

新医师上岗必备丛书

神经

SHENJINGNEIKE
YISHI SHOUC

神经内科医师手册

陈晓锋 梁健 唐友明 主编

问诊—哪些病史必须问



查体—哪些体征重点查



检查—哪些检查应该做



诊断—哪些疾病要排除



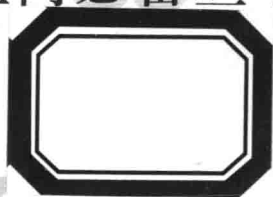
治疗—怎样治疗更有效

内科



化学工业出版社

新医师上岗必备丛书



神经

SHENJINGNEIKE
YISHI SHOUC

神经内科医师手册

陈晓锋 梁健 唐友明 主编

内科



化学工业出版社

·北京·

本书详细介绍了神经内科医师的临床基本功,各种疾病的问诊要点、查体要点、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等内容;在治疗部分采用医嘱和处方的形式列出不同的治疗方案,并对处方和药物使用做了详细说明。附录介绍了腰椎穿刺技术、脑脊液检查、神经电生理检查、临床常用量表及常用药物信息等内容。本书内容简明实用。适合神经内科医师、全科医师、医学专业研究生等参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

神经内科医师手册/陈晓锋,梁健,唐友明主编。

北京:化学工业出版社,2014.9

(新医师上岗必备丛书)

ISBN 978-7-122-21006-7

I. ①神… II. ①陈…②梁…③唐… III. ①神经系统疾病-诊疗-手册 IV. ①R741-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第133803号

责任编辑:赵兰江 张 蕾

装帧设计:张 辉

责任校对:徐贞珍

出版发行:化学工业出版社

(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)

印 刷:北京永鑫印刷有限责任公司

装 订:三河市宇新装订厂

787mm×1092mm 1/32 印张11¼ 字数314千字

2014年9月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686)

售后服务:010-64518899

网 址:<http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:28.00元

版权所有 违者必究

编写人员名单

主 编 陈晓锋 梁 健 唐友明

副主编 石丽华 韦思尊 黄建民

王庆武 熊 瑜

编 者 (按姓氏笔画排列)

王庆武 王婧婧 韦思尊 甘照儒

石丽华 刘 锐 刘海兰 苏 婕

李 韬 李飞祥 陆 惠 陈 露

陈芒华 陈晓锋 陈秋华 金 欣

周晓燕 唐 洪 唐友明 姬 乐

黄 春 黄 洁 黄建民 梁 健

熊 瑜

前 言

这是一本知识新、内容全面、与临床密切结合的参考书，可以为新上岗的神经内科临床医师、神经内科临床研究生、本科生和进修生更快、更好、更准确地完成神经内科临床工作提供很大的帮助，也可以成为从事神经内科多年的临床医生的案头查阅书籍。

神经病学近几年飞速发展，我们根据神经内科的最新进展编写本书。本书几乎囊括全部神经内科疾病的基本知识、基本技能，而且语言精练、编排新颖，以临床为中心，力求突出每种疾病的特点，强调神经内科疾病诊断和鉴别诊断的临床思维方法，所提供的治疗方案直接来源于神经内科临床一线，具有较强的实用性。

由于编者水平有限，加之时间仓促，虽然竭尽全力，然百密仍可能有一疏，不妥和疏漏之处在所难免，恳请各位同道和读者批评指正。

编者

2014年3月

目 录

第一章 神经内科临床基本功	1
第一节 病史采集	1
第二节 神经系统体格检查	5
第三节 辅助检查	15
第二章 脑血管疾病	18
第一节 短暂性脑缺血发作	18
第二节 脑血栓形成	24
第三节 腔隙性脑梗死	36
第四节 脑栓塞	39
第五节 脑出血	44
第六节 蛛网膜下腔出血	52
第七节 高血压性脑病	59
第八节 脑底异常血管网	61
第九节 脑动脉盗血综合征	64
第十节 颅底静脉窦及脑静脉血栓形成	66
第三章 中枢神经系统感染	71
第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	71
第二节 病毒性脑膜炎	75
第三节 结核性脑膜炎	78
第四节 新型隐球菌脑膜炎	83
第五节 脑囊虫病	86

第六节	化脓性脑膜炎	90
第七节	神经梅毒	93
第八节	艾滋病所致神经系统障碍	95
第四章	周围神经疾病	100
第一节	三叉神经痛	100
第二节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	103
第三节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病	106
第四节	特发性面神经麻痹	109
第五节	多发性神经病	111
第五章	癫痫	117
第一节	癫痫的分类	117
第二节	癫痫诊断	123
第三节	癫痫治疗	125
第四节	癫痫持续状态	128
第六章	头痛	132
第一节	偏头痛	132
第二节	紧张型头痛	137
第三节	丛集性头痛	140
第四节	低颅压性头痛	143
第七章	痴呆	146
第一节	Alzheimer 病	146
第二节	血管性认知障碍	151
第三节	额颞叶痴呆	157
第四节	路易体痴呆	160
第八章	神经-肌肉接头和肌肉疾病	164

第一节	重症肌无力	164
第二节	周期性瘫痪	170
第三节	多发性肌炎和皮肌炎	173
第四节	进行性肌营养不良症	176
第五节	线粒体肌病和线粒体脑肌病	181
第九章	脊髓疾病	186
第一节	急性脊髓炎	186
第二节	脊髓压迫症	190
第三节	脊髓空洞症	195
第四节	脊髓亚急性联合变性	199
第五节	脊髓蛛网膜炎	203
第六节	脊髓血管病	206
第十章	中枢神经系统脱髓鞘性疾病	214
第一节	多发性硬化	214
第二节	视神经脊髓炎	219
第三节	急性播散性脑脊髓炎	222
第四节	脑桥中央髓鞘溶解症	224
第十一章	运动障碍性疾病	227
第一节	帕金森病	227
第二节	小舞蹈病	233
第三节	肝豆状核变性	237
第四节	肌张力障碍	241
第十二章	睡眠障碍	247
第一节	失眠症	247
第二节	发作性睡病	254

第三节	不安腿综合征	256
第十三章	运动神经元病	259
第十四章	内科系统疾病的神经系统并发症	266
第一节	糖尿病神经系统并发症	266
第二节	神经系统副肿瘤综合征	268
第三节	系统性红斑狼疮神经系统表现	270
第四节	甲状腺疾病神经系统并发症	275
附录 A	腰穿术及脑脊液检查	286
附录 B	神经系统电生理检查	292
附录 C	神经系统超声检查	306
附录 D	神经内科评分量表	311
附录 E	神经内科常用药物表	349

第一章 神经内科临床基本功

神经系统临床检查包括病史采集、神经系统体格检查以及各种辅助检查，其中病史采集和体格检查是神经系统疾病正确诊断的关键。

第一节 病史采集

1. 病史采集技巧

(1) 尽可能让患者自己陈述疾病的主要症状和发病、发展的完整经过。患者在陈述时一般不要打断，等患者讲完后，对病史进行综合、分析和提炼，再对患者没有谈及但对诊断有意义的问题进行询问。

(2) 对不能自己陈述病情的患者，让最了解患者病情的家属进行陈述。

(3) 询问过程中注意患者提供病史的可靠性，医师应加以分析并向亲属等进一步核实。

(4) 在询问中，尽量不要使用医学术语，在提问时切忌暗示。

(5) 如果患者使用医学术语，有可能患者所使用的医学术语与实际病情不符，应仔细询问具体指的是什么，以免造成误解而给诊断带来困难。

(6) 尽量围绕主诉提问，要善于引导患者按时间先后讲述每个症状出现的具体时间及演变情况。

2. 病史采集中需要重点询问的问题

(1) 症状的发生情况：包括初发症状的发生时间、发病形式（急性、亚急性、慢性、隐袭性、发作性、间歇性或周期性等）、发病前的可能诱因和原因。

(2) 症状特点：包括症状的部位、范围、性质和严重程度。

(3) 症状的发展和演变：包括症状的加重、减轻、持续进展

或无变化等，症状变化的可能原因和影响因素。

(4) 伴随症状：主要症状之外的伴随症状特点、发生时间及相互影响。

(5) 既往药物治疗及其效果：包括病程中各阶段的检查结果、诊疗过程、具体用药以及疗效。

(6) 与现病有关的其他疾病情况：包括是否合并存在其他系统疾病及与现病的关系。

(7) 一般情况：包括饮食、睡眠、体重、精神状态以及二便情况等。对儿童或幼年起病的患者需要了解营养和发育情况。

(8) 病程经过：注意有无恶化、停滞、改善、缓解、复发和周期性发作等。

3. 常见症状的问诊内容

(1) 头痛

① 头痛部位：整个头痛、局部头痛还是部位变化不定的头痛，如为局限性头痛应询问具体部位。

② 头痛形式：头痛是突然发生还是缓慢加重；是发作性还是持续性；发作时间是在早晨还是晚上，及在一天中的变化；头痛发作是波动性、持续性还是周期性，如是周期性应注意与季节、气候、饮食、睡眠的关系，女性患者应询问与月经周期的关系。

③ 头痛性质：头痛是胀痛、钝痛、隐痛、跳痛，还是刀割样、烧灼样、箍紧样、爆裂样或雷击样疼痛。

④ 头痛加重因素：头痛症状有无在用力、低头、咳嗽和喷嚏等使颅内压增高的情况下加重，与月经周期是否有关，与睡眠、劳累、气候、咀嚼和吞咽动作是否有关。

⑤ 头痛程度：头痛是否影响睡眠和工作，但应注意头痛程度易受主观因素影响，应具体问题具体分析。

⑥ 头痛伴随症状：有无伴闪光感、恶心、呕吐、视物不清、耳鸣、失语、瘫痪等。

⑦ 头痛先兆症状：有无暗点、眼前闪光、亮点、异彩、幻觉等视觉先兆。

(2) 视力障碍

① 发生的情况：急性、慢性、渐进性，是否有缓解和复发。

② 发生视力障碍持续的时间。

③ 视力障碍的表现：视物不清还是完全失明；双眼视力下降的程度；视野缺损的范围是局部还是全部；是否伴有复视或眼震；有无单眼黑蒙或双眼黑蒙。

(3) 眩晕：询问时应注意鉴别是眩晕还是头昏。确定患者发作时是否有自身旋转或移动（主观性眩晕）或外界旋转或移动（客观性眩晕）的感觉，有无伴发症状，如恶心、呕吐、面色苍白、出汗、平衡不稳、晕厥、耳鸣和听力改变、心慌、血压和脉搏改变等，以及发作诱因、持续时间、眩晕与体位的关系。

(4) 疼痛

① 疼痛部位：疼痛位于表浅还是深部；皮肤、肌肉、关节还是难以描述的部位；固定性疼痛还是游走性疼痛。尤其注意有无沿神经根或周围神经分配区放射的现象。

② 疼痛性质：疼痛是酸痛、胀痛、刺痛、烧灼痛，还是闪电样疼痛；放射性疼痛、扩散性疼痛或牵涉性疼痛；发作性疼痛或持续性疼痛。

③ 疼痛的发生情况：急性还是慢性，发作性还是持续性。

④ 影响因素：触摸、挤压是否加重疼痛，活动是否诱发或加重，与气候和冷暖变化有无关系等。

⑤ 伴随症状：是否伴有肢体瘫痪、感觉减退或异常，是否伴有皮肤变化。

(5) 瘫痪

① 发病形式：急性起病还是慢性起病，起病的诱因以及症状的波动和进展情况。如为急性起病，应问及有无发热、抽搐和外伤史，有无伴随疼痛症状，既往有无类似发作；如为慢性起病，应问及发展的速度和过程。

② 瘫痪部位：四肢瘫、偏瘫、单瘫，还是仅累及部分肌群的瘫痪，如为肢体瘫痪还应注意远端和近端的比较。

③ 瘫痪的性质和程度：痉挛性瘫痪还是弛缓性瘫痪；应仔细检查瘫痪肢体的无力程度，询问瘫痪是否影响坐、立、行走、进食、言语、呼吸、上下楼等日常活动，是否影响精细动作。

④ 伴随症状：有无皮肤改变、肢体感觉异常、疼痛、麻木、

抽搐、肌肉萎缩等，以及有无语言障碍、括约肌功能障碍等。

(6) 抽搐

① 抽搐最初发作的年龄。

② 诱发因素：抽搐发作与睡眠、情绪、饮食、月经等的关系。

③ 发作先兆：有无眼前闪光、闻到奇异气味、心慌、胸腹内气流上升的异常感觉以及不自主咀嚼等。

④ 抽搐部位：全身性抽搐、局限性抽搐还是由局部扩展至全身的抽搐，如为全身性抽搐，询问从身体哪一部位开始。

⑤ 抽搐形式和伴随症状：肢体有无伸直、屈曲、阵挛，有无眼、颈部、躯干向一侧旋转；有无伴随意识丧失，如有则应询问持续时间；有无口吐白沫、二便失禁、跌倒、跌伤、舌咬破等情况。

⑥ 抽搐发病后症状：有无昏睡、头痛和肢体一过性瘫痪等。

⑦ 抽搐发作频率：每年、每月、每周或每天的发作次数，以及最近一次发作的时间。

⑧ 以往的诊疗情况：既往诊治情况，发作间歇期有无症状。

⑨ 相关病史：发病前有无脑部炎性疾病、脑血管病、头部外伤史。

(7) 感觉异常：询问时应注意鉴别是浅感觉（痛觉、触觉、温度觉）、深感觉（运动觉、位置觉、振动觉）还是复合感觉（形体觉、定位觉、两点辨别觉）的异常。注意询问感觉异常分布的范围、出现的形式（发作性或持续性）以及加重的因素等。

(8) 麻木：询问麻木的部位及性质，是某一部位还是全身。另外还应询问麻木是否伴有无力的症状。

(9) 睡眠障碍：询问是嗜睡还是失眠。如有失眠，询问是入睡困难、易醒还是早醒，是否有多梦或醒后再次入睡困难，以及失眠的诱因或影响因素，睡眠中有无肢体不自主运动以及呼吸暂停等。

4. 需重点询问的既往史

(1) 高血压：从何时发病，治疗情况，血压控制情况，是否有其他并发症。

(2) 糖尿病：从何时发病，治疗情况，血糖控制情况，是否有其他并发症。

(3) 感染：是否患过流行病、传染病和地方病，有无慢性感染性疾病。

(4) 心血管疾病：有无心脏疾患，如心房颤动（房颤）、周围血管栓塞等。

(5) 肿瘤：有无恶性肿瘤病史。

(6) 中毒：有无铅、汞、苯、砷、锰、有机磷等毒物接触或中毒史。

(7) 过敏：有无荨麻疹、药疹、支气管哮喘及其他过敏史。

(8) 外伤：有无头部或脊椎外伤史和手术史。

(9) 癫痫：有无癫痫发作史。

(10) 婴幼儿患者应询问母亲怀孕期情况和出生情况。

5. 需重点询问的家族史

神经系统遗传病发生在有血缘关系的家族成员中，如两代以上出现相似疾病，或同胞中有两个相近年龄者出现相似疾病，应考虑到遗传病的可能。发现遗传病后，应绘制家系图谱，供临床参考。

第二节 神经系统体格检查

1. 一般检查

包括一般情况（性别、年龄、发育、营养、面容表情）、生命体征（体温、呼吸、脉搏、血压）、意识状态、体位、姿势、步态、皮肤黏膜、头面部、胸腹部和脊柱四肢等检查；同时也要注意患者服饰仪容、个人卫生、呼吸或身体气味，以及患者的精神状态、对周围环境中人或物的反应、全身状况等。

2. 意识障碍检查

国际上常用 Glasgow 昏迷评定量表评价意识障碍程度（见表 1-1），最高 15 分（无昏迷），最低 3 分，分数越低，昏迷程度越深。但此表有一定局限性，对眼肌麻痹、眼睑肿胀者不能评价其睁眼反应，对气管插管或气管切开者不能评价其语言活动，四肢瘫痪者不能评价其运动反应，在临床使用中要注意总分相同但单项分数不同者意识障碍程度可能不同，须灵活掌握量表的应用。

表 1-1 Glasgow 昏迷评定量表

检查项目	临床表现	评分
A. 睁眼反应	自动睁眼	4
	呼之睁眼	3
	疼痛引起睁眼	2
	不睁眼	1
B. 语言反应	定向正常	5
	应答错误	4
	言语错乱	3
	言语难辨	2
	不语	1
C. 运动反应	能按指令发出动作	6
	对刺激能定位	5
	对刺激能躲避	4
	刺痛肢体屈曲反应	3
	刺痛肢体过伸反应	2
	无动作	1

(1) 眼征

① 瞳孔：检查瞳孔大小、形状、对称性以及直接、间接对光反射。

② 眼底：检查是否有视盘水肿、出血。

③ 眼球位置：是否有眼球突出或凹陷。

④ 眼球运动：观察眼球运动是否受限或异常。

(2) 对疼痛刺激的反应：用力按压眶上缘、胸骨，检查昏迷患者对疼痛的运动反应，有助于定位脑功能障碍水平或判定昏迷程度。

(3) 瘫痪体征：先观察有无面瘫，一侧面瘫时，可见患侧鼻唇沟变浅，口角低垂，睑裂增宽，呼气时面颊鼓起，吸气时面颊塌陷。通过观察自发活动减少可判定昏迷患者的瘫痪肢体。坠落实验可检查瘫痪的部位。

(4) 脑干反射：可通过睫脊反射、角膜反射、反射性眼球运动等脑干反射来判断是否存在脑干功能损害。

(5) 呼吸形式：常见的呼吸模式有潮式呼吸、神经源性过度

呼吸、长呼气呼吸、丛集式呼吸和共济失调性呼吸，昏迷患者呼吸形式的变化有助于判断病变部位和病情的严重程度。

(6) 脑膜刺激征：包括颈强直、凯尔尼格征（Kernig 征）、布鲁金斯征（Brudzinski 征）等。

3. 精神状态和高级皮质功能检查

(1) 记忆：一般分为瞬时记忆、短时记忆和长时记忆三类，记忆障碍可仅涉及一段时期的部分内容，检查记忆应当注意全面分析检查结果。

(2) 计算力：可通过让患者正向或反向数数、数硬币、找零钱等进行检查。

(3) 定向力：可细分为时间定向力、地点定向力和人物定向力，需要在患者在注意力集中的状态下进行。

(4) 失语：检查包括口语表达、听理解、复述、命名、阅读和书写能力，对其综合评价有助于失语的临床判断。

(5) 失用：检查时可予口头和书面命令，观察患者执行命令、模仿动作和实物演示能力等。

(6) 失认：主要包括视觉失认、听觉失认、触觉失认。体象失认也为失认的一种，系自身认识缺陷，多不作为常规体检。

4. 脑神经定位诊断

(1) 第Ⅰ对脑神经——嗅神经：嗅神经损害主要产生嗅觉障碍。

(2) 第Ⅱ对脑神经——视神经：视神经损害主要产生视力障碍、视野缺损和视盘异常。

(3) 第Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ对脑神经——动眼神经、滑车神经和外展神经：动眼神经、滑车神经和外展神经损害主要产生眼球运动障碍、复视和瞳孔异常。

(4) 第Ⅴ对脑神经——三叉神经：三叉神经损害主要产生面部感觉障碍和咀嚼肌瘫痪。

(5) 第Ⅶ对脑神经——面神经：面神经损害主要产生患侧鼻唇沟变浅、口角下垂、额纹变浅或消失、眼裂变大、口角偏向健侧，示齿、吹哨、鼓颊、皱额、皱眉、闭眼等动作不能。

(6) 第Ⅷ对脑神经——位听神经：位听神经损害主要产生耳

聋、耳鸣、眩晕、平衡障碍和眼球震颤。

(7) 第Ⅸ、Ⅹ对脑神经——舌咽神经、迷走神经：舌咽神经、迷走神经损害主要产生发音嘶哑、吞咽困难或呛咳、咽部感觉丧失和咽反射消失等。

(8) 第Ⅺ对脑神经——副神经：副神经损害主要产生患侧肩下垂，胸锁乳突肌和斜方肌萎缩，转颈（向对侧）和耸肩（同侧）乏力。

(9) 第Ⅻ对脑神经——舌下神经：舌下神经一侧中枢性损害主要产生伸舌偏向患侧；两侧麻痹，则伸舌受限或不能。

5. 运动系统检查

(1) 肌容积：观察和比较双侧对称部位肌肉体积，有无肌萎缩、假性肥大，若有，观察其分布范围。除肉眼观察外，可比较两侧肢体相同部位的周径，相差 1cm 以上者为异常。

(2) 肌张力：检查时嘱患者肌肉放松，触摸感受肌肉硬度，并被动屈伸肢体感知阻力。

(3) 肌力

① 肌力分级标准（六级肌力记录法）：见表 1-2。

表 1-2 肌力六级记录法

分级	临床表现
0 级	完全瘫痪，肌肉无收缩
1 级	肌肉可轻微收缩，但不能产生动作，仅在触摸中感到
2 级	肢体能在床面上移动，但所产生的动作不能胜过其自身重力
3 级	肢体能抬离床面，但不能抵抗阻力
4 级	能做抗阻力动作，但不完全
5 级	正常肌力

② 主要肌肉肌力检查方法：见表 1-3。

表 1-3 主要肌肉肌力检查方法

肌肉	节段	神经	功能	检查方法
三角肌	C5~C6	腋神经	上臂外展	上臂水平外展位，检查者将肘部向下压