

甲状腺癌术后观察和护理

李 艳¹, 冀 叶^{2△} (1. 河南省邓州市第一人民医院肿瘤科 474150; 2. 昆明医学院第三附属医院 (云南省肿瘤医院) 头颈外科, 昆明 650118)

【摘要】 目的 探讨甲状腺癌术后患者的护理措施。**方法** 回顾性分析 152 例甲状腺癌术后患者的临床护理资料。**结果** 术后出现并发症 18 例, 其中手足抽搐 5 例, 声嘶 10 例, 出血 3 例, 气管切开 1 例。**结论** 甲状腺癌术后及时、有效的护理措施可以减少术后并发症的发生, 提高患者的生存质量, 减少医患之间的矛盾。

【关键词】 甲状腺癌; 术后并发症; 术后护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 19. 065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)19-2507-01

甲状腺癌的治疗主要以手术为主, 预后较好, 治疗效果佳, 因此术后正确、合理的专科护理及心理护理对患者术后的康复和提高生存率具有非常重要的意义。回顾分析 2008 年 3 月至 2011 年 12 月邓州市第一人民医院收治的 152 例甲状腺癌患者, 经过手术治疗和护理取得了满意效果, 现将术后护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 3 月至 2011 年 12 月邓州市第一人民医院收治的 152 例甲状腺癌患者, 其中男 48 例, 女 104 例, 年龄 21~62 岁, 平均 38 岁。手术采取腺叶次全切、腺叶加峡部、甲状腺全切术式, 证实有淋巴结转移者则做颈淋巴结清扫。术后病理证实甲状腺乳头状癌 102 例、滤泡状腺癌 39 例、未分化癌 10 例、髓样癌 1 例。

1.2 术后护理

1.2.1 病情观察 护士密切观察术后患者的生命体征, 注意观察患者的声音有无嘶哑, 饮水有无呛咳, 手术区域有无活动性出血, 呼吸有无困难等甲状腺术后常见的并发症。如果发现上述症状立即告知医生, 并配合医生进行处理。

1.2.2 保持呼吸道通畅 术后应注意观察患者是否有麻醉插管处水肿、呼吸急促、鼻翼煽动、烦躁不安等, 保持呼吸道通畅。协助患者进行有效的咳嗽、咳痰, 但需注意告知患者避免用力咳嗽, 以防切口出血及水肿。

1.2.3 引流管的护理 对手术野放置引流管, 与负压球连接, 进行负压吸引引流。引流过程注意引流管的通畅, 避免堵塞。护士告知患者和家属引流时间为 24~48 h, 引流的目的是通过负压作用及时吸出积血、积液并可以减少术后死腔, 防止皮下气肿形成、气管受到压迫造成呼吸困难。负压球 24 h 更换一次, 预防逆行感染的发生。

1.2.4 心理护理 甲状腺癌患者多对于疾病本身缺乏认识和了解, 存在恐惧心理, 出现情绪消沉, 另外多数女性患者顾虑术后疤痕形成影响美观, 因此心理护理也是甲状腺癌患者术后护理的重要环节。在医生告知患者病情后, 责任护士通过交谈了解患者的性格特征、心理反应, 以通俗易懂的语言对患者做好心理辅导, 缓解紧张情绪, 克服自我的恐惧心理, 树立战胜疾病的信心。

1.2.5 并发症的护理

1.2.5.1 呼吸困难和窒息 呼吸困难和窒息多发生在术后 48 h 内, 是术后最危急的并发症^[1]。常见原因为切口内出血,

喉头水肿, 气管塌陷, 双侧喉返神经损伤。术后在床旁常规备气管切开包, 加强对患者意识、呼吸、言语音调、切口敷料颜色、引流管引流液量和性质等方面的观察。若发现患者出现呼吸困难、烦躁不安、心率加快、发绀、颈部出现增大包块等紧急情况, 应立即报告值班医生、检查创口、协助抢救, 必要时行床旁气管切开并严格按照气管切开进行护理。本组 3 例患者术后出现颈部肿胀、切口渗出鲜血, 紧急给予剪开切口缝线、清除血肿, 并寻找出血点行结扎止血后症状缓解。

1.2.5.2 喉返神经和喉上神经损伤 喉返神经和喉上神经损伤多因在手术处理甲状腺下极和上极时不恰当所致。术后护理要注意观察患者有无声嘶、音调降低、失音、饮水呛咳等症状。若发现患者出现不适立即报告值班医生, 协助处理。

1.2.5.3 手足抽搐 手足抽搐多因手术误伤甲状旁腺或其血供受累所致。术后护理要注意早期低钙血症的观察, 特别是测量血压时要观察有无前臂与手的肌痉挛 (Trousseau 症) 以及轻轻叩击耳前区域有无颜面肌短暂痉挛 (Chvostek 症), 监测血钙、磷, 发现问题及时报告医生处理^[2]。

2 结 果

术后出现并发症 18 例, 其中手足抽搐 5 例, 声嘶 10 例, 出血 3 例, 气管切开 1 例。10 例声嘶患者, 未给予特殊处理, 继续观察, 随访 3 个月后症状基本消失。1 例患者术后出现呼吸困难, 考虑喉返神经损伤所致, 给予气管切开后缓解。本组有 5 例低钙血症发生, 4 例经过短期口服及静脉补钙后缓解, 1 例术后需长期口服补钙制剂对症治疗。

3 讨 论

甲状腺癌的发病率在恶性肿瘤中约占 1%, 是内分泌系统中最常见的肿瘤之一, 也是内分泌系统肿瘤引起死亡的主要原因^[3]。统计研究表明, 2010 年在美国有 33 930 例女性患者和 10 740 例男性患者被诊断为甲状腺癌, 其中 1 690 例患者发生死亡^[4]。随着生活水平的提高, 我国甲状腺癌的发病率也呈上升趋势。对于甲状腺癌的治疗不仅是单纯的手术治疗, 而要强调以患者为中心的全新医护协作模式治疗。在甲状腺癌术后的观察和护理中, 责任护士需要加强对患者可能发生的相关并发症的观察, 及时观察到并发症的发生可以让患者得到有效的处理, 甚至挽救患者的生命, 减少医疗事故的发生。对于术后发生并发症的患者, 责任护士要加强对症护理, 指导患者和家属正确理解并发症的发生, 减轻他们的焦虑和不满, 并及时将他们的想法反映给主管医生, 架起医患沟通 (下转第 2525 页)

△ 通讯作者, E-mail: jiyehubei@sina. com。

自身免疫性溶血性贫血患者抗-C 及抗-e 致疑难配血 1 例

杨志超, 徐伟帆(广东省惠州市惠阳区人民医院检验科 516211)

【关键词】 血型; 自身免疫性溶血性贫血; 同种抗体; 交叉配血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)19-2525-01

抗体筛查试验患者血清与自身红细胞、抗体筛选细胞反应均阳性,除自身抗体外还不能忽略同种抗体的存在,否则会增强患者输血潜在的危险。本实验室报道 1 例自身免疫性溶血性贫血患者去除自身抗体的干扰后,鉴定出患者血清中存在同种 IgG 抗-C 及抗-e,避免患者了接受阳性抗原血液制品。

1 临床资料

患者男性,63 岁,5 年前在某上级医院诊断为慢性淋巴细胞性白血病、自身免疫性溶血性贫血,一直坚持保守药物治疗。2011 年 11 月因重度贫血入住本院,患者全身皮肤黏膜轻度黄染,无出血点,肢端末梢皮肤发绀、有麻木感,经保温后情况有好转。患者的抗凝血标本红细胞室温呈自凝状态,37℃水浴预温 30 min 后,立即用迈瑞 5800 血细胞计数仪查血细胞计数结果显示:白细胞 $10.31 \times 10^9/L$,红细胞 $1.24 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 46 g/L,红细胞比值 16.7%,血小板计数 $202 \times 10^9/L$ 。网织红细胞计数 9.3%,血清总胆红素 25.9 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素 21.0 $\mu\text{mol/L}$,血清总蛋白 100.6 g/L,球蛋白 70.3 g/L, A/G 0.42,尿隐血试验(一),大便隐血试验(一)。临床申请输红细胞悬液 4 U。初步血型检查及配血实验情况:试管法盐水介质正定型为“A”型 Rh(D)阳性,反定型患者血清与 A 细胞、B 细胞、O 细胞(由上海血液生物制品公司生产)及自身细胞反应均凝集(++) ,置 37℃水浴 30 min 后与 B 细胞的凝集反应(++)未改变,与 A 细胞、O 细胞及自身细胞的凝集散开,在室温(22℃)放置后镜下见红细胞呈串钱状凝集;不规则抗体筛查(戴安娜微柱凝胶抗人球蛋白卡):I、II、III 号筛选细胞反应均凝集(+++) ;直接抗人球蛋白试验(DAT)单特异性抗 IgG、抗-C3 反应均(+)。实验结果提示患者血清可能存在自身抗体和 IgG 类同种抗体。患者间隔上一次输血时间已有 1 年,进一步的抗体鉴定及配型实验需先排除自身抗体的干扰,在市中心血站血型室的技术指导做下述实验,结果分析如下:(1)冷凝集效价测定,患者冷凝集素效价 1:1 024,证实存在自身冷抗体。(2)吸收放散实验,用 37℃预温生理盐水洗涤患者自身红细胞 3 遍(每次洗涤要注意避免红细胞溶血),取洗涤后的红细胞与自身血清在 4℃吸收自身抗体,用经反复吸收后的血清鉴定同种抗体的特异性。①试管法盐水介质反定型:结果显示 A

细胞(一)、B 细胞(+++)、O 细胞(一)、自身细胞(一);②不规则抗体检查(微柱凝胶抗人球蛋白卡):I 号细胞(+)、II 号细胞(一)、III 号细胞(+);与含 C 和 e 抗原的谱细胞反应(+),与不含 C 和 e 抗原的谱细胞反应(一),结果显示患者血清存在抗 C 和 e 抗体。(3)枸橼酸冷放散实验:患者血清与 O 型 CCDee 红细胞在 37℃反应后做枸橼酸冷放散实验,放散液与 O 型 CCDee 红细胞在微柱凝胶抗人球蛋白卡中凝集反应(+) ,与 O 型 ccDEE 红细胞不反应,进一步证实患者血清中存在抗-C 和抗-e。(4)患者 Rh 血型分型(微柱凝胶血型卡):ccDEE。根据以上实验结果报告患者血型为 A 型,ccDEE,血清中存在自身冷抗体和抗-C、抗-e。(5)交叉配血实验:凝聚胺法与 136 例 A 型献血员配血,仅 2 例完全相合,相合的献血员经鉴定 Rh 血型均为 ccDEE,采取保温措施输注配血相合的 4 U 洗涤红细胞悬液后,患者未出现输血不良反应。

2 讨论

本例临床诊断为慢性淋巴细胞性白血病、自身免疫性溶血性贫血,患者有冷凝集综合征表现,有输血史。实验室报告患者血清中存在高效价的冷凝集素并同时存在性质为 IgG 的抗-C、抗-e。在人体免疫所引发同种抗体的研究中,抗-e 是很稀有的抗体,因缺乏 e 抗原的人极少,而 100 个 e 抗原缺乏的人中,经过最适剂量的免疫,也只有 2 例能产生抗-e,抗-C 常与抗-e 共存与同一血清内^[1]。C 和 e 抗原同时阴性的人群在我国检出频率很低,加上患者血清高效价的冷凝集素干扰配型实验,使实验室很难找到与之完全相配合的血液。患者在明确诊断病因的前提下应采取积极的药物治疗改善临床症状,尽量避免输血,必要时应输洗涤红细胞,并预温至 37℃后保温输注^[2]。

参考文献

- [1] 高峰. 临床输血与检验[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- [2] 郝冀洪,朱芸,李彦会,等. 贫血、血尿、皮肤紫斑及肢端麻木[J]. 中华检验医学杂志,2009,32(5):593-595.

(收稿日期:2012-03-09)

(上接第 2507 页)

的桥梁。另外,责任护士可以通过专业知识的通俗讲解,更能理解患者承受的心理紧张,在患者需要的时候给予更为积极的疾病护理及心理安慰,减少医患之间矛盾的发生,使得患者感觉更舒适,医生工作更有效、更安全。

参考文献

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:125.

- [2] 徐腰武. 甲状腺癌患者术后焦点护理问题探讨[J]. 解放军护理杂志,2004,21(10):45-46.
- [3] Are C,Shaha AR. Anaplastic thyroid carcinoma:biology, pathogenesis, prognostic factors, and treatment approaches[J]. Ann Surg Oncol,2006,13(4):453-464.
- [4] Jemal A,Siegel R,Xu J,et al. Cancer statistics,2010[J]. CA Cancer J Clin,2010,60(5):277-300.

(收稿日期:2012-03-03)