

各类脑血管疾病诊断要点

无 R743.04

一、短暂性脑缺血发作

1. 为短暂的、可逆的、局部的脑血液循环障碍,可反复发作,少者 1~2 次,多至数十次。多与动脉粥样硬化有关,也可以是脑梗塞的前驱症状。

2. 可表现为颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统的症状和体征。

3. 每次发作持续时间通常在数分钟至 1 小时左右,症状和体征应该在 24 小时以内完全消失。

二、脑卒中

(一)蛛网膜下腔出血

主要是指动脉瘤、脑血管畸形或颅内异常血管网症等出血引起。

1. 发病急骤。

2. 常伴剧烈头痛、呕吐。

3. 一般意识清楚或有意识障碍,可伴有精神症状。

4. 多有脑膜刺激征,少数可伴有脑神经及轻偏瘫等局灶体征。

5. 腰穿脑脊液呈血性。

6. CT 应作为首选检查。

7. 全脑血管造影可帮助明确病因。

(二)脑出血

好发部位为壳核、丘脑、尾状核头部、中脑、桥脑、小脑、皮质下白质即脑叶、脑室及其他。主要是高血压性脑出血,也包括其他病因的非外伤性脑内出血。高血压性脑出血的诊断要点如下。

1. 常于体力活动或情绪激动时发病。

2. 发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。

3. 病情进展迅速,常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。

4. 多有高血压病史。

5. CT 应作为首选检查。

6. 腰穿脑脊液多含血和压力增高(其中 20% 左右可不含血)。

(三)脑梗塞

1. 动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞

(1)常于安静状态下发病。

(2)大多数发病时无明显头痛和呕吐。

(3)发病较缓慢,多逐渐进展或呈阶段性进行,多与脑动脉粥样硬化有关,也可见于动脉炎、血液病等。

(4)一般发病后 1~2 天内意识清楚或轻度障碍。

(5)有颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统症状和体征。

(6)应作 CT 或 MRI 检查。

(7)腰穿脑脊液一般不应含血。

2. 脑栓塞

(1)多为急骤发病。

(2)多数无前驱症状。

(3)一般意识清楚或有短暂性意识障碍。

(4)有颈动脉系统和(或)椎-基底动脉系统的症状和体征。

(5)腰穿脑脊液一般不含血,若有红细胞可考虑出血性脑梗塞。

(6)栓子的来源可为心源性或非心源性,也可同时伴有其他脏器、皮肤、粘膜等栓塞症状。

3. 腔隙性梗塞

(1)发病多由于高血压动脉硬化引起,呈急性或亚急性起病。

(2)多无意识障碍。

(3)应进行 CT 或 MRI 检查,以明确诊断。

(4)临床表现都不严重,较常见的为纯感觉性卒中、纯运动性轻偏瘫、共济失调性轻偏瘫,构音不全-笨拙综合征或感觉运动性卒中等。

(5)腰穿脑脊液无红细胞。

4. 无症状性梗塞

为无任何脑及视网膜症状的血管疾病,仅为影像学所证实,可视具体情况决定是否作为临床诊断。

三、脑血管性痴呆

1. 符合第四版《精神病学诊断和统计手册》中痴呆诊断标准。

2. 急性或亚急性发病的神经系统症状和体征。

3. 既往和近期有卒中发作史。

4. 病程波动,呈阶梯样进展。

5. 常合并高血压、糖尿病、心脏病、高脂血症等。

6. Hachinski 缺血量表记分 ≥ 7 分。

7. CT 及 MRI 证实脑内多灶性皮层或皮层下缺血性改变。

四、高血压脑病

有高血压病史,发病时常有明显的血压升高,特别是舒张压,常伴有头痛、呕吐、意识障碍、抽搐、视乳头水肿等症状和体征。

380

神经系统疾病患者脑脊液透明质酸测定的初步研究

谢海峰 强永刚 谢岳锐 马翰章 R740.4

报道 70 例神经系统疾病患者与 27 名正常对照组脑脊液中透明质酸(Hyaluronic acid, HA)的改变。

资料与方法:正常对照组 27 名,男 14 名,女 13 名,年龄 17~76 岁。神经系统疾病患者 70 例,男 48 例,女 22 例,年龄 15~73 岁。方法:将脑脊液置-40℃保存同批作 HA 测定,HA-Kit 上海海军医学研究所提供,按 RIA 法操作,测量仪器用 SN682B 型放免 γ 测量计算机系统,标准曲线以 B/B. Logit 值作图,由微机计算出 HA 含量。

结果:脑脊液中 HA 含量($\bar{x} \pm s, \mu\text{g/L}$)分别为:对照组 408±275。中枢神经系统肿瘤(13 例)为 912±546;脑梗塞(10 例)744±379;结核性脑膜炎(7 例)761±312;脊椎病变所致脊髓神经根病变(7 例)1 047

±449;蛛网膜下腔出血(3 例)1 338±308;脑出血(2 例)1 000±25;病毒性脑炎(14 例)627±384;血管性头痛(7 例)530±287;脱髓鞘性疾病(7 例)335±114。以上 9 种疾病与对照组比较经统计学处理,前 6 种疾病 $P < 0.01$,第 7 种 $P < 0.05$,第 8、9 种 $P > 0.05$ 。

讨论:我们对 HA 的性质、结构、分子量、电荷及其产生和裂解、在细胞与基质中的功能和作用等进行了分析,同时复习文献讨论了神经系统疾病 HA 增高的可能原因,包括病变基质释放 HA,细胞增殖合成增高,溶酶体活性下降或缺乏使 HA 增高,还有“癌胚现象”等。结果表明,7 种中枢神经疾病的 HA 增高与对照组比较差异有显著意义,9 种神经疾病之间对比有 12 组差异有显著意义。因此,对上述疾病的诊断和鉴别诊断可能有一定的临床价值。

作者单位:510260 广州医学院第二附属医院神经内科(谢海峰、谢岳锐、马翰章);广州医学院实验核医学教研室(强永刚)

(收稿:1995-08-29 修回:1996-05-17)
(本文编辑:李文慧)

380

贝尔麻痹与莱姆病 83 例报告

渠战芬 牛俊英 冯方波 夏秀华 R745.12
R514

我们自 1989 年以来,共诊治贝尔麻痹即周围性面神经麻痹 83 例,其中确诊为莱姆病所致的贝尔麻痹共 20 例,现报道如下。

资料和方法:本组资料均为 1989~1994 年在 261 医院就诊病例,其中男性 55 例,女性 28 例。年龄 9~65 岁,平均 36.8 岁。83 例均采用间接免疫荧光法检测其外周血中特异性抗伯氏疏螺旋体抗体 IgG(抗 B·B IgG)滴度。滴度 $\geq 1:128$ 为阳性,1:32 以下为阴性,1:64 为可疑。典型病例做了血培养,培养基为 BSK 液(美国进口),37℃下培养。

结果:抗 B·B IgG 检测阳性者 20 例(24%),可疑阳性及阴性者共 63 例(76%)。血培养阳性者 1 例,找到

伯氏疏螺旋体。

讨论:目前贝尔麻痹除少数病例能找到原发病以外,大部分病例确切病因未明。有人认为是受风寒而起病,有人认为可能是一种亲神经病毒感染引起。国外 Andrew R 等、川端真人等报道,莱姆病所致的神经损害有三大主征:颅神经炎、脑膜脑炎、单发或多发神经根炎,面神经最易受累。我国 1986 年首次报道莱姆病。我们在 83 例贝尔麻痹中发现 20 例有伯氏疏螺旋体,即莱姆病病原微生物感染,占 24%。这揭示伯氏疏螺旋体感染是构成贝尔麻痹的重要病原学基础。对该病的治疗除应用传统方法外,还必须加用强有力的杀灭螺旋体的药物,如青霉素、头孢菌素类抗生素等。

作者单位:100088 北京,解放军第二六二医院(渠战芬、牛俊英);解放军第二六一医院(冯方波、夏秀华)

(收稿:1995-12-28)
(本文编辑:陈秀华)

贝尔麻痹;面神经麻痹;周围性;莱姆病