

创面专项护理联合心理干预在基底细胞癌患者中的应用分析

张竞一 苏 蕾^(通讯作者)

南通市第二人民医院 江苏 南通 226001

【摘要】：目的：探析在基底细胞癌患者中引入创面专项护理联合心理干预的效果。方法：自2025年1月—2025年12月内筛选基底细胞癌患者20例，运用随机数字表法分组，对照组（10例）采取常规护理干预，基于此，实验组（10例）执行创面专项护理联合心理干预，对比组间心理状态、应对方式、疼痛评分、瘢痕美观度评分、并发症发生率。结果：实验组护理后的心理状态评分相较于对照组要低（ $P<0.05$ ）。实验组护理后的面对评分相较于对照组要高，规避、屈服评分较之更低（ $P<0.05$ ）。实验组护理后的疼痛评分、瘢痕美观度评分相较于对照组均要低（ $P<0.05$ ）。实验组的并发症发生率相较于对照组要低（ $P<0.05$ ）。结论：在基底细胞癌患者中应用创面专项护理联合心理干预的效果显著，可改善其心理状态、应对方式，减轻疼痛程度，促进创面恢复，降低并发症发生率，有较高临床应用价值。

【关键词】：基底细胞癌；创面专项护理；心理干预；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.089

基底细胞癌是一种皮肤低度恶性肿瘤，发病后若治疗不及时会对周围组织造成破坏，导致严重功能障碍或外观损毁，对患者身心健康均有消极影响^[1]。临床针对该疾病多采取手术疗法，通过切除病变组织可改善病症，但手术创伤与病灶因素会对患者面部美观度造成影响，这使得患者易产生担忧、焦虑等负性心理，对其治疗依从性及预后均有消极影响^[2]。因此，在治疗中辅以高效干预模式，改善患者心理状态，促进创面恢复十分重要。创面专项护理的针对性较强，针对疾病、创面类型、患者恢复能力等采取系统性、个体化的干预措施，对创面恢复有积极促进作用^[3]。心理干预个体化优势突出，通过采取认知行为疗法等多种干预措施，可改善患者心理状态，对其依从性等个体影响因素改善均有重要作用^[4]。对此，本次研究观察并分析了在基底细胞癌患者中引入创面专项护理联合心理干预的效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2025年1月—2025年12月内筛选基底细胞癌患者20例，运用随机数字表法分组，对照组（10例）男性参与6例，女性参与4例，年龄覆盖50-75岁，均值（ 62.43 ± 5.48 ）岁，病程在1-5年，均值（ 3.02 ± 0.33 ）年。实验组（10例）男性参与5例，女性参与5例，年龄覆盖51-75岁，均值（ 62.51 ± 5.53 ）岁，病程在1-5年，均值（ 3.06 ± 0.35 ）年。自然信息细致对比， $P>0.05$ ，组间具备可比性。

纳入标准：①确诊为基底细胞癌；②临床资料审核通过；③患者及家属对相关信息了解，同意参与本次研究。

排除标准：①合并其他皮肤病者；②视听受损严重、智力低下者；③多发性恶性肿瘤疾病者。

1.2 方法

对照组采取常规护理干预，包括维护创面，定时更换敷料，

做清洁、消毒处理；执行医嘱给药，叮嘱患者饮食、皮肤维护注意事项，定时维护病区环境等。

基于此，实验组执行创面专项护理联合心理干预，①组建护理小组：构成对象涵盖心理咨询师、主治医师、责任护士、护士长等，收集患者信息，成员共同分析信息、评估潜在风险、患者全面情况，查询相关文献获取循证支持，结合患者情况、护理目标制定个体化方案。②创面专项护理：术后24h内完成创面基线评估，使用PUSH等专业量表，评估项涵盖周围皮肤颜色、创面大小、渗液性质、肉芽组织生长情况等，基于此选择性实施护理措施。使用生理盐水（37℃）或低浓度碘伏进行局部皮肤清洁、消毒处理，避免采取刺激性液体，操作时以环形方式，由内而外进行细致清洁，避免对新生肉芽组织造成损伤。根据创面渗液情况、愈合阶段选择性调整敷料类型（以12h为间隔更换一次），渗液较多时选用高吸收性泡沫敷料或藻酸盐敷料。渗液减少后转变为水胶体或硅酮敷料。操作时严格执行无菌原则，并观察局部有无红肿、异味、脓性分泌物，若有异常立即告知临床医生并留取标本培养。③疼痛护理：量化评估程度后除执行医嘱予以抗炎药物外，采取物理镇痛、耳穴压豆、注意力转移法等措施辅助镇痛，并向患者说明术后疼痛属于正常情况，动态评估疼痛改善情况。④心理干预：采取叙事结构交谈方式了解患者心理状态，结合微表情变化情况行综合评估，采取音乐疗法、正念冥想干预、深呼吸放松法等。同时，运用案例展示、认知行为干预，分阶段提供信息，纠正错误认知，并共情式倾听，组织病友交流会鼓励经验分享、相互支持等。增加与家属的沟通，指导心理安抚与支持有效方法等。

1.3 观察指标

心理状态：借助HAMD量表（中文释义：汉密尔顿抑郁量表）， <7 分标注无抑郁，严重抑郁落在 >24 分，17~24分标记中度，7~17分标注轻度；HAMA量表（中文释义：汉密尔顿焦虑量表）：上限设定为56分， ≥ 30 分界定为严重焦

虑, 21~29 分标注为中度, 14~20 分划定为轻度, <7 分则代表无焦虑。

应对方式: 用 MCMQ 量表 (中文释义: 医学应对问卷, 英文释义: Medical Coping Modes Questionnaire) 量化评定, 由 20 项组成, 划分三个因子, 以 4 级评分为主, 反向计分有 8 个细化项。

疼痛评分: 选择 VAS 量表 (中文释义: 视觉模拟评分量表), 上限为 10 分, 0 分记为无疼痛; 轻度界定在 <3 分; 中度达到区间 4~6 分; >7 分设定重度。

瘢痕美观度评分: 选择 VSS 量表 (中文释义: 温哥华瘢痕评定量表), 结构分解为 4 个, 越高分值提示瘢痕越严重, 上限为 14 分。

并发症发生率: 涵盖红肿、出血、感染。

1.4 统计学分析

数据录入 EXCEL 做统计与梳理, 选择 spss26.0 软件辅助完成统计学分析, 计量资料符号: ($\bar{x} \pm s$), t 检验; 计数资料符号: n (%), 配以 χ^2 检验。差异有比对意义于统计学维度依据 $P < 0.05$ 判定。

2 结果

2.1 心理状态

护理前组间 $P > 0.05$, 护理后, 实验组的值均较低, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 心理状态对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		实验组	对照组	t	P
n		10	10	--	--
HAMA	护理前	25.36±4.72	25.48±4.63	0.057	0.955
	护理后	10.35±3.06	17.79±2.96	5.526	0.000
HAMD	护理前	14.59±3.27	14.63±3.19	0.028	0.978
	护理后	8.06±2.12	11.27±2.06	3.434	0.003

2.2 应对方式

护理前组间 $P > 0.05$, 护理后, 实验组除面对分值更高外, 其余指标均较低, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 应对方式对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		实验组	对照组	t	P
n		10	10	--	--
屈服	护理前	13.26±1.65	13.39±1.59	0.179	0.860
	护理后	7.85±1.81	11.16±1.93	3.956	0.001

回避	护理前	20.26 ± 3.06	20.35 ± 3.14	0.065	0.949
	护理后	12.28 ± 2.85	17.34 ± 2.71	4.069	0.001
面对	护理前	14.78 ± 1.69	14.92 ± 1.84	0.177	0.861
	护理后	24.16 ± 2.63	21.06 ± 2.87	2.518	0.022

2.3 疼痛评分、瘢痕美观度评分

护理前组间 $P > 0.05$, 护理后, 实验组的值均较低, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3 疼痛评分、瘢痕美观度评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		实验组	对照组	t	P
n		10	10	--	--
瘢痕美观度	护理前	12.26±2.06	12.31±2.01	0.055	0.957
	护理后	8.06±2.32	11.17±2.95	2.896	0.001
疼痛评分	护理前	4.76±1.17	4.81±1.21	0.094	0.926
	护理后	1.75±0.21	2.98±0.34	9.733	0.000

2.4 并发症发生率

实验组的值更低, $P < 0.05$, 见表 4。

表 4 并发症发生率对比 n (%)

组别	实验组	对照组	χ^2	P
n	10	10	--	--
红肿	1(10.00%)	4(40.00%)	--	--
出血	0(0.00%)	1(10.00%)	--	--
感染	0(0.00%)	1(10.00%)	--	--
总发生率	(1)10.00%	(6)60.00%	5.495	0.019

3 讨论

基底细胞癌的病因目前并不完全明确, 基因突变、细胞增殖能力异常等因素相互叠加是导致其发生与发展的主要因素^[5]。此外, 阳光暴晒、特殊辐射、免疫力降低等也会诱发该疾病。该疾病主要累及头面部、颈部及手背等皮肤区域, 早期症状表现为形态各异的肿块, 随着病情持续发展会出现浅黄褐色或灰白色凸起物、糜烂渗液等^[6]。手术治疗可改善病症, 但该疾病局部侵袭性生长导致组织缺损与创面形成, 再加上手术创伤性影响, 导致术后继发感染、延迟愈合风险较高, 对预后及患者生活质量均有消极影响^[7]。常规护理模式虽然可协助临床治疗, 但实践中对患者心理状态关注度不高, 且针对创面愈合的专项护理体系并不完善, 对各环节的细节把控度欠佳^[8]。因此, 采取高效干预措施协助提升整体护理效果十分重要。

本次研究结果显示,心理状态比对,实验组护理后的值均较低,且该组别护理后应对方式评定中的面对评分更高($P<0.05$)。在疼痛评分、瘢痕美观度量化评定中,实验组的值均较低($P<0.05$)。并发症发生率比对显示,实验组的值更低($P<0.05$)。原因分析为,创面专项护理强调针对患者创面实际情况采取阶段性干预措施,其针对性、时效性与科学性均较强,通过运用科学量表进行动态评估可精准识别各阶段创面情况,选择相应敷料、清洗液、消毒液类型^[9]。这种方式不仅可更好降低创面细菌感染风险、炎性因子浓度,还可通过减少换药次数与疼痛刺激,间接缓解患者的焦虑与恐惧情绪。同时强化疼痛管理,在动态评估下提供多模式镇痛措施,并加强疼

痛宣教,可有效减轻患者疼痛程度、主观感知程度。此外,心理干预的联合应用,针对性采取认知行为疗法、结构化交谈、案例展示等,可协助改善患者认知与心态,纠正“毁容即社会性死亡”的灾难化思维^[10]。运用正念干预、放松疗法等措施,可辅助患者放松身心,降低交感神经兴奋性,减轻疼痛感知,促使其转变应对方式,积极配合疗护,从而减少回避与屈服行为,进一步增强风险防控效果。

综上,在基底细胞癌患者中应用创面专项护理联合心理干预可改善其心理状态、应对方式,减轻疼痛程度,促进创面恢复,降低并发症发生率。

参考文献:

- [1] 郭娇,贾海丽,卢晓瑞.医护一体化专项管理模式在慢性难愈性创面护理中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(7):138-141.
- [2] 王云,周浣.改善认知的心理护理对老年损容性皮肤病患者心理健康的影响[J].中国医药指南,2024,22(22):69-71.
- [3] 王琼,冯璟璟.综合护理对于老年头面部皮肤癌根治术后患者康复的应用分析[J].贵州医药,2024,48(3):497-499.
- [4] 傅玲珊.眼睑基底细胞癌切除联合硬腭黏膜移植及带蒂皮瓣移位眼睑重建术的护理[J].中国医疗美容,2023,13(8):76-78.
- [5] 蔡微娜,姜鑫春,程芳莉,等.围手术期综合护理对颜面部基底细胞癌患者术后疼痛和瘢痕美观度的影响[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(6):41-44.
- [6] 吕芳,李萍,赵素华,等.医护一体结合精细化干预模式在眼睑基底细胞癌围手术期中的应用效果分析[J].癌症进展,2023,21(5):524-527.
- [7] 蔡微娜,姜鑫春,程芳莉,等.针对性护理对颜面部基底细胞癌患者术后并发症及治疗效果的影响[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(1):41-44.
- [8] 张溪.医护一体化专项管理模式对皮瓣修复慢性创面患者创面恢复情况与护理满意度的影响[J].数理医药学杂志,2022,35(12):1903-1905.
- [9] 白娟娟,陈鞠红,康宁.基于赋能理论的多维模式干预在面部皮肤癌根治术后患者中的应用效果[J].癌症进展,2022,20(8):793-796.
- [10] 胡巧玉,胡兴敏,王桢.激励式心理干预在皮肤癌患者围手术期中的应用[J].癌症进展,2021,19(23):2480-2483.