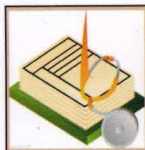


▶ 常见病诊疗思维丛书



# 神经内科疾病

# 病例解析

主编 蒋国卿 聂建堂 董旭



► 神经内科住院医师规范化培训



神经内科疾病

# 病例解析

主编 王树明 副主编 王树明 王树明 王树明



# 神经内科疾病 病例解析

主 编 蒋国卿 聂建堂 董 旭

第二军医大学出版社

## 内 容 简 介

以神经内科常见的病例为引子,选用医生自己经治的典型病例,在“真实性、实用性、科学性”的基础上,从病例介绍、检查、诊断思维、治疗、讨论、临床讨论与分析等几个方面分别详细阐述每一病例的诊治过程。通过层层分析典型病例的方法进行广泛深入的讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医生和医学生能从中学习到临床逻辑思维方法,提高分析判断的能力。

### 图书在版编目(CIP)数据

神经内科疾病病例解析/蒋国卿,聂建堂,董旭主编. —上海:第二军医大学出版社,2010.12

(常见病诊疗思维丛书)

ISBN 978-7-5481-0154-3

I. ①神… II. ①蒋… ②聂… ③董… III. ①神经系统疾病—病案—分析 IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 242482 号

## 神经内科疾病病例解析

主编 蒋国卿 聂建堂 董旭

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本:850×1168 1/32 印张:10.5 字数:269千字

2010年12月第1版 2010年12月第1次印刷

ISBN 978-7-5481-0154-3/R·959

定价:27.00元

## 编委会名单

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 主 编 | 蒋国卿 | 聂建堂 | 董 旭 |     |
| 副主编 | 李志立 | 陈景红 | 王天俊 |     |
|     | 张希廉 | 张俊芳 | 景利娟 |     |
| 编 委 | 刘倩薇 | 吕 超 | 白丽湘 | 赵秀娟 |
|     | 靳 玮 | 张艳赏 | 周 毅 | 霍颖浩 |
|     | 韩淑青 | 王贺波 |     |     |

# 前 言

对于刚刚步入临床工作的医生,如何将在学校所学的医学基础理论与临床实践相结合,尽快提高临床思维能力,提高分析问题、解决问题的能力,是成为一名好医师的关键。临床思维能力即形象思维与逻辑思维能力,是指运用理论课所学的基础知识融会贯通于临床实践中,对具体临床现象进行思路清晰、逻辑性强的分析和思考,最后作出符合实际的判断。这种能力是临床医生独立解决临床问题的基本保障。为了便于临床医生在临床工作中更好地加强理论与实践的联系,启发临床思维能力,为达到培养初级临床医师临床思维能力,分析、解决问题的能力的目的,使读者能开卷受益,本书以神经科常见的病例为引子,选用经手医治的典型病例,在“真实性、实用性、科学性”的基础上,从病例介绍、诊断思维、治疗、临床讨论与分析等几个方面分别详细阐述每个病例的诊治过程。

本书的编写特色:

1. 以真实病例为基础,展现该疾病的发展过程,联系该疾病的基础知识,指出临床诊断思路,阐述治疗过程。
2. 所选择病例均为多发病、常见病,虽不能包罗万象,但均具有代表性。

本书旨在通过典型的病例,用层层分析的方法进行广泛深入的讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医师和医学生能从中学习

到临床逻辑思维方法,使读者领悟准确诊断及治疗结果的由来,提高分析判断的能力。为了避免医生单纯依靠先进的医疗设备取得的检查结果轻易地作出诊断,笔者特别强调所有医生都应认真采集病史,重视全面、系统的常规检查和综合分析,从而减少或防止临床诊疗工作的片面性。本书是年轻的临床医师、医学生提高临床诊疗技术的良师益友,对成功培养理论联系实际、临床思维能力强的优秀临床医师将大有裨益。

作者们均为神经科领域从事一线临床工作、经验丰富的专家教授,他们具有长期临床实践经验与现代医学理论知识,并能将理论与实践紧密联系进行阐述相结合,使全书内容生动、鲜活,重点突出,实用性强。适合于临床内科、神经科医师和医学院校学生参阅。

由于时间仓促,不足之处在所难免,请广大读者批评指正。

编者

2010年7月

# 目 录

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| <b>第一章 周围神经疾病</b> ..... | ( 1 )   |
| 病例 1 面神经炎 .....         | ( 1 )   |
| 病例 2 三叉神经痛 .....        | ( 6 )   |
| 病例 3 桡神经麻痹 .....        | ( 11 )  |
| 病例 4 坐骨神经痛 .....        | ( 15 )  |
| 病例 5 腓神经麻痹 .....        | ( 20 )  |
| 病例 6 吉兰-巴雷 .....        | ( 24 )  |
| <b>第二章 脊髓疾病</b> .....   | ( 31 )  |
| 病例 1 急性脊髓炎 .....        | ( 31 )  |
| 病例 2 脊髓血管病 .....        | ( 37 )  |
| 病例 3 腰椎椎间盘突出症 .....     | ( 43 )  |
| 病例 4 脊髓肿瘤 .....         | ( 50 )  |
| 病例 5 脊髓蛛网膜炎 .....       | ( 61 )  |
| 病例 6 脊髓空洞症 .....        | ( 67 )  |
| <b>第三章 头痛</b> .....     | ( 72 )  |
| 病例 1 偏头痛 .....          | ( 72 )  |
| 病例 2 低颅压性头痛 .....       | ( 81 )  |
| 病例 3 颅内高压综合征 .....      | ( 85 )  |
| <b>第四章 脑血管疾病</b> .....  | ( 95 )  |
| 病例 1 短暂性脑缺血发作 .....     | ( 95 )  |
| 病例 2 动脉硬化性脑梗死 .....     | ( 99 )  |
| 病例 3 脑栓塞 .....          | ( 107 ) |
| 病例 4 腔隙性脑梗死 .....       | ( 112 ) |
| 病例 5 脑分水岭梗死 .....       | ( 116 ) |
| 病例 6 脑出血 .....          | ( 121 ) |
| 病例 7 蛛网膜下隙出血 .....      | ( 127 ) |



---

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| <b>第五章 中枢神经系统感染</b> .....    | (133) |
| 病例 1 脑炎 .....                | (133) |
| 病例 2 脑膜炎 .....               | (143) |
| 病例 3 结核性脑膜炎 .....            | (151) |
| 病例 4 新型隐球菌脑膜炎 .....          | (157) |
| 病例 5 病毒性脑膜炎 .....            | (162) |
| 病例 6 脑囊虫病 .....              | (169) |
| 病例 7 脑蛛网膜炎 .....             | (174) |
| <b>第六章 癫痫</b> .....          | (182) |
| <b>第七章 运动障碍疾病</b> .....      | (194) |
| 病例 1 特发性帕金森病 .....           | (194) |
| 病例 2 小舞蹈病 .....              | (201) |
| 病例 3 手足徐动症 .....             | (205) |
| 病例 4 肝豆状核变性 .....            | (209) |
| 病例 5 迟发性运动障碍 .....           | (217) |
| <b>第八章 中枢神经系统脱髓鞘疾病</b> ..... | (221) |
| 病例 1 视神经脊髓炎 .....            | (221) |
| 病例 2 多发性硬化 .....             | (224) |
| 病例 3 急性播散性脑脊髓炎 .....         | (232) |
| <b>第九章 肌肉疾病</b> .....        | (238) |
| 病例 1 炎症性肌病 .....             | (238) |
| 病例 2 进行性肌营养不良症 .....         | (243) |
| <b>第十章 神经-肌肉接头疾病</b> .....   | (251) |
| 病例 1 重症肌无力 .....             | (251) |
| <b>第十一章 自主神经系统疾病</b> .....   | (262) |
| 病例 1 雷诺病 .....               | (262) |
| 病例 2 原发性直立性低血压 .....         | (266) |
| 病例 3 晕厥 .....                | (271) |

---

|             |                               |       |
|-------------|-------------------------------|-------|
| <b>第十二章</b> | <b>理化因子及中毒所致的神经系统损害</b> ..... | (278) |
| 病例 1        | 中暑 .....                      | (278) |
| 病例 2        | 一氧化碳中毒 .....                  | (282) |
| 病例 3        | 急性巴比妥类药物中毒 .....              | (285) |
| 病例 4        | 吩噻嗪类抗精神病药物中毒 .....            | (294) |
| 病例 5        | 氨基甲酸酯类农药中毒 .....              | (298) |
| 病例 6        | 急性酒精中毒 .....                  | (307) |
| 病例 7        | 蕈中毒 .....                     | (311) |
| 病例 8        | 发芽马铃薯中毒 .....                 | (315) |
| 病例 9        | 肉毒中毒 .....                    | (318) |

# 第一章 周围神经疾病

## 病例 1 面神经炎

### 【病例介绍】

患者,女性,17岁。因口眼喎斜2天,于2007年3月2日入院。

1. 现病史 患者于2007年3月1日受风后出现口眼喎斜,闭目费力,右耳后疼痛,未予治疗。患者自发病以来无头痛、呕吐、言语不利、偏瘫、复视、头晕、走路不稳等症状。为求诊治,就诊于我院。

2. 既往史 无高血压病、糖尿病、心脏病史,无肝炎、结核等传染病史,无手术外伤史,否认过敏史。

3. 入院查体 体温(T)36.4℃,脉搏(P)70次/分,呼吸(R)20次/分,血压(BP)110/70 mmHg;神志清,精神好,全身皮肤、黏膜未见黄染及出血点,浅表淋巴结未触及肿大,头颅无畸形,眼睑无水肿。咽无充血,扁桃体不大,颈无抵抗,两肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心界不大,心率70次/分,心律齐,无杂音,腹软,肝脾未触及,肝、肾区无叩痛,四肢肌张力正常,肌力5级。未引出病理征。双侧瞳孔正大等圆,对光反射灵敏,双眼球诸方向运动充分,无复视,左侧角膜反射正常,右侧角膜反射消失,面部感觉正常,咀嚼肌有力无萎缩,左眼闭目有力,右眼闭合不能,皱额及示齿右侧额纹及鼻唇沟消失,口角偏左,鼓腮右侧口角漏气,味觉正常,音叉试验听力正常,无眼震,咽反射存在,咽下动作正常,伸舌居中,舌肌无萎缩。

4. 辅助检查 头颅CT平扫未见异常,血液与尿液分析正常,肝功能、肾功能正常,心电图示窦性心律,正常心电图。

### 【定位与定性诊断】

1. 定位诊断 根据患者右侧额纹消失,右侧鼻唇沟浅,右眼闭合不能,口角左歪,故属于周围性面瘫,因无同侧展神经麻痹和肢体瘫痪,故可排除脑干病变,考虑患者的病变在右侧面神经管内段的面神经受累。

#### 2. 定性诊断

(1) 面神经炎:患者突然发病,无明确诱因,考虑为右侧面神经管内段受累,同时有面神经水肿,受压后缺血。故考虑为面神经炎的诊断。

(2) 脑干脑炎:无腹泻、上呼吸道感染病史,无其他脑神经受累的表现,血液分析、脑电图正常,可除外脑干脑炎。

### 【诊断思维】

患者表现为右侧面肌瘫痪,右眼不能闭合,右侧不能做皱眉、示齿等动作,属于面神经性周围性瘫痪,如系中枢性瘫痪则主要侵及下面部,故较易鉴别。面神经出脑后经过岩骨内狭长的面神经管,并发出一些分支。由于损害的水平不同,临床上除有面瘫外,还会出现一些附加的症状,如面神经损害在茎乳孔以上影响了鼓索神经,尚有患侧舌前 2/3 味觉障碍。如在镫骨肌支以上受损,则尚有患侧听觉过敏。如为膝状神经节部位损害,除有以上症状外,尚有外耳道及耳郭部疼痛及感觉减退,外耳道,耳郭及鼓膜出现疱疹,膝状神经节以上的病变,岩大浅神经受损,则尚有同侧泪液分泌减少。如病变在内听道,则尚有听神经受累的表现,如耳鸣、耳聋、眩晕、平衡障碍等。本例为单纯面瘫,味觉无障碍,故病变在鼓索神经水平以下,是比较偏于周围部位的。

至于病变的性质,因发病迅速,面及耳后未发现有肿物及腮腺炎等,故应考虑为面神经炎,又称 Bell 麻痹。这是面神经周围性瘫

疾的最常见原因,起初常先有耳后部疼痛。面神经炎可发生于任何年龄,以 20~40 岁者最多见。绝大多数为一侧性,少数有复发,或以后有另一侧出现同样面瘫。其确切的病因尚未明确,很可能为变态反应引起的神经炎。也有学者认为是营养神经的血管因受凉或风吹出现痉挛,引起面神经缺血、水肿,在茎乳突孔内受到压迫而发生麻痹或由于茎乳突孔内骨膜炎引起面神经肿胀,受压,血液循环障碍导致面神经麻痹。

### 【治疗】

1. 激素治疗 地塞米松 1.5~3.0 mg,1 次/天,口服,连续 10 天。

2. 营养神经 甲钴胺(弥可保)500  $\mu\text{g}$ ,肌肉注射,隔天 1 次。

3. 改善微循环,减轻水肿 20%甘露醇 125 ml,静脉滴注,1 次/天。

4. 理疗 红外线照射。

5. 针灸治疗 取太阳、听宫;听会、地仓、下关、四白;承浆、颊车配曲池、合谷等针刺,促进神经传导功能的恢复和加强肌肉的收缩。

6. 保护角膜 因眼睑不能闭合,使角膜长时间外露,易导致眼内感染,特别是角膜损害。要注意不宜吹风和持续用眼,外出或睡眠时用眼罩或眼膏保护暴露的角膜,以防发生结膜角膜炎。

7. 其他 及早加强面肌的功能训练,给予合适的中药方剂治疗亦有一定疗效。

### 【小结】

本病诊断比较简单,多数预后较好,通常可在 2~3 个月内完全恢复,本病例住院治疗 2 周即基本恢复。临床上也有一部分患者未能完全恢复,有不同程度的后遗症,出现面肌挛缩及抽搐。

## 【临床讨论与分析】

面神经炎(Bell 麻痹),系指茎孔以上面神经管内段面神经的一种急性非化脓性炎症。冬春季节好发。

### 一、临床表现

发病可见于任何年龄,无性别差异。多为单侧,双侧者甚少。绝大多数患者发病在冬春季节,通常急性起病,一侧面部表情肌突然瘫痪,可于数小时内达到高峰。有的患者病前 1~3 天患侧外耳道耳后乳突区疼痛,常于清晨洗漱时发现或被他人发现口眼喎斜。检查可见同侧额纹消失,不能皱眉,因眼轮匝肌瘫痪,眼裂增大。鼻唇沟变浅,口角下垂,做闭眼动作时,眼睑不能闭合或闭合不全,而眼球则向外上方转动并露出白色巩膜,称 Bell 现象。下眼睑外翻,泪液不易流入鼻泪管而溢出眼外。患侧鼻唇沟变浅,口角下垂,示齿时口角被牵向健侧。不能做噘嘴和吹口哨动作,鼓腮时患侧口角漏气,进食及漱口时汤水从患侧口角漏出。由于颊肌瘫痪,食物常滞留于齿颊之间。

若病变波及鼓索神经,除上述症状外,尚可有同侧舌前 2/3 味觉减退或消失。镫骨肌支以上部位受累时,因镫骨肌瘫痪,同时还出现同侧听觉过敏。膝状神经节受累时除面瘫、味觉障碍和听觉过敏外,还有同侧唾液、泪腺分泌障碍,耳内及耳后疼痛,外耳道及耳郭部位带状疱疹,称膝状神经节综合征。

### 二、辅助检查

1. 内听道 X 线片 正常。
2. 电生理检查 面神经运动神经传导速度(MCV)减慢,面肌同心针电极肌电图(EMG)动作电位波幅降低或消失。

### 三、诊断与鉴别诊断

根据起病形式和临床特点,诊断多无困难。但需与下述疾病鉴别:

1. 中枢性面神经瘫痪 与特发性面神经瘫痪的主要区别在

于前者面上部的表情肌无瘫痪,故皱眉、闭目动作均完好,平静时患侧口角也不呈下坠现象。仅限于病变对侧下面部表情肌的运动障碍,如大脑半球肿瘤、脑血管意外呈中枢性面瘫,且常伴躯体偏瘫,不难鉴别。极个别中枢性面神经瘫痪的患者,临床表现为轻微、短暂的周围性面瘫,很快即发展成中枢性面瘫,可见于脑血管病。

2. 急性感染性多发性神经根神经炎 可有周围性面神经麻痹,但多为双侧性,有前驱感染病史,临床表现为四肢对称性的下运动神经元性瘫痪,脑脊液呈现蛋白-细胞分离现象,资以鉴别。

3. 腮腺炎或腮腺肿瘤、颌后的化脓性淋巴结炎 可累及面神经而引起患侧周围性面瘫,因有腮腺炎及局部体征,故容易鉴别。当中耳炎感染侵及面神经管时,产生面神经麻痹,除面肌瘫痪外,常伴有患侧舌前 2/3 的味觉丧失,并有中耳炎及耳部的阳性体征。

#### 四、治疗

早期以改善局部血液循环,消除面神经的炎症和水肿为主,后期以促进神经功能恢复为其主要治疗原则。

1. 激素治疗 泼尼松(20~30 mg)或地塞米松(1.5~3.0 mg) 1次/天,口服,连续7~10天。

2. 改善微循环,减轻水肿 可用706代血浆或低分子右旋糖酐250~500 ml,静脉滴注,1次/天,连续7~10天,亦可加用脱水利尿剂。

3. 神经营养代谢药物的应用 维生素 B<sub>1</sub> 50~100 mg,维生素 B<sub>12</sub> 100 μg,胞二磷胆碱 250 mg,辅酶 Q<sub>10</sub> 5~10 mg 等,肌内注射,1次/天。

4. 理疗 茎乳孔附近超短波透热疗法,红外线照射,直流电碘离子导入,以促进炎症消散。亦可用晶体管脉冲治疗机刺激面神经干,以防止面肌萎缩,减轻瘫痪侧肌受健侧肌的过度牵引。

5. 针刺治疗 取翳风、听会、太阳、地仓、下关、颊车、并配曲池、合谷等穴。

6. 血管扩张剂及颈交感神经节阻滞 可选用妥拉苏林 25 mg 或烟酸 100 mg, 口服, 3 次/天或患侧颈星状神经节阻滞, 1 次/天, 连续 7~10 天。

恢复期除上述治疗外, 可口服维生素 B<sub>1</sub>、维生素 B<sub>6</sub> 各 10~20 mg, 3 次/天; 地巴唑 10~20 mg, 3 次/天, 亦可用加兰他敏 2.5~5 mg, 肌肉注射, 1 次/天, 以促进神经功能恢复。

此外, 保护暴露的角膜, 防止发生结、角膜炎, 可采用眼罩, 滴眼药水, 涂眼药膏等方法。对长期不能恢复者可考虑行神经移植治疗。一般取腓肠神经或邻近的耳大神经, 连同带血管肌肉, 移植至面神经分支, 有效率在 60% 左右。

## 病例 2 三叉神经痛

### 【病例介绍】

患者, 女性, 40 岁。因右面部发作性疼痛 2 天于 2006 年 5 月 1 日 10:00 入院。

1. 现病史 患者于 2006 年 4 月 30 日无明显诱因出现右面部发作性疼痛, 疼痛向右侧前额和眼部放射, 发作时不能张口和进食, 不伴有头痛, 恶心、呕吐, 曾在当地医院查头颅 CT 示未见异常。经用药物治疗未见好转, 为求进一步治疗来我院。自发病以来无昏迷、发热。

2. 既往史 无高血压病、糖尿病、心脏病史, 无肝炎、结核等传染病史, 无手术、外伤史, 否认过敏史。

3. 入院查体 T 36.2℃, P 68 次/分, R 20 次/分, BP 120/80 mmHg。精神好, 营养中等, 形体适中, 头颅无畸形, 眼、耳、鼻咽及口腔未见异常, 心、肺、腹未见异常。神志清楚, 精神及智能正常, 无失语, 双侧瞳孔正大等圆, 对光反应灵敏, 双侧眼球诸方向运动充分, 无复视, 面部感觉正常, 口角不歪, 咀嚼肌有力无萎缩, 角



膜反射存在,闭目有力,皱额及示齿面纹对称,味觉正常,听觉正常,无眼震,声音无嘶哑,双侧软腭上提对称,咽下运动正常,伸舌居中,舌肌无萎缩,四肢肌力正常,肌张力正常,无不自主运动,指鼻试验和跟膝胫试验稳准,轮替试验灵活,全身感觉正常。腹壁反射,足跖反射正常,肱二、三头肌腱反射,膝腱反射正常存在,双侧巴氏征、霍氏征均阴性。

4. 辅助检查 头颅 CT 检查未见异常,血分析、尿分析正常,肝功能、肾功能正常,心电图示窦性心律,正常心电图。

### 【定位与定性诊断】

1. 定位诊断 临床表现为右侧三叉神经分布区的发作性疼痛,应考虑为三叉神经痛。

2. 定性诊断 引起三叉神经痛的原因目前尚不清楚,临床上以原发性三叉神经痛占绝大多数,本患者头颅 CT 未见异常,故除外颅内脑桥小脑角的肿瘤等占位性病变,但本患者的三叉神经痛的原因须请有关科室会诊后才能进一步确定。请口腔科会诊,发现右上牙床 4、5、6 有残根、残冠,以右上 4 残冠叩击痛明显,并放射至右侧三叉神经上颌支分布区。轻度波及眼支,考虑三叉神经痛为右上 4 牙髓炎所致。

### 【诊断思维】

患者为右侧面部发作性疼痛,并影响张口及进食,不伴有恶心、呕吐,因此不像偏头痛,疼痛部位在右侧三叉神经第 2 支分布区,并向眼和额部放射,因此属于三叉神经痛,主要是右侧上颌支的疼痛。三叉神经痛病因分为原发性和继发性。原发性三叉神经痛原因不明,为感觉支配区内发作性闪电样剧痛,严重者常伴有面部反射性肌肉抽搐,每次发作持续数秒至一二分钟;间歇期一切正常,经一定时间后又突然发作,疼痛常自一侧上颌支或下颌支开始,可由一支扩展至另一支,甚至涉及 3 支,单支受累者以上颌支