

- 4 徐亮,陈剑群. 功能性消化不良与精神心理因素关系的研究进展[J]. 徐州医学院学报, 2010, 30(6): 418-420.
- 5 Ianiro G, Pizzoferrato M, Franceschi F, et al. Effect of an extra-virgin olive oil enriched with probiotics or antioxidants on functional dyspepsia: a pilot study[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2013, 17(15): 2085-2090.
- 6 袁海鹏, 李福康, 李改芹, 等. 功能性消化不良患者精神心理因素与十二指肠肥大细胞的相关性[J]. 山东大学学报(医学版), 2012, 50(6): 122-125.
- 7 韦钰蔓. 复方阿嗝米特联合盐酸伊托必利治疗老年功能性消化不良疗效及安全性观察[J]. 中国临床新医学, 2015, 8(12): 1172-1175.
- 8 马宗斌, 刘福. 米氮平联合兰索拉唑、伊托必利治疗伴焦虑抑郁的功能性消化不良观察[J]. 药物流行病学杂志, 2015, 24(6): 341-344.
- 9 杨莹莹. 柴胡疏肝散加减联合黛力新治疗肝郁脾虚型功能性消化不良随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(13): 60-62.

[收稿日期 2016-02-12][本文编辑 吕文娟]

学术交流

高血压性小脑出血 45 例诊治体会

宁荣群, 闫卫民, 胡黎明, 秦国英, 秦继昌

作者单位: 541299 广西, 灵川县人民医院内一科

作者简介: 宁荣群(1981-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 脑血管病的诊治。E-mail: ningrongqun120@126.com

[摘要] **目的** 探讨高血压性小脑出血的病因、发病机制及治疗方法。**方法** 对2007-02~2015-03该院收治的高血压性小脑出血患者45例的临床资料进行回顾性分析。**结果** 45例患者经住院治疗11~32 d, 随访3~6个月。按照格拉斯哥预后分级(GOS)评估预后, 恢复良好28例, 中残13例, 重残2例, 植物生存0例, 死亡2例。在中残的13例中, 1例保守治疗过程中出现病情恶化而转外科手术, 病情好转, 术后恢复至中残; 2例死亡病例有慢性阻塞性肺疾病或2型糖尿病, 治疗中死于重症肺部感染。**结论** 依据小脑血肿量、血肿直径及意识状态严格把握内科治疗指征, 动态密切监测下个体化选择治疗方案、积极治疗, 并加强与神经内外科医师合作, 病情进展者积极手术治疗, 把握抢救时机, 可最大限度挽救患者生命, 改善患者预后, 提高生存质量, 降低病死率。

[关键词] 小脑出血; 内科治疗

[中图分类号] R 743.34 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)09-0815-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.09.19

The experience of diagnosis and treatment of hypertensive cerebellar hemorrhage: a report of 45 cases

NING Rong-qun, YAN Wei-min, HU Li-ming, et al. The First Department of Internal Medicine, the People's Hospital of Lingchuan County, Guangxi 541299, China

[Abstract] **Objective** To investigate the etiology, pathogenesis and treatment of hypertensive cerebellar hemorrhage. **Methods** The clinical data of 45 cases with hypertensive cerebellar hemorrhage treated in our hospital from February 2007 to March 2015 were retrospectively analyzed. **Results** All the patients were hospitalized for 11 to 32 days and followed up for 3 to 6 months. According to GOS classification, there were 28 cases with good effects, 13 cases with moderate disability, 2 cases with severe disability, 0 case with vegetative survival and 2 cases died. In the 13 cases with moderate disability, 1 case had to be transferred to surgical treatment and 2 cases died because of the primary chronic obstructive pulmonary disease or type 2 diabetes. **Conclusion** The patients with hypertensive cerebellar hemorrhage should be treated according to the medical indications including hematoma size and state of consciousness and treated with individualized treatments under the carefully dynamic monitoring.

[Key words] Cerebellar hemorrhage; Medical treatment

高血压性小脑出血发病急、进展快, 是脑血管疾病中的急危症, 且其致残率、病死率居高不下, 已经

成为严重危害人类健康的疾病之一。探讨有效减少小脑出血后的继发损害, 促进神经缺损症状的恢复,

提高患者的生存质量,降低致残率及病死率,已成为关注的热点。我院于2007-02~2015-03收治高血压性小脑出血患者45例,现将其临床特点、诊断治疗经过和预后回顾分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组45例中,男29例,女16例;年龄41~85岁,平均60.5岁。急性起病,既往均有高血压病史,发病后至入院时间为1h~3d。

1.2 临床表现 本组45例中表现为头痛42例,头晕及眩晕40例,恶心呕吐38例,延髓麻痹12例,眼球水平震颤33例,共济失调45例,轻偏瘫10例,肌张力障碍6例,嗜睡13例,无昏迷患者,瞳孔改变8例,病理征阳性15例。格拉斯哥昏迷评分(GCS)评分:9~12分14例,13~15分31例。

1.3 影像学检查 本组45例患者均在发病后1~72h内经头颅CT平扫证实,血肿位于小脑半球29例,蚓部11例,蚓部及半球均有血肿5例。血肿直径<3cm,血肿量2~10ml,其中<5ml26例,6~10ml19例。血肿破入脑室者13例,破入蛛网膜下腔4例,环池、四叠体池轻度变形或显影部分不清6例,轻度脑积水4例。

1.4 治疗方法 本组45例均首先采取内科保守治疗,给予注射用氨甲环酸止血、脑蛋白水解物营养神经及营养支持等综合治疗,常规选择20%甘露醇注射液125ml脱水降颅压,并根据症状、体征及头颅CT影像情况,个体化确定甘露醇静滴次数及酌情联合应用甘油果糖注射液、速尿针加强脱水,并依据血压情况调控血压,目标血压宜控制在160/90mmHg左右,同时予患者绝对卧床休息,抬高床头30°,保持呼吸道及大小便通畅,防止并发症,注意维持水电解质平衡,尽早开展康复功能锻炼。在保守治疗过程中需密切观察病情,严密监测生命征,注意神志、瞳孔变化,如病情恶化,达手术指征则积极尽早转外科手术治疗。如血肿破入脑室,可根据脑膜刺激征情况酌情选择腰椎穿刺引流脑脊液及置换治疗。

1.5 疗效判定 依据格拉斯哥预后分级(GOS)评估预后,“恢复良好”:患者能恢复原有的社交、学习、工作;“中残”:残疾,但生活基本能自理;“重残”:神志清楚,残疾,卧床不起,日常生活尚需要人照顾;“植物生存”:呈去皮质或去脑强直状态,仅有睁眼、哈欠等简单的行为,处于长期昏迷;死亡。

2 结果

本组45例,经住院治疗11~32d,随访3~6个月,按照GOS评估预后,其中恢复良好28例,中残

13例,重残2例,植物生存0例,死亡2例。在中残的13例中,1例是保守治疗过程中出现病情恶化而转外科手术,病情好转,术后恢复至中残。死亡的2例既往有慢性阻塞性肺疾病或2型糖尿病,治疗中死于重症肺部感染。

3 讨论

3.1 病因及发病机制 高血压性小脑出血是指持续性高血压致小脑血管粥样硬化及微小动脉瘤形成,一旦血压突然升高而致血管破裂出血^[1]。随着社会老龄化的加剧,小脑出血发病率明显增加,如何降低其发病率已迫在眉睫,关键是确定其发病原因及机制,从根源上防治。理论上来说,主要有如下几个方面的原因及机制:(1)长期、持续高血压致脑动脉粥样硬化,并产生微动脉瘤,一旦血压骤然升高便会诱发脑出血的可能;(2)小脑出血后形成血肿引起颅内占位效应,高颅压、脑水肿出现,脑灌注减少,严重者致脑组织移位及形成脑疝^[2];(3)小脑出血后启动凝血反应,形成大量凝血因子,直接引起神经细胞受损,血脑屏障遭受破坏,脑水肿形成;(4)小脑血肿压迫周围脑组织致脑细胞缺血、缺氧,细胞功能受损,引起细胞毒性脑水肿,进而加重脑细胞缺血、缺氧,形成恶性循环。另外,小脑出血还与患者不按规律服用降血压药物,或者情绪激动、疲劳、换季等因素有关^[3]。本组45例患者,15例由于突然气候改变,患者调节功能差致脑血管破裂出血;13例因参加娱乐节目时过度兴奋、情绪异常激动而发病;8例发病前连续加班,工作时间过长,睡眠不足;9例依从性差,不规则服降压药或停药后致脑出血。因此,严格控制诱因,对减少和防止小脑出血有重要的意义。

3.2 治疗原则 小脑出血患者发病后是否得到最佳治疗、降低致残率和病死率,关键是能否及时到达医院进行专业救治。因此,提高全民健康知识涵养及完善院前急救体系相当重要。

3.2.1 急诊处理 高血压小脑出血是严重危及人类健康的急危重症,必须尽早诊断,及时评估病情,刻不容缓进行抢救。CT具有快捷、简单、高敏感性,应作为当务之急的首要检查,即使生命征不稳,也应在采取抢救措施下积极完成以明确诊断^[4]。同时动态监测生命体征,注意神志、瞳孔变化,尽早建立静脉通道,吸氧、防止误吸、留置尿管,并立即行床边心电图检查,急查血常规、肾功能、电解质、心肌酶、血糖等检查。本组45例均是急诊科医生接诊或120医生出诊收住院,开辟绿色通道,缩短了患者得

以专业救治的时间,取得最佳救治效果。

3.2.2 降低颅内压 小脑出血后高颅压、脑水肿的形成开始呈上升趋势,2~5 d达峰值。因此,降低颅内压,应根据CT影像、体征、症状、年龄、脏器情况等来综合分析、评估,首先抬高床头30°,如为非高龄、肾功能无损害患者,可选择甘露醇静脉滴注,但应监测肾功能、电解质、血糖变化情况,也可联合使用甘油果糖、白蛋白、速尿中的一种或几种,但不宜长期应用;有条件的可选择短暂使用呼吸机辅助通气来降低高颅压,尤其适合高颅压危象。因为呼吸机辅助呼吸能改善缺氧,减轻脑水肿,纠正酸碱失衡,这是脑出血危重患者得以成功抢救的关键^[5];对于休克血压,应用甘露醇是有禁忌的,可选择高渗盐水静滴降颅压,但需警惕高渗盐水所致的并发症^[6],尚不推荐常规应用。如估计内科治疗不能度过高颅压峰值,应积极手术治疗降颅压^[7]。

3.2.3 控制血压 应根据病情适度控制血压,可最大限度防止再次出血^[8]。如急性期血压>180/100 mmHg,应积极控制血压,口服或静脉注入硝酸甘油或硝普钠均可,遵循个体化的原则,在严密监测血压变化情况下予以干预,力争靶值血压控制在160/90 mmHg左右。注意降压幅度不宜>20%,如降得过低、过快,会造成脑灌注不够或脑梗死,加重脑细胞缺氧,进而致脑水肿也加剧,病情恶化。因此,调控血压在合理的范围很重要。

3.2.4 防治并发症 小脑出血患者多有平衡功能障碍,眩晕、呕吐多见,常常发生呕吐物误吸,且老年患者肺功能差,发病后易出现肺部感染而加重病情,甚至导致病情恶化;此外,还应重视预防应激性消化性溃疡,稳定血糖、维持水电解质平衡,加强护理,防止下肢静脉血栓及压疮。本组2例患者虽平稳度过颅内高压、脑水肿峰期,却因出现重症肺部感染,不能有效控制而导致死亡;因此,应积极防治并发症,对小脑出血患者病情进展有明显抑制作用。

3.2.5 争鸣与探讨 目前,已有大量前瞻性研究比较内外科治疗脑出血,但并未达成哪种方案更优的共识^[9]。外科医师认为小脑出血由于血肿靠近脑干,而且在发生颅高压危象之前,常无明显预兆,因此,为阻断这一恶性循环,应选择外科手术治疗^[10];而内科医师认为对于那些无明显意识障碍、血肿量小(出血量<10 ml或血肿直径<3 cm)的小脑出血患者,采用内科治疗同样取得良好结果。本组45例患者,血肿量均<10 ml或直径<3 cm,选择严密监测生命征及神志瞳孔变化下内科保守治疗,积极脱

水降颅压、控制血压、营养神经、保护脏器功能等综合治疗,取得显著的疗效,而且还避免了由于麻醉及手术带来的风险,也减轻了患者及家属的心理负担。由此认为,对于小脑出血量<10 ml或血肿直径<3 cm的患者,在动态严密关注下采用内科药物治疗,不失为很好的选择。但也要充分认识到,小脑处在后颅窝,前方是四脑室和脑干,上方是小脑幕,其余各面被骨性结构围绕,能代偿的空间极为有限,一旦小脑出血量增大,很容易发生脑干受压迫,严重时可导致呼吸停止,病死率极高^[11]。因此,在采用保守治疗的同时也应积极做好随时手术的准备,本组中有一例因血肿量增多及时改为手术治疗,也获得较好预后,显示神经内外科医师密切合作极为重要,探讨由神经内外科医师组成的卒中单元将是神经病学发展的方向。

总之,由于后颅窝容量小,代偿能力有限,可迅速出现脑干受压、高颅压危象。因此,应依据小脑血肿量、血肿直径及意识状态严格把握内科治疗指征,动态密切监测下个体化选择治疗方案,并加强神经内外科医师紧密合作,出现病情进展者积极手术治疗,把握抢救时机,最大限度挽救患者生命,改善患者预后,提高生存质量,降低病死率。

参考文献

- 1 邢 栋. 高血压脑出血的发病机制探讨及手术方式研究进展[J]. 当代医学, 2015, 21(2): 8-9.
- 2 王代旭, 陈金华, 金保山, 等. 高血压小脑出血的手术治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 17(7): 438-440.
- 3 姚红梅, 董建文, 邵谨利, 等. 186例脑出血发病原因及预后分析[J]. 浙江预防医学, 2015, 27(3): 274-275.
- 4 任志宏, 孙太欣, 周国平. 自发性小脑出血34例治疗体会[J]. 中国医刊, 2013, 48(8): 51-52.
- 5 邹 俊. 肌松剂联合机械通气救治脑出血危重并发症1例[J]. 中国临床新医学, 2012, 12(5): 1170-1171.
- 6 董玉贵, 赵立斌, 周学伟, 等. 不同浓度高渗盐水治疗高血压脑出血的临床效果研究分析[J]. 西南国防医药, 2015, 25(1): 12-15.
- 7 潘 强. 内科治疗大量小脑出血分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2012, 2(17): 3498.
- 8 王亚辉. 高血压脑出血患者的内科治疗效果探析[J]. 当代医学, 2014, 20(3): 88.
- 9 刘卫东, 孙 伟. 神经导航下微创治疗高血压脑出血的临床研究进展[J]. 微创医学, 2014, 9(5): 535-538.
- 10 杨庆武, 刘盛泽, 张永亮, 等. 自发性小脑出血33例手术治疗分析[J]. 福建医药杂志, 2015, 37(1): 29-30.
- 11 刘 驰, 郑自龙, 周 舰, 等. 自发性小脑出血43例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(6): 28-30.