

参考文献

- [1] 涂广平, 孙吉春, 聂晚频, 等. 机器人辅助与腹腔镜胰十二指肠切除术治疗胰腺癌的效果与安全性比较[J]. 中国普通外科杂志, 2020, 29(3): 268-275.
- [2] 高攀, 蔡云强, 彭兵. 联合门静脉-肠系膜上静脉切除重建的腹腔镜胰十二指肠切除术关键技术环节[J]. 中国实用外科杂志, 2022, 42(5): 518-526.
- [3] 谭志健, 钟小生, 沈展涛, 等. 原位腹腔镜胰十二指肠切除术的临床应用经验[J]. 中华外科杂志, 2020, 58(10): 782-786.
- [4] 张蒙. 精细化护理干预在腹腔镜胰十二指肠切除患者围术期中的应用[J]. 临床医药实践, 2020, 29(3): 236-238.
- [5] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组, 中国医疗保健国际交流促进会胰腺病分会胰腺微创治疗学组, 中国研究型医院学会胰腺疾病专业委员会胰腺微创学组, 等. 腹腔镜胰十二指肠切除术手术专家共识(附:手术流程与主要步骤)[J]. 中华外科杂志, 2017, 55(5): 335-339.
- [6] 杨野梵, 赵莎, 龚予希, 等. 胰十二指肠切除术淋巴清扫与胰头癌临床病理特征及预后的关系[J]. 中华普通外科杂志, 2021, 36(11): 822-825.
- [7] 徐必武, 鲁超, 牟一平, 等. 腹腔镜手术治疗微创胰十二指肠切除术后胆肠吻合口狭窄7例报道[J]. 中华肝胆外科杂志, 2022, 28(1): 47-50.
- [8] 董杉杉, 谷玥. 1例疑似VHL综合征行腹腔镜全胰十二指肠切除脾切除肝部分切除术患者的护理[J]. 护理学报, 2020, 27(4): 61-62.
- [9] 谭晓开, 陈宏泽, 李乐, 等. 伴临床相关性胰瘘的胰十二指肠切除术后出血临床特征与诊治分析[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(2): 208-213, 217.
- [10] 梁雪怡, 周伟, 郭尧, 等. 胰十二指肠切除术联合腹腔热灌注化疗治疗胆胰部恶性肿瘤患者的安全性分析[J]. 中华普通外科杂志, 2022, 37(4): 289-291.
- [11] 刘学青, 李昂, 秦建章, 等. 腹腔镜胰十二指肠切除术治疗肾透明细胞癌胰腺转移9例[J]. 中华普通外科杂志, 2022, 37(2): 135-136.
- [12] 刘江, 施思, 梁晨, 等. 胰头癌根治性胰十二指肠切除术后肿瘤早期复发的影响因素分析[J]. 中华消化外科杂志, 2021, 20(4): 432-436.
- [13] 李慕行, 修典荣. 国际胰腺外科研究组(ISGPS)《胰十二指肠切除术后胰腺残端消化道吻合重建共识》解读[J]. 肝胆胰外科杂志, 2021, 33(10): 577-580.
- [14] 刘旭辉, 徐凤银, 冶秀兰, 等. 针对性并发症护理在胰十二指肠切除术围术期护理中的应用效果[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(1): 126-127.
- [15] 周荣, 康荣. 基于精细化理念的护理干预在结直肠癌病人围术期护理中的应用[J]. 全科护理, 2022, 20(1): 52-55.

分析个性化护理措施在甲状腺手术护理中的应用

李淑清

(内蒙古自治区乌兰察布市中心医院外科, 内蒙古 乌兰察布, 012000)

摘要:目的 研究甲状腺手术患者行个性化护理措施的效果。方法 选取内蒙古自治区乌兰察布市中心医院 2020 年 4 月—2021 年 12 月收治的 80 例甲状腺手术患者, 按照随机数表法分为传统组(常规护理, 40 例)、研讨组(个性化护理, 40 例), 比较分析两组生活质量、睡眠质量、心理情绪、疼痛程度、满意度及并发症发生率。结果 护理前, 两组生活质量、睡眠质量、心理情绪、疼痛程度比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 护理后与传统组比较, 研讨组健康问卷简表(SF-36)评分更高, 匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分更低, 焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、疼痛数字评分法(NRS)评分更低, 差异有统计学意义($P<0.05$); 研讨组满意度高于传统组, 并发症发生率低于传统组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 个性化护理措施可改善甲状腺手术患者的生活质量、睡眠质量, 减轻负性情绪、缓解疼痛, 提高满意度、减少并发症, 值得应用。

关键词: 个性化护理; 甲状腺手术; 生活质量; 睡眠质量; 满意度; 并发症

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-08-0107-04

甲状腺疾病在女性群体中更常见, 常见疾病类型有甲状腺滤泡状腺瘤、甲状腺乳头状瘤等, 患病后患者表现为心率加快、心悸、血压升高及急躁等临床症状, 若疾病持续进展, 则影响其日常生活^[1]。甲状腺手术是治疗甲状腺疾病的常见方法, 能够彻底切除病灶、减少并发症发生, 预后效果良好, 可控制疾病进展, 但因甲状腺是人体重要器官, 解剖位置特殊、对术中操作要求较高, 且围术期部分群体缺乏疾病理解, 易有焦虑、紧张及烦躁等负性情绪, 影响手术配合度, 故早期如

何提供对症护理成为临床所关注的热点。传统护理以口头宣讲、体征监测及常规指导等方式为主, 虽能减缓患者不适程度、控制疾病进展, 但护理单一、应用受限, 未获得患者青睐, 故个性化护理顺势出现, 其可弥补传统护理不足, 综合考虑个体差异、提供针对性护理办法, 将“以人为本”理念落到实处, 提供优质的综合护理服务, 故被广泛应用于临床。鉴于此, 本研究分析甲状腺手术患者行对症护理措施的价值, 汇总如下。

作者简介: 李淑清(1978—), 女, 汉族, 籍贯: 内蒙古自治区乌兰察布市, 本科, 副主任护师, 研究方向: 外科护理。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取内蒙古自治区乌兰察布市中心医院 2020 年 4 月—2021 年 12 月收治的 80 例甲状腺手术患者,按照随机数表法分为传统组和研讨组,各 40 例。研讨组中,男性 22 例,女性 18 例;年龄 18~69 岁,平均年龄(40.53±5.28)岁;病程 1~8 年,平均病程(4.02±1.15)年;疾病类型:甲状腺乳头状癌 13 例,结节性甲状腺囊肿性变 12 例,甲状腺滤泡状腺瘤 10 例,其他 5 例。传统组中,男性 23 例,女性 17 例;年龄 19~70 岁,平均年龄(40.69±5.37)岁;病程 1~9 年,平均病程(4.18±1.24)年;疾病类型:甲状腺乳头状癌 14 例,结节性甲状腺囊肿性变 11 例,甲状腺滤泡状腺瘤 11 例,其他 4 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者知情同意并签署知情同意书,本研究经内蒙古自治区乌兰察布市中心医院医学伦理委员会审批同意。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》^[2]中相关疾病诊断标准,经甲状腺功能检查、病理检查确诊;②择期开展甲状腺切除术;③心肺功能良好;④年龄 18~70 岁;⑤具备一定理解、书写及语言表达能力;⑥有完整性资料。

排除标准:①重要脏器功能异常;②正处于怀孕或者哺乳期;③有手术禁忌证;④伴有严重躯体疾病;⑤甲状腺功能亢进者;⑥既往有颈部手术史或者放射史;⑦伴传染性疾病、恶性肿瘤;⑧精神病史或患有精神病;⑨中途转院。

1.3 方法

所有患者均行甲状腺手术,围术期配合以下护理。

传统组进行常规护理,给予体征监测、口头宣讲、用药指导及常规指导等。

研讨组进行个性化护理措施,(1)术前护理:①心理疏导,入院后患者因住院环境陌生、担忧自身疾病及缺乏疾病理解等因素,易有焦虑、紧张及烦躁等负性情绪,不同程度影响手术进展,故入院后由护士热情的接待患者及家属,初步分析患者病情,给予鼓励、安慰及关怀等,根据其教育背景,通俗易懂的阐述病因、手术方式、注意事项及配合要点等,协助患者正确认识自身疾病,避免因手术有恐慌感,并利用心理学技巧,综合评估其心理情绪,鼓励患者合理宣泄内心想法、疾病看法等,稳定情绪、消除心中疑虑,必要时辅助眼神沟通、播放音乐及肢体接触等,协助患者转移注意力、提高主观配合度。②术前禁水禁食,术前 6 h 禁食、术前 2 h 禁水,术前 2 h 给予患者服用 200 mL 10% 葡萄糖注射液,避免患者因长期禁水禁食引起饥饿感。③术前皮肤清洁及体位训练,入院后指导患者开展体位训练,先指导其仰卧位,肩部采用 20 cm 厚的枕头垫高,稍微后仰头部、维持颈部呈过伸状态,尽量使下颌、气管及胸骨维持于同一水平线,使手术部位充分暴露,确保患者适应术中体位,一般在饭后 2 h 开始体位训练,15 min/次、2 次/d,根据患者身体承受程度决定保持

时间,严格遵守循序渐进原则,使患者耐受时间逐渐延长并最终与手术所需时间保持一致,并在训练结束后对患者颈部、肩部肌肉进行按摩,保持肌肉放松,提高体位舒适度;术前每日对患者颈部皮肤做好清洁,保证局部清洁卫生,避免手术引起切口感染,为术后切口护理顺利进行提供保障。(2)术中护理:将患者送入手术室后,维持手术室温度为 20~25℃,湿度 50%~60%,营造舒适的手术室环境,提高患者舒适度,术中密切观察患者血压、心率及脉搏等,术中将体温控制于 36℃,体温较低者,借助控温毯、保温床等方式恢复体温,并借助加温装置输液等方式,给予患者保温措施,麻醉期间注意将患者肩部垫高、取颈过伸仰卧位,充分暴露甲状腺,并准确传递器械、积极配合术者开展手术,保证手术进展顺利,在手术结束后,去除肩部垫枕、恢复仰卧位,尽量将颈过伸体位时间缩短,减轻患者不适感,控制患者补液量为 1 500 mL,并减少盐液体输入,达到改善循环血量的目的。(3)术后护理:①饮食护理,术后根据患者饮食爱好,合理制订饮食食谱,遵循尽早进食、逐渐增量及少量多次原则,术后 6 h 若未发生恶心呕吐,饮用适量温开水,术后 12 h 食用温凉、流质食物,告知患者及家属食用过热食物会引起伤口出血,定期观察患者吞咽情况,避免发生呛咳,术后 1~3 d 逐渐向正常普食过渡,叮嘱患者以清淡、易消化及少食多餐为主,嘱咐其多吃优质蛋白、维生素及膳食纤维,如鸡蛋、瘦肉及牛奶等,少吃辛辣、刺激及生冷食物,避免加重病情。②疼痛护理,术后评估患者疼痛程度,根据疼痛耐受情况、给予对症疼痛疏导。主诉轻度疼痛者,借助报刊、视频及音乐等形式,协助转移疼痛注意,减轻患者不适感;主诉重度疼痛者,遵医嘱提供适量镇痛药缓解,减轻应激反应,促进术后恢复顺利。③引流管护理,术后常规留置引流管,对引流管妥善固定,叮嘱翻身、下床活动时,避免发生引流管脱出、打折及牵拉等,并密切观察引流液的颜色、性质及量,有异常及时汇报处理。④并发症预防,协助患者取半卧位,密切观察其生命体征,及时处理出现的各种症状,给予吸氧、保证呼吸通畅,并遵守无菌操作原则,定期清洁消毒伤口,减缓颈部血肿及疼痛,若患者出现手足抽搐,则给予葡萄糖酸钙、营养神经药物等,并及时汇报临床医师处理,且为了预防患者发生吞咽困难、呛咳等,根据其饮食习惯,制订个体化饮食方案,主要以软食为主,少吃流质食物,并坐起进食,减轻患者吞咽疼痛。

1.4 观察指标

①生活质量:参考健康问卷简表(SF-36)^[3],有生理机能、生理职能、躯体疼痛及社会功能,各维度总分 100 分,评分越高则生活质量更好。②睡眠质量:参考匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[4],涉及睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍及入睡时间,各维度总分 21 分,评分越低则睡眠质量越好。③心理情绪、疼痛程度:评估心理情绪参考焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[5],各量表总分 100 分,其中 SAS 以 50 分为界线,SDS 以 53 分为界线,评分越低则焦虑程度、抑郁程度更轻;疼痛程度参考疼痛数字评分法(NRS)^[6],对患者疼痛部位、性

表 1 两组生活质量评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理机能		生理职能		躯体疼痛		社会功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研讨组	40	65.24 ± 3.18	85.69 ± 5.54 ^a	62.14 ± 3.26	88.54 ± 5.12 ^a	63.28 ± 3.16	89.62 ± 5.26 ^a	64.39 ± 3.26	90.52 ± 5.17 ^a
传统组	40	65.17 ± 3.05	80.12 ± 4.23 ^a	62.29 ± 3.38	82.15 ± 4.59 ^a	63.34 ± 3.25	83.12 ± 4.05 ^a	64.41 ± 3.38	84.12 ± 4.15 ^a
<i>t</i>		0.100	5.054	0.202	5.877	0.084	6.193	0.027	6.106
<i>P</i>		0.920	<0.001	0.840	<0.001	0.934	<0.001	0.979	<0.001

注: 与同组护理前比较, ^a*P*<0.05。

表 2 两组睡眠质量评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	睡眠时间		睡眠效率		睡眠障碍		入睡时间	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研讨组	40	15.19 ± 3.32	4.23 ± 1.21 ^a	13.54 ± 3.26	5.24 ± 1.15 ^a	14.35 ± 3.34	6.35 ± 1.36 ^a	15.29 ± 3.23	4.15 ± 1.18 ^a
传统组	40	15.34 ± 3.41	8.34 ± 2.36 ^a	13.45 ± 3.38	8.82 ± 2.43 ^a	14.32 ± 3.17	9.41 ± 2.28 ^a	15.17 ± 3.14	8.09 ± 2.21 ^a
<i>t</i>		0.199	9.801	0.121	8.422	0.041	7.290	0.168	9.946
<i>P</i>		0.843	<0.001	0.904	<0.001	0.967	<0.001	0.867	<0.001

注: 与同组护理前比较, ^a*P*<0.05。

表 3 两组心理情绪、疼痛程度评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分		NRS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研讨组	40	58.29 ± 4.12	35.21 ± 3.34 ^a	56.34 ± 4.21	32.19 ± 3.28 ^a	7.16 ± 1.15	2.18 ± 0.59 ^a
传统组	40	58.32 ± 4.09	45.39 ± 3.65 ^a	56.28 ± 4.19	46.28 ± 3.59 ^a	7.14 ± 1.26	3.85 ± 0.64 ^a
<i>t</i>		0.033	13.013	0.064	18.326	0.074	12.134
<i>P</i>		0.974	<0.001	0.949	<0.001	0.941	<0.001

注: 与同组护理前比较, ^a*P*<0.05。

质等情况进行评估, 评分 0 ~ 10 分, 0 分为无痛, 10 分为剧痛, 轻度疼痛 1 ~ 3 分, 中度疼痛 4 ~ 6 分, 重度疼痛 7 ~ 9 分, 评分越低则疼痛程度更轻。④满意度: 内蒙古自治区乌兰察布市中心医院自制满意调查问卷, 满分 100 分, 满意 ≥ 85 分, 良好 60 ~ 84 分, 差 < 60 分, 满意度 = (满意 + 良好) 例数 / 总例数 × 100%。⑤统计两组发生颈部血肿、饮水呛咳及手足抽搐的例数, 并发症发生率 = (颈部血肿 + 饮水呛咳 + 手足抽搐) 例数 / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

Excel 表格中整理数据, SPSS 22.0 软件分析数据, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 进行 *t* 检验; 计数资料用 [*n*(%)] 表示, 进行 χ^2 检验。若 *P*<0.05 则表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量比较

护理前, 两组生活质量评分比较, 差异无统计学意义 (*P*>0.05); 护理后, 两组 SF-36 各维度评分高于护理前 (*P*<0.05), 且护理后研讨组 SF-36 各维度评分高于传统组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 1。

2.2 两组睡眠质量比较

护理前, 两组 PSQI 评分比较, 差异无统计学意义 (*P*>0.05); 护理后, 两组 PSQI 评分低于护理前 (*P*<0.05), 且护理后研讨组 PSQI 评分低于传统组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 2。

2.3 两组心理情绪、疼痛程度比较

护理前, 两组心理情绪、疼痛程度比较, 差异无统计学意义 (*P*>0.05); 护理后, 两组 SAS 评分、SDS 评分及 NRS 评分低于护理前 (*P*<0.05), 且护理后研讨组 SAS 评分、SDS 评分及 NRS 评分低于传统组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 3。

2.4 两组满意度比较

研讨组满意度高于传统组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 4。

表 4 两组满意度比较

[*n*(%)]

组别	例数	满意	良好	差	满意度
研讨组	40	24(60.00)	15(37.50)	1(2.50)	39(97.50)
传统组	40	20(50.00)	12(30.00)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2					6.135
<i>P</i>					0.013

2.5 两组并发症发生率比较

研讨组并发症发生率低于传统组, 差异有统计学意义 (*P*<0.05)。见表 5。

表 5 两组并发症发生率比较

[*n*(%)]

组别	例数	颈部血肿	饮水呛咳	手足抽搐	并发症率
研讨组	40	1(2.50)	2(5.00)	0(0.00)	3(7.50)
传统组	40	3(7.50)	5(12.50)	2(5.00)	10(25.00)
χ^2					4.501
<i>P</i>					0.034

3 讨论

甲状腺手术患者行传统护理可稳定体征、综合评价病情,遵医嘱给予常规指导、达到改善预后作用,虽有一定效果,但疗效有限,不利于疾病恢复,影响病情转归、临床应用受限,故切实提供对症护理尤为重要^[8]。

林迪等^[9]研究显示,个性化护理措施用于甲状腺手术患者中具有可靠性,分析发现:术前根据个体差异性,将健康宣教、心理疏导措施落到实处,可协助患者正确认识疾病、提高认知程度,术前保持禁水禁食可稳定病情,遵守无菌操作可局部清洁干燥,加强体位训练可提高耐受手术的时间,将手术室温湿度调节适中,提高患者舒适度、避免发生低体温,术后加强膳食指导可满足机体营养所需,增强体质,提高患者抵抗力、免疫力等,加强疼痛护理可减缓患者不适,减轻手术应激性、控制疾病进展,改善预后效果。苏小利等^[10]的研究表明,个性化护理措施为新型的护理模式,其可弥补传统护理缺陷,如:传统护理仅重视患者的疾病恢复进展、生理状态等,忽视心理层面、日常生活层面的护理对策,护理单一、缺乏护理深度及广度,而个性化护理措施的出现可充分发挥自身优势,显著提高护理质量,有利于达到预期护理效果。

本研究结果显示,①护理后研讨组生活质量 SF-36 评分高于传统组 ($P < 0.05$),分析:此病患者表现为血压升高、心悸及心率加快等症状,带来身体不适,不同程度影响患者生活质量,传统护理的重点仅在病情评估、体征监测方面,忽视临床症状对疾病治疗带来的影响,护理单一、影响日常生活恢复,个性化护理中,术前体位训练、皮肤清洁等,术后提供饮食护理、疼痛护理可提高患者舒适度,为疾病恢复奠定坚实的基础,控制疾病进展,促进患者尽早回到社会、恢复日常生活,达到改善预后目的^[11]。②护理后研讨组 PSQI 评分低于传统组 ($P < 0.05$),分析:甲状腺疾病患者因担忧手术效果、缺乏疾病理解,易出现恐慌、烦躁等不良情绪,影响睡眠质量,导致其精神状态较差,影响手术开展,给予患者传统护理并未重视心理层面对治疗进展带来的不利影响,导致其仍在情绪激动的前提下治疗,影响治疗配合度,导致睡眠障碍。提供个性化护理措施中,疼痛护理、引流管护理可减轻机体疼痛刺激,改善患者机体身心状态,可起到助睡眠作用,减轻睡眠障碍程度,保证身心状态良好,促进手术顺利开展,对控制病情有积极意义。③护理后研讨组 SAS 评分、SDS 评分及 NRS 评分低于传统组 ($P < 0.05$),分析:入院后患者因环境陌生、缺乏疾病理解及担忧疾病等因素,易有焦虑、抑郁及烦躁等负性情绪,影响其心理状态、加重身心痛苦,传统护理并未

重视疼痛刺激、心理刺激对疾病治疗造成的影响,仅仅体现在病情评估、口头宣讲等常规层面,缺乏深度及广度,影响后续治疗进展;提供个性化护理措施中,术前健康宣教、心理疏导措施可减轻患者心理应激性、减轻心理负担,协助其正确认识疾病、提高治疗依从性,减轻自身痛苦、为手术效果的有效性提供可靠保障。④研讨组并发症率低于传统组 ($P < 0.05$),分析:手术应激性较强,易有并发症出现,影响术后恢复,传统护理忽视并发症后疾病康复的影响,增加手术风险;提供个性化护理措施中,加强并发症预防措施可保证手术安全性、减少并发症发生,促进疾病早期康复。⑤研讨组满意率高于传统组 ($P < 0.05$),与申丽等^[12]研究结果相符,提示个性化护理可在护患间建立信任,改善护患关系,达到预期手术效果,具有实践价值。

综上所述,甲状腺手术患者行个性化护理措施可改善生活质量、睡眠质量,保证其心理状态良好、减轻疼痛程度,拉近护患距离、提高护理满意度,降低并发症发生风险,效果显著。

参考文献

- [1] 薛雨霏. 个性化优质护理在甲状腺手术患者围手术期的应用效果分析[J]. 黑龙江中医药,2021,50(4):409-410.
- [2] 高明. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J]. 中国肿瘤临床,2012,39(17):1249-1272.
- [3] 卢影,孙艳秋. 基于德尔菲法构建的甲状腺结节手术患者用药护理策略效果研究[J]. 中国药物滥用防治杂志,2022,28(3):393-399.
- [4] 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.
- [5] 赵静,权月,牛维维. 探讨循证护理干预对甲状腺手术患者术后疼痛、负性情绪及并发症的影响[J]. 首都食品与医药,2022,29(4):107-108.
- [6] 高静,董月洁,梁火群,等. 围手术期快速康复护理对甲状腺手术患者的影响[J]. 中国医药科学,2022,12(2):105-108.
- [7] 杨啸. 综合护理干预在甲状腺癌患者围手术期中的应用效果观察[J]. 中国卫生标准管理,2022,13(4):156-160.
- [8] 秦发伟,刘美凤,陈洪元. 经口腔前庭入路腔镜甲状腺手术患者护理方案的构建[J]. 中华护理杂志,2021,56(6):873-879.
- [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] 苏小利,樊林娜,杨钧羽. 手术室舒适护理在甲状腺癌手术患者中的应用[J]. 中国肿瘤临床与康复,2021,28(5):619-622.
- [11] 方针针,张秋菊. 临床路径护理对甲状腺手术患者护理满意度及甲状腺手术认知的影响分析[J]. 贵州医药,2021,45(9):1509-1510.
- [12] 申丽,李东辉,刘世浩. 手术前行心理干预护理对甲状腺癌手术效果的影响研究[J]. 中华养生保健,2021,39(6):92-93.