



关节镜下肩袖修复术后护理

吴晓琴 (解放军第一七五医院/厦门大学附属东南医院 福建漳州 363000)

关键词: 肩袖 护理 关节镜手术

中图分类号: R473.6 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187 (2017) 11-215-02

肩袖又叫旋转袖,是包绕在肱骨头周围的一组肌腱复合体,肱骨头的前方为肩胛骨肌腱,上方为冈上肌腱,后方为冈下肌腱和小圆肌腱,这些肌腱的运动将肱骨头稳定于肩胛盂上,对维持肩关节的稳定和肩关节活动起着极其重要的作用。在中老年和肩关节创伤中比较常见,其发病率占肩关节疾病的17%-41%^[1],随着人民生活的不断提高,人口老龄化及老龄人群积极参与体育锻炼的比例日益增长,人们对肩关节的功能状态要求也越发增高。肩关节镜下治疗肩袖损伤和关节切开相比具有切口小、创伤小、恢复快、手术炎症反应轻等优点,是一个新颖、安全、可靠的手术。2017年4月我科收治的一例肩袖损伤的患者,经病理学检查确诊,并予以标准抗炎治疗及周密细致的护理后,患者病情得到了满意的控制,现将护理报告如下。

1 病例介绍

患者女,54岁,体型偏胖,“缘于8天前上班途中不慎被汽车碰倒,左肩部着地,伤后出现左肩部肿痛、畸形、活动障碍”就诊入院,行MRI检查示:左肩袖损伤,患者要求入院行手术治疗,门诊拟诊“左肩袖损伤”收入科。视:左肩部稍肿胀,皮肤无破溃,余关节无肿胀,手指末梢血运好;触:左肩部前上方压痛明显,未触及骨擦感及异常活动,尺桡动脉搏动正常;动:左肩关节主动外展0°—30°,被动外展0°—90°,后伸0°—45°,前屈0°—75°,余关节活动正常;量:双上肢等长,左肩部周径较对侧缩小约2cm;。特殊检查:Job试验(+),lag试验(+),压腹试验(+),lift-off试验(+),neer征(+),hawkins征(-)。MRI提示“考虑左肩袖损伤,左肱骨大结节骨折,左肩关节上方盂唇损伤”。结合上述病例特点诊断“左肩袖损伤、左肱骨大结节骨折、左肩关节上方盂唇损伤”明确。

患者左肩关节酸痛,活动受限影响行走功能,MRI检查示左肩袖损伤,曾就诊当地医院,经过治疗症状无明显改善,行保守治疗效果欠佳,临床症状具有明显关节活动疼痛,关节周围压痛,严重影响患者日常生活,可行关节镜进一步探查及治疗,术前检查无明显禁忌,关节镜下左肩肩袖修复术指征明确。完善常规检查,止痛:丁丙诺啡透皮贴剂贴患处,围手术期加强预防感染治疗,待完善术前准备后,患者在“全麻”下行“关节镜下左肩袖脱骨折复位内固定+肩峰成形术”,术中所见:左肩关节内未见游离骨块,盂唇完整,肱二头肌肌腱完整,未见明显的磨损,关节周围无粘连,滑膜充血增生,左侧肩峰前外侧角磨损毛躁,肩袖撕裂,长度约4cm,呈“U”形,撕裂口回缩,抓持弹性良好,可覆盖原“印记”,左肱大结节处骨质增生。术后肩袖连续性好,肩关节上方盂唇平整,无卡压,肩关节活动好。出院时患者炎症指标恢复正常水平,伤口干燥,对合好,无红肿、硬结、异常分泌物,末梢血运好。患者及家属要求出院,予办理出院手续。

2 术前护理

完善常规检查,化验检查血、尿及大便常规、肝肾功能及凝血功能,行胸部X线、心电图检查,并保证病人的血压血糖体温在正常范围内。因各种原因引起的严重的关节疼痛、

不稳、畸形影响日常生活或工作,经休息、用药、理疗等保守治疗无效者,均可考虑行肩袖修复术,手术并发症多,特别是感染、神经血管损伤、关节不稳等,术前均需向患者及其家属说明,签字后再行手术治疗,术前准备心理、皮肤、康复训练及术前准备。术中尽量做到上一次止血带情况完成。结合本患者目前检查结果无明显手术禁忌证,嘱完善各项术前准备,准备明日手术治疗。

3 术后护理

3.1 病情观察

术后应持续心电监测,留置导尿管,中流量吸氧,严密观察患者呼吸、脉搏、血压、血氧饱和度及意识等生命体征的变化情况,观察患肢末梢血运,手指活动情况,观察伤口渗血及切口引流量,给予抬高患肢。定期抽血复查观察CRP、ESR、PCT、WBC、NEU、ALB、TCA、RBC、HGB、HCT和血钾等变化,如有异常及时报告医生处理,纠正体内失衡的微环境。

3.2 用药护理

考虑患者为肩关节手术,为避免关节内感染故给予头孢唑林钠注射液750毫克静脉续滴预防感染;患者术后估计VAS评分6分以上,采用抗炎治疗:术后使用抗生素联合治疗:生理盐水注射液(0.9%)100毫升+头孢唑林钠注射液750毫克每隔8小时一次静脉续滴,连续使用24小时;止痛治疗:生理盐水注射液(0.9%)500毫升+氟比洛芬酯注射液50毫克每日一次静脉续滴;生理盐水注射液(0.9%)500毫升+氢溴酸高乌甲素粉针剂8mg每日一次静脉续滴;生理盐水注射液(0.9%)500毫升+帕瑞昔布钠注射液40mg每日一次静脉续滴等多模式镇痛治疗,复查WBC、NEU%均正常则停用,择期复查炎症指标。

3.3 伤口引流管护理

本患者术后置的引流管,置管期间注意观察引流液的颜色和性质,如果打开引流管时血量迅速增多应立即夹管并通知主管医生处理。术后复查血常规及电解质。注意负压引流袋是否保持一定压力,观察引流管有无反折、扭曲或受压,保持引流管通畅。手术切口中断仍有淡黄色液体渗出浸湿敷料,切口周围皮肤发红,术区肿胀,故加强伤口消毒换药的处理,及时更换敷料可减少细菌感染的可能,每日还应注意观察引流液的颜色及性质的变化,告知医生、帮助医生判断病情的变化。

3.4 饮食护理

加强营养对增强疾病的控制和炎症的复发具有积极的作用。指导病人多食高热量、高蛋白、高维生素及高纤维的食物,如瘦肉、蛋黄、豆制品、果蔬等易消化吸收和促进胃肠蠕动的食物,从而保证营养的供给促进疾病的恢复。同时服药期间禁止饮酒,避免伤口炎症复发。在保证营养摄取足够的情况下,保持大便通畅。

3.5 功能锻炼

术日抬高患肢,肩关节外展支架固定于外展60°位^[2],保持患肢的正确体位,注意观察患肢末梢血运,手指活动情况;术后第1天指导了解患者的疼痛、睡眠情况,观察患肢肿胀情况及手指活动情况,进行握拳活动;术后第2天功能锻炼:握拳、伸屈肘关节、肱二头肌收缩,继续观察患肢肿



胀情况及手指活动情况,适病情床边活动的注意事项,术后第3天指导患者由肢体远端到近端进行训练,包括指间关节、手腕、前臂的主动活动及肘关节的被动屈曲和主动伸展活动,肩关节外展、屈伸,如作挺胸,双手插腰动作,禁忌作肩前屈、内收动作。3个月内患肢不负重、不提重物、不参加重体力劳动,外固定解除后可逐渐做肩关节的各种活动,外展型骨折6周内应限制做肩关节外展活动,内收型骨折应限制做肩关节内收活动,钟摆练习:患者弯腰使躯干与地面平行,患侧上肢放松、悬垂,与躯干成90度,用健侧手托住患侧前臂做顺时针或逆时针划圈运动,被动前屈上举练习:患者去枕仰卧位,患侧前臂屈肘90度放于体侧(休息位),一手托住患侧上臂,一手握住患侧前臂,在肩胛骨平面做肩关节被动前屈上举,当出现疼痛或遇到阻力时停留5s,然后逐渐回到休息位。预防感冒和其化部位的急性感染,以防止晚期关节感染;术后在有重力的情况下,术后6周内要佩戴肩部支具,以肩部的被动练习为主。

术后6周去除支具,以肩部主动活动度的练习为主,在不引起肩关节疼痛的情况下,尽可能完成所有平面肩关节范围的运动。爬墙练习、内收练习,后伸练习,鼓励患者患肢参与日常生活活动,如洗脸、刷牙、梳头、系带、穿上衣、洗澡、如厕等。12周继续加强肩关节各个方向的主动活动为主,使肩关节各个方向的活动达到正常范围,分别进行肩前屈、后伸、外展、内收、内旋、外旋练习,抗阻力练习和牵伸练习一直要持续至术后1年,使肌力达到最大,获得最佳的疗效。

3.6 疼痛的护理

术后冰袋冰敷肩关节24小时,接下来连续3天每天冰敷2次,每次30分钟,持续3天,能减少创面渗血及体液外渗,缓解关节腔内压力过大所致的疼痛。做好疼痛的观察、处理及记录,术后发现病人疼痛应先检查止痛泵连接是否通畅,管道有无反折、扭曲、挤压,在保证止痛泵药物正常应用的情况下仍然疼痛遵医嘱给予止痛药。

3.7 心理护理

患者术后要佩戴肩部支具6周,会给生活起居带来很多不便,因此需要做好充分的心理准备。向患者讲解肩部支具固定的意义和重要性,可能遇到的问题及解决方法,使患者预先做好充分的心理准备,以确保术后能积极配合。因患者对手术知识及术后注意事项不理解,担心手术失败患者认为手术后患肢功能不能马上恢复正常,为此护理人员应亲切、热

情的态度耐心细致地讲解有关知识及其安全性,术前术后注意事项,帮助其树立正确的治疗效果期望值,思想上做好充分的准备;同时我们积极安慰患者,耐心细致地解释疾病过程中所出现的问题,给予其心理上支持,使其保持乐观的心态,坚定克服疾病的信念,争取病人及其家属的主动配合促进疾病的治愈。并介绍同种手术成功的病例,使其消除恐惧心理,以积极的心态配合手术治疗及术后功能锻炼^[3]。

3.8 出院指导

继续保持切口干燥;加强关节的功能锻炼避免粘连及减少肌肉萎缩;锻炼的强度、幅度应循序渐进、持之以恒,以不疲劳为度;患肢疼痛症状明显改善,饮食睡眠好,大小便正常。查体:体温正常,患肢稍肿胀,敷料外观无渗出,足趾活动正常,镇痛治疗后VAS评分2分,治疗上应继续切口换药治疗,嘱加强患肢肌肉收缩及关节的功能锻炼预防深静脉血栓形成,加强足趾活动及抬高患肢,定期换药,予以办理出院手续,遵指示执行。术后复查时间为出院后1、3、6个月;出院后若有不适及时来院复诊。护士应以口头、书面、电话等方式落实并指导其康复锻炼,嘱其出院后应坚持锻炼,并与主治医生保持联系,定期来院检查髋关节的功能,在平时的生活中,注意保持正确的姿势和运动方式,并加强营养、保证充分的休息、增加抵抗力。

4 讨论

从解剖结构和承受的机械应力来看,该部位为肩袖的薄弱点,当肩关节在外展位做急骤的内收活动时,易发生破裂。关节镜手术属于微创手术,手术对组织损伤小,术后疼痛轻,并发症少,恢复快,可以早期进行功能锻炼^[4]。手术后的精心护理和康复训练可以提高手术的治愈率也可以有效的降低并发症的发生,最终使患者恢复健康,因此在护理中有应用的价值。

参考文献

- [1] 杨琴,李娟.肩袖损伤的护理及康复锻炼[J].新疆中医药,2016,34(4):100-101.
- [2] 徐伟荣,李瑾,顾异香.肩关节镜手术的围手术期护理[J].Modern Practical Medicine,2012,24(4):474.
- [3] 张少茹,李宁.结核病人的心理特点及护理[J].护士进修杂志,2006,21(4):367-368.
- [4] 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].中华外科杂志,2005,21(1):6-7.

(上接第213页)

科室经常安排一些聚会、参加户外活动可以让工作人员在业余时间适当减压,积极参加医院工会活动也是调整心态的良好途径,有条件的医院可以鼓励护理人员定期进行心理咨询。

4 小结

护理管理者应高度重视ICU护理人员的心理健康问题,适时地为其解决适应不良、心理冲突等心理问题,注重心理减压,提高护理人员的心理素质,为社会培养出更优秀的护

理人才。

参考文献

- [1] 刘萍,叶政君,湛永毅,等.员工援助计划在护理管理中的应用进展[J].护理研究,2014,28(2B):518-520
- [2] 王笑禹.新时期大学生自卑心理的产生原因与解决方法研究[J].洛阳理工学院学报(社会科学版).2010(02)
- [3] 李爱国,林一雄.当前大学生心理健康教育存在的问题及对策研究[J].西南农业大学学报(社会科学版).2008(02)

(上接第214页)

ECMO是一种良好的机械循环和呼吸支持方法,具有可在床旁紧急建立、快速预充、并发症少、便于护理等优点,可提供左、右心脏辅助,替代部分肺功能。当感染性心内膜炎患者发生心源性休克时,ECMO支持在这其中起到了极大作用,给予心脏及肺脏一定时间的恢复期,并在良好的护理配合下,能够有效地减少出血、栓塞、溶血、感染、压疮等并发症的发生或恶化,为最大限度地发挥ECMO的功效起到应有的作用。

参考文献

- [1] 李淑红,刘炜,李全正等10例患者心脏手术后应用ECMO的

护理[J].军医进修学院学报2009,9(1):217-219.

- [2] 龙村.体外循环学[M].人民军医出版社,2004:124.
- [3] 胡小琴.ECMO是心肺支持的好方法[J].中国体外循环杂志.2005,9(6):189-191.
- [4] 黑龙飞,龙村,于坤.体外膜肺氧合并症研究[J].中国体外循环杂志,2005,3(4):243-245.
- [5] 任卫红,袁肖媚,叶婷.应用人工体外膜肺氧合技术救治危重症病人的护理[J].护理研究.2010,5(07):163-165.
- [6] 武婷,史国宁,耿立柱等清醒体外膜肺氧合成功治愈重症心肌炎1例[J].临床心血管病杂志.2015,2(11):203-204.