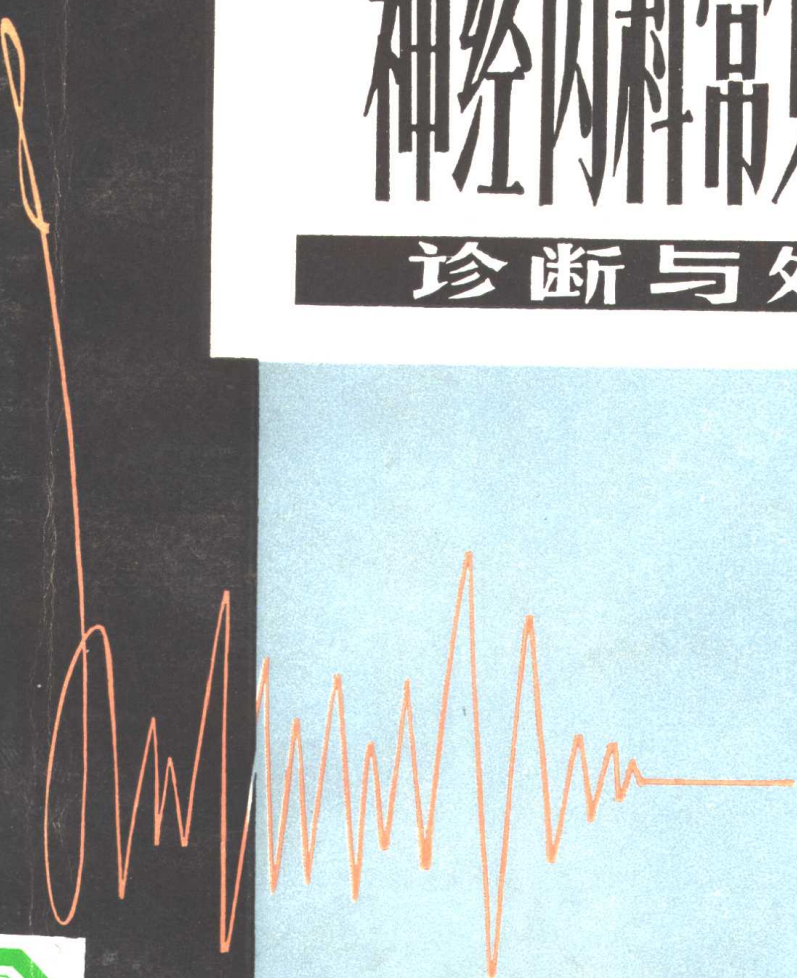


神经内科常见疾病

诊断与处理



内蒙古人民出版社



神经内科常见疾病 诊断与处理

聂振华 著
曹天祥 校

内蒙古人民出版社

一九八〇年

神经内科常见疾病诊断与处理

聂振华 著

曹天祥 校

*

内蒙古人民出版社出版

(呼和浩特市新城西街82号)

内蒙古新华书店发行 内蒙古新华印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 16.75 字数 441千字

1981年1月第一版 1981年5月第1次印刷

印数：1—5,200册

统一书号：14089·59 每册：1.65元

前 言

现阶段在我国，神经系统疾病由于逐渐被重视而发现的病人日益增多，但神经病专科医师较少，因此多由内科医师分担这方面的防治任务。不过目前有些医院正纷纷派出医生进修神经内科，且成立神经专业组。作者希望为此提供一本实用的参考书，乃结合自己临床实践及国内外文献写成此书，以便和同道交流经验，共同为祖国建设贡献力量。本书将自己的临床经验加以系统性理论性总结，特别是关于神经病诊断学方面有自己独特的概括，且贯彻全书始终。读者可细心体味，以收举一反三、触类旁通的效果。

本书的完成曾经得到下列同志的大力协助，谨向他们致以衷心的感谢。他们有：赵有奂、黄清宇、朝克图、于桂芝，以及本院神经内科全体医生。绘图者有，刘直生、魏全珠。

作者于北京第二医学院附属同仁医院

1980年

目 录

第一章 神经系统疾病诊断的方法和技术	1
第一节 病史采集法.....	1
第二节 体格检查法.....	2
第三节 化实验室检查.....	11
第四节 神经放射线检查.....	15
第五节 电生理学检查.....	19
第六节 脑超声波检查.....	23
第七节 活体和尸体病理检查.....	24
第二章 神经系统疾病诊断的内容和步骤	25
第一节 概论.....	25
第二节 机能解剖定位诊断.....	26
第三节 形态解剖定位诊断.....	42
第四节 定性诊断.....	48
第三章 脊髓病	52
第一节 横贯性脊髓病的定位诊断.....	53
第二节 横贯性脊髓炎.....	57
第三节 压迫性脊髓病.....	59
第四节 脊髓蛛网膜炎.....	63
第五节 截瘫的鉴别诊断.....	65
第六节 横贯性脊髓病的处理.....	67
第四章 脊神经疾病	70
第一节 定位诊断和定性诊断.....	70
第二节 单发性神经炎(病).....	71
第三节 多发性神经炎(病).....	74
第四节 格林—巴利综合征.....	77

第五节	脊髓神经根炎(病)	84
第六节	臂丛神经病	86
第七节	颈椎病神经系统并发症	88
第八节	坐骨神经痛	92
第五章	颅神经疾病	98
第一节	视路疾病	98
第二节	动眼、滑车、外展神经疾病	113
第三节	单侧突眼症	119
第四节	三叉神经疾病	121
第五节	面神经疾病	124
第六节	位听神经疾病	127
第七节	尾族颅神经疾病	129
第六章	脑干疾病	132
第一节	脑干病变的定位诊断	132
第二节	脑干血液循环障碍	136
第三节	脑干占位性病变	142
第七章	小脑疾病	145
第一节	小脑病变的定位诊断	145
第二节	小脑占位性病变	147
第三节	小脑血管病	150
第四节	小脑变性病	151
第八章	椎体外系统疾病	154
第一节	解剖生理及定位诊断	154
第二节	帕金森氏病	155
第三节	舞蹈病	162
第四节	肝豆状核变性	165
第九章	间脑疾病	169
第一节	松果体区肿瘤	169
第二节	丘脑疾病	171
第三节	丘脑下部病变的定位诊断	173

第四节	神经—内分泌障碍	175
第五节	丘脑下部肿瘤	179
第六节	间脑炎(病)	181
第七节	间脑性癫痫	184
第十章	植物神经系统疾病	187
第一节	解剖生理简介	187
第二节	突触传导、受体及信使学说	190
第三节	休克	193
第四节	脑—内脏综合征	196
第十一章	脑血管病	201
第一节	脑循环调节	201
第二节	弥漫性脑动脉硬化	205
第三节	急性高血压脑病	210
第四节	脑动脉血栓形成	220
第五节	脑动脉栓塞	234
第六节	短暂性脑缺血发作	240
第七节	脑出血	246
第八节	蛛网膜下腔出血	254
第十二章	脑膜炎及脑膜病	265
第一节	脑膜病变的定位和定性诊断	265
第二节	流行性脑脊髓膜炎	270
第三节	化脓性脑膜炎	275
第四节	结核性脑膜炎	282
第五节	病毒性脑膜炎	292
第六节	脑膜病	295
第七节	脑蛛网膜炎	297
第十三章	脑炎	302
第一节	概论	302
第二节	日本乙型脑炎	306
第三节	病毒性脑炎	312

第四节	非感染性脑炎·····	217
第五节	感染中毒性脑病·····	321
第十四章	脑脓肿·····	325
第一节	发病原理·····	325
第二节	脑脓肿的诊断·····	326
第三节	耳源性脑脓肿·····	329
第四节	血源性脑脓肿·····	332
第五节	脑脓肿的处理·····	335
第十五章	颅内肿瘤·····	337
第一节	颅内肿瘤分类及其临床病理特征·····	337
第二节	颅内肿瘤的诊断原则及方法·····	342
第三节	大脑四叶肿瘤·····	350
第四节	中线肿瘤和脑室肿瘤·····	354
第五节	蝶鞍部肿瘤·····	358
第六节	后颅凹肿瘤·····	366
第十六章	脑囊虫病·····	375
第十七章	颅内压增高综合征·····	380
第一节	颅内压增高的发病原理·····	380
第二节	颅内压增高的病因·····	385
第三节	颅内压增高的诊断·····	389
第四节	良性颅内压增高症·····	393
第五节	颅内压增高的处理·····	395
第十八章	脱髓鞘病·····	400
第一节	发病原理·····	400
第二节	急性播散性脑脊髓炎·····	402
第三节	多发性硬化·····	405
第四节	视神经脊髓炎·····	413
第十九章	弥漫性脑病·····	416
第一节	定位诊断和定性诊断·····	416
第二节	风湿性脑病(炎)·····	419

第三节	狼疮性脑病 (炎)	423
第二十章	缺氧性脑病	431
第一节	发病原理	431
第二节	一氧化碳中毒性脑病	433
第二十一章	昏迷和晕厥	437
第一节	昏迷	437
第二节	晕厥	444
第二十二章	眩晕	450
第一节	发病原理	450
第二节	头晕的病因	452
第三节	眩晕的诊断	453
第四节	美尼尔氏病	460
第五节	椎—基底动脉缺血	464
第二十三章	头痛	466
第一节	发病原理	466
第二节	头痛的诊断	468
第三节	血管性头痛	474
第二十四章	癫痫	482
第一节	发病原理	482
第二节	癫痫的诊断	486
第三节	癫痫大发作、癫痫持续状态、限局性运动 发作、强直性发作	492
第四节	癫痫小发作	497
第五节	精神运动性发作及颞叶癫痫	500
第六节	癫痫的预后和处理	504
第二十五章	肌无力	511
第一节	重症肌无力	511
第二节	周期性麻痹	520

第一章 神经系统疾病诊断的方法和技术

为了进行正确的治疗，必须先有正确的诊断，正确的诊断来源于周密的调查。调查神经病的方法大致可分为七类：病史采集、体格检查、化验室检查、放射线检查、电生理检查、超声波检查及活体组织检查。以下分节叙述。

第一节 病史采集法

病史的采集是一个十分重要的诊断步骤，完善的病史常常可以帮助正确地诊断疾病。采集神经病患者的病史，可询问患者本人和向第三者了解。如果患者曾在别的医院诊治过，最好能得到该医院的病情介绍。病史的内容应该包括：主诉、现病史、过去史、家族史。病史记录的方法基本上和内科一样。采集病史的关键在于了解患者主要和次要的症状，以及它们发生和发展的过程。神经病的症状学有它自己的特点，现分述如下。

一、躯体感觉障碍

（一）感觉损毁症状：如弱视及失明，难听及耳聋、嗅觉减低、肢体麻木等。

（二）感觉刺激症状：如各种疼痛、头晕及眩晕、耳鸣、各种感觉异常（烧灼感及蚁走感等）。

二、运动障碍

（一）随意运动的损毁症状：肢体无力及瘫痪、复视、咀嚼

困难、吞咽及构音困难。

(二) 运动的刺激症状：抽搐及惊厥等。

(三) 不自主运动：震颤、舞蹈样动作、手足徐动等。

(四) 共济运动障碍：走路不稳、坐起不能等。

三、植物神经症状

植物神经症状有：呕吐、排便障碍、心悸及出汗紊乱等。

四、神经内分泌症状

神经内分泌症状有：如多饮多尿、厌食或贪食、消瘦或肥胖、性欲障碍。女性并有月经失调等。

五、高级神经活动障碍

(一) 睡眠、觉醒、意识障碍：失眠及嗜睡、一过性意识障碍、定向（对时间、地点及人物的判断）障碍等。

(二) 记忆力障碍：如近记忆力缺失等。

(三) 情感障碍：如淡漠、欣快、不自主哭笑等。

(四) 言语障碍：如各种失语。

(五) 智能障碍：如计算力障碍、理解力障碍、人格改变等。

(六) 知觉障碍：如各种幻觉和错觉等。

(七) 思维障碍：如强迫观念及妄想等。

以上各种症状可以有不同的组合，例如：下肢瘫痪常伴有下肢的麻木及排便障碍；头痛和眩晕常伴有呕吐；眩晕伴有耳鸣及耳聋等。询问病史时要想到这些组合情况。

第二节 体格检查法

神经病患者的体格检查包括一般检查及神经系统的检查。现分述如下：

一、一般检查要重视与神经病有关项目

(一) 皮肤要注意颜色、皮下结节(囊虫结节、神经纤维瘤、脂肪瘤)、血管痣、色素痣及肿大的淋巴结等。

(二) 循环系统要注意心率、节律及心音。要触摸外周动脉的硬度和搏动的强度,并听诊有无血管杂音。

(三) 呼吸系统要注意呼吸的频率、深度及节律。

(四) 骨骼系统要注意:

1. 头颅的形状与大小,有无骨缝分离,有无局部骨质缺损及隆起,叩诊有无破壶音。

2. 脊柱的弯曲度,有无畸形(如胸椎结核时的驼背和脊膜脊髓膨出等)、棘突有无压痛等。

3. 有无肢端肥大。

(五) 内分泌系统要注意有无过度肥胖或者消瘦及第二性征的情况。

(六) 消化系统要注意胃肠的蠕动,并询问排便情况。

(七) 泌尿系要注意有无尿失禁或潴留。

二、神经系统检查

神经系统检查是一项细致而复杂的工作,需要耐心和熟练的技巧。进行此项检查时要注意左右对比,要采取合适的体位。现按顺序分述如下。

(一) 意识的检查:可以通过条件反射(呼唤及对话)和非条件反射(疼痛反射、角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、排便反射、腱反射及呼吸循环生命反射)来了解。意识障碍可分为下列几种。

1. 嗜睡:患者处于睡眠状态,呼之可应。各项反射存在,能适当配合查体。

2. 昏睡:患者处于深睡状态,呼之可应,但不能回答问题,对疼痛刺激有反应。

3. 浅昏迷：意识完全丧失，呼之不应。各种非条件反射有不同程度的减弱，但生命反射良好。

4. 深昏迷：除保留一定程度的生命反射外，其余反射均消失。

5. 朦胧：病人处于不完全清醒状态，定向力部分障碍。患者可有许多不正常的动作，甚至攻击行为。

6. 浑浊：患者的意识处于抑制状态，可有自主言语，能够适当地回答问题，有兴奋发作（如乱动及骂人等），严重者大小便失禁。

7. 谵妄：患者的意识处于兴奋状态，定向力有明显破坏，往往出现精神运动性兴奋症状，各种非条件反射均存在。

8. 假昏迷：为一种处于痴呆及昏迷之间的意识状态，条件反射消失，非条件反射有不同程度的障碍。眼可睁开，注视旁人，躯干和肢体无自主运动。可长期接受喂食，大小便不能自理。

（二）颅神经检查：

1. 嗅神经：用松节油、玫瑰水、樟脑或薄荷分别放于一侧鼻孔前检查嗅觉，不要用刺激三叉神经末梢的氨水或酒精作试剂。

2. 视神经：（1） 视力可用“视力表”检查。远视力最佳者用1.5表示，最差者用0.1~0.01表示；近视力最佳者用“1”表示，最差者用“7”表示。如“视力表”不能检查者，可用眼前指数、手动、光感及黑蒙表示。如果无“视力表”设备时，可嘱患者看书籍；在距离25厘米处能看清6号铅字的，表示视力正常。（2） 视野：用视野计分别检查中心及周边视野，查中心视野时可测得生理盲点。周边视野范围以白色示标查得者最大，颞侧为90°，鼻侧及上方为60°，下方为70°。蓝色视野较小，红绿视野更小。如不能用视野计检查者，可用手试法分别粗试两眼的周边视野。将患者一眼遮蔽，另一眼注视检查者的鼻尖，检查者以食指在二人中间，从视野外周逐渐向中心移动，至病人看见指动

为止。(3) 眼底：用眼底镜检查视乳头的颜色、边界、生理凹陷、筛板、血管。正常视乳头为粉红色、圆形或椭圆形，边界清楚，中心有颜色较淡的生理凹陷。注意检查视网膜血管比例（正常动、静脉比例为2:3）、反光度、交叉压迫征及视网膜有无出血及渗出，还要注意有无囊虫结节或脉络膜结核结节。

3. 动眼、滑车、外展神经：(1) 观察眼裂大小、对称性和有无上睑下垂。观察眼球各向运动是否充分，必要时检查复视相（参照眼科学）。(2) 检查瞳孔大小（普通室光直径为3~4毫米）、形态及对光反应。照射一侧瞳孔，引起同侧瞳孔缩小称直接对光反应，引起另侧瞳孔收缩称间接对光反应。(3) 调节辐辏反应（又称近反射）。嘱患者正视远方，然后迅速注视眼前近物，此时两眼内聚，瞳孔缩小。(4) 检查眼球有无凸出、凹陷或斜视。(5) 眼球运动时观察有无不自主的眼球震动，记录其方向（水平性、垂直性、旋转性）、幅度以及有无快慢相。

4. 三叉神经：(1) 感觉检查：可用针和棉花检查三叉神经支配区的痛觉及触觉，并两侧比较，内外比较（洋葱样感觉分布）以及有无神经干型（眼支、上颌支、下颌支痛觉触觉均受损），或节段型（三叉神经脊髓束及其核的损害，只有痛温减退）感觉障碍。(2) 运动检查：先观察两颞部及颊部的肌肉有无萎缩，然后用双手接触患者颊部及颞部，嘱病人作咀嚼动作，以判断颞肌和咀嚼肌无力弱。嘱患者张口，注意下颌有无偏斜（单侧翼状肌力弱，下颌偏向患侧），或闭口困难（双侧咬肌力弱）。有时可见咀嚼肌痉挛（破伤风）。(3) 角膜反射：用棉花毛轻触角膜，患者双眼迅速闭上，被检查眼的瞬目称为直接角膜反射，另一眼同时瞬目称为间接角膜反射。

5. 面神经：观察双侧额纹、睑裂、鼻唇沟及口角是否对称。运动检查：嘱患者蹙额、皱眉、闭眼、示齿、鼓腮、吹哨六种动作时，两侧面肌无力弱。检查舌前2/3的味觉。检查时用棉棒蘸着酸、甜、苦、咸等溶液，分别涂在伸出之舌上，嘱患者辨别。两侧依次检查，每用一种溶液查完漱口后，再用另一种溶

液。注意泪腺和唾液腺分泌有无障碍。询问患者耳朵有无过响的感觉。

6. 听神经: (1) 用低语、表声、音叉和电测听计检查听力。 $C_{128} \sim C_{256}$ 音叉检查。瑞内氏 (Rinne) 试验: 将振动音叉分别置于患者外耳道旁 (测气导) 及乳突上 (测骨导), 比较二者所听见的时间。正常情况下, 气导大于骨导, 或称瑞内氏试验阳性。魏伯氏 (Weber) 试验: 将振动的音叉置于患者额部正中或头顶, 比较两耳音响, 正常居中, 传导性难听偏于患侧, 感音性难听偏于健侧。(2) 前庭功能检查: 有无眼震、共济失调。转椅试验 (只能同时检查双耳) 及冷温水试验 (可以分别查双耳)。

7. 舌咽、迷走神经: 询问饮水时有无液自鼻孔反流或发呛, 有无吞咽困难。用棉花或长针分别检查咽部触觉和痛觉。嘱患者发出“啊”声, 观察双侧软腭上提是否有力。注意患者说话时声音是否嘶哑。用喉镜观察声带是否有力弱 (声带处于中间位或外展位表示力弱)。用压舌板轻触咽后壁, 观察有无恶心、呕吐反应 (咽反射)。

8. 副神经: 观察患者的胸锁乳突肌、斜方肌有无萎缩, 注意有无斜颈和垂肩。然后让患者在对抗阻力下耸肩、转头, 检查有无力弱或麻痹。一侧胸锁乳突肌无力时出现斜颈 (斜向患侧) 双侧胸锁乳突肌无力时患者前屈困难。

9. 舌下神经: 观察舌身是否变薄、凹凸不平, 有无肌纤维震颤, 舌能否伸出口外, 舌尖有无偏斜, 一侧舌肌力弱时, 舌尖偏向患侧, 两侧舌肌力弱时, 伸舌口外受限。

(三) 感觉检查:

1. 浅感觉: 痛觉用针刺皮肤, 左右比较, 上下比较。查肢体时可比较近端和远端。也可围绕肢体的纵轴比较。温觉用不同温度的物体或液体 (冷水或 50°C 左右的热 水), 刺激病人的皮肤, 让病人辨别冷热。触觉让病人闭目, 用棉花纤维轻触皮肤。

2. 深感觉: (1) 关节位置觉: 检查者以一手固定其腕或

踝关节，另一手指，接触其指（趾）尖，让患者回答接触的为何指（趾），然后移动其指（趾），嘱病人辨别移位的方向。(2)

音叉震动觉：将震动的音叉放置于患者的骨突起处，先试肢体的远端，依次向近端检查。或从足部向上检查，让病人回答有否震动感。(3) 皮层感觉：可在皮肤上画各种图形，让病人说出是什么图形；用两个针尖同时刺激皮肤，让病人辨别有无两个刺激点（两点辨别觉）。正常人可辨别一定距离上的两点。实体觉的检查，可用各种不同形状和质量的小物体，让病人用手触握，说出物体的形状及质量。

（四）运动检查法：

1. 肌体积：观察全身肌肉的发育情况，有无肌肉萎缩或过度肥大（注意腓肠肌和三角肌），必要时用皮尺测量。

2. 肌张力：可用手触摸肌肉，辨别其软硬度；另外可借被动运动检查病人拮抗肌的肌张力。锥体束受损时，肌张力呈折刀样增高，例如屈伸前臂，开始时阻抗较大，至一定角度时突然降低。此种现象是因为拮抗肌肌张力不平衡地增加。锥体外系受损时，出现齿轮样肌张力增高。屈伸患肢时，拮抗肌的阻抗和松弛交替出现。另外可见到铅管样肌张力增高，蜡样屈曲及木僵等状态。

3. 肌力：可用握力计检查或观察患者的主动运动。一般将肌力减低分为3级：

完全瘫痪：虽经患者努力，肉眼看不到患肢肌肉的收缩。

中度瘫痪：可见患肢肌肉收缩及关节轻微活动。

轻度瘫痪（力弱）：患肢可对抗地心引力上抬或对抗检查者的阻力而活动。

检查肌力时一般是从远端开始，依次检查近端，并且左右对比。临床常用下列方法：

“火箭征”：嘱患者示齿，患侧口角比健侧尖。

手指展开不全征（Barre氏征）：嘱患者充分张开并伸直其五指，要特别注意拇指外展力量。

对指不全征：嘱患者将拇指与其余4指依次紧捏。

腕关节伸直不全征（Русецкий氏征）：嘱患者将双腕关节紧贴，并充分背屈，观察左右是否对称。

上肢平举不全征：嘱患者闭目坐位或站立，向前平伸双上肢，掌面向下，观察其持久时间。

膝关节屈曲不全征（Barre氏征及Русецкий氏征）：患者俯卧位，膝关节屈曲 90° 或 135° ，观察其持久时间，患肢不久即摇晃下降。对昏迷患者尚可观察：

船帆征：患侧面颊随呼吸运动而起伏。

下肢内收不全症（Kennedy氏症）：患肢呈轻度外展位。

4. 不自主运动：有全身惊厥（见癫痫大发作）、抽搐（见局限性癫痫，面肌抽搐）、肌阵挛（见癫痫小发作）、粗大震颤（见锥体外系疾患）、意向性震颤（见小脑系统疾患）、细小震颤（见下运动神经元损害时出现的肌纤维震颤和肌束震颤，可参考运动神经元疾病节）、舞蹈样动作、手足徐动、扭转痉挛（三者均参考锥体外系疾病章）、手足搐搦（见低钙血症）。

5. 共济运动：（1）指鼻试验：嘱患者伸直前臂，然后食指指向鼻尖，观察此动作是否准确稳定。（2）指指试验：嘱患者张开双臂，然后用双食指向正中对准。（3）跟膝胫试验：嘱患者仰卧，抬高一侧下肢，将其足跟放在另侧髌骨上，然后沿胫骨向下滑动。（4）轮替试验：嘱患者反复迅速翻动手掌手背。

（5）昂伯氏征（Romberg）：嘱患者直立，足尖足跟并拢，双上肢向前平伸，观察能否站稳，然后嘱患者闭目再观察。

6. 病理步态：（1）常见的痉挛性步态：见于锥体束受损，双下肢肌张力增高，以伸肌及内收肌尤著，故患者行走时两膝相碰，而小腿交叉，步幅较小，脚尖踏地而行，两腿呈剪刀状。

（2）急促步态：见于锥体外系受损，开始行走时，起步较慢，以后越走越快，不能迅速止步。（3）跨阈步态：下肢周围神经病变时，常呈足下垂，踝趾背屈力弱，故行走时，必近端关节过度抬高，以便上提足跟。（4）小脑性步态：行走时步基较宽，