

甲状腺癌术后并发乳糜漏的护理体会

余凌英 江琪 肖雨婷 肖林燕

(南昌大学第二附属医院甲状腺外科 江西南昌 330006)

【摘要】 甲状腺癌行颈淋巴结清扫术后出现乳糜漏, 通过严格的饮食控制、伤口持续加压包扎、持续有效的负压引流、生长抑素及其类似物奥曲肽的使用、心理护理等措施可以缩短病程, 减轻患者痛苦, 促进早日康复。

【关键词】 甲状腺癌; 乳糜漏; 护理

Nursing experience of chylous leakage after thyroid cancer

Yu ling ying¹ Jiang Qi¹ Xiao Yuting¹ Xiao Linyan¹

(1. Department of Thyroid Surgery, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, Jiangxi 330006)

[Abstract] Chyle leakage occurs after cervical lymph node dissection for thyroid cancer. Through strict diet control, continuous pressure dressing of the wound, continuous and effective negative pressure drainage, use of somatostatin and its analog octreotide, psychological care can shorten the course of disease, reduce patients' pain and promote early recovery.

[Key words]; thyroid cancer

甲状腺癌是最常见的内分泌恶性肿瘤, 其发病率在过去几十年中显著增加^[1, 2]。手术治疗是甲状腺癌的主要治疗手段, 但甲状腺癌淋巴结清扫术后并发乳糜漏并不少见, 其发生率约为 1%~3%^[3]。乳糜漏是颈部淋巴结清扫术后的严重并发症, 甲状腺癌术后并发乳糜漏将延长患者的住院时间, 增加住院费用, 同时也给患者带来巨大的心理负担。因此总结甲状腺癌术后并发乳糜漏的原因, 以及做好术后的治疗和护理具有重要临床价值。本文在查阅文献和临床护理实践的基础上, 总结我科对甲状腺癌患者术后并发乳糜漏的护理措施, 以促进患者的康复与预后。

1 乳糜漏的原因

甲状腺癌术后患者, 在进食后引流液转为乳白色混浊糜状液, 停止进食后引流液又变清。发生乳糜漏的主要原因主要包括以下几点: 1) 颈部淋巴回流丰富, 胸导管和右淋巴导管在颈根部被疏松组织包绕, 因导管管壁菲薄透明, 淋巴管脆性较大且抗牵拉能力弱, 故术中不易发现并容易撕裂; 2) 淋巴结的挤压、转移和侵犯加大了术中分离难度, 增加了术后出现乳糜漏的风险; 3) 超声刀的使用也增加淋巴漏的发生风险; 4) 颈根部淋巴管的交通支细小, 在清扫过程中, 管壁收缩暂时封闭, 进食后管腔方可再度开放, 由此导致乳糜液漏出。

2 乳糜漏的护理体会

2.1 病情观察

2.1.1 引流管的观察 术后乳糜漏的早期发现是治疗的关键, 颈部淋巴结清扫术后引流管的护理包括: 1) 保持引流管通畅; 2) 定时由内向外挤压引流管防止堵塞, 检查引流装置是否漏气。

2.1.2 生命体征的观察 甲状腺癌术后密切观察患者的

生命体征, 返回病房立即心电监护并给予低流量氧气吸入。依据护理级别每小时巡视病房并做好护理记录。患者麻醉清醒后取半卧位, 6 h 内常规吸氧 2~3 L/min, 24 h 内床边常规放置气管切开急救包。

2.1.3 局部切口的观察 甲状腺癌术后密切观察切口外敷料渗血、渗液情况, 同时还需密切观察切口局部皮肤是否肿胀、触摸有波动感, 引流管是否移位以及是否通畅。若发现切口引流不畅, 患者出现颈部憋胀、呼吸费力, 切口外敷料渗湿及颈皮瓣有波动感, 应立即报告医生积极处理。

2.2 护理措施

2.2.1 心理护理 甲状腺癌术后并发乳糜漏不仅会增加患者住院时间及费用, 还会增加患者焦虑失眠等负面情绪, 给患者带来很大心理压力。因此在护理过程中要与患者及家属建立良好的护患关系, 给予心理支持及疏导。

2.2.2 术后康复护理 患者术后早期应减少活动, 以防因活动导致的缝线脱落而导致乳糜漏加剧, 如引流量超过 1000 毫升/日应卧床休息。我科总结的颈部功能锻炼操如下, 应用效果较好: 自然站立, 双目平视, 充分放松肩膀和颈部。
①头部缓慢向前低头, 双眼看地, 使下颌尽量紧贴前胸, 停留 5s。
②头部先向手术对侧转动, 转动幅度为 30~60°, 不要移动肩膀, 每次转动后维持 5s。
③再向手术同侧转动头部, 转动幅度为 30~60°, 不要移动肩膀, 每次转动后维持 5s。
④头部向手术对侧倾斜, 耳朵贴近肩部, 维持 5s。
⑤头部再向手术同侧倾斜, 耳朵贴近肩部, 维持 5s。
⑥缓慢转动肩膀, 两侧肩关节旋转 360°, 转动 5 次。以上动作视为一组, 每天进行 8 次以上的颈部运动, 家属在旁给予鼓励与指导, 若期间有任何不适感受, 立即停止锻炼, 卧床休息。如患者能耐受并无任何不适, 可按下面步骤接着做:
⑦以上动作转动时以最大耐受角度, 每次维持 5s。
⑧加做手臂功能锻炼, 手拿 0.5kg 的重物, 双臂外展与肩平齐, 维持 5s。
⑨双臂前举, 与肩平齐, 维持 5s; 双臂上举, 与地面垂直, 维持 5s。
⑩双臂斜后方向外展, 与肩部成 45° 角, 维持 5s。以上全部动作每天进行 8 次以上锻炼。

2.2.3 饮食控制和营养支持 饮食中的甘油三酯进入淋巴循环后会增加乳糜液的生成,因此需向患者和家属解释严格控制饮食的意义以取得理解和配合。其中低脂饮食是减少淋巴液生成的最简单、经济且实用的方法^[4]。低脂并不意味着低蛋白或低营养,乳糜液流失过多时可导致患者营养不良及免疫功能下降而延迟康复,因此在严格控制脂质摄入的同时要适当增加饮食中的优质蛋白质和维生素含量摄入。

2.2.4 负压引流的护理 临床上多使用于低负压持续引流,初始负压设定范围为-200~-400 mmHg。当患者每日引流液较多且负压引流无效时,应改为持续墙式负压吸引治疗,负压强度为-200~-600 mmHg^[5]。日常护理中,护士还需观察负压引流球有无漏气,是否呈负压状态,并及时倾倒引流液。

2.2.5 局部切口的护理 局部切口通常需使用弹力绷带进行局部加压包扎。局部加压包扎可使皮瓣与颈部软组织紧密的贴合,并挤压漏口周围软组织以使漏口缩小,待肉芽组织形成后可促进漏口愈合。加压包扎时应注意加压的部位一定是淋巴液渗漏的地方(颈静脉角处),且压力以不影响呼吸和颈内静脉回流为前提,同时保持引流通畅为宜^[6]。

2.2.6 药物的使用及护理

2.2.6.1 奥曲肽等生长抑素的使用及护理 奥曲肽等生长抑素在乳糜漏治疗应用越来越多,有研究显示奥曲肽治疗有利于减少乳糜液流出量,缩短患者治疗时间,使治愈率提高^[7]。在奥曲肽治疗期间患者可能出现低血糖等不良反应,尤其胰岛素依赖型糖尿病患者使用生长抑素后。因此使用过程中要密切观察血糖变化,每隔3~4 h 监测血糖浓度1次。

2.2.6.2 硬化剂的使用及护理 为减少引流管中的引流量,临床上可局部注射50%葡萄糖注射液。50%葡萄糖注射液为高渗溶液,使组织脱水从而减少组织液的渗出;还可作为硬化剂直接堵塞淋巴管,使淋巴管硬化、狭窄,从而减少引流液的产生、促进淋巴管的闭合。50%葡萄糖注射液常规用法为,手术区域每日注入一次,每次约20~30 mL。注射后在靠近引流管进出皮肤处夹闭引流管并保持夹闭状态8 h。由于局部注射时患者可有明显的胀痛感,因此注射时速

度宜缓慢。在注射过程中,护理上应密切观察伤口有无明显肿胀、积液或局部皮瓣浮起等情况。

2.2.7 预防感染的护理 乳糜漏术后预防感染的治疗与护理非常重要,乳糜漏若引流不畅可导致乳糜液积聚,继发局部皮瓣感染甚至坏死^[9]。术毕通常给予半卧位以促进静脉回流及颈部引流。常规监测体温和血象的变化,遵医嘱合理使用抗生素,密切观察伤口情况。发生乳糜漏后密切观察刀口情况,如有渗液及时更换辅料。更换负压引流瓶时注意无菌操作,保持清洁。

2.2.8 出院健康指导 出院后建议继续高蛋白低脂饮食2周,以减轻淋巴循环的压力,促进淋巴管瘢痕形成,动态监测患者的营养状况^[10];出院后活动循序渐进,做颈肩操是动作轻柔,注意时间和节率,近3个月不要做重体力劳动和剧烈体育运动,如搬运重物,引体向上等,患者发现有严重的渗血渗液局部红肿热痛等表现及时就医;告知患者坚持服药的重要性;嘱患者定期复查,术后1个月、3个月、6个月和1年,如有不适随诊。

3 体会

胸导管和淋巴管管壁菲薄的解剖因素及术者因素是甲状腺癌患者发生乳糜胸的重要原因,临床上一旦发现乳糜漏,应积极采取有效的护理措施。首先应注重心理指导,耐心向病人介绍治疗成功的案例,安慰鼓励病人及其家属,帮助患者建立战胜疾病的信心。其次是饮食和康复护理,高蛋白低脂饮食可有效缓解乳糜漏的引流量,恰当的术后康复训练亦帮助患者加快术后稳定恢复并缩短住院时间。再者是局部切口及引流管的护理,局部换药时严格遵守无菌原则,定期观察记录引流液性质,根据引流液的性状调整护理方案十分必要。最后则是辅助药物的护理以及出院后健康指导,临床上为辅助减少乳糜漏的引流量必要时给予生长抑素或硬化剂,因药物潜在不良反应的存在要求临床需给予更多个性化的护理。

参考文献:

- [1]Zhang Y, Xing Z, Liu T, et al. Targeted therapy and drug resistance in thyroid cancer[J]. Eur J Med Chem, 2022, 238: 114500.
- [2]高明,葛明华,嵇庆海,等. 甲状腺微小乳头状癌诊断与治疗中国专家共识(2016版)[J]. 中国肿瘤临床, 2016, 43(10): 405-411.
- [3]Park I, Her N, Choe J H, et al. Management of chyle leakage after thyroidectomy, cervical lymph node dissection, in patients with thyroid cancer[J]. Head Neck, 2018, 40(1): 7-15.
- [4]Chen C Y, Chen Y H, Shiao E L, et al. Therapeutic role of ultrasound-guided intranodal lymphangiography in refractory cervical chylous leakage after neck dissection: Report of a case and review of the literature[J]. Head Neck, 2016, 38(2): E54-E60.
- [5]寇翠敏,戴丹丹,王晓雷. 45例甲状腺癌患者术后乳糜漏的护理[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28(02): 185-187.
- [6]徐震纲,刘绍严. 分化型甲状腺癌颈侧区淋巴结清扫专家共识(2017版)[J]. 中国实用外科杂志, 2017, 37(09): 985-991.
- [7]甲状腺癌诊疗指南(2022年版)[J]. 中国实用外科杂志, 2022, 42(12).
- [8]岳朝丽,徐海萍,刘丹丹. 甲状腺癌颈清术后乳糜漏的现状与护理研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(04): 112-113.
- [9]孙团起,吴毅. 甲状腺手术乳糜漏发生原因及防治[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(05): 372-374.
- [10]林孝文,张再重,王烈. 甲状腺癌颈清术后乳糜漏的诊治现状[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2015, 9(01): 70-71.