

表现有时有头晕、肢体无力,往往突发脑出血、意识障碍、偏瘫等起病。

CT 可见有无出血、有时有低密度缺血灶。CTA 可见双颈内动脉颅内段及主要分支狭窄或闭塞继发脑基底血管异网形成。MRI、MRA 也可诊断。彩色超声多普勒诊断价值大,与 DSA 对比,我院诊断符合率几乎达 100%。全脑(双侧颈内动脉、双侧颈外动脉、双侧椎动脉)、全程(动脉期、静脉期与静脉窦期)DSA 是诊断的金标准,可明确诊断并指导治疗。

目前,无特别预防方法。早期治疗以活血化瘀、疏通血管为主,万一发生脑基底异常血管网形成,尤其合并血流相关性动脉瘤,可行颅内外动脉分流术(俗称搭桥术),可以改善脑血供,对预防脑出血有较大帮助。

此病是 20 世纪 70 年代日本铃木二郎教授首先报道并命名为“烟雾病”(Moyanoya 病),其根据是脑

基底异常血管网尤如抽烟吐烟时或烟囱冒烟时,烟浓度由浓到淡如血管异网而形象比喻得名。但此命名不科学,因为:

①疾病命名应包括病因、病理、部位、机制、症状与体征等。

②此命名未说明本病的本质,只是血管造影影像表现的描述,影像表现像“烟雾”,而不是疾病诊断的病名。我们坚持对疾病诊断应符合名原则,把症状、影像诊断提升到符合疾病命名的诊断。这样便于共识一致,有利于文献与会议交流。

③“烟雾病”应特指非特异性脑动脉炎继发脑基底异网形成,而在脑动脉粥样硬化引起颈内动脉慢性狭窄或而闭塞过程中也会有单或双侧脑基底异常血管网形成,此种病人就不能称“烟雾病”。

(2022-03-18 收稿)

# 头晕/眩晕是一个症状,不是一个独立的病

马廉亭

【关键词】 头晕;眩晕;诊断;症状  
【文章编号】 1009-153X(2022)06-0527-02      【文献标志码】 C      【中国图书资料分类号】 R 742

很多人说自己得了“头晕”病,其实“头晕/眩晕”不是一个独立的疾病,它是许多疾病的一个症状。中医讲“治病必求其本”,因此,要经过医生检查找到引起“头晕/眩晕”的病根,对病因进行相应治疗,方能取得好的效果。

引起“头晕/眩晕”的病因有哪些病呢?

头晕/眩晕的原因与神经系统病变、耳部疾病、内科疾病、感冒、脑动脉硬化、心脏疾病等都有一定的关系,具体的病因需要根据检查结果才能判断。

①神经系统疾病:指的是脑部缺血性或出血性脑血管病,如高血压、脑动脉硬化,会经常性地出现头晕,神经功能失调也会出现头晕/眩晕。

②耳部疾病:比较常见的就是中耳炎,同时伴耳鸣、头晕等症状。

③内科疾病:比如高血压、低血压、贫血、中毒、低血糖等都会导致头晕的,并且头晕的周期相对比较长。

④感冒:感冒后,也会出现四肢乏力、头晕。

⑤心脏疾病:如心律不齐、房颤、先天性心脏病等也会出现头晕,同时伴随心悸、胸闷等。

头晕主要表现头脑不清醒、晕头转向、走路不稳、东倒西歪;严重时,天晕地转、不敢睁眼,伴恶心呕吐,则称为眩晕。

出现头晕/眩晕症状时,建议及时到医院进行检查,先看神经内科、耳鼻喉科明确病因后,针对性治疗。

头晕/眩晕的病因比较复杂,多数病人可找到病因,也有暂时或难以找到病因。除全面体格检查、神经系统检查、耳科检查等外,根据初步疑诊判断,需要进一步做相应的辅助检查,可酌情选择头、颈、心胸彩色超声多普勒、脑电图、前庭功能、CT、CTA、MRI、MRA,以及头、颈部 DSA 等。

头晕/眩晕的治疗主要是针对引起头晕/眩晕这

一症状的病因,治愈病因,症状就会消失或好转,病因解决不了,症状就难消除,即使对症治疗有一定帮助,但不能从根本上除根。

注重预防为主,锻炼好身体、健康良好的生活方式、饮食习惯也是预防头晕/眩晕的良方良策。

(2022-03-18 收稿)

# 为什么开颅去骨瓣减压术后不建议做有创颅内压监测

马廉亭

【关键词】 去骨瓣减压术;有创颅内压监测;临床意义

【文章编号】 1009-153X(2022)06-0528-01      【文献标志码】 C      【中国图书资料分类号】 R 651.1+1

颅内压是颅腔内容物(脑组织、循环的血液与脑脊液)对颅腔壁的压力。在颅脊腔密闭的情况下,颅腔容积大于颅内物总体积,有 8%~10%的代偿空间。正常颅内压是病人在侧卧位、平静呼吸时从腰 4~5 椎体间隙穿刺测得的脑脊液压力 80~180(200) mmH<sub>2</sub>O。

去骨瓣减压术是救治急性重型颅脑损伤、各种类型重症脑出血、脑肿瘤、急性大面积缺血性脑梗死等危重病人时常采取的有效救命措施。去骨瓣减压术的目的是扩大颅腔容积,增加颅内代偿空间。去骨瓣减压后,能降低多少颅内压,去骨瓣面积大小及

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.06.038

作者单位:430070 武汉,中国人民解放军中部战区总医院神经外科、中国人民解放军神经外科研究所、国家级重点学科神经外科(马廉亭)

面积大小与降低颅内压的相关性及降压数值,到目前为止均是未知数,也就是说国内外学术界根本没有去骨瓣减压后的颅内压高低的参考值,无法用科学数值来评价颅内压高低。我们数十年的临床经验是,从去骨瓣减压骨窗张力是塌陷、平坦还是膨胀及张力软硬程度来判断,再辅助 CT 或 MRI 来了解颅内有无血肿、脓肿、坏死脑组织、积液、脑室大小有无移位变形及脑积水等综合判断颅内压高低及发生原因。

开颅去骨瓣减压后实施有创颅内压监测,即使能测出颅内压值,由于没有去骨瓣减压后正常值对照,怎么评价其价值?这种做法等于俗话说“六个手指抓痒,多此一举”,没有必要,而且增加病人经济费用与增加感染机会。有鉴于此,我坚决反对去骨瓣减压后做有创颅内压监测。

(2022-03-18 收稿)