



# 内科急症临床诊治

NEIKE JIZHENG LINCHUANG ZHENZHI

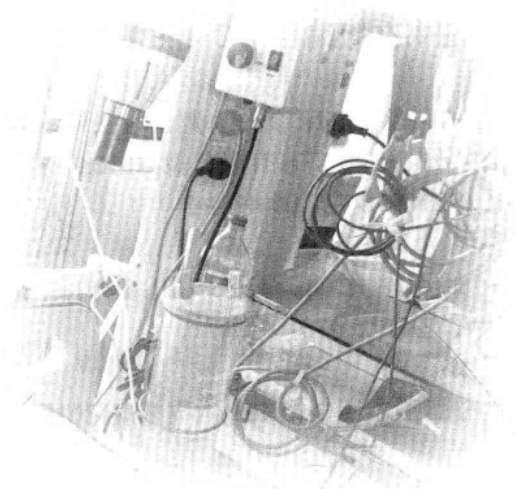
©主编 赵浩 杨春燕 王敏臣 顾克金 赵相怀



中国出版集团



世界图书出版公司



# 内科急症临床诊治

NEIKE JIZHENG LINCHUANG ZHENZHI

◎主编 赵 浩 杨春燕 王敏臣 顾克金 赵相怀



中国出版集团



世界图书出版公司

广州·上海·西安·北京

## 图书在版编目 (C I P) 数据

内科急症临床诊治 / 赵浩等主编. -- 广州 :  
世界图书出版广东有限公司, 2012.7  
ISBN 978-7-5100-4961-3

I. ①内… II. ①赵… III. ①内科—急性病—诊疗  
IV. ①R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 155539 号

## 内科急症临床诊治

---

责任编辑 冯友仁  
责任技编 刘上锦 张云丽  
出版发行 世界图书出版广东有限公司  
(广州市新港西路大江冲 25 号 邮编 510300)  
电 话 (020) 84469982  
网 址 <http://www.gdst.com.cn>  
印 刷 东莞市信誉印刷有限公司  
印 次 2013 年 1 月第 1 版第 2 次印刷  
开 本 787mm×1092mm 1/16  
印 张 20.75  
字 数 600 千  
书 号 978-7-5100-4961-3/R·0194  
定 价 80.00 元

---

若因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系退换。

# 《内科急症临床诊治》

## 编 委 会

主 编 赵 浩 杨春燕 王敏臣 顾克金 赵相怀  
副主编 黄明慧 范开亮 刘晓静 徐家涛 李云龙  
解金枝 刘子忠

编 委 (按照姓氏拼音排序)

范开亮 山东中医药大学附属医院

顾克金 济宁医学院附属医院

黄明慧 山东省交通医院

刘晓静 青岛开发区第一人民医院

李云龙 青岛市第八人民医院

刘子忠 沾化县人民医院

王敏臣 新泰市第三人民医院

徐家涛 蓬莱市中医院

许月丹 威海市立医院

解金枝 庆云县人民医院

杨春燕 聊城市人民医院

赵 浩 山东中医药大学附属医院

赵相怀 汶上县人民医院

# 前 言

随着我国经济持续稳定地发展，医疗卫生保健事业不断完善，人民生活水平逐步提高，各级医院的内科急诊作为独立的临床科室得到了卫生管理部门及所在医院的高度重视，我国内科急诊学已呈现出良好发展态势。内科急诊往往涉及多系统、多器官，治疗矛盾往往变化多端，多需综合诊疗措施，因此，必须作出迅速反应和采取有效诊疗措施。为了满足临床工作的需要，提高临床工作者对内科急症的诊疗水平，以挽救更多患者的生命，我们组织了一批长期工作在内科急症一线、具有丰富临床经验的医务工作者，在自己经验的基础上，参阅了大量国内外文献，编写了这部《内科急症临床诊治》。

内科急症病种繁多，诊治技术繁杂，本书主要介绍了急诊内科常见病、多发病的临床诊治。首先介绍了内科急症就诊患者常见症状与体征，为下一步的诊断、治疗提供思路。而后重点阐述了内科各系统急症的病因与发病机制、临床表现、进一步的诊断和更深入的综合治疗措施。全书内容丰富，条理清晰，实用性强。编著过程中我们着重介绍了一些新的理论、新的观念，期望能给读者提供一点新思路，同时参考了大量近期国内外文献及各种疾病的诊疗指南，对内科急症临床工作有一定的指导意义。

虽然我们在编写该书时尽了最大努力，但因多数编者平时忙于大量临床工作，时间仓促，加之各专家之间写作风格存在一定差异，本书在内容及体例方面难免存在一定的不足之处，敬请广大读者给予指正，共同提高。

《内科急症临床诊治》编委会

2012年6月

# 目 录

第一章 内科急症常见症状与体征 .....	1
第一节 急性高热 .....	1
第二节 头痛 .....	3
第三节 昏迷 .....	5
第四节 眩晕 .....	7
第五节 惊厥与抽搐 .....	9
第六节 咯血 .....	11
第七节 胸痛 .....	12
第八节 恶心和呕吐 .....	16
第九节 黄疸 .....	18
第十节 腹泻 .....	19
第十一节 水肿 .....	20
第二章 内科急症常用诊疗技术 .....	22
第一节 心脏电复律术 .....	22
第二节 紧急临时性心脏起搏 .....	28
第三节 中心静脉穿刺测压技术 .....	28
第四节 呼吸机的应用 .....	30
第五节 洗胃术 .....	36
第三章 心肺脑复苏 .....	39
第一节 心搏骤停概述 .....	39
第二节 基本生命支持 .....	43
第三节 高级生命支持 .....	50
第四节 长程生命支持 .....	54
第四章 水、电解质与酸碱平衡失调 .....	58
第一节 水、电解质平衡紊乱 .....	58
第二节 酸碱平衡失调 .....	64
第五章 休克 .....	68
第一节 概述 .....	68
第二节 低血容量性休克 .....	74
第三节 心源性休克 .....	81
第四节 感染性休克 .....	83
第五节 过敏性休克 .....	90
第六节 神经源性休克 .....	91
第七节 内分泌性休克 .....	91



<b>第六章 多器官功能障碍综合征</b> .....	93
第一节 概述 .....	93
第二节 发病机制 .....	93
第三节 临床表现和诊断 .....	97
第四节 预防和治疗 .....	100
<b>第七章 新生儿急症</b> .....	109
第一节 新生儿黄疸 .....	109
第二节 新生儿溶血病 .....	112
第三节 新生儿出血症 .....	114
第四节 新生儿寒冷损伤综合征 .....	116
第五节 新生儿败血症 .....	118
第六节 新生儿坏死性小肠结肠炎 .....	121
第七节 新生儿吸入综合征 .....	123
第八节 新生儿钙镁代谢紊乱 .....	124
第九节 新生儿产伤 .....	125
第十节 新生儿低血糖 .....	126
第十一节 新生儿高血糖 .....	127
第十二节 新生儿缺氧缺血性脑病 .....	128
<b>第八章 神经内科急症</b> .....	131
第一节 短暂性脑缺血发作 .....	131
第二节 脑血栓形成 .....	133
第三节 脑栓塞 .....	136
第四节 脑出血 .....	137
第五节 蛛网膜下腔出血 .....	140
第六节 化脓性脑膜炎 .....	142
第七节 流行性脑脊髓膜炎 .....	144
第八节 结核性脑膜炎 .....	146
第九节 流行性乙型脑炎 .....	147
第十节 疱疹性脑炎 .....	149
第十一节 急性脊髓炎 .....	151
第十二节 周期性瘫痪 .....	153
第十三节 格林巴利综合征 .....	156
<b>第九章 呼吸内科急症</b> .....	158
第一节 流行性感冒 .....	158
第二节 流行性腮腺炎 .....	160
第三节 重症哮喘 .....	163
第四节 休克型肺炎 .....	168
第五节 肺栓塞 .....	174
第六节 呼吸衰竭 .....	179

<b>第十章 心血管内科急症</b> .....	184
第一节 高血压危象 .....	184
第二节 心律失常 .....	191
第三节 心绞痛 .....	196
第四节 急性病毒性心肌炎 .....	203
第五节 急性心包炎 .....	206
第六节 急性心脏压塞 .....	209
第七节 心力衰竭 .....	213
<b>第十一章 消化内科急症</b> .....	232
第一节 急性胃(肠)炎 .....	232
第二节 消化性溃疡急性发作 .....	233
第三节 急性上消化道大出血 .....	235
第四节 急性胃扩张 .....	237
第五节 急性化脓性胆管炎 .....	239
第六节 急性胰腺炎 .....	241
第七节 急性出血坏死性肠炎 .....	243
第八节 肝性脑病 .....	244
第九节 暴发性肝衰竭 .....	254
<b>第十二章 内分泌内科急症</b> .....	258
第一节 甲状腺危象 .....	258
第二节 黏液水肿性昏迷 .....	263
第三节 肾上腺危象 .....	264
第四节 糖尿病危象 .....	266
第五节 低血糖症 .....	276
<b>第十三章 血液内科急症</b> .....	279
第一节 严重贫血 .....	279
第二节 白血病急诊 .....	282
第三节 急性粒细胞缺乏症 .....	284
第四节 急性溶血 .....	288
第五节 弥散性血管内凝血 .....	295
<b>第十四章 内科急症患者的护理</b> .....	301
第一节 多器官功能障碍患者的护理 .....	301
第二节 昏迷患者的护理 .....	302
第三节 急症患者心理护理 .....	305
第四节 人工气道与机械通气护理 .....	309
第五节 心脏起搏和电复律的护理 .....	313
第六节 血液净化技术的护理 .....	316
第七节 临终患者心理护理 .....	318
<b>参考文献</b> .....	323



# 第一章 内科急症常见症状与体征

## 第一节 急性高热

正常人体温由大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢所管理，并通过神经、体液因素调节产热和散热过程，以维持机体相对恒定的体温。若致热原作用于体温调节中枢或体温调节中枢功能紊乱等原因，致体温超出正常范围，则称为发热。体温在数小时或数日内超过 $39^{\circ}\text{C}$ ，则称为急性高热。应采取有效降温措施，以保护重要脏器生理功能。

### 一、常见病因

#### （一）感染性发热

各种病原体的代谢产物或其毒素，作用于白细胞而释放致热原，从而导致发热。如病毒、细菌、寄生虫、支原体、立克次体和真菌等病原体引起的急、慢性感染，其中各种类型的细菌感染居多。

#### （二）非感染性发热

1.机械性、物理性或化学性因素致组织损伤 急性组织或器官出血、器官梗死、大面积烧伤、手术后组织损伤。

2.恶性肿瘤与血液病 支气管（肺）癌、肝癌、胃癌、白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、泌尿生殖系统肿瘤和骨髓瘤等。发热可以是这些疾病的首发症状，也可以继发感染。

3.抗原-抗体反应 风湿热、药物热、结缔组织病、溶血性贫血、输液反应、血清病等。

4.内分泌与代谢障碍性疾病 甲状腺功能亢进症、重度脱水和糖尿病酮症酸中毒等。

5.体温调节中枢功能失常 脑出血、药物中毒、中暑、脑肿瘤、颅脑损伤和颅内压增高压迫体温调节中枢。

### 二、病因诊断思维

#### （一）病史

周密细致的病史调查是确立发热病因的基础。主要包括发病季节、性别、年龄、流行病学资料、发病过程、基本热型、诱发因素，主要及伴随表现、治疗经过、疗效反应、既往病史、发热规律等。

1.初起发病急骤、寒战高热、肌肉酸痛，无论是否伴有局灶性表现，常为急性感染性发热的佐证。其中以呼吸系、泌尿系、胆系感染多见。若发热前有明显寒战，多为化脓性

细菌感染。某些细菌或病毒性传染病也常以急性高热为首表现。

2.流行性出血热、血吸虫病、伤寒、疟疾、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、布菌病等疾病，除发热外，其热型往往有一定规律，常有明显季节性或地区流行性等多项流行病学资料，也多具备原发疾病的特征性症状，如流行性出血热常有腰痛、头痛、皮肤黏膜出血倾向、低血压、肾功能损害等；各类病原体引起的中枢神经系统感染，常有不同程度的颅内压增高症状、脑膜刺激征、精神神志障碍；伤寒、副伤寒的特殊面容、特异性皮疹等。

3.发热伴呼吸、循环、消化、泌尿系统症状时，应考虑该系统某器官的急性原发性或继发性感染。如伴腰痛、尿路刺激症状、血尿应考虑泌尿系统感染；而黄疸、右上腹痛、呕吐则以胆系感染居多；表现为多系统损害症状时，以结缔组织病、自身免疫性疾病、败血症多见；咽痛、咳嗽、胸痛、呼吸困难为呼吸系统感染的证据。

4.婴幼儿突然出现的高热、惊厥多为上呼吸道或中枢神经系统感染，应认真仔细观察随病程延长而出现的局灶性症状，以尽早确立原因不明热的最终病因。

5.经抗生素治疗后，体温虽有下降趋势，若仍持续中低热或反复高热，除考虑细菌耐药、混合菌种感染、用药不规范外，更应疑及肿瘤所致的阻塞性炎症。如周围性肺癌、肝癌，应进行相应检查。

6.由于抗生素与皮质激素的广泛应用，某些疾病所具有的独特热型已较少见，病因不明确时不宜应用皮质激素或其他退热药物。先观察热型3~5d，然后给予相应试验性治疗。

## （二）体征

物理查体的阳性体征常提示病灶部位与范围，某些阴性征象对鉴别诊断亦至关重要，均是疾病诊断的客观依据，故物理查体必须全面系统、准确无误，以尽量发现指导性诊断线索。

1.高热伴肝脾肿大、腹部压痛多见于急性肝胆系感染、腹膜炎或全身感染性疾病。

2.伴肺部干、湿性啰音多见于支气管炎、肺炎、肺结核、肺化脓症。

3.肾区叩击痛除见于泌尿系统感染外，尚见于结石或某些传染性疾病。

4.伴各种形态的皮疹常为急性传染病，同种疾病可引起不同形态的皮疹，而不同疾病又可出现相同形态的皮疹，应熟悉各类疾病的皮疹特点，注意观察皮疹形态、出疹顺序及分布规律、消长时间及其与发热的相关性。如变应性亚败血症皮疹与发热同时出现，呈间歇性且皮疹为多形性；伤寒为玫瑰疹，常分布于下胸与上腹部；麻疹为斑丘疹，从面部、口颊部向全身扩散；猩红热皮疹初起颈部，迅速遍及躯干四肢，为弥漫性细小密集猩红色斑疹。

5.肝脾及淋巴结肿大多见于血液病，如白血病。

6.动态变化的心脏杂音见于亚急性感染性心内膜炎、败血症。

## （三）实验室与特殊检查

### 1.血常规检查

（1）白细胞计数正常或降低见于病毒性感染、某些革兰阴性菌感染、粒细胞缺乏症、自身免疫性疾病。

（2）白细胞增高常见于细菌性感染或病毒合并细菌性感染。

（3）血中发现异型或幼稚细胞多见于白血病、传染性单核细胞增多症；淋巴细胞增高见于结核病、淋巴瘤、病毒感染。

（4）嗜酸细胞增高见于寄生虫感染、变态反应性疾病。组织嗜碱细胞增高见于再生障

碍性贫血。

(5) 网织红细胞增高见于溶血反应。白细胞增减往往受机体抵抗力和反应性影响, 应结合临床资料进行综合分析。

## 2. 尿常规

(1) 尿中出现大量白细胞、脓细胞见于泌尿系感染。

(2) 血尿见于肾结核、结石、肿瘤。

(3) 蛋白尿除见于泌尿系统疾病外, 也常见于全身性感染或非感染性疾病, 如败血症、骨髓瘤、结缔组织病、急性中毒、急性传染病。

3. X线检查 胸部、腹部、骨骼的X线检查有助于某些发热的病因诊断, 应根据主要临床资料确定检查部位。胸部X线检查应列入急性原因不明热的常规检查, 必要时应动态复查。骨骼摄片对骨髓炎、骨膜炎、骨肿瘤的诊断有确诊价值, 而腹部、肾脏摄片对结石所致的发热也有指导诊断意义。

## (四) 其他检查

1. 血培养对败血症的病原诊断与指导治疗具有决定意义; 体腔分泌物培养对脏器感染亦十分重要, 应争取在抗生素治疗前进行。

2. B型超声波或彩色多普勒检查对腹腔实质性器官或心脏疾病的病因诊断颇为重要, 对疾病性质与病期确立也有一定帮助。

3. 电子计算机扫描(CT)、磁共振成像(MRI)可发现脏器早期肿瘤或脓肿。

4. 免疫指标监测、骨髓穿刺、活组织病理学检查、肿瘤标志物监测。内镜检查对某些发热性疾病的诊断有鉴别诊断价值, 应根据疑诊疾病或相应临床资料针对性选择相应检查项目。各种检查互相印证, 综合分析。

(赵浩)

## 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, 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。

(王敏臣)

## 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。

(范开亮)

## 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、中枢传导路径及前庭皮质代表区,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

由其他系统或全身性疾病引起。

1. 躯体性疾病 高血压、低血压、心律失常、颈动脉窦过敏、糖尿病、低血糖、甲状腺功能减退症、胰岛细胞瘤、重症贫血、各种感染发热性疾病等。
2. 眼、鼻、口腔疾病 眼外肌麻痹、屈光不正、青光眼、鼻窦炎、口腔感染、龋齿等。
3. 功能性疾病 神经官能症、自主神经功能紊乱、过度疲劳、失眠等。

### 三、临床表现

眩晕是门、急诊常见的主诉之一，几乎每个人在一生中早晚均会有此种体验。临床可表现为两种类型。

#### (一) 周围性眩晕

此类眩晕常是发作性的，突然起病，症状较重。患者自感突然周围物体旋转，自身上下、左右摇晃，平衡障碍，站立走路时唯恐摔倒，常双手抓住周围固定的物体，如房柱子、门栏等。同时伴有恶心、呕吐，面色苍白、出汗、血压下降。若前庭和耳蜗同时受累，可有耳鸣、耳聋（称耳蜗症状），体检有眼球震颤。此类眩晕发作持续时间短，数分钟至数小时，最长可达2~3d。

#### (二) 中枢性眩晕

眩晕的症状和体征，要比周围性眩晕轻。只是眩晕持续时间较长，可达数天、数月，甚至与原发病相始终。

### 四、辅助检查

根据病情可选做：头颅CT或MRI；头颅或颈椎X线；心电图或脑电图；眼震电图和冷热水试验；听力测定、脑干诱发电位；甲状腺功能检查；葡萄糖耐量试验；脑脊液检查。

### 五、诊断依据

#### (一) 病史

通过病史提供，确立是眩晕还是头晕。若为眩晕，应详细了解发作的性质、程度、时间、诱发因素、伴随症状以及可能引起眩晕的病因（包括内科、神经科、耳鼻喉科的有关病史）。

#### (二) 体格检查

1. 内科系统检查 有无心脏疾患、血压异常、严重贫血、代谢紊乱、感染、中毒等。
2. 神经系统检查 有无眼球震颤、共济失调、听力障碍、视盘水肿、颅内压增高及神经系统定位体征。
3. 耳科检查 应做外耳道、鼓膜、鼻咽腔等处病变的检查。

### 六、鉴别诊断

#### (一) 梅尼埃病

是耳性眩晕中最常见的一种疾病。典型的梅尼埃病可表现眩晕、耳鸣耳聋、恶心呕吐、眼球震颤四大体征。产生本病的主要原因是由于自主神经功能失调，引起迷路动脉痉挛，从而使内淋巴产生过多或吸收障碍，导致迷路膜迷路积水及压力增高。多见于青壮年，20~40岁。发病间歇期长短不一，可见数日、数月，甚至数年发作1次。电测听在典型病例可有重震现象。神经系统定位检查无异常。

#### (二) 梅尼埃综合征

继发于内耳疾病，如急性中耳炎、内耳出血、内耳血管舒缩障碍、内耳梅毒等，引起类似梅尼埃病的临床表现，故称梅尼埃综合征。尽管临床症状基本相同，但病因不同。梅尼埃病是原发于膜迷路积水、水肿的一种独立疾病，故治疗也有所区别。

### （三）前庭神经元炎

可能为病毒感染。首次发病常在呼吸道感染后数天发生。表现为突发性眩晕、恶心、呕吐和眼球震颤。神经系统定位检查无异常。发病年龄20~60岁，偶见儿童。发作时间可持续4~6周。病变部位可位于前庭神经核、前庭神经元、前庭神经节及前庭神经末梢的整个通路。与梅尼埃病鉴别点：①耳鸣与耳聋是梅尼埃病的特征，而前庭神经元炎极少有，或无；②前庭神经元炎的眩晕持续时间较长，痊愈后很少复发，而复发性眩晕则是梅尼埃病的特点；③前庭神经元炎多有呼吸道感染等前驱症状，而梅尼埃病无前驱症状。

### （四）颈性眩晕

是一组由于颈部疾患引起的综合征，其原因：①椎动脉在穿行颈椎横突孔时受压；②颈部交感神经受刺激引起椎动脉痉挛。常见疾病如颈椎病、颈部外伤、枕大孔畸形等。临床特征是既有颈部疾病的表现，又有前庭或耳蜗系统受累的表现，但前庭功能试验一般正常。

### （五）椎-基底动脉循环障碍

大多发生于中年以上的患者，多有动脉硬化或颈椎病病史。临床病症多种多样，相当复杂，主要表现是其供血区域功能障碍。主要症状是眩晕、头痛、视力障碍、共济失调、意识障碍及脑干定位体征。常见原因如下：①内听动脉痉挛综合征（迷路卒中）：由于内听动脉或其前庭支血栓形成。表现为突发性严重的眩晕、恶心、呕吐及耳蜗症状。②锁骨下动脉盗血综合征：患者多在搬运重物或患肢负重时出现椎-基底动脉供血不足症状，两上肢动脉收缩压相差2.7kPa（20mmHg）或以上，患侧脉搏迟滞，锁骨上区可闻及收缩期杂音，血管造影可确诊。③小脑后下动脉血栓形成：主要出现延髓背外侧综合征表现，除眩晕、恶心呕吐外，可有吞咽困难、饮水发呛咳、软腭麻痹、小脑共济失调、面部及对侧肢体痛温觉丧失，颈交感神经受损出现霍纳（Horner）综合征。头颅MRI可见延髓外侧有梗死灶。④小脑出血：突起剧烈眩晕，反复呕吐，后枕部疼痛，共济失调，头颅CT可确诊。

### （六）颅内肿瘤

产生的眩晕有两种原因，一是由于肿瘤直接压迫，侵及前庭神经或其中枢；二是颅内压增高，使第4脑室底前庭神经核充血肿胀。头颅CT或MRI可确诊肿瘤部位及性质。

### （七）神经官能症

大多数为假性眩晕，伴有恶心、呕吐、多汗、心悸、失眠、多梦、耳鸣但不伴有耳聋，神经系统检查一般无阳性体征。多有情绪激动、精神紧张、过度劳累等诱发因素。

（顾克金）

## 第五节 惊厥与抽搐

抽搐是指全身或局部骨骼肌群的不自主、无节律性收缩，导致关节运动或强直，伴有或不伴有意识丧失。抽搐伴意识丧失、双眼球上翻、运动肌群强直收缩则称为惊厥。