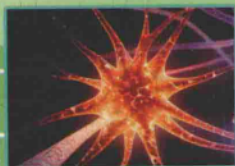



简明神经内科学

JIANMING SHENJING NEIKEXUE

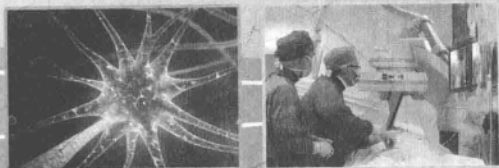


丁 娟 等/编著

 吉林科学技术出版社

简明神经内科学

JIANMING SHENJING NEIKEXUE



丁娟等/编著

图书在版编目 (CIP) 数据

简明神经内科学 / 丁娟等编著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.4
ISBN 978-7-5578-3867-6

I. ①简… II. ①丁… III. ①神经系统疾病—诊疗
IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第075519号

简明神经内科学

出版人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 孙 梅
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 1144千字
印 张 35.75
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
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
85677817 85600611 85670016

储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3867-6
定 价 198.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

神经内科是内科学的一个分支,近年来由于科学技术的迅速发展,新的诊疗技术不断涌现,大大促进了神经内科学的发展。这对于神经内科医生提出了更高的要求,其不仅需要了解现代化的辅助诊断检测技术,还需要全面掌握神经内科的基础知识和临床技能,只有这样才能及时、准确的诊断疾病,给予患者及时合理的治疗。鉴于此,我们组织相关专业的专家、学者编写了这本《简明神经内科学》。

本书包括绪论、神经内科疾病常见症状与体征、脑血管疾病、神经系统变性疾病、周围神经疾病、神经系统感染性疾病、头痛、头晕与眩晕、睡眠障碍疾病、癫痫、神经-肌肉接头和肌肉疾病、内科疾病神经系统并发症、神经内科危重症疾病的监护及治疗、脑血管疾病的中医治疗、神经内科疾病中西医结合治疗以及精神障碍性疾病等内容。本书在编写过程中尽可能多的收集目前神经系统的常见病、多发病的资料,希望对神经内科的临床工作者提供帮助。

由于各位编者的临床经验及编书风格有所差异,加之时间仓促,疏漏或不足之处在所难免,希望诸位同道不吝指正和批评,以期再版时予以改进、提高,使之逐步完善。

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 神经内科疾病常见症状与体征	(4)
第一节 头痛	(4)
第二节 眩晕	(7)
第三节 晕厥	(8)
第四节 意识障碍	(11)
第五节 瘫痪	(14)
第六节 耳鸣	(15)
第七节 失语症、失用症、失认症	(17)
第八节 躯体感觉障碍	(22)
第九节 不自主运动	(23)
第十节 共济失调	(26)
第十一节 尿便障碍	(28)
第三章 脑血管疾病	(30)
第一节 概述	(30)
第二节 脑出血	(39)
第三节 脑梗死	(44)
第四节 短暂性脑缺血发作	(52)
第五节 蛛网膜下腔出血	(57)
第六节 高血压脑病	(67)
第七节 脑血管畸形	(70)
第八节 颅内动脉瘤	(75)
第九节 颅内静脉和静脉窦血栓形成的治疗	(85)
第十节 血管性痴呆	(90)
第四章 神经系统变性疾病	(93)
第一节 阿尔茨海默病	(93)
第二节 非阿尔兹海默病性痴呆	(100)
第三节 路易体痴呆	(112)
第四节 额颞叶痴呆	(116)
第五节 血管性痴呆	(119)

第六节	帕金森病	(124)
第七节	舞蹈病	(139)
第八节	运动神经元病	(145)
第九节	多系统萎缩	(151)
第十节	亨廷顿病	(155)
第五章	周围神经疾病	(158)
第一节	三叉神经痛	(158)
第二节	特发性面神经麻痹	(162)
第三节	多发脑神经损害	(164)
第四节	脊神经疾病	(166)
第五节	吉兰-巴雷综合征	(174)
第六节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(182)
第六章	神经系统感染性疾病	(189)
第一节	概述	(189)
第二节	单纯疱疹病毒性脑炎	(190)
第三节	细菌性脑膜炎	(196)
第四节	脑寄生虫感染	(201)
第五节	神经系统结核病	(214)
第六节	脑脓肿	(216)
第七节	艾滋病的神经系统损害	(221)
第八节	神经系统螺旋体感染	(227)
第七章	头痛	(233)
第一节	概述	(233)
第二节	偏头疼	(235)
第三节	丛集性头痛	(245)
第四节	紧张性头痛	(246)
第五节	慢性每日头痛	(248)
第六节	其他原发性头痛	(252)
第八章	头晕与眩晕	(256)
第九章	睡眠障碍疾病	(279)
第一节	睡眠障碍的分类	(279)
第二节	失眠症	(282)
第三节	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(295)
第四节	中枢性睡眠呼吸暂停综合征	(304)
第五节	发作性睡眠	(306)
第六节	异态睡眠障碍	(312)
第七节	昼夜节律睡眠障碍	(318)
第八节	不宁腿综合征	(320)

第九节	脑出血与睡眠障碍	(330)
第十节	脑梗死与睡眠障碍	(334)
第十章	癫痫	(344)
第一节	概述	(344)
第二节	癫痫的流行病学	(346)
第三节	癫痫的病因	(349)
第四节	癫痫的发病机制	(354)
第五节	癫痫发作	(355)
第六节	癫痫综合征	(362)
第七节	癫痫的诊断与鉴别诊断	(369)
第八节	癫痫的治疗	(374)
第九节	预后	(382)
第十一章	神经-肌肉接头和肌肉疾病	(384)
第一节	概述	(384)
第二节	炎性肌肉病	(389)
第三节	重症肌无力	(396)
第四节	重症肌无力危象	(404)
第五节	Lambert-Eaton 肌无力综合征	(409)
第六节	先天性肌无力综合征	(410)
第七节	代谢性肌肉病	(413)
第八节	肌营养不良	(420)
第十二章	内科疾病神经系统并发症	(429)
第一节	酒精中毒的神经系统疾病和综合征	(429)
第二节	Wernicke 脑病	(433)
第三节	一氧化碳中毒后迟发性脑病	(434)
第十三章	神经内科危重症疾病的监护及治疗	(435)
第一节	神经重症监护病房的发热和感染	(435)
第二节	重症脑血管疾病	(442)
第三节	颅内高压综合征	(461)
第四节	神经系统危重症的并发症	(464)
第十四章	脑血管疾病的中医治疗	(470)
第一节	短暂性脑缺血发作	(470)
第二节	蛛网膜下腔出血	(474)
第三节	高血压脑病	(477)
第四节	脑梗死	(479)
第五节	脑栓塞	(487)
第六节	脑出血	(488)

第十五章 神经内科疾病中西医结合治疗	(497)
第一节 癫痫	(497)
第二节 急性脑血管病	(506)
第三节 重症肌无力	(516)
第四节 帕金森病	(523)
第五节 多发性硬化	(525)
第六节 周围神经疾病	(527)
第十六章 精神障碍性疾病	(533)
第一节 精神分裂症	(533)
第二节 癔症	(537)
第三节 焦虑症	(539)
第四节 恐惧症	(542)
第五节 神经衰弱	(544)
第六节 常用的个体心理治疗方法	(549)
第七节 支持性心理治疗	(560)
参考文献	(561)

第一章 绪论

神经内科学是专门研究人类神经系统疾病与骨骼肌疾病的一门临床医学学科。作为临床医学,它主要以求诊患者为对象,探讨疾病的诊断、治疗和预防问题。Medical neurology 由内科学派生。它与神经外科的不同仅在于治疗方式上,即后者主要为手术治疗。它与精神科共同研究和治疗器质性脑病所致的精神障碍与痴呆病。Medical neurology 坚实地建立在神经科学的理论基础上,作为神经科学的一部分,它的发展与神经生物学、神经解剖学、神经生理学、神经化学、神经病理学、神经药理学、神经免疫学、神经外科学、神经放射学、神经眼科学、神经耳科学、神经心理学、神经肿瘤学等神经科学其他组成学科的发展起着互相推动、互相渗透的作用。

神经系统疾病指脑、脊髓、周围神经和骨骼肌的疾病。在多数情况下,这些疾病都有相应的组织病理学改变。少数疾病,如特发性癫痫、偏头痛、三叉神经痛,虽无组织病理改变,但从其恒定的临床综合征及病理生理变化,可以推断它们的存在。目前临床可以诊断的神经系统疾病至少有几百种。按病变的性质,神经系统疾病可分为遗传性疾病、感染性疾病、血管性疾病、营养缺乏病、肿瘤、外伤、中毒、代谢障碍和先天发育异常等类型。但有不少神经系统疾病原因不明。习惯上将一些原因不明的神经系统慢性进行性疾病,如运动神经元病、老年痴呆症、脊髓空洞症等,归类到变性疾病这一含义不清的范围内。

神经系统疾病的症状,按其发生机制可分为缺损症状、释放症状、刺激症状和休克症状:

1. 缺损症状

神经系统受到破坏性损害后,丧失了正常功能,其所产生的症状往往是瘫痪、痛觉消失、视力或听力丧失等。这类症状多指示神经结构的完全性损害。

2. 释放症状

当高级中枢神经系统受到损害后,从而解除了它对低级中枢神经系统的抑制作用,例如锥体束损害后瘫痪肢的肌张力增高与腱反射亢进。

3. 刺激症状

神经系统的局部病灶引起神经组织的不全性损害,或对病灶附近区域的影响,促使神经系统有关感觉或运动等结构受到刺激或尚未达到完全损害的程度所带来的症状。如脑缺氧引起的惊厥,脊神经后根早期受压所致的根性疼痛等皆为刺激症状。

4. 休克症状

中枢神经系统遭受急性损害时,往往出现广泛的一时性神经功能抑制状态,亦即暂时性功能障碍,从而失去了原来的生理作用,即产生休克症状。如壳核——内囊出血后初期的弛缓性偏瘫就是大脑休克现象;又如急性脊髓炎或急性横贯性脊髓损伤后,暂时或永久丧失的反射活动,进入无反应状态,表现弛缓性截瘫称为脊髓休克等,均属休克症状。后者主要是由于丧失了中枢神经系统高级部分经常对脊髓发放的冲动。一般休克症状过后即逐渐出现受损组织的缺损症状及释放症状,如痉挛性瘫痪、腱反射亢进,并出

现病理反射。

神经系统病变,按部位可分为肌肉、肌神经接点、周围神经、神经根、脊髓、脑干、丘脑、小脑或大脑半球等类型;按部位的分布又分为:

1. 局限性病变

病变仅是侵及某一局限的部位。如正中神经、脊髓上胸段、小脑蚓部、额叶等。

2. 系统性病变

病变仅侵及某一功能系统,如运动系统、前庭小脑系统等。系统性病变部位的确定常可指示在一定程度上特定性质的病变,如运动神经元病是运动系统上、下运动神经元的变性疾病,syringomyelia则着重损害浅感觉(痛、温度觉)系统等。

3. 弥漫性病变

病变范围广泛,呈散在多发损害,其所产生的临床症状表现多样化。弥漫性病变损害的部位多无规律,如多发性硬化、脑脊髓蛛网膜炎等。

神经系统病变的部位主要依靠神经系统的症状和体征来确定。神经系统的解剖部位和生理功能密切相关。感觉系统、运动系统、反射系统、颅神经、大脑等特定结构或部位的病变都有其特定的一些临床表现,而这些临床表现通常也能够反过来说明存在相对应的神经系统结构或部位的病变。因此,掌握不同结构和部位神经病变的临床特点,对神经系统疾病的诊断十分重要。神经系统病变首先要区别是反映原发于神经系统的疾病、还是其他系统疾病的并发症。人体各个系统和器官无不受神经系统的影响与支配,大多数疾病迟早都会出现神经系统的症状,正因如此,有时使得 medical neurology 变得复杂化。在日常医疗实践中,头痛、头晕、感觉缺失、无力、意识障碍等神经系统症状相当常见。头痛可能是高血压、青光眼、鼻窦炎等疾病的主诉。头晕也可能是贫血、心脏病等疾病的首发症状。因此,在诊断神经系统疾病时,应强调全身整体观念。

神经系统疾病的诊断 神经系统疾病的诊断依靠对神经系统疾病的认识,及对有关症状和体征的方法病理生理的了解。临床医师必须仔细了解病史和进行详尽体格检查与神经系统检查,并全面掌握病情的发展过程,然后再结合必要的辅助检查做出正确的临床诊断。神经系统疾病诊断的一个基本方法是,首先进行定位诊断或称解剖学诊断,然后再进行定性诊断。这是因为许多神经系统疾病只是选择性地损害神经系统某些特定的结构或部位,而神经系统其他结构或部位不受损害。因此,如果确定了神经系统疾病的病变部位,就可将诊断缩小在较小的范围内。病史往往对神经系统疾病的诊断起着最重要的作用。病史、体格检查(包括神经系统检查)和辅助检查对确定神经系统病变的部位均有帮助。电子计算机中轴 X 射线断层扫描、磁共振成像(MRI)等现代先进检查手段,已能很清晰地显示脑和脊髓的结构,从而大大地改进了神经系统疾病的定位诊断。但辅助检查无法取代病史和体格检查(包括神经系统检查)的作用。应该全面、综合和妥善地应用临床检查方法、避免滥用和盲目依赖辅助检查。一般情况下,应该将患者的所有症状与体征归结于用一个病来进行解释。但是,同一个患者偶尔可以存在 2 个并不相关的神经系统疾病。

神经系统疾病的治疗是临床医学中最具挑战性的领域之一。目前,在治疗和预防神经系统疾病方面已有一些引人注目的进步,如超早期溶栓疗法治疗急性脑梗死可以避免一些患者终身瘫痪甚至死亡;采用遗传工程方法进行多巴胺基因转移和脑内移植,已被证明是一种治疗帕金森病的有效措施,将有可能从根本上治疗帕金森病。然而,在防治神经系统疾病方面尚有许多问题有待解决,至今仍有许多神经系统疾病无法治疗。从治疗的角度看,神经系统疾病可区分为 3 类:

1. 可治愈或根治的疾病,如大多数炎症性疾病、营养缺乏病、良性肿瘤等。

2.不能根治但症状或病情能够完全得到控制或缓解的疾病,如三叉神经痛、癫痫、重症肌无力和周期性瘫痪等。

3.尚无有效治疗的疾病,如老年痴呆症、运动神经元病、遗传性共济失调、朊蛋白病、艾滋病所致神经系统损害、晚期恶性肿瘤等。

Medical neurology 医务工作者的一个重要职责就是,要区别出可治愈性和不可治愈性神经系统疾病,且千万不可耽误可治愈性疾病的治疗。在临床医疗实践中,很多都是以保护脑功能为目的的,有时甚至不得不因此而暂时牺牲其他脏器。因为脑组织如受损害,生命也就失去意义,而且脑组织还不能承受代谢“亏空”,如果不能通过有效循环源源不断地提供大量氧和葡萄糖,以满足代谢需要,脑组织就很容易造成不可修复的损害。因此,在紧急情况出现时,不论相继采取什么措施,首先要保护脑。

神经系统疾病患者也许比其他疾病患者更需要这样的临床医生:他不只是看到某一症状或疾病,更要透过这些,看到具体的患者:得病的是什么人?为什么会得这样的病?许多神经系统疾病患者就诊,并不是因为存在器质性疾病,而是出于一种恐惧心理:怕瘫痪、怕失去记忆和理智、怕孤独、怕疼痛、怕死。因此,Medical neurology 医务工作者特别要注意心理因素对患者的影响,尤其是对那些尚缺乏特效治疗的患者,通常更需要医生的帮助而非药物或手术,医生在诊疗过程中的每一步都应注意给患者自信 and 希望。

急性自限性疾病,如多数急性炎症性神经炎,多在发病后几天就可预测其可能的后果。一些预后中等的疾病,如多发性硬化,能否完全恢复尚不肯定,还有复发和慢性致残的危险。严重的疾病,如重型脑卒中,可能永远也不能恢复生活自理,常需要医生评估患者生活的所有方面,并指导家属来调整其未来的社会和经济计划。医生如何解决这类复杂的问题和尽早确定正确的预后,取决于其作为医生的实际能力。

除临床工作外,Medical neurology 医务工作者有责任应用神经科学的方法来开展神经系统疾病的研究。研究人类神经系统疾病为医务工作者提供了一个了解人脑的极好机会,例如,正确地观察和描述各种脑血管病损害,已是诸如了解语言、言语、知觉和思维等脑功能的一个主要来源,许多这种观察曾促进和提出了科学的一些新方向。近年来,人类对神经系统疾病的病因和发病机制的认识已有了很大的进步,如已明确 100 多种神经系统遗传病与染色体上的特定位点有关,并描述了其中的 50 多种异常基因产物;随着人类基因组序列图的完成及进入后基因组时代,可以预见人们对神经系统遗传病本质的认识将会更加迅速。目前,神经科学的发展正处在一个关键的时期,人类已有可能对脑和神经系统疾病的认识产生突破。20 世纪的最后 10 年已被作为“脑的十年”载入史册,21 世纪作为“神经科学的世纪”必将掀开更加光辉灿烂的一页。

(丁娟)

第二章 神经内科疾病常见症状与体征

第一节 头痛

头痛是指各种伤害性刺激所产生的致痛因子作用于头颅内外对疼痛敏感的组织疼痛感受器,经痛觉传导系统的神经结构传入到中枢部分进行分析、整合后所产生的痛觉。

一、病因及发病机制

(一)血管性头痛

为颅内外血管舒缩障碍所致。

1.偏头痛。

2.非偏头痛型血管性头痛:为全身感染、发热、缺氧、中毒及循环障碍等所致。

(1)发热性头痛。

(2)高血压性头痛。

(3)中毒性头痛常见于应用扩血管药,饮酒或咖啡,吸入 CO_2 等。

(4)脑血管病性头痛各种出血或缺血性脑血管病、动脉瘤、动静脉畸形。

(二)紧张性头痛

由头部肌肉急、慢性发作性收缩而引起。

(三)头部神经痛

头部感觉神经病变所致,如三叉神经痛、舌咽神经痛、枕大神经痛等。

(四)牵引性头痛

因疼痛敏感组织受压迫、牵引而致。

1.颅内高压性头痛

因各种原因所致的脑水肿,如脑囊肿、脑脓肿、脑血肿、脑肉芽肿及脑肿瘤。

2.颅内低压性头痛

因休克、脱水、外伤、腰穿、脑脊液漏等而致。

(五)脑膜刺激性头痛

脑膜因生物源(细菌、病毒、寄生虫)毒素、代谢产物、空气、细胞、血液、异物等刺激而引起疼痛。

(六) 牵涉性头痛

为头部邻近组织病损所致。

1. 颈源性头痛

颈椎外伤、骨折、肿瘤、脓肿、颈椎病及颈部皮肤或肌肉炎症、外伤。

2. 眼源性头痛

青光眼、屈光不正、斜视、眼部各种炎症、肿瘤、外伤。

3. 鼻源性头痛

鼻、鼻窦的炎症、外伤、肿瘤。

4. 耳源性头痛

各种中耳炎症及乳突炎, 外伤、肿瘤等。

5. 齿源性头痛

牙周炎、下颌骨炎症、外伤、肿瘤、颞颌关节病等。

6. 咽源性头痛

扁桃体炎、脓肿、肿瘤、鼻咽癌等。

7. 其他头痛

颅骨、头皮、皮下组织、肌肉的外伤、炎症、肿瘤等。

(七) 功能性头痛

为高级神经功能失调、痛阈降低所致。

二、临床表现

(一) 头痛病史

1. 头痛部位

整个头部还是局部头痛, 如为局限性, 可具体询问是在一侧、前额、头顶、枕后还是部位变幻不定。如发作性一侧头痛则可能为偏头痛。

2. 头痛发生时间及持续时间

①是早晨还是晚上, 如脑瘤患者头痛常发生在早晨, 丛集性头痛易在夜间入睡后发生。②神经痛持续时间为数秒钟; 血管性头痛持续数小时到 1~2d; 牵涉性头痛可持续数日; 功能性头痛可持续数月; 持续而又进展性头痛多见于占位性病变。

3. 头痛性质

是胀痛、钝痛、隐痛还是跳痛、裂开痛、箍紧痛、钻痛、割痛等。如血管性头痛常为跳痛, 脑瘤常为钝痛, 蛛网膜下腔出血常为裂开痛等。

4. 头痛类型

是波动性、持续性还是周期性。在询问病史时, 如头痛有阵发性加重, 须注意头痛与时间、体位、情绪及疲劳的关系。如有周期性发作, 则应注意与季节、气候、饮食及睡眠的关系。

5. 头痛加重因素

有无在用力、低头、咳嗽、喷嚏等使颅内压增高的情况下头痛加重, 有无在月经周期头痛程度发生变化等。

6. 头痛程度

是否达到了影响工作和睡眠的程度。①轻度:指患者可忍受、不影响日常生活及工作,功能性头痛、紧张性头痛多属此。②中度:尚可忍受但常影响日常生活和工作,部分血管性头痛、紧张性头痛、轻度神经痛属此。③重度:不能忍受,不能坚持日常生活和工作,见于占位病变后期、急性脑血管病、颅高压性头痛、脑膜刺激性头痛、血管性头痛持续发作、重症神经痛。

7. 头痛伴发症状

有无恶心、呕吐、视物不清、耳鸣、失语、瘫痪等。①恶心、呕吐:颅高压性头痛、血管性头痛常见,前者持续,后者短暂。②眩晕:多见于颅后窝病变。③体位改变:脑室系统病损、颅后窝病变常有强迫头位,低颅压头痛常于卧位时头痛消失,坐或立位时加重。④视力障碍:颅高压性头痛呈视力模糊,血管性头痛呈先兆光点、暗点,眼源性头痛亦可有视力减退。⑤自主神经症状:恶心、呕吐、多汗、面色改变、心率改变常见于血管性头痛。⑥癫痫样发作:见于头痛性癫痫、脑占位性病变、脑寄生虫病、脑血管畸形。⑦精神症状:紧张性及功能性头痛常伴失眠、焦虑、紧张;额叶肿瘤可伴记忆力、定向、计算、判断力明显减退及情感淡漠。

8. 头痛先兆症状

有无暗点、亮光、异彩、幻觉等视觉先兆。

(二) 体征

1. 一般检查:注意精神、意识、瞳孔的改变,以及呼吸、脉搏、体温、心率等生命体征的变化。
2. 全面的神经系统检查有助于颅内外神经系统疾病的发现及定位。
3. 头、颈部检查有助于发现颅外病损及颈部病损的阳性体征。
4. 相关检查可提供有关眼、耳、鼻、咽、喉、口腔等科疾病的阳性发现及病损诊断。

三、实验室检查及辅助检查

(一) 实验室检查

1. 血、尿、便常规

血常规:感染性疾病可见白细胞总数及中性粒细胞分数增多,嗜酸粒细胞增多见于寄生虫及变态过敏性疾病。尿常规有助于糖尿病和肾病的诊断。脑囊虫病便常规可发现寄生虫卵或节片。

2. 血液生化及血清学检查

肝肾功能、血糖、血脂、免疫球蛋白、补体及有关抗原、抗体的检测,对病原学及某些特异性疾病可提供帮助。

3. 脑脊液检查

常规、生化及特异性免疫、病原学检查,可发现颅压高低、有无炎性改变及其性质。

(二) 辅助检查

1. 脑电图、脑地形图

可提供脑部疾患异常变化的依据。

2. TCD

有助于发现颈内外血管病变和血流的改变情况。

3. 影像学检查

(1) 颅骨平片: 可发现先天性畸形、垂体肿瘤、病理性钙化及局部骨质破坏与增生; 鼻窦及鼻额位片可发现各鼻窦的炎症、肿瘤、颅底片可发现骨折、肿瘤。

(2) 颈椎四位片: 正侧位及双斜位有助于骨折、肿瘤、退行病变及关节紊乱症的诊断。

(3) CT 及 MRI: 对脑及颈段脊髓的炎症、肿瘤、血肿、囊肿及出血、梗死、寄生虫等病变有重要诊断意义。

(4) 脑血管造影或 MRA、CTA: 对血管病变、血管畸形、血管瘤可提供定位性诊断, 对占位病变亦可发现间接征象。

(丁 娟)

第二节 眩晕

眩晕是身体空间定位障碍的感觉, 有称为对自身或外物的一种运动性幻觉; 也有称是对空间位向感觉的一种自我体验错误, 是患者的一种主观感觉。患者常常有天旋地转、视物晃动、周围景物转动、房屋倾倒等运动感觉及自身升降沉浮、倾斜转动不稳定等异样感觉, 常伴眼球震颤、恶心、呕吐及面色苍白、出汗等自主神经症状或视觉、听觉障碍。

一、病因及发病机制

(一) 前庭源性疾病

1. 周围前庭系统疾病

(1) 耳源性: 梅尼埃病、良性发作性位置性眩晕、突发性耳聋、迷路炎、晕动病。

(2) 第Ⅷ对脑神经病变: 脑桥小脑角部肿瘤、听神经炎、听神经损伤、中毒性损害。

2. 中枢性前庭系统疾病

(1) 脑干病变: 脑干血管病、脑干肿瘤、脑干脑炎、多发性硬化。

(2) 小脑病变: 小脑血管病、小脑肿瘤、小脑外伤。

(3) 大脑病变: 颞叶肿瘤或血管病变、颞叶癫痫。

(4) 颈性眩晕。

(5) 鞭击综合征。

(二) 非前庭源性疾病

1. 眼源性疾病

急性眼外肌麻痹、屈光不正、青光眼及 Cogan 综合征。

2. 本体感觉系统病损

常见有多发性神经炎、慢性酒精中毒、遗传性共济失调脊髓型及其他脊髓背束病损性疾病。

3. 心血管疾病

高血压、直立性低血压、心律不齐、心力衰竭所致眩晕。

4. 心理性眩晕。

5.其他

躯体源性疾病亦称非典型性眩晕。

二、临床表现

(一)症状

1.真性眩晕

是由于视觉、本体感觉、前庭系统病变引起,多为自身或外物的旋转、翻滚、晃动等运动感,且常伴恶心、呕吐、倾斜、眼震、平衡障碍等症状,又称为系统性眩晕。

2.非真性眩晕

又称为假性眩晕或非系统性眩晕,症状比较含糊,如头晕、头昏、迷糊、不稳感、头部充胀感;很少伴有恶心、呕吐。可由于高血压、直立性低血压、肺气肿、发热、贫血、心理因素引起。

(二)实验室检查及辅助检查

1.眼科检查

视力、视野、复相分析、瞳孔、眼底检查等。必要时查眼震图、视网膜电图、视觉诱发电位等检查,以明确或排除眼疾及视神经疾患。

2.耳科检查

耳镜检查可观察耳道、鼓膜病变;听力测定可行耳语、音叉试验及电听力测定、耳蜗电图或听觉诱发电位等。

3.前庭功能检测

①平衡障碍可行 Romberg 或 Mann 试验及步态观察有无倾斜或倾倒。②眼球震颤诱发试验可行位置性诱发、变温试验(冷热水交替)、旋转椅试验等以观察眼球震颤与自主神经反应出现的潜伏期、持续时间、方向、类型,惊醒双侧对比以及更加客观、敏感、可靠的眼震颤与自主神经反应出现的潜伏期、持续时间、方向、类型,进行双侧对比以及更加客观、敏感、可靠的眼震电图测定。

4.血流动力学检查

TCD、脑循环动力(CVA)有助于脑部血管狭窄、闭塞及血流速度、血流量等项目的测定,对脑血管病的诊断有重要意义。

5.影像学检查

脑血管造影可发现血管畸形、动脉瘤、血管狭窄及阻塞部位;CT 及 MRI 可发现骨折、出血、梗死、占位病变或炎症病灶。

(陈陶艺)

第三节 晕厥

晕厥是指突发性、短暂性、一过性意识丧失,是由一些疾病导致的一过性脑供血不足,致使脑组织由正常供氧状态迅即陷入缺氧状态,可自然迅速恢复,不留任何后遗症的良性过程。正常脑组织的血流值为 $50 \sim 65\text{ml}(100\text{g 脑组织} \cdot \text{min})$,而引起晕厥的血流阈值为 $25 \sim 30\text{ml}(100\text{g 脑组织} \cdot \text{min})$,而与意识维持有关

的脑干网状结构激活系统出现较轻的血流低下即可造成晕厥。

一、病因及发病机制

(一)心源性疾病

如心律失常、先天性心脏病、冠心病、心肌梗死、主动脉瓣狭窄、心房黏液瘤、二尖瓣脱垂、各种心肌病、反射性心搏骤停等,为心排出量减少而造成脑供血不足所致。

(二)血液源性疾病

严重贫血、低血糖症、低血氧症、过度换气综合征(低碳酸血症)、低钠综合征、药物毒血症等,因血流量、血含能量(氧、糖)不足及药毒作用导致晕厥。

(三)血管源(脑源)性疾病

脑动脉硬化症、高血压脑病、无脉病、锁骨下动脉盗血综合征、血管性头痛、低血压、颈动脉狭窄、椎基底动脉供血不足、中暑、过度的剧烈运动等,造成脑供血不足而引发晕厥。

(四)反射性疾病

常见与血管迷走发作、颈动脉窦综合征、各种原发或继发性直立性低血压症、下腔静脉综合征以及因咳嗽、屏气、吞咽、排尿等导致脑供血不足而引发的晕厥。

二、临床表现

(一)症状

1.发作前症状(先兆)

头部、腹部及全身不适、头昏、眼花、耳鸣、心慌、面色苍白、出冷汗、打哈欠、流唾液等,如能及时低头平卧可以防止发作。

2.发作时症状

①第一阶段:意识模糊伴眩晕、呕吐、面色发白、肢体无力、摇摇欲坠、头向前垂下。②第二阶段:意识丧失,肌张力低下,患者跌倒在地,背伸直,眼球上转。③第三阶段:可出现强直痉挛,历时1~2s,较少见。

3.发作后症状

清醒后感乏力、恶心、头部不适、嗜睡、出汗、面色苍白等。

(二)体征

1.血压变化

低血压休克、高血压脑病及各种直立性低血压可有血压变化。

2.颈动脉窦过敏

心律降低或停跳、血压下降或休克。

3.心血管体征

心律失常、脉搏减弱或消失,心界扩大。

4.呼吸道症状

过度换气型呼吸障碍,连续剧烈咳嗽。