

甲状腺癌患者全程护理干预单中心分析(附 942 例报告)

何红艳,李 瑞,庞飞雄,王丽静,杨发秀,张嘉越

(中国人民解放军第 303 医院普通外科,广西 南宁 530021)

【摘要】 目的 根据我院 20 年甲状腺癌手术构成比变迁情况,总结相应的全程护理干预措施调整。方法 回顾 20 年我院甲状腺手术后病理报告 942 例,按 1991-1995 年、1996-2000 年、2001-2010 年分为三个阶段,分析甲状腺癌全程护理干预措施临床效果。结果 3 个阶段中,围手术期并发症的发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),近 10 年以来甲状腺癌围手术期并发症发生率最高。结论 随着甲状腺疾病谱的变迁,调整护理对策,强化全程的碘营养监测及心理干预,个体化的护理指导,提高对高危甲状腺癌患者术后的护理管理水平,以及规范化的出院指导和随访是提高甲状腺癌综合疗效的重要保证。

【关键词】 甲状腺疾病;甲状腺癌;并发症;护理干预

【中图分类号】 R473.73 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2014)03-0460-03

Whole course nursing intervention for thyroid carcinoma: a report of 942 cases. HE Hong-yan, LI Rui, PANG Fei-xiong, WANG Li-jing, YANG Fa-xiu, ZHANG Jia-yue. Department of General Surgery, the 303rd Hospital of Chinese PLA, Nanning 530021, Guangxi, CHINA

【Abstract】 Objective To explore the adjustment of nursing intervention on thyroid carcinoma according to the change of thyroid surgery spectrum in Guangxi between 1991 and 2010. **Methods** The pathological reports of thyroid surgery of 942 cases in three periods (1991-1995, 1996-2000 and 2001-2010) were reviewed retrospectively. The clinical nursing results were analyzed. **Results** The incidents of complication during perioperative period were 16.8%, 8.5% and 4.0%, respectively. The clinical result was the best in the latest 10 years ($P < 0.05$). **Conclusion** According to the change of spectrum of thyroid surgery, it is necessary to adjust the methods of nursing intervention. The whole course model of nursing intervention is the key point to improve clinical quality.

【Key words】 Thyroid diseases; Thyroid carcinoma; Spectrum of disease; Nursing intervention

甲状腺癌是内分泌系统最常见的恶性肿瘤,也是近年来发病率增加最快的恶性肿瘤,平均发病率约为 0.9/10 万(男性)和 2.4/10 万(女性)^[1]。通过前期研究,发现近 20 年来我院甲状腺手术病例中甲状腺疾病谱发生了明显的变化,甲状腺癌在我科甲状腺病例构成比由 6.74% 上升至 10.30%,构成比呈逐渐上升趋势,其中结节性甲状腺肿合并甲状腺癌、慢性淋巴细胞性甲状腺炎合并甲状腺癌的构成比增高尤为明显^[2]。根据该特点,我们对甲状腺癌的全程护理干预措施进行了一系列调整,现将护理体会报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 查阅我院普外科 1991 年 1 月至 2010 年 3 月经病理诊断甲状腺癌病例共 942 例,病例分布于广西各地。研究对象纳入标准:均是经过病理诊断明确病例。所有患者均行手术治疗,术后进行全程护理干预,均恢复出院。本组 942 例患者均分别进

行随访,失访 23 例,无因该病死亡病例。复发和转移 92 例,再次手术治疗 61 例,无永久性喉返神经、甲状旁腺损伤发生。

1.2 方法 鉴于 1996 年 USI (全民普遍食盐加碘)、2000 年下调碘盐碘含量,以碘环境改变为参考,将病例按 1991-1995 年、1996-2000 年、2001-2010 年分为三个阶段进行分析。

1.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,多个率的比较采用 Pearson χ^2 检验,多个率的两两比较采用(Scheffe 法), $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

三个阶段中,年龄结构、性别比例、教育程度差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。三个阶段中,围手术期并发症的发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),第 1 阶段与第 2 阶段、第 2 阶段与第 3 阶段的比较差异

基金项目:广西自然科学基金(编号:桂科自 0728254、2013GXNSFAA019243);广西卫生厅自筹经费课题(编号:E2011014)

通讯作者:何红艳。E-mail:402812646@qq.com

无统计学意义($P>0.05$),第3阶段与第1阶段的比较差异有统计学意义($P<0.05$),显示近10年以来甲状腺癌围手术期并发症发生率最高,见表2、表3。

表1 患者一般资料表(例)

类别	1991-1995年	1996-2000年	2001-2010年	χ^2 值	P值
性别				0.105	0.949
男	31	62	189		
女	70	151	439		
年龄(岁)				5.094	0.278
9~18	4	7	10		
19~59	76	166	514		
60~82	21	40	104		
教育程度				4.284	0.369
中学以下	17	29	75		
中学及中专	59	132	421		
大专以上	25	52	132		

表2 三个阶段甲状腺癌围手术期并发症情况比较(例)

时间(年)	切口 血肿	低钙 血症	喉返神 经损伤	心律 失常	切口 感染	乳糜瘘 困难	呼吸 障碍	甲状腺 危象	合计 [例(%)]
1991-1995	3	4	3	2	1	1	2	1	17(16.8)
1996-2000	2	6	4	3	1	0	2	0	18(8.5)
2001-2010	3	8	5	5	2	0	3	0	26(4.1)
χ^2 值									22.67
P值									0.000

表3 三个阶段甲状腺癌围手术期并发症两两比较(Scheffe法)

时间	Pi	Pj	Pi-Pj	95%CI	P值
第1,2阶段	0.153	0.085	0.069	-0.027~0.164	>0.05
第1,3阶段	0.153	0.040	0.113	0.028~0.199	≤0.05
第2,3阶段	0.085	0.040	0.045	-0.006~0.095	>0.05

3 讨论

过去我们对于甲状腺癌的临床护理重点是强调术后患者的护理干预,对患者的碘营养状况缺乏监测,对出院后的指导缺乏重视,甲状腺癌术后的远期疗效无跟踪随访。前期研究显示我院样本中甲状腺癌构成比呈增高趋势,即为临床甲状腺疾病尤其是甲状腺癌护理策略调整提供了依据。因此,护理干预措施需要适应新的变化,作出针对性调整。为适应疾病谱的变化,我们认为,全程的碘营养监测及心理干预,个体化的护理指导,提高对高危甲状腺癌患者术后的护理管理水平,以及规范化的出院指导和随访是提高甲状腺癌综合疗效的保证。

3.1 碘营养监测 在以往关于甲状腺疾病尤其是甲状腺癌的护理中,对碘营养监测提及较少。我们认为:随着甲状腺癌构成比的不断增加,甲状腺癌与碘营养关系的不断深入研究,碘营养的监测对于该类疾病的护理尤为重要。目前国内、外流行病学调查资料

显示,在冰岛、夏威夷以及中国,碘过量很可能是导致分化性甲状腺癌流行的外部因素之一^[3]。长期缺碘和地区性甲状腺肿流行病区的患者患滤泡性甲状腺癌的风险较高,长期碘摄入过多人群则可能有患乳头状癌的风险^[4]。护理人员应根据不同病种、不同碘营养状况指导患者合理补碘,着重监测甲状腺体积和尿碘这两个生物学指标来评估患者的碘营养状况。对于高危患者如桥本氏病、慢性淋巴细胞性甲状腺炎等要嘱该类患者定期复查,避免碘摄入过多。告知所有就诊患者均应了解自身的碘营养状况,根据个人的碘营养状况指导个体化补碘,避免碘缺乏及碘过剩的发生。

3.2 围手术期护理

3.2.1 术前宣教 根据甲状腺癌构成比的变化,我们将术前健康宣教的侧重点进行了调整。由于甲状腺癌构成比呈增高趋势,且因结节性甲状腺肿入院手术最后确诊为甲状腺癌的患者逐年增加,目前临床发现甲状腺结节中有5%~10%为甲状腺癌^[5],要求在术中明确诊断,一次手术的要求越来越高,有条件的医院均采取术中冰冻切片检查力求术中确诊,从而避免二次手术,但由此亦造成患者心理适应期短,心理反应反差大的状况。本组大多数患者在围手术期特别是确诊后均表现出较为强烈的焦虑、抑郁情绪,甚至有部分患者拒绝接受诊断及拒绝手术。尤其以35岁以下和36~55岁两个年龄段突出,与文献报道相似^[6]。原因在于这两个年龄段的患者正处于年富力强的学习和事业阶段,对术后的前途等现实问题担忧会成为他们心理上的负担,严重影响情绪状态,而在以往的术前健康宣教内容中往往只重视强调术中及术后的配合、体位训练等。针对以上心理特点我们术前重点告知患者术中需行冰冻检查的目的是为避免二次手术,若病理提示为甲状腺癌需行甲状腺癌根治术、淋巴结清扫术。这不是手术失败,而是安全性以及手术彻底性的需要。因术中需等待病理时间较长,难以保持头颈过伸位姿势,所以术前要循序渐进地进行体位训练。帮助患者正确定位自己的健康状态,应告知患者甲状腺癌和其他器官的恶性肿瘤相比,预后相对良好,不会影响今后的学习和工作,使患者增加信心。

3.2.2 临床路径 我们对临床路径的内容作出了相应调整,即在原有临床诊疗和护理程序的基础上,着重规范各种必备的检查和护理措施,强调根据优质护理服务的要求由专人进行个体化的健康宣教。优质护理服务的开展保证了护理的专业性,使患者得到整体、连续而安全的护理^[7]。具体实施方法是在患者住院期间,为每名患者制作一个个体化的护理

工作计划表,明确护士职责,对何时该做哪些护理、何时给予各类健康宣教、特殊健康宣教内容等目标进行详细的描述、说明和记录,尤其重视每名患者的个体化差异和需求,确保护理工作有序进行,提高患者的配合程度。并向患者及其家属说明临床护理路径的目的、经过及整个治疗过程,护患双方共同参与,共同合作。临床路径的调整和实施除了使健康教育及护理工作制度化、具体化外,还增强了患者参与治疗及康复的主动性,从而提高患者的满意度^[8]。

3.2.3 并发症预见性处理 随着甲状腺癌构成比的增高,临床实施颈淋巴结清扫术的例数亦逐年增多。伴随手术范围的扩大,手术时间的延长,严重并发症的发生率明显提高。针对以上特点,护理措施应作出相应的调整:首先我们强调的是术后并发症的预见性处理,而不是并发症的处理。护理人员需要对严重并发症有较高的护理预见性,即重视并发症的预防,重视术前评估。王光琳等^[9]也提出了类似的观点。护理人员除了在术后着重监测患者的生命体征,避免甲亢危象的发生外,特别需要指出的是要结合患者的生理特点和并发症的特点,结合术前评估加以干预:如对术前评估心肺功能异常的患者在术后要严格进行输液管理;术前血糖波动异常的患者术后要重点监测血糖的变化,避免高血糖或低血糖的发生,在患者进食后及时恢复降糖药物治疗;术前评估有慢性肺部疾病的患者,术后护理重点在于加强呼吸道管理,加强抗感染,避免发生肺不张和肺部感染。

3.2.4 呼吸道管理 甲状腺癌手术后护理的重点和难点是呼吸道管理。随着构成比的增高,呼吸道管理的难度也相应增加。其中,呼吸困难和窒息是术后最危急的并发症,常因为喉头水肿和出血压迫引起。在以往的常规护理中,护理人员往往只重视因术中操作不当引起的出血(如术中止血不完善、结扎不牢固、结扎线脱落、电灼烧焦痂脱落等),而忽略了因术后护理不当引起的出血因素。为避免其发生,我们认为术后呼吸道管理还应注意避免患者剧烈咳嗽;避免因长时间卧床不适频繁扭动颈部;保持引流管的通畅;避免患者过早进食、说话牵拉手术野;避免引流管过早拔除等。特别需要强调的是对该类并发症的及早发现和及时采取相关的急救措施,该类患者床头常规备气管切开包,发现因引流不畅出现血肿导致的呼吸困难及时行床旁切开引流。对术前评估合并肺部疾病的患者要尤为注意呼吸道管理。笔者所在科室 1 例合并支气管哮喘的老年患者术后出现呼吸困难,由于主诉困难,结合病史考虑急性哮喘发作,予抗过敏治疗效果欠佳,经综合分析考虑为继发出血压迫气

管,即刻行气管切开术,拆除缝线,打开切口,清理血肿并止血,症状体征消失的后一周封管后愈合。

3.3 出院指导及随访 甲状腺癌患者后续个体化治疗项目多,时间长,所有患者均需终身治疗,需要长期的随访和分类指导。我们在以往的护理中表现为重治疗,轻随访。患者术后病情追踪随访、激素替代和抑制治疗在降低肿瘤复发、早期发现复发或转移,以及改善患者生存质量等方面均有重要作用^[10]。我们的做法是:根据患者肿瘤病理类型及病变持续存在或复发危险性的大小将术后患者分为高危、中危、低危三个层次进行随访。强调个体化用药,并根据患者年龄、体重、心脏状态和甲状腺功能的监测来制定和调整术后用药。通过出院卫生宣教及日常随访,提高患者的随访意识,使部分依从性差的患者能够严格根据医嘱进行治疗,以提高疗效。

总之,在甲状腺癌围手术期护理上,既要兼顾常规护理,也要结合构成比增高及并发症的特点,制定相应的护理策略。同时,对于并发症人群的护理,对护士的综合素质提出了更高要求。为适应新的疾病谱的变化,护理人员的素质提高显得尤为重要,我们强调一专多能,以点带面,从而提高整个护理团队的业务水平。

参考文献

- [1] Sherman SI. Thyroid carcinoma [J]. *Lancet*, 2003, 361: 501-511.
- [2] 何红艳,何雪芳,张嘉越. 广西地区 10000 例甲状腺手术患者疾病谱变迁及护理干预研究[J]. *护理学报*, 2012, 19(11B): 1-3.
- [3] Knobel M, Medeiros NG. Relevance of iodine intake as a reputed predisposing factor for thyroid cancer [J]. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 2007, 51(5): 701-712.
- [4] Mack WJ, Preston MS, Bernstein L, et al. Reproductive and hormonal risk factors for thyroid cancer in Los Angeles County FEMALES [J]. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1999, 8(11): 991-997.
- [5] American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, et al. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce. Revised management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer [J]. *Thyroid*, 2009, 19: 1167-1214.
- [6] 韩静,刘均娥,孟洁,等. 癌症患者心理困扰程度及相关原因分析 [J]. *中华护理杂志*, 2008, 43(6): 516-518.
- [7] 山曦,刘晓辉,单岩. 临床优质护理服务开展情况的调查分析 [J]. *护理管理杂志*, 2012, 12(1): 40-41.
- [8] 秦玉霞,安颖,蔡国梅. 临床护理路径在维持性血液透析患者护理中的应用与效果 [J]. *护理管理杂志*, 2012, 12(1): 54-55.
- [9] 王光琳,凌云霞,刘涛,等. 1 例¹³¹I 治疗分化型甲状腺癌并发甲状腺功能亢进危象患者的护理 [J]. *护理学报*, 2010, 17(4B): 68-69.
- [10] 关海霞,单忠艳. 甲状腺癌术后追踪和药物治疗 [J]. *中国实用内科杂志*, 2010, 30(1): 35-37.

(收稿日期:2013-08-21)