

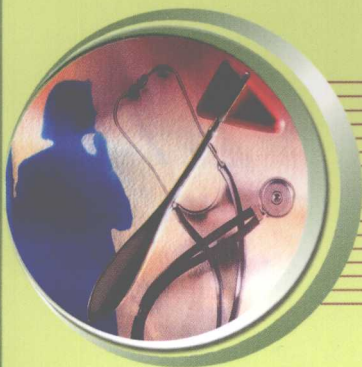
全国医学院校临床课程见习指导丛书

供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业
本科、高专、高职学生使用

总主编 何振华

神经病学见习指导

刘 锋 主编
张明亮 主审



 科学出版社
www.sciencep.com

全国医学院校临床课程见习指导丛书

(供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生使用)

神经病学见习指导

总主编 何振华

主 编 刘 锋

主 审 张明亮

编 委(按姓氏笔画排序)

刘 锋 周成芳 魏麓云

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书为基础、临床、五官、预防、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生见习必备指导书。

全书涵盖了神经系统疾病的常见症状、神经系统检查方法、病史采集、腰椎穿刺术及神经系统常见疾病等8个单元(32学时)见习指导及知识精要,还附有复习思考题。

本书提供了临床见习教学程序、教学内容,对规范临床见习教学有重要的指导意义,是一本携带方便、实用价值较高的见习指导书和带教老师参考书。同时,对低年资住院医师也有所帮助,也是国家执业医师应试的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

神经病学见习指导 / 刘锋主编. —北京:科学出版社,2007

(全国医学院校临床课程见习指导丛书)

ISBN 978-7-03-019634-7

I. 神… II. 刘 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 (2007) 第 125891 号

责任编辑:李 婷 李 君 / 责任校对:赵燕珍

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

*

2007年8月第 一 版 开本:787×960 1/32

2007年8月第一次印刷 印张:4 5/8

印数:1—5 000 字数:119 000

定价:12.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换<明辉>)

《全国医学院校临床课程见习指导丛书》

编写指导委员会

主任委员 文格波

副主任委员 吴移谋 涂玉林

委员名单(按姓氏笔画排序)

王 毅 文格波 文红艳 阳小华

杨 林 吴移谋 姜志胜 涂玉林

梁庆模 雷小勇

前 言

临床医学是一门理论性和实践性很强的科学。它需要掌握全面的、扎实的理论知识来指导临床实践,同时不断的实践中理解和掌握理论知识。神经病学是临床医学内科学的分支,它是实践性、经验性、累积性很强的学科,学习中应遵循理论—实践—再理论—再实践的原则,这对于临床医师是十分重要的。

为了帮助医学生系统掌握神经内科知识,提高学习效率,编者根据多年的临床教学心得,特别注意到临床见习阶段教师示范和指导的重要性,力求使学生在见习中把询问病史、体格检查、书写病历等所获得的资料进行归纳、综合、分析和判断,以加深对所学理论知识的理解,并使学生的临床思维得到启发与训练,为毕业实习打下良好的基础。

本书以每一种常见病为单元对其见习的要求、时数、准备和过程作了具体规范,同时对病史采集、体格检查作了重点提示。在此基础上编排的“知识精要”,则全面对疾病的临床特点、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗等进行简明扼要的综合,以帮助学生把握重点、理解难点、启发思维。本书既是临床医学生见习阶段的必备参考书,对低年资住院医师也有所帮助;同时,也是国家执业医师应试的参考书。

本书编写得到南华大学教务处、医学院、第二临床学院领导、教学科研部及各教研室的大力支持和帮助,谨致谢意。

由于学识有限和编写经验不足,书中缺点和错误难以避免,祈望广大读者批评指正。

何振华 张明亮

2006年12月于南华大学

目 录

前言

见习一	神经系统疾病的常见症状(1)	(1)
见习二	神经系统疾病的常见症状(2)	(16)
见习三	神经系统检查方法、病史采集、腰椎穿刺术	(28)
见习四(1)	三叉神经痛	(42)
见习四(2)	特发性面神经麻痹	(45)
见习四(3)	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(48)
见习四(4)	急性脊髓炎	(53)
见习四(5)	脊髓压迫症	(57)
见习五(1)	短暂性脑缺血发作(TIA)	(62)
见习五(2)	脑血栓形成	(66)
见习五(3)	脑栓塞	(73)
见习五(4)	脑出血	(77)
见习五(5)	蛛网膜下腔出血(SAH)	(83)
见习六(1)	单纯疱疹病毒性脑炎	(88)
见习六(2)	结核性脑膜炎	(92)
见习六(3)	新型隐球菌脑膜炎	(95)
见习六(4)	癫痫	(99)
见习七(1)	多发性硬化(MS)	(105)
见习七(2)	视神经脊髓炎	(110)
见习七(3)	帕金森病(PD)	(113)
见习七(4)	肝豆状核变性(WD)	(117)
见习七(5)	小舞蹈病	(119)
见习八(1)	偏头痛	(123)
见习八(2)	重症肌无力(MG)	(128)
见习八(3)	低钾型周期性瘫痪	(134)

见习一 神经系统疾病的常见症状(1)

【见习内容】

1. 意识水平障碍
2. 失语症
3. 视觉障碍
4. 眼球运动障碍
5. 面肌瘫痪
6. 听觉障碍与眩晕
7. 延髓麻痹
8. 晕厥及癫痫发作

【见习时数】 4 学时。

【见习准备】

1. 典型患者 2~3 人。
2. 典型头部电子计算机体层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)、CT 血管造影(CTA)、脑电图(EEG)等检查结果各 1 份/小组。

【见习过程】

1. 教师讲授病史采集、体格检查要点,学生分组进病房采集病史,并做体格检查。
2. 学生回示教室汇报病历摘要、阳性体征,提出必要的辅助检查并说明其目的;教师展示典型头部 CT、MRI、CTA、EEG 等。
3. 学生归纳临床特点,作出完整的诊断,并说明诊断依据。
4. 结合患者的具体实际,教师以提问的方式小结。

一、意识水平障碍

【病史采集要点】

1. 现病史
 - (1) 发病情况:缓慢或急骤,还是发作性出现意识障碍。
 - (2) 发病的原因或诱因是什么。
 - (3) 主要症状:头痛、呕吐、发热、精神症状如谵妄等。

(4) 伴随症状:肢体的无力、麻木、大小便失禁、严重腹泻、黑粪、脱水等。

(5) 病情演变:何时开始出现生命体征的变化。

(6) 诊疗情况:在何处就诊过,做过何种检查,用何药物及疗效如何。

(7) 一般情况:精神、体力、饮食、大小便如何,体重有何变化。

2. 其他相关病史

(1) 药物过敏史。

(2) 中毒史。

(3) 脑外伤史。

(4) 其他疾病:如肝硬化、尿毒症、肺性脑病等。

【体查要点】

1. 意识水平障碍的分级 嗜睡、昏睡、昏迷(浅昏迷、中昏迷、深昏迷)

2. 生命体征的观察

(1) 瞳孔:大小、对光反射、眼球的运动。

(2) 血压。

(3) 体温:中枢性发热还是其他原因引起发热。

(4) 呼吸:中枢性呼吸障碍还是其他原因引起的呼吸障碍。

(5) 脉搏。

(6) 生命体征的变化与意识障碍的关系。

3. 神经系统的定位体征的检查

(1) 颅神经检查:观察压眶反应时,同时注意观察口角歪向哪一侧,瞳孔的大小如何。

(2) 肢体落鞭征。

(3) 肢体对痛刺激的反应。

(4) 病理反射。

4. 全身体格检查

(1) 肺部情况。

(2) 心脏情况。

(3) 泌尿系统的情况。

(4) 消化系统的情况。

(5) 其他。

【辅助检查】

1. 头部 CT、CTA、MRI、EEG 等

(1) 头部 CT 和 MRI 有中线结构移位,鞍上池的五角星或六角星的某一个角缺如则是脑疝早期的 CT、MRI 的表现,见于肿瘤、脑出血、脑外伤等。

(2) 头部 CT 致密征提示大脑中动脉主干梗死,有引起脑疝的可能。

(3) EEG 有广泛中度至重度异常,则提示脑炎的可能。

2. 生化全套

(1) 注意水电解质、酸碱平衡紊乱、肝肾功能的变化。

(2) 注意心肌酶谱的变化。

3. 心电图 注意是否有心律失常、心肌梗死的表现。

4. 其他相关检查 如血常规、尿常规、粪常规、肺部 X 线摄影等。

【知识精要】

1. 意识水平障碍的特点

(1) 与病因有关。

(2) 与发病的急慢有关。

(3) 与颅内的三大代偿机制有关。

(4) 有脑疝不一定有意识水平障碍,如脊髓空洞征合并慢性延髓枕骨大孔疝。

2. 辅助检查 头部 CT、MRI、CTA、EEG、生化全套、心电图等。

3. 诊断

(1) 嗜睡:意识水平障碍的早期表现,处于睡眠状态,唤醒后定向力基本完整,但注意力不集中,如不继续对答,又进入睡眠。见于颅高压患者。

(2) 昏睡状态:处于较深睡眠状态,较重的疼痛或言语刺激方可唤醒,作简单模糊的回答,旋即熟睡。

(3) 昏迷:意识水平丧失,对言语刺激无应答反应;可分为

浅、中、深昏迷。

1) 浅昏迷:对疼痛刺激有反应,可有无意识自发动作,腱反射存在,瞳孔对光反射存在,无生命体征的变化。

2) 中昏迷:肢体对重刺激有反应,很少有无意识自发动作,腱反射减弱或消失,瞳孔对光反射迟钝,生命体征有轻度变化。

3) 深昏迷:对疼痛刺激无反应,没有无意识自发动作,腱反射消失,瞳孔对光反射消失,生命体征有明显的变化。

4. 鉴别诊断

(1) 意识内容障碍鉴别:无意识水平障碍,但是有定向力、记忆力、计算力、理解判断力、智能等障碍,出现幻觉、错觉、感知综合障碍以及失用症等。

(2) 闭锁综合征:患者四肢瘫痪、不能言语、不能吞咽、大小便失禁,但能用眼球运动或眨眼表达意识。

(3) 癔病性意识障碍:有精神刺激因素,双眼紧闭、不言语、四肢不动,神经系统检查正常,生命体征无变化,头部 CT、MRI、EEG 无异常。

(4) 诈病:为了逃避司法的惩罚或其他原因。当事人出现双目紧闭,用手扳开上眼睑时,尤其明显。不语、四肢不动。有咳嗽反射、吞咽动作,其他神经系统检查和全身体格检查均正常。实验室检查正常。

5. 治疗

(1) 针对病因治疗。

(2) 有颅高压者用 20% 的甘露醇 125 ~ 250ml 静脉滴注,每 6 ~ 8 小时一次。

(3) 注意水、电解质平衡和肝肾功能变化。

二、失语症

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 起病时情况:急性或发作性,是否伴随有意识水平障碍。

(2) 主要的症状:是否出现自发谈话、听理解、复述、阅读、命名、书写障碍。

(3) 其他伴随的症状:高热、肢体无力、剧烈头痛、头昏等。

2. 其他相关病史

(1) 高血压、高脂血症、糖尿病史:包括患病多少年、怎样治疗等。

(2) 心脏病史:如风心病、冠心病、心律失常等。

(3) 脑外伤史。

(4) 既往是否有饮酒、抽烟史、性病史等。

【体检要点】

全面检查患者言语功能:听、说、读、写。必须是患者意识清楚、智能和精神状态正常的情况下进行。

1. 患者是否能听懂并执行医生给出的命令

(1) 患者能听懂并能部分执行医生的命令,但是说不出或只能说单个词。

(2) 患者听不懂医生的话,医生也听不懂患者说的话。

2. 检查患者的复述功能。

3. 检查患者的书写功能。

4. 检查患者的命名功能。

5. 是否合并有偏瘫、偏身感觉障碍、视野缺损、失用症等。

【辅助检查】

1. 头部 CT、MRI、CTA、EEG 等

(1) 头部 CT 结果提示大脑外侧裂周围脑组织出现低密度或高密度的病灶。

(2) 头部 MRI 在相同区域出现信号异常。

2. 脑电图出现广泛中度至重度的异常。

3. 生化全套 肝肾功能、心肌酶谱、电解质异常等。

【知识精要】

1. 失语症的特点

(1) 失语症是由于大脑外侧裂周围脑组织或分水岭区病变所致。表现听、说、读、写障碍。可以单独出现,也可以合并出现。

(2) 患者没有意识障碍、精神障碍和严重智能障碍的前提下,亦无口、咽、喉等发音器官肌肉瘫痪及共济失调障碍。却听

不懂、说不出、读不出、书写障碍。

2. 辅助检查 头部 CT、MRI、CTA、EEG、心电图、生化全套等。

3. 诊断

(1) Broca 失语症:能听懂医生的命令并正确执行,但是说不出或只能说单个的词语。

(2) Wernicke 失语症:患者讲话医生听不懂,医生讲话患者听不懂。

(3) 传导性失语:复述不成比例的受损。患者口语清晰,能自发讲出语义完整、语法结构正常的句子,且听理解正常。但是,出现错语复述,伴不同程度的书写障碍。

(4) 命名性失语症:说不出物体的名称,但是能说出物体的用途。

(5) 完全性失语:又称混合性失语,所有的语言功能均有明显的障碍。

(6) 其他失语症:如皮质下失语症。

(7) 导致失语症的原因常见于短暂性脑缺血发作(TIA)、脑梗死、脑出血、脑外伤、脑肿瘤等。

4. 鉴别诊断

(1) 构音障碍:口、咽、喉等发音器官肌肉瘫痪及共济失调障碍,是一种纯言语障碍,即口语的语音障碍,如喉音、齿音、鼻音、舌音等障碍。见于小脑共济失调、后组颅神经麻痹、重症肌无力等。

(2) 失音症:见于癔病,有明显精神刺激因素,患者神志清楚、无肢体瘫痪。但是不讲话,或想讲话,又做出不能讲话的表现,有戏剧色彩。暗示性强。

三、视觉障碍

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 发病情况:急性或发作性,还是慢性起病进行性加重。

(2) 主要症状:一侧还是双侧视力下降,或先一侧然后波及另一侧视力障碍。是否有复视或只能看到物体的某部分。

(3) 伴随症状:是否有发热、头痛、头昏、呕吐、走路不稳、持物不准、讲话不清、四肢无力等。

2. 其他相关病史

(1) 高血压、糖尿病史。

(2) 青光眼、白内障及其他眼科疾病史。

(3) 眼部外伤史。

(4) 中毒史,如是否喝假酒等。

【体查要点】

1. 粗测视力 如是否有光感,能看清几个手指等。

2. 粗测视野 遮住患者一眼,另一眼直视正前方,检查者拿一物体从眼睛外侧向内缓慢移动,并询问患者是否能看到该物体。

3. 眼底检查 视盘水肿或苍白、视网膜中央动脉栓塞等。

4. 神经系统检查 有无其他颅神经损害、偏瘫、截瘫等。

【辅助检查】

1. 视觉诱发电位 P100 潜伏期延长、波幅降低或消失。

2. 在视觉通路上,头部 CT、MRI 的异常病灶。

3. 眼底检查 提示视网膜中央动脉的病变。

4. 糖尿病的生化结果。

【知识精要】

1. 视觉障碍的特点

(1) 发病方式:急性、发作性、慢性进行性加重等。

(2) 起病情况:单眼视力下降或双眼视力同时下降,或先一侧眼睛视力下降,然后波及另一眼。

(3) 伴随有头痛、头昏、呕吐,其他颅神经麻痹、肢体瘫痪等。

(4) 在视觉通路上头部 CT、MRI 有异常病灶。

(5) 视觉诱发电位 P100 提示视神经通路受损。

(6) 眼底视神经盘水肿或苍白。

(7) 常见于视神经脊髓炎、多发性梗死(MS)、TIA、脑肿瘤、脑出血、脑外伤等神经系统疾病。

2. 辅助检查

- (1) 视力表测定。
- (2) 视野测定:全盲、偏盲、同向性偏盲、象限盲、皮层盲等。
- (3) 颅外颈动脉 B 超检查。
- (4) 视觉诱发电位。
- (5) 头部 CT、MRI、CTA、EEG 等。
- (6) 眼底检查。

3. 诊断

- (1) 突发或进行性视力下降、视野缺损。
- (2) 合并有其他颅神经损害、肢体偏瘫或截瘫。
- (3) 头颅 CT、MRI 有异常病灶。
- (4) 视觉诱发电位 P100 潜伏期延长等。
- (5) 眼底视神经盘水肿或苍白。

4. 鉴别诊断

(1) 眼底病变:如视神经盘炎、球后视神经炎、视网膜脱离等。突发视力下降,眼球转动时疼痛。

(2) 青光眼:患侧眼球有突出感,伴眼球发胀、流眼泪、剧烈头痛。严重者失明。

(3) 虹膜炎:可以引起瞳孔大小的改变,视力的下降。

(4) 三叉神经眼支痛:不会出现视力下降,但有眶上切迹压痛、前额痛。

四、眼球运动障碍

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 眼球运动障碍是呈急性、阵发性或慢性进行加重。

(2) 伴随症状:头痛、头昏、呕吐、发热、肢体无力、口角歪斜、走路不稳等。

(3) 单眼还是双眼同时出现运动障碍,或一侧眼球运动障碍,然后影响到另一侧。

2. 其他相关病史

- (1) 糖尿病史。
- (2) 药物中毒史:如卡马西平。

(3) 重度近视。

(4) 眼球外伤。

(5) 脑外伤。

【体查要点】

1. 检查眼球运动的方向 明确眼球运动方向的障碍。

2. 检查双眼运动障碍 水平协调运动障碍、垂直运动障碍和会聚调节运动障碍。

3. 眼球震颤 水平性、垂直性、旋转性。

4. 是否合并其他颅神经障碍和偏瘫、感觉障碍、病理征、共济失调等。

【辅助检查】

1. 头部 CT、MRI 显示异常信号。

2. EEG 中至重度异常。

3. 脑脊液 (CSF) 检查 颅内压升高,外观浑浊或血性、细胞数和蛋白增高、糖和氯化物低等,或有其他改变。

4. 周围血象白细胞总数增高或正常。

【知识精要】

1. 眼球运动障碍特点

(1) 眼球运动障碍的方向:如单眼外展不能,见于周围性眼肌麻痹、核性眼肌麻痹等。

(2) 眼球协调运动障碍:如一眼外展,另一眼不能内收、会聚调节正常;双眼凝视病灶侧等。见于核间性眼肌麻痹、中枢性眼肌麻痹等。

(3) 眼球震颤:向一侧水平注视时,双眼出现震颤;或双眼向上、向下注视时出现眼球震颤等。

2. 辅助检查

(1) 头部 CT、MRI。

(2) EEG。

(3) 腰穿及脑脊液检查。

(4) 其他如血常规、生化全套等。

3. 诊断

(1) 根据神经系统检查的结果,即眼球运动障碍的方向、协

调运动障碍、眼球震颤。

(2) 合并其他颅神经损害和神经系统定位体征。

(3) 头部 CT、MRI、EEG、脑脊液检查结果

4. 鉴别诊断

(1) 糖尿病: 常常引起颅神经损害, 最常见是动眼神经麻痹, 其次是面神经。

(2) 重度近视: 可以引起眼球震颤。

(3) 眼球外伤: 可以引起眼球运动的方向, 如外展神经受伤。

(4) 脑外伤: 损害动眼神经、滑车神经和外展神经核或神经束。

五、面肌瘫痪

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 发病时是急性或慢性发病进行性加重。

(2) 是否有发热、头痛、头昏、呕吐、耳鸣、耳聋、耳郭皮肤疱疹等。

(3) 伴随其他颅神经麻痹、偏瘫及感觉障碍、走路不稳等。

2. 其他相关病史

(1) 中耳炎史。

(2) 糖尿病史。

(3) 腮腺炎史。

(4) 脑梗死、脑出血、脑肿瘤等。

【体查要点】

1. 周围性面神经瘫痪的体征。

2. 中枢性面神经瘫痪的体征。

3. 腮腺是否有肿胀。

4. 中耳是否有流脓。

【辅助检查】

1. 头部 CT、MRI 桥脑小脑角或脑桥有异常病灶。

2. 面肌肌电图(EMG)提示面神经受损。

3. 听觉诱发电位提示听神经通路受损。

4. 血常规白细胞总数升高,中性粒细胞增高。

【知识精要】

1. 面肌瘫痪的特点

(1) 周围性面神经瘫痪:病灶侧额纹消失、上眼睑不能闭合、鼻唇沟变浅、口角歪向健侧,患侧鼓腮不能,不能吹口哨,流眼泪,食物滞留患侧面颊内。下颌角后部有压痛。部分患者可能合并对侧肢体瘫痪、感觉障碍或其他颅神经障碍等。

(2) 中枢性面神经瘫痪:双侧额纹对称,双眼能闭合。眼裂以下面瘫。部分患者合并偏瘫、偏身感觉障碍等。

2. 辅助检查

(1) 头部 CT、MRI。

(2) 面部 EMG、听觉诱发电位。

(3) 血常规、生化全套等。

3. 诊断

(1) 周围性面神经瘫痪:病灶侧额纹消失,眼裂增大、不能闭合,口角歪向健侧。

(2) 中枢性面神经瘫痪:眼裂以下面瘫。

4. 鉴别诊断

(1) 周围性与中枢性面神经瘫痪:根据眼裂和额纹是否受到损害鉴别。

(2) 脑桥小脑角病变:除了周围性面神经瘫痪外,伴有其他颅神经损害和小脑症状、体征。

(3) 化脓性中耳炎:周围性面神经瘫痪,舌前 2/3 的味觉丧失,发热、白细胞总数升高。

(4) 要注意髓内和髓外的鉴别:髓内即脑桥内的病变,可以是单独周围性面瘫或多颅神经损害,合并交叉性瘫痪;也可以是中枢性面神经瘫痪合并偏瘫。

六、听觉障碍与眩晕

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 发病时的情况:听力障碍是急性或慢性发病进行性加