

脑内出血_神经内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E8_84_91_E5_86_85_E5_87_BA_E8_c22_610903.htm 系指非外伤性脑实质内的出血。最常见原因为高血压和动脉硬化同时并存，少见原因有：先天性脑血管畸形或动脉瘤、血液病、抗凝或溶栓治疗、脑动脉炎等。【诊断】一、病史及症状：多数有高血压病史，中老年人多见，寒冷季节发病较多。大多在活动状态时起病，突发剧烈头痛伴呕吐，多有意识障碍，发病时血压较高，神经系统局灶症候与出血的部位和出血量有关。病史询问应注意对上述病史的了解。二、体检发现：1.有程度不同的意识障碍，早期多血压显著升高，重症者脉洪缓慢，呼吸深缓，常伴中枢性高热，病情恶化时呈现中枢性呼吸、循环衰竭。瞳孔形状不规则、双侧缩小或散大、双侧大小不等，光反应迟钝或消失。脑膜刺激征阳性。眼底可见视网膜动脉硬化和视网膜出血，偶有视乳头水肿。可有上消化道出血，心律不齐、肺水肿等。2.局限性定位体征：壳核型出血主要有三偏征（偏瘫、偏盲、偏身感觉障碍），双眼同向凝视，左侧半球可有失语。丘脑型可有偏瘫，偏身感觉障碍，双眼垂直性注视麻痹和会聚不能，瞳孔缩小。脑叶型意识障碍轻，抽搐发作和脑膜刺激征多较明显，局灶体征因受损脑叶不同而异。桥脑型昏迷深瞳孔小、高热、呈去大脑性强直或四肢瘫（重型者），轻型者有交叉性麻痹和感觉障碍、眼球运动障碍（眼外肌麻痹、同向凝视麻痹、核间性眼肌麻痹）；小脑型为眩晕、眼球震颤、共济失调（轻型），重型者昏迷，四肢松软等；脑室型者针尖样瞳孔、昏迷深、高热和去

大脑性强直。三、辅助检查：1.颅脑CT可显示出血部位、范围、出血量，血液是否进入脑室系统，出血周围水肿及中线移位情况；2.腰穿检查：脑脊液压力高，均匀血性脑脊液；3.急性期可出现一过性的周围血白细胞增高，血糖及血尿素氮增高，轻度蛋白尿和糖尿。4.心电图可出现高血压心脏病相应异常改变。四、鉴别：有意识障碍者，应与可引起昏迷的全身疾病鉴别；有神经系统定位体征者，应与其他颅内占位病变、脑膜脑炎、闭合性脑外伤鉴别；还应与脑梗塞、蛛网膜下腔出血等脑血管病鉴别。【治疗措施】一、保持呼吸道通畅，避免不必要搬动，严密观察意识、瞳孔及生命体征变化。二、吸氧及头部局部物理降温，可选择应用20%甘露醇、速尿、甘油及地塞米松等，降低颅内压。三、经用降颅压药物后血压仍较高者，可用利血平0.5-1mg肌注或心痛定10mg舌下含化。四、有凝血机制障碍者可用6-氨基已酸4-6g或抗血纤溶芳酸100-200mg静滴，2次/d。五、先禁食1-2天，禁食期间每天补液2000ml左右(葡萄糖盐水500ml,葡萄糖液1000-1500ml,钾4g)。2-3天后鼻饲牛奶，少量多次，逐渐加量。六、防治并发症：上消化道出血者适当选用止血剂，立止血10μ1次/d,也可用冰盐水100ml加正肾上腺素8mg鼻饲,甲氰咪呱200mg静推,3-4次/d或洛赛克针40mg静推1-2次/d；预防肺炎、皮肤褥疮等。其他治疗：定位明确者，可经颅骨钻孔行颅内血肿穿刺抽吸术(壳核出血)，行侧脑室前角穿刺引流术(丘脑型破入脑室者、小脑出血)；壳核型、脑叶型、小脑型，可在脑疝前期或早期行开颅手术清除血肿；急性期可用辅酶Q10、脑复新、脑活素等脑细胞活化剂。七、恢复期可配合中药和针刺疗法，加强肢体功能锻炼，语言训练，控

制血压治疗。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。
详细请访问 www.100test.com