

重症脑损伤持续昏迷患者的八维五感促醒康复护理

赵风云¹ 田飞¹ 张凤菊¹ 张锦² 孔德爱¹

1. 山东省菏泽市定陶区人民医院 山东 菏泽 274000;

2. 山东省菏泽医学专科学校 山东 菏泽 274000

摘要: 目的: 探究重症脑损伤持续昏迷患者的八维五感促醒康复护理疗效。方法: 纳入 2021 年 1 月至 2022 年 12 月的 200 例重症脑损伤持续昏迷患者进行调查, 结合随机分组法将所有患者以 100 例区分, 计入对照和观察两组, 期间分别为两组患者提供常规护理和八维五感促醒康复护理, 对比两组患者治疗后的清醒指标、格拉斯哥昏迷评分、功能障碍和脑功能评分、生活质量评分、不良反应率以及患者满意度评分。结果: 观察组清醒率高于对照组, 清醒时间均值低于对照组 ($p < 0.05$); 观察组护理后格拉斯哥昏迷评分均高于对照组 ($p < 0.05$); 观察组护理后功能障碍评分低于对照组, 脑功能评分高于对照组 ($p < 0.05$); 观察组护理后生活质量评分高于对照组 ($p < 0.05$); 观察组护理后不良反应率低于对照组 ($p < 0.05$)。结论: 针对重症脑损伤持续昏迷患者的促醒护理中, 基于八维五感促醒康复护理的使用, 其作用于患者的促醒效果对比常规护理更有效性, 患者护理后短期内清醒率更高, 且对比清醒时间方面具有更高优势, 且对比下可见昏迷评分逐渐改善, 在恢复患者正常生理功能方面也具有一定的积极作用, 为患者的后续生活质量恢复奠定基础, 患者护理后不良反应率相对较低, 值得广泛推广。

关键词: 重症脑损伤; 持续昏迷; 八维五感促醒康复护理; GCS; 生活质量

重症脑损伤属于常见的颅脑外科常见病症类型, 多因中枢神经细胞的病理变化导致其产生异常放电表现, 持续性的影响下可导致患者神经元受损, 继而导致神经病变。病症通常情况下由各类跌倒、跌落、车祸等外部因素导致, 患者主要表现为脑功能的损伤, 出现意识障碍以及肢体功能障碍, 随着医疗技术的完善, 重症脑损伤患者的死亡率明显降低, 但即便通过有效治疗确保患者生命安全, 仍会存在部分患者处于持续昏迷状态^[1]。针对昏迷患者的处理, 可选用促醒护理, 以促进患者的尽早苏醒, 既往有对昏迷患者使用电脑皮层电生理反应磁刺激的方式达到促醒目的, 可用于改善患者神经功能, 但其使用存在争议, 主要在于单一性感官刺激对患者的早期康复未能达到理想目标, 因此后续着重强调对五感的促醒干预^[2]。八维五感促醒康复护理属于目前新型促醒护理服务概念, 可针对慢性意识障碍、植物状态、微意识障碍等患者提供显著的康复效果, 以中药、高压氧、针灸疗法、康复、运动疗法、推拿治疗、正中神经电刺激、重复经颅磁刺激以及小脑顶核电刺激等 8 个维度对患者实施护理, 现为探究八维五感促醒康复护理作用于重症脑损伤持续昏迷患者的效果, 以 200 例患者为研究对象, 分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 12 月的 200 例患者, 随机分为表 1 所示结果。患者资料于统计学软件 SPSS 中结果显示: $p > 0.05$ 。

表 1 分组详情

组别	人数 (例)	男/女	年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	昏迷时 长(d)	平均昏迷时间 (d)
观察组	100	56/44	25~57	39.81±2.14	1~11	6.09±0.34
对照组	100	52/48	26~61	40.01±2.29	1~12	6.12±0.300

(1) 所有患者均经过 CT 以及 MRI 等影像学诊断确诊, 符合重症脑损伤判断标准; (2) 患者均经过手术治疗, 病情稳定, 处于昏迷状态, 无其它严重感染等症状^[3]; (3) 签订研究调查表后进行实验统计。

排除标准 (1) 存在其他器质性功能性疾病者; (2) 存在癫痫或颅内感染者; (3) 存在恶性肿瘤疾病者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

纳入对照组的患者, 均采用常规护理措施, 为患者提供营养支持, 采用肠外或肠内营养支持方式提供, 同时做好口腔抗感染和呼吸道清洁护理, 定期对患者进行翻身, 并完成对患者的皮肤清洁, 告知患者家属可定时对患者进行呼唤, 同时为患者提供被动运动, 以减少血栓风险。

1.2.2 观察组

纳入观察组的患者, 均采用八维五感促醒康复护理, 分八维促醒和五感促醒两类:

八维促醒: (1) 中药促醒: 根据中医辨证选取四诊合参加减, 上焦热盛, 腑气不通, 给予大承气汤加減、星蒺承气汤加菖蒲郁金汤加減; 虚者用左归丸加参芪; 瘀者用补阳还五汤加蜈蚣、土鳖虫等; 痰者用温胆汤加远志、菖蒲等; 痰瘀互阻者, 给予化痰通络汤加減; 阴虚阳亢者, 给予天麻钩藤饮加減; 阴阳具虚用地黄饮子加減。(2) 针灸: 用于舒筋活络、扶助正气、改善血液循环, 针刺可选体针、头针、耳针、电针, 主要穴位选取刺激头部感觉区、运动区、百会、四神聪、神庭、人中、合谷、内关、三阴交、劳宫、涌泉、十宣等穴位。(3) 高压氧: 可用于改善患者脑缺血半暗带缺氧状态, 提高组织氧张力, 促进脑干-网状结构上行激动系统的兴奋性, 减轻脑水肿及血小板聚集, 有助于促进患者受损细胞再生, 继而达到修复神经和改善认知作用, 使用中根据患者情况使用 20~30 次, 同时做好患者不良反应观察, 及时进行治疗。(4) 推拿疗法: 患者头部以风府、哑门两穴为主; 面部按摩包含太阳、头维、下关、印堂、四白、颊车等穴位; 四肢按摩以舒筋活络、滑利关节, 防止肌肉萎缩或挛缩为主; 腹部按摩为中脘、下脘、天枢、关元、中极等穴位; 腰背部为督脉和膀胱经的循行区。(5) 物理运动疗法: 物理运动疗法可从三个训练内容进行指导: ①良肢位摆放, 患者因长期卧床, 调整仰卧、侧卧以及健侧卧位的良肢功能位, 并在 2h 内进行 1 次体位更换; ②关节活动训练: 做好四肢全范围被动训练, 防止下肢静脉血栓, 诱发主动运动和感官刺激; ③站立训练: 训练卧位、床边坐起和站立训练, 基于被动坐位或固定电动起立床上不同角度进行站立训练, 站立角度由低至高, 持续 30min。(6) 正中神经电刺激: 采用北京益康来科技有限公司生产的 Y K L - A 电脑中频治疗仪, 电流强度 20~30 mA, 频率 50 Hz, 电极放在右手腕部正中神经两侧, 调整电流强度以手指轻微抽动为准。连续刺激 20 分钟, 每天 2 次, 10 天为 1 个疗程。(7) 重复经颅磁刺激 (rTMS): 仪器为经颅磁刺激治疗仪, 采用“8”字形线圈, 刺激部位为额叶背外侧区 (F3 或 F4 区域), 刺激强度为 100% 静息状态下运动阈值, 采用重复性脉冲方式, 刺激频率 20 Hz, 单次刺激脉冲 20 个, 间歇时间 25 s, 串数 50, 脉冲总数 1000 个。20 min/次, 1 次/d, 5 d/周, 共治疗 1 个月。(8) 小脑顶核电刺激: 经颅电刺激小脑顶核 (FNS) 治疗, NS 电极安置在两侧乳突表面皮肤上, 电刺激参数为: 模式 1, 频率 70%~110%; 强度在 40%~60%, 每次通电 30~40 分钟, 每日 2 次, 连续 21d。^[4-5]

五感促醒: 五感促醒包含 (1) 视觉刺激, 通过手执多

色手电光源，并通过强弱交替形成视觉刺激，同时做好户外活动，接触大自然。（2）听觉刺激：采用音乐、电视、广播以及亲属声音等方式刺激耳部听觉，3~4 次/d，1h/次，同时家属需多呼唤患者姓名，或通过讲解文章或新闻等方式，每日至少进行 1h。（3）味觉刺激：采用棉签于患者舌头蘸醋、糖水、黄连水、胡椒水、盐水等液体进行刺激味蕾，并告知患者相应味道。无吞咽困难患者可进行少量液体经口投喂，并逐渐增强刺激强度，3 次/d。（4）嗅觉刺激：采用香水、醋、大蒜等物品放置于患者鼻根位置，持续 15s，每天数次，并同时告知患者放置物，即香水的香味，醋的酸味，蒜的辣味等。（5）触觉刺激：采用软毛刷，对患者全身进行皮肤刷擦，不定时抚摸和按摩，并对各个部位采用其他物品触碰，以唤起基本感知觉功能，3 次/d，四肢末端以冷热水交替刺激，同时每日对肩肘腕髌膝踝六大关节进行挤压，20 次/d；根据情况可给予足部按摩和中药泡洗^[6]。

1.3 观察指标

（1）清醒指标：清醒指标统计将对患者在接受护理后的恢复病例以及恢复时间进行统计，恢复程度以患者恢复正常交流和意识为准，恢复时间将从开展护理后开始进行统计，直至患者恢复正常为止。

（2）格拉斯哥昏迷评分：配合相应 GCS 判断标准分别在护理 1 周、护理 3 周和护理 5 周进行 1 次数据统计，共计 3~15 分。其中 12~15 分为轻度意识障碍；9~11 分中度意识障碍；3~8 分为重度意识障碍。

（3）功能障碍和脑功能评分：分别对患者的功能障碍和脑功能进行数值评分。数据均于患者接受护理前和护理 5 周后进行数据采集，功能障碍评分采用功能障碍评分量表（DRS）进行测评，评分 0~30 分，越高代表功能越严重；脑功能评分为脑电图检查评分，计分 0~2 分，越高代表患者脑功能正常程度越高。

（4）生活质量：患者生活质量统计仅对患者在接受护理并在清醒后 1 周进行统计，按照 SF-36 的 100 分判断标准，分别对患者生理功能、生理职能、躯体疼痛和社会功能进行评估。

（5）不良反应率：患者不良反应将统计在持续护理期间患者所产生的各项不良反应类型，包含感染、压疮、坠积性肺炎，其他不良反应类型暂不纳入统计标准。

1.4 统计学方法

使用 SPSS22.0 分析数据，数据表达方式为 $(\bar{x} \pm s)$ （%），检验方法采用 t 和 χ^2 ， $p < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组患者清醒指标对比

观察组清醒率高于对照组，清醒时间均值低于对照组，差异显著（ $p < 0.05$ ）。详情见表 2。

表 2 两组患者清醒指标对比 [$(\bar{x} \pm s)$]（%）

组别	清醒病例（例）	清醒时间（d）
观察组（n=100）	94	21.35±1.90
对照组（n=100）	82	28.62±2.31
t/ χ^2	6.818	24.306
p	0.009	0.000

2.2 两组患者昏迷评分对比

观察组护理后格拉斯哥昏迷评分均高于对照组，差异显著（ $p < 0.05$ ），详情见表 3。

表 3 两组患者昏迷评分对比 [分 $(\bar{x} \pm s)$]

组别	护理 1 周	护理 3 周	护理 5 周
观察组（n=100）	9.12±1.00	11.53±1.29	13.16±1.37
对照组（n=100）	8.86±0.69	9.84±0.72	10.89±1.12
t	2.14	11.440	12.828
p	0.036	0.000	0.000

2.3 两组患者功能障碍和脑功能评分对比

观察组护理后功能障碍评分低于对照组，脑功能评分高

于对照组，差异显著（ $p < 0.05$ ），详情见表 4。

表 4 两组患者功能障碍和脑功能评分对比 [分 $(\bar{x} \pm s)$]

组别	功能障碍		脑功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组（n=100）	18.52±1.54	7.37±0.63	0.56±0.12	1.53±0.27
对照组（n=100）	18.15±1.26	11.79±0.97	0.54±0.12	0.94±0.19
t	1.860	38.214	1.179	17.871
p	0.064	0.000	0.240	0.000

2.4 两组患者生活质量对比

观察组护理后的生活质量指标高于对照组，差异显著（ $p < 0.05$ ），详情见表 5。

表 5 两组患者生活质量对比 [分 $(\bar{x} \pm s)$]

组别	生理功能	生理职能	躯体疼痛	社会功能
观察组（n=100）	89.54±6.77	89.42±7.53	91.87±6.42	90.07±6.89
对照组（n=100）	64.83±4.09	67.54±4.21	59.99±3.35	53.26±3.01
t	31.241	28.689	44.024	48.957
p	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者不良反应率对比

观察组护理后不良反应率低于对照组，差异显著（ $p < 0.05$ ），详情见表 6。

表 6 两组患者不良反应率对比 [例（%）]

组别	感染	压疮	坠积性肺炎	总发生率
观察组（n=100）	2（2.00）	0（0.00）	3（3.00）	5（5.00）
对照组（n=100）	5（5.00）	3（3.00）	5（5.00）	13（13.00）
χ^2	1.332	3.046	0.521	3.907
p	0.248	0.081	0.470	0.048

3 讨论

重症脑损伤属于目前常见的创伤性病症类型，其复杂性高、死亡率高且进展快，根据患者病症情况可区分患者损伤程度。重型脑损伤由于脑组织耗氧量增大，且伴脑水肿症状，局部血运也存在一定障碍，因此导致颅内压显著提升，并会导致其他严重的功能障碍以及并发症产生，如肢体功能障碍、意识障碍、癫痫、脑积水和颅内感染等。意识障碍作为目前主要的并发症类型，患者多持续处于昏迷状态中，且需要长时间进行恢复，但同时长期制动的患者会导致多种并发症产生，继而加重治疗负担，因此促使患者早期清醒并恢复意识，属于目前重点关注的康复护理内容^[7]。保证护理人员有责任心，同时提供针对性的护理手段，不仅对患者的早期病症康复具有重要作用，且在提高患者预后及生活质量也具有积极的使用价值，既往常规护理措施的针对性不足，在获得重症脑损伤患者护理疗效方面明显不足，因此存在一定的局限性。基于在尊重自主性、不伤害原则、有利原则和公正原则下，目前可实施八维五感康复护理方针，可从八维促醒（中药、高压氧、针灸、运动疗法、按摩点穴、正中神经电刺激、重复经颅磁刺激、小脑顶核电刺激）及视、听、味、嗅、触觉五感促醒对患者进行治疗，在满足患者促醒需求的同时，并进一步提高预后及感官功能的持续恢复，相对于传统护理方案，该康复护理方案不但进一步提高护理质量，而且提高患者康复的有效率^[8]。

本文以 200 例重症脑损伤患者为对象分析指出，在作用于患者的护理中，可选择八维五感促醒康复护理作为患者的促醒护理方针，对比下可见患者在清醒时间以及清醒率中更具优势，且在对比常规护理患者中，前者昏迷评分改善程度更高，在降低功能障碍评分和恢复脑功能方面更为显著，且在改善患者预后质量，提高安全性方面也具有积极的使用效果。综合分析下八维五感促醒康复护理更适用于重症脑损伤患者的促醒护理中。

综上所述，八维五感促醒康复护理，以丰富的临床循证为依据，为提供优质的康复护理服务奠定了基础，包含了多（下转 178 页）

期的病情观察至关重要。相关护理预防措施包括：认真对比双下肢的肿胀程度、肤色、皮温、浅静脉充盈情况，测量双下肢同一平面的周径；每日协助医师进行小腿腓肠肌试验，重视患者主诉，如下肢沉重、胀痛感，伴皮温升高，应警惕DVT的发生；抬高床尾，利用重力促进下肢血液回流，减轻肢体肿胀；保持引流通畅，减少局部压迫，利于血液回流；避免膝下垫枕或过度屈髋，影响下肢静脉回流；进行深呼吸锻炼，促进下肢回流；及时补充血容量^[10]，纠正脱水，防止血液凝集。

4.3 积极配合治疗 DVT，预防肺栓塞发生

在 DVT 治疗阶段，相关护理工作包括：（1）一般性护理：心理护理，帮助患者正确认识疾病，消除忧虑或恐惧情绪，树立战胜疾病的信心；临床休息，主张卧床约 10 天，并保持患肢高于心脏平面 20cm ~ 30cm，膝关节微屈曲位，以减轻患肢肿胀和缓解疼痛；注意患肢保暖^[11]，禁止按摩患肢或进行过度运动，以防止栓子脱落引起肺栓塞。（2）用药护理：疗效判断，监测患肢温度、颜色、张力及周径的变化，以判断治疗效果。如果患肢疼痛、肿胀减轻，肤色转红，皮温转暖，表明治疗效果良好；副反应观察，溶栓或抗凝药物可能引起自发性出血，因此用药后要注意有无牙龈出血、鼻衄、注射部位出血、血尿、黑便以及手术切口部位出血或血肿。同时，监测凝血酶原时间、出凝血时间等；溶栓药物的处理，溶栓药物如尿激酶、链激酶等在溶解后常温下易失去活性，应现配现用，暂不用时要低温保存；输注右旋糖酐时，滴数应缓慢，尤其对于老年患者，以防止过度扩容导致肺水肿。（3）高度警惕肺栓塞的发生：肺栓塞是下肢 DVT 最严重的并发症，严重者可导致猝死。预防 DVT 是防止肺栓塞发生的根本措施。若患者出现胸痛、呼吸困难、咳嗽等症状，应立即给予吸氧，避免搬动患者，警惕肺栓塞的发生。腔静脉过滤器应用也被提及，可以降低患者肺栓塞的发生率和死亡率。

4.4 做好患者出院指导，降低下肢 DVT 后遗症的发生率

下肢 DVT 形成后，产生下肢静脉血液倒流、继发性浅静脉曲张、小腿淤积性溃疡等后遗症。因此，在患者出院时，出院指导显得尤为重要^[12]：嘱咐患者坚持患肢的功能锻炼，在各种体位下保持患肢外展位，避免患肢屈髋屈膝超过 90 度；在站立或活动时，建议患者穿弹力袜或使用弹力绷带，三个月以内避免患肢负重；避免便秘、咳嗽、尿潴留等，以减少腹压，有利于下肢血液回流；使用坐便器，并加扶手装置；患者需按时服用抗凝药物，并定期复诊。

5 总结

本文深入探讨了骨科手术期 DVT 的预防及护理，强调了 DVT 对患者术后并发症风险的增加，并提出了一系列科学、系统、全面的护理方案。文章首先介绍了 DVT 的病因，明确了这些因素与骨科手术的关联。进一步分析了高危影响因素，

为明确患者的风险提供了依据。在预防对策方面，文章提出了一般性预防、机械性预防和药物性预防三大策略，并详细介绍了术中的注意事项和术后的护理工作。对于不同风险水平的患者，提出了相应的综合预防策略，旨在最大程度地降低 DVT 的发生率。在护理措施方面，文章强调了术前加强评估和宣教的重要性，通过详细术前宣教，患者能够更好地理解 DVT 的风险及预防方法。术后密切观察和护理措施包括对患者下肢状态的仔细观察、床位的调整、护理措施的细致实施，以及对 DVT 治疗阶段的高度警惕，特别是对肺栓塞的预防和处理。最后，文章强调了术后的患者出院指导，提醒患者在日常生活中采取合适的措施，以降低下肢 DVT 后遗症的发生率。整体而言，本文为医护人员提供了全面的指导，以确保骨科手术患者在围手术期内获得最佳的 DVT 预防和护理。

参考文献

- [1] 梁宇. 集束化护理预防创伤骨科下肢骨折手术患者围手术期下肢深静脉血栓形成的效果分析[J]. 黑龙江医学, 2023, 47(12): 1511-1513.
- [2] 马锐, 孙芳芳, 王娜. 围手术期护理干预对预防剖宫产下肢深静脉血栓形成的效果[J]. 血栓与止血学, 2022, 28(03): 539-540.
- [3] 项丹. 围手术期护理干预对预防普外科术后下肢深静脉血栓形成的作用[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(18): 50.
- [4] 霍文静. 妇科盆腔手术围手术期预防下肢深静脉血栓形成的护理分析[J]. 智慧健康, 2020, 6(21): 50-51.
- [5] 雷萍, 曾惠玲, 肖多多等. 人工髋关节置换术围手术期下肢深静脉血栓形成的因素及护理预防措施[J]. 实用临床医学电子杂志, 2020, 5(17): 15.
- [6] 郭俊宇. 临床护理在预防心胸外科围手术期下肢深静脉血栓形成(DVT)的应用效果[J]. 辽宁医学杂志, 2020, 34(02): 53-55.
- [7] 陈丽, 郝仕强, 刘敏如. 综合护理对预防老年粗隆间骨折患者围手术期下肢深静脉血栓形成的价值[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(05): 139-140.
- [8] 袁引弟, 袁月环, 梁容肇. 下肢骨折患者围手术期深静脉血栓形成的预防及护理[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(01): 237-239.
- [9] 景雪玲, 高明琴, 潘丽峰. 细节护理在肝癌患者围手术期下肢深静脉血栓形成中预防的应用[J]. 血栓与止血学, 2020, 26(01): 172-173+176.
- [10] 许胜男. 预防性护理在骨科手术患者下肢深静脉血栓形成的应用[J]. 血栓与止血学, 2020, 26(1): 134-135.
- [11] 黄玉娇, 王琦, 郑捷, 等. 骨科围手术期患者深静脉血栓形成的原因分析及护理对策[J]. 广西中医药大学学报, 2020, 23(1): 54-55.
- [12] 李密. 双下肢气压泵对骨科术后卧床患者下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 医疗装备, 2020, 33(20): 193-194.

（上接 176 页）

感官促醒护理模式。多感官促醒护理是通过多个感官（听觉、视觉、嗅觉、触觉、运动等），由护理人员对病人进行感官刺激护理，帮助持续昏迷病人苏醒的一种干预模式。觉醒的大脑皮层可重新建立脑组织侧支循环，增强病灶代偿机制。护理人员帮助患者活动肢体，定期翻身、扣背等方式，可防止长期卧床导致的并发症，刺激大脑皮质运动神经元，促进患者苏醒，减少并发症的发生率。重症脑损伤持续昏迷患者的八维五感促醒康复护理效果显著，使用和推广价值较高。

参考文献

- [1] 鲁小丽, 王运韵, 王秀明, 等. 重型颅脑损伤昏迷患者早期促醒护理干预临床分析[J]. 中国全科医学, 2021, 24(S01): 3.
- [2] 曹丽, 彭粉花. 多感官促醒护理模式对脑性昏迷患者觉醒意识及预后的影响[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(7): 630-634.
- [3] 匡先琼. 多感官促醒护理对高血压性脑出血

术后昏迷病人苏醒时间、神经功能的影响[J]. 全科护理, 2021, 19(4): 433-436.

- [4] 张琪, 尹秀玲, 罗娟, 等. 重症颅脑损伤昏迷患者早期高压氧(HBO)治疗促醒的临床研究[J]. 中国当代医药, 2021, 28(14): 47-49, 53.
- [5] 高岩, 周晓兰, 姜李, 等. 多学科协作优化管理模式对重度颅脑损伤昏迷患者的康复效果[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2021, 24(15): 1356-1362.
- [6] 李家华. 多种促醒方式在 ICU 重症颅脑损伤伴昏迷患者中的应用[J]. 中国疗养医学, 2021, 30(10): 1091-1093.
- [7] 刘淑婵. 目标策略的针对性护理在重症颅脑损伤术后昏迷患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(9): 172-174.
- [8] 华道蕊, 辛庆昭, 李迎光, 等. 系统化早期康复训练在重症颅脑损伤昏迷患者中的应用效果[J]. 国际医药卫生导报, 2022, 28(18): 2566-2570.