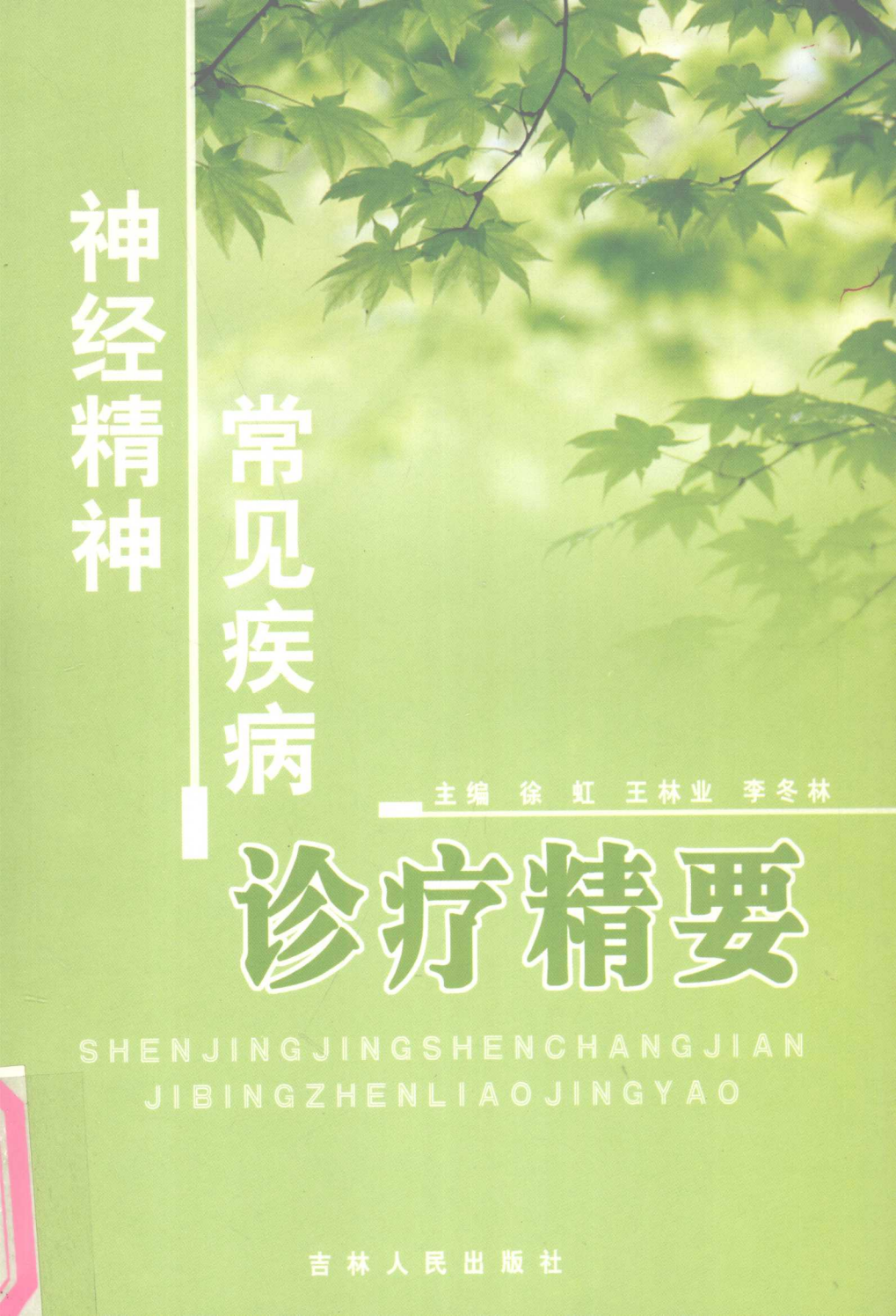




神经精神

常见疾病

主编 徐虹 王林业 李冬林

诊疗精要

SHENJINGJINGSHENCHANGJIAN
JIBINGZHENLIAOJINGYAO

吉林人民出版社

神经精神 常见疾病诊疗精要

主 编 徐 虹 王林业 李冬林

吉林人民出版社

神经精神常见疾病诊疗精要

主 编:徐 虹 王林业 李冬林 责任编辑:李艳萍

封面设计:李 梅

吉林人民出版社出版 发行

(中国·长春市人民大街 7548 号 邮政编码:130022)

印 刷:北京市朝教印刷厂

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:9.5 字数:250 千字

标准书号:ISBN 7-206-03282-6/R·32

版 次:2005 年 7 月第 2 版 印 次:2005 年 7 月第 1 次印刷

印 数:1 000 册 定 价:21.30 元

如发现印装质量问题,影响阅读,请与印刷厂联系调换。

编 委 会

主 编:徐 虹 王林业 李冬林
副主编:于文靖 林淑霞 王子明 戴宏志 李 华
编 委:赵曦虹 秦 林 张鑫华 温战欣 方明锐
梁 丽 李新民 赵桂华 杨雁群 孙春彦
主 审:丰宏林

注:徐虹(哈尔滨市第一专科医院);王林业(哈尔滨市瘫痪病研究所);李冬林、于文靖、李华、温战欣、方明锐、梁丽、李新民(呼兰县第一人民医院);林淑霞、赵曦虹、秦林、张鑫华(哈尔滨市第一工人医院);王子明(黑龙江省公安厅安康医院);戴宏志(延寿县人民医院);赵桂华(黑龙江省医院);杨雁群(黑龙江省红十字医疗康复中心);孙春彦(哈尔滨市第一医院)

序 言

有关脑的科学及其疾病是当今发展最快的学科,而神经精神疾病都是与脑密切相关的两门临床学科,因此,有关神经精神疾病研究进展及最新知识的专著也像其学科发展那样日新月异。临床上既需要新知识的推介,也需要熟练掌握那些已有明确定义的知识,本书就是应临床的这种需要而产生的适合广大初中级临床工作者应用的一本好的参考书。

由于工作较忙,仅读了该书的部分内容,但仅从所读内容不难看出作者从临床工作者的感受来描述临床较为需要的知识,因此实用性是本书的最佳特点之一。

本书的另一个特点是该书把神经精神疾病两门学科在一本书上描述。虽然科学发展及知识量的扩大把神经精神疾病分开,但作为都是与脑科学相关的两门学科在临床上知识交叉最多的两门孪生学科,因此在一本书上能找到两科知识的精要,的确能起到事半功倍的效果。

尽管本书有很多优点,但如很难找到完美的事物一样,本书也存在一些不足之处,所以读者要像读其他作品一样去粗取精以达到应用效果。

最后希望本书能对临床工作者提供帮助。

哈尔滨医科大学第一临床医学院神经科 丰宏林

前 言

近代科学技术的迅速发展,对医学产生了重大影响。新的诊断技术、新的药物和新的治疗措施不断涌现。临床医师必须不断学习,更新知识,交流医学经验,才能跟上科技发展的步伐,更好地为广大患者服务。神经精神医学是临床医学中的一个重要组成部分,这一点越来越为广大临床工程师所认识,正是基于这样的实际需要,我们根据长期的临床经验编写言简意赅,便于临床工作者参考和查阅。

本书在编写时收集了涉及其他综合科的有关神经精神学科的问题。本书可供临床医师和医学生阅读参考。

由于作者水平有限,不当之处在所难免,敬请同行们不吝赐教。

编 者

目 录

第一篇 神经系统常见疾病

第一章 脑血管疾病	1
第一节 短暂性脑缺血发作	1
第二节 脑梗死	7
第三节 脑出血	22
第四节 蛛网膜下腔出血	36
第二章 中枢神经系统感染疾病	53
第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	53
第二节 脑囊虫病	57
第三章 脊髓疾病	62
第一节 急性脊髓炎	62
第二节 脊髓压迫症	73
第四章 周围神经疾病	84
第一节 三叉神经痛	84
第二节 特发性面神经麻痹	93
第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	96
第四节 多发性神经病	100

第五节 单神经病	103
第五章 头 痛	113
第一节 偏头痛	113
第二节 紧张性头痛	120
第六章 癔 病	122
第七章 神经肌肉接头与肌肉疾病	142
第一节 重症肌无力	142
第二节 周期性麻痹	148
第八章 脱髓鞘疾病	153
第一节 多发性硬化	153
第二节 急性播散性脑脊髓炎和急性出血性白质脑炎	166
第九章 神经系统变性疾病	169
第一节 运动神经元病	169
第二节 阿耳茨海默病	173
第十章 锥体外系疾病	176
第一节 震颤麻痹	177
第二节 小舞蹈病	185
第十一章 神经系统先天性疾病	189
第一节 脑性瘫痪	189
第二节 先天性脑积水	190
第十二章 与五官科相关的神经系统疾病	193
第一节 常见综合征	193
第二节 小脑视网膜膜血管瘤病	198
第三节 脑 脓 肿	199

第四节 美尼尔氏病	202
-----------------	-----

第二篇 精神系统常见疾病

第一章 精神分裂症	207
第二章 情感性精神障碍	217
第一节 躁狂症	217
第二节 抑郁症	221
第三节 双相情感性精神障碍	225
第三章 神经症	227
第一节 癔症	228
第二节 焦虑性神经症	231
第三节 强迫性神经症	234
第四节 恐怖性神经症	236
第五节 抑郁性神经症	238
第六节 疑病性神经症	239
第七节 神经衰弱	241
第四章 与社会心理因素相关的精神障碍	244
第一节 心理创伤后应激障碍	244
第二节 适应障碍	247
第三节 神经症性反应	248
第四节 与文化相关的精神障碍	249
第五章 人格障碍、冲动控制障碍与性变态	252
第一节 人格障碍	252

第二节 冲动控制障碍	257
第三节 性变态	258
第六章 精神发育迟滞	263
第七章 儿童期精神障碍	269
第一节 儿童孤独症	269
第二节 儿童多动综合征	271
第三节 抽动障碍	273
第四节 品行障碍	276
第五节 特殊发育障碍	277
第六节 儿童行为障碍	279
第八章 酒精所致精神障碍	286
第一节 急性酒中毒所致精神障碍	286
第二节 慢性酒精中毒所致精神障碍	289

第一篇 神经系统常见疾病

第一章 脑血管疾病

第一节 短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)是指颈动脉或椎-基底动脉系统一过性供血不足,导致供血区的局灶性神经功能障碍,出现相应的症状和体征;一般症状在5min内即达高峰,一次发作通常持续5~20min,最长不超过24h症状体征完全恢复但可反复发作。一般认为TIA是脑卒中的重要解除因素和即将发生脑梗死的警告,必须引起高度重视。

【临床表现】

短暂性脑缺血发作有如下临床特点:①好发于中年以后,50~70岁多见,男性多于女性;②发病突然,历时短暂,一次发作持续数秒钟至24h,一般常为5~20min;③症状完全恢复,一般不遗留任何的神经功能缺损;④常反复发作,频率因人而异,每次发作的局灶症状符合一定血管供应区的脑功能。椎-基底动脉系统TIA的复发频度较颈动脉系统者为多。

一、颈动脉系统TIA

以发作性偏瘫或单肢轻瘫为最常见,还有偏身麻木、感觉减退或消失,优势半球受累可产生失语。由于病变侧眼动脉缺血而出现同侧

单眼一过性黑朦,是颈内动脉系统 TIA 特有症状。另外,颈内动脉 TIA 尚可罕见的局限性神经功能缺损的表现,如偏盲、人格改变、记忆障碍、情感反应与失意样发作性改变等。

二、椎-基底动脉系统 TIA

有时仅表现为眼花、头昏、走路不稳等含糊症状而难以诊断。典型的局灶性症状最常见的为阵发性眩晕,伴恶心、呕吐,很少同时伴有耳鸣;大脑后动脉供血不足可出现一侧或两侧视力障碍或视野缺损,若脑干、小脑受累则可出现复视、眼震、共济失调、平衡障碍、吞咽困难、构音障碍等;一侧脑神经麻痹伴对侧肢体瘫痪或感觉障碍为一侧脑干缺血的典型表现。少数患者可有猝倒发作(Drop attack),发作时患者意识清楚,两下肢突然失去张力而跌倒,但常可立即自行站起,此种发作可能是脑干内网状结构缺血的结果。

此外,临床上尚有一种少见的短暂性全面遗忘症(transient global amnesia, TGA),发作时突然不能记忆,病人对此有自知力。此外,无神经系统的其他异常,发作持续 1~24h,紧张的体力活动可诱发,可间隔一段时间再发。一般认为是大脑后动脉的颞支或椎-基底动脉缺血,累及边缘系统即海马、海马两侧、穹窿和乳头体等与近记忆或短时记忆的组织有关。

【辅助检查】

TIA 病人的辅助检查是为进一步明确病因,进行针对性治疗,以防再发或发生脑梗死。

常规应进行血脂、血糖、血液流变学检查,往往可发现病人有脂质代谢紊乱、血糖异常及血液黏度增高。

心电图与心脏 B 超能提供心脏方面的异常,比如冠状动脉供血不足、心律失常、心肌与心脏瓣膜结构异常及附壁栓子等。

颈椎的正、侧及双斜位 X 射线片可直接或间接提供骨质增生、椎间盘脱出的证据,必要时可行 CT、MRI 检查明确诊断;头颅平片可发现枕大区畸形等表现。

血常规检查可发现红细胞质、量的改变。

经颅多普勒超声检查部分病人可有血流速度的异常,了解某支血管的病变及严重程度。

脑电图、脑诱发电位一般无异常。CT 扫描及磁共振检查亦多正常,少数病人表现为小灶性低密度腔隙梗死,被称为 TIA 型脑梗死。

如疑有严重的颈动脉粥样硬化斑块、血管狭窄或阻塞考虑外科手术时,可根据条件行脑血管造影或数字减影脑血管造影(BSA)或磁共振脑血管造影(MRA)。

【诊断及鉴别诊断】

由于 TIA 发作时间很短,多数病人就诊时已无症状及体征,诊断主要根据病史。对于患有动脉粥样硬化、高血压、心脏病、糖尿病等中风危险因素的中年以上的病人,如有上述临床症状的发作,应考虑为 TIA。

诊断 TIA 必须符合下列标准:①神经功能障碍必须局限于某一血管分布范围;②突然发作,可反复发作,每次发作的病程必须不超过 24h,一般在 30min 以内;③发作间期必须无异常神经体征,除非曾患过脑实质病变后又出现 TIA 发作者。

应该注意,病史资料常是根据病人及其家属所提供,可能有不正确成分,病人的警觉、自知力、判断与记忆力在发作时又可能受损,此外,实验室检查以及各项特殊检查亦很难为这些发作提供明确的客观依据,因此在诊断时,除应符合上述标准外,尤应注意与一些发作性疾病鉴别。

1. 局限性癫痫 一般表现为皮层刺激性症状,出现偏身或单肢的抽搐或麻木,持续时间短暂仅数秒至数分钟,常自一个部位开始渐向周围扩展;尤其是感觉性发作可酷似 TIA;但此类病人脑电图多有异常发现;局限性癫痫多为症状性,脑内常有局灶性病变,颅脑 CT 或磁共振(MRI)可发现病变,另外局限性癫痫病人抗癫痫药物有效,但应注意,少数 TIA 患者发作形式亦可表现为局限性抽搐,此时鉴别应更慎重。

2. 偏头痛 起病多在青春期,常有家族史;以反复发作的搏动性头痛为特征,伴恶心、呕吐,发作前可有视觉先兆,有时可出现运动障碍和情绪改变,发作时间可超过 24h。

3. 梅尼埃病(Meniere disease) 表现为反复发作的眩晕、恶心、呕吐,与椎-基底动脉系统 TIA 容易混淆,但梅尼埃病发作时间较长,常超过 24h,伴有耳鸣,多次发作后听力可减退,无其他脑干定位体征;且发病年龄较轻。

4. 晕厥 为全脑缺血表现,亦为短暂性发作,多在直立位置时发生,发作时面色苍白,出冷汗,脉搏细沉,血压下降,意识丧失而倒地,倒地后身体呈水平位后,脉搏即可有力,面色转红,意识恢复,发作时有意识障碍而无局灶性神经功能缺损;发生的原因多为迷走神经兴奋性增高,心脏因素,颈动脉窦过敏,体位性低血压或有强烈的情绪因素。

5. 功能性疾病 癔病性发作、严重的焦虑症、过度换气综合征等神经功能性紊乱,有时类似短暂性脑缺血发作,应注意鉴别。更要避免将脑缺血发作误诊为神经官能症。猝倒症(cata-plexy)受惊等精神刺激时发病,可伴发作性睡病,罕见局灶性神经功能缺损。

总之,为了查明病因和触发因素,鉴别类似的其他疾病定全面的治疗方案,对每一个提示短暂性脑缺血发作的病人,除详细的病史和神经系统检查外,还必须从病人的整体出发,了解有无其他系统或全身性疾病的存在。除上述各点外,还要注意有无酒精、药物中毒、糖尿病、低血糖、低血钙等代谢障碍,血液病,慢性肺病疾病所致缺氧状态,肾上腺、甲状腺等内分泌疾病,以及肝脏、肾脏疾病等,以便兼顾治疗。

【治疗】

无论何种原因所致的 TIA 都应看作是发生完全性卒中的重要危险因素,尤其是初发的 TIA 或短时间内反复多次发作者,均应作为神经科急诊处理。

一、病因治疗

尽可能查找 TIA 的病因,针对病因治疗是治疗 TIA 的根本。如防治动脉粥样硬化,对心脏病、高血压病、糖尿病、红细胞增多症、贫血、低血糖、高脂血症、颈椎疾患等予以相应的系统治疗等。

二、药物治疗

1. 抗血小板聚集药物 抗血小板治疗是目前众多应用于缺血性脑血管病的内科处理方法中,已得到严格临床试验而证明确有一种临床效果的一种方法。

抗血小板药物正是通过作用于不同环节而起到抑制血小板的作用,已证实缺血性脑血管病中较为有效的有以下 2 种:

(1) 阿司匹林(ASA) 阿司匹林通过抑制前列腺素环氧化酶从而阻止血小板合成 PGG_2 和 PGH_2 ,使 TXA_2 成减少,抑制血小板黏附、聚集和释放活性物质;阿司匹林同样可抑制血管壁中环氧化酶从而使 PGI_2 生成减少;但由于血管壁内环氧化酶对 ASA 的敏感性比血小板内环氧化酶低,加之内皮细胞合成蛋白质功能显著,血管壁内环氧化酶可在数小时再合成,所以 ASA 对血管壁合成 PGI_2 的影响显得较弱且短暂;故多数学者认为小剂量 ASA(40 ~ 160mg/d)可只阻断血小板 TXA_2 合成而不影响血管壁内 PGI_2 的合成。而大剂量 ASA(2 ~ 3g/d)可同时抑料 TXA_2 和 PGI_2 生成促使血栓形成。

阿司匹林对消化道有刺激作用,临床多采用的肠溶制剂,最佳剂量目前尚未确立,我国学者经临床研究认为国人最合理剂量为每日 50mg 顿服;但个别病人仍需较大剂量。如有消化性溃疡、出血倾向和出血性疾病及对 ASA 过敏者应禁用。

(2) 噻氯匹啉(ticlopidine)是一种新型抗血小板药物,确切作用机制尚未明了;其疗程显著,作用持久,优于阿司匹林,如服用阿司匹林或抗凝治疗不理想或患者不宜服用阿司匹林时,可用本药。用法:200 ~ 250mg/次,1 ~ 2 次/d。常见副作用有腹泻、纳差、皮疹,偶见白细胞减少和消化道出血。该药价格昂贵,不易推广。

2. 抗凝药物治疗 关于缺血性脑血管病的抗凝治疗,多年来一直存在着争论,但经国内外临床应用和长期观察,一般认为审慎而有选

择地应用抗凝治疗,可及早进行抗凝治疗,大部分能消除或减少发作,对防止可能发生的脑梗死,也有积极意义。

(1)肝素 是一种带阴离子的粘多糖,其作用机制复杂,影响凝血过程的多个环节;其分子较大,极性料大,不易透过膜组织,通过常皮下注射或肌肉注射,如用量大时一般静脉注射或静脉滴注;短期频繁发作者可立即静脉注射肝素 50mg,然后将肝素 50mg 加入 5% 葡萄糖或生理盐水 500ml 中静脉滴注,滴速为 20 滴/min 左右,维持 24~48h;如发作次数较少者,开始静脉滴注即可,肝素用量以凝血时间(试管法)判断,凝血时间延长到未用肝素前的 250% 左右为完全抗凝标准,一般静脉滴注 24~48h 后改用口服抗凝剂。最主要的副作用是出血,故用药期间不要做针灸、腰椎穿刺、手术、拔牙等。

近年来研制出新型的肝素—低分子质量肝素,其抗血栓作用与肝素相同,但抗凝活性较低,因此出血现象少。

(2)华林法 是一种与维生素 K 结构类似的低分子有机化合物,通过干扰维生素 K 在肝内合成凝血因子 II、VII、IX、X 而发挥抗凝血作用。一般开始应用第 1,2 天每天服用华法林 4~6mg,以后每日服用 1~4mg 维持,最好根据当天早上 8 时测定的凝血酶原时间在每天下午 6~8 时服用;最初数日每日查凝血酶原时间和活动度以调整抗凝药物剂量,使凝血酶原活动度维持在 20%~30% 为宜,以后每周监测 1 次。如完全控制 TIA 发作后药物应逐渐减量停用,以防止发生反跳性血液凝固性增高。

3. 扩容剂及脑血管扩张剂治疗 可用培他啶 20mg 加入 5% 葡萄糖液 500ml 或低分子右旋糖酐 500ml 中静脉滴注,低分子右旋糖酐中可加入其他脑血管扩张药物,如目前广泛使用的罂粟碱,维脑路通、血塞通等可能有一定效果,但尚需进一步观察。亦可口服血管扩张剂如烟酸、培他啶、环扁桃酯等。

4. 钙离子拮抗剂治疗 通过选择性地作用于细胞膜的钙通道,阻滞钙离子从细胞外流入细胞内,从而防止脑动脉痉挛,扩张脑血管,维持红细胞变形能力。常用的药物有:尼莫地平片 20~40mg/次,3 次/

d;西比灵 5~10mg(或盐酸氟桂 12mg)每晚 1 次,此药尤适用于椎-基底动脉系统病变。

5. 蛇毒制剂治疗 尽管目前国内外应用临床的蛇毒制剂有许多种,其基本有效成份均是以精氨酸酯酶为主的高分子蛋白酶,它们能分解 Fg 中的纤维蛋白肽 A,形成不稳定的容易从血循环中去除的纤维蛋白单体,从而使血中 Fg 和纤维蛋白减少;Fg 和纤维蛋白不仅是血液凝固的重要因子,而且由于分子量较大也是影响血液黏滞度的重要因素;Fg 和纤维蛋白减少以后可以改善血液的易凝状态,加速血液流动,对抗血栓的形成与扩展,从而发挥其抗凝和抗栓的作用,常用的蛇毒制剂国内产品去纤酶或溶栓酶等,国外日本的冬菱克栓酶和英国的 ancord,应用于 TIA 治疗均有较好的疗效。

6. 中医药治疗 多用活血化淤、通经活络的治则;常用川芎、丹参、红花等药物。

三、外科治疗

原则上,如能明确诊断短暂性脑缺血发作是由于颈部大动脉病变如动脉粥样硬化斑块所致动脉明显狭窄或闭塞所引起者,可以考虑外科治疗;由于颅内部分的动脉病变所致者,不宜考虑外科治疗;上于颅外和颅内部分都有病变所致者,应根据具体病情个别研究,一般不宜考虑外科治疗。目前,对脑动脉闭塞性病变采用的手术方法有:①动脉内膜剥离-修补术;②血管重建术,如动脉切除-移植术、动脉搭桥短路术等 2 类,由于这些方法的手术指征或效果并未肯定,故应慎重考虑,不可轻易施行。治疗的目的是恢复、改善脑血流量,建立侧支循环和消除微栓子的来源。

第二节 脑梗死

脑梗死(cerebral infarction)是指由于脑部血液供应障碍使脑组织缺血缺氧而引起的坏死软化。

概括地讲,血液供应障碍的原因大致有以下 3 个方面,即血管病