

# 无充气腔镜经锁骨下甲状腺的手术室护理配合

夏超男

传统的甲状腺手术会在颈部留下一条手术瘢痕,常常给年轻女性造成心理负担。无充气腔镜经锁骨下甲状腺手术切口小并且隐蔽,很好地解决了患者的困扰,也提高了患者的生活质量。优质的护理配合可为顺利开展手术提供保障<sup>[1]</sup>。本次研究收集60例甲状腺疾病患者行无充气腔镜经锁骨下甲状腺手术,术中医护紧密配合,术后患者均恢复良好,手术效果尤其是切口美容效果满意。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2021年9月至2022年2月浙江大学医学院附属邵逸夫医院60例甲状腺疾病患者,其中男性35例、女性25例;年龄33~56岁,平均年龄(45.06±11.05)岁,术后病理均证实为甲状腺癌。入组标准为:①恶性肿瘤最大直径<2cm;②术前彩超评估提示单侧或双侧甲状腺病变且需要行甲状腺全切除或部分切除患者,肿瘤未侵犯邻近器官;③术前彩超未发现广泛淋巴结的转移;④患者有强烈美容要求。排除标准为:①既往有颈部放疗史或手术史;②肿瘤侵犯周围器官;③颈部淋巴结的转移或者远处转移;④既往有锁骨骨折病史;⑤有严重的基础病不能耐受手术。

1.2 方法 麻醉稳妥后,帮助患者于仰卧头稍后仰,偏向健侧,常规消毒铺巾;于患侧锁骨下皮肤皱襞内做线弧型切口,长约2.5cm。切开皮肤、皮下组织,向上翻瓣,导入内镜,在内镜下继续分离皮瓣,显露胸乳突肌,于胸锁乳突肌胸骨头及锁骨头之间向上下分离,建立操作腔室。分离带状肌深面,以悬吊拉钩上提,显露患侧腺叶。利用超声刀在镜下继续扩大腔室,完全显露患侧甲状腺叶,分离凝闭

甲状腺上动静脉的近侧分属支,分离结扎甲状腺上动静脉的背外侧分属支;转至侧外份,紧贴腺体被膜逐步分离腺叶背外侧的小血管;牵腺叶向近中对侧,仔细分离甲状腺后背膜;分离结扎上位甲旁腺上方血管,将上位旁腺及其血供纳入下方;紧贴背膜分离结扎甲状腺血管,神经监护下探查喉返神经,避开入喉前段喉返神经后,钳夹切断Berry氏韧带,离断峡部,完整切除患侧甲状腺叶,用标本袋取出标本,检查有无甲旁腺,冲洗创面,放置引流管,逐层缝合,关闭切口。

## 1.3 护理

1.3.1 巡回护士 ①术前体位安置好后检查鼻子的保护是否到位,枕部包布是否平整,并及时与主刀医生沟通颈部暴露是否合理;检查脚后跟的硅胶是否放置合理;②准备两路吸引器,检查吸力,术中根据医生需求调节吸力大小;③内镜机组放在患者术侧对面,超声刀机组放在术侧;④手术开始后协助医生将超声刀线连接于超声刀机组,神经刺激探针线连接于神经监护仪,并在术中根据医生要求调整阈值大小(一般为3.0);⑤腔镜操作开始时根据医生要求手术床降到最低,关闭无影灯;⑥甲旁腺种植在前臂时,需要准备9cm×10cm敷贴和棉球;并且需帮助医生暴露前臂,方便种植。

1.3.2 洗手护士(器械护士) ①手术开始全麻气管插管成功,麻醉生效后,常规消毒皮肤铺单,护士提前15min上台,查对纱布、器械。根据医生要求和患者体型,提前准备好合适的悬吊拉钩。检查腔镜器械功能,备好台上的特殊用物:止血用的小纱条,镜套3个(两个镜套用于套摄像头及光纤,一个镜套用于套头架),袜套(套于头架最外层,防止一层镜套破损污染无菌台面),填塞绷带(术中医生根据实际情况剪合适长度用于悬吊特制拉钩)。②根据医生要求准备特制止血短纱条,和医生沟通准备

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.003.026

作者单位:310053 浙江杭州,浙江中医药大学研究生院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院手术室

长度合适的特制拉钩,配制肾上腺素盐水备用。③准备一块湿纱布,用于擦拭镜头,避免超声刀使用产生雾气。④手术开始时洗手护士递超声刀置入主操作孔,递腔镜吸引器置入辅助操作孔。术中洗手护士及时清除超声刀上的污渍和血痂,以保证超声刀头的正常使用。⑤医生用超声刀切断甲状腺前肌群,处理甲状腺周围血管、韧带和喉上神经,最后切除腺叶<sup>[2]</sup>。此过程涉及较多血管,容易引起出血,护士应密切观察手术情况,提前准备好短的腔镜纱条,并与主刀沟通,提前备好合适长度普里林缝线。一旦出血立即将预先准备的短纱条递予术者压迫止血,并准备4-0普里林缝线准备腔镜下缝合。⑥术中若有摘取标本,洗手护士应询问医生标本名称并且询问是否术中快速病理。⑦术中若发现甲状旁腺,洗手护士应配合医生将甲状旁腺放入内用生理盐水浸泡,并在术后提醒医生移植。⑧术后用2瓶温蒸馏水冲洗创面,递负压球(询问医生是否需要剪侧孔),放置完毕后递4-0可吸收线固定引流管。⑨关切口前洗手巡回共同清点物品,待清点准确后将4-0可吸收线递予术者,逐层缝合。

## 2 结果

所有患者手术均成功,无中转开放手术;手术时间90~175 min,平均(103.26±25.21)min;术中出血20~25 ml,平均(13.05±2.31)ml;所有患者术后均未出现声音嘶哑、饮水呛咳、切口内出血等并发症;术后第1天颈部均可自由活动,术后3 d数字法疼痛评分1~2分;术后第1天均恢复半流质饮食;术后住院时间2~4 d,平均(2.86±1.35)d。手术效果尤其是切口美容效果满意。

## 3 讨论

腔镜手术应用的普及对护理工作提出了新的要求,需要护理人员不断加强对新理论、新技术的学习,提高护理的内涵建设,保证护理工作的质量<sup>[3]</sup>。与传统开放手术相比,无充气腔镜技术免于二氧化碳使用,可减少患者术后因冲入二氧化碳导致的相关并发症,提高了手术安全性<sup>[4]</sup>,并且还可避免传统腔镜技术因冲入二氧化碳形成的“烟囱效应”,从而减少恶性肿瘤种植转移<sup>[5]</sup>。在操作过程中,因腔镜的放大作用,局部解剖结构更加清晰,更容易辨认,极大减少了对喉上、喉返神经及甲状旁腺误损伤<sup>[6]</sup>;同时精细化的操作使术中出血量更少;

经锁骨下手术将手术切口隐藏于锁骨下方,颈部和胸部无任何手术瘢痕,可满足年轻女性的美容需求。若出现术后颈部出血、血肿,无充气腔镜技术可直接打开切口,利用拉钩在直视下进行急诊清创止血,而充气腔镜手术在急诊情况下可能需要增加颈部切口进行清创止血<sup>[6]</sup>。但无充气腔镜经锁骨下甲状腺手术的开展离不开手术室护士的熟练配合。首先,器械护士必须熟悉手术步骤及各步骤所需器械,做到主动、快捷、准确地传递器械,达到与术者默契配合<sup>[7]</sup>。而熟练流畅的配合可以为手术医生带来舒适的手术体验;其次,熟悉手术流程,提前准备好相应的纱条及缝线,一旦术中出血,及时、准确的传递相应器械,及时清理手术器械,可帮助主刀医生在最短的时间内止血,减少出血量,避免手术视野模糊,保障手术的顺利进行,缩短手术时间。同时也在一定程度上减少了颈部切口出血的风险,保证了术后美容效果。与此同时,巡回护士也应该熟练掌握仪器的使用及仪器常见故障的排除以确保手术顺利进行。总之,充分的术前准备,熟练的手术护理配合以及对器械细心保护为无充气腔镜经锁骨下甲状腺手术的成功提供了必要的支持,值得推广和应用。

## 参考文献

- 1 李小晶.腔镜下甲状腺手术围手术期护理配合及体会[J].中国卫生标准管理,2016,7(12):198-200.
- 2 张玉青,杜晓红,李艳军.腹腔镜下甲状腺次全切除术的手术配合[J].中华护理杂志,2008,43(9):837-838.
- 3 陈玉春,仇成华.甲状腺腔镜切除术的手术配合体会[J].基层医学论坛,2009,13(3):8-9.
- 4 张浩,陈延松,张晓静,等.双孔与单孔免充气经腋窝入路腹腔镜甲状腺手术的应用对比[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(9):669-672,682.
- 5 范应方,刘军,张登明,等.腹腔镜胆囊癌根治术[J/OL].中华肝脏外科手术学电子杂志,2021,10(1):111.
- 6 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.
- 7 刘慧,樊梅.经锁骨下小切口内镜甲状腺切除术的配合[J].内蒙古医学杂志,2014,46(2):220-222.

(收稿日期 2022-01-06)

(本文编辑 葛芳君)