

临床诊疗丛书

总主编 马爱群 吕 毅

神经内科手册

主编 李正仪



科学出版社

www.sciencep.com

临床诊疗指南

总主编 马建群 总 编

神经内科手册

主编 李正柱

中国医药出版社
CHINA MEDICAL & PHARMACEUTICAL PUBLISHING HOUSE

临床诊疗丛书

总主编 马爱群 吕毅

神经内科手册

主 编 李正仪

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书主要介绍了神经系统的常见病症及诊疗技术。全书分三部分。第一部分症状篇,涵盖了最常见的神经系统症状。第二部分疾病篇,主要介绍了神经内科常见多发病,在内容上力求最大可能地反映近年来疾病诊疗方面的新进展,介绍新的“诊断标准”及“防治指南”等。第三部分为诊疗技术篇,除介绍神经内科常用的诊疗技术外,还增加了颅脑影像学检查、脑血管疾病的介入治疗、脑血管疾病的康复治疗以及脑血管疾病的神经功能缺损判定、痴呆的神经心理学评定等临床研究和工作中需用量表。

本书可供广大的神经内科及其他相关专科的医师以及各层次的实习医师使用。

图书在版编目(CIP)数据

神经内科手册 / 李正仪主编. —北京:科学出版社,2008
(临床诊疗丛书 / 马爱群,吕毅总主编)
ISBN 978-7-03-021771-4

I. 神… II. 李… III. 神经系统疾病-诊疗-手册 IV. R741-62
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 058516 号

策划编辑:向小峰 黄 敏

责任编辑:王 霞 / 责任校对:陈丽珠

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>

双 青 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:787×960 1/32

2008 年 6 月第一次印刷 印张:18 7/8

印数:1—4 000 字数:511 000

定价:39.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换<环伟>)

《临床诊疗丛书》编委会

总主编 马爱群 吕毅

副总主编 贺大林 薛武军 刘正稳

编委 (按姓氏汉语拼音排序)

艾红 柏宏亮 茆新明 车向明

陈葳 陈武科 邓景元 董亚琳

段玛瑙 付军科 高成阁 耿希刚

苟文丽 贺大林 蒋红利 景桂霞

李宝珍 李正仪 蔺淑梅 刘彤

刘青光 刘小红 刘永惠 刘正稳

吕毅 马爱群 彭波 秦莉

施秉银 陶洪 王雪 王宝燕

王金堂 王茂德 薛武军 闫利英

杨岚 杨爱民 尹爱萍 鱼博浪

袁祖贻 张梅 张学斌 张玉顺

秘书 王彬翀

《神经内科手册》编写人员

- 主 编 李正仪
- 副主编 屈秋民 乔 晋
- 编 者 (按姓氏汉语拼音排序)
- | | |
|-----|-----------------|
| 曹红梅 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 党静霞 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 邓艳春 | 第四军医大学西京医院 |
| 杜 赞 | 西安交通大学医学院第二附属医院 |
| 郭 峰 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 韩建峰 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 侯荣丹 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 俱西驰 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 李正仪 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 李柱一 | 第四军医大学唐都医院 |
| 罗国刚 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 苗建亭 | 第四军医大学唐都医院 |
| 强永乾 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 乔 晋 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 屈秋民 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 宋允章 | 陕西省人民医院 |
| 吴海琴 | 西安交通大学医学院第二附属医院 |
| 杨剑波 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 姚 丽 | 西安交通大学医学院第二附属医院 |
| 赵松珍 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
- 秘 书
- | | |
|-----|-----------------|
| 王 瑾 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |
| 周文婷 | 西安交通大学医学院第一附属医院 |

临床诊疗丛书

前言

由西安交通大学医学院第一附属医院组织编写的《临床诊疗丛书》是一套覆盖面广、内容系统并且携带方便的临床医师实用参考读物。本丛书以全世界权威学会制定的诊疗指南为基础,参考了我国各医学学会的诊疗指南,并结合我国临床工作的实际,力求达到科学性、权威性、指导性并重,旨在为广大医务人员提供一套操作性强的实用读物。

本丛书以诊断与治疗为主线,兼顾最新理论介绍,对疾病的治疗提供了几套方案和方式以供选择,层次清晰,术语、名词规范。

西安交通大学医学院第一附属医院始建于1956年,是西北地区最大的综合性三级甲等医院,现开设床位2300余张,拥有临床医学一级学科学位博士点及博士后流动站,有二级学科博士授予点8个,是国内能培养外籍研究生的少数教学单位之一。2006年,医院成立了本丛书编写委员会,并组织43个专业的数百名专家着手编写。为了高质量地完成编写工作,各分册主编组织本学科的专家和中青年业务骨干进行了大量认真、细致的工作。在编写过程中,编者们对各类循证医学证据所代表的临床意义和适应证进行了仔细斟酌,对每一种疾病的诊断和治疗都进行了反复讨论,并在征求多方意见后进行了多次修改,以期达到理论和实践的统一。

科学出版社对丛书的后期编写和审定给予了大力的支持和指导,在此表示衷心感谢。在本丛书编写过程中,医院医务部做了大量组织、协调工作,值此成书之际,对他们付出的辛苦劳动也一并深表谢意!

西安交通大学医学院第一附属医院组织这样大规模的编写工作尚属首次,尽管许多学者曾主编或参编多种教材和专著,有相当的学识和经验,且全体编写人员为此付出了非常辛苦的劳动,但因时间紧迫,编写队伍庞大,错误和不妥之处难免,恳请各位读者批评指正,以利再版时修订。

(马爱群)

2008年5月

声 明

医学是一门不断发展的科学,由于新的研究及临床实践在不断丰富人们的知识,因此在药物使用及治疗方面也在谋求各种变化。本书编者及出版者核对了各种信息来源,并确信本书内容完全符合出版时的标准。然而,鉴于不可避免的人为错误和医学学科的发展,不管是编者、出版者还是其他参与本书出版的工作者均不能保证本书中的内容百分之百正确。因此,他们不能对由此类错误引起的后果负责。

我们提倡读者将本书内容与其他资料进行确证。例如,我们希望读者对他们将要使用的每一种药品的说明书仔细阅读,以确证本书的有关信息是正确的,且推荐的药品用量及禁忌证等没有变化。该建议对新药或非常用药尤为重要。

目 录

第一部分 症 状 篇

第一章	意识障碍	(3)
第二章	头痛	(12)
第三章	眩晕	(20)
第四章	痴呆	(26)
第五章	失语症	(34)
第六章	瘫痪	(41)
第七章	感觉障碍	(46)
第八章	颅内压增高	(51)
第九章	共济失调	(54)

第二部分 疾 病 篇

第十章	周围神经病	(63)
第一节	三叉神经痛	(63)
第二节	特发性面神经麻痹	(65)
第三节	面肌痉挛	(68)
第四节	坐骨神经痛	(71)
第五节	多发性神经病	(73)
第六节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(78)
第七节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(84)
第十一章	脊髓疾病	(88)
第一节	急性脊髓炎	(88)
第二节	脊髓亚急性联合变性	(92)
第三节	脊髓压迫症	(94)
第十二章	脑血管病	(98)
第一节	脑血管病应用解剖	(98)
第二节	脑血管病的分类	(106)

第三节	脑血管病的诊断	(113)
第四节	短暂性脑缺血发作	(125)
第五节	脑血栓形成	(130)
第六节	腔隙性脑梗死	(143)
第七节	脑栓塞	(147)
第八节	脑分水岭梗死	(150)
第九节	出血性脑梗死	(153)
第十节	颅内静脉窦及静脉血栓形成	(156)
第十一节	皮质下动脉硬化性脑病	(160)
第十二节	椎-基底动脉供血不足	(163)
第十三节	脑出血	(168)
第十四节	蛛网膜下腔出血	(174)
第十五节	血管性痴呆	(179)
第十三章	癫痫	(183)
第十四章	中枢神经感染性疾病	(209)
第一节	单纯疱疹病毒性脑炎	(209)
第二节	病毒性脑膜炎	(212)
第三节	结核性脑膜炎	(215)
第四节	新型隐球菌性脑膜炎	(219)
第五节	化脓性脑膜炎	(221)
第六节	脑囊虫病	(225)
第十五章	脱髓鞘疾病	(231)
第一节	多发性硬化	(231)
第二节	视神经脊髓炎	(238)
第三节	急性播散性脑脊髓炎	(240)
第四节	脑桥中央髓鞘溶解症	(243)
第五节	同心圆性硬化	(246)
第十六章	锥体外系疾病	(248)
第一节	帕金森病	(248)
第二节	肝豆状核变性	(265)
第三节	特发性震颤	(268)
第十七章	肌肉疾病	(273)
第一节	重症肌无力	(273)

第二节	多发性肌炎	(280)
第三节	低钾型周期性瘫痪	(285)
第四节	进行性肌营养不良	(289)
第十八章	原发性头痛	(308)
第一节	偏头痛	(308)
第二节	紧张型头痛	(316)
第三节	丛集性头痛	(320)
第十九章	变性疾病	(324)
第一节	运动神经元病	(324)
第二节	多系统萎缩	(330)
第三节	阿尔茨海默病	(335)
第二十章	遗传性共济失调	(340)

第三部分 诊疗技术篇

第二十一章	神经系统体格检查	(347)
第二十二章	经颅多普勒超声	(375)
第二十三章	脑电图	(381)
第二十四章	肌电图和神经传导速度	(391)
第二十五章	中枢神经系统影像学	(400)
第二十六章	腰椎穿刺术	(444)
第二十七章	锥颅穿刺血肿清除术	(449)
第二十八章	脑脊液置换术	(457)
第二十九章	脑血管病介入治疗	(459)
第三十章	脑血管病的康复治疗	(471)
第一节	脑卒中康复的基本条件	(471)
第二节	主要神经功能障碍的康复	(476)
第三十一章	脑血管病神经功能缺损评定	(494)
第一节	概述	(494)
第二节	脑血管病常用神经功能评定量表	(496)
第三十二章	痴呆的神经心理学评定	(531)
第一节	概述	(531)
第二节	常用神经心理学评定量表	(535)
第三十三章	神经内科常用护理技术	(570)

第一部分 症 状 篇

第一章 意识障碍

一、意识的概念

意识(consciousness)指机体对外界环境和自身状况的识别和感知能力。意识活动是通过脑干网状结构的上行激活系统和大脑皮质的功能活动共同实现的。大脑皮质产生意识的内容,网状结构的上行激活系统决定觉醒水平;弥漫性大脑皮质病变或脑干网状结构发生损害或功能抑制时,均可引起意识障碍。意识通常由机体的语言、躯体运动和精神行为来表现。因此,当意识障碍时,机体会出现语言障碍、躯体运动异常和精神行为异常。

二、意识障碍分类

临床上意识障碍常分为三类:

1. 以觉醒度改变为主意识障碍 以觉醒水平的普遍下降为主要特征。

(1) 嗜睡(semnolence)状态:病理性睡眠状态,较轻的意识障碍,在安静环境下常处于睡眠状态,较轻刺激即能唤醒,并能进行简短的交谈或完成一些简单的动作,刺激一旦停止又入睡。

(2) 昏睡(stupor)状态:意识水平降低程度较嗜睡深,较强的声音或疼痛刺激有反应,可唤醒,对问话可做简单回答,但常有错误,生理反射存在。

(3) 昏迷(coma)状态:最严重的意识障碍。意识丧失,对任何刺激都不能产生有目的反应。防御、吞咽与角膜等反射及瞳孔对光反应可消失,可引出病理反射。

1) 浅昏迷:睁眼反应消失,无自发言语和有目的活动。疼痛刺激时有回避动作和痛苦表情,脑干反射基本保留(瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射和吞咽反射等)。

2) 中度昏迷:对外界一切刺激基本无反应,强烈疼痛刺激时偶可见防御反射活动,角膜反射和瞳孔对光反射减弱或消失,血压和呼吸节律尚稳定。

3) 深昏迷:对任何刺激均无反应,全身肌肉松弛,眼球固定,瞳孔散大,脑干反射消失,生命体征发生明显变化,呼吸不规则。

4) 不可逆性昏迷:又称脑死亡,是因大脑、小脑和脑干遭受严重的损害,导致全脑功能的严重衰竭和脑的所有整合功能的无恢复可能性的一种严重状态。病人处于濒死状态,无自主呼吸(常需人工呼吸器辅助呼吸),各种反射消失,主要表现为脑干反射消失,伴或不伴脊髓反射消失,生命体征不稳定,脑电图呈病理性电静息,脑功能丧失持续在 24 小时以上,排除了药物、低温、内分泌代谢疾病因素的影响。因去大脑强直和去皮质强直发作说明脑干仍有功能,所以不能诊断为脑死亡。

附:我国脑死亡判定标准(成人)(征求意见稿, 2003. 4)

1. 先决条件 ①昏迷原因明确;②排除各种原因的可逆性昏迷。

2. 临床判定 ①深昏迷;②脑干反射全部消失;③无自主呼吸(靠呼吸机维持,自主呼吸诱发试验证实无自主呼吸)。以上三项必须全部具备。

3. 确认试验 ①脑电图呈电静息;②经颅多普勒超声无脑血流灌注现象;③体感诱发电位 P14 以上波形消失。以上三项中至少有一项阳性。

4. 脑死亡观察时间 首次判定后,观察 12 小时复查无变化,方可最后判定为脑死亡。

2. 以意识内容改变为主的意识障碍 其特征是在精神活动抑制的背景上,出现兴奋性症状。

(1) 谵妄(delirium)状态:为一种精神错乱状态,意识清晰度的降低,存在基本的反应和简单的心理活动。但注意力涣散、记忆力下降、对周围环境理解和判断失常。常伴有丰富的错觉和幻觉,多在夜晚加重,具有波动性,发作时意识障碍明显,间歇期可完全正常。急性常见于高热和药物中毒,慢性见于慢性酒精中毒等。

(2) 意识模糊(confusion of consciousness)状态:属轻度意识障碍。主要表现为意识范围的缩小,对外界反应迟钝,强刺激方能引起反应。常有理解、定向障碍,注意力不集中,思维欠清晰,以致对问题理解与应答常有错误。吞咽反射、角膜反应与对光反应存在,可出现吸吮、强握、舔唇等原始动作。

3. 特殊类型的意识障碍

(1) 去大脑皮质状态(decorticated state):大脑皮质广泛损害导致皮质功能丧失,而皮质下结构的功能仍然存在。患者表现双眼凝视或无目的活动,无任何自发言语,呼之不应,貌似清醒,实无意识。存在觉醒-睡眠周期,但时间是紊乱的。患者缺乏随意运动,但原始反射活动保留。情感反应缺乏,偶有无意识哭叫或自发性强笑。四肢腱反射亢进,病理反射阳性。尿便失禁。患者表现特殊的身体姿势,双前臂屈曲和内收,腕及手指屈曲,双下肢伸直,足跖屈。

(2) 植物状态(vegetative state):患者表现对自身和外界的认知功能完全丧失,呼之不应,不能与外界交流,有自发性或反射性睁眼,偶可发现视觉追踪,可有自发无意义哭笑,对痛刺激有回避动作,存在吮吸、咀嚼和吞咽等原始反射,尿便失禁,存在觉醒-睡眠周期。植物状态持续1个月即为持续性植物状态(persistent vegetative state, PVS)。

1996年4月,我国在南京召开持续性植物状态诊断标准专家讨论会,制定PVS临床诊断标准如下:①认知功能丧失,无意识活动,不能执行指令;②保持自主呼吸和血压;③有睡眠-觉醒周期;④无理解和语言表达能力;⑤能自动睁眼或在刺激下睁眼;⑥可有无目的性的眼球跟踪运动;⑦丘脑下部及脑干功能基本保存。

(3) 无动性缄默症(akinetie mutism):患者对外界刺激无意识反应,四肢不能活动,也可呈不典型去脑强直状态,可有无目的睁眼或眼球运动,睡眠-醒觉周期可保留或有改变,如呈睡眠过度状态。伴有自主神经功能紊乱,如体温高、心跳或呼吸节律不规则、多汗、皮脂腺分泌旺盛、尿便潴留或失禁等,肌肉松弛,无锥体束征。为脑干上部或丘脑的网状激活系统及前额叶-边缘系统损害所致。

(4) 闭锁综合征(locked-in syndrome):又称去传出状态。系脑桥基底部病变造成,多见于脑桥血管病、脱髓鞘疾病。患者意识清晰,对言语理解正常,但不能讲话,可用眼球上下活动来示意,脑桥以下脑神经瘫痪和四肢瘫痪,易被认为昏迷。

三、检查和诊断

(一) 意识障碍患者的病史询问

意识障碍患者病情危重,必须快速和准确的对全身状况特别是神经系统功能情况做出评价。首先应迅速判断有无危及患者生命的紧急情况,并立即予以相应处理。病史应重点询问,主要了解意识障碍是否是首发症状;有无外伤和其他意外;有无中毒、服用毒物或服用过量药物;有无可引起意识障碍的既往病史;意识障碍发生的急缓和伴随症状;意识障碍发生后的诊治经过等。

(二) 意识障碍患者的检查

1. 一般检查

(1) 体温:高热出现在昏迷以前,应考虑各种类型的中枢神经系统感染,若出现在昏迷后早期提示脑桥或脑室出血,而在昏迷发生数天后的发热提示肺部等感染。体温过高可能为中暑或中枢性高热(脑干或下丘脑病变);体温过低提示休克、镇静剂中毒、甲状腺功能低下、低血糖、冻伤或末梢循环衰竭等。

(2) 脉搏:缓慢有力提示颅内压增高;脉搏过缓,低于40次/分