

北京协和医院

Peking Union Medical College Hospital

医疗诊疗常规

神经外科诊疗常规

· 北京协和医院 编 ·



人民卫生出版社

【北京协和医院】 神经外科 **医疗诊疗常规 诊疗常规**

北京协和医院 编

主编

苏长保

副主编

王任直 杨 义 马文斌

审阅

任祖渊

编者

(按姓氏笔画排序)

马文斌 王立根 王任直 尹振明

田士强 任祖渊 许志勤 李桂林

李永宁 连 伟 苏长保 杨 义

杨 众 幸 兵 姚 勇 陶 蔚

樊万臣

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经外科诊疗常规/苏长保主编. —北京:
人民卫生出版社, 2005. 6

ISBN 7-117-06864-7

(北京协和医院医疗诊疗常规)

I. 神… II. 苏… III. 神经外科学 - 疾病 - 诊疗
IV. R651

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 047650 号

北京协和医院医疗诊疗常规
神经外科诊疗常规

主 编: 苏 长 保

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 **印张:** 9.375

字 数: 221 千字

版 次: 2005 年 8 月第 1 版 2005 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06864-7/R · 6865

定 价: 19.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

“工欲善其事，必先利其器”。在多年的医疗实践当中，北京协和医院积累了丰富的临床诊治经验，救治了无数患者的生命，对我国现代医学的发展起到了积极的推进作用。为了系统科学地总结协和的经验，我院专家、教授及各个临床科室的医务人员，集思广义，努力耕耘，编辑出版了《北京协和医院医疗诊疗常规》系列丛书（以下简称《常规》）。

医疗质量是医院永恒的主题，是医院求生存、谋发展的根本，在全社会以病人为中心的思想指导下，协和人始终把病人的利益放在第一位，各级各类医务人员严格遵守国家的法律法规，认真执行临床各项操作规程，这是医疗质量的根本保证。《常规》系列丛书的出版，不仅是对以往工作经验的总结，而且将其上升为理论指导，它是几代协和人智慧的结晶。全书贯穿了协和的“三基”（基本理论，基本知识，基本技能）和“三严”（严肃的态度，严密的方法，严格的要求）精神，充分体现了当代协和临床技术与水平。《常

规》将随着医学的发展而不断地得到补充、完善和提高，在此希望能给其它医学同仁提供一些借鉴。衷心祝愿《常规》成为临床医务工作者的“利器”，在与疾病作斗争的过程中发挥积极的作用。

鉴于医学理论的特殊性，《常规》系列丛书中难免存在不当之处，欢迎医学同仁批评指正。

戚可名

2003 年 12 月

2

序



目 录

第一篇 神经外科基础

第一章 病史采集	3
第二章 神经系统检查	7
一、意识	7
二、脑神经	9
三、运动系统	16
四、感觉系统	20
五、反射	22
六、自主神经系统	25
七、失语症、失用症、失认症	27
第三章 神经系统病变的定位和定性	
诊断	29
一、脑神经损害的定位诊断	29
二、瘫痪的定位诊断	35
三、感觉障碍的定位诊断	41
四、颅内压增高的鉴别诊断	43
第四章 有创性检查	53

第一节	腰椎穿刺术	53
第二节	小脑延髓池穿刺术	55
第三节	脑室穿刺术	57
第四节	脊髓造影	58
第五节	气脑和脑室造影	59

第二篇 影像学检查

第五章	X线检查	63
第一节	头颅X线检查	63
第二节	脊柱X线检查	65
第三节	正常X线表现	67
第四节	神经系统疾病的常见X线检查	68

第六章	CT检查	71
第一节	颅脑CT检查	71
第二节	脊柱CT检查	79
第三节	CT血管成像和CT骨三维成像	81

第七章	MRI检查	82
第一节	MRI的成像基本原理与设备	82
第二节	MRI检查技术	85
第三节	脑功能磁共振技术	89
第四节	脑磁图	91

第八章	DSA检查	92
-----	-------------	----

第九章	SPECT和PET检查	96
一、SPECT		96
二、正电子发射计算机断层扫描		97





第三篇 疾 病

第十章 颅脑外伤	103
第一节 颅脑外伤的基本处理原则	103
第二节 头皮损伤	105
第三节 颅骨损伤	108
第四节 脑损伤	110
第五节 外伤性颅内血肿	114
第六节 开放性颅脑损伤	120
第十一章 颅内肿瘤	122
第一节 胶质瘤	122
一、星形细胞肿瘤	123
二、低度恶性的星形细胞瘤	123
三、间变性星形细胞瘤	126
四、多形性胶质母细胞瘤	129
五、少突胶质细胞瘤	131
六、室管膜瘤	132
七、脉络丛肿瘤	135
八、髓母细胞瘤	137
九、神经节细胞瘤	138
十、原发性松果体实质肿瘤	139
第二节 脑膜瘤	142
一、总论	142
二、不同部位脑膜瘤的诊疗要点	144
（一）矢状窦旁和大脑镰旁脑膜瘤	144
（二）大脑凸面脑膜瘤	145
（三）蝶骨嵴脑膜瘤	146

(四) 嗅沟和前颅窝底脑膜瘤	147
(五) 鞍结节脑膜瘤和鞍膈脑膜瘤	147
(六) 颅中窝脑膜瘤和鞍旁脑膜瘤	148
第三节 垂体腺瘤	149
一、总论	149
二、垂体腺瘤各论	152
(一) 垂体泌乳素腺瘤	152
(二) 垂体生长激素腺瘤	153
(三) 垂体促肾上腺皮质激素 (ACTH) 腺瘤	155
(四) Nelson 综合征	156
(五) 垂体无功能腺瘤	157
(六) 垂体促甲状腺激素 (TSH) 腺瘤	158
(七) 垂体卒中	159
第四节 听神经鞘瘤	160
第五节 其他肿瘤	162
一、原发性中枢神经系统淋巴瘤	162
二、颅咽管瘤	164
三、下丘脑错构瘤	166
四、脊索瘤	167
五、三叉神经鞘瘤	169
六、生殖细胞瘤	171
七、颅内转移瘤	174
第十二章 中枢神经系统感染性疾病	177
第一节 头皮炎症	177
第二节 颅骨感染性疾病	178
一、颅骨结核	178
二、颅骨骨髓炎	179





第三节	颅内脓肿	180
一、	硬膜外脓肿	180
二、	硬膜下脓肿	181
三、	脑脓肿	183
第四节	脑结核球	187
第五节	隐球菌性脑膜炎	189
第六节	脑真菌性肉芽肿	190
第七节	脑囊虫病	191
第八节	脑包虫病	193
第九节	脑弓形虫病	195
第十节	艾滋病的神经系统损害	196
第十三章	脊髓疾病	199
第一节	脊髓损伤	199
一、	闭合性脊髓损伤	199
二、	开放性脊髓损伤	201
第二节	椎管内肿瘤	201
第三节	脊髓蛛网膜炎	203
第四节	硬脊膜外脓肿	203
第五节	脊髓动静脉畸形	204
第十四章	血管性疾病	206
第一节	高血压性脑出血	206
第二节	蛛网膜下腔出血	211
第三节	颅内动脉瘤	214
第四节	脑动静脉畸形 (AVM)	218
第五节	颈动脉系统狭窄	228

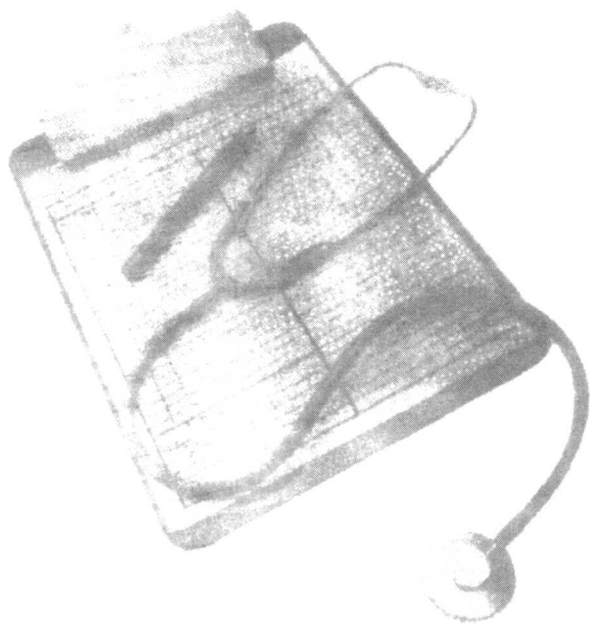
第十五章 先天性疾病	232
第一节 先天性脑积水.....	232
第二节 寰枕部畸形.....	234
一、扁平颅底及颅底陷入.....	234
二、寰枕融合.....	236
三、颈椎分节不全 (Klippel-Feil 综合征)	236
四、寰枢椎脱位.....	236
五、小脑扁桃体下疝畸形 (Arnold-Chiari 畸形)	237
第三节 颅裂及脑膜脑膨出.....	239
第四节 狭颅症.....	240
第五节 脊柱脊髓先天性疾病.....	241
一、隐性脊柱裂与脊髓栓系综合征.....	241
二、脊膜膨出及脊膜脊髓膨出.....	242
三、脊髓空洞症.....	244
四、脊髓分裂症.....	245
五、颈肋.....	245
第十六章 功能性疾病	248
第一节 帕金森病.....	248
第二节 颞叶内侧癫痫.....	249
第三节 外伤后癫痫.....	250
第四节 疼痛的神经外科治疗.....	252
一、三叉神经痛.....	252
二、癌痛.....	256
三、偏头痛.....	258
四、灼性神经痛.....	259
五、幻肢痛.....	260
六、雷诺综合征.....	260





七、红斑肢痛病·····	261
八、血栓闭塞性脉管炎·····	261
九、难治性心绞痛·····	262
十、糖尿病性周围神经病的外科治疗·····	263
第十七章 神经外科微创治疗技术·····	264
第一节 血管介入技术·····	264
第二节 CT/MRI 介导脑立体定向术一般诊疗原则 ·····	266
第三节 神经导航技术·····	279
第四节 神经内镜·····	280
第五节 开放式术中磁共振·····	283

第一篇
神经外科基础





第一章

病史采集

【概述】 病史采集是诊断神经系统疾病的重要依据，这是因为：

1. 有些疾病的诊断几乎完全是依据病史得出的，如癫痫大发作，就诊时发作已经过去，诊断主要是依据病人或旁观者对当时症状的描述作出的。偏头痛等某些发作性疾病即使是在发作时来诊，阳性体征也不太多，且仅凭可能看到的某些体征如不结合病史，也是无法诊断的。

3

2. 病史有助于神经系统疾病的定性诊断，如血管病多系突然发病，炎症常为急性或亚急性发病，肿瘤或变性疾病多缓慢发生而进行性加重。

3. 病史同时还可能提示病变的部位，如一侧肢体的发作性抽搐，表明是对侧大脑中央前回或其附近的病变；一侧上肢持续性的麻木无力，常提示该侧颈胸神经根损害等。

【方法】 病史采取的方法和一般内科疾病相同。主要是耐心听取病人的叙述，必要时可向第三者了解、补充和核实，以求尽快弄清就诊的主要病状及其发生的原因和诱因，了解其发生的时间和病程、起病表现、进展情况、治疗经过以及疗效等。对有关的既往史如心血管疾病、颅脑外伤、寄生虫病、感染发热或类似发作史等，也应加以了解。有的疾病如癫痫、偏头痛、肌病等，还需了解其家族史。小儿病人还应了解围生期

情况和生长发育情况。病人所带其他单位的医疗材料，如病因、诊断证明和检验报告等均应仔细参考。

【注意事项】 病人的叙述往往由于记忆不清、主次不分，对某些症状的认识不足以及过于紧张等原因，对一些重要情节常有遗漏，有时因痛苦较大或病情危重，难以长时间地叙述，因此采集病史时还必须抓住重点，主要地方辅以必要的但又不带暗示性的询问，以便如实地弄清对诊断最重要的情节，要做好这一点，一方面取决于医生对各个疾病了解的深度，一方面也取决于问诊的技巧。现就有关问诊中应注意的几个方面叙述如下：

1. 对主诉的主要症状必须明确无误。

如病人叙述的“头晕”，要弄清究竟是有旋转感或视物晃动感“眩晕”，还是仅是头脑昏沉的“头昏”？又如对所谓的“昏迷”，要弄清楚是意识丧失，还是意识蒙眬；或仅系无力不语卧床不起？对“肢体瘫痪”，要弄清是因肢体疼痛或关节强直致使肢体活动受限，还是确系肢体无力引起的瘫痪，等等。否则从主诉一开始就可能使诊断陷入歧途。

2. 要弄清主诉或主要症状的起病及进展情况。

这点有助于明确疾病的性质即“定性诊断”，如急骤发病的脑部病变多系颅脑或蛛网膜下腔出血、脑梗死、瘤卒中、脑转移瘤、急性炎症及颅脑外伤等，反之缓慢起病逐渐进展应考虑到颅内占位性病变和变性疾病等。对症状的进展情况特别是缓慢起病者，应着重了解病情是持续进展，还是有完全或不完全的缓解？如有缓解复发，诱因是什么？某些神经系统疾病如多发性硬化、蛛网膜炎、早期颅内占位性病变等常有不同程度的复发缓解表现。此外，还应注意，在某些急骤起病的病例中，病前一段时间可能已有一些未引起病人注意的症状，了解这些对协助判断病情也有很大帮助。例如，瘤卒中之前，往往已有一段时期的头痛。脑血栓形成之前已有多次短暂性缺血发





作所致的眩晕或肢体麻木无力，脊髓肿瘤突发截瘫前已有长期的腰背痛等。

3. 对主要症状的确切表现不能含混。

例如对“抽风”必须要进一步明确肢体抽搐的形式，确切的抽搐时间，意识是否确实丧失，发作时有无自伤、小便失禁或哭泣、呼号等。这些资料的遗漏或欠缺常易造成误诊。例如，将癫痫大发作以后的昏睡时间和抽搐时间混为一谈，或将清醒过程中的躁动表现误为功能性表现，势必将癫痫误诊为癔症。

4. 对与主诉或主要症状相伴随的某些症状应加以了解。

这将有助于诊断和鉴别诊断。如头痛伴有发热者多提示为脑膜炎或全身性感染或癌肿等病变引起，伴有呕吐者应考虑脑膜脑炎、颅内占位性病变、颅脑外伤、脑及蛛网膜下腔出血、高血压性脑病、偏头痛、低颅压综合征等。又如对肢体瘫痪，也应了解是否伴有发热、疼痛、麻木、抽搐和意识丧失等。

5

最后还应指出，对采集病史的可靠性必须慎重衡量。在问诊中，有时由于医生提问用语的暗示性，或陪伴者的代述代答，可使一些不存在的症状被予肯定，有的病人因病重不适，或因意识或智力障碍而随口回答，也有的病人对某些病情不愿如实作答（如癔症病人常否认精神因素）；有时病史系因陪伴人员代述，可能夹杂有一定的猜测或主观成分，个别情况更有伪造病史者。凡此种种，都应在问诊时或查体后，根据可疑或矛盾之处，进行区别对待，以免延误抢救时机。

关于病史的记录，应在充分掌握病史和进行查体后，对疾病的诊断和鉴别诊断已有一定的考虑或甚至已较明确之后，立即加以整理，并系统而有重点，简明而又精确地加以记录。内容及词句表达要简练和重点突出。一方面不能将与诊断无关的病人的繁琐赘述，原样地加以记录，另一方面对与诊断及鉴别