

内镜下甲状腺切除术的手术配合

冯丽君 任娟 徐娉

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311200)

关键词: 甲状腺切除术; 内镜; 手术配合

中图分类号: R 653

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0075-01

常规甲状腺切除术会在颈部留下切口疤痕, 给患者造成很大的心理压力, 影响美观。1995 年 Gagner^[1]成功地进行了首例内镜甲状腺切除术, 可以较好地解决这一问题。内镜下甲状腺手术创伤小, 痛苦轻, 术后恢复快, 术后疤痕不外露, 有美观效果^[2]。我院自 2005 年 7 月~2006 年 3 月为 32 例患者实施了内镜甲状腺切除术, 效果良好。现将手术配合体会介绍如下:

1 临床资料

本组 32 例, 年龄 17~47 岁, 平均 32 岁; 其中男 10 例, 女 22 例; 手术时间 80~200min; 病理诊断为甲状腺瘤 20 例, 结节性甲状腺肿 12 例, 均为良性。手术全部成功, 无并发症发生, 术后 3~4d 出院。

2 手术配合

2.1 术前准备

2.1.1 术前访视 内镜下甲状腺切除术是一项新技术, 患者缺乏了解, 容易出现紧张、焦虑、恐惧等心理。手术前 1d 探视病人, 与病人进行良好的心理沟通, 讲解术前准备和术中配合的注意事项, 并通过介绍成功病例稳定患者情绪, 使其积极配合治疗及护理。

2.1.2 器械物品准备 准备电视摄像系统, 冷光源系统, CO₂ 气腹系统, 超声刀, 腹腔镜 30° 镜及配套设备。普通器械、腹腔镜专用器械及敷料用高压蒸气灭菌, 超声刀用环氧乙烷消毒备用。所有仪器接通电源, 检查整机是否正常运转。

2.2 巡回护士配合 病人进入手术室核对无误后, 于上肢建立静脉通道, 协助麻醉师行气管插管全麻。完全麻醉后, 患者取仰卧位, 双腿自然分开, 肩下垫软枕, 头部略仰以暴露颈部。电视系统位于患者头部, 超声刀置于患者右侧, 并使其处于功能状态。CO₂ 气腹压力维持在 6~8mmHg。超声刀选择能级为 3 档^[3]。术中应密切观察病情变化, 加强巡视。

2.3 器械护士配合 (1) 生理盐水 250mL+ 盐酸肾上腺素 6 滴混匀, 递术者注射器, 在预选空间皮下注射, 以减少术中出血。(2) 于双乳头连线胸骨旁偏左 0.5cm 处作一 10mm 切口, 用钝性剥棒分离皮下, 置入 10mm Trocar 及 30° 内镜, 注入 CO₂, 压力调节在 6~8mmHg, 流量 30L/min。(3) 在左右乳晕上缘 10mm 和 5mm 的切口处分别置入 10mm Trocar 和 5mm Trocar, 置入超声刀和抓钳。在腹腔镜直视下用超声刀分离皮下疏松结缔组织。(4) 在手术区域颈部皮肤左右各缝丝线 1 根, 监视器下观察到最佳暴露后将皮肤提起并固定, 用超声刀行甲状腺切除, 常规送快速病理切片。(5) 用 4-0 可吸收缝线缝合颈前肌, 创口无明显渗血后于乳晕上切口置引流管 1 根, 排尽 CO₂ 气体, 切口皮内缝合, 胸部用胸带加压包扎。

3 讨论

3.1 器械管理 腹腔镜器械精细易损坏, 价格昂贵, 使用时谨防碰撞、摔落, 光源导线不能受压、弯折。手术器械用后要及时清洗, 特别注意各个关节, 并用多酶浸泡 5min 以上, 再彻底清洗干净, 擦干上油, 检查功能是否正常。

3.2 护理配合 (1) 洗手护士提前 15min 洗手, 检查术中用物是否齐备完好, 充分的术前准备和熟练的术中配合可缩短手术时间, 减少 CO₂ 的吸收, 减少术后并发症的发生。(2) 因该手术要在颈部皮下建立操作空间, 故患者头后仰时颈部不能过伸, 以防止颈部皮肤绷得太紧, 难以建立操作空间。(3) 巡回护士要严格执行操作规程, 熟练掌握各种仪器的使用方法和性能。掌握超声刀的正确安装和使用方法, 根据病情变化随时调整输液滴数, 确保手术顺利进行。(4) CO₂ 灌注压控制在 6mmHg 较为安全, 由于颈静脉的生理压力是 10mmHg, 因此气体压力应小于 10mmHg, 否则可导致颈部、胸部广泛性皮下气肿和纵隔气肿, 甚至影响颈内静脉回流, 导致颈内压增高^[4]。术中应密切观察血氧饱和度、呼吸末 CO₂ 分压及 pH 值变化, 必要时作动脉血气分析, 谨防高碳酸血症和呼吸性酸中毒的发生。

4 小结

内镜下甲状腺切除术实质上是一种采用美容方法进行甲状腺切除的手术, 故可称之为“甲状腺美容手术”^[5], 深受患者欢迎。充分的术前心理护理和器械仪器准备是手术成功的关键; 超声刀良好的直接凝固切割性能和腹腔镜的放大作用, 为腹腔镜甲状腺手术提供了安全可靠的保证^[6]; 手术护士的紧密配合, 正确使用各种仪器及 CO₂ 调节, 密切观察病情变化, 预防并发症发生, 使手术安全、完美。

参考文献

- [1] Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism[J]. Br J Surg, 1996, 83(6): 875
- [2] 仇明. 颈部无瘢痕内镜甲状腺切除术一例[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(2): 127
- [3] 魏革, 刘苏君. 手术室护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002. 102
- [4] Josephs LG, Este-McDonald JR, Birkett DH, et al. Diagnostic laparoscopy increases intracranial pressure [J]. J Trauma, 1994, 36(10): 815-819
- [5] 汤红萍. 内镜下甲状腺切除术的护理配合[J]. 浙江中西医结合杂志, 2005, 15(9): 593
- [6] 柯重伟, 郑成竹, 施俊义, 等. 经乳房途径行腹腔镜甲状腺切除术的临床应用[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(5): 299

(收稿日期: 2006-07-11)