

亚急性甲状腺炎的临床护理干预效果分析

令狐昌敏

重庆大学附属涪陵医院 重庆 408000

【摘要】目的：探讨亚急性甲状腺炎患者应用临床护理干预的措施及其效果。方法：将2021年2月至2022年1月期间于本院接受治疗的亚急性甲状腺炎患者共计60例作为研究对象，应用双色球分组法平分为对照组和观察组，各30例。对照组给予常规护理干预，在此基础上观察组开展临床护理干预。对比两组患者生活质量改善情况、护理满意度、心理状态、疼痛程度改善情况。结果：GQOLI-74评分护理干预前两组患者比较，差异不显著无统计学意义（ $P>0.05$ ），GQOLI-74评分护理干预后两组均升高，观察组高于对照组，差异显著具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前，在SAS评分与SDS评分上，两组的分数比较一致，差异不大无统计学意义（ $P>0.05$ ）；经护理干预后，两组的分数减少，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。对照组护理满意度为，观察组护理满意度为，观察组高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前，在VAS评分上，两组的分数比较一致，差异不大无统计学意义（ $P>0.05$ ）；经护理干预后，两组VAS评分均减少，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：亚急性甲状腺炎患者应用临床护理干预的临床效果突出，利于改善患者生活质量、心理状态以及疼痛程度，得到了患者的满意认可，值得进行推广应用。

【关键词】亚急性甲状腺炎；临床护理干预；生活质量；心理护理；疼痛

亚急性甲状腺炎在临床中又被称之为病毒性甲状腺炎，诱发原因主要是病毒感染，在中年妇女中最为常见，在亚急性甲状腺炎的发病早期以乏力、食欲不振、发热、寒战为主要临床症状^[1]。由于亚急性甲状腺炎的病情变化较快，所以积极强化对患者实施对症治疗和护理具有十分重要的价值，可控制疾病持续发展，降低复发率。相关研究指出，给予科学全面的护理干预措施可提升亚急性甲状腺炎患者的临床治疗效果，且利于生活质量和预后效果的改善。基于此，本研究于2021年2月至2022年1月期间从我院选取亚急性甲状腺炎患者共计60例作为研究对象，则分析探究了临床护理干预的作用价值，现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

将2021年2月至2022年1月期间于本院接受治疗的亚急性甲状腺炎患者共计60例作为研究对象，应用双色球分组法平分为对照组和观察组，各30例。对照组中，有男16例，女14例，年龄为37~63岁，平均年龄为（48.51±6.21）岁，病程介于2周~8周之间、病程均值为（4.32±0.72）周；观察组有男17例，女13例，年龄为36~62岁，平均年龄为（48.51±6.35）岁，病程介于2周~9周之间、病程均值为（4.52±0.83）周。两组的基线资料相比无较大差异（ $P>0.05$ ）。全部研究对象均签署知情同意书，且通过本院伦理委员会批准认可。

纳入标准：（1）研究对象均满足亚急性甲状腺炎相关诊断标准；（2）研究对象临床资料不全或全部丢失。

排除标准：（1）研究对象存在认知障碍、神经精神疾病、意识模糊；（2）研究对象存在严重心肝肾功能障碍；（3）研究对象对此次研究涉及药物存在过敏反应。

1.2 方法

对照组给予常规护理干预，比如病情观察、遵照医嘱用药以及健康宣教等。

观察组于常规护理基础上，开展临床护理干预，具体的护理内容如下：（1）疼痛护理。为患者提供舒适的额、安静以及清洁的住院环境，尽可能减少患者的运动量，可通过播放音乐或聊天等方式转移患者注意力，从而缓解疼痛。与此同时，可适当应用镇痛药物，并在服药后观察患者是否存在并发症和不良反应。（2）发热护理。护理过程中叮嘱患者遵照嘱咐多饮水，促进人体内毒素排出。密切监测患者体温变化，在出现发热时及时采取降温措施。（3）心理护理。对于亚急性甲状腺炎患者而言，极易产生负面情绪，比如焦虑、恐惧、紧张等，负面情绪的存在

会对护理工作的正常展开产生影响，继而对临床护理效果产生严重影响。因此，要求护理人员积极给予开导和纠正，提升患者和本院临床医生和护理人员的配合度。（4）饮食护理。患者接受治疗过程中会出现十分严重的营养失调，要求护理人员给予富含蛋白和富含营养的食物。（5）病情护理。要求护理人员积极观察患者病情，促进各项生命体征快速恢复。（6）相关知识培训。通过传单、幻灯片等多种方式对患者及其家属进行教育，告知疾病治疗方法、治疗用药注意事项以及后期并发症等，从而为后期积极配合奠定基础，保证患者顺利完成治疗。（7）护理人员培训。针对临床干预护理培训护理人员 and 心理知识锻炼，培训持续7天，1天2小时，并要求高级职称护理专家和心理方面治疗老师完成培训。

1.3 观察指标

对比两组患者生活质量改善情况、护理满意度、心理状态、疼痛程度改善情况。

生活质量采用生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）实施评价，评价指标可分为躯体功能、心理功能、社会功能以及物质生活，评分介于20~100分之间，评分越高生活质量越好^[2]。

比较两组的心理状态，评估标准参照焦虑自评量表（SAS）与抑郁自评量表（SDS），①焦虑量表包括焦虑、害怕、惊恐等20个条目，总计100分，以50分为界；②抑郁量表包括精神病性情感症状、躯体性障碍、精神运动性障碍以及抑郁的心理障碍四个维度、20个条目，总计100分，以53分为界；分数越低，评定为情绪越稳定^[3]。

护理满意度判定：分值总计100分；总分取值在80分至100分，说明满意；总分取值在60分至79分，说明基本满意；总分取值在60分一下，说明不满意。（ $\frac{\text{总例数} - \text{不满意例数}}{\text{总例数}} \times 100\%$ ）=护理满意度^[4]。

疼痛采用视觉模拟疼痛评分量（VAS）实施评价，评分介于0~10分之间，0分表示无痛，10分表示剧烈疼痛，轻度疼痛的分数是1分~3分，重度疼痛的分数是4分~6分，重度疼痛的分数是7分~10分^[5]。

1.4 统计学分析

本研究数据采用SPSS 23.0统计学软件进行分析和处理，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）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

2.2 两组患者干预前后生活质量变化情况比较

GQOLI-74评分护理干预前两组患者比较，差异不显著无统计学意义

($P>0.05$), GQOLI-74 评分护理干预后两组均升高, 观察组高于对照组, SAS 和 SDS 实施护理前两组患者没有显著差异 ($P>0.05$), SAS、SDS 差异显著具备统计学意义 ($P<0.05$)。详细数据见表 1 所示。

水平护理后观察组较对照组显著较低 ($P<0.05$)。见表 2。

2.2 心理状态改善情况

表 1: 两组患者生活质量改善情况对比分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=30)	44.75 ± 7.58	49.38 ± 7.49	48.28 ± 7.44	52.53 ± 5.55	46.14 ± 6.66	56.15 ± 7.83	49.26 ± 5.24	54.24 ± 5.77
观察组 (n=30)	45.28 ± 7.69	54.22 ± 7.65	48.35 ± 7.47	59.52 ± 5.81	46.08 ± 6.53	61.04 ± 7.72	49.35 ± 5.28	59.18 ± 5.83
t 值	0.269	2.476	0.036	4.765	0.035	2.436	0.066	3.299
P 值	0.789	0.016	0.971	0.000	0.972	0.018	0.947	0.002

表 2: 两组心理状态改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS (分)		t	P	SDS (分)		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	30	52.94 ± 4.16	48.87 ± 4.40	3.682	0.000	54.33 ± 4.29	49.76 ± 4.60	3.979	0.000
观察组	30	52.77 ± 3.88	41.82 ± 3.07	12.122	0.000	54.28 ± 4.17	42.66 ± 3.28	11.996	0.000
t	/	0.164	7.197	/	/	0.046	6.883	/	/
P	/	0.871	0.000	/	/	0.964	0.000	/	/

2.3 护理满意度比较

对照组护理满意度为 73.33%, 观察组护理满意度为 93.33%, 观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3: 两组患者护理满意度比较[n (%)]

组别	例数	不满意	满意	非常满意	护理满意度
对照组	30	8 (26.67)	12 (40.00)	10 (33.33)	22 (73.33)
观察组	30	2 (6.67)	12 (40.00)	16 (53.33)	28 (93.33)
χ^2					4.114
P					0.043

2.4 疼痛程度比较

干预前, 在 VAS 评分上, 两组的分数比较一致, 差异不大无统计学意义 ($P>0.05$); 经护理干预后, 两组 VAS 评分均减少, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4: 两组疼痛程度改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	VAS		t	P
		干预前	干预后		
对照组	30	7.23 ± 1.18	4.30 ± 1.14	9.781	0.000
观察组	30	7.17 ± 1.29	3.09 ± 1.06	13.384	0.000
t	/	0.188	4.257	/	/
P	/	0.852	0.000	/	/

3 讨论

亚急性甲状腺炎患者多伴随存在颈部不适感, 以甲状腺显著肿大和疼痛为主要临床表现^[6]。有研究提示, 亚急性甲状腺炎患者存在血沉显著增加, 血清 T4 和 T3 显著升高以及 TSH 显著降低的情况^[7]。在对亚急性甲状腺炎患者实施治疗时, 需要持续用药, 但是有部分患者存在治疗依从性较低的情况, 且在环境和疾病自身的影响下, 会导致患者产生多种负面情绪, 比如焦虑、紧张等, 继而对治疗效果产生严重影响, 所以积极落实治疗过程中的护理工作具有十分重要的价值^[8]。

此次研究结果还提示, GQOLI-74 评分护理干预后两组均升高, 观察组高于对照组; SAS、SDS 水平护理后观察组较对照组显著较低; 对照组护理满意度为 73.33%, 观察组护理满意度为 93.33%, 观察组高于对照组; 经护理干预后, 两组 VAS 评分均减少, 且观察组低于对照组, 分析原因: 常规护理属于被动式护理模式, 虽然具备一定护理效果, 但是难以满足

对护理服务的基本需求^[9]。而临床护理干预属于新型护理模式之一, 将“以人为本”主卧床核心, 通过疼痛护理、发热护理、心理护理、饮食护理、病情护理、相关知识培训、护理人员培训等措施, 可提升预后效果, 改善生活质量, 利于病情康复, 减少疾病复发^[10]。此外, 临床护理干预积极加强病情变化监测和护理管理力度, 可促使患者养成良好的饮食习惯和生活习惯^[11]。

综上所述, 亚急性甲状腺炎患者应用临床护理干预的临床效果突出, 利于改善患者生活质量、心理状态以及疼痛程度, 得到了患者的满意认可, 值得进行推广应用。

参考文献:

- [1]何岳飞.洛索洛芬钠联合小柴胡汤加减治疗亚急性甲状腺炎的临床疗效[J].临床合理用药杂志, 2022, 15 (03): 29-31+35.
- [2]王芳.亚急性甲状腺炎患者的临床治疗及护理分析[J].中外医疗, 2021, 40 (11): 160-162+166.
- [3]庞晴, 倪青.从少阳枢机不利论治亚急性甲状腺炎[J].世界中医药, 2021, 16 (05): 700-703.
- [4]夏方妹, 徐敏芳, 赵勇, 等.中药内服外敷联合地塞米松局部注射治疗亚急性甲状腺炎的效果及护理[J].中西医结合护理 (中英文), 2020, 6 (05): 63-66.
- [5]谢晓月.观察小柴胡汤加减治疗亚急性甲状腺炎的临床疗效[J].当代医学, 2020, 26 (02): 147-148.
- [6]李如梅, 黄清梅, 钟丽丽, 刘武胜.小柴胡汤加减治疗急性期亚急性甲状腺炎临床观察[J].光明中医, 2019, 34 (18): 2808-2810.
- [7]焦素杰, 吉书红.小柴胡汤加减治疗急性期亚急性甲状腺炎临床效果体会[J].中医临床研究, 2019, 11 (25): 78-79.
- [8]凌俊辉, 马妮, 曾辉.小柴胡汤联合西药治疗亚急性甲状腺炎临床疗效分析[J].中医药临床杂志, 2019, 31 (08): 1537-1539.
- [9]杨婷婷.亚急性甲状腺炎病人临床护理措施及效果评价[J].中外女性健康研究, 2019 (13): 152-183.
- [10]易靖.亚急性甲状腺炎患者的临床护理措施研究[J].临床研究, 2018, 26 (09): 189-190.
- [11]赵振霞, 赵振敏, 朱毅新, 王付.小柴胡汤加减治疗急性期亚急性甲状腺炎[J].河南中医, 2018, 38 (12): 1795-1798.