

# 脑出血： 易发于中老年的致命疾病

□ 北京清华长庚医院神经外科 陈素芬

自发性脑出血是临床上较为常见的一种脑血管疾病，占急性脑血管病的20%—30%，多发于50岁以上的患者。自发性脑出血基本病因主要为高血压和动脉硬化，以及生活方式风险因素，如超重、酗酒、吸烟等可增加脑出血的风险。脑出血常常突然发病，症状在数分钟或者数小时内达到顶峰。但脑出血患者一般无前驱症状，少数可有头晕、头痛及肢体无力等。

高，应注意丘脑出血的可能性大，且老年人丘脑出血易破入脑室。血肿局限于丘脑的预后较好，侵入基底节预后欠佳，破入三、四脑室的预后不良。

脑叶出血是指主要累及大脑皮质及皮质下白质的出血。过去由于临床上难于与其他部位脑出血相鉴别，因而被认为其发病率较低，国内报道其发病率约占脑出血的3.8%，国外报道为5%~10%。自CT检查问世以来，医学上对各部位脑出血的诊断水平有了显著提高，脑叶出血的发病率已达10%~20%，仅次于基底节区出血。由于发病年龄、病因和临床经过均具有特殊性，脑叶出血已被认为是一种相对独立的脑出血类型。

脑干出血占临床脑出血病例的10%左右，发病率虽然不高，但脑干出血起病急，病情凶险，预后较差，在所有脑卒中患者中病死率最高、预后最差。脑干出血占脑出血的5.0%~13.4%，多发于脑桥，常于基底动脉供应脑桥的穿通动脉破裂所致。

小脑出血是指小脑实质内的出血，与高血压病有直接关系。多数病例突然起病，眩晕、频繁呕吐、枕部头痛、一侧上下肢共济失调而无明显瘫痪、可有眼球震颤以及一侧周围性面瘫。少数呈亚急性进行性，类似小脑占位性病。重症大量出血者可出现意识障碍，颅内压增高，很快进入昏迷，多在48小时内引起大孔疝而导致死亡。

脑室出血是指血液破入脑室系统，临床常见的脑室出血疾病，多继发于自发性脑出血、动脉瘤或动静脉畸形破裂等。

## 诊断检查

对于脑出血的辅助检查，目前主要包括以下四种类型：

第一类是CT检查，这是首选检查，

时间短、可重复。

第二类是MRI检查。这一检查可发现CT检查所不能确定的脑干或小脑少量出血，能分辨病程4-5周后CT检查不能辨别的脑出血，区别陈旧性脑出血与脑梗死，显示血管畸形流空现象。此外，还可根据血肿信号的动态变化(受血肿内血红蛋白变化的影响)判断出血时间。

第三类是数字减影脑血管造影(DSA)。可检出脑动脉瘤、脑静脉畸形、Moyamoya病和血管炎等。

第四类是脑脊液检查。只在无CT检查条件且临床无明显颅内压增高表现时进行，可发现脑压增高，脑脊液呈洗肉水样。应注意脑疝风险，疑诊小脑出血时不主张腰穿。

## 治疗方法

脑出血的治疗包括内科治疗和外科治疗，大多数患者以内科治疗为主。

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。

脑出血患者在发病后的最初数天病情往往不稳定，应常规予以持续生命体征监测、神经系统评估、持续心肺监护、氧饱和度和监测。

手术的主要目的是清除血肿、降低颅内压，挽救生命。同时，早期尽可能减少血肿对周围脑组织的损伤，降低致残率。此外，还应针对病因，如脑动静脉畸形、脑动脉瘤等进行治疗。

该疾病的急性期中医疗治疗暂无循证医学证据支持，但一些中医治疗方法在后期被广泛使用。

目前已有关于针刺治疗脑出血的临床研究，针刺治疗的疗效与安全性尚需开展更多高质量临床试验才能进一步证实。



病，脑出血的风险显著增加。

## 脑出血的分类

根据出血部位的不同，脑出血分为基底节区出血、脑叶出血、脑室出血、小脑出血、脑干出血等几种类型。

基底节区出血常发于壳核和丘脑，属于高血压脑出血，典型可见三偏体征(病灶对侧偏瘫、偏身感觉缺失和偏盲等)。大量出血可出现意识障碍，也可穿破脑组织进入脑室，出现血性脑脊液，直接穿破皮质者不常见。

丘脑出血多无典型症状，临床表现多种多样，仅靠症状、体征难以判断出血部位。头部CT检查可明确丘脑出血的部位、量及是否破入脑室、侵入内囊等，对治疗及判断预后意义重大。老年人如果出现意识障碍，血压明显升

## 哪些人容易患脑出血

一是高血压患者。长期的高血压会导致小动脉壁发生玻璃样变性和纤维素样坏死，使血管壁的弹性降低、脆性增加。在血压突然升高时，薄弱的血管壁容易破裂，引发脑出血。

二是高血脂患者。高血脂会使血液中的胆固醇、甘油三酯等脂质成分增多，导致血液黏稠度增加，血流速度减慢。这会损伤血管内皮细胞，促进动脉粥样硬化斑块的形成。

三是糖尿病患者。长期的糖尿病会导致全身细小动脉出现血管通透性增加、血管狭窄、血管纤维化病变，引起动脉粥样硬化，增加脑出血的风险。

四是长期吸烟酗酒者。吸烟酗酒会损伤血管内皮细胞，使血管收缩、痉挛，增加血液黏稠度，促进血小板聚集，加速动脉粥样硬化的形成。

五是老年人。随着年龄增长，人体血管逐渐老化，弹性降低、管壁增厚变硬，容易发发生动脉粥样硬化。同时，老年人的身体机能下降，对血压、血糖等调节能力减弱，加上其他多种慢性疾

# 到底怎样做才能有效预防脑梗死？

□ 陕西省略阳县人民医院 刘筱璇

脑梗死是一种常见的脑血管疾病，指因脑部血液循环障碍、缺血、缺氧所致的局限性脑组织缺血性坏死或软化，患者常伴有偏瘫、感觉障碍等症状，一般可通过改善生活方式、积极治疗基

础疾病等方法预防。患者应保持良好心态，避免情绪过度紧张焦虑，饮食以清淡为主，避免油腻、辛辣、刺激性食物，同时戒烟戒酒。本文围绕脑梗死的预防和治疗方案，帮助大家更好地了解此种疾病。

## 脑梗死的预防

### (一) 健康饮食

控制糖盐摄入是维持心血管健康的关键。过量摄入盐可致高血压，这是脑梗死的主要危险因素之一。建议每日盐摄入量不超过6克，减少加工食品及速食。过多摄入糖会增加体重及糖尿病风险。选择全麦制品、新鲜水果等低糖高纤维食物，有助于稳定血糖和保持健康体重。

多吃蔬果对预防脑梗死同样重要。新鲜蔬果富含抗氧化物、维生素和矿物质，有助于维护血管健康。深色蔬果如深绿色叶菜、红橙色水果等，含丰富维生素C和E，能帮助减轻氧化应激和炎症，减少血管损伤。此外，选择橄榄油、坚果和鱼类等健康脂肪替代饱和脂肪和反式脂肪，可降低胆固醇水平，进一步降低脑梗死风险。

补充足够水分至关重要。多喝水可促进血液循环，降低血栓形成概率。建议每日饮水1500—1700毫升，避免摄入过多含糖饮料及咖啡因。注意饮食均衡，避免暴饮暴食。这些饮食调整能有效降低脑梗死风险，保持身体健康。

### (二) 定期运动

规律有氧运动有助于维护心血管健康。快走、慢跑、游泳、骑自行车等能增强心肺功能和血管弹性，促进血液循环。推荐每周进行150分钟中等强度或75分钟高强度有氧运动，以维护心血管健康，降低血压及胆固醇水平。

增加力量训练对预防脑梗死具有重要意义。力量训练可增强肌肉力量，提高基础代谢率，有助于控制体重和胰岛素敏感性。建议每周进

行2—3次力量训练，集中锻炼腿部、背部等主要肌群。力量训练不仅有助于降低体脂率，还能提高骨骼密度。

坚持多样化、有趣的锻炼方式有助于长期坚持。可尝试跳舞、瑜伽、团体运动等。设定可行目标并记录进步，有助于提高锻炼积极性。和朋友或家人一起运动，增添乐趣并互相支持鼓励。规律体育锻炼可有效降低脑梗死风险，提高健康水平和生活质量。

### (三) 定期监测血压

建议成年人每年至少检测一次血压，尤其是有高血压病史或其他心血管疾病危险因素者，可在医疗机构或使用精确的自动血压计自测。正常情况下，收缩压应小于120毫米汞柱，舒张压应小于80毫米汞柱。收缩压≥140毫米汞柱或舒张压≥90毫米汞柱时考虑高血压。发现血压偏高应及时控制。

### (四) 戒烟限酒

烟草中的尼古丁等有害物质会引起血管收缩、血液黏稠度升高，加速血栓形成。成功戒烟需明确戒烟计划，包括设定戒烟日期、寻求专业帮助、使用尼古丁替代疗法(如贴片、口香糖)或处方药等工具。心理支持与行为治疗也非常重要，参加戒烟团体或与亲友分享目标，有助于增强信心克服烟瘾。

过量饮酒不仅会导致高血压、影响肝功能，还会增加血栓形成及血液黏稠度，进而增高脑梗死风险。建议男性每日酒精摄入量不超过25克，女性不超过15克。尝试用无酒精饮料、矿泉水等替代，可有效减少酒精摄入。

## 脑梗死的治疗

### (一) 血栓溶解治疗

血栓溶解治疗是脑梗死的关键治疗方法，旨在迅速溶解阻塞脑血管的血栓，恢复脑部供血，减少脑组织损伤。治疗时机至关重要，效果与开始时间直接相关，因此一旦发现症状应尽早就医。理想情况下，溶栓药物(如组织纤溶酶原激活剂tPA)应在症状出现后4.5小时内使用，超时药效减弱风险增大。早期发现及时就医是提高成功率的关键。治疗需由专业医护人员实施。治疗前需通过CT、磁共振成像等检查明确梗死性质、范围，排除出血可能。治疗期间患者需在监护病房严密监护，应对出血风险和血压波动等不良反应。医生会根据患者具体情况制定安全有效的治疗计划。

溶栓治疗后，患者通常需要接受康复和辅助治疗(如物理、语言、职业治疗等)及长期药物治疗(抗血小板药、降压药、调脂药等)与生活方式调整(饮食、锻炼、戒烟限酒)，防止复发。这些综合措施可显著提高患者生活质量和改善长期预后效果。

### (二) 手术治疗

手术干预通常针对无法通过药物改善的严重病例，时机和类型需根据具体情况而定。尤其对伴有明显血管狭窄或堵塞者，可能需血管内手术恢复血流。常见方法包括取栓术和颅内动脉搭桥术。取栓术通过导管技术直接取出血栓恢复血流，适用于药物溶栓效果不佳或错过溶栓时间窗者。医生根据影像学检查结果决定是否需要进行手术。

手术需在专业医疗团队配合下进行。术前需对患者病情进行全面评估，包括详细的影像学检查(如CT、MRI)以确定堵塞位置、程度，排除其他风险。手术通常在导管室或手术室进行，

可能需要全身或局部麻醉。术中医生精确操作以最大限度减少脑组织损伤。术后患者需在重症监护室密切观察，防止并发症并确保恢复。手术虽可缓解急性症状，但术后仍需系统康复治疗恢复受损功能。

### (三) 康复训练

康复训练始于急性期稳定后，早期介入是恢复功能的关键。包括物理疗法、作业疗法和言语疗法。物理疗法通过运动训练提高患者运动能力，增强肌肉力量，促进协调及平衡能力。

作业疗法侧重帮助患者恢复日常生活能力(如穿衣、洗澡、进食)。治疗师设计个性化训练方案。言语疗法针对语言或交流障碍患者，提供语言训练、交流工具使用及社会互动训练，提高表达、理解及沟通能力。

康复训练需长期坚持、个体化调整。每位患者康复过程不同，计划需根据恢复情况调整。定期评估与反馈对保证疗效至关重要。患者及家属应积极参与，家属提供支持鼓励帮助患者保持乐观心态。同时需调整生活方式(均衡饮食、规律作息、适量运动等)，提高整体健康水平，防止复发。

脑梗死患者需注意卧床休息，积极配合治疗，规律饮食，减少油腻辛辣刺激性食物摄入。建议在医生指导下服用营养脑细胞药物。注意控制血压、血糖、血脂水平，防止复发。保持健康生活方式，坚持低盐低脂饮食，适当运动，规律作息，避免熬夜，保持良好心态。

总之，中老年人需格外注意保持健康的生活方式，以有效降低脑梗死发生率。健康生活方式可预防80%的心脑血管疾病和2型糖尿病、55%的高血压以及40%的肿瘤。

儿童呼吸道感染作为常见的儿科疾病，不仅影响着孩子们的健康成长，也牵动着每一位家长的心。面对孩子咳嗽、发热、流涕等症状，家长们在焦虑之余，往往希望通过家庭用药来缓解孩子的不适。然而，儿童用药并非儿戏，正确的认知与合理的用药方法至关重要。本文将结合儿童呼吸道感染家庭用药的三个关键点——“一认知、二选择、三注意”，为家长们提供一份实用的科学用药指南。

## 一、了解儿童呼吸道感染与用药常识

儿童呼吸道感染主要分为上呼吸道感染(如普通感冒、咽炎)和下呼吸道感染(如支气管炎、肺炎)。不同年龄段的孩子，其生理特点和免疫功能存在显著差异，因此在用药上需特别谨慎。家长首先应明确：儿童并非成人的缩小版，其用药剂量、药物选择及用药时间均有严格要求。例如，某些成人常用药(如阿司匹林)可能引发儿童瑞氏综合征，必须严格禁用。此外，了解药物的作用机制、适应症及可能的不良反应，是安全用药的基础。家长需认识到，盲目用药可能掩盖真实病情，延误治疗时机。

## 二、儿童用药需谨慎，科学选择是关键

当儿童出现发热症状时，家长的首要任务是及时且安全地缓解病痛。解热镇痛药，如对乙酰氨基酚(扑热息痛)或布洛芬，是家庭药箱常备药。两者通过抑制前列腺素合成，有效降低体温并缓解疼痛。但使用时必须严格按体重计算剂量(对乙酰氨基酚10—15mg/kg/次，布洛芬5—10mg/kg/次)，24小时内不超过4次。过量使用可能引发肝损伤(对乙酰氨基酚)或肾损害(布洛芬)。需特别注意：3月龄以下婴儿发热必须立即就医，禁用任何退热药。

针对病毒性呼吸道感染(如流感)，抗病毒药物奥司他韦是有效治疗手段，但需在症状出现48小时内启用。该药为处方药，必须经医生诊断后使用。家长切勿自行购药，错误使用可能导致呕吐等副作用。且对普通感冒病毒无效。

抗生素被誉为“现代医学奇迹”，但仅对细菌感染有效(如链球菌性咽炎、细菌性肺炎)。家长需警惕：约80%的儿童呼吸道感染由病毒引起，使用抗生素不仅无效，更可能引发腹泻、皮疹等不良反应，甚至导致耐药菌滋生。只有当医生确诊细菌感染并开具处方后，才可遵医嘱使用。全程足量用药至关重要，即使症状好转也不可擅自停药。

儿童咳嗽病因复杂，可能是气道刺激、痰液淤积或气道高反应性所致。选用止咳化痰药需严格遵医嘱。

2岁以下儿童禁用非处方止咳药；避免同时使用多种含相同成分药物(如“艾舒”与“惠菲宁”均含伪麻黄碱)；痰多者慎用中枢性镇咳药(如右美沙芬)；若咳嗽持续超2周、伴喘鸣或呼吸困难，需及时排查哮喘或异物吸入。

## 三、家庭用药安全与护理要点

1. 仔细阅读药品说明书  
重点关注：有效成分、适用年龄、禁忌证(如癫痫患儿慎用含苯那君药物)、药物相互作用(如益生菌与抗生素需间隔2小时服用)。

2. 精准测量药物剂量  
使用带刻度的专用喂药器，避免用汤匙估量。混悬液需充分摇匀，开封后超过1个月的液体药物建议丢弃。

3. 严密观察药物反应  
记录用药时间及剂量，监测是否出现嗜睡(抗组胺药常见)、心悸(减充血剂副作用)等异常。出现荨麻疹、呼吸困难需立即急诊。

4. 营养支持与科学护理  
发热期给予流质饮食(粥、果汁)，恢复期增加蛋白质(鸡蛋羹、鱼肉泥)。保证每日饮水量(1岁内120—150ml/kg)。保持室内湿度50%—60%可缓解咳嗽。

5. 阻断交叉感染链  
患者餐具单独消毒，接触患儿后需肥皂洗手20秒。家庭成员中吸烟者需严格隔离，二手烟会加重呼吸道症状。

## 结语

儿童呼吸道感染的家庭用药管理，需要家长建立科学的用药认知体系：既要理解“对症用药”的基本原则，也要掌握“安全用药”的实践技能。在“一认知”中筑牢知识基础，在“二选择”中把握治疗方向，在“三注意”中落实护理细节。当家长能够理性分辨病情轻重(如区分普通感冒与流感)，准确执行用药规范(如剂量计算)，并及时识别预警信号(如呼吸急促)，才能真正为孩子筑起安全用药的防护墙。让我们用科学知识武装自己，为孩子的健康成长保驾护航!



儿童呼吸道感染家庭用药认知  
福建省漳州市长泰区武安社区卫生服务中心 林婉茹