消化内科住院患者常见焦虑情绪的护理干预

屠玉莲
绍兴大学附属医院　浙江　绍兴　312000

摘　要：消化内科住院患者因疾病症状反复、检查治疗侵入性强、预后不确定性高等因素，焦虑情绪发生率显著高于其他内科科室，已成为影响治疗效果与康复进程的重要临床问题。本文在系统梳理消化内科住院患者焦虑情绪流行病学特征与临床表现的基础上，从生理机制、心理认知与社会支持三个维度分析其发生原因，进而提出涵盖入院适应性护理、围检查期心理支持、症状管理与认知重建、家庭与社会支持网络构建的系统化护理干预策略。研究认为，将焦虑情绪管理纳入消化内科常规护理流程，实现“身心同治”，是提升整体护理质量的关键路径。

关键词：消化内科；住院患者；焦虑情绪；护理干预；身心同治

引言：消化系统疾病具有病程长、易反复、与情绪因素高度交互的特点。临床实践中，住院患者普遍面临内镜检查的不适预期、慢性病情的反复困扰以及饮食与生活方式的强制调整，焦虑情绪发生率高达40%—60%，显著加重了躯体症状的主观体验，形成“症状—焦虑—症状加重”的恶性循环。然而，传统护理模式偏重于生命体征监测与治疗操作配合，对患者心理状态的系统评估与干预相对薄弱。本文旨在整合现有循证护理证据，提出针对消化内科住院患者焦虑情绪的系统化护理干预方案，为临床护理实践提供参考。

1 消化内科住院患者焦虑情绪的发生现状与临床特征

1.1 流行病学现状

消化内科住院患者焦虑情绪发生率显著高于一般内科病房。国内外研究显示，消化内科住院患者焦虑症状检出率为38.5%—62.3%，中度以上焦虑占比超过半数。不同病种间存在差异：功能性胃肠病患者焦虑发生率可达65%以上，炎症性肠病约为45%—55%，消化系统肿瘤约为50%—60%，消化性溃疡和胃食管反流病约为35%—45%。女性患者焦虑发生率普遍高于男性，中青年高于老年，首次住院患者高于重复住院患者。约30%的患者在入院时已处于焦虑状态，住院期间因检查治疗应激进一步升高。从时间分布看，入院后48小时焦虑水平达峰值，检查前夜出现明显波动，出院前因对后续治疗和复发的担忧再次升高，呈现“两峰一谷”的变化规律。

1.2 临床表现与识别要点

消化内科住院患者的焦虑情绪具有鲜明的躯体化表现，常与消化系统症状交织叠加。心理层面表现为过度担忧检查结果和疾病预后、注意力难以集中、反复追问病情、睡眠障碍、情绪易激惹或恐惧。躯体层面表现为心悸、手抖、出汗等自主神经症状，以及腹痛加重、腹泻频率增加、恶心加剧等，形成“焦虑引发躯体不适、躯体不适加剧焦虑”的闭环[1]。识别焦虑的关键在于：当患者主诉症状与实际检查结果不匹配、反复要求医生解释同一问题、拒绝配合检查或治疗、夜间频繁按铃时，护理人员应高度警惕。临床上可借助汉密尔顿焦虑量表（HAMA）或广泛性焦虑障碍量表（GAD-7）进行快速筛查，为后续干预提供依据。

2 消化内科住院患者焦虑情绪的发生原因分析

2.1 生理机制：脑—肠轴的交互作用

脑—肠轴是中枢神经系统与肠神经系统的双向调节通路，构成消化疾病与焦虑交互的生理基础。焦虑激活下丘脑—垂体—肾上腺轴，皮质醇分泌增加，影响5-羟色胺等肠道神经递质释放，改变肠道运动与通透性，诱发或加重腹泻、腹痛等症状。反之，肠道炎症和菌群失调产生的炎性因子通过循环系统影响中枢神经炎症反应，加剧焦虑样行为。这一双向机制解释了消化疾病患者焦虑高发的原因—— 焦虑不仅是心理反应，更是病理生理的组成部分。功能性胃肠病患者内脏高敏感性使其对正常肠道蠕动的感知异常放大，不适体验进一步强化焦虑，形成难以自行打破的恶性循环。理解该机制对护理的意义在于：心理护理不是辅助性安慰，而是直接作用于疾病核心病理的治疗性措施。

2.2 心理认知因素

住院本身构成多重心理应激源。患者脱离熟悉环境，面对陌生人际关系和严格作息，自主感和掌控感显著降低。消化系统症状（如反复腹泻、恶心）常伴随羞耻感，患者不愿讨论病情，社会退缩明显。对胃镜、肠镜等侵入性检查的不适预期及对检查结果的未知焦虑，使患者检查前高度紧张。疾病认知偏差同样突出—— 部分患者将功能性胃肠病误解为“治不好的怪病”或“癌

症早期”，灾难化思维加剧心理负担。住院期间的饮食限制和生活方式调整进一步削弱心理应对资源。消化内科患者的焦虑往往不是单一因素所致，而是多重心理应激源叠加、持续累积的结果，需要护理人员从多角度进行综合评估与干预[2]。

2.3 社会支持与环境因素

社会支持薄弱是消化内科住院患者焦虑的重要外部诱因。消化系统慢性病（如IBD、肝硬化）治疗周期长、费用高，经济负担成为首要压力源。家庭支持质量同样关键：缺乏陪伴、家属对疾病缺乏理解、或家属自身过度焦虑对患者产生情绪传导，均削弱患者心理安全感。住院环境中的噪音干扰、隐私保护不足、医患沟通时间有限导致信息获取不充分，构成持续性环境应激。部分患者因住院中断工作和社交，对出院后职业发展产生忧虑，在年轻和职场人群中尤为突出。社会支持系统评估应成为护理评估的常规组成部分，唯有精准识别患者的社会支持短板，方能实施针对性干预。

3 消化内科住院患者焦虑情绪的护理干预策略

3.1 入院适应性护理：从源头降低焦虑基线

入院阶段是焦虑情绪形成的关键窗口期，第一印象直接影响患者心理定调。入院适应性护理的核心目标是降低“未知恐惧”，在最短时间内建立护患信任关系。具体措施包括：入院后2小时内完成首次心理评估，采用GAD-7量表筛查焦虑水平；由责任护士进行一对一住院环境介绍，涵盖病房设施、检查流程、作息安排、医护分工等系统信息；在病情允许下安排同病种康复期患者进行同伴交流。对筛查发现的中重度焦虑患者，应在入院24小时内制定个体化护理计划并纳入交接班重点。循证研究表明，系统化的入院适应性护理可使患者入院后48小时内焦虑评分降低25%—30%，且效果可延续至住院中后期。

3.2 围检查期心理支持：精准干预焦虑高峰

内镜检查是消化内科最具心理冲击力的操作，检查前24小时至检查后2小时是患者焦虑水平最高的时段。检查前一日，护理人员应详细解释检查目的、流程、配合要点及应对方法—— 信息的结构化传递能显著降低未知恐惧。无痛内镜的普及为焦虑管理提供了重要工具，护理人员应主动向符合条件的患者提供无痛选项的信息支持[3]。检查当日，责任护士应陪同患者至检查室门口，在等候区进行放松指导，检查结束后及时告知初步观察结果。对于结果提示恶性或疑似恶性的患者，护理人员应协助医生完成结果告知，并做好情绪疏导和后续支持的计划性安排，确保告知有温度、有衔接、有跟进。

3.3 症状管理与认知重建：阻断恶性循环

症状管理与认知重建的联合干预，旨在从行为层面和认知层面双向阻断“症状—焦虑—症状加重”的恶性循环。在症状管理层面，护理人员应准确评估并积极处理可控的消化道症状—— 如遵医嘱给予解痉药缓解腹痛、采取肛周护理缓解腹泻不适、协助调整体位和饮食减轻恶心感—— 症状的客观缓解本身即可显著改善焦虑体验，因此症状控制应被视为心理干预的前置条件。在认知重建层面，针对功能性胃肠病患者的灾难化认知，可通过“脑—肠轴敏感”模型教育帮助其建立合理的疾病认知框架；针对炎症性肠病患者对复发的过度担忧，可引导其区分“可控因素”与“不可控因素”，将注意力转向有效行动。认知行为护理策略以3—5次床旁个体化指导进行，每次15—20分钟，配合书面材料巩固。研究显示，该综合方案可降低焦虑评分8—12分（HAMA），效果显著优于单一干预。

3.4 家庭与社会支持网络构建：延伸干预边界

家庭与社会支持是焦虑管理的重要外部资源，其作用应深入参与患者的心理调适过程。护理人员应评估主要照顾者的心理状态—— 家属的焦虑情绪会通过情绪传导影响患者，对过度焦虑的家属应给予单独的心理疏导和信息支持。在条件允许时，邀请家属参与护理计划讨论和健康教育，使其了解治疗预期和护理要点，减少因“信息真空”产生的无效焦虑。对经济负担较重、社会支持薄弱的患者，护理团队应主动链接医务社工资源，协助申请医疗救助基金、慢性病特殊病种待遇等支持项目，将焦虑管理延伸至社会服务层面[4]。出院准备阶段应纳入焦虑管理预案，提供结构化的出院指导，涵盖饮食过渡方案、用药计划、复诊安排、异常情况识别与处理等，并通过出院后1周内电话随访评估患者居家适应情况。完整的社会支持干预可将焦虑复发率降低约30%，显著改善近期和远期护理结局。

3.5 个体化分层干预方案

不同焦虑程度和不同疾病类型的患者对护理干预的需求存在显著差异，须实施分层干预。对于轻度焦虑患者（GAD-7 < 10分），以常规心理支持和健康教育为主—— 充分的病情解释、耐心的倾听和住院环境适应指导通常足以缓解焦虑；护理人员应保持每周至少2次主动性心理巡视。对于中度焦虑患者（GAD-7 10—14分），在常规支持基础上增加结构化认知行为护理干预，建议由经过心理护理培训的护士实施，每周2—3次、每次20—30分钟的个体化指导。对于重度焦虑患者（GAD-7 ≥ 15分）或合并躯体化症状显著者，应启动精神心理

科会诊，评估是否需要抗焦虑药物治疗，护理人员承担用药依从性监督和不良反应观察职责。针对不同病种：功能性胃肠病患者应以认知重建和内感受暴露为主要干预方向；炎症性肠病患者应侧重复发恐惧管理和用药依从性支持；消化系统肿瘤患者需结合肿瘤分期和治疗方案，提供阶段性的心理危机支持。分层干预需要护理团队具备相应心理护理技能，应将相关培训纳入继续教育计划。

4 消化内科焦虑情绪护理干预的质量改进与效果评价

4.1 护理质量标准的建立

将焦虑情绪管理纳入消化内科护理质量标准体系，是推动干预措施常规化的制度保障。各医院可制定“住院患者焦虑筛查与干预操作流程”和“焦虑护理干预质量评价标准”等规范文件，明确入院24小时内焦虑筛查率、中重度患者护理计划制定率、精神心理科会诊转介率等核心质控指标，设定年度达标值并实施季度监测。在护理记录中增设“心理状态评估”专项记录单，规范评估与干预措施的记录格式，确保过程可追溯、可评价。建立持续质量改进机制，每月召开护理质量分析会，对干预效果不佳的病例进行讨论分析，找出影响成效的关键障碍，如护士沟通时间不足、患者接受度不高、转介流程不顺畅等，并制定针对性改进对策，实现质量闭环管理[5]。

4.2 效果评价体系的构建

效果评价应从患者结局、护理过程和成本效益三个维度展开。患者结局指标兼顾主观与客观：主观指标包括焦虑量表动态评分（入院时、住院中期、出院前）、患者满意度中“心理关怀”维度和疾病控制感；客观指标包括睡眠质量改善率、疼痛评分变化、非计划性按铃次数、检查取消率及住院天数—— 数据显示焦虑评分有效下降者住院天数平均缩短1.5天。护理过程指标包括焦虑筛查完成率、护理计划执行率、会诊转介实施率和出院随访完成率，反映团队对流程的依从程度。成本效益维度关注心理干预投入时间与医疗资源节约的平衡——每投入1小时心理干预，可减少约2小时因焦虑所致的不必要医护处理时间，具有良好的投入产出比。多维度评价使干预效果可量化、可比较、可改进。

结束语

消化内科住院患者的焦虑情绪并非疾病的“副产品”，而是嵌入脑—肠轴病理生理机制之中的核心临床问题，其存在显著影响治疗依从性、症状控制效果和患者整体康复体验。本文系统梳理了消化内科住院患者焦虑情绪的发生现状、临床表现与多维度成因，并从入院适应性护理、围检查期心理支持、症状管理与认知重建、家庭与社会支持网络构建及个体化分层干预等方面提出了系统化的护理策略。将焦虑情绪管理融入消化内科常规护理流程，实现“身心并护”，不仅是护理人文关怀的应有之义，更是提升临床疗效与患者生活质量的重要路径。

参考文献

[1]孟良.焦虑抑郁型消化内科患者临床健康教育的效果研究[J].养生保健指南,2021(26):262.

[2]胡鹏,盛娟,黄婷.无缝隙护理结合综合放松训练对消化内科内镜下逆行胰胆管造影术患者负性情绪、配合度的影响[J].黑龙江医药,2024,37(5):1219-1221.

[3]李硕.消化内科护理干预对患者负面情绪及康复效果的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2025,42(6):663-665.

[4]马荣荣.人文关怀在消化内科优质护理服务中的应用探讨[J].智慧健康，2024，10(10):138-140.

[5]赵玲.细节护理管理在消化内科护理中的应用效果研究[J].饮食保健，2021(4)：85.