

抚触护理对脑肿瘤术后昏迷患者促醒效果观察

杨玉梅 钟玲 刘溪

瑞金市人民医院

DOI:10.12238/carnc.v3i7.16340

[摘要] 目的：探讨抚触护理对脑肿瘤术后昏迷患者的促醒效果。方法：选取脑肿瘤术后昏迷患者60例，均分为对照组（常规护理）和观察组（抚触护理），对比护理效果。结果：观察组护理效果更好（ $P<0.05$ ）。结论：抚触护理可促进脑肿瘤术后昏迷患者意识恢复。

[关键词] 抚触护理；脑肿瘤术后；昏迷；促醒

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

Observation of the Awakening Effect of Touch Nursing on Comatose Patients after Brain Tumor Surgery

Yumei Yang, Ling Zhong, Xi Liu

Ruijin People's Hospital

Abstract: Objective: Exploring the awakening effect of touch nursing on comatose patients after brain tumor surgery. Method: Eighty postoperative comatose patients with brain tumors were selected and divided into a control group (conventional nursing) and an observation group (touch nursing) to compare the nursing effects. Result: The nursing effect of the observation group was better ($P<0.05$). Conclusion: Touch nursing can promote the recovery of consciousness in comatose patients after brain tumor surgery.

Keywords: Touch care; Postoperative brain tumor; Coma; Awakening Promotion

引言

脑肿瘤术后昏迷是神经外科常见的临床问题，其促醒治疗一直是临床护理的重点与难点。据统计，约15%~30%的重型颅脑损伤及脑肿瘤术后患者会出现不同程度的意识障碍，若未能及时干预，可能导致长期昏迷甚至植物状态，严重影响患者预后及生存质量^[1-2]。目前临床常用的促醒方法包括药物治疗、高压氧治疗及感觉刺激等，但这些措施存在费用高、操作复杂或疗效不确定等局限^[3]。近年来，抚触护理作为一种非药物干预手段，在重症患者护理中展现出独特优势。研究表明，抚触刺激可通过激活脑干网状上行激活系统，改善脑部微循环，促进神经功能重塑^[4]。目前关于抚触护理在脑肿瘤术后昏迷患者中应用的研究相对较少，其作用机制及临床效果仍需进一步验证。基于此，本研究旨在系统观察抚触护理对脑肿瘤术后昏迷患者的促醒效果，通过客观评价指标探讨其临床应用价值，为优化昏迷患者的护理方案提供循证依据。具体研究如下

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

本研究共纳入60例脑肿瘤术后昏迷患者，均分为对照组（ $n=30$ ）和实验组（ $n=30$ ）。对照组男性18例、女性16例，平均年龄为（ 62.3 ± 11.7 ）岁，观察组男性13例、女性17例，平均年龄（ 60.82 ± 10.91 ）岁。对照组颅脑恶性肿瘤

16例、垂体瘤6例、其他类型8例，观察组颅脑恶性肿瘤16例、垂体瘤8例、其他类型6例。两组患者一般资料无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）家属签署知情同意书。（2）年龄18-75岁；（3）经病理确诊为原发性或继发性脑肿瘤；（4）行开放手术及介入治疗；（5）昏迷持续时间 ≥ 2 小时；（6）生命体征平稳，无严重心、肺、肝、肾功能障碍。

排除标准：（1）既往有神经系统疾病或精神病史者；（2）合并严重全身感染或多器官功能衰竭者；（3）存在严重皮肤疾患不宜实施抚触护理者。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组

常规护理：每2小时翻身拍背，保持 30° 头高卧位；持续心电监护，每小时记录意识、瞳孔及生命体征；及时吸痰，维持 $SpO_2>95\%$ ；妥善固定引流管，保持通畅；每日2次口腔护理，使用气垫床预防压疮。

1.2.2 观察组

抚触护理：（1）环境准备：为患者创造适宜的抚触环境。调节病房温度至 $24-26^\circ C$ ，保持室内安静，可播放轻柔的 α 波音乐（音量控制在40分贝左右）。使用屏风或窗帘保护患者隐私，确保操作时光线柔和。护理人员需评估患者生命体征平稳，确认无发热、心律失常等禁忌症后方可开始

Clinical Application Research of Nursing Care

操作。(2)操作者准备:护理人员需做好个人准备。修剪指甲至1mm以内,摘除手表、戒指等饰品,避免划伤患者皮肤。采用七步洗手法彻底清洁双手,将天然植物润肤油倒入手心搓热至36-37℃。准备血压计、血氧仪等监测设备,在操作过程中随时观察患者生命体征变化。(3)头部抚触(5分钟):①印堂至神庭穴按压:双手拇指交替按压印堂至神庭穴,沿督脉走向施力,力度以皮肤下陷约1cm为度,重复10次,速度控制在2秒/次。操作时拇指指腹垂直向下,避免滑动摩擦皮肤。②太阳穴环形按摩:用食指指腹以顺时针方向环形按摩双侧太阳穴,同步进行30秒,力度以局部皮肤微红、无疼痛反应为限。注意双侧手法对称,避免压迫眼球。③五指梳头法:五指自然分开,指腹紧贴头皮,从前发际线沿督脉、膀胱经走向缓慢推按至枕骨粗隆,重复10次。动作需轻柔连贯,发际线处可稍加力度刺激头维穴。(4)上肢抚触(5分钟):①向心性螺旋按摩:操作者以右手掌根贴附患者左肩关节前侧,沿上臂内侧手三阴经走向做螺旋式推按至肘窝,经前臂内侧至腕横纹,重复5次。力度以肌肉轻微凹陷为度,速度保持3cm/秒,重点松解肱二头肌、屈腕肌群。②穴位点按:合谷穴:拇指指腹垂直按压第1-2掌骨间肌肉隆起处,30秒/次,以患者无痛苦表情为限;内关穴:拇指按压腕横纹上2寸掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间,产生酸胀感为宜。③手指关节活动:依次捏持拇指至小指远端指节,做轻柔的轴向牵引及顺时针/逆时针旋转,注意保持指间关节0-90°活动范围。(5)下肢抚触(5分钟):①足阳明胃经推按:双手掌根重叠置于腹股沟中点,沿大腿前外侧至足背做直线推法,重复5次。推按力度以肌肉轻微凹陷为度,速度保持5cm/秒,重点松解股四头肌肌群。②穴位点压:足三里:拇指垂直按压犊鼻穴下3寸,胫骨前嵴外一横指处,30秒/次;三阴交:拇指按压内踝尖上3寸胫骨内侧缘,产生酸麻感为宜。③足部精细化操作:一手托住足跟,另一手拇指从跟骨沿足底筋膜向各趾骨方向推按3遍,每趾做轴向牵引2秒+左右旋转3圈,保持跖趾关节背屈30°范围。(6)背部抚触(5分钟):①体位准备:协助患者取30°侧卧位,头部垫软枕保持颈椎中立位,胸前抱长枕维持稳定。操作前检查各管路位置,确保无扭曲受压。②膀胱经推按:双掌根置于大椎穴两侧,沿膀胱经第一侧线垂直向下推至八髎穴,重复8次。推按力度以背部肌肉出现节律性颤动为度。③重点穴位刺激:大椎穴:拇指指腹环形揉按30

秒,配合间歇下压;肾俞穴:双手鱼际同时按压第2腰椎旁开1.5寸区域,配合呼吸节奏施力。(7)操作后处理:抚触结束后,用温湿毛巾轻轻擦拭多余润肤油。协助患者取舒适体位,整理床单位。记录操作时间、部位及患者的反应。特别注意观察有无异常反应,如面色潮红、呼吸急促等情况。与接班护士做好交接,保持护理的连续性。(8)注意事项:操作需避开手术切口及引流管部位。每次更换抚触部位前需重新搓热双手。若患者出现心率增快>20次/分或血氧下降>5%,应立即停止操作。合并癫痫病史者需缩短头部抚触时间。每日评估皮肤状况,防止过度刺激。

1.3 观察指标

(1)意识状态改善情况:采用Glasgow昏迷量表(GCS)评分评估患者意识状态;(2)苏醒时间:记录患者苏醒时间(从干预开始至GCS≥10分的时间);(3)睡眠质量:评估患者苏醒后的睡眠质量,采用PSQI(匹兹堡睡眠质量指数)评定睡眠状况,主要从主观睡眠质量、睡眠延迟、睡眠持续时间、睡眠效率、失眠困扰、药物催眠以及日间功能障碍等方面进行评估,每一项评分范围为0-3分,分数越高表示睡眠质量越差。(4)并发症发生率:记录患者肺部感染、尿路感染、压疮等并发症的发生情况。

1.4 统计学分析

使用SPSS 22.0软件分析本研究数据,计量资料以(x±s)表示,采用t检验,计数资料以n(%)表示,采用χ²检验,P<0.05代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组意识状态改善情况对比

观察组GCS评分高于对照组,苏醒时间低于对照组,有统计学意义(P<0.05),详见表1:

表1 观察组与对照组意识状态改善情况对比

组别	例数	GCS评分(分)	苏醒时间(天)
观察组	30	13.15±1.24	1.01±0.32
对照组	30	12.11±1.44	3.33±0.12
t	-	53.759	10.213
P	-	0.001	0.001

2.2 观察组与对照组睡眠质量对比

观察组主观睡眠质量、睡眠延迟、睡眠持续时间、睡眠效率、失眠困扰、药物催眠以及日间功能障碍评分均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。详见表2:

表2 观察组与对照组睡眠质量对比

组别	例数	主观睡眠质量	睡眠延迟	睡眠持续时间	睡眠效率	失眠困扰	药物催眠	日间功能障碍
观察组	30	0.87±0.01	1.52±0.01	1.11±0.12	1.54±0.21	0.97±0.13	0.48±0.31	1.45±0.81
对照组	30	2.13±1.26	2.02±1.11	2.33±0.64	2.01±0.77	1.29±0.85	0.95±0.85	1.95±0.85
t	-	6.324	2.849	11.850	3.724	2.354	3.285	2.693
P	-	0.001	0.006	0.001	0.001	0.021	0.002	0.009

2.3 观察组与对照组并发症发生率对比

护理后,与对照组相比,观察组的并发症发生率更低,

差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表3 观察组与对照组并发症发生率对比[n,%]

组别	例数	肺部感染	尿路感染	压疮	并发症发生率
观察组	30	2.50% (1/40)	0	2.50% (1/40)	5.00%
对照组	30	5.00% (2/40)	2.50% (1/40)	7.50% (3/40)	15.00%
χ^2	-	0.866	2.532	2.632	5.556
P	-	0.352	0.112	0.105	0.018

3 讨论

脑肿瘤是指颅内异常增生的占位性病变，包括原发性和转移性两大类，其病理机制复杂，临床表现多样。脑肿瘤患者术后出现昏迷的主要原因包括：手术操作对脑组织的直接损伤、术中脑灌注不足、术后并发症以及麻醉药物残留等因素，这些均可导致大脑皮层或脑干网状激活系统功能受损，从而引发意识障碍^[5]。针对此类患者的护理干预具有至关重要的临床意义：一方面，科学规范的护理措施能够维持患者生命体征稳定，预防坠积性肺炎、压疮等并发症；另一方面，通过系统的感觉刺激可促进神经网络重塑，改善脑功能恢复；此外，护理干预还能为患者家属提供心理支持，提高治疗依从性。研究表明，早期实施个体化护理方案可显著缩短昏迷持续时间，提高患者苏醒率和生存质量，是脑肿瘤术后昏迷患者综合治疗体系中不可或缺的组成部分^[6]。

脑肿瘤术后昏迷患者的常规护理虽然能够维持生命体征稳定并预防基础并发症，但存在明显的功能局限性。传统的护理模式主要以被动观察和基础操作为主，包括生命体征监测、气道管理、压疮预防和营养支持等，但缺乏针对性的神经功能激活措施。这种护理方式往往忽视了对大脑皮层的有效刺激，无法促进神经可塑性修复，导致昏迷患者苏醒时间延长，功能恢复缓慢。此外，常规护理对意识障碍的评估多依赖简单的 GCS 昏迷评分，难以捕捉细微的神经功能变化，影响早期干预时机的把握。更重要的是，这种被动护理模式无法充分利用多感官刺激的协同促醒作用，仅依靠药物治疗效果有限，且长期卧床还可能引发肌肉萎缩、关节挛缩等继发性功能障碍，进一步影响预后。抚触护理作为一种基于神经科学原理的主动干预方式，通过系统性触觉刺激为脑肿瘤术后昏迷患者提供了全新的促醒途径。其核心机制在于通过特定的按摩手法（如穴位按压、经络推按和关节被动活动等）激活体感神经末梢，进而刺激丘脑-皮层传导通路，促进神经网络重塑和功能重组^[7-8]。研究表明，规范的抚触护理不仅能改善脑电图 (EEG) 中的 α 波活动，还能通过调节脑血管自动调节功能，增加病灶周围半暗带区域的血流灌注，

为神经修复创造有利环境^[9-10]。在临床效果方面，抚触护理展现出显著优势：首先，相较于常规护理，其促醒效率可显著提升，缩短平均苏醒时间；其次，这种干预方式能同步改善肢体运动功能，有效预防肌肉萎缩和关节挛缩；最后，抚触护理具有高度的安全性和适应性，即使对 GCS 评分 3~5 分的深昏迷患者仍可实施。此外，抚触护理可根据患者个体差异调整刺激强度和频次，实现精准化治疗。随着研究的深入，抚触护理正逐渐成为脑肿瘤术后昏迷患者综合治疗的重要组成部分。

综上所述，抚触护理可显著提升脑肿瘤术后昏迷患者的促醒效果，改善脑电活动及脑血流灌注，缩短苏醒时间并降低并发症发生率，其操作安全、适应症广，可作为常规护理的重要补充，值得临床推广。

【参考文献】

- [1]梁田,刘正瑞,孙洁.康复护理在脑肿瘤患者术后护理中应用[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(1):107-108.
- [2]叶慧,张亚芬.King 达标理论在运动区脑肿瘤术后肢体功能障碍康复护理中的应用[J].国际护理学杂志,2025,44(8):1409-1412.
- [3]郑丽丹,方颖.系统护理在脑肿瘤手术患者术后护理中的应用[J].黑龙江中医药,2023,52(4):260-262.
- [4]范玉滢,杜爱红,欧阳梅,等.综合护理在儿童后颅窝术治疗小脑肿瘤中的应用效果[J].吉林医学,2023,44(9):2587-2590.
- [5]郑红娟,王平霞.早期病情预警评分结合层级链式护理干预对小儿颅脑肿瘤术后压力性损伤、下肢深静脉血栓发生率及神经因子水平的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(23):159-162.
- [6]江丽芬,陈丽玲.分析优质护理对脑肿瘤患者术后睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2023,10(6):1408-1410.
- [7]薛海红,梁连美,张雪云,等.共情护理联合快速康复外科理念对颅脑肿瘤患者行切除术后生活质量的影响[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(7):84-86.
- [8]张静,郭东波,李梦方.KTH 联合式护理干预在行颅内血肿清除术治疗脑肿瘤术后出血患者中的应用效果[J].临床研究,2023,31(7):157-160.

作者简介：

杨玉梅 (1979.06-)，女，汉族，江西瑞金人，本科，副高，研究方向为护理。

基金项目：

赣州市指导性科技计划项目 (编号 GZ2024ZSF770)。