

神经内科疾病 救治学

(上) 徐 谦等◎主编

神经内科疾病救治学

(上)

徐 谦等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

神经内科疾病救治学/ 徐谦等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016.6

ISBN 978-7-5578-0769-6

I. ①神… II. ①徐… III. ①神经系统疾病—诊疗
IV. ① 741

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第069576 号

神经内科疾病救治学

SHENJING NEIKE JIBING JIUZHIXUE

主 编	徐 谦	王凤敏	尚芙蓉	李 冉	路永坤	王俊霞
副 主 编	刘跃辉	徐 慧	赵 辉	刘新生	吴孟娇	吴 强
	樊素娟	于广湖				
出 版 人	李 梁					
责任编辑	张 凌	张 卓				
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司					
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司					
开 本	787mm×1092mm 1/16					
字 数	1037千字					
印 张	42					
版 次	2016年6月第1版					
印 次	2017年6月第1版第2次印刷					

出 版	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		
	85652585	85635176			
储运部电话	0431-86059116				
编辑部电话	0431-86037565				
网 址	www.jlstp.net				
印 刷	虎彩印艺股份有限公司				

书 号 ISBN 978-7-5578-0769-6

定 价 160.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

徐 谦



1965年出生，解放军第251医院神经内科副主任医师。1986年毕业于河北医科大学医学系，一直从事神经内科临床工作，擅长脑血管病的超早期溶栓及康复治疗。以第一作者在国家级核心期刊发表论文及译文40余篇，获全军医疗成果奖4项，参编神经内科专著2部。

王凤敏



1968年出生，内蒙古民族大学附属医院神经内科，副主任医师，硕士学位，曾在中日联谊医院神经内科进修学习。从事临床工作20余年，积累了丰富的临床经验，对周围神经病、癫痫、头痛、周期性麻痹、格林巴利综合症、脑血栓、脑出血有独特的诊断及治疗效果，对神经内科疑难杂症有独到的见解。在国家及省级医学刊物上发表论文10余篇，参与编辑神经内科著作1部。

尚芙蓉



1972年出生，湖北省襄阳市中心医院神经内科副主任医师，医学硕士。长期从事临床神经内科临床工作，对脑血管病、中枢神经系统感染性疾病、神经-肌肉接头疾病、肌张力障碍等疾病的诊治有丰富的临床经验，擅长睡眠障碍、肉毒素A局部注射、颅内血肿穿刺微创治疗及神经系统疾病的急、危重病人抢救。在统计源期刊发表论文10余篇。

编 委 会

主 编 徐 谦 王凤敏 尚芙蓉
 李 冉 路永坤 王俊霞

副主编 刘跃辉 徐 慧 赵 辉 刘新生
 吴孟娇 吴 强 樊素娟 于广湖

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 兰	长春中医药大学附属医院
于广湖	威海市立医院
王凤敏	内蒙古民族大学附属医院
王俊霞	平顶山市第二人民医院
任 重	长春中医药大学附属医院
刘跃辉	内蒙古民族大学附属医院
刘新生	郑州市第一人民医院
孙丽娜	辽宁中医药大学附属医院
李 冉	潍坊市中医院
李彩霞	郑州大学附属郑州中心医院
吴 强	新乡市中心医院
吴孟娇	郑州大学附属郑州中心医院
何 斐	河南省唐河县人民医院
陈华先	湖北医药学院附属襄阳医院
苑振云	河北医科大学第一医院
尚芙蓉	襄阳市中心医院
	(湖北文理学院附属医院)

赵 辉	河南科技大学第一附属医院
贾汉伟	平顶山市第一人民医院
徐 谦	中国人民解放军第二五一医院
徐 慧	中国人民解放军第四〇一医院
路永坤	河南中医药大学
樊素娟	南阳医专第二附属医院

· 前 言 ·

神经系统主要包括中枢神经系统和周围神经系统，是统率和协调全身各系统器官的重要部分；另外，神经系统疾病病种繁多，临床表现复杂，治疗难度较大，严重影响着人们的生命和社会活动。所以，伴随着新的诊疗技术不断涌现，以及神经内科学的迅速发展，神经内科医生不仅需要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、准确地诊断疾病，给予患者及时合理的治疗。鉴于此，我们组织了相关专业的专家学者编写了本书。

全书共分20章，主要介绍了神经系统疾病诊断方法、常见症状和体征以及各类神经系统常见疾病的诊断与治疗，对神经系统疾病的中西医治疗、康复以及护理等内容也有所涉及。书中重点阐述了脑血管疾病、中枢神经系统感染性疾病、锥体外系疾病、痴呆、癫痫以及神经科急症的治疗技术。内容深入浅出、条理清楚、涵盖面广，紧扣临床，科学性与实用性强。对于临床神经内科医务工作者处理相关问题具有一定的参考价值，也可作为各基层医生和医务工作者学习之用。

由于参编人数较多，文笔不尽一致，加上编写时间有限，尽管多次校稿，书中难免存在疏漏和不足之处，恳请广大读者提出宝贵意见和建议。

编 者
2016年6月

第一章 神经系统疾病诊断方法	1
第一节 神经系统疾病诊断原则	1
第二节 神经系统疾病的病史采集和体格检查	4
第三节 神经系统疾病常用辅助检查	29
第二章 神经系统常见症状和体征	46
第一节 意识障碍	46
第二节 感觉异常	54
第三节 头晕	57
第四节 偏头痛	61
第五节 一过性全遗忘	64
第三章 周围神经疾病	66
第一节 脑神经疾病	66
第二节 脊神经疾病	74
第三节 吉兰 - 巴雷综合征	92
第四节 血管炎性神经病	95
第五节 药物性周围神经病	98
第六节 中毒性神经病	99
第七节 副肿瘤综合征性多发性周围神经病	101
第八节 糖尿病性周围神经病	102
第四章 自主神经疾病	105
第一节 原发性直立性低血压	105
第二节 红斑性肢痛症	107
第三节 雷诺综合征	110
第四节 特发性自主神经功能不全	112
第五章 脊髓疾病	114
第一节 急性脊髓炎	114
第二节 脊髓损伤	117
第三节 脊髓血管病	123
第四节 椎管狭窄症	136
第五节 脊髓压迫症	147

第六节 脊髓空洞症	151
第六章 脑血管疾病	153
第一节 短暂性缺血发作	153
第二节 脑梗死	157
第三节 脑栓塞	178
第四节 脑出血	180
第五节 蛛网膜下腔出血	188
第六节 脑动脉瘤	201
第七节 脑动静脉血管畸形	214
第八节 硬脑膜动静脉瘘	225
第九节 高血压脑病	233
第十节 脑动脉炎	236
第十一节 颅内静脉窦及静脉血栓形成	242
第七章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	249
第一节 多发性硬化	249
第二节 弥漫性硬化	253
第三节 同心圆性硬化	254
第四节 视神经脊髓炎	255
第五节 脑白质营养不良	257
第六节 急性播散性脑脊髓炎	260
第七节 脑桥中央髓鞘溶解症	262
第八章 中枢神经系统感染性疾病	264
第一节 脑炎	264
第二节 脑膜炎	277
第三节 脑脓肿	301
第四节 神经系统寄生虫感染	305
第五节 神经梅毒	312
第六节 中枢神经系统真菌感染	315
第九章 锥体外系疾病	318
第一节 帕金森病	318
第二节 肝豆状核变性	323
第三节 肌张力障碍	326
第四节 舞蹈病	332
第十章 神经系统遗传性疾病	343
第一节 遗传性共济失调	343
第二节 结节性硬化症	348
第三节 神经纤维瘤病	350
第四节 小脑视网膜血管瘤病	352

第十一章 重症肌无力与骨骼肌肉疾病	354
第一节 重症肌无力	354
第二节 多发性肌炎	366
第三节 进行性肌营养不良	378
第四节 周期性瘫痪	382
第五节 代谢性肌病	384
第六节 肌强直性肌病	387
第十二章 运动神经元疾病	390
第十三章 多系统萎缩	394
第十四章 痴呆	403
第一节 概述	403
第二节 Alzheimer 病	407
第三节 血管性痴呆	416
第四节 Lewy 包涵体痴呆	421
第五节 额颞痴呆	424
第六节 弥漫性神经原纤维缠结伴钙化症	425
第十五章 癫痫	429
第一节 癫痫的流行病学	429
第二节 癫痫的病因与发病机制	430
第三节 癫痫的分类与临床表现	434
第四节 癫痫持续状态	440
第五节 癫痫的诊断与鉴别诊断	441
第六节 癫痫的治疗与预后	447
第十六章 常见疾病的神经系统损害	453
第一节 肺性脑病	453
第二节 肝性脑病	455
第三节 肾性脑病	459
第四节 低血糖性脑病	462
第十七章 神经科急症的治疗技术	466
第一节 神经科急症的重症监护	466
第二节 气管插管术	473
第三节 呼吸机在神经科急症的应用	482
第四节 微创颅内血肿抽吸引流术	493
第五节 血管内介入治疗	496
第六节 高压氧在神经系统疾病中的应用	500
第七节 大剂量免疫球蛋白静脉滴注疗法	519
第八节 血浆交换疗法	521
第九节 神经科急症的封闭疗法	524

第十八章 神经系统疾病的中西医治疗..... 530

 第一节 脑萎缩..... 530

 第二节 脑梗死..... 532

 第三节 脑出血..... 538

 第四节 脑动脉硬化症..... 545

 第五节 神经衰弱..... 552

 第六节 癫痫..... 555

 第七节 帕金森病..... 563

 第八节 头痛..... 568

 第九节 眩晕..... 571

 第十节 中风..... 575

第十九章 神经系统疾病的康复 583

 第一节 概述..... 583

 第二节 神经系统疾病的康复评定..... 586

 第三节 神经系统疾病的康复治疗..... 593

 第四节 帕金森病的康复..... 600

 第五节 重症肌无力的康复..... 610

第二十章 神经系统疾病护理..... 613

 第一节 神经系统常见症状护理..... 613

 第二节 脑梗死与脑缺血的介入治疗术中护理..... 623

 第三节 新型隐球菌脑膜炎护理..... 633

 第四节 颅脑损伤的护理..... 635

 第五节 颅内肿瘤的护理..... 642

 第六节 癫痫护理..... 646

 第七节 重症肌无力护理..... 651

 第八节 多发性硬化护理..... 654

 第九节 帕金森病护理..... 658

参考文献..... 664

第一章

神经系统疾病诊断方法

第一节 神经系统疾病诊断原则

临床医师通过周详的病史采集、细致的全身和神经系统检查以及有关的辅助检查后，根据收集来的资料，进行全面的综合分析，方可对疾病做出初步诊断。神经系统疾病的诊断原则应当包括：确定诊断方向（定向诊断），明确病变部位（定位诊断），弄清病变性质和原因（定性诊断）。只有完成了这一过程，才能制定出全面、妥善的治疗措施。

一、定向诊断

确定某种疾病是否为神经系统疾病或病变是否主要累及神经系统是神经科医师首先需要解决的问题。及时进行定向诊断，有利于患者尽快得到恰当的处理。因为许多神经系统症状是由其他系统疾病所引起，例如，头痛可能为眼科或耳鼻喉科疾病所诱发，短暂的意识障碍可能为肝性脑病的表现等。另外，神经系统的疾病也可能以其他系统或器官的症状作为主诉，如吉兰-巴雷综合征常以四肢乏力为首发症状到内科就诊，重症肌无力的复视常到眼科就诊等。实际上，心血管、呼吸、内分泌等内、外、妇、儿科疾病常合并有神经系统损害，还有些疾病，如骨、关节、周围血管结缔组织等疾病，其症状也可类似神经系统疾病。因此，临床医师确定神经系统疾病诊断时，要强调整体观念，避免只重视局部而忽视整体的片面观点，要全面了解病情和病损可能累及的器官和系统，确定诊断方向，这样才能做出正确的诊断，才能够抓住主要矛盾，进行及时处理。

二、定位诊断

根据临床上所表现的神经症状和体征，结合神经解剖、生理和病理等方面的知识，常可确定神经病变所在的部位。神经系统的病变部位根据其病损范围可分为局灶性、多灶性、弥漫性及系统性病变四类。局灶性病变指只累及神经系统的一个局限部位，如面神经炎、尺神经麻痹、脊髓肿瘤等。多灶性（播散性）病变系指神经损害分布在两个或两个以上的部位或系统，如多发性硬化常常在视神经、脊髓、脑部等部位有多发病灶，急性播散性脑脊髓炎可在脑及脊髓出现多处分散的病灶。弥漫性病变常比较弥漫或对称性分布，其临床表现多种多样，受侵部位的次序也无规律，因此诊断时可根据较广泛的症状和体征，做出弥漫性病变的定位，如病毒性脑炎、中毒性脑病等。系统性病变是指某些传导束或神经功能系统（锥体束、后索、脊髓丘脑束等）的细胞或纤维的变性，如肌萎缩性侧索硬化，其病变有选择

性地累及脊髓前角细胞、脑神经的运动神经核及锥体束等。

在分析病变的分布和范围之后,还需进一步明确其具体部位,如病变是在中枢(脑、脊髓)还是在周围神经?病变在脑部或脊髓哪一个节段上?对于颅内病变,应分析病灶在脑膜,还是脑实质?在脑内还应进一步判断在哪一个部位?对于椎管内的病变,在定位诊断时应力求确定病灶的上界、下界、髓内、髓外、硬膜内、硬膜外。如为脑神经损伤,应确定是核上病变、核性病变抑或核下病变;周围神经病变则应判明是根性病变、神经丛病变还是神经干病变等。现将大脑、脑干、小脑、脊髓以及周围神经病变的主要特点分述于下。

(一) 大脑病变

临床主要表现为意识和精神活动障碍、失语症、失认症、偏瘫、癫痫发作、偏身感觉障碍、偏盲等。各脑叶病变亦有各自不同的特点,如额叶损害主要表现为随意运动障碍、局限性癫痫、运动性失语、智能障碍等症状;顶叶损害主要为皮质型感觉障碍;颞叶损害主要表现为精神症状、精神运动性癫痫、感觉性失语等;枕叶损害主要表现为视野缺损及皮质盲。此外,还可出现各种锥体外系症状。

(二) 脑干病变

一侧脑干病变多表现有交叉性运动障碍或交叉性感觉障碍,其病变的具体部位是根据受累脑神经临床表现来判断的。脑干两侧或弥漫性损害时常引起双侧多数脑神经和双侧长束症状。

(三) 小脑病变

小脑蚓部损害主要引起躯干的共济失调,小脑半球损害则引起同侧肢体的共济失调。

(四) 脊髓病变

一般以横贯性损害较多见,表现为双侧运动障碍(截瘫或四肢瘫)、传导束型感觉障碍和自主神经功能障碍症状(二便障碍)。

(五) 周围神经病变

由于脊神经是混合神经,受损时在其支配区有运动、感觉和自主神经障碍的症状和体征。运动障碍为下运动神经元性瘫痪。

(六) 肌肉病变

病变损害肌肉(如进行性肌营养不良症)或神经-肌肉连接点时,可出现运动障碍,表现为下运动神经元瘫痪,无感觉障碍。

三、定性诊断

定性诊断是建立在定位诊断的基础上,将年龄、性别、病史特点、体征以及各种辅助检查结果结合在一起,进行分析。病史中特别要重视起病情况和病程特点这两方面的资料。一般而言,当急性发病,迅速达到疾病的高峰,应考虑血管病变、急性炎症、外伤及中毒等。当发病缓慢,逐渐恶化,病程中无明显缓解现象,则多为肿瘤或变性疾病;呈间歇发作性发病形式,则多为癫痫、偏头痛或周期性瘫痪等。当病程中出现缓解与复发交替发病,常为多发硬化的表现。现将神经系统几类主要疾病的临床特点列述于下。

（一）脑血管病

起病急骤，症状可在几秒、几分、几小时或几天内达到高峰。多见于中老年人，既往常有高血压病、动脉粥样硬化、心脏病、糖尿病及高脂血症等病史。神经症状中以偏瘫较多见。如年轻患者突然头痛、出现脑膜刺激症状者，多为脑动脉瘤或血管畸形破裂引起的蛛网膜下腔出血。

（二）感染性疾病

起病呈急性或亚急性，病情多于数日、少数于数周内达高峰。神经系统症状较广泛弥散，常伴有全身感染中毒的症状。有针对性地进行微生物学、血清学，寄生虫学及脑脊液等有关检查可进一步明确感染的性质和原因。

（三）外伤

多有明显外伤史，呈急性起病。但也有外伤较轻，经过一段时间以后发病，如慢性硬膜下血肿。要详细询问外伤经过，以区别其是否先发病而后受伤，如癫痫发作后或脑卒中后的头部外伤。X线及CT检查有助于诊断。

（四）肿瘤

起病缓慢，病情呈进行性加重。但某些恶性肿瘤或转移瘤发展迅速，病程较短。颅内肿瘤除常有的局部定位症状外，尚有颅内压增高的征象。脊髓肿瘤时，可出现逐渐进展的脊髓压迫症状和脑脊液蛋白增高。X线、同位素扫描、超声波检查等有助于发现转移瘤原发病灶。

（五）变性

起病及病程经过缓慢，呈进行性加重，有好发的年龄段，其病理改变有系统性，如肌萎缩性侧索硬化、遗传性共济失调等。过去曾将多种原因不明的慢性进行性神经系统疾病归为变性病，由于检测手段的进展，已将其中的一些疾病逐渐确定与代谢障碍、遗传、慢性病毒感染以及免疫异常等有关。

（六）其他

有中毒、代谢和营养障碍、遗传性疾病等。神经系统中毒性疾病可呈急性或慢性发病，其原因有化学品、毒气、生物毒素、食物及药物中毒等，诊断中毒时必须结合病史调查及必要的实验室检查方能确定。代谢和营养障碍发病缓慢，病程较长，在全身症状的基础上出现神经症状。某些代谢和营养障碍常引起较固定的神经症状，如维生素B₁缺乏常发生多发性神经炎、Wernicke脑病，维生素B₁₂缺乏发生亚急性联合变性，糖尿病引起多发性神经病等。神经系统遗传病多于儿童及青年期发病，家族中可有同样疾病，其症状和体征繁多，部分具有特征性症状，如先天性肌强直症出现的肌强直、肝豆状核变性出现的角膜色素环等，为这些疾病的诊断提供了重要依据。

四、临床思维方法

神经科领域是整个医学领域的重要组成部分，其本身也必然符合医学科学发展的一般规律，同时神经科又有其发展的特殊性而使之有别于其他医学学科，因此，建立符合神经科本身特点的临床思维方法对神经科疾病的诊断治疗至关重要，所以神经科医生应有意识地锻炼

自己的临床思维过程，使之科学合理，更加符合神经科的内在规律。

具体来讲，神经科医生宜按如下几个步骤进行临床思维的培养锻炼：①进行详细的问诊、查体以及实验室检查，获取可靠的翔实的临床资料，为进一步临床工作打下基础。②利用所学的神经科基础知识，明确患者的症状与体征，如“三偏征”“脑膜刺激征”“失语”等，首先进行症状诊断的临床思维。③将上述症候汇总分析，利用神经解剖学、生理学的基础知识，尽可能合理地解释出病变的部位，例如：“三偏征”常定位于内囊病变，“脑膜刺激征”常定位于脑膜病变，“失语”常定位于皮层语言中枢病变等等，进行定位诊断的临床思维。④根据病变的部位、临床的病史与体征以及相关的实验室检查结果，最终分析判断疾病的病因，即为定性诊断的思维过程。⑤明确疾病性质后，可根据疾病的性质、部位、患者的综合状态等等因素进而评估疾病对患者本身生理功能、心理状况、社会适应能力等方面的影响，评定患者的预后，这一过程就是功能诊断的思维过程。

上述培养神经科临床思维的过程绝不是一成不变的教条，要始终把握“具体问题具体分析”的总原则。

在临床中，神经科医生要善于抓住疾病的主要矛盾，透过现象抓住其本质特征，这也是一个需要长期锻炼的过程。有些神经系统症候群是由于本系统疾病造成，而有时相同的症候群则可能由于系统以外的疾病因素造成。例如，昏迷的患者，查MRI有时仅见底节区的个别腔隙性脑梗死，再加上一侧锥体束征，即不假思索地按血管病处理，这种做法是不可取的。而有的医生善于使用矛盾分析的方法，抓住主要矛盾。对昏迷患者的神经影像学检查是完全必要的，但必须要客观判定检查结果：个别的腔隙性脑梗死灶能否成为昏迷的病因？一侧锥体束征是否可用腔隙性脑梗死解释？昏迷是否还有别的原因？因此，这位医生在分析病情之后，急查血糖、渗透压、胸片等，发现患者高渗，血糖增高，即按糖尿病高渗昏迷处理，患者很快痊愈。从本质上讲，临床思维的过程就是认识矛盾的过程，也是抓主要矛盾的过程，总的来说就是矛盾分析。

对疾病的认识还是一个实践过程，同时疾病也是一个不断发展变化的过程，医生的检查技巧、患者的状态、疾病所处的不同时期等因素均影响着医生对病情的判定，所以，一次或几次体格检查、实验室检查的结果不是一成不变的，因此临床医生对疾病的掌握应通过“实践-认识-再实践-再认识”的过程获得。有效的治疗依赖于正确的诊断，而正确的诊断来自于对症候的识别和分析。例如，真性眩晕和假性眩晕；部分性癫痫持续状态的异常运动与锥体外系疾病的运动异常；Horner's征与动眼神经不全麻痹等，任何两者间的混淆均可导致完全不同的诊疗结果。因此，仔细观察病情变化，反复查体以明确疾病症候是十分必要的。有人甚至说：再次体格检查是对神经系统疑难病症的一种最可靠的方法。

(王凤敏)

第二节 神经系统疾病的病史采集和体格检查

神经系统疾病的病史采集和体格检查是神经科医师需要掌握的重要基本功。尽管现代有着许多先进的医疗诊断仪器，如神经影像学方面的计算机断层扫描（computerized tomography, CT）和核磁共振（Magnetic resonance imaging, MRI），神经病理学方面的光镜和电子显微镜技术，神经电生理方面的脑电图（Electroencephalogram, EEG）、肌电图（Electro-

myogram, EMG) 和诱发电位 (Evoked potential, EP), 实验室方面的细胞、生化和分子生物学检查等, 都能对诊断起到重要的辅助作用, 但仍需要和临床结合, 才能对患者做出正确诊断。因此, 不管现代科技发展到了什么样的阶段, 将来的诊断仪器多么样的先进, 患者的病史采集和体格检查都有着不可替代的作用。

从另一方面讲, 如果没有病史采集和体格检查, 临床医师不可能对患者的病情和诊断有一个基本思路, 也不可能知道下一步应该用什么样的手段和仪器来完善检查。这就意味着病史采集和体格检查是医疗实践中医师和患者发生联系的第一步, 这一步所得出的信息对诊断特别重要。但必须熟练掌握病史采集和体格检查的方法, 才能获得正确的临床资料和信息, 才能引导出正确的诊断结果。

一、神经系统疾病的病史采集

神经系统疾病的病史采集和一般病史采集基本相同, 但因为神经系统疾病往往有着自己的独特症状和病程, 在询问病史时应予以重视。完整、准确的病史是神经系统疾病诊断的重要依据, 对病变的定位和定性、病情的分析及预后的推断有着重要意义。从病史了解中可抓住神经疾病的诊断线索, 如: ①症状是功能性还是器质性。②病变的部位及范围。③病变的性质。④病变发生的原因等。和其他临床学科相比, 神经科疾病的诊断对病史的依赖性更大。许多神经系统疾病并无异常的体征和实验室发现, 但确切的病史常可获得病变性质和受损部位的初步印象, 如癫痫、偏头痛和三叉神经痛等常查不到阳性体征, 而根据病史往往可以做出诊断。

神经系统病史采集应全面系统而又重点突出, 主要注意以下几个方面: ①尽可能让患者自己陈述疾病的主要痛苦和经过, 患者在陈述时一般不要打断, 要集中精力地边听边思考, 等患者讲完后, 对病史进行综合、分析和提炼, 获得一个初步印象, 再沿着这一初步印象和思路对患者没有谈及的而且对诊断有意义的问题进行提问, 提问时切忌暗示。②对昏迷或有智能、语言等障碍不能自己陈述病情的患者, 让其家属尤其是最亲近的家属进行病情陈述。③不管患者自己还是家属陈述, 检查者要善于引导患者按时间先后讲述每个症状出现的具体时间及演变情况, 尤其是要善于并有耐心等待那些文化程度较低、语言表达较差的患者。④在病史采集过程中, 遇有患者使用医学术语, 如“眩晕”、“复视”、“视野缺损”、“感觉障碍”等时, 因有可能患者所使用的医学术语与实际病情不符, 应仔细询问具体指的是什么, 以免造成误解。⑤检查者在询问病史时要态度和蔼, 尊重患者, 如遇到涉及患者隐私的问题, 要给予适当的解释, 取得患者的信任, 以得到可靠的病史。

在病史采集时患者的基本情况应包括: 性别、年龄、职业、左利手、右利手、双利手或先左后矫正为右利手等。

(一) 主诉

主诉是患者在患病过程中感到最痛苦的部分, 包括主要症状和发病时间。因此, 主诉是医师在诊断和治疗疾病过程中的主要依据之一。在临床实践中, 大部分患者能直接提供明确主诉, 但也有慢性多种 (多种慢性) 疾病重叠的患者, 在叙述疾病时症状零乱, 也有神经症患者在叙述时症状极为繁杂, 需要临床医师进行分析、归纳。

(二) 现病史

现病史是主诉的注释和延伸, 是病史中最重要的部分, 主要包括疾病中主诉症状和其他

重要症状,以及每个症状发生的时间、方式和性质,有无明显的致病或诱发因素,症状的进行、发展或消失,既往治疗的方法、经过及其效果,病程是缓解还是恶化,各个症状的相互关系及与环境的关系。

在病史采集过程中一是要注意需要重点询问的问题,以免遗漏疾病的线索,造成分析错误。二是要注意神经科最常见症状,在询问时应给予充分的重视,这些症状如果存在,则重点描述,如果不存在,也须注明。

1. 病史采集中需要重点询问的问题 ①初发症状的发生时间(疾病症状的起始时间)。②症状的特点及其严重程度。③发病的方式:是突然起病(患者能够正确回答出起病的日期和时间)、急性起病、缓慢起病还是发作性抑或周期性起病等。④症状的部位和范围。⑤症状发生的顺序。⑥伴发的全身症状(有无发热等)。⑦患者想到的可能原因或诱因。⑧症状加重和减轻的因素。⑨既往的药物治疗及其效果。⑩病程经过:有无恶化、停滞、改善、缓解复发和周期性发作。

通过对上述病史的询问,能够初步得出一个疾病类型的判断,有助于对病因的分析和对疾病的诊断。疾病突然发生,神经症状迅速出现,经治疗部分症状消失,部分遗留,可能为脑出血、脑梗死等血管障碍,或急性炎症,如急性感染性多发性神经炎、急性脑膜炎等。发病缓慢,逐渐恶化,病程中无明显缓解现象,则多为肿瘤,如脑瘤、脊髓瘤、肌萎缩性侧索硬化等,或变性疾病如阿尔茨海默病和帕金森病。间歇发病者,发作性神经症状之后迅速恢复,如间歇发生的意识障碍和抽搐,可能是癫痫的表现,间歇发生的肢体瘫痪,提示周期性瘫痪等,间歇发生的面部疼痛,提示三叉神经痛。病程中也可有愈后复发或暂时缓解,其经过呈波浪型,常为脱髓鞘病的特征。

2. 神经系统疾病的常见症状 了解神经系统疾病的常见症状对问诊和病史采集特别有用,现将几个常见的症状介绍如下:

(1) 头痛:是神经系统疾病最常见的症状之一。在询问时需要了解:①头痛部位:整个头痛还是局部头痛,如为局限性,可具体询问是在一侧、前额、头顶、枕后还是部位变换不定,如发作性一侧头痛则可能为偏头痛。②头痛时间:是早晨还是晚上:如脑肿瘤患者早晨易有头痛,丛集性头痛易在夜间入睡后发生。③头痛性质:是胀痛、钝痛、隐痛,还是搏动性痛、裂开痛、箍紧痛、钻痛、割痛等。如血管性头痛常为搏动性痛,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:是否到了影响睡眠和工作的程度。⑦头痛伴发症状:有无恶心、呕吐、视物不清、耳鸣、失语、瘫痪等。⑧头痛先兆症状:有无暗点、亮光、异彩、幻觉等视觉先兆。

(2) 视力障碍:在询问时需要了解是视物不清还是全盲。视物不清的诉说可能提示视野缺损、复视和眼球震颤,应进一步查清种类。如为全盲,有可能为眼科疾病。单眼盲有可能为眼动脉或视网膜中央动脉闭塞。

(3) 脑神经症状:第Ⅰ对脑神经(嗅神经)损害主要产生嗅觉障碍。第Ⅱ对脑神经(视神经)损害主要产生视力障碍、视野缺损和视盘异常。第Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ对脑神经(动眼、滑车和展神经)损害主要产生眼球运动障碍、复视和瞳孔异常。第Ⅴ对脑神经(三叉神经)