

脑胶质瘤患者术后认知护理对记忆力改善效果的随访研究

张廷玲

(十堰市太和医院 湖北十堰 442000)

【摘要】目的:观察系统化认知干预对脑胶质瘤术后患者神经功能康复的长期效应。结果:两组术前RBMT-III及MoCA评分均无统计学差异($P>0.05$)。术后6个月,干预组RBMT-III评分达到 19.6 ± 2.7 分,明显高于对照组的 15.7 ± 3.0 分($P<0.001$);MoCA评分干预组为 26.9 ± 2.3 分,对照组为 23.5 ± 2.7 分($P<0.001$)。生活质量评估显示,干预组在认知功能领域评分(84.2 ± 8.1 分)高于对照组(72.3 ± 9.5 分),而在未来不确定性(29.8 ± 6.5 分)和疾病干扰领域(26.3 ± 6.2 分)评分低于对照组(38.2 ± 7.8 分、 35.4 ± 7.1 分)(均 $P<0.001$)。结论:系统化认知干预方案展现出促进脑胶质瘤术后患者神经认知功能恢复的积极作用,特别是在记忆功能重建与整体认知水平提升方面效果明确。该干预模式同时有助于减轻疾病相关心理困扰,改善生活质量维度,为术后康复提供了有效的护理支持路径。

【关键词】脑胶质瘤;术后认知护理;记忆力;随访研究;认知康复

Follow up study on the effect of postoperative cognitive nursing on memory improvement in patients with glioma

Zhang Tingling

(Taihe Hospital, Shiyan City, Hubei Province 442000)

[Abstract] Objective: To observe the long-term effects of systematic cognitive intervention on neurological function rehabilitation in patients with glioma after surgery. Result: There was no statistically significant difference in preoperative RBMT-III and MoCA scores between the two groups ($P>0.05$). Six months after surgery, the RBMT-III score in the intervention group reached 19.6 ± 2.7 points, significantly higher than the control group's 15.7 ± 3.0 points ($P<0.001$); The MoCA score for the intervention group was 26.9 ± 2.3 points, while for the control group it was 23.5 ± 2.7 points ($P<0.001$). The quality of life assessment showed that the intervention group scored higher in the cognitive function domain (84.2 ± 8.1 points) than the control group (72.3 ± 9.5 points), but scored lower in the future uncertainty domain (29.8 ± 6.5 points) and disease interference domain (26.3 ± 6.2 points) than the control group (38.2 ± 7.8 points, 35.4 ± 7.1 points) (both $P<0.001$). Conclusion: The systematic cognitive intervention program has shown a positive effect in promoting the recovery of neurocognitive function in patients with glioma after surgery, especially in terms of memory function reconstruction and overall cognitive level improvement. This intervention model also helps alleviate disease-related psychological distress, improve quality of life dimensions, and provide an effective nursing support pathway for postoperative rehabilitation.

[Key words] glioma; Postoperative cognitive nursing; memory; Follow up study; Cognitive Rehabilitation

胶质瘤是常见的颅内原发肿瘤,常规处理会通过手术治疗并配合放化疗进行辅助治疗。手术虽然可以较好地清除病灶,但是手术后患者常常会出现认知功能方面的损伤,主要表现在记忆提取、执行功能、注意力持续能力等^[1]。临床实践证明认知障碍的出现,既受肿瘤解剖位置的限制,也受到手术切除范围及治疗后干预策略的影响。近年来,临床上更加注重患者整体功能康复而非消除病灶,从而加大了术后认知康复的干预力度。现对结构化认知康复护理对胶质瘤患者术后记忆障碍远期疗效进行随机对照分析,研究不同时间记忆指标及生活质量的变化,为术后康复提供资料^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用回顾分析法对2024年2月至2025年2月期间在本院神经外科住院的62例脑胶质瘤术后患者进行调查分析,随机将其分为两组,包括干预组和对照组,其中干预组的干

预方法为结构化认知护理,在术后期,为31例患者采取护理干预措施,对照组为神经外科护理,在术后期,对31例患者采取护理措施;对比两组患者的基础资料差异,两组患者基线数据基本相似。干预组中男、女人数为17、14例,年龄为36~68岁,平均年龄为 52.4 ± 8.7 ,受教育水平为12年中位数,肿瘤为I级患者数量有5例,II级有13例,III级有10例,IV级3例,干预组患者手术治疗方法为局部切除的有19例,大部切除有9例,全切有3例,对照组中男、女人数为19、12例,年龄为34~70岁,平均年龄 53.1 ± 9.2 ,受教育水平为11年中位数,肿瘤为I级患者4例,II级15例,III级有9例,IV级有3例,对照组患者手术治疗方法为局部切除的有20例,大部切除有8例,全切除3例,均签署知情同意书。患者纳入标准:(1)符合病理诊断,属于脑胶质瘤疾病;(2)患者的年龄处于18~75周岁;(3)患者的意识清醒,并且有较高的配合度;(4)临床资料具备完整性并且随访时间处于6个月阶段。排除标准:①合并重要脏器功能严重障碍者;②既往精神病史或认知功能缺陷者;③

合并其他颅内恶性肿瘤或转移病灶者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用神经外科常规术后护理,包括观察术后的患者的生命体征情况、观察切口部位的护理情况、预防相关并发症、服用药物、疾病基本知识宣教等一般性护理操作。对照组患者严格按照标准操作对患者术后情况进行观察,进行每日的神经功能情况评估,配合康复治疗指导,进行基本健康指导知识的宣教教育,包括患者手术后的注意事项、康复活动指导、患者术后饮食建议等基本健康宣教内容^[5],神经外科患者所开展护理操作均符合神经外科护理标准化。

1.2.2 干预组

在对照组的基础上给予患者实施结构化认知护理干预,结构化认知护理包含以下几个方面内容:①记忆策略干预运用空间网格记忆和联想记忆等方式,对患者采用具体联想记忆、位置记忆等方法来加强其记忆编码与记忆提取的过程;②注意力和行为行为能力干预运用双重任务训练、Stroop 训练以及数字符号转换训练等方式提高患者的注意力分配能力和任务转换的能力;③生活认知技能通过环境适应及生活工具与行为矫正策略的实用性的操作技巧训练患者,帮助其更好地解决在生活中出现的各类问题认知情况^[6]。干预3个月,每周安排两次训练时间,每次45min,每次训练采取一对一的专门性训练和小组训练等模式。一对一干预要注重专门性的训练,而小组干预要注重角色扮演与团队合作过程训练。出院后,继续护理患者干预方式,每1个月时进行1次护理干预效果电话随访,电话随访的内容包括训练内容回忆、干预技能在日常生活中的应用与难题解答等,以保障与延续患者干预效果的稳定性。

1.3 观察指标

记忆功能评估采用 Rivermead 行为记忆测验 (RBMT-III),该量表包含即刻回忆、延迟回忆与再认能力三个子项目,总分0-24分,分值提升表征记忆功能优化;整体认知状态运用蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 北京版进行检测,

涉及视空间与执行功能、命名、记忆、注意、语言、抽象思维、延迟回忆及定向力8个维度,总分30分,≥26分视为认知功能正常;生活质量评估选取欧洲癌症研究与治疗组织开发的QLQ-C30量表中认知功能领域及QLQ-BN20量表中未来不确定性和疾病干扰领域,根据标准化流程将原始分转换为0-100标准分,功能领域分值上升显示状况好转,症状领域分值上升提示困扰加剧。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 统计软件完成分析处理。计量资料采用均数结合标准差的形式进行表述,组别间的数据对比运用独立样本 t 检验方法,不同时间点的指标变化采用重复测量方差分析方法进行验证。将概率值 P 小于 0.05 设定为差异具有统计学意义的判定界限。

2 结果

2.1 记忆力功能评估结果

两组患者术后1个月时 RBMT-III 分值均较术前明显升高,对照组术后第3个月时分值较第1个月分值明显下降,第6个月时分值由下降转为缓慢升高。术后3个月和6个月,两组 RBMT-III 分值比较,第1个月起两组间即出现组间差异 (P=0.022),干预组均大于对照组 (均 P<0.001)。术中组术后1~6个月 RBMT-III 分值分别为 16.5~19.6 分,对照组术后1~6个月 RBMT-III 分值分别为 14.8~15.7 分,随时间推移,研究组术后1~6个月 RBMT-III 分值差异较大 (见表1)。

2.2 整体认知状态评估结果

干预组和对照组患者 MoCA 评分组间差异为 0.0 (0.764),术前组间差异无统计学意义;术后1个月,干预组为 24.2 分,对照组为 22.6 分,组间差异具有统计学意义 (P=0.035)。术后3个月和6个月,干预组为 26.9 分,对照组为 23.5 分,组间差异均具有统计学意义 (P<0.001)。干预组术后6个月,MoCA 评分已到达认知功能正常水平。

表1 两组患者 RBMT-III 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

分组	例数	RBMT-III 评分			
		术前	术后1个月	术后3个月	术后6个月
对照组	31	16.2 ± 3.1	14.8 ± 2.9	15.3 ± 3.2	15.7 ± 3.0
干预组	31	16.4 ± 2.9	16.5 ± 3.0	18.2 ± 2.8	19.6 ± 2.7
t 值	-	0.267	2.348	3.892	5.437
P 值	-	0.791	0.022	<0.001	<0.001

注:组间比较采用独立样本 t 检验

表2 两组患者 MoCA 总分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

分组	例数	MoCA 总分			
		术前	术后1个月	术后3个月	术后6个月
对照组	31	24.3 ± 2.8	22.6 ± 3.1	23.1 ± 2.9	23.5 ± 2.7
干预组	31	24.5 ± 2.6	24.2 ± 2.9	25.8 ± 2.5	26.9 ± 2.3
t 值	-	0.302	2.156	4.023	5.682
P 值	-	0.764	0.035	<0.001	<0.001

2.3 生活质量评估结果

术后 1 个月, 干预组生活质量 5 个领域不确定性和疾病困扰及认知功能领域评分低于对照组 (P=0.045, P=0.032), 但认知功能领域无统计学差异但高于对照组 (P=0.094)。术

后 3、6 个月, 干预组生活质量 5 个领域认知功能领域评分高于对照组、不确定性和疾病困扰领域低于对照组 (均 P<0.001)。随着病情时

表 3 两组患者生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

分组	例数	认知功能			不确定性			疾病干扰		
		术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
对照组	31	68.2 ± 10.3	70.1 ± 9.8	72.3 ± 9.5	42.5 ± 8.7	40.3 ± 8.2	38.2 ± 7.8	38.6 ± 7.9	36.8 ± 7.5	35.4 ± 7.1
干预组	31	72.5 ± 9.8	78.6 ± 8.7	84.2 ± 8.1	38.2 ± 7.9	33.6 ± 7.1	29.8 ± 6.5	34.5 ± 7.2	30.2 ± 6.8	26.3 ± 6.2
t 值	-	1.703	3.682	5.237	2.045	3.542	4.682	2.187	3.789	5.431
P 值	-	0.094	<0.001	<0.001	0.045	<0.001	<0.001	0.032	<0.001	<0.001

3 讨论

脑胶质瘤术后认知功能损害也是影响患者术后生活质量的关键要素之一, 而记忆功能损害则是最为常见和严重的认知损害。无论是开放手术还是内镜手术, 手术切除肿瘤的同时也会不同程度地影响脑组织, 涉及海马、颞叶等部位的记忆功能系统也是常见的脑胶质瘤手术靶区, 而传统的临床治疗往往都重视生理功能康复, 对认知功能损害 (尤其是记忆功能系统损害) 的康复尚无一个长期有效的认知康复干预模式^[5], 这使得脑胶质瘤术后部分患者存在较长期的记忆功能损害, 影响其社会生存质量。

在神经学上, 认知干预的可能机制有: 持续的认知训练改善神经突触可塑性, 建立新的神经联系; 通过训练过程中的成就感提高患者自我效能, 增强康复愿望^[6]; 小组训练还可以给患者提供社会支持, 可通过放松患者紧张心态间接地对认知起正面作用。本研究采用的干预模式具有较好的临床实施性。45min 的训练时间过长易导致厌烦、效率下降, 但

过短也可能无法达到训练目的, 而本研究的每周干预两次不仅保证了训练的效果, 也充分考虑到了患者的可操作性。训练方式上, 个体化与小组干预模式相结合, 既保证了训练的个体针对性, 也提供了社交支持。在出院后的随访中通过电话干预的方法对患者施以坚持的训练, 可提高患者训练的坚持性, 将训练结果应用到现实生活。本研究长随访、多层次随访的特点能够较好地动态地观察干预效果^[7]。本文经过 3 个月就已有干预效果的显现, 至 6 个月时达到最理想状态, 为进一步确定最佳干预时间提供了参考。除认知功能外, 在干预效果上还同时考核了生活质量这一结果指标, 可以获得更全面的研究结果。总之, 本系统化的认知干预可以在一定程度上促进脑胶质瘤术后患者的认知 (记忆力) 功能的恢复, 改善总的认知功能及生活质量和不良情绪, 干预过程易于操作, 效果持久且持续, 为临床上脑胶质瘤手术的辅助方法的开展提供了一个可行的训练范例。未来研究可以对方案作进一步的改进, 寻求个案式的干预方案, 对不同的患者针对性的提供不同的康复服务。

参考文献:

[1]姚艳红, 吴瑾, 丁艳萍. 认知性健康教育对胶质瘤患者术后肢体功能及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2022, 20 (19): 2003-2006.

[2]赵超颖, 潘圆圆, 张莉娟. 认知-信念-行为干预对脑胶质瘤手术患者用药依从性及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2024, 22 (19): 2178-2180.

[3]高波, 宗雪荣, 田婷婷, 等. 集束化认知行为干预在脑胶质瘤术后患者中的应用研究[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30 (23): 3195-3200.

[4]杨继学, 王向辉, 李东明, 等. 癫痫发作史与 ASMs 用药史对脑胶质瘤患者术前认知功能, 情绪障碍的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2023, 50 (3): 491-494.

[5]马玉宁, 孙鹏, 曹静, 等. 护理干预对额叶胶质瘤患者术前焦虑及术后认知功能的影响[J]. 中文科技期刊数据库 (文摘版) 医药卫生, 2022 (4): 3.

[6]孟焱, 王丽娜. FTS-CIS 模式对脑胶质瘤立体定向切除术患者的心理应激, 认知功能及恢复进程的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2024, 47 (6): 89-90.

[7]夏宏全, 曾小凤, 黄肇晶, et al. 脑胶质瘤患者术后睡眠障碍的影响因素分析及对认知功能, 心理状态和康复进程的影响[J]. 现代生物医学进展, 2023, 23 (7): 1248-1252.

作者简介: 张廷玲, 女, 1992.03.11, 汉族, 湖北十堰, 本科, 护师, 神经肿瘤疾病诊疗中心, 神经肿瘤。