

78 例巨大或胸骨后甲状腺肿患者围手术期气道护理管理体会

杨 慧, 马殿芬, 张 颖, 范寅霞, 张 敏

(昆明医科大学第一附属医院甲状腺疾病诊治中心, 云南 昆明 650032)

[关键词] 巨大或胸骨后甲状腺肿; 围手术期; 气道护理管理; 体会

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 08-0171-02

巨大或胸骨后甲状腺肿是结节性甲状腺肿病例收治中, 较为特殊的一种病理类型. 肿物的生长范围, 上可至下颌缘, 下可达胸骨后. 大部分患者出现不同程度的气管受压狭窄或偏移, 常可导致气管软化, 术前对气道评估不足导致呼吸道急性梗阻是甲状腺手术最危急的并发症之一^[1]. 昆明医科大学第一附属医院甲状腺外科 2009 年 1 月至 2012 年 1 月收治巨大或胸骨后甲状腺肿 78 例, 在围手术期, 充分进行气道评估, 加强病情观察和护理, 有效防范呼吸道急性梗阻导致的严重后果, 现将护理体会总结报告如下.

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 78 例, 其中巨大甲状腺肿 35 例、胸骨后甲状腺肿 43 例, 男 25 例, 女 53 例, 年龄 40~72 岁, 平均 52 岁, 病程 8 个月至 20 a, 平均 15a, 行巨大甲状腺肿切除 35 例, 胸骨后甲状腺肿切除 43 例; 术后病理检查 2 例为乳头状癌, 76 例为良性甲状腺肿. 患者入院后, 行颈胸部 X 线、CT/MRI 检查评估气管受压狭窄或偏移情况; 对于气管狭窄程度 >40% 的患者, 进一步行气管软化 (瓦-米) 试验法 X 线拍片, 气管管径约 20 mm 左右, 凡相差 ≥ 3.0 mm 者, 提示存在气管软化. 11 例气管软化者中, 4 例严重者术后行气管切开, 5 例术后关闭切口前行气管悬吊术. 本组病例均采用气管插管静脉复合麻醉. 术前麻醉会诊, 根据气管狭窄程度选用口径适合的气管插管. 对于气管狭窄严重, 管径 <6 mm, 存在气管软化者, 选择纤维支气管镜引导下清醒状态插管, 1 例在手术行麻醉时由于疏忽, 插管前应用麻醉诱导剂, 导致急性气道梗阻, 经抢救后顺利完成手术. 巨大或胸骨后甲

状腺肿常压迫喉返神经, 出现声音嘶哑甚至呼吸困难, 术前常规行喉镜/纤支镜检查, 测定声带功能, 为病情评估, 预测手术难度提供依据. 围手术期全程配合患者的诊疗处置情况, 进行细致的观察和护理.

1.2 护理方法

1.2.1 病情观察 术前对于气管狭窄出现呼吸困难的患者, 重点监测呼吸情况, 睡眠时, 可抬高床头 15~20°, 减轻颈部肿物压迫改善缺氧状况. 还应加强体位训练, 进行头低、肩高、颈过伸体位训练, 目的是适应手术操作, 还可以减轻术后恶心、头晕等症状. 术后持续心电监测, 严密观察呼吸、血氧饱和度、脉搏、血压、伤口外敷料、颈部负压引流情况, 发现异常及时处置, 做好动态记录. 病情允许情况下抬高床头 30°, 利于改善呼吸和引流. 颈部制动 3 d, 避免增加颈部张力的主动运动.

1.2.2 保持气道通畅 (1) 防范气道梗阻因素: 窒息可导致气道梗阻, 通常发生在术后的 48 h 内, 其原因依次为: 出血及血肿压迫、喉头水肿、气管塌陷、双侧喉返神经损伤^[2]. 护理的重点是及时发现危险因素, 实施迅速有效的对应措施. 临床中, 引起气道梗阻的主要原因, 在于术后出血, 血肿压迫气管后导致塌陷, 防范的措施是, 术中彻底止血, 采用双层缝线缝扎血管; 创面渗血时, 用微纤维止血胶原覆盖止血, 关闭切口前仔细观察有无活动性出血; 术后床旁备气管切开包和吸引器, 保持颈部负压引流通畅, 观察引流液的颜色、性状、量, 若短时间内引流量 >100 mL 且颜色鲜红, 颈部肿胀明显, 考虑有活动性出血可能, 应立即告知医生, 必要时行床旁止血和气管切开. (2) 加强气道排痰护理: 术后 >95% 的患者因呼吸道分泌物增多, 出现不同程度的咳嗽、咳痰症状, 对

症进行化痰止咳,口服甘草合剂,同时常规进行超声雾化吸入,3次/d,直到症状缓解;对于气管切开的患者,除采取以上措施外,还应加强吸痰护理,1~2次/d进行吸痰,并用生理盐水给予气道湿化,有效排痰,防止痰液阻塞引起呼吸困难、窒息。

1.2.3 控制气道感染 围手术期有效控制气道感染,是达到顺利康复的措施之一。术前宜饮食清淡,注意保暖,防止感冒引起上呼吸道感染,吸烟者,劝其戒烟两周以上。对于合并慢性呼吸道疾病、年龄>70岁,手术时间>3h、行气管切开及气管悬吊术的患者,合理有效的使用抗菌素,注意监测体温、白细胞计数,必要时进行血液和呼吸道分泌物细菌培养。对患者实施各项操作时,特别是护理气管切开的患者,必须严格落实无菌操作规程,同时要保持病房空气流通,减少人员流动,避免交叉感染。

2 结果

78例患者均行手术治疗,在围手术期,加强气道的护理管理和病情观察。有效防范和及时处置了因气道并发症可能导致的严重后果,本组无死亡病例,术后7~25d痊愈出院,并随访6~32个月。气道通畅,无并发症发生。

3 讨论

巨大或胸骨后甲状腺肿,由于解剖结构特殊,

造成了外科处理的难度大,风险高,术后出现出血、渗血、皮下积液、神经损伤等并发症发生的机率,较其它甲状腺疾病高出很多。部分患者,由于肿大的甲状腺长期压迫气管,导致局部血运不足,纤维气管环失去弹性,软骨退化萎缩引起气管软化^[9],围手术期气管软化塌陷,这一并发症,也是其它甲状腺手术不具备的。为保证手术安全实施,术前须做好充分准备,完善相应评估。高龄患者常合并其它慢性疾病,如:高血压、糖尿病、支气管炎等,先进行专科诊治,待病情稳定再考虑实施手术治疗;对于气道狭窄明显、部分胸骨后甲状腺肿的患者,请麻醉科和胸外科共同参与,制定麻醉和手术方案,通过以上方式,充分体现MDT(多学科协作综合医疗),最大限度保障手术治疗的安全性。在此类患者护理时,护士应掌握术后并发症的症状和体征,同时要具备高度的责任心、敏锐的观察力,在患者出现病情变化时,及时发现,及时处置。

[参考文献]

- [1] 彭伟炜. 巨大甲状腺肿致气管软化25例分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,24(10):5998-5999.
- [2] 段艳霞. 巨大甲状腺肿围手术期处理[J]. 陕西医学杂志,2011,40(10):1385-1386.
- [3] 吕勇刚. 巨大甲状腺合并胸骨后病变或气管软化的外科处理[J]. 现代肿瘤学,2011,19(3):452-453.

(2013-06-14收稿)

(上接第170页)

- 者中窒息的原因分析及对策[J]. 中华护理杂志,2006,11(11):988.
- [7] 程艳爽,王建荣,马燕兰. 创伤性昏迷鼻饲患者口咽反流与误吸关系的研究[J]. 解放军护理杂志,2006,23(10):12-13.
 - [8] 古正涛,戴建强,吴增晖,等. 经扣寰枢椎术后肺部并发症的原因分析及预防措施[J]. 中国脊柱脊髓杂志,

2010,20(8):660-663.

- [9] 戴力扬. 急性脊髓损伤后呼吸道系统并发症[J]. 中国危重病医学,2000,20(2):118-130.
- [10] 邵将,贾连顺,朱魏,等. 颈髓损伤早期死亡影响因素与时间分布[J]. 中华骨科杂志,2007,27(8):564-565.

(2013-05-13收稿)