

耳穴压豆与认知行为护理干预围手术期焦虑的 中西医结合研究进展

蒋明怡¹, 田萍^{2*}, 张涛¹, 周兆亮³, 皮佳涵¹

¹吉首大学医学院, 湖南 张家界

²张家界中医医院运营部, 湖南 张家界

³南京大学医学院附属鼓楼医院超声医学科, 江苏 南京

收稿日期: 2026年4月27日; 录用日期: 2026年6月6日; 发布日期: 2026年6月18日

摘要

围手术期焦虑是外科患者普遍存在的心理应激问题, 发生率高、危害广泛, 已成为围手术期管理的重要议题。耳穴压豆和认知行为护理作为具有代表性的非药物干预手段, 近年来受到广泛关注。耳穴压豆以中医全息理论和经络学说为基础, 通过刺激耳廓特定穴位(如神门、心、皮质下、交感等), 调节自主神经功能和HPA轴活性, 发挥镇静安神之效的潜力; 认知行为护理则以认知行为理论为指导, 通过认知重建和行为激活帮助患者建立适应性应对模式, 有助于缓解术前紧张情绪。本文从围手术期焦虑的流行病学、影响因素及其危害出发, 系统梳理两种干预方式的理论基础与作用机制, 综述各自在围手术期焦虑管理中的临床研究进展, 并探讨中西医两种干预路径的优势互补与整合策略, 以期为围手术期焦虑的综合护理实践提供参考。

关键词

围手术期焦虑, 耳穴压豆, 认知行为护理, 中西医结合护理, 非药物干预

Research Progress on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Auricular Acupressure and Cognitive-Behavioral Nursing Intervention for Perioperative Anxiety

Mingyi Jiang¹, Ping Tian^{2*}, Tao Zhang¹, Zhaoliang Zhou³, Jiahuan Pi¹

*通讯作者。

文章引用: 蒋明怡, 田萍, 张涛, 周兆亮, 皮佳涵. 耳穴压豆与认知行为护理干预围手术期焦虑的中西医结合研究进展[J]. 中医学, 2026, 15(6): 180-188. DOI: 10.12677/tcm.2026.156329

¹School of Medicine, Jishou University, Zhangjiajie Hunan

²Department of Operations, Zhangjiajie Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhangjiajie Hunan

³Department of Ultrasound Medicine, Nanjing Drum Tower Hospital, The Affiliated Hospital of Nanjing University Medical School, Nanjing Jiangsu

Received: April 27, 2026; accepted: June 6, 2026; published: June 18, 2026

Abstract

Perioperative anxiety is a prevalent psychological stress problem among surgical patients, characterized by high incidence and widespread adverse effects, and has become a critical issue in perioperative management. Auricular acupressure and cognitive-behavioral nursing, as representative non-pharmacological interventions, have drawn increasing attention in recent years. Auricular acupressure, grounded in the holographic theory and meridian doctrine of traditional Chinese medicine, exerts sedative and tranquilizing effects by stimulating specific auricular points (e.g., Shenmen, Heart, Subcortex, and Sympathetic) to regulate autonomic nervous function and the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. Cognitive-behavioral nursing, guided by cognitive-behavioral theory, helps patients establish adaptive coping patterns through cognitive restructuring and behavioral activation, thereby helping alleviate preoperative tension. Starting from the epidemiology, influencing factors, and hazards of perioperative anxiety, this paper systematically reviews the theoretical foundations and mechanisms of action of the two interventions, summarizes their respective clinical research progress in perioperative anxiety management, and explores the complementary advantages and integration strategies of these two approaches from the perspectives of Chinese and Western medicine, with the aim of providing a reference for comprehensive nursing practice for perioperative anxiety.

Keywords

Perioperative Anxiety, Auricular Acupressure, Cognitive-Behavioral Nursing, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing, Non-Pharmacological Interventions

Copyright © 2026 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

手术作为重要的治疗手段，在治愈疾病的同时，也不可避免地给患者带来生理与心理的双重应激。围手术期焦虑是外科患者最为普遍的心理问题，临床观察发现约 60%~80% 的手术患者会在围手术期出现不同程度的焦虑情绪。择期手术患者术前焦虑的发生率在不同研究中报道为 11%~80% 不等，差异主要源于手术类型、评估工具及患者群体特征的不同。其中，大型手术如冠状动脉旁路移植术的术前焦虑发生率可高达 50%，普通外科手术约为 32%。

术前焦虑不仅是一种主观不适，更可能对围手术期安全产生实质性影响。研究表明，术前焦虑会激活下丘脑-垂体-肾上腺轴和交感-肾上腺髓质轴，导致皮质醇和儿茶酚胺释放增多，引起血压升高、心率加快、耗氧量增加。这一系列生理反应可进一步导致术中麻醉药物用量增加、术后疼痛加重、认知功能损害、并发症和死亡率增加，并与术后远期生活质量下降和生存率降低密切相关。更为严重的是，

围术期焦虑已被确认为心脏手术后死亡率和主要并发症的独立危险因素。

传统上,围手术期焦虑的管理以药物干预为主,如咪达唑仑和右美托咪定等镇静药物在临床上被广泛应用。然而,药物治疗存在一定的局限性,包括潜在的副作用、药物相互作用风险以及对术后恢复的不利影响。随着医学模式从单纯的生物医学向“生物-心理-社会”模式的转变,非药物干预手段日益受到重视。在国际上,非药物干预方法如音乐疗法、催眠疗法、认知行为疗法和针灸等已被广泛应用于术前焦虑的缓解。在中国,中医外治法特别是耳穴压豆疗法,凭借其“简、便、验、廉”的特点,为围手术期焦虑的管理提供了一条补充路径。2003年,世界卫生组织(WHO)已推荐将镇痛和术后恶心呕吐列为针刺治疗的适应证,而穴位刺激在围术期不仅能产生镇痛、镇静、抗焦虑等作用,还可在一定程度上降低术后恶心呕吐的发生率,提高机体免疫功能,发挥心脑等重要器官保护作用。

在此背景下,本文选取耳穴压豆与认知行为护理两种具有代表性的非药物干预方法,分别从中医和现代心理学两个维度,系统综述两者在围手术期焦虑管理中的研究进展,探讨其作用机制、临床应用、优势与局限,并展望中西医结合护理路径的可能的整合思路,以为临床护理实践和后续研究提供参考。

2. 围手术期焦虑: 流行病学、原因与危害

2.1. 发生率与评估工具

围手术期焦虑的发生率因评估工具、手术类型和患者群体的不同而存在较大差异,总体发生率在11%~80%之间[1]。患者对全身麻醉的焦虑程度高于局部麻醉,尤其担心全身麻醉对智力的影响以及术中苏醒等问题。在肿瘤外科领域,围手术期焦虑的发生率更为突出,据报道,50%~85%的肿瘤外科患者在围手术期经历显著的焦虑和抑郁情绪[2]。

目前,围手术期焦虑的评估工具主要分为主观量表和客观指标两大类。状态-特质焦虑量表(STAI)被认为是评估患者焦虑水平以及区分状态性焦虑和特质性焦虑的“金标准”,已在国际上得到广泛应用。在临床研究中常用的工具还包括焦虑自评量表(SAS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、医院焦虑抑郁量表(HADS)等。近年来的研究趋势倾向于将主观量表与客观生理指标(如心率变异性、皮质醇水平等)相结合,以提高评估的客观性和全面性。

2.2. 影响因素分析

围手术期焦虑的发生受到多维度因素的共同影响,可归纳为社会人口学因素、社会心理学因素和手术相关因素三大类。

社会人口学因素方面,小于30岁的年轻患者较老年人更易发生术前焦虑,幼儿在进入手术室时最易产生分离性焦虑,而老年患者则易产生悲观情绪。女性比男性更容易发生术前焦虑;受教育程度越高者,对手术风险和手术效果的顾虑越多,更易引发焦虑[3]。

社会心理学因素方面,社会支持是个人处理应激事件的重要潜在资源,与家人关系疏远、缺少亲友关爱和支持的患者更容易发生术前焦虑;睡眠不足可加重术前焦虑程度;性格特征也与术前焦虑密切相关,情感脆弱、缺乏自信、性格内向、多虑、情绪不稳定者往往更易产生术前焦虑。

手术相关因素方面,对手术和麻醉过程的恐惧感、对手术中觉醒的恐惧、对术后疼痛的担心、对死亡的恐惧以及经济损失风险均是焦虑的重要诱因。手术类型和麻醉方式也在焦虑的发生中扮演关键角色。

2.3. 危害与临床后果

围手术期焦虑对患者的危害贯穿手术全程。术前,焦虑情绪可导致患者出现坐卧不安、食不甘味、夜不能寐、注意力不集中、乏力、头晕等表现,儿童则可能表现为恐惧、躁动不安、哭闹或试图挣脱医务

人员。从生理层面看,术前焦虑会激活 HPA 轴和交感-肾上腺髓质轴,引起血压升高、心率加快,增加麻醉风险。此外,长期紧张状态可能影响术后伤口愈合,导致免疫功能抑制;焦虑程度高的患者往往疼痛耐受性更低,康复速度更慢。更为严峻的是, A Prospective Cohort Study 结果显示,焦虑患者在 90 天内出现不良结果的风险更高,且 5 年内再手术率也略有提高,这进一步证实了围手术期焦虑对患者近远期预后的深远影响[4]。

3. 耳穴压豆: 中医外治法在围手术期焦虑中的应用

3.1. 中医理论基础与现代机制解读

耳穴压豆又称耳穴贴压法,是中医耳穴疗法的重要组成部分,属于中医外治法范畴。该疗法通过在耳廓特定穴位上贴压王不留行籽、磁珠等粒状物,并进行适度的揉、按、捏、压,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应,从而达到防治疾病的目的。

从中医理论角度看,耳穴压豆的理论根基在于“耳为宗脉之所聚”的经络学说。《黄帝内经·灵枢》中记载:“耳者,宗脉之所聚也”,认为耳朵与五脏六腑以及全身经络密切相关,如同一幅倒立的婴儿图像,对应着全身各个部位和器官。耳廓虽小,却有 93 个穴位,当人体出现问题时,往往在耳廓的相应部位出现压痛、结节等反应,正如失眠患者在神门穴可出现明显压痛一样。通过刺激这些反应点,可以疏通经络、调和气血,达到调节脏腑功能的目的。中医认为“焦虑”是由于情志改变引起的以脏腑“神-气”失调为核心的疾病,是以气机阻滞为主的病理变化而产生的“郁证”。耳穴压豆通过行气活血、宁心安神、镇静定志,切中焦虑之病机。

从现代医学角度解读,耳廓分布着丰富的神经支配,包括迷走神经耳支、三叉神经耳颞支、耳大神经和枕小神经等。贴压刺激通过感觉神经传导至中枢神经系统,进而影响自主神经系统的平衡,调节心率、血压和消化功能,从而有效缓解压力、改善睡眠并增强免疫力。具体而言,刺激耳穴可通过迷走神经传入通路影响孤束核和蓝斑核,进而调节下丘脑-垂体-肾上腺轴的活性,降低皮质醇水平;同时,经由三叉神经脊束核和导水管周围灰质的下行通路,可激活内源性阿片肽系统,产生镇痛和镇静效应。这种神经-体液的双重调节机制,为耳穴压豆缓解围手术期焦虑提供了现代生理学依据,但上述通路的分子细节和关键靶点仍有待深入阐明。

3.2. 核心穴位与操作规范

在缓解围手术期焦虑的临床实践中,耳穴压豆常选用的穴位包括心、肝、肾、交感、皮质下、神门等。根据中医辨证理论,这些穴位的选用具有明确的脏腑经络靶向性:其中,神门穴具有安神、镇静、止痛的作用,是缓解焦虑的核心穴位;皮质下穴(又称脑点)可调节大脑皮层的兴奋与抑制功能,帮助“调节大脑皮层兴奋与抑制的平衡”;交感穴主治自主神经功能紊乱,对焦虑伴随的心血管反应有良好的调节作用;心穴直接调节心神功能,体现了中医“心主神明”的理论。在实际操作中,还可根据患者的原发疾病和体质差异加选肝、脾、肾、胆等配穴,体现了中医辨证施治的原则。

在操作规范方面,本综述建议采纳以下标准化干预方案:由经过培训并考核合格的护理人员在术前 1~3 天开始干预。操作步骤:① 用 75%酒精棉签对耳廓进行常规消毒,待干;② 使用弹簧探棒在神门、心、交感、皮质下等主穴区域内以均匀力度探查,以患者感到最明显的刺痛或酸胀点作为敏感点;③ 将王不留行籽耳贴(建议使用 0.6 cm × 0.6 cm 标准胶布)精确贴于敏感点上并按压固定。指导患者每天自行按压 3~5 次,分别于早、中、晚、睡前及紧张时进行,每次每穴按压 1~2 分钟,以每秒 1~2 次的频率施以间歇性刺激,按压力度以产生酸、麻、胀、热的“得气”感且无尖锐刺痛为度。建议双耳同时贴压或两耳交替进行,夏季留置 1~3 天,冬季可留置 3~7 天,直至术前。术前 1 天可更换一次新耳贴以确保持续

刺激。护理人员每日需检查胶布有无潮湿、脱落，并询问皮肤有无瘙痒、红肿等过敏反应。作为质量控制的补充，可设计《耳穴压豆操作核查表》记录取穴、按压频次及皮肤状况。

3.3. 临床研究证据

近年来，耳穴压豆在围手术期焦虑领域的临床研究日益丰富。多项临床随机对照试验和系统评价为其有效性提供了初步的支持性证据。黄媛[5]等开展的 Meta 分析系统检索了国内外多个数据库，纳入前瞻性随机对照临床研究，探讨耳穴压豆缓解围手术期患者焦虑情绪的作用。结果显示，干预组在 SAS 评分和 HAMA 评分方面均优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，提示耳穴压豆可能有助于缓解围手术期患者焦虑情绪。张玉奇[6]等的研究进一步提出，耳穴压豆通过行气活血止痛、宁心安神、镇静等效果，可为成年人择期手术术前焦虑的管理提供一种辅助思路。

在外科各专科领域的应用也取得了一些初步结果。在妇科腹腔镜手术方面，有研究采用随机对照试验设计，设置对照组、安慰组、耳穴贴压组和联合组进行对比观察，结果表明耳穴贴压疗法可减轻围手术期患者术前焦虑程度，帮助改善睡眠质量，同时促进术后胃肠功能恢复，预防尿潴留的发生[7]。在肿瘤外科领域，一项纳入 60 例患者的研究显示，耳穴压豆干预后观察组的 SAS、匹兹堡睡眠质量指数及疼痛评分均低于对照组($P < 0.05$)，护理满意度更高($P < 0.05$)，提示耳穴压豆对肿瘤外科患者术前焦虑及睡眠质量可能具有积极影响[8]。另外，一项纳入 240 例患者的随机对照研究进一步发现，耳穴压豆联合中医情志护理干预可改善患者术前焦虑和睡眠质量，并可降低因焦虑引发的术后高血压、心律失常等并发症的发生率，提高患者护理满意度($P < 0.05$) [9]。然而，上述结论应审慎解读：多数研究为单中心设计，样本量较小，且耳穴配方和按压频次存在差异，盲法实施困难，证据质量仍然有限，尚需大样本、多中心的高质量随机对照试验来进一步验证。

3.4. 优势与局限

耳穴压豆作为非药物干预手段，其突出优势体现在几个方面：一是非侵入性、操作简便，患者接受度高，可培训护理人员掌握；二是不不良反应较少且轻微，主要为局部皮肤刺激或胶布过敏，避免了药物干预的全身性副作用风险；三是成本低廉，符合卫生经济学要求，尤其适合在基层医疗机构推广；四是可以贯穿围手术期全程应用，兼具术前镇静和术后康复促进的双重功能。

然而，该疗法也存在一定的局限性。首先，当前的研究主要集中在术后阶段或特定疾病和手术类型上，针对术前焦虑的专门研究相对不足，耳穴压豆疗法的普遍适用性有待进一步验证。其次，多数临床研究样本量偏小，缺乏多中心、大样本的高质量随机对照试验。再者，选穴方案和干预时机尚未形成统一标准，临床操作存在一定的异质性，影响了研究的可重复性和研究间的可比性。此外，对耳穴压豆缓解焦虑的神经生物学机制，目前仍以宏观调节层面的阐释为主，缺乏深入的分子层面研究。在应用中还需注意耳皮肤感染、胶布过敏等安全性问题。

4. 认知行为护理：心理学方法在围手术期焦虑中的应用

4.1. 认知行为护理的概念框架

认知行为护理是将认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)的基本原理和技术融入护理实践的一种心理护理模式。其核心理论基础源于 Beck 的认知理论和行为主义学习理论，认为个体的情绪和行为问题主要源于功能失调的认知模式和不良的行为应对策略。认知行为护理的目标是通过帮助患者识别并改变歪曲的认知，建立适应性行为，从而改善情绪状态和行为表现。

在围手术期情境中，认知行为护理的干预逻辑在于：手术患者普遍存在对手术风险、麻醉安全、术

后疼痛和恢复过程的过度担忧和灾难化认知，这些认知偏差是诱发和加重焦虑的关键因素。认知行为护理通过认知重建和行为激活两翼并进，帮助患者建立现实、积极的手术预期和应对策略。具体技术要素包括：通过面对面访谈进行认知评估和重建、布置家庭作业以巩固认知改变、放松训练以管理生理唤醒、以及行为实验以验证新的认知假设。

4.2. 主要干预策略与实施路径

认知行为护理在围手术期的实施通常贯穿术前、术中和术后三个阶段。

术前阶段，建议实施“三步走”方案：第一步(入院当天)，由经过 CBT 基础培训的护士进行约 20 分钟的结构化访谈，使用焦虑自评量表评估焦虑水平及诱因，引导患者识别“我肯定会出意外”等灾难化思维，并以“想法记录表”书面列出。第二步(术前 1 天)，开展 20~30 分钟的认知重建干预(团体或一对一)，通过苏格拉底式提问引导患者检验灾难化认知的证据，并帮助其形成“手术虽有风险，但医疗团队已做好充分准备”等替代性合理认知，发放图文版《围手术期心理应对手册》。第三步(术前 2 小时)，指导患者进行 15 分钟的腹式深呼吸或渐进性肌肉放松训练，辅以 4-7-8 呼吸法(吸气 4 秒、屏气 7 秒、缓慢呼气 8 秒)，以降低生理唤醒水平。

术中阶段虽受限于麻醉状态，但对于局部麻醉或清醒手术的患者，认知行为护理仍可发挥一定作用。护理人员在术中对患者采取温和的态度，通过非语言沟通(如适时握手、点头示意)传递安全感，并可播放患者术前自选的舒缓音乐，以分散其注意力。

术后阶段，则聚焦于疼痛管理教育(解释镇痛泵原理，以证据和比喻消解“止痛药会上瘾”的误解)和分阶段设定康复目标。具体做法：与患者共同制定书面康复计划，如“术后 24 小时内床上翻身并坐起 3 次，第 3 天在搀扶下床行走 5 分钟”。同时在术后 3 天内使用医院焦虑抑郁量表进行情绪筛查，对评分 ≥ 8 分者启动后续心理疏导或转介。

近年来，随着信息技术的发展，网络化认知行为疗法(iCBT)和计算机辅助认知行为疗法(cCBT)逐渐在围手术期护理中得到应用尝试。例如，有研究对腰椎间盘突出患者实施网络化认知行为疗法，结果显示其在改善围术期心理状态和功能恢复方面效果显著[10]。在慢性肾衰患者中，计算机辅助认知行为疗法被发现可有效改善患者的焦虑、抑郁、睡眠质量以及血压和心率等生理指标[11]。这些数字化应用形式拓宽了认知行为护理的可及性与覆盖范围，为围手术期心理护理的普及提供了新的技术支撑。

4.3. 临床效果评价

认知行为护理及围手术期心理干预的临床有效性已得到多项系统评价和 Meta 分析的支持。一项聚焦肿瘤外科患者的系统评价和 Meta 分析纳入了 17 项随机对照试验，其中 10 项评估了心理干预(包括认知行为疗法)，Meta 分析结果显示，心理干预对术前焦虑评分的改善具有显著效果(Hedge's $g = (-)1.03, p = 0.001$)，对出院时抑郁评分也有显著改善作用(Hedge's $g = (-)0.88, p < 0.001$)，但术后远期的获益未能持续。这一发现提示，围手术期的心理干预在短期内效果明确，但如何维持远期效益仍是亟需研究的问题。另一项针对术前心理干预的系统评价和 Meta 分析纳入 17 篇文章、共 1831 例患者，其中 41% 的研究采用了认知行为疗法为基础的干预[12]。汇总分析显示，干预组术后焦虑显著低于对照组(均数差值 $= (-)5.84, 95\%CI: (-)8.43$ 至 $(-)3.25, p < 0.001$)，术后疼痛和住院时间也显著改善。该研究结论指出，在围手术期实施术前心理干预可进一步改善术后结局，提升整体外科照护质量。

在特定手术领域的应用研究中，一项针对心脏手术后患者的随机对照试验证实，结合了认知行为疗法和感官策略的心理社会护理干预能有效改善术后结局，显著降低了焦虑水平、改善了睡眠质量并预防了术后谵妄的发生(干预组谵妄发生率为 0%，对照组为 30%， $p < 0.05$)，同时显著缩短了机械通气时间和

住院时间[13]。

围手术期抑郁和焦虑的管理指南指出，四次简短的认知行为疗法疗程即可显著减轻心脏手术患者的抑郁和焦虑症状，这一发现为在紧张的围手术期时间窗口中实施 CBT 干预提供了可行性的支持依据。需要指出的是，上述研究虽显示心理干预对围手术期焦虑具有改善作用，但纳入研究间异质性较大，部分结局指标的证据等级被评为低或极低，且部分单中心小样本研究结果的外推性受限，尚需在更大规模和更严谨设计的研究中进一步检验。

4.4. 应用现状与挑战

尽管认知行为护理在围手术期焦虑管理中的价值已被多项研究证实，但在临床推广中仍面临诸多挑战。资源约束是首要限制因素——多数医院缺乏经过 CBT 培训的专职心理护理人员，面对大量手术患者，一对一的心理干预很难在时间紧迫的围手术期中落实到位。时效性瓶颈尤为突出：围手术期时间窗口非常紧凑，而经典的 CBT 干预往往需要若干次的疗法疗程才能彰显效果，两者之间的时间冲突构成了深层的实施障碍。干预的时效性挑战同样不容忽视——现有证据表明，心理干预对焦虑和抑郁的改善效果在术后短期(约 3 天至 1 周)后逐渐减弱，远期效益未能延续，如何设计“短程高频率”或“分阶段递进式”的干预方案以延长获益仍是未解决的难题。患者层面，由于知识背景、文化程度、性格特征的不同，对心理干预的接受度和依从性存在较大差异，统一化的干预方案难以匹配所有个体的心理防御模式。文化适应性的不足同样值得关注——现有的认知行为疗法模式大多源于西方心理学背景，如何将其与中国人特有的情绪表达方式和求助行为特征相调适，构建适合中国外科患者心理特点的认知行为护理方案，尚需进一步的研究和探索。

5. 中西医护理路径的整合与展望

5.1. 两种干预方法的互补性分析

耳穴压豆与认知行为护理分属中医外治法和现代心理护理两个不同的理论体系，但在围手术期焦虑管理中可能存在较强的互补性。从干预路径看，耳穴压豆以“由身及心”的自下而上路径发挥作用，通过外周神经刺激调节中枢神经系统功能；认知行为护理则以“由心及身”的自上而下路径入手，从认知层面的改变影响情绪反应和生理状态。两种路径虽方向迥异，理论上在围手术期焦虑管理这一目标上可形成一定的协同效应。然而，这种协同效应的假说目前主要基于理论推导，尚缺乏直接对比或析因设计的实证研究支持。

从干预特性来看，耳穴压豆偏重于生理调节，起效较快，对焦虑的躯体症状(如心悸、失眠、血压升高)有直接的改善作用；认知行为护理偏重于心理重建，通过对认知模式的深层调整产生更为持久的心理适应效果。两者结合，可以在短期内通过耳穴压豆迅速稳定患者的生理状态，为认知行为护理的顺利实施创造心理窗口；同时通过认知行为护理从根本上改善患者对手术的错误认知和应对模式，使生理调节的效果得以进一步巩固与迁移。

从围手术期的连续时间线来看，耳穴压豆可在术前、术后全程持续干预，尤其适用于术后不宜进行心理干预的时期；认知行为护理则可在术前和术后恢复期集中实施，形成与中医外治法配合的“分阶段-多成分”护理方案，实现“生理-心理-社会”三层面的全面干预[14]。

5.2. 联合应用的研究进展

中西医结合护理模式在围手术期焦虑管理中的应用已初现端倪。有研究将穴位敷贴配合耳穴压豆与情志干预相结合[15]，用于卵巢囊肿腹腔镜患者，结果表明联合干预组的围手术期相关指标、自我效能评

分、腹胀痛评分均优于单纯穴位敷贴配合耳穴压豆的对照组($P < 0.05$), 总体幸福感评分也更高($P < 0.05$), 提示中西医结合干预模式在改善围手术期心理状态和生活质量方面更具优势。梁诗涵[16]等的研究进一步证实, 将上述联合干预用于腹腔镜围手术期患者, 有助于减少患者腹胀痛程度, 提高自我效能、总体幸福感, 促进患者恢复。

在手术类型方面, 耳穴贴压联合中药汤剂或中药足浴在妇科腹腔镜围手术期中取得了良好的综合效果[17]。这些联合应用的初步探索提示, 将中医护理技术与情志护理、心理干预相结合的中西医结合护理路径, 可能产生协同效应, 但这一假设尚需严格设计的临床试验加以验证, 尤其需要设立安慰对照、实施盲法评价并关注远期结局。此外, 因现有研究设计局限(非盲法、单中心), 且多未设立严格的心理干预单独对照组, 联合应用的确切增益需更多研究加以明确。

5.3. 未来研究方向

基于现有研究进展与不足, 未来应从以下几个方向深化探索。

首先, 开展高质量的临床研究。当前围绕耳穴压豆和认知行为护理的研究多为单中心、小样本的设计, 证据等级有待提升。未来需要设计多中心、大样本的随机对照试验, 采用标准化的干预方案和客观的结局指标(如心率变异性、皮质醇水平、炎症因子等生物标志物), 为两种干预方法的有效性提供更高级别的证据支持。

其次, 构建标准化的中西医结合护理路径。应在循证基础上制定耳穴压豆的选穴规范和操作标准, 形成统一的围手术期焦虑管理的辨证分型方案; 同时开发适合中国外科患者心理特征的认知行为护理方案, 明确两种方法在围手术期不同阶段的最佳组合模式和干预时序, 形成可推广、可操作的中西医结合标准化护理路径。

再其次, 深化作用机制的多层次研究。对耳穴压豆的神经生物学机制, 应借助功能神经影像技术和神经电生理技术, 从脑网络层面 - 神经递质层面 - 分子通路层面进行系统解析; 对认知行为护理的中枢机制, 可采用事件相关电位和功能磁共振成像等方法研究认知重建对情绪调节相关脑区功能连接的影响, 并在神经内分泌免疫网络框架下, 探讨两种干预方法在分子层面的协同通路。

最后, 探索数字化技术的创新应用。结合移动医疗和人工智能技术, 开发耳穴压豆的智能定位辅助系统和认知行为护理的数字化平台(如智能手机应用或微信小程序), 降低对专业人力资源的依赖, 提高干预的可及性和依从性, 使中西医结合围手术期心理护理惠及更广泛的患者群体。

6. 结语

围手术期焦虑是影响手术患者预后的重要心理因素, 其高发生率和广泛危害呼唤更加系统、多元的护理干预策略。耳穴压豆作为中医外治法的代表之一, 以其简便安全、身心同调的特点, 为围手术期焦虑管理提供了一条颇具潜力的补充路径; 认知行为护理作为现代心理护理的重要手段, 通过认知重建和行为激活, 从心理层面帮助改善患者的焦虑状态。两者的结合, 是对中西医并重、优势互补护理理念的有益探索, 初步显示出构建“评估 - 干预 - 随访”全程心理护理体系的可能性。

在围手术期焦虑管理实践中, 护理人员可根据患者的具体情况, 灵活选择或组合应用耳穴压豆和认知行为护理, 在术前、术后不同阶段实施分层、连续的干预, 使“生理 - 心理 - 社会”三个层面的照护形成有机整体。然而, 必须明确指出, 目前联合干预的高级别证据仍然有限, 多数研究质量参差不齐, 统一的标准化操作流程尚未建立, 远期效果亦不明确, 且两种干预的协同作用机制和成本效益尚缺乏系统评估。未来, 随着高质量临床研究的推进和实施科学的发展, 以耳穴压豆和认知行为护理为核心的中西医结合围手术期心理护理模式有望逐步成熟与规范, 但其确切的临床价值、适用人群和理想实施策略,

均有待更多严谨的研究来证实。

致 谢

本研究在选题、构思及撰写过程中，承蒙通讯作者田萍老师在护理学科专业知识和临床实践方面给予的悉心指导，在此致以诚挚的谢意。感谢吉首大学提供的学术平台与科研支持，感谢张家界中医院在文献调研与临床资料收集方面给予的帮助，以及南京大学在研究方法论方面提供的宝贵建议。

感谢各位合作者在资料整理、文献检索与论文校审过程中的辛勤付出与通力协作。

最后，向本文所引用文献的各位学者，以及所有在教学、科研和临床工作中给予关心与帮助的同仁，一并表示衷心的感谢。

参考文献

- [1] 徐蕾, 包剑锋, 俞海燕, 等. 耳穴压豆对肝癌介入治疗患者围手术期疼痛及焦虑的影响[J]. 中国现代医生, 2018, 56(33): 98-101.
- [2] 乔铮, 夏露花, 彭岩, 等. 甲状腺癌心理干预对焦虑抑郁影响的 Meta 分析[J]. 新疆医学, 2026, 56(1): 52-58.
- [3] Yu, X.H., Li, Y., Huang, W., et al. (2024) Auricular Pressure Beans Combined with Compound Tung-Leaf Burn Oil Relieve Perioperative Anxiety and Pain in Patients Undergoing Circumcision. *National Journal of Andrology*, **30**, 519-524.
- [4] Atmaca, A.K. and Ünver, Z. (2026) The Relationship between Preoperative Depression and Anxiety and Postoperative Recovery in Patients Undergoing Gastrointestinal Cancer Surgery: A Prospective Cohort Study. *Psychology, Health & Medicine*, **2026**, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13548506.2026.2632396>
- [5] 黄媛, 胡佩欣, 钟淑琴, 等. 耳穴压豆缓解围手术期患者焦虑作用的 Meta 分析[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(3): 769-776.
- [6] 张玉奇, 张守红, 矫健, 等. 耳穴压豆联合中药穴位贴敷对老年冠心病患者焦虑抑郁负性情绪的影响[J]. 中国中医药科技, 2022, 29(5): 850-852.
- [7] 崔玥, 谯娟, 王汇钧, 等. 耳穴压豆对腹腔镜胆囊切除术后患者胃肠功能的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(24): 94-97.
- [8] 伍津正, 胡洋. 耳穴压豆联合五音疗法对乳腺癌术后化疗后焦虑抑郁状态患者情绪、生活质量和免疫功能的影响[J]. 河南中医, 2020, 40(3): 442-446.
- [9] 唐婕妤, 谭军, 赵晔, 等. 耳穴压豆联合中医情志护理治疗高血压合并焦虑(肝郁化火型)的疗效观察[J]. 中医药导报, 2023, 29(5): 112-115+123.
- [10] 左青青, 曹亚琴, 何守玉, 等. 认知行为疗法结合普拉提运动在腰椎间盘突出症术后病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2021, 35(16): 2852-2857.
- [11] 吴晓芸, 白莹, 李迎婕, 等. 认知行为护理干预对慢性肾衰血液透析治疗患者肾功能及生存质量的影响[J]. 海南医学, 2017, 28(6): 1023-1025.
- [12] 马志远, 严祥, 王文进. 心理干预对腹腔镜胆囊切除术患者影响的 Meta 分析[J]. 国外医学(医学地理分册), 2016, 37(2): 112-118.
- [13] 李文娟, 王辉, 李娅梦. 分析认知行为干预在心脏外科手术围术期中对患者的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16(23): 215-217.
- [14] 高宝琴, 刘永芳, 张晓晓, 等. 心理护理对腹腔镜下胆囊切除术患者的焦虑抑郁及治疗依从性的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(4): 758-761.
- [15] 孟凯. 耳穴压豆联合中医情志护理干预在妇科围术期的应用效果[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(22): 151-152.
- [16] 梁诗涵. 穴位敷贴配合耳穴压豆及情志干预对卵巢囊肿腹腔镜患者围手术期指标及腹胀痛、自我效能的影响[J]. 中国医药指南, 2024, 22(12): 116-118.
- [17] 罗玲, 谭文娟. 耳穴贴压联合中药足浴干预围绝经期失眠症的效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(5): 88-91.