

泌尿外科肿瘤患者术后心理护理及生活质量提升策略

王丹

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430030

【摘要】目的：分析泌尿外科肿瘤患者术后心理护理及生活质量提升策略。方法：本研究选取了我科76例接受泌尿外科手术治疗的患者作为研究样本，依据随机分配的原则，将其分为两组：对照组（38例，接受常规护理干预）与研究组（38例，实施针对性心理及生理护理），对比两组不同时间段疼痛评分、SAS及SDS评分、生活质量、护理满意度。结果：与对照组相比，研究组在术后12小时、24小时及48小时的疼痛评分、SAS及SDS评分均出现明显下降，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；术后12小时、24小时及48小时生活质量评分比较，研究组均比对照组高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；护理满意度比较，研究组更高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：泌尿外科手术患者接受针对性心理及生理护理，其术后疼痛可得到有效减轻，SAS及SDS评分可改善，生活质量及护理满意度得以提升。

【关键词】：泌尿外科；肿瘤；术后心理护理；生理护理；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.058

泌尿外科肿瘤作为常见的外科疾病，其手术治疗往往给患者带来诸多身心挑战。术后患者常面临着一系列心理问题，其中焦虑和抑郁较为突出^[1]。由于对疾病的预后、康复过程存在不确定性，患者容易陷入对未知的恐惧，担心疾病影响生活和工作，对手术、检查等治疗手段也会感到害怕。这种心理状态在临床数据中有所体现，有研究表明，泌尿外科术后仍有相当比例的患者存在明显的焦虑和抑郁情绪，严重影响着他们的心理健康。在生活质量方面，术后疼痛是影响患者生活质量的重要因素。资料显示，约60%左右的患者术后疼痛得不到有效缓解，疼痛不仅影响患者的睡眠、饮食，还对患者的日常活动造成限制，导致生活质量下降^[2]。此外，疾病本身带来的身体不适、对治疗的担忧以及对未来生活的迷茫，都使得患者的生活质量大打折扣。心理护理在泌尿外科肿瘤患者术后康复中具有重要意义。有效的心理护理能够缓解患者的焦虑和抑郁情绪，增强患者战胜疾病的信心。通过心理疏导，帮助患者正确认识疾病和治疗过程，减轻他们对未知的恐惧，从而以更积极的心态配合治疗。同时，良好的心理状态有助于减轻患者的疼痛敏感度，促进身体的恢复。有研究通过对泌尿外科手术患者进行护理干预对比发现，实施特殊护理的观察组在疼痛缓解和心理状态改善方面明显优于采用常规护理的对照组。因此，重视心理护理对于提升泌尿外科肿瘤患者术后生活质量和促进康复至关重要。

1 研究对象资料

1.1 一般资料

本研究选取2023年3月-2024年3月在我院泌尿外科接受手术治疗的76例肿瘤患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和研究组，每组38例。对照组男22例，女16例；年龄45-78岁，平均（62.3±7.5）岁；疾病类型：前列腺癌15例，膀胱癌12例，肾癌8例，输尿管癌3例；手术方式：腹腔镜手术20例，开放手术18例。研究组男23例，女15例；

年龄46-79岁，平均（63.1±6.9）岁；疾病类型：前列腺癌14例，膀胱癌13例，肾癌7例，输尿管癌4例；手术方式：腹腔镜手术21例，开放手术17例。两组患者在性别、年龄、疾病类型、手术方式等基线资料上比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：经病理检查确诊为泌尿外科恶性肿瘤（前列腺癌、膀胱癌、肾癌等）；首次接受手术治疗，预计生存期≥6个月；意识清楚，能够配合完成量表评估；患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：合并严重心脑血管疾病、肝肾功能衰竭或神经系统疾病者；存在认知功能障碍或沟通障碍者；术前已存在中重度焦虑抑郁症状（SAS>50分或SDS>53分）；中途退出研究或临床资料不全者。

1.3 研究方法

1.3.1 对照组

实施常规护理干预：（1）病情监测：术后监测生命体征、引流液颜色及量、伤口渗血情况；（2）基础护理：指导体位管理（如膀胱癌术后侧卧位）、饮食护理（高蛋白低脂饮食）、管道护理（导尿管、引流管固定与护理）；（3）常规健康教育：口头讲解术后注意事项、并发症预防及复诊计划。（4）严格按照医嘱进行疼痛管理，确保患者的疼痛得到有效控制。同时，指导患者进行合理的饮食和休息，促进身体恢复。

1.3.2 研究组

实施针对性心理及生理护理：

（1）心理护理策略：①术前心理干预：采用“认知行为疗法”纠正负性认知，通过肿瘤治疗成功案例视频减轻恐惧；②个性化沟通：针对患者年龄、文化程度使用通俗语言解释手术流程（如“腹腔镜手术仅需3个小孔”）。③术后情绪疏导：

每日1次“情绪日记”记录，护士根据记录进行共情倾听（如“我理解您担心伤口疼痛影响恢复”）；④家庭支持系统激活：指导家属使用“积极语言反馈法”（如“您今天下床活动比昨天进步了”）。⑤社会角色重建：组织病友交流会，促进患者间经验分享；针对造口患者开展“造口护理工作坊”，提升自我护理信心。

(2) 生理护理优化。①疼痛阶梯管理：术前评估疼痛阈值，术后采用“超前镇痛”方案；疼痛评分 ≥ 4 分时，联合使用非甾体抗炎药+自控镇痛泵（PCA）。②并发症预防护理：膀胱癌术后膀胱痉挛预防，遵医嘱使用托特罗定；深静脉血栓预防，使用间歇充气加压装置（IPC），指导踝泵运动。③早期康复训练：24小时床边坐起；制定个性化活动计划，如每日步行距离从50米逐步增加至300米。

1.4 观察指标

疼痛评分：采用视觉模拟评分法（VAS），于术后12h、24h、48h评估，0分为无痛，10分为剧痛；

焦虑抑郁评分：采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS），于术后12h、24h、48h测评，SAS标准分 ≥ 50 分为焦虑，SDS标准分 ≥ 53 分为抑郁；

生活质量评分：采用癌症患者生活质量量表（QLQ-C30），评估术后12h、24h、48h的躯体功能、角色功能、情绪功能等，总分0-100分，得分越高生活质量越好；

护理满意度：采用我院自制量表（Cronbach's $\alpha=0.91$ ），分为非常满意、满意、不满意三个等级，总满意度=（非常满意+满意）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0软件分析数据，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用重复测量方差分析和独立样本t检验；计数资料以[n（%）]表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后不同时间点疼痛评分比较

术后不同时间段疼痛评分比较，研究组低， $P<0.05$ ，见下表1。

表1 两组患者术后不同时间点疼痛评分比较
（ $\bar{x}\pm s$ ，分， $n=38$ ）

组别	对照组	研究组	t	P
术后12h	6.88 \pm 1.22	4.22 \pm 0.90	9.872	0.000
术后24h	5.33 \pm 1.02	3.18 \pm 0.87	10.563	0.000
术后48h	3.55 \pm 0.71	1.86 \pm 0.52	12.305	0.000

2.2 两组患者术后不同时间点 SAS 及 SDS 评分比较

不同时间段 SAS 及 SDS 评分比较，研究组低， $P<0.05$ ，见下表2。

表2 两组患者术后不同时间点 SAS 及 SDS 评分比较
（ $\bar{x}\pm s$ ，分， $n=38$ ）

组别	对照组	研究组	t	P	
SAS	术后12h	56.22 \pm 4.35	45.88 \pm 3.62	10.217	0.000
	术后24h	52.55 \pm 3.84	41.33 \pm 3.21	12.089	0.000
	术后48h	48.33 \pm 3.52	37.66 \pm 2.94	13.154	0.000
SDS	术后12h	58.66 \pm 4.51	47.22 \pm 3.81	10.836	0.000
	术后24h	54.11 \pm 4.02	42.25 \pm 3.44	12.471	0.000
	术后48h	79.88 \pm 3.72	38.99 \pm 3.01	13.628	0.000

2.3 两组患者术后不同时间点生活质量评分比较

不同时间段生活质量比较，研究组高， $P<0.05$ ，见下表3。

表3 两组患者术后不同时间点生活质量评分比较
（ $\bar{x}\pm s$ ，分， $n=38$ ）

组别	对照组	研究组	t	P
术后12h	52.33 \pm 6.51	68.97 \pm 5.18	11.203	0.000
术后24h	59.66 \pm 5.91	75.22 \pm 5.3	12.847	0.000
术后48h	68.77 \pm 5.42	82.98 \pm 4.91	13.592	0.000

2.4 两组患者护理满意度比较

对照组非常满意15例，满意14例，不满意9例，研究组非常满意28例，满意8例，不满意2例，总满意度比较，研究组比对照组高，94.70%VS76.30%， $P<0.05$ 。

3 讨论

术后不同时间段疼痛评分比较，研究组低， $P<0.05$ 。针对性心理护理在降低泌尿外科肿瘤患者术后疼痛敏感度和负面情绪方面发挥着重要作用。认知行为干预是其中的关键方法之一，通过帮助患者正确认识疾病和治疗过程，改变他们对疾病的不合理认知，从而减轻因未知而产生的恐惧和焦虑^[1]。例如，患者往往对手术的效果和预后存在担忧，通过详细的讲解和案例分享，让患者了解手术的成功率和康复的可能性，能够增强他们的信心，降低心理压力。情绪疏导则是直接针对患者的负面情绪进行干预。护理人员通过倾听患者的心声，给予他们情感上的支持和理解，让患者感受到被关心和尊重。这种情感上的慰藉能够缓解患者的焦虑和抑郁情绪，使他们的心理状态更加稳定。从心理学理论来看，积极的情绪状态可以调节人体的神经系统和内分泌系统，从而降低疼痛的敏感度。临床观察也

发现,经过心理护理的患者,在面对术后疼痛时,表现出更强的耐受性。

不同时间段 SAS 及 SDS 评分比较,研究组低, $P < 0.05$ 。心理状态的改善对生理恢复具有显著的促进作用。当患者处于积极的心理状态时,他们的身体免疫系统功能会增强,有助于抵抗疾病和促进伤口愈合。同时,良好的心理状态也能提高患者对治疗的依从性,积极配合康复训练和药物治疗,从而加快身体的恢复进程^[4]。心理疏导方面,通过与患者深入沟通,了解其心理需求,运用认知行为疗法帮助患者正确认识疾病和治疗过程,缓解焦虑、抑郁情绪;疼痛管理上,采用药物镇痛与非药物镇痛相结合的方式,如根据疼痛程度合理使用镇痛药物,同时运用物理疗法、放松训练等减轻疼痛;生活指导方面,为患者制定个性化的饮食、休息和运动计划。

总满意度比较,研究组比对照组高, $94.70\%VS76.30\%$, $P < 0.05$ 。护理满意度的核心影响因素主要包括沟通质量和疼痛控制效果。良好的沟通能够让患者感受到护理人员的关心和尊重,及时了解自己的病情和治疗方案,从而增强对护理人员的

信任。而有效的疼痛控制则是提高患者舒适度的关键,能够直接影响患者对护理服务的评价。为了提高护理满意度,可采取以下优化建议。首先,加强护士的心理护理培训,提高护士的沟通技巧和心理疏导能力,使护士能够更好地理解患者的需求,为患者提供更加贴心的护理服务。其次,制定个性化的护理方案,根据患者的病情、心理状态和生活习惯等因素,为患者提供针对性的护理措施,满足患者的个性化需求^[5]。此外,建立健全护理质量监督机制,定期对护理服务进行评估和反馈,及时发现问题并加以改进,不断提高护理服务的质量和水平。

综上所述,针对性心理及生理护理通过认知行为干预、情绪疏导、疼痛阶梯管理、个体化康复训练等措施,可有效减轻泌尿外科肿瘤患者术后疼痛,改善焦虑抑郁情绪,提升生活质量及护理满意度。临床实践中应重视心理-生理协同干预,为不同疾病类型患者制定个性化护理方案,进一步优化肿瘤患者术后康复体验。然而,本研究也存在一定的局限性。样本量相对较小,可能会影响研究结果的普遍性。随访时间较短,无法全面了解患者的长期康复情况。

参考文献:

- [1] 顾洋洋,鲁玲,林静,等.日间病房护理模式在乳腺良性肿瘤真空辅助旋切术患者中的应用[J].中国卫生标准管理,2024,15(4):167-171.
- [2] 金钱利,张君,刘晶.膀胱肿瘤患者行造口术后感染的影响因素分析及护理措施[J].新疆医学,2024,54(8):1008-1012.
- [3] 陈花梅,张品,翁海琴.围术期护理在后腹腔镜肾上腺肿瘤切除术中的应用效果[J].中外医疗,2024,43(6):122-125,130.
- [4] 葛琴.快速康复外科护理理念在腹腔镜肾上腺肿瘤切除术患者中的应用[J].现代养生,2024,24(17):1330-1332.
- [5] 李静,张慧,白丽丽.基于应激系统理论的心理护理结合患者参与式决策对输尿管肿瘤术后患者疾病自我管理能力及并发症的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(35):174-177.