

神经病治疗学

韩仲岩 丛志强 唐盛孟 主编



2.41.05
254

Y890/25

神经病治疗学

主编 韩仲岩 丛志强 唐盛孟



A0288793

上海科学技术出版社

神经病治疗学

主编 韩仲岩 丛志强 唐盛孟

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海中华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 22 插页 4 字数 520,000

1993 年 12 月第 1 版 1996 年 5 月第 3 次印刷

印数 10,001—15,000

ISBN 7-5323-3212-8/R·938

定价: 33.50 元

主 编 韩仲岩 丛志强 唐盛孟
编 委 (依姓氏笔画为序)

	牛淑华	石秉霞	庄柏翔	李 晨	李清美
	李文馨	朱曰华	陶靖中	张亦钦	鄢宗秀
	陈光弟	陈玉芳	陆致玲	吴青暖	杨任民
	俞子彬	赵明伦	解学孔		
编 著 者	王 强	王秀云	孙兆林	邢 昂	李红云
	吕建强	张 晨	张桂芳	欧阳敬国	杨淑清
	程保合	谭 兰	潘旭东		
学术秘书	裴海涛	张 镛	史晓红		

前 言

以往,对于神经系统疾病多以诊断为重点,临床上对神经系统某种疾病只要诊断清楚就算达到了目的,其治疗方面则多无良策而较少述及,故有关治疗方面的专著寥若晨星。近年来由于神经生化、神经免疫、神经病理和遗传学方面的进展,以及诊断手段的不断进步,致使神经系统疾病的治疗也有了很大的发展。为了提高神经科各级医生的治疗水平,使病人得到及时合理的治疗,尽早康复,我们参阅近十年来国内外有关神经系统疾病的治疗进展,并结合我们的临床治疗经验,编写了本书,其内容包括神经系统常见症状的治疗、神经系统各类疾病的治疗以及一些神经系统的特殊治疗方法等,本书反映了近年来神经系统疾病治疗方面国内外的新进展,编写过程中我们注重临床实际情况,力求帮助各级医生解决工作中经常遇到的治疗问题,希望它能对广大医务人员的临床实践有所裨益。

本书的编写得到了青岛医学院、青岛医学院附属医院和上海科学技术出版社的大力支持,在此表示诚挚的感谢,尽管我们主观上做了很大的努力,但缺点和不妥之处在所难免,我们殷切希望各位同道提出宝贵的意见。

编 者
一九九二年

目 录

第一章 神经系统疾病常见症状的治疗	1
第一节 血管性头痛	1
偏头痛	1
丛集性头痛	4
非偏头痛型血管性头痛	5
第二节 眩晕	5
内耳眩晕症	5
良性发作性位置性眩晕	7
前庭神经炎	7
药物中毒性眩晕	8
其他	8
第三节 晕厥	8
第四节 耳鸣	11
第五节 谵妄	13
第六节 呃逆	14
第七节 痴呆	16
第八节 脑水肿	21
第九节 低颅压综合征	27
第十节 睡眠障碍	28
第十一节 意识障碍	33
第二章 脑血管疾病的治疗	40
第一节 脑动脉硬化	40
第二节 缺血性脑血管病	47
短暂性脑缺血发作	47
脑血栓形成	50
脑栓塞	58
椎动脉型颈椎病	59
第三节 出血性脑血管病	62
蛛网膜下腔出血	62
附 SAH 后脑血管痉挛的预测及治疗	64
脑出血	67
第四节 颅内静脉血栓形成	70
第五节 高脂蛋白血症	72
第六节 脑血管病的康复治疗	75
第三章 脑炎与脑膜炎的治疗	79
第一节 疱疹病毒性脑炎	79
单纯疱疹病毒性脑炎	79

带状疱疹病毒性脑炎·····	81
巨细胞病毒性脑炎·····	81
传染性单核细胞增多症脑炎·····	81
第二节 亚急性硬化性全脑炎·····	82
第三节 钩端螺旋体脑炎·····	82
第四节 散发性脑炎·····	83
第五节 狂犬病毒性脑炎·····	84
第六节 病毒性脑膜炎·····	85
第七节 化脓性脑膜炎·····	86
第八节 结核性脑膜炎·····	90
第九节 隐球菌脑膜炎·····	93
第四章 脑寄生虫病的治疗·····	95
第一节 脑囊虫病·····	95
第二节 脑血吸虫病·····	98
第三节 脑肺吸虫病·····	100
第四节 脑包虫病·····	101
第五章 脑病的治疗·····	103
第一节 脑缺氧及缺氧性脑病·····	103
第二节 肺性脑病·····	105
第三节 糖尿病性脑病·····	107
第四节 肝性脑病·····	109
第五节 一氧化碳中毒性脑病·····	115
第六节 感染中毒性脑病·····	118
第七节 高血压性脑病·····	122
第八节 尿毒症性脑病·····	124
第九节 透析性脑病·····	126
第十节 胰腺脑病·····	127
第十一节 皮质下动脉硬化性脑病·····	128
第十二节 进行性多灶性白质脑病·····	129
第十三节 内脏脂肪变性脑病·····	129
第六章 锥体外系疾病的治疗·····	131
第一节 震颤麻痹·····	131
第二节 小舞蹈病·····	136
第三节 肝豆状核变性·····	137
第四节 亨丁顿舞蹈病·····	141
第五节 肌张力障碍·····	142
第六节 特发性直立性低血压·····	143
第七节 特发性震颤·····	144
第七章 癫痫的治疗·····	147
第一节 癫痫·····	147
第二节 癫痫状态·····	156
第八章 脱髓鞘疾病的治疗·····	160

第一节 多发性硬化	160
第二节 视神经脊髓炎	164
第三节 急性播散性脑脊髓炎	165
第九章 常见脊髓病的治疗	167
第一节 急性脊髓炎	167
第二节 脊髓蛛网膜炎	168
第三节 脊髓型颈椎病	169
第四节 脊髓蛛网膜下腔出血	172
第五节 脊前动脉血栓形成	173
第十章 常见头面部神经疾病的治疗	174
第一节 眼肌瘫痪	174
第二节 三叉神经痛	176
第三节 面肌痉挛	179
第四节 面神经炎	180
第五节 眶上神经痛	182
第六节 蝶腭神经节神经痛	182
第七节 颞下颌关节痛	183
第八节 舌咽神经痛	184
第九节 枕大神经痛	185
第十节 疱疹后神经痛	187
第十一章 常见脊神经疾病的治疗	190
第一节 臂丛神经炎	190
第二节 灼性神经痛	191
第三节 残肢痛和幻肢痛	193
第四节 坐骨神经痛	194
第五节 腰骶神经根炎	195
第六节 股外侧皮神经炎	195
第七节 腓神经麻痹	196
第八节 股神经痛	197
第九节 神经根型颈椎病	197
第十节 急性多发性神经根神经炎	201
第十一节 肋间神经痛	203
第十二章 神经系统营养缺乏性疾病的治疗	206
第一节 脚气病	206
第二节 韦尔尼克脑病	207
第三节 亚急性脊髓联合变性	208
第十三章 肌病的治疗	211
第一节 重症肌无力	211
第二节 进行性肌营养不良症	215
第三节 周期性麻痹	217
低钾性周期性麻痹	217
高钾性周期性麻痹	218

· 正钾性周期性麻痹·····	219
第四节 多发性肌炎·····	220
第五节 肌强直症·····	222
先天性肌强直·····	222
萎缩性肌强直·····	224
先天性副肌强直·····	224
第十四章 植物神经系统疾病的治疗·····	226
第一节 红斑肢痛症·····	226
第二节 雷诺病·····	227
第三节 发汗异常·····	228
第四节 男性性功能紊乱·····	230
性欲低下·····	230
阳痿·····	231
阴茎异常勃起·····	236
早泄与射精过快·····	236
不射精症·····	237
第五节 神经元性膀胱·····	237
第十五章 性传播疾病的治疗·····	244
第一节 神经梅毒·····	244
第二节 艾滋病所致神经精神障碍·····	247
第十六章 高原地区神经疾病的治疗·····	251
第一节 高原脑水肿·····	251
第二节 高原癫痫持续状态·····	253
第三节 高原脑血管病·····	253
高原脑梗死·····	254
高原脑出血·····	255
第四节 高原地区血管性头痛·····	256
第五节 高原地区神经与精神障碍·····	257
类神经衰弱综合征·····	257
高原植物神经症·····	258
高原睡眠障碍·····	259
高原睡眠呼吸暂停·····	259
第六节 高原适应不全症·····	260
第十七章 神经系统功能性疾病的治疗·····	261
第一节 更年期综合征·····	261
第二节 神经症·····	262
第三节 不安腿综合征·····	268
第四节 多发性抽动秽语综合征·····	269
第五节 儿童多动综合征·····	270
第十八章 药物诱发神经损害症状的治疗·····	273
第一节 锥体外系统损害·····	273
第二节 迟发性运动障碍·····	274
第三节 急性肌张力障碍·····	275

第四节 植物神经系统损害	276
第五节 药源性癫痫	277
第六节 周围神经损害	278
第七节 周期性麻痹	278
第八节 注射性瘫痪	278
第十九章 神经系统疾病的特殊治疗方法	280
第一节 高压氧疗法	280
第二节 血液疗法	284
血浆交换疗法	284
血液稀释疗法	286
紫外线照射充氧自血回输疗法	289
大剂量健康人血清丙种球蛋白静脉滴注疗法	290
红细胞交换和清除疗法	291
血液净化疗法	291
第三节 肾上腺皮质激素疗法	291
第四节 化学免疫抑制疗法	295
第五节 钙通道阻滞剂的应用	299
第六节 β 受体阻滞剂的应用	303
第七节 放射疗法	306
第八节 生物反馈自我放松疗法	308
第九节 物理疗法	312
直流电疗及直流电离子导入疗法	312
感应电疗法	314
经皮神经电刺激疗法	314
电睡眠疗法	314
干扰电疗法	314
火花疗法	315
超短波电疗法	315
特定电磁波疗法(TDP)	316
超声疗法	316
矿泉疗法	316
温热疗法	317
第十节 医疗体育	318
附 脑血管病后偏瘫的体疗	318
第二十章 神经系统疾病危重病人的护理	320
第一节 褥疮的治疗和护理	320
第二节 呼吸衰竭的护理	322
第三节 气管切开的护理	325
第四节 昏迷病人的护理	327
第五节 尿潴留及尿失禁的护理	330
第六节 癫痫持续状态的护理	332
附录 1 汉英药名对照	333
附录 2 英汉药名对照	337

第一章 神经系统疾病常见症状的治疗

第一节 血管性头痛

血管性头痛主要分为偏头痛型和非偏头痛型两大类，这两类都是因颅内血管扩张所致。前者血管扩张的原因至今不明，其症状和治疗有一定的特异性，是研究头痛的重点。后者有明确病因，除去病因则头痛消失。

偏头痛

偏头痛(migraine)是一种周期性发作的血管性头痛，多在青春期起病，以女性多见，可有家族史。发作前常有视觉先兆(闪辉性暗点、幻视、偏盲等)，数分至数十分钟后出现搏动性一侧性头痛，继而变为持续性头痛，严重时伴恶心、呕吐，每次发作可持续数小时或1~2天，然后自行缓解，此为典型偏头痛。普通型偏头痛发作较轻，无视觉先兆，可为一侧性，也可为双侧性，持续时间较长，在临床上更常见。

本病是由于头颅内外血管舒缩功能障碍所致，这种功能障碍是由于血小板聚集功能增强，血中5-羟色胺(5-HT)浓度的异常增高，引起动脉收缩，导致脑内一过性缺血、而出现视觉先兆症状。继而由于单胺氧化酶(MAO)的作用，使大量的5-HT降解成5-羟吲哚乙酸(5-HIAA)随尿排出，造成血中5-HT浓度降低，使颅外动脉扩张而引起搏动性头痛(图1-1)。

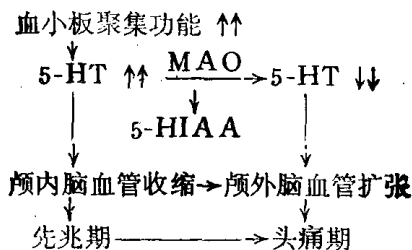


图 1-1 偏头痛发病机制示意图

治 疗

一、发作期治疗

(一) 麦角胺制剂 属血管收缩剂，能阻止去甲肾上腺素(NA)再被摄入体内贮存，使更多的NA与 α -肾上腺素能受体结合，引起强有力的持续性血管收缩；此外，麦角胺能抑制5-HT被血小板摄取，防止血中的含量降低而免除血管的扩张。用麦角胺制剂治疗偏头痛患者约47%完全缓解，34%部分缓解。用法：①麦角胺咖啡因：每片含麦角胺1mg，咖啡因100mg。最好在前驱期或发作初期使用，开始口服1~2片，半小时后若无效可再服1~2片，每次发作最多不超过6片。②酒石酸麦角胺注射液：每支含麦角胺0.25mg或0.5mg。皮

下或肌内注射。当头痛,呕吐严重而不能口服时应用。该制剂可引起恶心、呕吐、四肢疼痛麻木、胸闷、腹痛等副作用。高血压、冠心病、肝肾疾患、妊娠等疾病忌用。

(二) 镇痛剂 头痛时给予乙酰水杨酸止痛,该药有抗血管内致痛物质舒缓激肽的作用。头痛重用麦角胺无效时可用磷酸可待因。偏头痛持续状态可给予氢化泼尼松 40~60 mg/d。

(三) 氟灭酸 氯灭酸(Clofenamic Acid)属前列腺素拮抗剂。具有强烈的前列腺素合成酶的拮抗作用。而阻止前列腺素E使脑血管剧烈扩张而致偏头痛。于先兆期用药者大多可避免偏头痛发作,在偏头痛发作开始后用药,常可使疼痛程度减轻。发作时每2小时服2片(每片125 mg),每次发作总量不超过6~8片。可出现轻度消化不良。

二、预防

(一) 抗5-HT剂

1. 甲基麦角酰胺(Methysergide) 本药是5-HT的竞争性拮抗剂,能使扩张的头皮动脉内的5-HT的致痛作用减弱;与5-HT受体结合后能模拟5-HT的加强NA对血管收缩作用,使头皮动脉维持收缩状态。本药是预防偏头痛最有效的药物。每日2~6 mg,约60%的患者完全或部分制止发作。用药一般不超过6个月,必要时停药1~2个月再用,以免出现腹膜后及肺纤维化等副作用。

2. 苯噻啶(Pizotifene) 本药也是5-HT的竞争性拮抗剂,能与5-HT竞争特殊的受体,而发挥抗5-HT的作用;能反馈地激活色氨酸羟化酶或5-羟色氨酸酶而加速5-HT的形成,增强5-HT对颅外血管的收缩;还能增加其他血管收缩物质的易感性。在偏头痛发作时5-HT突然减少的情况下颅外血管仍能接受其他血管收缩物质的作用而依旧保持收缩状态。此外还有强大的抗组胺作用并能抑制舒缓激肽对末梢的作用,防止动脉壁的痛阈降低。对预防偏头痛的有效率为40%~70%。每次0.5 mg口服,每日3次,1周后可逐渐增加至每次1 mg,每日3次。最大剂量每日6 mg,连续服用不超过6个月。常有嗜睡、乏力或体重增加等副作用。

(二) β 受体阻滞剂

1. 普萘洛尔(Propranolol;心得安) 普萘洛尔可阻断脑血管壁上 β 型肾上腺素能受体的兴奋可防止脑血管扩张。有人报告用普萘洛尔预防偏头痛,在19例中有15例有效。现已证明普萘洛尔对预防偏头痛有肯定效果。一般按每日1 mg/kg,分3次服用。也有人用80 mg/d,分4次服用。有哮喘、心衰或房室传导阻滞者禁用。

2. 美托洛尔(Metoprolol;美多心安) 该药有抑制血小板聚集作用,能阻止偏头痛患者血小板的聚集功能增强,而起预防作用。有报告用美托洛尔预防偏头痛,可使每4周的发作次数明显减少,严重程度明显减轻。50 mg/次口服,每日2次,连服8周。

(三) 血管张力稳定剂 可乐定(Clonidine)又称110降压片。本药有稳定血管张力的作用,即小剂量给药能降低血管对血管收缩剂和血管扩张剂的反应,此外,还有中枢镇静作用。用可乐定预防偏头痛的有效率为53%~59%。一般用50~150 μ g/d,分2次服用,从小剂量开始,逐渐增加。小儿按每日1 μ g/kg计算。应用时间较长,有些病人在用药数月后才出现效果。仅有轻微的口干、困倦、胃肠不适等副作用。无明显的血压变化。

(四) 抗抑郁剂

1. 苯乙肼(Phenelzine) 为单胺氧化酶抑制剂,该药可抑制MAO的活性,减慢5-HT

的降解,维持血浆中 5-HT 的含量,阻止血管的扩张,还可束缚血小板上的特殊受体而影响 5-HT 的摄入。用苯乙肼预防偏头痛有效率约 80%。常用 15 mg/次口服,每日 3 次。

2. 阿米替林 (Amitriptyline) 阿米替林预防偏头痛可能与该药的三环成分对神经痛有治疗作用有关。试验证明该药预防偏头痛有显著效果。开始用 25 mg/d 口服,逐渐增至 150 mg/d。

(五)乙酰水杨酸 乙酰水杨酸(Acetylsalicylic Acid; 阿司匹林)能阻止前列腺素血栓素 A_2 (Thromboxane A_2 , TXA_2) 的合成,抑制血小板凝集和血小板因子的分泌而起作用。临床观察预防偏头痛有效率为 75%。0.6 g/次口服,每日 2 次,连用 3 个月。约 25% 的患者出现轻度胃炎。

(六)钙通道阻滞剂 近来发现偏头痛发作可能与脑血管痉挛所致的局限性脑缺血有关,而钙通道阻滞剂由于能阻止钙离子内流从而抑制脑血管痉挛,此外它还具有抑制血小板聚集和抑制 5-HT 释放等作用,因而可预防偏头痛的发生。

对各种钙通道阻滞剂对偏头痛的预防作用研究,发现病程越短,发作频率越高的患者其疗效越好。对典型偏头痛和普通偏头痛同样有效。不仅可使发作次数减少,而且可使头痛的严重程度减轻。其中尼莫地平有效率达 93% (表 1-1)。常用硝苯地平(心痛定) 60 mg/d,或维拉帕米(异搏定) 300 mg/d,最小剂量 80 mg/d,每日 3 次。

表 1-1 各种钙通道阻滞剂预防偏头痛的效果

药 名	发作频率减少率(%)	有效率(%)	50%以上的改善率(%)
氟 桂 嗪	50	87	44
尼 莫 地 平	28	93	42
维 拉 帕 米	49	81	46
硝 苯 地 平	74	75	不明
地 尔 硫 革	64	不明	不明

(七) 前列腺素拮抗剂

1. 甲氧萘丙酸钠(Sodium Naproxen) 为一种强力的前列腺素生物合成及血小板聚集的抑制剂。可抑制前列腺 E_1 所诱发的典型偏头痛,能使颅外血流量减少,颅内血流量增加。采用 8 周为一疗程的交叉、双盲、对照试验,也证实该药的预防作用显著优于安慰剂。每次 275 mg,每日 2 次,早晚 8 时服用。8 周为一疗程。

2. Tolfenamic Acid 该药是抗风湿制剂,具有抑制前列腺素生物合成和阻滞前列腺素受体的作用。用双盲交叉试验方法发现 Tolfenamic Acid 对偏头痛有明显的预防效果,偏头痛发作次数减少,发作时间缩短,严重程度亦减轻。100 mg/次口服,每日 3 次。

3. Indobufen 该药为前列腺素抑制剂,能抑制前列腺素的合成,此外,还部分与抗血小板作用有关。对预防偏头痛有肯定效果,可使发作频率自第 2 个月起明显减少,发作持续时间明显缩短。每次 200 mg,每日 2 次口服。

(八) 丙戊酸钠 丙戊酸钠(Sodium Valproate)在中枢神经系统内的作用尚不清楚,推测可能与增加 γ -氨基丁酸(GABA)有关。GABA除了可影响其他神经递质及调节递质在中枢神经系统内的部位以外,还能影响疼痛机制,而且对血管系统有一种神经源性作用。对18例严重的偏头痛患者治疗和随访,发现有效率高达94%,对普通型和典型偏头痛的预防效果无区别,一般在开始治疗后第1~2周出现疗效。停用丙戊酸钠后,偏头痛可复发,重新服用丙戊酸钠后发作可消失。

开始给予丙戊酸钠1200 mg/d,分早晚2次服用,然后根据发作情况适当调整,丙戊酸钠的预防效果与剂量有关,故必须把血浆浓度调节到700 μ mol/L,才能获得最佳疗效。副作用可出现肝功异常、体重轻度增加、瞌睡等。

伴发于偏头痛的偏瘫或眼肌麻痹大多为一过性的,当头痛发作消失时则麻痹常可恢复。治疗原则同前。有人报告用星状神经节封闭对偏瘫型偏头痛有效。这种头痛应作脑血管造影以除外脑血管畸型和动脉瘤等。

丛集性头痛

丛集性头痛(cluster headache)又名组胺头痛,是一种特殊类型的血管性头痛,一般无家族史,男性多见,好发于30~50岁。常在夜间睡眠时发作,无视觉先兆,多从一侧眼眶开始向额颞扩散,疼痛剧烈,如烧灼感,刀割样,常伴同侧鼻粘膜充血、鼻塞、流涕、流泪、球结膜充血等。发作有规律性,每日发作时间大致相同,可每日一次或数次,每次持续数十分钟,极少超过2小时,如此反复发作,可持续数日或数月,自行缓解。缓解期较长,可达数月至数年。以后可以同样方式、同样季节复发。如皮下注射组胺0.1 mg可导致典型发作,有助于诊断。

治 疗

1. 麦角胺制剂 发作时麦角胺制剂有效,但需较大剂量。若口服无效有人主张在发作中给予酒石酸麦角胺0.25 mg皮下注射,每日3次。在夜间发作者可在睡前注射0.5 mg,80%~90%的病例可防止发作。近年来发现在头痛发作时用肾上腺皮质激素最为有效。当麦角胺口服无效时并用氢化泼尼松15 mg/d可终止发作。也有人用泼尼松20~40 mg/d。

2. 睾丸素(Testosterone) 睾丸素治疗可使80%的患者获显著效果,用法25 mg肌注,每日1次,连用7~10天,然后改为10 mg肌注,每日1次,再用7~10天。

3. 碳酸锂(Lithium Carbonate) 用碳酸锂900 mg/d,连用21~180天,治疗12例丛集性头痛,取得显著效果,其中4例头痛发作完全控制,而且在有效的患者中其血中的血小板数目增加25.5%,5-HT的浓度则明显减少。

4. 吸氧疗法 每次吸氧15分钟,56%的患者达到明显或完全缓解。因为吸氧可使头痛发作后扩张的颅内外动脉收缩。

5. 利多卡因滴鼻疗法 仰卧位,头后仰45°,向头痛侧歪30°~40°,慢慢滴入4%利多卡因1 ml于头痛侧鼻孔内,每15分钟滴1~2次,可缓解部分病人的疼痛。

6. 蝶腭神经节酒精阻滞疗法 用无水酒精0.5 ml注入蝶腭神经节行浸润麻醉,治疗单侧丛集性头痛120例,85%完全缓解达3年或3年以上,而对45例双侧丛集性头痛者则无效。

非偏头痛型血管性头痛

一、炎症性头痛

中枢神经系统感染或全身感染均可引起血管扩张致整个头痛,多呈搏动性、剧烈、持续。除口服止痛剂对症治疗外,主要抗感染治疗,对伴颅压高者可脱水治疗。

二、其他原因的头痛

如高血压、缺氧状态、一氧化碳中毒或使用血管扩张剂等所致的头痛主要针对病因治疗,病因去除后头痛即可缓解。

(丛志强)

第二节 眩 晕

眩晕(vertigo), 这种症状是机体对空间关系的感觉障碍或平衡感觉障碍。临床上可将其分为二种: ①前庭系统性眩晕(亦称真性眩晕), 由前庭神经系统病变(包括前庭末梢器、前庭神经及其中枢)所引起, 表现为有运动幻觉的眩晕, 例如觉旋转、摇晃、移动感。②非前庭性眩晕(亦称一般性眩晕), 常由心血管疾病或全身性疾病所引起, 表现为头昏、头胀、头重脚轻、眼花等, 无外环境或自身旋转的运动觉。

前庭系统性眩晕中, 通常又将内耳前庭至前庭神经脑外段之间病变所引起的眩晕, 称周围性眩晕。前庭神经脑内段、前庭神经核及其联系纤维、小脑、大脑等的病变所引起的眩晕, 称为中枢性眩晕。

周围性眩晕表现特征为眩晕呈旋转性或向上、下、左、右晃动的感觉, 典型的真性眩晕为感到周围景物向一定方向旋转, 即他动性旋转性眩晕, 眩晕一般持续数分钟或数日, 很少超过数周。眩晕程度多较重, 以致不能起身或睁眼。眼球震颤明显, 呈水平性或旋转性, 有快、慢相, 常伴有耳鸣、听力减退和迷走神经激惹的症状, 如恶心、呕吐、脸色苍白、出冷汗、血压下降, 躯体多向眼震慢相侧倾倒。前庭功能检查呈无反应或反应减弱。前庭周围性眩晕常见疾病有: 内耳眩晕症, 良性发作性位置性眩晕, 中耳炎所致的迷路炎, 前庭神经元炎等。

中枢性眩晕临床表现特征为眩晕呈旋转性或摇摆感、侧拉感、倾斜感、地动感, 眩晕持续时间较长, 可在数月以上。眩晕程度较轻, 眼震呈水平、旋转、垂直或混合性, 可无快慢相, 眼震可持续数月至数年。眩晕程度与眼震不一致, 可伴轻度耳鸣及听力减退, 迷走神经激惹症状亦较轻, 躯体发生倾倒方向不定。前庭功能检查多呈正常反应, 前庭功能各项检查之间表现为反应分离。中枢性眩晕常见于脑干炎症、脑血管病, 多发性硬化及颅内肿瘤等。

内耳眩晕症

内耳眩晕症又称梅尼埃病(Meniere's syndrome), 为内耳迷路的内淋巴水肿所引起。其发病原因可能为血循环障碍、植物神经功能紊乱、代谢障碍、变态反应、病毒感染等。大多数患者初次发病都在 50 岁以前, 以发生于青壮年为多, 男性多于女性。发病率约占眩晕病人的 9.7%~30%。本病临床特征为发作性眩晕, 波动性、渐进性、感音性听力减退, 耳鸣, 耳聋, 发作时常伴头痛、恶心、呕吐、腹泻、面色苍白、脉搏慢而弱及血压降低等。眩晕发作时病人往往卧床, 不敢睁眼、翻身和转头, 每次眩晕发作历时 1~2 天, 即逐渐减轻而自行缓解。发作间歇长短不一, 间歇期内一般无症状。

治 疗

内耳眩晕症之原因至今未明确。治疗方法分为内科治疗与手术治疗两大类。

一、内科治疗

(一) 一般治疗 卧床休息,饮食以半流质为宜,酌情给予静脉输液以维持营养,尽可能避开外界环境的各种刺激。

(二) 镇静剂及安定剂 应用目的在于清除患者焦虑不安情绪,抑制前庭敏感度,以减轻眩晕,另外尚有止吐作用。常用药物有巴比妥 0.03 g,每日 3 次;安定 2.5 mg,每日 3 次;异丙嗪 25 mg,氯丙嗪 12.5~25 mg 或奋乃静 2 mg,每日 2~3 次。

(三) 影响内淋巴电解质平衡

1. 限制水和盐分摄入 部分病人可以有效地控制发作或减轻发作强度,24 小时液体摄入量不超过 1500 ml 左右,禁止吃含盐较多的食物,有人建议每天盐限制在 0.8~1.0 g。

2. 利尿剂 是利尿脱水的一种有效方法。研究表明:耳蜗血管及蜗旋韧带和内淋巴管的细胞与肾小管的细胞结构相似,利尿剂可同时影响耳蜗与肾脏的离子交换。常用氢氯噻嗪 25 mg,每日 3 次;或呋喃苯胺酸每日口服 40~140 mg,脱水效果明显;氯噻酮(Chlorthalidone) 100 mg,每日 1 次,作用时间长,利尿效果好,症状缓解后减量至 50 mg,每日 1 次。乙酰唑胺为碳酸酐酶抑制剂,致使钠钾及重碳酸盐类易于排出,故有减低内淋巴渗透压及利尿作用。于治疗前 3 日控制病人饮水及氯化钠摄入量,首剂为空腹一次服 500 mg,以后每次 250 mg,每日 3~4 次,10 日为一疗程。服药后第 8 日,可渐增加食物内的氯化钠含量。除口服法外,亦可用乙酰唑胺 500 mg 溶于 10% 葡萄糖液 250 ml 中作静脉滴注,每 6 小时 1 次,根据病情可连续应用 3~4 次,然后改用口服法。Jackson 等认为对内耳有毒性作用的利尿药如呋喃苯胺酸(速尿)、利尿酸等不宜应用,眩晕急性发作期间可用肾上腺皮质激素地塞米松 10 mg 静脉滴注,每日 1 次,可迅速缓解症状。

(四) 影响耳蜗血管壁的渗透性 根据交感神经兴奋性过高导致耳蜗血管纹毛细血管收缩缺氧,继而渗透性增高的学说,可采用血管扩张药,以改善耳蜗血循环,降低毛细血管渗透性。常用地巴唑、罂粟碱、烟酸、培他啶,654-2 以及中药毛冬青、葛根等,亦有主张用 1:10000 组胺舌下滴服,每半小时 1 次,连用 3 次,或 1:10000 磷酸组胺 0.1 ml 皮下注射。

(五) 影响终末感觉器官和中枢神经系统活动性

1. 抗胆碱能药物 作用于植物神经系统,对控制前庭症状效果较明显。东莨菪碱 0.3 mg,氯化丙胺太林(普鲁本辛) 15 mg,阿托品 0.5 mg,口服,每日 3 次;654-2 5~10 mg,肌注,每日 1 次,樟柳碱 1~3 mg,口服,每日 3 次或 2~5 mg 肌注或静滴注。其中以东莨菪碱抗眩晕作用最强,副作用小,可列为首选药。

2. 抗组胺药物 控制前庭症状最好。其抗眩晕机制可能系通过对中枢和周围神经系统乙酰胆碱的拮抗作用。常用药物有:苯海拉明 25~50 mg/次,异丙嗪 12.5 mg/次,茶苯海明片(Dramamine),本品含氨茶碱苯海拉明 50 mg/片,1~2 片/次,每日 3 次,小儿酌减。盐酸氯苯丁嗪(安其敏),25~50 mg/次,每日 2~3 次,作用时间长而持久,具有镇吐作用。苯甲嗪(Cyclizine)作用快,口服后 20 分钟起作用,通常剂量为 50 mg/次,每日 3 次,必要时给予 50 mg 肌注。除以上常用药物外,曾有人试用脑益嗪(Cinnarizine)和眩晕停(Difenidol),脑益嗪对前庭功能有显著抑制作用,对外周性病因引起的眩晕效果好,15~30 mg/次。

每日3次,尚具有镇静作用;眩晕抑制前庭神经核的兴奋性,25~50 mg/次,每日3次。吐来抗(Torecan, Dimaleate)止吐作用强,口服成人10 mg/次,服用3~4日后可完全控制恶心、头晕等症状。

3. 麻醉类药物 利多卡因对控制植物神经症状、眩晕耳鸣效果明显,急性期应用可明显缓解症状,用法为1 mg/kg配成0.5%~1%溶液,缓慢静推(每分钟注入5~6 mg),或40~80 mg溶于5%葡萄糖液500 ml中静脉滴注。

(六) 中医治疗 祖国医学论述眩晕病因以肝风、痰湿、虚损三者为主,治疗方面概括于下:①由于肝腑失和,痰火上扰,治宜和胆清火,除痰止眩,方剂为温胆汤加减;②由于脾失健运,水浊中阻,治宜运脾引水,化湿除病,方剂为半夏天麻白术汤加减;③肝炎盛以泻肝胆,清热为治,如龙胆泻肝汤;④肾阴不足应滋肾壮水,用六味地黄丸。

(七) 间歇期治疗 应注意休息,避免过劳和情绪激动,低盐饮食,对发作频繁者,应继续应用上述药物治疗,以巩固疗效、减少发作次数。

二、手术治疗

对反复发作的眩晕,或无间歇期已长期不能工作者,或听力丧失至少在30 dB以上,语言辨别率少于50%,用药物等保守治疗半年以上无效者,应采用手术治疗。治疗原则为破坏迷路的前庭部分,尽可能保留听力。Fish(1976)把内耳眩晕症的手术治疗归纳为三种:①保守性:内淋巴囊分流、减压与切开;②半破坏性:前庭神经和前庭神经节切断术,该法可防止眩晕进一步发作而不影响其尚存的听力,用于两侧病变或一侧病变而希望保留其听力者;③破坏性:迷路切除术和耳蜗前庭神经切除术,该法能持久地缓解眩晕症状,但因可导致手术侧耳聋,仅适用于单侧病变,且听力已严重而持久地受损者,双侧病变则不宜采用。

良性发作性位置性眩晕

在一个特定头位或头位变换时产生的眩晕称之为位置性眩晕,可分为两类,一类由中枢神经系统疾患引起,另一类由前庭外周性病变引起,称为良性发作性位置性眩晕。

良性发作性位置性眩晕常发生于50~60岁,女性多于男性。在眩晕病人中占18%,在睁眼作体位试验所见到的位置性眼球震颤中,有80%是本病。眩晕具有周围性、位置性的特点,让患者采取能诱发出眩晕的体位,一般在3~6秒后即出现眼球震颤,为旋转性或水平旋转性和易疲劳性。有些患者体位试验或在某种头位时可出现短暂的眩晕。本病呈良性、自限性病程,一般为数周或数月,但可复发。

治疗原则:①一般药物治疗:如扩张血管剂及镇静药物如安定、茶苯海明等;②眩晕体操:定时作转头或卧于致晕侧,反复、渐进行,可以减轻症状;③手术治疗:如眩晕发作较重,影响工作和生活,可以考虑做患侧半规管前神经切断术。

前庭神经元炎

该病为前庭神经元病毒感染所致,多发于青壮年,发病年龄一般较内耳眩晕症患者为早。43%患者在发生眩晕之前有上呼吸道感染史,有时二者可同时发生。临床症状表现为眩晕、恶心、呕吐,患者不敢睁眼,闭目卧床,动则症状加重。检查可见持续性眼球震颤,前庭功能变温试验不正常,以病侧前庭功能减低明显。自限性病程,一般6~9日内可完全恢复。严重眩晕、呕吐可予对症处理。