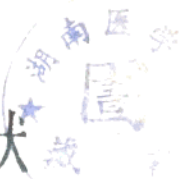
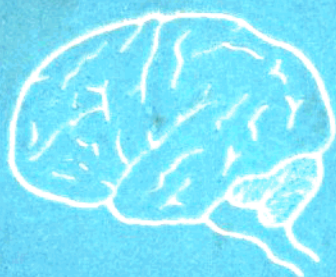


259155



神经病体征症状 鉴别诊断手册



泸州医学院

前 言

许多神经疾病的症状和体征在临床上相当常见，但对其病因鉴别诊断则多有困难，而传统的神经病学在指导从主诉去诊断病因帮助不大。美国佛罗里达大学医学院神经科主任 Melvin Greer 教授与 K. M. Heilman 教授，R. T. Watson 副教授 1977 年新著的神经病体征症状鉴别诊断手册，正是为了帮助临床各科医师就主要神经病的症征进行鉴别分析，得出正确的诊断。手册的特点是以表解的形式对头痛、癫痫发作、瘫痪、感觉障碍、肌张力及动作异常、昏迷、卒中、颅压增高、颅神经功能障碍、智能缺陷、行为障碍等症状的诊断程序，病因鉴别作了概括，有的还提出治疗措施及预后。手册内容广泛、材料新颖，易于检索，结合神经病学的学习，是一很有临床实用价值的参考书和临床手册。现由我院神经内科范生尧讲师译出，作为内部资料印行以供临床医疗、教学同志参考。由于我们水平的限制，书中存在的缺点或错误，热忱希望读者批评指正。

泸州医学院 何贵义

1980年10月

目 录

第一章 发作性疾病	(1)
1. 头痛的鉴别诊断.....	(4)
2. 血管性头痛的鉴别诊断.....	(5)
3. 偏头痛和肌收缩性头痛的治疗.....	(6)
4. 癫痫发作与晕厥的鉴别诊断.....	(7)
5. 晕厥的主要原因.....	(8)
6. 癫痫发作的分类.....	(9)
7. 儿童期某些发作性疾病特点的鉴别.....	(11)
8. 各年龄组癫痫发作的病因.....	(12)
9. 脑电图异常.....	(15)
10. 癫痫发作的诊断.....	(16)
11. 抗癫痫发作的治疗药物.....	(17)
12. 抗癫痫药物的药理特性.....	(18)
13. 癫痫持续状态的治疗(成人).....	(19)
第二章 瘫痪	(20)
1. 上运动神经原瘫痪与下运动神经原瘫痪的 鉴别诊断.....	(24)
2. 上运动神经原瘫痪的鉴别诊断.....	(25)
3. 成人中可能引起半球性瘫痪的常见疾病.....	(27)
图 1 脊髓病变的病理解剖.....	(28)
4. 不同类型的脊髓病变的症状和体征.....	(30)
5. 可能引起脊髓病变的疾病.....	(31)
6. 运动单位瘫痪的临床鉴别诊断.....	(36)
7. 运动单位瘫痪的实验室鉴别诊断.....	(37)

8. 运动神经病和肌萎缩·····	(38)
9. 脊神经根病·····	(41)
10. 常见的神经根损伤综合征·····	(44)
11. 肌肉的节段型运动神经支配及功能·····	(45)
12. 以主要临床特征作周围神经病的鉴别诊断·····	(53)
13. 周围神经病的病因鉴别诊断·····	(55)
14. 压迫性和诱发性神经病·····	(71)
15. 神经病的实验室检查·····	(76)
16. 损伤神经肌肉联接疾病的鉴别诊断·····	(77)
17. 肌肉疾病主要病因的鉴别诊断·····	(78)
18. 肌营养不良的鉴别诊断·····	(80)
19. 良性先天性肌病的鉴别诊断·····	(83)
20. 肌炎的鉴别诊断·····	(84)
21. 内分泌肌病的鉴别诊断·····	(86)
22. 周期性麻痹的鉴别诊断·····	(88)
23. 肌球蛋白尿的鉴别诊断·····	(89)

第三章 感觉缺失····· (90)

图2A 皮肤感悟的脊髓节段分布 前面·····	(插92)
图2B 皮肤感觉的髓髓节段分布 后面·····	(插92)
图3 皮肤感觉的脊髓节段分布·····	(插92)
图4A 周围神经分布的体表范围 前面·····	(插92)
图4B 周围神经分布的体表范围 后面·····	(插92)
1. 引起疼痛迟钝的疾病与遗传性感觉性神经病·····	(92)

第四章 肌张力, 姿式, 共济和运动的异常····· (93)

1. 肌张力障碍的鉴别诊断·····	(98)
2. 某些肌肉痛性痉挛状态的位置·····	(101)

3. 痛性肌痉挛的病因	(103)
4. 痛性肌痉挛的治疗	(105)
5. 持续性肌收缩综合征	(106)
6. 在肌病, 破伤风, 肌强直和持续性肌肉收缩状态 中, 肌张力增加的鉴别诊断	(107)
7. 引起手足徐动症疾病的鉴别诊断	(109)
8. 舞蹈症的鉴别诊断	(111)
9. 舞动运动的鉴别诊断	(113)
10. 震颤的鉴别诊断	(114)
11. 震颤的病因	(115)
12. 异常运动的治疗	(117)
13. 引起小脑症征的一些疾病的鉴别诊断	(118)
14. 有小脑体征的家族性和遗传性疾病	(122)
15. 节段性肌阵挛的病因	(123)
16. 全身性肌阵挛的鉴别诊断	(124)
17. 肌阵挛的实验室检查	(127)
18. 主要的几种异常步态	(128)
第五章 昏迷	(132)
1. 诊断性检查	(133)
2. 功能障碍的平面	(134)
3. 代谢性昏迷和脑实质损害所致昏迷之间的鉴别 诊断	(135)
4. 非占位性损害所引起的昏迷	(137)
5. 脑部结构病变引起的昏迷	(139)
第六章 行为障碍	(140)
1. 记忆障碍的类型	(144)

2. 痴呆的病因	(145)
3. 痴呆的实验室诊断	(146)
4. 失语	(148)
第七章 自主神经障碍	(150)
1. 自主神经障碍	(151)
2. 神经原性膀胱的鉴别诊断	(154)
图5 神经原性膀胱损害的位置	(156)
第八章 颅内压增高	(157)
1. 引起颅内压增高的疾病: 临床特征	(159)
2. 颅内压增高的鉴别诊断: 实验室检查	(173)
第九章 颅神经功能障碍	(181)
1. 颅神经	(192)
图6 常见脑干综合征的有关解剖	(198)
图7 瞳孔的自主性神经调节	(201)
2. 典型的脑干综合征	(202)
3. 引起嗅觉缺失的因素	(205)
4. 单侧视力丧失	(206)
5. 视神经萎缩	(207)
6. 视乳头水肿, 视神经炎, 球后视神经炎的鉴别	(210)
7. 常见的视野缺损	(211)
8. 复视的病因	(213)
9. 第V颅神经功能失调	(215)
10. 第Ⅵ颅神经(面神经)损害的位置	(218)
11. 第Ⅶ颅神经功能障碍的病因	(220)
12. 耳聋的原因	(222)
13. 听力障碍的定位	(223)

14. 眩晕的原因.....	(225)
15. 一些常见的眩晕原因的鉴别特点.....	(228)
16. 眼球震颤类型.....	(229)
17. 侵犯下四对颅神经的疾病.....	(231)
第十章 颈强直	(232)
1. 在颈强直中脑脊液的变化.....	(235)
2. 脑脊液糖降低的原因.....	(239)
3. 脑脊液淋巴细胞增多的原因.....	(240)
4. 细菌性脑膜炎的抗菌素治疗.....	(242)
5. 疑诊脑膜炎的诊断程序.....	(243)
6. 怀疑出血的诊断.....	(244)
第十一章 卒中	(245)
1. 卒中的原因.....	(246)
2. 出血与梗塞的鉴别诊断.....	(248)
3. 脑出血和蛛网膜下腔出血的鉴别诊断.....	(249)
4. 出血的鉴别诊断.....	(250)
5. 梗塞和血栓形成的鉴别诊断.....	(251)
6. 梗塞的鉴别诊断与治疗.....	(252)
第十二章 脑性瘫痪和婴儿肌张力减退	(253)
1. 脑性瘫痪的类型.....	(254)
2. 暂时性肌张力减退的原因.....	(256)
3. 持续性肌张力减退的原因.....	(257)
第十三章 头颅大小异常	(258)
1. 颅缝早闭的类型.....	(259)
2. 巨颅症的病因学.....	(260)
3. 巨颅症的检查方法.....	(263)

4. 小颅症的病因	(264)
第十四章 精神发育不全	(266)
1. 精神发育不全的静止性原因	(269)
2. 精神发育不全的静止性原因的 检查	(270)
3. 与精神发育不全静止性原因有关的畸形情况和 染色体异常	(271)
4. 引起精神发育不全的进行性疾病的症状和体征	(274)
5. 进行性精神发育不全的原因	(275)
6. 伴有精神发育不全的进行性神经系统疾病的实 验室检查	(287)

第一章 发作性疾病

头 痛

头痛是神经病学中最常见的陈诉之一。它主要是指从眼眶到枕下粗隆之间这个区域的疼痛。

头部有一些疼痛敏感结构：(1) 头皮和颈部肌肉；(2) 血管（例如：硬膜动脉，脑底部大动脉，头皮血管，硬膜窦）；(3) 神经（包括 V、Ⅱ、X 和上颈段的脊神经）。当这些结构受到牵拉、压迫、扩张或发炎时便引起疼痛。通常，来自天幕以上的颅内结构所引起的疼痛是在头的前部，而来自天幕以下的颅内结构所引起的疼痛是在枕部或枕下区域。

头痛可分为五个主要类型：(1) 血管性头痛，(2) 肌收缩性头痛，(3) 牵拉性头痛，(4) 颅脑炎性头痛，(5) 颅外性头痛。诊断时，确定患者是何种类型的头痛是很重要的；表 1 概括了这些头痛的鉴别诊断。诊断了大类之后，然后在每类头痛当中还应当进行细致的鉴别（表 2）。

对于每一个头痛患者，都应采集完整病史，进行体格检查和神经病学的诊断。常常，血管性头痛和紧张性头痛的诊断，不需要进一步的实验室检查就可以确定。然而在诊断紧张性头痛时，如头痛局限在前部，则应对鼻窦摄片以帮助排除鼻窦炎。进行眼压测定以排除青光眼，除鼻窦炎外，肌收缩性头痛最易与牵拉性头痛混淆。CAT 扫描（电子计算机控轴性断层脑扫描，以后均称 CAT 扫描）是最好的排除牵拉性头痛的筛选方法。如缺乏 CAT 扫描仪时，脑扫描和脑

电图也可以帮助除外脑实质损害。

限于一侧的复发性偏头痛偶而可能是由于动静脉畸形所引起。这点可信动态的脑扫描进行鉴别。如果怀疑非偏头痛性血管性头痛，则应进行血气分析和血清糖含量测定。每个病人均需常规测定血压。有时血管性头痛易与其他类型的头痛，特别是颅内炎变性头痛相混淆。当怀疑头痛是由颅内炎变所引起时，必须行腰椎穿刺检查。任何一个患者，一旦出现突然的、剧烈的头痛，不管有无意识丧失（没有局灶性的神经体征），都应当进行腰穿，以除外蛛网膜下腔出血。50岁以上的患者，应当测定红血球沉降率以排除颞动脉炎。

可能时，对患有颅内炎性头痛（见10章），非偏头痛性血管性头痛，牵拉性头痛（见8章），和颅外性头痛的病人，都应该对其原发病进行治疗。紧张性头痛和偏头痛的治疗在表3中介绍。治疗前，内科医师都应熟知所用药物的适应症、禁忌症、副作用和剂量。

晕厥

晕厥是指暂时性意识丧失。一般都不伴有持久的神经病理学改变。虽然晕厥常为自限性，并且预后良好，但它可能是一种严重的潜在疾病的一个症状。突然的意识丧失，除了不能进行社交活动外，还可能导致严重的跌伤。因此，对于晕厥病人应仔细诊断。在晕厥的鉴别诊断中，首先必须确定是晕厥（没有神经病理学损害）还是由于癫痫发作而引起的短暂意识丧失。癫痫发作常常意味着有潜在的神经病理学改变，因而对这些病人必须采用不同的方法进行处理（见下节）。癫痫发作和晕厥之间的鉴别见表4。

在晕厥的诊断确定之后，必须进一步考虑其引起晕厥的主要原因（表5）。其中病史特别重要。一个病人，如果没

有出现短暂性的颅神经体征，基底动脉机能不全的诊断是难以确立的。晕厥可以作为偏头痛的唯一症状，但偏头痛还常常伴有其它的体征（见前面节段）。当晕厥是由于蛛网膜下腔出血所致时，可能还伴有其它的体征，如头痛或颈强直，腰穿即可作出诊断。若病人陈诉在迅速起立，心搏缓慢时昏倒，或在转动头部、小便、咳嗽之后昏倒，这些病史都有助于晕厥的诊断。体格检查时应特别注意心血管系统，以帮助确定晕厥是否由于心血管疾病所引起。

实验室检查：如胸部 X 线检查、心电图、心脏监护、血糖测定以及药物分析，都有助于确定晕厥的原因。

在治疗上应针对原发病而进行治疗。

癫痫发作

癫痫发作可能是下述三种情况的症状。(1) 神经原兴奋性增高的遗传素质，(2) 代谢异常，(3) 中枢神经系统的局灶性病理改变。癫痫分类见表 6。癫痫发作常易与晕厥混淆（见表 4）。儿童期癫痫发作易与摒气发作相混淆（见表 7）。

每个年龄组都有不同的疾病可引起癫痫发作。在这些不同的年龄组中，引起癫痫发作的主要原因见表 8。临床医师常需借助一些实验室检查帮助鉴别。脑电图在鉴别其癫痫发作的不同类型上是最重要的检查方法之一（见表 9）。表 10 是一个应该如何诊断癫痫病人的程序。

治疗方面有六个主要原则：(1) 开始时宜采用一种药物，(2) 逐渐增加剂量到不再发作或显示出中毒的证据。

(3) 如需要时可增加第二种药物。(4) 改变剂量只能是在连续试用最少一周之后。(5) 在不发作至少两年后才能终止给药。(6) 如果能测定血中药物水平，对于治疗是有帮助的。癫痫药物治疗的应用见表 11；它们的药理学特性见表 12。癫痫持续状态的治疗见表 13。

表 1 头痛的鉴别诊断

临床表现	血管性头痛	肌收缩性头痛	牵拉性头痛	颅内炎症性头痛	颅外性头痛
例	常见单侧开始	常是双侧	一侧或两侧	双侧	一侧或两侧
严重程度	严重	轻或严重	较轻	严重	轻或严重
跳动性痛	开始时出现	通常在开始时没有,但痛到高峰时可出现	无	有	无
头部位置改变	严重	轻	中等	严重	轻
发病经过	急性	亚急性或慢性	亚急性或慢性	急性	急性,亚急性
胃肠功能障碍	严重	无或轻	中等	轻或严重	无
视力障碍	有	无	可能有	可能有	无
压痛	颅外血管上有轻压痛	枕下和双颞部肌肉明显压痛	无	除颞动脉外无压痛	鼻窦炎症者该区有压痛
局部神经体征	可能有	无	可能有	可能有	无
颈强直	无	轻	轻或明显	明显	无

表2 血管性头痛的鉴别诊断

偏头痛

典型偏头痛：首先出现对侧的神经症状（即偏盲、暗点、弱视、感觉异常，麻木、无力、语言障碍）、紧接着就是一侧性跳动性头痛，常持续几小时，并伴以恶心和呕吐。这种病人常有明显的家族史。

普通型偏头痛：呈一侧或两侧性跳动性头痛，没有神经症征。

眼肌型偏头痛：在头痛后出现眼肌瘫痪，头痛与眼肌瘫痪为同侧。

丛集性头痛（组织胺性头痛，霍顿氏(Horton's)头痛)：表现为剧烈的一侧性头痛，这种头痛常使病人从睡眠中痛醒，并伴有单侧流泪，结合膜充血，眼睑下垂，瞳孔缩小和鼻阻；头痛呈连续的或丛集性的。头痛主要局限于眼和颞部区域。

非偏头痛性血管性头痛

血液成分改变

血内碳酸过多

血氧不足

低血糖

一氧化碳

药物诱发

硝酸盐类，停用咖啡因类，宿醒状态(HangOver)

其它

抽搐后

癫痫发作后

发烧

高血压

表 3 偏头痛和肌收缩性头痛的治疗

治 疗	偏 头 痛	肌收缩性头痛
作用于血管的药物	麦角制剂 (如酒石酸麦角胺)	无效
止痛药	(1) 醋氨酚 (退热净) 或 (2) 乙酰水杨酸 (ASA) 或 (3) Fiorinal 或其它止痛剂	同左
预防	(1) 停服口服避孕药; (2) 心得安或(3) 盐酸苯噻啶或(4) 甲基麦角胺或(5) 低酪胺饮食	肌肉松弛剂, 即苯甲二氮革 (安定), 或抗抑郁药, 如盐酸阿密替林
行为心理及机械治疗	生物反馈、精神治疗	生物反馈 (肌电图), 松弛性运动, 精神治疗
其它	恶心呕吐可用甲氧氯丙胺或甲基苯甲酰胺	

表 4 癫痫发作与晕厥的鉴别诊断

	癫 痫	晕 厥
运动肌活动	强直性痉挛、阵挛性收缩、口周抽动、自动症	通常肌力弱，没有运动
损伤	舌咬伤及继发于阵挛性收缩的损伤	继发于跌倒的损伤
尿失禁	在大发作时有	通常没有
病叫	一般在大发作开始时	无
呼吸改变	在强直—阵挛期时有呼吸改变	由于血液成分改变，呼吸可能增加或减少
脉搏	增快	可能减慢或不规则
发作后嗜睡	可能有	无
发作后的神经体征	可能有	无
脑电图	可能异常	正常（当病人没有意识障碍时）

表 5 晕厥的主要原因

中枢神经系统

歇斯底里

中枢神经系统局部缺血

基底动脉机能不全

偏头痛

蛛网膜下腔出血

全身性血压下降

血管迷走性晕厥

颈动脉窦征群

主动脉瓣病变

心肌梗塞

肺栓塞

夹层动脉瘤

直立性低血压

心律失常

心房粘液瘤

咳嗽性晕厥

排尿性晕厥

血液成分的改变

血内碳酸过多

低血糖

血氧不足

血内碳酸过低

药物

表 6 癫痫发作的分类

(1) 局限性发作

局灶的临床特点是由于一群特殊的神经细胞的病理放电，并且在脑电图上呈局限性异常。这种现象可能持续在局部，也可能扩散为全身性的，并通常有其引致的病理损害。本病可发生在任何年龄，常规检查可能有局限性异常或发作后局限异常。

1、具有基本症状的局部发作：一般不是全身性的，而且没有意识丧失。

- (1)运动性（贾克森氏，旋转性、失语性）
- (2)感觉性（躯体性，视、听、嗅、眩晕性等）
- (3)自主性（罕见）
- (4)复合性（即具有基本的和/或复杂的症状）

2、具有复杂的症状的局部发作：符合颞叶性癫痫表现（精神运动性发作），常常导致意识障碍，这些症状可能从基本症状开始。

- (1)仅有意识障碍，
- (2)认识障碍（似曾相识，强迫性思维等），
- (3)情感障碍。
- (4)精神感觉性发作（幻觉，视物增大症等）
- (5)精神运动性自动症发作。
- (6)复合型

3、局部发作继发全身性发作：常常在局部发作后发生强直性——阵挛性癫痫的发作。

(二) 全身性发作

此类发作开始没有局部发作。常常在开始就出现意识丧