

现代神经内科诊疗进展

(上)

刘 露等◎编著

现代神经内科诊疗进展

(上)

刘 露等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

现代神经内科诊疗进展 / 刘露等编著. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2016.3
ISBN 978-7-5578-0351-3

I. ①现… II. ①刘… III. ①神经系统疾病—诊疗
IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字 (2016) 第068477号

现代神经内科诊疗进展

XIANDAI SHENJING NEIKE ZHENLIAO JINZHAN

编 著	刘 露等
出 版 人	李 梁
责任编辑	隋云平 端金香
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	889mm×1194mm 1/16
字 数	1570千字
印 张	50
版 次	2016年4月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7--5578-0351-3
定 价 195.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

编 委 会

主 编

- 刘 露 宁阳县第一人民医院
鲁进强 嘉峪关市酒钢医院
陈 晶 中国人民解放军第二五二医院
安雨生 河南省济源市第三人民医院
孟丽红 金川集团公司医院
武运红 山西省儿童医院

副 主 编

- 贾文辉 山西省人民医院
李晓东 山西省中医院
康宾宾 黄河水利委员会黄河中心医院
杨士杰 平顶山市中医医院
贾汉伟 平顶山市第一人民医院
李明振 淇县人民医院
武延涛 河南省汝州市第二人民医院

编 委 (按姓氏拼音字母排序)

- | | | | |
|-----|-----|-----|-----|
| 安雨生 | 陈 晶 | 杜皆新 | 何美清 |
| 胡建荣 | 贾汉伟 | 贾文辉 | 姜晋灵 |
| 康宾宾 | 李明振 | 李晓东 | 刘殿勋 |
| 刘 露 | 刘淑清 | 鲁进强 | 孟丽红 |
| 邱伟庆 | 施 斌 | 宋立公 | 王利柱 |
| 武延涛 | 武运红 | 杨士杰 | 于 荣 |
| 苑 斌 | 赵见文 | 周利霞 | |

前 言

近年来,神经内科学发展迅速,神经系统的辅助检查技术日新月异,特别是影像学及神经电生理检查,为神经系统疾病的诊断提供了极大的帮助作用。随着神经内科学及相关学科不断发展,以及基础理论与临床实践决策、疾病预防与治疗指南的不断更新,必然要求临床医师一方面要牢固掌握基础理论与基本操作;另一方面也要学习新的理论知识和防治指南。鉴于神经内科学内容比较繁琐、理论较为深奥、临床知识掌握比较困难,现为满足广大神经内科临床工作者的需求,我们编写了这本《现代神经内科诊疗进展》。本书力争做到科学性、实用性和简洁性的有机结合,各位编者在参考权威学术资料的同时,结合自己丰富的临床经验、诊治心得,系统介绍了神经内科常见疾病的诊疗策略与诊治技巧。

本书从基础入手,对每种疾病的发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗原则等方面进行了较为详细的阐述,同时兼顾理论联系实际,将有助于提高年轻医师的临床实践能力,培养良好的临床思维。本书条理清晰、实用性强,适合住院医师、实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生参考阅读。

尽管在本书编撰过程中,编者做出了巨大的努力,对稿件进行了多次认真的修改,但由于编写经验不足,加之编写时间有限,书中难免存在遗漏或谬误之处,敬请广大读者提出宝贵的修改建议,以期再版时修正完善!

目 录

第一章 神经内科疾病常见症状与体征	(1)
第一节 意识障碍	(1)
第二节 失语症、失用症、失认症	(10)
第三节 头痛	(14)
第四节 眩晕	(20)
第五节 晕厥	(33)
第六节 瘫痪	(45)
第七节 耳鸣	(58)
第八节 躯体感觉障碍	(60)
第九节 不自主运动	(61)
第十节 共济失调	(64)
第十一节 视觉障碍	(73)
第十二节 尿便障碍	(85)
第二章 神经内科常见病诊断方法	(94)
第一节 病史采集	(94)
第二节 神经系统检查	(96)
第三节 辅助检查	(108)
第三章 脑血管疾病	(124)
第一节 短暂性脑缺血发作	(124)
第二节 动脉血栓性脑梗死	(134)
第三节 腔隙性脑梗死	(137)
第四节 脑分水岭梗死	(139)
第五节 脑栓塞	(140)
第六节 出血性脑梗死	(143)
第七节 脑出血	(146)
第八节 高血压性脑出血	(153)
第九节 脑叶出血	(156)
第十节 脑室出血	(160)
第十一节 自发性蛛网膜下腔出血	(167)
第十二节 青年缺血性脑卒中	(181)
第十三节 混合性脑卒中	(184)
第十四节 血糖异常	(189)

第十五节	水代谢与平衡失调	(192)
第十六节	感染	(196)
第十七节	发热和压疮	(198)
第十八节	脑-内脏综合征	(200)
第四章	颅脑和脊髓疾病	(205)
第一节	脑膜瘤	(205)
第二节	垂体腺瘤	(222)
第三节	听神经瘤	(226)
第四节	颅底肿瘤	(228)
第五节	脑干占位病变	(230)
第六节	急性脊髓炎	(231)
第七节	脊髓压迫症	(234)
第八节	脊髓空洞症	(236)
第九节	脊髓亚急性联合变性	(239)
第十节	脊髓蛛网膜炎	(241)
第十一节	脊髓血管疾病	(245)
第十二节	脊髓肿瘤	(248)
第十三节	脊髓损伤	(250)
第十四节	运动神经元疾病	(258)
第十五节	椎管内肿瘤	(260)
第十六节	椎间盘突出	(262)
第十七节	腰椎椎管狭窄	(264)
第十八节	脊髓血管性疾病	(265)
第五章	周围神经疾病	(266)
第一节	特发性面神经麻痹	(266)
第二节	三叉神经痛	(267)
第三节	特发性面神经炎	(269)
第四节	多发性神经病	(271)
第五节	多发脑神经损害	(274)
第六节	坐骨神经痛	(276)
第七节	正中神经损伤	(278)
第八节	尺神经损伤	(279)
第九节	桡神经损伤	(280)
第十节	腓总神经麻痹	(281)
第十一节	格林-巴利综合征	(282)
第十二节	急性感染性脱髓鞘性多发性神经病	(285)
第十三节	慢性感染性脱髓鞘性多发性神经病	(288)
第六章	神经系统感染性疾病	(291)
第一节	单纯疱疹病毒脑炎	(291)

第二节	带状疱疹及神经系统合并证	(293)
第三节	中枢神经系统结核病	(295)
第四节	结核性脑膜炎	(298)
第五节	急性病毒性脑膜炎	(299)
第六节	新型隐球菌脑膜炎	(300)
第七节	化脓性脑膜炎	(302)
第八节	真菌性脑膜炎	(305)
第九节	脑寄生虫病	(307)
第十节	脑囊虫病	(311)
第十一节	神经系统螺旋体感染	(314)
第十二节	蛋白粒子病	(319)
第十三节	进行性多灶性白质脑病	(322)
第十四节	亚急性硬化性全脑炎	(322)
第十五节	克雅病	(323)
第十六节	神经系统获得性免疫缺陷综合征	(326)
第七章	神经系统脱髓鞘疾病	(329)
第一节	多发性硬化	(329)
第二节	弥漫性硬化	(333)
第三节	同心圆性硬化	(337)
第四节	急性播散性脑脊髓炎	(338)
第五节	脑桥中央髓鞘溶解症	(339)
第六节	视神经脊髓炎	(342)
第七节	希尔德病	(345)
第八节	急性出血性脑白质炎	(348)
第九节	肾上腺脑白质营养不良	(349)
第十节	异染性白质营养不良	(351)
第八章	神经系统遗传性疾病	(352)
第一节	遗传性共济失调	(352)
第二节	脊髓小脑性共济失调	(354)
第三节	Friedreich 型共济失调	(356)
第四节	糖原沉积病	(357)
第五节	类脂沉积病	(360)
第六节	腓骨肌萎缩症	(364)
第七节	神经纤维瘤病	(367)
第八节	结节性硬化病	(368)
第九节	脑面血管瘤病	(370)
第九章	神经肌肉疾病	(372)
第一节	炎症性肌病	(372)
第二节	代谢性肌病	(375)

第三节	重症肌无力	(378)
第四节	肌无力综合征	(382)
第五节	周期性瘫痪	(383)
第六节	多发性肌炎和皮肌炎	(385)
第七节	进行性肌营养不良症	(388)
第八节	强直性肌营养不良症	(391)
第九节	先天性肌强直	(393)
第十节	线粒体肌病和线粒体脑肌病	(394)
第十章	自主神经系统疾病	(397)
第一节	间脑病变	(397)
第二节	雷诺综合征	(400)
第三节	进行性脂肪营养不良	(401)
第四节	红斑性肢痛症	(403)
第五节	自主性多汗症	(404)
第六节	血管迷走性晕厥	(405)
第七节	面偏侧萎缩症	(408)
第八节	神经源性直立性低血压	(408)
第九节	反射性神经障碍	(410)
第十节	家族性自主神经功能失调	(412)
第十一节	发作性睡病	(414)
第十一章	神经系统发育异常性疾病	(416)
第一节	颅底凹陷症	(416)
第二节	扁平颅底	(417)
第三节	小脑扁扁桃体下疝畸形	(418)
第四节	先天性脑积水	(419)
第五节	脑性瘫痪	(421)
第六节	脊柱裂	(423)
第七节	颅裂	(425)
第十二章	运动障碍疾病	(427)
第一节	进行性核上性麻痹	(427)
第二节	帕金森病	(428)
第三节	风湿性舞蹈病	(431)
第三节	小舞蹈病	(433)
第五节	肝豆状核变性	(436)
第六节	扭转痉挛	(439)
第七节	特发性震颤	(441)
第八节	亨廷顿病	(442)
第九节	手足徐动症	(444)
第十节	抽动秽语综合征	(445)

第十一节 迟发性运动障碍	(446)
第十三章 睡眠障碍疾病	(449)
第一节 脑出血与睡眠障碍	(449)
第二节 蛛网膜下腔出血与睡眠障碍	(453)
第三节 脑梗死与睡眠障碍	(455)
第四节 短暂性脑缺血发作与睡眠障碍	(465)
第五节 血管性痴呆与睡眠障碍	(471)
第十四章 癫 痫	(478)
第一节 儿童及青少年癫痫	(478)
第二节 女性与癫痫	(492)
第三节 老年性癫痫	(499)
第四节 反射性癫痫	(501)
第五节 中枢神经系统感染与癫痫	(507)
第六节 脑卒中后癫痫	(512)
第十五章 头 痛	(519)
第一节 偏头痛	(519)
第二节 低颅压性头痛	(525)
第三节 丛集性头痛	(526)
第四节 紧张性头痛	(533)
第五节 慢性每日头痛	(540)
第六节 其他原发性头痛	(542)
第七节 脑血管疾病引起的头痛	(545)
第八节 癫痫与头痛	(556)
第九节 感染与头痛	(562)
第十六章 颅内高压综合征	(575)
第十七章 痴 呆	(584)
第一节 血管性痴呆	(584)
第二节 麻痹性痴呆	(587)
第三节 路易体痴呆	(588)
第四节 额颞痴呆	(591)
第五节 Alzheimer 病	(593)
第六节 Lewy 包涵体痴呆	(597)
第七节 弥漫性神经原纤维缠结伴钙化症	(600)
第十八章 颈动脉疾病	(603)
第一节 颈动脉狭窄	(603)
第二节 颈动脉内血栓和血管闭塞	(607)
第十九章 精神障碍疾病	(609)
第一节 精神分裂症	(609)
第二节 情感障碍	(613)

第三节	癔症	(617)
第四节	焦虑症	(620)
第五节	恐惧症	(622)
第六节	强迫症	(624)
第七节	疑病性神经症	(627)
第八节	神经衰弱	(629)
第二十章	小儿常见神经内科疾病	(631)
第一节	化脓性脑膜炎	(631)
第二节	病毒性脑炎	(635)
第三节	吉兰-巴雷综合征	(639)
第四节	急性横贯性脊髓炎	(642)
第五节	热性惊厥	(645)
第六节	癫痫	(649)
第七节	脑性瘫痪	(654)
第二十一章	神经系统躯体疾病	(658)
第一节	躯体感染所致之精神障碍	(658)
第二节	糖尿病周围神经系统病变	(659)
第三节	癌性神经肌肉病变	(662)
第四节	系统性红斑狼疮所致神经精神症状	(663)
第五节	心脏病所致之神经精神障碍	(666)
第六节	肺性脑病	(668)
第七节	肝性脑病	(671)
第八节	胰腺性脑病	(675)
第二十二章	神经系统常见病针灸治疗	(677)
第一节	头痛	(677)
第二节	周围性面神经麻痹	(687)
第三节	三叉神经痛	(692)
第四节	面肌痉挛	(696)
第五节	枕神经痛	(699)
第六节	脑源性瘫痪	(702)
第七节	中风	(707)
第八节	癫痫	(713)
第九节	晕厥	(717)
第十节	股神经痛	(721)
第十一节	坐骨神经痛	(723)
第十二节	脊神经单神经麻痹	(725)
第十三节	腕管综合征	(730)
第十四节	多发性神经病	(733)
第十五节	特发性震颤及震颤麻痹	(736)

第二十三章 神经内科常见病康复与护理	(741)
第一节 脑卒中的康复治疗	(741)
第二节 脊髓损伤的康复	(752)
第三节 脊髓病变的康复治疗	(759)
第四节 周围神经病损的康复	(763)
第五节 痴呆的康复治疗	(767)
第六节 短暂性脑缺血发作患者的护理	(769)
第七节 脑梗死患者的护理	(772)
第八节 脑出血患者的护理	(779)
参 考 文 献	(785)

第一章 神经内科疾病常见症状与体征

第一节 意识障碍

意识是一个广泛而复杂的概念,临床医学常取其狭义的定义,即指大脑的觉醒程度。意识包括意识内容和“开关”系统。意识内容是高级的大脑皮质活动,即认知活动,包括记忆、思维、定向、情感以及人类与外界环境保持联系的机敏力。意识“开关”系统则可以激活大脑皮质并使之维持一定水平的兴奋性,使机体处于觉醒状态。“开关”系统包括特异上行投射系统和非特异性上行投射系统。系统内不同部位和不同程度的损害可发生不同程度的觉醒水平障碍。

一、意识障碍的确定

(一)概念

意识障碍是指人们对自身和环境的感知发生障碍,或人们赖以感知环境的精神活动发生障碍的一种状态。意识障碍常常是病情危重的表现。

掌握意识的解剖生理学基础,有助于理解意识障碍的诊断思路。

1.各种感觉传导通路

意识的传入神经也就是意识“开关”系统,包括特异性上行性投射系统和非特异性上行性网状激活系统。特异性上行性投射系统是指经典的感觉传导通路。各种感受器接受外周不同的刺激,将特异的感觉冲动通过相应的传导通路传到大脑皮质相应的感觉区,并向脑干网状结构联合区发出侧支联系,对皮质有一定的促醒作用。如特异性上行性投射系统全部功能丧失,则导致意识障碍。

2.脑干网状结构

脑干的非特异性上行性网状激活系统是维持意识的重要结构。位于脑干的中轴,由大小不等的、散在的神经元组成。上行性网状激活系统接受来自脑干特异性上行性投射系统的神经冲动,向上传导到丘脑的非特异性核团,由此弥散作用于大脑皮质,使皮质处于觉醒状态。上行网状激活系统任何一个环节受损均可导致不同程度的意识障碍,严重者可引起昏迷。同时,部分神经冲动传到下丘脑后区和中脑中央灰质,反馈影响网状结构,与下行网状抑制系统一起,参与控制和调节皮质的兴奋性。

3.双侧大脑皮质

双侧大脑皮质是意识的中枢整合机构,双侧大脑皮质与条件反射、学习等高级神经活动密切相关。任何原因造成大脑皮质广泛、弥散性损害,均可引起不同程度的意识障碍,从意识水平低下到昏迷。

(二)意识障碍分类

意识障碍可分为意识内容障碍及意识觉醒水平障碍两种类型,两者可同时出现,也可相互转化。

1.以意识内容障碍为主

出现意识内容的患者常同时伴有不同程度的意识水平低下,可有记忆障碍和定向障碍,临床上常见的有以下类型。

(1)谵妄状态:谵妄状态的患者意识水平有明显波动,昼轻夜重。通常对时间、人物以及周围的地点定向有明显障碍,而自我定向存在,可出现明显的错觉和幻觉,幻觉形象多数带有恐怖性。因思维和推理判断有障碍而出现妄想,患者情绪惊恐,易于激惹,行为缺乏目的性,容易产生冲动行为。睡眠觉醒节律紊乱,白天昏昏欲睡,夜晚兴奋不宁或精神错乱。多为全脑受累所致,如躯体性病因、感染性疾病、代谢障碍以及一些药物中毒等。一些局部脑损害,如右侧半球病变也可导致谵妄。

(2)意识模糊:患者注意力减退,定向障碍,情感淡漠,随意活动减少,言语不连贯,思睡。对声、光、疼痛等刺激能表现有目的的简单动作反应。

2.以觉醒水平障碍为主(意识清晰度下降)

(1)嗜睡:是一种病理性倦睡,表现为持续性的、延长的睡眠状态。但当呼唤或推动患者的肢体时,患者可立即转醒,并能进行一些简短而正确的交谈,或执行一些命令。然而,一旦撤除刺激后,患者又迅速入睡。

(2)昏睡:这是一种比嗜睡深而又比昏迷稍浅的意识障碍。昏睡时觉醒水平、意识内容及随意运动均降至最低限度。对呼唤或推动患者肢体已不能使其觉醒,但给予强烈的疼痛刺激,如压迫患者的眶上缘内侧可使眼睛睁开。但觉醒反应是不完全的,意识仍不清,反应迟钝。且反应时间持续很短,很快又进入昏睡状态。

(3)昏迷:患者的觉醒状态、意识内容及随意运动严重丧失。无开眼运动及自发性语言运动,罕见自发性肢体运动。对声、光刺激不产生反应。强烈的疼痛刺激偶可见简单的防御性肢体运动,但始终不能觉醒。许多反射如角膜反射、吞咽及咳嗽反射,甚至瞳孔对光反射等均可消失,可引出病理征。大小便潴留或失禁。

昏迷程度判断:

①浅昏迷:患者对疼痛刺激有回避动作或痛苦表情,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中昏迷:对外界一般刺激无反应,强烈疼痛刺激时可见防御反射活动,角膜反射减弱或消失,呼吸节律紊乱,可见到周期性呼吸或中枢神经性过度换气。

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。

3.意识内容和觉醒的障碍

(1)醒状昏迷:醒状昏迷是一种特殊类型的意识障碍,患者的意识内容丧失而觉醒状态存在。患者表现为双目睁开,眼睑开闭自如,眼球无目的地活动,给人一种意识似乎清醒的感觉。但是其知觉、思维、情感、记忆、意志及语言等活动均完全丧失,对自身及外界环境不能理解,对外界刺激毫无反应。不能说话,不能执行各种动作命令,肢体无自主运动。即呈现一种意识内容丧失,而觉醒睡眠周期保存或紊乱的分离状态,故称醒状昏迷。这种特殊类型的意识障碍的病变部位可以是大脑皮质、白质的广泛性损害,也可以是间脑、下丘脑或脑干网状结构的不完全性损害,而下位脑干——维持生存的基本植物机能的延髓则完好保存或业已恢复。由于病损的部位不同,在临床上包括3种情况,即去大脑皮质状态、无动性缄默和持续

性植物状态。

(2)去大脑皮质状态:由于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。患者表现为双眼凝视或无目的的活动,无自发语言,呼之不应,貌似清醒,实无意识。存在觉醒-睡眠周期,但节律紊乱。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。大小便失禁,腺体分泌亢进。觉醒时交感神经功能亢进,睡眠时副交感神经功能占优势。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。

(3)无动性缄默:有两种情况,一种是由于丘脑下部前额叶的多巴胺通路受损,使双侧前额叶得不到多巴胺神经元的兴奋冲动而引起,称为无动性缄默Ⅰ型;另一种是因间脑中央部或中脑的不完全性损害,使正常的大脑皮质得不到足够的上行网状激活系统兴奋冲动所致者,称为无动性缄默Ⅱ型。患者主要表现为安静卧床缄默无语,或偶可用简单语言小声答话,安静卧床,四肢不能运动,疼痛刺激多无逃避反应,貌似四肢瘫痪。但一般肢体并无瘫痪及感觉障碍,缄默、不动均由意识内容丧失所致。脑电图多表现为广泛性高波幅的慢波,亦可见正常脑电波。

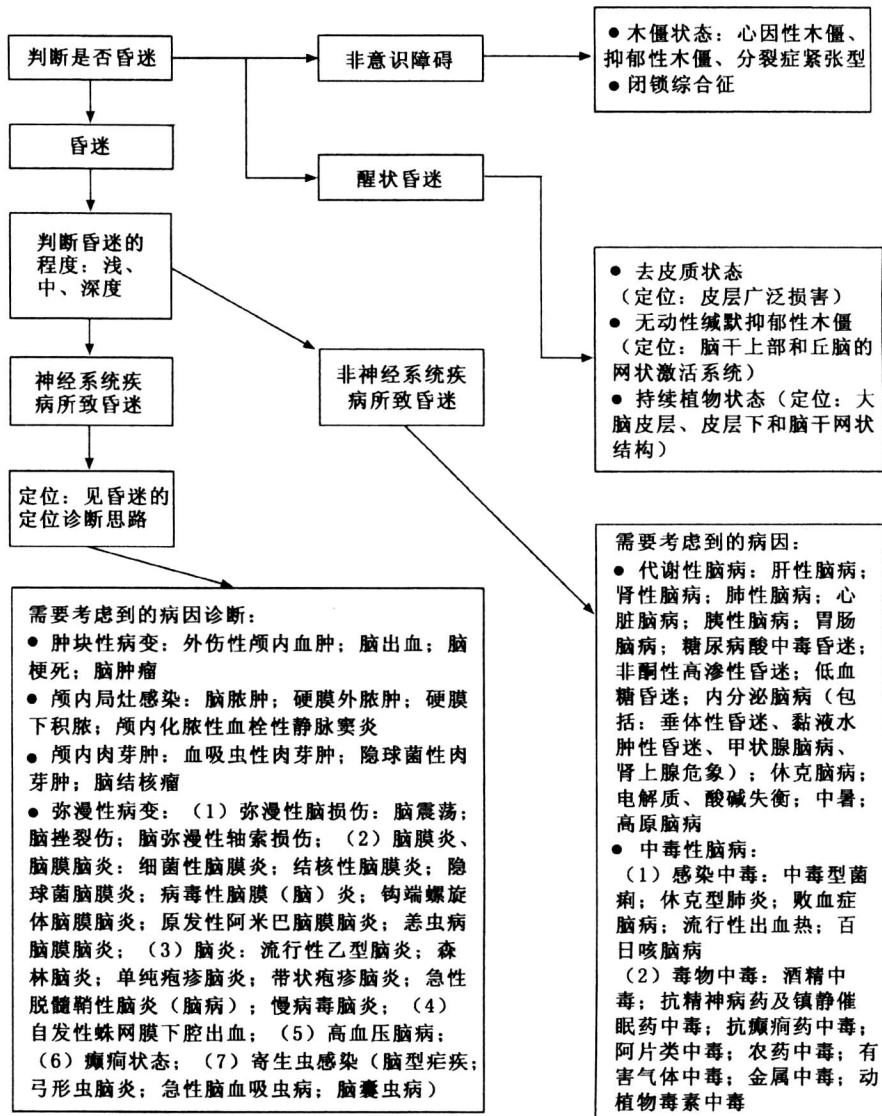


图 1-1 昏迷患者的诊断流程图

(4)植物状态:植物状态是由于缺血缺氧性脑损伤、严重的颅脑外伤、脑血管病或代谢性神经系统变性疾病等原因,使神经系统(包括大脑皮层、皮层下和脑干网状结构等)遭受不同程度的病损。患者对自身和外界环境毫无感知,而睡眠觉醒周期存在,丘脑下部和脑干功能完全或部分保存的临床状态。患者对视听、触或有害刺激,无持久的、重复的、有目的或自主的行为反应;不能理解和表达语言;大小便失禁;颅神经(瞳孔、眼脑、角膜、眼-前庭、咽)和脊髓反射保存。如果植物状态持续达 1 个月,即可诊断为持续性植物状态。

二、诊断流程

昏迷患者的诊断过程主要取决于简要的病史询问以及紧急的监测和检查。尤其是对脑功能的监查血液生化检查、影像学、脏器功能检查、脑脊液检查,被认为是施行诊断过程的五大支柱。在门诊诊疗过程中,条件受到限制,脑脊液检查常常很难实施,主要依据前面四者。其他辅助检查可视情况选择使用。

诊断程序如下:

- (1)病史询问,判断患者是否昏迷及昏迷的程度。
- (2)进行生命体征的监测,同时进行体格检查和神经系统检查。
- (3)实验室检查:包括血液,必要时可做脑脊液检查。
- (4)辅助检查:如 CT、MRI、脑电图。

依据上述检查初步定位、定性,分析出是颅外疾病还是颅内疾病引起,判断让患者在门诊治疗还是选择合适的科室住院治疗。

昏迷患者的诊断思路的流程见图 1-1。

三、昏迷的定位

昏迷的定位见表 1-1。

表 1-1 昏迷的定位诊断

定位		瞳 孔				眼头 反射	角膜 反射	眼前庭 反射	可能出现的 呼吸形式	可能出现的 肢体状态
		昏迷 形式	大小	对光 反射	睫脊 反射					
大脑皮质- 皮质下病损		醒状昏 迷或 昏迷	正常	存在	存在	抑制或 存在	存在	存在	正常、叹息样、潮式、 过度换气后呼吸 暂停	去皮质强直、肢体的 部分运动、回缩逃避
间脑病损和 早期中央疝		昏睡, 昏迷	双侧 缩小	存在	消失	存在	存在	存在	潮式呼吸	不典型的去皮质强 直、或肢体的回缩 逃避
中脑 病损	广泛性中脑 病损或晚期 中央疝	昏迷	双侧中 等度 扩大	消失	存在	消失	存在	存在	中枢神经元过度换 气、或潮式呼吸	去大脑强直
	钩回疝	昏迷	疝侧 扩大	消失	存在	消失	存在	存在	中枢神经元过度换 气、或呼吸平静	去大脑强直、对侧或 同侧偏瘫

定位	瞳 孔				眼头反射	角膜反射	眼前庭反射	可能出现的呼吸形式	可能出现的肢体状态
	昏迷形式	大小	对光反射	睫脊反射					
脑桥	昏迷	双侧呈针尖样缩小	消失	存在	消失	消失	消失	长吸式呼吸、群发性呼吸或短周期的潮式呼吸	四肢弛缓或伸展
枕骨大孔疝损及延髓	清醒	缩小	存在	存在		存在	存在	共济失调性呼吸、或呼吸骤停	四肢弛缓性瘫痪
全脑功能衰竭	深昏迷	扩大	消失	消失	消失	消失	消失	共济失调性呼吸、或自主呼吸停止	四肢弛缓性瘫痪

四、诊断要点

当医师在门诊或急诊接诊到昏迷患者后,如果病情允许,可按以下程序操作。若病情紧急危重,不可拘泥于此程序。

1.问诊要点

向患者亲属或直接接触的人员询问:昏迷发生的急缓和持续时间的长短;昏迷前有无发热、偏瘫或瘫痪、抽搐和高血压等;既往有无类似发作或表现以及心、脑、肝、肺、肾疾病史;有无颅脑外伤、毒剧药、有机磷农药接触史和吸毒史等。

2.体格检查要点

(1)一般检查:包括患者外观情况,如皮肤颜色有无发绀、黄疸、皮疹和水泡等;体位是否为强直状、痉挛状或抽搐发作;呼吸气味是否有酒精味、烂苹果或恶臭味或尿素味等。

(2)内科系统检查:对系统均要认真细致地进行检查。

(3)神经系统检查:神经系统疾病是昏迷的常见原因,神经内科医生需要在较短的时间鉴别出患者的昏迷状态是否是由于神经系统疾病所导致的,从而决定在神经科治疗还是在其他科室,或收入病房治疗,因此是重点检查项目。由于患者处于昏迷状态,所以要按昏迷患者的神经系统检查方法来操作,并注意下列重点:

1)脑膜刺激征:提示脑膜炎症、蛛网膜下腔出血等。

2)眼球运动及其位置:浅昏迷可有眼球自发活动,深昏迷眼球固定正中,若双眼球偏向偏瘫侧,提示病灶在脑干;若双眼球偏向健侧,提示病灶在大脑半球;若双眼球向上或向下凝视提示丘脑出血或栓塞,也可见于广泛中脑损害或代谢性脑病。

3)瞳孔检查:注意瞳孔大小、形状、位置、对称、对光反射。另外,还要排除阿罗瞳孔的影响。根据瞳孔的定位有下列情况:

①单侧瞳孔散大常见动眼神经麻痹、颞叶钩回疝早期等;

②双侧瞳孔散大常见于脑病晚期、颅内压增高、脑干损伤、心跳呼吸停止、药物中毒(阿托品、苯海索)、颠茄中毒、氰化物中毒、肉毒杆菌中毒;

③单侧瞳孔缩小常见于丘脑、丘脑下部、桥脑被盖部、延髓外侧部病变(出血或缺血)。双侧瞳孔大小不一,时有转变多为脑干损害;

④双侧瞳孔缩小常见于安眠药、巴比妥类、吗啡类及海洛因、氯丙嗪中毒、有机磷农药中毒、代谢性脑病,还可见于丘脑、下丘脑、小脑出血;