

神经内科急症

神 经 内 科 急 症

栗秀初 主编

编 著 者

于清汉 吴保仁 游国雄 施有昆 冯幼启 黄远桂
吴声伶 林文棠 史誉吾 钱蕴秋 王尔贵

神经内科急症

栗秀初 主编

陕西人民出版社出版

陕西省新华书店发行 陕西省印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张13 插页1 字数280,000

1979年5月第1版 1979年5月第1次印刷

印数 1—65,000

统一书号: 14094·39 定价: 1.10元

目 录

第一篇 诊断技术	(1)
第一章 病史采取.....	(1)
第二章 神经系统检查法	(3)
第一节 有关的一般体检.....	(4)
第二节 神经系统常规检查.....	(8)
第三节 失语症和精神状态的检查.....	(30)
第三章 腰椎、小脑延髓池和前囟穿刺术及脑脊液检查.....	(34)
第一节 腰椎穿刺术.....	(34)
第二节 小脑延髓池穿刺术.....	(39)
第三节 前囟穿刺术.....	(42)
第四节 脑脊液检查.....	(44)
第四章 颅脑超声检查.....	(56)
第五章 脑血管造影术.....	(69)
第二篇 急救技术	(81)
第六章 人工呼吸和心脏复苏术.....	(81)
第一节 气管内插管术.....	(81)
第二节 人工呼吸.....	(89)
第三节 胸外心脏挤压法心脏复苏术.....	(95)
第七章 气管切开术.....	(97)

第八章 紧急脑室穿刺和持续引流术·····	(110)
第一节 紧急脑室穿刺术·····	(110)
第二节 侧脑室持续引流术·····	(114)
 第三篇 常见症状·····	(117)
第九章 昏迷·····	(117)
第十章 晕厥·····	(129)
第十一章 眩晕·····	(137)
第十二章 癫痫·····	(142)
第十三章 急性头痛·····	(158)
第十四章 高颅内压和低颅内压综合症·····	(170)
第一节 <u>高颅内压综合症</u> ·····	(170)
第二节 低颅内压综合症·····	(188)
 第四篇 常见疾病·····	(192)
第十五章 面神经炎·····	(192)
第十六章 三叉神经痛·····	(198)
第十七章 舌咽神经痛·····	(205)
第十八章 肋间神经痛·····	(210)
第十九章 坐骨神经痛·····	(212)
第二十章 红斑性肢痛·····	(221)
第二十一章 灼性神经痛·····	(225)
第二十二章 急性感染性多发性神经炎·····	(228)
第二十三章 麻痹性臂丛神经炎·····	(235)
第二十四章 脊髓灰质炎·····	(238)
第二十五章 急性脊髓炎·····	(244)

第二十六章	脊髓受压症	(251)
第二十七章	脊髓血管病	(257)
第一节	脊髓蛛网膜下腔出血	(258)
第二节	脊髓出血	(259)
第三节	前脊髓动脉血栓形状	(261)
第二十八章	脑膜炎	(263)
第一节	化脓性脑膜炎	(263)
第二节	非化脓性脑膜炎	(288)
第二十九章	流行性乙型脑炎	(301)
✓ 第三十章	脑血管病	(310)
第一节	脑出血	(311)
第二节	脑蛛网膜下腔出血	(326)
第三节	脑血栓形成	(332)
第四节	脑栓塞	(351)
第五节	短暂性脑供血不足	(354)
第六节	高血压性脑病	(357)
第三十一章	小舞蹈病	(361)
第三十二章	感染中毒性脑病	(365)
第三十三章	重症肌无力危象	(368)
第三十四章	周期性麻痹	(374)
第三十五章	多发性肌炎与皮肌炎	(382)
第三十六章	手足搐搦症	(386)
第三十七章	腓肠肌痛性痉挛	(391)
第三十八章	反射性神经障碍	(393)
第三十九章	不安腿	(397)
第四十章	瘰疬	(399)

附录.....	(404)
甲、神经内科急症常用正常值.....	(404)
乙、神经内科急症常用静脉滴注药物化学性配伍变化表	
后记.....	(407)

第一篇 诊断技术

第一章 病史采取

神经内科急症的病史是诊断上不可缺少的资料，对某些疾病尤其显得重要。因为它不但可以为疾病的性质（定性诊断）提供重要的线索和依据，同时还可提示病变的部位（定位诊断）。前者如血管病多系突然发病，炎症常为急性或亚急性发病，肿瘤和变性疾病则多缓慢发生和逐渐加重；后者如一侧颜面部部位的发作性抽搐，常表明是由于对侧大脑皮质中央前回下方的病变所致等。此外，有些疾病的诊断几乎是完全依据病史得出的，如常见的癫痫大发作在就诊时多数发作已经过去，诊断主要是根据病员或旁人对当时症状的叙述而作出的；又如偏头痛即使在发作时来诊，阳性体征也不太多，且仅凭可能看到的某些体征如不结合病史也是无法诊断的。故在急诊中应十分重视病史采取。

病史采取的方法和一般内科相同，主要是耐心听取病员或第三者的叙述，争取在短时间内尽快地弄清就诊的主要症状和表现，及其发生的原因和诱因、环境和条件、时间和病程，进展情况和治疗经过以及疗效等。对有关的既往史如心

血管疾病、颅脑外伤、寄生虫病、感染以及有无类似疾病或类似发作史等，均应加以了解。有的疾病如癫痫、偏头痛、周期性麻痹等，尚需了解家族史。对小儿病员尚需了解生产经过以及生长发育情况。病员所带其它单位的医疗材料，如病历、诊断证明、检验报告等均应仔细参考。

病员或陪送人员的叙述有时由于记忆不清、认识不足和过于紧张等因，对一些重要情节常有遗漏；有时由于病情危重，时间不允许；有时由于病员痛苦较大，较难接受长时间的询问，因此采取病史时必须善于抓住重点，深入主动地进行问诊，以便尽快地和如实地弄清对诊断最重要的情节。这在急诊情况下尤其必要。现就有关在问诊中应该注意的几个方面叙述如下：

一、对主诉的主要症状的性质必须明确无误。如病员叙述的“头昏”，要弄清是头昏还是眩晕。又如对“昏迷”的叙述，要弄清确系意识丧失，还是意识朦胧，或仅系严重的头昏或眩晕所引起的卧床不起……等等。否则从主诉一开始就可能使诊断陷入歧途。

二、对与主诉及主要症状有关的诊断和鉴别诊断方面的资料不能遗漏或含混。例如“抽风”，必须肯定肢体抽搐的形式，确实的抽搐持续时间，意识是否确实丧失，发作时有无外伤、小便失禁或哭泣、呼号等。这些资料的遗漏或欠确实常易造成误诊。如将癫痫大发作以后的昏睡时间和清醒过程中的躁动表现误认为抽搐时间和功能性表现，就极易误诊为癔症。

三、要慎重衡量病史材料的可靠性。在问诊中，有时由于医生的提问用语的暗示性，或陪送者的代述代答，可使病员对本不存在的症状予以肯定；有的病员因重病不适，或因

意识和智力障碍而随口回答，也有的病员对某些病情不愿如实作答（如癔症病员常否认精神因素），有时因病史系由陪送人员代述，可能夹有一定的猜测和主观成分等。这一切都应在问诊时或查体后，根据可疑之处或有矛盾之处，反复加以澄清和核实。

四、对危重病员，如已出现呼吸或循环衰竭、癫痫连续发作或脑疝形成等危急情况时，应首先或在迅速重点查体的同时进行对症抢救措施，等病情稍稳定后再向陪送者了解病史，以免延误抢救时机。

关于病史的记录，应在充分掌握病史和进行初步查体后，对疾病的诊断已比较明确，或对诊断的方向及有关鉴别诊断方面已有了一定程度的考虑之后，立即进行整理，并系统而有重点、简明而又精确地加以记录。

有关阳性体征及腰椎穿刺等资料不能遗漏，而应如实地及时记载。对危重病员的生命体征（呼吸、血压、脉搏、体温等）及瞳孔变化更应如此，以利病情观察和对诊断治疗方面的进一步考虑。

（游国雄）

第二章 神经系统检查法

神经内科急症病员的临床体征，须经神经系统检查才能获得，故神经系统检查是为了判定神经系统有无损害及损害的部位和程度，即主要解决病变的“定位诊断”问题。但神

神经系统病变并不是孤立的，常常同时影响躯体其它部分或伴有其它躯体疾病，或受其它疾病的影响，因而可同时发生其它躯体症状或/和精神症状，所以还需作一般体格检查，必要时还需作简要的精神检查。本章仅对神经系统疾病急症时的一些神经系统检查方法及其主要临床意义作一介绍，同时也对有关的一般体检及精神状态的检查作一简介。

在一般情况下神经系统检查，应按照一定次序进行。通常先由颅神经开始，然后查上、下肢的运动及反射，最后查感觉，并应和一般体检结合进行。如颅神经的检查应和头颈部的一般体检结合进行；上肢的运动、反射和感觉的检查，可在胸部一般体检完毕后进行等，以尽量减少病员不必要的翻动，这对危重病员尤为重要，且应根据具体病情重点进行。

第一节 有关的一般体检

一、意识状态

意识障碍的产生是由于大脑皮质或/和脑干网状结构受损，大脑皮质处于不同程度的急性弥散性抑制过程，皮质下功能或由于失去皮质的正常抑制而释放，或因皮质抑制过程的扩散（或谓失去了皮质正常的促进作用）也受到了抑制。根据其严重程度的不同，意识障碍可分为以下数种：

（一）嗜睡 病员常处于睡眠中，给以轻微刺激即可完全清醒，但刺激一去即又入睡。

（二）朦胧 表情迷茫，理解、记忆和对人物、时间、地点的识别能力均有障碍，故反应迟钝，应答常有错误。恢复后对病中经过的回忆片断模糊，犹如梦境。表明言语和精神

活动等高级神经活动开始受到抑制。

(三) 混浊 精神活动极度迟钝，应答简单甚至完全不能，对外界环境逐渐完全不能感知，故愈后不能回忆病中经过。这表明皮质功能逐渐完全受到抑制，皮质下功能仍完整并有释放，故各种无条件反射如疼痛反应、瞳孔对光反应、角膜反射、吞咽反射等均存在，吸吮和噁嘴等幼儿期反射可呈阳性（即触碰嘴唇可引起吸吮或噁嘴动作），肌张力和腱反射往往增高或时高时低，常有躁动不安及幼儿样表情等。

(四) 昏迷 意识丧失，皮质下功能也受到不同程度的抑制，病理反射常呈阳性。浅昏迷时对剧痛刺激如重压眶上神经出孔处尚有反应，角膜反射和瞳孔对光反射迟钝。深昏迷则对剧痛刺激亦无反应，所有深、浅反射及病理反射均消失，瞳孔散大，眼球固定，四肢松软。

(五) 去皮质综合症（无皮质状态） 为一种特殊类型的意识障碍状态。如有些重症昏迷病员，特别是由于重度缺氧、颅脑外伤、中毒性脑病、脑炎和癫痫连续状态等引起者，在恢复过程中，皮质下中枢功能已开始恢复，但皮质功能仍处于抑制状态中，称为去皮质综合症。临床表现为双眼已能睁开，并能无意识的环视周围景物，各种无条件反射（如吞咽、咳嗽、排便）已恢复，对疼痛刺激能引起躲避或啼哭，示以物体或呼唤其名字时能转头侧视，但对周围的人和物以及言语等仍不能理解，亦无自发言语。部分病员在完全清醒后可遗有不同程度的痴呆和某些神经系统体征。

二、生命体征

在各种颅脑及高颈段脊髓重症病变中，常有明显改变。

(一) 呼吸 呼吸节律不整，如潮式呼吸、叹息样双吸气呼吸或呼吸暂停等，为昏迷末期或脑干受损时中枢性呼吸衰竭的一种表现。呼吸深而慢同时脉缓而有力和血压增高者，为颅内压增高的表现。呼吸无力或不能，见于颈髓病变和急性感染性多发性神经炎等引起的膈神经和肋间神经麻痹，或重症肌无力危象和多发性肌炎等所引起的呼吸肌本身的麻痹。此外，呼吸困难亦可由呼吸道梗阻所致，如粘痰的坠积（常续发于呼吸无力或/和声带麻痹）、呕吐物的阻塞、深昏迷时的舌后坠等。继发性肺水肿、肺部的严重感染或肺不张等，亦为神经系统疾病中引起呼吸困难的常见原因。

(二) 脉搏 脉缓有力常见于颅内压力增高，脉速常由于继发感染、脑疝前期、脑室或脑干出血、癫痫发作、早期呼吸困难、缺氧、或因并发中毒性休克和心力衰竭等引起的周围循环衰竭所致。

(三) 血压 血压增高除病前原有高血压或颅内压增高所致者外，尚应考虑为脑疝前期的一种表现。血压下降则多为周围循环衰竭、严重的酸中毒、脑干或丘脑下部受损和终末期的表现。高血压动脉硬化性脑出血病员在突然胃出血或再次脑出血之时，或在冬眠灵等神经节阻滞剂注射后，可有急骤的血压下降。

(四) 体温 体温升高常为继发性感染、躁动或抽搐所引起。丘脑下部或脑干受损因影响体温调节中枢功能而引起中枢性高热，其临床特点为持续高热而无寒战，四肢不热，不出汗。严重的高颈段病变，常因躯干和四肢汗腺分泌和散热功能受到损害而出现高热。体温下降或不升，为衰竭、丘

脑下部等严重病变或临终的表现。

三、头部、颈部和脊柱

(一) 头部

视诊 注意头颅的大小、形状、有无包块和强迫头位等。并发颅脑外伤的病员应观察创伤的程度、位置、范围以及有无出血、血肿、骨折、异物、污染、感染和脑脊液漏等。疑为脑脓肿时应注意中耳、乳突有无炎症。

触诊 有无压痛、包块、骨质缺损。在儿童尚须注意有无颅缝分离，囟门张力的高低及闭合的情况等。

叩诊 有无局部叩击痛。儿童颅内压增高时，叩诊常有破罐声。

听诊 疑有颅内动脉瘤或动静脉瘘时，应在眼球、乳突和颞枕部进行听诊，注意有无血管杂音。

(二) 颈部 注意有无颈项强直及淋巴结肿大发硬，后者对鼻咽腔癌肿及其他神经系统转移瘤的确诊有重大价值。疑为颈动脉或椎动脉供血不足的病员，应行颈部血管的触诊、听诊，必要时可谨慎地进行颈动脉压迫试验，或转头、仰头试验。（见第135页）

(三) 脊柱 注意有无畸形、压痛、叩击痛、屈度异常及运动受限，椎旁有无包块，以及局部软组织有无红肿等。

(四) 其他 如癫痫病员应注意有无皮下结节和颜面血管痣等，以排除脑囊虫病或脑内血管畸形。儿童尚应注意体格、智力和言语的发育有无异常，等等。对危重病员尚应注意有无角弓反张及去大脑性强直等强迫体位。（详见第12页）

第二节 神经系统常规检查

一、运动系统

临床解剖

人体的随意运动是在大脑皮质的主导下，经过上、下两级运动神经元，并在前庭小脑系统和锥体外系的密切配合下完成的（图1）。

（一）上运动神经元 神经细胞位于大脑皮质中央前回，传出的神经纤维称为锥体束，经内囊到达脑干颅神经的运动核（皮质脑干束）及脊髓前角细胞（皮质脊髓束），将皮质的神经冲动传至下运动神经元，并对其功能加以适当的抑制和调节。皮质脊髓束主要是支配对侧的脊髓前角细胞。皮质脑干束大都支配双侧的颅神经运动核，但面神经核的下组核及支配舌颏肌部分的舌下神经核则仅接受对侧皮质脑干束的支配。

（二）下运动神经元 神经细胞位于颅神经运动核和脊髓前角处，其传出纤维构成颅神经和脊神经中的运动纤维，支配肌肉运动，维持肌肉的正常紧张度（肌张力）和腱反射，并传送神经对肌肉的营养冲动。

（三）前庭、小脑系统 主要是维持躯体的平衡，并保证随意运动的力量、幅度、速度和方向上的协调一致，使动作准确流利。

（四）锥体外系 主要结构为底节、红核等。系原始的运动中枢，调节肌张力。损害后可出现各种不自主动作和肌张力方面的异常。

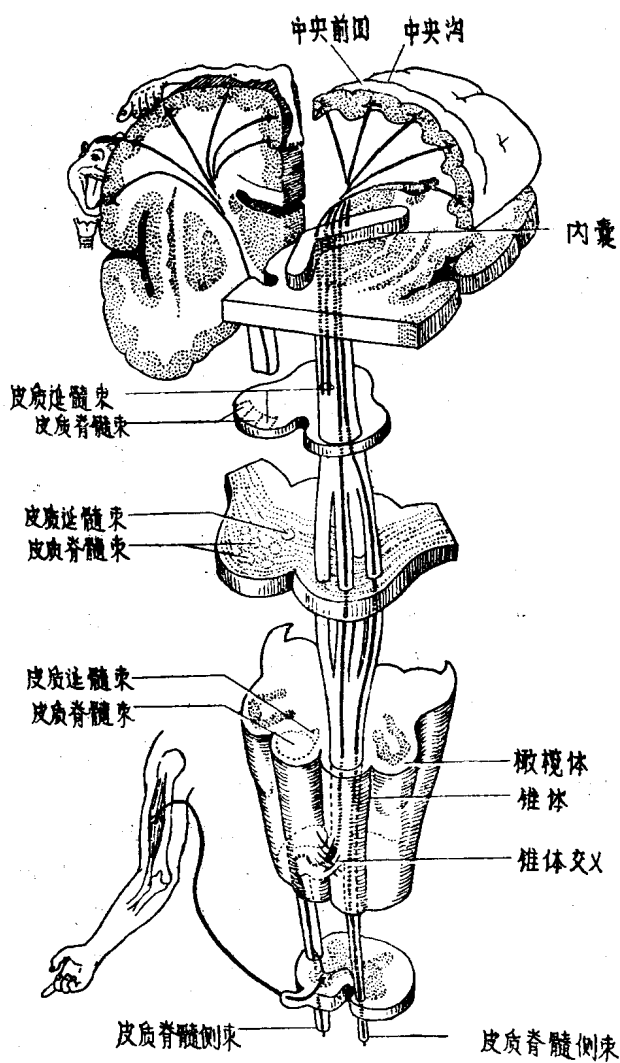


图1 上、下运动神经元

检查方法和症状表现

(一) 随意运动和肌力

嘱病员活动肢体，观察有无受限，再依次检查各关节对抗外界阻力的力量。对昏迷病员的检查可采取下述方法：病员仰卧，可见瘫侧下肢外旋；将下肢屈膝立于床面，松手后瘫侧迅速外倒；如病员躁动或给以疼痛刺激时，瘫肢活动减少或不能；如同时提起病员两臂再突然放下时，瘫肢下落有如无生命之物体，既快且重。

肌力障碍按其严重程度可分为全瘫（肢体完全不能活动或仅有肌肉收缩）、不全瘫（能在床面移动或稍抬离床面）及轻瘫（活动自如，但力弱）三种。亦有将肌力分为6级者：“0”级为完全性瘫痪，“1”级为仅见肌肉收缩却无肢体运动，“2”级为肢体在顺地心引力方向可作主动运动，“3”级为能作抗地心引力方向的主动运动，“4”级为能作抵抗外加某些阻力的主动动作，“5”级为正常肌力。按瘫痪的发生部位可分为单瘫（一肢瘫痪）、偏瘫（一侧上、下肢瘫痪）、截瘫（两下肢瘫痪）和四肢瘫等。瘫痪的原因和性质，应首先排除由于疼痛或关节、腱鞘病变等引起的肢体活动受限，以后再作下列鉴别：

1. 下运动神经元性瘫痪 肌张力降低（软瘫、弛缓性瘫），腱反射降低或消失（少数末梢神经炎的早期可有亢进），无病理反射，病程稍久即有肌肉萎缩，前角、前根病变时尚有肌纤维震颤。见于脊髓前角灰质炎、神经根炎、急性感染性多发性神经炎以及末梢神经炎等。

2. 上运动神经元性瘫痪 肌张力增高（硬瘫、痉挛性瘫），腱反射亢进（但肌张力和腱反射在急性期或中央前回