

术前颈部体位训练对甲状腺癌全切术患者应用效果观察及护理

于婧婧¹ 戚诗艺²

(威海市立医院, 1.甲状腺外科; 2.乳腺外科山东 威海 264200)

摘要:目的:探讨对行甲状腺癌全切术的甲状腺癌患者,开展术前颈部体位训练及护理的有效性。方法:以2021年3月-2022年10月为病例择取时段,将我院行全切术的甲状腺癌患者的临床资料以回顾性方式抽取,依据基础资料匹配性原则分组(每组30例病例),对照组给予常规干预,观察组开展术前颈部体位训练及护理。结果:(1)观察组患者瘢痕挛缩发生率明显低于对照组的23.33%($P < 0.05$)。(2)与对照组患者36.66%(11/30)的不良反应发生率相比,观察组不良反应发生率(10.00%,3/30)明显更低($P < 0.05$)。(3)护理后,观察组患者的前屈、后伸、向健侧屈等颈部活动度明显大于对照组($P < 0.05$)。结论:对行全切术的甲状腺癌患者开展术前颈部体位训练及护理效果显著,可减少患者不良反应、降低瘢痕挛缩发生率,改善颈部活动度并提高患者预后质量。

关键词:甲状腺癌;全切术;瘢痕挛缩;不良反应;颈部活动度

医疗技术的发展和完善,甲状腺癌患者的手术治疗,逐渐从颈部传统切口向颈部以外发展,但手术属于侵入式操作,外源性创伤会直接破坏组织、形成瘢痕而影响康复效果^[1]。颈部血管较为丰富,导致可操作空间受限,且术中会导致患者颈部长时间保持过伸状态,因此多数患者术后极易发生恶心、呕吐等不良反应,影响术后整体康复效果。为避免患者术后出现不良反应,还需在常规治疗期间辅以相关护理工作,改善患者颈部僵硬、减少瘢痕挛缩,增加颈部活动度的同时促使术后更好康复^[2]。为评价术前颈部体位训练及护理对甲状腺癌全切术患者的应用效果,特行该研究。

1、资料与方法

1.1 临床资料

回顾性方式进行本研究,纳入60例行甲状腺癌全切术的甲状腺癌患者,均选自2021年3月-2022年10月区间,依据基础资料匹配性原则分组(每组30例);观察组患者中,男/女=12/18,患者平均年龄水平经SPSS 20.0软件计算后以(50.23 ± 5.41)岁表示。对照组中,男/女=16/14,患者平均年龄水平经SPSS 20.0软件计算后以(50.36 ± 5.58)岁表示。组间信息对比、均衡性较高, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组给予常规干预,(1)术前护理:术前1d做好访视工作,将围术期注意事项详细告知,借助心理疏导工作来帮助患者消除其内心的紧张、恐惧感。严格依据患者自身认知程度开展健康宣教,内容围绕手术及注意事项,加深患者对自身疾病的认知,确保其以乐观心态对待且积极配合手术。术前禁食12h、禁水6h,术前4h取500mL葡萄糖溶液注射^[3]。(2)术中护理:提前做好手术室环境的全面管理,将隔离区、污染区明确划分,保持各区域环境的整洁和干净;麻醉前做好患者的心理疏导和安慰工作,将近期内我院治愈成功案例讲解,提高患者对手术治疗的信任感,降低应激反应而确保患者顺利过渡手术。术中持续监测患者体温,确保第一时间发现患者异常变动并实施针对性的处理措施。(3)术后护理:术后对患者疼痛程度展开动态评估,借助酮咯酸氨丁三醇、自控镇痛泵等实施多模式镇痛工作。术后需要将患者去枕平卧6h,6h后可翻身、喝水、枕枕头,在此期间内持续对患者进行心电监护和吸氧,对患者心率、呼吸、神志等生命体征予以密切观察,及时将患者口鼻分泌物清除^[4]。对引流管情况密切检测,确保管道处于畅通状态,

将引流液具体情况仔细记录,将日常翻身、活动时的注意事项详细告知,避免患者在翻身、活动时牵拉管道或造成管道移位。

观察组实施术前颈部体位训练及护理:(1)术前体位训练及心理疏导:术前对患者文化背景、性格特征做详细了解,直至患者心理健康处于稳定状态后,强调术前体位训练的积极作用和重要性,后展开针对性的体位训练,提升患者对术后康复的工作的积极性。

(2)术前颈部体位训练安排:一般在饭后2h开始训练,训练前还需展开颈部准备活动,时间控制在5min后进行训练。第一天训练进行3次即可,单次时间维持30-40min,两次训练间隔>1h。第二天可将训练次数增加至5次,时间延长至60min,两次训练间隔30min即可^[5]。(3)颈部体位训练方法:需提前制作厚度10~20cm的软皮枕头,后将其放于床1/3处,指导患者平卧于床,确保肩部与枕头保持平齐,在其头下垫头圈,保证颈部处于正中伸直位,后帮助患者头部后仰,促使下颌、气管以及胸骨位于同一水平线上,确保患者甲状腺、气管充分暴露。保持手术体位,指导患者逐渐调整呼吸,与其加强交流和沟通,训练结束后,让患者卧枕休息后缓慢坐起。

1.3 观察指标

两组患者瘢痕挛缩情况^[6]:需要通过患者的瘢痕颜色、质地来进行瘢痕挛缩情况的评估工作。I级评价标准:浅粉色瘢痕且质地柔软。II级范畴:粉红色瘢痕,质地适中。红色、质地偏硬的瘢痕记录III级。红色、质地坚硬的瘢痕记录IV级。

两组不良反应发生情况:主要观察头晕、头痛以及恶心、呕吐。

护理前后患者颈部活动度:多角度拍摄在计算机内录入图像并分析。

1.4 统计学方法

本研究内两组患者各指标数值均可直接录入SPSS20.0软件予以检验,定性资料(持续性)可借助($\bar{X} \pm S$)表述行t检验;定量资料需使用[n/(%)]表述、以 χ^2 检验;两组数据设置遵循正态分布原则, $P < 0.05$ 视为统计学意义成立。

2、结果

2.1 两组患者瘢痕挛缩情况

观察组患者瘢痕挛缩发生率明显低于对照组的23.33%($P < 0.05$)。见表1。

表 1: 两组患者瘢痕牵缩情况[n (%)]

组别	I 级	II 级	III 级	IV 级	瘢痕牵缩总发生率
观察组 (n=30)	1	0	0	0	1 (3.33)
对照组 (n=30)	2	2	2	1	7 (23.33)
χ^2	--	--	--	--	5.192
P	--	--	--	--	P < 0.05

2.2 两组不良反应发生情况

观察组 (n=30): 头晕 1 例, 恶心、呕吐分别有 1 例患者, 无头痛发生。

对照组 (n=30): 头晕 4 例, 头痛、恶心分别有 2 例患者, 呕吐 3 例。

与对照组患者 36.66% (11/30) 的不良反应发生率相比, 观察组不良反应发生率 (10.00%/30) 明显更低 (P < 0.05, $\chi^2=5.962$)。

2.3 护理前后患者颈部活动度

护理前: 观察组患者, 前屈 (31.33 ± 2.23)°, 后伸 (23.12 ± 2.12)°, 向健侧屈 (20.12 ± 2.33)°, 向患侧屈 (20.11 ± 2.12)°, 向健侧旋转 (34.52 ± 3.11)°, 向患侧旋转 (35.56 ± 2.52)°; 对照组患者分别为 (31.25 ± 2.10)°, (23.14 ± 2.00)°, (20.11 ± 2.14)°, (20.33 ± 2.12)°, (34.45 ± 2.23)°, (35.12 ± 2.45)°。护理前, 两组患者的颈部活动度各指标数值无显著差异 (P > 0.05)。

护理后: 观察组患者, 前屈 (42.52 ± 3.36)°, 后伸 (34.56 ± 3.56)°, 向健侧屈 (34.56 ± 5.52)°, 向患侧屈 (27.56 ± 4.23)°, 向健侧旋转 (42.52 ± 3.56)°, 向患侧旋转 (51.45 ± 5.63)°; 对照组患者分别为 (38.56 ± 2.45)°, (30.23 ± 2.22)°, (29.52 ± 3.33)°, (23.33 ± 3.33)°, (51.56 ± 6.33)°, (48.56 ± 3.66)°。护理后, 观察组患者的前屈、后伸、向健侧屈等颈部活动度明显大于对照组 (P < 0.05)。

3、讨论

甲状腺癌全切术是现阶段临床治疗甲状腺癌的主要手段, 但手术会产生较大创伤, 切除甲状腺的同时还需将肌肉、血管、病灶等有关淋巴结一并切除; 甲状腺全切除术前, 需将患者肩背部抬高, 头部后仰、伸长颈部, 而由于患者不适应手术体位, 无形中加大了患者术后不适症状发生风险^[7]。而患者年龄较大、各项机能减退, 因此为确保患者的良好预后效果, 还需对患者开展相关护理。临床研究发现, 及时进行有效锻炼, 更有利于软化瘢痕、调整瘢痕组织并减少瘢痕牵缩发生率。

临床学者参考适应性机体原理, 提出对甲状腺癌患者在术前进行颈部体位过伸训练, 借助有规划、有目的的术前训练工作, 来提高患者耐受力、预后其改善。术前开展颈部体位训练, 可将训练意义提前告知患者, 提高其对训练工作的配合度^[8-9]。而借助循序渐进的训练工作, 可增强患者的特殊体位的耐受能力, 确保手术顺利开展, 减少术后不良症状、瘢痕牵缩率。故, 观察组患者瘢痕牵缩发生率明显低于对照组的 23.33% (P < 0.05)。干预后, 观察组患者的前屈、后伸、向健侧屈等颈部活动度明显大于对照组 (P < 0.05)。提示, 术前颈部体位训练工作的开展, 可明显提升患者的术后颈部活动度, 促进颈部功能恢复的同时大幅减少瘢痕牵缩^[10]。

对甲状腺癌患者在全切除术过程中, 头颈部长时间的拉伸, 加之二氧化碳的灌注, 会导致患者出现不同程度的头痛、头晕等症^[11]。分析原因: 过度后仰头颈部, 会导致脑组织出现缺血状态, 故而导致患者出现恶心、呕吐等症。而椎前韧带、肌肉长时间的遭

受挤压, 会损伤其颈椎附近组织, 导致患者出现头晕、头痛症状^[12]。而本研究数据可见, 与对照组患者 36.66% 的不良反应发生率相比, 观察组不良反应发生率 (10.00%) 明显更低 (P < 0.05)。可见, 术前颈部体位训练工作的顺利开展, 可减少患者术后不良反应的发生。提示, 术前颈部体位训练, 可对患者颈部进行左右活动, 颈前拉伸、转动肩关节等训练措施的实施, 可促进患者颈部血液的循环, 锻炼颈部韧带、缓解长时间过度伸张颈部所致的不适^[13]。

综上所述, 对行全切术的甲状腺癌患者, 需在术前开展颈部体位训练及护理, 在减少瘢痕牵缩、改善颈部活动度方面具有显著效果及价值。

参考文献:

- [1] 张海萍, 吕晓蕊, 马银惠. 术前颈部体位训练联合漱口运动法对老年甲状腺癌患者术后康复的影响[J]. 中国老年保健医学, 2021, 19(3):157-159.
- [2] 唐云, 顾徐丹, 裴艳俊. 舒适护理结合快速康复理念在甲状腺癌根治术患者围手术期中的应用效果[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2022, 8(1):142-144.
- [3] 张跃红, 李一凡. "知信行"模式结合延续护理对甲状腺癌患者术后服药依从性、心理状态及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(23):4409-4413.
- [4] 李欢, 马从忆, 陈关凤, 等. 基于时效性激励理论的快速康复外科护理对甲状腺癌手术患者疼痛和舒适度的影响[J]. 现代临床护理, 2023, 22(2):40-45.
- [5] 李远婵, 陈丽娟, 徐秋琴, 等. 激励式护理对甲状腺癌手术患者焦虑、抑郁及生活质量影响的 Meta 分析[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(2):208-216.
- [6] 章永铭. 手术室个性化舒适护理对甲状腺癌根治术患者生命体征、焦虑和抑郁情绪、疼痛与睡眠质量的影响[J]. 临床与病理杂志, 2023, 43(3):597-603.
- [7] 任静. 多学科团队协作护理对甲状腺癌根治术患者心理应激、疾病负担的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(3):121-124.
- [8] 沈利凤, 朱慧, 孙美蓉, 等. 体感运动协同经皮穴位电刺激康复护理方案在甲状腺癌术后患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(8):963-970.
- [9] 李本, 安璐, 周思雨, 等. 精细化头发管理在女性甲状腺癌患者围手术期快速康复护理中的效果研究[J]. 医药高职教育与现代护理, 2022, 5(5):408-411.
- [10] 何艳华, 陈渝诚, 潘燕卿. 基于德尔菲法的甲状腺癌围手术期护理质量敏感指标体系的建立与应用效果[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2022, 8(4):154-156.
- [11] 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.
- [12] 毕新颖, 李敏, 付池培. 基于循证的加速康复外科护理联合督导管理对甲状腺癌根治术后患者康复效果的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(14):2626-2630.
- [13] 张海萍, 马银惠, 刘玉丹. 术前体位训练与护理干预对甲状腺癌全切术患者术后康复效果的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(7):97-98.