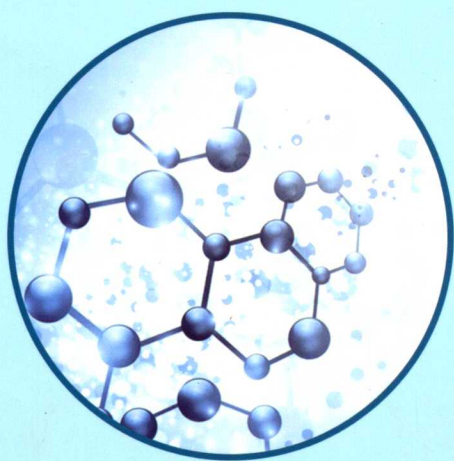


神经系统疾病的 内科治疗与康复 (上)

杨玉芳等◎主编



神经系统 疾病的内科治疗与康复

(上)

杨玉芳等◎主编

图书在版编目（CIP）数据

神经系统疾病的内科治疗与康复 / 杨玉芳等主编.
— 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016. 3
ISBN 978-7-5578-0157-1

I. ①神… II. ①杨… III. ①神经系统疾病—诊疗②
神经系统疾病—康复IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第026345号

神经系统疾病的内科治疗与康复

SHENJING XITONG JIBING DE NEIKE ZHILIAO YU KANGFU

主 编	杨玉芳	孙向军	刘守泉	王宽红	孙建奎	周红霞
副 主 编	梁 行	陆 权	胥丽霞	李晓昶		
	刘小双	朱作权	骆志坚	雷德宝		
出 版 人	李 梁					
责任编辑	孟 波	张 卓				
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	787mm×1092mm 1/16					
字 数	1064千字					
印 张	43.5					
版 次	2016年3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 978-7-5578-0157-1
定 价 170.00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

主编简介



杨玉芳

1968年出生。山东省聊城市第四人民医院脑电图室，副主任医师。1990年7月毕业于泰山医学院临床医学专业。从事脑电图工作26年，基础扎实，临床经验丰富。曾在省级以上刊物发表论著20余篇。撰写书籍3部。对脑炎、癫痫、脑血管病、脑瘤等疾病的诊断有很高的造诣。为临床诊断和治疗提供了可靠的依据。



孙向军

1970年出生。1993年毕业于承德医学院临床医学系。毕业至今一直在廊坊市人民医院神经内科担任临床与教学工作。2006年、2007年分别在北京首都医学院附属天坛医院神经介入科及卒中单元进修学习。基本功扎实，临床经验丰富，擅长缺血性脑卒中的介入治疗、分层管理及康复治疗，对其他神经内科常见病、多发病也有独到见解，深受广大患者欢迎。发表论文十余篇，获省级科技进步奖1项。



刘守泉

1965年出生。解放军第四六三医院高压氧科主任，副主任医师。现任全军高压氧学会委员、沈阳军区航空航海医学委员会委员、辽宁省医学会高压氧分会委员、辽宁省医学会医疗鉴定专家库成员。在CO中毒及后遗症、脑外伤后神经症反应、缺血性脑血管病、各种外伤、术后康复、糖尿病下肢血管病、骨折后骨不连、股骨头坏死、神经性耳聋耳鸣、梅尼埃病、胃炎、胃溃疡、各种肠炎、全身各部位的淤血、水肿等疾病的高压氧的治疗方面积累了大量的临床经验，取得了较好的治疗效果。多次参加国内及省内学术交流，并在国家、军队及省市级杂志发表学术论文20余篇，作为副主编参与编写《神经内科疾病诊断与康复治疗》一书。

编 委 会

主 编 杨玉芳 孙向军 刘守泉
王宽红 孙建奎 周红霞

副主编 梁 行 陆 权 胥丽霞 李晓昶
刘小双 朱作权 骆志坚 雷德宝

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 兰 长春中医药大学附属医院
王宽红 新乡市中心医院
冯玉华 湖北医药学院附属襄阳医院
冯宇飞 新乡医学院第三附属医院
朱作权 长江大学附属第一医院荆州市第一人民医院
刘小双 濮阳市人民医院
刘守泉 中国人民解放军第四六三医院
孙向军 廊坊市人民医院
孙建奎 河南省安阳地区医院
李 珂 河南省安阳地区医院
李晓昶 郑州大学附属郑州中心医院
杨玉芳 聊城市第四人民医院
吴孟娇 郑州大学附属郑州中心医院
张昕红 内蒙古民族大学附属医院
陆 权 荆门市第一人民医院
周红霞 河南中医药大学第一附属医院

周 岚	十堰市太和医院（湖北医药学院附属医院）
庞延红	长春中医药大学附属医院
胥丽霞	郑州大学附属郑州中心医院
骆志坚	长江大学附属第一医院荆州市第一人民医院
梁 行	郑州市中医院
韩艳艳	新乡医学院第三附属医院
雷德宝	襄阳市中心医院（湖北文理学院附属医院）

前 言

神经内科是内科学的一个分支，近年来由于科学技术的迅速发展，新的诊疗技术不断涌现，大大促进了神经内科学的发展。这对于神经内科医生提出了更高的要求，其不仅需要现代化的辅助诊疗监测技术，还需要全面掌握神经内科学的基础知识和临床技能，只有这样才能及时、准确地诊断疾病，给予患者及时合理的治疗和康复建议。鉴于此，我们组织了相关专业的专家学者编写了这部《神经系统疾病的内科治疗与康复》。

本书内容包括神经内科常见症状与体征、神经系统内科常见病的诊断方法、神经系统疾病的治疗新技术和新方法、周围神经疾病、脊髓疾病、中枢神经系统脱髓鞘疾病、脑血管病、颅内感染、癫痫、癫痫发作期的脑电图、重症肌无力、帕金森病、系统疾病的神经系统损害、高血压脑病、神经系统疾病的护理常规、脑梗死与脑缺血的介入治疗术中护理、康复护理、小儿脑性瘫痪的中医康复、神经系统疾病的康复、高压氧疗法等内容。本书在编写过程中尽可能多的收集目前神经系统的常见病、多发病、在内容编排上侧重于常见病，对于常见神经内科疾病的诊断、检查方法、治疗、康复做了详细的介绍，希望对神经内科临床工作者提供帮助。

本书编写过程中，参阅了大量相关专业文献书记，再次对各位作者的辛勤劳作表示感谢。由于各位作者的临床经验及编书风格有所差异，加之时间仓促，故各章衔接尚有不妥之处，错误与欠缺在所难免，希望诸位同道不惜指正和批评。

编 者
2016 年 3 月

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	6
第三节 头痛	11
第四节 眩晕	12
第五节 晕厥	15
第六节 耳鸣	17
第七节 瘫痪	19
第八节 躯体感觉障碍	31
第九节 不自主运动	32
第十节 共济失调	34
第十一节 尿便障碍	36
第二章 神经内科常见病的诊断方法	39
第一节 采集病史	39
第二节 神经系统检查	41
第三节 常用辅助检查方法	54
第四节 神经内科疾病的诊断原则	70
第五节 脑发育障碍和脑瘫的脑电图	74
第六节 药物与脑电图	88
第三章 神经系统疾病的治疗新技术和新方法	96
第一节 颈内动脉内膜剥脱术	96
第二节 缺血性脑血管病的血管内治疗	98
第三节 功能神经外科在神经内科的应用	99
第四节 立体定向技术	101
第五节 神经导航技术	104
第六节 神经干细胞移植	104
第七节 基因治疗	105
第四章 周围神经疾病	107
第一节 概述	107

第二节	脑神经疾病	114
第三节	吉兰 - 巴雷综合征	124
第四节	脊神经疾病	127
第五节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	137
第五章	脊髓疾病	144
第一节	急性脊髓炎	144
第二节	脊髓压迫症	147
第三节	脊髓空洞症	150
第四节	脊髓血管疾病	154
第五节	脊髓亚急性联合变性	157
第六节	脊髓肿瘤	159
第七节	脊髓缺血	160
第八节	脊髓动脉血栓形成	161
第九节	自发性椎管内出血	163
第十节	脊髓血管畸形	164
第十一节	脊髓血管栓塞	167
第十二节	脊髓拴系综合征	168
第十三节	肝性脊髓病	169
第六章	中枢神经系统脱髓鞘疾病	172
第一节	多发性硬化	172
第二节	弥漫性硬化	204
第三节	同心圆性硬化	209
第四节	急性播散性脑脊髓炎	211
第五节	脑桥中央髓鞘溶解症	215
第六节	视神经脊髓炎	217
第七章	脑血管病	219
第一节	脑梗死	219
第二节	脑出血	231
第三节	腔隙性梗死	240
第四节	蛛网膜下腔出血	244
第五节	脑动静脉血管畸形	246
第六节	烟雾病	257
第七节	血管性认知障碍	267
第八节	脑出血 ICV	276
第九节	急性脑梗死 ICU	281
第八章	颅内感染	288
第一节	脑膜炎	288
第二节	脑炎	292
第三节	脑脓肿	304

第九章 癫痫	312
第一节 概述	312
第二节 癫痫的病因	323
第三节 癫痫发作	330
第四节 癫痫的诊断与鉴别诊断	340
第五节 癫痫的治疗	346
第六节 预后	359
第七节 癫痫综合征	359
第十章 癫痫发作期的脑电图	365
第一节 概述	365
第二节 全身性发作	369
第三节 部分性发作	391
第十一章 重症肌无力	415
第十二章 帕金森病	424
第十三章 系统疾病的神经系统损害	427
第一节 肺性脑病	427
第二节 肝性脑病	429
第三节 肾性脑病	433
第四节 低血糖性脑病	436
第五节 桥本脑病	439
第十四章 高血压脑病	442
第十五章 神经系统疾病的护理常规	449
第一节 癫痫的护理常规	449
第二节 帕金森病的护理常规	452
第三节 重症肌无力的护理常规	453
第十六章 脑梗死与脑缺血的介入治疗术中护理	457
第十七章 康复护理	467
第一节 概述	467
第二节 康复护理技术	469
第十八章 小儿脑性瘫痪的中医康复	479
第一节 概述	479
第二节 小儿脑瘫的临床表现与诊断	483
第三节 小儿脑瘫的评定与康复	484
第四节 不同类型的小儿脑瘫推拿治疗方法	504
第五节 小儿脑瘫几种常见的临床表现推拿治疗	514
第十九章 神经系统疾病的康复	518
第一节 概述	518
第二节 神经系统疾病的康复评定	521
第三节 神经系统疾病的康复治疗	528

第四节	神经心理功能评定	535
第五节	神经康复中心理治疗的主要方法	539
第六节	康复患者的心理变化阶段与心理康复	544
第七节	脑血管病的康复治疗	548
第八节	周围神经系统疾病的康复	584
第九节	帕金森病的康复	606
第十节	重症肌无力的康复	616
第二十章	高压氧疗法	620
第一节	概述	620
第二节	治疗机制与临床治疗作用	621
第三节	高压氧对机体各系统功能的影响	627
第四节	高压氧对机体其他功能的作用	639
第五节	高压氧治疗方案	647
第六节	治疗脑血管疾病	649
第七节	治疗动脉血栓性脑梗死	652
第八节	治疗脑栓塞	656
第九节	治疗脑出血	657
第十节	治疗脑蛛网膜下腔出血	660
第十一节	治疗病毒性脑炎	661
第十二节	化脓性脑膜炎	663
第十三节	特发性面神经麻痹	665
第十四节	治疗吉兰 - 巴雷综合征	667
第十五节	治疗脑水肿	669
第十六节	治疗脑梗死	670
第十七节	治疗血管性头痛	671
第十八节	治疗流行性乙型脑炎	672
第十九节	治疗面神经炎	672
第二十节	治疗癫痫	673
第二十一节	治疗颅脑损伤	674
第二十二节	治疗急性脊髓损伤	677
第二十三节	治疗周围神经损伤	680
参考文献		682

第一章

神经内科疾病常见症状与体征

第一节 意识障碍

一、意识障碍的概念

意识是中枢神经系统对内外环境中的刺激所做出的有意义的应答能力。它通过人的语言、躯体运动和行为表达出来。使人体能正确而清晰地认识自我和周围环境。对各种刺激能做出迅速、正确的反应。当这种应答能力减退或消失时就导致不同程度的意识障碍。

完整的意识由两个方面组成，即意识的内容和觉醒系统。意识的内容是大脑对来自自身和周围环境的多重感觉输入的高水平的整合，是高级的皮质活动，包括定向力、感知觉、注意、记忆、思维、情感、行为等，使人体和外界环境保持完整的联系。意识的觉醒系统是各种传入神经冲动激活大脑皮质，使其维持一定水平的兴奋性，使机体处于觉醒状态，临床上常说的昏迷、昏睡、嗜睡、警觉即视为不同的觉醒状态。

意识的改变从概念上分为两类，一类累及觉醒，即意识的“开关”，出现一系列从觉醒到昏迷的连续行为状态。临床上区别为清醒、嗜睡、昏睡及昏迷，这些状态是动态的，可随时间改变而改变，前后两者之间无截然的界限，其中昏睡和昏迷是严重的意识障碍；另一类累及意识的内容，即大脑的高级功能，涉及认知与情感，此类意识改变涉及谵妄、精神错乱、酩酊状态、痴呆和癔症等。

二、意识障碍的诊断

对意识障碍患者的评价首先要明确意识障碍的特点（如急性意识错乱状态、昏迷、痴呆、遗忘综合征等），其次就是明确病因。现将诊断步骤概括如下。

（一）病史采集

尤其对昏迷患者的病因判断极为重要，应尽可能地向患者的朋友、家属、目击者、救护人员询问患者发病当时的情况，既往病史以及患者的社会背景、生活环境。

1. 现病史 注意了解患者昏迷起病的缓急。急性起病，昏迷为首发症状，历时持久常为脑卒中、脑创伤、急性药物中毒、急性脑缺氧等。急性昏迷、历时短暂，提示痫性发作、脑震荡、高血压脑病、阿-斯综合征等。慢性昏迷或在某些疾病基础上逐渐发展变化而来，

提示脑膜脑炎、脑肿瘤、慢性硬膜下血肿、感染中毒性脑病、慢性代谢性脑病（如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病）等。

注意了解昏迷前出现的症状：昏迷前有突然剧烈头痛的，可能为蛛网膜下隙出血。昏迷前有突然眩晕、恶心、呕吐的，可能为脑干或小脑卒中。昏迷前伴有偏瘫的，可能为脑卒中、脑脓肿、脑肿瘤或某些病毒性脑炎、脱髓鞘脑病等。昏迷前伴有发热的，可能为脑膜脑炎、某些感染中毒性脑病、中暑、甲状腺危象、癌肿恶液质等。昏迷前伴有抽搐，可能为脑卒中、脑动静脉畸形、脑肿瘤、中枢神经系统感染、高血压性脑病、癫痫、妊娠子痫、脑缺氧、尿毒症、药物或乙醇戒断。昏迷前伴有精神症状，可能为肝性脑病、尿毒症、肺性脑病、水电解质紊乱、某些内分泌性脑病（肾上腺危象和甲状腺功能减退）或 Wernicke 脑病、脑炎、药物戒断。昏迷前伴有黑便的常见于上消化道出血，肝硬化患者常可诱发肝性脑病。昏迷前有恶心呕吐的，应考虑有无中毒的可能。

2. 既往史 更能提供意识障碍的病因线索。应尽可能地向家属，有时是通过既往的经治医生来询问。

（1）心血管系统：卒中、高血压、血管炎或心脏病或许能提示意识错乱状态和多发梗死性痴呆的血管性原因。

（2）糖尿病史：糖尿病患者认知紊乱常由高渗性酮症状态或胰岛素诱发低血糖所致。

（3）癫痫发作；癫痫病史对持续痫性发作、发作后意识模糊状态或意识障碍伴有脑外伤患者可能提供病因诊断。

（4）脑外伤史：近期脑外伤常致颅内出血，时间久些的脑外伤可产生遗忘综合征或慢性硬膜下血肿伴痴呆。

（5）乙醇史：对乙醇依赖的患者更易出现急性意识错乱状态，原因有乙醇中毒、戒断、醉酒后、醉酒后脑外伤、肝性脑病及 Wernicke 脑病。酗酒患者慢性记忆障碍可能为 Korsakoff 综合征。

（6）药物史：急性意识错乱状态也常常由药物所致。如胰岛素、镇静催眠剂、鸦片、抗抑郁药、抗精神病药、致幻觉剂，或镇静药物的戒断。老年人对某些药物认知损害的副作用更为敏感。而年轻人往往有很好的耐受性。

（7）精神疾病史：有精神障碍病史的患者出现的意识障碍常常是由于治疗精神病药物过量。如苯二氮䓬类药、抗抑郁药、抗精神病药。

（8）其他：对于性乱者、静脉注射药物者、输入被感染的血液及凝血因子血制品者及上述这些人的性伴侣、感染母亲的婴儿都有感染 AIDS 的危险。

发病时的周围环境和现场特点也应在病史中问及：①冬季，如北方冬天屋内生活取暖易导致 CO 中毒；②晨起发现昏迷的患者，应想到心脑血管病、CO 中毒、服毒、低血糖昏迷；③注意可能发生头部外伤的病史和现场；④注意患者周围的药瓶、未服完的药片、应收集呕吐物并准备化验；⑤周围温度环境，如高温作业、中暑等。

（二）一般体格检查

目的在于寻找昏迷的可能病因。

（1）生命体征：注意血压、脉搏、体温和呼吸变化。

（2）皮肤及黏膜。

（3）头部及颈部。

- (4) 口部及口味异常。
- (5) 胸、腹、心脏及肢体。

(三) 神经系统检查

仔细查体, 搜寻定位体征, 以确定病变的部位。

(四) 观察患者

观察患者是否处于一种自然、合适的体位, 如果和自然的睡眠一样, 意识障碍的程度可能不深。哈欠、喷嚏也有助于判断意识障碍的深浅。张口及下颌脱落常提示患者的意识障碍可能较重。

意识状态有以下几种情况。

(1) 意识模糊: 是一种常见的轻度意识障碍。有觉醒和内容两方面的变化, 表现为淡漠、嗜睡、注意力不集中, 思维欠清晰, 伴有定向障碍。常见的病因为中毒、代谢紊乱, 也有部分患者可以表现大脑皮质局灶损害的特征, 尤其当右侧额叶损害较重时。

(2) 谵妄: 是一种最常见的精神错乱状态, 表现为意识内容清晰度降低。特点为急性起病, 病程波动的注意力异常, 睡眠觉醒周期紊乱, 语无伦次、情绪不稳, 常有错觉和幻觉。临床上, 谵妄必须与痴呆、感觉性失语及精神病相鉴别。

(3) 嗜睡: 觉醒的减退, 是意识障碍的早期表现。对言语刺激有反应, 能被唤醒, 醒后能勉强配合检查, 简单地回答问题, 刺激停止后又入睡。

(4) 昏睡: 较重的痛觉或大声的语言刺激方可唤醒, 并能做简短、含糊而不完全的答话, 当刺激停止时, 患者立即又进入昏睡。

(5) 浅昏迷: 仍有较少的无意识自发动作, 对疼痛刺激有躲避反应及痛苦表情, 但不能回答问题或执行简单的命令。各种反射存在, 生命体征无明显改变。

(6) 深昏迷: 自发性动作完全消失, 肌肉松弛, 对外界刺激均无任何反应, 各种反射均消失, 病理征继续存在或消失, 生命体征常有改变。

三、昏迷的鉴别诊断

(一) 判断是否为昏迷

通过病史询问和体格检查, 判断患者是否有昏迷。一般不会很困难, 但一些精神病理状态和闭锁综合征, 也可对刺激无反应, 貌似昏迷, 需加以鉴别。

(1) 醒状昏迷: 患者表现为双目睁开, 眼睑开闭自如, 眼球可以无目的的活动, 似乎意识清醒, 但其知觉、思维、语言、记忆、情感、意识等活动均完全丧失。呼之不应, 而觉醒—睡眠周期保存。临床上包括: ①去皮质综合征: 多见于缺氧性脑病和脑外伤等, 在疾病的恢复过程中皮质下中枢及脑干因受损害较轻而先恢复, 皮质广泛损害重仍处于抑制状态; ②无动性缄默症: 病变位于脑干上部和丘脑的网状激活系统, 大脑半球及其传出通路则无病变。

(2) 持久植物状态: 是指大脑损害后仅保存间脑和脑干功能的意识障碍, 多见于脑外伤患者, 经去大脑皮质状态而得以长期生存。

(3) 假性昏迷: 意识并非真正消失, 但不能表达和反应的一种精神状态, 维持正常意识的神经结构并无受损, 心理活动和觉醒状态保存。临床上貌似昏迷。

(4) 心因性不反应状态：见于癔病和强烈的精神创伤之后，患者看似无反应，生理上觉醒状态保存，神经系统和其他检查正常。在检查者试图令患者睁开双眼时，会有主动的抵抗，脑电图检查正常。

(5) 木僵状态：常见于精神分裂症，患者不言、不动、不食，甚至对强烈的刺激亦无反应。常伴有蜡样弯曲、违拗症等，并伴有发绀、流涎、体温过低、尿潴留等自主神经功能紊乱，缓解后患者可清晰回忆起发病时的情况。

(6) 意志缺乏症：是一种严重的淡漠，行为上表现不讲话，无自主运动，严重的病例类似无动性缄默症，但患者能保持警觉并意识到自己的环境。

(7) 癫痫伴发的精神障碍：可出现在癫痫发作前、发作时和发作后，也可以单独发生，表现有精神错乱、意识模糊、定向障碍、反应迟钝、幻觉等。

(8) 闭锁综合征：见于脑桥基底部病变，患者四肢及脑桥以下脑神经均瘫痪，仅能以眼球运动示意。因大脑半球及脑干背盖部网状激活系统无损，故意识保持清醒，因患者不动不语而易被误诊为昏迷。

(二) 判断病变部位

根据昏迷患者有无神经系统损害表现、颅内压增高和其他系统的表现，可推测导致昏迷的病因是在颅内还是颅外，颅内病变又可根据其范围和性质分为幕上、幕下，局灶性病变还是弥漫性病变。

四、昏迷的病因

昏迷是最严重的意识障碍，并不都是原发于中枢神经系统的损害，也多见于其他各科疾病中。了解昏迷可能的病因对于临床医生工作中配合抢救、处理昏迷患者具有指导意义。昏迷的病因见表 1-1、表 1-2 和表 1-3。

表 1-1 昏迷的病因

颅内器质性损害	
脑外伤	脑震荡，脑挫伤，外伤性颅内出血，硬膜下血肿，硬膜外血肿
脑血管病	颅内出血，高血压性脑出血，动脉瘤破裂伴脑实质血肿，动静脉畸形，其他如出血性疾病、肿瘤出血、蛛网膜下隙出血等 继发于外伤后 脑梗死，脑血栓形成，脑栓塞，血管炎
感染	脑炎，脑膜炎，脑脓肿，感染性静脉窦血栓形成
肿瘤	原发颅内肿瘤，转移瘤，恶性肿瘤非转移并发症（如进行性多灶性白质脑病）
昏迷的全身性疾病	
代谢性脑病	低血糖，糖尿病酮症，高渗性非酮症昏迷，脏器功能衰竭 尿毒症，透析性脑病 肝性脑病 垂体前叶功能减退，肾上腺危象，甲状腺危象，黏液性水肿 水电解质紊乱，低钠血症，高血钙和低血钙 缺氧性脑病，严重充血性心力衰竭，急性心肌梗死，阿-斯综合征，失代偿性慢性阻塞性肺病，高血压性脑病

续 表

中毒性脑病	败血症，中毒性感染（如细菌性痢疾） 重金属中毒（如铅、汞、砷、铊、氟） 一氧化碳中毒、其他吸入物 药物（如鸦片、巴比妥、地西洋、可卡因、神经阻断剂） 乙醇 农药 食物（毒蕈碱、鱼胆中毒） 物理因子，中暑，低温 营养不良状态，Wernicke 脑病
-------	---

表 1-2 结构性或外科性昏迷的原因

外伤	硬膜下损伤，硬膜外损伤，弥散性轴索损伤，脑挫裂伤，穿通性头部损伤
颅内出血	蛛网膜下隙出血 脑出血〔后颅凹（脑桥，小脑），幕上（基底核，脑叶）〕
缺血性卒中	大面积大脑中动脉梗死伴有脑疝 脑干卒中累及双侧喙侧脑桥或中脑 基底动脉尖综合征伴有双侧丘脑和喙侧中脑梗死
弥散性微血管异常	血栓形成性血小板减少性紫癜 落矶山斑疹热 脑性疟疾
肿瘤	多形性成胶质细胞瘤伴脑疝 多发性转移病变
其他疾病	渗透性脱髓鞘综合征（脑桥中央溶解症）

表 1-3 代谢性或内科性昏迷的原因

药物过量	苯二氮草类，巴比妥类，阿片类，三环类药物
感染性疾病	脓毒症，细菌性脑膜炎，脑炎（如：单纯疱疹性，虫媒病毒感染）
内分泌障碍性疾病	低血糖反应，糖尿病性酮症酸中毒，高渗性昏迷，黏液水肿，甲状腺功能亢进
代谢性异常	低钠血症，高钠血症，尿毒症，肝性脑病，高血压性脑病，低镁性假性昏迷
中毒反应	一氧化碳中毒，乙醇中毒，扑热息痛过量，乙烯乙二醇中毒
药物副作用	Reye 综合征，精神抑制药恶性综合征，中枢神经抗胆碱能综合征，血清紧张素综合征，异烟肼
缺乏状态	硫胺缺乏（Wernicke 脑病），烟酸缺乏（糙皮病）
低温	
心因性昏迷	

五、昏迷的实验室检查

(一) 常规检查

有助于昏迷病因的定性和鉴别诊断。包括血、尿、便分析，尿素氮和肌酐的测定，快速血糖、血钙、血钠检测及血气分析、肝功能、酶学、渗透压、心电图和胸片等。

(二) 毒物的筛查

可对患者的尿、胃肠内容物进行毒物的检测。包括鸦片、巴比妥盐、镇静剂、抗抑郁药、可卡因和乙醇等。

(三) 特殊检查

1. 头颅 X 线片 因价廉、操作简便、快速而不失为基层医院常用的检查手段，对脑外伤具有重要的诊断价值。能发现颅骨骨折，有无颅内异物和颅内积气。如果见到脑回压迹、颅缝分离、蝶鞍吸收和扩大、颅骨普遍性吸收萎缩、蛛网膜粒压迹增大等常提示有颅内压增高。

2. 脑电图 疑似脑炎、癫痫发作后昏迷状态的患者，可行脑电图检查。此外还有助于昏迷与闭锁综合征、癔病、紧张症的鉴别及脑死亡的判定。

3. 腰椎穿刺 高热伴脑膜刺激征者或暂时原因不明的昏迷患者应做腰椎穿刺以明确诊断。颅内压增高行腰椎穿刺后脑疝的发生率为 1% ~ 12%，如怀疑患者脑疝形成，应先行头颅 CT 检查，备好静脉注射甘露醇及抢救措施，以防发生脑疝。颅内压显著增高者，留取 2 ~ 3ml 脑脊液供生化、常规、涂片、培养用。对有出血倾向患者，穿刺可诱发脊髓硬膜外血肿。

4. 头颅 CT 检查 能迅速显示颅内结构，特别适用于颅脑外伤的急诊检查。在脑卒中的鉴别诊断中更有意义，虽然在脑梗死早期（24h 以内）可能难以完全显示梗死的部位，但对有出血、出血的范围、中线结构有无移位、是否破入脑室等信息的提供有高度的准确性。不足之处对幕下结构显示不佳，对早期脑梗死、脑炎及等密度硬膜下出血等易漏诊。

5. 磁共振成像（MRI） 对后颅凹病变、脑肿瘤及脱髓鞘病灶比 CT 具有更高的灵敏度和准确度，尤其对脑肿瘤的诊断要优于 CT。对急性脑出血不如 CT，检查时间较长，因躁动或呼吸困难常使头位改变而影响图像质量。

6. 数字减影脑血管造影（DSA） 适用于疑似蛛网膜下隙出血的患者，可发现有无颅内动脉瘤或动静脉畸形。DSA 为有创性检查，并有一定的风险性。

（王宽红）

第二节 失语症、失用症、失认症

大脑器质性病变引起高级神经活动障碍如失语症、失用症和失认症。这些症状单独或相伴出现，如 Broca 失语可伴面 - 口失用。