

神经科误诊病例分析

张文萃 编著



科学出版社

14

神 经 科 误 诊 病 例 分 析

张 文 萃 编著

科 学 出 版 社

1 9 9 1

内 容 简 介

本书总结了作者多年的临床和教学经验,在理论与实践结合上,对有代表性的神经科常见病和罕见病例的诊断,进行了较为详尽的剖析。全书共分5章,收集了160份病例。每例都叙述了病史、检查、分析、确诊,最后在经验教训中总结出误诊的原因,找出成功的经验和失败的教训。

本书不仅适用于临床医生,而且适合于从事这方面医学研究和教学的医务工作者,同时也适合于就读医学的研究生和大学生们阅读。

神经科误诊病例分析

张 文 萃 编 著

责任编辑 李玉峰 李 中

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100707

中国科学院沈阳分院印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1991年2月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

1991年2月 沈阳第一次印刷 印张: 14 3/5

印数: 0001—2 600 字数: 346 000

ISBN 7-03-002218-1 / R · 109

定价: 10.95 元

序

本书所指的误诊有两个含义：一是错误的诊断，一直到患者死后经病理解剖才得出正确的诊断。一是延误了诊断，最初是诊断错误，但经过一段时间之后，终于得到纠正而确诊。二者都可能给病人带来程度不同的痛苦、损失和危害。

编写本书的目的：

医生在为病人诊疗过程中，有经验也有教训。经验凝结着自己的智慧和汗水，更重要的是能为病人带来健康和幸福。教训主要是临床思维的错误，这种错误可为病人带来不幸和痛苦。医生如能从工作中总结经验和教训，便可使过去的经验越来越丰富，也可使既往的教训转化为目前的经验。如能将经验和教训写下来，传下去，便可使后继者把别人的经验和教训变成自己的经验。诚如此，便能形成“后来者居上”，“青出于蓝而胜于蓝”了。

医生误诊，其主要原因是临床思维方法的错误。本书将通过实际病例的分析，探讨正确的临床思维方法。

误诊的另一部分原因，是由于两种以上的疾病既有其不同之处，又有其相似之处。本书通过实际病例阐述了这方面的问题。因而可将本书当成某些疾病的鉴别诊断参考。

还有一部分原因是由于对某些疾病没有见过，缺乏认识。尤其是对某些罕见疾病更是如此。本书为了解决这个问题，乃叙述了某些少见的典型病例。因而可作为若干典型病例来阅读。

本书的插图都是由姚承章同志根据照片精心绘制的，特此致谢。

编 著 者

113 38/10 25

目 录

第一章 由于采集病史失误导致的误诊

例 1	颅内肿瘤脊髓转移(?) 脑脊髓蛛网膜粘连	(1)
例 2	颅咽管瘤(?) 结核性脑膜炎钙化脑底蛛网膜粘连	(2)
例 3	脊髓压迫(?) 大脑镰旁脑膜瘤	(4)
例 4	化脓性脑膜炎(?) 脑脓肿	(5)
例 5	结核性脑膜炎(?) 脑膜炎型脑囊虫	(6)
例 6	散发性脑炎(?) 松果体区肿瘤	(7)
例 7	肱骨骨髓炎(?)淋巴水肿(?) 脊髓空洞症、Charcot 氏关节	(10)
例 8	右侧脊髓空洞症(?) 双侧脊髓空洞症	(12)
例 9	Kaposi 氏肉瘤(?) 脊髓空洞症	(13)
例 10	高位颈段脊髓压迫(?) 运动神经元病	(14)
例 11	高位颈段脊髓病变(?) 多发性硬化	(15)
例 12	脑室肿瘤(?)假肥大型进行性肌营养不良(?) 假肥大型囊虫性肌病	(16)
例 13	Guillain-Barré 氏综合征(GBS)(?)合并视乳头水肿(?) 慢性肾炎	(18)
例 14	Guillain-Barré 氏综合征(GBS)(?) 肌无力症	(19)
例 15	神经官能症(?) 萎缩性肌强直	(20)
例 16	脊髓小脑性共济失调(?) 小脑半球星形细胞瘤	(21)
例 17	末梢神经炎(?) 亚急性脊髓联合变性	(22)
例 18	脊髓蛛网膜粘连(?) 脊髓皮样囊肿	(23)
例 19	肌营养不良(?)肌炎(?) 糖尿病	(25)

第二章 因神经系统检查失误导致的误诊

例 20	运动神经元病(?)进行性神经病性肌萎缩(?) 肝豆状核变性	(26)
例 21	风湿症(?) 颈椎病	(28)
例 22	风湿症(?)颈椎病(?) 颈椎结核	(30)
例 23	尿潴留(?)前列腺肥大(?)脊髓半侧横断(?) 脊髓前动脉或其分支闭塞 ...	(31)
例 24	低钾麻痹(?) 脊髓前动脉闭塞	(32)
例 25	面神经麻痹(?)眩晕症(?) 基底动脉或其分支闭塞	(33)
例 26	视神经萎缩(?)枕神经痛(?) 多发性硬化	(35)
例 27	多发性硬化(?) 枕大孔区畸形	(36)
例 28	脊髓小脑性共济失调(?) 枕大孔区畸形	(38)
例 29	进行性脊髓性肌萎缩(?) 双侧尺神经麻痹	(39)
例 30	血管神经性头疼(?) 三叉神经眼支带状疱疹	(40)

例 31	眼球运动障碍(?) 眼球运动失用症	(42)
例 32	颅内肿瘤(?) 脑囊虫	(44)
例 33	双侧舌下神经麻痹(?) 运动神经元病	(45)
例 34	眼肌麻痹(?) 逆 AR 瞳孔	(46)
例 35	神经官能症舌下神经麻痹(?) 延髓脊髓空洞症	(47)
例 36	末梢神经炎(?) 脊髓前动脉闭塞	(49)
例 37	原发性后侧索硬化症(?) 颈椎病	(50)
例 38	椎管畅通无阻(?) 颈椎病	(53)
例 39	脑脓肿(?) 结核性脑膜炎合并脑底蛛网膜粘连	(54)
例 40	脑血栓形成(?) 散发性脑炎	(56)
例 41	多发性硬化(?) 脊髓蛛网膜粘连(?) 脊髓血管畸形合并脊髓血肿	(57)
例 42	颅内肿瘤(?) 贫血合并颅内压力增高	(58)
例 43	腕关节松弛(?) 手术(?) 脊髓空洞症	(58)
例 44	植物神经功能失调(?) 脊髓空洞症	(59)
例 45	脊髓肿瘤(?) 多发性硬化	(60)
例 46	高位颈段脊髓压迫(?) 多发性硬化	(61)
例 47	多发性肌炎(?) 脊髓炎(?) 脊髓血管畸形	(64)
例 48	阑尾炎(?) 脊髓肿瘤	(66)
例 49	腹腔病变(?) 脊髓肿瘤	(67)
例 50	肘关节软骨瘤(?) 脊髓空洞症、Charcot 氏关节	(68)
例 51	视神经萎缩(?) 神经根炎(?) 多发性硬化	(69)
例 52	后核间性眼肌麻痹(?) 麻痹性眼球震颤	(70)
例 53	内囊出血破入脑室(?) 闭锁综合征	(71)
例 54	胸大肌萎缩(?) 脊髓空洞症合并左胸大肌下半缺失	(72)
例 55	无脉症(?) 颈内动脉闭塞(?) 颈内动脉闭塞合并延髓外侧综合征	(74)
例 56	颅内压力不高的占位性病变(?) 小脑脓肿、脑疝	(75)
例 57	糖尿病性动眼神经麻痹(?) 基底动脉或其分支闭塞	(76)
例 58	脊髓肿瘤(?) 脊髓空洞症	(77)
例 59	眼肌麻痹(?) 多发性硬化	(79)
例 60	小脑性或脊髓小脑性共济失调(?) 多发性硬化	(80)
例 61	脑桥肿瘤(?) 多发性硬化	(81)
例 62	前核间性眼肌麻痹(?) 肌无力症	(83)
例 63	进行性神经病性肌萎缩(?) 先天性小手小脚症	(84)

第三章 由于分析判断失误导致的误诊

(一) 独立思考

例 64	血管神经性头痛(?) 脑膜瘤	(86)
例 65	多发性硬化(?) 脊髓空洞症	(87)

例 66	风湿症(?) 糖尿病性多发神经炎	(89)
例 67	脑栓塞(?) 多发性硬化	(90)
例 68	肌无力症(?) 眼咽型肌营养不良	(91)
例 69	臂丛神经麻痹(?) 运动神经元病	(94)
例 70	风湿症(?)关节炎(?) 运动神经元病	(95)

(二)定位诊断

例 71	脑干炎症(?) 脑桥肿瘤	(98)
例 72	亚急性脊髓联合变性(?) 脊髓空洞症	(101)
例 73	多发性硬化(?) 脑桥肿瘤	(102)
例 74	多发性硬化(?) 双侧颈内动脉闭塞	(104)
例 75	脊髓空洞症(?)左侧脊髓肿瘤(?) 右侧脊髓肿瘤	(108)
例 76	脊髓空洞症(?) 尺神经麻痹	(110)
例 77	垂体腺瘤(?) 听神经的神经纤维瘤	(112)
例 78	颅内高压(?) Guillain-Barré 氏综合征(GBS)合并视乳头水肿	(113)
例 79	内直肌麻痹(?) 基底动脉分支闭塞(前核间性眼肌麻痹)	(114)
例 80	颅内肿瘤(?) 肌无力症	(117)
例 81	癌性肌病(?) 癌性神经病	(118)

(三)抓关键条件

例 82	脑动脉硬化(?) 运动神经元病	(120)
例 83	进行性神经病性肌萎缩(?) 萎缩性肌强直	(121)
例 84	皮肤溃疡(?)运动神经元病(?) 脊髓空洞症	(123)
例 85	亚急性脊髓联合变性(?) 脊髓压迫	(124)
例 86	运动神经元病(?) 进行性神经病性肌萎缩	(125)
例 87	颈椎病(?) 运动神经元病	(127)
例 88	脊髓损伤(?) 枕大孔区肿瘤	(129)
例 89	声带麻痹(?) 延髓脊髓空洞症	(130)
例 90	青光眼(?)眶上裂综合征(?) 肌无力症	(131)

(四)如何对待稀有和常见两种情况

例 91	双侧前核间性眼肌麻痹(?) 结核性脑膜炎脑底蛛网膜粘连	(133)
例 92	肌无力症(?) 松果体区肿瘤	(134)
例 93	Mocbius 氏综合征(?) 进行性肌营养不良	(136)
例 94	磷中毒性多发神经炎(?) 有机磷中毒性脊髓病	(138)
例 95	胸 6~7 椎体融合畸形(?) 胸 6~7 结核、椎旁脓肿	(139)
例 96	小脑炎(?) 苯妥英钠副作用	(140)

(五)如何对待患者的病灶是一个或多个,患的是一种或一种以上疾病

例 97	砷中毒性多发神经炎(?)砷中毒性脊髓病(?) 砷中毒性多发神经炎合并颈椎病	(141)
例 98	脊髓压迫合并颅内压力增高(?) 脊髓多形性胶质母细胞瘤颅内转移	(142)
例 99	枕大孔区畸形(?) 延髓脊髓空洞症合并枕大孔区畸形	(145)

例 100	颅底凹陷(?) 颅底凹陷合并延髓脊髓空洞症	(146)
例 101	延髓脊髓空洞症(?) 颅底凹陷合并延髓脊髓空洞症	(147)
例 102	声带息肉术后麻痹(?) 运动神经元病	(148)
(六)如何诊断官能性疾病和器质性疾病		
例 103	神经官能症(?) 肝豆状核变性	(150)
例 104	神经官能症(?) Gerstmann 氏综合征	(151)
例 105	神经官能症(?) 呋喃坦丁中毒性多发神经病	(151)
例 106	神经性震颤(?) 多发性硬化	(152)
例 107	瘧病(?) 破伤风	(153)

第四章 由于医生知识面狭窄导致的误诊

(一)关联知识缺乏

例 108	结核性脑膜炎(?) 癌性多发性神经病	(155)
例 109	脑膜膨出(?) 颅骨骨膜窦	(157)
例 110	椎管内并无压迫(?) 椎管内确有压迫	(158)
例 111	结核性脑膜炎(?) 癌性脑膜炎	(159)
例 112	多发性硬化(?) 鼻咽癌颅内扩延	(162)
例 113	结核性脑膜炎(?) 良性颅内压力增高(?) 脑囊虫	(163)
例 114	精神分裂症(?) 肝豆状核变性	(164)
例 115	脑底蛛网膜粘连(?) 多发性硬化	(165)
例 116	脑室内肿瘤(?) 结节性硬化	(166)
例 117	颅内肿瘤(?) 良性颅内压增高	(167)
例 118	瞳孔散大(?) Adie 氏瞳孔	(168)
例 119	脊髓压迫(?) 脊髓横断(?) 肝性脊髓病	(169)
例 120	双侧桡神经麻痹(?) 鞭索综合征	(170)
例 121	脑积水(?) 小脑星形细胞瘤囊性变	(171)
例 122	结核性脑膜炎(?) 隐球菌性脑膜炎	(172)
例 123	肌无力症(?) 恶性突眼	(173)
例 124	神经纤维瘤病(?) 神经纤维瘤病合并双侧听神经瘤	(174)
例 125	脑血栓形成(?) 转移癌	(177)

(二)理论知识缺乏

例 126	眶上裂综合征(?) Tolosa-Hunt 氏综合征	(178)
例 127	双侧外展神经麻痹(?) Duane 氏眼球后退运动综合征	(179)
例 128	癫痫(?) 结节性硬化	(181)
例 129	大脑发育不全(?) 脑性瘫痪(?) 婴儿家族性黑蒙痴呆	(183)
例 130	原发性癫痫(?) 基底神经节钙化	(184)
例 131	Guillain-Barré 氏综合征(?) Fisher 氏综合征	(185)
例 132	慢性多发性肌炎(?) 癌性肌病	(187)

例 133	手足搐搦症(?) 先天性肌强直	(188)
例 134	进行性神经病性肌萎缩(?) 遗传性无反射性共济失调	(189)
例 135	肌无力症(?) 进行性肌营养不良(眼外肌型)	(190)
例 136	双侧面神经炎(?) Melkersson 氏综合征	(192)
例 137	Melkersson 氏综合征(?) Moebius 氏综合征	(194)
例 138	脑性瘫痪(?) 脊髓皮样囊肿	(196)
例 139	侧索硬化症(?) 家族性痉挛性麻痹	(197)
例 140	食道癌脊髓转移(?) 放射性脊髓病	(198)
例 141	慢性多发性肌炎(?) 眼咽型肌营养不良	(199)
例 142	婴儿麻痹后遗症(?) 先天性肌弛缓	(201)
例 143	进行性肌营养不良(?) 进行性脂肪营养不良	(203)
例 144	外伤后寰椎前脱位(?) 双上肢肌肉萎缩(?) Marfan 氏综合征合并枕大孔区畸形	(204)
例 145	神经炎(?)上睑下垂(?) 肌无力症	(206)
例 146	胸上口综合症(?) 正中神经麻痹	(206)
例 147	食道癌(?) 延髓外侧综合征	(208)
例 148	风湿症(?)脊髓炎(?) 硬脊膜外脓肿	(209)
例 149	精神病(?)神经炎(?) 糙皮病性脊髓病	(211)

第五章 确实难以诊断和不易避免的误诊

例 150	视神经萎缩(?) 多发性硬化	(212)
例 151	脊髓炎(?)脊髓前动脉闭塞(?) Guillain-Barré 氏综合征(GBS)	(212)
例 152	脊髓压迫(?)脊髓炎(?) 亚急性坏死性脊髓病	(214)
例 153	脊髓血管畸形(?) 马尾肿瘤	(214)
例 154	蛛网膜下腔出血(?) 基底神经节的毛细血管扩张症	(215)
例 155	侧索硬化症(?) 原发性侧索硬化症	(216)
例 156	蛛网膜下腔出血(?) 顶叶出血	(217)
例 157	脑血栓形成(?) 高血压性脑出血	(220)
例 158	小脑性共济失调(?) 小脑炎	(221)
例 159	双侧动眼神经瘫痪(?) 松果体区肿瘤(?) 四叠体上丘炎症	(222)
例 160	神经性头疼(?) 良性颅内高压(?) 脑囊虫	(223)

第一章 由于采集病史失误导致的误诊

医生在诊治病人的过程中，首先是询问病史。病史是疾病在患者身上发生发展的经过。鉴于病史在疾病的诊断中是起主要作用的因素之一，故采集的病史凡与诊断有关者必须详尽可靠，凡无关者切忌杂乱繁琐。但在多数情况下，由于患者本人或代诉病史的亲属并非医生，由他们提供的病史不一定完全符合医生诊断的需要，因而医生为获得必要的病史资料，必须向患者或其亲属提出若干专门问题请他们认真回答。这样他们提供的信息才可作为肯定或否定某些疾病的有力根据。为此，医生所提出的问题必须有针对性。就神经科医生而言，第一，要根据神经系统疾病最常出现的症状，如头疼、抽风、肢体活动障碍等提出问题。第二，要根据患者自入诊察室后的表现或在叙述病史过程中的言语动作提出问题。医生犹如侦探，诊断犹如破案。有时患者漫不经心的一句话、一些表现，虽系蛛丝马迹，但据此详问细查，往往能得出确定诊断的某些主要根据。第三，要根据患者病史中提供的某些要点提出若干问题请其详细描述。第四，医生根据在初步检查时所发现的某些表面现象，再提出问题请其详细回答。患者回答的内容，常常为确定诊断提供重要依据。下面的病例可说明上述问题。

例1 颅内肿瘤脊髓转移(?) 脑脊髓蛛网膜粘连

〔病史〕 患者刘××，男性，21岁。1981年7月10日就诊。

患者之家人叙述，1980年5月份开始头疼、呕吐。不发烧。以后又出现腰疼、腿疼。半年前开始两下肢活动不灵，且逐渐加重。2个月前两下肢瘫痪不能起床。小便困难，但不需导尿，偶尔出现头疼，重时伴有呕吐。

〔检查〕 一般情况尚可，意识清楚，合作。

脑神经：未见异常。

运动：双侧下肢不全瘫，肌张力松弛。双足呈弓形。双侧胫前肌萎缩。

感觉：双侧T₃以下痛觉减退，双侧下肢深感觉正常。

反射：	正常反射	左	右	病理反射	左	右
	二头肌	+	+	Hoffmann	-	-
	三头肌	+	+	Babinski	+	+
	膝	++	++			
	跟	++	++			

眼底：双视神经乳头明显水肿，有渗出和出血。

〔分析〕 患者有颅内压力增高现象，同时有脊髓受累的症状和体征。因患者有视神经乳头水肿，不宜做腰穿，更不应做梗阻试验。仅根据症状和体征做如下分析：颅内压力增高说明颅内占有位性病变。半年后又出现脊髓受累的症状和体征，可以认为二者有因果关系。颅内肿瘤可以产生脊髓受累的症状和体征者，首先要考虑跨矢状窦的脑膜瘤。跨矢状窦的脑膜瘤既可出现颅内压力增高，又可引起双下肢上神经元性瘫痪。因累及旁中央小

叶,亦可导致排尿困难。其次要考虑颅内肿瘤沿蛛网膜下腔转移到脊髓。可沿蛛网膜下腔转移的肿瘤有:髓母细胞瘤、多形性胶质母细胞瘤、室管膜瘤、星形细胞瘤、黑色素母细胞瘤、松果体瘤等。

〔确诊〕 后经复诊,认为颅内病变可以合并脊髓受累的症状和体征者,除上述两种情况应予以考虑外,还有广泛的蛛网膜粘连值得注意。针对这种情况,乃详问其病史。原来患者在1979年4月就开始出现头疼、高热、呕吐。到某县医院诊断为脑膜炎。用链霉素和Rimifon治疗。20天后好转。未做腰穿即认为痊愈而出院。1年后又因犯头疼、呕吐病来诊。根据补充之病史可以考虑患者原患结核性脑膜炎,因未彻底治疗,乃形成脑和脊髓的蛛网膜粘连。为证实诊断,在静脉注入甘露醇后做腰穿,放出黄色之脑脊液。 $C=13$, $P=300mg$, $S=40mg$, $Cl=680mg$ 。因有乳头水肿未做梗阻试验。但根据脑脊液的变化,结合脊髓受累的症状和体征,可以认为椎管已有梗阻。因椎管梗阻,梗阻以下的脑脊液不复反映是否有脑膜炎存在。但结合病史、症状和体征,患者可以确诊为脑脊髓的蛛网膜粘连。

〔经验教训〕 本例误诊的主要原因是询问病史不够详细。询问任何疾病的病史一般通过以下三个步骤:一是请患者随便叙述其疾病发生发展的经过。二是提出若干问题请患者回答。医生所提问题的依据,包括患者所叙述病史的不够明确之处,医生脑中根据患者的叙述想到几种疾病,提出的问题可以支持或否认某病的主要经过;患者对医生所提问题的回答可为某些疾病鉴别的依据。三是在为患者做完主要的临床检查之后再详问患者的病史,为确定或否认某病寻找有力的条件。本例在检查出颅内高压及脊髓受累的体征之后,再问其有无脑膜炎的病史,就是要寻找脑脊髓蛛网膜粘连的根据。

本例误诊的第二个原因是医生如何在诊断中对待少见病和常见病的问题。按颅内肿瘤脊髓转移极为罕见的情况。跨矢状窦脑膜瘤也较少见。因而为本例考虑诊断时,首先还以考虑脑脊髓的蛛网膜粘连为宜。此点将在例95中详述。

最后,通过本例可以看出腰穿对诊断脑膜炎或何种类型的脑膜炎以及判定脑膜炎是否治愈的重要作用。本例主要因未做腰穿,以致延误了诊断和彻底治疗,终于形成了脑和脊髓的蛛网膜粘连。

例2 颅咽管瘤(?) 结核性脑膜炎钙化脑底蛛网膜粘连

〔病史〕 患者刘××,女性,19岁。1981年2月21日就诊。

患者之父母叙述,患者从3~4岁开始有喝水多、排尿多现象,一直持续到来诊时。现在每小时需要喝水2次,每次约500ml。身长矮小不见长高。已19岁还未来月经。时有头痛,但无呕吐。亦无痉挛发作。

〔检查〕 一般情况尚好,意识清楚,但较呆板。检查合作。身长1.32米(图1)。体重39公斤。无阴毛及腋毛。乳房未发育。

脑神经:两侧瞳孔等大,光反应正常。眼球运动正常。向左看时可见细而快的水平方向眼球震颤。其它无异常。

运动、感觉、反射:未查出异常。

眼底:两侧视乳头色淡。

颅骨侧位片：蝶鞍前床突之上方有钙化斑，放射线科诊断为颅咽管瘤。

〔分析〕 根据身体矮小，无第二性征，内分泌改变，以及鞍上之钙化等，诊断为颅咽管瘤。

〔确诊〕 后经复诊，临床体征虽有颅咽管瘤的根据，但其病史太长值得怀疑。乃重问病史，方知于3岁左右曾患结核性脑膜炎。做腰穿7~8次，住院2个月治愈出院。做CT检查证实脑内及脑底有多发性散在钙化斑。根据病史及CT改变乃确诊为结核性脑膜炎钙化及脑底(视交叉)蛛网膜粘连。回头再观察颅骨平片，脑底也有钙化，因与颅底骨质重叠而被忽视。

〔经验教训〕 本例之误诊，一因询问病史不详。一般说来，病史与体征在诊断疾病中的作用当然以体征为主要。但在诊断某病发生怀疑时，与该病有因果关系的病史，不但可为寻找其它诊断之引线，亦可为确定某病之主要依据。本例之主要体征虽支持颅咽管瘤之诊断，但历时16年而未见加重，有理由对颅咽管瘤的诊断提出疑问。据此乃详问病史，果然问出与其体征有因果关系的结核性脑膜炎病史。根据病史乃做了CT检查和复查了颅骨的X线平片。终于给患者的疾病做出了确诊。由此可见详问病史以及在某种情况下重视病史在诊断中所起的作用的重要性。

二是对可以引起和颅咽管瘤的体征相似的疾病(鞍区病变)了解得不够全面，因而使其思路受到限制。按鞍区病变需要互相鉴别者大致有五种：

(1) 垂体腺瘤：患者多为青年或中年。引起性腺激素低功者为难染色性细胞腺瘤。女性患者表现为肥胖及性机能低下；男性患者表现为中等程度的女性化。引起生长激素功能亢进者为嗜伊红性细胞腺瘤。成人前起病者表现为巨人症；成人后起病者表现为肢端肥大症。垂体腺瘤的眼底改变为原发性视神经萎缩。视野改变为双颞侧偏盲。X线颅骨平片：难染色性细胞腺瘤之蝶鞍呈球形扩大。肢端肥大症蝶鞍呈不规则的扩大，有的并不扩大。

(2) 鞍结节脑膜瘤：脑膜瘤位于鞍上。患者多为中年。常无内分泌腺方面的症状和体征。眼底为原发性视神经萎缩。视野为双颞侧偏盲。X线颅骨平片正常，或表现为鞍结节骨质增生或鞍上钙化。

(3) 视神经交叉的神经胶质瘤：该瘤位于鞍上，患者多为儿童。常无内分泌腺的症状和体征。有时有内分泌腺功能低下。可有尿崩症。眼底为原发性视神经萎缩。或因瘤组织沿神经纤维长入视神经乳头而与乳头水肿相似。视野缺损常不整齐，可有中央暗点。X线颅骨平片表现在视神经孔扩大。

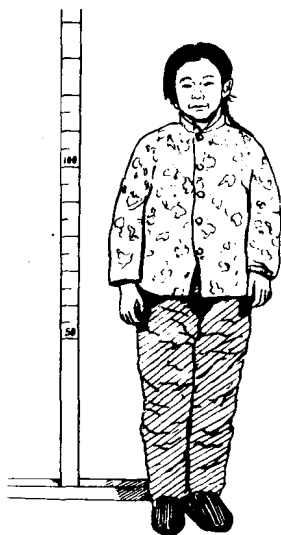


图1 例2患者年19岁

(4) 颅咽管瘤：颅咽管瘤位于鞍上，患者多为儿童。但文献中有报告 72 岁患者。我们曾经历 45 岁者。眼底改变在小儿时多为视神经乳头水肿，成人时多为原发性视神经萎缩。视野改变为双颞侧偏盲或不规则。X 线颅骨平片 85% 有鞍上钙化。蝶鞍无改变。

(5) 视交叉蛛网膜粘连：多因结核性脑膜炎引起。有的原因不明。粘连多在鞍旁或鞍上。可见于任何年龄。可有内分泌腺机能低下的症状和体征。眼底改变多为原发性视神经萎缩。视野多无改变，或有不规则的改变。X 线平片多无改变。有钙化者极为少见。如有之，则为结核性脑膜炎所致。本例即为其中之一。

例 3 脊髓压迫(?) 大脑镰旁脑膜瘤

〔病史〕 患者韩××，女性，47 岁。1976 年 7 月 26 日就诊。

患者于 1975 年 10 月份开始感觉左脚发麻、发木。麻木逐渐向上窜，到 1976 年 1 月份，感觉左侧上下肢活动不灵。症状越来越重，就诊半月前已不能起立和行走，甚至不能翻身。大小便正常。头不疼，也无呕吐。

〔检查〕 一般情况佳，意识清楚，合作。

脑神经：未见异常。

运动：左上下肢轻瘫，肌张力增强。右上下肢肌力略弱。

感觉：左 C₃~S₅ 痛觉减退，深感觉减退。

反射：	正常反射	左	右	病理反射	左	右
	二头肌	++	++	Hoffmann	+	±
	桡	+	+	Babinski	+	+
	膝	++	++	掌颏	+	-
	跟	++	++			

眼底：正常。

颈椎双斜位 X 线平片：正常。

腰穿：脑脊液压力 225mmH₂O(毫米水柱)。C=2，P=100mg，S=40mg，Cl=680mg。

〔分析〕 根据四肢锥体束受累的体征以及脑脊液蛋白增高，分析为椎管不完全梗阻现象。决定做脊髓 Myodil 造影，进一步确定梗阻部位。

〔经过〕 9 月 6 日做脊髓 Myodil 造影：Myodil 在椎管内畅通无阻。因而未能确诊，只好暂按脊髓压迫继续观察。

10 月 31 日复诊：患者神志恍惚，左上下肢瘫痪加重。四肢锥体束受累体征同前。双眼底出现视神经乳头水肿。经重问病史，家属反映：患者在来门诊就诊之前(7 月初)即开始抽风。每次抽风都是从左脚开始，向上波及左下肢和上肢。抽风时意识清楚，每次持续几分钟。曾抽风多次，每次症状相同。据此，乃确定为右侧大脑半球病变，决定做右侧颈动脉造影。

〔确诊〕 通过脑血管造影，确定为右侧大脑镰旁脑膜瘤。当天手术，于右侧额叶大脑镰旁摘除 6×5×4cm 球形肿瘤。病理诊断：脑膜瘤。

〔经验教训〕 本例之误诊主要是由于采集病史的失误。即对患者诊断起主要作用的

Jackson 氏癫痫史没有收集到。这当然是由于患者及其家属没有主动提供，但更主要的是由于医生未能主动地将神经系统疾病最常见的一个症状(抽风)作为一个问题向患者或其家属提出。尤其是在神经系统检查之后，已发现患者之肢体瘫痪和浅感觉障碍在同一侧时，还未意识到这是脊髓压迫所不可能出现的体征。此时，如能对患者和对自己多提出几个问题，便不会诊断为脊髓压迫，并且错误地做了脊髓 Myodil 造影，险些为患者酿成生命危险。

本例在脑血管造影之前诊断为脊髓压迫时，其肢体瘫痪与浅感觉障碍都在一侧确系不好解释的难点，但想到大脑半球的病变时，其双侧锥体束受累体征表现在双侧 Babinski 氏征阳性也是一个不好解释的难点。二者虽然都是不好解释的难点，但其不好解释的程度有所不同：脊髓病变之瘫痪和浅感觉障碍都在一侧，是用神经解剖学所不能解释的难点，而大脑半球病变出现双侧锥体束受累体征，是用神经解剖学很容易解释的难点，那就是双侧大脑半球支配双侧下肢的中央前后回之顶部只有大脑镰相隔，如为占位性病变很容易由一侧压迫到对侧，因而出现双侧下肢的锥体束受累体征。本例始于脚部且向上发展的运动感觉症状和病史就说明了这个问题。可见医生详问病史的必要，否则会导致误诊。

例 4 化脓性脑膜炎(?) 脑脓肿

〔病史〕 患者曹××，男性，33岁。1980年8月6日就诊。

患者之家人叙述，2个月前患者开始感觉发热、咳嗽、头疼，有时少许呕吐。其发热时轻时重，有时出现寒战。曾用过青霉素和链霉素治疗，症状不见好转。曾在某县医院作过胸部透视，据说有一阴影但问题不大。来诊前半月之某日下午2点，突然感觉严重头疼，为全头跳疼，合并颈部发硬。自觉发热，但未试体温。当天傍晚频繁呕吐，呈喷射性。第二天到某县医院治疗。3天后头疼见轻，呕吐消失，体温正常。但仍觉颈强，食欲不振，精神萎靡。于8月6日来急诊室，11日住院。

〔检查〕 一般情况消瘦，营养不良。精神不振。体温 38.5℃。

脑神经：两侧瞳孔等大，光反应正常。两眼向左右侧注视时有水平方向的眼球震颤；向上注视时有垂直方向的眼球震颤。其它脑神经未查出异常。

运动、感觉、反射：未查出异常。

颈强：(+) Kernig 氏征(+) (+)

眼底：正常。

胸部透视：右肺可见片状模糊阴影。怀疑为支气管扩张合并感染。

腰穿：8月6日第一次：C=1240(N=80%，L=20%)，P=200mg，S=30mg，Cl=420mg。

8月8日第二次：脑脊液呈淡黄色，略混浊。压力 250mmH₂O(毫米水柱)。C=1400(100%为多核白细胞)。P=400mg，S=30mg，Cl=580mg。

〔分析〕 根据患者的周身感染症状，脑膜刺激体征，以及脑脊液的变化，诊断为化脓性脑膜炎。其脑脊液的细胞数不够化脓性脑膜炎那样多，可以解释为未经彻底治疗所致。

〔确诊〕 患者于入院后症状越来越重，终于8月13日抢救无效死亡。当天下午做脑

局部解剖。外观：大脑半球凸面可见脑回变平，脑沟变窄。脑膜无异常。脑底面蛛网膜下腔有大量黄色脓液蓄积。延髓周围之蛛网膜和软脑膜粘连。无脑疝。切面：可见左半球顶叶后部有一脓肿和脑室相通。脓肿和脑表面接近，但未破入蛛网膜下腔。脑室系统扩大且充满脓液。

显微镜下：脓肿壁由多核白细胞和脓细胞构成。左侧脑室壁亦为炎症细胞所代替。右侧脑室壁尚完整，但室管膜下有大量炎症细胞浸润。第三脑室充满脓液。第四脑室扩大充满脓液。中孔被脓液堵塞。延髓之蛛网膜下腔被炎症细胞堵塞，蛛网膜和软脑膜粘连。病理诊断：脑脓肿破入脑室系统，形成脑底及延髓的蛛网膜下腔堵塞粘连。

〔经验教训〕 本例之误诊，一因对患者之病史重视不足。患者于得病之初，除有周身感染症状外，已有了脑症状，表现在头疼和呕吐。如此脑症状又没有化脓性脑膜炎那样急剧。如果当时能将脑症状和胸部透视的结果联系起来，当能早日得出诊断。但未能如此，反认为胸部透视的改变无大问题，因而延误了诊断和治疗。

二因未能及时做腰椎穿刺查脑脊液的变化。在患者开始有头疼、呕吐之时即应及时做腰穿查脑脊液的变化。如为化脓性脑膜炎当能立即确诊。如为脑脓肿，脑脊液可能没有改变。如脓肿接近大脑皮质或脑室系统，可能只表现在细胞数稍多。患者于来诊前半月突然发生严重头疼和呕吐之时，则更应立即做腰穿查其脑脊液的变化。如为患者进行了上述两次腰穿，再将两次腰穿的结果联系起来，很可能作出脑脓肿破入脑室系统或蛛网膜下腔之诊断。由此可见及时腰穿查脑脊液的变化，在诊断神经系统疾病中的重要性，本例再次对此提供了有力的证据。

最后，通过本例可以了解到脑脓肿是一个临床不易诊断的疾病。其脓肿虽大，只要未累及可表现症状和体征的运动和感觉系统便将毫无定位体征。有的患者生前如不通过特殊检查，只能在病理解剖时发现。通过本例医生还可能了解脑脓肿患者如突然加重，表现在高热、寒战、严重头疼、频繁呕吐，乃表示脓肿可能破入脑室系统，形成室管膜炎和脑室积脓。亦可能表示脓肿破入蛛网膜下腔，形成化脓性脑膜炎。虽为室管膜炎或脑室积脓，但当脓液或炎症细胞将脑室系统梗阻时，梗阻以下的脑脊液改变，自然不是室管膜炎或脑室积脓所应有的脑脊液改变的本来面目。本例脑脊液的变化可为证明。

例 5 结核性脑膜炎(?) 脑膜炎型脑囊虫

〔病史〕 患者牛××，女性，32岁。1960年10月12日复诊。

患者于1959年春开始感觉头疼、呕吐。住院后腰穿，发现脑脊液细胞数增多，其它成分无改变。乃按淋巴细胞性脉络丛脑膜炎治疗。住院4个月，腰穿几十次。一直是脑脊液中细胞数增多。出院时也未见好转。出院1个月后，又因头疼、呕吐而入院。再次腰穿，脑脊液仍然是细胞数增多。又按结核性脑膜炎治疗。住院2个月未全愈而出院。以后经常头疼、呕吐，因而经常来门诊检查。前后共做腰穿105次，脑脊液细胞数在20~150之间。有时糖量稍低，其它都在正常范围。

〔检查〕 一般情况佳，意识清楚，合作。

脑神经、运动、感觉、反射：未查出异常。

眼底：乳头无水肿。

颈强(-) Kernig 氏征(-)(-)

〔分析〕 根据多次腰穿脑脊液的改变,可以定为颅内炎症。但究竟为何种炎症,无进一步推论之根据。曾经按结核性脑膜炎治疗,根据病程来看,根本没有支持这个诊断的条件。

〔确诊〕 患者于此次复诊时,无意中谈到不久前便一次绦虫节片。再详细询问,实际在2年前即曾便过绦虫节片。从此确诊为脑膜炎型脑囊虫。同年12月14日再一次腰穿,压力 150/100mmH₂O, C=126(N=44%, L=56%), P=20mg, S=50mg, Cl=720mg。

1974年2月9日复诊,患者仍经常头疼。再一次腰穿, C=14, P=20mg。

〔经验教训〕 本例之误诊,主要是由于对脑膜炎型脑囊虫缺乏认识,因而未详问和脑囊虫有关的病史,如便绦虫节片或皮下结节等。同时也未进行和脑囊虫有关的检查。关于脑囊虫的类型将在例32中叙述。在我们经历的700例脑囊虫患者中表现为脑膜炎的症状和体征者共有53例。患者多突然起病,表现为头疼和呕吐。有的患者有颈强直和Kernig 氏征。做腰穿时可见脑脊液的细胞数增多,以淋巴细胞占多数。糖量偶尔略低,蛋白量一般不高,有者增高。患者时好时犯,脑脊液的改变也时轻时重。有的患者迁延多年,本例到1981年已经有21年之久。有的患者也有其它类型脑囊虫的症状和体征,如癫痫和颅内压力增高等。本例则只有脑膜炎的症状和体征,甚至连皮下结节也没有。在囊虫症多发地区,如发现慢性脑膜炎患者,尤其是诊断为结核性脑膜炎患者,当其无确切的根据时,要想到脑膜炎型脑囊虫。要注意检查支持或否定本病之根据。脑膜炎型脑囊虫和结核性脑膜炎的鉴别,主要在于前者脑脊液中的糖量不低,蛋白量不高。脑膜炎型脑囊虫也要和新型隐球菌型脑膜炎鉴别,主要在于后者可在脑脊液中查到新型隐球菌。自CT应用于临床以来,为脑囊虫患者做CT检查绝大多数可以确诊。少数患者因囊虫太少CT检查为阴性者,近年来的磁共振成像(MRI)可补充CT检查之不足(参阅例160)。

例6 散发性脑炎(?) 松果体区肿瘤

〔病史〕 患者王××,男性,14岁。1981年12月17日入院。

患儿之父母叙述,患儿于入院前13天开始发热、头疼,体温38℃。当天下午体温下降到正常。第二天照常参加1500米跑赛。第三天开始恶心、呕吐,眼球疼,双耳鸣。曾到某市医院诊治,怀疑为散发性脑炎。此后,仍然感觉头疼、头迷,有时呕吐。

〔检查〕 一般情况佳,精神迟钝,嗜睡。

脑神经:两侧瞳孔等大,光反应正常。眼球运动正常。无眼球震颤。两耳聋。其它无异常。

运动、感觉、反射:未查出异常。

眼底:正常。

腰穿:压力400mmH₂O, C=2, P=30mg。

脑电图:广泛中度异常。

〔分析〕 根据患儿突然得病、有感染症状、精神状态以及脑电图的改变,诊断为散发性脑炎。散发性脑炎可以引起脑压增高,严重者可出现视神经乳头水肿。

〔确诊〕 后经复查，发现患儿开始生长胡须，再查阴茎和阴毛也和成年男人相似。根据这些特殊体征再问病史，其母叙述，患儿原较瘦弱(图 2)，自 1981 年 8 月份开始食量大增，见胖(图 3)。身高亦迅速增长，体重约 40 公斤。阴茎和阴毛和成年男人相似。医生根据其病史详查，身高为 1.63 米，生殖器和阴毛确与成年男人相似。根据病史及表示性早熟的第二性征再详查其神经系统，尤其重点地检查其眼球运动，证明了患儿双眼向上运动障碍(图 4)。双眼向下运动正常(图 5)。双眼向左运动正常(图 6)。右眼外展不充分(图 7)。两眼集合不能，调节反射正常。据此，乃确诊为松果体区肿瘤。后到某院手术，病理诊断为恶性畸胎瘤。



图 2 病前 1 个月

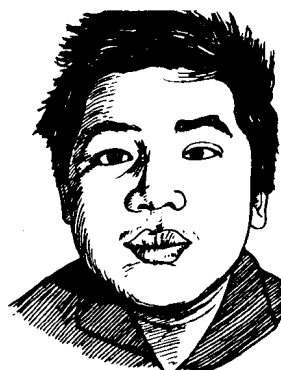


图 3 病后 4 个月



图 4 双眼向上运动障碍



图 5 双眼向下运动正常

颅骨正侧位平片：松果体钙化。脑回压迹略多。后床突脱钙。

CT 检查：于松果体区有大面积的密度增高影(图 8)。从而确定为松果体区肿瘤。

〔经验教训〕 本例误诊的原因，第一是询问病史欠详尽。关于询问病史的步骤，例 1 中曾谈到在检查完了时，根据所发现的体征还需要详问与其有关的病史。本例的确诊经过，十分清楚的说明了这个步骤的重要性。当仅根据患儿的父母所叙述的病史，因其起病