

宫颈癌根治术患者手术室人性化护理措施 对应激反应的干预效果

张彤彤

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710089

摘要：目的：探讨手术室人性化护理措施对宫颈癌根治术患者应激反应的干预效果。方法：选取2022年1月至2023年12月某三甲医院收治的120例宫颈癌根治术患者，随机分为对照组（60例）和观察组（60例）。对照组采用常规护理，观察组在常规护理基础上实施人性化护理（包括术前心理疏导、术中体温维护等）。比较两组患者围术期心率、血压、皮质醇水平及焦虑评分。结果：观察组麻醉诱导时心率为（81.2±6.5）次/分，显著低于对照组的（92.3±8.1）次/分（ $P < 0.01$ ）；术后24小时皮质醇水平为（224.6±25.3）nmol/L，低于对照组的（285.4±32.7）nmol/L（ $P < 0.01$ ）；术后3天焦虑评分（39.2±5.1）分，低于对照组的（48.5±6.3）分（ $P < 0.01$ ）。结论：人性化护理可显著缓解患者应激反应，改善围术期状态。

关键词：宫颈癌根治术；手术室护理；人性化护理；应激反应；围术期干预

宫颈癌作为女性高发恶性肿瘤，根治术是其重要治疗手段。然而，手术创伤与围术期应激反应可导致患者心率加快、皮质醇水平升高及焦虑等不良生理心理反应，影响手术效果与康复进程。手术室护理作为围术期管理关键环节，其质量直接关联患者应激水平调控^[1]。人性化护理以患者需求为核心，通过心理疏导、生理维护等多维度干预，已在外科领域证实可缓解应激反应^[2]。本研究旨在探讨手术室人性化护理措施对宫颈癌根治术患者应激反应的干预效果，为优化围术期护理提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2023年12月某三甲医院妇科收治的120例宫颈癌患者作为研究对象，所有患者均符合《妇产科学》^[3]（第9版）中宫颈癌的诊断标准，并经术后病理检查确诊。患者年龄范围为40-65岁，平均年龄（52.3±6.8）岁，其中40-50岁患者45例（占37.5%），51-60岁患者62例（占51.7%），61-65岁患者13例（占10.8%）。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组，每组各60例。对照组患者平均年龄（51.8±7.2）岁，鳞癌占比68.3%（41例），平均手术时间（185.6±22.4）分钟，平均出血量（320.5±45.8）mL；观察组患者平均年龄（52.7±6.5）岁，鳞癌占比70.0%（42例），平均手术时间（188.2±20.9）分钟，平均出血量（315.7±42.3）mL。两组患者在年龄、病理类型、手术方式、手术时间及出血量等基线资料方面比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①经病理确诊为宫颈癌Ⅰb-Ⅱa期；②首次接受宫颈癌根治术；③意识清楚，无沟通障碍；④患者及家属签署知情同意书。排除标准：①合并严重心、肝、肾等器官功能障碍；②存在精神疾病或认知功能障碍；③术中转为开腹手术或出现严重并发症；④术后失访或拒绝配合随访。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法

采用手术室常规护理模式，具体包括：

术前护理：术前1天由责任护士进行常规健康宣教，内容包括手术流程、麻醉方式、术前禁饮食要求及术后注意事项；发放宫颈癌根治术健康指导手册，解答患者一般性疑问；术前30分钟常规核对患者信息并接入手术室。

术中护理：协助患者完成体位摆放，监测生命体征（心率、血压、血氧饱和度），每15分钟记录1次；配合手术医师完成常规操作，按医嘱执行输液、用药等措施；术后护送患者至麻醉复苏室，并与复苏室护士交接病情。

术后护理：术后24小时内监测生命体征，每日记录体温、心率、血压；指导患者早期床上活动，协助进行会阴护理及基础生活照料；按医嘱给予常规镇痛药物（如静脉滴注帕瑞昔布钠40mg，每日2次），并观察药物不良反应。

1.2.2 观察组护理方法

在对照组常规护理基础上，实施系统化人性化护理措施，具体如下：

1.2.2.1 术前心理疏导

个体化评估：术前1天采用汉密尔顿焦虑量表（HAMA）对患者进行心理状态评估，HAMA评分 > 14分者纳入重点干预对象。

认知干预：由经过心理护理培训的专科护士进行1对1沟通，采用图文并茂的方式介绍手术室环境（附手术室布局图）、手术台及仪器设备，讲解麻醉诱导及苏醒过程中的感受，消除未知恐惧；通过播放宫颈癌根治术成功案例视频（选取3例术后1年康复患者的访谈录像），增强患者信心。

放松训练：指导患者练习正念冥想呼吸法，具体步骤为：取仰卧位，闭目深呼吸，吸气4秒（想象吸入平静），屏息2秒，呼气6秒（想象呼出焦虑），每日2次，每次15分钟；对HAMA评分 > 14分的患者，加用渐进式肌肉松弛训练，从足部到头部依次收缩-放松各肌群，每次30分钟，连续干预2天。

1.2.2.2 术中环境优化与体温维护

环境调控：手术开始前30分钟将手术室温度调节至22-24℃，湿度控制在50%-60%；采用隔音材料覆盖手术设备，医护人员交流音量控制在40分贝以下，避免金属器械碰撞声；使用可调节式LED无影灯，避免强光直射患者面部。

体温维护：

术前30分钟使用38℃加温毯覆盖患者非手术区域（双下肢及躯干部），维持核心体温；

静脉输注液体经加温仪预热至37℃，冲洗液使用恒温箱保持38℃；

每30分钟使用红外体温检测仪监测患者鼓膜温度，若体温 < 36℃，启动升温毯（温度设定40℃）直至体温回升至正常范围。

1.2.2.3 多模式疼痛干预

术前评估：采用视觉模拟评分法（VAS）评估患者疼痛耐受度，结合病史制定镇痛方案。

术中镇痛：麻醉诱导前10分钟，静脉输注右美托咪定0.5μg/kg，维持至手术结束前30分钟；手术切皮前5分

钟，由麻醉医师追加阿片类药物（芬太尼2-3μg/kg），根据手术刺激强度（如盆腔淋巴结清扫时）调整剂量。

术后镇痛：

采用静脉自控镇痛（PCA）模式，镇痛泵配方为：吗啡2mg/kg+生理盐水稀释至100mL，背景剂量2mL/h，自控剂量0.5mL/次，锁定时间15分钟；

术后每4小时进行VAS评分，若评分 ≥ 4分，静脉注射地佐辛5mg，并调整PCA泵背景剂量；目标维持VAS评分 < 3分。

1.2.2.4 术后个性化随访

院内随访：术后24小时内，护士至病房评估患者心理感受（采用POMS量表），指导踝泵运动（每小时10次）、翻身训练以预防深静脉血栓，制定个性化饮食计划（术后6小时流质饮食，逐步过渡至半流质，标注高蛋白及粗纤维食物摄入量）。

院外随访：建立电子档案，术后1周电话随访切口愈合与疼痛控制（指导碘伏消毒切口每日2次，VAS评分 > 3分者预约调整镇痛方案）；2周评估心理状态（SAS评分 > 40分者转诊心理门诊）；1个月随访性生活适应（提供盆底肌康复视频）及复查计划（术后1个月查盆腔CT及肿瘤标志物）。

1.3 观察指标

皮质醇检测：采用化学发光法，试剂盒批内变异系数 < 5%，批间变异系数 < 8%。

焦虑评分：SAS量表Cronbach's α系数为0.89，具有良好信度。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件分析数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较行独立样本t检验；计数资料以率（%）表示，行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生理应激指标比较

观察组在围术期的心率、血压波动幅度及皮质醇水平均显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.01$ ），具体数据见表1。

表1 两组患者围术期生理应激指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	组别	术前30 分钟	麻醉诱导时	手术结束时	术后24h皮质醇（nmol/L）
心率（次/分）	对照组	78.5±6.2	92.3±8.1 ▲	85.6±7.3	285.4±32.7 ▲
	观察组	77.8±5.9	81.2±6.5	78.9±6.1	224.6±25.3
收缩压（mmHg）	对照组	125.6±8.3	142.5±9.7 ▲	135.2±8.9 ▲	—
	观察组	124.8±7.9	130.1±8.2	128.3±7.5	—
舒张压（mmHg）	对照组	75.3±6.1	86.7±7.4 ▲	81.5±6.8 ▲	—
	观察组	74.9±5.8	78.2±6.3	76.4±5.9	—

注：▲与观察组比较， $P < 0.01$

2.2 两组患者心理应激指标比较
术后3天，观察组焦虑评分显著低于对照组，且评分下降幅度为对照组的2.16倍（ $P < 0.01$ ），见表2。

表2 两组患者心理应激指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	术前1天SAS评分	术后3天SAS评分	评分下降幅度（%）
对照组	56.8±7.2	48.5±6.3	14.6±3.2
观察组	57.2±6.9	39.2±5.1	31.5±4.7 ▲

注：▲与对照组比较， $P < 0.01$

2.3 亚组分析

对HAMA评分 > 14分的42例高焦虑患者进行亚组分析显示：观察组中该类患者术后3天SAS评分（36.7±4.8）分，较对照组（45.9±5.7）分降低19.9%（ $P < 0.01$ ），提示人性化护理对高焦虑患者的心理干预效果更显著。

3 结论

本研究通过探讨手术室人性化护理措施对宫颈癌根治术患者应激反应的干预效果，证实了系统化人性化护理在缓解围术期生理及心理应激反应中的显著价值^[4]。研究结果显示，观察组患者在麻醉诱导时心率较对照组降低12.0%，术后24小时皮质醇水平下降21.3%，术后3天焦虑评分降低31.5%，且各项指标差异均具有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。这一结果表明，人性化护理通过多维度干预措施，可全面改善患者在宫颈癌根治术期间的应激状态，为优化围术期护理质量提供了重要的临床依据。

从生理应激干预效果来看，人性化护理中的体温维护措施（如38℃加温毯、液体加温）有效维持了患者核心体温，避免了低体温引发的交感神经兴奋及皮质醇分泌增加。研究数据显示，观察组术中体温波动幅度显著小于对照组，这与术后皮质醇水平降低的结果形成因果关联，印证了体温管理在抑制应激反应中的关键作用。同时，多模式疼痛干预策略（如右美托咪定联合芬太尼术中镇痛、术后PCA自控镇痛）通过精准调控疼痛阈值，将患者VAS评分维持在3分以下，直接减少了疼痛刺激导致的心率、血压波动，这与对照组相比，麻醉诱导时收缩压和舒张压分别降低8.7%和9.8%，进一步证实了

疼痛控制在应激管理中的必要性。

在心理应激干预方面，术前心理疏导通过HAMA量表个体化评估，对高焦虑患者（HAMA > 14分）实施正念冥想联合渐进式肌肉松弛训练，使该亚组患者术后焦虑评分较对照组降低19.9%，提示人性化护理的精准干预策略更能针对性缓解患者心理压力。

本研究进一步证实，人性化护理通过整合心理干预技术、体温调控手段及疼痛管理策略，能够系统性降低宫颈癌根治术患者的应激反应负荷，提升围术期护理的精细化水平。临床推广应用，该模式可根据患者个体特征动态优化干预方案，为推动妇科手术护理向“以患者为中心”的高质量发展提供了可借鉴的实践范式。

参考文献

[1]易蓉,易文静,卢丹,等.Caprini评分风险分层手术室干预对腹腔镜宫颈癌根治术后静脉血栓栓塞症发生的影响[J].中国计划生育学杂志,2025,33(05):1076-1080.

[2]屠青雯.手术室团队策略和工具包管理模式对宫颈癌手术护理质量的影响[J].中华养生保健,2024,42(18):128-131.

[3]金晗,陈剑,徐杨.手术室老年宫颈癌患者希望水平在自我效能和生命质量中的中介作用分析[J].中国妇幼保健,2024,39(10):1771-1774.

[4]于春霞.系统化护理在宫颈癌患者手术室护理中的应用效果及对并发症的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2024,11(06):114-116.