

SHIYONG SHENJING NEIKE JIBING
LINCHUANG ZHENLIAO

实用 神经内科疾病 临床诊疗

◆ 王玉梅 编著



吉林出版集团
吉林科学技术出版社

实用神经内科疾病临床诊疗

王玉梅 编著



吉林出版集团
吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用神经内科疾病临床诊疗 / 王玉梅编著. —长春:
吉林科学技术出版社, 2013. 5
ISBN 978-7-5384-6662-1

I. ①实… II. ①王… III. ①神经系统疾病—诊疗
IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第065880号

实用神经内科疾病临床诊疗

编 著 王玉梅
出 版 人 张瑛琳
责任编辑 许晶刚 丁 雷
封面设计 天津市浩达图文设计制作中心
制 版 天津市浩达图文设计制作中心
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 350千字
印 张 14.75
印 数 1-1000册
版 次 2013 年 6 月第 1 版
印 次 2013 年 6 月第 1 次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85677817 85635177 85651759
85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85630195
印 刷 天津午阳印刷有限公司

书 号 ISBN 978-7-5384-6662-1
定 价 45.00元

如有印装质量问题可寄出版社调换
版权所有 翻印必究

前 言

回顾过去几十年相关科学技术的迅猛发展，使神经科学得以前所未有的进步。由于分子生物学的发展及对许多疾病本质的重新认识，以及神经影像学、神经电生理学和基因技术的发展与应用，使疾病诊断的准确性大幅度提高。由于新药物的不断出现，也为很多疾病的治疗带来了曙光。但神经内科疾病的多样性与复杂性，使临床诊断与治疗仍有许多困难，尤其是一些疑难疾病诊断与治疗难度更大。因此，作为一名神经科医师，必须有扎实的理论知识、丰富的临床经验、广博的相关疾病知识，以及较强的综合分析能力，才能胜任本职工作。

本书分 12 章，全面系统地阐述了神经内科系统疾病的常用诊疗技术，详细介绍了血管性疾病、遗传性疾病、周围神经病、脊髓疾病、肌肉疾病、中枢神经系统感染、脱髓鞘病、发作性疾病的病因、发病机制、病理、临床表现、辅助诊断、诊断、鉴别诊断、治疗和预防，以及重症神经疾病的监测与治疗。

由于个人学识水平和时间有限，本书从形式到内容都必然还存在这样或那样的缺点和不足，殷切希望使用本书的广大师生和读者提出宝贵的意见。

王玉梅

2013 年 4 月

目 录

第一章 神经系统的检查	1
第一节 脑神经检查	1
第二节 运动神经检查	3
第三节 感觉功能检查	5
第四节 神经反射	6
第五节 自主神经检查	7
第六节 神经系统病变的定位诊断	8
第二章 神经系统疾病常见症状的诊疗	10
第一节 头痛	10
第二节 眩晕	11
第三节 晕厥	13
第四节 意识障碍	15
第五节 呼吸困难	17
第三章 周围神经系统疾病	20
第一节 概述	20
第二节 脑神经疾病	20
第三节 脊神经疾病	26
第四章 脊髓疾病	37
第一节 概述	37
第二节 急性脊髓炎	37
第三节 脊髓压迫症	39
第四节 脊髓空洞	42
第五节 脊髓亚急性联合变性	45
第六节 脊髓血管性疾病	47
第五章 脑血管疾病	51
第一节 短暂性脑缺血发作	51
第二节 脑梗死	55
第三节 脑出血	66
第四节 蛛网膜下腔出血	71
第五节 高血压脑病	78
第六节 其他脑动脉疾病	80
第七节 颅内静脉及静脉窦血栓形成	83
第六章 运动障碍疾病	87
第一节 帕金森病	87

第二节	小舞蹈病	93
第三节	亨廷顿舞蹈病	95
第四节	肝豆状核变性	97
第五节	肌张力障碍	101
第六节	特发性震颤	104
第七节	其他运动障碍疾病	105
第七章	中枢神经系统感染	110
第一节	结核性脑膜炎	110
第二节	细菌性脑膜炎	114
第三节	真菌性脑膜炎	116
第四节	脑炎	118
第五节	艾滋病的神经系统障碍	122
第六节	神经梅毒	124
第八章	脱髓鞘病	127
第一节	多发性硬化	127
第二节	急性播散性脑脊髓炎	133
第三节	急性坏死性出血性脑脊髓炎	135
第四节	脑白质营养不良	135
第九章	神经系统变性疾病	141
第一节	运动神经元病	141
第二节	老年性痴呆	145
第三节	遗传性共济失调	147
第四节	多系统萎缩	150
第五节	遗传性痉挛性截瘫	153
第六节	遗传性痉挛性共济失调	154
第十章	癫痫	156
第一节	概述	156
第二节	癫痫的分类	162
第三节	癫痫的诊断	169
第四节	癫痫的治疗	170
第五节	难治性癫痫	190
第六节	癫痫持续状态	199
第十一章	自主神经系统疾病	202
第一节	概述	202
第二节	雷诺病	203
第三节	红斑肢痛症	204
第四节	原发性直立性低血压	205
第五节	多汗症	207
第六节	进行性面偏侧萎缩症	208

第十二章 神经系统先天性及遗传性疾病·····	209
第一节 概述·····	209
第二节 中枢神经系统畸形·····	209
第三节 先天性脑积水·····	212
第四节 脑性瘫痪·····	213
第五节 遗传性共济失调·····	215
第六节 遗传性代谢病·····	220
第七节 神经皮肤综合征·····	223
参考文献·····	228

第一章 神经系统的检查

神经系统检查包括对脑神经、运动神经、感觉神经、自主神经以及神经反射各个方面的检查。神经系统检查要求准确性很高，检查时须在被检查者的充分合作下，耐心细致地进行。

第一节 脑神经检查

脑神经共有 12 对，其中嗅神经、视神经和听神经为特殊感觉神经；动眼神经、滑车神经、展神经、面神经、副神经、舌下神经为单纯运动神经；三叉神经、舌咽神经、迷走神经为兼有运动和感觉的混合神经。脑神经检查对颅脑损害的定位诊断极有意义。检查脑神经应按先后顺序进行，以免重复和遗漏。

一、嗅神经

1. 问诊 了解患者平时嗅觉的灵敏度。

2. 嗅觉测试 用具有特殊气味的物质（如醋、酒精、香水等）让病人用嗅觉辨认，可了解患者一侧或双侧嗅觉的灵敏度（正常、减退、消失）。

【临床意义】 嗅觉障碍提示嗅神经损伤，单侧损伤多见于大脑额叶占位，双侧损伤则多见于脑组织的炎症。

二、视神经

1. 视力 通常用视力表检查，如视力减退不能用视力表检查时，可用指数、指动、电筒光感测定，如光感也消失称为失明。

2. 视野 即眼球在保持固定位置时所能看到的空间范围，通常用视野计测定。

3. 眼底 通常用眼底镜检查，注意观察视神经乳头、视网膜以及眼底血管情况。

①视神经乳头：正常为圆形或竖椭圆形，淡红色，边缘清楚，中央有生理凹陷；视乳头水肿时其反光增强，有渗出，边缘模糊，中央生理凹陷消失，见于急性视神经炎、慢性高颅压等。②视网膜：应注意观察有无渗出物、水肿及出血等；急性肾炎、高血压、糖尿病及止血功能障碍时视网膜可见渗出、水肿及出血。③血管：动脉色鲜红，静脉色暗红，两者管径的比例为 2:3 ($A:V=2:3$)。动脉变细，反光增强见于急性肾炎、高血压、动脉硬化；静脉迂曲、扩张见于糖尿病、静脉栓塞。

【临床意义】

(1) 单盲 即一侧眼睛视力完全丧失，见于视神经主干或视神经乳头损伤，如视神经炎、视神经萎缩、眶内肿瘤、前颅凹骨折等。

(2) 向心性视野 视野四周呈均匀性缺损，仅保留中央部视野，类似管状，见于癔病、视神经炎或慢性青光眼引起的视神经萎缩。

(3) 颞侧偏盲 视交叉中央部病损时引起双眼颞侧视野缺损，见于脑垂体肿瘤。

(4) 同侧偏盲 为一侧视觉中枢或视束损害的结果, 见于内囊部位脑血管病变或枕部病变。

三、眼球运动神经检查

眼球运动神经包括动眼神经 (oculomotor never)、滑车神经 (trochlear never) 和展神经 (abduct never), 三者可以同时检查。

1. 视诊 观察双侧眼裂是否等大, 上眼睑是否下垂, 眼球有无偏斜、突出、凹陷等。

2. 眼球运动 检查者竖起示指, 距受检者眼前 30~40cm, 嘱其头部不动, 双眼注视检查者示指, 并随其向外上、外、外下、下、内下、内、内上、上方向转动一周, 注意观察眼球运动情况, 并准确记录其运动受限的方向及其程度, 有无眼球震颤等。

3. 瞳孔 注意观察瞳孔的形状、大小, 是否等大、对称, 以及对光反射及其辐辏反射等。

【临床意义】

(1) 动眼神经麻痹 同侧眼睑下垂, 瞳孔扩大, 眼球运动受限, 呈外斜位并有复视, 辐辏及调节反射消失, 见于动眼神经损伤, 重症肌无力等。

(2) 滑车神经麻痹 无明显斜视, 眼球向下及外展运动减弱, 眼球向下注视时可有复视。

(3) 外展神经麻痹 眼球呈内斜位, 不能外展, 复视显著。

(4) 重症肌无力 双侧眼睑下垂, 但程度可不相同。

(5) 霍纳综合征 为颈交感神经节受损的症状, 表现为一侧眼睑下垂, 眼球内陷, 瞳孔缩小, 面部无汗, 多见于肺尖部及上纵隔肿瘤。

四、三叉神经

三叉神经具有运动与感觉两种功能, 检查运动功能时, 医师将双手置于病人两侧下颌角上面嚼肌隆起处, 嘱病人做咀嚼动作, 即可对比两侧嚼肌力量强弱的差异。也可将一手置于病人的颞下向上用力, 然后嘱病人做张口动作, 以感触张口动作时的肌力。检查感觉功能时, 医师用棉签自内向外轻触前额、鼻部两侧及下颌, 对比两侧的感觉有无差异。检查痛觉时用针尖轻刺三叉神经分布区域的皮肤, 用力要均匀, 随时询问病人对痛觉的灵敏度。

五、面神经

面神经主要为运动神经, 检查面神经时可让患者做皱眉、瞬目、露齿、鼓腮、吹口哨等动作, 观察额纹、眼裂、鼻唇沟和口角是否对称, 面肌有无瘫痪等。

【临床意义】

(1) 中枢性面瘫 为面神经核以上的病变所致, 表现为病变对侧眼裂以下的面部表情肌硬瘫, 如露齿、鼓腮、吹口哨等功能障碍, 鼻唇沟变浅, 口角下垂, 露齿时口角歪向病侧。中枢性面瘫多见于脑血管病。

(2) 周围性面瘫 为面神经核或面神经受损所致, 表现为同侧面部表情肌软瘫, 如眼裂增大, 皱眉、露齿、鼓腮、吹口哨等功能障碍, 鼻唇沟变浅, 口角下垂, 露齿时口角歪向健侧, 周围性面瘫多见于面神经炎、中耳炎或脑膜炎等。

六、舌咽神经和迷走神经

1. 运动功能 检查时应询问患者有无吞咽困难、饮水呛咳等现象, 同时注意患者说

话有无鼻音、声音嘶哑或失音，咽部肌肉有无萎缩，悬雍垂的位置及软腭高低是否对称等。

2.舌咽反射 用压舌板或棉签分别轻触软腭及双侧咽后壁，观察患者有无呕吐动作。

【临床意义】 一侧舌咽神经麻痹时，说话带鼻音，进食呛咳，病变侧软腭低垂，不能提升，悬雍垂偏向健侧，舌咽反射消失。两侧舌咽神经麻痹时则完全不能吞咽、发音和提升软腭。迷走神经损伤时舌咽反射消失。

七、副神经

检查时让患者作耸肩和转颈动作，同时给予阻力以测定其肌力，并观察斜方肌、胸锁乳突肌有无萎缩。一侧副神经损害可见同侧斜方肌和胸锁乳突肌萎缩、垂肩及斜颈，双侧副神经损伤时耸肩及转颈无力或不能。

八、舌下神经

观察患者有无伸舌偏斜、舌肌萎缩及颤动。一侧舌下神经核下性损伤，病侧舌肌萎缩；伸舌偏向患侧；核上性损害，伸舌偏向健侧；核性损害，舌肌有明显肌束颤动；双侧舌下神经损害，伸舌受限或不能。

第二节 运动神经检查

运动分为随意运动和不随意运动，随意运动异常主要见于锥体束病变，不随意运动异常主要见于锥体外系病变和小脑病变。运动神经检查包括肌肉的营养、形态、肌张力、肌力、不自主运动、共济失调、姿势和步态等。

一、肌力

肌力即肢体随意运动时肌肉收缩的力量。肌力减退称为瘫痪，按其肌力减退的程度分为完全性瘫痪和不完全性瘫痪（轻瘫）；按其瘫痪的性质可分为上运动神经元性瘫痪（硬瘫）和下运动神经元性瘫痪（软瘫）；按其瘫痪的形式可分为单瘫、偏瘫、截瘫、交叉性瘫痪等，肌力的判断多采用0~5级分度法。

0级：完全性瘫痪，肌纤维无收缩。

1级：可见肌肉收缩而不引起肢体运动。

2级：肢体能在床面上平行移动，但不能抬起。

3级：肢体能抬起，但不能抵抗阻力。

4级：能作抵抗阻力运动，但未达正常。

5级：正常肌力。

二、肌张力

静息状态下肌肉的紧张度称为肌张力。上运动神经元性瘫痪时肌张力增高；下运动神经元性瘫痪时肌张力减低。肌张力增高又分两种情况：

1.痉挛性 作肢体被动伸/屈时，初感觉肌张力增高，达一定程度时肌张力突然减低，呈折刀样感觉，见于锥体束病变。

2.强直性 作肢体被动伸/屈时，始终感觉肌张力增高，如同弯铅管样，又称铅管样强直，见于锥体外系病变；如在强直性肌张力增高的基础上伴有肌肉震颤，作肢体被动

伸/届时，可出现齿轮状顿挫感，称为齿轮样强直，见于震颤麻痹、肝豆状核变性。

三、共济运动 (coordination)

共济运动指动作协调的准确性。检查时一般让病人作一些精细的动作，观察病人动作的协调程度。常用检查共济运动的方法有：

1.指鼻试验 让病人伸直前臂，用其示指指尖反复多次指点自己的鼻尖，由慢到快，先睁眼后闭眼，左右交替，反复进行。正常人动作准确，若指鼻不准或摇摆不定提示共济失调。

2.指指试验 分开两上肢，屈肘，伸出中指，左右互相对指，正常人对指准确，若指不准确或摇摆不定提示共济失调。

3.Romberg 征 (闭目难立征) 嘱患者两足跟并拢直立，双臂平伸，手掌向上，先睁眼后闭眼，如出现摇摆不稳或倾跌时为阳性，提示共济失调。

4.跟-膝-胫试验 被检查者仰卧，上抬一侧下肢，将足跟对准另侧膝盖，沿胫骨前缘向下滑动，若足跟不能准确地放在膝盖上，或动作摇摆不定时，提示共济失调。

5.恢复轮替试验 作快速重复的交替拍击手背，或手掌旋前旋后的动作。若动作缓慢、节律不匀、笨拙、不协调时，提示共济失调。

6.反击征 嘱患者用力屈肘，检查者用力握其腕部使其伸直，然后突然松手，屈曲的前臂可反击到自己的身体，为反击征阳性，见于小脑性共济失调。

【常见的共济失调】

1.感觉性共济失调 以上试验均应先睁眼后闭眼进行，若睁眼时轻，闭眼时重为感觉性共济失调，提示深感觉障碍，见于脊髓后索病变、脊髓联合变性、多发性神经根炎等。

2.小脑性共济失调 共济运动试验与视觉无关，不受睁眼或闭眼的影响，无深感觉障碍。

3.前庭性共济失调 除共济失调体征外，尚有眩晕、呕吐及眼球震颤。

四、不随意运动

1.震颤 (tremor) 为两组相互拮抗的肌群交替收缩引起的不自主动作，分静止性震颤和动作性震颤两种。①静止性震颤：静息状态下明显，作自主动作时减轻或消失，常伴肌张力增高，见于震颤麻痹。②动作性震颤：静息状态下不明显，作精细动作时出现震颤，常伴肌张力减低，见于小脑病变。

2.舞蹈样运动 (chorea) 为面部或肢体肌肉快速、不随意、非对称性的运动，类似“舞蹈”样动作或作“鬼脸”，见于风湿性脑炎或椎体外系病变。

3.其他 手足徐动：见于脑性瘫痪、肝豆状核变性和脑基底节病变。手足搐搦：见于低钙血症。

五、体位与步态

某些神经系统损害可表现出特定的体位与步态，常见的体位异常有偏瘫体位、角弓反张体位、去大脑强直体位等。对诊断有帮助的常见步态有：

1.偏瘫步态 上肢内收旋前，指、腕、肘关节屈曲，行走时把病侧骨盆抬高，下肢伸直并外旋，往外作划圈样动作，见于脑卒中等后遗症。

2.痉挛步态 行走时两下肢伸直，两足向内交叉前进 (内收肌张力增高)，形如剪刀

样，见于小儿脑瘫后遗症。

3.慌张步态 走路时躯干前倾，双足擦地，步幅急促细小，不能立即停步，双上肢动作不协调，见于帕金森氏综合征。

4.跨跃步态 行走时腿过度抬高，跨跃前进，见于腓神经损伤。

5.醉酒步态 站立两足分开，走路摇摆不稳，不能直线行走，如醉汉走路，见于小脑病变。

6.鸭步态 行走时身体左右摇摆前进，似鸭子走路，见于进行性肌营养不良，先天性髋关节脱位等。

7.癱病步态 步态奇形怪状，下肢肌力虽佳，但步态不稳，向各个方向摇摆，颇似欲跌倒而罕见有跌倒自伤者，多见于癱病。

第三节 感觉功能检查

检查感觉功能时需耐心细致，应首先让被检查者了解检查目的，取得病人充分合作。检查时应上下、左右、远近对比，先粗略检查，如发现感觉异常区域再进行仔细检查。

一、浅感觉检查

1.痛觉 用钝针轻刺被检查者皮肤，两侧对比观察并记录痛觉障碍类型（过敏、减退或缺失）。单纯痛觉障碍见于脊髓神经后根病变。

2.触觉 用棉签或柔软的纸片轻触皮肤，单纯触觉障碍见于脊髓后索病变。

3.温度觉 用盛有热水（40℃～50℃）或凉水（5℃～10℃）的试管测试温度觉，单纯温度觉障碍见于脊髓侧索病变。

二、深感觉检查

1.运动觉 检查时让患者闭目，将患者手指、足趾上下移动，让其辨别运动方向。

2.位置觉 检查时让患者闭目，检查者让其肢体放于某一位置，让患者辨别。

3.震动觉 将震动的音叉柄端（C₁₂₈）放置于骨突起的皮肤上，询问有无震动感及持续时间，左右对比观察。

三、复合感觉检查

1.皮肤定位觉 以手指或棉签轻触病人皮肤，指出刺激的部位。皮肤定位觉障碍见于大脑皮层病变。

2.两点辨别觉 将双规仪两脚分开接触患者皮肤，如感觉到两点时，再缩小两点间距离，直到感觉到一点为止。两点辨别觉障碍见于额叶病变。

3.图形觉 用钝针在病人皮肤上划出圆形、三角形等简单图形，或1，2，3等数字，让患者说出图形或数字，图形觉障碍者见于丘脑水平以上的病变。

4.形体觉 让被检查者闭目触摸钢笔、钥匙、硬币、打火机等常用物品，说出形状与名称。形体觉障碍见于大脑皮层病变。

第四节 神经反射

外界刺激所引起的机体不随意运动称为反射，反射的基础为神经反射弧，包括感受器→传入神经→中枢→传出神经→效应器五部分，反射弧的任一部分损伤均可使反射活动减弱或消失；其中反射中枢又受高级神经中枢的调控，当高级中枢损伤时，其对初级反射中枢的抑制作用减弱或消失，反射活动增强，或出现病理反射。检查神经反射时，应分散病人注意力，使其肌肉放松，两侧对比观察。神经反射可分为生理反射和病理反射。

【生理反射】 机体在生理情况下应具有的反射，称为生理反射。根据受刺激的感受器分布的区域不同可分为浅反射和深反射。

1.浅反射 包括皮肤反射和黏膜反射，如角膜反射、咽反射、腹壁反射、提睾反射等。

(1)角膜反射 检查时嘱患者向一侧注视，将捻细的棉花束轻触角膜外缘，双侧同时出现瞬目动作（迅速闭眼），受试侧动作为直接角膜反射，对侧为间接角膜反射。角膜反射的反射弧为角膜→三叉神经眼支→桥脑→面神经→眼轮匝肌。直接、间接角膜反射均消失者，提示三叉神经损伤，直接角膜反射消失、间接角膜反射存在者，见于面神经损伤。

(2)腹壁反射 用钝针或棉签在腹壁两侧自外向内方向轻划腹壁皮肤，所划处腹肌收缩为正常。根据所划部位可分为：①上腹壁反射（沿肋弓下缘），中枢位于 T7～T8；②中腹壁反射（平脐水平），中枢位于 T9～T10；③下腹壁反射（腹股沟上方），中枢位于 T11～T12。脊髓损伤时损伤平面以下的腹壁反射消失；深昏迷、急性腹膜炎、大量腹水，以及肥胖、多次妊娠、老年人上、中、下腹壁反射均可减弱或消失。

(3)提睾反射 用钝针或棉签轻划大腿内侧近阴囊处皮肤，正常反应是同侧睾丸向上收缩（L1～L2），年老或体衰者可消失。

(4)跖反射 用钝针或棉签轻划足底外侧，自足跟向前至小趾跟部时转向内侧，正常反应是五趾并拢跖屈。异常时五趾呈扇形散开，拇趾背屈（Babinski 征）。

(5)肛门反射 用钝针轻划肛门周围皮肤，正常反应是肛门外括约肌收缩，反射中枢位于 S4～S5 水平。

2.深反射 深反射包括腱反射和骨膜反射。

(1)肱二头肌腱反射 上肢肘部屈曲 90°，叩击置于肱二头肌腱上检查者的左拇指，正常反应为肱二头肌收缩，前臂屈曲。

(2)肱三头肌腱反射 上臂稍外展，肘部半屈，叩击鹰嘴突上方的肱三头肌肌腱。正常反应为肱三头肌收缩，前臂伸直。

(3)桡骨膜反射 肘关节半屈曲，前臂略外旋，叩击桡骨下端。正常反应为肱桡肌收缩前臂旋前及屈肘。

(4)膝腱反射 患者取卧位，一侧膝关节屈曲 120°，另一侧下肢自然放其膝关节上，或检查者以左手托起两膝关节，使屈曲 120°，叩击股四头肌肌腱。正常反应为股

四头肌收缩,小腿向前弹跳,膝关节伸直。

(5) 跟腱反射(踝反射) 患者取仰卧或俯卧位,下肢外展,膝半屈,背屈足部90°,叩击跟腱。正常反应为腓肠肌和比目鱼肌收缩使足向跖面屈曲。

(6) 下颌反射 检查者以左拇指轻置于下颌中央,轻叩拇指,正常情况下下颌轻微上提或无反应;反射增强时下颌急速向上抬,见于假性延髓麻痹。

注意:检查生理反射时应左右对比观察,对称性的反射增强或减弱,未必都是神经系统损害的表现;不对称性增强或减弱,对神经系统病变的诊断更有意义。

(7) Hofmann 征 令患者手指微屈,检查者左手捏住其腕部,右手示指及中指夹住其中指,以拇指急速弹拨其指甲。若其拇指屈曲内收,其余四指屈曲为阳性。

(8) 阵挛(clonus) ①髌阵挛:患者仰卧,伸直下肢,检查者用手捏住髌骨上缘迅速持续用力由上向下推动,随即发生连续上下颤动。②踝阵挛:左手托住腘窝,右手握其足前部,使其骤然向上屈曲并维持一定时间,使其不向趾侧屈曲,随即足跟发生连续上下颤动。

3. 病理性反射 上神经运动元或神经传导束损伤时可出现下列病理反射。

(1) Babinski 征 以钝针或叩诊锤柄的尖端,沿足底外侧缘由heel至趾划。五趾并拢跖屈为阴性(正常),拇趾背屈,其余四趾呈扇形散开为阳性,提示锥体束损伤。与 Babinski 征意义相同的神经反射还有 Chaddock 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Conda 征。

(2) Chaddock 征 以钝针划足外踝至足背外侧,判断标准同 Babinski 征。

(3) Oppenheim 征 以拇指及示指用力沿小腿胫骨前缘从上而下擦过,判断标准同 Babinski 征。

(4) Gordon 征 用力挤压腓肠肌,判断标准同 Babinski 征。

(5) Conda 征 用力向跖面按压足外侧缘,若趾背屈为阳性,放松,判断标准同 Babinski 征。

注意:以上5种病理反射临床意义相同,以 Babinski 征最有意义。

4. 脑膜刺激征

(1) 颈项强直 患者去枕仰卧,两腿伸直,检查者左手托起患者枕部轻轻抬起,使其下颌向胸骨柄处抵触,如有抵抗感或患者有痛苦的表情时为颈项强直阳性。

(2) Kernig 征 患者去枕仰卧,将一侧下肢髋关节及膝关节屈曲成直角,然后将膝关节伸直,如有疼痛而限制膝关节伸直时(另一下肢常缩起)为阳性反应。

(3) Brudzinski 征 患者仰卧,双下肢伸直,将其颈部向前屈曲,阳性反应为双下肢屈曲缩起。脑膜炎症、蛛网膜下腔出血等脑膜受刺激时脑膜刺激征阳性。

第五节 自主神经检查

自主神经支配内脏器官、腺体、血管和立毛肌等,分为交感神经和副交感神经两大系统。交感神经中枢主要位于丘脑下部前区,支配汗腺、立毛肌、胸腹腔脏器和扩瞳肌的活动;副交感神经中枢位于丘脑下部后区,支配消化腺、泪腺及呼吸道、泌尿生殖道的腺体,内脏膀胱和肛门括约肌、瞳孔括约肌等。通常交感、副交感神经功能相互拮抗和

协调,调节机体内分泌、代谢、及各种自主性生理功能。自主神经功能失调可引起相应的病理生理变化,因此自主神经功能检查对某些神经疾病乃至全身性疾病都很有帮助,常用的自主神经功能检查如下。

一、一般检查

1.观察皮肤及其附属组织的发育、色泽、质地、温度等,例如指甲的色泽,毛发的分布,皮肤的温度、湿度、弹性、水肿、溃疡、褥疮等。

2.了解内脏及括约肌功能,如有无腹胀、便秘、排尿或排便困难及其性质、程度等。

二、自主神经反射

1.眼心反射 安静状态下,数 1min 的脉搏,然后用手指压迫双侧眼外眦部 20~30s,再数 1min 脉搏,正常可减慢 4~12 次,减慢 12 次以上者提示副交感神经兴奋性增强,迷走神经麻痹者无反应。交感神经兴奋性增强者不减慢甚至加快。强,迷走神经麻痹者无反应。交感神经兴奋性增强者不减慢甚至加快。

2.卧立试验 平卧安静状态下数 1min 脉搏,然后起立,再数 1min 脉搏,增加超过 10~12 次者为阳性,提示交感神经兴奋性增强;如由立位改为卧位,脉搏搏动频率减少超过 10~12 次/min,提示副交感神经兴奋性增强。

3.皮肤划纹征 用钝针在胸腹壁两侧皮肤上划一条线,数秒钟后出现白线条(血管收缩)。稍后变为红条纹(血管扩张),正常时 3~5min 内消失。如划线后的白线条持久出现,为交感神经兴奋性增高。如红线条明显增宽,甚至隆起,为副交感神经兴奋性增高或交感神经麻痹。

4.竖毛反射 搔划或寒冷(冰块)刺激出现毛囊收缩形成小丘疹,即“鸡皮样”反应,刺激后 7~10s 时最明显,以后逐渐消失。交感神经兴奋时,则竖毛反应增强,范围扩大。

第六节 神经系统病变的定位诊断

一、末梢神经病变

表现为肢体远端的对称性感觉、运动以及自主神经功能障碍,以浅感觉障碍为主,呈手套(或袜套)样分布,如酸胀感、麻木感、自发性疼痛或痛温觉减退,可伴有肌力减退,肌肉营养障碍或肌萎缩,见于糖尿病神经病变、末梢神经炎、雷诺病或药物性神经损伤,如长春新碱、呋喃西林等。

二、神经根病变

以脊神经后根病变较常见,主要表现为相应脊神经分布区域的放射形疼痛,如坐骨神经痛、带状疱疹等。坐骨神经痛多为腰椎间盘突出或腰骶神经炎所致,可用下肢抬高试验(Lasegue 征)确诊。

感染性多发性神经根炎时主要侵犯脊神经前根,主要表现为四肢对称性弛缓性瘫痪(软瘫),严重时可累及呼吸肌,并可伴有痛温觉障碍(后根受累的症状)。

Lasegue 征:患者平卧,下肢伸直上抬,正常人可抬高 70°以上,坐骨神经痛时达不到此角度即感腰臀部剧烈疼痛,并沿坐骨神经放射。

三、脊髓病变

1. 脊髓横贯性损伤 表现为病变以下肢体截瘫及深浅感觉消失，自主神经功能障碍等。急性发生者因脊髓休克而表现为弛缓性瘫痪，随后逐渐演变为痉挛性瘫痪；缓慢发生者则主要表现为痉挛性瘫痪，在损伤平面可有束带状感觉过敏区，见于急性脊髓炎，椎体骨折及椎管内外肿瘤等。

2. 脊髓半切综合征（Brown-Sequard's syndrome） 多为椎管内、外占位病变压迫所致，表现为病变平面以下同侧肢体痉挛性瘫痪，并伴有深感觉障碍，对侧的痛、温觉缺失。如占位性病变将脊髓推向对侧使对侧脊髓受到椎管压迫，则表现为同侧痛、温觉缺失，对侧肢体瘫痪并伴有深感觉障碍，称为倒脊髓半切综合征。

四、延髓损伤

1. 延髓麻痹（球麻痹） 舌咽、迷走及舌下神经的神经核均位于延髓，延髓本身病变时咽、喉、舌的肌肉瘫痪并萎缩，表现为吞咽困难，进食发呛，声音嘶哑，语言障碍，吐字不清，咽、腭反射消失，见于延髓的炎症、肿瘤以及血管病变。

2. 假性延髓麻痹（假性球麻痹） 为两侧皮层延髓束受损所致，表现为延髓所支配的肌肉完全性瘫痪或不完全性瘫痪（硬瘫），吞咽、发音、讲话困难。因属上神经元性瘫痪，故无肌肉萎缩，咽、腭反射正常，下颌反射增强，并出现强哭、强笑面容。

五、内囊部位损伤

一侧内囊部位病变可出现对侧肢体的瘫痪和感觉障碍，如病变范围较广时累及内囊后支视觉纤维时可伴有对侧同向偏盲，称为三偏综合征。内囊病变多为脑血管病所致。

六、脑干损伤

脑干由中脑、桥脑、延脑三部分组成。一侧脑干损伤时常表现为交叉性瘫痪及病变同侧面瘫和病变对侧肢体瘫痪。根据损伤的水平不同可有不同的表现，中脑损伤主要表现为动眼、滑车神经瘫痪；桥脑损伤主要表现为三叉、外展及面神经瘫痪，延髓损伤侧主要表现为舌下、迷走及舌咽神经功能障碍。

七、大脑皮层损伤

大脑皮层的运动神经元和感觉神经元的排列均呈类似的倒置人体投影，即支配下肢的神经元位于对侧顶叶。支配上肢的神经元位于对侧颞叶上部；支配头面部的神经元则位于对侧颞叶底部；支配感觉的神经元位于大脑后回；支配运动的神经元位于大脑前回。大脑皮层病变多为炎症或肿瘤，表现为对侧肢体或面部的局限性运动障碍或感觉障碍，并常伴发癫痫。

八、颅内压增高

头痛、呕吐、视乳头水肿为高颅压综合征的基本表现。急性升高者常出现不同程度的意识障碍，常伴有血压升高，心率减慢，呼吸深而慢，瞳孔不等大，对光反射迟钝，多死于脑疝；慢性增高者常有表情淡漠、痴呆、嗜睡及视力障碍等。

第二章 神经系统疾病常见症状的诊疗

第一节 头 痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛。很多原因可引起头痛，多数无特异意义；但须注意反复发作的、持续的以及渐进性加重的头痛，可能是某些疾病的信号，应认真检查，明确诊断，及时治疗。

【病因】

1. 颅脑疾病

- (1) 感染性疾病 如各种病原体所致的脑膜炎、脑炎、脑脓肿等。
- (2) 血管性疾病 如各种缺血性脑血管疾病、出血性脑血管疾病，如脑血栓、脑出血等。
- (3) 占位性病变 如脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内囊虫病等。
- (4) 颅脑外伤 如脑震荡、脑挫伤、硬膜下或颅内血肿、脑外伤后遗症。
- (5) 其他 如偏头痛、丛集性头痛、头痛性癫痫、腰椎麻醉后头痛等。

2. 颅外病变

- (1) 颅骨疾病 如颅骨肿瘤、颅底凹入症。
- (2) 神经性头痛 如三叉神经痛、枕大神经痛；紧张焦虑引起的头痛。
- (3) 颈部疾病 如颈椎病及其他颈部疾病。
- (4) 颅外头部器官疾病 如青光眼、鼻窦炎、中耳炎、牙髓炎等引起的头痛。

3. 全身性疾病

- (1) 急性感染 如流感、菌痢、肺炎、肾综合征出血热、伤寒等感染性疾病均引起头痛。
- (2) 心血管疾病 如原发性高血压、阿-斯综合征、心力衰竭、肾动脉狭窄等。
- (3) 中毒性疾病 如一氧化碳中毒、有机磷农药中毒、酒精中毒，某些药物（如颠茄类、水杨酸类）中毒，铅中毒等。
- (4) 其他 如贫血、尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、中暑等疾病所致的头痛。

4. 神经症性头痛 如神经衰弱、癔病性头痛。

【临床表现】

1. 头痛出现的缓急 急剧而持续的头痛，伴有不同程度的意识障碍，可考虑颅内血管性病变（如蛛网膜下腔出血）；慢性进行性头痛，伴有颅内压增高者，应注意是否为颅内占位性病变；长期反复发作的头痛或搏动性的头痛，多为血管性头痛（如偏头痛）；常因焦虑紧张等情绪因素而反复出现的头痛，多见于肌收缩性头痛。

2. 头痛的部位 可由于病因的不同而不同。偏头痛与丛集性头痛多在一侧；脑炎或脑膜炎所致的头痛，常是全头部痛；高血压引起的头痛多位于额部或整个头部；蛛网膜