

综合康复治疗对脑卒中意识障碍合并肺部感染患者的疗效观察

山林林, 王玉龙, 查甫兵, 刘洋

【摘要】 目的:评价综合康复治疗对脑卒中后意识障碍患者合并肺部感染的疗效。方法:48例脑卒中后意识障碍合并肺部感染的患者,随机分为对照组及观察组各24例。对照组根据痰培养结果给予敏感抗生素,观察组在此基础上给予综合康复治疗。观察2组患者疗效、症状及体征的改善时间。结果:2组临床疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组($P<0.01$)。观察组咳嗽、咳痰症状及发热、湿啰音体征改善的时间较对照组明显缩短($P<0.05$)。结论:综合康复治疗对脑卒中后意识障碍合并肺部感染患者有更好的疗效。

【关键词】 脑卒中;意识障碍;肺部感染;康复治疗

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.01.020

国内研究表明,有10%~15%的脑卒中患者从神经外科或神经内科转出时仍处于意识不清状态^[1],约1/3的脑卒中后意识障碍患者并发肺部感染^[2]。本文观察综合康复治疗对脑卒中后意识障碍患者合并肺部感染的疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2012年2月~2014年12月在我科重症监护室住院的脑卒中后意识障碍并发肺部感染的患者48例,颅内病变均由头部CT或MRI证实,且符合意识障碍及肺部感染的诊断标准^[3-4]。患者随机分为2组各24例。①观察组:男17例,女7例;平均年龄(61.87 ± 12.90)岁;平均病程(79.25 ± 46.20)d;脑梗死5例,脑出血19例。②对照组:男18例,女6例;平均年龄(60.85 ± 12.34)岁;平均病程(77.79 ± 45.18)d;脑梗死4例,脑出血20例。2组均气管切开21例。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组患者根据痰培养结果,给予敏感药物抗感染治疗。观察组患者除根据痰培养结果给予敏感药物抗感染治疗的同时给予综合康复治疗,①体位引流:观察组根据感染部位分别采取不同引流体位(姿式),抬高患部位置,使病变的部位在上,引流的支气管开口向下。②叩击排痰:操作者五指并拢稍弯曲,使手呈弧形,由胸至背轻轻有节奏拍打,使痰液在气管内松动易于排出。一个单元治疗时间内根据患者病情分2~3次完成,每次4~5min。③手法振肺排

痰:患者取侧卧位,治疗师立于患者背侧,评估肺内痰液部位等情况,在患者吸气末呼气初予手法摇动、推压4~5次。振动部位为以腋前线、腋后线及腋窝、肋弓边缘为界,振动频率 >200 次/min,每振动一侧肺后进行人工吸痰。④电动起立床治疗:观察组患者每日均进行站立训练,30min/次,每日2次。站立角度从30°起,根据患者病情每3天增加10°,逐渐增加至90°。站立过程中密切观察患者心率、血压、呼吸及血氧饱和度变化。⑤超声脉冲电导治疗:使用国产SLC-001型号超声脉冲电导治疗仪。将附有肺炎帖的探头置于背部双侧肺俞穴,1次30min,1次/d。其中超声波频率为(1.00 ± 0.05)MHz,中频输出频率为(2.0 ± 0.2)KHz,电致孔脉冲持续时间(200.0 ± 10.0)ms。治疗完成后予以体位引流及拍击排痰。共治疗2周。

1.3 评定标准 ①临床疗效^[5]:痊愈,临床症状完全消失,血常规恢复至正常水平,且肺部CT显示炎性反应完全被吸收;显效:临床症状较大幅度减轻,血常规恢复至正常水平,且肺部CT显示炎性反应部分吸收;无效:临床症状、血常规以及肺部CT显示均未出现明显好转甚至出现恶化的趋势。②观察患者发热、咳嗽、咳痰、湿啰音改善的时间。

1.4 统计学方法 采用统计学软件SPSS17.3软件对数据进行分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,t检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗2周后,2组临床疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组($P<0.01$)。观察组发热、咳嗽、咳痰、湿啰音体征改善的时间较对照组明显缩短($P<$

收稿日期:2015-06-15

作者单位:深圳市第二人民医院康复医学科,广东 深圳 518038

作者简介:山林林(1977-),女,主治医师,主要从事脑血管病康复方面的研究。

0.05)。见表1,2。

表1 2组临床疗效比较					例
组别	n	痊愈	显效	无效	总有效率/%
对照组	24	4	13	7	70.83
观察组	24	10	13	1	95.83 ^a

与对照组比较,^a $P<0.01$

表2 2组患者症状体征改善时间比较					d, $\bar{x} \pm s$
组别	n	发热	咳嗽	咳痰	湿啰音
对照组	24	6.13 $\pm$ 1.62	7.78 $\pm$ 1.86	7.25 $\pm$ 1.92	6.65 $\pm$ 1.78
观察组	24	3.21 $\pm$ 1.50 ^a	5.65 $\pm$ 1.45 ^a	5.01 $\pm$ 1.08 ^a	4.20 $\pm$ 1.05 ^a

与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

意识障碍是脑卒中最严重的临床表现之一,因中枢神经系统损伤,自主咳嗽反射减弱以致呼吸道痰液潴积,且长期卧床因此容易出现坠积性肺炎。意识障碍的患者大多数需采用鼻饲进食,研究证明经鼻饲管进食的患者肺部感染的发生率高于经口喂食,如体位或位置不当,长期鼻饲管的刺激,可造成括约肌环状损伤及功能障碍,而且还可引起食物反流,误吸^[6]。长期反复误吸为病原菌的定植和生长繁殖提供了有利条件,导致吸入性肺炎的发生^[7]。

体位引流可以利用重力作用以利痰液排出,保持气道通畅,清除过多支气管分泌物,改善气体交换。配合叩击排痰可促使痰液松动,诱发痰液排出。文献报道,叩击排痰还可激发咳嗽感受器,诱导机体咳嗽排痰^[9]。而手法振肺排痰避免了单纯叩背的盲目性,且通过肺部振动可在气道内形成一连串振荡波促使黏附在气道上的痰液松动,因此,排痰效果更加彻底^[10]。电动起立床治疗原理在于机体在站立过程中需氧量会增加,从而刺激肺部和全身血液循环,使呼吸系统与全身血流量增强,对提高患者的肺功能具有积极的作用。超声脉冲电导治疗集超声、电疗、药疗、穴位治疗等作用于一体。超声波在体内振动引起细胞摩擦可以产生温热效应,称之为“内生热”,其热量可以内部血液循环增快,改善局部缺血和碳性代谢产物的堆积,促进炎症

吸收,从而达到消炎的作用,因其仅在局部起效而不会引起炎症扩散。同时超声脉冲电导治疗仪所产生的瞬时高电压脉冲可使本研究中的肺炎贴药物的自双侧肺腧穴有效导入,促进药物快速吸收,达到局部消炎作用。脑卒中后意识障碍并发肺部感染的患者病情呈多样化,如何针对不同的患者采取个性化的、综合的、有效的治疗方式是我们下一步研究的方向。

综上所述,综合康复治疗用于脑卒中后意识障碍并发肺部感染的患者,可使其症状、体征的改善时间明显缩短,临床疗效显著,并可延迟复发时间,有效减少复发。因此,主张对于此类患者尽早进行综合康复治疗。

【参考文献】

[1] 吴军发,吴毅,胡永善等.严重意识障碍患者康复治疗方案的临床研究[J].中国康复医学杂志,2008,10(23):910-912.

[2] Perry L,Lova CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke,a systematic review [J]. Stroke,2001,16(1):7-7.

[3] Giacino JT, Zasler ND, Katz DI, et al. Development of practiceguidelines for assessment and management of the vegetative andminimally conscious states[J]. J Head Trauma Rehabil,1997, 12(4):79-89.

[4] 糜祖煌,秦玲,金辉.泛耐药铜绿假单胞菌 β -内酰胺酶基因分型及菌株亲缘性分析[J].中华医院感染学杂志,2009,19(13): 1621-1623.

[5] 李永华,厉为良,杨玉波.临床肺部感染评分干预对老年重症肺炎患者的疗效观察[J].临床肺科杂志,2009,14(3):305-306.

[6] 甘照儒.痰热清注射液联合抗生素治疗老年脑卒中患者合并肺部感染疗效观察[J].中国中医急症,2010,19(9):1460-1518.

[7] 孙爱莲,张建民.急性脑卒中后肺部感染原因探讨及防治措施 [J].基层医学论坛,2011,15(5):99-100.

[8] Lee PC,EcclesR. Cough induction by high-frequency chest percus- sion in healthy volunteers and patients with common cold[J]. Re- spirMed,2004,98(8):771-776.

[9] 赵庆华.手法振肺促进机械通气病人排痰的效果观察[J].护理研究,2009,23(3A):618-619.

[10] 陈红兵.超声脉冲电导治疗仪佐治支气管肺炎疗效观察及安全评价[J].中外健康文摘,2014,(19):31-32.