

姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊 总主编



临床病案分析丛书

神经内科疾病

病案分析

蒲传强 田成林 张家堂

主编

典型病例集萃

临床思维展示

误诊原因剖析

专家精彩点评



科学出版社

www.sciencep.com



第2版 中国医药出版社 2015年
临床病案分析丛书

神经内科疾病



张俊 主编 张俊 副主编

第2版

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社
CHINA MEDICINE PRESS

36

临床病案分析丛书

姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊 总主编

神经内科疾病病案分析

蒲传强 田成林 张家堂 主编

70

R741

P787

41

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书精选了解放军总医院神经内科近年来积累的 55 个典型病例,内容涵盖了脑血管病、中枢神经系统感染、中枢神经系统自身免疫病、周围神经病、肌肉及神经肌肉接头病变、变性病、系统性疾病的中枢神经系统表现等神经内科常见疾病,并包括了部分疑难病例。本书对诊断治疗过程中的临床思维要点、经验教训进行了归纳总结,并对相关进展加以介绍。

本书对从事神经内科临床工作的人员,包括临床医学本科生、神经病学专业研究生、神经内科各级医生会有所帮助。

图书在版编目(CIP)数据

神经内科疾病病案分析 / 蒲传强,田成林,张家堂主编. —北京:科学出版社,2010

(临床病案分析丛书/姜泗长等主编)

ISBN 978-7-03-026341-4

I. 神… II. ①蒲… ②田… ③张… III. 神经系统疾病-病案-分析 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 243694 号

策划编辑:黄 敏 / 责任编辑:李 植 / 责任校对:陈玉凤

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>

丽源印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2010 年 1 月第 一 版 开本: B5(720×1000)

2010 年 1 月第一次印刷 印张: 28

印数: 1—3 000

字数: 544 000

定价: 78.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

姜泗长 简历



姜泗长 主任医师,教授,中国工程院院士,博士研究生导师。1913年9月15日生于天津。中国共产党党员。中华医学会理事,中华医学会耳鼻咽喉-头颈外科学会名誉主任委员,全军医学科学技术委员会副主任委员及总后卫生部专家组组长。曾任解放军总医院副院长。第四、五、六届全国人民代表大会代表。20世纪50年代,在国内首先开展内耳开窗术、镫骨底板切除术治疗耳硬化症聋,为中国的耳科学发展做出了开创性的工作。在他的主持下,在国内首先开展了 AP 调谐曲线、耳声发射、耳蜗微循环、毛细胞离子环境与聋病关系等一系列课题研究。荣获国家科技进步二等奖 2 项,国家科技大会奖 3 项,荣获军队教学成果一等奖 1 项,军队科技进步一等奖 1 项、二等奖 9 项。编写了我国第一部《临床耳鼻咽喉科学》等 8 部专著,发表学术论文 130 余篇。长期担任党和国家领导人的医疗保健任务。医、教、研成就突出,荣立二等功 3 次、三等功 4 次。1990 年 7 月起享受国务院特殊津贴。培养造就了大批耳鼻咽喉科专业人才,培养博士后、博士、硕士研究生和专科医师 400 余名。1993 年 9 月 4 日,中共中央总书记、中央军委主席江泽民同志为**姜泗长**题词“技术精益求精,诲人桃李天下”。

牟善初简历



牟善初 主任医师,教授,硕士研究生导师。1917 年 11 月生于山东日照。中国共产党党员。1937 年 10 月考入南京中央大学医学院,1943 年 7 月毕业并获医学学士学位。1949 年 5 月任第二野战军医科大学讲师。1956 年 7 月参加中国人民解放军。历任第二军医大学内科教授,第四军医大学内科主任、教授,解放军总医院临床三部副主任。1979~1987 年,任解放军总医院副院长。1987 年 2 月起任解放军总医院第三届至第六届医学科学技术委员会委员。主持完成的研究课题“老年人心肌梗死的临床及实验研究”获军队科学技术进步二等奖。主编、参编学术专著 11 部。长期负责党和国家领导人的医疗保健工作,功绩卓著。3 次荣获中央保健委员会颁发的医疗保健特殊贡献奖,荣立一等功 1 次、二等功 1 次、三等功 5 次。1998 年,获得中国工程技术奖,并被解放军总后勤部评为“一代名师”。1999 年,荣获中国人民解放军专业技术重大贡献奖。

黄志强简历



黄志强 主任医师,教授,中国工程院院士,博士研究生导师。1922年1月生于广东。中国共产党党员。现任军医进修学院学位委员会主席,解放军总医院普通外科研究所所长,中华医学会资深会员,国际外科学会会员,《中华外科杂志》编辑委员会顾问,中华外科学会顾问,中华外科学会胆道外科学组顾问,《美国医学会杂志》(JAMA)中文版总编辑,中国医学基金会理事。1948年,在国内首次报道了应用迷走神经切断术治疗消化性溃疡的经验。1958年,在临床首次应用肝叶切除术治疗肝内胆管结石。1963年,组织创建我国第一个集医疗、教学、科研于一体的肝胆外科专业;首次实施脾-下腔静脉端侧吻合术、肠系膜上-下腔静脉侧侧吻合术进行门静脉高压的外科治疗。1985年,首次组织进行全国性胆结石和肝内胆管结石流行病学调查分析。1990年,在国内首先报道了肝门部胆管癌的扩大根治术。“肝胆管结石及其并发症的外科治疗与实验研究”荣获2001年国家科技进步一等奖。相继出版了17部著作,共计1200余万字。荣立二等功2次、三等功2次。迄今,已培养博士后、博士、硕士研究生及高级研修人员300余名。被评为全军优秀教师,并被总后授予“一代名医”称号。

朱士俊简历



朱士俊 主任医师,教授,硕士研究生导师。1944年7月生于江苏扬州。1967年,毕业于第二军医大学医疗系。现为解放军总医院、军医进修学院院长。中国共产党十五大、十六大代表。中央保健委员会委员。中华医院管理学会副会长,北京市医院协会副会长,中华医院管理学会医院感染专业委员会主任委员。全军医院管理学术委员会副主任委员,全军医学科学技术委员会常委。第二军医大学医院管理学教研室兼职教授,美国南加利福尼亚州立大学医学院名誉教授。《中华医院感染学杂志》总编辑,《中华医院管理杂志》常务编委,《中国医院杂志》副主任编委。主持完成军队“八五”、“九五”攻关课题各1项,承担国家自然科学基金课题1项。获军队教学成果一等奖1项,军队科技进步二等奖1项、三等奖1项。获国家卫生部科技进步三等奖1项。主编、参编专著7部,发表论文60余篇。1997年,被北京市医院管理协会评为“优秀中青年医院管理专家”。1999年,被中华医院管理学会、健康报社评为“全国百名优秀院长”。2001年,被北京医院协会评为优秀医院管理干部。

《临床病案分析丛书》编辑委员会

总 主 编 姜泗长 牟善初 黄志强 朱士俊

副总主编 卢世璧 王士雯 盛志勇 王晓钟 秦银河 苏元福

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

蔡金华 柴家科 陈香美 程留芳 段国升 费也淳

盖鲁粤 高长青 韩东一 洪 民 洪宝发 黄 烽

黄大显 黄志强 江朝光 姜泗长 蒋彦永 焦顺昌

匡培根 李 荣 李功宋 李贺栓 李天德 李小鹰

刘洪臣 刘又宁 刘振立 卢世璧 陆菊明 马 林

马望兰 牟善初 潘长玉 蒲传强 秦银河 沈 洪

盛志勇 施桂英 宋 磊 苏元福 孙玉鹗 唐锁勤

田 慧 王 岩 王福根 王继芳 王建荣 王鲁宁

王孟薇 王士雯 王晓雄 王晓钟 王玉堂 夏 蕾

许百男 杨明会 杨伟炎 杨云生 姚 军 姚善谦

张伯勋 张黎明 张玲霞 张卯年 周定标 周乃康

周宁新 朱 克 朱宏丽 朱士俊

编辑办公室

主 任 姚 军 夏 蕾

成 员 孙 宏 卢光明 吴佳佳 郭建刚

《神经内科疾病病案分析》编写人员

主 编 蒲传强 田成林 张家堂

编写人员 (以姓氏汉语拼音排序)

崔 芳	崔荣太	邸 海	董 钊
段 枫	郭 慧	黄德晖	黄旭升
贾渭泉	姜 磊	井 峰	郎森阳
李 珂	刘 丽	刘若卓	鲁向辉
骆文静	马云峰	蒲传强	邱恩超
石 强	田成林	田慧军	汪 茜
王培福	王蓉飞	王湘庆	王晓琳
王占军	吴卫平	武 雷	邢广羽
须 瑞	杨 飞	杨 扬	殷奕玺
于生元	张家堂	张美英	赵晓萍
周志彬			

临床病案分析丛书

序

在临床医学领域,新的医疗设备的开发和利用,新的诊疗手段的应用和推广,为人类健康保健提供了可靠的保障,同时也对临床医师提出了更高的要求。面对这一发展形势,编写一套全面而系统的《临床病案分析丛书》来总结临床疾病诊治过程中的经验教训,提高临床诊治水平尤显必要。因此,解放军总医院及时组织编写了这套《临床病案分析丛书》。

《临床病案分析丛书》编辑委员会为这套丛书制定的编写方针是:各分册精选已经明确的较疑难的典型病例,在诊断与治疗方面有其特殊性,并完整地表达对本病的诊治思维过程;每一分册力求覆盖本学科大部分病种;所选病例患者均为真实住院患者,主编对每个病例的真实性均做了认真细致的核查。这套丛书中的每一分册,都是经过编审委员会组织有关专家、教授反复论证修改才得以完成的。本套丛书病例诊治具有一定的先进性、实用性,反映了当代临床医学前沿,并具有相对的系统完整性。参加《临床病案分析丛书》编撰工作的同志都是学有专长、术有所擅的临床医学专家,他们之中有姜泗长、黄志强、王士雯、盛志勇院士,有各临床科室主任、老专家和中青年业务骨干,不少同志在国内外享有盛誉。正是由于这一批临床医学专家无私奉献、通力合作和辛勤劳动,才使得这套高水平的《临床病案分析丛书》得以完稿和出版。深信《临床病案分析丛书》的问世,不仅能给广大的临床医师提供大量典型的临床病例,同时也为医学教育,特别是临床医学专业学位教育,提供丰富的临床案例教学资源。在此,谨对《临床病案分析丛书》的出版表示祝贺。

中国工程院院士

黄志强

2003年1月

临床病案分析丛书

前言

应用先进的技术和手段对各种临床疾患给予科学、合理、及时、有效的诊治,提高人民群众的健康水平是广大医务工作者的神圣使命。人类已进入新世纪,临床医学进展异常迅速,随着新理论、新技术、新设备、新方法的不断出现,临床疾病的诊断技术、治疗方法和治疗效果都有了很大的提高。

解放军总医院是全军规模最大的综合性医院,集医疗、保健、教学、科研于一体,负责军委和四总部的医疗工作,承担全军各大军区、各军兵种疑难病的诊治,担负国家及军委领导人的医疗保健任务,同时也收治来自全国各地的地方病人。经过近50年的建设,已发展成为人才技术密集、临床学科齐全、仪器设备先进、整体医疗水平较高、在国内外享有较高声誉的现代化医院。解放军总医院同时又是军医进修学院,现有博士学位授权点25个,硕士学位授权点38个,博士后流动站2个,国家重点学科3个,每年培养博士、硕士研究生近200名。

在长期的临床、教学、科研实践中,我们积累了大量丰富的临床病例资料,这是医院的宝贵财富。为了充分发挥其作用,我们组织了该院及其他兄弟医院多名专家教授,精选了各学科的经典和疑难病例,并参阅了大量国内外文献,以病例形式精心编就此书,以期对各级临床医师、临床医学研究生、进修生、实习生的临床工作有所启示、有所指导。

编写这套丛书的指导思想是通过完整表现病例诊治的思维过程,充分反映临床医学的新进展、新成就。编写中,我们力求做到病例内容真实、新颖,编排系统、全面,临床实用、有效。

本丛书编写过程中,我们得到了科学出版社的热情鼓励和指导。对此,我们表示衷心的感谢。

由于本丛书涉及内容浩繁,加之时间仓促,错谬之处在所难免,敬请读者不吝赐教。

解放军总医院院长

2003年1月

前 言

神经系统疾病包括脑、脊髓、周围神经及肌肉疾病,其病因繁多,发病机制复杂,疾病表现多样化;尤其是系统性疾病常侵犯神经系统及肌肉,其表现更是多种多样。因此,神经系统疾病的诊断比较困难,从而会影响其治疗效果。尽管有较多的现代化检查技术,但不像其他临床学科那样,能通过直观、准确地取出病变组织进行病理检查做出明确诊断。对于神经系统疾病患者,有时现代影像学提示脑及脊髓内有明确的病灶,甚至进行立体定位取出有限的组织进行病理检查,也仍然难以明确定性诊断。因此,神经系统疾病的诊治应该是一个比较复杂的系统工程,即不仅需要现代化的辅助诊断检查技术,而且需要基本的临床技能,如认真、详细的病史了解,仔细、正确的体格检查,全面的基础与临床知识,以及严谨的综合分析能力,这样才可能及时、准确地诊断神经系统疾病,使患者得到及时、合理的治疗。笔者所在科室长期以来诊治了大量各种神经系统疾病患者,不论其病情简单或复杂、急性或慢性、常见或少见、轻症或重症,均常得到及时诊治,在为患者解除病痛的同时,我们也取得了许多很好的经验,尤其是储存了较多的各种典型、复杂、疑难和罕见病例。现将部分典型的各种类型神经系统疾病病例编写成书,以供临床医生参考。

由于编者水平有限,书中难免存在错误,希望读者批评指正。

解放军总医院神经内科

蒲传强

2009年10月

目 录

第一章 脑血管病	(1)
病案 1 发作性左侧肢体活动不利、口角右偏 7 小时(短暂性脑缺血发作)	(1)
病案 2 发作性右上肢麻木、无力 15 天,持续性右侧肢体麻木、无力 7 天(脑梗死)	(10)
病案 3 剧烈头痛伴恶心、呕吐 5 个半小时(蛛网膜下腔出血)	(17)
病案 4 右面部、右手麻木伴右下肢活动不利 6 小时(脑出血)	(25)
病案 5 反复突发头痛,伴恶心、呕吐 5 年(Moyamoya 病)	(36)
病案 6 头痛 17 天,右侧肢体麻木、无力伴发作性抽搐 3 天(脑静脉和静脉窦血栓形成)	(45)
第二章 中枢神经系统感染	(59)
病案 7 发热、头痛伴恶心、呕吐 2 天(化脓性脑膜炎)	(59)
病案 8 头痛、发热 4 周(新型隐球菌性脑膜炎)	(64)
病案 9 头痛、发热 16 天(结核性脑膜炎)	(72)
病案 10 头痛 5 天,发热 4 天(病毒性脑膜炎)	(81)
病案 11 间断头痛 20 天,发作性肢体抽搐 7 天(病毒性脑炎)	(87)
病案 12 间歇性四肢力弱伴头昏不适 2 年余(脑囊尾蚴病)	(92)
病案 13 双眼视物不清 50 天,言语不清、反应迟钝 20 天(Creutzfeldt-Jakob 病)	(102)
第三章 中枢神经系统炎性脱髓鞘病	(113)
病案 14 反复肢体麻木、无力、视力下降 3 年余,四肢无力加重 3 天(多发性硬化)	(113)
病案 15 发作性意识丧失伴抽搐 2 个月(急性播散性脑脊髓炎)	(120)
病案 16 四肢肌无力伴呼吸困难 7 天(急性脊髓炎)	(128)
病案 17 右眼视物模糊 9 个月,背部疼痛伴右下肢麻木 1 个月(视神经脊髓炎)	(135)

第四章 周围神经病	(145)
病案 18 进行性双下肢力弱、麻木、水肿 5 年,伴发热 4 年,伴腹胀、消瘦 4 年,伴皮肤变黑、性欲丧失 1 年余(POEMS 综合征)	(145)
病案 19 进行性四肢力弱、麻木 2 天,呼吸费力 1 天(急性炎症性脱髓鞘性多神经根神经病)	(155)
病案 20 进行性双下肢无力、麻木 4 个月(慢性炎性脱髓鞘性多神经根神经病)	(166)
病案 21 发作性四肢麻木、无力,言语不能 2 周(腓骨肌萎缩症)	(174)
病案 22 进行性四肢麻木、无力 8 个月(副肿瘤性周围神经病)	(182)
病案 23 双小腿疼痛、低热 3 个半月,伴麻木、力弱 1 个月余(结节性多动脉炎合并周围神经损害)	(189)
病案 24 进行性左下肢远端发木 6 年、疼痛 4 年(糖尿病性周围神经病)	(198)
第五章 肌肉及神经肌接头病变	(207)
病案 25 双下肢无力 5 年余,加重 1 个月(多发性肌炎)	(207)
病案 26 面部皮疹,进行性肌无力 5 个月(皮炎)	(214)
病案 27 进行性四肢无力 7 年(强直性肌营养不良症)	(222)
病案 28 反复咀嚼无力、言语不清 8 年,加重伴呼吸困难 10 天(重症肌无力)	(229)
病案 29 进行性四肢力弱 4 个月,加重 10 天(Eaton-Lambert 综合征)	(235)
病案 30 进行性四肢无力 14 年,发热、咳嗽 4 天,咳痰无力 2 天(Duchenne 肌营养不良症)	(241)
病案 31 四肢无力 4 年余,加重 3 周(脂质沉积性肌病)	(250)
病案 32 进行性双下肢无力、肌肉萎缩 3 年余,双上肢无力 2 年,饮水呛咳半年(糖原累积病)	(258)
病案 33 剧烈运动后呕吐 5 年,发作性意识丧失、四肢抽搐 10 个月,视力下降 4 个月(线粒体脑肌病伴高乳酸血症和卒中发作)	(264)
第六章 神经系统遗传及变性病	(278)
病案 34 进行性智能减退 4 年,加重 6 个月(阿尔茨海默病)	(278)
病案 35 双下肢步态异常 1 年(多巴反应性肌张力障碍)	(287)
病案 36 进行性行走不稳,伴言语含糊不清 5 年,加重 10 个月(多系统萎缩)	(293)
病案 37 双上肢不自主运动 3 年,加重伴全身不自主运动 1 年(亨廷顿病)	(299)
病案 38 进行性双上肢无力 1 年余,下肢力弱、呼吸困难 1 个月(肌萎缩侧索硬化)	(305)

病案 39	走路不稳 11 个月余,右眼视力下降 9 个月,言语不清 5 个月(遗传性共济失调)	(312)
病案 40	进行性双下肢无力 6 年余,双上肢力弱 5 年,加重 1 年(脊髓性肌萎缩)	(318)
病案 41	进行性步态不稳、动作缓慢、智能减退 5 年,加重 2 年(进行性核上性麻痹)	(323)
病案 42	四肢震颤、行动迟缓 4 年,加重 2 年(帕金森病)	(327)
第七章 营养、电解质及离子代谢障碍		(335)
病案 43	发作性四肢无力 2 年,加重 20 天(低钾型周期性麻痹)	(335)
病案 44	呕吐 22 天,言语不利、吞咽困难、饮水呛咳 9 天(脑桥中央髓鞘溶解症)	(342)
病案 45	间断呕吐 54 天,精神行为异常、复视 11 天,意识障碍 9 天(Wernicke 脑病)	(347)
病案 46	进行性手足麻木 8 个月余,行走不稳 4 个月余(亚急性联合变性)	(355)
病案 47	言语不清 1 年,双手震颤 3 个月(肝豆状核变性)	(361)
第八章 系统性疾病神经系统表现		(373)
病案 48	双下肢无力 7 个月(肝性脊髓病)	(373)
病案 49	发热 20 天,发作性意识丧失、四肢抽搐 11 天(狼疮脑病)	(379)
病案 50	反复发热、头痛 11 个月,右侧肢体无力 7 个月(神经白塞病)	(386)
第九章 其他		(396)
病案 51	进行性右侧肢体力弱 1 年 3 个月,伴烦渴、多饮、多尿 6 个月(基底节生殖细胞瘤)	(396)
病案 52	反复头痛、恶心、呕吐 2 年余,加重 2 天(原发性中枢神经系统淋巴瘤)	(403)
病案 53	阵发性头痛、头晕伴恶心、呕吐 26 天(脑膜癌病)	(412)
病案 54	头晕、构音不清、行走不稳、排尿排便障碍 1 个月余(亚急性小脑变性)	(418)
病案 55	左上肢疼痛伴肌肉萎缩、无力 10 个月,右手肌萎缩、无力 4 个月(神经痛性肌萎缩)	(424)

第一章 脑血管病

病案 1 发作性左侧肢体活动不利、口角右偏 7 小时 (短暂性脑缺血发作)

短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)是神经内科一种常见的疾病,发病率 180/10 万,占缺血性脑血管病的 40%。由于 TIA 临床症状持续时间短,不留后遗症,通常被认为是一种良性疾病,没有得到患者和医务工作者的重视。随着医学技术和临床医学的进展,越来越多的证据表明 TIA 是缺血性脑卒中、心肌梗死的独立危险因素,会增加患者的病死率。TIA 是神经科急症,应该引起大众和医务工作者的高度重视。

一、病例介绍

(一) 主诉

发作性左侧肢体活动不利、口角右偏 7 小时。

(二) 病史

患者男性,53 岁。于 2007 年 5 月 24 日早 7:30 左右,走路时发现左下肢活动不利,行走向左侧偏斜,伴言语不清,家属发现其口角右偏,上述症状持续约 10 分钟后自行缓解。急送当地医院,测血压 160/100mmHg,急查头颅 CT 未见明显异常,就诊过程中上述症状再发 3 次,均持续 10 分钟后缓解。为进一步诊治,转至解放军总医院。急诊按短暂性脑缺血发作给予抗凝和改善脑循环等治疗,并收入神经内科。患者发病以来,无肢体感觉异常,无意识障碍,无发热、头痛及恶心、呕吐,饮食及排尿排便正常。既往有高血压史 4 年,吸烟史 17 年,30 支/日。否认有家族性脑血管病病史。

(三) 入院查体

体温 36.0℃,脉搏 86 次/分,呼吸 18 次/分,血压 150/100mmHg^①。心肺检查无异常。神志清楚,言语流利。计算力、定向力、记忆力及理解力均正常。双侧嗅觉正常,视力、视野粗测正常,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。眼底检查:双侧视乳头边界清楚,无出血及渗出,动静脉比例 1:3。双侧瞳孔直径 3.0mm,对光反射存在。双眼睑无下垂,双眼球各向运动无明显受限,无眼震。双侧面部痛温觉正常,双侧角膜反射对称

^① 1mmHg=0.133kPa。

存在,双侧咬合对称有力,张口下颌不偏,下颌反射未引出。双侧额纹对称存在,双眼闭合有力,双侧鼻唇沟对称,齿口角不偏。双耳听力粗测正常。Rinne 试验示气导>骨导,Weber 试验:居中。声音无嘶哑,饮水无呛咳,双软腭反射灵敏,腭垂居中,双侧咽反射存在。转头、屈颈、耸肩对称有力。伸舌居中,无舌肌震颤、萎缩。四肢肌容积正常,肌张力正常,四肢肌力 5 级,双侧指鼻试验、跟膝胫试验稳准,Romberg 征阴性。双侧肢体痛觉、音叉振动觉对称,双侧关节位置觉正常。腹壁反射及提睾反射对称引出。双侧肱二和肱三头肌腱反射、尺桡骨膜反射、双侧膝腱和跟腱反射活跃。双侧掌颌反射阴性,双侧 Hoffmann 征阴性,双侧 Babinski 征阴性,双侧 Chaddock 征阴性。颈软,Kernig 征、Brudzinski 征阴性。汗液分泌正常,排尿排便正常。

(四) 辅助检查

1. 实验室检查 血常规、尿常规、便常规及凝血四项均正常;三酰甘油升高(2.91mmol/L);同型半胱氨酸正常;血浆蛋白 S 降低(21.2%,正常值为 60%~130%)、血浆蛋白 C 降低(52%,正常值为 70%~140%)、血浆抗凝血酶Ⅲ降低(57.8%,正常值为 75%~125%)。

2. 心电图正常。

3. 头颅 CT/MRI 检查 头颅 CT 检查未见明显异常。头颅 MRI+DWI 示双侧额叶皮质下脑白质内多发斑片状长 T_1 、长 T_2 信号,边界不清,无占位及水肿信号,DWI 未见异常信号。

4. 颅外动脉检查 颈动脉超声提示双侧颈总动脉分叉处内膜增厚,左颈总动脉分叉处可见强回声斑块,长 2.8mm,厚 0.7mm。椎动脉超声未见明显异常。颈动脉高分辨率磁共振示右颈总动脉远端前壁粥样斑块形成,厚 4.5mm,表面光滑,内部信号均匀,颈总动脉远端管腔狭窄(20%)。左侧颈总动脉分叉处见粥样硬化斑块,表面光滑,内部可见钙化灶。

5. 颅内动脉检查 头颅 MRA 示双侧大脑中动脉水平段走行僵直、管壁毛糙、不规则狭窄,符合动脉粥样硬化改变。

6. 主动脉弓+双侧颈总动脉+左椎动脉血管造影 右侧颈总动脉造影显示右大脑前动脉 A1 段显影色淡,远端灌注欠充分,对侧大脑前动脉显影正常。右侧大脑中动脉水平端可见一局限性显影色淡区域,远端血供充分。双侧颈总动脉分叉处可见动脉内壁欠光滑,其分支血管走行自如,分布均匀,未见狭窄及闭塞,未见异常染色。颅内各皮质静脉及静脉窦显影正常。全脑循环时间未见延迟。

(五) 住院经过

在患者临床症状首次发作 3 小时内完成血常规、生化、凝血功能及头颅 CT 检查,急诊给予低分子肝素抗凝、中草药改善微循环等处理。收入院后在继续完善血液、心脑血管等方面检查的同时,抗凝 10 天后改用氯吡格雷抗血小板长期治疗,同时辅以低盐低脂饮食、硝苯地平控制血压。患者共住院 20 天,住院期间 TIA 未再次发作,治愈出院。

二、诊疗思维过程

(一) 病历特点

1. 中年男性,右利手。
2. 急性起病,临床症状刻板,呈发作性、短暂性。
3. 临床主要表现为左侧中枢性面瘫、肢体瘫,伴言语不清,症状约持续 10 分钟后自行缓解,发作间期无遗留症状及体征,发病当日共发作 4 次,症状基本相同。
4. 查体发现血压 150/100mmHg,神经科检查未见阳性体征。
5. 实验室检查发现蛋白 C、蛋白 S、抗凝血酶Ⅲ降低;血脂升高;心电图正常;头颅 CT、MRI、DWI 检查未发现脑内新发缺血灶,颅内外动脉检查未发现能解释临床症状的相应血管病变。

(二) 定位诊断及依据

患者口角右偏定位于右侧皮质脑干束;左侧肢体无力定位于右侧皮质脊髓束;血管定位于右侧颈内动脉。患者病史中言语不清可能与急性左侧面瘫有关,因患者是右利手,语言中枢在左侧可能性较大。

(三) 定性诊断及依据

患者为中年男性,既往有高血压、高血脂、吸烟等脑血管病危险因素。突然发病,表现为左侧中枢性面瘫、肢体瘫及言语不清,症状在 24 小时内完全缓解,发作间期无遗留症状及体征,一日内发作多次,每次症状基本相同,头颅 CT 及 MRI 检查未见新鲜缺血灶,除外其他疾病,故诊断为 TIA。病因诊断:因颅内外血管检查未发现相应血管狭窄或不稳定斑块,心电图无异常,故推测可能与蛋白 C、蛋白 S、抗凝血酶Ⅲ降低所致的遗传性易栓症有一定关系。

(四) 鉴别诊断

本患者有脑血管病病因及危险因素,具有 TIA 典型临床特征,比较容易诊断,但需与脑梗死、部分性癫痫相鉴别。

1. 脑梗死 最常见的是动脉粥样硬化斑块导致管腔狭窄和血栓形成,可见于颈内动脉和椎-基底动脉系统的任何部位,但以动脉分叉处或转弯处多见,本病多发于老年人,多在静态下发病。患者为中年男性,既往有高血压病史、长期吸烟等危险因素,为发作性左侧肢体无力,头颅 CT、MRI 及 DWI 检查未发现新鲜缺血病灶。故不考虑本病,但有发展为脑梗死的可能。

2. 单纯部分性癫痫 表现为持续数秒至数分的肢体抽搐,多有脑电图异常,影像学检查可发现脑内局灶性病变。本患者无癫痫家族史,临床症状虽呈发作性,但抗凝治疗后症状发作停止,且中老年人有脑血管病病因和危险因素,头颅 MRI 检查未见致病