



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高等医学院校教材

神经病学

(第2版)

主编 王拥军

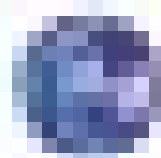
Neurology



内附光盘



北京大学医学出版社



教育部推荐书目 中国高等医学院校教材

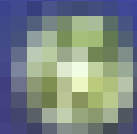
全国高等医学院校教材

神经病学

（第五版）

主编 王阶昌

Neurology



中国高等医学院校教材

普通高等教育“十一五”国家级规划教材
全国高等医学院校教材

神经病学

Neurology

(第 2 版)

主 编 王拥军

副主编 张星虎 赵世刚 郭 力 张嘉伟

编 者 (以姓氏拼音排序)

杜万良 (首都医科大学)

樊东升 (北京大学医学部)

高 山 (中国协和医科大学)

郭 力 (河北医科大学)

李 彤 (新乡医学院)

李继梅 (首都医科大学)

李淑芬 (承德医学院)

牛小媛 (山西医科大学)

秦海强 (首都医科大学)

任 惠 (昆明医学院)

石正洪 (兰州医学院)

苏进营 (河北工程大学医学院)

王拥军 (首都医科大学)

许予明 (郑州大学第一附属医院)

袁 云 (北京大学医学部)

赵世刚 (内蒙古医学院)

朱榆红 (昆明医学院)

张 晨 (青岛大学医学院)

张嘉伟 (齐齐哈尔医学院)

张黎明 (哈尔滨医科大学)

张星虎 (首都医科大学)

张艳焦 (齐齐哈尔医学院)

周盛年 (山东大学齐鲁医院)

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经病学/王拥军主编. —2 版. —北京: 北京大学医学出版社, 2009

ISBN 978-7-81116-807-5

I. 神… II. 王… III. 神经病学—医学院校—教材
IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 080142 号

神经病学 (第 2 版)

主 编: 王拥军

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 靳新强 责任校对: 新强 责任印制: 郭桂兰

开 本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 18.25 插页: 2 字数: 561 千字

版 次: 2009 年 8 月第 2 版 2009 年 8 月第 1 次印刷 印数: 1—3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-807-5

定 价: 40.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医学院校临床专业本科教材编审委员会

主任委员 王德炳

副主任委员 (以姓氏拼音排序)

曹德品 程伯基 王 宪 钱福华 毅 和 张文清

秘 书 长 陆银道

委 员 (以姓氏拼音排序)

安 威	安云庆	蔡景一	蔡焯基	曹 凯
陈 力	陈锦英	崔 浩	崔光成	崔慧先
戴 红	付 丽	傅松滨	高秀来	格日力
谷鸿喜	韩德民	姬爱平	姜洪池	李 冲
李 飞	李 刚	李 松	李若瑜	廖秦平
刘艳霞	刘志宏	娄建石	卢思奇	马大庆
马明信	毛兰芝	乔国芬	申昆玲	宋诗铎
宋焱峰	孙保存	唐 方	唐朝枢	唐军民
童坦君	王 宇	王建华	王建中	王宁利
王荣福	王维民	王晓燕	王拥军	王子元
杨爱荣	杨昭徐	姚 智	袁聚祥	曾晓荣
张 雷	张建中	张金钟	张振涛	赵 光
郑建华	朱文玉			

序

在教育部教育改革、提倡教材多元化的精神指导下，北京大学医学部联合国内多家医学院校于2003年出版了第1版临床医学专业本科教材，受到了各医学院校师生的好评。为了反映最新的教学模式、教学内容和医学进展的最新成果，同时也是配合教育部“十一五”国家级规划教材建设的要求，2008年我们决定对原有的教材进行改版修订。

本次改版广泛收集了对上版教材的反馈意见，同时，在这次教材编写过程中，我们吸收了较多院校的富有专业知识和一线教学经验的老师参加编写，不仅希望使这套教材在质量上进一步提升，为更多的院校所使用，而且我们更希望通过教材这一“纽带”，增进校际间的沟通、交流和联系，为今后的进一步合作奠定基础。

第2版临床医学专业本科教材共32本，其中22本为教育部普通高等教育“十一五”国家级规划教材。教材内容与人才培养目标相一致，紧密结合执业医师资格考试大纲和研究生入学考试“西医综合”的考试要求，严格把握内容深浅度，突出“三基”（即基础理论、基本知识和基本技能），体现“五性”（即思想性、科学性、先进性、启发性和适用性），强调理论和实践相结合。

在继承和发扬原教材结构优点的基础上，修改不足之处，使新版教材更加层次分明、逻辑性强、结构严谨、文字简洁流畅。教材中增加了更多能够帮助学生理解和记忆的总结性图表，这原是国外优秀教材的最大特点，但在本版我国自己编写的教材中也得到了充分的体现。

除了内容新颖、具有特色以外，在体例、印刷和装帧方面，我们力求做到有启发性又引起学生的兴趣，使本套教材的内容和形式都双双跃上一个新的台阶。

在编写第2版教材时，一些曾担任第1版主编的老教授由于年事已高，此次不再担任主编，但他们对改版工作给予了高度的关注，并提出了很多宝贵的意见，对他们作出的贡献我们表示诚挚的感谢。

本套教材的出版凝聚了全体编者的心血，衷心希望她能在教材建设“百花齐放”的局面中再次脱颖而出，为我国的高等医学教育事业贡献一份力量。同时感谢北京大学医学出版社的大力支持，使本次改版能够顺利完成。

尽管本套教材的编者都是多年工作在教学第一线的教师，但基于现有的水平，书中难免存在不当之处，欢迎广大师生和读者批评指正。

王德炳

再版前言

《神经病学》第一版在使用中收到了较好的效果，得到许多医学院校的认可。近年来，神经病学的临床及基础研究发展迅速，神经影像新技术不断地应用到诊断及治疗中，如磁共振成像不仅可以判断缺血性卒中的病变部位，而且可用于检查脑血管灌注及侧支循环等，有利于治疗的选择和预后的判断；分子生物学技术广泛应用到神经系统疾病的研究中，如已经发现与癫痫、阿尔茨海默病、运动神经元病等有关的致病基因；循证医学日益受到关注，大量的新药临床试验以及荟萃分析为临床医生用药提供了可靠的依据，各种神经系统疾病的治疗指南问世，改变了过去依据个人经验进行治疗的现状；新的药物或治疗手段不断问世，如血管狭窄的血管内介入治疗；卒中单元这样一个新的管理模式被越来越多地应用于临床，而且被证明可以有效改善脑血管疾病患者的预后；有些检查手段在临床上不常用，如脊髓造影已经被 MRI 替代。鉴于此，再版《神经病学》势在必行。

本教材作为“十一五”国家级规划教材，本着高起点、高标准、高要求的原则进行再版，着重就以下几方面进行了更新：（1）密切结合临床实际，并体现神经病学发展的最新成果；（2）增加学习重点及内容概要，便于学生学习及掌握要点，提高学习效率；（3）增加图表，便于老师授课及学生理解；（4）更新某些疾病的描述，如脑血管病修改幅度最大，旨在促进该病的诊断与治疗和国际接轨；（5）增加配套光盘，内容包括神经系统查体、常见神经病学辅助检查的影像资料以及复习题等，便于学生自我复习和提高；（6）删减某些少见病的描述，力求重点突出。

本教材共分二十一章，内容包括绪论、病史采集、神经系统检查、神经系统疾病诊断技术、神经系统病变的定位诊断、神经系统疾病的定性诊断原则、脑血管病、神经系统感染性疾病、中枢神经系统脱髓鞘疾病、脊髓疾病、锥体外系疾病、神经变性病、肌病及神经肌肉接头疾病、周围神经病、癫痫、神经遗传病、副肿瘤综合征、头面痛、意识障碍及脑死亡、颅内压异常、眩晕等。每种疾病的描述按照概述、病因、发病机制、病理、临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗和预后的顺序进行。

参与本教材的编者既有临床经验丰富的一线高年资神经内科医师，也有年富力强的中青年骨干教师，来自九省市十六所院校。全体编者本着对学生认真负责的态度，认真查阅文献，精心整理，几易其稿，倾注了大量的心血，使本教材能按期高质量出版。在此，感谢所有参与本教材编写的人员。

由于对旧版内容更新较多，加之时间仓促，书中肯定还存在不少不足之处，恳请各位师生在使用本教材过程中，多提宝贵意见，以便再版时更正。

目 录

第一章 绪论.....	1	四、数字减影血管造影	38
一、神经病学的定义及发展史.....	1	第四节 超声诊断	38
二、神经病学在临床医学中的地位.....	1	一、颈部血管超声	38
三、神经系统疾病的特点.....	1	二、经颅多普勒超声 (TCD)	39
四、神经系统疾病的诊断思路.....	2	第五节 神经病理诊断	40
五、神经系统疾病的治疗及预防.....	2	第六节 分子生物学诊断技术	41
六、神经病学的学习方法.....	3	第七节 神经心理测验	42
第二章 病史采集.....	4	第五章 神经系统病变的定位诊断	43
一、主诉.....	4	第一节 颅神经	43
二、现病史.....	4	一、嗅神经	45
三、既往史.....	6	二、视神经	45
四、个人史.....	6	三、动眼神经	46
五、家族史.....	6	四、三叉神经	49
第三章 神经系统体格检查.....	7	五、面神经	50
一、意识状态.....	8	六、位听神经	51
二、认知功能	10	七、舌咽和迷走神经	53
三、语言	11	八、副神经	55
四、颅神经检查	12	九、舌下神经	55
五、运动系统检查	15	第二节 运动系统	56
六、感觉系统检查	17	一、锥体系统 (上运动神经元)	56
七、反射	18	二、周围神经系统 (下运动神经元) ...	57
八、自主神经功能检查	20	三、锥体外系统	59
九、脑膜刺激征	21	四、小脑	61
十、共济运动	22	第三节 反射	62
第四章 神经系统疾病的辅助检查	23	第四节 感觉系统	62
第一节 脑脊液检查	23	第五节 颅脑和脊髓	67
一、脑脊液采集	24	一、大脑半球	67
二、腰椎穿刺术的适应证、禁忌证和 并发症	24	二、内囊	69
三、脑脊液检查	25	三、基底神经节	70
第二节 电生理检查	27	四、间脑	71
一、脑电图	27	五、脑干	72
二、肌电图	29	六、小脑	74
三、诱发电位	31	七、脊髓	74
第三节 影像学检查	33	第六章 神经系统疾病的定性诊断原则	77
一、头颅及脊柱 X 线平片	33	第七章 脑血管病	79
二、电子计算机 X 线断层成像	34	第一节 概述	80
三、磁共振成像	35	一、脑部血液循环及其特征	80
		二、脑血管病的分类	82

三、脑血管病的危险因素	82	第三节 肝豆状核变性	166
四、脑血管病的诊断	83	第十二章 神经变性疾病	169
五、治疗原则	87	第一节 概述	169
六、预防	88	第二节 阿尔茨海默病	170
第二节 缺血性卒中	88	第三节 运动神经元病	172
第三节 短暂性脑缺血发作	94	第四节 多系统萎缩	174
第四节 脑出血	96	第十三章 骨骼肌疾病	178
第五节 蛛网膜下腔出血	100	第一节 概论	178
第六节 其他脑血管病	103	第二节 肌营养不良	181
一、颅内静脉窦血栓形成	103	一、抗肌萎缩蛋白病	182
二、脑底异常血管网	105	二、强直性肌营养不良	183
三、硬脑膜动静脉畸形	105	三、面肩胛型肌营养不良	185
第八章 神经系统感染性疾病	106	四、肢带型肌营养不良	186
第一节 概述	107	第三节 炎性肌肉病	188
第二节 单纯疱疹病毒性脑炎	109	第四节 周期性瘫痪	190
第三节 细菌性脑膜炎	112	一、低钾性周期性瘫痪	191
第四节 结核性脑膜炎	114	二、高钾性周期性瘫痪	192
第五节 隐球菌性脑膜炎	116	第五节 重症肌无力	193
第六节 脑囊虫病	118	第六节 线粒体病	197
第七节 艾滋病的神经系统表现	121	第十四章 周围神经疾病	200
第八节 朊蛋白病	124	第一节 概述	200
一、Creutzfeldt-Jakob 病	125	第二节 特发性面神经麻痹	204
二、Kuru 病	128	第三节 单神经病	205
三、Gerstmann-Straussler 综合征	128	一、正中神经麻痹	205
四、致死性家族性失眠症	128	二、尺神经麻痹	206
第九章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	129	三、桡神经麻痹	206
第一节 概述	129	四、腓总神经麻痹	207
第二节 多发性硬化	130	五、胫神经麻痹	208
第三节 视神经脊髓炎	133	六、股外侧皮神经病	208
第四节 急性播散性脑脊髓炎	136	七、坐骨神经痛	208
第十章 脊髓疾病	138	第四节 多神经病	210
第一节 概述	139	一、多数脑(颅)神经损害	210
一、脊髓的解剖	139	二、多发性神经病	210
二、脊髓的功能	143	第五节 急性炎症性脱髓鞘性多神经根 神经病	212
三、脊髓病变的诊断	144	第六节 慢性炎症性脱髓鞘性多神经根 神经病	216
第二节 急性脊髓炎	146	第十五章 癫痫	218
第三节 脊髓压迫症	149	第一节 概述	218
第四节 脊髓空洞症	151	第二节 癫痫分类	220
第五节 维生素 B ₁₂ 缺乏症	153	一、癫痫发作与癫痫综合征的国际 分类	220
第六节 脊髓血管病	155	二、癫痫发作的临床表现	223
第十一章 锥体外系疾病	157		
第一节 概述	157		
第二节 帕金森病	158		

三、癫痫综合征的临床表现·····	225	第二节 Lambert-Eaton 综合征·····	248
第三节 癫痫诊断流程·····	226	第三节 副肿瘤性脑脊髓炎·····	249
一、确定是否为癫痫·····	226	第四节 亚急性小脑变性·····	250
二、明确癫痫发作的类型或癫痫 综合征·····	228	第十八章 头面痛·····	252
三、病因诊断·····	229	第一节 概述·····	253
第四节 癫痫治疗·····	229	第二节 偏头痛·····	255
一、现场急救·····	229	第三节 丛集性头痛·····	258
二、解释病情·····	230	第四节 紧张型头痛·····	259
三、药物治疗·····	230	第五节 痛性眼肌麻痹·····	260
四、手术治疗·····	235	第六节 三叉神经痛·····	261
五、预后·····	236	第七节 枕大神经痛·····	264
第十六章 神经系统遗传性疾病·····	237	第十九章 意识障碍及脑死亡·····	266
第一节 概述·····	237	一、意识障碍概述·····	266
第二节 遗传性共济失调·····	239	二、意识障碍的病因·····	266
一、Friedreich 型共济失调·····	240	三、意识障碍的鉴别诊断·····	267
二、脊髓小脑性共济失调·····	241	四、脑死亡·····	267
第三节 神经皮肤综合征·····	242	第二十章 颅内压异常·····	268
一、神经纤维瘤病·····	242	第一节 概述·····	268
二、结节性硬化症·····	244	第二节 良性颅内压增高·····	268
三、脑面血管瘤病·····	245	第三节 低颅压综合征·····	270
第十七章 神经系统副肿瘤综合征·····	246	第二十一章 眩晕·····	271
第一节 概述·····	246	参考文献·····	277

第一章 绪 论

一、神经病学的定义及发展史

神经病学 (neurology) 从内科学中派生出来,它是研究中枢神经系统、周围神经系统及骨骼肌疾病的病因、病理、发病机制、临床表现、诊断、治疗、康复和预防的一门临床学科。

神经病学一词首先出现于 1664 年英国医学家 Thomas Willis 出版的《脑的解剖》中,但当时神经系统疾病只有在病人死后的研究中才能确认。法国神经病学家 Jean-Martin Charcot (1825 年—1893 年) 在巴黎建立了著名的神经病学诊所,他是现代神经病学奠基人,被誉为“神经病学之父”,他把临床观察到的症状与对病人死亡后检查所看到的神经病变联系起来,能够对活着的人诊断所患的神经系统疾病,并且能够从一些相似的疾病中区分出每种疾病的症候群。近十年来,随着分子生物学技术的广泛应用,神经系统疾病的诊断已经向分子诊断水平发展,“朊蛋白病”这一诊断名词的出现即是一个例证。神经影像 (CT 与 MRI) 技术的广泛应用,极大地提高了神经系统疾病诊断的准确性。

神经病学是神经科学的一部分,它的发展与神经系统结构与功能、病因与病理等诸多神经基础学科的研究发展息息相关,相互渗透,互为推动。这些基础学科包括神经解剖学、神经组织胚胎学、神经生物化学、神经病理学、神经遗传学、神经免疫学、神经流行病学、神经影像学、神经药理学、神经信息学、实验神经病学等。临床神经病学涉及的疾病种类繁多,在发展过程中又逐渐独立出其他专科,如神经眼科学、神经内分泌学、神经介入学、血管神经病学等。神经外科早已从神经病学中分离出来。儿童神经病学、围生期神经病学、新生儿神经病学、老年神经病学也已经或正在发展成为独立的学科。

二、神经病学在临床医学中的地位

神经系统疾病是严重影响人类健康的疾病。在当今人类病死率最高的肿瘤、脑血管疾病、心血管疾病、痴呆相关疾病四类疾病中,其中有二类属于神经病学的研究内容,部分肿瘤也发生在神经系统。随着人口老化和生活方式的变化,神经系统疾病的发病有明显增加的趋势。我国最新的统计资料表明,脑血管病已经成为我国患病人口死亡和致残的首要原因。神经系统疾病不仅损害病人的健康,而且造成极大的社会负担。美国、欧洲、日本已经分别实施“脑的十年”计划、“脑的二十年研究计划”、“脑时代计划”,将神经病学列为医学发展的优先项目。

三、神经系统疾病的特点

1. 病因的复杂性 与机体其他系统疾病一样,引起神经系统疾病的病因很多,如感染、中毒、遗传缺陷、营养障碍、创伤、免疫损伤、代谢紊乱、内分泌紊乱、先天畸形、血液循环障碍、异常增生等。需要特别强调的是,许多神经系统疾病的病因仍不清楚。了解可能的病因对于正确诊断及恰当治疗是非常重要的。

2. 临床表现的多样性 神经系统疾病症状及体征多种多样,主要取决于病变部位,了解临床症状及体征特点对定位诊断非常重要。一般神经系统疾病症状可分为四类:①缺损症状:是神经系统病变引起正常功能的缺损,例如,主侧半球脑梗死导致失语、对侧偏瘫和偏身感觉障碍;面神经炎引起同侧面肌瘫痪等。②刺激症状:是神经结构受病变刺激产生过度兴奋表现,例如,大脑皮质运动区占位性病变导致对侧肢体局灶性运动发作;腰椎间盘突出引起坐骨神经痛;以及病因未明的特发性三叉

神经痛等。③释放症状：是中枢神经系统受损，对低级中枢控制功能减弱，使低级中枢功能表现出来。例如，脊髓损伤出现双下肢锥体束征，表现为肌张力增加、腱反射亢进和 Babinski 征阳性等；④休克症状：是中枢神经系统急性严重的局部病变导致与之功能相关的远隔部位神经功能抑制。例如，大量脑出血急性期的脑休克，偏瘫肢体呈现肌张力减低、腱反射消失和 Babinski 征阴性；急性脊髓横贯性损伤的脊髓休克，受损平面以下出现弛缓性瘫痪，休克期过后才逐渐出现释放症状，转为痉挛性瘫痪、肌张力提高、腱反射亢进和 Babinski 征阳性等。

3. 诊断及治疗的局限性 尽管目前有多种辅助检查手段应用于临床，但某些神经系统疾病的诊断仍然是神经内科医生的难题，有时可能需要肌肉、神经、脑或脊髓活检，即使进行活检有时也难明确诊断，而且患者对于活检依从性差。针对神经系统疾病的治疗手段也有限，许多疾病没有特异治疗方法如神经系统遗传性疾病，某些疾病如癫痫只能控制临床症状，即使神经系统感染也因为血脑屏障的存在，抗感染治疗效果受到限制。特别需要提出的是，神经系统损害后的自我修复能力有限，若神经组织损害严重或治疗时间滞后，最终恢复较差。

四、神经系统疾病的诊断思路

神经系统疾病的诊断分为定位诊断及定性诊断。进行神经系统疾病的诊断时，通常可以遵循以下思路：

1. 通过详细的病史询问及体格检查，获取患者的症状及体征。
2. 利用掌握的解剖学、生理学、病理生理学知识去分析患者的症状及体征；也就是说，鉴别患者解剖或生理上发生的异常。
3. 通过上述步骤，可以判断神经系统受累的部位，称之为解剖诊断或定位诊断。很多情况下，一系列的症状或体征的组合，可以组成一个综合征，综合征的判定有助于了解疾病的部位及特性。
4. 依据疾病的起病方式和速度、演变过程、疾病的病程、系统性疾病情况、既往史、个人史、家族史、实验室检查等资料，结合定位诊断，确定疾病的病理性质与病因，即为定性诊断。
5. 评估残疾的程度，并判断疾病是暂时性的，还是长期性的（功能诊断）。这对于治疗疾病、促进康复及判断预后是至关重要的。

若遇到疑难疾病，应遵循如下原则进行临床分析：

1. 把重点放在主要的症状和体征上，而不要被一些次要的或不确定的临床表现分散注意力。
2. 下结论不宜武断。当考虑问题只局限于某些临床资料、辅助检查时，会使思维变得狭隘，对其他可能的疾病不进行考虑。临床上的初步诊断只是一个假说，当新的信息获取时，需要对假说进行不断的验证和修订。疾病在某阶段的表现可能不典型，随着时间的推移，将可能会展示出疾病的全貌，使诊断越来越明确。
3. 当疾病的主要特征缺乏时，很多医师，特别是年轻医师会想到罕见疾病。但通常情况下，常见疾病的少见表现比罕见疾病的典型症状更为常见。
4. 进行诊断时，临床医师要从获取的临床信息中，依靠个体的经验进行诊断，而不要依靠某个症状出现的概率进行诊断。
5. 若诊断确有困难且有手术条件时，可进行组织学活检，有助于提供病理学资料，提高诊断的准确性。

五、神经系统疾病的治疗及预防

神经系统疾病的治疗可以分为对因治疗、对症治疗，有些疾病具有特异性治疗方法，如结核性脑膜炎的抗结核治疗。有些疾病只能控制症状，如癫痫的抗癫痫药物治疗。有些疾病没有特效疗法，如神经变性病、神经遗传病等。应充分了解每种疾病的治疗原则，并不断了解治疗新进展，如过去对预防多发性硬化复发没有有效药物，现代大型临床试验表明，干扰素- β 可减少多发性硬化的复发，改

善预后。在治疗神经系统疾病时，不仅要依据循证医学（evidence-based medicine, EBM）证据，而且要兼顾个体化治疗的特点，只有二者有机结合，才能提高治疗效果，改善预后，并减少治疗相关的副作用。

采取适当的预防和干预策略有助于减少或防止神经系统疾病的发生或复发，是提高生活质量、减少医疗费用的方法。神经系统疾病的预防有些是针对全民的（如通过免疫接种预防急性脊髓灰质炎），有些是针对高危人群（如针对高危人群进行脑血管病的预防），针对高危人群的预防策略避免了大规模人群预防所浪费的资源，也增加了依从性。但筛选高危人群也需要一定的成本，需要权衡其中的利弊。在预防疾病时，还应注意对不同的危险因素采取联合的干预措施，如脑血管病的危险因素有高血压、糖尿病、吸烟、脂代谢异常等，同时对这些危险因素进行联合干预比单一的预防措施能带来更大的益处。

六、神经病学的学习方法

神经病学是一门既复杂又抽象的学科，初学者常感到难以理解及记忆。然而神经病学的逻辑推理性较强，通过复习神经解剖学相关知识，掌握正确的病史询问及神经系统查体方法，以及辅助检查的意义与方法等，进行归纳、分析，可以较快地掌握神经病学的相关知识。当然，作为一门临床学科，深入实践是最为关键的，只有与临床病例结合，并且不断地分析、讨论和总结，才能一步步掌握神经病学知识。

第二章 病史采集

学习重点

1. 掌握：现病史包括的主要内容。
2. 熟悉：病史采集过程中的注意事项。
3. 了解：神经系统疾病常见症状的特点。

内容提要

1. 病史采集是神经系统疾病诊断过程的重要环节。
2. 病史采集应注意病史的系统完整性、客观真实性。
3. 主诉是患者在疾病过程中感受最痛苦，并促使其就诊的最主要的原因，包括主要症状、病程和疾病演变过程。
4. 现病史包括起病情况、发展和演变过程、症状特点、伴随症状、诊治情况等。
5. 神经系统疾病常见症状的特点。

神经系统疾病的诊断过程包括病史采集、神经系统体格检查以及各种辅助检查，其中病史采集和体格检查二者并重是神经系统疾病正确诊断的关键，是任何检查手段不可替代的。通过详细的病史能够对疾病本身有初步的了解，发现对疾病的定位和定性、病因诊断有价值的线索。对于神经系统无阳性体征的某些神经系统疾病，病史可能是诊断的唯一线索和依据，结合既往史、个人史和家族史，提出一系列可能疾病的诊断及相关鉴别诊断。

病史采集之前通过简单的自我介绍和对患者的问候，初步建立起和谐的医患关系，以便患者能够充分表达不适，从而使医生能够获得全面的临床资料。病史的内容包括：一般情况，如姓名、性别、年龄、职业、居住地、左利手/右利手，主诉、现病史、发育情况（儿童）、既往史、个人史和家族史。病史采集中应注意：①系统完整。尽量不要打断患者的叙述，必要时可引导患者按症状出现的先后顺序描述症状的发生、发展和演变情况，重点记录阳性症状，重要的阴性症状也不能忽视。②客观真实。对患者提供的病史医生应加以分析，并向亲属及目击者进一步核实。③避免暗示。不要根据自己的主观推测对患者进行诱导性提问让患者认同。④重点突出。提醒患者减少无关情况和琐碎情节的叙述。最后，病史采集初步完成后，医生应当归纳患者最有关联的症状特点，必要时还应进一步核实。

一、主诉

主诉是患者在疾病过程中感受最痛苦，并促使其就诊的最主要的原因，包括主要症状、病程和疾病演变过程。医生在采集病史过程中应围绕主诉进行询问。主诉往往是疾病定位诊断和定性诊断的第一线索。

二、现病史

现病史是对主诉的展开，包括发病到本次就诊时症状发生、发展和演变的过程以及前驱症状和诱发因素等。全面掌握现病史，意味着得到了正确诊断的钥匙。病史采集过程中重点应注意：①首发症状，是确定疾病性质和初步定位的重要线索；②起病情况，如发病时间、发病急缓、病前有无明显的致病和诱发因素；③症状的发展和演变，包括症状的加重、减轻、持续进展或无变化等；症状加重或

减轻的可能原因和影响因素等，往往暗示特定的疾病性质；④症状特点，包括症状的部位、范围、性质和严重程度等；⑤伴随症状及与现患病有关的其他疾病情况；⑥既往诊治情况及病程中的一般状况。

病史采集通常让患者用自己的语言描述疾病的症状，尽量避免其应用医学术语。神经系统疾病常见症状应重点了解：

1. 头痛 (headache) 头痛是神经系统最常见的症状，病史采集中应了解头痛部位、发生形式、性质、程度，发作持续的时间、发作的频率，有无规律及先兆，有无诱发因素及伴随症状，头痛与情绪波动、睡眠异常、过度紧张疲劳、体位及饮食的关系等。

2. 头晕 (dizziness) 与眩晕 (vertigo) 患者述脑子昏昏沉沉、头重脚轻、站立或步态不稳、视物模糊感，称之为头晕。感觉自身或外界物体的运动性错觉，如旋转、升降和倾斜等，谓之眩晕。采集过程中应询问患者症状的起病形式、性质特点及伴发症状等。如症状呈发作性、阵发性、持续性；症状与头位与体位的关系，发作的诱因；有无伴随视物旋转及自身旋转的错觉、恶心呕吐、耳鸣及听力减退、血压/脉搏变化、心前区不适、发热等；是否存在与症状相关的情况，如服用安眠药物、抗惊厥药物、脑外伤、颈椎病、贫血、心脏病等。

3. 感觉异常 (paresthesia) 如麻木、冷热感、蚁走感、针刺感和电击感等，注意分布的范围、出现的形式 (发作性或持续性)，以及加重的因素等；有无与感觉异常相关的疾病，如糖尿病；用药史，重金属接触史等。

4. 疼痛 (pain) 需了解疼痛的分布，注意神经系统定位关系，如局限性、放射性 (根痛)、扩散性 (牵涉痛) 等，性质 (锐痛、钝痛)，规律 (发作性、阵发性或持续性)，伴发症状 (局部疱疹、炎症或附近结构有无结核、炎症或肿瘤等)。

5. 瘫痪 (paralysis) 应注意询问瘫痪的部位：是单瘫、偏瘫、截瘫还是四肢瘫；瘫痪的程度，即瘫痪肢体的活动情况；起病形式，为急性、亚急性还是慢性起病；瘫痪的性质，是迟缓性瘫痪还是痉挛性瘫痪；有无伴发感觉障碍、失语、疼痛、肌肉萎缩、抽搐、发热等。

6. 抽搐发作 (seizure) 应当由患者、目击者或家人共同提供。首先了解抽搐发作的全过程，其次了解最初起病年龄、诱发因素、先兆症状、发作的频率以及以往的诊治情况等。

(1) 抽搐部位 是全身、局部还是由局部扩展至全身的抽搐。

(2) 抽搐形式 肢体是伸直、屈曲还是阵挛，有无头颈或躯干向一侧扭转等。

(3) 伴随症状 有无意识障碍、二便失禁、舌咬伤、口吐白沫或摔伤等。

(4) 抽搐后症状 有无昏睡、头痛、呕吐或肢体一过性瘫痪等。

(5) 最初发病的年龄。

(6) 诱发因素 抽搐与情绪、月经、睡眠及饮食等的关系。

(7) 先兆症状 有无闻到怪异气味、心前区不适感、眼前暗点或闪光、躯体某部位的异常感觉等。

(8) 发作的频率 每年、每月、每周或每天发作的次数，以及最近一次发作的时间。

(9) 以往的诊断与治疗情况。

7. 晕厥 (syncope) 表现为一过性意识丧失并跌倒，跌倒后几秒钟至几十秒钟转清醒。应注意发作时的时间、地点、诱发因素等，包括反射性晕厥 (直立性低血压、咳嗽、排尿、吞咽等)、血管迷走性晕厥、心源性晕厥、脑源性晕厥等。

8. 意识障碍 (disturbance of consciousness) 首先要让患者及陪同人员理解意识障碍的真正含义，患者或目击者对病情的叙述是判断意识障碍的关键。要了解发病的缓急、意识障碍的程度、持续时间，有无伴发抽搐、发热、呕吐、贫血、皮肤出血点等，意识障碍前有无病症、外伤史、中毒史 (一氧化碳、农药、乙醇、药物等中毒)。

9. 视力障碍 (visual disorder) 应注意询问是视物模糊还是完全失明，单眼或双眼视力下降的程

度，视野缺损的范围是局部还是全部，是否伴有复视；是急性、慢性还是渐进性起病；是否有缓解和复发。

10. 睡眠障碍 (sleep disorder) 临床上非常常见。包括失眠症、嗜睡症、睡眠-觉醒节律障碍等。应询问是入睡困难、早醒、易醒、醒后难以入睡、嗜睡，还是睡眠-觉醒节律障碍，是否伴有多梦、睡眠中肢体不自主运动以及呼吸暂停等。

三、既往史

询问以往的健康水平和既往患过的疾病，重点询问与本次发病相关的疾病，如瘫痪、抽搐、高血压、糖尿病、高热、昏迷等；内科系统疾病史及诊治情况，曾经接受过的检查；有无外伤史，手术史，感染史以及预防接种史和过敏史。

四、个人史

需询问出生地、居住地、社会经历、文化程度、职业及工作性质，是否到过疫区、生活习惯、性格特点、利手等。烟酒嗜好和具体情况，吸毒和药物滥用史，婚姻史和冶游史，是否有过负性生活事件。女性患者应询问月经史和婚育史等。儿童应注意询问围生期、疫苗接种和生长发育情况等。

五、家族史

家族史对遗传性疾病的诊断极为重要。神经系统遗传性疾病或与遗传有关的疾病在临床上并不少见，如进行性肌营养不良、癫痫、肿瘤、偏头痛等。如果两代以上出现相似疾病，或同胞中有两个在相近年龄出现相似疾病，应详细询问发病年龄、临床表现和死亡年龄，记录家族遗传分布情况，为预防遗传疾病提供依据。

(李淑芬)

第三章 神经系统体格检查

学习重点

1. 掌握：失语的类型及病变部位，颅神经检查的方法，肌张力和肌力检查方法及临床评级标准，深、浅反射的检查方法及意义，病理反射的检查方法及其意义，脑膜刺激征及临床意义。
2. 熟悉：昏迷患者的检查方法，轻瘫试验的概念和分类，步态异常的分类及临床意义，深感觉、浅感觉及复合感觉的检查方法，自主神经功能检查方法及临床意义，共济失调的分类及临床意义。
3. 了解：认知功能障碍的分类及其检查方法；各主要肌肉肌力检查方法。

内容提要

1. 意识状态检查

意识 (consciousness) 是人脑对于客观世界的反映，是感觉、思维等各种心理活动的总和。影响意识最重要的结构是脑干上行网状激活系统、中枢整合机构 (大脑皮层)。

意识障碍是指人对其周围世界及事物的感觉、认知、辨别和反应的能力下降或丧失。

根据意识水平下降程度意识障碍被分为：嗜睡、昏睡、昏迷。昏迷又分为浅昏迷、中昏迷、深昏迷。

对患者意识状态的评估，通常采用格拉斯哥昏迷评分量表 (GCS)。

按意识内容改变情况将意识障碍分为：意识模糊、谵妄状态。

特殊类型的意识障碍包括：去皮质综合征、无动性缄默症、闭锁综合征、植物状态。

对意识障碍患者的神经系统检查重点是：眼部体征 (瞳孔、眼底检查、眼球运动)、脑干功能检查、肢体运动功能。

2. 认知功能

大脑的认知功能包括知觉、注意、记忆、语言和思维以及智能和意识等心理功能。其中记忆和智能检查是认识功能检查的重要内容。

智能障碍的检查方法可分为一般检查和成套智能测验。

3. 语言

中枢神经系统疾病所致的语言障碍主要可分为失语症和构音障碍。言语功能的检查可大体概括为听、说、读、写。

失语症是指在意识清楚的情况下，由于优势半球语言中枢病损导致抽象信号思维障碍，而丧失口语、文字的表达能力和领悟能力的临床症候群。失语可分为：运动性失语、感觉性失语、命名性失语、传导性失语、经皮质性失语、完全性失语。

构音障碍是指和发音有关的神经、肌肉病变导致的言语障碍的总称。

4. 颅神经检查

颅神经检查的顺序按第 I - XII 对颅神经依次检查，包括：嗅觉、视觉、味觉、听觉、针刺觉、运动、反射等。

5. 运动系统检查

运动系统检查包括：肌肉容积 (肌萎缩、肌肥大)、肌张力 (增高、减低)、肌力、姿势和步态检查。

肌力分为 6 级 (0 - 5 级)：0 级指无肌肉收缩活动，呈完全瘫痪；1 级指可看到或触到有肌肉收缩活动，但无关节活动；2 级指所产生的动作不能胜过其肢体的重力，即不能抬起；3 级指可抵抗地心引力而活动，但不能抵抗阻力；4 级指能抵抗检查者的阻力，但不完全；5 级指正常肌力。

常见的病理步态如下：偏瘫步态、痉挛性截瘫步态、共济失调步态、慌张步态、肌病步态、跨阈步态。