



DIAGNOSIS
AND THERAPY
HANDBOOK

• 临床医师诊疗全书

现代神经病
学诊疗手册

主 编 余宗颐 陈清棠

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

R741
727

99460

临床医师诊疗全书

现代神经病学诊疗手册

主 编 余宗颐 陈清棠

编写者 (按姓氏笔划)

王象昌 孙相如 吴 逊

余宗颐 陈清棠 赵玉宾

贺茂林 高素荣

北京医科大学
中国协和医科大学

联合出版社

(京)新登字 147 号

图书在版编目(CIP)数据

现代神经病学诊疗手册/余宗颐,陈清棠主编. —北京:
北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1994.5

(临床医师诊疗全书/才文彦,朱学骏主编)

ISBN 7-81034-362-9

I. 现… I. ①余…②陈… III. 神经病学-疾病-诊疗
-手册 IV. R741-62

北京医科大学
中国协和医科大学联合出版社出版发行

(100083 北京学院路 38 号 北京医科大学院内)

泰山新华印刷厂莱芜厂印刷 新华书店经销

※ ※ ※

开本 787×1092 1/36 印张: 6.125 字数: 175 千字

1994 年 5 月第 1 版 1995 年 10 月山东第 2 次印刷 印数 6001-10500 册

定价:13.50 元(精)

《临床医师诊疗全书》编委会

主 编	才文彦	朱学骏	
副 主 编	许广润	李齐岳	余宗颐
编 委	(按姓氏笔划)		
	才文彦	田庚善	许广润
	朱学骏	严仲瑜	李齐岳
	李美玉	余宗颐	汪丽蕙
	陈清棠	张树基	赵瑞琳
	郭 敏	徐文怀	程义先
	董 悦	傅希贤	
主编助理	朱世宁		

前 言

近代医学发展十分迅速，基础医学尤其是免疫学及分子生物学一系列突破性的进展已在临床医学领域产生了深刻的影响。临床医生必须不断学习，吸收现代科技进步的营养，才能跟上医学发展的步伐，不断提高诊疗技术，更好地为患者解除病痛。在高节奏、高效率的现代社会，广大医务人员在日常繁忙的医疗工作中，迫切需要一本内容全、资料新，并便于查阅的手册，正是基于这样的实际需要，北京医科大学第一临床医学院的专家教授们根据长期从事临床教学的经验，本着内容丰富、资料新颖、文字简练、深入浅出、简明实用的原则编写了这套临床医师诊疗全书。

北京医科大学第一临床学院是一所具有近 80 年历史的大型综合性医院，是北京医科大学主要的教学医院，临床科室齐全，医疗设施先进，技术力量雄厚，全院有近 300 位教授、副教授，在长期培养医学生及各级医师方面有着丰富的经验，并先后编写了一系列行之有效的诊疗常规手册，有的还经过多次修改再版，深受各级医务人员的欢迎。但以往限于出版、经费等限制，都是内部发行。今天，在北京医科大学各级领导和北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社的鼓励、关心和支持下，经过百余名专家教授近一年的努力，这套丛书的第一辑终于正式出版公开发行了，我们相信这对工作在临床第一线的广大医务人员，特别是住院医师、主治医师会是一本有益的

工具书和参考书。

许多参加编写这套手册的老教授仍在医、教、研第一线工作，任务繁重，加之参加写作的人员较多，各人的文风难以一致，繁简程度也不尽相同，有的新诊治方法不可能都列入“常规”手册，总之，还有许多不足之处，殷切盼望同道们不吝指教，以便今后修改补充。

才文彦 朱学骏

1994. 4. 15.

目 录

第一篇 常见神经内、外科疾病的诊断与治疗

第一章 脑血管疾病	(1)
脑出血	(1)
脑蛛网膜下腔出血	(6)
短暂脑缺血发作	(10)
脑梗塞	(13)
第二章 炎症性疾病	(17)
Creutzfeldt—Jakob 病	(17)
急性脊髓炎	(19)
第三章 变性病	(22)
Alzheimer 型痴呆	(22)
Huntington 舞蹈病	(26)
运动神经元病	(29)
脊髓小脑变性	(33)
震颤麻痹	(38)
肝豆状核变性	(44)
腓骨肌萎缩症	(48)
脊髓亚急性合并性硬化	(50)
第四章 脱髓鞘病	(53)
多发性硬化	(53)
播散性脑脊髓炎 (感染后、疫苗后)	(56)
第五章 发作性疾病	(58)
癫痫	(58)
偏头痛	(65)
发作性睡病	(67)
第六章 先天发育性疾病	(69)

颅底压迹	(69)
短颈畸形	(70)
小脑扁桃体下疝畸形	(71)
脊髓空洞症、延髓空洞症	(73)
第七章 占位性疾病	(76)
颅内肿瘤	(76)
脊髓压迫症	(82)
第八章 外伤性疾病	(86)
颅脑损伤	(86)
脊髓损伤	(90)
第九章 周围神经病	(93)
三叉神经痛	(93)
特发性面神经麻痹	(96)
多神经病	(98)
急性感染性多发性神经根炎	(102)
腕管综合征	(107)
股外侧皮神经炎	(109)
坐骨神经痛	(110)
第十章 肌肉病	(114)
进行性肌营养不良症	(114)
萎缩性肌强直症	(118)
周期性瘫痪	(121)
重症肌无力	(126)
线粒体肌病与脑肌病	(130)
僵人综合征	(133)

第二篇 诊断技术与治疗技术

第十一章 特种检查法	(136)
脑电位检查法	(136)
肌电图与神经电图检查法	(140)
诱发电位检查法	(148)
前庭功能检查法	(155)
眼震电图	(156)

经颅多普勒超声	(158)
失语症检查法	(165)
智能检查法	(170)
第十二章 常用的穿刺术	(173)
腰椎穿刺术	(173)
小脑延髓池穿刺术	(175)
腰椎、小脑延髓池穿刺的并发症	(176)
结果判断及临床意义	(176)
第十三章 脑血管造影术	(182)
第十四章 三叉神经根经皮穿刺射频毁损术	(185)

第一篇 常见神经内、外科疾病的 诊断与治疗

第一章 脑血管疾病

脑 出 血

脑出血或称脑溢血，系指非外伤性脑实质内的出血。严格地说，应称为脑内出血。虽然脑出血可来源于脑内动脉、静脉或毛细血管，但以深部穿通支小动脉出血为最多见。绝大多数是高血压病伴发的脑小动脉病变在血压骤升时破裂所致，称为高血压性脑出血。其他可能引起脑出血的病因（先天性脑血管畸形或动脉瘤、血液病、脑动脉炎）虽不少，然而发病人数不多。

【诊断】

一、症状

（一）发病年龄常在 50~70 岁，在性别方面男稍多于女。寒冷季节发病较多，白昼发病者多于晚间。体型方面，脑出血病人颈部短粗、两肩宽阔、颜面鲜红、五短身材者多。

（二）一切能使血压突然增高的因素都可成为脑出血的诱因，如剧烈的情绪变动、用力排便、性交、饱餐与剧烈运动等。

（三）前驱症状

1. 多数病例起病急骤而无预感。少数病例在发病数小时前或数日前可有之。

2. 值得重视的前驱症状为：（1）剧烈的后侧头痛或项部痛；（2）运动或感觉障碍；（3）眩晕或晕厥；（4）鼻衄；（5）无视乳头水肿的视网膜出血。

（四）颅内压增高症状

1. 意识障碍：突然神志昏迷，是脑出血的最主要症状。昏迷

常在起始即非常严重，少数病例可逐步发展，渐次加深，甚至数日后始昏迷。间或有些病例略微清醒以后再度陷入昏迷。症状减轻时昏迷转成昏睡，意识逐渐清楚。昏迷的发生及其轻重，并非完全决定于出血量的多少，与颅内压增高的程度，出血的部位亦有关系。如病变接近第三脑室中央灰白质或丘脑核者，昏迷最易发生；如大脑半球灰白质受累，则昏迷不易发生；如出血流至脑室，即呈昏迷。

2. 呕吐：脑出血时相当多见，其发生率仅次于脑蛛网膜下腔出血。呕吐之产生大多由于颅内压增高或脑干受累所引起。脑出血病例晚期呕吐物呈咖啡色者并不少见。一般认为，脑出血可引起丘脑下部的植物神经中枢功能障碍，致胃部血管舒缩障碍，使胃发生急性溃疡而出血，为脑出血终末期的表现。

3. 头痛：其发生率难以代表实际情况，由于多数脑出血病例处于昏迷状态，能述说症状者不多。

(五) 惊厥：少数病例可有惊厥发作，大多为全身性强直一阵挛发作，少数为杰克逊发作。惊厥大多在起病后 1~2 小时内出现，可能与出血部位接近皮质有关。

二、体征

(一) 血压增高：脑出血急性期血压通常增高，收缩期血压大多超过 26.6 kPa (200 mmHg)，典型的脑出血病人舒张期血压亦增高。脑出血病人在急性期血压增高的原因可能是：

1. 原有的血压较高；
2. 脑出血时发生急性颅内压增高，引起血压升高；
3. 呕吐以后血压常可增高 5.3~6.7 kPa (40~50 mmHg)，约 15~30 分钟后逐渐下降而恢复至原有水平。

(二) 颅内压增高体征

1. 呼吸变深而慢，或快而不规则，或呈潮式呼吸。脉搏充实而缓慢，每分钟常在 50~60 次之间。血压增高。

2. 眼底改变：视网膜静脉怒张，视网膜静脉无搏动，视神经乳头边界不清，视网膜出血（可呈线状、条纹状或火焰状）环绕于视神经乳头周围。

(三) 脑膜刺激征：颈强直与克尼格征约见于半数以上的病例。

(四) 局灶性神经系体征，依出血部位而异。

1. 壳核-内囊出血：出现两眼向出血灶同侧凝视的三偏征，即偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲。

(1) 偏瘫：出血灶对侧的脑性偏瘫，瘫痪侧鼻唇沟变浅，呼气时瘫痪侧面颊鼓起较高。如昏迷不深或在压眶时可以见到健侧上下肢自发动作而瘫痪肢并无动作。病之初期瘫痪肢肌张力低下，腱反射不能引出，呈弛缓性。一般在数周后瘫痪肢由弛缓性逐渐转为痉挛性，上肢呈屈曲内收，下肢呈伸性强直，腱反射亢进，可出现阵挛与引出病理反射。

(2) 偏身感觉障碍：出血灶对侧偏身可有不同程度的浅感觉与深感觉障碍，不如偏瘫程度显得严重。

(3) 偏盲：可出现病灶对侧的同位性偏盲，主因经过内囊的视放射受累所致。

(4) 主侧半球病变常有失语。

2. 丘脑出血：丘脑出血常出现病灶对侧偏身浅感觉与深感觉缺失，若邻近内囊受累，则有病灶对侧的轻偏瘫或偏瘫，若病变累及内侧膝状体，则可出现病灶对侧的同位性偏盲。主侧半球脑出血可出现失语症。辅侧半球丘脑出血常有疾病感缺失和忽略症。丘脑出血的另一特点是出血常波及中脑，发生一系列眼球症状。两眼垂直同向运动不能或两眼向上运动受限而常处于向下视，犹如“日落”状，瞳孔常较小、不等大，对光反应迟钝或消失等。

3. 脑桥出血：通常为突然起病的深昏迷而无何预感或头痛，可在数小时内死亡。双侧锥体束征和去脑强直常见。早期可表现为交叉性瘫痪，即病灶同侧的周围性面瘫与病灶对侧的脑性偏瘫。脑桥出血两眼向病灶对侧凝视。脑桥出血常阻断丘脑下部对体温的正常调节而使体温高度上升，呈持续高热状态。由于脑干呼吸中枢的影响常出现不规则呼吸，可在早期出现呼吸困难。

4. 小脑出血：多数表现为突然起病的眩晕、频繁呕吐，枕部头痛，一侧上下肢共济失调而无明显瘫痪，可有眼球震颤，一侧周围性面瘫。少数呈亚急性进行性，类似小脑占位性病变。重症大量出血者呈迅速进行性颅内压增高，很快进入昏迷，多在48小时内因枕大孔疝而死亡。

三、实验室及其他检查

(一) 脑脊液检查 脑脊液压力一般均较高，多为血性。如临床诊断较明确，则不必作腰椎穿刺。如出血与缺血鉴别上有困难，临床上颅内压增高不明显，可审慎地作腰椎穿刺。有明显颅内压增高，可能形成脑疝者，禁忌作腰椎穿刺。

(二) 颅脑超声波检查 应在起病后 24 小时以内进行，如见脑中线波移位，更有助于脑出血的诊断。

(三) 颅脑 CT 扫描 早期即可发现高密度出血影，可显示血肿的部位、大小、邻近的脑水肿带、脑移位及是否穿破入脑室等。

四、诊断要点

50 岁以上，有高血压病史，在体力活动或情绪激动时突然发病，进展迅速，早期有头痛、呕吐、意识障碍等颅内压增高症状，并有脑膜刺激征及偏瘫、失语等脑局灶体征。如腰椎穿刺示有颅内压增高及血性脑脊液，则可确诊。颅脑超声波检查多在早期即有中线移位。颅脑 CT 扫描显示高密度出血影，当可确诊无疑。

【鉴别诊断】

一、脑梗塞

临床方面鉴别脑出血和脑梗塞有时是很困难的。近年来由于出血性卒中和缺血性卒中在治疗上各异，因此鉴别诊断就显得尤为重要。从临床角度进行鉴别诊断，以下几点可资参考：

(一) 短暂脑缺血发作史少见于脑出血，而较多见于脑梗塞。

(二) 早期表现的意识障碍与局灶性神经系体征的相对严重程度有助于鉴别。一般情况，意识障碍表现较轻而局灶性神经系体征表现较重者以脑梗塞的可能性为大。反之，发病早期意识障碍表现较重而局灶性神经系体征即使不重也以脑出血的诊断可能性为大。

(三) 临床鉴别不明确，可进行腰椎穿刺检查脑脊液。起病 6 小时后，只有 10% 的脑出血病人的脑脊液不含红细胞。脑脊液压力在脑出血时大多数增高。

(四) 发病早期 24 小时内的颅脑超声波检查在脑出血中常有明显的中线偏移。病程稍晚才出现偏移则需除外较大范围的脑梗塞所伴有的脑水肿。

二、颅内肿瘤

颅内肿瘤的临床症状是非常复杂的,有时可出现昏迷,特别是某些颅内肿瘤发生出血或肿瘤压迫移位时,可以突然发生昏迷。但是根据病人早有的头痛、恶心、呕吐、眼底视乳头水肿等颅内压增高症状,脑瘤引起的其他神经系局灶体征,脑脊液压力增高而无出血,血压亦无显著增高等现象,可与脑出血进行鉴别。

三、高血压脑病

无论哪种原因引起的血压急剧升高,均可因高血压脑病而发生昏迷。其中以急性或亚急性肾炎引起者较多见。此时血压甚高,血液内尿素氮虽可升高,但肾功能良好。其发病一般认为,由于甚高之血压引起脑水肿所致。病人有剧烈的头痛、恶心、呕吐、视力减退、惊厥或昏迷。但一般无偏瘫及血性脑脊液。

【治疗】

一、治疗原则 降低颅内压和控制脑水肿以防止脑疝形成,降低增高了的血压以防止进一步出血。

二、常规治疗

(一) 一般处理

1. 保持安静、绝对卧床,应在当地进行抢救,不宜长途运送及过多搬动,以免加重出血。

2. 保持呼吸道通畅,随时吸除口腔分泌物或呕吐物。适当给氧,以间歇吸用为宜。

3. 保持营养和水电解质平衡,起病初1~2日内昏迷病人可予适量静脉补液。24~48小时后如意识有好转,吞咽无障碍者可试进流质、少量多餐,否则应予鼻饲保持营养。脑出血、脑水肿时,每日入液量一般不宜超过2500ml。

(二) 控制脑水肿,降低颅内压

1. 20%甘露醇 250ml 静脉滴注,20~30分钟内滴完,每6~8小时1次。滴注后4小时内如尿量少于250ml时,需慎用或停用,应检查肾脏情况。

2. 10%甘油 500ml 静脉滴注,每日1~2次。该药起效较慢,但持续时间较长,且无反跳作用。

(三) 控制高血压 降低增高了的血压是防止进一步出血的重要措施,但不宜将血压降得过低,以防供血不足。一般以维持在

20.0~21.3/12.0~13.3kPa (150~160/90~100mmHg) 为宜。收缩压超过 26.6kPa (200mmHg) 时, 可适当给予降压药物, 常用利血平 0.5~1mg。肌肉注射。

(四) 止血药和凝血药对脑出血并无效果, 但如合并消化道出血或有凝血障碍时, 仍可使用。常用的药物有 6-氨基己酸、安络血、仙鹤草素等。

(五) 预防及治疗并发症 重症病人应特别加强基础护理, 定时轻轻更换体位, 注意皮肤的干燥清洁, 预防褥疮和肺部感染。放置滞留导尿管者, 每 4 小时放尿一次, 每日用 1:5000 高锰酸钾或 1:2000 呋喃西林冲洗膀胱。如昏迷时间较长或已并发肺炎、泌尿系感染时, 应给予相应的抗生素治疗。瘫痪肢应注意保持于功能位置, 按摩及被动运动, 以防关节挛缩。

三、手术治疗

(一) 小脑出血血肿超过 15ml 或直径超过 3cm, 有脑干或第四脑室受压, 第三脑室及侧脑室扩大、或出血破入第四脑室者, 应尽早手术治疗。

(二) 壳核-内囊出血, 经内科疗法后病情进一步恶化, 颅内压继续增高或有脑疝形成趋势的病例应手术治疗。

(余宗颐)

脑蛛网膜下腔出血

颅内血管破裂后血液流入脑蛛网膜下腔称为脑蛛网膜下腔出血, 临床上通常将其分为外伤性与自发性脑蛛网膜下腔出血两大类。前者由颅脑外伤所引起, 非本节研讨范围。自发性脑蛛网膜下腔出血又分为两类: 如出血部位开始就在脑底部或脑表面上的血管破裂, 血液直接流入脑蛛网膜下腔者称为原发性脑蛛网膜下腔出血; 如系脑实质内出血, 血液穿破脑组织流入脑室及蛛网膜下腔者称为继发性脑蛛网膜下腔出血。

【诊断】

一、症状

(一) 各个年龄组均可发病。脑血管畸形破裂多发生在青少年, 先天性颅内动脉瘤破裂则多在青年以后, 老年以动脉硬化而致出

血者为多。

(二)常见的发病诱因有用力排便、情绪激动、重体力劳动、饮酒、奔跑、咳嗽、性交等。

(三)起病情况：绝大部分为突然起病，有些病例在发病前有一侧性搏动性头痛或眼眶痛。

(四)起病时症状

1. 头痛：起病时虽可有各种各样的症状，但最常见的症状是突然剧烈的头痛，始为劈裂样剧痛，以后变为钝痛或搏动性痛。头痛的部位开始可能为局限性的，但很快变为弥漫性的，并常伴有颈部及背部的疼痛。开始的局限性头痛是由于病变处血管扭转变形及破损出血所致。开始位于额部的头痛往往提示出血来源于后颅窝；开始的头痛局限于一侧者，其出血部位通常即发生于该侧血管。老年人在蛛网膜下腔出血时常无头痛，可能与老年人对头痛反应迟钝、疼痛阈增高有关。头痛持续时间一般在起病1~2周后，才逐渐减轻或消失。

2. 意识障碍：绝大多数病例在发病时立即出现意识障碍，只有少数病例在起病12小时内发生。意识障碍的程度及持续时间与出血量及出血部位、脑损害的程度有一定关系，昏迷持续的时间最短者只有5~6分钟。有些病人清醒几天后再出现意识障碍，可能由于再次出血或脑血管痉挛而引起。年龄越大的病人意识障碍越多见，因老年人原已有动脉硬化，有相对的脑供血不足，脑细胞功能差的缘故，一旦颅内出血，颅内压增高，则发生脑功能障碍。

3. 呕吐：为本病的常见症状之一，多为喷射性呕吐。

4. 惊厥：可发生在出血当时或出血以后的短时期内。有人认为，若出现惊厥，出血部位当在天幕上。

5. 精神症状：部分病例在意识恢复后有定向障碍，有不同程度的近事记忆障碍。少数病例可出现谵妄、虚构、幻觉、妄想、躁狂等精神症状。亦有少数病例虽意识清楚，但较淡漠、嗜睡，并有畏光、怕声、拒动、主动言语明显减少。个别病例呈痴呆样表现。精神症状一般持续几周后逐渐恢复。有人认为精神症状多由于大脑前动脉或前交通动脉附近的动脉瘤破裂出血而引起。

二、体征

(一) 脑膜刺激征：是本病主要体征，表现为颈项强直，克尼格征阳性。颈项强直是由于蛛网膜下腔出血后血液刺激脑膜所引起，其强直的程度与出血量有关，通常在起病数小时至多1~2天内即迅速出现，少数可在发病后较晚才发生。病人年龄越大，尤其是70岁以上的病人，其脑膜刺激征则明显减少。颈项强直的消失时间不等，大多在起病后3~4周之间消失。

(二) 偏瘫：偏身感觉障碍或偏盲引起的原因是脑水肿、血液流入脑实质、或由于血块的压迫、脑血管痉挛。若有显著的偏瘫及严重的偏身感觉缺失则提示出血来自外侧裂中的大脑中动脉的动脉瘤，而双侧肢体轻瘫则提示出血部位靠近大脑前动脉与前交通动脉的连接处，出血扩展至两侧额叶。早期出现的偏瘫、偏身感觉障碍则可能由于脑水肿或出血进入脑实质而引起，而以后出现的偏瘫，往往是由于脑动脉痉挛所致。

(三) 眼底：蛛网膜下腔出血后，由于眼静脉回流发生障碍，可显现一侧或两侧视神经乳头水肿、瘀血、静脉充血、眼内出血（视网膜出血、有时玻璃体下出血），此由于血液从蛛网膜下腔向前充满了视神经鞘的蛛网膜下腔，因而使视网膜静脉回流受阻，而此时供应视网膜的动脉血液并未减少，故视网膜静脉及毛细管发生破裂而出血。眼内出血有时可侵入房水而致视力严重减退或永久性视力障碍。

(四) 颅神经麻痹：动眼神经麻痹提示为后交通动脉和颈内动脉连接处的动脉瘤，尾组颅神经麻痹和脑干症状则提示椎-基底动脉动脉瘤。

三、实验室及其他检查

(一) 脑脊液检查：血性脑脊液为本病最可靠的诊断依据。出血后数小时进行腰椎穿刺，可见脑脊液压力增高，外观呈均匀血性，镜检可见大量红细胞，开始时红细胞与白细胞的比例与血中相似，通常为1万个红细胞有1个白细胞，起病后12小时或更久白细胞可增加，为无菌性炎性反应所致。出血数小时后红细胞即开始溶血，离心后其上清液呈黄色（黄变症）。如无继续出血，1~2周后红细胞消失，约3周后黄变症亦消除。脑脊液蛋白质含量常增高，这是由于红细胞溶解释放出大量血红蛋白及出血后渗出反应