多感官促醒护理在高血压脑出血术后意识障碍患者中的应用

罗 丽

南昌大学第二附属医院 江西 南昌 330000

【摘 要】：目的：探索立体化多感官促醒干预模式应用于高血压脑出血术后意识障碍病例的临床增益价值，为神经康复护理体系的优化提供新的思路。方法：筛选2024年6月至2025年6月本院神经外科收治的80例高血压脑出血术后伴意识障碍患者，随机数字表法均分两组，每组40例。对照组用神经外科标准化术后基础护理，观察组加上个体化阶梯式多感官促醒干预，持续干预4周。系统比较两组患者意识复苏预后、神经功能缺损改善程度和临床护理认可度。结果：观察组意识唤醒临床有效率明显优于对照组（P＜0.05），干预后两组NIHSS神经功能评分均出现不同程度的下降，观察组缺损改善幅度更大（P＜0.05），观察组家属护理满意度明显高于对照组（P＜0.05）。结论：靶向性多感官促醒护理可以有效地激活脑出血术后休眠脑神经功能，促进意识层级的转归，减轻神经功能缺损，提高护理服务的精细化水平，具有可靠的临床落地和推广价值。

【关键词】：高血压脑出血；术后护理康复；多感官促醒干预；意识障碍

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.042

高血压脑出血是脑血管疾病中致残、致昏率极高的急危重症，高发于中老年高血压控制不佳人群，颅内突发血肿占位会直接压迫脑组织、破坏脑内微循环，即使手术清除血肿解除机械压迫，大部分患者术后也会出现不同程度的意识阻滞、认知休眠等障碍状态[1]。长期意识不清不但会造成脑部神经功能进行性衰退，还会增加坠积性肺炎、深静脉血栓、压疮等卧床并发症的发生概率，延缓机体整体康复进程，给家庭和社会带来沉重的照护和经济负担[2]。

目前临床常规术后护理主要关注生命体征监测和并发症的预防，缺少针对性、系统性的神经唤醒干预措施，对休眠大脑皮层的激活效果较差，患者意识苏醒时间较长，预后改善效果明显受限[3]。多感官促醒护理依靠脑科学神经可塑性机制，用多维度、个体化的温和感官刺激不断输入外界感知信号，可以有效地激活受损休眠的脑神经通路，促进意识功能的重建[4]。

本研究针对高血压脑出血术后意识障碍患者开展对照研究，探究多感官促醒护理的临床应用价值，为改善此类患者术后康复护理方案、提高促醒效果提供临床参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2024年6月—2025年6月于本院神经外科完成微创/开颅血肿清除术、术后存在意识障碍的80例高血压脑出血患者为研究对象，采用随机数字化分组模式构建平行对照研究体系，各组均纳入40例研究病例。

对照组：病例男女占比分别为22例、18例，年龄区间45-72岁，均值（58.63±6.25）岁，颅内出血量30-65mL，平均出血量（42.36±5.18）mL，术后GCS昏迷评分5-8分，平均评分（6.42±0.85）分。

观察组：包含男性21例、女性19例，年龄跨度44-73岁，平均年龄（59.12±6.31）岁，脑出血量28-68mL，平均（43.15±5.22）mL，GCS评分5-8分，平均（6.38±0.82）分。

两组患者年龄结构、性别分布、出血负荷、术前基础病情及术后初始意识状态等基线资料经统计学校验，无显著组间差异性（P＞0.05），可开展平行对照研究。

本研究全程符合医学伦理准则，已通过本院伦理委员会审核批准，所有患者家属均知情且自愿签署研究知情同意文书。

纳入标准：首次确诊高血压脑出血并接受手术治疗；术后GCS评分5-8分，存在轻中度意识障碍；生命体征平稳，可耐受护理干预；家属配合随访与干预实施。

排除标准：合并其他颅内器质性病变；术前存在认知或精神异常；合并重度感染、凝血障碍、多脏器功能损伤；研究期间脱落、转院或死亡病例。

1.2 方法

对照组采用神经外科术后常规护理，术后严密观察患者的血压、心率、血氧饱和度等生命体征，观察瞳孔、意识的变化，及时发现颅内压升高、再出血等风险，规范开展气道护理、体位护理、皮肤护理、营养支持，定时翻身、吸痰、口腔护理，预防术后并发症，给予基础康复指导，被动活动肢体关节，保持肢体功能位，常规开展健康宣教，告知家属术后护理要点及基础促醒注意事项，干预周期4周。

观察组在对照组常规护理的基础上，实施系统化、个体化的多感官促醒护理，根据患者的意识状态、病情耐受度，从听觉、视觉、触觉、味觉、嗅觉五个感官维度制定阶梯式促醒方案，每天固定时段进行干预，每次干预30min，每天2次，持续4周，具体措施如下：

听觉促醒干预，避开病房嘈杂环境，每天选取患者清醒窗口期，由家属录制专属亲情语音，用温和语速呼唤患者姓名、讲述日常琐事、过往熟悉场景，避免机械性语音刺激；搭配轻柔舒缓的纯音乐、患者术前喜爱的经典曲目，音量控制在

40-50dB，交替进行听觉刺激，激活大脑听觉中枢神经通路，避免单一刺激产生耐受。

视觉促醒干预，在患者睁眼时用色彩鲜艳、对比度高的彩色卡片、发光玩具缓慢移动刺激双侧视神经，每天定时开启柔和自然光，调节病房光线明暗交替，避免强光直射眼睛，护理操作中反复与患者眼神交流、轻声对视呼唤，加强视觉神经反馈，唤醒皮层视觉功能。

触觉促醒干预，护理人员洗净双手后，用温热手掌轻柔按摩患者四肢、躯干、面部皮肤，采用捏、揉、搓等温和手法刺激肢体末梢神经；用柔软毛刷、纯棉毛巾交替擦拭皮肤，同时适度开展肢体被动屈伸、关节松动训练，刺激本体感觉和触觉神经传导，改善脑部神经感知功能。

嗅觉、味觉促醒干预，选择薄荷、柠檬、茉莉花等温和无刺激性、气味辨识度高的天然气味源，距离患者鼻腔 10cm 处缓慢晃动刺激，每次 5s，间隔 10s 重复，避免嗅觉疲劳；对有吞咽反射的患者，少量给予淡盐水、温和果蔬汁唇部擦拭，轻微刺激味觉感受器，激活大脑边缘系统，促进意识复苏。

全程干预遵循循序渐进原则，根据患者生命体征、肢体反应动态调整刺激强度和时长，杜绝过度刺激引起机体应激反应，做好干预记录，每周优化一次促醒方案。

1.3 观察指标

（1）意识转归评定：治疗 4 周后，依据格拉斯哥昏迷量表（GCS）进行分级疗效判定，划归为临床康复（13-15 分）、神经功能改善（9-12 分）及治疗无效（≤8 分）三个层级，以总有效率反映促醒疗效。

（2）神经功能量化：采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）对患者入院及干预后神经功能缺损程度进行动态追踪，分值变动直接映射神经修复进程。

（3）主观体验评价：通过院内自主研发的满意度问卷对患者家属进行调研，从非常满意、基本满意及不满意三个维度采集数据，综合评估护理服务认可度。

1.4 统计学方法

本研究所有的临床数据都导入到 SPSS 26.0 统计软件中进行清洗和分析。分类变量用例数和百分比[n（%）]表示，组间差异检验用 x^2 检验；连续变量先做正态性检验，用均值±标准差（x±s）表示，组间比较用独立样本 t 检验。显著性水平取 α=0.05（双侧），P＜0.05 为组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者意识恢复效果对比

为期 4 周的临床干预结束后，观察组患者意识唤醒临床总有效率达到 92.50%，远高于对照组 75.00%的有效水平，两组疗效差异显著（P＜0.05），见表 1。

表 1 两组患者意识恢复效果对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	
例数	40	40	
痊愈	12(30.00)	19(47.50)	X^2=4.507
有效	18(45.00)	18(45.00)	P=0.034
无效	10(25.00)	3(7.50)	
总有效率	30(75.00)	37(92.50)	

2.2 两组患者干预前后 NIHSS 评分对比

干预启动前，两组患者神经功能缺损评分处于相近水平，组间对比无统计学差异（P＞0.05），基线均衡可比；干预结束后，两组患者 NIHSS 评分均出现不同程度下降，神经缺损状态得到改善，其中观察组患者评分降幅更为突出，神经功能修复效果显著优于对照组，两组疗效差异显著（P＜0.05），见表 2。

表 2 两组患者干预前后 NIHSS 评分对比（x±s，分）

组别	对照组	观察组	t 干预前=0.083
例数	40	40	P=0.934
干预前	21.36±3.25	21.42±3.18	t 干预后=7.892
干预后	14.28±2.86	9.65±2.32	P＜0.001

2.3 两组患者护理满意度对比

干预结束后，观察组护理综合满意度高达 97.50%，相较于对照组 82.50%的满意度优势显著，组间比较差异有统计学意义（P＜0.05），见表 3。

表 3 两组患者护理满意度对比[n（%）]

组别	对照组	观察组	
例数	40	40	
非常满意	15(37.50)	23(57.50)	X^2=4.915
满意	18(45.00)	16(40.00)	P=0.027
不满意	7(17.50)	1(2.50)	
总满意度	33(82.50)	39(97.50)	

3 讨论

高血压脑出血术后意识障碍是临床高发的术后并发症，主要诱因是血肿压迫、术中脑组织牵拉损伤、术后脑水肿引起的脑皮层神经传导阻滞，会直接延长患者的康复时间，增加肺部感染、压疮等继发性并发症的发生率，是影响患者预后质量的重要因素[5]。传统常规护理以病情监测、并发症预防为主，干

预模式单一被动，缺少针对性的神经唤醒干预手段，对受损神经通路的激活作用有限，患者意识复苏速度慢，整体干预效果难以达到临床预期。

多感官促醒护理是根据神经可塑性理论建立起来的一种新的主动干预方式，克服了传统护理的不足，用多维度、阶梯式的感官刺激全方位激活大脑皮层休眠神经细胞，重构神经传导通路，加快意识功能恢复[6]。本研究中，观察组根据患者个体病情制定专属听觉、视觉、触觉、嗅味觉干预方案，摒弃同质化机械刺激，用亲情化、个体化的感官干预唤醒患者神经感知功能。亲情语音、专属音乐的听觉刺激可以激活大脑颞叶听觉中枢，改善脑部血流灌注；色彩光线、视觉互动干预可以刺激视神经传导，激活皮层视觉功能；皮肤按摩、肢体被动训练可以唤醒躯体本体感觉，促进神经末梢信号传递；温和嗅味觉刺激可以激活大脑边缘系统，调动大脑整体活跃度，多维度协同作用，达到高效促醒的效果[7]。

本研究结果表明，观察组意识恢复总有效率、神经功能改善效果、护理满意度均优于对照组（$P<0.05$）。证实多感官促醒护理可以精准地满足高血压脑出血术后意识障碍患者康复的需求，通过持续的、温和的多感官刺激，逆转神经细胞休眠状态，减轻神经功能缺损程度，加快意识苏醒进程[8]。同时该干预方案安全、操作简便，全程根据患者病情耐受度进行调整，没有过度刺激的风险[9]，亲情化干预模式可以缓解家属的焦虑情绪，提高护理配合度和满意度，符合现代精细化、人性化护理的发展理念[10]。

综上所述，将多感官促醒护理应用于高血压脑出血术后意识障碍患者，能有效改善意识恢复效果，修复受损神经功能，改善患者预后，临床应用价值高，在神经外科术后护理中可以广泛推广。

参考文献：

[1] 胡佩,王远,王孟阳,等.高血压脑出血患者术后感染预测的列线图模型构建[J].保健医学研究与实践,2025,22(11):17-24.

[2] 赵昕,朱丽君,周笑笑.高血压脑出血微创引流手术后继发脑梗死危险因素分析[J].浙江创伤外科,2025,30(10):1812-1814.

[3] 杨琼琼,杨婷婷,杨红敏.多感官促醒刺激护理结合耳穴贴压在高血压脑出血术后促醒中效果分析[J].实用中西医结合临床,2025,25(21):117-120.

[4] 张君洁,房梦甜,施芮.亲人音乐干预辅助多维感官促醒刺激对高血压脑出血术后昏迷患者的影响[J].医学理论与实践,2025,38(18):3211-3214.

[5] 伍纯,梁晓娟.高血压脑出血患者微创穿刺血肿引流术后复发的高危因素及干预对策分析[J].航空航天医学杂志,2025,36(9):1127-1129.

[6] 田华,叶瑞霞,吴珍,等.多感官促醒康复护理模式对重症脑出血术后昏迷的影响[J].临床护理进展,2025,4(9).

[7] 吕卓蓓,朱琳,荣岚,等.基于生物钟规律的五感促醒护理模式对脑性昏迷住院患者意识状态的干预效果[J].内科理论与实践,2025,20(4):306-311.

[8] 韩冰,姜艳丽,张明,等.多种感知刺激干预对高血压性脑出血术后昏迷患者康复效果的影响[J].中华实用诊断与治疗杂志,2025,39(6):550-554.

[9] 张媛.多感官促醒护理联合体位管理干预对高血压脑出血术后患者的影响[J].心血管病防治知识,2025,15(8):138-141.

[10] 顾烨,杜怡静,赖群.多感官促醒护理在高血压脑出血术后昏迷患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(4):105-108.