

Education

FIRST EXPOSURE TO NEUROLOGY

主译 王维治 王化冰



初涉神经病学

FIRST EXPOSURE TO NEUROLOGY

主编 詹姆斯·E·史密斯(James E. Smith)

主审 王树强 王树明



初涉神经病学

FIRST EXPOSURE TO NEUROLOGY

原著 Howard S. Kirshner, MD

主译 王维治 王化冰

译者(按姓氏笔画排序)

曲悠扬	朱延梅	刘春华	李 磊	李国夫
杨春晓	吴 江	迟立君	张 莹	陈红媛
俞春江	郭朝晖	黄 山	黄 硕	焦 虹

人 民 卫 生 出 版 社

McGraw-Hill



A Division of The McGraw-Hill Companies

Howard S. Kirshner.

First Exposure to Neurology

ISBN: 0-07-145819-0

Copyright © 2007 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Simplified Chinese translation edition jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) Co. and People's Medical Publishing House.

本书中文简体字翻译版由人民卫生出版社和美国麦格劳·希尔(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可,不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

敬告:本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确,并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展,药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时,认真研读药物使用说明书,尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致事故与损失负责。

本书封底贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签,无标签者不得销售。

图书在版编目(CIP)数据

初涉神经病学/(美)科斯勒(Kirshner, H. S.)著;王维治等译. —北京:人民卫生出版社, 2010. 8

ISBN 978-7-117-13101-8

I. ①初… II. ①科… ②王… III. ①神经病学
IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 112646 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

图字:01-2010-1857

初涉神经病学

主 译: 王维治 王化冰

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 26 字数: 467 千字

版 次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13101-8/R · 13102

定 价: 50.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

作者名单

Bassel Abou-Khalil, MD

Professor of Neurology
Director, Epilepsy Division
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

Michael Edgeworth, MD

Assistant Professor
of Neurology
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

Gerald M. Fenichel, MD

Professor, Chair Emeritus
Director, Child Neurology
Department of Neurology
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

Kimberly N. Hutchison, MD

Assistant Professor
of Neurology
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

Howard S. Kirshner, MD

Professor and Vice Chairman
Department of Neurology
Director, Vanderbilt Stroke Center
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

Robert L. Macdonald, MD, PhD

Professor and Chairman
Department of Neurology
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

Karl E. Misulis, MD, PhD

Clinical Professor of Neurology
Vanderbilt University School
of Medicine
Semmes-Murphey Clinic
Nashville, Tennessee

Paul L. Moots, MD

Associate Professor of Neurology
Director, Neurooncology Division
Vanderbilt University School
of Medicine
Nashville, Tennessee

译者序

当我将案头微机中《初涉神经病学》一书的终稿审校完毕时,内心不禁充溢着一种抑制不住的激动。这并非因为又完成了一件工作而感觉释然,而是由于这不是一本平常的小书,而是一本完全出乎我意料的好书。

当初我看过书名、目录和笔者的前言时,知道这是为医学生和住院医生写的一本简明教科书。若按照前言中的定位,这是为医学生住院实习提供的一本参考书。然而,我在逐篇校改译稿的过程中却愈发感觉,本书内容简明丰富,叙述周到清晰,风格独特令人欣赏。因此,我不仅要把这本书推荐给医学生和住院医生,我还要推荐给主治医生,我甚至还要建议副主任医师和主任医师也不妨浏览或推敲全书,看是否会有所心得。

为什么会有如此的评价,道理非常简单,就是它比一般的教科书,也包括我们的教科书要简短得多,但内容却要丰富得多。本书包括三个部分。第一部分复习神经系统检查以及神经解剖学基础和神经病变定位。第二部分是神经疾病症状、体征及综合征,共有 20 种题目。第三部分列出 14 种神经系统疾病,包括神经疾病急症,常见疾病如卒中、癫痫、偏头痛及头痛综合征、帕金森病、多发性硬化、周围神经病(特别列出面神经麻痹和腕管综合征)、肌病、重症肌无力、阿尔茨海默病及痴呆、特发性震颤以及脑死亡、持续性植物状态和最低限度意识状态,神经诊断学检查等。

尽管笔者声称对第一部分内容仅提供一个纲要和简略的讨论,但仍用了相对较多的篇幅(约为全书的 1/6),这毕竟是神经病学的基本功。神经学检查部分除了常规检查项目,还包括昏迷患者检查、筛查性神经系统检查(依据个体状况的针对性检查技巧);还特别包含了 10 个病例的神经系统检查的解读和简要讨论,对学生学以致用颇有裨益。

第二部分神经疾病症状综合征约占全书 1/3 的篇幅,足见其重要性,是神经病学的基础。患者是凭着症状求诊的,医生是根据症状、体征和病史诊断的。因此,症状和体征是临床思维的开始,是神经疾病定位与定性诊断的起点。事实上,临床诊断的核心正是针对症状、体征和病史的分析、评估与推理,这涉及临床思维的入径、程序和技巧,这恰是我们需要重点花气力掌握的东西,医学生和住院医生要学会学好神经病学就要从这里起步。我们的教科书通常是症状学写得不够,由神经解剖直接进入疾病是超然于临床过程的思维模式,有悖于我们的认识进程。本书笔者把这部分症状学内容与第三部分的疾病互为对应,丝丝相扣,

反复出现,加深记忆,这符合于学习过程,也是达到精通的技巧。

第三部分约占全书篇幅的 1/2。首先,提出包括 10 种神经疾病急症及处理对策,培训医学生和住院医师应对临床急重症的能力,也是需要尽早掌握的知识。神经系统疾病各章内容或娓娓道来,或罗列其详,或旁征博引,读来使人兴致盎然。例如周围神经病一章列出居前十位的周围神经病,作者不厌其详,读者颇有心得;本书还包括脑肿瘤一章,神经科医生也应大致了解。总之,这部分将许多重要的有趣内容均收纳其中,让读者饶有兴趣地分享神经疾病的主题素材。

总之,作者以症状学为横线,阐发疾病之要素,以疾病学为纵线,罗列疾病之脉络,织就了一张网格,将症状、疾病、鉴别与治疗均网罗其中。如此纵横交织,结点清晰,疏密有致,既可纲举目张,又能察若观火;只写疾病,不写症状,仿若密帘垂空,易使纠缠难以纵横捭阖,驾驭疾病。如此纵横交错的写法,可生相映成“趣”之效果,使读者喜读、乐读和生出乐趣。

此时,面对眼前的书稿,似乎令我生出一种别样的感觉。这仿佛是一块耐人把玩的璞玉,让人珍爱;又像是一幅明丽的山水画,令人养眼;更是如何写教科书的考题,发人深省。我作为《神经病学》教科书第 4 版、第 5 版的主编久久思索而陷于茫然。教科书该怎样写? 我们的教科书怎么了,要写好就要越写越厚吗? 这本《初涉神经病学》全面、简要而清新,读毕让人慨叹。我们真的要好生思索了,该如何写教科书,怎样才能写得简明丰富,生动新意,不要再写清一色的疾病“八股文”了。

最后,我要深深感激本书译者为准确传达原意而辛勤劳作。对于本书译文不妥之处望读者批评指正。

王维治

前言

当麦格劳-希尔(McGraw-Hill)出版公司的编辑们与我约谈为医学生住院实习写一本神经病学教科书时,我最初的反应是,在神经病学方面已经有了大量的几乎是过剩的教科书。这些书所针对的读者对象有些是为一般读者,有些是为家庭医生,有些是为精神科医生,有些是为神经科开业医生,而专门为医学生的却是弥足珍贵。被要求在神经科住院实习的医学生代表了一类特殊的读者,学生在大多数的美国医学院轮转 4 周神经病学课程,在某些医学院实际上是 2 周。作为在 Vanderbilt 大学已担任 23 年的课程主管,我发现自己对于应推荐什么样的随身所需要的教科书颇为困惑,对于医学生饶有兴趣地学习该专业和保证把基本的题目包含其中,大多数大部头的教科书是太冗长和太昂贵了。

至于医学生在神经病学方面所需要阅读的主题,我有幸在密西根大学 Doug Gelb 博士领导的一个小型委员会服务,为每个神经病学职位应包括的题目制定最低的目录。在准备本书时,我试图依照这个委员会制定的和在《神经病学》杂志上发表的大纲^①。在此我向 Gelb 博士和该委员会的其他成员 Gunderson 博士、Henry 博士和 Jozefowicz 博士致以歉意。

在预备神经病学职位时,学生最好首先复习神经解剖学基础,其次是神经系统检查。本书对这两部分题目仅提供一个纲要和简略的讨论。随后我们将直接进入神经病学的主题素材,首先是症状与体征,然后是特定的神经系统疾病。

我非常感谢 McGraw-Hill 公司给予我撰写本书的机会。我真诚地期望它会帮助那些让我的职业生涯充满愉悦的医学生。我尽力使本书尽可能地简洁,如同这个前言一样。我也要感谢我的编辑 Jason Malley,以及我现在和过去在 Vanderbilt 大学的神经病学主席 Robert Macdonald 博士和 Gerald Fenichel 博士,他们对这本书给予自始至终的帮助。Bassel Abou-Khalil、Mike Edgeworth、Gerald Fenichel、Kim Hutchison、Karl Misulis 和 Paul Moots 等医生撰写了章

^① Gelb DJ, Gunderson CH, Henry KA, Kirshner HS, Jozefowicz RF. The neurology clerkship core curriculum. *Neurology* 2002;58:849-852.

节, Patrick Lavin、Adrian Jarquin-Valdivia 和 Tom Davis 等医生评阅了我在各章节中他们专长领域的计划。我还要感谢我的夫人 Carol 和我们的孩子 Josh 和 Jodie 无法估量的帮助, 他们始终给予我时间致力于事业, 如同本书一样, 感谢一代代的医学生使我的生活更有乐趣, 并感谢患者——罹患神经疾病的患者, 他们为我们提供了追随这一奇妙和有益的专业机会。

Howard S. Kirshner

目 录

第一部分 接触神经疾病患者 1

第 1 章 神经学检查 3

第 2 章 神经病变的定位:综合征 32

第二部分 神经疾病症状综合征 57

第 3 章 全身性和局部性无力 59

第 4 章 笨拙和共济失调 64

第 5 章 不自主运动 70

第 6 章 步态障碍 80

第 7 章 膀胱、肠和性功能障碍 84

第 8 章 头晕和眩晕 90

第 9 章 视力丧失 95

第 10 章 复视 101

第 11 章 构音障碍 107

第 12 章 吞咽困难 113

第 13 章 谵妄和脑病 119

第 14 章 痴呆 126

第 15 章 失语症 137

第 16 章 头痛 148

第 17 章 局部疼痛综合征 158

第 18 章 麻木和感觉异常 167

第 19 章 短暂性或发作性局部症状 171

第 20 章 短暂性意识改变 176

第 21 章 睡眠障碍 181

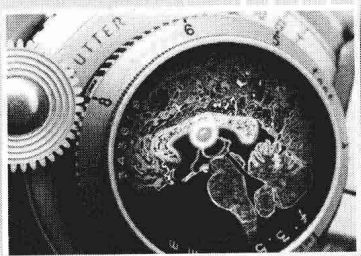
第 22 章 发育障碍 188

第三部分 特定的神经疾病入径 195

第 23 章 神经疾病急症 197

第 24 章 卒中 217

第 25 章	癫痫发作疾病	234
第 26 章	阿尔茨海默病、额颞痴呆及相关疾病	253
第 27 章	帕金森病及相关疾病	265
第 28 章	特发性震颤	275
第 29 章	多发性硬化及其他脱髓鞘性疾病	278
第 30 章	偏头痛及相关的头痛综合征	285
第 31 章	面神经麻痹	292
第 32 章	腕管综合征	296
第 33 章	周围神经病	299
第 34 章	肌病	317
第 35 章	重症肌无力及其他神经肌肉接头疾病	327
第 36 章	脑肿瘤	334
第 37 章	脑死亡、持续性植物状态和最低限度意识状态	351
第 38 章	神经诊断学测试	358
中英文对照索引		372



第一部分

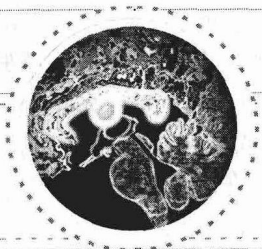
接触神经疾病患者

APPROACHES
TO THE
NEUROLOGICAL
PATIENT

第 1 章

神经学检查

THE NEUROLOGICAL EXAMINATION



如何采集神经疾病的病史

学生的第一项任务是临床病史或与患者面谈。神经病学与内科大多数专科的差别在于神经系统特定区域症状定位的重要性。我们定位病变的大多数客观信息是来自神经系统检查,病史经常为定位提供额外的线索。例如,在以向右侧转头发病的癫痫发作,随之右上肢抽搐,可提示左侧半球邻近运动皮质的一个痫性灶。患者的神经系统检查可以完全正常,而在这一病例所有的定位信息会来自病史。较经常的情况是,检查提供定位的信息,但病史提供病变的病因信息或诊断。换言之,检查告诉我们病变在何处,但病史告诉我们病变是什么。这一观念对理解神经疾病诊断的方法学是至关重要的。

神经疾病可能比内科任何其他的专业更多,症状发展的精确时间过程常产生明确的病因学诊断。脑肿瘤以一种隐袭的、缓慢进展的方式产生症状,而卒中发生得较突然。一个脑肿瘤患者和一个卒中患者可能有几乎相同的检查结果,如右侧轻偏瘫和失语症,是病史区别了这两个诊断。详细描述出现症状时的确切表现在神经疾病诊断中是极有帮助的。就此而论,医学生通过给家庭成员打电话可以经常为照护患者出力,在工作场所通过耳闻亲历获得患者如何发病的描述。在采集病史时要确认信息的来源,说明信息是来自直接观察还是第二手报告是重要的,而且这些描述应作为从患者或观察者获取的陈述,而不是作为客观事实采集。有时患者更多地叙述关于其他医生曾诊断过什么,而不是他们曾经历了什么症状。医学生或医生必须重新引导让患者描述他们的症状。此外,患者经常用含糊的词语描述他们的症状,而检查者必须确信能够理解患者说的是什么意思。例如,患者时常在要表达麻痹(numbness)的意思时用“虚弱”

(weakness)一词。许多的症状可能被表述为头晕(dizzy)一词,而检查者应试图去辨别患者是否正在体验头重脚轻(lightheadedness)或昏厥前感觉(presyncope sensations),旋转(spinning)或移动(movement)[眩晕(vertigo)]的异常感觉,或某些其他的感受。

在神经病学如同在内科的其他领域,一份完整的病史和体格检查也应包括过去医疗史(past medical history, PMH)、家族史、社会史和系统回顾。过去医疗史包含基于先前的医疗问题或危险因素(risk factors)的线索。例如,在突发右侧无力的患者,风湿性心脏病、心房纤颤或心瓣膜修复等病史可以是栓塞性卒中(embolic stroke)的线索。严重高血压史会提示关注脑出血(cerebral hemorrhage)或血栓性卒中(thrombotic stroke)。头外伤史会使接诊者怀疑硬膜下血肿(subdural hematoma)。全身的癌症病史会提示转移瘤的可能性,人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)或免疫抑制病史可提出脓肿或脑膜感染的怀疑。过去医疗史包括外科手术、药物治疗和变态反应既往史。

家族史也可以提供线索,特别是在遗传性疾病。神经系统有许多的遗传性疾病,其中只有少数是遗传性周围神经病(peripheral neuropathy)或肌病(myopathy)或神经变性疾病,如阿尔茨海默病、帕金森病或亨廷顿病。甚至表面上的散发性疾病,如卒中,也有发生学上遗传的危险因素,如糖尿病、心脏病和凝血疾病(clotting disorders)。

社会史包含有关危险因素线索,诸如吸烟或饮酒或使用违禁药物。接触毒物也可能有关。患者的受教育水平和最高的职业成就对理解获得性神经疾病中功能丧失的意义是很重要的。

系统回顾可揭示疾病过程对其他器官系统影响的线索。在病史与体格检查(H&P)记录中的一个常见注释是,“除了在现病史中,12个系统的回顾为阴性。”这种表述决非是字字都真实的。实际上健康的患者也会有偶尔的头痛、鼻充血、咳嗽、视力异常、听力缺失和零零星星的关节痛,以及与他们年轻时相比不太有精力。几乎我们所有的人都会有心境波动、挫折和失望。系统回顾应提供个人健康和情绪状态的一个总体描述。

如何做全面的神经系统检查

全身性体格检查

神经疾病患者的体格检查应从一般的体格检查开始。生命体征必须始终做纪实性描述。体格检查,如同神经系统检查在某种程度上必须是对个体的问题“量体裁衣”。一些病例将强调体格检查方面的重要性。发热和颈强直是中枢神经系统感染,特别是脑膜炎非常重要的线索。在与卒中或任何血管性疾病有

关的病例中,心血管检查变得特别重要,包括检查颈部的颈动脉杂音、心脏和肺、腹部杂音或异常明显或广泛的搏动,以及外周的脉搏。在锁骨下动脉盗血综合征(subclavian steal syndrome)患者测量双侧上肢的血压可能是重要的。表现轻截瘫(双下肢无力)的患者可能有腹主动脉瘤(abdominal aortic aneurysm, AAA),仔细地触诊腹主动脉搏动和下肢的脉搏是非常重要的。在脊柱转移的患者触诊或叩诊脊柱椎体可能显示触痛区。皮肤检查可发现先天性畸形,如与脊柱畸形有关的脊柱上的浅窝(dimples)、血管瘤(hemangiomas)或黑色素瘤(melanoma),后者可向神经系统转移,瘀伤反映凝血病或外伤,皮疹为全身性感染或胶原血管病、发绀、黄疸及许多其他的异常提供线索。关节变形可指示系统性疾病,如可影响神经系统的类风湿关节炎。

在周围神经综合征如腕管综合征(carpal tunnel syndrome, CTS),引出体征是有帮助的,如蒂内尔征(Tinel's sign)(轻叩某一神经可引出该神经分布区导电样感觉异常)或费仑征(Phalen's sign)(屈曲腕关节长达30~60秒产生正中神经支配区的麻木感和疼痛)。假如尺侧麻痹在肘部的尺神经也可发现Tinel征。颈椎运动范围测试(range of motion testing)有助于颈椎病(cervical spondylosis)的评估。倘若疑诊胸廓出口综合征(thoracic outlet syndrome),应做爱德生手法(Adson's maneuver——锁骨下动脉受压试验——译者注),在臂外展时触摸桡动脉搏动,让患者向对侧然后向同侧转头。若臂过度外展或向对侧转头时桡动脉搏动消失为Adson试验阳性。

神经系统检查

神经系统检查包括精神状态、脑神经、运动系统、反射和感觉的检查。我们将依次考虑神经系统检查的这些部分。

精神状态

美国神经病学会为实习医学课程推荐的精神状态检查(mental status examination)列于表1-1。

表 1-1 精神状态检查

警觉水平
语言功能(流利性、理解、复述和命名)
记忆(即时、短期和长期)
计算
视空间处理
抽象推理

觉醒(alertness)水平是患者意识水平的描述。它与从昏迷(coma)经过昏睡(stupor)或意识混浊不清(obtundation)阶段,到较轻微的昏昏欲睡(drowsiness)状态,再到正常的觉醒而有所不同。昏迷被定义为对刺激缺少任何有意义的反应,昏睡或意识混浊不清反映仅对大于正常的刺激才出现有意义的反应。

语言功能可做非常详细的测试,特别是当可疑左侧半球病变时。我们一般把这种测试分为六部分:①自发口语的描述,强调流利性、字词或发声错误或找词困难;②命名;③复述;④听理解;⑤大声朗读和理解阅读;⑥书写。如果患者对诱导反应不说话,检查者应尽量诱导其说话,通过要求其说出自动顺序如每周中的日子或计数从1~10,然后开始大声地数数。在第2章中,我们将讨论在床旁语言检查时什么样的异常在定位病变和辅助神经疾病诊断中是有帮助的。

记忆包含大量单独的认知操作。瞬时记忆(immediate memory)或“工作”记忆实际上是一种关注计量。在床边它通过向前复述数字测试(正常的数字间隔为7),或经常通过顺序或倒序地拼写“WORLD”一词。然而,倒数数字或甚至倒序地拼写“WORLD”可能需要一些短期记忆。短期记忆(short-term memory)测试通常通过要求患者顺行地重复后面的三个词,然后延迟5分钟后让他们回忆。短期记忆也可做非语言测试,如定位房间内藏匿的物体或再现视觉设计(绘画)。短期记忆也能在会谈中被非正式地测试,通过询问有关患者刚刚做过的测试或用餐的细节,医生或亲属的访视。长期记忆(long-term memory)可以测试传记的细节,提供一个家庭的成员能验证答案,或通过询问一般知识的项目如历届的总统。

做计算的测试是因算术推理定位于左侧顶叶,虽然笔算(written calculations)也涉及可能关联右半球的视空间功能。从100连续减7可以用作双侧注意力(瞬时记忆)和计算力的测试。从50亿找回零钱也可被用于计算力测试。

视觉空间功能可用许多方法测试。可要求患者平分一条线或画一幅图如一只钟(安置数字和指针以反映特定的时间)。可供选择的画图可以包括一座房子或一个人物。视觉空间功能也可以通过让患者画一幅美国地图并定位特定的城市或州来测试。

抽象推理(abstract reasoning)测验患者提前计划,理解事实或事件意义的能力。有时也可测试理解反语和幽默。最后,患者洞察他们疾病的性质,以及他们对疾病的反应也是重要的。

有些其他的功能没有明确地包含在表1-1的标准精神状态检查中。患者的情感状态对准确计量是重要的,包括患者的心境(mood)(主观的情感状态)和情感(affect)(由检查者所判断的患者的情感状态)。如果检查者有疑问,判