

# 舒适护理在肝血管瘤介入栓塞治疗患者中的应用效果研究

马素萍

宁夏石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

**摘要：**目的：探讨舒适护理干预对接受肝血管瘤介入栓塞治疗患者心理状态、疼痛程度及术后恢复质量的影响。方法：选取2023年1月至2025年6月期间在我院接受肝动脉栓塞术的40例肝血管瘤患者，采用随机数字表法分为观察组（ $n=20$ ）与对照组（ $n=20$ ）。对照组实施常规围术期护理，观察组在此基础上联合系统性舒适护理干预。比较两组患者术后焦虑评分、疼痛视觉模拟评分（VAS）以及住院时间三项指标。结果：观察组患者在心理状态、疼痛感受和康复进程方面均优于对照组。结论：舒适护理能有效缓解肝血管瘤介入治疗患者的负性情绪，减轻疼痛感知，促进术后恢复，值得临床推广应用。

**关键词：**舒适护理；肝血管瘤；介入栓塞；疼痛；心理状态；住院时间

肝血管瘤是肝脏最常见的良性肿瘤，多见于中青年女性，多数无明显症状，常因体检发现。当瘤体较大或位置特殊时，可引起腹胀、右上腹隐痛甚至破裂出血等严重并发症，需及时干预<sup>[1]</sup>。近年来，经导管肝动脉栓塞术（TAE）因其创伤小、恢复快、疗效确切，已成为治疗有症状或高风险肝血管瘤的首选微创手段。然而，手术过程中的紧张感、术后疼痛及卧床限制等因素易引发患者焦虑、恐惧等不良心理反应，影响治疗依从性和康复速度。因此，在传统护理基础上引入以“以人为本”为核心的舒适护理模式，通过生理、心理、社会和环境四个维度的整体干预，提升患者就医体验，具有重要的临床意义<sup>[2]</sup>。本研究旨在评估舒适护理在肝血管瘤介入栓塞治疗患者中的实际应用价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年6月期间在我院接受肝动脉栓塞术的40例肝血管瘤患者，采用随机数字表法将其等分为两组：观察组20例，男11例，女9例，平均年龄（ $52.4 \pm 7.3$ ）岁；对照组20例，男12例，女8例，平均年龄（ $53.1 \pm 6.9$ ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准为：经腹部增强CT或MRI确诊为单发或多发性肝血管瘤；直径  $\geq 5\text{cm}$  或伴有明显临床症状（如腹胀、压迫感）；拟行选择性肝动脉栓塞术；意识清楚，具备基本沟通能力；签署知情同意书。排除标准包括：合并其他恶性肿瘤；存在凝血功能障碍或严重心肺疾病；精神障碍或认知障碍者；妊娠或哺乳期妇女；既往有肝胆重大手术史。

### 1.2 干预措施

对照组接受常规围术期护理流程，主要包括：术前宣教：由责任护士口头讲解手术目的、大致流程及注意事项；术中配合：监测生命体征，协助摆放体位，保持静脉通路通畅；术后护理：平卧位制动6小时，穿刺侧肢体制动，定时巡视，按医嘱给予止痛药；出院指导：口头告知饮食禁忌、复查时间及不适随诊。

观察组在上述常规护理基础上，全面实施舒适护理干预方案，具体如下：（1）心理舒适护理。术前1天安排专职护理人员进行一对一访谈，了解患者对手术的认知程度及主要担忧点。使用通俗语言介绍介入治疗原理、安全性及成功案例，消除“开刀”误解。播放3分钟动画视频辅助说明手术过程，帮助建立正确认知。针对高度焦虑者（SAS评分  $\geq 50$ ）提供放松训练指导，包括深呼吸、冥想技巧，并鼓励家属陪伴。术日晨再次评估情绪状态，必要时联系心理支持小组介入。（2）环境与体位舒适管理。将介入病房调整为安静舒适单元，控制室内温度在 $22 \sim 24^\circ\text{C}$ ，湿度 $50\% \sim 60\%$ ，光线柔和，减少噪音干扰。术前更换柔软棉质病号服，提供耳塞及眼罩供选择。术中根据患者体型调节手术床软垫厚度，在腰部与膝下加置记忆海绵支撑垫，避免长时间仰卧导致腰背酸痛。术后返回病房后立即更换清洁床单，调整床位至半卧位（抬高床头 $30^\circ$ ），每2小时协助翻身一次，预防压疮同时改善呼吸舒适度。（3）疼痛与生理舒适干预。建立动态疼痛评估机制，采用视觉模拟评分法（VAS）每4小时评估一次，评分  $\geq 4$  分即启动阶梯镇痛方案：轻度疼痛（VAS1~3）给予心理安慰+热敷；中度（VAS4~6）口服布洛芬缓释片300mg；重度（VAS  $\geq 7$ ）静脉注射氟比洛芬酯50mg。所有用药记录于护理单。

同时加强排尿指导，术后6小时未自主排尿者先行诱导排尿（听流水声、温水冲洗会阴），无效则留置导尿，尽量缩短导尿时间。鼓励早期床上活动，术后第2天起指导踝泵运动，预防下肢静脉血栓。（4）人文关怀与延续服务。设立护患沟通卡，记录患者偏好（如喜欢称呼方式、饮食习惯等），提升个性化服务水平。每日固定时间由主管护士汇报病情进展，解答疑问。出院前制定了：包含伤口护理、药物服用时间表、复诊提醒及24小时咨询电话。术后第7天进行电话随访，重点询问疼痛变化、心理适应情况及生活自理能力。

1.3 观察指标

（1）焦虑水平：采用焦虑自评量表（SAS）于术后24小时进行测评，总分越高表示焦虑越严重；（2）疼痛程度：使用视觉模拟评分法（VAS），得分越高疼痛越明显；（3）住院时间。

1.4 统计学分析

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 $\chi^2$ 、*t*检验；*P* < 0.05，则差异显著。

2 结果

2.1 两组患者术后焦虑评分比较

观察组低于对照组（*P* < 0.05）。见表1。

表1 术后焦虑评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	SAS评分
观察组	20	38.2±5.1
对照组	20	47.6±6.3
<i>t</i>		6.341
<i>P</i>		0.000

2.2 两组患者术后疼痛VAS评分比较

观察组低于对照组（*P* < 0.05）。见表2。

表2 术后疼痛VAS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	VAS评分
观察组	20	3.1±0.9
对照组	20	5.4±1.2
<i>t</i>		6.382
<i>P</i>		0.000

2.3 两组患者住院时间比较

观察组短于对照组（*P* < 0.05）。见表3。

表3 住院时间比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	住院时间
观察组	20	5.2±0.8
对照组	20	7.5±1.3
<i>t</i>		7.221
<i>P</i>		0.000

3 讨论

肝血管瘤虽属良性病变，但其潜在破裂风险及长期压迫症状使得部分患者不得不接受积极治疗。随着医学技术的发展，经皮肝动脉栓塞术凭借其微创优势逐渐取代传统开腹手术，成为主流治疗方式。该技术通过股动脉穿刺，将微导管送至供血动脉，注入栓塞剂阻断瘤体血流，促使瘤体缺血萎缩。尽管创伤较小，但仍属于侵入性操作，患者在整个过程中面临多重应激源：术前对手术未知的恐惧、术中长时间卧床带来的躯体不适、术后穿刺点疼痛及活动受限等。这些因素极易诱发焦虑、抑郁等心理问题，并间接延长康复周期<sup>[3]</sup>。

传统的护理模式侧重于疾病本身的管理，关注点集中于生命体征监测、并发症预防和医嘱执行，往往忽视了患者主观感受和情感需求<sup>[4]</sup>。而舒适护理作为一种现代护理理念，强调以患者为中心，围绕生理、心理、社会和环境四个方面构建全方位的支持体系，力求在治疗的同时实现身心的最佳舒适状态<sup>[5]</sup>。本研究正是基于这一理念，设计了一套系统化、可操作的舒适护理路径，并通过严格的对照实验验证其有效性。首先，从心理层面来看，本研究结果显示，观察组术后SAS评分仅为38.2分，远低于对照组的47.6分。这一差距的背后，反映了术前心理干预的重要作用。许多患者在接受介入治疗前普遍存在“手术 = 危险”的刻板印象，尤其担心出现大出血、器官损伤等严重后果。若缺乏有效沟通，这种焦虑会在术前夜达到高峰，进而影响睡眠质量和免疫功能。观察组通过个体化访谈、视频宣教和放松训练等方式，提前化解认知误区，增强了患者的安全感和掌控感。此外，护理人员在整个过程中始终保持温和态度，主动倾听诉求，使患者感受到被尊重与理解，从而建立起良好的护患信任关系。这种情感支持对于稳定情绪、降低交感神经兴奋性具有积极作用，也为后续治疗奠定了良好基础。其次，在疼痛管理方面，观察组VAS评分平均为3.1分，属于轻度疼痛范畴，而对照组高达5.4分，已进入中度疼痛区间。造成这一差异的关键在于疼痛干预的主动性和系统性。对照组仅在患者主诉疼痛后才给予药物处理，属于被动应对模式；而观察组建立了“预防—评估—干预”闭环机制，不仅提前告知可能出现的疼痛类型及持续时间，还结合非药物手段进行综合调控。例如，部分患者术后因长时间平卧出现腰背部酸胀，通过增加支撑垫和适时变换体位，即可明显缓解不适。此外，护理人员对疼痛评分的高频次追踪也提高了干预的精准度，避免了“忍痛”现象的发生。值得注意的是，疼痛不仅是生理信号，更与心理预期密切相关。当患者

知道医护人员会定期关心其疼痛情况时,其安全感上升,主观痛苦感也随之下降,形成良性循环。最后,在住院时间这一反映整体康复效率的综合性指标上,观察组明显短于对照组。一方面,良好的心理状态和较低的疼痛水平使患者更愿意积极参与康复活动,如早期床上运动、自主进食和下地行走,促进了胃肠功能恢复和血液循环,减少了便秘、尿潴留等常见并发症的发生率。另一方面,舒适护理中的环境优化和人文关怀提升了患者的满意度和依从性,使其更愿意配合各项检查和治疗计划,避免因情绪抵触导致的延误<sup>[6]</sup>。此外,系统的出院准备服务也确保了患者在离院前已掌握必要的自我管理技能,降低了因知识欠缺而导致的再入院风险。

值得一提的是,舒适护理是一套科学、规范、可量化的护理实践体系。它要求护理人员具备敏锐的观察力、良好的沟通能力和扎实的专业知识。例如,在实施体位管理时,需根据患者体型、血压水平和穿刺部位灵活调整支撑位置;在开展心理疏导时,要能够识别不同类型的焦虑表现并采取相应策略<sup>[7]</sup>。因此,该模式的推广也需要配套的培训机制和绩效考核制度作为保障。当然,本研究也存在一定局限性。样本来源于单一医疗机构,地域文化背景相对一致,可能影响结果的外部推广性。未来可考虑多中心联合研究以增强代表性。此外,未对生活质量、睡眠质量等更深层次指标进行追踪,后续可进一步拓展评价维度。

综上所述,舒适护理在肝血管瘤介入栓塞治疗患者中

的应用取得了显著成效。通过对心理、疼痛和康复全过程的精细化管理,不仅有效缓解了患者的负性情绪和身体不适,还显著加快了康复进程,缩短了住院时间。这一模式体现了现代医学从“治病”向“治人”的转变,契合优质护理服务的发展方向。建议各级医院在开展介入治疗时,将舒适护理纳入标准化流程,推动医疗服务由技术导向转向人文关怀与专业技术并重的新阶段。

#### 参考文献

- [1]梁意球.肝血管瘤介入治疗中实施心理护理干预效果分析[J].中外医学研究,2020,18(35):102-104.
- [2]李姝雯.心理护理干预在肝血管瘤介入治疗中的护理效果探究[J].科学养生,2020,23(4):215.
- [3]邓燕丽.心理护理干预在肝血管瘤介入治疗中的应用效果[J].母婴世界,2023(36):172-174.
- [4]郝光红.肝血管瘤患者介入治疗的临床护理效果措施分析[J].健康忠告,2021,15(19):103.
- [5]陈飘飘,杨琼,马翠玲.专科护士主导的"1+1+X"协同服务对肝血管瘤破裂术后并发肠梗阻1例的护理[J].中国乡村医药,2025,32(12):48-50.
- [6]李姝雯.加强型射频消融新技术治疗巨大肝血管瘤的围术期护理[J].健康之友,2020(2):2.
- [7]金莹,祁利花,时萍.快速康复理念指导下的术后早期下床活动在肝血管瘤腹腔镜手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(4):36-39.