

围术期个性化心理护理对肺癌手术患者的影响

金园园 茶增琴 解朝辉

解放军联勤保障部队第九二〇医院 云南昆明 650000

【摘要】目的 探讨围术期个性化心理护理对肺癌手术患者的影响。**方法** 回顾性选取 2025 年 5 月-2026 年 4 月于中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院行肺癌手术的患者 66 例,按随机数字表法分为观察组(33 例)与对照组(33 例)。对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上实施围术期个性化心理护理。比较两组术后心理状态、应激反应及康复指标。**结果** 观察组术后 3d 的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组($P<0.05$);观察组术后即刻及术后 24h 的皮质醇(Cor)、去甲肾上腺素(NE)水平低于对照组($P<0.05$);观察组术后首次下床时间、引流管留置时间及住院时间均短于对照组($P<0.05$)。**结论** 围术期个性化心理护理可显著改善肺癌手术患者的焦虑抑郁情绪,减轻围术期应激反应,加速术后康复进程。

【关键词】 肺癌手术;围术期护理;个性化心理护理;应激反应;心理状态

肺癌是全球发病率与死亡率最高的恶性肿瘤之一,手术切除是其首选治疗方式。然而,肺癌患者术前常因对疾病预后、手术风险及术后疼痛的恐惧而产生严重焦虑、抑郁情绪,此类负性心理状态可激活下丘脑-垂体-肾上腺轴,导致应激激素过度释放,进而抑制免疫功能、增加术后并发症风险。常规围术期护理侧重于生理监测与基础操作,缺乏对患者个体心理需求的系统评估与干预。围术期个性化心理护理强调根据患者的人格特征、认知水平及情绪状态制定针对性心理支持方案。本研究旨在探讨该护理模式对肺癌手术患者的影响,为临床提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2025 年 5 月-2026 年 4 月于中国人民解放军联勤保障部队第九二〇医院行肺癌手术的患者 66 例。纳入标准:(1)经病理学检查确诊为原发性肺癌,拟行胸腔镜肺叶切除术或肺段切除术;(2)年龄 18~75 岁;(3)美国麻醉医师协会(ASA)分级 I~II 级;(4)意识清楚,无沟通障碍,能独立完成量表评估。排除标准:(1)既往有精神疾病史或长期服用抗焦虑/抑郁药物;(2)合并其他部位恶性肿瘤;(3)术前接受过放化疗或免疫治疗;(4)术中转开放手术或出现大出血等严重并发症。采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组,每组各 33 例。对照组中,男 21 例,女 12 例;年龄 43~74 岁,平均(61.32 ± 7.86)岁;病理类型:腺癌 22 例,鳞癌 11 例;手术方式:肺叶切除 26 例,肺段切除 7 例。观察组中,男 22 例,女 11 例;年龄 44~73 岁,平均(60.98 ± 7.92)岁;病理类型:腺癌 21 例,鳞癌 12 例;手术方式:肺叶切除 27 例,肺段切除 6 例。两组性别、年龄、病理类型、手术方式等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规干预措施。包括入院时行常规入院宣教,介绍病房环境及主管医师;术前告知禁食禁饮时间及手术注意事项;术后监测生命体征、观察引流液性状及量,指导有效咳嗽排痰,遵医嘱给予镇痛及抗感染治疗。观察组在对照组基础上实施围术期个性化心理护理,具体措施如下:(1)术前心理评估与个性化方案制定:于入院后 24h 内采用 SAS 和 SDS 评估患者基线情绪状态,并结合访谈了解患者对疾病的认知、主要担忧内容(如术后疼痛、复发风险、家庭负担)及人格倾向(内向/外向、应对方式)。根据评估结果将患者分为轻度焦虑型、中重度焦虑型、抑郁倾向型及混合型,分别制定干预策略。轻度焦虑者以

信息支持为主,提供肺癌手术成功案例及康复知识;中重度焦虑者增加一对一心理疏导频次;抑郁倾向型患者着重引导表达负性情绪,邀请家属参与支持;混合型患者采取认知行为疗法纠正不合理信念。(2)术前个性化心理干预:术前1d进行30~40min心理干预。对恐惧疼痛者,详细讲解患者自控镇痛泵的使用方法 & 效果;对担忧复发者,客观介绍术后辅助治疗及随访计划;对存在灾难化思维者,采用认知重构技术,引导其区分“担忧事实”与“想象灾难”。同时指导腹式呼吸放松训练(吸气4s,屏气2s,呼气6s),每日练习3次,每次10min。(3)术中延续性心理支持:患者入手术室后,由经过心理护理培训的手术室护士全程陪伴,握持患者手部并告知“手术团队已做好充分准备”,麻醉诱导前引导患者做3次深呼吸以缓解紧张。术中通过音乐疗法(播放患者自选轻音乐)降低应激水平,同时监测心率变异性,发现异常波动时通过耳机给予简短鼓励性话语。(4)术后早期心理干预:患者麻醉苏醒后第一时间告知“手术顺利完成”,并反馈术中生命体征平稳。术后第1天开始,每日进行20~30min床旁心理支持,内容包括:倾听患者对术后不适的主诉并给予共情回应;根据患者术前担忧逐一反馈实际情况(如“您担心的剧烈疼痛并未出现,对吗?”);指导患者将注意力从“疾病”转向“康复小目标”(如下床站立1min)。对出现明显情绪低落者,邀请术后恢复良好的病友进行同伴支持交流。(5)家属同步心理教育:术前对主要照顾者进行1次心理教育(约20min),内容包括肺癌术后常见心理反应、有效沟通技巧(避免过度安慰或否认患者情绪)及照顾者自身情绪管理。术后每日向家属反馈患者心理状态,指导家属采用积极倾听和肯定性语言与患者交流。

1.3 观察指标

(1)心理状态:于术后第3天采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估。两个量表均含20个条目,采用4级评分法,标准分<50分为正常,50~59分为轻度,60~69分为中度,≥70分为重度。量表的Cronbach's α系数分别为0.87和0.85。(2)应激反应指标:于术后即刻及术后24h采集外周静脉血,检测血清皮质醇(Cor)及去甲肾上腺素(NE)水平,采用酶联免疫吸附法测定。(3)术后康复指标:记录术后首次下床活动时间(从手术结束至首次离床站立)、引流管留置时间及术后住院时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件,计数资料以n(%)表示,行χ²检验;计量资料以(̄x±s)表示,行t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后心理状态比较

术后第3天,观察组SAS及SDS评分均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。详见表1。

表1 两组患者术后第3天心理状态评分比较(̄x±s,分)

组别	例数	SAS 评分	SDS 评分
观察组	33	42.17±4.83	41.63±4.92
对照组	33	51.86±6.24	50.28±6.17
t 值		7.112	6.347
P 值		<0.001	<0.001

2.2 两组术后应激反应指标比较

观察组术后即刻及术后24h的血清Cor及NE水平均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。详见表2。

表2 两组患者术后应激反应指标比较(̄x±s)

指标	组别	例数	术后即刻	术后 24h
Cor (nmol/L)	观察组	33	312.47±28.63	278.31±24.86

NE (ng/L)	对照组	33	378.24±34.16	341.92±30.17
	观察组	33	328.16±26.81	296.43±22.74
	对照组	33	396.82±31.54	358.67±28.43

2.3 两组术后康复指标比较

观察组术后首次下床时间、引流管留置时间及住院时间均短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 3。

表 3 两组患者术后康复指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，d）

组别	例数	首次下床时间	引流管留置时间	住院时间
观察组	33	1.46±0.34	3.28±0.82	8.23±1.56
对照组	33	2.37±0.53	4.82±1.09	11.64±2.31
t 值		8.237	6.573	7.112
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

肺癌手术患者围术期心理应激具有特殊性。一方面，肺癌本身与不良预后相关联，患者常存在死亡恐惧；另一方面，胸腔镜手术虽微创，但术后疼痛、呼吸功能受限及引流管留置等体验会持续激活应激系统。本研究中，对照组术后第 3 天 SAS、SDS 评分均值分别为 51.86 分和 50.28 分，仍处于轻度焦虑/抑郁范围，提示常规护理对心理状态的改善作用有限。

观察组实施围术期个性化心理护理后，术后第 3 天 SAS、SDS 评分均降至正常范围（<50 分），显著低于对照组。这一结果归因于干预措施的“个性化”与“全程化”特点。术前心理评估使护理人员能够识别不同患者的恐惧焦点，针对疼痛恐惧者提供具体镇痛方案信息，针对复发担忧者帮助建立合理预期，避免了“一刀切”式安慰的无效性。认知重构技术的应用有助于打破灾难化思维循环，腹式呼吸训练为患者提供了可自主使用的情绪调节工具。术中延续性心理支持（手部接触、音乐疗法）则填补了麻醉诱导前这一应激高峰时段的干预空白。

从应激反应指标来看，观察组术后即刻及术后 24h 的 Cor 和 NE 水平均显著低于对照组。Cor 和 NE 是下丘脑-垂体-肾上腺轴和交感-肾上腺髓质系统激活的标志物，其升高可抑制淋巴细胞功能，增加术后感染风险。本研究中观察组应激激素水平更低的可能机制包括：个性化心理护理降低了术前预期性焦虑，进而减少了麻醉诱导时的应激触发强度；术中音乐疗法可能通过听觉通路的情绪调节作用降低交感神经兴奋性；术后及时的心理反馈（“手术顺利完成”）中断了患者对不良结局的灾难化想象。

康复指标方面，观察组首次下床时间、引流管留置时间及住院时间均缩短。术后早期下床活动对肺癌患者尤为关键，可预防肺不张和深静脉血栓，但焦虑和疼痛恐惧常成为患者拒绝活动的心理障碍。观察组通过术后疼痛恐惧的认知纠偏和同伴支持，增强了患者的活动信心。引流管留置时间的缩短可能与应激水平较低、胸膜腔渗出减少有关，住院时间的缩短则综合反映了心理护理对整体康复的促进作用。

综上所述，围术期个性化心理护理能改善肺癌手术患者焦虑抑郁状态，降低应激反应，加速术后康复，具有重要临床应用价值。

参考文献：

- [1]冯亚萍,吴胜娟,吕艳,等.个性化健康教育联合心理护理在胆囊结石围术期护理干预价值[J].临床研究,2024,32(7):155-158.
- [2]常静静,李雪,姜娜.围术期个性化心理护理对肺癌患者术前焦虑与术后恢复的影响研究[J].心理月刊,2022,17(20):84-86.
- [3]沈思雯,严李娟,陆烨,等.个性化心理护理对肺癌患者围术期的影响研究[J].心理月

刊,2022,17(16):88-90.

[4]陈艳红,李玮浩.围术期个性化心理护理对肺癌患者术前焦虑与术后恢复的影响[J].国际精神病学杂志,2020,47(1):188-190+192.

[5]王怡纯,李保华,冯苗.个性化心理护理对围术期高血压脑出血患者负性情绪及生活质量的影晌[J].临床心身疾病杂志,2022,28(4):157-160.