动学习、主动实践的意识,以此促进护士快速转换角色,适应手术室护理专业的发展[2]。该手册的使用规范了手术室专科护士的资质准入培训与资质维护,并将培训项目、实践记录、考核、总结与评定、专科护士资质准入证及专科护士资质维护档案融为一体,制成一本,便于使用与保管,该手册预计可记录 10 年的继续教育项目,能详细的记录参加培训的内容,不但为单位和个人提供准确的培训依据,也客观准确的记录该护士在手术室护理专业方面的成长历程,同时也促进了手术室护士的学习。

我国目前无独立的手术室护理专业,手术室护理的相关理论与技能被融入《护理学基础》和《外科护理学》的科目中[3],2005 年卫生部启动了手术室护理师资培训项目[4],但其覆盖面仅限于大型医院的少数护理骨干,多数医院手术床位与护士比例达不到 3∶1,繁忙的临床护理工作使医院无力支持护士外出学习,而手术室护理工作专科性较强,具有较高的风险性、需持续跟进外科学发展,介于以上原因多数医院的手术室专科护士准入培训仍然需要医院自行解决。在缺少系统理论和实践的支撑下,该手册不失为在职手术室护士继续教育提供了一种方法。

[参考文献]

[1] 朱 丹,周 莉. 手术室护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:130 - 145.

[2] 唐 俊,陈小菊,李跃荣. 手术室实习护士临床角色的转变[J]. 局解手术学杂志,2011,20(1):100.

[3] 陈素兰,陈丽媛. 手术室专科护士的培养现状及展望[J]. 解放军护理杂志,2010,27((9A):1319 - 1321.

[4] 戴红霞,林爱贞,刘新莲. 国内外手术室专科护士的培养现状[J]. 护士进修杂志,2009,24(5):415 - 418.

(编辑:左艳芳)

甲状腺癌颈部淋巴结清扫术后并发症 25 例分析

Postoperative complications of 25 cases with thyroid cancer after lymphadenectomy of neck

李远梅[1],**邹家群**[1],**韩 磊**[2],**蒋小娟**[1] (第三军医大学大坪医院野战外科研究所:1 乳腺甲状腺血管外科;2. 妇产科中心,重庆 400042)

[**关键词**] 甲状腺癌;颈部淋巴结清扫;并发症;应对措施

[**中图分类号**] R653;R581.3 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)05-0548-02

甲状腺癌是最常见的甲状腺恶性肿瘤,约占全身恶性肿瘤的 1%。手术切除是除未分化癌以外各型甲状腺癌的基本治疗方法,甲状腺癌的手术治疗包括甲状腺腺体本身的手术,以及颈部淋巴结清扫(临床上常简称颈清术)[1],在清扫过程中,由于甲状腺解剖复杂、血管神经丰富、淋巴系统变异较多、手术范围大、创伤大,并发症率高,严重危及生命。我科自 2009 年 1 月至 2013 年 7 月共行甲状腺癌切除加颈清术 152 例,术后 25 例出现并发症,经积极处理后均取得满意疗效,现将术后并发症及应对措施总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院乳腺甲状腺血管外科共收治甲状腺癌加颈部淋巴结清扫术患者 152 例,其中女 63 例,男 89 例,年龄 18 ~ 69 岁,平均 41 岁。术后病理结果回示:乳头状癌 118 例,滤泡状癌 25 例,髓样癌 8 例,未分化癌 1 例(患者及家属强烈要求手术切除,在签订知情同意书后行手术治疗)。

1.2 方法

患者如术前穿刺活检明确诊断或是术中冰冻病理检查为甲状腺癌直接行肿瘤切除加颈部淋巴结清扫术,如患者术中冰冻检查未明确诊断,术后病理检查结果为甲状腺癌者,先行肿物切除术,待病检明确诊断后再行颈部淋巴结清扫术,术后颈部均放置引流管 1 ~ 3 根,并外接负压引流装置。负压引流装置每日更换并记录引流量,如 24 h 引流液小于 5 mL,医师可根据术中情况拔除引流管。

本案针对术后所遇到的并发症进行相应的处置,包括:①术后出血立即进行床旁或到手术室行血肿清除并对创面血管结扎止血。②切口感染,在伤口换药、静脉输入抗生素及激光治疗仪照射切口。③切口愈合不良,为了促进伤口愈合,减少出血及术后美观,医生会根据实际情况在术中使用少量康派特医用胶均匀喷洒于切口表面[2]。若对康派特医用胶过敏,采用局部清除医用胶,抗感染,抗过敏治疗;对于糖尿病患者尤其应加强营养供应,同时纠正血糖。④乳糜瘘,可先采用保守治疗方法,即禁食水,自然引流减少淋巴液流失,静脉泵入生长抑素,抗感染,若无效,需再次手术。⑤声音嘶哑、音调降低和饮水呛咳,予密切观察,对症处理,对于进食困难患者,指导其先将流质饮食含在嘴里,慢慢向下咽减轻痛苦。在术后 3 个月内随访。⑥手足口唇麻木,应测血钙浓度,根据结果予口服及静脉补钙。⑦负压引流管脱落,若患者 24 h 引流量小于 10 mL,可予拔除,若未出现特殊情况,术后 3 个月随访愈合良好;若引流量多,需再次置管。⑧发生引流管堵塞,可予反复挤压引流

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405037

[**收稿日期**] 2014-04-01 [**修回日期**] 2014-04-15

管,如挤压不能疏通可采用在无菌操作下行空针加压或是无菌生理盐水冲洗疏通。⑨喉头痉挛,应立即予加大氧流量及地塞米松、氢化可的松针静脉推注处理。

2 结果

152 例病例中共有 25 例出现了术后并发症,其主要临床表现及经过上述相应处理措施后的结果如下:①术后出血 5 例,其中 2 例行床旁另外 3 例到手术室行血肿清除及结扎出血点后得到解决。②切口感染 1 例,在术后第 3 天给患者伤口换药时,发现切口周围红肿且皮温稍高,同时出现发热,抽静脉血查血常规示白细胞增高,经相应处置后感染得到控制,术后 3 个月随访切口愈合良好。③切口愈合不良 2 例,其中 1 例术后对医用胶过敏出现排异反应,局部皮肤组织红肿;另外 1 例有糖尿病病史,且术后顾忌伤口疼痛进食较少,造成营养摄入不足引起愈合不良,相应处理后愈合。④乳糜瘘 2 例,均采用保守治疗方法,治疗后恢复好。⑤声音嘶哑、音调降低 2 例,饮水呛咳 1 例,均在处理后得到恢复。⑥术后 1 ~ 3 d 现在手足口唇麻木 7 例,采用相应措施后症状得到缓解,在术后 3 周左右,未受损的甲状旁腺代偿后,症状彻底消失。⑦术后 4 d 出现负压引流管脱落 2 例。由于患者引流量少,予拔除,随访愈合良好。⑧引流管堵塞 2 例,反复挤压后疏通。⑨喉头痉挛 1 例,主要表现为患者突然出现呼吸困难,血氧饱和度下降,进行上述处理后症状缓解。

3 讨论

甲状腺癌颈清术后可能出现的并发症较多,但是在临床上我们应该从多个方面进行观察和防范,尽量避免并发症的发生,减轻患者痛苦。首先,术前仔细询问患者病史,如是强过敏体质应考虑是否使用康派特医用胶,如患者本身营养状况欠佳,可请营养科会诊进行营养干预,做好健康宣教,引起患者的重视。术后告知患者进食时注意食物汤水不要溅湿伤口;甲状腺肿瘤切除加颈清术创面较大,头颈部汗腺丰富、且分泌旺盛,易受感染,因此,医师在术中应加强无菌操作技术,手术后应及时检查患者敷料情况,如有伤口敷料污染、浸湿及时通知医生更换。如医生怀疑患者有感染,可预防性使用抗生素,并加强换药。由于颈部活动性大,不易制动,指导患者颈部活动应轻柔,必要时可用手部托住颈部制动。其次,甲状腺血管支配丰富,包括两支动脉和三支静脉,形成网状的血供,且甲状腺癌颈清术的创面较大,如创面毛细血管结扎不彻底或是血管结扎线滑脱,就可能出现切口出血,故术中止血需彻底,手术完成后仔细检查创面血管并进行结扎,结扎线应扎紧防止滑脱,较大的血管断端应在电凝基础上再次丝线结扎,并根据实际情况掌握止血粉的用量。

甲状腺特殊的解剖位置及其周围器官、组织的紧密相邻也是颈清术并发症发生的重要原因。例如,胸导管起源于腹部的乳糜池,沿脊柱上升,穿过左锁骨下动脉后方,沿食管左缘上行至锁骨上约 4 cm 时,位于甲状腺下动脉、椎动脉、锁骨下动脉和膈神经前方,转而向外侧[1]。而胸导管的结构变异较多,因此,在甲状腺癌手术中结扎甲状腺下动脉时容易误伤胸导管而致乳糜瘘。术中应仔细辨别解剖结构,避免直接或间接损伤胸导管。颈清术后并发乳糜瘘多发生在术后 1 ~ 3 d 患者大量进食时,是颈清术后较严重的并发症,其治疗主要分为手术治疗及保守治疗。若患者病情不严重,先保守治疗 1 周,如无效可转为手术[3]。另一方面,甲状腺侧叶下极的后方有甲状腺下动脉与喉返神经的复杂交叉,后者支配声带运动的肌肉;喉上神经内支分布在喉黏膜上,外支与甲状腺上动脉伴行支配环甲肌,若术中对喉返神经或是喉上神经挫伤、结扎或牵拉后,术后可出现声音嘶哑、音调降低或是饮水呛咳。因此手术时医生动作应轻柔,尽量避免挫夹及牵拉神经。术后应尽早询问患者姓名、年龄等基本情况及早判断有无神经损伤,术后 4 ~ 6 h 可嘱其进食温凉流质饮食,观察有无饮水呛咳,可适当运用激素类药物静滴或是雾化吸入减轻喉头水肿,如出现喉头痉挛应积极处理,如常规处理办法无法缓解,应立即行气管切开或是气管插管[4]。另外,甲状腺左右两叶背面的内侧紧密附着有两对甲状旁腺,分泌甲状腺素调节体内钙、磷平衡。若手术时误伤及甲状旁腺或其血液供给受累,血钙浓度降至低于 2.0 mmol/L 时患者多会出现手足口唇麻木,严重者甚至出现抽搐。因此术中切除甲状腺后尽量保证腺体背面完整,如误切甲状旁腺应重新种植[1]。术后常规监测血生化,若血钙降低予静脉补充,指导患者进食低磷高钙饮食,如绿色蔬菜、豆制品等[5]。

为了充分引流术中和术后渗液,而甲状腺肿瘤切除加颈清术创面较大,出血较多,医生在术中会使用植物止血粉撒于创面止血,甲状腺癌颈清术后会常规放置 1 ~ 3 根引流管外接负压引流装置,因此术后应做好健康教育,告知患者引流管的重要性及保护措施,患者活动过大或引流管出皮处缝线断裂导致引流管脱落,这时可根据引流量的多少选择拔除或是重新放置;而术中止血粉使用过多或血凝块较大可能会引起引流管的堵塞,指导患者家属术后 24 h 应适当挤压引流管,特别是皮肤交界处以保持通畅[6]。手术创伤或气管插管可能引起喉头水肿,其主要临床表现为突发现呼吸困难、血氧饱和度下降,应立即按照应对措施急救。而且,术前应向患者及家属交代可能出现手术并发症,一旦发现并发症,医护人员应第一时间到场,积极与患者及家属再次沟通,及时处理。

[参考文献]

[1] 吴在德,吴肇汉. 外科学第 6 版[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:313 - 315.

[2] 吴贤江,李健君,钱 飚,等. 颈部手术切口使用康派特医用胶与皮内缝合的效果探讨[J]. 现代实用医学,2010,22(4):383 - 384.

[3] 周中华,梁 刚,徐欣春. 甲状腺癌颈清手术后乳糜瘘及乳糜胸的诊治体会[J]. 浙江创伤外科,2011,16(5):599 - 600.

[4] 白桂莲,路永智,丁红英. 颈淋巴结清扫术后并发症的观察及护理[J]. 中国误诊学杂志,2008,,8(8):1913 - 1914.

[5] 高 娴,肖 莉,黄海英. 155 例甲状腺手术后并发症的护理[J]. 局解手术学杂志,2011,20(3):245.

[6] 陈丽英. 15 例甲状腺癌根治术患者的护理[J]. 全科护理,2009,7(19):1740 - 1741.

(编辑:杨 颖)