

临床急诊医学

主编 刘景惠 等

天津科学技术出版社

临床急诊医学

主编 刘景惠 王如贵 吕靖怡
黄占红 陈 杰 王文远

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床急诊医学/刘景惠等主编. —天津:天津科学技术出版社,2011. 12
ISBN 978 - 7 - 5308 - 6795 - 2

I. ①临… II. ①刘… III. ①急诊 - 临床医学
IV. ①R459. 7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 271300 号

责任编辑:郑东红

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332695(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www. tjkcbs. com. cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 17 字数 400 000

2011 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编 刘景惠 王如贵 吕靖怡 黄占红 陈 杰 王文远
副主编 高秀菊 朱继红 康玲玲 刘艳春 吴庆莉
编 委 (以姓氏笔画为序)

王文远 河南省濮阳市人民医院
王如贵 河南南阳医学高等专科学校第一附属医院
方晓敏 山东省威海市立医院南院区
刘景惠 山东省滕州市中心人民医院
刘艳春 山东省兖州市人民医院
吕靖怡 山东省地矿职工医院
朱继红 河南科技大学第一附属医院
陈 杰 河南省濮阳市人民医院
张 昊 河南新乡医学院第一附属医院
吴庆莉 山东省兖州市人民医院
康玲玲 河北承德医学院附属医院
高秀菊 河南科技大学第一附属医院
黄占红 河南省濮阳市人民医院

前 言

急诊医学是一门新兴的医学科学,是医学领域中近十几年来发展最快的临床医学专业之一。急诊医学的发展是社会现代化建设的需要,也是医学科学发展的必然趋势。急诊、急救、危重病医学均属急诊医学的范畴,但他们又有各自的特点。急诊医学是研究现场急救、病员转送、医院内急诊工作、药理学、灾难医学、急诊医疗体系管理和危重症监护等内容的临床独立学科。为了适应急诊医学发展的水平和社会的需要,使临床医务工作者熟练掌握急救知识和技能,并在紧急情况下对患者实施及时准确的救治和监护,我们组织了部分有临床实践经验的专家及学者,在广泛参阅国内外大量最新资料基础上,结合自身多年来的临床经验,编写了这部《临床急诊医学》。

全书共分八章,内容包括了临床各学科急危重症的诊断和治疗进展。编写原则是“突出临床,注重实用”,努力反映现代急诊医学的新理论、新概念、新技术,新疗法。既适用于大的综合性医院的住院医师与主治医师,又能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助。

本书由于参加编写的作者行文风格各异,叙述繁简不尽相同。限于水平,书中纰漏之处在所难免,希望同道惠予指正。

编 者

2011年10月

目 录

第一章 常见急危症状的急救.....	1
第一节 头痛.....	1
第二节 眩晕.....	5
第三节 晕厥.....	9
第四节 昏迷	12
第五节 脑死亡	15
第六节 谵妄	16
第七节 言语障碍	17
第八节 抽搐	18
第二章 呼吸系统急症	20
第一节 气胸	20
第二节 急性呼吸衰竭	23
第三节 急性呼吸窘迫综合征	27
第四节 急性肺水肿	33
第五节 肺性脑病	38
第三章 循环系统急症	42
第一节 急性心力衰竭	42
第二节 难治心力衰竭	45
第三节 重症心律失常	50
第四节 人工心脏起搏	60
第五节 心脏电复律	67
第六节 稳定型心绞痛	70
第七节 急性冠状动脉综合征	76
第八节 休克	91
第九节 急性心脏压塞.....	112
第十节 主动脉夹层.....	114
第四章 神经系统急症.....	120
第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病.....	120
第二节 急性脊髓炎.....	126
第三节 颅内压增高.....	129
第四节 脑疝.....	134
第五节 急性脑血管疾病.....	137

第六节	癫痫·····	150
第七节	单纯疱疹性病毒性脑炎·····	159
第八节	脑膜炎·····	162
第九节	脑脓肿·····	171
第十节	重症肌无力·····	176
第十一节	周期性麻痹·····	180
第十二节	偏头痛·····	182
第五章	肿瘤急症·····	189
第一节	上腔静脉综合征·····	189
第二节	急性颅内压增高症·····	190
第六章	腹部外科急症·····	194
第一节	胃、十二指肠溃疡急性穿孔·····	194
第二节	急性肠梗阻·····	196
第三节	急性重症胆管炎·····	199
第七章	妇产科急症·····	202
第一节	异位妊娠·····	202
第二节	子痫·····	210
第三节	妊娠合并心脏病·····	214
第四节	胎儿窘迫·····	219
第五节	脐带异常·····	223
第六节	产后出血·····	226
第七节	羊水栓塞·····	231
第八章	儿科急症·····	236
第一节	新生儿窒息·····	236
第二节	新生儿呼吸窘迫综合征·····	239
第三节	新生儿缺氧缺血性脑病·····	242
第四节	新生儿颅内出血·····	246
第五节	支气管肺炎·····	249
第六节	支气管哮喘·····	253
第七节	急性呼吸衰竭·····	258

第一章 常见急危症状的急救

第一节 头 痛

头痛(headache)是指因各种伤害性刺激所产生的致痛因子,作用于头颅内、外对疼痛敏感组织的疼痛感受器,经痛觉传导系统的神经结构,传入到中枢部分,进行分析、整合后所产生的一种局部或全头颅的痛楚与体验。

一、病因及发病机制

头痛的分类十分复杂,WHO(1988)分类有 13 类 120 多种头痛。

2004 年提出头痛的国际分类第二版,将头痛分为原发性头痛和继发性头痛两大类,原发性头痛包括偏头痛、紧张型头痛、丛集性头痛和三叉自主神经性头痛、其他原发性头痛 4 类(见表 1-1);继发性头痛涉及 8 大类型(见表 1-2)。

表 1-1 原发性头痛的国际分类(2004 年,第二版)

偏头痛
无先兆的偏头痛
有先兆的偏头痛
可能为偏头痛前驱的儿童期周期性综合征
视网膜型偏头痛
偏头痛的并发症
很可能的偏头痛
紧张型头痛(TTH)
偶发的 TTH
频发的 TTH
慢性 TTH
很可能的 TTH
丛集性头痛和三叉自主神经性头痛
丛集性头痛
阵发性偏侧头痛
短暂单侧的神经痛样头痛伴结膜充血和流泪综合征(SUNCT)
很可能的三叉自主神经性头痛
其他原发性头痛
原发性刀刺样头痛
原发性咳嗽性头痛
原发性用力性头痛
与性活动有关的原发性头痛
睡眠性头痛
原发性霹雳样头痛
持续性偏侧头痛
新的每日持续头痛

头和(或)颈部外伤引起的头痛
急性外伤后头痛
慢性外伤后头痛
鞭击样头伤后急性头痛
鞭击样头伤后慢性头痛
头和(或)颈部血管疾病引起的头痛
蛛网膜下腔出血引起的头痛
巨细胞动脉炎引起的头痛
非血管性颅内疾患引起的头痛
原发性高颅压引起的头痛
腰穿后头痛
新生物继发的颅内高压或脑积水引起的头痛
新生物直接引起的头痛
痫性发作后头痛
某一物质或其戒断引起的头痛
一氧化碳引起的头痛
药物滥用性头痛
雌激素戒断引起的头痛
感染引起的头痛
颅内感染引起的头痛
细菌性脑膜炎引起的头痛
细菌性脑膜炎后慢性头痛
代谢疾病引起的头痛
头颅、颈部、眼、耳、鼻、鼻窦、牙齿、口腔或其他面部或颅
结构引起的头痛
颈部疾病引起的头痛
颈源性头痛
精神障碍引起的头痛
躯体疾病引起的头痛
精神疾病引起的头痛
脑神经痛和中枢引起的头面痛
三叉神经痛
枕神经痛
疱疹后神经痛
眼肌麻痹性“偏头痛”
其他头痛、脑神经痛、中枢或原发性面痛
尚未分类的头痛
非特异性头痛

头痛的常见病因有：

（一）颅内疾病 包括①脑膜炎、脑炎、脑脓肿等颅内感染性疾病；②脑血管意外(脑溢血、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血)、高血压脑病、脑供血不足等颅内血管疾病；③脑瘤、

脑结核瘤等颅内占位性病变;④脑震荡、脑挫伤、硬脑膜下出血等颅脑外伤;⑤偏头痛等其他类型的头痛。

(二) 颅外疾病 包括①颈椎病等骨疾病;②三叉神经痛等神经病;③眼源性、耳源性、鼻源性、牙源性头痛。

(三) 其他 高血压、急性与慢性全身感染、中暑、系统性红斑狼疮、肺性脑病等全身性疾病。神经衰弱、癔病等神经官能性疾病。

二、诊断

(一) 病史

1. 头痛部位 一侧头痛多为偏头痛及丛集性头痛;一侧头痛,且深在性,见于颅内占位性病变,但疼痛侧不一定就是肿瘤所在的一侧;颞、顶、颈部的头痛,可能为幕上肿瘤。额部和整个头痛可能为高血压引起的头痛;全头部痛多为颅内或全身感染疾病;浅表性、局限性头痛见于眼、鼻或牙源性疾患。

2. 头痛的性质 搏动性、跳动样头痛见于偏头痛、高血压或发热疾病的头痛;呈电击样痛或刺痛多为神经痛;重压感、紧箍感或钳夹样感为紧张性头痛。

3. 头痛的程度 头痛的程度与其病情的严重性不一致。剧烈的头痛常提示三叉神经痛、偏头痛或脑膜刺激的疼痛。轻或中度头痛可能为脑肿瘤。

4. 头痛的时间 一天之内头痛发作的时间往往与头痛的病因有关。清晨醒来时发作,常见于高血压、颅内占位性病变、额窦炎;头痛多在夜间发作,可使病人睡眠中痛醒,见于丛集性头痛;头痛在下午加重见于上颌窦炎。

5. 伴随症状 头痛伴剧烈呕吐提示颅内压增高,头痛于呕吐后缓解见于偏头痛。头痛伴眩晕见于椎-基底动脉供血不足或小脑肿瘤。头痛伴发热常见于颅内或全身性感染。头痛伴视力障碍见于青光眼或脑肿瘤。头痛伴神经功能紊乱症状,见于紧张性头痛。

(二) 体格检查 检查时应注意血压、体温、头面部及心、肺、腹部检查及颈部淋巴结等检查。神经系统应做全面检查,包括姿势、步态、精神和意识状态、颅神经检查、运动系统检查、反射。必要时进行植物神经及感觉检查。

(三) 实验室及其他检查 应根据病的具体情况 & 客观条件,选择必要的辅助检查。

1. 三大常规 血常规:感染性疾病常见白细胞总数及中性粒细胞增多,嗜酸粒细胞增多见于寄生虫及变态反应性疾病。尿常规有助于糖尿病、肾病的诊断。粪常规可发现寄生虫卵或节片。

2. 血液生化及血清学检查 可查获肾功能、肝功能、血糖、血脂、免疫球蛋白、补体及有关抗原、抗体的检测,对病原学及某些特异性疾病提供有益的诊断线索。

3. 脑脊液检查 可发现颅压高低、有无炎性改变及其性质,常行常规、生化及特异性免疫学、病原学检查。

4. 脑电图、脑地形图 可提供脑部疾患的异常变化。

5. 诱发电位 依病情可选择视、听、感觉、运动及事件相关等诱发电位检查,可发现相应神经功能传导障碍的分布情况。

6. TCD 及 CVA 有助于颈内、外血管病变的发现及其血流动力学的改变情况。

7. 影像学检查

(1) 颅骨平片:可发现先天性异常、颅压增高、垂体肿瘤、病理性钙化及局部骨质破坏与增生;鼻额及鼻额位片可发现各鼻窦的炎症、肿瘤;颅底片可发现骨折、肿瘤。

(2) 颈椎四位片:正、侧及左、右斜位有助于骨折、肿瘤、退行病变及关节紊乱症的诊断。

(3) CT 及 MRI:对脑及颈段脊髓的炎症、肿瘤、血肿、囊肿及血管出血、梗死、寄生虫病变有重要诊断意义。

(4) 脑血管造影或脑血管成像(MRA、CTA):对血管病变、畸形、炎症、血管瘤可提供定位、定性诊断,对占位病变亦可发现间接征象。

(5) SPECT 及 PET:对脑血流、脑代谢提供有价值的参考指标。

(四) 鉴别诊断 头痛是一种症状,诊断时应注意查明原因,如突然出现的剧烈头痛,应考虑与脑血管疾病、急性青光眼、急性副鼻窦炎、三叉神经痛等有关。头痛经过数日、数周逐渐加重时,应考虑器质性病变所引起,如脑肿瘤、慢性硬脑膜下血肿、亚急性脊髓膜炎、鼻窦炎及慢性中耳炎等。持续数月或数年的头痛,可考虑肌紧张性头痛、心源性头痛、颈椎病引起的头痛、高血压性头痛、慢性肺疾患引起的头痛。一过性头痛多与发热、酒精中毒、一氧化碳中毒等有关。鉴别诊断时应详问细查,如头痛的部位、性质、伴随症状、发病时间、诱发加重因素、缓解因素及既往病史等。

三、治疗

(一) 病因治疗 针对病因进行治疗,如颅内感染应用抗生素;颅内占位性病变可行手术治疗;高血压、五官疾病、精神因素等所致者,均应进行相应的处理。

(二) 一般治疗 无论何种原因引起的头痛,患者均应避免过度疲劳和精神紧张,须静卧、保持安静、避光。

(三) 对症治疗

1. 镇痛剂 用于严重头痛时,多为临时或短期用,可用于各型头痛。可选用乙酰水杨酸 0.2~0.5g,或复方阿司匹林(A、P、C)0.5~1.0g,消炎痛 25mg,均每日 3 次,口服。若痛剧未止,或伴烦躁者,选用延胡索乙素 100~200mg,每日 3 次,口服;或 60~100mg 皮下或肌肉注射。或颅通定 30~60mg,每日 3 次,口服;或 60mg 皮下或肌肉注射。或可待因 15~30mg 或度冷丁 50mg,皮下或肌肉注射。

2. 镇静、抗癫痫药 通过镇静而减轻疼痛。可用安定 2.5~5mg,口服;或 5~10mg,肌肉注射。利眠宁 5~10mg,每日 3 次,口服。抗癫痫药多用于控制头痛发作。可选用苯妥英钠 50~100mg,每日 3 次,口服。

3. 控制或减轻血管扩张的药物 主要用于血管性头痛。①麦角胺:麦咖片 1~2 片口服,0.5 小时后无效可加用 1 片。严重头痛者用酒石酸麦角胺 0.25~0.5mg 皮下注射,孕妇、心血管、肝肾疾病患者等忌用。②5-羟色胺拮抗剂:二甲麦角新碱每日 2~12mg;苯噻啶 0.5~1mg,每日 3 次;赛庚啶 2~4mg,每日 3 次。③单胺氧化酶:苯乙肼 15~25mg 或阿密替林 10~35mg,每日 3 次。④ β 受体阻滞剂:普萘洛尔 10~30mg,每日 3 次;心得静每日 2.5mg。哮喘、心衰、房室传导阻滞者禁用。⑤可乐定 0.035~0.075mg,每日 3 次。

4. 脱水剂 颅内高压(脑水肿)时,用 20% 甘露醇或 25% 山梨醇 250ml,快速静脉滴

注,4~6 小时重复 1 次,间隙期静脉注射 50% 葡萄糖注射液 60ml。必要时加地塞米松 10~20mg,与 10% 葡萄糖液 500ml 静脉滴注,每日 1 次。

(四)手术治疗 对脑血管性疾病、脑肿瘤、鼻咽部肿瘤等引起的头痛可考虑行手术治疗。

(五)其他治疗 对不能手术的脑肿瘤可采取化疗和放射治疗。

(六)中药治疗 酌情选用正天丸、清眩丸、牛黄上清丸等。

四、预防

避免过度疲劳和精神紧张,保持安静休息。运动使血液中氧消耗增加,促进循环并使血管扩张,可引起和加重血管性头痛。长时间的读书、裁缝、编织、书写等工作,使头颈部和肩胛部的肌肉负担增加,可引起或加重紧张性头痛,故休息对于缓解头痛大有益处。剧烈头痛者可卧床休息;轻度头痛者则只要适当休息;脑血管病、颅内疾病患者应绝对卧床休息;青光眼、屈光不正等患者应注意眼的休息。

(高秀菊)

第二节 眩 晕

由不同的原因而产生的一种运动性或位置性错觉称为眩晕。老年人发生的眩晕在临床上较为常见。

一、病因和发病机制

本病可见于多种疾病,如美尼尔病、迷路炎、内耳药物中毒、前庭神经元炎、脑动脉硬化、高血压、椎-基底动脉供血不足、阵发性心动过速、贫血、中毒性眩晕、头部外伤后眩晕、屈光不正、神经官能症等。此外老年人肾功能常常处于临界状态,应用耳毒性药物时,由于肾脏排泄功能差,容易导致耳毒性反应,表现为眩晕。常引起眩晕的药物还有链霉素、庆大霉素、水杨酸钠、奎宁、苯妥英钠和卡马西平等。

眩晕可分为耳源性眩晕、眼源性眩晕、神经源性眩晕、全身疾病性眩晕四大类。

二、临床表现

(一)症状

1. 真性眩晕(旋转性眩晕) 多为自身或外物的旋转、翻滚、晃动等运动感,且常伴恶心、呕吐、倾斜、眼震、平衡障碍等症状,又称为系统性眩晕。

2. 非真性眩晕(非旋转性眩晕) 又称假性眩晕或非系统性眩晕,多为自身摇晃、漂浮、升沉等自身不稳定感。可有眼及全身疾病的相应症状或病史。

(二)体征

1. 真性眩晕 常有眼球震颤、肢体倾斜或倾倒、错定物位、平衡障碍等症状。

2. 假性眩晕 常伴有眼疾及全身有关疾病的相应体征,一般不伴眼震及明显自主神经症状。

三、实验室检查及其他检查

(一)眼科检查 包括视力、视野、复相分析、瞳孔、眼底检查等。必要时,查眼震电图、视网膜电图、视动功能及视觉诱发电位等检查,以明确或排除眼疾及视神经病患。

(二)耳科检查 耳镜检查可观察耳道、鼓膜病变;听力测定可行耳语、音叉试验及电听力测定、耳蜗电图或听觉诱发电位等。

(三)前庭功能检测 ①平衡障碍可行过指试验、Romberg 或 Mann 试验及步态观察有无倾斜或倾倒。②眼球震颤诱发试验可行位置性诱发、变温试验(冷热水交替)、旋转椅试验、直流电试验等,以观察眼球震颤与自主神经反应出现的潜伏期、持续时间、方向、类型,双侧对比以及更加客观、敏感、可靠的眼震电图测定。

(四)神经科理学检查 有助于脑部疾病的定位诊断。

(五)血及脑脊液检查 有助于对感染、代谢内分泌疾病、血液病、血管病、尿毒症、中毒性疾病等的定性诊断。

(六)血流动力学检查 TCD、脑循环动力(CVA)有助于脑部血管狭窄、闭塞及血流速度、血流量等项的测定,对脑血管病的诊断有重要意义。

(七)影像学检查 颈椎、内耳道、颅底 X 线平片有助于发现颈椎病、听神经瘤、颅底畸形;脑血管造影可发现血管畸形、动脉瘤、血管狭窄及阻塞的部位;CT 及 MRI 可发现骨折、出血、梗死、占位病变或炎症病灶。

(八)其他 脑电图、脑地形图、心电图,可依病情选择检查。

四、诊断和鉴别诊断

根据病史及上述症状可做出诊断,体格检查时,重点对心、肺、肝、肾功能,脑神经功能包括眼球运动、眼震、听力、步态、肢体共济运动等进行检查,以作为鉴别。

五、治疗

(一)一般治疗 积极寻找病因,进行病因治疗。如颅内感染,应积极控制感染;颅内肿瘤,应手术治疗;椎-基底动脉系统血栓形成,应用低分子右旋糖酐、血管扩张剂、抗凝剂、激素等;体质差者应积极进行体育锻炼。发作期宜卧床休息,防止起立时跌倒受伤,减少头部转动。要保持心情舒畅,不宜过多饮水。饮食宜素净,不宜食用酒、浓茶、咖啡、韭菜、辣椒、大蒜等刺激性食物。

(二)药物治疗

1. 镇静剂 一般头晕者可给冬眠灵(25mg)、鲁米那(0.03g)、安定(2.5mg),每日3次口服(0.3mg)或肌内注射。

2. 乘晕宁 50mg,每日3次口服。

3. 胃复安 10mg,每日3次口服。对晕车、晕船者,有较好疗效。

4. 氟桂嗪 又名西比灵。剂量 10mg,每日1次口服,10天为一疗程。

5. 培他啶 文献报道应用本品每日 12mg,分3次服用,治疗各种原因引起的眩晕 30例(美尼尔综合征 18例,高血压动脉硬化 6例,颈椎病 2例,中耳炎、迷路炎、脑震荡后遗症、链霉素中毒各 1例),多数于服用后 4~12 小时后即有明显效果,最快者 2 小时即见效。症状、体征消失时间为 2.3 ± 1.9 天,总有效率 96%。

6. 利多卡因 本品具有调节自主神经系统或扩张脑微血管,改善脑循环和内耳微循环的作用。有人给 100 例病人用本品 50mg 加 25% 葡萄糖 40ml 缓慢静注,每日 1~2 次,结果效果显著。国外有人用本品鼓室注射治疗美尼尔综合征 28 例,获良效。

7. 地芬尼多 别名戴芬逸多,为强效抗晕止吐药。对眩晕、呕吐和眼球震颤均有明

显疗效,对头痛和耳鸣亦有较好疗效。剂量 25~50mg,每日 4 次。6 个月以上儿童,首剂 0.9mg/kg,必要时 1 小时可重复 1 次,以后每 4 小时给药一次。1 天剂量 5.5mg/kg,6 个月以下儿童禁用。肌注时剂量相应减少 1/5~1/2。本品应在严密监护下给药。青光眼、窦性心动过速及胃肠道或泌尿生殖道阻塞的病人应慎用。

8. 复方氯化钾液 取 10% 葡萄糖 500ml 加 10% 氯化钾 10ml、地塞米松 10mg、维生素 B₆ 100mg 静滴。有人治疗眩晕症 88 例,有效率 93.18%,优于对照组, $P < 0.005$ 。钾具有改善内外淋巴囊中 K⁺ 不平衡的病理过程,使淋巴囊内外与细胞内外钾离子浓度迅速恢复正常平衡状态的作用;激素具有膜稳定等作用;维生素 B₆ 是细胞代谢的良好辅酶,可增加氨基酸与脂肪的代谢;三药合用具有很好的调节和协同效果。

(三) 高压氧治疗 对慢性眩晕,用高压氧治疗有效。

(四) 中医治疗

1. 辨证施治 分肝阳上亢、气血亏虚、肾精不足、痰浊中阻、瘀血阻滞、六淫外袭等六型而分别选方施治。

2. 中成药

(1) 天麻定眩片:每次 6 片,每日 3 次。用治肝阳上扰引起的眩晕、头痛等。

(2) 天麻首乌片:每次 6 片,每日 3 次。用治肝肾阴虚,肝阳上亢引起的眩晕、头痛、耳鸣等。

(3) 归肾丸:每次 1 丸,每日 3 次。用治肝肾阳虚所致眩晕、神疲乏力等。

(4) 六味地黄丸:每次 6~9g,每日 2 次。用治肝肾阴亏,虚火上炎所致的眩晕、耳鸣、口渴等。

(5) 灵芝片:每次 1 片,每日 3 次。用治气血两虚所致的眩晕等。

(6) 十全大补丸:每次 1 丸,每日 3 次。用治气血两虚所致的眩晕等。

3. 单方验方

(1) 川芎 12g,菊花 20g,地龙 10g,川牛膝 15g,夏枯草、地骨皮、玉米须各 30g。每日 1 剂,水煎 2 次,分服。用于肝阳上亢所致的眩晕头痛,耳鸣,脉弦实等症。

(2) 仙鹤草 60g,水煎代茶。用于体乏不耐劳作者。

(3) 赤芍、钩藤各 12g,川芎 10g,刘寄奴、葛根各 15g,桃仁 9g。每日 1 剂,分 2 次煎服。用于头受伤后瘀阻阻塞头窍者。

(4) 珍珠母、代赭石各 30g,稽豆衣、菊花、白芍药、姜竹茹、佛手、茯苓、青陈皮、白蒺藜、旋覆花(包)各 9g,生姜 3 片,水煎服。用于耳源性眩晕症。

(5) 白木耳 15g(先浸泡 1 夜),瘦猪肉 50g,红枣 10 枚,加水同炖,熟后饮服。或黑豆、浮小麦各 30g,水煎服。用于气血虚弱患者。

(6) 生姜 15g,羊肉 250g,当归、大枣各 50g,生姜切片,羊肉、生姜片文火熬成 3 碗,加入调料另煎余药 240ml,每日分 2 次,将药液、羊肉汤分别依次饮用(混合难服)。主治低血压性眩晕。

(7) 生姜、大葱、白萝卜各 30g。上几味共捣如泥,敷在头前部,每日 1 次,半小时取下,连用 3~4 次。主治老年眩晕。

(8) 草鱼头 1 个,天麻 9g,生姜 3 片,加水适量煮汤服之,每周 3 次。常服能平肝息

风、解眩除晕。

(9)“平眩方”治淤血性眩晕(皂刺 50g,葛根 50g,鸡蛋 20 枚)。置锅中加水煮鸡蛋熟后,将蛋壳碰裂再煮 30 分钟。捞出鸡蛋,每餐 2 枚,早、晚两次空腹食之。

(10)葱头 1 段,轻捣至出汁为度,蘸蜂蜜于发作时塞入鼻孔。20~30 分钟后眩晕症状可减轻。

(11)鸡蛋 1~2 枚,天麻粉 5~10g。将鸡蛋打碎加入天麻粉略搅匀,蒸成蛋羹,加盐少许,服食。每日 1 剂,5~7 天为一疗程。适用于因肝阳上亢所致的眩晕。

(12)鸽子 1 只,灌醋致死,除羽毛用盐水洗净,弃脏,留心肝,装入天麻 10g 缝口,加水炖熟,喝汤食肉和天麻,分 2 次每日 1 剂,7 只鸽子为一疗程。2 个疗程眩晕可愈。

(13)萝卜汁 150ml,加红糖 50g 调匀内服。治高血压头晕。

(14)天麻、茯苓各 18g,白术、陈皮各 12g,半夏 9g,甘草 6g。水煎,每日 1 剂,服 3 次,1 个月为一疗程。治眩晕。

(15)当归、山药、五味子、酸枣仁、龙眼肉各 50g。焙干研末,炼蜜为丸,每次 10g,每日服 2 次。治眩晕。

(16)向日葵根 60g,切片,水煎服,每日 1 剂,分 3 次服,10 天为 1 疗程。治眩晕。

(17)生白果 5 个捣碎,沸水冲服,每天 1 次。治头晕。

(18)冬瓜子 500g 焙干研末,每次服 10g,每天 2 次。治头晕。

(19)玉米 30g,鹅蛋 1 枚,炖熟,早晨空腹食。治头晕。

(20)橘红、半夏、茯苓、桔梗各 5g,天麻、薄荷、防风各 3g,甘草 2g,川芎、黄连、黄芩、枳实各 9g,生姜 3 片。加水 500ml 煎至 100ml 温服。治头眩晕痰症。

4. 针灸

(1)肝阳上亢:选用背俞穴、足三阴、足少阳、督脉等经穴为主,如百会、风池、肝俞、肾俞、三阴交、太溪、行间等,用毫针,行泻法。

(2)痰浊中阻:选用手厥阴、足太阴、足阳明等经之穴和俞募穴,如脾俞、中脘、章门、内关、丰隆、解溪等,用毫针,行泻法或平补平泻手法。

(3)淤血阻窍:选用手阳明、足阳明、足太阴等经之穴,如合谷、归来、天枢、阴交、血海等穴,用毫针,合谷行补法,余穴均行泻法。

(4)气血亏虚:选用任脉、手厥阴、足太阴、足阳明等经之穴和背俞穴,如膈俞、脾俞、中脘、气海、内关、足三里、三阴交等,用毫针,行补法,并可配合灸法。

(5)肾精不足:选用任脉、督脉、足阳明、足少阴等经之穴和有关背俞穴为主,如命门、肾俞、志室、气海、关元、足三里、三阴交等,用毫针,行补法,并可配合灸法。

六、预防

室内保持安静、舒适,避免噪声,光线以柔和为宜,患者要保证充分的睡眠,注意劳逸结合。眩晕发作时应卧床休息,闭目养神,少做或不做旋转、弯腰等动作,以免诱发或加重病情,服药呕吐时可改频服或兑姜汁服。

(高秀菊)

第三节 晕厥

晕厥是最常见的短暂性或发作性意识丧失的原因,是由于脑血流急剧减少所造成,这种减少常常是全面的、广泛的,而非局部性的,因而反映了心搏出量的急剧下降。无论何种原因导致的晕厥,意识障碍的程度均取决于脑血流量减少的程度。

一、病因和分类

引起晕厥的原因很多,但主要是低血压、低血糖、脑源性、心源性、血管性、失血性、药物过敏性以及精神受强烈刺激、剧烈疼痛、剧烈咳嗽等导致的。其中除心源性(急性心肌梗、室颤、心律不齐等)、脑源性(脑血管破裂、栓塞和脑挫伤等)、失血性(各类大出血)常有生命危险外,其余原因发生的晕厥大都无生命危险。晕厥最常见的病因种类:

(一)单纯性晕厥 是由于某种强烈刺激引起的,是晕厥中最常见的一种,约占半数以上。多见于年轻、平素体弱而情绪不稳的女性,一般无严重器质性病变。其发生是由于各种刺激通过迷走神经反射,而引起周围血管扩张,使回心血量减少,排血量降低,导致脑组织一过性缺血。往往在立位时发生,很少发生于卧位,发病前有明显的诱发因素,如恐惧、剧痛、亲人死亡、遭受挫折、空腹过劳或手术、出血、见血、注射、外伤、空气污浊闷热等。发作前常有头昏、恶心、出冷汗、面色苍白、眼前发黑等前驱症状,几秒钟到几分钟,随即意识丧失而昏倒。晕厥时,心率起初较快,以后则显著减慢,每分钟 50 次左右,规则而微弱,血压在短时间内可出现偏低现象,让病员躺下后即能恢复,并无明显后遗症。

(二)直立性晕厥 也是临床上较常见的一种晕厥,又称体位性低血压。多见于老人或久病常卧者突然站立或蹲下复立时发生。其特点是血压骤然下降,眼前发黑冒“金星”。心率加快,昏厥时间短暂,发生时无明显前兆。

(三)排尿性晕厥 多见于年轻人或老年人夜间起床排尿者。当他们被尿憋醒后,因突然起床和用力排尿,腹压大减,使上身血液回流腹腔,导致脑部缺血而发生晕厥。

(四)剧咳性晕厥 多因剧烈的痉挛性咳嗽导致,为一时性晕厥。剧咳时病人多先感心慌、气喘、头晕、眼花而很快失去意识与知觉。

(五)颈动脉窦综合征 临床上较少见,好发于中年以上,尤其老年伴动脉硬化者,常因压迫颈动脉窦的动作,如衣领过紧、突然转动颈部以及在室上性心动过速时做颈动脉窦按摩时,或因局部淋巴结肿大、肿瘤、疤痕的压迫等,均可刺激颈动脉窦使迷走神经兴奋,从而心率减慢,血压下降,脑缺血而发生晕厥,并可伴有抽搐。因此,对老年人尤其伴动脉硬化者,按摩颈动脉窦的时间不宜超过 5~10 秒,并切忌两侧同时进行,预防晕厥发生。

(六)癔病性晕厥 临床上多见于年轻女性。发病前往往有明显的精神因素。发作时常有气管堵塞感、心悸、眩晕、过度换气、手足麻木等,随即出现意识丧失,肢体无规律性的抽搐,且持续时间较长,达数分钟至数小时以上,发作时血压及脉搏往往无改变。此外,病员可伴有其他精神症状,既往可有类似的发作史,并可在卧位时发生。

(七)心源性晕厥 为晕厥中最严重的一种。是由于心律失常,心排血发生机械性阻塞,血氧饱和度低下等因素引起心排出量减少或中断,导致脑缺血而发生晕厥。在心源性晕厥中,以心律失常所致者最常见。由于各种疾病或药物的毒性作用引起心脏停搏、心动

过缓、心动过速,使心排出量骤减或停止,导致急性脑缺血而发生晕厥,可见于阿-斯综合征、奎尼丁的药物使用、Q-T 间期延长综合征等。心源性晕厥发作的特点是用人为常见发病诱因,发作与体位一般无关,患者多有心脏病史及体征。

(八)脑源性晕厥 临床上多见于患者原有高血压史或有肾炎、妊娠毒血症者在血压突然升高时,脑部血管痉挛、水肿,导致一时性广泛性脑血液供应不足。晕厥发作时多伴有剧烈头痛、视力模糊、恶心、呕吐等先驱症状,继之神志不清伴抽搐。

(九)低血糖性晕厥 多见于严重饥饿者或长时间进食很少者,以及糖尿病与低血糖患者。由于脑部主要靠葡萄糖来供应能量,如血糖过低,则影响脑的正常活动而发生晕厥。发作前常有饥饿、乏力、心慌、头晕、眼前突然发黑而晕倒。晕厥时面色苍白、出汗、心率加快,给予葡萄糖后即可清醒。

二、诊断

(一)病史 询问过去有无相似的发作史,有无引起晕厥的有关病因。问清发作与劳动的关系,如主动脉瓣狭窄常在劳动时发作。开始发作时的体位,如血管抑制性晕厥一般发生于坐位或立位,直立低血压性晕厥在平卧立起时发生。发作与情绪变化的关系,发作与饮食、药物的关系,如低血糖晕厥常于空腹时发作。询问起病的缓急和持续时间的长短,大多数晕厥发作仅持续几秒钟。主动脉瓣狭窄、血糖过低及急性脑缺血疾病,常引起较长时间的知觉丧失。

(二)临床表现 突然昏倒,不省人事,面色苍白,四肢厥冷,脉搏缓慢,肌肉松弛,瞳孔缩小,收缩压下降,舒张压无变化或较低,短时间内能逐渐苏醒(通常不超过 15 秒),无手足偏废和口眼歪斜。

体格检查要全面系统地进行,注意测定仰卧和直立位时的血压。心脏听诊注意有无心律失常、心脏瓣膜病等,有无杂音及震颤。神经系统检查有无定位体征等。

(三)实验室及其他检查

1. 实验室检查 血液检查:可示贫血、低血氧、低血糖、高血糖;血气分析可示低氧、低碳酸血症;血液毒物检测等有助于血源性晕厥的诊断。

2. 心电图 示心律失常、心肌缺血或梗死等,有助于心源性晕厥的诊断。

3. 脑电图 示广泛同步慢波化(发作期)。

4. TCD、CVA、SPECT、PET 等项检测,可提示脑血管狭窄,血流不畅,脑供血不足。

5. 脑血管造影 可提示血管狭窄及偷漏情况。结合第 2、3 项检查,有助于脑源性晕厥的诊断。

6. CT、MRI 有助于能引起脑源性晕厥病变的发现。

7. X 线检查 可发现有颈椎病及颅脊部畸形改变等。

8. 诱发试验

(1)直立倾斜试验:血管迷走神经反射性晕厥多呈阳性。

(2)颈动脉窦按摩试验:颈动脉窦性晕厥常呈阳性,行此检查应小心,并应备急救用药。

(3)双眼球压迫法:迷走神经兴奋者多呈阳性。

(4)屏气法(Weber 法):屏气晕厥常示阳性。