

甲状腺 Graves 病致严重呼吸困难的老年患者的个案护理经验

陈 苏 冯 晴*

(华中科技大学同济医学院附属同济医院甲乳外科 湖北武汉 430030)

摘要: 介绍 1 例甲状腺弥漫性肿大伴甲亢 (Graves 病) 致严重呼吸困难的老年患者的个案护理经验,包括急诊治疗与护理、围术期护理(含重症监护及普通病房护理)、疼痛护理、体位护理、饮食护理、心理护理、健康教育及出院随访等,该病例伴随多种慢性疾病,同时予相应的护理,患者术后病情明显好转,顺利出院回当地继续治疗慢性病。本文旨在为临床类似的急诊老年病例提供相关经验参考。

关键词: 个案护理;急诊护理;甲状腺肿大;围术期护理

弥漫性甲状腺肿大伴甲状腺功能亢进又称 Graves 病,表现为甲状腺及周围组织出现弥漫性肿大,部分肿物出现实质性或混合性病变^[1];病情发展迅速可导致气管不同程度受压或塌陷,引起严重呼吸困难甚至窒息,严重影响患者生活质量乃至生命^[2]。我国乃至全球人口老年化趋势日益明显,本文通过介绍 1 例甲状腺弥漫性肿大伴甲亢致严重呼吸困难的老年患者的综合护理经验,包括急诊治疗与护理、围术期护理(含重症监护及普通病房护理)、疼痛护理、体位护理、饮食护理、心理护理、健康教育及出院随访等,同时该病例伴随多种慢性疾病,予相应的护理,患者术后病情明显好转,顺利出院回当地继续治疗慢性病。现将具体护理经验介绍如下。

1 病例介绍

患者女,64 岁,因“心慌、胸闷三年余,呼吸困难 3 月余加重 1 周”急诊入院。患者诉三年前开始出现心慌、胸闷,后发现颈前正中肿物,于当地医院就诊,诊断为“甲状腺功能亢进”,后转入我院,行甲状腺彩超检查提示:“1.甲状腺体积增大、实质回声不均;2.甲状腺双侧叶多发囊实性混合性病灶(TI-RADS 3 类)”,甲状腺功能检查提示:“游离 T4 28.5pmol/L,促甲状腺激素 0.24uIU/mL”。于核医学科行碘 131 治疗。因新冠肺炎疫情原因未能遵医嘱返院复查。2 月 3 日起出现呼吸困难,端坐呼吸,自备氧气,生活部分自理。自诉有甲亢及甲状腺手术史,高血压及糖尿病史,无过敏史。入院查体:神清,生命体征平稳。心肺听诊未及异常,腹软,全腹无压痛、反跳痛。专科体检:颈软,颈前可见 10cm 陈旧性手术疤痕,甲状腺双侧叶肿大,右侧显著,质硬,无压痛,边界清晰,吞咽可随气管上下移动,双侧颈部未触及明显肿块淋巴结。我院辅助检查甲状腺 CT 示甲状腺肿、气管受压、狭窄。入院诊断为:甲状腺弥漫性肿大伴气管狭窄;甲状腺功能亢进;甲状腺结节;糖尿病;高血压。2021 年 5 月 8 日彩超-甲状腺及淋巴结检查所见:甲状腺左、右侧叶大小分别为 4.4×4.0×6.4cm、4.0×4.0×6.1cm,峡部厚 2.6cm,实质回声不均,双侧叶内可见多个混合回声区,边界尚清,内部回声不均,部分呈低回声,部分呈无回声,其中左、右侧叶一大小分别为 2.9×2.6cm、2.4×2.25cm。双侧颈部未见明显肿大淋巴结。CDFI:上述混合回声区内可见血流信号。检查诊断:1.甲状腺体积增大、实质回声不均 2.甲状腺双侧叶多发囊实混合性病灶(TI-RADS 3 类)。教授组经详细了解患者情况及查体后认为患者目前甲状腺弥漫性肿大压迫气管引起呼吸困难加重,具有手术指征。考虑患者既往有甲亢病史,并行抗甲亢治疗,目前甲状腺功能大致在正常范围内,建议停用赛治,口服碘剂,注意控制血压及血糖,给予持续氧气吸入及心电图监测生命体征,血氧饱和度 98~99%,血气分析氧分压 78.1mmHg,二氧化碳总量 56.1mmol/L,请麻醉科会诊后考虑气管受压明显,手术风险较大,告知患者及家属相关风险及可能行气管插管或气管切开并术后转入 ICU 观察并签署知情同意书,完善相关术前检查未见明显手术禁忌,经严格排查两次新冠肺

炎及术前准备后,于 2021 年 05 月 13 日在全麻下行双侧甲状腺切除+双侧喉返神经探查+甲状旁腺负染保护术。术中见双侧甲状腺 III 度肿大,压迫气管,颈前段气道狭窄。术后患者转入 ICU,给予机械辅助通气、预防感染、营养支持等相关对症支持治疗,5 月 15 日返回我科,患者术后一般情况良好,无声音嘶哑,无饮水呛咳,无四肢抽搐及口周四肢麻木,切口愈合良好,无明显感染征象;术后病理结果显示:(双侧)甲状腺良性结节性甲状腺肿。5 月 20 日患者一般情况良好,要求出院,予以办理。

2 护理措施

2.1 急诊护理

2.1.1 院前急救 入院前及时监测患者生命体征,重点监测心率、血压、血氧饱和度等,有条件时测量氧分压、二氧化碳分压等;协助患者取端坐体位,面罩给予高流量氧气吸入 4~6L/min;迅速建立两条静脉通道,喉头水肿及气管压迫症状明显时可遵医嘱给予糖皮质激素类及气管扩张药物静脉注射;备好气管插管及气管切开等急救用物。快速将患者转至有急救条件的医院治疗。

2.1.2 急诊治疗与护理 及时将患者置于急救病床,给予心电监测及氧气吸入,急查血常规、动脉血气分析、血氧分压及二氧化碳分压、甲状腺功能全套、甲状旁腺激素及甲状腺免疫全套等;辅助查甲状腺彩超及 CT,明确气管受压部位及受压程度;同时予对症的药物支持治疗,准备气管插管及气管切开等急救用物,并随时准备急诊手术。

2.1.3 入院护理 联系好床位后及时将患者安全转至病房,在观察区初步排除新冠病毒肺炎后,安置于清洁区病床,办理好入院手续,详细询问病史并协助医生进行体格检查,做好护理记录。

2.2 围术期护理(含重症监护)

2.2.1 术前护理 按甲状腺手术常规护理,完善相关术前检查,持续予心电监测及氧气吸入 2~4L/min,密切观察生命体征及病情变化。检查 24h 长程心电图及心功能,注意监测血压及血糖,采用降压药物及胰岛素控制在基本稳定范围。根据甲状腺功能报告予调整药物方案,考虑该患者有甲亢病史及甲状腺手术史,予复方碘剂口服 10 滴/Tid,每日递增 1 滴至 16 滴/Tid 并做好药物宣教,监测基础代谢率并严格落实交接班。本病例患者呼吸困难较重,且老年伴有多发疾病,管床教授组请麻醉科会诊后考虑气管受压明显,手术风险较大,告知患者及家属相关风险及可能行气管插管或气管切开并术后转入 ICU 观察并签署知情同意书,经严格排查第二次新冠肺炎及术前准备,尽最快速度安排手术。

2.2.2 术中护理 做好术中用物准备及急救药品准备,开放静脉通路,麻醉前进行心理护理缓解患者紧张情绪,留置导尿,手术体位准备,气管插管并面罩给氧,密切监测患者术中生命体征及病情变化,熟练准确配合医生进行手术^[3]。

2.2.3 术后护理

2.2.3.1 重症监护 鉴于患者病情重, 血气分析氧分压偏低, 二氧化碳分压偏高, 遵医嘱给予一级护理, 患者处于镇静状态, 予气管插管呼吸机辅助通气, 每 1h 记录生命体征及病情变化, 做好抢救的物品及药品准备, 落实好机械通气、基础护理及各类风险评估和预防(如压疮、深静脉血栓、防脱管高风险等), 及时巡视, 密切观察患者神志、瞳孔、切口敷料、呼吸情况、引流管及引流液、发音等, 有异常及时向医生反馈并处理; 在补液、抗感染、营养支持等治疗时做好静脉通道及给药的护理与记录; 注意监测血压、血糖, 保证各条管路的泵正常运行; 及时吸痰; 准确记录出入水量; 及时准确落实各项医嘱执行, 严格落实各项查对制度与交接班制度。有气管插管拔管指征时及时拔管, 密切观察拔管后病情变化。

2.2.3.2 普通病房术后护理

(1) 病情观察 转回病房后持续予以心电监测及氧气吸入, 一级护理, 每小时观察并记录体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度、神志等生命体征变化, 注意观察呼吸困难是否较术前改善, 切口敷料是否干燥, 发音是否清晰, 喝水进食有无呛咳等; 同时应注意控制好术后的血压及血糖; 保持颈部引流管通畅, 观察引流液性状及量是否正常; 落实好基础护理及各类风险评估和预防(如压疮、深静脉血栓、防脱管高风险、跌倒高危等); 备好急救物品及药品以作抢救准备; 预防出血、窒息、神经损伤等术后并发症尤其是术后甲状腺危象的发生^[56]。

(2) 疼痛护理 疼痛作为新的一项术后生命体征观察点, 已越来越受到重视。我科采用疼痛评估尺, 依靠患者和护士的主观与客观估来进行评分, 并采取针对性的护理措施予缓解疼痛。注意使用镇痛药物时更应密切观察患者呼吸等病情变化。

(3) 体位护理 因患者 II 度心力衰竭, 指导患者术后 3 天内绝对卧床休息, 限制活动量, 专人 24h 陪护; 护士加强基础护理的落实, 协助患者进食、翻身、拍背咳嗽咳痰、排便及洗漱等; 呼吸困难较术前有明显改善, 指导患者尽量取半卧位有利于呼吸^[7]。

(4) 饮食护理 术后给予高营养、高蛋白、高维生素的糖尿病普食, 结合外科临床加速康复理念, 本科室有国家证照的营养师与营养科专家共同为该患者制定了专属营养食谱, 在保证血糖基本正常的前提下提供给患者术后康复有利的营养支持; 注意避免辛辣刺激、温度过烫及坚硬的食物, 同时注意提醒患者限制食用海产品。

(5) 药物护理 指导患者在每日清晨服用优甲乐严格按照医嘱剂量服药, 不得擅自增减, 2h 内禁食高蛋白饮食; 术后口服碘剂应从 16 滴/Tid 逐日递减 1 滴至 10 滴/Tid; 使用强心、利尿、祛痰、平喘及糖皮质激素类药物时密切观察有无用药反应并及时处理。定时监测血钙, 当血钙明显低于正常值, 患者出现低血钙症状如面部口角及肢体麻木等, 及时遵照医嘱补充钙剂, 并给予钙片口服, 做好药物宣教及用药观察。有文献研究, 在应用甲疏咪唑片和综合护理基础上给予耳穴压豆联合情志护理措施干预, 可减轻 Graves 病患者的高代谢症状和焦虑、抑郁等不良情绪症状^[9]。

(6) 心理护理 由于患者术前呼吸困难症状严重, 并伴有甲亢、高血压、糖尿病等多种疾病, 年龄偏高, 缺乏疾病相关知识, 护士应加强与患者及家属的沟通, 及时了解其心理状态并提供相对应的心理护理, 有利于解除患者紧张、恐惧和焦虑等情绪, 树立信心积极配合治疗, 对呼吸困难症状也有一定的缓解作用。

(7) 健康教育 护士对该患者实施了全程化立体健康教育, 在入院前、围手术期、出院时及患者需要时, 采用不同方式如口头讲述、视频播放、宣教手册讲解、网络平台直播等多种途径, 在合适的时机和地点, 用患者易于理解的语言对其宣教关于疾病知识、饮食、药物、检查、治疗、护理等相关内容, 如呼吸困难时指导患

者采用有利于呼吸的体位、尽量使心情平静, 改用腹式呼吸等, 这种新模式的健康教育缩短了住院日、降低了住院费用、减少了并发症、提高了满意度, 很大程度上促进了患者的加速康复。

2.4 出院随访 出院时做好出院宣教, 对于出院后的复查详细讲解, 告知一月后复查甲状腺功能, 三个月后复查甲状腺彩超, 并随时可通过线上 APP 行在线图文咨询; 留下患者及科室的联系方式便于医护随访。该患者回当地医院呼吸科继续慢性病的治疗, 护士也应重视相关治疗后续的随访。

3 小结

甲状腺高度肿大时易压迫气管导致呼吸困难^[9], 如弥漫性肿大发展迅速时将导致呼吸困难加重甚至窒息^[10], 且本病例为本身有着多发病的老年患者, 临床较为少见, 针对个体病例的急救护理措施需要医护人员熟练掌握及应用。本病例有甲亢病史伴弥漫性甲状腺肿大、甲状腺结节、甲状腺癌手术史, 伴高血压、糖尿病, 年龄大于 60 岁, 气管受压明显, 呼吸困难进行性加重, 我们应针对个案病例制定一系列急诊护理措施, 保持呼吸道通畅、迅速改善通气与控制甲亢是护理的关键^[7]; 同时围术期的护理也很重要, 尤其是术前的相关检查和具体治疗方案的制定、术后重症护理、转入普通病房后的一系列护理, 贯穿加速康复理念和全程立体化健康教育模式, 对患者的康复有着显著的促进作用。现代护理朝着多学科合作的发展已成必然, 我们应从较少见的个案病例护理中总结经验, 对患者病情的治疗护理及护士自身业务水平的提升都有很好的帮助。

参考文献:

- [1] 宋硕宁. Graves 病致甲状腺功能亢进患者中甲状腺功能与尿酸及血脂水平关系的研究[D].北京协和医学院,2019.
 - [2] Anna C. Beck,Sonia L. Sugg,Ronald J. Weigel,Mary Belding-Schmitt,James R. Howe,Geeta Lal. Racial disparities in comorbid conditions among patients undergoing thyroidectomy for Graves' disease: An ACS-NSQIP analysis[J]. The American Journal of Surgery,2020.
 - [3] Allison Keane,David Goldenberg. The difficult airway and thyroid surgery[J]. Operative Techniques in Otolaryngology - Head and Neck Surgery,2020.
 - [4] 周先利,宋彩萍,赵欢,湛又菁,涂静秋.微波消融治疗甲状腺良性结节并发症的观察与护理[J].护士进修杂志,2016,31(19): 1815-1816.
 - [5]李慧,周芳情,蒋慧.腔镜下甲状腺切除术后护理体会[J].护士进修杂志,2016,31(23):2162-2163.
 - [6] 韩金芬,高丽莲.经口腔前庭腔镜甲状腺切除术患者的护理[J].护理学杂志,2016,31(02):11-12.
 - [7] 何庆,谷优优,高志红,等.Graves 病甲状腺功能亢进症合并肺动脉高压、全血细胞减少一例[J].中华全科医师杂志. 2013,12(12):1002-1003.
 - [8] 段永强,胡如进,吴振夫,周明珍.老年难治性甲状腺肿大显像与~(131)I 治疗 1 例并文献复习[J].标记免疫分析与临床,2017,24(05):591-593+600.
 - [9] 何海燕.耳穴压豆配合情志护理联合常规医护措施干预 Graves 病效果分析[J].新中医,2020,52(21):145-148.
 - [10] 刘小莉,张茜.全程护理在 Graves 病合并甲状腺功能亢进症患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(08):149-150+153.
- 作者简介:陈苏,女,副主任护师
通讯作者:冯晴,女,主管护师