

主编 陈清棠

临床神经病学

北京科学技术出版社

临床神经病学

主 编 陈清棠
副主编 余宗颐

BAMIP/15 14

北京科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床神经病学/陈清棠等著. - 北京:北京科学技术出版社,2001.7 重印

ISBN 7-5304-2227-8

I. 临… II. 陈… III. 神经病学-临床 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 40230 号

临床神经病学

陈清棠 主编

*

北京科学技术出版社出版

(北京西直门南大街 16 号)

邮政编码: 100035

各地新华书店经销

三河腾飞印刷厂印刷

*

787 毫米×1092 毫米 16 开本 51.75 印张 1297 千字

2000 年 4 月第一版 2001 年 7 月第二次印刷

印数 4001—8000 册

定价:88.00 元

(凡购买本社图书,如有缺页、倒页、脱页者,
本社发行科负责调换。联系电话:66161952)

前 言

近半个世纪以来,由于神经生物学、神经生理学、神经病理学、神经生化学、神经免疫学、神经心理学、神经影像学以及分子生物学等相关基础学科的迅速发展,大大促进了临床神经病学的进展。这表现在对许多神经疾病的病因学、发病机制及诊断技术、治疗方法的研究均获得不同程度的成果,有的还取得了突破性进展。神经系统的许多疾病和身体其他各系统的病变也密切相关。近年来,一些发达国家出版的神经病学专著种类繁多,内容也日新月异,不断反映了神经科学领域中的最新成就。我国因条件所限,尽管已出版了不少有关神经病学的著作,但远远不能满足临床医师及医学生、研究生的需要。鉴于以上情况,我科医生们多年来一直期待着编写一本“临床神经病学”,既能反映当前的研究进展,又能反映本科多年来的临床经验及研究成果。因此,本书除第十七章外,均由本院神经内、外科医师或曾在本科工作而后调往其他兄弟院校任职的专家所编写,集中反映了各位作者自己多年来的临床经验和心得、体会,有一定特色。尤其可贵的是有些图片均为作者本人多年来精心积累而贡献出来的资料。第十七章我们特约本院核医学专家潘中允教授编写,重点介绍核医学检查技术在神经系统疾病诊断和研究中的应用,对临床医师将会有所帮助。

北京医科大学第一医院神经科创建于1954年,我们的老师陈文俊教授为学科创始人。他虽已去世,但他丰富的临床经验和经典的神经疾病诊断思路对学科的发展具有深远的影响。本书的出版不仅凝结了各位作者几十年辛勤劳动的结晶,同时也凝结了陈文俊教授毕生心血的结晶。

由于本书编写人员的知识及水平所限,编写内容难免有不足和错误之处,恳请同道和广大读者给予批评指正。

编 者

1998年9月

临床神经病学编委会

主 编 陈清棠 副主编 余宗颐

编 者 (按汉语拼音字母顺序排列)

鲍圣德	陈清棠	褚月发	戴三冬	高惠珍
高素荣	国春兰	贺茂林	霍惟扬	康德琯
李海峰	李 良	潘中允	饶明俐	孙相如
唐 健	王薇薇	王荫华	吴丽娟	吴 逊
薛启蕙	尤玉才	余宗颐	袁锦楣	袁 云
张彦芳	张家涌	赵玉宾	郑丕舜	

目 录

第一章 神经系统疾病的常见症状

第一节	头痛	(1)
第二节	眩晕	(10)
第三节	昏迷	(20)
第四节	痴呆	(35)
第五节	失语症	(43)
第六节	失认症	(53)
第七节	失用症	(59)
第八节	脑死亡	(67)

第二章 颅内压紊乱及其常见疾病

第一节	脑水肿	(77)
第二节	脑积水	(78)
第三节	颅内压增高	(84)
第四节	脑疝	(91)
第五节	颅内低压症	(95)

第三章 肿瘤

第一节	颅内肿瘤	(99)
第二节	脊髓肿瘤	(147)
第三节	周围神经肿瘤——神经纤维瘤病	(153)
第四节	中枢神经系统血管内淋巴瘤病	(155)

第四章 外伤

第一节	颅脑损伤	(159)
第二节	脊髓外伤	(167)
第三节	颅神经及周围神经损伤	(171)

第五章 脑和脊髓的血管疾病

第一节	脑的血液循环	(178)
第二节	脑血液循环的临床生理	(192)
第三节	短暂性脑缺血发作	(194)

第四节	脑梗死·····	(198)
第五节	脑出血·····	(212)
第六节	蛛网膜下腔出血·····	(219)
第七节	高血压脑病·····	(222)
第八节	进行性皮层下脑病·····	(223)
第九节	脑底异常血管网·····	(225)
第十节	其他动脉疾病·····	(228)
第十一节	脑静脉系统的解剖和疾病·····	(234)
第十二节	脊髓血管的解剖和疾病·····	(242)

第六章 感染

第一节	急性化脓性脑膜炎·····	(252)
第二节	结核性脑膜炎·····	(255)
第三节	霉菌性脑膜炎·····	(257)
第四节	神经型布氏杆菌病·····	(261)
第五节	军团菌病·····	(262)
第六节	葡萄膜大脑炎综合征·····	(264)
第七节	颅内脓肿·····	(265)
第八节	硬脊膜外脓肿·····	(269)
第九节	急性脊髓炎·····	(270)
第十节	流行性乙型脑炎·····	(274)
第十一节	单纯疱疹脑炎·····	(280)
第十二节	带状疱疹脑炎及脊髓炎·····	(282)
第十三节	亚急性硬化性全脑炎·····	(284)
第十四节	进行性多灶性白质脑病·····	(289)
第十五节	Prion 病·····	(290)
第十六节	人类免疫缺陷病毒感染的神经系统表现·····	(295)
第十七节	神经梅毒·····	(304)
第十八节	神经钩端螺旋体病·····	(308)
第十九节	莱姆病·····	(313)
第二十节	脑豚囊虫病·····	(315)
第二十一节	脑型日本血吸虫病·····	(319)
第二十二节	脑型肺吸虫病·····	(323)
第二十三节	脑型疟疾·····	(325)

第七章 发育缺损

第一节	颅裂与脊柱裂·····	(332)
第二节	小脑扁桃体下疝畸形·····	(335)
第三节	枕骨与颈椎的畸形·····	(338)

第四节	椎管狭窄·····	(345)
第五节	腰骶椎畸形·····	(351)
第六节	脊髓纵裂·····	(352)
第七节	脊髓栓系综合征·····	(354)
第八节	脑性瘫痪·····	(355)

第八章 变性病和遗传变性性疾病

第一节	阿尔茨海默病·····	(359)
第二节	皮克病·····	(368)
第三节	结节性硬化·····	(375)
第四节	慢性进行性舞蹈病·····	(377)
第五节	帕金森病·····	(382)
第六节	进行性核上性麻痹·····	(407)
第七节	肝豆状核变性·····	(417)
第八节	痉挛性斜颈·····	(427)
第九节	苍白球与黑质的色素变性·····	(429)
第十节	遗传性共济失调·····	(431)
第十一节	运动神经元病·····	(444)
第十二节	脊髓空洞症与延髓空洞症·····	(454)
第十三节	脊髓亚急性联合变性·····	(458)

第九章 毒素所致的疾病

第一节	细菌毒素·····	(466)
第二节	金属毒素·····	(470)
第三节	有机化合物·····	(478)

第十章 脱髓鞘疾病

第一节	多发性硬化·····	(489)
第二节	同心圆性硬化·····	(497)
第三节	急性播散性脑脊髓炎·····	(499)
第四节	脑桥中央髓鞘溶解·····	(504)

第十一章 发作性疾病

第一节	癫痫·····	(508)
第二节	偏头痛·····	(533)
第三节	发作性睡病·····	(538)

第十二章 代谢病

第一节	脂类代谢病·····	(541)
-----	------------	-------

第二节	粘多糖累积病.....	(556)
第三节	粘脂累积病、糖脂和糖蛋白累积病	(559)
第四节	糖代谢病.....	(562)
第五节	氨基酸和有机酸代谢病.....	(570)
第六节	核酸代谢病.....	(587)
第七节	脂蛋白代谢病.....	(591)
第八节	卟啉代谢病.....	(593)
第九节	重金属代谢病.....	(594)
第十节	原因不明的代谢病.....	(595)

第十三章 系统病

第一节	血液病.....	(601)
第二节	结缔组织病.....	(613)
第三节	骨病.....	(629)
第四节	水电解质及酸碱代谢紊乱.....	(653)
第五节	副肿瘤综合征.....	(660)

第十四章 植物神经系统疾病

第一节	雷诺病和雷诺现象.....	(671)
第二节	红斑性肢痛症.....	(672)
第三节	家族性植物神经功能不全.....	(673)
第四节	特发性植物神经功能不全.....	(675)

第十五章 周围神经病

第一节	三叉神经痛.....	(677)
第二节	舌咽神经痛.....	(680)
第三节	蝶腭神经痛.....	(682)
第四节	特发性面神经麻痹.....	(683)
第五节	面肌痉挛.....	(687)
第六节	Crow - Fukase 综合征	(689)
第七节	急性炎症性脱髓鞘性多神经根炎.....	(691)
第八节	慢性炎症性脱髓鞘性多神经根炎.....	(705)
第九节	胸出口综合征.....	(710)
第十节	肘管综合征.....	(713)
第十一节	腕管综合征.....	(715)
第十二节	股外侧皮神经炎.....	(720)
第十三节	腓神经麻痹.....	(721)
第十四节	跟管综合征.....	(722)
第十五节	不安腿综合征.....	(722)

第十六节	坐骨神经痛·····	(723)
第十七节	遗传性运动感觉性神经病·····	(727)
第十八节	代谢障碍性及中毒性神经病·····	(733)
第十九节	家族性淀粉样变性多神经病·····	(737)

第十六章 肌病

第一节	进行性肌营养不良症·····	(748)
第二节	肌细胞膜兴奋性异常的肌病·····	(753)
第三节	包涵体肌炎·····	(756)
第四节	急性病毒性肌炎·····	(757)
第五节	代谢性肌病·····	(758)
第六节	内分泌性肌病·····	(764)
第七节	先天性肌病·····	(768)
第八节	僵人综合征·····	(778)
第九节	重症肌无力·····	(779)
第十节	肌无力综合征·····	(787)
第十一节	先天性肌无力综合征·····	(788)

第十七章 核素检查在神经系统疾病诊断和研究中的应用

第一节	方法·····	(795)
第二节	应用·····	(798)

第一章 神经系统疾病的常见症状

第一节 头 痛

头痛不仅是神经系统疾病最常见的症状,也是其他系统疾病常见的伴发症状之一。人的一生没有头痛体验者极少。引起头痛的原因多种多样。虽然大多数头痛为头部敏感结构的可逆性变化引起,属于良性,但可因头痛严重和迁延不愈而使患者非常痛苦、焦虑,影响工作和生活。头痛也可能是某些严重疾病的早期或惟一症状,应详细询问病史和进行神经系统检查,以早期查明原因,及时适当治疗。

一、头部疼痛敏感结构和头痛机制

头痛多数是由致痛因子(物理性或化学性的)作用于头颅疼痛敏感组织内的伤害感受器,经痛觉传导通路至中枢神经系统进行分析、整合产生痛觉。至于心因性因素所致头痛则纯属于患者的主观体验。

(一) 颅内疼痛敏感结构

- (1) 硬脑膜,尤其是颅底的硬脑膜。
- (2) 颅神经(包括其颅外部分)如三叉神经、面神经、舌咽神经和迷走神经。
- (3) 硬脑膜动脉比硬脑膜对疼痛更敏感,其中脑膜中动脉对疼痛最敏感。
- (4) 大的静脉窦及从脑表面注入其中的大的静脉。

脑实质、大部分硬膜、蛛网膜和软膜、脑室的室管膜、脉络丛以及颅骨(包括板障静脉和导血管)都对疼痛不敏感。

颅内疼痛敏感结构的牵引、移位、炎症刺激、动脉扩张均可成为头痛的原因。小脑幕上疼痛敏感结构的刺激(如前、中颅凹)产生的疼痛,经三叉神经反应到额、颞和前顶部。小脑幕上面和大脑镰由三叉神经分支小脑幕神经传导痛觉,故这些部位的病变引起的疼痛反映于同侧眼眶周围和额部。小脑幕下疼痛敏感结构(后颅凹)的刺激产生的疼痛则多经舌咽、迷走神经及上颈神经根反映到枕、后枕、上颈和耳后部。从胚胎发生学角度分析,头由胚胎第1、2颈节,下颌由第3颈节形成,故上颈部的病变可产生任何部位的头痛。三叉神经脊髓束核与颈髓后角相连,从而把三叉神经通路与颈_{1~3}后角联系起来,故枕部病变可引起额部痛;反之,额部病变可引起颈部痛。

颅内大动脉的牵引、移位等刺激均可引起头痛。当刺激大脑前、中、后动脉时,若刺激离中线较远,则产生眼、额、颈部疼痛;若刺激在近中线处,则头痛为双侧性;其疼痛由三叉神经传导。后交通支动脉瘤可引起同侧额、眶周和眼深部痛,有时误诊为三叉神经痛和偏头痛。少数病例前交通动脉的动脉瘤可致额部痛,后颅凹动脉瘤可致枕部痛。

此外,含有传入头部感觉纤维的第V、Ⅶ、Ⅸ、X颅神经及上颈神经根本身的刺激及其附近

肿瘤、炎症等,亦可引起头痛。

(二) 颅外疼痛敏感结构 几乎所有头部表面结构都对疼痛敏感。如头皮及头皮动脉、颅骨骨膜、头部和上颈部肌肉、眼、耳、鼻、牙等。这些结构的病变如炎症、外伤、动脉扩张均可引起疼痛。此种疼痛多限于病变部位,但亦可始于病变部位而后扩大范围。面部组织引起的疼痛向上、向后扩散亦可成为头痛的原因。近已证明这种扩散是由于神经兴奋的中枢扩散,可能是节段性的(在脑干)。但更常见者为头部局部起始的病理刺激引起头部和颈部肌肉收缩。当这种收缩持续时,可成为头痛的原因。此种病理性冲动亦可致颅外动脉扩张而产生血管扩张性头痛。

二、头痛的病史及检查

详细询问病史,了解头痛发生的诱因、时间、频度、加重或减轻的原因,以及伴发症状等,对分析头痛的原因非常重要。尤其慢性复发性头痛常根据病史诊断。现将头痛起病年龄、头痛出现的时间、头痛发作频度及持续时间、头痛部位及性质、头痛诱发及加重或减轻的因素、伴发症状等与头痛的可能原因或类型的关系列于表 1-1-1,便于临床工作者参考。此外,还应了解外伤史、家庭史及其他疾病史。

表 1-1-1 问诊与头痛可能类型或原因的关系

问 诊 项 目	内 容	头痛的可能类型或原因
起病年龄	青春期、青年	偏头痛、紧张型头痛
	老年	高血压头痛、颞动脉炎
头痛出现时间	早晨	脑肿瘤、副鼻窦炎
	午后	紧张性头痛
	晚上,入睡后	丛集性头痛,睡后痛醒多为颅内器质性疾病
头痛发作频度	发作性	偏头痛
	持续性	紧张性头痛,脑肿瘤,蛛网膜下腔出血
	连日发作	丛集性头痛
头痛持续时间	数秒至数分	颅、颈神经痛
	2~3 小时至 1~2 天	偏头痛、紧张型头痛
	数 天	低颅压头痛,耳、鼻性头痛
	持续进行性	脑肿瘤
	卒中样发作、持续剧痛	蛛网膜下腔出血,硬膜下血肿
头痛部位	全头痛	脑肿瘤,腰穿后头痛,紧张性头痛
	一侧头痛	偏头痛,颞动脉炎,颅内动脉瘤,耳、鼻性头痛
	前头痛	丛集性头痛,眼性头痛,三叉神经第一支痛
	后头部痛	蛛网膜下腔出血,紧张型头痛,枕大神经痛,后颅凹肿瘤,颈性头痛
	部位不定	精神性(心因性)头痛

(续表)

问 诊 项 目	内 容	头痛的可能类型或原因
头痛性质	搏动样	偏头痛,各种原因致血管扩张性头痛
	头部发紧似钳夹	紧张型头痛
	电击样	颅、颈神经痛
	刀割、钻痛样	蛛网膜下腔出血,硬膜下血肿
头痛诱发及加重因素	用力、咳嗽、喷嚏	颅内压增高性头痛
	与体位关系	血管扩张性头痛,卧位常加重
		低颅压头痛,卧位减轻或消失
		第三脑室肿瘤,因体位改变加重或减轻
	用 眼	眼性头痛
	精神紧张	紧张性头痛
头痛合并症状	呕吐	偏头痛,颅内压增高头痛
	焦虑、失眠	紧张性头痛
	神经系局灶体征	脑肿瘤,硬膜下血肿,颅内动脉瘤等颅内器质性疾病

对头痛的患者须做详细的神经系统检查,尤其注意观察眼底。此外,还应做详细的一般体检,包括血压、体温、脑膜刺激征等。如头痛可能与头部五官病变有关时,还应做专科检查。头颅和(或)颈椎 X 线片,头颅 CT、MRI、脑电地形图等对某些头、颈椎病变产生的头痛有诊断价值。腰椎穿刺查脑脊液很重要,对颅内炎症性病变、蛛网膜下腔出血、低颅压等的诊断是必不可少的,神经影像学不能代替其重要性。

三、头痛的分类

1988 年国际头痛学会制订了新的头痛分类。在此仅介绍大项分类。

1. 偏头痛

- 1.1 没有先兆的偏头痛
- 1.2 有先兆的偏头痛
- 1.3 眼肌瘫痪性偏头痛
- 1.4 视网膜性偏头痛
- 1.5 可能为偏头痛先兆或与偏头痛有关的儿童周期性综合征。
- 1.6 偏头痛的合并症
- 1.7 不符合上述标准的偏头痛样疾患

2. 紧张型头痛

- 2.1 发作性紧张型头痛
- 2.2 慢性紧张型头痛

- 2.3 不符合上述标准的紧张型头痛
- 3. 丛集性头痛和慢性发作性偏侧头痛
 - 3.1 丛集性头痛
 - 3.2 慢性发作性偏头痛
 - 3.3 不符合上述标准的丛集性头痛样病
- 4. 与结构性疾患无关的杂类头痛
 - 4.1 原发性刀刺样头痛
 - 4.2 外面压迫性头痛
 - 4.3 冷刺激性头痛
 - 4.4 良性咳嗽引起的头痛
 - 4.5 良性用力引起的头痛
 - 4.6 与性活动有关的头痛
- 5. 与头颅外伤有关的头痛
 - 5.1 急性头颅外伤后头痛
 - 5.2 慢性头颅外伤后头痛
- 6. 与血管疾病有关的头痛
 - 6.1 急性缺血性脑血管病
 - 6.2 颅内血肿
 - 6.3 蛛网膜下腔出血
 - 6.4 未破裂的血管畸形
 - 6.5 动脉炎
 - 6.6 颈动脉和椎动脉痛
 - 6.7 静脉血栓形成
 - 6.8 动脉性高血压
 - 6.9 与其他血管性疾患有关的头痛
- 7. 与非血管性颅内疾患有关的头痛
 - 7.1 高颅压
 - 7.2 低颅压
 - 7.3 颅内感染
 - 7.4 颅内结节病和其他非感染性炎性疾病
 - 7.5 与椎管(鞘内)注射有关的头痛
 - 7.6 颅内新生物
 - 7.7 与其他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
 - 8.1 突然应用或暴露于某种物质引起的头痛
 - 8.2 慢性(长期)应用或暴露于某种物质引起的头痛
 - 8.3 某些物质戒断引起的头痛(短期应用)
 - 8.4 某些物质戒断引起的头痛(慢性或长期应用)
 - 8.5 与某些物质有关引起的头痛但机制不明

- 9. 与非头部感染有关的头痛
 - 9.1 病毒感染
 - 9.2 细菌感染
 - 9.3 其他感染引起的头痛
 - 10. 与代谢疾病有关的头痛
 - 10.1 缺氧
 - 10.2 高二氧化碳(高碳酸血症)
 - 10.3 混合性缺氧与高碳酸血症
 - 10.4 低血糖
 - 10.5 透析
 - 10.6 其他代谢异常引起的头痛
 - 11. 与头颅、颈部、眼、鼻、副鼻窦、牙齿、口腔或其他面部或头颅结构有关的头痛或面部疼痛
 - 11.1 头颅
 - 11.2 颈部
 - 11.3 眼
 - 11.4 耳
 - 11.5 鼻与副鼻窦
 - 11.6 牙齿、下颌和有关结构
 - 11.7 颞颌关节疾病
 - 12. 颅神经痛、神经干痛或传入性痛
 - 12.1 颅神经原性持续性(与抽搐样痛相反)疼痛
 - 12.2 三叉神经痛
 - 12.3 舌咽神经痛
 - 12.4 中间神经痛
 - 12.5 喉上神经痛
 - 12.6 枕神经痛
 - 12.7 三叉神经以外的中枢性原因引起的头和面部痛
 - 12.8 不能归入 11 或 12 标准的面部痛(以前称不典型面部疼痛)
 - 13. 不能分类的头痛
- 从以上头痛分类可见引起头痛的原因多种多样。

四、常见头痛类型的诊断与治疗

(一) 偏头痛(migraine) 详见第十一章第二节

(二) 紧张性头痛 紧张性头痛是由于过度疲劳、精神紧张、姿势不良等原因引起头部颅顶肌、颞肌和颈肌持续收缩而产生的慢性头痛。曾将其称为肌收缩性头痛。无前驱症状,通常为双侧,亦可为单侧,大部局限于后头部及颈部,持续性钝痛、头部紧压感、或如帽带箍紧、或如钳夹、或如虫爬样感,枕颈部则为牵拉感,发僵、酸痛。头痛频度及强度差异很大,持续数小时、数天、数周以至数月或更长,劳累时加重,休息后减弱,常伴头昏、失眠、健忘、焦虑、躯体和内脏不适感等神经功能失调症状,而临床检查除头、颈、肩部肌肉可见压痛外,多无肯定体征。

头和颈部肌收缩性疼痛还可继发于头部其他部位疾病,肌收缩性痛且可超过原发病疼痛,如副鼻窦炎、牙病等。

颈源性头痛可因颈神经根刺激而产生后头及颈部肌肉收缩而产生疼痛。同样,导致上颈神经根刺激的原因,如枕大孔附近或上颈髓水平肿瘤、颈椎间盘脱出,为保护神经根受刺激避免颈部活动而产生颈部肌肉持续收缩,亦可产生头痛。此时如为神经根本身刺激所致头痛则属神经性头痛。

其他原因引起的头痛也经常继发或伴发紧张性头痛。大多偏头痛患者在发作间歇期有紧张性头痛,高血压头痛、颅、颈神经痛等,均可伴有紧张性头痛。

紧张性头痛于头痛时作肌电图检查可见局部过度的肌肉收缩,但并不能证明疼痛与肌收缩的因果关系,因疼痛本身可致肌肉收缩。有人认为肌收缩处发生局部缺血是疼痛持续的原因;由于肌肉持续收缩游离出的钾、磷、乳酸、5-羟色胺,徐缓激肽等致痛物质的积贮,可产生头痛。

治疗针对因过度肌肉收缩而产生的疼痛和精神紧张。镇痛剂与咖啡因合用、局部按摩及热敷、普鲁卡因局部封闭常可使之缓解几小时甚至更长时间。一般止痛剂无效。镇静剂及精神疗法亦有效。

(三) 丛集性头痛 丛集性头痛(cluster headache)曾称为组织胺性头痛、偏头痛性神经痛,为一连串密集发作,如连续每日发作,大多持续4~8周,随后有数月甚至数年缓解的一种头痛,亦有些患者每年固定月份发作。常在夜间突然发作,疼痛起于一侧眼及眼周,扩散于同侧眶、颞、前头部,有时至整个半头,为难忍的跳痛或钻痛,持续20~90分钟,多见于青年男性。发作时伴随结合膜充血、流泪、流涕、鼻充血,大约20%患者出现头痛侧Horner综合征,可能为围绕颈内动脉颅外段的交感神经丛受累所致。少数丛集头痛每次犯病持续11个月以上,为慢性丛集性头痛。

丛集性头痛的治疗与偏头痛相同,急性发作时用麦角胺治疗。对丛集性头痛连续夜间发作者可于每晚睡前服1~2mg麦角胺,连服10~14天,对终止头痛发作有效。亦可食用钙通道拮抗剂或镇静剂。对每年有固定月份发作者,可于发作前连续服预防性药。预防性药与偏头痛预防药同。

(四) 与外伤有关的头痛 脑外伤后头痛的病因机制可能有几方面:①疼痛由于局部软组织损伤,头皮局部有外伤痕、肿胀、压痛、过敏,此种头皮局部压痛与过敏可持续一年或更长,成为慢性外伤后头痛的症状;②头痛由于头或颈部肌肉的持续收缩,头痛具重压、钳夹、似戴帽感觉,亦常为慢性外伤后头痛的主要原因;③头痛由于颅内、外血管扩张;④伴随外伤的精神刺激引起的头痛与精神性头痛同。

脑外伤后由于颅内、外血管扩张以致头痛常为持续性跳痛样全头痛,可于外伤后立即发生,持续几天、几个月以至长时间。头痛强度与外伤程度或神志丧失时间可无关,而情绪因素、疲劳可使之加重,可伴头晕、失眠等症状,这种无客观体征的顽固性外伤后头痛,可呈阵发性或阵发性加重。

此外,脑外伤后头痛呈急性或亚急性加重,或头痛已消失,几天或几周后头痛再现,并持续加重,出现颅内压增高特征,或同时出现神经系局灶体征,应考虑慢性硬膜下或硬膜外血肿或脑水肿的可能。在积极降颅压的同时,进行头颅X线片、头颅CT、MRI、腰椎穿刺等以尽早确定诊断,及时进行外科手术治疗。

此型头痛治疗主要依据其产生机制,外伤后立即头痛者除用镇痛药、镇静药外,可每日1~2次静脉注射高张葡萄糖3~5日。慢性脑外伤后头痛止痛药常无效,主要用适量镇静药。咖啡因对血管扩张引起的头痛有效。

(五) 与血管性疾病有关的头痛 缺血性和出血性脑血管病由于卒中样发病以及神经系统局灶体征,诊断不困难。

1. 蛛网膜下腔出血 头痛产生的原因,出血早期因脑脊液中红细胞和胆红素,直接刺激三叉神经根及上部颈神经根,或通过刺激脊神经前根引起颈部肌肉收缩,使通过这些肌肉的枕大、枕小和耳大神经受挤压而致头痛。随血液进入脑脊液,放出大量游离激肽,又因血小板破坏释出5-羟色胺均可致头痛。血液进入蛛网膜下腔致颅压增高,血液对敏感结构的压迫、牵引、移位等亦为头痛产生的原因。

卒中型头痛,多在体力劳动或情绪激动后起病,头痛常为早期症状,并立即达到剧烈程度。开始痛在后枕及后颈部,亦可为一侧,很快为全头痛,几小时就有颈强直。常伴恶心呕吐,可有嗜睡或烦躁等神智障碍。神经系统局灶性体征不多见,可有动眼神经麻痹、偏轻瘫、失语等。有些病例有类似偏头痛发作史,提示颅内动脉瘤的存在。头痛消失慢,而轻的头痛可持续几周。腰椎穿刺可确定诊断。治疗主要是降颅压、镇静、止痛。

2. 颞动脉炎 罕见。多见于50岁以上年长者(60~75岁多见)。虽有时与全身感染过程有关。但大多病例不能准确确定病因,许多病例有广泛巨细胞动脉炎或其他胶原血管病证据。近年指出颞动脉炎与多发性风湿性肌痛有关。

病理:受累动脉及周围组织的病理变化典型且恒定。受累血管扭曲、肿胀、有结节,邻近组织可见蜂窝织炎。颞动脉最常受累,但视网膜中央动脉、枕、桡、肱、面、冠状和脑动脉均可受累。镜下为全动脉炎,动脉全层有肉芽肿反应,中层反应最大。动脉壁坏死灶内有淋巴细胞、浆细胞、巨噬细胞浸润,偶见多核及嗜酸细胞。当一部分病变进展时,一部分出现恢复。有时病变过程扩展至内膜,致动脉腔血栓形成。

症状:分全身症状与局部症状。最常见全身症状为低烧,通常伴有寒战、体重下降,多汗、无力、恶心、呕吐、肩胛带风湿样痛。头痛型式和程度不同,通常为烧灼痛或跳痛,疼痛常开始于颞动脉外的区域,首先在牙、颞颥区、头部甚至枕部。咀嚼时痛可能是最初的症状。颞动脉区头皮过敏也可以是开始的症状。典型的局限性疼痛可在其他症状几天甚至几周后发生。通常有限局炎症或蜂窝织炎,局部皮肤水肿和发红。受累颞动脉发硬、扭曲、压痛、有结节,搏动减弱或消失。

眼部症状常见,是非致命病例中最严重合并症,眼痛,畏光、复视、一或两眼暂时或永久的失明,其原因可能是视网膜中央动脉堵塞,或缺血性视神经炎。

精神迟钝、头晕、谵妄、呕吐、构音障碍,昏迷均有报道,有些病例具有局限性神经系体征,表明颈内动脉或颅内动脉受累。

血沉明显增快,血清蛋白电泳示 α 球蛋白明显升高,血液白细胞中等升高,常有贫血和铁质减少,碱性磷酸酶多轻度升高。

本病为自限病,持续1~2个月,随后几个月缓解或加重。死亡罕见。

诊断根据颞动脉活检所见典型病理变化。手术切除受累颞动脉是唯一有效的治疗方法。结扎受累颞动脉只能解除局部症状,对全身症状无效。类固醇治疗有价值,并应尽可能早用,以防止眼和脑血管发生更大病变。血沉及头痛程度可作为类固醇用量和时间的指标。