

〔文章编号〕 1007-0893(2021)09-0036-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.09.016

神经内科肺部感染住院患者营养风险与临床结局的相关性

杨艳 王楷

(安阳市人民医院, 河南 安阳 455000)

〔摘要〕 **目的:** 探究神经内科肺部感染住院患者营养风险与临床结局的相关性。**方法:** 回顾性选取安阳市人民医院神经内科 2016 年 6 月至 2020 年 6 月的收治的 523 例肺部感染住院患者, 按照临床结局不同分为死亡组 ($n = 26$) 和存活组 ($n = 497$)。收集患者一般临床资料, 比较两组患者的临床资料, 分析神经内科肺部感染住院患者死亡的危险因素, 并分析营养风险与临床结局的相关性。**结果:** 死亡组患者的年龄大于存活组, 有糖尿病、存在吞咽功能障碍人数比例高于存活组, 营养风险筛查表 2002 (NRS2002) 评分、临床肺部感染 (CPIS) 评分高于存活组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者的其他因素比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 多因素 logistic 回归分析结果显示, 年龄偏大、存在糖尿病、NRS2002 评分高、CPIS 评分高、存在吞咽功能障碍为患者死亡的危险因素。**结论:** 影响神经内科肺部感染住院患者临床结局的因素为年龄偏大、存在糖尿病、NRS2002 评分高、CPIS 评分高、存在吞咽功能障碍, 临床基于上述因素实施针对性干预, 可改善患者临床结局。

〔关键词〕 肺部感染; 营养风险; 神经内科

〔中图分类号〕 R 151.4⁺2; R 459.3 〔文献标识码〕 B

神经内科疾病涉及范围较为广泛, 急性脑血管病最为常见, 其由于大脑血管破裂或阻塞导致脑部发生缺血, 进而造成神经功能缺损, 而肺部感染为脑血管病常见并发症, 其发生可影响患者神经功能恢复, 是神经内科患者死亡的主要原因^[1-2]。有研究指出, 住院患者多存在营养不良情况, 对于神经内科肺部感染患者, 由于病情较重, 患者多处于昏迷状态, 导致患者易发生营养不良, 进而增加并发症发生率, 延长患者住院时间, 不利于预后恢复^[3]。因此对患者营养风险进行评估, 对改善患者预后效果极为重要。基于此, 本研究回顾性选取本院收治的 523 例神经内科肺部感染住院患者, 旨在探究影响其临床结局的危险因素, 并分析营养风险与临床结局的相关性, 详情报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

回顾性选取本院神经内科 2016 年 6 月至 2020 年 6 月的收治的 523 例肺部感染住院患者, 其中女 232 例, 男 291 例, 年龄 59~79 岁, 平均 (68.62 ± 4.51) 岁; 有 213 例脑出血, 310 例脑梗死。按照临床结局不同分为死亡组 ($n = 26$) 和存活组 ($n = 497$)。

1.2 选取标准

1.2.1 纳入标准 均为神经内科住院患者; 均经计算机断层扫描 (computer tomography, CT)、X 线检查、肺功能检查存在肺部感染; 发病前肺部无感染; 临床资料完整。

1.2.2 排除标准 合并肾、肝、心功能障碍; 免疫系统疾病、凝血功能障碍; 营养不良。

1.3 方法

统计、收集患者临床资料, 包括性别、年龄、体质量指数、糖尿病、高血压、疾病类型、营养风险筛查表 2002 (nutritional risk screening 2002, NRS2002) 评分、存在意识障碍、存在侵入性操作、存在吞咽功能障碍、临床肺部感染 (clinical pulmonary infection score, CPIS) 评分等。其中 NRS2002 评分 < 3 分无营养风险, ≥ 3 分为存在营养风险, 且分值越高, 营养风险越高; CPIS 评分为 0~12 分, 分值越高, 肺部感染越严重。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者的临床资料差异。(2) 分析患者临床结局的影响因素。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, 采用 logistic 回归分析进行多因素分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床资料比较

死亡组患者的年龄大于存活组, 有糖尿病、存在吞咽功能障碍人数比例高于存活组, NRS2002 评分、CPIS 评分高于存活组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者

〔收稿日期〕 2021-03-03

〔作者简介〕 杨艳, 女, 主治医师, 主要从事神经内科工作。

的其他因素比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者临床资料比较 (n(%))

因素	死亡组 (n = 26)	存活组 (n = 497)	χ^2/t	P
年龄 / 岁	70.36 ± 5.89	68.53 ± 4.47	2.000	0.046
体质指数 / kg · m ²	23.48 ± 1.69	23.17 ± 1.53	1.002	0.317
NRS2002 评分 / 分	3.98 ± 0.87	2.81 ± 0.63	9.037	< 0.001
CPIS 评分 / 分	9.45 ± 1.03	6.85 ± 1.39	9.400	< 0.001
性别				
男	15(57.69)	276(55.53)	0.047	0.829
女	11(42.31)	221(44.47)		
糖尿病				
有	24(92.31)	287(57.75)	12.244	< 0.001
无	2(7.69)	210(42.25)		
高血压				
有	13(50.00)	235(47.28)	0.073	0.787
无	13(50.00)	262(52.72)		
疾病类型				
脑出血	11(42.31)	202(40.64)	0.028	0.866
脑梗死	15(57.69)	295(59.36)		
是否意识障碍				
是	10(38.46)	189(38.03)	0.002	0.965
否	16(61.54)	308(61.97)		
是否存在侵入性操作				
是	13(50.00)	232(46.68)	0.109	0.741
否	13(50.00)	265(53.32)		
是否存在吞咽功能障碍				
是	17(65.38)	215(43.26)	4.900	0.027
否	9(34.62)	282(56.74)		

注: NRS2002 一营养风险筛查表 2002; CPIS 一临床肺部感染

2.2 患者临床结局影响因素的多因素分析

多因素 logistic 回归分析结果显示, 年龄偏大、存在糖尿病、NRS2002 评分高、CPIS 评分高、存在吞咽功能障碍为患者死亡的危险因素, 见表 2。

表 2 患者临床结局影响因素的多因素分析

因素	β	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
年龄偏大	0.135	0.056	10.684	< 0.001	1.858	(1.263,2.845)
存在糖尿病	0.362	0.048	3.698	0.025	1.631	(1.365,2.124)
NRS2002 评分高	0.684	0.114	7.568	< 0.001	2.154	(1.548,3.245)
存在吞咽功能障碍	0.869	0.785	4.954	0.001	5.001	(2.184,8.693)
CPIS 评分	0.685	0.635	9.325	< 0.001	3.544	(2.145,5.325)

注: NRS2002 一营养风险筛查表 2002; CPIS 一临床肺部感染

3 讨论

神经内科肺部感染患者营养不良、营养风险发生率较高, 其发生不仅增加并发症发生率, 延长治疗时间, 增加治疗费用, 还可增加患者死亡风险^[4-5]。因此临床需对患者营养风险进行评估, 制定针对性措施。影响神经内科肺部感染患者临床结局的因素较多, 因此明确其死亡的相关因素, 并制定相应针对性防治措施极为重要。

本研究结果显示, 死亡组患者年龄大于存活组, 糖尿病、存在吞咽功能障碍人数比例多于存活组, NRS2002 评分、CPIS 评分高于存活组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),

可见年龄、存在糖尿病、存在吞咽功能障碍、肺部感染程度、营养风险为影响其临床结局的相关因素; 进一步经多因素 logistic 回归分析显示, 年龄偏大、存在糖尿病、NRS2002 评分高、CPIS 评分高、存在吞咽功能障碍为死亡的危险因素。年龄较大患者由于自身抵抗力较低, 机体多种器官功能衰退, 对外界适应力降低, 加之多伴有基础疾病, 导致患者在发生脑血管伴肺部感染后不易治愈, 死亡率较高, 临床针对老年患者需密切关注其情况, 若发生异常情况需立即采取相应措施^[6]。伴有糖尿病患者由于胰岛素的缺乏、蛋白质合成减少、免疫球蛋白降低, 导致机体免疫力低下, 同时尿液中糖分较高, 可导致病原菌滋生, 同时高血糖还可导致自身微循环发生障碍, 使呼吸系统防御功能下降, 患者不易恢复, 影响临床结局, 针对存在糖尿病的患者, 在治疗的基础上需进行降糖干预, 使血糖控制在正常范围, 尽量避免细菌滋生。神经内科患者易出现吞咽困难等障碍, 吞咽障碍又可导致患者发生保护性咳嗽反射, 还可增加误吸风险, 加重肺内感染, 增加死亡风险。CPIS 评分可用于评估患者肺部感染严重程度, 其评分越高, 感染越严重, 机体不易恢复, 因此死亡率增加。存在营养风险患者有极大可能发生营养不良, 由于患者在治疗中机体需消耗大量能量及营养, 而营养不良患者无法为机体补充充足能量, 导致患者预后情况较差^[7], 故临床需对神经内科肺部感染住院患者加强营养补充, 以改善预后效果。

综上所述, 影响神经内科肺部感染住院患者临床结局的因素为年龄偏大、存在糖尿病、NRS2002 评分高、CPIS 评分高、存在吞咽功能障碍, 临床基于上述因素实施针对性干预, 可改善患者临床结局。

[参考文献]

- (1) 郭红桃, 赵志新, 夏凌. 神经内科住院患者营养风险筛查及营养支持现状分析 (J). 实用临床医药杂志, 2017, 21(18): 120-122.
- (2) 张华, 王力, 郭旭. 急性脑卒中患者营养风险评分与认知功能评分关系探索 (J). 中华临床营养杂志, 2017, 25(2): 67-71.
- (3) 周锦, 张雷, 丁树荣, 等. 住院病人营养风险筛查及营养支持对临床结局影响的研究 (J). 肠外与肠内营养, 2017, 24(1): 13-17.
- (4) 郝春满, 张献娜, 杨剑, 等. 脑卒中患者营养风险及营养不良现患率横断面调查及营养干预 (8 分类) 的观察性研究 (J). 中华临床营养杂志, 2019, 27(6): 331-337.
- (5) 王静文, 刘长伟, 金玉, 等. 重型颅脑损伤患儿营养支持现状及其与临床结局的相关性 (J). 中华临床营养杂志, 2018, 26(4): 221-227.
- (6) 赵洪海, 王芳, 刘云平, 等. 急性脑血管病并发肺部感染患者预后的影响因素 (J). 山东医药, 2018, 58(24): 94-96.
- (7) 徐斌斌, 金科美, 于骅. 呼吸内科肺部感染住院患者营养风险的筛查与临床结局的关系研究 (J). 现代实用医学, 2017, 29(3): 327-328.