

内科疾病的神经系统表现

韩仲岩 主编

韩仲岩 李 晨
邬宗秀 编
翁维权 丛志强

人 民 卫 生 出 版 社

内科疾病的神经系统表现

韩仲岩 主编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 28 $\frac{1}{2}$ 印张4插页657千字

1982年11月第1版第1次印刷

印数: 1—14,500

统一书号: 14048·4236 定价: 3.00元

出 版 说 明

临床诊治病人是一项复杂的工作。为了使患者得到正确、及时的诊治，需要医务人员具备广博和专门的知识；在分析某一病例时，既需要纵行探讨，又需要横向联系。为了满足读者工作中的这一需要，我社将出版一套内科疾病的全身表现丛书。本丛书包括：内科疾病的神经系统表现；内科疾病的消化系统表现；内科疾病的肾脏表现；内科疾病的血液表现；内科疾病的肺部表现，等。

为了高质量出版本丛书，希望读者不断提出改进意见。

前 言

机体与神经系统有着密切的关系，当神经系统发生病变时，身体各系统、各器官的机能会发生不正常的状态，而当身体各系统、各器官发生局部性病理变化时，也会引起神经系统机能发生异常，这是整体与局部的对立统一。多年来，在临床实践中，我们遇到内科各系统疾病经常出现一些神经系统的症状和体征。对于这些问题，我们体会到只有全面地、辩证地认识和妥善处理这种局部与整体的关系，才能正确认识内科疾病引起的神经系统表现的规律，达到及时地诊断及治疗。基于这一观点，我们结合临床实践中的体会，参考了国内外有关文献，编写了此书。本书对内科各系统疾病出现神经系统表现的发病原理、临床表现、诊断及治疗，做了较详细的叙述；但以介绍神经系统表现为主，至于内科各系统疾病的原发症状等，除有关部分外，一般从略。编写此书的目的，是为了对缺少神经科专业人员的医疗单位，遇到这类问题时有所补益。由于我们业务能力有限，缺点及错误在所难免，希望读者批评指正。

在本书编写过程中，蒙北京市二七机车车辆厂职工医院陈家愚医师提出许多宝贵意见，表示诚挚的谢意。书中插图均由赵洁同志绘制，在此表示感谢。

编 者

1982 年

目 录

第一章 总论	1
第一节 从机体整体观点来看内科疾病与神经系统的关系	1
第二节 内科疾病常出现的一些神经症状	2
头 痛	2
眩 晕	11
耳 鸣	16
晕 厥	19
意识障碍	26
谵 妄	35
癫 痫	38
脑水肿	44
急性中毒性脑病	54
神经衰弱症状群	56
症状性精神病	57
瘫痪	59
感觉障碍	64
第三节 神经系统检查	67
第四节 意识障碍病人的检查	72
第二章 传染病的神经系统表现	77
引言	77
第一节 病毒感染	77
流行性感冒	77
单纯疱疹	82
风 疹	86
传染性单核细胞增多症	88
麻疹	90
麻疹病毒与亚急性硬化性全脑炎	92
带状疱疹	94
淋巴细胞性脉络丛脑膜炎	96
水 痘	96
流行性腮腺炎	97
流行性出血热	99
Vogt-小柳-原田综合征	102
第二节 立克次体病	104
流行性斑疹伤寒	104
第三节 细菌性疾病	106
破伤风	106
败血症	107

猩红热	108
白喉	109
百日咳	111
细菌性痢疾	112
布鲁氏菌病	113
钩端螺旋体病	115
伤寒	117
结核病	120
第四节 霉菌病	124
新形隐球菌病	124
曲菌病	127
毛霉菌病	128
放线菌病	128
白色念珠菌病	129
第五节 原虫病	130
疟疾	130
阿米巴病	133
第六节 蠕虫病	133
血吸虫病	133
肺吸虫病	136
猪囊虫病	138
包虫病	140
弓形体病	141
旋毛线虫病	142
丝虫病	142
钩虫病	143
蛔虫病	143
第三章 职业病及其他物理、化学、生物因素疾病的神经系统表现	145
引言	145
第一节 铅中毒	145
第二节 四乙基铅中毒	147
第三节 砷中毒	148
第四节 锰中毒	149
第五节 汞中毒	151
第六节 二硫化碳中毒	152
第七节 钡中毒	154
第八节 汽油中毒	154
第九节 苯中毒	155
第十节 一氧化碳中毒	156
第十一节 二氧化碳中毒	159
第十二节 硫化氢中毒	160

第十三节	有机磷农药中毒	161
第十四节	有机氯类农药中毒	163
第十五节	溴甲烷中毒	164
第十六节	矽肺	165
第十七节	减压病	166
第十八节	中暑	168
第十九节	药物引起的神经系统表现	169
	呋喃类药物中毒	172
	氯丙嗪中毒	173
	异烟肼中毒	174
	巴比妥类药物中毒	176
	抗菌素对神经系统的毒性作用	177
第二十节	河豚鱼中毒	180
第二十一节	肉毒中毒	181
第二十二节	毒蛇咬伤	182
第二十三节	放射损伤	182
第四章	代谢性疾病的神经系统表现	187
	引言	187
	第一节 糖尿病	187
	第二节 非酮性高血糖高渗透压昏迷	191
	第三节 低血糖	193
	第四节 肌糖原沉积症	196
	第五节 血卟啉病	198
	第六节 维生素 B ₁₂ 吸收障碍	200
	第七节 叶酸缺乏	203
	第八节 钾代谢紊乱	204
	低血钾症	205
	周期性麻痹	206
	高血钾症	208
	遗传性肌无力发作	209
	第九节 钠代谢紊乱	210
	低血钠症	211
	高血钠症	212
	第十节 钙代谢紊乱	213
	低血钙症	214
	高血钙症	216
	第十一节 镁代谢紊乱	216
	低镁血症	217
	高镁血症	219
	第十二节 磷代谢紊乱	219

低磷血症	220
高磷血症	220
第十三节 氯离子代谢紊乱	221
低氯血症	221
高氯血症	221
第五章 结缔组织疾病的神经系统表现	223
引 言	223
第一节 风湿病	223
第二节 系统性红斑狼疮	228
第三节 结节性多动脉炎	230
第四节 皮炎及多发性肌炎	232
第五节 结节病	234
第六节 硬皮病	237
第七节 眼-口腔-生殖器综合征(Behcet 综合征)	238
第八节 颞动脉炎	240
第六章 呼吸系统疾病的神经系统表现	243
引 言	243
第一节 肺性脑病	243
第二节 肺 炎	248
第三节 肺 癌	249
第四节 肺化脓症	251
第五节 支气管哮喘	252
第六节 过度呼吸综合征	253
第七节 急性呼吸道病毒感染的中枢神经系统表现	254
✓第八节 神经源性肺水肿	255
✓第九节 中枢性呼吸衰竭	256
第七章 心脏血管疾病的神经系统表现	259
引 言	259
第一节 高血压与动脉硬化	259
I、高血压病引起的脑血管疾病	260
高血压脑病	260
腔隙性脑梗塞	262
高血压性脑出血	264
II、高血压和动脉硬化是引起脑血管疾病的常见重要因素之一	268
高血压病	269
糖尿病	269
血脂及脂蛋白	271
心脏疾病	271
短暂脑缺血发作	272
完全恢复性脑卒中	278

动脉硬化性脑血栓形成	280
Ⅲ、高血压动脉硬化的其他神经症状	284
头 痛	284
神经衰弱症状群	285
锥体外系损害	285
蛛网膜下腔出血	285
颅神经损害	285
精神症状	285
第二节 高脂血症	286
第三节 低血压	288
原发性低血压	288
症状性低血压	288
直立性低血压合并 Shy-Drager 综合征	289
位置性低血压	290
第四节 心肌梗塞	291
第五节 原发性心肌病	295
第六节 先天性心脏血管病	296
第七节 主动脉缩窄	300
第八节 细菌性心内膜炎	301
第九节 消耗性心内膜炎	304
第十节 二尖瓣脱垂	305
第十一节 心律失常	307
阵发性心动过速	307
房室传导阻滞	309
慢性房室传导阻滞	310
长 QT 间期综合征	310
心房颤动	312
第十二节 充血性心力衰竭	313
第十三节 急性心包炎	314
第十四节 心脏粘液瘤	315
第十五节 血栓闭塞性脉管炎	316
第十六节 主动脉弓综合征	317
第十七节 结节性多动脉炎	319
第十八节 上腔静脉闭塞	320
第十九节 心脏神经官能症	320
第二十节 脑-内脏综合征	321
脑-心综合征	321
中枢性胃、十二指肠损害	323
中枢性肺部病变	324
第二十一节 心导管检查的神经系统表现	324

第二十二节 心脏移植的神经系统表现	325
第二十三节 神经肌病与心脏损害	327
家族遗传性神经肌病	327
酒精中毒性肌病	329
多发性肌炎	329
重症肌无力	329
低血钾性周期性麻痹	330
第八章 消化系统疾病的神经系统表现	331
引 言	331
第一节 胃、十二指肠溃疡病	331
第二节 慢性胃炎、胃癌及其他慢性胃病	333
第三节 应激性溃疡综合征	334
第四节 胃肠神经官能症	356
第五节 激惹性结肠综合征	337
第六节 溃疡性结肠炎	339
第七节 胃切除手术后的神经系统表现	339
第八节 Whipple 病	340
第九节 特发性食道扩张症	341
第十节 胃下垂	341
第十一节 酪酐症	342
第十二节 肝脏疾病	342
I、肝功能衰竭或门体循环分流中毒或神经介质与酶的障碍所致的脑病	343
肝性脑病	343
II、肝脏不能对代谢产物解毒或由于门体循环分流所致的脑脊髓病	347
慢性肝脑变性	347
脑桥中央型髓鞘溶解症	347
脊髓病变	348
III、个别肝功能的缺陷, 常为酶的缺陷(具有家族倾向)所致的疾病	349
肝豆状核变性	349
鸟氨酸循环缺陷综合征	351
苯酮酸尿症	352
先天性高胆红素血症	353
婴儿弥散性大脑变性	353
IV、遗传上生化缺陷或未明病理因素所致肝、脑与其他脏器疾病	354
脑病合并内脏脂肪变性综合征	354
肝脑肾综合征	356
V、多发性周围神经炎	356
VI、脾性贫血	357
VII、急性病毒性肝炎	357
第十三节 胰腺疾病	359
胰腺脑病	359

胰腺癌的神经精神症状	361
第十四节 肝移植的神经系统表现	361
第九章 泌尿系疾病的神经系统表现	362
引言	362
第一节 急性肾功能衰竭	362
第二节 慢性肾功能衰竭	365
第三节 慢性肾小球肾炎	366
✓ 第四节 慢性肾功能不全合并脑血管损害	367
第五节 儿童肾炎	367
第六节 肾脏疾病时代谢障碍引起的神经症状	368
✓ 第七节 透析治疗引起的神经精神症状	369
第八节 肾移植的神经系统表现	371
第十章 血液病的神经系统表现	374
引言	374
第一节 贫 血	374
第二节 出血性疾病	380
血小板异常型出血性疾病	380
毛细血管障碍型出血性疾病	382
凝血障碍型出血性疾病	385
弥散性血管内凝血	389
第三节 白血病	392
第四节 真性红细胞增多症	399
第五节 浆细胞病	401
第六节 淋巴瘤	404
第十一章 内分泌疾病的神经系统表现	407
引言	407
第一节 甲状腺机能亢进症	407
第二节 甲状腺机能减退症	412
第三节 甲状旁腺机能亢进	414
第四节 甲状旁腺机能减退	416
第五节 肾上腺皮质机能亢进	418
第六节 肾上腺皮质机能减退	420
第七节 原发性醛固酮增多症	422
第八节 嗜铬细胞瘤	423
第九节 前(腺)脑垂体机能亢进	424
第十节 前(腺)脑垂体机能减退	427
第十一节 后(神经)脑垂体机能减退——尿崩症	429
第十二节 经前期紧张症	430
第十三节 绝经期综合征	431

第十二章	癌肿的神经系统表现.....	433
第一节	癌肿的神经系统表现.....	433
第二节	癌肿时血管内凝血的神经系统表现.....	441

第一章 总 论

第一节 从机体整体观点来看内科疾病与神经系统的关系

人体内部各部分之间经常保持着密切的联系，彼此互相斗争，互相依存，互相制约。在人体内部到处都是对立统一现象，如物质的同化与异化，神经的兴奋与抑制，肌肉的收缩与舒张，血液的推力与阻力，体热的产生与发散，血液的凝固及抗凝固，循环中的缩血管物质与舒血管物质，免疫反应中的抗原与抗体，激素之间的互相拮抗与互相制约等……，没有一个器官、没有一种过程不是矛盾着的对立面又统一，又斗争，由此推动事物的运动和变化。在人体内，一种物质变为另一种物质，一种能量转换为另一种能量，一种状态变成另一种状态，无时无刻不在广泛地进行着。另一方面，在人体内，到处都在新生，又不断在衰亡，即使同一个人，每一瞬间也都处在不断的新生与衰亡之中。血细胞不断地在生成，又不断地在破坏；皮肤不断地在生长，又不断地在剥落；就是被认为不能再生的神经细胞，它的蛋白质等成分也是在不断地更新。由此可见，整个身体的各个部分自始至终都处于不断的产生与消灭之中，处于无休止的运动和变化之中，处于对立统一之中。

神经系统在机体整体统一中起着主导作用；特别是对支配各种内脏活动的植物神经系统的研究，进一步阐明了人体内各种活动的神经调节。本世纪以来，又相继发现了由内分泌腺分泌的几十种激素，以及其他一些生理活动物质，从而又发展了体液调节的概念。人体全身布满了神经与血管，因此，通过神经系统与体液系统，就把各个器官、系统联系成一个整体。最近几年研究证明，下丘脑的神经细胞分泌多种激素来控制着内分泌腺的活动，这就使神经调节与体液调节之间绝对分明的界限被打破了，并确立了在神经系统主导作用下统一的“神经体液调节”。正是由于这种神经体液调节，实现了人体各器官、系统的相互联系，保证了人体的整体统一。

基于上述观点，可知人体的中枢神经系统与各器官、系统的机能有很密切的连锁关系。在中枢神经系统影响下，各器官、系统可由相对的静止状态转为活动状态；另一方面，各器官、系统也可在中枢神经系统的影响下改变其活动状态。非但如此，中枢神经系统也不断地接受各器官、系统的活动冲动，在各器官、系统活动传入冲动的影响下，也不断地改变中枢神经系统本身的活动，这是整体与局部的对立统一，因为整体是局部构成，整体不能离开局部，而局部又隶属于整体，服从整体。当中枢神经系统在外界的不良刺激影响下发生病变时，各器官、系统的机能也必然会发生不正常的现象，例如中枢神经系统出血、感染或外伤所致的胃肠道应激性溃疡出血，中枢神经系统感染所并发的肺水肿以及下丘脑病变与胃溃疡等。相反，当人体各器官、系统发生局部病理变化时，也会影响到中枢神经系统、整个身体或其他部分器官的机能状态，例如慢性心功能不全（充血性心力衰竭）伴有心房颤动时容易发生心房内血栓，血栓脱落后可引起脑、肾、四肢或肺动脉栓塞。另一方面，由于长期内脏郁血，引起各个器官的功能改变，如

长期消化道郁血，可引起食欲不振、腹胀、恶心、呕吐等；肾充血引起肾功能减退；长期肝淤血可造成心源性肝硬变等。由此可知，内科各系统的病变，不是只限于某个系统或某个器官的病变，而是整个机体都受到影响，这就不难理解为什么内科各器官、系统的病变常出现神经系统的症状。在临床实践工作中，绝不能头痛医头，脚痛医脚，只见局部，不见整体，同时也要防止否认局部的东西，把整体看成是脱离局部的。只有全面认识和妥善处理这种局部与整体的关系，通过现象找出本质，才能正确地认识各器官、系统疾病出现神经系统损害的规律，达到及时做出正确诊断和及时治疗的目的。

第二节 内科疾病常出现的一些神经症状

头 痛

【概述】 头痛是临床上常见的一种症状。在普通人群中约占10%，在门诊及住院病人中分别占50%和5.8%，有头痛者比以头痛为主诉者多2倍。头痛常为某些严重疾病的早期或突出症状，但大部为功能性。头痛常见于内科的一些疾病。因此，对头痛患者必须详细询问病史，仔细进行检查，做出正确的诊断，对其病因及症状给予妥善的处理。

【病因与分类】 头痛的病因很多，分类方法亦不统一，临床上常用以下的分类方法：

一、血管性头痛 包括偏头痛、非偏头痛性血管性头痛、高血压及血管扩张剂所致的头痛以及颞动脉炎等。

二、躯体疾病所致的头痛 如变态反应、中毒、感染、代谢障碍、高血压、嗜铬细胞瘤、低血压、糖尿病、胰腺腺瘤、垂体前叶功能减退、阿狄森氏病、月经-更年期等内分泌障碍、贫血、真性红细胞增多症、白血病等血液病、日晒、吸烟、饮酒、便秘、疲劳、紧张、癫痫、肝炎等。

三、颅内病变所致的头痛 包括颅内肿瘤、良性颅内压力增高、颅内血肿、囊肿、肉芽肿、脓肿、脑动脉瘤、脑血管畸形、空蝶鞍、颅内感染和非感染性炎症、颅内出血、脑血栓形成、脑栓塞以及颅内静脉窦血栓形成等，均可引起头痛。

四、邻近组织病变所致的头痛 如颅骨骨瘤、骨膜瘤、骨膜炎、畸形性骨炎(Paget氏病)、枕额肌风湿性肌纤维炎、青光眼、耳病、副鼻窦炎所引起的头痛。

五、功能性头痛 包括神经衰弱、癔病、精神病、用脑过度、睡眠不足、过度疲劳等。

【发病原理】 由于神经外科的发展，从临床实践中证实了颅内、外结构对疼痛的敏感程度。目前已知头部对疼痛敏感的结构，在颅外有：头皮与面部的表皮与动脉，头皮、面部及颈部的肌肉，鼻腔与副鼻窦的粘膜，外耳与中耳以及牙齿等。在颅内：静脉窦以及引流到静脉窦的皮层静脉、颅内动脉（包括大脑基底动脉环以及和这个动脉环相连接的脑动脉的近端部分）、硬脑膜特别颅底部的，一些颅神经包括三叉神经、迷走和舌咽神经以及颈1~3脊神经的分支。而颅骨及脑组织本身对疼痛不敏感。上述的敏感组织如有牵引、压迫、血管扩张、炎症等病变时，即可引起头痛。归纳起来头痛的发病原理有以下几种：① 大脑基底动脉环及其主要分支的牵引。② 颅内与颅外血管扩张

及痉挛。③ 血管和颅内、外结构的炎症。④ 头皮和颈部肌肉持久的收缩。⑤ 颅内压力的变化,以及副鼻窦、眼眶、耳朵与牙齿髓腔内压力的变化。⑥ 含有痛觉纤维的神经直接压迫以及牵引。

【临床表现】 临床上常见的几种特殊头痛的表现及发病原理分述如下:

一、偏头痛 在血管性头痛中,偏头痛比较常见。其临床特征为反复发作性头痛,发作时有先兆症状及伴随症状,发作间歇期正常。病人常有家族史。本病在一般人群中占5~10%,在头痛病人中占37%。本病多在青春期发生,10~30岁者占80%,女性较男性为多。

本病发作常有诱因,按其发作时的症状临床上可分为四期:① 先兆期:头痛发作前20~30分钟先出现先兆,以视觉症状多见,如闪光幻觉,通常以一些闪烁的暗点或眼前冒金星以及各种形式的盲点较多;其他少见的有眩晕、失语、精神错乱、感觉异常、四肢无力等,可持续10~30分钟或几小时。先兆期的症状可能与脑部局限性缺血有关。② 头痛期:此时出现搏动性头痛,这是由于颈外动脉扩张所致,除头痛外,还伴有恶心、呕吐、面色苍白、羞明等植物神经功能紊乱症状。③ 头痛晚期:头痛呈持续性,动脉变硬有压痛,这与颈外动脉周围水肿有关。④ 头痛后期:搏动性头痛一般可持续2~3小时后入睡,醒后头痛消失。

【临床类型】

(一) 典型偏头痛 其发作有上述典型的四个时期。偏头痛患者中此型占10%,一般在青春期发作,有先天遗传因素以及明显的特征性先兆。

(二) 普通型偏头痛 是常见的偏头痛类型,常无明显的先兆症状,头痛发作后逐渐加重,可历时数小时或几天,头痛可以是双侧性的。常有家族史。

(三) 复合型偏头痛 此型发作常为一过性的或持久性的神经症状或出现精神症状,如眼肌麻痹型偏头痛与偏瘫型偏头痛。此型的头痛程度较轻,多见于成年人,眼肌麻痹在头痛的一侧,多在头痛减轻后出现,而偏瘫则多发生在头痛对侧的肢体。对这型病人要仔细检查,因为其中有些病人可能在颈内动脉与后交通支交界处有动脉瘤存在。

(四) 偏头痛等位症 此型比较少见,其偏头痛发作是呈现躯体障碍的周期发作,如腹痛及植物神经症状、眩晕、精神症状等,可与典型偏头痛发作交替出现。此型头痛很少或甚至没有头痛出现。

【发病原理】

(一) 血浆5-羟色胺(5-HT)含量减低 在偏头痛发作中,87%的患者血浆5-HT明显减低,可比原有浓度减少40%。在偏头痛发作最初12小时,尿中5-HT的主要代谢产物5-羟吲哚醋酸(5-HIAA)的排泄量增多,这说明5-HT的代谢增强是血浆中5-HT含量减低的原因。给易感病人肌肉注射利血平,使体内5-HT的贮藏量耗尽,可引起偏头痛发作,静脉注射5-HT,可使自发的或利血平诱发的偏头痛缓解。这说明5-HT含量的改变与偏头痛的发病有关。试验证明,在人的颈总动脉内注射5-HT,可引起颈外动脉强烈收缩达8分钟之久,而头皮的小动脉及毛细血管则扩张。由此可知,在偏头痛发作中,5-HT突然降低,就可引起颈外动脉扩张,头皮的小动脉则收缩,于是继发的动脉内压力增高,故使动脉更加扩张,头痛亦越严重。

(二) 缓激肽(Bradykinin)在动脉管壁中蓄积 当偏头痛发作时,血小板释放5-

HT, 由于其代谢增强, 尿中 5-HIAA 排出增多, 使血浆 5-HT 降低, 引起头皮动脉的扩张; 血浆中另有一部分 5-HT 可能被吸收入动脉管壁中, 激发缓激肽及组织胺等的致痛作用, 使血管壁中痛觉受体的痛阈降低; 同时动脉壁中因这些致痛物质的蓄积, 可发生无菌性炎症, 因而引起头痛发作。

(三) 血浆游离脂肪酸增多 高血脂可使血小板凝集, 继而使血小板释放大量的 5-HT, 游离的 5-HT 一面加强降解代谢从尿中排出, 一面被吸收入血管中, 使血浆 5-HT 含量降低, 而引起偏头痛发作。这也可解释为什么在高脂饮食后容易发病。

二、非偏头痛性血管性头痛 这是由颅内血管扩张引起的一种非复发性头痛, 多见于高热、一氧化碳中毒、缺氧、金属中毒、亚硝酸盐等引起颅内血管扩张; 癫痫发作后、糖尿病、低血糖、慢性酒精中毒、高血压等亦可发生。这类头痛呈搏动性, 以额、枕部较重, 也可为全头部痛, 用力、咳嗽、震动、头部活动时加重。

三、丛集性头痛 又称组织胺过敏性头痛, 为一种连续突发性头痛, 发作时间十分规律, 可每日一次或数次发作, 连续数周或数月。常在夜间睡眠中突然发作痛醒, 为剧烈的灼痛, 多从眼眶深处或其附近开始, 可涉及到三叉神经、舌咽及迷走神经以及颈 1~3 神经支配区。一次头痛发作可持续半小时至二小时, 然后很快消失, 发作时常伴有流泪、结合膜充血、鼻塞、流涕、颜面潮红、多汗、颈动脉怒张、患侧面部皮肤温度增高等。发作后很少有后遗症的疲乏或嗜睡情况, 大多数病人能马上恢复正常活动, 缓解时间很长。其发病原理可能与组织胺过敏有关。

四、高血压性头痛 严重的高血压常有头痛, 多位于枕、颞部, 早上醒来时头痛加重, 头部低俯或屏气用力时头痛也加剧, 这可能由于睡眠中二氧化碳积聚与脑血流增加, 使颅内压力有所增高所致。严重高血压并发高血压性脑病时, 头痛是一个突出的症状, 呈持续性满头痛, 头痛与血压有直接关系, 控制高血压后头痛即缓解。

五、颅内压力变化引起的头痛

(一) 良性颅内压力增高时的头痛 其发生的病因有: 颅内脑脊液或静脉循环受阻、月经不调、维生素 A 中毒、甲状旁腺机能减退、肾上腺皮质机能减退、使用皮质类固醇或四环素、女性肥胖症、妊娠、急性贫血、颅骨囊性纤维化等。本病无颅内占位病变, 但有颅内压力增高, 亦有头痛、视神经乳头水肿等症状, 一般预后较好。

(二) 颅内压力增高性头痛 内科一些疾病如贫血、阻塞性肺气肿、肺心功能衰竭、急性传染病、甲状旁腺机能减退、结节性多动脉炎以及代谢性疾病等, 常并发颅内压力增高, 引起头痛。头痛多位于头颅深部, 呈持续性钝痛, 一般早晨头痛重, 咳嗽、喷嚏等可使之加重。头痛程度不如偏头痛剧烈, 亦很少影响睡眠。在起病后一段时间内, 头痛可有缓解和复发。头痛多位于两侧前额或后枕, 并伴有呕吐。颅内压力增高的时间久时, 可出现视神经乳头水肿, 并逐渐转变为继发性视神经萎缩, 视力可减退, 最后可失明, 一般两眼失明后头痛反而可减轻。颅内压力增高所致的头痛, 可能由于牵引了颅内对疼痛敏感的组织所致。

注: 颅内压增高系指侧卧位测量平均脑脊液压力超过 200 毫米水柱时。

(三) 自发性颅内低压症 本病可能由于脉络丛的暂时性功能障碍所致。其主要临床症状为头痛, 少数病例可有外展神经麻痹。腰椎穿刺检查可发现脑脊液压力显著降低。

(四) 腰椎穿刺后头痛 反复腰椎穿刺的病例中较易发生，通常在腰椎穿刺后数小时或数天发生，多在额、枕部，坐起后头痛加重，躺下后减轻，一般持续数小时，经过一夜睡眠后可缓解。其发生原理是由于穿刺部位有脑脊液缓慢地向外渗漏，使脑脊液的容量及压力逐渐降低，引起颅底动脉与骨骼相接触，以及对颅顶静脉窦发生牵引所致。另外由腰穿放脑脊液过多(如多于 20 毫升)颅内压降低，即可引起头痛。

六、脑膜刺激性头痛 脑膜炎、脑膜脑炎、出血性疾病、结节性多动脉炎并发蛛网膜下腔出血等可引起脑膜刺激性头痛。其发生原理是由于炎性渗出物或进入蛛网膜下腔的血液刺激了脑膜及血管，引起血管扩张而发生头痛。另外，当脑膜发生炎症时，血管的通透性增高而致水肿，又由于炎症而产生 5-羟色胺、缓激肽、乳酸、组织胺等物质，亦可引起头痛。头痛常为剧烈的全头搏动性疼痛，以枕部为重，可因咳嗽用力或头部活动而加剧。临床上除头痛外，还可伴有发热、呕吐、不同程度的意识障碍，以及其他脑膜刺激症状如颈强直、克尼格征阳性等。

七、缺血及缺氧性头痛 急性心肌梗塞、慢性冠状动脉供血不足、先天性心脏血管病、阵发性心动过速、完全性房室传导阻滞、阻塞性肺气肿、肺心功能衰竭以及贫血等，均可引起头痛。常为全头部疼痛，呈持续性胀痛，体位改变或转动头部对头痛无明显影响。除头痛外，还可伴有因缺血缺氧所引起的其他全身症状。

八、颅内出血性头痛 头痛常为发病症状或出血的主要症状。如蛛网膜下腔出血时头痛是最主要的症状，为弥散性剧烈的头痛，以枕部为重，并沿颈项向下放射，出现颈项强直，可持续数周或数月。其发生原理为：① 血液对颅内痛觉敏感的结构发生压迫、牵引、扭转、移位等机械性影响。② 红细胞及其破坏产物的作用。出血早期脑脊液中红细胞及胆红素直接刺激三叉神经根和第 2~7 颈神经根，或通过刺激颈神经前根引起颈部肌肉收缩，并通过这些肌肉对枕大、枕小和耳大神经受挤压，引起疼痛。再者，血液进入脑脊液，放出大量游离激肽，又因血小板破坏，释放出 5-羟色胺，这也可引起头痛。另外，血液封闭了蛛网膜下腔，继发地引起颅内压力增高，也可导致头痛。

九、中毒性头痛 一切金属及化学物质如铅、锰、苯、酒精及一氧化碳等中毒时都可引起头痛。此外，烟酒过度以及不良环境如室内通气不足等，亦可引起头痛。疼痛多因血管扩张所引起，常为头部弥漫性跳痛，一般头的位置转动时不受影响。

内脏机能不全如肝、肾功能衰竭时，由于体内代谢产物的蓄积，引起中毒，常发生头痛，这时的头痛常为主要症状。尿毒症时亦可有明显的头痛，若合并有脑水肿，则头痛更为剧烈。消化不良、肝脏疾病、胃扩张、慢性阑尾炎、巨结肠症、顽固性便秘以及胆囊疾病等也常发生头痛。这类头痛均可认为是自身中毒所引起。

十、全身感染发热性头痛 这类头痛多见于急性传染病，头痛多在疾病的初期发生，在传染病的极期也可出现，无脑膜刺激征，脑脊液压力有时可增高，化验检查无异常，多见于流行性感、伤寒、斑疹伤寒以及麻疹等。这类头痛是由于颅内血管扩张引起，这可能与病毒或细菌感染毒性物质刺激有关。

十一、代谢性及血液病等原因引起的头痛

(一) 低血糖 当发生低血糖时，可出现程度不等的头痛。其发生原理一般认为是肾上腺素代偿性分泌所致。

(二) 高碳酸血症 慢性肺部疾患伴有二氧化碳积聚以及动脉内二氧化碳分压增高，