

临床疾病诊疗常规丛书

LINCHUANG JIBING ZHENLIAO CHANGGUI CONGSHU

总主编 / 余传隆

Shenjing Xitong Jibing
Zhenliao Changgui

神经系统疾病诊疗

常

规

■ 主编 张润兰 徐秀欣 霍玉娥

本书主要介绍了神经系统常见疾病的常规诊断与治疗，涉及疾病70余种。书中就每一种神经科常见疾病从概念、临床表现、检查、诊断、鉴别诊断到治疗原则及治疗方案进行了详尽的阐述。全书条理清晰、重点突出、逻辑性和实用性强。可供神经内科专业的各级临床医师参考阅读。



军事医学科学出版社

△临床疾病诊疗常规丛书△

总主编/余传隆

神经系统疾病诊疗常规

主 编 张润兰 徐秀欣 霍玉娥

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

神经系统疾病诊疗常规/张润兰,徐秀欣,霍玉娥主编.

-北京:军事医学科学出版社,2008.6

(临床疾病诊疗常规丛书/余传隆总主编)

ISBN 978-7-80245-074-5

I. 神… II. ①张…②徐…③霍… III. 神经系统疾病-
诊疗 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 036589 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)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:京南印刷厂

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:11.375

字 数:288 千字

版 次:2008 年 6 月第 1 版

印 次:2008 年 6 月第 1 次

全套定价:300.00 元 每册定价:30.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内容提要

本书主要介绍了神经系统常见疾病的常规诊断与治疗,涉及疾病70余种。书中就每一种神经科常见疾病从概念、临床表现、检查、诊断、鉴别诊断到治疗原则及治疗方案进行了详尽的阐述。全书条理清晰、重点突出、逻辑性和实用性强,可供神经内科专业的各级临床医师参考阅读。

《神经系统疾病诊疗常规》

编委会

主 编	张润兰	徐秀欣	霍玉蛾
副主编	邓志高	史福平	石立英
	任翠剑	张 唯	张 平
	邸卫英	徐朝辉	
编 委	(按姓氏笔画排序)		
	邓志高	石立英	史福平
	任翠剑	张 平	张 唯
	张润兰	邸卫英	徐秀欣
	徐朝辉	霍玉蛾	

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科,临床医师的诊疗技术直接影响着人民身体的安康。为使临床疾病的诊断与治疗更趋规范化、标准化,全面提高医疗质量,我们组织编写了本套《临床疾病诊疗常规丛书》。

本套丛书共 10 分册:《妇产科疾病诊疗常规》、《儿科疾病诊疗常规》、《呼吸系统疾病诊疗常规》、《消化系统疾病诊疗常规》、《神经系统疾病诊疗常规》、《心血管系统疾病诊疗常规》、《外科疾病诊疗常规》、《五官科疾病诊疗常规》、《临床疾病用药常规》和《影像学诊断常规》。各分册以各科系常见疾病为纲,各疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断常规及治疗常规这一流程展开阐述,尤其突出了治疗中用药常规,对临床治疗更具指导性。全书贯穿了各科系疾病的基本理论、基本知识,集多年临床诊疗经验于一体,展现了疾病诊断与治疗的规范程序,有利于规范各级各类医院的医疗行为,使医务人员在医疗实践中有章可循。

本套丛书突出以下特点:①强调实用性。本书所涉及内容为临床常见、多发病,便于临床医师的临床操作。②简明扼要。凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机理、病理生理等基础性内容,作为已知不再赘述,只就临床表现、体征特点、检查结果等与临床工作直接相关的内容进行阐述。③突出常规指导性。本书由一线医务人员编写,在结合各自临床经验的同时,更突出其临床操作的可行性,对年轻医师规避医疗纠纷等有很好的帮助。

本套丛书可作为临床医师、进修医师、实习医师和在校医学生的辅助、参考资料,具有临床实用性。

编者

2008 年 2 月

目 录

第一章 神经系统疾病症状学	(1)
第一节 脑神经	(1)
第二节 感觉系统	(11)
第三节 运动系统	(15)
第四节 反射系统	(22)
第五节 自主神经系统	(26)
第六节 脑的各主要部位损害的症状	(28)
第二章 周围神经疾病	(38)
第一节 桡神经损伤	(38)
第二节 坐骨神经损伤	(41)
第三节 腓总神经损伤	(43)
第四节 吉兰-巴雷综合征	(45)
第五节 面神经炎	(50)
第六节 面肌抽搐	(53)
第七节 三叉神经痛	(56)
第三章 脊髓疾病	(61)
第一节 急性脊髓炎	(61)
第二节 脊髓压迫症	(66)
第三节 脊髓空洞症	(74)
第四节 脊髓蛛网膜炎	(77)
第五节 脊髓亚急性联合变性	(82)
第六节 脊髓肿瘤	(85)
第七节 脊髓损伤	(95)
第四章 脑血管疾病	(111)
第一节 短暂性脑缺血发作	(111)

目 录

第二节	脑梗死	(118)
第三节	脑栓塞	(133)
第四节	脑出血	(136)
第五节	蛛网膜下腔出血	(147)
第五章	锥体外系疾病	(155)
第一节	帕金森病	(155)
第二节	小舞蹈病	(163)
第三节	亨廷顿病	(167)
第四节	肝豆状核变性	(170)
第六章	颅压异常性疾病	(176)
第一节	颅内压增高	(176)
第二节	良性颅内压增高	(182)
第三节	脑积水	(185)
第四节	低颅压综合征	(188)
第七章	感染性疾病	(191)
第一节	单纯疱疹病毒性脑炎	(191)
第二节	进行性多灶性白质脑病	(197)
第三节	化脓性脑膜炎	(198)
第四节	结核性脑膜炎	(203)
第五节	新型隐球菌性脑膜炎	(207)
第六节	病毒性脑膜炎	(211)
第七节	脑囊虫病	(213)
第八节	螺旋体感染	(216)
第八章	发作性疾病	(225)
第一节	癫痫	(225)
第二节	癫痫持续状态	(234)
第三节	偏头痛	(238)
第四节	丛集性头痛	(247)

目 录

第九章 脱髓鞘性疾病	(250)
第一节 多发性硬化	(250)
第二节 视神经脊髓炎	(256)
第三节 急性播散性脑脊髓炎	(260)
第四节 弥漫性硬化	(262)
第十章 运动神经元病	(267)
第十一章 自主神经系统疾病	(273)
第一节 雷诺病	(273)
第二节 原发性直立性低血压	(276)
第三节 间脑疾病	(279)
第十二章 肌肉疾病	(287)
第一节 多发性肌炎和皮肌炎	(287)
第二节 包涵体肌炎	(289)
第三节 进行性肌营养不良症	(291)
第四节 肌强直性肌病	(295)
第五节 代谢性肌病	(299)
第六节 重症肌无力	(305)
第十三章 睡眠障碍性疾病	(313)
第一节 失眠	(313)
第二节 发作性睡病	(321)
第十四章 痴呆	(325)
第十五章 神经系统中毒和物理因素损害	(330)
第一节 酒精中毒	(330)
第二节 一氧化碳中毒	(333)
第三节 有机磷农药中毒	(336)
第四节 铅中毒	(341)
第五节 汞中毒	(344)
第六节 砷中毒	(347)

第一章 神经系统疾病症状学

第一节 脑神经

一、嗅神经(Ⅰ)

(一)解剖生理

嗅神经(olfactory nerve)为特殊的内脏感觉纤维,由上鼻甲上部和鼻中隔上部黏膜内的嗅细胞的轴突聚集成 20 多条嗅丝(即嗅神经)穿过筛孔入颅,进入嗅球,传导嗅觉。嗅球的第二级神经元发出纤维经嗅束,外侧嗅纹终止于嗅中枢,即颞叶的钩回,海马回的前部分及杏仁核经内侧嗅纹及中间嗅纹的纤维分别终止于胼胝体下回及前穿质,与嗅觉的反射联络有关。

(二)临床症状

颅前窝骨折累及筛板时,可损伤嗅丝和脑膜,造成嗅觉障碍,脑脊液也可流入鼻腔。一侧或双侧嗅觉丧失多因局部病变引起。嗅沟病变压迫嗅球、嗅束,亦可引起嗅觉丧失,因双侧有较多的联络纤维,中枢病变不出现嗅觉丧失,但可有幻嗅发作。

二、视神经(Ⅱ)

(一)解剖生理

视神经(optic nerve)由特殊躯体感觉纤维组成,视网膜节细胞的轴突汇聚于视神经盘后构成视神经,来自视网膜鼻侧半的视觉纤维经视交叉后与对侧眼球视网膜颞侧半的视觉纤维汇合形成

视束,到外侧膝状体换神经元后再组成视辐射经内囊后肢终止于枕叶矩状裂两侧楔回和舌回的视中枢。黄斑的纤维投射于纹状区的后部,视网膜周围的纤维投射到纹状区的前部,光反射的径路不经外侧膝状体,由视束经上丘臂进入中脑上丘,与两侧的动眼神经核联系。视神经在眶内行向后内,穿视神经管入颅中窝,连于视交叉,再经视束连于间脑。

(二) 临床症状

1. 视力障碍与视野缺损 不同部位的损伤产生不同的视力障碍与视野缺损,可根据视觉径路受损所致的视力障碍或不同类型的视野缺损(偏盲等)而确定病变的部位。

(1) 视神经:有视神经本身病变、受压或颅高压引起。视神经炎引起中央部视野缺损,视力障碍由数小时或数日达高峰。颅高压所致视乳头水肿多引起周边部视野缺损及生理盲点扩大。癍症肌视觉疲劳引起重度周边视野缺损及管状视野。视神经压迫性病变产生不规则视野缺损,最后产生视神经萎缩或全盲。

(2) 视交叉:垂体瘤压迫视交叉时常出现双眼颞侧偏盲,但少见。

(3) 视束:颞叶肿瘤向内侧压迫时出现两眼对侧视野的下部受损,引起两眼对侧视野的同向上象限盲。顶叶肿瘤或血管病等使视辐射的上部受损引起两眼对侧视野的同向下象限盲。枕叶肿瘤或血管病等使视辐射完全受损时引起两眼对侧视野同向偏盲。当枕叶病变时,偏盲侧光反射仍存在,同时视野的中心部常保存,称黄斑回避。

(4) 枕叶视中枢:引起偏盲。枕叶前部受损引起视觉失认。

2. 视乳头异常

(1) 视乳头水肿:颅内占位性病变(肿瘤、脓肿、血肿)、脑出血、蛛网膜下腔出血、脑膜炎、静脉窦血栓形成等所致颅高压时常常见视乳头水肿。视乳头水肿的发生是由于颅压增高后影响视网膜

中央静脉和淋巴的回流。

(2) 视神经萎缩: 可分为原发性和继发性两种。视神经直接受压, 球后视神经炎后遗症, 多发性硬化等脱髓鞘病、变性等可引起原发性视神经萎缩, 表现为视乳头苍白而边界鲜明, 筛板清楚。视乳头水肿, 视神经乳头炎、视网膜炎等后期可引起继发性视神经萎缩, 表现为视乳头苍白但边界模糊, 不能窥见筛板。外侧膝状体后和视辐射的病变不出现神经萎缩。

三、动眼神经(Ⅲ)、滑车神经(Ⅳ)、展神经(Ⅵ)

(一) 解剖生理

1. 动眼神经(oculomotor nerve) 为混合性运动性神经, 含有躯体运动和内脏运动两种纤维。起自中脑动眼神经核, 由大脑脚间窝出颅, 再经蝶鞍两侧海绵窦的侧壁, 在眶上裂入眶, 分布于上睑提肌、上直肌、下直肌、内直肌, 下斜肌。瞳孔括约肌和睫状肌是由动眼神经核上端的埃-魏核发出的副交感神经支配, 其纤维止于睫状神经节, 后者发出节后神经纤维支配瞳孔括约肌和睫状肌。

2. 滑车神经(trochlear nerve) 为运动性神经, 起源于滑车神经核, 由中脑的下丘下方出颅后, 绕大脑脚外侧前行, 在眶上裂入眶, 分布于上斜肌。

3. 展神经(trochlear nerve) 为运动性神经, 自脑桥中部背侧的展神经核, 从延髓脑桥沟中部出脑干向前上方绕过脑干, 由眶上裂入眶, 在颅底走行较长, 分布于外直肌。

(二) 临床症状

1. 眼肌麻痹 根据不同部位损害的临床表现, 眼肌麻痹可区分为周围型(核下型)、核型、核上型及核间型四种临床类型。

(1) 周围型眼肌麻痹

① 动眼神经麻痹: 表现为复视, 上睑下垂, 眼球向外下方斜视, 瞳孔散大, 光反射及调节反射消失, 眼球不能向上、向内运动, 向下

运动也受到很大限制。

②滑车神经麻痹:单独的滑车神经麻痹少见,多并发动眼神经麻痹。病侧眼球位置稍偏上,向下向外运动减弱,并有复视。

③展神经麻痹:内斜视,眼球不能向外侧运动,且有复视。动眼、滑车及展神经并发麻痹很常见,表现为眼球固定在中间位置,不能向各方向运动,瞳孔散大,对光及调节反射消失。

(2)核型眼肌麻痹:上直肌核支配对侧的上直肌;滑车神经核支配对侧的上斜肌;展神经核内除了支配外直肌的运动神经核外,还发出纤维投射至对侧内直肌核的中间神经元(展神经旁核)。核型眼肌麻痹的特点如下。

①对侧眼球运动障碍:动眼神核紧靠中线,病变时常为双侧动眼神经的部分受累。展神经核病损,不仅该侧眼球外展麻痹,往往影响展神经旁核,故两眼向病侧同向注视的能力亦丧失,使双眼向病灶侧凝视。

②脑干临近结构损害:展神经核型病变常损害围绕展神经核的面神经核而出现面神经核下瘫。

③分离性眼肌麻痹:动眼神核群呈长柱型,核下段受损只出现下直肌、下斜肌麻痹、而其他肌肉功能正常。

(3)核间型眼肌麻痹:中脑的眼球运动核由内侧纵束与脑桥内对侧的展神经核相联系。一侧的内侧纵束病变(如多发性硬化)产生核间性眼肌麻痹,眼球的水平性同向运动遭破坏,表现为一侧眼球外展正常,而另侧眼球不能同时内收。但两眼内直肌的内聚运动正常,因支配内聚的核上通路的位置平面高些。

(4)核上型眼肌麻痹:核上型眼肌麻痹表现为双眼共轭运动障碍(共轭运动即双眼同时以相同方式运动,其中又可分为扫视运动和平稳追随运动,前者是从一个注视点移向另一个注视点时的双眼运动,后者则是当眼睛追踪一个运动物体时所发生的运动),产生两眼同向偏斜。侧视中枢位于额中回后部,该区一侧的

刺激性病灶(如癫痫)出现两眼向病灶对侧偏,破坏性病灶(如脑出血)向病灶侧斜视。脑干破坏性病灶(如脑出血)向健侧斜视,刺激性病灶向病灶侧斜视。上丘破坏性病灶引起两眼上视麻痹,可出现“落日征”。

2. 复视 眼肌麻痹时由于物体不能投射到两眼视网膜的对应点上就会出现重影,称为复视。

3. 瞳孔改变 瞳孔的大小是由动眼神经的副交感纤维和颈上交感神经节的交感纤维调节的。瞳孔散大肌麻痹时使瞳孔缩小,瞳孔括约肌麻痹出现瞳孔散大。在普通光线下瞳孔正常直径为3~4mm,小于2mm为瞳孔缩小,大于5mm为瞳孔散大。

(1)瞳孔散大:常见于动眼神经麻痹,视神经损害,失明时,光线刺激不能传入动眼神经核瞳孔亦散大,光反应消失。

(2)瞳孔缩小:一侧瞳孔缩小多见于霍纳(Horner)综合征,脑桥出血时,双侧瞳孔呈针样缩小,是由于损害了双侧交感神经的中枢径路所致。

(3)瞳孔光反射:光线刺激瞳孔出现缩瞳反射称为瞳孔光反射,分为直接和间接光反射。枕叶视中枢、视辐射、外侧膝状体损害出现中枢性失明,但光反射不消失,瞳孔也不散大。

(4)调节反射:注视近物体时引起内直肌收缩(两眼会聚)及瞳孔缩小称为调节反射。调节反射的传导径路可通过枕叶视中枢,经视皮质至中脑的纤维分别与动眼神经艾-魏核及双侧内直肌核联系。缩瞳反应和会聚动作不一定同时被损害,如调节反射的缩瞳反应丧失见于白喉(损害睫状神经节)、脑炎(损害中脑),会聚动作不能见于帕金森综合征(肌强直)、中脑病变。阿-罗(Argyll-Robertson)瞳孔为光反射丧失、调节反射存在,常见于神经梅毒,这是由于光反射径路在中脑顶盖前区受损。

(5)艾迪(Adie)综合征:又称强直性瞳孔(tonic pupils)。病因不明。多见于成年女性,常侵犯一侧,瞳孔散大。直接和间接对光

反应、瞳孔调节会聚反射均可消失或非常迟钝。但在暗处用强光持续刺激后仍有缓慢地收缩反应;停止刺激后是逐渐地扩大。调节反射在注视近物后不是立刻缩小,而是等待片刻后才缓慢缩小,而且比正常侧还小;停止注视后瞳孔恢复也很缓慢。

四、三叉神经(V)

(一)解剖生理

三叉神经(trigeminalnerv)为混合性神经,含有躯体感觉和特殊内脏运动两种纤维。

1. 感觉 三叉神经感觉纤维发自三叉神经节,又称“三叉神经半月节”。位于颞骨岩尖三叉神经压迹处,颈内动脉的外侧和海绵窦的后方。其周围支分布于头皮前部和面部皮肤以及眼、鼻、口腔黏膜等;中枢支进入脑桥后,触觉纤维止于感觉主核,痛、温度觉纤维下降为三叉神经脊束,止于其内侧的三叉神经脊束核,再由感觉主核及脊束核的二级神经元发出纤维交叉至对侧组成三叉丘系上升至丘脑腹后内侧核换神经元,发出纤维经内囊,终止于中央后回。

(1)眼神经(ophthalmicnerve):自三叉神经节发出后,进入海绵窦外侧壁,在动眼及滑车神经下方经眶上裂入眶,分布于颅顶前部头皮、前额、鼻背、上睑、眼球、鼻腔上部黏膜等。

(2)上颌神经(maxillarynerve):自三叉神经节发出后,进入海绵窦外侧壁,由圆孔出颅,穿过翼腭窝,经眶下孔(裂)至面部,分布于上颌处之皮肤、上唇、上部牙齿和牙龈、硬腭和软腭、扁桃体窝之前部、鼻腔下部、上颌窦以及鼻咽部黏膜等。

(3)下颌神经(mandibularnerve):由卵圆孔出颅后,分布于下颌牙及牙龈、舌前2/3及口腔底部黏膜、耳颞区和口裂以下皮肤等。三叉神经节之中枢支由感觉根进入脑桥,痛、温度觉纤维下行,止于三叉神经脊束核。该核自脑桥开始经延髓至第三颈髓后角。

从耳周来的痛、温觉纤维止于此核的下部,从口周来的则止于此核上部。因此,该核部分受损时,出现面部葱皮样分布区痛、温觉缺失。

2. 运动 由三叉神经运动核发出纤维,穿出脑桥,经卵圆孔出颅腔,分布于所有咀嚼肌和鼓膜张肌等。三叉神经运动核接受双侧皮质延髓束支配。

3. 反射 三叉神经的眼神经受损是出现角膜反射消失或减退。

(二) 临床症状

三叉神经损害出现同侧面感觉障碍,咀嚼肌麻痹,张口时下颌向患侧偏斜。三叉神经核损害可仅产生感觉或运动障碍。三叉神经脊束核损害可引起节段性的分离性痛、温觉消失,而触觉存在。

五、面神经(VII)

(一) 解剖生理

面神经(facial nerve)为混合性神经,含有三种主要成分:①特殊内脏运动纤维发自面神经核,主要支配面肌的运动,支配面上部各肌(额肌、皱眉肌、眼轮匝肌)的神经元接受双侧皮质延髓束支配,支配面下部各肌(颊肌、口轮匝肌)的神经元接受对侧皮质延髓束支配;②一般内脏运动纤维发自上泌涎核,属副交感节前纤维,换神经元后节后纤维分布于泪腺、舌下腺、下颌下腺及鼻的黏膜腺;③特殊内脏感觉纤维,即味纤维,其胞体位于膝神经节周围突分布于舌前2/3味蕾,中枢突止于孤束核。从孤束核发出的纤维至丘脑,最后终止于中央后回下部。

(二) 临床症状

周围性面神经麻痹(peripheral facial nerve paralysis)出现患侧额纹变浅或消失,眼裂变大,鼻唇沟变浅,口角下垂并歪向健侧,皱眉、皱眉、闭眼、露齿、吹哨、鼓颊等动作不能。中枢性面瘫仅有病

灶对侧眶部以下诸肌麻痹,而额肌及眼轮匝肌不受影响。

六、前庭蜗(位听)神经(VIII)

(一)解剖生理

前庭蜗神经(vestibulo cochlearnerve)又称位听神经或听神经,由蜗神经和前庭神经组成,属特殊躯体感觉性神经。

1. 蜗神经(cochlearnerve) 蜗神经的双极神经元的胞体在蜗轴内聚集成蜗神经节,又称蜗螺旋神经节,其周围突分布至内耳螺旋器上的毛细胞,中枢突进入内耳道,组成蜗神经。在脑桥尾端终止于绳状体背侧及腹侧的蜗神经前后核。由此发出纤维在脑桥同侧及对侧上行,称外侧丘系,终止于下丘及内侧膝状体,再发出纤维经内囊、豆状核下部形成听辐射,终止于皮质听觉中枢(颞横回)。

2. 前庭神经 前庭神经感觉神经元的胞体在内耳道底聚集成前庭神经节,其周围突穿内耳道底,分布于内耳球囊斑、椭圆囊斑和壶腹嵴中的毛细胞,中枢突组成前庭神经,与蜗神经一起经内耳孔进入颅腔,经脑桥尾端进入脑桥后终止于脑桥及延髓内的各前庭核。小部分纤维经小脑下脚进入小脑,终止于绒球及小结。由前庭神经外侧核发出纤维形成前庭脊髓束,止于前角细胞,调节身体的平衡运动。其他前庭神经核发出纤维加入内侧纵束,使内耳迷路与Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ脑神经及颈髓建立联系,反射性调节眼球位置及颈肌活动。有证据表明,螺旋器和壶腹嵴也有传出纤维,这些纤维是抑制性的,可能对传入的信息起反馈作用。

(二)临床症状

蜗神经传导听觉,其受损后产生听力障碍与耳鸣(见前听觉障碍和眩晕);前庭神经的功能是反射性调节机体的平衡,调节机体对于各种加速度的反应。前庭神经功能障碍时主要出现眩晕、眼球震颤和平衡失调。