

书

号

R741.04/HXD

登记号

122801

从借出日
期起限借
阅一个

两

0122001

解图字例以病经押

侯熙德 侯明德编著



(增订本)

江苏人民出版社



0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

· 內 容 提 要 ·

本书是用图解方式說明神經的解剖生理，神經病的臨床檢查及診斷法。

全書共有插圖 265 幅，最後還附有作者在实际工作中遇到的一些典型病例討論，可供具備一般臨床基礎的醫務工作者參考。本書內容簡明實用，易于理解記憶，有助於掌握神經病的基本檢查方法和診斷法。

神 經 病 診 斷 學 圖 解

(增訂本)

侯熙德 侯明德編著

*

江蘇省書刊出版營業許可證出〇〇一號

江 蘇 人 民 出 版 社 出 版

南 京 湖 南 路 十 三 號

江蘇省新華書店發行 國營東海印刷廠印刷

*

開本 850×1168 紙 1/32 印張 7 1/8 插 1 字數 180,000

一九六一年五月第一版 一九六三年六月第二版

一九六三年六月南京第二次印刷

印數 2,101—10,100

*

責任編輯：孫 一 責任校對：冷郁談

封面設計：胡世德

前 言

神经病诊断学对初学的人来说,都有一个共同的感觉,就是不容易理解和记忆,尤其是当要联系有关的解剖生理时,困难重重,这是我们在神经病学的教学工作中深深体会到的一点。

我们曾经设计过《中枢神经系传导径路模型》,供医学院学生学习神经传导径路之用,并收到较好的效果;因此我们考虑到在神经病诊断学方面,如果也用“图解说明方式”来充实文字讲述,学习上可能会便利得多,所以我们编写了这本书。但由于我们的业务水平有限,此书编写得还很粗糙,我们诚恳地期待读者指正。

本书的写成,我们首先应感谢院党委对我们的多方关怀和鼓励。并承陈友浩教授在神经解剖生理学方面提供了许多宝贵意见、北京医院陈学诗主任在百忙中对本书进行了细致的修改、以及丁誉声、滕忆岭、李乔钧、瞿志摩等同志协助绘制部分插图,谨在此一并致以衷心的感谢。

侯熙德 侯明德

于南京医学院

目 录

概 说	1
第一章 病 史	3
第二章 神经系检查	6
第三章 脑神经	13
第四章 运动系	58
第五章 感觉系	100
第六章 反 射	114
第七章 言語机能	131
第八章 植物神经系	133
第九章 脑脊髓液	144
第十章 神经系的X线检查	155
第十一章 脑电图	175
第十二章 电测验	184
第十三章 中枢神经系各部受损后的临床现象	192
第十四章 病例示范	201

概 说

神经病的诊断要解决病变的部位(定位诊断或解剖诊断)和病变的性质(病因诊断和病理诊断)。定位诊断需要参考病史和神经系统检查,结合神经生理解剖的知识,并熟悉神经系症状发生机制及各种病变部位。定性诊断需要参考起病情况和病程经过,结合一般体格检查和实验室检查。脑脊髓液检查对鉴别神经系的炎症、肿瘤、出血等病因最有价值。电生理检查如神经肌肉的电兴奋性测定、肌电图及脑电图等,对诊断有一定的价值。放射线检查除普通摄片外,尚有气脑造影、脑室造影、脑血管造影及脊髓造影等,在神经系统肿瘤、外伤和先天性发育不全的诊断上起着很大的作用。

病因 神经系疾病的病因可分为器质性和官能性两大类。器质性神经病有神经组织的病理形态改变和神经机能障碍,其主要病因有感染、血液循环障碍、肿瘤、变性、外伤和发育不全等;官能性神经病有神经机能障碍,但无神经组织的病理形态改变,所以叫做神经官能症,往往是由于高级神经活动的紊乱所引起。

病变分布 神经系疾病的病变分布可分局部病变、弥漫病变和系统(传导束)病变。局限性病变是神经系统某一部分组织结构的损害,这些损害往往是继发的,例如脑血管闭塞造成的软化、坏死和肿瘤的压迫或侵入神经组织等,产生相应的神经机能障碍。弥漫性病变是神经系统内多发的和散发的损害,受损部位和次序可无规律,受损机能往往是不完全的,例如脑膜血管梅毒、多发性硬化和播散性脑脊髓炎等,其临床症状根据受损组织的机能不同而有各种不同的症状。系统病变主为传导束的变性,多由于生活力缺失、遗传及毒素等原因所造成,例如肌萎缩性侧束硬化、亚急性脊髓联合变性、遗传性共济失调,其症状即由各有关传导束的机

能障碍所产生。

症状 神经系症状按其发生机制来说可分为四组，即缺失症状、释放症状、刺激症状和休克症状。缺失症状是神经组织受损后丧失其正常机能，例如大脑内囊出血时所产生的偏瘫和偏身感觉缺失。释放症状系高级中枢受损后，丧失了对低级中枢的抑制，因而低级中枢的机能亢进，例如内囊出血病例的偏瘫侧肌张力增加和腱反射亢进或底节疾病出现的自主运动等。刺激症状系局部病变或全身性病因促使神经细胞活动剧烈增强所产生。例如惊厥发作或灼性神经痛等。休克症状在中枢神经急性严重病变中发生，系超限抑制产生的机能障碍，例如内囊出血时的神志昏迷（脑休克）和急性脊髓横贯性损害的弛性截瘫（脊髓休克），一俟休克期过去后，受损组织的机能缺失症状和释放症状就可逐渐出现。

第一章 病 史

完整的病史是診斷上最重要的依据。病史应是有系統、有重点,避免煩瑣零乱的記錄,要尽量让病人陈述自己的疾病经过,待病人讲完后再提出有关問題,但应尽可能避免暗示性的提問。

主訴 主訴是说明病人来求治的目的,也是医生在診斷和治疗疾病的主要根据,它包括主要症状和发病時間。

現病史 現病史是病史中最重要的部分,首先應該了解主訴与病情有关的社会生活、职业和其他情况,发病前有无精神上的因素,这些对器质性和官能性疾病的鉴别上很有帮助。一般而论,起病急驟的病因有血液循环障碍、急性炎症和外伤等;起病緩慢的病因为变性、肿瘤和先天性发育不全等。茲举六种神经系疾病的临床发病经过(图 1)簡述如下:

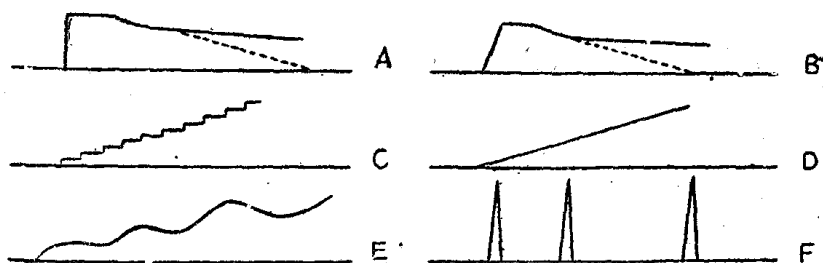


图 1 神经系疾病的临床类型

- | | |
|-----------|-------------|
| A 血管障碍型 | B 急性脊髓灰质炎型 |
| C 脑动脉硬化型 | D 肿瘤型及进行性变型 |
| E 多发性硬化症型 | F 周期性发作型 |

A. 血管障碍型: 卒然发作,以后又趋向好转,但大多为不完全治愈,有时也可完全治愈,如脑出血、脑栓塞、脑血栓等(图1A)。

B. 急性脊髓灰质炎型: 此型起病不象血管障碍型那样突

然,但病勢进展急速,数天乃至1—2周可达最高峯,以后漸趋痊愈,惟恢复多不完全,仅少数病例可以完全恢复(图1 B)。

C. 脑动脉硬化型:此型经过呈阶梯状恶化,漸漸变成痴呆(图1 C)。

D. 肿瘤型及进行性变性型:緩緩起病,逐漸恶化,中途无緩解现象(图1 D)。

E. 多发性硬化症型:此型经过呈波形曲线,以間歇性发作和有緩解期为特点(图1 E)。

F. 周期性发作型:此型以不規則断續間发为特点,在間隙期沒有任何症状,如隱原性癲癇、周期性麻痹、偏头痛等(图1 F)。

症状发生的先后次序,必須有系統地按照其发展的过程記錄下来,最早出现的神经症状往往是有定位意义的。

过去史、个人史及家族史 应特別注意脑炎、梅毒、結核、血吸虫病、风湿病、外伤、糖尿病、高血压、血液病、癌、偏头痛、癲癇、精神病等与神经系疾病有关的疾病。进行性肌营养不良症、遗传性共济失調症等往往有家族遗传史。

对下列症状和病史必需作重点和启发性的詢問:

头痛:持续性,发作性,整个头痛或局部头痛(发作性的一側头痛可能为偏头痛),痛的时间(脑瘤患者夜間头痛特別剧烈),增加头痛的因素(如因身体用力、俯首、咳嗽、噴嚏等加重为顱內压力增高征),气候变化的影响(风湿性),伴有呕吐的持续性头痛常为脑瘤的症状。

視力障碍和复視:常见于脑干脑炎,流行性脑炎,結核性或梅毒性脑膜炎,顱內肿瘤等。

疼痛及感觉异常:閃电样疼痛、束带感等见于脊髓病的早期。如起病以瘫痪为主要症状,則应詢問在瘫痪的同时或瘫痪之前有无疼痛:如为急性广泛性瘫痪同时伴有疼痛和肌肉压痛,可能为急性多发性神经炎;如有急性瘫痪而不伴有疼痛时,可能为急性脊髓炎或急性脊髓灰质炎。如疼痛区域与神经根支配領域一致,并

由噴嚏和咳嗽等运动而加剧时称为根痛，要考虑脊髓压迫症(髓外肿瘤、脊椎結核)。

痙攣发作：应詢問起病年龄，发作情况，是否为强直性、陣攣性、全身性、局部性等，发作的时间 and 持续时间、頻数、先兆、意识，发作后有无局部肢体瘫痪，有无定型的癲癇順序以及順序是否規則。

瘫痪：瘫痪部位、起病緩急、弛緩性或痙攣性、共济运动、自主运动、肌肉萎縮、瘫痪是否持续加重、有无失語合并。

膀胱障碍：当怀疑有脊髓病变时，必需了解有无膀胱障碍。如尿急，尿失禁，尿潴留，矛盾性尿閉。

睡眠障碍：有无嗜眠、不眠、不易入睡、睡后易醒等情况，有无妨碍睡眠的疼痛，有无强迫观念或焦虑症，记录連午睡在內每天一共能睡几小时。

发热：病之早期发热指示急性传染性疾病(急性脊髓炎，急性脊髓灰质炎或急性脑炎等)。

中毒：慢性中毒：如酒精中毒性多发性神经炎，慢性鉛中毒(鉛中毒性瘫痪、鉛中毒性脑病)。急性中毒：如一氧化碳、阿托品、各种安眠剂、以及魚类或肉类等中毒。

传染性疾患：很多传染性疾患可引起神经系的障碍，如白喉后麻痹和共济失調；又如肠伤寒、斑疹伤寒、麻疹、猩紅热、流行性感、百日咳、化脓性感染等疾患后可继发传染性多发性神经炎、急性脊髓炎以及弥漫性脑脊髓炎等；結核病可引起結核性脑膜炎、顱內結核瘤、脊椎結核等。当怀疑有梅毒感染时，应詳細探詢冶游史和性病史，如不便直接詢問，可間接了解其爱人有无流产、早产、死产等病史。如遇过去患过癌症者，就应注意有无肿瘤转移现象。

月经：对女性患者应詢問有无月经、是否規則、来潮时有何不适、初潮年龄和停经日期等。

第二章 神经系的检查

完整的神经系检查包括一般体格检查和精神检查，现分述如下：

一般检查：

头部：注意头部畸形、缺损、骨疣等。如有脑瘤存在，头部叩诊往往能发现其音调不同，并可伴有轻微的叩痛(图2)。非交通性脑积水，叩诊呈鼓音，称为麦克伊文(Macewen)氏征。小儿颅内压增高时往往可叩得破罐声。

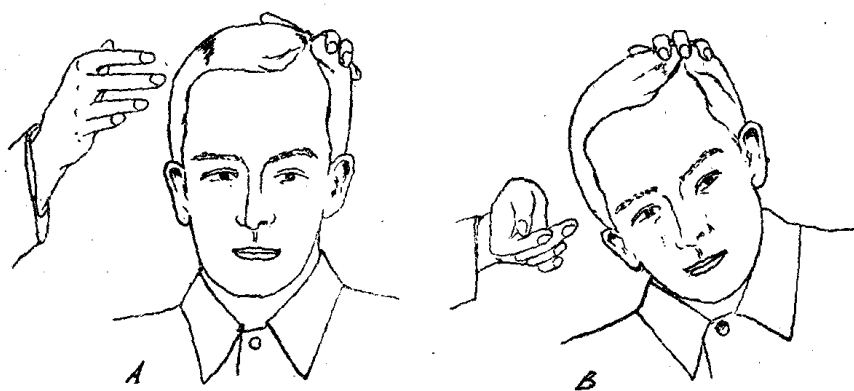


图2 头颅叩诊法

A 头正直时的翼部叩诊 B 头倾斜时的翼部叩诊

头颅的大小是否正常可用肉眼估计，但最好能记录其正确数字，通常成人头围自枕外粗隆至眉间约51—58厘米(表1)。

头皮和颜面亦应检查。如发现静脉或毛细血管扩张、血管瘤等，常指示颅内具有相同性质的病变存在。头部听诊时，听诊器应置于乳突后方，以便更易听取颅内动脉瘤或血管瘤的杂音。

表 1

正常小儿头围(厘米)标准

年 龄	姓 名	男	女	年 龄	姓 名	男	女
出 生 时		34.0	33.6	2½—3岁		48.6	47.2
1—2月		37.4	36.3	3—3½岁		49.1	47.5
2—3月		38.8	37.8	3½—4岁		49.3	47.9
3—4月		40.1	39.2	4—4½岁		49.5	48.4
4—5月		41.4	40.1	4½—5岁		49.6	48.5
5—6月		42.2	41.4	5—5½岁		49.8	48.6
6—8月		43.3	42.4	5½—6岁		49.9	48.7
8—10月		44.5	43.4	6—7岁		50.2	49.1
10—12月		45.8	44.0	7—8岁		50.6	49.3
12—15月		46.2	44.9	8—9岁		50.8	49.7
15—18月		46.9	45.6	9—10岁		51.0	49.9
18—21月		47.1	46.2	10—11岁		51.3	50.4
21—24月		47.5	46.8	11—12岁		51.7	50.9
2—2½岁		48.3	46.7				

脊柱：脊柱最重要的体征是畸形，如侧凸、后凸、前凸等。当神经沟闭合不全时，往往于腰骶部出现一个小窝或一簇毛发，该部触诊时可发现椎弓的缺损，此称隐性脊椎裂，有时脑膜从此缺口膨出，称为脑膜膨出(图3)。

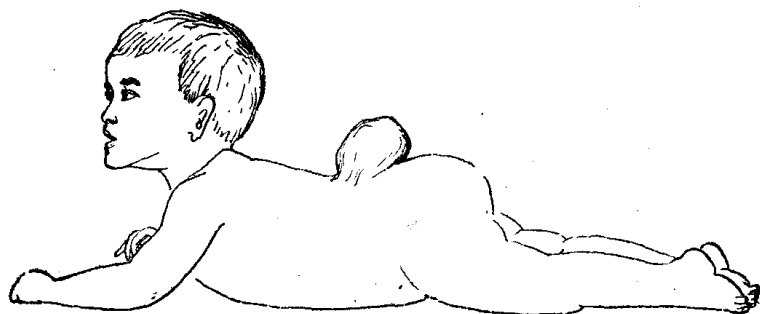


图3 脑膜脊髓膨出

脊柱的叩診也很重要，检查时可用手指或叩診錘叩击棘突(图4)，通常从隆椎开始，向下逐一叩击，直至第二骶椎。有时也可用間接叩診法(图5)。有压痛或叩痛的脊椎往往为病变脊椎。

頸：强直、畸形(斜頸)(图6)、淋巴結节等。



图4 叩击脊椎棘突

图5 間接叩診，在畸形处有疼痛



图6 斜頸。本病例为嬰兒期胸鎖乳突肌血肿之后果。

肢軀：注意形态和姿势，有无萎縮、畸形、攣縮、过度肥胖等（图7）。

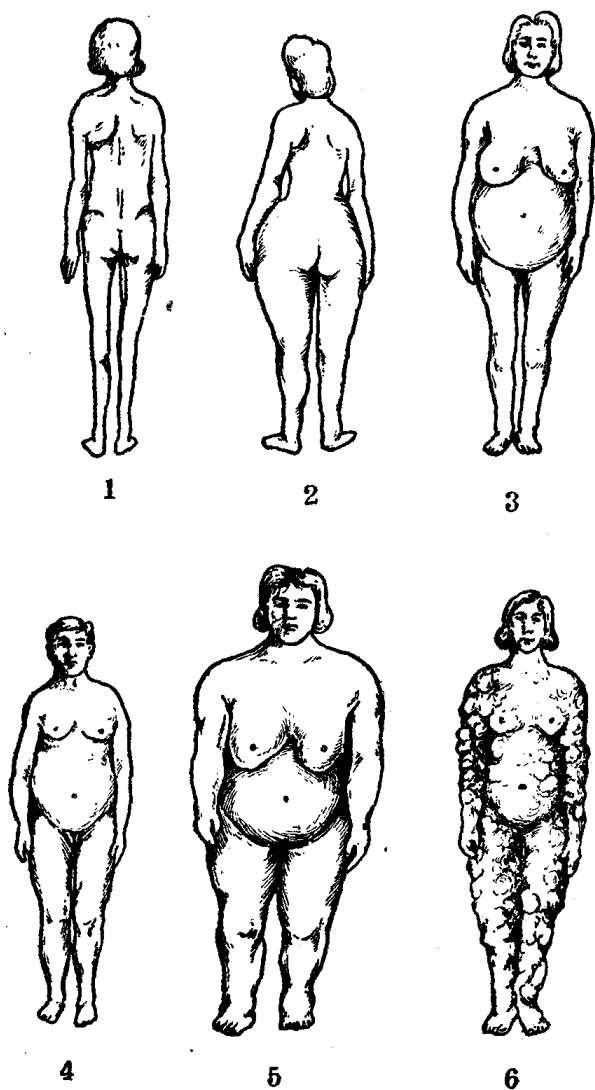


图7 各种不同脂肪代謝疾病的体型

- | | | |
|---------------|--------------|----------|
| 1 西蒙氏惡病質 | 2 漸進性脂肪營養不良症 | 3 柯興氏綜合征 |
| 4 肥胖性生殖無能營養不良 | 5 全身性脂肪病 | 6 脂肪瘤病 |

精神检查:

精神状态主要说明高级神经活动的状态,它是大脑机能是否正常的极其重要表现,尤其是额叶或颞叶的病变,往往出现精神症状,我们如果缺乏精神病学的一般知识,就不可能对大脑疾病和精神病的鉴别诊断有充分的了解。

意识和定向:注意意识是否清楚,还是倦睡、迷蒙、浅昏迷、完全昏迷或错乱状态。与病员接触时,可先问其姓名、年龄、职业、地址、时间、日期等定向力。当听取病人自述病情和表达其自己对疾病的看法以及观察其行为状态时,就可顺便了解其意识情况。

言语思想:注意患者在谈话时表达的方式和内容。言语是否清楚、有无说话不清、字音模糊、构音不能、言语徐缓、口吃、失音和失语。从患者表达的内容和行为中,可以发现有无谵语、幻觉和妄想等症状。

情绪:一方面从患者面部表情和行为中观察,一方面在交谈中测知。注意有无情绪低落、淡漠、欣喜、兴奋、猜疑、不稳、稚气等。

智能:包括记忆力、注意力、计算力、判断力以及普通常识(表2)。

神经系统检查:

工具:

普通用具:叩诊锤、棉絮、大头针、流盘、音叉(C 128/秒)、双规仪、试管(测温度觉用)、电筒、压舌板、带尺、皮肤铅笔、听诊器、视力表、眼底镜、视野计。

特殊用具:嗅觉试验瓶(薄荷水、樟脑油、香水、汽油);味觉试验瓶(糖、盐、奎宁、醋酸);失语症试验箱(梳子、牙刷、火柴、笔、刀、钥匙、各种颜色、各式木块、图画本等)。

注意事项:

一、检查时的态度:医者对病人要非常热情、和蔼、亲切,争取其充分合作。

表 2

儿童智能发育的程序

年龄	姿 势 及 动 作	智 力 发 育 状 态
1 月	能抬起下頷。	几乎全部时间睡眠, 有无意义的微笑。
2 月	能微举胸部。	眼可随发光体转移。
3 月	两手能攫取附近之物, 但不够准确。	认识母亲。要抓有色及发声的东西。听音乐后可以安静。
4 月	能靠背而坐。	认识奶瓶, 会自己玩手。
5 月	能用手支持, 坐起。	会大声发笑, 摇弄玩具。
6 月	可坐于椅上。	除母亲外, 对别人也会笑或哭。会玩较多的玩具。会抓一木块。
7 月 及 8 月	会独坐。可扶持而立。	能伸手去取一方块, 并能自一手转到另一手, 可自己玩脚。对镜中之象感觉怀疑。
9 月 及 10 月	会站住、爬行。	会摇手表示再见。懂得命令。可握住自己的奶瓶。可玩简单的游戏。
11 月 及 12 月	能搀扶行走。能使身体俯向两足活动。会说简单短语。	面部可表示喜欢不喜欢。穿衣时能合作。
15 月	爬楼梯可独立, 以后可行走。	能用手向母亲要一个东西或给一个东西。会用一枝铅笔。
18 月	能独自行走。能用言语或手势表示他的要求。	会抱一个娃娃。会试穿自己的鞋。
24 月	能扶能动的架子跑来跑去。会说短句。	会用勺喂娃娃, 但常洒出一点。养成去厕所习惯。
3 岁	会骑三轮脚踏车。会说全句。会回答简单问题。	
4 岁	会跳, 会用手掷球, 会画样子不好看的人, 会洗手并且把手擦干。	
5 岁	能交换着脚跳, 能用一腿站着, 能写几个字并且喜欢给人家看。	

二、須有熟練的技術：通過理論學習和觀察作和鍛煉後，不難掌握神經系統檢查法。

三、進行檢查的程序：原則上自頭至足順序從頭部和腦神經開始，其次為頸、上肢、胸、腹、下察其步態。這樣可以減少病人的轉動和疲勞，並的結果應分別作系統記錄。

以下即分章討論神經系檢查。

第三章 脑神经

脑神经共十二对,按次序命名。前二对(嗅、视)是脑的神经纤维束,其他十对由脑干开始,那里有它们的起源神经核,但第十一对(副神经)的一部分是从上几节颈脊髓出发的(图8)。

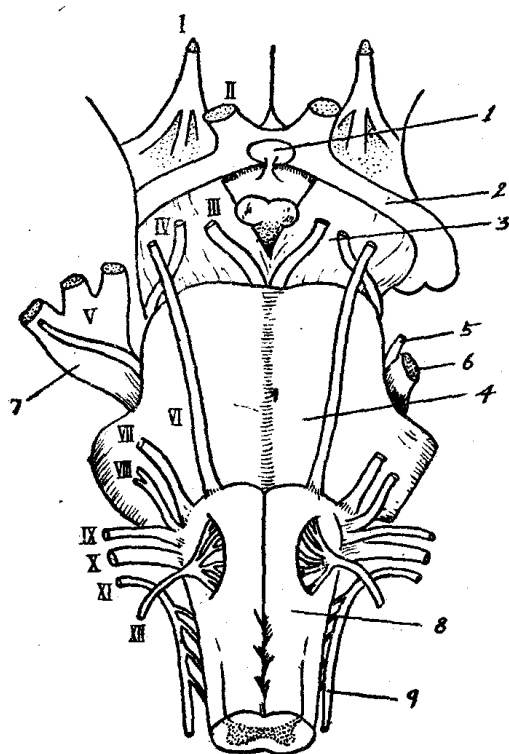


图8 脑底各脑神经的穿出部位

- 1 垂体
- 2 视束
- 3 大脑脚
- 4 脑桥
- 5 三叉神经的运动根
- 6 三叉神经的感觉根
- 7 半月神经节
- 8 延髓
- 9 副神经的脊髓根

- I 嗅神经
- II 视神经
- III 动眼神经
- IV 滑车神经
- V 三叉神经
- VI 外展神经
- VII 面神经
- VIII 听神经
- IX 舌咽神经
- X 迷走神经
- XI 副神经
- XII 舌下神经

I 嗅神经

有关的解剖生理

嗅神经为所有脑神经中解剖上最复杂的