

经腋窝入路免充气全腔镜甲状腺手术 42 例护理配合

福建医科大学附属肿瘤医院 福建省肿瘤医院手术室 (福州 350014) 陈绍清 吴艳娜 彭永熹

伴随微创外科技术的不断发展,降低手术创伤的同时达到最佳的美容效果已成为外科医师们的共同目标。当下,针对甲状腺肿瘤,手术切除依然是重要的治疗手段之一。众所周知,切除甲状腺开放传统术式,术后颈部疤痕较为明显,给患者带来较大心理负担,尤其是女性患者;另外患者在术后会有颈部皮肤感觉异常、反应迟钝及吞咽牵拉等不适症状^[1]。2019 年 6 月,我院开展免充气经腋窝全腔镜甲状腺切除术,经腋窝自有皱褶来美化切口,通过颈部肌肉自然的间隙来建腔,无需在颈前分离皮瓣;术中无需充入二氧化碳气体,避免了出现的相关并发症;术后颈前区功能得到完美保护,以更小的创伤、更隐蔽的切口和更好的美容效果取得了良好的疗效。现将术中护理配合情况报告如下。

1 临床资料

选取 2019 年 10 月至 2020 年 5 月就诊我院的患者 42 例,其中,男 13 例,女 29 例,年龄 17~45 岁,平均 28.41 岁;手术时间 106~175 min。纳入标准:1) 无颈部手术经历,有微创手术意愿。2) 常规术前检查超声、颈部增强 CT、甲状腺功能均提示有手术指征;对甲状腺癌分化型则病灶最大直径不得>4 cm;对腺瘤或甲状腺结节等良性肿瘤直径应<6 cm;亦或病灶有微小外侵,其肿瘤突破甲状腺包膜,未发现淋巴结转移至颈侧方,或仅受累颈前带状肌如胸骨甲状肌,或淋巴结无外侵包膜仅有单淋巴结(≤3 cm)转移。3) 心肺功能评估符合手术指征^[2]。

本组患者 42 例经腋窝切口入路游离颈部肌肉的间隙,应用悬吊装置建立手术操作空间,分离出完整甲状腺体离断对应血管,切取瘤体。经围术期有效护理,加之术中配合流畅、协助顺利,所有患者均完成手术,无并发症发生,取得了良好的疗效。达到了更小的创伤、更隐蔽的切口和更好的美容效果。

2 护理

2.1 术前准备: 1) 心理护理:巡回护士认真做好术前访视工作。为舒缓患者术前的焦虑、紧张,对患者进行相应的心理疏导;同时为患者和家属讲解大致手术过程及以微创为基础的腔镜手术的优势,为患者答疑解惑,帮助患者舒缓紧张、恐惧情绪,给予心理支持。在患者进入手术间开始手术前,积极与其进行沟通,转移患者注意力。巡回护士协同术者交流并查对手术部位、手术方式、病变组织大小、术中特殊备物等情况。2) 用物准备:①常规甲状腺手术器械包、腋窝入路腔镜甲状腺悬吊装置、悬吊装置专用底座和腔镜系统一套、30°镜头、腔镜吸引器、腹腔镜分离钳、腹腔镜胃钳、可拉伸多功能电刀、超声刀主机、36 cm 超声刀头。②腋窝入路腔镜甲状腺悬吊装置选用的是不锈钢无毒材料制成,有 U 型拉钩、可升展米克林拉钩和悬吊拉钩 3 个组成

部分,将 U 型拉钩划分为不可悬吊和可悬吊,不可悬吊 U 型拉钩宽约 2 cm,两端长度不一致;可悬吊 U 型拉钩分为直、左、右弯头三种规格,拉钩上的孔口设计可用于术中将其悬挂于悬吊拉钩上。总长度共计 20 cm 的 U 型拉钩,一端顶部为脚踏状,而另一端距顶部 2 cm 处有一孔口,其直径为 2 cm,术中按需酌情选择。悬吊拉钩其两侧,一侧是直径为 3 cm 的环钩,另一侧则与半个甲状腺拉钩相仿,中部呈镂空。术中使用米克林拉钩底座利用关节与悬吊拉钩连接。③建立静脉通路:由巡回护士在患者的健侧上肢建立静脉通路,并妥善连接延长管,以方便术中给药、防止无菌区域被污染。

2.2 手术配合:

2.2.1 巡回护士配合: 1) 手术体位摆放:术前配合术者在病人体表标记出手术切口、游离区域和肿块位置。患者手术体位采用仰卧位,术侧上肢外展 45~60°。此体位目的在于充分显示术野,有助于术者更好地游离皮瓣以建立腔隙。于患者肩部以下区域垫薄方枕,以完全显露患者术区;将患者头部术中保持后仰状态,可用硅胶头圈固定头部;酌情于颈部垫小圆枕以防患者颈椎悬空;稳妥安置患者术侧上肢、外展于搁手板上。术中术者立于患者外展区域内实施手术,体位安置过程中巡回护士既要考虑术者便利又要遵循体位摆放原则。2) 腔镜系统和悬吊拉钩底座摆放:在术者对侧放置腔镜系统显示器。置悬吊装置专用底座于患者健侧平肩位置。3) 术中护理:为确保患者术侧手臂充分消毒,配合消毒铺巾时,由巡回护士持患者手掌抬起术侧手臂,分别准备无菌中单两块对折垫于手臂下,一块包裹患者前臂,并用无菌绷带固定避免术中滑脱。消毒、铺巾后配合术者调整好米克林拉钩的位置并妥善固定,注意无菌操作原则,确保无菌区域不被污染。术中实时关注手术进度和患者病情起伏,及时准确提供手术用物,提醒术者勿将术侧上肢过度外展或依靠,以免对肢体神经造成不必要的损伤。密切关注超声刀、高频电刀和神经监测仪等术中使用的设备运行情况,为手术顺利进行保驾护航。4) 术后护理:手术结束,确保引流管通畅,将引流管连接负压引流装置,持续负压,纱布包扎切口。消毒、冲洗过程中如有垫单或患者衣物被沾湿应及时更换,防止造成患者的不适,导致压疮或受凉等不必要的并发症。

2.2.2 器械护士配合: 1) 腋窝入路游离皮瓣:术者消毒铺巾,器械护士妥善连接腔镜系统,安装并测试超声刀,分别固定电刀、超声刀、负压吸引管,固定位置应便于术者操作。手术医师、第 1 助手站于患侧;洗手护士、器械车第 2 助手、腔镜显像系统站于对侧。将安装好的 10 号手术刀递给术者,皮肤切口取术侧腋窝皮纹的自有皱褶处大约 3 cm

直至筋膜深层,术者沿胸大肌表面使用可拉伸多功能电刀配合 U 型拉钩,将游离皮瓣至锁骨头。将 5 mm 的穿刺器置入切口下 2 cm 处,关闭无影灯,便于术者手术。规范应用超声刀在腔镜直视下往颈前将皮下间隙分离,甲状软骨上缘为上界,下界至胸骨上窝,中央超过颈中线。2) 暴露术野:待皮瓣游离至胸锁乳突肌前缘,准确安装腋窝入路腔镜甲状腺悬吊装置,连接好米克林固定架与悬吊拉钩。将适合角度的可悬吊 U 型拉钩脚踏侧放置于切口内,巡回护士配合调节固定架位置及高度,连接悬吊拉钩与 U 型拉钩。术中应根据手术需要选择拉钩,以达到最佳的张力和拉钩角度,充分暴露术野。3) 切取甲状腺瘤体:本组均为单侧甲状腺病变,于胸锁乳突肌外侧与颈前肌外侧组织间隙纵向打开颈前肌。通过超声刀游离出该侧甲状腺对应的上下级血管并离断,过程中用神经监测设备确保患侧喉返神经无损伤,遵循无瘤原则正确使用标本袋将已完整切除的患侧甲状腺及峡部取出。等待术中冰冻切片检查结果决定手术方式。若为良性,则手术结束;若为甲状腺癌,则需清扫患侧中央区淋巴结,充分使用神经监测仪辅助定位解剖喉返神经,留意分辨喉返神经和甲状旁腺。术区冲洗止血,置入负压引流管 1 根,皮肤切口缝合并固定引流管。

3 讨论

当下,乳晕入路、腋窝入路、口腔入路等颈部微创手术成为广泛应用的甲状腺微创术式^[3];但各路径甲状腺微创术式具有各自的优劣势,且不同的术者对手术操作方法也存在较大的差异^[4]。我院从 2019 年 6 月开展免充气经腋窝入路完全腔镜甲状腺手术,该手术巧妙利用悬吊装置打造帐篷式手术空间,无需充气,避免了因二氧化碳泄漏而造成术野手术空间狭小的情况。同时解决了传统腔镜手术因吸收二氧化碳气体引起脑水肿、高碳酸血症及颅内压升高等不良反应。该手术方式具有如下优点:1) 操作环境开放,手术视野清晰,切口可同时置入超声刀、吸引器、腔镜器械等,也不会因频繁擦拭镜头、更换器械而中断术者的手术思路,影响手术操作的准确性。2) 无需膨胀液,分离皮下建立通路的直线距离较乳晕入路更短,有效降低手术创伤,从而减轻患者术后不适^[5]。3) 使用超声刀和电刀全程均在直视下进行,减少手术危险因素,不需使用分离棒盲目地剥离;另外,腋窝入路的最大优势是其美容效果,选择皮肤张力低,皮下组织相对疏松的腋下为切口,便于建立手术腔隙,所以在腋下褶皱皮纹处的手术切口,术后不易发现,提高患者的满意度^[6]。此外,传统腔镜手术取标本比较麻烦,一直困扰着外

科医生。为了在小切口取出大标本,术者通常要耗费大量精力和时间,延长了手术时间和麻醉时间;更有甚者需将切口延长,术中手术切口过度牵拉,不利于切口的愈合。而腋窝入路的手术切口一直通体外,装好的标本袋后可从手术操作区直接取出,大大减少了取标本耗费的时间。对比开放术式,腔镜对细微组织结构显露具有放大效应(可放大 8~10 倍),如可以清晰显示喉上神经、喉返神经和甲状旁腺。因腋窝入路视角的切换,走向呈斜行的颈中线,增加手术操作的难度,这对术者的解剖知识基础和腔镜技术经验提出了更高的要求^[7]。得益于高清成像的配合,加之神经监测,腔镜甲状腺手术亦可实现安全解剖并保护喉返神经和喉上神经,规范清扫中央区淋巴结^[8]。

总之,经过实践证明,该手术具有完美的美容效果和更少的手术并发症,是患者的福音,值得临床作进一步推广。

参考文献

- [1] Kang J B, Kim E Y, Park Y L, et al. A comparison of postoperative pain after conventional open thyroidectomy and single-incision, gasless, endoscopic transaxillary thyroidectomy: a single institute prospective study [J]. Ann Surg Treat Res, 2017, 92 (1): 9-14.
- [2] 郑传铭,毛晓春,王佳峰,等. 无充气腋窝入路完全腔镜下甲状腺癌根治术效果初步评价初期体会 [J]. 中国肿瘤临床, 2018, 45 (1): 27-32.
- [3] 宋聪睿,王勇,高阳,等. 经乳晕入路腔镜与颈部入路常规手术对甲状腺良性肿瘤效果 [J]. 医学信息, 2020, 33 (17): 106-108.
- [4] 叶大才,范显文,陈潇,等. 经腋窝入路腔镜甲状腺手术与传统开放性甲状腺手术的对比研究 [J]. 系统医学, 2019, 4 (24): 90-92.
- [5] 王会敏. 无充气单切口腋窝入路腔镜下甲状腺手术的围术期护理体会 [J]. 当代护士: 中旬刊, 2020, 27 (8): 45-47.
- [6] 苏耀荣,李超,李伟文,等. 腔镜手术治疗分化型甲状腺癌的手术效果、经济性及美观学效果分析 [J]. 医学临床研究, 2017, 34 (7): 1329-1331.
- [7] 孙言平. 经腋窝入路单孔腔镜手术对甲状腺肿瘤患者术中出血量及并发症的影响 [J]. 实用医技杂志, 2020, 27 (3): 330-331.
- [8] 胡康,孙素红,郑传铭,等. 改良无充气腋窝入路腔镜甲状腺(旁)腺手术 40 例分析 [J]. 中国普通外科杂志, 2019, 28 (11): 1437-1440.

延续性护理对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生活质量的影响

福建省立金山医院内科 9 区(福州 350001) 廖雨娟 叶丽红 宋仁欢

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)临床上较为常见,多发于身体机能较差的老年人群,一般会造成患者的进气、出气困难,通气功能障

碍,且存在肺泡壁受损、呼吸性终末细支气管远端扩大情况,严重影响患者自身的生活质量^[1]。一般患者在疾病缓解后会离院居家护理,而后续的用药与训练极大地依赖患者自