

神经系统疾病 诊治流程规范

主 编 \ 周华东

SHENJING XITONG JIBING
ZHENZHI LIUCHENG

GUIFAN



军事医学科学出版社

神经系分科书

神经系分科书

SHENJING XITONG JING

SHENJING XITONG JING

SHENJING XITONG JING

GUIFAN

GUIFAN

GUIFAN

GUIFAN

GUIFAN

GUIFAN

GUIFAN

神经系统疾病诊治流程规范

主 编 周华东

副主编 蒋晓江 李敬诚 张 猛 王延江
杨清武 许志强

编 委 王景周 王 琳 周红杰 姚国恩

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

神经系统疾病诊治流程规范/周华东主编.

—北京:军事医学科学出版社,2009

ISBN 978-7-80245-190-2

I. 神… II. 周… III. 神经系统疾病-诊疗-规范

IV. R741-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 006681 号

出 版: 军事医学科学出版社

地 址: 北京市海淀区太平路 27 号

邮 编: 100850

联系电话: 发行部:(010)66931051,66931049

81858195

编辑部: (010)66931127,66931039,66931038

86702759,86703183

传 真: (010)63801284

网 址: <http://www.mmsp.cn>

印 装: 北京冶金大业印刷有限公司

发 行: 新华书店

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 6.25 (彩 2)

字 数: 77 千字

版 次: 2009 年 3 月第 1 版

印 次: 2009 年 3 月第 1 次

定 价: 15.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

序 言

第三军医大学第三附属医院(大坪医院)神经内科创建于 20 世纪 60 年代初,经过四十余年的创业,逐渐发展壮大,成为第三军医大学重点学科,专科特色明显,1998 年成立了脑血管病医院,为院中院,有一支较强的神经介入队伍。目前开展床位 150 张,设三个病区、一个重症监护室。近年来学科发展迅猛,科室重点研究方向为急性脑血管病、老年性痴呆和顽固性睡眠,对缺血性脑血管病的神经介入治疗。该书凝聚着大坪医院神经内科全体医务人员多年的心血,编者长期在临床一线工作,具有丰富的临床经验。

该书介绍了脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血、老年性痴呆、睡眠障碍等神经内科常见病、多发病的规范化诊治流程。该书从症状体征入手,对辅助检查进行了较全面的提示,诊断中注意神经系统疾病与全身疾病的统一性,使专科诊治更加细化。本书的许多内容是在临床工作的基础上归纳而成,写法新颖,对于神经科医生日常的临床诊治活动具有较强的指导性。

重庆医科大学副校长

中华医学会神经病学会副主任委员

中国医师协会神经内科分会副会长 谢 鹏

2009 年 2 月 20 日

前 言

神经系统疾病诊断和治疗水平在不断的发展和提高。国内外许多医疗专业学会和单位都在不断地制定本专业疾病的诊治流程规范,以便对疾病的诊断和治疗形成统一的认识,并且能够指导初、中级医师系统、完整地诊治疾病。

目前临床医护人员对神经系统危重病、常见病的处理水平参差不齐,需要有一个统一的诊治规范流程。我院神经内科有 50 余年的发展历史,现有床位 150 张,有医护人员 100 余人,高级职称有 14 人。各级医护人员在神经系统疾病的诊治方面积累了宝贵的经验。我们在参考国内外相关单位对神经系统疾病的诊治流程规范的基础上,提出了一套神经系统疾病的诊治流程规范。

这套诊治流程以表格和提纲的方式提供给神经内科和相关学科的初、中级医师,以及神经病学硕士和博士研究生在临床工作中学习使用。本书的重点是突出神经系统危重病和新近发展起来的神经介入诊治新技术;没有过多的理论叙述,在临床工作中实用性强,能够作为一种临床手册性读物为广大医师提供参考。此书是本单位神经内科全体同志辛勤劳动的结晶,欢迎大家多提宝贵意见,在使用中不断完善。

周华东

2008 年 12 月 15 日

目 录

第一篇 神经系统常见疾病诊治流程

第一章	昏迷诊治流程	(3)
第二章	脑梗死诊治流程	(7)
第三章	脑出血诊治流程	(13)
第四章	蛛网膜下腔出血诊治流程	(16)
第五章	颅内感染诊治流程	(19)
第六章	癫痫全面性发作诊治流程	(23)
第七章	帕金森病诊治流程	(25)
第八章	重症肌无力诊治流程	(28)
第九章	老年性痴呆诊治流程	(31)
第十章	睡眠障碍诊治流程	(37)
第十一章	危重病人病情记录单	(43)
第十二章	坠落危险因素评分	(46)

第二篇 神经介入操作及并发症诊治流程

第十三章	全脑血管造影术操作流程	(49)
第十四章	脑梗死动脉溶栓术操作流程	(52)
第十五章	颅内外动脉支架置入术操作流程	(56)
第十六章	神经介入手术记录单	(61)
第十七章	深静脉血栓形成、肺栓塞危险度评分	(62)
第十八章	深静脉血栓形成诊治流程	(63)
第十九章	肺栓塞诊治流程	(65)

附录一 附表

附表一:NIHSS 量表	(71)
附表二:mRs 卒中评分量表	(74)
附表三:阿森斯失眠量表	(75)
附表四:SAS(焦虑)自评量表	(76)
附表五:SDS(抑郁)自评量表	(78)
附表六:简易智力状态(MMSE)评分标准	(80)
附表七:日常生活能力量表(ADL)	(83)
附表八:帕金森病综合评定量表(UPDRS)	(84)

附录二 附图

附图一:脑出血、脑梗死 CT 片	(87)
附图二:脑梗死 CTP 片	(88)
附图三:脑血管造影 DSA 片	(89)
附图四:脑血管支架植入术后 CTA 片	(91)

第一篇 神经系统常见疾病 诊治流程

第一章 昏迷诊治流程

突发呼之不应,不能交流,初步判断为昏迷
一、急诊检查
1. 快速病史采集 起病形式(起病时间,地点,场合,初始过程)、伴随症状、前驱症状。发病前外伤史、中毒史、药物史。既往其他系统疾病史(高血压、糖尿病、癫痫等),有无类似发作。
2. 一般情况 体温、脉搏、呼吸、血压; 气味、皮肤黏膜、外伤。 神经系统:脑膜刺激征、瞳孔与眼球位置、疼痛反应、瘫痪体征。
3. 血常规、肝肾功、血糖、生化、血气
4. 头颅 CT 检查,必要时可行腰穿检查
二、诊断、鉴别诊断及病情评估
1. 诊断:对刺激无意识反应,不能被唤醒
2. 意识障碍临床分型
(1)意识水平下降的意识障碍 嗜睡:疼痛或言语刺激方可唤醒。 昏睡状态:较重的疼痛或言语刺激方可唤醒。 昏迷:意识丧失,对言语刺激无应答反应。
(2)伴有意识内容改变的意识障碍 意识模糊:或称朦胧状态,表现意识范围缩小,常有定向力障碍,可见于癔症发作。 谵妄状态:急性谵妄状态常见于高热或中毒,如阿托品类中毒。慢性谵妄状态多见于慢性酒精中毒。

续表

(3)特殊类型的意识障碍					
去皮层综合征:无意识地睁眼,光反射、角膜反射存在,见于缺氧性脑病等。					
无动性缄默征:对外界刺激无意识反应,四肢不能活动,或呈不典型去脑强直状态。					
3. 鉴别诊断					
(1)意志缺乏症:清醒状态并能意识到自己的处境,却不讲话,无自主活动。					
(2)闭锁综合征:不能言语、吞咽,意识清醒并能以睁闭眼或眼球的上下活动与周围建立联系,多见于脑血管病脑桥基底部病变。					
4. 病情评估					
昏迷程度鉴别					
昏迷程度	疼痛刺激反应	无意识自发动作	腱反射	瞳孔对光反射	生命体征如血压、呼吸
浅昏迷	有反应	可有	存在	存在	无变化
中昏迷	重刺激可有	很少	减弱或消失	迟钝	轻度变化
深昏迷	无反应	无	消失	消失	明显变化
Glasgow 昏迷评定量表					
检查项目	临床表现				评分
A. 睁眼反应	自动睁眼				4
	呼之睁眼				3
	疼痛引起睁眼				2
	不睁眼				1
B. 言语反应	定向正常				5
	应答错误				4
	言语混乱				3
	言语难辨				2

续表

检查项目	临床表现	评分
C. 运动反应	不语	1
	能按指令动作	6
	对刺痛能定位	5
	对刺痛能躲避	4
	刺痛肢体屈曲反应	3
	刺痛肢体过伸反应	2
	无动作	1
5. 病因诊断		
(1) 脑膜刺激征(+), 局灶性神经缺损体征(-)		
①突然起病, 以剧烈头痛为前驱症状——多见于蛛网膜下腔出血。		
②以发热为前驱症状——多见于脑膜炎、脑炎。		
(2) 脑膜刺激征(-), 局灶性神经缺损体征(+)		
①突然起病昏迷、常合并有瞳孔反射和眼球运动的异常——多见于脑干卒中。		
②数分钟至数小时内, 由半球或内囊的神经缺损体征。 迅速进展至昏迷——多见于脑出血、脑梗死。		
③以发热为前驱症状——多见于脑脓肿。		
④与外伤有关——多见于颅脑外伤、硬膜下血肿、硬膜外血肿。		
⑤缓慢进展出现的昏迷——多见于颅内肿瘤、慢性硬膜下血肿。		
(3) 脑膜刺激征(-), 局灶性神经缺损体征(-)		
①昏迷短暂——多见于癫痫、晕厥、脑震荡。		
②有明确中毒原因——多见于酒精、安眠药、一氧化碳。		
③有系统性疾病的症状体征——多见于肝性昏迷、肺性脑病、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症休克、酸碱电解质平衡紊乱。		
三、治疗		
1. 生命体征监测		
2. 对症、支持治疗		

续表

(1)保持呼吸道通畅,保证有良好的通气换气。
(2)营养支持,合理补液及应用升压药。
(3)有颅内高压表现时给予脱水治疗。
(4)考虑为癫痫持续状态患者给予安定缓慢静推处理。
(5)有感染可给予抗生素治疗。
3. 病因治疗:积极寻找可能的病因,迅速给予相应的治疗。
4. 醒脑静、纳洛酮等应用
5. 亚低温脑保护等措施
脑死亡诊断标准
①过深昏迷;
②自主呼吸停止;
③光反射消失、瞳孔散大固定;
④脑电图直线;
⑤反射、疼痛刺激消失,可存在;
⑥须除外药物中毒。

第二章 脑梗死诊治流程

中老年患者,突发偏身无力或伴失语,或伴意识障碍,拟诊为脑梗死		
脑血栓形成诊治		
一、急诊检查		
①急诊头颅 CT、头颅 CT 灌注成像、MRI。		
②急查血常规、生化、肾功、肝功、血糖、凝血功能。		
③心电图。		
二、诊断、鉴别判断及病情评估		
1. 诊断:中老年,突发偏身肢体无力,伴意识障碍,伴恶心,呕吐,头颅 CT 提示脑血栓形成。		
2. 鉴别诊断		
	脑血栓形成	脑出血
发病年龄	多在 60 岁以上	多在 60 岁以下
起病状态	安静状态或睡眠中	活动中
起病速度	十余小时或 1~2 天症状达到高峰	数十分钟至数小时症状达到高峰
高血压史	较少	较多
全脑症状	轻或无	头痛、呕吐、嗜睡、打哈欠等颅内压增高症状
意识障碍	通常较轻或无	较重
神经体征	多为非均等性偏瘫(中动脉主干或皮层支)	多为均等性偏瘫(内囊)
头颅 CT	脑实质内低密度病灶	脑实质内高密度病灶
脑脊液	无色透明	血性(洗肉水样)

续表

3. 病情评估	
(1) 依据部位分类:基底节区脑梗死,脑干梗死,脑叶梗死,小脑梗死	
(2) 依据临床表现及影像学分类:大面积梗死; 分水岭脑梗死; 出血性脑梗死; 多发性脑梗死。	
(3) 神经功能缺损程度评分: NIHSS:轻型:0~15分;中型:16~30分;重型:31~45分。 mRs:0~6级;0级:完全无症状;6级:死亡。	
(4) 日常生活活动度评分(Barthel Index): 独立:100分 轻度依赖:75~95分 中度依赖:50~70分 重度依赖:25~45分 完全依赖:0~20分	
(5) 简易精神状态检查(MMSE):分界值 文盲 ≤ 17 分;小学文化程度 ≤ 20 分;初中及以上文化程度 ≤ 24 分	
(6) 心脏功能评估: I级:体力活动不受限制 II级:体力活动轻度受限制 III级:体力活动明显受限制 IV级:体力活动严重受限制,休息时可有心脏症状	
(7) 语言功能:正常语言;语音含混	
(8) 吞咽功能:正常吞咽;轻度呛咳;重度呛咳	
4. 生命体征监测及评估	
意识	意识水平改变:清醒;嗜睡;昏睡;浅昏迷;中昏迷;深昏迷
	意识内容改变:意识模糊;谵妄状态

续表

昏迷程度评分(Glasgow 评分):预后良好: >8 分;预后较差: <7 分 有死亡危险:3 ~ 5 分,伴有脑干反射消失	
瞳孔	外形: 左侧(正圆;不规则);右侧(正圆;不规则)
	直径: 左侧;右侧
	直接对光反射:左侧(灵敏;迟钝;消失) 右侧(灵敏;迟钝;消失)
	间接对光反射:左侧(灵敏;迟钝;消失) 右侧(灵敏;迟钝;消失)
生命体征	呼吸,脉搏,体温,血压,心率,氧饱和度
	监测频次:1 次/0.5 h;1 次/1 h;1 次/2 h;1 次/4 h
化验监测	血糖,生化,肾功,血常规
三、治疗	
1. 溶栓	
(1)途径:动脉溶栓;静脉溶栓	
(2)入院延时: <3 h;3 ~ 6 h;6 ~ 12 h	
(3)适应证:① 年龄 ≤ 75 岁;② 发病 6 小时之内;③ 血压 < 180/110 mmHg;④ 无严重的意识障碍;⑤ 瘫痪肢体的肌力 < Ⅲ级,持续时间 > 1 小时;⑥ 头颅 CT 排除脑出血,未出现与本次症状相对应的低密度梗死灶;⑦ 病人或家属同意。	
(4)禁忌证:① 有出血倾向或出血素质;② 血压 > 180/110 mmHg;③ CT 发现出血或大片的低密度影(大于大脑半球的 1/3);④ 体温 > 39℃,伴有意识障碍;⑤ 有严重心、肝、肾功能异常;⑥ 近 3 个月内有脑卒中、脑外伤和心肌梗死病史,半个月内有重大手术或创伤史。	
(5)溶栓药物:t-PA:0.9 mg/kg,10% 的剂量静脉推注,剩余剂量在 60 min 内静脉滴注。 UK:100 万 U + NS 100 ml,静脉滴注 30 min。	