

新编临床 神经内科疾病诊疗精要

总主编 于宗明

NEWLY-COMPILED ESSENTIALS
ABOUT DIAGNOSIS AND THERAPEUTICS
OF NUEROLOGICAL DISEASES



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

新编临床神经内科疾病诊疗精要

总主编 于宗明



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

新编临床神经内科疾病诊疗精要 / 于宗明等编著. —
西安: 西安交通大学出版社, 2014. 5 (2015. 5重印)

ISBN 978-7-5605-6232-2

I. ①新… II. ①于… III. ①神经系统疾病—诊疗
IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第100862号

书 名 新编临床神经内科疾病诊疗精要
总 主 编 于宗明
责任编辑 赵文娟 张雪冲 高 凡
文字编辑 和一之 叶冰玉

出版发行 西安交通大学出版社
(西安市兴庆南路10号 邮政编码710049)
网 址 <http://www.xjtupress.com>
电 话 (029) 82668805 82668502 (医学分社)
(029) 82668315 (总编办)
传 真 (029) 82668280
印 刷 北京京华虎彩印刷有限公司

开 本 880mm×1230mm 1/16 印张 30.875 字数 931千字
版次印次 2014年5月第1版 2015年5月第2次印刷
书 号 ISBN 978-7-5605-6232-2/R·481
定 价 198.00元

读者购书、书店填货、如发现印装质量问题, 请通过以下方式联系、调换。
订购热线: (029) 82668805
读者信箱: medpress@126.com
版权所有 侵权必究

编 委 会

总主编 于宗明

主 编 于宗明 李 强 邱传谦
鞠 伶 杨志杰 戚纪胜

副主编 (按姓氏笔画排序)

李金凤 杨 帆 吴焕英 陈建明
赵 敏 柳海英 徐国卫 唐 珂
阎广会

编 委 (按姓氏笔画排序)

于宗明 (山东省淄博市中心医院)
李 强 (山东省淄博市中心医院)
李金凤 (郑州大学附属郑州中心医院)
杨 帆 (郑州大学附属郑州中心医院)
杨志杰 (河北省香河县人民医院)
吴焕英 (山东省郓城诚信医院)
邱传谦 (山东省郓城诚信医院)
陈建明 (河南省南阳市第二人民医院)
赵 敏 (郑州大学附属郑州中心医院)
柳海英 (山东省冠县中心医院)
徐国卫 (郑州大学附属郑州中心医院)
唐 珂 (甘肃中医学院附属医院)
戚纪胜 (河南科技大学第一附属医院)
阎广会 (河北省青龙县中医院)
鞠 伶 (山东省海阳市中医医院)

前 言

随着人民生活水平的提高及生活方式的改变,神经系统疾病尤其是脑血管病发病率逐年增高。由于其高致残率与高致死率,神经系统疾病已严重危害人民健康与生活质量,给家庭及社会带来沉重负担。与此同时,神经科学发展日新月异,新的诊断技术、治疗方法及治疗药物层出不穷,正确诊断、合理治疗成为提高神经系统疾病诊疗水平的关键。鉴于此,我们组织相关专业人员编写了这本《新编临床神经内科疾病诊疗精要》。

本书前面的章节简要介绍了神经系统疾病相关基础知识与常用检查方法,包括神经内科概述、病史及体格检查、常用辅助检查、临床常见症状、脑电图检查、常用治疗技术、介入治疗的内容;下篇神经内科疾病则以具体疾病为线索,主要讲述了常见神经系统疾病的病因病机、临床表现、检查、诊断与鉴别诊断及治疗方面的内容,包括头痛、癫痫、感染性疾病、脑血管病、脑神经疾病、脊神经疾病、脊髓疾病、中枢神经系统脱髓鞘、自主神经疾病、遗传及变性病、运动障碍性疾病、发育异常性疾病、睡眠障碍等的内容。本书是神经病学临床工作者必备的参考书,也是医疗行政管理人员评定技术质量的重要参考依据。

由于我们学识与临床能力所限,书中的错误、不足和缺陷在所难免,真诚欢迎广大读者提出建议和意见,以便在今后的工作中加以改进和提高。

《新编临床神经内科疾病诊疗精要》编委会

2014年3月

目 录

第一章 概 述	(1)
第二章 神经内科疾病的病史及体格检查	(4)
第一节 病史采集	(4)
第二节 体格检查	(5)
第三章 神经内科常用辅助检查	(24)
第一节 神经系统影像学检查	(24)
第二节 神经电生理检查	(27)
第三节 放射性核素检查	(31)
第四节 脑脊液检查	(32)
第五节 头颈部血管超声检查	(35)
第六节 脑电图	(41)
第七节 肌电图及神经传导速度测定	(47)
第八节 脑磁图	(48)
第四章 神经内科疾病的临床常见症状	(51)
第一节 昏 迷	(51)
第二节 抽 搐	(56)
第三节 瘫 痪	(58)
第四节 慢性口面痛	(59)
第五节 步态异常	(63)
第六节 眩 晕	(69)
第七节 感觉障碍	(69)
第八节 意识障碍	(71)
第九节 眼部症候	(75)
第十节 共济失调	(77)
第十一节 不自主运动	(78)
第十二节 常见症状的护理	(79)
第五章 脑电图检查	(87)
第一节 概 述	(87)
第二节 脑电图的分析	(88)
第三节 脑电图的临床应用	(94)
第四节 24 小时动态脑电图	(96)

第五节 视频脑电图	(98)
第六章 神经内科疾病常用治疗技术	(101)
第七章 神经介入治疗	(106)
第八章 头 痛	(111)
第一节 偏头痛	(111)
第二节 丛集性头痛	(112)
第三节 紧张型头痛	(113)
第四节 慢性每日头痛	(114)
第五节 其他原发性头痛	(117)
第九章 癲 病	(120)
第一节 概 述	(120)
第二节 癲痫持续状态	(122)
第三节 难治性癲痫	(124)
第十章 神经系统感染性疾病	(132)
第一节 病毒性脑膜炎	(132)
第二节 结核性脑膜炎	(133)
第三节 化脓性脑膜炎	(137)
第四节 急性细菌性脑膜炎	(139)
第五节 单纯疱疹病毒性脑炎	(141)
第六节 新型隐球菌性脑膜炎	(143)
第七节 神经梅毒	(145)
第八节 艾滋病的神经系统表现	(146)
第九节 脑囊虫病	(150)
第十节 散发性克-雅病	(153)
第十一章 脑血管疾病	(156)
第一节 概 述	(156)
第二节 短暂性脑缺血发作	(161)
第三节 脑栓塞	(164)
第四节 脑梗死	(170)
第五节 高血压脑病	(189)
第六节 颈动脉粥样硬化	(192)
第七节 脑微循环障碍	(195)
第八节 颅内静脉和静脉窦血栓形成	(197)
第九节 原发性脑出血	(202)
第十节 蛛网膜下隙出血	(210)
第十一节 颅内动脉瘤	(215)
第十二节 脑血管畸形	(217)

第十二章 脑神经疾病	(219)
第一节 三叉神经痛.....	(219)
第二节 面肌痉挛.....	(222)
第三节 特发性面神经炎.....	(224)
第四节 多发脑神经损害.....	(226)
第十三章 脊神经疾病	(228)
第一节 单神经病及神经痛.....	(228)
第二节 多发性周围神经病.....	(232)
第三节 急性感染性脱髓鞘性多发性神经病.....	(236)
第十四章 脊髓疾病	(239)
第一节 概 述.....	(239)
第二节 脊髓血管病.....	(244)
第三节 急性脊髓炎.....	(246)
第四节 脊髓空洞症.....	(250)
第五节 脊髓亚急性联合变性.....	(253)
第六节 脊髓肿瘤.....	(255)
第七节 脊髓蛛网膜炎.....	(256)
第八节 放射性脊髓病.....	(258)
第九节 颈椎病.....	(260)
第十节 椎管狭窄症.....	(264)
第十一节 椎间盘突出症.....	(278)
第十二节 脊髓梅毒.....	(282)
第十三节 脊柱和脊髓结核.....	(284)
第十五章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(288)
第一节 视神经脊髓炎.....	(288)
第二节 多发性硬化.....	(289)
第三节 弥漫性硬化.....	(309)
第四节 同心圆性硬化.....	(310)
第五节 急性播散性脑脊髓炎.....	(312)
第六节 脑桥中央髓鞘溶解症.....	(313)
第七节 脑白质营养不良.....	(314)
第八节 急性出血性白质脑炎.....	(316)
第十六章 自主神经系统疾病	(318)
第一节 概 述.....	(318)
第二节 雷诺病.....	(320)
第三节 红斑性肢痛症.....	(322)
第四节 面偏侧萎缩症.....	(323)

第五节	自发性多汗症	(324)
第六节	原发性直立性低血压	(325)
第七节	间脑病变	(327)
第八节	进行性脂肪营养不良	(330)
第九节	迷走性晕厥	(331)
第十节	家族性自主神经功能失调	(333)
第十七章	神经系统遗传及变性病	(336)
第一节	概 述	(336)
第二节	腓骨肌萎缩症	(338)
第三节	多系统萎缩	(340)
第四节	阿尔茨海默病	(341)
第五节	血管性痴呆	(349)
第六节	路易体痴呆	(355)
第七节	黑质纹状体变性	(359)
第八节	遗传性共济失调	(359)
第十八章	运动障碍性疾病	(364)
第一节	特发性震颤	(364)
第二节	亨廷顿病	(364)
第三节	小舞蹈病	(366)
第四节	帕金森病	(368)
第五节	肝豆状核变性	(377)
第六节	迟发性运动障碍	(381)
第七节	肌张力障碍	(381)
第十九章	神经系统发育异常性疾病	(387)
第一节	先天性脑积水	(387)
第二节	脑性瘫痪	(389)
第三节	枕骨大孔区畸形	(392)
第四节	核黄疸	(395)
第五节	精神发育迟缓	(398)
第二十章	睡眠障碍	(402)
第一节	失眠症	(402)
第二节	不安腿综合征	(404)
第三节	发作性睡病	(406)
第四节	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	(407)
第二十一章	神经皮肤综合征	(414)
第一节	结节性硬化	(414)
第二节	脑面血管瘤病	(415)

第三节	神经纤维瘤病.....	(416)
第二十二章	肌肉及神经肌肉接头疾病.....	(419)
第一节	周期性瘫痪.....	(419)
第二节	特发性炎性肌病.....	(422)
第三节	进行性肌营养不良.....	(426)
第四节	线粒体脑肌病.....	(437)
第五节	重症肌无力.....	(440)
第二十三章	神经系统损伤性疾病.....	(445)
第一节	概 述.....	(445)
第二节	乙醇中毒.....	(447)
第三节	药物中毒.....	(449)
第四节	一氧化碳中毒.....	(451)
第五节	放射损伤.....	(452)
第二十四章	神经系统常见急危重症.....	(454)
第一节	中枢性高热.....	(454)
第二节	中枢性尿崩症.....	(455)
第三节	脑心综合征.....	(459)
第四节	脑耗盐综合征.....	(460)
第五节	抗利尿激素分泌不当综合征.....	(462)
第六节	颅内压增高.....	(464)
第七节	颅内压监护.....	(470)
第八节	脑 疝.....	(473)
参考文献		(480)

第一章 概述

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。神经内科(medical neurology)坚实地建立在神经科学的理论基础上,作为神经科学(neuroscience)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 neuroscience 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、阿尔茨海默病(Alzheimer disease)、脊髓空洞症等,归类为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以下三类。

(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(motor neuron disease)是运动系统上、下运动神经元的变性疾病,脊髓空洞症(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(headache)可能是高血压、青光眼、鼻窦炎等疾病的主诉。头晕(dizziness)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局灶诊断(topical diagnosis)。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有挑战性的领域之一。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(Parkinson's disease)的有效措施,将有可能从根本上治疗 Parkinson's disease。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三类。

(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,如三叉神经病(trigeminal neuralgia)、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 Alzheimer's disease、motor neuron diseases、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和希望。

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 neuroscience 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谱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,neuroscience 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“neuroscience 的世纪”必将掀开更加光辉灿烂的一页。

(于宗明)

第二章 神经内科疾病的病史及体格检查

第一节 病史采集

神经系统疾病的诊断是根据病史资料和检查结果进行综合分析而做出的。因此,完整与确切的病史是诊断疾病的重要依据。从病史资料中可获得关于损害部位和病变性质的初步印象。有些典型的疾病,如原发性癫痫、偏头痛、周期性瘫痪等,在间歇期中常查不到阳性体征,须根据病史做出诊断。神经系统疾病病史的采集方法基本上与一般内科疾病相同,亦包括现病史、过去史和家族史。

一、现病史

现病史是病史中最重要的部分,包括主诉和每个症状发生的时间、方式、性质;有无明显的致病或诱发因素;症状的进行、发展情况;曾经治疗的经过、效果,以及病程中有无缓解和复发等。一般而论,急骤起病的病因常为血液循环障碍、急性炎症、外伤等,而起病缓慢的病因则多为肿瘤、变性 & 发育异常性疾病。询问病史时应尽可能避免带有暗示性提问,对于患者所说的每一个症状都要详细了解其真正的含义。如患者所诉的“发麻”可能是代表皮肤感觉的减退、缺失或异常,亦可能是指肢体运动不灵或肌肉营养障碍所引起的感觉,这就应进一步了解患者所表达的症状是指医学上的哪些功能障碍。又如患者诉说“头晕”,患者的理解可能是指头重脚轻的感觉,也可能是指眼花缭乱、视物模糊或思维糊里糊涂的意思,也可能是指自身或周围物体的旋转、摇晃的感觉,应进一步询问患者的体验,而得出正确的理解。

应详细地询问症状发生的先后次序,尤其应了解其最早出现的症状,有助于病变的定位。如患者诉说头痛、呕吐,经探询病史,已有一侧听力减退多年,并逐渐发生同侧面部麻木、眩晕、步行不稳,最近数月才出现头痛、呕吐,则该患者的病变可能位于一侧的脑桥小脑角。

常见症状的病史询问应注意以下几点。

(一)头痛

应询问头痛的部位(整个头部还是局限于某个部位)、性质(胀痛、跳痛、撕裂痛、箍紧痛、钻痛、割锯痛或隐痛)、时间(早晨、午后、晚间)、规律(持续性、发作性)、程度、伴发症状(恶心、呕吐、视力减退、眩晕、闪光、畏光、复视、瘫痪、昏迷等),引起头痛的可能原因及加剧、减轻头痛的因素等。

(二)疼痛

应询问疼痛的部位、发作时间、频度、性质和散布情况,引起发作或加剧的原因,对各种治疗的效果。

(三)麻木

应询问麻木的性质(感觉减退、缺失、过敏或异常、热感、冷感、重感、触电感、针刺感等)、分布、传播、发展过程。

(四)惊厥

应询问起病年龄、发作情况(全身性、局限性),有无先兆,发作时间、频度,发作时意识,诱发因素(睡眠、饮食、情绪、疲劳、经期、精神受刺激),伴发症状(尖叫一声、发绀、舌唇咬破、口吐血沫、大小便失禁、跌倒受伤等),病程经过(病前有无头颅外伤、发热惊厥、脑炎、脑炎史、寄生虫病、曾否服用过抗痫药),家族史等。

(五)瘫痪

应询问瘫痪部位、起病缓急、肌张力改变、肌肉萎缩情况和伴发症状(麻木、疼痛、失语、排尿障碍、不自

主运动等)。

(六) 视力障碍

视物不清的诉说可能是视力减退,也可能是视野缺损、屈光不正,眼肌瘫痪而致的复视、眼球震颤。视力减退可以是眼部疾患,也可以是神经系统疾患所致,均需进一步了解复视出现的方向,实像与虚像的位置关系和两者的距离,以及了解曾否发生单眼复视。

二、过去史

过去史对病因及鉴别诊断 also 具有重要意义。应询问其生长和发育情况、个人嗜好、有无冶游史,以及有无地方病史和疫水接触史。过去史的询问中特别注意既往传染病史以及有无恶性疾病史,因很多传染病可引起神经系统并发症,如麻疹、水痘、天花、腮腺炎和猩红热后可继发急性播散性脑脊髓炎;钩端螺旋体病可引起脑血管疾病(脑动脉炎);心脏病(瓣膜病、心房颤动等)可引起脑栓塞;糖尿病可引起多发性末梢神经炎或糖尿病性脊髓病;癌症可引起各种神经系统并发症或肌病。

三、家族史

一些神经系统疾病与遗传有关,如进行性肌营养不良症、慢性进行性舞蹈症(Huntington 舞蹈症)、遗传性共济失调等往往有明显的家族史。应询问直系及其他亲属中有无类似疾病,以及有无近亲婚配情况。病史记录应详尽而不繁琐,系统、有序、有重点。对于昏迷婴儿以及有精神失常的患者,应尽可能从其家属亲友或同事处获得较可靠的病史资料。

(邱传谦)

第二节 体格检查

一、意识状态检查

(一) 意识障碍的分级和评估

意识障碍可简分为意识清晰度下降和意识内容变化两个方面。前者表现为嗜睡、昏睡和昏迷;后者表现为谵妄、精神错乱等。通常所说意识障碍的程度实际上系指意识清晰度而言,临床上一般分为以下五级。

1. 嗜睡

嗜睡是意识障碍的早期表现。患者表现为持续睡眠状态,但能被叫醒,醒后能勉强配合检查及回答简单问题,停止刺激后又入睡。

2. 昏睡

昏睡为较重的意识障碍。患者处于沉睡状态,但对言语的反应能力尚未完全丧失,经高声呼唤方可唤醒,并能作含糊、简单而不完全的答话,停止刺激后又复沉睡。对疼痛刺激有痛苦表情和躲避反应。

3. 浅昏迷

意识丧失,仍有较少的无意识自发动作。对周围事物及声、光等刺激全无反应,但对强烈刺激如疼痛刺激有反应。吞咽反射、咳嗽反射、角膜反射以及瞳孔对光反射仍然存在。生命体征无明显改变。

4. 中昏迷

对各种刺激均无反应,自发动作很少。对强度刺激的防御反射、角膜反射和瞳孔对光反射均减弱,大小便潴留或失禁,此时生命体征已有改变。

5. 深昏迷

全身肌肉松弛,处于完全不动的姿势。对外界任何刺激全无反应,各种反射消失,大小便多失禁。生命体征已有明显改变,呼吸不规则,血压或有下降。检查者应对患者的意识状态进行评估,常用的是格拉斯哥昏迷评分量表。详见表 2-1。根据评分结果将昏迷程度分为轻型(13~15 分)、中型(9~12 分)、重型

(6~8分)和特重型(<5分)。

表 2-1 格拉斯哥昏迷评分量表

分类	项目	评分数
睁眼	自发睁眼	4
	对声音刺激(如语言)睁眼	3
	对疼痛刺激睁眼	2
	对上述刺激不睁眼	1
语言反映	对人物、时间、地点定向正常	5
	会话错乱	4
	用词不当	3
	能发音	2
	不语	1
运动反应	按吩咐动作	6
	刺痛定位	5
	刺痛躲避	4
	屈曲反应	3
	过身反应	2
	不动	1

(二)昏迷患者检查应注意的方面

昏迷患者病情危重,其病因常涉及多系统的疾病,因此必须在不能取得患者合作的情况下做详细的全身检查,配合必要的辅助检查,并结合所提供的病史信息,尽快解决诊断与治疗问题。检查昏迷患者时应特别注意生命体征、呼吸形式、心律,对语言刺激的反应,眼睑是否自发闭合,瞳孔状态,眼球活动(自主眼动,头眼反射,眼前庭反射),角膜反射,有无脑膜刺激征,轻刺激鼻孔时皱眉耸鼻反应,疼痛刺激时的运动反应,肌张力,各种深、浅反射和病理反射等,均可对导致昏迷的病变范围提供定位信息。其中比较可靠的是生命体征、瞳孔状态、头眼反射、眼前庭反射及躯体运动反应等。

1. 病史采集

应着重了解昏迷发病的过程,包括起病缓急、昏迷的时间及伴随症状;昏迷是否为首发症状,还是在病程中出现,若为后者则昏迷出现前必定有其他征象有助于病因的确定;有无外伤或其他意外事故;有无中毒(如煤气、农药、安眠镇静药等);既往有无癫痫、高血压病、糖尿病、肾病、肝病、严重心肺疾病等病史以及治疗经过。

2. 生命体征

(1)体温:高热提示严重感染、中暑、脑桥出血;体温过低需注意休克、镇静剂中毒、甲状腺功能低下、低血糖、冻伤等。

(2)脉搏:减慢应注意有无颅内压增高和心肌梗死;心率快可为发热表现,若 160 次/分以上可能有异位节律。

(3)呼吸:受大脑半球和脑干的影响。双侧半球或间脑损害导致陈-施呼吸;中脑或脑桥上段旁中央网状结构的功能发生障碍时,常造成规则而持久的呼吸增强,临床上称为中枢性神经源性过度通气;脑桥下段或延髓被盖部损害直接累及控制呼吸节律的中枢,可造成长吸式呼吸;病变部位再稍低时可造成呼吸暂停。应注意呼吸的气味。糖尿病酮症酸中毒有烂苹果味,尿毒症有尿臭味,醉酒有酒味,肝性昏迷有腐

臭味。

(4) 血压:增高见于脑出血、高血压脑病和颅内压增高;低血压可见于休克、镇静剂中毒、心肌梗死。

3. 瞳孔状态

从间脑到脑桥有很多神经中枢和通路对瞳孔大小和光反应有所影响,故可作为昏迷病例病变定位的重要参考。下丘脑前部损害因能阻断从该处发出的交感纤维故可造成瞳孔缩小却不丧失光反应。中脑顶盖部的压迫性或浸润性病变,因能影响导水管周围的光反射纤维交叉,故能造成双侧瞳孔中度散大并丧失光反应,但这种情况要排除阿托品中毒及其他脑病终期情况。昏迷患者伴动眼神经麻痹(根据眼位)且有光反应丧失和瞳孔散大者,应考虑能压迫动眼神经干的病变如脑疝、颅底动脉瘤破裂等。昏迷患者伴有单侧动眼神经麻痹而不伴有瞳孔散大且光反应也不丧失者,应考虑糖尿病、脑动脉硬化、脑膜血管梅毒等。昏迷患者伴有双侧瞳孔中度散大、双侧光反应丧失而不伴有动眼神经麻痹者,要考虑埃-魏核附近病变。昏迷患者伴有双侧瞳孔缩小如针尖者要考虑脑桥被盖部出血、软化或吗啡、鸦片、安眠药中毒。

4. 头眼反射和眼前庭反射

头眼反射和眼前庭反射对评价昏迷患者有一定意义,因为控制交互眼动机构的神经通路正好位于脑桥和中脑之间的网状结构及其稍背侧,这些结构通过前庭迷路系统及颈部的本体感受器,起着重要的空间定位作用。正常情况下大脑半球对上述反射有抑制作用,当半球功能丧失时,这些反射呈亢进现象。检查头眼反射的方法是:检查者握住患者头部并向左右转动或向前后屈伸,每换一个方向后稍停片刻以观察眼球的转动情况。脑干功能正常时眼动方向与转头方向相反,脑干功能丧失时眼球不转动。检查眼前庭反射的方法是:可用1毫升冰水直接注射到鼓膜上进行观察,正常人注射后经过短暂的潜伏期显示有快相对侧的眼球震颤,脑干功能正常而大脑半球功能障碍时,两眼向注水侧呈强直性凝视,大脑和脑干均受抑制时不出现眼动反应。

5. 躯体运动反应

嗜睡、昏睡以及浅昏迷患者,其运动行为在脑不同部位病变呈不同形式的反应。大脑半球运动通路受累时可引起偏瘫,大脑半球更广泛的病变能使被动牵张时呈过度伸展或有时呈强握反射。大脑、脑干功能障碍时对疼痛刺激的反应也有所不同。对病变在大脑的患者强压其眶上缘能引出去皮质强直,即双上肢在肘、腕、指间关节处屈曲而下肢伸直,双脚跖屈。如病变位于脑桥上段或中脑,则强压眶上缘可引出去大脑强直,即双上肢伸直而旋前,双下肢伸直。

二、特殊类型的意识障碍

(一) 去皮质综合征

去皮质综合征为意识丧失,而睡眠和觉醒周期存在的一种意识障碍。常见于双侧大脑皮质广泛损害,功能丧失而皮质下功能仍保存的缺氧性脑病、脑炎、中毒和严重颅脑外伤等。患者能无意识地睁眼、闭眼或转动眼球,但眼球不能随光线或物品转动,貌似清醒但对外界刺激无反应。光反射、角膜反射,甚至咀嚼动作、吞咽、防御反射均存在,可有吸吮、强握等原始反射,但无自发动作。大小便失禁。四肢肌张力增高,双侧锥体束征阳性。身体姿势为上肢屈曲,下肢伸直,称为去皮质强直。与去大脑强直的区别为后者四肢均为伸性强直。

(二) 无动性缄默症

无动性缄默症又称睁眼昏迷,为脑干上部和丘脑的网状激活系统受损,而大脑半球及其传出通路却无病变。患者能注视周围环境及人物,貌似清醒,但不能活动或言语,二便失禁。肌张力减低,无锥体束征。强烈刺激不能改变其意识状态,存在觉醒-睡眠周期。

(三) 闭锁综合征

闭锁综合征又称去传出状态,病变位于脑桥腹侧基底部,损及皮质脊髓束及皮质脑干束而引起。患者呈失运动状态,眼球不能向两侧转动,不能张口,四肢瘫痪,不能言语,但意识清醒,能以瞬目和眼球垂直运动示意与周围建立联系。可由脑血管病、感染、肿瘤、脱髓鞘病等引起。