

# 甲状腺癌联合根治术患者围术期优质护理干预效果

福建省肿瘤医院（福州 350014） 高文思 张燕芬 邓敬群

甲状腺癌是原发于甲状腺的恶性肿瘤，手术是甲状腺癌初始治疗的主要手段。甲状腺癌联合根治术是指全甲状腺切除同时行中央区及侧颈区淋巴结清扫，是治疗甲状腺癌合并颈部淋巴结转移患者的主要术式<sup>[1-2]</sup>。相对于甲状腺癌常规手术方式，甲状腺癌联合根治术时间长、创伤大，术后对颈部功能存在一定影响<sup>[2]</sup>，且由于接受该术式治疗的患者原发病变相对较晚期，故存在较高的术后并发症发生率<sup>[3]</sup>。因此，对该类患者围手术期有效的护理干预尤为重要。本文报告甲状腺癌联合根治术患者围术期开展优质护理情况，旨在探讨该护理模式应用的临床效果。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料：**选取我院头颈外科 2017 年 1—7 月收治的甲状腺癌初治患者。1) 纳入标准：①入院前或术前细胞学检查确诊的甲状腺癌；②手术方案确定为甲状腺癌联合根治术；③知情同意者。2) 排除标准：①年龄 $>70$  岁或 $<16$  岁；②既往确诊的精神心理疾病者；③存在可能影响住院病程的心血管系统、内分泌系统、免疫系统及肝、肾等严重疾病者。最终入选 100 例，患者年龄 17~68 ( $41.46 \pm 11.68$ ) 岁。男 22 例，女 78 例，男女比例为 1.00 : 3.55。按入院时间顺序交替纳入观察组与对照组各 50 例。两组患者在年龄、性别构成、疾病分期等方面比较的差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，具有可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 护理：**1) 对照组：按照甲状腺癌临床路径实施常规护理，常规告知围术期生活、饮食方面注意事项，并严格遵循医嘱执行。2) 观察组：在上述基础上实施优质护理，主要内容如下，①术前优质护理：自患者入组起开始收集并全面评估患者病情、家庭情况、心理情况、自理能力等，通过深入交流建立良好的护患关系且提高护理的依从性；增加医

护沟通，通过与医生交流进一步明确患者病情特点，及时了解手术及安排情况，提高护理干预的及时性与针对性；根据心理评估结合患者病情特点及一般情况给予情感支持，对患者作个体化的疾病知识宣教，通过告知预后良好的典型病例以及医疗团队的丰富经验，减轻患者术前不良情绪；术前监督患者改正吸烟等不良嗜好，协助患者做好个人卫生，指导颈部功能锻炼，落实术区及周围皮肤准备，全面指导患者家属术后饮食及陪护注意事项；手术当天术前再次落实准备情况，通过增加与患者的沟通交流，了解患者心理状态并与家属一起转移患者注意力，缓解其紧张情绪，使其以最佳心态迎接手术。②术后优质护理：患者返回病房后立即做好交接工作，向手术医师了解手术情况，落实医嘱执行，密切观察患者意识、生命体征、手术伤口、引流液等情况；待患者意识清晰后，主动与其沟通，告知手术顺利，并夸奖其手术过程中的勇敢表现，树立其康复信心；及时了解患者出现的不适反应，必要时向医生反馈，随时通过心理支持、对症治疗等方式减轻其身心痛苦；术后第 1 天开始对患者一般情况、伤口恢复情况、饮食情况、常见并发症征兆及症状、服药依从性等进行全面追踪观察并进行必要的指导，强调低磷、低脂饮食；保持及时有效的医护沟通，及时反馈病情变化、辅助检查结果及并发症征兆、症状，有并发症者尽快落实医嘱执行；进行术后心理评估，根据评估结果了解患者心理变化情况，进行必要的情感交流及心理干预。③出院当天进行出院宣教，强调左甲状腺素钠内分泌治疗及术后随访注意事项。

**1.2.2 评价指标：**两组患者分别于入组后、术后第 3 天使用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 对焦虑情况、抑郁情况进行心理评估。术后对护理相关并发症进行统计，实验室检查血清钙低于正常值同时出现手指足趾麻木、

口周麻木或手足抽搐者计为出现有症状性低钙血症；术后 1 周引流液仍较多，医嘱未指示拔除颈部引流管或拔除颈部引流管后因伤口积液重新置管者计为推迟拔引流管。出院当天使用预先设计的满意度调查表让患者作满意度评价，最终评价等级分为不满意、一般、满意及非常满意，满意率 = (满意人数 + 非常满意人数) / 总人数  $\times 100\%$ ，非常满意率 = 非常满意人数 / 总人数  $\times 100\%$ 。

**1.3 统计学方法：**数据均采用 SPSS 22.0 软件进行处理。使用  $\chi^2$  检验进行计数资料的两样本对比分析，使用  $t$  检验进行计量资料的两样本对比分析，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者围手术期心理状况比较：**两组患者术前 SAS 以及 SDS 评分均无显著变化 ( $P > 0.05$ )。经护理干预及术后 SAS 及 SDS 评分，观察组两指标均明显下降，与对照组比较的差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者围手术期心理状况比较 (n=50, 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	SAS		SDS	
	术前	术后	术前	术后
观察组	60.7 $\pm$ 7.0	54.6 $\pm$ 7.4	63.4 $\pm$ 9.5	44.7 $\pm$ 5.4
对照组	61.5 $\pm$ 6.9	60.1 $\pm$ 6.5	63.2 $\pm$ 10.1	54.1 $\pm$ 6.5
$t$ 值	0.669	3.964	0.079	7.866
$P$ 值	0.505	0.000	0.937	0.000

**2.2 两组患者术后并发症比较：**观察组术后手足及口周麻木、手足抽搐等低钙血症症状发生率明显低于对照组 [10.0% (5/50) vs 26.0% (13/50)],  $\chi^2 = 4.336$ ,  $P = 0.037 < 0.05$ 。两组患者均未出现大量淋巴漏 (日引流液量  $> 500$  mL) 病例，观察组颈部引流液量增多导致拔管推迟病例数少于对照组 [3/50 (6.0%) vs 12/50 (24.0%)],  $\chi^2 = 6.353$ ,  $P = 0.012 < 0.05$ 。

**2.3 两组患者护理满意度分析：**两组患者护理满意度均较为理想，大部分患者对护理工作表示肯定，无不满意病例。两组患者评价满意率和非常满意率的结果见表 2。

表 2 两组患者护理满意度比较 (n=50, 例)

组别	满意度			满意率/%	非常满意率/%
	一般	满意	非常满意		
观察组	1	26	23	98	46
对照组	4	39	7	92	14
$\chi^2$ 值				0.842	12.190
$P$ 值				0.359	0.000

注：评价为满意及非常满意的比例，采用连续性校正的  $\chi^2$  检验。

## 3 讨论

甲状腺癌为头颈部常见恶性肿瘤，其发病率近年呈现上升趋势。甲状腺癌病理类型以分化型甲状腺癌为主<sup>[2]</sup>，相对较好的预后是其不同于其他恶性肿瘤的重要特点。中晚期甲

状腺癌常见颈部淋巴结转移，而甲状腺癌联合根治术（全甲状腺切除+中央区及侧颈淋巴结清扫）是该类疾病治疗的主要手段。当患者被明确诊断为恶性肿瘤时心理上往往会产生消极的影响<sup>[4]</sup>。对接受甲状腺癌联合根治术患者，因手术创伤大、手术时间长、颈部切口较长、术后住院时间较长，往往与同病区、同病房未行侧颈淋巴结清扫的常规甲状腺良、恶性手术患者形成对比，认为，自身疾病或晚期、预后不良，从而产生强烈的紧张、焦虑、抑郁情绪，甚至对治疗失去信心。

优质护理相对于常规甲状腺癌临床路径护理，更注重提供全面性、个体化的护理服务，能基于护理对象疾病、治疗的特点在围术期给予患者更全面的疾病知识讲解与心理支持。一方面，能让患者意识到甲状腺癌相对于其他恶性肿瘤有较好的预后，接受甲状腺癌联合根治术治疗并不意味着疾病到了晚期，为患者治愈疾病树立良好的信心；另一方面，通过心理评估了解患者心理状态及变化趋势，及时对不良情绪较为严重的患者实施心理干预，使其紧张、抑郁、焦虑等不良情绪得到有效缓解。在以往文献报道中，优质护理已被证实对甲状腺癌手术病人围术期心理状态存在积极作用<sup>[5-6]</sup>。本文观察组患者经有效护理干预，术后 SAS、SDS 评分均明显下降，再次证明了优质护理具有的优势。

低钙血症、淋巴瘘或与淋巴液渗出增多相关的颈部引流液增多是甲状腺癌手术后的常见并发症<sup>[3]</sup>，其除了与手术操作、病变的严重程度有关外，与围术期的饮食指导、护理支持也关系密切。术后低脂、清淡饮食能减少肠道淋巴液生成，从而减少颈部淋巴液渗出，降低淋巴瘘发生率，缩短术后颈部引流管拔除时间<sup>[7]</sup>。甲状腺癌术后低钙血症患者往往血磷明显升高，饮食中含磷量升高将加重高磷血症，不利于术后低钙血症恢复。因此，低磷饮食有助于减轻低钙血症，降低手足抽搐等症状发生率<sup>[8]</sup>。优质护理相对于常规护理，能在围术期提供更详细、全面的饮食指导，并随时关注患者术后饮食依从性，对不恰当的饮食习惯及时指正，从而达到降低相关并发症的效果。本文观察组患者并发症发生均明显低于对照组，证实了优质护理实施在减少并发症发生方面的有效性。

综上所述，优质护理以病人为中心，提供全面、个体化的护理服务和严密的病情监测，能有效地舒缓接受甲状腺癌联合根治术病人围术期的不良情绪，降低护理相关并发症发生率，提高护理满意度。因此，具有临床推广价值。

## 参考文献

- [1] 中华医学会内分泌学分会，中华医学会外科学分会内分泌外科组，中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会，等. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊疗指南 [J]. 中国肿瘤临床，2012，33 (17): 651-652.
- [2] Haugen B R, Alexander E K, Bible K C, et al. 2015 american thyroid association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer [J]. Thyroid, 2016, 26 (1): 1-133.

- [3] 韦伟, 李朋. 甲状腺癌颈淋巴结清扫术常见并发症及其防治 [J]. 中国实用外科杂志, 2017, 37 (9): 970-973.
- [4] 陈允恩, 姜宝顺, 彭焱. 甲状腺癌患者术前、术后健康状况调查 [J]. 中国健康心理学杂志, 2016, 4 (3): 355-358.
- [5] 俞娇鸯, 李爱英. 术前优质护理对甲状腺癌手术病人的影响 [J]. 中国高等医学教育, 2015, (9): 145-146.
- [6] 陈合波, 苟菊香. 优质护理模式在甲状腺手术患者围术期护理中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19 (20): 60-62, 69.
- [7] 崔苗, 赵峰, 顾侠, 等. 甲状腺癌颈淋巴结清扫术后并发淋巴漏 12 例的护理 [J]. 中华全科医学, 2010, 8 (9): 1199-1200.
- [8] 范爱珍, 黄静. 甲状腺癌术后低钙血症 80 例的观察与护理 [J]. 护理与康复, 2014, 13 (1): 37-38.