

神经内科急症 诊断与治疗

谢春香等◎主编

神经内科急症诊断与治疗

谢春香等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

神经内科急症诊断与治疗 / 谢春香, 徐志华, 董丽
华主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 9
ISBN 978-7-5578-3373-2

I. ①神… II. ①谢… ②徐… ③董… III. ①神经系
统疾病—急性病—诊疗 IV. ①R741.059.7

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第245914号

神经内科急症诊断与治疗

SHENJING NEIKE JIZHENG ZHENDUAN YU ZHILIAO

主 编	谢春香等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陈绘新
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	300千字
印 张	20.125
印 数	1—1000册
版 次	2017年9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	978-7-5578-3373-2
定 价	70.00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

《神经内科急症诊断与治疗》

编委会名单

主 编	谢春香 刘欣梅 秦治刚 张鸿雁	徐志华 蔡衍玉 林春敏 朱丽君	董丽华 韩莹莹 李晓微
副主编	王立波 李庆霖 王晓晶 刘晓阳 刘英秀 郝敏	李 祎 张 晶 李亚珍 杨 贵 刘 晗 黄薇薇	解文菁 金星一 路子文 韩 凝 张 雷
编 委			

作者所在单位

谢春香	北华大学附属医院
徐志华	吉林大学中日联谊医院
董丽华	吉林大学第一医院
刘欣梅	吉林大学第一医院
蔡衍玉	吉林大学中日联谊医院
韩莹莹	吉林大学中日联谊医院
秦治刚	吉林大学中日联谊医院
林春敏	吉林大学中日联谊医院
李晓微	吉林大学中日联谊医院
张鸿雁	吉林大学中日联谊医院
朱丽君	吉林大学中日联谊医院
王立波	吉林大学中日联谊医院
李 祎	吉林大学中日联谊医院
解文菁	吉林大学第二医院
李庆霖	吉林大学中日联谊医院
张 晶	吉林大学中日联谊医院
金星一	吉林大学中日联谊医院
王晓晶	吉林大学第一医院
李亚珍	吉林大学第一医院
路子文	吉林大学第一医院
刘晓阳	吉林大学中日联谊医院
杨 赧	吉林大学中日联谊医院
韩 凝	吉林大学中日联谊医院
郝英秀	吉林大学中日联谊医院
刘 晗	吉林大学中日联谊医院
张 雷	吉林大学第二医院
王 敏	吉林大学第二医院
黄薇薇	吉林大学中日联谊医院

前言

神经内科急症是临床神经内科工作的重要组成部分,是各级综合医院急诊医学的重要内容。很多神经系统疾病发病急、死亡率高、致残率高、再发率高,如脑梗死、脑出血、脑炎、癫痫持续状态等,需及时明确诊断;有些神经系统急症临床表现不典型、多种疾病并存、病情复杂,如昏迷、抽搐、急性全身性无力、呼吸肌麻痹、肢体瘫痪等,需做出准确的疾病诊断,方能进行恰当的抢救治疗,使患者转危为安。否则可能危及患者的生命或遗留严重的后遗症,导致终生残疾。

本书阐述了神经疾病急症的常见症状,重点讨论临床常见的神经内科急症,引导医务人员在掌握患者基本症状的基础上,扩充临床思维,仅仅抓住急症的时效性,快速进行针对性的神经系统相关检查,并采取合理的抢救治疗措施,取得事半功倍之效果。

为满足临床医务人员对神经内科急症工作的指导需求,作者编写了这本《神经内科急症诊断与治疗》,本书以临床实用为原则,结合神经内科急症的临床医疗实践,参阅近年来国内外资料,阐述神经内科常见急症的诊断、抢救防治措施,力求突出临床的实用性、可操作性,供临床医务人员工作、学习参考之用。

衷心希望本书能够对临床神经内科急症的诊断、治疗有所帮助。鉴于水平和时间所限,编写过程中难免有所疏漏,恳请各位读者不吝赐教,提出宝贵意见。

编者

目 录

上篇 总论

第一章 神经系统急重症常见的症状及体征 (徐志华 杨贵)

第一节 头痛	1
第二节 眩晕	3
第三节 昏迷	6
第四节 晕厥	12
第五节 抽搐	15
第六节 肢体瘫痪	21
第七节 急性脑病综合征(精神症状)	24
第八节 呼吸肌麻痹	26

第二章 神经系统急重症的诊断技术 (谢春香 韩凝)

第一节 影像学检查	28
第二节 脑脊液检查	38
第三节 神经电生理	41
第四节 神经超声学	51

第三章 神经系统急重症的监测及治疗策略 (刘欣梅 韩莹莹)

第一节 呼吸功能监测及治疗	56
第二节 循环功能监测及治疗	61
第三节 颅内压的监测及治疗	68
第四节 血管内介入治疗	70
第五节 免疫治疗及血浆置换	76
第六节 低温疗法的治疗策略	77
第七节 高压氧的治疗策略	81

第四章 神经系统急重症的并发症..... (董丽华 李庆霖)

第一节	电解质紊乱及酸碱失衡	86
第二节	应激性溃疡	94
第三节	呼吸衰竭	96
第四节	血栓栓塞	98
第五节	急性肾衰竭	100
第六节	多器官功能衰竭	102

下篇 各论

第五章 脊髓疾病..... (蔡衍玉 秦治刚)

第一节	急性脊髓炎	107
第二节	脊髓压迫症	110
第三节	脊髓血管病	116
第四节	脊髓蛛网膜炎	119
第五节	椎管内脓肿	122
第六节	椎管内结核性肉芽肿	123

第六章 脑血管疾病..... (王晓晶 李祎)

第一节	脑出血	125
第二节	脑梗死	130
第三节	短暂性脑缺血发作	139
第四节	蛛网膜下腔出血	143
第五节	颅内静脉系统血栓形成	148

第七章 颅内感染性疾病..... (谢春香 解文菁)

第一节	脑膜炎	154
第二节	脑炎	160
第三节	脑脓肿	165
第四节	神经梅毒	173
第五节	艾滋病的神经系统病变	179
第六节	中枢神经系统寄生虫疾病	183

第八章 脱髓鞘疾病	(王立波 刘晓阳)
第一节 多发性硬化	191
第二节 视神经脊髓炎	197
第三节 急性播散性脑脊髓膜炎	199
第四节 急性出血性脑白质炎	201
第五节 脑桥中央髓鞘溶解症	202
第九章 神经-肌肉接头和肌肉疾病	(郝英秀 刘晗)
第一节 重症肌无力	205
第二节 周期性瘫痪	210
第三节 多发性肌炎	212
第四节 急性横纹肌溶解症	214
第五节 进行性肌营养不良症	216
第十章 癫痫	(张晶 金星一)
第十一章 代谢性脑病	(朱丽君 张鸿雁)
第一节 内科系统所致疾病	246
第二节 中毒性脑病	265
第十二章 自主神经系统疾病	(李亚珍 路子文)
第一节 原发性体位性低血压	270
第二节 血管迷走性晕厥	271
第三节 雷诺病	274
第十三章 头痛	(张雷 王敏)
第一节 偏头痛	276
第二节 丛集性头痛	281
第三节 紧张性头痛	283
第十四章 神经内科急症的护理	(林春敏 李晓微 黄薇薇)
第一节 脑血管疾病患者的护理	287
第二节 颅内感染性疾病患者的护理	294

第三节	脱髓鞘性疾病患者的护理	298
第四节	神经-肌肉接头和肌肉疾病的护理	300
第五节	代谢性脑病患者的护理	303

上篇 总论

第一章 神经系统急重症常见的症状及体征

第一节 头痛

头痛(headache)是临床最常见的症状之一,通常是指头颅上半部,包括眉弓、耳轮上缘和枕外隆突连线以上的局部性疼痛。

一、头痛的痛敏感结构、头痛发病机制及分类

1. 头痛的痛敏感结构:包括颅内的及颅外的痛敏感结构。

(1) 颅内痛敏感结构:①血管:如:静脉窦(如矢状窦)、脑膜前动脉、脑膜中动脉,颈内动脉近端及邻近的 Willis 环分支;②颅底硬脑膜,三叉神经(V)、舌咽(IX)和迷走神经(X),中脑导水管周围灰质和丘脑感觉核等。

(2) 颅外痛敏感结构:①颅骨骨膜、头皮、皮下组织、帽状腱膜和头颈部肌肉,颅外动脉,颈神经2~3;②眼、耳、牙齿、鼻窦、口咽和鼻黏膜等。

2. 头痛发病机制:比较复杂,涉及各种颅内病变。

(1) 器质性疾病:如:脑肿瘤、脑出血、脑膜炎等。

(2) 功能性或精神性疾病:如:紧张性头痛、焦虑症。

(3) 全身性疾病:如:发热、感染。

(4) 局部性疾病:如:鼻窦炎、弱视和屈光不正。

(5) 内分泌改变:如:月经期头痛等。

3. 头痛分类。

(1) 根据病因分为:①特发性头痛:通常因影响头颈部痛敏感结构,如脑膜、血管和肌肉所致,如:偏头痛、丛集性头痛、紧张性头痛等;②继发性头痛:如:外伤、感染、肿瘤等所致的头痛。

(2) 国际头痛协会(1988)将头痛分为:偏头痛、紧张性头痛、丛集性头痛和慢性发作性偏侧头痛等13类,并规定明确的诊断标准,已在临床广泛应用。

二、头痛的部位、发生形式、性质、诱因及伴随症状

1. 头痛部位:整个头部疼痛、局部头痛及部位变换不定的疼痛。如果为局部头痛,应具体明确在哪一侧,前额、头顶或枕后。颅外结构病变引起的头痛部位可以相当精确,如:

三叉神经痛、枕神经痛和颞动脉炎引起的头痛。幕上病灶常导致额、颞部疼痛,后颅凹病灶引起的疼痛多位于枕部和颈背部。发作性一侧头痛常见于偏头痛。部位变换不定的头痛高度提示良性病变。

2. 头痛发生形式

(1) 是突然发生还是缓慢加重,动脉瘤破裂引起的头痛症状立即达到高峰;偏头痛发作在数小时内强度逐渐增加;颅内肿瘤引起的头痛呈缓慢进展。

(2) 是发作性还是持续性,三叉神经痛、偏头痛和丛集性头痛呈发作性;颅内占位性病变引起的头痛呈持续性。

(3) 头痛发作常在凌晨还是夜间,颅内肿瘤患者常在凌晨头痛而使睡眠中断;丛集性头痛多在夜间睡眠后发作。

(4) 如有周期性发作,则应注意与季节、气候、饮食和睡眠的关系,女性患者同时应询问与月经周期的关系。

3. 头痛性质:是胀痛、钝痛、隐痛、钻痛或跳痛,还是紧箍痛、爆裂痛、刀割痛或烧灼痛。血管性头痛常为跳痛;颅内肿瘤多为钝痛或胀痛;蛛网膜下腔出血多为爆裂痛;三叉神经痛和舌咽神经痛呈闪电样刀割痛;肌紧张性头痛常为钝痛和紧箍痛。

4. 头痛加重因素:过度劳累、睡眠缺乏、气候改变或月经期诱发头痛提示良性病因;洗脸、咀嚼诱发颜面部痛提示三叉神经痛;吞咽引起咽后壁痛可见舌咽神经痛;用力、低头、咳嗽和喷嚏等可使颅内高压引起的头痛加重。

5. 头痛程度:疼痛强度因受主观因素的影响,所以很少有诊断价值,但了解头痛是否达到影响睡眠和工作的程度是选择对症治疗的依据。

6. 头痛伴发症状:了解有无恶心、呕吐、视物不清、耳鸣、失语和瘫痪等,对于头痛病因的鉴别诊断有较大价值。

7. 头痛先兆症状:暗点、闪光和异彩等视觉先兆,是诊断偏头痛的依据之一。

三、临床上几种常见的头痛

1. 偏头痛(migraine):是临床最常见的原发性头痛类型,临床以发作性中重度、搏动样头痛为主要表现,头痛多为偏侧,一般持续4~72h,可伴有恶心、呕吐,光、声刺激或日常活动均可加重头痛,安静环境、休息可缓解头痛。偏头痛是一种常见的慢性神经血管性疾病,多起病于儿童期和青春期,中青年期达发病高峰,女性多见,男女患者比例约为1:2~3,人群中患病率为5%~10%,常有遗传背景。

2. 丛集性头痛:是所有头痛中比较严重的一种,属于血管性头痛之一。因头痛在一段时间内密集发作而得名。多见于青年人,20~40岁,男性发病率为女性的4~5倍,一般无家族史。发作时无先兆,头痛固定于一侧眼及眼眶周围。发作多在晚间,初感一侧眼及眼眶周围胀感或压迫感,数分钟后迅速发展为剧烈胀痛或钻痛,并向同侧额颞部和顶枕部扩散,同时伴有疼痛侧球结膜充血、流泪、流涕、出汗、眼睑轻度水肿,少有呕吐。大部分患者发作时病侧出现Horner's征。头痛时患者十分痛苦,坐卧不宁,一般持续15~180min,此后症状迅速消失,缓解后仍可从事原有活动。呈丛集性发作时,即每天发作1次至数次,每天大约在相同时间发作,有的像定时钟一样,几乎在恒定的时间发作,每次发作症状和持续时间几乎相同。

3. 紧张性头痛:又称为肌收缩性头痛。一种头部的紧束、受压或钝痛感,更典型的是具有束带感。作为一过性障碍,紧张性头痛多与日常生活中的应激有关,但如持续存在,则可能是焦虑症或抑郁症的特征性症状之一。紧张性头痛是由于头部与颈部肌肉持久的收缩所致。多见于青、中年,儿童也可患病,男、女无差别,病初症状较轻,以后渐渐明显加重,紧张性头痛的临床特征是头部呈钝痛,无搏动性,头痛位于顶、颞、额及枕部,有时上述几个部位均有疼痛,头痛程度属轻度或中度,不因体力活动而加重,常诉头顶重压发紧或头部带样紧箍感,另在枕颈部发紧僵硬,转颈时尤为明显,无畏光或畏声,少数患者伴有轻度烦躁或情绪低落,查体包括神经系统检查无阳性体征,颅周肌肉如颈枕部肌肉、头顶部及肩上部肌肉常有压痛,有时轻轻按揉,患者感到轻松舒适。

第二节 眩晕

眩晕(vertigo)是对自身或外界物体的运动性幻觉,是自觉平衡障碍或空间位像觉自我感知错误,患者主观感觉自身或外界物体呈旋转、摆动、直线、倾斜或升降等运动。

维持机体空间位像觉的基本结构与功能:有视觉、深感觉和触觉、前庭器官。

(1)视觉:识别周围物体的方位及与自身的关系。

(2)深感觉和触觉:感知自身的姿势、位置、运动范围和幅度。传导肢体关节与体轴姿势感觉,对空间位像觉起辅助作用,单独病变很少有眩晕主诉。

(3)前庭器官:感受身体及头部空间移动时产生的冲动,辨别运动方向及所处的位置。包括:①三半规管:为姿势反射机构,对旋转运动加速和减速发生反应;②前庭(椭圆囊、球囊):对直线运动加速或减速、震动、颠簸和体位改变发生反应。

机体运动时由于半规管内淋巴液沿内淋巴管惯性移动,刺激壶腹嵴毛细胞,前庭神经将末梢的神经兴奋传至前庭神经核,再传到前庭神经皮质代表区颞上回后上部、颞顶交界区和岛叶上部,经整合不断调整偏差,维持躯体的稳定。前庭器官病变是产生病理性眩晕的主要原因。

一、眩晕的类型及临床表现

根据病变部位及眩晕性质不同,临床上将眩晕分为系统性眩晕与非系统性眩晕。

1. 系统性眩晕:是前庭系统病变所致,是眩晕的主要病因,可伴眼震、平衡及听力障碍等。

根据病变部位不同,系统性眩晕又分为:周围性眩晕和中枢性眩晕,分别由前庭系统周围病变与核性病变所致。

(1)周围性眩晕:前庭感受器和内耳道内前庭神经颅外段病变引起。其临床表现是:

①眩晕:突发剧烈旋转感或上下左右摇晃感,持续时间较短,历时数十分钟、数小时、数日逐渐消退,少数可呈慢性经过。与头部或体位变换有关,尤其三半规管病变。

②眼球震颤:与眩晕发作平行存在,发作期明显,间歇期消失。幅度小,为水平性或水平加旋转性眼震,绝无垂直性眼震,闭眼后不减轻。快相向健侧或慢相向病灶侧,若早期快相向患侧为刺激性眼震,其后快相向健侧为破坏性眼震。位置试验时眼震潜伏期5~20s(约5s),每次眼震约15s,通常<1min。

③平衡障碍:躯体站立不稳或左右摇摆感。

④前庭功能试验:冷热水试验无反应或反应减弱。

⑤听觉症状:因前庭器官与耳蜗紧邻,常伴明显耳鸣、听力减退或耳聋,耳鸣较耳聋持续时间长。

⑥自主神经症状:如:剧烈呕吐、出汗及面色苍白等。

⑦中枢神经系统体征:无脑干、小脑和大脑功能受损的表现。

(2)中枢性眩晕:是前庭神经颅内段、前庭神经核及核上纤维、内侧纵束、皮质及小脑前庭代表区病变所致,眩晕也可以是颞叶癫痫的先兆。其临床表现:

①眩晕症状较轻,持续2~3周以上或长达数周、数月、数年。性质为旋转性或向一侧运动感,与头位或体位的改变无关。

②眼球震颤:粗大眼震可持续存在,多为水平性、旋转性、斜向性及垂直性,垂直性为前庭神经核损害的特有表现,有助于定位。眼震快相向健侧,慢相向病侧(小脑例外),与快相方向不一致。位置试验时眼震无潜伏期,每次眼震>1min。

(3)平衡障碍:站立不稳,可表现旋转或向一侧运动感。

(4)前庭功能试验:冷热水试验反应正常。

(5)听觉症状:无耳鸣与听力减退或不显著,听神经瘤可有耳鸣、耳聋,进行性加重;内听动脉闭塞眩晕可伴轻度耳鸣、耳聋。

(6)自主神经症状:恶心、呕吐、出汗不明显,颅内压增高时眩晕可伴呕吐。

(7)中枢神经系统体征:可有脑干、小脑和大脑颞、顶叶功能受损体征,如:颅内压增高、头痛、脑神经损害、偏瘫和抽搐等。

2. 非系统性眩晕:由全身系统性疾病而非前庭系统病变引起。

例如,高血压病、脑动脉硬化症、冠心病、心功能不全、感染、中毒、贫血或血液病、眼病和抑郁症等。其临床特点:

(1)头晕眼花或轻度站立不稳,无旋转感,通常不伴恶心、呕吐、出汗等自主神经症状,无典型眼球震颤。

(2)屈光不正或眼肌麻痹可引起眩晕,无旋转感及听力障碍,可有假性眼震,眼球水平摆动,无快慢相之分,节律不齐,持续时间长,遮盖病眼眩晕消失。

(3)深感觉障碍可导致姿势感觉性眩晕,由姿势不稳引起,无眼震,Romberg征(+).

此外,位置性眩晕在临床常见,出现于特定的头位时,可伴眼震、恶心、呕吐和出汗等,多无耳鸣及听力减退。包括:

①周围性眩晕:如良性发作性位置性眩晕(BPPV)或称迷路耳石症。

②中枢性眩晕:如第四脑室肿瘤或囊虫刺激前庭神经核,出现Brun征,病情危重。

二、眩晕综合征的主要临床表现

眩晕综合征主要由前庭功能障碍所致,主要临床表现:

1. 眩晕感:一侧前庭神经损害引起两侧传入冲动不平衡,在大脑皮质产生。

2. 眼球震颤:是前庭眼反射障碍所致。前庭神经核通过内侧纵束与动眼、滑车和展神经核联系,该通路受损可能出现眼震。

3. 平衡障碍和共济失调:前庭神经核通过前庭脊髓束和脊髓前角细胞联系,构成前庭

脊髓反射通路,前庭脊髓反射异常可产生平衡障碍和共济失调。

4. 恶心、呕吐:是迷走神经的病理性兴奋引起。

三、良性发作性位置性眩晕的病因和临床表现

良性发作性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)又称内耳耳石症。BPPV 为外周性前庭疾病,是眩晕最常见的病因,预后良好。

1. BPPV 的病因

(1) 壶腹嵴顶耳石症(cupulolithiasis):耳石脱落黏附于后半规管壶腹嵴,导致对重力变化敏感性增加,变换头位时使壶腹嵴耳石移位,导致眩晕和眼震。

(2) 管石症(canalithiasis):耳石颗粒悬浮于半规管长臂内淋巴中,当处于诱发头位时内淋巴流动使壶腹嵴受牵引偏移而引起眩晕。

2. BPPV 的临床表现

(1) 患者处于特定的头位或体位时,如头后仰或侧倾突发或诱发眩晕伴眼震。眩晕历时短暂。典型数 10s 至 1min,可伴恶心、呕吐。眼震延迟出现,水平或旋转,持续很短(10~20s),不伴听力障碍。

(2) 患者起床、躺卧、翻身或头部迅速运动时出现短暂的眩晕和眼震,回复原位出现反向眼震。重复变换头位可诱发,逐渐不再出现为疲劳或适应现象(+).许多患者 Dix-Hallpike 头位试验(+)是唯一的体征。

(3) 诱因包括睡眠不足、饮酒和疲劳。呈良性或自限性病程,多于数日或数月后渐愈。可以自发缓解,亦可复发。

(4) 诊断本病宜慎重,尤其应注意与后颅凹肿瘤、椎-基底动脉 TIA、多发性硬化等引起的眩晕鉴别,短暂的、复发性、自限性及特定头位诱发是其重要特点。

四、内耳眩晕病的发病机制和临床表现

内耳眩晕病或梅尼埃病(Ménière disease)是内淋巴液增多和内淋巴系统水肿所致,可引起发作性眩晕。可能与膜迷路破裂和富含钾的内淋巴液进入周围淋巴液,使前庭神经纤维麻痹导致耳蜗毛细胞变性有关。

1. 内耳眩晕症的发病机制:内耳膜迷路水肿的确切机制迄今不明,有很多种学说:

(1) 神经-血管障碍学说:自主神经障碍引起内听动脉痉挛和微循环障碍,影响内淋巴分泌与吸收。多数人支持此学说。

(2) 水和电解质平衡障碍学说:水钠潴留引起膜迷路水肿。

(3) 变态反应学说:变态反应引起自主神经失调、内耳毛细胞管通透性增加或血管痉挛,导致局部供血不足。

(4) 感染学说:可能与上呼吸道感染的细菌毒性产物有关。

2. 内耳眩晕症的临床表现:突发旋转型眩晕、波动性耳聋、耳鸣。

3. 三联征为典型临床特点。

(1) 多在 50 岁左右起病,男女发病率无差别,呈散发性。个别病例呈常染色体显性或隐性遗传。

(2) 表现反复发作性眩晕,伴波动性耳鸣和耳聋。通常单耳发病,亦可累及另一耳,

两耳同时发病较少($<10\%$)。

(3) 发作常无明显诱发,可能与疲劳或焦虑有关。发作前数周、数日或数小时患耳可有胀满感、重压感、耳后或耳周灼热与钝痛等前驱症状。发作频度不等,每周数次或终生仅一次,间歇期通常数月或数年。

(4) 早期眩晕发作可不伴耳鸣或耳聋,随疾病进展,急性眩晕发作时可有明显耳鸣或耳聋,且愈来愈重。

(5) 自发性眼震:见于急性发作性,多呈水平性伴旋转,慢相向病灶侧。易向病灶侧倾倒,侧卧喜患耳在上,不愿注视健侧。

(6) 眩晕常反复发作,发作次数越多,持续时间越长,眩晕程度越重。发作时意识清晰,短暂意识丧失的偶发病例易误诊为癫痫。反复发作引起轻度慢性平衡障碍,不愿移动头部或快速转身。可伴呕吐、面色苍白、出冷汗、血压下降或腹痛等自主神经症状,频繁发作常伴焦虑、注意力不集中可误诊为神经症。

(7) 耳鸣与耳聋:眩晕与耳鸣、耳聋在约半数病例同时出现,在眩晕发作前、后出现耳鸣与耳聋各占25%。

(8) 少数内耳眩晕症患者有突发剧烈的跌倒发作,见于本病早期或晚期,一年内发作数次,可自发缓解。

(9) 中枢性神经系统检查正常。冷热水试验显示前庭功能减退或消失。

第三节 昏迷

昏迷(coma)是意识水平下降达到最严重的程度。意识清晰度极度降低,患者无意识反应,对外界刺激无反应,强烈刺激也不能唤醒,对疼痛刺激反应为反射性。程度较轻者防御反射及生命体征可以存在,严重者消失。昏迷既可由中枢神经系统病变引起(占70%),又可以是全身性疾病的后果,如:急性感染性疾病、内分泌及代谢障碍、心血管疾病、中毒及电击、中暑、缺氧、高原病等均可引起昏迷。临床分为浅、中、深度昏迷,分别代表意识抑制的水平达到皮质、皮质下和脑干。

一、昏迷程度的判断

首先观察患者的自发活动和身体姿势,是否也有拉扯衣服、自发咀嚼、眨眼或打呵欠,是否对外物的注视或视觉追随,是否自发改变姿势。可给予刺激(棉絮轻触鼻黏膜、针刺皮肤、压迫眶上神经)后观察患者的反射活动。根据患者自发和反射活动情况,可对昏迷程度做出评价。

按刺激反应及反射活动等可分三度:

1. 浅昏迷:表现睁眼反应消失或偶见半闭合状态,无自发言语和有目的活动。疼痛刺激时有回避动作和痛苦表情,脑干反射基本保留(瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射和吞咽反射等)。体温、脉搏、呼吸多无明显改变,可伴谵妄或躁动。

2. 中度昏迷:对外界一般刺激无反应,强烈疼痛刺激时可见防御反射活动,角膜反射减弱或消失,呼吸节律紊乱,可见到周期性呼吸或中枢神经性过度换气。生理反应存在,生命体征正常。

3. 深昏迷:随意活动完全消失,对任何刺激均无反应,全身肌肉松弛,眼球固定,瞳孔散大,去大脑强直等脑干反射消失。生命体征发生明显变化,呼吸不规则、血压下降、大小便失禁。

4. 极度昏迷:又称脑死亡。患者处于濒死状态,无自主呼吸,各种反射消失,脑电图呈病理性电静息,脑功能丧失持续在 24h 以上,排除了药物因素的影响。

为了较准确地评价意识障碍的程度,国际通用 Glasgow(见表 1-1)昏迷评定量表,最高得分 15 分,最低得分 3 分,分数越低病情越重。通常情况 8 分或以上恢复机会较大,7 分以下预后较差,3~5 分并伴有脑干反射消失的患者有潜在死亡危险。Glasgow 昏迷评分可对昏迷程度做出量化评价,但必须注意其局限性。例如,对眼肌麻痹、眼睑或眶部水肿的患者不能评价其睁眼反应;对气管插管或气管切开的患者不能评价其语言活动;对四肢瘫痪或接受肌松剂治疗的患者不能评价其运动反应;睁眼反应、言语反应和运动反应单项评分不同的患者总分可能相等,但不一定意味着意识障碍程度相同。

表 1-1 Glasgow 昏迷评定量表

检查项目	临床表现	评分
A. 睁眼反应	自动睁眼	4
	呼之睁眼	3
	疼痛引起睁眼	2
	不睁眼	1
B. 言语反应	定向正常	5
	应答错误	4
	言语错乱	3
	言语难辨	2
	无语	1
C. 运动反应	能按指令动作	6
	对刺激能定位	5
	对刺激能躲避	4
	刺激肢体屈曲反应	3
	刺激肢体过伸反应	2
	无动作	1

二、引起昏迷的脑病

1. 幕上结构病变:昏迷通常由占位性病变(如:硬膜外或硬膜下血肿、颅内血肿、卒中性脑水肿、脑炎等)引起脑干继发损伤,如脑疝所致。当上位脑干和丘脑相继受累,患者可自嗜睡、昏睡而进入昏迷,高度提示需进行紧急的外科治疗。皮质广泛性或弥漫性损伤导致皮质功能深度抑制状态在临床少见,颅内压增高本身通常不引起昏迷。

2. 幕下结果病变:急性脑桥或中脑病变,如:脑桥出血、基底动脉尖综合征可影响