

胫骨平台骨折的护理查房

第一篇：胫骨平台骨折的护理查房

会议内容：胫骨骨折护理查房

时间：2013.10.3 地点：

指导老师：参加人员：

病史汇报 一般资料

床号：9

姓名：

性别：女

年龄：80

婚姻：已婚 住址：

职业：务农

社会支持系统：车祸，子女和护工轮流照顾

现病史

入院前 2 小时患者被摩托车撞倒，当即感到左膝部剧烈疼痛、肿胀、不能活动、伴头痛、气促、呼吸困难、无头昏、恶心、呕吐无昏迷史，当即到 XX 医院就诊，行膝关节 X 片检查。提示：“左胫骨骨折伴脱位，来我院，以左胫骨骨折、头皮血肿”收入我科，小便正常、大便未解、无其他阳性体征。辅助检查：x 片提示；左胫骨骨折伴脱位。即往史

即往体检，否认食物过敏史，否认其他重大外伤史，手术史，否认输血史，否认其他重大疾病史。个人史

生于 XX，当地长大，否认疫区居住史。家庭史

否认家族遗传史，否认过敏病史。入院护理检查

T:36.2℃

P:72 次分

R:20 次分

BP:16077mmHg 治疗过程

入院后即予患肢骨牵引抬高制动，静脉予补液、消肿（甘露醇）、

止痛（高乌甲素、）及口服布洛芬缓释片及肌注曲马多止痛等对症支持治疗，同时积极完成相关检查，拟择期手术。

109：诉下腹胀痛、排尿困难，予保留导尿。139:诉腹胀、伴恶心、呕吐，予肌注胃复安。

159：诉腹胀伴排便困难，予潘泻叶导泻、开塞露塞肛 169：患者空腹血糖 10.2mmol/L,予测三餐前、后血糖

279:术前各指标也调整至手术耐受状态，患者能积极配合术前准备。

289：在全麻行左胫骨平台切开复位内固定术。术后予持续心电监测、吸氧、静脉予补液、抗炎（头孢米诺）、预防深静脉血栓形（纤溶酶），同时配合双下肢气压泵及伤口 TDP 照射等对症支持治疗。

现在护理评估 患者现精神状态较好，食欲可，睡眠较好，无压疮，引流管已拔、伤口无渗出、四周无红肿。尿管已拔，二便正常。诉伤口疼痛能耐受，其余无特殊，基本生活需要得到满足。护理措施 术前：

1、疼痛：与骨折有关

护理措施：（1）、保持病室安静，舒适尽量减少不必要的刺激，进行各项护理

操作，治疗的时候动作要轻柔，尽量减少病人的痛苦。

（2）、安置患者舒适的体位，局部制动，抬高患肢处于动能位。

（3）、转移病人注意力如听音乐与家人聊天等。

（4）、观察疼痛的部位、性质、发作时间持续时间和剧烈程度，耐心倾听病人的诉说。若疼痛不能耐受时及时予口服布洛芬缓释片缓解疼痛，口服无效时肌注曲马多。

患者术前疼痛减轻，可耐受。

2、尿潴留：与排尿习惯改变、疼痛致不能用力排尿、紧张等有关。

护理措施：1) 评估引起尿潴留的原因，采取针对性措施。

2) 作好心理疏导，给予细心解释和耐心安慰，消除焦虑和紧张情绪。同时提供排尿的适宜环境：关闭门窗，屏风遮挡，使视觉隐蔽，以保护病人自尊；适当调整治疗、护理时间，使病人安心排尿。

3) 调整体位和姿势：协助病人取适当体位，病情允许应尽量以习

惯姿势排尿，如扶助病人坐起或抬高上身。对需绝对卧床休息或某些手术的病人，事先应有计划地训练其床上排尿，以避免术后不适应排尿姿势的改变而造成尿潴留，增加病人痛苦。

4) 诱导排尿：利用条件反射，如听流水声，或用温水冲洗会阴，以

诱

导排尿。

5) 上述措施均无效，遵医嘱予保留导尿。患者下腹腹痛缓解。

3、便秘 与环境及排便习惯改变、饮食有关。

护理措施：1) 评估患者腹胀的程度，排便的习惯、饮食性质和量。

(2) 提供隐蔽环境，协助病人采取最佳的排便姿势，以合理地利用重力和腹内

压。进行适当的腹部按摩，顺结肠走行方向作环行按摩，刺激肠蠕动，帮排便。

3) 上述措施无效，指导并协助病人正确使用开塞露通便。4) 同时指导病人正确使用缓泻剂，但应告之病人长期使用缓泻剂的危害，即会使肠道失去自行排便的功能，甚至造成病人对药物生理、心理上的依赖。

(5) 鼓励患者进食，指导患者增加饮食中纤维素的含量和充足的水分摄入。

患者便秘症状改善，不适感减轻

4、知识缺乏：与信息来源不足有关。

护理措施：

1、做入院宣教，介绍病区环境，主管医生及责任护士等。

2、根据评估想患者解释术前准备的必要性，介绍以往成功的病例，提高患者对疾病的信心。

3、告知患者术前相关检查的重要性。

评估：患者了解疾病及手术的相关知识，能正确运用术前的相关知识，积极配合治疗。

潜在并发症：骨筋膜室综合症

护理措施：1) 损伤早期(一般为48h内)可局部不同部位交替冷敷，以减少渗出和局部组织的出血或者充血，从而达到减轻骨筋膜室的压力，阻止肢体肿胀的发生

2) 抬高患肢 抬高患肢利于血液和淋巴液的回流，同时做患肢的肌肉被动或者主动收缩运动，有利用肌肉舒展以及收缩功的能，从而促进血液回流，这样可防止肢体供血不足，并且有助减轻肢体肿胀。但要控制抬高时间，时间过长，可以引起体位性供血不足，从而加重缺血。

3) 行骨牵引术，使骨折断端复位，减轻筋膜室的内压，以利血循环的恢复，减轻组织水肿。

4) 静脉滴注甘露醇、七叶皂苷钠减轻组织肿胀，消除水肿，缓解压力。

5) 密切观察患肢血循环、感觉运动、肿胀情况及有无足趾的被动牵拉痛。有异常情况时及时报告医生。

潜在并发症：压疮

1、协助患者翻身或抬臀，每两个小时一次。夜间可4小时一次，防长期受压

2、保持床单位平整干燥

5、加强巡视，严格皮肤交接班

6、鼓励患者加强营养，增强机体抵抗力

术后：

1、出血：与手术切口有关。

护理措施：

1、了解术中情况及出血量，术后持续心电监护、密切观察患者的生命体征，及尿量。

2、术后24小时内患者局部制动，冷疗减轻术区出血，观察伤口出血量、(尤其是6小时内)。

3、密切观察伤口敷料情况，如有异常及时通知医生及时处理。评

估：患者术后当天渗血较多请示医生给予换药，以后伤口无渗血液，生命体征平稳，现愈合良好。

2、疼痛：与手术切口疼痛有关。

护理措施：

1、评估疼痛的程度，持续时间、性质、频率。

2、教会患者正确使用镇痛泵，遵医嘱采用多模式镇痛，并密切观察用药后的不良反应，及时评估镇痛泵效果。

3、保持病房安静、清洁、减少刺激，运用放松技巧。

评估：患者疼痛能忍受。

3、潜在并发症

(1)、下肢深静脉血栓。

护理措施: 1. 告知患者注意保暖、防止刺激引起静脉痉挛血液阻滞，以免影

响小腿深静脉血回流。

2.术后麻醉作用消失后即开始有规律的进行患肢的运动，健侧下肢

也要进行抬高运动和膝关节伸曲运动。

3.指导陪护给予患者正确进行按摩，准确有效的给予抗凝药物每天

一次。

4.给予双下肢气压泵治疗每天两次。

5.保持大便通畅，尽量避免排便困难引起腹压增高影响静脉回流。

6.经常观察术后患肢血液循环状，如出现肢体疼痛进行加重，皮

温升高或肢体肿胀明显，提示有血栓形成的可能。

7.定时翻身，避免局部组织长期受压，一般没2小时翻身一次。

评估：患者未发生深静脉血栓。(2)骨筋膜室综合症

护理措施见术前的1、2、4、5 潜在并发症：伤口感染

1、术前严格准备皮肤。

2、术后严格无菌换药，注意伤口周围有无红肿，炎性分泌物，三

天后注意有无不明原因的发热现象，有异常时告知医生。

3、保持伤口敷料清洁干燥，固定稳妥。如有渗血渗液液体浸渍时及时通知医生换药。

4、遵医嘱合理使用抗生素及作相关辅检。

5、注意营养搭配，提高免疫力，促进伤口愈合。

指导老师提问

1、骨筋膜室综合症的定义及原因

陈佳：筋膜间隔综合征即由骨、骨间膜、肌间隔和深筋膜形成的筋膜间隔内的肌肉和神经因急性缺血而产生的一系列早期症状和体征；最常发生于前臂掌侧和小腿。

杜圆圆：筋膜间隔综合征是由于筋膜间隔内压力增高所致，因有：

1. 筋膜间隔容积骤减：

(1)敷料包扎过紧，如绷带、石膏、小夹板等包扎过紧。

(2)严重的局部压迫，如地震时肢体长时间被重物挤压。

2. 筋膜间隔内容物体积骤增：

(1)缺血后水肿。

(2)软组织严重挫伤、烧伤。

(3)小腿的剧烈运动。

(4)出血：发生于筋膜间隔内的出血。

2、患者术后的饮食指导

张月：进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，以增强抵抗力促进骨折愈合。避免进食高脂肪食物如肥肉，墨鱼，动物内脏等，因为高脂肪食物内含大量的脂肪，可使血管内皮变得毛躁，血液粘稠度增加，容易产生血栓，不利于恢复。而且患者高龄，消化功能弱，更不利收，易致腹胀等不适。

3、甘露醇是怎么起到消肿作用的呢？

陶玲：甘露醇能明显减轻四肢骨折患者肢体肿胀和疼痛，皮肤水泡形成明显减少。高渗甘露醇静滴后，因其不易由毛细血管渗入组织，因而提高了血浆渗透压，导致组织细胞内水分向细胞外转运，从而使组织脱水，减轻水肿，降低压力。另外，甘露醇可减少血管阻力，增

加血流量，清除氧自由基，增加氧利用率，促使组织功能恢复。

陈佳：通过这次的护理查房，我们对胫骨平台骨折有了更深的了解，并且我们专业理论水平及表达能力都得到了提高，也学会了如何护理骨折患者。谢谢 9 床的患者及家属对我们学习的支持与配合，和带教老师的讲解指导。

第二篇：胫骨平台骨折术后康复教学查房小结

胫骨平台骨折术后康复教学查房小结

2017 年 9 月 11 日下午 3 点整，在康复科进行了胫骨平台骨折术后康复的教学查房，我作为住院医师参加了由在 副主任医师主持，主治医师设计的教学查房，教学查房进行地井然有序，学员们深入了解了该病的从病史采集到诊断以及康复治疗原则等知识，达到了本次教学的目的，顺利完成本次教学查房。现将教学查房小结如下：

一、查房前准备充分 为了保证教学查房质量，吴成祥主治医师多次与上级医师沟通，决定选择一例病种有特点，病情不复杂，康复效果较好的病例，故选择了一例胫骨平台粉碎性骨折术后康复的病人。该病人为年轻女性，25 岁，术后第 21 天转康复科治疗，左侧胫骨平台粉碎性骨折，转科时左膝关节弯曲受限，现左膝关节主动运动达 117 度左右，被动运动达 127 度左右。在选定好病例后，吴成祥主治医师首先是与患者及患者家属进行沟通，患者及家属同意配合参与教学查房，然后按照教学设计要求，设计了该病例的教学查房教案，并教导我要仔细熟悉患者病历和病情，交代教学查房的注意事项，并在正式查房前进行了多次演练，尽量减少教学查房出现的差错。

二、查房过程有条不紊 查房过程中，在 主任的主持下，自办公室介绍，到进入病房，最后到查体示教结束，过程有条不紊，进入病房后站位明确，做好了保护性医疗措施，有明确的爱

伤意识。由我先脱稿汇报病史，有了前面的充分准备，介绍患者病情时语言流利，表达精练，重点突出了患者的专科查体情况。在仔细介绍完患者的现病史、既往史、家族史后，向大家演示了康复科专科查体的技能操作，演示过程中一边进行操作，一边向学员解释查体的要领和注意事项，查体动作流畅、准确，操作解释简明扼要，通俗

易懂。副主任医师和主治医师对病史汇报和查体示教进行了补充和讲解，让学员们加深了对该病例的了解。

三、查房总结细致入微

在康复科示教室，首先由住院医师归纳了病例特点，分析了检查报告，提出了治疗原则和主要治疗方法，然后主治医师对其汇报进行了补充。最后由副主任医师进行归纳总结，综合整个教学查房，指出了住院医师在专业知识、示教查体、分析病例等方面存在的问题，对其在查体、讨论中出现的问题进行评价，着重提示学员们在该病例中应掌握的内容，另外还给学员布置了思考题。

本次查房中，在上级医师的悉心指导下，通过大家前期精心准备、到查房教学，再到宣布查房结束，让我受益匪浅，不仅提高了我的理论知识，更加强了实践操作能力，让我明白了做一名合格的医师非常不容易。虽然教学查房中还存在不足，但上级医师均一一给予指正，同时，也对我在查房中的表现给予肯定。在今后的规培学习中，我还要注意理论与实践知识相结合，活学活

用所学知识，进一步提高自身的综合能力和素质。

第三篇：骨盆骨折的护理查房专题

骨盆骨折的护理查房

护士长：今天有幸把大家请到创伤二科，进行本季度的护理查房，内容是：骨盆骨折的护理，希望通过这次护理查房，我们能从中学到新知识，掌握相关护理知识及技巧，提高年轻同志的专业知识，增长大家的护理经验。下面由责任护士介绍一下该疾病的相关知识。

责任护士：骨盆的结构：骨盆由髌骨、坐骨及耻骨联合和后方的骶尾骨通过骶髌关节和耻骨联合及韧带组成。它具有支持躯干、传导重力、保护盆腔的功能。骨盆形成一环状，其前部为前环，后部为后环，其后环主要起负重作用。骨盆对盆腔内脏器，如泌尿和生殖器官、肠管、神经、血管等，有重要的保护作用。而临床所发生的骨盆骨折多是一处或多处骨连续性中断，随着我国经济的快速发展，小汽车也逐渐进入寻常百姓人家，创伤能量值越来越大，很多骨盆骨折多有强大的外力所致，也可由骨盆环传达暴力而发生其他处骨折。本次我讲

的关键词；骨盆骨折，并发症，护理

—

骨盆骨折的病因：大多数骨盆骨折由直接暴力引起，车祸伤或倒塌的重物挤压是其常见原因。还有一部分由间接暴力所引起，患者因肌肉猛烈收缩而形成撕脱骨折。

病因;1 车祸。2 高处坠落 3 意外摔伤。

骨盆骨折的临床表现：

1 疼痛;疼痛剧烈，在搬动或翻身时加重，髋关节活动也可引起疼痛。2 局部肿胀压疼畸形及骨盆反常活动。3 下肢短缩畸形。

4.功能障碍，骨折后病人不能站立，床上翻身困难。5.感觉运动障碍。二

并发症：

1 腹膜后血肿；由于盆腔内丰富动静脉丛，盆腔与腹膜后间隙是由疏松结缔组织构成，形成一个巨大的腔隙，当严重骨盆骨折时常有广泛出血，往往形成巨大腹膜后血肿。病人会出现失血性休克，患者可出现腹痛，腹胀，肠鸣音减弱，腹肌紧张。

2 膀胱，尿道损伤，;骨盆骨折常导致下尿道损伤，出现尿道口出血，排尿困难。3 直肠损伤:比较少见。如发生直肠破裂可引起弥漫性腹膜炎，或直肠周围感染。4 神经损伤：多发生于骶骨骨折，主要是腰骶神经丛和坐骨神经损伤。可出现臀肌、腓绳肌和腓肠肌的肌力减弱，小腿感觉减退。

5 腹腔内脏损伤：合并实质脏器损伤如肝、肾、脾损伤时，出现腹胀、腹痛、失血性休克。

病例汇报;患者，张莉，女，23岁，本科文化，以车祸致左髋部疼痛活动受限5天收住，入院诊断 骨盆骨折，入院查体，T360c P 80次/分

R20次/分

BP 140/80,mmhg。一级护理。普食。遵医嘱给予补液，止痛制动治疗。入院后在局麻下行双胫骨结节骨骼牵引术，4月5日在全麻下行骨盆骨折切开复位内固定术。病例汇报完了，下面就骨盆骨折患者

住院后的护理评估，所采取的护理措施，及护理效果评价做一简单介绍，请大家给予指正及补充。三

护理评估

（一）健康史

1.详细询问受伤原因、时间、外力的方式、性情况质和轻重程度。
2.询问伤后病人的病情发展及急救处理等。3.了解病人的既往健康情况和药物过敏史

（二）身体状况

1.全身表现

评估病人意识、体温、脉搏、呼吸、血压等情况，观察有无休克及其他损伤。2.局部表现

1》局部疼痛、肿胀、畸形、瘀斑

2》髋关节活动受限、不能站立或翻身

3》骨盆挤压及分离试验阳性

3.观察病人有无内脏损伤、膀胱尿道损伤、直肠损伤、神经损伤等并发症。4.辅助检查

X线检查拍骨盆正侧位与CT检查不仅可以明确骨折部位、类型和位移状况，还可以为治疗提供可靠依据。

（三）心理和社会支持情况

评估病人心理反应以及对疾病知识的了解程度，评估病人家庭及社会支持系统对病人的支持与帮助能力等。护理诊断。

1.体液不足

与骨盆骨折失血过多有关。2.疼痛

与骨盆骨折有关。

3.躯体移动障碍

与神经肌肉损伤、骨盆悬吊牵引有关。4.有皮肤完整性受损的危

险

与长期卧床、局部皮肤受压有关。5.有感染的危险

与长期卧床有关。

6.潜在并发症

腹膜后血肿、膀胱及尿道损伤、直肠损伤、神经损伤等。

7.尿潴留

与骨盆骨折有关。

8.知识缺乏

缺乏康复功能锻炼知识。

护理措施

（一）疼痛护理

卧硬板床休息，防止疼痛加重或骨折再移位。关心病人，鼓励病人诉说哪些不适感，并给予心理安慰，指导病人做松弛疗法。对疼痛剧烈者，可适当的应用镇痛药，以减轻病人痛苦。在进行各种护理操作时注意动作要轻柔、准确，避免粗暴剧烈而引起或加重病人的疼痛。

（二）心理护理

由于骨盆骨折病人起病急，在毫无心理准备的情况下意外受伤，受伤后疼痛以及对预后的担忧等因素，会引起病人的不同程度的焦虑、恐惧感。应仔细评估病人的心理状态，做好细致的思想工作，使病人了解疾病的相关知识及治疗方式，解除思想顾虑，建立安全感和战胜疾病的信心，积极配合治疗。

（三）并发症护理

1.休克的护理

1》密切监测病人生命体征、意识、尿量、皮肤黏膜情况，每15~30分钟测量一次，病情平稳时改为每2小时1次。留置导尿管以观察尿量。2》取仰卧中凹位，以增加回心血量及改善脑血流，尽量减少搬动病人。

3》保持呼吸到顺畅，给予低流量氧气吸入，减轻组织缺氧症状。必要时行气管插管或气管切开。

4》迅速建立两条以上的静脉通道，快速输液、输血，必要时行静脉切开，及时补充血容量。

5》遵医嘱使用血管活性药物及强心剂，以升高血压，增加心输出量。可给予5%碳酸氢钠溶液静脉滴注，以纠正代谢性酸中毒。

6》针对休克病因采取各种紧急措施，如镇痛、止血等。需采取积

极手术时，因迅速做好手术前的术前准备。

2.腹膜后血肿及内脏损伤的护理

1》常与休克同时发生，应密切观察病人生命体征的变化及腹部情况，注意腹部有无压痛、反跳痛、腹胀、腹肌紧张、肠鸣音减弱等症状。2》在抗休克时应迅速查明出血原因并进行对症处理，做好急诊手术的术前准备。3》若出现腹胀、腹痛等症状，多为血肿刺激引起肠麻痹或神经紊乱所致，可给予禁食、肛管排气、胃肠减压等处理来缓解症状。

3.膀胱及尿道损伤的护理

1》观察病人排尿情况，注意有无尿痛、血尿或因排尿困难等情况，如有异常应及时汇报医师处理

2》对尿道不完全断裂的病人，应放置导尿管，有利于损伤的尿道修复。若尿道完全断裂，不能插入导尿管者，可行膀胱造瘘。应注意导尿管和膀胱造瘘管的护理：1.妥善固定引流管，保持引流通畅，防止引流管脱出、堵塞或扭曲。引流袋每日更换 1 次，导尿管每周更换一次，预防感染；2.鼓励病人多饮水，使尿量维持在每日 2000ml 以上，以冲洗尿道。遵医嘱应用抗生素，防止感染。每日 2 次清洗会阴部及尿道口；3.每日进行膀胱冲洗一次，根据病情选择冲洗液，防止血块堵塞导尿管；4.导尿管 2 周后拔除，拔管后适时行尿道扩张。膀胱造瘘管术后 2 周拔除，拔管前应夹闭尿管，如果自行排尿顺利，即可拔管。

4.直肠损伤的护理

1》行直肠指诊，已明确直肠有无损伤。

2》明确诊断后应给予禁食，静脉输液，应用抗生素，以防止感染，做好直肠修补、造瘘手术的术前准备。

3》对于造瘘术后病人，应注意保持造瘘口周围皮肤清洁干燥，每天用温水擦洗后外涂氧化锌软膏，注意及时更换敷料。观察造瘘口周围皮肤组织有无感染的征象，以及体温变化。给予高营养饮食以补充机体需要量。

5.神经损伤的护理

1》观察有无神经损伤的表现。

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/468036060055006034>