

1 例甲状腺癌术后并发 颈部淋巴结继发恶性肿瘤患者的护理病例报告

卿雁冰¹, 王亚楠², 徐国丽²

(1. 首都医科大学附属北京中医医院 血液科, 北京, 100010;

2. 首都医科大学附属北京中医医院 普外科, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例甲状腺癌术后并发颈部淋巴结继发恶性肿瘤患者的护理经验, 术前予患者外科术前护理常规、药物治疗等, 术后予营养支持, 抗感染, 补液扩容, 预防下肢静脉血栓、出血等并发症, 耳穴压豆等中医护理, 有利于促进患者好转, 提高患者生存质量。

关键词: 甲状腺癌; 术后护理; 颈部淋巴结; 继发恶性肿瘤

Nursing of a patient with secondary malignant tumor of cervical lymph node after thyroid cancer surgery

QING Yanbing¹, WANG Yanan², XU Guoli²

(1. Department of Hematology, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010; 2. Department of General Surgery, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing management for a patient with secondary malignant tumor of cervical lymph node after thyroid cancer surgery. Routine surgical nursing and drug therapy were carried out before surgery. Comprehensive interventions were carried out including nutrition support, fluid therapy, prevention of venous thrombosis of the lower extremity and hemorrhage, as well as auricular acupoint pressure and other Traditional Chinese medicine nursing techniques, in order to improve the postoperative recovery and quality of life.

KEY WORDS: thyroid cancer; postoperative nursing; cervical lymph node; secondary malignancy

甲状腺癌是头颈部最常见的恶性肿瘤, 近年来甲状腺癌在全球范围内发病率逐年增高, 目前临床多采用外科手术的方式进行治疗^[1-2], 而甲状腺癌术后并发颈部淋巴结继发恶性肿瘤患者临床较少见, 其治疗和护理难度均较大。我科于 2022 年 6 月收治 1 例甲状腺癌术后并发颈部淋巴结继发恶性肿瘤的患者, 现将护理过程报告如下。

1 临床资料

患者男性, 73 岁, 主诉甲状腺癌术后 2 月余, 发现颈前肿物 1 月余。2022 年 3 月患者于我科在全麻下行单侧甲状腺切除伴甲状腺峡部切除术、颈深部淋巴结切除术、颈内动脉部分切除伴吻合

术、颈部肌肉缝合术、喉返神经探查术、颈内静脉结扎术, 术后恢复良好出院。2022 年 5 月患者复查颈部 X 线计算机体层(CT)增强扫描: 右侧甲状腺癌术后改变, 考虑肿瘤复发和转移可能性大, 为进一步诊治于 2022 年 6 月收治入院。入院后体格检查患者右侧颈部可见约 15 cm+10 cm 的“L”型手术瘢痕, 右侧颈部及右锁骨上窝多发肿物, 较大者直径约 5 cm, 较小者直径约 0.5 cm, 融合固定, 边界欠清, 质硬, 无压痛, 移动度差, 皮色紫红, 右侧腋窝可触及肿大淋巴结, 直径约 5 cm, 质硬, 无压痛, 边界不清, 活动度差。偶觉肿物瘙痒, 声音嘶哑, 自觉困倦、烦躁多汗, 右眼视物模糊, 不能正常闭合。患者舌红苔白腻, 脉弦滑。

患者入院后实验室检查甲功系列 2:促甲状腺素受体抗体(TRAAb)高为 18.80 IU/L。伤口分泌物细菌培养出肺炎克雷伯杆菌。甲状腺彩色多普勒超声检查:颈部偏右侧实性包块伴钙化,甲状腺左叶增大,甲状腺左叶囊性结节。颈部淋巴结彩色多普勒超声检查:右颈部软组织结构紊乱,双颈部及锁骨上区多发异常回声包块。颈部 X 线计算机体层(CT)增强扫描:右侧甲状腺癌术后改变,右侧术区混杂密度软组织肿块;颈部及胸壁皮下及右侧腋窝多发淋巴结肿大,右侧咽旁间隙、右侧颈外侧软组织肿块,颈部及胸壁皮下及右侧腋窝多发淋巴结肿大,右侧颈外侧软组织密度影。

诊断与鉴别诊断:西医诊断为颈部淋巴结继发恶性肿瘤、甲状腺恶性肿瘤、甲状腺功能亢进、腋窝淋巴结肿大、低蛋白血症等。中医诊断为石瘰,辨证为脾虚痰湿证、气滞血瘀证。该患者术后诊断明确且影像学检查结果清晰,故无需鉴别。

治疗:术前完善相关检查,经口服赛治治疗后,基础代谢率控制良好,甲亢症状目前相对稳定,术前未予中药口服。于 6 月 23 日行单侧甲状腺切除伴甲状腺峡部切除术(左)、颈深部淋巴结切除术、喉返神经探查术、腋下淋巴结清扫术(右)、永久性气管切开术、皮下组织病损切除术。术后予患者术后护理,包括伤口处压冰袋、抗感染、保留气管切开状态、外接有创呼吸机辅助通气、雾化吸入治疗、解痉平喘、加强气道管理、体位引流、拍背咳痰、补液扩容、平衡水电解质、肠内营养支持、口服补充左甲状腺素片、口腔护理等,同时进行耳穴压丸、中药内服等中医护理。

患者 8 月 6 日好转出院,已拔除胃管完全经口进食,更换金属气切套管,间断经鼻导管吸氧,颈部伤口已完全愈合,右侧腋窝伤口愈合良好。

2 护理

2.1 患者入院时评估

患者步行入病房,一般情况可,生命体征平稳,营养状况差(NRS2002 营养风险筛查表评分结果为 3 分、白蛋白低:28.7g/L)。日常生活活动能力量表(Barthel 指数)评分 70 分,为中度依赖。Braden 压力性损伤量表评分 23 分,轻度危险。Morse 跌倒评估量表评分:60 分,高风险。静脉血栓栓塞症(VTE)风险评估(Caprini 评分表)评分 5 分,为高度危险。

2.2 护理诊断

护理诊断如下,①营养失调:与低于机体需要量,与疾病消耗,术前禁食水,肿瘤侵犯食管部分食管等有关。②非计划性拔管的风险:与管路固定方法不当及活动时管路被牵拉有关。③舒适度改变:与疼痛、气管切开后呼吸形态改变有关。④清理呼吸道无效:与气管切开排痰困难、分泌物增多有关。⑤疼痛:与手术所致的组织损伤,伤口疼痛有关。⑥焦虑:与气管切开后不能言语、对预后无信心,颈部伤口较大担心预后有关。⑦潜在并发症:甲状腺危象、出血、窒息、伤口感染、发热、VTE 等。

2.3 护理措施

2.3.1 营养支持 患者由于肿物巨大侵犯部分食管,营养状况较差 NRS 评分 5 分,术前制定了完善的饮食计划,口服营养液保证手术前营养充足,降低因营养不良引起的并发症的发病率。术后保留胃管期间遵医嘱予肠内营养悬液(TPF)1 000 mL 经胃管泵入,泵速由 40 mL/h 泵起,逐渐将泵速调至 100 mL/h,匀速泵入。拔出胃管后改为口服营养液并逐渐恢复饮食,改为口服安素粉,并指导患者保证蛋白质的充足供给,充足的维生素供给:应供给丰富的维生素摄入,因为高代谢消耗大量的酶,很容易缺乏多种维生素,尤其 B 族维生素、维生素 D 是保证肠道对钙、磷吸收的主要物质,应保证充足的供给,还应补充维生素 A 和维生素 C。密切关注患者是否出现呛咳反应。

2.3.2 气管切开的护理 2.3.2.1 环境:安排单人房间,室内要求温度保持在 18℃~22℃,湿度 60%~80%,每日空气消毒 2 次,每天开窗通风 3 次,每次 30 min,床档床栏和地面每天用含氯消毒剂擦拭拖地 2 次,对患者实行保护性隔离。床旁备快速手消毒液,叮嘱患者家属接触患者前后洗手。

2.3.2.1 气管套管固定:用系带固定气管套,松紧以能伸入一指为宜,根据情况随时调整松紧度,严防套管滑脱或移位,密切观察伤口有无渗血,周围有无皮下气肿、感染等并发症。患者伤口距离气管切开处较近,如有敷料渗液及时更换敷料。

2.3.2.3 气管套管气囊护理:至少每 4 小时检查气囊压力,气囊压力维持在 25~30 cm H₂O,每日晨晚间用 1% 聚维酮碘做口腔护理,护理时应将气囊充分充气,并让患者半坐卧位,以免误吸或食物向气道内返流。

2.3.2.4 气道湿化护理:给氧过程中应重视气道湿化,未使用机械通气者,每日湿化量应大于 200 mL。气道湿化的温度调节:根据不同湿化器按要求设定,进入气道内的温度为 32℃~36℃。气道湿化液选择:无菌蒸馏水,不能用盐水作为湿化,持续气道湿化,室内放置空气湿化器。

2.3.2.5 保持呼吸道通畅:保持气管通畅,按需吸痰,吸痰时机:当患者出现咳嗽痰鸣音较明显时;有呼吸窘迫综合征氧分压或氧饱和度突然降低时。雾化吸入每日异丙托溴铵 0.5 mg 加氯化钠 4 mL,布地奈德混悬液 1 mg 加氯化钠 7 mL 交替雾化吸入,雾化吸入治疗后应及时叩背后吸痰。鼻饲前应彻底吸痰,鼻饲后 1 小时内尽量不要吸痰,尽量减少对气管的刺激^[3]。吸痰注意事项:无菌操作原则,一次一管;吸痰时避免高压(大于 200 mm Hg),时间限制在 15 s 内,保持动作轻柔^[4],避免低血氧,前后给予纯氧;先吸气管内分泌物,再吸口腔、鼻腔的分泌物;密切关注心电监护血氧情况,患者出现 SPO₂下降、心动过缓或紫绀应停止吸痰。

2.3.2.6 气管切开切口护理:应每日换药 1 次,污染时及时更换。换药时注意无菌操作。注意观察气切口皮肤情况,有无红肿、脓性分泌物,皮下气肿等,遵医嘱红外线照射治疗 30 min,听诊双肺呼吸音性质是否对称。床边准备气管切开包急救设备。气管切开后昼夜应有专人照顾,防止发生非计划性拔管等意外,患者不能配合,如烦躁、意识模糊等,应予以适当约束。患者术后气管切开状态不适应出现躁动,遵医嘱予双上肢约束,并签署知情同意书,并定期检查患者肢末端梢血运循环情况,避免出现再次损伤。必要时按医嘱使用镇静药物,如置管期间如有胸闷、气促等不适,及时告知医护人员。如出现非计划性拔管应立即进行救治:护士发现患者脱管,应立即报告医生并协助处理。将患者置于仰位,试行放入原气套管,若不成功,迅速打开气管切开包,拆去伤口缝线,用拉勾对称拉开伤口,在照明及吸引器帮助下撑开原气管切开处,放入合适套管。患者未出现非计划脱管情况。

2.3.2.7 金属套管清洗:患者出院前两周更换气管金属套管,每班交接班时将内套管取出浸泡消毒,如痰液粘稠及量大,增加清洗频率。双氧水浸泡 30 min,双氧水没过金属内套管,用小毛刷刷净套管内的分泌物。用生理盐水冲洗干净,用

力甩干。应准备备用金属套管,确定金属套管内干燥重新放入金属外套管。并向患者家属进行居家金属套管消毒流程。

2.3.3 中医护理 护士在患者双侧耳廓相对称位置各取 1~3 穴为 1 组,以神门穴、交感穴、脾胃穴三穴为主^[5]。耳穴压豆的操作方法,一手持耳廓后上方,另一手持探棒在选区内寻找敏感点,使耳穴产生较强的酸、胀、麻、痛等感觉,用 75% 乙醇棉签消毒皮肤,将王不留行籽贴于敏感点上,指导家属用拇指和食指夹住耳廓正背面耳穴,捻压王不留行籽,每对穴位持续捻压 3~5 min,强度以患者能耐受为限,间隔 2 h 按压 1 次,3 d 后取下。予患者每周三次中医治疗。随着手术技术及药物的发展,术后并发症虽有减少,但术后恶心、呕吐发生率仍较高。临床常用止吐药物,因其药理作用广泛易出现不良反应,如锥体外系反应、过度镇静等。耳穴压豆法用于甲状腺癌根治术后患者恶心、呕吐的预防,经济、方便、无痛苦、疗效较好且无副反应,利于术后康复,易被患者接受。同时也改善了患者恶心及焦虑的情况。

2.3.4 并发症的预防 患者术后卧床,可能会出现下肢血栓,为预防血栓的发生,遵医嘱予每日下肢静脉驱动治疗两次,每次 30 min。指导患者床上踝泵运动,做好下肢功能锻炼。患者床头抬高 30~45 度,便于改善通气,增加组织愈合,预防出现窒息的危险。鼓励患者下床活动,促进血液循环的同时预防肺炎的发生。术后出血:出血一般发生在术后 2~48 h 内,主要是因为术中止血不彻底或不完善、手术结扎线脱落引起。此外,术后出血的诱因主要包括:术后过度活动、呕吐以及咳嗽等,床旁备气切包预防术后出血的应急抢救,患者未出现出血情况。患者伤口较大容易出现伤口感染的情况,按时巡视病房检查患者伤口敷料情况,及时通知医生予更换敷料,保持伤口干燥清洁,患者未出现伤口感染情况,并愈合良好。

2.3.5 情志护理 建立良好的护患关系,患者入院后主管护士热情详细介绍入院环境熟悉新环境,介绍主管医生,由于患者肿瘤巨大压迫神经导致视物模糊,为了减少患者更换环境所造成的情绪紧张,考虑人文关怀,允许其女儿床旁陪护。于围手术期间,由于患者病情复杂,手术难度较大,游走各医院医治困难,造成患者对今后治疗及术后情况的担心及紧张情绪,入院后,患者孤陋寡言,不爱言语。责任护士向其耐心讲解疾病的相

关知识,并听取宣教广播的方式让患者了解手术的相关内容,患者介绍手术方式及必要性,增强患者自信心,介绍我院的手术水平,减轻患者焦虑情绪。并邀请参与每周的宣教会,让手术成功的患者言传身教,提升患者对手术的信心。术后我们运用音乐疗法,每日下午播放轻松音乐约40min,降低患者术后的烦躁情绪。术后患者需吸痰治疗,吸痰前做好相关宣教,宣教时态度要诚恳、和蔼、宽容,富有同情心和耐心,做到有效沟通使患者及家属对护理人员产生信任感,树立战胜疾病的信心,更好地配合治疗和护理,加速病情好转。加强与患者的沟通交流,及时解决患者的困惑及发现患者的心理变化。运用希望疗法:告知患者目前治疗甲状腺癌已经有了很多先进的治疗手段,可以获取良好的治疗效果。同时帮助患者家属增强心理适应能力,提高患者家庭内聚力。

3 讨论

研究^[6]表明,伴颈部淋巴结转移的甲状腺癌患者较无颈部淋巴结转移的甲状腺癌患者的无病生存期明显缩短,本例患者在甲状腺癌术后并发了颈部淋巴结继发恶性肿瘤,恶性程度更高,治疗与护理难度更大。其中护理难点主要体现为:术前护理环节多(如纠正患者高代谢状态、改善营养状况等),术后护理难度大(如气道护理、并发症的预防等)。本病的病位在“肝、脾”^[7],耳穴压豆治疗甲状腺癌根治术后患者恶心呕吐的机理是耳廓的神经、血管和淋巴等分布丰富,“耳者,宗脉之所聚也”,与经络、脏腑关系十分密切^[8],耳穴压豆根据中医经络学说理论,通过刺激耳廓穴位达到预防和治疗疾病的目的。神门穴具有宁心安神、镇静止痛之效^[9];脾胃穴则能调节阴阳、温通气血,使胃气下降,促进消化,减少腹胀等不适;交感穴调节协调大脑皮质的兴奋和护理效果,抑制功能及调节血管舒缩功能^[10],三穴合用,可达到预防和治疗恶心、呕吐的目的。

综上所述,针对甲状腺癌术后并发颈部淋巴结恶性肿瘤患者病死率高、治疗复杂等特点,医护人员应加强对疾病相关知识的学习,善于总结临床经验,提高护理水平,以达到促进患者康复、降低医疗成本、改善预后等目的。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 宫喜翔,卢永新,杨丽萍,等. 三发性甲状旁腺功能亢进症合并甲状腺癌及颈部淋巴结结核1例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 35(1): 77-79.
GONG X X, LU Y X, YANG L P, et al. Tertiary hyperparathyroidism accompanied with thyroid carcinoma and cervical lymph node sarcoidosis: a case report[J]. J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2021, 35(1): 77-79. (in Chinese)
- [2] 国家癌症中心,国家肿瘤质控中心甲状腺癌质控专家委员会,葛明华,等. 中国甲状腺癌规范诊疗质量控制指标(2022版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2022(9): 902-907.
National Cancer Center, Thyroid Cancer Expert Committee of National Cancer Quality Control Center, GE M H, et al. Quality control index for standardized diagnosis and treatment of thyroid cancer in China (2022 edition)[J]. Chin J Oncol, 2022(9): 902-907. (in Chinese)
- [3] 郭娟,刘艳. BiPAP呼吸机在治疗急性左心衰中的护理观察[J]. 安徽医学, 2011, 32(3): 361-362.
GUO J, LIU Y. Nursing observation of BiPAP ventilator in treating acute left heart failure [J]. Anhui Med J, 2011, 32(3): 361-362. (in Chinese)
- [4] 刘晓霞. 22例重型颅脑损伤患者气管切开术的护理措施及体会[J]. 广东医学院学报, 2007, 25(1): 97-98.
LIU X X. Nursing measures and experience of tracheotomy in 22 patients with severe craniocerebral injury[J]. J Guangdong Med Coll, 2007, 25(1): 97-98. (in Chinese)
- [5] 魏巧兰,唐小明,单燕. 耳穴压豆配合涌泉穴按摩治疗心肾不交型不寐的效果观察[J]. 护理与康复, 2013, 12(1): 75-76.
WEI Q L, TANG X M, SHAN Y. Observation on therapeutic effect of auricular point pressing beans combined with Yongquan point massage on insomnia caused by heart-kidney disharmony [J]. Nurs Rehabil J, 2013, 12(1): 75-76. (in Chinese)
- [6] BAEK S K, JUNG K Y, KANG S M, et al. Clinical risk factors associated with cervical lymph node recurrence in papillary thyroid carcinoma [J]. Thyroid, 2010, 20(2): 147-152.
- [7] 戴云. 张培宇主任中医治疗甲状腺癌的经验总结[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [8] 申玲,孙明. 七氟烷用于小儿吸入诱导的临床观察[J]. 淮海医药, 2009, 27(5): 440.

- SHEN L, SUN M. Clinical observation of sevoflurane for inhalation induction in children [J]. *J Huaihai Med*, 2009, 27(5): 440. (in Chinese)
- [9] 柴路. 经络针刺结合耳针治疗失眠40例[J]. *光明中医*, 2010, 25(5): 821-822.
- CHAI L. Auricular acupuncture treatment of insomnia of 80 cases [J]. *Guangming J Chin Med*, 2010, 25(5): 821-822. (in Chinese)
- [10] 沈桂琴, 刘巧凤. 耳穴排籽与对压治疗对乳腺癌患者术后睡眠障碍的护理干预[J]. *实用临床医药杂志*, 2011, 15(8): 1-2.
- SHEN G Q, LIU Q F. Nursing intervention of auricular point sticking on sleeping disorder of after-surgery of mammary cancer patients [J]. *J Clin Med Pract*, 2011, 15(8): 1-2. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。