

肩关节镜下肩袖损伤修补术的手术配合及护理

梁艳芳¹ 钟晓琼¹ 江影满²

1 中山大学孙逸仙纪念医院南院手术室 2 中山大学孙逸仙纪念医院呼吸内科

〔关键词〕肩关节镜；手术配合；护理

〔中图分类号〕R473.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 05-0145-02

随着科学技术的不断进步，关节镜手术已成为骨科的常规手术，不仅用于膝关节疾病的治疗，也用于肩、腕、髋、甚至脊柱、颞颌关节手术。与传统的切开手术相比，关节镜具有微创和视野清晰的优点。肩关节镜技术的发展，给慢性肩关节疼痛的诊断和治疗提出了新的手段，同时也对临床护理工作提出了新的要求。肩关节镜手术最大的要求就是手术体位的摆置，合适的手术体位直接关系到手术者在为患者手术时能否充分显露手术视野，有利手术操作，减小手术难度，缩短手术时间，直接关系到患者生命的安危。现将我们对该手术的配合及护理要点报告如下：

1 临床资料

主诉：肩关节活动性疼痛，肿胀。均结合临床查体，经磁共振成像和肩关节正位片拍摄检查确诊为肩袖损伤。患肢上举、外展均受到一定限制，伴有夜间疼痛。

2 手术方法

病人在气管插管全身麻醉下进行手术。先常规关节镜检查，明确肩袖损伤情况后，使用镜下缝合器械和一次性铆钉完成损伤修复：分离，放置缝合铆钉，打结固定，再次镜检，确保损伤修复无遗漏，缝合皮肤包扎伤口。

3 手术配合

3.1 术前准备

3.1.1 心理护理：病人普遍对手术存在焦虑、恐惧心理，对手术效果、手术疼痛存在过多担忧。因此手术室护士提前 1d 访视病人，有针对性地实施心理疏导；介绍手术室环境，向病人说明手术的目的、方法、安全性及病人需配合的要点，使病人在平静的心理状态下顺利接受并配合完成手术。

3.1.2 房间的准备：肩关节镜手术对手术室间空气净化有着严格的要求，一般安排在百级的层流手术室，温度控制在 22℃~25℃，湿度控制在 50%~60%，严格控制人员的进出，保证手术室间的空气洁净度。

3.1.3 器械物品准备：①在主刀医生的对侧摆置好成像系统、录像系统、刨削系统及灌注装置，通常置于主刀医生的对侧，以便于主刀医生操作，视野清晰无阻挡为原则。②准备通用关节镜手术常规器械、物品。③另需准备不同规格的肩关节镜穿刺器、肩关节镜下缝合的专用成套器械、不同规格的一次性铆钉等。

3.1.4 麻醉配合：采用全身麻醉，于健侧肢体建立可靠的静脉通路并妥善固定；建议建立有创的血压监测，以便术中控制性降压；建议使用弹簧气管导管，以免安放体位时导管受压或扭曲。

3.1.5 手术体位配合：（一）沙滩椅体位。（1）将病人患

侧的肩膀平手术床床沿，肩胛下垫一软枕；（2）患肢游离悬空，与肩关节一起消毒。健侧上肢自然曲肘置于腹部或身体边，以棉垫绷带固定于床沿；（3）头部微偏向健侧，不能过伸或扭曲，使其处于功能位，并用三角形沙袋或宽胶布固定。颈下以条形衬垫支撑；（4）双腓窝部垫一薄枕，足跟用衬垫保护，双下肢用固定带在膝上 2~3cm 处固定；（5）巡回护士调整电动手术床，先将手术床的背板抬起 30 度~40 度，使床的上 1/3 与中 1/3 形成夹角，使髋屈曲 90 度~110 度，再将手术床的腿板向下移 20 度左右，使床的中 1/3 与下 1/3 形成夹角，使膝屈曲 20 度左右^[1]。（二）侧卧位，患肢牵引。（1）患者健侧卧 60°，后倾斜 30°（目的是使患侧肩锁关节与手术床平行）。腋下垫一腋垫，距腋窝约 10cm，防止上臂受压损伤腋神经，健肢置于托手架或者收回身体旁（视医生要求）保持功能位；（2）头部置啞喱头圈；（3）胸背部两侧各垫一长沙袋，骶尾部、前胸部两侧各置一骨盆挡板，挡板与患者间放置软垫缓冲挡板对 4 患者身体的压力；（4）两腿间夹一大枕头，保护膝部、踝部骨隆突处；（5）长软垫及约束带固定髌部；（6）棉垫包裹患肢前臂作牵引。目前我们肩关节镜手术摆置这种体位较多，此种体位虽然使手术野暴露充分，但存在损伤神经的潜在危险并影响手术中医生活活动患肩。

3.1.6 灌注液的准备。肩关节镜手术因无法使用止血带，而且肩部供血较丰富，为减少手术野的出血，我们采取了以下措施：（1）关节腔的灌注液中，每 3000ml 袋装生理盐水中加入肾上腺素 1mg 维持术中灌注^[2]；（2）灌注液悬挂的高度距手术关节 1.2~1.5mL^[3]；（3）根据术中关节腔的出血情况、手术野的清晰程度，选择两路液体灌注。

4 术中护理

4.1 器械护士配合护理

①常规消毒，注意患肢整个肢体消毒置于胸前各术中牵引用。常规铺巾，患肢用无菌绷带包手，外用无菌薄膜保护以防漏水，切口周围均采用防水铺巾，切口两边及切口上方均用脑科薄膜保护，将引流袋的末端引入污水收集桶。②配合手术步骤，器械护士必须熟悉手术器械的名称及手术步骤，操作必须稳、准、巧、快。其术中的工作包括：整理摄像线、光纤、刨削装置连接线、灌注管、负压吸引管，并确保其性能完好，运转正常；为医生做切口标记备好划线笔；在医生穿刺进入关节腔并建立工作通道后，引灌流液从关节镜套管进入关节腔；在医生进行肩关节镜检关节腔清理、分离盂唇、放置缝合铆钉、打结固定、缝合皮肤等手术步骤时，准确传递适用的器械；协助包扎伤口。

4.2 巡回护士配合护理

①积极配合台上工作，严格监督无菌操作。巡回护士应时刻关注手术的进展，及时供应物品，尤其是使用一次性铆钉等高值耗材时，应与医生共同确认型号后方可开启包装，并做好登记等。避免不必要的人员走动；严格控制感染危险因素。②充分防湿：覆盖病人的被子外面要用防水胶单保护以防灌注液外漏弄湿；切口周围用防水铺巾、两边及头部用带引流袋的薄膜保护并将其末端引入污水收集桶。提醒并在必要时协助医生穿防水手术衣及防水鞋。③注意确保引流袋末端在污水收集桶里面以防漏水，必要时用吸盘及时吸干地上的水，确保无菌环境不受干扰，避免灌注液外漏而污染无菌区域。④保持灌注顺畅，保持术野清晰。肩部血管丰富且无法使用止血带，维持关节腔内的压力是减少术野出血的重要手段；保持灌注顺畅才能为医生提供清晰的术野。故术中要根据关节腔内的状况调节灌注压力和速度，一般灌注液悬挂高度为手术部位上方 1.2m ~ 1.5m。另外，保持关节腔内足够的压力、才能在关节腔内取得足够空间，便于手术操作。所以术中应注意避免灌注液中断而影响操作。⑤注意最大限度地保护病人，术前予病人踝、膝、髌部等用抗压软垫保护，避免压疮。术中使用大量的灌注液，容易引起低体温，所以保暖措施一定要做好。采用恒温箱将灌注液加温至 37℃ 左右，消毒范围以外的部位加盖被子保暖，调节适宜的温湿度，必要时予暖风机为病人进行保暖。⑥并发症的预防和护理。提醒医生术中牵引时用力均匀，避免过度牵引，一般牵引重量 3kg ~ 5kg^[4]。

5 术后护理

术毕应严密观察病人 15min ~ 30min，生命体征平稳后送

(上接第 143 页)

心融入到各项护理工作中，让患者得到了实惠，满足了患者的基本需要，增进了护患之间的感情缩短了护患之间的距离，护患关系得到了改善，促使患者身心恢复到最佳状态，从而达到高效优质的护理服务目标^[3]。本文结果显示，开展优质护理服务活动后，健康教育、基础护理、危重症护理、护理文书、安全管理、病区管理等护理质量评分均较开展前增高 (P < 0.01)，说明了开展优质护理服务能增加病人对护理工作的信

(上接第 144 页)

舒适护理是一种从西方国家引入的全新的护理理念，其最早是由 Kolcaba 提出的，其目的是使患者在生理、心理、社会方面达到最愉快的状态或降低不愉快的程度，使基础护理与护理研究更注重患者的舒适度和满意度^[5]。本次研究中，通过对乳腺癌手术患者在术后实施舒适护理干预，从生理、心理两个方面入手，进行针对性的护理干预，从而达到改善患者上肢水肿的目的，同时显著提升患者的生理舒适度，这对于促进患者术后康复具有重要的意义。

综上所述，舒适护理能够显著改善乳腺癌手术患者术后上肢水肿程度，降低患者上肢水肿发生率，从而提高患者的术后舒适度。

[参考文献]

[1] 马淑云, 刘薇薇, 赵娜. 分析护理管理路径在乳腺癌

返病房做好交接班。关节镜器械等精密、贵重仪器应妥善处理，做好登记和保养工作。

6 体会要点

物品准备完全，麻醉前核对病人，保证病人、手术部位正确无误，同时完善各项常规术前检查准备。术前认真检查评估患者的全身情况及皮肤情况，熟悉安置体位有关的局部解剖、体位的负重点及支点，熟悉手术程序，医护配合密切，尽量缩短手术时间，骨隆突处垫软垫，以防压伤。术中注意保持皮肤干燥，防止消毒液、渗液、冲洗液、汗液等浸湿床单。术中严密观察肢体血液循环、皮肤颜色、弹性、张力，(尤其是被牵引的患肢)持续牵引不可超过 2 小时，提醒术者勿将手及物品放于患者身上，防止外来重力压力。发现体位倾斜及时纠正，确保患者安全舒适，避免并发症的发生。体位安置过程中，注意保护好患者及各种管道，尤其是全麻患者，应注意患者的舒适度，使其处于功能位，并固定妥当。注意作好病人的保暖措施；术中密切观察病人的生命体征，注意有无水中毒。

[参考文献]

- [1] 冯彩虹, 田鸿雁, 安培芬, 等. “沙滩椅体位”在骨科肩臂手术中的应用 [J]. 天津护理, 2006, 14(2): 30.
- [2] 刘玉杰, 蔡胥, 王志刚, 等. 关节镜辅助下小切口修复肩袖损伤 [J]. 中华手外科杂志, 2005, 21(1): 7.
- [3] 王亚萍. 肩关节镜手术的护理配合 [J]. 上海护理, 2005, 5(4): 32.
- [4] 邱漫, 李跃荣, 易凤琼. 肩关节镜下治疗肩袖损伤的手术配合 [J]. 重庆医科大学学报, 2011, 36(2): 230-232.

任和肯定，有利于护理质量的改善，促进护理质量持续改进。

[参考文献]

- [1] 郭冬梅, 郭翠梅, 周燕珍, 等. 优质护理在改善基层医院护理质量中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(19):117-119.
- [2] 符宇, 甘芳. 健康教育和优质护理服务在基层医院妇产科患者护理中的应用 [J]. 海南医学. 2016.27(18):3095-3096.
- [3] 杨海燕, 郭世忠. 优质护理服务在基层医院病房管理中的应用 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2017, 1(1):29-30.

根治术后上肢淋巴水肿预防护理中的临床效果 [J]. 解放军预防医学杂志, 2016, 34 (s1) : 211.

[2] 张桂华, 陈名林, 乔小平. 综合护理干预对乳腺癌患者术后淋巴水肿疗效的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2014, 33 (12) : 3316-3318.

[3] 马富玲. 康复小组干预模式在乳腺癌患者术后上肢淋巴水肿康复护理中的应用 [J]. 中国伤残医学, 2016, 24 (9) : 22-24.

[4] 邹会艳. 心理干预联合加压护理疗法治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的效果观察 [J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36 (A1) : 603.

[5] 霍洪波, 李秀丽, 曹晨曦. 护理干预对乳腺癌患者术后淋巴水肿改善效果的临床观察 [J]. 国际护理学杂志, 2015, 34 (1) : 49-51.