腔镜下行甲状腺切除术后并发症的护理

Countermeasures of complications after endoscopic thyreoidectomy

黄红梅[1],张 玲[1],陈显春[2] (第三军医大学西南医院:1. 门诊部;2. 乳腺中心,重庆 400038)

[关键词] 腔镜;甲状腺;并发症;原因分析;对策
[中图分类号] R581;R653;R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)04-0441-02

腔镜甲状腺手术是经胸壁乳晕入路,通过超声刀和腔镜手术器械的远距离操作,切除病变甲状腺组织。该手术方式具有创伤少,出血少,术后恢复快,且不留瘢痕的特点已广泛应用于临床。但由于颈部周围有神经、血管等重要器官,而且甲状腺血供丰富,缺乏自然的手术空间[1],因此该类手术难度大,如果技术不熟练,易造成损伤,增加术后并发症的发生率。我科从 2009 年至 2011 年共完成腔镜甲状腺切除术 125 例,在术后并发症的观察与护理中积累了一定经验,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 125 例患者,其中男 12 例,女 113 例;年龄 15 ~ 66 岁,平均 42.6 岁,左侧单发 49 例,右侧单发 62 例,双侧甲状腺包块 14 例。其中结节性甲状腺肿 44 例,甲状腺癌 4 例,甲状腺腺瘤囊性变 18 例,甲状腺非霍其金淋巴瘤 1 例,甲状腺腺瘤 58 例。术前检查,甲状腺肿块最大的为 5.8 cm × 3.1 cm,最小的为 0.5 cm × 0.5 cm,既往均无颈部手术史。

1.2 手术方法

患者取仰卧位,垫高肩部,头后仰过伸位,碘伏消毒术区,铺无菌巾,麻醉成功后,于胸骨柄下方 13 cm 处做长约 1.0 cm 切口 1 个,在双侧乳晕处分别做长约 0.5 cm 切口两个,切开皮肤,皮下组织,止血钳钝性分离皮下组织至胸骨上窝处,置于并固定戳卡,三戳卡内由左至右依次置入超声刀、腔镜、抓钳。充入 CO_2,形成操作空间,沿阔肌深面游离皮瓣,上至甲状软骨下缘,两侧到胸锁乳突肌外缘,仔细辨认并切开颈白线,游离两侧颈前肌群与甲状腺前方的间隙,显露甲状腺包块,包膜完整,实性,游离包块周围组织,完整切除包块,术中注意保护喉上及喉返神经,并将包块植入标本袋中,取出戳卡,从该切口中取出包块组织,剖开包块病检。彻底止血,仔细检查无出血后,清点器械、纱布无误。于颈白线后方置硅胶管一根,从右侧戳卡引出并固定。缝合创口,术毕返回病房。

2 结果

本组 125 例患者中有 15 例出现不同症状的并发症,其中呼吸困难 1 例;皮肤瘀斑、皮下积液 5 例;吞咽疼痛 3 例;声音嘶哑 2 例;甲状旁腺的损伤 2 例;皮下气肿、高碳酸血症 2 例。以上 15 例患者经积极治疗后均痊愈出院,随访效果良好。

3 术后并发症护理

3.1 呼吸困难和窒息

术后 24 ~ 48 h 易发生呼吸困难和窒息,是术后最危急的并发症[2]。常见原因为:术中止血不完善、喉头水肿、气管内痰液堵塞、气管塌陷、双侧喉返神经损伤等。本组 1 例患者在术后 1 d 出现了气促、呼吸困难,口唇紫绀,立即查看病人,结果患者因术后反复呕吐将引流管折叠,导致颈部引流管堵塞,引流液不能排除压迫咽喉部导致呼吸困难,立即梳理引流管,并反复挤压保持通畅,接负压持续引流,协助病人半卧位,持续低流量吸氧,约 20 min 后患者呼吸转为平稳,口唇红润,半卧位休息。

3.2 皮肤淤斑、皮下积液

患者皮肤出现瘀斑,应考虑术中建立操作空间时,游离皮下组织所致的淤血吸收引起,主要发生于颈胸前区,一般可自行消失[3]。术中分离层次时也可导致皮下红肿、皮下脂肪液化等,严重者可引起皮下软组织感染。我科针对皮下积液主要用空针抽吸,如果抽吸液是脓液,立即送细菌培养,待结果出来后给予敏感抗生素抗炎治疗,同时辅助 TDP 局部理疗,定时伤口换药。

3.3 吞咽疼痛

由于气管插管及手术过程中对气管、食管等近组织的刺激而造成,可行超声雾化吸入以缓解吞咽疼痛[4]。同时我们采取心理干预措施如:向患者讲解疼痛的原因消除顾虑,让成功患者做现身说法;根据患者喜好选择听音乐或看电视,分散其注意力减轻疼痛。

3.4 声音嘶哑

主要是因为组织水肿及术中过度牵拉喉返神经所致,同时术中超声刀的热力损伤也可导致喉返神经损伤,而术中患者是采用气管内全麻,则无法通过测试病人的吞咽、发音等来判断病人神经有无损伤[5]。患者术后返回病房,应鼓励患者简单讲话,正确评估患者的发音情况。

3.5 甲状旁腺的损伤

主要是由于甲状旁腺未完全分离,术中将甲状旁腺和腺体一并切除或者甲状旁腺血管损伤致缺血导致。患者术后返回病房我们应严密观察患者口唇周围、面部及手足有无麻木感和针刺感,必要时可检查甲状旁腺激素(PTH);适当控制饮食,调整为低磷高钙饮食,必要时可补给维生素 D。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304040
[收稿日期] 2013-04-15 [修回日期] 2013-04-28

传统的甲状腺手术是在颈部做切口完成手术,而腔镜甲状腺手术,取消了传统在颈部切口的手术方法,改为手术切口隐藏在胸部,达到了保护颈部美观,因此深受患者欢迎。但由于腔镜下手术空间小,操作相对困难,术后易出现一系列并发症。为此,作为护理工作人员,必须掌握腔镜手术治疗的原理、方法以及术后常见并发症的处理,并针对并发症做好预防、观察和护理,减少其发生率,促进患者早期康复。

[参考文献]

[1] 梁 葵. 腔镜甲状腺肿瘤切除术后并发症的分析及护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(5):35-36.
[2] 曹伟新. 外科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:182-185.
[3] 梁颖韫,丁淑红. 腹腔镜甲状腺瘤切除术的护理[J]. 腹腔镜外科杂志,2003,8(1):64.
[4] 陈秋琴,朱文英,张菊招. 舒适护理在腔镜甲状腺切除术后并发症的干预效果观察[J]. 实用预防医学,2012,19(3):466-467.
[5] 王文飞,王敏志,张巧俏. 胸乳径路腔镜甲状腺切除术后并发症的观察及护理[J]. 中国微创外科杂志,2012,12(5):479-480.

(编辑:魏 源)

再植指段坏死后原位保留指骨肌腱的再修复

Restoration of wound by retain bone and tendon in situ when necrosis of Yeplantation finger has arisen

帅 军[1],严明忠[1],沈美雍[2],沈美锋[3],张媛媛[3],牟 琴[2],吴晓华[1] (1. 解放军第188医院急诊科,广东 潮州 521000;2. 湖北省宜都市第二人民医院,湖北 宜都 443000;3. 新疆英吉沙县妇幼保健医院,新疆 英吉沙 844500)

[关键词] 断指再植;组织移植;修复
[中图分类号] R658.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)04-0442-02

断指再植术后,常因血管痉挛、血管栓塞而引起血管危象,进而出现再植指段坏死[1];一旦坏死发生,以往临床中均采用截除坏死指段予以废弃的方法,必然出现手指长度缩短、直接导致手指全部或部分缺失。2006年4月以来,临床中发生再植指段坏死后,我们采用原位保留指骨肌腱的再修复方法,修复断指再植术后坏死17例,取得了满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组断指伤17例,男13例、女4例。年龄18~59岁。每例均只有1指发生了术后坏死。受伤原因:切割伤6例、电锯伤1例、碾压伤7例、绞伤1例、撕脱伤2例。伤指分布:拇指3例、食指6例、中指4例、无名指3例、小指1例。离断部位:近节离断1例、中节离断5例、远节离断11例,均为骨干处离断。合并皮肤缺损情况:6例合并皮肤缺损、11例不伴皮肤缺损。治疗情况:伤后均急诊进行了断指再植术、合并皮肤缺损者同时行皮瓣转移修复。分别于再植术后2~7 d出现了再植指段坏死。出现坏死后,分别于2~4 h内进行了原位保留指骨肌腱的再修复术。

1.2 手术治疗方法

平卧位,臂丛麻醉。常规消毒铺巾后,拆除再植伤口全部缝线,分离再植伤口,将坏死的远侧指段从患部分离取下。清除坏死组织及分泌物,修整骨质、肌腱断端,充分止血。依次以生理盐水、3%双氧水、生理盐水、0.5%碘伏、生理盐水冲洗伤口;以0.5%碘伏消毒患肢后,重新铺巾。将取下的坏死指段进行解剖分离。指骨-骨膜-肌腱复合体分离:将指骨、骨膜、肌腱与其他组织进行分离,保护好骨质及骨膜、保护好肌腱与指骨的连接结构、保留好关节及其附属结构,去除全部其他组织,将指骨及骨膜-关节及附属结构-肌腱复合体完整取出。修整取下的骨质、肌腱断端,将骨及骨膜-关节及附属结构-肌腱复合体再次回植于患指断端,克氏针妥善固定,妥善吻合肌腱断端。酌情选择带蒂或游离皮瓣转移修复患指皮肤缺损,包裹裸露的骨及骨膜-关节及附属结构-肌腱复合体。术后以石膏托固定患肢关节于功能位;术后循序渐进地采用静力性肌收缩、邻近关节活动、患指关节主动活动、患指关节被动活动等功能锻炼方法;骨折愈合后,加强关节功能锻炼2个月。

2 结果

有1例出现伤口感染,加强伤口换药后,伤口愈合;余16例未出现伤口感染、伤口均一期愈合。随访12~24个月,经X片定期检查,观察骨折愈合情况:1例出现了硬化型骨不连,经过切除骨折端纤维组织及硬化骨、打通髓腔、植入髂骨后骨折愈合;另16例骨折满意愈合。骨折愈合时间8~18周(平均11.7周)。经过康复锻炼后,9例关节主动活动功能恢复;另8例(47.1%)分别出现了肌腱或关节粘连,分别给予肌腱、关节囊、侧副韧带松解术后,恢复了患指主动活动功能。最终所有患者不同程度恢复了患指指间关节活动功能,指间关节活动范围恢复100%者13例、75%者3例、50%者1例。

3 讨论

断指再植术后常易发生再植指段坏死[2],一旦发生再植指

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201304041
[收稿日期] 2013-05-05 [修回日期] 2013-06-10