

1 例老年巨大结节性甲状腺肿患者呼吸形态的有效维护

李 丽 黄 婷 黄荟莹 莫美英 张菁华 陈宝玉

中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院内分泌科 广西南宁 530021

【中图分类号】R47

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2020) 09-015-02

【基金项目】名称：广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题，编号：Z2011016

结节性甲状腺肿在广东、广西地区发病率高，是临床较常见的甲状腺疾病。但巨大结节性甲状腺肿并非临床常见疾病，且多发生于老年人。轻者常有怕热、多汗、多食、易饥、疲乏无力、大便次数增多、双手细颤、体重明显下降等症状，重者可出现肿大的甲状腺压迫气管、神经导致呼吸困难、突发窒息甚至死亡。我科2019年9月收治1例70岁高龄女性巨大结节性甲状腺肿患者，经抗甲状腺，减缓心率，扩血管改善心脏血供，补充B族维生素，补钾，补钙及支持对症治疗，护理上从诱因如颈部受挤压、情绪激动、吞咽呛咳、冷热刺激等采取积极干预措施，使患者呼吸形态得到有效维护，现将治疗与护理体会报告如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，女，70岁，因颈部前区增粗40年，加重9月入科。2019年1月开始逐渐出现体重下降，偶有呼吸不畅，需用力呼吸，无明显呼吸困难，伴怕热、多汗、多食、易饥、疲乏无力、大便次数增多、双手细颤。当时未在意，未到任何医院检查及治疗，今为求进一步诊治，门诊拟诊：1. 甲状腺功能亢进症 2. 甲状腺肿收入我科治疗。入科后查颈部CT示：形态不规则呈分叶状，边界尚清，右叶甲状腺大小约7.5×6.4×14.4cm（前后、左右、上下径），左叶甲状腺大小约7.9×6.7×10.7cm（前后、左右、上下径），右叶甲状腺向上突入咽旁间隙，左右叶向下突入胸廓入口，峡部正中处厚约5.1cm。胸片示：颈胸段气管右移，颈部组织肿胀，结合临床考虑甲状腺占位所致。甲状腺彩超：结节性甲状腺肿（伴钙化）甲状腺功能检查：提示甲状腺功能亢进，体检：甲状腺Ⅲ°肿大，肿大双侧不对称，形态不规则，无压痛，未触及结节，双侧甲状腺上极未闻及收缩期血管杂音。心脏彩超：1、左房、右房增大2、三尖瓣重度反流3、主动脉瓣中度反流、二尖瓣重度反流。

1.2 治疗方法

目前，结节性甲状腺肿最有效的治疗方法是手术切除甲状腺肿^[1]，但本例患者为老年高龄病人，有甲亢病史，且心功能欠佳，现行手术风险大，死亡率高，入科完善甲状腺病相关检查、颈部CT、胸片、心脏彩超、血常规、肝肾功能等检查后，予抗甲状腺，减缓心率，扩血管改善心脏血供，补充B族维生素，补钾，补钙及支持对症治疗后，甲亢病情控制稳定，心功能改善。

2 护理

2.1 病情观察

密切观察患者呼吸情况，观察有无窒息、烦躁、呼吸困难、发绀、声音嘶哑、表情变化等。及时清理鼻腔分泌物，保持呼吸道通畅、清洁，予持续2-3L/分氧气吸入。

2.2 饮食护理

予高热量、高蛋白、高维生素、低碘饮食，忌硬、粗糙、辛、酸、辣、呛、冷、热等刺激性食物，禁饮浓茶、咖啡等饮料，食物要小口细嚼慢咽，大口食物或一过性反应刺激食道均会使食管充盈，气管受压加剧吞咽困难及气道受阻发生。

2.3 药物指导

严格遵医嘱按时按量服用药物，由于巨大结节性甲状腺肿压迫气管，食管不同程度受到挤压，管腔缩小，片剂、胶囊或颗粒状药物均存在吞咽不当引发食管受阻可能，发药护士须将药物磨碎用水调成冲剂才可服用，避免一切不良因素发生。

2.4 睡眠指导

患者无法平卧，颈后仰平卧位时呼吸困难明显，强迫坐起，根据患者甲状腺占位解剖位置，协助患者头偏向右侧，床头抬高20-30°，能够减少局部张力，有助于呼吸。头下垫一30cm高度枕头，避免头颈过度后仰导致巨大甲状腺压迫气管，以保持呼吸道通畅。

2.5 心理护理

患者年纪较大，甲状腺肿巨大且多发，心功能差，直接影响呼吸，担心愈后在所难免，情绪紧张、激动导致颈静脉怒张、憋气均会使气管内压力增高，呼吸加快，喘气困难，护士要主动关心病人，经常与病人交谈，听取病人的主诉，及时了解病人的心理动态，给予相应的疏导。教会病人放松心情，转移注意力，如：交谈、看电视、让家属全程陪同等，使其保持良好心态，树立起战胜疾病信心。

2.6 床旁护理

床头备用气管插管包和气管切开包，双侧多发性巨大甲状腺占位导致的气管受压、移位，气管腔狭窄，易引起突发极度呼吸困难和窒息，一旦出现立即紧急气管插管，该患者气管移位且被多发巨大的甲状腺遮蔽，气管切开不易完成，紧急情况下可用一粗短针头，在胸骨上缘尽量剝到气管，将针头刺入气管腔，可部分缓解呼吸困难，为气管插管赢得宝贵时间^[2]。

2.7 生活护理

做好晨晚间护理，洗漱、进餐、如厕，减少患者活动量，增加休息时间，缓解疲乏。嘱咐患者不着紧身衣物，影响呼吸形态，尤其是高领衣服，避免挤压或按摩肿大的甲状腺，以免甲状腺激素分泌更加旺盛加重甲亢病情。病房环境保持安静、整洁、通风，室温恒定在22-24℃、凉爽，不干燥，不潮湿。

2.8 外科治疗前护理

患者心肺功能评估符合手术，遵医嘱严格服用复方碘化钾溶液（卢戈氏液）方法：用1ml注射器抽取药液，将药液

（下转第18页）

应用 SPSS21.0 系统处理结果中变量资料, 相关计量资料描述为“ $\bar{x} \pm s$ ”的形式且数据差异分析应用 t 检验, $P < 0.05$ 预示组间资料数据差异明显, 统计学意义成立。

2 结果

表 1: 两组患者心理情绪以及自我护理能力 [$\bar{x} \pm s$, $n=41$]

组别	SCL-90 量表		t 值	P 值	ESCA 量表		t 值	P 值
	护理干预前	6 个月后			护理干预前	6 个月后		
实验组	3.53 $\pm$ 0.11	0.83 $\pm$ 0.22	13.285	< 0.05	82.58 $\pm$ 2.45	142.78 $\pm$ 2.35	15.428	< 0.05
对照组	3.55 $\pm$ 0.12	2.15 $\pm$ 0.23	7.215	< 0.05	82.87 $\pm$ 2.46	102.23 $\pm$ 2.34	10.203	< 0.05
t 值	0.351	10.251	-	-	0.851	10.241	-	-
P 值	> 0.05	< 0.05	-	-	> 0.05	< 0.05	-	-

3 讨论

家庭医生签约服务模式是我国近些年新型服务模式, 依托于我国各级卫生医院体系的建立与完善, 该护理服务模式与常规护理服务模式相比, 克服了常规护理干预实施过程中, 地点与时间对医患沟通造成的影响^[2]。家庭医生签约服务模式实施过程中除落实患者定期入院复诊, 同时家庭医生通过开展电话随访、建立微信群、QQ 群等多种方式, 在患者离院后与患者仍可保持有效联系与沟通, 从而使患者在出院后也可获得专业健康知识指导, 从而提升患者自我控制能力, 使患者感受到来自医护人员关心, 以安抚慢性老年病患者负面情绪^[3]。

比较两组患者心理情绪以及自我护理能力, 具体情况(见表 1), 与干预前相比, 两组患者干预后 SCL-90 量表得分均降低且实验组该量表得分显著低于对照组, ESCA 量表得分均升高且实验组该量表得分显著高于对照组。

本次研究显示实验组患者护理干预后心理状态好, 自我护理能力高。综上所述, 社区老年患者慢性病家庭医生签约服务模式有较高的临床实践与推广价值。

参考文献:

- [1] 陈洁雯. 家庭医生签约服务模式对社区老年患者慢性病防治效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2018, 47(5):91-92.
- [2] 王渝川, 江涛. 家庭医生签约服务模式对社区老年患者慢性病防治效果体会[J]. 养生保健指南, 2019, 11(19):333.
- [3] 尹荷芳. 家庭医生签约服务模式对社区慢性病高危人群的干预效果分析[J]. 中国卫生产业, 2018, 15(15):15-17.

(上接第 15 页)

滴在包子、点心等表层上服用。该药可使腺体缩小变硬, 减轻气管受压, 亦可减少术中出血, 减少并发症。腺瘤过大过久压迫颈部神经血管、气管, 解剖结构的改变均会增加手术风险、手术难度及术后并发症^[3], 同时腺体大、瘤体结块多严重影响患者正常生活, 使患者生活质量下降。因此, 治疗甲亢病情稳定, 心功能改善即安排转科手术。

3 小结

巨大结节性甲状腺肿因肿瘤长期压迫气管, 可造成气管软骨环软化, 但有甲状腺组织支撑, 故术前不会塌陷, 多数患者无明显呼吸困难^[4], 易掩盖病情, 不易察觉, 但该患者为有基础病的高风险老年高龄患者, 且气管受压后偏移, 伴有钙化, 更易发生呼吸困难、窒息以至死亡的危险, 如何维护患者术前的有效呼吸形态, 争取早日手术的宝贵时间, 需

要严格治疗原发病, 控制和预防并发症发生, 严密观察病情, 积极采取因颈部受挤压、情绪激动、吞咽呛咳、冷热刺激等发生的呼吸不畅进行干预, 因此, 护理此类高危患者, 提高他们的生存质量, 我们不能忽视威胁病人生命的任何一个环节, 尤其是影响有效呼吸的危险因素, 降低疾病的远期生存率。

参考文献:

- [1] 赵亮. 结节性甲状腺肿的临床治疗探析. 中外医学研究, 2013, 11(12): 140.
- [2] 赵光忠, 王怀娥. 巨大甲状腺肿突发窒息 17 例抢救体会. 吉林医学, 2011, 32(32): 6856-6857
- [3] 饶智, 黄艺, 黄慧. 巨大甲状腺占位手术切除 24 例分析. 农垦医学, 2009, 31(5): 424-425
- [4] 张凤玉. 一例巨大甲状腺肿合并气管软化的护理体会. 中国城乡企业卫生, 2012, 8(4): 85-86

(上接第 16 页)

行早期肠内营养支持, 并结合胃肠道耐受性, 控制肠外营养提供能量比例, 进而实现完全肠内营养支持^[2]。通过该种模式可以有效补充能量和基本营养素, 保证正氮平衡, 具有良好的脂肪酸代谢效果, 还可以抑制细胞免疫, 起到抗炎作用。

综上所述, 利用营养风险筛查及肠内肠外营养序贯治疗重症患者, 可以有效缩短患者监护室时间和住院时间, 减少

住院费用, 减少并发症发生, 具有较高临床应用价值。

参考文献:

- [1] 闵霞, 骆莉莉, 郭颖. 肿瘤内科住院患者营养风险筛查及营养支持护理对策[J]. 医学食疗与健康, 2019.
- [2] 周锦, 张雷, 丁树荣, 等. 住院病人营养风险筛查及营养支持对临床结局影响的研究[J]. 肠外与肠内营养, 2017, 24(001):13-17.

表 2: 两组患者并发症发生情况比较 [n (%)]

组别	例数 (n)	胸腔积水、腹腔积水 [n (%)]	感染 [n (%)]	消化道出血 [n (%)]	应激性血糖上升 [n (%)]	总发生率 [n (%)]
研究组	37	2 (5.41)	1 (2.70)	2 (5.41)	1 (2.70)	6 (16.22)
常规组	37	4 (10.81)	3 (8.11)	2 (5.41)	4 (10.81)	13 (35.13)
χ^2						6.6045
P 值						< 0.05