



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材
中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材

全国高等医学院校教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

神经病学

(第3版)

主编 王拥军

Neurology



北京大学医学出版社



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材
全国高等医学院校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

神经病学

Neurology

(第3版)

主 编 王拥军

副主编 张星虎 赵世刚 宋景贵 刘 斌 郭 力

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

范文辉 (重庆医科大学)

郭 力 (河北医科大学)

李 彤 (新乡医学院)

李 新 (天津医科大学)

李淑芬 (承德医学院)

李雪梅 (潍坊医学院)

李志伟 (重庆医科大学)

刘 斌 (河北联合大学)

刘 芳 (沈阳医学院)

刘 晶 (齐齐哈尔医学院)

刘志辉 (潍坊医学院)

罗德欣 (哈尔滨医科大学)

彭 英 (中山大学孙逸仙纪念医院)

秦海强 (首都医科大学)

宋景贵 (新乡医学院)

苏进营 (河北工程大学临床医学院)

王拥军 (首都医科大学)

殷旭华 (内蒙古医科大学)

袁 云 (北京大学医学部)

张星虎 (首都医科大学)

赵世刚 (内蒙古医科大学)

北京大学医学出版社

SHENJINGBINGXUE

图书在版编目 (CIP) 数据

神经病学/王拥军主编. —3 版. —北京: 北京
大学医学出版社, 2013. 12
ISBN 978-7-5659-0751-7

I. ①神… II. ①王… III. ①神经病学—高等学校—教材
IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 317601 号

神经病学 (第 3 版)

主 编: 王拥军

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高 瑾 黄 越 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 22.5 彩插: 3 字数: 648 千字

版 次: 2013 年 12 月第 3 版 2013 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0751-7

定 价: 46.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医学院校临床专业本科教材评审委员会

主任委员 王德炳 柯 杨

副主任委员 吕兆丰 程德基

秘 书 长 陆银道 王凤廷

委 员 (按姓名汉语拼音排序)

白咸勇 曹德品 陈育民 崔慧先 董 志

郭志坤 韩 松 黄爱民 井西学 黎孟枫

刘传勇 刘志跃 宋焱峰 宋印利 宋远航

孙 莉 唐世英 王 宪 王维民 温小军

文民刚 线福华 袁聚祥 曾晓荣 张 宁

张建中 张金钟 张培功 张向阳 张晓杰

周增桓

序

北京大学医学出版社组织编写的全国高等医学院校临床医学专业本科教材（第2套）于2008年出版，共32种，获得了广大医学院校师生的欢迎，并被评为教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材。这是在教育部教育改革、提倡教材多元化的精神指导下，我国高等医学教材建设的一个重要成果。为配合《国家中长期教育改革和发展纲要（2010—2020年）》，培养符合时代要求的医学专业人才，并配合教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材建设，北京大学医学出版社于2013年正式启动全国高等医学院校临床医学专业（本科）第3套教材的修订及编写工作。本套教材近六十种，其中新启动教材二十余种。

本套教材的编写以“符合人才培养需求，体现教育改革成果，确保教材质量，形式新颖创新”为指导思想，配合教育部、国家卫生和计划生育委员会在医药卫生体制改革意见中指出的，要逐步建立“5 + 3”（五年医学院校本科教育加三年住院医师规范化培训）为主体的临床医学人才培养体系。我们广泛收集了对上版教材的反馈意见。同时，在教材编写过程中，我们将与更多的院校合作，尤其是新启动的二十余种教材，吸收了更多富有一线教学经验的老师参加编写，为本套教材注入了新鲜的活力。

新版教材在继承和发扬原教材结构优点的基础上，修改不足之处，从而更加层次分明、逻辑性强、结构严谨、文字简洁流畅。除了内容新颖、严谨以外，在版式、印刷和装帧方面，我们做了一些新的尝试，力求做到既有启发性又能引起学生的兴趣，使本套教材的内容和形式再次跃上一个新的台阶。为此，我们还建立了数字化平台，在这个平台上，为适应我国数字化教学、为教材立体化建设作出尝试。

在编写第3套教材时，一些曾担任第2套教材的主编由于年事已高，此次不再担任主编，但他们对改版工作提出了很多宝贵的意见。前两套教材的作者为本套教材的日臻完善打下了坚实的基础。对他们所作出的贡献，我们表示衷心的感谢。

尽管本套教材的编者都是多年工作在教学第一线的教师，但基于现有的水平，书中难免存在不当之处，欢迎广大师生和读者批评指正。

王德炳 柯杨

2013年11月

第3版前言

医学教材是医学生学习相关领域知识的启蒙书,对医学生提高专业知识、建立合理的知识结构起到至关重要的作用。能有机会编写这样一本“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材,所有编者都倍感荣幸,但在光荣背后,我们同时也认识到这是一项艰巨的工作,需要崇高的使命感、高度的责任心,力争编写适合当代学生特点的教材。

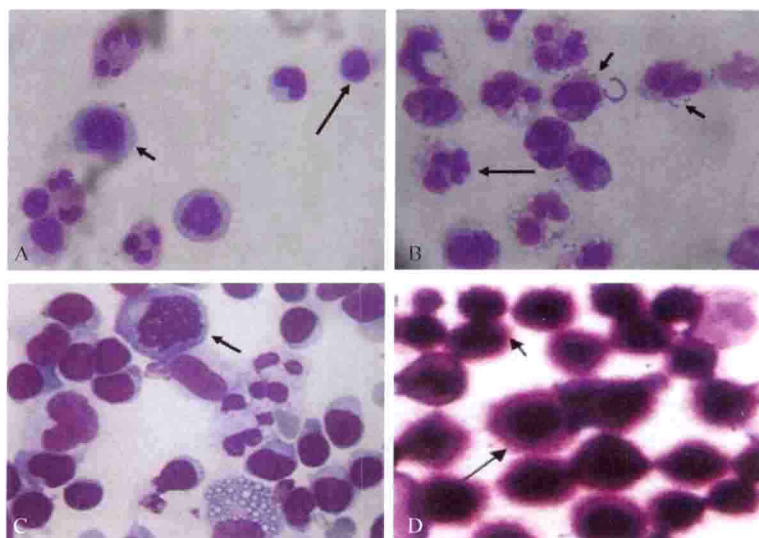
医学是一门快速发展的科学,尤其在神经系统领域。为破解“脑的奥秘”,世界各国展开了艰辛的探索之旅,并在神经影像学、神经分子生物学等多个领域取得了卓越的成果,对神经系统疾病的认识更加深入,其诊断与治疗水平也日益得到提高。可以预见,今后一段时间神经科学还将会得到迅速的发展,定期对《神经病学》进行更新也将成为一种必然。本次再版是在《神经病学》第2版基础上进行的。第2版教材在许多医学院校使用,得到了读者的认可,亦收到了良好的效果。根据第2版的经验,在此次再版的过程中,我们始终强调编写的基本原则:①教材应具权威性,所有的观点应得到目前医学界的广泛认可,不应包括不成熟的或个人的观点;②教材要与与时俱进,能够反映国家规划、指南、循证医学的内容;③教材应重点突出“三基”,即基本理论、基础知识和基本技能,不过分强调少见病和疑难病;④教材要具可读性,文字要简练,图表清晰、准确。因此,本书力求以较少的篇幅、精练的语言来介绍神经系统常见病、多发病,目的是帮助医学生建立神经系统疾病的临床诊疗思路。

为了使教材内容更有利于医学生学习,本次修订对部分章节结构和知识点进行了修正或完善。此版教材在原有基础上增加了2个章节,分别是神经系统常见症状、系统性疾病的神经系统损害,把原有的副肿瘤综合征、意识障碍及脑死亡、颅内压异常、眩晕等并入上述章节中,还增加了血管性痴呆、髓鞘中央溶解症、睡眠障碍、脑血管的检查等内容,力图使医学生对常见的神经系统疾病有更全面的了解。对一些已被淘汰的知识,如脊髓造影等,进行了删除,而对一些在临床诊断中更加重要的检查,如CT、MRI、神经电生理检查等,此版教材也增加了相应内容。另外,对照国际上最新颁布的诊疗指南,对各个章节的内容进行了全面的检查,使此版教材能体现最新的国内外进展。

为了使教材能够更好地满足师生的需求,此次再版的流程有了一些创新。在再版前,我们选取了数十名医学生、大学教师等组成专项小组,对第2版教材的难易程度、先进性、写作水平进行了全面评价,听取了他们对各个章节应该增加、删减、修改内容的建议。各位编者齐聚北京,参照师生的建议详细讨论,制定了修订内容。之后,各位编者根据修订内容编写和修改,最终形成了此版教材。希望通过流程的改进和各位编者的努力,编写出更加适合医学生学习的教材。在此,对他们的辛勤工作表示衷心的感谢。

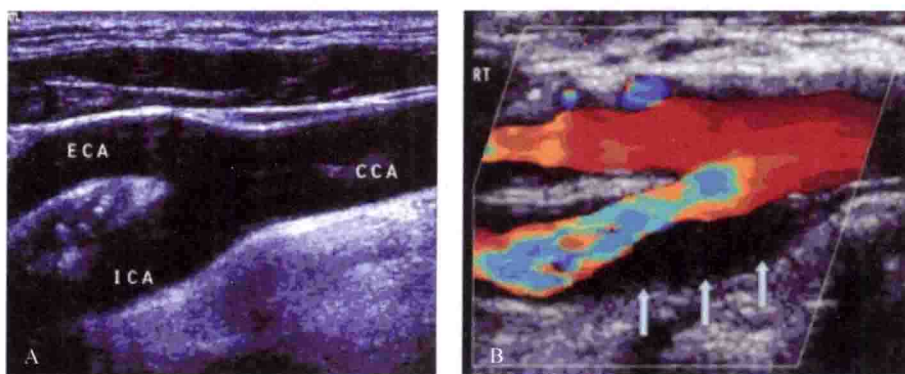
本次修订对第2版内容更新较多,虽然编者倾尽全力,但由于水平有限及时间仓促,书中肯定还存在不足之处,各位读者在使用本教材过程中如有任何宝贵的建议,可以与作者或出版社联系,我们将在修订时更正。

王拥军



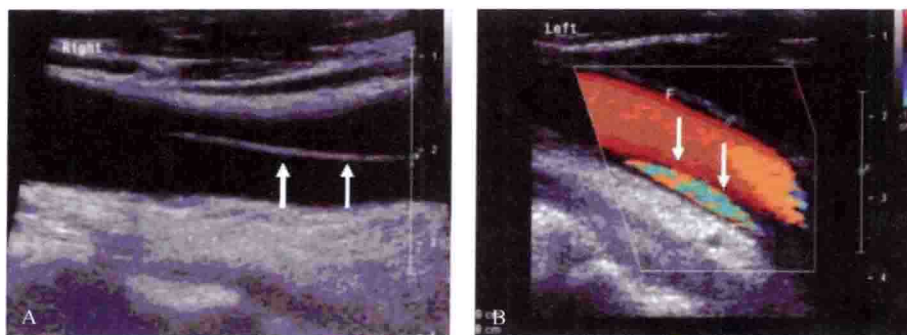
彩图 4-2 几种常见异常脑脊液细胞学检查

A: 病毒性脑膜炎: 淋巴细胞 (长箭头) 和激活淋巴细胞 (短箭头) 增多; B: 化脓性脑膜炎: 中性粒细胞增多 (长箭头) 和胞体外外的致病菌 (短箭头); C: 结核性脑膜炎: 中性粒细胞、浆细胞 (箭头) 和淋巴细胞三类炎细胞共存; D: 新型隐球菌性脑膜炎: 成堆的新型隐球菌 (长箭头) 和芽胞生成 (短箭头)



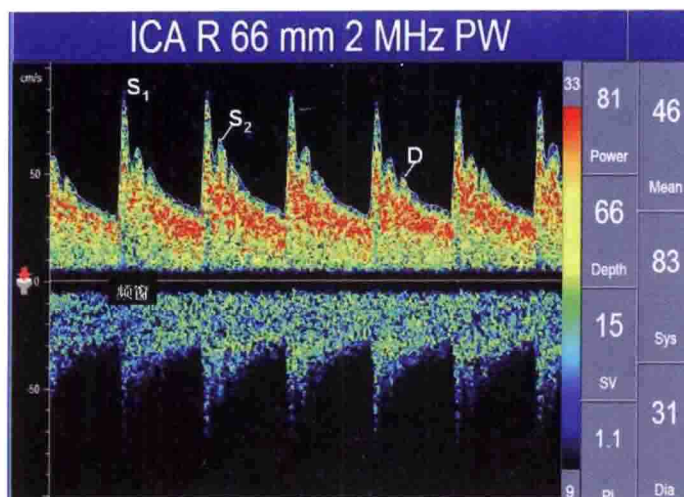
彩图 4-17 颈动脉超声显像

A: 二维超声显像示正常颈动脉。CCA: 颈总动脉; ECA: 颈外动脉; ICA: 颈内动脉。B: 彩色多普勒血流影像示动脉硬化斑块。颈内动脉近端扁平型低回声斑块 (均质回声、规则型, 箭头所示)

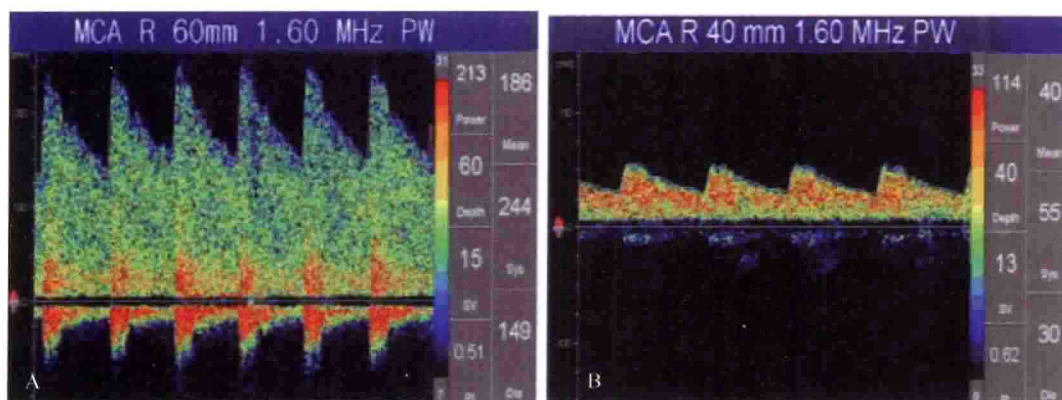


彩图 4-18 颈动脉夹层动脉瘤

A: 二维影像纵断切面显示颈总动脉管腔内线状等回声 (撕脱的内膜), 形成双腔;
B: 彩色多普勒血流影像 (CDFI) 显示双腔结构, 前方为假腔, 后方为狭窄的真腔 (彩色血流)

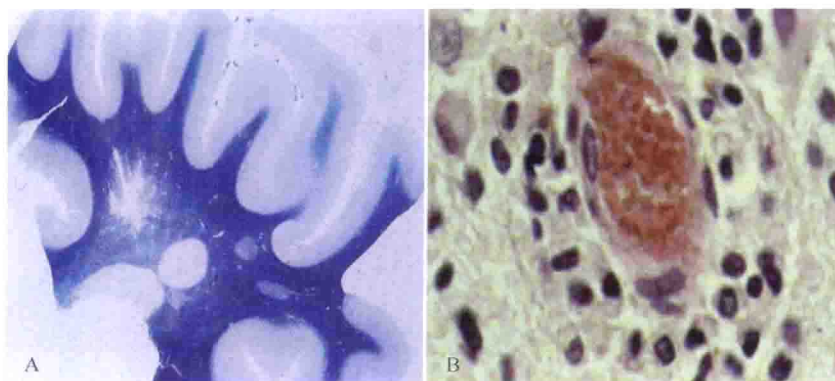


彩图 4-19 TCD 正常频谱分析

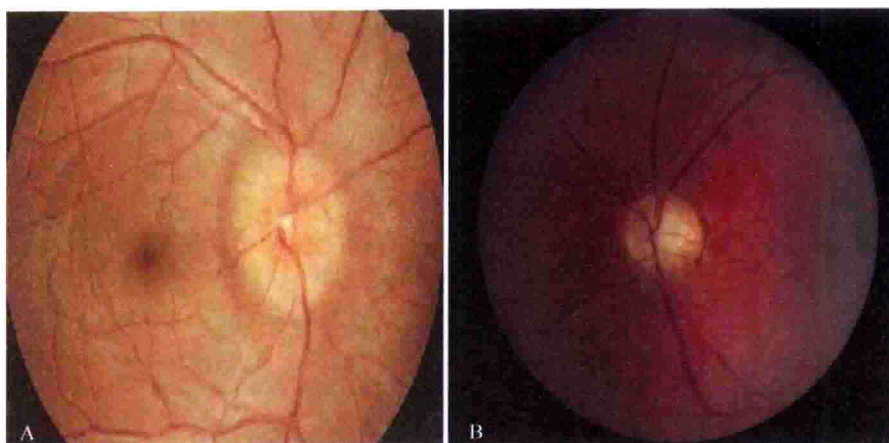


彩图 4-20 大脑中动脉重度狭窄 TCD 检测分析

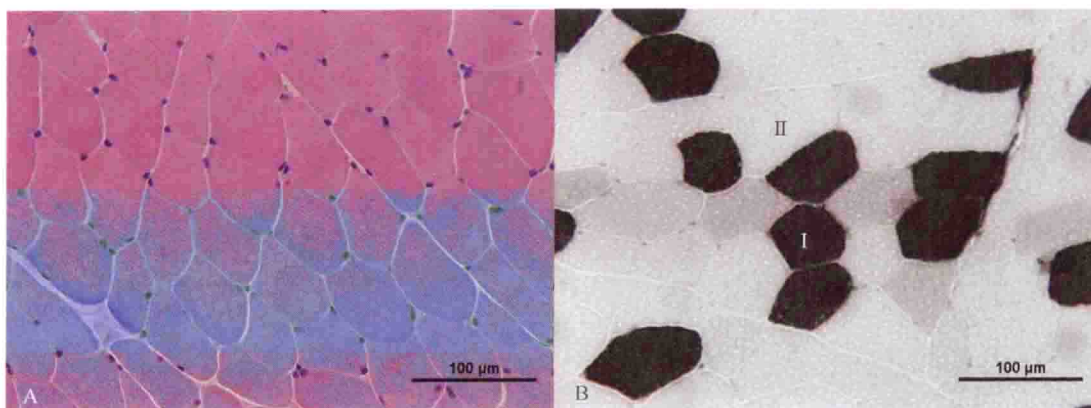
A: 右侧大脑中动脉 (MCA R) 狭窄段 Vs 244cm/s、Vd149cm/s、Vm186cm/s、PI 0.51, 收缩期频窗小时, 涡流、湍流频谱混叠。Vs: 收缩期血流速度; Vd: 舒张期血流速度; Vm: 平均血流速度; PI: 搏动指数。B: 右侧大脑中动脉狭窄远段 Vs 55cm/s、Vd30cm/s、Vm40cm/s、PI 0.62, 血流频谱呈低搏动性特征



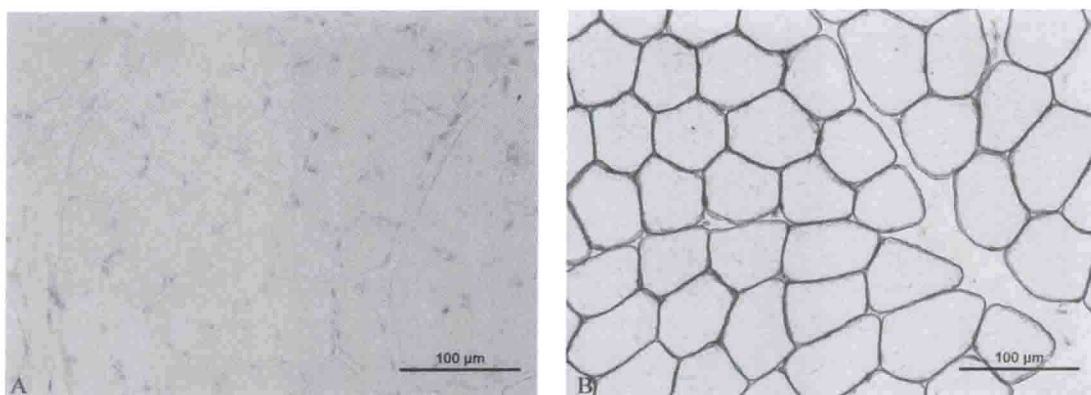
彩图 10-1 A: 脑组织髓鞘染色 (LFB) 染色显示髓鞘脱失; B: 脑组织内血管周围炎细胞浸润



彩图 10-6 眼底镜检查显示视盘水肿 (A 图) 和视神经萎缩 (B 图)



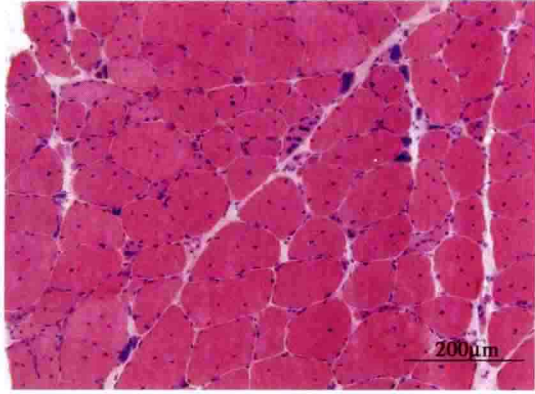
彩图 14-1 A: 肌纤维多角状形态 (HE 染色); B: I 型和 II 型肌纤维 (ATP 酶染色 pH 值 4.6)



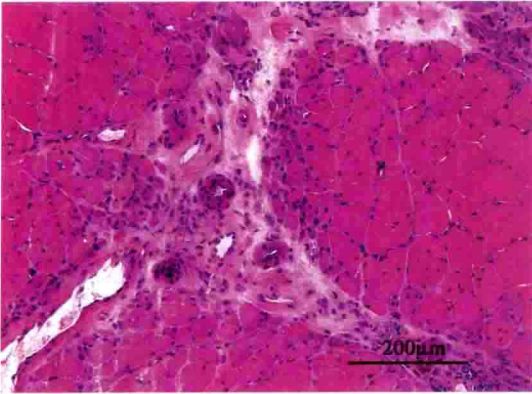
彩图 14-4 抗肌萎缩蛋白染色。A: 患者肌纤维表面出现缺乏抗肌萎缩蛋白; B: 正常对照



彩图 14-5 肌纤维肥大、萎缩、坏死和再生
(HE 染色)



彩图 14-6 肌纤维内大量核内移 (HE 染色)



彩图 14-10 肌纤维间炎细胞浸润 (HE 染色)



彩图 14-11 束周肌纤维萎缩和外膜的炎细胞浸润
(HE 染色)



彩图 14-14 破碎红纤维 (MGT 染色)



彩图 17-1 结节性硬化症



彩图 17-2 神经纤维瘤病

目 录

第一章 绪论	1	第九章 中枢神经系统感染性疾病	131
第二章 病史采集	4	第一节 概述	132
第三章 神经系统体格检查	7	第二节 单纯疱疹病毒性脑炎	134
第四章 神经系统疾病的辅助检查	22	第三节 细菌性脑膜炎	137
第一节 脑脊液检查	22	第四节 结核性脑膜炎	139
第二节 神经电生理检查	27	第五节 隐球菌性脑膜炎	142
第三节 影像学检查	35	第六节 脑囊虫病	144
第四节 超声诊断	41	第七节 艾滋病的神经系统表现	147
第五节 神经病理检查	44	第八节 朊蛋白病	150
第六节 分子生物学诊断技术	45	第十章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	155
第七节 神经心理测验	46	第一节 概述	155
第五章 神经系统病变的定位诊断	48	第二节 多发性硬化	156
第一节 脑神经	49	第三节 视神经脊髓炎	161
第二节 运动系统	60	第四节 急性播散性脑脊髓炎	164
第三节 反射	66	第十一章 脊髓疾病	166
第四节 感觉系统	67	第一节 概述	167
第五节 大脑	72	第二节 急性脊髓炎	174
第六章 神经系统疾病的定性诊断		第三节 脊髓压迫症	177
原则	81	第四节 脊髓空洞症	179
第七章 神经系统常见症状	82	第五节 脊髓亚急性联合变性	181
第一节 意识障碍及脑死亡	83	第六节 脊髓血管疾病	183
第二节 眩晕	86	第十二章 锥体外系疾病	186
第三节 头痛	87	第一节 概述	186
第四节 痫性发作	88	第二节 帕金森病	187
第五节 晕厥	89	第三节 肝豆状核变性	196
第六节 失语、失用及失认	91	第十三章 神经系统变性疾病	202
第七节 颅内压异常	94	第一节 概述	202
第八节 睡眠障碍	97	第二节 阿尔茨海默病	203
第八章 脑血管疾病	101	第三节 运动神经元病	207
第一节 概述	102	第四节 多系统萎缩	210
第二节 缺血性卒中	109	第十四章 骨骼肌及神经肌肉接头	
第三节 短暂性脑缺血发作	115	疾病	214
第四节 脑出血	118	第一节 概论	215
第五节 蛛网膜下腔出血	122	第二节 肌营养不良	218
第六节 血管性痴呆	125	第三节 炎性肌病	225
第七节 其他脑血管疾病	127	第四节 周期性瘫痪	228

第五节	重症肌无力	231	第一节	概述	292
第六节	线粒体病	234	第二节	偏头痛	293
第十五章	周围神经疾病	238	第三节	紧张型头痛	298
第一节	概述	238	第四节	丛集性头痛	300
第二节	特发性面神经麻痹	242	第五节	痛性眼肌麻痹	302
第三节	单神经病	243	第六节	三叉神经痛	303
第四节	多神经病	248	第七节	枕神经痛	305
第五节	吉兰-巴雷综合征	251	第十九章	系统性疾病神经系统	
第六节	慢性炎性脱髓鞘性多发性 神经病	257		损害	308
第十六章	癫痫	260	第一节	概述	309
第一节	概述	260	第二节	肝性脑病	309
第二节	癫痫分类	263	第三节	肾性脑病	313
第三节	癫痫诊断流程	268	第四节	肺性脑病	316
第四节	癫痫治疗	272	第五节	红斑狼疮性脑病	317
第十七章	神经系统遗传性疾病	279	第六节	放射性脑病	322
第一节	概述	279	第七节	神经系统副肿瘤综合征	327
第二节	遗传性共济失调	283	第八节	糖尿病性周围神经病	331
第三节	神经皮肤综合征	286	第九节	慢性酒精中毒性脑病	335
第十八章	头面痛	291	主要参考文献	340	
			中英文专业词汇索引	345	

变引起正常功能的缺损,如:主侧半球脑梗死导致失语、对侧偏瘫和偏身感觉障碍;面神经炎引起同侧面肌瘫痪等;②刺激症状:神经结构受病变刺激产生过度兴奋的表现,如:大脑皮质运动区占位性病变导致对侧肢体局灶性运动发作;腰椎间盘突出引起坐骨神经痛;病因未明的特发性三叉神经痛等;③释放症状:中枢神经系统受损对低级中枢控制功能减弱,使低级中枢功能表现出来,如:脊髓损伤出现双下肢锥体束征,表现肌张力提高、腱反射亢进和巴宾斯基(Babinski)征等;④休克症状:中枢神经系统急性严重的局部病变导致与之功能相关的远隔部位神经功能抑制,如:大量脑出血急性期的脑休克,偏瘫肢体呈肌张力减低、腱反射消失和Babinski征阴性;急性脊髓横贯性损伤的脊髓休克,受损平面以下出现弛缓性瘫痪,休克期过后才逐渐出现释放症状,转为痉挛性瘫痪、肌张力提高、腱反射亢进和Babinski征等。

3. 诊断及治疗的局限性 尽管目前有多种辅助检查手段应用于临床,但某些神经系统疾病诊断仍然是神经内科医生的难题,有时可能需要肌肉、神经、脑或脊髓活组织检查,即使进行活检有时也难以明确诊断,且患者对于活检依从性差。针对神经系统疾病的治疗手段也有限,许多疾病无特异治疗方法如神经遗传病,某些疾病只能控制临床症状如癫痫,即使神经系统感染也因血脑屏障的存在而使抗感染治疗效果受限。特别需要提出的是,神经系统损害后的自我修复能力有限,若神经组织损害严重或治疗时间滞后,最终恢复较差。

四、神经系统疾病的诊断思路

不同于其他系统疾病,神经系统疾病的诊断包括定位诊断和定性诊断。心脏、肺、肝等器官的疾病受累部位通常相对明确,而神经系统疾病则不同,如肢体无力,受累的部位可以是肌肉、神经-肌肉接头、周围神经、脊髓、大脑等,因此,在诊断神经系统疾时,首先应进行定位诊断,通过定位诊断再分析和确定定性诊断。进行神经系统疾病的诊断时,通常可以遵循以下思路:

1. 通过详细的病史询问及体格检查,获取准确的症状及体征。在患者诉说不适症状时,除非遇到少数焦虑或强迫症患者诉说重复、没有重点,进行适当引导外,大多数情况下不应该打断患者的描述,这样可以知道患者最关心什么情况。在询问病史和体格检查前,应避免查看患者之前在其他医院的病历记录及影像学资料,这样虽然多耗费了一些时间和精力,但获取的信息可更加真实、准确,医生的思维也更加开阔和活跃,减少了之前医疗行为对本次诊疗过程的干扰。另外,应注意患者的不适描述与实际情况是否一致,如患者诉肢体麻木,实际上是肢体无力;患者诉头晕,实际上可能是头昏、眩晕,甚至头痛。

2. 利用掌握的解剖、生理学、病理生理学知识去分析患者的症状及体征,即鉴别患者解剖或生理上发生的异常。

3. 通过上述步骤,可以判断神经系统受累的部位,即解剖诊断或定位诊断。一系列的症狀或体征常可组成一个综合征,其判定有助于了解疾病的部位及特性。

4. 结合相关的资料如疾病的起病方式和速度、演变过程、疾病的病程、系统性疾病情况、既往史、个人史、家庭史、实验室检查等,判断患者病理上的损害,称为病理诊断。当能够确定发病机制及导致患者发病的病因,则进行病因诊断。病理诊断和病因诊断统称为定性诊断。

5. 临床医师应评估残疾的程度,并判断疾病的暂时性或长期性(功能诊断)。这对于疾病的治疗、康复及判断功能预后至关重要。

若遇到疑难疾病,应遵循如下原则进行临床分析:

1. 把重点放在主要的症状和体征上,勿被一些次要或不确定的临床表现分散注意。

2. 下结论不宜武断。当考虑问题只局限于某些临床资料、辅助检查时,会使思维变得狭隘,对其他可能的疾病不进行考虑。临床上的初步诊断只是一个假说,获取新的信息后,需对假说进行不断的验证和修订。疾病在某阶段的表现可能不典型,随着时间的推移,可能会展示

出疾病的全貌，使得诊断逐渐明确。

3. 当疾病的主要特征缺乏时，很多医师，特别是年轻医师会想到罕见疾病。但通常情况下，常见疾病的少见表现，比罕见疾病的典型症状更为常见。

4. 进行诊断时，临床医师要从获取的临床信息中依靠个体经验进行诊断，而非某个症状出现的概率。分析每一疾病的每个临床症状的重要性是不现实的，所以多数情况下，不能仅依靠概率对病情进行诊断。

5. 安全且合理情况下，可进行组织学检查，有助于获取病理学信息，并进行正确诊断。

五、神经系统疾病的治疗及预防

神经系统疾病的治疗可以分为对因治疗、对症治疗，有些疾病具有特异性治疗方法如结核性脑膜炎的抗结核治疗，而有些只能控制症状如癫痫进行抗癫痫药物治疗，有些疾病无特效疗法如神经变性病、神经遗传病。应充分了解每种疾病的治疗原则，并不断了解治疗新进展，如多发性硬化过去无有效药物预防复发，而干扰素- β 的应用可减少其复发、改善预后。在治疗神经系统疾病时，不仅要依据循证医学（evidence-based medicine, EBM）证据，还要兼顾个体化治疗的特点，只有二者有机结合，才能提高治疗效果，改善预后，并降低治疗相关的副作用的发生。

采取适当的预防和干预策略有助于减少或防止神经系统疾病的发生或复发，是提高生活质量、减少医疗费用的方法。神经系统疾病的预防有些针对全民（如通过免疫接种预防急性脊髓灰质炎）；有些针对高危人群（如针对高危人群进行脑血管疾病的预防），可避免大规模人群进行时资源的浪费，也增加了依从性。但筛选高危人群也需一定成本，应权衡其中利弊。预防疾病时，还应注意对不同的危险因素采取联合的干预措施，如脑血管疾病的危险因素有高血压、糖尿病、吸烟、脂代谢异常等，同时对这些危险因素进行联合干预比单一的预防措施能带来更大的益处。

六、神经病学的学习方法

神经病学是一门既复杂又抽象的学科，初学者常感到难以理解及记忆。然而神经病学的逻辑推理性较强，通过复习神经解剖学相关知识，掌握正确的病史询问、神经系统查体方法以及辅助检查的意义与方法等，进行归纳、分析，可以较快地掌握神经病学的相关知识。当然，作为一门临床学科，深入实践最为关键，只有与临床病例结合，并不断地分析和讨论，才能逐步掌握。

（王拥军）

第二章 病史采集

学习重点

1. 掌握：主诉、现病史的主要内容。
2. 熟悉：病史采集过程中的注意事项。
3. 了解：神经系统疾病常见症状的特点。

内容提要

1. 病史采集是神经系统疾病诊断过程的重要环节，是疾病正确诊断的关键。
2. 病史采集应注意系统完整、客观真实及重点突出。
3. 主诉是患者在疾病过程中感受最痛苦，并促使其就诊的最主要的原因，包括主要症状、病程和疾病演变过程。
4. 现病史包括起病情况、症状发展和演变过程、症状特点、伴随症状、诊治情况等。
5. 神经系统疾病常见症状的特点。

神经系统疾病的诊断过程包括病史采集、神经系统体格检查以及各种相关辅助检查。其中病史采集和体格检查二者并重，是神经系统疾病正确诊断的关键，是任何辅助检查手段不可替代的。通过详尽的病史能够对疾病本身有初步了解，发现对疾病定位和定性诊断有价值的线索。对于神经系统无阳性体征的某些神经系统疾病，病史可能是诊断的唯一线索和依据，结合既往史、个人史和家族史，提出一系列可能疾病的诊断及鉴别诊断，以进一步明确治疗方案。

病史采集之前通过简单的自我介绍和对患者的问候，获取患者的初步信任，建立和谐医患关系，以便患者能够充分表达，从而使医生获得详尽的临床资料。病史的内容包括：一般情况[如姓名、性别、年龄、职业、居住地、左利手/右利手、发育情况（儿童）]，主诉，现病史，既往史，个人史，以及家族史。病史采集中应注意：①系统完整。尽量不打断患者的叙述，必要时可引导患者按症状出现先后顺序描述其发生、发展和演变情况，重点记录阳性症状，重要的阴性症状也不能忽视。②客观真实。患者提供的病史医生应加以分析，并向亲属及目击者进一步核实。③重点突出。提醒患者减少无关情况和琐碎情节的叙述。④避免暗示。不要根据医生自己的主观推测对患者进行诱导性提问让患者认同。最后，病史采集初步完成后，医生应当归纳患者最有关联的症状特点，并加以分析；必要时还应进一步核实。

一、主诉

主诉是患者在疾病过程中感受最痛苦，并促使其就诊的最主要的原因，包括主要症状、病程和疾病演变过程。医生在采集病史过程中应围绕主诉进行询问。在神经系统疾病中，主诉往往是定位和定性诊断最重要的线索。

二、现病史

现病史是对主诉的展开，包括发病到本次就诊时症状发生、发展和演变的过程，以及前驱

症状和诱发因素等。全面掌握现病史,是疾病正确诊断的法宝。现病史采集过程中应重点了解:①首发症状,是确定疾病性质和初步定位的第一线索;②起病情况,如发病时间、发病急缓、病前有无明显的致病和诱发因素,为定性诊断提供有力证据;③症状的发展和演变,包括症状的加重、减轻、持续进展或无变化等;症状加重、减轻的可能原因和影响因素等,往往暗示特定的疾病性质;④症状特点,包括症状的部位、范围、性质和严重程度等;⑤伴随症状及与现患病有关的其他疾病情况;⑥既往诊治情况及病程中的一般状况;⑦须与本病鉴别的重要阴性症状。

病史采集通常让患者用自己的语言描述疾病的症状,尽量避免其应用医学术语。需重点了解以下神经系统疾病常见症状:

1. 头痛(headache) 头痛是神经系统最常见的症状,病史采集中应了解头痛部位、发生形式、性质、程度,发作持续时间、发作频率,有无规律及先兆,有无诱发因素及伴随症状,头痛与情绪波动、睡眠异常、过度紧张疲劳、体位、月经及饮食的关系,头痛的家族史及诊治经过。

2. 头晕(dizziness)与眩晕(vertigo) 患者述脑子昏昏沉沉、头重脚轻、站立或步态不稳、视物模糊,称之为头晕;感觉自身或外界物体的运动性错觉,如旋转、升降和倾斜等,谓之眩晕。采集过程中应询问患者症状的起病形式、性质特点及伴发症状等。如症状呈发作性、阵发性、持续性;症状与头位和体位的关系、发作诱因;有无伴随视物旋转及自身旋转的错觉、恶心呕吐、耳鸣及听力减退、血压/脉搏变化、心前区不适、发热等;是否存在与症状相关的情况,如服用安眠药、抗惊厥药、脑外伤、颈椎病、贫血、心脏病、高血压/低血压等。

3. 疼痛(pain) 重点了解:①起病形式(急性、亚急性或慢性);②分布,注意神经系统定位关系,如局限性、放射性(根痛)、扩散性(牵涉痛)等;③性质(锐痛、钝痛);④规律(发作性、阵发性或持续性);⑤伴发症状(局部疱疹、炎症或附近结构有无结核、炎症或肿瘤等)。

4. 感觉异常(paresthesia) 如麻木、冷热感、蚁走感、针刺感或电击感等,注意分布的范围、出现的形式(发作性或持续性)及加重的因素等;有无与感觉异常相关的疾病,如糖尿病、用药史、重金属接触史、长期大量饮酒史等。

5. 瘫痪(paralysis) 应注意询问瘫痪的部位,是单瘫、偏瘫、截瘫还是四肢瘫;瘫痪的程度,即瘫痪肢体的活动情况(肌力水平);起病形式,为急性、亚急性还是慢性起病;瘫痪的性质,是迟缓性瘫痪还是痉挛性瘫痪;瘫痪的诱因或病因,有无上呼吸道感染、肠道感染及疫苗接种史等;既往史、家族史;有无伴发感觉障碍、失语、疼痛、肌肉萎缩、抽搐、发热等。

6. 抽搐发作(seizure) 应当由患者、目击者或家人共同描述。首先了解发作的全过程,其次了解最初起病年龄、诱发因素、先兆症状、发作频率以及以往的诊治情况等。

(1) 抽搐部位:全身、局部、不定位或由局部扩展至全身的抽搐。

(2) 抽搐形式:肢体是伸直、屈曲还是阵挛,有无头颈或躯干向一侧扭转等。

(3) 瞳孔改变:瞳孔扩大、缩小或无变化。

(4) 伴随症状:有无意识障碍、二便失禁、舌咬伤、口吐白沫或摔伤等。

(5) 抽搐后症状:有无昏睡、头痛呕吐或肢体一过性瘫痪等。

(6) 诱发因素:与情绪、月经、睡眠及饮食等的关系。

(7) 先兆症状:有无闻到怪异气味、心前区不适感、眼前暗点或闪光、躯体某部位的异常感觉等。

(8) 发作频率:每年、每月、每周或每天发作的次数,以及最近一次发作的时间。

(9) 最初发病年龄;首次发作的原因,如热性惊厥、脑外伤、脑炎、脑血管病等。

(10) 以往的诊断与治疗情况。