

全科临床荟萃

苏炎慧 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

全科临床荟萃

苏炎慧 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社
• 昆明 •

图书在版编目 (CIP) 数据

全科临床荟萃 / 苏炎慧编著. — 昆明 : 云南科技出版社, 2013. 12

ISBN 978-7-5416-7818-9

I. ①全… II. ①苏… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 306830 号

责任编辑: 赵伟力 吴 琼 师力唯

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

南漳县金鑫印务有限责任公司 全国新华书店经销

开本: 787mm×1092mm 1/32 印张: 5.875 字数: 149 千字

2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷

定价: 36.00 元

目 录

第一章 神经内科临床常见疾病的诊疗	1
第一节 短暂性脑缺血发作的诊断	1
第二节 脑血栓形成的诊断	3
第三节 脑栓塞的诊断	8
第四节 蛛网膜下腔出血的诊断	11
第五节 癫痫的诊断	14
第六节 化脓性脑膜炎的诊断	17
第七节 结核性脑膜炎的诊断	19
第二章 呼吸内科临床常见疾病的诊疗	23
第一节 支气管扩张的诊断	23
第二节 急性支气管炎的诊断	25
第三节 肺栓塞的诊断	27
第四节 慢性阻塞性肺疾病急性加重期的诊断	31
第五节 支气管哮喘的诊断	34
第六节 肺结核的诊断	39
第七节 自发性气胸的诊断要点	44
第八节 肺癌的诊断	48
第九节 咯血的诊断	52
第三章 心血管内科临床常见疾病的诊疗	56
第一节 风湿性心脏病的诊断	56
第二节 房室隔缺的诊断	62
第三节 感染性心内膜炎的诊断	65
第四节 室性心动过速的诊断	70
第五节 室缺、心脏瓣膜性疾病的诊断	76

第六节 预激综合征的诊断	82
第七节 高血脂的诊断	84
第八节 冠心病的诊断	88
第九节 高血压的诊断	93
第十节 肺动脉闭锁的诊断	98
第十一节 心衰的诊断	100
第十二节 胸主动脉瘤的诊断	104
第九节 心肌炎的诊断	107
第四章 耳鼻咽喉科临床常见疾病的诊疗	108
第一节 鼻炎的诊断	108
一、急性鼻炎	108
二、慢性鼻炎	109
三、慢性萎缩性鼻炎	110
四、干酪性鼻炎	111
五、变应性鼻炎	111
第二节 咽炎的诊断	112
一、急性咽炎	112
二、慢性咽炎	113
第三节 扁桃体炎的诊断	114
一、急性扁桃体炎	114
第四节 喉部恶性肿瘤的诊断	115
第五节 化脓性鼻窦炎的诊断	117
一、急性化脓性鼻窦炎	117
第六节 扁桃体周围脓肿的诊断	119
第七节 化脓性中耳炎的诊断	120
第八节 耳源性颅内外并发症的诊断	121
一、耳廓假性囊肿	121
二、耳廓化脓性软骨膜炎	121
三、耳廓化脓性软骨膜炎	122
第九节 干酪性鼻炎的诊断	122

第十节 鼻腔、鼻窦恶性肿瘤的诊断	123
第五章 消化内科临床常见疾病的诊疗	126
第一节 碱性反流性胃炎的诊断	126
第二节 胃炎的诊断	130
第三节 消化性溃疡的诊断	132
第四节 上消化道出血的诊断	133
第五节 下消化道出血的诊断	138
第六节 急性胰腺炎的诊断	141
第七节 溃疡性结肠炎的诊断	144
第八节 克罗恩病的诊断	145
第九节 胆石症的诊断	146
第六章 眼科临床常见疾病的诊疗	150
第一节 结膜炎的诊断	150
第二节 巩膜炎的诊断	152
第三节 角膜病的诊断	155
第四节 白内障的诊断	158
第五节 青光眼的诊断	161
第六节 葡萄膜疾病的诊断	163
第七节 眼的屈光不正的诊断	166
第八节 斜视与弱视的诊断	169
第九节 视网膜及视神经疾病的诊断	170
第七章 胸外科临床常见疾病的诊疗	174
第一节 漏斗胸的诊断	174
第二节 肋软骨炎的诊断	177
第三节 急性脓胸疾病的诊断	178
第四节 慢性脓胸的诊断	181

第一章 神经内科临床常见疾病的诊疗

第一节 短暂性脑缺血发作的诊断

【概述】

短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)即是指脑血管病所致的脑功能的局限性障碍,是神经内科常见病之一中老年男性多见。常有高血压、糖尿病、心脏病和高脂血症病史。发病突然,是指颅内血管病变而导致的一过性或短暂性,迅速出现局限神经或视网膜功能障碍,局灶性脑或视网膜功能障碍,症状一般持续在 10~15 分钟,长达 1 小时内恢复,最长不会超过 24 小时,可反复发作,不会有神经功能缺损的症状和体征,又称为一过性脑缺血发作或小中风(卒中)。永久性卒中最重要危险因素是短暂性脑缺血发作,其最主要的病因是动脉硬化。若任其自然发展,约有三分之一患者在以后多年内发生脑梗塞。

【临床表现】

1. 本病多发于 50 岁以上,其中男性多于女性,有高危因素及颈椎骨质增生者。

2. 临床特点:突然于安静或活动时,症状于 2~5min 达高峰,持续时间短暂,24h 完全恢复,不留后遗症,常反复发作。

3. 症状取决于受累血管的分布。①颈内动脉系统 TIA 的常见症状为:一过性黑蒙,一侧面部或麻木或肢体无力等。特征性症状:一过性单眼盲。可能会出现症状是失语;②椎-基底动脉系统 TIA 的常

见症状:眩晕和平衡失调,偏盲/双侧实力障碍等。特征性症状是一侧脑神经麻痹,对侧肢体有偏瘫或感觉有障碍。这种病变可能出现吞咽障碍、共济失调等症状。

【诊断要点】

1. 常发生于 50 岁以上的中、老年人。可有高血压病、糖尿病等病史,或以往发病史。

2. 临床表现:每次发作所波及的病区大概相同,其症状表现具有重复性、短时性、刻板性。

(1)椎-基底动脉系统的缺血发作,最为多见的是发作性眩晕,患者站立不稳或漂浮感,有旋转感。常伴眼震、黑矇、暗点、复视、吞咽困难、麻木、瘫痪、猝倒发作等。

(2)颈动脉系统的缺血性发作,多表现为一过性失语、轻偏瘫、肢体麻木,单眼黑原、昏厥等。

【治疗要点】

1. 病因治疗。对症治疗控制血压;防止颈部过度活动;稳定心脏功能;控制心律失常、降低血液黏稠度;治疗脑动脉炎;降低血糖。

2. 药物治疗。抗凝治疗:抗血小板聚集的药物,例如,能有效减少卒中复发的肠溶阿司匹林,50~150mg/d;或阿司匹林 300mg,隔日 1 次,或 50mg,每日 1 次。双嘧达莫,每次 25~50mg,3 次/d;噻氯吡啶,一种较强的抗血小板聚集剂,疗效显著,作用持久;奥扎格雷和氯吡格雷,不良反应少,与阿司匹林合用效果更好。

抗凝:对频发 TIA/发作持续时间长,每次症状加重若无明显抗凝禁忌应及早进行抗凝治疗。用肝素、华法令、低分子量肝素钙。钙通道阻滞剂的作用可扩血管,防止脑血管痉挛。尼莫地平 30mg/d,每天 3 次;低分子右旋糖酐 500ml,静滴,每日 1 次,10~14 天为一个疗程。还可使用尼群地平、盐酸氟桂嗪、西比灵。中药可用川芎、丹参、红花等。

3. 手术治疗。外科手术或血管介入治疗。

用来消除微血栓,改善脑血流量,建立侧支循环。

【护理】

短暂性脑缺血发作的护理:

1. 护理诊断。有受伤的危险,即有潜在并发症,例如,脑卒中。

2. 护理措施。

(1)安全指导。TIA 发作时由于病人一过性失明或眩晕,而容易跌倒和受伤,应指导病人合理休息与运动,并采取适当的防护措施。发作时应卧床休息,注意枕头不应太高,以 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 为适中,以免影响头部血液供应;仰头/头部转动时应轻柔、动作缓慢,转动幅度不应太大。经常发作的病人应避免重体力劳动,必要时在上厕所、洗澡及外出活动时应该有家人陪伴。

(2)疾病知识指导。TIA 为脑卒中的一种先兆表现或警示,如未经正确治疗任其发展,约有 $1/3$ 在数年内会发展为完全性卒中。

【预后】

可反复发作,但不留后遗症。CT、MRI 正常。预后尚好。

第二节 脑血栓形成的诊断

【概述】

脑血栓形成是指供应脑部的动脉血管壁在颅内外发生病理性改变的基础上,在血流速度慢、血液成分改变或血黏稠度增加等情况下形成血栓,致使血管闭塞而言。中老年多见。有高血压、糖尿病、心脏病和高脂血症等多种危险因素。往往发病于安静或休息状态下,病程缓慢,意识障碍无/较轻。根据梗塞部位不同出现相应症状。

【病因病机】

脑血栓最常见的病因为动脉粥样硬化。由于动脉粥样硬化斑破裂/形成溃疡,血小板、血液中其他有形成分及纤维黏附于粗糙的内膜上,形成附壁血栓,在多种因素的影响下,血栓逐渐变大,最后出现动脉完全闭塞。这些疾病可加速脑动脉粥样硬化的发展。脑血栓形成的好发部位为颈总动脉,颈内动脉、基底动脉下段、椎动脉上段,椎-基底动脉交界处,大脑中动脉主干,大脑后动脉和大脑前动脉等。其他病因为非特异动脉炎、真性红细胞增多症、胶原性病、动脉瘤、钩端螺

旋体病和头颈部外伤等。脑组织梗塞后由于缺血缺氧导致坏死和软化。病初 6 小时以内,肉眼尚见不到明显病变;8~48 小时,病变部位即出现明显的脑肿胀,脑回扁平,脑灰白质界限不清;7~14 天脑组织的软化、坏死达到高峰,并开始液化。其后被吞噬和清除,胶质增生形成疤痕,大的软化灶形成囊腔。完成此修复有时需要几个月甚至 1~2 年。

【临床表现】

1. 一般症状:本病多见于 50~60 岁以上有动脉硬化的老年人,有的有糖尿病史。常于安静时或睡眠中发病。有些患者病前已有一次或多次短暂缺血发作。除重患者外,1~3 天内会出现症状慢慢达到高峰,意识多清楚,颅内压增高不明显。

2. 脑的局限性神经症状:变异较大,与血管闭塞的程度、闭塞血管大小、部位和侧支循环的好坏有关。

颈内动脉系统:

(1)颈内动脉系统:多见偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲三偏征和精神症状,主侧尚有不同程度的失语、失用和失认,还有病灶侧的原发性视神经萎缩,出现特征性的病侧眼失明伴对侧偏瘫称黑蒙交叉性麻痹,Horner 征,动眼神经麻痹,和视网膜动脉压下降。

(2)大脑中动脉:最为常见。主干闭塞时有三偏征,主侧半球病变时尚有失语。中动脉表浅分支前中央动脉闭塞时可有对侧面、舌肌无力;对侧上肢单瘫或不完全性偏瘫和轻度感觉障碍可出现于中央动脉闭塞时;顶后、角回或颞后感觉性失语和失用。豆纹动脉外侧支闭塞时可有对侧偏瘫。

(3)大脑前动脉:由于前交通动脉提供侧支循环,近端阻塞时可无症状;周围支受累时,常侵犯额叶内侧面,瘫痪以下肢为重,可伴有下肢的皮质性感觉障碍及排尿障碍。精神症状伴有双侧瘫痪出现于双侧大脑前动脉闭塞时。

椎基底动脉系统:

(1)小脑后下动脉综合征:出现眩晕、眼球震颤,病灶侧舌咽、迷走神经麻痹,小脑性共济失调及 Horner 征,病灶侧面部对侧躯体、肢体感觉减退或消失。

(2)旁正中央动脉:甚罕见,病灶侧舌肌麻痹对侧偏瘫。

(3)小脑前下动脉:眩晕、眼球震颤,两眼球向病灶对侧凝视,病灶侧耳鸣、耳聋,Horner 征及小脑性共济失调,病灶侧面部和对侧肢体感觉减退或消失。

(4)基底动脉:高热、昏迷、针尖样瞳孔、四肢软瘫及延髓麻痹。急性完全性闭塞时可迅速危及病人生命,个别病人表现为闭锁综合征。

(5)大脑后动脉:表现为枕顶叶综合征,以偏盲和一过性视力障碍如黑矇等多见,此外还可有体象障碍、失认、失用等。如侵及深穿支可伴有丘脑综合征,有偏身感觉障碍及感觉异常以及锥体外系等症状。

(6)基底动脉供应脑桥分支,可出现下列综合征:①脑桥旁正中综合征:病灶侧外展不能,两眼球向病灶对侧凝视,对侧偏瘫。②脑桥腹外综合征(Millard 综合征):病灶侧周围性面瘫及外直肌麻痹,伴病灶对侧偏瘫,可有两眼向病灶侧凝视不能。③脑桥被盖综合征(Raymond 综合征):病灶侧有自主运动及小脑体征,对侧肢体及轻瘫及感觉障碍,眼球向病灶侧凝视不能。

【诊断标准】

本病多因脑动脉硬化引起,其诊断要点为:

①多发于年龄在 50 岁以上的中老年,具有动脉硬化、糖尿病、高血脂者;②静态下发病,大多数没有头痛和呕吐;③病后几小时或几天内达高峰,一般发病后 1~2 日内意识清楚或轻度障碍;发病可较缓慢,多逐渐进展,也可见于动脉炎、血液病等;④面、舌及肢体瘫痪、共济失调、感觉障碍等定位症状和体征;⑤脑 CT 提示异常信 MRI 显示长症状相应的部位有低密度影;腰椎穿刺检查提示颅内压、脑脊液常规和生化正常;病前可有高血压、糖尿病、高血脂、心脏病及脑卒中史;过短暂性脑缺血发作者。CT/MRI 可发现梗死灶。包括溶栓、抗凝等综合性治疗,部分预后良好。

【鉴别诊断】

脑血栓形成应注意与下列疾病鉴别:

1. 脑肿瘤。脑肿瘤发病慢,逐步发展,眼底见视盘水肿,CT 平扫有时也可把脑转移瘤误诊为脑梗塞,一般前者为团块状而后者常呈楔状;前者常症状轻而病灶较大,并因血管源性脑水肿明显而呈脑回状水肿片,增强扫描可确诊。

2. 脑栓塞。脑栓塞在动态下起病急骤并发现伴有明确的心脏病或其他栓子来源时,应考虑脑栓塞。急性重症大面积脑梗塞要注意与脑出血鉴别,一般后者发病较急,从起病至高峰时间更短,起病时血压高,必要时可慎重做腰穿,但小量脑出血脑脊液也可不含血,在发病时意识清楚、无头痛及脑脊液正常,不易与脑血栓形成区别,急诊检查可排除脑出血。

3. 脑出血。脑出血起病更急,意识障碍较重,常有头痛、呕吐及胸膜刺激征,血压常增高明显,脑脊液呈血性,压力增高。

【治疗】

(一)急性期

原则是尽早改善缺血区的血液循环、促进神经功能恢复。

1. 缓解脑水肿:患者梗塞严重,可使用脱水剂或利尿剂,但不宜过大的量,时间不宜过长,以防导致血容量不足和电解质紊乱等。

2. 改善微循环:能降低血黏度和改善微循环。

3. 稀释血液:①等容量血液稀释疗法:通过静脉放血,同时予置换等量液体;②高容量血液稀释疗法:将不含血液的液体从静脉注射来完成扩容目的。

4. 溶栓:①链激酶:24 小时内维持用药,直到病情不再发展为止,但一般不超过 7 天。②尿激酶:用药期注意出血倾向,有出血素质、低纤维蛋白原血症、败血症、空洞型肺结核、严重肝病、心内膜炎及近期内有出血者忌用。应用链激酶时应作过敏试验。

5. 抗凝:用以防止血栓扩延和新的血栓发生。用药期间也须严密注意出血倾向,出血性疾病、活动性溃疡、严重肝肾疾病、感染性血栓及高龄者忌用。

6. 扩张血管:一般认为血管扩张剂效果不肯定,对有颅内压增高的严重患者,有时可加重病情,故早期多不主张使用。常用的药物有:罂粟碱口服或肌注,或加入5%葡萄糖内,静滴。还可应用环扁桃酯、己酮可可碱、倍他定等。也可使用钙离子拮抗剂,以防止继发性血管痉挛。

7. 其他:上述治疗原则除外,还有高压氧疗法,体外反搏疗法和量子血液疗法等。后者将自体血液100~200ml经过紫外线照射和充氧后回输给自身。本病也有应用手术治疗者,如颈内动脉颅外段血栓切除术,或颅内一外动脉吻合术。但疗效不佳,近几年应用较少。

在治疗过程中,血压不宜偏低。对瘫痪肢体,应早期进行被动活动及按摩,来加快功能恢复,并预防肢体挛缩畸形。

(二)恢复期

维持加强瘫痪肢体功能的锻炼和言语功能训练,除药物外,可配合理疗、体疗和针灸等。

恢复期中药预防:现代中药在治疗脑血栓和预防脑血栓方面有很好的应用,比西药可靠,脑血栓患者可以长期服用,代表药品有天欣泰血栓心脉宁片、丹参滴丸等药物。有活血化瘀芳香开窍,降脂抗凝的多种治疗效果,能够对脑血栓诱因动脉粥样硬化斑块形成、血液黏度高等基础病变进行有效的治疗,进而预防动脉硬化继续形成,预防血栓再次形成;为脑组织创造一个良好的内环境,恢复脑神经系统,使其控制的运动、语言神经系统体征得到改善。中药以补气、活血、通络为治则,常用补阳还五汤和丹参等。同时使用脑复康和胞二磷胆碱等,有助于改善脑代谢。此外,可长期服用抗血小板聚集剂,如潘生丁或阿司匹林等,有助于防止复发。同时应该长期坚持用药。

第三节 脑栓塞的诊断

【病因及分类】

根据栓子的来源可分三类,其中脑栓塞中最常见的是心源性脑栓塞,约75%的心源性栓子栓塞于脑部,引起脑栓塞的常见的心脏疾病有感染性心内膜炎、心脏瓣膜病、心房颤动、心脏手术、心肌病、心肌梗死、先天性心脏病(来自体循环静脉系统的栓子,经先天性心脏病如房间隔缺损、卵圆孔未闭等的异常通道,直接进入颅内动脉而引起脑栓塞,为反常栓塞)等。此外就是非心源性脑栓塞,来源有主动脉弓和颅外动脉(颈动脉和椎动脉)的动脉粥样硬化性病变、斑块破裂及粥样物从裂口进入血流,能形成栓子导致栓塞;同时损伤的动脉壁易形成附壁血栓,当血栓脱落时也会引起脑栓塞;其他少见的栓子有脂肪滴、羊水和异物、寄生虫卵、肿瘤细胞等。来源不清楚,很少病例利用现在检查手段和方法查不到栓子的来源。

【病理】

此病可发生于脑的任何部位,由于左侧颈总动脉起源于主动脉弓,所以起病部位以左侧大脑中动脉的供血区较多,其主干是最常见的发病部位。由于脑栓塞常突然阻塞动脉,易引起脑血管痉挛,加重脑组织的缺血程度。因起病迅速,无足够的时间建立侧支循环,所以栓塞与发生在同一动脉的血栓形成相比,病变范围大,供血区周边的脑组织常不能免受损害。脑栓塞引起的脑组织缺血性坏死可以是贫血性、出血性或混合性梗死,出血性更为常见,占30%~50%。脑栓塞发生后,栓子可以不再移动,牢固地阻塞管腔;或栓子分解碎裂,进入更小的血管,最初栓塞动脉的血管壁已受损,血流恢复后易从破损的血管壁流出,形成出血性梗死。在栓子的来源未消除时,脑栓塞可以反复发作。

【发病机制】

人体正常血液呈流动的状态,血液中的有形成分能通畅的通过微

循环。人体血液循环中某些异物随血液流动,例如上述血凝块、心脏的栓子等称为栓子,栓子进入脑循环,大部分栓子进入颈内动脉系统,由于大脑中动脉是颈内动脉的直接延伸,大脑中动脉及其分支容易受累,左侧大脑是优势半球,血液供应相对丰富,所以最易受累。椎-基底动脉的栓塞仅占10%左右,大脑前动脉栓塞几乎没有,大脑后动脉也少见。一般栓子脱落容易阻塞血液供应非常丰富的脑血管,脑质量占体重的2%。而在正常氧分压和葡萄糖含量下,有心脏总输出量20%的血液进入脑血液循环。

脑的血液来自两侧的颈动脉和椎-基底动脉系统。颈动脉系统主要通过颈内动脉、大脑中动脉和大脑前动脉供应大脑半球前3/5部分的血液。椎-基底动脉系统主要通过两侧的椎动脉、基底动脉、小脑上动脉、小脑前下及后下动脉和大脑后动脉供应大脑半球后2/5部分的血液。当脑血管被栓子阻塞后,引起局部脑组织发生缺血、缺氧,脑组织软化、坏死。脑组织容易引起缺血后坏死,是因为脑代谢活动特别旺盛,而脑组织相当于没有氧及葡萄糖储备,能量完全由循环血流连续供应。供应脑组织的血液由两大系统通过两侧大脑前动脉由前交通动脉互相沟通,大脑中动脉和大脑后动脉由后交通动脉互相沟通,在脑底形成脑底动脉环(Willis环)。此动脉环对颈动脉与椎-基底动脉两大供血系统之间,特别是两侧大脑半球血液供应的调节和平衡及病态时对侧支循环的形成极为重要,如果血栓形成缓慢,则侧支循环容易建立。因此出现的临床症状不仅与栓塞部位有关,而且与血管痉挛的范围有关。当血管痉挛减轻、栓子碎裂、溶解,移向动脉远端,以及侧支循环建立后,均可导致脑缺血范围缩小,症状减轻。

【临床表现】

1. 根据栓塞部位不同,临床表现也不完全相同。

2. 任何年龄均可发病,患者发病前多有风湿性心脏病、心房颤动或大动脉粥样硬化等病史。

3. 一般发病无明显诱因,也很少有前驱症状,急性起病,症状常在数秒或数分钟之内达高峰,多为完全性卒中,偶尔病情在数小时内逐渐进展,症状加重,可能是脑栓塞后有逆行性的血栓形成。

【辅助检查】

脑 MRI 检查。

DSA、MRA、经颅多普勒超声检查。

脑脊液检查。

脑 CT 扫描。

【诊断】

脑栓塞的诊断标准：

1. 多为急骤发病。
2. 有颈动脉系统和或椎-基底动脉系统的症状和体征。
3. 多数无前驱症状。
4. 腰穿脑脊液一般不含血。
5. 一般意识清楚或有短暂性意识障碍。
6. 同时伴有其他脏器、皮肤、黏膜等栓塞症状。

本病诊断主要依据临床特点及相应的辅助检查：以青壮年较多见，病前多有一些病史。临床上有时不容易区分栓子来源。脑栓塞患者多起病急，症状常在数秒或数分钟内达高峰，多数患者有神经系统体征，可表现为偏瘫、失语等局灶性神经功能缺损。头颅 CT 在发病 24 小时内可无明显异常，但脑 CT 扫描阴性不能排除脑栓塞，发病 24~48 小时后可见栓塞部位有低密度梗死灶，边界欠清晰，并可有一定的占位效应；头 MRI 有助于早期发现小的栓塞病灶，对于脑干和小脑病变的显示 MRI 要明显优于 CT。

【治疗】

包括针对脑栓塞本身的治疗及针对原发病即栓子来源的治疗。

1. 一般治疗

急性期应加强护理，预防肺炎、泌尿系感染和褥疮；注意营养状况，保持水和电解质的平衡；卧床休息，保持呼吸道的通畅和心脏功能等的发生。脑栓塞本身的治疗原则是要消除脑水肿、保护脑功能、改善脑循环、防止再栓塞。

针对栓子来源的不同进行对症治疗：

(1) 抗凝及溶栓治疗，对于心源性栓塞者，推荐早期、长期抗凝治

疗,抗凝治疗禁忌及非心源性栓塞者不推荐抗凝治疗,建议抗血小板治疗;溶栓类药物亦可能仅在早期发挥作用。

(2)对症治疗:出现颅高压者可给予脱水剂减轻脑水肿,防止脑疝形成,以降低病死率。常用高渗脱水剂有甘露醇、甘油果糖等,也可用利尿剂如速尿等;血压明显升高者可适当给予降压治疗;在急性期还可适当应用一些神经保护剂保护脑细胞。

(3)当在脂肪栓塞时,可应用肝素、低分子右旋糖酐(不能用于对本药过敏者)、5%的碳酸氢钠及脂溶剂,有助于脂肪颗粒的溶解;若血肿量较大,内科保守治疗无效,考虑手术治疗;对感染性栓塞应使用抗生素,并禁用溶栓和抗凝药物,防止感染扩散;发生出血性脑梗死时,要立即停用溶栓、抗凝和抗血小板聚集的药物,防止出血加重和血肿扩大,适当应用止血药。

(4)早期进行积极的康复治疗,有助于神经功能缺损症状的早期恢复。

2. 介入治疗

包括颅内外血管经皮腔内血管成形术(PTA)及血管内支架置入(CAS),或与溶栓治疗结合。对伴有颈动脉狭窄 $>70\%$ 者,可考虑行血管内介入治疗术。

3. 外科治疗

颈动脉内膜切除术(CEA)对脑水肿明显时,采用颅骨开窗减压或切除部分坏死组织对大面积脑梗死可能挽救生命。对防治脑栓塞也有一定的疗效。对伴有重度颈动脉狭窄(即狭窄 $>70\%$)者可酌情予CEA,不推荐发病24小时内紧急CEA治疗。

第四节 蛛网膜下腔出血的诊断

蛛网膜下腔出血(SAH)系指不同原因致颅内血管破裂后,血流入蛛网膜下腔的一种病理状态。出血原因可分外伤性和自发性两种。破裂血管位于脑、脊髓蛛网膜下腔者称为原发性;位于脑、脊髓实质,