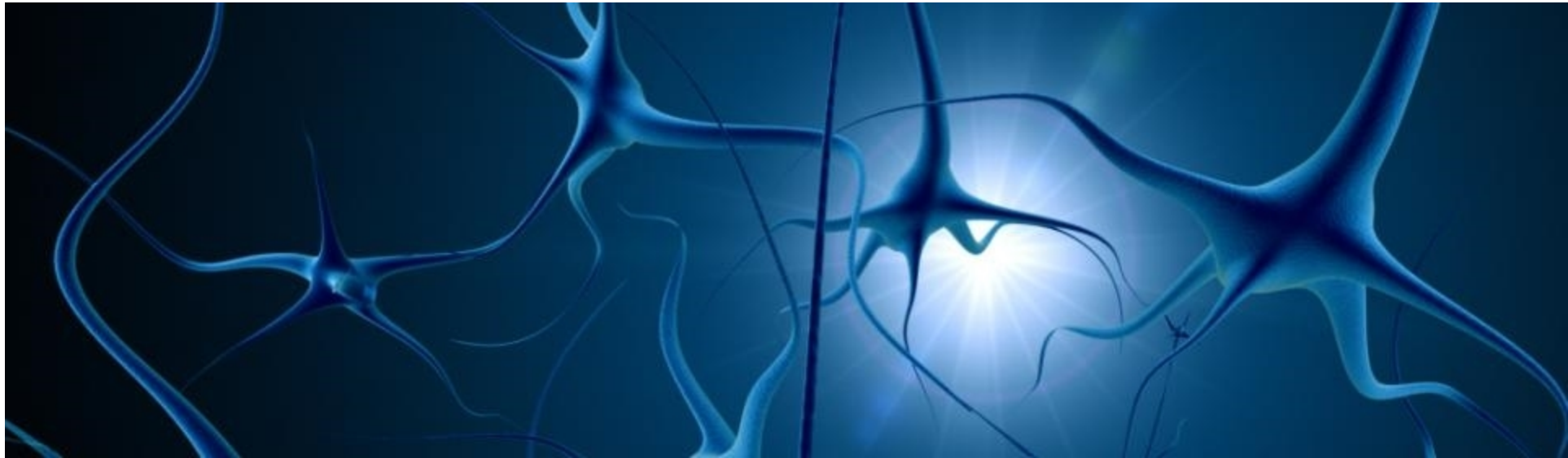


一例脑出血患者病例汇报



时间：2017-05-16

基本信息

- 患者: 男, 46岁, 病历号: 4594008
- 身高: 175cm
- 体重: 94kg

- 入院诊断:
 1. 脑出血 (左侧基底节区)
 2. 高血压3级, 极高危
 3. 阑尾切除术后

病例特点

- 主诉：头晕、右侧肢体无力3天。
- 现病史：患者3天前（2017-3-20 19:30）饭后休息时出现头晕，伴视物旋转、右侧肢体无力，持物困难，伴睡眠多，言语不清，伴对家属言语理解力下降，无饮水呛咳、恶心、呕吐等不适，遂于我院急诊神经科就诊，查体示嗜睡，表达困难，轻度左侧凝视，右侧鼻唇沟略浅，右侧肢体活动少，左侧肢体疼痛刺激稍有活动，颅脑CT左侧基底节区脑出血，考虑“脑出血”诊断明确，进急诊抢救室予甘露醇125ml q8h脱水、改善循环、促醒等治疗，患者血压较高，予爱络（盐酸艾司洛尔注射液）、亚宁定（盐酸乌拉地尔注射液）静脉泵入治疗。1天前患者神志较前好转，睡眠较前减少。现为求进一步诊治收入院。患者自发病来，神志同前，食欲欠佳，睡眠较多，小便如常，3天未排大便，体重无明显变化。

病例特点

- 既往病史：既往**高血压10年**，**血压最高180-190/140mmHg**，6年前行阑尾切除术。否认糖尿病、脑血管疾病、精神疾病史，否认肝炎、结核史，否认外伤、输血史，曾对青霉素过敏，否认食物过敏史，预防接种史不详。
- 个人史：无特殊。
- 家族史：其父母患有高血压，其母曾行颈椎动脉支架术。

专科检查

- 一般情况：语言欠流利
- 颅神经：无异常
- 运动系统：无异常
- 感觉系统：无异常
- 反射系统：双上肢肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射对称（+），双下肢膝腱反射、跟腱反射对称（+），双上肢Hoffmann征（-），双上肢Rossolimo征均（+），右下肢Babinski征（+），左下肢Babinski征可疑阳性。
- 自主神经一般检查：无异常。

专科检查

- NIHSS评分：1
- 吞咽功能试验：正常
- 跌倒评分：35
- ADL评分：70

辅助检查

辅助检查

检查日期	项目	结果
2017-03-20	血常规	白细胞 7.94 (*10 ⁹ /L), 红细胞 4.95 (*10 ¹² /L), 血红蛋白 153.0 (g/L), 血小板 220.0(*10 ⁹ /L), 淋巴细胞百分数 22.3%, 中性粒细胞百分数 70.6%
2017-03-20	凝血III	国际标准化比率 0.97, D-二聚体定量 0.06 (ug/ml)
2017-03-20	血生化	快速丙氨酸氨基转移酶 44.0 (U/L) ↑, 快速总二氧化碳 33.0 (mmol/L) ↑, 快速钾 3.3 (mmol/L) ↓
2017-03-20	颅脑 CT	左侧基底节区脑出血, 腔隙性脑梗塞, 右侧上颌窦粘膜下囊肿。
2017-03-21	床旁胸片	双肺纹理增多, 心影增大, 请注意心功能。
2017-03-21	床旁超声心动图	左房、右房增大, 左室肥厚 (LVM:259g), 二尖瓣反流 (轻度), LVEF 70%
2017-03-22	双下肢静脉超声	双下肢静脉未见血栓
2017-03-22	颈椎动脉、锁骨下动脉超声	双侧颈动脉、椎动脉未见动脉夹层及动脉瘤形成

诊断流程

- 脑出血诊断流程应包括如下步骤：
- 第一步，是否为脑卒中？
- 第二步，是否为脑出血？行脑C T或M R I以明确诊断。
- 第三步，脑出血的严重程度？根据G C S或N I H S S量表评估。
- 第四步，脑出血的分型：应结合病史、体征、实验室检查、影像学检查等确定。

推荐意见

- (1) 对疑似脑卒中患者应尽快行 C T 或 M R I 检查以明确诊断 (I 级推荐, A 级证据)。
- (2) 尽早对脑出血患者进行全面评估, 包括病史, 一般检查、神经系统检查和有关实验室检查, 特别是**血常规、凝血功能和影像学检查** (I 级推荐, C 级证据)。在病情和条件许可时, 应进行必要检查以明确病因 (I 级推荐, c 级证据)。
- (3) 确诊脑出血患者, 在有条件的情况下尽早收入神经专科病房或神经重症监护病房 (I 级推荐, A 级证据)。

推荐意见

- (4) 脑出血后数小时内常出现血肿扩大，加重神经功能损伤，应密切监测（Ⅰ级推荐，A级证据）。CTA和增强CT的“点样征”（spot sign）有助于预测血肿扩大风险，必要时可行有关评估（Ⅱ级推荐，B级证据）。
- (5) 如怀疑血管病变（如血管畸形等）或肿瘤者，可选择行CTA、CTV、增强CT、增强MRI、MRA、MRV或DSA检查，以明确诊断（Ⅱ级推荐，B级证据）。
- (6) 可应用GCS或NIHSS量表等评估病情严重程度（Ⅱ级推荐，C级证据）。

脑出血的治疗

脑出血的治疗包括内科治疗和外科治疗，大多数患者均以**内科治疗为主**，如果病情危重或发现有继发原因，且有手术适应证者，则应该进行外科治疗。

内科治疗

- (一) 一般治疗
- (二) 血压管理
- (三) 血糖管理
- (四) 体温管理
- (五) 药物治疗
- (六) 病因治疗
- (七) 其他
- (八) 并发症治疗

外科治疗

- (一) 脑实质出血
- (二) 脑室出血
- (三) 脑积水

初始治疗方案 3.21(D1)

药品名称及用法用量

用药目的

甘露醇注射液 125ml ivgtt qd

脱水降颅压

醒脑静注射液 20ml + NS 100ml ivgtt qd

促醒

维生素 C 注射液 2g + 维生素 B6 注射液 0.2g + 氯化钾注射液 1.5g + NS 100ml ivgtt qd

补充电解质

盐酸氨溴索注射液 30mg 静脉冲入 bid

对症治疗

盐酸雷尼替丁注射液 50mg 静脉冲入 bid

对症治疗

氯化钾缓释片 1g po tid

补钾

拜新同（硝苯地平控释片）30mg po qd

降压

氯化钠注射液 100ml ivgtt bid

补液

爱络（盐酸艾司洛尔注射液）1g + NS 40ml 静脉泵入 18ml/h

降压

亚宁定（盐酸乌拉地尔注射液）100mg+ NS 30ml 静脉泵入 5ml/h

降压

初始治疗方案分析：

脑出血的内科治疗原则为：

- 保持安静、卧床休息；保持呼吸道通畅，必要时吸氧；
- 维持水、电解质平衡和营养；
- 脱水降颅压；调整血压；
- 防止并发症如感染、应激性溃疡、痫性发作、下肢静脉血栓形成等。

脱水降颅压-甘露醇

- 作用机理：1、甘露醇静脉注入机体后，血浆渗透压迅速提高，主要分布在**细胞外液**，仅有一小部分（约为总量的3%）在肝脏内转化为糖元，**绝大部分（97%）经肾小球迅速滤过**，造成高渗透压，阻碍肾小管对水的再吸收；同时它能扩张肾小动脉，增加肾血流量，从而产生利尿作用。
- 2、由于血浆渗透压迅速提高形成了血-脑脊液间的渗透压差，**水分从脑组织及脑脊液中移向血循环，由肾脏排出**。使细胞内外液量减少，从而达到减轻脑水肿、降低颅内压目的。
- 3、甘露醇也可能具有**减少脑脊液分泌和增加其再吸收**，最终使脑脊液容量减少而降低颅内压。
- 4、甘露醇还是一种**较强的自由基清除剂**，能较快清除自由基连锁反应中毒性强、作用广泛的中介基团羟自由基，防止半暗区组织不可逆性损伤而减轻神经功能损害，降低血液粘稠度，改善循环。

甘露醇

- 药动学特点：一般在静脉注射后**20分钟内**起作用，**2-3小时**降压作用达到高峰，可维持**4-6小时**。
- 应用原则：(1)根据病人的临床症状和实际需要，决定脱水剂的用量和用法。并密切观察颅内压的动态变化，调整治疗方案，做到有效控制，合理用药。
- (2)有意识障碍者，提示病灶范围较大，中线结构已受影响，可给予**20%甘露醇125毫升，静脉滴注，q4-6h**，并观察病情和意识障碍的动态改变，注意用药后症状是否缓解，以便调整用量和用药间隔时间。
- (3)若病人昏迷程度加深，腱反射和肌张力逐渐降低，出现对侧锥体束征或去大脑强直样反应时，为病灶扩大或中线结构移位加重的征象。除应给予**20%甘露醇250毫升静脉滴注**，进行积极的脱水治疗外，并应加用**速尿40mg**，并可短期内加用**地塞米松10~20毫克**静脉滴注，每日1~2次，以上两药可同时或交替应用。
- (4)**脱水剂一般应用5~7天**。但若合并肺部感染或频繁癫痫发作，常因感染、中毒、缺氧等因素，而使脑水肿加重，脱水剂的应用时间可适当延长。

甘露醇

不良反应：

- (1) 水和电解质紊乱 (2) 寒战、发热 (3) 排尿困难
- (4) 血栓性静脉炎 (5) 甘露醇外渗可致组织水肿、皮肤坏死
- (6) 过敏引起皮疹、荨麻疹、呼吸困难、过敏性休克
- (7) 头晕、视力模糊 (8) 高渗引起口渴
- (9) 渗透性肾病，临床上出现尿量减少，甚至急性肾衰竭

注意监测：血压、肾功能、电解质、尤其是钠和钾，尿量。

甘露醇VS甘油果糖

甘露醇：20%甘露醇用于治疗各种原因引起的脑水肿，降低颅内压，防止脑疝。**甘露醇不能通过血-脑脊液屏障，体内不被代谢**，可将组织中水分渗透到血浆，产生组织脱水，使脑循环阻力降低，氧供应增加。**甘露醇脱水迅速，维持时间短**。由于患者脑水肿症状较轻，故应用小剂量甘露醇125ml/d。

甘油果糖：是**高渗透性脱水剂**，同时果糖也可以进入脑代谢过程，改善脑代谢，减轻脑水肿，降低颅内压及改善脑血流。与甘露醇相比，**效果持久不易反弹，两者合并使用具有互补的特点，脱水效果更好**。常用剂量为一次250~500ml，一日1~2次。

促 醒

- 长期昏迷患者苏醒是自然恢复过程，常规采用康复训练和药物催醒等综合疗法，期望促使长期昏迷患者苏醒。
- 目前用于长期昏迷患者催醒方法的有效性难以判断和评价，尤其是各种药物的催醒效果更难评定。
- 醒脑静注射液20ml + NS 100ml ivgtt qd 溶媒剂量不合理。
- 静脉滴注一次10-20ml，用5%-10%GS或NS250-500ml稀释后滴注。

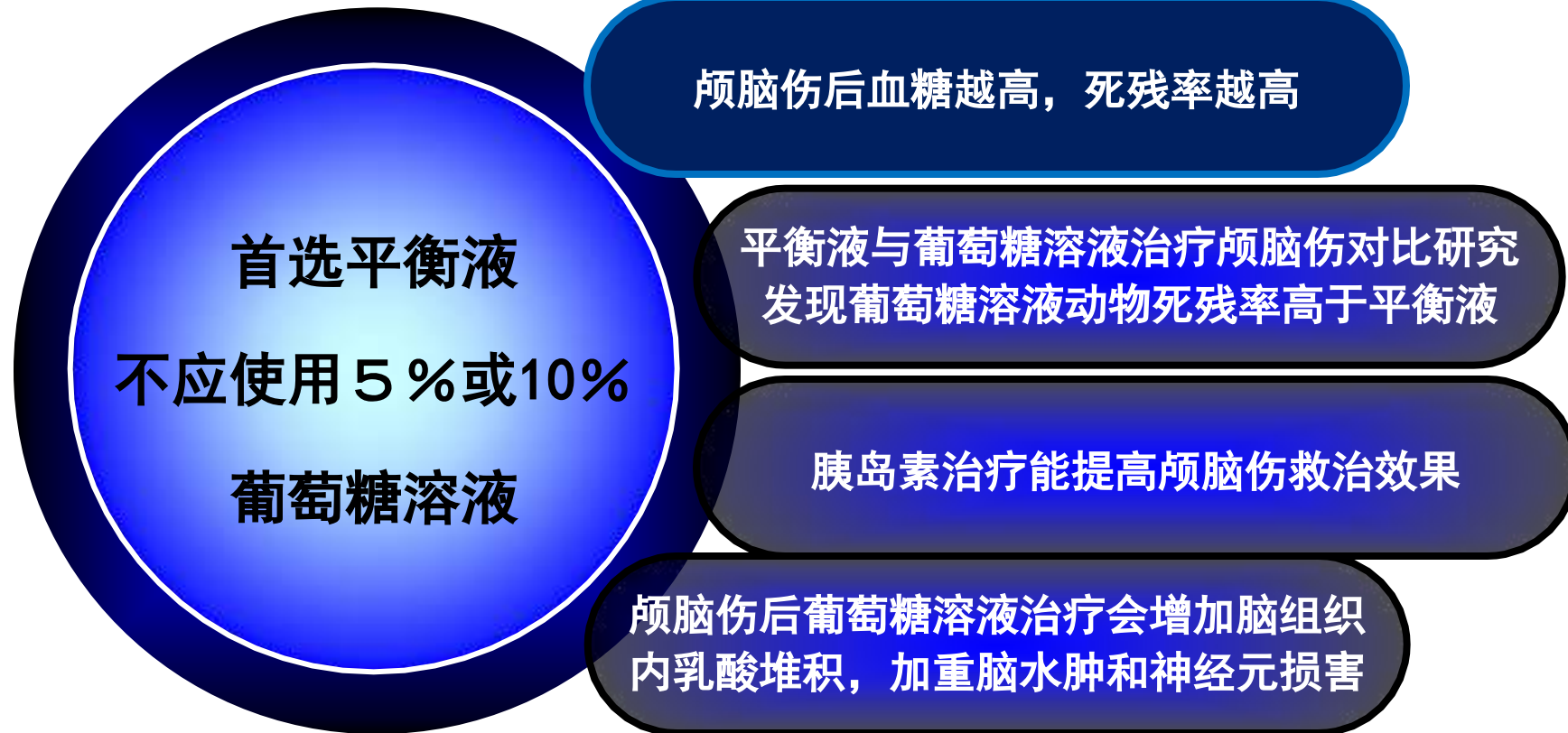
预防应激性溃疡

- 脑出血后发生应激状态，交感-肾上腺髓质系统兴奋，使胃和十二指肠黏膜的小血管发生收缩，血液灌流量显著减少，缺血缺氧，能量产生不足，因而胃黏膜的某些细胞就不能产生足量的碳酸氢盐和黏液。胃黏液屏障遭到破坏，胃腔内H⁺浓度升高。

盐酸雷尼替丁注射液50mg 静脉冲入 bid，用药合理。

雷尼替丁为H₂受体拮抗剂，每次50mg（1支），**稀释后缓慢静滴（1-2小时）**，**或缓慢静脉推注（超过10分钟）**，**或肌注50mg**，以上方法可每日2次或每6-8小时给药1次。

维持^{补液}水、电解质平衡



平衡液：是一种药物，又称乳酸钠林格氏液，是一种含有乳酸盐、不含重碳酸盐的等渗电解质溶液，其电解质、PH、渗透压等与细胞外液非常接近。

氯化钠注射液 100ml ivgtt bid，合理，注意监测出入量、电解质。

急性期降压

中国高血压防治指南指出急性期降压治疗原则：

- 及时降低血压，静脉滴注给药，病情允许及早口服降压药物控制降压：开始1h内将平均动血压降低不超过25%，2-6h内血压降至约160/100mmHg左右，24-48h内降至正常，主动脉夹层应将SBP 迅速降至100-110mmHg 左右。
- 合理选择降压药物：起效迅速、半衰期短、副作用小，静脉用药如硝普钠、硝酸甘油、尼卡地平、乌拉地尔、艾司洛尔等。

常用高血压急症静脉注射用降压药

5.3 高血压急症静脉注射或肌肉注射用降压药:

降压药	剂量	起效	持续	不良反应
硝普钠	0.25-10 μ g/kg/min IV	立即	1-2分	恶心、呕吐、肌颤、出汗
硝酸甘油	5-100 μ g/min IV	2-5分	5-10分	头痛、呕吐
酚妥拉明	2.5-5mg IV 0.5-1mg/min IV	1-2分	10-30分	心动过速、头痛、潮红
尼卡地平	0.5-10 μ g/kg/min IV	5-10分	1-4小时	心动过速、头痛、潮红
艾司洛尔	250-500 μ g/kg IV 此后 50-300 μ g/kg/min IV	1-2分	10-20分	低血压, 恶心
乌拉地尔	10-50mg IV 6-24mg/hr	5分	2-8小时	头晕, 恶心, 疲倦
地尔硫卓	10mg IV, 5-15 μ g/kg/min IV	5分	30分	低血压, 心动过缓
二氮嗪	200-400mg IV 累计不超过600mg	1分	1-2小时	血糖过高, 水钠潴留
拉贝洛尔	20-100mg IV 0.5-2.0mg/min IV 24小时不超过300mg	5-10分	3-6小时	恶心、呕吐、头麻、支气管痉挛、传导阻滞、体位性低血压
依那普利拉	1.25-5mg 每6小时IV	15-30分	6-12小时	高肾素状态血压陡降、变异度较大
胍苯哒嗪	10-20mg IV	10-20分	1-4小时	心动过速、潮红、头痛、

中国急诊高血压诊疗专家共识

表5 高血压急症静脉注射常用降压药物

药名	剂量	起效时间	作用持续时间	不良反应	适应证	禁忌证
硝普钠	0.25 ~ 10 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉注射	即刻	1 ~ 2 min	恶心、呕吐、肌颤、出汗	适用于大多数的高血压急症,尤其是合并心力衰竭的患者连续应用 24 ~ 48 h,有氰化物中毒风险	①高血压脑病、脑出血、蛛网膜下腔出血患者一般不予应用;②恶性高血压、高血压伴急性肾功能衰竭、肾移植性高血压、高血压急症伴严重肝功能损害患者等慎用或禁用;③甲状腺功能减退和孕妇慎用或禁用
硝酸甘油或硝酸异山梨酯	5 ~ 100 $\mu\text{g}/\text{min}$ 静脉注射	2 ~ 5 min	5 ~ 10 min	头痛、呕吐	适用于合并心肌缺血的患者	有颅内高压、青光眼的患者禁用
尼卡地平	5 ~ 15 mg/h 静脉注射	5 ~ 10 min	1 ~ 4 h	心动过速、头痛、潮红	适用于多数高血压急症患者;其扩张外周血管作用与硝苯地平相近,对冠脉的扩张比外周血管更强,对心脏及心肌传导系统无抑制作用,可用于急性高血压伴基底动脉供血不足者,也适用于二尖瓣关闭不全及末梢阻力和肺动脉楔压中度升高的低心输出量患者	对急性心肌梗死、急性心膜炎、左室流出道狭窄、右心功能不全并狭窄者、颅内高压或脑水肿等患者禁用或慎用
地尔硫革	10 mg 或 5 ~ 15 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉注射	半衰期 ($t_{1/2\beta}$) 为 1.9 h	低血压,心动过缓	适用于高血压,冠心病并发哮喘患者,肥厚性心肌病,流出道狭窄者。因其心脏抑制作用,不宜长期用药	禁用于病窦综合征。II 或 III 度房室传导阻滞(以上两种情况安置心室起搏器则例外)。低血压小于 12 kPa(小于 90 mm Hg)。对本品过敏者。急性心肌梗死和肺充血者	
乌拉地尔	10 ~ 50 mg 静脉注射	5 min	4 ~ 6 h	头晕,恶心,疲倦	适用于大多数高血压急症,尤其伴高血压脑病,急性左心衰竭、主动脉夹层的患者	主动脉狭窄或狭窄或动静脉分流患者禁用
酚妥拉明	5 ~ 15 mg 静脉注射	1 ~ 2 min	10 ~ 30 min	心动过速、头痛、潮红	用于诊断嗜铬细胞瘤及治疗其所致的高血压发作,包括手术切除时出现的高血压,也可根据血压对本品的反应用于协助诊断嗜铬细胞瘤	严重动脉硬化及肾功能不全者,低血压、冠心病、心肌梗死、胃炎或胃溃疡以及对本品过敏者禁用
拉贝洛尔	开始 2 mg/min 静脉注射,逐渐调整,直到达到预期反应	2 ~ 5 min	2 ~ 4 h	尿滞留、麻痹性肠梗阻和直立性低血压	适用于除急性心力衰竭外的大多数高血压危象,伴肾功能减退者	对于急性心力衰竭、支气管哮喘、心脏传导阻滞的患者应慎用或禁用
艾司洛尔	250 ~ 500 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉注射负荷剂量,此后	1 ~ 2 min	10 ~ 20 min	低血压,恶心	适用于高血压脑病等大多数临床类型的高血压急症	不适用于合并心力衰竭肺水肿的高血压急症患者;对于支气管哮喘、心脏传导阻滞的

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/388022127103006076>