

高血压脑出血术后再出血 61 例防治分析

王士强

[摘要] 目的:探讨高血压脑出血术后再出血的防治措施。方法:对 61 例高血压脑出血开颅血肿清除术后再出血病例的临床资料进行回顾性分析。结果:高血压脑出血术后再出血发生率为 13.3%,再出血的主要临床表现为意识障碍加深、瞳孔变化及骨窗张力增高(去骨瓣患者),手术后血压仍持续增高且波动幅度大;70.5%的再出血发生在手术后 24 h 内。结论:术中妥善止血和术后保持血压平稳是避免和减少再出血的关键因素,及时诊断和手术治疗可挽救患者生命,提高生存质量。

[关键词] 脑出血;高血压/并发症;再出血

[中国图书资料分类法分类号] R 743.34 [文献标识码] A

Clinical analysis of rehaemorrhage after surgery for hypertensive intracerebral hemorrhage: a report of 61 cases

WANG Shi-qiang

(Department of Neurosurgery, The Affiliated Shenzhen Shajing Hospital of Guangzhou Medical College, Shenzhen Guangdong 518104, China)

[Abstract] Objective: To explore the prevention and treatment of rehemorrhage after surgery for hypertensive intracerebral hemorrhage. Methods: The clinical data of 61 cases of rehaemorrhage after operation for hypertensive intracerebral hemorrhage were analyzed retrospectively. Results: The incidence of postoperative rehaemorrhage was 13.3%. The main clinical manifestations were aggravated disturbance of consciousness, altered pupils and uncontrolled blood pressure. Seventy point five percent of the rehemorrhage occurred within 24 hours after the operation. Conclusions: The essential factors to prevent rehemorrhage are controlling bleeding properly during operation and keeping stable blood pressure after operation. Prompt diagnosis and surgery may save the patients' life and enhance their quality of life.

[Key words] cerebral hemorrhage; hypertension/complications; rehaemorrhagia

高血压脑出血(hypertensive cerebral hemorrhage, HBH)是临床常见的脑血管病之一,起病急,致残率、病死率高,手术清除血肿不仅可减轻血肿的占位效应及脑组织的缺血,而且可以清除造成继发性损害的毒性物质,而术后再出血则在很大程度上加重病情^[1-2]。2000 年 3 月至 2010 年 7 月,我科住院的 457 例 HBH 行开颅血肿清除术,其中 61 例术后出现再出血,现就 HBH 再出血的防治作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 HBH 开颅血肿清除术后再出血 61 例,再出血发生率为 13.3%,其中男 42 例,女 19 例;年龄 32~81 岁。56 例患者术前有明确高血压病史,血压 170~280/100~180 mmHg。血肿位于基底核区 50 例,脑叶 8 例,小脑 3 例,其中破入脑室 11 例;出血 20~110 ml;术前均有不同程度意识

障碍,其中 22 例已有脑疝形成;行去骨瓣减压 46 例,其中 18 例因脑室内积血放置脑室外引流,小骨窗开颅血肿清除术 15 例。

1.2 HBH 术后再出血判断标准 开颅手术者术后首次复查 CT 残余血肿量 \geq 术前血肿量 $\times 0.5$ 。

1.3 再出血的临床表现 再出血时多数表现意识障碍加深,格拉斯哥评分 3~5 分 18 例,6~8 分 38 例,>8 分 5 例;一侧瞳孔散大 37 例,双侧瞳孔散大 4 例;术后血压波动幅度较大,110~210/70~140 mmHg。经颅脑 CT 扫描确诊,再发血肿均位于原血肿腔:25~60 ml 46 例,60~80 ml 13 例,80~100 ml 2 例。

1.4 治疗方法 根据再出血量、脑组织受压程度、意识状态等确定手术指征,并行降压、脱水、保持水电平衡、神经营养药物应用、支持对症等处理。

2 结果

61 例发病后 6 h 内手术者再出血的发生率为 16.0% (47/293),6~24 h 发生率为 9.5% (13/137),超过 24 h 发生率为 3.7% (1/27)。再出血发生在术后 24 h 以内占 70.5% (43/61),24~48 h 16

[收稿日期] 2010-08-19

[作者单位] 广州医学院附属深圳沙井医院 神经外科,广东 深圳 518104

[作者简介] 王士强(1967-),男,副主任医师。

例,48 h 以后 2 例。再出血主要原因是,手术后血压高且波动幅度大及手术中止血不彻底。出院时神志转清醒 17 例(27.9%),其中手术 14 例,保守治疗 3 例;昏迷 19 例(31.1%),其中手术 16 例,保守治疗 3 例;病死 25 例(41.0%),其中手术 8 例,保守治疗 17 例,保守治疗患者中有 9 例家属拒绝手术并放弃治疗。

3 讨论

3.1 再出血的原因 高血压脑出血术后再出血是威胁患者生存、影响预后的重要因素^[3],其主要原因有以下 5 方面:(1)手术中止血不彻底,尤其对于深部血肿,或未使用显微镜无法在直视下止血,只能用明胶海绵、止血纱布压迫止血,术后因血压升高等因素而再出血。本组资料中再出血部位位于原血肿腔,且再出血时间多在术后 24 h 内,由此推断手术中止血不彻底是再出血的主要原因之一。(2)手术后血压仍偏高且波动幅度大是再出血的另一重要原因^[4]。也有学者^[3]认为,高舒张压是引起 HBH 术后再出血发生的主要危险因素。本组资料中再出血患者手术后血压仍高且波动幅度大。(3)对于昏迷或气管切开患者,翻身或吸痰时的强烈刺激可导致血压升高是引起再出血的另一原因^[5-6]。本组资料中有 3 例在手术后 6 h 内即发生再出血,除可能与手术中止血不彻底有关外,与气管插管也可能有关。(4)清醒患者的情绪变化及大便是否通畅也是非常重要的因素。(5)脑动脉原有基础病变是潜在因素,血肿清除后颅内压力下降,邻近脑组织再灌注损伤,造成脑组织软化坏死,亦可引起再出血。

3.2 再出血的及时诊断 对于术后患者,应严密观察病情,及早发现并确定有无再出血。(1)意识障碍:HBH 术后再出血的主要表现为进行性意识障碍加深或术后清醒又逐渐进入昏迷,须及时复查颅脑 CT。(2)瞳孔改变:瞳孔变化是脑出血术后观察的重要体征。本组资料中有瞳孔变化者占 67.2% (41/61)。(3)颅内压增高:术后已清醒的患者,突然出现剧烈的头痛、呕吐、躁动、抽搐,及术中已行去骨瓣减压的患者,术后发现减压窗张力增高,可能发生再出血。(4)手术后血压仍持续增高且波动幅度大。

3.3 再出血的预防 HBH 术后再出血在临床上不少见,远高于其他开颅手术的发生率^[7],减少再出血的发生具有重要临床意义。(1)术中应充分暴露血肿腔,保证良好的深部照明,视野清晰,直视下在血肿腔内操作,清除血肿时应严格做到只吸血肿不吸血肿壁,对粘连较紧的小血块应予以保留。血肿

腔渗血创面用止血纱布及明胶海绵贴敷,以作支撑物防止小动脉破裂出血,必要时使用医用胶以加强止血效果。(2)关颅前一定要正确做好压颈、膨肺试验,检测止血的可靠性。术中麻醉医生应积极配合,要求麻醉平稳,防止血压剧烈波动,不要在手术结束前过早停用麻醉药物,防止患者躁动。(3)术后患者应入 ICU 加强监护,保持头高位 20°~30°以利静脉回流,保持患者安静,防止患者躁动血压升高。(4)有效平稳控制术后血压,是预防术后再出血的重要环节^[8],对于顽固性高血压可使用微量泵控制输注乌拉地尔或硝普钠,保证平稳降压。(5)麻醉清醒过程中血压升高原因及防治措施:麻醉药物有轻度降血压作用,停用麻醉药物后,血压逐渐升高;术中如输注大量晶体维持血压及脑灌注,麻醉清醒后,全身血管收缩,呈高血容量状态,血压升高,所以在麻醉过程中应控制液体量的输入,如没有大出血,术中输注液体宜 1 000~1 500 ml 左右。在麻醉清醒过程中应严密监测血压变化,可用快速利尿剂促进尿量排出,减少血容量;麻醉逐渐清醒后,意识障碍不深的患者,宜尽早拔除气管插管;意识障碍较深的患者,术后及早气管切开。

3.4 治疗 根据再出血血肿量、对脑组织的压迫程度、患者的意识状态等决定是否再手术清除血肿^[9]。颅脑 CT 扫描确诊后,幕上血肿 >25 ml、幕下血肿 >10 ml、周围水肿明显中线结构移位者应选择手术治疗;已去骨瓣者行原切口入路清除血肿;小骨窗开颅者扩大切口和骨窗并清除血肿;有脑室积血者行脑室外引流。术后适当应用镇静剂防患者躁动,严格控制血压,杜绝一切引起颅内压增高的因素,如防止肺部感染,必要时气管切开保持呼吸道通畅,积极预防并发症。2005 年 3 月以后,我科和麻醉科医生密切协作,术后有效控制收缩压在 140~160 mmHg,减少呼吸道刺激,加强术后再出血高发时间段的监护管理,再出血的发生率降为 9.4% (29/308),为提高患者的生存质量创造了条件。

[参 考 文 献]

- [1] 丁振荣,刘汉华,杨华,等.高血压脑出血术后近期再出血分析[J].中国临床神经外科杂志,2009,14(5):295-296.
- [2] 高晓兰,胡长海,杨卿,等.高血压脑出血再出血的危险因素分析[J].中华神经外科杂志,2005,10(11):302-305.
- [3] Leira R, Davalos A, Silva Y, et al. Early neurologic deterioration in intracerebral hemorrhage: predictors and associated factors [J]. *Neurol*, 2004, 63(3):461-463.
- [4] Willmot M, Leonardi-Bee J, Bath PM. High blood pressure in acute stroke and subsequent outcome: a systematic review [J]. *J Hypertens*, 2004, 43(1):18-21.
- [5] Ingall T. Stroke—incidence, mortality, mortality and risk [J]. *J Insur Med*, 2004, 36(2):143-152.

双管持续中心负压引流在乳腺癌根治术中的应用观察

张 刚, 伍万权

[摘要] 目的: 观察双管持续中心负压引流在乳腺癌根治术中的应用效果。方法: 对 43 例乳腺癌患者行乳腺癌根治术并双管持续中心负压引流, 观察术后皮下积液及皮瓣坏死的情况。结果: 术后 35 例切口一期愈合; 并发皮下积液 5 例, 其中位于腋窝处 3 例, 胸骨旁 2 例; 皮瓣坏死 3 例, 主要集中在切口中段边缘, 其中皮下积液合并皮瓣坏死 2 例。结论: 乳腺癌根治术后应用双管持续中心负压引流, 可减少皮下积液和皮瓣坏死的发生。

[关键词] 乳腺肿瘤; 乳腺癌根治术; 负压引流; 皮下积液; 皮瓣坏死

[中国图书资料分类法分类号] R 737.9 [文献标识码] A

Dual-tube continuous negative pressure drainage in radical mastectomy

ZHANG Gang, WU Wan-quan

(Department of General Surgery, Xinhua Hospital, Huainan Anhui 232052, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effect of dual-tube continuous negative pressure drainage on patients receiving radical mastectomy. **Methods:** Forty-three patients with breast cancer underwent radical mastectomy, and the dual-tube continuous negative pressure drainage was applied. Subcutaneous fluid collection and skin flap necrosis were observed after the operation. **Results:** Primary healing was reached in 35 cases; subcutaneous fluid collection was detected in 5 cases, 3 of which were in the axilla and 2 in the parasternal; skin flap necrosis occurred in 3 cases, which was mainly in the middle edge of the incision; 2 cases suffered from both fluid collection and skin flap necrosis. **Conclusions:** After radical mastectomy, dual-tube continuous negative pressure drainage can reduce the subcutaneous fluid collection and skin flap necrosis.

[Key words] breast neoplasmas; radical mastectomy; negative pressure drainage; subcutaneous fluid collection; skin flap necrosis

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一, 外科手术是乳腺癌治疗的首选方法。乳腺癌根治术后皮下积液和皮瓣坏死是最常见的并发症, 其直接影响患者切口的愈合及后续的放、化疗时间, 延长住院时间, 增加患者的经济负担^[1]。因此, 寻求更为合理的引流方式, 减少皮下积液合并皮瓣坏死的发生非常必要。2008 年 6 月至 2010 年 6 月, 我院对 43 例乳腺癌患者根治术后应用双管持续中心负压引流, 有效地降低了皮下积液合并皮瓣坏死的发生率, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 43 例均为女性, 年龄 35 ~ 70 岁,

术中冷冻病理及常规病理均证实为乳腺癌。左乳 28 例, 右乳 15 例。TNM I 期 12 例, II 期 19 例, III 期 12 例。肿块直径 1.5 ~ 5 cm。术后病理证实为浸润性导管癌 40 例, 导管内乳头状癌 2 例, 叶状囊肉瘤 1 例。43 例术前均未行放疗和化疗。

1.2 方法 31 例实施保留胸大肌、胸小肌的 Auchincloss 术式, 12 例实施标准 Halsted 术式。术后彻底止血, 取 2 条 18 号硅胶引流管, 分别置于胸骨旁及腋下, 并按螺旋状剪出侧孔, 每个侧孔间距 1 cm, 并且保证创面底部的引流管部分一定要有侧孔, 分别从创面最低处戳孔引出并固定, 垂直褥式缝合两侧皮瓣, 针距为 0.5 ~ 1 cm, 使创面对合紧密。缝合切口后在切口上覆盖一次性敷料贴, 不用加压包扎, 用吸引器通过引流管将皮瓣下的空气和积液尽量吸出, 使皮瓣与创面紧密贴合, 夹闭引流管。回病房后将 2 根引流管连接 Y 型接头, 通过负压引流

[收稿日期] 2010-11-06

[作者单位] 安徽省淮南市新华医院 普外科, 232052

[作者简介] 张 刚(1975 -), 男, 主治医师。

[6] Greenberg SM, Eng JA, Ning M, et al. Hemorrhage burden predicts recurrent intracerebral hemorrhage after lobar hemorrhage [J]. J Stroke, 2004, 35(6): 14 - 15.

[7] 陈铮立, 蔡学见, 胡开树, 等. 高血压脑出血术后再出血 [J]. 临床神经病学杂志, 2000, 13(1): 41 - 42.

[8] Telleria-Díaz A. Surgical treatment of hypertensive spontaneous

intracerebral hemorrhage: behavior yet to be defined [J]. Rev Neurol, 1998, 27(155): 162 - 163.

[9] Buh IR, Barth H, Mehdom HM. Risk of recurrent intracerebral hemorrhages [J]. Neurol Res, 2003, 25(8): 853 - 855.