

手术体位引起周围神经损伤的原因分析及对策

郑州大学附属郑州中心医院 手术室 董春花

【摘要】分析手术体位引起周围神经损伤的原因，主要是因为周围神经长时间受牵拉、压迫或缺血所致，所以加强手术病人围手术期的管理，发现问题及时处理，可以避免周围神经损伤。

【关键词】手术体位 周围神经 原因 对策

正确安置好手术体位对外科手术的成功起着非常重要的作用。手术体位是患者为适应手术治疗需要所采取的一种强迫体位。手术室护士正确地摆放手术所需体位，既要满足手术治疗的需要及方便手术医生操作，又要维持患者的正常生命体征，增进舒适度，避免组织损伤。因医护人员操作不当引起的周围神经不同程度的损伤，并不少见，甚至造成医疗纠纷。在手术麻醉期间神经损伤的发生率，我国目前尚无确切报道，但在1990年美国有关麻醉索赔资料表明：其中15%是神经损伤^[1]。所以，为了最大限度地避免医疗风险，保障病人安全，对手术体位引起周围神经损伤的原因分析及对策作一综述。

1. 周围神经损伤的原因

1.1 臂丛神经损伤 摆放手术体位时，上肢外展过度，如施行乳腺癌根治术时，行腋窝淋巴结清扫手术操作牵拉或术者身体靠近上肢推拉；施行截石位手术时，由于无菌区较短(身材矮小患者)，参加手术人员较多(4名以上)，术者挤靠牵拉上肢等，造成上肢长时间过度外展，并伴有外旋，可致臂丛一束或主干神经损伤，以后束、桡神经或腋神经近端最常见；肩托位置不当也会压迫臂丛神经^[2]。

1.2 桡神经损伤 上肢外展时，托手板未衬垫或衬垫不当，肘关节长时间置于硬物体上，可致桡神经损伤。

1.3 坐骨神经损伤 摆放截石位，注重肛门的暴露，常将臀部皱褶处置于手术床折缘，使骶尾部长时间受压，引起坐骨神经损伤。

1.4 腓总神经损伤 摆放截石位时，双下肢置于腿架上，由于腿架的高低，角度不合适，未衬垫或衬垫不当，腓窝长时间受到腿架前外缘的挤压，造成腓总神经损伤^[3]。

2 手术体位摆放注意事项

2.1 手术体位摆放的关键 设法减轻或消除机体各着力点在体位变化后所承受的异常压力，以及体位垫、约束带等对大血管、神经等组织可能造成的压迫。摆放体位时动作要轻柔，避免拖拉推，应由3人以上抬起患者，并妥善固定体位垫的位置，约束带的松紧要合适，注意保护好各种管道通畅^[4]，以防脱落，扭曲阻塞。

2.2 手术体位摆放的时机 麻醉前摆放手术体位能明显提高患者的舒适程度，也可缩短摆放患者体位的时间。由于患者处于清醒状态，身体知觉未丧失，能配合操作者完成每一步操作，护士可根据患者手术的需要及其个体差异(年龄、性别、身体状况等)，给患者安置一个较为舒适的体位，既能充分暴露手术部位，维持正常的生命体征；又是以病人为中心的护理模式的具体体现。

2.3 手术体位具有不易更改、持续时间长的特点，这就要求手术护士根据手术需要正确摆放手术体位：(1)在摆放体位过程中，床单应平整，动作应轻柔、安全，摆放体位等一切操作均做到稳、正、轻；两上肢不宜过度外展，以免损伤臂丛神经，给病人带来不适，以上肢与身体成70°~80°为宜；将病人各部位妥善固定，减少术后并发症^[5]。(2)在摆放体位时，应注意患者身体各系统的适应能力和各部位所能承受的压力，应按人体力学要求，摆放安全有效，既暴露切口，又减少各部位压力。

3 正确摆放手术体位的方法

3.1 摆放90°侧卧位时，腋下放置的体位垫不可过于宽厚，应按患者的年龄、身高、体重选择，成人5cm×7cm，小儿3cm×5cm；放置位置，应距离腋窝二横指，可避免下侧上肢强行过度外展损伤臂丛神经；女性还应避免乳房挤压损伤；头部固定时要放置头圈，耳廓置于头圈中空处；用骨盆固定器固定骨盆时，应在骨盆固定器与支撑点之间垫上厚海绵垫；注意男性外生殖器不能与体位垫接触避免受压。手术结束，应避免侧卧位直接改变为平卧位，可采用逐步放平身体的方法，即由侧卧90°位→侧卧45°位→平卧位的方法，对患者循环系统影响较小。

3.2 摆放俯卧位时，头颈部固定要根据颈部生理弯曲，调节头架或头托于适当的位置，固定牢靠，并在颈部垫一软枕，防止术中颈椎晃动而损伤颈髓；固定头托时避免在眉弓上以防眶上神经受压；将患者眼部放于头托凹陷处，避免眼睑部皮肤接触头托而压迫眼球；同时注意调整面部皮肤与头托的接触部位，使前额和两侧颞骨受力点对称均匀；根据患者胸廓的宽窄和腹腔的容量调节中间空隙，达到胸部、腹部不受挤压的目的，使患者在通气时，胸腔自行舒缩，以维持正常的呼吸频率、通气功能及静脉回流。两侧肩峰前侧面、两侧肋骨、髂前上棘、前额、膝、胫前等骨隆突、肌肉、脂肪较薄处，应加垫海绵及琼脂垫，以缓解局部压力；双上肢尽量不要外展，应采取向上屈肘包头式，避免臂丛神经受损；双侧腋窝、前臂和手的大小鱼际不应承受身体的任何重量，防止尺、桡神经损伤；下肢约束带固定在腘窝上方8cm处，避免神经受压损伤。

3.3 摆放截石位时，支腿架外侧要垫上软垫，支腿架不宜过高，应与大腿仰卧屈髋时的高度相等。大腿与躯干纵轴呈90°~100°，腿托应托小腿肌肉丰满部位，与小腿平行，膝关节弯曲90°~100°，双下肢分开约80°~90°，以患者一侧肩与对侧髋、膝中轴点连成一直线，可有效预防髋部肌肉牵拉伤；腘窝部衬垫应选择质地柔软的海绵，才能保证长时间手术腓总神经不受损伤；双上肢尽量不要外展，应妥善固定在身体两侧，可防止臂丛神经损伤。

3.4 摆放坐位时，应将病人臀部及膝关节正好放置于手术台两个折口处，将背板摇高75°，使病人坐起；腿板摇低45°，使双腿自然屈膝，有利于体位的保持；双上肢妥善固定在身体两侧，注意皮肤勿与手术床边缘接触，防止灼伤。

合理安排手术体位，加强管理，是减少周围神经损伤的关键。作为手术室护理人员，要增强安全意识，注重环节质量，以高度的责任感，细心周到的照顾患者，最大限度的避免医疗风险，保障患者安全。

参考文献：

- (1) 庄心良、曾因明.现代麻醉学[M].第3版.北京：人民卫生出版社.2003:1813
- (2) 王思真.神经外科麻醉学.北京：人民卫生出版社,2000,397-399.
- (3) 孙红华.腹腔镜直肠癌手术体位性神经损伤的护理干预.中西医结合杂志,2008,17(33):7225-8225
- (4) 李彦毅.手术室护士配合术者合理摆放手术体位临床意义及注意事项.中国煤炭工业医学杂志,2008,11(2):352.
- (5) 黄丽梅,孔敏.全膀胱切除手术体位的改进.临床研究,2008,5(28):31-34.