

高血压脑出血的治疗进展

韦英光

南宁市第九人民医院 广西南宁 530409

〔摘要〕 高血压脑出血为一种常见的神经科疾病，死亡率高，致残率高，无法实现自我保健，并且再发性脑出血、癫痫、痴呆以及其他严重血管事件等并发症的发生率也很高。现阶段临床上对高血压脑出血的治疗技术逐渐成熟，内科治疗、外科治疗以及传统中医康复治疗，在高血压脑出血患者的康复、预后以及生活质量方面均发挥了重要作用。本文出于对高血压脑出血的治疗进展进行了解的目的，从多角度进行了阐述。

〔关键词〕 高血压脑出血；内科治疗；外科治疗；研究进展

〔中图分类号〕 R651.1 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2020) 06-271-03

临床上脑出血属于一种常见的脑血管疾病，在中老年人群中呈现高发状态。高血压为一种发病率较高的慢性疾病，很容易造成心、脑、肾等重要器官损伤，诱发并发症。长期高血压可引起脑动脉发生透明脂质变性、小动脉硬化、粟粒状微动脉瘤形成等一系列改变。在使血压骤然升高的因素下（如情绪激动、剧烈活动、饮酒过度、排使用力等情况）诱发脑血管破裂出血。临床表现特点为头痛、呕吐、偏瘫、失语，重者意识不清。常见脑出血部位为基底节区出血，还有丘脑出血、脑叶出血、小脑出血、脑干出血、脑室出血以及蛛网膜下腔出血等^[1]。高血压脑出血为中老年常见并发症，病死率、致残率均较高^[2]。目前，关于高血压脑出血的治疗研究逐渐深入，取得一定成效。本文出于对高血压脑出血治疗进展进行了解的目的，从多方面展开了综述，详见下文。

1 高血压脑出血的内科治疗

研究与实践证实，针对高血压脑出血患者，实施内科治疗的必要条件是具有临床适应症，包括患者意识清醒，脑血肿直径不足 3cm，血肿量不足 20ml。在满足这些适应症的前提下，对患者实施有针对性的内科治疗同样能够获得理想的治疗效果^[3]。常用的高血压脑出血内科治疗方法包括以下几种：

1.1 降低血压治疗

针对高血压脑出血患者，高血压为颅内血肿变大的主要因素。研究报告显示，入院时高血压与脑出血患者预后较差相关^[4]，血压管理是脑出血患者治疗中最重要的环节，尤其对于手术患者，降压治疗至关重要^[5]。在控制血压的过程中，主要的原则是保持血压平稳降、降，从而维持患者一个理想的脑灌注。对于血压管理，不同的学者有不同的意见。国外有学者提出，患者在发病后的 1 天内，实施有效的降压手段，收缩压可保持在 160mmHg，舒张压为 90mmHg 左右，能够对脑血肿进一步扩大以及神经功能损伤增加进行予以有效避免。另有研究显示，若是患者舒张压和收缩压分别未达到 105mmHg 和 180mmHg，则无需开展降压治疗^[6-7]。《中国脑出血诊治指南（2019）》中血压管理推荐意见：对于收缩压 150-220 mmHg 的住院患者，在没有急性降压禁忌证的情况下，数小时内降压至 130-140 mmHg 是安全的（Ⅱ级推荐，B 级证据），其改善患者神经功能的有效性尚待进一步验证（Ⅱ级推荐，B 级证据）；对于收缩压 >220 mmHg 的脑出血患者，在密切监测血压的情况下，持续静脉输注药物控制血压可能是合理的，收缩压目标值为 160 mmHg（Ⅱ级推荐，D 级证据）^[8]。目前常用的静脉降压药物为乌拉地尔，常用口服药物有硝苯地平片，氨氯地平、依那普利、美托洛尔、厄达帕胺等，可根据血压单独应用或几种药物联合应用。

1.2 降低颅内压治疗

高血压脑出血患者颅内压增高，多是血肿压迫造成的，并且会受到周围组织流体静力压作用诱发脑水肿。若是颅内压相对较高，会造成脑疝，为患者死亡的重要原因。调查研究发现，在脑出血发生后 6 小时，会发生脑水肿的情况，并且在脑出血发生的 1-5 天，为脑水肿发生的高峰期^[9]。临床多选用降颅内压药物进行治疗，常用药物包

括甘露醇、甘油果糖、速尿、高渗盐水，七叶皂苷钠等，甘露醇多为首选药物，其用量及疗程依个体化而定。临床报道半量（125ml/ 每次）使用甘露醇能有效控制颅内压，而且能减少肾损伤的发生^[10]。黄荣等研究：小剂量甘露醇、甘油果糖联合 β-七叶皂苷钠在脑出血治疗中取得良好效果^[11]。韩雪馨等通过文献检索总结：3% 高渗氯化钠溶液和甘露醇均能有效降低颅内压，但 3% 高渗氯化钠溶液降低颅内压的作用更加持久，且能有效提高中心静脉压和平均动脉压^[12]。

1.3 止血治疗

是否对高血压脑出血患者实施止血治疗，目前尚无统一标准。由于患者脑小动脉多有在微动脉瘤，会由于患者血压水平的升高而发生破裂的情况，因此多数学者指出，对高血压脑出血患者应用止血药物的意义不大。近几年，随着止血药物的研究取得的突破成效，一些理想的止血药物可以对血肿扩大产生明显的预防作用。有人通过临床观察，立止血（一种蝮蛇毒液中提取的蛇酶制剂）可显著降低脑出血患者超早期血肿增大的发生率，并改善预后，提高患者的生存率和治愈率^[13]。《指南》^[8] 推荐意见：：重组 VII a 因子（recombinant factor VII a，rF VII a）治疗脑出血的临床疗效尚不确定，且可能增加血栓栓塞的风险，不推荐常规使用（Ⅰ级推荐，A 级证据）。氨甲环酸有助于限制血肿体积扩大和降低早期病死率，但长期获益不确定，不推荐无选择性使用（Ⅱ级推荐，A 级证据）。

1.4 保护脑细胞治疗

高血压脑出血导致的结果为血肿压迫引起颅内压升高，神经核神经纤维束损伤，脑水肿，血脑屏障通透性下降，脑细胞坏死引起一系列神经功能障碍，如偏瘫失语，严重者昏迷不醒。为了挽救患者的生命，神经科医师不惜绞尽脑汁给患者使用各种脑保护药物，期盼能够促进患者脑功能的恢复。一些神经保护剂，如依达拉奉，在脑出血的临床研究与分析中发现对改善患者神经功能起到了一定积极作用^[14, 15]。临床治疗中，常用吡拉西坦、脑蛋白水解物、神经节苷脂、依达拉奉、神经生长因子等进行保护脑细胞治疗。研究显示自发性脑出血 6 h 内应用自由基清除剂 NXY-059 治疗是安全、可耐受的，但未改善临床预后^[16]。

1.5 肺部感染的治疗

重症高血压脑出血存在意识障碍，咳嗽反射差，痰液坠积，易引起呼吸道感染及吸入性肺炎，以及术中术后使用呼吸机患者，易引起呼吸机相关性肺炎。治疗上应结合痰细菌培养合理选用抗菌药物。重症脑出血的患者，预防性使用抗菌药物并不能降低肺部感染的发生率，相反，容易发生条件致病菌的感染和病原菌耐药性增加。注意翻身、拍背、充分吸痰，保持呼吸道通畅，做好基础护理工作，是减少肺部感染的主要手段^[17]。必要时进行气管切开及加强气管切开护理。

1.6 亚低温治疗

亚低温对脑出血的保护作用的可能机理包括：①降低脑能量代谢，减少脑组织乳酸堆积；②保护血脑屏障，减轻脑水肿及降低颅内压；③抑制兴奋性氨基酸、自由基及一氧化氮等有害物质的释放，减少对

脑组织的损害；④减少脑细胞蛋白破坏，促进神经细胞结构和功能的恢复；⑤减少 Ca^{2+} 内流，调节钙蛋白 II 激酶活性。亚低温一直被认为是减轻脑水肿降低颅内压有效措施，开始使用时间越早越好，最好在 12 小时内开始实施，持续降温治疗，一般不超过 1 周。

1.7 康复治疗

由于高血压脑出血病情危重，致残率高，大多数有偏瘫失语，意识障碍，智力障碍，情感障碍等后遗症，因些康复治疗是不可缺少的治疗措施。各指南均推荐对病情稳定的脑出血患者的康复治疗应早期进行，康复介入的时间越早越好。脑出血康复治疗应包括肢体康复、语言康复、心理康复等。实践证明，康复训练、中医按摩、针灸、高压氧疗法对患者预后以及总体治疗效果发挥了重要的积极作用^[18-19]。

2 外科治疗

高血压脑出血血肿形成后，因其占位效应可直接破坏脑组织，同时造成血肿周围脑组织的缺血和缺氧，会出现意识障碍、神经功能进行性恶化的情况，一般认为，针对小脑出血量超过 10ml，大脑半球出血量超过 30ml，脑叶血肿距离脑皮质表面不足 1cm，脑干受压、颅内高压、脑室梗阻、脑疝前期、脑疝等任一表现时，应优先考虑开展外科治疗。手术时机一般认为早期手术（出血后 7-24h）效果最好^[20]。目前临床上常用的脑出血外科治疗包括以下几种：

2.1 大骨瓣开颅血肿清除术

临床上大骨瓣开颅血肿清除术属于传统手术方式，应用比较广泛，这一术式对手术的设备要求相对较低。在直视条件下便可进行操作，能够将血肿完全清除，有效缓解血肿对脑组织的压迫，并且显著降低患者颅内压，提高生存率^[21]。但是这一术式的缺点在于其操作比较复杂，手术时间较长，并且对患者造成的创伤较大，术后多会发生明显不良反应，并且多需展开颅骨修补术，因此临床应用越来越受到局限。但临床中对于脑内血肿量较多并发脑疝的患者仍提倡进行标准大骨瓣开颅血肿清除术+去骨瓣减压术。

2.2 小骨窗开颅血肿清除术

小骨窗开颅手术为一种微创手术，其利用 CT 定位，开放直径在 2.5-3.0cm 之间的骨窗开口，对手术区域实施血肿清除操作，主要针对基底节区、颞叶出血患者展开治疗。这一术式的操作比较方便，入颅的时间相对较短，手术的创伤相对较小，与内镜或者是显微镜配合应用，可获得良好手术视野，可对重要血管、关键功能区予以最大保护，并且在最大限度上减少医源性脑损伤。但对于深部血肿，及血肿量较多时，会存在视野暴露不好，血肿清除不完全，止血困难，减压效果差等不足。

2.3 立体定向血肿穿刺引流术

这是一种微创手术，根据术前 CT 结果，进行简易立体定位，或使用头部支架进行精准定位，颅骨钻孔后实施穿刺，然后对血肿进行抽吸，将约 70% 的血肿予以吸出，剩余血肿则经引流管引流，可于术后从引流管注射尿激酶溶化血肿治疗。现阶段主要采用软通道立体定向血肿穿刺引流术。该术优点主要是定位简便精准，操作简单，也可在局部麻醉下进行，对脑组织损伤小，出血少。缺点是对血肿进行盲穿，有时会引起偏离血肿中心，抽吸血肿不完全，存在残余血肿，术后注射尿激酶易引起再出血风险。该术式应用比较广泛，可对基底节，脑叶，小脑及脑干进行穿刺治疗，也可用于脑室出血的治疗^[22]。

2.4 神经内镜下脑内血肿清除术

神经内镜下脑内血肿清除术目前是高血压脑出血较先进的治疗方法之一，同时脑室出血也是神经内镜治疗最佳适应症之一。手术方法为：术前根据头颅 CT 进行数据处理，进行血肿定位，一般在额叶或颞叶非功能区进行手术，首先小骨窗开颅，脑内血肿穿刺造瘘，使用透明套管做工作通道，在内镜观察下对脑内血肿进行吸除，尽可能完全清除，对出血血管可电凝止血。内镜下手术优点为照明良好，视野清晰，可直视下有效清除脑内血肿，术中使用的透明套管，管径小，材质轻薄光滑，对脑组织损伤小，可避免牵拉损伤脑组织，有效避免术后脑水肿，术中可电凝责任血管，降低术后再出血的风险。同时切口小，可缩短手术时间，减少颅内感染的风险^[23]。该术式缺点：①

术中遇到大出血时，神经内镜下止血困难；②操作空间狭小，内镜下显示为平面图像，缺乏立体感，操作需要一定的经验；③由于可操作角度有限，对于较大血肿仍然不能完全清除血肿，所以对于大量出血不主张进行该术式。随着医疗水平的不断提升以及对微创理念的重视，神经内镜作为神经外科的一种微侵袭手术辅助工具，目前在国内外逐渐得到普及。内镜下血肿清除术是一种快速、有效且安全的治疗高血压脑出血技术^[24]。

3 小结

现阶段临床上对高血压脑出血的治疗方法较多，比如还有神经导航辅助下微创手术，3D 打印技术的应用等，及时、合理、规范的选择有效的治疗手段，对于改善患者预后意义重大。在掌握各种治疗方法的适应症后，为患者提供更加科学有效的治疗手段，从而保证改善治疗效果，提高患者生存质量，降低致残率和致死率。

[参考文献]

- [1] 张建宁. 神经外科学高级教程[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2016:384-393.
- [2] 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.
- [3] 胡志平, 邓琳绍, 黄蓉, 等. 高血压脑出血综合治疗进展[J]. 现代医药卫生, 2018, 34(7):1023-1026.
- [4] Sang YH, Su HX, Wu WT, et al. Elevated blood pressure aggravates intracerebral hemorrhage induced brain injury[J]. J Neurotrauma, 2011, 28(12):2523-2534.
- [5] 游朝. 平稳降压在自发性脑出血血压管理的重要性[J]. 中华神经外科杂志, 2017, 33(4): 4-7.
- [6] HWANG SK, KIM JS, KIM JH, et al. Antihypertensive treatment of acute intracerebral hemorrhage by intravenous nicardipine hydrochloride: prospective multi-center study[J]. J Korean Med Sci, 2012, 27(9): 1085-1090.
- [7] Alqadri SL, Qureshi AI. Management of acute hypertensive response in patients with intracerebral hemorrhage[J]. Curr Atheroscler Rep, 2012, 14(4): 322-327.
- [8] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.
- [9] 陈俊瑜, 胡飞, 岑波, 等. 神经导航引导下硬通道多靶点穿刺引流治疗高血压脑出血 48 例疗效分析[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2017, 46(1):72-75.
- [10] 张志坚. 颅脑损伤使用不同剂量甘露醇的对比[J]. 吉林医学, 2012, 33(11): 2320-2321.
- [11] 黄荣, 张锐, 罗旺胜. 小剂量甘露醇、甘油果糖联合 β -七叶皂苷钠在脑出血中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(5):6-8.
- [12] 韩雪馨, 任佳彬, 许红梅, 等. 3% 高渗氯化钠溶液对比甘露醇降低颅内高压疗效的 Meta 分析[J]. 中华神经外科杂志, 2016, 32(10):1054-1060.
- [13] 王妹, 王大成. 立止血超早期防止脑出血血肿增大的效果观察[J]. 广西医学, 2012, 34(11): 1503-1504.
- [14] Yang J, Liu M, Zhou J, et al. Enoximone for acute intracerebral haemorrhage[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, (2):CD007755.
- [15] Yang J, Cui X, Li J, et al. Enoximone for acute stroke: meta-analyses of data from randomized controlled trials[J]. Dev Neurorehabil, 2015, 18(5):330-335.
- [16] Wang J, Tsirka SE. Tuftsin fragment 1-3 is beneficial when delivered after the induction of intracerebral hemorrhage[J]. Stroke, 2005, 36(3):613-618.
- [17] 梁金虎. 重症脑出血患者 ICU 院内肺部感染原因分析与治疗[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(18): 91-92.
- [18] 何平, 刘萍. 中医按摩与针灸干预对高血压脑出血患者术

(下转第 278 页)

低患者神经功能恢复及生活质量,还可诱发多种不良症状,如高血压及糖尿病,导致卒中提前发生。因此护理人员应准确检测患者血脂、血糖及血压状况,及时发现各项指标变化,实施针对性处理。

3.5 诱导睡眠

脑卒中后神经功能损伤与睡眠障碍存在密切关系,据有关研究显示,该类患者易形成一种条件反射,若看见卧室处于黑暗状态就出现紧张、害怕现象,使其处于焦虑状态。因此需实施松弛自主神经模式,缓解患者紧张情绪,如想象以往美好时光、热水淋浴等,从而使其改善负面情绪,提高睡眠质量。

4 小结

脑卒中睡眠障碍属于临床常见症状,该症状不仅降低患者生活质量,还可诱发多种危险因素,使其出现不同程度的心理障碍,加重

躯体症状,严重影响患者疾病恢复,降低治疗效率。因此护理人员为该患者制定科学性及针对性睡眠障碍护理十分重要,从而促进患者病情恢复,提高其治疗效率,改善睡眠质量,提高脑卒中患者生活质量。

【参考文献】

- [1] 谭小雪,徐敏.脑卒中后睡眠障碍的中西医结合护理研究进展[J].护理与康复,2017,16(7):730-733.
- [2] 张景涵,周海芳,吴静.艾盐穴位热敷对脑卒中后睡眠障碍的作用观察[J].中国中医药科技,2019,26(6):915-917.
- [3] 张雁,杨孝菊,任晓兰,等.老年缺血性脑卒中后睡眠障碍患者睡眠参数与生活质量的关系[J].中国老年学杂志,2020,40(7):1541-1543.
- [4] 汤娟娟,朱伟萍,姚美华,等.脑卒中后失眠病人睡眠障碍与认知功能的相关性研究[J].全科护理,2020,18(2):215-218.

(上接第 272 页)

后神经功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(29):3294-3297.

[19] 赵雪亮.用康复训练联合高压氧疗法对高血压性脑出血患者进行治疗的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(4):79-80.

[20] 阿布都克尤木·阿布都吉力力,麦提依明·托合提,帕热哈提江·依孜木.不同手术时机及手术方式治疗高血压性基底节区出血的疗效对比研究[J].中华神经外科杂志,2017,33(4):354-357.

[21] 杨彦平,贺中正,王涛.开颅手术与神经内镜治疗幕上高血压

脑出血临床疗效对比研究[J].陕西医学杂志,2018,47(2):180-182.

[22] 廖长品,张坤源.脑室铸型血肿的微侵袭手术治疗进展[J].中国微侵袭神经外科杂志,2020,25(5):229-231.

[23] Inamasu Joji,Moriya Shigeta,Oheda Motoki,et al.Role of catecholamines in acute hypertensive response :subarachnoid hemorrhage versus spontaneous intracerebral hemorrhage[J].Blood pressure Monitoring,2015,20(3):132-137.

[24] 李明松,陈兵,李斌.神经内镜手术治疗高血压脑出血的研究进展[J].广东医科大学学报,2020,38(1):11-14.

(上接第 274 页)

[34] 史其林,郑宛友,孙贵新等.chow 法内窥镜下治疗腕管综合征的临床经验.中国微创外科杂志.2003.3(4):297-299.

[35] 高伟阳.内窥镜治疗周围神经卡压综合征的现状和应用前景,中华手外科杂志.2007,23(2):69-70.

[36] 王晓峰,薛建波,黄剑,等.小切口腕管切开正中神经松解术的临床研究[J].中华手外科杂志,2012,5(3):279-280.

[37] Pervaiz Mehmood Hashmi,Rizwan Haroon Rashid,Moz Ali,et al.Two incision mini open carpal tunnel release-a minimally invasive alternative to endoscopic release[D].2nd Annual Surgical Meeting,2016,93-95.

[38] 周晓玲,李学渊,胡浩良,等.小切口 SWISS 推刀治疗腕管

综合征[J].全科医学临床与教育,2017,15(2):203-204.

[39] 任建华,汪洋,王哲,等.新型小切口治疗腕管综合症的研究[J].解剖学研究,2016,38(5):400-403.

[40] 田光磊,张胜友.腕管切开松解减压术[J].中华创伤骨科杂志,2004,9(11):1042-1047.

[41] 胡旭,周仕国,林世水,等.腕关节镜、小切口手术及传统手术治疗腕管综合征的临床疗效研究[J].吉林医学,2019,40(7):1450-1454.

[42] 冯仕明,高顺红.腕管综合征治疗研究进展[J].中国修复重建外科杂志,2011,25(5):628-630.

[43] 孙乾.传统手术切口与小切口治疗腕管综合征的比较分析[J].实用手外科杂志,2016,30(4):447-449.

(上接第 275 页)

患者还易发生濒死感,因此心理护理也应是护理人员应考虑的重要方面,即采取个人或集体式的方式,首先向患者讲述疾病相关内容、康复训练重要性。令患者树立健康康复意识,提高治疗依从性。其次,对患者心理状态进行评估,引导患者说出内心想法,针对性进行辅导。最后,辅助家属给予患者安全感,最大程度帮助患者调理积极心态,积极应对治疗,加快身体恢复。

【参考文献】

[1] 韦燕菊.护理干预对高血压脑出血患者术后再出血发生率的影响分析[J].中外医学研究,2018,14(2):84-85.

[2] 徐丽娟.优质护理模式在高血压脑出血患者术后再出血中的应用效果评价[J].养生保健指南,2019,000(031):92-92.

[3] 韩霞,石爱华.延续性护理对高血压脑出血手术患者术后再出血率的影响[J].智慧健康,2019,005(015):140-141.

[4] 柳杰,王静,钟洁.程序化护理在高血压脑出血术后再出血护理中的应用[J].首都食品与医药,2018,025(020):P.125-125.

[5] 樊晓红,侯彩娥.延续性护理对高血压脑出血手术患者术后再出血率的影响分析[J].心理医生,2018,024(016):243-244.

[6] 刘宇.微创穿刺引流与小骨窗开颅清除治疗高血压脑出血的临床效果及术后再出血危险因素分析[J].临床误诊误治,2018,31,274(06):70-73.

[7] 杨雪,潘金玉,魏利,等.高血压脑出血术后再出血相关危险因素分析[J].局解手术学杂志,2018,027(010):711-714.

[8] 孟祥清,张丹丹,李新君.优质护理服务在高血压脑出血患者手术患者中的开展效果[J].医学食疗与健康,2019,000(003):166.

(上接第 276 页)

状的急性脑血管病临床分析[J].吉林医学,2018,39(10):1946-1948.

[3] 卢文字.急性脑血管疾病合并吞咽功能障碍患者采用早期康复护理的效果分析[J].中国现代药物应用,2019,11(20):40-41.

[4] 张帆,程呈,石茂静,等.继发性癫痫患者发生心律失常的危险因素及可能机制[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2018,32(6):36-39.

[5] 刘美云,郭文丽.心肌复极异常心电图表现与冠心病病人

AST、CK、CK-MB 及 LDH 水平的相关性[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(14):2154-2156.

[6] 李芳.心电图异常改变对急性脑血管病颅内病变部位与预后的评估[J].河南医学高等专科学校学报,2018,30(6):558-560.

[7] 鲁妍.心电图在急性脑血管病中的应用及临床价值分析[J].中外医疗,2018,37(19):177-178+185.

[8] 王莲花.心电图及超声心动图在老年急性缺血性脑血管病患者诊断中的应用价值[J].现代医用影像学,2019,28(4):157-158.