

加速康复外科护理联合督导管理在甲状腺癌根治术后患者的应用效果

邹 棋

赣州市肿瘤医院 江西 赣州 341000

【摘要】：目的：分析加速康复外科护理联合督导管理对甲状腺癌根治术后患者的护理效果及对患者恢复质量的影响。方法：在2023年6月至2024年6月这一时间段内，我院共收治了78例甲状腺癌患者，本研究以这些患者作为研究对象。研究过程中，依据随机数字表法，将患者随机划分为对照组与观察组，各39例。对照组患者接受常规护理模式，而观察组患者则采用加速康复外科护理与督导管理相结合的护理方式。后续，对两组患者的术后恢复指标、术后并发症的发生状况、术后疼痛程度的变化情况、护理质量评分以及护理满意度展开对比分析。结果：观察组术后引流管留置、住院、颈部恢复活动时间均短于对照组，术后并发症发生率更低，护理总满意度更高，术后1-3d疼痛评分更低，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组护理质量评分（ 47.22 ± 3.15 ）分，高于对照组（ 40.65 ± 5.79 ），差异有统计学意义（ $t=6.225, P<0.001$ ）。结论：循证加速康复外科护理联合督导管理对甲状腺癌根治术后患者护理效果佳，能预防并发症、减轻疼痛，提升护理质量与满意度。

【关键词】：甲状腺癌根治术；加速康复外科护理；督导管理；疼痛

DOI:10.12417/2811-051X.25.10.052

甲状腺癌是内分泌系统常见恶性肿瘤，发病率近年全球上升，威胁生命健康。甲状腺癌根治术是主要治疗手段，能控制病情、提高生存率，但手术有创，会引发应激反应及术后并发症，增加患者痛苦、延长住院时间、影响恢复与生活^[1]。加速康复外科理念基于循证医学，通过优化围术期措施，减少应激与并发症，加速康复、缩短住院、降低费用。督导管理可监督、指导、评估护理工作，及时改进问题，保障加速康复外科护理措施落实^[2]。本研究旨在探讨加速康复外科护理联合督导管理在甲状腺癌根治术后患者的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究以2023年6月至2024年6月期间在我院接受治疗的78例甲状腺癌患者为样本，通过随机数字表法将其均分为对照组与观察组，各39例患者。对照组中，男性患者19例，女性患者20例，年龄区间为35至68岁，平均年龄（ 51.52 ± 7.33 ）岁；在TNM分期方面，I期患者13例，II期患者9例，III期患者5例。观察组则包含男性患者18例，女性患者21例，年龄区间为38至65岁，平均年龄（ 51.60 ± 7.21 ）岁；其TNM分期情况为：I期患者14例，II期患者8例，III期患者5例。经统计分析，两组患者的基线资料差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 干预方法

对照组甲状腺癌根治术后患者接受常规护理，具体包括：术后24小时内每小时监测心率、血压及血氧饱和度，之后每4小时监测一次；每日换药观察切口情况，记录引流液性状及量；按需给予镇痛药物，疼痛控制以患者主诉为准；术后6小时恢

复流质饮食，48小时后逐步过渡至半流质，鼓励早期床上活动；预防性使用抗生素至术后24小时，并予以用药指导、饮食指导等。

观察组则实施基于循证的加速康复外科护理联合督导管理：（1）加速康复外科护理：术前通过多媒体宣教消除患者焦虑，术前1周启动高蛋白饮食干预，术后6小时予温凉流质饮食，避免传统禁食导致的代谢紊乱；术后，患者被安全送回病房。为防止因麻醉药物残留或体位变动导致的呕吐物误吸，医护人员指导患者去枕平卧6小时，并将头部偏向一侧，确保呼吸道畅通无阻。6小时后，根据患者的恢复情况，医护人员会协助其调整为半卧位，这一体位有助于改善呼吸功能，促进肺分泌物排出，同时也有利于引流液的顺畅排出，减少感染风险。在术后监护方面，医护人员会密切关注患者的生命体征变化，包括心率、血压、呼吸频率等，以及切口部位的渗血情况。同时，还会仔细观察引流液的颜色、性质和量，这些指标都是评估患者术后恢复状况的重要依据。一旦发现任何异常情况，医护人员会立即报告医生，并采取相应的处理措施。为促进患者早日康复，医护人员还鼓励患者尽早进行下床活动。术后6-8小时，患者可在床上进行一些简单的肢体活动，如翻身、屈伸四肢等，这些活动有助于促进血液循环，预防肌肉萎缩和关节僵硬。术后第一天，医护人员会协助患者下床站立、行走，并逐步增加活动量。早期下床活动不仅能够促进胃肠蠕动恢复，缓解腹胀、便秘等不适症状，还能有效预防下肢深静脉血栓形成，降低术后并发症的发生率。在饮食方面，术后清醒且无恶心呕吐症状后，可少量多次饮用温开水，术后6小时可进食温凉、清淡、易消化的流质食物，逐渐过渡到半流质、软食，保证营养摄入，促进切口愈合。同时，注重患者的疼痛管理，

采用多模式镇痛方法，如术后常规使用镇痛泵，结合口服或肌注镇痛药物，以及物理镇痛措施，如局部冷敷等，减轻患者疼痛，提高舒适度，促进早期康复。（2）督导管理：建立三级督导体系，责任护士每日核查护理措施执行情况，护士长每周2次床旁督查并针对执行偏差提供指导，多学科团队每月召开联席会议动态优化流程，同时采用ERAS符合度评分表量化评估关键指标（如术前宣教覆盖率、术后24小时下床率），并建立非计划再入院预警机制。该方案整合20余项国际指南及高质量RCT证据，通过结构化路径与动态督导结合实现精准康复。

1.3 观察指标

对比分析两组患者的术后恢复相关指标，具体涵盖术后引流管的留置时长、颈部恢复自主活动所需时间以及住院总时长；同时，观察并记录术后并发症的发生状况，包括颈部僵硬、声音嘶哑及四肢麻木等情况；此外，还需追踪术后患者疼痛程度的动态变化；并对护理质量进行量化评分，以及收集患者对于护理服务的满意度反馈。采用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale, VAS）量化评估患者术后疼痛程度。使用标准化10cm线性标尺，标尺左端点标记“0分”（代表“无痛”），右端点标记“10分”（代表“难以忍受的剧痛”）。护理质量评分标准：采用本院制定的《ERAS护理质量评价量表》评估护理质量，该量表涵盖围术期护理五大核心维度。术前宣教达标率、术后24小时下床率、多模式镇痛规范率、并发症预防落实率。每项指标按0-10分赋值，总分50分，评分越高表明护理质量越好。护理满意度评价标准：该量表包含护理技术、沟通态度、健康教育维度、疼痛管理、康复支持、整体体验6个维度10个条目。每个条目满分10分，总分100分。根据总分将满意度划分为三级：≥90分为非常满意，80-＜90分为满意，＜80分为一般。最终满意度计算为“非常满意”与“满意”人数占总人数的百分比。

1.4 统计学方法

采用SPSS软件进行数据分析，计量资料（年龄、术后恢复指标、VAS评分、护理质量评分）以均数±标准差表示，采用t检验；计数资料（TNM分期、性别、并发症、护理总满意度）以率表示，采用 χ^2 检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后恢复指标

观察组术后引流管留置时间、颈部恢复活动时间、住院时间均短于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表1。

表1 两组术后恢复指标比较（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	对照组	观察组	t值	P值
例数	39	39		

术后引流管留置时间	3.24±1.12	2.18±0.85	4.708	<0.001
颈部恢复活动时间	4.84±1.55	3.05±1.02	6.058	<0.001
住院时间	6.55±1.82	4.24±1.21	6.601	<0.001

2.2 术后并发症发生情况

观察组术后并发症发生率（5.26%）低于对照组（23.08%），差异有统计学意义（P<0.05），见表2。

表2 两组术后并发症比较[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P值
例数	39	39		
颈部僵硬	3（7.89）	1（2.63）		
声音嘶哑	2（5.26）	0		
四肢麻木	4（10.26）	1（2.63）		
总发生率	9（23.08）	2（5.26）	5.186	0.023

2.3 术后VAS评分

观察组术后1d、2d、3d疼痛评分低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表3。

表3 两组术后VAS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	对照组	观察组	t值	P值
例数	39	39		
术后1d	4.52±1.25	3.05±0.82	6.141	<0.001
术后2d	3.85±1.05	2.53±0.74	6.417	<0.001
术后3d	3.24±0.92	2.05±0.63	6.665	<0.001

2.4 护理质量评分

观察组护理质量评分（47.22±3.15）分，高于对照组（40.65±5.79）（t=6.225, P<0.001）。

2.5 护理满意度

观察组护理总满意度（97.44%）高于对照组（79.49%），差异有统计学意义（ $\chi^2=4.522, P=0.033$ ）表4。

表4 两组护理满意度比较[n（%）]

组别	对照组	观察组	χ^2 值	P值
例数	39	39		
非常满意	15(38.46)	24(61.54)		
满意	16(41.03)	14(35.90)		
一般	8(20.51)	1(2.56)		

总满意度	31(79.49)	38(97.44)	4.522	0.033
------	-----------	-----------	-------	-------

3 讨论

甲状腺癌是内分泌系统常见恶性肿瘤，发病率全球上升，且发病年龄渐趋年轻化。甲状腺癌根治术是主要治疗手段，但手术复杂，易损伤颈部重要结构，术后并发症多，影响患者生活质量与康复^[3-4]。传统甲状腺癌根治术后护理模式存在局限，影响康复效果。加速康复外科护理是基于循证医学的围手术期护理模式，在甲状腺癌根治术中应用可减少并发症、缩短住院时间、降低费用、提高生活质量^[6-7]。但实施需医护人员高专业素养与团队协作，且患者需积极配合，实际应用中效果参差不齐^[8-9]。督导管理通过定期检查、评估和指导确保工作按标准流程进行，引入护理工作可提高护理质量与安全性。对甲状腺癌根治术后患者实施 ERAS 护理，督导管理能确保措施落实，提高医护人员执行力与患者依从性^[10-11]。

本研究结果显示，在各项关键指标上，观察组均展现出优于对照组的表现。具体而言，观察组患者术后引流管的留置时间、住院时长以及颈部恢复活动所需时间，均明显短于对照组。同时，观察组术后并发症的发生率也低于对照组。在疼痛评估方面，观察组术后第1天、第2天及第3天的疼痛评分均低于

对照组。此外，经过护理干预后，观察组患者的生活质量评分高于对照组。这些数据充分说明，该护理模式通过优化术前准备工作、手术操作流程以及术后管理措施，有效减轻了手术对患者造成的应激反应，降低了并发症的发生风险，进而加速了患者的术后康复进程。同时，护理后观察组护理质量评分、护理总满意度高于对照组，说明该护理模式能够提高护理质量和患者满意度。

甲状腺癌根治术后患者可能出现颈部僵硬、声音嘶哑、四肢麻木等并发症。基于循证的加速康复外科护理联合督导管理通过术前健康教育、心理疏导，术中精细化手术操作、团队协作，术后疼痛管理、营养支持等措施，能够有效预防并发症的发生。例如，术前向患者详细解释手术流程、预期结果及术后康复计划，减轻焦虑情绪；术中采用微创技术，减少手术创伤和应激反应；术后采用多模式镇痛策略，减轻术后疼痛^[12]。

综上所述，将加速康复外科护理与督导管理相结合应用于甲状腺癌根治术后的患者护理中，能够收获较为理想的护理成效。该护理模式不仅有助于有效预防术后并发症的发生，还能显著减轻患者的术后疼痛程度，进而提升整体护理质量以及患者对护理服务的满意度。

参考文献:

- [1] 陈鸿燕,练美云.加速康复外科理念在高血压伴甲状腺肿瘤患者围术期中的应用效果[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(5):534-535.
- [2] 刘丽华.以加速康复外科理念构建的疼痛管理模式在甲状腺肿瘤手术患者中的应用[J].基层医学论坛,2024,28(26):83-87.
- [3] 慕小红,张恒,贺书霞,等.基于循证的加速康复外科护理联合督导管理对甲状腺癌根治术后患者的影响研究[J].临床研究,2024,32(6):188-191.
- [4] 梁优,林满萍,李思虹,等.中西医结合加速康复外科在甲状腺外科围手术期的应用进展[J].陕西中医药大学学报,2024,47(1):150-154.
- [5] 王娅茹,惠萍,唐朝亮,等.ERAS 框架下甲状腺癌全麻术后复苏期的舒适护理模式效果评估[J].安徽医学,2025,24(1):64-66.
- [6] 慕小红,张恒,贺书霞,等.基于循证的加速康复外科护理联合督导管理对甲状腺癌根治术后患者的影响研究[J].临床研究,2024,32(06):188-191.
- [7] 梁晓燕,张琪,屈坤鹏.加速康复外科在腔镜甲状腺癌根治术围术期的护理应用效果[J].腹腔镜外科杂志,2023,28(08):632-634.
- [8] 杨盼盼,张瑞,罗静,等.优质护理管理模式下的循证式督导法对慢性肾衰竭血液透析患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(03):63-66.
- [9] 黎仕明.全程督导管理对耐药肺结核患者治疗转归的影响[J].中国医药指南,2023,21(33):114-116.
- [10] 张颖,谢红梅,郭小冬.家属共决策护理配合加速康复外科在普外科患者围术期管理中的应用分析[J].基层医学论坛,2023,27(36):79-81.
- [11] 吴灿灿,谢文丽,郭扬,等.加速康复理念下的激励式护理对甲状腺癌手术患者的应用分析[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(5):151-154.
- [12] 梁晓燕,张琪,屈坤鹏.加速康复外科在腔镜甲状腺癌根治术围术期的护理应用效果[J].腹腔镜外科杂志,2023,28(8):632-634.