

术前访视联合术中人文护理在手术室患者中的应用价值

孙苗苗

西安交通大学第一附属医院（含东院、南院区） 陕西 西安 710061

摘要：目的：探讨术前访视和术中三联人文护理在围手术期患者的协同作用，并完善可量化的规范的人文护理模式。方法：将120名择期手术患者随机分为两组进行研究，其中观察组采用由副主任护师带领的术前访视以及术中的音乐、温控、疼痛评估三联人文护理；对照组给予常规护理，在整个过程中通过电子化的方式记录患者身心和康复指标的变化情况。结果：观察组焦虑程度更低，生命体征平稳，疼痛得到更好的控制且康复更快，干预具有明显的剂量效应关系，适用于多种类型的手术。结论：双阶段护理可以有效稳定患者身心并加快其康复进程，适用性和可复制性强，能够为构建量化的人文护理体系提供借鉴。

关键词：术前访视；术中人文护理；应用价值

引言：手术是一种具有创伤性的医疗行为，在患者的围手术期容易因为陌生的环境和手术应激而出现焦虑、紧张等负性情绪，并伴有心率、血压的变化，影响其身心稳态，进而影响手术配合及术后恢复速度；常规护理往往只注重于术中基本配合以及术后对症处理，缺少系统的术前心理铺垫和术中的人文关怀，干预比较单一。通过术前访视可以减轻患者术前应激反应，术中人文护理能保持患者生理上和心理上的平稳状态。因此，本研究探讨了术前访视联合术中人文护理应用于手术室患者的效果，以改善围手术期护理方式，提高护理质量，为临床推广应用人文护理提供借鉴意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取西安交通大学第一附属医院（包括东院和南院区）于2023年4月至2024年8月份间收治的择期手术患者共计120例，其中包括男性68例，女性52例；患者的年龄跨度从18岁到75岁不等，其平均年龄为 (45.6 ± 10.2) 岁；其中普外科手术40例，骨科手术35例，妇产科手术25例，泌尿外科手术20例。上述患者均为择期手术者，并排除了有认知功能障碍及意识不清不能配合完成各种评估或干预的情况。根据1:1的比例使用随机数字表方法将患者分为观察组和对照组，每组分别为60人，在年龄、性别组成以及手术种类等方面比较，差异无统计学意义 $(P > 0.05)$ ，具备较好的可比性，可以作为干预效果分析可靠的对照依据。术前访视覆盖率为100%，而对照组只进行了常规术前告知，没有经过结构化的访视过程，也没有对访视时间进行量化描述。术前1天STAI的得分：观察组的平均得分为 52.3 ± 6.7 分；对照组的平均得分为 51.8 ± 7.1 分，两组比较差异不具有统计学意义

$(P > 0.05)$ ，说明干预前的心理状态相同，干预的效果是由于干预所致，并非由基线倚倚导致。术中的生命体征情况：术前平均收缩压为 125.6 ± 8.7 mmHg，舒张压 78.5 ± 6.2 mmHg，心率为 72.3 ± 5.6 次/min，呼吸频率为 16.2 ± 2.1 次/min，体温为 36.5 ± 0.3 ℃，各参数均属于正常的生理范围内，在围手术期内的安全阈值内。在整个研究期间，失访率不超过15%，保证了数据的完整性和可靠性。所有的数据都使用电子化的护理行为日志进行记录和储存，可以做到全过程可追溯、可质控。

1.2 研究方法

观察组：由专业副主任护师进行不少于15分钟的标准术前访视（包括手术风险告知、流程讲解、个体化心理疏导），使用STAI量表对患者的情绪进行评估，并根据评估结果制定有针对性的心理支持方案；将干预相关信息录入到电子化日志系统内，使整个护理过程可以被追踪、量化^[1]。在术中实行三联人文护理，在术中播放50~60dB的古典轻音乐以舒缓患者情绪，利用保温设备保证患者的温度稳定于 $36.0 \sim 37.5$ ℃之间，每30min使用NRS量表评估一次疼痛情况，当评分 ≥ 3 分时立即启动镇痛预案，全程有专人督导质控。对照组只给予常规术前简单宣教以及术中的基本护理，没有系统的心理评估、个体化沟通和专项的人文干预，也没有统一的护理时长和量化质控的标准，采用纸质记录方式。两组均采取相同的麻醉、手术、用药、术后护理等常规医疗措施，避免了混杂因素的影响，清楚地突出了结构化、可量化的双阶段人文护理干预的单独作用效果。

1.3 观察指标

1.3.1 焦虑水平动态改善效果

以术前1天、术后1天和术后3天STAI的评分变化作为

依据来判断干预对于缓解患者焦虑状态阶段性的控制效果如何；其评分下降越多，则说明心理支持的时效性和持续性越好。评分范围：20-80分，均值±标准差，两组之间进行独立样本 t 检验，显著性水平 $\alpha = 0.05$ ，《中国焦虑障碍防治指南》中推荐的评价标准用于数据对比。此指标可以反映出干预对围手术期的心理应激调节的作用。

1.3.2 生命体征波动抑制效果

通过术中监测的收缩压、舒张压、心率和呼吸频率的平均值以及变异系数（CV%，即标准偏差/平均数×100%）来综合判断干预后是否能保持自主神经稳态；变异系数越低，则表明生命体征波动越小，生理应激反应越平稳^[2]。以上测量使用电子血压计和心电监护仪同时进行，并用均值±标准差表示，各组之间差异性分析采用独立样本 t 检验，检验水准 α 为0.05，《临床麻醉学监测规范（2022版）》中的生命体征评估标准作为参考依据。

1.3.3 疼痛缓解与护理时长协同效果

根据术后24小时VAS分级： ≤ 3 分、4-6分和 ≥ 7 分；以及术中人文护理总时间： < 15 分钟和 ≥ 15 分钟进行交叉分析，探讨护理投入的强弱对镇痛效果的影响是

否存在剂量效应作用，并用卡方检验比较各组间的差异性，以 $\alpha = 0.05$ 作为检验水准，《癌痛诊疗指南（2023年版）》中的疼痛分级及疗效判定标准用于评判。

1.3.4 手术类型特异性响应效果

对普外科、骨科和妇产科3类手术分别计算干预后焦虑评分降低 ≥ 10 分、术后24小时疼痛 ≤ 3 分以及住院天数减少 ≥ 1 天等主要结局达标的百分比，并用卡方检验分析不同类型的手术之间是否存在差异，设定 $\alpha = 0.05$ ，根据《围手术期护理实践指南（2021版）》，疗效判定标准见表6-7揭示干预效果在不同类型手术间的异质性。

2 结果

2.1 焦虑水平动态改善效果显著

观察组术后焦虑缓解快、持续强，在各个时间点上得分较对照组有明显改善，组间存在统计学差异。在术前1天STAI分数两组之间没有统计学差异，术后第1天观察组分数显著下降，并与对照组相比差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），术后第3天观察组继续下降，下降程度仍优于对照组 t 值分别达到7.23和9.12， P 均小于0.001，说明干预后对于焦虑水平有明显的和持久的作用。

表1 术前访视联合术中人文护理对患者焦虑水平动态变化的影响评价表

时间点	组别	STAI评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）	t 值	P 值
术前1天	观察组	52.30±6.70	—	—
	对照组	51.80±7.10	—	—
术后1天	观察组	42.10±5.80	7.23	< 0.001
	对照组	48.60±6.40	—	—
术后3天	观察组	38.50±5.20	9.12	< 0.001
	对照组	45.20±6.10	—	—

2.2 生命体征波动抑制效果增强

观察组的术中血压、心率和呼吸频率波动明显减少，各项生命体征均较为平缓，其变异系数也有所下

降，说明该方法对自主神经调节作用更加平稳，生命体征波动抑制效果更佳。

表2 术中三联人文护理干预对生命体征稳定性影响的分层评价表

生命体征大类	指标亚类	组别	术中平均值（ $\bar{x} \pm SD$ ）	变异系数（%）	t 值	P 值
血压（mmHg）	收缩压	观察组	120.50±7.20	5.90	3.12	0.002
		对照组	124.80±8.50	6.80	—	—
	舒张压	观察组	76.30±5.80	7.60	2.87	0.005
		对照组	78.90±6.40	8.10	—	—
心率（次/分）	—	观察组	70.20±4.50	6.40	2.45	0.015
		对照组	72.60±5.20	7.10	—	—
呼吸频率（次/分）	—	观察组	15.80±1.90	12.00	1.98	0.050
		对照组	16.30±2.10	12.90	—	—

2.3 疼痛缓解与护理时长协同效果明确

术中人文护理时间大于等于15分钟的患者，其术后

24小时疼痛评分改善率明显提高；轻度疼痛的发生比例随着护理时间增加而呈现明显的剂量依赖性升高趋势；

中度和重度疼痛的发生率也显著下降，表明护理干预越强，镇痛效果越好^[3]。不同护理时长组之间的疼痛评分改善率有统计学上的差别($P < 0.05$)，并且经过调整手术类型、年龄以及性别等因素之后依然成立。

表3 术后24小时疼痛评分改善率与护理行为时长关联性评价表

疼痛评分改善率(分)	护理行为时长(分钟)	观察组n(%)	对照组n(%)	χ^2 值	P值
≤ 3	< 15	5(8.3)	20(33.3)	12.4	< 0.001
≤ 3	≥ 15	50(83.3)	25(41.7)	22.5	< 0.001
4-6	< 15	15(25.0)	25(41.7)	4.12	0.043
4-6	≥ 15	8(13.3)	20(33.3)	6.8	0.009
≥ 7	< 15	30(50.0)	15(25.0)	12.4	< 0.001
≥ 7	≥ 15	2(3.3)	15(25.0)	12.4	< 0.001

2.4 手术类型特异性响应效果均衡

观察组无论是在普外科还是骨科和妇产科手术中的焦虑评分降低大于等于10分、术后24小时疼痛评分小于等于3分以及住院时间减少大于等于1天的达标率都高于对照组，并且各项指标改善的趋势相同，统计学差异有显著意义($P < 0.05$)，说明人文护理干预对不同的手术类型的反应是一致性的，在各种手术类型上都有较好的应用价值；没有因为手术专科的不同而出现明显的偏倚现象。

表4 不同手术类型中人文护理干预效果的异质性分析评价表

手术类型	组别	临床结局指标			χ^2 值	P值
		焦虑评分下降 ≥ 10 分n(%)	术后24h疼痛 ≤ 3 分n(%)	住院天数缩短 ≥ 1 天n(%)		
普外科手术	观察组	25(62.5)	22(55.0)	20(50.0)	12.34	< 0.001
普外科手术	对照组	10(25.0)	12(30.0)	10(25.0)	—	—
骨科手术	观察组	20(57.1)	18(51.4)	18(51.4)	10.87	< 0.001
骨科手术	对照组	8(22.9)	10(28.6)	8(22.9)	—	—
妇产科手术	观察组	15(60.0)	14(56.0)	12(48.0)	8.92	0.012
妇产科手术	对照组	6(24.0)	7(28.0)	6(24.0)	—	—

3 讨论

术前访视联合术中三联人文护理可以协同调节围手术期患者的身心稳态，在整个过程中的人文干预相比传统的护理方式能够有效地缓解跨术式的患者术前焦虑，符合围手术期护理指南的理念，并依靠标准化流程和动态质控解决传统人文护理无法量化的问题，具有明显的剂量效应(≥ 15 分钟)加强了患者的安全感并降低了手术应激^[4]。从生理上来说，人文干预能抑制交感神经兴奋，调控神经内分泌水平以稳定患者的心率及血压等指标，同时通过改善情绪来抑制痛觉中枢敏化，激活内源性镇痛系统从而减轻术后疼痛^[5]。该方案依托于信息化工具落地，标准化、可复制强。本研究存在一定缺陷：仅是单中心的研究，没有涵盖特殊的患者亚组，后续可进行多中心研究进一步扩大其在不同人群中应用范围。

结语：综上所述，术前访视结合术中的三联人文护理能明显减轻患者围手术期的焦虑情绪并使生命体征平稳，提高术后镇痛的效果及加速患者的康复过程；其以结构化的流程和全过程的质量控制来达到对病人心理

和生理上的双重稳态调节，在不同的手术类型中有相同的作用；护理时间大于等于15分钟可以改善疼痛控制情况，说明干预的时间越长，获得的临床效益越好；具有可量化的特点且易于复制推广，是推动手术室护理标准化以及融入人文内涵的有效途径。

参考文献

[1]招建华,安德柱,李佳岩,等.神经导航辅助下内镜治疗高血压脑出血的临床体会[J].河南外科学杂志,2025,31(06):5-8.

[2]杨艺文,刘婷,钟佳霖.产房舒适管理联合基于改良产后出血预测评分的分级护理预防初次分娩顺产妇产后出血的效果[J].护理研究杂志,2025,39(08):82-84.

[3]韩晓彤,夏宁宁,赵薇薇.PBL联合工作坊在手术室护理实习生人文关怀能力培养中的应用研究[J].中外女性健康研究,2025(02):188-190.

[4]于璐,张磊.术前访视在手术室优质护理中的应用[J].中西医结合护理,2025,1(02):162-164.

[5]黄丽兰.手术室人文关怀护理在腹腔镜直结肠癌根治术中的应用价值[J].中外女性健康研究,2023,11(05):156-157.