

# 出血性进展性脑卒中并发肺部感染的危险因素及护理干预措施探讨

董明霞

(海南省三亚市人民医院神经内科 572000)

**摘要:**目的 分析出血性进展性脑卒中并发肺部感染的危险因素,探讨针对性的护理措施。方法 将纳入研究的 152 例脑卒中患者依据入院后是否存在肺部感染分为感染组(101 例)和非感染组(51 例),收集所有患者的临床资料,之后使用 Logistic 回归分析出血性进展性脑卒中并发肺部感染的危险因素。**结果** 年龄 $\geq 60$  岁( $OR=3.267, P<0.05$ )、存在合并症( $OR=5.167, P<0.05$ )、应用糖皮质激素( $OR=7.834, P<0.05$ )、侵入性操作( $OR=11.653, P<0.05$ )、血肿增大( $OR=1.167, P<0.05$ )、脑卒中程度较重( $OR=1.572, P<0.05$ )是出血性进展性脑卒中患者并发肺部感染的独立危险因素。**结论** 上述 6 项是发肺部感染的独立相关因素,临床护理工作中需要警惕这些危险因素,并积极采取针对性的护理措施。

**关键词:**出血性进展性脑卒中; 危险因素; 护理干预

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.17.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)17-2516-02**

脑卒中是中老年人严重的脑血管疾病之一,具有发病率、病死率、致残率均高的特点。其中出血性进展性脑卒中是出血性脑卒中常见类型之一,数据显示约占出血性脑卒中 1/4~1/2<sup>[1]</sup>。该型脑卒中常因病情进展,临床极易出现并发症,往往使病情复杂、治疗困难,故致残率、病死率比其他出血性脑卒中高,其中肺部感染是最常见的并发症<sup>[2]</sup>。出血性进展性脑卒中并发肺部感染的危险因素较多,一般分为内源性因素(如年龄、吸烟、合并其他疾病等)和外源性因素(如激素的使用、侵入性操作等),这些因素大大增加了患者的病死率,临床不得不引起重视,更深入的认识这些危险因素十分必要。本研究以本院神经内科住院的 152 例出血性进展性脑卒中患者为研究对象,对进展性出血性脑卒中并发肺部感染的危险因素进行了比较和分析,并在此基础上提出了针对性护理干预对策,期望为临床护理该类患者提供参考依据,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 全部病例来源于 2012 年 10 月至 2014 年 4 月入住本科室的出血性进展性脑卒中患者,全部病例符合第四届全国脑血管病学术会议拟定的出血性进展性脑卒中的诊断标准,均经 CT 或 MRI 确诊,病程均在 72 h 之内。年龄 39~85 岁,平均(64.1±15.9)岁;病程 1~72 h,平均(24.8±14.9)h。排除及剔除标准:(1)精神病或智力障碍者;(2)合并严重心、肝、肾及造血系统疾病者;(3)合并颅脑损伤、动静脉畸形、脑部肿瘤及各种原因引起的脑出血需要外科手术治疗者;(4)脑卒中发病前已存在肺部感染者。

**1.2 方法** 将收治的 152 例出血性进展性脑卒中患者依据住院期间是否存在肺部感染,分为感染组和非感染组。感染组 101 例,男 58 例、女 43 例,年龄 43~85,平均(64.3±12.7)岁,病程 1~72 h,平均(23.3±15.4)h。非感染组 51 例,男 29 例、女 22 例,年龄 39~84 岁,平均(63.7±15.7)岁,病程 1~72 h,平均(25.1±14.8)h。

## 1.3 观察指标

**1.3.1 一般指标** 性别、年龄、吸烟史、嗜酒史、有无意识障碍、有无吞咽障碍。

**1.3.2 并发疾病** 高血压、心脏病、糖尿病、呼吸道疾病、高脂血症、肾脏疾病、免疫性疾病等。

**1.3.3 医源性因素** 是否使用侵入性操作、糖皮质激素、预防性应用抗生素、H2 受体拮抗剂等。

**1.3.4 影像学指标与神经功能缺损程度** 血肿增大:第 2 次

CT 或 MRI 显示血肿较住院时增大 33% 以上,脑卒中轻程度:依据神经功能缺损评分量表(NIHSS)进行判断,本研究中脑卒中程度较轻者小于 11 分,较重者大于 10 分。

**1.4 统计学处理** 建立 EXCEL 表格,建立数据库,全部数据使用 SPSS17.0 进行统计学处理,计数资料使用  $\chi^2$  检验进行比较。对两组患者一般临床指征、并发症发生情况、医源性因素及影像学指标与神经功能缺损程度等方面进行比较,对出血性进展性脑卒中并发腹部感染的相关危险因素进行单因素分析,并将经单因素分析具有显著性差异的指标作为因变量,将脑卒中患者是否并发肺部感染作为自变量进行 Logistic 回归分析。各种危险因素采用二分类法 Logistic 回归分析。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者观察指标比较** 年龄大于或等于 60 岁、吸烟、意识障碍、吞咽障碍、合并疾病、侵入性操作、糖皮质激素、血肿增大、脑卒中程度较重这些指标在感染组中比例高于对照组( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者观察指标比较(n)

观察项目	感染组 (n=101)	非感染组 (n=51)	$\chi^2$	P
性别(男)	58	29	0.004	0.947
年龄大于或等于 60 岁	76	26	9.646	0.002
吸烟	39	9	6.895	0.009
嗜酒	33	15	1.167	0.683
有意识障碍	80	19	26.263	0.000
有吞咽障碍	81	24	17.423	0.000
高血压	53	27	0.003	0.957
心脏病	71	21	12.028	0.001
糖尿病	67	17	14.930	0.000
高脂血症	54	15	7.910	0.005
肾脏疾病	68	22	8.210	0.004
免疫性疾病	62	6	33.751	0.000
有侵入性操作	67	7	37.546	0.000
使用糖皮质激素	69	12	26.563	0.000
预防应用抗菌药物	73	33	0.920	0.331
使用 H2 受体拮抗剂	31	15	0.026	0.871
血肿增大	61	15	13.013	0.000
脑卒中程度较重	68	18	14.154	0.000

**2.2 出血性进展性脑卒中后并发肺部感染的 Logistic 回归分析** 年龄大于或等于 60 岁、存在合并症、应用糖皮质激素、侵入性操作、血肿增大、脑卒中程度较重是出血性进展性脑卒中患者并发肺部感染的独立危险因素( $P < 0.05$ ),见表 2。

**表 2 出血性进展性脑卒中后并发肺部感染**

Logistic 回归分析					
影响因素	$\beta$	SE	Wald $\chi^2$	P	OR
年龄大于或等于 60 岁	0.931	0.335	7.367	0.005	3.267
存在合并症	1.576	0.583	5.832	0.024	5.167
应用糖皮质激素	1.746	0.595	4.891	0.035	7.834
侵入性操作	1.893	0.603	4.738	0.002	11.653
血肿增大	0.354	0.372	6.842	0.001	1.167
脑卒中程度较重	0.357	0.381	6.018	0.002	1.572

**3 讨 论**

数据显示脑卒中患者并发肺部感染的病死率是单纯脑卒中的 3 倍以上,而出血性进展性脑卒中的危险性又高于一般的脑卒中,故对人类的健康威胁更大<sup>[3]</sup>。脑卒中发生之后神经功能缺失累积呼吸中枢可导致患者排痰困难,或为应激反应降低了机体免疫能力,这对病原体的增殖非常有利,而随着脑卒中出血量的增加、神经功能缺损的进一步的加剧,各种因素掺杂导致患者发生肺部感染的机会骤增<sup>[4]</sup>。

本研究中 Logistic 分析结果显示,年龄大于或等于 60 岁、合并存在慢性疾病、应用糖皮质激素、侵入性操作、血肿增大、脑卒中程度较重是脑卒中患者并发肺部感染的独立危险因素( $P < 0.05$ ),随着该病研究的深入,一般认为与以下几个因素关系密切:(1)随着年龄增大,患者自身免疫能力降低,尤其是年龄越大排痰能力越低下,加不少患者存在慢支、肺气肿等呼吸系统慢性疾病,呼吸道正常防御功能往往不是很完善,这是后继发生肺部感染的重要原因<sup>[5]</sup>;(2)发生出血性脑卒中与高血压、心脏病、糖尿病等慢性疾病关系密切,例如:高血压可导致脑血管受压破裂、糖尿病与高血压均导致脑血管斑块形成等等,而脑卒中发生之后心脏病导致肺循环的异常、糖尿病高血糖状态下病原体增殖异常等不利因素,极易导致肺部感染的发生;(3)脑卒中发生之后在机体应激状态下,免疫反应已受到一定程度的抑制,而糖皮质激素的使用,会进一步加重这种抑制,导致无力抵御病原体的侵袭;(4)侵袭性操作,气管插管、切开,留置胃管等具有侵入性操作的治疗措施会导致肺部与外界病原菌更近距离地接触,并且这些操作可能损伤气道黏膜进而使防御功能进一步降低,为病原体的侵入、增殖打开方便之门<sup>[6]</sup>;(5)神经功能的损伤累积相关中枢导致患者极易出现意识障碍、呛咳、吞咽障碍等,患者误吸导致异物导致肺部感染的机会增大,导致吸入性肺炎,之后极易发生继发性细菌感染。脑卒中程度较重、血肿增大即说明了神经功能缺损较大或持续加重,故误吸的风险高、肺部感染概率大增<sup>[7]</sup>。清楚地认识到上述危险因素之后临床护理人员应采取有针对性的护理措施,积极预防脑卒中后肺部感染的发生及加重。

针对上述危险因素,护理干预应做到以下几点:(1)做好基础护理。保持患者皮肤、口腔等部位的清洁,保持病房空气流通且消毒,减少探视人员,及时更换被褥、床单、氧气吸入管等

用品,尤其是年老患者因更加重视这一方面的工作;(2)对呼吸道的保护。可在医嘱下达之后积极进行吸痰、雾化等治疗措施,及时清除肺部黏液分泌物,并且保持病房适当的空气湿度<sup>[8]</sup>。如患者存在意识障碍、呛咳、吞咽困难等情况时更应做好相关工作保护呼吸道,比如让患者保持侧卧或平卧位,头部偏向一侧嘴角放低以减少误吸的发生,而对有义齿者及时配合取下义齿。经常给患者翻身、叩背,合理的叩背方式有助于患者自行排痰;(3)对有侵入性操作的患者,在上述护理措施之上还需要进一步的加强,比如雾化生理盐水+胰蛋白酶+庆大霉素等,稀释痰液并且预防感染,同时做好创口或是插管部位的消毒工作;(4)加强饮食护理。首先是食材的选择,不进食过稀、过干以及易引起哽咽的食物,尤其是采取鼻饲者,在条件允许时不得同时经口进食<sup>[9]</sup>。鼻饲者在进食前需考虑痰液多少,多则需经吸痰后方可鼻饲,并且保持合适的输注速度,经本科临床总结以 80 滴/分为宜。一旦出现呛咳、呕吐,立即停止输注流食,采取措施防治误吸。进食完成之后条件允许的情况下尽量保持半卧位 3~60 min,有效避免胃内容物反流。对可经口进食者也应选择易吞咽饮食,喂食时将食物置于舌根以利于吞咽,可采取少量多次进食的方式,喂食人员切记催促<sup>[5]</sup>;(5)正确地指导功能恢复训练。比如教会患者清洁口腔、做鼓腮、伸舌等训练,每天进行面部按摩等;指导进食从流食逐渐过渡到普食,减少呛咳发生等;(6)减少医源性感染。除了进行基础护理措施之外,还应重视以下几方面,比如在患者应用糖皮质激素、抗菌药物之后及时观察病情,增加巡视次数,患者有情况及时通知医师,并及时督促医师进行痰培养送检以及获知药敏结果等,以期减少继发感染、二重感染的发生。

**参考文献**

- [1] 封靖,杜明艳,张瑞华. 脑卒中并发肺部感染的危险因素分析[J]. 山东医药,2009,49(24):83-84.
- [2] 孙琼,葛珺. 脑卒中并发肺部感染的危险因素及护理对策的探讨[J]. 中国医药导报,2010,7(13):119-120.
- [3] 王凤英,毕旭平,董灵芝,等. 出血性进展性脑卒中并发肺部感染危险因素分析及护理干预探讨[J]. 实用临床医药杂志,2012,16(16):54-55.
- [4] 王线妮,赵童,马晓丽. 脑卒中患者并发肺部感染的相关因素分析[J]. 第四军医大学学报,2004,25(17):1574-1574.
- [5] 葛桂珍. 脑卒中患者并发肺部感染危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(4):56-57.
- [6] 叶益珍,王新伟,付晓. 脑卒中合并肺部感染原因分析及临床护理[J]. 临床心身疾病杂志,2012,18(6):586-587.
- [7] 门中华. 急性脑卒中合并肺部感染相关因素及对预后的影响[J]. 中华医院感染学杂志,2012,22(10):2053-2055.
- [8] 潘洪飞. 急性脑卒中并发肺部感染危险因素分析与对策[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(4):54-56.
- [9] 郑帆. 脑卒中并发肺部感染的危险因素及护理干预[J]. 医学信息,2011,24(12):401.