

乳晕入路内镜下甲状腺手术病人的护理

俞培敏

(浙江省宁波市医疗中心李惠利医院 宁波 315040)

关键词:乳晕入路;内镜;甲状腺切除术;护理

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0079-02

传统的甲状腺手术后颈前留有切口疤痕而影响美观,为提高甲状腺手术病人术后的生活质量,我科自 2002 年 5 月~2005 年 8 月为 27 例甲状腺良性肿瘤病人实施了经乳晕入路的内镜下甲状腺肿瘤切除手术,取得了满意的效果。现将护理体会总结如下:

1 临床资料

本组 27 例,均为女性;年龄 20~47 岁,平均 33.1 岁;其中结节性甲状腺肿 12 例,甲状腺腺瘤 10 例,甲状腺囊腺瘤 5 例;病灶直径 2~3.5cm;22 例为单发结节,4 例为单侧多发结节,1 例为双侧甲状腺结节。术前甲状腺功能及甲状腺球蛋白抗体、甲状腺微粒抗体测定均在正常范围。行甲状腺肿块摘除术 21 例,单侧甲状腺部分或大部切除 6 例;术后住院时间 3~7d,平均 4.6d。除 5 例术后局部有轻度瘀斑,1 例出现颈部紧张感,未出现皮下气肿、切口感染及神经损伤等并发症,全部治愈出院。随访 1~12 个月,超声检查未发现复发病灶。

2 护理

2.1 心理护理 内镜甲状腺手术解除了病人对疤痕的顾虑,但病人对手术方式不了解,担心疗效、安全性及治疗费用,术前焦虑和恐惧心理较传统手术更为突出。术前配合图片展示,向病人介绍手术的特点、手术经过、麻醉方式及术后可能出现的并发症,重点介绍该手术与开放手术相比较具有较好

率等无异常才可注射。注射后严密观察病人的血压、心率及呼吸。

4.2 体温观察 使用天花粉 48h 内增加测量体温的次数,发现体温升高伴有畏寒、头痛时应及时报告医生做相应的处理。

4.3 臀部肌注处观察 使用天花粉 4h 后观察患者臀部是否有出现红肿、酸痛,严重者不能平卧。

4.4 腹痛观察 密切注意腹痛有无加重,对腹痛较重者应进行 B 超检查,了解异位妊娠包块有无增大;测量子宫直肠陷凹的液体深度,估计内出血量。

4.5 检验室结果观察 及时观察化验结果,尤其是血 β -HCG 的定量测定,如果血 β -HCG 下降慢甚至上升的要注意病情的变化。

4.6 心理护理 患者均有不同程度紧张、恐惧情绪,护士应及时向患者及其家属解释,说明天花粉治疗异位妊娠的机理、可能出现的副作用及处理,使患者情绪稳定,积极配合治疗和护理。

4.7 高热护理 患者应用天花粉引起高热,应给予降温,每 0.5~1 小时测量 1 次体温,正常后改为每 4 小时测量 1 次。对

的美容效果,并介绍手术成功的病例,同时告知治疗费用及中转传统手术的可能,耐心解答病人的疑问,使病人增强安全感,减轻心理负担。

2.2 术前准备 (1)术前详细了解病史,如有颈部手术或放射治疗史列为手术禁忌。术前检查 T_3 、 T_4 、TSH,作颈部超声检查,测定甲状腺球蛋白抗体和微粒蛋白抗体,以排除甲状腺炎存在,必要时作肿块抽吸活检,以排除恶性甲状腺肿瘤,并作喉镜检查,了解有无声带异常。(2)告知病人咳嗽为术后伤口出血的诱因,强调预防感冒的特殊意义。(3)体位锻炼时,指导病人练习肩下垫软枕,颈部略高的体位。内镜下手术不采用传统甲状腺手术所需的颈部过伸位,以免影响皮瓣的游离和局部被气体充起。(4)皮肤准备的范围包括下唇至肋缘下 6cm,两侧至腋中线,包括两侧腋窝,并特别注意乳晕部位的清洁消毒。(5)手术采用全麻,术前晚按常规要求禁食、禁水。

2.3 术后一般护理措施

2.3.1 卧位 按全麻护理常规取平卧位,头偏向一侧,以防呕吐物误吸,清醒后如血压平稳改半卧位,待病人肌力恢复后即可尝试活动。

2.3.2 饮食 由于术中病人的颈部不必过度后伸,减轻了由于术中体位引起的脑水肿而导致的头痛呕吐,手术后感觉较

体质虚弱、出汗较多者,应观察意识、血压、四肢末端情况,防止发生虚脱及低血容量休克。此外,还要加强皮肤护理,及时擦干汗液,更换衣被。鼓励患者多饮水或温盐水。

4.8 臀部酸痛护理 指导患者取健侧卧位,微波理疗,每日 2 次,48h 内卧床休息。

4.9 饮食指导 根据患者的饮食爱好,给予清淡易消化的高热量、高蛋白流质或半流质饮食,注意食物的色、香、味,鼓励少食多餐,补充营养,以增强抵抗力。

5 小结

在天花粉治疗异位妊娠时,应严密观察,对出现的副作用及时处

理,减少患者的痛苦,提高治疗的效果和病人满意度。

参考文献

[1]安牧尔.妇产科主治医师 400 问[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998.183

[2]岳晓燕.输卵管妊娠治疗现状与趋势[J].实用妇产科杂志,2002,18(3):149

(收稿日期: 2005-07-27)

儿科头皮静脉留置针的应用体会

武继莲

(山东省费县中医医院 费县 273400)

关键词: 头皮静脉留置针; 临床应用; 儿科; 护理

中图分类号: R 473.72

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0080-02

静脉输液是临床上最常用的给药途径, 静脉穿刺是否一次成功及静脉输液是否顺利, 是儿科病房患儿家长最为关注的问题, 也是他们衡量护理水平高低的一个重要标准。近年来, 随着静脉留置针在临床上的应用, 不但减少了护士的工作强度, 更重要的是减轻患儿反复静脉穿刺的痛苦, 也提高了家长对护士的满意度。但是, 由于患儿四肢皮下脂肪较丰满, 血管暴露不明显, 四肢活动较频繁, 针头不易固定, 使留置针很难在四肢血管上保留。因此我们对 3 岁以下患儿采用头皮静脉留置, 取得满意效果。现将我科 81 例患儿静脉留置针的应用体会介绍如下:

2.4 并发症观察与护理

2.4.1 出血 内镜超声刀是内镜下甲状腺手术中止血效果最好的工具^[1], 一般术中出血较少, 但因颈部无伤口, 无法观察伤口敷料渗血情况, 术后 24~48h 需密切观察颈部是否肿胀, 有无紧压感, 有无呼吸困难、口唇紫绀、烦躁不安等现象。注意引流液的量、色和性状, 一般术后 24h 引流量不超过 100mL, 颜色从暗红色过渡到淡黄色。注意保持有效的负压吸引, 定时挤压引流管, 防止扭曲、受压和脱落。避免颈部大幅度活动, 更换卧位时予以辅助, 避免剧烈咳嗽、呕吐, 尽量少说话。本组病例术中平均出血量约 40mL, 术后引流量 25~65mL。

2.4.2 神经损伤 由于内镜的放大作用, 神经损伤较少发生, 但由于采用气管内插管全麻, 术中不能测试病人的吞咽、发音, 以了解神经有无损伤, 术后需观察有无吞咽呛咳、声音嘶哑、音调降低等神经损伤的症状。

2.4.3 皮下气肿和纵膈气肿 术中控制二氧化碳压力在 6~8mmHg, 如注气压力控制不当, 可发生皮下气肿, 甚至纵膈气肿。术后注意观察病人有无呼吸困难, 颈部及胸部皮肤有无肿胀, 局部有无捻发音, 四肢末梢及口唇有无紫绀。

2.4.4 高碳酸血症和酸中毒 由于内镜下甲状腺手术是在人为制造的皮下空间进行的, 粗糙的创面易于吸收 CO₂ 导致高碳酸血症和酸中毒^[2]。术后保持呼吸道通畅, 注意观察呼吸的节律和深浅度, 术后常规低流量吸氧, 并监测血氧饱和度, 必要时作血气分析, 尽快恢复血氧平衡。

2.4.5 皮肤瘀斑 内镜下甲状腺手术颈前区分离范围较大, 部分病人可出现皮肤瘀斑, 可在拔除引流管后予以局部热敷, 以促进吸收, 并告知病人是由于术中皮下出血所致, 会逐渐吸收。本组 5 例出现局部瘀斑, 于术后 4~7d 消退。

2.4.6 皮下积液 由于经前胸壁皮下入路, 颈前及上胸部分

置针的应用体会介绍如下:

1 临床资料

选自 2003 年 3 月~2005 年 3 月住院患儿头皮静脉留置 81 例, 其中男 50 例, 女 31 例; 年龄 1d~3 岁; 留置时间最长 8d, 最短 2d, 平均 5d。

2 方法

2.1 留置针的选择 采用美国 B-D 公司生产的 24GY 型静脉留置针, 3M 透明敷贴和 3M 胶布, 5.5 号头皮针, 5mL 注射器。使用前要对留置针的质量进行检查: 针头有无倒沟, 套管离处存在潜在的间隙, 创面渗液可积聚在皮下, 术后给予胸带加压包扎, 注意观察包扎是否过紧而影响呼吸, 或胸带过松而脱落, 并告知家属勿随意调整松紧度。

2.4.7 颈胸部皮肤发紧不适感 由于颈胸部皮下分离后形成疤痕, 部分病人会出现颈胸部皮肤发紧不适感, 或感觉皮下分离范围处的皮肤不能提起, 告知病人术后 3 个月左右症状会自动消失, 以解除病人的心理负担。本组 1 例出现颈部紧张感, 术后 2 个月症状消失。

2.5 出院指导 术中皮下潜行游离隧道的形成对剥离区的皮肤有一定的损伤, 伤口愈合后, 可进行简单的锻炼, 以后逐渐加大强度, 如做扩胸运动、外展运动, 注意循序渐进, 既不影响伤口愈合, 又可防止胸壁粘连、硬化。保持胸部切口敷料清洁干燥, 术后 1 周可去除敷料淋浴。如发现颈部或胸部皮肤红肿疼痛现象, 及时就医, 如无特殊情况, 术后 3~6 月返院复查。

3 小结

内镜下甲状腺手术的好处在于充分发挥了内镜外科手术术可长距离操作的特点, 将手术径路选择在比较隐蔽的部位, 从而达到手术疤痕不外露的最佳美容效果^[3]。临床护理实践证明, 做好术前准备及心理护理, 熟悉手术方法, 掌握术后可能出现的并发症并密切观察, 保持有效的引流, 同时重视健康教育, 是保证病人顺利康复的关键。

参考文献

[1]徐少明.内镜手术治疗甲状腺疾病的应用现状[J].中国实用外科杂志, 2003, 23(3): 181~183

[2]Bellantone R, Lombardi CP, Rubino F.Arterial PCO and cardio-vascular function during endoscopic necksurgery with carbon dioxide insufflation[J].Arch Surg, 2001, 136(7): 822

[3]Ikeda Y, Takami H, Nimi M , et al. Endoscopic thyroidectomy by the axillary approach[J].SurgEndosc, 2001, 15(11): 1 362~1 364

(收稿日期: 2005-10-25)