

胞向周围器官扩散,并且因副作用多由多西他赛引起,两药联合使用安全性变化较小。综上所述,复发转移性乳腺癌患者采用多西他赛联合希罗达治疗,可抑制癌细胞扩散,且安全性高,值得临床推广。

参考文献

- [1]杨娟.超声弹性成像联合常规超声评分诊断乳腺癌腋窝淋巴结转移的临床价值分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(8):126-127
 [2]张明芳.吉西他滨联合卡培他滨治疗复发转移乳腺癌的疗效研究[J].现代诊断与治疗,2018,29(17):2715-2717
 [3]张彦武,吕以东,牛耀东,等.卡培他滨联合顺铂与卡培他滨联合多西他赛治疗三阴性复发转移性乳腺癌的临床研究[J].中国现代医学杂志,2017,27(10):66-70
 [4]刘玲玲,林芳,韩耀风,等.不同分子分型乳腺癌术后复发转移风险及其时间分布规律[J].中国卫生统计,2017,34(1):7-10,14

- [5]富京,陈晓英,王旭.长春瑞滨联合顺铂方案治疗复发转移性乳腺癌的临床疗效及不良反应[J].实用临床医药杂志,2017,21(3):68-70
 [6]汤继英,汪选斌,蔡晓军,等.血清 CEA 和 CA19-9 水平与乳腺癌化疗疗效及预后的关系[J].中国普通外科杂志,2016,25(6):934-938
 [7]李林,熊有毅,王芳,等.CYP1A1 基因多态性对多西他赛联合卡培他滨治疗转移性乳腺癌疗效的影响[J].中华实验外科杂志,2017,34(10):1760-1762
 [8]邵彬,李惠平,宋国红,等.多西他赛对复发转移性乳腺癌免疫功能的影响[J].癌症进展,2016,14(12):1187-1190
 [9]刘金鹏,魏辉,江静,等.卡培他滨联合贝伐珠单抗治疗 HER2 阴性局部复发/转移性乳腺癌发生手足综合征与疗效的相关性[J].西部医学,2018,30(1):106-109
 [10]张雅莎,赵月.卡培他滨维持治疗一线化疗后转移性乳腺癌的临床观察[J].实用临床医药杂志,2016,20(1):117-118

(收稿日期:2019-07-11)

脑梗死患者行溶栓治疗后出血转化的危险因素分析

刘婧

(河南省三门峡市灵宝市第三人民医院神经内科 灵宝 472500)

摘要:目的:分析脑梗死患者行溶栓治疗后出血转化的危险因素。方法:回顾性分析 2016 年 9 月~2018 年 12 月行溶栓治疗的 294 例脑梗死患者临床资料。根据是否发生出血转化将 294 例患者分为出血转化组($n=46$)和无出血转化组($n=248$)。对比两组体质质量指数、舒张压、收缩压、溶栓前空腹血糖、总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、三酰甘油、溶栓前美国国立卫生研究院卒中量表评分、吸烟、酗酒等情况,明确脑梗死患者行溶栓治疗后出血转化的危险因素。结果:两组体质质量指数、总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、三酰甘油、吸烟、酗酒情况对比,差异无统计学意义($P>0.05$);出血转化组舒张压、收缩压、空腹血糖及美国国立卫生研究院卒中量表评分均高于无出血转化组,差异有统计学意义($P<0.05$);Logistic 回归分析结果显示,收缩压及溶栓前美国国立卫生研究院卒中量表评分是脑梗死患者溶栓治疗后出血转化的独立危险因素($P<0.05$)。结论:收缩压及溶栓前美国国立卫生研究院卒中量表评分是脑梗死患者行溶栓治疗后出血转化的独立危险因素,故在脑梗死患者行溶栓治疗时应结合患者血压、神经功能等因素,积极预防出血转化的发生。

关键词:脑梗死;溶栓治疗;出血转化;危险因素

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.054

脑梗死属于继发性缺血性改变,主要由动脉粥样硬化等脑血管疾病发展而来,其发生与脑组织短时间内发生血管阻塞及坏死密切相关^[1]。重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)静脉溶栓是目前治疗脑梗死的常用方法,可使堵塞的责任血管开通,挽救缺血半暗带,改善患者预后。但部分脑梗死患者经溶栓治疗后出现出血转化,对患者预后造成严重影响,甚至危及患者生命。本研究对我院收治的 294 例行溶栓治疗脑梗死患者临床资料进行回顾性分析,以明确脑梗死患者行溶栓治疗后出血转化的独立危险因素。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 9 月~2018 年 12 月在我院行溶栓治疗的 294 例脑梗死患者为研究对象,对临床资料进行回顾性分析。根据是否发生出血转化将 294 例患者分为出血转化组(46 例)和无出血转化组(248 例)。出血转化组男 27 例,女 19 例;

年龄 51~73 岁,平均(61.32 ± 4.47)岁。无出血转化组男 146 例,女 102 例;年龄 52~71 岁,平均(60.94 ± 4.28)岁。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合《中国急性缺血性卒中诊治指南》^[2]中脑梗死相关诊断标准;(2)溶栓时间窗 <4.5 h;(3)出血转化患者经 MRI 或 CT 诊断证实;(4)临床资料完整。排除标准:(1)近期出现脑出血史;(2)经检查发现存在蛛网膜下腔出血;(3)存在既往活动性出血史;(4)合并动脉畸形、颅内肿瘤等。

1.3 研究方法 对比两组体质质量指数(BMI)、舒张压(DBP)、收缩压(SBP)、溶栓前空腹血糖(FBG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、三酰甘油(TG)、溶栓前美国国立卫生研究院卒中量表评分(NIHSS)^[3]、吸烟、酗酒等情况。其中 NIHSS 量表分值 0~42 分,分

值越高表明神经功能缺损越严重。

1.4 统计学方法 采用 SPSS25.0 统计学软件处理数据。计数资料用率表示,采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;危险因素分析采用多因素 Logistic 回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析 两组 BMI、TC、HDL-C、LDL-C、TG、吸烟、酗酒情况对比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 出血转化组 DBP、SBP、FBG 及 NIHSS 评分高于无出血转化组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 脑梗死溶栓治疗后出血转化影响因素单因素分析 $(\bar{x} \pm s)$

| 危险因素 | 出血转化组 (n=46) | 无出血转化组 (n=248) | t/χ^2 | P |
|--------------------------|---------------|----------------|------------|-------|
| BMI (kg/m ²) | 24.25± 1.64 | 24.57± 1.72 | 1.167 | 0.244 |
| TC (mmol/L) | 4.87± 0.69 | 4.75± 0.62 | 1.184 | 0.237 |
| HDL-C (mmol/L) | 1.26± 0.17 | 1.29± 0.18 | 1.047 | 0.296 |
| LDL-C (mmol/L) | 2.79± 0.68 | 2.67± 0.64 | 1.157 | 0.248 |
| TG (mmol/L) | 1.63± 0.32 | 1.56± 0.29 | 1.479 | 0.140 |
| DBP (mm Hg) | 80.87± 9.34 | 75.76± 8.51 | 3.683 | 0.000 |
| SBP (mm Hg) | 158.49± 11.63 | 147.54± 10.72 | 6.278 | 0.000 |
| FBG (mmol/L) | 10.34± 2.18 | 9.28± 1.63 | 3.825 | 0.000 |
| NIHSS (分) | 23.78± 3.36 | 20.69± 2.23 | 7.893 | 0.000 |
| 吸烟[例 (%)] | 16 (34.78) | 72 (29.03) | 0.612 | 0.434 |
| 酗酒[例 (%)] | 13 (28.26) | 62 (25.00) | 0.217 | 0.641 |

2.2 多因素分析 以单因素分析中差异有统计学意义的指标 DBP (赋值:实测值)、SBP (赋值:实测值)、FBG (赋值:实测值) 及 NIHSS 评分 (赋值:实测值) 作为自变量,以溶栓治疗后出血转化 (赋值:无=0,有=1) 作为因变量进行 Logistic 回归分析,结果显示 SBP 及溶栓前 NIHSS 评分是脑梗死患者溶栓治疗后出血转化的独立危险因素 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 脑梗死溶栓治疗后出血转化影响因素多因素 Logistic 回归分析

| 变量 | 回归系数 | 标准误 | Wald χ^2 | P | OR | 95%CI |
|----------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------------|
| DBP | 0.279 | 0.104 | 2.538 | 0.109 | 1.151 | 1.059~2.348 |
| SBP | 0.436 | 0.252 | 4.786 | 0.000 | 1.653 | 1.126~4.281 |
| FBG | 0.289 | 0.093 | 2.474 | 0.125 | 1.169 | 1.087~2.546 |
| NIHSS 评分 | 0.362 | 0.192 | 4.463 | 0.000 | 1.417 | 1.119~3.286 |

3 讨论

近年来,脑梗死的发病率逐年上升,对患者身心健康造成了严重影响。脑梗死具有发病率高、致残率高、预后差、死亡率高等特点,它的发生与血脂代谢异常、高血糖等因素引发脑部血流动力学改变、血管内皮功能损伤等密切相关^[4]。早期溶栓治疗是改善脑梗死患者临床症状及预后的关键,且可有效降低患者死亡率。但患者经临床常用的 rt-PA、阿替普酶等药物溶栓治疗后易发生出血转化,影响治疗效果。

NIHSS 评分是评估脑卒中的重要量表,可对患

者的感觉、意识、反应、运动及高级神经功能等作出全面评价,且在患者病情程度评估中具有重要意义^[5]。本研究结果显示,出血转化组 NIHSS 评分均高于无出血转化组,分析原因在于 NIHSS 评分过高的脑梗死患者梗死灶面积较大,梗死范围较广,若在短时间即进行溶栓治疗,虽然可促进血管再通,但溶栓过程中易损伤颅内血管内皮,造成局部血肿,进而诱发脑出血^[6]。刘璇等^[7]研究指出,NIHSS 评分 > 22 分是脑梗死患者静脉溶栓后出现脑出血转化的危险因素;欧艳^[8]也指出 NIHSS 评分是预测脑梗死溶栓后出血的独立危险因素。出血转化组 DBP、SBP 均高于无出血转化组,分析原因在于高水平的 DBP 及 SBP 可能增加患者脑血管动脉粥样硬化斑块不稳定性,加重血小板的过氧化作用,损伤脑血管内皮细胞,进而增加溶栓治疗后出血转化发生率。此外,高水平的 DBP 及 SBP 还会提升血-脑脊液屏障及细胞外基质的通透性,引发血浆外渗、水肿等异常情况,加重脑出血程度^[9]。Logistic 回归分析结果显示,SBP 及溶栓前 NIHSS 评分是脑梗死患者溶栓治疗后出血转化的独立危险因素,这与王琛等^[10]的研究结果基本一致。

综上所述,SBP 及溶栓前 NIHSS 评分是脑梗死患者行溶栓治疗后出血转化的独立危险因素,故在为脑梗死患者行溶栓治疗时应结合患者血压、神经功能等因素,积极预防出血转化的发生。

参考文献

- [1]孙奉辉,陈新平,于逢春.脑梗死后自发性出血转化的相关危险因素分析[J].北京医学,2016,38(3):210-213
- [2]中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153
- [3]杨润华,范赞芝,张龙海,等.急性脑梗死患者静脉溶栓治疗后出血性转化的影响因素研究[J].实用心脑血管病杂志,2015,23(12):16-19
- [4]黄晶晶.急性脑梗死后自发出血性转化的相关危险因素分析[J].广西医科大学学报,2017,34(9):1307-1309
- [5]晏小琼,谭倩,余丹芳,等.急性脑梗死患者静脉溶栓后出血性转化的危险因素分析[J].神经损伤与功能重建,2016,11(5):432-433
- [6]王茂湘,范铁平,王晓东,等.急性脑梗死患者静脉溶栓后出血转化的危险因素分析[J].中国医师进修杂志,2017,40(8):731-734
- [7]刘璇,李秀荣,闻红斌,等.急性脑梗死患者静脉溶栓后出现出血转化的危险因素分析[J].医学综述,2016,22(6):1228-1230
- [8]欧艳.NIHSS 评分与 SSS 评分对脑梗死急诊溶栓后出血转化的预测价值[J].实用医学杂志,2014,30(19):3124-3126
- [9]张建,付慧霄,赵晓丽,等.脑梗死静脉溶栓后出血转化的危险因素[J].河北医药,2017,39(24):3737-3740
- [10]王琛,陈国芳,刘薇薇,等.脑梗死患者溶栓后出血转化的危险因素研究[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(9):37-39