

现代实用 神经病学

X IANDAI SHIYONG
SHENJINGBINGXUE

主 编 余永平 白彩琴 冯丙东

天津科学技术出版社

现代实用神经病学

主 编 余永平 白彩琴 冯丙东

图书在版编目(CIP)数据

现代实用神经病学/余永平,白彩琴,冯丙东主编.

—天津:天津科学技术出版社,2011.9

ISBN 978-7-5308-6644-3

I. ①现… II. ①余… ②白… ③冯… III. ①神经病学 IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 196785 号

责任编辑:袁向远

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332399(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

济南龙玺印刷有限公司印刷

开本 787×1 092 1/16 印张 18 字数 510 000

2011 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

定价:88.00 元

编 委 会

主 编

余永平 白彩琴 冯丙东

副主编

马少玲 杨存军

编 委(按姓氏笔画排序)

马少玲(陕西榆林市星元医院)

王小平(陕西榆林市第二医院)

王成宏(陕西榆林市第二医院)

冯丙东(陕西榆林市第二医院)

白彩琴(陕西榆林市第二医院)

任彩霞(陕西榆林市第二医院)

刘 云(陕西榆林市第二医院)

余 凡(陕西榆林市第二医院)

余永平(陕西榆林市第二医院)

杨 亮(陕西榆林市第二医院)

杨存军(陕西榆林市第二医院)

陈雁斌(陕西榆林市第二医院)

前 言

神经系统疾病病种繁多,临床表现复杂,治疗难度较大。加之近年来神经科学检查诊断技术发展迅速,如电子计算机断层扫描(CT)、磁共振波谱分析及磁共振灌注成像、数字减影、脑血管造影(DSA)、正电子发射断层技术(PET)、单光子发射断层扫描(SPECT)、经颅多普勒超声脑血流速度监测技术(TCD)、脑电图、神经免疫学诊断技术、神经遗传与染色体基因诊断技术,这些新技术的应用使对神经内科疾病的认识更加深入,诊断更加明确。为此我们组织了多年从事神经内科工作的临床医师,参阅了大量国内外文献和资料,编写了这本书。

本书共分为十四章,分别为神经系统疾病的常见症状、神经内科学的临床检查和诊断方法、脑血管疾病、脊髓疾病、周围神经病、中枢神经系统感染、神经系统遗传及变性病、运动障碍疾病、中枢神经系统脱髓鞘性疾病、癫痫、头痛、神经皮肤综合征、肌肉和神经肌肉接头疾病、睡眠障碍。本书对常见神经内科疾病的诊断、检查方法和治疗做了详细的介绍,希望对神经内科的临床工作者提供帮助。

由于编者水平和经验有限,书中难免会有疏漏之处,希望读者批评指正。

《现代实用神经病学》编委会

2011年8月

第一章 神经系统疾病的常见症状·····	(1)
第一节 意识障碍·····	(1)
第二节 认知障碍·····	(6)
第三节 晕厥·····	(12)
第四节 眩晕·····	(14)
第五节 眼球震颤·····	(15)
第六节 瘫痪·····	(16)
第七节 躯体感觉障碍·····	(27)
第八节 共济失调·····	(29)
第九节 不自主运动·····	(30)
第十节 尿便障碍·····	(32)
第二章 神经内科学的临床检查和诊断方法·····	(34)
第一节 采集病史·····	(34)
第二节 神经系统检查·····	(36)
第三节 辅助检查·····	(51)
第四节 神经系统疾病的诊断程序·····	(58)
第三章 脑血管疾病·····	(61)
第一节 短暂性脑缺血发作(TIA)·····	(61)
第二节 脑梗死·····	(65)
第三节 脑出血·····	(75)
第四节 蛛网膜下腔出血·····	(79)
第五节 脑静脉和静脉窦血栓形成·····	(81)
第六节 颅内动脉瘤·····	(83)
第七节 颅内血管畸形·····	(85)

第八节 脑底异常血管网病	(87)
第四章 脊髓疾病	(89)
第一节 概述	(89)
第二节 急性脊髓炎	(95)
第三节 脊髓空洞症	(99)
第四节 脊髓亚急性联合变性	(102)
第五节 脊髓肿瘤	(105)
第六节 脊髓血管病	(106)
第七节 脊髓蛛网膜炎	(108)
第五章 周围神经病	(112)
第一节 三叉神经痛	(112)
第二节 贝耳麻痹	(116)
第三节 吉兰-巴雷综合征	(118)
第四节 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(121)
第六章 中枢神经系统感染	(125)
第一节 急性病毒性脑膜炎	(125)
第二节 单纯疱疹病毒性脑炎	(126)
第三节 带状疱疹及神经系统合并症	(127)
第四节 急性细菌性脑膜炎	(129)
第五节 结核性脑膜炎	(132)
第六节 日本乙型脑炎	(136)
第七节 新型隐球菌脑膜炎	(138)
第八节 脑囊虫病	(140)
第九节 神经梅毒	(143)
第十节 艾滋病的神经系统损害	(145)
第十一节 散发性克-雅病	(148)
第七章 神经系统遗传及变性病	(152)
第一节 概述	(152)
第二节 遗传性共济失调	(154)

第三节	腓骨肌萎缩症	(159)
第四节	多系统萎缩	(161)
第五节	运动神经元病	(162)
第六节	阿尔茨海默病	(167)
第七节	血管性痴呆	(176)
第八节	路易体痴呆	(179)
第八章	运动障碍疾病	(184)
第一节	帕金森病	(184)
第二节	特发性震颤	(186)
第三节	亨廷顿病	(187)
第四节	小舞蹈病	(188)
第五节	肝豆状核变性	(191)
第六节	肌张力障碍	(196)
第七节	迟发性运动障碍	(199)
第九章	中枢神经系统脱髓鞘性疾病	(200)
第一节	多发性硬化	(200)
第二节	视神经脊髓炎	(204)
第三节	急性播散性脑脊髓炎	(206)
第四节	脑桥中央髓鞘溶解症	(207)
第十章	癫痫	(209)
第十一章	头痛	(220)
第一节	偏头痛	(221)
第二节	紧张型头痛	(228)
第三节	丛集性头痛	(230)
第四节	慢性每日头痛	(231)
第五节	其他原发性头痛	(235)
第十二章	神经皮肤综合征	(239)
第一节	神经纤维瘤病	(239)
第二节	结节性硬化	(241)

第三节	脑面血管瘤病.....	(243)
第十三章	肌肉和神经肌肉接头疾病.....	(245)
第一节	重症肌无力.....	(245)
第二节	周期性麻痹.....	(249)
第三节	特发性炎性肌病.....	(251)
第四节	进行性肌营养不良症.....	(255)
第五节	线粒体脑肌病.....	(260)
第十四章	睡眠障碍.....	(264)
第一节	失眠症.....	(264)
第二节	发作性睡病.....	(267)
第三节	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征.....	(270)
第四节	不安腿综合征.....	(273)
第五节	REM 睡眠行为异常	(275)
参考文献		(279)

第一章 神经系统疾病的常见症状

第一节 意识障碍

一、意识障碍的概念

意识是中枢神经系统对内外环境中的刺激所做出的有意义的应答能力。它通过人的语言、躯体运动和行为表达出来。使人体能正确而清晰的认识自我和周围环境。对各种刺激能做出迅速、正确的反应。当这种应答能力减退或消失时就导致不同程度的意识障碍。

完整的意识由两个方面组成。即意识的内容和觉醒系统。意识的内容是大脑对来自自身和周围环境的多重感觉输入的高水平的整合,是高级的皮质活动,包括定向力、感知觉、注意、记忆、思维、情感、行为等,使人体和外界环境保持完整的联系。意识的觉醒系统是各种传入神经冲动激活大脑皮质,使其维持一定水平的兴奋性,使机体处于觉醒状态,临床上常说的昏迷、昏睡、嗜睡、警觉即视为不同的觉醒状态。

意识的改变从概念上分为两类,一类累及觉醒,即意识的“开关”,出现一系列从觉醒到昏迷的连续行为状态。临床上区别为清醒、嗜睡、昏睡及昏迷,这些状态是动态的,可随时间改变而改变,前后两者之间无截然的界限,其中昏睡和昏迷是严重的意识障碍;另一类累及意识的内容,即大脑的高级功能,涉及认知与情感,此类意识改变涉及谵妄、精神错乱、酩酊状态、痴呆和癡病等。

二、意识障碍的诊断

对意识障碍患者的评价首先要明确意识障碍的特点(如急性意识错乱状态、昏迷、痴呆、遗忘综合征等),其次就是明确病因。现将诊断步骤概括如下。

(一)病史采集

尤其对昏迷患者的病因判断极为重要,应尽可能地向患者的朋友、家属、目击者、救护人员询问患者发病当时的情况,既往病史以及患者的社会背景,生活环境。

1. 现病史

注意了解患者昏迷起病的缓急。急性起病,昏迷为首发症状,历时持久常为脑卒中、脑创伤、急性药物中毒、急性脑缺氧等。急性昏迷、历时短暂,提示痫性发作、脑震荡、高血压脑病、阿-斯综合征等。慢性昏迷或在某些疾病基础上逐渐发展变化而来,提示脑膜脑炎、脑肿瘤、慢性硬膜下血肿、感染中毒性脑病、慢性代谢性脑病(如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病)等。

注意了解昏迷前出现的症状:昏迷前有突然剧烈头痛的,可能为蛛网膜下腔出血。昏迷前有突然眩晕、恶心、呕吐的,可能为脑干或小脑卒中。昏迷前伴有偏瘫的,可能为脑卒中、脑脓肿、脑肿瘤或某些病毒性脑炎、脱髓鞘脑病等。昏迷前伴有发热的,可能为脑膜脑炎、某些感染中毒性脑病、中暑、甲状腺危象、癌肿恶液质等。昏迷前伴有抽搐,可能为脑卒中、脑动静脉畸形、脑肿

瘤、中枢神经系统感染、高血压性脑病、癫痫、妊娠子痫、脑缺氧、尿毒症、药物或乙醇戒断。昏迷前伴有精神症状,可能为肝性脑病、尿毒症、肺性脑病、血电解质紊乱、某些内分泌性脑病(肾上腺危象和甲状腺功能减退)或 Wernicke 脑病、脑炎、药物戒断。昏迷前伴有黑便的常见于上消化道出血,肝硬化患者常可诱发肝性脑病。昏迷前有恶心呕吐的,应考虑有无中毒的可能。

2. 既往史

更能提供意识障碍的病因线索。应尽可能地向家属,有时是通过既往的经治医生来询问。

(1)心血管系统:卒中、高血压、血管炎或心脏病或许能提示意识错乱状态和多发梗死性痴呆的血管性原因。

(2)糖尿病史:糖尿病患者认知紊乱常由高渗性酮症状态或胰岛素诱发低血糖所致。

(3)癫痫发作:癫痫病史对持续痫性发作、发作后意识模糊状态或意识障碍伴有脑外伤患者可能提供病因诊断。

(4)脑外伤史:近期脑外伤常致颅内出血,时间久些的脑外伤可产生遗忘综合征或慢性硬膜下血肿伴痴呆。

(5)乙醇史:对乙醇依赖的患者更易出现急性意识错乱状态,原因有乙醇中毒、戒断、醉酒后、醉酒后脑外伤、肝性脑病及 Wernicke 脑病。酗酒患者慢性记忆障碍可能为 Korsakoff 综合征。

(6)药物史:急性意识错乱状态也常常由药物所致。如胰岛素、镇静催眠剂、鸦片、抗抑郁药、抗精神病药、致幻觉剂,或镇静药物的戒断。老年人对某些药物认知损害的副作用更为敏感。而年轻人往往有很好的耐受性。

(7)精神疾病史:有精神障碍病史的患者出现的意识障碍常常是由于治疗精神病药物过量。如苯二氮草类药、抗抑郁药、抗精神病药。

(8)其他:对于性乱者、静脉注射药物者、输入被感染的血液及凝血因子血制品者及上述这些人的性伴侣、感染母亲的婴儿都有感染 AIDS 的危险。

发病时的周围环境和现场特点也应在病史中问及:①冬季。如北方冬天屋内生活取暖易导致 CO 中毒;②晨起发现昏迷的患者。应想到心脑血管病、CO 中毒、服毒、低血糖昏迷;③注意可能发生头部外伤的病史和现场;④注意患者周围的药瓶、未服完的药片、应收集呕吐物并准备化验;⑤周围温度环境,如高温作业、中暑等。

(二)一般体格检查

目的在于寻找昏迷的可能病因。

(1)生命体征:注意血压、脉搏、体温和呼吸变化。

(2)皮肤及黏膜。

(3)头部及颈部。

(4)口部及口味异常。

(5)胸、腹、心脏及肢体。

(三)神经系统检查

仔细查体,搜寻定位体征,以确定病变的部位。

(四)观察患者

观察患者是否处于一种自然、合适的体位,如果和自然的睡眠一样,意识障碍的程度可能不深。哈欠、喷嚏也有助于判断意识障碍的深浅。张口及下颌脱落常提示患者的意识障碍可能较重。

意识状态有以下几种情况。

(1)意识模糊:是一种常见的轻度意识障碍。有觉醒和内容两方面的变化,表现为淡漠、嗜睡、注意力不集中,思维欠清晰,伴有定向障碍。常见的病因为中毒、代谢紊乱,也有部分患者可以表现大脑皮质局灶损害的特征,尤其当右侧额叶损害较重时。

(2)谵妄:是一种最常见的精神错乱状态,表现为意识内容清晰度降低。特点为急性起病,病程波动的注意力异常,睡眠觉醒周期紊乱,语无伦次、情绪不稳,常有错觉和幻觉。临床上,谵妄必须与痴呆、感觉性失语及精神病相鉴别。

(3)嗜睡:觉醒的减退,是意识障碍的早期表现。对言语刺激有反应,能被唤醒,醒后能勉强配合检查,简单地回答问题,刺激停止后又入睡。

(4)昏睡:较重的痛觉或大声的语言刺激方可唤醒,并能作简短、含糊而不完全的答话,当刺激停止时,患者立即又进入昏睡。

(5)浅昏迷:仍有较少的无意识自发动作,对疼痛刺激有躲避反应及痛苦表情,但不能回答问题或执行简单的命令。各种反射存在,生命体征无明显改变。

(6)中昏迷:对外界的正常刺激均无反应,自发动作很少。对强刺激的防御反射,角膜反射和瞳孔对光反射减弱,大小便潴留或失禁。此时生命体征已有改变。

(7)深昏迷:自发性动作完全消失,肌肉松弛,对外界刺激均无任何反应,各种反射均消失,病理征继续存在或消失,生命体征常有明显改变。

三、昏迷的鉴别诊断

(一)判断是否为昏迷

通过病史询问和体格检查,判断患者是否有昏迷。一般不会很困难,但一些精神病理状态和闭锁综合征,也可对刺激无反应,貌似昏迷,须加以鉴别。

(1)醒状昏迷:患者表现为双目睁开,眼睑开闭自如,眼球可以无目的的活动,似乎意识清醒,但其知觉、思维、语言、记忆、情感、意识等活动均完全丧失。呼之不应,而觉醒—睡眠周期保存。临床上包括:①去皮质综合征:多见于缺氧性脑病和脑外伤等。在疾病的恢复过程中皮质下中枢及脑干因受损较轻而先恢复,皮质广泛损害重仍处于抑制状态;②无动性缄默症:病变位于脑干上部 and 丘脑的网状激活系统,大脑半球及其传出通路则无病变。

(2)持久植物状态:是指大脑损害后仅保存间脑和脑干功能的意识障碍,多见于脑外伤患者,经去大脑皮质状态而得以长期生存。

(3)假性昏迷:意识并非真正消失,但不能表达和反应的一种精神状态,维持正常意识的神经结构并无受损,心理活动和觉醒状态保存。临床上貌似昏迷。

(4)心因性不反应状态:见于癔病和强烈的精神创伤之后,患者看似无反应,生理上觉醒状态保存,神经系统和其他检查正常。在检查者试图令患者睁开双眼时,会有主动的抵抗,脑电图检查正常。

(5)木僵状态:常见于精神分裂症,患者不言、不动、不食,甚至对强烈的刺激亦无反应。常伴有蜡样弯曲、违拗症等,并伴有发绀、流涎、体温过低、尿潴留等自主神经功能紊乱,缓解后患者可清晰回忆起发病时的情况。

(6)意志缺乏症:是一种严重的淡漠,行为上表现不讲话,无自主运动,严重的病例类似无动性缄默症,但患者能保持警觉并意识到自己的环境。

(7)癫痫伴发的精神障碍:可出现在癫痫发作前、发作时和发作后,也可以单独发生,表现有精神错乱、意识模糊、定向障碍、反应迟钝、幻觉等。

(8)闭锁综合征:见于桥脑基底部病变,患者四肢及桥脑以下脑神经均瘫痪,仅能以眼上、下球运动示意。因大脑半球及脑干背盖部网状激活系统无损,故意识保持清醒,因患者不动不语而易被误诊为昏迷。

(二)判断病变部位

根据昏迷患者有无神经系统损害表现、颅内压增高和其他系统的表现,可推测导致昏迷的病是在颅内还是颅外,颅内病变又可根据其范围和性质分为幕上、幕下,局灶性病变还是弥漫性病变。

四、昏迷的病因

昏迷是最严重的意识障碍,并不都是原发于中枢神经系统的损害,也多见于其他各科疾病中。了解昏迷可能的病因对于临床医生工作中配合抢救、处理昏迷患者具有指导意义。昏迷的病因见表1-1,表1-2和表1-3。

表 1-1 昏迷的病因

颅内器质性损害	
脑外伤	脑震荡,脑挫伤,外伤性颅内出血,硬膜下血肿,硬膜外血肿
脑血管病	颅内出血,高血压性脑出血,动脉瘤破裂伴脑实质血肿,动静脉畸形,其他如出血性疾病、肿瘤出血、蛛网膜下腔出血等
	继发于外伤后
	脑梗死,脑血栓形成,脑栓塞,血管炎
感染	脑炎,脑膜炎,脑脓肿,感染性静脉窦血栓形成
肿瘤	原发颅内肿瘤,转移瘤,恶性肿瘤非转移并发症(如进行性多灶性白质脑病)
昏迷的全身性疾病	
代谢性脑病	低血糖,糖尿病酮症,高渗性非酮症昏迷,脏器功能衰竭
	尿毒症,透析性脑病
	肝性脑病
	垂体前叶功能减退,肾上腺危象,甲状腺危象,黏液性水肿
	水电解质紊乱,如低钠血症,高血钙和低血钙
中毒性脑病	缺氧性脑病,严重充血性心力衰竭,急性心肌梗死,阿-斯综合征,失代偿性慢性阻塞性肺疾病,高血压脑病
	败血症,中毒性感染(如细菌性痢疾)
	重金属中毒(如铅、汞、砷、铊、氟)
	一氧化碳中毒、其他吸入物
	药物(如鸦片、巴比妥、地西洋、可卡因、神经阻断剂)
其他	乙醇
	农药
	食物(毒草碱 鱼胆中毒)
	物理因子,中暑,低温
	营养不良状态,Wernicke 脑病

表 1-2 结构性或外科性昏迷的原因

外伤	硬膜下损伤,硬膜外损伤,弥散性轴索损伤,脑挫裂伤,穿透性头部损伤
颅内出血	蛛网膜下腔出血 脑出血[后颅凹(桥脑,小脑),幕上(基底核,脑叶)]
缺血性卒中	大面积大脑中动脉梗死伴有脑疝 脑干卒中累及双侧桥脑或中脑 基底动脉尖综合征伴有双侧丘脑和中脑梗死
弥散性微血管异常	血栓形成性血小板减少性紫癜 落矶山斑疹热 脑性疟疾
肿瘤	多形性成胶质细胞瘤伴脑疝 多发性转移病变
其他疾病	渗透性脱髓鞘综合征(脑桥中央溶解症)

表 1-3 代谢性或内科性昏迷的原因

药物过量	苯二氮草类,巴比妥类,阿片类,三环类药物
感染性疾病	脓毒症,细菌性脑膜炎,脑炎(如:单纯疱疹性,虫媒病毒感染)
内分泌障碍性疾病	低血糖反应,糖尿病性酮症酸中毒,高渗性昏迷,黏液水肿,甲状腺功能亢进
代谢性异常	低钠血症,高钠血症,尿毒症,肝性脑病,高血压脑病,低镁性假性昏迷
中毒反应	一氧化碳中毒,乙醇中毒,扑热息痛过量,乙烯乙二醇中毒
药物副作用	Reye 综合征,精神抑制药恶性综合征,中枢神经抗胆碱能综合征,血清紧张素综合征,异烟肼
缺乏状态	硫胺缺乏(Wernicke 脑病),烟酸缺乏(糙皮病)
低温	
心因性	

五、昏迷的实验室检查

(一)常规检查

有助于昏迷病因的定性和鉴别诊断。包括血、尿、粪分析,尿素氮和肌酐的测定,快速血糖、血钙、血钠检测及血气分析、肝功能、酶学、渗透压、心电图和胸片等。

(二)毒物的筛查

可对患者的尿、胃肠内容物进行毒物的检测。包括鸦片、巴比妥盐、镇静剂、抗抑郁药、可卡因和乙醇等。

(三)特殊检查

1. 头颅 X 线片

因价廉、操作简便、快速而不失为基层医院常用的检查手段,对脑外伤具有重要的诊断价值。能发现颅骨骨折,有无颅内异物和颅内积气。如果见到脑回压迹、颅缝分离、蝶鞍吸收和扩大、颅骨普遍性吸收萎缩、蛛网膜粒压迹增大等常提示有颅内压增高。

2. 脑电图

疑似脑炎、癫痫发作后昏迷状态的患者,可行脑电图检查。此外还有助于昏迷与闭锁综合

征、癔病、紧张症的鉴别及脑死亡的判定。

3. 腰椎穿刺

高热伴脑膜刺激征者或暂时原因不明的昏迷患者应行腰椎穿刺以明确诊断。颅内压增高行腰椎穿刺后脑疝的发生率为1%~12%，如怀疑患者脑疝形成，应先行头颅CT检查，备好静脉注射甘露醇及抢救措施，以防发生脑疝。颅内压显著增高者，留取2~3 ml脑脊液供生化、常规、涂片、培养用。对有出血倾向患者，穿刺可诱发脊髓硬膜外血肿。

4. 头颅CT检查

能迅速显示颅内结构，特别适用于颅脑外伤的急诊检查。在脑卒中的鉴别诊断中更有意义，虽然在脑梗死早期(24小时以内)可能难以完全显示梗死的部位，但对有无出血、出血的范围、中线结构有无移位、是否破入脑室等信息的提供有高度的准确性。不足之处对幕下结构显示不佳，对早期脑梗死、脑炎及等密度硬膜下出血等易漏诊。

5. 磁共振成像(MRI)

对后颅凹病变、脑肿瘤及脱髓鞘病灶比CT具有更高的灵敏度和准确度，尤其对脑肿瘤的诊断要优于CT。对急性脑出血不如CT，检查时间较长，因躁动或呼吸困难常使头位改变而影响图像质量。

6. 数字减影脑血管造影(DSA)

适用于疑似蛛网膜下腔出血的患者，可发现有无颅内动脉瘤或动静脉畸形。DSA为有创性检查，并有一定的风险性。

第二节 认知障碍

认知是机体认识和获取知识的智能加工过程，涉及学习、记忆、语言、思维、精神、情感等一系列心理和社会行为。认知障碍指与学习、记忆以及思维判断有关的大脑高级智能加工过程出现异常，从而引起严重学习、记忆障碍，同时伴有失语、失用、失认等改变的病理过程。认知的基础是大脑皮质的正常功能，任何引起大脑皮质功能和结构异常的因素均可导致认知障碍。由于大脑的功能复杂，认知障碍的不同类型互相关联，所以某一认知域出现问题往往引起其他一个或多个认知域的异常，很少单独受累。

一、记忆障碍

记忆是信息在脑内储存和提取的过程，一般分为瞬时记忆、短时记忆和长时记忆三类。瞬时记忆为大脑对事物的瞬时映象，有效作用时间不超过2秒，所记的信息内容并不构成真正的记忆。瞬时记忆的信息大部分迅速消退，只有得到注意和复习的小部分信息才转入短时记忆中，短时记忆时间也很短，不超过1分钟，如记电话号码。短时记忆中的信息经过反复的学习、系统化，在脑内储存，进入长时记忆，可持续数分钟、数天，甚至终生。临床上记忆障碍的类型多是根据长时记忆分类的，包括遗忘、记忆减退、记忆错误和记忆增强等不同表现。

(一) 遗忘

遗忘是对识记过的材料不能再认与回忆，或者表现为错误的再认或回忆。根据遗忘的具体表现可分为顺行性遗忘、逆行性遗忘、进行性遗忘、系统成分性遗忘、选择性遗忘和暂时性遗忘等

多种类型,其中前两者最为重要。

1. 顺行性遗忘

指回忆不起在疾病发生以后一段时间内所经历的事件,近期事件记忆差,不能保留新近获得的信息,而远期记忆尚保存。常见于阿尔茨海默病的早期、癫痫、双侧海马梗死、间脑综合征、严重的颅脑外伤等。

2. 逆行性遗忘

指回忆不起疾病发生之前某一阶段的事件,过去的信息与时间梯度相关的丢失。常见于脑震荡后遗症、缺氧、中毒、阿尔茨海默病的中晚期、癫痫发作后等。

(二) 记忆减退

指识记、保持、再认和回忆普遍减退。早期往往是回忆减弱,特别是对日期、年代、专有名词、术语概念等的回忆发生困难,以后表现为近期和远期记忆均减退。临床上常见于阿尔茨海默病、血管性痴呆、代谢性脑病等。

(三) 记忆错误

1. 记忆恍惚

包括似曾相识、旧事如新、重演性记忆错误等,与记忆减退过程有关。常见于颞叶癫痫、中毒、神经症、精神分裂症等。

2. 错构

指患者记忆有时间顺序上的错误,如患者将过去生活中所经历的事件归之于另一无关时期,而患者并不自觉,并且坚信自己所说的完全正确。常见于更年期综合征、精神发育迟滞、乙醇中毒性精神病和脑动脉硬化症等。

3. 虚构

指患者将过去事实上从未发生的事或体验回忆为确有其事,患者不能自己纠正错误。常见于柯萨可夫综合征,可以由脑外伤、乙醇中毒、感染性脑病等引起。

(四) 记忆增强

指对远事记忆的异常性增加。患者表现出对很久以前所发生的、似乎已经遗忘的时间和体验,此时又能重新回忆起来,甚至一些琐碎的毫无意义的事情或细微情节都能详细回忆。多见于躁狂症、妄想或服用兴奋剂过量。

二、失语

失语是指在意识清楚、发音和构音没有障碍的情况下,大脑皮质语言功能区病变导致的言语交流能力障碍,表现为自发谈话、听理解、复述、命名、阅读和书写六个基本方面能力残缺或丧失,如患者构音正常但表达障碍,肢体运动功能正常但书写障碍,视力正常但阅读障碍,听力正常但言语理解障碍等。不同的大脑语言功能区受损可有不同的临床表现。迄今对失语症的分类尚未取得完全一致的意见,国内外较通用的是以解剖—临床为基础的分类法。由于汉语的特殊性,我国学者制定了汉语失语症分类法。下面简要介绍主要的失语类型。

(一) 外侧裂周围失语综合征

包括 Broca 失语、Wernicke 失语和传导性失语,病灶位于外侧裂周围,共同特点是均有复述障碍。

1. Broca 失语

又称表达性失语或运动性失语,由优势侧额下回后部(Broca 区)病变引起。临床表现以口

语表达障碍最突出,谈话为非流利型、电报式语言,讲话费力,找词困难,只能讲一两个简单的词,且用词不当,或仅能发出个别的语音。口语理解相对保留,对单词和简单陈述句的理解正常,句式结构复杂时则出现困难。复述、命名、阅读和书写均有不同程度的损害。常见于脑梗死、脑出血等可引起 Broca 区损害的神经系统疾病。

2. Wernicke 失语

又称听觉性失语或感觉性失语,由优势侧颞上回后部(Wernicke 区)病变引起。临床特点为严重听理解障碍,表现为患者听觉正常,但不能听懂别人和自己的讲话。口语表达为流利型,语量增多,发音和语调正常,但言语混乱而割裂,缺乏实质词或有意义的词句,难以理解,答非所问。复述障碍与听理解障碍一致,存在不同程度的命名、阅读和书写障碍。常见于脑梗死、脑出血等可引起 Wernicke 区损害的神经系统疾病。

3. 传导性失语

多数传导性失语患者病变累及优势侧缘上回、Wernicke 区等部位,一般认为本症是由于外侧裂周围弓状束损害导致 Wernicke 区和 Broca 区之间的联系中断所致。临床表现为流利性口语,患者语言中有大量错词,但自身可以感知到其错误,欲纠正而显得口吃,听起来似非流利性失语,但表达短语或句子完整。听理解障碍较轻,在执行复杂指令时明显。复述障碍较自发谈话和听理解障碍重,两者损害不成比例,是本症的最大特点。命名、阅读和书写也有不同程度的损害。

(二) 经皮质性失语综合征

又称为分水岭区失语综合征,病灶位于分水岭区,共同特点是复述相对保留。

1. 经皮质运动性失语

病变多位于优势侧 Broca 区附近,但 Broca 区可不受累,也可位于优势侧额叶侧面,主要由于语言运动区之间的纤维联系受损,导致语言障碍,表现为患者能理解他人的言语,但自己只能讲一两个简单的词或短语,呈非流利性失语,类似于 Broca 失语,但程度较 Broca 失语轻,患者复述功能完整保留。本症多见于优势侧额叶分水岭区的脑梗死。

2. 经皮质感觉性失语

病变位于优势侧 Wernicke 区附近,表现为听觉理解障碍,对简单词汇和复杂语句的理解均有明显障碍,讲话流利,语言空洞、混乱而割裂,找词困难,经常是答非所问,类似于 Wernicke 失语,但障碍程度较 Wernicke 失语轻。复述功能相对完整,但常不能理解复述的含义。有时可将检查者故意说错的话完整复述,这与经皮质运动性失语患者复述时可纠正检查者故意说错的话明显不同。命名、阅读和书写均有明显障碍。本症多见于优势侧颞、顶叶分水岭区的脑梗死。

3. 经皮质混合性失语

又称语言区孤立,为经皮质运动性失语和经皮质感觉性失语并存,突出特点是复述相对好,其他语言功能均严重障碍或完全丧失。本症多见于优势侧大脑半球分水岭区的大片病灶,累及额、顶、颞叶。

(三) 完全性失语

也称混合性失语,是最严重的一种失语类型。临床上以所有语言功能均严重障碍或几乎完全丧失为特点。患者限于刻板言语,听理解严重缺陷,命名、复述、阅读和书写均不能,神经系统检查可见三偏征。病变为左大脑中动脉分布区大片病灶,预后差。

(四) 命名性失语

又称遗忘性失语,由优势侧颞中回后部或颞枕结合区病变引起。主要特点为命名不能,表现