

心理护理在围手术期的重要性

贺亚妮¹, 秦慧娟², 周海峰^{3*}

¹灵武市人民医院麻醉科, 宁夏 银川

²灵武市人民医院儿科, 宁夏 银川

³灵武市人民医院普外科, 宁夏 银川

收稿日期: 2025年11月18日; 录用日期: 2025年12月12日; 发布日期: 2025年12月22日

摘要

手术作为一种强烈的应激源, 不仅对患者的生理功能构成挑战, 更对其心理状态产生巨大冲击。长期以来, 外科治疗的重点集中于手术技术和生理指标的调控, 而患者的心理需求常被忽视。然而, 随着医学模式向“生物 - 心理 - 社会”模式的转变, 心理护理在围手术期的重要性日益凸显。本文旨在系统综述心理护理在手术前、中、后三个阶段的具体应用、作用机制及其对患者预后的深远影响。文章指出, 科学、系统的心理干预能有效缓解患者的焦虑、抑郁情绪, 增强治疗依从性, 稳定术中生命体征, 减少术后并发症, 加速康复进程, 并提升整体医疗满意度。心理护理已不再是医疗过程中的“锦上添花”, 而是现代外科快速康复体系中不可或缺的核心组成部分。

关键词

心理护理, 围手术期, 焦虑, 应激反应, 快速康复, 护理干预

The Importance of Psychological Care during the Perioperative Period

Yani He¹, Huijuan Qin², Haifeng Zhou^{3*}

¹Department of Anesthesiology, Lingwu People's Hospital, Yinchuan Ningxia

²Department of Pediatrics, Lingwu People's Hospital, Yinchuan Ningxia

³Department of General Surgery, Lingwu People's Hospital, Yinchuan Ningxia

Received: November 18, 2025; accepted: December 12, 2025; published: December 22, 2025

Abstract

Surgery, as a strong stressor, not only poses challenges to the physiological functions of patients but

*通讯作者。

also has a huge impact on their psychological state. For a long time, the focus of surgical treatment has been on surgical techniques and the regulation of physiological indicators, while the psychological needs of patients have often been overlooked. However, with the transformation of the medical model to the "bio-psycho-social" model, the importance of psychological care during the perioperative period has become increasingly prominent. This article aims to systematically review the specific application, mechanism of action and profound impact on the prognosis of patients in the pre-operative, intraoperative and postoperative stages of psychological care. The article points out that scientific and systematic psychological intervention can effectively alleviate patients' anxiety and depression, enhance treatment compliance, stabilize intraoperative vital signs, reduce postoperative complications, accelerate the recovery process, and improve overall medical satisfaction. Psychological care is no longer an "icing on the cake" in the medical process, but an indispensable core component of the modern surgical rapid recovery system.

Keywords

Psychological Care, Perioperative Period, Anxiety, Stress Response, Rapid Recovery, Nursing Intervention

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

手术，无论大小、择期还是急诊，都会引发患者强烈的心理应激反应，其中以焦虑和恐惧最为普遍 [1]。并且对患者而言都是一次重大的负性生活事件，伴随着对未知的恐惧、对疼痛的担忧、对麻醉风险的疑虑以及对术后恢复和费用的焦虑。这种强烈的心理应激可诱发一系列生理、心理和行为反应，统称为“围手术期应激反应”。传统的医疗观念往往将手术视为一个纯粹的生物学过程，关注点在于病灶的切除、生理功能的修复以及生命体征的稳定。然而，大量研究和临床实践证实，患者的心理状态与手术预后密切相关。根据“生物 - 心理 - 社会”医学模式，人的心理和社会因素与生物学因素共同决定着健康与疾病。在围手术期，消极的心理状态(如过度焦虑、恐惧、抑郁)可通过神经-内分泌-免疫网络，导致心率增快、血压升高、免疫力下降、凝血功能异常等，从而增加麻醉风险、手术难度和术后并发症的发生率。比如会影响伤口愈合、导致恶心、呕吐和术后疼痛等[2][3]反之，积极的心理状态则能促进机体内环境的稳定，有利于术后康复。

因此，围手术期心理护理的核心目标，就是通过一系列有计划的、科学的干预措施，识别并缓解患者的负性情绪，调动其主观能动性，使其以最佳的心理状态接受和配合手术，并最终实现生理与心理的共同康复。本文将围绕术前、术中、术后三个关键阶段，深入探讨心理护理的具体内涵、实施策略及其临床价值。

2. 术前心理护理：奠定成功基石

术前阶段是患者心理波动最剧烈的时期，也是实施心理干预的黄金窗口期。此期的心理护理旨在建立信任、提供信息、缓解焦虑，为手术的顺利进行铺平道路。一项关于术前心理干预对心脏手术患者影响的 Meta 分析显示，接受系统心理干预(包括健康教育、放松训练)的患者，其术前焦虑评分、术后疼痛程度及住院时间均显著低于常规护理组[4]。

2.1. 术前焦虑的普遍性与危害

术前焦虑是患者最常见的情绪反应。研究表明，高达 60%~80% 的手术患者存在明显的术前焦虑[5]。其来源多样，包括：

- (1) 对麻醉的恐惧：害怕失去控制、术中知晓或苏醒延迟。
- (2) 对疼痛的预期：对术后剧烈疼痛的恐惧。
- (3) 对手术结果的担忧：担心手术失败、并发症、癌症诊断等。
- (4) 对自我形象和功能的顾虑：如乳房切除术、造口术等。
- (5) 社会家庭因素：对工作、家庭责任和经济负担的忧虑。

严重的术前焦虑会激活下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴及交感神经系统，导致儿茶酚胺、皮质醇等应激激素大量释放，引起：(A) 生理影响：心率加快、血压升高，增加麻醉诱导期的心血管风险；抑制免疫功能，增加术后感染风险[6]。

- (B) 心理行为影响：睡眠障碍，治疗依从性下降，甚至出现术前拒绝手术的行为。

2.2. 术前心理护理的核心策略

(1) 建立信任关系与有效沟通：护士作为患者接触最频繁的医务人员，应主动、热情地接待患者，通过倾听、共情与患者建立良好的护患关系。鼓励患者表达其恐惧和担忧，并给予真诚的回应和安慰。

(2) 系统化的术前健康教育：信息缺乏是焦虑的主要来源。应根据患者的年龄、文化背景和理解能力，采用口头讲解、宣传册、视频或模型等多种形式，详细介绍手术流程、麻醉方式、术前准备、术后可能出现的疼痛及应对方法(如镇痛泵)、康复锻炼的重要性等。知情同意不仅是法律程序，更是一个心理疏导的过程。

(3) 认知行为干预：针对存在严重焦虑或不合理认知(如“手术等于死亡”)的患者，可采用认知行为技术。例如，指导患者进行积极的自我对话，纠正其灾难化思维；教授放松技巧，如深呼吸、渐进性肌肉放松、冥想等，让患者掌握一种可自我调控的应对工具[7]。

总之认知行为疗法对患者焦虑的改变，是一个系统性的、主动的、技能导向的过程。它不仅仅是“聊聊天”，而是一个结构化的训练计划。通过认知重构来改变思维，通过行为暴露来改变行为习惯和大脑神经回路，最终帮助患者打破焦虑的恶性循环，重获对生活的掌控感，并建立起长期的心理韧性。

(4) 社会支持系统的调动：鼓励家属，特别是配偶和子女，给予患者情感上的支持和陪伴。家人的鼓励和关爱是缓解患者焦虑的强效“安慰剂”。同时，护士应指导家属如何科学地提供支持，避免传递负面情绪。

(5) 环境准备与隐私保护：为患者提供一个安静、整洁、安全的病房环境，尊重并保护患者的隐私，有助于减轻其不安全感。

3. 术中心理护理：守护生命与心灵

手术室是一个封闭、陌生且充满高科技设备的环境，极易引发患者的无助感和恐惧感。术中心理护理虽因患者处于麻醉或镇静状态而具有特殊性，但其重要性不容忽视。

3.1. 麻醉诱导前的心理支持

从病房到手术室，环境的突变是强烈的应激源。在患者进入手术室至麻醉诱导前这段短暂而关键的时间里，心理护理至关重要：

手术室护士应以亲切的语气自我介绍，核对患者信息时避免机械化的流程，可以聊一些轻松的话题

以转移其注意力。简要介绍手术室内的主要设备和人员，消除其对未知环境的恐惧。在麻醉医生进行操作(如建立动脉监测、椎管内麻醉)时，护士应守在患者身边，握住其手，给予语言和非语言的安慰，如“别担心，我会一直在这里陪着您”。在进行体位摆放、皮肤消毒等操作时，尽量减少身体的暴露，并告知患者“我们现在要为您消毒，可能会有点凉，请放心”。

3.2. 术中针对应激反应的生理调控

即使在全麻状态下，大脑皮层虽被抑制，但部分边缘系统和下丘脑仍可能对伤害性刺激产生反应。消极的言语、粗暴的操作等不良刺激仍可能通过神经内分泌途径影响患者的生理状态。因此，术中心理护理也体现在整个手术团队的言行举止中。手术团队成员应避免在术中谈论与手术无关的闲话，更严禁谈论可能引起误解的话题(如“这个肿瘤怎么这么大”)。应保持手术间内安静、有序、专业的氛围。对于在区域麻醉或镇静麻醉下保持清醒的患者，播放其喜爱的舒缓音乐，已被证实能有效降低其焦虑水平、心率和血压，减少镇静药物的需求量[8]。音乐能分散患者的注意力，屏蔽手术器械产生的噪音，创造一种放松的环境。此外，音乐暴露已被发现显著减少镇痛和镇静剂的消耗[9]，缓解术后疼痛[10]并改善患者满意度[11]。

3.3. 麻醉苏醒期的心理衔接

麻醉苏醒期是患者意识从无到有的过渡阶段，容易出现意识模糊、烦躁、定向力障碍(谵妄)等。此期的心理护理包括：

(A) 及时的定向：患者睁眼时，复苏室护士应第一时间出现在其视野内，温和地告知：“X先生/女士，您的手术已经顺利结束了，现在在复苏室，一切都很好。”重复的定向信息能极大地缓解患者的困惑和恐惧。

(B) 疼痛与不适的积极处理：及时评估并处理患者的疼痛、恶心、口渴等不适。告知患者这些感觉是正常的，并正在为其处理。

(C) 与病房的顺利交接：当患者返回病房时，复苏室护士应与病房护士进行详细交接，包括患者的心理状态，确保心理护理的连续性。

综上所述，围手术期心理护理重要性的文章报道，在一项随机对照试验将120例在腰麻下进行下肢手术的患者分为两组，实验组术中佩戴耳机聆听自然之声音乐，对照组常规护理。结果发现，实验组患者的术中焦虑评分、血压和心率波动幅度均显著小于对照组[12]。

4. 术后心理护理：促进全面康复

4.1. 手术的结束并不意味着心理护理的终结

术后阶段，患者面临着疼痛、身体形象改变、功能受限等新的挑战，心理护理的重点转向应对现实、重建信心和预防远期心理问题。疼痛管理与心理舒适，术后疼痛是患者最直接的痛苦体验，而心理状态与痛觉密切相关。焦虑、抑郁会降低患者的痛阈，使其对疼痛更敏感[3][13][14]。超前镇痛与心理预期管理：在疼痛发生前进行干预，并告知患者“我们有多模式镇痛方案，会尽力让您舒适”，可以减轻其对疼痛的恐惧。非药物镇痛方法的运用：继续指导患者使用术前学习的放松技巧、深呼吸、意念引导等方法，作为药物镇痛的有效补充。积极沟通：相信患者的主诉，及时评估疼痛并给予处理，这本身就能带来巨大的心理安慰。

4.2. 信息反馈与康复激励

在患者完全清醒后，应由主治医生或资深护士以积极、肯定的语气告知手术成功完成的消息，这能极大地解除患者的心理负担。解释早期下床活动对预防深静脉血栓、肠粘连等并发症的重要性，并协助和鼓励患者进行。当患者取得微小进步时，及时给予表扬和肯定，能增强其自我效能感。与患者及家属

共同制定循序渐进的康复计划，让其看到每天的进步，重建对生活的控制感。

4.3. 应对身体意象改变与功能障碍

对于接受乳房切除、截肢、造口等改变身体形象或功能手术的患者，心理护理的挑战更大。

(A) 允许哀伤：理解并允许患者为失去的身体部分或功能表达悲伤、愤怒等情绪，这是一个正常的心理过程。

(B) 提供专业心理支持：及时引入心理咨询师或精神科医生进行专业干预。同时，可以组织“同伴支持”，邀请康复良好的同类疾病患者进行经验分享，提供榜样的力量。

(C) 康复指导与重塑自我：指导患者如何进行功能锻炼、如何使用假体或造口袋，帮助其适应新的身体状态，重新发现自我的价值和魅力。

4.4. 识别与干预术后心理障碍

部分患者可能在术后出现持续的焦虑、抑郁甚至创伤后应激障碍。护士应具备识别这些问题的能力，使用专业的评估工具(如医院焦虑抑郁量表 HADS)进行筛查，并对高危患者进行转诊。

既往研究一项针对结直肠癌造口患者的研究表明，接受系统化心理社会干预(包括疾病知识教育、情绪管理、同伴支持)的患者，其术后焦虑、抑郁评分显著下降，社会适应能力和生活质量明显提高，造口相关并发症发生率也更低[15]。

5. 心理护理的作用机制探讨

心理护理之所以能产生显著的临床效果，其背后有着深刻的生理心理学机制。

1) 神经内分泌机制：积极的心理干预能降低交感神经张力，减少儿茶酚胺和皮质醇的分泌，从而稳定心血管功能，减轻免疫抑制，优化机体的内环境。

2) 免疫学机制：心理应激可通过下丘脑-垂体-肾上腺轴抑制自然杀伤细胞和 T 淋巴细胞的活性。而放松、积极的情绪则能促进免疫球蛋白的分泌，增强细胞免疫功能，降低感染风险。

3) 行为学机制：心理护理提高了患者的治疗依从性，使其更愿意配合术前禁食水、术后早期活动、有效咳嗽排痰等医嘱，这些行为直接促进了身体的康复。

4) 认知机制：通过健康教育纠正错误认知，通过放松训练转移对疼痛的注意力，通过积极暗示增强康复信心，这些认知层面的改变直接调节了患者对应激事件的反应模式。

6. 挑战与展望

尽管心理护理的价值已获公认，但在临床实践中仍面临诸多挑战：护理人员配备不足、工作负荷重，导致实施心理护理的时间有限；部分护理人员缺乏系统的心理学知识和沟通技能培训；缺乏标准化、可量化的心理护理效果评估体系。未来，围手术期心理护理的发展方向应包括：

1) 专业化与标准化：制定针对不同手术类型、不同人群的标准化心理护理路径和临床指南。

2) 技术赋能：利用虚拟现实技术进行术前手术室环境暴露脱敏，开发基于手机 App 的个性化心理支持程序，提供冥想引导、康复追踪等功能。

3) 团队协作：建立由外科医生、麻醉医生、护士、心理咨询师、康复师乃至社会工作者组成的多学科协作模式，为患者提供全方位的“身心”照护。

4) 循证实践：鼓励开展更多设计严谨、大样本的随机对照研究，为心理护理提供更高级别的循证医学证据。

7. 结论

综上所述，心理护理贯穿于围手术期的全过程，它与精湛的手术技术、精准的麻醉管理共同构成了现代外科治疗的“三驾马车”。有效的心理护理不仅能够安抚患者的情绪，更能通过神经-内分泌-免疫的复杂网络，对患者的生理状态产生直接的良性影响，从而稳定生命体征、减少并发症、缩短住院时间、提升康复质量与生活满意度。在快速康复外科理念日益深入人心的今天，将心理护理有机地整合到常规外科护理路径中，是实现“以患者为中心”的医学人文关怀和提升整体医疗质量的必然要求。每一位医务工作者，尤其是与患者朝夕相处的护理人员，都应成为患者心灵的守护者，用专业知识与人文关怀，陪伴患者平稳度过手术这一人生中的重要关卡。

参考文献

- [1] Ji, W., Sang, C., Zhang, X., Zhu, K. and Bo, L. (2022) Personality, Preoperative Anxiety, and Postoperative Outcomes: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **19**, Article 12162. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912162>
- [2] Kassahun, W.T., Mehdorn, M., Wagner, T.C., Babel, J., Danker, H. and Gockel, I. (2022) The Effect of Preoperative Patient-Reported Anxiety on Morbidity and Mortality Outcomes in Patients Undergoing Major General Surgery. *Scientific Reports*, **12**, Article No. 6312. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>
- [3] Kil, H.K., Kim, W.O., Chung, W.Y., Kim, G.H., Seo, H. and Hong, J. (2012) Preoperative Anxiety and Pain Sensitivity Are Independent Predictors of Propofol and Sevoflurane Requirements in General Anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, **108**, 119-125. <https://doi.org/10.1093/bja/aer305>
- [4] 刘洋, 郭娜, 焦卫红. 术前心理干预对心脏手术患者围手术期焦虑及康复效果影响的 Meta 分析[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(4): 313-320.
- [5] Ahmed, A., Nasur, M., Mohamed, E., Faragalla, A., Ahmed, M., Mohammed, M., et al. (2025) Preoperative Anxiety and Information Desire among Patients Undergoing Elective Surgery in Northern Sudan: Multicenter Cross-Sectional Study. *JMIR Perioperative Medicine*, **8**, e75736. <https://doi.org/10.2196/75736>
- [6] Wong, E.M., Chan, S.W. and Chair, S. (2010) Effectiveness of an Educational Intervention on Levels of Pain, Anxiety and Self-Efficacy for Patients with Musculoskeletal Trauma. *Journal of Advanced Nursing*, **66**, 1120-1131. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x>
- [7] 王晶, 李乐之. 认知行为干预对胃癌患者术前焦虑及术后康复的影响[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(5): 684-688.
- [8] Kühlmann, A.Y.R., de Rooij, A., Kroese, L.F., van Dijk, M., Hunink, M.G.M. and Jeekel, J. (2018) Meta-Analysis Evaluating Music Interventions for Anxiety and Pain in Surgery. *British Journal of Surgery*, **105**, 773-783. <https://doi.org/10.1002/bjs.10853>
- [9] Koch, M.E., Kain, Z.N., Ayoub, C. and Rosenbaum, S.H. (1998) The Sedative and Analgesic Sparing Effect of Music. *Anesthesiology*, **89**, 300-306. <https://doi.org/10.1097/00000542-199808000-00005>
- [10] Aitken, J.C., Wilson, S., Coury, D. and Moursi, A.M. (2002) The Effect of Music Distraction on Pain, Anxiety and Behavior in Pediatric Dental Patients. *Pediatric Dentistry*, **24**, 114-118.
- [11] Kavak Akelma, F., Altinsoy, S., Arslan, M.T. and Ergil, J. (2020) Effect of Favorite Music on Postoperative Anxiety and Pain. *Der Anaesthetist*, **69**, 198-204. <https://doi.org/10.1007/s00101-020-00731-8>
- [12] 李晓丹, 张海伟. 音乐疗法对腰麻手术患者术中焦虑及生命体征的影响研究[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(12): 1124-1127.
- [13] Granot, M. (2009) Can We Predict Persistent Postoperative Pain by Testing Preoperative Experimental Pain? *Current Opinion in Anaesthesiology*, **22**, 425-430. <https://doi.org/10.1097/aco.0b013e32832a40e1>
- [14] Nelson, F.V., Zimmerman, L., Barnason, S., Nieveen, J. and Schmaderer, M. (1998) The Relationship and Influence of Anxiety on Postoperative Pain in the Coronary Artery Bypass Graft Patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, **15**, 102-109. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(98\)80007-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(98)80007-9)
- [15] Wang, Y., Ren, H., Li, M., Xie, L., Lin, L. and Fang, Y. (2024) Effect of Enterostomal Therapist-Led Visual Health Education Combined with Peer Education on the Self-Nursing Ability, Quality of Life and Peristomal Complications in Patients with a Permanent Colostomy. *Patient Preference and Adherence*, **18**, 1271-1280. <https://doi.org/10.2147/ppa.s458601>