

医学临床诊疗技术丛书



SHENJINGKEJIBING

神经科疾病

临床诊疗技术

主编 ① 刘嘉林 张 祥 高建霞

中国医药科技出版社

◆ 医学临床诊疗技术丛书 ◆

神经科疾病

临床诊疗技术

刘嘉林 张 祥 高建霞 主 编

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书较为系统、全面地介绍了神经科疾病的诊断方法和治疗技术,包括疾病的临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等方面的知识。并结合临床实际,重点介绍了诊断和治疗上的临床经验以及如何做好病情记录、医患沟通等方面的方法与要求。本书立足临床实践,内容全面翔实,重点突出,是一本实用性很强的神经科疾病诊疗读本,适合神经科专业人员以及基层医务工作者阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

神经科疾病临床诊疗技术/刘嘉林,张祥,高建霞主编. — 北京:中国医药科技出版社,2017.4

(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 8589 - 1

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 191827 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$

印张 11 $\frac{1}{8}$

字数 240 千字

版次 2017 年 4 月第 1 版

印次 2017 年 4 月第 1 次印刷

印刷 三河市汇鑫印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 8589 - 1

定价 35.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话:010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编写人员名单

主 编 刘嘉林 张 祥 高建霞

副主编 韩 虎 李继来 韩 辉

王伟超 王廉昌 李 研

编 委 (按姓氏笔画排序)

王伟超 王廉昌 牛小莉 牛树清

刘斯文 刘嘉林 齐亚超 李 研

李继来 李淑娟 何伟亮 张 祥

和英坤 徐国栋 高建霞 韩 虎

韩 辉 魏英丽

前 言

神经系统主要包括中枢神经系统和周围神经系统，是统率和协调全身各系统器官的重要部分。神经系统疾病对人们的生命和社会活动有着不可忽视的影响。神经系统疾病病种繁多，临床表现复杂，治疗难度较大。神经科作为临床的一个重要分支，近年来随着科学技术的迅速发展，新的诊疗技术不断涌现，大大促进了神经科的发展。这对神经科医师提出了更高的要求，其不仅需要现代化的辅助诊断检测技术，还需要全面掌握神经内科的基础知识和临床技能，只有这样才能及时、准确地诊断疾病，给予患者及时合理的治疗。鉴于此，我们组织了相关专业的专家学者编写了此书。

本书共分为十三章，包括周围神经系统疾病、脊髓疾病、脱髓鞘疾病、脑血管疾病、颅内感染性疾病、颅内肿瘤、发作性疾病、颅内压异常、锥体外系疾病、神经系统变性疾病、神经-肌肉接头疾病、自主神经系统疾病和癔症等内容。本书在编写过程中尽可能多地收集目前神经系统的常见病、多发病，在内容编排上侧重于常见病，对常见神经科疾病的诊断、检查方法和治疗做了详细的介绍，重点介绍了诊断和治疗方面的临床经

验，把具有丰富临床经验的高年资医师的临床思维方法和经验介绍给年轻医师，让他们不走弯路。在临床经验介绍中，书中特别强调了如何做好病情告知、医患沟通等方面的问题，帮助年轻医师更好地构筑和谐医患关系，希望为神经科的临床工作者提供帮助。

本书在编写过程中，参阅了大量相关专业文献书籍，得到了多位同道的支持和关怀，在此表示衷心感谢。本书编写人员众多，若内容存在纰漏之处，敬请读者和同道批评指正。

编者

2016 年 11 月

目 录

第一章	周围神经系统疾病	1
第一节	三叉神经痛	1
第二节	特发性面神经麻痹	6
第三节	急性炎症性脱髓鞘多发性神经病	10
第四节	臂丛神经炎	16
第五节	尺神经损害	19
第六节	腓总神经损害	23
第七节	坐骨神经损害	25
第二章	脊髓疾病	29
第一节	急性脊髓炎	29
第二节	脊髓蛛网膜炎	35
第三节	脊髓压迫症	40
第四节	脊髓空洞症	48
第五节	脊髓亚急性联合变性	53
第六节	Friedreich 共济失调	58
第三章	脱髓鞘疾病	60
第一节	多发性硬化	60

第二节	视神经脊髓炎	68
第三节	急性播散性脑脊髓炎	73
第四节	弥漫性硬化	76

第四章 脑血管疾病

82

第一节	短暂性脑缺血发作	82
第二节	脑梗死	89
第三节	脑动脉硬化症	105
第四节	脑出血	109
第五节	蛛网膜下隙出血	119
第六节	高血压脑病	129
第七节	脑动静脉畸形	134
第八节	颅内动脉瘤	140

第五章 颅内感染性疾病

145

第一节	单纯病毒疱疹性脑炎	145
第二节	化脓性脑膜炎	153
第三节	结核性脑膜炎	159
第四节	新型隐球菌脑膜炎	166
第五节	神经系统钩端螺旋体病	172
第六节	脑猪囊尾蚴病	178
第七节	脑血吸虫病	183

第六章 颅内肿瘤

188

第一节	垂体腺瘤	188
-----	------------	-----

第二节	神经胶质瘤	190
第三节	脑膜瘤	196
第四节	听神经瘤	199
第五节	颅咽管瘤	204
第七章	发作性疾病	209
第一节	癫痫	209
第二节	偏头痛	220
第三节	发作性睡病	227
第八章	颅内压异常	233
第一节	颅内压增高	233
第二节	脑积水	241
第九章	锥体外系疾病	248
第一节	帕金森病	248
第二节	小舞蹈病	257
第三节	肝豆状核变性	262
第四节	扭转痉挛	269
第五节	手足徐动症	274
第六节	亨廷顿病	277
第十章	神经系统变性疾病	281
第一节	运动神经元病	281
第二节	阿尔茨海默病	288

第十一章	神经 - 肌肉接头疾病	298
第一节	重症肌无力	298
第二节	周期性瘫痪	306
第三节	多发性肌炎和皮肌炎	309
第四节	进行性肌营养不良症	314
第五节	强直性肌营养不良	320
第十二章	自主神经系统疾病	326
第一节	雷诺病	326
第二节	原发性直立性低血压	331
第三节	间脑病变	335
第十三章	癔症	342

第一章

周围神经系统疾病

第一节 三叉神经痛

三叉神经痛是三叉神经分布区闪电式的反复发作性剧痛，可分为特发性和继发性两种，可能因三叉神经脱髓产生异位冲动或伪突触传递所致。三叉神经痛又称痛性抽搐，是一种濒死样、撕裂样的面部疼痛，持续数秒到1分钟左右，几乎总是在一侧（仅5%以下为双侧性发生），其通常由触摸受累区、冷风、吃饭、刷牙，有时甚至谈话可引发。本症中年后期开始，更多发生于成年及老年人，在40岁以上的患者可达70%~80%，女性较男性略多。

【诊断】

1. 临床表现

(1) 多见于老年人，多于50岁以上起病，女性多于男性，是男性的2~3倍。疼痛局限于三叉神经一或两个分支分布区，第2、3支最常见，多为单侧性，极少三支同时受累。表现为历时短暂的电击样、刀割样或撕裂样剧痛，每次常持续数秒，突发骤止，通常无预兆，间歇期完全正常。疼痛以面颊、上下颌及舌部最明显。轻触鼻翼、颊部和舌可以诱发，这些点称为扳机点。通常洗脸、刷牙易诱发第2支疼痛，咀

嚼、哈欠和讲话诱发第3支发作，以致患者不敢洗脸、进食，表现面色憔悴和情绪低落。

(2) 严重病例伴有面部肌肉反射性抽搐，口角牵向患侧，称为痛性抽搐。同时可伴有面红、结膜充血、流泪和皮温高等。严重者可昼夜发作，失眠或睡后易醒。

(3) 病程可呈周期性，每次发作期为数日、数周或数月，缓解期数日或数年。病程越长，发作愈频繁，病情愈严重，一般不会自愈。神经系统检查通常无阳性体征。

2. 检查

(1) 三叉神经诱发电位检查示峰潜伏期延长。

(2) 头颅CT或MRI检查原发性正常，继发性可明确相关的病因。

3. 诊断要点 典型的原发性三叉神经痛，可根据以下几点做出诊断。

(1) 疼痛部位严格局限于三叉神经分布区内。

(2) 疼痛为突发骤止、历时短暂、频繁发作的剧烈疼痛，并可有“触发点”。

(3) 神经系统查体无阳性体征。

(4) 影像学检查排除其他继发性三叉神经痛。

4. 鉴别诊断

(1) 牙痛：三叉神经痛易误诊为牙痛，许多患者拔牙后疼痛仍不解除才被确诊。牙痛多由牙龈炎、龋齿造成，多呈持续性钝痛，多局限于牙龈部，进冷、热食物可加剧，口腔检查和X线检查有助于鉴别。

(2) 副鼻窦炎：为局限性持续钝痛，局部有压痛，可有发热、白细胞增多、流脓涕等炎症表现，鼻腔检查及X线摄片可确诊。

(3) 颞颌关节炎：疼痛主要发生在咀嚼时，局部有压痛，关节运动障碍。

(4) 非典型面部神经痛：多发生于忧郁和神经质的患者。疼痛模糊不定，超出三叉神经分布范围，可放射至耳后、颞部、肩等处，通常为两侧，无触痛点，情绪变化可加重疼痛。

(5) 蝶腭神经痛：疼痛在颜面深部，可由牙部发出，亦可放射至颞、眼眶、乳突、耳部、枕部、肩部及手部等处，眼眶有压痛。疼痛无规律，阵发或持续性。发作时有鼻黏膜充血、阻塞、流泪等。蝶腭神经节封闭有效。

(6) 舌咽神经痛：疼痛部位在舌根、软腭、扁桃体、咽部及外耳道等处，进食、吞咽、说话可诱发。扁桃体可有压痛。用4%可卡因、1%潘妥卡因或丁卡因等喷涂于咽部、扁桃体及舌根部，如能止痛即可确诊。

(7) 三叉神经炎：疼痛为持续性，压迫神经分支所在处疼痛可以加剧。三叉神经区可有感觉减退或过敏。亦可伴有运动障碍。病因可由流感、急性上颌窦炎、额窦炎、下颌骨骨髓炎、伤寒、疟疾、梅毒、糖尿病、痛风、酒精中毒、铅中毒、食物中毒等引起。

【治疗】

1. 药物治疗 特发性三叉神经痛首选药物治疗，抗癫痫药治疗有效。

(1) 抗癫痫药物：①卡马西平，常为首选，起始剂量为0.1g，口服，每日3次；常用剂量为每日0.6g，最大剂量为每日1.0g；疼痛停止后逐渐减量，采用最小有效维持量每日0.6~0.8g，有效率约70%，孕妇禁用；不良反应有头晕、嗜睡、口干、恶心、消化不良、行走不稳等，但多于数日后消失；偶尔出现皮疹、白细胞减少，需停药；曾有发生共济失调、复视、再生障碍性贫血、肝功能障碍等报道，需立即停药。②苯妥英钠，0.1g，口服，每日3次，如无效可每日增加0.05g，数日后加至每日0.6g；卡马西平或苯妥英钠单药治疗无效者两药合用可能有效；③氯硝西洋，每日6~8mg，口服，

40%~50%的病例能完全控制,25%明显缓解;不良反应有嗜睡和步态不稳,老年患者偶见短暂性精神错乱,停药后消失;卡马西平或苯妥钠无效时可试用。

(2) 氯苯氨丁酸:起始剂量5mg,口服,每日3次,常用剂量每日30~40mg;不良反应有恶心、呕吐和嗜睡等,约30%的病例不能耐受不良反应。

(3) 维生素B₁₂:国外文献报道,大剂量维生素B₁₂可能缓解疼痛,机制不清。剂量为1000~2000μg,肌肉注射,每周2~3次,连用4~8周为1个疗程。通常无不良反应,偶有一过性头晕、全身瘙痒和复视等。

(4) 哌咪清:文献报道,哌咪清治疗难治性三叉神经痛疗效优于卡马西平。剂量为第1~4日,每日4mg;第5~9日,每日6mg;第10~14日,每日8mg;第14日以后,每日12mg,均分为2次服。约83.3%的病例可出现手颤、记忆力减退、睡眠中肢体抖动等不良反应。多见于用药后4~6周,通常不需终止治疗。

(5) 封闭疗法:服药无效者用无水乙醇、甘油封闭三叉神经分支或半月神经节,以甘油为首选,使之发生变性;不良反应为注射区面部感觉缺失,但可获得止痛效果。可采取以下方法。①周围支封闭:在眶下、眶上、上颌、下颌神经分支处局部麻醉,注入无水乙醇0.3~0.5ml,疗效期短(一般1~6个月),除眶上神经封闭现已少用;②半月神经节封闭:注射药物破坏节内感觉神经细胞,疗效较持久,但注射技术较难,CT监视下注射可提高成功率。

2. 手术治疗 传统方法是三叉神经感觉根部分切断术,止痛效果为目前首选。近年来推崇微血管减压术。手术暴露脑桥三叉神经感觉根及压迫该神经的异常走行或扭曲血管,减压术无须切断神经可取得止痛效果。近期疗效可以达到80%以上;并发症包括听力减退或丧失,面部感觉减退,滑

车、外展、面神经暂时性麻痹等。

【病情观察】

仔细观察患者疼痛的性质、部位和特点。如为继发性者，应观察有无原发病的临床表现；注意观察治疗后患者症状、体征的改善与否，以评估治疗疗效；观察药物治疗或手术等其他治疗的效果，尤其是应注意有无治疗药物本身的不良反应。

【病历记录】

1. 门急诊病历 记录患者就诊的主要症状，如疼痛的性质、部位，疼痛诱发因素等。记录有无外伤、肿瘤、炎症等病史。记录神经系统损害的体征，患者的营养状况、精神面貌等。记录诱发电位的检查结果。

2. 住院病历 记录患者入院前的诊疗经过、所用药物及效果如何。详细记录本病的诊断依据和鉴别诊断要点。记录治疗后症状变化、治疗效果，行手术治疗、封闭治疗或半月节射频热凝治疗的，患者家属应签署知情同意书。

【注意事项】

1. 医患沟通 应向患者详细说明本病的特点，尽量减少其恐惧情绪，使其配合治疗。因多数患者可能选择门诊治疗，故应向患者及家属交代药物可能引起的不良反应，需定期随访，以便及早发现、及时调整治疗方案。行封闭治疗或半月节射频热凝治疗的，患者或亲属应签署知情同意书。

2. 经验指导

(1) 典型的原发性三叉神经痛，可根据疼痛发作部位、性质与特征，触发点的存在和诱因，以及神经系检查正常、不伴有感觉障碍等而获得确诊。继发性三叉神经痛发作特征虽与原发性三叉神经痛相似，但在发作间期常有持续的钝痛，神经系检查可发现三叉神经受累的体征，如面部感觉减退，角膜反射消失，嚼肌无力、萎缩及下颌偏斜等。疑为继发性三叉神经痛者，应行颅底 X 线平片、头部 CT 或 MRI、脑脊液

等检查以明确病因。

(2) 三叉神经炎又称三叉神经感染性神经病，可因病毒感染、鼻窦炎、下颌骨骨髓炎、糖尿病、痛风、酒精中毒、铅中毒等引起，疼痛呈持续性，压迫神经分支所在处时疼痛加剧，神经系统检查可有三叉神经受累体征。

(3) 本病的治疗以止痛为目的，一般先用药物治疗，无效时，可用神经阻滞疗法或手术治疗。

(4) 药物治疗是本病的基本治疗，治疗时应严格掌握用药疗程及相关不良反应。

(5) 近年来，国内外开展伽玛刀治疗本病，其适应证为药物治疗和神经阻滞治疗无效，手术治疗失败或复发，身体情况不适于手术治疗者。

第二节 特发性面神经麻痹

特发性面神经麻痹 (idiopathic facial palsy) 又称 Bell 麻痹 (Bell palsy)，是茎乳孔内面神经非特异性炎症导致的周围性面瘫。

【诊断】

(一) 病因

本病病因尚未完全阐明。一般认为本病与嗜神经病毒感染有关。受凉、病毒感染（如带状疱疹）和自主神经功能不稳等可引起局部神经营养血管痉挛，导致神经缺血水肿。由于骨性面神经管仅能容纳面神经通过，面神经一旦发生炎性水肿，必然导致面神经受压，也可以发生于 Guillain - Barre 综合征。

(二) 病理

早期病理改变为面神经水肿和脱髓鞘，晚期可有不同程度轴索变性，以在茎乳孔和面神经管内的部分尤为显著。

(三) 临床表现

(1) 任何年龄均可发病，以 20 ~ 40 岁最为多见，男性略多。绝大多数为一侧性。发病与季节无关。通常急性起病，发病前可伴麻痹侧乳突区、耳内、耳后或下颌角疼痛。患者往往在清晨起床时发现闭目不全、口角歪斜，症状可于数小时或 1 ~ 3 日内达到高峰。

(2) 面部表情肌瘫痪，可见额纹消失，不能皱额蹙眉，眼裂变大，不能闭合或闭合不全；闭眼时眼球向上外方转动，显露白色巩膜，称为 Bell 征；鼻唇沟变浅，口角下垂，示齿时口角偏向健侧；口轮匝肌瘫痪使鼓腮和吹口哨漏气；颊肌瘫痪可使食物滞留于患侧齿颊之间，并常有口水自该侧流下。多为单侧性，双侧多见于 Guillain - Barré 综合征。泪点随下睑外翻而泪液外溢。

(3) 不同部位的面神经损害可出现不同的临床症状。鼓索以上的面神经病出现同侧舌前 2/3 味觉丧失；发出镫骨肌支以上受损时出现同侧舌前 2/3 味觉丧失和听觉过敏；膝状神经节病变除有周围性面瘫、舌前 2/3 味觉障碍和听觉过敏外，还可以有患侧乳突部疼痛、耳郭和外耳道感觉减退、外耳道或鼓膜疱疹，称 Hunt 综合征，系带状疱疹病毒感染所致。

(4) 通常在起病后 2 周进入恢复期。

(四) 检查

(1) 检测面神经兴奋阈值和复合肌肉动作电位能估计预后。

(2) 肌电图的面神经传导速度测定，对鉴别面神经是暂时性传导障碍还是永久性失神经支配有帮助。

(五) 诊断及鉴别诊断

根据急性起病的周围性面瘫即可诊断，但需注意与以下情况鉴别。

1. Guillain - Barré 综合征 可出现周围性面瘫，多为双侧性，对称性肢体下运动神经元瘫痪和脑脊液蛋白 - 细胞分