

高血压脑出血术后再出血的危险因素探讨

邓明, 邸方, 肖小华, 袁海涛, 李国亮, 童端

(武汉市东西湖区人民医院外三科, 湖北 武汉 430040)

摘要:目的 探讨高血压脑出血术后再出血的相关危险因素。方法 选择行手术治疗的 270 例高血压脑出血患者为临床研究病例, 对其临床资料进行回顾性分析, 探讨术后再出血发生的危险因素。结果 高血压脑出血术后再出血发生率为 9.63%, 经 CT 检查均为原出血部位再出血, 且患者病死率 61.54%。高血压脑出血患者术后再出血与患者发病至手术时间、凝血机制、术前血肿量、术后收缩压及术后躁动等有关($P < 0.05$); 而与患者年龄、性别、入院时格拉斯哥昏迷(GCS)评分、手术方式、出血部位无关($P > 0.05$)。将单因素分析有统计学意义的变量引入 Logistic 回归方程, 分析得出发病至手术时间、凝血机制、术前血肿量、术后收缩压及术后躁动是高血压脑出血术后再出血的独立危险因素($P < 0.05$)。结论 高血压脑出血术后再出血与发病至手术之间时间、术前血肿量、血肿形态、术后血压控制、凝血功能及术后躁动情况有显著相关性, 临床应给予高度重视并积极处理, 以降低术后再出血发生率, 提高手术疗效, 改善预后。

关键词: 高血压脑出血; 再出血; 危险因素

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2018.03.013

Risk factors of postoperative rebleeding of hypertensive intracerebral hemorrhage

DENG Ming, DI Fang, XIAO Xiaohua, YUAN Haitao, LI Guoliang, TONG Duan

(Surgery Department III, Dongxihu District People's Hospital, Wuhan, Hubei 430040, China)

Abstract: Objective To explore the related risk factors of postoperative rebleeding of hypertensive intracerebral hemorrhage. Methods Two hundred and seventy cases of hypertensive cerebral hemorrhage treated by surgery were selected as the clinical study cases, the clinical data of which were retrospectively analyzed to explore the risk factors of rebleeding after operation. Results The incidence of rebleeding after operation was 9.63%, CT examination showed that the rebleeding all occurred at the original bleeding sites, and the mortality rate of patients was 61.54%. Rebleeding of hypertensive intracerebral hemorrhage patients was relevant with bleeding time from onset to surgery, coagulation mechanism, preoperative hematoma volume, postoperative systolic blood pressure and postoperative agitation ($P < 0.05$), while it was irrelevant with age, gender, admission GCS score, surgical way and bleeding site ($P > 0.05$). By introducing the variables with univariate analysis significance into Logistic regression analysis, the results showed that time from onset to surgery, coagulation mechanism, surgical approach, preoperative hematoma volume, postoperative systolic blood pressure and postoperative agitation were independent risk factors ($P < 0.05$). Conclusions There was a significant correlation between the rebleeding and the time from onset to surgery, postoperative hematoma volume, the shape of hematoma, the postoperative control of blood pressure, blood coagulation function and postoperative agitation in patients with hypertensive cerebral hemorrhage. Therefore, we should attach great importance to and actively deal with the rebleeding in order to reduce the incidence of postoperative bleeding, to improve the efficacy and to promote prognosis.

Keywords: hypertensive intracerebral hemorrhage; rebleeding; risk factors

- [3] 柏文辉, 程利, 江平, 等. 十二指肠乳头旁憩室与胆管结石复发的关系[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(7): 495-498.
- [4] 张景涛, 鲁科翔, 鲁星燧, 等. 十二指肠乳头旁憩室与急性胰腺炎的关系[J]. 同济大学学报(医学版), 2012, 33(2): 58-60, 64.
- [5] 庞尔君, 陈巍, 杨俊, 等. 十二指肠乳头旁憩室与胆胰疾病的关系[J]. 肝胆胰外科杂志, 2012, 24(1): 30-32.
- [6] 丁俊, 李甫, 唐坚, 等. 内镜下胆总管结石合并十二指肠乳头旁憩室治疗方式的选择[J]. 肝胆胰外科杂志, 2014, 26(1): 58-60.
- [7] 方春华, 刘少平, 胡亚华, 等. 内镜乳头括约肌切开术治疗合并乳头旁憩室的胆总管结石 51 例临床分析[J]. 中国医师进修杂志, 2014, 37(4): 26-29.
- [8] 范燕云, 林梦婕, 林振和, 等. 十二指肠乳头旁憩室与胆总管结

- 石的关系及其对经内镜逆行胰胆管造影术取石效果的影响[J]. 中国全科医学, 2016, 19(9): 1028-1031.
- [9] 周贤斌, 叶雨萍, 张玉, 等. 内镜下乳头括约肌小切联合气囊扩张术治疗肝硬化合并胆总管结石的疗效观察[J]. 中华消化内镜杂志, 2014, 31(12): 708-712.
- [10] 魏文俊, 潘宏年, 汤海涛, 等. 内镜下乳头括约肌小切联合气囊扩张与常规乳头括约肌切开治疗胆总管结石的比较研究[J]. 安徽医学, 2012, 33(12): 1657-1659.
- [11] 谢庆, 尚国臣, 韩岩智, 等. 内镜下乳头括约肌小切联合气囊扩张术治疗合并十二指肠乳头旁憩室的胆总管结石的价值[J]. 中华消化杂志, 2016, 36(6): 383-387.

(收稿日期: 2017-06-18, 修回日期: 2017-07-27)

高血压脑出血是神经外科急诊中最常见的病症,因高血压或动脉硬化而诱发脑血管病变,脑实质内血管破裂并在其内形成血肿,而血肿会压迫神经组织导致患者瘫痪或死亡,其临床治疗包括内科保守治疗和外科手术治疗,一般对有手术指征的患者优先手术治疗^[1]。但无论是传统开颅手术还是微创引流手术,术后再出血问题一直困扰着临床医生,且是影响手术治疗效果的重点所在,会增加致残、致死率而影响预后、转归^[2-3],因此本研究重点探讨高血压脑出血术后再出血的危险因素,为治疗方案的选择提供理论依据,现作结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将武汉市东西湖区人民医院外三科 2015 年 5 月—2016 年 4 月期间行手术治疗的 270 例高血压脑出血患者选为临床研究对象,均符合全国脑血管病会议制定的诊断标准^[4],并结合头部 CT 扫描确诊,且患者均有高血压病史,其中男性 142 例,女性 128 例,年龄 38 ~ 83 岁,平均年龄 (58.22 ± 5.34) 岁,发病至手术时间 < 24 h,术前格拉斯哥昏迷评分(GCS)范围 5 ~ 14 分,多田氏公式计算出血量 > 30 mL。出血部位:基底节区 133 例,脑叶出血 87 例,丘脑出血 50 例。其中行骨瓣开颅血肿清除术 66 例,行小骨窗开颅血肿清除术或微创穿刺引流术 204 例。以上均剔除颅内其他部位出血者;伴有其他器官功能障碍者;脑血管畸形或动脉瘤等自发性出血、血液系统疾病者;手术禁忌证者;近 6 个月有外伤史或手术史及临床资料不完整者等。本研究已经武汉市东西湖区人民医院医学伦理委员会的批准和通过,所有患者和家属都签署了知情同意书。

1.2 研究方法 回顾性分析患者临床资料情况,而根据其术后是否再出血而将患者分为出血组(26 例)和未出血组(244 例),即以术后 24 h 内颅脑 CT 复查结果确诊。且其中 16 例患者行再次血肿清除术治疗,另外 10 例采取保守治疗。重点分析患者性别、年龄、发病至手术时间、凝血机制、手术方式、入院时 GCS 评分、术前血肿量、术后收缩压、术后舒张压、出血部位、血肿形态及术后躁动情况对术后再出血的影响。

1.3 统计学方法 使用 SPSS 21.0 版软件分析相关数据,观测资料主要是计数资料,单因素分析及组间比较为 χ^2 检验。对单因素分析有统计学意义的变量进行多因素非条件 Logisitc 回归分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 高血压脑出血术后再出血发生情况 分析临床资料可知,高血压脑出血患者手术治疗后有 26 例患者再出血,发生率为 9.63%,经 CT 检查均为原出血部位再出血,且患者死亡 16 例,病死率 61.54%。

2.2 高血压脑出血术后再出血的单因素分析 通过表 1 分析可知,高血压脑出血患者术后再出血与患者发病至手术时间、凝血机制、术前血肿量、术后收缩压及术后躁动等有关($P < 0.05$);而与患者年龄、性别、手术方式、入院时 GCS 评分、出血部位无关($P > 0.05$)。

表 1 高血压脑出血术后再出血的单因素分析结果					
因素	例数	再出血/ 例	再出血 率/%	χ^2 值	P 值
性别				0.001	0.993
男	156	15	9.62		
女	114	11	9.65		
年龄/岁				0.321	0.571
≤60	118	10	8.47		
>60	152	16	10.53		
发病至手术时间/h				8.85	0.003
≤6	86	15	17.44		
>6	184	11	5.98		
凝血机制				23.393	0.001
正常	193	8	4.15		
异常	77	18	23.38		
手术方式				3.079	0.079
骨瓣开颅血肿清除术	94	5	5.32		
小骨窗开颅血肿清除 术或微创穿刺引流术	176	21	11.93		
入院时 GCS 评分/分				0.086	0.769
≤8	132	12	9.09		
>8	138	14	10.14		
术前血肿量/ mL				9.661	0.002
≤60	178	10	5.62		
>60	92	16	17.39		
术后收缩压/ mmHg				58.265	0.001
≤180	216	6	2.78		
>180	54	20	37.04		
出血部位				0.073	0.787
基底节区	149	15	10.07		
丘脑或脑叶	121	11	9.09		
术后躁动				8.25	0.004
有	88	15	18.52		
无	182	11	6.04		

表2 高血压脑出血术后再出血的多因素分析结果

影响因素	赋值	β 值	SE	P 值	OR (95% CI)
发病至手术时间	0 为 ≤ 6 h, 1 为 > 6 h	1.179	0.594	0.047	3.252 (1.015 ~ 10.412)
凝血机制	0 为正常, 1 为异常	2.599	0.649	0.001	13.448 (3.766 ~ 48.026)
术前血肿量	0 为 ≤ 60 mL, 1 为 > 60 mL	1.367	0.587	0.020	3.923 (1.242 ~ 12.391)
术后收缩压	0 为 ≤ 180 mmHg, 1 为 > 180 mmHg	3.226	0.617	0.001	25.189 (7.522 ~ 84.351)
术后躁动	0 为无, 1 为有	1.445	0.608	0.017	4.240 (1.289 ~ 13.950)

2.3 高血压脑出血术后再出血的多因素分析 基于本研究的 270 例患者资料,以高血压脑出血术后出血状况为应变量,赋值:1 = 再出血,0 = 未出血。再将单因素分析中 $P < 0.10$ 的指标作为自变量引入至 Logistic 回归方程,并采用向后退法以选择剔除变量。经分析得出:发病至手术时间、凝血机制、术前血肿量、术后收缩压及术后躁动是高血压脑出血术后再出血的独立危险因素 ($P < 0.05$),其 OR 值均在 3.2 以上,具体数据见表 2。

3 讨论

高血压脑出血是高血压患者脑血管形成血肿的一种常见自发性脑血管疾病,具有起病急骤、病情凶险的特点,因血肿压迫周围脑组织而出现相关神经功能缺损症状,是神经外科临床常见病、多发病^[5]。手术治疗可提高患者生存质量及生存率,但对于术后出血这一危险并发症却一直难以解决,困扰神经外科医生,也是导致手术治疗失败的重要原因^[6]。

本研究通过对确诊高血压脑出血且行手术治疗的患者临床资料进行分析,得出高血压脑出血术后再出血发生率为 9.63%,经 CT 检查均为原出血部位再出血,且患者病死率 61.54%。高血压脑出血患者术后再出血与患者发病至手术时间、凝血机制、术前血肿量、术后收缩压及术后躁动等有关 ($P < 0.05$);而与患者年龄、性别、入院时 GCS 评分、手术方式、出血部位无关 ($P > 0.05$)。将单因素分析有统计学意义的变量引入 Logistic 回归方程,分析得出发病至手术时间、凝血机制、术前血肿量、术后收缩压及术后躁动是高血压脑出血术后再出血的独立危险因素 ($P < 0.05$)。分析凝血功能异常患者术中止血困难,导致手术时间延长,因此对此类患者手术治疗时应慎重选择,并及时纠正凝血功能^[7]。血肿量大者对患者颅内压的影响较大,手术清除血肿后易引起颅内压较大梯度变化,增加出血风险;手术时机的选择对术后再出血影响较为显

著,对于符合手术指征的患者应尽早行开颅手术以缓解颅内高压,减轻神经功能损害,但高血压脑出血继续出血多发生在发病 6 h 之后,若 6 h 内行手术清除,则血肿腔减压后极有可能发生再出血,导致安全性降低^[8]。术后血压偏高是引起术后再出血的又一危险因素,导致脑血流量急剧增加而应控制患者术后血压水平;术后躁动会引起血压升高并出现强烈波动,造成脑组织移位,导致过度牵拉、血管撕裂而出血,增加术后出血的风险,临床建议对情绪不稳定患者可适当给予镇静剂^[9]。

综上所述,高血压脑出血术后再出血与发病至手术之间、术前血肿量、血肿形态、术后血压控制、凝血功能及术后躁动情况有显著相关性,临床应给予高度重视并积极处理,以降低术后再出血发生率,改善手术治疗预后。

参考文献

[1] 戴永建,刘岳,罗俊杰. 高血压性脑出血术后再出血的临床影响因素分析[J]. 河北医学,2014,20(12):2085-2087.
[2] 曾志,陈科宇. 高血压脑出血再出血新的影响因素及防治措施[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(12):49-51.
[3] 姚英. 高血压脑出血术后再出血影响因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2015,18(6):74-75.
[4] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 脑卒中病人临床功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
[5] 张施远,蒋永明,荣薇. 高血压脑出血术后再出血相关危险因素分析[J]. 西部医学,2011,23(12):2349-2351.
[6] 沈华. 高血压脑出血术后再出血危险因素分析[J]. 中国临床神经外科杂志,2016,21(6):366-367.
[7] 于坤,李倩. 高血压脑出血术后再出血的因素分析[J]. 中国医药指南,2013,11(5):532-534.
[8] 蒋其俊,甘正凯,程登贵,等. 高血压脑出血术后再出血的相关因素[J]. 中国老年学杂志,2015,35(20):5869-5870.
[9] 刘立迅,丁韶山. CT 监视下颅脑穿刺术治疗高血压脑出血术后再出血的危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(6):17-19.

(收稿日期:2016-08-22,修回日期:2016-12-05)