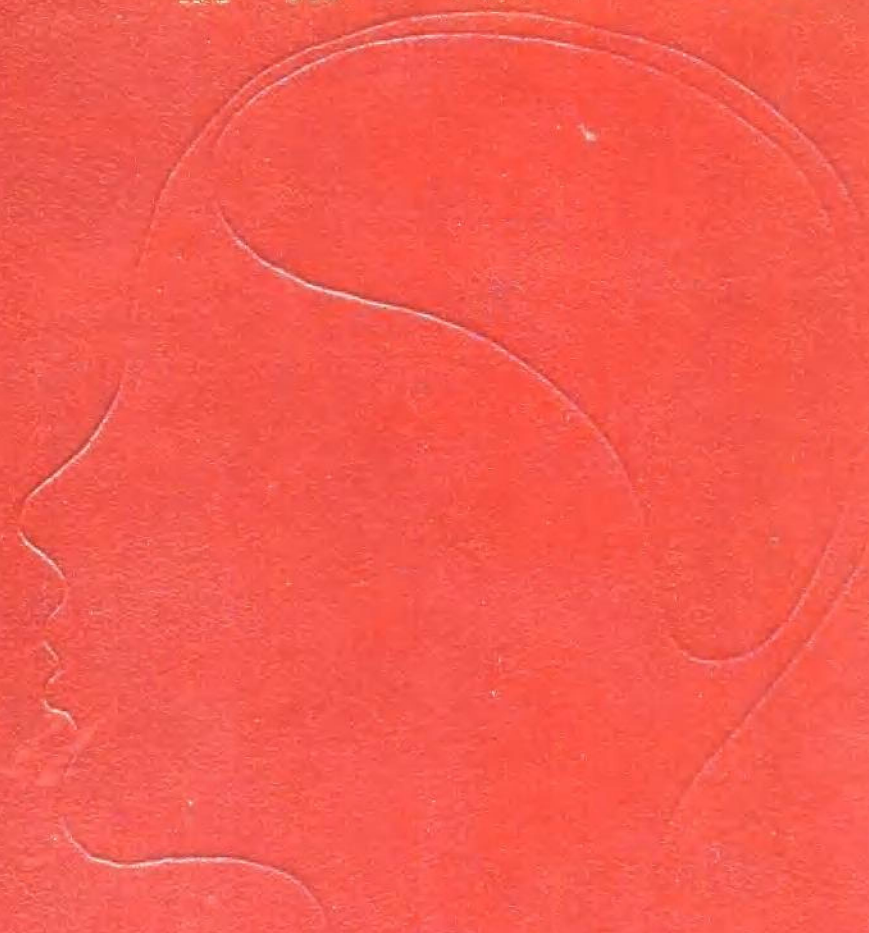


SHI YONG SHEN
JING YI XUE

实用神经医学

主 编 · 何家荣 马云祥



天津科技翻译出版公司

实用神经医学

何家荣 马云祥 主 编

天津科技翻译出版公司

内 容 提 要

本书以神经内科为重点,突出临床实用、理论联系实际,较为全面系统地介绍了300余种神经科常见病症及危重疾病的临床表现、诊断、治疗、预后、预防及有关护理。该书对临床各级医师、卫生防疫人员及医学院校师生,具有一定的学习参考和实用价值。

津新登字:(90)010号

责任编辑:姜凤星

特约编辑:关景明

实 用 神 经 医 学

何家荣 马云祥 主 编

* * *

天津科技翻译出版公司出版

(邮政编码 300192)

新华书店天津发行所发行

永清县第一胶印厂印刷

* * *

开本:787×1092 1/16 印张:29 字数:715千

1992年12月第一版 1992年12月第一次印刷

* * *

印数:(精)1—3000册 (平)1—3000册

书 号 ISBN7-5433-0445-7/R·118

定 价:(精)23.5元 (平)18.00元

《实用神经医学》编委会

名誉主编：陈可楠

主 编：何家荣 马云祥

副 主 编：张福顺 曾贵金 谢秀乐 王保民

王 磊 宋学舜 吕锡虎 朱永富

编 委：王宏运 闫乐京 刘继明 李冰化 李硕彦 胡卫峡

李瑞琴 李林村 刘禧礼 余福勋 花淑秀 郭万申

陈国庆 张国安 赵向东 赵孟辉 常 江 李林红

王中全 许汴利 张彦平 徐德法 战立功

编(审)者 (排列按编写或审订的内容在书中的顺序为序)

杨民山	何家荣	吕锡虎	花淑秀	高德义	王玲翠	董长城	谢秀乐
闫乐京	郭瑞民	朱七锦	黎青山	陈登庭	吴光永	季乃军	张慈禄
陈仕珠	党 波	苏保洲	马云祥	李硕彦	刘继明	鲁信义	时晓红
任超西	黄文成	张建民	宋学舜	曾贵金	张克政	陈清卫	陈化南
陈辉庭	何日才	祁学文	王保民	王宏运	卢多哲	刘景民	陈谋达
宁海春	陈国庆	王 磊	宋贵民	陈瑞军	聂乔斌	张国安	赵孟辉
陈凯霞	张宏民	孙贻飞	张福顺	李瑞琴	张彦平	郭显东	胡卫峡
余福勋	赵向东	王建丽	李林红	吴伟利	李福信	李六一	郭万申
李林村	林元耀	张博林	徐德法	战立功	常 江	蔺西萌	王中全
彭祚全	许汴利	刘禧礼	吕根才	李向茂	张 鲜	王书强	翟熙昌
李冰化	李圣贤	付贤胜	郑宏斌	全 达	庞学文	潘道明	黄本友
靳跃生	王生彦	张云霞	高 云	王竹花	迟志忠	马金贵	王 义
田赠让	付传琛	胡 明	谭建镕	胡家正	龙 琴	李 辉	何国权
熊玉纯	朱永富	徐明真	李转珍	王文兰	梅其一	代 伟	胡晓莉
孙秀琴	赵礼刚	曾行德	蔡先应	程玉尧	程 英		

前 言

随着医学科学的发展,医学知识不断更新,新理论、新方法、新药物、新技术不断涌现。为了满足临床医务人员和大、中专医学院校师生及卫生防疫人员学习医学新知识的需要和促进神经医学的发展,我们邀请了国内有关专家、教授、学者,根据自己多年临床医疗、科研、卫生防疫和教学的实践经验,参考国内、外医学最新资料编写了《实用神经医学》一书。

神经医学的发展较快,尤其是一些高新技术(如MRI)应用于临床,许多旧的概念、理论被新的概念、理论所取代,许多传统的治疗手段受到了挑战,在此情况下,出版此书,对神经医学的发展无疑有一定的促进作用。

本书重点突出临床实用,理论联系实际,较为全面地介绍了300余种神经科常见及危重疾病的临床表现、诊断(标准)、治疗及有关护理。适用于临床各级医师、卫生防疫人员及高年级医学生,具有一定的学习参考和实用价值。

本书承中国人民解放军第一军医大学、同济医科大学、河南医科大学、河南省卫生防疫站、河南省结核病医院、河南省人民医院、河南省信阳卫生学校、解放军第23医院等单位的有关同仁的大力支持,许多专家、教授、学者为本书的编写和审定付出了辛勤的劳动,在此一并表示衷心地感谢。

由于我们水平有限,书中难免有疏漏和不妥之处,敬希读者批评指正。(本书从实用出发,收入了诸如视乳头水肿、心脏神经症、肠神经症、神经衰弱等有关内容,特此说明。)

编 者

1992年11月

目 录

第一章 颅神经及周围神经疾病	(1)	第三十三节 多发性神经纤维瘤病	(42)
第一节 视神经乳头水肿	(1)	第三十四节 吸收不良营养缺乏性神经病	(43)
第二节 视神经炎	(3)	第三十五节 麻风性神经炎	(46)
第三节 视神经萎缩	(4)	第三十六节 带状疱疹	(50)
第四节 三叉神经痛	(5)	第三十七节 尺神经麻痹	(54)
第五节 蝶腭神经痛	(8)	第三十八节 膝状神经节痛	(55)
第六节 翼管神经痛	(8)	第二章 脊髓疾病	(56)
第七节 前庭神经炎	(9)	第一节 急性脊髓炎	(57)
第八节 舌咽神经痛	(9)	第二节 脊髓蛛网膜炎	(59)
第九节 枕神经痛	(11)	第三节 脊髓前动脉血栓形成	(61)
第十节 面神经炎	(11)	第四节 脊髓缺血	(62)
第十一节 阵挛性面肌痉挛	(13)	第五节 脊髓内出血	(63)
第十二节 臂丛神经炎	(15)	第六节 脊髓血管畸形	(65)
第十三节 肩神经炎	(17)	第七节 椎管内肿瘤	(69)
第十四节 肋间神经痛	(17)	第八节 脊髓灰质炎	(70)
第十五节 坐骨神经痛	(20)	第九节 脊髓空洞症	(75)
第十六节 灼性神经痛	(26)	第十节 脊髓亚急性联合变性	(76)
第十七节 腋神经麻痹	(27)	第十一节 放射性脊髓病	(78)
第十八节 桡神经麻痹	(27)	第十二节 脊髓硬膜外脓肿	(80)
第十九节 腓总神经麻痹	(28)	第十三节 脊髓压迫症	(81)
第二十节 正中神经麻痹	(28)	第十四节 急性化脓性脊髓炎和脊髓脓肿	(83)
第二十一节 臂丛神经麻痹	(29)	第十五节 脊髓痨	(84)
第二十二节 颈神经根炎	(29)	第十六节 家族性痉挛性麻痹	(85)
第二十三节 胫神经麻痹	(30)	第十七节 结核性脊髓膜炎	(85)
第二十四节 股神经麻痹	(31)	第三章 脑血管病	(87)
第二十五节 多发性周围神经病	(31)	第一节 高血压脑病	(87)
第二十六节 感觉异常性股神经痛综合征	(33)	第二节 短暂性脑缺血发作	(90)
第二十七节 胸腔出口综合征	(34)	第三节 颅内静脉窦及脑静脉血栓形成	(95)
第二十八节 内耳眩晕病	(35)	第四节 脑血栓形成	(96)
第二十九节 感染性多发性神经根炎	(38)	第五节 脑栓塞	(101)
第三十节 遗传性感觉神经根神经病	(41)	第六节 脑出血	(103)
第三十一节 神经性肌萎缩	(42)		
第三十二节 肥大性间质性神经病			

第七节 蛛网膜下腔出血	(106)	四、风疹脑炎	(168)
第八节 出血性脑梗塞	(110)	五、接种后脑炎	(168)
第九节 腔隙性梗塞	(112)	第八节 慢病毒脑病	(168)
第十节 重症脑梗塞	(116)	一、皮质—基底节—脊髓变性综合征	(169)
第十一节 脑血管性痴呆	(117)	二、亚急性硬化性全脑炎	(171)
第十二节 脑动脉硬化症	(119)	三、进行性多灶性白质脑病	(174)
第十三节 颅内动脉瘤	(122)	第九节 散发性脑炎	(175)
第十四节 颈动脉炎	(125)	第十节 肠道病毒性神经系统疾病	(179)
第十五节 结节性多动脉炎	(127)	第十一节 神经梅毒	(181)
第十六节 多发性大动脉炎	(129)	第十二节 艾滋病的神经系统损害	(185)
第十七节 脑内盗血综合征	(130)	第十三节 莱姆病的神经系统损害	(188)
第十八节 烟雾病	(133)	第十四节 脑脓肿	(190)
第十九节 脑血管钙化症	(135)	第十五节 流行性脑脊髓膜炎	(193)
第二十节 颈内动脉海绵窦瘘	(135)	第五章 脑部寄生虫病	(198)
第四章 脑部感染性疾病	(138)	第一节 脑囊虫病	(198)
第一节 结核性脑膜炎	(138)	第二节 脑包虫病	(201)
第二节 疱疹病毒脑炎	(141)	第三节 脑型血吸虫病	(203)
一、单纯疱疹病毒脑炎	(141)	第四节 蛔虫性脑病	(205)
二、带状疱疹病毒脑炎	(144)	第五节 丝虫病的神经系统损害	(206)
三、巨细胞病毒脑炎	(144)	第六节 阿米巴脑病	(208)
四、传染性单核细胞增多症的神		第七节 肺吸虫脑病	(210)
经系统损害	(145)	第八节 广州管圆线虫脑病	(213)
第三节 虫媒病毒脑炎	(146)	第九节 脑型弓形虫病	(215)
一、东部马脑炎	(146)	第十节 脑裂头蚴病	(219)
二、西部马脑炎	(147)	第十一节 中枢神经系统旋毛虫病	(221)
三、委内瑞拉马脑炎	(147)	第十二节 脑型疟疾	(223)
四、圣路易脑炎	(147)	第十三节 中枢神经系统其他寄生虫病	(228)
五、Rocis 脑炎	(147)	一、异形吸虫病	(228)
六、中欧性脑炎	(147)	二、棘颚口线虫病	(229)
七、羊跳跃病	(147)	三、贾第虫病	(229)
八、Powassan 脑炎	(147)	四、其他寄生虫病	(229)
九、加利福尼亚脑炎	(147)	第六章 锥体外系疾病	(230)
十、流行性乙型脑炎	(148)	第一节 震颤麻痹	(230)
十一、森林脑炎	(153)	第二节 小舞蹈病	(233)
第四节 淋巴细胞脉络丛脑膜炎	(155)	第三节 慢性进行性舞蹈病	(235)
第五节 隐球菌性脑膜炎	(157)		
第六节 狂犬病毒脑炎	(159)		
第七节 感染后脑脊髓炎	(164)		
一、麻疹脑炎	(166)		
二、腮腺炎病毒脑膜脑炎	(167)		
三、水痘脑炎	(167)		

第四节 妊娠性舞蹈病	(236)	第二十三节 面偏侧肥大综合征	(286)
第五节 扭转性痉挛	(237)	第二十四节 唇舌水肿一面瘫综合征	(286)
第六节 痉挛性斜颈	(238)	第九章 变性性疾病	(288)
第七节 手足徐动症	(242)	第一节 运动神经元病	(288)
第八节 半侧投掷状态	(243)	(一) 肌萎缩性侧索硬化	(288)
第九节 肌阵挛	(243)	(二) 进行性脊髓性肌萎缩	(288)
第十节 肝豆状核变性	(244)	(三) 进行性延髓(球)麻痹	(288)
第七章 脑部发作性疾病	(249)	(四) 原发性侧索硬化	(289)
第一节 癫痫	(249)	第二节 阿耳茨海默病	(290)
第二节 进行性肌阵挛性癫痫	(254)	第三节 皮克病	(292)
第三节 多发性副肌阵挛	(255)	第十章 脱髓鞘性疾病	(293)
第四节 发作性睡病	(256)	第一节 视神经脊髓炎	(293)
第八章 先天性疾病与皮肤综合征	(258)	第二节 多发性硬化	(294)
第一节 干皮性痴呆综合征	(258)	第三节 急性出血性白质脑炎	(297)
第二节 脑性瘫痪	(259)	第四节 脑白质营养不良	(297)
第三节 先天愚型	(263)	第五节 谢耳德病	(300)
第四节 特发性震颤	(264)	第六节 巴癭同心圆性硬化	(301)
第五节 结节性硬化病	(265)	第十一章 肌肉疾病	(302)
第六节 共济失调—毛细血管扩张症	(268)	第一节 僵人综合征	(302)
第七节 儿童早老症	(269)	第二节 肌强直症	(303)
第八节 进行性肌痉挛、脱发、腹泻综合征	(270)	一、先天性肌强直	(303)
第九节 成人早老症	(271)	二、萎缩性肌强直	(304)
第十节 遗传性共济失调	(272)	三、先天性副肌强直症	(305)
第十一节 家族性自主神经功能不全综合征	(276)	第三节 多发性肌炎	(306)
第十二节 红斑性肢痛症	(277)	第四节 重症肌无力	(309)
第十三节 婴儿肢痛症	(278)	第五节 周期性瘫痪	(315)
第十四节 进行性脂肪营养不良症	(279)	第六节 骨化性肌炎	(319)
第十五节 三叉神经营养性综合征	(279)	第七节 流行性肌痛症	(320)
第十六节 耳颞神经综合征	(280)	第十二章 自主神经系统疾病	(322)
第十七节 血管性水肿	(280)	第一节 原发性直立性低血压	(322)
第十八节 高血压间脑综合征	(282)	第二节 颈后交感神经综合病征	(323)
第十九节 脑一面血管瘤病	(282)	第三节 肢端青紫症	(324)
第二十节 先天性高尿酸血综合征	(283)	第四节 雷诺病	(324)
第二十一节 痛性瘀斑综合征	(284)	第五节 交感神经链炎	(326)
第二十二节 面部偏侧萎缩综合征	(285)	第六节 晕厥	(331)
		一、反射性晕厥	(332)
		二、心源性晕厥	(334)
		三、脑源性晕厥	(336)
		四、其他晕厥	(337)

第十三章 脊柱疾病与颅脑外伤	(338)		
第一节 脊柱裂	(338)		
第二节 脊柱结核	(340)		
第三节 椎管狭窄症	(348)		
第四节 椎间盘突出症	(354)		
第五节 脑震荡	(358)		
第六节 颅脑外伤后晚发颅内压增高	(359)		
一、晚发性颅内血肿	(359)		
二、颅内感染	(360)		
第七节 颅脑外伤后颅内低压综合征	(362)		
第八节 强压胸部所致脑损伤	(363)		
第九节 脑积水	(364)		
第十节 脊柱结核合并截瘫	(368)		
第十四章 某些系统性疾病引起的神经系统并发症	(373)		
第一节 缺氧性脑病	(373)		
第二节 肝性脑病	(375)		
第三节 肝性皮质盲	(377)		
第四节 肝硬化性脊髓病	(378)		
第五节 糖尿病性神经病	(379)		
第六节 白塞综合征	(384)		
第七节 脑型血栓闭塞性脉管炎	(387)		
第八节 尿毒症的神经系统并发症	(388)		
一、尿毒症性脑病	(388)		
二、尿毒症性周围神经病	(389)		
三、透析性脑病	(389)		
四、肾移植后神经系统并发症	(390)		
五、尿毒症性肌病	(390)		
第九节 副肿瘤性神经系统综合征	(390)		
第十节 酒精中毒性神经病	(393)		
第十一节 急性感染中毒性脑病	(395)		
第十二节 风湿性脑炎	(397)		
第十三节 钩端螺旋体神经系统损害	(399)		
第十五章 常见症状及神经征	(404)		
第一节 头痛	(404)		
一、偏头痛	(407)		
二、紧张性头痛	(409)		
三、簇发性头痛	(410)		
四、牵引性头痛	(411)		
五、炎性头痛	(412)		
六、头部邻近器官病变引起的头痛	(412)		
七、精神性头痛	(413)		
八、其他头痛	(413)		
第二节 颅内压增高	(413)		
第三节 抽搐	(416)		
第四节 昏迷	(420)		
第五节 Horner 氏综合征	(425)		
第六节 脑疝	(426)		
第七节 神经衰弱	(427)		
第八节 胃肠神经官能症	(430)		
第九节 心脏神经官能症	(435)		
第十六章 护理	(437)		
第一节 昏迷病人的护理	(437)		
第二节 瘫痪病人的护理	(438)		
第三节 颅内压增高病人的护理	(440)		
第四节 抽搐病人的护理	(440)		
第五节 脑出血病人的护理	(441)		
第六节 急性感染性多发性神经炎病人的护理	(441)		
第十七章 其他	(443)		
第一节 颈椎侧方穿刺术的临床应用	(443)		
第二节 脑代谢活化剂和苏醒剂	(444)		
第三节 颅内占位病变的 CT 和 MRI 诊断	(448)		
第四节 脑脊液细胞学检查及意义	(453)		

第一章 颅神经及周围神经疾病

嗅、视神经属于中枢神经系统,但一般教科书上为了颅神经的系统性,均将其列入颅神经之列。周围神经系统则是包括嗅、视神经以外的所有颅神经和脊神经根及它们的神经节、周围神经干、末梢分支及周围自主神经系统。

原发于周围神经系统的功能或结构的障碍过去称为神经炎;实际上,除个别情况(如麻风外),都并非感染或炎症,因此,现逐渐改称为神经病。

【病理】 周围神经的病理变化可分为四种:(1)华勒变性,(2)轴突变性,(3)神经元变性,(4)节段性脱髓鞘。细胞体与轴突、轴突与许旺细胞都有密切关系。神经元病导致轴突变性,接近细胞体的华勒变性也可使细胞坏死;轴突变性总是迅速继发脱髓鞘,轻度节段性脱髓鞘不一定继发性轴突变性,但严重的脱髓鞘则可发生轴突变性。

周围神经有较强的再生能力。无论哪种原因引起的周围神经损害,只要胞体仍完好,其神经纤维都能再生,且一般对功能的恢复影响不大,但有的如慢性脱髓鞘性神经病,由于反复脱髓鞘与髓鞘再生,许旺细胞明显增殖,神经可变粗,并有轴突脱失,因此功能恢复不全。

【临床分类】 周围神经病根据病变性质可分为:(1)轴突变性和(2)脱髓鞘性。以起病方式和病程演变可分为:(1)突然起病(数小时至1~2天内),(2)急性(数天),(3)亚急性(数周至数月),(4)慢性(数年)和复发性等。以受损神经的分布型式可分为:(1)单神经病:指某一周围神经干或神经丛的局部病变,如,桡神经麻痹,正中神经麻痹,枕神经痛,臂神经痛等;(2)多数性单神经病:指同时或先后(数月或数年内)损害两个或两个以上通常为单独的,非邻近的神经干;(3)多发性神经病,指分布广泛的,双侧对称性的四肢远端为重的周围神经病。

辅助检查,诊断及治疗,详见有关疾病部分。

(杨民山)

第一节 视神经乳头水肿

视神经乳头水肿(简称视乳头水肿)是一种重要的临床现象,主要由颅内压增高引起。

【病因与病理】

一、病因 引起视乳头水肿的病因很多,常见的有:

(一)颅内压增高 颅内占位性病变(肿瘤、脓肿、血肿、肉芽肿、寄生虫等)、颅内感染、血管性疾病(脑出血、蛛网膜下腔出血、静脉窦血栓形成等)、脑积水、颅脑损伤、颅骨狭小、脑蛛网膜粘连等为引致颅内压增高的常见原因;约75%~80%的肿瘤病例合并有视乳头水肿。

(二) 眼部疾病 青光眼术后的前房导流加速、葡萄膜炎等。

(三) 眼眶疾病 眶内肿瘤、脓肿、动脉瘤、蜂窝组织炎及甲状腺机能亢进突眼症。

(四) 全身性疾病或中毒代谢性疾病 如恶性高血压、恶液质、血液病、肾小球肾炎、尿毒症、妊娠高血压综合征、糖尿病、肺气肿、肺功能不全、感染性多发性神经炎、脊髓前角灰质炎、幼儿甲状旁腺功能低下,及铅、砷、铍等重金属和甲醇、一氧化碳中毒。

(五) 其它 视神经孔附近的骨膜炎或畸形性骨炎等。

二、发病机理 有机械性与非机械性两种观点。机械性观点认为颅内压增高时,(1)直接压迫视神经;(2)影响眼球内血液循环与淋巴液回流;(3)挤压视神经引起轴浆流障碍。非机械性观点认为视乳头水肿是在毒性炎性反应的基础上发生的。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床分期 根据临床表现分为早期、中期和晚期(或极期)。

二、临床表现 头痛、呕吐及视乳头水肿是颅内压增高的三个主要症状,而视乳头水肿几乎只由颅内压增高引起,所以视乳头水肿病人多有头痛、呕吐;早期视力一般皆正常,有时可发生暂时性阵发性的视力模糊,约数分钟即可恢复;若视乳头水肿持续存在达数月或数年者,可出现视力的显著减退或完全失明;少数病人亦可于短期内发生视力显著减退或失明。

眼底改变:早期首先表现为视乳头边缘模糊(最早在上方,继而下方,鼻侧,最后是颞侧),中央凹消失,视乳头色微红,静脉轻度充盈。中期表现为视乳头边缘高度模糊不清、色红,静脉高度充盈、迂曲,可有乳头部若干新生细小血管,或有出血与渗出。晚期表现为视乳头边缘不清、色灰白,动脉变细,视乳头萎缩,静脉仍有迂曲。

三、辅助检查

(一) 计算视乳头水肿高起度:3度以上可诊断乳头水肿。

(二) 荧光素眼底检查 视乳头水肿时,注射荧光素后 3~30 分钟,乳头表面与周围可见荧光素漏出。

(三) 网膜中央动脉压测定 视乳头水肿早期,网膜中央动脉压升高,中央静脉搏动消失。

(四) 头颅 X 线平片 慢性长期颅内压增高者,可有异常改变。

(五) CT 有重要诊断价值。

表 1—1 视乳头水肿与视乳头炎、假性视乳头水肿的鉴别

	视乳头水肿	视乳头炎	假性视乳头水肿
视力	早期正常,后期明显减退	早期明显减退	正常
畏光	无	有	无
眼痛	无	有	无
部位	多为两侧	单侧或双侧	两侧
视乳头隆起度	明显,常大于 3 个屈光度	较轻,不超过 3 个屈光度	小于 3 个屈光度
视网膜出血	常有,而广泛	可能有,轻	无
视网膜血管	静脉充盈,动脉正常	动脉和静脉曲张	血管充盈
视野	正常	有中心暗点	正常
盲点	扩大	扩大	正常

四、鉴别诊断 见表 1—1。

【治疗】 针对病因进行治疗,颅内压降低后多能使视力有所好转。

(何家荣)

第二节 视神经炎

视神经炎是视神经的非特异性炎症性疾病,主要表现为急速的视力减退。根据病变发生于视神经的不同部位而分为视神经乳头炎(视乳头炎)和球后视神经炎。前者的病变部位在眼球内的视乳头;后者的病变部位在眼球后的视神经,包括眶内球后、视神经孔内及其与视神经交叉之间的视神经。

【病因与病理】 本病多数病因不清。有的起病于非特异性感染之后;有的见于眼球及其邻近组织的感染(鼻窦炎、眼眶骨膜炎、眼窝蜂织炎等),中毒(磺胺类药物、雷米封、甲醇、苯等),营养与代谢性疾病(糖尿病、B族维生素缺乏、尿毒症等),多发性神经根神经炎、妊娠中毒症,脱髓鞘疾病(视神经脊髓炎、多发性硬化等),颅内感染性疾病(结核性与细菌性脑膜炎等)。部分患者为哺乳期妇女,但哺乳与视神经炎的关系则不清楚。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床表现 本病主要发生于青壮年,其次为儿童,而很少见于老年人。约 2/3 的病例发生于双侧,表现为急性视力减退,迅速进展,于数天内视力极度下降甚而完全失明。有的病例于起病时可有眼球后或额部疼痛,转动时痛剧。病眼畏光,眼球压痛。病变侧瞳孔扩大,直接对光反射减退或消失,间接对光反射存在。轻症病例于数日内即见好转,视力很快恢复,经过 2~3 周达到正常。重症病例约于 1~2 周后开始好转,且恢复极慢。视乳头炎患者的眼底镜检查可见视乳头充血,轻度隆起,边缘模糊,其周围有点状或线状出血。生理凹陷消失及其附近的视网膜可有水肿,围绕视乳头可见放射状条纹。后极部的视网膜静脉怒张、纡曲、颜色深。血管附近可有出血及渗出等改变。视野检查见有中心暗点或向心性缩窄,可有色觉障碍。

球后视神经炎的临床表现类似视乳头炎,唯早期无视乳头形态改变,但炎症蔓延视乳头者,可出现视乳头轻度充血。或伴有视乳头颞侧色淡。视野检查有中心暗点或哑铃状暗点,扇形缺损或周边视野缩窄。

二、辅助检查 CT、MKI 等检查有助于鉴别诊断。

三、诊断 根据急速视力减退,瞳孔与光反射改变、眼底所见、视野及视觉诱发电位的变化等,并在排除其它原因引起的视力减退之后即可诊断。但球后视神经炎因发生于视乳头之后,所以早期视乳头无变化,仅有视力减退,其诊断应特别慎重。主要靠排除法,另可结合病情演变过程而考虑诊断。

四、鉴别诊断 视神经炎应与眼动脉或视网膜中央动脉闭塞相鉴别。后者常是突然失明,而前者于数小时至数天内视力下降至高峰。并且前者多为单眼受累,起病时无眼球疼痛。视乳头炎与颅内压增高所致视乳头水肿均表现为视力减退和视乳头改变,二者鉴别要点见表 1—1。

【治疗】 除了针对病因治疗以外,急性期以促进炎症消退抢救视力为主。其方法是:(1)氟美松 10mg 或妥拉苏林 12.5mg 每日球后注射;(2)促肾上腺皮质激素 50u 或氢化考的松

100mg 或氟美松 10mg 每日静滴；(3)强的松 20mg, 每日 2~3 次口服。

恢复阶段的治疗在于改善神经营养以协助其功能恢复：(1)新针疗法, 主穴为球后、睛明、太阳、瞳子髎、风池、攒竹、光明, 配穴为合谷、阳陵泉、大椎、肝俞、肾俞, 每次 2~3 穴弱刺激；(2)扩血管药物, 如妥拉苏林 25mg, 地巴唑 10mg 或烟酸 100mg, 每日 3 次口服；(3)B 族维生素口服或注射。对重症病例尚可试用能量合剂, 吸入氧气或高压氧舱疗法、中药治疗等, 以尽可能抢救视力。

(吕锡虎)

第三节 视神经萎缩

视神经萎缩是视神经疾病的后遗症, 主要表现为视力减退和视乳头颜色苍白。

【病因与病理】 颅内肿瘤、炎性病变、损伤、血管疾病、某些代谢性疾病及中毒(如甲醇、乙醇)、眼球和眼眶病变等是引起视神经萎缩的常见病因；各种原因所致的视乳头水肿、视乳头炎未得到及时控制者, 也可发展为视神经萎缩；某些家族性疾病(如家族性黑蒙性痴呆)也可出现退变性视神经萎缩。

视神经萎缩的病理改变是视神经纤维消失, 在原发者并无其它组织代替消失的神经组织, 而在继发性者则由新生的胶质组织代替消失的神经组织。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床类型 临床常分为三种类型。

(一)原发性视神经萎缩 是指在发生萎缩之前视乳头无明显病变, 其病变多位于球后。

(二)继发性视神经萎缩 是指发生萎缩前视乳头或视网膜有明显的病变。根据其是否为视乳头炎或视乳头水肿所致, 可再分为视乳头炎后乳头萎缩或水肿后乳头萎缩。

(三)遗传性视神经萎缩 以 Leber 遗传性视神经萎缩最为重要, 是一种较少见的家族性疾病, 有视神经萎缩和视力减退, 极少造成失明, 视神经萎缩多为双侧性。

二、临床表现 视力明显减退, 甚至完全失明；视野缩小或有偏盲, 中心暗点等改变。在原发性视神经萎缩, 视乳头呈白色或灰色, 边缘齐整, 筛板结构清晰可见；在继发性视神经萎缩, 视乳头呈苍白, 边缘模糊不清, 筛板结构看不见, 视网膜血管变细, 常伴有白鞘。

三、辅助检查

(一)视力检查 明显减退。

(二)视野检查 可有视野缩小或偏盲、中心暗点等改变。

(三)眼底检查 有助于鉴别诊断。

(四)头颅 X 线平片及 CT 检查 有助于病因诊断。

四、鉴别诊断 注意与视乳头炎等鉴别。

【治疗】

不论是原发性抑或继发性视神经萎缩, 治疗主要除去致病原因, 并积极对症处理。如肿瘤的摘除, 颅内外炎症的控制, 有效地控制颅内压力增高对预防视神经萎缩具有重要意义。对许多病因不清或病因已去除的病例, 可采用下列治疗方法。

(一)肾上腺皮质激素 多数学者认为有较好疗效。作用机理不清, 可能与免疫抑制有关,

减轻炎性反应和结缔组织的增生,使视力受损限制到尽可能小的范围内。强的松 10~15mg,每日 3~4 次;或地塞米松 0.75~1.5mg,每日 3~4 次;或氢化考的松 100~200mg,加入 10%葡萄糖液 500ml 内静滴,每日 1 次,10~15 天为一疗程;或地塞米松 5~10mg,每日 1 次,静滴;或促肾上腺皮质激素 25 单位,每日 1 次,静滴。

(二)血管扩张剂 目的是改善血液供应。常用的有菸酸。

(三)维生素 B₁、B₂、肌苷、乙酰谷酰胺、ATP、细胞色素 C 等对视神经损害有保护作用。

(四)碘剂 常用 10%碘化钾口服或眼眶导入。

(五)抗生素的应用 对颅内外感染,特别是血的梅毒反应阳性者,应予足够疗程青霉素治疗,使用激素时,应给予较大剂量的抗生素。

(六)组织疗法 机理不清,有助于部分患者的视力改善。胎盘组织液 2 毫升/次,肌注,连续 1 个月,间隔数月后可重复应用。

(七)发热疗法 其机理可能与增强机体防御机制有关。适用于一些病因不明,反复出现视力减退的病例,但不宜与激素同时应用;对有活动性感染、器质性疾病、出血倾向、妊娠、癫痫的病人及年老体弱者也不宜应用。疫苗(伤寒或副伤寒疫苗)注射法:(1)成人疫苗静脉注射:第一次 300 万~500 万个细菌量,加入 5~10ml 生理盐水,缓慢注射,以后按前次剂量的 1~2 倍增量,以达到有效发热时间;(2)疫苗肌肉注射:成人第一次 0.2ml 加入等量 1%或 2%硫磺油混合注射,以后每次加疫苗量 0.1~0.2ml,最多 1 次量不超过 1.6ml。(3)牛奶肌肉注射:新鲜牛奶煮沸 3 分钟,第一次肌注 7~8ml,最多不超过 12ml,可加入 2%普鲁卡因 2~4ml/次预防注射部位疼痛,隔 4~5 天 1 次。发热次数和间隔时间取决于病人耐受性和视力情况。一般情况下,39.0℃以上共需达 30~40 小时,38.0℃以上共需达 50~60 小时为 1 疗程;间隔数月可重复应用。治疗过程中注意预防过热(40.0℃以上),并注意监测视力。

(八)高压氧治疗 对部分病人可能有效。

(九)小量多次输血可有助于部分病例的视力改善。

(十)其它 中医根据辨证论治:(1)脾虚气陷型:参术苓草汤或补中益气汤加减;(2)营血不足型:四物汤或人参养荣汤加减;(3)气血两亏型:十全大补汤或归脾汤加减;(4)脾肾阳虚型:右归丸或附桂地黄丸;(5)阴虚火旺型:知柏地黄汤加减;(6)肝肾阴虚型:六味地黄丸或杞菊地黄丸;(7)七情郁结型:逍遥散加减;(8)小儿气郁型:丹栀逍遥散。针灸可取:睛明、攒竹、瞳子髎、阳白、地仓、百会、风池、神门、大椎、内关、外关、足三里、光明、三阴交等穴。

(何家荣)

第四节 三叉神经痛

三叉神经为混合性神经,有桥脑运动神经核发出的运动支和感觉神经核发出的感觉支,于半月神经节处分为三支:第一支为眼支,为感觉神经纤维;第二支为上颌支,也是感觉神经纤维;第三支为下颌支,既有运动纤维,也有感觉神经纤维,是三支中最粗大的一支。三叉神经痛是一种原因未明的神经科常见病,为三叉神经分布区内反复发作的、阵发性、短暂剧烈性疼痛(又称痛性抽搐)。

【病因与病理】

分为原发性及继发性。原发性三叉神经痛的确切病因未明,但目前对原发性三叉神经痛提出了如下假说:(1)三叉神经痛阵发性发作性质类似癫痫样发作,而用抗癫痫药物治疗有效,所以三叉神经痛类似癫痫样疾病。(2)丘脑—皮层的病变。(3)三叉神经系统各部位缺血。(4)三叉神经根或邻近处局部或系统脱髓鞘引起神经纤维发生短路(伪突触形成)。(5)颌骨病变性骨腔(骨性通道结构的改变)。(6)三叉神经机械性压迫。

近年多数作者认为机械性压迫为三叉神经痛的重要原因。Gardner 认为神经冲动沿着单根轴索传导时,可能为神经兴奋超越轴索的正常传导创造条件,Taarnhj 报告绝大多数为动脉压迫,其压迫的部位多在神经进入脑桥的入口区,因此国内也认为血管压迫三叉神经根是所谓原发性三叉神经痛的最主要原因,也有认为三叉神经痛是三叉神经背核内中间神经元变性破坏了对痛觉刺激的调整作用造成。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床表现 多见于中年女性,疼痛发作常无先兆,在三叉神经感觉支配区内为突发的闪电样或针刺、刀割、撕裂或烧灼样疼痛,发作时患者常用用力擦面部或以手掌、毛巾紧按病侧面部,以望减轻疼痛,发作严重者常伴面部肌肉反射性抽搐,口角牵向一侧,并有面部发红。结合膜充血流泪、流涎等症状,此又称为“痛性抽搐”,每次发作持续数秒至 1~2 分钟,即突然停止间歇期无任何疼痛,一切如常,约一定时间又突然发作,也有因痛通宵不眠或睡后痛醒,大多为渐进性加重,也有呈周期性,每次持续数周或数月,以后常可缓解数月数年,但很少有自愈者。

患者面部三叉神经分布范围的某一个区域特别敏感(有的称为“扳机点”)如上、下唇,鼻翼门齿、颊部、舌等处为常见。发作期间机械刺激如说话、进食、洗脸、刷牙、打呵欠等皆可诱发疼痛发作。疼痛常为单侧性,少数为双侧性,但也不是同时发作,往往一侧先发作或一侧疼痛较为严重,疼痛常自一侧上颌支或下颌支开始,由眼支起病者很少见,随病情的发展疼痛范围可逐渐由一支扩散到另一支,甚至三支均可累及,其中单支受累者以第二支最多,占单支受累者 64.9%,多支受累者以第三支最多,占多支受累者中的 78.0%。神经系统检查常无异常改变,有时因局部皮肤粗糙或轻度痛觉、触觉减退现象,有些慢性病人可有眉毛稀少或缺如。凡遇有其它系统体征者,须与继发性三叉神经痛相鉴别,必要时应做进一步检查。

二、辅助检查 头部摄片及 CT 扫描有助于排除其他疾病。

三、诊断 典型的原发性三叉神经痛,可根据疼痛发作部位、性质、“扳机点”的存在,检查时极少阳性体征等而易于诊断,其诊断主要依据为:

- (一)多发生于 40 岁以上;
- (二)三叉神经的第二支或第三支所分布的区域内出现阵发性、短暂的剧烈疼痛;
- (三)“扳机点”多在口的周围。

继发性三叉神经痛发作情况与特征与原发性三叉神经痛类似,但发病年龄较小,有的与原发性三叉神经痛不同,疼痛往往呈持续性,多伴有三叉神经或其他脑神经麻痹的症状和体征,检查有时发现面部感觉减退,角膜反射减退,听力减弱等阳性体征,但也可完全阴性。

四、鉴别诊断

(一)偏头痛 疼痛除头部外,有时可涉及局部,但并不局限于三叉神经范围内,疼痛为持续性,常达数小时到 1~2 天才缓解,发作前有视觉预兆伴有恶心及呕吐。

(二)三叉神经炎 疼痛为持续性,压迫神经分支所在处时疼痛可以加剧,检查有三叉神经区感觉减退或过敏,尚可伴有运动障碍。

(三)舌咽神经痛 疼痛部位在舌根、软腭、扁桃腺、咽部及外耳道等处,常在进食、吞咽、说话时诱发。

【治疗】 原发性三叉神经痛以止痛为目的,首选药物治疗或配以针刺治疗,无效时可用神经阻滞或手术治疗,继发性三叉神经痛应针对病因治疗。

(一)药物治疗 常用的有以下药物可以试用:(1)酰胺咪嗪(卡马西平、痛可定、痛痉宁)是目前治疗三叉神经痛的首选药物。它对三叉神经脊髓核等神经团的突触传递有抑制作用,对绝大多数病例都有效,但长期用药疗效减退。效果不满意时可加量或加用苯妥英钠。初服 100mg,每日 2 次,以后每日增加 100mg,直到疼痛停止,而后逐渐减少,找出最小有效量维持,一般至 200mg,每日 3~4 次时疼痛可控制,副作用有眩晕、思睡、恶心、皮疹及白细胞减少等。(2)苯妥英钠,开始 0.1g,每日 3 次,数日后有效继续服用,否则可稍增加用量,效果不佳可与安定、苯巴比妥、利眠宁等合并应用,以增加疗效。(3)维生素 B₁₂,500~1000 μ g,肌注,每日 1 次,10~14 日为 1 疗程,有一定疗效。(4)654—2,5~20mg,肌注,每日 1~2 次,但疗效不肯定。(5)七叶莲,也能止痛,3 片/次,每日 4 次,或肌注 4ml(相当于生药 10g)每日 2~3 次。(6)中药天麻、钩藤、白藏、细辛等。

(二)针刺疗法,强刺激,第一支取攒竹、鱼腰、阳白、太阳,第二支取颧髁、迎春、四白,第三支取下关、颊车、太迎、地仓,可配合合谷、内庭等穴。

(三)神经阻滞疗法 (1)通常以无水酒精 0.5~1ml 注射于半月节或神经分支(眶上切迹、眶下孔、颊孔),应先以 0.5%普鲁卡因封闭,酒精注射于半月节,可破坏感觉神经细胞,从而达到比较持久性的止痛效果,本法有引起出血角膜炎、失明等严重并发症的可能。(2)骨孔内注射 25%硫酸镁,0.5~1.5ml 加等量的 2%普鲁卡因于眶上或眶下孔内进针注射,每周 1~3 次,8~16 次为 1 疗程。(3)安定注射液局部封闭治疗原发性三叉神经痛,其治愈率达 89%。方法之一:眶上孔进针后缓慢注入 2.5mg 安定,更换注射器,保留原针头,再注入维生素 B₁25mg 与维生素 B₁₂50 μ g 的混合液,拔针后以棉签压迫片刻。方法之二:眶下孔封闭,进针后注射 2%普鲁卡因 0.5ml,停 5 分钟,待麻醉剂局部吸收后缓慢注入安定 5mg,更换注射器后,按上述方法再注射同样剂量的维生素 B₁与维生素 B₁₂混合液。方法之三:半月神经节封闭,进针达半月神经,抽吸无回血及脑脊液后,注射 2%普鲁卡因 2ml,如面部有麻木感、经棉签划痕检查面部感觉丧失的范围符合要求,停 5~10 分钟,待麻醉剂吸收后再缓慢注入安定 10mg,更换注射器,保留针头,再注入维生素 B₁100mg 与维生素 B₁₂250 μ g 的混合液。

以上均每日 1 次,10 天为 1 疗程,如病情需要间隔 10 天后再行第 2 疗程治疗。其机理是:安定能抑制中脑网状结构神经元的放电,同时对神经突触亦有直接抑制作用,维生素 B₁和维生素 B₁₂具有保护中枢和外周髓鞘纤维的完整性和营养神经,促进神经正常生理功能的恢复。操作简便,用药安全,无副作用,对复发者可重复应用仍有效。

(四)手术治疗 常用的三叉神经周围支、三叉神经感觉根部分切断和三叉神经脊束切断术,虽然解除疼痛的效果相对较好,但术后出现的面部感觉缺失或有些病人较为难受,也有一定的危险性 & 复发率。

(花淑秀 高德义 王玲翠)

第五节 蝶腭神经痛

蝶腭神经痛又称 Sluder's 神经痛,当蝶腭神经节受刺激时出现。主要表现是该神经节支配部位烧灼或钻样剧痛,伴流泪、流涕等分泌症状。好发于 30~40 岁的女性。

【病因与病理】 蝶腭神经节有交感、副交感及感觉神经纤维。其纤维分布于眼眶、蝶窦、筛窦、鼻、硬腭、软腭、鼻咽部、扁桃腺和上齿龈部,司一般感觉与腺体分泌,并有副交感节后纤维供应泪腺,司泪腺分泌。

目前,该病的病因与发病机理尚不十分清楚,可能与鼻窦等部位感染延及神经节有关。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床表现 疼痛是最主要的症状,呈烧灼或钻样疼痛,主要分布在下面部,包括鼻根前额部、上颌、上腭与龈部,常累及同侧眼眶,并可向同侧肩颈部扩散,甚或延向臂部;发病时病侧鼻粘膜充血,鼻塞流涕流泪。疼痛时间每次持续数分钟到数小时,甚至数日,反复发作。检查时可有眼眶鼻根及乳突部压痛。

二、辅助检查 X 线检查部分病人可有鼻窦炎性改变。可卡因试验阳性(在蝶腭神经节处——上鼻甲后直接用 10%可卡因涂抹,3 分钟后症状即可缓解)。

三、鉴别诊断

(一)偏头痛 为发作性一侧头痛,以前额、颞部为主,有闪光、偏盲、盲点等先兆,可伴恶心、呕吐。

(二)下颌关节炎 疼痛局限在下颌关节处,张口困难及疼痛,下颌关节处有压痛,无流涕流泪。

(三)舌咽神经痛 疼痛部位在舌根或舌缘后方、扁桃区、无眼眶、鼻根、乳突等处压痛。

【治疗】

(一)病因治疗 针对病因进行治疗,如有鼻窦炎者应积极治疗鼻窦炎。

(二)药物治疗 可用卡巴咪唑、苯妥英钠、冬眠灵、维生素 B₁₂ 等。

(三)封闭疗法 用 20%可卡因或酒精行蝶腭神经节封闭可解除疼痛。

(四)用 10%可卡因或 2%硝酸银涂沫鼻粘膜可缓解症状。

(五)手术疗法 药物治疗效果不佳者,可考虑行蝶腭神经节切断术,但效果可疑。

(何家荣)

第六节 翼管神经痛

【病因与病理】 病因及发病机理尚不十分清楚。可能系副鼻窦等处炎症刺激翼管神经及/或其本身炎性改变所致。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床表现 本病多见于成年女性。主要表现为发作性单侧鼻、眼眶、耳、面部疼痛,可放射到颈部和肩部,以夜间发作为多,常伴鼻窦炎症状。

二、鉴别诊断 应注意与蝶腭神经痛、三叉神经痛等疾病鉴别。