

# 综合护理干预对甲状腺癌术后患者康复效果及生活质量的影响

王首佳

襄阳市襄州区人民医院 湖北 襄阳 441100

**【摘要】**：目的：探讨综合护理干预对甲状腺癌术后患者康复效果、生活质量等的影响。方法：从2024年8月-2025年8月期间在本院开展甲状腺癌手术治疗的患者中选取64例作为研究对象，随机数字表法分成2组，各32例。对照组在围术期开展常规护理，观察组围术期开展综合护理干预。比较两组术后康复情况、术后并发症、心理状态、生活质量评分。结果：观察组下床活动时间、住院时间、促甲状腺激素（TSH）达标时间均短于对照组（ $p < 0.05$ ）。观察组手术并发症发生率低于对照组（ $p < 0.05$ ）。护理前两组焦虑自评评分（SAS）、抑郁自评评分（SDS）比较结果（ $p > 0.05$ ）；护理后观察组SAS、SDS评分均更低（ $p < 0.05$ ）。护理前两组EORTC癌症患者生活质量量表（EORTC QLQ-C30）比较结果（ $p > 0.05$ ）；护理后观察组EORTC QLQ-C30评分更高（ $p < 0.05$ ）。结论：开展综合护理干预，能够促进患者术后康复，并降低术后并发症风险，发挥调整心理状态、提升生活质量的价值。

**【关键词】**：甲状腺癌；综合护理；术后康复；心理状态；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.075

甲状腺癌是最常见的内分泌系统恶性肿瘤，近30年以来呈现高速增长的趋势<sup>[1]</sup>。相较于其他恶性肿瘤，甲状腺癌有明显的性别发病差异，女性的发病率显著高于男性；并且由于甲状腺癌的发病高峰在30~50岁，因此对中青年女性健康构成严重威胁<sup>[2]</sup>。手术是甲状腺癌治疗的有效方式，多数分型患者在及时接受手术治疗的情况下，其预后较为理想。但手术为有创治疗方式，手术切除肿瘤的同时也会对健康组织产生危害，并可能诱发影响手术质量、术后康复的并发症<sup>[3]</sup>。因此，为了改善甲状腺癌患者的预后，需要在围术期为患者提供有效护理支持。但传统护理观念下仅重视疾病本身的护理，忽视患者的实际护理需求，因此难以达到十分满意的护理效果。综合护理是现代医学一项重要的护理理念，旨在为患者提供涵盖疾病本身、心理、出院康复的综合护理措施<sup>[4]</sup>。相较于常规护理，能够满足患者更多的合理护理需求。现选取2024年8月-2025年8月期间的64例拟行甲状腺癌手术治疗患者，对综合护理的应用进行分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究选取2024年8月-2025年8月期间在本院接受甲状腺癌手术治疗的64例患者，以随机数字表法分成2组，各有32例。

对照组：男6例、女26例；25~62岁，平均（45.51±7.22）岁；分型：浸润型25例，其他7例；分期：1期18例、2期14例。

观察组：男8例、女24例；24~63岁，平均（45.19±7.29）岁；分型：浸润型24例，其他8例；分期：1期20例、2期12例。

上述一般资料组间对比（ $p > 0.05$ ），且患者签署知情书。

纳入标准：（1）满足甲状腺癌的诊断，拟行手术方案治疗；（2）无手术禁忌；（3）治疗期间配合治疗。

排除标准：（1）严重免疫性疾病患者；（2）年龄≥70岁；（3）其他重大疾病。

### 1.2 方法

患者按照肿瘤基本情况实施个性化的手术治疗方案，行甲状腺癌全切术、甲状腺腺叶切除术、峡部切除术等治疗。

#### 1.2.1 对照组

围术期开展常规护理，在手术前开展健康教育，帮助患者了解自身疾病、手术治疗方案，从而提升患者的依从性；同时在术前协助完成各项检查，手术前1d禁食、禁水。手术后开展病情监测，积极预防颈部并发症，指导患者进行术后康复。

#### 1.2.2 观察组

围术期开展综合护理干预模式，具体实施如下：

（1）术前护理。①体位摆放，术前对患者进行手术体位适应性训练，循序渐进指导患者练习颈部拉伸，掌握头低颈过伸拉，保障手术的顺利。②健康教育，围绕提升患者的治疗信心开展健康教育。首先告知患者甲状腺癌是一种发病率较高的肿瘤，但同时也使患者了解到甲状腺癌及时诊治的情况下预后理想，减轻患者的心理压力。③心理干预，在术前与患者进行开放性访谈，在掌握患者心理状态的情况下开展心理干预。应用心理疏导、成功病例、正念冥想等方式帮助患者疏导负性情绪，同时鼓励患者家属给予患者更多支持。对于存在错误认知的患者，及时纠正患者的错误认知，避免错误认知持续影响患者的心理健康。

（2）术后护理。①病情监测，在患者回到病房后，协助患者取半卧位休息，避免颈部过度后仰。同时持续对患者呼吸状态、血压、心率等实施监测，并监测切口渗血、红肿等。②

并发症预防及处置,针对术后呼吸困难、吞咽困难、喉头水肿、低钙血症等常见并发症实施预防。同时在患者发生并发症后,第一时间进行处置并报告,避免并发症造成更为严重的危害。

③疼痛护理,术后对患者的疼痛状况进行动态评估。如患者表示当前疼痛过于剧烈,在明确疼痛产生原因的情况下采用合适的镇痛方式以减轻患者的疼痛,具体方法包括转移注意力、服用口服镇痛药等。④饮食护理,未发生喉返神经损伤、吞咽困难的情况下,循序渐进的恢复正常饮食。进食时提醒患者减慢速度,避免进食过快引起的呛咳、误吸。⑤用药指导,术后指导患者按剂量服用左甲状腺素片等药物,并告知用药的原因、必要性,保障患者有良好的用药依从性。⑥术后康复,出院前提醒患者做好颈部的保护与功能锻炼,积极预防颈部僵硬、瘢痕增生等。

### 1.3 观察指标

(1)评价患者的术后康复,通过下床活动时间、住院时间、促甲状腺刺激激素(TSH)达标时间评估。

(2)手术并发症,统计记录手术后呼吸困难、吞咽困难、喉头水肿、低钙血症的发生情况。

(3)心理状态,采用焦虑自评评分(SAS)、抑郁自评评分(SDS)对心理状态实施评估,分值越高,提示心理状态越差,总分均为80分。

(4)生活质量,采用EORTC癌症患者生活质量量表(EORTC QLQ-C30)评价,以100分的标准分评价,得分越高提示生活质量越理想。

### 1.4 统计学方法

spss28.0对资料进行分析处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )来表示,t检验,计数资料以(%)表示,卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组术后康复情况观察对比

观察组下床活动时间、住院时间、TSH达标时间均短于对照组( $p < 0.05$ ),见表1。

表1 两组术后康复情况观察对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	观察组	对照组	t	P
例数(n)	32	32		
下床活动时间(d)	2.65 ± 0.56	3.61 ± 0.58	6.736	0.000
住院时间(d)	5.10 ± 1.29	6.86 ± 1.40	5.230	0.000
TSH达标时间(w)	5.12 ± 1.25	6.95 ± 1.18	6.022	0.000

### 2.2 两组手术并发症对比

观察组手术并发症发生率低于对照组( $p < 0.05$ ),见表2。

表2 两组手术并发症对比[n(%)]

组别	观察组	对照组	$\chi^2$	P
例数(n)	32	32		
呼吸困难	0(0.00)	3(9.38)		
吞咽困难	1(3.12)	2(6.25)		
喉头水肿	1(3.12)	3(9.38)		
低钙血症	0(0.00)	2(6.25)		
发生率	2(6.25)	10(31.25)	6.564	0.010

### 2.3 两组心理状态观察对比

护理前两组SAS、SDS比较结果( $p > 0.05$ );护理后观察组SAS、SDS评分均更低( $p < 0.05$ ),见表3。

表3 两组心理状态观察对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	观察组	对照组	t	p	
例数	32	32			
SAS	护理前	46.66 ± 4.28	45.71 ± 4.36	0.880	0.383
	护理后	24.29 ± 3.19	35.69 ± 3.64	13.324	0.000
SDS	护理前	47.71 ± 4.45	46.92 ± 4.67	0.693	0.491
	护理后	27.66 ± 3.22	37.65 ± 3.44	11.994	0.000

### 2.4 两组生活质量观察对比

护理前两组EORTC QLQ-C30比较结果( $p > 0.05$ );护理后观察组EORTC QLQ-C30评分更高( $p < 0.05$ ),见表4。

表4 两组生活质量观察对比(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	观察组	对照组	t	p	
例数	32	32			
EORTC QLQ-C30	护理前	51.29 ± 5.62	52.03 ± 5.70	0.523	0.603
	护理后	83.65 ± 2.74	74.60 ± 3.60	11.316	0.000

## 3 讨论

甲状腺癌为常见的头颈肿瘤,属于少见的预后较好的恶性肿瘤。手术是甲状腺癌的理想方式,但手术也会破坏甲状腺组织功能,并且术后发生呼吸困难等并发症的风险较高,因此临床十分重视甲状腺癌的围术期护理。但既往临床在甲状腺癌的护理中仅重视甲状腺的护理,忽视了心理、疼痛、饮食等其他要素对术后康复的影响,进而导致患者难以取得十分满意的护理效果<sup>[5]</sup>。鉴于此,本次研究尝试在甲状腺癌围术期开展综合护理。

综合护理干预的特点是为患者提供多种护理措施,满足患者尽可能多的护理需求,从而实现更高的护理质量<sup>[6]</sup>。其基本原理在于,影响疾病康复的因素较多,更为丰富的护理措施可以兼顾更多影响疾病康复的要素,从而实现护理质量的提升<sup>[7]</sup>。而对于甲状腺癌患者而言,手术质量、手术并发症、心理健康、疼痛、饮食等多种因素均会影响到术后康复,因此实施综合护理较为恰当<sup>[8]</sup>。实施结果则显示,观察组患者的下床活动时间、住院时间、TSH 达标时间均短于对照组 ( $p<0.05$ ),表明综合护理起到了促进患者术后康复的作用。分析原因在于,综合护理为患者提供更为全面的护理支持,能够更好地满足甲状腺术后康复的需求,因而最终患者下床活动时间等明显提前<sup>[9]</sup>。

观察组手术并发症发生率低于对照组 ( $p<0.05$ ),显示应用综合护理干预还具有降低手术并发症风险的作用。甲状腺癌术后呼吸困难等并发症的发生与多种因素相关,而更为积极的护理支持可降低并发症发生风险。而综合护理干预可为患者提供多种降低并发症风险的护理支持,因而最终并发症率下降。

不仅如此,综合护理干预还起到了调节患者心理状态的作用。结果显示护理后观察组 SAS、SDS 评分均更低 ( $p<0.05$ ),表明综合护理干预可以减轻患者的焦虑、抑郁情绪。相关研究表明,焦虑、抑郁情绪的产生十分复杂,与术后并发症、术后疼痛、术后护理支持等多种因素相关,而采用综合护理干预可以降低并发症风险,减轻疼痛,并且也采用直接的心理干预措施,因而患者的焦虑、抑郁情绪减轻<sup>[10]</sup>。最终,观察组患者应用综合护理干预还取得了满意的生活质量,在护理后 EORTC QLQ-C30 评分更高。

综上所述,综合护理干预在围术期护理中取得满意效果,不仅能够促进术后康复,也能降低手术并发症风险。对于患者而言,开展综合护理干预可以起到调节心理状态,提升生活质量的价值。研究不足在于未能对患者进行远期随访,故后续还将延长随访时间,并评价综合护理干预对患者远期结局的影响。

## 参考文献:

- [1] 周旭建,阙华丽,刘晨俐.基于 Checklist 清单的多方位全程护理模式在甲状腺癌手术患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2025,31(21):2916-2920.
- [2] 潘娜,祖盼盼,张晓燕.个性化激励式护理模式对甲状腺癌根治术患者负性情绪的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(15):2777-2781.
- [3] 李艳玉,耿立荣,闫艳芳.中医护理技法联合护理随访在甲状腺癌手术患者中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2025,34(3):401-405.
- [4] 赵萌迪,邱健芸,崔妮,等.基于人文关怀理念的多学科协同个性化集束化护理模式在老年甲状腺癌切除术患者中的应用研究[J].老年医学与保健,2025,31(4):1071-1074.
- [5] 朱如璜,柳琼.精细化护理干预对甲状腺癌患者术后康复及情绪影响[J].中国基层医药,2025,32(4):627-630.
- [6] 陈丽明,杜丹丹,黄坤寨,等.以家属成员支持为基础的延伸护理服务对甲状腺癌术后患者健康信念及自护能力的影响[J].国际护理学杂志,2024,43(24):4427-4431.
- [7] 浦丽敏,刘婷婷,吴丹晨,等.131I 治疗的甲状腺癌患者治疗体验与需求质性研究的 Meta 整合[J].中华现代护理杂志,2026,32(2):246-251.
- [8] 陈丹,杨自更,乔铮,等.分化型甲状腺癌患者 131I 治疗前尿碘水平及影响因素分析[J].护理学杂志,2025,40(19):31-35.
- [9] 唐晓霞,易小林,毛惠娜,等.基于福格行为模型的甲状腺癌手术病人重返工作多维干预方案的构建[J].护理研究,2025,39(11):1794-1800.
- [10] 张洁,田甜,刘艳琳,等.甲状腺癌病人支持性照顾需求的研究进展[J].护理研究,2025,39(6):1027-1032.