

· 论著 · 康复与护理 ·

术前行为认知疗法对全麻手术患者术后疼痛、心理和功能结局的影响

陈喜雪 林雅琪*

四川大学华西厦门医院麻醉手术中心(福建 厦门 361000)

【摘要】目的 探讨术前行为认知疗法对全麻手术患者术后疼痛、心理和功能结局的影响。**方法** 选取2024年2月至2025年2月于我院就诊并行全麻手术治疗的患者256例,随机分为常规组和治疗组,每组128例。常规组给予常规术前护理,治疗组在常规组基础上加行为认知疗法。比较两组的一般资料、心理情况等。**结果** 两组术前SAS评分和SDS评分对比无差异($P>0.05$);两组出院前和术后3月的SAS评分和SDS评分低于术前($P<0.05$),且治疗组更低($P<0.05$)。治疗组术后24h、出院前和术后3月的VAS评分低于常规组($P<0.05$)。两组术前GSES评分、QOL-LC评分和ESCA评分对比无差异($P>0.05$);两组出院前和术后3月的GSES评分、QOL-LC评分和ESCA评分高于术前($P<0.05$),且治疗组更高($P<0.05$)。治疗组术后并发症发生率低于常规组($P<0.05$)。治疗组术后活动时间、出院时间和术后正常生活时间短于常规组($P<0.05$)。**结论** 术前行为认知疗法可减轻患者术后疼痛,改善负面情绪,提高日常生活能力和自我护理能力,加快了术后康复。

【关键词】行为认知疗法;手术;疼痛评分;焦虑;抑郁

【中图分类号】R614

【文献标识码】A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2026.5.068

Effects of Preoperative Behavioral Cognitive Therapy on Postoperative Pain, Psychological and Functional Outcomes of Patients Undergoing General Anesthesia

CHEN Xi-xue, LIN Ya-qi*

Division of Anesthesia and Surgery, West China Xiamen Hospital of Sichuan University, Xiamen 361000, Fujian Province, China

Abstract: Objective To investigate the effects of preoperative behavioral cognitive therapy on postoperative pain, psychological and functional outcomes of patients undergoing general anesthesia. **Methods** A total of 256 patients with concurrent surgical treatment in our hospital from February 2024 to February 2025 were randomly divided into routine group and treatment group, with 128 patients in each group. The routine group was given routine preoperative care, and the treatment group was given behavioral cognitive therapy on the basis of the routine group. The general information and psychological condition of the two groups were compared. **Results** There was no difference in SAS score and SDS score between the two groups ($P>0.05$). SAS scores and SDS scores were lower in both groups before discharge and 3 months after operation ($P<0.05$), and lower in the treatment group ($P<0.05$). The VAS scores of the treatment group were lower than those of the conventional group 24 hours after surgery, before discharge and 3 months after surgery ($P<0.05$). There were no differences in preoperative GSES scores, QOL-LC scores and ESCA scores between the two groups ($P>0.05$). The GSES score, QOL-LC score and ESCA score before discharge and 3 months after operation were higher in both groups than before operation ($P<0.05$), and higher in treatment group ($P<0.05$). The incidence of postoperative complications in the treatment group was lower than that in the conventional group ($P<0.05$). The postoperative activity time, discharge time and postoperative normal life time of the treatment group were shorter than those of the conventional group ($P<0.05$). **Conclusion** Preoperative behavioral cognitive therapy can reduce postoperative pain, improve negative emotions, improve daily living ability and self-care ability, and accelerate postoperative recovery.

Keywords: Behavioral Cognitive Therapy; Surgery; Pain Score; Anxiety; Depression

手术是指医生用多种器械对病人身体进行的切除、缝合等治疗来恢复或改善机体功能。随着医学的发展,外科手术已成为临床医师治疗多种疾病的重要方法^[1]。但由于切、割、缝等操作多少会对机体造成一定影响。有研究显示^[2],约92.6%的患者存在术前焦虑,40.5%患者为高度焦虑。患者术前术后出现的负面情绪不仅增加手术风险,也对术后恢复造成了不良影响。因此,对患者进行早期干预,解除负性情绪,对纠正不良认知、缓解病情、术后恢复均有重要意义。认知行为疗法是一种可以改变干预对象认知取向的心理治疗方法。它通过解释等方法矫正错误认知,使患者建立积极信念、改善负性情绪^[3];并通过相关训练进行放松疗法,改善患者行为,双向调节患者身心健康。目前在临床治疗多种疾病治疗均有应用,但在手术治疗前应用较少,有研究证明^[4]术前应用认知行

为疗法能降低手术患者焦虑、抑郁等负面情绪,但对术后患者心理、功能恢复情况研究较少。我院通过给予术前认知行为治疗,观察了进行干预和未进行干预的手术患者术后疼痛、心理和功能结局的情况,分析了术前认知行为治疗对手术患者的影响。现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院在2024年2月至2025年2月进行全麻手术治疗的256例为研究对象。本研究经医院伦理委员会批准通过,患者及家属已签署知情同意书。

纳入标准: 年龄在18~80岁之间;符合手术指征,需进行全身麻醉;临床资料完整,能配合整个过程。排除标准:合并血液系统及风湿免疫系统疾病;合并严重的肝肾功能不全;

【第一作者】陈喜雪,女,主管护师,主要研究方向:手术室护理。E-mail: chenlors@126.com

【通讯作者】林雅琪,女,主管护师,主要研究方向:手术室护理。E-mail: yangq987@126.com

近期有脑出血等出血性疾病；有听力等障碍及不能独立完成相关量表者；精神异常不能配合者。所有患者随机分为常规组(n=128)和治疗组(n=128)。两组年龄、性别等一般资料对比无差异(P>0.05)。见表1。

1.2 方法

1.2.1 一般资料收集 患者入组后详细记录现病史、手术方式、手术部位等情况，监测患者血压、心率等基本生命体征，完善相关术前检查。

1.2.2 干预方法 常规组给予常规护理干预，包括介绍病区环境、健康宣教、执行医嘱、观察患者生命体征及病情变化等。

治疗组常规组基础上加行为认知疗法进行术前干预。方法：(1)入院24h内对患者负性情绪评分并介绍认知行为疗法方法和意义，了解患者心理情况和生活状态。(2)疾病知识宣教，介绍所患疾病的相关知识、采用手术方法、手术过程、术前术后注意事项、术后并发症和应对措施，纠正患者的错误认知，告知采取手术治疗的必要性，列举以往成功病例的经验，增加患者自信心，缓解焦虑等负性情绪。(3)对患者进行呼吸和肌肉放松训练培训。两名护士配合模拟手术时情景，包括术中体位摆放等内容，加深患者对手术的认同感，消除紧张情绪。(4)术后监测患者生命体征，及时与主管医师沟通。(5)根据患者手术类型和部位，提前对患者四肢活动和感知情况评估，指导患者和家属进行术后肢体活动训练，避免形成血栓，加速术后康复。(6)饮食教育，包括术前术后饮食注意事项。(7)出院时和术后3月评估患者相关评分，每周对患者电话或微信随访一次，记录患者术后并发症和功能恢复情况，随访时间为3个月。

1.3 观察指标 (1)两组一般资料。(2)负性情绪评分：包括术前、出院前和术后3月的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)^[5]。(3)术后24h、出院前和术后3个月的视觉模拟自评量表(VAS)评分。(4)术前、出院前和术后3月的自我效

能感量表评分(GSES评分)^[6]、生活质量评分(QOL-LC评分)^[6]。(5)术后并发症发生情况：包括出血、感染等。(6)术后功能恢复情况：包括术后活动时间，出院时间，术后正常生活时间，术前、术后1周和术后3个月的自护理能力评分(ESCA评分)^[7]。

1.4 统计学方法 数据均用SPSS 22.0进行处理，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较用成组t检验，计数资料用百分率(%)表示，通过了 χ^2 检验，P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 随访情况 纳入研究的患者中，常规组有1例在术前转院，2例在随访中失联，治疗组有1例于术前死亡、2例在随访中失联、1例术后因其他疾病死亡，按病例脱落处理。常规组剩125例、治疗组剩124例。

2.2 两组负性情绪比较 两组术前SAS评分和SDS评分对比无差异(P>0.05)；两组出院前和术后3月的SAS评分和SDS评分均低于术前(P<0.05)，且治疗组更低(P<0.05)。见表2。

2.3 两组GSES评分和VAS评分对比 治疗组术后24h、出院前和术后3月的VAS评分均低于常规组(P<0.05)。两组术前GSES评分对比无差异(P>0.05)；两组出院前和术后3月的GSES评分均高于术前(P<0.05)，且治疗组更高(P<0.05)。见表3。

2.4 两组QOL-LC评分和ESCA评分对比 两组术前QOL-LC评分和ESCA评分对比无差异(P>0.05)；两组出院前和术后3月的QOL-LC评分和ESCA评分均高于术前(P<0.05)，且治疗组更高(P<0.05)。见表4。

2.5 两组术后并发症发生率对比 治疗组术后并发症发生率低于常规组(P<0.05)。见表5。

2.6 两组术后功能恢复情况 治疗组术后活动时间、出院时间和术后正常生活时间均短于常规组(P<0.05)。见表6。

表2 两组负性情绪比较(分)

组别	SAS评分			SDS评分		
	术前	出院前	术后3月	术前	出院前	术后3月
治疗组(n=124)	45.45±2.86	27.92±2.51 [*]	10.54±1.38 ^{*#}	39.68±3.73	24.43±2.52 [*]	11.92±1.43 ^{*#}
常规组(n=125)	44.97±3.03	34.46±2.92 [*]	14.81±2.01 ^{*#}	40.24±4.17	30.21±3.04 [*]	15.93±1.72 ^{*#}
t值	1.285	18.946	19.527	1.117	16.327	19.996
P值	0.200	0.000	0.000	0.265	0.000	0.000

注：*与同组术前比较，P<0.05，#与同组出院前比较，P<0.05。

表3 两组GSES评分和VAS评分对比(分)

组别	GSES评分			VAS评分		
	术前	出院前	术后3月	术后24h	出院前	术后3月
治疗组(n=124)	14.78±1.84	20.90±2.50 [*]	29.45±3.18 ^{*#}	5.62±1.37	3.02±0.93	1.43±0.48
常规组(n=125)	15.11±2.01	18.69±2.42 [*]	25.84±2.91 ^{*#}	6.54±1.40	3.81±1.02	2.38±0.71
t值	1.351	7.088	9.343	5.240	6.387	12.359
P值	0.178	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注：*与同组术前比较，P<0.05，#与同组出院前比较，P<0.05。

表4 两组QOL-LC评分和ESCA评分对比(分)

组别	QOL-LC评分			ESCA评分		
	术前	出院前	术后3月	术前	出院前	术后3月
治疗组(n=124)	140.72±20.42	170.91±25.48 [*]	201.45±30.68 ^{*#}	76.29±18.35	103.02±20.38 [*]	145.87±23.84 ^{*#}
常规组(n=125)	141.19±19.79	157.69±23.44 [*]	183.49±28.76 ^{*#}	75.94±19.00	83.87±19.52 [*]	118.82±20.95 ^{*#}
t值	0.184	4.261	4.776	0.148	10.476	9.512
P值	0.854	0.000	0.000	0.883	0.000	0.000

表1 两组一般资料对比[n(%)]

项目		常规组(n=128)	治疗组(n=128)	t/ χ^2	P
性别	男	68(53.12)	62(48.44)	0.390	0.532
	女	60(46.88)	64(51.56)		
年龄(岁)		45.71±9.46	46.04±10.17	0.269	0.788
饮酒史		71(55.47)	69(53.91)	0.063	0.802
吸烟史		49(38.28)	52(40.63)	0.147	0.701
收缩压(mmHg)		126.25±11.36	125.82±12.01	0.294	0.769
舒张压(mmHg)		73.74±9.62	74.36±10.15	0.502	0.616
伴冠心病		19(14.84)	22(17.19)	0.261	0.609
伴高血压		31(24.22)	29(22.66)	0.087	0.768
伴高血脂症		52(40.63)	48(37.50)	0.263	0.608
伴脑梗死		17(13.28)	20(15.63)	0.284	0.594
伴糖尿病		18(14.06)	17(13.28)	0.033	0.856
手术部位	椎管和神经减压等手术	27(21.09)	25(19.53)	0.147	0.929
	眼部和咽喉部手术	3(2.35)	4(3.13)		
	肺叶切除+淋巴结清扫术	48(37.50)	46(35.94)		
	妇科手术	50(39.06)	53(41.40)		
	胸科	48(37.50)	46(35.94)		
手术科室	妇科	50(39.06)	53(41.40)	0.285	0.963
	神经外科	19(14.85)	17(13.28)		
	耳鼻喉科	11(8.59)	12(9.38)		
	正常	49(38.28)	51(39.84)		
手术方式	微创	79(61.72)	77(60.16)	0.066	0.798
	未上学	8(6.25)	11(8.59)		
文化程度	高中及以下	62(48.44)	60(46.88)	2.432	0.296
	大学及以上	58(45.31)	59(46.09)		
	是否有医保	19(14.84)	20(15.63)		
	是	109(85.16)	108(84.37)	0.030	0.862
	否	22.71±3.97	23.03±4.02		
BMI(kg/m ²)		5.17±1.24	4.95±1.18	0.641	0.522
GLU(mmol/L)		2.14±0.51	2.08±0.50	1.454	0.147
TG(mmol/L)		3.00±0.59	2.89±0.54	0.950	0.343
LDL-C(mmol/L)		5.27±1.27	5.32±1.20	1.556	0.121
TC(mmol/L)		9.75±2.94	10.23±3.01	0.324	0.746
ALT(U/L)		156.45±40.53	154.27±39.84	1.291	0.198
血小板计数($\times 10^9/L$)		120.49±11.77	121.26±10.87	0.434	0.665
HGB(g/L)		45.82±11.04	46.16±10.85	0.544	0.687
SCr(ng/mL)		6.76±1.25	7.04±1.34	0.249	0.804
白细胞($\times 10^9/L$)				1.729	0.085

表5 两组术后并发症发生率对比[n(%)]

组别	感染	出血	伤口愈合不良	术后肝肾损伤	与手术相关的死亡	术后血栓形成	总发生率
治疗组(n=124)	1(0.80)	1(0.80)	1(0.80)	0(0.00)	1(0.80)	1(0.80)	5(4.00)
常规组(n=125)	4(3.20)	1(0.80)	4(3.20)	1(0.80)	1(0.80)	3(2.40)	14(11.20)
χ^2 值							4.538
P值							0.033

表6 两组术后功能恢复情况(天)

组别	术后活动时间	出院时间	术后正常生活时间
治疗组(n=124)	2.45±0.74	6.86±1.83	25.57±4.41
常规组(n=125)	3.58±0.89	8.38±2.19	30.16±5.04
t值	10.889	5.823	7.645
P值	0.000	0.000	0.000

3 讨 论

手术是外科的主要治疗方法之一^[8]。由于人类对疾病的焦虑和对未知的恐惧,容易产生一系列负面情绪和错误认知,影响了手术效果和术后康复^[9]。

认知行为疗法作为心理治疗方法,既往用来治疗心理疾

病,在手术患者中应用较少^[10]。有研究证明^[11]术前应用各种方法缓解患者的心理应激反应,可降低术后并发症的发生率、促进术后康复等。人们逐渐把心理干预疗法应用于手术患者,发现其能缓解患者负性情绪,但在术后康复和生活质量等方面研究较少。

在本次研究中,两组术后的SAS评分和SDS评分低于术前,且随着术后时间延长,评分越来越低。说明手术对患者负性情绪影响较大,随着患者康复,其负性情绪逐渐改善。这些负性情绪主要来自对疾病的未知和恐惧。治疗组负性情绪评分低于常规组。是因为常规组的护理干预主要针对治疗,忽视了患者心理健康。治疗组在常规组基础上加行为认知疗法,为患者带来了更多的心理关怀和康复训练。不仅有对疾病和手术过程的科普,还有情绪的疏导,与家属配合改变患者的负性情绪和错误认识,最后再讲解术后护理、饮食及术后康复训练等内容,能有效减轻疼痛、防止术后并发症,调动了患者术后康复训练的积极性和信心。通过以上措施缓解了患者负性情绪。在张婷婷^[12]等的研究中也发现积极的认知行为疗法可降低乳腺癌根治术患者术后的焦虑、抑郁情绪,提高术后生活质量。

术后治疗组VAS评分比常规组更低,主要是认知行为治疗所教导的放松术有利于患者自我放松,降低交感神经兴奋性,缓解肌肉紧张^[13];通过情绪排解还能调动患者积极性,以乐观心态面对未来;与家属配合转移患者对疼痛的关注。两组出院前和术后3月的GSES评分、QOL-LC评分和ESCA评分高于术前,治疗组更高;且治疗组术后并发症发生率更低,而术后活动时间更短。主要是认知行为干预通过循序渐进的健康教育,纠正患者的错误认知,为患者后续规范康复打下基础^[14]。同时,通过个性化心理干预,提高患者对疾病的了解,缓解负性情绪,再辅以行为干预,及时反馈患者行为,增强患者信念、获得满足感,促进自我效能感提高。通过各项措施调动患者主观能动性,强化了疾病知识与心理干预,消除不良情绪,调动自身潜能,提升自护能力^[15-17],改善患者术后生活质量。而且增加了护士、医生、患者和患者家属之间的联系和沟通,共同配合促进患者康复,加快患者术后恢复进程、减少了术后并发症。

综上所述,术前行为认知疗法可减轻患者术后疼痛,改善负性情绪,提高日常生活能力和自我护理能力,加快了术后康复。

参考文献

- [1] Cheroutre C, Guerrien A, Rousseau Amélie. Contributing of cognitive-behavioral therapy in the context of bariatric surgery: a review of the literature[J]. Obesity Surgery, 2020, 30(8): 3154-3166.
- [2] Cassidy-Eagle E L, Siebern A, Chen H, et al. Cognitive-behavioral therapy for insomnia in older adults[J]. Cognitive and Behavioral Practice, 2022, 29(1): 146-160.
- [3] Kutsuzawa K, Taguchi K, Shimizu E. Attention and imagery in cognitive-behavioral therapy for chronic pain: an exploratory study[J]. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 2022, 60(5): 45-54.

- [4] 李大瑞, 杨萌, 王莉莎. 认知行为疗法结合临床护理干预对青光眼手术患者疾病认知及生活质量影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(4): 291-292.
- [5] Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies[J]. BioPsychoSocial Medicine, 2021, 15(1): 16.
- [6] 杨雨柔, 王存川, 董志勇, 等. 肥胖代谢外科手术后患者心理状况变化与认知行为疗法研究进展[J]. 中华肥胖与代谢病电子杂志, 2021, 7(3): 195-198.
- [7] Palermo T M, LAW E F, Topazian M D, et al. Internet cognitive-behavioral therapy for painful chronic pancreatitis: a pilot feasibility randomized controlled trial[J]. Clinical and Translational Gastroenterology, 2021, 12(6): e00373.
- [8] Garland S N. A step in the right direction: making cognitive-behavioral therapy for insomnia more accessible to people diagnosed with cancer[J]. Sleep, 2021, 44(11): 122-129.
- [9] 张立南, 刘明. 团体认知行为疗法在胶质瘤手术病人中的应用效果[J]. 全科护理, 2018, 16(27): 3371-3372.
- [10] Sforza M, Galbiati A, Zucconi M, et al. Depressive and stress symptoms in insomnia patients predict group cognitive-behavioral therapy for insomnia long-term effectiveness: A data-driven analysis[J]. Journal of Affective Disorders, 2021, 289(6): 117-124.
- [11] Buvanendran A, Sremac A C, Merriman P, et al. Preoperative cognitive-behavioral therapy for reducing pain catastrophizing and improving pain outcomes after total knee replacement: a randomized clinical trial[J]. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 2021, 46(4): 313-321.
- [12] 张婷婷, 时云, 徐飞格, 等. 积极认知行为疗法在乳腺癌根治术围手术期患者中的应用[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(8): 64-67.
- [13] Daniel R M, Ana A G, Vanda C, et al. The effect of tailored cognitive-behavioral therapy for insomnia on brain's resting-state networks[J]. Sleep and Vigilance: An International Journal of Basic, Translational and Clinical Research, 2020, 4(1): 29-33.
- [14] 刘虹. 认知行为疗法对乳腺癌改良根治术患者围手术期心理应激反应和免疫功能的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(6): 849-853.
- [15] 张丽芬, 郭丽丹, 胡小坤, 等. 认知行为疗法对减轻白内障手术患者焦虑的效果[J]. 吉林医学, 2022, 43(7): 1975-1977.
- [16] 余良鑫, 陈伟强, 郭春明, 等. CT引导下经胸穿刺活检术中胸膜局部麻醉控制疼痛的有效性和安全性研究[J]. 中国CT和MRI杂志, 2025, 23(1): 97-99.
- [17] 沈苓, 姚巧林. 不同麻醉深度下老年患者术后认知障碍发生情况及颅脑MRI改变分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2021, 19(2): 41-43.

(收稿日期: 2025-04-04)

(校对编辑:)

(排版编辑: 刘淮嘉)