

关节镜下双排缝合桥技术治疗肩袖全层撕裂的术后护理

汤云仙,徐惠萍,冯卫雅

(浙江省嘉兴市第二医院,浙江 嘉兴 314000)

摘要 **目的:**探讨采用关节镜下双排缝合桥技术治疗肩袖全层撕裂的护理方法。**方法:**对 26 例采用关节镜下双排缝合桥技术治疗的肩袖全层撕裂患者从病情观察、体位护理、疼痛护理、并发症预防及康复锻炼等几个方面进行精心护理。**结果:**本组患者均获得 8 个月以上随访,术后患者的疼痛程度和关节功能较术前明显改善。**结论:**通过病情观察,体位护理,疼痛护理,康复锻炼,可以有效促进肩袖全层撕裂患者术后肢体功能恢复,提高治疗效果。

关键词 关节镜 肩袖全层撕裂 双排缝合桥技术 护理

肩袖损伤是肩关节最常见疾病之一,常用治疗方法包括开放手术、微切口手术、关节镜下手术等^[1]。双排缝合桥技术是最近出现的一种全新的肩袖修补技术,生物力学试验已证实双排缝合桥固定技术比其它修复技术固定强度更大,效果更好^[2]。2010 年 6 月至 2012 年 6 月,本院骨科对 26 例肩袖全层撕裂患者应用关节镜下双排缝合桥技术治疗,效果满意,现总结护理经验如下。

1 临床资料

本组 26 例,男 12 例,女 14 例。年龄 46~75 岁,中位数 55 岁;左肩 9 例,右肩 17 例。车祸伤 8 例,拉伤 4 例,摔伤 5 例,重物压伤 3 例,无明显诱因 6 例。病程 7~230 d,中位数 69 d。根据 DeOrio 和 Cofield 的分级标准^[3],关节镜术中从外侧入路观察,从后侧入路应用带刻度的探钩测量撕裂前后径大小,将肩袖撕裂分为小(<1 cm)、中(1~3 cm)、大(3~5 cm)和巨大撕裂(>5 cm)。入选病例均为中、大或巨大撕裂,并排除臂丛神经损伤、盂肱关节骨关节炎和既往肩袖修补病史。VAS 评分较术前减少了 5.1 分,前屈角度平均增加 47.1°,外旋角度平均增加 14.3°,UCLA 评分和 ASES 评分均较术前明显改善。术后再撕裂率为 9.5%。

2 护 理

2.1 病情观察 患者多为全身麻醉,患者返回病房后观察呼吸、脉搏、血压等基本生命体征的变化,给予心电监护、吸氧,观察有无头晕、恶心、呕吐等麻醉后不良反应的发生,观察有无胸闷、气促等观察情况。本组患者术后上述情况均良好,无异常情况出现。

2.2 体位护理 全身麻醉后常规术后 6 h 取平卧位,由于肩关节特殊的解剖结构,使其具有比身体其

他任何关节更大的活动度^[4],因此术后合理的固定是提高治疗效果的重要环节。术后患肩使用特制护肩支具固定于内旋 30°、外展 20°位,维持至术后 6 周。

2.3 疼痛护理 疼痛可阻碍患者进行功能锻炼,为使患者在无痛状态下最大限度地进行功能锻炼^[5],术后早期应帮助患者消除疼痛不适症状,给予心理安慰,教会患者使用疼痛评分标准尺,适当应用镇痛剂或镇痛泵,本组 12 例使用镇痛泵。

2.4 并发症预防与护理 常见并发症有肩关节肿胀、感染、臂丛神经损伤^[6]。术后 24 h 内每 2 h 观察患肢末梢血运及手指活动感觉、肿胀、敷料渗血情况,以后每天观察 4 次,有异常及时报告医生。患肢肿胀明显,予静脉给消肿脱水药物。注意观察体温变化,观察切口有无红、肿、热、痛等表现。术后保持负压引流管通畅,注意观察引流液的性质、量和颜色,引流管一般在术后 24~48 h 内拔除。本组 26 例均按时拔管,除了 2 例患者肩袖修补后出现再撕裂外,无术中术后血管神经损伤、锚钉拔出及深部感染等并发症。

3 康复锻炼

3.1 第 1 阶段(0~6 周) 术后 0~6 周以被动活动为主,主要动作:被动外旋及前屈摆动。除了训练的时间,都应使用护肩支具固定肩关节;不主动活动患侧肩关节,尤其是突然的肩部活动;睡觉时采取仰卧位,以减轻肩袖部肌张力;屈伸肘练习,保持大臂不动,反复屈伸肘关节,上下午各 100 次;肩关节被动活动:患肩放松不发力,用健侧手拖起患侧小臂进行各方向的活动,上、下午各练习 1 次;三角肌等长收缩练习:外展患肢与墙面对抗,每次 3 min,每天 1 次。

3.2 第 2 阶段(6~7 周) 在这一阶段解除护肩支具固定,但不提重物,不突然活动肩关 (下转第 76 页)

(上接第73页)节,对于巨大肩袖撕裂患者则延长2周。需要做以下练习:小范围活动肩关节(外展不超过 30° ,前屈不应超过 90° ,后伸不超过 30°);继续三角肌等长收缩练习;推墙:用患侧手推墙做俯卧撑动作60下,分3组做完,每组休息1 min,每天练习1次。

3.3 第3阶段(7~13周) 在这一阶段可以参与日常生活活动,但不提重物,继续第2阶段的训练,另外增加以下训练:柔韧性练习每天上、下午分别做以下动作各30次:水平内收肩关节,外旋,内旋摸背;12周后逐渐进行抗阻练习,加强肌力练习;肱二头肌力量练习隔天训练1次,每次3组,每组8个,做完一组休息1 min。

3.4 第4阶段(14周以后) 这一阶段,能应对日常生活中的各种动作,继续训练上肢的力量和灵活性,提高日常生活活动能力,减少再损伤的机率。术后24周才可进行体力劳动或体育运动。

4 小 结

关节镜下行双排缝合桥技术治疗肩袖全层撕裂能使手术过程更加简化,手术创伤小,不仅增加了固

定强度,同时实现了足印区完全覆盖和愈合区域的加压,更有利于腱骨愈合。术后护理重点是病情观察,体位护理,疼痛护理,规范的康复功能锻炼,以促进患者肢体功能恢复,提高治疗效果。

5 参考文献

- [1] 陈世益. 肩关节疾病和运动损伤的诊断和治疗[J]. 国外医学:骨科学分册,2005,26(2):71-75.
- [2] Park MC, Elattrache NS, Ahmad CS, et al. "Transosseous - equivalent" rotator cuff repair technique[J]. Arthroscopy, 2006,22(12):1360. e1-1360. e5.
- [3] DeOrio JK, Cofield RH. Results of a second attempt at surgical repair of a failed initial rotator - cuff repair[J]. J Bone Joint Surg Am, 1984,66(4):563-567.
- [4] TERRY CANALE. 坎贝尔骨科手术学[M]. 9版. 济南:山东科学出版社,2001,465.
- [5] 杨洁,胡三莲. 肩关节脱位关节镜术后患者的康复训练[J]. 护士进修杂志,2006,21(7):623.
- [6] 鲁建丽,姜香云,陈中. 肩关节镜辅助下小切口治疗肩袖损伤的术后护理[J]. 护理与康复,2010,9(7):603.

(2013-10-06 收稿 2014-01-24 修回)