

神经系统疾病

的 诊 治 流 程

主编 高旭光



人民卫生出版社

神经系统疾病

的 鉴 别 症 程

（第 2 版）

人民卫生出版社

神经系统疾病 的 诊 治 流 程

主编 高旭光

作者名单(按章节先后顺序排列)

- | | |
|-----|--------------------|
| 高旭光 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 徐燕 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 李文娟 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 李漪 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 沈明 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 时红 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 叶静 | 首都医科大学宣武医院神经内科 |
| 聂志余 | 同济大学附属同济医院神经内科 |
| 刘广志 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 张新华 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 崔淑芳 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 彭莉 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 董伟伟 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 魏光如 | 北京大学人民医院神经内科 |
| 傅求真 | 中国人民解放军第二炮兵总医院神经内科 |
| 牛俊英 | 中国人民解放军第二炮兵总医院神经内科 |

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经系统疾病的诊治流程/高旭光主编. —北京:人民
卫生出版社, 2009. 7

ISBN 978-7-117-11907-8

I. 神… II. 高… III. 神经系统疾病-诊疗 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 101105 号

门户网: www.pmph.com

出版物查询、网上书店

卫人网: www.hrhexam.com

执业护士、执业医师、

卫生资格考试培训

高旭光 主编

神经系统疾病的诊治流程

主 编: 高旭光

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 13.25

字 数: 414 千字

版 次: 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11907-8/R · 11908

定 价: 38.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前言

我对“流程”的真正含义理解不深,网上的答案五花八门,但大多是关于流程管理的内容,与临床的关系不大。流程——英文有“process”一词,但临床医学上更容易见到“protocol”或“algorithm”。流程就是做事的方法,包括做事的顺序(首先做什么,接着做什么,最后做什么,有条不紊)和做事的方法(用最科学、最省力和便捷的方法去解决问题),也包括标准化、合理化和最佳化。疾病的诊治流程应当被视为以循证医学、个案报道和临床医生经验为基础的合理的诊断和治疗过程,或者大方向不偏离于此。疾病的诊治流程也不应当成为死板教条的束缚医生规范医疗行为的简单工具。临床医生应当根据实际情况和周围大环境灵活掌握,而且要结合本地区实际医疗条件或医改的相关政策,更新完善,推陈出新,与时俱进。

《神经系统疾病的诊治流程》一书,是全体编者智慧的结晶。除了北京大学人民医院神经内科的编者之外,我要特别向读者介绍的是同济大学附属同济医院的聂志余教授、首都医科大学宣武医院的叶静主任医师、中国人民解放军第二炮兵总医院的牛俊英主任和傅求真博士,他们加入了本书的作者队伍,使本书增色不少。他们在繁忙的医疗、教学和科研工作之余,笔耕不辍。在这里,我向全体作者及其家人表示衷心的感谢。

由于没有统一、固定的格式,本书的写作完全是每个作者博览群书、结合个人的创作风格和临床经验之荟萃。另外,作者之间的知识层次也不尽相同,有神经病学的资深专家,也有刚刚步入神经内科大门的“初生牛犊”,写出的东西难免参差不齐。事物都有其双重性,每位作者所涉猎和参阅的文献也不可能面面俱到,加上我本人的临床经验和编写水平有限,不足和遗憾之处在所难免,敬请读者给予斧正并多提宝贵意见。

本书的主要宗旨是注重临床,挑选的题目也尽量贴近临床,以实用为目的,以简明为主导,每章都是以流程图开始,后边配有一些文字解释或说明,两者相得益彰。考虑到基层医务工作者的实际需求,本书尽量包罗基本信息,力图简单,但有些地方又不能脱离神经病学专业的特性,对其他专业的医生可能有一定的难度,敬请谅解。

如果本书能在今后的临床实践中对广大医疗同仁有所帮助,对将来的以疾病诊断相关组(diagnosis related groups, DRG)为基础的定额付费方式提供案头参考,我将感到非常高兴。

高旭光

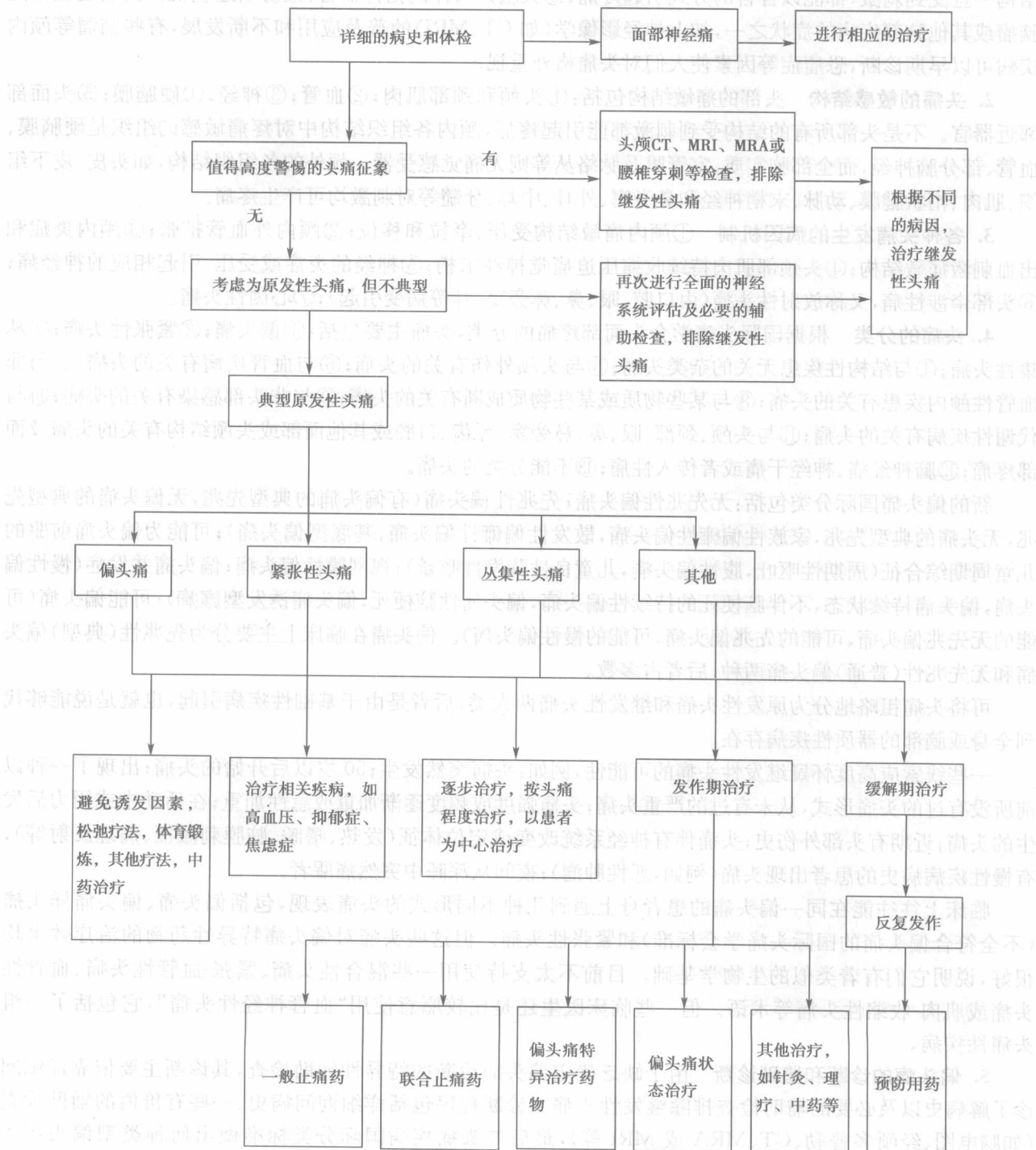
2009-4-10 于北京

目录

第1章 头痛的诊治流程	1
第2章 意识障碍的诊治流程	4
第3章 眩晕的诊治流程	8
第4章 晕厥的诊治流程	11
第5章 谵妄的诊治流程	14
第6章 下背痛的诊治流程	16
第7章 失语症的诊治流程	21
第8章 老年人摔倒的诊治流程	25
第9章 吞咽困难的诊治流程	27
第10章 视觉障碍的诊治流程	29
第11章 听觉障碍的诊治流程	32
第12章 味觉障碍的诊治流程	35
第13章 复视的诊治流程	37
第14章 震颤的诊治流程	40
第15章 癫痫发作的诊治流程	43
第16章 呃逆的诊治流程	48
第17章 睡眠障碍的诊治流程	50
第18章 尿便障碍的诊治流程	55
第19章 颅内压增高的诊治流程	58
第20章 特发性低颅压的诊治流程	61
第21章 脑出血的诊治流程	63
第22章 短暂性脑缺血发作的诊治流程	66
第23章 血管性认知障碍的诊治流程	69
第24章 脑梗死的诊治流程	72
第25章 脑静脉窦血栓形成的诊治流程	75
第26章 蛛网膜下腔出血的诊治流程	78
第27章 烟雾病的诊治流程	81
第28章 溶栓治疗的流程	84
第29章 急性播散性脑脊髓炎的诊治流程	87
第30章 多发性硬化的诊治流程	89
第31章 脑膜炎的诊治流程	92
第32章 癌性脑膜病的诊治流程	96
第33章 克罗伊茨费尔特-雅各布病的诊治流程	98
第34章 单纯疱疹病毒性脑炎的诊治流程	101

第 35 章	脑猪囊尾蚴病的诊治流程	104
第 36 章	脑脓肿的诊治流程	107
第 37 章	线粒体脑肌病的诊治流程	110
第 38 章	帕金森病与帕金森综合征的诊治流程	113
第 39 章	特发性震颤的诊治流程	116
第 40 章	肌张力障碍的诊治流程	118
第 41 章	肝豆状核变性的诊治流程	121
第 42 章	不宁腿综合征的诊治流程	123
第 43 章	舞蹈症的诊治流程	125
第 44 章	抽动秽语综合征的诊治流程	128
第 45 章	代谢性脑病的诊治流程	130
第 46 章	运动神经元病的诊治流程	134
第 47 章	脊髓空洞症的诊治流程	137
第 48 章	痴呆的初步诊治流程	140
第 49 章	阿尔茨海默病的诊治流程	142
第 50 章	轻度认知功能损害的诊治流程	145
第 51 章	路易体痴呆的诊治流程	147
第 52 章	多系统萎缩的诊治流程	150
第 53 章	脑白质营养不良的诊治流程	153
第 54 章	脑积水的诊治流程	155
第 55 章	脑性瘫痪的诊治流程	157
第 56 章	神经皮肤综合征的诊治流程	159
第 57 章	颅内占位性病变的诊治流程	161
第 58 章	颅内钙化的诊治流程	163
第 59 章	急性脊髓炎的诊治流程	166
第 60 章	脊髓亚急性联合变性的诊治流程	169
第 61 章	缺血性脊髓血管病的诊治流程	171
第 62 章	脊髓动静脉畸形的诊治流程	173
第 63 章	脊髓压迫症的诊治流程	175
第 64 章	遗传性共济失调的诊治流程	179
第 65 章	遗传性痉挛性截瘫的诊治流程	181
第 66 章	三叉神经痛的诊治流程	183
第 67 章	特发性面瘫的诊治流程	185
第 68 章	周围神经病的诊治流程	187
第 69 章	低钾性周期性瘫痪的诊治流程	190
第 70 章	重症肌无力的诊治流程	193
第 71 章	多发性肌炎的诊治流程	196
第 72 章	进行性肌营养不良的诊治流程	198
第 73 章	副肿瘤综合征的诊治流程	201

第1章 头痛的诊治流程



头 痛

1. 概述 头痛是神经内科门诊和急诊最常见的症状之一,几乎所有的人一生中都有过不同程度的头痛经历,而且可能为反复、严重的头痛发作。头痛一般指的是头上部区域的疼痛,即从眼眶至枕下连线以上部位的疼痛。在所有的疼痛中,头痛最为多见,可能的原因是:①头部具有丰富的疼痛受体,用于保护颅内重要结构;②眼、耳、鼻、口腔等器官均位于头部,每个器官都有各自的疼痛高度敏感结构,这些高度敏感结构一旦受到刺激,都能以各自的方式引起疼痛;③大脑是人体的指挥器官,最易引起重视。头痛也常常是脑瘤或其他脑部疾病的症状之一,加上神经影像学(如CT、MRI)的普及应用和不断发展,有些脑瘤等颅内疾病可以早期诊断,恐癌症等因素使人们对头痛格外重视。

2. 头痛的敏感结构 头部的痛敏结构包括:①头颅和颈部肌肉;②血管;③神经;④硬脑膜;⑤头面部邻近器官。不是头部所有的结构受到刺激都能引起疼痛,颅内各组织结构中对疼痛敏感的组织是硬脑膜、血管、部分脑神经,而全部脑实质、室管膜及脉络丛等则无痛觉感受器。颅外的各组织结构,如头皮、皮下组织、肌肉、帽状腱膜、动脉、末梢神经和鼻旁窦、外耳、中耳、牙髓等对刺激均可产生疼痛。

3. 各种头痛发生的病因机制 ①颅内痛敏结构受压、牵拉和移位;②颅内外血管扩张;③颅内炎症和出血刺激痛敏结构;④头颈部肌肉持续收缩压迫痛觉神经末梢;⑤神经的炎症或受压,引起相应的神经痛;⑥头部牵涉性痛,又称放射性头痛(由口腔、眼、鼻、鼻旁窦、耳等病变引起);⑦心因性头痛。

4. 头痛的分类 根据国际头痛学会头面部疼痛的分类,头痛主要包括:①偏头痛;②紧张性头痛;③丛集性头痛;④与结构性疾患无关的杂类头痛;⑤与头颅外伤有关的头痛;⑥与血管疾病有关的头痛;⑦与非血管性颅内疾患有关的头痛;⑧与某些物质或某些物质戒断有关的头痛;⑨与非头部感染有关的头痛;⑩与代谢性疾病有关的头痛;⑪与头颅、颈部、眼、鼻、鼻旁窦、牙齿、口腔或其他面部或头颅结构有关的头痛及面部疼痛;⑫脑神经痛、神经干痛或者传入性痛;⑬不能分类的头痛。

新的偏头痛国际分类包括:无先兆性偏头痛;先兆性偏头痛(有偏头痛的典型先兆,无偏头痛的典型先兆,无头痛的典型先兆,家族性偏瘫性偏头痛,散发性偏瘫性偏头痛,基底型偏头痛);可能为偏头痛前驱的儿童周期综合征(周期性呕吐,腹性偏头痛,儿童良性阵发性眩晕);视网膜性偏头痛;偏头痛并发症(慢性偏头痛,偏头痛持续状态,不伴脑梗死的持续性偏头痛,偏头痛性脑梗死,偏头痛诱发型癫痫);可能偏头痛(可能的无先兆偏头痛,可能的先兆偏头痛,可能的慢性偏头痛)。偏头痛在临床上主要分为先兆性(典型)偏头痛和无先兆性(普通)偏头痛两种,后者占多数。

可将头痛粗略地分为原发性头痛和继发性头痛两大类,后者是由于基础性疾病引起,也就是说能够找到全身或脑部的器质性疾病存在。

一些线索应高度怀疑继发性头痛的可能性,例如:头痛突然发生;50岁以后开始的头痛;出现了一种以前所没有过的头痛形式,从未有过的严重头痛;头痛强度或频度逐渐加重或急性加重;在活动中或用力后发生的头痛;近期有头部外伤史;头痛伴有神经系统改变或定位体征(发热、嗜睡、脑膜刺激征、病理反射等);有慢性疾病病史的患者出现头痛(例如,恶性肿瘤);夜间从深睡中突然痛醒者。

临床上往往能在同一偏头痛的患者身上遇到几种不同形式的头痛表现,包括偏头痛、偏头痛样头痛(不全符合偏头痛的国际头痛学会标准)和紧张性头痛。但这些头痛对偏头痛特异性药物的治疗效果均很好,说明它们有着类似的生物学基础。目前不太支持使用一些混合性头痛、紧张-血管性头痛、血管性头痛或肌肉-收缩性头痛等术语。但一些临床医生还是比较愿意使用“血管神经性头痛”,它包括了一组头痛性疾病。

5. 偏头痛的诊断和鉴别诊断 由于缺乏确定偏头痛诊断的特异性辅助检查,其诊断主要依靠详细问诊了解病史以及必要的辅助检查排除继发性头痛。诊断程序包括详细询问病史、一些有价值的辅助检查(如脑电图、经颅多普勒、CT、MRA或MRI等),最后按头痛疾病国际分类标准做出何种类型偏头痛的诊断。

对任何一位头痛的患者,应问清楚头痛的性质、头痛的部位、头痛的程度、头痛发作的开始时间和持续

时间、伴随症状以及诱发、恶化或缓解的因素。

头痛的触诊检查意义有限,颞动脉炎时能触到迂曲变硬、无搏动的颞浅动脉,偏头痛可能有头皮过敏,青光眼有眼压增高,鼻窦炎可能有压痛区域。

头颅CT扫描应当成为头痛的常规检查手段,但CT也并非万能,只是减少漏诊几率的一种手段。必要时MRI平扫加增强扫描是确诊继发性头痛的主要手段之一。

对于一些不明原因的慢性头痛患者,还应进行红细胞沉降率、抗核抗体效价、甲状腺微球蛋白效价、心磷脂抗体效价、血清催乳素水平、腰椎穿刺、神经影像学检查、肌肉活检(线粒体疾病,动脉炎)以及颞动脉活检等检查。

偏头痛、丛集性头痛和紧张性头痛三种原发性头痛均有各自的特点,应进行鉴别。在临床上这三种头痛发作时用曲普坦(triptan)类药物均有不同程度的改善,有理由推测它们可能都属于同类疾病,其发病机制类似。

6. 偏头痛的治疗 取决于头痛的持续时间和严重程度、伴随症状、对日常工作的影响程度(致残)以及既往治疗的疗效等因素。偏头痛者常同时患有其他疾病,有时因药物间相互反应及禁忌证,使治疗变得更为困难(尤其老年人)。偏头痛的治疗主要分为控制发作和预防发作两大部分。

针对相关性疾病(如焦虑症、抑郁症和高血压等)进行病因治疗。

根据患者的具体情况来选取治疗方式,可采用逐步治疗、分层治疗以及以患者为中心治疗。逐步治疗是首先采用一线治疗药物(简单的止痛药,如非甾体抗炎药——NSAIDs),若无效,再用二线治疗药物(简单止痛药物联合使用),如果仍不能控制头痛,最后采用三线治疗药物(偏头痛的特异治疗药,如曲普坦类)。分层治疗是对确诊的偏头痛患者进行头痛程度判定,分为轻、中、重、极重几种等级,在临床判定的基础上,分别给予非特异性药物或直接开始使用曲普坦类特异性药物治疗。头痛程度有相当大的个体差异,完全是主观因素,应根据具体情况作出判断。以患者为中心治疗是首先建立医患伙伴关系,专人负责。医患间要相互信任,提供必要的信息,包括偏头痛的诊断、对患者生活方式的判定、头痛的性质和程度、定期随访资料、确立的用药方法、提供使用药物的种类以及确定监测的指标,患者对病情、治疗效果和使用的药物要做头痛日记。

偏头痛急性发作期的治疗目标是:立即控制偏头痛发作,尽量减少复发;使患者恢复正常的工作能力;少用“顶药”,避免滥用药物;指导患者自我保健、自我调整;要考虑费用/疗效比;最低程度的药物不良反应。偏头痛发作过程是一个瀑布效应,一旦启动,很难自动停止。即使偏头痛的特异性药物,给药太晚也不会有好的效果。应尽早用药,越早越好。用药期间要密切监视,避免发生头痛反弹。

如果患者每月头痛超过2次,就应采取预防性用药。长期偏头痛的治疗目标是:减少偏头痛发作的频度和严重性;减少头痛的致残效应;改善患者的生活质量;预防头痛发作;避免使用的头痛药物逐渐升级;避免滥用治疗头痛的药物,避免药物反弹性头痛和药物使用过度性头痛;加强宣教,使患者学会自己处置头痛;随访疗效,做必要的调整治疗。

患者应养成良好的卫生习惯,合理营养饮食,适当休息,合理适度进行体育活动,正确应对每天烦恼的事务,减少诱发因素(如过劳,睡眠不足,饮食不规律,饮酒、茶、咖啡,镇痛药,闪光,噪音,刺激性气味等),这些对防止偏头痛复发都是不可忽视的因素。

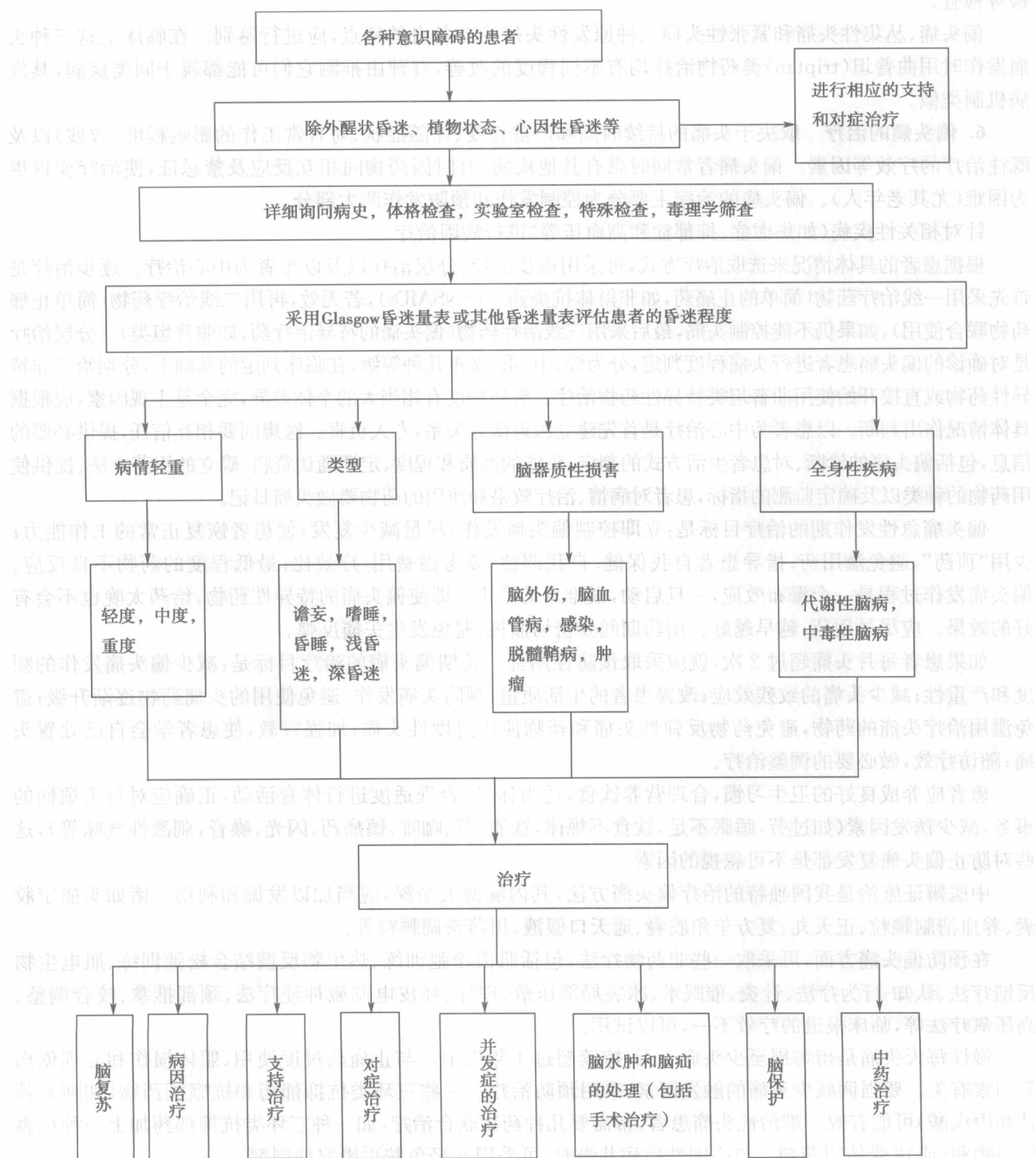
中医辨证施治是我国独特的治疗偏头痛方法,其内涵博大精深,应当加以发掘和利用。诸如头痛宁胶囊、养血清脑颗粒、正天丸、复方羊角胶囊、通天口服液、川芎茶调颗粒等。

在预防偏头痛方面,可采取一些非药物疗法,包括肌肉松弛训练、热生物反馈结合松弛训练、肌电生物反馈疗法、认知-行为疗法、针灸、催眠术、冰袋局部压敷、理疗、经皮电刺激神经疗法、颈部推拿、咬合调整、高压氧疗法等,临床报道的疗效不一,可以试用。

慢性每天头痛是指每周至少头痛5天,持续超过1年以上。与止痛药过度使用、躯体损伤和心理创伤等因素有关。要强调减少头痛的触发因素,采用预防治疗。一些三环类抗抑郁药和抗癫痫药物(如阿米替林和丙戊酸)可能有效。难治性头痛患者,常需要几种药物联合治疗,如一种三环类抗抑郁药加上一种抗癫痫药物和(或) β 受体阻滞剂。与心因性疾病共患时,可采用5-羟色胺再摄取抑制剂。

(高旭光)

第2章 意识障碍的诊治流程



(A2型题)

意识障碍

1. 概述 意识障碍是临床常见症状,见于各科疾病。意识障碍可由多种原因所致,在诊治过程中要尽可能快地确定和治疗病因。

意识是中枢神经系统对内外环境中的刺激所做出的有意义的应答能力,它通过人的语言、躯体运动和行为表达出来,使人体能正确而清晰地认识自我和周围环境,对各种刺激均能做出迅速、正确的反应,当这种应答能力减退或消失时就导致不同程度的意识障碍。

意识的改变分为两类:一类累及觉醒,即意识的“开关”,出现一系列从觉醒到昏迷的连续行为状态,临床上分为警觉、嗜睡、昏睡和昏迷,这些状态是动态的,可随时间改变而改变,前后两者之间无截然的界限,其中昏睡和昏迷是严重的意识障碍;另一类累及意识的内容,即大脑的高级功能,涉及认知与情感,此类意识改变涉及谵妄、精神错乱、酩酊状态、痴呆和癡症等。

意识障碍形成的机制包括弥散性大脑皮质损害、脑干损害、大脑皮质和脑干损害。

2. 诊断 对意识障碍患者的评价首先要明确意识障碍的特点(如急性意识错乱状态、昏迷、痴呆、遗忘综合征等),其次是明确病因。在接诊意识障碍患者时,稳定患者的病情,诊断和治疗活动常常交叉或同时进行。

(1)病史采集:对昏迷患者的病因判断极为重要,应尽可能地向患者的朋友、家属、目击者、救护人员询问患者发病当时的情况、既往病史以及患者的社会背景、生活环境。包括发病史,注意了解昏迷前出现的症状、既往史、发病时的周围环境和现场特点。

(2)一般体格检查:目的在于寻找昏迷的可能病因。注意观察和记录生命体征(血压、心率、体温和呼吸)。仔细检查皮肤及黏膜、头部及颈部、口部及口味异常,胸、腹、心脏及肢体状态。

(3)神经系统检查:在任何水平搜寻功能上的不对称性,以确定病变的部位。注意检查患者的意识状态、头及眼位置及眼球运动、瞳孔大小和对光反射、眼底、运动系统、感觉系统和脑膜刺激征等。

对意识程度的判断要量化,应用 Glasgow 昏迷量表或其他一些简易量表进行评分,对昏迷患者的预后判断有一定的帮助。

3. 鉴别诊断 通过病史询问和体格检查,判断患者是否有昏迷,一般不太困难,但一些精神病理状态和闭锁综合征,也可对刺激无反应,貌似昏迷,须加以鉴别。

醒状昏迷的患者表现为双目睁开,眼睑开闭自如,眼球可以无目的地活动,似乎意识清醒,但其知觉、思维、语言、记忆、情感、意识等活动均完全丧失。患者呼之不应,而觉醒-睡眠周期保存,临床上包括去皮质综合征和无动性缄默症。

其他情况还包括持久植物状态、假性昏迷、心因性昏迷、木僵状态、意志缺乏症、癫痫伴发精神障碍和闭锁综合征等。

判断病变部位:根据昏迷患者有无神经系统损害表现、颅内压增高和其他系统的表现,可推测引起昏迷的病因是在颅内还是颅外,颅内病变又可根据其范围和性质分为幕上病变、幕下病变,以及是局灶病变还是弥散性病变。

4. 病因 昏迷是最严重的意识障碍,并不都是原发于中枢神经系统的损害,也多见于其他科的疾病。了解昏迷可能的病因对于临床抢救、处理昏迷患者具有指导意义。昏迷的病因见表 2-1、表 2-2 和表 2-3。

5. 辅助检查 常规检查有助于昏迷病因的定性和鉴别诊断,包括血、尿、便分析,尿素氮和肌酐的测定,快速血糖、血钙、血钠检测及血气分析、肝功能、酶学、渗透压、心电图和胸片等。必要时可对患者的血、尿、胃肠内容物进行毒物的筛查。

特殊检查包括头颅 X 线平片、脑电图、腰椎穿刺、头颅 CT 或 MRI、脑血管成像等。

6. 治疗 包括确定病因及针对病因给予特定的处理。在确定诊断的过程中,必须采取措施保护大脑,应优先考虑稳定病情,同时注意气道、通气、循环功能,应当注意比较容易被纠正的低血糖昏迷、阿片类中毒昏迷等。

表 2-1 昏迷的病因

颅内器质性损害

脑外伤	脑震荡,脑挫伤,外伤性颅内出血,硬膜下血肿,硬膜外血肿
脑血管病	颅内出血,高血压性脑出血,动脉瘤破裂伴脑实质血肿,动静脉畸形,其他如出血性疾病、肿瘤出血、蛛网膜下腔出血、动脉瘤破裂、动静脉畸形、继发于外伤后
感染	脑梗死、脑血栓形成、脑栓塞、血管炎
脱髓鞘病	脑炎,脑膜炎,脑脓肿,感染性静脉窦血栓形成
脱髓鞘病	急性播散性脑脊髓炎(ADEM)
肿瘤	原发性颅内肿瘤,转移瘤,恶性肿瘤非转移并发症(如进行性多灶性白质脑病)

昏迷的全身性疾病

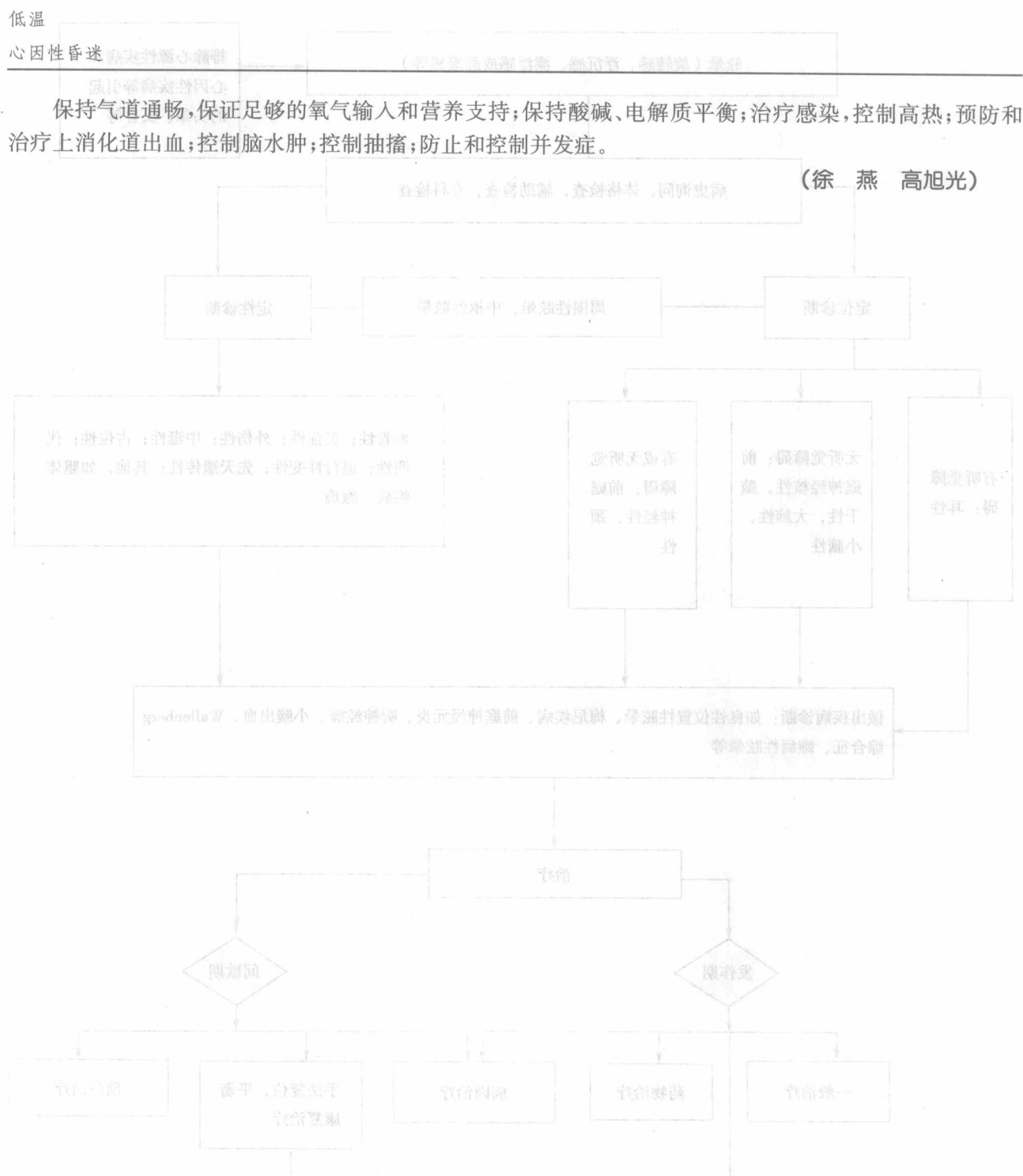
代谢性脑病	低血糖,糖尿病酮症,高渗性非酮症昏迷,脏器功能衰竭
	尿毒症,透析性脑病
	肝性脑病
	腺垂体功能减退,肾上腺危象,甲状腺危象,黏液性水肿
	水电解质紊乱,如低钠血症、高钙血症和低钙血症
	缺氧性脑病,严重充血性心力衰竭,急性心肌梗死,阿-斯综合征,失代偿性慢性阻塞性肺病,高血压脑病
中毒性脑病	败血症,中毒性感染(如细菌性痢疾)
	重金属(如铅、汞、砷、铊、氟)中毒
	一氧化碳中毒,其他吸入物
	药物(如阿片、巴比妥、地西洋、可卡因、神经阻断剂)
	酒精
	农药
	食物中毒(如毒蕈碱、鱼胆中毒)
	物理因子,如中暑、低温
	营养不良状态,如 Wernicke 脑病

表 2-2 结构性或外科性昏迷的原因

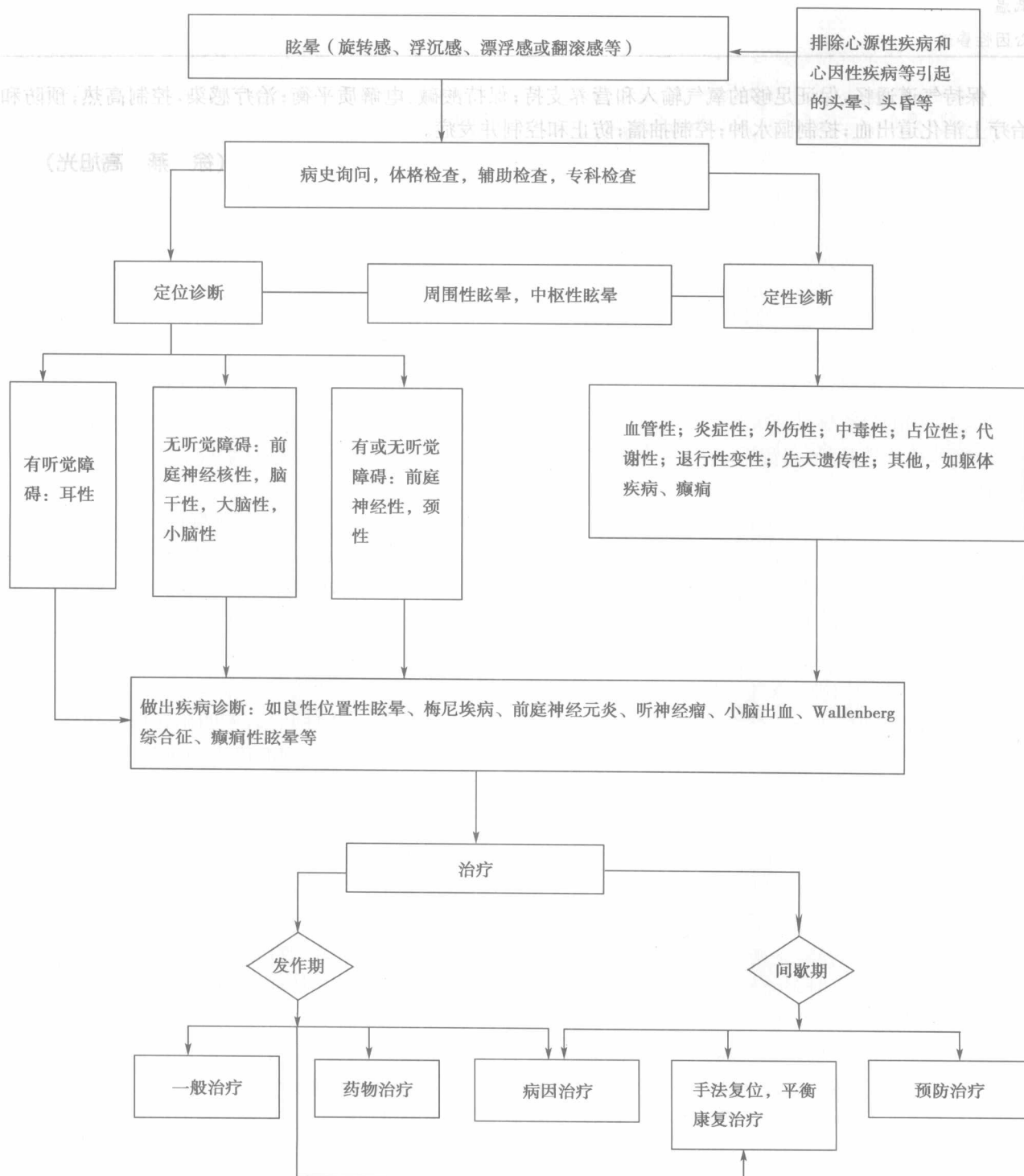
外伤	硬膜下损伤,硬膜外损伤,弥散性轴索损伤,脑挫裂伤,穿通性头部损伤
颅内出血	蛛网膜下腔出血
	脑出血,如颅后窝(脑桥、小脑)出血、幕上(基底核、脑叶)出血
缺血性卒中	大面积大脑中动脉梗死伴有脑疝
	脑干卒中累及双侧喙侧脑桥或中脑
	基底动脉尖综合征伴有双侧丘脑和喙侧中脑梗死
弥散性微血管异常	血栓形成性血小板减少性紫癜
	落基山斑疹热
	脑性疟疾
肿瘤	多形性成胶质细胞瘤伴脑疝
	多发性转移病变
其他疾病	渗透性脱髓鞘综合征(脑桥中央溶解症)

表 2-3 代谢性或内科疾病昏迷的原因

药物过量	苯二氮䓬类、巴比妥类、阿片类、三环类药物
感染性疾病	脓毒症, 细菌性脑膜炎, 脑炎(如单纯疱疹性脑炎、虫媒病毒感染)
内分泌障碍性疾病	低血糖反应, 糖尿病酮症酸中毒, 高渗性昏迷, 黏液性水肿, 甲状腺功能亢进症
代谢性异常	低钠血症, 高钠血症, 尿毒症, 肝性脑病, 高血压脑病, 低镁性假性昏迷
中毒反应	一氧化碳中毒, 酒精中毒, 对乙酰氨基酚过量, 乙二醇中毒
药物不良反应	Reye 综合征, 精神抑制药恶性综合征, 中枢神经抗胆碱能综合征, 血清紧张素综合征, 异烟肼
缺乏状态	硫胺缺乏(韦尼克脑病), 烟酸缺乏(糙皮病)
低温	



第3章 眩晕的诊治流程



眩 晕

1. 概念 头昏、头晕与眩晕不是一种独立的疾病,而是一种十分常见的临床症状群。眩晕是空间定位障碍所产生的一种运动幻觉或错觉,眩晕也可认为是人与周围环境的空间关系在大脑皮质反映的失真。眩晕具有周围环境或自身的运动幻觉,包括旋转感、翻滚感、倾倒感、摇摆感、上下浮沉感,同时伴有平衡障碍等感觉。严格地说,头晕包括眩晕,而眩晕不能反过来说成头晕。头昏表现为头脑昏沉和不清醒感,多由全身性疾病或神经功能性原因所致。头晕表现为头重脚轻和行立不稳感,可由于迷路、耳系统病变、视觉与本体感觉系统病损所致。

当一侧迷路半规管系统受到病理或人为的刺激或两侧功能不平衡,且超越了人体的自身耐受时,常可引发眩晕、眼球震颤、倾倒和自主神经症状。

眩晕与平衡的关系:前庭末梢性病变,例如梅尼埃病急性期,眩晕与平衡障碍的程度相符合,随着病情的好转,眩晕与平衡障碍都恢复,两者的进度相一致。眩晕轻而平衡障碍重时,多见于中枢性眩晕,脑桥小脑角部位的神经瘤及脑膜瘤、颅底凹陷症、Arnold-Chiari 畸形等,其平衡功能障碍明显,而眩晕不重。如脊髓小脑变性,走路蹒跚,闭眼无法站立,但眩晕不明显,病变越接近前庭终器,眩晕越重。功能性或精神因素为主的疾病往往表现有明显的头晕而平衡功能正常,如抑郁症的躯体化障碍。对所有的眩晕患者,不论其精神因素多大,应检查迷路功能;不论其器质因素有多大,勿忘记精神性反应。

2. 分类 眩晕的分类比较复杂,到目前为止尚无统一的分类标准,不同的文献分类标准不统一,有以下几种:

真性与假性眩晕:前者系指前庭系统、视觉及本体感觉病变所致;后者系由全身性疾病所致。

比较实用的分类标准按解剖定位、定性(病因)进行分类:①前庭性眩晕(周围前庭性眩晕,中枢前庭性眩晕);②非前庭性眩晕(眼源性眩晕,心血管性眩晕,代谢与中毒性眩晕,本体感觉系统病损,听神经瘤,其他躯体疾病)。

眩晕的病因诊断在临床工作中并不容易,因为引起眩晕症状的疾病并不是经常与特异性症状相关。常见的周围前庭性眩晕的病因包括急性前庭病变、内淋巴积水(梅尼埃病,继发于风疹病毒感染等)、淋巴周围炎、良性阵发性位置性眩晕、听神经瘤、慢性化脓性中耳炎、外伤等。常见的中枢前庭性眩晕的病因包括多发性硬化、脑干病变(血管病,炎症,肿瘤)、偏头痛、癫痫、小脑病变(血管病,炎症,肿瘤)和头颅外伤等。

3. 诊断 首先应确定是不是眩晕,有些患者常将头昏、头晕和眩晕相混淆。临床医生必须详细询问病史,应让患者自己描述眩晕的严重程度及其性质、持续时间;若为多次发作性眩晕,应明确每次发作的持续时间,是否自行缓解。若为用药治疗缓解,应明确用药后多长时间可缓解(以判断确为药物作用,而非自行缓解)。尽量询问诱发因素和伴随症状,是否存在可能引发眩晕的其他病史,有无神经内科、神经外科、耳鼻喉科及内科其他系统的疾病。在询问病史过程中要注意鉴别。

头晕、头昏是一组无固定内容,杂乱无序的感觉和主诉,患者常将头昏、头晕描述为头昏脑胀、昏沉沉、脑子不清醒、头重脚轻等不适感觉,神经系统检查无定位体征,常可伴有全身性疾病或表现有神经功能性障碍的症状,且症状持续存在,不伴有运动幻觉或周围景物晃动。眩晕多表现为周围物体或自身在旋转,左、右移动或上、下浮沉,还有平衡失调、站立不稳,或行走偏斜、倾倒、恶心、呕吐、耳鸣、多汗、面色苍白、脉搏和血压改变,呈发作性。神经系统检查可见到眼球震颤、指物不准、共济障碍等体征,多由前庭系统病变所致。

4. 体格检查 除一般神经系统检查外,应特别注意眼底检查,注意有无自发性或诱发性眼球震颤。眼球震颤的检查主要根据眼球震颤的幅度、频率及类型大致确定病变的部位:①水平性眼球震颤多见于周围或中枢前庭病变;②水平、旋转性眼球震颤多见于周围前庭病变;③垂直性眼球震颤多见于脑干病变;④不规则眼球震颤多见于中枢病变;⑤单眼分离性眼球震颤多见于内侧纵束病变。眼球震颤的检查有助于眩晕的定位诊断。注意小脑功能与Ⅲ、Ⅴ、Ⅵ、Ⅶ、Ⅷ对脑神经功能有无障碍。

内科系统注意除外心脏、血管系统病变,有无全身性感染、代谢性疾病,特别是有无甲状腺功能减退(甲

减)、糖尿病和低血糖。

耳科听力学测定:①音叉试验大致了解听力障碍情况;②电测听可进一步了解听力障碍的性质、分类及程度,以便了解眩晕与听力障碍的关系。

有关平衡功能的检查:如 Romberg 征、Mann 征、冷热试验等。

5. 辅助检查 根据临床具体情况选择必要的检查,包括眼球震颤电图(ENG),耳蜗电图(ECOG),头颅、内耳道、乳突及颈椎 X 线片,头颅 CT 或 MRI、MRA,经颅 Doppler 超声(TCD),局部脑血流图(rCBF),脑电图(EEG),脑脊液(CSF)检查,必要时请耳鼻喉科行前庭功能的系列检查。

6. 治疗 分为发作期和间歇期治疗,包括一般处理、对症治疗、病因治疗、平衡康复训练、药物治疗和手术治疗。急性发作者需卧床休息,避免声光刺激。频繁呕吐者除对症用药外,还应补液,以防止脱水,注意营养补充,纠正电解质紊乱及维持酸碱平衡。加强护理及心理治疗,消除患者恐惧心理。应根据病情轻重、药物作用强弱、不良反应大小,合理选择药物治疗,避免多种同类药物同时应用。恢复期或慢性期应尽量早停用前庭神经镇静剂,以免影响中枢及前庭神经的代偿,不利于眩晕及平衡障碍的恢复。对老年患者尤应注意全身性疾病和药物不良反应。

眩晕的病因复杂,治疗应针对病因。前庭性眩晕(高旭光)是指前庭系统病变引起的眩晕,可分为周围性前庭性眩晕和中枢性前庭性眩晕。周围性前庭性眩晕约占眩晕病例的 80%,多由内耳病变引起,如梅尼埃病、前庭神经炎、前庭神经节瘤、迷路炎、前庭窗破裂、前庭水管狭窄等。中枢性前庭性眩晕约占 20%,多由中枢神经系统病变引起,如脑梗死、脑出血、脑肿瘤、脑炎、脑积水等。前庭性眩晕的特点是发作性、旋转性、持续性、伴有恶心、呕吐、眼球震颤、平衡障碍等。治疗应根据病因进行,如梅尼埃病可采用利尿剂、糖皮质激素、前庭抑制剂等;前庭神经炎可采用糖皮质激素、前庭抑制剂等;前庭神经节瘤可采用手术切除;迷路炎可采用抗生素、糖皮质激素等;前庭窗破裂可采用手术修补;前庭水管狭窄可采用手术减压。

非前庭性眩晕是指非前庭系统病变引起的眩晕,可分为周围性非前庭性眩晕和中枢性非前庭性眩晕。周围性非前庭性眩晕约占非前庭性眩晕病例的 80%,多由视觉、本体感觉、前庭系统以外的其他系统病变引起,如颈椎病、青光眼、糖尿病、高血压、低血糖、贫血、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、维生素 B12 缺乏症、维生素 E 缺乏症等。中枢性非前庭性眩晕约占 20%,多由中枢神经系统病变引起,如脑梗死、脑出血、脑肿瘤、脑炎、脑积水等。非前庭性眩晕的特点是发作性、非旋转性、非持续性、不伴有恶心、呕吐、眼球震颤、平衡障碍等。治疗应根据病因进行,如颈椎病可采用牵引、理疗、手术等;青光眼可采用降眼压药;糖尿病可采用胰岛素;高血压可采用降压药;低血糖可采用葡萄糖;贫血可采用铁剂、维生素 B12;甲状腺功能亢进可采用抗甲状腺药;甲状腺功能减退可采用甲状腺激素;维生素 B12 缺乏症可采用维生素 B12;维生素 E 缺乏症可采用维生素 E。

眩晕的治疗原则是:①急性期治疗:以对症治疗为主,如前庭抑制剂、镇静剂、止吐剂等,以缓解症状。②恢复期治疗:以病因治疗为主,如前庭康复训练、药物治疗、手术治疗等。③预防复发:应避免劳累、紧张、情绪激动、声光刺激等,保持规律作息,均衡饮食,适当运动。

眩晕的预后取决于病因。前庭性眩晕的预后一般较好,经规范治疗后多能缓解或痊愈。非前庭性眩晕的预后则因人而异,部分患者经治疗后症状可缓解,但部分患者可能反复发作,甚至导致永久性平衡障碍。因此,对于反复发作的眩晕患者,应积极寻找病因,进行针对性治疗,以减少复发。

眩晕的鉴别诊断:①与耳部疾病鉴别:如中耳炎、内耳炎、耳蜗神经炎等,多有耳痛、耳闷、耳鸣、听力下降等表现。②与视觉疾病鉴别:如青光眼、白内障、屈光不正等,多有视力模糊、眼痛、头痛等表现。③与全身性疾病鉴别:如糖尿病、高血压、低血糖、贫血、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、维生素 B12 缺乏症、维生素 E 缺乏症等,多有相应的全身症状。④与中枢神经系统疾病鉴别:如脑梗死、脑出血、脑肿瘤、脑炎、脑积水等,多有神经系统定位体征。

眩晕的康复治疗:前庭康复训练是治疗眩晕的重要手段,旨在通过训练前庭系统,提高其对平衡的调节能力。训练方法包括:①凝视训练:患者注视前方目标,头部缓慢左右转动,保持视线稳定。②平衡训练:患者在平衡板上站立,保持身体平衡。③前庭训练:患者进行各种前庭刺激训练,如旋转、摇摆、加速、减速等。康复治疗应在专业人员的指导下进行,循序渐进,持之以恒。