

脑血管意外患者并发肺部感染的危险因素分析及护理对策

欧结艳(广东省中山市人民医院神经内科 528403)

【摘要】 目的 探讨急性脑血管意外患者并发肺部感染的危险因素特点及其相应的护理对策。**方法** 观察急性脑血管意外 216 例并发肺部感染者 57 例患者的年龄、脑卒中类型、吞咽障碍、基础疾病存在等情况。**结果** 年龄越大,肺部感染发生率越高;脑出血患者的肺部感染发生率明显高于脑梗死组,差异有统计学意义($P<0.01$);伴意识障碍者并发肺部感染率远远高于无意识障碍者,差异有统计学意义($P<0.01$);有吞咽障碍并发肺部感染者高于无吞咽障碍者,差异有统计学意义($P<0.01$);卧床时间越长肺部感染率越高。**结论** 急性脑血管意外患者肺部感染是多种因素相互作用的结果,采取积极有效的护理措施,可改善患者预后。

【关键词】 脑血管意外; 缺血性脑卒中; 肺部感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.007 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)22-2703-02

Risk factor analysis and nursing of pulmonary infection in patients with stroke OU Jie-yan (*The People's Hospital of Zhongshan City, Guangdong* 528403, China)

【Abstract】 Objective To investigate the risk factors and characteristics of pulmonary infection in patients with acute stroke. **Methods** A total of 57 cases with pulmonary infection were selected from 216 acute stroke patients. And their age distributions, type of stroke, dysphagia status, and primary diseases were analyzed. **Results** The older the patients were, the higher rate of the incidence of pulmonary infection were observed among stroke patients ($P<0.01$). Pulmonary infection was more prevalence among patients with cerebral hemorrhage than those with cerebral infarction ($P<0.01$). It was also more prevalence among those with consciousness disturbance than those with clear mind ($P<0.01$), and more prevalence among those with dysphagia than those without. The longer the patient was bound to bed, the higher the incidence of pulmonary infection would be. **Conclusion** Pulmonary infections in patients with acute stroke are resulted from various factors. Taking positive and effective care measures can improve the prognosis.

【Key words】 cerebrovascular accident; ischemic stroke; pulmonary infection

肺部感染是脑血管意外患者常见的严重并发症之一,也是导致患者病情恶化甚至死亡的主要原因。为了解脑血管意外并发肺部感染与发病年龄、卒中类型、意识障碍、吞咽障碍等的关系,以及对预后的影响,本文对 2008~2010 年收治的脑血管意外 216 例患者进行分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008~2010 年本院神经科收治的急性脑血管意外患者 216 例,男 121 例,女 95 例;年龄 27~88 岁,平均 66 岁;经头颅计算机断层扫描诊断为脑梗死 124 例,脑出血 83 例,蛛网膜下腔出血 9 例。216 例患者中发生肺部感染 57 例,肺部感染发生率为 26.39%。

1.2 入选标准 排除病例:(1)发病前肺部感染者;(2)活动性肺结核;(3)恶性肿瘤。肺部感染的诊断方法:入院后出现的咳嗽、咳痰或痰性状改变等呼吸道症状,发热、肺部啰音、胸片呈炎症性改变、痰液病原菌培养获得致病菌^[1]。

1.3 统计学方法 用软件 Oxstate 进行 χ^2 分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 护理措施

1.4.1 鼻饲 此类患者由于意识障碍、舌肌松弛引起舌后坠,加之咽喉肌不同程度麻痹、保护性咳嗽及咽反射迟钝或消失,极易造成吸入性肺炎。因此,防止再次误吸是治疗的重要环节。鼻饲前将床头抬高 $30^\circ\sim35^\circ$,平卧或左侧卧位,以后者为

佳,平卧时将头偏向一侧。鼻饲前回抽胃液,如果有胃潴留,停止鼻饲;如果无异常则注入 20 mL 温开水。开始鼻饲时应少量、清淡,以后逐渐增加米汤、牛奶、流质食物,100~150 毫升/次,4~6 次/天;间隔时间大于 2 h;温度 $38\sim40^\circ\text{C}$ 。鼻饲完毕注入 20 mL 温开水,将胃管内的食物注入胃内,避免堵塞胃管及变质的食物进入胃内引起胃肠炎,鼻饲后 0.5 h 内不能平卧或右侧卧。常规进行口腔护理。

1.4.2 及时吸痰 不论是否有气管插管、气管切开的患者均如此。随时观察患者病情,如果听到痰鸣音就及时吸痰;当观察到血氧饱和度(SpO_2)下降时,应考虑患者是否有痰液阻塞,并及时给予吸痰。吸痰时要 1 痰 1 管,每次吸痰前要洗手。如果吸不出痰液时,听双肺呼吸音,呼吸音低时,应考虑中小气管有黏稠的痰液阻塞,因痰液黏稠而排不到较大的支气管而引起。对气管插管或气管切开的患者,采取左侧卧位,向气管内注入 10~20 mL 生理盐水,间隔 5 min 后,再让患者取右侧卧位,再向气管内注入 10~20 mL 生理盐水,间隔 5 min 后,持中空状手心叩击患者前胸和后背后,让患者取平卧位吸痰。可以吸出一定量的痰液, SpO_2 上升,呼吸情况有所改善。

1.4.3 认真执行消毒隔离制度 脑血管意外并发肺炎与其基础疾病、年龄、心肺功能、临床特点存在相关联系,机体本身诸多因素是无法干预的。其预防重点是消除诱发感染相关因素。在各项护理操作中,应遵守操作规程,严格无菌技术,操作前后

正确洗手;陪护人员如果有上呼吸道感染或其他感染,劝其暂缓探视或提供一次性口罩;加强呼吸机管路、雾化吸入装置、氧气湿化瓶、鼻导管的消毒管理;保持病室环境的清洁,定时通风换气,做好空气消毒。

1.4.4 合理使用抗生素 肺部感染病原菌以革兰阴性菌为主,其次为革兰阳性菌。强调早期、联合、足量用药原则。要掌握抗生素的正确给药时间、给药速度、毒性反应,及时为医生提供信息,防止二重感染;及时做痰细菌学检查,当经验用药无效时,细菌学检查有阳性发现,按药敏试验结果给药。

1.4.5 认真记录出入量 体液平衡对机体十分重要。这类患者多有心脏病,肺功能又不好,体液量多时,易诱发心力衰竭;量少时,痰液很难排除。记录出入量,注意从汗液中排除的液体量,观察尿量、色、比重。尿量少、色浓、比重大于 1.020,提示体液量不足,建议医生加快补液速度,让患者多饮水。体液量足时,痰液自动变稀,能咳嗽的患者,鼓励自行排痰;肺功能差的患者增加翻身叩背次数,达到清除呼吸道痰液的目的。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验进行统计学处理。

2 结 果

2.1 年龄 57 例并发肺部感染患者中,<50 岁者 6 例(10.52%),>70 岁者 36 例(63.15%)。二者比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 脑卒中类型 57 例并发肺部感染患者中,出血性脑卒中 43 例(75.43%),缺血性脑卒中 14 例(24.56%)。二者比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.3 意识障碍 57 例并发肺部感染患者中,有意识障碍 46 例(80.70%),无意识障碍 11 例(19.30%)。二者比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.4 吞咽障碍 有吞咽障碍并发肺部感染 41 例(71.9%),其中假性球麻痹 22 例,球麻痹 15 例,其他原因所致 4 例;无吞咽障碍 16 例(28.1%)。二者比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.5 卧床时间 57 例并发肺部感染患者中,卧床时间大于 1 周者 42 例(73.7%),卧床时间小于 1 周者 15 例(26.3%)。二者比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.6 脑卒中的病死率 同期急性脑卒中病死率为 10.65%(23/216),其中并发肺部感染病死率为 15.78%(9/57)。二者比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。本组临床治愈率明显较文献[2]报道高。

3 讨 论

3.1 危险因素分析

3.1.1 年龄 本组资料显示,年龄越大,脑卒中并发肺部感染的发生率越高,这是由于老年人存在不同程度肺功能低下,发病时机体防御功能低下,加之患病后,由于中枢神经功能紊乱,早期易发生肺水肿,因此更易发生肺部感染。吴芳玲和黄冬雅[3]报道 80 岁以上感染率达 80% 以上,提示年龄因素是并发肺部感染的重要原因。

3.1.2 脑卒中类型 脑出血患者与脑梗死患者比较,脑出血患者并发肺部感染的比例明显高于脑梗死患者,这是由于脑梗

死患者发生意识障碍明显少于脑出血患者。另外,脑出血患者脑水肿重,颅内压高,脱水剂使用剂量往往较大,可能与此有一定关系。

3.1.3 意识障碍 脑血管意外患者出现意识障碍并发肺部感染远远高于无意识障碍者[4]。因为意识障碍可能引起误吸致吸入性肺炎,并且由于肢体瘫痪长期卧床,使肺部淤血,容易并发肺底部肺泡不张致坠积性肺炎。

3.1.4 吞咽功能障碍 脑卒中患者中有相当一部分存在不同程度的吞咽困难,吞咽障碍容易发生误吸,导致吸入性肺炎。吞咽障碍影响营养物质摄取导致低蛋白血症及免疫能力下降,增加感染的机会[5]。

3.1.5 卧床时间 卧床时间越长,肺部感染率越高,这是由于长期卧床,使肺下部循环不良,支气管分泌物随重力流向肺底,细菌易生长繁殖而发生坠积性肺炎。

3.2 护理防治对策 脑血管意外是威胁老年患者健康的主要疾病之一,肺部感染是最常见的并发症,直接影响疾病预后[6]。此类患者随着年龄增长,呼吸道预防机能均低下,咳嗽反射功能差,随时都有误吸的可能,吃饭时,尤其是饮水、饮奶时,更易出现误吸;口腔、上呼吸道分泌物极易运行到下呼吸道,甚至熟睡时即可进入下呼吸道。因为上呼吸道、口咽定殖菌是医院内获得性肺炎的最主要致病因素[7]。误吸入口咽定殖菌是医院内获得性肺炎发病的内源性机制[8]。定殖菌一旦进入下呼吸道便可引起肺炎。因此,加强支持、口腔护理,加强消毒隔离制度,及时吸痰,保证出入液量平衡是此类患者提高生存质量的关键所在。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸分会. 医院内获得性肺炎诊断及治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志,1999,22(4):201-202.
- [2] 张森,瞿青云,周维智,等. 脑卒中并发肺部感染的相关因素分析与护理[J]. 临床护理杂志,2006,5(2):24-25.
- [3] 吴芳玲,黄冬雅. 急性脑卒中并发肺部感染分析[J]. 中国实用内科杂志,2005,25(7):619-620.
- [4] 王保平,何玉萍. 急性脑血管病并发肺部感染 108 例临床分析[J]. 疑难病杂志,2002,1(2):83.
- [5] 胡迎娣,王学红,蔡素侠,等. 脑卒中后吞咽障碍的康复护理[J]. 实用临床医药杂志,2009,5(5):27.
- [6] 徐洛丹. 脑卒中者肺部感染的原因分析和护理[J]. 现代中西医结合杂志,2005,14(2):246.
- [7] 师清瑞. 引流声门至气囊间积液减少颅脑损伤人工通气伴发肺炎的研究[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(13):1-2.
- [8] 吴翔,金国峰,黄海鹰. 老年性脑卒中患者医院获得性肺炎的危险因素与病原学特点[J]. 实用医学杂志,2006,22(9):1037.

(收稿日期:2011-06-21)