

新编全科护理学 理论与实践

(下) 贾军红等◎主编

新编全科护理学理论与实践

(下)

贾军红等◎主编

第九章 泌尿外科手术配合护理

第一节 膀胱全切回肠代膀胱手术配合护理

一、麻醉与体位

全身麻醉；平卧、两腿分开，臀下垫一方垫。

二、用物准备

1. 器械 大包、全膀胱切除包。

2. 敷料 剖腹包、手术衣、中单、小开刀巾、纱垫、纱布。

3. 一次性物品 3/0、2/0、0 号丝线，2/0、4/0 或 5/0 薇乔，大包套针，吸引器管及头，扁形引流管、引流袋，引流管接头，10 号硅胶尿管，电刀头及延长电极，刀片（23 号、10 号），手套，5 号输尿管导管，单 J 管，泥鳅导丝，石蜡油球，16 号双腔气囊导尿管，20 号三腔气囊导尿管、电刀清洁片，粘贴巾等。

4. 仪器 高频电刀、超声刀。

三、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 下腹正中切口，依次切开各层组织，打开腹横筋膜	递 23 号刀切开，电凝止血，甲状腺拉钩牵开
2. 分离膀胱两侧，再打开膀胱腹膜反折处，将膀胱向下方推	递血管钳、组织剪分离，电刀切开反折处，递湿盐水纱布，轻推膀胱
3. 结扎并切断双侧输精管	递扁桃钳、直角钳、组织剪分离，递刀切断，递 2/0 丝线结扎
4. 结扎并切断双侧输尿管，输尿管内置单 J 管	递硅胶尿管作牵引输尿管，递血管钳、组织剪分离足够长度输尿管，递刀于低位处切断。远端递 2/0 丝线结扎，将泥鳅导丝插入单 J 管内，以血管钳固定，外涂石蜡油后插入近端输尿管内约 3cm 左右。递小圆针 3/0 丝线固定于输尿管上。同法处理另一侧。递手套，将双侧单 J 管置入，0 号丝线结扎以引流尿液
5. 分离膀胱后壁、侧韧带及精囊	递卵圆钳或艾力斯钳夹膀胱作牵引，递长弯钳、直角钳分离侧韧带，递刀或电刀切断后缝扎侧韧带
6. 打开双侧盆筋膜，游离前列腺侧壁至尖部，缝扎阴茎背深血管复合体	递血管钳、组织剪、电刀分离，递大圆针、0 号丝线或 2/0 大针薇乔缝扎 2 次
7. 切断后尿道，完整切除膀胱及前列腺	递长组织剪，沿前列腺横断后尿道，递艾力斯钳将前列腺提起，递直角钳、长弯钳、组织剪分离，至完全离断膀胱及前列腺
8. 直肠指检，查有无直肠损伤	递石蜡油球予助手润滑手指行直肠指检，查手指有无血迹、直肠是否损伤

(续表)

手术步骤	手术配合
9. 行双侧淋巴结清扫	递血管钳、组织剪、电刀沿髂血管表面切开后腹膜及血管鞘，扁桃钳、直角钳、组织剪分离出髂内外血管及闭孔神经，清除其周围淋巴脂肪组织
10. 尿流改道 (1)距回盲部 20cm 处，游离出 20cm 回肠端，冲洗后关闭其近端，并将回肠残端行端端吻合 (2)将左侧输尿管经腹膜后拉至右侧，于游离肠段近端后壁切开 1cm 切口，将双输尿管末端剪开 1.5cm，并侧侧吻合，其内置入 2 根单 J 管，并经回肠后壁切口引出 (3)将输尿管残端与回肠切口行端侧吻合，并减张固定 2 针 (4)于右下腹腹直肌外侧作直径 4cm 切口，逐层切开，将离断回肠经右腹膜外经切口引出体外，系膜对侧壁切开回肠 3cm，固定 3 针，将回肠末端与皮肤间断缝合，并外翻形成乳头	(1)递血管钳、组织剪游离回肠后，予 0.05% 碘伏冲洗干净，递 3/0 薇乔连续内翻缝合游离出的回肠近端及行回肠残端的吻合，5×12 圆针 3/0 丝线加强缝合 (2)递电刀切开回肠后壁，递组织剪剪开双输尿管末端，用石蜡油润滑泥鳅导丝后，插入 2 根 F8 号单 J 管至头端后，递弯钳钳夹固定，从双输尿管末端插入至合适位置，将泥鳅导丝抽出，递 5/0 薇乔将双输尿管末端行侧侧吻合 (3)递 5/0 薇乔两定点连续缝合，并减张固定 (4)递刀切开皮肤，递电刀逐层切开，递 5×12 圆针 3/0 丝线缝合固定
11. 彻底止血，关闭左侧侧腹膜，耻骨后置引流管一根，清点用物后关闭体腔	递血管钳钳夹、丝线结扎或电凝器止血，递 8×20 针 2/0 丝线关侧腹膜，递扁形引流管，清点器械、纱布、缝针并记录，递 9×24 针 0 号丝线间断缝合，体腔完全关闭后再次清点并记录、签名，递三角针 3/0 丝线缝皮下组织及皮肤，连接引流管、覆盖切口

四、注意事项

- 1. 手术创伤大，术前应探视患者，了解病情，缓解其焦虑、紧张的情绪。
- 2. 注意下肢不要过分外展，两腿腘窝下置软垫防止悬空，下肢约束带避免固定在膝关节处，保护神经不受压。
- 3. 术中切除回肠时按空腔脏器手术进行消毒隔离，保护周围脏器。
- 4. 手术部位深，及时调节无影灯，保证术中灯光的供给。
- 5. 手术时间长，注意患者的保暖，及时加盖被服，尽量减少暴露，并适当调节室温，术毕用温盐水冲洗腹腔，以防术后低体温。

(董红娜)

第二节 肾盂及输尿管切开取石手术配合护理

一、适应证

肾盂结石；输尿管上段结石，引起梗阻或感染；结石经非手术治疗无效。

二、麻醉与体位

硬膜外麻醉或全身麻醉；健侧全侧卧位。

三、用物准备

- 1. 器械 大包、输尿管切开取石包。
- 2. 敷料 剖腹包、剖腹被、小开刀巾、手术衣。
- 3. 一次性物品 电刀头、吸引器管及头、电刀清洁片、粘贴巾、3/0、2/0、0 号缝线、刀片(23 号及 11 号)、输尿管导管、导尿管、引流管、双 J 管、导丝、薇乔线(4/0、5/0),石蜡油棉球、2mL、1mL 注射器。
- 4. 其他 侧卧位的体位垫。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 手术野皮肤常规消毒、铺单	协助铺巾,器械护士与巡回护士共同清点纱布、缝针、器械并记录
2. 切开皮肤、皮下组织、浅筋膜	切口边缘各置一干大纱布,采用 11 肋间切口,递刀切开皮肤,电刀切开皮下组织、浅筋膜,递弯血管钳钳夹,3/0 丝线结扎或电凝止血
3. 切开背阔肌、腹外斜肌、腹内斜肌、腹横肌	用刀或电刀依次切开,用弯血管钳钳夹,2/0 丝线结扎或电凝止血,长无齿镊、组织剪剪开腰背筋膜
4. 推开腹膜,撑开切口	术者用手推开腹膜,递两块湿纱布于切口两旁,递肋骨牵开器撑开切口
5. 暴露肾脏,游离输尿管	钝性分离肾周围组织,递导尿管提起输尿管,递长无齿镊、组织剪、扁桃钳沿输尿管分离肾周围脂肪,递 2/0 丝线结扎
6. (1)肾盂结石时 ①暴露肾盂 ②切开肾盂,取出结石 (2)输尿管结石时 ①暴露输尿管 ②切开输尿管,取出结石	递静脉肾盂拉钩拉开,递 5×12 圆针 3/0 丝线于肾盂两侧各缝一针牵引线,递蚊式钳固定 递 11 号刀片在两牵引线之间沿肾盂纵行切开肾盂,递取石钳、神经剥离子取出结石,妥善保存,置 12 号或 14 号硅胶尿管,以生理盐水冲洗肾盂 递输尿管钳固定并用 5×12 圆针 3/0 丝线于输尿管结石处两侧各缝一针牵引线,递蚊钳固定
7. 放支架管(双 J 管),上到肾盂,下至膀胱	支架管内插入润滑过的泥鳅导丝,并用石蜡油润滑双 J 管,于双 J 管末端用弯钳夹住固定
8. 缝合肾盂切口或输尿管切口	递 4/0 或 5/0 薇乔线间断缝合
9. 检查切口,放置引流管	递温盐水、引流管
10. 清点用物,依层缝合伤口	清点器械、缝针、纱布,并记录。依层递圆针 0 号丝线、三角针 3/0 丝线缝合

五、注意事项

- 1. 术前再次确认结石部位。
- 2. 放置体位时腰部置于手术床腰桥的上方,摇起腰桥使健侧腰部抬高,头及下肢适当放低,以扩大手术侧肋骨髂嵴间距离。
- 3. 缝合切口前将腰桥放平,减少切口张力。

(董红娜)

第三节 肾癌根治术手术配合护理

一、麻醉与体位

全麻。取半侧卧位(腰部抬高)或健侧全侧卧位(第 12 肋对准手术床腰桥)。

二、用物准备

- 1. 器械 大包、肾癌根治包、框架拉钩。
- 2. 敷料 剖腹包、剖腹被、小开刀巾、手术衣。
- 3. 一次性物品 电刀头、电刀清洁片、吸引器管及头、扁形引流管、引流袋、引流管连接头、手术粘贴巾、刀片、3/0、2/0、0 号丝线、5/0 普理灵等。
- 4. 仪器 高频电刀、超声刀。
- 5. 其他 全侧卧位体位垫。

三、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒皮肤，半侧卧位时取肋缘下切口，切开各层组织进腹	消毒后协助铺巾； 递刀切开，干纱布拭血，电凝止血，甲状腺拉钩暴露手术野； 进腹后递生理盐水湿手探查，湿纱布保护切口后上框架拉钩
2. 切开侧腹膜，将肠管推至内侧，沿腹膜外平面钝性分离肾周筋膜腹侧	“S”形拉钩暴露，电刀切开，扁桃钳、直角钳分离，2/0 丝线结扎
3. 处理肾门，分离并结扎肾动、静脉	于肾门处用电刀切开腹膜及肾蒂血管鞘，扁桃钳、直角钳分离显露肾静脉，2/0 丝线结扎阻断其分支血管，于肾静脉后方分离出肾动脉； 肾蒂钳钳夹后，0 号丝线先结扎肾动脉后再用刀切断，近端 0 号丝线结扎后，7×17 针穿 2/0 丝线贯穿缝扎，远端 0 号丝线结扎；同法处理肾静脉
4. 游离肾脏，切断输尿管并切除肾脏。遇癌栓时，阻断癌栓静脉两端及对侧肾静脉，袖口状切开静脉，取出癌栓后缝合	递扁桃钳、直角钳，沿肾周筋膜外分离肾背侧及下极，钳夹输尿管后，递刀切断，0 号丝线结扎，分离至肾上极处，切除肾上腺，将肾脏完整切除。取癌栓时递无损伤血管钳或心耳钳阻断静脉，切开后递剥离子及静脉拉钩牵开管壁，取癌栓；递爱迪森氏镊，5/0 普理灵连续缝合
5. 淋巴结清扫	递血管钳、组织剪及电刀，沿腹主动脉及腔静脉表面锐性及钝性分离清扫腹主动脉周围、腹主动脉及腔静脉间淋巴结缔组织，上界至肾动脉上方，下界清扫至肠系膜下动脉水平
6. 妥善止血，冲洗切口，放置引流管	电凝止血或丝线结扎，递温灭菌注射用水冲洗，递扁形引流管
7. 清点用物，逐层关闭切口	关腹前后洗手，巡回护士共同清点纱布、缝针、器械无误。递纱布、美敷覆盖切口

四、注意事项

放置侧卧位时，上方的腿伸直，下方的腿弯曲，用体位垫、布单保护好骨隆突处，防止压伤，并注意对准手术腰桥；放置平卧位时，患侧抬高，患肢以布单包好后悬吊于头架上，健侧以体位垫固定，防止滑动，亦注意对准手术床腰桥。

(董红娜)

第四节 前列腺癌根治手术配合护理

一、应用解剖

前列腺是位于耻骨后下方、直肠前、尿道生殖膈上方的纤维肌性腺体，包绕于前列腺段尿道，呈栗状。正常大小为4cm×3cm×2cm。前列腺后面与直肠相邻，前列腺前面借内侧耻骨前列腺韧带附于耻骨后面，下面与肛提肌相邻。前列腺的血液供应主要来自膀胱下动脉，此外尚有膀胱上动脉、直肠下动脉、输精管动脉、直肠上动脉和闭孔动脉。前列腺静脉大部分汇入髂内静脉。

二、适应症

局限性前列腺癌(T₁、T₂期)；预期寿命大于10年患者。

三、用物准备

- 1. 器械 大包、全膀胱切除包。
- 2. 敷料 剖腹包、剖腹被、中单、手术衣等。
- 3. 一次性物品 大包套针，吸引器管及头，电刀头，延长电极，刀片(23号、10号)，手套，30cm×50cm粘贴巾，16号双腔导尿管，18号三腔气囊导尿管，冲洗球，石蜡油球，3/0、2/0、0号丝线，温灭菌水，2/0贝朗缝线，2/0大针薇乔等。
- 4. 仪器 高频电刀、超声刀。

四、麻醉与体位

全麻。平卧位，两腿稍分开，臀部垫高。

五、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒皮肤、铺巾	常规消毒后协助铺巾，与巡回护士清点纱布、缝针、器械
2. 取下腹部正中切口，切开皮肤、皮下组织，进入腹膜外间隙	递刀切开皮肤，电刀切开皮下，干纱布拭血，递小拉钩牵开腹直肌，递湿纱布包于食指上，钝性分离腹膜返折，显露膀胱
3. 分离膀胱侧壁及顶壁至盆底	递海绵钳夹膀胱牵引，递扁桃钳、直角钳、组织剪分离，递刀切开，电凝止血或2/0丝线结扎
4. 切开盆内筋膜，分离前列腺两侧壁至前列腺尖部	递刀切开，递扁桃钳、直角钳、组织剪分离，2/0丝线结扎
5. 缝扎阴茎背深血管复合体，于前列腺尖部远端切断后尿道	递2/0大针薇乔缝扎，递刀切断
6. 钝性分离膀胱腹膜间隙，分离膀胱后壁至膀胱颈，剥离两侧精囊腺，沿 Denoviller 筋膜间分离前列腺后壁至前列腺尖部	递湿纱布包于食指上分离，递扁桃钳或长弯钳夹，递刀切断韧带，丝线结扎或缝扎

(续表)

手术步骤	手术配合
7. 于膀胱前列腺交界处切开膀胱颈至三角区,完整切除前列腺	递刀
8. 膀胱颈与后尿道吻合,内置气囊尿管	递 2/0 贝朗缝线连续缝合,递气囊尿管
9. 探查无活动性出血,置引流管,清点用物后依次关腹	递温灭菌水冲洗,递引流管,关腹前后与巡回护士共同清点纱布、器械、缝针等用物无误,逐层关闭切口

六、注意事项

- 1. 摆放“人”字型体位,两腿分开后腘窝下置软垫防止悬空。下肢约束带避免固定在膝关节处。
- 2. 手术部位深,及时调节无影灯,保证术中灯光的供给。
- 3. 手术时间长,注意患者的保暖,及时加盖被服,尽量减少暴露,并适当调节室温,术毕用温盐水冲洗腹腔,以防术后低体温。
- 4. 手术创伤大,术中随时监测患者生命体征,保证静脉回路的通畅,必要时加压输液、输血。
- 5. 合理摆放仪器设备于手术床的一侧,检查其性能完好。

(董红娜)

第五节 经尿道前列腺电切手术配合护理

一、应用解剖

前列腺是位于耻骨后下方、直肠前、尿道生殖膈上方的纤维肌性腺体,包绕于前列腺段尿道,呈栗状。正常大小为 4cm×3cm×2cm。前列腺后面与直肠相邻,前列腺前面借内侧耻骨前列腺韧带附于耻骨后面,下面与肛提肌相邻。前列腺的血液供应主要来自膀胱下动脉,此外尚有膀胱上动脉、直肠下动脉、输精管动脉、直肠上动脉和闭孔动脉。前列腺静脉大部分汇入髂内静脉。

二、适应证

- 1. 重度前列腺增生(BPH)或下尿路症状明显影响生活质量。
- 2. 药物治疗效果不佳或拒绝接受药物治疗。
- 3. BPH 导致以下并发症 ①反复尿潴留。②反复血尿,经 5α-还原酶抑制剂治疗无效。
- ③反复泌尿系感染。④膀胱结石。⑤继发性上尿路积水等。

三、用物准备

- 1. 器械 膀胱镜包,电切镜鞘,闭孔器,电切操作手柄及电切环,0°、30°窥镜,穿刺造瘘器械、滤网、Ellik 球、“Y”型冲洗管。

2. 敷料 手术衣。

3. 特殊用物 温冲洗液、石蜡油、注射器、输血器、200mm×14mm 保护套、吸引器管、16号双腔气囊尿管、20 号三腔气囊尿管、引流袋。

4. 仪器设备 腹腔镜显示系统、高频电刀(备单极脚踏)。

5. 其他 截石位腿架。

四、麻醉与体位

硬膜外麻醉或全身麻醉;截石位。

五、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 会阴部常规消毒铺单	常规消毒,铺单
2. F24、F26 尿道探条扩张尿道,放入膀胱镜器械	递尿道探条、膀胱镜器械
3. 依次放入膀胱镜操作件	连接冲洗液,连接显示系统,调节电刀功率
4. 电切时作耻骨上膀胱穿刺,放置造瘘管,及时引流冲洗液	加温冲洗液至 37~40℃,及时更换
5. 电切增生的腺体,上缘从膀胱颈开始,下缘至精阜近端,四周至前列腺的外科包膜	注意观察患者生命特征、病情变化及出血量
6. 观察是否切净,尿道外括约肌有无损伤,彻底止血后,用 Ellik 冲洗球反复冲洗,将膀胱内的组织碎片全部清除	及时倾倒冲洗废液,防止溢出
7. 尿道内放置 F20 或 F18 号三腔气囊导尿管	递三腔气囊导尿管
8. 耻骨上造瘘口置 F16 号双气囊导尿管	递双腔气囊导尿管、连接冲洗液

六、注意事项

1. 正确使用高频电刀,输出功率一般设置电切 160W、电凝 80W,高频电刀的电极板必须放置在患者小腿或大腿部,放置时要注意电极板与皮肤紧密相贴,并注意防止灌洗液将电极板浸湿。

2. 电切灌洗液必须为非电解质的液体,如用等离子电切系统则用 0.9%NaCl 溶液。及时在输液皮条上标识非静脉用液体,注意不能与静脉输液混淆。

3. 膀胱灌洗液平面高度 80~100cm,液体加温至 37~40℃方可使用,并注意室温调节,做好保暖,避免患者体温过低。

4. 及时关注手术进展,记录灌注量及出血量,观察有无出现 TURP 综合征早期症状,及时告知医生,对症处理。

(董红娜)

第六节 肾移植手术配合护理

一、适应证

终末期肾病。

二、麻醉与体位

连续硬膜外麻醉或全身麻醉。平卧位，一侧腰臀部垫高。

三、用物准备

- 1. 器械 大包、肾移植器械包。
- 2. 敷料 剖腹被、剖腹包、开刀巾、手术衣等。
- 3. 一次性物品 硅胶管(F8、10)、101111、201111、501111 注射器，大包套针，3/0、2/0、0号丝线，吸引器管及头，电刀头，刀片(23 号、10 号)，30cm×50cm 粘贴巾，手套，扁形引流管，引流袋，引流管接头，5/0 普理灵，5/0 可吸收缝线，套管针，F18 号导尿管，输尿管支架管，自制冰袋，腹部自动牵开器，打孔器。
- 4. 仪器设备 高频电刀。
- 5. 体位 垫方垫。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 麻醉后，取平卧位，手术侧腰臀部垫高，常规消毒、铺巾，放置 F18 气囊导尿管，弯钳夹闭	协助消毒、铺巾，递尿管，清点纱布、缝针、器械并记录
2. 取下腹部弧形切口，逐层切开皮肤、皮下组织及肌肉，分离结扎、切断腹壁下动脉、静脉，分离结扎、切断精囊或子宫圆韧带，显露髂窝	递刀切皮，电刀逐层切开，递血管钳钳夹，组织剪剪断，递 2/0、0 号丝线结扎
3. 游离患侧髂内动脉，分支分别结扎，近端阻断，远端切断，稀释肝素冲洗；或髂外动脉，侧壁钳阻断，切开	直角钳游离，玻璃丝或 F8 硅胶尿管悬吊，蚊钳牵引，2/0 丝线结扎，血管钳夹住起始端，0 号丝线结扎其末端并紧贴结扎处剪断
4. 分离患侧髂外静脉，静脉周围结缔组织及淋巴管、血管予切断结扎，侧壁钳阻断髂外静脉	直角钳、扁桃钳、组织剪游离，3/0 丝线结扎，桑氏钳夹住静脉；递肝素冲洗液
5. 取来供肾，行血管吻合，先静脉后动脉，即供肾静脉与髂外静脉行端侧吻合，供肾动脉与髂内动脉行端端吻合，或与髂外动脉行端侧吻合	弯盘内放入无菌冰水混合物，上置肾托，将供肾取出后置于弯盘内以肾托保护，移至手术台，放置小冰袋于供肾上，5/0 普理灵缝线，行血管吻合。吻合完毕前，肝素冲洗液冲洗血管内血块及空气，防止栓塞，剪去肾托。观察吻合口有无漏血及供肾血流情况，如有漏血递 5/0 普理灵残线修补
6. 重建尿路，将供肾输尿管植入膀胱	膀胱注水 300mL，切开膀胱，输尿管内置双 J 管，递 5/0 可吸收线作供肾输尿管与受体膀胱连续吻合，圆针 3/0 丝线包埋固定
7. 检查术野无出血，髂窝置引流管，清点用物逐层关闭切口	放置扁形引流管，9×24 圆针 0 号丝线关闭切口及肌层，递三角针 3/0 丝线缝皮下组织及皮肤

五、术中用药

- 1. 肝素冲洗液的配置 肝素 1 支(12500U)加入 0.9%NS100mL。
- 2. 遵医嘱使用抗生素 加入 0.9%NS 100mL(术前 30min 用)。
- 3. 遵医嘱甲基泼尼松龙(10mg/kg，吻合前静脉推注 1/2，吻合后开放静脉前推注 1/2)。

4. 白蛋白 20g。
5. 卡那霉素 2 支(加入 300mL 冲洗水)。

六、注意事项

1. 开放静脉前,核对植肾侧,静脉开放于非植肾侧下肢。
2. 取供肾前,再次核对供体血型。
3. 记录出入量,遵医嘱输入液体,开放前保证 2000mL 液体进入体内维持肾脏灌注压。

(董红娜)

第十章 内分泌与代谢疾病护理

第一节 单纯性甲状腺肿的护理

甲状腺肿(goiter)是指甲状腺上皮细胞的非炎症性、非肿瘤性增生肿大,分为非毒性和毒性甲状腺肿两类,其中单纯性甲状腺肿属于非毒性甲状腺肿,其特点是甲状腺肿大但甲状腺功能正常。单纯性甲状腺肿是由于缺碘、碘过量、致甲状腺肿物质或先天性缺陷等因素,导致甲状腺激素生成障碍或需求增加,使甲状腺激素相对不足而导致甲状腺代偿性肿大,根据发病的流行情况,可分为地方性和散发性甲状腺肿两种。前者流行于离海较远、海拔较高的山区,我国西南、西北、华北等地均有分布,常为缺碘所致;后者散发分布,多发生于青春期、妊娠期、哺乳期和绝经期妇女。单纯性甲状腺肿多见于女性,女性与男性之比为(7~9):1。

一、护理评估

1. 病因 通常导致甲状腺肿大有四个方面的原因:

(1)碘的相对缺乏:由于血液中 T_4 的浓度是刺激垂体产生促甲状腺激素的主要原因,血中 T_4 浓度降低,则刺激垂体产生促甲状腺激素增加,使甲状腺增生、肿大。

(2)青春期、妊娠期、哺乳期甲状腺肿:也是引起甲状腺肿大的一个原因,此时由于全身代谢增强,机体相对碘不足,发生代偿性甲状腺肿。

(3)致甲状腺肿的物质:有人发现有的食物可能与甲状腺发生肿大有一定关系。如卷心菜、大豆等。

(4)先天性甲状腺激素合成缺陷:某些酶的缺陷影响甲状腺激素的合成或分泌,从而引起甲状腺肿。

2. 临床表现

(1)健康史:询问患者居住区域,是否为我国西南、西北、华北等地,有无精神刺激等诱因,询问饮食习惯等。

(2)症状和体征:

1)甲状腺肿大:除甲状腺肿大外,往往无自觉症状。因甲状腺肿大是渐进性的,故患者常不知其发生的时间,一般在地方病调查、体检时才被发现。

2)局部压迫症群:早期无不适,随着甲状腺肿大,可出现对邻近组织器官的压迫症状,如气管受压可出现堵塞感、憋气及呼吸不畅;食管受压可造成吞咽困难;喉返神经受压会导致声音嘶哑、痉挛性咳嗽。胸骨后甲状腺肿可引起上腔静脉压迫综合征。

3. 辅助检查

(1)甲状腺功能:患者 T_3 和 T_4 水平基本正常。TSH 水平大多正常,亦可有不同程度的增高。少数结节性甲状腺肿者可转变为甲状腺功能亢进,也可发展为甲低。

(2)影像学检查:超声检查可明确显示甲状腺形态、大小及结构,是甲状腺解剖评估的灵敏方法。核素扫描主要是评估甲状腺的功能状态。早期可发现均匀性变化,晚期可发现有功能结节或无功能结节。

(3)B超引导下的甲状腺细针穿刺活检:安全可靠、简便易行、诊断准确性高。

4. 心理、社会状况 评估患者有无情绪改变,如家庭人际关系紧张、焦虑等改变,有无自卑心理。

二、护理诊断和合作性问题

1. 知识缺乏 缺乏甲状腺肿相关治疗知识。
2. 自我形象紊乱 与颈部肿块引起身体外观改变有关。
3. 潜在并发症 呼吸困难、声音嘶哑、吞咽困难等。

三、护理措施

1. 一般护理 注意保持心情愉快,保持病室安静,避免各种刺激。
2. 病情观察 密切观察病情变化,定期检测。
3. 治疗配合 单纯性甲状腺肿治疗方案的选择取决于该病的病因和发展阶段。

(1)地方性甲状腺肿:碘盐补充是最基本、最有效的治疗措施之一。如补充碘剂不宜剂量过大,以防引起碘甲状腺功能亢进。

护理要点 在甲状腺肿流行地区推广加碘食盐,告知患者及家属勿因价格低廉而购买和食用不加碘食盐。

(2)散发性甲状腺肿:较年轻的单纯性甲状腺肿患者的血清 TSH 水平多正常或稍增高,是使用 TH 治疗的指征,达到抑制甲状腺增生的目的。首选左旋甲状腺素片(优甲乐)50~150 μ g,其剂量应以不使 TSH 浓度减低与不发生甲状腺毒症,而肿大的甲状腺有缩小为宜。停用优甲乐易复发甲状腺肿,故应长期治疗。

(3)多结节性甲状腺肿:有结节者,往往药物的疗效较差。单纯性多结节性甲状腺肿多见于50岁以上妇女,TSH常 $<0.5\text{mU/L}$,对这些患者使用 TH 来抑制 TSH 通常无效,不宜采用 TH 治疗,应建议患者择期手术治疗。

(4)手术治疗:一般而言,单纯性甲状腺肿不宜行外科手术治疗。但若是腺体过于肿大,特别是巨大结节性甲状腺肿,或出现甲状腺功能变化,或引起压迫症状,或疑有癌变者,宜手术治疗。为防止甲状腺肿的复发,术后应给予甲状腺激素替代治疗。

四、健康教育

1. 在甲状腺肿流行地区推广加碘食盐 告知居民勿因价格低廉而购买和食用不加碘食盐。日常烹调使用加碘食盐,每10~20kg食盐中均匀加入碘化钾或碘化钠1g即可满足人体每日的需碘量。

2. 告知患者碘是甲状腺素合成的必需成分 食用高碘含量食品有助于增加体内甲状腺素的合成,改善甲状腺肿大症状。鼓励进食海带、紫菜等含碘丰富海产品。

(刘莹)

第二节 甲状腺功能亢进的护理

甲状腺功能亢进(hyperthyroidism)简称甲亢,是指由多种病因导致甲状腺激素(TH)分

泌过多,引起以神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要表现的一种临床综合征。临床上以弥漫性毒性甲状腺肿(diffuse toxic goiter, Graves disease, GD)最常见,约占85%。其次为结节性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进、亚急性甲状腺炎伴甲状腺功能亢进和药物性甲状腺功能亢进。其他少见的病因有碘甲状腺功能亢进、垂体性甲状腺功能亢进(TSH瘤)、滤泡性甲状腺癌伴甲状腺功能亢进等(表 10—1)。下面重点阐述 Graves 病患者的护理。

表 10—1 甲状腺功能亢进的常见病因

1. 甲状腺性甲状腺功能亢进	仅有甲状腺功能亢进症状而甲状腺功能不增高
弥漫性甲状腺肿甲状腺功能亢进(Graves 病)	3. 医源性甲状腺功能亢进
多结节性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进	4. 暂时性甲状腺功能亢进
自主性高功能甲状腺腺瘤	亚急性甲状腺炎
2. 垂体性甲状腺功能亢进	甲状腺癌;主要为滤泡性甲状腺癌伴甲状腺功能亢进
垂体 TSH 瘤	慢性淋巴细胞性甲状腺炎(桥本病)
异源性 TSH 综合征	放射性甲状腺炎

GD 多见于成年女性,其发病率女:男约为 8:1,典型病例除有甲状腺肿大和高代谢症群外,尚有突眼。约 5%的眼病患者不伴有临床甲状腺功能亢进,但存在甲状腺的免疫功能异常或其他检查异常,称为甲状腺功能“正常”的眼病(euthroid Graves ophthalmopathy, EGO)。

一、护理评估

1. 病因 虽然本病的病因尚未完全阐明,但公认其发生与自身免疫有关,是自身免疫性甲状腺疾病的一种特殊类型,属于器官特异性自身免疫病。

- (1)遗传因素:GD 有显著的遗传倾向,并与一定的人类白细胞抗原(HLA)类型有关。
- (2)自身免疫:患者体内 T、B 淋巴细胞功能缺陷,血清中存在甲状腺细胞 TSH 受体的特异性自身抗体,即 TSH 受体抗体(TSH receptor antibodies, TRAb)。TSH 和 TRAb 均可与 TSH 受体结合,引起甲状腺细胞增生、TH 合成及分泌增加。

(3)应激因素:应激因素对本病的发生、发展有重要影响,如感染、创伤、精神刺激等应激状况,可能是疾病发生和病情恶化的重要诱因。

2. 临床表现

(1)健康史:询问患者有无家族史,有无精神刺激等诱因,食欲、性格变化,是否怕热、多汗,女性患者应询问月经的变化及病后用药情况及疗效等。再发者询问用药史,是否进食高碘食物等。

(2)症状

1)高代谢综合征:是本病最主要的症状。由于 TH 分泌增多导致交感神经兴奋性增高和新陈代谢加速,产热与散热均明显增加,患者常有疲乏无力、怕热多汗、多食善饥、消瘦等,危象时可有高热。三大营养物质代谢表现为:糖耐量减低或使糖尿病加重、血中总胆固醇降低;蛋白质分解增强致负氮平衡,体重下降。

2)精神神经系统:神经过敏、多言好动、焦躁易怒、紧张不安、失眠、记忆力减退、注意力不集中,有时有幻觉甚至精神分裂症表现。可有手、眼睑和舌震颤,腱反射亢进。老年人可表现为淡漠、寡言。

3)心血管系统:表现为心悸、气短、胸闷,严重者可发生甲状腺功能亢进性心脏病。常见

体征有心率加快;第一心音亢进、心尖部闻及Ⅰ~Ⅱ级收缩期杂音;心律失常以心房颤动最为常见;心脏增大;收缩压增高,舒张压降低致脉压差增大,可出现周围血管征。

4)消化系统:食欲亢进、多食消瘦。但老年患者可有食欲减退、畏食。因TH可促使胃肠蠕动增快,消化吸收不良而排便次数增多。重者可有肝大及肝功能异常,偶有黄疸。

5)肌肉与骨骼系统:由于蛋白质分解增加,多数患者有肌无力及肌萎缩,亦可见周期性瘫痪,多见于青年男性,常伴有低血钾。部分患者有甲状腺功能亢进性肌病,也可伴发重症肌无力。甲状腺功能亢进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)造血系统:外周血白细胞计数偏低,分类淋巴细胞比例增加,单核细胞数增多。血小板寿命较短,可伴发血小板减少性紫癜。

7)生殖系统:男女性功能均下降。女性常有月经减少或闭经。男性有勃起功能障碍,偶有乳房发育。男女生育能力均下降。

(3)体征:

1)甲状腺肿(图10-1):多数患者有不同程度的甲状腺肿大,常为弥漫性、对称性肿大,质软、无压痛,久病者质地较韧。肿大程度与甲状腺功能亢进病情轻重无明显关系。甲状腺上下极可触及震颤,闻及血管杂音,为本病重要的体征。



图10-1 甲状腺肿大

2)眼征:有25%~50%患者伴有眼征,是本病的特征性体征(图10-2)。其中突眼为重要而特异的体征之一。按病因可分为单纯性(非浸润性)突眼和浸润性(恶性)突眼两类。单纯性突眼与交感神经兴奋性增高以及TH的 β 肾上腺能样作用致眼外肌、上睑提肌张力增高有关。单纯性突眼常见的眼征有:①轻度突眼,突眼度不超过18mm。②瞬目减少,眼神炯炯发亮。③上眼睑挛缩,睑裂增宽。④双眼向下看时,由于上眼睑不能随眼球下落,出现白色巩膜。⑤眼球向上看时,前额皮肤不能皱起。⑥两眼看近物时,眼球辐辏不良。浸润性突眼约占5%,与眶后组织的自身免疫性炎症有关。除上述眼征外,常有眼睑肿胀肥厚,结膜充血水肿;眼球显著突出,突眼度超过18mm,且左右眼突眼度可不相等(相差 $>3\text{mm}$),眼球活动受限。患者自诉视力下降、异物感、畏光、复视、斜视、眼部胀痛、刺痛、流泪。严重者眼球固定,眼睑闭合不全,角膜外露易导致溃疡发生及全眼球炎,甚至失明。



图 10-2 单纯性突眼(上)与浸润性突眼(下)

(4)特殊的临床表现:

1)甲状腺危象(thyroid crisis):是甲状腺功能亢进急性加重的一个综合征,属甲状腺功能亢进恶化的严重表现,可危及生命。主要诱因:①应激状态,如感染、手术、放射性碘治疗等。②严重躯体疾病,如心力衰竭、低血糖症、败血症、脑卒中、急腹症或严重创伤等。③口服过量TH制剂。④严重精神创伤。⑤手术中过度挤压甲状腺。临床表现为:早期表现为原有的甲状腺功能亢进症状加重,并出现高热(体温 $>39^{\circ}\text{C}$),心动过速(≥ 140 次/min),常伴有心房颤动或扑动、烦躁不安、大汗淋漓、呼吸急促、畏食、恶心、呕吐、腹泻,患者可因大量失水导致虚脱、休克、嗜睡、谵妄或昏迷。

2)甲状腺功能亢进性心脏病:简称甲亢性心脏病,发生率为 $10\%\sim 22\%$,多见于男性结节性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进。主要表现为心脏增大、心房颤动和心力衰竭,经有效的抗甲状腺治疗可使病情明显缓解。

3)淡漠型甲状腺功能亢进:多见于老年人。起病隐袭,无明显高代谢综合征、甲状腺肿及眼征。主要表现为神志淡漠、乏力、嗜睡、反应迟钝、明显消瘦;有时仅有腹泻、畏食等消化系统症状;或仅表现为心血管症状,如原因不明的心房颤动,还可并发心绞痛、心肌梗死,易与冠心病相混淆。

4)胫前黏液性水肿:与浸润性突眼同属自身免疫性病变,约见于 5% 的患者。多见于胫骨前下 $1/3$ 部位。皮损为对称性,早期皮肤增厚、变粗,皮损周围的表皮可有感觉过敏或减退,或伴痒感。后期皮肤粗厚如橘皮或树皮样。

3. 辅助检查

(1)基础代谢率(basal metabolic rate, BMR):正常 BMR 为 $-10\%\sim +15\%$,约 95% 的本病患者 BMR 增高。BMR 测定应在禁食 12h、睡眠 8h 以上,静卧空腹状态下进行。常用 BMR 简化计算公式: $\text{BMR}\% = \text{脉压} + \text{脉率} - 111$ 。

(2)甲状腺摄 ^{131}I 率:正常 2h 为 $5\%\sim 25\%$,24h 为 $20\%\sim 45\%$;甲状腺功能亢进患者甲状腺摄 ^{131}I 率增高且高峰前移。本法是诊断甲状腺功能亢进的传统方法,不能反映病情严重程度与治疗中的病情变化,目前已被激素测定技术所代替。

(3) T_3 抑制试验:口服一定 L- T_3 后再做甲状腺摄 ^{131}I 率,用于鉴别单纯性甲状腺肿和甲状腺功能亢进,甲状腺功能亢进患者在试验中甲状腺摄 ^{131}I 率不能被抑制,而单纯性甲状腺肿

甲状腺摄 ^{131}I 率能被抑制。

(4)血清甲状腺激素测定:

1)血清游离甲状腺素(FT_4)与游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3): FT_4 、 FT_3 不受血甲状腺结合球蛋白(TBG)影响,能直接反映甲状腺功能,是临床诊断甲状腺功能亢进的首选指标。

2)血清总甲状腺素(TT_4):受TBG等的影响,作为判定甲状腺功能最基本的筛选指标。

3)血清总三碘甲状腺原氨酸(TT_3):受TBG的影响,为早期GD、治疗中疗效观察及停药后复发的敏感指标,也是诊断 T_3 型甲状腺功能亢进的特异性指标。

(5)促甲状腺激素(TSH)测定:血清TSH第三、四代测定技术灵敏度已达到 0.01mIU/L ,称为敏感TSH(sensitive TSH, sTSH)。sTSH是国际上公认的诊断甲状腺功能亢进的首选指标,可作为单一指标进行甲状腺功能亢进筛查,也是反映下丘脑—垂体—甲状腺轴功能的敏感指标,尤其对亚临床型甲状腺功能亢进和亚临床型甲减的诊断有重要意义。GD患者一般 $\text{sTSH} < 0.1\text{mIU/L}$,但垂体性甲状腺功能亢进TSH不降低或升高。

(6)促甲状腺激素释放激素(TRH)兴奋试验:GD时血 T_3 、 T_4 增高,反馈抑制TSH,故TSH细胞不被TRH兴奋。当静脉注射 $\text{TRH} 400\mu\text{g}$ 后TSH升高者可排除本病;如TSH不增高,则支持甲状腺功能亢进的诊断。

(7)甲状腺刺激性抗体(TSAb)测定:是诊断GD的重要指标之一。未经治疗的GD患者血中TSAb阳性检出率可达 $80\% \sim 100\%$,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。

(8)影像学检查:超声、放射性核素扫描、CT、MRI等检查有助于甲状腺、异位甲状腺肿和球后病变性质的诊断。

4. 心理、社会状况 评估患者有无情绪改变,如敏感、急躁易怒、焦虑,家庭人际关系紧张等改变,产生自卑心理,部分老年患者可有抑郁、淡漠,重者可有自杀倾向。

二、护理诊断和合作性问题

1. 营养失调(低于机体需要量) 与代谢率增高导致代谢需求大于摄入有关。
2. 活动无耐力 与蛋白质分解增加、甲状腺功能亢进性心脏病、肌无力等有关。
3. 个人应对无效 与性格及情绪改变有关。
4. 有组织完整性受损的危险 与浸润性突眼有关。
5. 潜在并发症 甲状腺危象。

三、护理措施

1. 一般护理

(1)休息与活动:保持病室安静、清爽,避免各种刺激。室温保持在 20°C 左右,避免强光和噪声刺激。避免有精神刺激的言行,使其安静休养。轻者可适当活动,但不宜紧张和劳累,重者则应卧床休息。

(2)饮食护理:给予高热量、高蛋白、高脂肪、高维生素(特别是B族维生素)、低碘饮食,限制含纤维素高的食物,注意补充水分。

(3)心理护理:指导患者使用自我调节的方法,保持最佳状态,鼓励其面对现实,增强战胜疾病的信心。