聚焦解决模式护理在腹腔镜肝血管瘤切除术患者中的应用效果

柳　丹

武警四川省总队医院肝胆外科 四川 乐山 614000

【摘　要】：目的：探讨“聚焦解决模式”在缓解患者围手术期应激反应、促进术后康复及改善预后方面的应用效果。方法：选取我院2023年1月至2025年12月收治60例腹腔镜肝血管瘤切除术患者，采用两种不同的护理干预方案进行对照研究。对照组实施常规围手术期护理，观察组实施聚焦解决模式护理。对比两组术后康复相关指标、血浆皮质醇、去甲肾上腺素应激指标、并发症发生情况及护理依从性。结果：观察组首次肛门排气、下床活动、住院时间均明显缩短，自我效能评分高于对照组；术后24h血浆皮质醇、去甲肾上腺素水平较对照组显著降低（P＜0.05）；观察组并发症发生率10.0%、护理依从优良率93.3%，均优于对照组（P＜0.05）。结论：聚焦解决模式护理可有效缓解患者围手术期心理应激，提升自我效能，加速术后康复、减少并发症，是一种具有临床推广价值的护理方法。

【关键词】：肝血管瘤；腹腔镜切除术；聚焦解决模式；围手术期护理

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.040

肝血管瘤为临床常见肝脏良性病变，腹腔镜手术因其创伤小、恢复快已成为临床首选术式[1]。但肝脏解剖结构复杂、术中存在出血风险，患者常对手术安全、术后恢复存在多重顾虑，围手术期易产生明显身心应激[2]。过量应激可激活下丘脑－垂体－肾上腺轴，促使皮质醇、儿茶酚胺大量分泌，抑制机体免疫功能，延缓胃肠功能恢复，提升切口感染、肺部感染等并发症风险，不利于患者远期预后。传统围手术期护理以疾病处置为核心，护理干预多采用单向宣教、被动干预模式，易放大患者对病痛、手术风险的负面认知，忽视患者自身主观康复潜能，难以从根源减轻围手术期应激[3]。聚焦解决模式起源于短程焦点解决心理疗法，以积极心理学为理论支撑，秉持优势视角、前瞻性干预思路，不拘泥于问题诱因，侧重引导患者自主建立康复目标、挖掘自身资源、主动探寻应对方案，实现从被动接受护理向主动参与康复转变[4]。目前该模式已应用于部分慢性病护理并显现临床价值，但针对腹腔镜肝脏手术患者的相关研究较少，现有文献多仅观察情绪改善情况，缺乏对应激指标、实际康复效果等客观指标的综合验证。本研究将聚焦解决模式与快速康复外科理念相结合，从生理应激、心理自我效能、临床康复转归多维度开展评价，旨在构建更完善的围手术期护理方案，缩短腹腔镜肝血管瘤患者术后康复周期。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院2023年1月至2025年12月间60例经腹腔镜肝血管瘤切除术患者作为研究对象，按随机数字表法分为对照组和观察组，每组30例。本研究已经获得医疗伦理委员会审批，患者及家属均知情同意。

观察组：男性13例，女性17例；年龄32~68岁，平均（51.8±6.1）岁；肿瘤直径3.5～12.8cm，平均（6.3±1.8）cm；病变部位：16例位于肝左叶，14例位于肝右叶；ASA分级：I级18例，II级12例。

对照组：男性14例，女性16例；年龄31~69岁，平均（52.5±5.9）岁；肿瘤直径3.2～10.5cm，平均（6.5±1.9）cm；病变部位：15例为肝左叶，15例为肝右叶；ASA分级：I级17例，II级13例。

两组患者性别、年龄、肿瘤大小、病变部位、ASA分级等基线资料对比，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。

纳入标准：①经腹部CT、MRI确诊肝血管瘤，具备腹腔镜外科手术指征；②年龄18-70岁，ASA分级I~II级；③意识清楚，认知功能正常，可配合量表评估及护理干预；④首次接受腹腔镜肝脏手术，临床资料完整。

排除标准：①合并恶性肿瘤、重度肝硬化、肝功能衰竭；②存在严重心、肺、肾脏器质性病变；③精神疾病、长期服用抗焦虑药物，认知功能障碍；④术中中转开腹、术后出现重度并发症。

1.2 方法

两组患者由同一手术团队开展手术，麻醉方案统一，术后常规予以抗感染、保肝、镇痛对症处理。

对照组实施常规围手术期护理：完善入院健康宣教，细致讲解手术流程、术前准备及术后康复注意事项；规范术前胃肠道准备；持续监测生命体征、腹水性状，落实疼痛护理、饮食与活动指导，出现异常体征第一时间告知医师。

观察组在常规护理基础上实施分层聚焦解决模式干预，由专项培训责任护士执行，严格遵循“问题表述——建立目标——发掘资源——例外探寻——反馈评估”五步干预思路，分4个时段开展干预。术前1d（30min）：①问题表述：引导患者倾诉手术担忧与内心困扰，全程不加评判、不加否定，给予充分共情；②建立目标：运用奇迹提问引导患者构想手术顺利、理想康复后的身心状态，将远期目标细化为术后次日下床、术后3d正常进食等阶段性康复小目标；③发掘资源：引导患者

回顾过往克服困境的成功经历，肯定自身抗压能力，增强康复信心；④例外探寻：引导患者梳理能够缓解焦虑的可行方式；⑤反馈评估：充分认可患者自身规划，梳理术前重点注意事项，强化手术康复预期。

术后第 1 天（20min）：聚焦术后疼痛、卧床不适等应激来源，引导患者关注已完成的积极进展，如手术顺利、可自主翻身等，肯定自身付出；共同调整短期康复目标，将整体康复任务拆解为每日翻身 3 次、有效咳嗽排痰等简易可行小目标；复盘过往抗压经验，梳理缓解躯体不适的可行方法。

术后第 3 天（20min）：以活动、饮食过渡管理为核心，引导患者复盘阶段性康复收获，提升自我效能；针对活动后乏力、腹胀等不适调整干预方案，引导客观看待自身恢复进展；重视家属协同支持，强化家庭护理力量。

出院前（20min）：对患者住院期间的康复情况进行总结评估，肯定患者康复积极性；制定居家康复目标与详细执行方案，明确随访时间与防护要点；预判居家恢复阶段可能出现的问题，提前梳理应对方式，提升居家康复信心。

1.3 观察指标

①术后康复与自我效能指标：记录首次肛门排气时间、初次下床活动时间、平均住院时间；采用一般自我效能感量表（GSES）分别于术前 1d、出院时完成测评，量表共 10 个条目，采用 1~4 分计分，总分区间 10~40 分，分值越高代表康复自我效能越强，量表 Cronbach’s α 系数 0.87，信度良好。

②围手术期应激指标：术前 1d、术后 24h 采集空腹肘静脉血 3ml，经离心处理后采用电化学发光法、高效液相色谱法检测血浆皮质醇、去甲肾上腺素（pg/mL）水平，全部操作严格遵循试剂盒说明书，落实实验室质控。

③术后并发症：统计切口感染、胆漏、腹腔出血、肺部感染、下肢深静脉血栓发生例数。

④护理依从性：采用自制围手术期护理依从量表评估，涵盖饮食管理、运动锻炼、规范用药、随访管理 4 个方面，总分 100 分，80 分及以上判定为依从优良；量表经专家内容效度检验，信度 0.89。

1.4 统计学处理

数据采用 SPSS26.0 软件处理。计量资料以（x±s）表示，t 检验；计数资料以例（%）描述，采用对 x^2 检验。P＜0.05 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 康复指标与自我效能

术前两组 GSES 评分无显著差异（P＞0.05）；出院时观察组评分更高，各项康复指标均优于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。见表 1。

表 1 两组康复指标与自我效能对比（x±s）

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		30	30	—	—
GSES(分)	术前	21.3±3.2	20.8±3.3	0.705	0.482
	出院	32.5±2.9	26.7±3.1	8.854	<0.001
首次排气(h)		38.2±5.6	50.5±7.8	8.302	<0.001
首次下床(h)		52.6±6.3	68.3±8.5	9.617	<0.001
住院天数(d)		6.3±1.1	8.2±1.3	7.231	<0.001

2.2 围手术期应激指标

术前两组应激指标无显著差异（P＞0.05）；术后 24h 观察组皮质醇、去甲肾上腺素水平均低于对照组，差异有统计学意义（P＜0.05）。见表 2。

表 2 两组围手术期应激指标对比（x±s）

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		30	30	—	—
皮质醇(nmol/L)	术前 1d	298.5±35.6	301.2±36.9	0.341	0.734
	术后 24h	385.2±42.4	478.6±51.3	9.094	<0.001
去甲肾上腺素(pg/ml)	术前 1d	215.3±28.6	218.7±29.1	0.540	0.591
	术后 24h	286.4±32.1	362.5±38.8	9.794	<0.001

2.3 并发症与护理依从性

观察组并发症总发生率 10.0%（3/30），显著低于对照组 26.7%（8/30）（P＜0.05）；观察组护理依从优良率 93.3%，其中优 19 例、良 9 例；对照组护理依从优良率 73.3%，其中优 12 例、良 10 例，观察组依从优良占比显著高于对照组（P＜0.05）。

3 讨论

腹腔镜肝血管瘤患者围手术期心理、生理双重应激明显，持续应激会延缓康复进程，增加并发症发生的风险；而以问题为中心的传统护理方式容易加重患者的消极情绪，对应激指标改善作用有限[5]。本研究将聚焦解决模式引入护理实践，转变传统“问题导向”的思维定式，确立“目标导向”和“赋能”的护理理念，通过结构化心理干预引导患者自主梳理康复路径，缓解焦虑情绪，减轻下丘脑－垂体－肾上腺轴过度激活，抑制应激激素大量分泌[6-7]。在积极心理和围手术期压力调节的

理论层次上，常规的护士更注重对患者恐惧、疼痛等消极因素的引导，易导致患者对术后危险的消极担忧，并不断地刺激身体的压力传导途径。而焦点解析模型则突破了简单地排除消极情感的惯性思维，将患者自身的优点和优点发挥到极致，通过阶段性的康复小目标，不断地累积积极的经验，从而在认知水平上重建患者的康复信心，打破“焦虑－压力荷尔蒙增高－延缓康复”的恶性循环。而且，这份护理计划还包括了医院的分期和家庭的持续教育，在出院后有针对性地制订了一套家庭康复方案，以此来填补日常的医疗保健只限于住院期的不足。本研究结果显示，观察组在应激指标、术后恢复速度、并发症发生率及护理依从性方面均优于对照组。核心机制为该模式能够调动患者内心的康复动机，通过逐步达成的小目标来累积成功经验，提高自身的效能，从而实现“效能提升－积极康复－加速康复”的良性循环。此外，通过引导患者主动开展有效排痰、早期下床活动等预防性干预，可以有效地减少术后并发症的发生率[8-9]。本研究融合积极心理学与快速康复外科理念，不需要任何附加的仪器，具有很好的可重复性。本研究为单中心临床研究，远期干预效果可通过扩大样本量加以证实。

综上，聚焦解决模式护理可缓解腹腔镜肝血管瘤切除术患者围手术期心理应激，提升患者康复自我效能，加快术后恢复进程、降低并发症发生率，提高患者的护理依从性，是一种兼具生理－心理双重获益的优质护理模式[10]。

参考文献：

[1] 曹慧莹,王晓倩,刘莹.一例上肢巨大血管瘤伴 D-二聚体升高患者的诊疗及围手术期护理报道[J].医学新知,2025,35(11):1368-1372.

[2] 关欣,赵媛媛,于慧,等.脊髓血管畸形术后患者出院准备度现况及影响因素研究[J].中华护理杂志,2025,60(22):2709-2715.

[3] 周欢,陈晓霞.中医基础管理联合快速康复理念在肝胆外科护理管理中的应用[J].中医药管理杂志,2025,33(21):266-268.

[4] 宁春媛,夏丽荣,何丽,等。1 例II型斯特奇-韦伯综合征患儿的中医护理[J].妇儿健康导刊,2025,4(20):114-117.

[5] 陈漂漂,杨琼,马翠玲。专科护士主导的“1+1+X”协同服务对肝血管瘤破裂术后并发肠梗阻 1 例的护理[J].中国乡村医药,2025,32(12):48-50.

[6] 何畅,郭朋举,卫伟,等.医护一体化护理模式在结直肠血管瘤手术患者中的应用[J].临床心身疾病杂志,2025,31(3):151-155.

[7] 文洁,莫那,王芳,等.全程优质护理干预对激光治疗面颈部血管瘤患儿心理状态及不良反应的影响[J].妇儿健康导刊,2025,4(8):128-131.

[8] 彭秀芬,陈细婷,李嘉雪,等.1 例基于 MDT 模式治疗颌面部巨大脉管畸形患者的护理[J].当代护士,2025,32(12):60-63.

[9] 王琦,李晶冰.共情反馈联合以故事理论框架为导向的预警护理在头面部血管瘤患儿激光治疗中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2025,4(5):164-167.

[10] 岳鑫,胡光珍,李淼淼,等.循证护理联合共享决策护理模式在婴幼儿血管瘤患儿及家属中的应用效果研究[J].慢性病学杂志,2025,26(3):374-376.