

KTH 联合式护理在行颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者中的应用价值及并发症发生情况分析

陈鹏 高娜 李金梅*

郑州大学第三附属医院 河南 郑州 450000

摘要:目的: KTH 联合式护理在行颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者中的应用价值及并发症发生情况分析。方法: 研究开始时间: 2023 年 5 月, 结束时间: 2025 年 5 月, 参考对象从以上阶段内抽取, 即: 我院就诊颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者 80 例, 而后分组, 具体组别为: 对照组、实验组, 指导原则为: 奇偶数字法, 且各组中收纳 40 例患者; 在日常管理过程中, 常规护理在对照组中开展, KTH 联合式护理在实验组中开展, 对比 2 组护理方案实施效果。结果: 护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组疾病知识认知程度评分高于对照组, $P < 0.05$ 。护理前, 没有显著差异, 护理后, 实验组评分高于对照组, $P < 0.05$ 。实验组并发症低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 在行颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者诊治期间开展 KTH 联合式护理模式, 能够提高患者对于疾病和诊疗方案认知程度, 降低并发症, 保障患者临床安全性。**关键词:** 脑肿瘤; 颅内血肿清除术; KTH 联合式护理; 并发症

脑肿瘤术后出血患者在开展颅内血肿清除术后容易出现意外, 需要神经外科有效解决, 避免引发神经功能障碍和干扰患者术后康复^[1]。其中为患者开展的颅内血肿清除术属于临床的核心治疗手段, 在实施治疗期间需要辅助围手术期护理方案, 因为手术期护理质量直接关系到手术治疗效果^[2]。分析可以看到常规护理方案在跨学科协作管理、生理参数监测和保障患者安全性方面存在局限性, 这一现象直接影响了患者的康复进程^[3]。基于患者围手术期护理方案优化的需求, 本文将分析 KTH 联合式护理方案在手术治疗期间的护理质量优化效果, 对于并发症的控制效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

实验时间: 2023 年 5 月 --2025 年 5 月, 实验样本: 80 例颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者, 按照奇偶数字法分为实验组 (KTH 联合式护理) 和对照组 (常规护理)。实验组: 男/女 =24/16, 年龄 40~68 岁, 平均 (53.01 ± 5.35) 岁, 术后出血部位: 幕下 14 例、幕上 26 例, 平均出血量 (53.32 ± 6.65) ml; 对照组: 男/女 =25/15, 年龄 38~70 岁, 平均 (52.59 ± 5.41) 岁, 术后出血部位: 幕下 13 例、幕上 27 例, 平均出血量 (53.06 ± 6.95) ml。两组研究样本一般资料, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组: 常规护理, 包括给予患者基础用药指导, 术后对手术切口开展常规护理, 常规的健康教育指导等。

实验组: KTH 联合式护理。(1) 开展知识强化教育。在开展诊治期间相关知识教育过程中, 利用多媒体可视化形式开展, 需要借助三维动画原理, 动态演示血肿形成的具体机制、手术治疗的原理。专题知识讲座开展频率为每周两次, 由康复治疗师联合神经外科医生基于患者需求, 制定个性化健康档案。(2) 构建团队协作团队, 由专科护士、神经外科医生、营养师、心理治疗师, 构建多学科的照护团队, 每日清晨对于患者进行多学科联合查房, 对于患者进行 24 小时动态护理方案评估。(3) 层级化护理, 需要利用格拉斯哥昏迷评分量表对患者状态进行分级, 依据分析结果实施护理。评分 ≤ 8 分的患者每半小时对于患者的意识状态瞳孔评估一次, 评分在 9~12 分时每小时评估一次, 评分在 13~15 分, 需要每两小时评估一次, 根据患者的具体状态建立预警报告制度。(4) 还需要做好延续性护理指导, 在出院前一周进行过度制定延续性护理计划, 通过智能随访形式对患者康复状态进行远程监测, 每周两次的视频随访, 每个月进行一次家庭随访。

1.3 观察指标

(1) 疾病知识认知程度, 应用自制量表调查, 认知程

度评估内容：疾病知识、手术治疗知识、饮食健康知识、用药知识、并发症预防知识和康复锻炼知识，每项评估内容 0-10 分，总分 60 分，评分越高越好。

(2) 自我效能感，自我管理力测定量表 (ESCA) 评估，4 个因子组成包括：自护责任感 (8 个条目)、自我概念 (9 个条目)、自护技能 (12 个条目) 和健康知识 (14 个条目)，计分 5 分制，总分 172 分，评分越高越好。

(3) 并发症，包括：切口感染、肺部感染、消化道出血、

压力性损伤和泌尿系统感染，发生率越低越好。

1.4 统计学方法

SPSS21.0 数据处理，计量资料 ($\bar{x} \pm s$)，t 检验，计数资料 (n,%)，卡方检验，用 $P < 0.05$ 表示有意义。

2 结果

2.1 疾病知识认知程度

护理前，没有显著差异，护理后，实验组疾病知识认知程度评分高于对照组， $P < 0.05$ 。

表 1 疾病知识认知程度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	疾病知识		手术治疗知识		饮食健康知识		用药知识		并发症预防知识		康复锻炼知识		总分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	40	4.26 ± 0.75	7.82 ± 0.95	3.01 ± 0.95	7.35 ± 1.03	5.06 ± 0.95	8.65 ± 0.81	4.23 ± 0.89	8.16 ± 1.06	3.89 ± 0.78	8.01 ± 1.32	3.49 ± 0.92	8.59 ± 1.02	24.06 ± 4.32	48.52 ± 5.14
对照组	40	4.21 ± 0.71	6.26 ± 0.84	3.12 ± 0.98	5.24 ± 0.89	4.95 ± 0.91	7.19 ± 1.14	4.19 ± 0.91	6.25 ± 0.95	3.65 ± 0.81	5.91 ± 1.32	3.69 ± 0.96	6.71 ± 1.16	24.59 ± 4.41	37.89 ± 6.01
t	--	0.306	7.780	0.509	9.803	0.528	6.602	0.198	8.486	1.349	7.114	0.951	7.697	0.542	8.501
P	--	0.760	0.000	0.611	0.000	0.598	0.000	0.843	0.000	0.181	0.000	0.344	0.000	0.588	0.000

2.2 自我效能感

护理前，没有显著差异，护理后，实验组评分高于对照组， $P < 0.05$ 。

表 2 自我效能感 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	自护责任感		自我概念		自护技能		健康知识		总分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	40	18.53 ± 3.35	23.49 ± 3.02	13.51 ± 3.06	19.42 ± 2.96	24.06 ± 4.12	32.49 ± 3.25	43.63 ± 5.32	56.78 ± 6.59	108.49 ± 10.59	132.46 ± 12.65
对照组	40	18.96 ± 3.49	19.42 ± 4.06	13.78 ± 3.24	16.65 ± 3.24	24.19 ± 4.06	26.24 ± 5.63	43.78 ± 5.53	48.89 ± 6.15	108.41 ± 10.86	116.03 ± 12.19
t	--	0.562	5.087	0.383	3.992	0.142	6.080	0.123	5.535	0.033	5.915
P	--	0.575	0.000	0.702	0.000	0.887	0.000	0.901	0.000	0.973	0.000

2.3 并发症

实验组并发症低于对照组， $P < 0.05$ 。

表 3 并发症 n (%)

组别	例数	切口感染	肺部感染	消化道出血	压力性损伤	泌尿系统感染	发生率
实验组	40	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00)
对照组	40	2(5.00)	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)	3(7.50)	9(22.50)
χ^2	--	--	--	--	--	--	5.164
P	--	--	--	--	--	--	0.023

3 讨论

在神经外科临床实践中，脑肿瘤术后继发出血作为最具威胁性的并发症之一，其突发性和预后不良特性对医疗团队提出了严峻挑战^[4]。现行护理体系存在多方面不足：患者宣教环节采用单向灌输模式，导致认知转化率低下；多学科协作缺乏标准化流程，病情评估存在主观差异；院外延续护

理环节薄弱，形成管理断层。这些系统性缺陷直接影响并发症的早期识别和及时干预^[5]。本研究提出的 KTH 联合护理方案实现了三大突破，通过三维可视化技术革新患者教育模式，使治疗依从性提升，建立基于 GCS 评分的动态监护制度，实现重症患者半小时/次的精准监护，构建智能化的院内外管理平台，将监测周期延伸至康复全程^[6]。该研究的学术价值体现在：首次建立了神经外科围手术期标准化的多学科协作规范，完善了全流程风险管理框架，优化了医疗资源配置策略^[7]。这一创新体系不仅提升了临床救治效率，更为改善患者长期预后提供了可靠保障，具有重要的推广应用价值。

护理前，没有显著差异，护理后，实验组疾病知识认知程度评分高于对照组， $P < 0.05$ 。护理前，没有显著差异，护理后，实验组评分高于对照组， $P < 0.05$ 。实验组并发症低于对照组， $P < 0.05$ 。

综上所述,在脑肿瘤术后并发颅内血肿患者的临床管理中,实施 KTH 联合护理方案可显著提升治疗效果。该综合护理模式通过多学科协作,系统化规范围手术期管理流程,重点涵盖生命体征监测、神经功能评估及并发症预防等关键环节,为患者提供全方位、个性化的专业照护。

参考文献:

[1] 李晓爽. 综合性手术护理应用于急性脑出血颅内血肿清除术中的效果分析 [J]. 中国社区医师, 2024, 40(15): 107-109.

[2] 郁红丽. 为脑出血颅内血肿清除术患者实施手术室专科护理的临床价值分析 [J]. 中西医结合心血管病杂志, 2023, 11(29): 58-60+74.

[3] 张静, 郭东波, 李梦方. KTH 联合式护理干预在行颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者中的应用效果 [J]. 临

床研究, 2023, 31(07): 157-160.

[4] 钟卫卢. 临床护理路径在颅内血肿清除术治疗高血压脑出血患者中的应用效果及对并发症的影响 [J]. 医学信息, 2023, 36(10): 183-185.

[5] 钱晨霞. 早期康复护理措施对高血压脑出血行颅内血肿清除术患者术后功能康复的影响 [J]. 中西医结合心血管病杂志, 2022, 10(19): 7-9+41.

[6] 郭晓梅. 高血压脑出血患者经微创颅内血肿清除术治疗术后围手术期护理的护理效果 [J]. 心血管病防治知识, 2022, 12(03): 51-53.

[7] 侯庆玲. 高血压性脑出血患者行微创颅内血肿清除术治疗的围手术期护理对策 [J]. 中国医药指南, 2022, 20(01): 41-44.