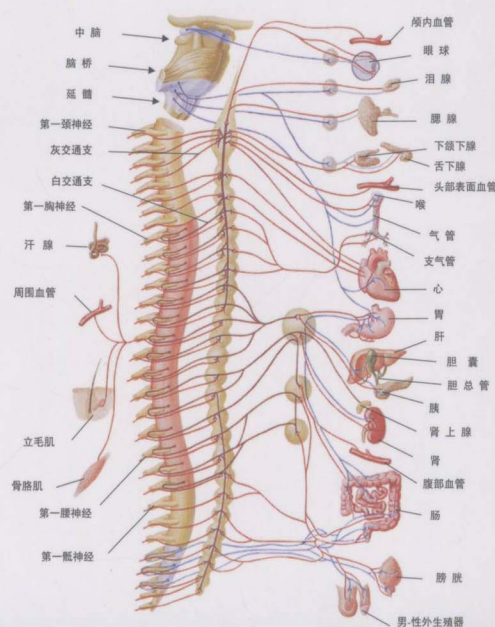


SHENJING NEIKE CHANGJIANBING ZHENLIAOXUE

# 神经内科 常见病诊疗学

许长春 等◎编著



中国出版集团



世界图书出版公司

R741  
20134

# 神经内科常见病诊疗学

许长春 等◎编著



中国出版集团  
世界图书出版公司  
广州·上海·西安·北京

## 图书在版编目(CIP)数据

神经内科常见病诊疗学 / 许长春等编著. —广州 : 世界图书出版广东有限公司, 2012. 5

ISBN 978-7-5100-4565-3

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 070430 号

## 神经内科常见病诊疗学

---

责任编辑 黄 琼

出版发行 世界图书出版广东有限公司

地 址 广州市新港西路大江冲 25 号

<http://www.gdst.com.cn>

印 刷 广东天鑫源印刷有限责任公司

规 格 787mm × 1092mm 1/16

印 张 22

字 数 550 千

版 次 2013 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

ISBN 978-7-5100-4565-3/R • 0179

定 价 68.00 元

---

版权所有, 翻印必究

# 《神经内科常见病诊疗学》

## 编委会

主 编 许长春 许科鹏 张忠法  
副主编 张正春 陈淑英 陈晓明 殷玉心  
编 委 (按姓氏拼音排序)  
陈淑英 青岛市阜外医院  
陈晓明 中国人民解放军第 401 医院  
许长春 中国人民解放军第 401 医院  
许科鹏 中国人民解放军第 401 医院  
殷玉心 中国人民解放军第 401 医院  
张正春 巨野县人民医院  
张忠法 青岛市肿瘤医院

# 目 录

## CONTENTS

# 神经内科常见病诊疗学

A common neurological disease diagnosis and treatment

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| 前 言 .....               | 1   |
| 第一章 绪论 .....            | 2   |
| 第二章 神经内科疾病常见症状与体征 ..... | 5   |
| 第一节 意识障碍 .....          | 5   |
| 第二节 失语症、失用症、失认症 .....   | 10  |
| 第三节 头痛 .....            | 15  |
| 第四节 眩晕 .....            | 16  |
| 第五节 晕厥 .....            | 19  |
| 第六节 耳鸣 .....            | 21  |
| 第七节 瘫痪 .....            | 22  |
| 第八节 躯体感觉障碍 .....        | 33  |
| 第九节 不自主运动 .....         | 35  |
| 第十节 共济失调 .....          | 37  |
| 第十一节 尿便障碍 .....         | 39  |
| 第三章 神经内科常见病的诊断方法 .....  | 42  |
| 第一节 采集病史 .....          | 42  |
| 第二节 神经系统检查 .....        | 45  |
| 第三节 常用辅助检查方法 .....      | 57  |
| 第四节 神经内科疾病的诊断原则 .....   | 73  |
| 第四章 脑血管疾病 .....         | 78  |
| 第一节 短暂性脑缺血发作(TIA) ..... | 78  |
| 第二节 脑动脉硬化症 .....        | 82  |
| 第三节 脑梗死 .....           | 88  |
| 第四节 脑栓塞 .....           | 109 |
| 第五节 腔隙性脑梗死 .....        | 111 |
| 第六节 脑出血 .....           | 113 |
| 第七节 蛛网膜下腔出血 .....       | 121 |
| 第八节 高血压脑病 .....         | 124 |

|            |                       |            |
|------------|-----------------------|------------|
| 第九节        | 颅内动脉瘤·····            | 126        |
| 第十节        | 脑动静脉畸形·····           | 129        |
| 第十一节       | 脑静脉和静脉窦血栓形成·····      | 131        |
| <b>第五章</b> | <b>脊髓疾病·····</b>      | <b>133</b> |
| 第一节        | 急性脊髓炎·····            | 133        |
| 第二节        | 脊髓压迫症·····            | 136        |
| 第三节        | 脊髓空洞症·····            | 139        |
| 第四节        | 脊髓血管疾病·····           | 143        |
| 第五节        | 脊髓亚急性联合变性·····        | 145        |
| 第六节        | 脊髓肿瘤·····             | 147        |
| <b>第六章</b> | <b>周围神经疾病·····</b>    | <b>150</b> |
| 第一节        | 三叉神经痛·····            | 150        |
| 第二节        | 特发性面神经炎·····          | 154        |
| 第三节        | 多发脑神经损害·····          | 157        |
| 第四节        | 格林—巴利综合征·····         | 159        |
| 第五节        | 脊神经疾病·····            | 162        |
| <b>第七章</b> | <b>神经系统感染·····</b>    | <b>171</b> |
| 第一节        | 急性病毒性脑膜炎·····         | 171        |
| 第二节        | 单纯疱疹病毒性脑炎·····        | 172        |
| 第三节        | 带状疱疹及神经系统合并证·····     | 173        |
| 第四节        | 中枢神经系统结核瘤·····        | 176        |
| 第五节        | 结核性脑膜炎·····           | 176        |
| 第六节        | 脑寄生虫病·····            | 180        |
| 第七节        | 神经梅毒·····             | 184        |
| <b>第八章</b> | <b>神经系统脱髓鞘疾病·····</b> | <b>187</b> |
| 第一节        | 多发性硬化·····            | 187        |
| 第二节        | 弥漫性硬化·····            | 217        |
| 第三节        | 同心圆性硬化·····           | 221        |
| 第四节        | 急性播散性脑脊髓炎·····        | 223        |
| 第五节        | 脑桥中央髓鞘溶解症·····        | 227        |
| 第六节        | 视神经脊髓炎·····           | 229        |
| <b>第九章</b> | <b>运动障碍疾病·····</b>    | <b>232</b> |
| 第一节        | 进行性核上性麻痹·····         | 232        |
| 第二节        | 帕金森病·····             | 233        |
| 第三节        | 小舞蹈病·····             | 236        |
| 第四节        | 肝豆状核变性·····           | 239        |
| <b>第十章</b> | <b>睡眠障碍疾病·····</b>    | <b>243</b> |
| 第一节        | 睡眠呼吸暂停综合征·····        | 243        |
| 第二节        | 发作性睡病·····            | 245        |
| 第三节        | 失眠·····               | 246        |

第十一章 癫痫..... 249

第十二章 头痛..... 266

    第一节 偏头痛..... 266

    第二节 紧张型头痛..... 273

    第三节 丛集性头痛..... 275

    第四节 慢性每日头痛..... 277

    第五节 其他原发性头痛..... 281

第十三章 痴呆..... 284

    第一节 概述..... 284

    第二节 Alzheimer 病 ..... 289

    第三节 血管性痴呆..... 299

    第四节 额颞痴呆..... 304

    第五节 Lewy 包涵体痴呆 ..... 306

    第六节 弥漫性神经原纤维缠结伴钙化症..... 309

第十四章 颈动脉疾病..... 312

    第一节 颈动脉狭窄..... 312

    第二节 颈动脉内血栓和血管闭塞..... 316

第十五章 精神障碍性疾病..... 319

    第一节 精神分裂症..... 319

    第二节 情感障碍..... 323

    第三节 癔症..... 327

    第四节 焦虑症..... 329

    第五节 恐惧症..... 332

    第六节 神经衰弱..... 334

第十六章 神经内科常见病的康复..... 336

参考文献 ..... 342

# ——前言——

## Preface

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,神经系统疾病对人们的生命和社会活动有着不可忽视的影响。神经系统疾病病种繁多,临床表现复杂,治疗难度较大。神经内科是内科学的一个分支,近年来由于科学技术的迅速发展,新的诊疗技术不断涌现,大大促进了神经内科学的发展。这对于神经内科医生提出了更高的要求,其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这部《神经内科常见病诊疗学》。

本书共分为16章,包括绪论、神经内科疾病常见症状与体征、神经内科常见病的诊断方法、脑血管疾病、脊髓疾病、周围神经疾病、神经系统感染、神经系统脱髓鞘疾病、运动障碍疾病、睡眠障碍疾病、癫痫、头痛、痴呆、颈动脉疾病、精神障碍性疾病、神经内科常见病的康复等内容。本书在编写过程中尽可能多地收集目前神经系统的常见病、多发病,在内容编排上侧重于常见病,对常见神经内科疾病的诊断、检查方法和治疗做了详细的介绍,希望对神经内科的临床工作者提供帮助。

本书编写过程中,参阅了大量相关专业文献书籍,在此对各位作者的辛勤劳作表示感谢。由于各位作者的临床经验及编书风格有所差异,加之时间仓促,故各章衔接尚有不妥之处,错误与欠缺之处在所难免,希望诸位同道不惜指正和批评。

《神经内科常见病诊疗学》编委会

2012年4月

# 第一章

## Chapter 1

# 绪 论

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。Medical neurology 坚实地建立在神经科学的理论基础上,作为神经科学的一部分,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、神经肿瘤学等神经科学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、老年痴呆症、脊髓空洞症等,归类到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:

(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,如运动神经元病是运动系统上、下运动神经元的变性疾病,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。头痛可能是高血压、青光眼、鼻窦炎等疾病的主诉。头晕也可能是贫血、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定位诊断(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的有效措施,将有可能从根本上治疗帕金森病。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 3 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,如三叉神经痛、癫痫,重症肌无力和周期性瘫痪等。

(3)尚无有效治疗的疾病,如老年痴呆症、运动神经元病、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神经科学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为医务工作者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,神经科学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“神经科学的世纪”必将掀开更加光辉灿烂的一页。

(许长春)

## 第二章

## Chapter 2

# 神经内科疾病常见症状与体征

### 第一节 意识障碍

#### Section 1

#### 一、意识障碍的概念

意识是中枢神经系统对内外环境中的刺激所做出的有意义的应答能力。它通过人的语言、躯体运动和行为表达出来。使人体能正确而清晰地认识自我和周围环境。对各种刺激能做出迅速、正确的反应。当这种应答能力减退或消失时就导致不同程度的意识障碍。

完整的意识由两个方面组成,即意识的内容和觉醒系统。意识的内容是大脑对来自自身和周围环境的多重感觉输入的高水平的整合,是高级的皮质活动,包括定向力、感知觉、注意、记忆、思维、情感、行为等,使人体和外界环境保持完整的联系。意识的觉醒系统是各种传入神经冲动激活大脑皮质,使其维持一定水平的兴奋性,使机体处于觉醒状态,临床上常说的昏迷、昏睡、嗜睡、警觉即视为不同的觉醒状态。

意识的改变从概念上分为两类,一类累及觉醒,即意识的“开关”,出现一系列从觉醒到昏迷的连续行为状态。临床上区别为清醒、嗜睡、昏睡及昏迷,这些状态是动态的,可随时间改变而改变,前后两者之间无截然的界限,其中昏睡和昏迷是严重的意识障碍;另一类累及意识的内容,即大脑的高级功能,涉及认知与情感,此类意识改变涉及谵妄、精神错乱、酩酊状态、痴呆和癔病等。

#### 二、意识障碍的诊断

对意识障碍患者的评价首先要明确意识障碍的特点(如急性意识错乱状态、昏迷、痴呆、遗忘综合征等),其次就是明确病因。现将诊断步骤概括如下。

##### (一)病史采集

尤其对昏迷患者的病因判断极为重要,应尽可能地向患者的朋友、家属、目击者、救护人员询问患者发病当时的情况,既往病史以及患者的社会背景、生活环境。

##### 1. 现病史

注意了解患者昏迷起病的缓急。急性起病,昏迷为首发症状,历时持久常为脑卒中、脑创伤、急性药物中毒、急性脑缺氧等。急性昏迷、历时短暂,提示痫性发作、脑震荡、高血压脑

病、阿—斯综合征等。慢性昏迷或在某些疾病基础上逐渐发展变化而来,提示脑膜脑炎、脑肿瘤、慢性硬膜下血肿、感染中毒性脑病、慢性代谢性脑病(如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病)等。

注意了解昏迷前出现的症状:昏迷前有突然剧烈头痛的,可能为蛛网膜下隙出血。昏迷前有突然眩晕、恶心、呕吐的,可能为脑干或小脑卒中。昏迷前伴有偏瘫的,可能为脑卒中、脑脓肿、脑肿瘤或某些病毒性脑炎、脱髓鞘脑病等。昏迷前伴有发热的,可能为脑膜脑炎、某些感染中毒性脑病、中暑、甲状腺危象、癌肿恶液质等。昏迷前伴有抽搐,可能为脑卒中、脑动静脉畸形、脑肿瘤、中枢神经系统感染、高血压性脑病、癫痫、妊娠子痫、脑缺氧、尿毒症、药物或乙醇戒断。昏迷前伴有精神症状,可能为肝性脑病、尿毒症、肺性脑病、血电解质紊乱、某些内分泌性脑病(肾上腺危象和甲状腺功能减退)或 Wernicke 脑病、脑炎、药物戒断。昏迷前伴有黑便的常见于上消化道出血,肝硬化患者常可诱发肝性脑病。昏迷前有恶心呕吐的,应考虑有无中毒的可能。

## 2. 既往史

更能提供意识障碍的病因线索。应尽可能地向家属,有时是通过既往的经治医生来询问。

(1) 心血管系统:卒中、高血压、血管炎或心脏病或许能提示意识错乱状态和多发梗死性痴呆的血管性原因。

(2) 糖尿病史:糖尿病患者认知紊乱常由高渗性酮症状态或胰岛素诱发低血糖所致。

(3) 癫痫发作:癫痫病史对持续痫性发作、发作后意识模糊状态或意识障碍伴有脑外伤患者可能提供病因诊断。

(4) 脑外伤史:近期脑外伤常致颅内出血,时间久些的脑外伤可产生遗忘综合征或慢性硬膜下血肿伴痴呆。

(5) 乙醇史:对乙醇依赖的患者更易出现急性意识错乱状态,原因有乙醇中毒、戒断、醉酒后、醉酒后脑外伤、肝性脑病及 Wernicke 脑病。酗酒患者慢性记忆障碍可能为 Korsakoff 综合征。

(6) 药物史:急性意识错乱状态也常常由药物所致。如胰岛素、镇静催眠剂、鸦片、抗抑郁药、抗精神病药、致幻觉剂,或镇静药物的戒断。老年人对某些药物认知损害的副作用更为敏感。而年轻人往往有很好的耐受性。

(7) 精神疾病史:有精神障碍病史的患者出现的意识障碍常常是由于治疗精神病药物过量。如苯二氮卓类药、抗抑郁药、抗精神病药。

(8) 其他:对于性乱者、静脉注射药物者、输入被感染的血液及凝血因子血制品者及上述这些人的性伴侣、感染母亲的婴儿都有感染 AIDS 的危险。

发病时的周围环境和现场特点也应在病史中问及:①冬季,如北方冬天屋内生活取暖易导致 CO 中毒;②晨起发现昏迷的患者,应想到心脑血管病、CO 中毒、服毒、低血糖昏迷;③注意可能发生头部外伤的病史和现场;④注意患者周围的药瓶、未服完的药片、应收集呕吐物并准备化验;⑤周围温度环境,如高温作业、中暑等。

## (二) 一般体格检查

目的在于寻找昏迷的可能病因。

(1) 生命体征:注意血压、脉搏、体温和呼吸变化。

(2) 皮肤及黏膜。

(3) 头部及颈部。

(4) 口部及口味异常。

(5) 胸、腹、心脏及肢体。

### (三) 神经系统检查

仔细查体, 搜寻定位体征, 以确定病变的部位。

### (四) 观察患者

观察患者是否处于一种自然、合适的体位, 如果和自然的睡眠一样, 意识障碍的程度可能不深。哈欠、喷嚏也有助于判断意识障碍的深浅。张口及下颌脱落常提示患者的意识障碍可能较重。

意识状态有以下几种情况。

(1) 意识模糊: 是一种常见的轻度意识障碍。有觉醒和内容两方面的变化, 表现为淡漠、嗜睡、注意力不集中, 思维欠清晰, 伴有定向障碍。常见的病因为中毒、代谢紊乱, 也有部分患者可以表现大脑皮质局灶损害的特征, 尤其当右侧额叶损害较重时。

(2) 谵妄: 是一种最常见的精神错乱状态, 表现为意识内容清晰度降低。特点为急性起病, 病程波动的注意力异常, 睡眠觉醒周期紊乱, 语无伦次、情绪不稳, 常有错觉和幻觉。临床上, 谵妄必须与痴呆、感觉性失语及精神病相鉴别。

(3) 嗜睡: 觉醒的减退, 是意识障碍的早期表现。对言语刺激有反应, 能被唤醒, 醒后能勉强配合检查, 简单地回答问题, 刺激停止后又入睡。

(4) 昏睡: 较重的痛觉或大声的语言刺激方可唤醒, 并能做简短、含糊而不完全的答话, 当刺激停止时, 患者立即又进入昏睡。

(5) 浅昏迷: 仍有较少的无意识自发动作, 对疼痛刺激有躲避反应及痛苦表情, 但不能回答问题或执行简单的命令。各种反射存在, 生命体征无明显改变。

(6) 深昏迷: 自发性动作完全消失, 肌肉松弛, 对外界刺激均无任何反应, 各种反射均消失, 病理征继续存在或消失, 生命体征常有改变。

## 三、昏迷的鉴别诊断

### (一) 判断是否为昏迷

通过病史询问和体格检查, 判断患者是否有昏迷。一般不会很困难, 但一些精神病理状态和闭锁综合征, 也可对刺激无反应, 貌似昏迷, 需加以鉴别。

(1) 醒状昏迷: 患者表现为双目睁开, 眼睑开闭自如, 眼球可以无目的的活动, 似乎意识清醒, 但其知觉、思维、语言、记忆、情感、意识等活动均完全丧失。呼之不应, 而觉醒—睡眠周期保存。临床上包括: ①去皮质综合征: 多见于缺氧性脑病和脑外伤等, 在疾病的恢复过程中皮质下中枢及脑干因受损较轻而先恢复, 皮质广泛损害重仍处于抑制状态; ②无动性缄默症: 病变位于脑干上部 and 丘脑的网状激活系统, 大脑半球及其传出通路则无病变。

(2) 持久植物状态: 是指大脑损害后仅保存间脑和脑干功能的意识障碍, 多见于脑外伤患者, 经去大脑皮质状态而得以长期生存。

(3) 假性昏迷: 意识并非真正消失, 但不能表达和反应的一种精神状态, 维持正常意识的神经结构并无受损, 心理活动和觉醒状态保存。临床上貌似昏迷。

(4) 心因性不反应状态: 见于癔病和强烈的精神创伤之后, 患者看似无反应, 生理上觉醒状态保存, 神经系统和其他检查正常。在检查者试图令患者睁开双眼时, 会有主动的抵抗, 脑电图检查正常。

(5) 木僵状态: 常见于精神分裂症, 患者不言、不动、不食, 甚至对强烈的刺激亦无反应。常

伴有蜡样弯曲、违拗症等，并伴有发绀、流涎、体温过低、尿潴留等自主神经功能紊乱，缓解后患者可清晰回忆起发病时的情况。

(6)意志缺乏症：是一种严重的淡漠，行为上表现不讲话，无自主运动，严重的病例类似无动性缄默症，但患者能保持警觉并意识到自己的环境。

(7)癫痫伴发的精神障碍：可出现在癫痫发作前、发作时和发作后，也可以单独发生，表现有精神错乱、意识模糊、定向障碍、反应迟钝、幻觉等。

(8)闭锁综合征：见于脑桥基底部病变，患者四肢及脑桥以下脑神经均瘫痪，仅能以眼球运动示意。因大脑半球及脑干背盖部网状激活系统无损，故意识保持清醒，因患者不动不语而易被误诊为昏迷。

## (二)判断病变部位

根据昏迷患者有无神经系统损害表现、颅内压增高和其他系统的表现，可推测导致昏迷的病因是在颅内还是颅外，颅内病变又可根据其范围和性质分为幕上、幕下，局灶性病变还是弥漫性病变。

# 四、昏迷的病因

昏迷是最严重的意识障碍，并不都是原发于中枢神经系统的损害，也多见于其他各科疾病中。了解昏迷可能的病因对于临床医生工作中配合抢救、处理昏迷患者具有指导意义。昏迷的病因见表 2-1、表 2-2 和表 2-3。

# 五、昏迷的实验室检查

## (一)常规检查

有助于昏迷病因的定性和鉴别诊断。包括血、尿、便分析，尿素氮和肌酐的测定，快速血糖、血钙、血钠检测及血气分析、肝功能、酶学、渗透压、心电图和胸片等。

## (二)毒物的筛查

可对患者的尿、胃肠内容物进行毒物的检测。包括鸦片、巴比妥盐、镇静剂、抗抑郁药、可卡因和乙醇等。

## (三)特殊检查

### 1. 头颅 X 线片

因价廉、操作简便、快速而不失为基层医院常用的检查手段，对脑外伤具有重要的诊断价值。能发现颅骨骨折，有无颅内异物和颅内积气。如果见到脑回压迹、颅缝分离、蝶鞍吸收和扩大、颅骨普遍性吸收萎缩、蛛网膜粒压迹增大等常提示有颅内压增高。

### 2. 脑电图

疑似脑炎、癫痫发作后昏迷状态的患者，可行脑电图检查。此外还有助于昏迷与闭锁综合征、癔病、紧张症的鉴别及脑死亡的判定。

### 3. 腰椎穿刺

高热伴脑膜刺激征者或暂时原因不明的昏迷患者应做腰椎穿刺以明确诊断。颅内压增高行腰椎穿刺后脑疝的发生率为 1%~12%，如怀疑患者脑疝形成，应先行头颅 CT 检查，备好静脉注射甘露醇及抢救措施，以防发生脑疝。颅内压显著增高者，留取 2~3ml 脑脊液供生化、常规、涂

片、培养用。对有出血倾向患者,穿刺可诱发脊髓硬膜外血肿。

表 2-1 昏迷的病因

|          |                                                       |
|----------|-------------------------------------------------------|
| 颅内器质性损害  |                                                       |
| 脑外伤      | 脑震荡,脑挫伤,外伤性颅内出血,硬膜下血肿,硬膜外血肿                           |
| 脑血管病     | 颅内出血,高血压性脑出血,动脉瘤破裂伴脑实质血肿,动静脉畸形,其他如出血性疾病、肿瘤出血、蛛网膜下隙出血等 |
|          | 继发于外伤后                                                |
|          | 脑梗死,脑血栓形成,脑栓塞,血管炎                                     |
| 感染       | 脑炎,脑膜炎,脑脓肿,感染性静脉窦血栓形成                                 |
| 肿瘤       | 原发颅内肿瘤,转移瘤,恶性肿瘤非转移并发症(如进行性多灶性白质脑病)                    |
| 昏迷的全身性疾病 |                                                       |
| 代谢性脑病    | 低血糖,糖尿病酮症,高渗性非酮症昏迷,脏器功能衰竭                             |
|          | 尿毒症,透析性脑病                                             |
|          | 肝性脑病                                                  |
|          | 垂体前叶功能减退,肾上腺危象,甲状腺危象,黏液性水肿                            |
|          | 水电解质紊乱,低钠血症,高血钙和低血钙                                   |
|          | 缺氧性脑病,严重充血性心力衰竭,急性心肌梗死,阿-斯综合征,失代偿性慢性阻塞性肺病,高血压性脑病      |
| 中毒性脑病    | 败血症,中毒性感染(如细菌性痢疾)                                     |
|          | 重金属中毒(如铅、汞、砷、铊、氰)                                     |
|          | 一氧化碳中毒、其他吸入物                                          |
|          | 药物(如鸦片、巴比妥、地西洋、可卡因、神经阻断剂)                             |
|          | 乙醇                                                    |
|          | 农药                                                    |
|          | 食物(毒蕈碱、鱼胆中毒)                                          |
|          | 物理因子,中暑,低温                                            |
|          | 营养不良状态,Wernicke 脑病                                    |

表 2-2 结构性或外科性昏迷的原因

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 外伤       | 硬膜下损伤,硬膜外损伤,弥散性轴索损伤,脑挫裂伤,穿透性头部损伤 |
| 颅内出血     | 蛛网膜下隙出血                          |
|          | 脑出血[后颅凹(脑桥,小脑),幕上(基底核,脑叶)]       |
| 缺血性卒中    | 大面积大脑中动脉梗死伴有脑疝                   |
|          | 脑干卒中累及双侧喙侧脑桥或中脑                  |
|          | 基底动脉尖综合征伴有双侧丘脑和喙侧中脑梗死            |
| 弥散性微血管异常 | 血栓形成性血小板减少性紫癜                    |
|          | 落矶山斑疹热                           |
|          | 脑性疟疾                             |
| 肿瘤       | 多形性成胶质细胞瘤伴脑疝                     |
|          | 多发性转移病变                          |
| 其他疾病     | 渗透性脱髓鞘综合征(脑桥中央溶解症)               |

表 2-3 代谢性或内科性昏迷的原因

|          |                                              |
|----------|----------------------------------------------|
| 药物过量     | 苯二氮卓类，巴比妥类，阿片类，三环类药物                         |
| 感染性疾病    | 脓毒症，细菌性脑膜炎，脑炎（如：单纯疱疹性，虫媒病毒感染）                |
| 内分泌障碍性疾病 | 低血糖反应，糖尿病性酮症酸中毒，高渗性昏迷，黏液水肿，甲状腺功能亢进           |
| 代谢性异常    | 低钠血症，高钠血症，尿毒症，肝性脑病，高血压性脑病，低镁性假性昏迷            |
| 中毒反应     | 一氧化碳中毒，乙醇中毒，扑热息痛过量，乙烯乙二醇中毒                   |
| 药物副作用    | Reye 综合征，精神抑制药恶性综合征，中枢神经抗胆碱能综合征，血清紧张素综合征，异烟肼 |
| 缺乏状态     | 硫胺缺乏（Wernicke 脑病），烟酸缺乏（糙皮病）                  |
| 低温       |                                              |
| 心因性昏迷    |                                              |

4. 头颅 CT 检查

能迅速显示颅内结构，特别适用于颅脑外伤的急诊检查。在脑卒中的鉴别诊断中更有意义，虽然在脑梗死早期（24h 以内）可能难以完全显示梗死的部位，但对有无出血、出血的范围、中线结构有无移位、是否破入脑室等信息的提供有高度的准确性。不足之处对幕下结构显示不佳，对早期脑梗死、脑炎及等密度硬膜下出血等易漏诊。

5. 磁共振成像(MRI)

对后颅凹病变、脑肿瘤及脱髓鞘病灶比 CT 具有更高的灵敏度和准确度，尤其对脑肿瘤的诊断要优于CT。对急性脑出血不如CT，检查时间较长，因躁动或呼吸困难常使头位改变而影响图像质量。

6. 数字减影脑血管造影(DSA)

适用于疑似蛛网膜下隙出血的患者，可发现有无颅内动脉瘤或动静脉畸形。DSA 为有创性检查，并有一定的风险性。

(许科鹏)

第二节 失语症、失用症、失认症

Section 2

大脑器质性病变引起高级神经活动障碍如失语症、失用症和失认症。这些症状单独或相伴出现，如 Broca 失语可伴面一口失用。

一、失 语 症

(一)失语症的理解

1. 语言交流的基本形式

听、说(口语理解及表达)、读、写(文字理解及表达)。口语表达包括自发谈话、复述和命名。

2. 失语症的概念

意识清晰，受损或丧失了后天获得性的对各种语言符号(口语、文字、手语等)的表达及认识