

临床医师诊疗丛书

名誉总主编 夏穗生 黄光英

总主编 陈安民 徐永健

神经内科疾病 诊疗指南

第二版

主编 方思羽 张苏明



科学出版社

www.sciencep.com

临床医师诊疗丛书

名誉总主编 夏穗生 黄光英
总 主 编 陈安民 徐永健

神经内科疾病诊疗指南

(第二版)

主 编 方思羽 张苏明

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共两篇,主要介绍了神经系统疾病的病史采集、体检方法、常见症状与综合征、各种辅助检查、诊断原则、各种治疗方法、各系统疾病及诊疗。附录介绍神经系统疾病的常用药物、临床分级和评分标准,以便于查找。

本书第二版增加了新内容,是临床医师理想的工具书,也可供本专科生、临床研究生、进修医师参考和查阅。

图书在版编目(CIP)数据

神经内科疾病诊疗指南/方思羽,张苏明主编.—2版.—北京:科学出版社,2005.6

(临床医师诊疗丛书/陈安民,徐永健总主编)

ISBN 7-03-013187-8

I. 神… II. ①方… ②张… III. 神经系统疾病—诊疗
IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 034907 号

责任编辑:李国红 郑 红 黄 敏 / 责任校对:李奕莹

责任印制:刘士平 / 封面设计:陈 敬 黄华斌

版权所有,违者必究;未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

1999年9月第 一 版 开本:787×960 1/32

2005年6月第 二 版 印张:26 1/2

2005年6月第三次印刷 字数:306 000

印数:8 001—13 000

定价:39.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

第一版序言

临床医学参考书籍可谓浩如烟海。从大型的学术专著到简明的临床应用手册,内容和形式层出不穷。然而对大多数工作在临床一线的中青年医师来说,尚缺一类便携式专科参考书。这类书在内容上应介乎前述两类参考书之间,既不像大型学术专著那样从基础到临床,庞杂繁复,查阅不便,又不至于像综合性的临床手册过于简单,不能满足临床诊断治疗细则的需要。有鉴于此,我们组织各临床专业科室的专家编撰了这套《临床医师诊疗丛书》。

同济医科大学建校已近百年,一直是国家卫生部直属重点高等医科院校。同济医院是同济医科大学的附属医院,为卫生部第一批评定的三级甲等医院,也是全国文明窗口十家示范医院之一。我们编撰这套《临床医师诊疗丛书》是以这所综合性大型教学医院多年来不断修订的临床诊疗常规为依据,博采各临床专业专家学者的经验及心得,集临床医学精髓之大成,以现代性、实用性为特色,面向临床一线专业医师和技术人员。

全书由32个分册组成,包括26个临床医学二、三级专业学科和6个临床诊疗辅助专业分册。各分册结合综合性医院的诊疗常规,自临床的一般性问题到专科性疾病,从病因、病理至诊断、治疗,从常用的诊疗技术到高新专科手术及疗法,层次分明地予以阐述,重点在于实用性强的临床诊断、鉴别诊断及治疗方式、方法。

我们的目的及愿望是既为综合性大型医院提供一

套全面系统的诊疗常规参考书,又能为临床主治医师、住院医师、研究生、实习医师奉献一套“新、全、实用”的“口袋”书。

全书编写历经一年,全体参编人员付出了艰辛的劳动,经过科学出版社编辑同志们的精心雕琢,全书各分册得以先后面世,我们谨对上述同仁的勤奋工作致以衷心的感谢。本书参编人员达数百人之多,故文笔文风殊难一致;限于编写者的水平,加之时间紧迫,疏误之处在所难免,祈望读者不吝赐教,以便再版时予以订正。

夏穗生 黄光英 张良华

同济医科大学附属同济医院

1998年9月

第二版前言

《临床医师诊疗丛书》1999年出版了第一版,共32个分册,本次对32个分册进行了全面的修改,另外增加了“老年疾病诊疗指南、临床病理诊断指南、临床护理指南”三个分册。第二版共35个分册,保持了第一版的编写风格,重在临床“使用方便”四字。本次修改过程中,突出了近几年来疾病诊断与治疗的一些新理论、新技术、新方法。

本书自出版以来,受到了广大读者的欢迎。各个分册都进行了重印,不少分册多次重印。我们感谢大家对本书的厚爱,同时也恳求广大读者再次提出宝贵意见,以便再版时修正。编委会对原总主编夏穗生、黄光英、张良华三位教授对本丛书第一版所做出的贡献,对科学出版社的精心编辑一并表示感谢。

陈安民 徐永健

华中科技大学同济医学院附属同济医院

2005年5月

目 录

第一篇 总 论

第一章 病史采集及神经系统的解剖生理与神经系统检查	(1)
一、病史采集	(1)
二、神经系统的解剖生理及检查	(2)
第二章 神经系统疾病常见症状与综合征	(30)
一、头痛	(30)
二、眩晕	(35)
三、晕厥	(40)
四、昏迷	(45)
五、瘫痪	(50)
六、抽搐	(54)
七、肌萎缩	(61)
八、颅内压增高	(65)
九、颅内低压综合征	(70)
十、痴呆	(74)
十一、吞咽困难	(80)
十二、瞳孔异常	(83)
十三、睡眠障碍	(88)
十四、共济失调	(92)
十五、呼吸肌麻痹	(97)
第三章 特殊检查方法	(105)
一、失语症检查法	(105)

二、智能、失认、失用检查法	(111)
三、前庭功能检查法	(118)
四、昏迷患者神经系统检查法	(120)
五、小儿神经系统检查法	(123)
六、神经心理学评定	(127)
第四章 辅助检查	(133)
一、脑脊液检查	(133)
二、脑电图检查	(139)
三、肌电图	(156)
四、诱发电位	(163)
五、经颅多普勒超声检查	(169)
六、电子计算机断层扫描	(178)
七、磁共振成像	(182)
八、数字减影脑血管造影	(185)
九、放射性核素显像检查	(190)
第五章 神经系统疾病定位诊断	(197)
第六章 神经系统疾病治疗方法	(204)
一、降颅压疗法	(204)
二、钙拮抗剂疗法	(211)
三、抗血小板疗法	(215)
四、血管扩张疗法	(218)
五、溶栓疗法	(222)
六、抗凝疗法	(226)
七、扩容疗法	(231)
八、降纤疗法	(233)
九、紫外线照射充氧自血回输疗法	(235)
十、脑细胞代谢活化剂疗法	(237)
十一、血浆交换疗法	(241)
十二、大剂量静脉滴注免疫球蛋白疗法	(244)
十三、脑复苏疗法	(247)
十四、神经封闭疗法	(252)
十五、脑出血颅内血肿抽吸引流术	(258)

十六、伽玛刀疗法	(263)
十七、立体定向 X 刀疗法	(267)
十八、高压氧疗法	(270)
十九、基因治疗与干细胞移植治疗	(274)
二十、物理疗法	(276)
二十一、心理治疗	(279)

第二篇 各 论

第七章 周围神经疾病	(282)
一、脑神经疾病	(282)
二、脊神经疾病	(292)
第八章 脊髓疾病	(316)
一、脊髓感染性疾病	(316)
二、脊髓血管疾病	(327)
三、脊髓变性疾病	(336)
四、脊髓压迫症	(342)
五、脊髓损伤	(354)
六、放射性脊髓病	(357)
第九章 脑血管疾病	(360)
一、脑血管疾病分类	(360)
二、短暂性脑缺血发作	(362)
三、脑卒中	(366)
四、脑血管性痴呆	(389)
五、高血压脑病	(391)
六、颅内动脉瘤	(394)
七、颅内血管畸形	(398)
八、脑动脉炎	(406)
九、其他动脉疾病	(418)
十、颅内静脉窦血栓形成	(429)
第十章 颅内感染性疾病	(437)
一、脑膜炎	(437)

二、脑蛛网膜炎	(459)
三、脑炎	(460)
四、脑脓肿	(494)
五、脑寄生虫病	(499)
六、神经梅毒	(532)
七、艾滋病神经系统损害	(534)
第十一章 颅内肿瘤	(538)
第十二章 颅脑损伤	(543)
一、脑震荡	(543)
二、脑挫裂伤	(544)
三、硬膜外血肿	(545)
四、硬膜下血肿	(545)
五、脑内血肿	(547)
六、颅脑损伤并发症及后遗症的防治	(547)
第十三章 脑部发作性疾病	(549)
一、癫痫	(549)
二、偏头痛	(561)
三、发作性睡眠病	(567)
第十四章 锥体外系疾病	(570)
一、帕金森病	(570)
二、舞蹈病	(579)
三、肝豆状核变性	(584)
四、其他锥体外系疾病	(589)
第十五章 脱髓鞘性疾病	(600)
一、多发性硬化	(600)
二、视神经脊髓炎	(604)
三、急性播散性脑脊髓炎	(605)
四、弥漫性硬化	(607)
五、Balo 同心圆性硬化	(608)
六、急性出血性白质脑炎	(609)
七、脑桥中央髓鞘溶解症	(610)

八、脑白质营养不良	(610)
第十六章 脑变性疾病	(613)
一、Alzheimer 病	(613)
二、橄榄脑桥小脑萎缩	(620)
第十七章 神经系统先天性、遗传性疾病	(625)
一、先天性疾病	(625)
二、遗传性疾病	(641)
第十八章 肌肉疾病	(657)
一、重症肌无力	(657)
二、肌无力综合征	(665)
三、代谢性肌病	(668)
四、进行性肌营养不良症	(673)
五、强直性肌营养不良症	(677)
六、先天性肌强直	(680)
七、内分泌性肌病	(681)
八、炎症性肌病	(684)
九、其他肌病	(689)
第十九章 自主神经系统疾病	(696)
一、间脑病变	(696)
二、原发性直立性低血压	(699)
三、自主神经功能紊乱	(701)
第二十章 神经系统中毒和物理损害	(709)
一、食物中毒	(709)
二、药物中毒	(713)
三、农药中毒	(720)
四、工业中毒	(724)
五、醇中毒	(730)
六、一氧化碳中毒	(734)
七、生物毒素中毒	(737)
八、热损伤	(740)
九、电击伤	(744)

十、减压病	(745)
第二十一章 新生儿神经系统疾病	(747)
一、新生儿颅内出血	(747)
二、新生儿缺氧缺血性脑病	(748)
第二十二章 某些系统疾病的神经系统并发症	(751)
一、急性心源性脑缺血综合征	(751)
二、肺性脑病	(752)
三、肝性脑病	(754)
四、肝性脊髓病	(757)
五、尿毒症性神经系统并发症	(758)
六、透析性脑病	(760)
七、白血病神经系统并发症	(761)
八、恶性淋巴-网状细胞增生症的神经系统并发症.....	(763)
九、POEMS 综合征	(764)
十、血卟啉病	(766)
十一、系统性红斑狼疮的神经系统并发症	(767)
十二、糖尿病神经系统并发症	(769)
十三、维生素缺乏神经损害	(772)
十四、破伤风	(775)
十五、白喉	(777)
十六、低血糖	(778)
十七、缺氧性脑病	(779)
第二十三章 神经症	(781)
一、焦虑症	(781)
二、强迫性神经症	(783)
三、抑郁性神经症	(785)
四、癔症	(786)
五、神经衰弱	(789)

附录	(792)
一、神经系统疾病常用药物	(792)
二、神经内科住院病历书写规格	(813)
三、意识障碍评分标准	(820)
四、肌张力增高评分标准	(821)
五、帕金森病情分级评分标准	(822)
六、脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准	(824)
七、癫痫发作的分类	(827)

第一篇 总 论

第一章 病史采集及神经系统的解剖生理 与神经系统检查

一、病史采集

完整和确切的病史不仅是诊断神经系统疾病的重要依据,而且对病变部位的确定、病情的了解及预后的判断均有重要意义,神经科病史采集的要求除与内科相同外,应包括下列有关问题及症状:

1. 病史提供者是患者本人或他人,若系他人应说明病史可靠程度及与患者的关系。

2. 起病的时间。

3. 头痛 头痛的部位是局限于某个部位或整个头部;头痛的性质是胀痛、跳痛、裂痛、箍紧痛、钻痛、割痛或隐痛;头痛的规律是持续性、波动性或阵发性,如有阵发性加重,要询问与时间、体位、头位以及脑脊液压力增高的因素(咳嗽、喷嚏、屏气、用力、排便)有无关系;头痛是否影响工作和睡眠;头痛伴发症状:有无恶心、呕吐、眩晕、视物不清、复视、颈项僵硬、脉搏缓慢、瘫痪、失语、抽搐、意识障碍等。

4. 疼痛 对于身体其他部位的疼痛,必须了解其部位及范围,尤其要注意是否沿着神经根或周围神经支配区放射;疼痛是发作性或持续性;疼痛的性质:是酸痛、胀痛、灼痛或抽痛;疼痛的规律:当体位和脑脊液压力变动时,有无加重;伴发的症状:有无冷热感、麻木感等。

5. 抽搐 要询问抽搐起病发生的时间,若抽搐发作时患者有意识丧失,抽搐情况必须由目睹者加以补充,以便了解下列详细情况:抽搐发作前有无先兆症状,抽搐是全身性或局限性,抽搐时有无意识丧失,有无头、眼向一侧扭转或偏斜,有无舌咬伤及小便失禁,每次抽搐发作持续的时间多久,发作后是否头痛、呕吐、昏睡、精神异常及肢体瘫痪,间歇期有无其他症状,过去治疗的效果如何。

6. 瘫痪 首先要了解瘫痪发生的时间及瘫痪出现的缓急,肢体瘫痪的部位、程度以及伴随的其他症状:包括麻木、疼痛、抽搐、失语、大小便障碍。

7. 麻木 要询问麻木发生与起病的时间、麻木的性质和范围,麻木的发展过程及伴随的症状。

8. 视力障碍 患者所诉的视力障碍可能包括视力降低、视野缺损、复视、屈光异常等眼部疾病所致的视物不清,因此,必须进一步询问清楚,还要询问视力障碍与起病的时间关系。

9. 眩晕 必须问清楚是眩晕还是头晕,眩晕系指患者本身和(或)外界物体有旋转或移动感,头晕表现为头脑昏昏沉沉不清晰感;还要了解眩晕发生的时间,眩晕伴发的症状:恶心、呕吐、出汗、脸色苍白、耳鸣及听力改变。

二、神经系统的解剖生理及检查

(一) 一般检查

神经系统是身体的一个组成部分,神经疾患患者亦可能同时有身体其他部位的损害及疾病,因此,其神经系统检查应在全身检查的基础上进行,全身检查的方法及项目与一般内科检查相同。

(二) 意识

意识是指人对自身和环境的感知能力。意识障碍是由于大脑皮质及脑干网状结构发生严重结构损害或功能抑制所造成。根据人对言语和疼痛刺激的反应程度、意识有以下几种表现。

1. 清醒 清醒是指对外界各种刺激有正常的反应。

2. 嗜睡 嗜睡是意识障碍的早期表现,为持续性病理性睡眠状态,能被轻刺激或言语所唤醒,醒后能回答问题,并能配合体格检查,但刺激一停止,就很快入睡。

3. 昏睡 昏睡需强烈刺激或反复高声呼唤才能唤醒,醒后反应迟钝,不能完全配合体格检查及正确回答问题。

4. 昏迷 昏迷是最严重的意识障碍,即患者意识活动完全丧失,对高声呼唤无任何反应,无自主运动。昏迷可分为浅昏迷和深昏迷:浅昏迷表现为对强烈的疼痛刺激有轻微反应,吞咽、咳嗽、角膜及瞳孔对光反射存在,眼球浮动。深昏迷则对任何强烈刺激均无反应,吞咽、咳嗽、角膜及瞳孔对光反射消失,眼球固定不动。

5. 去皮质综合征 患者双眼睁开,眼球可向各方向无意识转动,能吞咽和咳嗽,对光反射存在。上肢屈曲,下肢伸直,可有病理反射。初看起来意识似清醒,但实际上患者无皮质活动,仅有上述皮质下的低级神经活动,患者不能认识周围事物,不能理解别人的言语和动作,亦不会说话和回答问题。这是由于皮质广泛性受损(如缺氧性脑病、脑炎、脑外伤等)后的恢复过程中,皮质下中枢及脑干损害较轻,先恢复,而皮质损害较重,仍处于抑制状态所致。因中脑及脑桥上行网状激活系统未受损,故可保持睡眠觉醒周期。

有关意识水平的评估,目前临床多采用格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS),见表 1-1。其内容主要包括睁眼动作、言语反应和动作反应 3 项,最小得分 3 分,提示预后不良,最大得分 15 分,提示预后良好。

表 1-1 格拉斯哥昏迷量表

项目	内容	评分
睁眼动作	自动睁眼	4
	呼唤能睁眼	3
	疼痛刺激能睁眼	2
	任何刺激不睁眼	1
言语反应	能交谈、定向力好	5
	能交谈、定向力障碍	4
	不适当用词	3
	不能理解的声音	2
	无语言反应	1
运动反应	按吩咐做肢体活动	6
	肢体对疼痛能拨开医生的手	5
	肢体对疼痛呈逃避反应	4
	肢体对疼痛呈异常屈曲(去皮质强直)	3
	肢体对疼痛呈伸直状态(去脑强直)	2
	肢体对疼痛无反应	1

(三) 精神状态

精神状态亦是大脑功能的重要表现,大脑病变尤其是额叶、颞叶往往出现精神障碍。临床常用的精神检查主要着重以下三方面:

1. 记忆 记忆是储藏于脑内的信息或经验的再现,是整个大脑的功能,其中以颞叶、边缘系统、乳头体等部位与记忆功能关系最为密切。记忆检查的方法有顺背数字、倒背数字、回忆近日来的生活事件,亦可给患者 5 位数字,要求即刻重复一遍,2 分钟与 5 分钟再分别重复一遍,了解患者有无记忆减退或遗忘,有无虚构(错构),如能正确完成,记忆功能基本正常。

2. 智能 智能是人们运用以往积累的知识和经验,以获得