

# 一例卒中后吸入性肺炎患者多学科协作肺康复实践

张俊 张进姝 殷红霞 邹欣\*

大连理工大学附属中心医院（大连市中心医院） 辽宁大连 116033

**摘要：**总结1例卒中后吸入性肺炎患者的临床护理经验。护理要点包括有效管理血压和容量，积极抗感染治疗、多学科协作有序实施肺康复、气道管理、注重落实心理护理。经积极救治与精心护理，患者入院第26天转出重症监护室，第30天康复出院，随访1个月患者各项机体功能恢复良好。

**关键词：**脑卒中；吸入性肺炎；多学科协作；肺康复

脑卒中患者因留置气管导管、吞咽障碍、咳嗽能力下降、长期卧床等因素容易并发误吸<sup>[1]</sup>。且该类患者往往抵抗力差，并发感染的概率升高，以肺部感染尤为常见。脑卒中合并吸入性肺炎患者预后欠佳，使患者生命安全受到威胁<sup>[2]</sup>。目前，国内外学者对脑卒中患者的吸入性肺炎进行了积极的干预，均表明尽早实施肺康复可有效降低吸入性肺炎发生率，对改善患者的身体功能、提高康复效果具有重要的临床意义[3-4]。但目前临床上的干预措施更多注重于对某一危险因素的干预，缺少不同专业人员之间的有效协作，且该类患者的感染控制和气道管理、康复锻炼均是护理难点与重点，因此可为后续护理该类患者提供相关经验。我科于2024年9月收治1例突发脑卒中合并吸入性肺炎的老年患者，经过多学科协作的肺康复干预方案，患者病情稳定，顺利出院，现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

患者女，68岁，于9月10日进食时突发呛咳，喘憋，颜面、口唇及甲床紫绀，进而出现意识障碍，诊断为脑梗死，收入我科重症监护区，给予抗血小板聚集、脑保护等治疗。9月12日病人肺部感染加重，经积极抢救，行气管插管并予呼吸机辅助通气，治疗上予以补液、抗感染、抗休克、营养支持等治疗。考虑到前期多次尝试脱机未果及目前病人感染状况，于9月24日行气管切开，继续给予双联抗血小板聚集及抗感染治疗。10月7日患者生命体征逐步平稳，顺利脱机转至普通病区进一步治疗。10月11日病人顺利出院。

### 1.2 治疗方法与转归

患者女，68岁，患者于9月10日进食时突发呛咳，喘

憋，颜面、口唇及甲床紫绀，进而出现意识障碍，急诊诊断为脑梗死，收入我科重症监护区，给予抗血小板聚集、脑保护等治疗。9月12日，病人肺部感染加重，行气管插管并予呼吸机辅助通气。9月20日，肺CT提示双肺坠积性炎症，行床旁纤维支气管镜痰吸引，痰培养提示鲍曼不动杆菌，给予头孢哌酮舒巴坦联合米诺环素抗感染治疗。9月21日，病人持续高热，最高达38.7℃，出现感染性休克，白细胞计数 $22.42 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分数84.6%，留置中心静脉导管，给予抗感染、补液及去甲肾上腺素纠正血压治疗。9月24日，化验回报白细胞计数 $10.66 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分数85.1%。考虑前期多次尝试脱机未果及目前病人感染状况，遂于9月24日行气管切开，继续给予双联抗血小板聚集及抗感染治疗，总蛋白48.5g/L，白蛋白25.9g/L，病人低蛋白血症，存在营养消耗，给予白蛋白静点。9月27日，再次行床旁纤维支气管镜痰吸引，引出黄白粘痰。化验回报白细胞计数 $12.69 \times 10^9/L$ 。结合病人病情及心理状况，于9月28日启动多学科协作模式，医疗方面，继续给予双联抗血小板聚集及抗感染治疗，并适时行床旁纤维支气管镜痰吸引。呼吸治疗护士全面负责气道管理（包括痰液吸引，痰液评估，翻身叩背，口腔护理），制定执行体位管理方案并实时反馈实施障碍，及时调整肺康复方案。康复技师给予床旁康复训练（负责进行呼吸训练，主动呼吸循环技术训练，四肢力量训练，平衡功能训练，吞咽功能训练，感觉刺激训练）。10月1日化验回报白细胞计数 $5.16 \times 10^9/L$ 。10月7日，脱机成功，并转至科室普通病区。10月9日复查CT，病人双肺坠积性炎症症状较前好转，每日可自咳少量白色粘痰，体温：36.5℃，心率80次/分，呼吸18次/分，血

压 126/78mmHg, 血氧饱和度 98%, 总蛋白 63.0g/L, 白蛋白 34.0g/L。10月11日病人顺利出院。

## 2 护理

### 2.1 有效管理血压和容量, 积极抗感染治疗

#### 2.1.1 纠正感染性休克

该患者既往有高血压病史, 入院后给予双联抗血小板聚集治疗, 易有出血表现, 应严密观察血压变化, 若血压波动过大, 及时报告医师, 遵医嘱调整药物。患者存在感染性休克, 遵医嘱补充低渗液体以改善高渗状态; 应用血管活性药物(去甲肾上腺素)维持血压; 患者存在营养消耗, 给予白蛋白静点, 纠正低蛋白血症。

#### 2.1.2 积极抗感染治疗

脑卒中患者在整个病程周期中多伴随各种并发症, 极易导致病情加重, 进而增加患者的不良预后和死亡风险。其中, 感染是脑卒中患者最常见且严重的并发症, 约 30% 的患者合并不同程度的感染, 以肺部感染最为常见<sup>[5]</sup>。脑卒中患者合并感染不仅会影响疾病预后, 增加残疾率和病死率, 还会加重患者及其家庭、社会的经济负担<sup>[6]</sup>。本例患者采取以下措施: (1) 遵医嘱应用抗生素(头孢哌酮舒巴坦联合替加环素、万古霉素)治疗。监测体温及离子变化, 发热时及时补充水分, 注意保暖; 若体温过高, 应采取物理降温或药物治疗。大量出汗或退热时, 应注意有无虚脱及离子紊乱现象。(2) 病室内光线柔和, 温湿度适宜, 并保持病室和地面的清洁。每日紫外线照射房间 4 次, 每次 30min。医务人员严格执行无菌操作, 防止交叉感染。(3) 每日行口腔护理 3 次, 患者长期使用抗生素, 应密切观察有无真菌感染。(4) 加强皮肤护理。病人处于卧床状态, 四肢肌力 4 级, 观察有无新发皮疹、水泡及其分布部位、严重程度。排便后应及时清理, 防止局部刺激引发失禁性皮炎。每日床旁擦浴一次, 及时擦拭汗液, 保持皮肤清洁干燥, 2h 翻身一次, 整理床单位, 保持床单位整洁, 无异物。

#### 2.2 多学科协作有序实施肺康复

多学科协作康复训练是由多个学科的医护人员组成的全面护理干预体系, 能够为患者提供全方位的康复护理, 保障治疗的有效性和顺利性, 弥补常规护理存在的不足, 以促进患者康复<sup>[7]</sup>。该患者除了吞咽功能障碍之外还存在气道廓清功能受损、肢体活动障碍、焦虑等问题, 为此我们组建了由医生、呼吸治疗专科护士、康复治疗师共同组成的多学科

康复团队, 包括临床医生 2 名, 康复治疗师 3 名, 护理治疗专科护士 3 名。医生负责疾病诊治、患者评估、开具康复医嘱; 呼吸治疗专科护士负责人工气道管理(包括痰液吸引, 痰液评估, 翻身叩背, 口腔护理)、机械通气参数调整及撤机、制定执行肺康复方案并时时反馈实施障碍, 及时调整肺康复方案。物理治疗师负责进行呼吸训练, 体位转移训练, 气道廓清训练, 主动呼吸循环技术(ACBT)训练, 四肢力量训练, 平衡功能训练。吞咽言语治疗师负责进行吞咽功能训练呼吸与咳嗽训练, 感觉刺激训练, 口腔运动训练, 吞咽诱发训练, 姿势调整训练, 气道保护训练。团队成员紧密合作, 动态评估患者康复效果、完成康复训练。

#### 2.3 气道管理

研究显示, 脑卒中后呼吸功能下降可导致患者咳嗽和咳痰等气道廓清功能受限, 与患者吞咽功能障碍之间关系密切<sup>[8]</sup>。本例患者肺部感染严重, 呼吸系统表现为胸闷气促、咳嗽咳痰明显, 同时活动耐力下降导致排痰困难, 极易加重肺部感染从而诱发呼吸衰竭。为此, 我们进行了一系列有效的护理干预: (1) 监测患者生命体征, 每日评估咳嗽症状、痰液量、颜色、性状及听诊肺部啰音; (2) 维持适宜的病房温度(18~20℃)和湿度(50%~60%), 从而最大限度的利用呼吸道的天然防御机制。(3) 对患者的血氧饱和度和血气分析进行实时监测, 根据患者的病情及化验结果, 适时调节呼吸机的模式和参数; (4) 保持气道通畅及有效湿化, 应用药物平喘及稀释痰液, 遵医嘱予吸入用盐酸氨溴索溶液、布地奈德混悬液、异丙托溴铵溶液每日 2 次雾化吸入治疗; (5) 停止机械通气后严格落实气管切开非机械通气病人的气道护理标准, 各项操作应遵循无菌原则, 留置气管套管期间动态评估病情、呼吸、气管套管固定情况、气囊压力、气道通畅性, 以及是否存在脱管风险和并发症等。结合气管造瘘口可见痰液或闻及痰鸣音、血氧饱和度下降至 95% 以下等时机进行气道吸引, 吸痰负压调节至 0.02~0.04kPa, 时间 < 15s<sup>[9]</sup>。(6) 定时为患者翻身叩背, 做好体位引流, 指导患者深吸气屏气同时短促而有力的咳嗽。病人保持舒适的体位, 采取坐位和半坐位有利于改善呼吸和咳嗽排痰。

#### 2.4 注重落实心理护理

脑卒中往往发病急, 导致病人难以接受现实, 造成治疗依从性较低, 甚至产生自暴自弃、抗拒等负性心理, 进而影响治疗效果<sup>[10]</sup>。该患者在重症监护室共治疗 26 天, 经历

了气管插管及气管切开这类有创伤性操作,加之因此而导致的不能发音和说话、需要人工吸痰等问题产生极度焦虑和恐惧<sup>[11]</sup>。且长时间缺少家人的陪伴以及治疗期间多次尝试脱机未果,患者信心减退,产生消极情绪,对治疗及护理依从性差。在对该患者进行护理的过程中我们尽可能使用简单、易理解的交流方式,如非语言交流方式的手势、写字板、卡片等,让病人尽量表达其感受,通过与患者深入沟通和交流,缓解其不安或困惑等心理,强化其认知,引导其遵医嘱开展康复训练,促使患者的部分躯体功能逐步得到恢复,增强其应对疾病的信心。

### 3 小结

本病例在多学科团队参与下充分评估患者病情,早期制定并实施肺康复方案,动态评估康复效果,并及时调整康复策略。相对于单纯的肺康复训练,此病例在治疗护理过程中,我们采用了多学科协作的肺康复模式,即医护治一体化管理模式。医护治一体化康复模式中,各位成员有明确分工,紧密合作,根据患者的病情和心理状况及时调整康复干预方案,能够帮助患者与其他医务人员建立联系,有助于减少孤独感和社会隔离<sup>[12]</sup>。本案例对卒中后吸入性肺炎患者的针对性护理措施提供了可参考的方法,今后可基于证据继续完善此类患者的护理措施,为临床护理实践提供更全面的指导。

### 参考文献:

- [1] 林苗远,卢琼娜,肖乐尧,等.脑卒中患者隐性误吸风险管理研究进展[J].护理学杂志,2024,39(03):22-27.
- [2] 郝博,姜艳,李维帅.肺部细菌感染评分用于大面积脑梗死并发吸入性肺炎患者预后评估的研究[J].中国病原生物学杂志,2021,16(08):947-950.
- [3] 胡宏美,杨聪,黎巧玲,等.分级肺康复护理方案预防脑卒中相关性肺炎的效果[J].护理研究,2023,37(21):3917-

3924.

- [4] 杨宁,李晓兵,侯丽敏,等.三穴五针联合肺康复训练对脑卒中肺部感染后肺功能影响[J].中华中医药学刊,2023,41(08):222-225.
- [5] 王嘉钰,刘蕾,吴薇,等.急性缺血性脑卒中患者卒中相关感染风险预测模型构建与验证[J].中国感染控制杂志,2022,21(09):837-843.
- [6] Lv Y, Chen L, Yu J W, et al. Hospitalization costs due to healthcare-associated infections: An analysis of propensity score matching[J]. J Infect Public Health,2019,12(4):568-575.
- [7] 盛少婷,汪梦月,方自洁,等.多学科协作康复训练对中青年脑卒中患者自我效能及重返工作准备度的影响[J].中西医结合护理(中英文),2023,9(08):166-168.
- [8] 章志超,周芳,乔娜,等.呼吸训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(10):742-746.
- [9] 中华护理学会耳鼻喉科护理专业委员会.气管切开非机械通气病人气道护理标准[J].中华护理杂志,2020,55(2):10-14.
- [10] 邓宇含,姜勇,王子尧,等.基于长短期记忆网络和 Logistic 回归的重症监护病房脑卒中患者院内死亡风险预测[J].北京大学学报(医学版),2022,54(03):458-467.
- [11] 郑茜.28例脑血管危重病人气管切开的护理[J].全科护理,2011,9(31):2852-2853.
- [12] 卢婷,李娟,先丽红,等.肺康复在脑卒中相关性肺炎患者中应用的范围综述[J].华西医学,2024,39(05):711-716.
- 作者简介:**  
张俊(1985—),汉族,山东,学历:本科,职称:主管护师,单位:大连理工大学附属中心医院(大连市中心医院),研究方向:神经重症病人的护理。