



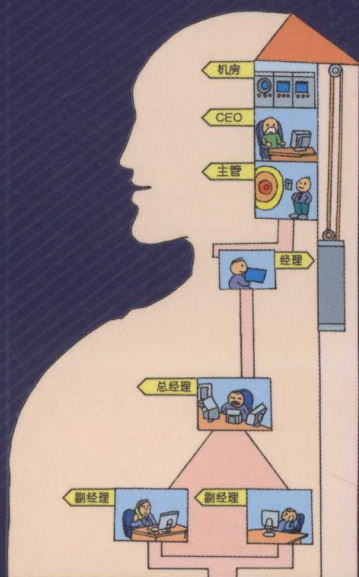
临床住院医师培训系列丛书

SHENJINGBINGXUE
ZHUYUAN YISHI SHOUC

神经病学

住院医师

手册



◎主编 肖波 唐北沙

科学技术文献出版社

临床住院医师培训系列丛书

神经病学住院医师手册

主 编 肖 波 唐北沙

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

神经病学住院医师手册/肖波等主编. -北京:科学技术文献出版社,
2009. 1

(临床住院医师培训系列丛书)

ISBN 978-7-5023-6070-2

I. 神… II. 肖… III. 神经系统疾病-诊疗-手册 IV. R741-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 094882 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)51501739
图书发行部电话 (010)51501720, (010)51501722(传真)
邮 购 部 电 话 (010)51501729
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 薛士滨
责 任 编 辑 薛士滨
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京高迪印刷有限公司
版 (印) 次 2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 624 千
印 张 20.25
印 数 1~5000 册
定 价 42.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

P 丛书序

Preface

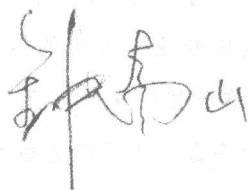
... 神经病学住院医师手册

长期以来,我国医学教育主要以五年制本科教育为主体,多数医学生从医学院毕业后即进入医疗、预防、保健机构,之后的业务能力和进一步发展决定于医院条件、上级医师教导、本人的认知能力和勤奋,这种欠规范的学习模式严重地影响了我国医师队伍专业和素质的提高。1993年,国家卫生部制定并下发了《临床住院医师规范化培养方式试行办法》,10多年来在全国大多数城市医院先后开展了住院医师培训工作,但发展不平衡,且缺乏系统规范教材。随着医学模式的转变、疾病谱的变化及医疗保险制度的逐步完善,要求医疗机构提供更优质的医疗服务,因此对工作在一线的住院医师业务能力、思想素质、医德医风提出了更高要求。

中南大学湘雅医院陈方平教授主编的《临床住院医师培训系列丛书》从策划到构思成书历经2年,是目前我国第一套涵盖临床各专业学科的大型系列丛书,该丛书不拘泥于教科书的格式,力求贯彻理论联系实际的原则,尤其偏向于实用,其目的在于通过培训将学员学校获得的医学理论进一步深化并成为指导实际医疗工作的指南,也为未来进一步提高打下基础。

“书山有路勤为径，学海无涯苦作舟”，21 世纪这一代医学工作者面临着越来越复杂的社会环境和专业要求，所需知识总数急剧增加，只有在一生中自觉不断学习，不断吸收新知识、新思维的人，才能适应医学领域不断发展的需要，《临床住院医师培训系列丛书》为年轻的医学工作者开启了这扇大门。

中华医学会会长、中国工程院院士

A handwritten signature in black ink, appearing to read '张东山' (Zhang Dongshan), which is the name of the President of the Chinese Medical Association and Chinese Academy of Engineering.

F 丛书前言

Foreword

... 神经病学住院医师手册

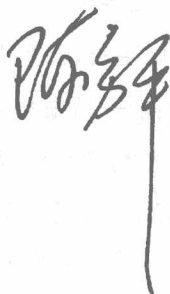
随着我国卫生事业的不断发展,住院医师规范化培训已逐渐成为医疗界关注的重点。100多年来,湘雅医院为我国的医学教育事业做出了巨大的贡献,在住院医师培训工作中积累了丰富的经验,也取得了丰硕的成果。坚实的医学基础理论、扎实的临床工作技能、不断更新的医学知识以及高尚的职业道德是每一位优秀临床医生必备的基本特质;勤于深入临床、善于思考分析、有序归纳演绎、勇于创新探索和不断提高医疗诊治水平是造就优秀临床医师的重要途径。

多年以来,我们一直想用百年湘雅的经验 and 模式,为年轻住院医师编写一套可读而实用的工具书。为此,我们组织湘雅医院的教授们撰写了这套《临床住院医师培训系列丛书》,共计24本住院医师手册,涵盖24个临床专科,即心血管内科学、呼吸病学、消化病学、肾脏病学、内分泌及代谢疾病学、血液病学、神经病学、感染病学、小儿科学、风湿病学、精神病学、皮肤病学等内科系统学科;普通外科学、心胸外科学、神经外科学、泌尿外科学、骨科学、烧伤整形科学、妇产科学、耳鼻咽喉头颈外科学、口腔科学、眼科学等外科系统学科以及急救医学手册、临床

药物手册。该套丛书各章节从疾病概述、入院评估、病情分析、治疗计划、病情观察、预后评估、出院医嘱等环节和角度出发进行编写,适合住院医师阅读使用,对年轻住院医师进入临床工作应该有较好的帮助。

本着从理论—实践—思考学习—再实践的原则,反复训练所积累的临床经验及成熟的临床思维,将帮助我们打开认知疾病的知识之门。本套丛书编写过程中,有众多专家废寝忘食,孜孜不倦求知论证,力求以科学、准确、规范的医学知识和丰富的经验完成对每一疾病的描述,丛书的完成凝结了他们的智慧和辛劳。《临床住院医师培训系列丛书》的完成得到了国内许多医学家的大力支持,科学技术文献出版社的编辑朋友们付出了辛勤的劳动,在此我向他们表示衷心的感谢!

中南大学湘雅医院院长

A handwritten signature in black ink, appearing to read '陈先' (Chen Xian), with a long vertical line extending downwards from the bottom of the characters.

F 前言

Foreword

... 神经病学住院医师手册

纵观医学科学发展的历史长河,神经科学将成为 21 世纪各学科的领头军。而神经病学是神经科学的重要分支之一,是研究中枢神经系统、周围神经系统及骨骼肌疾病的一门临床学科。作为临床医生,我们在第一线的不懈努力将会对生命科学的发展起到不可估量的作用。

近年来,随着我国医学教育事业的不断发展,每年都有大批青年学子走出校门,踏上工作岗位。年轻的住院医师需要在长期的实践中丰富自己的临床知识,在挫折中积累临床经验。然而,面对日趋复杂的医疗环境,如何使住院医师尽快完成从课本到临床的转变,适应本职工作,并使他们在日常的医疗中有章可循,已成为目前医学教育事业一个急需解决的难题。为此,承科学技术文献出版社之邀,我们编写了这本《神经病学住院医师手册》。

本书共分十五章,内容精炼,结构严谨,条理清晰,通俗易懂,以疾病为纲,每病又按照概述、入院评估、病情分析、治疗计划、预后评估、出院医嘱的顺序次第编写,并详尽介绍了神经系统常见的辅助检查。本书的特点在于密切结合住院医师的常

规工作程序、工作内容,并突出介绍了诊断与治疗的临床经验,其中也不乏一些新观点、新技术,以期为住院医师临床诊疗提供借鉴与参考。

神经系统疾病的多样性及复杂性,决定了它比其他任何一门临床学科更加强调临床系统思维,需要起点高、观点新、覆盖面广、实用性强的诊断思路。为此,我们组织了一批长期从事临床工作的高年资教授参与编撰此书,在该书即将付梓之际,向他们表示衷心的感谢,感谢他们在百忙中参与此书的编写工作!

本书具有较强的实用性,针对性强,既是住院医师、进修医师、实习医师必备的临床参考书,也是高等学校学生和研究生不可多得的教材。

虽然本书融会了作者多年的临床与教学经验,并经过反复推敲、斟酌,但科学技术日新月异,再加之编者水平有限,其中不妥及错漏之处在所难免,恳请同行及读者不吝指正。

肖 波 唐北沙

目录

C Contents

... 神经病学住院医师手册

第一章	周围神经系统疾病/1		
第一节	三叉神经痛	肖 波/1	
第二节	坐骨神经痛	肖 波/6	
第三节	面神经炎	张 宁/9	
第四节	面肌痉挛	张 宁/15	
第五节	多颅神经炎	范学军/19	
第六节	多发性周围神经炎	范学军/24	
第七节	急性炎性脱髓鞘性多发性神经病	李 静 肖 波/30	
第八节	慢性炎性脱髓鞘性多发性神经病	李 静 肖 波/39	
第二章	脊髓疾病/44		
第一节	急性脊髓炎	资晓宏/44	
第二节	脊髓压迫症	资晓宏/50	
第三节	脊髓亚急性联合变性	资晓宏/56	
第四节	脊髓空洞症	黄志凌/60	
第五节	脊髓血管病	黄志凌/65	
第三章	脑血管疾病/75		
第一节	短暂性脑缺血发作	刘运海/75	
第二节	动脉粥样硬化性血栓性脑梗死	刘运海/82	
第三节	脑栓塞	宋 治/91	
第四节	腔隙性脑梗死	宋 治/99	
第五节	脑出血	许宏伟 莫丹衡/106	
第六节	蛛网膜下腔出血	许宏伟 杨秀娟/118	

第七节	高血压脑病	谷文萍/124
第八节	颅内静脉系统血栓形成	谷文萍/132
第九节	脑底异常血管网病	胡治平/138
第十节	颞动脉炎	胡治平/143
第十一节	脑动脉盗血综合征	杜小平/149
第十二节	主动脉弓综合征	杜小平/154
第十三节	伴有皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性脑动脉病	侯德仁/160
第十四节	血管性痴呆	侯德仁/166
第四章	癫痫	/176
第一节	癫痫发作	龙小艳/176
第二节	癫痫及癫痫综合征	李国良/192
第三节	癫痫持续状态	黄志凌/205
第五章	头痛	/213
第一节	偏头痛	刘卫平/213
第二节	丛集性头痛	刘卫平/223
第三节	紧张型头痛	周琳/230
第四节	痛性眼肌麻痹	周琳/237
第六章	中枢神经系统感染	/243
第一节	病毒性脑炎	田发发/243
第二节	病毒性脑膜炎	田发发/250
第三节	急性化脓性脑膜炎	卢伟/256
第四节	结核性脑膜炎	卢伟/262
第五节	隐球菌性脑膜炎	卢伟/269
第六节	脑囊虫病	杨杰/274
第七节	脑型血吸虫病	杨杰/280
第八节	脑型肺吸虫病	杨杰/285
第九节	神经梅毒	李国良/290
第十节	艾滋病的中枢神经系统损害	田发发/298
第七章	中枢神经系统脱髓鞘疾病	/306
第一节	多发性硬化	周文斌/306

第二节	视神经脊髓炎	周文斌/322
第三节	急性播散性脑脊髓炎	周文斌/330
第八章	运动障碍疾病	339
第一节	帕金森病	严新翔/339
第二节	小舞蹈病	汤建光/353
第三节	亨廷顿舞蹈病	汤建光/357
第四节	肝豆状核变性	汤建光/361
第五节	特发性震颤	沈璐/367
第六节	抽动-秽语综合征	沈璐/370
第九章	神经系统变性病	376
第一节	运动神经元病	唐北沙/376
第二节	阿尔茨海默病	唐北沙/384
第三节	多系统萎缩	严新翔/390
第十章	神经系统遗传性疾病	401
第一节	遗传性共济失调	江泓/401
第二节	腓骨肌萎缩症	张如旭/417
第三节	结节性硬化症	张如旭/422
第四节	神经纤维瘤病	张如旭/426
第五节	脑面血管瘤病	江泓/430
第十一章	神经系统发育异常性疾病	437
第一节	先天性脑积水	李蜀渝/437
第二节	脑性瘫痪	李蜀渝/441
第三节	小脑扁桃体下疝畸形	李蜀渝/446
第四节	颅底凹陷症	李蜀渝/449
第十二章	神经肌肉接头和肌肉疾病	452
第一节	多发性肌炎	谭利民/452
第二节	周期性瘫痪	谭利民/462
第三节	进行性肌营养不良	谭利民/469
第四节	重症肌无力	杨欢/476
第五节	线粒体肌病和线粒体脑肌病	杨欢/489

第十三章	理化因素所致神经系统损害/498
第一节	一氧化碳中毒 杨晓苏/498
第二节	酒精中毒 杨晓苏/507
第三节	药物中毒 杨晓苏/515
第十四章	系统性疾病引起的神经系统并发症/535
第一节	缺氧性脑病 李 旻/535
第二节	糖尿病的神经系统并发症 杨 欢/539
第三节	尿毒症神经系统并发症 肖 岚/550
第十五章	神经系统疾病常见的辅助检查/560
第一节	腰椎穿刺 张 乐/560
第二节	脑脊液检查 张 乐/565
第三节	头颅平片和脊柱平片 张 乐/571
第四节	数字减影血管造影 张 乐/574
第五节	电子计算机体层扫描 朱海霞/579
第六节	磁共振成像 夏 健/582
第七节	脑电图 龙小艳/587
第八节	肌电图和诱发电位 肖 岚/592
第九节	经颅多普勒超声 田发发/607
第十节	颈动脉彩色多普勒超声 夏 健/612
第十一节	单光子发射型计算机体层扫描 朱海霞/617
第十二节	正电子发射计算机体层扫描 朱海霞/620
第十三节	脑组织活检标准操作规程 贺健安/623
第十四节	周围神经活检 贺健安/625
第十五节	肌肉组织活检 贺健安/627

第一章

周围神经系统疾病

第一节

三叉神经痛

【概述】

三叉神经痛(trigeminal neuralgia, TN)是指三叉神经分布区内短暂而反复发作的剧痛,原因未明的称为原发性三叉神经痛,有明确病因的称为继发性三叉神经痛。常于40岁后起病,吴承远等报道患病率为182/10万,其年发病率为(3~5)/10万,随年龄的增长而增加。女略多于男,为(2~3):1。

【入院评估】

(一)病史询问要点

部位:单侧面部,严格限于三叉神经感觉支配区内,2、3支多见。双侧同时发生者极为罕见,仅占0.5%。

性质:发作性闪电样、刀割样或针刺样剧痛。

诱发因素:说话、进食、洗脸、剃须、刷牙、打哈欠等均可诱发。

特点为 ①痛性抽搐:严重者可伴有同侧面部肌肉的反射性抽搐,口角偏向患侧。②扳机点:面部某个区域可能特别敏感,易触发疼痛,如上下唇、鼻翼外侧、舌侧缘等。

(二)体格检查要点

原发性三叉神经痛无神经系统定位体征。继发性三叉神经痛根据神经受累1、2、3分支的不同,可出现三叉神经相应支配区感觉、运动障碍及伴有其他神经系统体征。

(三)门诊资料分析

一般门诊根据疼痛的部位、性质、面部扳机点及神经系统无阳性体征很容易诊断,不需要特殊检查。

(四)继续检查项目

住院治疗者一般为继发性三叉神经痛患者,常合并其他颅神经症状,入院后需进行肝功能、肾功能、血常规、血沉、免疫全套、风湿全套、ANCA、ENA、肿瘤全套等化验检查,并根据神经系统定位体征,选择进行头颅及鼻咽部CT,颅底部X线、MRI、DSA等影像学检查,以寻找病因。常见病因有炎症、肿瘤、多发性硬化、血管病变等。尤其应高度警惕鼻咽癌的颅内转移,必要时可进行鼻咽镜检查。

【病情分析】

(一)诊断

根据疼痛的特点、神经系统无阳性体征、排除引起面部疼痛的其他疾患即可确诊原发性三叉神经痛。

继发性三叉神经痛的诊断必须详细询问病史、仔细体格检查、全面的医学检查,努力寻找病因。

在一些病例中,三叉神经和脑干部位的高精度MRI、血管造影术可以明确三叉神经有无受到动脉或静脉压迫,部分病例CT或MRI检查可发现颅内肿瘤。卡马西平诊断性治疗有效是三叉神经痛确诊的一个阳性指标。但是目前没有任何检测手段可以明确所有类型的三叉神经痛的诊断。

(二)临床类型

分为原发性和继发性三叉神经痛。

(三)鉴别诊断

1. 继发性三叉神经痛 疼痛多持续存在,查体存在三叉神经麻痹体征,常合并其他颅神经麻痹,头部CT、MRI、DSA等检查可发现病因。

2. 舌咽神经痛 舌咽神经有分支进入三叉神经脊束核,因此有时疼痛范围也可扩展到三叉神经分布区,或并发三叉神经痛,从而给诊断带来困难。但两者疼痛部位和触发因素不同,舌咽神经痛为发作性一侧咽部、扁桃体区及舌根部针刺样剧痛,突然开始,持续数秒至数十秒,发作期短,疼痛难忍,可反射至同侧舌面或外耳深部,伴有唾液分泌增多。说话、反复吞咽(特别是与凉的液体接触)、舌部运动、触摸患侧咽壁、扁桃体、舌根及下颌角均可引起发作。用1%地卡因喷涂于咽部扁桃体及舌根部可获得暂时缓解,以资鉴别。

3. 牙痛 三叉神经痛早期有时表现为牙痛,有些患者拔牙后疼痛无减轻。牙痛一般呈持续性钝痛,局限于牙龈部,可因食冷、热食物而加剧,X线检查有助于鉴别。

4. 非典型面痛 又称Sluder病,疼痛位于面的深部,与神经分布无关,呈持续性钝痛,位置深且不易定位,通常为双侧,无触痛点,多见于年轻女性,情绪是惟一使疼痛加重的因素。

5. 丛集性头痛 为短暂发作性头痛,同时伴有自主神经功能紊乱。但疼痛多位于眼眶附近,且疼痛为持续性,每次发作至少半小时以上。

【治疗计划】

(一)治疗原则

减轻疼痛和缓解发作。

(二)治疗方案

继发性三叉神经痛应针对病因治疗;原发性三叉神经痛的治疗有下列几种。

1. 首选药物治疗 对原发性三叉神经痛一般的止痛药物均不能达到止痛的目的,即使是吗啡亦不能止痛。有人认为三叉神经痛是一种周围性痛性放电,可选用抗癫痫药物治疗。

(1)卡马西平:常为首选,但副作用较大。首次0.1g,每日2次;以后每日增加0.1g,直至疼痛停止,最大剂量为每日1g;疼痛消失后6~8周可逐

渐减量,确定最低有效量作为维持剂量服用,有效率达70%~80%。孕妇忌用。常见副作用有头晕、嗜睡、口干、恶心、消化不良、行走不稳等,要定期查血常规、肝功能,如出现白细胞减少、再生障碍性贫血、肝功能异常时,需立即停药。少数有严重过敏反应,危及生命。

奥卡西平(Oxcarbazepine)是卡马西平的替代药,副作用较少,可使血钠降低。首次服0.3 g,隔日增加0.3 g,直至疼痛减退。

(2)苯妥英钠:开始剂量为0.1 g,每日3次;如无效每日增加0.1 g(最大不超过0.6 g/d),至疼痛消失后逐渐减量。如出现头晕、步态不稳、眼球震颤等中毒症状,应立即减量至症状消失为止。其最大的副作用是粒细胞减少,应反复查血常规以早期发现。

(3)巴氯芬:抗痉挛药,通过抑制三叉神经核的兴奋性递质而发挥作用。开始剂量是5~10 mg,每日3次;隔日增加10 mg,直到疼痛缓解或不良反应出现;一般维持剂量为50~60 mg/d。其副作用较卡马西平和苯妥英钠少,仅为头晕、嗜睡及胃肠道症状,但要避免突然停药,否则易引起幻觉和癫痫样发作,应在多于10~14 d内减完用量。

(4)大剂量维生素B₁₂:每次1 000 μg,肌肉注射,每周2~3次,连续4~8周为一个疗程。亦可按三叉神经的分支注射。

2. 外周神经阻滞 这是一种相对简单的、外科合并症较少的治疗方法,适用于不愿接受其他外科操作或体质虚弱者,近年来已日趋少用。通过乙醇、甘油注射封闭三叉神经分支或半月神经节造成神经损伤,解除疼痛,效果往往立竿见影,但同时也会造成暂时或永久性的严重面部麻痹。此外,该方法治疗复发率也较高,因此通常选择长效控制的外科治疗。

3. 经皮半月节射频热凝术 1965年首先由Sweat提出,适用于长期服药治疗无效、不能耐受或不愿接受开颅手术的病人。可在X线监视下或经CT导向将射频电极针经皮插入半月节,传导痛觉的无髓细纤维(A δ 纤维和C纤维)在加热(60~75℃)时首先发生变性,而传导触觉的有髓粗纤维(A α 纤维和A β 纤维)能耐受较高温度,通过温控加热的方法,可以选择性地破坏痛觉纤维,而保留触觉纤维,达到止痛的目的。CT定位提高了穿刺精确性和治疗成功率,降低穿刺并发症,易于临床上推广应用。疗效可达90%以上,但是不能根治,长期随访复发率为21%~28%。可有面部感觉异常、角膜炎、咀嚼无力、复视和带状疱疹等并发症。