

术中精细化护理配合对神经导航辅助下脑肿瘤切除术患者的影响

梁上燕

钦州市第一人民医院 广西钦州 535000

〔摘要〕目的：分析术中精细化护理配合对神经导航辅助下脑肿瘤切除术患者的影响。方法：采用随机抽样法选取我院 2023 年 5 月至 2025 年 5 月收治的 60 例患者作为研究对象。依据抽签法分组，对照组（30 例）采用常规手术护理，研究组（30 例）在对照组基础上给予术中精细化护理，对比两组术后恢复情况及并发症。结果：研究组患者术后下床时间、拔管时间及住院时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）；护理后，两组患者并发症发生率对比无明显差异（ $P > 0.05$ ），但研究者并发症发生率稍低。结论：术中精细化护理配合在神经导航辅助下脑肿瘤切除术患者使用中，能够改善患者的术后恢复情况，降低并发症的发生，值得后续进行推广。

〔关键词〕术中精细化护理；神经导航辅助；脑肿瘤切除术；并发症

〔中图分类号〕R473 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2025）07-110-02

脑肿瘤是指颅内异常细胞增殖而形成的占位性病变，根据肿瘤的发病原因可以分为原发性肿瘤和继发性肿瘤^[1]。神经导航辅助下脑肿瘤切除术是近年来新推出的手术技术。视神经导航辅助技术是一种结合计算机、影像学 and 手术器械的先进外科辅助技术，能够在神经外科手术中进行精准的定位和操作^[2]。由于神经导航辅助下脑肿瘤切除术是一种高精度、高难度，护理人员需要手术期间给予专业性的护理配合，既往的常规护理无法满足护理需求。基于此，本研究采用术中精细化护理配合，观察对神经导航辅助下脑肿瘤切除术干预效果，具体内容报道如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用随机抽样法选取我院 2023 年 5 月至 2025 年 5 月收治的 60 例患者作为研究对象。纳入标准：（1）经颅脑 CT、MRI 检查确诊为脑肿瘤；（2）符合神经导航辅助下脑肿瘤切除术手术指征；（3）手术均顺利完成；（4）患者及家属了解本次研究内容，签署同意书。排除标准：（1）合并精神系统疾病者；（2）存在其他重要脏器损伤者；（3）研究期间退出及死亡者。将所有患者根据抽签法分组：对照组（30 例）男女比例 16:14，年龄 16-65 岁，平均（40.37±8.19）岁，肿瘤类型：良性肿瘤 13 例，恶性肿瘤 17 例；研究组（30 例）男女比例 18:12，年龄 20-60 岁，平均（40.37±8.02）岁，肿瘤类型：良性肿瘤 15 例，恶性肿瘤 15 例。两组基线资料对比无明显差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组给予常规手术护理，包括协助患者安置合适的体位，辅助医生进行导航设备的注册，监测患者的生命体征等。

研究组在对照组基础上给予术中精细化护理，具体内容如下：协助患者进行头标记点注册，术中动态追踪患者的头部位置改变，防止术中头架移位。在手术医师操作过程中，进行设备的避让，合理防止术中器械、显微镜等装置遮挡手术视野。在开颅窗形成后，使用导航探针接触患者的硬脑膜进行二次校准。术中，护理人员根据导航显示的肿瘤边界，精准进行显微器械的传递，实时进行导航屏幕的监测，提示

手术医师切除深度和方向偏差。在标本切除后，分区域进行标本的标记及保存。术中观察患者的瞳孔变化和肢体活动，备好急救药物和止血材料。在术中出现导航系统故障时，要立即启动备用导航设备，同时记录故障的原因，及时进行上报。术中监测患者的颅内压、脑氧饱和度、术中神经电生理情况。

1.3 观察指标

（1）术后恢复情况：观察患者术后下床时间、拔管时间及住院时间。（2）并发症：观察患者手术后颅内出血、呼吸障碍、感染及脑水肿的发生情况。

1.4 统计学分析

以 SPSS20.0 软件分析。计数资料（n，%）以 χ^2 检验对比，当 $n < 40$ 且 $1 < T < 5$ 采用校正 χ^2 检验。计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）以 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后恢复情况对比

研究组患者术后下床时间、拔管时间、住院时间分别为（2.04±0.29）d、（1.03±0.18）d、（8.01±2.04）d，对照组患者术后下床时间、拔管时间、住院时间分别为（2.59±0.35）d、（1.62±0.24）d、（9.58±2.11）d。两组数据对比分别为（ $t=6.628$ ， $P=0.000$ ），（ $t=10.772$ ， $P=0.000$ ），（ $t=2.930$ ， $P=0.000$ ），研究组患者术后下床时间、拔管时间及住院时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）。

2.2 两组患者并发症对比

护理后，研究者患者均未出现并发症，并发症的发生率为 0%，对照组患者中，1 例患者发生感染，1 例患者发生脑水肿，并发症的总发生率为 6.67%，两组之间对比（校正 $\chi^2=0.517$ ， $P=0.472$ ），护理后，两组患者并发症发生率对比无明显差异（ $P > 0.05$ ），但研究者并发症发生率稍低。

3 讨论

脑肿瘤的发病因素尚不明确，主要与遗传因素、环境因素、年龄等有关^[4]。患者的症状主要与肿瘤的位置、大小和生长速度有关，主要常见的症状为晨起头痛、喷射性呕吐、视乳头水肿等^[5]。神经导航辅助下脑肿瘤切除术能通过术前进行高分辨率的影像扫描，达到与术中解剖结构实时匹配的效

果，显著提升脑肿瘤切除术的精准性和安全性。术中精细化护理配合是基于精细化管理理念，通过细致、规范的护理措施，来提升护理质量，近年来在临床中逐渐推广^[3]。

本研究显示，研究组患者术后下床时间、拔管时间及住院时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ），且护理后，两组患者并发症发生率对比无明显差异（ $P > 0.05$ ），但研究者并发症发生率稍低。术中精细化护理配合中通过动态追踪和二次校准，能够确保导航系统的实时精准定位，降低对正常脑组织误伤的风险，减少术后水肿及精神功能障碍等并发症。边界监测和切除方向提示能够帮助主刀医师精准切除肿瘤，避免反复探查或扩大切除范围，减少手术期间的出血和脑组织牵拉伤。术中进行器械避让和高效器械传递，能够优化手术流程，减少手术期间的停顿时间。备用的导航设备预案能够避免系统故障导致手术中断，维持手术的连续性。精准的手术操作能够直接缩短手术的时间，减少麻醉用药量和术后苏醒时间，促进早期拔管。实时进行瞳孔、肢体活动和颅内压的监测，能够尽早的发现脑水肿、出血或脑疝的迹象，及时的进行干预，避免并发症的发生。同时，严格的止血和急救准备能够减少患者术后再出血的风险。神经电生理监测能够保护患者的功

能区，降低术后语言和运动障碍的风险，患者能够更快的进行下床活动，缩短住院的时间。

综上所述，术中精细化护理配合在神经导航辅助下脑肿瘤切除术患者使用中，能够改善患者的术后恢复情况，降低并发症的发生，值得后续进行推广。

[参考文献]

- [1] 卢小玲, 韦慧君, 龚拯, 等. 目标导向液体治疗对行脑肿瘤切除术患者神经功能的影响[J]. 大医生, 2024, 9(14):4-7.
- [2] 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.
- [3] 刘娜娜. 精细化手术配合护理在下肢骨折内固定术中的应用效果及对手术指标的影响[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2024, 31(3):51-54.
- [4] 雷奕, 陈丽君. 脑肿瘤切除术后肺部并发症危险因素及防治进展[J]. 循证护理, 2021, 7(14):1908-1913.
- [5] 傅小霞. 以应激系统理论为基础的护理干预对颅内肿瘤切除术患者心理应激水平的影响[J]. 黑龙江医学, 2024, 48(06):731-733.

（上接第 108 页）

中医临床护理路径主要是指护理人员针对某一种疾病从入院、手术、住院、出院等一系列的护理干预手段，在护理干预中，通过适当的中医护理手段，进一步提升患者的干预效果，改善患者的临床症状，稳定患者的病情，缓解患者的负性情绪，为患者后续的治疗奠定相应的基础性。有关资料也说明，临床护理路径是现今十分有效的一种护理干预手段，可以保证护理内容的科学性以及完整性，保证手术的成功率，减少患者的术后并发症情况，缓解患者的负性情绪等。我国中医学认为，乳腺癌属于“积聚”的范畴，与情志异常存在一定的关系，因此可以对症进行护理干预，配合手术治疗，调节患者的生理功能，与患者适当的沟通交流，播放较为舒缓的音乐等，舒缓患者的情绪。

上述结果显示，观察组观察组依从性、健康知识知晓率高于对照组，并发症发生情况低于对照组， $P < 0.05$ ，提示，适当的中医临床护理路径能够使得患者的病情逐渐趋于稳定，还能够提升患者对治疗的依从性以及对自身疾病知识的了解程度，在术后通过适当的护理干预还可降低并发症的发生几率，存在一定的应用效果。

总而言之，中医临床护理路径在乳腺癌围术期患者中具有一定的应用价值，可推广。

[参考文献]

- [1] 崔颖涛, 杨海英, 李阳阳. 临床护理路径在乳腺癌患者围术期的护理效果分析[J]. 实用临床医药杂志, 2023, 27(18):196-197.
- [2] 杨敏, 白巧玲, 王雁, 等. 临床护理路径应用于乳腺癌根治术的效果及护理体会[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26(16):195-196.
- [3] Boram Lee, Sunyoung Lee, Jiwon Sung et al. Radiotherapy-induced secondary cancer risk for breast cancer: 3D conformal therapy versus IMRT versus VMAT[J]. Journal of radiological protection: Official journal of the Society for Radiological Protection, 2024, 44(2):325-332.
- [4] Lina Jiang, Liqiu Huang, Qifan Kuang et al. Improving the prediction of chemotherapeutic sensitivity of tumors in breast cancer via optimizing the selection of candidate genes[J]. Computational biology and chemistry, 2024, 49:71-78.

（上接第 109 页）

表 2 患者首次排气时间、术后早康复治疗时间情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	首次排气时间（d）	术后早康复治疗时间（d）
观察组	1.24 ± 0.47	5.82 ± 1.54
对照组	3.51 ± 1.89	9.52 ± 2.59

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

结肠癌患者围术期运用护理干预，在一定程度上可以有效提升患者治疗舒适度，让患者得到生理、心理各层面的细致护理，提升患者与家属的治疗依从性，有助于各项工作正常有序的推进，发挥治疗与护理的功效。护理中要充分考虑实际情况的复杂多样性，要保持护理工作的灵活处理，避免笼统一刀切。要有对应的大方面标准规范，也需要有因人

而异的灵活处理能力。要做好护理人员综合能力培训引导，包括沟通能力、心理学、社会学、法律常识等各方面内容，日常做好信息共享，优化护理工作效果。

总而言之，结肠癌患者围术期运用护理干预可以有效的减少术后并发症，加快术后恢复，整体治疗恢复情况更为理想。

[参考文献]

- [1] 郭丽丽. 探讨围术期针对性护理干预在结肠癌患者中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2023, 8(4):108-109.
- [2] 方翠. 结肠癌患者围术期行临床护理干预的效果及对患者护理满意度的影响[J]. 当代医学, 2022, 28(30):156-158.
- [3] 刘丽华. 结肠癌患者围术期护理干预的应用效果研究[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(36):5086-5087.