

丘脑下部损伤_神经外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E4_B8_98_E8_84_91_E4_B8_8B_E9_c22_610720.htm 丘脑下部是植物神经系统重要的皮质下中枢，与机体内脏活动、内分泌、物质代谢、体温调节、以及维持意识和睡眠有重要关系。因此，丘脑下部损伤后临床表现往往重笃。单纯丘脑下部损伤较少，大多与严重脑挫裂伤/或脑干损伤伴发。通常若颅底骨折越过蝶鞍或其附近时，常致丘脑下部损伤。当重度冲击伤或对冲性脑损伤致使脑底部沿纵轴猛烈前后滑动时，也可造成丘脑下部的损伤，而且往往累及垂体柄和垂体，其损伤病理多为灶性出血、水肿、缺血、软化及神经细胞坏死，偶可见垂体柄断裂和垂体内出血。【诊断】丘脑下部损伤往往与严重脑挫裂伤、脑干损伤或颅内高压同时伴发，临床表现复杂，常相互参错，故较少单纯的典型病例。一般只要有某些代表丘脑下部损伤的征象，即可考虑伴有此部损伤。近年来通过ct和mri检查，明显提高了丘脑下部损伤的诊断水平。不过有时对三脑室附近的灶性出血，常因容积效应影响不易在ct图像上显示，故对于丘脑下部仍以mri为佳，即使只有细小的散在斑点状出血也能够显示，于急性期在t2加权像上为低信号，在t1加权像则呈等信号。亚急性和慢性期t1加权像上出血灶为清晰的高信号，更利于识别。【治疗措施】脑下部损伤的治疗与原发性脑干损伤基本相同，只因丘脑下部损伤所引起的神经-内分泌紊乱和机体代谢障碍较多，故在治疗上更为困难和复杂，必须在严密的观察、颅内压监护、血液生化检测和水电解质平衡的前提下，稳妥细心地治疗和护理，才有度

过危境的希望。【临床表现】一般认为丘脑下部前区有副交感中枢，后区有交感中枢，两者在大脑皮层的控制下互相调节，故当丘脑下部受损时，较易引起植物神经功能紊乱。意识与睡眠障碍：丘脑下部后外侧区与中脑被盖部均属上行性网状激动系统，系维持醒觉的激动机构，是管理醒觉和睡眠的重要所在，一旦受损，病人即可出现嗜睡症状，虽可唤醒，但旋即入睡，严重时表现为昏睡不醒。循环及呼吸紊乱：丘脑下部损伤后心血管功能可有各种不同变化，血压有高有低、脉搏可快可慢，但总的来说以低血压、脉速较多见，且波动性大，如果低血压合并有低温则预后不良。呼吸节律的紊乱与后脑下部后份呼吸管理中枢受损有关，常表现为呼吸减慢甚至停止。视前区损伤时可发生急性中枢性肺水肿。体温调节障碍：因丘脑下部损伤所致中枢性高热常骤然升起，高达41℃甚至41℃，但皮肤干燥少汗，皮肤温度分布不均，四肢低于躯干，且无炎症及中毒表现，解热剂亦无效。有时出现低温，或高热后转为低温，若经物理升温亦无效则预后极差。水代谢紊乱：多因丘脑下部视上核和室旁核损伤，或垂体柄内视上-垂体束受累致使抗利尿素分泌不足而引起尿崩症，每日尿量达4000~10000ml以上，尿比重低下1.005。糖代谢紊乱：常与水代谢紊乱同时存在，表现为持续血糖升高，血液渗透压增高，而尿中无酮体出现，病人严重失水，血液浓缩、休克、死亡率极高，即所谓“高渗高糖非酮性昏迷”。消化系统障碍：由丘脑下部前区至延髓迷走神经背核有一神经束，专营上消化道植物神经管理，其任何一处受损均可引起上消化道病变。故严重脑外伤累及丘脑下部时，易致胃、十二指肠粘膜糜烂、坏死、溃疡及出血。其成因可能是

上消化道血管收缩、缺血；或因迷走神经过度兴奋；或与胃泌素分泌亢进、胃酸过高有关。除此之外，这类病人还常发生顽固性呃逆、呕吐及腹胀等症状。【鉴别诊断】间脑发作：亦称后脑下部发作或间脑癫痫，为一种阵发出现的面颈部潮红、出汗、心悸、流泪、流涎、颤抖及胃肠不适感，每次发作历时数分钟至1~2小时，但无抽搐，偶有尿意。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com