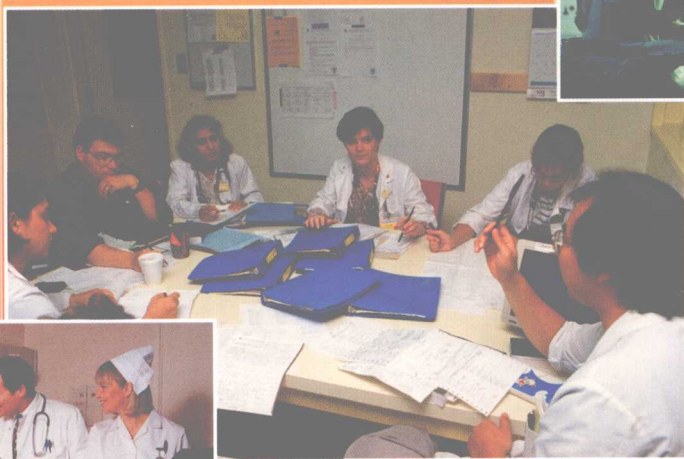


全国高等医药院校临床实习指南系列教材



神经病学临床实习指南

张小宁 主编



科学出版社

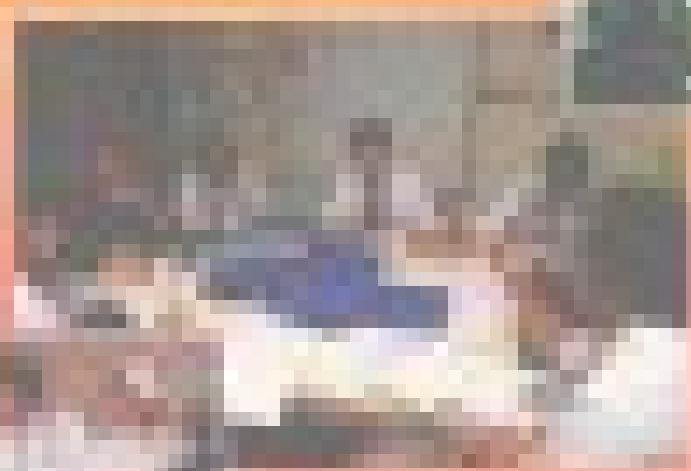
www.sciencep.com

全国高等医药院校教材 全国高等医药院校教材



神经病学临床实习指南

金中江 主编



人民卫生出版社

全国高等医药院校临床实习指南系列教材
案例版TM

神经病学临床实习指南

主 编 张小宁

副主编 吐尔逊 殷立新

编 委 (以姓氏笔画为序)

马建华 吐尔逊 米扎提

张小宁 张 沛 张 洋

阿不里克木 范庆雷

罗东辉 殷立新 郭雪冰

韩登峰 雷 晶 蔡 坚

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书内容主要包括神经病学临床实习指南和神经病学诊疗常规,共十四章,各病种均以临床案例的形式进行分析。本书着重阐述临床医师对神经系统常见疾病的诊断思路和治疗方案,从具体案例的特点入手,结合了5年制医学本科教育教材,着重培养各级医生的临床思维方法和解决临床实际问题的能力。本书的第一部分主要介绍了神经系统常见疾病的临床表现、诊断依据和鉴别诊断,并介绍了常用的治疗方法。第二部分主要介绍了神经内科的诊疗操作常规。

本书在编写过程中注意内容的实用性,案例的代表性,密切关注医学的最新动态发展趋势,强调循证医学证据。本书适用于临床实习医师、进修医师、主治医师和医学本科生、研究生参阅。

图书在版编目(CIP)数据

神经病学临床实习指南:案例版 / 张小宁主编. —北京:科学出版社,2008
全国高等医药院校临床实习指南系列教材
ISBN 978-7-03-022372-2

I. 神… II. 张… III. 神经病学-实习-医学院校-教学参考资料
IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 091960 号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:周万灏 李国红 / 责任校对:郑金红
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008年6月第一版 开本:787×1092 1/16

2008年6月第一次印刷 印张:10

印数:1—4 000 字数:228 000

定价:19.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换<新蕾>)

前 言

医学是门实践性很强的学科,临床实习是医学教育中重要的实践阶段,是临床理论教学的一个延续,是理论联系实践的关键性培养阶段,是巩固知识、锻炼技能、开拓思维的重要过程,它要求医学生通过临床实习学习临床工作方法,熟练掌握临床基本技能,独立地进行常见病、多发病的诊治等。

为适应医学科技的飞速发展和培养医学专业人才的需要,我们组织经验丰富的临床各专业的专家教授,编写了这套临床实习指南。

本书引入案例的编写模式:首先根据病例的临床资料书写病历摘要;其次结合病例,提出与发病机制、诊断、鉴别诊断、治疗、预后、随访等有关的问题,以启发学生思维,然后根据问题,给出简明扼要的答案或提示;最后引出重点理论知识,旨在加强临床理论向临床实践的过渡,为学生走上工作岗位打下基础;书中附有大量思考题和复习题,以加深理解、掌握知识点;同时,本书还创造性地增加了本学科操作诊疗常规和常见病、多发病的诊治重点。

本书内容系统全面、简明扼要、重点突出、临床实用性和可操作性强,突出“三基”内容,知识点明确,学生好学,教师好教,可以使学生在尽可能短的时间内掌握所学课程的知识。

本书以5年制医学本科生为基本点,以临床医学专业为重点对象,兼顾预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、护理等专业需求。

本书含有大量真实的临床案例,供高等院校医学生临床实习和见习时使用;同时,案例和案例分析紧跟目前国家执业医师资格考试和研究生入学考试案例分析的命题方向,可供参加这些考试的人员使用。

由于本书涉及专业较多,各领域科技进展迅速,受时间和水平的制约,难免存在缺点和错误,欢迎广大读者批评指正。

新疆医科大学第一临床医学院

2007年12月10日

目 录

第一部分 神经病学临床实习指南

第一章 周围神经病	(2)
第一节 脑神经疾病	(2)
第二节 脊神经疾病	(7)
第二章 脊髓疾病	(16)
第一节 急性脊髓炎	(16)
第二节 脊髓压迫症	(19)
第三章 脑血管疾病	(23)
第一节 短暂性脑缺血发作	(23)
第二节 脑血栓形成	(25)
第三节 腔隙性脑梗死	(31)
第四节 脑栓塞	(33)
第五节 脑出血	(36)
第六节 蛛网膜下腔出血	(40)
第四章 中枢神经系统感染	(48)
第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	(48)
第二节 结核性脑膜炎	(50)
第五章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(54)
第一节 多发性硬化	(54)
第二节 视神经脊髓炎	(56)
第六章 帕金森病	(59)
第七章 癫痫	(63)
第八章 偏头痛	(69)
第九章 痴呆	(73)
第一节 血管性痴呆	(73)
第二节 Alzheimer 病	(74)
第十章 神经系统发育异常性疾病	(77)
第十一章 神经-肌接头疾病	(80)
重症肌无力	(80)
第十二章 肌肉疾病	(85)
低钾型周期性瘫痪	(85)

第二部分 神经病学诊疗常规

第一章 神经病学操作诊疗常规	(89)
第一节 神经系统检查	(89)
第二节 脑脊液检查和腰椎穿刺	(100)
第三节 神经系统影像学检查	(103)
第四节 神经系统电生理检查	(107)
第五节 肌电图	(110)
第六节 多普勒超声	(112)
第七节 放射性核素检查	(114)
第八节 脑、神经和肌肉活组织检查	(115)
第二章 神经病学诊疗常规	(117)
附录 神经病学考试题	(140)
神经病学考试题一	(140)
神经病学考试题二	(147)

第一部分 神经病学

临床实习指南



第一章 周围神经病

周围神经疾病是指周围运动、感觉和自主神经的结构和功能障碍。周围神经包括嗅、视神经以外的脑神经与脊神经。周围神经受损时主要表现为四种病理形式:沃勒变性、轴突变性、神经元变性、节段性脱髓鞘。周围神经疾病的分类是根据解剖结构、病理和临床特征划分的。根据症状常分为神经痛及神经病两大类。根据临床病程,可分为急性、亚急性、慢性、复发性或进行性神经病等;按临床症状分为感觉性、运动性、混合性、自主神经性等;按病变部位分为神经根病、神经索病、神经丛病和神经干病。周围神经病常分为对称性多发性神经病和单神经病或多发性单神经病。周围神经疾病的诊断主要依赖于病史、体格检查和辅助检查。治疗首先要明确诊断,进行病因治疗,其次是对症治疗。

第一节 脑神经疾病

脑神经疾病为单个或多个神经受累,损害部位在脑干内或脑干外。脑神经损害分为原因未明的原发性损害和各种原因引起的继发性损害。

一、三叉神经痛

案例 1-1

患者,女,40岁,左面部反复疼痛1年,加重1个月。患者近1年来无明显诱因出现左面颊部疼痛。为发作性剧烈疼痛,位置固定,每次持续1~2分钟,突发突止。疼痛呈刀割样剧痛,洗脸、刷牙等动作可诱发。开始发作次数不多,未诊治。近一个月发作较前频繁,自觉加重来我院就诊。体格检查:神清,精神差。体温36.0℃,脉搏82次/分,呼吸21次/分,血压130/80mmHg。心肺腹未见异常。神经系统检查未见阳性体征。头颅MRI检查未见异常。

问题

1. 该病的诊断及依据有哪些?
2. 该病应与哪些疾病相鉴别?
3. 该患者该如何治疗?

参考答案和提示

1. 诊断 左侧原发性三叉神经痛。
2. 诊断依据
 - (1) 患者为中年女性。
 - (2) 疼痛位于左三叉神经第二支分布区,位置固定。

- (3) 疼痛性质为短暂发作性剧痛,存在触发点。
- (4) 神经系统检查未见阳性体征。
- (5) 头颅 MRI 检查未见异常。
- 3. 应与下列疾病相鉴别 继发性三叉神经痛、牙痛、鼻窦炎、舌咽神经痛。
- 4. 治疗
- 药物治疗:卡马西平,苯妥英钠,氯硝西泮。
- 药物治疗无效时可用神经阻滞疗法或手术治疗(如微血管减压术)。

案例 1-2

患者,女,45岁,右面部疼痛进行性加重3个月。患者3个月前无明显诱因出现右面部疼痛,呈电灼样剧痛,去医院就诊,诊断为“三叉神经痛”。给予卡马西平,口服,稍有减轻,但疼痛仍持续存在,且进行性加重,不能忍受。再次来院就诊,查头颅 MRI 示右桥小脑角占位。体格检查:神清,精神差。体温 36.0℃,脉搏 88 次/分,呼吸 22 次/分,血压 135/85mmHg。心肺腹未见异常。神经系统检查:右面部感觉减退,右角膜反射消失,右咀嚼肌无力,张口下颌右偏。

问题

1. 该患者的诊断是什么?
2. 该患者该如何处理?

参考答案和提示

1. (1) 右侧继发性三叉神经痛。
- (2) 右侧桥小脑角占位。
2. 手术治疗。

临床思维:三叉神经痛

三叉神经痛指三叉神经分布区内短暂的、反复发作性剧痛。三叉神经痛分为原发性与继发性两类。原发性病因不明。目前认为是由于三叉神经在出脑桥段被异常的血管压迫三叉神经感觉根,局部三叉神经脱髓鞘而导致了疼痛发作。继发性多有明确的病因,如颅底或桥小脑角肿瘤、转移瘤、多发性硬化等侵犯三叉神经感觉根或髓内感觉核而引起疼痛,多伴有邻近结构的损害和三叉神经本身的功能受损。

【病理】

神经节细胞消失,神经纤维脱髓鞘或髓鞘增厚,轴索变细或消失。部分患者可发现颅内窝异常小血管团压迫三叉神经根或延髓外侧。

【临床表现】

原发性三叉神经痛患者以 40 岁以上中老年人居多。女性略多于男性。多为单侧,可长期固定于某一支,以上颌支及下颌支为多见。疼痛发作无先兆,突发突止,每次持续

几秒钟至1~2分钟。疼痛呈刀割样、撕裂样、针刺样、电灼样剧痛。疼痛以口角、鼻翼、面颊、舌等处最敏感,轻触可诱发,称为扳机点。重者可引起面肌抽搐,称之为痛性抽搐。疼痛呈周期性发作,进行性加重,发作愈加频繁。患者常精神抑郁。神经系统检查无阳性体征。继发性三叉神经痛由其他疾病引起,发作特点与原发性三叉神经痛相似,但为持续性疼痛。检查发现有三叉神经或其他神经系统阳性体征。脑脊液、颅底X线平片、头颅CT或MRI检查可见有相关疾病改变,有助于病因诊断。

【诊断】

典型的三叉神经痛病例根据疼痛发作部位、特点、神经系统检查及相应辅助检查不难做出疾病及病因的诊断。

【鉴别诊断】

牙痛:常为持续性钝痛,局限于牙龈部,可因进食冷热食物加剧。X线检查有助鉴别。舌咽神经痛:是局限于舌咽神经分布区的发作性剧痛,位于扁桃体、舌根、咽及耳道深部,每次持续数秒至1分钟,吞咽、讲话、哈欠、咳嗽常可诱发。咽喉、舌根和扁桃体窝可有疼痛触发点,丁卡因涂于患侧扁桃体和咽部可暂时阻止发作。蝶腭神经痛:较少见,也呈刀割样、烧灼样或钻样疼痛,分布于鼻根后方、颧部、上颌、上腭及牙龈部,常累及同侧眼眶,疼痛向额、颞、枕和耳部等处放射,无扳机点。发作时病侧鼻黏膜充血、鼻塞、流泪,每日可发作数次至数十次,每次持续数分钟至数小时。鼻窦炎:鼻窦部持续性钝痛,可有局部压痛、发热、流脓涕、血象白细胞增高等炎症表现,鼻腔检查及X线摄片可确诊。

【治疗】

原发性三叉神经痛治疗原则以止痛为目的,药物治疗为首选的基本疗法,适用于初患、年迈或合并严重内脏疾病而不宜手术及不能耐受者。首选药物为卡马西平,亦可用苯妥英钠或二者联用。大剂量维生素B₁₂可缓解疼痛。神经阻滞疗法或手术治疗适用于药物治疗无效的患者。对于继发性三叉神经痛的患者要解除病因,治疗原发病。术前应用药物对症治疗。

二、面神经麻痹

案例 1-3

患者,男,26岁,3天前受凉后出现左耳后疼痛,但未在意。今晨发现左眼睑不能完全闭合,口角歪斜,左侧流涎,讲话漏风,立即来我院门诊就诊。体格检查:体温36.5℃,脉搏78次/分,呼吸19次/分,血压120/80mmHg。心肺腹未见异常。神经系统查体:神清,左侧额纹消失,不能皱额,蹙眉,眼裂扩大,眼睑闭合不全。左侧鼻唇沟变浅,示齿时口角偏右,左侧不能鼓腮。余无阳性体征。

问题

1. 本病的诊断是什么?

2. 病变的位置在何处?
3. 什么是 Bell 现象?
4. 该如何治疗?

参考答案和提示

1. 左侧面神经麻痹。
2. 茎乳孔附近。
3. 闭目时瘫痪侧眼球转向上内方,露出角膜下的白色巩膜,称 Bell 现象。
4. 皮质类固醇激素,B 族维生素,理疗等。

临床思维:特发性面神经麻痹

面神经麻痹是茎乳孔内面神经非特异性炎症所致的周围性面瘫。由于骨性面神经管仅能容纳面神经通过,面神经一旦发生炎性水肿,必然导致面神经功能障碍。风寒、病毒感染和自主神经功能不稳等可引起局部神经营养血管痉挛,导致神经缺血水肿。

【病理】

主要是面神经水肿,髓鞘肿胀、脱失及轴突变性。

【临床表现】

可发生于任何年龄,男性略多。通常急性起病,症状可于数小时或 1~3 日内达高峰。病初可伴有麻痹侧乳突区、耳内或下颌角疼痛。患侧表情肌瘫痪,额纹消失,不能皱额蹙眉,眼裂变大,不能闭合或闭合不全。闭眼时眼球向上外方转动,显露白色巩膜,称为 Bell 征。鼻唇沟变浅,示齿时口角偏向健侧。鼓腮吹哨时漏气。不同部位面神经损害出现不同的临床症状。膝状神经节前损害,出现舌前 2/3 味觉障碍;镫骨肌支受累,出现听觉过敏;茎乳孔附近病变则出现典型的周围性面瘫体征和耳后疼痛。

【鉴别诊断】

吉兰-巴雷综合征:可出现周围性面瘫,多为双侧性,对称性肢体瘫痪和脑脊液蛋白-细胞分离现象是特征性表现。继发性面神经麻痹:中耳炎、迷路炎、乳突炎和中颅窝病变(如肿瘤、颅底骨折等)可并发面神经麻痹,腮腺炎、肿瘤和化脓性下颌淋巴结炎所致者有原发病史和特殊症状。后颅窝肿瘤或脑膜炎引起的周围性面瘫起病缓慢,有原发病表现及其他脑神经受损。

【治疗】

1. 皮质类固醇激素。地塞米松静脉点滴或泼尼松口服。由带状疱疹引起者加用抗病毒治疗。
2. B 族维生素。维生素 B₁,维生素 B₁₂,肌内注射。
3. 物理治疗及恢复期针灸治疗等。
4. 保护暴露的角膜和预防结膜炎。
5. 手术治疗:面神经减压术。

三、面肌痉挛

案例 1-4

患者,女,42岁,面部肌肉不自主抽动半年。患者半年前无明显诱因出现左侧下眼睑不自主抽搐,持续几秒钟停止,未在意。其后上述症状间断出现。3个月前又出现左侧口角不自主抽动,持续几秒钟到几分钟不等。精神紧张及疲劳时症状加重,不伴有面部疼痛。体格检查:体温 36.3℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20 次/分,血压 130/85mmHg。心肺腹未见异常。神经系统检查见左侧面肌阵发性抽动,余无阳性体征。查头颅 MRI 未见异常。

问题

1. 该患者的诊断是什么?
2. 该疾病应与哪些疾病相鉴别?
3. 如何治疗?

参考答案和提示

1. 左侧面肌痉挛。
2. 应与功能性睑痉挛、Meige 综合征、习惯性抽动症相鉴别。
3. 治疗
 - (1) 药物治疗用卡马西平或氯硝西泮。
 - (2) 药物疗效不佳或症状加重时,可进行药物面神经注射封闭治疗。
 - (3) A 型肉毒毒素局部肌肉注射。
 - (4) 手术治疗:面神经微血管减压术。

临床思维:面肌痉挛

面肌痉挛又称面肌抽搐,是一侧面部肌肉阵发性不自主抽动为表现,无神经系统其他阳性体征的周围神经病。以特发性病例多见,也可见于面神经麻痹恢复不全的患者。

【病因】

病因未明,可能是面神经异位兴奋或伪突触传导所致。也可见于血管压迫及桥小脑角区占位压迫面神经等。

【临床表现】

多见于中老年人,女性。表现为阵发性、快速、不规律的面肌抽动,多限于一侧。起病从眼轮匝肌的轻微抽动开始,逐渐向口角、整个面肌扩展,严重者累及颈阔肌。每次持续几秒钟至数分钟。可因精神紧张、疲劳和自主运动加剧,入睡后停止。神经系统检查除面肌阵发性抽动外无其他阳性体征。肌电图显示束颤波。根据病史及面肌阵发性抽动特点,神经系统无其他阳性体征,肌电图特点可对本病做出诊断。面神经三维成像可发现面神经周围组织的改变。

【鉴别诊断】

功能性睑痉挛:多发生于老年妇女,常为双侧性,无口周部面肌抽搐。Meige 综合征:表现为两侧睑痉挛,伴口舌、面肌、下颌、喉和颈肌肌张力障碍,老年妇女多发。习惯性抽动症:常为较明显的肌肉收缩,与精神因素有关,多见于儿童及青年。

【治疗】

1. 药物治疗,如卡马西平 0.3g/d,分次口服,缓慢增量;氯硝西泮每次 0.5 ~ 1mg,每日 3 次,口服。
2. 药物治疗效果不佳或症状加重时,可给予药物面神经主干或分支封闭治疗。
3. A 型肉毒毒素注射。
4. 对血管压迫所致面肌痉挛采用微血管减压术。

第二节 脊神经疾病

脊神经疾病是指由于各种原因引起的不同部位脊神经损伤导致的疾病。根据病因可分为外伤、嵌压、感染、中毒、营养障碍、遗传等。根据受损部位分为神经节、神经根、神经丛、神经干、神经末梢。根据起病形式分为急性、亚急性、慢性等。根据临床特点分为运动性、感觉性、混合性及自主神经性等。根据受损范围分为单神经病、多发神经病等。脊神经疾病的诊断根据病史、体格检查及辅助检查。治疗为病因治疗、对症治疗,必要时手术治疗。

一、多发性神经病

案例 1-5

患者,男,55 岁,四肢麻木无力半年。患者在近半年无明显诱因情况下出现四肢麻木无力,走路时有踩棉花感,双下肢有时有蚁走感。提重物、走路均感力量不如从前。患者有 2 型糖尿病史 3 年,血糖控制不佳。体格检查:体温 36.7℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20 次/分,血压 135/85mmHg。心肺腹未见异常。神经系统检查:脑神经阴性,四肢肌力 4 级,四肢肌张力低,腱反射减弱,病理征未引出。四肢末端手套、袜套样针刺觉减退。肌电图显示四肢周围神经损害。

问题

1. 该患者的诊断及依据是什么?
2. 引起该病最可能的原因是什么?
3. 该病如何治疗?

参考答案和提示

1. 诊断 多发性神经病;2 型糖尿病。

诊断依据:

(1) 患者,55 岁,男性,糖尿病病史 3 年,血糖控制不佳。

(2) 四肢麻木无力半年,伴感觉异常。

(3) 神经系统检查:脑神经阴性,四肢肌力 4 级,四肢肌张力低,腱反射低,病理征未引出。四肢末端手套、袜套样针刺觉减退。

(4) 肌电图显示四肢周围神经损害。

2. 2 型糖尿病。

3. 治疗

(1) 病因治疗:对于该患者应调整控制血糖的药物用量,严格控制原发病进展。

(2) 药物治疗:神经营养剂。早期足量应用维生素 B₁、B₂、B₆、B₁₂ 及维生素 C 等。尚可根据病情选用 ATP、辅酶 A、肌苷等药物。疼痛剧烈的患者可用止痛剂、卡马西平、苯妥英钠。

(3) 及早进行功能锻炼,防止肌肉萎缩及肢体挛缩畸形。恢复期可用理疗、针灸、按摩等。

临床思维:多发性神经病

多发性神经病是指各种原因引起的肢体远端的多发性神经损害。临床表现为四肢远端对称性感觉、运动及自主神经障碍的临床综合征。

【病因】

感染、自身免疫疾病、营养障碍、代谢及内分泌障碍、中毒、遗传、结缔组织病及肿瘤等。根据神经原发受损部位可分为:神经轴索变性、节段性脱髓鞘和神经元病变。它们均可导致多发性神经病,轴索变性最为常见和典型。

【病理】

主要改变为轴索变性和节段性脱髓鞘,周围神经远端明显。轴索变性由远端向近端发展。

【临床表现】

可发生于任何年龄,表现因病因而异,呈急性、亚急性和慢性经过,多数经数周至数月进展病程。进展由肢体远端向近端,缓解由近端向远端,可复发。本病的共同特点是肢体远端对称性感觉、运动及自主神经障碍。各种感觉缺失呈手套、袜套形分布,可见感觉异常、感觉过度和疼痛等刺激症状。肢体远端下运动神经元瘫,远端重于近端。严重病例伴肌萎缩和肌束震颤。自主神经障碍在某些周围神经病特别明显。如吉兰-巴雷综合征、糖尿病、肾功能衰竭等。脑脊液正常或蛋白轻度增高。神经传导速度测定:受累的周围神经运动、感觉神经传导速度减慢。神经活检可确定病变性质和程度。

【诊断】

主要根据四肢对称性末梢型感觉障碍、下运动神经元瘫痪和自主神经功能障碍等临床特点。神经传导速度测定可早期诊断亚临床病例。因本病有多种原因引起,所以病因诊断非常重要。可根据病史、病程、特殊症状及有关实验室检查综合分析判定。

【鉴别诊断】

本病应与周期性瘫痪、亚急性联合变性、急性脊髓灰质炎鉴别。

【治疗】

药物营养神经治疗、理疗及护理,同时针对病因治疗。

二、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病

案例 1-6

患者,男,35岁,2周前有腹泻病史4天,经过治疗腹泻好转。近1周出现四肢持续性无力,逐渐加重不能行走,否认四肢无力有波动现象。大小便正常。体格检查:心肺腹查体未见明显异常。神经系统查体:神志清楚,脑神经检查阴性。双上肢肌力远端0级,近端3级,双下肢肌力远端1级,近端3级,四肢肌张力降低,四肢腱反射消失。双侧腕关节及膝关节以下痛觉减退。双侧病理征阴性。大小便正常。

问题

1. 该患者的诊断及依据?
2. 还需要哪些辅助检查及其意义?
3. 如何治疗?

参考答案和提示

1. 初步诊断 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(吉兰-巴雷综合征)。

诊断依据:

- (1) 急性起病,发病前2周有胃肠道感染病史。
- (2) 症状为四肢持续性无力,进行性加重。
- (3) 脑神经正常,四肢对称性周围性瘫痪;有手套、袜套样感觉障碍;大小便功能正常。

分析病情:(1)急性起病,有感染病史;(2)、(3)提示四肢周围性瘫痪;手套、袜套样感觉障碍,应为周围性病变可能性大。同时结合阴性症状与体征:无大小便障碍、无传导束型感觉障碍可以除外脊髓疾病;四肢无力进行性发展,无波动性,除外重症肌无力;无食用自制豆豉制品史,除外肉毒中毒;有感觉障碍提示周期性瘫痪可能性小。

2. 辅助检查 腰穿脑脊液检查了解有无蛋白-细胞分离现象。肌电图检查了解F波、H反射情况以及神经传导速度。

3. 治疗 血浆交换或静脉注射免疫球蛋白治疗,激素治疗。

案例 1-7

患者,女,42岁,3周前有咳嗽、咳痰、发热病史7天,经过治疗病情好转,但近1周出现四肢持续性无力,逐渐进行性加重,双手不能握物,双下肢无力,行走困难。并且感到双手指、双脚疼痛。近2天出现吞咽费力,饮水呛咳,并有呼吸费力现象。大小便正常。体格检查:体温37℃,呼吸24次/分,脉搏96次/分,血压120/80mmHg。发育正常,口唇轻度发绀,呼吸困难,心肺腹查体未见明显异常。神经系统查体:神志清楚,双侧鼻唇沟对称,构音不清,双侧软腭抬举无力,腭垂居中,咽反射迟钝,伸舌居中。双上肢肌力远端1级,近端3级,双下肢肌力远端2级,近端3级,肌张力减低,四肢腱反射消失。双侧掌指关节和踝关节以下痛觉过敏。双侧病理征阴性。大小便正常。

问题

1. 该患者最可能的诊断是什么及其依据?
2. 还需要哪些辅助检查?
3. 治疗中需要注意的重点是什么?

参考答案和提示

1. 初步诊断 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(吉兰-巴雷综合征)。

诊断依据:

- (1) 急性起病,发病前3周有呼吸道感染病史。
- (2) 症状表现为四肢对称性无力,以远端重,进行性加重,逐步出现吞咽困难和呼吸费力。
- (3) 四肢瘫痪,为对称性周围性瘫痪;有手套、袜套样痛觉过敏;有舌咽、迷走神经受累;有轻度口唇发绀,呼吸费力呼吸肌受累;大小便功能正常。

分析病情:

(1) 提示急性病变,有感染诱因;(2)、(3)提示四肢周围性瘫痪;手套袜套样感觉障碍;吉兰-巴雷综合征可能性大。有后组脑神经受累;呼吸肌受累;进一步证实吉兰-巴雷综合征,同时提示病情较重,应该注意预防呼吸肌麻痹和因为后组脑神经受累引起吸入性肺炎并发症的发生。同时结合阴性症状与体征:无大小便障碍、无传导束型感觉障碍可以除外脊髓疾病;四肢无力进行性发展,无波动性,除外重症肌无力;无食用自制豆豉制品史,除外肉毒中毒;有感觉障碍和脑神经受累可以除外周期性瘫痪。

2. 辅助检查

- (1) 腰穿脑脊液检查:了解有无蛋白细胞分离现象。
- (2) 肌电图检查:了解F波、H反射情况以及神经传导速度。
- (3) 血气分析:了解呼吸肌受累情况,缺氧程度。

3. 治疗以血浆交换或静脉滴注免疫球蛋白治疗、激素治疗为主 需要注意的重点是注意防止呼吸肌麻痹,需要密切观察呼吸,保持呼吸道通畅,如必要时需要行气管插管或气管切开,呼吸机辅助呼吸;吞咽如困难需要给予鼻饲保证能量和防止吸入性肺炎;加强护理,防止并发症的发生。