



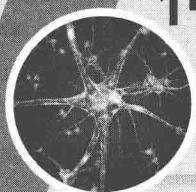
第4版

1975年初版，
40余年磨砺与凝练，步入神经科的坚实桥梁！

神经系统疾病 定位诊断

安德仲 编著

 人民卫生出版社



神经系统疾病 定位诊断

(第4版)

安德仲 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经系统疾病定位诊断 / 安德仲编著 . — 4 版 . — 北京 : 人民卫生出版社 , 2018

ISBN 978-7-117-26653-6

I. ①神… II. ①安… III. ①神经系统疾病 - 诊断
IV. ①R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 093922 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

神经系统疾病定位诊断 第 4 版

编 著: 安德仲

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 印张: 18.5

字 数: 480 千字

版 次: 1975 年 3 月第 1 版 2018 年 6 月第 4 版

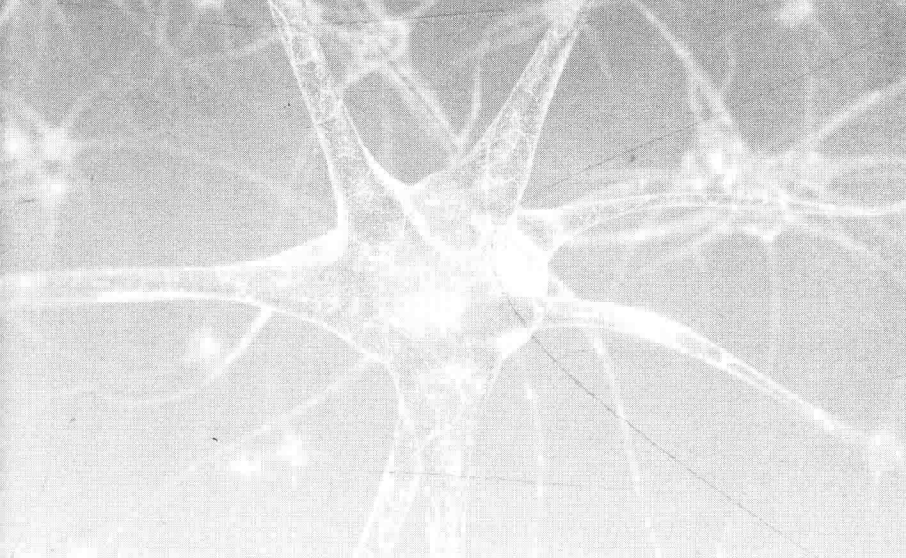
2018 年 6 月第 4 版第 1 次印刷 (总第 21 次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-26653-6/R · 26654

定 价: 52.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



本书于20世纪70年代由张葆樽教授与编者合编，谨以此书献给张葆樽教授以示怀念。

前 言

《神经系统疾病定位诊断》首版于 20 世纪 70 年代出版,至今已 40 余年。多年来该书深受广大读者喜爱与阅读,尤其对于拟学神经内科的医师或内科医师欲转入神经内科者,确实起到了桥梁作用。为了使该书更加实用,承蒙人民卫生出版社要求进行第四次修订。

本次修订在第 3 版基础上依据实用性、科学性和先进性的原则进行增补与改写。当前影像学虽然对神经系统疾病诊断有所帮助,但原编著者之一张葆樽教授生前特别强调临床实践的重要性,因为神经解剖学知识与临床实践结合起来,再附以影像学检查,避免了某些疾病的误诊。因此,此次修订增补了简述神经元的生理解剖,以及神经元传递信息的机制、神经纤维髓鞘形成和其生理功能,作为理解脱髓鞘疾病的病理学基础知识。另外,改写了脊髓病损后“传导束型障碍”各节段病变的定位、定性诊断的临床表现和体征。

在修订过程中虽然参考了有关神经解剖学、神经病学及其



他相关文献,但限于编者知识水平有限,恐有遗漏与错误,敬请同道或读者予以赐教指正。

编著者

2018年4月



第 3 版前言

自从 1956 年编者之一张葆樽翻译俄文特里乌莫夫的《神经系统疾病定位诊断》一书匆匆已过去了 50 年,后来因缺少原著,改为编写,写进去了我们自己看病的体验,编入了部分我们做过尸检的病例内容,那时认为“看图识字”定位诊断很难,目前各医院尸检工作已很困难,原来这些资料就显得更加宝贵。现在再版再次加入部分我们做过的尸检资料,供大家参考。

虽然现在随着新技术的飞速发展,特别是影像学的发展在某些时候定位诊断变得很容易,但影像学并不能代替临床定位时复习神经生理解剖知识。影像资料可以复查,但不如定位知识使我们随时复习解剖生理知识。而且,如果影像检查没有事前的基本定位可以增加影像检查的盲目性,如果将脊髓病变患者做了脑的 MRI 或者将脊髓胸段病变做了颈段 MRI 则不仅浪费检查费用而且会造成误导,而且我们确实遇到一些患者临床有体征影像无所见或影像发现异常信号而临床并无体征,因此解决临床问题不认真查体是绝对不可行的。



这次修订有机会阅读了 Duus P 翻译的《神经病学定位诊断》(*Topical Diagnosis in Neurology*(1983))一书,适宜引用会增加我们的理解。我们还参阅了 ТриумФов А. В 原版俄文第五版。这次修订主要参考了这两本原著,更重要的是引用了我们自己前几年做的病理工作。原来我们做病理工作的时候,黄克维教授还在世,每一次尸检他都亲临现场指导我们,验证我们定位诊断的正确性,在检查大脑前他总是让我们做定位诊断,切脑时让我们自己看我们的定位诊断是否正确,以便加深认识。这次修订的主要根据就是这些,希望能通过修订共同提高认识。

本书第3版修订过程中还参阅了国内、外有关神经系统解剖学、神经系统疾病诊断、神经病理学、神经影像学等专著和大量的期刊文献,限于本书的篇幅未能一一列出,望作者予以谅解并表示诚挚的谢意。

本次修订虽然我们本着实用性、科学性、先进性的原则,但是由于水平所限,遗漏、错误等在所难免,敬请同道和读者指正。

编著者

2006年6月于北京



目 录

第一章 概论	1
一、神经元简述	1
二、定位诊断的意义	12
三、定位诊断的要求	13
四、定位诊断的方法和步骤	14
第二章 感觉系统及其病变综合征	20
一、感觉及其传导束	20
二、感觉的种类及其检查法	26
三、感觉障碍的种类	28
四、感觉系统各部病变的定位诊断	32
第三章 反射及其病变综合征	46
一、反射的生理与解剖	46
二、反射的检查法、性质与反射弧的部位	49
三、反射的异常	57
第四章 运动功能及其病变综合征	64



一、运动功能的生理与解剖	64
二、运动功能的检查方法	69
三、运动系统肌力检查方法	74
四、运动障碍	85
五、运动系统各部病变的定位诊断	90
第五章 脊髓及其病变综合征	96
一、生理、解剖	96
二、脊髓病变的一般症状	103
三、脊髓动脉及其阻塞综合征	121
四、脊髓各段之病变综合征	123
五、脊髓病变的定位诊断步骤	126
第六章 脑干及其病变综合征	136
一、脑干的生理解剖	136
二、脑干的病变综合征	149
第七章 脑神经及其病变综合征(一)	169
第一节 后组脑神经及其病变综合征	170
一、生理解剖及各神经的病变体征	170
二、后组脑神经合并病变综合征	179
第二节 脑桥小脑角的脑神经及其病变综合征	182
一、前庭蜗神经(前庭与耳蜗两对脑神经)	183
二、面神经	190
三、三叉神经	193
第八章 脑神经及其病变综合征(二)	201
一、眼运动神经及其病变综合征	201
二、视神经及其病变综合征	217
三、嗅神经及其病变综合征	230



四、颅底及脑底结构及其病变综合征	232
第九章 锥体外系及其病变综合征	252
第一节 基底节,与它有关的核团及其病变综合征	252
一、基底节	252
二、锥体外系的其他结构及其联系纤维	253
三、锥体外系的生理功能	256
四、锥体外系临床综合征	257
五、锥体外系综合征之定位诊断	266
第二节 小脑及其病变综合征	271
一、小脑的解剖、生理	271
二、小脑病变的临床体征	277
三、平衡障碍的鉴别诊断	279
四、小脑病变的常见病因	280
第十章 大脑皮质及其内部结构病变临床表现(一)	283
一、概述	283
二、皮质功能定位的概念	286
三、大脑皮质分层	286
四、大脑皮质的亚型	288
五、认识、运用、言语功能及其障碍	291
六、大脑皮质各叶解剖生理及其病变的临床表现	296
七、岛叶	315
第十一章 大脑皮质及其内部结构病变临床表现(二)	320
一、边缘系统及其病变临床表现	320
二、意识障碍的临床定位诊断	324
三、间脑及其病变的临床表现	340
四、内囊及皮质下白质病变的临床表现	359



第十二章 脑室系统及其病变的临床表现	365
一、脑室系统生理解剖	365
二、脑室系统占位病变的定位诊断	369
第十三章 脑膜、脑脊液及其有关病变体征	381
一、脑膜及其有关病变体征	381
二、脑脊液	386
第十四章 颅内血液循环及其病变临床表现	401
第一节 脑部的动脉及其梗死临床表现	401
一、颈内动脉及其梗死临床表现	402
二、前脉络膜动脉及其梗死临床表现	405
三、大脑前动脉及其梗死临床表现	406
四、大脑中动脉及其梗死临床表现	408
五、大脑后动脉及其梗死临床表现	411
六、椎 - 基底动脉系统及其梗死综合征	412
七、颈内动脉系与椎 - 基底动脉缺血的临床鉴别	416
第二节 脑部静脉系统及其病变临床表现	417
一、解剖特点	417
二、静脉窦病变时的临床症状	419
三、主要静脉梗死的临床表现	420
第三节 头颈部动脉的侧支循环及“盗血”现象	421
一、颅内与颅外的侧支循环	421
二、颅内侧支循环	421
三、“盗血”现象	425
第四节 颅内出血的定位诊断	427
一、大脑半球内出血	427
二、脑桥出血	440
三、小脑出血	443
四、脑室出血	448



第五节 颅内动脉瘤	450
第六节 蛛网膜下腔出血	457
第七节 硬脑膜下和硬脑膜外血肿	465
一、硬脑膜下血肿	465
二、硬脑膜外血肿	467
三、颅后窝血肿	468
四、脑内血肿	469
五、颅内多发性血肿	470
六、额部血肿	470
第十五章 自主神经系统及其病变临床表现	484
第一节 解剖、生理	484
一、概述	484
二、交感神经和副交感神经	485
第二节 自主神经检查法	491
一、颈动脉窦敏感性试验	491
二、发汗试验	491
三、体位改变测血压试验	492
四、持续握力试验的血压反应	492
五、Valsalva 动作的心率反应	493
六、眼心反射(亦称 Ascher 眼球压迫试验)	493
七、起立卧位试验	493
八、太阳神经丛反射(上腹部反射)	494
九、立毛反射	494
十、皮肤划纹反射	495
十一、内脏皮肤反射(Head 过敏区)	495
第三节 自主神经功能紊乱性疾病	496
一、雷诺病	496
二、红斑性肢痛症	497
三、偏侧面萎缩症	497



四、自发性多汗症	498
五、Riley-Day 综合征	499
六、直立性低血压	500
七、膀胱功能异常(尿失禁与尿潴留)	515
八、霍纳(Horner)征	516
九、晕厥	518
第十六章 脊神经损伤的定位诊断	520
一、脊神经的形成及其损伤的一般症状	520
二、局部神经损伤及其临床表现	523
第十七章 辅助诊断	550
一、腰椎穿刺(腰穿)	550
二、计算机断层扫描(CT)	552
三、磁共振成像(MRI)	552
四、脑回声图描记	553
五、脑血管造影术	554
六、经颅多普勒超声扫描	554
七、脊腔造影术	555
八、脑电图(EEG)描记	555
九、诱发电位的测定	556
十、肌电图描记与神经传导速度测定	559
十一、重复电刺激检查	561
索引	565

第一章

概 论

一、神经元简述

神经元都具有胞突,是从胞体伸出长短不等的突起。胞突按其形状分为两种:一种是呈树枝状短突,称为树突;另一种为细长的单突,称为轴突。每一个神经元可有多个树突,但只有一个轴突。轴突的长短因不同神经元而异,长者可达 1m 以上,短者仅有 $10\mu\text{m}$ 。延长的轴突被施万细胞或髓鞘包裹,构成神经纤维,神经纤维末端分布在相应组织或器官中,称为神经末梢。神经纤维传导方向即树突接受刺激后,把冲动传递给胞体,轴突则把冲动自胞体传出。

(一) 神经纤维

神经纤维是神经细胞突起的延长部分,主要由轴突及套在它外边的鞘结构所组成。中枢神经系统内的鞘状结构则由少突胶质细胞形成。周围神经系统的鞘状结构则由施万(Schwann)细胞形成。不同的轴突分别被这两种细胞反复包绕构成髓鞘,神经元胞体部分则不被以上两种细胞包绕(个别部分例外)。包有髓鞘的神经纤维,称为有髓纤维。有些轴突仅被施万细胞包裹,但不反复包绕,因而不形成髓鞘,称无髓纤维。在显微镜下



观察神经纤维的构造,如一条周围神经的有髓纤维可分成轴突(轴索)、髓鞘和施万鞘三部分。在轴突的外层包有髓鞘,髓鞘外层又包有施万鞘。这种结构很像电线或绝缘的导线。

有髓神经纤维,其髓鞘并不是连续的,但是每隔一定的距离有一处间隔,形成郎飞结(node of Ranvier),此处较狭窄,轴突呈半裸露状。在两个郎飞结之间有完整的施万鞘(Schwann sheath),和髓鞘包裹的一段,称为结间段,每一个结间段由一个施万细胞包绕(图 1-1)

(二) 髓鞘的形成

周围神经的髓鞘是由施万细胞的膜卷绕而成的。在髓鞘形成过程中,开始轴突先贴附在施万细胞膜表面,在此处逐渐凹陷并出现纵沟,轴突陷入沟中。随后纵沟两侧的胞膜彼此结合,形成双层系膜,称为轴系膜,轴突逐渐被包在细胞内。无髓神经纤维仅停留在此阶段。当轴突膜不断延长,包裹着轴突做螺旋状环绕时,即形成髓鞘,称为有髓神经纤维。无髓鞘的神经纤维,称为无髓神经纤维,其轴突外面直接被施万鞘包裹,但胞膜不做反复卷绕,故不形成髓鞘的板型结构(图 1-2)。

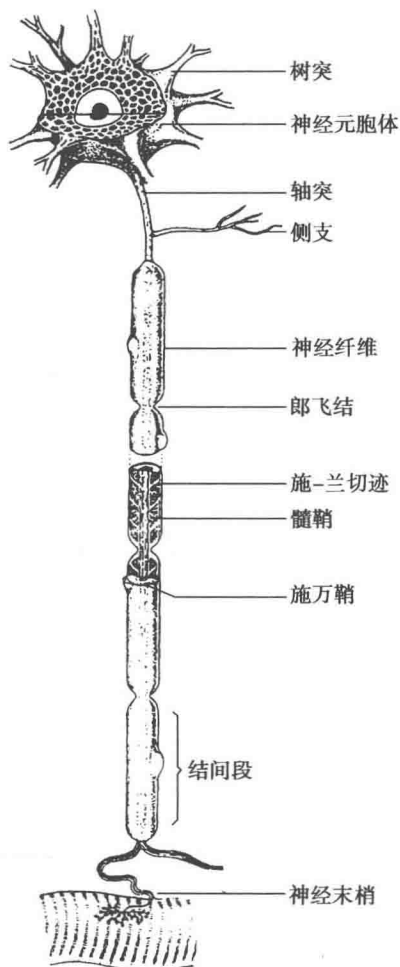


图 1-1 神经元模式图

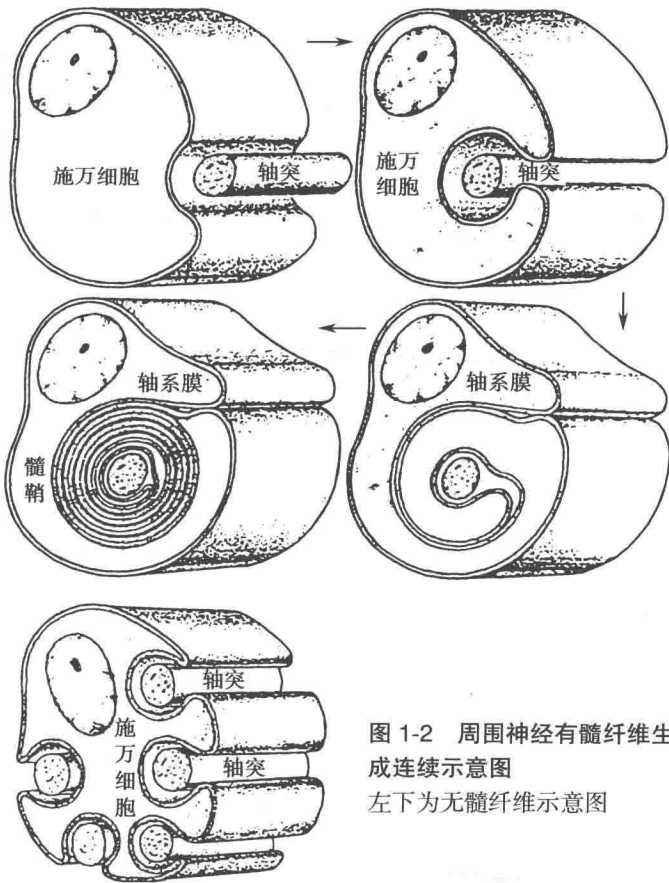


图 1-2 周围神经有髓纤维生成连续示意图
左下为无髓纤维示意图

中枢神经纤维髓鞘形成是由于少突胶质细胞的突起接近神经元轴突,轴突末端扩展成扁平薄膜,包裹轴突并反复环绕,与周围神经纤维髓鞘形成的过程大致相同。少突胶质细胞的数条突起可以包绕数条轴突,所以每个细胞也可以包绕数条轴突,因此每个细胞也可以包绕几个结间段(图 1-3)。

许多神经束集成神经干,其外膜是结缔组织,称为神经外膜。各神经束外膜的结缔组织称为神经束膜。神经束有很多神经纤维,神经束膜进入束内分布于神经纤维之间,形成神经内膜(图 1-4)。