

膝关节镜手术中的护理配合及体会

陈旭红

(浙江省磐安县人民医院, 浙江 磐安 322300)

摘要 目的:探讨膝关节手术中的护理配合及体会。方法:对 36 例膝关节镜下手术患者的临床资料、术前准备、术中配合进行回顾分析。结果:36 例患者均得到满意的效果,无 1 例感染病例发生,术后恢复良好,治愈出院。结论:膝关节镜下手术属于侵入性技术操作,一旦感染将直接导致手术的失败。因此,必须严把无菌操作质量关;高质量的术中护理配合是手术成功的关键。

关键词 膝关节镜手术 术中护理配合 体会

随着全民健身意识的增强,车辆的增多,临床上膝关节损伤病例急剧上升。任何一根韧带的断裂都会影响膝关节的运动功能^[1]。膝关节传统手术是从膝关节后路行开放手术,出血多,结构显示不清,易损伤血管束、后方神经,术后膝关节并发症较多;而膝关节镜手术是骨科微创手术,在数个小切口内便可顺利完成膝关节内的韧带重建及探查术,手术精细,创伤小,疼痛轻,卧床时间短,并发症少,皮肤疤痕细,术后效果好,恢复快,后遗症少。另外,高质量的术中护理配合是手术成功的关键。2012 年 10 月至 2013 年 4 月,我院共开展膝关节镜手术 36 例,均得到满意效果,无一例感染病例发生,术后恢复良好,治愈出院。现将手术配合体会报告如下。

1 临床资料

本组 36 例,男 19 例,女 17 例,年龄 18~79 岁,中位数 49 岁,临床表现为膝关节屈伸和负重功能障碍,有明显的不稳定感、疼痛感。行交叉韧带断裂重建者 4 例,半月板损伤镜下修复 21 例,骨性关节炎镜下清理 9 例,滑脱皱襞切除 2 例;手术时间 1.5~3 h,中位数 2 h。术后无感染病例,病人症状缓解,关节稳定性恢复,免疫排斥反应轻。

2 方法

2.1 术前准备

2.1.1 患者准备 手术前日,巡回护士到病房探视患者,详细查看病历,对患者进行正确评估,找出护理问题,针对不同患者特点,有的放矢,用通俗易懂的语言,做好术前心理护理,耐心地向患者介绍手术目的、方法、成功病例、术后注意事项,关节镜下手术属于微创手术,术后不适程度轻,功能恢复快等。了解患者是否患有传染性疾病,以便采取相应措施。了解手术

视野及皮肤准备情况,查看手术部位标记。嘱患者术前 12 h 禁食,4~6 h 禁饮,以免麻醉过程中出现呕吐影响呼吸道通畅,并嘱排空膀胱^[2]。

2.1.2 环境准备 膝关节镜下手术均选择在洁净度高的层流手术间进行,术前开启层流净化系统,同时限制手术间的人员流动,以减少感染的发生。每日晨间用湿布擦拭物品表面和无影灯,术后用含氯消毒液擦拭污染处,房间采取湿式打扫,室温控制在 22~25℃,相对湿度保持在 50%~60%,室内光线能保证屏幕图像清晰即可,不宜过亮^[3]。

2.1.3 物品准备 术前日仔细检查关节镜监视系统等性能是否保持完好,并处于备用状态。除常规下肢手术用敷料外,另备关节镜专用敷料包、关节镜基础器械包、关节镜专用器械包、驱血带、气压止血带、关节镜专用手术薄膜、吸引器管、冲洗管、3 000 mL 装全密闭软包装等渗冲洗液等。膝关节镜专用仪器中光学仪器严禁高压、高温灭菌^[4]。

2.2 术中配合

2.2.1 麻醉与体位 为了便于手术的实施,麻醉方法一般采用连续硬膜外阻滞麻醉或实施全麻,使患者在手术中松弛肌肉。术中体位一般分为两种:屈曲位、伸直位。屈曲位时将手术床升高,患侧大腿用外展架固定,患侧小腿自然下垂,患侧膝关节屈膝 90°,适用于内侧半月板后角切除、前交叉韧带重建等手术;伸直位时患者仰卧位,在手术台上两侧膝关节均平放,半月板手术者在术中患侧膝关节“4”字位放置手术台上^[5]。

2.2.2 巡回护士配合 巡回护士热情接待病人,根据不同对象给予相对应的护理。于健侧上肢建立静脉通道,术前 30 min 静脉滴注抗生素,预防术后切口感染。协助麻醉师进行麻醉,根据病种摆好合适体

位。患者大腿根部上止血带,高于手术野 15 ~ 20 cm,大腿外用无菌巾保护,气囊缠绕松紧适宜,以能放入 1 手指为宜,平整无皱折,防止局部皮肤发生水疱、破损。先检查止血带,再调节好时间及压力。将腿抬高 45°约 1 ~ 2 min,然后用驱血带从远心端向近心端缠绕,然后缓慢充气,压力为 0.05 ~ 0.06 MPa,立即记录时间,若超过 1 h,需松止血带 10 min,方可再用,松止血带时应缓慢放气。用止血带时患者血压易升高,易烦躁,术中要密切注意观察患者的血压及止血带的压力,重视患者主诉,及时提醒医生止血带充气时间。注意患者生命体征、吸氧及输液通畅情况、血氧饱和度动态监测情况,及时对症解决问题。术者同侧靠近患者上肢处放注水装置,灌注液为生理盐水,保持关节腔内足够压力,离手术台 1 m 以上,要求连续充气注水,有清晰的视野,足够的空间,才便于镜下操作,保持灌注液通畅。为严格要求,现均采用 3 000 mL 装全密闭式软包装等渗冲洗液。吸引器袋盛满后立即更换,及时更换生理盐水,避免吸入中央吸引管道内。应正确掌握仪器的性能、连接方式及注意事项。术毕,要将关节镜器械、仪器零配件清点、清洁、上油,置于专柜锁好,做好记录。

2.2.3 器械护士配合 器械护士术前应熟悉器械名称,熟练掌握各种手术器械的性能,使用方法及手术步骤,提前 20 min 洗手,合理摆放手术器械,轻拿轻放各种摄像器具,光纤好好保护,认真检查器械完整性及功能、物品灭菌是否合格。为了避免器械断在关节腔内,器械损坏及头部松动要及时取出。协助医生消毒铺巾,配合巡回护士把各种管道连接好,协助医生贴好膝关节切口膜,为防止手术野潮湿保持无菌,在膝关节处铺 1 块接有塑料引流袋的手术薄膜。遵照外侧疾患内侧进,内侧疾患外侧进的原则选择正确的进路口位置,在关节镜的指导下穿入关节内,按前交叉韧带 - 内侧或外侧半月板 - 髌上囊 - 髌股关节面顺序逐步检查交叉韧带完整度、半月板变化情况。与巡回护士共同正确连接导线、仪器部件,参数调节好,使之处于工作状态。内窥镜镜头擦拭用擦镜纸,无菌蒸馏水冲洗各种特殊器械,然后用纱布擦干。术中及时观察监视屏,了解手术进展,紧跟手术医生操作,能做到准确、及时、主动传递咬、割、刮、刨、剪等器械,使手术医生得心应手操作,使患者痛苦降到最低。及时解决术中所遇的各种问题,保留清除出来的病变

组织,并及时送检,清点物品,配合医生缝合切口,无菌敷料覆盖切口,弹力绷带加压包扎,松开止血带^[6]。

3 体 会

膝关节镜下手术属于侵入性技术操作,在进行手术或检查过程中一旦出现感染将直接导致手术的失败。因此,必须严格遵守无菌技术操作原则,保证好器械的灭菌,以防感染的发生。在手术前严格掌握手术指征,了解患者自身存在何种易感因素及有无传染性疾病,给予对症处理后才可实施手术。为了杜绝感染和交叉感染,关节镜手术不主张连台手术。术中关节腔均要持续冲洗,为保证手术区无菌、干燥,避免术后感染,患肢用手术薄膜粘贴封闭后,再用无菌脚套兜住。关节镜器械属贵重精密仪器,需专人使用,专人保管,定位放置,建立使用登记本,仪器在任何时候都应保持锐利、防湿、防潮、防尘、防锈、防腐蚀、防易燃易爆物品。术后所有器械拆至最小单位,用软毛刷洗刷管腔,流动水冲净血凝块,然后浸泡于 1:400 的 3 M 全能高效多酶清洗液中 5 ~ 10 min,再用超声清洗 10 min,特别长的管道用高压水枪冲洗。器械清洗干净后用气枪把管道内的积水冲净、再浸入水溶性润滑剂 2 min,然后烘干。将关节镜器械置于专用器械盘中,送高压蒸汽灭菌,关节镜的镜头和光源线等不耐高温器械可在低温等离子灭菌机中进行灭菌^[7]。通过密切的膝关节镜手术配合,术后无感染病例发生,手术时间逐渐缩短。可见,高质量的术中护理配合是手术成功的关键。

4 参考文献

- [1] Bispo RZ Jr, Kawano CT, Guedes AV. Chronic multiple knee ligament injuries; epidemiological analysis of more than one hundred cases[J]. Clinics, 2008, 63(1): 3 ~ 8.
- [2] 林晓如, 谢平芝, 陈静芝, 等. 膝关节镜下手术配合体会[J]. 基层医学论坛, 2009, 13(6): 122 ~ 123.
- [3] 黄海璋. 膝关节镜下异体组织重建前交叉韧带的围手术期护理[J]. 中国医学创新, 2011, 8(17): 88 ~ 89.
- [4] 陈欣. 膝关节镜手术的配合及护理体会[J]. 中国医药指南, 2010, 8(30): 323 ~ 324.
- [5] 高国琴, 梁伟东. 谈膝关节镜手术中的护理配合[J]. 甘肃医药, 2012, 31(3): 235 ~ 237.
- [6] 肖惠璇. 膝关节镜手术中的护理配合[J]. 中国实用医药, 2013, 8(5): 228 ~ 229.
- [7] 刘娇艳. 关节镜下 LARS 人工韧带重建前后交叉韧带的配合[J]. 当代护士, 2013, 3: 101 ~ 102, 118.