

# 临床护理路径在甲状腺癌手术患者护理中的应用

王润 高燕 黄洁

(西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000)

**摘要:** 目的探讨甲状腺癌手术患者接受临床护理路径干预的效果和应用价值。方法选择 2021 年 1 月到 2023 年 3 月在本院手术治疗的甲状腺癌病人, 筛选其中 60 例进行研究。保持均衡性, 以信封法划分对照组、研究组, 均为 30 例。对对照组实施常规护理, 构建临床护理路径应用于研究组。比较两组情绪、临床指标、并发症和生活质量的影响。结果研究组护理后焦虑、抑郁情绪评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。研究组、对照组手术时间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 研究组术中出血量低于对照组, 住院时间短于对照组 ( $P < 0.05$ )。研究组并发症发生率低于对照组, 术后生活质量评分高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论临床护理路径适用于甲状腺癌手术患者, 应用该护理模式能够减轻生理、心理应激, 以降低出血量促进术后康复, 预防并发症发生并提高生活质量, 值得推广和借鉴。

**关键词:** 临床护理路径; 甲状腺癌; 护理效果

甲状腺癌属于内分泌系统病变, 是一种多发生在女性群体的恶性肿瘤, 在癌症中属于预后较好、生存时间较长的一类<sup>[1]</sup>。手术治疗时甲状腺癌患者有效治疗措施, 能够切除病灶避免疾病进一步发展, 但手术作为一种应激源可能引发患者心理、生理状态改变, 引发并发症影响其术后康复和生活质量的恢复<sup>[2]</sup>。因此, 如何配合护理控制甲状腺癌手术患者身心状态稳定是重点研究问题。临床护理路径属于一种程序化、标准化护理模式, 一改传统护理的片面性, 将时间为纵轴将各项护理措施有序串联, 护理人员各项操作有据可依, 从根本上预防风险事件的发生, 可为患者提供全程化优质服务, 在多种手术围手术期发挥显著优势<sup>[3-4]</sup>。基于此, 本研究为甲状腺癌手术患者构建临床护理路径, 探究其应用价值, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究开始、结束时间为 2021 年 1 月-2023 年 3 月, 以甲状腺癌手术患者为对象。纳入样本量 60 例进行研究。研究者按照信封法将患者分为对照组、研究组, 例数均为 30 例。对照组男性 11 例、女性 19 例, 年龄 41~71 岁, 均值 ( $58.35 \pm 4.86$ ) 岁, 乳头状癌 18 例、滤泡状癌 8 例、髓样癌 4 例。研究组男性 12 例、女性 18 例, 年龄 48~70 岁, 均值 ( $58.10 \pm 5.10$ ) 岁, 乳头状癌 17 例、滤泡状癌 10 例、髓样癌 3 例。两组上述资料比较  $P > 0.05$ , 体现了较强的组间均衡性。本研究经伦理委员会批准开展。

### 1.2 纳入和排除标准

入选要求: (1) 满足《临床诊疗指南肿瘤分册》中甲状腺癌对应标准且经组织学检查确诊。(2) 均具备手术指征。(3) 预计生存期 1 年及以上。(4) 认知、理解能力正常。(5) 年龄 18-75 岁。

排除要求: (1) 出现肿瘤转移患者不予纳入。(2) 认知障碍、缺陷患者不予纳入。(3) 手术禁忌患者不予纳入。(4) 合并其他内分泌系统疾病者不予纳入。(5) 既往存在颈部手术史者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组: 实施基础性围手术期护理方案, 术前访视中评估患者风险并告知术前准备内容, 术中实施监测生命体征, 术后持续观察状态、病情变化, 做好并发症预防和基础性生活指导、心理疏导。

1.3.2 研究组: 构建临床护理路径并实施干预, 具体方案如下。

(1) 成立干预小组并构建路径。科护士长发起成立路径干预小组, 小组成员均具备风险查阅、分析能力, 有丰富的临床经验和充足的知识储备。小组成员收集患者资料并进行分析, 发现其中存在的风险、问题, 查阅国内外先进文献, 构建一套以时间为纵轴、护理措施为横轴的护理方案。(2) 绘制路径表。以路径方案为依据制作路径表, 护理人员完成各项措施后做好标记, 未能完成的措施在备注栏写好原因, 做好交接、签字确认保证护理全程无遗漏。(3) 路径具体实施。术前护理。患者入院当日纳入干预对象, 护理人员保持态度亲切、热情接待患者并熟悉院内环境, 引导患者完成各项检查, 进行全面的病情评估。入院 2d 基于患者理解能力、认知水平, 围绕患者病情和手术方案进行健康教育。通过手册、视频等多种形式以通俗易懂的语言解答患者疑问, 纠正错误认知, 结合既往成功病例帮助其对于疼痛、并发症等做好准备, 保持客观的认识和积极信念。术前 1d 详细告知肠道、皮肤准备的注意事项, 告知患者呼吸放松自我调节方式, 耐心解释各项配合方法, 疏导患者过分紧张的情绪。术中护理。手术室护理密切配合医师完成手术操作, 准确传递手术器械并确保无菌操作。为患者调节术中舒适体位, 密切观察生命体征, 通过液体加温、恒温毯等方式始终保持其核心体温在 36 摄氏度左右。术后护理。手术完成即刻持续观察患者生命体征, 重点关注苏醒情况, 确定无异常后转运至监护室, 指导其掌握低枕平卧位。之后 2-3h 若未出现明显不适可给予少量温水平解咽喉干燥

症状。术后 1d 指导患者早期下床活动, 评估患者疼痛情况, 轻度疼痛以音乐法、呼吸放松等方式转移注意力加以缓解, 无法耐受者给予药物镇痛。术后 2d 开始指导患者颈部活动, 术后动态评估患者心理状态, 给予一对一引导和指导, 鼓励其表达内心诉求、宣泄不良情绪。定期清洁患者口鼻, 避免感染并保持清淡、营养、优质蛋白饮食。

### 1.4 观察指标

1.4.1 情绪评分: 借助 SAS、SDS 量表分别在护理前后对患者情绪状态进行评价, 均包括 20 条目, 得分从低到高对应不良情绪越来越严重, 以 50、53 分作为焦虑、抑郁情绪存在的临界值。

1.4.2 临床指标: 记录两组手术时间、术中出血量和术后住院时间, SPSS 分析两组差异。

1.4.3 并发症: 统计两组并发症发生情况, 涉及颈部肿胀、低钙血症、下肢深静脉血栓, 计算总发生率并比较。

1.4.4 生活质量: 借助 SF-36 在术后评价两组生活质量, 涉及生理、心理、躯体疼痛、物质生活和精神状态 5 方面, 满分 100 分, 分数越高对应生活质量越理想。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 符合正态分布的计量数据比较采用 t 检验; 计数资料以 [n (%)] 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 组间情绪评分对比

护理前后两组情绪评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。护理后, 研究组 SAS、SDS 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见表 1 数据。

表 1 组间情绪评分对比 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	51.24 ± 4.10	40.08 ± 5.33	50.08 ± 4.34	40.60 ± 4.33
研究组	30	51.31 ± 3.69	32.43 ± 4.27	50.45 ± 4.86	31.38 ± 4.15
t 值		0.0695	6.1353	0.3110	8.4200
P 值		0.9448	0.0000	0.7569	0.0000

### 2.2 组间临床指标对比

两组手术时间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。研究组术中出血量低于对照组, 住院时间短于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见表 2 数据。

表 2 组间临床指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)
对照组	30	170.31 ± 18.60	43.02 ± 12.61	6.93 ± 0.48
研究组	30	168.42 ± 21.35	24.10 ± 13.87	4.31 ± 0.51
t 值		0.3656	5.5283	20.4900
P 值		0.7160	0.0000	0.0000

### 2.3 组间并发症对比

研究组并发症 SPSS 分析可见优势, 其总发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见表 3 数据。

### 2.4 组间生活质量评分对比

研究组护理后生活质量各方面评分可见优势, SPSS 分析均高于对照组。可见表 4 数据。

## 3 讨论

甲状腺癌以无痛性颈部肿块、结节为主要表现, 是起源于甲状腺的恶性肿瘤, 近年来随着环境、生活、饮食等改变发病率逐年升高。既往研究表明, 多数甲状腺癌患者通过手术治疗预后效果理想, 生存期较长, 但由于甲状腺解剖结构特殊、周围血管神经丰富, 加

(下转第 86 页)

(上接第 84 页)

之手术创伤难以避免对部分组织造成损伤,生理、心理应激反应影响术后康复[5]。因此,甲状腺癌患者围手术期规范、科学的护理配合是十分必要的。

表 3 组间并发症对比[n(%)]

组别	例数	颈部肿胀	低钙血症	下肢深静脉血栓	总发生率
对照组	30	3 (10.00)	2 (6.67)	2 (6.67)	7 (23.33)
研究组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)
$\chi^2$ 值					5.1923
P 值					0.0227

表 4 组间生活质量评分对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	生理	心理	躯体疼痛	物质生活	精神状态
对照组	30	73.49 ± 5.05	74.89 ± 4.06	78.91 ± 4.74	80.73 ± 3.89	79.16 ± 4.01
研究组	30	82.61 ± 4.27	83.25 ± 3.78	85.25 ± 4.15	85.25 ± 4.10	84.42 ± 3.65
t 值		7.5533	8.2545	5.5120	4.3804	5.3132
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0001	0.0000

基础性护理模式较为被动、盲目,缺乏规范化流程,护理人员护理经验的不同导致临床效果参差不齐,部分患者难以达到理想预后<sup>[6]</sup>。临床路径起源于工业生产活动中的“关键路径”,后来逐渐扩展应用范围,在临床护理工作中得以广泛应用。该护理模式能够弥补常规护理的诸多不足,将各项经验证实、患者切实存在的问题制定总结对策,按照时间有序安排各项措施实施时间,提供规范、专业、综合的护理服务<sup>[7]</sup>。

本研究为甲状腺癌患者构建临床护理路径干预,护理人员分析患者问题后制定路径表,明确规定从术前到术后康复全程的关键护理措施,要求护士按照该路径完成工作并做好标记、备注,护理流程严谨、完善<sup>[8]</sup>。本研究结果可见:研究组护理后焦虑、抑郁情绪评分均低于对照组(P<0.05)。研究组、对照组手术时间差异无统计学意义(P>0.05),研究组术中出血量低于对照组,住院时间短于对照组(P<0.05)。这与既往研究结果基本一致,可见临床护理路径能够减轻甲状腺癌患者术中损伤,可促进术后康复,减轻生理、心理压力和负担。究其原因:临床护理路径在术前帮助患者纠正认

知、摆正心态,维持积极的信念和健康理念应对手术,配合术后心理护理减轻围手术期心理应激反应,保持稳定的身心状态,更好地配合手术,术后康复效率提高<sup>[9]</sup>。

临床护理路径完善,能够将精细化服务贯穿手术全程,术前到术后各项并发症发生风险控制到最低,手术安全性提高,风险事件发生率降低<sup>[10]</sup>。本研究结果可见:研究组并发症发生率低于对照组,术后生活质量评分高于对照组(P<0.05)。可见临床护理路径兼顾患者生理、心理舒适度,患者能够更好地参与到康复中,恢复各项功能早日回归到正常生活,提升预后效果。

综上所述,临床护理路径适用于甲状腺癌手术患者,应用该护理模式能够减轻生理、心理应激,以降低出血量促进术后康复,预防并发症发生并提高生活质量,是一种可行、可借鉴的护理模式。

参考文献:

- [1] 付琴,李文梅. 舒适护理理念融入临床护理路径在甲状腺癌患者围手术期的应用[J]. 中外医学研究,2018,16(11):75-76.
- [2] 尚小苏. 围手术期护理甲状腺癌患者期间采用临床护理路径模式的价值研究[J]. 药店周刊,2021,30(24):121.
- [3] 汪赞. 对接受手术治疗的甲状腺癌患者进行临床路径护理的效果观察[J]. 当代医药论丛,2021,19(2):193-194.
- [4] 李佳,张静,刘畅,等. 健康教育路径对甲状腺癌手术患者生活质量的影响[J]. 现代生物医学进展,2014,14(36):7140-7143.
- [5] 马文娣,冯永慧,栗莲芝. 快速康复外科护理结合临床护理路径对甲状腺癌患者术后恢复效果的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2022,8(3):130-132.
- [6] 王慧霞. 临床护理路径模式在分化型甲状腺癌患者围术期中的应用观察[J]. 黑龙江医学,2021,45(8):842-843.
- [7] 张晨. 临床护理路径在甲状腺癌术后行<sup>131</sup>I治疗患者中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文),2017,3(9):133-135.
- [8] 施海燕,张晨. 图文式临床护理路径用于甲状腺癌术后大剂量<sup>131</sup>I治疗中的效果观察[J]. 中西医结合护理(中英文),2018,4(5):4-7.
- [9] 王吓平,郑雅芬. 临床护理路径在甲状腺癌患者围手术期应用的效果评价[J]. 福建医药杂志,2019,41(3):165-166.
- [10] 钟巧莉. 临床护理路径在甲状腺癌手术患者护理中的应用探究[J]. 东方药膳,2021(16):187.