

☆☆ 进修医师问答丛书 ☆☆

神经内科进修医师问答

SHENJINGNEIKE JINXIU YISHI WENDA

主编 李新毅 闫卫红



YZLI0890174696

 军事医学科学出版社

神经内科进修医师问答

著者(713)目録題答并图

主 编 李新毅 闫卫红

副主编 薛岚平 赵鸿平 王燕宏

李志强

编 委 (按姓氏笔画排序)

任 刚 刘晓蕾 杨丽白

张晓娟 陈 浩 尚 晶

栗洁婷 贾志华 郭 芬

郭志转 曹杜鹃 庾亚芹

景 玮



YZLI0890174696

军事医学科学出版社

英 国 香 港 • 北 京 • 香 港 郵 政 局 特 准 掛 號 認 爲 郵 政 特 准 掛 號 函 件

神经内科住院医师问答

图书在版编目(CIP)数据

神经内科进修医师问答/李新毅, 闫卫红主编.

- 北京: 军事医学科学出版社, 2013. 3

ISBN 978-7-5163-0145-6

I. ①神… II. ①李… ②闫… III. ①神经系统疾病-诊疗-
问题解答 IV. ①R741-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 046699 号

策划编辑: 李俊卿

责任编辑: 蔡美娇

出版人: 孙 宇

出版: 军事医学科学出版社

地 址: 北京市海淀区太平路 27 号

邮 编: 100850

联系电话: 发行部: (010) 66931049

编辑部: (010) 66931039, 66931038, 66931053

传 真: (010) 63801284

网 址: <http://www.mmsp.cn>

印 装: 北京宏伟双华印刷有限公司

发 行: 新华书店

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 14.5

字 数: 357 千字

版 次: 2013 年 4 月第 1 版

印 次: 2013 年 4 月第 1 次

定 价: 32.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者, 本社发行部负责调换

前 言

神

神经内科作为十分重要的学科,近年来得到了快速发展。为了适应我国医疗制度的改革和满足广大医师的要求,并进一步提高临床医务人员的诊治技能和水平,我们组织国内长期从事临床一线工作的专家、教授,结合他们多年的临床、科研及教学经验,编写了《神经内科进修医师问答》一书。

全书共十三章,分别介绍了周围神经病,脊髓疾病,脑血管疾病,发作性疾病,颅内感染性疾病,脱髓鞘疾病,锥体外系疾病,颅内压增高综合征,先天、遗传、代谢疾病,骨骼肌肉疾病,颅内占位病变,自主神经系统疾病和神经系统中毒。本书以问答形式对神经内科常见疾病进行主要讲解,内容主要包括疾病的概述、病因、临床的特征性症状及体征、辅助检查、诊断和综合治疗措施等。

参加本书的编写人员均从事神经内科临床工作多年,理论与实践经验丰富。本书内容新颖且丰富,理论性强,实用性好,既可为参加进修的医师建立正确、规范的神经内科诊治理念,又兼顾临床医师从事临床工作需要,具有很强的临床实用性和指导意义。

在编写过程中,各位编者付出了辛勤的劳动,但知识水平及编写经验有限,难免存在缺点和不足,希望同行专家及各位读者提出宝贵意见。

编 者

目 录

第一章 周围神经病

第一节 特发性面神经麻痹

1. 什么是特发性面神经麻痹? (1)
2. 特发性面神经麻痹的发病与哪些因素有关? (1)
3. 特发性面神经麻痹患者有哪些表现? (1)
4. 特发性面神经麻痹有哪些辅助检查方法? (1)
5. 如何诊断特发性面神经麻痹? (2)
6. 特发性面神经麻痹常与哪些疾病进行鉴别诊断? (2)
7. 特发性面神经麻痹如何进行一般治疗? (2)
8. 常用哪些药物治疗特发性面神经麻痹? (2)
9. 除药物治疗外,还有哪些方法可以治疗特发性面神经麻痹? (3)
10. 特发性面神经麻痹患者日常生活中应注意哪些问题? (3)

第二节 三叉神经痛

1. 什么是三叉神经痛? 三叉神经痛分为哪几种? 各自特点如何? (3)
2. 三叉神经痛的发病率如何? (3)
3. 三叉神经痛的病因有哪些? (3)
4. 三叉神经痛患者临床表现如何? (3)
5. 诊断三叉神经痛的依据有哪些? (4)
6. 三叉神经痛应与哪些疾病鉴别? (4)
7. 三叉神经痛如何用药物进行治疗? (5)
8. 哪些条件下对三叉神经痛患者进行封闭治疗? (5)
9. 如何进行三叉神经痛的封闭治疗? (5)
10. 手术治疗三叉神经痛有哪些方法? (5)
11. 三叉神经痛患者在日常生活中有哪些注意事项? (5)

第三节 面肌痉挛

1. 什么是面肌痉挛? (6)
2. 面肌痉挛的病因是什么? (6)

第一章 周围神经病

第一节 特发性面神经麻痹

1. 什么是特发性面神经麻痹?

特发性面神经麻痹又称面神经炎或 Bell 麻痹,是因茎乳孔内面神经非特异性炎症所致的周围性面瘫,占有面瘫的 40%;其中由带状疱疹病毒引起的膝状神经炎(又称 Ramsay-Hunt 综合征),占本病的 15%。

2. 特发性面神经麻痹的发病与哪些因素有关?

本病的病因尚不明确,一般认为病毒感染是发病的最主要原因。受凉、病毒感染(如带状疱疹)等激发因素导致局部自主神经功能受损,引起局部神经血管痉挛,导致面神经缺血水肿。面神经从脑桥发出后经过骨性的面神经管,最后由茎乳孔出颅,分布至面部表情肌。因此,面神经一旦发生水肿,必然会受到严重的压迫,促使神经功能发生障碍而出现面肌瘫痪。早期病理改变为面神经水肿和脱髓鞘,晚期可有不同程度的轴索变性,以在茎乳孔和面神经管内的部分尤为显著。

3. 特发性面神经麻痹患者有哪些表现?

特发性面神经麻痹任何年龄均可发病,以 20~40 岁最为多见,男性多于女性。通常呈急性起病,主要表现为一侧面部表情肌瘫痪,患者常在清晨起床时发现闭目不全、口角歪斜。部分患者起病前 1~3 日有同侧乳突耳区疼痛。

患侧面部表情肌部分或完全瘫痪,额纹消失,眼裂扩大,鼻唇沟平坦,口角下垂,面部被牵向健侧。面肌运动时,因健侧面肌的收缩牵引,使上述体征更为明显。患侧面部不能做蹙额、皱眉、闭目、鼓腮等动作。闭目时,患侧眼球向外上方转动,露出白色巩膜,称为 Bell 现象。眼泪随下睑外翻而致持续泪液外溢。食物残渣常滞留于患侧的齿颊间隙内,并常有涎液自该侧滴下。面神经的病变若在鼓索参与面神经处以上时,可有患侧舌前 2/3 味觉丧失;若在发出蹬骨肌支以上受损时,可有患侧听觉过敏和舌前 2/3 味觉丧失现象;若病变累及膝状神经节,除上述症状外,还有患侧乳突部疼痛、耳郭与外耳道感觉减退、外耳道或鼓膜出现疱疹,称为 Hunt 综合征。

部分患者起病后 10 日至 1 个月内开始恢复,大约 75% 患者可基本恢复正常。部分瘫痪、早期开始恢复、进展慢、无流泪和发病年龄轻者恢复较好。

面神经麻痹恢复不完全者,可产生瘫痪肌挛缩、面肌抽搐或连带运动。挛缩表现为患侧鼻唇沟加深、口角反牵向患侧、眼裂缩小。面肌抽搐为患侧面肌不自主的抽动,情绪激动或精神紧张时抽动明显。连带运动为瞬目时患侧上唇轻微颤动;露齿时患侧眼不自主闭合;闭目时,患侧额肌收缩;进食咀嚼时,患侧眼流泪或颞部皮肤潮红、发热、汗液分泌等。

4. 特发性面神经麻痹有哪些辅助检查方法?

(1) X 线检查:内耳道 X 线平片正常。

(2) 电生理检查:面神经运动神经传导速度(MCV)减慢,面肌肌电图(EMG)动作电位

波幅降低或消失。肌电图检查及面神经传导功能测定对判断面神经受损的程度及其可能恢复的程度,有诊断价值,可在发病2周后进行检查。

(3) 脑脊液检查:腰椎穿刺测颅内压,脑脊液检查基本正常,极少数脑脊液(CSF)中可有单核细胞和淋巴细胞增高。

(4) 磁共振(MRI):头颈MRI正常。

5. 如何诊断特发性面神经麻痹?

根据起病形式和临床特点,易于诊断特发性面神经麻痹。

(1) 周围性面神经麻痹:引起病灶同侧全部颜面肌瘫痪。上下部面肌都发生瘫痪,由于眼轮匝肌麻痹,故眼睑不能充分闭合,闭眼的同时眼球向外上方转动,在角膜下缘露出巩膜带(Bell征)。患者闭嘴时,颊肌极为松弛,故口角下垂。抬眉受限,额纹变浅或消失,眉毛较健侧低,睑裂变大,内眼角不尖,泪液有时外溢。露齿或笑时,口角向健侧牵引,口呈斜卵圆形。说话时,发音不清楚。由于颊肌的麻痹,食物滞留于颊肌与牙龈之间,以致患者必须用筷子将食物掏出。哺乳期婴儿发生面神经麻痹时,吸吮受限。

(2) 双侧周围性面神经麻痹:面部无表情,双侧额纹消失,双眼不能闭严,Bell征阳性。双侧鼻唇沟变浅,口唇不能闭严,口角漏水,进食时,腮内存留食物,言语含混不清。

6. 特发性面神经麻痹常与哪些疾病进行鉴别诊断?

(1) 急性感染性脱髓鞘性多发性神经病:可出现周围性面瘫,多为双侧性、对称性肢体运动和感觉障碍,脑脊液蛋白细胞分离现象是特征性表现。

(2) 莱姆病:伯氏螺旋体感染导致的面神经麻痹,多经蜱叮咬传播,伴慢性游走性红斑或关节炎史。可应用病毒分离及血清学实验证实。

(3) 糖尿病性神经病变:有糖尿病史,常伴其他脑神经麻痹,以动眼神经、展神经及面神经麻痹居多,可单独发生。

(4) 中耳炎、迷路炎和乳突炎:可并发耳源性面神经麻痹,腮腺炎、腮腺肿瘤和颈后化脓性淋巴结炎所致者有原发病史和特殊症状。

(5) 颅后窝肿瘤或脑膜炎引起周围性面瘫:起病缓慢,有其他脑神经受损或原发病的特殊表现。

(6) 大脑半球病变所致的大脑性面瘫:中枢性面瘫病变仅限于病变对侧下面部表情肌瘫痪,而上面部表情肌不受累,故皱额、皱眉、闭目正常;且伴有肢体偏瘫等症状。

7. 特发性面神经麻痹如何进行一般治疗?

本病一般治疗可加强自我功能训练,可对着镜子做皱眉、闭眼、露齿、鼓腮和吹口哨等动作,每日数次,每次数分钟,并辅以面部肌肉按摩。因不能闭眼、瞬目而使角膜长期暴露者,可用眼罩、滴眼液和涂眼药膏加以防护。

8. 常用哪些药物治疗特发性面神经麻痹?

(1) 肾上腺皮质激素:可以改善局部血液循环,减轻面神经水肿,促进功能恢复。急性期应尽早使用皮质激素,每日可静脉注射地塞米松10~15mg,7~10日;或口服泼尼松,初剂量为1mg/(kg·d),顿服或分2次口服,连续5日,以后7日内逐渐减量。

(2) 阿昔洛韦:如系带状疱疹病毒感染所致,可口服阿昔洛韦0.2g,每日4~5次。急性期静脉滴注阿昔洛韦的疗效未被证实。

(3) B族维生素:可以促进神经髓鞘的恢复,维生素B₁ 100mg,维生素B₁₂ 500μg,肌内

注射,每日1次。

9. 除药物治疗外,还有哪些方法可以治疗特发性面神经麻痹?

(1) 理疗:急性期在茎乳孔腹肌行超短波透热疗法、红外线照射或局部热敷等有助于改善局部血液循环,消除神经水肿。恢复期可做碘离子透入疗法、针刺或电针治疗。

(2) 手术疗法:病后2年仍未恢复者,可考虑行面神经-副神经、面神经-舌下神经或面神经-膈神经吻合术,只宜在严重病例试用。严重面瘫的患者可进行整容手术,但也应慎重。

10. 特发性面神经麻痹患者日常生活中应注意哪些问题?

(1) 保暖:寒冷季节注意颜面及耳后部位保暖,避免头朝风口久坐或睡眠,以防发病或复发。

(2) 心理护理:患者多为突然起病,经常会产生紧张、焦虑、恐惧的情绪,要根据患者不同的心理特征,耐心作好解释和安慰疏导工作,缓解其紧张情绪,使患者情绪稳定,身心处于最佳状态接受治疗及护理,以提高治疗效果。

(3) 护眼:由于眼睑闭合不全或不能闭合,瞬目动作及角膜反射消失,角膜长期外露,易导致眼内感染、角膜损害,因此眼睛的保护是非常重要的。患者应减少用眼,外出时戴墨镜保护,同时滴一些有润滑、消炎、营养作用的滴眼液,睡觉时可戴眼罩或纱巾保护。

(4) 局部护理:热敷祛风,以生姜末局部敷于面瘫侧,每日0.5小时;温湿毛巾热敷面部,每日2~3次,并于早晚自行按摩患侧,按摩时力度要适宜、部位准确;只要患侧面肌能运动就可自行对镜子进行皱额、闭眼、吹口哨、示齿等动作,每个动作做2个八拍或4个八拍,每日2~3次,对于防止麻痹肌肉的萎缩及促进康复是非常重要的。此外,面瘫患者应注意不能用冷水洗脸,避免直接吹风,注意天气变化,及时添加衣物,防止上呼吸道感染。

第二节 三叉神经痛

1. 什么是三叉神经痛? 三叉神经痛分为哪几种? 各自特点如何?

三叉神经痛是指面部三叉神经分布区的发作性短暂性剧痛。由于发作时多伴有面肌抽搐,故又称痛性抽搐。通常分为原发性(特发性)三叉神经痛和继发性(症状性)三叉神经痛,原发性三叉神经痛一般无三叉神经损害的体征,各种临床检查均无器质性和功能性病变发现;继发性三叉神经痛则系三叉神经本身或其相邻近组织病变引起的疼痛症状,除表现为疼痛外,尚有神经本身或周围组织受损体征。

2. 三叉神经痛的发病率如何?

三叉神经痛发病率为(4~5)/10万。多发生于成年人和老年人,70%~80%病例发生在40岁以上。女性多于男性,比例约为3:2。

3. 三叉神经痛的病因有哪些?

原发性三叉神经痛的病因不清。动脉硬化、脱髓鞘疾病、肿瘤压迫等均可为其病因。此外,糖尿病、脑卒中、局部炎症等亦可为本病的病因。近年来,三叉神经血管压迫备受关注。继发性三叉神经痛的病因是三叉神经节或后根受到邻近病变的侵犯。

4. 三叉神经痛患者临床表现如何?

三叉神经痛患者表现为一侧面部的,严格按三叉神经分布区域的发作性剧烈刺痛、撕

裂样或烧灼样痛,疼痛时表情痛苦,长期可致焦虑与抑郁情绪。发作初期为电击样感觉,在20秒内扩布到其他区域,持续时间多以秒计,每次发作很少超过2分钟。常因进食、咀嚼、说话、刷牙、发笑或触摸面部受累区域而诱发。为避免这些动作,患者常不洗脸、不刷牙。疼痛可影响入睡,但少有睡眠中痛醒。此外,面部特定区域尤其敏感,如口角、鼻翼、颊部和舌等处稍触即痛,称触发点。发作次数从每日1次到数十次不等,甚至达每日上百次。发作间歇期正常。三叉神经各支分布区域均可发病,但以第二、三支为多见,2/3病例刀割样疼痛分布于从口角扩布到下颌角的区域,1/3病例疼痛由口角或牙龈扩布到眼角,仅极少数疼痛分布于三叉神经第一支。左右两侧三叉神经均可发病,但以右侧为多,约为左侧的5倍。在初次发作前可表现为不典型的疼痛,可为牙齿、鼻窦区疼痛。初次发作后可有数月或数年的缓解期,再发后更重,发作次数增加,更易于触发,治疗也更难,由一种药物可以控制到需要多种药物才有缓解。

5. 诊断三叉神经痛的依据有哪些?

依据疼痛性质、部位、触发点及体检无阳性神经系统体征可予诊断典型原发性三叉神经痛。但是应与牙痛、鼻窦炎症等相鉴别。舌咽神经痛、偏头痛、丛集性头痛、不典型性颜面疼痛和青光眼性头痛应与原发性三叉神经痛鉴别。当存在阳性三叉神经损害的体征时则要考虑继发性三叉神经痛,要进一步诊察病因。

6. 三叉神经痛应与哪些疾病鉴别?

(1) 牙痛:本病易误诊为牙痛,有的患者拔牙后仍疼痛不止才确诊。牙痛通常为持续性钝痛,局限于牙根部,可因进食冷、热、酸食物加剧,面部没有触发点,局部检查可资鉴别。

(2) 偏头痛:青年女性多见,发作前有闪光、暗点等先兆,常有恶心、呕吐症状,疼痛性质为搏动性痛、跳痛或胀痛,持续4~72小时,运动时疼痛加剧,部分患者脑电图可出现轻度异常。麦角胺治疗有效。

(3) 蝶腭神经痛:蝶腭神经痛是一种较少见的面部神经痛,呈刀割样、烧灼样或针钻样疼痛,持续时间长,分布于鼻根后方、颞部、上颌、上腭及牙龈部,常累及同侧眼眶,疼痛向额部、颞部、枕部和耳部等处放散,无触发点。发作时患侧出现鼻黏膜充血、鼻塞、流泪症状,每日可发作数次至数十次,每次持续数分钟至数小时。做蝶腭神经节封闭治疗有效。

(4) 丛集性头痛:以青壮年及中年男性多见,为跳痛、烧灼样痛,多于夜间发作,持续0.5~1小时,可伴有球结膜充血、流泪、鼻塞。抗组胺药治疗有效。

(5) 三叉神经炎:可因流行性感、上颌窦炎、酒精中毒而引发。疼痛呈持续性,不剧烈,检查时三叉神经分支处有压痛,有三叉神经受损的阳性体征。

(6) 舌咽神经痛:局限于舌咽神经分布区的发作性剧痛,性质与三叉神经痛相似,位于腭扁桃体、舌根、咽及耳道深部,每次持续数秒至数分钟,吞咽、讲话、打哈欠、咳嗽常可诱发。检查咽喉、舌根和腭扁桃体窝可有疼痛触发点,普鲁卡因涂于患侧腭扁桃体和咽部可暂时阻止发作。

(7) 多发性硬化症、延髓空洞症、原发性或转移性颅底肿瘤:可出现继发性三叉神经痛,表现为面部持续疼痛、感觉减退和角膜反射迟钝等症状,常伴有其他脑神经麻痹。

(8) 非典型面痛:疼痛部位模糊不定、深在或弥散,不易定位,主要位于一侧下面部,也可双侧,无触痛点。情绪是唯一使疼痛加重的因素,见于抑郁症、癔症及人格障碍的患者。治疗可用三环类药物或苯妥英钠口服。

(9) 颞颌关节病:主要在咀嚼时出现疼痛,颞颌关节有局部压痛。

(10) 鼻窦炎:呈持续性局部钝痛,有局部压痛,可有炎症表现(如发热、流脓涕、白细胞增多等),鼻腔检查和鼻窦 CT 可鉴别。

(11) 鼻咽癌:常有展神经麻痹、鼻出血和耳鸣等表现,颅底位 X 线平片可发现骨质破坏,CT 可清晰显示肿瘤大小及其邻近骨质,肿块活体组织检查可确诊肿瘤性质。而疱疹病毒感染后的三叉神经痛可见疱疹后遗留的瘢痕。

7. 三叉神经痛如何用药物进行治疗?

(1) 卡马西平:又称酰胺咪唑、得理多,为三叉神经痛首选药物。常用初选剂量为 0.1 g,每日 2 次,以后每日增加 0.1 g,直至疼痛停止,最大剂量为每日 1.0~1.2 g。疼痛停止后再逐渐减量,找到最小有效量维持,一般为每日 0.6~0.8 g。有效率为 70%~80%。

(2) 加巴喷丁:卡马西平效果不满意时可加用或单用,常用剂量为每日 900~1800 mg。

(3) 苯妥英钠:常用量为 0.1 g,每日 3~4 次,每日以 0.6 g 为限。

(4) 巴氯芬(力奥来素):5~10 mg,每日 2 次开始,剂量视患者反应而定。

(5) 阿米替林:12.5 mg,每日 2~3 次,或每晚 50 mg。

8. 哪些条件下对三叉神经痛患者进行封闭治疗?

对于以下情况可考虑进行封闭治疗:①药物治疗无效者;②药物治疗无效或效果差,但又不同意手术的患者;③药物治疗无效或效果差,而身体条件不能耐受手术的患者;④手术前进行过渡治疗时。

9. 如何进行三叉神经痛的封闭治疗?

(1) 外周支封闭:可用 1% 普鲁卡因或丁卡因按三叉神经通路各外周支局部封闭。

(2) 半月神经节封闭经卵圆孔穿刺,以 1% 普鲁卡因或无水乙醇封闭,因无水乙醇注射并发症较多,目前主要推荐使用甘油。近年逐渐被射频治疗所替代。

10. 手术治疗三叉神经痛有哪些方法?

(1) 经皮手术:包括经皮三叉神经节射频术、经皮甘油半月神经节后根阻断术、经皮球囊微血管减压术。均有一定复发率和可能神经损害。

(2) γ 刀手术:手术风险相对较小,需 3~13 周后起效,也有复发病例。

(3) 经颅微血管减压术:开颅暴露三叉神经根,确定血管襻与神经交叉压迫部位,用 Teflon 补片减压。有一定手术风险,适于年轻患者,尤其是第一支或所有三支均受累者。

(4) 所有手术后的患者可能仍然需要服用药物。

11. 三叉神经痛患者在日常生活中有哪些注意事项?

(1) 饮食要有规律,宜选择质软、易嚼食物,因咀嚼诱发疼痛的患者,则要进食流质饮食,切不可进食油炸食物、刺激性食物、海鲜产品以及热性食物等;饮食要营养丰富,平时应多进食含维生素丰富的食物;多进食新鲜水果、蔬菜及豆制品,少进食肥肉,多食瘦肉,食品以清淡为宜。

(2) 进食、漱口、说话、刷牙、洗脸动作宜轻柔。

(3) 注意头、面部保暖,避免局部受冻、受潮,不用过冷、过热的水洗脸。

(4) 保持精神愉快,避免精神刺激;尽量避免触及“触发点”;起居规律,室内环境应安静、整洁、空气新鲜。适当参加体育锻炼,增强体质;平时应保持情绪稳定,不宜激动,常听柔和音乐,使心情平和,保持充足睡眠。

第三节 面肌痉挛

1. 什么是面肌痉挛?

面肌痉挛又称面肌抽搐,为半侧面肌呈阵发性不自主的跳动或阵发性抽动,多无其他神经症状。原因未明,因此称为原发性面肌痉挛。

2. 面肌痉挛的病因是什么?

本病病因尚不清楚。目前考虑可能是由于面神经通路上的某些部位受到异常的刺激(如受到压迫、脱髓鞘变性、炎症等)而出现异位的神经冲动。还有少数病例是特发性面肌麻痹恢复后的暂时性或永久性后遗症。

3. 面肌痉挛患者有哪些临床表现?

面肌痉挛多在中年以后发病,女性多见。患者开始为一侧眼睑跳动,逐渐由上向下可扩展到半侧面肌,严重者可累及颈及肩部肌群。这种不自主痉挛可因情绪紧张、过度疲劳诱发或加重。据测试,这种面肌同步放电最高可达350次/秒,主要表现为眼睑紧闭,口角歪斜,一次抽搐时程短者数秒,长者数分钟,间歇期长短不定,发作时患者心烦意乱、视物不清,偶有面部酸痛、鼻塞和头痛等症状。一般睡眠中不发作,但也有11%患者于睡眠中仍抽动,影响睡眠。发作越来越频繁,严重影响生活和工作。长期发作局部肌力可逐渐减弱,到晚期可发展为半侧面瘫。

4. 面肌痉挛自哪个部位开始?常累及哪些部位?

痉挛常自一侧眼轮匝肌开始,表现为眼睑阵发性跳动或快速频繁地抽动,以后累及颧肌、颊肌和鼻部等肌群,额肌较少受累,严重的可累及颈阔肌,甚至向对侧发展。可两侧交替发作。

5. 面肌痉挛有哪些辅助检查方法?

(1) 脑电图:正常。

(2) 肌电图:可出现肌纤维颤动及肌束纤维颤波。刺激面神经后患侧面肌可出现10~65次/秒同步阵发性急促动作电位。阵挛性抽搐者可见100~350次/秒的动作电位。原发性面肌痉挛在面肌收缩时可出现多数电位活动,但无失神经支配的征象。

(3) 头颅CT或MRI:对继发性面肌痉挛者可明确诊断。

6. 常根据哪些因素诊断面肌痉挛?

(1) 中年以后发病。

(2) 有面肌痉挛,为快速阵发性抽搐动作的特征性表现。

(3) 神经系统检查无阳性体征。

(4) 脑电图正常。

(5) 肌电图可见抽搐的面肌有肌纤维颤动及肌束纤维颤波。

7. 哪些疾病常误诊为面肌痉挛?

(1) 习惯性眼睑痉挛:常见于儿童、青壮年,为双侧眼睑强迫性运动,可由意志暂时控制,脑电图及肌电图均正常。

(2) 癔症性眼睑痉挛:多见于中青年女性,为双侧眼睑痉挛,仅限于眼睑肌,而其他面肌

不受累,同时还伴有其他癱症症状,脑电图及肌电图正常,暗示治疗多有效。

(3) 局限性运动性癫痫:多伴有同侧上肢抽搐、面肌抽搐,幅度较大,仅面肌抽搐者极少,脑电图可有癫痫波显示。

(4) 痛性抽搐:三叉神经痛发作时,可伴有同侧面肌抽搐。

(5) 舞蹈症、手足徐动症:可伴有面肌抽搐,但多为双侧性,伴有上肢和躯干的不由自主运动。

(6) 其他:小脑脑桥角肿瘤、脑干脑炎、延髓空洞症、颅脑损伤以及面神经炎等情况均可引起面肌抽搐,但多伴有其他神经症状和体征。

8. 治疗面肌痉挛常用哪些药物?

治疗面肌痉挛可用卡马西平每日 400 ~ 600 mg,分次口服,可使症状开始改善;每日 600 ~ 1000 mg,分次口服,发作可完全消失,但须注意有头晕、嗜睡、共济失调等不良反应;或用氯硝西泮 0.5 ~ 1 mg,每日 3 次,可使症状减轻;或用氯苯氨丁酸每日 5 ~ 10 mg,分 1 ~ 2 次服用,每 2 ~ 3 日加 5 ~ 10 mg,至每日 30 mg 为止,服药 40 小时后症状多可明显改善,3 个月后多数患者症状可完全消失。

9. 除药物治疗外,还有哪些方法可以治疗面肌痉挛?

(1) A 型肉毒素注射:是目前治疗本病最有效、简便易行的首选方法。可使多数患者症状明显改善,疗效平均持续 3 个月,复发者重复注射仍有效。常见并发症是眼睑下垂。

(2) 面神经干阻滞疗法:药物治疗无效者,可用地西泮(安定)10 mg 或 50% ~ 95% 乙醇封闭、阻断面神经的分支或茎乳孔面神经主干,以达到缓解症状的目的,疗效可维持数月至 1 年。无论用何种药物行面神经干阻滞疗法,均有不同程度的面瘫出现,3 ~ 5 个月后开始恢复。

(3) 经皮射频热凝面神经治疗:在荧光屏监视下,将电极针经皮穿刺到茎乳孔处或其附近,通电加热至 55 ~ 65℃ 持续 10 秒,术后约 60 分钟可发生短暂性面肌无力,无其他不良反应。随访 1 年以上可有 10% 复发,复发者可再次治疗。此法对不宜接受或不适于开颅术者尤为适宜。

(4) 显微神经血管减压术:采用后颅窝一侧开颅,于手术显微镜下将血管与神经分开,在血管神经之间间隔以涤纶片、筋膜、明胶海绵或硅胶海绵等。术后 93% 疗效良好。本疗法是针对病因的治疗方法,治愈率高,复发率低,是一种安全有效的根治性手术。

(5) 理疗:可用 Ca^{2+} 透入疗法或直流电刺激疗法,也可减轻症状。

10. 在急性期,面肌痉挛患者的护理要点是什么?

(1) 心理护理:适当活动,加强锻炼,常听轻快音乐,保证心情平和、睡眠充足。

(2) 减少外源刺激:如电视、电脑、紫外线等,是面肌痉挛的护理要点。

(3) 保健:面肌痉挛时要双眼紧闭,嘴紧闭。

(4) 饮食:多食新鲜蔬菜、粗粮等,忌食生、冷、油腻、刺激性或不易消化的食物,忌食热性补药、酸性食物,戒烟酒。

11. 面肌痉挛患者自用药方面应注意哪些问题?

面肌痉挛患者应遵医嘱服用药物,按时、规律服药,避免自行增减服药量,更不能随便停药。

12. 面肌痉挛患者还应注意哪些方面的护理?

(1) 保暖:注意头面部保暖,避免局部受潮、受冻,不宜激动、疲劳熬夜,常听柔和音乐,心情平和,保持充足睡眠;不用过冷、过热的水洗脸。

(2) 饮食:要规律,宜选择易嚼、质软的食物,不食用刺激性、过酸、过甜食物以及热性食物等,饮食要营养丰富,平时应多食含维生素丰富及有清热解毒作用的食物,多食新鲜蔬菜、豆制品、水果,少食肥肉、多食瘦肉,食品以清淡为宜。

(3) 保健:面肌痉挛保健很重要,养成良好的生活习惯,可以促进病情的恢复。

(4) 心理护理:由于长期不自主的面容常影响患者的人际交往,给患者带来痛苦和心理压力,应注意疏导患者心理,解除其焦虑情绪,增强其信心。避免精神刺激,保持精神愉快,起居规律,室内环境安静、整洁,空气新鲜,同时保持卧室温暖、舒适。适当锻炼身体,增强体质。

第四节 坐骨神经痛

1. 什么是坐骨神经痛?

坐骨神经痛是指沿坐骨神经分布的从腰部、臀部经大腿后、小腿外侧引至足部外侧的疼痛。

2. 坐骨神经痛有哪些诱发因素?

原发性坐骨神经痛,即坐骨神经炎,寒冷、潮湿常为其诱发因素;继发性坐骨神经痛是由于神经通路上受到邻近组织病变的影响所致,用力、弯腰、剧烈活动等多为其诱发因素。

3. 坐骨神经痛根据病情的程度如何进行分类?

坐骨神经痛根据病情的程度进行分类,一般分为轻度、中度、重度三类。

(1) 轻度(又称慢性):病程时间长,可以坚持轻度体力劳动和正常生活,疼痛能忍受,疼痛不放射。检查时肌肉无萎缩,直腿抬高试验在 60° 以上,神经反射正常。

(2) 中度(又称亚急性):疼痛症状时重时轻,病情轻时能参加轻度体力劳动及正常生活;疼痛加重时,要服用止痛药;在气候变化,寒冷、潮湿或姿势不正确时,疼痛难忍并向下肢放射。检查时有轻度肌肉萎缩,直腿抬高试验在 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$,神经反射减弱。多有陈旧性腰椎间盘突出病史或受潮、受凉因素。中老年人可有骨赘形成或腰椎骶化。

(3) 重度(又称急性):病情严重,多为急性腰部损伤或慢性腰部损伤急性发作,严重影响生活,需要卧床休息。疼痛体征呈典型放射性坐骨神经痛。检查时可有明显肌肉萎缩,直腿抬高试验在 30° 以内,神经反射减弱或消失。90%以上由腰椎间盘突出症引起。

4. 临床上根据坐骨神经痛部位不同可分为哪些类型? 各有哪些特点?

(1) 根性坐骨神经痛:表现有椎旁压痛及叩压痛,增加腹压时疼痛剧烈,屈颈试验时95%患者阳性,并出现脊神经根定位症状及体征,脑脊液检查可显示生化异常的改变。

(2) 干性坐骨神经痛:压痛点位于大转子点并向下放射,坐骨神经沿途均有压痛,椎旁压痛不明显。下肢旋转试验多为阳性,直腿抬高试验也为阳性,出现干性定位症状与体征。坐骨神经所支配的肌肉张力松弛和轻微萎缩。肌肉压痛以腓肠肌、比目鱼肌肌腹处最为明显。90%患者出现足底部麻木感,但客观感觉障碍较少见。

(3) 丛性坐骨神经痛:出现多干性疼痛,如可出现坐骨神经(下肢放射痛)、股神经(大腿前部放射痛)、臀上神经与闭孔神经(膝部放射痛)疼痛症状,叩击腰骶部反而感觉良好,并出现膝反射和跟腱反射减弱或消失。

5. 坐骨神经痛患者有哪些临床表现?

本病好发于青壮年男性,体力劳动者发病率高,多为单侧,急性或亚急性起病,少数为慢性起病。原发性坐骨神经痛,即坐骨神经炎,起病前常有下背部酸痛和腰部僵直感。也有患者在起病前数周牵拉神经时出现短暂性疼痛,后逐渐加重发展为剧烈疼痛。疼痛常自腰部向一侧臀部、大腿后、腘窝、小腿外侧及足部放射,呈烧灼样或刀割样疼痛,夜间更甚。

6. 根性坐骨神经痛起病有哪些特点? 常见疼痛部位有哪些?

根性坐骨神经痛多为急性或亚急性起病。疼痛自腰部向一侧臀部及大腿后侧、腘窝、小腿外侧和足外侧放射。性质可为轻度酸痛不适到烧灼样或刀割样剧烈痛,在持续性基础上有间歇性加剧,久坐或夜间更甚。咳嗽、打喷嚏、用力排便或屏气用力时因腹压增加使疼痛加剧。

7. 根性坐骨神经痛患者常取哪些减痛姿势? 有哪些姿势可导致疼痛?

患者常取特殊的减痛姿势:①睡时卧向健侧,患侧髋关节和膝关节微屈;②仰卧起坐时患侧膝关节屈曲;③坐下时健侧臀部先着椅;④站立时身体重心移在健侧,日久造成脊柱侧弯,多凸向患侧;⑤俯身拾物时先屈曲患侧膝关节,可避免坐骨神经受到牵拉。

牵拉坐骨神经的腿部运动皆可诱发或加剧坐骨神经痛,如仰卧位,于髋关节屈曲的情况下,伸直膝关节而牵拉坐骨神经时引起剧痛,为 Laseque 征阳性。仰卧时,先屈髋及膝成直角,再将小腿上抬,由于屈肌痉挛,因而伸膝受限而出现疼痛,为 Kerning 征阳性。

8. 干性坐骨神经痛有哪些特点? 沿坐骨神经行程有哪些压痛点?

干性坐骨神经痛多为亚急性或慢性起病,少数为急性起病。疼痛部位主要沿坐骨神经通路,腰部不适不明显。疼痛常从臀部向股后、小腿后外侧及足外侧放射。行走、活动及牵拉坐骨神经时疼痛加重。脊椎侧弯多弯向患侧以减轻对坐骨神经干的牵拉。

沿坐骨神经行程有以下压痛点:坐骨孔点(坐骨孔的上缘)、转子点(坐骨结节和转子之间)、腘窝中央、腓点(腓骨小头之下)、踝点(内踝之后),可有肌肉压痛,以腓肠肌中点的压痛最显著。Laseque 征通常为阳性。小腿外侧和足背的感觉障碍比根性者略为明显。坐骨神经支配区的肌肉松弛,轻微肌萎缩。踝反射正常或减低、消失。

9. 诊断坐骨神经痛有哪些辅助检查方法?

(1) 红细胞沉降率可增快,抗链球菌溶血素“O”、类风湿因子可有异常。

(2) 影像学检查:对判断坐骨神经痛的原因有重要意义,脊椎 X 线检查可发现脊椎、椎间盘、骶髂关节、髋关节病变,腰椎 CT 或 MRI 可发现椎间盘突出、肿瘤压迫等病变。

(3) 腰椎穿刺:脑脊液检查对判断坐骨神经痛的类型及病因有一定帮助。干性坐骨神经痛脑脊液无变化,根性坐骨神经痛脑脊液有异常。椎管内占位病变时腰椎穿刺脑脊液检查蛋白多升高。

(4) 肌电图及神经传导速度检查:可了解神经损伤情况。

10. 如何诊断坐骨神经痛?

根据疼痛的部位和性质、疼痛加剧和缓解因素、压痛点、牵引痛及跟腱反射减弱或消失

等可诊断本病。但应注意与一般的腰痛或引起下肢疼痛的其他疾病相区别,临床上常可应用髌关节“4”字试验、伸髌试验等鉴别髌关节、髌髁关节病;应用屈髌试验与圆韧带损伤和梨状肌综合征等鉴别。坐骨神经痛的诊断确定后,应明确为根性或干性坐骨神经痛,便于寻找病因。为明确病因,必须系统全面地进行检查。病史中应注意感染、受寒或外伤史。体检时需注意感染病灶、脊柱、髌髁关节、髌关节或骨盆内器官等,必要时做肛门检查和妇科检查。X线检查不能够明确最常见的椎间盘脱出的病因,但是可以除外转移性肿瘤骨质破坏、椎间隙狭窄和椎体移位。MRI对查明坐骨神经痛的病因有重要意义,可以明确椎体、椎间盘和韧带的损害。必要时可行腰椎穿刺和椎管造影等检查以明确病因。

11. 如何治疗坐骨神经痛?

(1) 卧床休息:腰椎间盘突出症患者在急性期皆应卧硬板床休息,一般需3~4周。

(2) 药物治疗:①急性发作的坐骨神经炎,可予短期应用肾上腺皮质激素治疗,如泼尼松每日3次,每次5~10 mg,一般持续应用2周,或者地塞米松10~15 mg,静脉滴注,7~10日。②一般患者可选择阿司匹林、氨基比林、保泰松等止痛药物。阿米替林和卡马西平等有助于减轻疼痛,坐骨神经干普鲁卡因封闭疗法亦可使疼痛缓解。③营养神经治疗:可应用维生素B₁、维生素B₁₂进行辅助治疗。

(3) 其他:理疗、局部热敷和冷敷、针灸、推拿均有效。

上述治疗无效的腰椎间盘突出症可试行腰椎牵引。牵引无效而疼痛剧烈,严重肌力减退,压迫马尾引起括约肌功能障碍和经常复发者可考虑手术治疗。

12. 坐骨神经痛患者日常应注意哪些问题?

(1) 硬板床休息,可坚持做床上体操。

(2) 要劳逸结合,生活规律化,适当参加各种体育活动。

(3) 运动时要注意保护腰部和患肢,内衣汗湿后要及时换洗,出汗后不宜立即洗澡,待落汗后再洗,以防受凉、受风。

(4) 在急性疼痛期,不要抬起超过0.45 kg的重物及不要用腿、臂和背部用力上举重物,可推但不要拉重物。

第五节 多发性神经病

1. 什么是多发性神经病?

多发性神经病又称末梢神经炎、末梢神经病、周围神经炎,由各种原因所致的周围神经病,包括遗传性、自身免疫性和炎症、各类毒物中毒、营养缺乏和代谢障碍等。临床表现为四肢远端对称性感觉障碍、下运动神经元性瘫痪和自主神经功能障碍。

2. 多发性神经病的病理改变有哪些?

多发性神经病是由不同病因引起的四肢远端对称性的或非对称性的运动、感觉以及自主神经功能障碍性疾病。病理改变主要是周围神经的轴突变性和节段性脱髓鞘或两者兼有。按病程可分为急性、亚急性、慢性、复发性。

病理改变有周围神经轴索变性、节段性脱髓鞘和神经元病等。轴索变性最常见、最典型,通常自远端开始,由远端向近端发展,表现为逆死性神经病。

3. 多发性神经病的常见病因有哪些?

(1) 中毒:①药物中毒,如异烟肼、呋喃唑酮、乙胺丁醇、苯妥英钠、长春新碱、链霉素、顺铂、他巴唑和氯喹等;②化学品中毒,如二硫化碳、三氯乙烯、四氯乙烷、丙烯酰胺、有机磷农药和有机氯杀虫剂等;③重金属,如铅、砷、汞、铊、铋和铈中毒等;④生物毒素,如白喉毒素等。

(2) 营养缺乏和(或)代谢障碍:如B族维生素缺乏、慢性酒精中毒、妊娠、慢性胃肠道疾病或手术后等;代谢障碍包括糖尿病、尿毒症、血卟啉病、黏液性水肿、淀粉样变性、肢端肥大症及恶病质等所致的代谢障碍。

(3) 继发于胶原血管病:如结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮、硬皮病、类风湿关节炎以及肉瘤病等。

(4) 感染后或变态反应性:如急性感染性脱髓鞘性多发性神经病和急性过敏性神经病(血清注射或疫苗接种后神经病)等。

(5) 感染性:如白喉、麻风及莱姆病引起的多发性神经病。

(6) 遗传性:如遗传性运动感觉性神经病、肥大性多发性神经病、遗传性共济失调性多发性神经病、遗传性自主神经障碍等。

(7) 其他:癌性远端轴突病、癌性感觉神经元病以及 Poems 综合征等。

4. 多发性神经病的临床分型有哪些?

(1) 周围神经型:主要损害脊神经,呈四肢对称性迟缓性瘫痪,严重者有呼吸肌麻痹,可有节段性或末梢性感觉得障碍、神经根牵引痛及神经干压痛。

(2) 脑神经型:主要损害多对脑神经,其中以双侧面神经、舌咽神经、迷走神经最易受累,其次为副神经、舌下神经及三叉神经,可伴有轻微肢体无力。

(3) 混合型:多对脊神经和脑神经均有损害,常伴有呼吸肌麻痹。

(4) 脊髓-周围神经型和脑干-周围神经型:除多发性脊神经和脑神经损害外,尚有脊髓和脑干受累的表现,如膀胱、直肠功能障碍,病理反射阳性等。

(5) 变异型。

5. 多发性神经病患者常有哪些临床表现?

(1) 感觉障碍:受累肢体远端感觉异常,如针刺、蚁走、烧灼感、触痛等。与此同时或稍后出现肢体远端对称性各种感觉缺失,呈手套、袜套样分布。

(2) 运动障碍:有下运动神经元性瘫痪,表现肌无力、肌萎缩和肌束颤动等,四肢腱反射减弱及消失。远端重于近端;可出现垂腕和垂足。

(3) 自主神经障碍:肢体末端皮肤对称性菲薄、光亮或脱屑,变凉,多汗或无汗,指(趾)甲粗糙、松脆,甚至溃疡。

(4) 腱反射改变:四肢腱反射减弱或消失,以跟腱反射减弱或消失最常见。

6. 临床诊断多发性神经病需要做什么实验室检查?

(1) 脑脊液检查:一般正常,少数可见蛋白增高。

(2) 肌电图和神经传导速度测定:①鉴别神经源性损害和肌源性损害;②鉴别轴索损害和髓鞘损害,轴索损害 EMG 表现神经源性损害,神经传导速度正常或轻度减慢,但波幅降低;髓鞘损害表现为传导速度减慢,如未继发轴索损害则表现为传导速度减慢,而 EMG 正常。

(3) 神经活体组织检查:可有不同程度的髓鞘脱失或轴索变性。

7. 诊断多发性神经病的依据是什么?

周围神经病可以根据神经病理改变的特点、起病方式、神经功能受损的特点和受累神经分布的范围进行诊断。

8. 为什么说病因诊断对确诊多发性神经病非常重要?

周围神经病的病因诊断非常重要,是进行治疗的主要依据,不同的病因采取不同的治疗方法。如铅中毒应立即脱离中毒环境、阻止毒物继续进入体内,及时应用特殊解毒剂治疗;异烟肼中毒除立即停药,加大输液量、利尿、通便外,大剂量维生素 B₆ 的应用具有重要意义。

9. 多发性神经病容易被误诊为哪些疾病? 如何减少这种误诊?

(1) 脊髓病变:某些脊髓病变的临床表现可类似周围神经病变,如急性脊髓炎、急性脊髓灰质炎、脊髓空洞症等,详细询问病史、仔细体格检查和病灶分布特点以及肌电图检查有助于鉴别。

(2) 神经根病变:通常有神经根的刺激症状,运动及感觉症状按根性分布,EMG 检查对于协助判断受累神经的分布和明确诊断有重要价值。

(3) 神经-肌肉接头病变:如重症肌无力(MG),临床上表现为易疲劳和波动性肌肉无力,常无感觉障碍。EMG 和神经传导速度(NCV)通常正常,而神经重复电刺激(RNS)通常异常,全身型 RNS 阳性率较高。

(4) 肌病:临床也可表现为肌肉无力和萎缩以及腱反射减弱等。但肌肉无力以近端为主,无感觉障碍,大多数人伴有肌酶谱增高。EMG 为肌源性损害可明确诊断,必要时可行肌肉活体组织检查。

10. 多发性神经病如何进行病因治疗?

(1) 中毒性周围神经病:应采取措施停止毒物继续进入体内,并加速排除毒物和应用可能的解毒药。砷中毒可用二巯基丙醇,3 mg/kg,肌肉注射,每 4~6 小时 1 次,2~3 日后改为每日 2 次,连用 10 日。铅中毒可用二巯丁二酸钠,每日 1 g 加入 5% 葡萄糖液 500 ml 静脉滴注,5~7 日为 1 个疗程,可重复 2~3 个疗程。

(2) 急性感染性脱髓鞘性多发性神经病(GBS):可进行血浆置换,免疫球蛋白静脉滴注以及应用皮质类固醇激素等。

(3) 营养缺乏和代谢障碍:应补充各种维生素以及对原发病(如糖尿病和尿毒症等)进行治疗。

11. 如何更好地改善多发性神经病患者的预后?

(1) 对症治疗:①疼痛可用卡马西平、双氯芬酸、对乙酰氨基酚、布洛芬及三环类药物等;②B 族维生素及神经营养药物等;③血管扩张药物,如烟酸等;④局部溃疡可用溃疡膏等。

(2) 一般治疗:对重症患者应加强护理;对瘫痪肢体应保持功能位,防止关节挛缩和畸形;必要时使用夹板和支架进行固定。

(3) 各种康复治疗:理疗、针灸、按摩、主动和被动功能锻炼等均有助于康复。

12. 多发性神经病患者日常应注意哪些方面?

(1) 饮食:饮食要易于消化并富有营养,补充富含维生素 B₁ 的食物,如各种杂粮、豆类