

国家卫生计生委支持

国家卫生计生委医院管理研究所主办



“县在启航”项目培训教材

神经内科常见病 临床思路精解

王拥军 主编



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

神经内科常见病 临床思路精解

主 编 王拥军

副主编 周 东 胡学强 赵 钢



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科常见病临床思路精解 / 王拥军主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2016.11
ISBN 978-7-5189-1949-9

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 231562 号

神经内科常见病临床思路精解

策划编辑: 袁婴婴 责任编辑: 孔荣华 袁婴婴 责任校对: 赵 媛 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 虎彩印艺股份有限公司
版 次 2016 年 11 月第 1 版 2016 年 11 月第 1 次印刷
开 本 787×1092 1/16
字 数 330千
印 张 19 彩插2面
书 号 ISBN 978-7-5189-1949-9
定 价 88.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

编委会

主 编：王拥军

副主编：周 东 胡学强 赵 钢

编 者：（按姓氏笔画排序）

毛志锋	王伊龙	王光耀	王蓬莲	乔亚男
刘大成	刘永红	刘丽萍	吴欣桐	张长青
张星虎	李子孝	李劲梅	李昕昀	李焰生
杜 芳	陆菁菁	陈海波	周安娜	武冬冬
郑华光	赵 琳	常艳宇	彭丹涛	

序

Foreword

为响应国家医改“强基层”的政策号召，贯彻落实关于加强医院管理、提升服务能力、加强上下联动的政策指导，达到全面提升县级医院综合能力的目的，国家卫生计生委医院管理研究所在国家卫生计生委医政医管局的指导下开展“县级公立医院医院管理及临床重点专科能力建设”项目。

该项目计划以县级医院的实际需求为依据，采用以临床需求为出发点、以医疗问题为导向、以临床案例为引导的方法，编写适应县级医院需求的培训及学习教材，进而帮助提高县级医务人员的能力。基于基层的实际需求，教材将涵盖神经内科、心血管内科、呼吸内科及重症医学等四个学科领域，并分别由王拥军教授、霍勇教授、王辰教授、邱海波教授担任主编。

参加本系列教材的编写者均为各专业领域的专家学者。为使教材内容贴近县级医院需求，疾病的选择或基于调研结果或基于对基层需求的直接了解，同时参照国家卫生计生委相关指导性文件，如《国家卫生计生委办公厅关于印发县医院医疗服务能力基本标准和推荐标准的通知》，部分内容的撰写亦征求基层医生意见，力求覆盖主要基层常见病种。

为促进知识更新和对新知识的学习，出版社还组织专家或专家团队中的执笔医生，同步发展了在线教育内容，并在APP平台展现。纸质内容主要是以具体病例为引导、展示临床思维模式，在线内容可包括具体疾病分类、检查方法详述、鉴别诊

断要点、详细治疗指南推荐、手术 / 介入治疗方案等，并以文档、PPT、音频、视频等形式展现，是纸质内容的有力补充。在线教育内容二维码将在教材有延伸阅读内容的章节出现，基层医院专业人员用手机扫描二维码后可直接连接到 APP 中的在线内容进行学习。

科学技术文献出版社的各位编辑对本系列教材的精心的设计及编排，保证了教材顺利与读者见面；本系列教材的出版还得到辉瑞投资有限公司的大力支持，在此一并表示诚挚的感谢！

由于水平及时间所限，有的内容可能不尽完善，敬请读者批评指正。

国家卫生计生委医院管理研究所

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Gross' or similar, written in a cursive style.

内容简介

本书为“县级公立医院医院管理及临床重点专科能力建设”项目配套培训和学习教材，其读者对象为县级公立医院的骨干医师。针对该部分医师群体的培训应更注重临床思维能力的提高、临床诊疗方法的实际应用。为凸显本书的可读性和实用性，本书采用了线上和线下内容相结合的方式进行编写、出版。

线下内容：线下内容即纸书，书中内容力求简单明了，提纲挈领。基于以上原则，本教材的撰写以突出临床医师诊疗思维过程的培养和临床实践操作能力的提升为主线（对应每节内容的“案例分析”部分），同时向基层医师传递该领域新进展，以拓展其知识面（对应每节内容的“疾病知识拓展”部分）。案例分析部分从病史询问思路开始，到体格检查、辅助检查分析、诊断、鉴别诊断、治疗等内容，每个诊疗过程均配有思路的“提示”，便于引导临床医师的思考和思维方向。本书共分8章，包括脑血管疾病、癫痫、运动障碍疾病、痴呆、头痛与头晕、中枢神经系统感染、神经肌肉疾病及脱髓鞘疾病。

线上内容：线上内容通过扫描二维码的方式实现。本书各章节在案例分析、诊断、治疗等部分插入不同二维码，读者扫描后可进入“县在起航”平台中的相应内容，实现在线学习。在线内容包括PPT、音频、视频等形式，是纸质内容的有力补充。

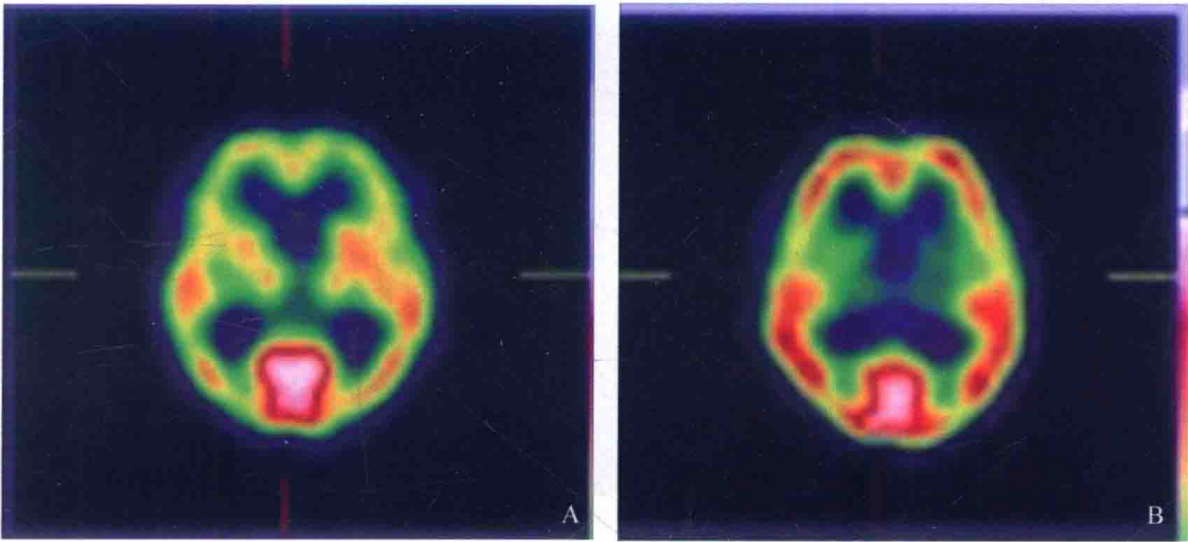
线上内容学习说明：

第一步：扫描下方二维码安装“医大帮”APP



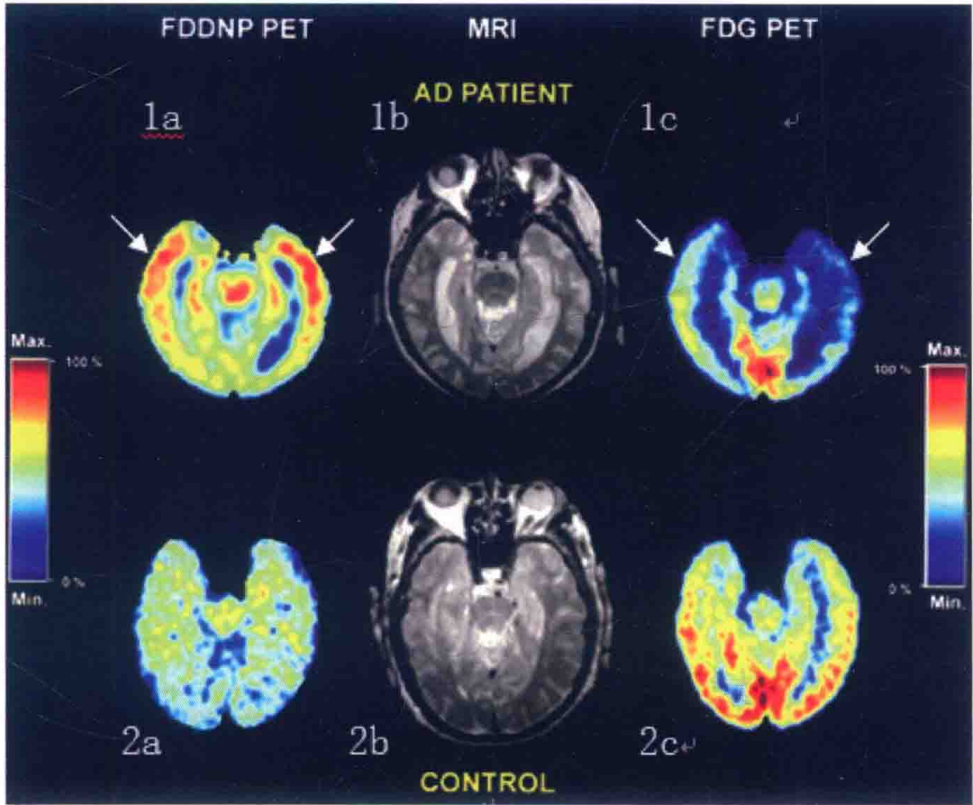
第二步：阅读正文内容时，扫描书中二维码即可进入相应内容的
线上部分

特别提示：为便于线上学习，请先安装“医大帮”APP。



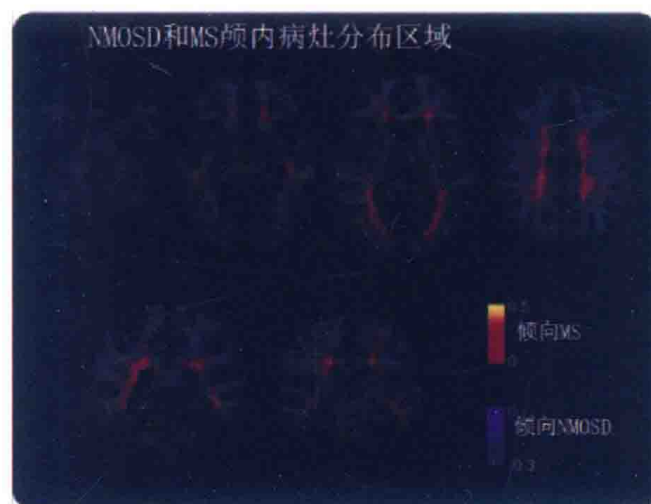
注：A.0 为正常人 SPECT，B. 为 AD 患者的 SPECT

彩插 1 单光子发射断层扫描



注：A 组为 FDDNP：PET 显示 Aβ（1a 为 AD 患者颞顶叶 Aβ 显示增多，2a 为正常对照 Aβ 显示较低）；
 B 组为 MRI：显示内侧颞叶（1b 为 AD 患者内侧颞叶萎缩，2b 为正常对照显示内侧颞叶正常）；
 C 组为 FDG：PET 显示葡萄糖代谢（1c 为 AD 患者颞顶叶葡萄糖代谢减低，2c 为正常对照显示葡萄糖代谢正常）

彩插 2 正电子发射断层摄影



注：红色区域倾向于 MS 病灶，蓝色部分倾向于 NMOSD 病灶

彩插 3 NMOSD 和 MS 颅内病灶分布区域

目 录

Contents

第一章 脑血管疾病	1
第一节 缺血性卒中	1
第二节 短暂性脑缺血发作	35
第三节 脑出血	51
第四节 蛛网膜下腔出血	61
第五节 脑静脉窦血栓形成	75
第二章 癫痫及癫痫持续状态	87
第一节 癫痫及癫痫持续状态	87
第二节 癫痫持续状态	113
第三章 运动障碍疾病	122
第一节 帕金森病	122
第二节 小舞蹈病	142
第四章 痴 呆	148
第一节 阿尔茨海默病	148
第二节 血管性痴呆	162
第五章 头痛与头晕	174
第一节 偏头痛	174
第二节 紧张型头痛	186

第三节	丛集性头痛	192
第四节	头晕 / 眩晕	197
第六章	中枢神经系统感染	204
第一节	病毒性脑膜炎	204
第二节	细菌性脑膜炎	211
第三节	结核性脑膜炎	219
第四节	隐球菌脑膜炎	228
第七章	神经肌肉疾病	234
第一节	重症肌无力	234
第二节	周期性瘫痪	243
第八章	脱髓鞘疾病	251
第一节	多发性硬化	251
第二节	视神经脊髓谱系疾病	261
第三节	急性播散性脑脊髓炎	274
第四节	格林 - 巴利综合征	282
	参考文献	292

第一章 脑血管疾病

第一节 缺血性卒中

一、案例分析

【主诉】林某，女，62岁，主因“右侧肢体无力伴言语不利 1.5 小时”就诊。

【提示】对脑卒中进行临床拟诊时，通常先根据病史和体征进行定位与定性分析，得出初步诊断，再通过相应的辅助检查加以验证，使其起到支持或排除初步诊断的佐证作用，及时修正或完善诊断。病史和体征是诊断资料的主要来源，也是临床思维导向的主要依据，因此应夯实询问病史和体格检查的基本功。定位、定性诊断中通常要遵循一元论的原则，即尽量用一个病灶或一个病因去解释患者的全部临床表现和经过。若难以解释或解释不完全时，再考虑多病灶或多原因的可能。



安装“医大帮”app 直通本章更新内容



（一）病史采集

【病史询问思路】（表 1-1-1）

表 1-1-1 病史询问思路

1. 时间：明确症状出现的时间非常重要，如果患者不能提供病史，要努力明确患者最后看起来正常的时间
2. 卒中发生时正在从事的活动
3. 症状进展时序（如起病即达高峰、逐步恶化、阶梯样恶化）
4. 既往卒中或短暂性脑缺血发作（TIA）病史

续表

- 5. 伴随症状：头痛、颈痛、呕吐、意识下降
- 6. 危险因素 / 血管病史：高血压、血脂异常、糖尿病、心肌梗死、心绞痛、心房颤动、风湿性心脏病、心力衰竭、主动脉夹层动脉瘤、周围动脉病、吸烟
- 7. 可引起局灶性神经功能缺损的非动脉粥样硬化性疾病：癫痫病史、偏头痛、脑原发或转移肿瘤、脑动脉瘤、头外伤、多发性硬化、药物滥用、其他

【现病史】患者于 1.5 小时前散步时突发右侧肢体无力伴言语不利，自觉走路时腿部发沉，行走困难，右上肢抬举困难，自感讲话笨拙，无找词困难及理解障碍，伴有全身大汗，无肢体麻木，无大小便失禁，无肢体抽搐，无意识障碍。就诊于我院急诊，测血压为 164/95 mmHg，行头颅电子计算机断层扫描（CT）未见高密度影，诊断为“脑梗死”。患者发病时间在 3 小时溶栓时间窗内，未发现存在溶栓的绝对和相对禁忌证，静脉溶栓可能获益。向家属告知病情，家属同意静脉溶栓治疗，为给予静脉溶栓治疗收入我科。

【既往史】高脂血症病史 2 年，脂肪肝病史 2 年；吸烟 30 年，20 支 / 日，不饮酒；否认高血压、糖尿病及冠心病史。否认外伤、输血史。对青霉素过敏。

（二）体格检查

【提示】体格检查要注意了解患者的一般情况，更需注重神经系统专科检查，力求通过体征寻找患者出现意识障碍的病变定位（表 1-1-2）。

表 1-1-2 体格检查重点

- 1. 生命体征；神经科查体
- 2. 头外伤者行头眼耳鼻喉检查；视网膜变化（高血压性改变、胆固醇结晶、视乳头水肿、玻璃体下出血）
- 3. 颈部血管杂音
- 4. 心脏杂音、奔马律、心室功能障碍、肺动脉高压
- 5. 腹部血管杂音
- 6. 周围血管杂音、搏动性减弱，皮肤缺血性改变，淤点淤斑或远端栓塞的表现

【本例体格检查结果】左侧血压 153/94 mmHg，右侧血压 150/85 mmHg，呼吸 18 次 / 分，血氧饱和度 97%，心率 85 次 / 分，脉搏 85 次 / 分，双侧脉搏对称有力。双

肺听诊呼吸音清，未闻及干、湿啰音；心律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音；腹软，无压痛、无反跳痛及肌紧张。双下肢无水肿。神经系统查体：神清，轻度构音障碍，计算力、定向力、记忆力、理解力等高级皮质功能正常。双瞳等大等圆，直径 3 mm，双眼直接、间接对光反射灵敏，双侧眼球各向运动充分，无眼震，双侧咬肌对称有力，双侧额纹对称，右侧鼻唇沟稍浅，粗测听力正常，气导大于骨导，悬雍垂居中，双侧软腭上抬有力，咽反射灵敏，双侧转颈和耸肩对称有力，伸舌右偏。右侧肢体肌力 4+ 级，左侧肢体肌力正常，四肢肌张力正常，双侧腱反射正常存在。右侧指鼻试验欠稳准，余肢体共济运动稳准。双侧病理征未引出。右侧肢体痛觉减退，双侧肢体振动觉正常。颈软，脑膜刺激征阴性。颈部各血管听诊区未闻及杂音。美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分 6 分。

（三）辅助检查

1. 实验室检查

【实验室检查项目】（表 1-1-3）

表 1-1-3 实验室检查项目

1. 通过全血细胞计数查找卒中的潜在病因：红细胞压积 > 60%；白细胞 > 150000/mm ³ ；血小板 > 100 万 /mm ³ 或 < 20000/mm ³ ；镰状细胞贫血或其他血红蛋白病的证据
2. 红细胞沉降率（肿瘤、感染或血管炎时升高）
3. 血糖（高血糖可能会使急性期结局恶化，低血糖可能会引起局灶性神经功能改变）
4. 电解质
5. 血脂
6. PT、PTT、INR、纤维蛋白原等凝血功能检测
7. 抗心磷脂抗体
8. 神经梅毒者行快速血浆反应素试验
9. 如果可疑，行可卡因、苯丙胺尿检

注：① PT：凝血酶原时间；② PTT：部分凝血活酶时间；③ INR：国际标准化比值。

【本例实验室检查结果】血常规、尿常规、粪常规 + 隐血试验、凝血象、红细胞沉降率、C 反应蛋白、糖化血红蛋白、血同型半胱氨酸各指标正常；生化全套：三酰甘油 2 mmol/L 升高，低密度脂蛋白（LDL）2.78 mmol/L，余指标正常。

2. 影像学检查

【提示】所有怀疑卒中的患者均应行急诊头颅 CT 或磁共振成像（MRI）检查以明确是缺血性卒中还是出血性卒中。如果头颅 CT 未显示出血、肿瘤或局灶感染，病史不支持偏头痛、低血糖、脑炎或蛛网膜下腔出血，那么最可能是缺血性卒中。

【临床常用影像学检查方法分析】

（1）头颅 CT：头颅 CT 是最方便、快捷和常用的结构影像学检查手段，缺点是对早期缺血，脑干、小脑部分病灶和较小梗死灶分辨率差。急性期 CT 是鉴别脑出血和脑梗死的“金标准”。

1）平扫头颅 CT：脑梗死的超早期阶段（发病 6 小时内），CT 可以发现一些细微的改变：大脑中动脉高密度征（皮质边缘，尤其在岛叶外侧缘以及豆状核区灰白质分界不清楚）、脑回肿胀、脑沟变浅等，这些改变的出现提示梗死面积较大，预后较差。多数病例发病 24 小时后逐渐显示低密度的梗死灶，可表现均匀片状或楔形的明显低密度灶，面积较大梗死可继发脑水肿、占位效应和出血性梗死呈混杂密度。发病后 2～3 周为梗死吸收期，梗死灶水肿减轻和吞噬细胞浸润可导致梗死灶与周围正常脑组织呈等密度，CT 上难以分辨，称为“模糊效应”。

2）增强头颅 CT：可在梗死后 1～2 天出现增强，1～2 周最明显，可呈脑回样不均匀强化。

（2）头颅 MRI：MRI 与 CT 相比，能提供更好的大脑灰白质的对比度。诊断 72 小时以内的脑梗死以及评估后颅窝病变（脑干和小脑），MRI 比 CT 更敏感。但体内有起搏器或其他铁磁性金属者不能行 MRI 检查。

1）常规 MRI：常规 MRI（T1 加权、T2 加权、FLAIR）在发病数小时后，部分病例即可显示 T1 像上低信号，T2 和 FLAIR 像上高信号的区域。与平扫头颅 CT 相比，MRI 有助于识别急性小梗死灶、脑干、小脑梗死。

2）弥散加权成像（diffusion weighted imaging, DWI）：在症状出现数分钟内就可发现缺血灶并可早期确定部位、大小与时间，对早期发现小梗死灶较常规 MRI 更敏感。与灌注加权成像（perfusion weighted imaging, PWI）相结合，存在低灌注区而无与其相应大小的弥散异常的不匹配区，提示存在缺血半暗带，为超早期溶栓治疗提供了影像学的依据。

3）梯度回波序列（gradient echo pulse sequence, GRE）或磁敏感加权成像

(susceptibility-weighted imaging, SWI): 对原发或脑梗死继发的出血或微出血较为敏感。

(3) 磁共振血管成像 (MRA) 和 CT 血管成像 (CTA)

1) MRA: 基于 MR 成像时血液产生的“流空效应”而开发的一种磁共振成像技术, 它通过抑制背景信号将血管分离出来, 单独显示血管结构。优点: 方便省时、无放射损伤及无创性。缺点: 空间分辨率不及 CTA 和数字减影血管造影技术 (DSA)。信号变化复杂, 易产生伪影, 对细小血管显示差。主要用于大血管闭塞、颅内动脉瘤、脑血管畸形等的诊断。MR 静脉成像 (MRV) 可显示上矢状窦、直窦、横窦、乙状窦及脑大静脉狭窄或闭塞的部位和程度。

2) CTA: 指静脉注射含碘造影剂, 经计算机对图像进行后处理, 三维显示颅内外血管, 主要用于大血管闭塞、颅内动脉瘤、脑血管畸形等诊断。当存在涡流或复杂血流形态时, 相比 MRA, CTA 不易产生假象。

(4) 脑血管造影: 脑血管造影是应用含碘造影剂注入颈动脉或椎动脉内, 然后在动脉期、毛细血管期和静脉期分别摄片。DSA 是目前显示脑血管形态的“金标准”检查手段, 对于细小血管也能清晰显示。DSA 优点是血管影像清晰, 可三维显示血管, 能明确病变血管、侧支循环、引流静脉等。缺点是 DSA 为有创性检查, 需要动脉穿刺和注射造影剂。DSA 可用于明确颅内外动脉狭窄或闭塞、脑动脉瘤、脑血管畸形、静脉窦血栓等脑卒中的病因。

(5) 多普勒超声: 多普勒超声分为经颅多普勒超声检查 (TCD) 和颈动脉彩色多普勒超声。TCD 对颅内动脉最常用的检查部位是颞、枕和眶三个窗口: ①通过颞窗可检查大脑中动脉、大脑前动脉、颈内动脉末端和大脑后动脉; ②通过枕窗可检测椎动脉和基底动脉; ③通过眼窗能检测眼动脉和颈内动脉虹吸段。TCD 检查对脑血管的识别主要是根据探头位置、超声波角度、血流方向、频谱形态等。

TCD 可用于脑卒中病因或并发症的辅助诊断: ①颅内外血管狭窄或闭塞以及侧支循环评估; ②动静脉畸形或动静脉瘘供血动脉的判断; ③蛛网膜下腔出血 (SAH) 等疾病所致脑血管痉挛的判断; ④脑动脉中微栓子的监测; ⑤颈动脉内膜剥脱术或血管内介入治疗术中及术后的血流监测。颈动脉彩色多普勒超声一般采用 5 ~ 10 MHz 探头, 可用于双侧颈动脉、椎动脉的检测, 可观察血管壁的结构、血管内径、血流方向。临床常用于颈动脉狭窄或闭塞、锁骨下动脉盗血综合征等诊断。