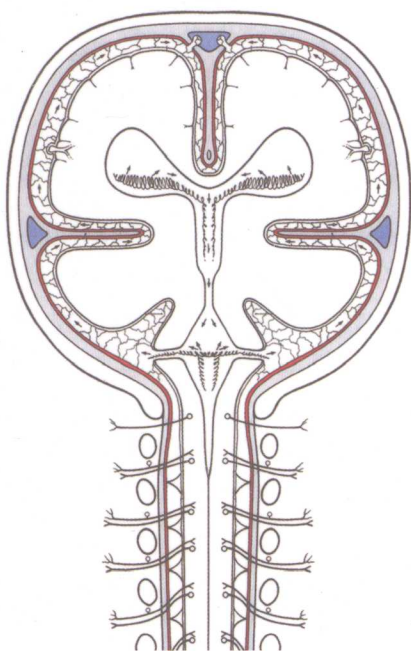


临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘德铭

神经疾病症状鉴别诊断学



主编 张淑琴

临床神经病学诊断丛书

总主编 周建强

神经疾病症状鉴别诊断学



主编 周建强

南京医科大学
南京医科大学出版社

临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘德铭

神经疾病症状鉴别诊断学

主 编 张淑琴

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书共四篇,四十三章,以神经疾病常见症状和体征作为切入点,分析该症状和体征产生的解剖与生理学基础、病因和发病机制,并以此为基础进行诊断和鉴别诊断,给读者提供一个从症状和体征的角度分析可能诊断的完整的思维模式。为帮助读者更好地学习神经病学,本书还提供了神经系统疾病影像学诊断和鉴别诊断,该部分内容丰富,图文并茂,是本书的一大亮点。本书每章都有诊断流程和病例介绍,诊断流程给读者提供了清晰的诊断思维导图,而典型病例介绍是各位编者长年临床工作的积累和临床诊断的经验体会,相信会使广大读者从中获益。

本书适合神经内科主治医师及住院医师、研究生参考使用,也可供其他临床相关科室的医师阅读。

图书在版编目(CIP)数据

神经疾病症状鉴别诊断学 / 张淑琴主编. —北京:科学出版社,2009
(临床症状鉴别诊断丛书/刘德铭总主编)
ISBN 978-7-03-024786-5

I. 神… II. 张… III. 神经疾病—鉴别诊断 IV. R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 098304 号

策划编辑:沈红芬 吴茵杰 / 责任编辑:黄相刚 / 责任校对:陈丽珠
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>

中国科学院印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009年7月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2009年7月第一次印刷 印张:51 1/2

印数:1—2 000 字数:1 235 000

定价:198.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

《临床症状鉴别诊断丛书》编委会

总 主 编 刘德铭

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

陈清兰 刘 超 刘德铭

刘丽秋 汤美安 王友赤

张 军 张淑琴

《神经疾病症状鉴别诊断学》编写人员

主 编 张淑琴

副主编 王德生 张 成 张朝东

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

陈晓春 谷艳英 何志义 林卫红

马涤辉 孟红梅 莫雪安 王德生

邬英全 许 晶 张 成 张 昱

张朝东 张黎明 张淑琴

秘 书 孟红梅

临床症状鉴别诊断丛书

前言

疾病的发生是一个非常复杂的过程,其表现也是千差万别。不同患者患同一疾病时,其临床表现可大不一样;出现症状不一定是患病了,而有可能是正常的生理反应;多种疾病可有相同的临床表现。例如,发热、心悸是临床常见的症状,许多疾病都可有此症状,但是在生理情况下也可出现。如剧烈运动时,体温略有升高,心跳加速,从而使人有发热和心悸的感觉。又如呼吸困难这一极为常见的症状,患呼吸系统疾病时可以出现,患心脏疾病时也很常见,其他如消化、泌尿、血液、内分泌、神经、结缔组织疾病和外伤时均可出现。因此,面对病人诉说的症状、体格检查时获得的体征和各种辅助检查所得的结果,临床医生尤其是年轻的医生经常感到千头万绪,难以做出明确的诊断。有研究报道,尽管现代医学高科技检查项目繁多,但是临床误诊率仍然高达25%~35%。因此,帮助年轻医生提高对疾病诊断和鉴别诊断的能力,降低临床误诊率,是摆在我们面前的一个重要问题。尽管目前已有多种有关疾病诊断和鉴别诊断的书籍出版,但是尚未有一套按照临床医师诊治病人的思维模式展开,系统地从症状、体征、各种实验室检查结果和影像学表现等来进行疾病诊断与鉴别诊断的丛书。为了弥补这一空白,科学出版社组织了全国高等医学教育学会诊断学分会的一些专家编写了本套丛书,较为全面、完整地论述了各系统疾病鉴别诊断的思路和方法。

翻开书本,读者就会发现本丛书是按一种新的结构、新的体例来进行编写的,并且具有以下几个特点:

首先,从诊治程序出发,按照临床医生的诊治思维模式展开。每章在对疾病进行概述、病因和发病机制介绍后,提出诊断思路。诊断过程遵循人们认识客观事物的规律——由现象到本质:从诊断疾病的过程来说,医生首先要了解患者的主观感受,通过询问病史获取症状;然后进行体格检查,发现患者自己难以发现的客观现象——体征;接着通过心电图、影像学 and 实验室检查等,进一步收集疾病的信号。所有这些是疾病的表象,然后运用临床诊断思维,对症状、体征或影像学表现进行分析,弄清这些现象所反映的疾病本质,得出正确诊断。

其次,通过“诊断流程”框图的形式展示诊断思维的过程。为了简洁明了地反映出诊断思维的过程,帮助读者以最快捷的诊断途径、最简洁而有效的检查项

目,抓住疾病的本质,从而得出正确的临床诊断,编者将诊断检查的过程,科学、规范而合理地进行了安排,并归纳出了“诊断流程”。

再次,重点突出了疾病的鉴别诊断。对同一症状、体征和影像学表现可能涉及的疾病逐一做简要介绍,并归纳出诊断要点,这些要点既是诊断此病的依据,又是与具有相同表现的其他疾病相鉴别的要点。这对年轻医师临床鉴别诊断能力的提高会有很大的帮助。

最后,结合实际病例来谈编者的诊治经验或教训。在每个症状或体征后都有病例介绍,通过对典型病例或疑难病例的简要分析,与读者一起分享编者在诊断此病例过程中的体会或经验教训,这对临床医师具有重要的启示作用。

本套丛书分为心血管疾病、呼吸疾病、消化疾病、肾脏疾病、内分泌与代谢性疾病、风湿性疾病、神经疾病、血液疾病等八个分册,每个分册在保持整体风格一致的基础上,既各有侧重又互相联系,构成了一个整体。

本套丛书的参编者是从国内有影响的大学附属医院挑选的既有多年临床工作经验、又有多年从事诊断学和内科学教学经验的医务工作者,具有较高的学术水平。在丛书编写过程中,编者收集了国内外最新文献,尤其是新近制订的各种疾病诊断、治疗指南或专家共识,这对于临床医生及时了解和掌握各种疾病的诊治原则与方法,具有重要的指导意义。然而,由于临床医疗和教学工作繁忙,加之作者个人学术水平有限,丛书中的疏漏和错误在所难免。我们期待读者指正,以期再版时改进。

刘德铭

2009年3月

前言

神经病学是研究中枢神经系统、周围神经系统、自主神经系统和骨骼肌疾病的一门临床学科。由于神经科学的飞速发展,特别是神经影像学、神经免疫学、神经分子生物学、神经遗传学、神经生物学等检查技术的不断提高,为神经病学的临床诊断提供了有力的手段和极大的便利,给神经系统疾病的定位、定性诊断带来了革命性的变革,在一定程度上促进了神经病学的发展,提高了对神经系统疾病的认识和临床医生的诊治水平。

尽管如此,在实际临床工作中,神经系统疾病的临床误诊率仍然很高。为了适应临床医生的工作需求,同时为了更好地培养青年医生对疾病诊断和鉴别诊断的能力,拓宽对疾病的诊断思路,适应专科医生应具备较强的多学科综合知识的需要,我们编写了《神经疾病症状鉴别诊断学》,本书的目标读者群为从事一线工作的神经内科主治医师及住院医师。

本书以神经系统疾病常见症状和体征作为切入点,分析各症状和体征产生的解剖和生理学基础、病因和发病机制,并从症状和体征出发进行诊断和鉴别诊断,给读者提供一个从症状和体征的角度分析可能诊断的完整的思维模式。另外,为帮助读者更好地学习神经病学,本书还提供了神经系统疾病影像学诊断和鉴别诊断,这部分内容丰富,图文并茂,是本书的一大亮点。

在鉴别诊断中,对所有能够表现出某一症状或体征的临床所有疾病均有提及,在对所鉴别的疾病进行简要介绍的同时,还归纳出诊断要点。这些诊断要点既是诊断此病的依据,又是与具有相同症状、体征的其他疾病相鉴别的要点,这对刚涉足神经病学的青年医生的临床实际工作有很好的指导意义。

本书每章都有诊断流程和病例分析,诊断流程给读者提供了清晰的诊断思维导图,而典型病例分析是各位编者长年临床工作的积累和临床诊断的经验体会,相信会使广大读者从中获益。

在本书出版之际,真诚感谢各位编者的辛勤努力,感谢科学出版社的领导和编辑给予的指导、关怀和支持,感谢在本书的编写过程中给予我们帮助的同道们。

本书的编者来自哈尔滨医科大学、吉林大学、中国医科大学、福建医科大学、中山大学、广西医科大学、大连医科大学等七所大学,他们均是活跃在临床、教学、科研工作中的中青年骨干,有着丰富的临床实践和教学经验。在编写过程

中,严格按照丛书要求进行撰写,期望能够奉献给读者一本有临床实用价值的较好的参考书。

由于目前缺少此体例的神经病学临床参考书,在内容编排等很多方面都是新的尝试,加之个人水平有限,在编写的过程中一定会有很多纰漏,为使本书更加完善,能使更多的临床医师受益,恳请读者不吝赐教,批评指正,不胜感激!

张淑琴

2009年3月

目 录

第一篇 神经疾病症状鉴别诊断

第一章 意识障碍.....	(3)
第二章 眩晕与平衡障碍	(35)
第三章 晕厥	(45)
第四章 不自主运动	(51)
第五章 震颤	(69)
第六章 共济失调	(82)
第七章 步态异常.....	(110)
第八章 语言障碍——失语症、构音障碍	(140)
第九章 失用症、失认症	(155)
第十章 认知功能障碍——痴呆.....	(164)
第十一章 头痛.....	(202)
第十二章 抽搐.....	(234)
第十三章 排尿排便障碍.....	(256)
第十四章 肢痛.....	(264)
第十五章 抑郁.....	(271)
第十六章 焦虑.....	(281)
第十七章 睡眠障碍.....	(288)

第二篇 神经疾病体征鉴别诊断

第十八章 嗅觉异常.....	(303)
第十九章 味觉异常.....	(314)
第二十章 视野缺损.....	(325)
第二十一章 视乳头异常.....	(343)
第二十二章 眼肌麻痹.....	(368)
第二十三章 瞳孔异常.....	(387)
第二十四章 面部运动障碍.....	(397)
第二十五章 听力障碍.....	(419)
第二十六章 真性球麻痹.....	(443)
第二十七章 假性球麻痹.....	(459)
第二十八章 舌肌瘫痪.....	(469)
第二十九章 眼震.....	(481)

第三十章 瘫痪·····	(497)
第三十一章 躯体感觉障碍·····	(539)
第三十二章 肌肉萎缩·····	(573)
第三十三章 脑膜刺激征·····	(599)

第三篇 神经疾病综合症的鉴别诊断

第三十四章 高颅压综合征·····	(611)
第三十五章 低颅压综合征·····	(629)

第四篇 神经疾病影像学诊断和鉴别诊断

第三十六章 颅脑先天畸形·····	(635)
第三十七章 颅内肿瘤·····	(658)
第三十八章 脑血管疾病·····	(717)
第三十九章 脑感染性疾病·····	(749)
第四十章 颅脑外伤·····	(767)
第四十一章 脑脱髓鞘疾病和变性疾病·····	(777)
第四十二章 脑实质其他疾病·····	(786)
第四十三章 脊髓疾病·····	(790)

第一篇

神经疾病症状 鉴别诊断

第一章 意识障碍

第一节 概 述

一、概 念

意识(consciousness)是指人们对自身状态和客观环境的主观认识能力,是人脑反映客观现实的最高形式。意识包含两方面的内容,即觉醒状态和意识内容,前者指与睡眠呈周期性交替的清醒状态,能对自身和周围环境产生基本的反应,属皮质下中枢的功能;后者包括认知、情感、意志活动等高级神经活动,能对自身和周围环境做出理性的判断并产生复杂的反应,属大脑皮质的功能。可见,与认知功能主要依赖于大脑皮质不同的是,意识的维持涉及大脑皮质及皮质下脑区的结构和功能完整。因此,认知和意识的概念不能截然分开,认知功能的完成需要正常的意识状态,而意识的内容中也包括一些认知的成分。

意识障碍(conscious disorder)是指不能正确认识自身状态和(或)客观环境,不能对环境刺激做出正确反应的一种病理过程,其病理学基础是大脑皮质、丘脑和脑干网状系统的功能异常。意识障碍通常同时包含有觉醒状态和意识内容两者的异常,常常是急性脑功能不全的主要表现形式。

二、分 类

意识障碍目前还没有统一的分类标准,临床上常习惯于把意识障碍的觉醒程度分为4级,把意识内容障碍分为两种。

(一) 意识觉醒障碍分级

这一分级主要是根据患者对外界刺激后觉醒反应的程度来划分的。

1. 嗜睡(somnolence) 是一种病理性睡眠状态,为意识障碍的早期表现。患者能被语言、疼痛刺激(如压眶)或其他刺激唤醒,醒后能基本正确回答问题及配合查体。外界刺激停止后,患者迅速恢复睡眠状态。

2. 昏睡(stupor) 意识清晰程度较前下降,需强烈刺激(如挤压胸大肌)方能唤醒患者,但患者不能完全配合查体及正确回答问题,自发性语言很少,外界刺激停止后,患者立即进入睡眠状态。

3. 浅昏迷 任何刺激均不能唤醒患者,强烈刺激仅能引起患者肢体的简单防御性运动,自发性运动少见。患者的角膜反射、瞳孔对光反射存在,血压、脉搏、呼吸等生命体征稳定。

4. 深昏迷 患者对外界一切刺激均无反应,各种反射消失(包括角膜反射、瞳孔对光反射、病理反射)。生命体征存在,但可出现不同程度的障碍。

(二) 意识内容障碍

1. 精神错乱(confusion) 患者认识自己和周围环境的能力减退,思维、记忆、理解和判断能力减退,语言不连贯并错乱,时间、地点、人物的定向力障碍,患者清醒后,不能回忆疾病的过程。

2. 谵妄状态(delirium) 患者除有上述的精神错乱以外,还出现明显的幻觉、错觉及妄想。幻觉常具有恐怖性质,所以患者表情恐惧,出现躲避、逃跑或攻击行为,也可表现为兴奋躁动、语言增多、大喊大叫。

第二节 病因和发病机制

一、病 因

意识障碍的病因很多、很复杂,国内外有很多的分类方法,一般认为,按全身性疾病(颅外疾病)与神经系统疾病(颅内疾病)来分类更适合临床工作。

(一) 全身性疾病

1. 代谢性脑病

- (1) 肝性脑病。
- (2) 肾性脑病(尿毒症、平衡失调综合征、透析性脑病)。
- (3) 肺性脑病。
- (4) 心脏性脑病(心肌梗死、心脏停搏、严重心律失常)。
- (5) 胰性脑病。
- (6) 糖尿病酮症酸中毒、高渗性非酮症昏迷。
- (7) 低血糖。
- (8) 内分泌脑病(垂体性昏迷、黏液性水肿、甲状腺脑病、肾上腺危象)。
- (9) 缺氧性脑病(窒息、溺水、自缢、休克脑病、贫血性脑病、高山病、肺栓塞)。
- (10) 电解质、酸碱失衡。
- (11) 体温失衡(中暑、低温昏迷)。
- (12) 维生素缺乏。

2. 中毒性脑病

- (1) 感染中毒性脑病(败血症脑病、中毒性菌痢、中毒性肺炎、流行性出血热、百日咳脑病、伤寒脑病等)。
- (2) 药物中毒(镇静安眠药、抗精神病药物、阿片类药物、颠茄类药物、抗痉剂、化疗药物等)。
- (3) 酒精中毒。
- (4) 农药中毒(有机磷农药、有机氯农药、杀虫剂、灭鼠药等)。
- (5) 有害气体中毒(一氧化碳等)。

- (6) 有害溶剂中毒(汽油、甲醇、苯等)。
- (7) 重金属中毒(铅、汞等)。
- (8) 动物毒素中毒(毒蛇毒素、鱼胆、河豚毒素等)。
- (9) 植物毒中毒(毒蕈、霉变甘蔗、臭米面等)。
3. 物质依赖。
4. 恶性肿瘤。
5. 放射损伤。

(二) 神经系统疾病

1. 脑血管疾病
 - (1) 脑出血。
 - (2) 蛛网膜下腔(隙)出血。
 - (3) 脑梗死。
 - (4) 脑静脉系统血栓。
 - (5) 高血压脑病。
2. 颅内感染性疾病
 - (1) 脑膜炎(细菌、病毒、真菌、螺旋体、阿米巴、立克次体等的感染)。
 - (2) 脑炎(单纯疱疹病毒脑炎、森林脑炎、乙型脑炎等)。
 - (3) 寄生虫感染(脑囊虫、血吸虫、疟原虫、弓形虫等的感染)。
 - (4) 脑脓肿。
 - (5) 朊蛋白病(CJD)。
3. 脱髓鞘疾病(急性播散性脑脊髓膜炎、急性脱髓鞘脑病、巴洛病)。
4. 脑肿瘤。
5. 脑外伤(脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿)。
6. 癫痫。

二、发病机制

(一) 解剖生理学基础

1. 特异性上行投射系统 由传导深感觉的内侧丘系、传导听觉的外侧丘系、传导四肢躯干浅感觉的脊髓丘系、传导面部感觉的三叉丘脑束及传导视觉和内脏感觉的传导束等经典感觉传导通路组成。各束在脑干中有特定的径路并与脑干网状结构有侧支联系,终止于丘脑外侧,更换神经元后组成丘脑放射,经内囊后肢投射到大脑皮质相应的感觉区,发出特定的感觉冲动来唤醒大脑皮质。

2. 非特异性上行投射系统 包括上行网状激活系统和上行网状抑制系统。网状结构的解剖生理:脑干网状结构是指分布在脑干(中脑、桥脑和延髓)中神经传导通路和神经核之间交织如网的灰质结构,故称网状结构。它向尾端延伸为脊髓的网状结构,向首端为丘脑的网状结构。脑干的网状结构对脑和脊髓的各种功能都起着整合作用,如对躯体的运动、感