

[14] 王亚伟, 郁玲. 序贯式心理护理联合呼吸专项训练对胸腔镜肺癌手术患者呼吸功能及心理状态的影响[J]. 川北医学院学报, 2021, 36(6):802-804.

[15] 吴艳, 王秀娟, 康晓艳, 等. 术前康复训练对胸腔镜治疗早期非小细胞肺癌患者心肺功能的影响[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(7):1217-1221.

[16] 贾佳, 楚晓飞, 孙爱英, 等. 单向式完全胸腔镜下肺癌根治术后患者肺部并发症的影响因素及针对性护理干预的效果[J]. 成都医学院学报, 2021, 16(5):640-644.

[17] 朱晓明, 魏立, 务森. 胸腔镜和开放性肺叶切除对高龄非小细胞肺癌患者术后应激反应和呼吸功能的影响[J]. 现代肿瘤医学, 2019, 27(2): 237-240.

## 基于ERAS理念下的全程化护理管理 对甲状腺癌手术患者的影响

尹君

(南京医科大学附属江宁医院外科, 江苏 南京, 211100)

**摘要:**目的 探究基于 ERAS 理念下的全程化护理管理对甲状腺癌手术患者的影响。方法 选择 2019 年 5 月 ~ 2021 年 12 月南京医科大学附属江宁医院收治的 88 例甲状腺癌手术患者作为研究对象, 依据随机抽签法分为对照组和观察组, 每组 44 例。对照组进行常规围手术期护理, 观察组进行基于 ERAS 理念下的全程化护理管理, 比较两组术后恢复情况、患者术后疼痛症状、舒适度状况、术后并发症发生率。结果 护理后, 观察组术后引流管拔除时间、术后住院天数均较对照组短, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组术后 VAS 评分较对照组低, 舒适度评分较对照组高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组术后并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 与常规围手术期护理比较, 基于 ERAS 理念下的全程化护理管理的整体效果更理想, 可减轻患者术后疼痛症状, 提高舒适度, 以加速术后康复进程, 减少术后并发症, 值得临床应用。

**关键词:** 甲状腺癌手术; ERAS 理念; 全程化护理管理

**中图分类号:** R473.73 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-02-0135-03

甲状腺是人体重要的内分泌器官之一, 位于颈前部甲状软骨下方, 气管两旁, 可促进小儿生长发育, 以及调节机体代谢、维持神经系统兴奋性。甲状腺癌是最常见的甲状腺恶性肿瘤, 约占全身恶性肿瘤的 1%, 且女性较男性多见, 损害患者身心健康, 降低生活质量<sup>[1-2]</sup>。外科手术是治疗甲状腺癌的理想方法, 然而疾病本身、手术创伤、术后疼痛、麻醉等影响, 会导致患者出现心理应激反应, 加上甲状腺解剖结构的特殊性、复杂性, 术后并发症风险较高<sup>[3-4]</sup>。因此, 做好甲状腺癌手术患者的围手术期护理具有重要临床意义。全程护理是指从患者入院到出院过程中得到高质量护理。加速康复外科 (ERAS) 是以减少围手术期创伤应激反应, 加速术后康复进程为核心的护理方法。临床实践指出, 基于 ERAS 理念的全程化护理可进一步强化围手术期护理质量, 提高护理效果<sup>[5]</sup>。目前, 相关理论报道较少, 为此, 本研究选择 2019 年 5 月 ~ 2021 年 12 月南京医科大学附属江宁医院接诊的 88 例甲状腺癌手术患者作为研究对象, 探究基于 ERAS 理念的全程化护理管理对甲状腺癌手术患者的影响, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2019 年 5 月 ~ 2021 年 12 月南京医科大学附属江宁医院接诊的 88 例甲状腺癌手术患者作为研究对象, 按照随机抽签法分为对照组和观察组, 每组 44 例。对照组中, 男性 20 例, 女性 24 例; 年龄 24 ~ 70 岁, 平均年龄 ( $45.57 \pm 6.31$ ) 岁; 病程 1 ~ 5 年, 平均病程 ( $2.57 \pm 1.19$ ) 年; 病理分型: 乳头状癌 21 例, 滤泡状癌 15 例, 未分化癌 8 例。观察组中, 男性 21 例, 女性 23 例; 年龄 25 ~ 68 岁, 平均年龄 ( $46.19 \pm 7.05$ ) 岁; 病程 2 ~ 5 年, 平均病程 ( $3.11 \pm 1.43$ ) 年; 病理分型: 乳头状癌 23 例, 滤泡状癌 14 例, 未分化癌 7 例。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。患者本人及其家属充分了解研究相关内容后, 自愿签署知情同意书, 本研究得到了南京医科大学附属江宁医院医学伦理委员会的批准。

#### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《甲状腺癌诊疗规范 (2018 年版)》<sup>[6]</sup>, 结合临床表现、常规检查等确诊为甲状腺癌者; ②存在手术指征者; ③神志清楚, 具备良好的沟通、理解等能力, 依从性良好者。

**作者简介:** 尹君 (1990.3-), 女, 汉族, 籍贯: 江苏省南京市, 本科, 主管护师, 研究方向: 甲状腺乳腺术后护理。

排除标准:①有认知障碍、心理疾病者;②合并占位性病、重要脏器功能不全、凝血功能障碍等患者;③研究过程中因各种原因而主动退出者。

### 1.3 方法

对照组进行常规围手术期护理。术前评估患者病情,记录生命体征变化;简单介绍疾病、手术相关知识,耐心解答患者提出的问题;进行常规检查,同时嘱咐患者术前 12 h 禁食、6 h 禁水,做好术前准备。术中监测患者生命体征、血氧饱和度变化,配合医生进行手术操作。术后继续观察患者病情,重视切口敷料的更换及饮食的安排,针对异常问题及时联系医生并配合处理。同时用棉球法对患者进行口腔护理,让其进行颈部康复运动,视情况扩大颈部活动幅度,延长活动时间。

观察组在常规围手术期护理基础上采用基于 ERAS 理念的全程化护理管理。①成立基于 ERAS 理念的全程化护理管理小组:成员为营养师、护理人员、麻醉师、手术医生等成员,均参与过 ERAS 理念培训,已充分认识到该理念的有效性、临床意义。②护理内容:术前根据患者受教育程度、接受能力等差异性,采取一对一、播放视频等方式介绍甲状腺癌手术的流程、配合事项、可能出现的并发症及应对措施等,重点强调 ERAS 理念知识(有效性、优势、临床价值等),以取得患者的理解、配合。制作甲状腺癌手术体位训练的视频,并配以文字说明,让患者观看并练习。即取平卧位,保持躯干放松,取一软枕放在患者肩部下方,使头部后仰,充分拉伸头、颈部,视情况延长锻炼时间;与患者交流期间保持态度真诚、语气温和、面带笑容,及时掌握患者心理状况,鼓励、引导患者阐述内心想法,宣泄内心苦闷,并介绍治疗成功案例,增强患者治疗信心;指导患者术前口服 5% 葡萄糖,以及进行预防性镇痛。术中重视患者的隐私保护,同时提供保温床垫,并将术中所用液体进行加温处理,以 37℃ 为宜;限制术中液体的输入,以补液量 <1 000 mL 为宜,避免过多而加重心脏负担、胃肠功能。术后确定患者完全清醒,且生命体征处于稳定状态,予以少量水,确定无不适,再予以温凉流食,逐渐过渡至软食、普食,可多食用含钾、含钙食物,减少高磷食物的摄入;指导患者进行床上活动,以腿部屈伸、翻身活动为宜,逐渐过渡至下床活动;重视患者疼痛的持续时间、性质及部位,采取听音乐、看电视等方式分散其注意力,或是采用多模式镇痛方案;教会患者正确的咳嗽及深呼吸方法,重点强调早期颈部功能锻炼的重要性,即术毕 6 h 后指导患者口含漱口液,再进行鼓腮,反复 10 次左右,使漱口液充分接触、冲击双侧颊部、齿缝间隙,之后将水从嘴角流出至可触及的弯盘内,之后再含漱口液,用舌尖反复舔漱双侧颊部,逐个舔漱牙齿、上颚、口腔底部前端,交替进行,1~2 次/d,5~10 min/次;术后 1~3 d,指导患者继续按照上述步骤进行含漱及侧颈方法,注意保持弯盘置于患者侧颈 30°~60°,即患者含漱口液,张口仰头角度 <30° 含漱,便于液体冲刷口腔的隐蔽处,如颊部、口腔底部、咽部扁桃体等,之后将水从嘴角流出,交替进行,3 次/d,10~15 min/次;术后 4~7 d,指导患者按照术后 1~3 d 的

含漱及侧颈方法进行,此时张口仰头角度改为 30°~60°,含漱后向下活动颈部 30°~60°,将水从嘴角流出,交替进行,4 次/d,15~20 min/次。

### 1.4 观察指标

①比较两组患者术后恢复情况:通过观察、比较术后引流管拔除时间、术后住院天数等,评价患者术后恢复情况。②术后疼痛症状及舒适度状况评价:评价患者术后 24 h 以内疼痛症状、术后舒适度状况,工具分别为视觉模拟评分法(VAS)、Kolcaba 舒适量表(GCQ),其中 VAS 评分量表总分 10 分,分值越高表明疼痛越严重;舒适度评分量表共 4 个维度(环境、生理、心理、精神及社会文化),涵盖 28 个项目,按照 1~4 分评分制进行评分,总分 28~112 分,分值越高表明舒适度越高。③比较两组患者术后并发症发生情况:收集并观察两组患者术后并发症发生情况,包括低钙性抽搐、出血、声音嘶哑等。并发症发生率=(低钙性抽搐+出血+声音嘶哑)例数/总例数×100%。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 26.0 统计学软件对本研究所有数据进行处理,计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,进行  $t$  检验;计数资料采用  $n(\%)$  表示,进行  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后恢复情况比较

护理后,观察组术后引流管拔除时间、术后住院天数均较对照组短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者术后恢复情况比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	术后引流管拔除时间	术后住院天数
对照组	44	4.51 ± 0.75	11.51 ± 3.29
观察组	44	3.40 ± 0.53	8.89 ± 2.37
$t$		8.017	4.286
$P$		<0.001	<0.001

### 2.2 两组患者术后疼痛症状、舒适度状况比较

护理后,观察组术后 VAS 评分较对照组低,舒适度评分较对照组高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者术后疼痛症状、舒适度状况比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	术后 VAS 评分	舒适度评分
对照组	44	3.15 ± 0.95	80.15 ± 3.10
观察组	44	2.51 ± 0.87	84.23 ± 4.15
$t$		3.296	5.225
$P$		<0.001	<0.001

### 2.3 两组患者术后并发症发生情况比较

护理后,观察组术后并发症发生率较对照组低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

## 3 讨论

甲状腺癌的治疗以外科手术为主,可提高患者存活率,降低病死率,延长生存期限<sup>[7]</sup>。然而患者担忧手术效果,加上甲状腺的解剖结构较特殊,病变部位周围的血管、神经分布广泛,所以创伤较大,术后容易出现切口感染、声音嘶哑、低

表 3 两组患者术后并发症发生情况比较 [n(%)]

组别	例数	低钙性抽搐	声音嘶哑	出血	总发生率
对照组	44	1(2.27)	4(9.09)	3(6.82)	8(18.18)
观察组	44	0(0.00)	1(2.27)	0(0.00)	1(2.27)
$\chi^2$					4.455
$P$					0.034

钙性抽搐等并发症,不利于术后恢复,延长住院天数,增加医疗费用<sup>[8-9]</sup>。ERAS 理念提出后,开始用于胃肠外科、乳腺外科、妇产科等领域,有利于减少并发症,缩短住院时间,减轻患者经济压力<sup>[10-12]</sup>。

本研究结果显示,观察组术后引流管拔除时间、术后住院天数较对照组短,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明基于 ERAS 理念的全程化护理管理更有利于保证患者术后康复效果。原因如下:基于 ERAS 理念的全程化护理管理可通过术前、术中、术后等护理措施(缩短术前空腹时间、限制液体摄入量、重视术后疼痛护理及进食等),最大程度上减轻上述因素所致神经反应,以维持患者生命体征及血流动力学的稳定,减轻胃肠功能负担,促进术后康复<sup>[13-14]</sup>。

本研究结果显示,观察组术后疼痛评分较对照组低,舒适度评分较对照组高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明基于 ERAS 理念的全程化护理管理较常规围手术期护理更重视患者的术后疼痛问题,以及生理、精神等方面的需求,降低其不愉快程度。原因如下:疼痛是术后的常见问题,可引发并发症,延长患者住院天数,增加医疗费用<sup>[15-16]</sup>。为此,做好充足的手术准备(缩短术前禁食时间、补充葡萄糖等),以及重视患者的心理状况,及时采取针对性干预措施,减轻患者负面情绪,同时做好不同患者的宣传教育、手术体位训练、疼痛相关解释及术前预防性镇痛、术后早期进食、术后多模式镇痛等措施,一方面提升患者认知水平,维持稳定情绪,增强机体耐力,促进手术的顺利进行,另一方面减少患者术前饥饿感、术后不适,从而提高舒适度,还可减轻患者疼痛症状及不适感,进而增强治疗信心<sup>[17-18]</sup>。

本研究结果显示,观察组术后并发症发生率较对照组低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明基于 ERAS 理念的全程化护理管理更有利于保障患者手术安全。原因如下:术中颈过伸仰卧位可导致患者出现体位综合征,为此指导患者进行术前体位训练,并适当调整训练的强度及时间,指导患者头部尽量后仰,暴露颈部,进而减少出血、恶心呕吐等并发症;术前禁食禁水可引起患者机体代谢异常,甚至增加术后出现低血糖风险,为此缩短患者术前禁食水时间,以及补充一定量的糖水,可有效维持患者机体正常代谢,以及减轻饥饿感,提高手术耐受性;术中重视患者的保暖,可减少低体温的发生,降低凝血功能障碍、切口感染等并发症发生率<sup>[19]</sup>。术后按照少量多餐原则为患者提供温凉食物,以及鼓励患者进行床上运动,减少下肢静脉血栓形成的发生<sup>[20]</sup>。重视患者术后功能锻炼,利于改善患者颈部、声带肌肉,促进发音功能的重建。

综上所述,基于 ERAS 理念的全程化护理管理较常规围手术期护理的效果更理想,可减轻疼痛症状,改善舒适度,减少术后并发症,促进康复,值得临床应用。

### 参考文献

- [1] 马乐, 鄱春梅, 毋雪, 等. 基于 ERAS 理念护理用于股骨转子间骨折手术治疗患者对应激反应及术后恢复的影响[J]. 贵州医药, 2022, 46(5): 825-827.
- [2] 秦清丽, 李利梅. 激励式护理模式对甲状腺癌手术患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(7): 1030-1034.
- [3] 黄笑笑, 洪张翔, 魏伟瑾. 基于 ERAS 理念的全程综合优质护理对食管癌患者的心理状态及生活质量的影响[J]. 海南医学, 2022, 33(6): 813-816.
- [4] 林菁. 甲状腺癌手术患者行手术室个体化舒适护理干预的效果探讨[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(9): 36-38.
- [5] 朱红艳, 徐维防. 基于 ERAS 理念的麻醉苏醒期护理对老年髋部骨折全麻手术患者术后谵妄的影响[J]. 中华全科医学, 2022, 20(3): 519-522.
- [6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 甲状腺癌诊疗规范(2018 年版)[J]. 中华普通外科学文献(电子版), 2019, 13(1): 1-15.
- [7] 项丽娟. 甲状腺癌手术患者术中甲状旁腺损伤的相关危险因素及护理干预[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(4): 600-603.
- [8] 顾敏晖, 邹华. Miccoli 内镜辅助下甲状腺癌手术的护理配合方法及实施价值分析[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2022, 36(1): 212-213, 205.
- [9] 林迪, 孙宝梅. 阶梯式护理模式用于甲状腺癌手术患者的效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(22): 1-3.
- [10] 张晗, 张恒. 围术期快速康复外科结合激励式护理对甲状腺癌手术患者术后的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(20): 3761-3764.
- [11] 郭娟, 黄仁丽, 蔡云霞, 等. 基于 ERAS 理念的手术室护理对腹腔镜结肠直肠癌手术患者应激反应及术后康复的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(23): 4183-4184.
- [12] 张沛, 谢晓丰, 李蕊, 等. 快速康复理念在微小型甲状腺癌患者围手术期护理中的应用效果及对生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(1): 139-141.
- [13] 张徐萍, 崔佰红, 严云湘, 等. 加速康复理念结合体外冲击波治疗对关节镜下肩袖修补术围手术期的干预效果[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2021, 30(12): 159-160, 163.
- [14] 黄晶晶, 刘翔, 张兆宏, 等. 加速康复外科理念在经胸前路腔镜甲状腺外科领域中的临床应用[J]. 中国内镜杂志, 2021, 27(10): 7-11.
- [15] 王月利, 仪聪, 袁越. 循证护理干预对甲状腺手术患者疼痛及负面情绪的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(16): 39-41.
- [16] 李晨. 护理干预对甲状腺手术患者疼痛及不良情绪的影响[J]. 中国医药指南, 2018, 16(15): 271-272.
- [17] 焦杰. 甲状腺手术围术期心理和疼痛护理的效果分析[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(3): 191-192.
- [18] 鞠雪, 王晓爽, 任继宗, 等. 优质护理服务干预预防甲状腺术后并发症的效果分析[J]. 国际医药卫生导报, 2020(7): 1026-1028.
- [19] 余晓芳, 潘虹, 徐弯. 基于 JCI 核心理念的问题管理模式对甲状腺手术患者术后并发症及不良事件的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(18): 3357-3360.
- [20] 陈燕萍. 围手术期疼痛护理和睡眠干预对甲状腺手术患者的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(6): 1071-1072.