

图 1 典型病例

痕增生及挛缩。

拆线后 2 d 进行运动练习,循序渐进,使其掌握正确的功能锻炼方法,定时锻炼,以免过度锻炼引起切口裂开,最大限度恢复患指功能,此外,术后坚持佩戴手支具固定和功能锻炼[4],增加关节活动范围,防止关节僵硬及瘢痕挛缩[5],对于手的功能恢复亦极为重要。

2 结果

29 例先天并指畸形患儿经过整形手术,伤口愈合良好,术后 2 周拆线,无伤口感染及延迟拆线[6]。对分指后的运动和感觉功能进行评定,恢复良好。改善外观,恢复手功能,促进生活自理。无患者发生并发症,患者满意度达到 100%。

3 讨论

29 例手术患儿通过以上护理措施及正确的手术方法,术后恢复较快,全部皮瓣成活良好,无并发症发生。出院后随访 3 个月至 1 年,并指分指后的外观、功能均得以改善。有文献报道[7]对先天并指畸形的治疗,采用手术方法均考虑皮瓣转移,尽可能不采用植皮,以避免增加患儿痛苦和遗留瘢痕;且均提倡学龄前手术,注重患儿后期心理护理及独立能力的提高。皮瓣移植后,需封闭创面。国外对简单的并指畸形进行手术治疗的长期效果评估证明了指蹼粘连的发生率低,选择腹股沟作为全厚皮片移植的供体区域时,从外侧 1/3 的腹股沟折痕处取皮较隐蔽,以避免在青春期毛发开始生长时影响外观,但此处张力大,易遗留瘢痕,使手僵硬,但通过手术提高了功能价值。父母都非常满意手外观的改善,孩子们也很珍惜他们有缺陷的手足变得拥有独立功能[8]。国内通常采用下腹部全厚皮片移植手术,相对于国外术后创面较大,但恢复快,不易遗留瘢痕。

[参考文献]

[1] 李世荣. 现代整形美容外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2014:1435 - 1436.

[2] 刘学敏,牛洪华. 小儿先天并指畸形的治疗体会[J]. 实用医药杂志,2012,29(10):896 - 897.

[3] 王扬剑,李学渊,陈薇薇,等. 三种皮瓣联合治疗小儿先天性并指畸形[J]. 全科医学临床与教育,2014,12(4):395 - 396.

[4] 王秀红,王秀艳 . 先天性多指并指畸形的临床护理[J]. 齐齐哈尔医学,2010 ,31(11) :1847.

[5] 傅育红. 自制动力性支具在小儿并指畸形术后的应用与护理[J]. 护士进修杂志,2013,28(1):81 - 82.

[6] 曹建华. 小儿先天并指畸形 120 例围手术期的护理[J]. 中国误诊学杂志,2012,12(9):92261.

[7] David B, Lumenta MD, Hugo B, et al. Long-term outcomes of web creep, scar quality, and function after simple syndactyly surgical treatment[J]. J Hand Surg, 2010, 35(8):1323 - 1329.

[8] Adrian E, Flatt. Webbed fingers[J]. Baylor University medical center proceedings, 2005, 18(1):26 - 27.

(编辑:杨 颖)

甲状旁腺全切加自体移植术后并发症及护理

Nursing and complication of patients after total parathyoidectomy and autotransplant

吴 亿,郑小玲,李小维,张建平 (第三军医大学西南医院肾科,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 总结甲状旁腺全切加自体移植术后并发症的护理体会。**方法** 2013 年 1 月至 2014 年 12 月我院 36 例继发性甲状旁腺功能亢进(SHPT)患者行甲状旁腺全切加自体移植术,对其并发症进行针对性护理。**结果** 36 例患者皮肤瘙痒、骨痛、肌无力等症状明显缓解,术前膝关节、肩关节及指关节疼痛伴跛行的患者术后 1 周行走自如。6 例高钾血症,使用葡萄糖酸钙静脉注射、普通胰岛素静脉滴注、5% 碳酸氢钠静脉滴注、行血液透析治疗等处理后降至正常;2 例局部出血,经换药、手术止血处理后未造成严重后果。**结论** 对甲状旁腺全切加自体移植术术后并发症患者进行针对性的护理可有效缓解症状,避免严重并发症产生。

[关键词] 甲状旁腺切除;自体移植术;并发症

[中图分类号] R653 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)06-0672-02

doi:10.11659/jjssx.10E015168

[收稿日期] 2015-10-05 [修回日期] 2015-10-15

继发性甲状旁腺功能亢进(secondary hyperparathoidism, SHPT)是慢性肾病终末期患者常见的远期并发症之一。慢性肾病终末期患者并发 SHPT 时出现血清甲状旁腺激素(iPTH)明显升高、钙磷代谢紊乱、肾性骨病及异位钙化等。在内科保守治疗无效(iPTH > 600 ~ 800 pg/mL,影像学检查证明有肿大增生的甲状旁腺)的情况下,甲状旁腺切除术(PTX)是治疗和改善 SHPT 最佳方法[1]。我院对 36 例 SHPT 患者实施了甲状旁腺全切加自体移植术,经过认真细致的护理,取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2013 年 1 月至 2014 年 12 月在我院行全麻下甲状旁腺全切加自体移植术患者 36 例,其中男 23 例、女 13 例,年龄 38 ~ 66 岁,平均 54.6 岁。平均透析龄 7 年(含血液透析和腹膜透析)。所有患者有不同程度的皮肤瘙痒、关节疼痛、肌无力、肌痛等症状,并进行性加重。B 超探及颈部 2 ~ 4 枚肿大的甲状旁腺,Ect 示颈部有 2 ~ 4 个放射性浓集区。采用全麻下甲状旁腺全切,并在术中取弥漫性增生组织进行非动静脉内瘘侧前臂肌群或胸锁乳突肌或腹部皮下脂肪等处移植[2]。

1.2 术后并发症及护理方法

1.2.1 低钙血症 术后先给予静脉补钙治疗,10% 葡萄糖酸钙 50 mL 加入生理盐水 50 mL 中静脉用药每日 2 ~ 4 次,使用静脉输液泵或注射泵缓慢静脉泵入[3],维持时间 2 h 左右,密切监测血钙的变化。当血钙低于 1.8 mmol/L 或出现抽搐症状时,立即予 10% 葡萄糖酸钙静脉注射;血钙正常的情况下术后 3 ~ 5 d 改为 10% 葡萄糖酸钙 50 mL 加入生理盐水 50 mL 静脉补钙,1 次/日;若血钙值正常 10 d 后停止静脉补钙,术后进食后给予口服钙(如钙尔奇等)2 400 ~ 3 000 mg 及骨化三醇 1 ~ 1.25 μg,每日 2 次,使血钙维持在 2.2 ~ 2.65 mmol/L。动态观察血钙的变化。一般 4 ~ 6 h 留取血标本 1 次进行血钙测定。术后透析可使用高钙透析液,有助于平稳控制血钙,减少静脉补钙量,降低抽搐及静脉炎的发生。

1.2.2 高钾血症 术后返回病房即留取血标本进行电解质测定,判断是否出现高钾血症。如果轻度高钾血症,使用葡萄糖酸钙静脉注射、普通胰岛素静脉滴注、5% 碳酸氢钠静脉滴注等,当患者血清钾大于 6.0 mmol/L 时,行血液透析治疗后降至正常。

1.2.3 局部出血 观察敷料有无渗湿,同时密切观察血压、心率、血氧饱和度,观察呼吸是否通畅,有无呼吸急促、呼吸困难征象。一旦发现局部出血立即报告医生,进行相应处理。

1.2.4 引流管的护理 术后保持引流管通畅,防止引流管打折、受压、扭曲、脱落,并保持有效负压引流,观察引流液量和性状。

2 结果

36 例患者皮肤瘙痒、骨痛、肌无力等症状明显缓解,术前膝关节、肩关节及指关节疼痛伴跛行的患者,术后 1 周行走自如。36 例患者血清甲状旁腺激素均明显下降,术后 36 例(100%)发生低钙血症;6 例(16.7%)高钾血症,其中 4 例患者轻度高钾血症使用葡萄糖酸钙静脉注射、普通胰岛素静脉滴注、5% 碳酸氢钠静脉滴注等降至正常,2 例患者血清钾大于 6.0 mmol/L,行血液透析治疗后降至正常;手术局部出血 2 例(5.6%),其中 1 例术后颈部敷料少量渗血,经换药等处理好转,另 1 例术后颈部出血量较大,皮下血肿,手术止血后未造成严重后果。36 例患者治愈出院后转门诊常规维持性血液透析。

3 讨论

慢性肾脏病终末期患者继发性甲状旁腺功能亢进目前使用最多的手术方式是全麻下甲状旁腺全切,并在术中取弥漫性增生组织进行移植术,通常移植部位为非动静脉内瘘侧前臂肌群,但很多透析年限较长的患者双侧手臂都可能成为动静脉内瘘侧手臂。因此为避免影响前臂动静脉内瘘,将增生组织移植到胸锁乳突肌或腹部皮下脂肪等处,既不影响移植甲状旁腺的存活,又不影响患者血管通路这一重要生命线。

本组患者术后低钙血症发生率为 100%,术后采用静脉输液泵或注射泵缓慢静脉注入钙的方法,可以使血钙浓度稳定在一定水平 。高浓度钙剂因为不慎外渗导致皮肤组织坏死的报导时有发生[4],本组使用三腔中心静脉导管补钙,可有效预防外周静脉钙剂外渗引起的局部坏死。术后进食后即口服大剂量骨化三醇 + 钙剂比小剂量骨化三醇 + 钙剂更能减少静滴补钙量及疗程,减少低钙血症并发抽搐的发生。

高钾血症发生率 16.7%,虽然频率不高,但一旦发生,病情危急,需严密监测电解质情况,如有轻度高钾血症,使用纠酸、补钙等方法,严重高钾血症时须立即行血液透析治疗。

总之,甲状旁腺全切加自体移植术可以明显缓解骨痛、皮肤瘙痒、贫血等症状,提高尿毒症患者生存质量[5]。虽然目前尿毒症患者 SHPT 治疗方法并无统一标准,但甲状旁腺全切加自体移植术后复发率比甲状旁腺次全切除较低;术后还需要临床密切观察生命体征及伤口、引流管的情况,严防感染和预防尿毒症抗生素脑病;加强电解质和血钙的管理;选择合理的血液透析方式和谨慎抗凝剂使用,以免术后出血。另外,在取得满意的手术治疗效果的情况下也需要定期随访观察。

[参考文献]

[1] 刘 铭,刘 玲,薛 俊,等. 尿毒症患者甲旁腺全切除加前臂移植术后钙的补充[J]. 中国血液净化,2011,10(3):140 - 141.

[2] 徐 涵,袁 亮,王德光,等. 甲状旁腺全切加前臂移植术对甲状旁腺功能亢进患者血压的影响[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2014,23(2):137.

[3] 胡建明,王笑云,王宁宁,等. 61 例尿毒症患者甲状旁腺全切加前臂移植术后低钙血症的发生与处理[J]. 临床肾脏病杂志,2011,11(10):447.

[4] 刘志华,刘宁青. 湿性敷料在葡萄糖酸钙外渗导致皮肤坏死中的应用[J]. 河北医科大学学报,2012,33(3):349.

[5] 谢静远. 继发性甲状旁腺功能亢进的治疗进展[J]. 国际泌尿系统杂志,2006,26(1):106 - 108.

(编辑:左艳芳)