

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

神经内科疾病 临床诊疗思维

主编 崔丽英

国内首部 全面、系统介绍
神经内科疾病诊疗思维

神经内科疾病 临床诊疗思维

王军 主编

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

神经内科疾病 临床诊疗思维

主 编 崔丽英

副主编 陈琳 王建明 彭斌

编者名单 (按汉语拼音排序)

陈琳	陈健华	崔丽英	高晶	高山
关鸿志	管宇宙	郝红琳	黄颜	金丽日
李力波	李晓光	李延峰	刘智	刘彩燕
刘明生	倪俊	彭斌	乔雷	万新华
王含	王琳	王建明	魏妍平	徐雁
徐蔚海	张之诤	周雁	周立新	周祥琴

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经内科疾病临床诊疗思维 / 崔丽英主编. —北京:
人民卫生出版社, 2011.6

(国内临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-14198-7

I. ①神… II. ①崔… III. ①神经系统疾病—诊疗
IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第083032号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

神经内科疾病临床诊疗思维

主 编: 崔丽英

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 18 插页: 4

字 数: 470千字

版 次: 2011年6月第1版 2011年6月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14198-7/R·14199

定 价: 42.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维 | 主编 汪建平 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴福兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利 |

前 言

近年来,尽管医学发展十分迅速,各种新的检查技术包括影像学技术、PET、神经电生理以及分子生物学方面的基因诊断技术等不断出现,但作为神经科医生仍然需要重视患者的主诉、病史和神经系统查体。而作为一个好医生应该根据病情选择相关的、最有效率的辅助检查项目,而不能盲目选择最贵和最先进的检查手段。神经科医生手中的叩诊锤、音叉和大头针仍是其他各种先进的辅助检查手段不能取代的检查工具。

医疗质量是医院永恒的主题,北京协和医院“三基”(基本理论、基本知识和基本技能)和“三严”(严肃的态度、严密的方法、严格的要求)的精神是保证医疗质量的根本。多年来我科收治了大量来自全国各地的疑难病患者,并逐渐形成和发展了具有其特色的诊断方法体系,包括神经科专科与亚专科知识系统、临床思维方法和多级查房和会诊等临床制度。在神经科疾病的诊断中,正确的临床思维方法,准确的定位和定位基础上的定性诊断是非常重要的,是任何现代的检测手段都不能取代的。

本书收集了78份病例,并以临床思维的方式,层次较分明的对病例进行了分析;从提出问题到解决问题,从诊断到治疗。在写作方面是一种新的尝试,希望能给各级医院的神经科医生和专业相关的人员一点启示和参考。

由于作者的水平有限,书中难免存在不妥之处,希望神经科的同仁们批评指正。

本书的资料大多数均由当时主管患者的医师收集整理,而且多数病例的诊断经过大查房讨论,是全科教授们共同的意见和结论,再次对所有参编者的辛勤劳动表示感谢,特别还要感谢郭玉璞、李舜伟、杨荫昌、刘秀琴等教授在大查房中的经验传授。

崔丽英

2011年元月

目 录

病例 1	言语不利、口角流涎 3 天	1
病例 2	突发左侧肢体无力、言语不利 4 天, 意识障碍 1 天	4
病例 3	反复发作性左侧肢体无力 2 个月	7
病例 4	双眼视力下降 9 个月	10
病例 5	产后头痛 4 天, 加重伴意识障碍 1 天	16
病例 6	发作性单侧肢体无力 2 年	21
病例 7	一过性双眼黑蒙发作 1 个月	24
病例 8	发作性右侧肢体抖动、无力 6 个月余	28
病例 9	言语不利、左侧肢体无力 4 小时	31
病例 10	发作性言语障碍 1 天	35
病例 11	右侧肢体无力 8 个月余	37
病例 12	反应迟钝、言语不清、渐缄默 1 个月	40
病例 13	发热 1 个月, 突发意识障碍、发作性抽搐、视力听力异常半个月	43
病例 14	间断头痛 2 个月, 头晕伴饮水呛咳、步态不稳、言语不清 1 个月	47
病例 15	皮肤变黑 17 年, 步态不稳、饮水呛咳 7 个月, 言语不清、张口困难 1 个月	50
病例 16	发作性意识丧失、抽搐 1 天	54
病例 17	言语不能伴不自主张口 1 个月余	57
病例 18	头痛、抽搐发作 26 天, 加重伴发热、精神症状 18 天入院	62
病例 19	发作性意识丧失、肢体抽搐 3 个月	65
病例 20	发热、头痛 18 天	68
病例 21	视力下降 2 个月, 反应迟钝、四肢无力 1 个月	71
病例 22	发热伴精神异常近 2 个月	74
病例 23	发热、言语障碍、意识障碍、四肢抽搐、无力 2 周	77
病例 24	发热、头痛 19 天	82
病例 25	步态不稳 8 个月, 言语不清、头晕 4 个月	85
病例 26	进行性右侧肢体活动笨拙力弱 1 年余, 言语不清半年	89
病例 27	进行性智能下降, 行为异常伴发作性四肢抽搐 5 年	93
病例 28	精神行为异常、左侧肢体抖动 10 个月	98

病例 29	进行性四肢无力 11 个月,加重伴呼吸困难 4 天	103
病例 30	糊涂、行走困难近 1 年	107
病例 31	左侧肢体发僵、步态不稳 3 年	109
病例 32	夜间发作性症状 2 年,加重 2 个月	113
病例 33	阵发性“脑子糊涂”2 年半	117
病例 34	全身抽搐一次	120
病例 35	反复发作性意识障碍、抽搐 21 年	123
病例 36	头晕、步态不稳伴恶心、呕吐 2 个月	126
病例 37	肢体无力 2 个月	130
病例 38	右下肢麻木无力 5 年,加重伴左下肢麻木无力、尿便障碍 4 年	133
病例 39	双下肢麻木无力渐加重 1 年余,尿便障碍 3 个月	137
病例 40	四肢麻木 2 年,步态不稳半年,加重 1 个月	141
病例 41	发作性意识不清 25 天,抽搐、精神障碍 20 天	145
病例 42	全身关节疼痛 2 个月余,步态不稳 1 周,言语不清、吞咽困难 2 天	148
病例 43	四肢无力 6 个月,复视、吞咽困难 2 个月	151
病例 44	步态不稳 4 个月	154
病例 45	言语不利、吞咽困难、右上肢活动不利 1 个月余	157
病例 46	头痛 11 天,左侧眼睑下垂伴视物成双 9 天	162
病例 47	视物成双 6 天,构音不清、四肢麻木无力 4 天	166
病例 48	左手麻木无力 2 个月,双下肢无力 20 天	169
病例 49	四肢麻木 9 个月,加重伴四肢无力 5 个月	173
病例 50	进行性双下肢麻木、无力 4 个月	177
病例 51	四肢感觉障碍 11 年,加重伴肢体无力 6 年	181
病例 52	双上肢麻木 3 个月	184
病例 53	双手麻木 2 个月	186
病例 54	肢体无力 7 年	189
病例 55	复视、眼睑下垂 8 个月,吞咽困难、四肢无力 2 个月	193
病例 56	反复四肢无力 9 年,言语不利、右侧肢体无力 4 个月	196
病例 57	双下肢无力 5 个月,双上肢无力 3 个月	199
病例 58	双下肢无力 2 年余,加重伴步态不稳 3 个月	203
病例 59	发作性肢体无力 18 年	209
病例 60	眼睑下垂 4 年,复视 2 年	212
病例 61	四肢无力 3 个月	216
病例 62	进行性四肢无力伴疼痛 3 个月,间断胸闷 1 个月加重 1 天	219

病例 63	发作性认知功能异常 4 个月	221
病例 64	意识障碍、呕吐、二便失禁 2 天	225
病例 65	头痛 14 天, 发作性抽搐 10 天	230
病例 66	发作性视物模糊伴言语不利 3 个月	232
病例 67	右手笨拙 2 年余, 加重伴言语不流利 6 个月	234
病例 68	双上肢不自主运动, 加重伴有发作性意识丧失伴步态不稳	238
病例 69	乏力 1 个月, 不自主运动 1 周	242
病例 70	左眼睑下垂、言语不清、手足麻木无力 1 年	246
病例 71	双耳鸣 1 年, 头痛 10 个月, 视物模糊半年	250
病例 72	步态异常 6 年, 双上肢震颤 5 年	253
病例 73	腹痛、间断抽搐 1 个月余	257
病例 74	左侧肢体不自主运动 2 年	261
病例 75	步态及姿势异常 18 年, 加重 10 年	266
病例 76	头痛 3 个月, 听力下降 2 周	269
病例 77	反复发热、记忆力减退、精神行为异常 7 个月, 抽搐 2 周	272
病例 78	进行性右上肢无力伴肌肉萎缩 2 年	276
附: 病例诊断结果		279

病例 1 言语不利、口角流涎 3 天

患者,男,72岁。

主诉:言语不利、口角流涎3天入院。

一、病史询问思路

1. “言语不利”指说话不利索或发音不清楚,是患者或家属在提供病史时经常提出的模糊的说法,它可以是不完全性失语,也可以是构音障碍;它可以由中枢神经系统的病变导致,也可以由神经-肌肉接头处、周围神经或肌肉的疾病造成。因此单纯的言语不利不能进行确切的定位和定性。要注意询问症状发生时的起病情况,进展情况,有无诱因,有无伴随的其他症状表现等。

2. 口角流涎也常见于神经系统疾病,它可以是由于中枢病变导致的咽喉肌肉力弱或不协调引起的吞咽功能下降造成,也可能是由于神经肌肉疾病引起的咽喉肌肉运动功能受损造成。同样需要结合症状的发病情况和伴随的其他症候来判定。

3. 一个高龄男性,如果突然同时出现了言语不利和口角流涎,需要注意常见的脑血管病高危因素,如高血压、糖尿病、吸烟、高脂血症等。

询问结果:

现病史:患者于3天前下午4~5点无明显诱因出现口角右偏及流涎,打哈欠,言语含糊,饮水呛咳,未觉四肢无力,无头痛头晕,无恶心、呕吐、复视、黑蒙。自起病以来患者精神可,睡眠、饮食欠佳,尿便正常。

既往史:发现高血压4年,未正规应用药物治疗,目前服司乐平,血压控制在150~160/90mmHg。发现糖尿病4年,目前服格列喹酮,曾因“皮肤病”行手术治疗,具体不详。

既往史:有痛风和前列腺增生病史。无烟酒嗜好,生活规律。

个人史与家族史:父因糖尿病、母因肺心病去世,兄妹5人,大哥大姐患糖尿病和心脏病,已经去世。

二、体格检查

1. 体格检查前分析 该患者在体格检查时应在系统全面检查的基础上注意以下几方面:

- (1) 患者是否存在失语?
- (2) 患者是否存在锥体束体征?
- (3) 患者的咽反射和吞咽肌肉功能?
- (4) 患者是否存在颈动脉杂音和心脏杂音?

查体:BP 192/100mmHg,神志清,视力视野粗测正常,左中枢性面舌瘫,构音欠清晰,声音无嘶哑,左软腭抬举力弱,咽下运动有力,咽反射存在(左侧略迟钝),转颈、耸肩有力。左上下肢轻瘫试验可疑,感觉、共济均正常,病理反射正常,脑膜刺激征(-)。

2. 体格检查后分析 查体结果证实了患者存在高血压,但没有发现颈动脉杂音和心脏杂音。神经系统查体发现了左侧中枢性面舌瘫,左侧软腭抬举力弱,提示锥体束部分(皮质脑干束)受累的可能。轻瘫试验可疑提示轻度的锥体束受损,可以没有病理反射的出现。

三、进一步辅助检查

1. 头颅 CT 和头颅 MRI+MRA 明确是否有脑血管病,并初步探究脑血管病的病因,了解病变的部位和程度。

2. 颈动脉超声、TCD、心脏彩超、心电图及 Holter 进一步明确病因,了解病变的程度。

3. 空腹及三餐后血糖,糖化血红蛋白,糖耐量试验等 了解糖尿病的现状。

4. PT+A 了解治疗前的基础情况。

定位: 基于对患者症状与体征的分析结合,考虑定位在右侧大脑半球,但不能除外小灶脑干病变。

定性: 患者高龄,有脑血管病高危因素,本次起病急骤(具体到几点几分),局灶体征明显,首先考虑脑血管病,缺血性和出血性需要由影像学来确定。

主要检查结果:

1. 头颅 DWI 确证右侧基底节区高信号(图 1-1A),相应区域 ADC 为低信号(图 1-1B),提示脑梗死; T2* 提示右侧枕叶高信号(图 1-1C),CT 相应区域为低信号,提示亚急性期脑出血。此外,有多发皮质下、右基底节区微量出血存在。

2. 头颅 MRA 未见明显异常。

3. 肝全、肾全和脂全 血糖高 8.3mmol/L,血脂高 CH 7.38mmol/L, TG 3.61mmol/L, 尿蛋白高。尿素氮正常,肌酐稍高: 138 μ mol/L。

4. 颈动脉彩超 双颈动脉分叉处内中膜增厚伴斑块形成。心电图: T 波低平双向。

5. MMSE: 27 分。

四、初步诊断

综合上述检查结果诊断为:急性脑梗死合并亚急性脑出血
慢性肾功能不全
2 型糖尿病

诊断依据: 患者起病急,迅速出现局灶体征,影像 DWI 右侧基底节脑梗死, T2* 提示亚急性脑出血,诊断是明确的。对于一个高龄患者而言,其多发皮质下及右基底节微量出血则有可能由于高血压造成,也可能由于脑淀粉样变性造成。枕叶是淀粉样变性的最常见累及区域;根据 Boston 标准,具有局限在皮质下和皮质的多发出血的患者,年龄大于 55 岁,没有血液疾病或抗凝药物等造成的其他病因出血可以诊断为淀粉样变性可能大。本例患者由于有基底节区的陈旧出血,因而不能除外高血压的病因源头可能。患者的 MMSE 提示认知功能相对保持完整,如果 MMSE 减少严重,则更支持脑淀粉样变性。就本例患者而言,既往有明确的高血压和糖尿病病史,高血压脑出血的可能性大,最后的明确诊断只能依靠病理检查。但是脑叶反复出血一定要考虑脑淀粉样变性血管病。

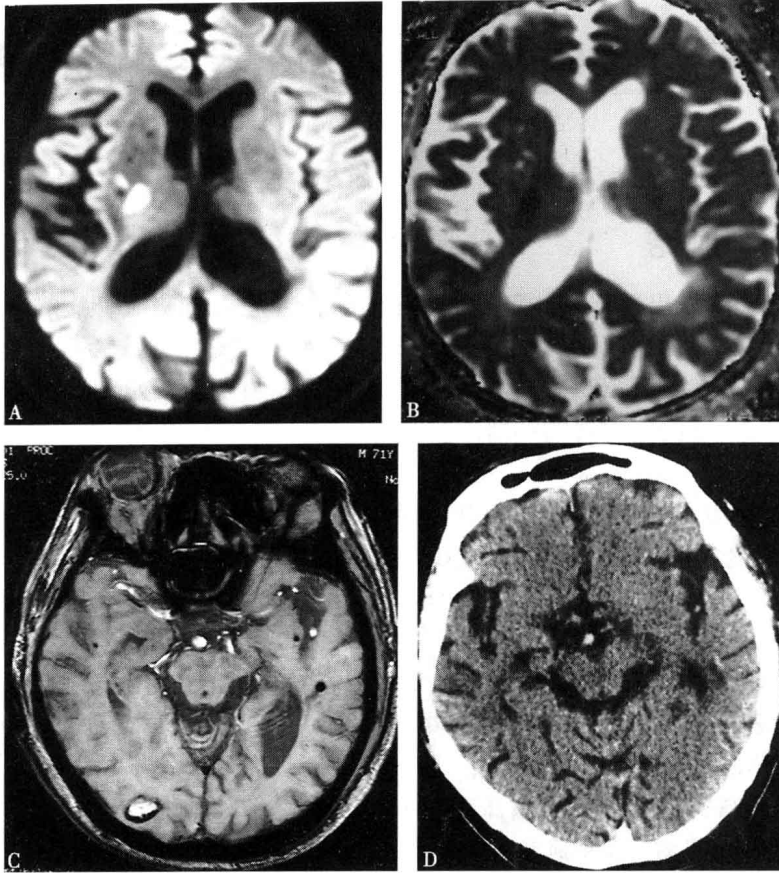


图 1-1 A (DWI) 和 B (ADC) 图像提示右基底节区急性脑梗死。SWI 图像提示右枕叶亚急性脑出血和双侧颞叶微量出血; 在相应层面, CT 没有发现该出血灶。T2* 提示右侧枕叶高信号 (图 1-1C), CT 相应区域为低信号, 提示亚急性期脑出血

五、治疗和随访

控制血糖, 血压, 没有使用抗血小板药物和抗凝药物。给予多种维生素治疗。患者恢复良好, 治疗 3 周出院时已经完全恢复正常生活, 所有症候消失。随访 1 年后, 患者再次因脑叶出血入院, 仍以保守治疗为主。此次发病则更倾向于诊断脑淀粉样变性血管病。

六、诊疗问题小结

本例患者从临床症候及 CT 检查, 很容易得出急性脑梗死的诊断。但是在现代核磁影像技术的不断进展下, 尤其是 T2* 的出现, 使得脑微量出血成为可分辨的病灶可能。本例如果在 20 世纪末甚至可能直接诊断为脑梗死而给予阿司匹林治疗。但是在今天, 更仔细的脑卒中分层, 导致了患者枕叶亚急性脑出血的发现, 而多发颅内微量出血, 也提高了肠溶阿司匹林使用的风险性。患者没有大血管的狭窄, 相对而言, 肠溶阿司匹林预防动脉栓子形成脱落的作用可能不大。尽管不使用阿司匹林会增加脑梗死再发的风险, 本患者的治疗趋于保守, 但随访中发现, 患者还是出现了另外一次脑出血。由此判断, 保守使用阿司匹林是正确的。在未来, 大型的随机、对照实验仍然需要阐明在这种情况下阿司匹林是否值得使用。

病例 2 突发左侧肢体无力、言语不利 4 天，意识障碍 1 天

患者，男，65 岁。

主诉：突发左侧肢体无力、言语不利 4 天，意识障碍 1 天。

一、病史询问思路

1. 患者急性起病，出现局灶体征，要仔细询问患者是否有脑血管病的高危因素如高血压、糖尿病、吸烟、高脂血症等疾病。

2. 患者很快出现意识障碍，要考虑是否有严重的大脑半球梗死、脑干梗死、急性的代谢紊乱和感染等可能，要询问患者的病情演变过程，吞咽功能状况和体温变化状况以及是否有腹泻、呕吐等症状。

3. 脑血管病患者常并发心脏疾病，死亡风险很大，有时来源于心脏的栓子也可导致脑栓塞，所以要注意患者是否有心前区疼痛、心衰等临床表现。

询问结果：

现病史：患者 4 天前下午约 2 点睡醒后，自觉左侧肢体无力伴言语不利，呕吐胃内容物一次，呈非喷射性，无呕血、黑便，无头痛。1 天后，患者言语障碍进一步加重，仅能发声，伴右侧肢体活动障碍，无二便失禁，与外界接触不良。

既往史：发现血压高 20 余年，收缩压最高 150mmHg，平时口服“洛汀新、蒙诺”，血压控制在 118/78mmHg 左右。8 年前患“脑梗死”。否认糖尿病及冠心病史。

个人史与家族史：生于原籍，久居本地，否认毒物射线接触史。吸烟 40 余年，1 包/天。饮酒 40 余年，50g/d。

二、体格检查

1. 体格检查前分析 内科查体需要注意患者的体温、肺部啰音、双下肢是否肿胀，这些评估有利于了解患者的一般状况；需要重视脑血管病相关体征的检查如颈动脉杂音和心脏杂音等。神经系统检查则力求通过体征寻找患者出现意识障碍的病变定位，如凝视伴对侧严重偏瘫，则倾向于严重的半球梗死导致的意识水平下降，若为双侧锥体束征伴脑干体征，则要怀疑脑干梗死。

查体：发育正常，体胖，查体不合作，问话不语，能睁眼及手势示意。肺呼吸运动度对称。双肺叩诊清音，听诊双肺呼吸音粗，可闻及散在痰鸣，未闻干湿啰音及哮鸣音。心界不大，心率 60 次/分，律齐，A₂>P₂，心音正常。各瓣膜区未闻及病理性杂音。双下肢不肿。颈部血管未闻及病理性杂音。神经系统检查：嗜睡，左鼻唇沟略浅，示齿口角稍右偏，构音障碍，左侧软腭抬举差，咽反射迟钝。余脑神经(-)。左侧肢体肌力 0 级，右侧肢体肌力 3+ 级，肌张力可。未见不自主运动。双上肢、下肢腱反射偏活跃。感觉检查未见明显异常。共济检查不合作。双侧 Babinski 征(+)，双侧 Chaddock 征(+)。颈软，无抵抗。

2. 体格检查后分析 患者在病程过程中依次出现的双侧锥体束征少见于一侧颈部动脉系统梗死,但是可以见于脑干梗死和心源性梗死,也要考虑患者在既往临床单侧锥体束征基础上新发另一侧锥体束征的可能。因而,心脏的检查和后循环的检查尤为重要;同时要行DWI和常规MRI检查,以便明确新、旧病灶对本次发病的作用。

三、进一步辅助检查

1. 评价患者一般状态的检查,如血压、血氧监测、电解质、肝肾功能、血象、血糖等。
2. 头颅MRI+MRA, TCD, 颈部血管彩超。
3. 心脏彩超、心电图和Holter检查。
4. 评价患者肺部是否有炎症的检查,胸片,必要时行胸部CT检查。

定位:结合患者的临床症状和体征分析,考虑病变定位在脑干。

定性:患者急性起病,脑血管病高危因素明确,首先考虑脑血管病,缺血性脑血管病可能性大。

主要检查结果:

1. 血常规、肾全+脂全、血糖谱:空腹和三餐后血糖正常。
2. 心电图 窦性心动过缓,电轴左偏。心脏超声和Holter未见异常。
3. 头颅MRI T2像可见脑桥腹部双侧有轻度增高信号,基底动脉管腔内可见高信号(图2-1A),提示急性血栓形成或动脉斑块内急性出血;DWI提示脑干腹侧双侧高信号,提示脑干梗死(图2-1B)。
4. TCD提示基底动脉狭窄。

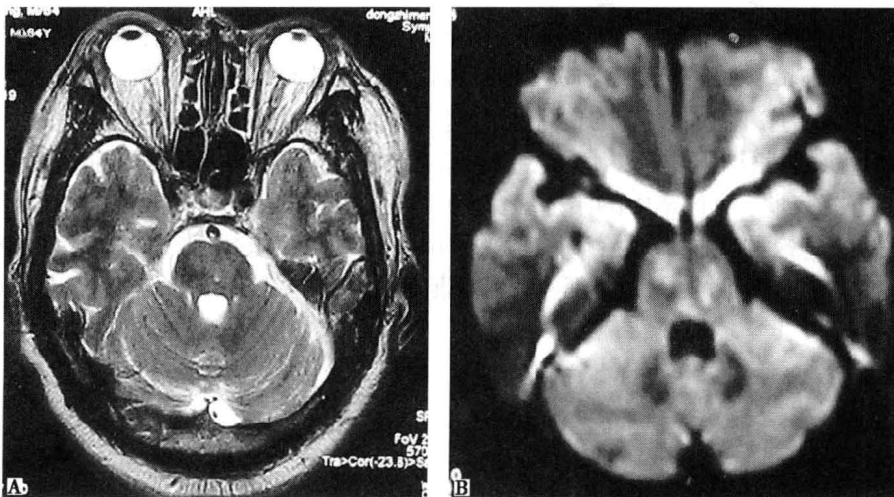


图2-1 T2像(A)可见脑桥腹部双侧有轻度增高信号,基底动脉管腔内可见高信号,提示急性血栓形成或动脉斑块内急性出血;DWI像(B)提示脑干腹侧双侧高信号,提示脑干梗死。

四、初步诊断

综合上述检查结果诊断为：急性脑干梗死
高血压

诊断依据：患者急性发病，符合血管性病特点，头影像学显示急性缺血梗死改变，支持诊断。

五、治疗和随访

患者给予肠溶阿司匹林抗血小板治疗，同时注意调控血压、抗炎、维持水电解质平衡、营养支持及对症治疗。着重防治呛咳和误吸，给予经鼻饲管胃肠营养。患者在住院1个月后，可经口进食，约占总进食量的70%，偶有饮水呛咳，无吞咽困难；言语较前流利，无声音嘶哑。神经科查体：神志清楚，构音障碍，左侧软腭抬举稍差，咽反射较前灵敏，余脑神经(-)。左侧上肢肌力3+级，左下肢肌力3+级，右上肢肌力4级，右下肢肌力3级，四肢肌张力正常，感觉检查未见明显异常，左侧Babinski征(+)，双侧Chaddock征(+)。遂带胃管出院。

六、诊疗问题小结

双侧脑干梗死是一类预后极差的脑血管病，部分患者成为locked-in状态，为严重的功能残疾。但是并不是所有的患者都如此。患者的最终预后取决于：患者病灶累及区域的功能重要程度，如果病灶累及锥体束集中区域，并且全部是细胞水平的损伤，则预后差，反之，病灶累及区域血管源性水肿成分较多，待水肿消退后，患者的功能可以得到一定的恢复。其功能区域的代偿通过神经重塑机制，患者的病灶周围区域的神经组织可以部分代偿损伤组织的功能。患者自身的缺血耐受基础如侧支循环、脑细胞缺血耐受能力。良好的侧支循环，可以及时改善缺血区域的血氧和血糖供应，减少病灶或延缓病灶内细胞的死亡；细胞水平的缺血耐受机制可以增强细胞抵抗脑缺血的能力，从而具有保护作用。不同的患者往往具有不同的抗缺血能力，其内因主要取决于上述因素。患者血管内血栓的再通时间和程度。一般来说，血栓存在自发溶解再通的可能。再通的时间越早，再通的越完全，则越有利于患者的预后。创造最好的内、外环境，如避免误吸肺炎、及时控制感染、及时调整电解质、改善患者的营养状况等。这些支持治疗不会对患者的良好预后起到决定性作用，但是它们的不完善可以对患者的差预后起到决定性作用。所以，不能忽视重症脑梗死的支持治疗，亦不能轻易作出放弃治疗的决定。研究表明，现代卒中的治疗极大地延长了患者的生存率，其主要原因不仅与特异性治疗有关(如溶栓和抗血小板治疗)。卒中的内科支持治疗的进步(如肠内外营养、抗生素的研发等)、并发症的及时发现和处理、护理和康复也起着非常重要的作用，应予足够的重视。

病例 3 反复发作性左侧肢体无力 2 个月

患者，男性，65 岁。

主诉：反复发作性左侧肢体无力 2 个月。

一、病史询问思路

1. 临床上发作性半身无力最常见的是短暂性脑缺血发作 (TIA) 和癫痫，在询问病史的时候就要做到有的放矢，便于两种疾病的鉴别。

2. 患者主诉有两个特点：发作性和肢体无力 (偏瘫)，询问病史的时候就应围绕这两个重点来进行。对于发作性的症状，需要关注的是发作的形式，是突然快速起病还是缓慢进展，发作前是否存在诱发因素，症状持续多长时间或症状在多长时间缓解，症状发作的频率如何等；对于左侧偏瘫的症状，应关注症状的程度，有无其他伴随症状，如意识障碍、肢体强直阵挛等，每次发作是否为同一种形式，症状是否完全缓解等。

3. 此外，既往病史的询问也有非常重要的鉴别价值。患者是否有高血压、糖尿病、高脂血症、吸烟等脑血管病常见的危险因素，以前是否有类似的发作。家族中是否有类似患者。

4. 当然，有时并不能将两种疾病截然分开，因为部分脑血管病也可导致继发性癫痫。在询问病史的时候还要注意到以前的脑血管病史以及症状发生的时间先后顺序。

询问结果：

现病史：发病前 2 个月，患者在活动中突然出现左侧肢体无力，持物不能，站立需扶持，上下肢无力程度相近，症状持续十余分钟后完全缓解，无意识障碍和肢体抽搐。当时测血压高，160/90mmHg。此后 3 天相同症状反复发作三次，未遗留后遗症。

既往史：高血压、高脂血症 10 年，吸烟史，每日 1 包，20 年。

个人史及家族史：无特殊。

二、体格检查

1. 体格检查前分析 因为患者每次发作后完全恢复，均未留下后遗症，因此在查体前应充分考虑到这一点，一方面在查体时注意是否存在患者没有留意到的体征，例如某些患者往往忽略视野缺损的症状，另一方面则要留意是否有导致症状的结构性病变，如对脑血管病患者应重点检查外周血管是否存在狭窄改变，有时通过听诊颈部动脉血管杂音、检查双侧外周动脉血压等方法可以发现颈总动脉、锁骨下动脉狭窄的线索。

查体：150/75mmHg (左右上肢)，内科系统检查未见异常，脑神经 (-)，未闻及颈部血管杂音，四肢肌力正常，腱反射对称引出，病理征 (-)，感觉检查正常。

2. 体格检查后分析 体格检查未见明确神经系统定位体征，但并不意味着没有病灶。根据患者的症状，左上下肢无力，提示病变可能累及颈内动脉系统颅内段，症状系大脑中动脉深穿支分布区受累可能大。为进一步辅助检查提供线索。

三、进一步辅助检查

1. 胆固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白、空腹血糖和餐后两小时血糖、肝肾功能等 进一步确定病因。
2. TCD 和颈部血管彩超 明确病因和了解血管的情况。
3. 头颅 MRA 病因诊断和了解颅内血管情况。
4. EEG 排除癫痫等。

定位: 左侧肢体发作性无力, 病变部位在右侧大脑半球, 血管来源是右侧颈内动脉系统。与 MRA 等提示的右颈内动脉虹吸段重度狭窄有关。

定性: 患者急性起病, 脑血管病高危因素明确, 症状和体征短时间内恢复, 无后遗症, 考虑为短暂脑缺血发作(TIA) 发作可能性大, 而不是癫痫发作。

主要检查结果:

TG: 5.6mmol/L, CHO: 7.48mmol/L, LDL-C: 4.34mmol/L。肝功能和血糖未见异常。

TCD: 右颈内动脉虹吸段重度狭窄, 右眼动脉呈颅外向颅内反向血流频谱。

头 MRA: 右颈内动脉虹吸段重度狭窄。

EEG: 正常范围。

四、初步诊断

综合以上分析诊断为: 短暂性脑缺血发作(TIA)

颈内动脉系统

高脂血症

高血压

五、治疗和随访

患者目前诊断明确, 入院后给予络活喜、立普妥、波立维和拜阿司匹林联合治疗。告诫患者戒烟。同时, 向患者及家属交代病情, 获知情同意后, 行脑 DSA 检查及颈内动脉虹吸段支架植入术。

治疗过程: 脑血管造影显示右颈内动脉虹吸段重度狭窄 > 90%, 遂在全麻下行支架置入术。支架置入顺利, TCD 示: 眼动脉血流方向恢复正常, 呈颅内至颅外流向频谱。10 分钟后患者血压升高, 180/110mmHg, 即时查体, 右瞳孔散大, 4mm, 光反射迟钝, 左瞳 2mm, 静脉泵入压宁定, 10 分钟后血压降至 120/80mmHg, 麻醉复苏后患者述右眼胀痛, 视物模糊, 查体: 粗测视力减退, 右眼睑下垂, 右瞳 4mm, 光反射迟钝, 眼球外展露白 4mm, 右三叉神经眼支分布区针刺觉减退, 角膜反射消失, 未见眼球充血突出, 余神经系统查体正常。急诊头颅 CT 未见颅内出血改变。术后眼科会诊: 右眼视力 0.03, 右眼视野缺损, 眼底可见胆固醇结晶。术后予葛根素葡萄糖注射液静脉滴入, 继续阿司匹林、波立维、立普妥、尼莫同口服治疗。两天后患者瞳孔缩小至与左瞳等大, 2mm, 光反射存在, 3 天后眼睑睁开如常, 眼球外展无露白, 4 周后出院时视力恢复至 0.1, 视野缺损范围缩小, 角膜反射恢复, 针刺觉减退程度减轻。3 个月后