

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSHU

任 丁 主编

SHENJINGNEIKE
XINYISHI
SHOUCE

神经内科 新医师手册

问诊——哪些病史必须问



查体——哪些体征重点查



检查——哪些检查应该做



诊断——哪些疾病要排除



治疗——怎样治疗更有效



化学工业出版社
生物·医药出版分社

新医师上岗必备丛书

神经内科新医师手册

任 丁 主 编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北 京 ·

本书主要介绍了神经系统疾病的病史采集、体格检查、辅助检查、诊断和治疗等多方面的内容。附录介绍了神经系统疾病常用的辅助诊断方法、神经内科常用量表以及神经内科常用药物等。本书通俗易懂、内容全面；治疗采用处方的形式，有助于新上岗的神经内科临床医师迅速准确地完成工作。本书适合新上岗的神经内科临床医师、神经内科临床研究生、实习生和进修生阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科新医师手册/任丁主编. —北京: 化学工业出版社, 2008. 7

(新医师上岗必备丛书)

ISBN 978-7-122-03117-4

I. 神… II. 任… III. 神经系统疾病-诊疗-手册
IV. R741-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 086151 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红
责任校对: 宋 夏

文字编辑: 戴小玲
装帧设计: 张 辉

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 装: 北京市彩桥印刷有限责任公司
787mm×960mm 1/32 印张 5 $\frac{3}{4}$ 字数 134 千字
2008 年 9 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)

售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 17.00 元

版权所有 违者必究

编写人员

主 编 任 丁

副主编 黄建民

编 者 任 丁 黄建民 吴云虎 谭文澜
石丽华 唐 洪 陈晓锋 蒙 冰
王庆武 蒋媛静 江 颖 王凯华

前 言

一本浅显易懂、知识更新、内容全面及与临床密切结合的工具书和参考书，可以给新上岗的神经内科临床医师更快、更好、更准确地完成本科室临床工作带来很大帮助。

本手册几乎涵盖全部神经内科疾病的基本内容，力求语言精练、编排新颖、以临床为中心，突出每种疾病的特点，强调神经内科疾病诊断和鉴别诊断的临床思维方法，所提供的治疗方案直接来源于神经内科临床，特别适合新上岗的神经内科临床医师、神经内科临床研究生、本科生和进修生阅读。

在此感谢我的同事们，感谢他们在繁忙的临床工作之余为本手册所做的贡献，感谢所有曾为我们提供帮助的人们。

由于我们水平有限，加之时间仓促，虽然竭尽全力，然百密仍可能有一疏，不妥和疏漏之处在所难免，恳请各位同道和读者批评指正。

任 丁

2008年5月4日

目 录

第 1 章 神经内科临床基本功	1
第 2 章 脑血管疾病	15
第 1 节 短暂性脑缺血发作	15
第 2 节 脑血栓形成	19
第 3 节 腔隙性脑梗死	28
第 4 节 脑栓塞	30
第 5 节 脑出血	36
第 6 节 蛛网膜下腔出血	42
第 7 节 高血压脑病	46
第 3 章 中枢神经系统感染	49
第 1 节 单纯疱疹病毒性脑炎	49
第 2 节 病毒性脑膜炎	52
第 3 节 结核性脑膜炎	54
第 4 节 新型隐球菌脑膜炎	57
第 5 节 脑囊尾蚴病	59
第 4 章 周围神经疾病	63
第 1 节 三叉神经痛	63
第 2 节 吉兰-巴雷综合征	65
第 5 章 癫痫	69
第 1 节 癫痫发作	69
第 2 节 癫痫持续状态	76
第 6 章 头痛	79
第 1 节 偏头痛	79
第 2 节 紧张性头痛	83
第 7 章 痴呆	87
第 1 节 阿尔茨海默病	87

第2节	血管性痴呆	90
第8章	重症肌无力	95
第9章	肌肉疾病	101
第1节	周期性瘫痪	101
第2节	进行性肌营养不良	104
第10章	脊髓疾病	109
第1节	急性脊髓炎	109
第2节	脊髓压迫症	114
第3节	脊髓空洞症	117
第4节	脊髓亚急性联合变性	121
第11章	中枢神经系统脱髓鞘性疾病	127
第1节	多发性硬化	127
第2节	视神经脊髓炎	129
第3节	急性播散性脑脊髓炎	131
第12章	运动障碍疾病	133
第1节	帕金森病	133
第2节	小舞蹈病	137
第3节	肝豆状核变性	140
附A	腰椎穿刺术及脑脊液检查	145
附B	神经系统电生理检查	151
附C	神经系统超声检查	161
附D	神经内科常用量表	165
附E	处方常用外文缩写表	173

第1章

神经内科临床基本功

一、病史采集

1. 病史采集技巧

(1) 尽可能让患者自己陈述疾病的主要症状和发病、发展经过。在患者陈述时一般不要打断，等患者讲完后，对病史进行综合、分析和提炼，获得一个初步印象，再沿着这一初步印象对患者没有谈及的但对诊断有意义的问题进行提问。

(2) 对不能自己陈述病情的患者，让最了解患者病情的家属进行陈述。

(3) 医师要善于引导患者按时间先后顺序讲述每个症状出现的具体时间及演变情况。

(4) 在病史采集过程中，如果患者使用医学术语，有可能患者所使用的医学术语与实际病情不符，应仔细询问具体指的是什么，以免造成误解而给诊断带来困难。

(5) 在询问过程中，尽量不要使用医学术语，在提问时切忌暗示。

2. 病史采集中需要重点询问的问题

(1) 初发症状的发生时间（疾病症状的起始时间）。

(2) 发病的方式，包括突然起病、缓慢起病还是发作性抑或周期性发病。

(3) 症状的特点及其严重程度。

(4) 症状的部位和范围。

(5) 症状发生的顺序。

(6) 伴发的全身症状 (有无发热等)。

(7) 患者想到的可能原因或诱因。

(8) 症状加重和减轻的因素。

(9) 病程经过, 注意有无恶化、停滞、改善、缓解、复发和周期性发作等。

(10) 既往的药物治疗及其效果。

3. 常见症状的问诊内容

(1) 头痛

① 头痛部位 整个头痛还是局部头痛, 若为局部头痛, 应询问具体部位。

② 头痛时间 是早晨还是晚上。

③ 头痛性质 是胀痛、钝痛、隐痛还是跳痛、裂开痛、箍紧痛、钻痛、割痛等。

④ 头痛类型 是波动性、持续性还是周期性。

⑤ 头痛加重因素 有无在咳嗽、喷嚏等使颅内压增高的情况下头痛加重, 与月经周期是否有关。

⑥ 头痛程度 有无影响睡眠和工作及其程度。

⑦ 头痛伴发症状 有无恶心、呕吐、视物不清、耳鸣、失语、瘫痪等。

⑧ 头痛先兆症状 有无暗点、亮光、异彩、幻觉等视觉异常先兆。

(2) 视力障碍 在询问时需要了解是视物不清还是全盲。

(3) 眩晕 询问时应注意分清是眩晕还是头晕。询问患者发作时有无自身旋转或移动 (主观性眩晕) 或外界旋转或移动 (客观性眩晕) 的感觉, 以及有无伴发的症状 (如恶心、呕吐、面色苍白、出汗、平衡不稳、晕厥、耳鸣和听力改变等)。

(4) 疼痛

① 疼痛部位 是皮肤、肌肉、关节还是难以描述部

位的，是固定的还是游走的，尤其注意有无沿着神经根或周围神经分配区放射的现象。

② 疼痛性质 是酸痛、灼痛还是闪电样疼痛；是放射性疼痛、扩散性疼痛还是牵涉性疼痛；是发作性疼痛还是持续性疼痛。

③ 疼痛规律 与气候冷暖变化有无关系。

(5) 瘫痪

① 瘫痪发病的急缓 如为急性起病，应询问有无发热、抽搐和外伤史，有无伴随疼痛症状，过去有无类似发作史。如为慢性起病，应询问发展的速度和过程。

② 瘫痪的部位 应注意瘫痪的分布是全身还是半身，是一个肢体还是肢体的某一部分或仅涉及某个动作，是在肢体的近端还是远端。

③ 瘫痪的程度 应仔细检查瘫痪肢体的无力程度，询问瘫痪是否影响日常活动。

④ 瘫痪伴发的症状 有无皮肤改变、疼痛、麻木、挛缩、肌肉萎缩、语言障碍、排尿困难、抽搐等。

(6) 抽搐

① 抽搐最初发作的年龄。

② 诱发因素，如睡眠、情绪、饮食、月经等。

③ 抽搐发作有无先兆。

④ 是全身性抽搐还是局限性抽搐，若为全身性抽搐，应询问从身体哪一部位起始。

⑤ 抽搐时症状，有无肢体伸直、屈曲、阵挛；有无口吐白沫、大小便失禁；有无眼、颈、躯干向一侧旋转；有无跌倒、跌伤、舌咬破和小便溺身等情况。

⑥ 抽搐时有无意识丧失，若有，则应询问持续时间。

⑦ 抽搐发病后症状，有无昏睡、头痛和肢体瘫痪等。

⑧ 发病前有无脑部炎症性疾病、脑血管病、头部外伤病史。

⑨ 抽搐发作的频率，应询问自发作以来的发作频率。

⑩ 发作间歇期有无症状。

⑪ 询问过去的治疗情况和效果。

(7) 感觉异常 询问时应注意是否有浅感觉(如痛、温觉)、深感觉(如运动觉、位置觉、振动觉)和复合感觉(如形体觉、定位觉、两点辨别觉)的异常。

(8) 麻木 询问麻木的部位,是某一部位还是全身。另外还应询问麻木有无伴无力等症状。

(9) 睡眠障碍 询问有无嗜睡或失眠,有无人睡困难或易唤醒情况,有无影响睡眠的各种因素。

4. 需重点询问的既往史

(1) 高血压 从何时发病,治疗情况如何,血压控制情况,有无其他并发症。

(2) 糖尿病 从何时发病,治疗情况,血糖控制情况。

(3) 感染 是否患过流行病、传染病和地方病,有无慢性感染性疾病。

(4) 心血管疾病 有无心脏疾病,如房颤、周围血管栓塞等。

(5) 肿瘤 有无恶性肿瘤病史。

(6) 中毒 有无铅、汞、苯、砷、锰、有机磷等毒物的接触或中毒史。

(7) 过敏 有无荨麻疹、药疹、支气管哮喘及其他过敏史。

(8) 外伤 有无头部或脊椎外伤史。

(9) 癫痫 有无癫痫发作史。

二、神经系统体格检查

1. 肌力检查

(1) 肌力分级标准

① 0级 完全瘫痪。

② 1级 肌肉可轻微收缩，但不能产生动作，仅在触摸中感到。

③ 2级 肢体能在床面上移动，但不能抬起，即所产生的动作不能胜过其自身重力。

④ 3级 肢体能抬离床面，但不能抵抗一般阻力。

⑤ 4级 能做抗阻力动作，但较正常差。

⑥ 5级 正常肌力。

(2) 主要肌肉肌力检查方法

① 肩带及上肢肌肉

a. 三角肌（腋神经，C5~6） 其作用是使上臂外展。检查时让患者外展手臂至水平位，检查者在肘部施加向下的阻力。

b. 肱二头肌（肌皮神经，C5~6） 其作用是使肘关节屈曲，前臂旋后。检查时让患者旋后位屈曲前臂，检查者握住患者前臂施加阻力。

c. 肱三头肌（桡神经，C6~8） 作用是使前臂伸直。检查时先让患者稍屈前臂，然后再伸直，检查者施加阻力。

d. 腕伸肌力（桡神经，C6~8） 让患者握拳并背屈手腕，检查者从手背向下施加阻力。桡神经麻痹时出现垂腕。

e. 腕屈肌力（正中神经，C6~7） 让患者握拳并掌屈手腕，检查者向手背侧牵拉患者的拳头。

② 骨盆带及下肢肌肉

a. 髂腰肌肌力（腰丛、股神经，T12~L4） 其作用是屈曲髋关节。检查时让患者取仰卧位或坐位，大腿在髋部作屈曲动作，检查者施加阻力。

b. 股内收肌群肌力（闭孔神经、坐骨神经，L2~5） 该肌群收缩使大腿内收，检查时患者取仰卧位，嘱其夹紧双大腿，检查者试图将两腿分开。

c. 股四头肌肌力（股神经，L2~4） 其作用是使小

腿在膝关节处伸直，检查时让患者伸直下肢，检查者试图将其屈曲。

d. 股二头肌、半腱肌、半膜肌肌力（坐骨神经，L4～S2）它们的作用是屈曲膝关节，检查时患者仰卧，屈曲膝关节并用力收紧下肢，检查者向外牵拉小腿。

e. 胫骨前肌肌力（腓深神经，L4～5）其作用是使足背屈及内翻，检查者在足背向下施加压力，同时可以触摸胫骨前肌坚实程度。腓总神经麻痹时足下垂。

f. 腓肠肌、比目鱼肌肌力（胫神经，L4～S2）其作用是使足跖屈，可以站立的患者可以嘱其踮足行走，卧床患者令其跖屈踝关节，检查者于足底向足背方向施加阻力。

g. 踮长伸肌肌力（腓深神经，L4～S1）该肌肉的作用是使踮趾背屈，检查时将手指放在患者大踮趾背侧，嘱患者抵抗阻力背屈踮趾。

h. 踮长屈肌肌力（胫神经，L5～S2）其作用是使踮趾跖屈，检查时让患者踮趾跖屈，检查者手指置于大踮趾底向上施加阻力。

③ 轻瘫试验 临床上一些轻瘫患者经上述方法不易确定时可以用轻瘫试验加以鉴别。

a. 上肢轻瘫试验 让患者闭目平举双上肢，轻瘫侧手臂逐渐下垂，掌心向外。

b. 下肢轻瘫试验 让患者俯卧，双下肢略分开，并于膝部弯曲成 90° ，麻痹侧小腿在数秒钟内逐渐落下，且可以观察到病侧腓部肌腱紧张以对抗小腿下落趋势。

2. 常见体征检查

（1）脑膜刺激征

① 颈项强直 患者仰卧，检查者用一手托住患者枕部，并将其颈部向胸前屈曲，使下颏接触前胸壁，正常人应无抵抗存在。颈强直表现为颈后肌痉挛，被动屈颈时遇

到阻力。

② 凯尔尼格征 (Kernig 征) 患者仰卧, 检查者先将患者一侧髋关节和膝关节屈成直角, 再用手抬高其小腿, 正常人膝关节可被伸至 135° 以上。阳性表现为伸膝受限, 并伴有疼痛与屈肌痉挛。

③ 布鲁津斯基征 (Brudzinski 征) 患者仰卧, 下肢自然伸直, 检查者一手托患者枕部, 一手置于患者胸前, 然后使其头部前屈, 阳性表现为两侧髋关节和膝关节屈曲。

(2) 神经根刺激征 (Lasegue 征) 患者仰卧, 两下肢伸直, 检查者一手置于患者膝关节上, 使其下肢保持伸直, 另一手将其下肢抬起, 正常人可抬高至 70° 以上。如果抬不到 30° 即出现由上而下的放射性疼痛, 为 Lasegue 征阳性, 见于坐骨神经痛、腰椎间盘突出或腰骶神经根炎等。

(3) 深反射

① 肱二头肌反射 患者坐或卧位, 前臂屈曲 90° , 检查者以手指 (右侧时中指, 左侧时拇指) 置于其肘部肱二头肌腱上, 以叩诊锤叩击手指。阳性反应为肱二头肌收缩, 前臂屈曲。

② 肱三头肌反射 患者坐或卧位, 肘部半屈, 检查者托住其肘关节, 用叩诊锤直接叩击鹰嘴上方的肱三头肌腱。阳性反应为肱三头肌收缩, 肘关节伸直。

③ 桡反射 患者坐或卧位, 前臂摆放于半屈半旋前位, 叩击其桡骨茎突。阳性反应为肱桡肌收缩, 肘关节屈曲、旋前, 有时伴有指部的屈曲。

④ 膝反射 患者坐于椅上, 小腿弛缓下垂与大腿成直角, 或取仰卧位, 检查者以手托起患者两侧膝关节, 使其小腿屈成 120° , 然后用叩诊锤叩击膝盖下股四头肌腱。阳性反应为小腿伸展。

⑤ 踝反射 患者仰卧位, 股外展, 屈膝近 90° , 检查

者手握患者足，向上稍屈，叩击跟腱。阳性反应为足向跖侧屈曲。

(4) 浅反射

① 腹壁反射 患者仰卧，下肢膝关节屈曲，腹壁完全松弛，两上肢置于躯体的两侧；检查者以钝针或木签沿患者肋缘下、平脐及腹股沟上的平行方向，由外向内轻划腹壁皮肤。阳性反应为该侧腹肌的收缩，使脐孔略向刺激部位偏移。

② 提睾反射 用钝针或木签由上向下轻划患者上部股内侧皮肤。阳性反应为同侧提睾肌收缩，睾丸向上提起。

③ 跖反射 膝部伸直，用钝针或木签轻划足底外侧，自足跟向前方至小趾根部足掌时转向内侧。阳性反应为各个足趾的屈曲。

④ 肛门反射 用大头针轻划肛门周围。阳性反应为肛门外括约肌收缩。

(5) 病理反射

① 巴宾斯基征 (Babinski 征) 膝部伸直，用钝针或木签轻划足底外侧，自足跟向前方至小趾根部足掌时转向内侧，趾较缓地向足背方向背曲 (也称跖反射伸性反应)，可伴有其他足趾呈扇形展开，为 Babinski 征阳性。

② 查多克征 (Chaddock 征) 用钝针或木签轻划外踝下部和足背外侧皮肤。阳性反应同 Babinski 征。

③ 奥本海姆征 (Oppenheim 征) 以拇指和示指沿患者胫骨前面自上而下加压推移。阳性反应同 Babinski 征。

④ 戈登征 (Gordon 征) 以手挤压腓肠肌。阳性反应同 Babinski 征。

⑤ Schaeffer 征 以手挤压跟腱。阳性反应同 Babinski 征。

⑥ Gonda 征 紧压足第 4、第 5 趾向下，数秒钟后再突然放松。阳性反应同 Babinski 征。

⑦ 霍夫曼征 (Hoffmann 征) 患者腕部略伸，手指微

屈，检查者以右手示指、中指夹住患者中指中节，以拇指快速地弹拨其中指指甲。阳性反应为拇指和其他各指远端指节屈曲然后伸直的动作。

⑧ 特勒姆内征 (Tromner 征) 检查者用手指从掌面弹拨患者的中间三指指尖，引起各指屈曲，为阳性反应。

⑨ 罗索利莫征 (Rossolimo 征) 患者仰卧，两腿伸直，用叩诊锤叩击足趾基底部跖面，亦可用手指掌面弹击患者各趾跖面，阳性反应为足趾向跖面屈曲。

⑩ 髌阵挛 患者下肢伸直，检查者用拇指和示指捏住患者髌骨上缘，用力向远端方向快速推动数次，然后保持适度的推力。阳性反应为股四头肌节律性收缩，致使髌骨上下运动，见于锥体束损害。

⑪ 踝阵挛 患者仰卧，髋关节与膝关节稍屈，检查者左手托住患者腘窝，右手握住其足前端，突然推向背屈方向，并用力持续压于足底。阳性反应为跟腱的节律性收缩反应，见于锥体束损害。

(6) 自主神经反射

① 眼心反射 患者仰卧休息片刻后，数 1min 脉搏次数，然后闭合眼睑，检查者将右手的中指及示指置于患者眼球的两侧，逐渐施加压力，但不可使患者感到疼痛。加压 20~30s 后计数 1min 脉搏次数，正常每分钟脉搏可减少 6~8 次；减少 12 次/min 以上提示迷走神经功能增强，减少 18~24 次/min 提示迷走神经功能明显亢进。如果压迫后脉率不减少甚至增加，称为倒错反应，提示交感神经功能亢进。

② 卧立位试验 在患者平卧时计数 1min 脉率，然后嘱患者起立站直，再计数 1min 的脉率，如增加 10~12 次为交感神经兴奋增强。由立位到卧位称为立卧试验，前后各计数 1min 脉率，若减少 10~12 次为副交感神经兴奋增强。

③ 竖毛反射 将冰块放在患者的颈后或腋窝皮肤上

数秒钟之后，可见竖毛肌收缩，毛囊处隆起如鸡皮状。

④ 皮肤划纹征 用钝针或木签适度加压在皮肤上划一条线，数秒以后皮肤就会出现白色划痕（血管收缩）并高起皮肤表面，正常持续 1~5min 即自行消失。如果持续时间超过 5min，提示交感神经兴奋性增高。经钝针或木签划压后很快出现红色条纹，持续时间较长（数小时），而且逐渐增宽或皮肤隆起，则提示副交感神经兴奋性增高。

（7）脑神经反射

① 瞳孔反射

a. 对光反应 有两种检查方法：一种是嘱患者向光亮处注视，检查者用手掩盖其双眼，然后交替地移开一手，观察瞳孔变化；另一种方法用电筒照射患者瞳孔，观察检查侧（直接）和对侧瞳孔（间接）是否收缩、敏捷程度及收缩持续时间。

b. 调节反射 嘱患者先向远处直视，然后注视放在眼前仅数厘米距离的物体，引起两眼球会聚（内直肌收缩）及瞳孔缩小，为调节反射。

② 角膜反射 嘱患者向一侧注视，以捻成细束的棉絮轻触其对侧角膜，由外向内，避免触碰睫毛、巩膜或直接触碰瞳孔前面，检查另一眼时嘱患者调换注视方向，方法相同。正常反应为双侧的闭眼动作。三叉神经感觉和面神经运动支病变均可使角膜反射消失。

③ 下颌反射 患者略微张口，检查者将手指放在患者下颏中部，以叩诊锤叩击手指。阳性反应为双侧咬肌和颞肌收缩，使口部闭合。正常反应大都轻微，双侧皮质延髓束病变时反应亢进。

④ 咽反射 嘱患者张口，发“啊”音，检查者用压舌板分别轻触患者两侧咽后壁，观察有无作呕反应。舌咽及迷走神经损害时，患侧咽反射减退或消失。

3. 常用检查试验

（1）前庭蜗神经检查