

“沙滩椅”体位在肩部骨折手术中的应用

宋春燕, 项东

(浙江省杭州市中医院, 浙江 杭州 310007)

关键词 体位 肩骨折 沙滩椅位

传统肩关节手术多采取平卧位, 但存在术野暴露及复位困难、术中出血引流不畅等缺点。2006—2010 年, 我院采取“沙滩椅”体位对 57 例肩部骨折患者进行手术, 取得了满意的效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组 57 例, 男 32 例, 女 25 例。年龄 12 ~ 82 岁, 平均 56 岁。肱骨外科颈骨折 25 例, 锁骨骨折 20 例, 肱骨大结节骨折 12 例。

2 方 法

患者全身麻醉后, 自然平躺在手术台上, 头部置于手术台的头板位置, 用约束带固定额部。将健侧上肢平放于手术台上并包裹固定, 患侧肩胛骨外缘及胸部的的外侧缘置于手术台的边缘, 于肩胛骨内缘垫一毛巾使肩部略抬高。将手术台的背板部摇起, 使病人呈半坐卧位。调节手术床使膝关节呈屈曲状态。于膝关节腘窝处垫棉垫, 避免血管和神经受压。若行肩关节置换手术, 于患侧肱骨干处放置 1 个小的臂板, 以支撑肘关节和前臂。见图 1。

3 结 果

本组患者均获得随访, 随访时间 6 ~ 12 个月。手术均顺利进行, 无 1 例出现术中、术后并发症。

4 讨 论

合理的体位安置和手术视野的暴露是手术成功的关键。只有合理的体位才可以方便医生操作, 缩短

手术时间, 减少出血量, 预防术中感染。“沙滩椅”体位具有以下优点: ①术侧完全显露在术者的前面, 很好地暴露锁骨、肩胛内缘、肩胛下缘、肩峰、肩锁关节、锁骨等标志, 使肩关节能上、下、内、外移动^[1], 便于术者操作; ②肩部突出在手术台外, 有利于 C 形臂 X 线机的放置, 可以轻松摄肩关节正位、侧位 X 线片, 且只需将上臂外展 20° ~ 30°, 就能摄腋位 X 线片; ③手术部位消毒范围更加彻底, 减少了感染发生的机会; ④手术操作方便快捷, 大大缩短了手术时间, 减少了术中出血量, 同时可减少术中感染的发生; ⑤减少了麻醉药品的用量, 使全麻患者易于苏醒, 减少了麻醉后遗症。

操作注意事项: ①患侧的上肢在术中不要长时间外展 90° 以上, 腘窝处垫棉垫保护腘神经不被压迫, 膝部固定带不宜过紧, 足跟部要垫棉垫, 要定时观察体位的稳定性; ②术中要密切观察患者血压、平均动脉压和中心静脉压, 在变幻体位前适当扩容, 当平均动脉压下降时适当加快输液速度; ③对年龄较大者, 需采取弹力绷带加压包扎双下肢。

“沙滩椅”体位手术可用于肩关节镜手术、肱骨近端骨折的经皮固定术、切开复位内固定术和肩关节置换术等, 但是对于老年患者采用“沙滩椅”体位须采取慎重的态度^[2], 尤其是对于曾经有脑血管意外发生史且手术时须使用全身麻醉的患者, 需加强术中脑血管灌注量的监测。



(1)



(2)

图 1 沙滩椅体位

吹气球等,给予雾化吸入,并叩背协助排痰,防止肺部感染。术后麻醉消失后,夹闭尿管,观察膀胱充盈情况;患者自觉有尿意时拔除尿管,协助床上排尿;嘱患者多饮水,每日 2000 mL 以上,防止泌尿系感染。患者身下垫水垫,每 2 h 督促抬臀更换水垫,协助按摩,并用六一散贴敷受压部位,防止褥疮。指导并协助患者使用软毛牙刷刷牙,漱口,保持口腔清洁。

3.2.7 饮食调护 指导患者进食高蛋白、高钙和有利于骨质生长的食物,增加饮食中纤维素的含量,补充水分,忌食辛辣食物。根据血糖情况控制热量。

3.2.8 功能锻炼 向患者及其陪护人员详细介绍术后制动时间和康复计划。术后 6 h 将床头摇起,一般不大于 30°,指导患者行足趾屈伸练习、踝泵练习、股四头肌舒缩练习。术后第 3 天开始指导患者进行髋膝关节屈伸运动,并由被动锻炼向锻炼主动过渡:①被动锻炼方法:患者仰卧,患肢置持续被动活动(continuous passive motion,CPM)机上,系好固定带,从 30°开始,每次活动 30 min,每日 2 次,每天增加 10°,最大不超过 90°。②主动锻炼方法:患者仰卧位,收缩股四头肌,缓慢将足跟向臀部滑动,屈膝屈髋,足跟不离开床面。屈曲角度以不引起髋部疼痛为宜,最大不超过 90°。10 下为 1 组,每次 2~3 组,每日 3 次。康复锻炼本着量力而行、循序渐进的原则,所有床上活动均在患肢外展中立位的状态下进行。

3.3 出院指导 选择患者出院前 1 d 或出院当天进行宣教,尽量要求家属在场。①嘱咐患者多食高营养、高钙、粗纤维和富含维生素的食物,适当应用抗骨质疏松药物。②嘱咐患者定期复查骨折愈合程度及假体情况,并告之假体脱位、松动、下沉及骨溶解都是骨折的高危因素。③强化安全教育,嘱咐患者术后 2 个月方可开始扶双拐或助行器,上肢负重,站稳后左右摇摆骨盆,不负重行走,进行髋、膝关节及下肢肌肉锻炼,每日 3 次,每次 10~15 min;满 4 个月后复查 X 线平片再逐渐负重^[4],每日 3 次或 4 次,每次 50~100 步。④功能锻炼需在专人陪护下进行,以不使患者感到疲劳为度,严防头晕、腿软、摔跌发生,直到患者行走稳定并且行走疼痛和跛行消失再考虑扶单拐,应逐渐弃拐。

4 结 果

所有病例均获随访,随访时间 3~32 个月,平均 20.6 个月。7 例骨折均愈合,愈合时间 3~8 个月,平均 4 个月。手术切口均 I 期愈合。除 1 例患者术后 6 个月因其他疾病死亡外,其余患者术后无严重并发症发生,均恢复至骨折前生活状态,无股骨骨折引起的明显不适。

5 体 会

PFF 是髋关节置换术的严重并发症之一,非手术治疗多难以成功,且多需要长时间制动或卧床^[5]。有效的围手术期护理是保证本病治疗成功的重要因素,术前做好心理护理,积极控制合并症;术后加强病情观察、体位护理,做好引流管护理、疼痛护理、饮食调护,积极预防下肢深静脉血栓,预防感染,做好住院期间康复护理,并给以详尽的出院指导,才能保证患者获得最大限度的功能恢复,提高患者的生活质量。坚持长期门诊随访和影像学监测,定期监测有助于早期发现骨溶解、假体下沉和无菌性松动等,以便早期翻修,避免发生再次的 PFF^[6]。

6 参考文献

- [1] Berry DJ. Epidemiology: hip and knee [J]. Orthop Clin North Am, 1999, 30: 183-190.
- [2] Old AB, McGrory BJ, White RR, et al. Fixation of Vancouver B1 peri-prosthetic fractures by broad metal plates without the application of strut allografts [J]. J Bone Joint Surg Br, 2006, 88(11): 1425-1429.
- [3] 中华医学会骨科学分会. 预防骨科大手术深静脉血栓形成指南(草案) [J]. 中华骨科杂志, 2007, 27(10): 790-792.
- [4] 纪泉, 申剑, 张启维, 等. 人工全髋关节置换术后股骨假体周围骨折的治疗进展 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2006, 21(10): 854.
- [5] Bethea JS 3rd, DeAndrade JR, Fleming LL, et al. Proximal femoral fractures following total hip arthroplasty [J]. Clin Orthop Relat Res, 1982, (170): 95-106.
- [6] 陈炜平, 王祥华. 股骨假体周围骨折的危险因素 [J]. 国际骨科学杂志, 2008, 29(01): 16-17.

(2010-06-10 收稿 2010-07-07 修回)

(上接第 78 页)

5 参考文献

- [1] Ozsoy MH, Bayramoglu A, Demiryurek D, et al. Rotator interval dimensions in different shoulder arthroscopy positions: a cadaveric study [J]. J Shoulder Elbow surg, 2008,

17(4): 624-630.

- [2] Singh Heir J, Gottumukkala V. Beach chair position: is it really feasible in laparoscopic procedures? [J]. Anesthesiology, 2008, 108(6): 1153-1154.

(2009-12-21 收稿 2010-04-27 修回)