

肩关节镜治疗冻结肩的手术护理配合

钱跃飞 叶亚芳

(浙江省宁波市李惠利医院手术室, 宁波 315040)

中图分类号: R472.3

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2014)05-0479-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2014.05.028

随着微创理念的发展,肩关节镜在骨科领域得到广泛应用,并逐渐成为治疗肩关节疾患,包括肩袖损伤、冻结肩、上孟唇前后撕裂等的主要手段之一^[1]。相对于传统的切开手术,肩关节镜具有创伤小、观察细致、直视下观察和处理肩关节疾患的优势,同时其所拥有的广泛视野也是切开手术无法比拟的。我院 2010 年 1 月~2012 年 12 月对 18 例冻结肩患者实施肩关节镜手术,现将手术配合及护理体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 18 例,男 8 例,女 10 例。年龄 47~56 岁,平均 51 岁。均有肩关节疼痛伴主被动活动明显受限,以外旋为主,病程 6~36 个月,平均 20 个月。均经 3 个月正规非手术治疗,包括非甾体类抗炎药物治疗、物理治疗、封闭治疗以及麻醉下肩关节周围松解法,效果不明显。除外合并肩袖撕裂、孟唇损伤、肩峰下撞击症等病症的肩关节疼痛,及合并颈椎疾患引起的肩关节疼痛。

1.2 手术方法

全身麻醉,斜侧卧位,常规采用后方入路,置入 4.0 mm 30° 关节镜,直视下建立前入路,行肩峰成形术、减压术。

1.3 手术配合

1.3.1 术前准备

1.3.1.1 病人准备 患者因长时间肩关节疼痛、功能受限而严重影响生活质量,术前访视应针对患者焦虑、紧张的不良情绪重点介绍手术麻醉的方法及安全性、先进性,尽量解除顾虑,取得患者的主动配合。手术部位皮肤用抗菌皂液仔细清洁,不必剃腋毛。

1.3.1.2 专科器械仪器准备 仔细检查关节镜专用器械和镜头、动力刨削系统、光源系统、成像系统、图像处理系统等,保证质量完好,器械高温灭菌备

用,摄像连接线采用低温等离子灭菌^[2],不可以套一次性无菌器械护套代替,否则术中冲洗液飞溅可能浸湿摄像连接线而影响无菌操作。

1.3.2 术中配合

1.3.2.1 巡回护士配合

控制性降压的配合:麻醉后常规留置导尿,并将引流袋挂在手术床头方便观察尿量。术中密切观察生命体征特别是血压变化,并关注尿量和出血量,以配合麻醉医师的控制性降压工作。

手术体位的安置:取 20°~30° 斜侧卧位,患肩在上,将三角枕垫在患者肩胛骨下方,并尽量将患肩立起来,以保证术中后入路操作空间。术野消毒后,患肘关节上 5 cm 无菌巾包裹,远端皮肤悬吊牵引,内收约 30°,前屈 15°~20°,牵引重量为 5~8 kg。应避免牵引重量过大,导致臂丛神经损伤。妥善约束,防止患者坠床。摆放时保护好各种管道,保持通畅并防止脱落。避免肢体神经压迫造成麻痹等不良后果。

预防压疮的护理:由于冻结肩患者可能合并肩峰形态异常、关节囊粘连、孟唇撕裂、肩袖撕裂等情况,手术时间一般较长,最长达 4 小时,而且术中冲洗液可能使床单潮湿,压疮风险很大,术前应充分评估并做好防范措施。骨突受压处可贴泡沫敷贴,床上加垫硅胶软垫减压,定时巡视、观察患者受压部位的皮肤情况,在不影响手术和患者安全的前提下,超过 2 小时即应为踝关节、膝关节、耳廓等受压部位减压,适当按摩,避免不必要的损伤。

冲洗液的管理:术中需要大量 3 L 袋装生理盐水(每袋加入 1 mg 肾上腺素)持续冲洗关节腔^[3]以维持术野清晰,最长达 45 L。巡回护士应密切观察手术进展,及时更换,保证冲洗的持续性。可以选用 Y 型冲洗管,连接 2 袋冲洗液交替开放。冲洗液容易飞溅,破坏无菌操作,影响感染控制,也不利于医护人员的职业防护。铺巾时使用防水无纺布的一次性肩关节手术专用包,替代传统的布类敷料。肩关

节手术专用包内配备漏斗形塑料积液袋,能有效收集漏出的冲洗液,可避免浸湿术野及手术间地面积水。医生穿防水围裙、高帮雨靴、护目镜,术中及时吸引积液,做好职业防护工作。另外,为防止冲洗液渗透铺巾,进而导致铺巾下心电监护导联失效,除了在术区贴附手术薄膜,使用一次性肩关节手术专用包,在患者胸前、头部位置予以防水铺巾贴附,还常规将心导联贴至患者额部,可有效避免导联被浸湿而失效。

1.3.2.2 器械护士配合 熟悉手术步骤、掌握专科器械的性能、用途并及时准确传递是器械护士配合的要点。

因肩关节镜手术仪器及专用器械较多,器械护士应提早半小时上台,与巡回护士共同清点所有器械、缝针、纱布等术中用物,并仔细检查每件器械的完好性,按照手术医生的习惯,将器械分类排放于器械台上,刀、剪、钩等精细锐利的器械放在专用的防滑垫上。

协助消毒铺巾,将漏斗形积液袋的下摆妥善放置于手术台下水桶中,避免冲洗液外流。协助手术医生连接并固定好关节镜摄像连接线、冷光源导线、刨削器、等离子射频等,将关节镜的焦距、对比度、白平衡调至最佳状态。调节刨削器的转速,一般采用 1500 r/min。连接冲洗及吸引管道。

抽取 30 ml 生理盐水递给手术医生,经肩关节后方软点注入,使肩关节腔充盈膨胀,递 11 号手术刀切开皮肤 0.5 cm,常规采用肩关节后方入路,协助术者插入镜鞘,置入关节镜,开放冲洗液,移动镜头,在直视下建立前入路;根据手术进程,迅速、准确地传递器械,以便手术医生探查、松解、刨除、止血。

术中督促手术医生注意防水,并根据实际情况随时调整漏斗形积液袋的位置,尽量收集漏出的冲洗液。

准备好罗哌卡因、复方倍他米松及透明质酸钠,待术毕递给手术医生注入肩关节腔,以减少术后关节腔的炎症反应并止痛防粘连。缝合切口后,协助手术医生用无菌纱布覆盖切口,用无菌棉垫、弹力绷带加压包扎。

1.3.3 术后器械仪器的处理 严格执行内镜清洗及灭菌操作流程^[4],处理好关节镜专用器械,精心保养精密器械及仪器,锐利的钩尖、刀剪需套软管保护,设专人保管,定位放置,建立使用登记本,记录每次使用时间、效果、性能^[5]。各类导线用湿毛巾擦拭干净后盘放,不能扭曲或打折成角。普通手术器械常规送供应室集中处理。

2 结果

手术时间 1.5 ~ 4 h,平均 3.0 h,手术经过顺利,无并发症发生。术后无关节肿胀、出血,无切口感染,愈合良好。

3 讨论

肩关节镜是近年来新兴的手术方式,治疗冻结肩创伤小,疗效确实,避免了关节正常结构的医源性损伤,有效缓解疼痛和改善关节活动度,提高患者生活质量^[6]。

肩关节部位血供丰富,又无法用止血带,为了保证手术操作时视野清晰,术中需实施控制性降压,将有创血压控制在 100/60 mm Hg 左右,麻醉医生需要根据尿量和出血量随时调整降压药输入速度,所以术前需常规留置导尿,并将尿袋挂在手术床头方便观测;同时术中用含肾上腺素的生理盐水持续冲洗关节腔,有助于保持手术视野清晰^[3]。

为保证手术顺利进行,手术室护士应充分准备好专用手术器械和仪器设备,熟悉手术步骤、掌握专科器械的性能用途并及时准确传递,正确安置合适的手术体位,协助医生尽量缩短手术时间。有研究表明手术超过 4 小时,出现新的护理问题概率明显上升,如患肢肿胀加重^[7]、肺栓塞、深静脉血栓及气道敏感、喉头水肿等。所以要求手术室护士主动、默契配合,并在手术开始后间隔 2 小时提醒手术医师。

关节镜手术专用仪器和器械都非常昂贵,术后须妥善处理才能延长使用寿命,并保证下次手术的顺利进行。

参考文献

- 1 Bhargav D, Murrell GA. Shoulder stiffness: management. Aust Fam Physician, 2004, 33(3): 149 - 152.
- 2 蒋红霞,张飞兰. 肩关节镜手术巡回护士的配合. 护理与康复, 2013, 12(1): 96 - 97.
- 3 李仕海,贾东林. 艾司洛尔复合硝普钠控制性降压用于关节镜下肩袖修补术的临床观察. 中国微创外科杂志, 2011, 11(11): 1012 - 1014.
- 4 钱跃飞. 手术室内镜清洗及灭菌流程管理. 护理学报, 2006, 13(6): 39.
- 5 张 妍,掌孝荣. 关节镜下前交叉韧带重建手术配合. 中国微创外科杂志, 2011, 11(6): 575 - 576.
- 6 陈疾忤,陈世益,翟伟韬,等. 关节镜下粘连松解术治疗原发性冻结肩. 中国运动医学杂志, 2009, 28(1): 7 - 9.
- 7 Berghs BM, Sole-Molins X, Bunker TD. Arthroscopic release of adhesive capsulitis. J Shoulder Elbow Surg, 2004, 13(2): 180 - 185.

(收稿日期:2013 - 08 - 14)

(修回日期:2013 - 12 - 04)

(责任编辑:王惠群)