

甲状腺术后头痛、恶心呕吐的原因及其防治措施

曾晚霞

湖南省邵阳学院附属医院 湖南邵阳 422000

[摘要]目的 分析甲状腺术后头痛、恶心呕吐的原因及其防治措施。**方法** 选取共 118 例患者,对患者进行基础治疗,手术结束 30 分钟前,常规组 59 例;对患者给予 200ml 的生理盐水;治疗组 59 例;给予患者托烷司琼 3mg 和 200ml 的甘露醇。**结果** 治疗组患者的不同时间点的头痛发生率明显低于常规组;治疗组患者的不同时间点恶心呕吐的发生率明显低于常规组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 甲状腺术后产生头痛、恶心呕吐的情况尽量缩短手术时间、改良手术体位,术前心理辅导等防治措施,有效的降低患者术后头痛、恶心呕吐的情况。

[关键词] 术后头痛、恶心呕吐;甲状腺;防治措施

[中图分类号] R614

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 01-014-02

甲状腺属于内分泌器官,是人体重要器官之一,甲状腺手术可以改变甲状腺的功能,但是因为手术部位较为特别,而且术中需要患者肩高头低,颈过伸会导致颈动脉受到压迫,静脉回流发生阻塞,引发颅内压升高和脑水肿,从而诱发了患者术后出现恶心、头疼和呕吐的情况,因此,本人对我院 2015 年 10 月至 2016 年 10 月共 118 例患者作为研究对象,采用托烷司琼和甘露醇对甲状腺术后出现头痛、恶心呕吐的情况进行预防,观察其临床预防效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2015 年 10 月至 2016 年 10 月共 118 例患者。分为常规组和治疗组,各组 59 人。

常规组,男性:32 例,女性:27 例,年龄 35 至 68 岁,平均年龄 (46.2 ± 2.8) 岁;体重 58-77kg,平均体重 (67.5 ± 2.1) kg;甲状腺癌根治术 19 例,甲状腺肿物切除术 20 例,甲状腺部分切除术 20 例。

治疗组:男性:28 例,女性:31 例,年龄 38 至 74 岁,平均年龄 (53.4 ± 2.9) 岁;体重 56-78kg,平均体重 (68.3 ± 2.4) kg,甲状腺癌根治术 15 例,甲状腺肿物切除术 23 例,甲状腺部分切除术 21 例。两者患者在年龄、性别、病情方面相比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准

①对甘露醇等药物严重过敏者;② 10 天内服用过止吐药物;③有精神系统疾病和感染性疾病;④有反流性食道炎^[1];⑤中途退出者。

1.3 方法

术前对患者均进行常规检测后,输注 450ml 的复方氯化钠,用面罩供氧祛痰之后,对患者静脉注射芬太尼、咪达唑仑和丙泊酚,3 分钟后进行气管插管,用麻醉剂来机械通气。手术结束 30 分钟前,常规组:对患者给予 200ml 的生理盐水;治疗组:给予患者托烷司琼 3mg 和 200ml 的甘露醇。

1.4 观察指标

观察两组患者治疗后的 8 小时、16 小时、24 小时不同时间点头痛、恶心呕吐的情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者不同时间点的头痛发生情况

治疗组患者的不同时间点的头痛发生率明显低于常规组,两组相比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1

表 1 对比两组患者不同时间点的头痛发生情况 (n, %)

小组	例数	术后 8 小时	术后 16 小时	术后 24 小时
常规组	59	25 (42.37)	17 (28.81)	7 (11.86)
治疗组	59	13 (22.03)	7 (11.86)	2 (3.39)

2.2 对比两组患者不同时间点恶心呕吐的情况

治疗组患者的不同时间点恶心呕吐的发生率明显低于常规组,两组相比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2

表 2 对比两组患者不同时间点恶心呕吐的情况 (n, %)

小组	例数	术后 8 小时	术后 16 小时	术后 24 小时
常规组	59	17 (28.81)	11 (18.64)	5 (8.47)
治疗组	59	9 (15.25)	3 (5.08)	0 (0)

3 讨论

全身麻醉后会给患者带来头痛、恶心呕吐的情况一直是临床医师所面临的难题,而甲状腺手术由于手术部位具有特殊性比其他手术出现头痛、恶心呕吐的机率更高,头痛给患者带来轻微不适,而恶心呕吐会导致创面污染^[2]、手术伤口破裂、误吸,较轻者会延迟出院,较严重者会引发血肿、刀口破裂出血和气道压迫症状,更会导致水电解质失去平衡等其他并发症^[3],严重危害患者的生命健康。

患者出现头痛、恶心呕吐的情况多与性别、年龄、体重、吸烟史、手术部位、手术时患者的姿势和迷走神经张力的增加有所关联,因为女性机体体内含有黄体酮较高,所以产生呕吐恶心的机率要高于男性;根据以往的临床发现,年纪较大的患者出现恶心呕吐、头痛越少,可能与老年人的反射不活跃有所关联;患者越是肥胖甲状腺手术后产生头痛、呕吐恶心的机率越高,因为麻醉药会在脂肪内蓄积^[4],从而导致患者术后不适;烟雾中有一种氧化碳的成分,它可以加速大肠蠕动,从而会控制恶心的发生,但是具体也分个人体质,没有绝对性;在术中患者的头部和颈部需要向后仰,导致颈动脉发生扭曲,血液受到压迫无法正常供给脑组织血液,而且手术会刺激椎动脉壁上的交感神经,诱发了椎动脉痉挛,从而引发了患者出现头痛、头晕和恶心呕吐等不良情况。术中肩高头低的姿势与术后产生创伤性水肿也是引发静脉回流异常、中枢神经系统水肿的重要因素,而中枢神经系统出现水肿也是导致患者恶心呕吐、头痛的关键。因此,在常规预防头痛、头晕和恶心呕吐的基础上,加上甘露醇和托烷司琼对甲状腺手术术后出现头痛、头晕和恶心呕吐进行有效的预防,根据本文研究表明:治疗组患者的不同时间点的头痛发生率明显低于常规组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗组患者的不同时间点恶心呕吐的发生率明显低于常规组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明了,甘露醇联合托烷司琼术后能明显的帮助患者减轻恶心呕吐、头痛的情况,因为甘露醇有缓解脑组织水肿的情况,并且药效可达 4-10 个小时,所以能有有效的缓解患者的症状。

通过甲状腺术后所发生的恶心呕吐、头痛的可能因素,应该着重进行防治如:在术前对患者进行心理辅导,让患者对疾病有一定的认知度,缓解心理的压力和紧张感,加强对医师的信任;术前让患者多进行颈部锻炼,提高对手术体位的耐受性和适应能力;医师也要多加研究,如果对手术体位进行改良,降低对患者的神经和颈部血管的压迫;提高医师的手术技巧,尽量缩短手术时间,为患者尽可能的减轻痛苦;提高预防措施,尽量多联合应用抗呕吐药物。

综上所述:甲状腺术后产生头痛、恶心呕吐的情况与性别、年龄、体重、吸烟史、手术部位、手术时患者的姿势和迷走神经张力的增加有所关联,要对患者术前进行抗呕吐的药物干预,尽量缩短手术时间、改良手术体位,术前心理辅导等防治措施,有效的降低患者术后头痛、恶心呕吐的情况。

(下转第 17 页)

护理后, 观察组患者的生活质量评分显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 详情见表 2。

表 2 两组患者护理前后的生活质量评分对比

组别	例数	护理前	护理后
对照组	45	75.2±5.8	78.9±9.1
观察组	48	74.9±6.4	89.2±8.3
t		2.652	8.745
P 值		0.084	0.041

3 讨论

众所周知, 消化性溃疡的治疗原则是缓解临床症状、改善预后, 提高生活质量。在临床上, 标准三联疗法广泛用于治疗消化性溃疡, 临床疗效得到广泛认可, 但治愈率较低, 病情复发率较高。对此, 为进一步提高消化性溃疡的治疗效果, 本研究中, 观察组患者在标准三联疗法治疗的基础上, 采用穴位按摩加穴位贴敷护理, 护理后, 观察组上腹疼痛、恶心呕吐、胃酸反胃、胃胀纳差及畏寒肢冷的症状积分较护理前显著降低, 且降低程度显著大于对照组。中医学认为消化性溃疡的发生、发展与脾胃虚寒、气机失调密切相关, 由于过食生冷、脾胃素虚, 导致气机失调, 脾胃气升降紊乱, 因而郁滞化痰, 堵塞不通, 不通则痛^[3]。对此, 消化性溃疡的中医辨证治疗原则为温中健脾、和胃止痛、理气化痰及消积化食。

在本研究的穴位按摩中, 取穴足三里、三阴交具有强身健体、结合气海、血海可以治疗脾胃虚弱, 调和气机; 按摩内关、合谷可宁心安神止痛, 理气和胃降逆; 另外, 按摩肝俞、胃俞、胃脘可进一步

调畅气机、充盈气血, 主治消化系统疾病^[4]。鉴于穴位按摩对消化性溃疡的效果较为单一, 同时结合穴位贴敷护理, 取穴: 胃俞、中脘、足三里、神阙; 穴位贴敷的主要药物与黄茂建中汤基本一致, 适用于中焦虚寒及虚劳里急证, 其中黄芪可健脾补中气, 白术、茯苓、干姜、桂枝及半夏可起到温中散寒止痛、健脾渗湿化痰的效果; 吴茱萸及黄连可起到辛苦降逆、协调脾胃气机的效果; 瓦楞子可起到制酸止痛, 协同提高大枣健脾胃的效果; 陈皮、延胡索、神曲、麦芽可起到理气止痛、消积化食的效果^[5]。现代药理研究表明, 穴位贴敷护理消化性溃疡, 病灶的血药浓度高, 具有起效快、疗效持久、安全性高等诸多优势。由本研究表 2 可知, 护理后, 观察组患者的生活质量评分显著高于对照组; 进一步提示穴位按摩加穴位贴敷护理消化性溃疡患者的效果显著, 对于缓解各项症状、改善预后和提高生活质量均具有积极作用, 值得临床推广使用。

〔参考文献〕

- [1] 于海英, 石天冠. 穴位按摩加穴位贴敷护理在消化性溃疡患者中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(12):194-196.
- [2] 徐丽艳. 穴位贴敷治疗 43 例消化性溃疡护理体会 [J]. 中医临床研究, 2015, 12(4):118-119.
- [3] 熊星. 中药穴位贴敷治疗消化性溃疡的护理体会 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(5):100.
- [4] 胡冬青, 曹志群. 穴位贴敷疗法在消化系统疾病中的应用 [J]. 河南中医, 2012, 32(9):1248-1251.
- [5] 周浩. 中医特色护理在 78 例消化性溃疡患者中的应用效果分析 [J]. 中外医学研究, 2015, 16(8):94-95, 96.

(上接第 13 页)

说明 LY-I 型颅内血肿清除器微创手术治疗高血压脑出血的临床效果显著, 并发症少, 再出血的发生率低, 大大提高患者的预后及安全性, 值得临床推广。

〔参考文献〕

- [1] 莫浩伟, 唐伟泰, 黄焜云. 微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效观察 [J]. 中国当代医药, 2013, 2(20):60-61.

(上接第 14 页)

〔参考文献〕

- [1] Mokrousov I, Ly H M, Otten T, et al. Origin and primary dispersal of the Mycobacterium tuberculosis Beijing genotype: Clues from human phylogeography [J]. Gen Res, 2005, 15(10):1357-1364.
- [2] 金哲浩, 崔晓光. 甲状腺术后头痛、恶心呕吐的原因及其防治

- [2] 周飞明. 早期小骨窗开颅手术治疗幕上高血压脑出血的临床疗效观察. 实用心脑血管病杂志, 2014, (12):127-128.

- [3] 杨红梅. 微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血 35 例分析 [J]. 医学理论与实践, 2012, 25(16):1990-1991.

- [4] 陈迎春, 林亚洲, 范铁牛, 耿飞, 许进志, 周宏. 早期小骨窗开颅血肿清除术治疗表浅部位高血压脑出血 31 例. 中国临床神经外科杂志, 2013, (05):296-297.

方法 [J]. 临床麻醉学杂志, 2014, 30(7):719-722.

- [3] 赵诚, 房世保, 刘岩. 颈过伸体位引起椎动脉血流动力学变化与甲状腺术后恶心呕吐综合征相关性分析 [J]. 中国超声医学杂志, 2010, 26(7):606-608.

- [4] 吴新民, 罗爱伦, 田玉科, 等. 术后恶心呕吐防治专家意见 (2012) [J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(4):413-416.

(上接第 15 页)

腹腔镜联合胆道镜与开腹手术相比, 对患者的创伤极小, 减轻了患者的痛苦, 有利于患者的恢复, 对胆管结石的清除率可达 91%-100%, 运用胆道镜取石, 可以对十二指肠乳头的明显降低了刺激性^[4], 从而有效的避免了术后出现水肿的情况。而且腹腔镜联合胆道镜手术对患者的腹腔器官刺激较小, 可以有效的让肠胃功能在最短的时间恢复, 避免了肠梗阻和肠粘连等情况发生^[5]。但是: 腹腔镜联合胆道镜操作较为复杂, 所以临床医师的专业技能要求极高, 能在腹腔镜下完成缝合打结, 保证手术的成功。在对胆管缝合的时, 一定要控制好针距, 保持切口的对合整齐, 降低胆管表明过分剥离的情况, 所以建议采用 8 字风合法。在术中防止出血, 进行胆道检查的时候, 要注意力度, 以免过于用力对胆管的粘膜产生损伤造成出血的危险。本文研究表明: 观察组的手术基本情况明显优于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者均取石成功, 术后应用 T 管造影检查结果显示: 患者均无残余接受; 观察组的并发症总发生率是 2.08% 明显低于常规组 14.58%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 更加证明了: 腹腔镜联合胆道镜对胆管结石进行治疗的优势。

综上所述: 腹腔镜联合胆道镜治疗胆管结石, 效果显著, 有利于患者术后恢复, 安全性高, 对肠胃功能和腹腔内的器官损伤较小, 值得在临床中推广。

〔参考文献〕

- [1] 刘荣, 胡明根. 腹腔镜解剖性肝切除若干问题的探讨: 中国人民解放军总医院 10 年经验 [J]. 中华腹腔镜外科杂志: 电子版, 2010, 3(6):466-473.
- [2] 江文枢, 卢榜裕, 蔡小勇, 等. 腹腔镜左半肝切除治疗肝内胆管结石的临床研究 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2006, 12(8):518-520.
- [3] SAKATA M, SYOJI T, NISHIYAMA R, et al. Laparoscopic partial hepatectomy of focal nodular hyperplasia [J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6(3):720-725.
- [4] 张庄文, 付星, 李元健. 腹腔镜手术与开腹手术行胆总管切开取石的对比研究 [J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(2):116-119.
- [5] CHOI N K, KIM K H, JUNG D H, et al. Laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma: a three-year study of 57 Patients [J]. Hepatogastroenterology, 2012, 60(121):144-148.