

缝合桥固定技术治疗冈上肌肌腱破裂的围手术期护理

陈珍珍, 鲁娟, 余洁静, 郑玲玲

(温州医科大学附属第二医院, 浙江 温州 325000)

摘要 **目的:**探讨双排缝合桥技术修补破裂冈上肌肌腱后护理的作用。**方法:**对接受关节镜下双排缝合桥固定肌腱修补术治疗的 38 例冈上肌肌腱破裂的患者术前进行心理护理, 术后按不同阶段给予功能锻炼指导。采用美国加州大学肩关节评分法进行效果评定。**结果:**术前评分为 16.08 ± 3.9 , 术后最后随访时评分为 32.13 ± 2.9 , 两次评分比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。术前肩关节主动外展 $93.16^\circ \pm 15.35^\circ$, 术后随访时为 $147.50^\circ \pm 12.01^\circ$, 二者比较差异有统计学意义。**结论:**使用双排缝合桥固定技术修补破裂冈上肌肌腱效果良好, 术后合理的功能锻炼和护理对肩关节功能恢复具有重要意义。

关键词 冈上肌肌腱破裂 缝合桥技术 功能锻炼 护理

肩袖中以冈上肌肌腱损伤最多见, 表现为主动外展力弱。关节镜下修补断裂的冈上肌肌腱以及肩袖其他组织的技术已经成熟^[1], 但是术后护理、指导功能锻炼有时会不被重视, 导致术后功能恢复不佳。本文探讨双排缝合桥固定技术修补断裂冈上肌肌腱后, 从护理角度总结并分析术前术后护理及功能锻炼的意义。

1 临床资料

本组研究共纳入冈上肌肌腱破裂患者 38 例, 男 28 例, 女 10 例。年龄 34 ~ 60 岁, 中位数 45 岁。临床表现为肩部疼痛, 肩关节主动外展乏力受限, Jobe 试验阳性。术前常规行肩关节磁共振检查以辅助诊断。手术在关节镜下进行, 均采用双排缝合桥固定技术对破裂冈上肌肌腱进行修复。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 部分患者术前会出现不安心理, 精神紧张, 对疾病及关节镜手术缺乏相关认识。护理人员应向患者及家属耐心讲解有关冈上肌肌腱断裂的知识, 解释关节镜下治疗该病具有创伤小、恢复快、住院时间短等优点, 消除患者对手术的恐惧, 使其了解关节镜手术的优势, 减轻心理痛苦及解除疑虑。同时应对患者的职业、文化背景、家庭情况等方面进行必要的了解, 根据病人特点制订合适的心理护理方案。

2.1.2 术前准备 根据患者年龄及全身情况评估患者的手术耐受情况, 完善术前检查, 包括血常规、肝功能、肾功能、血电解质、出凝血时间、二便常规、胸部 X 线片、心电图、腹部 B 超、患侧肩关节 MRI 等检查。

备皮、备血, 并告知术前晚及术晨禁饮食, 安静休息, 防止感冒。术晨监测生命体征, 核对病人腕带、病历、术中药物, 更衣后送病人入手术室, 并更换床单, 备好麻醉床、氧气、心电监护仪、吸痰器, 抢救药品。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征观察 患者术毕回病房, 肩关节镜手术一般采用全身麻醉, 故常规吸氧、给心电监护, 保持呼吸道通畅, 禁食 6 h, 密切观察生命体征及监测血氧饱和度, 并向家属交待注意事项, 注意血循环、感觉、活动、反射、末端血液循环等。妥善固定伤口引流管并保持引流管通畅, 观察引流液的量、颜色、性质等, 一般术后 24 ~ 48 h 后予拔管。

2.2.2 术后体位护理 术后去枕平卧 6 h, 抬高患肢, 予上臂下置一垫枕, 保持肩关节外展约 30° , 使肩关节处于放松状态, 降低手术切口张力, 促进肿胀消退, 加快关节恢复。6 h 后可改半卧位, 并使用支具将患肢固定于胸前。支具佩戴松紧需适宜, 注意保持患肢肘关节屈曲 90° , 外展 $50^\circ \sim 70^\circ$, 前屈 $15^\circ \sim 25^\circ$ 。睡觉时脱下支具, 但要保持患肢处于外展位。

2.2.3 术后疼痛护理 术后大部分患者都存在不同程度的疼痛, 一般随着伤口的恢复而逐渐减轻。疼痛不仅影响患者的情绪, 还会打击其对功能锻炼的积极性, 为了保证肩关节功能的恢复, 有效的镇痛措施必不可少。常规使用镇痛泵 1 ~ 3 d, 或予塞来昔布 200 mg 口服, 1 天 3 次, 或使用帕瑞昔布针 40 mg 静脉点滴或肌肉注射, 1 天 2 次。

2.2.4 并发症防治 ①肺部感染: 全麻过程中气管插管易引起呼吸道分泌物增多, 影响正常呼吸, 应协

助定时翻身拍背,指导患者深呼吸咳嗽、咳痰,必要时给予雾化吸入或吸痰。②臂丛神经损伤:手术过程中对患肢的长时间牵拉易使臂丛神经损伤,主要表现为肌无力及体表感觉障碍。术后需时刻关注患者患肢的感觉活动改变。③切口感染:保持伤口敷料清洁干燥,并注意渗血、渗液情况,若渗血、渗液较多时,应及时通知医师更换敷料。合理使用抗生素,术前 30 min 及术后 24 h 内使用抗生素。

2.3 康复锻炼

2.3.1 术后 0~7 d 该阶段主要护理及康复目的是消肿止痛,保持患肢力量。术后常规建议患者购买肩关节支具。部分患者可能对支具认识不够,认为其价格昂贵,且只能暂时使用。护理人员需告知患者手术虽已完成,但断裂肌腱尚未完全愈合,过早及不适当的活动易导致其再发断裂。肩关节支具可以加强关节的稳定性,能预防初步缝合的肌腱再次断裂。术后第 1 天指导患者进行肩关节的被动屈伸活动,以肩关节外旋及前屈运动为主,肘关节及腕关节进行主动屈伸活动,每次 15 min,每天 2~3 次。

2.3.2 术后 1~6 周 术后 1 周后开始指导病人进行肩关节“摆动练习”,让患者起身站立,上身前屈与地面平行,在颈腕悬带及健侧手保护下来回摆动手臂^[2]。首先前后方向,待适应后行左右方向,最后沿顺时针或逆时针方向行圆周运动,逐渐增大活动范围,但不超过 90°。同时需配合肘腕关节的主动屈伸及肩关节肌肉群的等长收缩练习来促进功能恢复。

2.3.3 术后 7~14 周 对中度撕裂患者,术后 7 周可摘除支具进行合适的主动活动练习,重度撕裂组需推迟至术后 8 周^[3]。训练内容为肩关节的前屈、外展、外旋等练习。关节活动度可逐渐扩大,但须根据患者个体情况确定幅度,以接近对侧为目标。12 周后开始肌力对抗训练,加强患肢肌力练习;肱二头肌

力量练习隔天训练 1 次,每次 3 组,每组 8 个。

2.3.4 术后 14 周后 此阶段患者已能正常参与各项日常活动。但仍需避免剧烈活动及肩关节的突然发力等动作。该过程患肢需要逐渐适应增大的负荷,否则,及其容易再度损伤。

3 结果

3.1 评价方法 采用美国加州大学肩关节评分(University of California at Los Angeles, UCLA)方法评估,评测肩关节主动外展范围。采用 SPSS17.0 软件进行统计分析,配对样本行 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3.2 评价结果 所有患者获得随访,随访 9~12 个月,中位数 10 个月。中度撕裂(撕裂范围 1~3 cm)25 例,大撕裂(撕裂范围 3~5 cm)13 例。术前 UCLA 评分为 16.08 ± 3.9 ,随访评分为 32.13 ± 2.9 (t 值为 $-20.371, P=0.000$),差异有统计学意义。术前肩关节主动外展 $93.16^\circ \pm 15.35^\circ$,随访时 $147.50^\circ \pm 12.01^\circ$ (t 值为 $-17.155, P=0.000$),差异有统计学意义。

4 讨论

关节镜下双排缝合桥技术修补破裂冈上肌肌腱这一技术已比较成熟。但是,术后护理及康复锻炼对术后肩关节的功能恢复至关重要。本文 38 例随访均有效。所有患者均治愈出院,且无明显不良并发症。手术效果良好。合理的术后护理及早期正确的康复锻炼,对于减轻术后疼痛,恢复关节功能具有重要意义。

5 参考文献

- [1] 王健全. 肩关节疾病诊断和治疗的新进展[J]. 中华关节外科杂志:电子版,2012,6(1):1-3.
- [2] 文琴玲. 关节镜下肩袖损伤修复术后的护理体会[J]. 按摩与康复医学,2012,3(12):134-135.
- [3] 李云霞,陈世益. 肩袖修补术后肩关节的康复[J]. 国外医学:骨科学分册,2005,26(2):89-91.

(2014-08-18 收稿 2014-10-12 修回)

(上接第 73 页)休克及有筋膜室综合征先兆者禁止使用冷敷。

5 参考文献

- [1] 蔡云仙,胡柏松. 冷热序贯疗法治疗闭合性踝关节骨折早期软组织肿胀疗效观察[J]. 中医正骨,2014,26(2):58-59.
- [2] 梁伟,宋贤武,季卫平. 踝关节骨折术后棉垫加压配合冰敷疗效观察[J]. 中医正骨,2009,21(6):12-14.

- [3] 陆琦,桂斯卿. 骨科术后疼痛的原因、评估、护理现状及展望[J]. 实用临床医药杂志,2009,5(18):116-118.
- [4] 刘辉,刘波,伍萨,等. 骨科弹道式冲击波配合冷疗治疗跟痛症和网球肘[J]. 中医正骨,2014,26(2):27-28.
- [5] Kemozek TW, Greany JF, Anderson DR, et al. The effect of immersion cryotherapy on medial-lateral postural sway variability in individuals with a lateral ankle sprain[J]. Physiother Res Int,2008,13(2):107-118.

(2014-08-09 收稿 2014-10-25 修回)