

重症脑梗死患者坠积性肺炎发生状况及其影响因素

熊灵敏

(中国人民解放军南部战区空军医院神经内科 ICU 广东广州 510062)

摘要:目的:探讨重症脑梗死患者坠积性肺炎发生状况及其影响因素。方法:回顾性分析 2018 年 1 月~2020 年 6 月中国人民解放军南部战区空军医院收治的 80 例重症脑梗死患者临床资料,统计坠积性肺炎发生率,查阅及收集病例相关资料,将可能的影响因素纳入,经多项 Logistic 回归分析找出重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素。结果:80 例重症脑梗死患者中,有 15 例发生坠积性肺炎,占 18.75%。经多项 Logistic 回归分析,结果显示合并糖尿病、合并慢性支气管炎、合并吞咽功能障碍、神经功能缺损程度重可能是重症脑梗死患者出现坠积性肺炎的影响因素(OR>1,P<0.05)。结论:80 例重症脑梗死患者中坠积性肺炎发生率为 18.75%,合并糖尿病、合并慢性支气管炎、合并吞咽功能障碍、神经功能缺损程度重可能是重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素。

关键词:重症脑梗死;坠积性肺炎;慢性支气管炎;吞咽功能障碍;神经功能缺损

中图分类号:R743.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.11.056

坠积性肺炎是重症脑梗死的严重并发症,主要是由于患者长期卧床,呼吸道难以咯出的分泌物堆积在中小气管中成为细菌的培养基,从而诱发肺部感染。坠积性肺炎可增加重症脑梗死的治疗难度,增加患者的住院时间,加大患者的病死率^[1]。近年来,重症脑梗死患者坠积性肺炎发生率呈增长趋势,给患者预后带来不良影响。为了更好地防治坠积性肺炎,改善重症脑梗死患者的预后,积极找出导致重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素至关重要。鉴于此,本研究分析了重症脑梗死患者坠积性肺炎发生状况及其影响因素。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2018 年 1 月~2020 年 6 月中国人民解放军南部战区空军医院收治的 80 例重症脑梗死患者的临床资料。(1)纳入标准:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2014)》^[2]中脑梗死诊断标准,经颅脑核磁共振检查显示发病 6 h 内颈内动脉或大脑中动脉主干梗死体积>80 ml,或发病 14 h 内梗死体积>145 ml;患者临床资料完整;肝肾功能正常;治疗后仍昏迷。(2)排除标准:入院时合并急慢性感染性病症;免疫功能异常;入院前使用糖皮质激素或免疫抑制剂治疗;合并其他神经系统疾病;脑出血及出血性脑梗死。

1.2 坠积性肺炎诊断标准 参考《内科学》^[3]中坠积性肺炎诊断:出现发烧、咳嗽、咳痰等临床表现,以咳痰不利、痰液黏稠而致呛咳为典型特征;实验室检查白细胞增多,中性粒细胞占比增加;痰菌检查及痰培养呈阳性;肺部 X 线显示单侧或双肺下部有不规则的小片状密度增高影,边缘模糊且密度不均。

1.3 分析方法及观察指标 查阅及收集病例相关资料,统计重症脑梗死患者年龄(≥60 岁、<60 岁),性别(男、女),合并糖尿病(是、否)情况,使用微型营

养评定法评估患者溶栓后的全身营养状况(良好、欠佳),合并慢性支气管炎(是、否)情况,采取洼田饮水试验明确患者是否合并吞咽功能障碍(是、否)。使用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)^[4]评价患者溶栓 12 h 后的神经功能缺损程度,评分范围为 0~42 分,分数越高,神经受损越严重。统计坠积性肺炎发生情况,纳入坠积性肺炎发生可能的影响因素,Logistic 回归分析找出重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素。

1.4 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件处理数据。计数资料以%表示,组间对比采用 χ^2 检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比采用独立样本 t 检验;重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素采用 Logistic 回归分析。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 坠积性肺炎发生情况 80 例重症脑梗死患者,有 15 例发生坠积性肺炎,占 18.75%。

2.2 发生与未发生坠积性肺炎重症脑梗死患者基线资料比较 发生坠积性肺炎组合并糖尿病、合并慢性支气管炎、合并吞咽功能障碍比例,神经功能缺损程度大于未发生坠积性肺炎组,差异有统计学意义(P<0.05)。两组其他基线资料比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表 1。

2.3 重症脑梗死患者发生坠积性肺炎影响因素 Logistic 回归分析 纳入 2.2 中差异有统计学意义的变量当做自变量,并进行变量说明与赋值。见表 2。将重症脑梗死患者坠积性肺炎发生情况作为因变量(1=发生,0=未发生),经多项 Logistic 回归分析,结果显示合并糖尿病、合并慢性支气管炎、合并吞咽功能障碍、神经功能缺损程度重可能是重症脑

表 1 发生与未发生坠积性肺炎重症脑梗死患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

项目		发生坠积性肺炎组 (n=15)	未发生坠积性肺炎组 (n=65)	χ^2/t	P
性别[例(%)]	男	7(46.67)	43(66.15)	1.975	0.160
	女	8(53.33)	22(33.85)		
年龄[例(%)]	≥60 岁	9(60.00)	30(46.15)	0.935	0.334
	<60 岁	6(40.00)	35(53.85)		
营养状况[例(%)]	良好	8(53.33)	33(50.77)	0.032	0.858
	欠佳	7(46.67)	32(49.23)		
合并糖尿病[例(%)]	是	10(66.67)	21(32.31)	6.062	0.014
	否	5(33.33)	44(67.69)		
合并慢性支气管炎[例(%)]	是	11(73.33)	23(35.38)	7.182	0.007
	否	4(26.67)	42(64.62)		
合并吞咽功能障碍[例(%)]	是	10(66.67)	18(27.69)	8.138	0.004
	否	5(33.33)	47(72.31)		
神经功能缺损程度(分)		20.69± 1.03	14.71± 1.01	20.708	<0.001

梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素 (OR>1, P<0.05)。见表 3。

表 2 主要自变量说明

自变量	变量说明	赋值情况
合并糖尿病	分类变量	1= 是, 0= 否
合并慢性支气管炎	分类变量	1= 是, 0= 否
合并吞咽功能障碍	分类变量	1= 是, 0= 否
神经功能缺损程度	连续变量	-

表 3 重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的多项 Logistic 分析结果

项目	B	S.E.	Wals	P	OR	95%CI
合并糖尿病	1.433	0.609	5.543	0.019	4.179	1.270~13.812
合并慢性支气管炎	1.614	0.639	6.380	0.012	5.022	1.436~17.567
合并吞咽功能障碍	1.653	0.614	7.250	0.007	5.222	1.568~17.393
神经功能缺损程度重	1.312	0.502	4.109	0.021	4.015	1.531~12.324

3 讨论

重症脑梗死是危害性较大的梗死类型, 患者生命体征较不稳定, 需长期卧床并进行脏器功能支持。重症脑梗死患者无法自主变换体位, 胸廓活动受束缚, 双肺野后部容易蓄积分泌物, 易于发生坠积性肺炎。

坠积性肺炎患者往往呈现混合细菌感染的特征, 对重症脑梗死患者的治疗以及预后效果均会产生严重影响, 已引起临床高度重视。本研究中多项回归分析结果表明, 合并慢性支气管炎、合并糖尿病、合并吞咽功能障碍、神经功能缺损程度重可能是重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素。分析原因为: (1) 合并糖尿病患者的血糖水平往往较高, 血浆渗透压上升, 单核细胞以及巨噬细胞的移动与吞噬能力减弱, 机体免疫功能降低, 为细菌的生长创造了良好的环境, 会增加坠积性肺炎发生风险^[9]。针对该种情况要明确患者合并糖尿病情况, 给予药物控制患者血糖水平。(2) 合并慢性支气管炎患者肺纤毛运动功能较差, 咳嗽反射减弱, 呼吸道分泌物仍会留在呼吸道中, 且会随重力进入肺底, 加大坠积性肺炎发生率。针对这种情况要明确患者合并慢性支气管炎情况, 在半坐卧位下给予患者雾化吸入护理, 稀释痰液后帮助排出痰液, 以期减少坠积性肺炎发生。(3) 正常情况下, 吞咽功能是气道的保护机制,

食物和异物往往较难进到下呼吸道内, 但合并吞咽功能障碍的患者该保护机制被损坏, 致使口腔中含有大量定植菌的分泌物会通过咽喉进入肺内, 进而导致坠积性肺炎的发生。针对这一情况在患者病情稳定后就实施吞咽功能康复训练来强化吞咽反射, 利用神经肌肉电刺激对患者喉部肌肉以及神经进行刺激, 患者咽部肌肉的灵活性与协调性都可被提升, 并要做好患者口腔清洁工作, 减少坠积性肺炎发生风险。(4) 神经功能缺损程度重的患者生命体征不稳定, 病情仍较为严重, 卧床时间更长, 且患者自主配合度差, 排痰困难大, 会大大增加坠积性肺炎发生风险^[9]。针对该种情况要在明确患者神经功能缺损程度后, 根据患者实际情况予以雾化吸入、叩击背部等干预措施^[7], 及时清除患者肺部淤积痰液, 以此来降低坠积性肺炎发生风险。

综上所述, 80 例重症脑梗死患者中, 坠积性肺炎发生率为 18.75%, 合并糖尿病、合并慢性支气管炎、无吞咽功能障碍、神经功能缺损程度重可能是重症脑梗死患者发生坠积性肺炎的影响因素。

参考文献

[1]陈淑婷.脑卒中后遗症并发坠积性肺炎的临床特征及治疗策略[J].吉林医学,2019,40(11):2486-2488.
[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.中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2014)[J].中华神经科杂志,2015,61(4):246-257.
[3]葛均波,徐永健,王辰,等.内科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.45.
[4]Kwah LK,Diong J.National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)[J].J Physiother,2014,60(1):61.
[5]彭洋,蒋艳玲,吴修慧,等.脑卒中单侧空间忽略患者并发坠积性肺炎的相关因素分析及综合干预效果评价[J].中华实验和临床感染病杂志,2016,10(5):614-618.
[6]申海涛,刘建平.长期卧床脑卒中患者并发坠积性肺炎的影响因素[J].安徽医学,2017,38(2):198-201.
[7]韩琳,李笑蕾.肠内营养序贯治疗对重症急性脑梗死合并吞咽功能障碍患者营养状态和预后的影响[J].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(4):89-93.

(收稿日期: 2021-03-17)