

参考文献

[1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2001:759-764.

[2] Marks R, Barton SP, Shuttleworth D, et al. Assessment of disease progress in psoriasis[J]. Arch Dermatol, 1989, 125 (2):235-240.

[3] 赵炳南. 赵炳南临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:226.

[4] 吴波, 陈孝顶, 夏丹, 等. 中药药浴联合窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病

学杂志, 2011, 10(5):304-305.

[5] 刘仲荣, 高天文, 李廷慧, 等. 311 nm 窄谱中波紫外线照射治疗寻常性银屑病疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2004, 33(6):373-375.

[6] Kirke SM, Lowder S, Lloyd JJ, et al. A randomized comparison of selective broadband UVB and narrowband UVB in the treatment of psoriasis[J]. J Invest Dermatol, 2007, 127(7):1641-1646.

(收稿日期:2012-11-06)

• 临床研究 •

高血压脑出血术后再出血的临床分析

唐雄伟, 吴 军, 贾孝军, 龙 飞(重庆市合川区人民医院 401520)

【摘要】 目的 探讨高血压脑出血术后再出血的原因及防治措施。**方法** 回顾合川区人民医院 2005 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 337 例高血压脑出血手术患者的临床资料, 对其中 33 例术后再出血患者的原因及防治措施进行分析总结。**结果** 本组 337 例病例中发生再出血 33 例, 其中术后收缩压持续高于 180 mm Hg 30 例, 低于 180 mm Hg 3 例; 钻孔引流手术 17 例, 开颅血肿清除术 7 例, 小骨窗血肿清除 9 例; 超早期(6 h 内)手术 25 例, 7~24 h 7 例, 超过 24 h 1 例。再次手术 28 例, 非手术治疗 2 例, 放弃治疗 3 例; 存活 26 例, 死亡 4 例, 3 例放弃治疗。**结论** 高血压脑出血术后再出血与术后血压控制情况、手术方式的选择、手术时机的选择有关, 预防和正确处理再出血, 对提高患者的预后及生存质量尤为重要。

【关键词】 高血压; 脑出血; 再出血; 防治措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.032 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1262-03

高血压脑出血(HICH)是神经外科常见的急症之一,起病急,危害大,致残率、病死率高。目前已有研究显示 HICH 外科规范化治疗优于内科规范化治疗的趋势。但术后再出血在很大程度上加重病情,是导致患者死亡的重要原因^[1]。预防和正确处理再出血,对提高患者的预后及生存质量尤为重要。本院 2005 年 1 月至 2012 年 10 月共收治 HICH 并手术的患者 337 例,其中再出血患者 33 例(9.79%)。本文就其再出血原因及防治措施进行分析总结,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例符合 1995 年第四届全国脑血管病会议诊断标准。再出血 33 例,其中男 19 例,女 14 例,年龄 45~78 岁,平均 66.4 岁,均有长期高血压史,未服或未正规服用降压药,术前血压(150~250)/(100~160) mm Hg。其中基底节脑出血 21 例,脑室出血 3 例,脑叶出血 7 例,丘脑出血 2 例。出血量 30~120 mL。

1.2 临床表现 33 例再出血病例中术后意识好转后再次加重 22 例,持续加重 11 例。术后患者出现躁动或躁动加重,血压突然升高,头痛、呕吐等症状重新出现或加重,意识障碍等症状加重。复查头颅 CT 提示术区再次出血。

1.3 本组术后再出血 术后立即复查头颅 CT 显示颅内血肿体积大于血肿排出量和残存量之和。血肿体积采用多田公式计算,血肿量(mL)= $\pi/6 \times$ 长轴 $\times$ 短轴 $\times$ 层面数。

1.4 统计学方法 所有数据均采用 SPSS14.0 进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 种方式手术再出血结果 见表 1。钻孔引流术再出血

明显高于开颅及小骨窗开颅再出血的发生率。

表 1 3 种方式手术再出血结果

术式	<i>n</i>	再出血	再出血发生率(%)
钻孔引流术	103	17	16.50
开颅血肿清除	114	7	6.14*
小骨窗血肿清除	120	9	7.50*

注:与钻孔引流术比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 不同手术时间再出血结果 见表 2。超早期及早期手术再出血的发生率明显高于其他时间手术发生率,见表 2。

表 2 不同手术时间再出血结果

手术时间	<i>n</i>	再出血	再出血发生率(%)
6 h 内	165	25	15.15
7~24 h	121	7	5.79*
大于 24 h	51	1	1.96*#

注:与 6 h 内手术比较,* $P < 0.05$;与 7~24 h 手术比较,# $P < 0.05$ 。

2.3 术后血压大于 180 mm Hg 或持续不稳定与低于 180 mm Hg 再出血结果 见表 3。术后血压持续升高或血压控制不稳定的再出血发生率明显高于术后血压持续低于 180 mm Hg 发生率,见表 3。本组 33 例患者中,再次手术 28 例,非手术治疗 2 例,放弃治疗 3 例;存活 26 例,死亡 4 例。其中 28 例再次手术,均采用开颅血肿清除术,2 例脑室出血的患者给予冰生理盐水反复冲洗并灌注尿激酶,3 例由于其他原因放弃治疗。

本组存活 26 例,死亡 4 例,存活患者随访 1~2 年,按照高血压脑出血 ADL 分级法分为 5 级:Ⅰ级,完全恢复社会生活 2 例;Ⅱ级,部分恢复社会生活或可独立进行家庭生活 7 例;Ⅲ级,家庭生活需要帮助,拄拐可行走 10 例;Ⅳ级,卧床不起,但意识清楚 5 例;Ⅴ级,植物生存状态 2 例。

表 3 术后两种血压再出血情况

术后血压(mm Hg)	n	再出血	再出血发生率(%)
>180 或持续不稳定	87	30	34.48*
<180	250	3	1.20

注:与术后血压低于 180 mm Hg 比较,**P*<0.01。

3 讨 论

HICH 术后再出血是威胁患者生存、影响预后的重要因素^[2]。文献报道其发生率为 7.8%~26.7%。本组病例再出血发生率为 9.79%。根据本组 33 例再出血病例的临床资料分析,总结其再出血原因及防治措施如下。

3.1 HICH 术后再出血的原因

3.1.1 血压因素 本组病例中术后血压持续大于或等于 180 mm Hg 或血压控制不稳定的再出血发生明显高于术后血压持续小于 180 mm Hg 的发生率。研究表明长期高血压可造成脑动脉尤其是小动脉硬化和透明样变性,使血管壁弹性丧失,韧度降低,导致血管壁在局部薄弱处形成许多粟粒状微型动脉瘤。HICH 一般均为细小血管或微型、粟粒样动脉瘤出血^[3]。HICH 手术仅仅是清除脑内血肿,未完全清除所有的血管病变,术后患者持续高血压,或血压不稳定,骤升骤降,使长期病理改变的血管不能承受而致再出血。目前多数学者一致认为血压增高是 HICH 术后再出血的主要原因,特别是血压大幅波动是重要诱因^[4]。有研究证实,术后收缩压持续大于或大于 180 mm Hg 者与再出血有密切关系,再出血率明显高于收缩压小于 180 mm Hg 的再出血发生率^[5]。

3.1.2 手术方式的选择 本组病例中钻孔引流术再出血明显高于开颅血肿清除及小骨窗血肿清除。钻孔引流术治疗 HICH 只能暂时清除脑内血肿腔的血液,不能处理出血责任血管,未从根本上消除患者的发病基础^[6]。另外穿刺部位不准确,穿刺针损伤脑组织及血管、抽吸血肿过多、过快,破坏了血肿压迫效应;拔针时左右摆动或反复穿刺均可造成再出血。开颅血肿清除术及小骨窗血肿清除术可在直视下彻底止血,不但可以在直视下清除血肿,最大限度减压,有效改善脑血液循环,减轻继发性损害,可挽救部分危重患者生命^[7]。

3.1.3 手术时机的选择 根据本组病例的分析,超早期及早期手术的病例再出血发生率明显比晚期手术高。有研究表明,HICH 一般在出血 30 min 左右形成血肿,62%的患者在 2 h 后不再继续出血^[8]。黄广苏等^[9]也报道,通过头颅 CT 进行回顾性研究表明,脑出血发病后 3 h 内复查 CT,有 24%的患者可见血肿扩大,3~6 h 复查 CT 有 11%的患者血肿扩大,6~24 h 内复查 CT 仅有 5%的患者血肿扩大,24 h 后血肿扩大非常罕见。

3.1.4 其他因素 术中止血手术操作不熟练,动作粗暴,术中牵拉血肿腔用力过大。清除血肿时吸引力或范围过大,对于位置较深的血肿,术野暴露不充分,止血困难,止血不彻底,未能对出血动脉牢靠地电凝止血都可导致新的出血。糖尿病脑出血患者可增加术后再出血概率^[10]。温冰涛等^[11]认为脑出血后早期应用甘露醇可使颅内血肿增大的发生率明显增加,也可增

加再出血的发生率。

3.2 HICH 术后再出血的预防措施 HICH 术后再出血在临床上多见,直接影响患者的预后,如何在术中及术后采取必要的防范措施,尽可能减少再出血发生具有重要临床意义。根据再出血的原因可采取以下预防措施。

3.2.1 术中和术后均重点控制高血压,防止血压剧烈波动,使血压维持在 160/90 mm Hg 左右,在密切监测血压下可用微泵泵入乌拉地尔控制血压,也可在胃管内鼻饲卡托普利,必要时加用双氢克尿噻^[12];对顽固性高血压,可选用硝普钠降压。排除引起血压升高或血压波动的因素,术中麻醉保持平稳,术毕不要立即行麻醉复苏,让患者继续处于麻醉状态,回到重症监护病房后予呼吸机支持通气,若自主呼吸恢复并有烦躁,给予强力镇静剂(如咪唑安定),维持 6~8 h;及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅,如估计患者短时间不能苏醒,早期行气管切开;拔除气管插管时动作要轻柔,防止患者剧烈呛咳;后期注意保持患者大便通畅;避免患者情绪激动或躁动;必要时可予镇静剂(如盐酸氯丙嗪及盐酸异丙嗪),给患者翻身拍背时动作要轻柔缓慢。

3.2.2 选择恰当手术方式 尽可能采用小骨窗清除血肿及开颅清除血肿,不但可清除血肿,达到减压的目的,还可在直视下彻底止血,尤其是在显微镜下进行手术。越来越多的临床研究显示,显微手术清除血肿更符合微创和安全原则^[13]。钻孔引流手术时必须定位准确,最好再用软通道穿刺抽吸血肿,避免不必要的损伤,抽吸时不要过多、过快。

3.2.3 选择恰当手术时机 由于 HICH 在 6 h 内可能出血增多,超早期手术特别是钻孔引流术再出血的发生增多,如病情允许尽可能在出血后 6 h 手术,但遇到病情危急,大脑疝形成的患者必须立即手术,以挽救患者生命。

3.2.4 其他措施 钻孔引流术术前准确定位从最短途径开颅进入找到血肿,抽吸血肿不要过多过快,不要反复穿刺避免损伤出血;术中充分暴露血肿,手术尽可能在显微镜下进行,必要时可适当延长脑皮层切口,扩大术野,手术操作轻柔,不要过度牵拉;血肿清除只能在血肿腔内进行,避免吸到血肿腔及周边水肿脑组织形成新的创面出血,血肿清除速度不能太快;对活动性出血点,用电凝止血,认真辨认并用双极电凝器对脑出血责任动脉可靠止血,创面用止血纱布或明胶海绵贴附,将血压适当升高,观察术野有无渗血,检查止血是否可靠;留置颅内引流管在血肿腔中间,不能太深(导致损伤出血)或太浅(导致引流不充分)。术后早期不用甘露醇脱水,脑出血后早期应用甘露醇可使颅内血肿增大的发生率明显增加,一般术后 8 h 内不用脱水剂;有糖尿病的患者术后加强干预治疗,控制血糖在 8 mmol/L 以下能有效减少脑出血术后再出血的发生。

3.3 HICH 开颅术后再出血的处理 HICH 术后应严密观察病情变化,特别是颅内压、意识、瞳孔、生命体征变化和颅内引流管引流情况,对怀疑有再出血者,及早果断行 CT 复查,及时发现处理术后再出血。一旦诊断明确,根据出血量大小而采取再次手术清除血肿或保守治疗。本组 3 例因家属要求放弃治疗,另外 2 例因血肿量较小从引流管注入尿激酶溶解血肿,疗效满意,其余 28 例血肿量较大,及时再次手术清除血肿并可靠止血。抢救成功 26 例,死亡 4 例。

HICH 术后再出血与许多因素有关,特别是与术后血压的控制、手术时机及手术方式的选择密切相关。术后应严密观察,及时处理,尽力挽救患者的生命,提高患者的生存质量。

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] Leira R,Davalos A,Silva Y,et al. Early neurologic in-tracerebral hemorrhage: predictors and associated factors [J]. Neurology,2004,63(3):461-467.
- [3] 刘承基.脑血管外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2002:307-335.
- [4] 崔宝文.脑出血早期血肿扩大 76 例临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2007,10(5):36-37.
- [5] 赵宪林,姜宏舟,杜敬华,等.颅脑穿刺术治疗高血压脑出血后再出血危险因素分析[J].中华神经外科疾病研究杂志,2011,10(6):537-539.
- [6] 饶明俐,林世和.脑血管疾病[J].北京:人民卫生出版社,2002:54-58.
- [7] 宋洋,崔益钿,万清,等.高血压脑出血的外科治疗[J].中华神经外科疾病研究杂志,2004,3(4):325-327.
- [8] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2005:867.
- [9] 黄广苏,邱小鹰,陈汉明,等.脑出血早期血肿扩大的研究进展[J].中国脑血管病杂志,2009,6(1):54-56.
- [10] 王文杰,司文,牛国盛.高血压性脑出血术后出血 162 例临床分析[J].岭南心血管病杂志,2010,16(5):397-399.
- [11] 温冰涛,石义亨,李培永,等.甘露醇对脑出血早期血肿扩大影响的动物实验研究[J].卒中与神经疾病,2006,13(1):30-33.
- [12] Qureshi AI,Mohammad YM,Yahia AM,et al. A prospective multi center study to evaluate the feasibility and safety of aggressive antihypertensive treatment in patients with acute intracerebral hemorrhage [J]. J Intensive Care Med,2005,20(1):34-42.
- [13] 李波,王毅军,杜斌.超早期小骨窗显微手术治疗高血压脑出血[J].中国临床神经外科杂志,2005,10(3):218-219.

(收稿日期:2012-11-26)

• 临床研究 •

血清胱抑素 C 检测在糖尿病肾损害诊断中的应用价值

蓝永乐,李介华,钟国权(暨南大学附属清远医院/清远市人民医院,广东清远 511500)

【摘要】 目的 通过研究血清胱抑素 C 与肾小球滤过率之间的关系,探讨检测血清胱抑素 C 水平在糖尿病肾损害诊断中的应用价值。**方法** 记录患者的一般资料,包括性别、年龄、身高、体质量、血压、病程等;留取患者 24 h 尿混匀后取 10 mL 送检尿清蛋白排泄量;禁食 10 h 后采静脉血 4 mL 送检胱抑素 C、血清肌酐(SCr)。根据 24 h 内患者尿清蛋白排泄量将患者分为单纯性糖尿病组、早期糖尿病肾病组和临床糖尿病肾病组 3 组,比较 3 组血清胱抑素 C、SCr 水平及肾小球滤过率。**结果** 3 组患者年龄和性别差异无统计学意义($P>0.05$)。随着尿清蛋白量的增加,血清胱抑素 C 和 SCr 水平升高,肾小球滤过率降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 血清胱抑素 C 可以作为反映糖尿病肾病的一项理想指标,而且比 SCr 能够更灵敏地反映糖尿病患者的肾损害情况,血清胱抑素 C 水平检测对糖尿病肾病的早期诊断具有很大的价值。

【关键词】 糖尿病肾损害; 胱抑素 C; 肾小球滤过率; 血清肌酐

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1264-03

现代人的生活方式发生了很大改变,生活水平也得到了很大提高,但是肥胖及缺乏运动却日渐普遍,由此导致糖尿病患者逐年增加。世界卫生组织预计,到 2030 年,世界人口糖尿病的比率将达到 4.4%^[1]。糖尿病肾病(DN)是糖尿病众多并发症之一,临床证明是导致终末期肾脏疾病(ESRD)的重要原因。糖尿病患者大多数都合并心血管疾病,或者外周血管病变,加之患者自身体质量增加,血糖控制效果不佳等,种种因素使 DN 引起 ESRD,其肾脏替代治疗效果并不理想。所以,准确地评价 DN 患者的肾功能具有重要意义。近年来的研究表明,血清胱抑素 C(CysC)是检测肾功能损害的灵敏指标,能作为早期发现糖尿病肾损伤的生物标记。CysC 经肾小球滤过而被清除,所以也能作为反映肾小球滤过率变化的内源性标志物^[2]。因此,本文通过研究血清 CysC 与肾小球滤过率之间的关系,探讨检测血清 CysC 水平在糖尿病肾损害诊断中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2012 年 4 月至 2012 年 11 月入住本院的 120 例 2 型糖尿病患者为研究对象,所有患者均符合 1999 年

世界卫生组织确定的《糖尿病的诊断及分型标准》。其中男 68 例,女 52 例,年龄 18~88 岁,平均 56 岁。

1.2 方法

1.2.1 观察指标 (1)一般资料:包括性别、年龄、身高、体质量、血压、病程等;(2)留取患者 24 h 尿并统计总量,混匀后取 10 mL 送检尿清蛋白排泄量;(3)禁食 10 h 后采静脉血 4 mL 送检 CysC、血清肌酐(SCr)。

1.2.2 仪器及方法 仪器为雅培(Abbott)公司生产的 c16000 全自动生化分析仪,CysC 由上海景源医疗器械有限公司提供检测试剂,采用颗粒增强免疫比浊法;尿微量清蛋白试剂由芬兰 Orion 提供;SCr 试剂由北京九强生物技术股份有限公司提供,利用简化的 MDRD 公式计算肾小球滤过率(GFR);质控品由美国伯乐公司(Bio-Rad)提供。

1.2.3 分组 根据 24 h 内患者尿清蛋白排泄量分为:(1)单纯性糖尿病组(UAE<30 mg/24 h)32 例,男 17 例,女 15 例。(2)早期 DN 组(UAE 30~300 mg/24 h)48 例,男 25 例,女 23 例。(3)临床 DN 组(UAE>300 mg/24 h)40 例,男 26 例,女