

1 例脑出血恢复期合并气管切开后患者的个性化评估与治疗实践

王晓梅

南华县中医医院康复科 675200

〔摘要〕本研究通过对 1 例脑出血恢复期合并气管切开后患者的临床观察^[1, 2]，深入探究康复治疗师实施个性化评估与治疗策略的重要价值。运用对比分析方法，系统观察患者在本科室接受个性化治疗前后心肺功能与肢体功能的动态变化^[1, 5]。研究结果显示，针对脑出血恢复期合并气管切开后患者，制定并实施个性化评估与治疗方案意义重大，显著影响患者预后^[1]，该模式值得在康复治疗领域进一步推广与深化研究。

〔关键词〕脑出血恢复期；气管切开后；康复治疗师；个性化评估与治疗

〔中图分类号〕R743 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2025) 07-026-02

一、病例资料

患者为 59 岁男性^[2]。据家属描述，2024 年 11 月 7 日，患者无明显诱因突发头痛、头晕、言语障碍及左侧肢体活动受限等症状，随即被紧急送往辛集市第一医院就诊，经检查确诊为脑出血^[2]。因病情持续进展，转至河北省第一人民医院住院治疗，期间接受了脑出血相关手术及气管切开术（具体诊疗过程及用药情况尚不明确）^[2]。待病情趋于稳定后出院，随后前往南华县中医医院康复科继续治疗^[2]。目前，患者仍遗留左侧肢体活动障碍、言语障碍及吞咽困难等症状，于 2024 年 12 月 22 日前来我院就诊，门诊以“中风病”收入我科^[2]。

患者既往有 5 年多的高血压病史，平素规律口服厄贝沙坦片控制血压，血压控制效果良好；否认糖尿病、心脏病等慢性病史；无肝炎、结核、伤寒等传染病史；除上述手术外，无其他手术及外伤史；在河北省第一人民医院住院期间有输血史（异体血，血型为 B 型 RH(D) 阳性）；无药物及食物过敏史^[2]。

入院时查体：体温 36.5℃，脉搏 80 次/分，呼吸 20 次/分，血压 113/85mmHg。患者一般状态欠佳，由轮椅推入病房，呈慢性病容，神志清醒，查体时配合度良好。双肺呼吸音粗糙，双肺底可闻及少量干湿啰音。左侧肢体软弱无力、活动严重受限，皮温较右侧偏低，双下肢无水肿^[2]。入院诊断为：1. 脑出血恢复期；2. 偏瘫；3. 重症肺炎（肺炎克雷伯杆菌感染）；4. 双侧下肢肌间静脉血栓。患者入院后，由 3 名康复科治疗师组成评估小组进行全面评估，在排除相关治疗禁忌证后，制定了个性化康复治疗计划^[2]。

二、患者功能评估结果

（一）意识状态评估

患者意识清醒，通过简易精神状态检查表（MMSE）测评，得分为 26 分^[6]。

（二）呼吸与吞咽功能评估

患者处于气管切开后状态，气管套管暴露于锁骨上窝，未使用呼吸机辅助通气，气切口周围覆盖纱布，连接普通吸氧管，吸氧状态下血氧饱和度维持在 90%-95%。存在咳嗽咳痰症状，痰液呈白色黏稠状，留置鼻饲管，洼田饮水试验评定为 5 级；经波士顿诊断性失语症检查（BDAE），评级为 1 级^[1, 6]。

（三）肢体运动功能评估

左上肢肌力 0 级；左下肢各肌群肌力分别为屈髋肌群 1 级、髂外展肌 2 级、髂内收肌 2 级、股四头肌 1 级、踝背伸肌 0 级、跖屈肌 0 级；改良 Ashworth 肌张力评定显示，左上肢肌张力 0 级，左下肢肌张力 1 级；Brunnstrom 分级为左上肢 1 级、左手 1 级、左下肢 2 级^[4, 6]；Berg 平衡量表评分为 0 分；健侧肢体可顺利完成指鼻试验、翻掌试验及跟膝胫试验，而患侧（左侧）均无法完成；Barthel 指数评分为 20 分^[6]。

三、治疗计划

（一）呼吸与排痰管理

1. 呼吸道及体位管理：将床头抬高 30°-45°，并逐步过渡至 90°，每 2 小时为患者翻身、拍背 1 次，保持舒适良肢位，促进痰液引流与呼吸功能改善^[1, 5]。

2. 排痰训练：每日对患者胸部进行 2-5 分钟有节律的徒手叩拍、振动及摇动治疗，同时开展 5-10 分钟手持式呼吸排痰振动训练，根据痰液分泌情况适时进行吸痰操作^[1, 5]。

3. 主动呼吸训练：指导患者进行缩唇式呼吸，采用鼻吸嘴呼的方式，吸气时间约 2 秒，呼气时间约 2-3 秒，呼吸比例控制在 1:1 或 1:2 左右^[1, 5]，增强呼吸肌功能。

（二）运动疗法

1. 左侧肢体肌力训练：针对上肢和下肢开展前屈、后伸、内收、外展、内旋、外旋等动作训练，每个动作重复 10 次，每日进行 2 次，逐步增强肌力^[5]。

2. 桥式运动：每日完成 20 次，提升核心肌群及下肢力量，改善肢体运动功能^[5]。

3. 综合康复训练：鼓励患者主动活动健侧肢体（右侧），进行主动翻身训练，并借助辅助器具开展练习，每日训练时长 45 分钟。同时，分阶段进行日常生活能力训练，涵盖床上坐起、洗漱、进食、穿衣等项目^[5]，提高患者生活自理能力。

（三）物理因子治疗

对左侧肢体实施经皮神经肌肉电刺激治疗，采用低频脉冲电流（1-5Hz），1 次/天，每次 20 分钟，促进神经肌肉功能恢复^[5]。

（四）针刺疗法

对患者左侧肢体进行普通针刺，每次 40 分钟，每日 1 次，发挥中医传统疗法在康复治疗中的协同作用^[5]。

四、治疗结果评估

经过系统治疗,患者成功拔除气管套管及鼻饲管,血氧饱和度稳定维持在 90%-95%,能够经口进食进水,洼田饮水试验评定为 2 级^[1]。咳嗽、咳痰症状明显改善,痰液可自主咳出;BDAE 评级提升至 4 级^[1];徒手肌力 MRC 评定显示,左上肢肌力提高至 1 级,左下肢各肌群肌力有所增强(屈髋肌群 2 级、髂外展肌 2 级、髂内收肌 2+ 级,股四头肌 2- 级,踝背伸肌 0 级、跖屈肌 0 级)^[1];肌张力 Ashworth 分级维持左上肢 0 级,左下肢 1 级;日常生活活动能力 Barthel 评分提高至 25 分^[1]。

五、讨论

(一) 脑出血患者临床特征的复杂性

脑出血多见于 50 岁以上高血压患者,60-70 岁人群尤为高发,常因情绪激动、精神紧张、剧烈运动、用力过度、咳嗽、排便等因素诱发急性发病^[2]。脑出血后的临床表现受出血动脉、血肿扩展方向、脑实质破坏程度、出血量以及是否破入脑室等多种因素共同影响,个体间差异显著^[2]。此外,患者的身高、体重、营养状况、家属照护水平,以及急性期诊疗过程的不同,致使脑出血患者在病情稳定进入康复阶段后,所表现出的功能障碍呈现复杂性和多样性特点^[2]。

(二) 气管切开后康复治疗的特殊性

气管切开术是脑出血治疗中的常用手段,在急性期可有效缓解患者呼吸困难,促进机体供氧功能恢复,但术后易引发肺部感染等并发症,对患者整体康复进程产生不利影响^[3]。作为康复治疗师,在临床工作中不仅要聚焦患者肢体功能的评估与治疗,更需重视气管套管相关情况的评估^[1]。通过制

定契合患者个体特征的治疗方案,如采用循证护理模式中的呼吸道管理、排痰训练等措施,可显著提升治疗的针对性与有效性,进而改善患者康复疗效^[1, 5]。

本病例通过系统观察、全面评估及个性化治疗,患者获得良好预后,心肺功能和吞咽功能得到明显改善,这与文献^[1]中“个性化护理可提升气管切开患者预后”的结论相符。

综上所述,针对脑出血恢复期合并气管切开后患者,制定个性化的评估与治疗方案具有显著临床价值,对患者康复预后影响深远,应引起广大康复治疗师的高度关注与重视。

[参考文献]

- [1] 刘慧鑫,张淑珍,杨茸,等.循证护理模式在颅内脑出血气管切开后围术期护理中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2018,3(35):181-182.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2019)[J].中华神经科杂志,2019,52(1):14-29.
- [3] 王鸿谟.气管切开后在危重症患者中的应用与并发症防治[J].中华耳鼻喉头颈外科杂志,2023,58(9):785-789.
- [4] 陈启波,李建军.Brunnstrom 运动功能分期在脑卒中康复评估中的应用进展[J].中国康复理论与实践,2022,28(3):265-270.
- [5] 胡永善,吴毅.临床康复医学指南[M].北京:人民卫生出版社,2021:124-138.
- [6] 周谋望,岳寿伟.康复评定学(第3版)[M].北京:人民卫生出版社,2020:85-92.

(上接第 24 页)

术的患者而言,关节炎患者病情程度相对较轻的患者更适合应用踝关节融合术,并以此作为首选的临床应用方式。踝关节融合术治疗创伤性踝关节炎可以借助微创关节镜进行治疗,并且更为清晰化的切除关节软骨面,同时能够将软骨下硬化骨进行有效清除,有研究资料显示,关节镜技术对机体软组织的损伤性相对较小,不会对局部血液供给造成较大幅度上的破坏,对手术后的植骨融合十分有利^[5-6]。结合数据显示:研究组的 VAS 评分(1.77 ± 0.67 分)、并发症发生率(4.00%)经 SPSS21.0 系统分析发现低于对照组(VAS 评分: 2.33 ± 0.79 分、并发症发生率:24.00%),研究组的 AOFAS 评分(73.33 ± 3.33 分)经 SPSS21.0 系统分析发现高于对照组(65.53 ± 3.66 分), $P < 0.05$,差异显著;由此可见,微创踝关节融合术治疗足踝创伤性关节炎的效果显著,能够有效降低患者的并发症发生率,具有极为肯定的临床应用价值。

(上接第 25 页)

组织粘连,从而导致切口部位的神经难以全部显露,此时可用电刺激探路而不必将切口部位的桡神经完全暴露,不仅节约时间而且还可减小创伤与出血;②尽量减少对骨膜的剥离,对于失活的骨质或接触面不够的可行骨块间斜向平行平面截骨(截骨斜面与肱骨干的角度 $< 45^\circ$),以增加骨折端的接触面以及方便骨块间加压;③将肱骨断端皮质充分地分与松质骨面向里跨骨折线贴合,并与钢板呈直角,两面皮质骨具有一定的力学强度,固定后能直接参与肱骨断端的受力,增强稳定作用。本研究结果显示,32 例术后骨折均良好痊愈,Mayo 肘关节功能优良率为 87.5%,Neer 肩关节优良率为 78.1%。

综上所述,肱骨干骨折术后萎缩性骨不连采用皮质外骨

[参考文献]

- [1] 赵正斌.微创踝关节融合术与开放式踝关节融合术治疗创伤性关节炎的临床疗效分析[J].中国医药指南,2023,21(26):119-119.
- [2] 王红千.微创踝关节融合术治疗足踝创伤性关节炎对患者足踝功能的影响[J].云南医药,2024,45(6):589-591.
- [3] 李广.微创踝关节融合术治疗创伤性关节炎的临床疗效[J].中国医药指南,2021,19(31):75-75.
- [4] 沈冬君,贾学文,庄云强.微创踝关节融合术治疗 80 例创伤性踝关节炎的临床疗效研究分析[J].浙江创伤外科,2025,30(3):446-447.
- [5] 陈泽钦,洪友钦.微创踝关节融合术治疗创伤性踝关节炎的疗效观察[J].中国伤残医学,2022,30(6):45-46.
- [6] 赖坤聪,钟华,孔禄生.微创踝关节融合术治疗创伤性踝关节炎临床效果分析[J].青岛医药卫生,2025,57(5):330-332.

桥技术配合锁定加压钢板的治疗方法,骨折愈合率较高,功能恢复满意。

[参考文献]

- [1] 王冲,宁凡友.肱骨干骨折术后骨不连 18 例疗效分析[J].中国中医骨伤科杂志,2023,28(7):49-50.
- [2] 张华俊,王树金,王遥伟,等.锁定钢板联合自体髂骨植骨治疗肱骨干骨折术后骨不连[J].临床骨科杂志,2023,26(1):101-102.
- [3] 吴敏,官建中,肖玉周,等.钢板联合皮质外骨桥技术治疗肱骨干骨折术后萎缩性骨不连[J].中国修复重建外科杂志,2025,33(1):1-4.