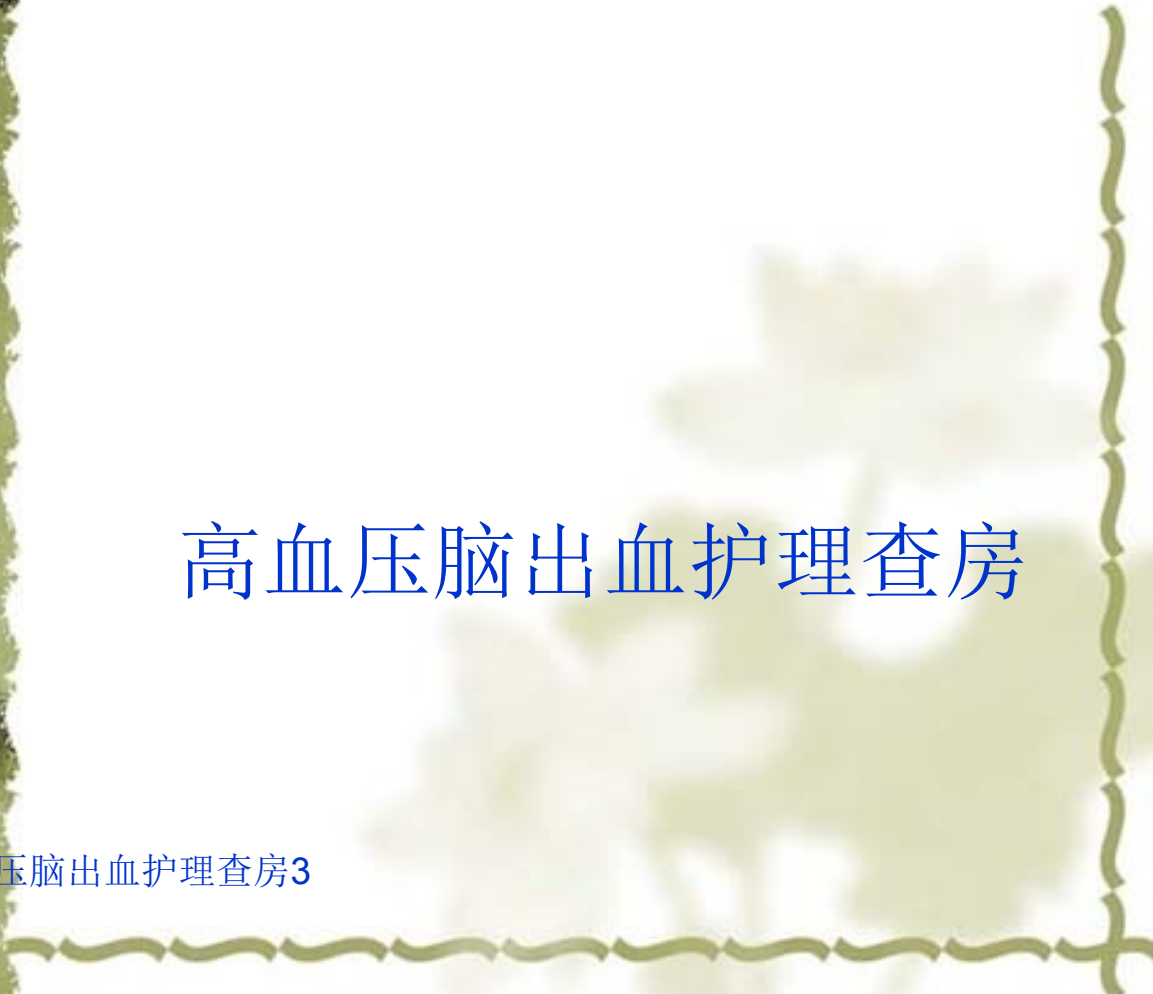




高血压脑出血护理查房

高血压脑出血护理查房3



患者基本情况

- ❖ 姓名: 杨德春
- ❖ 性别: 男 64岁
- ❖ 职业: 农民
- ❖ 主诉: 患者家属诉患者突发意识障碍10小时, 入院于2014年10月25日入住神经内科

现病史:

- ❖ 家属诉患者于约10小时前突发意识障碍，呼之不应，无呕吐，无呼吸困难，心悸抽搐等症状，急送我院诊治，入院昏迷，呼之不应，双侧瞳孔等大等圆约2mm，收入神经内科治疗。患者病情加重急诊CT:左颞叶脑内出血，脑疝形成，有手术指针，完善相关检查及术前准备后急诊在全麻插管下行颅内血肿清除术后转入我科加强监护治疗。

现病史:

- ❖ 入我科立即接呼吸机辅助呼吸，持续ECG示:HR 125次/分，ABP132/78mmhg FIO₂ 100%，查体昏迷，双侧瞳孔左/右=2.5/2mm
- ❖ ，对光反射迟钝头部敷料干燥固定，头部引流管一根在位畅，有淡血性液引出。

一.概述

- ❖ **脑出血**是指脑实质内血管破裂出血。其**主要因素**是高血压和动脉硬化，还可由先天性脑动脉瘤、脑血管畸形、脑瘤、血液病、感染、药物及中毒等所致。**80%**以上的脑出血病人有**高血压**病史。脑出血发病多较突然，在**活动中、情绪激动、体力过度或饮酒后**突然发病病情进展迅速，严重时**在数分钟或数小时内**恶化，病人出现意识障碍，偏瘫，呕吐和大小便失禁等，并可有头痛和血压升高。

发病机制

- ❖ 以高血压脑出血为例：
- ❖ 高血压既是动脉粥样硬化的原因之一，又可加速动脉粥样硬化的过程。硬化的血管壁变脆弱，易于破裂另一方面，高血压病的长期慢性血压增高，可导致脑动脉产生一些特殊的病理变化，如形成微小动脉瘤、小动脉的脂肪玻璃样变、小动脉壁形成夹层动脉瘤等，可在血压骤然升高时破裂出血，一旦在情绪激动、体力过度等诱因下，出现血压急剧升高超过其血管壁所能承受的压力时，血管就会破裂出血，形成脑内大小不同的出血灶。

分类

❖ 1) 根据出血部门:

- ❖ ①大脑基底节: 占70%, 累及内囊而泛起偏瘫、双眼向患侧注视和说话不清或失语等症状, 重者泛起意识障碍, 生命体征改变。
- ❖ ②脑叶皮层下白质出血: 额叶、颞叶、顶叶、枕叶均可发生, 以顶颞部多发。泛起头痛、恶心、呕吐、神志混乱、烦躁不安、全身抽搐等症状。
- ❖ ③脑室出血: 靠近脑室的脑出血破入脑室称继发性脑室出血
- ❖ ④脑桥出血: 病人有深昏迷, 四肢瘫痪, 眼球固定, 瞳孔针尖大小, 高热等症。
- ❖ ⑤小脑出血: 一侧枕部剧痛、呕吐、眩晕、昏迷、压迫脑干有去大脑强直发生发火、生命体征不平稳、泛起脑疝。

常见部位

- ❖ 高血压脑出血的部位以**壳核区**最常见。壳核出血，又根据其出血后血肿的发展方向可分为**外侧型**即**外囊出血**和**内侧型**即**内囊出血**两类。
- ❖ 内囊出血者，由于血肿向后上发展，可穿破脑室侧壁，破入脑室。如血肿量大，向内影响丘脑，可出现昏迷。
- ❖ 外囊出血，由于其对内囊的传导纤维影响小，临床上可以不出现偏瘫症状表现最典型，约为高血压脑出血的一半以上。其出血是由于**豆纹动脉**尤其是外侧枝破裂造成。

辅助检查

- ❖ 1. **头颅CT平扫为首选检查**，可以迅速明确脑内出血的部位、范围和血肿量，以及血肿是否破入脑室，是否伴有蛛网膜下腔出血等，也可鉴别脑水肿和脑梗死。
- ❖ 2. 可根据血肿部位和**增强后的CT**表现来鉴别其他病因，如血管畸形、动脉瘤、肿瘤等。
- ❖ 3. **MRI** 当怀疑引起脑出血的病因是高血压以外的因素时，进行**MRI**检查是有价值的，但**MRI**检查费时时间长，病情较重的急性病例在检查时，必须对病人的生命体征和通气道进行监护，以防意外。

临床表现

- ❖ 突然的头痛或头晕，伴呕吐
- ❖ 多伴有不同程度的意识障碍；
- ❖ 出现不同程度的偏瘫，甚至失语
- ❖ 大小便失禁
- ❖ 出血量大和累及脑干者，还可出现瞳孔不等大，呼吸深慢、去脑强直等症状
- ❖ 发病时血压明显高于平时血压
- ❖ 上述症状体征可在数小时内发展至高峰

临床表现的分期

❖ 1 前驱期

- ❖ 一般病前无预感，少数患者在出血前数小时或数天可有头痛、头晕、短暂意识模糊、嗜睡、精神症状、一过性肢体运动不便、感觉异常或说话不清等脑部症状，也可出现视网膜出血或鼻出血等其它症状。这些症状主要与高血压有关，并非脑出血特有的前驱症状。

2 发病期

- ❖ 大多数病人起病急骤，常在数分钟或数小时内病情发展到高峰，也可在数分钟内即陷入昏迷，仅少部分病人发展比较缓慢，经数天才发展至高峰，类似缺血性脑梗塞。其病程中一般有下列不同表现：**①头痛**：常为**首发症状**，表现为突发剧烈头痛，先位于患侧颞部，随后遍及全头或后枕部，乃血液刺激颅内疼痛敏感结构及颅内压升高所致。注意，失语病人仅能以手抚摸头部表示头痛；少量幕上脑出血和部分高龄患者仅有轻度头痛或不出现头痛。

2 发病期

❖ ②**头晕**：可伴发于头痛，亦可为主要表现，多在后颅凹幕下出血时发生。③**恶心呕吐**：是早期症状之一，头痛剧烈时表现更明显，但在幕下血肿时，头痛不剧烈，呕吐仍可非常频繁；如呕吐咖啡色物，则提示丘脑下部受损。呕吐多因颅内压增高或脑干受损所致。④**意识障碍**：轻者意识混浊、嗜睡，重者昏迷、去脑强直、高热，极少量出血可无明显意识障碍。也有病例在出血几天后出现意识障碍，这可能与脑水肿及再出血有关。⑤**血压增高**：绝大多数病例的血压在170~250 / 100~150 mmHg之间，这是由于原有高血压或由于颅内压增高、脑干缺血而导致血压代偿性增高。

2 发病期

❖ ⑥瞳孔改变：一般大脑半球出血量不大时，瞳孔大小正常，光反应良好，有时病侧瞳孔较对侧小。如出现脑疝，动眼神经受压，出现同侧瞳孔散大，光反应迟钝或消失，边缘不齐，如病情继续加重，对侧瞳孔也散大。如脑干桥脑出血或脑室出血进入蛛网膜下腔，瞳孔常呈针尖样缩小。⑦其它：眼底检查可见动脉硬化、视网膜出血及视乳头水肿；出血进入蛛网膜下腔而出现脑膜刺激征；血肿占位与破坏脑组织导致的偏瘫、失语及眼位的改变等。

临床表现

- ❖ 总之，较典型的脑内出血首先表现为头痛、恶心、呕吐，经过数分至数小时后，出现意识障碍及局灶神经障碍体征，脉搏缓慢有力、面色潮红、大汗淋漓、大小便失禁、血压升高，甚至出现抽搐、昏迷程度加深、呈现鼾性呼吸，重者呈潮式呼吸，进而呼吸不规则或间停等，若出现脑疝则病情进一步恶化，出现呕血、脉快、体温高、血压下降等危险症状。

治疗

- ❖ **1.保守内科治疗** 适用于血肿较小或存在手术禁忌症的患者
- ❖ **2.手术治疗** 进行开颅清除血肿术或行血肿穿刺疗法，目的在于消除血肿，解除脑组织受压，有效地降低颅内压，改善脑血液循环以求挽救病人生命，并有助于神经功能的恢复。

保守内科治疗

- ❖ (1) 一般治疗：
 - ❖ ①安静卧床，床头抬高，保持呼吸道通畅，定时翻身，拍背，防止肺炎、褥疮。②对烦躁不安者或癫痫者，应用镇静、止痉和止痛药。③头部降温，用冰帽或冰水以降低脑部温度，降低颅内新陈代谢，有利于减轻脑水肿及颅内高压。
- ❖ (2) 调整血压
- ❖ (3) 降低颅内压 ①脱水剂 ②利尿剂
- ❖ (4) 注意热量补充和水、电解质及酸硷平衡。
- ❖ (5) 冬眠低温疗法
- ❖ (6) 巴比妥治疗
- ❖ (7) 激素治疗
- ❖ (8) 神经营养药物的应用
- ❖ (9) 防治并发症

手术治疗

- ❖ 高血压脑出血手术治疗的适应证为:
 - ❖ (1) 出血部位: 浅部出血要优先考虑手术, 如皮层下、壳核及小脑出血。急性脑干出血手术很少成功。
 - ❖ (2) 出血量: 脑叶出血 $\geq 30\text{ml}$;基底节出血 $\geq 30\text{ml}$;丘脑出血 $\geq 10\text{ml}$;小脑出血 $\geq 10\text{ml}$;脑室脑出血, 引起阻塞性脑积水;颅内出血量虽未达到手术指征的容量, 但出现严重神经功能障碍者。
 - ❖ (3) 病情的演变: 出血后病情进展迅猛, 短时间内即陷入深昏迷, 多不考虑手术。
 - ❖ (4) 意识障碍: 神志清醒多不需要手术, 发病后意识障碍轻微, 其后缓慢加深, 以及来院时意识中度障碍者, 应积极进行手术。
 - ❖ (5) 其他: 年龄多不作为考虑手术的因素。

手术治疗禁忌证为:

- ❖ (1) 脑干功能衰竭;
- ❖ (2) 凝血机制障碍、有严重出血倾向者;
- ❖ (3) 发病后血压过高 \geq (200/120mmHg)眼底出血,病前患有心、肺、肾等重要器官严重疾患的。

手术时机

- ❖ 早期或超早期（6小时内）手术，对于解除高颅压，减轻血肿对周围脑组织的压迫，提高治愈率及生存质量是非常重要的
- ❖ 目前有以下三种意见：
 - 一、超早期手术，主张在出血6小时以内进行。
 - 二、早期手术，在出血1~5天内进行。
 - 三、根据病情、出血部位以及辅助检查，全面考虑，灵活决定。

目前，多主张超早期手术，其优点是早期清除血肿，能够减轻血肿周围脑组织继发性损害。同时，还能及早止血，防止血肿继续扩大，这样既能挽救生命，也能够使神经功能得到较好的恢复，减少后遗症状。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/065122302232011211>