

肝脏术后伤口液化患者焦虑强度的研究及护理对策

张晓丹¹ 陈超南¹ 查燕芳²

1. 海军军医大学第三附属医院, 上海 201805

2. 上海市中医医院, 上海 201800

摘要: 目的: 研究肝脏术后伤口液化患者是否存在焦虑情绪及其强度, 并提出相应的护理措施。方法 选择我院 2017 年 1 月至 2020 年 1 月 28 例肝脏切除术后伤口液化的患者, 采用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评估术后患者发生伤口液化后的焦虑强度, 根据患者的焦虑强度提出护理对策。结果: 伤口液化后的患者大部分存在焦虑情绪, 其中无症状、可能、肯定、明显、严重焦虑情绪的患者分别为 2、8、13、4、1 人。结论 对于肝脏术后伤口液化的患者存在的焦虑情绪, 护理人员应该加强重视, 采取相应措施缓解患者的焦虑情绪, 提高患者的生活质量, 进而提升患者的护理满意度。

关键词: 伤口液化; 肝脏术后; 焦虑强度; 护理对策

DOI:10.63887/cn.2025.1.2.15

肝脏外科患者疾病的治疗方式多以手术为主, 术后并发症对患者康复构成严峻挑战, 其中伤口液化因其高发性 (发生率约为 15%~25%) 和迁延性^[1-3], 已成为影响术后康复的关键因素。脂肪液化是切口处脂肪细胞在无菌性坏死过程中, 细胞破裂后脂滴流出, 伴有巨噬细胞反应, 是无菌性炎症^[4]。其临床特征主要表现为术后 3~7 天切口部位出现黄色清亮渗液, 常无弄下分泌物或明显红肿热痛等感染迹象, 但渗液量可持续持续数导致伤口延迟愈合^[5-7]。根据相关研究, 术后伤口脂肪液化的产生不仅延长了患者的住院时间和切口愈合的时间, 还增加了患者及其家属的精神负担, 如焦虑、抑郁等负面情绪。不同研究显示, 焦虑发生率在 30%~60%不等^[8-10], 患者很容易产生不同强度的焦虑情绪, 且焦虑程度与伤口液化的严重程度、治疗时间等因素相关, 列如, 伤口液化严重、治疗时间长的患者焦虑程度更高。关注患者的心理健康, 针对不同强度的焦虑情绪提出护理对策, 现报道如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2022 年 1 月至 2025 年 1 月在第二军医大学附属东方肝胆外科医院肝外三科的患者 28 例为研究对象, 年龄 31~76 岁。排除标准: ①有精神疾病患者, 不能完成汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评分, ②不愿填写 HAMA 的患者。

1.2 方法

在患者得知自己术后发生伤口液化后指导患者填写汉密尔顿焦虑量表, 并告知填写此量表的目的。

1.2.1 填写汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)

采用自制调查问卷, 包括一般情况和 HAMA 两部分: 一般情况包括患者的性别、年龄、身高、体重、学历、收入、有无糖尿病; 量表总共包括 14 项, HAMA 所有项目采用 0~4 分的 5 级评分方法, Cronbach's α 系数为 0.835, 各级的标准为: 0 分: 无症状; 1 分:

轻；2分：中等；3分：重；4分：极重，得分范围为0~56分，按照我国量表协作组提供的资料：总分29~56分，可能为严重焦虑；21~28分，肯定有明显焦虑；14~20分，肯定

有焦虑；7~13分，可能有焦虑；0~7分，没有焦虑症状^[11]。

2 结果

表 1 不同焦虑强度患者的人数情况

分级	数量	百分比 (%)
严重焦虑	1	3.6
明显焦虑	4	14.3
肯定有焦虑	13	46.4
可能有焦虑	8	26.8
没有焦虑症状	2	7.1

表 2 肝脏手术合并糖尿病患者的焦虑情况

分级	数量	百分比 (%)
严重焦虑	1	9
明显焦虑	2	18
肯定有焦虑	8	73
可能有焦虑	0	0
没有焦虑症状	0	0

3 讨论

由表1可知，28例肝脏术后伤口液化的患者中26例患者存在不同强度的焦虑情绪，即92.9%患者存在焦虑；由表2可知，合并糖尿病肝脏术后伤口液化的患者都存在着焦虑情绪，73%为“肯定有焦虑”，18%为“明显焦虑”，9%为“严重焦虑”。

手术切口脂肪液化是妇科手术常见的急性并发症之一，严重影响切口的1期愈合。切口脂肪液化的合理预防、及时诊断和有效治疗是临床围术期管理的重要组成部分，涉及术前患者的基础疾病、营养状态、身体机能的评估，术中规范的手术操作，术后切口精心护理处置。有研究指出手术后伤口液化的自身因素有体型肥胖、合并糖尿病、伴有低蛋白血症等；在病理机制上，肝脏手术特有的复杂性是导致伤口液化的主要原因；肝脏作为人体最大的实质性器官，手术往往需要大范围游离肝周韧带，造成大面积组织创伤；加之肝切除后创面易产

生胆汁微量渗漏；肝脏手术患者常伴有肝硬化导致低蛋白血症，使血浆胶体渗透压降低，进一步促进组织液渗出；此外有手术时间过长、高频电刀的高温使用、医生伤口缝合技术欠缺、止血不彻底等^[12~13]。这些因素共同作用，使伤口液化患者陷入“渗液不止-焦虑日增”的恶性循环中。

有研究表明，肝脏术后伤口液化患者的焦虑发生率高达73%，显著高于无并发症患者的15%~20%，且焦虑程度与渗液持续时间呈正相关^[14~16]。住院时间的延长，医疗费用增加，家属的不耐心使肝脏手术后伤口液化的患者容易产生焦虑等负面情绪，影响患者的生活质量及预后，也有可能降低患者的依从性，甚至有部分患者有自杀的倾向，所以及时调整患者的心理状态以及不良情绪，才能有效的保证有效治疗的进行。

4 护理对策

针对肝脏术后伤口液化患者的焦虑问题，

需采取多维度、分阶段的系统化护理策略，整合生理干预与心理支持。

4.1 心理护理与认知行为干预

4.1.1 建立治疗性信任关系

首诊时医护主动自我介绍并承诺“我们将共同面对渗液问题”，采用 SET 沟通模式（支持-共情-真相）：支持患者情绪表达（“我理解您的沮丧”），共情焦虑根源（“长时间渗液确实令人不安”），最后提供医学真相（“但这是可解决的问题”）。避免虚假安慰（“别担心，小事一桩”），以免加剧不信任，具体如下：

针对患者的灾难化思维（“渗液不停说明手术失败”），医护人员提供客观数据，展示 95% 液化伤口最终愈合的研究证据；

患者如果过度概括（“永远好不了”），医护人员拿出实际数据绘制愈合趋势图，即使缓慢但渗液量逐周减少；

针对选择性注意（只关注敷料湿润部分），医护人员可以试着双焦点训练：同时记录“渗液量”和“伤口边缘上皮生长”。

4.1.2 引导情绪宣泄技术

创伤叙事法：鼓励患者完整讲述“从手术到发现渗液”的经历，护理人员提炼积极元素

（“您及时报告渗液变化很明智”）；

安全发泄工具：提供压力球和专用日记本，指导写下“给渗液伤口的信”，释放愤怒；

正念冥想训练：每日 2 次 10 分钟指导冥想，重点观想“伤口在慢慢干燥”（音频资源由医院提供）。

4.1.3 医护协作的病情透明化

可视化病程图：用双色曲线图展示“渗液量变化”和“焦虑评分”，使进展具象化；

换药间实况转播：通过 iPad 直播伤口处理过程，消除神秘感；

抗焦虑药物规范使用：对 HAMA ≥ 21 分患者，协同医生开具短期抗焦虑药（如奥沙西洋 15mg/d），同时说明“药物只是帮助您更好配合护理的辅助工具”^[18]。

4.2 伤口专业管理与渗液控制

4.2.1 渗液精准评估与记录

采用统一标准评估渗液（无：<5cm²；少量：5-10cm²；中量：10-15cm²；大量：>15cm²），记录颜色、粘稠度。避免使用模糊术语如“渗液较多”。每次换药拍照存档（患者同意前提下），用于前后对比。

4.2.2 分区差异化处理策略

液化区中心	高吸收性敷料（藻酸盐+银离子）控制渗液，3 天更换
边缘上皮化区	水胶体薄敷料保护新生组织，避免频繁剥离
正常皮肤	液态保护膜预防浸渍

4.2.3 负压伤口治疗 (NPWT) 的早期应用

对中-大量渗液（>10cm²/天）持续 1 周以上者，采用低负压（-80mmHg）吸引。与传统换药相比，NPWT 可减少换药频率（从每天 1 次降至 3 天 1 次），降低患者因反复暴露伤口产生的羞耻感。而且患者可以参与的简单操作：列如敷料边缘翘起处理：剪除松动部分而非整片撕除；少量渗液不饱和处理，在渗液区外缘添加吸收敷料；生理盐水棉球“按压-吸取”而非擦拭。掌握基础自护技能可恢复患者控制

感，减轻无助焦虑。

4.3 个体化营养支持方案

4.3.1 肝脏术后伤口液化患者需特别营养支持

蛋白质强化摄入：目标摄入量 1.8-2.2g/kg/d，分 6 餐供给。优先选择生物价高的蛋白质：乳清蛋白粉（10g/次，每日 3 次）、蛋羹（早餐）、鱼泥（午餐）、酪蛋白酸奶（睡前）。研究证实，蛋白质 >90g/d 可

缩短液化时间 35%^[17]。

关键微量营养素补充：维生素 C：促进毛细血管形成；锌元素：参与 DNA 合成；维生素 A：调节炎症反应。

4.4 疼痛与舒适管理优化

疼痛是加剧焦虑的核心因素，需采取阶梯化管理：

药物镇痛精细化：非液化伤口按需给药，液化伤口改为按时给药（如对乙酰氨基酚 1g q6h），维持稳态血药浓度。换药前 1 小时加用速效镇痛（芬太尼透皮贴）。研究显示，预镇痛使 90% 患者换药焦虑显著降低。

半坐卧位减张法：床头抬高 30°，膝下垫枕，腹肌放松降低切口张力。

咳嗽按压标准化：教导患者用双手掌呈“V”型按压切口两侧，咳嗽时向中间轻聚。

下床活动三步法：先侧卧、手撑坐起、床边悬腿 3 分钟、站立，避免腹压骤增。

4.5 家属协同支持模式

家属在焦虑管理中扮演关键角色，需实施结构化家庭支持方案：

情绪识别卡片：图文对照识别焦虑征兆（如反复踱步、拒看伤口）。

沟通话术手册：替代否定语言（“别想了”）为有效共情（“渗液确实烦人，我们一起解决”）。

5 总结

肝脏术后伤口液化与患者焦虑之间存在复杂的双向作用机制，需采取整合生理-心理-社会的系统化干预策略。通过焦虑评估工具 HAMA 精准识别高风险人群，实施分阶段多维度干预：在心理层面采用认知行为疗法重建合理认知；在伤口管理上运用分区处理策略及负压治疗；在营养支持方面强化蛋白质及关键微量营养素补充；在疼痛管理中整合药物与非药物干预；同时充分调动家庭支持系统。

参考文献

- [1] 王晓倩, 尤小燕, 李艳敏. 改良式皮下负压引流对剖宫产术后切口脂肪液化和切口愈合的影响[J]. 贵州医药, 2025, 49(02): 231-232.
- [2] 孙丹, 高福锋, 范江涛, 等. 妇科手术切口脂肪液化管理中国专家意见(2025年版)[J]. 临床军医杂志, 2025, 53(01): 17-21+25.
- [3] 吕云龙. 腹部切口脂肪液化的因素分析[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(13): 1981-1982.
- [4] 邹丽萍, 李凤侠, 邱柳娟. 妇科腹腔镜手术患者切口感染与脂肪液化的相关性研究[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2024, 34(02): 7-9.
- [5] 陈诚, 熊亚立, 李仕发, 等. 高频电刀的不同电刀功率对腹部切口愈合的影响[J]. 现代医药卫生, 2022, 38(15): 2622-2624.
- [6] 唐云云, 曾冬阳, 李娟, 等. 1 例腹部术后切口裂开合并脂肪液化行伤口拉合的循证护理[J]. 循证护理, 2022, 8(04): 565-568.
- [7] 刘秀梅. 妇产科腹部手术切口脂肪液化的原因及预防措施分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(32): 73-76.
- [8] 王文仪, 刘智慧, 崔蕾. 剖宫产术患者腹部切口脂肪液化原因及分析[J]. 解放军预防医学杂志, 2021, 39(01): 81-83.
- [9] 张皓天, 杜旭静, 周戈, 等. 1 例腹部切口脂肪液化患者的护理[J]. 心理月刊, 2020, 15(12): 228.
- [10] 龚乐琴. 1 例肝囊肿术后腹部伤口脂肪液化患者的护理[J]. 当代护士(中旬

刊), 2020, 27(04): 141-143.

[11] 韦汉群. 老年胆囊炎患者术后焦虑情绪的影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(11): 2833-2836.

[12] Zhang B, Huang L. Subcutaneous tissue necrosis with fat liquefaction, hematoma, inflammatory mass after microwave-based treatment for axillary hyperhidrosis.[J]Cosmet Dermatol. 2022 Oct;21(10):4365-4369.

[13] 彭雪兰, 叶小迟. 心理干预在肺癌患者术后疼痛护理中的应用效果及对焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 名医, 2024, (14): 132-134.

[14] 田丹丹. PCI 术后患者焦虑和睡眠障碍的影响因素分析及干预研究[D]. 华北理工大学, 2024.

[15] 冷梅娜, 齐兴芹, 冷凤娇, 等. 乳腺癌术后患者抑郁、焦虑情绪与生存质量的相关性分析[J]. 心理月刊, 2023, 18(22): 46-48.

[16] 于丹丹, 丁玉蕾, 石丽萍, 等. 肝癌术后患者的恐惧疾病进展与焦虑抑郁情绪及自我效能的相关性研究[J]. 心理月刊, 2023, 18(06): 52-54.

[17] Brown E, Vongkiatkajorn K, Rich V, Kenardy[J], Donaldson A, Paterson R, Graydon C, Lee-Archer P. The Effect of a Caregiver Preparation Video (Take5) on Child Anxiety During Anesthetic Induction: A Randomized Controlled Trial. Paediatr Anaesth. 2025 Jun 27.

[18] 夏振兰, 刘俊荣, 刘泽炫, 等. 慢性伤口处理中的临床伦理困境探析——以 1 例产后脂肪液化合并线结反应的慢性伤口患者护理为例[J]. 中国医学伦理学, 2024, 37(02): 194-198.