

[文章编号] 1000-2200(2005)06-0532-02

# 脑出血继续出血 20 例临床分析

汪 飞

[摘要] 目的: 探讨脑出血继续出血的发生率、发生时间及影响因素。方法: 对 73 例脑出血患者进行 CT 动态观察, 结合临床资料进行分析。结果: 继续出血的发生率为 27.4%, 多在 24 h 内发生。首次 CT 检查在发病后 6 h 内  $> 6 \sim 12$  h, 继续出血查出率分别为 47.37%、20.0%。继续出血组与非继续出血组发病 6 h 内使用甘露醇者差异有显著性 ( $P < 0.05$ ); 两组首次 CT 示血肿形态不规则者差异有显著性 ( $P < 0.005$ ); 平均动脉压差异无显著性 ( $P > 0.05$ )。结论: 起病时间短、超早期使用甘露醇、首次 CT 扫描血肿形态不规则是脑出血继续出血的重要影响因素, 血压与继续出血无明显关系。

[关键词] 脑出血; 颅内血肿清除术; 断层摄影术, X 线计算

[中国图书资料分类号] R 743.34 [文献标识码] A

随着头颅 CT 的广泛应用, 发现部分脑出血患者在发病后一段时间内还存在继续出血<sup>[1]</sup>。为了探讨脑出血后继续出血的发生率、发生时间及影响因素, 笔者对 73 例脑出血患者进行 CT 动态观察, 发现 20 例继续出血, 现结合临床资料进行分析。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2001 年 11 月~2004 年 9 月, 我科收治 73 例脑出血患者, 共进行 225 例次头颅 CT 扫描, 每例经 CT 检查至少 2 次。根据 Kazui 等<sup>[2]</sup>对血肿扩大诊断标准, 即  $V_2 - V_1 \geq 12.5 \text{ cm}^3$  或  $V_2/V_1 \geq 1.4$  ( $V_1$  为头颅 CT 第 1 次扫描血肿体积,  $V_2$  为第 2 次扫描血肿体积), 73 例中有 20 例存在早期继续出血。(1) 继续出血组 20 例: 男 9 例, 女 11 例; 年龄 40~77 岁。既往有高血压病史 9 例, 慢性肝病 1 例, 肾病 1 例, 有类风湿性关节炎长期抗风湿治疗 1 例, 长期饮酒史(饮酒史  $\geq 10$  年, 日饮白酒量  $\geq 250 \text{ g}$ ) 8 例。平均动脉压 ( $130 \pm 18$ ) mmHg, 收缩压  $< 180 \text{ mmHg}$  10 例,  $\geq 180 \text{ mmHg}$  6 例,  $\geq 200 \text{ mmHg}$  4 例。17 例发病后 6 h 内在当地或救护车上、急救室静脉滴注(静滴) 20%甘露醇 250 ml。(2) 非继续出血组 53 例: 男 41 例, 女 12 例; 年龄 33~80 岁。既往有高血压病史 25 例, 慢性肝病 1 例, 糖尿病史 1 例, 脑卒中史 1 例, 吸毒史 1 例。长期饮酒史(饮酒  $\geq 10$  年, 日饮白酒量  $\geq 250 \text{ g}$ ) 9 例。平均动脉压 ( $132 \pm 24$ ) mmHg, 收缩压  $< 180 \text{ mmHg}$  29 例,  $\geq 180 \text{ mmHg}$  11 例,  $\geq 200 \text{ mmHg}$  13 例。发病后 6 h 内使用甘露醇 250 ml 者 30 例。

1.2 临床表现 继续出血组主要表现为头痛 15 例, 呕吐 13 例, 呕咖啡色液体 3 例, 烦躁 11 例, 嗜睡 8 例, 昏睡 5 例, 浅昏迷 1 例, 深昏迷 2 例。15

例入院后头痛、呕吐、意识障碍、肢体瘫痪等加重。非继续出血组主要表现为: 头痛 30 例, 呕吐 31 例, 呕咖啡色液体 5 例, 烦躁 18 例, 嗜睡 21 例, 浅昏迷 6 例, 深昏迷 2 例。9 例入院后头痛、呕吐、意识障碍、瘫痪等加重。

### 1.3 头颅 CT 检查

1.3.1 继续出血组 首次 CT 扫描距发病时间  $\leq 6 \text{ h}$  18 例,  $> 6 \sim 12 \text{ h}$  2 例。第 2 次 CT 检查距发病时间 5 h 1 例, 12~24 h 4 例,  $> 24 \sim 48 \text{ h}$  11 例,  $> 48 \text{ h} \sim 7 \text{ d}$  3 例,  $> 7 \text{ d}$  1 例。出血部位: 壳核 14 例, 丘脑 4 例, 脑叶 2 例, 其中破入脑室 3 例。根据多田公式计算血肿量。首次 CT 扫描血肿量 3~65 ml; 其中  $\leq 10 \text{ ml}$  6 例(30%),  $> 10 \sim 20 \text{ ml}$  5 例(25%),  $> 20 \sim 30 \text{ ml}$  3 例(15%),  $> 30 \sim 40 \text{ ml}$  2 例(10%),  $> 40 \text{ ml}$  4 例(20%)。第 2 次 CT 扫描血肿量: 6~110 ml; 净增血肿量: 3~72 ml。血肿形态: 不规则(其中有密度不均匀) 13 例, 规则(椭圆形、圆形) 7 例。

1.3.2 非继续出血组 首次 CT 扫描距发病时间:  $\leq 6 \text{ h}$  20 例,  $> 6 \sim 12 \text{ h}$  8 例,  $> 12 \sim 24 \text{ h}$  9 例,  $> 24 \sim 48 \text{ h}$  7 例,  $> 48 \text{ h} \sim 7 \text{ d}$  9 例。第 2 次 CT 检查距发病时间: 24~48 h 4 例,  $> 48 \text{ h} \sim 7 \text{ d}$  20 例,  $> 7 \sim 14 \text{ d}$  25 例,  $> 14 \sim 21 \text{ d}$  3 例,  $> 21 \text{ d}$  1 例。出血部位: 壳核 19 例, 丘脑 14 例, 脑叶 12 例, 小脑 3 例, 脑室 3 例, 脑干 2 例, 其中破入脑室 15 例。出血量: 1~65 ml。血肿形态: 不规则 12 例, 规则(椭圆形、圆形) 41 例。

1.4 统计学方法 采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

继续出血组 2 例行颅内血肿微创清除术, 1 例开颅手术, 17 例内科治疗; 18 例治愈好转, 2 例因病情恶化、自主呼吸停止而自动出院。非继续出血组: 53 例均行内科治疗; 治愈好转 51 例, 自动出院 1 例,

[收稿日期] 2005-02-02

[作者单位] 安徽省黄山市人民医院 神经内科, 245000

[作者简介] 汪 飞(1968-), 男, 安徽安庆人, 主治医师。

病死 1 例。继续出血组(20 例)与非继续出血组(53 例)比较:发病 6 h 内使用甘露醇者分别为 17 例(85.0%)和 30 例(56.6%),差异有显著性( $\chi^2=5.11, P<0.05$ );首次 CT 扫描示血肿形态不规则者分别 13 例(65.0%)和 12 例(22.6%),差异有显著性( $\chi^2=12.58, P<0.005$ );长期饮酒者分别为 8 例(40.4%)和 9 例(16.98%),差异无显著性( $\chi^2=3.11, P>0.05$ );平均动脉压分别为(130±18) mmHg 和(132±24) mmHg,差异无显著性( $t=0.34, P>0.05$ )。

### 3 讨论

**3.1 继续出血的发生率和发生时间** CT 问世前,人们普遍认为脑动脉破裂出血仅是极短时间内的活动性出血,时间约 20~30 min;CT 广泛使用后,连续扫描发现脑出血患者入院后一段时间内还存在继续出血的现象<sup>[3]</sup>。近年来几个较大样本的研究证实脑出血继续出血的发生率为 20%~38%<sup>[4]</sup>。本组 73 例脑出血患者动态 CT 观察发现 20 例(27.4%)有继续出血。对继续出血发生的时间问题,尚无一致意见,多数学者认为,6 h 内继续出血者最多,>6~24 h 部分患者可继续出血,24 h 后很少<sup>[3]</sup>。本组继续出血患者多在 6 h 内行第 1 次 CT 扫描,24~48 h 内第 2 次 CT 检查,发现有血肿扩大现象,且符合 Kazui 的血肿扩大诊断标准,亦支持继续出血多在 24 h 内发生,尤其是在 6 h 内。

**3.2 继续出血的影响因素** (1)超早期(发病 6 h 内)使用甘露醇:本组资料显示,发病 6 h 内使用甘露醇,容易导致继续出血。甘露醇是通过在血液与脑组织之间建立渗透梯度,使脑组织间隙的水分经血脑屏障进入血液,从而降低颅内压。甘露醇只对血脑屏障完整的脑组织起脱水作用,对血肿本身无作用,导致血肿-脑组织间的压力梯度增大,从而促进血肿扩张。因此,超早期应用甘露醇可能是引起继续出血的因素之一。(2)首次 CT 扫描至起病时间:Fujii 等<sup>[1]</sup>发现继续出血的查出率与首次 CT 扫描时间有关,首次 CT 扫描进行越早,继续出血查出率越高,反之则越低。本组 73 例脑出血患者,首次 CT 检查在发病后 6 h 内者(38 例)继续出血查出率为 47.37%(18 例),6~12 h(10 例)查出率为 20.0%(2 例)。这与 Fujii 等<sup>[1]</sup>观察结果相一致。(3)血肿形态、继续出血部位:本资料发现,当首次 CT 扫描显示血肿形态不规则、密度不均匀时,其后继续出血发生率明显升高。褚晓凡等<sup>[4]</sup>观察脑出血后继续出血 19 例的血肿形态均为不规则形。导致血肿形态不规则、密度不均匀的原因,可能与血块凝固不佳

及低凝状态有关<sup>[5]</sup>。因此,血肿形态不规则、密度不均匀是继续出血的危险征象。本组继续出血部位以壳核最多见,占 70%(14/20),其次为丘脑 20%(4/20)、脑叶 10%(2/20),而小脑、脑干未见。(4)长期饮酒:Fujii 等<sup>[6]</sup>发现 627 例脑出血患者起病后 24h 内血肿扩大的发生率,在不饮酒、少量饮酒、大量饮酒 3 组病例中分别为 8.6%、15.3%、25.0%,随饮酒量的增加而显著增加。但本资料统计结果不支持长期饮酒的病人继续出血的机会大大增加,这可能与采集病例数少有关。(5)血压:关于继续出血与血压的关系,国内的意见不一致。刘萍等<sup>[7]</sup>认为继续出血与收缩压升高有关,而与舒张压升高无相关性。褚晓凡等<sup>[8]</sup>研究结果证实血肿扩大组与非血肿扩大组间的平均动脉压无显著性差异,说明血压升高与继续出血无相关性。本资料提示脑出血早期血压有不同程度升高,继续出血组与非继续出血组的平均动脉压差异无显著性( $P>0.05$ ),与褚晓凡的结果相一致。

**3.3 继续出血的治疗体会** (1)超早期(6 h 内)如无颅压增高的症状和体征,尽量不用甘露醇,以减少继续出血的危险;(2)对有出血倾向、长期服用抗凝剂或抗血小板治疗者应及时检查凝血指标,以针对性使用止血剂。有报道,血凝酶对高血压性脑出血早期血肿继续扩大有干预作用<sup>[9]</sup>;(3)首次 CT 扫描时间短、血肿形态不规则、密度不均匀者,需在 24 h 内监测临床征象,如烦躁、意识障碍、肢体瘫痪等进行性加重,应考虑继续出血的可能,及时复查 CT。

#### [参 考 文 献]

- [1] Fujii Y, Tanaka R, Takeuchi S, et al. Hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage [J]. *J Neurosurg*, 1994, 80(1): 51~56.
- [2] Kazui S, Naritomi H, Yamamoto H, et al. Enlargement of spontaneous intracerebral hemorrhage: Incidence and time course [J]. *Stroke*, 1996, 27(10): 1 783~1 785.
- [3] 李铁山, 韩仲岩. 脑出血继续出血及其影响因素 [J]. 国外医学·脑血管疾病分册, 1999, 7(2): 95~96.
- [4] 褚晓凡, 董加政, 李富康, 等. 脑出血继续出血重复 CT 对照观察 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2001, 18(5): 282~283.
- [5] 陈锡光. CT 判断脑内血肿血块硬度 [A]. 见: 陈锡光主编. 高血压脑出血治疗新技术 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1994: 159~162.
- [6] Fujii Y. 自发性脑出血血肿扩大的预测因素 [J]. 国外医学·脑血管疾病分册, 1999, 7(3): 183.
- [7] 刘萍, 李效兰. 脑出血继续出血 109 例临床分析 [J]. 临床神经病学杂志, 2003, 16(3): 167~168.
- [8] 褚晓凡, 曲松滨, 石峰, 等. 高血压脑出血继续出血问题研究 [J]. 中风与神经疾病杂志, 1998, 15(1): 25~27.
- [9] 许春胜, 苏长海, 李爱云, 等. 立止血对高血压性脑出血早期血肿继续扩大的干预研究 [J]. 脑与神经疾病杂志, 2003, 11(3): 181.