

优质护理措施对脑肿瘤手术患者生活质量的效果分析

王健

(黔西南州人民医院 贵州兴义 562400)

【摘要】目的：研讨罹患脑肿瘤同时实施手术治疗的患者采取优质护理的价值。方法：择取2020年3月—2021年3月内，行手术治疗的脑肿瘤患者50例，通过随机数字表法的分组模式，25例对照组实施基础护理，25例实验组实施优质护理。经对比两组护理后生活质量结果、情绪状态及临床满意度。结果：实验组护理后的手部功能、行动能力、记忆能力和思维状态、交流情况等生活质量分值高于对照组；实验组情绪状态稳定程度优于对照组；实验组并发症占比4.00%低于对照组24.00%、且实验组满意度92.00%高于对照组68.00%，差异有统计学意义($p < 0.05$)。结论：优质护理模式实施于脑肿瘤手术患者中，可稳定不良状态，提升生活质量。

【关键词】优质护理；脑肿瘤；生活质量；价值分析

Analysis of the effect of high-quality care measures on the quality of life in patients undergoing brain tumor surgery

Jian Wang

(Qianxinan Prefecture People's Hospital, Guizhou Xingyi 562400)

[Abstract] Objective: To discuss the value of quality care for patients with brain tumors. Methods: From March 2020 to March 2021. Through the grouping mode of random number table method, 25 control groups received basic nursing, and 25 experimental groups received quality nursing. Quality of life results, emotional status and clinical satisfaction after comparing the two groups of care. Results: The scores of hand function, action ability, memory ability, thinking state and communication in the experimental group were higher than that of the control group was better than that of the control group; 4.00% of complications were lower than 24.00% of the control group and 92.00% was higher than that of 68.00%, the difference was statistically significant($p < 0.05$). Conclusion: The quality nursing mode implemented in brain tumor surgery patients can stabilize the poor state and improve the quality of life.

[Key words] Quality nursing care; brain tumor; quality of life; value analysis

前言

在神经外科中，脑部肿瘤相对多发，是一种因脑部组织、脑膜、神经和垂体等位置发生病变后或者因患者体内其余器官^[1]、组织肿瘤进行转移或者浸润的情况，因膨胀性生长的特点，肿瘤本身的恶性抑或是良性状态如何，均会对人体内颅脑组织产生压力，从而压迫脑部组织、神经反应，危害患者的生命安全。手术是目前治疗脑部肿瘤的关键形式^[2]。既往结果证实，对脑肿瘤患者手术状态的调整，应配合积极的护理形式。优质护理模式是一种以患者为核心，对基础护理优化的新型干预形式，通过科学落实护理责任制，优化护理专业内涵，来达到提高护理服务水平的目的^[3]。基于此，本文将分析脑肿瘤手术患者实施优质护理模式的效果。

1 资料和方法

1.1 基本数据

从2020年3月开始，至2021年3月，本院神经内科共计接收脑肿瘤患者50例，随机数字表法的分组原则，将患者均分为实验组和对照组，一组25例。实验组：男性人数总计12例，女性人数总计13例，年龄范围经计算23—60岁，均值(36.62 ± 8.39)岁；对照组：男性和女性分别为14:11，年龄区间24—62岁，平均(36.64 ± 8.37)岁。两组基线资料评定，差异无统计学意义($p > 0.05$)。

纳入标准：①经CT检查/核磁共振

(NuclearMagneticResonance, NMR)^[4]设备检查确诊；②满足手术指征。排除标准：①对麻醉药物过敏；②术前30日行精神药物治疗；③创伤性脑损伤。

1.2 方法

对照组实施围术期护理。

实验组实施优质护理，具体流程为：①入院干预：由责任护理人员安排患者的护理计划，在患者情绪和病情相对稳定的状态下，对患者的病症知识掌握程度、范围实施评定，针对性的进行健康指导，涵盖病症发病因素、诱发状态、饮食和手术治疗的必要意义和安全价值以及患者自身配合的程度，耐心回答患者在治疗阶段存在的相应问题。②心理指导：对大多数患者来说，开颅手术是一种相对明显的应激源，尤其是多数患者担心手术完成后的状态成为家庭的负担。对于这类情况，护理人员应在日常干预中科学的引导患者合理表达自身对病情的状态，对手术的焦虑感和恐惧感，和患者讲解手术后的神经功能障碍情况，只要积极的配合和复健，神经功能状态是可以调整的，对于疑虑心相对较重且沟通困难的患者，邀请手术成功的患者进行沟通，帮助患者建立正向的信念，通过同伴效应稳定患者的焦虑反应；对患者积极配合的行为进行鼓励，强化护理行为角色，帮助更好的配合治疗。③完善手术前的各项检查，包括CT、MRI检查、采血、超声，详细向患者讲解检查的必要性，手术前24小时为患者备皮处理，防止头皮受损和感染。④手术完成后保持头高足低位，将床头抬高15—30°，预防脑部充血；对患者吸氧处理，从而提高血氧饱和度，改善脑部组织缺氧引发的水肿。预防癫痫：术后发生癫痫的比率较高，这是由于神



经放电后持续性发作引发的短暂性大脑功能失衡,因此强化术后观察是缩短术后恢复时间的根本。一旦出现癫痫状态,则由护理人员辅助保持平卧位,通过减少声音、光源和人声的刺激,应用开口器等设备防止患者受伤,遵照医嘱应用安定液。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量:通过美国医学局研究(Medical Outcomes Study, MOS)^[5]中,颁发的健康调查量表(the MOS 36 item short form health survey, SF-36)^[6]观测,量表内涵盖生理性内容两项,包括机体能力和职能、躯体疼痛程度、基础健康状态、生活活力指数、情感职能结果、精神状态能力、社会功能价值维度总计八项,每一项分值总分100,分值越高则生活质量越佳。

1.3.2 情绪量表:经医院焦虑抑郁情绪测量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD量表)^[7],评定目前患者的焦虑和抑郁表现,量表内涵盖问题14个,七项问题涵盖对一个项目内容的比对,包括的方向有焦虑和抑郁,其中分值和负面情绪为反比,即通过分值得出0—7分无焦虑抑郁、在8—10分范围为轻度表现、11—14分为中度表现、15—

21分为重度表现。

1.3.3 并发症及满意度观测:满意度自制量表统计,即护理人员的理解程度、基础护理情况、健康教育状态和病情解释程度。每一个栏目记录1分,总分≥3分判定为满意。

1.4 统计学分析

50例脑肿瘤手术患者以Excel SPSS22.0 for windows软件观测,在符合常态分布(Normal distribution)的基础上,应用(均数±标准差)的形式,进行student t检验(Student's t test);计数资料的处理,以%的形式完成,经卡方检验记录,当P<0.05证实组间有统计学意义。

2 结果

2.1 生活质量

和对照组对比,实验组护理后的手部功能、行动能力、记忆能力和思维状态、交流情况等生活质量分值处于更高结果,两组形成差异性(p<0.05),见表1。

表1:两组生活质量评分比对(n,分)

组别	生理状态		生理职能	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(n=25)	27.65 ± 11.80	44.76 ± 14.06	26.50 ± 11.41	38.58 ± 12.75
实验组(n=25)	27.54 ± 11.39	58.65 ± 15.86	26.37 ± 10.21	50.87 ± 18.65
T	0.0335	3.1375	0.0424	2.7200
P	0.9734	0.0029	0.9663	0.0091
组别	躯体疼痛		健康状态	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(n=25)	38.58 ± 12.75	41.54 ± 11.12	24.44 ± 11.37	29.70 ± 10.60
实验组(n=25)	35.59 ± 8.03	49.54 ± 9.85	25.15 ± 11.52	37.17 ± 11.85
T	0.9921	2.6926	0.2193	2.3491
P	0.3261	0.0097	0.8273	0.0230
组别	生活活力		社会功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(n=25)	34.50 ± 8.03	41.78 ± 9.40	33.60 ± 11.41	48.26 ± 15.11
实验组(n=25)	34.17 ± 7.80	56.85 ± 14.72	33.45 ± 10.16	58.14 ± 14.22
T	0.1473	4.3142	0.0490	2.3808
P	0.8834	0.0001	0.9611	0.0213
组别	情感职能		精神健康	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(n=25)	30.77 ± 8.15	38.75 ± 13.50	46.14 ± 12.72	57.49 ± 8.77
实验组(n=25)	30.85 ± 9.03	49.44 ± 15.25	46.73 ± 11.40	74.54 ± 20.40
T	0.0328	2.6243	0.1727	3.8391
P	0.9739	0.0116	0.8636	0.0004

2.2 情绪测量表

经表2证实:在护理进行前通过焦虑、抑郁评定,经统

计学检验P>0.05;护理后实验组以上分值较比对照组更低,差异有统计学意义(p<0.05)。

表2:两组HAD量表比对(n,分)

组别	焦虑				抑郁			
	治疗前	治疗后	T	P	治疗前	治疗后	T	P
实验组(n=25)	8.37 ± 0.83	4.37 ± 0.60	19.5282	0.0001	9.15 ± 0.78	4.39 ± 0.63	23.7371	0.0001
对照组(n=25)	8.15 ± 0.78	5.39 ± 0.63	13.7635	0.0001	9.50 ± 0.97	5.01 ± 0.62	19.5011	0.0001
T	0.9657	5.8620			1.4059	3.5071		
P	0.3390	0.0001			0.1662	0.0001		

2.3 并发症及临床满意度

通过对并发症和满意度评定,并发症总发生率低于对照

组, 满意度较对照组更高, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$), 见表 3。

表 3: 两组并发症及满意度对比 (n, %)

组别	并发症				总发生率	总满意度
	癫痫	脑积水	窒息	总发生率		
实验组 (n=25)	0 (0.00)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (4.00)	23 (92.00)	
对照组 (n=25)	2 (8.00)	3 (12.00)	1 (4.00)	6 (24.00)	17 (68.00)	
T				4.1528	4.5000	
P				0.0415	0.0338	

3 讨论

对于颅脑疾病来说, 脑部肿瘤十分多发, 对患者采取护理的意义在于提升患者对手术的耐受程度^[8], 进一步提升术后安全性, 加速患者机体的康复。而优质护理的实施在一定程度上提升了上述能力。优质护理的基础在于人为核心^[9], 关注心理状态, 强调的是在干预中对患者的关怀, 在为患者提供基础护理和专科服务的阶段, 更为关注对心理层次的了解, 也就是通过对患者心理状态的评定和干预, 加速患者对护理的认同^[10]。

颅脑手术的风险性相对较大, 因此预后质量较差, 同时手术本身的影响以及昂贵的经济费用成为家属和患者焦虑的主要原因^[11], 因此多数脑肿瘤患者手术前会存在明显的焦虑和抑郁情绪, 因此无法积极的配合后续治疗, 导致治疗效果差, 引发不良结局^[12]。因此在优质护理模式的实施中, 护理人员通过对患者实施积极的心理干预和指导, 通过对患者讲解病症的相关要点和内容, 改变患者本身存在的不良思

想, 从而积极的配合后续干预, 达到生活质量提升目的。经本文结果证实, 实验组患者生活质量的各项因子评分较对照组更高, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$), 由此数据说明, 优质护理的实施阶段, 以心理和患者本身的状态为主导, 促进患者积极配合的理念^[13], 满足了优质护理的标准。同时多项研究认为, 家属的鼓励和支持对患者后续的治疗有关键意义。

同时本文结果判定: 护理进行前通过焦虑、抑郁评定, 经统计学检验 $P > 0.05$; 护理后实验组以上分值较对照组更低, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。在优质护理的实施中, 工作阶段强调和患者家属保持科学的沟通, 通过和患者讲解病情的相关理念, 手术的必要意义和预后效果^[14], 来转变患者固有思维, 帮助患者进行定向力、人格和饮食等多方面的调整。

综合上述结论, 对脑肿瘤手术患者采用优质护理模式, 可改善负面情绪, 提高生活质量。

参考文献:

- [1]陈晓莹.强化自能护理对神经导航辅助下脑肿瘤切除术患者并发症及自理能力的影响[J].吉林医学, 2023, 44(4): 1115-1117.
- [2]朱瑞芳, 范艳竹, 黄娜, 等.舒适护理模式在颅脑肿瘤术后腰大池持续引流病人中的应用[J].护理研究, 2022, 36(10): 1874-1876.
- [3]王睿, 李淑姬, 刘佳惠, 等.短期运动想象疗法护理对脑肿瘤术后患者脑氧饱和度的影响[J].护理实践与研究, 2023, 20(5): 648-651.
- [4]谢丽丽, 王静静, 王梅, 等.医护与家属协同护理模式对脑肿瘤患儿心理状态及并发症的影响[J].中国肿瘤临床与康复, 2022, 29(3): 355-358.
- [5]王伟伟.个案管理模式配合多元化睡眠护理对脑肿瘤患者术后心理状况和睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志, 2022, 9(3): 488-490.
- [6]李园园, 王雷, 张晴.King 达标理论护理干预对运动区脑肿瘤患者术后肢体功能康复训练的影响[J].中国医药导报, 2022, 19(32): 155-158.
- [7]赵克迪, 王冉, 张瑛, 等.改良 SBAR 护理交接班在磁共振引导下脑肿瘤切除术患者交接班中的应用[J].护理学报, 2021, 28(2): 20-23.
- [8]狄红珍, 黄霞, 吴娜.护理团队为主导的多学科协作干预模式在颅脑肿瘤手术患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志, 2021, 27(18): 35-37.
- [9]罗艳霞, 梁玉青.护理程序配合复合保暖措施用于预防脑肿瘤手术患者皮肤压疮的效果[J].国际护理学杂志, 2021, 40(3): 530-532.
- [10]黄燕飞, 谢敏娟.生命帮助计划下多学科协作干预在 ICU 老年颅脑肿瘤患者术后护理中的效果观察[J].中国实用护理杂志, 2022, 38(17): 1298-1304.
- [11]左艳风, 王彦荣, 单世景.体位护理干预在预防手术室脑肿瘤患者压力性损伤中的应用[J].齐鲁护理杂志, 2020, 26(16): 76-78.
- [12]马蕾, 帅冬梅, 宋双双, 等.规范化护理在脑肿瘤患者一体化 18F-FET PET/MR 检查中的应用[J].医学影像学杂志, 2020, 30(7): 1322-1324.
- [13]刘静, 张燕, 李妮.围手术期优质护理对脑肿瘤患者的预后影响[J].成都医学院学报, 2020, 15(6): 763-766.
- [14]田冬雪.针对性护理在传统开颅手术联合胰岛素治疗脑肿瘤并存糖尿病患者应用效果及预后的影响[J].药品评价, 2020, 17(10): 12-13, 19.