

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.11.032

低头固定伤口吞咽姿势干预在全甲状腺切除术后患者中的应用

张 娜

河南省人民医院甲状腺外科, 河南郑州 450000

摘 要:目的 探讨低头固定伤口吞咽姿势干预在全甲状腺切除术后患者中的应用效果。方法 选择 2020 年 3 月至 2021 年 7 月入院的 82 例行全甲状腺切除术的甲状腺癌患者,采用随机数字表法分为研究组和对照组,每组 41 例。对照组术后进食时采用常规吞咽姿势干预,研究组采用低头固定伤口吞咽姿势干预,对比两组的疼痛评分和满意度。结果 研究组术后 3 h、7 h 以及术后次日午餐时的进食吞咽疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究组、对照组的护理满意度分别为 95.12%和 78.05%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 行全甲状腺切除术的患者在术后应用低头固定伤口吞咽姿势干预,有助于减轻疼痛,提高患者对护理的满意度,有进一步推广应用的价值。

关键词:低头固定伤口吞咽姿势; 全甲状腺切除术; 疼痛; 满意度

中图法分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)11-1557-03

甲状腺肿瘤是近年比较高发的疾病,较佳的治疗方法为全甲状腺切除术,不过术后患者会出现较长时间的疼痛^[1]。严重的疼痛不仅会影响患者舒适度,还容易引发不良情绪,进而增加机体应激反应,影响术后恢复。随着“无痛”理念的加深,临床护理要求通过相应的护理干预措施,最大限度降低患者术后疼痛程度。甲状腺肿瘤患者的手术部位比较特殊,术后颈部活动及进食、吞咽时都容易加重疼痛感,甚至部分患者因此减少或拒绝进食,无法获得充分的营养,从而影响预后^[2]。近年来,随着临床医疗技术的不断发展与进步,人们对优质护理的需求也不断增加。低头吞咽姿势主要是为了让患者在吞咽时减轻疼痛感。在当前的临床护理干预措施中,低头吞咽姿势已经逐渐应用于术后吞咽不便患者的临床护理中,对吞咽姿势进行干预,能够有效缓解患者术后的不适感,提高患者术后满意度。鉴于此,本文在甲状腺肿瘤患者术后进食时将低头固定伤口吞咽姿势和常规姿势的干预效果进行对比、分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 3 月至 2021 年 7 月入院的 82 例行全甲状腺切除术的甲状腺癌患者,采用随机数字表法分为对照组和研究组,每组 41 例。对照组患者年龄 23~63 岁,平均(41.87±5.03)岁;男 17 例,女 24 例;疾病类型:乳头状腺癌 26 例,滤泡状腺癌 15 例。研究组患者年龄 21~65 岁,平均(42.15±5.24)岁;男 16 例,女 25 例;疾病类型:乳头状腺癌 27 例,滤泡状腺癌 14 例。两组患者性别、年龄、疾病类型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获得患者和家属同意,签订书面协议,且经过本院医学伦理委员会批准。

纳入标准:依据影像学检查、甲状腺功能检查、临床症状等确诊;无全甲状腺切除术禁忌证;无免疫系统、凝血功能异常;表达和理解能力良好,能正常沟

通。排除标准:伴甲状腺炎者;气管或颈部大血管有粘连者;有淋巴结转移者;心肝肾等器官功能障碍者;术后出现烦躁、谵妄、呕吐、恶心等麻醉不良反应者。

1.2 方法 所有患者术后做好基础性护理,在术后 6 h 内如果患者血压稳定,可以调整为坐立或是半坐姿势,喂饮 100 mL 温度约为 30 ℃ 的水。术后 24 h 内禁止进食或饮用热水;在 48 h 内禁止从事剧烈运动,尽可能不说话,进食时细嚼慢咽,以温食或冷食为主;术后 72 h 后恢复正常饮食;术后 5 d 内避免咳嗽、打喷嚏,否则容易造成咽喉部肌肉过度紧张。术后进食时,两组患者均是在护士帮助下进行,食物温度、种类相似。

1.2.1 研究组 在进食或饮水时,指导患者在吞咽时保持低头姿势,胸骨和下颌角保持 2~3 根手指的距离(以患者手指为准);整个过程中护士用手固定伤口并询问患者疼痛程度,对患者面部表情变化进行观察。

1.2.2 对照组 在进食或饮水时,指导患者采用正常进食姿势,可以稍微低头。整个过程中要询问患者疼痛程度,并对患者面部表情变化进行观察。

1.3 观察指标

1.3.1 患者术后进食吞咽疼痛评分 以数字分级法为评估方法,根据患者主观感受的疼痛程度由轻到重记 0~10 分,分为 4 个疼痛程度,分别是重度疼痛(7~10 分)、中度疼痛(4~6 分)、轻度疼痛(1~3 分)、无疼痛(0 分)。在评估前,护士先为患者说明具体评估方法,让患者在进餐或饮水后根据自己的疼痛感进行评价。

1.3.2 满意度评价 使用科室自行设计的调查问卷对患者护理干预满意度进行评价,评价指标包括就医环境舒适度、护理态度、健康教育等,采用百分制,根据得分分为 3 个级别,不满意(<65 分)、基本满意(65~<80 分)、非常满意(≥80 分)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS23.0 统计软件进行数据处理和分析,计数资料以例数或率表示,组间比较行 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者术后进食吞咽疼痛评分比较 研究组术后 3 h、7 h 以及术后次日午餐时的疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后进食吞咽疼痛评分比较($\bar{x} \pm s$,分)				
组别	<i>n</i>	术后 3 h	术后 7 h	术后次日午餐
研究组	41	4.82±1.36	3.02±1.24	2.44±1.08
对照组	41	6.94±1.17	5.63±0.95	4.32±0.81
<i>t</i>		7.567	10.699	8.917
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者护理干预满意度比较 与研究组的护理干预满意度比较,对照组更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者护理干预满意度比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	不满意	基本满意	非常满意	满意度
研究组	41	2(4.88)	22(53.66)	17(41.46)	39(95.12)
对照组	41	9(21.95)	21(51.22)	11(26.83)	32(78.05)
χ^2					5.145
<i>P</i>					0.023

3 讨 论

甲状腺有着特殊的解剖位置^[3]。甲状腺肿瘤患者在进行全甲状腺切除术时,手术医生会分离甲状舌骨肌、胸骨甲状肌,切断颈阔肌,加之患者术中颈部保持伸直状态,经气管插管,手术部位容易发生组织水肿。因此,术后会发生严重疼痛^[4]。此外,甲状腺附近有丰富的血管,手术创伤也会引发疼痛,尤其是在进食吞咽时,患者疼痛感会加重^[5]。进食吞咽过程是在很多肌肉反射性协同运动下,将食物从口腔经过食管,最终送达胃部的过程^[6]。进食还会对甲状舌骨肌、胸骨甲状肌产生牵拉作用,从而增加患者切口附近的皮肤张力,形成不良刺激,让疼痛感严重^[7]。相关研究发现,全甲状腺切除术后疼痛最强烈的时间是术后 24 h,患者中有 57%会对疼痛产生恐惧感^[8]。

疼痛属于一种主观感受,会引发不良情绪及不良感觉,加重身体和心理的不舒适感。疼痛还会造成交感神经兴奋,增加骨骼肌张力,导致心率异常、血压升高,术后严重的疼痛还会影响组织修复^[9]。另外,很多行全甲状腺切除术患者,因为恐惧术后吞咽疼痛,会主动要求增加营养液输液量、减少饮食量,这将延长术后康复时间,还会增加医疗费用^[10]。常规的疼痛干预方法有非药物镇痛法、药物镇痛法^[11]。而镇痛药物包括非甾体抗炎药、阿片类药物,在使用时需采用

三阶段镇痛法,并严格执行医嘱;尽管以上药物使用时镇痛效果良好,但是停药后疼痛依然存在,甚至增加,还容易发生药物依赖性^[12]。

疼痛护理干预是近些年越来越受到重视的护理方法,有助于缓解疼痛。比如:护理中操作要熟练、准确、轻柔,防止患者疼痛加重;还包括个体化阵痛、超前镇痛、多模式镇痛等^[13]。低头固定伤口吞咽姿势干预作为比较理想的疼痛护理干预方式,能减轻全甲状腺切除术患者疼痛程度。在本研究中,研究组患者比对照组术后 3 h、7 h 以及次日午餐时的疼痛评分更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。这充分说明,和常规吞咽姿势对比,低头固定伤口吞咽姿势可以进一步减轻患者进食疼痛,有助于患者增加进食量和饮水量,为加速术后康复打下基础。分析原因:在进食时保持低头固定伤口的吞咽姿势,可以缩小甲状软骨上移幅度,降低颈部切口附近皮肤和肌肉的张力以及肌肉紧张度,所以在吞咽过程中疼痛感相对较轻^[14]。

在医疗保健服务评价中,护理满意度是重要指标,是评估患者生命质量、生活情况等是否达到期望的综合性评价指标^[15]。近些年来护理服务理念逐渐转变,护理中心发生转变,护理人员需站在患者角度、以患者为中心开展所有护理服务;同时,护理服务理念还提高了对人性化理念的重视程度,给予患者贴心、细致的关怀,并且随时掌握患者的诉求和不适感,帮助其解决这些问题。护理满意度高能反映高质量的护理水平,在本研究中研究组护理满意度为 95.12%,明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。其主要原因在于,该方法能够增加患者的饮食量,减少临床输液量,饮食量的增加与术后早期活动起到了相互协同作用。低头固定伤口吞咽姿势干预帮助患者解决了在进食过程中吞咽疼痛的不适感,让患者有了更佳的舒适性,而且还能使患者对护理人员的专业性予以肯定,产生信任感,让护患关系更加和谐,从而改善患者的满意度,提高了整体护理质量。

综上所述,行全甲状腺切除术的患者在术后应用低头固定伤口吞咽姿势干预,有助于减轻疼痛,提高患者对护理的满意度,有进一步推广应用的价值。

参考文献

[1] 丁保锋. 全甲状腺切除术在甲状腺癌患者治疗中的应用效果[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(13): 3-4.

[2] 沈晓玲, 李永红. 以结局为导向的康复计划护理在甲状腺切除术后患者中的应用分析[J]. 中外医学研究, 2019, 17(22): 95-97.

[3] 史淑芳, 薛晓玉, 张霞, 等. 安全吞咽管理在颈椎前路术后吞咽困难患者中的应用[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(9): 1629-1631.

[4] 王海波. 基于“生物-心理-社会”一体化护理模式在甲状腺切除术患者护理中的应用[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(11): 157-158.

[5] 何振鹏. 显露喉返神经在甲状腺切除术中的应用效果观察[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(11): 1349-1350.

[6] HASHEMIAN M, KHORASANI B, TARAMESHLU M, et al. Effects of dysphagia therapy on swallowing dysfunction after total thyroidectomy[J]. Iran J Otorhinolaryngol, 2019, 31(107): 329-334.

[7] 赵旭毅, 李德伟. 个体化护理干预在甲状腺癌患者二次手术后护理中的应用[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(2): 133-134.

[8] 高俊芳, 刘萍. 医护一体化营养管理模式在全喉切除术后中的应用[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2019, 33(3): 112-114.

[9] 杨东亮, 甄景志. 加速康复外科理念在甲状腺手术患者中的应用观察[J]. 中外医学研究, 2020, 18(14): 158-159.

[10] 史蓉辉. 临床护理路径在甲状腺切除术患者中的应用[J]. 中国医药指南, 2019, 17(21): 286-287.

[11] MARTIN S, PARFENI O, MUSTATA T, et al. Postoperative hypoparathyroidism in patients after total thyroidectomy - experience of a tertiary center in Romania. [J]. Chirurgia (Bucur), 2019, 114(5): 602-610.

[12] 王晓军. 思维导图在甲状腺次全切术后护理中的应用及对并发症发生的影响[J]. 中国医学创新, 2019, 16(29): 96-99.

[13] 赵炳南. 甲状腺全切术后早期颈部运动干预单盲随机对照研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(2): 185-188.

[14] 何香. 优质护理在甲状腺切除术中的应用[J]. 中外医学研究, 2019, 17(11): 104-105.

[15] 水颖, 方玉美, 陈瑜. 多学科协作干预对甲状腺癌患者术后应激反应、情绪及满意度的影响[J]. 广东医学, 2020, 41(9): 5.

(收稿日期: 2021-09-16 修回日期: 2022-01-08)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 11. 033

EB 病毒感染患儿 T 淋巴细胞亚群水平变化及临床意义分析

赵侗玲

辽宁省鞍山市妇儿医院检验科, 辽宁鞍山 114000

摘要:目的 探讨 EB 病毒感染患儿 T 淋巴细胞亚群水平变化及其临床意义。方法 选择 500 例 2019 年 10—12 月该院收治的 EB 病毒感染患儿作为观察组, 并选取同期体检健康儿童 500 例作为对照组, 整理与分析其临床资料。比较观察组与对照组研究对象外周血细胞[淋巴细胞比例、白细胞计数(WBC)、单核细胞]变化情况, T 淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞)变化情况及不同病毒载量患儿 T 淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞)变化情况。结果 观察组患儿外周血淋巴细胞比例、WBC 高于对照组($P < 0.05$), 观察组患儿外周血单核细胞比例与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 观察组患儿外周血 CD4⁺ T 淋巴细胞水平和 CD4⁺/CD8⁺ 比值低于对照组, 外周血 CD8⁺ T 淋巴细胞水平高于对照组($P < 0.05$), 观察组患儿外周血 CD3⁺ T 淋巴细胞水平与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 与 EB 病毒 DNA $\geq 1 \times 10^5$ copy/mL 的患儿相比, EB 病毒 DNA $< 1 \times 10^5$ copy/mL 患儿的外周血 CD4⁺ T 淋巴细胞水平和 CD4⁺/CD8⁺ 比值较高, 外周血 CD8⁺、CD3⁺ T 淋巴细胞水平较低($P < 0.05$)。结论 EB 病毒感染患儿机体外周血 T 淋巴细胞亚群、WBC、淋巴细胞水平异常, 同时其病情严重程度可随病毒载量的增加而加重。因此, 临床可通过外周血 T 淋巴细胞亚群、WBC、淋巴细胞检测, 以评估 EB 病毒感染患儿的实际病情及预后情况。

关键词: EB 病毒; T 淋巴细胞亚群; 白细胞计数; 单核细胞
中图分类号: R725.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2022)11-1559-03

EB 病毒是一种常见的 DNA 病毒, 属于疱疹病毒家族成员之一, 较易感染儿童, 尤其是男童, 可引发发热、皮疹、淋巴结肿大等症状或体征^[1]。EB 病毒感染主要与患儿免疫力下降有关, 因此临床可通过深入分析与 EB 病毒感染患儿病理变化相关的生物学指标, 进而获得早期明确的诊断结果, 以利于 EB 病毒感染疾病的防治。在临床中, 可敏感反映机体细胞免疫功能状态的常见指标有外周血 T 淋巴细胞亚群水平、白细胞计数(WBC)、单核细胞等。其中 T 淋巴细胞亚群主要包括 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞等, 其具有高度异质性的特点, 临床常用于判断自身免疫性疾病、免疫缺陷症等^[2]; 白细胞具有防护作用, 临床常用于判断机体的炎症状态^[3]; 单核细胞是机体血液中心积较大的血细胞, 也是组成机体防御系统的重要部分, 临床常用于判断机体的免疫功能^[4]。本研究旨在探讨 EB 病毒感染患儿 T 淋巴细胞亚群的水平变化及临床意义, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 500 例 2019 年 10—12 月本院收治的 EB 病毒感染患儿作为观察组, 并选取同期体检健康儿童 500 例作为对照组, 整理并分析其临床资料。对照组研究对象年龄 1~10 岁, 平均(6.31±1.23)岁; 男 340 例, 女 160 例。观察组患儿年龄 1~11 岁, 平均(6.32±1.17)岁; 男 345 例, 女 155 例; EB 病毒载量: DNA $\geq 1 \times 10^5$ copy/mL 250 例, DNA $< 1 \times 10^5$ copy/mL 250 例。两组性别、年龄比较, 差异