



高等职业教育 **技能型紧缺人才** 培养培训工程系列教材

成人护理(下)

倪国华 汪婉南 主 编

尹 萍 孙建玲 罗 琼 黄啸林 副主编



高等教育出版社

高等职业教育技能型紧缺人才培养培训工程系列教材

成人护理(下)

倪国华 汪婉南 主 编

尹 萍 孙建玲 副主编

罗 琼 黄啸林

参编人员(以姓氏笔画为序)

王 燕 王绍锋 兰 华 冯子维

刘庆国 朱碧华 李 伟 李 晶

汪小燕 张 敏 张培生 郭 健

袁晓红 高井泉 黄 健 韩斗玲

楼忠明

高等教育出版社

目 录

第十三章	代谢与内分泌疾病患者的护理	1
第一节	甲状腺疾病	1
第二节	糖尿病	17
第十四章	乳房疾病患者的护理	31
第一节	急性乳腺炎	31
第二节	乳腺癌	33
第三节	乳房良性肿块	40
第十五章	生殖系统疾病患者的护理	43
第一节	女性生殖系统炎症	43
第二节	月经失调	51
第三节	妊娠滋养细胞疾病	60
第四节	女性生殖系统肿瘤	66
第五节	围绝经期综合征	79
第六节	妇科常用诊疗技术及护理	82
第七节	良性前列腺增生症	95
第八节	前列腺炎	101
第十六章	神经系统疾病患者的护理	106
第一节	周围神经疾病	106
第二节	脊髓疾病	115
第三节	脑血管疾病	121
第四节	发作性疾病	139
第五节	重症肌无力	147
第六节	颅内压增高	151
第七节	颅脑损伤	158
第十七章	风湿性疾病患者的护理	171
第一节	类风湿性关节炎	172
第二节	系统性红斑狼疮	179
第三节	皮炎	187
第十八章	运动系统疾病患者的护理	192

第一节	骨折	192
第二节	关节脱位	207
第三节	骨与关节感染	211
第四节	骨肿瘤	219
第五节	脊椎疾病	223
第六节	创伤性截瘫患者的护理	233
第七节	骨科常用护理技术	237
第十九章	感染性疾病患者的护理	245
第一节	总论	245
第二节	病毒感染性疾病	262
第三节	细菌感染性疾病	299
第四节	钩端螺旋体病	325
第五节	寄生虫疾病	330
第二十章	皮肤性病患者的护理	357
第一节	皮肤病概论	357
第二节	皮肤病患者的护理	368
第三节	变态反应性皮肤病	373
第四节	感染性皮肤病	382
第五节	其他皮肤病	388
第六节	性传播疾病	393
第二十一章	眼部疾病患者的护理	403
第一节	眼的结构与功能	403
第二节	眼睑与泪器疾病	407
第三节	结膜与角膜疾病	411
第四节	白内障	417
第五节	青光眼	418
第六节	视网膜脱离	423
第七节	屈光不正、斜视与弱视	424
第八节	眼外伤	426
第九节	眼科常用诊疗技术与护理	431
第二十二章	耳、鼻、咽、喉疾病患者的护理	443
第一节	中耳炎	443
第二节	鼻部疾病	446
第三节	咽部疾病	451

	第四节 喉部疾病	457
	第五节 耳鼻咽喉科常用诊疗技术与护理	465
第二十三章	口腔颌面部疾病患者的护理	474
	第一节 牙体与牙髓病	474
	第二节 牙周组织病	477
	第三节 口腔颌面部炎性疾病	479
	第四节 复发性口疮	482
	第五节 疱疹性口炎	483
	第六节 口腔黏膜白斑	484
	第七节 唇裂与腭裂	485
	第八节 口腔科常用的诊疗技术及护理	488
参考文献		494

第十三章 代谢与内分泌疾病 患者的护理

第一节 甲状腺疾病

学习目标

1. 掌握甲状腺功能亢进症的身心状况、护理措施及健康指导。
2. 熟悉甲状腺疾病的身体评估、治疗要点、护理诊断/合作性问题和护理措施。
3. 了解甲状腺疾病的病因和发病机制。

一、单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿 (simple goiter) 是多种原因所致的代偿性甲状腺肿大,一般不伴有甲状腺功能异常。

【概述】

本病主要由缺碘、先天性甲状腺激素合成障碍或致甲状腺肿物质等因素所致,其发病机制未明。一般认为在上述一种或多种因素作用下,阻碍了甲状腺激素的合成,甲状腺激素分泌减少,导致促甲状腺激素 (TSH) 分泌增加,从而引起甲状腺代偿性增生肿大,使其分泌的甲状腺激素能满足机体需要。部分患者体内 TSH 并不升高,但甲状腺组织对 TSH 的反应性增强,也可引起甲状腺肿。

单纯性甲状腺肿可分为地方性和散发性甲状腺肿两大类。地方性甲状腺肿多由缺碘引起,高原山区土壤中的碘被雨水冲洗流失导致饮水和饮食中碘含量不足。散发者主要由于致甲状腺肿物质或先天性甲状腺激素合成障碍所致,前者如食物卷心菜、萝卜、菠菜、核桃,某些药物如保泰松、硫脲类、磺胺类等,可抑制碘离子的聚集或有机化,阻碍甲状腺激素 (TH) 的合成而引起甲状腺肿;后者见于先天性某些酶的缺陷影响 TH 的合成或分泌,从而引起甲状腺肿。此外,在青春期及妊娠哺

乳期,机体对 TH 需要量增加,产生相对性碘缺乏导致生理性甲状腺肿。

【护理评估】

(一) 健康史

1. 环境因素 高原山区饮水和食物中碘的含量不足和缺乏,是地方性甲状腺肿的主要因素。

2. 致甲状腺肿物质 长期应用致甲状腺肿物质或药物可引起散发性甲状腺肿。

3. 生理因素 青春期及妊娠、哺乳期的女性可产生生理性甲状腺肿。

(二) 身体状况

主要表现为甲状腺肿大,往往无其他症状。早期甲状腺呈轻度或中度弥漫性肿大,表面光滑、质地较软、无压痛,多无震颤及血管杂音。随着病情缓慢发展,甲状腺进一步肿大常形成多发性结节。甲状腺显著肿大时可引起压迫症状,如压迫气管出现呼吸困难,压迫食管引起吞咽困难,压迫喉返神经引起声音嘶哑。胸骨后甲状腺肿可引起上腔静脉回流受阻,出现面部青紫、肿胀、颈胸部浅静脉扩张等。在地方性甲状腺肿流行地区,如严重缺碘,可出现地方性呆小病。

(三) 实验室和其他检查

1. 甲状腺功能检查 一般正常,血清甲状腺素(T_4)正常或偏低,三碘甲状腺原氨酸(T_3)正常或偏高。甲状腺摄碘率多增高,但高峰不前移,并可被 T_3 抑制。

2. 甲状腺同位素扫描 可见弥漫性甲状腺肿,常呈均匀分布。结节性甲状腺肿可呈温结节或凉结节。

(四) 心理状况

部分患者因甲状腺肿大、颈部增粗,有损自我形象而产生不安、自卑的心理。

碘化食盐可防治
单纯性甲状腺肿

治疗要点

地方性甲状腺肿采用碘化食盐防治,必要时可服用碘剂如碘化钾、复方碘液等,但结节性甲状腺肿患者应避免大剂量碘治疗,以免诱发甲亢;无明显原因的单纯性甲状腺肿患者可采用甲状腺制剂如左甲状腺素($L-T_4$)或干甲状腺片治疗;生理性甲状腺肿一

般不用药物治疗,应多食含碘丰富的海带、紫菜等。

发生压迫症状、经内科治疗无效者,或疑有结节癌变时应手术治疗。

【护理要点】

(一) 病情观察

观察甲状腺肿大的程度、范围、质地,有无结节及压痛,颈部增粗的进展情况。结节在短期内迅速增大,应警惕恶变。

(二) 用药护理

观察甲状腺素药物的治疗效果及不良反应,如患者出现心动过速、食欲亢进、腹泻、出汗、呼吸急促等,应及时通知医生处理。结节性甲状腺肿患者避免大剂量碘的使用,以免发生碘甲状腺功能亢进症。

(三) 心理护理

耐心讲解有关疾病知识,给予患者心理支持。帮助患者提高审美观,进行恰当的修饰打扮,可改善其自我形象。

(四) 健康教育

1. 多进食含碘丰富的食物如海带、紫菜等海产类食品,可以预防缺碘所致的单纯性甲状腺肿。避免摄入大量抑制甲状腺激素合成的食物和药物,以免阻碍甲状腺激素的合成,引起或加重甲状腺肿。

2. 使用甲状腺制剂时应按医嘱服药,以免停药后复发。教会患者自我观察药物疗效和不良反应,一旦出现心动过速、食欲亢进、腹泻、出汗、呼吸急促等,应及时与医生联系。

3. 在地方性甲状腺肿流行地区可采用碘化食盐防治本病。育龄期妇女在妊娠前或妊娠初期补充足够的碘,可预防呆小病的发生。

二、甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症(hyperthyroidism)简称甲亢,是指由多种病因导致甲状腺功能增强、甲状腺激素(TH)分泌过多而引起的一组临床综合征。其特征有甲状腺肿大、眼征、基础代谢增加和自主神经系统功能失常等。

【概述】

(一) 分类

根据不同病因,可将甲亢分为弥漫性甲状腺肿伴甲亢(Graves

病)、多结节性甲状腺肿伴甲亢、自主性高功能性甲状腺腺瘤、碘源性甲亢、垂体性甲亢等。其中以 Graves 病最常见。

(二) 病因和发病机制

本病为自身免疫性甲状腺疾病的一种特殊类型,其病因和发病机制尚未完全阐明。

1. 遗传因素 Graves 病有明显的家族性倾向,患者及其家属可同时或先后发生其他自身免疫性甲状腺疾病,如桥本甲状腺炎、特发性黏液性水肿等;也可发生其他自身免疫性疾病,如重症肌无力、萎缩性胃炎等。

2. 应激因素 精神刺激、感染、创伤等应激因素作用于免疫系统,诱发体内的免疫功能紊乱,引起抑制性 T 淋巴细胞数量减少及功能缺陷,辅助性 T 淋巴细胞(Th 细胞)活跃,特异 B 淋巴细胞在特异 Th 细胞辅助下产生抗甲状腺抗体。

3. 免疫因素 本病特征之一是在患者血清中可检测到多种具有能与甲状腺组织起反应或刺激作用的自身抗体,即 TSH 受体抗体(TRAB)。其中甲状腺刺激免疫球蛋白(TSI)为 Graves 病中主要的自身抗体,它能与甲状腺细胞膜上的 TSH 受体结合,模拟 TSH 作用使 TH 的合成和分泌增加,而又不受 T_3 、 T_4 反馈抑制,因而使 T_3 、 T_4 持续升高,造成甲状腺功能亢进。

【护理评估】

(一) 健康史

1. 性别和年龄 女性多见,男女比例约为 1:(4~6);各年龄组均可发病,以 20~40 岁为多。

2. 遗传因素 家族中有甲亢、甲状腺肿大及其他自身免疫性疾病等病史。

3. 诱发因素 精神刺激、感染、劳累、大手术或严重创伤等。

(二) 身体状况

多数起病缓慢,老年和小儿患者症状多不典型。

1. 甲状腺激素分泌过多症候群

(1) 高代谢症候群: T_3 、 T_4 分泌过多,促进物质代谢,使产热和散热增多,基础代谢率明显增高,患者常感疲乏无力、怕热多汗、皮肤温暖而湿润。TH 促进肠道糖吸收、加速糖的氧化利用和肝糖原分解等,可使患者发生糖耐量异常甚至糖尿病加重;蛋白质分解加速致负氮平衡,可有消瘦、尿肌酸排出增多;TH 促进脂肪氧化与分解,加速胆固醇合成、转化及排泄,常使血中胆固醇降低。

身体状况:

- 高代谢症候群
- 神经过敏、兴奋性增高
- 心动过速、脉压差增大
- 食欲亢进、体重下降

- 突眼
- 甲状腺肿大,伴有血管杂音和震颤

(2) 精神、神经系统:主要是神经过敏、兴奋性增高。患者表现为兴奋不安,多言好动,焦躁易怒,失眠,注意力分散,记忆力减退等;有时有幻觉甚至精神分裂症表现,偶尔表现为寡言、淡漠。可有双手、眼睑和舌震颤,腱反射亢进。

(3) 心血管系统:甲状腺素可直接作用于心肌,引起心动过速。表现为心悸气短,心率加快,休息和睡眠时仍快。心尖部第一心音亢进,可闻及 I ~ II 级收缩期杂音;心律失常以期前收缩和心房纤颤为多见;可有心脏扩大及心力衰竭等表现,称为甲亢性心脏病。因心脏收缩加强,可出现收缩期动脉血压增高,心排出量增多;而外周血管扩张使舒张压下降,造成脉压差增大,可出现周围血管征。

(4) 消化系统:食欲亢进而体重却明显下降为本病特征。过多甲状腺素可兴奋肠蠕动以致大便次数增多,粪便多呈糊状并含不消化食物,有时因脂肪吸收不良而呈脂肪泻。甲状腺激素对肝也可有直接毒性作用,严重者致肝大和肝功能损害。老年患者可有食欲减退,甚至畏食。

(5) 运动系统:肌无力、肌萎缩甚至发生甲亢性肌病。周期性麻痹多见于青年男性,原因不明,可伴发重症肌无力。甲亢可影响骨骼脱钙而发生骨质疏松,还可发生指端粗厚,外形似杵状指。

(6) 生殖系统:因促性腺激素分泌受到抑制,女性患者常有月经量少、周期延长、甚至闭经。男性可有阳痿,偶见乳房发育。

(7) 造血系统:周围血液中白细胞总数偏低,粒细胞减少,淋巴细胞和单核细胞相对增加。由于消耗增加、营养不良和铁利用障碍,可引起贫血。血小板寿命较短,数量减少,有时可出现紫癜症。

(8) 内分泌系统:甲状腺激素过多除影响性腺功能外,还可影响肾上腺皮质功能。早期因应激反应,垂体分泌 ACTH 增多,皮质醇及 24 h 尿 17 - 羟皮质类固醇升高,继而受过高 T_3 、 T_4 的抑制而下降。

2. 眼征 约 25% ~ 50% 患者伴有眼征,其中突眼为较重要且具有特异的体征。按突眼程度可分为非浸润性突眼(良性突眼)和浸润性突眼(恶性突眼)。

(1) 良性突眼:占大多数,一般属对称性,有时一侧突眼先于另一侧,主要因交感神经兴奋使眼外肌群和上睑肌张力增高所致。具体表现为:① 眼球向前突出,一般不超过 18 mm;② 眼裂增宽、少瞬眼和凝视;③ 两眼看近物时,眼球集合不良;④ 眼向下看时,上眼睑不能下落;⑤ 眼向上看时,前额皮肤不能皱起。

(2) 恶性突眼:目前认为与自身免疫有关,约占 5%。主要由球后组

实验室检查:

- 基础代谢率增高
- TT_4 、 TT_3 、 FT_4 、 FT_3 增高
- 甲状腺摄 ^{131}I 率增高,高峰前移

组织肿胀、增生及眼外肌群麻痹所致。突眼度一般在 19 mm 以上,双侧多不对称,除前述眼征外,常有异物感、畏光、流泪、复视、斜视、视力减退、眼球活动度变小甚至固定;严重突眼者眼睑闭合困难,球结膜及角膜外露引起充血、水肿,易继发感染形成角膜溃疡、全角膜炎甚至失明。

3. 甲状腺肿:多呈程度不等的弥漫性、对称性肿大,质软,随吞咽动作上下移动。甲状腺肿大程度与甲亢轻重无明显关系。由于甲状腺的血流量增多,故在上下叶外侧可闻及血管杂音和扪及震颤。

4. 甲状腺危象:属甲亢恶化的严重表现,病死率较高,其发病原因可能与交感神经兴奋、垂体-肾上腺皮质轴应激反应减弱、大量 T_3 、 T_4 释放入血有关。主要诱因为感染、精神刺激、创伤、 ^{131}I 治疗早期、甲亢手术前准备不充分等。表现为高热($39^{\circ}C$ 以上),脉率快(140 ~ 240 次/min),常有心房扑动或纤颤;患者焦虑、烦躁、大汗淋漓、恶心、呕吐、腹泻,或因大量失水导致虚脱、休克,最终昏迷。

(三) 实验室和其他检查

1. 基础代谢率测定 可根据脉压和脉率计算或用基础代谢率测定器测定。常用公式为:基础代谢率 = (脉率 + 脉压) - 111。测定基础代谢率必须在清晨空腹静卧时进行。 $\pm 10\%$ 为正常, $+20\% \sim +30\%$ 为轻度甲亢, $+30\% \sim +60\%$ 为中度甲亢, $+60\%$ 以上为重度甲亢。

2. 血清总甲状腺素(TT_4)、总三碘甲状腺原氨酸(TT_3)测定 一般均高于正常。在甲亢与甲亢复发早期,因 TT_3 常较 TT_4 上升快,故可视其为诊断和治疗、观察的敏感指标,也可作为 T_3 型甲亢诊断的特异指标。

3. 血清游离甲状腺素(FT_4)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3)测定 FT_4 、 FT_3 是血清中具有生物活性的甲状腺激素,不受甲状腺结合球蛋白(TBG)变化的影响,直接反应甲状腺功能状况,较 TT_4 、 TT_3 更具敏感性和特异性,现已广泛应用于临床。

4. TSH 免疫放射测定分析(sTSHIRMA) 灵敏度高,广泛用于甲亢和甲状腺功能减退症的诊断及治疗监测。甲亢者因 TSH 受抑制而减少。

5. 促甲状腺激素释放激素(TRH)兴奋试验 甲亢时血清 T_4 、 T_3 增高,反馈抑制 TSH,故 TSH 不受 TRH 兴奋。静脉注射 TRH 200 μg 后 TSH 升高者,可排除本病;如 TSH 不增高,则支持甲亢的诊断。

6. 甲状腺摄 ^{131}I 率 本法诊断甲亢符合率达 90%,但不能反映病情严重度与治疗中的病情变化。正常值:用盖革计数管测定法,3 h 及 24 h 值分别为 5% ~ 25% 和 20% ~ 45%,高峰在 24 h 出现。甲亢者 3 h $> 25\%$, 24 h $> 45\%$,且高峰前移。

7. 甲状腺自身抗体测定 未经治疗的 GD 患者血中 TSAb 阳性检出率可达 80% ~ 100%, 有早期诊断意义, 可判断病情活动、复发, 还可作为治疗停药的重要指标。

(四) 心理、社会状况

情绪不稳、敏感多疑、急躁易怒见于大多数患者, 由于性格的改变常使患者与家庭及周围人际关系处于紧张状态, 患者常感焦虑不安。患者也可因甲亢所致突眼、甲状腺肿大等形象改变, 产生自卑心理。部分老年患者可表现为抑郁、淡漠, 重者可有自杀行为。评估时应注意患者及其家庭成员对疾病认识程度及态度、家庭经济状况, 了解患者所在社区的医疗保健服务情况等。

治疗要点

1. 抗甲状腺药物是治疗本病的基本方法, 主要适应于轻症, 20 岁以下, 孕妇或合并严重心、肝、肾等疾病不宜手术者。常用药物有硫脲类(如甲基硫氧嘧啶、丙基硫氧嘧啶)和咪唑类(如他巴唑、甲亢平)。其主要作用机制是阻断甲状腺激素的合成。

2. 抗甲状腺药物并不能迅速控制患者的症状, 尤其是交感神经兴奋性增高的表现, 故在抗甲状腺药物开始治疗的 1 ~ 2 个月内可联合使用 β 受体阻断剂如普萘洛尔 10 ~ 20 mg, 一日三次, 对于缓解甲亢初治期的症状有一定疗效。

3. 放射性 ^{131}I 治疗是利用甲状腺高度摄取 ^{131}I 的能力, 放射性 ^{131}I 被甲状腺摄取后, 放出 β 射线照射破坏甲状腺组织, 从而减少甲状腺素的合成与释放, 达到控制甲亢症状。主要适用于 30 岁以上中度甲亢、药物治疗无效及不宜手术者。妊娠及哺乳期妇女, 20 岁以下, 重度浸润性突眼, 甲状腺危象及严重全身疾病者禁用。

4. 中度以上甲亢, 经药物治疗无效或停药后复发者; 甲状腺明显肿大伴压迫症状者; 胸骨后甲状腺肿或结节性甲状腺肿伴甲亢者可行甲状腺次全切除术, 治愈率达 90% ~ 95%。通过手术切除甲状腺腺体的 80% ~ 90%, 保留 6 ~ 8 g 甲状腺组织, 术后产生的甲状腺素显著减少, 从而达到治疗的目的。

【护理诊断/合作性问题】

1. 营养失调:低于机体需要量 与代谢增高有关。
2. 有组织完整性受损的危险 与浸润性突眼有关。
3. 焦虑 与疾病引起患者性格、情绪改变以及病情复杂、病程长等因素有关。

4. 潜在并发症

(1) 甲状腺危象:与代谢紊乱、甲状腺素分泌过多有关。

(2) 有窒息的危险:与甲状腺术后并发症有关。

【护理目标】

1. 患者体重增加,无明显消瘦。
2. 保护眼部得当,角膜无损害。
3. 能有效地控制焦虑紧张情绪。
4. 主动避免诱发甲状腺危象的因素,了解应激措施。
5. 患者术后呼吸道通畅,未发生窒息。

【护理措施】

(一) 一般护理

1. 饮食 为满足机体代谢亢进的需要,给予高热量、高蛋白、高维生素及矿物质丰富的饮食,并给予充足的水分,多摄取蔬菜和水果。忌食生冷等刺激性食物和饮料,如咖啡、浓茶等,以免引起患者精神兴奋;减少食物中粗纤维的摄入,以减少排便次数。少食卷心菜、萝卜、菠菜、木薯等致甲状腺肿食物及含碘丰富的食物。

2. 环境与休息 保持环境安静,避免嘈杂。患者宜安排在凉爽、空气流通的环境。病情重、心功能不全或合并严重感染的患者,应严格卧床休息。

(二) 用药护理

1. 硫脲类和咪唑类 此类药物主要副作用有粒细胞减少,在初用药后2~3个月内多见。如白细胞低于 $3 \times 10^9/L$ 或中性粒细胞低于 $1.5 \times 10^9/L$,应考虑停药,并给予白细胞增生药;如伴发热、咽痛、皮疹等应警惕粒细胞缺乏症,须立即停药。此外,药疹亦较常见,可用抗组胺药控制,同时严密观察。如发生中毒性肝炎、肝坏死等应立即停药抢救。

2. 辅助药物 应用 β 受体阻滞剂需观察心率,防止心率过于减慢。如在抗甲状腺药物治疗过程中,症状虽缓解但出现甲状腺反而增大或突眼加重时,可酌减抗甲状腺药物剂量,并加服甲状腺素片,以稳

出现白细胞减少
或粒细胞缺乏应
考虑停药

定下丘脑-垂体-甲状腺轴的功能,避免 T_4 、 T_3 减少后对TSH反馈抑制的减弱。甲状腺素片需从小剂量开始,防止剂量过大引起心绞痛。

(三) 放射性 ^{131}I 治疗的护理

1. 在治疗前和治疗后一个月内避免服用含碘的药物和食物。服药后第一周避免用手按压甲状腺,避免精神刺激和感染。

2. 主要并发症有甲状腺功能减退、放射性甲状腺炎、突眼恶化及个别因术前准备不充分而诱发甲状腺危象,故应密切观察病情。如有发热、心动过速、大量出汗、神经过度兴奋等,需考虑有甲状腺危象的可能,应及时与医生联系,并做好抢救准备。

3. 患者的排泄物、衣服、被褥、用具等需待放射作用消失后,再作清洁处理,以免污染环境。

(四) 浸润性突眼的护理

1. 保护眼睛,防治结膜炎、角膜炎等。外出戴深色眼镜,减少光线和灰尘的刺激。经常以眼药水湿润眼睛,避免过度干燥;睡前涂抗生素眼膏,眼睑不能闭合者覆盖纱布或眼罩。

2. 睡觉或休息时抬高头部,使眶内液回流减少,减轻球后水肿。

3. 限制钠盐摄入,遵医嘱适量使用利尿剂。

(五) 心理护理

1. 耐心地解释病情,提高患者对疾病的认知水平,让患者及其亲属了解其情绪、性格改变等是甲亢临床表现的一部分,可因治疗而得到改善,以减轻患者因疾病而产生的压力。

2. 鼓励患者表达出内心感受,理解和同情患者。以平和、耐心的态度对待患者,建立相互信任的关系,与患者共同探讨控制情绪和减轻压力的方法,指导和帮助患者正确处理生活中突发事件。

3. 减少不良刺激,合理安排生活。保持居室安静和轻松的气氛,限制探视,避免外来刺激。尽可能地实施计划性集中治疗与护理,以免过多打扰患者。鼓励患者参加团体活动,以免社交障碍产生焦虑。

(六) 手术患者的护理

1. 术前护理 除提供术前的常规准备外,应做喉镜检查、心电图检查和血钙、血磷检查。术前必须用抗甲状腺药物充分控制症状。术前2周加服碘剂,碘剂可以抑制甲状腺素的释放,并能使腺体缩小、变硬,减少充血,利于手术;常用碘剂为复方碘溶液(Lugols溶液),每日3次,从每次3滴开始,逐日每次增加1滴(即第一天每次3滴、第二天每次4滴,依此类推)至每次15滴,维持至手术日。给药时可将碘溶液滴

术前2周加服碘剂:

- 目的
- 方法
- 准备就绪的指征

在水、果汁、牛奶里,用吸管饮用,以减少碘液的不良味道和对黏膜的刺激及牙齿的损害。当患者情绪稳定,睡眠好转,体重增加,脉率稳定在90次/min,腺体缩小、变硬,表明准备就绪,应及时手术。

对常规抗甲状腺药物准备效果不佳,或出现药物副作用的,可改用普萘洛尔,从每天60 mg开始,每6 h给药1次,剂量逐日增加,随心率而调节,一般至每天160 mg,服药4~7天后脉率降至正常,即可手术。术前1~2 h再服一次。

2. 术后护理

(1) 体位和活动:患者回病室后取平卧位,注意切口渗血,保持引流通畅,床边备拆线包、气管切开包、吸痰设备等以备急救用。病情稳定后取半卧位,可减少切口部位张力,且有利于呼吸和切口渗出物的引流。指导患者床上坐起或弯曲颈部时,将手放于颈后支撑头部重量,以减轻颈部疼痛和切口的张力。切口拆线后,患者做颈部活动,防止切口瘢痕挛缩,可指导患者点头、仰头和左右旋转颈部活动,坚持练习。

(2) 饮食:术后清醒患者,即可给予少量温或凉水,若无呛咳、误咽等不适,可逐步给予微温流质饮食,以后再逐步过渡到半流质饮食和软食。注意过热可使手术部位血管扩张,加重伤口渗血。

(3) 用药护理:术后继续服用复方碘溶液,每天3次,每次15滴开始,逐日每次减少1滴,直到每日3次,每次3滴为止。疼痛明显者可遵医嘱给予哌替定等止痛药物,以减轻疼痛,促进休息。

(4) 术后并发症的观察和护理

1) 呼吸困难和窒息:术后呼吸困难和窒息是最严重的并发症,多发生在术后48 h内。导致术后呼吸困难和窒息的主要原因有切口内出血形成血肿、喉头水肿、痰液阻塞、气管塌陷、双侧喉返神经损伤等。术后应帮助患者翻身,鼓励咳嗽、深呼吸,保持呼吸道通畅。若患者出现呼吸困难、烦躁不安、发绀,检查时可见颈部迅速肿大,敷料有渗血,应当即拆除缝线,敞开伤口去除血块,再急送手术室止血,必要时作床旁气管切开术;当痰液阻塞引起呼吸困难时,首先采取吸痰,无效时作气管切开或气管插管吸氧;其他原因引起气道阻塞,均应先作气管切开,然后再进一步处理。

2) 喉返神经损伤:一侧喉返神经损伤,出现声音嘶哑,可经健侧代偿,一般6个月后发音好转;双侧损伤患者可导致声带麻痹,引起失音、呼吸困难甚至窒息,多需作气管切开。

3) 喉上神经损伤:喉上神经外支损伤,患者出现声调降低;内支损

呼吸困难和窒息:

- 原因
- 表现
- 急救措施

伤可出现饮水时呛咳,应协助患者坐起进食,进半固体饮食,经治疗后可恢复。

4) 甲状旁腺损伤:甲状旁腺被误切时,出现低血钙,使神经肌肉的应激性增高。轻者表现为面部、手足部针刺感,或麻木、强直感;重者可出现面部肌肉和手足抽搐,甚至喉与膈肌痉挛,引起窒息死亡。发生低血钙后,应避免进食含磷高的食物,以免影响对钙的吸收;可口服钙片、维生素 D₂ 或二氢速变固醇(AT10),以提高血中钙含量;抽搐发作时,立即静脉注射氯化钙或葡萄糖酸钙 10~20 ml。

(七) 甲状腺危象的观察与护理

防治感染和充分的术前准备是防治危象发生的关键。一旦发生,主要抢救措施有:

1. 迅速建立静脉通路,给予氧气吸入,有高热时应进行物理降温。
2. 遵医嘱使用丙基硫氧嘧啶,以抑制甲状腺激素的合成和转化;使用复方碘溶液,以抑制甲状腺激素的释放;使用 β 肾上腺素能受体阻断剂以降低周围组织对甲状腺激素的反应;使用氢化可的松,以拮抗应激。使用丙基硫氧嘧啶及碘剂时注意观察病情变化,严格掌握碘剂的剂量,并观察中毒或过敏反应。积极准备好抢救物品,如镇静剂、血管活性药物、强心剂等。

3. 保证病室环境安静,绝对卧床休息,密切观察生命体征和意识状态并记录。昏迷者加强皮肤、口腔护理,定时翻身,以预防压疮和肺炎的发生。

(八) 健康教育

1. 指导患者保持身心愉快,避免精神刺激,建立和谐的人际关系和良好的社会支持系统。维持充足的睡眠,避免劳累,防止病情加重。
2. 向患者解释长期服药的重要性,指导患者按时服药,定期复查。
3. 每日清晨起床前自测脉搏,定期测量体重。脉搏减慢、体重增加是治疗有效的重要标志。如出现高热、恶心、呕吐、大汗淋漓、腹痛、腹泻、体重骤减、突眼加重等提示甲状腺危象的可能,应及时就诊。

三、甲状腺肿瘤

甲状腺肿瘤(thyroid neoplasms)根据其生物学特性和分化程度可分为良性肿瘤及恶性肿瘤两大类。甲状腺腺瘤是最常见的甲状腺良性肿瘤,而甲状腺癌为最常见的甲状腺恶性肿瘤。

【概述】

分类:

- 良性肿瘤:甲状腺腺瘤
- 恶性肿瘤:甲状腺癌

甲状腺腺瘤可发生于任何年龄,女性多见。按其病理形态学表现可分为滤泡状和乳头状囊性腺瘤两种,腺瘤具有完整的包膜。临床上以前者多见。

甲状腺癌约占全身恶性肿瘤的1%,女性发病率高于男性。甲状腺癌发生的原因至今不明,有人认为其发生与放射线及慢性促甲状腺激素刺激有关。甲状腺癌多数起源于滤泡上皮细胞,常见病理类型如下:

1. 乳头状癌 约占成人甲状腺癌的60%和儿童甲状腺癌的全部。多见于年轻女性,低度恶性,生长较缓慢,转移多限于颈部淋巴结,预后较好。
2. 滤泡状腺癌 约占甲状腺癌的20%。多见于中年人,中度恶性,发展较迅速,主要经血液循环转移至肺、骨等,预后不如乳头状腺癌。
3. 未分化癌 约占15%。多见于老年人,高度恶性,发展迅速,早期即可发生局部淋巴结转移,并常经血行转移至肺、骨等处,预后很差。
4. 髓样癌 较少见,仅占7%,有家族史。来源于滤泡旁降钙素分泌细胞,恶性程度中等,较早出现淋巴结转移,且可经血行转移至肺和骨,预后不如乳头状癌,但略好于未分化癌。

【护理评估】

(一) 健康史

1. 性别和年龄 甲状腺肿瘤女性发病率高于男性。乳头状癌多见于年轻女性,滤泡状腺癌多见于中年人,未分化癌多见于老年人。
2. 诱因 头颈部放射线照射可能与甲状腺癌的发生有一定关系。

(二) 身体状况

甲状腺腺瘤生长缓慢,大部分患者无任何症状。肿块多为单发,质地较软,表面光滑,边界清,随吞咽上下移动,生长缓慢。腺瘤多为实性,部分为囊性,囊壁血管破裂发生囊内出血时,肿块短时间内迅速增大,伴局部胀痛。

甲状腺癌肿块质硬而固定,表面不平,边界不清,随吞咽活动度差。局部转移常位于颈部,可有颈部淋巴结肿大。远处转移多见于扁骨(颅骨、椎骨、胸骨、骨盆等)和肺,并出现相应表现。髓样癌组织可产生激素样活性物质,如5-羟色胺和降钙素,患者可出现腹泻、心悸、颜面潮红和血钙降低等症状。

肿块较大或恶性肿瘤增长明显时可产生压迫症状。如压迫食管出现吞咽困难,压迫气道出现呼吸困难,压迫颈交感神经节产生 Horner 综合征(表现为同侧瞳孔缩小、上眼睑下垂、眼球内陷、同侧头面部无

身体状况:

- 腺瘤:生长缓慢、单发,质软、表面光滑、边界清
- 腺癌:质硬、固定、表面不平、边界不清
- Horner 综合征