位和畸形矫正，重量过大可导致过度牵引，造成骨折不愈。

（4 保）持牵引针孔处的清洁干燥，预防感染。牵引针孔处每日滴、擦 75 乙%醇或碘伏 2 次，如局部渗出、结痂，形成一个保护层，可不必去除。若针眼处有分泌物应用无菌棉签擦去，防止痂下积脓；注意观察牵引针有无偏移。如有偏移，

用碘伏消毒后调至对称。

4 .预防并发症的发生长时间卧床的患者应预防坠积性肺炎、压疮、泌尿系统感染、便秘等并发症；指导患者经常练习深呼吸、有效咳嗽，鼓励患者多饮水，每日一，多食粗纤维食物；指导患者每日顺时针方向按摩腹部。

5 .功能锻炼向患者说明功能锻炼的重要性，指导患者进行肌肉等长收缩及关节活动。病情许可情况下可练习全身性活动。如：扩胸，抬起上身等。

【健康教育】

6 .做好宣教：告知患者不要随意改变牵引体位和牵引重量，也不能随意取下牵引锤。

7 .加强功能锻炼：加强牵引患肢的肌肉收缩运动及关节活动，长期卧床加强全身性活动。

3 合.理饮食，练习床上大小便，预防便秘。

8 .注意休息和安全。

石膏绷带固定前后护理

石膏绷带固定是矫形外科常用的外固定方法，主要用于:①骨折整复后固定;②关节损伤和关节脱位后固定；③手术修复损伤后制动；④急、慢性骨与关节炎症的局部制动；⑤矫形手术后固定，因石膏无弹性，如塑形不好，可压迫神经、血管，对皮肤造成损伤故术前应加强护理。

【观察要点】

观察肢体末梢血液循环及运动感觉情况。

【护理措施】

1 包.扎护理

（1 四）肢骨折患者，应抬高患肢，待肿胀消后再行石膏包扎固定。

（2 包）扎石膏的肢体应清洁干净，对骨隆突部加衬垫，防止石膏绷带干枯后产生压迫性溃疡。

（3 有）伤口者，应先更换敷料，但禁用环形包扎，以防肢体发血液循环障碍。

2 包.扎后护理

（1 石）膏包扎后待石膏自然干固用手平托，搁置于软枕上，禁用手指压陷石膏，避免发生压迫性溃疡。石膏干固前不能随意搬动以防变形断裂。

（2 病）情观察

①洗净手指、足趾表面的石膏，以便观察肢体血液循环，注意皮肤色泽、温度、感觉、活动及肿胀情况。如有肢体端疼痛剧烈、发绀或苍白，皮肤温度下降不能主动活动，是因循环障碍引起的缺血表现，可能为石膏绷带过紧压迫所致。

应及时告知医生做紧急处理。

②手术后用石膏绷带固定患者，注意伤口有无渗血，如有渗血浸透石膏绷带，应用蓝笔画记号，观察是否继续渗血，必要时打开石膏绷带处理。

（3 石）膏固定护理

①石膏如有局限性松动，肢体疼痛，不可随意用棉花填塞或使用镇痛药，疑有局部受压，可在疼痛相应部位开窗检查或更换石膏。

②注意抬高石膏固定的患肢，并置于功能位，以利于静脉回流。气温低时应注意患肢保暖，防止肢端发生冻疮。

③保持石膏清洁，勿受潮湿，石膏边缘尤其臀部应垫防湿物，避免粪便污染。

【健康教育】

1 .做好宣教告知患者不要将皮屑杂物等掉入石膏内，禁用硬器皿等伸入石膏内挠抓，以免损伤皮肤，引起感染。

2 加.强功能锻炼石膏包扎期间，进行固定范围内肌肉收缩运动以及固定外的关节伸展活动，拆除石膏后，用温水洗净患肢并鼓励患者进行功能锻炼。

四肢骨折护理

常见上肢骨折包括锁骨骨折、肱骨外科颈骨折、肱骨干骨折、肱骨髁上骨折、尺骨骨折、桡骨骨折，骨折多因间接暴力引起。常见下肢骨折包括股骨颈骨折、股骨转子间股骨、股骨干骨折、髌骨骨折、胫腓骨骨折、跟骨骨折，骨折多因直接暴力引起。

【观察要点】

2 .生命体征及病情变化。

3 .伤肢的肿胀度。

伤肢运动感觉及末梢循环，警惕（无脉、疼痛、苍白、感觉异常、麻痹）症状。

【护理措施】

1 伤术前护理

（1 心）理护理：有针对性地进行心理护理，经常与患者交流，及时了解其心理状况。

（2 饮）食：高热量、高蛋白、高维生素、高钙饮食，多饮水，进食粗纤维食物，防止便秘。

皮肤准备：以术区为中心，前后左右备皮。包括临近部位的关节。

（4 术）前训练：训练患者床上使用大小便器，深呼吸，有效咳嗽。

（5 其）他：有牵引石膏外固定者，做好护理。

2.术后护理

（1病）情观察：按病情观察要点观察并处理。

（2体）位护理：抬高患肢，促进静脉回流，保持功能位，减轻肢体肿胀与疼痛。下肢骨折睡硬板床，股骨颈骨折者，保持患肢处于外展中立位，防止髋关节脱位。

（3预）防并发症护理：警惕骨筋膜室综合征，发现肢体发绀、肿胀、麻木、疼痛时报告医生及时处理。

（4饮）食护理：高热量、高蛋白、高维生素、高钙饮食，多饮水，进食粗纤维食物，防止便秘。

（5心）理护理：关心体贴患者，加强巡视，鼓励家属给予心理和精神支持。

（6疼）痛护理：观察疼痛的部位、性质、持续时间，分析疼痛的原因，对症处理。

【健康教育】

1 .功能锻炼：上肢骨折指导握拳、松指、活动肘腕等关节，下肢骨折行肌肉收缩、踝泵运动、直腿抬高、屈膝等运动。

2 .带石膏出院患者，讲述有关石膏护理知识，股骨颈骨折6个月内禁忌做跑、跳等剧烈活动。

3 .定期复查。

脊柱骨折护理

脊柱骨折多由间接暴力引起，累及部位有颈椎、胸椎、腰椎。其分类有：①按损伤后骨折的稳定程度分为稳定性骨折和不稳定性骨折；②按脊椎骨折并脊髓损伤分为脊髓震荡、不完全性截瘫和完全性截瘫。临床表现有：骨折处有压痛，四肢及躯体感觉减弱或消失，四肢活动受限或障碍，排便异常。颈椎骨折严重者引起呼吸骤停或呼吸频率、节律改变。

【观察要点】

1 .生命体征和意识，排便和排尿情况。

2 .感觉和运动情况。

3 .有无腹胀和麻痹性肠梗阻征象。

【护理措施】

1 .术前护理

（1心）理护理：给予心理疏导，鼓励患者说出自己的感受，帮助患者面对现实，鼓励亲友给予心理支持，消除或减轻患者紧张和恐惧情绪，使其配合手术。

（2饮）食：给予高蛋白、高营养、易消化食物；多饮水、多进食水果、蔬菜

等，防止便秘。

皮肤准备：做好个人卫生，备皮以切口为中心上下，两侧腋中线）颈部手术必须剃光头，由唇至乳头连线两侧至斜方肌前缘。

（4 术）前训练：床上训练大小便。

2.术后护理

（1 病）情观察：按病情观察要点观察并处理。

（2 体）位护理：患者回病房时，要用平托法将患者身体平直搬运至病床上，平卧硬板床休息，轴线翻身。颈椎损伤患者的颈部、肩下应放置垫枕，头部两侧用沙枕固定，避免旋转及伸曲动作。

（3 预）防并发症护理：经常翻身、拍背，鼓励患者深呼吸、咳痰，多饮水，防止发生压疮、肺部感染及泌尿系统感染。

（4 饮）食护理：给予高蛋白、高营养、易消化食物；多饮水、多进食水果、蔬菜等，防止便秘。颈椎骨折合并脊髓损伤者，术后早期应进低温流质饮食，以后根据病情变化逐渐过渡到半流质、普食。

（5 心）理护理：术后应多与患者交流，了解其心理状态，给予安慰，对患者的疑问要及时解释，向患者讲解手术后的效果，介绍治愈病例，消除患者顾虑，增强战胜疾病的信心，积极配合治疗。

【健康教育】

1 .根据脊椎骨折或脊髓损伤部位、程度和康复治疗计划选择和进行相应的腰背肌功能锻炼。定时进行全身所有关节的全范围被动活动和按摩，以促进循环、预防关节僵硬和挛缩。

2 .截瘫患者进行截瘫肢体的被动活动，未截瘫肢体行主动锻炼，日常生活能力训练。

3 出.院指导：根据患者的活动功能，指导患者及其家属做好必要的生活护理，满足患者需要，与患者协商制定自理目标，使患者逐渐实现生活自理。

骨盆骨折护理

骨盆骨折主要因直接暴力引起，分为稳定性骨折、部分稳定性骨折、不稳定性骨折。除稳定性骨折外，骨盆骨折除了本身的局部表现的同时，还有由于损伤而出现的全身症状，可能较骨折本身更为严重。

【观察要点】

1 .生命体征及神志。

2 .伤口敷料渗血、渗液情况。

3 .引流液的颜色、量、性质。

【护理措施】

1 .术前护理

（1心）理护理：骨盆骨折常引起严重的合并症，患者伤势较重，易产生恐惧心理，应给予心理支持，并以娴熟的抢救技术控制病情，减少患者的恐惧。

（2饮）食：术前宜高蛋白、高钙、高维生素、粗纤维饮食。

（3皮）肤准备：骨盆有毛发者做好备皮，清洁皮肤工作。

（4术）前训练：训练患者床上使用大小便器。指导深呼吸，有效咳嗽。

（5其）他：维持骨盆韧带悬吊有效。

2.术后护理

（1病）情观察：按病情观察要点观察并处理。

（2体）位护理：尽量减少大幅度搬动患者，卧气垫床，或骶尾部垫水袋，平卧与健侧卧位交替。

（3预）防并发症护理：注意患者有无血尿、排尿困难或少尿、无尿，以判断有无膀胱、尿道损伤。注意腹膜刺激征，做好出血性休克的护理。

（4饮）食护理：宜高蛋白、高钙、高维生素、粗纤维饮食，做好便秘的预防及护理。

（5心）理护理：因卧床时间长，患者易产生厌烦情绪，应多开导，并取得家属的支持，适时鼓励，提高患者治疗积极性。

（6疼）痛护理：观察疼痛的部位、性质、持续时间，分析疼痛的原因，对症处理。

【健康教育】

1 .功能锻炼：早期可在床上做上肢伸展运动及下肢肌肉收缩活动，1周后行半卧位及坐立练习，活动髋、膝关节，4-周6后下床站立，缓慢行走。

2 .向患者宣教医疗常识，解释自我护理的意义，消除过分依赖的心理。

3 .定期复查。

外伤性截瘫护理

外伤性截瘫是脊柱骨折或脱位合并脊髓损伤后导致损伤平面以下感觉、运动、反射及大小便功能不同程度的丧失，同时，因自主神经系统功能障碍而引起内脏各器官功能紊乱。患者丧失生活自理能力，需切实加强护理，使患者早日康复。

【观察要点】

1神.志及生命体征变化，发现异常及时报告医生。中枢性高热者宜用物理降

温。

2.截瘫平面变化。

3.有无并发症的发生。

【护理措施】

1心.理护理多数患者由于发生肢体功能障碍或瘫痪，丧失生活工作能力，都会有焦虑恐惧甚至绝望的心理。要多与患者沟通，了解患者的心理状态，做好心理疏导，使其面对现实，调节情绪，消除恐惧焦虑的心理，积极配合治疗；同时鼓励患者家属及朋友多关心及照顾患者，取得更多的社会支持。

2.病情观察按病情观察要点观察并处理。

3.饮食伤后1周，因消化功能紊乱，可引起腹胀，应适当限制饮食，用静脉输液方式补充营养。2-周3后，消化功能恢复，给予高热量、高蛋白、高脂肪、高糖类及高维生素饮食。

4.体位护理患者应卧硬板床，保持脊柱平直，轴线翻身，防止脊柱扭曲。

5.预防并发症护理

（1压）疮：保持床单位干燥、平整、清洁，臀部及各隆凸处应垫水垫或海绵垫，避免受压。保持皮肤清洁、干燥，每 2-小3时协助翻身叩背1次，并按摩受压处皮肤。一旦发生压疮应积极处理，避免扩大及感染。

（2呼）吸道感染：经常更换体位，指导深呼吸和有效咳嗽，必要时给予雾化吸入和吸痰。做好口腔护理，避免受凉。对上颈髓损伤出现呼吸衰竭、呼吸道感染或已有窒息者，应及早气管切开。

（3泌）尿系统感染：常规留置导尿管，早期2-小3时放尿1次，伤后2-周3,改为4-小6时放尿1次,使膀胱有规律的膨胀和收缩;鼓励多饮水,每日2000,尿道口消毒、膀胱冲洗2次/天，每日更换引流袋；数周后拔除导尿管，训练排尿功能，可用手掌轻轻按压下腹部，协助排尿。

便秘：指导患者每日饮水以上；在饮食中增加粗纤维食物、水果等；协助患者每日结肠方向按摩，促进肠蠕动；必要时使用开塞露、番泻叶等缓泻药。

（5防）止肌肉萎缩、关节僵硬及静脉血栓形成。每日按摩肢体及活动四肢各关节，病情稳定后开始实施肢体的功能锻炼。

断指（趾）再植护理

断指（趾）再植是把完全或不完全断离的指（趾）在手术显微镜的帮助下，将断离的血管重新吻合，彻底清创，并做骨、神经、肌腱及皮肤的整理，以恢复其一定功能的精细手术。再植适应证包括患者的全身情况，断指（趾）的条件，致伤原

因，再植时限。

【观察要点】

1 生.命体征及全身病情变化。

2.伤肢出血量。

3.再植指（趾）血液循环。

【护理措施】

1.术前护理

（1 心）理护理：意外伤残给患者带来严重心理创伤，护士要关心、安慰患者，鼓励战胜自我，注意做好患者和家属思想工作，教育他们正确面对受伤现实，稳定情绪，配合手术。

（2 饮）食：常温下，断指（趾）断离至重建血液循环时间，一般要求不超过 6 小时，指导患者禁食、禁水。

（3 皮）肤准备：断指（趾）部位皮肤完好者，术前做好皮肤准备。

（4 术）前训练：训练患者床上使用大小便器。

（）小时内常规预防注射。

2.术后护理

（1 病）情观察：按病情观察要点观察并处理。

（2 体）位护理：要求绝对卧床 1-周 2，适当抬高残肢，一般略高于心脏水平，过高会影响再植指（趾）血液循环，过低会影响组织肿胀，严禁患侧卧位，以防肢体受压。

（3 预）防并发症护理：观察再植指（趾）皮肤颜色、温度、组织张力。颈动脉充盈时间，指端侧方小切口放血是鉴别有无动脉、静脉血液循环障碍的一种最直接有效的方法。

（4 饮）食护理：进高蛋白、高糖、高维生素饮食，保持大便通畅。

（5 心）理护理：术后指（趾）部分功能将得到恢复，要帮助患者认识到良好心理状态和社会适应能力，乐观对待意外和人生。

（6 疼）痛护理：一般术后 24 小时疼痛最为剧烈，以后慢慢缓解。教会患者转移疼痛注意力，给予镇痛泵等镇痛药镇痛，防止血管痉挛。

【健康教育】

1 .功能锻炼：早期以被动活动为主，自指尖向手掌向心性按摩，消肿后逐渐加大活动力量和时间，练习指间关节的伸屈、对掌分指、握拳运动。

2 .个 3 月避免用力过度，注意保暖及保护，避免损伤。观察再植指（趾）颜色、温度、感觉、活动度等。

3 .定期复查。

截肢是指切除四肢的某一部分，其中在关节的切除称为关节断离。截肢术是指经骨或骨关节将肢体截除的外科手术。截肢的目的是将已失去生存能力、危害健康和没有生理功能的肢体截除，并通过体疗训练和安装假肢使该肢体发挥应有的作用。病肢和伤肢的血供丧失无法修复是截肢的惟一绝对适应证。

【观察要点】

1 生.命体征及全身情况。

2.残端皮肤有无水肿、发红、水疱、渗液、皮肤坏死等。

3.残端伤口敷料渗血、渗液情况。

【护理措施】

1　.术前护理

（1 心）理护理：潜在的不良心态可能影响患者一生，要关心体贴患者，了解思想变化，有必要选择性向患者介绍病情和手术方案，介绍相关病例康复效果，帮助患者树立乐观心理，并做好家属工作取得理解和支持。

（2 饮）食：术前应补充高热量、高蛋白、高维生素饮食，必要时可输血或给予静脉营养，以利伤口的愈合。

（3 皮）肤准备：截肢部位皮肤完整者，术前做好皮肤准备，肢体有开放性伤口、窦道、感染病灶时术前加强换药。

（4 术）前训练：训练患者床上使用大小便器，指导学会使用拐杖，进行手臂拉力训练，以便术后扶拐下地。

2.术后护理

（1 病）情观察：按病情观察要点观察并处理。

（2 体）位护理：术后取舒适卧位，忌侧卧患侧，抬高患肢保持功能位。

（3 预）防并发症护理：术后 24-小 7 时 2，床边备止血带，创口出血量大，立即在肢体近端扎止血带，通知医生及时处理。按摩皮肤受压处，保持全身皮肤清洁、干燥、预防压疮。

（4 饮）食护理：高热量、高蛋白、高维生素饮食，增加机体抵抗力。

（5 心）理护理：术后患者身体外观发生变化，患者往往产生压抑、悲观情绪，要理解患者，关心体贴患者，加强巡视，鼓励家属给予心理和精神支持。

（6 疼）痛护理：观察疼痛的部位、性质、持续时间，特别是患肢痛的患者给予心理安慰，必要时给予镇痛药。

【健康教育】

1.功能锻炼：遵医嘱尽早进行锻炼，术后1 天抬高患肢，促进静脉回流，防止肿胀，鼓励深呼吸，有效咳嗽、咳痰，预防肺部感染。术后第2 天疼痛能耐受

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/747043151131006062