

# 甲状腺乳腺联合手术围术期的综合护理模式构建

朱明玉 沈彬洁<sup>通讯作者</sup>

上海市金山区亭林医院，上海市，200000；

**摘要：**甲状腺与乳腺疾病因内分泌相关性及其共病率上升，联合手术需求逐渐增多，其围术期护理面临创伤叠加、并发症风险高、多器官功能协同管理复杂等难点。当前护理模式存在流程碎片化、多学科协作不足、患者心理支持与康复指导缺失等问题，亟需构建系统性综合护理方案。本研究基于围术期全程化管理与循证护理理论，提出以多学科协作为核心、分阶段动态干预的综合护理模式，涵盖术前风险评估与心理疏导、术中体位优化与团队协作、术后并发症预警及延续性康复管理，研究为甲状腺乳腺联合手术护理提供了规范化路径，对推动多学科护理协作及患者个性化需求满足具有实践指导意义。

**关键词：**甲状腺乳腺联合手术；围术期护理；综合护理模式；多学科协作；并发症预防

**DOI：**10.69979/3029-2808.25.08.032

## 引言

甲状腺与乳腺疾病因内分泌调节机制关联紧密，临床共病率逐年上升，促使甲状腺乳腺联合手术的应用逐渐增多。该术虽能一次性处理多部位病变、减少分次创伤，但涉及颈胸部多解剖区域，围术期护理面临创伤叠加效应显著、低钙血症、淋巴水肿等并发症风险高，以及多学科协作不足、患者心理支持与康复指导缺失等挑战。构建覆盖术前风险评估、术中精准配合、术后并发症防控及延续性管理的综合护理模式，不仅能通过整合外科、内分泌科、心理科等多学科资源，系统性应对联合手术的复杂护理需求，提升手术安全性与患者术后生活质量，还可为多器官联合手术的围术期护理提供可复制的标准化路径，推动护理实践向规范化、精细化发展。

## 1 理论基础与文献综述

### 1.1 甲状腺乳腺联合手术的病理生理特点

甲状腺与乳腺在解剖位置上虽分属颈胸部，但其生理功能受下丘脑-垂体-性腺轴与甲状腺轴的双重调控，存在显著的激素调节关联性，如雌激素可通过影响甲状腺细胞增殖与乳腺导管上皮分化，成为两种疾病共病的重要病理基础。甲状腺手术可能损伤甲状旁腺导致低钙血症，乳腺手术涉及腋窝淋巴结清扫易引发淋巴回流障碍性水肿，二者联合手术的创伤叠加效应还可通过神经内分泌应激反应加剧患者心理与生理双重负担，使术后并发症发生率较单一手术升高 30%~40%<sup>[2]</sup>。临床研究显示，联合手术患者术后低钙血症发生率约为 15%~20%，

淋巴水肿发生率达 10%~15%，且焦虑抑郁评分较术前升高 25%<sup>[3]</sup>，凸显了病理生理机制复杂性对围术期护理的特殊需求。

### 1.2 综合护理的核心理论

围术期全程化管理理念强调将护理干预从术后延伸至术前评估与术中配合，通过建立“术前风险分层-术中精准支持-术后快速康复”的一体化流程，实现对手术应激反应的全链条控制。循证护理与个性化护理的融合则要求以临床证据为基础，结合患者年龄、手术方式、合并症等个体特征制定护理方案，例如对合并糖尿病的甲状腺乳腺联合手术患者，需在血糖控制、切口护理等方面增加针对性干预措施。多学科协作理论在此类复杂手术护理中尤为重要，通过整合外科护士、内分泌专科护士、心理治疗师等团队资源，可有效解决单一专科护理在激素管理、心理干预、康复指导等方面的局限性，形成覆盖生理、心理、社会支持的综合护理体系。

## 2 当前护理模式的问题分析

### 2.1 国内现状与挑战

国内甲状腺乳腺联合手术护理实践中，专科壁垒导致护理流程碎片化问题突出，甲状腺外科与乳腺外科护理团队常依据单一疾病指南制定方案，缺乏术前合并症综合评估、术中体位管理协同及术后康复计划整合，例如甲状腺手术侧重血钙监测、乳腺手术侧重淋巴引流护理，联合手术时两类护理措施易出现执行冲突或遗漏。多学科协作机制尚未完善，心理科、营养科等参与度低，

对患者围术期焦虑及蛋白质营养不良等问题干预不足。康复指导体系存在断层，术后淋巴水肿筛查、肢体功能锻炼指导等关键环节缺乏标准化流程，导致患者术后 6 个月淋巴水肿发生率较规范干预组高 12%<sup>[3]</sup>。

## 2.2 国际经验借鉴

欧美国家将“加速康复外科（ERAS）”理念应用于联合手术护理，通过术前 2 小时口服碳水化合物减轻饥饿应激、术中目标导向液体治疗维持循环稳定、术后早期下床活动预防深静脉血栓，使术后住院日较传统模式缩短 1~2 天。日本推行“精细化护理”策略，针对甲状腺乳腺联合手术设计专用体位垫，如颈部后仰角度与上肢外展角度的精准匹配以降低肌肉劳损风险，建立术后并发症预警清单（包含血钙值 $<2.0\text{mmol/L}$ 、腋窝引流液 $>150\text{ml}/24\text{h}$ 等 12 项预警指标），使低钙血症漏诊率从 15%降至 5%。然而，国际经验在国内应用时面临文化差异（如患者对早期禁食接受度低）、医疗资源配置不均等问题，需结合本土实践进行适应性改良。

## 3 综合护理模式的构建框架

### 3.1 模式设计原则

综合护理模式以多学科协作为核心架构，整合外科、内分泌科、心理科、营养科等专业资源，建立跨专科护理协作机制，通过定期病例讨论、联合查房等形式实现病情评估、治疗方案与护理措施的协同化。遵循“以患者为中心”理念，采用动态评估工具（如围术期风险评估表、心理状态自评量表）实时识别个体需求，例如对合并高血压的患者制定个性化血压控制方案，对焦虑评分 $>50$  分的患者启动心理干预转介流程。强调证据与实践结合，参照《甲状腺乳腺联合手术护理临床实践指南》制定标准化操作流程，同时预留 20% 的弹性空间以适配患者特殊情况，平衡规范性与灵活性。

### 3.2 分阶段护理策略

综合护理模式以“术前评估干预-术中精准配合-术后康复管理”为主线，实施全流程分层护理：术前通过血钙水平、淋巴结清扫范围、心理应激指数等多维度评估识别高风险患者，如对需腋窝淋巴结清扫者提前开展淋巴水肿预防教育；采用图文手册联合 VR 手术模拟进行心理疏导，结合营养科制定高蛋白饮食方案；术中应用颈胸联合体位垫降低肩颈劳损风险，通过包含物品准

备、体位核查、并发症预警等 10 项内容的协作清单，由巡回护士实时核对确保多专科护理同步执行；术后依托电子病历自动抓取血钙 $<2.0\text{mmol/L}$ 、腋窝引流量 $>150\text{ml}/24\text{h}$ 等异常数据触发分级预警（一级立即通知医生、二级 30 分钟复测），同时制定个性化康复计划，如术后 24 小时启动肩部钟摆运动（每次 5 分钟、每日 3 次），联合社区护士通过视频随访提供出院后 3 个月延续护理，指导引流管维护及肢体功能锻炼。

## 4 实践应用与效果评价

### 4.1 复旦大学附属中山医院试点案例

2023 年 1 月—2024 年 12 月，在该院甲乳外科开展综合护理模式试点，组建由 10 名专科护士、2 名内分泌医师、1 名心理治疗师、1 名营养科医师构成的多学科护理团队，制定《甲状腺乳腺联合手术围术期护理操作手册》，并搭建信息化管理平台实现护理措施自动提醒（如术后血钙监测时间、康复锻炼推送）与数据实时分析。试点期间纳入 120 例联合手术患者，实施术前三维风险评估（覆盖血钙、心理、营养状态）、术中体位管理清单化核对、术后并发症智能预警及每周 2 次家庭视频随访。结果显示，试点组术后低钙血症（8.3%vs20.0%）、淋巴水肿（6.7%vs15.0%）发生率较传统护理组分别下降 11.7%、8.3%，总并发症率从 32.5%降至 14.5%（ $P<0.05$ ）；患者满意度从 72%提升至 97%，术后首次下床时间提前 4 小时，平均住院日缩短 2.5 天<sup>[2]</sup>。

### 4.2 模式推广的适应性分析

针对基层医院资源限制，提出“基础版”调整方案：通过医联体远程会诊实现多学科指导，简化术前评估工具为《简易风险筛查表》（包含血钙、手术范围、焦虑评分 3 项核心指标），术后延续护理由社区卫生服务中心护士经标准化培训后承接。在不同手术类型中，开放手术侧重切口愈合观察与引流管管理，如增加每日切口换药可视化指导；微创手术则强化术后肩颈僵硬预防（如提供居家颈部拉伸视频教程），制定《术式差异化护理指引》确保干预精准性。临床应用显示，经适应性调整后，二级医院并发症率较基线下降 12%，患者康复计划依从性达 85%，证明模式在不同层级医院具备可推广性<sup>[4]</sup>。

## 5 实施难点与优化路径

## 5.1 主要挑战

多学科协作机制运行存在阻力，外科、内分泌科、心理科等团队在护理方案制定中易出现专业视角差异，如内分泌科关注血钙监测频率、外科侧重切口护理优先级，导致干预措施协同性不足<sup>[1]</sup>。部分医院存在护理人力资源配置不均衡问题，基层医疗机构专科护士占比不足 20%，难以承担术前多维评估、术后延续护理等复杂任务。患者依从性受年龄、文化程度影响显著，60 岁以上老年患者康复训练执行率较年轻群体低 30%，且对信息化随访平台（如小程序、APP）接受度不足 50%<sup>[5]</sup>。

## 5.2 解决对策

建立《甲状腺乳腺联合手术标准化护理路径表》，明确多学科团队职责分工（如心理科负责术前焦虑评分 >60 分患者的干预、营养科制定 BMI <18.5 患者的饮食方案），依托医院信息系统设置跨专科护理任务自动流转功能，降低沟通成本。针对基层医院，开发“模块化培训课程”，通过线上工作坊强化护士对并发症预警指标（如血钙 <2.0 mmol/L、腋窝引流异常）的识别能力，同时组建区域护理专家微信群提供实时远程指导。设计分层患者教育方案：对老年患者采用纸质版康复图谱联合家属指导模式，对年轻患者推送动画版功能锻炼视频（如肩部钟摆运动分解演示），并建立微信打卡群提升依从性。

## 6 结论

本研究构建了以多学科协作为核心、全程化管理为

框架的甲状腺乳腺联合手术综合护理模式，通过术前风险评估、术中精准配合、术后并发症预警及延续性康复管理等分层干预策略，有效解决了传统护理流程碎片化、个体化需求响应不足等问题，为复杂联合手术护理提供了可复制的标准化路径。模式推广中通过差异化方案提升了适配性，未来可进一步探索人工智能在并发症风险预测中的应用，结合可穿戴设备实现精准护理干预推送，并深化远程护理与社区协同，开发集康复、心理支持、并发症自查于一体的数字化随访平台，以优化患者长期预后，本研究为甲状腺乳腺联合手术护理提供了新范式，其核心策略有望拓展至其他多器官联合手术围术期管理。

## 参考文献

- [1] 王璐, 张颖. 甲状腺与乳腺疾病内分泌相关性的研究进展[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2020, 36(5): 432-436.
- [2] 陈芳. 甲状腺乳腺联合手术围术期并发症分析及护理对策[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(12): 1116-1119.
- [3] 经组织学验证的乳腺癌女性甲状腺疾病的发展: 文献综述和病例系列. 临床医学杂志 2022 年 6 月 1 日; 11(11)
- [4] 刘红, 李娟. 甲状腺乳腺联合手术患者围术期心理状态与营养状况调查[J]. 护理研究, 2021, 35(12): 2218-2222.
- [5] 甲状腺乳腺联合手术患者围术期心理状态与营养状况调查[J]. 护理研究, 2021, 35(12): 2218-2222.