


# 临床疾病概要与 诊治要点

郭 勇等◎主编

非  
外  
借

 吉林科学技术出版社

# 临床疾病概要与诊治要点

郭 勇等◎主编

## 图书在版编目 ( C I P ) 数据

临床疾病概要与诊治要点/ 郭勇等主编 .-- 长春:  
吉林科学技术出版社, 2017.3  
ISBN 978-7-5578-1876-0

I. ①临… II. ①郭… III. ①疾病—诊疗IV.  
①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 038657号

## 临床疾病概要与诊治要点

LINCHUANG JIBING GAIYAO YU ZHENZHI YAODIAN

---

主 编 郭 勇 等  
出 版 人 李 梁  
责任编辑 赵 兵 张 卓  
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司  
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司  
开 本 787mm×1092mm 1/16  
字 数 301千字  
印 张 12.5  
印 数 1—1000册  
版 次 2017年3月第1版  
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

---

出 版 吉林科学技术出版社  
发 行 吉林科学技术出版社  
地 址 长春市人民大街4646号  
邮 编 130021  
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628  
85652585 85635176

储运部电话 0431-86059116  
编辑部电话 0431-86037565  
网 址 www.jlstp.net  
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

---

书 号 ISBN 978-7-5578-1876-0  
定 价 35.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换  
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。  
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

# 前 言

近年来，随着时代的发展、现代科技的进步，临床医学发生了日新月异的变化，新型学科层出不穷，专业日渐细化。各医学学科的基础理论研究及临床诊治也得到了迅速发展，新概念、新理论、新观点、新药物、新技术、新疗法不断涌现，循证医学也在不断地把最新证据推向临床。为了适应我国临床医学的快速发展，为了满足临床医师的迫切需求，编者结合自身多年丰富的临床经验，并参考大量国内外相关文献，吐故纳新、详细总结，倾力合著了这本《临床疾病概要与诊治要点》。

本书重点描述了神经内科、神经外科、泌尿外科、普外科及血管外科等临床常见科室疾病的诊疗手段，详细介绍了相关疾病的病因、发病机制、临床表现、实验室及其他检查、诊断与鉴别诊断、治疗、预防及预后等内容。资料翔实，选材新颖，图表清晰，详细而不繁杂，实用性较强，对于医务工作者处理相关问题具有一定的参考价值，也可作为各基层医生和医务工作者学习之用。

本书编委均是高学历、高年资、精干的专业医务工作者，对各位同道的辛勤笔耕和认真校对深表感谢！由于写作时间有限，难免有纰漏和不足之处，恳请广大读者予以批评、指正，以便再版时修正。

编 者  
2017年2月

# 目 录

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 第一章 脑血管疾病             | 1   |
| 第一节 自发性脑出血            | 1   |
| 第二节 高血压脑病             | 6   |
| 第三节 脑动脉炎              | 8   |
| 第四节 脑动静脉畸形            | 14  |
| 第五节 颅内静脉窦及静脉血栓形成      | 16  |
| 第二章 神经系统感染性疾病         | 23  |
| 第一节 中枢神经系统结核感染        | 23  |
| 第二节 肺炎支原体感染与中枢神经系统并发症 | 42  |
| 第三节 神经系统 HTLV - 1 感染  | 49  |
| 第四节 中枢神经系统真菌感染        | 52  |
| 第五节 中枢神经系统寄生虫感染       | 60  |
| 第三章 中枢神经系统脱髓鞘疾病       | 72  |
| 第一节 多发性硬化             | 72  |
| 第二节 弥漫性硬化             | 76  |
| 第三节 同心圆性硬化            | 77  |
| 第四节 视神经脊髓炎            | 78  |
| 第五节 脑白质营养不良           | 80  |
| 第六节 急性播散性脑脊髓炎         | 83  |
| 第七节 脑桥中央髓鞘溶解症         | 85  |
| 第四章 颅内肿瘤              | 87  |
| 第一节 颅内肿瘤的临床表现及治疗      | 87  |
| 第二节 脑肿瘤影像学及治疗技术进展     | 90  |
| 第三节 脑胶质瘤              | 99  |
| 第四节 脑膜瘤               | 101 |
| 第五节 垂体腺瘤              | 105 |
| 第六节 颅内神经鞘瘤            | 110 |
| 第七节 其他颅内原发肿瘤          | 113 |
| 第八节 转移性肿瘤             | 116 |
| 第九节 颅内黑色素瘤            | 118 |
| 第五章 泌尿系统感染            | 122 |
| 第一节 概述                | 122 |

|             |                   |     |
|-------------|-------------------|-----|
| 第二节         | 尿路感染的诊断           | 124 |
| 第三节         | 抗菌药物治疗            | 126 |
| 第四节         | 泌尿外科常见手术抗生素的预防性应用 | 128 |
| 第五节         | 膀胱感染              | 130 |
| <b>第六章</b>  | <b>泌尿系统损伤</b>     | 135 |
| 第一节         | 肾脏损伤              | 135 |
| 第二节         | 输尿管损伤             | 143 |
| 第三节         | 膀胱损伤              | 147 |
| 第四节         | 尿道损伤              | 150 |
| <b>第七章</b>  | <b>泌尿系统肿瘤</b>     | 156 |
| 第一节         | 尿道肿瘤              | 156 |
| 第二节         | 阴茎肿瘤              | 158 |
| 第三节         | 睾丸肿瘤              | 159 |
| <b>第八章</b>  | <b>普外科疾病</b>      | 164 |
| 第一节         | 胃、十二指肠损伤          | 164 |
| 第二节         | 胃、十二指肠溃疡          | 168 |
| <b>第九章</b>  | <b>周围血管外科疾病</b>   | 177 |
| 第一节         | 血栓闭塞性脉管炎          | 177 |
| 第二节         | 单纯性下肢浅静脉曲张        | 182 |
| <b>参考文献</b> |                   | 193 |

# 第一章 脑血管疾病

## 第一节 自发性脑出血

自发性脑出血 (spontaneous intracerebral haemorrhage, ICH) 是指非外伤情况下各种原因引起的脑大、小动脉, 静脉和毛细血管自发性破裂引起的脑内出血。

### 一、流行病学

在欧美国家, 脑出血患者占全部卒中患者的 10% ~ 20%, 病死率和致残率都很高, 有资料显示病死率达 23% ~ 52%。在我国, 根据 2005 年中国脑血管病防治指南, 脑出血发病率为 60 ~ 80/10 万人口/年, 占全部卒中病例的 30% 左右, 急性期病死率约为 30% ~ 40%。大脑半球出血约占 80%, 脑干和小脑出血约占 20%。至于复发性脑出血的发生率, 根据国外资料, 亚洲国家为 1.8% ~ 11%, 欧洲国家为 6% ~ 24%, 拉丁美洲为 6% ~ 30%。

### 二、病因和发病机制

#### (一) 病因

脑出血是一种多因素疾病, 受环境和遗传因素共同作用。自发性脑出血的最常见原因是高血压, 另一些多见的病因为淀粉样变性血管病、先天性血管瘤、动静脉畸形、凝血障碍和各种原因的占位。其他还有 moyamoya 病、结节性多动脉炎、抗凝剂和抗血小板聚集剂的应用和某些药物的使用等。

#### (二) 发病机制

高血压病导致的脑出血多发生在脑内大动脉直接分出的穿通小动脉, 如大脑中动脉的豆纹动脉、丘脑穿通动脉等。这些小动脉是管壁薄弱的终末支, 承受较多的血流和较大的压力。长期的血压增高和动脉粥样硬化使血管壁脂质沉积, 结缔组织透明变性, 弹力纤维断裂, 纤维蛋白坏死, 脆性增加, 血管壁变薄, 还会使血管壁上形成一些微小动脉瘤, 这些因素都易引起出血。高血压性脑出血通常位于基底节区、桥脑和小脑。

先天性血管瘤和动静脉畸形在破裂前许多患者是无症状的, 当血管壁的变性达到一定程度破裂时, 可引起脑出血或蛛网膜下腔出血。有时动脉瘤一次性完全破裂而血管造影可为阴性。

脑淀粉样血管病 (cerebral amyloid angiopathy, CAA) 引起的脑出血占 5% ~ 10%, 随着年龄增大而发生率增加, 在 80 岁时。约 40% 的人脑血管有淀粉样变性, 其引起的脑出血多发生于脑叶, 以额叶、顶叶为最多见, 为多灶出血, 易反复发作, 而患者无高血压病。载脂

蛋白 E 基因多态性是其重要的危险因素, e4 和 e2 是与脑叶出血密切相关的基因型。淀粉样物质沉积在脑血管内, 特别是皮质和脑膜中小动脉。淀粉样变性严重的血管呈动脉瘤样扩张, 中、外膜几乎完全被淀粉样蛋白取代, 弹力膜和中膜平滑肌变性消失, 这是产生微血管瘤出血的原因。CAA 的确诊依靠活检或尸检的病理检查。

结节性多动脉炎和一些细菌性、病毒性和立克次体病导致血管壁的炎性改变和坏死, 引起脑出血。

占位性病变引起脑出血的主要是脑瘤或脑转移瘤, 主要是因为新生的肿瘤血管的破裂。

药物因素有抗血小板聚集的阿司匹林和抗凝剂华法林, 联合应用时出血危险性增大。

### (三) 危险因素

目前已肯定的与脑出血相关的危险因素有高血压病、年龄、人种、吸烟、酗酒及华法林治疗。

## 三、临床表现

自发性脑出血通常发生于 50 ~ 75 岁, 男性略多于女性, 多在活动中急性发病, 突然出现局灶性神经功能缺损症状, 如偏瘫、偏身麻木, 常伴头痛、呕吐、意识障碍, 绝大多数患者脑出血时血压升高。有的患者有先兆症状, 如头痛、失忆、思维混乱、短暂的肢体乏力或麻木, 一般持续数小时。按出血部位的不同, 脑出血一般分为壳核、丘脑、尾状核、皮质下(脑叶)、小脑和脑干出血等。

### (一) 大脑半球深部出血

(1) 丘脑出血: 是一种严重的脑出血, 约占 20%。最初表现为对侧偏身深浅感觉障碍, 如果累及内囊, 出现对侧偏瘫, 下肢重于上肢。出血向中线扩散时, 可破入脑室系统, 血块阻塞中脑导水管时, 引起阻塞性脑积水。出血量大时, 患者出现昏迷。出血如果向前侵入, 可累及下丘脑和中脑背侧, 出现瞳孔缩小、光反应迟钝、眼球上视障碍。主侧丘脑出血时, 出现丘脑性失语, 表现为言语缓慢不清、发音困难、重复语言、复述差而朗读正常。预后与出血量密切相关, 直径大于 3cm 的出血通常是致命的。

(2) 壳核出血: 是最常见的脑出血, 约占 50% ~ 60%, 同时影响相邻的内囊, 临床表现重。头痛、呕吐的同时, 出现对侧偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、双眼向病灶侧凝视。优势半球出血常致失语。尚可出现失用、记忆力和计算力障碍等。出血量大时有昏迷。

(3) 尾状核出血: 尾状核头部出血占自发性脑出血的 5%。出血扩展到周围脑组织时, 出现对侧偏瘫、偏身感觉障碍、凝视障碍和认知异常。该部位出血的原因除了高血压外, 动脉瘤和动静脉畸形也有可能, 应常规做脑血管造影。该型预后良好。

### (二) 脑干出血

(1) 中脑出血: 比较少见。表现为病灶侧动眼神经麻痹, 对侧偏瘫, 即 Weber 综合征。如果出血量大, 则出现双侧体征, 严重者很快出现昏迷, 去大脑强直。

(2) 桥脑出血: 突然出现头痛、呕吐、眩晕、复视、交叉性瘫痪、偏瘫或四肢瘫等。通常出血从桥脑中段的被盖开始, 出血量大的患者很快陷入昏迷, 有双侧的锥体束征和去大脑强直, 表现为四联征: 发热、四肢瘫痪、针尖样瞳孔和呼吸不规则, 重症患者可在数小时内死亡。出血量小的患者有脑干的交叉体征, 即一侧的面瘫或其他颅神经麻痹, 对侧肢体偏



瘫和眼球凝视障碍。与大脑半球的出血不同，桥脑出血的凝视障碍常是永久性的。

(3) 延髓出血：非常罕见。轻者表现为头痛、眩晕、口齿不清和吞咽困难，重者突发意识障碍，呼吸不规则，血压下降，继而死亡。

(4) 小脑出血：占自发性脑出血的10%左右，50~80岁的人群易发。大多数小脑出血的原因是高血压，其他还有占位性病变、血管畸形、凝血障碍和淀粉样变性。临床表现为后枕部头痛、眩晕、反复呕吐、行走不稳，体检有眼震，肢体或躯干共济失调，但无偏瘫，可出现同侧凝视障碍和面神经麻痹。小脑出血常破入第四脑室和后颅窝，引起颈项强直。如果水肿严重，可压迫脑干，甚至导致小脑扁桃体疝而死亡。大于10ml的小脑出血是神经外科手术的指征。

(5) 脑叶出血：约占5%~10%。高血压常常不是主要原因。主要的病因为脑淀粉样血管病变，动静脉畸形和凝血障碍。患者有时有癫痫发作，与其他部位的脑出血相比较，预后较好。

a. 额叶出血：表现为前额部疼痛和对侧偏瘫，偏瘫程度不等，与血肿的大小和部位有关。优势半球出血时有运动性失语。常见局灶性癫痫发作。体检时可见额叶释放征，如吸吮和强握发射。

b. 顶叶出血：同侧颞顶部疼痛，对侧肢体感觉障碍和轻偏瘫。优势半球顶叶出血时，出现Gerstmann综合征，表现为手指认识不能、计算不能、身体左右辨别不能和书写不能。非优势半球出血时，有偏侧忽视、失用等表现。

c. 颞叶出血：表现为对侧中枢性面舌瘫和以上肢为主的瘫痪，常伴性格和情绪改变，主侧受损时有感觉性失语。因为出血可侵及视放射，可有偏盲或象限盲。

d. 枕叶出血：同侧后枕部疼痛，对侧同向偏盲或象限盲，并有黄斑回避现象，可有视物变形。一般无肢体瘫痪和锥体束征。

(6) 脑室出血：约占脑出血的3%。常见的病因有血管畸形、动脉瘤、占位病变和高血压病。临床表现为急性头痛、呕吐伴昏迷；常出现丘脑下部受损的症状，如上消化道出血、中枢性高热、尿崩症等；体检示双侧瞳孔缩小，四肢肌张力增高，病理反射阳性，脑膜刺激征阳性。轻者仅有头痛和呕吐，而无其他表现，轻症患者预后良好。

#### 四、实验室检查及特殊检查

头颅CT是脑出血首选的检查，出血后CT能立即显示病灶，怀疑为脑出血的患者应尽早进行CT检查。出血灶在CT上显示为高密度灶，边界清楚，CT值为75~80Hu，数小时后周边出现低密度的水肿带。高血压性脑出血常见于壳核、丘脑、桥脑或小脑。淀粉样变性和血管畸形引起的出血大多位于脑叶。脑出血急性期，头颅CT优于MRI，但MRI检查能更准确地显示血肿演变过程，对某些脑出血患者的病因探讨会有帮助，如能较好地发现脑瘤卒中、动脉瘤和动静脉畸形等。在脑出血后的3~10d，大的出血灶的占位效应明显，幕上病灶引起中线向健侧偏移，水肿带增宽。随着出血的吸收，病灶的密度和信号降低。当出血完全吸收时，CT上留下低密度的软化灶。对于怀疑为动脉瘤和动静脉畸形的患者，应行脑血管造影检查。



## 五、诊断和鉴别诊断

脑出血一般在活动中，情绪激动时发病，有局灶性神经功能受损的体征，结合典型的头颅 CT 表现，诊断不难。高血压性脑出血一般发生于 50 岁以上，有高血压病史，发病时血压很高，常见的出血部位是壳核、丘脑、桥脑和小脑。动静脉畸形引起的出血多在 40 岁以下，出血常见于脑叶，影像学检查可有血管异常表现。年龄较大，又无高血压病的多发性脑叶出血的患者常为淀粉样血管病，这种出血可反复发作。脑瘤卒中的患者发病前常常已有神经科局灶症状，头颅 CT 上血肿周围早期出现明显的水肿带。溶栓和抗凝治疗引起的脑出血多见于脑叶或原发病灶附近。

脑出血需与蛛网膜下腔出血、脑梗死、高血压脑病鉴别，有时亦需与脑膜炎等感染性疾病鉴别。头颅 CT 和 MRI 能提供可靠的结果。

## 六、治疗

### (一) 急性期治疗

自发性脑出血的治疗还没有国际统一的标准。目前普遍认同的观点是，脑出血急性期治疗的基本原则为控制颅内压增高，减轻脑水肿，调整血压，防止再出血，减少并发症，减轻血肿造成的继发性损害，促进神经功能恢复。

(1) 基础护理和支持治疗：很重要。保持患者平静，卧床休息，头部少动，确保呼吸道通畅，昏迷患者应将头偏向一侧，以利于分泌物及呕吐物流出，并可防止舌根后坠阻塞呼吸道。吸氧，必要时气管插管或切开，予以机械通气。严密观察患者的生命体征，重症患者用心电监护仪。不能进食的患者予以胃管鼻饲，防止和治疗感染、褥疮和其他并发症，如上消化道出血，高血糖等。

(2) 降低颅内压，减轻脑水肿：渗透性脱水剂是治疗的首选。常用的药物为 20% 甘露醇、甘油果糖和呋塞米，根据出血量、部位和患者的临床表现，决定用药的剂量和频率。甘露醇应用最广泛，其渗透压约为血浆的 4 倍，用药后血浆渗透压明显升高，使脑组织脱水，其降颅压作用确定可靠，可用 20% 甘露醇 125 ~ 250ml 快速静脉滴注，6 ~ 8h 1 次，一般用 5 ~ 7d 为宜，但应注意患者肾功能。肾功能不全的患者，可用甘油果糖代替甘露醇，其起作用的时间较慢，脱水作用温和，但持续时间长，可维持 6 ~ 12h，用法为 250 ~ 500ml 静脉滴注，每日 1 ~ 2 次。呋塞米主要辅助高渗性脱水剂的降颅压作用，在心功能或肾功能不全的患者中应用可减轻心脏负荷，促进体液排泄，一般建议与甘露醇交替使用。有条件的患者，可酌情使用白蛋白，白蛋白提高血浆胶体渗透压，使红细胞压积明显降低，产生血液稀释效应，从而减轻脑水肿。对皮质类固醇激素的使用尚有争议。

(3) 调控血压：治疗高血压会降低颅内压，并减低再出血的危险性，但应缓慢平稳降压。如血压大于 200/110mmHg 时，在降颅压的同时给予降血压治疗，使血压稳定在略高于病前水平或 180/105mmHg 左右；收缩压在 170 ~ 200mmHg 或舒张压在 100 ~ 110mmHg，先脱水降颅压，必要时再用降压药；收缩压小于 165mmHg 或舒张压小于 95mmHg，不需降血压治疗。

(4) 止血药的应用：对于稳定的脑内出血，周围的脑组织通过提高组织内压，压迫出血区域而止血，止血药无明确疗效。但少数患者出血早期 (24h 内) 有可能继续出血或患者

有凝血功能障碍时，可用止血药，时间不超过1周。

(5) 并发症的治疗：脑出血患者也可有深静脉血栓形成和肺栓塞，这时抗凝剂的应用应该权衡利弊，根据具体情况而定。上消化道出血可用质子泵抑制剂和 $H_2$ 受体拮抗剂。出现肺部和泌尿系统感染应选用敏感的抗生素。血糖的一过性升高可能是脑出血的应激反应，可适当应用胰岛素。

(6) 外科手术的指征和禁忌症：手术的目的是尽可能迅速和彻底地清除血肿，最大限度地减少脑损伤，挽救患者生命，降低神经功能缺失的程度。应遵循个体化的治疗原则，权衡出血量和出血部位及患者的整体情况来决定是否手术。大脑半球出血大于30ml，小脑出血大于10ml需要考虑手术。手术禁忌症为深昏迷或去大脑强直；生命体征不稳定；脑干出血；基底节或丘脑出血影响到脑干；病情发展急骤，数小时即深昏迷者。

## (二) 恢复期治疗

在脑出血恢复期，患者除了药物治疗外，还应该接受肢体功能、语言和心理方面的康复治疗和健康教育，康复治疗应尽早进行，最大可能地降低神经功能损伤，减少并发症，改善生活质量，提高患者及家属对脑出血的危险因素、预防和疗效的认识，理解脑出血后的康复治疗是一个长期持续的过程。在有条件的医院，应将患者收入康复卒中单元。也可进行社区康复，提高患者运动功能和日常生活能力。

## 七、预防

目前没有一种药物对脑出血明确有效，因此预防尤其重要，防治高血压是降低脑出血发病率、致残率和死亡率的最有效措施。

(1) 一级预防：相当重要，强化健康教育，使居民提高对高血压病危害性的认识。用药物治疗和控制高血压是预防脑出血最主要的方法，使血压低于140/90mmHg。同时，中老年人应有健康的生活方式，避免过度劳累、过重的体力工作和情绪激动，多食蔬菜、水果和低脂类食品，增加及保持适当的体力活动，适当减肥，戒烟限酒，保持乐观的生活态度。

(2) 二级预防：脑出血后遗症患者除了积极控制高血压外，应适当进行体育锻炼，加强肢体的功能训练。

## 八、预后

脑出血的预后由出血部位和出血量决定。一般来说，脑干、丘脑、内囊出血和脑出血破入脑室的患者预后较差，出血量越大死亡率越高，存活的也有严重的后遗症，首次哥拉斯哥昏迷量表(GCS)评分越低，预后越差。少量的、位于脑功能静区的脑出血预后可以相当好，可完全恢复。脑出血可复发，如高血压性和淀粉样变性的患者，出血灶可在相同或不同部位。根据两次出血部位的关系可分为脑叶-脑叶型、基底节-基底节型、脑叶-基底节型、基底节-脑叶型和幕上-幕下型等，以前两型为多见。脑出血以后发生脑梗死也很常见。

(杨 茜)

## 第二节 高血压脑病

高血压脑病是一种暂时性急性脑功能障碍综合征。各种原因所致的动脉性高血压，均可引起高血压脑病。目前仍公认高血压脑病是急性脑血管病的一个类型。近年来由于对高血压的诊断越来越重视和抗高血压药物的不断发展，这一综合征已日益少见。

### 一、概述

高血压脑病常见于原发性恶性高血压、急性或慢性肾小球肾炎、妊娠高血压综合征，也可见于嗜铬细胞瘤、库兴综合征、长期服用降血压药突然停药后、长期服用单胺氧化酶抑制剂（抗抑郁剂）同时服用酪胺（奶油和各种乳酪）等引起的血压增高。发病前有过度劳累、神经紧张或情绪激动的诱发因素。

高血压脑病的发病机制尚未完全清楚。可以肯定的是与动脉血压增高有关，当血压急剧升高时，脑的小动脉发生痉挛、造成血液循环障碍，组织缺血缺氧。而后通过自动调节机制，使脑的血液供应在一定范围内得到纠正。当血压继续恶性升高时，自动调节机制破坏，脑血管完全扩张，血流量增加，造成过度灌注，血管内液体外渗，迅速出现脑水肿和颅内压增高，毛细血管壁变性坏死，点状出血及微梗死，而产生脑功能全面障碍的症状。

### 二、病理

高血压脑病脑实质最具特征性的变化是表面或切面可见瘀点样或裂隙状出血及微梗死灶。脑血管特征性改变是脑内细小动脉节段性、局限性纤维性样坏死；非特征性的改变有脑内细小动脉透明样变性、中层肥厚，大中动脉粥样硬化等，还可见小动脉及毛细血管内微血栓形成。高血压脑病时，脑组织水分增加，冠状切面上见有水腫表现，白质常为淡黄色。显微镜下可见神经组织水肿明显，并有大片脱髓鞘改变。可见神经胶质瘢痕形成。

### 三、临床表现

临床多见于既往有高血压病史者，可有如下症状和体征：①发病年龄较宽，小儿到老年均可罹患本病。根据年龄的不同而见于不同的原发病，小儿多有急性肾炎，青年孕妇多有子痫，恶性高血压多见于30~50岁壮年。②急性起病，病情在12~48h达高峰，发病时常有血压急剧升高。以往血压相对正常者，血压突升至180/120mmHg时即可发病。慢性高血压者，可能在230~250/120~150mmHg以上才会发病。③全脑症状以剧烈头痛、抽搐和意识障碍三联征为主要表现，常伴有恶心、呕吐、烦躁不安或意识模糊、定向障碍、反应迟钝等症状。局灶症状可有短暂视力障碍、偏瘫、偏身感觉障碍和失语等。严重者可死亡。④可有原发病症状，肾炎者常有水肿、血尿、少尿和无尿，子痫者常伴有水肿和高血压等。⑤眼底检查可见视盘水肿，视网膜上有火焰状出血及渗出，动脉痉挛变细等。

### 四、辅助检查

1. 腰穿 可见脑脊液压力升高或正常，蛋白轻度增高，偶有白细胞增多或有少量红

细胞。

2. TCD 检查 可因血管痉挛而检测到血流速度改变。
3. CT 检查 可见脑水肿，双侧半球的密度减低，脑室变小，其他结构和位置正常。
4. MRI 可见半球有  $T_2$  高信号。CT 和 MRI 的改变于几周内完全恢复正常，可与脑梗死和脱髓鞘鉴别。

## 五、诊断

中青年患者，有高血压或能引起血压增高的其他疾病病史，血压急剧增高以舒张压增高为主，突发剧烈头痛、抽搐和意识障碍，心率慢及心绞痛、心力衰竭。并能通过 CT 或 MRI 除外其他脑血管病，应考虑本病。

## 六、鉴别诊断

本病需与脑出血、脑梗死及蛛网膜下腔出血鉴别。高血压脑病患者若及时降低血压，症状和体征很快恢复正常。而脑出血、脑梗死及蛛网膜下腔出血除症状不能很快恢复外，还有其特异的影像学或腰穿的改变。此外，既往有肾性高血压患者应与尿毒症脑病鉴别，有糖尿病的患者应与糖尿病昏迷或低血糖（及胰岛素后）昏迷鉴别。

## 七、治疗

本病发病急、变化快，易发生脑疝、颅内出血或持续抽搐而死亡，需尽快采取以下治疗措施。

### （一）迅速控制血压

应使血压尽快降至 160/100mmHg 左右或接近患者平时血压水平。但血压不宜降的太低，以免脑、心供血障碍而发生梗死。

1. 硝普钠 直接松弛周围血管，降低外周阻力。常用 50mg 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静滴，初速在  $50\mu\text{g}/\text{min}$ ，逐步加量致血压降至需要水平，最大量为  $400\mu\text{g}/\text{min}$ 。此药作用快，维持时间短暂，须在监护下缓慢静脉滴注，根据血压情况调整用量。

2. 利舍平 1~2mg 肌内注射，每日 1~3 次。注射后 1.5~3h 才显示降压效果。重症患者不应作为首选。

3. 硫酸镁 常用 25% 硫酸镁 10ml 深部肌内注射，6~12h 可重复肌内注射 1 次。重症患者不应作为首选。

4. 压宁定 将 12.5~25mg 注射剂加入 10ml 生理盐水或葡萄糖溶液中静脉注射，观察血压变化，15min 后如必要可重复注射 12.5mg。为了维持疗效或缓慢降压的需要，可将本药注射剂溶解在生理盐水或葡萄糖溶液中静点，滴速一般为  $100\sim 400\mu\text{g}/\text{min}$ 。

当血压下降至需要水平后，可口服降压药物控制血压，以免血压再度升高。

### （二）减轻脑水肿、降低颅内压

可用 20% 甘露醇 250ml 快速静滴，每 6~8h 一次，也可用 10% 甘油 500ml 静滴或肌注呋塞米等。

### （三）制止抽搐

抽搐严重者首选安定 10ml 静脉缓慢注射。亦可使用苯巴比妥钠、副醛、苯妥英钠等。

#### (四) 治疗原发病

对有心肾病变应者应予相应治疗。妊娠高血压综合征应及早终止妊娠。

(杨 茜)

### 第三节 脑动脉炎

#### 一、钩端螺旋体脑动脉炎

钩端螺旋体(以下简称钩体)脑动脉炎(leptospiral cerebral arteritis)为钩体病感染最常见的一种严重后发脑血管疾病。钩体感染导致神经系统受累的发生率为0.86%~20%,而钩体脑动脉炎占其中10%左右,可无明显、典型急性钩体感染病史,常于钩体病流行数月后发病。

##### (一) 病因及病理生理

钩体脑动脉炎的病因无疑与钩体感染直接相关。其发病机制有钩体直接损害(动脉壁发现钩体及其L型)及免疫机制两种学说,或称二者共存。主要侵犯颈内动脉末端,大前、中、后动脉的起始端,椎-基底动脉颅内段及其分支的近心端。受累动脉内膜呈同心圆样增厚,外膜、中膜有少量炎细胞浸润,管壁尚可发现钩体及其L型,病变呈节段性损害,致管壁粗细不均、管腔狭窄不匀,甚而造成闭塞而导致脑缺血、脑梗死、脑软化、脑萎缩;病变附近毛细血管可代偿增生形成网状。

##### (二) 诊断

###### 1. 症状

(1) 多见于儿童及青少年患者,发病数占80%~85%。患者来自钩体病疫区或有疫源接触史。

(2) 急性起病:常呈卒中样起病或呈进行性加重(2天至2周)后达高峰,部分患者可呈TIA样发作,左右反复交替。

(3) 约1/3患者有前驱症状:头晕、头痛、乏力、低热、嗜睡、迟钝、性格改变、抽搐、发作性瘫痪等。

(4) 常见症状:与病损部位、程度、性质及侧支循环密切相关。主要有以下几点。

1) 瘫痪:可有单瘫、偏瘫、双偏瘫、双上肢或双下肢瘫,但以偏瘫及双偏瘫为多见,少数患者有假性前臂肌肉周围性瘫痪。

2) 失语:可出现运动性、感觉性及混合性失语,以运动性失语为多见。

3) 癫痫发作:1/3患者呈现有多类型癫痫发作,如全身性、部分性发作及持续癫痫发作,部分患者呈间脑发作、肌强直性发作。

4) 多动症:10%患者有一侧或双侧肢体呈舞蹈样或扭转指画样动作。

5) 精神症状:早期兴奋,烦躁不安,个别出现幻觉、妄想等类精神分裂症表现;晚期出现反应迟钝、情感淡漠、幼稚、人格改变。

6) 意识障碍:多数患者意识清楚,部分患者病程中可有嗜睡、昏睡、意识蒙眬,少数

患者晚期呈去大脑皮质状态或昏迷。

7) 智能障碍: 多为晚期表现, 如记忆力、计算力、理解、判断、定向力等障碍。

8) 颅高压症状: 头痛、呕吐、视物模糊等。

9) 椎-基底动脉病损症状: 眩晕、眼震、吞咽困难、言语讷吃、构音不良、行动不稳、呛咳、反窜等症状。

## 2. 体征

(1) 脑神经受损征: 有眼球运动障碍。核间性或核上性眼肌麻痹、中枢或周围性面、舌瘫, 真性或假性延髓麻痹征及偏盲、失明。

(2) 运动障碍: 可呈现偏瘫、单瘫、双偏瘫、交叉瘫征或假性周同性瘫痪征, 共济失调、协同不能、多动或少动等锥体、锥体外系、小脑受损病征。

(3) 感觉障碍: 可出现偏身感觉障碍、交叉感觉障碍等。

(4) 其他: 颅高压征常见有眼底视盘水肿。脑出血型可现脑膜刺激征。

## (三) 实验室检查

1. 血液 可有中性粒细胞或嗜酸粒细胞增高, 血沉呈轻度增快, 血黏度及血小板聚集力增加, 血清钩体免疫试验(补体结合、显凝试验)阳性, 钩体L型培养可呈阳性。

2. 脑脊液 颅高压型有压力增高, 1/3患者白细胞轻度增高, 出血型可含红细胞, 糖、氯化物多正常。钩体免疫试验呈阳性, 免疫球蛋白增高(IgM), 钩体L型培养亦可呈阳性。

## (四) 特殊检查

1. TCD 提示病区血流量降低及血管狭窄、闭塞性异常血流。

2. SPECT、PET 可发现病损区脑血流、脑代谢密度改变。

3. 脑血管造影 可见脑底大动脉(C1、C2、C3, M1、M2, A1、A2、P1、P2)及椎动脉、基底动脉颅内段与其分支起始部呈炎性改变, 管腔狭窄, 内膜粗糙, 甚而闭塞不通, 末梢不显影, 附近可见异网血管呈烟雾状。

4. CT及MRI 可见有脑梗死灶、脑萎缩或蛛网膜下腔出血改变。

## (五) 鉴别诊断

1. 脑炎 常伴发热及意识障碍。流行性乙型脑炎有一定的季节性及特有的流行规律。病毒性脑炎以青壮年为多, 发病前多有感染史, 且精神症状、意识障碍明显, 病情无起伏性, 体征不符合血管病规律, 脑血管造影无脑动脉炎改变, 血清学特异性抗体检查可有助于鉴别。

2. 感染性脑动脉炎(结核、化脓菌、梅毒、真菌) 临床可查获相应的疾病特征, 如结核、梅毒、化脓感染的病史及症候, 且多伴相应脑膜及脑实质炎性改变, 特异性血清免疫反应有助诊断。

## (六) 治疗

### 1. 病因治疗

#### (1) 青霉素治疗

1) 常规用量为40万~80万U, 肌内注射, 2次/日, 成人总量为2400万~3000万U, 儿童为1500万~2000万U。从小剂量开始, 以防赫氏反应发生, 对青霉素过敏者可选用

庆大霉素、金霉素或氯霉素。

2) 大剂量治疗: 青霉素对 L 型钩体治疗无效, 小剂量尚可诱导原型钩体成 L 型钩体而致病, 如早期大剂量应用青霉素, 并联合应用广谱作用于细胞质的抗生素, 则可防止诱导成 L 型钩体。

(2) 庆大霉素: 0.2 万 ~ 0.5 万 U/kg, 静脉滴注, 1 次/日, 共 10 ~ 20 天。

(3) 铋剂 (次水杨酸铋): 2ml, 肌肉注射, 每 5 天 1 次, 共 5 次。

(4) 碘剂 (10% 碘化钾): 5 ~ 10ml, 3 次/日, 共 1 个月。尚可用 12.5% 碘离子透入。

(5) 甲硝唑: 15 ~ 20mg/kg, 静脉滴注, 1 次/日, 共 10 ~ 12 天; 再 7.5 ~ 12.5mg/ (k · d) 分次口服, 共 10 天。本药可透过血 - 脑屏障, 且对 L 型钩体亦有效。

## 2. 激素治疗

(1) 氢化可的松: 100 ~ 200mg, 置 5% ~ 10% 葡萄糖溶液中, 静脉滴注, 1 次/日。

(2) 地塞米松: 5 ~ 10mg, 静脉滴注, 1 次/日, 共 20 天。

(3) 泼尼松: 10 ~ 20mg, 3 次/日。

## 3. 扩血管药、抗血小板药、改善微循环药及脑代谢复活剂

4. 中医药治疗 中医药治疗依辨证论治给药, 初期肝阳亢盛宜用天麻钩藤饮加减; 风痰阻滞宜用涤痰汤加减。恢复期多为气虚血瘀, 宜用补阳还五汤或十全大补丸。中医药治法甚多, 但均以活血化瘀、通络为主。

5. 对症治疗 脱水、止痛、抗抽搐、制动及抗精神症状疗法应依据病情选用。出血型按出血性脑血管病治疗。

6. 其他 针灸、电针、头针、头部超声波、推拿、按摩、理疗、医疗体育、量子血、高压氧等治疗方法可酌情单独或联合选用。良好的护理及支持基础治疗甚为重要。

## 二、颞动脉炎

颞动脉炎 (temporal arteritis) 是一种亚急性炎症性血管病, 为全身性全层性动脉炎症, 好发于颅部动脉, 故又称颅动脉炎。按解剖学分类而命名, 因以表浅的颞动脉常见, 故名颞动脉炎。其受累血管各层有肉芽肿及巨细胞反应, 又称为 Horton 巨细胞性动脉炎。预后一般良好。

### (一) 病因及病理生理

病因尚不十分清楚, 目前一般认为属结缔组织疾病, 与自身免疫反应有关, 好侵犯颞动脉, 并常波及视网膜中心动脉、面动脉, 动脉壁三层均受损; 内膜损害较重, 早期见淋巴细胞浸润, 以后浆细胞、多核巨细胞浸润, 内弹力层断裂, 中膜被结缔组织替代, 外膜有炎细胞浸润、神经纤维受损, 致其受损动脉壁变硬、增粗, 管腔狭窄或闭塞, 脑动脉受累亦可发生脑梗死。并可伴多系统受损。

### (二) 临床表现

#### (1) 症状

1) 好发于中老年人: 绝大多数患者发生于 55 岁以上, 65 岁以上更为常见, 女性多于男性。

2) 起病: 呈亚急性或急性发病。



### 3) 常见症状

A. 全身症状：低热、寒战、多汗、厌食、无力、贫血、恶心、呕吐、体重减轻、精神不佳等。

B. 系统症状：全身疼痛，呈胀痛、跳痛或烧灼样痛，头痛多位于颞额头皮，多发性肌肉及关节疼痛，以肩、颈、髋部为重，且夜间重，晨起发僵。

C. 眼症状：多因缺血性眼动脉炎及视网膜中心动脉炎所致，常表现为疼痛、畏光、复视、视物模糊，甚而呈一过性或持久性黑朦。

D. 神经症状：因患脑动脉炎所致，可表现为颈动脉系受侵犯的偏瘫、偏身感觉障碍，或椎-基底动脉系的眩晕、复视、共济失调、行动不稳。

### (2) 体征

1) 低热：体温常在 38℃ 左右。

2) 颞动脉变粗变硬，局部肿胀，血管迂曲，搏动减弱且有压痛。

3) 受累肌肉、关节有压痛及叩痛。

4) 眼、脑动脉受累可发现眼底及视力改变，偏瘫征、脑神经受损等缺血性脑梗死征。

5) 少数患者可伴有心、肾、肺等内脏受损征。

### (三) 实验室检查

1. 血常规 贫血，少数患者中性粒细胞增高。

2. 血生化检查 CRP 增高， $\gamma$  及  $\alpha$  球蛋白升高，类风湿因子、抗核抗体呈阳性，碱性磷酸酶、AST 增高，肝功能异常。

3. 血沉增快  $>50\text{mm/h}$ ，常  $>75\text{mm/h}$ ，CRP 升高较血沉更为敏感，尤其是当血沉正常或轻度增高时。

4. 脑脊液 蛋白、细胞轻度增加。

### (四) 特殊检查

1. 脑 CT、MRI 及 TCD 检查 有助于发现颅内缺血性脑血管病变。

2. 浅表闭塞血管活检 可获确诊。

### (五) 鉴别诊断

1. 偏头痛 偏头痛多见青年女性，头痛为发作性，历时数小时到 1 天，间歇期正常，多有家族史，无颞动脉局部征象及全身多处疼痛征。

2. 三叉神经痛 三叉神经痛中老年女性多见，但疼痛剧烈，发作历时短暂，呈刀割样、闪电样疼痛，进食、饮水、说话可诱发，并有扳机点可发现，疼痛与三叉神经分布相符合，并无颞动脉局部损征。

3. 结节性多动脉炎 本病呈慢性进行性发展，受累血管以小动脉之肌层为主，内为白细胞浸润而非巨细胞浸润，可伴多脏器多发性微血管栓塞或微血管瘤病变。

4. 闭塞性血栓性脉管炎 本病多见于下肢，常伴血栓形成，静脉亦可受累，以青壮年男性好发，具四肢远端动脉缺血性症状、体征，如肢端麻木、疼痛、苍白、青紫、脉搏搏动变小或无脉。

### (六) 治疗

1. 肾上腺皮质激素治疗 本病为自限性疾病，一般预后良好，对皮质激素有良好反应，