

# 认知行为干预联合强化疼痛护理对扁桃体切除术患者自我效能和术后疼痛的影响

苏卫玲 牛筱婷(通讯作者) 韩雪芬

(广州医科大学附属第二医院耳鼻咽喉科, 广东 广州 510260)

**【摘要】目的:**探讨认知行为干预联合强化疼痛护理对扁桃体切除术患者自我效能和术后疼痛的影响。**方法:**选择2020年1月-2021年5月广州医科大学附属第二医院收治的72例接受扁桃体切除术的患者,运用随机数字表法分为对照组和干预组,每组各36例;对照组给予术后常规护理,干预组在对照组的基础上给予认知行为干预联合强化疼痛护理,比较两组患者的自我效能(GSES)和术后疼痛(VAS)变化。**结果:**干预前两组患者的GSES评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),干预后干预组患者的GSES评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组患者术后6h的VAS评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),干预组术后24h、48h、72h的VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**认知行为干预联合强化疼痛护理可提高扁桃体切除术患者的自我效能感,降低术后疼痛程度,促进术后康复,值得临床进一步推广运用。

**【关键词】**认知行为干预;疼痛护理;扁桃体切除术;自我效能

**【中图分类号】**R765.9 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1672-3783(2022)08-24-171-01

扁桃体慢性炎症或肥大等可导致阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等,对患者的日常生活造成一定影响,降低其生活质量<sup>[1]</sup>。扁桃体切除术是扁桃体慢性炎症、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等疾病最主要的治疗手段,但术后会引起疼痛、出血等并发症,尤其是术后24-48h内的术后疼痛,严重影响患者的言语、进食、睡眠等<sup>[2]</sup>;加上对疾病术后康复的认知不足,患者容易出现烦躁、焦虑等不良情绪和疲劳、睡眠障碍等各种不良生理反应,进而因机体应激反应的放大而刺激炎症因子的释放,进一步加深患者的疼痛感受,因此而形成恶性循环;不仅会增加疾病治疗和术后康复的难度,还会严重影响患者的自我效能,进而降低术后康复信心和治疗依从性,严重不利于疾病预后<sup>[3]</sup>。术后疼痛是扁桃体切除术后患者最常见且最主要的不舒适主诉之一。据调查数据显示<sup>[4]</sup>,扁桃体切除手术当天术后明显疼痛的发生率可达86%,术后第三天该比例可达67%,且大部分患者在术后第7-14天术后疼痛才明显改善。杨晓倩等<sup>[5]</sup>研究也指出,术后疼痛是影响扁桃体切除术后患者术后康复和回归工作的重要因素,术后疼痛护理是扁桃体切除术患者术后护理中的重要组成部分,对患者实施优质的、有效的术后护理干预对提高患者的术后舒适度、加速术后康复具有积极的促进作用。本研究对扁桃体切除术患者进行认知行为干预联合强化疼痛护理,取得较满意的效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

选择2020年1月-2021年5月广州医科大学附属第二医院收治的72例接受扁桃体切除术的患者作为研究对象。纳入标准:(1)具备扁桃体切除术的手术指征,且择期实施手术;(2)患者年龄 $\geq 18$ 周岁;(3)理解、交流、书写、阅读等能力正常;(4)知情并愿意配合本研究。排除标准:(1)合并心、肺、肾、肝等脏器严重病变者;(2)合并凝血功能障碍、肿瘤、感染性疾病等患者。根据随机数字表法将其分为对照组和干预组,每组各36例。其中对照组男22例,女14例,年龄18-63周岁,平均年龄(38.08 $\pm$ 11.44)周岁;入院诊断:慢性扁桃体炎13例,扁桃体肿大7例,阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征8例,阻塞性睡眠呼吸暂停综合征7例;扁桃体肥大1例。干预组男20例,女16例,年龄18-65周岁,平均年龄(37.19 $\pm$ 14.60)周岁;入院诊断:慢性扁桃体炎15例,扁桃体肿大8例,阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征6例,阻塞性睡眠呼吸暂停综合征6例;咽乳头状瘤1例。两组患者的性别、年龄、入院诊断等一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给予术后常规护理,具体如下。(1)环境与体位:为患者提供温湿度适宜的,舒适、整洁、安静的治疗环境;全麻术后6小时内帮助患者保持去枕平卧、头偏一侧的体位;待全麻术后6小时后患者意识清醒后,协助患者取半坐卧位,以促进其术后分泌物及残余血液的排出,减轻其头颈部疼痛。(2)病情观察:密切观察患者的生命

体征变化,尤其是体温变化,指导患者少做吞咽动作、少说话或咳嗽咳痰等,及时将口咽分泌物吐出,以便观察有无术后活动性出血。(3)常规疼痛护理:术后给予冰袋外敷双侧下颌-颈部区域,且指导患者晨起、饭前、饭后、睡前运用冰漱口漱口水漱口,通过冰冷刺激局部血管收缩,达到预防术后出血、减轻术后疼痛的目的;若疼痛难忍时,可遵医嘱使用止痛药,注意观察用药反应。(4)饮食指导:全麻术后6小时可开始进食无渣的清凉流食,且可适当吃一些冰牛奶、酸奶以及冰激凌等,注意少量慢咽;术后第2天开始进食半流质食物,如汤面、稀饭等,忌食坚硬、油炸、温度过高的食物。(5)心理护理:评估患者的心理状态、个人性格特征、家庭社会支持情况以及对待疾病和手术的态度等,据此进行针对性的心理护理干预,及时疏导患者的不良心理。

1.2.2 干预组 在对照组的基础上给予认知行为干预联合强化疼痛护理。

(1)认知行为干预:①认知水平评估。通过面对面交流、动机性访谈、开放式提问等方式了解患者的疾病相关知识掌握情况、疾病治疗态度等,评估患者的疾病认知水平、心理状态等,同时建立良好的护患关系。②认知行为引导:将患者的认知-行为情况归为“面对型”、“回避、惧怕型”2种类型。i针对“面对型”患者,护士主动询问患者对疾病治疗结局的预期和护理服务需求,根据询问结果为患者提供针对性的护理服务;且因其承受能力较强,积极治疗的意向明显,为缓解患者对手术的恐慌或紧张等心理,减轻其对治疗和护理过程的疑惑,护士应详细向患者讲解当前手术方案的利与弊、实施过程、患者需要配合的事项、术后并发症的防治措施等,使患者能从容面对、主动配合各项治疗。ii针对“回避、惧怕型”患者,详细了解患者“回避、惧怕”的原因,如担心手术过程出问题、术后康复效果不佳、害怕疼痛等,给予针对性的支持和鼓励干预,如术后康复效果较佳的患者与其交流,通过成功案例和同伴支持等来减轻患者对手术过程的恐惧和紧张心理,增强其康复信心;指导家属多与患者交流,引导患者回忆美好的、成功的事情,并鼓励患者积极面对并配合手术治疗,树立积极乐观的治疗信心。③心理调节:让患者明白不良心理对疾病预后的影响,教会患者如何进行自我心理有效调节,如呼吸放松训练、转移注意力法、意向放松法等,鼓励患者倾诉和及时反映存在的身心问题,及时给予针对性的护理干预,以便引导患者及时疏解不良心理,提高自我康复效能,进而积极乐观面对疾病和各项治疗。

(2)强化疼痛护理:①疼痛宣教。术前评估患者的疼痛耐受度、疼痛认知水平等,给予针对性的疼痛知识宣教,如疼痛的评估方法、缓解方法、药物干预指导、注意事项等。②疼痛干预。术后6小时开始运用疼痛视觉模拟评分(VAS)评估患者的术后疼痛程度,并根据评估结果实施针对性的疼痛护理干预。患者术后轻度疼痛时,指导患者通过刷抖音、倾听喜爱音乐、观看视频等方式来转移注意力,以降低术后疼痛感;中度疼痛时遵医嘱给予止痛药物口服,注意观察用药后的反应,且

指导患者进行肌肉放松训练；重度疼痛时遵医嘱给予吗啡等镇痛药物止痛，密切观察患者的用药后反应和疼痛变化。③疼痛观察。动态评估患者术后疼痛的部位、程度、性质、持续时间等，并观察疼痛对患者进食、睡眠等的影响，给予针对性的护理干预。

### 1.3 评价指标

(1) 自我效能：在干预前、后运用一般自我效能感量表 (general self-efficacy scale, GSES) [6] 评估患者的自我效能，该量表共 10 个内容选项，按照 1-4 分的 4 级评分法，总分 10-40 分，评分越高则患者的自我效能感越强。(2) 术后疼痛：在患者术后 6h、24h、48h、72h 运用疼痛视觉模拟评分 (visual analogue scale, VAS) 评估患者的术后疼痛程度。VAS 是将疼痛程度运用 0-10 的数字表示，其中 0 表示无疼痛，10 表示难以忍受的剧烈疼痛，数字越大表示疼痛程度越高，让患者根据自己的疼痛程度挑选其中一个数字。VAS 评分 0-3 分为轻度疼痛，4-6 分为中度疼痛，7-10 分为重度疼痛。

1.4 统计学方法 运用 SPSS 20.0 软件进行数据资料的统计学分析，计量资料运用均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 进行描述，组间比较行 t 检验，计数资料运用百分比 (%) 进行描述，组间比较行  $\chi^2$  检验，设定  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者自我效能评分的比较如表 1 所示，两组患者干预前的 GSES 评分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，干预组干预后的 GSES 评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者干预前、后 GSES 评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	干预前	干预后
对照组	36	23.86 ± 3.95	27.47 ± 3.30
干预组	36	23.28 ± 4.51	31.58 ± 3.13
t 值		0.583	5.424
P 值		> 0.05	< 0.05

2.2 两组患者术后疼痛程度的比较如表 2 所示，两组患者术后 6h 的 VAS 评分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，干预组术后 24h、48h、72h 的 VAS 评分均低于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 2 两组患者术后疼痛 VAS 评分的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术后 6h	术后 24h	术后 48h	术后 72h
对照组	36	6.25 ± 1.34	4.94 ± 1.24	3.50 ± 0.97	1.97 ± 0.56
干预组	36	6.14 ± 1.27	3.83 ± 0.97	2.19 ± 0.58	1.03 ± 0.38
t 值		0.361	4.231	6.936	8.396
P 值		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

## 3 讨论

扁桃体切除手术是耳鼻喉科最常见的手术类型之一，部分患者因对疾病发生发展以及手术治疗的认知不足，容易对手术产生恐惧、抗拒等不良心理，进而影响患者的手术治疗信心以及治疗依从性，不利于手术顺利开展以及疾病及时治疗 [7]；加上手术后的术后疼痛容易导致发音障碍、吞咽困难、食欲下降、进食减少、睡眠障碍等不良症状，影响术后假膜的生长，且增加术后出血、感染以及愈合延缓等不良情况的发生风险，加重患者的身心负担，进一步更加容易产生不良心理，降低术后康复配合度，影响术后康复 [8]。有研究指出 [9]，术后护理是扁桃体切除手术患者术后康复过程中的重要环节，对其进行合适、科学的护理干预有助于及时缓解其不良心理，提高术后康复自我效能，降低术后疼痛感。

本研究结果显示，干预前两组患者的 GSES 评分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，干预后干预组患者的 GSES 评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；两组患者术后 6h 的 VAS 评分比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，干预组术后 24h、48h、72h 的 VAS 评分均低于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。表明认知行为干预联合强化疼痛护理可提高扁桃体切除手术患者的自我效能感，降低术后疼痛程度。认知行为干预属于一种心理干预模式，其认为不良的心理和行为均与患者对疾病的认知不足或者错误信念有关，通过提高患者的疾病认知、自我认知等，可改变患者对自身、疾病的看法和行为态度，进而提高其治疗康复信念和依从性 [10]。自我效能是个体完成某一行为目标的信念和信心，是自身面对疾病和治疗的行为和情绪管理能力，与患者

的心理状态、治疗依从性、疾病自我管理水平和呈显著正相关 [11]。本研究在认知行为干预中，主要从认知行为评估、认知行为引导以及心理调节三个方面入手，进而全面提高患者对疾病和治疗的知、信、行 [12]。具体表现在：首先，针对患者的疾病认知、心理状态等进行个体化的全面评估，进而制定针对性护理干预；然后，针对“面对型”和“回避、惧怕型”2 种不同类型的患者通过文字版和视频版疾病健康知识宣教、成功案例宣教、同伴支持等多途径多方式，帮助患者纠正错误的认知思维和行为动作，协助其建立健康的、正确的认知-行为模式，提高患者术后自我康复效能；最后指导并教会患者如何进行自我心理有效调节，使患者的不良心理能及时得到有效疏解，树立乐观、积极向上的治疗信念和生活态度，提高术后自我效能感，利于术后康复 [13]。术后疼痛是扁桃体切除术后患者最突出的症状之一，长期疼痛刺激不仅会加重患者的焦虑、烦躁等不良心理，引发患者对治疗和护理的抵触心理，而且会导致植物神经和内分泌系统功能紊乱，增加术后并发症的发生风险 [14]。本研究从患者的疼痛耐受和疼痛认知评估入手，在疼痛相关知识健康教育的基础上，针对患者的疼痛程度进行针对性的疼痛护理干预，并持续动态观察疼痛变化，以便及时调整干预措施，因此，患者的术后疼痛能得到及时缓解。

综上所述，认知行为干预联合强化疼痛护理可提高扁桃体切除手术患者的自我效能感，降低术后疼痛程度，有助于提高患者的术后康复信心和治疗依从性，加速术后康复，值得临床进一步推广应用。

### 参考文献

- [1] 耿璨,秦小夜,范永华.信息-动机-行为护理模式在低温等离子扁桃体切除术术前的应用效果[J].中国实用护理杂志,2020,36(21):1639-1643.
- [2] 谭碧娆,卢杰,李美芳,等.耳穴压豆联合围手术期心理护理干预对扁桃体切除术后护理质量及疼痛情况的效果观察[J].中国社区医师,2020,36(24):157-158.
- [3] 耿璨,秦小夜,范永华.信息-动机-行为护理模式在低温等离子扁桃体切除术术前的应用效果[J].中国实用护理杂志,2020,36(21):1639-1643.
- [4] 吕云霞,冯少娟,李丹枫,等.儿童扁桃体切除术后疼痛管理的最佳证据总结[J].护理学报,2020,27(7):38-43.
- [5] 杨晓倩,蒋滢,郭静静.耳穴贴压联合舒适护理缓解扁桃体切除术后疼痛的效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(12):68-70.
- [6] 中继亮,唐丹.一般自我效能感量表(GSES)在老年人中的应用[J].中国临床心理学杂志,2004,12(4):342-344.
- [7] 高敬花.细节护理联合心理干预在慢性扁桃体炎患者术后的应用及对疼痛、舒适度及患者生存质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(19):3532-3535.
- [8] Aldamluji N,Burgess A,Pogatzki-Zahn E,et al.PROSPECT guideline for tonsillectomy: systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations[J].Anaesthesia,2021, Jul;76(7):947-961.
- [9] 冯燕.采用主动护理模式对扁桃体切除手术患者进行护理对其疼痛程度和生活质量的影响[J].当代医药论丛,2020,18(15):271-273.
- [10] 许丽贞,夏敏,黄榕,等.认知行为干预对乳腺癌化疗患者自我效能及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(8):1393-1396.
- [11] 邹国蓓,曾继红.程序化疼痛护理联合引导式干预对耳鼻喉头颈肿瘤患者疼痛管理质量及自我效能感的影响[J].护理实践与研究,2021,18(19):2963-2966.
- [12] 丁慧,刘莹璿,朱冬琴,等.自助式认知行为干预对广泛性焦虑症患者的疗效观察[J].中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(4):337-343.
- [13] 晁利伟.微信群同伴教育对扁桃体切除手术患者疾病感知与自我效能的影响[J].护理实践与研究,2021,18(14):2163-2166.
- [14] 杨雪蓝,张咏梅,彭峥嵘,等.扁桃体手术病人疼痛干预措施的最佳证据总结[J].护理研究,2021,35(23):4157-4162.