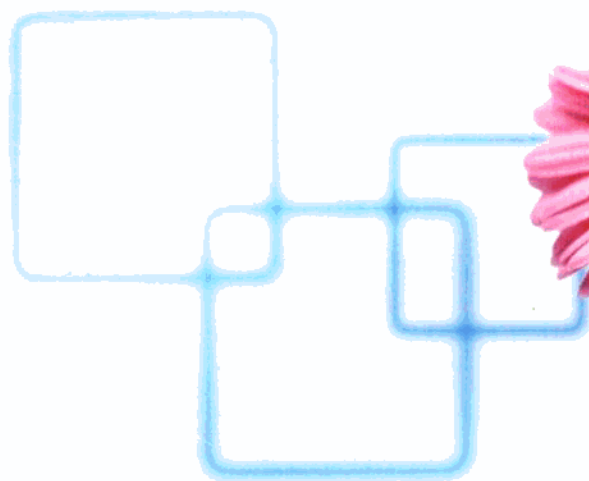




内科临床

NEIKE LINCHUANG

常见病的诊断与治疗

CHANGJIANBING DE ZHENDUAN YU ZHILIAO

赵敏 金梅花 主编

黑龙江科学技术出版社

内科临床常见病的诊断与治疗

赵 敏 金梅花 主 编

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目 (CIP) 数据

内科临床常见病的诊断与治疗 / 赵敏, 金梅花主编.
哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2007.5
ISBN 978-7-5388-5405-3

I.内… II.①赵… ②金… III.内科-常见病-诊疗
IV.R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 064083 号

责任编辑 张丽生 刘佳琪
封面设计 刘佳琪

内科临床常见病的诊断与治疗

NEIKE LINCHUANG CHANGJIANBING DE ZHENDUAN YU ZHILIAO

赵敏 金梅花 主编

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话 (0451) 53642106 电传 53642143 (发行部)

印 刷 佳木斯市四海印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787 × 1092 1/16

印 张 29.625

字 数 600 000

版 次 2007 年 5 月第 1 版 · 2007 年 5 月第 1 次印刷

印 数 1-1 000

书 号 ISBN 978-7-5388-5405-3 / R · 1352

定 价 52.00 元

前 言

本书从临床实用性出发介绍了内科临床常见病的诊断和治疗方法，对各种疾病均介绍了其病因、发病机制、病理、诊断、鉴别诊断、西医和中医治疗等。本书分 12 章，在写法上注意详略，该略处则言其梗概，择其要者；该详处则务必透彻，不厌其细，而且重点阐述了内科常见病较前瞻的理论及治疗观点，是内科医生的实用性参考书。

该书由从事多年教学、临床工作的教师和医生共同编写，具体分工如下：第一章、第九章、第十章、第十二章由赵敏编写；第二章和第八章由张丹丹编写；第三章第一节至第六节由史会葆编写；第三章第七节至第十三节由代立娟编写；第四章第一节至第七节由金梅花编写；第四章第八节至第十四节由董凤英编写；第五章第一节至第九节由赵永波编写；第五章第十节至第十二节由关欣编写；第六章由王丽彦编写；第七章由李卓编写；第十一章由邱廷建编写。

在本书的编写过程中得到了黑龙江中医药大学佳木斯学院各级领导的关注与支持，荣幸请到李铁男院长为本书承担主审，在此一并表示真诚的谢意。

尽管本书全体编写人员在编写过程中倾注了极大的热情，但由于我们经验水平所限，加之时间仓促，错误与疏漏之处在所难免，恳请广大读者不吝批评指正。

赵 敏

2007 年 4 月

目 录

第一章 常见症状的诊断	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(5)
第三节 眩晕	(7)
第四节 晕厥	(9)
第五节 昏迷	(10)
第六节 咯血	(11)
第七节 呼吸困难	(13)
第八节 心悸	(15)
第九节 胸痛	(16)
第十节 呕吐	(17)
第十一节 急性腹痛	(19)
第十二节 慢性腹痛	(21)
第十三节 急性腹泻	(24)
第十四节 慢性腹泻	(25)
第十五节 上消化道出血	(26)
第十六节 下消化道出血	(28)
第十七节 腹水	(30)
第十八节 黄疸	(32)
第十九节 血尿	(34)
第二十节 水肿	(35)
第二十一节 骨关节疼痛	(37)
第二章 感染性疾病	(41)
第一节 流行性感冒	(41)
第二节 乙型病毒性肝炎	(45)
第三节 流行性出血热	(53)
第四节 细菌性食物中毒	(60)
第五节 葡萄球菌食物中毒	(61)
第六节 细菌性痢疾	(63)
第七节 血吸虫病	(67)

第三章 呼吸系统疾病	(76)
第一节 感冒	(76)
第二节 急性气管-支气管炎	(78)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(80)
第四节 慢性肺源性心脏病	(85)
第五节 支气管哮喘	(89)
第六节 支气管扩张	(94)
第七节 肺炎链球菌肺炎	(97)
第八节 病毒性肺炎	(101)
第九节 肺脓肿	(104)
第十节 肺结核	(107)
第十一节 结核性胸膜炎	(111)
第十二节 原发性支气管肺癌	(114)
第十三节 胸腔积液	(117)
第四章 循环系统疾病	(120)
第一节 慢性心力衰竭	(120)
第二节 急性心力衰竭	(128)
第三节 阵发性室上性心动过速	(130)
第四节 心房颤动	(132)
第五节 房室传导阻滞	(133)
第六节 原发性高血压病	(134)
第七节 急性心肌梗死	(141)
第八节 心绞痛	(149)
第九节 病毒性心肌炎	(153)
第十节 心肌病	(158)
第十一节 心脏神经官能症	(165)
第十二节 雷诺综合征	(167)
第十三节 血栓闭塞性脉管炎	(170)
第十四节 闭塞性动脉硬化	(174)
第五章 消化系统疾病	(179)
第一节 反流性食管炎	(179)
第二节 急性胃炎	(182)
第三节 慢性胃炎	(183)
第四节 消化性溃疡	(187)
第五节 急性胰腺炎	(193)
第六节 慢性胰腺炎	(198)
第七节 溃疡性结肠炎	(202)
第八节 食管肿瘤	(205)

第九节 胰腺癌	(207)
第十节 胃癌	(212)
第十一节 原发性肝癌	(220)
第十二节 结肠癌	(226)
第六章 泌尿系统疾病	(231)
第一节 尿路感染	(231)
第二节 急性肾小球肾炎	(239)
第三节 急进性肾小球肾炎	(243)
第四节 慢性肾小球肾炎	(246)
第五节 肾病综合征	(249)
第六节 急性肾功能衰竭	(253)
第七节 慢性肾功能不全	(257)
第七章 造血系统疾病	(267)
第一节 缺铁性贫血	(267)
第二节 再生障碍性贫血	(271)
第三节 溶血性贫血	(276)
第四节 母婴血型不合溶血病	(280)
第五节 白血病	(284)
第六节 特发性血小板减少性紫癜	(295)
第八章 免疫和风湿性疾病	(299)
第一节 风湿热	(299)
第二节 系统性红斑狼疮	(306)
第三节 类风湿关节炎	(313)
第四节 多发性肌炎和皮肌炎	(320)
第五节 硬皮病	(324)
第六节 白塞病	(328)
第七节 干燥综合征	(332)
第八节 骨关节炎	(336)
第九章 内分泌系统疾病	(341)
第一节 单纯性甲状腺肿	(341)
第二节 亚急性甲状腺炎	(344)
第三节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(346)
第四节 甲状腺功能亢进症	(349)
第五节 甲状腺功能减退症	(355)
第六节 嗜铬细胞瘤	(359)
第十章 新陈代谢疾病	(363)
第一节 糖尿病	(363)
第二节 糖尿病酮症酸中毒	(374)

第三节	高渗性高血糖性非酮症性昏迷	(376)
第四节	低血糖综合征	(378)
第五节	高钾血症	(383)
第六节	低钾血症	(384)
第七节	高钠血症	(385)
第八节	低钠血症	(386)
第九节	代谢性酸中毒	(388)
第十节	代谢性碱中毒	(390)
第十一节	呼吸性酸中毒	(391)
第十二节	呼吸性碱中毒	(392)
第十一章	神经系统疾病	(394)
第一节	短暂性脑缺血发作	(394)
第二节	动脉粥样硬化性血栓性脑梗死	(397)
第三节	腔隙性脑梗死	(402)
第四节	脑栓塞	(403)
第五节	原发性脑出血	(405)
第六节	蛛网膜下腔出血	(408)
第七节	癫痫	(412)
第八节	重症肌无力	(421)
第十二章	中毒所致疾病	(425)
第一节	巴比妥类药中毒	(425)
第二节	苯二氮卓类中毒	(426)
第三节	甲喹酮(安眠酮)中毒	(427)
第四节	甲丙氨酯(眠尔通)中毒	(428)
第五节	阿片类药中毒	(428)
第六节	抗胆碱药中毒	(430)
第七节	氨茶碱中毒	(431)
第八节	氯中毒	(432)
第九节	氨中毒	(435)
第十节	一氧化碳中毒	(437)
第十一节	氰化物中毒	(443)
第十二节	苯中毒	(446)
第十三节	汽油中毒	(448)
第十四节	有机磷酸酯农药中毒	(450)
第十五节	亚硝酸盐中毒	(456)
第十六节	毒蛇咬伤中毒	(457)
第十七节	毒蕈中毒	(460)
参考文献		(463)

第一章 常见症状的诊断

第一节 发 热

发热是临床上最常见的症状，是人体对致病因子的一种全身性反应，在一定程度上反映疾病的严重程度以及病情的发展和变化。发热是许多疾病的共同表现，因此也是临床上鉴别诊断的重要课题。

一、病因诊断

发热往往表明疾病处于急性期或进展（活动）期。不同原因的发热，在治疗上有根本的区别，甚至是相反的。所以病因的鉴别非常重要，它关系到治疗的成败。

1. 感染性发热

感染是最常见的病因。各种病原体（病毒、细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等）所引起的感染，不论是急性或慢性，全身性或局限性的感染，均可出现发热。

2. 非感染性发热

（1）风湿性疾病。各种自身免疫相关的风湿性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、成人 Still 病、皮炎、硬皮病及各种系统性血管炎等均常引起发热。

（2）血液病。如白血病、恶性组织细胞病、淋巴瘤等。

（3）恶性肿瘤。

（4）变态反应。如药物热、血清病、输血输液反应等，一般只引起短期发热。

（5）组织损伤。如创伤、大手术、烧伤、放射、化学毒物、无菌性坏死（注射等引起）、急性溶血、急性心肌梗死等。

（6）产热过多或散热障碍。如甲亢、癫痫持续状态、严重脱水、先天性汗腺缺乏病等。

（7）其他。如大量出血、原因不明的肉芽肿疾病等。

二、症状学特征

症状学特征是病因诊断的基础。

1. 热型

发热性疾病中相当一部分有特殊的热型。由于受到多种因素，尤其是药物（如抗生素、解热药、激素等）的影响，热型表现可不典型，但仍有一定的鉴别诊断意义。

(1) 稽留热。体温持续于 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，达数天或数周之久，24h 内体温波动不超过 1°C 。见于大叶性肺炎和伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性传染病的极期。

(2) 弛张热。24h 内体温相差超过 1°C ，但最低点未达正常，见于败血症、脓毒血症、重症结核、感染性心内膜炎、风湿热、恶性组织细胞病、伤寒缓解期、流行性出血热等。

(3) 间歇热。24h 内体温波动于高热与常温之间，见于疟疾、化脓性局灶性感染、败血症等。

(4) 回归热。骤起高热持续数日，间歇无热数日，高热重复出现，见于回归热、鼠咬热、淋巴瘤等。

(5) 双峰热。体温在 24h 内有两次高热，形成双峰，见于黑热病、恶性疟疾、败血症等。

(6) 波状热。体温在数天内逐渐上升至高峰，然后逐渐下降至常温或微热状态，间隔一段时间又再发，见于布鲁菌病、恶性淋巴瘤、腹膜炎等。

(7) 双相热，又称马鞍热。第一次发热持续数天，退热一至数天，又出现第二次发热，持续数天，而完全退热，见于某些病毒感染，如脊髓灰质炎、登革热、麻疹、病毒性肝炎等。

(8) 不规则热。发热持续时间不定，变化无明显规律性，见于癌症发热、肺结核、流感、支气管炎等。

(9) 超高热。体温持续为 $40 \sim 42^{\circ}\text{C}$ ，昼夜温差不大，退热药无效，见于中枢性高热。

2. 起病形式

(1) 急性发热。急性感染性疾病起病多较急骤，常有创伤、受凉、劳累、进食不洁食物等诱因；非感染性疾病如变态反应、风湿病（结缔组织病），组织坏死的吸收热、血液病、恶性肿瘤，代谢紊乱、物理与化学因素等也可引起急性发热。

(2) 慢性发热。可见于感染性疾病如结核、慢性病毒性肝炎、梅毒等；非感染性疾病如血液病、恶性肿瘤、甲亢、变态反应疾病、风湿病、肝硬变、植物神经功能紊乱等。

3. 发热时间长短

(1) 急性短期发热。此病多见于感染。

(2) 长期发热。一般来说，发热时间长，感染性疾病的可能性越小，持续发热超过 3 个月者，几乎只见结核、布氏杆菌病、黑热病和慢性疟疾。①长期“不明原因”中 - 高热指发热持续 2 周以上，体温大于 38°C 。该症多见于恶性肿瘤，如恶性组织细胞病、淋巴瘤、肝癌等；风湿病，如成人 Still 病、系统性红斑狼疮等；另外也应注意药物热等。恶性肿瘤病人往往体质进行性衰退，普通退热药多无效，开始用消炎痛退热多有特效，但继续使用多逐渐产生“耐受”。成人 Still 病常伴有关节痛和（或）皮疹，以及白细胞增多、血沉增快、 γ 球蛋白增高，血培养呈阴性，抗生素对其无效，而激素有效，退热后体质、精神状态和食欲即接近正常。药物热往往是在抗感染治疗过程中有“发热（感染）——退热数日——持续高热（药物热）”的经历，一般停用抗生素后 3d

左右体温可恢复正常，我们也曾见少数病人在停药1周后体温才恢复正常。②长期低热指体温介于37.4~38.0℃之间，持续1个月以上，分功能性与器质性两大类，其中以器质性为常见。病因有慢性感染（注意结核、慢性肝胆管感染等）、风湿病、内分泌代谢疾病、肿瘤等。功能性发热（如神经性低热）主要表现为低热。

4. 伴随症状和体征

（1）伴有寒战。若发热前有明显寒战者，多属化脓性细菌感染，也见于病毒、疟疾、钩体病等感染性疾病；非感染性发热中成人Still病、药物热、恶性组织细胞病等也反复寒战。一过性的寒战见于大叶性肺炎、输血输液反应；反复性的寒战多见于疟疾、败血症、流行性脑膜炎、急性胆管感染、急性肾盂肾炎、感染性心内膜炎、钩体病等。

（2）伴有皮疹。①急性发疹性传染病。不同的发疹性传染病有不同的皮疹特点和出疹日期，有助于鉴别诊断。如带状疱疹，发热1~2d内出现疼痛性疱疹、水痘，发热2d出疹，麻疹、血淤、疱疹、结痂可同时存在；幼儿急疹，发热3d，热退疹出；麻疹，发热4d出疹，可伴有口腔黏膜斑，登革热，发热4~5d出疹，可伴全身肌肉、骨骼、关节疼痛；伤寒，发热7d出疹，呈玫瑰疹，数目少；传染性单核细胞增多症，发热1~2周时出现多形性皮疹。②非传染性疾病也很常见，如风湿热、皮疹，表现为环状红斑、皮下结节；系统性红斑狼疮，典型者面部蝶形红斑，也可见其他皮疹；成人Still病的皮疹多与体温相平行，并且皮疹具有多形性；药物疹的皮疹具多样性。除药物疹外，其他非传染性皮疹多无明显瘙痒或疼痛。

（3）伴有出血倾向。常提示重症感染或血液病。前者如败血症、流行性出血热、登革出血热、流行性脑脊髓膜炎、重症肝炎、钩体病等。后者如白血病、急性再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。其中出血性皮疹可为首发症状。此外还可见于DIC。无论发热病因是什么，一旦出现DIC，即可出现广泛出血倾向。

（4）伴有淋巴结肿大。①局部压痛性淋巴结肿大，常提示局部急性炎症病变。如颌下淋巴结肿痛提示口腔或咽部感染；腹股沟淋巴结肿痛提示下肢或阴部感染；皮疹伴耳后、枕下淋巴结肿痛，提示风疹；颈部成串的多个淋巴结肿痛提示应注意淋巴结结核。此外，某些传染病，如恙虫病，常表现为结痂附近的淋巴结肿大；钩体病多有双侧腹股沟或腋窝淋巴结肿大、质软、疼痛及压痛，但无红肿。②局部无痛性淋巴结肿大，见于淋巴瘤、白血病、转移癌，部分风湿病（如系统性红斑狼疮等）的早期也常出现局部无痛性淋巴结肿大。其质硬、粘连、表面不光滑等常提示有恶性病。③全身淋巴结肿大，是广泛性淋巴组织病变或全身性感染的表现。全身淋巴结肿大有压痛，见于传染性单核细胞增多症、血管性免疫母细胞淋巴瘤，恙虫病虽以局部淋巴结肿大为主，但也可见全身浅表淋巴结轻度肿大及压痛。无压痛的全身淋巴结肿大见于急性淋巴细胞性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、艾滋病等。④淋巴结迅速增大，多见于炎症性或变态反应性疾病。另外，肿大淋巴结未经抗肿瘤药物治疗自行缩小或消退者，可排除恶性疾病。

（5）伴有肝脾肿大。应考虑造血系统疾病（包括恶性疾病、溶血性疾病等）、风湿性疾病和某些感染性疾病（例如传染性单核细胞增多症，急性血吸虫病、疟疾、伤寒、感染性心内膜炎、肝胆管感染等）。脾肿大在很多感染性疾病中均可出现，一般轻至中度肿大，而且柔软。如果在短期发热时即触及较大、质硬的脾脏，则应考虑疟疾。风湿

性心瓣膜病出现肝脾肿大者应注意感染性心内膜炎。类风湿关节炎出现肝脾肿大者应注意 Felty 综合征。

(6) 伴有黄疸。常见于肝胆管疾病、溶血性疾病、中毒性肝损害、传染性单核细胞增多症、钩体病等。胆囊炎、胆石病、化脓性胆管炎等，多在发热的同时有黄疸，且伴右上腹疼痛；病毒性肝炎患者、黄疸前期常有发热，至出现黄疸时多已退热；急性溶血者，常先有发热、酱油色尿，后出现黄疸；传染性单核细胞增多症的临床表现多样，少数病人有黄疸；钩体病以发热、结膜充血、淋巴肿大、腓肠肌压痛为典型表现，可有黄疸、出血等。

(7) 伴有呼吸系统症状。常见于上呼吸道感染，肺及胸膜病变。上呼吸道感染以咳嗽、咯痰、流涕、咽痛为主要表现，可有高热，一般无呼吸困难。毛细支气管炎、重症肺炎或伴有大量胸腔积液的胸膜炎时，则常有呼吸困难。肺炎及化脓性病变时（肺脓肿、支气管扩张并发感染、脓胸等），常有高热。活动性肺结核则以咳嗽、低热、盗汗、消瘦为主要症状，粟粒性肺结核、全身播散性结核也常有高热。此外，高热也见于某些传染病如肺鼠疫、肺出血型钩端螺旋体病。

(8) 伴有心血管症状。常见于急性心包炎、心肌炎、心肌梗死、心内膜炎、栓塞性疾病等。发热期间新出现的心脏器质性杂音，或原有的杂音响度或性质改变，提示感染性心内膜炎。若发热情况下，心率相对缓慢（相对缓脉）应注意伤寒；心率相对快应注意心肌炎、心包炎或心功能不全。心包炎和心肌炎一般只有中度发热或微热。心肌梗死后也可出现轻至中度发热。

(9) 伴有胃肠道及腹部症状。发热病人常有不同程度消化系统症状，多是无特异性的食欲下降。最常见的发热、腹泻、呕吐是急性胃肠炎；黏液（血）便伴里急后重者注意痢疾；腥臭血便者多是急性出血坏死性肠炎；右上腹痛注意胆管感染。阑尾炎、急性腹膜炎、急性胰腺炎等常常先腹痛后发热。此外，各种腹部肿瘤均可能出现发热伴腹部症状。

(10) 伴有泌尿生殖系统症状。尿路刺激征提示泌尿道感染，下腹部疼痛注意盆腔炎，产后发热则可能是产褥热。

(11) 伴有神经精神症状。提示病变累及中枢神经系统可以是中枢神经感染，也可能是外周严重感染之毒血症引起中毒性脑病。内分泌疾病、风湿病、血液病等均可引起神经精神损害。另外，高热本身就可引起神经精神症状，如头晕、头痛、高热惊厥等。

(12) 伴有关节肌肉疼痛。发热伴关节或肌肉疼痛首先考虑风湿性疾病，注意成人 Still 病、系统性红斑狼疮、皮肌炎、多发性肌炎、混合性结缔组织病、风湿热、类风湿关节炎、感染后反应性关节炎等。败血症、血清病也可出现发热伴关节肌肉疼痛。单个关节肿痛需排除感染性关节炎。发热伴腓肠肌疼痛提示钩体病。

三、实验室检查

实验室检查不受主观干扰，可提供客观的诊断依据，补充病史和体征的不足是临床鉴别诊断中必不可少的内容。发热作为一个症状，几乎覆盖了所有系统和专科的疾病，

所以与之相关的实验室检查非常广泛,难以在此一一列举。临床上应根据具体病人的病史和症状学特征,建立一个鉴别诊断的思路,集中在一个或几个相应的疾病,然后根据这些疾病事的实验室特点选择相应的检查,进一步鉴别诊断。

四、处理原则

1. 病因治疗

针对临床症状尽快查出病因,明确诊断,针对病因治疗。

2. 对症治疗

低热和中等热一般不主张积极退热治疗。高热可适当对症治疗,体温大于 40℃,高热伴惊厥、谵妄,高热伴休克和心功能不全,高温中暑等情况时需紧急降温处理。另外,发热病人应注意卧床休息,适当补液和供给足够能量,维持水电解质平衡。

(1) 物理降温。①冷毛巾湿敷。额部或颈部,每 5~10min 更换 1 次。②冰敷。用冰袋置于额、枕后、颈部腋部、腹股沟等处。③酒精擦浴。用 25%~50% 的酒精,注意避免擦掌心和肚脐周围。④冰水灌肠。对高热中暑或过高热(41℃以上)者可采用冰水灌肠,使体温降至 38.5℃左右。

(2) 药物降温。一般采用解热镇痛药。体温超过 40℃或有谵妄、惊厥,而解热镇痛药和物理降温疗效欠佳者,可采用冬眠疗法(5%葡萄糖液 250mL,氯丙嗪 50mg,异丙嗪 50mg,杜冷丁 100mg)静脉滴注。高热伴脑水肿者,可用 20%甘露醇 250mL 加地塞米松 5~10mg,快速静脉滴注。

3. 诊断性治疗

如果病人经过各种检查,仍未找到发热病因,可慎重地采用诊断性治疗。诊断性治疗常包括使用抗生素、抗结核、抗原虫、抗风湿、抗肿瘤药物等。值得注意的是,临床上对发热病人“盲目”使用抗生素之前,必须先采集各种培养标本,在更改抗生素之前也应再次取标本做病原体培养。

第二节 头 痛

头痛通常是指头皮覆盖的组织发生疼痛,即从前额向上向后至枕部这一区域的疼痛,但广义的头痛常包括颅面疼痛。

一、发生机制

(1) 血管改变。颅内外血管被伸展、移位、挤压等所致;动脉高度扩张,血流冲击松弛的血管壁,刺激痛觉神经末梢或使血管壁发生震动而致头痛;颅内静脉扩张,牵引痛敏结构发生头痛;血管炎症,颅内小血管收缩或痉挛等,均可导致血管性头痛或牵引性头痛。

(2) 脑膜病变。颅内各种病变可刺激或牵引脑膜产生牵引性头痛。

(3) 肌肉病变。头颈、肩背处肌肉由于各种原因(例如精神因素、职业、慢性炎症、创伤、劳损或邻近组织的病变)发生收缩,出现肌收缩性头痛。

(4) 神经病变。含有痛觉的神经(如三叉神经、枕大神经、枕小神经、耳大神经、迷走神经、舌咽神经等)由于本身或邻近组织的病变而发生激惹、挤压、牵引等引起头痛。

(5) 五官和颈椎病变。五官和颈椎病变既可直接刺激或压迫邻近的痛敏结构,也可因病灶的强烈兴奋,通过中枢的扩散作用反射到更多部位疼痛,称为牵引性疼痛。

(6) 内分泌改变。绝经期头痛、月经期头痛、偏头痛均与内分泌有关。

(7) 功能性或精神性因素所致头疼。

(8) 其他。如遗传因素、食物因素、过敏等所致头疼。

二、分类

(1) 血管性头痛。主要有:偏头痛,包括有先兆和无先兆偏头痛;丛集性头痛;毒素性(中毒性痛,如发热、高碳酸血症、低氧、低血糖、宿醉、一氧化碳中毒、铅中毒、癫痫大发作后、扩张血管药、撤停药物麦角类、吩噻嗪类药物);高血压、缺血性脑血管病。

(2) 牵引性头痛。致痛原因有:肿瘤、血肿、脓肿等的压迫;颅内高压症、颅内低压症。

(3) 感染性头痛。致痛原因有:各种颅内感染;颅外感染如颞动脉炎等。

(4) 肌收缩性头痛。包括以下几种:原发性;继发性;慢性肌炎、肌纤维组织炎。

(5) 其他头痛。主要有:头痛型癫痫;功能性及精神性头痛:神经官能症、神经衰弱综合征、脑外伤后遗症、更年期综合征、抑郁症、焦虑症所引起的头痛;五官及颈椎病变所致头痛;颅面神经痛:三叉神经痛、舌咽神经痛、枕神经痛等等。

三、常见头痛及处理

(1) 偏头痛。常于青春期起病,女性患者约为男性3倍。发作前常有紧张、疲劳、情绪改变、饮食不规则、进食较多富含酪胺及苯乙胺的食物等诱因。头痛常位于一侧(有时双侧)额颞部或眼眶周围,呈搏动性痛或跳痛,伴有明显的植物神经症状,如恶心、呕吐、面色苍白、畏光、畏声,头部或躯体移动使头痛加剧。部分病人头痛前有畏光、暗点、闪光线条、视野缺损等症状。体检、脑电图、头颅CT均无异常。此症治疗方法如下。①避免上述诱因。②发作时可予阿司匹林、萘普生、芬必得等,也可在发作一开始时口服麦角咖啡因1片,每日量不能超过4片,并发心血管病、妊娠、周围血管病者忌用。③经常发作者(每月超过2次)可用药物预防,如氟桂嗪(西比灵,5~10mg,每晚1次)、尼莫地平(30~60mg,每日3次)、苯噻唑(0.5mg,每日3次)。

(2) 丛集性头痛。此症又称组胺性头痛,青壮年男性多见。常于夜间入睡后突然发作而无先兆,疼痛多位于一侧眼眶或球后、额颞部,该处皮肤发红、发热,并有流泪、流涕,直立位可使头痛减轻,发作一般持续数十分钟,但在一段时间内常有一连串密集

的发作。治疗除可用麦角咖啡因外,还可卡马西平或苯妥英钠治疗,也可服用强的松,每日30~60mg。

(3) 低颅压性头痛。大多由于腰穿、颅脑损伤、颅脑手术后、腰神经袖撕裂等继发性所致,少数病因不明。头痛多位于枕部或顶部,有时位于前额或全头,性质不一,站立时头痛最剧烈,卧床时消失或明显减轻,患者还可有头晕、恶心、呕吐等症状,体检大多无阳性体征,少数病人有脑膜刺激征,腰穿测压低于0.7kPa。治疗上应去枕平卧,大量饮水,最好是生理盐水,3000~4000mL/d,或静脉滴注低渗液(0.5%)或生理盐水1000~2000mL,重者可采用垂体后叶素、麻黄素、地塞米松、咖啡因等。诊断明确者尽量避免腰穿。

(4) 紧张性头痛。该症又称肌收缩性头痛,常因精神因素、职业性特殊体位或头颅、五官、颈椎等疾病所致,多为青壮年女性。疼痛部位多在前额、双侧太阳穴、头顶、枕部或弥漫全头,呈重压样、紧扣样、钳夹样胀痛、闷痛,朝夕如是,持续数月或数年,每当紧张、焦虑、烦躁、失眠时加重,可伴头晕、易激动、睡眠差。体检有时可发现头顶部有压痛点或“痛性小结”,头颈、肩背肌肉紧张。治疗可予肌肉松弛剂、非麻醉性镇痛剂,局部可理疗、热敷、按摩或普鲁卡因封闭。

第三节 眩 晕

眩晕是指人体对空间定向的一种运动错觉。临床所指的眩晕常包括真性眩晕和非真性眩晕两大类,前者有运动感,也称运动性眩晕,后者是一般所称的头晕或头昏,无运动性感觉。

一、产生眩晕的原因

- (1) 各种原因所致的前庭系统任何一处发生病变。
- (2) 前庭感觉与视觉、深部感觉三者相互不协调。
- (3) 前庭反射与颈反射、视动反射未能协同作用。

二、病因和分类

1. 前庭周围性眩晕

(1) 前庭及耳蜗均有障碍。迷路内:包括梅尼埃病、病毒感染、药物中毒、内耳损伤、肿瘤等。迷路外:包括小脑桥脑角肿瘤或蛛网膜炎等。

(2) 只有前庭障碍。迷路内:良性阵发性位置性眩晕。迷路外:前庭神经炎。

2. 前庭中枢性眩晕

(1) 脑血管性眩晕。脑动脉硬化、脑供血不足、脑血管栓塞或血栓形成、延髓外侧综合征、锁骨下动脉盗血综合征、桥脑及小脑梗死或出血、颈性眩晕、偏头痛等所致。

(2) 脑肿瘤性眩晕。脑干、小脑、第四脑室、颞叶、枕叶等的肿瘤所致。

(3) 颅内感染性眩晕。颅后窝蛛网膜炎、脑干脑炎、小脑脓肿、脑寄生虫病等所致，以及流行性眩晕等。

(4) 头颅创伤性眩晕。

(5) 脱髓鞘病性眩晕。如多发性硬化等所致。

(6) 变性疾病性眩晕。遗传性共济失调、延髓空洞症等所致。

(7) 癫痫性眩晕。

(8) 颅内压增高。

3. 眼源性眩晕

其包括无关性弱视、屈光不正、眼肌麻痹、青光眼、视网膜色素变性等所致眩晕。

4. 神经精神性眩晕

其包括神经衰弱、癔病、焦虑、抑郁症、更年期综合征、脑震荡后综合征等所致眩晕。

5. 全身疾病性眩晕

(1) 心血管疾病，如高血压、低血压、体位性低血压、颈动脉窦综合征、主动脉弓综合征、病态窦房结综合征、心肌缺血、心瓣膜病等所致眩晕。

(2) 血液病，如贫血、真性红细胞增多症等所致眩晕。

(3) 内分泌及代谢疾病所致眩晕。

(4) 感染性及中毒性疾病所致眩晕。

三、常见的眩晕病

(1) 内耳药物中毒性眩晕。常见致病药物有链霉素、卡那霉素、庆大霉素、新霉素、奎宁、酒精等。发生内耳中毒的主要因素是个体易感性，也与剂量大小及用药时间有一定关系。急性中毒常在用药后数日甚至当日出现眩晕和平衡障碍，恶心、呕吐，停药后症状可缓解。慢性中毒多在用药后 2~4 周发生眩晕，并在一段时间内逐渐加重，多呈摇摆不稳、地动感，或旋转性眩晕，头部活动或走路时加重，严重者伴恶心、呕吐，常伴听力减退，眩晕可持续数月甚至 1~2 年。治疗主要是停用相应药物，并给予镇静药（如安定、苯巴比妥等）、抗组胺药物（如苯海拉明、扑尔敏等）、血管扩张药（烟酸、地巴唑等）、神经细胞营养药物等。

(2) 颈性眩晕。该症多由于颈椎骨质、颈椎关节、横突孔、颈肌、软组织、颈部肿瘤或颅底畸形等引起椎动脉发生缺血所致。眩晕发作与颈部突然转动有密切关系，颈椎 X 线摄片常有异常征象。治疗应针对病因治疗，颈部肿瘤、颅底畸形者应手术治疗，颈椎退行性变者可予物理治疗，平时注意颈部保健，眩晕发作时按缺血性脑血管病处理。

第四节 晕厥

晕厥是一时性大脑普遍性缺氧所致的短暂性意识障碍。

一、原因

可导致一时性普遍性脑供血不足的原因如下。

- (1) 血压急剧下降。
- (2) 心排出量突然下降。
- (3) 供应脑部血流的动脉发生急性较广泛的缺血。

二、临床表现

典型晕厥发作可分为三期。

(1) 晕厥前期。植物神经症状明显，表现为面色苍白、恶心、呕吐，出汗、眩晕、肢体冷，共济失调，轻度肌张力减弱。此期约持续几秒至 10s。部分患者在此期间如能扶持物体或躺下，症状可逐渐消失不进入第二期。

(2) 晕厥期。意识丧失，肌张力消失，患者倒地，大多数血压下降，瞳孔散大，对光反射减弱，角膜反射和腱反射消失，可有遗尿。脑电图检查见各导联出现慢波。此期通常约几秒，如果意识丧失时间更长，则多发生抽搐。

(3) 晕厥后期。意识恢复，仍有面色苍白，全身软弱无力，不愿讲话或活动，或者有恶心、打哈欠、过度换气、心动过缓、头痛等症状，对周围环境能正确理解。

三、分类

(1) 反射性晕厥。包括血管减压性（单纯性）晕厥、直立性（体位性）低血压性晕厥、特发性直立性低血压、颈动脉窦性晕厥、舌咽神经痛性晕厥、吞咽性晕厥、排尿性晕厥、咳嗽性晕厥、仰卧位低血压综合征等。

(2) 心源性晕厥。包括心律失常、Q-T 间期延长综合征、冠心病、原发性肺动脉高压症、左心房黏液瘤与左心房耳大血栓形成、主动脉瓣狭窄、原发性心肌病、心包填塞、先天性心脏病、二尖瓣脱垂、应用奎宁等。

(3) 脑源性晕厥。包括主动脉弓综合征（无脉病）、短暂性脑缺血发作、高血压脑病、偏头痛等。

(4) 其他。包括哭泣晕厥、过度换气综合征等。

四、常见的晕厥类型

(1) 血管减压性（单纯性）晕厥。最常见，任何年龄皆可发病，而以年轻体弱女性多见。发作前有明显的诱发因素如疼痛、情绪不稳、恐惧、见血、注射、天气闷热、疲劳、饥饿、失眠等，几乎都在站立位或坐位时发生。有上述典型的三期晕厥症状。不少病例既往有类似发作史，少数有家族史。治疗上平时应加强锻炼，增强体质，避免发