

甲状腺功能亢进患者的术前术后护理

祝香兰

(江西省鹰潭市人民医院 鹰潭 335000)

关键词: 甲状腺功能亢进; 手术疗法; 护理

中图分类号: R473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)05-0086-01

我院自 2000~2007 年共收治甲状腺功能亢进患者 36 例, 其中男 8 例, 女 28 例, 年龄 21~59 岁, 均经手术治疗后痊愈出院。现将笔者对 36 例甲状腺功能亢进患者的术前和术后护理体会介绍如下:

1 术前护理

1.1 术前用药 术前 2 周开始口服复方碘化钾溶液, 每天 3 次, 第 1 天 3 滴 / 次, 以后每日每次增加 1 滴, 至 16 滴维持其剂量, 术前 3d 测基础代谢率, 控制基础代谢率在正常范围 $\pm 15\%$ 内。做好心理护理, 使患者情绪稳定, 睡眠良好, 必要时口服镇静剂, 以消除患者紧张、恐惧心理。

1.2 颈仰卧位练习 术前进行颈仰卧位的练习, 能有效地避免术后并发症的发生。具体方法: 让患者颈部前屈后伸, 左右旋转, 使颈部肌肉放松, 在肩上垫一肩垫头后仰, 颈伸展, 肩放松, 双手自然放于两侧, 每日练习 2~3 次, 每次 5~8min, 逐渐增加练习次数和时间, 使患者增加对手术的耐受力。

1.3 饮食与其他 甲亢患者代谢旺盛, 热量消耗大, 术前应给予高热量、高维生素饮食。术前做好手术区皮肤准备, 作好术后紧急气管切开和拆线的准备工作, 床边备气管切开包及拆线器械包。

2 术后护理

2.1 一般护理 患者术后取平卧位, 麻醉清醒后改为半坐位, 以利于呼吸及切口渗出物的引流, 术后严密观察生命体征 (血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度), 每 4 小时测 1 次, 连续监测 3d。观察伤口敷料及手术区负压引流吸引情况, 颈部可放置沙袋, 减少渗出和水肿, 保持呼吸道通畅。术后 1~2d 进流质饮食, 以后渐改半流质及固体饮食, 术后继续服碘液, 每日 3 次, 每次 10 滴, 共 1 周左右。

2.2 术后并发症的观察及护理

2.2.1 术后出血 甲亢术后出血的发生多数在术后 48h 内, 是术后最危急的并发症, 患者表现为颈部迅速肿大, 呼吸困难, 烦躁不安, 甚至窒息。发现上述情况, 应立即通知医生, 并协助拆开切口缝线, 敞开切口, 迅速消除积血, 解除压迫, 或送手术室彻底止血, 切勿用手压迫止血, 否则加重患者呼吸困难, 导致窒息。

2.2.2 呼吸困难 多发生在术后 48h 内, 常见原因

为出血形成血肿压迫气管、肿大的甲状腺压迫气管, 使气管软骨环软化, 造成气管塌陷, 痰液阻塞。因此, 必须严密观察有无呼吸异常现象及手术区引流管的引流量, 如发现患者颈部肿胀, 呼吸困难, 气急烦躁, 心率加快, 紫绀, 必须进行处理, 必要时行气管切开术。

2.2.3 喉返神经及喉上神经损伤 喉返神经损伤是甲状腺次全切除术中严重的医源性损伤, 一侧喉返神经损伤引起患者声音嘶哑, 双侧损伤引起患者失音, 严重时可引起呼吸困难甚至窒息。出现上述情况应立即通知医生, 查明原因, 积极处理, 如发现患者声调降低, 应考虑到损伤喉返神经的可能; 进食时, 特别是进水时发现呛咳、误咽, 则因考虑喉上神经损伤的可能。

2.2.4 手足抽搐 是由于手术时甲状旁腺被误切或损伤, 以及术后早期甲状旁腺血液供应不足引起血清钙下降的结果, 表现为: 手足抽搐、烦躁、心动过速、幻觉、呼吸困难及喉痉挛。如出现上述情况, 应及时通知医师, 遵医嘱静脉补钙, 适当控制患者饮食, 限制含磷较高的食物。

2.2.5 甲状腺危象 甲状腺危象多发生在术后 12~36h 内, 产生原因有: (1) 手术前准备不足; (2) 甲亢病人肾上腺皮质萎缩, 手术的应激反应使儿茶酚胺大量释放; (3) 术中操作时挤压甲状腺, 术后大量的甲状腺素进入血液; (4) 情绪紧张。临床表现: 高热, 脉快而弱, 烦躁不安, 大汗, 谵妄甚至昏迷, 常发生呕吐、水泻等, 如处理不当, 危及生命。本组有 1 例患者在术后第 1 天出现高热, 体温 39.5℃, 大汗烦躁, 脉搏 128 次 / min, 经给氧、酒精擦浴、遵医嘱口服复方碘化钾溶液 5mL、心得安 5mg 加入 10% GS 100mL 中静滴、氢化可的松 100mg+10% GS 500mL 静滴后症状缓解。护士要勤观察、及时发现甲亢危象的早期症状, 控制甲亢危象的发展。

本组 36 例甲亢患者, 经过充分的术前准备和精心的术后护理, 均痊愈出院。因此, 科学客观评估患者的护理需要, 采取有效的护理措施, 做好甲状腺功能亢进患者术前和术后护理是保证手术成功的关键。

(收稿日期: 2009-04-27)