

Observation and Nursing of Massive Rotator Cuff Tears Combined with Systemic Lupus Erythematosus

Xiaojie Zhang, Shuang Zhang, Hui An

Beijing Jishuitan Hospital, Beijing
Email: qiqi060808@163.com

Received: Mar. 18th, 2016; accepted: Apr. 1st, 2016; published: Apr. 7th, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a kind of autoimmune disease, which is difficult to treat clinically nowadays. Rotator cuff tears (RCT) are more common in elder patients, many of whom would complain about pain, stiffness and weakness. The combination of the above two diseases could cause severe functional loss of the quality of life to the patient. In recent years, the treatment of arthroscopic surgeries for RCT is well developed. With the minimal invasion of the arthroscopic surgery, post-operative rehabilitation could be applied earlier. However, many of the patients would worry about that the surgery may get SLE worse, and choose conservative treatment instead, which leads to progressing of the RCT. This article reports one patient with massive RCT combined with SLE, who was admitted into our ward in September 2013. Before the operation, the long-term conservative treatment resulted in a poor clinical function of the shoulder joint and bad condition of quality of life. The forward elevation was 85°, and the external rotation was 15°. After the surgery, the patient received a careful clinical nursing. The shoulder was immobilized onto an abduction pad. The nursing for skin pressure was emphasized as well as other routine clinical health care. The rehabilitation program was well applied. The patient recovered well, and there was no complication found.

Keywords

Systemic Lupus Erythematosus, Rotator Cuff Tears, Nursing

系统性红斑狼疮患者合并巨大肩袖损伤的观察与护理

张晓婕, 张 爽, 安 惠

北京积水潭医院, 北京

Email: qiqi060808@163.com

收稿日期: 2016年3月18日; 录用日期: 2016年4月1日; 发布日期: 2016年4月7日

摘 要

肩袖损伤常好发于中老年人, 以肩关节疼痛、无力、活动受限为主要症状。肌腱断裂大于5毫米者称为巨大肩袖损伤。近年来, 关节镜下肩袖修补术在临床上得到广泛应用。镜下治疗肩袖损伤对组织损伤小, 术后可进行早期功能锻炼。系统性红斑狼疮是一种自身免疫性疾病, 病程迁延不愈, 且目前无根治方法。两种疾病合并一起使患者生理和社会功能都受到影响, 生活质量下降。很多患者因担心手术使红斑狼疮加重, 只单纯的进行保守治疗, 最后导致肩关节损伤加重, 形成巨大肩袖损伤, 无法进行日常生活。随着医学模式的转变, 生活质量成为各国医务工作者的研究热点。2013年9月, 我院收治一例巨大肩袖损伤合并红斑狼疮的患者, 长期服用强的松, 因担心手术会使加重病情, 一直在当地医院进行保守治疗, 效果很差, 患者患肢活动障碍, 肩关节前屈上举 85° , 外旋 15° , 无法进行正常活动, 生活质量严重下降。经他人介绍, 转来我院治疗。护士对患者术前术后的常规护理, 术后体位的安置及肩关节外展包制动的指导, 在进行骨科常规护理时着重加强皮肤护理, 在不影响手术的前提下避免皮肤刺激, 观察并发症的同时注意鉴别症状引起原因, 对症处理。患者肩关节恢复良好, 未因手术创伤使原始疾病加重。

关键词

系统性红斑狼疮, 肩袖损伤, 护理

1. 引言

肩袖是由冈上肌、冈下肌、肩胛下肌、小圆肌的肌腱包绕肱骨头前后方形成的袖套样结构, 其主要功能是控制肩关节的运动及维持肩关节的稳定性, 参与肩关节外展、外旋、上举、等活动[1]。以上四条肌腱断裂, 无菌性炎症及冈上肌腱的断裂均称为肩袖损伤, 常好发于中老年人, 以肩关节疼痛、无力、活动受限为主要症状[2]。肌腱断裂大于5毫米者称为巨大肩袖损伤。近年来, 关节镜下肩袖修补术在临床上得到广泛应用。镜下治疗肩袖损伤对组织损伤小, 术后可进行早期功能锻炼。系统性红斑狼疮是一种自身免疫性疾病, 病程迁延不愈, 且目前无根治方法。两种疾病合并一起使患者生理和社会功能都受到影响, 生活质量下降。很多患者因担心手术使红斑狼疮加重, 只单纯的进行保守治疗, 最后导致肩关节损伤加重, 形成巨大肩袖损伤, 无法进行日常生活。随着医学模式的转变, 生活质量成为各国医务工作者的研究热点[3]。2012年9月, 我院收治一例巨大肩袖损伤合并红斑狼疮的患者, 经患者同意, 现对其护理情况报告如下。

2. 病例资料

患者, 女性, 57岁。于两年前不慎摔伤右肩部致伤处疼痛, 活动受限, 肩关节前屈上举, 110° , 外

旋 30°且 5 年前诊断“系统性红斑狼疮”，长期服用强的松，因担心手术会使加重病情，一直在当地医院进行保守治疗，效果很差，患肢活动障碍，肩关节前屈上举 85°，外旋 15°，无法进行日常活动，日常生活能力评分为 70 分，生活质量严重下降。经他人介绍，转来我院治疗。入院时体检：神清，营养中等，躯干及四肢有散在红疹，生命体征正常，术前常规检查未见异常，免疫球蛋白 G：22.9 g/L，魏氏血沉第一小时：26 mm，抗核抗体：212 U/ml。

3. 护理

3.1. 术前护理

1) 建立良好的护患关系，减轻心理负担：患者因肩袖损伤，日常生活造成受到一定影响，身心均承受较大痛苦，加之对术后远期效果的担心，易产生焦虑、紧张等不良心理情绪。相关研究表明，精神紧张可通过神经—内分泌系统而引起免疫系统紊乱，促发和加重病情[4]。另外，患者来京住院治疗，脱离了自己本身熟悉的环境工作、家人和熟悉的人群，来到一个陌生的环境，在心理上要有个适应的阶段。然而，良好的心理状态，有利于患者配合治疗和减轻疾病带来的痛苦，提高治疗效果和生活质量[5]。此时，医护人员对患者的关注，理解和支持，对患者的心理反应有着举足轻重的影响。我们对患者热情接待，尽可能的为患者提供帮助，加强解释和沟通，调节患者的不良情绪，鼓励病友间交流，互相鼓励，让其解除心理负担。在给予精心的照顾外，还有给予精神鼓励，使患者不仅感受到亲人般的关爱，又不使“病人角色强化”，积极配合治疗，提高患者治愈疾病的信心。

2) 加强皮肤护理，防止基础疾病加重：患者患有红斑狼疮，皮肤护理尤为重要。护士安排床位时，避免安排靠近窗户的床位，并告知患者外出时注意遮盖，以减少紫外线照射。嘱患者切忌挤压皮肤红疹，每天清洗皮肤，保持皮肤清洁干燥指导患者保持皮肤的清洁、干燥，使用温水洗浴，忌用碱性肥皂。因此，在做术前准备时，备皮不可使用肥皂水，取得医生同意后，护士使用温水协助患者将术区皮肤擦洗干净，将腋下较长体毛剪短。因术后需使用外展包，该物品为尼龙质地会刺激皮肤，护士告知患者及家属，提前准备纯棉手绢数块，可垫衬在外展包与皮肤之间。

3) 合理的饮食指导，良好的生理状态迎接手术：给予患者平衡健康营养的膳食，告知患者进食时细嚼慢咽，禁止进食油炸、辛辣、干硬的食物。告知营养科配餐员在患者饮食中禁止放入羊肉等热性食物，因其性温热，食用后会加重红斑狼疮内热症状，诱发病情；香菇、芹菜含有补骨素能引起光敏感，面部出现红斑、皮疹，故不宜放入汤中。嘱患者适当进食维生素 D，其可预防和治疗因服用糖皮质激素而导致的骨质疏松。

3.2. 术后护理

1) 保证皮肤状态良好的前提下进行术后常规护理。患者在全麻下行关节镜下肩袖修补术。术后给予全麻术后常规护理，术后平卧、禁食水 6 小时，监测生命体征，观察患肢伤口有无渗血，手指血运情况。伤口给予冰敷，注意冰袋不可直接接触皮肤，防止冻伤。因肩关节手术患者，年龄偏大，且术后下床时间晚，易发生下肢深静脉血栓，我科常规给予肩关节手术患者术后双下肢使用气压式足底按摩仪(足底静脉泵)。由于该产品腿套为塑料制成，包裹下肢密不透气，为防止对该患者的皮肤刺激，护士未使用足底静脉泵，协助患者麻醉恢复后早期下床活动，遵医嘱给予抽血查第二聚体，下肢深静脉彩超以排查下肢深静脉血栓，并做好预防。该患者未发生下肢深静脉血栓。

2) 患肢体位及外展包的使用。肩关节缝合部位的张力在外展位的状况下可达到降低的效果，能促进更快愈合[6]。损伤的肩袖在外展包的作用下可在无张力的状态下加快愈合，因此患者在术后即刻使用外展包，使患肢保持外展 45°。肩关节外展包由海绵制成，具有支撑力单位体积重量轻，可为患肢放置提

供相对舒适的位置。患者返回病房后，护士检查外展包固定的松紧度，过松会导致固定位置的移动，过紧可产生局部肿胀，影响血运，注意倾听患者主诉给予及时调整。因外展包为尼龙质地，在患者麻醉恢复后，护士将患者缓慢扶起后，在重新调整位置的同时将术前准备好的手绢垫衬在外展包与皮肤之间，保证清洁干燥，使局部剪切力降低。如患者感觉约束带紧勒，可在颈部垫一块纯棉吸汗手帕，也可垫柔软纱布。由于患者术后需佩戴外展包至少 3 周，护士告知患者及家属使用外展包的意义，使其重视，因术前宣教时已安排患者提前佩戴外展包适应，患者未主诉不适。同时教会家属使用外展包：患者坐好后，肩关节外展，将海绵包置于腋下，患肢前臂放置在外展包上方，前臂向前，手掌悬空，外展包的内侧面完全帖服于病人躯体侧面，使肩关节外展 45°，将前臂用短搭扣固定在外展包上，腰部搭扣绕腰一周贴在海绵包上，肩部搭扣绕健侧肩部贴在海绵包上。

3) 术后并发症的观察、鉴别与预防。① 伤口感染：系统性红斑狼疮治疗需要长期接受糖皮质激素及免疫抑制剂，使宿主免疫功能降低[7]术后极易发生感染。首先根据医嘱合理应用抗生素，提醒医生使用与患者自身用药无禁忌的抗生素。再次，保持伤口的清洁干燥，发现敷料污染潮湿后及时通知医生换药，换药时注意无菌操作。另外，观察伤口疼痛情况，若术后 3 天伤口异常疼痛，应警惕感染的发生。动态观察患者病情变化，观察发热波形，关节镜术后感染主要表现为发热、局部肿痛，压痛明显。观察伤口有无红肿、渗出、积液等情况，合理使用抗生素，监测体温，当患者体温增高时鉴别术后吸收热和风湿热及感染引起的发热，对症处理。患者术后第一天 20 点体温 38.1℃，给予化学冰袋冰敷额头，协助患者大量饮水后，22 点体温降至 37.5℃，第二天 6 点体温 36.4℃，其余体温均在 37℃ 以下，未出现术后感染。② 关节肿胀：关节肿胀主要是手术创伤造成组织水肿及与术中灌洗液持续冲洗，液体渗透到组织间隙有关[8]。患者回病房后，给予患肢抬高，指导患者进行掌指关节、肘关节的活动及肌肉收缩，促进淋巴及静脉回流。患者术后第一天换药时可见关节周围轻微肿胀，经过锻炼冰敷后，于术后第三天消肿。③ 肾上腺危象：由于红斑狼疮疾病和长期使用激素的影响，导致肾上腺皮质功能受抑制，肾上腺功能低下，机体调节能力差，另外手术创伤可诱发和加重狼疮活动[9]，因此需做好预防护理。及时评估患者恶心、呕吐等症状，判断是否出现肾上腺危象症状，给予相应处理。监测生命体征变化，术后三天记录出入量，维持体液平衡，及时发现并预防肾衰竭，24 h 出量超过 2000 ml 以上，即须引起重视，及时报告医生。该患者出入量平衡，24 h 出量均未超过 2000 ml，于术后第四天停止记录出入量。且未发生以上并发症。④ 压疮红斑狼疮导致患者存在皮肤损害，皮肤暴露部分出现对称性皮炎，术后患者长期卧床，使局部皮肤受压，血液循环障碍，皮肤加快组织代谢，耗氧量增加。这些因素均使患者增加了压疮的危险。在患者卧床期间，指导其利用健肢肘关节支撑床面，双下肢屈曲足部蹬床同时向下用力，进行三点支撑抬臀练习，间歇性解除局部皮肤压迫。按摩骶尾部等受压部位皮肤，注意保护红斑部位的皮肤，保持局部皮肤清洁干燥。保持床单位平整、清洁、干燥。加强患者营养，增强机体抵抗力。患者皮肤完整性良好，但存在皮肤红斑，红斑大多数集中在面部、小腿处和胸部，出院时未出现压疮。

4) 个性化康复有助于关节功能的恢复。肩关节患者术后系统化个性化康复治疗是肩关节功能恢复所必需的。由于肩袖愈合过程需要 6~8 周，因此要根据肩袖愈合过程的组织学和生物力学的变化及患者的不同病情，进行不同恢复阶段的康复治疗。术后第 1 天，评估患者的病情和日常生活活动能力，该患者日常生活能力评分为 80 分，讲解功能锻炼的原则，指导患者进行患肢的肘关节、腕关节及手指关节的主动伸屈活动。用力缓慢，尽可能大张开手掌，保持 2 S，用力握拳保持 2 S，反复进行，在不增加疼痛的前提下尽可能多做，有利于促进循环、消退肿胀、防止深静脉血栓。鼓励患者下床活动，加强散步等有氧锻炼，保持心肺功能良好状态。由于我们的患者的锻炼都是由康复师根据患者的病情进行个性化的康复指导，因此鼓励患者配合康复师的治疗，告知患者及家属早期功能康复能有效提高患者术后肩关节活动度，有助于恢复肩关节正常的力学机制[10]。锻炼时需注意正确掌握运动量和训练节律，在无痛的范围

下进行锻炼。肌肉练习应练习至肌肉有酸胀疲劳感为宜，该练习是恢复关节稳定性的关键因素，应坚持锻炼。锻炼时应严格按照康复师的指导进行，不可自行锻炼。

3.3. 出院指导

告知患者术后 14 天拆线及术后 3 周来院复查，鼓励患者坚持功能锻炼，但不可急于求成，同时要注意皮肤护理，保持皮肤清洁，干燥，避免刺激。着重向患者介绍外展包的注意事项：1) 佩戴时应密切注意患者主诉以及生命体征表现，切忌因松紧度异常造成患者出现呼吸异常等不适症状。2) 注意患者皮肤状况，切忌出现因佩戴造成皮肤受损。3) 除患肢功能锻炼时，可摘除外展包，其余时间均须持续佩戴，完全摘除时间遵医嘱。4) 睡眠时可平卧或健侧卧位，不可患侧卧位，以免造成外展包位置的改变，起床后需观察外展包位置有无改变。5) 佩戴期间，保持外展(和/或旋)包的干燥清洁，必要时用干布清洁污垢。告知患者及家属，避免过度劳累和寒冷刺激，注意避免强光的照射，洗澡时水温不能太热。避免使用化妆品及化学制剂刺激，按医嘱按时、按量服药。6) 继续合理饮食，禁止进食油炸、辛辣、干硬食物及羊肉等热性食物，避免诱发病情；因香菇、芹菜含有补骨素可引起光敏感，使面部出现红斑、皮疹，故不宜食用。因患者不能晒太阳，故嘱患者适当进食维生素 D，预防和治疗因服用糖皮质激素而导致的骨质疏松。

3.4. 随访

患者术后三周来院复查，在医生同意下摘除外展包，测量肩关节活动度：肩关节前屈上举 100°，外旋 45°，外展 35°，内旋 20°，询问患者，可在他人协助下完成日常生活，日常生活能力评分 85 分，按医生要求到康复医学科进行康复锻炼。鼓励患者配合康复师的治疗，告知患者及家属锻炼时需注意正确掌握运动量和训练节律，在无痛的范围下进行锻炼。肌肉练习应练习至肌肉有酸胀疲劳感为宜，锻炼时应严格按照康复师的指导进行，不可自行锻炼，注意合理饮食。术后六周患者再次复查，测量肩关节活动度：肩关节前屈上举 145°，外旋 60°，外展 40°，内旋 30°，询问患者，可自行完成日常生活，日常生活能力评分 90 分。提醒患者继续功能锻炼，合理饮食。该患者坚持合理饮食，配合医护人员治疗及护理，严格按照康复师要求进行锻炼，术后患肢恢复良好，可自行完成日常活动，未因手术创伤诱发系统性红斑狼疮。

4. 讨论

患者病程复杂，患肢疼痛，使患者情绪低落，焦虑，护士的心理护理格外重要，建立良好的护患关系，可使患者对疾病的治疗，增强治愈的信心。患者由于基础疾病大量服用糖皮质激素，副作用大，也增加了护理的难度。因此，这就要求护士具备扎实的基础护理学、医药学知识，掌握心理学、行为医学等各方面的知识。能够掌握患者患病期间的各种要求，还要求护士有敏锐的观察力，良好的语言表达能力和分析问题的能力，才能加强患者的健康指导，提高患者的生活质量。

作为骨科护理人员，在执行骨科护理常规的同时应关注患者的原始疾病。该患者因巨大肩袖损伤收住院，但其原始疾病为系统性红斑狼疮，护理人员在护理时应对患者加强皮肤护理，在不影响手术的情况下，避免患者皮肤刺激。观察并发症时，注意鉴别症状引起原因，对症处理。经过以上的护理，患者肩关节功能恢复良好，并未因手术创伤使原始疾病加重。

参考文献 (References)

- [1] 苏晓静, 高远, 胡智飞. 关节镜下缝合锚修复肩袖损伤患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(8): 21-22.
- [2] 张嫩阁. 手术治疗肩袖损伤患者的护理[J]. 护理学杂志, 2007, 3(6): 37-38.
- [3] 张标新, 王维利. 中国系统性红斑狼疮病人生活质量研究存在的问题与思考[J]. 护理研究, 2011, 25(1): 83-85.

- [4] 李静娟, 陈敏华, 詹秋瑜, 张德葵. 系统性红斑狼疮患者再入院原因探讨及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(24): 23-24.
- [5] 潘玉嫦. 心理护理干预对系统性红斑狼疮患者的影响[J]. 现代临床护理, 2008, 7(5): 45-47.
- [6] 傅红平. 肩关节镜下肩袖损伤修补术患者的护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(15): 1302-1304.
- [7] 华静, 等. 口腔酸碱度改变与护理对系统性红斑狼疮患者的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(9): 1056-1057.
- [8] 付佳, 高凡. 肩关节镜下肩袖损伤修补术患者的护理[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(11): 1302-1304.
- [9] 罗文, 刘国英. 红斑狼疮患者髋关节置换术后并发症的预防[J]. 护理学杂志: 外科版, 2010, 25(12): 33-34.
- [10] 张荣花. 创伤性肩袖损伤术后不同时间开始康复训练效果观察[J]. 护理学报, 2010, 17(3): 41-45.