

脑出血的治疗原则

王云辉

第七师奎东农场医院

DOI:10.12238/bmtr.v4i3.5203

[摘要] 脑出血在我国多发生在50-60岁人群,但近年来有年轻趋势,30-40岁年轻人发病也在逐年上升。通过相关流行病学研究,在中国北方地区脑出血的发生率普遍大于南方人,男性大于女性,但近年来随着生存条件的逐步改善,以及高血压、糖尿病、高血脂等临床病症的越来越多发,脑出血的发病率也随之逐渐增加。根据中国人目前的健康情况,虽然也有很大的病人已经逐渐认识到健康的生活习惯、正常的健康医学体检对于防治脑部重大并发症的重要意义,但是尚有部分病人由于现代医学手段的欠缺、基础医学知识的缺乏,或者没有办法比较全面完整的掌握关于出血性脑中风的有关常识,或者无法实现有病时早发现、早期诊断,或者无法有效防止出血性脑中风的进一步发展,又或者在患病后无法进行合理的处理,所以,很有必要把这些常见的关于严重缺血性脑卒中病症的基本知识普及给社会大众。

[关键词] 脑出血; 小脑出血; 高血压病

中图分类号: R743.34 **文献标识码:** A

Treatment Principles of Cerebral Hemorrhage

Yunhui Wang

The Seventh Division Kuidong Farm Hospital

[Abstract] Cerebral hemorrhage in China mostly occurs in 50 - 60 years old people, but in recent years there is a young trend, and the incidence of 30 - 40 years old young people is also rising year by year. According to the relevant epidemiological investigation, the incidence of cerebral hemorrhage in north China is higher than that in south China, and male is higher than female. In recent years, due to the gradual improvement of living standards, hypertension, diabetes, hyperlipidemia and other clinical diseases gradually occur, and the incidence of cerebral hemorrhage also increases correspondingly year by year. According to the level of medical care in our country, there have been quite a number of patients gradually learn healthy habits, and regular health checks on the importance of prevention of serious complications of the brain, but there are some patients because of the lack of medical condition and medical knowledge, cannot systematically and comprehensively understand the relevant knowledge of cerebral hemorrhage, cannot find and treat diseases early, cannot effectively prevent the occurrence of cerebral hemorrhage, and even cannot get effective treatment after the onset. Therefore, it is necessary to introduce the knowledge of this common serious stroke disease to everyone.

[Key words] cerebral hemorrhage; cerebellar hemorrhage; hypertension

前言

西方发达国家的脑出血比例大约占全部脑卒中15%,约占全部住院治疗卒中病人的10%~30%之间,而中国出血性脑中风的比率则更高,约占全部脑卒中病人18.8%-47.6%。脑出血中有80%是大脑出血,小脑出血约占5%-10%,约70%-80%发生在基底节区即内囊出血,其次是脑叶出血、桥脑出血和小脑出血。脑出血是指因非创伤的大脑中毛细血管破坏,而引起大量血流在大脑实质中积聚的一种现代临床综合征,是脑卒中的一个类别,约缺血性脑卒中的百分之十三。最常见疾患原因为急性高血压和中细

小的慢性动脉粥样硬化,其症状繁杂多变。常见症状表现为恶心、腹泻以及各种严重的意识功能障碍,包括晕厥、昏迷、局灶性神经功能缺失等。但一般预后不良,其中脑水肿、颅内高压以及脑疝形成为死亡的重要因素^[1]。

1 脑出血分类

1.1 基底核区出血

1.1.1 壳核出血。壳核内出血的情况比较常见,有病灶,对应症状有侧偏瘫、偏身意识障碍和同向性偏盲等,也可以发生为双眼球黑和病灶对侧共同的凝视无力,有零点五球黑锅时还会出现失语。

1.1.2 丘脑出血。壳核出血常伴随双计算侧偏瘫、偏身或感觉功能障碍,但通常感觉功能障碍更重于运动障碍。深感觉均受累,但深感觉功能障碍更为突出,并有特征性眼征,如在上海视觉艺术学院时不能或凝视鼻尖、对眼睛偏斜或分离效果斜视、眼部会聚功能障碍和无反射性小瞳孔等。小量背侧丘脑出血所引起的丘脑中间或腹侧核受累区域可出现运动性震颤和帕金森综合症样的行为;而累及背侧丘脑底核或纹状体时可发生偏身舞蹈-投掷样体育运动;还有些同一侧丘脑出血时可发生丘脑性失语症、精神病症、认知失调和性格变化等的现象。

1.1.3 尾状核头出血。尾状核头出血往往伴随着恶心、腹泻、头颈强直、精神症状等身体问题的出现,而神经功能缺陷表现却并不多见,还需要继续对其进行深入研究。

1.1.4 脑叶出血。脑叶的出血如前缘叶出血,可有偏瘫、尿便困难、语言性失语、摸索和握强反射等症状的出现;颞叶出血,可有感觉型失语症状、精神症状、对侧上象限盲、羊角风等现象的出现;枕叶出血可有视觉缺失症的出现;而顶叶出血可出现偏身意识障碍、轻度脑瘫、对侧下象限盲,而非上零点五球受累时则有构像困难等情况的出现。

1.2 脑干出血

1.2.1 脑桥出血。脑桥出血也是一个非常严重的问题,如发生大量崩漏(血肿>5ml)的情况下,可累及双侧被盖部的基底,常破入第四脑室,患儿迅即发生晕厥、双侧针尖样瞳孔、恶心雀巢咖啡样的胃内含物、中枢性高热、中心性循环功能、眼部浮动、人体四肢瘫痪和去脑强直发病等情况。小量出血或无意识困难,具体表现为有交叉特征性瘫痪和共济失调的偏瘫,两眼相对或在病灶侧凝视瘫痪以及核间型眼肌麻痹等情况。

1.2.2 中脑出血。中脑出血是较为罕见的情况,常伴随着恶心、腹泻和意识障碍,轻症特点为单侧或双侧动眼神经不全性麻痹、眼珠不同轴、同侧肢体共济力失调等,也可发展为韦伯综合征或红核综合征;严重特征为深度昏迷,全身四肢弛缓性麻痹,并引起迅速致死,后果十分严重。

1.2.3 延髓出血。延髓脑出血则比较罕见,症状为突发意识障碍,严重直接影响生存症状,如通气、心速改变、高压改变,甚至会直接导致死亡,而轻症患者则表现为不经典的延髓背侧综合征。

1.2.4 小脑出血。小脑溢血常伴随恶心、腹泻,头晕和共济失调明显等表现,发作骤然,并伴随枕部剧痛。脑出血数较少者,大多体现为小脑损害症状,包括患侧共济失调、眼震和影响小脑细胞语言功能等,一般为偏瘫;而脑出血数较多者,特别是小脑细胞蚓部缺血,症状急剧加重,在起病后或病后1-4个月内发生忽然晕厥和大脑细胞受压等症,双侧瞳孔收缩至针尖样、循环错乱等特征,而暴发型患者常突发晕厥,在数星期后即可出现并很快致死的^[2]。

1.2.5 脑室出血。n脑区出血常伴随着头晕、恶心,重度时可发生意识功能障碍如深晕厥、脑膜刺激征、针尖样瞳孔、眼球分离斜视以及浮动、全身四肢弛缓性偏瘫及去脑强直发病、高热、循环错乱、脉搏和降压不平稳等表现。

1.3 治疗

脑出血的处理分为内科治疗与外科处理,但大部分病人仍以内科处理居多。一旦情况危重或发现有继发因素,并有外科适应证时,即必须开展外科处理。

1.3.1 治疗周期。(1)治疗周期与出血部位、出血量及是否有并发症有关。因此,病情不同治疗周期不同。通常应该卧床休息-4周,以保证身体安静、防止情绪兴奋和血压的上升。有意识障碍消化管出血者禁饮4-48小时,必要时还应排出大量胃肠内含物质,同时要注意保持水电解质平衡、及时防止吸人性肺炎和早期积极抑制感染。对于明显头疼、严重心烦意乱者,可酌情或适量给与镇定止痛药,而严重下泄者则可选择缓泻药,安全性更高。

脑水肿也可使颅内压力升高,从而产生了脑疝,是导致出血性脑血管病死亡率和活动能力恢复困难的重要原因。积极控制急性脑水肿、减轻颅内压是脑出血急性期防治的重要环节,不推荐应用激素防治急性脑水肿。

收缩压>200毫米汞柱或平均值动脉压>150毫米汞柱时,应用连续或口服给降压药,并主动下降血压值;当收缩压>180毫米汞柱或平均值动脉压>130毫米汞柱时,如同时颅内压增高,为有效调节颅内压,可用间断或连续口服降压药主动下降血压值,并注意保持大脑灌注压>60-80毫米汞柱;若没有颅内压增高,降压区域一般是一百六十/90毫米汞柱或一般动脉内降压为一百一十毫米汞柱,但降压速度不宜太快,应做好观察,以免由于血压降低得太快,而造成脑低灌注。在急性脑出血康复期要正确地调节高血压治疗,尽可能使降压限制在正常人范畴内^[3]。

(2)抗氧化剂,如6-氨基己酸、氨甲苯酸、多巴曲酶等,对治疗高血压动脉硬化性脑出血的影响较小。如有凝固功能障碍,可针对性予以止血药物治疗,如鱼精蛋白和维生素K1。亚低温疗法,是对脑出血的辅助治疗方式,具有一定疗效。

2 药物治疗

2.1 止血药物

重组viiia因素能够进行止痛疗法,在脑大出血发生后应用整合viiia因素疗法也能够控制血肿扩展;应用对氨甲环酸,出现血肿扩大的情况较少且患者死亡率也更少。

2.2 降血压

降血脂的常用药品包括肾上腺素抑制药,如艾司洛尔、乌拉地尔、拉贝洛尔;毛细血管扩大药,如硝普钠、尼卡地平、依那普利;利尿药,如呋塞米等。

2.3 神经保护剂

脑出血六小时后使用自由基清除剂NXY-059处理,比较安全、可耐受。

2.4 血糖控制

血糖高于10mmoL/L时可予以胰岛素疗法;血糖水平降到3.3mmoL/L以下时,可予以20%的标准葡萄糖口服及输注治疗,目标为达到正常的血糖水平。

2.5 中药制剂

中药制剂在中国已较广泛运用于防治脑出血,中医上有用安宫牛黄丸、至宝丹、苏合香丸等植物开窍药。

2.6 手术治疗

严重脑出血威胁病人生命安全时内处理往往失败, 外科处理则有机会挽回性命。病情正在恶化的小脑出血患者、脑干受压, 或脑脊液引流受阻的脑积水的小脑出血患者, 应尽可能手术清除血肿。常见的治疗方式有去骨瓣减轻压迫手术、小骨窗开颅残余血肿排除手术、钻孔少量出血不送气手术和脑室反复穿刺引流手术等。但一旦病人预期生存, 外科手术比内治疗会大大增加严重残废的可能性^[4]。

3 其他治疗

早期将患肢置入功能位, 只要病人的生命体征基本稳定、疾病不再发展, 应及时实施康复治疗。早期分阶段综合护理对修复病人的神经功能, 改善生命品质有利。

4 并发症的治疗

4.1 颅内压增高

脑出血病人的早期颅内压控制在理想水平, 有助于提高病人预后。重症病人也可检测颅内压和脑灌注压, 通常抑制颅内压增高的方式包括抬高床头法、止痛和镇静、或脱水减轻颅内压力。在脑出血病人发生严重脑积水后, 且对药物或低温脱水疗法无显著疗效的情况下, 可考虑颅室引流法, 以挽回生命。

4.2 癫痫发作

出血性卒中, 尤其脑叶出血, 更易引起癫痫发作。如存在羊痫风发生或脑电图显示羊角风发生, 伴认知功能改变, 则应予以抗癫痫药处理, 切不可延误最佳时机。

4.3 深静脉血栓和肺栓塞

脑出血病人产生深静脉血栓形成或者肺栓塞的危险性都非常高, 且常于前两周内发生, 明显增加病死率。深静脉血栓和肺栓塞都可以通过外部的压迫装置处理, 如气压疗法、药物治疗和下腔静脉滤网疗法。如果出现了深静脉血栓或者肺栓塞, 就需要积极个体化的处理。

4.4 脑心综合征

该疾病严重时会引起心脏跳动节奏等发生异常, 引起脑心综合征, 患者常会有严重的心动过速、室颤等, 严重时可引起猝死。

5 重视病因治疗

脑出血的病因通常有以下几种:

(1) 高血压病, 高血压是引起出血性脑中风最常见的因素, 因为高血压会引起小动脉发生玻璃样变性, 甚至还会产生更细小的动脉瘤直径, 这样在高压的冲击作用下是极易引起破裂脑出血的, 因此患者平时控制好血压是非常重要的, 能明显的减少脑出血的风险。

(2) 如果患者有颅内血管畸形, 比如动静脉畸形也是脑出血的原因。

(3) 如果有颅内肿瘤也可能导致继发性的出血, 此外如果有血液系统疾病, 比如白血病、血小板减少症也是脑出血的病因。

(4) 脑出血是指血管中的血流正在进入颅腔, 并侵入脑组织

所造成的缺血和氛围, 蛛网膜下腔出血和大脑实质出血常见的原因是高血压, 颅内动脉粥样硬化所导致的脑流出, 脑血管畸变, 脑膜动静脉畸形, 以及颅内动脉瘤等均能导致的脑流出。使用过猛, 抽烟, 血压波动, 心情激动, 或过于劳累车祸, 脑外伤都可以发生脑出血。颅脑CT可以明确诊断出血的部位及出血量^[5]。

6 总结

本人在多年的工作中对出血性卒中在预防、诊治等方面总结了一些经验和大家分享。

(1) 本人接诊的脑出血患者中高血压引起的占80%。高血压脑出血引起脑部小血管的破裂, 造成颅内出血, 对于有高血压的患者或者血压不稳定的患者来说, 控制血压是非常重要的方面。

(2) 颅内动脉粥样硬化引起高血压患者占15%左右。

脑血管畸形占3% 脑血管畸形引起脑出血比较难预防, 因为常规体检很少会进行脑血管畸形的筛查。对于有条件的患者来说, 可以在体检当中提出对脑血管进行检查的要求, 及早发现存在脑部的血管畸形, 并进行积极的治疗。

(3) 颅内动脉瘤占%。在个人护理方面一般宜长期卧床休养-4周, 以保证平静、避免心情兴奋和血压的上升。对于有意识障碍消化管出血者禁食4-48小时, 在必要时宜排出大量胃肠内含物质, 同时注意保持水电解质平衡、避免吸气性肺炎和在早期阶段主动地抑制感染。明显头疼、过分烦躁不安者, 可酌情适度予以镇定止痛药, 而严重下泄者则可选择缓泻药。由于脑水肿可使颅内压继续增高, 从而产生脑疝, 是影响脑溢血病人死亡率和功能恢复程度的最主要原因。因此积极控制脑水肿、减少颅内压是拯救病人一生的关键。环节^[6]。

[参考文献]

[1] 周围血管病中医证候标准化研究的意义和方法[C]// 中华中医药学会周围血管病分会第六届学术大会论文集.[出版者不详], 2014:11-19.

[2] 高红勤, 肖鹏, 郭艳等. 高血压病中西医结合治疗体会[C]// 第十次中医药防治老年病学术交流会议论文集.[出版者不详], 2012:59-61.

[3] 周围血管病中医证候标准化研究的意义和方法[C]// 中华中医药学会周围血管病分会第四届学术大会暨中华中医药学会周围血管病分会25年会庆论文集.[出版者不详], 2011:34-36.

[4] 蒋金泉, 郭建杰, 何金定, 等. 超早期立体定向手术治疗高血压小脑出血[J]. 中国临床神经外科杂志, 2015, 20(02):101-102.

[5] 库洪彬. 第四脑室外引流术在全脑室出血铸型治疗中的价值[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19(07):427-428.

[6] 蔡可胜, 袁运尚. 血肿穿刺加脑室外引流治疗高血压脑出血89例临床分析[J]. 临床神经外科杂志, 2014, 11(02):145-146.

作者简介:

王云辉(1970--), 男, 汉族, 新疆人, 大专, 主治医师, 第七师奎东农场医院, 研究方向: 普通内科。