

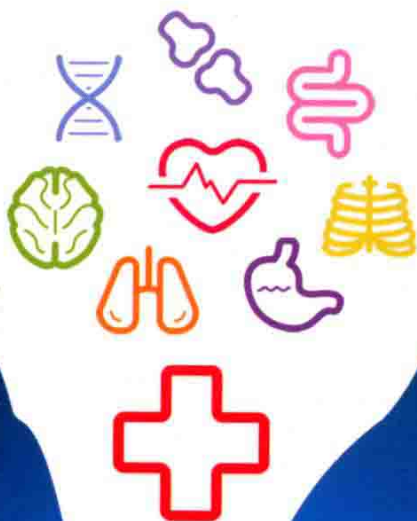
北京名医世纪传媒

WAIKE
WEISHOUSHUQI HULI

外科 围手术期护理

丁淑贞 吴冰◎主编

• 第41届南丁格尔奖章获得者
丁淑贞教授领衔主编



中原出版传媒集团
大地传媒

河南科学技术出版社

外科围手术期护理

WAIKE WEISHOUSHUQI HULI

主编 丁淑贞 吴 冰

河南科学技术出版社

• 郑州 •

内容提要

本书以现代护理观为指导,以整体护理为中心,以护理程序为框架,以手术治疗的患者为对象,系统介绍了各种外科常见疾病的护理、围手术期的护理和康复治疗。本书内容全面,侧重临床应用,实用性强,可供从事临床护理工作的护理人员及医学院校护理专业学生阅读参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

外科围手术期护理/丁淑贞, 吴冰主编. —郑州: 河南科学技术出版社, 2018. 1
ISBN 978-7-5349-8008-4

I. ①外… II. ①丁… ②吴… III. ①外科手术—围手术期 IV. ①R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 280860 号

出版发行: 河南科学技术出版社

北京名医世纪文化传媒有限公司

地址: 北京市丰台区丰台北路 18 号院 3 号楼 511 室 邮编: 100073

电话: 010-53556511 010-53556508

策划编辑: 欣 逸

文字编辑: 王 敏

责任审读: 周晓洲

责任校对: 龚利霞

封面设计: 中通世奥

版式设计: 王新红

责任印制: 陈震财

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 全国新华书店、医学书店、网店

幅面尺寸: 185 mm×260 mm 印张: 22.375 字数: 543 千字

版 次: 2018 年 1 月第 1 版 2018 年 1 月第 1 次印刷

定 价: 80.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与出版社联系并调换

《外科围手术期护理》编写人员

主 编 丁淑贞 吴 冰

副主编 沈 桐 张 丽 宫 颖 唐也佩

编 者 (以姓氏笔画为序)

于蕾均 王 霞 王月虹 王丽莹

王建荣 白雅君 冯 红 安 丽

孙井梅 李淑元 张 茹 陈 瑜

周 玲 蔡 玮 潘 洁

前言

早在远古时代人们就已经认识并建立了外科学,但由于社会生产力等因素的限制,仅限于浅表疮、疡和外伤的诊治,几乎未认识到“护理”一词。在早期的手术实践中,手术疼痛、伤口感染、止血和输血等曾是妨碍外科等学科发展的主要因素。直到 19 世纪中叶,无菌术、止血、输血、麻醉技术的问世,才使外科等学科的发展得到飞跃。与此同时,弗洛伦斯·南丁格尔和她的同事们在克里米亚战争中成功地应用清洁、消毒、更换敷料、包扎伤口、改善休养环境等护理手段使战伤死亡率从 50% 降至 2.2%,以极有说服力的数字和惊人业绩,充分展示了护理工作在外科等学科中的重要作用,并由此创建了护理学。

围手术期是指患者以手术治疗为中心的全过程,也称手术全期,分为术前、术中和术后三个阶段。具体是指从确定手术治疗时起,直到与这次手术有关的治疗基本结束这段时期。围手术期护理是在现代医学模式和护理观的指导下,护理工作者与医师协同在病房、手术室向外科手术患者提供整体护理,最大限度地减轻患者痛苦,防治并发症,使患者顺利度过围手术期,早日康复。

手术是一种创伤性治疗过程,具有一定的危险性,某些手术甚至会致残或威胁生命。围手术期患者不仅要忍受躯体疾病的痛楚,还要经历麻醉和手术创伤的刺激,使机体处于应激状态,并出现不同程度的生理功能紊乱和心理障碍。围手术期护理的重点,就是针对需要手术治疗的患者在围手术期的特点,科学地制订和执行护理计划,与医师共同协作。

为适应广大临床护理工作提高对手术患者的护理水平,更好地为患者服务,我们组织多家综合医院的各临床学科一线的医疗护理技术骨干编写了《外科围手术期护理》。本书以现代护理观为指导,以整体护理为中心,以护理程序为框架,以手术治疗的患者为对象,系统介绍了各种外科常见疾病的护理、围手术期护理和康复治疗。本书内容丰富,资料翔实,介绍的知识全面,文字叙述深入浅出、简明扼要、条目清晰、注重实际,实用性、指导性强,不仅对从事临床护理工作的护理人员具有指导作用,而且对院校护理专业医学生也具有重要的参考价值。

限于作者水平,书中的欠缺之处,恳请读者给予批评指正。

丁淑贞 吴冰

2017 年 10 月

目 录

第一篇 普通外科围手术期护理

第 1 章 甲状腺疾病围手术期护理	(3)
第一节 甲状腺功能亢进	(3)
第二节 甲状腺腺瘤	(7)
第三节 甲状腺癌	(10)
第 2 章 乳腺癌围手术期护理	(14)
第 3 章 腹部损伤围手术期护理	(20)
第一节 脾破裂	(21)
第二节 肝破裂	(25)
第三节 胰腺损伤	(29)
第 4 章 腹股沟疝围手术期护理	(34)
第 5 章 胃、十二指肠疾病围手术期护理	(38)
第一节 胃、十二指肠溃疡穿孔	(38)
第二节 胃、十二指肠溃疡大出血	(42)
第三节 胃、十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻	(46)
第四节 胃癌	(49)
第 6 章 急性阑尾炎围手术期护理	(54)
第 7 章 肠道疾病围手术期护理	(59)
第一节 肠梗阻	(59)
第二节 结肠癌	(64)
第三节 直肠癌	(68)
第 8 章 肝胆疾病围手术期护理	(74)
第一节 原发性肝癌	(74)
第二节 胆石症	(79)
第三节 急性出血性坏死性胰腺炎	(85)
第四节 胰腺癌	(88)
第五节 门静脉高压症	(92)

第二篇 心血管外科围手术期护理

第 9 章 先天性心脏病围手术期护理	(101)
--------------------	-------

第一节	室间隔缺损	(101)
第二节	房间隔缺损	(106)
第三节	动脉导管未闭	(110)
第四节	法洛四联症	(114)
第 10 章	心脏瓣膜病围手术期护理	(119)
第 11 章	冠状动脉粥样硬化性心脏病围手术期护理	(127)

第三篇 胸外科围手术期护理

第 12 章	胸部损伤围手术期护理	(137)
第一节	肋骨骨折	(137)
第二节	损伤性气胸	(140)
第三节	损伤性血胸	(143)
第 13 章	脓胸围手术期护理	(146)
第 14 章	肺癌围手术期护理	(149)
第 15 章	食管癌围手术期护理	(154)

第四篇 神经外科围手术期护理

第 16 章	颅内压增高围手术期护理	(161)
第 17 章	颅脑损伤围手术期护理	(166)
第 18 章	颅内肿瘤围手术期护理	(171)
第一节	垂体腺瘤	(171)
第二节	颅咽管瘤	(176)
第三节	脑膜瘤	(183)
第四节	神经胶质瘤	(186)
第五节	听神经瘤	(192)
第 19 章	椎管内肿瘤围手术期护理	(196)
第 20 章	脑血管疾病围手术期护理	(202)
第一节	颅内动脉瘤	(202)
第二节	高血压脑出血	(206)
第三节	颈内动脉海绵窦瘘	(211)

第五篇 泌尿外科围手术期护理

第 21 章	泌尿系统损伤围手术期护理	(219)
第一节	肾损伤	(219)
第二节	膀胱损伤	(223)
第三节	尿道损伤	(227)

第 22 章 泌尿系统结石围手术期护理	(232)
第一节 肾和输尿管结石	(232)
第二节 膀胱和尿道结石	(235)
第 23 章 泌尿系统梗阻围手术期护理	(239)
第一节 肾积水	(239)
第二节 良性前列腺增生	(242)
第 24 章 泌尿系统肿瘤围手术期护理	(246)
第一节 肾癌	(246)
第二节 膀胱癌	(250)
第三节 前列腺癌	(253)

第六篇 骨伤科围手术期护理

第 25 章 上肢骨折围手术期护理	(261)
第一节 锁骨骨折	(261)
第二节 肱骨干骨折	(265)
第三节 尺、桡骨骨折	(270)
第四节 桡骨远端骨折	(273)
第 26 章 下肢骨折围手术期护理	(277)
第一节 股骨颈骨折	(277)
第二节 股骨干骨折	(280)
第三节 胫、腓骨骨折	(284)
第四节 踝部骨折	(287)
第 27 章 脊柱骨折与脊髓损伤围手术期护理	(291)
第一节 脊柱骨折	(291)
第二节 脊髓损伤	(294)
第 28 章 骨盆骨折围手术期护理	(299)
第 29 章 颈、腰椎疾病围手术期护理	(304)
第一节 颈椎病	(304)
第二节 腰椎间盘突出症	(308)
第 30 章 骨肿瘤围手术期护理	(314)
第 31 章 人工关节置换术围手术期护理	(318)
第一节 人工膝关节置换术	(318)
第二节 人工髋关节置换术	(323)

第七篇 外科围手术期护理操作技术

第一节 手术区备皮	(333)
第二节 洗手	(334)

第三节	穿无菌手术衣.....	(335)
第四节	戴无菌手套.....	(337)
第五节	无菌器械台的建立.....	(338)
第六节	胃肠减压术.....	(338)
第七节	脑室引流术.....	(340)
第八节	膀胱冲洗术.....	(342)
第九节	胸膜腔闭式引流术.....	(344)
参考文献		(347)

第一篇

普通外科围手术期护理

第 1 章

甲状腺疾病围手术期护理

第一节 甲状腺功能亢进

甲状腺功能亢进简称甲亢,是由于各种原因致甲状腺分泌的反控机制丧失,引起循环中甲状腺素异常增多而出现的以全身代谢亢进为主要特征的疾病总称。引起甲亢的原因可分为原发性、继发性和高功能腺瘤 3 类。甲状腺次全切除术是目前治疗中度甲亢的一种常用而有效的方法,能使 90%~95% 的患者获得痊愈,手术死亡率低于 1%,主要缺点是有一定的并发症,4%~5% 的患者术后甲亢复发,也有少数患者术后发生甲状腺功能减低。

一、手术前患者的护理

【护理评估】

1. 健康史

- (1) 患者的年龄、性别。
- (2) 患者是否有情绪急躁、容易激动、失眠、两手颤动、怕热、多汗、食欲亢进而体重减轻、消瘦、心悸、胸闷、脉快有力(每分钟脉率在 100 次以上,休息和睡眠时仍快)、月经失调等症状。
- (3) 是否进行过甲状腺手术或者放射治疗。
- (4) 甲亢的药物治疗情况。
- (5) 患者及其家属对疾病的认识以及心理反应。

2. 临床表现

- (1) 甲状腺肿大:扪诊有震颤感,听诊时闻及杂音,尤其在甲状腺上动脉进入上极处更为明显。
- (2) 交感神经功能亢进:患者常多语、性情急躁、容易激动、失眠、双手常有细速颤动、怕热、多汗、皮肤常较温暖。
- (3) 突眼症:典型者双侧眼球突出、眼裂增宽。个别突眼严重者,上、下眼睑难以闭合,甚至不能盖住角膜。
- (4) 心血管功能改变:多诉心悸、胸部不适,脉快有力,脉压增大。严重者可出现心律失常、心力衰竭。
- (5) 基础代谢率增高:其程度与临床症状相平行。食欲亢进但消瘦,体重减轻,易疲乏,工作效率降低。
- (6) 部分患者可出现停经、阳痿等内分泌功能紊乱或肠蠕动亢进、腹泻等症状。极个别患

者伴有局限性胫前黏液性水肿,常与严重突眼同时或先后发生。

3. 辅助检查

(1)基础代谢率(BMR)测定:计算公式: $BMR = \text{脉率} + \text{脉压} - 111$ 。BMR 正常为 $\pm 10\%$,增高至 $+20\% \sim +30\%$ 为轻度甲亢, $+30\% \sim +60\%$ 为中度甲亢, $+60\%$ 以上为重度甲亢。

(2)甲状腺摄碘率的测定:给受试者一定剂量的放射性 ^{131}I ,再探测甲状腺摄取 ^{131}I 的程度,可以判断甲状腺的功能状态。正常甲状腺 24 小时摄碘量为人体总量的 $30\% \sim 40\%$,如果在 2 小时内甲状腺的摄碘量超过了人体总量的 25% ,或在 24 小时内超过了人体总量的 50% ,且吸碘高峰提前出现,都提示有甲亢。注意如果患者在近 2 个月内吃含碘较高的食物如海带、紫菜或服用含碘药物如甲状腺素片、复方碘溶液等,需停药 2 个月才能做试验,否则影响检测效果。

(3)血清 T_3 、 T_4 测定:甲亢时 T_3 可高出正常值 4 倍左右, T_4 高出正常值 2.5 倍。

(4)B 超:甲状腺呈弥漫性或结节性肿大。

(5)心电图(ECG):显示心动过速或心房颤动,P 波和 T 波改变。

【护理诊断】

1. 焦虑 与担心疾病及手术预后等因素有关。
2. 活动无耐力 与代谢率增高、氧的供应不能满足机体需要有关。
3. 睡眠型态紊乱 与无法耐受炎热、大汗或性情急躁等因素有关。
4. 营养失调,低于机体需要量 与代谢率增高有关。
5. 疼痛 与手术引起的组织损伤有关。
6. 潜在并发症 出血、呼吸困难或窒息、喉返神经损伤、喉上神经损伤、甲状旁腺损伤、甲状腺危象等。

【护理目标】

1. 患者紧张情绪缓解或减轻,积极配合手术。
2. 患者活动能力逐渐增强,能满足自我护理要求或患者日常需求得到满足。
3. 患者能得到充足的休息和睡眠。
4. 患者甲亢症状得到控制,体重增加。
5. 患者疼痛减轻或消失。
6. 患者病情变化能够被及时发现和处理。

【护理措施】

充分而完善的术前准备与护理是保证手术顺利进行和预防甲状腺术后并发症的关键。

1. 完善术前各项检查 对于甲亢或甲状腺巨大肿块者,除全面的体格检查和必要的化验检查外,还包括:①颈部透视或摄片,了解气管有无受压或移位。②检查心脏有无扩大、杂音或心律不齐等,并做心电图检查。③喉镜检查,确定声带功能。④测定基础代谢率,要在完全安静、空腹时进行。⑤检查神经肌肉的应激性是否增高,测定血钙、血磷含量,了解甲状旁腺功能状态。

2. 甲亢患者的药物准备 术前通过药物降低基础代谢率是甲亢患者手术准备的重要环节。

(1)开始即用碘剂,2~3 周后甲亢症状得到基本控制(患者情绪稳定,睡眠好转,体重增加,脉率稳定在 90 次/分以下,脉压恢复正常,基础代谢率 $+20\%$ 以下),便可进行手术。常用的碘剂是复方碘化钾溶液,每天 3 次口服,第 1 日每次 3 滴,第 2 日每次 4 滴,依次逐日每次增

加 1 滴至每次 16 滴止,然后维持此剂量。

(2)先用硫脲类药物,待甲亢症状基本控制后停药,再单独服用碘剂 1~2 周,再行手术。

(3)少数患者服碘剂 2 周后症状改善不明显,可加服硫脲类药物,待甲亢症状基本控制、停用硫脲类药物后再继续单独服用碘剂 1~2 周后手术。在此期间应严密观察药物准备的反应与效果。碘剂的作用在于抑制蛋白质水解酶,减少甲状腺球蛋白的分解,逐渐抑制甲状腺素的释放,有助于避免术后甲状腺危象的发生。但由于碘剂不能抑制甲状腺素的合成,因此一旦停药后,贮存于甲状腺滤泡内的甲状腺球蛋白大量分解,将使甲亢症状重新出现,甚至加重,因此凡不准备实行手术治疗的甲亢患者均不能服用碘剂。由于硫脲类药物能使甲状腺肿大充血,手术时极易发生出血,增加手术困难和危险,而碘剂能减少甲状腺的血流量,减少腺体充血,使腺体缩小变硬,因此服用硫脲类药物后必须加用碘剂。

对于不能耐受碘剂或合并应用硫脲类药物,或对此两类药物无反应的患者,主张与碘剂合用或单用 β 受体阻断药(如普萘洛尔)做术前准备,每 6 小时服药 1 次,每次 20~60mg,一般服用 4~7 日后脉率即降至正常水平。由于普萘洛尔半衰期不到 8 小时,故最末一次服用须在术前 1~2 小时,术后继续口服 4~7 日。术前不用阿托品,以免引起心动过速。

3. 心理支持 多与患者交谈,消除患者的焦虑和恐惧心理,避免情绪激动。精神过度紧张或失眠者,适当应用镇静药或安眠药物。心率过快者给予普萘洛尔 10mg,3 次/日,口服。安排通风良好、安静的休息环境,指导患者减少活动,适当卧床,以免体力消耗。限制探视,避免过多外来刺激,使患者情绪稳定。

4. 饮食护理 给予高热量、高蛋白质和富含维生素的食物,并给予足够的液体摄入,以补充出汗等丢失的水分。少量多餐,加强营养支持,保证术前营养状态良好。禁用对中枢神经系统有兴奋作用的浓茶、咖啡等刺激性饮料,要戒烟、酒。

5. 其他措施 术前教会患者头低肩高体位,可用软枕每日练习数次,使机体适应术时颈过伸的体位。指导患者深呼吸,学会有效咳嗽的方法,有助于术后保持呼吸道通畅。突眼者注意保护眼睛,睡前用抗生素眼膏敷眼,可戴黑眼罩或以油纱布遮盖,以避免角膜过度暴露后干燥受损,发生溃疡。术日晨准备麻醉床时,床旁备引流装置、无菌手套、拆线包及气管切开包。

二、手术中患者的护理

甲状腺次全切术。

【麻醉方式】

颈丛。

【手术体位】

仰卧位。

【手术步骤及护理配合】

手术步骤	护理配合
1. 沿颈部皮肤横纹做弧形切口	递 1 根 4 号丝线做切口标志
2. 切皮	递 20 号刀切开,2 块干纱布擦拭血液,电凝止血,中直止血
3. 分离皮瓣	递中直牵起皮缘,电刀在颈阔肌后面的疏松组织间进行分离

(续 表)

手术步骤	护理配合
4. 牵开颈阔肌皮瓣	递2块纱垫护皮,2把巾钳固定,中角针4号线悬吊颈阔肌皮瓣,5把直钳固定(上缘3把、下缘2把)
5. 分离切断甲状腺前肌群,显露甲状腺	递组织剪,在两侧胸锁乳突肌内侧缘剪开筋膜,递刀柄分离甲状腺腺体;递中弯、组织剪做横行切断,1号丝线结扎,2把甲状腺拉钩以显露甲状腺
6. 处理甲状腺上极	递中弯、组织剪分离上极内侧,1号线结扎,递组织剪内侧切断血管及悬韧带,1号线结扎
7. 处理甲状腺下极	递刀柄紧贴甲状腺钝性分离,4号线结扎动静脉,并用小圆针1号线缝扎;递中弯将甲状腺向内上方牵引,术者以手指沿外缘向下极分离;递甲状腺拉钩,中弯将甲状腺前肌群下断端拉开,显露下极
8. 处理峡部	递中弯分离峡部后方,并钳夹峡部,组织剪切断,4号线结扎峡部
9. 楔状切除甲状腺	递中弯沿外侧预定的切断线上依次钳夹少许腺体,递刀在中弯上方楔形切除甲状腺,切除时递中弯止血1号线结扎残留面
10. 关闭甲状腺残留组织	递中弯,湿纱布,电凝充分止血,无齿镊,可吸收0-3线间断缝合残留组织
11. 冲洗切口,放置引流条	递生理盐水(NS)冲洗,换干净湿纱布,撤肩垫,查有无出血;递中弯在左、右腺体窝处放置橡皮引流条
12. 缝合颈阔肌、皮下组织,皮内缝合	递无齿镊,小圆针1号线间断缝合颈阔肌,递75%乙醇(酒精)纱球消毒切口周围皮肤;递齿镊,小圆针1号线间断缝合皮下,递酒精消毒;递齿镊,可吸收0-3角针皮内缝合

【巡回护士的配合】

- 1. 接患者时核对患者携带物品,严格执行三查七对。
- 2. 缓解患者紧张情绪,取得患者配合,严格执行《手术安全核查制度》后,开放静脉。
- 3. 配合麻醉医生,协助做好麻醉护理,以保证以后的工作有条不紊地进行。
- 4. 甲状腺手术多采取颈后仰的甲状腺专用体位,术中应加强对患者的心理支持。
- 5. 根据手术的情况,必要时在麻醉后给患者进行导尿。
- 6. 在分离甲状腺下极时,巡回护士协助手术医生与患者进行交流,防止误伤喉返神经。
- 7. 协助刷手护士上台共同清点物品并填写各种手术护理记录单。
- 8. 协助手术医生及助手上台,密切观察患者的呼吸情况。
- 9. 术毕再次与刷手护士清点物品并监督留取组织做病理检查。

三、手术后患者的护理

【护理措施】

1. 体位和引流 术后取平卧位,待全身麻醉清醒或血压平稳后取半卧位,以利于呼吸和引流。指导患者在床上更换体位,站立、咳嗽时可用手固定颈部以减少震动,减少引起切口疼痛的概率。切口处常规放置橡皮片或胶管引流 24~48 小时,保持引流通畅,注意引流液的面

色、量和性状;注意观察切口敷料,有浸出时及时更换,估计并记录出血量。

2. 保持呼吸道通畅 避免引流管阻塞导致颈部积血、形成血肿压迫气管而引起呼吸不畅。指导患者进行深呼吸和有效咳嗽,必要时行超声雾化吸入,使痰液稀释易于排出。

3. 病情观察 监测生命体征,观察有无并发症征象。了解患者的呼吸、发声和吞咽情况,观察切口敷料情况。

4. 营养支持 患者清醒后,即可喂食少量温水或凉开水。若无误咽、呛咳等不适,可逐步进食微温流食,注意过热饮食可使手术部位血管扩张,加重切口渗血。以后逐步过渡到半流食及高蛋白质、高热量和富含维生素的软食,利于切口愈合。

5. 特殊药物的应用 甲状腺功能亢进患者术后遵医嘱继续服用复方碘化钾溶液,每日3次,每次16滴开始,逐日每次减少1滴,至每次3滴时停药。左甲状腺素钠片(优甲乐,50 μ g每片,100 μ g每片)可用于:①治疗非毒性的甲状腺肿(甲状腺功能正常);②甲状腺肿切除术后,预防甲状腺肿复发;③甲状腺功能减退的替代治疗;④抗甲状腺药物治疗甲状腺功能亢进症的辅助治疗;⑤甲状腺癌术后的抑制治疗;⑥甲状腺抑制试验。患者个体日剂量应根据实验室检查及临床检查的结果来确定。

【健康教育】

1. 康复与自我护理指导:指导患者自我控制情绪,保持精神愉快、心境平和。

2. 讲解甲状腺术后并发症的表现和预防办法。

3. 指导术后患者早期下床活动,注意保护头颈部。拆线后教会患者练习颈部活动,促进功能恢复。指导发声者做发声训练。

4. 合理安排术后的休息与饮食,鼓励患者尽可能生活自理,促进康复。

(1)用药指导:说明甲亢术后继续服药的重要性并督促执行。教会患者正确服用碘剂的方法,如将碘剂滴在饼干、面包等固体食物上,一并服下,以保证剂量准确。

(2)复诊指导:嘱咐出院患者定期至门诊复查,以了解甲状腺功能,出现心悸、手足震颤、抽搐等情况时及时就诊。

第二节 甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤是最常见的甲状腺良性肿瘤,多见于40岁以下的女性。根据病理形态学表现可分为滤泡状和乳头状囊性腺瘤两种,临床以前者为常见。早期手术切除(一般行患侧甲状腺大部分切除,若腺瘤小可行单纯腺瘤切除)。切除标本须经病理学检查,若为恶性应按甲状腺癌治疗。

一、手术前患者的护理

【护理评估】

1. 健康史

(1)患者的年龄。

(2)肿物生长速度。

(3)有无压迫症状:①压迫气管:导致呼吸困难。②压迫食管:可致吞咽困难。③压迫静脉:表现为面部淤血、青紫、水肿、浅表静脉怒张。④压迫神经:喉返神经受压,可引起声带麻

痹、声音嘶哑。

2. 临床表现

- (1)在无意间或体检时发现颈部肿块,肿块多为单发,呈圆形或椭圆形。
- (2)肿块限于一侧腺体内,质地较软,表面光滑,边界清楚,无压痛。
- (3)肿块随吞咽上下移动。
- (4)甲状腺腺瘤生长缓慢,经历数年或更长时间仍保持单发。
- (5)乳头状囊性腺瘤因囊壁血管破裂而发生囊内出血时,肿瘤体积可在短期内迅速增大,局部出现胀痛。

3. 辅助检查

- (1)放射性 ^{131}I 或 $^{99\text{m}}\text{Tc}$:扫描多呈温结节,若伴有囊内出血时可为冷结节或凉结节,边缘一般较清晰。
- (2)B超检查:可发现甲状腺肿块;伴囊内出血时,提示囊性变。

【护理诊断】

1. 焦虑 与担心手术及预后有关。
2. 疼痛 与手术引起的组织损伤有关。

【护理目标】

1. 患者紧张情绪缓解或减轻,积极配合手术。
2. 患者疼痛减轻或消失。

【护理措施】

1. 皮肤的准备 男性患者刮胡须,女性患者发髻低需要理发。
2. 胃肠道的准备 术前禁食8~12小时,禁水4~6小时。
3. 体位训练 术前指导患者进行头颈过伸位的训练。
4. 心理护理 针对患者术前紧张和手术预后进行心理护理。
 - (1)讲解手术的必要性,若不进行手术治疗,则有恶变的可能。
 - (2)讲解此手术为外科中等手术,手术医师经验丰富。
 - (3)讲解手术及麻醉方式。
 - (4)讲解过于紧张影响手术的进程及麻醉效果。
 - (5)请手术已经康复的患者与之交流经验体会。
 - (6)调动社会支持体系给予患者协助和鼓励。

二、手术中患者的护理

同甲状腺功能亢进手术中患者的护理。

三、手术后患者的护理

【护理措施】

主要针对术后并发症。

1. 出血 术后48小时内出现。表现:颈部迅速肿大、呼吸困难、烦躁不安,甚至窒息;伤口渗血或出血。护理措施如下。
 - (1)预防术后出血:适当加压包扎伤口敷料。予半坐卧位,减轻术后颈部切口张力。避免