

A FIRST-AID ENCYCLOPAEDIA FOR THE GENERAL INTERNAL MEDICINE

大内科急救全书

主编 / 杜俊羽 阮林海

A FIRST-AID
ENCYCLOPAEDIA FOR
THE GENERAL INTERNAL
MEDICINE

华夏出版社

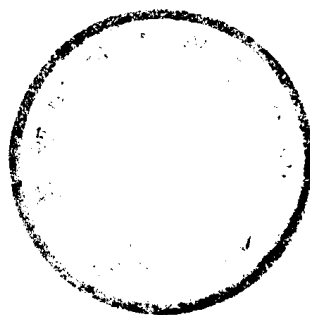
1
R505.1
DTV

大内科急救全书

杜俊羽 阮林海 主编
陈尚仁 郭 新

杜俊羽 主审

21504125



华夏出版社



A0283784

《大内科急救全书》编审人员名单

主 编	杜俊羽	阮林海	陈尚仁	郭 新	
主 审	杜俊羽				
常务副主编	赵建平	张国秀	郑建臣	张丽雅	王珏人
副 主 编	刘卓平	金建军	原春青	程元洛	王 丽
	刘 萍	岳 峰	田红旗	鲍维真	杨晓芳
	王继红	韦 红	郭占通		
编 委	(以姓氏笔画为序)				
	丁彩霞	王北海	王东生	王清江	王明芳
	牛锋峰	井长栓	仇 俐	卢潘霞	仝凤芝
	乔安运	刘翠英	杜雅丽	李安民	李小妹
	李 快	张 珍	杨振和	武文慧	赵书萍
	席孟杰	常 虹	常宗汝	董金凤	董泽启

图书在版编目 (CIP) 数据

大内科急救全书/杜俊羽、阮林海等编著.

—北京: 华夏出版社, 1996. 2.

ISBN 7-5080-0870-7

I. 大… II. ①杜……②阮…… III. 急救, 内科-基本知识 IV. ①R5②R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (95) 第 18424 号

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里4号)

新华书店经销

北京人民文学印刷厂印刷

787×1092毫米 16开本 22.5印张 703千字

1996年2月北京第1版 1996年8月北京第1次印刷

印数 1—5000册

定价: 33.00元

8-1-27

序 言

现代医学发展，既有分支越来越细的一面，又有多学科相互交叉渗透的特点。大内科范畴包括内科、儿科、神经内科、急诊科、传染科等，它们既具有共性，又具有各自专业的特性。作为临床医生，既应当具有精深的专科知识，也应当具有扎实的全套知识，尤其应当具有坚实的急救知识和急救技能。目前，内科方面的综合性急救书籍甚少，临床工作者，特别是基层医务工作者，很难找到一本全面的、大内科系统的急救参考书。急救为行医之首务，时间就是生命，《大内科急救全书》正是基于这个目的编写的。

本书由内科主任医师杜俊羽等四位资深教授主编，40多位具有丰富经验的临床专家共同撰写而成。他们花费大量心血，从浩瀚的医学文献和专著中挑选最精炼最实用的内容，结合自己的临床经验，编写了这本涉及内科多专业急症急救的综合性工具书，包括大内科范围中的各科常见的急病与急症，分为内科急症、急性中毒、儿科急症、传染病急症、急救术等五篇。该书临床实用价值高，涉及范围广，文字简洁，便于查寻，特别适合于大内科临床医师在处理急症时参考，既可作为内科临床工作者案头的工具书，也可作为大、中专医学生临床实习的指导教材。

雷万军

1995年12月

目 录

第一篇 内科急症

第一章 常见急性症状的急救处理 (1)

- 第一节 惊厥 (1)
- 第二节 昏迷 (2)
- 第三节 眩晕 (5)
- 第四节 晕厥 (6)
- 第五节 头痛 (8)
- 第六节 谵妄状态 (10)
- 第七节 窒息 (11)
- 第八节 急性黄疸 (12)
- 第九节 高热 (14)
- 第十节 严重胸痛 (16)
- 第十一节 大咯血 (18)
- 第十二节 血尿 (19)

第二章 呼吸系统急症 (22)

- 第一节 急性非心源性肺水肿 (22)
- 第二节 急性肺动脉栓塞 (23)
- 第三节 休克型肺炎 (25)
- 第四节 支气管哮喘重症发作 (26)
- 第五节 急性气道梗阻 (28)
- 第六节 自发性气胸 (29)
- 第七节 结核性胸膜炎 (30)
- 第八节 成人呼吸窘迫综合征 (30)
- 第九节 肺性脑病 (33)
- 第十节 呼吸衰竭 (34)

第三章 循环系统急症 (37)

- 第一节 心肺复苏 (37)
- 第二节 快速型心律失常 (38)
- 第三节 停搏型过缓性心律失常 (41)
- 第四节 阻滞型过缓性心律失常 (42)
- 第五节 心绞痛 (45)
- 第六节 急性心肌梗塞 (46)
- 第七节 感染性心内膜炎 (48)
- 第八节 急性心脏压塞综合征 (51)
- 第九节 急性心力衰竭 (53)
- 第十节 急性肺源性心脏病 (54)
- 第十一节 慢性肺心病急性心肺功能衰竭 (55)
- 第十二节 高血压性心脏病 (57)
- 第十三节 高血压脑病 (58)
- 第十四节 高血压危象 (59)

- 第十五节 急性心源性肺水肿 (61)

- 第十六节 动脉栓塞 (62)

- 第十七节 急性主动脉夹层 (63)

- 第十八节 心源性休克 (65)

第四章 消化系统急症 (67)

- 第一节 上消化道出血 (67)

- 第二节 下消化道出血 (69)

- 第三节 急性胆囊炎 (71)

- 第四节 急性梗阻性化脓性胆管炎 (72)

- 第五节 胆道蛔虫病 (74)

- 第六节 急性胰腺炎 (75)

- 第七节 急性胃扩张 (77)

- 第八节 急性出血坏死性肠炎 (78)

- 第九节 伪膜性肠炎 (79)

- 第十节 急性肠道放射性损伤 (80)

- 第十一节 急性胆道出血 (81)

- 第十二节 肝肾综合征 (82)

- 第十三节 肝性脑病 (83)

- 第十四节 肝性血卟啉病 (85)

- 第十五节 铅中毒性腹痛 (87)

- 第十六节 腹型过敏性紫癜 (87)

- 第十七节 急性胃粘膜病变 (88)

- 第十八节 急性肝功能衰竭 (90)

- 第十九节 肠系膜动脉栓塞 (93)

第五章 泌尿系统急症 (95)

- 第一节 急性肾炎 (95)

- 第二节 肺出血-肾炎综合征 (96)

- 第三节 急性肾动脉栓塞 (97)

- 第四节 急性泌尿系感染 (97)

- 第五节 急性尿潴留 (100)

- 第六节 急性肾功能衰竭 (101)

第六章 内分泌系统急症 (106)

- 第一节 垂体前叶机能减退危象 (106)

- 第二节 甲状腺机能亢进危象 (107)

- 第三节 粘液性水肿昏迷 (108)

- 第四节 急性肾上腺皮质功能不全 (110)

- 第五节 嗜铬细胞瘤危象 (111)

- 第六节 糖尿病酮症酸中毒 (113)

- 第七节 高渗性非酮症糖尿病昏迷 (114)

- 第八节 乳酸性酸中毒 (116)

- 第九节 低血糖症 (117)

第七章 血液系统急症	(119)	第十节 低镁血症	(178)
第一节 急性再生障碍性贫血	(119)	第十一节 高镁血症	(179)
第二节 急性溶血危象	(120)	第十二节 低钙血症	(180)
第三节 溶血性尿毒症综合征	(123)	第十三节 高钙血症	(181)
第四节 急性白血病	(124)	第十章 其他急症	(183)
第五节 中枢神经系统白血病	(127)	第一节 触电和电击	(183)
第六节 类白血病反应	(128)	第二节 中暑	(184)
第七节 急性粒细胞缺乏症	(129)	第三节 溺水	(185)
第八节 传染性单核细胞增多症	(130)	第四节 急性放射病	(187)
第九节 急性血小板减少综合征	(132)	第五节 勒缢	(188)
第十节 血栓性血小板减少性紫癜	(134)	第六节 败血症	(189)
第十一节 急性过敏性紫癜	(135)	第七节 多系统脏器衰竭	(191)
第十二节 重症血友病	(136)		
第十三节 急性血液病并发重症感染	(137)	第二篇 急性中毒	
第十四节 急性血液病并发出血	(138)	第一章 细菌性食物中毒	(195)
第十五节 恶性血液病并发高尿酸		第一节 沙门氏菌属食物中毒	(195)
肾病	(139)	第二节 变形杆菌肠致病性大肠杆菌	
第十六节 恶性组织细胞病	(140)	食物中毒	(195)
第十七节 输血反应	(142)	第三节 嗜盐菌性食物中毒	(196)
第十八节 弥漫性血管内凝血	(144)	第四节 真菌性食物中毒	(196)
第八章 神经系统急症	(147)	第五节 肉毒中毒	(197)
第一节 脑出血	(147)	第二章 急性植物药中毒	(199)
第二节 原发性蛛网膜下腔出血	(149)	第一节 急性木薯中毒	(199)
第三节 脑血栓形成	(151)	第二节 急性毒蕈中毒	(200)
第四节 脑栓塞	(153)	第三节 急性白果中毒	(201)
第五节 癫痫连续状态	(154)	第四节 急性四季豆中毒	(201)
第六节 短暂性脑缺血发作	(155)	第五节 急性“臭米面”中毒	(201)
第七节 颅内高压综合征	(156)	第六节 急性发芽马铃薯中毒	(202)
第八节 急性颅内感染	(158)	第七节 急性蓖麻籽中毒	(203)
第九节 急性炎症脱髓鞘性多		第八节 急性桐油中毒	(204)
神经根病	(160)	第九节 急性棉籽中毒	(204)
第十节 重症肌无力危象	(162)	第十节 急性苍耳子中毒	(205)
第十一节 周期性麻痹	(163)	第十一节 急性鱼藤中毒	(205)
第十二节 瘰疬	(164)	第十二节 急性钩吻中毒	(205)
第九章 水、电解质、酸碱平衡紊乱	(166)	第三章 急性动物药中毒	(207)
第一节 代谢性酸中毒	(166)	第一节 急性鱼胆中毒	(207)
第二节 代谢性碱中毒	(168)	第二节 急性河豚毒素中毒	(208)
第三节 呼吸性碱中毒	(170)	第三节 急性动物肝中毒	(208)
第四节 呼吸性酸中毒	(171)	第四节 急性蟾蜍中毒	(209)
第五节 脱水	(173)	第五节 急性斑蝥中毒	(209)
第六节 低钠血症	(174)	第六节 毒蛇咬伤	(210)
第七节 高钠血症	(175)	第四章 急性化学毒物中毒	(212)
第八节 低钾血症	(176)	第一节 急性煤气中毒	(212)
第九节 高钾血症	(177)	第二节 急性有机磷农药中毒	(213)

第三节	急性亚硝酸盐中毒	(215)
第四节	急性敌敌畏中毒	(215)
第五节	急性六六六中毒	(217)
第六节	急性苯中毒	(217)
第七节	急性氢氰酸中毒	(218)
第八节	急性二硫化碳中毒	(219)
第九节	急性安妥中毒	(220)
第十节	急性汽油中毒	(221)
第十一节	急性有机氯中毒	(221)
第十二节	急性杀虫脒中毒	(222)
第十三节	急性磷化锌中毒	(223)
第十四节	急性砷中毒	(224)
第十五节	急性砷化氢中毒	(224)
第十六节	急性氨中毒	(225)
第十七节	急性铅中毒	(226)
第十八节	急性汞中毒	(226)
第十九节	急性铊中毒	(227)
第二十节	急性氯酸钾中毒	(229)
第二十一节	急性沥青中毒	(229)
第二十二节	急性强酸类中毒	(230)
第二十三节	急性强碱类中毒	(231)
第五章	急性药物中毒	(232)
第一节	急性巴比妥类药物中毒	(232)
第二节	其他镇静药急性中毒	(233)
第三节	急性酒精中毒	(235)
第四节	急性吗啡中毒	(235)
第五节	急性曼陀罗类药物中毒	(236)
第六节	急性乌头碱类药物中毒	(237)
第七节	急性夹竹桃类药物中毒	(238)
第八节	药物戒断综合征	(239)
第九节	药物过敏反应	(240)

第三篇 儿科急症

第一章	新生儿急症	(243)
第一节	新生儿窒息	(243)
第二节	新生儿肺透明膜病	(244)
第三节	新生儿肺炎	(245)
第四节	新生儿休克	(246)
第五节	新生儿颅内出血	(248)
第六节	新生儿肺出血	(250)
第七节	新生儿败血症	(251)
第八节	新生儿硬肿症	(252)
第九节	新生儿黄疸	(254)
第十节	新生儿破伤风	(255)

第二章	小儿急症	(257)
第一节	小儿惊厥	(257)
第二节	小儿急性呼吸衰竭	(259)
第三节	小儿颅内压增高症	(261)
第四节	青紫型先天性心脏病急性缺氧	(262)
第五节	小儿感染性休克	(263)
第六节	婴幼儿捂热缺氧综合征	(266)
第七节	瑞氏综合征	(267)
第八节	婴幼儿重症肺炎	(267)
第九节	婴幼儿流行性腹泻	(270)
第十节	婴幼儿重症感染性腹泻	(271)
第十一节	小儿肠套叠	(273)
第十二节	小儿坏死性小肠结肠炎	(275)
第十三节	维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(276)
第十四节	变应性亚败血症	(277)
第十五节	皮肤粘膜淋巴结综合征	(277)

第四篇 传染科急症

第一章	急性病毒性传染病	(279)
第一节	重型病毒性肝炎	(279)
第二节	流行性乙型脑炎	(282)
第三节	流行性出血热	(284)
第四节	急性脊髓灰质炎	(286)
第五节	麻疹	(288)
第六节	水痘	(289)
第七节	流行性腮腺炎	(290)
第八节	狂犬病	(291)
第二章	急性细菌性传染病	(293)
第一节	中毒型细菌性痢疾	(293)
第二节	暴发型流行性脑脊髓膜炎	(294)
第三节	伤寒(附:副伤寒)	(295)
第四节	霍乱	(297)
第五节	布氏杆菌病	(299)
第六节	鼠疫	(300)
第七节	急性血行播散型肺结核	(301)
第三章	急性立克次体及螺旋体传染病	(304)
第一节	斑疹伤寒	(304)
第二节	回归热	(305)
第三节	钩端螺旋体病	(305)
第四章	急性寄生虫病	(307)
第一节	囊虫病	(307)
第二节	急性血吸虫病	(308)

第三节 疟疾	(309)	第二节 颈外静脉穿刺术	(329)
第四节 急性肺吸虫病	(311)	第三节 股静脉穿刺术	(330)
第五篇 急救术		第四节 锁骨下静脉穿刺插管术	(330)
第一章 心肺急救术	(313)	第五节 静脉切开术	(331)
第一节 心脏按压术	(313)	第六节 动脉穿刺术	(332)
第二节 治疗性人工心脏起搏	(314)	第四章 管道插管治疗术	(333)
第三节 心脏电复律	(315)	第一节 插管洗胃术	(333)
第四节 人工呼吸	(316)	第二节 三腔二囊管压迫止血术	(334)
第五节 气管穿刺术	(317)	第三节 胃肠减压术	(335)
第六节 气管内插管术	(317)	第四节 灌肠术	(336)
第七节 气管切开术	(318)	第五节 导尿术	(337)
第八节 机械通气疗法	(319)	第六节 膀胱冲洗术	(338)
第九节 氧气疗法	(322)	第五章 特殊急救治疗术	(339)
第二章 体腔穿刺术	(324)	第一节 急诊内镜止血术	(339)
第一节 心内注射术	(324)	第二节 人工冬眠疗法	(341)
第二节 胸腔穿刺术	(324)	第三节 动脉输血	(343)
第三节 腹腔穿刺术	(325)	第四节 成分输血	(344)
第四节 腰椎穿刺术	(326)	第五节 治疗性血浆置换术	(345)
第五节 心包穿刺术	(327)	第六节 超声雾化疗法	(346)
第六节 膀胱穿刺术	(327)	第七节 吸痰术	(347)
第三章 血管穿刺术	(329)	第八节 中医急救术	(347)
第一节 静脉穿刺术	(329)	主要参考文献	(351)

第一篇 内科急症

第一章 常见急性症状的急救处理

第一节 惊厥

惊厥俗称“抽风”，主要表现是全身或局部肌肉突然强直性或阵发性痉挛，眼球固定上翻，常伴有意识丧失，与癫痫大发作表现相似。

【病因】

一、脑部病变 惊厥可在急性期发作，也可作为脑部病变的后遗症。

(一) 炎症病变 见于各种脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(二) 颅脑外伤 见于新生儿产伤、颅脑外伤、脑膜撕裂伤、硬膜外血肿、脑挫伤、脑出血等。

(三) 脑部疾病 如癫痫、脑血管疾病、脑囊虫病、脑血吸虫病、脑肺吸虫病等。

(四) 脑肿瘤 多见于脑凸面、额、顶、颞区的肿瘤，尤其是脑膜瘤、星状细胞瘤等。

(五) 脑血管病 如脑动静脉畸形、脑出血、蛛网膜下腔出血、动脉粥样硬化、狭窄、脑缺血发作、脑梗塞、脑血栓形成、脑栓塞等。

(六) 其他 如先天性脑发育不良、结节性硬化、脑软化等。

二、全身性疾病 发生惊厥的原因，有些是病因直接损害脑部，有些为间接影响。

(一) 感染 特别是新生儿、幼儿感染症，如感冒、肺炎、中毒性痢疾、败血症等，高热时常发生惊厥，破伤风必然发生惊厥。

(二) 代谢紊乱 如手足抽搐症、低血糖症、低血钙症、低血镁症等。

(三) 高血压脑病 可以出现全身性或局限

性惊厥，主要由于脑水肿、脑缺氧所致。

(四) 低血压症 可见于颈动脉窦过敏或冠状动脉栓塞、急性心肌梗塞等。

(五) 肝昏迷 各种肝病晚期、急性重症肝炎或门腔静脉吻合术后发生肝昏迷，昏迷前后可发生惊厥。

(六) 肾脏病 儿童期急性肾炎、各种肾脏病晚期、尿毒症易引起惊厥。

(七) 胶原性疾病 风湿性心脏病、小舞蹈症、红斑狼疮等也可发生惊厥。

(八) 过敏性疾病 过敏性疾病每有全身出血点及血管神经性水肿，可能引起脑部出血点及脑水肿而导致惊厥。

(九) 恶性疟疾 常发生惊厥。

(十) 中毒性疾病 如一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、酒精中毒、乌头碱类药物中毒、铅中毒、砷中毒、汞中毒等。

(十一) 其他 如产期子痫、高热惊厥、惊吓惊厥、癔病发作、安眠药断戒等均可发生惊厥。

【诊断要点】

一、年龄 新生儿出生后3~4天内首次发生惊厥者，主要由产伤、缺氧、颅内出血引起；出生后5~8天首次发生惊厥者，主要由代谢紊乱如低血糖、低血钙、低血镁等引起，新生儿颅内感染也应该考虑；2~6月首次发生惊厥以产伤后遗症、感染、代谢紊乱多见；7月~3岁惊厥者多由感染所致；青少年多由癫痫、外伤引起；成人以脑瘤、外伤多见；45岁以后发生惊厥，多考虑高血压脑病、脑血管病、脑瘤等。

二、病史 了解既往有无脑炎、脑膜炎、产伤、头颅外伤、昏迷、抽风及寄生虫病史，并

应了解躯体发育及智力发育情况,对惊厥的病因诊断有重要意义。现病史中应询问有无发热、头痛、呕吐、外伤、妊娠、多饮多尿等情况,还应追问惊厥的形式及有无发作后的瘫痪及自动动作等。体检应注意体温、血压、脉搏、皮肤与粘膜、心脏瓣膜杂音并作神经系统检查,如在体检时发生惊厥,在治疗的同时应注意发作的形式。根据阳性病史及阳性体征作相应辅助检查及实验室检查。

三、惊厥伴随症状及体征

(一)惊厥伴有高热常提示感染性疾病或高热所致。

(二)惊厥有意识障碍多为脑血管病、脑炎、脑膜炎等。

(三)惊厥伴有肢体瘫痪或伴有语言障碍、吞咽动作失调、舌肌与面肌瘫痪多为脑血管疾病。

(四)双侧瞳孔缩小要考虑有机磷农药中毒、急性吗啡中毒;双侧瞳孔扩大系曼陀罗类药物中毒所致;两侧瞳孔不等大多是脑水肿伴脑疝。

【急救治疗】

惊厥多突然发作,来势凶猛,情况紧急,在了解简要病史及必要的检查后,应立即急救处理。

一、制止惊厥 可选用下列一种药物治疗,儿童剂量酌减,若无效或短期内又发作,可更换或选用2种药物。

(一)病情危急,可首选安定10~20mg,静注;或异戊巴比妥钠0.2~0.5g,缓慢静注。

(二)苯巴比妥钠0.1~0.3g,肌注;或硫酸镁10~15mg,肌注或缓慢静注。

(三)氯丙嗪50mg,肌注或静滴;可加异丙嗪25~50mg肌注。

(四)10%水合氯醛15ml,用水稀释后,温水保留灌肠。

二、病因治疗 在制止惊厥的同时进行病因治疗。

脑部疾病引起者应对全身疾病作相应的处理,包括对症处理。如急性感染引起者应选用相应有效的抗生素迅速控制感染;低血钙引起者应立即给予10%葡萄糖酸钙5~10ml加50%葡萄糖40ml静脉注射。高热惊厥应立即降温,可用阿司匹林、消炎痛或物理降温,用药

剂量宜小并注意补液,以防出汗过多致脱水休克。物理降温可同时应用。有手术适应证者,惊厥制止后可手术治疗。

三、中医治法

(一)药物治疗

1.蜈蚣或全蝎3~5条或干地龙5~10条,立即水煎灌服。

2.兼高热者,可选用牛黄至宝丹或安宫牛黄丸1丸口服,或予清开灵注射液30ml加入500ml生理盐水中静滴;兼喉间痰鸣可选用牛黄镇惊丸或琥珀抱龙丸1丸口服;如兼抽搐,则可用天麻注射液4ml肌注;神昏者可用紫雪丹口服。

(二)针刺治疗

1.体针:人中、涌泉、大椎、合谷、内关、曲池,采用泻法捻3~5分钟,不留针。视病情轻重,轻者每日2~3次,重者可每6小时针一次。

2.耳针:神门、皮质下、脑干、肝,采用泻法中强度刺激,留针30~60分钟。

杜俊羽 张丽雅 常虹 武文慧

第二节 昏 迷

昏迷系指脑功能发生高度抑制的病理状态,主要特征为意识障碍,即随意运动消失,对外界刺激不起反应,或出现病态的反射活动,而生命体征如呼吸、脉搏、心跳、血压、体温存在。

【病因】

一、颅内病变

(一)脑血管病 脑出血、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、高血压脑病、颅内静脉窦血栓形成等。

(二)颅脑损伤 如脑挫裂伤、脑震荡、外伤性颅内出血(硬膜外血肿、硬膜下血肿、脑内血肿)等。

(三)颅内感染 如脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(四)颅内占位性病变 颅内原发或转移性肿瘤、囊肿及脑内寄生虫、结核瘤等。

(五)癫痫 癫痫大发作及发作后或癫痫持续状态。

(六)脱髓鞘疾病 如急性播散性脑脊髓

炎、多发性硬化、弥漫性硬化等。

(七) 高颅压综合征, 由于各种原因所引起的颅内压增高。

二、全身性疾病

(一) 急性感染性疾病 中毒型菌痢、败血症、中毒性肺炎、脑型疟疾、猩红热、伤寒、感染性休克。

(二) 内分泌及代谢性疾病 如糖尿病酮症酸中毒昏迷、高渗性非酮症糖尿病昏迷、肝昏迷、尿毒症、甲状腺危象、粘液性水肿性昏迷、爱狄森氏病、乳酸中毒性昏迷、低血糖昏迷等。

(三) 中毒性疾病 一氧化碳、安眠镇静药物、酒精、农药(如有机磷、有机氯等)中毒, 植物类中毒如氰化物(包括木薯、苦杏仁、桃仁、枇杷仁)、棉子、白果中毒等。

(四) 心血管疾病 急性心肌梗塞、严重心律失常、阿-斯氏综合征。

(五) 水电解质酸碱平衡紊乱 如稀释性低钠血症、低氯性碱中毒、高氯性酸中毒、重度脱水等。

(六) 其他 电击、溺水、中暑、减压病、肺性脑病等。

【诊断要点】

一、病史 重点了解昏迷的发病过程、起病缓急、昏迷的时间、伴随症状, 既往有无高血压、癫痫、糖尿病或心、肺、肾等内脏疾病。

二、体格检查

(一) 生命体征 有助于判断预后, 指导急救治疗。

(二) 一般检查 皮肤粘膜有无黄染、发绀、出血点、伤痕等。口腔异味如酒味、酮味、肝臭味等。心、肺、肝、肾等有无阳性体征, 胸腹腔内有无出血迹象。

(三) 神经系统检查

1. 昏迷程度: 意识状态是判定昏迷深度的指标之一, 其他还有运动反应、语言反应、眼睛动作等均可做为昏迷程度判定指标。

2. 脑膜刺激征: 有局灶性症状和脑膜刺激征, 突然起病者见于脑出血、脑栓塞、脑血栓形成; 以发热为前驱症状者见于脑脓肿、血栓性静脉炎、寄生虫、硬膜下血肿。无局灶体征而有脑膜刺激征, 突然起病, 以剧烈头痛为前驱症状者见于蛛网膜下腔出血。无明显局灶

体征, 又无脑膜刺激征者多见于中毒、全身性疾病及癫痫等。

3. 眼底检查: 视乳头水肿常提示颅内压增高, 多见于脑肿瘤等颅内占位性病变。蛛网膜下腔出血可伴有视网膜前较广泛的新鲜出血, 尿毒症及糖尿病者有典型渗出物。

4. 瞳孔: 瞳孔大小决定于神经系统损害部位、昏迷程度以及引起昏迷的原因。双侧瞳孔不等大, 除因颅内压增高所并发小脑幕切迹疝压迫动眼神经外, 常反映中脑部位损害。双侧瞳孔缩小见于脑干出血、巴比妥类药物中毒、尿毒症等。双侧瞳孔散大见于深昏迷及阿托品类中毒的病人。

5. 眼球异常运动: 眼球运动消失提示脑干功能抑制严重; 自发性眼球游动多见于大脑半球损害。眼球震颤常提示脑干病变。双眼凝视正常肢体一侧, 提示大脑半球损害; 双眼凝视瘫痪肢体一侧, 则提示脑桥病变。双眼向上凝视麻痹, 提示脑干病变; 双眼向下凝视麻痹, 见于脑干的中脑顶盖部压迫。

6. 运动功能障碍: 昏迷时如有面瘫、压迫眶上切迹时, 瘫痪面肌无收缩反应。上肢瘫痪检查可见“落鞭征”, 即将患者双手抬起而突然松手时, 瘫痪上肢下落迅速。下肢瘫痪者仰卧位时, 瘫痪足掌呈外旋位, 屈曲双膝使其双足立于床面, 瘫痪侧迅速外倒。

7. 异常运动反应与神经损害部位关系: 去皮质强直常见于急性双侧大脑半球病变。去大脑强直常见于: ①脑疝形成压迫间脑与中脑; ②后颅凹中病变, 扩大或破坏桥脑上部; ③代谢疾病如低血糖及脑缺氧。局限运动性抽搐, 常见于中央前回病变; 咀嚼肌抽动, 病变在杏仁核; 意识丧失伴有病灶对侧抽搐, 病变常在额叶。

三、实验室检查 昏迷患者鉴别诊断时, 需配合必要的实验室检查, 包括血常规、尿常规、血糖定性、尿酮体检查及尿三胆试验对肝昏迷诊断有帮助, 其他生化检查如血糖、非蛋白氮、尿素氮、血肌酐、二氧化碳结合力、电解质、血培养, 必要时做心电图、超声心动图、B超、肝功能等检查。

考虑颅内病变时常规做脑脊液检查、头颅摄片、脑电图。脑局部病变明显时, 根据病情可进一步做CT、核磁共振、脑血管造影、同位

素扫描等。

【急救治疗】

一、院外急诊

(一) 使病人头侧偏,以防分泌物或呕吐物引起窒息。

(二) 禁食。

(三) 根据病情可按压或针刺人中、合谷。

(四) 迅速送医院抢救。

二、院内急救

(一) 一般处理

1. 保持呼吸道通畅,必要时气管切开。

2. 吸氧纠正缺氧及保持组织内细胞的氧张力,根据病人缺氧程度,选择氧流量。

3. 输液维持水电解质平衡。

(二) 对症处理

1. 呼吸衰竭的处理: 在吸氧、保持呼吸道通畅情况下,对于中枢性呼吸衰竭,可给予呼吸中枢兴奋剂,主要刺激呼吸中枢或刺激颈动脉化学感受器。

(1) 山梗菜碱(洛贝林)3~6mg,肌注或静脉注射,定期给药或9~18mg稀释于250~500ml葡萄糖溶液内静脉滴注。剂量过多时导致心动过速。

(2) 尼可刹米(可拉明)每次0.375g肌注或静脉注射,也可与山梗菜碱交替注射,每2小时一次。剂量过大时可有出汗、呕吐、面肌抽搐等副作用。

(3) 回苏灵每次8mg肌注或静点,或以16mg稀释于葡萄糖溶液或生理盐水内静滴。

(4) 贝美格(美解眠)对延髓呼吸、循环中枢均有强力兴奋作用,常以100mg缓慢静注或100~200mg稀释后静滴。剂量过大或过快可引起癫痫大发作。

2. 维持循环功能: 昏迷病人常常出现血压下降、循环衰竭,故应视病人的具体情况加以处理。常用药物有:

(1) 间羟胺(阿拉明)有增强心肌收缩力及收缩血管作用,升压作用快而持久,对心率无影响,并可增进脑、肾及冠状动脉血流量,为临床常用首选的升压药,一般以10~20mg肌注,每30~120分钟1次或40~100mg加入生理盐水或5~10%葡萄糖液500ml内静脉滴注。

(2) 多巴胺(3-羟酪胺)收缩皮肤及肌肉小

动脉,扩张脑、肾血管,并能增加心肌收缩力,以20~60mg加入5~10%葡萄糖250~500ml内静脉滴注,每分钟20滴。每分钟不宜超过500 μ g。

(3) 去甲肾上腺素增加心肌收缩力,收缩血管,剂量为5~10mg,加入5%葡萄糖液500ml静滴。药物漏出血管外会引起组织坏死,无尿患者及病前有严重周围血管硬化者忌用。

(4) 阿托品为血管扩张药物,适用于休克早期,1~2mg静注,10~20分钟1次,连用2~3次。

3. 降低颅内压可选一、二种方法:

(1) 甘露醇常用剂量为1.0g/kg静脉注射或静脉滴注,于15~30分钟内滴注完,必要时4~6小时重复一次。可用于伴有急性肾功能衰竭患者。心功能不全、心力衰竭者慎用。

(2) 甘油亦系高渗脱水剂,一般用10%甘油溶液,剂量为1.0g/kg,静脉点滴;也可配成50%甘油盐水口服,每公斤体重每次为1~2ml,降颅压作用不及甘露醇,稍强于高渗葡萄糖。

(3) 50%葡萄糖液60~100ml,每4~6小时静脉注射一次,其脱水作用不强,且可通过血脑屏障,引起“反跳现象”。本药可提供热量,提高血糖,促进脑细胞代谢,改善脑功能,可与利尿剂及其他脱水剂交替使用。

(4) 利尿剂可用利尿酸钠25mg或速尿20mg加于10%葡萄糖500ml内缓慢滴注,也有人用速尿250mg加入林格氏液500ml内1小时内静滴完毕,其降颅压作用持久而无反跳现象,症状一般在4小时后改善,但易引起电解质紊乱,血容量减少,急性听力减退及胃肠道反应。

(5) 肾上腺皮质激素主要作用机理在于减低毛细血管通透性,从而减轻脑水肿。

(6) 其他如人体白蛋白、双氢克尿塞、氨苯喋啶。

4. 脑细胞赋活剂: 常用ATP40~60mg加入10%葡萄糖液500~1000ml内静滴,谷氨酸钠24g稀释于10%葡萄糖液500~1000ml滴注。

5. 苏醒剂: 改善脑细胞代谢,促进意识恢复,常用的有:克脑迷(AET),剂量为1.0g,

溶于10%葡萄糖溶液250~500ml中静滴,每分钟不超过40滴;胞二磷胆碱,剂量为0.2g肌肉注射,或每日0.2~0.6g加入10%葡萄糖液500ml中静脉点滴,5~10日为一疗程。

6. 其他: 如有癫痫发作可加安定10mg静脉注射或肌注。高热可采用酒精擦浴、冰袋冷敷等药物降温或人工冬眠。

(三) 病因治疗 在检查处理过程中,应尽快找出导致昏迷的原因,针对主要病因进行治疗;感染性疾病所致的昏迷,须及时抗感染治疗。低血糖昏迷,补糖治疗则昏迷可以苏醒。

三、中医治疗

(一) 药物治疗 可用通关散研末搐鼻致嚏。闭证可灌服安宫牛黄丸。热闭者用醒脑静10ml加5%葡萄糖60ml静注,或清升灵40ml加5%或10%葡萄糖500ml静脉滴注。寒闭者可灌服苏合香丸。脱证可灌服独参汤或静脉注生脉注射液。

(二) 针刺治疗

1. 体针: 取人中、合谷、太冲、水沟、承浆,强刺激不留针。热闭者加大椎、内关;痰闭者加中脘、丰隆;脱证者加百会、神门、关元、涌泉用补法并灸。

2. 耳针: 取肾上腺、心、皮质下、枕,采用轻刺激,间歇运针,留针1~2小时。

张丽雅 王东生 常虹 武文慧

第三节 眩 晕

眩晕是一种自身或周围物体运动的幻觉。常表现为自身或外周物体有旋转感,摇摆感,或漂浮感等,一般只呈现一种异常感觉,少数呈混合性运动幻觉。

视觉、本体觉和位置觉是保持平衡功能的三个重要组成部分,任何一种功能失调都会引起自身与外物的关系失常,即称为眩晕。眩晕分为耳源性眩晕又称周围性眩晕,脑性眩晕又称中枢性眩晕。

【病因】

一、耳源性眩晕 常见于药物性耳中毒如链霉素、庆大霉素、卡那霉素等引起的眩晕,美尼尔氏病发作时的眩晕是典型的耳源性眩晕。

二、脑性眩晕 常见于椎-基底动脉供血不足。椎-基底动脉的硬化与狭窄、颈椎骨质增生

压迫、听神经瘤、小脑梗塞、小脑肿瘤、颅内感染、高血压或血压过低等均可导致脑性眩晕。

【诊断要点】

一、根据病史、体检、X线、CT或磁共振的颈椎片、头颅片或听道片有助于眩晕的鉴别诊断。

二、眼球震颤是眩晕患者的重要体征,常与眩晕伴随,是前庭神经功能受累的重要客观指标,有助于眩晕的鉴别诊断。

(一) 眼球震颤的形式有三种:①眼球水平方向呈快、慢相向健侧震颤。美尼尔氏病发作时常见震颤明显,发作停止后震颤消失;②垂直上、下震颤,多见于脑干病变,无快慢相;③眼性震颤,为眼球本身病变引起,常见于屈光不正,为钟摆样震颤,无快慢相之分,呈不规则的震颤或游动,常伴有头晕,闭目后减轻或消失,病因不除则眼震持久存在。

(二) 美尼尔氏病突发性眩晕为旋转性,伴有耳鸣、听力逐渐减退。发作时耳内闭塞感,伴有恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗。常有眼球水平震颤。闭目安静时头部症状减轻。发作持续数小时至数日中止,常反复发作多年。

(三) 药物中毒性眩晕有应用耳毒性药物史,如半年内应用链霉素、庆大霉素、卡那霉素、头孢类抗生素等。眩晕逐渐加重,甚至不能行走,常出现高音调耳鸣、双侧神经性耳聋及末梢神经炎症状。眼球震颤少见,双侧前庭神经功能减退。

(四) 迷路炎 有中耳炎病史,呈陈旧性眩晕,伴有恶心、呕吐。

(五) 高血压、低血压性眩晕 多有高血压或低血压病史;血压异常增高或降低;高血压用降压药过量血压下降至正常或低于正常时,也常发生眩晕。

(六) 椎-基底动脉供血不足 老年动脉硬化高血压患者,呈阵发性眩晕、耳鸣、神经性耳聋,突然站立、行走、转头或摇头时加重。有时出现短暂的意识障碍。

(七) 颅内病变 常见的有听神经瘤、小脑肿瘤、小脑梗塞、颅内感染、颅外伤,波及小脑的血肿、出血等,均引起眩晕,常伴有非规律性震颤,持久存在且前庭功能减退、消失。眼底及神经系统检查、头颅CT、磁共振等检查可以确诊。

(八) 血粘度增高、多血症、贫血症均可引起眩晕, 作相应辅助检查即可确诊。

(九) 神经衰弱、癔病性眩晕 根据病史及神经系统检查、突出的原发病表现, 诊断不难。

【急救治疗】

一、自选体位卧床休息, 戒烟戒酒, 不饮浓茶、咖啡及其他刺激性饮品。控制活动, 停止导致精神紧张的工作。

二、病因治疗 美尼尔氏病发作时, 用灭吐灵 10mg, 肌注; 爱茂尔 2ml, 肌注; 654-2, 10mg, 肌注; 抗眩啉 4~8mg, 口服或肌注, 每日 3 次; 5% 碳酸氢钠 40~100ml 静滴, 每日 1 次, 严重病例氢化可的松 100mg 与维生素 C 针剂 1~2g 加入 10% 葡萄糖 1000ml 静滴; 也可用双氢克尿噻、醋氮酰胺进行治疗。一般认为, 在应用维生素 B₁、谷维素、小剂量安定剂的基础上加用上述 1~2 种药物可以收到较好的疗效。

其他原因引起的眩晕, 应努力查明原因, 以病因治疗为主, 一时查不清者应予观察。也可加用抗眩晕药及镇静剂以减轻症状。

三、抗眩晕药 晕海宁 50~100mg, 每日 3 次, 口服; 抗晕片 1 片, 每日 3 次口服; 抗眩啉 4~8mg, 每日 3 次口服或肌注; 敏克静 25mg, 每日 3 次口服。

四、镇静剂 剂量宜小如异丙嗪 12.5~25mg, 每日 3 次, 口服; 安定 2.5mg, 每日 3 次, 口服; 氯丙嗪 12.5~25mg, 每日 3 次, 口服。

五、中医治疗

(一) 药物治疗

1. 天麻注射液 4ml, 肌注, 每日 2 次。

2. 加味温胆汤(姜竹茹、姜半夏、陈皮、云苓、炙草、枳实、葛根、丹参、钩藤、生磁石), 水煎一剂顿服, 早晚各一次。伴呕吐者, 可煎汁呷饮。

(二) 针灸治疗

1. 体针: 取太冲、内关、印堂, 实者加中脘、阳陵泉、行间、水泉, 用泻法; 虚者加百会、风池、膈俞、足三里, 用补法并加灸, 留针 20~30 分钟。

2. 耳针: 取肾、神门、枕、内耳、皮质下, 中等刺激, 每次取 2~3 穴, 留针 20~30 分钟, 间歇捻针, 每日 1 次。

3. 头针: 取双侧晕听区, 用泻法, 每日 1

~2 次, 每次 5 分钟。

杜俊羽 王东生 常虹 武文慧

第四节 晕厥

晕厥系指大脑一时性广泛性血流灌注不足所引起的突然发生的、短暂的意识丧失和行为失控状态。晕厥通常不伴有惊厥、咬破舌、尿失禁等, 晕厥本身不造成机体器质性损害, 但晕厥有时是心、肺、脑等器质性疾病的一种表现。

【病因】

一、血管舒缩障碍

- (一) 血管抑制性晕厥(单纯性晕厥);
- (二) 直立性低血压(体位性低血压);
- (三) 仰卧位低血压综合征;
- (四) 颈动脉窦过敏;
- (五) 舌咽神经痛所致的晕厥;
- (六) 排尿性晕厥;
- (七) 咳嗽晕厥。

二、心源性晕厥

- (一) 急性心源性脑缺血综合征;
- (二) 阵发性心动过速、阵发性快速房颤、室上性心动过速、室颤;
- (三) 严重过缓性心律失常;
- (四) 病态窦房结综合征;
- (五) 主动脉瓣狭窄;
- (六) 某些类型的先天性心脏病;
- (七) 急性心肌梗塞, 心绞痛发作;
- (八) 左心房粘液瘤, 左房血栓形成;
- (九) 主动脉弓综合征(多发性大动脉炎)。

三、脑源性晕厥

- (一) 脑动脉粥样硬化;
- (二) 短暂性脑缺血发作;
- (三) 偏头痛;
- (四) 血管迷走神经性晕厥, 癔病性及情绪性晕厥;
- (五) 铅中毒脑病。

四、血液成分改变

- (一) 低血糖状态;
- (二) 换气过度综合征;
- (三) 重度贫血。

【诊断要点】

应根据病史、诱因、伴随的症状和体征推

断晕厥发生的原因,作出病因诊断。

一、血管抑制性晕厥

(一)晕厥发作多有明显诱因如疼痛、精神紧张、恐惧、出血、手术等;

(二)晕厥前有短暂的前驱症状如眩晕、恶心、上腹部不适、面色苍白、出冷汗等;

(三)晕厥常发生于直立位或坐位;

(四)晕厥时血压下降,脉搏缓慢、微弱;

(五)晕厥时间短暂,无后遗症;

(六)多发生于体质素弱的年轻女性。

二、体位性低血压晕厥

(一)患者从蹲坐位、平卧位突然直立,或站立时间过久时发生晕厥;

(二)服用氯丙嗪、胍乙啶等降压药物的患者突然站立,或交感神经截断术后;

(三)某些全身性疾病,身体虚弱,突然直立易发晕厥;

(四)测量卧位及直立后的血压,每分钟一次,连续五次,收缩压下降 6.6KPa 左右;

(五)多伴有阳痿、无汗或膀胱直肠功能障碍,多年后可出现锥体外系、小脑系、锥体系的征象;

(六)多见于中年男性,多无前驱症状。

三、仰卧位低血压晕厥 多见于妊娠晚期孕妇或腹腔内巨大肿瘤患者取仰卧位时,血压骤降,心搏加速,随之发生晕厥。

四、颈动脉窦过敏性晕厥 压迫颈动脉窦的动作,如突然转头、衣领过紧,或压迫颈动脉窦可诱发晕厥发作。发作时脑电图出现高波幅慢波。用普鲁卡因封闭颈动脉窦后,再按压之,则不再发生晕厥。

五、心源性晕厥 由于心脏病时心脏输出血量减少,心脏停搏,导致脑组织缺血而发生,主要见于各种原因引起的心脏停搏,心室纤颤,心室扑动,严重过缓型心律失常,急性心肌梗塞,压塞性心包积液,阵发性心动过速,快速心房纤颤,主动脉瓣狭窄,左房粘液瘤,左房血栓形成,右向左分流型先天性心脏病,法乐(Fallot)三联征等。根据病史、体检、X线、心电图、超声心动图等检查,心脏病的诊断可以确立。

六、脑源性晕厥 是由于脑血管或主要供应脑部血液的血管发生循环障碍,导致一时性广泛性脑供血不足所致。

(一)脑动脉粥样硬化的基础上,各种诱因导致患者血压骤降,心输出量减少,或突然转变体位而血管舒缩功能未能立即适应时,可引起脑部进一步供血不足而发生晕厥;

(二)暂时性脑缺血发作,主要由于脑血管痉挛,暂时性急剧血循环障碍,如颈内动脉受累则表现偏瘫、偏身麻木、偏盲、语言障碍及晕厥,椎-基底动脉系统受累主要表现眩晕、视觉障碍、面部及肢体麻木、四肢轻瘫和晕厥发作。晕厥及神经系统症状持续时间短暂,一般为数分钟至数十分钟,很少超过1小时;

(三)偏头痛晕厥多属于基底动脉型偏头痛,临床表现为眩晕、视觉障碍、四肢感觉障碍、轻瘫及偏头痛伴有晕厥发作;

(四)多发性大动脉炎晕厥,多发生于女性,解剖上为多发性大动脉炎症、硬化、狭窄、血栓形成与闭塞,临床上约35~62%发生晕厥,多在起立、走路或其他活动时发生,除晕厥外,常有血压低或测不出,桡动脉搏动微弱或消失,肢体麻木、无力等;

(五)慢性铅中毒性脑病,主要表现为神经衰弱症候群,少数患者可反复发生晕厥。铅化合物长期接触史及尿铅增多等。

七、常见的血液成分改变所致的晕厥

(一)低血糖晕厥 临床上有明显低血糖的临床表现,随之有晕厥发作,血糖降至2.8mmol/L以下。

(二)换气过度综合征 由于情绪紧张或癔病发作引起呼吸增强或换气过度,可引致呼吸性碱中毒,脑部毛细血管收缩,脑细胞缺氧,临床上常有头晕、乏力,颜面及四肢针刺感、麻木感、冷感,并可有晕厥发作,多见于神经质或性情急躁的女性,有较长的前驱期,可在卧位时发生。

(三)重度贫血性晕厥,多发生于发病较短的严重贫血者,因血氧过低而在用力时发生晕厥。

【急救治疗】

晕厥发作时采取的措施,既要控制晕厥发作,又要确定并解决威胁生命的问题。

一、病因治疗 查明病因者应尽量去除病因,避免诱因,如低血糖晕厥,应立即补充葡萄糖,控制晕厥,还需进一步查明低血糖发生的原因,尽量治疗之。心脏病及其并发症引起

的晕厥，要针对原发病进行治疗，如严重过缓心律失常，可给异丙肾上腺素 1~2mg 加入 10% 葡萄糖 500ml 静滴，维持心室率 45~60 次/分。阿托品 0.5~1.0mg，静注，或 654-2，10~20mg，静注。对某些传导阻滞、病窦综合征，可安装人工心脏起搏器。

二、对症治疗

(一) 立即让病人平卧于空气流通处，取头低足高位，使脑血流量灌注到最高程度。同时松开衣领，必要时吸氧，清醒后给患者喝热糖水、茶水，应休息几分钟再慢慢坐起来，再过几分钟慢慢站起来，以防晕厥再次发作。

(二) 可针刺或指压百会、人中、十宣等穴位。

(三) 对心动过缓、血压较低者，应给异丙肾上腺素、阿托品、654-2、麻黄素等药物静滴、静注或皮下注射，一般先选一种，也可以选用 2 种。

(四) 意识恢复后，应检查有无威胁生命的原发病，如急性心肌梗塞、急性内出血、脑血管疾病等，并应及时处理。

三、常见的几种晕厥的处理

(一) 体位性低血压晕厥 根据原发病因给予治疗，可给高盐饮食；当即给麻黄素片 12.5~25mg，口服；生脉饮 10ml，每日 3 次，口服。平时起床、站立时动作要缓慢。忌用抑制植物神经系统的药物。对于仰卧位低血压晕厥，应当立即转为侧卧位，平时避免平卧位。

(二) 血管抑制性晕厥 应避免引起这种反应的应激情况，一旦晕厥发生，应使病人平卧，或头低足高位，必要时可肌注阿托品 0.5mg。

(三) 心源性晕厥 应根据引起晕厥的那种心脏情况，作相应的处理，包括心脏手术治疗、人工心脏起搏器的安装等。

(四) 脑源性晕厥 平时应用脑血管扩张药、降低血粘度药物：尼莫地平、复方丹参、蝮蛇抗栓酶等。

(五) 颈动脉窦过敏晕厥 平时穿松领上衣，避免快速转头动作，晕厥发作时，立即平卧，松开衣领。静脉注射阿托品，以治疗持续的心动过缓。

四、中医治疗

(一) 药物治疗

1. 阳虚欲脱者给予参附注射液 4ml，加入

50% 葡萄糖 60ml，静脉推注。亦可用生脉注射液 20ml 加 50% 葡萄糖 40ml，静脉推注。

2. 有热象者可给清开灵 40ml，加 10% 葡萄糖 500ml 静脉滴注，或用醒脑注射液 10~20ml 加 5% 葡萄糖 500ml 静脉滴入，每日 1~2 次。

3. 中暑者可给十滴水、仁丹等。

(二) 针刺治疗

1. 体针：病人取头低足高位，保持呼吸道通畅，先取人中、合谷提插捻转，强刺激数分钟，不留针，然后再刺百会、少商，轻捻转。

2. 耳针：取心、皮质下、脑点，中等刺激，留针 30 分钟。

李小妹 杜俊羽 武文慧 常虹

第五节 头 痛

头痛是许多疾病的一个症状，也是某些疾病的主要表现。

【病因】

引起头痛的疾病和原因十分复杂，认真查找头痛的病因，对早期治疗及预防病情发展均有重要意义。

一、颅外病变

(一) 神经痛 三叉神经痛、枕神经痛、舌咽神经痛等。

(二) 肌肉收缩性头痛(紧张性头痛)。

(三) 耳源性(如急性中耳炎)、鼻源性(如鼻窦炎)、眼源性(如青光眼)、齿源性头痛(如牙髓炎)等。

(四) 颈部疾病 颈椎病，颈肌炎，枕部、颈部、肩部软组织病变等。

(五) 头皮、颅骨、骨膜的感染性炎症，外伤，肿瘤等。

二、颅内病变

(一) 感染 脑膜炎、脑膜脑炎、脑脓肿、硬膜外脓肿或血肿、硬膜下脓肿、静脉窦血栓、静脉炎等。

(二) 血管性疾病

1. 脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓、脑栓塞等。

2. 血管畸形、血管扩张、血管瘤等。

(三) 颅内占位性病变如脑肿瘤、脑脓肿等。

【诊断要点】

一、了解发病过程，注意头痛发作的时间、频度、持续时间，头痛的性质、程度、部位，缓解或加重的诱因，以及伴随的症状等。体检应注意血压、体温，应作认真的五官检查、内科常规检查及神经系统检查，根据具体情况作X线头颅片、脑血管造影、颈椎正侧位片，作头颅CT检查，必要时作头颅磁共振检查。应作腰椎穿刺，测定脑脊液压，查脑脊液细胞的记数分类及生化检查。

二、常见头痛的临床特征介绍如下。

(一) 偏头痛

1. 多见于青、壮年女性，多与情绪因素有关。
2. 多有前驱症状：眼前火星，彩光闪动，视野缺损，肢体麻木无力，嗜睡、倦怠、忧郁与短暂失语等。
3. 随之出现剧烈头痛，多局限于一侧额颞或眼眶后部，逐渐加重，呈跳动感，往往伴有恶心呕吐、流泪、流涕、颞浅动脉扩张等。
4. 有的女性偏头痛发作与月经有关，妊娠或更年期后月经停止，偏头痛也停止发作。
5. 反复发作，每次发作持续1~2小时到1~2天，间歇期完全正常。

(二) 紧张性头痛

1. 常为慢性持续性轻重不等的头痛。
2. 常与精神紧张有关。
3. 头痛呈箍样，闷胀、沉重、压迫感。
4. 局部肌肉有压痛，下午或晚上疼痛加重。
5. 各种检查无特殊发现。

(三) 高血压性头痛

1. 深部搏动样钝痛，头部有紧缩感，常为额部、枕部或全头痛。
2. 血压增高，当血压降低后头痛减轻或消失，血压增高头痛加重，坐起时、休息时头痛减轻。
3. 头痛严重时伴有恶心、呕吐。
4. 常在早晨发作，与情绪激动有关。

(四) 颞动脉炎头痛

1. 多见于50岁以上老人。
2. 有发热、肌肉痛、倦怠等前驱症状。
3. 呈烧灼样、搏动性、压迫性头痛。
4. 颞动脉呈条索状增粗，压痛明显。

5. 发病期有全身症状如疲乏、食欲不振、眼痛、视力减退等。

6. 周围血白细胞增多，嗜中性粒细胞增多，血沉增快。

(五) 三叉神经痛

1. 周期性反复发作，多在午后发病。
2. 短暂性电击样刺痛，每次发作数分钟至数十分钟，每日可发作数次。
3. 触碰三叉神经点可诱发，常伴有面肌收缩、流泪。
4. 多见于单侧面部疼痛，以三叉神经第二、三叉支配区疼痛最常见。

(六) 脑血管畸形

1. 半数病人有癫痫发作史。
2. 多数病人有蛛网膜下腔出血史或脑出血病史。
3. 头痛多在病变侧，多于青少年期开始，持续多年。
4. 部分患者有智力减退、精神症状及肢体轻瘫。
5. 部分患者头颅或一侧眼球可听到血管杂音。
6. 作脑血管造影、同位素扫描有助于诊断。

(七) 丛集性头痛

1. 发病率低，青少年好发。
2. 常在夜间入睡后因突然疼痛而醒觉。
3. 头痛表现形式是一连串的发作，而且每次发作均无先兆症状，即刻达到疼痛高峰，并且伴有流泪、流涕、鼻塞、脸红等一系列血管扩张症状。
4. 连续数周，每晚发作，停止后可数年不发病。

(八) 全身急性感染性头痛

1. 急性感染的临床表现如高热、衰竭等。
2. 周围血白细胞增高，嗜中性粒细胞比例增高，血或分泌物常可培养出致病菌。
3. 头痛呈弥漫性深部钝痛。
4. 急性感染一经控制，体温下降，头痛消失或明显减轻。

(九) 眼、鼻、鼻窦、口腔疾病引发的头痛有下述特征

1. 头痛部位大都位于头前部、眼、额、颞区、眼眶周围等部位，耳源性头痛多位于枕区