

## 相关专业知识

### 知识点：颅神经的查体

1. 嗅神经 (olfactory nerve)-----特殊内脏感觉神经，（嗅中枢：颞叶钩回、海马回前部、杏仁核） 检查方法：询问有无嗅幻觉等主观嗅觉障碍——令患者闭目——先后堵塞一侧鼻孔——用带有花香或其他香味（非挥发性，非刺激性气味）的物质置于患者受检鼻孔，令区分有无气味。

2. 视神经 (optic nerve)-----特殊躯体感觉神经，（纹状区：即枕叶视皮质中枢：距状裂两侧的楔回和舌回） 检查方法： 视力：远视力：就是大家平常近视眼的时候去配眼镜检查的那个表啦~~~如果最大的一行都看不清，就逐渐移近，辨认指数或眼前手动，记录距离表示视力；如不能辨认眼前手动，可在暗室中用手电筒照眼，记录有无光感，光感都没有了，那就失明啦~~~ 近视力：常用标准视力表，距离被检者 30cm，照明充分，分别查左眼和右眼，自上而下逐行认读视标，直到不能分辨的一行为止，前一行标明的视力即代表实际视力。

3. 视野：周边视野：①手动法粗略测试：患者与检查者距离 60cm 相对而坐，测试左眼时，患者 遮住右眼，保持直视，用视标（比如：手指啦，笔啦~可辨识的东西都可以）在两人中间等距离处，分别从患者的颞上、颞下、鼻上、鼻下，从外向内，缓慢移动，患者看到后告知检查者。②用周边视野计精确测定。中心视野：举个例子吧~嘱患者遮住一只眼睛，询问能否看到检查者的脸，如果只看到一只眼睛或者没看到嘴巴，可能存在中心视野缺损。必要时还是要用精确的视野计。眼底：患者 背光而坐，眼球正视前方，检查右眼时，医师站在患者右侧，右手持眼底镜用右眼观察眼底，从离开患者 50cm 处开始寻找并逐渐窥入瞳孔，观察时眼底镜要紧贴患者面部，一般不需散瞳

应记录视乳头的形状大小，色泽，边缘，以及视网膜和血管情况。

### 知识点：感觉系统检查

#### 一、浅感觉

1. 痛觉：用大头针的针尖轻刺被检者皮肤以检查痛觉，左右远近对比并记录感觉障碍类型（过敏、减退或消失）与范围。

2. 触觉：用棉签或软纸片轻触被检者的皮肤或粘膜。

3. 温度觉：用盛有热水(40℃ ~ 50℃)或冷水(5~ 10℃)的试管接触皮肤，辨别冷热感觉。

#### 二、深感觉

1、运动觉：被检者闭目，检查者轻轻夹住被检者的手指或足趾两侧，上下移动 5° 左右，令被检者说出“向上”或“向下”。如感觉不明显可加大活动幅度或测试较大的关节。

2、位置觉：被检者闭目，检查者将其肢体摆成某一姿势，请患者描述该姿势或用对侧肢体模仿。

3、振动觉：用振动着的音叉柄置于骨隆起处(如内、外踝，手指、桡尺骨茎突、胫骨、膝盖等)，询问有无振动感觉和持续时间，并两侧对比。 . 腹壁反射(abdominal reflex)：被检者仰卧，下肢稍屈曲，使腹壁松弛，然后用钝头竹签分别沿肋弓下缘 (T7~ 8)、脐孔水平(T9 ~ 10)及腹股沟上(T11 ~ 12)的平行方向，由外向内轻划腹壁皮肤。正常反应是该侧腹肌收缩，脐孔向刺激部分偏移。 . 提睾反射(cremasteric reflex)反射中心 L1 ~ 2。

与检查腹壁反射相同，竹签由下而上轻划大腿上部内侧皮肤，反应为该侧提睾肌收缩使睾丸上提。跖反射(plantar reflex)：反射中心 S1~2。被检者仰卧、下肢伸直，医生手持被检者踝部。用钝头竹签划足底外侧，由足根向前至小趾根部足掌时转向内侧，正常反应为足趾跖屈（即 Babinski 征阴性）。肛门反射：反射中心 S4~5。用竹签轻划肛门周围皮肤，可引起肛门外括约肌收缩。 膝反射(knee reflex) (L2~ 4)

坐位检查时，患者小腿完全松弛下垂，与大腿成直角，卧位检查则患者仰卧，检查者以左手

托起其膝关节使之屈曲约 120°，用右手持叩诊锤叩击膝盖髌骨下方股四头肌腱，可引起小腿伸展。踝反射(ankle reflex) (S1~ 2)：又称跟腱反射。患者仰卧，屈膝约 90°，检查者左手将其足部背屈成直角，以叩诊锤叩击跟腱，反应为腓肠肌收缩，足跖屈；或俯卧位，屈膝 90°，检查者用左手按足跖，再扣击跟腱；或患者跪于床边，足悬于床外，扣击跟腱。Babinski 巴宾斯基征 取位与检查跖反射一样，用竹签沿患者足底外侧缘，由后向前至小趾跟部并转向内侧，阳性反应为跖趾背屈，其余各趾呈扇形展开。

#### **知识点：植物神经功能紊乱早期症状**

情绪不稳定，焦虑和烦躁不安，烦恼不能看电视，甚至被听到说话是不舒服和紧张，愤怒的爱，容易紧张，恐惧，敏感，怀疑，委屈的哭，悲观失望没有快乐，不想说，什么是不高兴，沮丧的苦恼，甚至有意识的生活是无聊，难以入睡。睡眠表浅，早醒梦多，身疲乏力，记忆力减退，注意力不集中。反应迟钝。植物神经紊乱还可以导致胃肠功能紊乱，如没有食欲，进食无味。腹胀，恶心、打嗝，烧心、胸闷气短，喜长叹气，喉部梗噎，咽喉不利，有的患者表现头痛，头昏头憋胀，沉闷，头部有紧缩感重压感，头晕麻木，两眼憋胀，干涩，视物模糊，面部四肢憋难受，脖子后背发紧发沉。全身发硬不适，四肢麻木，手脚和心热，疼痛和发热的皮肤，但温度正常，全身热阵列的汗水，或身体游走疼痛，迁徙异常感觉症状。植物神经功能紊乱有以下五个特征

- 1、头部不适感紧张性头痛、头昏，头憋胀，沉闷，头部重压感、紧束感，两眼憋胀，干涩，视物模糊，等。
- 2、情绪症状表现为情绪不稳，烦躁焦虑、易激惹、烦起来电视不能看，甚至听到说话都浑身难受，心慌、爱生气，易紧张，恐惧害怕，敏感多疑，委屈易哭，悲观失望无愉快感，不愿见人，不想说话，对什么都不感兴趣，看什么都不高兴，压抑苦恼，甚至自觉活着没意思，心情紧张等。
- 3、睡眠障碍主要表现入睡困难、睡眠表浅、多梦或早醒。
- 4、胃、肠功能障碍、食欲不振、腹胀、恶心、嗝气、烧心、便秘或腹泻；心悸、胸闷、气短、呛喉，咽喉不利；四肢无力，四肢麻木、濒死感；低热；皮肤划痕征阳性；
- 5、与精神易兴奋相联系的精神易疲劳表现为联想回忆增多，脑力劳动率下降，记忆力减退，注意力不集中，反应迟钝，体力衰弱，疲劳感等。

#### **知识点：导致植物神经紊乱的原因**

- 1、遗传因素：大多数植物神经功能紊乱的病人都有家族性，但并不是说这种疾病都是遗传因素所致，只是说它可能是患病的一个因素。
- 2、社会因素：各种引起情绪紧张的社会、心理因素，都会成为该病的促发因素。工作压力大、学习负担过重、家庭纠纷、婚姻不幸、失恋、邻里关系紧张、同事或上下级关系不协调等等，都会使人的神经过于紧张、心理负荷过重而出现植物神经功能失调。
- 3、个性因素：植物神经紊乱与个人的性格也有很大关系，一般来说大多数病人有自卑、敏感、性格内向、情绪不稳定的特点，多表现为多愁善感、焦虑不安、不善与人沟通，遇事闷在自己心里，不能及时发泄情绪，时间久了必然导致各种症状。但过分争强好胜、自制能力差、脾气暴躁、心胸狭窄的人也容易患病。

女子月经不调、男子遗精、阳痿等，脖子后背发紧发沉，周身发紧僵硬不适，手脚心发热，周身皮肤发热，但量体温正常，全身阵热阵汗，或全身有游走性疼痛，游走性异常感觉等症状。

#### **知识点：神经系统疾病常见症状、体征及其临床意义**

##### **(一) 感觉系统损害表现**

1. 刺激性症状感觉径路刺激性病变引起。包括：

(1) 感觉过敏：轻微刺激引起强烈感觉如疼痛感。

(2) 感觉倒错：非疼痛性刺激诱发疼痛感。

(3) 感觉过度：感觉刺激阈增高，不立即产生疼痛（潜伏期），出现强烈的定位不明确不适感，并持续一段时间消失（后作用）。见于丘脑和周围神经损害。

(4) 感觉异常：无外界刺激出现麻木感、痒感、蚁走感、针刺感、电击感、束带感和冷热感等。

(5) 疼痛：依据病变部位及疼痛特点分为 1) 局部性疼痛：如神经炎的局部神经痛。

2) 放射性疼痛：神经干、神经根及中枢神经系统刺激性病变，如肿瘤或椎间盘突出压迫脊神经根。

3) 扩散性疼痛：疼痛由一个神经分支扩散到另一分支，如手指远端挫伤可扩散到整个上肢疼痛。

4) 牵涉性疼痛：内脏病变疼痛扩散到相应体表节段，如胆囊病变引起右肩痛。

2. 抑制性症状感觉径路破坏性病变引起感觉减退或缺失。

### (二) 感觉系统损害的定位意义

1. 多发性神经病肢体远端对称性完全性感觉缺失，呈手套袜子型分布称末梢型感觉障碍。

2. 周围神经某一周围神经支配区感觉障碍，如尺神经损伤时前臂尺侧及 4、5 指区；神经干或神经丛损伤使一肢体多数周围神经各种感觉障碍。

3. 后根单侧节段性完全性感觉障碍，如髓外肿瘤压迫脊神经根，可伴后根放射性疼痛（根性痛）。

4. 脊髓后角损害时可产生节段性分离性感觉障碍（痛温觉障碍，深感觉、触觉保留）。脊髓半切损害时，受损节面以下同侧传导束型深感觉障碍和肢体上运动神经元瘫痪，对侧传导束型痛温觉障碍。脊髓横贯性病变，病变平面以下全部感觉丧失，同时有截瘫或四肢瘫，排尿排便功能障碍。

5. 脑干延髓损害出现交叉性感觉障碍，如延髓背外侧损害出现病灶同侧面部感觉障碍和对侧躯体感觉障碍，脑桥、中脑损害为对侧偏身感觉减退或缺失。

6. 丘脑丘脑病变引起对侧偏身感觉减退或缺失，还可伴有自发性疼痛和感觉过度。

7. 内囊内囊损害出现对侧偏身感觉障碍、常伴偏瘫或偏盲（“三偏”）。

8. 皮质常表现为对侧单肢感觉障碍。中央后回感觉中枢的刺激症状可引起感觉型癫痫发作。

### (三) 运动系统损害表现

瘫痪是随意运动功能减低或丧失，是运动神经元、锥体束、周围神经病变所致。分为痉挛性瘫痪与弛缓性瘫痪。痉挛性瘫痪（上运动神经元瘫、中枢性瘫痪）是中央前回运动区大锥体（Betz）细胞及下行锥体束（皮质脊髓束、皮质延髓束）病变。弛缓性瘫痪（下运动神经元瘫、周围性瘫痪）是脊髓前角细胞或脑干神经运动核及其神经轴突病变。

### (四) 运动系统损害的定位意义

#### 1. 上运动神经元损害

(1) 皮质：局限性病损导致对侧单瘫，如上肢瘫合并中枢性面瘫；刺激性病灶可引起对侧躯体相应部位局灶性抽动发作，若抽动沿运动区排列顺序扩散称 Jackson 癫痫。

(2) 皮质下白质：为皮质与内囊间投射纤维形成的放射冠，愈接近皮质运动神经纤维愈分散，对侧单瘫多见；愈深部纤维愈集中，表现为不均等性偏瘫。

(3) 内囊：运动纤维最集中处，引起三偏征，即对侧均等性偏瘫（中枢性面瘫、舌瘫和肢体瘫），伴对侧偏身感觉障碍、对侧同向性偏盲。

(4) 脑干：一侧脑干病损产生脑神经交叉性瘫痪综合征，因病变累及同侧脑神经运动核和未交叉的皮质脊髓束或 / 和皮质延髓束。出现病灶同侧脑神经瘫，对侧肢体及病变水平以下脑神经上运动神经元瘫。

(5) 脊髓：颈膨大及以上损害，表现为四肢上运动神经元瘫痪，颈膨大受损可表现为双上

肢下运动神经元瘫痪，双下肢上运动神经元瘫痪。胸髓损害为双下肢痉挛性截瘫，腰膨大损害表现为双下肢下运动神经元性瘫痪。

## 2. 下运动神经元损害

(1) 脊髓前角细胞：瘫痪呈节段性分布，无感觉障碍，如 C5 前角细胞病变引起三角肌瘫痪和萎缩，C8—T1 病变可见手部小肌肉瘫痪和萎缩，L3 病变股四头肌萎缩无力，L5 病变踝关节及足趾背曲不能。急性起病多见于脊髓灰质炎；慢性者可见肌束震颤，常见于进行性脊肌萎缩症、肌萎缩侧索硬化症、脊髓空洞症等。

(2) 周围神经：每支周围神经支配区瘫痪，可伴相应区域感觉障碍；如桡神经瘫痪，伸腕、伸指及拇伸肌瘫痪，手背拇指和第一、二掌骨间隙感觉缺失。

## 知识点：癫痫分类和临床表现

### (一) 病因分类

#### 1. 特发性癫痫

#### 2. 症状性癫痫

包括先天性疾病、产前和围产期疾病、高热惊厥后遗症、外伤、炎性、中毒、颅内肿瘤、脑血管疾病、营养代谢性疾病、变性病。

### (二) 国际分类和临床表现

#### 1. 部分性发作（发作起始于一侧脑部，也可扩散至双侧）

(1) 单纯部分性发作：无意识障碍①部分运动性发作（包括 JacksonEp）②体觉性发作或特殊感觉发作③自主神经性发作④精神性发作。

(2) 复杂部分性发作：有意识障碍（朦胧），发作后不能回忆。①自动症②错觉、幻觉。

(3) 继发全面性强直-阵挛发作：(1) 或 (2) 发作继发为全面性强直-阵挛发作。

#### 2. 全面性发作

(1) 失神发作（小发作）：突然、短暂的意识丧失，动作中断，两眼瞪视不动，对外界无反应，对发作无回忆。

(2) 强直-阵挛发作（大发作）：以意识丧失和全身抽搐为特征。分为 3 期①强直期：全身骨骼肌呈持续性收缩，喉部痉挛、尖叫，可咬破舌，持续 10~20 秒。②阵挛期：全身骨骼肌呈间歇性痉挛，松弛期逐渐延长，抽搐突然停止。本期 0.5~1 分钟。③惊厥后期：尚有短暂的强直痉挛，造成牙关紧闭和大、小便失禁。呼吸先恢复，心率、血压、瞳孔等回至正常，意识逐渐清醒。整个过程历时 5~10 分钟，醒后感头痛、全身酸痛和疲乏，对抽搐全无记忆。

癫痫持续状态：指癫痫连续多次发作、发作间隙期意识仍不恢复，或一次癫痫发作持续 30 分钟以上。

是一种危重急症，病死率高，常见于癫痫大发作。

#### (3) 强直发作

#### (4) 阵挛发作

#### (5) 肌阵挛发作

#### (6) 失张力发作

## 知识点：颅脑损伤

正常人颅腔内主要有脑组织、脑脊液、脑血管及其管腔内流动着的血液。在正常情况下，颅腔完全封闭，颅腔容积与其所包含内容物的体积是恒定的，颅内保持着一定的压力(大约 0.686~1.96 千帕，或者 70~180 毫米水柱)。所谓颅内占位性病变，是指颅腔内一定空间被局灶性病变所占据，引起临床局灶性神经症状、体征和颅压增高，这种病变称为颅内占位性病变。

①颅脑损伤引起的各类颅内血肿(如硬脑膜外、下血肿，脑内血肿，混合性血肿)。

- ②各种自发性颅内出血及血肿。
- ③颅内各种原发和转移性肿瘤。
- ④颅内脓肿。
- ⑤颅内各种肉芽肿。
- ⑥颅内各种寄生虫病。
- ⑦其它占位性病变。

详询起病缓急，注意症状发生的先后次序，尤其是首发症状。有无头痛、头晕、恶心、呕吐、精神及意识障碍、癫痫发作或运动感觉障碍。

#### **知识点：颅内占位性病变 - 临床表现**

颅内压增高 在颅腔内占有一定空间位置的肿块样病变。如脑肿瘤、脑脓肿和脑血肿。随着病变体积的增大，颅内压生理调节失代偿，其颅内压力超过正常值（80-180mmH<sub>2</sub>O），常伴有脑功能障碍。① 头痛。颅内压增高时其脑膜、重要的血管神经受牵拉引起。发病初起不典型，重时可逐渐呈持续性，甚至难以忍受。② 呕吐。是脑干移位和牵拉或肿瘤直接刺激延髓的呕吐中枢，呕吐呈喷射性，不伴有其他消化道症状，常在头痛剧烈时出现，呕吐后头痛稍缓解。儿童因肿瘤常发生在后颅凹，早期即可出现呕吐，易被误诊为消化道疾病。③ 视乳头水肿。颅内压增高，眼静脉回流受阻，视乳头边界欠清、静脉充血、渗出或出血。早期视力正常，中晚期因继发性视神经萎缩而视力逐渐减退。④ 癫痫发作。是占位性病变刺激皮层产生的异常放电。成年人的癫痫发作往往是占位性病变引起。⑤ 复视、耳鸣、精神异常。⑥ 脑疝。是颅内压增高的晚期并发症。手术是唯一可靠的选择手段，可去除病变，缓解颅压高，改善症状，恢复脑功能。个别病变不能手术切除者可行颅内或颅外减压术，缓解症状，延长寿命。脱水药物可暂时减轻颅高压，缓解症状。

#### **知识点：颅内占位性病变 - 症状体征**

颅内占位性病变 1. 大脑半球 (1) 额叶：①精神障碍：如思维贫乏、语无伦次、迫害妄想、情感淡漠、孤僻、欣快、哭笑，定向、记忆、计算、分析、理解力差，或痴呆、行为幼稚、懒散、不爱清洁、乱跑、谩骂、意识朦胧、嗜睡等。轻精神症状，如失眠、多梦、健忘、情绪不稳、精神紧张、注意力不集中等。②癫痫：对侧部分性运动性发作，包括皮层扩延性发作或持续部分性癫痫。③对侧偏瘫，单瘫，面瘫，运动性失语(主侧半球)，两眼同向侧视障碍，额叶性共济失调(躯干为重)，强握、摸索反射，单侧或双侧嗅觉缺失。病侧原发性视神经萎缩，对侧视盘水肿(Foster-Kennedy 综合征)。

颅内占位性病变

(2) 颞叶：①癫痫：钩回发作：先有难闻气味，伴鼻吸气、舐舌尝味及咀嚼动作，继之以迷梦样梦境状态，如似曾相识症或旧事如新症，也有全身性大发作、失神小发作。②精神障碍：焦虑、恐惧、淡漠、迟钝、错觉、幻觉、感知综合障碍(如视物变形)等。③感觉性失语(主侧半球)，对侧同向偏盲或上象限偏盲，对侧肢体共济失调。其他如锥体束征、瞳孔不等大等。

(3) 顶叶：①癫痫：对侧部分性感觉性癫痫。②偏身感觉障碍：对侧偏身，上肢及肢体远端较重，主要损害实体觉、图形觉、两点辨别觉、位置觉、对点单感等，而浅感觉多不受影响。③体象障碍：自体感知不能(失肢体感)，病觉缺失(否认有偏瘫)，幻多肢。④结构性失用症：不能描绘简单图形，或不能以积木搭成图形，可有半侧空间疏忽遗漏，多数为左侧空间，其特点为描绘图形的一半或描绘在纸的一侧(右侧)。⑤其他：失写、失算、左右不分及手指失认症(Gerstmann 综合征)。失语、失读、视觉性空间定向障碍(体外空间或环境方位的失认)，如患者起床活动后找错床位。对侧同向偏盲或下象限盲。对侧轻瘫或偏侧萎缩。

(4) 枕叶：对侧同向偏盲(中心视力可保存)，两侧枕叶病变引起两眼完全失明；但瞳孔对光反应仍保存，可有幻觉，单独出现或为癫痫先兆，如间歇性闪光、暗点、图案等。可有视觉

变形、视觉失认(能见物体、图画而不认识)。2.“中线”结构 其特点是肿瘤所在部位并不完全反映该部位损害的症状,如不论肿瘤长在纹状体或丘脑,一般而论很少有纹状体或丘脑的症状。其次常发生严重精神障碍,大多数病例无癫痫发作,缺乏明显的单侧功能丧失的症状。

#### 丘脑

(1)第三脑室:①“脑室危象”为脑脊液循环突然梗阻,随即产生急性颅内压增高症状,持续时间不长,间歇发作。②精神障碍:呈进展性,可有波动及缓解。近事记忆减退、虚构、欣快、忧郁或淡漠、智力衰退,甚至痴呆。③突然跌倒:下肢肌突然失去张力,意识完全清楚,约5-15min。(2)丘脑:颅内压增高症状。①运动感觉障碍常见对侧轻偏瘫伴感觉缺损,但典型“丘脑综合征”往往缺如。可有步态不稳、共济失调、眼震。侵犯基底核时则有自主运动与肌强直,累及中脑、四叠体时可有眼球活动受限、同向运动障碍、瞳孔不等大、对光反应消失等,还可有耳鸣、单侧耳聋(听神经受压)。②精神障碍:淡漠、抑郁、躁狂、冲动、幻觉、妄想,记忆减退,可发展至严重痴呆,称“丘脑性痴呆”。③内分泌失调:肥胖、多尿、月经不调等。④丘脑外侧受损,常有明显的神经体征,且在脑室系统阻塞症状之前出现,如轻偏瘫、偏侧性感觉障碍;丘脑内侧受损,早期出现精神衰退,而客观感觉改变缺如,或出现较晚。

(3)侧脑室:脑室为“静区”,肿瘤需长得足够大时才产生症状。颅内压增高症状,对侧偏身感觉减退、偏盲和(或)轻偏瘫,可伴步态不稳,肢体共济失调、失语、失读、性格改变、遗忘、抑郁等。侧脑室脉络丛乳头瘤,多见于儿童,病程短,急性起病者可能为乳头瘤出血,严重时有蛛网膜下腔出血。(4)胼胝体:①精神障碍:欣快、淡漠、记忆衰退、失定向力、痴呆,还可有嗜睡、遗忘、缄默等。②“胼胝体综合征”:左手失用症是重要体征之一。③植物神经症状:多汗,皮肤划痕征,“鸡皮”,呃逆,心动过速,体温调节障碍。

#### 知识点:颅内占位性病变 - 疾病检查

##### 影像学检查

注意有无皮下结节、淋巴结肿大、皮肤血管痣、黑痣、色素沉着、紫纹、头部畸形、隆起、压痛、血管怒张、头颈部及眼部血管杂音、肝脾肿大、病理性肥胖等。详查心肺等脏器。颅内占位性病变,如病变较小,又位于非重要功能区,临床上可无症状。若病变位于重要的脑功能区或病变范围较大,临床常出现颅压增高的症状(如头痛、恶心、呕吐等)和局灶性的神经体征。较大的占位性病变,造成颅压过高,压迫脑组织,可造成肢体瘫痪,乃至形成脑疝。脑疝是危及患者生命的征象,也是颅内占位性病变最严重的后果。颅内占位性病变,常可通过影像学检查获得确诊。影像学检查包括头颅CT扫描、核磁共振检查及脑血管造影等。现代影像学检查可显示占位性病变的位置、大小、形态、数目,还能观察到病变内部是否有囊变、坏死、钙化、出血等。脑血管造影是根据血管的部位、形态的改变、循环时间的改变以及病理血管的出现等,间接了解病变的位置、大致形态、含血管是否丰富等。

##### 知识点:颅内肿瘤的鉴别诊断:

1.视神经乳头炎:可误认为视神经乳头水肿而作为脑瘤的根据。视神经炎的充血要比视神经乳头水肿为明显,乳头的隆起一般不超过2个屈光度。早期就有视力减退。而视乳头水肿一般隆起较高,早期视力常无影响。

2.脑蛛网膜炎:起病较急,病程进展缓慢,常有视力减退、颅内压增高和局灶性脑症状,容易和脑肿瘤相混淆。但蛛网膜炎的病程较缓和,可多年保持不变。有条件可作CT或MRI检查,即可作出鉴别。

3.良性颅内压增高:患者有头疼和视神经乳头水肿,但除了颅内压增高的体征和放射改变外,神经系统检查无其他阳性发现,各项辅助检查均属正常。

4.脑猪囊尾蚴病:患者有便绦虫或有皮下结节存在。常有癫痫、精神症状和颅内高压等表

现。血、脑脊液囊虫补体结合试验和酶联免疫吸附试验（ELISA）有助于本病诊断，cT 或 MRI 可在颅内发现病灶。

5. 癫痫：原发性癫痫起病一般在 20 岁以前，无局限性神经体征。成年后发生的局灶性癫痫应怀疑颅内肿瘤，患者可有颅内高压症状和局限体征，影像学检查可发现肿瘤。

6. 脑血管意外：一般年龄较大，既往有高血压、动脉硬化史。脑梗塞可急性或亚急性起病，短期内渐进性加重；脑出血多突然发病很快出现意识障碍；两者均可出现轻偏瘫偏身感觉障碍，或合并偏盲、失语等症状与体征；虽均能造成颅内高压，甚至肠癌，但眼底视盘水肿较少见。影像学检查一般可以作出判断。但有一些起病隐匿的脑梗塞需要在影像学上同低级别星形细胞瘤鉴别；高血压性脑出血需要同脑卒中鉴别。

7. 多发硬化：多发硬化是脱髓鞘的常见类型，以轴索的弥漫性脱髓鞘及神经胶质增生为特征，好发于脑室周围、视神经、脑干、小脑白质及小脑脚、脊髓，有时需同颅内肿瘤特别是胶质瘤相鉴别。多发硬化多见于中青年，女性居多，病程中缓解与复发交替，影像学检查提示白质内存在新旧不一的 2 个以上病灶，多无占位效应。活动病灶在 cT 或 MRI 多可对比增强，类固醇激素治疗可以使强化密度减低。脑脊液浓缩后在琼脂糖凝胶电泳中，从 G 抗原中分离出寡克隆带，以及髓鞘碱蛋白抗体放射免疫检测阳性，对确定多发硬化有一定帮助。

8. 视神经炎：包括视乳头炎和球后视神经炎，视神经乳头炎可呈视乳头炎性水肿，但发病急骤，多波及双目，视力减退明显且迅速恶化，可有眼球后疼痛，转动眼球时加重及颅内高压造成的视盘水肿，在晚期出现继发性视神经萎缩后视力下降才明显。球后视神经炎导致的原发性视神经萎缩需与蝶鞍区肿瘤压迫视神经、视交叉导致的原发性视神经萎缩相鉴别。后者多有头疼，影像学检查有助于鉴别诊断

#### **知识点：颅脑损伤**

任何原因引起的颅脑损伤而致的脑挫裂伤、脑水肿和颅内血肿均可使颅内压增高。急性重型颅脑损伤早期即可出现颅内压增高。少数患者可以较迟出现，如慢性硬膜下血肿等。颅脑损伤后患者常迅速进入昏迷状态，伴呕吐。脑内血肿可依部位不同而出现偏瘫、失语、抽搐发作等。颅脑 CT 能直接地确定颅内血肿的大小、部位和类型，以及能发现脑血管造影所不能诊断的脑室内出血。

#### **脑血管性疾病**

主要为出血性脑血管病，高血压脑出血最为常见。一般起病较急，颅内压增高的表现为 1～3 天内发展到高峰。患者常有不同程度的意识障碍。表现为头痛、头晕、呕吐、肢体瘫痪、失语、大小便失禁等。发病时常有显著的血压升高。多数患者脑膜刺激征阳性。脑脊液压力增高并常呈血性。脑 CT 可明确出血量的大小与出血部位。

#### **知识点：高血压脑病**

高血压脑病是指血压骤然剧烈升高而引起急性全面性脑功能障碍。常见于急进型高血压、急慢性肾炎或子痫，偶或因嗜铬细胞瘤或服用单胺氧化酶抑制剂同时服用含酪胺的食物、铅中毒、库欣综合征等。常急骤起病，血压突然显著升高至 33.3/20kPa (250/150mmHg) 以上，舒张压增高较收缩压更为显著。常同时出现严重头痛、恶心、呕吐、颈项强直等颅内压增高症状。神经精神症状包括视力障碍、偏瘫、失语、癫痫样抽搐或肢体肌肉强直、意识障碍等。眼底可呈高血压眼底、视网膜动脉痉挛，甚至视网膜有出血、渗出物和视盘水肿。CT 检查可见脑水肿、脑室变窄。

#### **知识点：颅内肿瘤**

可分为原发性颅内肿瘤和由身体其他部位的恶性肿瘤转移至颅内形成的转移瘤。脑肿瘤引起颅内压的共同特点为慢性进行性的典型颅内压增高表现。在病程中症状虽可稍有起伏，但总的趋势是逐渐加重。少数慢性颅内压增高患者可突然转为急性发作。根据肿瘤生长的部位可伴随不同的症状，如视力视野的改变，锥体束损害、癫痫发作、失语、感觉障碍、精神症状、

脑桥小脑角综合征等。头颅 CT 可明确肿瘤生长的部位与性质。

#### **知识点：脑脓肿**

常有原发性感染灶、如耳源性、鼻源性或外伤性。血源性初起时可有急性炎症的全身症状，如高烧、畏寒、脑膜刺激症状、白细胞增高、血沉快、腰椎穿刺脑脊液白细胞数增多等。但在脓肿成熟期后，上述症状和体征消失，只表现为慢性颅内压增高，伴有或不伴有局灶性神经系统体征。脑脓肿病程一般较短，精神迟钝较严重。CT 扫描常显示圆形或卵圆形密度减低阴影，静注造影剂后边缘影像明显增强，呈壁薄而光滑之环形密度增高阴影，此外脓肿周围的低密度脑水肿带较显著。

#### **知识点：脑部感染性疾病**

脑部感染是指细菌、病毒、寄生虫、立克次体、螺旋体等引起的脑及脑膜的炎症性疾病。呈急性或亚急性颅内压增高，少数表现为慢性颅内压增高，起病时常有感染症状，如发热、全身不适、血象增高等。部分病例有意识障碍、精神错乱、肌阵挛及癫痫发作等，严重者数天内发展至深昏迷。重要特点为常出现局灶性症状，如偏瘫、失语、双眼同向偏斜、部分性癫痫、不自主运动。其他尚可有颈项强直、脑膜刺激征等。脑脊液常有炎性改变，如脑脊液白细胞增多，蛋白量增多，或有糖或氯化物的降低，补体结合试验阳性等。头颅 CT 可见有炎性改变。

#### **知识点：脑积水**

由于各种原因所致脑室系统内的脑脊液不断增加，同时脑实质相应减少，脑室扩大并伴有颅压增高时称为脑积水，也称为进行性或高压力性脑积水。脑室造影可见脑室明显扩大。CT 检查可发现肿瘤、准确地观察脑室的大小并可显示脑室周围的水肿程度。

#### **知识点：良性颅内压增高**

又名“假性脑瘤”，系患者仅有颅内压增高症状和体征，但无占位性病变存在。病因可能是蛛网膜炎、耳源性脑积水、静脉窦血栓、内分泌疾病等，但经常查不清。临床表现除慢性颅内压增高外，一般无局灶性体征。 9. 其他全身性疾病引起的颅内压增高的情况在临床上也相当多见。如感染中毒性脑病、尿毒症、水电解质及酸碱平衡失调、糖尿病昏迷、肝昏迷、食物中毒等。这些病发展到严重程度均可出现颅内压增高的表现。结合疾病史及全身检查多能做出明确的诊断。