

97 例甲状腺手术患者术后不良反应护理干预

林海英¹, 袁 浹², 姚蓓菁¹, 顾玖瑾¹, 陆 敏¹ (1. 上海市第一人民医院分院手术室 200081; 2. 上海市欧阳路街道社区服务中心护理部 200081)

【摘要】 目的 对甲状腺手术患者的护理情况和病情进展进行观察和分析,探讨合理的甲状腺手术患者的护理措施在减小甲状腺患者术后不良反应的效果。**方法** 选取 2012 年 8 月至 2013 年 8 月上海市第一人民医院分院收治,并且进行甲状腺切除手术的患者一共 97 例,分成两组。干预组 49 例;在常规护理的基础上,采用有针对性的护理干预;对照组 48 例,实施常规护理。比较干预组和对照组患者舒适度和数字分级(NRS)疼痛评分、手术以后出血情况等方面的差异。**结果** 干预组患者使用镇痛类药物百分比远远低于对照组患者。干预组患者 2、6 和 24 h NRS 疼痛评分低于对照组评分,干预组患者手术后舒适度比对照组高。对照组患者手术后 2、12、24 h 出血量明显高于干预组。**结论** 科学合理的护理干预能显著减小甲状腺患者术后不良反应,值得临床推广应用。

【关键词】 甲状腺手术; 不良反应; 护理干预
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 09. 061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)09-1324-02

治疗甲状腺疾病,手术是一种有效的方法^[1]。手术自身是一种外源性刺激,甲状腺疾病对患者的影响,甲状腺的手术部位比较特殊,在手术以后经常会出现些不良反应,比如疼痛、舒适度下降、声嘶哑、甲状腺危象、出血等,出血是甲状腺手术中较为常见的不良反应^[2]。主要原因是手术后麻醉变浅后产生疼痛,并且兴奋交感肾上腺髓质系统,释放体内大量儿茶酚胺^[3-5]。手术后 24 h 内,大部分甲状腺手术患者的手术切口会发生出血,比较大的出血量会造成患者窒息和死亡。本研究主要针对上海市第一人民医院分院 97 例甲状腺患者手术后,对其护理情况和病情进展进行观察和分析,分别进行常规护理和护理干预,探讨对甲状腺患者手术后进行合理的护理干预的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 8 月至 2013 年 8 月上海市第一人民医院分院施行甲状腺手术患者 97 例,男 42 例,女 55 例;年龄 20~63 岁,平均 43.2 岁;手术时间 45~121 min,平均 69.2 min;手术部位:单侧 52 例,双侧 45 例;手术史:进行首次手术 90 例,进行再次手术 7 例。所行手术患者都自愿在知情同意书上签字。将患者分成干预组 49 例,对照组 48 例,干预组和对照组患者年龄、性别、手术史及手术时间、手术部位等资料差异均无统计学意义($P>0.05$),两组资料有可比性。

1.2 方法 对照组患者实施常规护理。在对照组的基础上针对干预组患者在围手术期内采用符合甲状腺手术特点的护理模式实施护理,所采取的具体措施。(1)患者术后心理干预:由于甲状腺处在比较特殊的解剖位置,本研究发现,在护理过程中 70%~80%甲状腺手术患者会出现顾虑,比如出现在手术以后的并发症和后遗症、甲状腺疾病是否诊断正确、手术过程中的疼痛等问题,因而导致恐惧、焦虑和烦躁情绪出现^[6-7]。针对甲状腺手术患者的特点,相对于对照组,给干预组患者讲解甲状腺疾病的相关知识,比如所患疾病的好发原因和治疗原则、一些在手术后常见的并发症等,让患者听放松心情听的古典音乐,调节呼吸或者做一些放松动作的同时听着放松心情的音乐,让患者和患有相同疾病已完成手术的病友进行交谈,进一步消除他们对于甲状腺手术的顾虑和恐惧;比如瑜伽等^[8]。(2)干预组患者术前体位训练:让干预组患者保持仰卧体位,同时让患者颈部垫高,提高双肩 20~23 cm,训练颈过伸位,每天

进行,训练时间从每次 30~40 min 逐步延长到每次 1~2 h。同时告诉患者在手术中身体出现不适反应时具体应对技巧。最后患者在手术后使用弹力颈部固定带,指导患者把固定带环绕在其颈部,重叠固定在颈前并粘好尼龙搭扣,通常保持一定的压迫力而又无限制呼吸为最佳^[9]。(3)并发症护理:对该类手术患者在术后可能出现的并发症,针对手术切口渗血情况、患者声音变化情况进行密切观察,如发现异常现象,应及时采取有效措施进行处理。

1.3 指标分析 仔细观察手术以后患者的疼痛程度和使用镇静类药物情况,同时对疼痛程度使用数字分级(NRS)疼痛评分法来实施评定,舒适度评价方法主要通过患者的主诉,对手术后恢复期内舒适度进行评价,主要分为舒适、一般、不舒适 3 个等级及在手术后出血量出现改变^[10]。

1.4 统计学处理 对采集的数据采用 SPSS19.0 统计软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验。所有计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 甲状腺手术以后不同时间段两组患者 NRS 疼痛评分比较 见表 1。干预组患者在手术后 2、6 和 24 h NRS 疼痛评分与对照组比较明显降低,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者不同时间段 NRS 疼痛评分($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	NRS 疼痛评分		
		2 h	6 h	24 h
对照组	48	1.93±1.35	7.85±1.35	6.82±1.64
干预组	49	1.38±1.27*	5.98±1.35*	5.11±2.32*
<i>t</i>		2.25	2.83	3.02

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 甲状腺手术以后两组镇痛类药物使用率 对照组有 13 例患者服用了镇痛类药物,使用镇痛类药物率为 27.08%(13/48),干预组有 2 例患者服用镇痛类药物,使用镇痛类药物率为 4.08%(2/49),相对于对照组,干预组患者术后使用镇痛类药物率比较低。

2.3 手术后两组患者舒适度比较 见表 2。相对于对照组,干预组患者手术后舒适度比例比较高,两组差异有统计学意义($\chi^2=11.34, P<0.05$)。有针对性的护理干预可以使甲状腺

手术患者提高其手术后舒适度。

表 2 两组患者舒适度对比[n(%)]

组别	n	舒适	较舒适	一般	不舒适
对照组	48	6(12.5)	13(27.08)	17(35.41)	12(25)
干预组	49	20(40.81)*	21(42.85)*	6(12.24)*	2(4.07)*

注:与对照组比较,**P*<0.05。

2.4 手术以后两组患者出血量比较 见表 3。手术后干预组患者 2、12 和 24 h 出血量要比对照组要低,差异有统计学意义(*P*<0.05);在 48 h 时出血量较为接近,差异无统计学意义(*P*>0.05)。有针对性的护理干预可以减少甲状腺手术患者手术后出血量,有效止血。

表 3 两组患者在不同时间段出血量比较($\bar{x}\pm s$,mL)

组别	n	出血量			
		2 h	12 h	24 h	48 h
对照组	48	25.9±6.9	34.9±6.5	57.8±5.1	58.3±3.5
干预组	49	21.4±3.6 [#]	33.9±6.7 [#]	48.9±7.8 [#]	50.1±6.9*
<i>t</i>		3.17	2.21	3.58	3.37

注:与对照组比较,[#]*P*<0.05;* *P*>0.05。

3 讨 论

甲状腺是内分泌器官,同通过分泌激素和神经系统共同配合来维持机体内环境的稳定^[11-13]。其特殊的作用和特殊手术的部位,加上患者在手术创伤后的心理作用,往往会在手术后容易出现不良反应,比如出血、疼痛、舒适度下降等,其中较为常见的不良反应:如甲状腺切除手术后切口出血,其原因主要是没有在手术中实行彻底止血或者甲状腺相关的血管出现结扎线脱落^[13-15]。在护理中可以放置气囊和冰袋在弹力颈部固定带外层布兜中。同时可以减轻由于颈部切口张力增加而引起的疼痛。使用弹力颈部固定带不影响患者进食和活动,同时起到持续压迫的作用,由此可以提高患者的舒适感。本研究将 97 例行甲状腺切除手术的患者分为对照组、干预组,针对甲状腺切除手术特点对干预组患者开展了干预性护理,相对于对照组,比较了干预组患者疼痛、药物使用率、手术后出血状况、舒适度,对采集的数据进行了统计分析,结果表明,相对于对照组患者,干预组使用镇痛类药物患者人数要少,手术后 2、6 和 24 h 与对照组患者比较,干预组 NRS 疼痛评分数值降低明显,差异有统计学意义(*P*<0.05),干预组患者手术后舒适度要比对照组要高,与对照组患者比较,干预组患者在手术后 2、12 和 24 h 出血量显著减少,差异有统计学意义(*P*<0.05)。以上数据充分说明了针对甲状腺手术患者的特点实施护理干预能够减少出血量,提高患者舒适度,减少患者疼痛度和镇痛类药物使用量。

由于本研究是针对甲状腺患者手术后出现的不良反应,并且在常规护理的基础上实施具有干预作用的护理措施,提前对可能发生的不良反应进行针对干预,减少不良反应对患者所带来的影响。本研究关注甲状腺患者的生理护理,同时还有针对性地加强患者手术后的心理护理,这使患者在手术后能够积极和正确面对甲状腺术后所产生的不良反应,值得在临床上推广应用。由于本研究在样本抽样方法和样本数量、其评价指标上

有局限,应在进一步研究中得到完善,并且可以独立在多中心的大样本人群中进一步探讨其临床应用性。

参考文献

[1] 许玲娟,李思忠. 喉、甲状腺手术的应用解剖[J]. 解剖学杂志,2009,32(1):112-114.

[2] 高玲. 护理干预对减轻甲状腺手术患者不良反应的效果观察[J]. 中国地方病学杂志,2009,28(1):107.

[3] Ead H. Post-anesthesia tracheal extubation[J]. Dynamics, 2011,15(3):20-25.

[4] Ting PC,Chou AH,Yang MW,et al. Postoperative reintubation after planned extubation; a review of 137, 866 general anesthetics from 2005 to 2007 in a Medical Center of Taiwan[J]. Acta Anaesthesiol Taiwan, 2010, 48(4): 167-171.

[5] Yildirim ZB,Uzunkoy A,Cigdem A,et al. Changes in cuff pressure of endotracheal tube during laparoscopic and open abdominal surgery[J]. Surg Endosc, 2012, 26(2): 398-401.

[6] 李玉华,俞学军. 甲状腺手术后并发症护理[J]. 护士进修杂志,2009,24(2):185-186.

[7] 麻朋艳,林虹,周敏,等. 腔镜甲状腺手术并发脑循环紊乱综合征的观察及护理[J]. 护士进修杂志,2010,24(23): 59-60.

[8] 周小荣,肖飞娜,欧春红. 护理干预对甲状腺手术后不适的影响[J]. 中国实用医药,2010,5(27):193-194.

[9] 黄丽兰,陈俊英,钟艳贞. 术前系统护理干预对甲状腺手术患者的影响[J]. 现代临床护理,2006,5(6):43-46.

[10] 邓益幅. 护理干预对甲状腺手术患者心理状态和疼痛的影响[J]. 中国医药导报,2008,5(19):153-154.

[11] Smith J,Douglas J,Smith B,et al. Assessment of recurrent laryngeal nerve function during thyroid surgery[J]. Ann R Coll Surg Engl,2014,96(2):130-135.

[12] Promberger R,Ott J,Bures C,et al. Can a surgeon predict the risk of postoperative hypoparathyroidism during thyroid surgery? A prospective study on self-assessment by experts[J]. Am J Surg,2014,208(1):13-20.

[13] Wang W,Chen D,Chen S,et al. Laryngeal reinnervation using ansa cervicalis for thyroid surgery-related unilateral vocal fold paralysis; a long-term outcome analysis of 237 cases[J]. PLoS One,2011,6(4):15-20.

[14] Sun GH,Peress L,Pynnonen MA, et al. Systematic review and meta-analysis of robotic vs conventional thyroidectomy approaches forthyroid disease [J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2014,150(4):520-532.

[15] 阮飞玲,黎小冰,廖绿梅. 护理干预对甲状腺手术患者焦虑的影响[J]. 实用医技杂志,2007,14(15):2061-2062.