摘(电子版),2016,16(30):276.

[5] 左雪飞. 2 型糖尿病合并左冠状动脉主干狭窄患者介入治疗的循证护理[J]. 中国全科医学, 2015, 18(8): 941-945.

[6] 相丽英. 循证护理在冠心病合并 2 型糖尿病患者介入治疗围术期的应用及评价分析[J]. 白求恩医学杂志, 2015, 13(6): 689-690.

[7] 向世兰, 石爱军, 石虹. 循证护理对冠心病介入治疗术后并发症及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(10): 3-5.

[8] 杨洁. 循证护理在冠心病合并 2 型糖尿病患者介入治疗

围术期的应用效果评价[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(8): 4-7.

[9] 徐雪蓉. 循证护理对老年冠心病患者介入术后生存质量的影响[J]. 基层医学论坛, 2014, 32(21): 2767-2768.

[10] 曹葵兰, 梁静, 陶宝明. 全程护理模式对冠心病合并糖尿病介入治疗患者生活质量及心血管不良事件的影响[J]. 中国社会医学杂志, 2012, 29(1): 63-65.

(收稿日期: 2017-01-15 修回日期: 2017-03-25)

• 临床探讨 •

护理干预在腔镜辅助下颈部小切口甲状腺切除术中的效果评价

庄 丛

(海南省海口市人民医院儿科 570208)

摘要:目的 探讨护理干预在腔镜辅助下颈部小切口甲状腺切除术中的效果评价。方法 选取 68 例接受腔镜辅助下颈部小切口甲状腺切除术患者作为研究对象, 按照入院日期分为观察组 32 例和对照组 36 例。对照组给予常规护理模式, 观察组在常规护理的基础上给予全面护理干预, 比较两组患者负性情绪、手术应激反应及术后康复情况。结果 麻醉前对照组患者收缩压(SBP)、心率均高于观察组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 术后 2 h 对照组 SBP 仍高于观察组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后 1 d 观察组焦虑自评量表、抑郁自评量表评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后 6 h 疼痛视觉模拟评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 全面护理干预可缓解甲状腺切除术患者心理及生理应激反应, 减轻术后疼痛, 有利于患者术后康复。

关键词: 护理干预; 甲状腺切除术; 负性情绪; 术后康复

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.046 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)16-2452-03

甲状腺疾病是常见的内分泌疾病之一, 其发病率较高, 对人们的健康及生活构成严重威胁。甲状腺手术尤其是内镜甲状腺手术是目前治疗甲状腺疾病常见而有效的外科治疗方法^[1]。但手术创伤、疼痛的刺激、术后愈合情况均使患者始终处于紧张、不安的心理状态, 对术后恢复起到负面作用。随着传统“以疾病为中心”的生物医学模式向“以患者为中心”的服务理念转变, 人们对护理质量的要求越来越高, 全面的护理干预包含人文关怀和心理干预, 它更适合于现代护理理念, 对提高手术疗效具有积极影响^[2]。本研究对 32 例行腔镜辅助下颈

部小切口甲状腺切除术患者采取全面护理干预, 取得明显效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1—10 月本院收治的 68 例腔镜辅助下颈部小切口甲状腺切除术患者作为研究对象。将 2014 年 1—5 月入院治疗的 36 例患者作为对照组, 将 2014 年 6—10 月入院治疗的 32 例患者作为观察组, 两组患者基本资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者基本资料比较

组别	n	男/女 (n/n)	平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	疾病类型(n)				文化程度(n)			婚姻状况(n)		
				甲状腺腺瘤	甲状腺功能亢进	结节性甲状腺肿	甲状腺癌	初中及以下	高中及大专	本科及以上	已婚	未婚	丧偶/离异
观察组	32	21/11	69.54 ± 4.37	15	8	5	4	17	8	7	19	1	12
对照组	36	23/13	70.12 ± 5.21	15	9	6	6	17	10	9	20	0	16
χ^2/t		-0.675	-0.984			-0.805			-0.833			-0.819	
P		>0.05	>0.05			>0.05			>0.05			>0.05	

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 择期行腔镜辅助下颈部小切口甲状腺切除术者; 交流无障碍, 自愿合作填写调查表者; 对本研究知情同意者。

1.2.2 排除标准 心脑血管疾病、重要脏器功能损害的患者; 精神病史或意识障碍者, 以及听力功能障碍者; 无法完成本研究者。

1.3 方法 对照组在术前由专职护士根据收集到的患者信息对其进行“面对面”口头形式健康教育及心理指导, 而术后每天

的护理工作根据医嘱随机完成^[3]。观察组在常规护理基础上给予全面护理干预: (1) 选取 10 名自愿参加本研究的护士, 与患者进行沟通技巧、认知理论、共情理论及人文关怀理论等培训。培训结束后由研究者对护士进行理论知识考核与模拟病例考核, 合格者参与本研究。(2) 建立良好的护患关系。采用多种有效的沟通方式, 使患者产生对护理的信赖感, 建立与患者密切的沟通关系, 给患者以情感的支持。采用认知-行为压力管理法, 协助患者正确认识手术及术后康复的过程^[4]。(3) 树立患者治疗的信心。告知患者医疗技术在不断完善, 未

来前景不断转好,并适当举一些成功且典型的病例鼓励患者,实施心理干预,包括心理支持法、积极引导暗示法等。(4)放松训练。根据患者的性格特点及喜好选择适宜的音乐,在音乐干预下指导患者运用思维冥想或肌肉放松法来释放自己,舒缓情绪,从而减轻焦虑、恐惧等情绪^[5]。(5)术后放松。术后回病房给予患者选放合适的背景音乐,指导患者放松,并第一时间告诉患者手术的结果,使患者安心。(6)抚触。术后患者长时间处于强制性的颈部过伸位,故易出现颈背肌肉酸痛,术后回病房后有针对性地对肩胛肌及颈后肌进行按摩,力度轻缓,防止牵拉伤口,以改善颈部肌肉的酸胀感^[6]。(7)改变生活认知。甲状腺切除患者会怀疑自己免疫功能下降,对其适应正常的生活和工作产生一定不良影响,为了提高患者的生活质量,本科室成立了甲状腺切除病友会,给甲状腺切除患者提供相互交流养病和康复经验的平台,从而培养积极乐观的生活态度。

1.4 效果评价 (1)应激反应。比较两组患者不同时间点的心率(HR)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)及血糖(BG)水平变化。(2)心理状况。采用焦虑自评量表(SAS)评分^[7];该量表由 20 个条目组成,按 Liket 4 级评分制。1 分表示从来都无或少有,2 分表示部分时间有,3 分表示相当多的时间有,4 分表

示绝大部分或全部时间都有。标准分越高,焦虑程度越严重。抑郁自评量表(SDS)评分^[6];该量表由 20 个条目组成,采用 Liket 4 级评分制。1 分表示从来都无或偶尔有,2 分表示有时有,3 分表示经常有,4 分表示全部时间都有。标准分越高,抑郁程度越严重。(3)疼痛评价。采用视觉模拟(VAS)评分评价疼痛程度,用 0~10 分表示疼痛程度,0 分为无痛,10 分为剧痛。同时观察两组患者术后并发症发生情况。

1.5 统计学处理 所有数据均以统计学软件 SPSS17.0 进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组资料的组间比较行独立设计的 *t* 检验,计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者不同时间点各应激指标比较 见表 2。入院时两组患者各项指标差异无统计学意义($P > 0.05$);麻醉前对照组 SBP 及 HR 高于观察组,差异有统计学意义($t = -2.809, -2.794, P < 0.05$);肿物剥离时观察组 SBP、DBP 及 HR 均低于对照组,差异有统计学意义($t = 3.057, 3.124, 3.502, P < 0.05$);术后 2 h 对照组 SBP 仍高于观察组,差异有统计学意义($t = -2.983, P < 0.05$);术后 6 h 两组各项指标恢复至入院时水平。

表 2 两组患者不同时间点各应激指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SBP(mm Hg)				
		入院时	麻醉前	肿物剥离时	术后 2 h	术后 6 h
观察组	32	114.3±9.2	122.5±9.7	129.3±9.2	116.6±11.3	114.5±10.8
对照组	36	114.7±9.9	125.7±10.7	140.3±8.2	123.6±11.8	117.7±11.9
组别	n	DBP(mm Hg)				
		入院时	麻醉前	肿物剥离时	术后 2 h	术后 6 h
观察组	32	73.7±7.5	76.4±8.1	79.5±9.2	73.7±9.6	74.8±9.4
对照组	36	74.2±7.9	77.1±7.9	86.7±8.0	75.4±9.0	74.7±9.5
组别	n	HR(次/分)				
		入院时	麻醉前	肿物剥离时	术后 2 h	术后 6 h
观察组	32	70.2±6.1	75.3±7.6	84.7±8.2	75.6±8.2	73.1±7.5
对照组	36	69.5±7.4	78.6±6.5	90.9±7.1	76.6±7.9	74.7±8.0

2.2 两组患者心理状况比较 见表 3。干预前两组患者 SAS、SDS 评分差异无统计学意义($t = 0.357, 0.674, P > 0.05$);干预后观察组患者 SAS、SDS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($t = 4.463, 4.295, P < 0.05$)。

表 3 两组患者心理状况比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	n	时间	SAS	SDS
观察组	32	干预前	47.31±7.25	50.22±8.55
		干预后	35.11±3.97	36.73±4.16
对照组	36	干预前	46.73±7.15	49.32±8.30
		干预后	44.26±6.73	42.24±7.58

2.3 两组患者手术后 VAS 疼痛评分比较 见表 4。术后 6 h 及 24 h 观察组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 4 两组患者手术后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	n	术后 6 h	术后 24 h
观察组	32	1.89±1.33	1.11±0.86
对照组	36	3.94±1.07	2.40±0.95
<i>t</i>		3.715	3.295
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨 论

近年来,受环境、饮食、工作压力等多种致病因素的影响,甲状腺相关疾病的发生率不断增加,对于甲状腺相关疾病无论是否为肿瘤或是否为恶性,临床治疗原则多为早诊断、早切除,但由于手术具有一定的创伤,无论大小、难易都会使患者产生一定的应激反应。手术心理应激是指患者在手术前、后对手术的恐惧、焦虑和忧伤等所引起的心理应激反应。在甲状腺切除手术中,麻醉、手术创伤等刺激均可引起患者不同程度的心理应激反应,主要表现为焦虑、紧张、抑郁等。据资料统计,择期手术患者术前焦虑发生率为 11%~80%,直接影响手术效果及患者术后康复,而术后焦虑也会对患者伤口愈合及术后康复产生负面影响。除此之外,由于甲状腺疾病患者自身激素代谢紊乱,以及手术体位、麻醉方式、创口疼痛的刺激,患者可出现明显的生理应激反应,造成机体神经、循环、内分泌等系统的变化,导致应激综合征,可引发血压升高、心率加快,使机体原本稳定的内平衡受到破坏,从而增加手术风险和影响患者术后康复。

近年来,随着医学模式的转变,大量研究证实改变传统护理方式能够促进甲状腺疾病患者术后康复,减缓患者的不良反应。姜和霞等^[8]通过对甲状腺手术患者进行综合性护理,结果显示,患者的焦虑情绪减轻,疼痛缓解,舒适度明显提升。梁慧

霞等^[9]探讨治疗性抚触结合心理护理对甲状腺切除患者应激反应的影响,结果显示,实施治疗性抚触结合心理护理可改善甲状腺切除术患者心理及生理应激反应,减轻术后疼痛,有利于患者术后康复。由此可见,有效的护理是确保甲状腺肿瘤切除术后康复的基础。

全面的护理干预是在护理的全过程中,由护士通过各种方法和途径积极地影响患者的身心状况,以达到其自身的最佳状态,包括人文护理、心理护理、音乐干预、情志干预等。全面的护理干预主要围绕患者的生物、生理、心理、社会等方面给予全方位的干预,有针对性地为患者提供心理支持,帮助患者克服困难,使患者能够积极主动地配合治疗,提高手术治疗效果^[10]。本研究结果显示,采用全面的护理干预后,观察组患者麻醉前 SBP 及 HR 比对照组降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),术中仅在切皮及肿物剥离时出现 SBP 及 HR 增高,但均低于对照组水平,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 2 h 对照组 SBP 仍高于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$),由此表明全面护理干预可达到平稳患者 HR、血压的效果。术后 2 h 及 6 h 后,两组患者的手术应激反应逐渐消失。观察组患者 SAS、SDS 评分均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),由此表明全面护理干预可有效改善患者的焦虑、抑郁水平,与以往研究结果一致^[11]。表 4 结果显示,术后 6 h 及 24 h 观察组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,全面护理干预可有效改善患者的负性情绪,使患者积极应对手术,降低手术生理应激反应,减轻患者疼痛,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 曾志军,欧迪鹏,杨连粤.全甲状腺切除术手术指征、要点及并发症防治[J].中国实用外科杂志,2010,30(10):867-868.

• 临床探讨 •

双重固定方法在经皮经肝胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸中的应用效果

王 芳

(湖北省潜江市江汉油田总医院 ICU 433124)

摘要:目的 探讨双重固定方法在经皮经肝胆道引流术(PTCD)治疗恶性梗阻性黄疸中的应用效果。方法 选取 2014 年 1 月至 2015 年 12 月该院收治的 58 例恶性梗阻性黄疸患者,根据入院时间不同分成两组,对照组 29 例,在治疗中采用传统固定方法,研究组 29 例,在治疗中采用两件式造口袋与引流管固定器相结合的双重固定 PTCD,并对两组患者的管道固定、引流效果及满意情况进行分析。**结果** 研究组患者 PTCD 管部分脱出、PTCD 管打折/受压、造口袋漏液、造口处周围刺激性皮炎发生率均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);研究组在院治疗期间满意度评分高于对照组,全部评 5 分者所占比例也高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** PTCD 治疗恶性梗阻性黄疸效果显著,可有效避免并发症发生,提高患者满意度,可在恶性梗阻性黄疸 PTCD 治疗中推广和应用。

关键词:恶性梗阻性黄疸; 经皮经肝胆道引流术; 双重固定方法

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2454-03

恶性梗阻性黄疸(OJ)是由于恶性肿瘤直接侵入/压迫肝外胆道致胆道梗阻而引发的皮肤黏膜黄染^[1]。经皮经肝胆道引流术(PTCD)是治疗 OJ 有效的方法,能够快速改善患者临床症状,提高生活质量。PTCD 治疗中避免导管渗漏、压迫,有效保证 PTCD 管的固定是治疗成功的关键,但传统固定方法多易导致 PTCD 管周围渗漏,反复浸湿敷料,大大影响治疗效果^[2]。本研究采用双重固定方法,即采用造口袋联合引流管固定器的方法对 2014 年 1 月至 2015 年 12 月收治的 58 例 OJ 患

[2] Kim SJ, Myong JP, Jee HG, et al. Combined effect of Hashimoto's thyroiditis and BRAF(V600E)mutation status on aggressiveness in papillary thyroid cancer [J]. Head Neck, 2014, 12(10): 238-239.

[3] 王秀梅. 护理干预对甲状腺切除手术患者的影响[J]. 中华全科医学, 2010, 8(2): 249-250.

[4] 周萍. 心理护理在甲状腺围手术期的临床应用价值[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(8): 1783-1784.

[5] 陆世翠, 杨丽, 黄秀菊, 等. 经腋窝入路单孔腹腔镜甲状腺肿瘤切除手术护理[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(z2): 93.

[6] 吴墅, 傅银敏, 黄香茗, 等. 甲状腺肿瘤患者术前焦虑的护理干预研究[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(11): 34-35.

[7] 姜和霞, 张艳, 刘丽, 等. 综合性护理干预在甲状腺手术患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(12): 1439-1440.

[8] 姜和霞, 张艳, 刘丽, 等. 综合性护理干预在甲状腺手术患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(12): 1439-1440.

[9] 梁慧霞, 林程程, 江曼. 治疗性抚触结合心理护理对甲状腺切除患者应激反应的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(16): 1924-1926.

[10] 孙艳, 徐元杰, 黄宁, 等. 临床路径管理在结节性甲状腺肿治疗中的效果评价[J]. 军医进修学院学报, 2012, 33(9): 983-985.

[11] 金文兰. 微小型甲状腺癌围手术期护理[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(25): 3024-3025.

(收稿日期:2017-01-18 修回日期:2017-03-26)

者进行治疗,取得满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2015 年 12 月本院收治的 58 例 OJ 患者,以 2014 年收治的 29 例患者作为对照组,男 19 例,女 10 例;平均年龄(50.03 ± 4.89)岁;平均体质量(66.10 ± 12.36)kg;小学文化程度 8 例,初中及高中 14 例,大专及以上 7 例;农村医保 13 例,城市医保 16 例。以 2015 年收治的 29 例患者作为研究组,男 17 例,女 12 例;平均年龄