

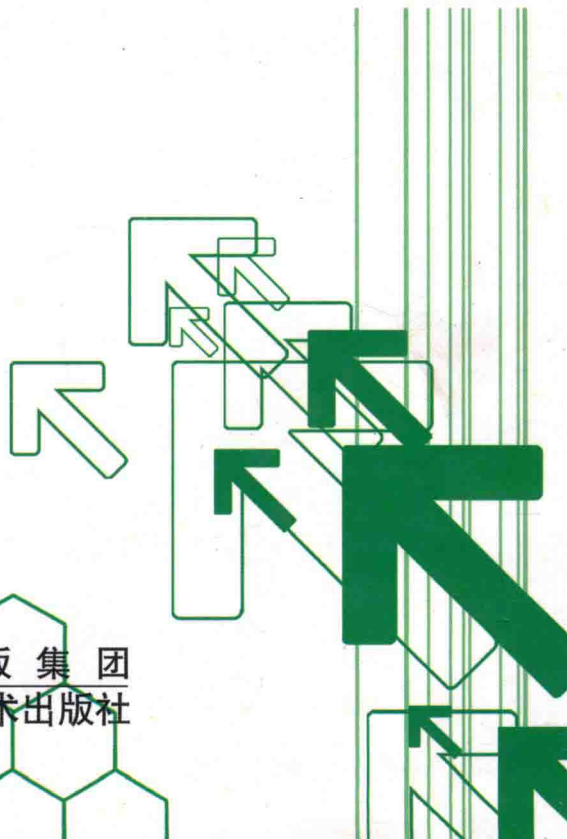
Xinbian Linchuang Neikexue



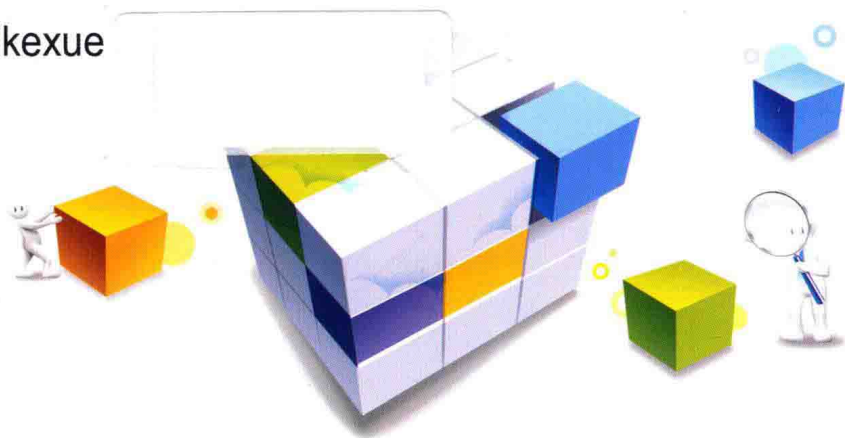
新编临床内科学

主 编： 陈西勇 蔡蓓琳 徐 斌 等编著

吉林出版集团
吉林科学技术出版社



Xinbian Linchuang Neikexue



新编临床内科学

主 编： 陈西勇 蔡蓓琳 徐 斌 等编著

吉林出版集团
吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

新编临床内科学 / 陈西勇等主编.

— 长春 : 吉林 科学技术出版社, 2013. 11

ISBN 978-7-5384-7297-4

I. ①新… II. ①陈… III. ①内科学
IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 273575 号

新编临床内科学 Xibian Linchuang Neikexue

主 编 陈西勇 蔡蓓琳 徐 斌
张 帆 晋 峰 樊红炎 于 琨

出版人 李 梁

责任编辑 孟 波 杨晓蔓

封面设计 许建华

制 版 霄云阁图书

开 本 880mm×1230mm 1/16

字 数 750 千字

印 张 42

印 数 1—1000 册

版 次 2013 年 11 月第 1 版

印 次 2013 年 11 月第 1 次印刷

出 版 吉林出版集团

吉林科学技术出版社

发 行 吉林科学技术出版社

地 址 长春市人民大街 4646 号

邮 编 130021

发行部电话 / 传真 0431-85677817 85635177 85651759

85651628 85600611 85670016

储运部电话 0431-84612872

编辑部电话 0431-85630195

网 址 www.jlstp.net

印 刷 山东天马旅游印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5384-7297-4

定 价 88.00 元

如有印装质量问题可寄出版社调换

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85635185

编 委 会

主 编:陈西勇 蔡蓓琳 徐 斌 张 帆

晋 峰 樊鸿炎 于 琨

副主编:夏英凯 范凌云 陈志英 魏静霞

许海林 王根民 衣文君

编 委:(按姓氏笔画)

于淑琼 即墨市人民医院

于 琨 荣成市第二人民医院

仇爱华 即墨市人民医院

王根民 井陘县中医院

孙 华 即墨市人民医院

孙翠华 即墨市人民医院

衣文君 烟台市毓璜顶医院莱山分院

许海林 井陘县中医院

宋红霞 即墨市人民医院

宋秀香 即墨市人民医院

张可欣 即墨市人民医院

张 帆 青岛市401医院

陈西勇 肥城市精神卫生中心

陈志英 北京军区解放军第二

五三医院

周峥法 即墨市人民医院

屈 娜 即墨市人民医院

底 琳 青岛市第八人民医院

范 立 即墨市人民医院

范凌云 甘肃省第二人民医院

宫艳君 即墨市岙山中心卫生院

胡志翠 即墨市人民医院

夏英凯 莱钢医院

徐娜娜 即墨市岙山中心卫生院

徐 斌 甘肃省张掖市人民医院

晋 峰 聊城市中心血站

高伟娜 即墨市人民医院

高春香 即墨市岙山中心卫生院

崔桂玲 即墨市人民医院

崔婧婧 即墨市人民医院

蔡蓓琳 甘肃省第二人民医院

樊鸿炎 甘肃省兰州市第二人民医院

魏静霞 河南省新乡市第一人民医院

陈西勇



男，1969年1月25日出生，大学学历，1998年毕业于济宁医学院临床医学专业，现任肥城市精神卫生中心主任兼党总支书记，副主任医师。从事临床工作30年，在省级以上杂志发表论文20余篇，主编、副主编专著各一部，连年被泰安市人力资源和社会保障部、泰安市卫生局评为全市卫生系统工作先进个人；2003年被泰安市委、市政府授予非典时期先进工作个人；2010年3月被中共泰安市委授予泰山先锋称号；现为肥城市第十七届人大代表，现为肥城市残疾人联合会第五次代表大会代表。

蔡蓓琳



女，大学本科，兰州大学护理本科毕业，从事护理工作21年，曾任神经科护士长，现任高压氧治疗中心护士长。曾获省《优秀护士》、省《青年岗位能手》称号。在国家级杂志发表护理论文《肺癌纤维支气管镜检查的护理体会》、《早期康复护理对脑卒中患者日常生活活动能力的影响》，参编《基础护理技术操作规程》一书。

徐斌



男，1988年8月毕业于甘肃省兰州医学院临床医学专业。分配至甘肃省张掖市人民医院内科工作。1997年9月于河南医科大学临床研究生班结业。1998年晋升主治医师，2000年晋升为副主任医师，一直从事感染病学专业临床工作，擅长各种肝病及其疑难杂病诊治。在省级以上刊物共发表论文8篇，获市科技进步奖1项。

前 言

近年来,随着医学新技术的不断创新、新药物的不断问世和分子生物学的不断开拓,内科领域的诊断治疗技术也取得了突飞猛进的发展。临床内科医师需要不断学习,吸收现代医学的先进理论和经验,才能跟上时代的发展,更好的为患者服务。《新编临床内科学》正是基于这样的实际需要,本着内容丰富、资料新颖、科学实用的原则,在参考了国内外大量相关文献的基础上编写而成。

本书内容涵盖了临床内科的常见症状与体征、常用诊断技术以及全书各系统疾病的临床治疗等内容,详细介绍了呼吸系统疾病、消化系统疾病、内分泌系统疾病、心血管疾病、神经系统疾病及泌尿系统疾病的常见病、多发病。在整个编撰过程中,力求资料详实、内容丰富,争取集科学性、先进性和实用性于一体。

本书着重于内科各系统疾病的治疗,力求内容简明实用。由于本书涉及范围面广,参编人员众多,写作风格很难一致,书中也难免会有不足之处,敬请读者不吝指正。

《新编内科学诊疗精要》编委会

2013 年

目 录

第一章 内科常见症状与体征	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(3)
第三节 昏迷	(6)
第四节 眩晕	(7)
第五节 惊厥与抽搐	(10)
第六节 咳嗽与咳痰	(11)
第七节 咯血	(12)
第八节 呼吸困难	(15)
第九节 发绀	(18)
第十节 心悸	(20)
第十一节 胸痛	(21)
第十二节 恶心和呕吐	(26)
第十三节 黄疸	(27)
第十四节 腹泻	(28)
第十五节 水肿	(30)
第十六节 尿量异常	(31)
第二章 内科临床常用诊断方法	(33)
第一节 实验室诊断	(33)
第二节 影像学诊断	(37)
第三节 超声诊断	(42)
第四节 常规心电图检测	(45)
第五节 心电图运动试验	(49)
第六节 动态心电图	(56)
第七节 远程监测心电图	(64)
第八节 内镜诊断	(70)
第三章 脑血管病	(73)
第一节 脑血管病的流行病学	(73)
第二节 脑血管病院前和急诊诊治	(75)
第三节 脑卒中的急诊处理	(77)
第四节 心源性脑栓塞诊断和治疗流程	(79)
第五节 脑栓塞综合征	(82)
第六节 大血管性卒中	(82)
第七节 急性缺血性卒中的静脉溶栓方案	(85)
第八节 与溶栓相关的特殊情况	(87)
第九节 急性缺血性卒中的动脉溶栓方案	(88)

第四章 神经系统感染性疾病	(91)
第一节 急性带状疱疹病毒性脑炎	(91)
第二节 单纯疱疹病毒性脑炎	(93)
第三节 肠道病毒性脑炎	(98)
第四节 巨细胞病毒性脑炎	(100)
第五节 亚急性硬化性全脑炎	(102)
第六节 结核性脑膜炎	(106)
第七节 化脓性脑膜炎	(113)
第八节 脑膜炎球菌脑膜炎	(117)
第九节 新型隐球菌性脑膜炎	(119)
第十节 脑寄生虫病	(121)
第五章 癫痫	(128)
第六章 脑神经疾病	(145)
第一节 三叉神经痛	(145)
第二节 特发性面神经炎	(147)
第三节 面肌痉挛	(150)
第四节 多发脑神经损害	(152)
第七章 脊神经疾病	(155)
第一节 单神经病脊神经疾病	(155)
第二节 多发性周围神经病	(160)
第三节 急性感染性脱髓鞘性多发性神经病	(164)
第四节 慢性感染性脱髓鞘性多发性神经病	(167)
第八章 呼吸系统疾病	(171)
第一节 流行性感冒	(171)
第二节 流行性腮腺炎	(173)
第三节 急性上呼吸道感染	(176)
第四节 急性气管-支气管炎	(178)
第五节 慢性支气管炎	(179)
第六节 支气管哮喘	(182)
第七节 肺炎	(185)
第八节 支气管扩张症	(193)
第九节 慢性阻塞性肺气肿	(195)
第十节 呼吸衰竭	(199)
第九章 心力衰竭	(205)
第一节 急性心力衰竭	(205)
第二节 慢性心力衰竭	(207)
第十章 心率失常	(217)
第一节 概述	(217)
第二节 窦性心律失常	(225)

第三节	期前收缩	(228)
第四节	房性心动过速	(231)
第五节	心房颤动	(233)
第六节	室性心动过速	(237)
第七节	心室扑动和心室颤动	(247)
第八节	房室传导阻滞	(248)
第九节	室内传导阻滞	(250)
第十一章	高血压病	(253)
第一节	原发性高血压	(253)
第二节	继发性高血压	(267)
第三节	高血压急症	(268)
第十二章	冠心病	(273)
第一节	稳定型心绞痛	(273)
第二节	不稳定型心绞痛	(283)
第三节	非 ST 段抬高型心肌梗死	(290)
第四节	ST 段抬高型心肌梗死	(297)
第五节	心肌梗死的并发症及治疗	(310)
第十三章	消化系统疾病	(320)
第一节	概述	(320)
第二节	食管疾病	(322)
第三节	胃炎	(327)
第四节	消化性溃疡	(330)
第五节	胃癌	(337)
第六节	肝硬化	(341)
第七节	原发性肝癌	(346)
第八节	功能性胃肠病	(363)
第十四章	内分泌系统常见病	(368)
第一节	甲状腺功能亢进症	(368)
第二节	糖尿病	(374)
第三节	肥胖症	(390)
第四节	营养缺乏症	(395)
第五节	糖尿病酮症酸中毒	(401)
第六节	低血糖症	(406)
第七节	高脂血症和高脂蛋白血症	(408)
第八节	乳酸性酸中毒	(414)
第十五章	泌尿系统疾病	(416)
第一节	急性肾小球肾炎	(416)
第二节	急进性肾小球肾炎	(418)
第三节	慢性肾小球肾炎	(420)

第四节	肾病综合征	(422)
第五节	尿路感染	(426)
第六节	慢性肾衰竭	(430)
第十六章	造血系统疾病	(436)
第一节	贫血	(436)
第二节	急性白血病	(442)
第三节	慢性白血病	(444)
第四节	过敏性紫癜	(445)
第五节	特发性血小板减少性紫癜	(447)
第六节	弥散性血管内凝血	(448)
第七节	淋巴瘤	(451)
第十七章	内科护理学概述	(460)
第一节	内科一般护理	(460)
第二节	内科常见症状护理	(460)
第三节	内科病人心理护理及疾病各期病人的护理	(466)
第四节	内科护理程序	(469)
第五节	常用诊疗技术护理配合	(477)
参考文献	(484)

第一章 内科常见症状与体征

第一节 发热

一、发热的概念

正常人受体温调节中枢的有效调控,并通过神经、体液因素使机体产热和散热过程呈动态平衡,使体温保持在相对恒定的范围内。当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍,导致机体产热多于散热,致使体温高出正常范围,称为发热。

二、正常体温与生理变异

正常人体温一般为 $36\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 左右。按测量方法不同而有所差异,口腔测温(舌下) $36.3\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$,腋窝测温比口腔测温低 $0.2\sim 0.4\text{ }^{\circ}\text{C}$,直肠测温比口腔测温高 $0.3\sim 0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且受机体内、外因素的影响稍有波动。一天之中下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温略升高,但波动范围一般不超过 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常,老年人因代谢率低,其体温低于青壮年,幼儿的高级神经系统尚未发育完善,调节能力差,波动幅度大,易引起发热。

三、发热的病因

引起发热的病因甚多,临床上可分为感染性和非感染性两大类,以前者多见。

(一) 感染性病

因各种病原体(如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等)引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可致发热。其原因系由于病原体的代谢产物或其毒素作用于白细胞而产生致热原。

(二) 非感染性病因

1. 无菌性坏死物质的吸收

(1) 各种肿瘤及血液病(如癌、类癌、淋巴肉瘤、急性白血病、急性溶血等)所引起的组织坏死及细胞破坏。

(2) 因血管栓塞或血栓形成引起的心、肺、脾等内脏梗塞或肢体坏死。

(3) 机械性、物理性或化学性的损害:如大面积烧伤、大手术后组织损伤、内出血、大血肿等。

2. 抗原-抗体反应

可见于风湿热、血清病、结缔组织病、药物热等。

3. 内分泌与代谢障碍性疾病

如甲状腺机能亢进及大量脱水,前者引起产热过多,后者引起散热减少。

4. 皮肤散热减少

一般为低热,如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭而引起的发热。

5. 体温调节中枢功能失常

常见因素为:①物理性(如中暑、日射病);②化学性(如重度安眠药中毒);③机械性(如脑溢血、硬脑膜下出血、脑震荡、颅骨骨折)等,上述各种原因可直接损害体温调节中枢,使其功能失常而引起发热,高热无汗是此类发热的特点。

6. 自主神经功能紊乱

由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现。诊断时应首先排除各类疾病后才能确定。常见的功能性低热有以下几点。

(1)原发性低热:由自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常,低热可持续数月甚至数年之久,热型较规则,体温波动范围小,多在 $0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 之内。

(2)感染后低热:感染致发热后,低热不退,而原有感染已愈,此系体温调节中枢对体温的调节功能仍未恢复正常所致。

(3)夏季低热:多见于幼儿,且多于营养不良或脑发育不全者发生。

(4)生理性低热:如精神紧张、剧烈运动后,月经前及妊娠初期可有低热现象。

四、发热的临床表现

(一)发热的分度

按发热的高低(以口腔测量为准)可分为:①低热: $37.3\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$;②中等度热: $38.1\sim 39\text{ }^{\circ}\text{C}$;③高热: $39.1\sim 41\text{ }^{\circ}\text{C}$;④超高热: $41\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上。

(二)发热的临床过程

急性发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

1. 体温上升期

体温上升有骤升和缓升两种方式。

(1)骤升型:体温在几小时内达 $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、急性肾盂肾炎等。

(2)缓升型:体温逐渐上升,在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病等所致的发热。

2. 高热期

是指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间长短可因病因不同而异。

3. 体温下降期

体温下降有骤降和渐降两种方式。

(1)骤降:是指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大汗淋漓。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎等。

(2)渐降:是指体温数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

五、常见的热型及临床意义

发热性疾病可引起很多症状,发热仅是发热性疾病过程中机体的反应之一。发热的高低和长短以及体温的形式,取决于机体的反应性和治疗(抗菌药物、解热药物、肾上腺皮质激素类药物等)的影响,因此未经治疗的典型病例,才可能有典型的热型。

(一)稽留热

稽留热体温常在 39°C 以上,昼夜间体温变动范围较小,一般上午体温较下午低,但24小时内变动不超过 1°C ,这种热型可持续数天或数周,退热可渐退或骤退。临床常见于大叶性肺炎、肠伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性发热病的极期。

(二)弛张热

弛张热体温高低不等,昼夜之间体温波动范围较大,发热时体温可在 39°C 以上,24小时内体温差达 $1.5\sim 2.0^{\circ}\text{C}$ 或更多,但最低温度仍在正常体温以上。临床常见于败血症、严重肺结核、脓毒血症、肝脓肿、支气管肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、肠伤寒、恶性组织细胞病等。

(三)间歇热

间歇热体温可突然高达 39°C 以上,先有恶寒或寒战,经几个小时后体温恢复正常,大汗淋漓,以后间歇数小时或1~2日体温又突然升高,反复发作,如此高热与无热交替出现,称为间歇热。临床常见于疟疾,如间日疟或三日疟、化脓性局灶性感染、肾盂肾炎等。

(四)回归热

回归热是指体温突然升高可达 39°C 以上,持续数日后降至正常,经过若干时间又重新发热,持续数日以后,又下降至正常,即高热期与无热期各持续若干天,周期性互相交替出现,也称再发热。临床常见于鼠咬热,或在某些发热性疾病的基础上又合并其他发热病。

(五)波状热

体温在数天内逐渐上升至高峰,然后又逐渐下降至微热或常温,不久再发,体温曲线呈波浪式起伏,称为波状热。临床常见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、胸膜炎、周期热等。

(六)不规则热

发热无一定的规律,持续时间也不一定,称为不规则热。临床常见于流感、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、恶性疟疾、肺结核;也可见于疾病过程中有两种或两种以上的发热疾病合并存在时,如大叶性肺炎引起脓胸及败血症等并发症时,热型可由稽留热变为弛张热。另外,发热患者使用某些药物,如解热止痛药、肾上腺皮质激素类药物引起退热,可使原来的热型变为不规则热型。

第二节 头痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛。可见于多种疾病,大多无特异性,例如全身感染发热性疾病往往伴有头痛,精神紧张、过度疲劳也可有头痛。但反复发作或持续的头痛,可能是某些器质性疾病的信号,应认真检查,明确诊断,及时治疗。

一、病因及发病机制

(一)病因

1. 颅脑病变

(1)感染:如脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎、脑脓肿等。

(2)血管病变:如蛛网膜下腔出血、脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑病、脑供血不足,脑血管畸形、风湿性脑脉管炎和血栓闭塞性脑脉管炎等。

- (3) 占位性病变:如脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内囊虫病或包虫病等。
- (4) 颅脑外伤:如脑震荡、脑挫伤、硬膜下血肿、颅内血肿、脑外伤后遗症。
- (5) 其他:如偏头痛、丛集性头痛、头痛性癫痫、腰椎穿刺后及腰椎麻醉后头痛。

2. 颅外病变

- (1) 颅骨疾病:如颅底凹入症、颅骨肿瘤。
- (2) 颈部疾病:颈椎病及其他颈部疾病。
- (3) 神经痛:如三叉神经、舌咽神经及枕神经痛。
- (4) 其他:如眼、耳、鼻和牙齿疾病所致的头痛。

3. 全身性疾病

- (1) 急性感染:如流感、伤寒、肺炎等发热性疾病。
- (2) 心血管疾病:如高血压病、心力衰竭。
- (3) 中毒:如铅、酒精、一氧化碳、有机磷、药物(如颠茄、水杨酸类)等中毒。
- (4) 其他:尿毒症、低血糖、贫血、肺性脑病、系统性红斑狼疮、月经及绝经期头痛、中暑等。

4. 神经症

如神经衰弱及癔症性头痛。

(二) 发病机制

- (1) 血管因素:各种原因引起的颅内外血管的收缩、扩张以及血管受牵引或伸展(颅内占位性病变对血管的牵引、挤压)。
- (2) 脑膜受刺激或牵拉。
- (3) 具有痛觉的颅神经(5、9、10 三对颅神经)和颈神经被刺激、挤压或牵拉。
- (4) 头、颈部肌肉的收缩。
- (5) 五官和颈椎病变引起。
- (6) 生化因素及内分泌紊乱。
- (7) 神经功能紊乱。

二、诊断方法

(一) 问诊要点

- (1) 起病时间、急缓病程、部位与范围性质、程度、频度(间歇性、持续性)、激发或缓解因素。
- (2) 有无失眠、焦虑、剧烈呕吐(是否喷射性)、头晕、眩晕、晕厥、出汗、抽搐、视力障碍、感觉或运动异常、精神异常、意识障碍等相关症状。
- (3) 有无感染、高血压、动脉硬化、颅脑外伤、肿瘤、精神病、癫痫病、神经症及眼、耳、鼻、齿等部位疾患。
- (4) 职业特点、毒物接触史。
- (5) 治疗经过及效果等。

(二) 伴随症状

- (1) 头痛伴剧烈呕吐者为颅内压增高,头痛在呕吐后减轻者见于偏头痛。
- (2) 头痛伴眩晕者见于小脑肿瘤、椎—基底动脉供血不足。

- (3) 头痛伴发热者常见于感染性疾病,包括颅内和全身性感染。
- (4) 慢性进行性头痛,伴出现精神症状者应注意颅内肿瘤。
- (5) 慢性头痛突然加剧并有意识障碍者提示可能发生脑疝。
- (6) 头痛伴视力障碍者可见于青光眼或脑肿瘤。
- (7) 头痛伴脑膜刺激征者提示有脑膜炎或蛛网膜下腔出血。
- (8) 头痛伴癫痫发作者可见于脑血管畸形、脑内寄生虫病或脑肿瘤。
- (9) 头痛伴神经功能紊乱症状者可能是神经功能性头痛。

(三) 临床表现

头痛的表现,往往根据病因不同而有其不同的特点。

1. 发病情况

急性起病并有发热者常为感染性疾病所致。急剧的头痛,持续不减,并有不同程度的意识障碍而无发热者,提示颅内血管性疾病(如蛛网膜下腔出血)。长期的反复发作头痛或搏动性头痛,多为血管性头痛(如偏头痛)或神经症。慢性进行性头痛并有颅内压增高的症状(如呕吐、缓脉、视神经盘水肿)应注意颅内占位性病变。青壮年慢性头痛,但无颅内压增高,常因焦虑、情绪紧张而发生,多为肌收缩性头痛(或称肌紧张性头痛)。

2. 头痛部位

了解头痛部位是单侧、双侧、前额或枕部、局部或弥散、颅内或颅外对病因的诊断有重要价值。如偏头痛及丛集性头痛多在一侧。颅内病变的头痛常为深在性且较弥散,颅内深部病变的头痛部位不一定与病变部位相一致,但疼痛多向病灶同侧放射。高血压引起的头痛多在额部或整个头部。全身性或颅内感染性疾病的头痛,多为全头部痛。蛛网膜下腔出血或脑脊髓膜炎除头痛外尚有颈痛。眼源性头痛为浅在性且局限于眼眶、前额或颞部。鼻源性或牙源性也多为浅表性疼痛。

3. 头痛的程度与性质

头痛的程度一般分为轻、中、重三种,但与病情的轻重并无平行关系。三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激的疼痛最为剧烈。脑肿瘤的头痛多为中度或轻度。高血压性、血管性及发热性疾病的头痛,往往带搏动性。有时神经功能性头痛也颇剧烈。神经痛多呈电击样痛或刺痛,肌肉收缩性头痛多为重压感、紧箍感或钳夹样痛。

4. 头痛出现的时间与持续时间

某些头痛可发生在特定时间。如颅内占位性病变往往清晨加剧。鼻窦炎的头痛也常发生于清晨或上午,丛集性头痛常在晚间发生,女性偏头痛常与月经期有关,脑肿瘤的头痛多为持续性,可有长短不等的缓解期。

5. 加重、减轻或激发头痛的因素

咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高压性头痛、血管性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛加剧。丛集性头痛在直立时可缓解。颈肌急性炎症所致的头痛可因颈部运动而加剧;慢性或职业性的颈肌痉挛所致的头痛。可因活动按摩颈肌而逐渐缓解。偏头痛在应用麦角胺后可获缓解。

第三节 昏迷

昏迷是大脑功能发生高度抑制的病理状态。主要临床特征是意识和随意运动丧失,对外界刺激不起反应或出现病理性反射活动。按其程度可分为浅昏迷、深昏迷。

一、常见病因

(一) 颅内或颅外重症感染

乙型脑炎、流行性脑膜炎、败血症、脑型疟疾、中毒性菌痢和颅内静脉窦感染等。

(二) 颅内血管意外或占位性病变

脑出血、脑栓塞、脑梗死、脑脓肿、脑肿瘤、癫痫、脑膜瘤和硬膜外血肿等。

(三) 内分泌与代谢障碍性疾病

甲亢危象、肝性脑病、糖尿病酮症酸中毒和尿毒症等。

(四) 呼吸或循环系统疾病

呼吸衰竭、肺性脑病、室性心动过速、心脏骤停和休克等。

(五) 急性中毒

安眠药中毒、农药中毒、抗结核药中毒、一氧化碳中毒和酒精中毒等。

(六) 物理及化学因素损害

中暑、触电、淹溺、高山病、低温损害和颅脑外伤等。

二、病因诊断思维

(一) 病史

1. 儿童青年以颅内外器官感染、中毒性疾病多见,而中老年人则以脑血管病、心血管病、颅内肿瘤居多。

2. 突然发生、进行性加剧并持续昏迷、偏瘫、脑神经损害、呕吐多见于急性脑血管意外;而缓慢起病,昏迷逐渐加重,昏迷前有进行性头痛,多为颅内占位性病变或代谢性脑病。

3. 既往有慢性心肺或肝肾疾病者,应想到原发病基础上并发脑病;有药物接触史,尤其长期服用安眠药、抗精神病药者,应想到药物中毒。

4. 初起高热、头痛、呕吐、颈项疼痛、谵妄,继之出现昏迷者,以中枢神经系统感染性疾病居多。

5. 有外伤史者应想到颅脑挫裂伤、颅内血肿、脑干损伤;有高血压、高血脂、糖尿病者则应考虑脑血管意外。

6. 在传染病流行季节应重视流行病学资料,以确立或排除某些急性传染病引起的昏迷。

(二) 体征

1. 双侧瞳孔缩小、肌软瘫见于药物中毒,如安眠药、吗啡、有机磷农药中毒;双侧瞳孔散大见于颠茄类、乙醇、氰化物中毒;一侧瞳孔缩小或散大多见于脑水肿、脑疝。

2. 局限性神经损害征、肢体瘫痪、单侧锥体束征常见于脑血管意外、颅内占位性病变、颅脑外伤致脑挫裂伤。

3. 以脑膜刺激征为主而无明显局限性损害的定位体征多见于中枢神经系统感染或蛛网

膜下腔出血等。

4. 突然偏瘫、偏身感觉障碍、同向偏盲见于内囊出血。

5. 四肢去大脑强直、四肢阵发性强直性痉挛见于脑室出血；交叉性瘫痪、瞳孔缩小、同向凝视见于脑桥出血。

6. 共济失调、频繁呕吐常见于小脑出血或占位性疾病。

7. 全身性疾病引起的昏迷多有原发病体征，如肝掌、蜘蛛痣、心律失常、呼吸气味异常等。

(三) 实验室与特殊检查

1. 疑诊脑血管意外或占位性疾病，应行颅脑 CT、磁共振成像、脑血管造影术、脑电图检查；中枢神经系统感染性疾病行脑脊液检查，必要时动态复查。

2. 全身性疾病所致者行肝肾功能、心电图、血生化、血气分析等检查。

3. 药物中毒者应取血或排泄物作毒物性质分析。

第四节 眩晕

眩晕是对空间定向的一种运动错觉，患者感到周围物体或自身在旋转，或上下、左右摇晃，或有移动的感觉，发作时伴有平衡失调、站立不稳、眼球震颤、恶心、呕吐、出汗及脉搏血压改变，临床称为真性眩晕。头昏、头晕与眩晕不同，多不伴有旋转，只有“晕晕乎乎的”，头重脚轻的感觉，有时也称为假性眩晕。

一、病因

前庭系统为人体辨向的主要结构，主要包括内耳前庭器官、前庭神经、中枢传导径路及前庭皮质代表区，该系统有病变是产生眩晕的主要原因。

二、临床类型

按前庭系统有无受累将眩晕分为前庭性和非前庭性两大类。按前庭系统累及的部位不同，前庭性眩晕又分为前庭周围性、前庭中枢性眩晕。

(一) 前庭周围性眩晕(耳性眩晕)

指前庭器官和前庭神经的内听道部分有病变。主要病因是中耳感染、乳突及迷路感染、迷路出血、迷路水肿、前庭神经元炎、位置性眩晕、晕动病、内耳药物中毒(链霉素、卡那霉素、奎宁、水杨酸钠等)。

(二) 前庭中枢性眩晕(脑性眩晕)

指前庭神经的颅内部分、脑干前庭核及其传导路径有病变。主要病因如下。

(1) 颅内血管性疾病：椎-基底动脉供血不足、锁骨下动脉盗血综合征、延髓外侧综合征、高血压脑病、小脑出血等。

(2) 颅内占位性疾病：听神经瘤、小脑肿瘤、第4脑室瘤、脑干肿瘤。

(3) 颅内感染性疾病：颅后凹蛛网膜炎、小脑脓肿。

(4) 颅内脱髓鞘疾病及变性疾病：多发性硬化、延髓空洞症。

(5) 癫痫：如颞叶癫痫。

(三) 非前庭性眩晕