

# 泌尿系统肿瘤患者心理痛苦筛查与护理干预的研究进展

陈 玲

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000

**【摘要】**目的：探讨心理痛苦筛查与个性化护理干预模式对泌尿系统肿瘤患者心理状态的影响。方法：选取2025年1月—2025年12月在我院泌尿外科接受治疗的120例泌尿系统肿瘤患者，随机数字表法分为观察组（实施心理痛苦筛查与个性化护理干预， $n=60$ ）与对照组（实施常规护理， $n=60$ ）。结果：干预后，观察组患者的心理痛苦评分、焦虑评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对泌尿系统肿瘤患者实施心理痛苦筛查与个性化护理干预，可有效缓解其心理痛苦与焦虑情绪。

**【关键词】**：泌尿系统肿瘤；心理痛苦；筛查；护理干预

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.001

泌尿系统肿瘤包含肾癌、膀胱癌、前列腺癌等多种恶性肿瘤疾病。近年来其发病率不仅逐年上升，患者群体也在逐渐年轻化。这类恶性肿瘤疾病具有治疗周期长、治疗过程创伤性强以及预后效果不确定等特点，患者从确诊疾病开始，到接受治疗直至康复的整个过程中，均容易产生明显的心理痛苦。若患者的心理痛苦未能得到及时干预，会直接降低其治疗依从性，加重机体的应激反应，严重时还可能加速肿瘤的进展。基于此，在泌尿系统肿瘤患者的综合护理中，早期精准筛查心理痛苦并实施个性化护理干预，已成为关键环节之一。本研究旨在探讨心理痛苦筛查与个性化护理干预模式对泌尿系统肿瘤患者心理状态的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2025年1月—2025年12月在我院泌尿外科接受治疗的120例泌尿系统肿瘤患者，随机数字表法分为观察组与对照组。观察组男性38例、女性22例；年龄（ $56.8\pm 10.2$ ）岁；病程（ $4.2\pm 1.5$ ）个月。对照组男性36例、女性24例；年龄（ $57.2\pm 9.8$ ）岁；病程（ $4.5\pm 1.3$ ）个月。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入患者经病理活检、影像学检查（CT/MRI）确诊为泌尿系统肿瘤。

### 1.2 方法

对照组实施常规护理：密切监测患者生命体征、伤口愈合情况及治疗副作用等，及时处理异常症状；做好病房环境管理、饮食指导及睡眠护理；护理人员每日与患者进行简单沟通，安抚患者情绪，鼓励患者积极面对治疗。

在对照组常规护理基础上，观察组实施心理痛苦筛查与个性化护理干预：

（1）心理痛苦筛查：采用心情温度计评分管理筛查量表（DT）作为筛查工具，该量表包含心理痛苦程度评分、心理痛苦相关问题两部分。筛查频率为：干预第1周进行首次筛查，之后每2周筛查1次；筛查方式为：护理人员一对一指导患者填写量表，对于无法独立填写的患者，由护理人员根据患者口

述记录备案。筛查完成后，由2名资深护理人员对筛查结果进行综合评估，明确患者心理痛苦的程度、核心诱因，建立个性化心理痛苦档案，档案内容包括患者基本信息、筛查评分、问题清单、干预措施及效果评估。

#### （2）个性化护理干预：

①认知行为干预：针对存在疾病认知偏差、伴随躯体化思维的患者，应采用认知重构联合情绪调节训练的干预模式。护理人员每周为患者提供1次一对一认知干预服务，每次干预时长30min，通过临床真实康复案例讲解、递进式提问引导等方式，帮助患者纠正“肿瘤即绝症”“放化疗副作用无法耐受”等错误认知，逐步建立“规范化治疗可改善预后”的科学疾病认知。同时，护理人员现场演示并指导患者深呼吸放松法、渐进式肌肉放松法及正念冥想三种情绪调节技巧，指导患者每日早晚各练习1次，每次15min，同步要求患者记录情绪变化，详细标注练习前后的情绪状态，护理人员每周查阅并调整训练指导方案。

②问题导向干预：针对筛查发现的实际问题、家庭问题及身体不适，实施分类靶向干预。对于存在经济负担的患者，在主管医生指导下，为患者推荐疗效相当的平价替代药物，最大程度降低治疗成本。针对家庭关系紧张、家属照护压力大的患者，护理团队每4周组织1次家属座谈会，邀请家属参与患者护理方案的讨论制定，系统讲解肿瘤患者照护要点、情绪安抚技巧及有效沟通方式，鼓励家属多给予患者陪伴倾听、语言鼓励等情感支持，营造和谐的家庭照护氛围。对于伴随疼痛、睡眠障碍的患者，护理人员联合主管医生制定个体化缓解方案：疼痛患者采用“药物镇痛+物理镇痛”联合干预，遵医嘱使用镇痛药物的同时，辅以热敷、穴位按摩等物理手段；睡眠障碍患者实施音乐疗法联合睡前行为干预，每晚睡前播放舒缓音乐，指导患者避免睡前使用电子产品、进行温水泡脚等，同步调整作息规律。

③社会支持干预：构建“医患-护患-患患”三维社会支持体系。护理人员每周组织1次肿瘤患者互助小组活动，邀请本

研究观察组患者参与,通过主题分享、经验交流等环节,引导患者主动分享治疗历程、心理感受及康复心得,促进患者间的情感共鸣与相互支持。同时,护理人员定期与患者家属、主管医生三方组织开展沟通座谈会,每周至少1次同步患者心理状态、护理需求等信息,协同优化治疗与护理方案。此外,依托医院微信公众号平台,定期推送肿瘤康复科普知识、心理调节实用技巧等内容;搭建线上咨询群,安排专职护理人员在线实时解答患者及家属的疑问,实施护理支持全覆盖。

④动态评估与方案调整:护理团队每2周开展1次干预效果动态评估,结合最新心理痛苦筛查结果与患者实际身心状态,优化调整干预方案。若患者心理痛苦评分较干预前下降 $\geq 3$ 分,且相关痛苦问题得到有效缓解,维持当前干预方案并继续随访;若患者心理痛苦评分无明显改善甚至升高,应立即重新组织评估,再次明确痛苦诱因,针对性调整干预措施,如增加认知干预频次、更换情绪调节训练方法等,确保干预方案的精准性与有效性。

### 1.3 观察指标

干预4周后评估:

(1)心理痛苦评分:采用心理痛苦管理筛查量表(DT)评估,分值范围0~10分,分值越高心理痛苦越严重。

(2)焦虑评分:采用焦虑自评量表(SAS)评估,标准分 $\geq 50$ 分表示存在焦虑情绪,分值越高焦虑程度越严重。

### 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 $\pm$ 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 两组心理痛苦评分比较

干预4周后,观察组评分低于对照组( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 心理痛苦评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	观察组	对照组	t值	P值
例数	60	60	-	-
干预前	6.89 $\pm$ 1.56	6.78 $\pm$ 1.45	0.382	0.703
干预4周后	4.23 $\pm$ 1.21	5.67 $\pm$ 1.32	8.765	0.000

### 2.2 两组焦虑评分比较

干预4周后,观察组标准分低于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 焦虑评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	观察组	对照组	t值	P值
例数	60	60	-	-

干预前	56.89 $\pm$ 5.67	57.12 $\pm$ 5.43	0.245	0.807
干预4周后	48.23 $\pm$ 4.56	53.45 $\pm$ 4.89	9.231	0.000

## 3 讨论

泌尿系统肿瘤属于高发病率、高致残率、高死亡率的恶性肿瘤范畴。泌尿系统肿瘤患者在接受治疗期间,不仅要承受手术、放化疗等治疗手段带来的生理性创伤,还极易出现各类心理问题,其中心理痛苦是最为常见的表现形式之一。则导致患者产生心理痛苦的核心原因多样,主要包括对疾病本身认知存在偏差、对治疗过程充满恐惧、对后期治疗费用带来的经济压力,以及家庭情感支持不足等因素。相关临床研究数据显示<sup>[1]</sup>,泌尿系统肿瘤患者中心理痛苦的发生率高达65.8%,其中中重度心理痛苦患者占比超过30%。持续存在的心理痛苦会通过神经-内分泌-免疫调节轴干扰患者机体免疫功能,使肿瘤细胞得以逃避免疫系统的监视,进而加速病情进展<sup>[2]</sup>;同时,心理痛苦还会降低患者对治疗方案的依从性,增加治疗相关副作用的发生风险,严重影响患者的日常生活质量与疾病预后。因此,对泌尿系统肿瘤患者的心理痛苦实施早期筛查与精准干预,已成为提升此类患者综合护理质量的关键环节,也是当前临床护理领域的重点研究方向之一<sup>[3]</sup>。

本研究结果显示,经过4周干预后,观察组患者的心理痛苦评分低于对照组( $P < 0.05$ )。这一结果表明,心理痛苦筛查联合个性化护理干预模式在缓解泌尿系统肿瘤患者心理痛苦方面,效果优于常规护理模式。究其核心原因,本研究中常规护理模式下的心理疏导多呈广泛化特征,护理人员未能精准捕捉患者心理痛苦的核心诱因,致使干预措施缺乏针对性,难以达成理想性干预效果。而“心理痛苦筛查+个性化护理干预”模式通过标准化量表筛查结合专业医护评估,可早期精准判断患者心理痛苦程度及核心诱因——部分患者痛苦源于对肿瘤复发的担忧,另有部分患者因治疗费用产生经济压力。基于此建立的个性化心理痛苦档案,为后续干预方案的制定提供了明确依据<sup>[4]</sup>。例如,针对疾病认知偏差引发心理痛苦的患者,护理人员采用“认知重构+临床案例分享”的干预方式,帮助患者纠正“肿瘤即绝症”的错误认知,树立“积极治疗可改善预后”的正确观念,进而缓解心理痛苦;针对经济压力导致痛苦的患者,护理人员通过协助申请医疗救助、推荐平价替代药物等实际举措,切实解决患者经济难题,从根源上减轻其心理负担<sup>[5]</sup>。

焦虑是泌尿系统肿瘤患者心理痛苦的主要表现形式,其诱发因素集中在三方面:一是对治疗效果的未知担忧,二是对治疗可能产生的副作用存在恐惧,三是担心自身病情给家庭带来经济与照护负担。本研究结果显示,经过4周个性化干预后,观察组患者焦虑自评量表(SAS)标准评分低于对照组( $P < 0.05$ )<sup>[6]</sup>。这一结果证实,在临床护理中开展心理痛苦筛查联合个性

化护理干预,可有效改善此类患者的焦虑情绪,其作用路径主要体现在两方面。具体而言,通过前期系统的心理痛苦筛查,护理人员能够及时识别患者的焦虑情绪及具体诱发原因,避免焦虑症状隐匿性加重。在个性化干预实施过程中,情绪调节训练与社会支持强化两大模块共同发挥作用<sup>[7]</sup>。本研究中,护理人员专门向患者传授深呼吸放松法与渐进式肌肉放松法,通过这些实操性技巧帮助患者调节自主神经功能状态,降低交感神经兴奋性,进而缓解焦虑引发的心跳加快、肌肉紧张等生理不适<sup>[8]</sup>。此外,研究组建的患患互助小组为患者搭建了情感交流平台,患者在小组活动中分享治疗历程与心理感受,获得被理解、被支持的情感体验,有效减轻孤独感,间接缓解焦虑。针

对因家庭支持不足导致焦虑的患者,研究团队组织家属座谈会,系统指导家属掌握与患者的正确沟通技巧,鼓励家属增加陪伴时间、强化情感鼓励,营造和谐的家庭照护氛围,为患者焦虑情绪的缓解提供了重要家庭保障。

综上所述,心理痛苦筛查联合个性化护理干预模式,能够切实缓解泌尿系统肿瘤患者的心理痛苦,有效改善其焦虑情绪,具备较高临床推广价值。在临床护理工作中,护理人员需重视此类患者的心理痛苦筛查,结合患者个体情况制定专属干预方案,通过精准干预结合动态调整的方式,全方位改善患者的心理状态,为优化患者预后筑牢基础。

### 参考文献:

- [1] 贾文文,张倍倍,张晓利,等.泌尿系统肿瘤患者经济毒性现状调查及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2023,29(23):3086-3091.
- [2] 曹莹莹,张妍.维持性血液透析患者并发泌尿系统肿瘤的临床特点及护理干预[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(1):95-98.
- [3] 孙小南,陆相云,孙锐,等.关键节点控制在经 PICC 化疗的泌尿系统肿瘤患者中应用效果的研究[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2022,14(5):293-296.
- [4] 王瑾,任伟伟,宋园园.亲情-责任交互式护理模式对膀胱肿瘤手术泌尿造口患者心理状态、生活质量的影响[J].贵州医药,2021,45(5):828-829.
- [5] 刘峰,蔡孟会,葛天宇,等.预后营养指数对泌尿系统肿瘤患者预后评估价值的研究进展[J].癌症进展,2020,18(15):1526-1528.
- [6] 曹艳梅.泌尿系统肿瘤患者应用多方位个性化护理模式对其心理状态、负性认知及护理满意度的影响[J].中外医学研究,2020,18(7):91-93.
- [7] 郑利英,赵鸿斌,李彦青,等.标准化护理程序在泌尿系统肿瘤患者延续护理中的应用效果[J].河北医药,2019,41(15):2387-2389.
- [8] 柯斯奇.标准化护理程序在泌尿系统肿瘤患者延续护理中的应用效果[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(S01):230-230.