

· 案例分析 ·

经口腔前庭入路甲状腺手术患者 1 例围手术期护理*

刘娜, 黄国会, 代云霞, 陈文均[△]

(重庆医科大学附属第二医院乳腺甲状腺外科, 重庆 400010)

[摘要] 总结 1 例经口腔前庭入路甲状腺手术患者围手术期护理经验。护理要点包括术前护理(饮食指导、适应性训练、皮肤准备及口腔护理、心理护理)、术后护理(体位和引流、饮食护理、口腔及呼吸道护理、伤口及肢体护理、活动指导、并发症护理、心理护理、功能锻炼指导等), 以期为后续相关围手术期护理提供参考和借鉴。

[关键词] 口腔前庭入路; 甲状腺; 围手术期护理; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2022.12.045

中图分类号: R581; R473.6

文章编号: 1009-5519(2022)12-2153-03

文献标识码: B

经口腔前庭入路甲状腺手术(TOETVA)作为一种新型入路的甲状腺手术, 优势在于切口隐蔽、手术安全、创伤小、恢复快, 实现微创、美观的效果等^[1]。与传统开放术式比较, TOETVA 术后患者发生切口出血、颜面水肿、下颌淤血、切口感染、低血钙、饮水呛咳、声音嘶哑等并发症的概率较低^[2], 是甲状腺肿瘤患者可优先考虑的选择^[3-5]。有研究表明, TOETVA 具有与传统开放入路术式同样的良好效果, 对美容需求较高的患者而言, 是一个更为理想的选择^[6-7]。由于该术式切口隐匿, 不易观察术后切口出血、切口肿胀情况等, 给术后观察、护理带来很大难度^[2], 故围手术期精良的护理是促进患者术后康复效果的关键。2021 年 1 月本院收治了 1 例因甲状腺肿物拟行 TOETVA 患者, 并予以积极的围手术期护理, 术后患者恢复良好, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 34 岁。于 2021 年 1 月 29 日因体检发现左侧甲状腺结节 2 周门诊收入院。入院 2 周前体检时行甲状腺彩色多普勒超声检查提示甲状腺左右侧叶及峡部形态无异常, 实质回声欠均质, 甲状腺左侧叶中份可见一大小 1.1 cm×1.8 cm×2.3 cm 混合回声结节, 边界清楚, 边缘欠规则, 内部回声不均质, 双侧颈部Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ区未见确切肿大淋巴结声像, 诊断为甲状腺左侧叶混合回声结节, 随诊; 甲状腺影像报告与数据系统(TI-RADS)分类 3 类。患者无发热、寒战、恶心、呕吐、胸闷、气促、吞咽及呼吸困难等不适。为进一步诊疗于本院门诊就诊, 门诊以“甲状腺肿物”收入院。入院诊断为甲状腺肿物。

2021 年 2 月 2 日在全身麻醉下行经口腔前庭入路左甲状腺结节切除、部分腺叶切除联合术中冰冻活检术。经鼻气管插管, 全身麻醉成功后患者取仰卧、颈部过伸位。采用聚维酮碘消毒术区及口腔, 常规铺无菌巾。于口腔前庭中央做 1 个 10 mm 横形切口,

用长柄小尖刀锐性分离口腔黏膜组织制作套管针(Trocar)隧道并置入 10 mm Trocar。分别于该穿刺口两侧 2 cm 处各做 1 个 5 mm 横形切口。置入 5 mm Trocar, 两侧 Trocar 于甲状软骨平面会集, 充入二氧化碳 8 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 中间为光源和镜头, 两边为操作孔。予以电凝钩在腔镜下由头侧至脚侧沿颈阔肌深面游离皮瓣, 头侧至甲状软骨平面, 脚侧至胸骨上平面, 两侧到胸锁乳突肌中份。用抓钳牵拉颈前肌群, 电凝钩纵行打开颈白线, 显露甲状腺。

结合术前甲状腺彩色多普勒超声检查结果及查体情况探查甲状腺左侧腺叶发现甲状腺肿块位于左侧腺叶中份, 呈囊性改变, 遂行左甲状腺腺叶切除, 用腔镜抓钳抓起甲状腺峡部, 超声刀离断峡部并暴露气管, 向右侧牵拉甲状腺左侧叶, 暴露整个左侧腺叶, 超声刀离断上下极血管, 并向右侧翻转腺叶, 暴露食管沟, 探查左侧喉返神经完整, 将整个左侧腺叶从气管表面游离, 予以腔镜取物器取出标本。术中冰冻检查:(左甲状腺)滤泡性腺瘤伴囊性变。术区放置引流管 1 根自颈部引出并妥善固定, 倒刺线缝合带状肌, 撤出腔镜器械, 可吸收线缝合各切口, 术毕。术后冰冻检查:(左甲状腺)滤泡性腺瘤伴囊性变; 病理检查:(左甲状腺)滤泡性腺瘤伴囊性变。患者术中、术后生命体征平稳, 无声嘶, 术中出血约 20 mL, 术后携带颈部引流管 1 根、导尿管 1 根安全返回病房。

2 讨论

TOETVA 患者围手术期护理要点如下。

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 加强沟通, 向患者详细讲解甲状腺疾病相关知识、全身麻醉目的及术中配合医师的重要性。阐述手术的重要性、手术方式、术后恢复及预后效果, 消除其焦虑和恐惧心理; 了解其对疾病的认知和对拟行手术治疗的理

* 基金项目: 重庆医科大学附属第二医院“宽仁英才”项目(kryc-yq-2112)。

[△] 通信作者, E-mail: chenwjhl@163.com。

2.1.2 术前皮肤准备及口腔护理 协助患者使用肥皂水清洁颈部及胸前区皮肤,配合使用洁悠神长效抗菌喷雾做好皮肤准备。评估患者口腔情况,检查其口腔有无炎症、黏膜破损等,指导患者三餐前后及睡前正确刷牙,并遵医嘱指导患者进行口腔清洁准备,即含漱益口漱口液,每次含漱 10 mL,间隔 2 h,以预防术后伤口感染。

2.1.3 术前适应性训练

2.1.3.1 枕位训练 目的在于锻炼颈部肌群和韧带,使患者能提前适应术中体位需求,提高对术中体位的耐受程度^[8]。指导患者取仰卧位,将枕头垫于肩下,充分暴露颈部区域,每天 4 次,每次 30~60 min^[9],餐后 2 h 进行,若不耐受可多次短时间累积叠加训练^[8,10]。

2.1.3.2 深呼吸和有效咳嗽 指导患者进行胸腹式联合呼吸;指导患者咳嗽时加大呼气压力,增强气流流速以提高咳嗽效率;指导患者可用双手轻压伤口两侧,使伤口两侧皮肤及软组织向伤口处皱起,以避免咳嗽时胸廓扩张牵拉伤口引起疼痛、出血^[11]。

2.1.4 饮食指导 术前 1 日晚宜进食清淡易消化饮食,禁止吸烟、饮酒;指导患者术前 8~12 h 禁食、4~6 h 禁饮。

2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 患者返回病房后卧床休息,生命体征平稳,实施一级护理,并予以 24 h 心电监护监测患者生命体征,低流量(3 L/min)吸氧,并予以止血、补液等对症治疗。加强患者血钙浓度动态变化的监测;同时,密切观察患者口腔黏膜有无红肿、糜烂,口唇有无肿胀、疼痛及进食困难,以及腔镜隧道区域皮肤有无发红、皮温升高等感染症状。术后指导患者早期下床活动;术后第 4 天拔除负压引流管,并给予患者出院指导。

2.2.2 体位和引流 术后取平卧位,根据快速康复理念^[12-13],患者术后生命体征平稳后即可缓慢抬高床头,逐步过渡至半坐卧位,以利于患者呼吸和引流,提高患者舒适度。并指导患者保持头颈部处于舒适体位,在改变卧位、起身时固定颈部,以减少牵拉、减轻伤口张力和保持舒适。患者左侧颈部放置负压引流管,保持伤口处敷料清洁干燥,使用 C 型导管敷贴妥善固定引流管,以不影响患者穿衣为宜;保持引流通畅,观察引流量的颜色、性质和量。若发现引流球内液体量过半时及时倾倒并记录,评估并记录每天引流量;若引流出鲜红色液体、量突然增多需考虑可能为术后出血,及时告知医师予以处理。

2.2.3 口腔及呼吸道护理 指导患者进行生理盐水雾化吸入,每天 2 次,以稀释痰液、加速麻醉药代谢等,吸入后指导患者有效咳嗽,以保持呼吸道通畅,有效咳痰。此外,因患者口腔内有手术切口,存在感染的可能,故术后 3 d 内交替使用康复新液和益口漱口液,每次含漱 10 mL,间隔 2 h;3 d 后指导患者三餐前

后用生理盐水或冷开水漱口,保持口腔清洁,直至伤口愈合。可依据患者实际伤口愈合不同时期及创面情况决定口腔护理频率^[14]。

2.2.4 伤口及肢体护理 有研究表明,光照治疗在传统治疗中应用最为广泛,且在加速创面愈合、减轻疼痛、控制渗液量等方面均有显著效果^[15]。故于术后第 1 天开始进行光照治疗,每天 2 次,每次 10 min,以促进伤口愈合。此外,气压治疗仪通过对肢体进行大面积的挤压、按摩,其压力可达到深部肌肉、血管等,加速肢体静脉血液回流速度,防止下肢深静脉血栓形成^[16]。故于术后当天开始进行肢体气压治疗,每天 1 次,每次 20 min,以促进双下肢肌肉收缩和血液回流,预防下肢静脉血栓形成。

2.2.5 活动指导 待患者生命体征平稳、疼痛评分小于 3 分时鼓励患者在病情允许情况下在床上进行主动踝泵运动,以预防术后卧床导致下肢静脉血栓形成;术后 24 h 后指导患者循序渐进行床旁活动及下床活动^[17],嘱患者的家属在患者初次下床活动时予以协助以防跌倒。耐心向患者讲解术后早期活动的重要性,督促检查其训练情况。

2.2.6 饮食护理 术后嘱患者禁饮、禁食 2 h,2 h 后评估患者胃肠道反应,若无不适可嘱其饮用少量温凉水,以免过热导致血管扩张加重手术部位发生术后出血。观察若无呛咳、误咽、恶心、呕吐等不适,鼓励患者进食或吸管吸入温凉水或流质饮食。无不适后可逐步过渡至半流质、软质饮食和普食,需避免进食过硬、过辣、过烫的刺激性食物。若吞咽时感觉咽部疼痛鼓励患者少量多餐,加强营养,促进机体恢复。

2.2.7 功能锻炼指导 (1)术后当天指导患者缓慢左、右侧颈运动,幅度小于 30°,左右交替进行,每次 5~10 min,每天 1 次。开始锻炼时动作宜缓慢、轻柔,动作幅度不宜过大。(2)术后第 1~3 天,左、右侧颈运动幅度小于 60°;上、下活动颈部幅度小于 30°,交替进行,每次 5~10 min,每天 3 次。(3)术后第 4~7 天,上、下、左、右转动颈部幅度均小于 60°,每次 15~20 min,每天 4 次。循序渐进地加大运动力量及幅度,以身体耐受为宜^[18-19]。

2.2.8 心理护理 指导患者自我控制情绪,保持情绪愉快,心境平和。

2.2.9 并发症护理

2.2.9.1 喉返、喉上神经损伤 出现声音嘶哑,暂时性损伤可在 3~6 个月内恢复;单侧损伤 6 个月内发音可好转;若出现失声或严重呼吸困难表示双侧神经损伤,需行气管切开以避免发生窒息。若出现音调降低或饮水呛咳、误咽,可嘱患者在进食时可取坐位或半坐位,给予针刺理疗缓解。

2.2.9.2 面神经下颌缘支损伤^[20] 术中可能会损伤术野范围内相关血管和神经,引起口唇周围感觉神经异常。无须特殊处理,一般半年内可自行恢复。

2.2.9.3 下颌区及唇周麻木肿胀^[14] 该情况以下唇

多见。用头套加纱布加压包扎颌下区域,若出现水肿时循序渐进、及早抬高头位以便于切口引流。还可酌情使用硫酸镁湿敷或局部应用,减轻局部水肿^[2]。

2.2.9.4 皮下气肿 皮下气肿多发生于术后 1~3 d。若发生颈、面部肿胀及伴有捻发音考虑发生皮下气肿,可自行吸收。

2.2.9.5 甲状旁腺功能减退 出现面部、唇部及手足部的针刺感和麻木感,症状较轻者 2~3 周后可自行缓解;若出现面肌、手足伴有疼痛性痉挛、抽搐发作可使用钙剂缓解痉挛;同时,应限制含磷量高的食物(如肉类、乳品和蛋类等),并予以补钙治疗,还可加服维生素 D₃ 促进钙的吸收。

2.2.9.6 感染 由于手术切口性质为二类,且口腔内存在固有菌群、手术切口位置隐蔽难以大面积彻底消毒均会增加发生术后感染的风险。应遵医嘱使用漱口液保持口腔清洁,指导患者三餐前后及睡前漱口,还可使用抗感染药物预防口腔感染。同时,需密切观察患者颈前区隧道处皮肤有无红肿、热、痛,观察引流液颜色、量及性状,若引流液出现浑浊、脓性分泌物则考虑隧道感染,告知医师予以抗感染对症治疗。

综上所述,TOETVA 具有切口位置隐蔽、手术创伤小、术后并发症较少、安全性高、美容效果好等优势,逐渐成为甲状腺肿瘤手术的优先选择。建议细化围手术期管理,明确并重视该手术方式的特殊环节及护理重点;同时,应结合加速康复外科理念,加强对患者的健康指导,全面落实各项护理措施,推动临床新型术式的发展和应用。

参考文献

- [1] 王平,吴国洋,田文,等.经口腔前庭入路腔镜甲状腺手术专家共识(2018 版)[J].中国实用外科杂志,2018,38(10):1104-1107.
- [2] 高玉萍,刘美凤,于成娥,等.经口腔前庭入路腔镜甲状腺肿瘤切除术围手术期护理模式探讨[J].中华现代护理杂志,2020,26(26):3673-3676.
- [3] 姜东辉,刘卫,崔丹丹.经口腔前庭入路行腔镜甲状腺手术的围术期护理[J].齐鲁护理杂志,2020,26(14):127-129.
- [4] ANUWONG A, SASANAKIETKUL T, JIT-PRATOOM P, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results [J]. Surg Endosc, 2018, 32(1): 456-465.
- [5] LUNA-ORTIZ K, GÓMEZ-PEDRAZA A, ANUWONG A. Lessons learned from the transoral endoscopic thyroidectomy with vestibular approach (TOETVA) for the treatment of thyroid carcinoma [J]. Ann Surg Oncol, 2020, 27(5): 1356-1360.
- [6] 王登欢,任艳鑫,冯恩梓,等.经口腔入路甲状腺腔镜手术在治疗甲状腺微小癌的应用价值及美容性效果[J].昆明医科大学学报,2020,41(10):119-123.
- [7] 陈若沛.经口腔前庭入路腔镜甲状腺手术在甲状腺微小乳头状癌的应用[D].衡阳:南华大学,2020.
- [8] 周丽华.改良体位枕在甲状腺手术患者术前体位训练中的应用[J].皖南医学院学报,2020,39(5):503-505.
- [9] 陈晓旭.甲状腺术前颈部体位训练的时间和频次研究[J].护士进修杂志,2014,29(11):982-983.
- [10] 胡艳兴,廖建玲,欧敏仪,等.甲状腺手术患者术前枕位训练对减少颈部不适的作用[J].临床护理杂志,2015,14(3):33-35.
- [11] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2017.
- [12] 杜宇,魏娜,于婧.快速康复外科理念在老年腹腔镜胰体尾切除术中的应用价值[J].中国老年学杂志,2021,41(2):280-283.
- [13] 袁媛,金凤,吴翠良,等.快速康复外科在喉癌围手术期护理中的应用[J].重庆医科大学学报,2020,45(11):1636-1640.
- [14] 李素仪,彭静君.经口腔镜甲状腺手术围术期患者口腔清洁度的管理[J].中国医药科学,2020,10(10):115-117.
- [15] 中国老年医学学会烧伤分会.急慢性创面的光照治疗全国专家共识(2020 版)[J].中华烧伤杂志,2020,36(10):887-894.
- [16] 浩育盈.气压治疗对神经外科术后重症患者下肢深静脉血栓形成的影响[J].现代中西医结合杂志,2012,21(26):2959-2960.
- [17] 郑秀萍,邢小利,张淑霞.外科手术后患者早期下床活动的研究进展[J].中华现代护理杂志,2017,23(2):282-286.
- [18] 张博婵,张敏,聂雷霆,等.漱口运动法用于甲状腺癌术后患者颈部功能锻炼[J].护理学杂志,2013,28(10):27-29.
- [19] 张燕.漱口运动法在甲状腺癌术后患者颈部功能锻炼中的应用[J].齐鲁护理杂志,2015,21(6):85-86.
- [20] 卜娜分,蔡海云,邱菲菲.经口腔前庭入路内镜下甲状腺切除术中风险分析及护理[J].现代临床护理,2018,17(12):21-24.

(收稿日期:2021-10-02 修回日期:2022-03-03)