

借

神经系统 临床疾病问答

编著 魏正新

胡维铭

孟书玉

编审 周延闾



中国黑龙江

《神经系统临床疾病1000問答》

编 著 魏正新 · 胡维铭 · 孟书玉

编 审 周延阔

· 中 国 黑 龙 江 ·

一九八五年 · 春 ·

封面设计

王滨海

《神经系统临床疾病1000问答》

编著 魏正新·胡维铭·孟书玉

编审 周延闾

编辑出版 黑龙江省卫生宣传教育所

印刷 宾县印刷厂

业经黑龙江省出版总社（84）黑出管字第（134）号备案

R 74

前 言

本书，系由哈尔滨医科大学附属一院魏正新等同志编著。书中总结了多年临床经验和汲取了国内外最先进的神经内科的进展，并高度概括了神经内科多发病、常见病、疑难病的诊治标准。

本书，在编写过程中，得到了哈尔滨医科大学附属二院神经内科周延阔教授的大力支持。

书中特点：搜集的内容具有适用性、科学性。而且简明扼要，便于记忆，很有实用价值。可做为广大医务工作者临床诊治工作中参考。

本书在编写过程中，由于时间仓促，错误在所难免，望批评指正。

· 编者 ·

一九八五年·春·

目 录

一、脑血管疾病	(1)
(一) 出血性脑血管病	(2)
1、脑出血	(2)
2、蛛网膜下腔出血	(10)
(二) 缺血性脑血管病	(52)
(三) 高血压脑病与脑动脉硬化症	(79)
1、高血压脑病	(80)
2、脑动脉硬化症	(80)
二、意识与意识障碍	(83)
三、运动系统	(94)
(一) 锥体系统	(94)
(二) 反射	(85)
(三) 锥体外系统	(105)
(四) 小脑系统	(115)
四、感觉系统	(122)
五、辅助检查	(125)
六、颅神经	(141)
七、脑部病变定位及常见疾病	(145)
(一) 大脑半球	(187)
(二) 间脑与植物神经系统	(189)
(三) 鞍区肿瘤	(199)
(四) 脑室	(200)
(五) 脑干	(202)
八、脊髓病变定位及常见疾病	(210)
九、脑膜炎、蛛网膜炎、脑炎与脑病	(239)
(一) 脑膜炎	(238)
(二) 蛛网膜炎	(244)
(三) 脑炎与脑病	(248)
十、癫痫	(264)
十一、颅脑外伤	(277)
十二、头痛	(281)
十三、周围神经疾病	(285)
十四、肌肉疾病	(297)

急性脑血管病包括哪些病？

脑血管意外又称脑中风，包括出血性及缺血性脑血管病两大组。出血组又由于出血部位不同分为：脑出血及蛛网膜下腔出血。缺血组又分为：暂时性脑缺血发作（TIA或称脑供血不全）及脑梗塞（脑血栓形成、脑栓塞及腔隙性脑梗塞）。

此外，脑血管意外如按其进展速度与可逆性又可分为：暂时性脑缺血发作（TIA）（小卒中）；延迟性可逆性缺血性神经系统障碍（RIND）；进展性卒中（大卒中）；完全性卒中（大卒中）。

什么是大脑半球出血新分类法？其发生的频度如何？

（1）壳核、外囊出血（外侧型），分为局限型和进展型；（2）丘脑及其附近出血（内侧型），也分为局限型和进展型；（3）皮质下出血。

脑出血有何特点？

（1）多发生在50岁以上的老人，但也可见于中年、青年或儿童。（2）有高血压、动脉硬化、颅内血管异常等病为基础。于活动中血压增高之时起病，发病急，往往在数小时病情发展到高峰。（3）有不同程度的意识障碍，障碍程度取决于：①出血部位，特别是与网状激动系统之关系。②出血速度。③出血量。（4）血压增高，常超过180/100mmHg，且往往较平时血压高。（5）急性高颅压症状：①头痛，患者常用手摸头部，呕吐。②血压升高。③嗜睡，打呵欠（因脑缺血，乏氧之故）。④脉慢，呼吸浅而慢（因为脑干中枢相对缺血、缺氧）。（6）腰穿，脑压升高，脑水中有红细胞，但有约10~15%因为血液尚未破入蛛网膜和脑室故可无红细胞。（7）有神经系统受损的体征，取决于病变部位。

脑出血的病理改变是怎样的？

脑出血发生在大脑的约占80%，原发于脑干和小脑的约占20%。大脑半球出血多发生在内囊和底节附近。出血灶一般在2—8厘米。出血侧脑半球因出血和周围水肿而体积增大，脑肿胀、脑回变宽脑沟变浅、脑组织向对侧移位的引起颅内压增高，影响颅内血液和脑脊液循环，使脑水肿加重，并可导致脑疝形成和继发脑干移位、变形、出血。并继发侧脑室或第三脑室出血。邻近脑组织可出现软化。原发性脑干出血好发于桥脑。桥脑和小脑出血除可见到出血灶外，血液常破入第四脑室，并可向上逆行进入侧脑室。脑出血恢复期，血块和破坏的脑组织逐渐被吸收，小者形成胶质疤痕，大者形成中间含有黄色液体的囊脑，称为中风囊。

脑出血易由哪些血管引起？

引起脑出血的血管多发生在颅内大血管附近，其中：①大脑中动脉纹状体分支（豆纹动脉）占45%，②基底动脉之桥脑分支占3%，③大脑后动脉之丘脑分支（丘脑膝状体动脉，丘脑穿通动脉）占20%，④小脑上动脉齿状核分支（小脑齿状核动脉）占12%，⑤大脑动脉之白质分支占10%。

脑出血好发于哪些部位？

脑出血多发于大脑半球基底节与内囊附近。基底节附近的出血按其于内囊的关系分为外侧型。出血位于外囊和壳核附近，内侧型。出血位于内囊丘内侧丘脑附近，混合型。外侧型扩延的结果。其次为脑干出血（主要为桥脑出血）第三位是小脑出血。再次是皮质下白质出血。最少见的是原发性脑室出血。

高血压病人为何易发生脑出血？

高血压患者常有小动脉痉挛，使血管壁发生缺氧变化，首先内膜损伤，继之内膜下富有脂质玻璃样物质沉积，除发生小动脉玻璃样变性外，在高血压的长期冲击下促使动脉硬化化的发生与发展，使小动脉内膜、中层和弹力层破损，局部形成粟粒状动脉瘤（或称微形动脉瘤）。在上述小动脉病变的基础上，若血压在原来较高的水平上又突然再增高，就容易发生破裂出血。而高血压性出血之所以易发生于脑血管，这是与脑血管在结构上的特点有关：（1）脑血管中层的肌细胞和弹力纤维稀少。（2）外弹力纤维发育不良，甚或缺失。（3）外膜结缔组织亦不发达。由于这些脑动脉管壁薄弱的特点，因此脑出血的发生率明显高于其他内脏出血。

引起脑出血的病因有哪些？其发病原理如何？

脑出血最常见的病是高血压病和动脉硬化症；高血压可引起脑内小动脉（ 500μ 左右的小动脉）硬化和形成粟粒动脉瘤，粟粒瘤破裂发生脑出血。

其次的病因是脑内小动静脉畸形或小动脉瘤破裂。

比较少见的病因有：①各种脑动脉炎引起的脑动脉壁坏死，发生破裂出血。②脑瘤继发出血（瘤卒中）。③各种血液病引起脑内出血。④抗凝剂、抗血小板聚集剂（特别是抗凝剂）使用不当引起脑内出血。

在上述原因的基础上，当情绪激动、剧烈活动或排便等使血压骤然上升时，使病变血管破裂出血。

内囊的解剖关系如何？

内囊位于大脑半球的深部，夹于豆状核、尾状核和丘脑之间，其内侧为尾状核与丘脑、外侧为豆状核。内囊是大脑皮质和丘脑、脑干延髓的上、下行联系纤维束集中通过的部

位。在水平断面上丘脑呈尖端向内的屈膝形；其前部称前肢（或称额部），屈曲处称膝部，后部叫后肢（或枕部）。前肢位于豆状核和尾状核之间。有额桥小脑束通过膝部为皮质脑干束。后肢的前部是皮质脑脊髓束，其后为丘脑皮质放射及颞、枕桥小脑束，后部为视放射及听放射。

内囊的比邻关系？

内囊的比邻关系：（1）内侧：内前方为尾状核内后方为丘脑内下方为第三脑室、丘脑下部。（2）外侧：为豆状核，再向外为外囊、带状核、岛叶、蛛网膜下腔。（3）上方：皮层下白质，侧脑室。（4）下方：中脑之大脑脚。

内囊之动脉血液供应如何？

前肢：大脑前动脉深支（纹状内侧动脉）；膝部：后交通动脉分支，大脑中动脉深支，（纹状外侧动脉）后肢前1/3：后交通动脉分支，大脑中动脉深支及大脑深支（丘脑膝状体动脉）。后肢后2/3：前脉络动脉分支与大脑后动脉深支（丘脑膝状体动脉）。

内囊损害出现哪些症状？

内囊损害时出现对侧偏瘫（包括面瘫、舌瘫）。偏身感觉障碍及偏盲即“三偏征”。对侧偏瘫系皮质脊髓束、皮质脑干束受损所致，对侧偏身感觉障碍是由于丘脑皮质放射受累，对侧偏盲则是视放射损害的表现。

基底节—内囊附近出血如何分型？

大脑基底节附近出血的分类不一。较常用的分类法是SCHEINKER提出的按出血部位与内囊的关系来分型，将基底节—内囊区出血（或称内囊出血）分为：（1）外侧型：出血在内囊外侧，位于外囊、壳核和带状核附近是豆纹动脉的外侧枝破裂引起。（2）内侧型：出血位于内囊内侧，主

要在丘脑附近，常破坏第三脑室，出血可直接破坏下丘脑及中。为丘脑膝状动脉或丘脑穿通动脉破裂引起。（3）混合型：多为外侧型向内侧发展所致：出血局限在内囊者极少见。

内囊出血各型临床特点是什么？

内囊出血中以混合型最多见，其次为外侧型，而内侧型则较少见。

内侧型临床表现特点为：中线症状重，而偏侧症状轻。外侧型则：意识清醒或有轻度意识障碍，共同偏视多见，偏瘫侧肌张力常增高，腱反射存在，只瘫痪侧出现病理反射，以后如出血或出血后脑水肿向内侧发展或形成巨大血肿时，亦可出现中线症状及脑疝。

丘脑与壳核出血为什么会出现“内囊三偏”综合症？

内囊位于丘脑和基底节之间，而壳核则是基底节的组成部分，因此，当丘脑出血向外扩展或壳核出血向内扩展时均可波及内囊，即使出血灶并未累及内囊但其周围的水肿区亦可波及内囊。当脑出血影响内囊膝部与全部后肢时，就会出现“内囊三偏”综合症：即对侧面、舌瘫及偏瘫（皮质脑干束、皮质脊髓束受累）偏身感觉障碍（丘脑皮质束受损），同向偏盲（累及视放射）。

内囊出血为何常见？

内囊及附近的壳核丘脑等处血管的结构与解剖方面有某些特点：（1）此处的动脉直接起源大动脉，成直角由大动脉分出，分支较少，吻合支更少，故血管壁受血压冲击大。（2）动脉中层的肌层常有缺陷。（3）此处血管容易发生玻璃样变及粟粒状动脉瘤。因此容易破裂出血，因为这些结构（壳核、丘脑等）均与内囊毗邻，所以出血很易波

及内囊；即使血液（出血）本身未波及，但出血后的脑水肿亦可累及内囊，因此内囊出血在临床上较为常见。

壳核——内囊出血可能发展去向？

（1）停止发展病灶局限平稳、渡过出血期、水肿期、病情好转。（2）向外血液破入蛛网膜下腔，出现脑膜刺激征，脑脊液有血。（3）向内发展成为内囊混合型出血，出现中线症状。（4）向内血液破入第三脑室，出现：①意识障碍加深。②两侧瞳孔缩小，其原因有二：一是第三脑室侧壁受刺激，副交感神经兴奋性增高，二是血流到导水管，刺激动眼神经缩瞳核。③去皮层强直④中枢高热⑤脑脊液有血。（5）向上血液破入侧脑室。①意识障碍重及瘫痪加重。②脑脊液出血。（6）向下出血扩展到中脑，双侧锥体束征意识障碍加深，瞳孔变化（7）血肿向周围扩大，或周围水肿明显可致脑移位，形成天幕疝出现意识障碍加深，病灶侧瞳孔散大、光反应消失，双侧锥体束征等（8）死亡：因为中线结构破坏或严重合并症而死亡。

脑出血内囊内侧型和外侧型如何鉴别？

症 状	内 侧 型 (丘脑出血)	外 侧 型 (壳核出血)
意 识 障 碍	较 重	无或较轻、且为一过性。
肌 力	弛 缓	早期可增高
肌 共 同 偏 视	少 见	(-), 多见
中 线 症 状 征	明 显	晚期并发脑疝时出现
锥 体 束 征	往 往 双 侧	现 往 往 单 侧
两 眼 凝 视 鼻 尖	可 (+)	(-)

两眼向下偏斜凝视鼻尖见于哪些情况？

（1）后联合及顶盖前区病变。（2）丘脑底部病变。

(3) 广泛的中脑损害。(4) 代谢障碍如肝性昏迷。(5) 内囊内侧型出血(丘脑出血)。

脑室出血有什么临床特征?

原发性脑室出血极为少见,大多均为脑实质出血破入脑室;如小脑出血与桥脑出血破入第四脑室;内囊区出血破入侧脑室或第三脑室内囊区出血继发脑室出血的临床特征为:

(1) 突然出现昏迷加深。(2) 可自发出现或刺激时出现强直性痉挛去脑强直或去皮层强直。(3) 迅速出现双侧病理反射,四肢瘫。(4) 中枢性高热。(5) 瞳孔可散大或缩小、亦可两侧不等大,但对光反应迟钝或消失。(6) 可有上消化道出血,呼吸及脉搏变化,血压不稳定等症。(7) 血糖可增高,并出现糖尿。(8) 腰穿脑压高,脑脊液呈血性,糖量常增高。

桥脑出血有哪些特点?

(1) 多见于45岁以上高血压病人,其引起出血的原因大多为高血压引起的动脉硬化。(2) 起病急、进展快。病初意识可部分保留,但常迅即昏迷。(3) 出血常始自一侧桥脑。因而可表现为“面神经交叉瘫”(病侧周围性面神经麻痹、对侧中枢性偏瘫)、两眼向瘫痪肢体侧凝视。(4) 重时,出血常迅速波及对侧,并破入第四脑室。出现四肢瘫痪;大多呈弛缓性,但亦可呈痉挛性或出现去脑强直发作。两眼位置回到正中,两侧瞳孔缩小呈“针尖样”(由于桥脑下部下行之交感神经纤维受损所致)。高热、呈中枢性高热。深昏迷。呼吸困难,出现不规则呼吸(脑干呼吸中枢受影响)。(5) 脑压高,大多为血性脑脊液。

小脑出血的临床分型?

临床上可分三型:(1) 暴发型,起病突然,病人迅速

陷入昏迷。(2)恶化型:大多起病突然,初起可有脑晕或头晕、呕吐、头痛、症状很快加重,进入昏迷。(3)缓慢进行型:起病缓慢,病程似肿瘤,无明显意识障碍,以(1)、(2)两型多见。

小脑出血的临床特点?

①多见50岁以上老年人,有多年高血压。②发病突然、剧烈头痛,(枕部多见)眩晕或头痛,频繁呕吐。③起病时大多意识清楚,病后逐渐进入昏迷。④可有言语欠流利。站立行走困难,呈共济失调,水平性或垂直性眼球震颤。⑤一侧面瘫,两眼向一侧偏斜伴眼球震颤,如压迫桥脑累及三叉神经核可分出现角、结膜反射早期消失,两眼可垂直分离(黑一马氏征)眼球浮动,分开斜视及双侧锥体束征阳性。脑干受损重时双侧瞳孔小,高热,去脑强直,眼前庭反应消失;失调性呼吸。(6)部分患者眼底可见视神经乳头水肿。(7)腰穿脑压高,脑脊液呈血性。

黑一马氏征的临床意义?

又称眼球歪扭偏斜,或翘翘板斜视。表现为:病灶侧眼球向下内,病灶对侧眼球向上外。临床见于:(1)小脑。(2)小脑中脚(桥臂)。(3)四迭体。(4)双侧内侧纵束等病变。

皮质一皮质下白质出血的特点是什么?

(1)可出现皮质的刺激症状,如受累肢体发生痉挛发作,呈局限性运动性发作、或有局部运动先兆之大发作。(2)主侧半球损害时可伴有失语、失用及失认症。(3)一般病损多只损害部分区域,故多表现局限性瘫痪,如面瘫、上肢或下肢的单瘫等。(4)皮层血管病性偏瘫,呈不均等性偏瘫常为上肢重于下肢,瘫痪肢体常合并感觉障碍。

哪些是诊断脑出血的重要指征?

脑出血与脑动脉血栓形成的鉴别有时颇困难,若病者出现下列情况则以脑出血较有可能:①起病时头痛剧烈和呕吐;②起病时伴有抽搐;③鼾声呼吸及潮式呼吸;④两眼球同向偏斜;⑤双侧肢体均有锥体束征或病理反射;⑥脑膜刺激征;⑦并发上消化道出血。

脑出血和脑血栓如何鉴别?

	脑 出 血	脑 血 栓
发病年龄	中、老年	老年多见
前驱症状	头痛、恶心、呕吐,多于病前较短时间内出现。	头晕或眩晕、眼花或一侧肢体麻木,力弱,多于发病前数小时、数天出现。
病 因	高血压及动脉硬化,血压突然升高,引起动脉破裂。	脑动脉硬化,动脉内膜炎血管管腔狭窄于血流缓慢时形成血栓。
发展形式	急骤,多于活动或于情绪激动时发生。	发病稍慢,多于睡眠安静时发生,症状于1—2天内达高峰。
血 压	常显著升高,波动性大,两侧不对称。	一般不高,时有偏低,较恒定。但椎—基底动脉的血栓发病当时,可有短暂的血压升高。
意识状态	昏迷较深多呈持续性。	昏迷较轻,且易恢复。
局部症状	迅速出现偏瘫(右利者左侧病变有失语)症状较恒定	昏迷渐出现,偏瘫或失语等,早期症状有波动。
脑膜刺激征	见于大多数	无
脑—内脏综合征	常见,尤其是脑—胃	少见,仅见于椎—基底动脉的血栓形成。
抽搐	可有	少见
瞳孔	可有不对称,病侧较大	一般对称
同向偏视	常见	少见
眼球分离	较常见	少见
或浮动	常见	少见
颅内压增高	常见	少见

脑脊液
嗜酸性粒
细胞计数
脑电图

压力高，多为血性消
失或显著减少、恢复
较慢。
高波幅，弥漫性波及
两侧大脑半球脑电改变
两持

压力正常或稍高，清亮
轻度或中度减少、恢复
较快。
多呈低电压活动，病灶
局限

脑超声
CT

较多见
病灶呈高密度区

中线波移位少见
病灶呈低密度区

脑出血与脑栓塞如何鉴别？

项 目	脑 出 血	脑 栓 塞
多发年龄	中年、老年	青年、中年
主要基础病	高血压病、动脉硬化	多有风湿性心脏病， 并亚急性细菌性心内膜 炎和心房纤颤
起病方式	急，数分到半小时达 高峰。	更急、数十秒到数分 高峰
意识	意识障碍深且持久， 昏迷率50%以上。	可有短意识障碍，有的 无昏迷，昏迷率20%
癫痫发作	少见	多见
高血压	多有	多无
颅内压增高征	头痛，呕吐明显	可有头痛或呕吐
脑膜刺激征	可(+)	无
脑脊液	压力增高、含有红细 胞	脑压正常或稍增高、 脑水无色透明无红细 胞。
早期症状波动	无	可有

蛛网膜下腔出血与脑出血如何鉴别？

项 目	蛛网膜下腔出血	脑 出 血
多发年龄	中 年	中年或老年
主要基础病	先天性动脉瘤，血管	高血压病
发病方式	瘤突发、数分内以剧烈 头痛发病	突然(数分钟至数小 时)以肢瘫和意识障碍

意识障碍 颈强与克氏 症偏瘫等	识氏 然	发作时一过性昏迷， 然后恢复到嗜睡或正 常常从发病起就存在 发病时无或有一过性 偏瘫或以后逐渐出现 发病时无	发病。 从发病时起意识多有 障碍、且多转重。 发病当时没有，以后 即使有亦轻从发病时 就有 可有 多见 屡为血性但色浅（呈 洗肉水样） 早期无 高血压，且持续存在 少见
同向偏视	同向偏视		
言语障碍 发病早期脑 脊液变化 眼底出血		少见 血性且色深 早期就可发生，为静 脉性出血，且玻璃体下 有片状出血。 一般无高血压，但血 压可较平时高，大多在 2~3日内恢复正常 多见	
血 压	压		
抽 搐	搐		

皮质下白质出血与内囊内侧型、外侧型出血鉴别？

	皮质下白质出血	内囊内（外）侧出血
主要病因	脑血管畸形	高血压动脉硬化
意识障碍	少见，且轻	多见、较重
中线症状	（-）	可（+）
瞳孔大小不一	少见	多见
两眼共同向偏视	不多见	多见
瘫 痿	以单瘫为主或不 均等偏瘫	偏瘫、多较均等
癫痫发作	多见	少见
失 语	较少见、较轻	多见、且较重
予 后	较好	严重

脑出血在接近浅皮层时脑脊液有何特征？

脑出血在接近浅表大脑皮层时脑脊液中白细胞可以增

高，且以中性核为主，多在10小时左右出现，5~6天消失（再腰穿）。

高血压性脑出血与外伤性脑出血如何鉴别？

高血压性脑出血：①在整个脑部，有时是整个机体血管有病理基础（高血压病，动脉硬化症）上发生的。②病理改变不仅限于病灶的局部，而在病灶的远距离，甚至对侧大脑半球也有改变，如血管壁的破裂，纤维蛋白原的肿胀或坏死，血管壁的硬化和玻璃样变、出血或软化灶呈现郁滞现象，血管和细胞周围水肿。外伤性脑出血是在健康的组织上发生的。病变仅限于局部。

小脑出血与大脑半球出血如何鉴别？

小 脑 出 血	大 脑 半 球 出 血
没有肢体瘫痪	对侧偏瘫
肌张力减低	肌张力增高
腱反射消失	对侧腱反射增高，有病理反
眼球垂直散开（黑—马氏 常有眼震征）	射眼球向病灶侧偏视
颈强直，Kernig氏征弱阳 或阴性	少见眼震
	Kernig氏征阳性，腱侧较 瘫痪侧明显

脑出血与高血压脑病如何鉴别？

脑出血与高血压脑病的鉴别是后者的症状与体征常于一、二天内明显减轻或消失，癫痫样抽搐较多见，且脑脊液无血性。

颅内压增高症有何临床表现？

（1）头痛。（2）呕吐。（3）视乳头水肿。（4）