

高血压性脑出血并发上消化道出血的危险因素分析及护理策略

杨红波¹, 许海英¹, 杨剑红², 石定³, 丁丽君¹

1. 台州市第一人民医院手术室, 浙江 台州 318020; 2. 台州市中心医院骨科, 浙江 台州 318000;
3. 杭州市余杭区第一人民医院手术室, 浙江 杭州 311100

摘要:目的 探讨高血压性脑出血(HICH)并发上消化道出血的危险因素及护理对策。方法 选择台州市第一人民医院2016年4月—2017年9月间收治的214例HICH患者, 其中将86例HICH合并上消化道出血的患者设为观察组, 128例HICH未合并上消化道出血的患者设为对照组。对2组性别、年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS评分等情况进行统计, 并采用单因素和多因素分析确定HICH合并上消化道出血患者的危险因素。结果 214例HICH患者有86例发生上消化道出血, 发生率为40.2%(86/214)。单因素分析结果显示: 年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS评分是HICH合并上消化道出血患者的危险因素。多因素 Logistic 回归分析结果显示: 年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS评分是HICH合并上消化道出血患者的危险因素。结论 高血压性脑出血患者易发生上消化道出血, 其中年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS评分是HICH合并上消化道出血患者的危险因素, 临床中要重视HICH患者的危险因素, 做好治疗和护理, 预防上消化道出血的发生。

关键词: 高血压性脑出血; 上消化道出血; 危险因素; 护理对策

中图分类号: R743.2 R573.2 R473.57 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-4152(2018)03-0501-03
DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000139

Risk factors and nursing strategies for hypertensive intracerebral hemorrhage complicated with upper gastrointestinal

YANG Hong-bo, XU Hai-ying, YANG Jian-hong, et al

Operating Room, Taizhou First People's Hospital of Zhejiang, Taizhou, Zhejiang 318020, China

Abstract: **Objective** To investigate the risk factors and nursing strategies of hypertensive cerebral hemorrhage (HICH) complicated with upper gastrointestinal bleeding. **Methods** Two hundred and fourteen HICH patients admitted in our hospital from April, 2016 to September, 2017 were selected. Eighty-six HICH patients with upper gastrointestinal bleeding were set in observation group and 128 HICH patients without upper gastrointestinal bleeding were set as control group. The gender, age, hernia, pathological signs, cerebral hemorrhage sites, blood glucose level, cerebral hemorrhage, GCS score of two groups were accounted, and those risk factors of HICH patients with upper gastrointestinal bleeding was analyzed with univariate and multivariate analysis. **Results** In 214 HICH patients, 86 patients developed upper gastrointestinal bleeding with a rate of 40.2% (86/214). Univariate analysis showed that: age, hernia, pathological signs, cerebral hemorrhage site, blood glucose levels, cerebral hemorrhage, GCS score were the risk factor for HICH patients with upper gastrointestinal bleeding. Multivariate logistic regression analysis showed that age, hernia, pathological signs, cerebral hemorrhage site, blood glucose levels, cerebral hemorrhage, GCS score were the risk factor for HICH patients with upper gastrointestinal bleeding. **Conclusion** Hypertensive intracerebral hemorrhage patients easily upper gastrointestinal bleeding, and age, hernia, pathological signs, cerebral hemorrhage site, blood glucose levels, cerebral hemorrhage, GCS score were the risk factors for HICH patients with upper gastrointestinal bleeding. So those risk factors should be pay attention, and treatment and nursing carried out to prevent the occurrence of upper gastrointestinal bleeding.

Key words: Hypertensive intracerebral hemorrhage; Upper gastrointestinal bleeding; Risk factors; Nursing strategies

高血压性脑出血(hypertensive intracerebral hemorrhage, HICH)是一种非外伤性的脑实质出血, 并发症很多, 致残率极高。其中上消化道出血是HICH的一种最严重的并发症, 发生率高达52.5%^[1]。一旦发生上消化道出血, 严重干扰机体有效循环压力的维持, 加速脑部缺氧, 对HICH的治疗增加了难度, 致死率极高。研究HICH患者并发上消化道出血的危险因素, 完善有效的抢救措施和护理, 对降低HICH的病死率有着重要的意义。本文探讨了HICH合并上消化道出血患

者的危险因素及护理对策, 以期对疾病的预防和治疗提供帮助。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集2016年4月—2017年9月间在我院治疗的HICH患者214例。按照是否发生上消化道出血分为观察组和对照组。观察组(86例): 男性54例, 女性32例, 年龄49~79岁, 平均(56.1±6.9)岁; 对照组(128例): 男性80例, 女性48例, 年龄51~78岁, 平均(58.7±6.2)岁。患者均知情同意, 研究经院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ①所有患者均经过

基金项目: 浙江省卫生适宜技术转化成果项目(2011ZHB008)

通信作者: 许海英, E-mail: 693399157@qq.com

脑部影像学检查,符合 HICH 的诊断参照中华医学会第四次全国脑血管学术会议的诊断标准;②呕吐或鼻胃管引出暗红色或咖啡色血性胃内容物,便潜血试验(+)^[2-3];③上消化道出血发生在 HICH 之后。

排除标准:①恶性肿瘤、血液病、妊娠以及免疫功能缺陷患者;②临床资料不完全;③消化性溃疡或者胃穿孔患者;④消化道疾病未完全治愈;⑤近期使用过抑制免疫系统的药物。

1.3 观察指标 制作危险因素调查表,对 HICH 合并上消化道出血患者的危险因素进行调查,包括:性别、年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位(脑室、脑干和脑部基底节)、血糖水平(<7 mmol/L 和 ≥7 mmol/L)、脑出血量(根据多田氏公式计算,分为 <30 ml 和 ≥30 ml)、GCS 评分(分为 ≤8 分,9~12 分和 ≥13 分三个级别)等,并采用单因素和多因素分析确定 HICH 合并上消化道出血患者的危险因素。调查表由

两位医师和两位护士共同对数据进行收集,确保数据的真实有效性。

1.4 统计学方法 以 SPSS 20.0 统计软件对收集的数据进行统计学分析。单因素分析采用 χ^2 检验;多因素分析使用 Logistic 回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者上消化道出血结果分析 214 例 HICH 患者有 86 例发生上消化道出血,发生率为 40.2% (86/214)。

2.2 HICH 患者发生上消化道出血的单因素分析 单因素分析显示:年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS 评分是 HICH 患者发生上消化道出血的单因素危险因素,见表 1。

表 1 HICH 患者发生上消化道出血的单因素分析[例(%)]

组别	例数	年龄		性别		是否脑疝		有无病理征	
		≥60 岁	<60 岁	男	女	是	否	有	无
观察组	86	65(75.6)	21(24.4)	40(46.5)	46(53.5)	61(70.9)	25(29.1)	58(67.4)	28(32.6)
对照组	128	59(46.1)	69(53.9)	57(44.5)	71(55.5)	41(32.0)	87(68.0)	49(38.3)	79(61.7)
χ^2 值		18.354		0.081		31.202		17.496	
P 值		<0.001		0.775		<0.001		<0.001	

组别	例数	脑出血部位			血糖水平		脑出血量		GCS 评分		
		脑室	脑干	脑部基底节	<11 mmol/L	≥11 mmol/L	<30 ml	≥30 ml	≤8 分	9~12 分	≥13 分
观察组	86	41(47.7)	35(40.7)	10(11.6)	15(17.4)	71(82.6)	16(18.6)	70(81.4)	50(58.1)	28(32.6)	8(9.3)
对照组	128	24(18.8)	33(25.8)	71(55.5)	89(69.5)	39(30.5)	88(68.8)	40(31.3)	39(30.5)	53(41.4)	36(28.1)
χ^2 值		43.891			55.872		51.779		19.398		
P 值		<0.001			<0.001		<0.001		<0.001		

2.3 HICH 患者发生上消化道出血的 Logistic 回归分析 Logistic 回归分析结果显示:年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS 评分是 HICH 患者发生上消化道出血的独立危险因素,见表 2。

表 2 HICH 患者发生上消化道出血的 Logistic 回归分析

因素	B	S.E.	Wald	P 值	OR 值	95% CI
年龄	0.321	0.214	7.054	0.008	3.014	2.012~4.715
是否脑疝	0.537	0.224	8.304	<0.001	3.400	3.214~8.018
有无病理征	0.511	0.234	8.446	0.003	3.217	3.186~9.238
脑出血部位	0.644	0.251	7.246	<0.001	2.547	2.569~7.119
血糖水平	0.566	0.204	6.147	<0.001	2.309	2.320~6.117
脑出血量	0.531	0.260	8.011	<0.001	2.593	2.178~8.833
GCS 评分	0.517	0.239	7.139	<0.001	2.823	2.240~7.276

3 讨论

当前,HICH 致残率和死亡率仍居高不下,严重危及中老年人群的生命健康。上消化道出血是 HICH 最常见也是最普遍的一种并发症,也被称为应激性溃疡(Cushing 溃疡)^[4],脑出血发生后,机体应激系统对其作出代偿性反应,胃部和十二指肠黏膜小血管急剧收

缩,黏膜缺血,出现糜烂和溃疡,呕吐大量血液或者黑便形成,预后极差,患者短时间内即可因过度失血死亡^[5]。研究 HICH 发生上消化道出血的危险因素,能明确临床此类患者的个体化发病情况,对制定有效的抢救治疗、护理措施以及改善预后有重要的意义。

本文采用单因素和 Logistic 回归分析对 HICH 患者发生上消化道出血的危险因素进行了分析,得出年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS 评分是 HICH 患者发生上消化道出血的单因素危险因素。本文中指出观察组年龄 ≥60 岁患病人数的比例是对照组的 1.6 倍,是 HICH 患者发生上消化道出血的重要因素,然而经过 Logistic 的进一步得出年龄 ≥60 岁是 HICH 患者发生上消化道出血的独立危险因素(OR=3.014)。源于中老年人血液黏稠度增加,血管硬度增加,发生 HICH 时,胃部血管灌注量远少于年轻人,且消化道增殖修复能力下降,因此出血率增加^[6]。本文中指出观察组发生脑疝的比例是对照组的 2.2 倍,是 HICH 患者发生上消化道出血的一个重要原因,Logistic 分析也得出发生脑疝是 HICH 患者

发生上消化道出血的独立危险因素($OR = 3.400$)。原因在于脑疝导致患者机体应激系统反应剧烈,胃黏膜屏障缺血坏死, H^+ 反流入黏膜下层,肥大细胞受氢离子信号刺激释放组胺等介质,导致胃酸分泌继续增加,黏膜进一步受损,发生上消化道大出血^[7-8]。有病理征的患者反应颅脑有受压情况,颅脑受压后会引发应激,接下来的机理同脑疝。文中指出观察组有病理征患者比例是对照组的1.8倍,是HICH患者发生上消化道出血的重要因素,Logistic的继续分析表明有病理征是HICH患者发生上消化道出血的独立危险因素($OR = 3.217$)。

临床护理中应该注意,对HICH患者一定要详细询问病史,观察患者皮肤黏膜颜色以及病理征是否阳性,对年龄大的患者,及时测量生命体征,做好心理护理,有脑疝征兆的患者监测24小时血压,有任何情况及时报告医生,防止消化道出血^[9]。

脑出血部位决定了颅内压的具体改变情况,脑室和脑干部位出血并发的上消化道出血的概率明显高于单纯的脑基底节出血,原因在于一旦脑室出血,脑脊液循环即刻受阻,血液迅速凝固,脑灌注量下降,颅内压急剧增加,下丘脑自主神经核受损,应激增强,上消化道出血严重^[10]。此外,脑干部位有生命中枢和迷走神经核,是调节机体应激系统的重要转折点,损伤后机体血液循环减慢,胃部黏膜糜烂程度加重,出血量进一步增加^[11]。文中指出观察组脑出血部位是HICH患者发生上消化道出血的重要因素,接下来的Logistic分析也指出脑出血部位是HICH患者发生上消化道出血的独立危险因素($OR = 2.547$)。本研究中,观察组脑出血量高于30 ml比例是对照组的2.6倍,是HICH患者发生上消化道出血的单因素危险因素,Logistic分析表明脑出血量是HICH患者发生上消化道出血的独立危险因素($OR = 2.593$),机制同上。脑出血后基底节区出血,导致血糖迅速升高,且出血体积和血糖水平成正比,高血糖导致机体应激增强,增加了上消化道出血的几率^[12]。本研究中,观察组血糖水平高于11 mmol/L的比例是对照组的2.71倍,是HICH患者发生上消化道出血的重要因素,而且Logistic的继续分析也表明血糖水平为HICH患者发生上消化道出血的独立危险因素($OR = 2.309$)。

临床中护理这类患者要注意,脑出血量多时,及时补充血容量,监测血糖。禁食,给予患者碱性的低糖量食物,以中和胃酸,促进胃黏膜的愈合,呕吐血量较多的患者及时处理,防止呕吐物刺激患者。

GCS评分是评估患者昏迷程度的方法,评分越低,颅内压越高,昏迷程度越重,脑部各区缺血越严重,直接影响胃部蠕动以及胃黏膜血流量^[13],因此,GCS评

分低于8分的患者发生上消化道大出血的几率越高。本研究中,GCS评分是HICH患者发生上消化道出血的重要因素,Logistic分析也表明GCS评分低于8分为HICH患者发生上消化道出血的独立危险因素($OR = 2.823$)。临床护理注意,对昏迷患者要及时保持呼吸道通畅,头偏向一侧,必要时插胃管,注食时密切观察胃内容物颜色,呈咖啡色时及时通知医生,密切监测患者生命体征,消化道大出血时建立两条静脉通路,及时输血^[14-15]。

综上所述,年龄、是否脑疝、有无病理征、脑出血部位、血糖水平、脑出血量、GCS评分是HICH合并上消化道出血患者的危险因素,临床中要重视HICH患者的危险因素,做好治疗和护理,预防上消化道出血的发生。

参考文献

- [1] 崔金涛,柳健雄. 中西医结合治疗高血压急性脑出血研究进展[J]. 湖北中医药大学学报,2014,16(1):115-117.
- [2] 梁维邦,杨树源,王明璐. 颅脑损伤后早期上消化道出血及其发生机制的初步探讨[J]. 中华神经外科杂志,1994,10(2):104-106.
- [3] 林金锋. 应激性溃疡预防性治疗的研究进展[J]. 中国急救医学,2014,34(5):468-472.
- [4] 柏愚,李延青,任旭,等. 应激性溃疡防治专家建议(2015版)[J]. 中华医学杂志,2015,95(20):1555-1557.
- [5] 杨亚敏,兰周华,吴红添,等. 高血压脑出血合并应激性溃疡危险因素分析[J]. 吉林医学,2014,35(4):749-750.
- [6] Wei P, You C, Jin H, et al. Correlation between serum IL-1beta levels and cerebral edema extent in a hypertensive intracerebral hemorrhage rat model[J]. Neurol Res,2014,36(2):170.
- [7] Tapia-Pérez JH, Gehring S, Zilke R, et al. Effect of increased glucose levels on short-term outcome in hypertensive spontaneous intracerebral hemorrhage[J]. Clin Neurol Neurosurg,2014,118(2):37-43.
- [8] 郝建,李艳丽. 高血压性脑出血患者并发上消化道出血的危险因素研究[J]. 中国实用医刊,2015,42(6):52-54.
- [9] 易毅. 高血压性脑出血术后并发消化道出血的临床观察及护理[J]. 国际护理学杂志,2014,7(11):3039-3041.
- [10] Chen G, Ping L, Zhou S, et al. Early prediction of death in acute hypertensive intracerebral hemorrhage[J]. Exp Ther Med,2016,11(1):83.
- [11] 费英俊,张海湃,商慧娟,等. 颅脑损伤后认知功能障碍评估与康复治疗研究进展[J]. 人民军医,2017,60(2):191-192,210.
- [12] Buckley MS, Park AS, Anderson CS, et al. Impact of a clinical pharmacist stress ulcer prophylaxis management program on inappropriate use in hospitalized patients[J]. Am J Med,2015,128(8):905-913.
- [13] 庞丽春. 高血压性脑出血并发上消化道出血的相关因素分析[J]. 医学信息,2015,3(33):228-229.
- [14] MacLaren R, Campbell J. Cost-effectiveness of histamine receptor-2 antagonist versus proton pump inhibitor for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients[J]. Crit Care Med,2014,42(4):809-815.
- [15] 石庆芬,梁玉桃,李英,等. 颅内压的相关影响因素及护理干预研究进展[J]. 全科护理,2017,15(31):3865-3867.