



新世纪课程教材

Textbook Series of New Century

全国高等医药院校教材 • 供基础、预防、临床、口腔医学类专业用

神经病学

第四版 主 编 王维治

副主编 罗祖明



人民卫生出版社

新 世 纪 课 程 教 材

全 国 高 等 医 药 院 校 教 材

供基础、预防、临床、口腔医学类专业用

神 经 病 学

第 四 版

主 编 王 维 治

副主编 罗 祖 明

编者 (以姓氏笔画为序)

丁新生(南京医科大学)	陈生弟(上海第二医科大学)
王维治(哈尔滨医科大学)	罗祖明(四川大学华西临床医学院)
肖 波(中南大学湘雅医学院)	周景丽(哈尔滨医科大学)
张 成(中山医科大学)	崔丽英(中国协和医科大学)
陈 彪(首都医科大学)	谢 鹏(重庆医科大学)

秘书兼制图

王化冰(哈尔滨医科大学)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经病学/王维治 主编. —4 版. —北京:
人民卫生出版社, 2001
ISBN 7-117-04252-4

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 (2001) 第 035895 号

神 经 病 学
第 四 版

主 编: 王 维 治

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E-mail: [pmph@ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 21.75

字 数: 452 千字

版 次: 1984 年 11 月第 1 版 2001 年 9 月第 4 版第 25 次印刷

印 数: 807 221—887 220

标准书号: ISBN 7-117-04252-4/R·4253

定 价: 37.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医药院校五年制临床医学专业

第五轮教材修订说明

为适应我国高等医学教育改革和发展的需要,经卫生部临床医学专业教材评审委员会审议,卫生部教材办公室决定从1998年开始进行临床医学专业教材第五轮修订。在总结第四轮教材编写质量、使用情况的基础上,提出第五轮修订要面向21世纪,遵循培养目标,适用于本科五年制教学需要;突出教材三基(基础理论、基本知识和基本技能)、五性(思想性、科学性、先进性、启发性和适用性)的特点,注重教材的整体优化及编写的标准化、规范化。同时决定第五轮教材的修订分两批进行,第二批修订是由全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室共同组织的。全套教材共50种,第五轮修订40种,新增10种,并有26种是五、七年制共用教材。随着学科发展的需要,教材名称以及必修课与选修课的科目也有所调整。

五年制五轮教材目录

必修课教材

- | | | | |
|------------------|---------|-----------------|---------|
| △1. 《医用高等数学》第三版 | 主编 张选群 | 15. 《病理生理学》第五版 | 主编 金惠铭 |
| △2. 《医学物理学》第五版 | 主编 胡新珉 | 16. 《药理学》第五版 | 主编 金有豫 |
| △3. 《基础化学》第五版 | 主编 魏祖期 | △17. 《医学心理学》第三版 | 主编 姜乾金 |
| | 副主编 祁嘉义 | △18. 《法医学》第三版 | 主编 王保捷 |
| △4. 《有机化学》第五版 | 主编 吕以仙 | 19. 《诊断学》第五版 | 主编 陈文彬 |
| | 副主编 陆 阳 | | 副主编 王友赤 |
| △5. 《医学生物学》第五版 | 主编 左 伋 | 20. 《医学影像学》第四版 | 主编 吴恩惠 |
| △6. 《系统解剖学》第五版 | 主编 柏树令 | 21. 《内科学》第五版 | 主编 叶任高 |
| 7. 《局部解剖学》第五版 | 主编 彭裕文 | | 副主编 陆再英 |
| 8. 《组织学与胚胎学》第五版 | 主编 邹仲之 | 22. 《外科学》第五版 | 主编 吴在德 |
| △9. 《生物化学》第五版 | 主编 周爱儒 | | 副主编 郑 树 |
| | 副主编 查锡良 | 23. 《妇产科学》第五版 | 主编 乐 杰 |
| 10. 《生理学》第五版 | 主编 姚 泰 | 24. 《儿科学》第五版 | 主编 王慕逖 |
| | 副主编 乔健天 | 25. 《神经病学》第四版 | 主编 王维治 |
| 11. 《医学微生物学》第五版 | 主编 陆德源 | | 副主编 罗祖明 |
| △12. 《人体寄生虫学》第五版 | 主编 詹希美 | 26. 《精神病学》第四版 | 主编 郝 伟 |
| △13. 《医学免疫学》第三版 | 主编 陈慰峰 | 27. 《传染病学》第五版 | 主编 彭文伟 |
| 14. 《病理学》第五版 | 主编 杨光华 | 28. 《眼科学》第五版 | 主编 惠延年 |

- | | | | |
|-----------------|---------|-------------------|---------|
| 29. 《耳鼻咽喉科学》第五版 | 主编 田勇泉 | 34. 《卫生学》第五版 | 主编 仲来福 |
| | 副主编 孙爱华 | | 副主编 刘移民 |
| △30. 《口腔科学》第五版 | 主编 张志愿 | 35. 《预防医学》第三版 | 主编 叶葶葶 |
| △31. 《皮肤性病学》第五版 | 主编 张学军 | △36. 《中医学》第五版 | 主编 郑守曾 |
| △32. 《核医学》第五版 | 主编 李少林 | △37. 《计算机应用基础》第二版 | 主编 邹赛德 |
| | 副主编 张永学 | | 副主编 杨长兴 |
| 33. 《流行病学》第五版 | 主编 王建华 | △38. 《体育》第二版 | 主编 裴海泓 |

选修课教材

- | | | | |
|----------------|--------|----------------|--------|
| △39. 《细胞生物学》 | 主编 凌诒萍 | 45. 《临床流行病学》 | 主编 王家良 |
| △40. 《医学分子生物学》 | 主编 冯作化 | △46. 《康复医学》第二版 | 主编 南登崑 |
| △41. 《医学遗传学》 | 主编 陈 竺 | △47. 《医学文献检索》 | 主编 方 平 |
| 42. 《临床药理学》第二版 | 主编 徐叔云 | △48. 《卫生法》 | 主编 赵同刚 |
| 43. 《医学统计学》第三版 | 主编 马斌荣 | △49. 《医学导论》 | 主编 文历阳 |
| △44. 《医学伦理学》 | 主编 丘祥兴 | △50. 《全科医学概论》 | 主编 杨秉辉 |

注：画△者为五、七年制共用教材

全国高等医药院校临床医学专业 第四届教材评审委员会

主任委员 裘法祖

副主任委员 杨光华

委 员

(以姓氏笔画为序)

方 圻 (特邀)	卢永德	乐 杰	许积德
朱元珏	朱学骏	乔健天	吴恩惠
陈文彬	陆美芳	武忠弼 (特邀)	郑 树
周 申	周东海	金有豫	金惠铭
金魁和	钟世镇	谈一飞	彭文伟
董永绥			

第四版前言

根据面向 21 世纪我国高等医学教育改革和发展的需要,为适应社会进步及卫生事业的需求,根据国家教育部对教材修订的要求,我们在编写《神经病学》第四版时,遵循 5 年制临床医学专业的培养目标,力求继承和发扬我国神经病学界几代专家辛勤耕耘的前三版教材的优点和长处,参照和借鉴国外教材的有益经验,并体现以下特点:

以临床为中心,充分地丰富临床内容,力求突出每个疾病的特点,反映国内外在临床观察、实验室、影像学等辅助检查方面的最新进展;在诊断及鉴别诊断上强调临床思维方法;在治疗上充分展示已被认同的新技术和新方法,使许多神经疾病在治疗上无所作为的局面已有所改变,并尽量写出首选和次选方案,使之有所遵循。文字上精雕细刻,尽量写得鲜明生动、条理清晰、有趣耐读、图文并茂,期望能够激发同学们的学习兴趣。

本版与第三版最大的变动是把原第二章“神经系统损害的定位诊断”改为“神经系统疾病的常见症状”,以症状学为纽带,把定位诊断中的感觉系统、运动系统、反射和脑神经等内容有机地融合到疾病的常见症状之中,个别内容放到疾病中加以说明,并无遗漏。这一章作为《神经病学》的总论,应该使同学们把已学过的神经解剖学知识与疾病的临床表现,即症状和体征结合起来,成为进入临床的桥梁。这样做既避免了重复,又让抽象的解剖学概念转化为与之相关的活生生的症状和体征,也符合国外的几种权威神经病学教科书的编写规范。

这次编写还根据疾病的常见性、多发性及重要性的原则,确定每种疾病应占的篇幅,如腔隙性梗死是临床常见的,应写得较为充分;还补充了一些常见疾病和新概念,如急性轴索型格林-巴利综合征、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病、血管性痴呆(多梗死性痴呆、Binswanger 病、CADASIL)、病毒性脑膜炎、朊蛋白感染疾病、神经 Lyme 病、神经系统钩端螺旋体病、肌张力障碍、脊髓小脑性共济失调、离子通道病、Lewy 体痴呆、Pick 病及额颞痴呆等。目前脑性瘫痪已是全新的概念,并与许多后天性疾病有关,故略作描述;由于近年来成年人神经系统结核病日渐增多及其病损的复杂性,增写了中枢神经系统结核病一节;失语症中介绍了最新分类,并补充了复述对失语症鉴别的重要性。癫痫历来是讲授和学习中的难点,本书将癫痫章分成五节,从传统的视角描述,又贯穿了国际分类标准,尽量使概念明晰化,希望会有利于教师授课和学生掌握。

尽管做了以上诸多补充及调整的尝试,但全书的字数基本没有增加。插图由王化冰博士参照原图等重新制作,并配以简明的套色。我们还希望我们正在编制的与本书配套的多媒体教学光盘在今年年底能够问世。最后,我要诚挚地感谢我科胡维铭教授,他认真地审阅了“脑血管疾病”一章,并提出了非常有益的修正意见;感谢黄越博士为本书索引制作以及其它工作所做出的努力;感谢本书各位编者出色的工作和出版社编辑具体的指导,在

本书的编写会和定稿会上,以及平时的交流中,他们许多优秀的建议和智慧为本书增色不少;但因我本人水平所限,不妥及错漏之处在所不免,恳请使用本教材的教师和同学们批评指正。

王 维 治

2001 年 3 月 28 日于哈尔滨

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 神经系统疾病的常见症状	(4)
第一节 意识障碍	(4)
第二节 失语症、失用症及失认症	(5)
一、失语症	(6)
二、失用症	(8)
三、失认症	(9)
第三节 视觉障碍和眼球运动障碍	(10)
一、视觉障碍	(10)
二、眼球运动障碍	(11)
第四节 眩晕和听觉障碍	(14)
一、眩晕	(14)
二、听觉障碍	(16)
第五节 晕厥与痫性发作	(17)
一、晕厥	(17)
二、痫性发作	(18)
第六节 感觉障碍	(18)
第七节 瘫痪	(23)
第八节 不自主运动	(28)
第九节 共济失调	(30)
第三章 神经病学的临床方法	(33)
第一节 病史采集	(33)
第二节 神经系统检查	(35)
第三节 昏迷患者的检查	(48)
第四节 失语症、失用症和失认症的检查	(50)
第四章 神经系统疾病的辅助诊断方法	(52)
第一节 脑脊液检查	(52)
第二节 神经影像学检查	(54)
一、头颅平片和脊柱平片	(54)

二、脊髓造影和脊髓血管造影	(55)
三、数字减影血管造影	(55)
四、电子计算机体层扫描	(55)
五、磁共振成像	(56)
第三节 神经电生理检查	(57)
一、脑电图	(57)
二、脑诱发电位	(58)
三、肌电图	(60)
四、神经传导速度和重复神经电刺激	(61)
第四节 经颅超声血流图检查	(62)
第五节 放射性同位素检查	(63)
一、单光子发射计算机断层显像	(63)
二、正电子发射断层扫描	(63)
三、脊髓腔和脑池显像	(64)
四、局部脑血流量测定	(64)
第六节 脑、神经和肌肉活组织检查	(64)
一、脑活组织检查	(64)
二、神经活组织检查	(65)
三、肌肉活组织检查	(65)
第七节 基因诊断	(66)
 第五章 神经系统疾病的诊断原则	(68)
一、定位诊断	(68)
二、定性诊断	(70)
 第六章 周围神经疾病	(73)
第一节 概述	(73)
第二节 脑神经疾病	(79)
一、三叉神经痛	(79)
二、特发性面神经麻痹	(81)
三、偏侧面肌痉挛	(83)
四、多数脑神经损害	(84)
第三节 脊神经疾病	(86)
一、单神经病及神经痛	(86)
二、多发性神经病	(92)
三、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(95)
四、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(99)

第七章 脊髓疾病	(103)
第一节 概述.....	(103)
第二节 急性脊髓炎.....	(108)
第三节 脊髓压迫症.....	(110)
第四节 脊髓空洞症.....	(113)
第五节 脊髓亚急性联合变性.....	(115)
第六节 脊髓血管疾病.....	(117)
第七节 运动神经元病.....	(118)
第八章 脑血管疾病	(122)
第一节 概述.....	(122)
第二节 短暂性脑缺血发作.....	(127)
第三节 脑梗死.....	(130)
一、脑血栓形成.....	(130)
二、腔隙性梗死.....	(137)
三、脑栓塞.....	(140)
第四节 脑出血.....	(142)
第五节 蛛网膜下腔出血.....	(148)
第六节 高血压脑病.....	(154)
第七节 其他动脉性疾病.....	(157)
一、脑底异常血管网病.....	(157)
二、颞动脉炎.....	(158)
三、主动脉弓综合征.....	(159)
四、脑动脉盗血综合征.....	(160)
第八节 颅内静脉窦及脑静脉血栓形成.....	(161)
一、海绵窦血栓形成.....	(161)
二、乙状窦血栓形成.....	(162)
三、上矢状窦血栓形成.....	(162)
四、直窦血栓形成.....	(163)
五、大脑静脉血栓形成.....	(163)
第九章 中枢神经系统感染	(164)
第一节 概述.....	(164)
第二节 病毒感染性疾病.....	(164)
一、单纯疱疹病毒性脑炎.....	(164)
二、病毒性脑膜炎.....	(168)
三、进行性多灶性白质脑病.....	(169)
四、亚急性硬化性全脑炎.....	(169)

五、进行性风疹全脑炎	(170)
第三节 朊蛋白病	(171)
一、Creutzfeldt-Jakob 病	(172)
二、Kuru 病	(173)
三、Gerstmann-Straussler-Scheinker 综合征	(173)
四、致死性家族性失眠症	(173)
第四节 艾滋病所致神经系统障碍	(174)
第五节 中枢神经系统结核病	(177)
一、结核性脑膜炎	(177)
二、中枢神经系统结核瘤	(179)
第六节 新型隐球菌脑膜炎	(180)
第七节 螺旋体感染性疾病	(181)
一、神经梅毒	(181)
二、神经 Lyme 病	(183)
三、神经系统钩端螺旋体病	(185)
第八节 脑寄生虫病	(186)
一、脑囊虫病	(186)
二、脑型血吸虫病	(187)
三、脑棘球蚴病	(188)
四、脑型肺吸虫病	(188)
 第十章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(191)
第一节 概述	(191)
第二节 多发性硬化	(191)
第三节 视神经脊髓炎	(199)
第四节 急性播散性脑脊髓炎	(200)
第五节 弥漫性硬化	(202)
第六节 同心圆性硬化	(203)
第七节 脑桥中央髓鞘溶解症	(203)
 第十一章 运动障碍疾病	(205)
第一节 概述	(205)
第二节 帕金森病	(206)
第三节 小舞蹈病	(213)
第四节 肝豆状核变性	(215)
第五节 肌张力障碍	(219)
第六节 其他运动障碍疾病	(221)
一、特发性震颤	(221)

二、Huntington 舞蹈病	(221)
三、抽动秽语综合征	(222)
四、迟发性运动障碍	(223)
第十二章 癫痫	(224)
第一节 概述	(224)
第二节 部分性发作	(227)
第三节 全面性发作	(229)
第四节 常见的癫痫或癫痫综合征	(238)
第五节 癫痫持续状态	(238)
第十三章 头痛	(241)
第一节 概述	(241)
第二节 偏头痛	(242)
第三节 紧张性头痛	(245)
第四节 低颅压性头痛	(246)
第十四章 痴呆	(248)
第一节 概述	(248)
第二节 Alzheimer 病	(249)
第三节 血管性痴呆	(253)
第四节 Pick 病和额颞痴呆	(255)
第五节 路易体痴呆	(258)
第十五章 神经系统发育异常性疾病	(261)
第一节 概述	(261)
第二节 颅颈区畸形	(262)
一、颅底凹陷症	(262)
二、扁平颅底	(262)
三、小脑扁桃体下疝畸形	(263)
第三节 脑性瘫痪	(263)
第四节 先天性脑积水	(266)
第十六章 神经系统遗传性疾病	(268)
第一节 概述	(268)
第二节 遗传性共济失调	(270)
一、Friedreich 型共济失调	(271)
二、脊髓小脑性共济失调	(272)

第三节	腓骨肌萎缩症·····	(274)
第四节	线粒体肌病及线粒体脑肌病·····	(276)
第五节	神经皮肤综合征·····	(277)
一、神经纤维瘤病	·····	(277)
二、结节性硬化症	·····	(279)
三、脑面血管瘤病	·····	(280)
第十七章	神经-肌肉接头疾病 ·····	(282)
第一节	概述·····	(282)
第二节	重症肌无力·····	(283)
第三节	Lambert-Eaton 综合征·····	(288)
第十八章	肌肉疾病 ·····	(290)
第一节	概述·····	(290)
第二节	进行性肌营养不良症·····	(291)
第三节	周期性瘫痪·····	(294)
第四节	多发性肌炎·····	(297)
第五节	肌强直性肌病·····	(299)
一、强直性肌营养不良症	·····	(299)
二、先天性肌强直	·····	(300)
第十九章	自主神经系统疾病 ·····	(302)
第一节	概述·····	(302)
第二节	雷诺病·····	(303)
第三节	红斑肢痛症·····	(304)
第四节	神经源性体位性低血压·····	(305)
第二十章	神经康复 ·····	(307)
英汉神经病学名词索引·····		(310)
汉英神经病学名词索引·····		(324)

第一章 绪 论

(Introduction)

神经病学(neurology)作为从内科学中派生的学科,是研究中枢神经系统、周围神经系统及骨骼肌疾病的病因、发病机制、病理、临床表现、诊断、治疗及预防的一门临床医学门类。神经病学又是神经科学(neuroscience)的一部分,它的发展与研究神经系统的结构与机能、病因与病理的诸多神经科学的基础学科的进步是息息相关的,它们之间互相渗透,互为推动。这些基础学科包括神经解剖学、神经组织胚胎学、神经生理学、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、神经眼科学、神经耳科学、神经心理学、神经内分泌学、神经肿瘤学、实验神经病学、神经生物学及分子生物学等。神经外科学早已从神经病学中分离出来而得到了迅速的发展,儿童神经病学、围生期神经病学、新生儿神经病学和老年神经病学也已经发展或正在发展成为独立的专业。任何相关基础学科的新理论及医学仪器的发明也为神经疾病的诊断和治疗带来了革命性的变革。例如,由英国科学家、1979年诺贝尔医学奖得主 Hounsfield 设计,于1972年应用于临床的电子计算机 X 线体层扫描(CT)仪,使颅脑疾病的诊断完全面目一新;获得2000年诺贝尔医学奖的瑞典科学家 Carlsson 因发现多巴胺的信号转导功能及大脑特定部位多巴胺缺乏可引起帕金森病,而促进了有效治疗药物左旋多巴的开发。这类的实例还可以举出许多。由此可见,神经病学的研究领域非常广阔,发展前途未可限量。

由上千亿个神经细胞和 10^{14} 以上的突触组成的人类脑及周围神经系统具有极为复杂精细的结构和功能。由脑、脊髓组成的中枢神经系统(central nervous system, CNS)和由脑神经、脊神经组成的周围神经系统(peripheral nervous system, PNS)组成了一个完整、统一、和谐的整体,指挥和协调躯体的运动、感觉和自主神经功能,感受机体内外环境传来的信息并做出反应,参与人的意识、学习、记忆、综合分析等高级神经活动。根据其主司的功能不同,又可分为躯体神经系统和自主神经系统,前者主要调整人体适应外界环境变化;后者主要调节其他系统和器官,即稳定机体的内环境,下丘脑是大脑皮质调节下的自主神经中枢,并调控垂体激素的释放。

神经病学研究内容包括 CNS 疾病、PNS 疾病和骨骼肌疾病,疾病的种类包括感染、血管病变、肿瘤、外伤、自身免疫、变性、遗传、中毒、先天发育异常、营养缺陷和代谢障碍等。各种疾病通常有其独特的病理改变及神经系统(或肌肉组织)特定的好发部位。因此,在寻找神经疾病的病因时,首先应弄清病变的确切部位,把疾病的定位与定性有机地结合起来,才能做出一个完整的诊断。应该注意到,神经系统的功能紊乱可导致其他系统器官的功能障碍,如丘脑出血常引起消化道溃疡,重症脑病可导致心律失常等;其他系统疾病同样也能导致神经系统功能障碍,如高血压、糖尿病、高脂血症均可促进脑梗死的发生,甲状

腺机能亢进可引发低钾性周期性瘫痪、肝性脑病、肝性脊髓病、糖尿病性周围神经病及副肿瘤神经综合征等；骨、关节、周围血管和结缔组织等疾病也可引起运动及感觉障碍，类似于神经受损。大脑额叶及颞叶病损如病毒性脑炎常可出现精神症状，癫痫可表现为精神运动性发作等，其与主要表现为认知、情感、意志和行为等精神活动障碍的精神疾病不同。因此，在进行神经系统疾病诊断时，必须有整体性观念，不要囿于神经系统本身，而失之偏颇。

神经系统疾病的症状，根据其发病机制可分为四类：①缺损症状：指神经组织受损使正常神经功能减弱或缺失，如主侧半球脑梗塞导致对侧肢体偏瘫、偏身感觉障碍和失语；面神经炎时引起同侧面肌瘫痪等；②刺激症状：指神经结构受激惹后产生的过度兴奋表现，如大脑皮质运动区刺激性病变引起部分性运动性发作；腰椎间盘突出引起坐骨神经痛等；③释放症状：指中枢神经系统受损使其对低级中枢的控制功能减弱，而使低级中枢的功能表现出来，如上运动神经元损害而出现的锥体束征，表现肌张力增高、腱反射亢进和 Babinski 征阳性；④休克症状：指中枢神经系统急性局部性严重病变，引起与之功能相关的远隔部位的神经功能短暂缺失，如较大量脑出血急性期，偏瘫肢体呈现肌张力减低、腱反射消失和 Babinski 征阴性，即所谓的脑休克；急性脊髓横贯性病变时，受损平面以下同样表现为如上的弛缓性瘫痪，即所谓的脊髓休克；休克期过后，逐渐出现神经缺损症状及释放症状。

近年来由于科学技术的长足进步，许多先进的检查仪器的问世及特殊检查方法的出现，为临床诊断提供了有力的手段和极大的便利。这些检查技术可以拉出一条长长的清单，而且许多是无创性检查，如电子计算机体层扫描(CT)、CT 血管造影(CTA)、磁共振成像(MRI)、磁共振血管造影(MRA)、数字减影血管造影(DSA)、视觉、脑干听觉、体感诱发电位(VEP、BAEP、SEP)、事件相关电位(ERP)、神经传导速度(NCV)、脑电图(EEG)、脑电地形图(BEBM)、肌电图(EMG)、经颅多普勒(TCD)、单光子发射计算机断层(SPECT)、正电子发射断层扫描(PET)、局部脑血流量测定(rCBF)、肌肉和神经的活组织检查、等电聚焦技术检测脑脊液寡克隆带(OB)、脑脊液细胞学及检测特异性抗体及细胞因子等，此外还有基因诊断技术，如基因突变检测、基因连锁分析、mRNA 检测、核酸分子杂交技术、聚合酶链反应(PCR)、DNA 测序等。然而，所有这些先进的技术都无法取代基本的临床方法，临床诊断的基本思路必须从完整详尽的病史和细致准确的神经系统检查开始，再经过周密的思索和合理的分析得出临床结论，辅助检查只能为临床诊断提供依据或佐证。事实上，临床有许多神经疾病的诊断主要依靠病史及其表现，如三叉神经痛、癫痫、血管性头痛、短暂性脑缺血发作、晕厥、神经源性直立性低血压、周期性瘫痪等；还有些疾病的诊断主要依靠患者的体征，如帕金森病、肌张力障碍、小舞蹈病、小脑性共济失调、神经皮肤综合征、雷诺病、红斑肢痛症、进行性肌营养不良症等。脑脊液检查，包括常规、生化、细胞学、IgG 指数和寡克隆带等仍然是神经系统疾病的常规检查，对许多神经疾病的诊断具有不可替代的，有时甚至是决定性的意义。

在治疗方面，神经系统疾病大致可区分为三类：①有许多较常见的疾病是可以完全或基本治愈的，例如，大多数脑膜炎、脑炎、营养缺乏性疾病、良性肿瘤、特发性面神经麻痹、格林-巴利综合征、脑出血及脑梗死(轻症病例)、脑囊虫病(轻症病例)、脊髓亚急性联合变

性(早期病例)等,对这类疾病应及时确诊并采取特效或有效的治疗;②还有许多较常见的疾病虽不能根治,但通过治疗可使患者的症状或病情完全得到控制或缓解,如多种类型的癫痫、帕金森病、帕金森综合征、三叉神经痛、多发性硬化、重症肌无力、偏头痛和周期性瘫痪等,对这类疾病则应采取有效的药物及其它措施治疗,尽量控制疾病的进展,减轻病人的残疾程度;③另一类疾病,目前尚无有效的治疗方法,包括恶性肿瘤、神经变性病(如 Alzheimer 病、运动神经元病、脊髓空洞症等)、神经系统遗传性疾病(Friedreich 共济失调、脊髓小脑性共济失调、腓骨肌萎缩症)、朊蛋白病、AIDS/HIV 所致神经系统损害等,对这类疾病应给予适当的对症及支持疗法,并进行精心护理。

教师们在使用本教材时,要尽量采取多媒体教学方法,并逐渐加以完善;同学们学习时除了要充分利用书中的插图及神经系统模型和标本之外,更要密切地联系临床实际,即密切地联系病人的症状和体征,要肯于在临床实践中花费“笨功夫”。神经疾病的病史采集、神经系统检查法、基本操作技能如腰椎穿刺等是临床神经科医生的基本功,同学们要有意识的加强训练,教师也应把临床实践作为学习的重点加以要求。要在学习各种神经疾病的过程中,把神经解剖学、神经病理学等基础知识加以融会贯通,学会进行综合分析的整体观点,掌握神经疾病独特的定位及定性诊断方法,掌握神经系统常见病和危重病的诊断和治疗原则,重视培养和训练分析问题和解决问题的能力。要乐于去认真地观察病情、仔细地询问病史、详细地进行神经系统检查,要把“向书本学习,更要从病人学习”作为始终遵循的格言。假如有一天,你确实感到在如此枯燥繁琐的临床工作中体味到了乐趣,那么我相信,你一定在神经病学的学习方面有了许多心得。我衷心地希望同学们都能够达到这样的境界。

(王维治)

第二章 神经系统疾病的常见症状

(Symptomatology of the Neurological Diseases)

神经系统结构及功能的损害,在临床上会产生相应的症状、体征或综合征,准确识别这些症状和体征有助于推测病变的部位,也有利于确定疾病的性质。掌握神经系统疾病症候学是进行临床诊断的基础。

第一节 意识障碍

意识(consciousness)在医学中是指大脑的觉醒程度,是机体对自身和周围环境的感知和理解的功能,并通过人们的语言、躯体运动和行为等表达出来;或被认为是中枢神经系统(CNS)对内、外环境的刺激所做出的应答反应的能力,该能力减退或消失就意味着不同程度的意识障碍(disorders of consciousness)。

意识的内容即为高级神经活动,包括定向力、感知力、注意力、记忆力、思维、情感和行为等。影响意识最重要的结构是脑干上行性网状激活系统(ascending reticular activating system),它发放的兴奋向上传至丘脑的非特异性核团,再由此弥散地投射至整个大脑皮层,对皮层的诱发电位产生易化作用,而使皮层不断地维持醒觉状态,该结构的损害就不可避免地导致意识障碍;其次是中枢整合机构,弥漫性的大脑皮层损害会引起意识水平下降。

【临床分类】 为了便于临床观察,按意识障碍的严重程度,意识范围的大小、内容及脑干反射把意识障碍分为:

1. 意识水平下降的意识障碍

(1)嗜睡(somnolent):是意识障碍的早期表现,处于睡眠状态,唤醒后定向力基本完整,但注意力不集中,记忆稍差,如不继续对答,又进入睡眠。常见于颅内压增高病人。

(2)昏睡状态(sopor):处于较深睡眠状态,较重的疼痛或言语刺激方可唤醒,作简单模糊的回答,旋即熟睡。

(3)昏迷(coma):意识丧失,对言语刺激无应答反应;可分为浅、中、深昏迷(表 2-1)。

表 2-1 昏迷程度的鉴别

昏迷程度	疼痛刺激反应	无意识自发动作	腱反射	瞳孔对光反射	生命体征如血压、呼吸
浅昏迷	有反应	可有	存在	存在	无变化
中昏迷	重刺激可有	很少	减弱或消失	迟钝	轻度变化
深昏迷	无反应	无	消失	消失	明显变化