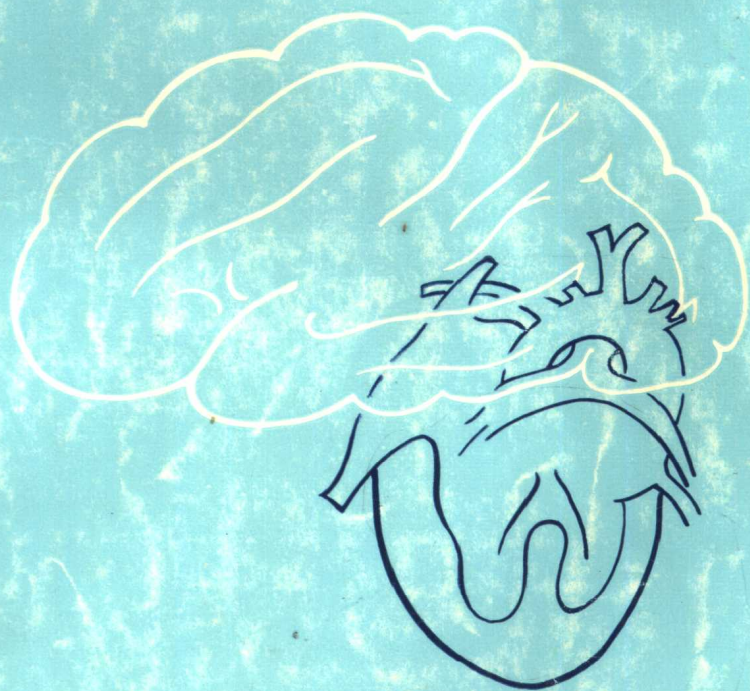


内科疾病的

神经系统损害



青岛医学院

02

前 言

无产阶级文化大革命的伟大胜利，批林批孔运动的深入开展，推动了我国社会主义革命和社会主义建设不断取得新的成就。我国人民在毛主席革命路线指引下为巩固无产阶级专政意气风发，团结战斗，祖国大地正呈现出新的跃进形势。卫生战线和其他战线一样形势大好。广大医药卫生人员认真学习马列主义毛泽东思想蔚然成风，深入批判修正主义和孔孟之道，不断地提高着阶级斗争、路线斗争和继续革命的觉悟，赤脚医生、合作医疗等社会主义新生事物不断茁壮成长。卫生革命的这些巨大变化使我们进一步懂得，医药卫生人员必须不断地从世界观上解决为什么人服务这个根本问题，也使我们更深刻地理解到贯彻落实毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大意义。

多年来的临床实践工作，使我们经常遇到内科各系统疾病时出现的一些神经系统损害问题，而这些问题都是属于整体与局部对立统一的问题，由于整体是由局部构成，整体不能离开局部，而局部又隶属于整体，服从整体。所以当神经系统发生病变时，身体各系统、各器官的机能必然会发生不正常状态，而当身体各系统、各器官发生局部病理变化时，也会引起神经系统的损害。因此，在临床上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，才能正确地认识内科疾病时发生神经系统损害的规律，达到及时做出正确诊断及治疗的目的。基于这个观点，我们神经病学教研组和神经科的同志们，在学院党委的亲切关怀和支持下，编写了《内科疾病的神经系统损害》一书，其目的是为了对缺少神经科专业人员的基层医疗单位，遇到这类问题时能有所补益，并普及一些常见的神经科专业知识。如果能达到这一目的的话，那完全是伟大领袖毛主席和敬爱的党对我们培养抚育的结果。在编写本书过程中，我们努力运用毛主席的哲学思想，在内容上力求写得易懂会用，对不大实用或尚不太肯定的内容，都尽量删节。但是由于我们思想水平和业务能力有限，其中错误、缺点仍在所难免，希望读者同志，提出批评指正。

本书在编写过程中，承蒙湖南医学院、上海第一医学院、北京市第四人民医院、昌潍地区人民医院、栖霞县人民医院、沂源县东里医院、莱芜矿务局医院、张店铝厂职工医院以及中国人民解放军89医院、145医院及181医院等单位对我们编写本书提出了许多宝贵的意见，并给予很大的支持，对此，表示诚挚的谢意。

青 岛 医 学 院

1975年11月

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	6
晕 厥	7
昏 迷	9
谵 妄	13
癫 痫	14
脑水肿	16
急性中毒性脑病	20
神经衰弱症状群	22
症状性精神病	24
感觉障碍	26
运动障碍	32
第三节 神经系统检查法	37
第二章 传染病引起的神经系统损害	41
引 言	41
第一节 病毒感染时神经系统的损害	41
流行性感胃	41
麻 疹	47
风 疹	50
单纯疱疹	50
带状疱疹	51
水 痘	53
流行性腮腺炎	53
淋巴细胞性脉络丛脑膜炎	56
传染性单核细胞增多症	56
流行性出血热	58
第二节 立克次体病时神经系统的损害	59
流行性斑疹伤寒	59
第三节 细菌性疾病时神经系统的损害	61
败血症	61
猩红热	63

白喉	64
百日咳	66
细菌性痢疾	68
布鲁氏菌病	69
钩端螺旋体病	71
伤寒	73
结核病	76
第四节 霉菌病时神经系统的损害	79
隐球菌病	79
曲菌病	81
放线菌病	82
第五节 原虫病时神经系统的损害	82
疟疾	82
阿米巴病	86
第六节 蠕虫病时神经系统的损害	87
血吸虫病	87
肺吸虫病	89
猪囊虫病	91
钩虫病	93
蛔虫病	94
第三章 职业病及其他物理、化学、生物因素疾病时神经系统损害	96
引言	96
第一节 铅中毒	97
第二节 四乙基铅中毒	99
第三节 砷中毒	100
第四节 锰中毒	102
第五节 汞中毒	103
第六节 二硫化碳中毒	104
第七节 汽油中毒	105
第八节 苯中毒	106
第九节 一氧化碳中毒	107
第十节 二氧化碳中毒	112
第十一节 硫化氢中毒	113
第十二节 有机磷农药中毒	114
第十三节 有机氯类农药中毒	116
第十四节 溴甲烷中毒	117
第十五节 矽肺的神经系统损害	118
第十六节 减压病的神经系统损害	119

第十七节	中暑的神经系统损害	120
第十八节	呋喃类药物中毒	122
第十九节	氯丙嗪中毒	123
第二十节	异烟肼中毒	125
第二十一节	青霉素所致的神经系统损害	126
第二十二节	链霉素所致的神经系统损害	128
第二十三节	氯霉素及合霉素所致的神经系统损害	130
第二十四节	卡那霉素所致的神经系统损害	131
第二十五节	庆大霉素所致的神经系统损害	132
第二十六节	新霉素所致的神经系统损害	132
第四章	代谢性疾病时神经系统损害	133
引 言		133
第一节	糖尿病	133
第二节	自发性血糖过低症	136
第三节	血卟啉病	139
第四节	钾代谢紊乱	140
	一、低血钾症	141
	二、周期性麻痹	142
	三、高血钾症	144
	四、遗传性肌无力发作	146
第五节	钠代谢紊乱	146
	一、低血钠症	147
	二、高血钠症	149
第六节	钙代谢紊乱	150
	一、低血钙症	151
	二、高血钙症	153
第七节	镁代谢紊乱	153
	一、低镁血症	154
	二、高镁血症	155
第八节	磷代谢紊乱	156
	一、低血磷症	157
	二、高血磷症	157
第九节	氯离子代谢紊乱	158
	一、低血氯症	158
	二、高血氯症	158
第五章	结缔组织疾病时神经系统的损害	159
引 言		159
第一节	风湿病	159

第二节	全身性红斑性狼疮	164
第三节	结节性动脉周围炎(结节性多动脉炎)	167
第四节	皮炎及多发性肌炎	169
第六章	呼吸系统疾病时神经系统损害	171
引 言		171
第一节	阻塞性肺气肿	171
第二节	肺 炎	175
第三节	肺 癌	177
第四节	肺化脓症	179
第五节	支气管哮喘	180
第六节	呼吸衰竭	181
第七章	心脏血管疾病时神经系统损害	184
引 言		184
第一节	高血压与动脉硬化	184
第二节	心肌梗塞	199
第三节	细菌性心内膜炎	202
第四节	先天性心脏血管病	207
第五节	心律失常	211
	阵发性心动过速	211
	房室传导阻滞	213
	心房颤动	214
第六节	充血性心力衰竭	215
第七节	急性心包炎	218
第八节	心脏粘液瘤	219
第九节	血栓闭塞性脉管炎	220
第十节	多发性大动脉炎(无脉病)	222
第十一节	心脏神经官能症	223
第八章	消化系统疾病时神经系统损害	225
引 言		225
第一节	胃、十二指肠溃疡病	225
第二节	慢性胃炎、胃癌及其他慢性胃病	227
第三节	应激性溃疡综合征	229
第四节	胃肠神经官能症	231
第五节	胃切除手术后神经症状群	232
第六节	肝脏疾病时神经系统损害	233
	一、肝性昏迷(肝性脑病)	234
	二、肝豆状核变性	237
	三、脊髓病变	239

四、多发性周围神经炎·····	240
五、脑膜炎等位症·····	241
第九章 泌尿系统疾病时神经系统的损害·····	242
引 言·····	242
第一节 急性肾功能衰竭·····	242
第二节 慢性肾功能不全·····	244
第三节 肾脏疾病时代谢障碍对神经系统的损害·····	247
第四节 人工透析(人工肾脏)所致的神经精神损害·····	248
第十章 血液病时神经系统损害·····	250
引 言·····	250
第一节 贫 血·····	250
第二节 出血性疾病·····	258
一、血小板减少性紫癜·····	258
二、血友病·····	260
三、过敏性紫癜·····	262
四、弥散性血管内凝血·····	264
第三节 白血病·····	267
第四节 真性红细胞增多症·····	275
第五节 多发性骨髓瘤·····	277
第六节 淋巴瘤·····	280
第十一章 内分泌系统疾病时神经系统并发症·····	284
引 言·····	284
第一节 甲状腺机能亢进·····	284
第二节 甲状腺机能减退症·····	289
第三节 原发性甲状旁腺机能亢进·····	292
第四节 甲状旁腺机能减退·····	293
第五节 肾上腺皮质机能亢进·····	295
第六节 肾上腺皮质机能减退·····	297
一、慢性肾上腺皮质机能减退·····	297
二、急性肾上腺皮质机能减退·····	299
第七节 原发性醛固酮增多症·····	300
第八节 前(腺)脑垂体机能亢进·····	301
第九节 前(腺)脑垂体机能减退·····	303
第十节 后(神经)脑垂体机能减退——尿崩症·····	305
第十一节 经前期紧张症·····	306
第十二节 绝经期综合征·····	307
第十二章 癌肿时神经系统损害·····	309

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

伟大领袖毛主席教导我们：“马克思主义的哲学认为，对立统一规律是宇宙的根本规律。”人体始终处于对立统一之中，人体内部各部分之间保持着密切的联系，彼此互相斗争，互相依存，互相联结，互相制约。在人体内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，血流的推力与阻力，体热的产生与发散，血液的凝固与抗凝固，微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，激素之间的相互拮抗与相互制约等……，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”**（关于正确处理人民内部矛盾的问题）。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，一种状态变化成另一种状态，无时无刻不在广泛进行着。**“生命，蛋白体的存在方式，首先是在于：蛋白体在每一瞬间既是它自身，同时又是别的东西”**（反杜林论）。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。血细胞不断在生成，又不断在破坏；皮肤不断在生长，又不断在剥落；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的更新。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。恩格斯在一八七五年根据当时自然科学的成就，作出了深刻的辩证概括：**“神经系统在发展到一定程度的时候（由于蠕虫的头节向后延伸），便占有整个身体，并且按照自己的需要来组成整个身体。”**对神经系统，特别是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性物质，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，通过神经系统和体液系统就把各个器官、系统联系成为一个整体。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、系统的机能有非常密切的连锁关系。在中枢神经系统的影响下，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的接受各器官、系统活动的冲动，在各器官、系统活动传入冲动的影响

下，也不断的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，因为整体是由局部构成，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不良刺激影响下发生了病变的时候，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病等。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）具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，长期肝郁血可造成心源性肝硬化等。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，而是整个机体的病变，这就不难理解为什么内科各器官、系统的病变常并发神经系统的损害。因此，我们医务工作者，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。我们必须遵照伟大领袖毛主席教导“**马克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体。**”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，通过现象，抓住本质，才能正确的认识内科各器官及各系统疾病发生神经系统损害的规律，达到及时做出正确诊断和治好病的预期目的。

第二节 内科疾病常出现的一些神经症状

头 痛

〔概述〕头痛是临床上一种常见的症状，有时常为某些严重疾病的早期或突出症状。头痛也常见于内科的一些疾病。因此，对头痛的患者必须详细的询问病史，仔细的检查，根据病史检查做出正确的诊断，并对头痛的病因及症状给予妥善的处理。

由于神经外科的发展，从临床实践中证实了颅内、外组织对痛觉的敏感程度，目前已知头部对疼痛敏感的组织包括：颅外的各层组织如头皮、皮下结缔组织、肌层、韧带、帽状腱膜、动脉、颅内静脉窦及其分支，颅底硬脑膜，脑动脉，脑膜动脉，三叉、舌咽及迷走神经，第1—3颈神经，眼球、耳道、鼻、口、咽、喉的粘膜及肌肉以及颞颌关节等。而颅骨及脑本身对疼痛不敏感。上述疼痛敏感的组织如发生炎症、血管扩张、牵拉、压迫等病变时，即可引起头痛。临床上内科一些疾病如高血压、阵发性心动过速、贫血、白血病、阻塞性肺气肿、肝脏疾病、尿毒症以及自发性低血糖等都能引起头痛。

〔临床类型〕内科疾病所引起的头痛，从其性质来看主要为全身感染发热性、血管性、颅内压力增高性、中毒性、脑膜刺激性以及脑缺血缺氧性等，今分述如下：

一、全身感染发热性头痛 这类头痛多见于急性传染病，头痛多在急性传染病的初期发生，在急性传染病的极期也可发生，无脑膜刺激症状，脑脊液有时压力可增高，化验检查无异常，多见于流行性感冒、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。

这类头痛主要为跳动性，以额部及枕部较重，也可为全头部疼痛，头痛时常伴有面部潮红、畏光，头部活动时可使头痛加重。头痛多不持久，经数日即可消失。

二、血管性头痛 这类头痛中以偏头痛性血管性头痛常见，它是一种由血管舒缩功能障碍引起的发作性头痛，发作前可出现短暂的视幻觉，偏盲等脑功能障碍的先兆，发作时出现一侧性头痛，也可遍及全头痛，头痛剧烈时常伴有恶心、呕吐、便秘、腹泻等植物神经功能紊乱的表现。临床上各型偏头痛的鉴别见表1—1。

表1—1 偏 头 痛 鉴 别

	古 典 型	普 通 型	群 集 性 发 作 型
家 族 史	经 常 有	有 的 有	无
前 驱 症 状	视物不清，耳鸣头晕 有嗅觉味觉异常，四肢感觉异常	抑郁、饥饿、怕光	无特殊症状，睡眠中、 休息后易发生
症 状	头痛、恶心、呕吐	头痛，一侧鼻塞、鼻 涕分泌流泪、结膜充血	头痛、同侧头部血管 怒张，结膜充血，发 汗，唾液分泌过多
头疼持续时间	在1小时达到最高峰 持续4—9小时	数小时达最高峰持续 1—2日	急性开始，持续数分 至2小时
增 恶 因 子	应激、妊娠	应 激 后	酒精、组织胺

高血压病也常出现血管性头痛，但头痛并不是直接与血压的高度成正比，而是多发生在血压波动不稳时，这可能与当时颅内动脉受牵引的程度及颅内外血管扩张或收缩有关。当血压稳定在一定的水平时，头痛即可以消失。

血管性头痛还可因心脏功能不全、颅内静脉郁血、低血压、以及动脉硬化等原因引起。

这类头痛多位于额、颞以及枕部，常为两侧性，伴有耳鸣、眩晕，精神紧张、疲劳、过饱、天热等可使头痛加重。体位改变如从仰卧直立时，亦可使头痛加重。

三、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。在起病后的一段时期内，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，可引起视神经乳头水肿，并逐渐转变为视神经萎缩，此时，视力可减退，最后可导致失明，一般两眼失明后头痛反可减轻。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（脑膜、脑动脉、脑静脉窦等）所致。

四、脑膜刺激性头痛 内科一些疾病如脑膜炎、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。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项强直、提腿试验（克尼格氏症）阳性等。

五、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，体位改变或转动头位对头痛无明显影响。除头痛外还可伴有因缺血缺氧所引起的其他全身症状。

六、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致头痛。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集，引起中毒，常发生头痛，这时候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。

〔诊断要点〕

一、对头痛患者首先要详细了解病史及发病过程。下列几点要注意询问。

（一）头痛发作时间 是早晨或晚上发作还是持续发作或间歇发作？头痛持续时间有多久？病程有多久等。

（二）头痛的程度和性质 是胀痛、搏动痛、钝痛、紧缩样痛、烧灼痛还是闪电样痛？头痛的程度如何？有无先兆？

（三）头痛的位置 是全头痛还是经常局限于头的某一部位或固定于某一部位。

（四）诱发、加剧或缓解的因素 咳嗽、喷嚏、憋气、头的位置转动以及体位的变化时头痛是加剧还是缓解？情绪紧张、发热、用药等对头痛有无影响？

（五）并发现状 有无恶心、呕吐、视力减退、肢体无力、抽搐、瘫痪以及意识障碍等。

（六）询问病史时应注意有无与头痛有关的一些内科疾病如高血压、全身感染发热性病、肝、肾功能衰竭、缺氧以及中毒等。

二、对头痛患者，为了诊断出头痛的原因进行及时的治疗，应做详细的一般身体检查及神经系统检查（参阅神经系统检查一节）。

三、以下几种简便的辅助检查对头痛的性质诊断有一定的帮助。

（一）转动头部对头痛的影响 正常情况下将头部向一边急速的转动，有时在头的额颞部可出现轻微的疼痛，这是因为头部转动牵拉了颅内对疼痛敏感的组织所致。当这些对疼痛敏感的组织发生病理变化时，头部轻轻转动即能引起头痛或使头痛加重。反之，颅外血管病变时将不受头位转动的影响。

（二）直立及卧位变化对头痛的影响 从直立体位很快的变为卧位时，可使颅内动脉压增高而静脉压降低，因此，当颅内动脉扩张所引起的头痛可因卧位而加重，颅内静脉扩张所引起的头痛可能因卧位而减轻或暂时缓解。而其他原因所产生的头痛，常不受体位变化的影响。

(三) 压迫颈部血管对头痛的影响 压迫颈总动脉可使颅内动脉压暂时降低, 压迫颈静脉可使颅内静脉回流受阻, 而使脑脊液压力暂时升高。因此, 颅内动脉扩张所引起的头痛可因压迫颈部血管而有所减轻, 而颅内静脉扩张所产生的头痛可因压迫颈部血管而有所加重。而其他颅外原因所引起的头痛则不受影响。

〔治疗〕

一、病因治疗 对头痛患者, 应首先找出引起头痛的原因及原发疾病进行治疗。这是最根本的治疗。

二、对症治疗

(一) 药物治疗: 治疗头痛常用药物多为镇痛剂、安定剂、镇静剂、抗组织胺剂、交感神经阻断剂、脱水剂等。对于持久而严重的头痛, 可几种药物合并应用, 如镇痛剂、安定剂以及抗组织胺剂合并应用, 有时能取得良好的效果。

1. 镇痛剂: 阿斯匹林0.3~0.5一日3次口服。氨基比林(匹拉米洞)0.3~0.6每日1~3次口服。非那昔丁0.3每日3次口服。扑热息痛0.5每日3次口服。安乃近和复方安乃近(加当)0.5每日3次口服。去痛片(索米痛)0.5每日3次口服。米格来宁0.3每日3次口服。痛可宁(Tegratol)又名得利益多, 国内已合成, 对三叉神经痛和高血压头痛疗效较著, 对其他原因头痛也有效, 另外还可治疗癫痫大发作及局限性癫痫发作。妊娠早期不宜服用, 有致胎儿畸型的可能。延胡索乙素50~100毫克每日2~6次口服。颅通定60~120毫克每日1~4次。还可皮下注射, 每次60毫克。

通常镇痛剂宜短期应用, 长期应用有的药物需定期查白细胞, 如匹拉米洞、安乃近和加当等。

2. 安定剂: 安宁(眠尔通)0.2每日3次口服。利眠宁5~10毫克每日3次口服。安定2.5毫克每日3次口服。氯丙嗪12.5~25毫克每日3次口服。奋乃静2~4毫克每日3次口服。芬那露0.2每日3次口服。

3. 抗组织胺剂: 异丙嗪(非那根)12.5~25毫克每日3次口服。扑尔敏4毫克每日3次口服。安其敏25~50毫克每日2~3次口服。异丁嗪(Trimeprazinum)每次5~10毫克每日3次。

4. 交感神经阻断剂: 麦角胺咖啡因(每片含酒石酸麦角胺1毫克, 咖啡因100毫克)对偏头痛效果较好。每次1~2片口服。近年来尚有试用心得安以及可乐宁以预防发作。

5. 脱水剂: 适用于内科疾病并发颅内压力增高所引起的头痛。如50%葡萄糖40~60毫升、25%山梨醇、20%甘露醇250~500毫升静脉注射, 或50%甘油盐水口服或鼻饲50毫升/次, 每6小时1次, 一日可用至300毫升。

6. 氧气吸入: 对于缺氧、颅内动脉痉挛、癫痫发作后、一氧化碳中毒以及偏头痛的先兆期给予氧气吸入, 对头痛有所缓解。

三、新针疗法 常取穴太阳、攒竹、风池、百会、合谷、安眠₂等, 对持久而剧烈的头痛可强刺激或透穴。

四、推拿疗法 揉拿双侧风池、太阳、攒竹、肩井及合谷等穴。

五、中草药辨证治疗

- (一) 风寒头痛: 荆芥、防风、薄荷、菊花、白芷、细辛等。
- (二) 风热头痛: 薄荷、菊花、柴胡、桑叶、山栀、蔓荆子、牛蒡子等。
- (三) 血虚头痛: 当归、白芍、川芎、菊花、生地、党参、黄芪等。
- (四) 肝阳上亢头痛: 夏枯草、钩藤、菊花、草决明、黄芩、栀子、龙胆草、杜仲、牛夕等。

眩 晕

〔概述〕眩晕是由于多种原因引起的前庭神经系统功能障碍,从而导致人体在空间中的平衡功能失调。其表现为对周围环境的旋转感,对自身的旋转感、或两下肢失去平衡的倾倒感,有时可伴有眼球震颤、面色苍白、出汗、脉搏加速、血压下降、恶心、呕吐或腹泻等迷走神经兴奋现象。在严重的发作时可有暂时的视力缺失(黑蒙)和神志昏迷等。

很多内科疾病可引起眩晕,如严重贫血、高血压、低血压、主动脉瓣狭窄、心动过速、心动过缓、血管舒缩不稳、胃肠道疾病,尿毒症、严重肝脏疾病、肾炎、发热性疾病、低血糖、链霉素族药物中毒,巴比妥类药物中毒以及神经官能症等。但这类眩晕的患者,大多数并不真正有旋转感,亦无耳鸣、听力障碍或眼球震颤,眩晕持续的时间随原发疾病而异,多伴有原发疾病的相应症状及体征。

临床上眩晕可分为真性眩晕和一般性眩晕。前者是由于内耳迷路或前庭神经的病变所引起,有周围外物或自身旋转的感觉。而后者只有头晕、头眩或站立不稳的感觉,但无外物或自身旋转的感觉,内科疾病如心血管疾病和中毒性疾病所引起者多见。

〔临床类型〕内科疾病所致的眩晕,就其性质来看主要为感染炎性、血循环障碍性、中毒性、颅内压力增高性、中枢性眩晕以及功能性眩晕等。

一、感染炎性眩晕 多见于感冒、流行性感冒、流行性眩晕以及疟疾等。眩晕多在疾病的病程中发生,也可在疾病的恢复期出现,当原发疾病恢复后,眩晕多随之消失。

二、血循环障碍性眩晕 严重贫血、血压高、动脉硬化、血压低、心动过速或过缓,房室传导阻滞以及心源性脑缺血综合症等,由于前庭系统供血不足或缺血可引起眩晕。

小脑后下动脉血栓形成或基底动脉供血不足也可引起眩晕。前者为骤发的严重眩晕,多无神志昏迷,但有呕吐。延脑侧部受损可引起病侧上下肢共济失调,病侧面部和对侧上下肢痛、温度及触觉消失。同时可有颈交感神经麻痹综合症(霍纳氏综合症)、眼球震颤、说话不清、吞咽困难。后者除有明显的眩晕外,可有眼球震颤,双侧锥体束征以及舌咽、迷走、舌下及副神经受损症状。

三、中毒性眩晕 药物中毒如奎宁、水杨酸、链霉素、新霉素、卡那霉素、酒石酸锑钾、酒精以及苯妥英钠等中毒可以引起眩晕。这类眩晕在停药后可完全消失,但链霉素注射引起的眩晕有时停药后眩晕仍持续时间较长,应特别注意。

四、颅内压力增高性眩晕 内科一些疾病如急性传染病、尿毒症、严重贫血以及缺氧等可产生脑水肿并发颅内压力增高,由于颅内压力增高可引起前庭半规管内淋巴的张

力增高，或因颅内压力增高压迫了前庭神经系统，临床上可引起眩晕。除眩晕外，尚可伴有颅内压力增高的其他症状，如头痛、呕吐、视神经乳头水肿、双侧外展神经麻痹以及癫痫发作等。

五、功能性眩晕 神经衰弱者的眩晕多为头内晕胀感或紧缩感，除眩晕外尚可伴有头痛、失眠、记忆力减退、注意力不集中以及疲乏无力等症状，无神经系统器质性损害的体征。

〔治疗〕

一、无旋转感觉的一般性头晕，可给镇静剂和安定剂及小量兴奋剂。苯巴比妥0.015~0.03每日3次口服。利眠宁5~10毫克每日3次口服。安定2.5毫克每日3次口服。溴咖合剂每日3次每次10毫升口服。维生素B₆10毫克每日3次口服。谷维素10毫克每日3次口服。

二、眩晕者，除可给上述药物外，还可给晕海宁（乘晕宁）50毫克每日3次。氯丙嗪12.5~25毫克每日3次。异丙嗪12.5毫克每日3次。菸酸50毫克每日3次。普鲁苯辛15毫克每日3次。奋乃静2毫克每日3次。以上均为口服。此外重者还可以肌肉注射维生素B₆100毫克或654⁻²10毫克。5%碳酸氢钠20~40毫升静脉注射，或250毫升静脉滴注。呕吐者可用爱茂尔2毫升肌肉注射。灭吐灵10~20毫克肌肉注射。

晕 厥

〔概述〕晕厥是一种由各种原因产生的临床综合征。大多数是由于脑部暂时缺血的结果，而且多半系因急性全身循环衰竭所引起，此外，大脑局部血液循环障碍、血液化学成分的变化以及神经组织本身的病变亦可引起晕厥。晕厥的临床表现为急起而短暂的意识丧失以及失去行动能力的状态，不伴有抽搐、咬舌及尿失禁等。晕厥本身多不造成机体器质性损害，但晕厥有时可造成外伤，特别是颅脑外伤可引起脑部器质性损害，应特别注意。

〔临床类型〕内科某些疾病如急性心脏机能不全、急性血管机能不全、血液成分的变化以及肺循环血压过高等常引起晕厥。内科临床上产生晕厥比较常见的类型分述如下：

一、心源性晕厥 在临床上如心室暂停收缩6~10秒钟以上，由于脑部血流明显减少，即足以引起晕厥，发作时间较长者可引起全身抽搐、苍白、紫绀。心源性晕厥多见于急性心源性脑缺血综合征、心肌梗塞、高度主动脉狭窄、紫绀、先天性心脏病、原发性肺动脉高压症、心动过缓或暂停、完全性房室传导阻滞、以及心室颤动等。

二、急性血管机能不全所致的晕厥

（一）血管抑制性晕厥 这是临床上最常见的一种，害怕、焦虑、疼痛、外科小手术、看到出血或听到悲痛的消息以及皮下或静脉注射等诱因可引起发作，而且多发生于直立位时。这是因为以上各种刺激通过神经反射产生周围广泛血管床的扩张，特别肢体肌肉血管床的扩张具有重要的意义。由于这些血管扩张，周围阻力下降，心搏出量不能代偿，引起血压下降，脑血流量降低，出现一时性的脑缺血缺氧，因而引起意识障碍，产生晕厥。最初患者感到无力、出汗、恶心、烦躁、面色苍白、叹气呼吸以及呵

欠等，这时若卧床休息，症状可缓解或消失，否则症状即加重，出现视物模糊、头晕、血压下降、心率减慢至30~60次/分，摔倒在地，患者倒地后意识很快恢复，醒后感头痛、无力等。

(二)直立性低血压性晕厥 多发生在卧位、蹲位或坐位突然直立时，伴有短暂的意识丧失。由于从卧、蹲位突然变为直立时血压急速下降，甚至在一分钟内收缩压可低于60毫米汞柱，舒张压亦同样急速下降，脑血流量显著减少，随即发生晕厥，当晕倒在地后身体变为平卧位，减少了地心吸引力，脑部血流量恢复正常，意识迅速恢复。这类晕厥发生时心率保持不变，有时可合并有植物神经功能障碍，如躯体下部无汗或少汗、阳痿、膀胱机能紊乱以及瞳孔异常等。患者24小时尿排出正肾上腺素量明显减少。

三、血液成分变化所致的晕厥

(一)血糖过低 血糖过低可为自发性，亦可发生于注射胰岛素过量后。血糖过低所致的晕厥往往在饭前发作，在临床上不是突然发生，亦不能迅速恢复。晕厥多在一些低血糖症状(如疲乏无力、颤抖、出汗、恶心以及心悸等)之后，严重时不但可出现晕厥，而且可引起抽搐，甚至昏迷。血糖过低所致的晕厥，在晕厥发作时血糖显著降低(低于60毫克%)，此时注射葡萄糖可迅速恢复正常。

(二)换气过度 换气过度时，血液中CO₂含量及酸度降低，造成硷中毒，这时患者除面部及四肢麻木，发冷及手足搐搦外，有时可发生晕厥。

(三)血液缺氧 先天性心脏病特别是先天性紫绀四联症及严重贫血的患者，在劳动后常发生晕厥，这是由于未经过肺部氧合作的静脉血大量进入体循环的动脉系统中，使动脉血的氧饱和度明显减低，使脑部发生缺氧，引起晕厥。窒息和一氧化碳中毒亦可因脑缺氧发生晕厥。

四、原发性肺动脉高压所致的晕厥 多在劳动后发生晕厥，这可能由于肺动脉压力持久增高使右心室肥大有关系，当患者在劳动时肺动脉压力更增高，引起了急性右心室衰竭，心排血量低，临床上发生四肢寒冷、脉弱以及晕厥。

五、咳嗽性晕厥 这类晕厥在老年人多见于慢性肺病或气管炎，在小儿多见于百日咳。晕厥多在剧烈的咳嗽后几秒钟内发生，晕厥持续的时间很短，不留有任何的后遗症。其发生的原因是由于强力而持久的咳嗽时，胸腔及腹腔内压力增高，继而导致颅内压力也突然增高，致使心排出量降低，影响了脑血流量，引起暂时性脑缺血，临床上便发生晕厥。

六、排尿性晕厥 这种晕厥常在夜间睡眠或午睡起来排尿时或排尿后发生，发作前无任何先兆，晕厥倒地后意识很快恢复。多见于男性青壮年。其发生原因可能与迷走神经紧张，反射性血管扩张，排尿时腹腔压力骤然降低以及睡眠时肌肉松弛血管扩张等因素有关。

七、颈动脉窦过敏所致的晕厥 多见于颈动脉硬化或栓塞、颈动脉体瘤、近端颈动脉窦外颈部炎症以及肿瘤、外伤等情况时。这种晕厥是由于颈动脉窦反射过敏所致。晕厥发作与体位无关，亦无恶心、出汗、面色苍白等症状。临床上这种晕厥分为三型：

(一)迷走型 颈动脉窦按摩时可发生晕厥，同时可出现窦性心动过缓或窦房传导阻滞，应用阿托品可使缓解。

(二) 血管抑制型 晕厥发生时伴有血压低降, 但不出现心动过缓, 应用肾上腺素可使缓解。

(三) 脑型 晕厥发作时不伴有血压及心跳的变化, 应用阿托品及肾上腺素无效。

八、其他原因引起的晕厥

(一) 药物 临床上服用某些血管扩张药(如烟酸等)、交感神经阻滞剂(如胍乙啶、溴化六羟季铵、胍苯达嗪以及利血平等)以及某些安定剂(如氯丙嗪、奋乃静、安宁等)等, 可引起直立性低血压, 失去对体位改变的适应能力, 可出现晕厥。

(二) 慢性消耗性疾病、长期卧床、久病初愈、慢性贫血, 严重的下肢静脉曲张、广泛的交感神经节切除后以及腰麻后, 都能引起直立性低血压而导致晕厥。

九、失血、失液引起的晕厥 失血、失液时, 如影响血容量不大, 时间短暂, 可引起晕厥。如不及时治疗, 可继续失血失液, 造成休克, 应特别注意。

〔治疗〕

一、病因治疗 对晕厥患者, 应尽可能地找出原因, 及时进行治疗。

二、预防发作 有晕厥发作的患者, 由卧、蹲位直立或睡眠中骤然起排尿时, 特别注意动作不要过速, 有排尿晕厥的患者, 最好在床上用尿壶小便, 可防止发作。服用某些降压药(胍乙啶等)或镇静药(氯丙嗪)后, 应卧床休息一小时, 以免引起直立性晕厥。

三、对症治疗

(一) 晕厥患者应立即使平卧于空气流通处, 并将头部放低, 松解衣领, 一般很快即可恢复。

(二) 针刺百会、人中、十宣。

(三) 恢复较慢的患者, 在必要时可给皮下注射肾上腺素0.3~0.5毫克或麻黄素25毫克(部分血管抑制性晕厥对该药敏感, 用时应注意有无心慌、出汗等不良反应)。

(四) 直立性低血压晕厥如反复发作时, 可应用麻黄素12.5~25毫克, 每日服2~3次, 或麦角流浸膏1~2毫克, 每日服2~3次。较严重的患者, 可用9-氟氢考的松治疗。

(五) 晕厥患者苏醒后, 还应注意其脉搏频率和强弱以及皮肤颜色的变化, 如仍有面色苍白, 四肢发冷, 脉快而弱, 应让患者休息到这些症状消失后再活动, 以免活动过早重又发生晕厥。此时, 静脉注射葡萄糖溶液能使较快的恢复。

昏 迷

〔概述〕在内科临床上, 常遇到各种不同程度的意识障碍, 而昏迷是意识障碍最严重的表现。昏迷如果突然发生, 常意味着有突发的严重疾病, 如果从原有的疾病进入昏迷, 多为病情进入严重的表现。临床上对昏迷程度的判断主要是观察病人对疼痛、触觉与光刺激所产生的反应。根据反应的程度可将昏迷分为轻度、中度和深度昏迷三级。各级昏迷的表现见表1~2。

表 1—2 各级昏迷的表现

	轻度昏迷	中度昏迷	深度昏迷
对刺激的反应 (包括声、光等)	对强烈光与声刺激均无反应	对各种刺激多无反应	对各种刺激均无反应
瞳孔	瞳孔缩小对光反射存在	瞳孔散大或缩小对光反射极迟钝	瞳孔散大、光反射消失
角膜反射	存在	减退	消失
肌张力	一般减低	低	减退
随意运动	无	无	无
防御反射	有	强烈疼痛刺激下可出现防御反射	消失
腱反射	视病变而异	消失	消失
喷嚏及吞咽反射	存在	可消失	消失
大小便	失禁或潴留	失禁或潴留	失禁
体温	改变不显著	波动不规律	偏低
脉搏	改变不显著	波动不规律	不规律
呼吸	改变不显著	波动不规律	不规律
血压	改变不显著	波动不规律	往往有血压下降

内科某些疾病所出现的昏迷，按其发展过程，可区分为两大类：

一、昏迷在原发疾病的早期出现，或为原发疾病的主要首发病象，如糖尿病酸中毒、尿毒症、肾上腺皮质机能减退所致的危象、急性中毒（工业毒气、有机磷、一氧化碳、麻醉剂、安眠药，以及醉酒等）、严重感染（暴发性流行性脑膜炎、乙型脑炎等）、急性重症型肝炎、败血症以及中暑等。

二、昏迷是在原发疾病的发展过程中逐渐发生的，在昏迷前常有原发病的一些症状，如肝硬变所致肝昏迷、各种原因所致的休克、心力衰竭、房室传导阻滞、自发性低血糖症、电解质紊乱、急性心肌梗塞、中毒性菌痢、恶性疟疾以及药物或化学中毒等。

昏迷患者，意识丧失，如不及时的进行治疗，将带来许多严重的并发症，预后不佳。因此，不论是在原发病的早期出现，或是在原发病过程中出现，均意味着病势沉重，必须积极的找出病因，并及时的进行治疗。

〔临床类型〕

一、感染性昏迷 感染引起昏迷的致病病因可为病毒、细菌、真菌或寄生虫等。受损害的脑组织主要为脑实质、脑膜以及脑血管等，临床上表现为脑炎、脑膜炎、脑脓肿或脑血管栓塞等。昏迷的发生可能由于病原体直接侵犯脑组织所致，但有时也并非由病原体直接侵入而引起昏迷，这可能是由于中枢神经系统受感染的影响所致。所以，在感染性疾病中，不论脑或脑膜的病变是主要的，还是继发的或并发的，均可引起昏迷。