

# 全面护理在脑肿瘤患者术后的应用效果及治疗依从性影响分析

高娜 李金梅 陈鹏\*

郑州大学第三附属医院 河南 郑州 450000

**摘要:**目的: 探析在脑肿瘤患者术后引入全面护理的效果, 以及对其治疗依从性的影响。方法: 选定脑肿瘤患者 80 例, 时间选定 2023 年 2 月—2025 年 2 月, 在数字奇偶法支持下分组, 对照组 (40 例) 执行常规护理, 基于此, 实验组 (40 例) 执行全面护理, 比对照组间并发症发生率、疼痛评分、心理状态、治疗依从性。结果: 实验组的并发症发生率 (2.50%) 相较于对照组 (17.50%) 要低 ( $P < 0.05$ )。实验组护理后的疼痛、心理状态测评值均比对照组要低 ( $P < 0.05$ )。实验组的治疗依从性 (95.00%) 相较于对照组 (80.00%) 要高 ( $P < 0.05$ )。结论: 在治疗依从性提升中, 于术后为脑肿瘤患者提供全面护理的效果显著, 且可改善其心理状态, 减少并发症发生率, 有较高临床应用价值。

**关键词:** 脑肿瘤; 全面护理; 并发症; 治疗依从性

手术是临床用于治疗脑肿瘤的主要手段之一, 可通过切除病灶改善病症, 但由于脑部神经组织分布广泛, 再加上手术创伤性、病灶部位特殊性等因素影响, 使得术后并发症风险较高<sup>[1]</sup>。此外, 多数患者认知缺乏, 再加上术后疼痛、潜在风险因素影响, 使得其容易产生负性心理, 降低治疗依从性, 不仅会增加术后风险, 还会影响预后<sup>[2]</sup>。常规护理模式侧重于病情辅助与治疗维护, 但实际执行中存在细节把控度不高、人文关怀性缺乏等问题, 导致整体效果欠佳<sup>[3]</sup>。因此, 采取高效干预模式尤为重要。全面护理以患者为核心, 在术后针对性提供系统干预, 不仅护理覆盖面更广, 且对细节把控度更高<sup>[4]</sup>。对此, 本次研究观察并分析了在术后为脑肿瘤患者提供全面护理的效果, 现报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选定脑肿瘤患者 80 例, 时间选定 2023 年 2 月—2025 年 2 月, 在数字奇偶法支持下分组, 对照组 (40 例) 22 例选录为男性, 18 例选录为女性, 年龄集中在 32—70 岁, 均值 ( $50.92 \pm 3.38$ ) 岁, 疾病类型: 15 例脑胶质细胞瘤, 5 例脑室管膜瘤, 8 例占位性肿瘤, 12 例垂体瘤。实验组 (40 例) 23 例选录为男性, 17 例选录为女性, 年龄集中在 33—70 岁, 均值 ( $50.84 \pm 3.54$ ) 岁, 疾病类型: 16 例脑胶质细胞瘤, 6 例脑室管膜瘤, 8 例占位性肿瘤, 10 例垂体瘤。组间基线资料对比,  $P > 0.05$ , 具有可比性。

纳入标准: ①满足脑肿瘤诊断条件, 具有手术适应症者;

②患者及家属对信息均了解, 同意参与者; ③临床资料核对无异。

排除标准: ①心、肾、肝功能严重受损者; ②罹患精神疾病、意识障碍者; ③凝血系统受损严重者。

### 1.2 方法

对照组执行常规护理, 包括监测体征波动, 执行医嘱给药, 维护手术切口, 定时更换敷料。记录液体出入量, 指导体位调整、康复训练, 叮嘱饮食注意事项, 以及定时维护病区环境等。

基于此, 实验组执行全面护理, ①强化认知干预: 患者清醒后及时告知手术结果, 借助床旁 IPAD 行健康教育, 说明术后体位、管路、饮食等方面注意事项, 并解释可耐受疼痛为正常现象等, 及时解答疑问。②疼痛管理: 行疼痛评估, 将物理镇痛、注意力转移法提供给轻度者, 必要时在医嘱指导下将适量镇痛药物或镇痛泵予以重度者, 用药后定时评估疼痛程度, 有效缓解后停止用药。③心理护理: 增加交流, 对良好行为予以表扬, 指导深呼吸、自我心理调节方法。增加与家属的沟通, 指导情感支持方法。④饮食护理: 行营养评估, 结合个体饮食喜好, 在饮食替换法下合理调控各类营养物质摄入占比, 必要时提供营养支持。⑤并发症预防护理: 定时协助体位调整, 将头部向健侧偏转, 抬高床头, 若出现舌后坠情况将其头部调整为后仰状态。定时协助呼吸道内分泌物清理, 采取轻叩后背、雾化吸入、吸痰措施, 使其呼吸道保持通畅。观察体征波动, 记录出入量, 调整药物滴

注速度，定时予以脱水药物，以预防水肿、血肿。加强引流管维护，做固定处理，并观察引流总量、引流液性质与颜色等，强化导管清洁、消毒处理，若出现异常立即告知临床医生。定时更换敷料，强化手卫生、无菌操作管理，以预防感染。  
⑥随访护理：出院时再次叮嘱饮食、用药注意事项，指导风险识别方法，若出现异常立即就医。以微信、电话等为路径定期随访，了解病情恢复情况、心理状况，予以心理疏导、健康指导。

### 1.3 观察指标

并发症发生率：涵盖颅内血肿、感染、脑痉挛、出血。

疼痛评分：借助 VAS 量表（指代：视觉模拟评分量表），上限为 10 分，0 分记为无疼痛；轻度界定为 < 3 分；中度标注在 4 ~ 6 分；> 7 分记为重度。

心理状态：助 HAMD 量表（指代：汉密尔顿抑郁量表），< 7 分标注无抑郁，严重抑郁落在 > 24 分，17 ~ 24 分标记中度，7 ~ 17 分标注轻度；HAMA 量表（指代：汉密尔顿焦虑量表：上限设定为 56 分，≥ 30 分界定为严重焦虑，21 ~ 29 分标注为中度，14 ~ 20 分划分为轻度，< 7 分则代表无焦虑。

治疗依从性：依据自主创建的评价尺度，低于 60 分标注在不依从；基本依从设计为 60 ~ 89 分；完全依从划分为 ≥ 90 分。总依从率 = 完全依从率 + 基本依从率。

### 1.4 统计学分析

用 spss26.0 计算数据，计数资料：n (%) 表示， $\chi^2$  检验，计量资料：( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，t 检验。于统计学维度描述有差异：P < 0.05。

## 2 结果

### 2.1 并发症发生率

实验组的发生率更低，P < 0.05，见表 1。

表 1 并发症发生率对比 n (%)

组别	n	颅内血肿	感染	脑痉挛	出血	总发生率
实验组	40	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (2.50%)	(1) 2.50%
对照组	40	3 (7.50%)	1 (2.50%)	1 (2.50%)	2 (5.00%)	(7) 17.50%
$\chi^2$	--	--	--	--	--	5.000
P	--	--	--	--	--	0.025

### 2.2 疼痛评分、心理状态

护理前组间 P > 0.05，护理后，实验组的值均较低，P < 0.05，见表 2。

表 2 疼痛评分、心理状态对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	疼痛评分		HAMD		HAMA	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	40	5.32 ± 0.85	2.15 ± 0.32	17.53 ± 3.96	7.26 ± 1.87	21.23 ± 4.71	12.48 ± 1.84
对照组	40	5.41 ± 0.89	3.94 ± 0.45	17.45 ± 4.05	10.62 ± 1.54	21.28 ± 4.62	15.74 ± 2.53
t	--	0.463	20.502	0.089	8.772	0.048	6.591
P	--	0.645	0.000	0.929	0.000	0.962	0.000

### 2.3 治疗依从性

实验组的值更高，P < 0.05，见表 3。

表 3 治疗依从性对比 n (%)

组别	n	完全依从	基本依从	不依从	总依从率
实验组	40	24 (60.00%)	14 (35.00%)	2 (5.00%)	(38) 95.00%
对照组	40	20 (50.00%)	12 (30.00%)	8 (20.00%)	(32) 80.00%
$\chi^2$	--	--	--	--	4.114
P	--	--	--	--	0.043

## 3 讨论

脑膜、脑组织、脑神经、垂体等均为脑肿瘤高发部位，手术治疗可改善病症，但由于脑部生理解剖结构较为特殊，使得术后风险较高，容易引起脑痉挛、出血等并发症，严重影响预后 [5-6]。且在认知、疾病、风险等因素影响下，患者容易产生害怕、担忧等负性心理，导致其依从性降低，在

康复训练、饮食等方面出现不规范行为，不仅影响临床工作顺利展开，还会干扰预后，延长康复时间 [7-8]。因此，加强术后护理干预尤为重要。

本次研究结果显示，并发症统计，实验组的发生率更低 (P < 0.05)。疼痛程度、心理状态测评中，实验组护理后的值均落在更低区间 (P < 0.05)。治疗依从性评定示，实验组的值更高 (P < 0.05)，原因分析为，作为一种整体化、系统化的护理模式，全面护理以患者为中心，将其多维度健康需求整合，包括心理、精神、生理等方面，提供个体化、连续性的护理服务。术后全面护理通过综合性护理评估，明确影响患者术后康复的因素后采取全方位干预措施，针对患者心理需求及个体影响因素，通过强化心理、认知干预，不仅可纠正错误认知、提供心理支持，改善其负性心理，还利于

提升自我管理意识与治疗依从性。针对术后风险以体位、用药、管理、康复活动等方面为切入点采取前瞻性干预措施，并强化病情监测，缩短巡视间隔，根据患者病情变化灵活调整各项干预措施，以此可较好降低并发症风险。此外，加强饮食干预，个性化提供饮食调整方案，可改善患者营养状况，增强其机体抵抗力。采取信息化随访干预模式，借助微信等平台建立交流桥梁，可实现实时互动与健康指导，可通过康复全周期介入提升风险防控效果，从而促进患者病情尽快康复。

综上，手术后为脑肿瘤患者提供全面护理可提升其治疗依从性，改善其心理状态，利于减少并发症发生率。

#### 参考文献：

- [1] 操梦思, 彭希, 柴琴. 全面护理对脑肿瘤术后并发癫痫患者不良症状及康复的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2024, 10(5):9-12.
- [2] 杨丽. 颅内肿瘤患者术后继发颅内感染的危险因素分析与护理对策[J]. 抗感染药学, 2023, 20(12):1300-1303.
- [3] 刘红, 雷奕. 研究鞍区肿瘤术后脑性耗盐综合征的预见性护理干预应用价值[J]. 中外医疗, 2024, 43(20):157-160.
- [4] 张凤霞, 蔡晓娟, 韩莎莎. 管道护理风险评估在脑肿瘤外科手术术后脑室引流管护理管理中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(11):119-122.
- [5] 薛海红, 梁连美, 张雪云, 等. 共情护理联合快速康复外科理念对颅脑肿瘤患者行切除术后生活质量的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2024, 10(7):84-86.
- [6] 韦秋蓉, 谢翠容. 程序化护理干预在颅脑肿瘤患者护理中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2024, 22(8):92-95.
- [7] 许丽丽, 尚坤, 亓金凤, 等. 综合护理策略在脑肿瘤患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(22):1-4.
- [8] 王邴辉. 全面护理干预应用于脑部肿瘤术后患者中的效果[J]. 中国医药指南, 2022, 20(1):161-163.