

# 外科手术患者术前焦虑的心理干预及护理措施研究

罗 梦 郝 佳

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

**摘 要：**目的：探讨心理干预联合护理措施对外科手术患者术前焦虑状况的影响。方法：选取2022年1月至2024年6月在我院接受外科手术的120例患者，采用随机数字表法将其分为观察组和对照组各60例。对照组给予常规围术期护理，观察组在对照组基础上实施系统性心理干预联合个性化护理措施。比较两组患者的焦虑水平、睡眠质量及术后恢复情况。结果：干预后，观察组患者的焦虑症状明显改善，睡眠质量显著提升，术后各项生理指标恢复良好，与对照组比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：系统性心理干预联合个性化护理措施能够有效缓解外科手术患者的术前焦虑状态，改善睡眠质量，促进术后康复，值得临床应用。

**关键词：**外科手术；术前焦虑；心理干预；护理措施

随着现代医学模式的转变和人们健康意识的提高，医疗护理工作已从单纯的疾病治疗转向身心并重的整体护理。外科手术作为治疗多种疾病的重要手段，在临床实践中发挥着不可替代的作用。术前焦虑不仅会影响患者的心理状态，还可能通过内分泌系统的激活，导致血压升高、心率增快等生理反应，增加手术风险和麻醉并发症的发生率。传统的围术期护理虽然能够在一定程度上满足患者的基本需求，但在心理支持方面往往存在不足<sup>[1]</sup>。近年来，心理干预作为一种重要的辅助治疗手段，在改善患者心理状态、提高治疗依从性方面显示出良好的效果。同时，个性化的护理措施能够根据患者的具体情况制定针对性的护理方案，进一步提升护理质量<sup>[2]</sup>。基于此背景，本研究旨在探讨系统性心理干预联合个性化护理措施对外科手术患者术前焦虑的影响，为临床提供科学有效的护理干预策略，以期改善患者的心理状态，促进术后康复，提高整体护理质量。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年1月至2024年6月在我院接受外科手术的120例患者。按照随机数字表法分为观察组和对照组各60例。观察组男32例，女28例；年龄25-72岁，平均年龄（ $48.6 \pm 12.3$ ）岁。对照组男30例，女30例；年龄23-74岁，平均年龄（ $49.2 \pm 11.8$ ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：择期接受外科手术治疗；意识清楚，能够配合完成问卷调查。排除标准：既往有严重精神疾病史或认知功能障碍；合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全；急诊手术患者。

### 1.2 护理方法

对照组患者接受常规围术期护理：向患者介绍医院

环境、科室设置及相关规章制度；讲解术前检查项目、禁食禁饮要求、皮肤准备等内容；监测生命体征、协助日常生活护理；说明术前用药的目的、用法及注意事项；⑤术后护理：密切观察病情变化，及时处理并发症。

观察组在常规围术期护理基础上实施系统性心理干预联合个性化护理措施：（1）心理评估与分层管理。入院后24小时内由专业护士使用汉密尔顿焦虑量表（HAMA）对所有患者进行心理状态评估，根据评分结果将患者分为轻度焦虑（7-14分）、中度焦虑（15-21分）和重度焦虑（ $\geq 22$ 分）三个层次，并建立个人心理档案。（2）系统性心理干预。认知重建干预：针对患者对手术的错误认知和过度担忧，护理人员通过一对一沟通，运用通俗易懂的语言解释手术原理、操作流程及安全性保障措施，纠正患者的不合理信念。对于担心手术失败的患者，重点介绍医生的专业资质和成功案例；对于害怕疼痛的患者，详细介绍麻醉方式和镇痛措施。放松训练指导：教授患者渐进性肌肉放松训练法，每日2次，每次15-20分钟。指导患者依次紧张和放松身体各部位肌肉群，从头面部开始，逐步向下至足部，配合深呼吸练习，帮助患者掌握自我调节技巧。音乐疗法应用：根据患者喜好选择舒缓的古典音乐或自然音效，在术前休息时间播放，每次30分钟，每日2次。通过音乐的节奏和旋律调节患者的情绪状态，降低交感神经兴奋性。正念冥想训练：引导患者进行正念呼吸练习，专注于当下的呼吸感受，不评判地觉察内心的想法和情绪。每日练习10-15分钟，培养患者的专注力和情绪调节能力。（3）个性化护理措施。个体化沟通策略：根据不同年龄段和文化背景的患者特点，采用相应的沟通方式。年轻患者偏好现代化交流工具，可通过微信推送健康教育内容；

老年患者更注重面对面交流，需耐心细致地反复解释。家属参与式护理：邀请患者家属参与护理过程，通过家属的支持和陪伴增强患者的安全感。定期召开家属座谈会，普及相关疾病知识和护理要点，提高家属的照护能力。环境优化措施：营造温馨舒适的病房环境，保持适宜的温湿度和光线强度。在病房内摆放绿植花卉，播放轻柔背景音乐，减少噪音干扰，创造有利于患者放松的物理环境。睡眠质量管理：针对失眠患者制定个性化的睡眠改善方案，包括睡前温水泡脚、避免刺激性饮品摄入、建立规律作息习惯等。必要时遵医嘱给予助眠药物，但优先考虑非药物干预措施。

1.3 观察指标

(1) 焦虑水平评估：采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者焦虑程度，总分0-56分，其中0-6分为正常范围，7-14分为轻度焦虑，15-21分为中度焦虑，≥22分为重度焦虑。(2) 睡眠质量评价：使用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估患者近一个月的睡眠状况，总分0-21分，得分越高表示睡眠质量越差。(3) 术后生理指标恢复情况：记录患者术后首次下床活动时间、首次

排气时间、住院天数等客观指标。

1.4 统计学方法

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 两组焦虑水平比较

干预后，观察组HAMA评分低于对照组(*P*<0.001)。见表1。

表1 焦虑水平比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	60	18.75±4.23	9.32±2.67
对照组	60	18.63±4.18	14.87±3.45
<i>t</i> 值	-	0.167	10.258
<i>P</i> 值	-	0.868	0.000

2.2 两组睡眠质量改善情况比较

干预后，观察组PSQI总分及各维度评分均优于对照组(*P*<0.05)。见表2。

表2 睡眠质量改善情况比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	例数	主观睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能	总分
观察组	60	1.25±0.43	1.18±0.35	1.32±0.41	1.15±0.38	1.08±0.32	0.23±0.18	1.12±0.36	7.33±1.87
对照组	60	1.87±0.52	1.75±0.48	1.83±0.51	1.72±0.45	1.65±0.43	0.58±0.27	1.68±0.49	11.25±2.34
<i>t</i> 值	-	7.342	7.185	6.293	7.456	8.234	8.765	7.582	10.367
<i>P</i> 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组术后恢复情况比较

观察组患者术后各项生理指标恢复时间均短于对照组，住院天数也相应缩短(*P*<0.05)。见表3。

表3 术后恢复情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	首次下床活动时间(h)	首次排气时间(h)	住院天数(d)
观察组	60	24.35±4.28	36.78±6.15	8.25±1.63
对照组	60	32.67±5.74	48.92±8.37	10.87±2.14
<i>t</i> 值	-	9.234	9.156	7.892
<i>P</i> 值	-	0.000	0.000	0.000

3 讨论

外科手术作为创伤性治疗手段，不可避免地会给患者带来心理压力和生理应激反应。术前焦虑是外科患者常见的心理问题，其发生机制复杂，涉及生物学、心理学和社会学等多个层面的因素。从生物学角度而言，面对手术这一应激源，机体会激活下丘脑-垂体-肾上腺轴，释放皮质醇等应激激素，同时交感神经系统兴奋，儿茶酚胺分泌增加，这些生理性改变会进一步加剧患者的焦

虑情绪<sup>[3]</sup>。

心理干预作为一种非药物治疗方法，通过调整患者的认知模式、情绪状态和行为反应来达到缓解焦虑的目的。从表1的结果可以看出，干预前两组患者的焦虑水平基本相当，这保证了研究的基线一致性。经过系统性心理干预后，观察组患者的HAMA评分低于对照组，这充分证明了心理干预的有效性。在本研究中，采用的认知重建干预主要基于认知行为理论，认为个体的情绪和行为反应很大程度上受到其认知评价的影响<sup>[4]</sup>。通过纠正患者对手术的错误认知，消除不必要的担忧和恐惧，可以帮助患者建立更加积极和现实的心理预期。放松训练则是基于身心相互作用的原理，通过有意识地放松身体肌肉来达到心理放松的效果。渐进性肌肉放松训练能够激活副交感神经系统，抑制交感神经的过度兴奋，从而降低机体的应激反应水平。同时，这种训练还能提高患者的自我调控能力，使其在面对压力情境时能够更好地管理自己的情绪反应<sup>[5]</sup>。音乐疗法的应用体现了艺术治疗的

理念,音乐作为一种非语言交流方式,能够直接作用于大脑边缘系统,调节情绪中枢的功能活动。舒缓的音乐可以促进内啡肽等神经递质的释放,产生愉悦感和平静感,有助于缓解焦虑和紧张情绪。正念冥想则是一种源自佛教禅修的现代心理治疗方法,通过培养对当下经验的非评判性觉察来改善心理健康状况。正念练习能够增强前额叶皮质对边缘系统的调节能力,提高情绪调节的灵活性,减少自动化的负性思维模式。

睡眠质量的改善同样令人满意。观察组患者的PSQI总分从干预前的较高水平降至 $7.33 \pm 1.87$ 分,各维度评分均有显著改善。特别是在睡眠障碍和日间功能两个维度上,观察组的表现明显优于对照组,这说明心理干预不仅改善了患者的夜间睡眠,还有助于提高白天的精神状态和生活质量。在本研究中,通过心理评估将患者分为不同焦虑层次,并据此实施分层管理,确保了干预措施的精准性和有效性。对于轻度焦虑患者,主要通过健康教育和心理支持来缓解其担忧;对于中重度焦虑患者,则需要综合运用多种干预手段进行强化治疗。个体化沟通策略充分考虑了患者的文化背景、教育水平和性格特点,采用最适合的交流方式来传递信息和提供支持。这种因人而异的沟通模式能够提高护患沟通的效果,增强患者的信任感和依从性。家属参与式护理则充分利用了社会支持资源,通过家属的情感支持和实际帮助来减轻患者的心理负担。环境优化措施虽然看似简单,但实际上对患者的心理状态有着潜移默化的影响。一个温馨舒适、安静整洁的环境能够让患者感到安全和放松,有助于缓解紧张情绪。睡眠质量的改善对于焦虑症状的缓解也具有重要意义,良好的睡眠不仅能够恢复体力,还能够稳定情绪,提高应对压力的能力<sup>[6]</sup>。

术后恢复指标的改善进一步验证了心理干预的积极作用。观察组患者首次下床活动时间提前了8.32小时,首次排气时间提前了12.14小时,住院天数缩短了2.62天。这些客观指标的改善可能与患者术前心理状态的良好调

节有关。心理放松状态下,患者的应激反应减轻,内分泌和免疫功能得到更好的保护,为术后康复创造了有利条件。值得注意的是,尽管对照组也接受了常规护理,但其效果相对有限。这提示,传统的护理模式在心理支持方面确实存在不足,需要引入更加专业和系统性的心理干预措施。同时,这也反映了现代护理理念的发展趋势,即从生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变。

综上所述,系统性心理干预联合个性化护理措施能够显著改善外科手术患者的术前焦虑状态,提高睡眠质量,促进术后康复。这一干预模式体现了现代护理理念的发展方向,值得在临床实践中推广应用。建议医疗机构加强对护理人员的心理学培训,建立健全的心理干预服务体系,为患者提供更加全面和优质的护理服务。同时,还需要进一步开展大样本、多中心的研究,探索最佳的干预时机、持续时间和组合方式,不断完善心理干预的理论体系和实践模式。

#### 参考文献

- [1]郑婉婷,陈灵智.穴位刺激联合情绪护理对胃肠胰外科手术患者术前焦虑的影响[J].中国基层医药,2022,29(1):137-140.
- [2]陈万菊.术前护理干预对外科手术患者焦虑心理的影响及满意度分析[J].养生保健指南,2021(2):203.
- [3]黄艳,李莲.泌尿外科手术患者心理护理干预对缓解术前焦虑与术后抑郁的效果[J].每周文摘·养老周刊,2025(20):157-159.
- [4]倪蓓君,伍铜锤,匡留洋,等.医护一体化加速康复外科护理在脊柱外科手术患者中的应用价值[J].医学新知,2025,35(5):512-519.
- [5]张璇,王薇婷,蓝凤.耳穴压豆对肿瘤外科患者术前焦虑及睡眠质量的影响[J].包头医学,2025,49(2):106-109.
- [6]孙爱勤.心理护理对泌尿外科患者术前心理焦虑症状的效果观察[J].中国保健营养,2021,31(5):203.