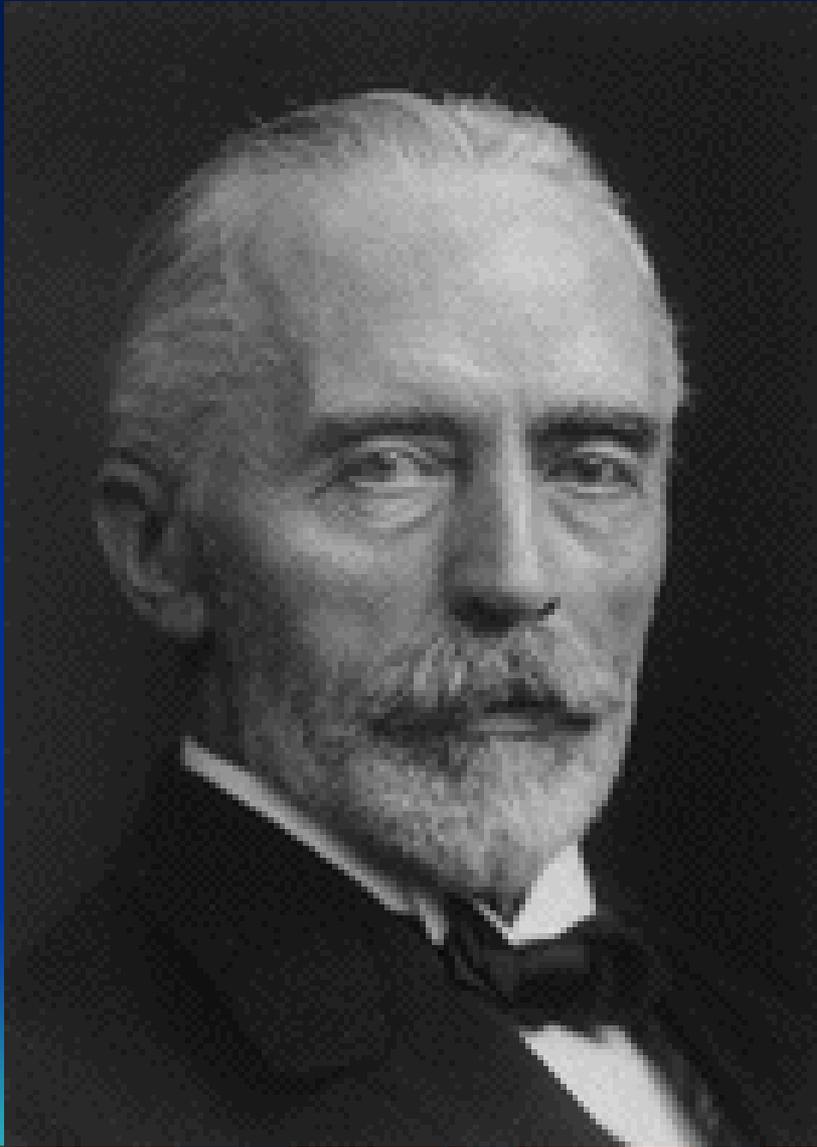


第十六章 颈部疾病病人的护理





Theodor Kocher
(1841—1917)

瑞士伯尔尼大学
外科教授, 开展甲
状腺外科发展的
先驱。

获得1909年诺贝
尔医学生理学奖



The Kocher patient together with her sister before the operation. The patient was then taller than her little sister.

(From Kocher, T. Arch Klin Chir 29:254-337,1883)



Nine years after the operation she stopped growing and became cretinoid. (From Kocher, T. Arch Klin Chir 29:254-337,1883)

第一节 解剖和生理概要

第二节 甲状腺疾病

第三节 颈部常见肿块

第一节 解剖和生理概要

解剖

主讲：袁海娟

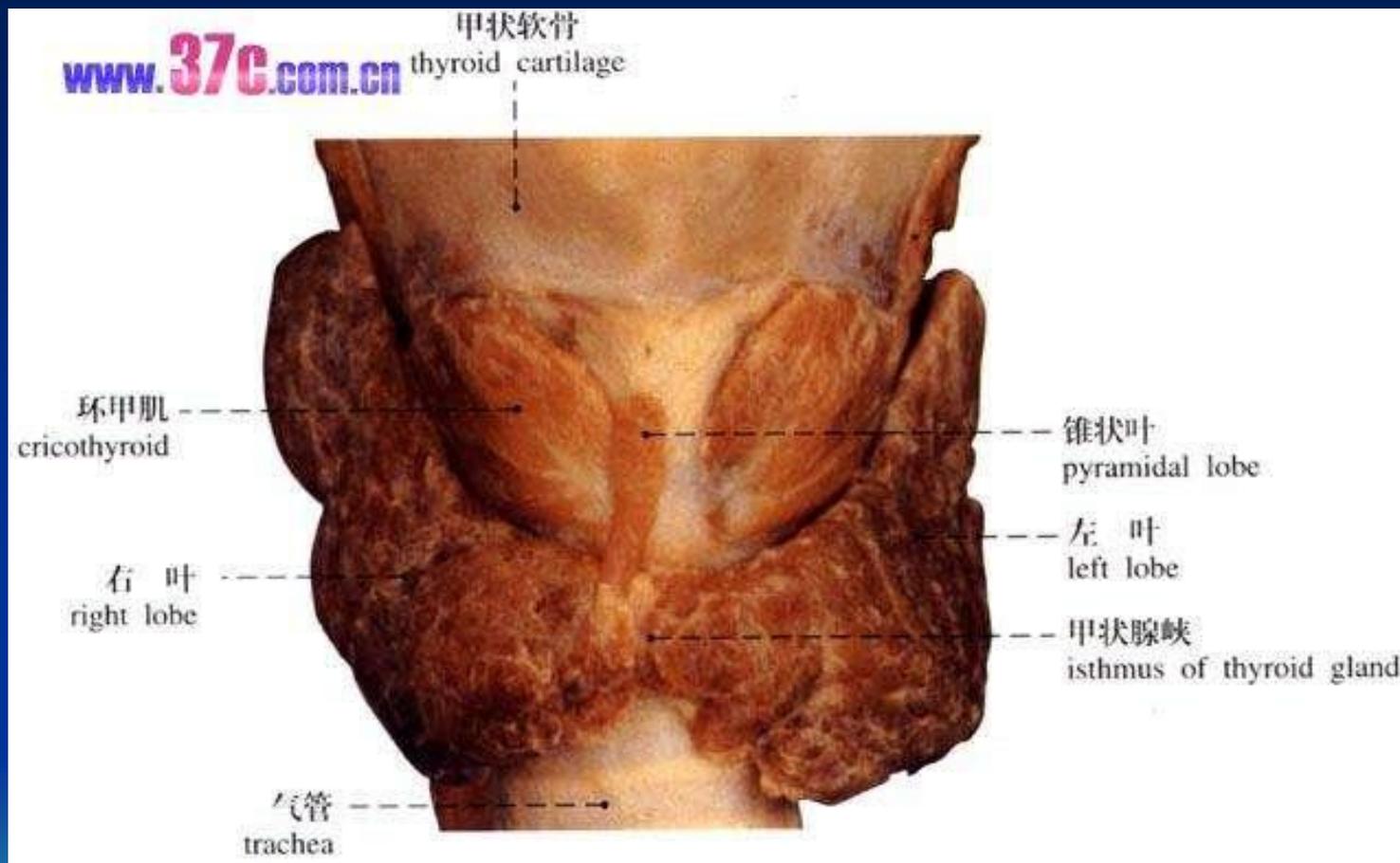
甲状腺位置



- 甲状软骨下方，气管两旁
- 上极平甲状软骨中点
- 下极平第六气管软骨
- 正常甲状腺重量约30g
甲状腺肿大指其体积超过正常1倍

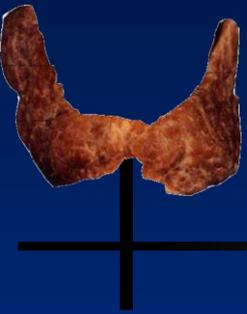


甲状腺形态



呈H形 左右两叶+峡部+锥状叶（70%）

甲状腺的被膜



- 外层被膜：甲状腺外科被膜，属气管前筋膜
- 内层被膜：甲状腺固有被膜，紧贴腺体。

甲状腺的固定装置



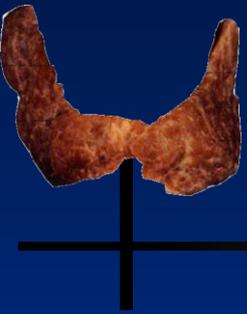
- 借外层被膜固定于气管和环状软骨上
- 借左、右两叶上极内侧的甲状腺悬韧带悬吊于环状软骨上



甲状腺肿块判定

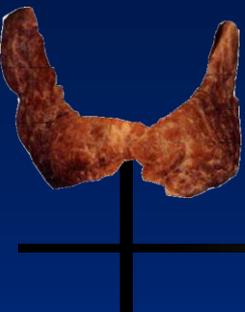
- 病人吞咽时甲状腺随咽部运动而上、下移动
- 临床藉此鉴别颈部肿块是否与甲状腺有关
- 注意：甲状腺癌晚期活动亦丧失





甲状腺的手术层次

两层被膜之间具有疏松的结缔组织，其内有血管、神经、淋巴、甲状旁腺。手术应在此间隙内进行。



甲状腺的血管

- 甲状腺的血供：
甲状腺上动脉——发自颈外动脉
甲状腺下动脉——发自锁骨下动脉
甲状腺动脉与气管、食管动脉有广泛吻合
- 甲状腺的静脉：
甲状腺上、中静脉——汇入颈内静脉
甲状腺下静脉——汇入无名静脉

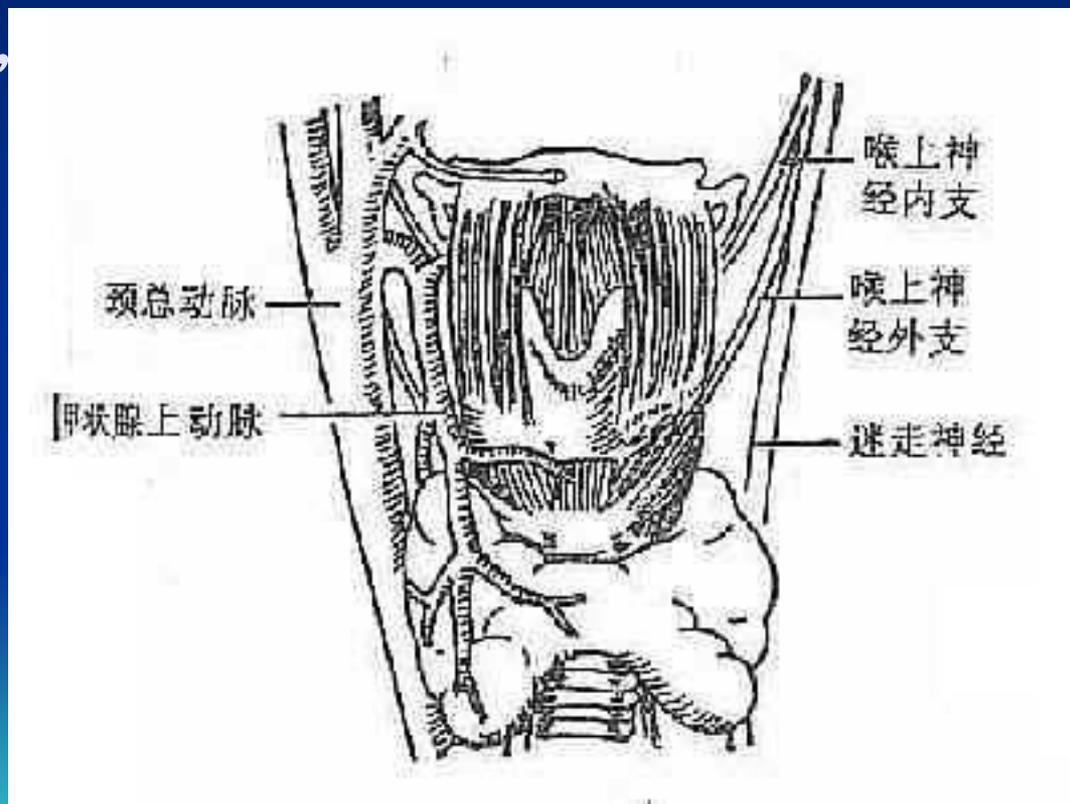


- 甲亢时甲状腺血流明显增加，上下极处可摸及震颤，闻及血管杂音——甲亢的重要体征。
- 甲状腺血流丰富，手术时应确切止血。
- 甲状腺中静脉管壁薄、管径粗，手术时易损伤。



甲状腺上动脉与喉上神经

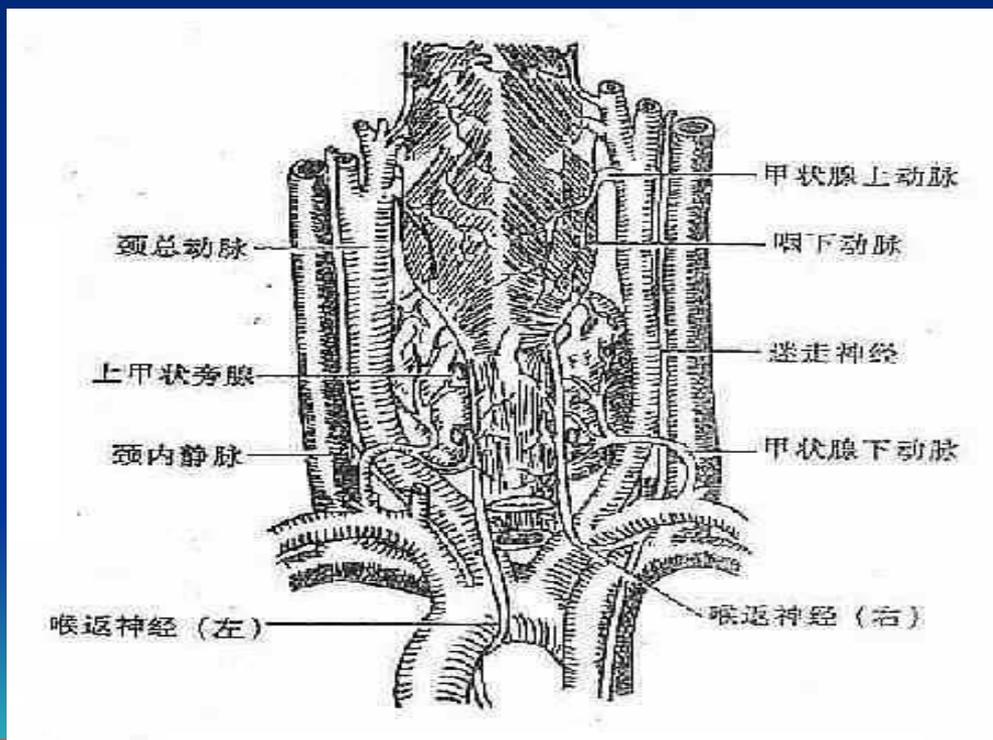
- 喉上神经来自迷走神经，分内支、外支
- 内支（感觉支）分布在喉粘膜上，手术损伤会出现饮水呛咳。
- 外支（运动支）与甲状腺上动脉贴近、同行，支配环甲肌，失声带紧张，损伤后引起声带松弛，音调降低。

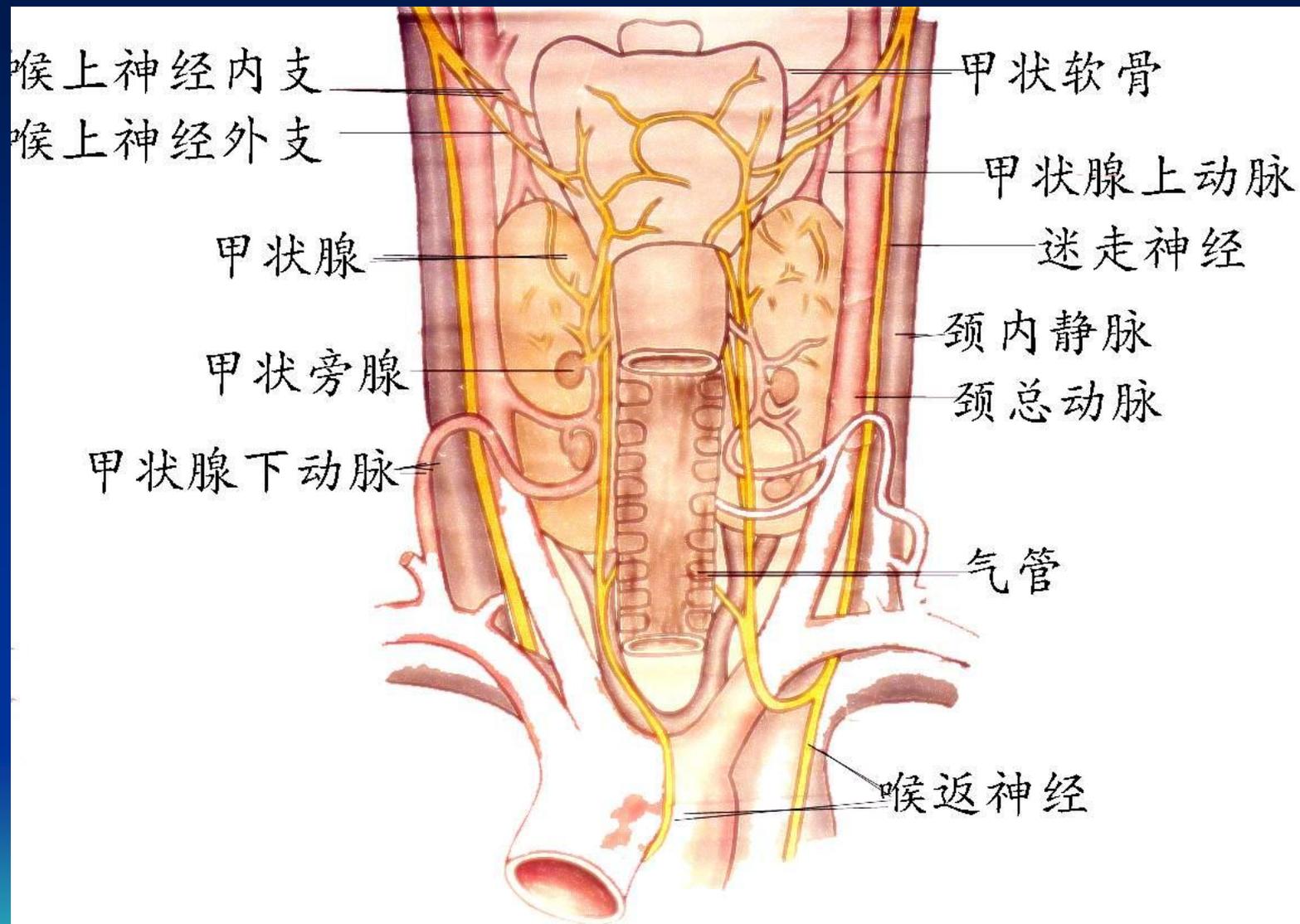


甲状腺下动脉与喉返神经



- 喉返神经来自迷走神经。
- 喉返神经与甲状腺下动脉在甲状腺侧叶下极的后方有复杂的交叉关系。
- 喉返神经支配声带运动。



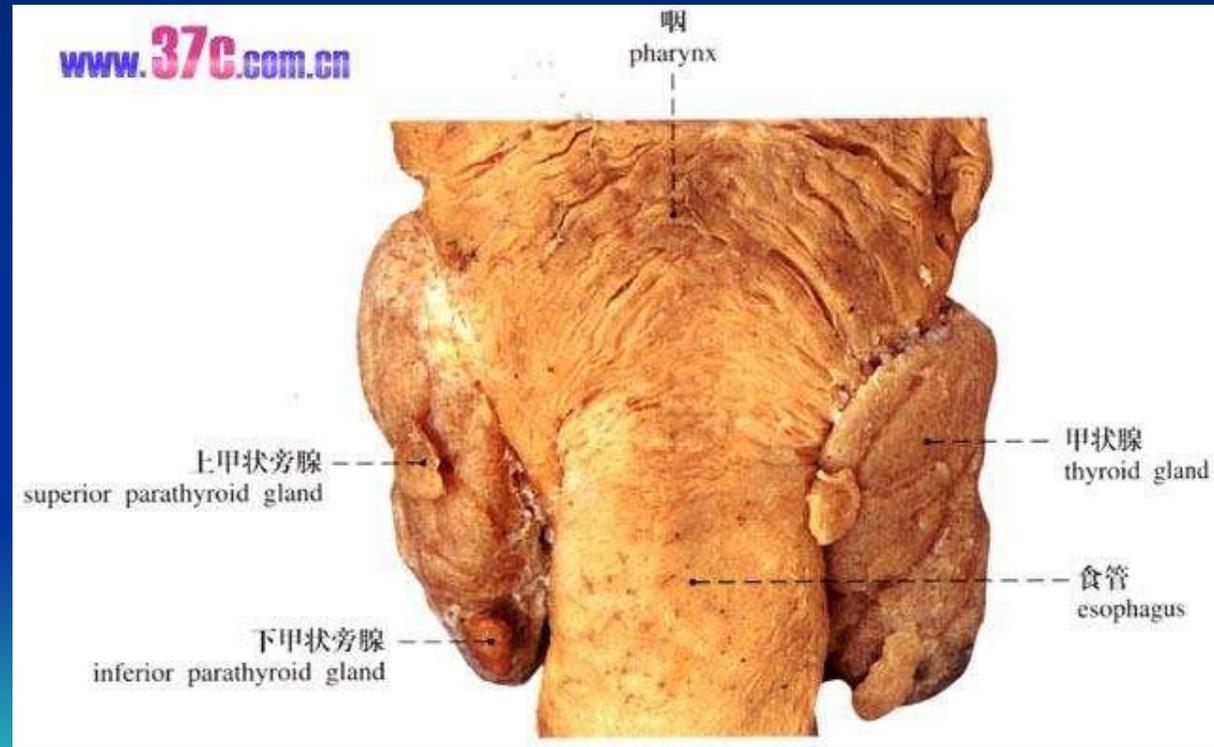


颈部解剖之七

甲状旁腺



- 紧密附着在左右两叶甲状腺背面的内侧。
- 上下两对，共四个。外观呈黄、红或棕红色，腺体扁平、卵圆形、质软。
- 分泌甲状旁腺素（PTH），调节体内钙的代谢并维持钙和磷的平衡。
- 甲状旁腺损伤可引起低钙性抽搐



生理功能



甲状腺的生理功能

合成、贮存、分泌甲状腺素：

甲状腺素是一类叫做含碘酪氨酸的有机结合碘；分四碘甲状腺原氨酸（ T_4 ）和三碘甲状腺原氨酸（ T_3 ）两种。合成完毕后便与体内的甲状腺球蛋白结合，贮存在甲状腺的结构单位—滤泡中。释放入血的甲状腺素与血清蛋白结合，其中90%为 T_4 ，10%为 T_3 。

甲状腺素的主要作用

- 1、增加全身组织细胞的氧消耗及热量产生。
- 2、促进蛋白质、碳水化合物和脂肪的分解。
- 3、促进人体的生长发育及组织分化，并影响体内水和电解质的代谢。

- 甲状腺功能与人体各器官系统的活动和外部环境互相联系；
- 甲状腺功能主要调节的机制包括下丘脑-垂体-甲状腺轴控制系统和甲状腺体内的自身调节系统；
- 甲状腺素的产生和分泌需要垂体前叶分泌的促甲状腺素（TSH）。TSH直接刺激和加速甲状腺分泌和促进甲状腺素合成，而甲状腺素的释放又对TSH起反馈性抑制作用。

第二节 甲状腺疾病

一、甲状腺功能亢进

甲状腺功能亢进（甲亢）（hyperthyroidism）

是由各种原因导致正常甲状腺素分泌的反馈控制机制丧失，引起循环中甲状腺素异常增多而出现以全身代谢亢进为主要特征的疾病。

分类：

按引起甲亢的原因可分为：原发性、继发性和高功能腺瘤三类。

原发性甲亢

- 最常见，是指在甲状腺肿大的同时，出现功能亢进症状；
- 病人年龄多在20~40岁之间。
- 腺体肿大为弥漫性，两侧对称，常伴有眼球突出，故又称“突眼性甲状腺肿”。

继发性甲亢

- 较少见，如继发于结节性甲状腺肿的甲亢。
- 病人先有结节性甲状腺肿多年，以后才出现功能亢进症状；
- 发病年龄多在40岁以上。
- 腺体呈结节状肿大，两侧多不对称，无眼球突出，容易发生心肌损害。

高功能腺瘤

- 少见，甲状腺内有单发的自主性高功能结节，结节周围的甲状腺组织呈萎缩改变。
- 病人无眼球突出。

分类	原发性甲亢	继发性甲亢	高功能腺瘤
好发年龄	20-40岁	40岁以上	
腺体	弥漫性肿大， 两侧对称。	结节性肿大， 两侧多不对称	单个自主性高 功能结节
突眼征	有	无	无

原发性甲亢的病因：

迄今尚未完全明了。

原发性甲亢是一种自身免疫性疾病，在患者血中发现了两类刺激甲状腺的自身抗体，一类是“长期甲状腺激素”（LATS）；另一类为“甲状腺刺激免疫球蛋白”（TSI），两类物质都属于G类免疫球蛋白，来源于淋巴细胞，都能抑制TSH，而与TSH受体结合，从而加强甲状腺细胞功能，分泌大量T3和T4。

继发性甲亢和高功能腺瘤的病因：

未完全清楚。

病人血中长效甲状腺刺激激素等的浓度不高，或许与结节本身自主性分泌紊乱有关。

临床表现:

1. 甲状腺激素分泌过多症侯群
2. 甲状腺肿大
3. 眼征： 典型者双侧眼球突出、睑裂增宽。



辅助检查:

1. 基础代谢率测定
2. 甲状腺摄¹³¹碘率的测定
3. 血清中T₃和T₄含量的测定

处理原则：

甲状腺大部切除术对中度以上的甲亢仍是目前最常用而有效的疗法。

能使90%~95%的病人获得痊愈，手术死亡率低于1%。

手术治疗的缺点是有一定的并发症和约4%~5%的病人术后甲亢复发，也有少数病人术后发生甲状腺功能减退。

手术指征:

- ①继发性甲亢或高功能腺瘤
- ②中度以上的原发性甲亢
- ③腺体较大，伴有压迫症状，或胸骨后甲状腺肿等类型甲亢
- ④抗甲状腺药物或¹³¹I治疗后复发者或坚持长期用药有困难者
- ⑤妊娠早、中期的甲亢病人

手术禁忌证:

①青少年患者;

②症状较轻者;

③老年病人或有严重器质性疾病不能耐受手术者;

护理评估

术前评估

1. 健康史和相关因素

2. 身体状况

(1) 局部

(2) 全身

(3) 辅助检查

3. 心理和社会状况

(1) 心理状态

(2) 社会支持状况

术后评估

1. 术中情况

2. 呼吸和发音

3. 并发症

(1) 甲状腺危象

(2) 呼吸困难和窒息

(3) 喉返神经损伤

(4) 喉上神经损伤

(5) 手足抽搐

常见护理问题:

1. **营养失调：低于机体需要量** 与甲亢所致代谢需求显著增高有关。
2. **清理呼吸道无效** 与咽喉部及气管受刺激、分泌物增多及切口疼痛有关。
3. **有受伤的危险** 与突眼造成的眼睑不能闭合，有潜在的角膜溃疡、感染而致失明的可能有关。
4. **潜在并发症：甲状腺危象、呼吸困难和窒息、喉返和（或）喉上神经经损伤、手足抽搐等。**

护理目标:

1. 病人营养状况稳定，体重无明显下降。
2. 病人能有效清除呼吸道分泌物，呼吸道保持通畅。
3. 病人未出现受伤的危险，眼结膜无溃疡和感染的发生。
4. 病人术后未发生并发症，或已发生的并发症得到及时诊治。

护理措施:

【术前护理】

- (1) 心理护理，保持情绪稳定。
- (2) 注意休息，遵医嘱适当应用镇静剂或安眠药物，避免各种刺激。
- (3) 鼓励病人进食高热量、高蛋白质、和富含维生素的均衡饮食。
- (4) 突眼护理 对眼睑不能闭合者必须注意保护角膜和结膜，经常点眼药水，防止干燥、外伤及感染，外出时戴墨镜或使用眼罩，睡眠时头部抬高，以减轻眼部肿胀。
- (5) 每日清晨测基础代谢率，控制在正常范围（基础代谢率 $< +20\%$ ）。
- (6) 药物准备
- (7) 术时体位练习

术前药物准备方法

- 碘剂2~3周，症状基本控制后手术；若用碘剂2周，症状控制不明显，同时服硫氧嘧啶类药至症状控制后单独服碘1~2周手术
- 先用硫氧嘧啶类药物控制症状后，单独用碘1~2周手术
- 心得安单独或合并碘剂，术前忌用阿托品

药物准备:

常用的碘剂是复方碘化钾溶液，3次/日，口服，第一日3滴/次，第二日4滴/次，依次逐日每次增加1滴至16滴为止，然后维持此剂量至手术。

（复方碘化钾）的用法:

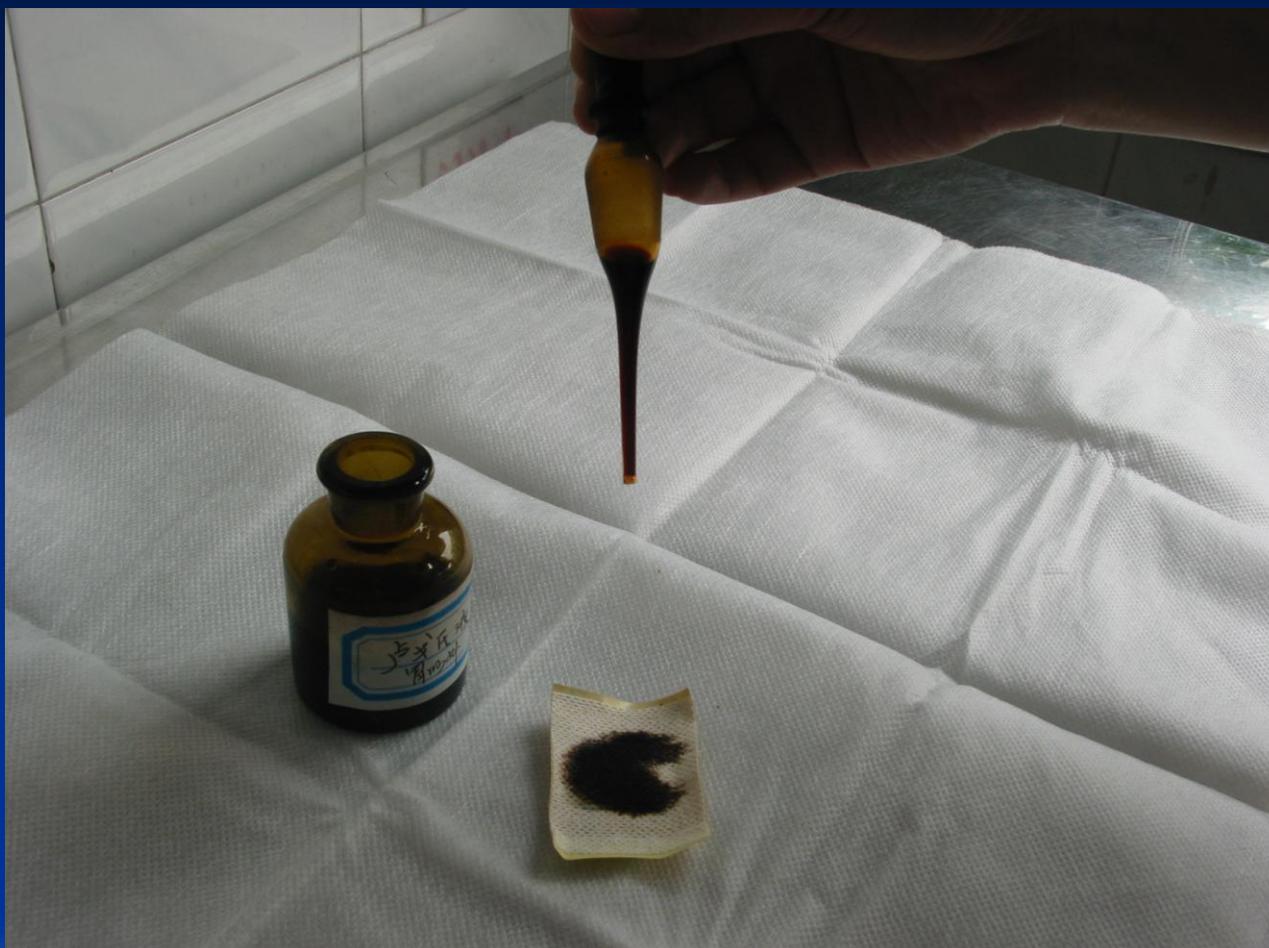
3滴， tid

4滴， tid

5滴， tid

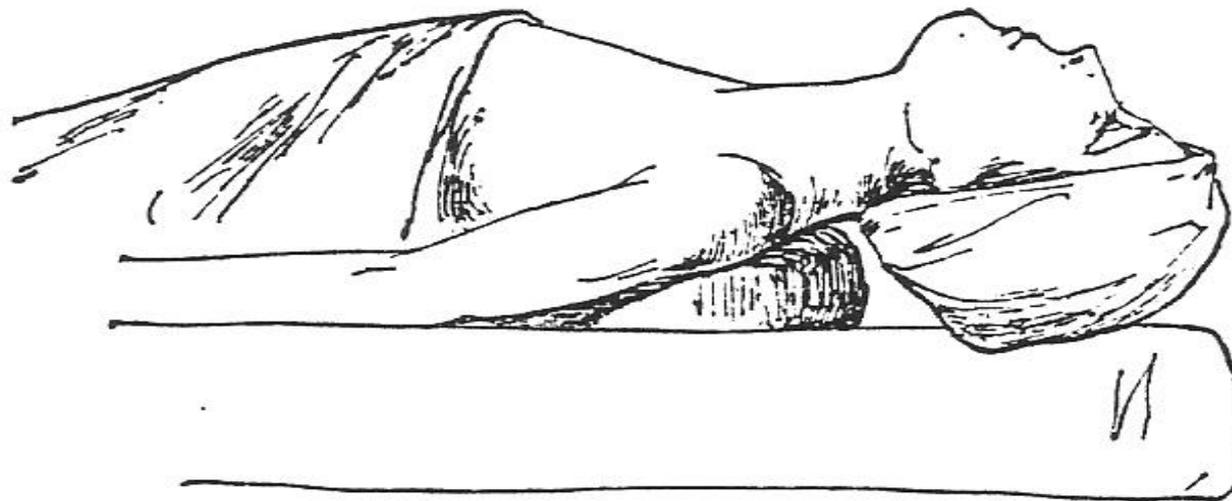
16滴维持至手术

注意：碘剂滴在饼干、面包等固体食物上一并服下



注意：碘剂滴在饼干、面包等固体食物上一并服下

体位训练：术前教会病人头低肩高体位，可用软枕每日练习数次，使机体适应术时颈过伸体位



手术图 10-1 体位

【术后护理】

1. 体位：术后取平卧位，全麻清醒、生命体征平稳后取半卧位；床边备气管切开包。
2. 饮食与营养：6小时后给予温凉流质，逐步过渡到半流质和软食。
3. 病情观察：甲亢患者术后36小时密切观察有无甲状腺危象，及时发现，及时处理。
4. 保持呼吸道通畅：鼓励和协助病人进行深呼吸和有效咳嗽，必要时行雾化吸入。

【术后护理】

5. 引流管的护理：妥善固定，保持通畅和有效负压，更换负压球注意无菌，观察记录引流液的颜色质量。
6. 术后48小时内，避免颈部过频活动或谈话、咳嗽，以免出血。
7. 甲亢患者需继续服用碘剂，每日3次，从每次16滴开始，每日递减1滴至3滴。
8. 术后并发症的观察和处理。





甲乳外科手术病人健康教育爱心提示单

各位病员及家属：为了能更好地恢复健康，请注意以下几方面：

甲状腺疾病

手术日：

1、饮食：手术回房后**6小时内禁食**，6小时后进**温凉流质**，如米汤、菜汤、果汁、牛奶等，如需**禁食**我们将及时通知你。

2、体位与活动：手术回房后请取**去枕平卧位**，**头偏向一侧**，全麻清醒，生命体征平稳后取半卧位，有利于引流管引流液的流出；进食时取半卧位或端坐位可以避免呛咳。

3、管道：请注意您手术后身上的管道，如颈部引流管、尿管等，请不要使管道**折叠、受压**，翻身及下床活动时**勿牵拉管道**。留置尿管期间请多饮水。

4、其他：伤口渗液、颈部肿胀以及发音情况我们将及时观察，如有不适请告诉我们，我们将及时为您解决。

5、另外需要注意的问题是：遵医嘱**按时按量**服用替代甲状腺激素药物，请勿**减量**或者**停药**；学会控制情绪，保持情绪稳定。

祝您早日康复！

甲状腺危象：

是甲亢的严重合并症。临床观察发现：危象发生与术前准备不够，甲亢症状未能很好控制及手术应激有关；

病人主要表现为：高热（ $>39^{\circ}\text{C}$ ）、脉快（ >120 次/分）、同时合并神经、循环及消化系统严重功能紊乱如烦躁、谵妄、大汗、呕吐、水泻等反映出，本病是因甲状腺素过量释放引起的暴发性肾上腺素能兴奋现象。若不及时处理，可迅速发展至昏迷、虚脱、休克甚至死亡，死亡率约20%~30%。

甲状腺危象治疗：

碘剂：口服复方碘化钾溶液，首次为3~5ml，或紧急时用10%碘化钠5~10ml加入10%葡萄糖溶液500ml中静脉滴注，以降低血液中甲状腺素水平。

氢化可的松：每日200~400mg，分次静脉滴注，以拮抗过多甲状腺素的反应。

肾上腺素能阻滞剂：可选用利血平1~2mg肌注或胍乙啶10~20mg口服。还可用普萘洛尔5mg加入5%~10%葡萄糖溶液100ml静脉滴注以降低周围组织对甲状腺素的反应。

镇静剂：常用苯巴比妥钠100mg，或冬眠合剂II号半量，肌肉注射6~8小时1次。

降温：用退热剂、冬眠药物和物理降温等综合方法，保持病人体温在37℃左右。

静脉输入大量葡萄糖溶液补充能量，吸氧，以减轻组织的缺氧。

有心力衰竭者，加用洋地黄制剂。

呼吸困难和窒息：

是最危急的并发症。多发生于术后48小时内。

- 常见原因：
- 1、切口内出血压迫气管
 - 2、喉头水肿
 - 3、气管塌陷
 - 4、双侧喉返神经损伤

喉返神经损伤:

发生率为0.5%，一侧喉返神经损伤引起声音嘶哑，双侧喉返神经损伤导致失声、呼吸困难，甚至窒息。

喉上神经损伤：

损伤外支，声调降低。

损伤内支，饮水时易发生误咽或呛咳。

手足抽搐：

多发生于术后1-2日，系甲状旁腺被误切、挫伤或其血液供应受累导致。

处理：

限制肉类、乳品和蛋类食物。

口服葡萄糖酸钙或乳酸钙，可加服维生素D₃。

静脉注射葡萄糖酸钙或氯化钙。

健康教育

1. **心理调适** 引导病人正确面对疾病、症状和治疗，合理控制自我情绪，保持精神愉快和心境平和。
2. **休息** 劳逸结合，适当休息和活动，以促进各器官功能的恢复。
3. **用药指导** 使病人了解甲亢术后继续服药的重要性、方法并督促执行。
4. **饮食** 选用高热量、高蛋白质和富含维生素的软食。
5. **随访** 病人出院后应定期门诊复查甲状腺功能，若出现心悸、手足震颤、抽搐等情况时及时就诊。

护理评价

1. 病人营养状况
2. 病人术后能否及时清除呼吸道分泌物
3. 病人术后的生命体征，有无并发症
4. 病人眼结膜有无溃疡和感染

二、甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤 (thyroid adenoma)

是最常见的甲状腺良性肿瘤。

按形态学可分为滤泡状和乳头状囊性腺瘤两种。

滤泡状腺瘤多见，周围有完整的包膜，囊性乳头状腺瘤少见，常不易与乳头状腺癌区分。

本病多见于40岁以下的妇女。

临床表现

颈部出现圆形或椭圆形结节，多为单发。稍硬，表面光滑，无压痛，随吞咽上下移动。腺瘤生长缓慢。当乳头状囊性腺瘤因囊壁血管破裂发生囊内出血时，肿瘤可在短期内迅速增大，局部出现胀痛。

诊断检查

●放射性核素检查

结果显示

甲状腺腺瘤：多呈温结节，若囊内出血时可为冷结节或凉结节，边缘一般较清晰

甲状腺腺癌：为冷结节，边缘一般较模糊

●B型超声检查

处理原则

因甲状腺腺瘤有引起甲亢（发生率约为20%）和恶变（发生率约为10%）的可能，故应早期行包括腺瘤的患侧甲状腺大部或部分（腺瘤小）切除。切除标本必须立即行冰冻切片检查，以判定有无恶变。

三、甲状腺癌

甲状腺癌是最常见的甲状腺恶性肿瘤，约占全身恶性肿瘤的1%。除髓样癌外，绝大部分甲状腺癌起源于滤泡上皮细胞。

病理类型

1. **乳头状癌**：约占成人甲状腺癌的70%和儿童甲状腺癌的全部。多见于21~40岁女性，恶性程度较低，较早便出现颈淋巴结转移，但预后较好。
2. **滤泡状腺癌**：约占15%，常见于50岁左右女性，肿瘤生长较快，属中度恶性，病人预后不如乳头状癌。

3. **未分化癌**：约占5-10%，多见于70岁左右老年人。发展迅速，且约50%早期便有颈淋巴结转移，高度恶性。除侵犯气管和（或）喉返神经或食管外，还能经血运向肺、骨远处转移。预后很差。
4. **髓样癌**：仅占7%。来源于滤泡旁降钙素（calcitonin）分泌细胞（C细胞），细胞排列呈巢状或囊状，无乳头或滤泡结构，呈未分化状；瘤内有淀粉样物沉积。可兼有颈淋巴结侵犯和血行转移。预后不如乳头状癌，略较未分化癌好。

临床表现:

1. 甲状腺内发现肿块、质地硬而固定、表面不平是各型癌的共同表现。
2. 腺体在吞咽时上下移动性小。
3. 未分化癌可在短期内出现上述症状，除肿块增长明显外，还伴有侵犯周围组织的特性。

4. 晚期可产生声音嘶哑、呼吸、吞咽困难和交感神经受压引起Horner综合征及侵犯颈丛出现耳、枕、肩等处疼痛和局部淋巴结及远处器官转移等表现。
5. 颈淋巴结转移在未分化癌发生较早。有的病人甲状腺肿块不明显，因发现转移灶而就医时，应想到甲状腺癌的可能。
6. 对合并家庭史和出现腹泻、颜面潮红、低血钙时注意不要漏诊。

辅助检查

1. 实验室检查 除血生化和尿常规检查外，测定甲状腺功能 and 血清降钙素有助于髓样癌的诊断。

2. 影像学检查

B超检查

可以探测甲状腺肿块的形态、大小和数目，更重要的是可确定其为囊性还是实质性的。

X线检查

观察气管、食管等与甲状腺的关系。

CT检查

进一步了解甲状腺癌与颈部纵隔重要血管、神经的关系，以及淋巴结转移的范围，还可以看到癌肿浸润的范围。

MRI检查

对颈部软组织的显示有特殊的价值，可较清晰的区别淋巴结、血管和肿瘤的图象。

3. 细针吸取细胞学检查

用细针穿刺，把抽的微量细胞涂片后进行细胞学检查，几乎90%左右的病灶凭细胞的图象即可作出诊断。根据国内外资料，此法的假阳性率极小，假阴性率约10%。

4. 放射性核素检查

可以明确甲状腺形态和位置，以及甲状腺和甲状腺肿块的功能。目前我们常用的甲状腺显影剂有 ^{131}I 和 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 。

根据结节吸 ^{131}I 的功能，分为四类：
热结节， ^{131}I 的浓度高于正常组织
温结节， ^{131}I 的浓度和正常组织相似
凉结节， ^{131}I 的浓度低于正常组织
冷结节，无放射性核素浓聚

处理原则

手术切除是除未分化癌以外各型甲状腺癌的主要治疗方式；并辅以应用核素、甲状腺激素和放射外照射等治疗。

1. 手术治疗

手术范围和疗效与肿瘤的病理类型有关。

2. 内分泌治疗

甲状腺癌行次全或全切除者应终身服用甲状腺素片，已预防甲状腺功能减退和抑制TSH。

3. 放射性核素治疗

适用于45岁以上有局部浸润及远处转移的乳头状腺癌和滤泡状腺癌。

4. 放射外照射治疗

未分化癌用放射性碘的疗效不满意，通常采用外放射治疗。

常见护理问题

- **恐惧** 与颈部肿块性质不明，担心疾病预后有关。
- **清理呼吸道无效** 与咽喉部及气管受刺激、分泌物增多及切口疼痛有关。
- **潜在并发症** 呼吸困难和窒息、喉返和（或）喉上神经损伤、手足抽搐等。

护理措施

术前护理

1. 热情接待病人，了解其对疾病的认识及感受。
2. 告知甲状腺肿瘤的有关知识，说明手术的必要性，手术的方法，术后恢复过程及愈后情况。
3. 充分做好术前准备及各项体格检查。
4. 教会病人术时体位，做好术前准备工作。

术后护理

1. 体位：病人回室后取平卧位，待其血压平稳或全麻清醒后取高坡卧位或半卧位，以利呼吸和引流。
2. 饮食与营养：清醒病人，可给予少量温或凉水，若无呛咳、误咽等不适，可逐步给予微温流质饮食，以后逐步过渡到半流质及高热量、高蛋白质、和富含维生素的软食，以利切口早期愈合。
3. 病情观察 严密观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化，观察切口有无渗血，颈部有无肿胀，床边常规放置气切包和手套，以备急用。

4. 保持呼吸道通畅，鼓励患者深呼吸，鼓励咳嗽排痰，必要时采用超声波雾化，按需给予氧气。
5. 引流管的护理 妥善固定，保持通畅及持续负压，观察引流液的量、颜色，每日更换负压吸引装置。
6. 术后48小时内，避免颈部过频活动或谈话、咳嗽，以免出血。
7. 术后并发症的观察和处理。

健康教育

1. 功能锻炼：卧床期间鼓励病人床上活动，切口愈合后指导病人开始肩关节和颈部的功能锻炼，应坚持至出院后3个月。
2. 甲状腺素替代治疗者，指导病人正确服药，监测甲状腺功能，术后需放射治疗者应遵医嘱按时治疗。
3. 教会病人自行检查颈部，出院后定期复诊，若发现颈部肿块，及时治疗。
4. 心理调适 引导病人正确面对疾病、调整心态。

第三节 颈部常见肿块

病因

1. 淋巴结结核：在人体抵抗力低下时发病
2. 炎症：急、慢性淋巴结炎、软组织化脓性感染等
3. 肿瘤：有原发性和转移性肿瘤两类
4. 先天性畸形：甲状腺舌管囊肿

临床表现

1. 颈淋巴结结核
2. 慢性淋巴结炎
3. 转移性肿瘤
4. 恶性淋巴瘤
5. 甲状腺舌骨囊肿
6. 腮腺混合瘤

辅助检查

- 实验室检查
- 影像学检查
- 内镜检查
- 肿块穿刺、活组织检查

处理原则

- **结核：** 全身和局部治疗
- **炎症：** 控制原发炎症病灶
- **肿瘤：** 手术为主
- **先天性畸形：** 手术切除

护理评估

术前评估

1. 健康史

2. 身体状况

(1) 局部

(2) 全身

(3) 辅助检查

3. 心理和社会状况

护理问题

- **焦虑** 与颈部肿块性质不明，担心手术及预后有关。
- **潜在并发症** 呼吸困难和窒息、喉返和（或）喉上神经损伤、手足抽搐等。

护理目标

- 病人情绪稳定，焦虑程度减轻。
- 病人未发生并发症，或并发症被及时发现和处理。

健康教育

- 定期随访
- 自我检查

护理评价

- 病人情绪稳定，配合治疗和护理。
- 病人生命体征平稳，未发生并发症，防治措施恰当，术后恢复顺利。