

# 围手术期综合护理在脑胶质瘤切除术中的应用

马荟茹

郑州工业应用技术学院 河南 新郑 451100

**摘要：**尽可能减轻神经功能损伤同时最大范围切除病灶是手术治疗脑胶质瘤的基本原则，切除术不仅能获得病灶样本，为病理学检查创造条件，且病变切除后能够消除其对正常组织的压迫，在短时间内缓解患者不适症状。但是，脑胶质瘤切除术是一项复杂的术式，术后发生并发症的风险较高，为了提高手术安全性及患者术后生活质量，应配合有效的护理措施。本文针对此类患者在围手术期应用了综合护理，并对其应用效果展开相关研究。

**关键词：**脑胶质瘤；切除术；围手术期；综合护理

手术切除在脑胶质瘤治疗中有着重要的作用，但肿瘤多呈浸润性发展，医师手术操作过程中难以准确判断病变边界，手术难度较大，不仅要求医生具有精湛的技术，且围手术期需要紧密配合有效的护理措施<sup>[1-2]</sup>。为了比较常规护理、综合护理对脑胶质瘤切除术患者的影响，本次纳入82例患者进行对照研究，相关研究内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

搜集我院2021年4月至2023年8月收治的脑胶质瘤切除术患者的病历资料，从中抽取82例进行研究，以随机函数法分为对照组和试验组，各41例。对照组：男/女为24例：17例，髓母细胞瘤/星形胶质瘤为25例：16例，年龄26~68(42.38±10.93)岁，病程3~15(7.45±3.38)个月，肿瘤直径2.1~3.4(2.51±0.37)cm；试验组：男/女为25例：16例，髓母细胞瘤/星形胶质瘤为23例：18例，年龄25~69(42.82±12.08)岁，病程3~13(6.92±3.17)个月，肿瘤直径2.1~3.5(2.54±0.36)cm。比对上述相关基线资料，两组各数据差异小， $P > 0.05$ 。本次实验项目获得医院医学伦理委员会批准。

纳入依据：①诊断参照文献《脑胶质瘤诊疗指南(2022版)》<sup>[3]</sup>；②经颅脑CT、病理检查等确诊；③术前神志清晰，且既往无精神病史；④研究征得患者或家属同意。

剔除依据：①脑胶质瘤复发；②合并心脏疾病；③合并消化道疾病；④合并严重感染性疾病；⑤合并免疫功能缺陷；⑥存在凝血因子缺乏或功能异常；⑦接受过放疗或化疗，或既往有颅脑手术史。

### 1.2 方法

对照组围手术期按照常规流程予以基础护理；试验组施行综合护理，主要内容有：

#### 1.2.1 术前护理

1.2.1.1 健康宣教：评估患者对疾病、手术的认知水平，根据其文化背景、理解能力等，予以个性化宣教，确保每位患者均能充分理解治疗方案。针对低学历或理解水平低下者，护理人员采用简单易懂的语言，向患者介绍相关知识，宣教过程中重复强调关键信息，确保患者充分理解，并发放图文结合的宣传手册等，供患者随时查阅。针对中高学历或理解能力强的患者，护理人员在进行宣教时可适当增加一些专业术语，让患者认识到手术的复杂性及护理配合的必要性，提供详细的教育资料，包括手术前后注意事项，增强患者自护能力。

1.2.1.2 术前准备：术前1~3d向患者介绍营养支持的作用，嘱咐患者增加营养摄入，多吃豆类、蛋类等富含优质蛋白质的食物，每日摄入热量不低于1500kcal<sup>[4]</sup>。若患者营养状态不佳，则强调营养与术后恢复质量的关系，了解患者口味、饮食习惯等，与其共同制定饮食计划，尽可能让患者多摄入一些能量；患者仍难以进食足够的食物，则通过口服营养补充剂、静脉注射等方式补充营养。术前1d做好配血、药敏试验、剃头等，手术当天早晨用苯扎溴铵(配比1:1000)对头皮进行消毒。此外，护理人员使用专业的评估工具如SAS量表等评估患者情绪状态，提供情感支持，如有必要，邀请专业人员为患者提供心理咨询。

#### 1.2.2 术后护理

1.2.2.1 病情观察：术后易发生脑水肿，护理人员要尤其注意观察患者神志、生命体征等，一旦出现血压

持续上升的情况,应遵医嘱予以甘露醇等治疗<sup>[5]</sup>。同时,需注意观察患者呼吸道情况,清除分泌物,使局部保持通畅,并酌情进行吸氧。

1.2.2.2 饮食及口腔护理:早期饮食应以无渣流质饮食为主,少量多次,且服用后未见任何不适症状,则可过渡至半流质食物,再根据患者胃肠功能情况,逐渐过渡至软食、普食<sup>[6]</sup>。患者进食后,应及时用温开水、生理盐水进行口腔清洁,这对预防口腔感染非常重要。

1.2.2.3 切口及引流护理:注意观察伤口渗血、渗液等情况,及时换药。引流管留置期间,不仅需嘱咐患者小心动作,避免出现非计划性拔管情况,同时需注意观察引流液情况,有异常及时处理。

1.2.2.4 康复护理:早期指导患者进行抬腿、翻身等床上训练,病情完全稳定后再让其下床活动。若患者存在肢体障碍,则根据其实际情况指导进行平衡训练、肢体主被动训练,并遵医嘱予以理疗、按摩等。若患者出现言语障碍,指导患者进行口唇闭合、发音等训练。在训练过程中,要注意耐心和持久性,循序渐进,并适时鼓励患者,避免患者产生挫败感。

### 1.2.3 观察指标

(1) 干预前、后,分别采用肿瘤患者特质心理韧性量表(RS-SC)评估患者心理状态,其共包含条目25项,每项评分1-5分,总分25-125分,得分越高提示患者心态越好。(2) 记录切口感染、口腔感染、脑水肿、

继发性癫痫发生的病例数目。(3) 干预前、后,分别采用脑肿瘤患者生活质量测定量表(QLICP-BN)评估患者生活质量,其包括躯体功能(条目8项)、心理功能(条目9项)、共性症状/副作用(条目7项)、社会功能(条目8项),每项评分1-5分,总分32-160分,得分越高提示患者生活质量水平越高。

### 1.2.4 统计学方法

以SPSS 26.0把研究需要的数据(RS-SC评分、并发症发生率、QLICP-BN评分)进行收集分析,其中两项评分为计量资料,行t值检验,并发症发生率为计数资料,行卡方( $\chi^2$ )检验。数据对比差异以 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组心理状态评分对比,见表1。

表1 两组干预前、后RS-SC评分对比 [ $\bar{x} \pm s, n=41, 分$ ]

组别	干预前	干预后	t	P
对照组	65.83±18.32	91.94±13.72	7.305	< 0.001
试验组	65.94±18.48	107.31±9.45	12.762	< 0.001
t	0.027	5.907	-	-
P	0.979	< 0.001	-	-

2.2 两组并发症发生情况对比,见表2。

2.3 两组生活质量评分对比,见表3。

表2 两组并发症发生率对比 [ $n(\%)$ ]

组别	例数	切口感染	口腔感染	脑水肿	继发性癫痫	合计
对照组	41	2 (4.88)	2 (4.88)	3 (7.32)	1 (2.44)	8 (19.51)
试验组	41	1 (2.44)	0	1 (2.44)	0	2 (4.88)
$\chi^2$	-	-	-	-	-	4.100
P	-	-	-	-	-	0.043

表3 两组干预前、后QLICP-BN评分对比 [ $\bar{x} \pm s, n=41, 分$ ]

组别	躯体功能		心理功能		共性症状/副作用		社会功能		总评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20.36±5.68	28.84±4.05	25.68±5.72	33.09±4.53	20.54±4.97	26.14±3.26	23.48±4.72	30.24±3.17	91.36±16.83	119.26±12.77
试验组	20.17±5.63	32.64±3.29	25.42±5.78	38.37±3.44	20.51±4.86	29.86±2.67	23.53±4.84	34.63±2.28	90.75±17.09	135.86±9.23
t	0.152	4.663	0.205	5.944	0.028	5.653	0.047	7.199	0.163	6.746
P	0.880	< 0.001	0.839	< 0.001	0.978	< 0.001	0.962	< 0.001	0.871	< 0.001

### 3 讨论

由于脑部发育异常、脑血管疾病、脑部炎症等因素致脑内胶质细胞异常生长形成的肿瘤,称为脑胶质瘤。脑胶质瘤侵犯性强,会对神经系统造成直接损害,引起视乳头水肿、癫痫、偏身感觉障碍等一系列的表现。手术是治疗该病的主要方式,但是患者术后恢复质量离不开围手术期的护理配合。综合护理能够让患者从术前至术后恢复整个过程享受到无缝隙的护理服务,本次研究引入该护理模式,在术前重视个性化宣教,让患者更好地了解手术相关知识,对整个治疗过程有更清晰的认知,患者在手术中配合度就更高;同时,加强术前准备,不仅评估患者身体状况,并根据其需求进行情感支持、营养支持等,改善患者身心状态,为手术创造更安全的环境。在术后密切观察病情变化,警惕并发症的发生,及时采取相应的护理措施进行预防;术后仍需为患者提供营养支持,及时对患者饮食结构进行调整,促进身体功

能恢复;切口引流能将颅内积液、积血等排出,对病情康复具有重要意义,故术后必须做好引流护理;康复训练是恢复患者神经功能、自理能力的关键,根据病情有规划地进行康复训练。研究结果显示,相较于对照组,试验组干预后RS-SC评分、QLICP-BN评分上升幅度较大,并发症发生率较小,这主要是因为:综合护理强调根据患者的具体情况制定个性化的护理计划。这种护理计划能够更精准地满足患者的需求,在消除患者心理包袱的同时,提高患者的整体健康状况,改善患者生活质量。该护理模式也注重并发症预防、控制,特别是术后通过加强监测、预见性干预等措施,有效减少了并发症病例数目,减轻患者痛苦。

综上,脑胶质瘤切除术风险高,围手术全程辅助实施综合性护理干预方案,能够让患者得到全方位照顾,帮助患者稳定心态,优化手术质量,减少并发症的发生,改善患者术后生活质量。

#### 参考文献:

- [1] 张富丽,仲丽芸,邓岚,等.基于思维导图的宣教模式在脑胶质瘤患者唤醒手术围手术期中的应用效果[J].中西医结合护理,2023,9(2):66-70.
- [2] 张俊梅,金星,秦菲.围手术期加速康复外科护理对脑胶质瘤患者应激反应、术后恢复进程及心理状态的影响[J].癌症进展,2022,20(4):427-431.
- [3] 国家卫生健康委员会医政医管局,中国抗癌协会脑胶质瘤专业委员会,中国医师协会脑胶质瘤专业委员会.脑胶质瘤诊疗指南(2022版)[J].中华神经外科杂

志,2022,38(8):757-777.

- [4] 赵亚萍,马雯.系统的规范化护理对脑胶质瘤手术患者临床效果及应激反应的作用评价[J].当代临床医刊,2021,34(1):5-6.
- [5] 张广平,张红,李天石,等.脑胶质瘤患者的围术期焦虑症状及其对生存期的影响研究[J].神经疾病与精神卫生,2022,22(12):857-862.
- [6] 赵彬芳,刘竞辉,徐晶,等.脑胶质瘤病人围手术期新型饮食管理方案的应用效果[J].中国临床神经外科杂志,2022,27(2):114-115.