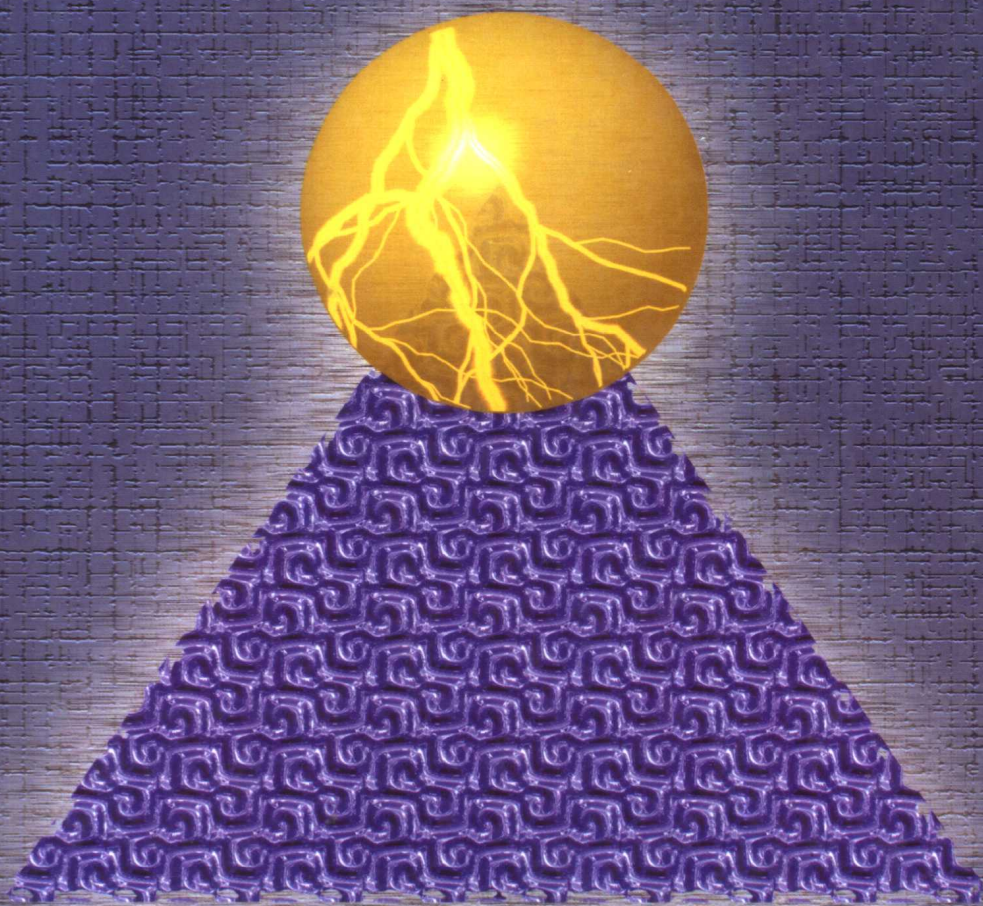


编著 卢亮 王荪

神经疾病鉴别诊断学

—— 临床与基础



河南医科大学出版社

R741.04

LL
C.1

神经病学
诊断,鉴别

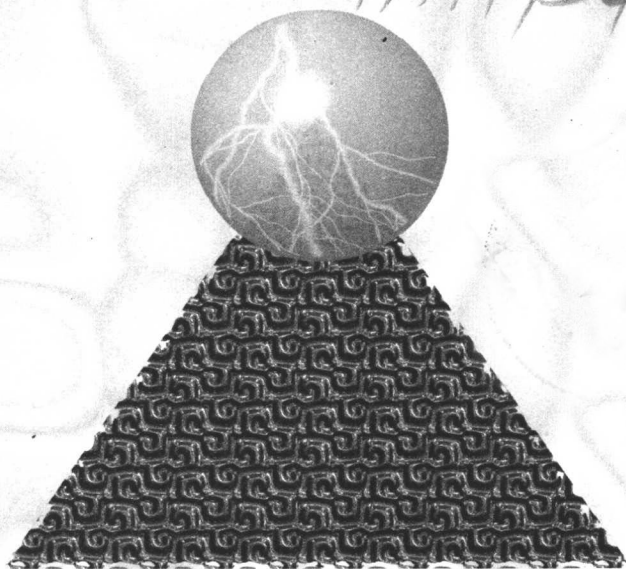
112691

编著 卢亮 王荪

神经疾病鉴别诊断学

——临床与基础

FA17/3406



河南医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经疾病鉴别诊断学——临床与基础/卢亮,王荪编著.
—郑州:河南医科大学出版社,2000.9
ISBN 7-81048-374-9

I.神… II.①卢…②王… III.神经系统疾病-
鉴别诊断 IV.R741.041

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 51046 号

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

河南医版激光照排中心照排

郑州文华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 36.5 字数 865 千字

2000 年 9 月第 1 版 2000 年 9 月第 1 次印刷

印数 1~3 150 册 定价:68.00 元

作者简介

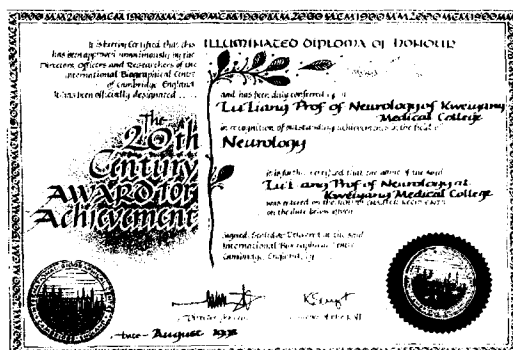


卢亮,男,1925年4月生,湖南长沙人。1950年毕业于贵阳医学院(6年制)。1954~1955年在湖南医学院神经精神病学高级师资班学习。1958~1959年在北京协和医院神经科进修。曾任贵阳医学院神经精神病学教研室主任、教授,参与创建贵州省老年医学研究所。曾担任中华医学会儿科神经精神科学会委员和贵州省神经精神科学会主任委员,贵州省心理卫生协会理事长,贵州省心理学会副理事长。1985~1991年任《脑电图学与神经精神疾病杂志》主编。曾任《中华神经精神科杂志》、《中国神经精神疾病杂志》、《国外医学神经病学分册》、《中风及神经疾病杂志》、《临床神经病学杂志》等杂志编委。先后出版了《临床神经病理学》(上册)、《简明儿童神经病学》、《精神病的临床与防治》、《精神医学基础》(第一卷)等著作。曾多次荣获省级科技进步奖和省部级重大科技成果奖。曾多次到国外参加国际性学术会议。1986年被载入美国生理及心理研究所主编的《生物行为科学名人录》,1989年被载入美国传记研究所主编的《国际荣誉名人录》,1998年被载入英国剑桥国际传记中心主编的《国际传记辞典》。他的事迹被收入中华医学会儿科神经精神病学发展概况》。

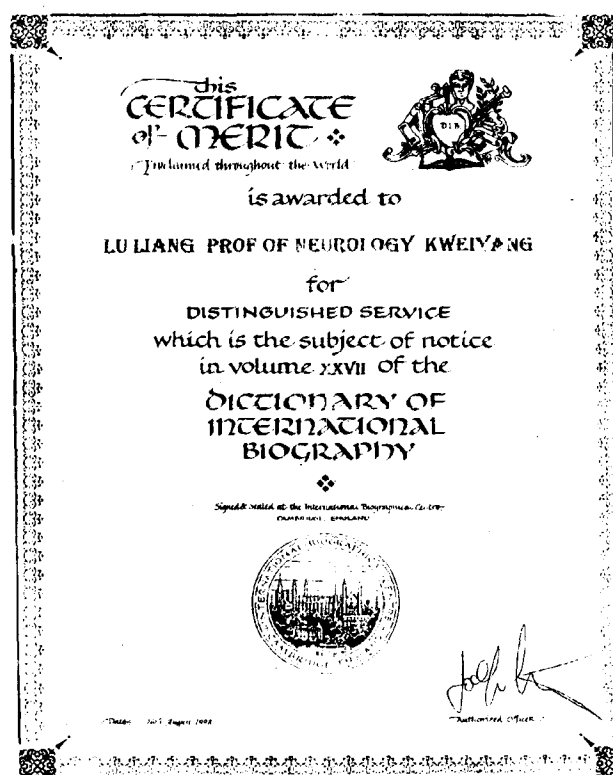


王荪,男,1927年1月生,云南石屏人。1951年毕业于云南大学医学院。1954~1955年在湖南医学院神经精神病高级师资班学习。1984~1985年在法国里昂神经病医院进修。曾任昆明医学院第一附属医院神经精神病学教研室主任兼科主任、教授。中华神经精神科学会第二、三届委员会委员;云南神经精神科学会第一、二届主任委员;云南省医学会儿科神经精神科学会第二、三届理事;云南心理学会第二、三届理事。现担任《中国临床心理学杂志》、《国外医学神经病学神经外科学分册》及《国外医学脑血管疾病分册》3种期刊编辑委员。主编了《临床神经心理学》和《失语症学》。主持的科研项目有多项获云南省科技成果奖,发表论文30余篇,译文、文摘及综述40篇。1992年10月起享受国务院颁发的政府特殊津贴。事迹被收入《中国现代神经精神病学发展概况》。

卢亮教授荣获英国剑桥国际传记中心荣誉证书



20 世纪成就奖证书



载于第 27 版《国际传记辞典》证书

序一

1990年国际上将20世纪最后10年定为“脑的十年”,在此10年中,人类在了解脑、保护脑和开发脑三方面都取得了长足的进步。然而,脑和神经系统是自然界最复杂的物质结构,至今尚存在许多未解之谜。从神经病学而言,近20年来的进展也是非常迅速和巨大的。随着神经科学的发展,奠定神经病学基础的重要知识也日益丰富。但是,临床医师日常的诊疗任务相当繁忙,很难有时间去阅读大量的神经科学的最新文献。如果有丰富的临床经历又有比较多的新的神经科学知识的学者编写一些神经病学书籍,正是神经科学工作者所迫切期望。《神经疾病鉴别诊断学——临床与基础》的出版,或许能满足,至少能满足一部分人的这种要求。

神经疾病的诊断与鉴别是神经科临床工作的首要工作,只有在正确诊断的基础上采取相应的措施才有力量。神经疾病的诊断包括定位和定性两方面。临床医师首先根据病史和体征,运用神经解剖、生理和病理等各项知识进行分析综合,做出定位诊断。定性诊断则基于病灶定位和病史特点,再运用神经病理、神经生化、免疫学、电生理学、影像学等检查结果来做出。

疾病的诊断与鉴别是紧密联系着的临床思维。神经科医师应能正确认识各种症候与综合征。虽然现在已有各种各样的先进技术和高精尖仪器可供利用,但牢固掌握神经病学的基础知识,才能体现出一位优秀的神经病学医师恰当的疾病诊断的水平。

我认为在医学课程中,神经病学是其中比较难以掌握的学科之一。神经系统的结构与功能非常复杂,研究进展日新月异。神经科学的文献资料浩繁,据估计,全世界关于神经科学的专业期刊,为数当在百种以上;与神经病学有关的专业杂志,更是数不胜数。新技术的发现,新概念的产生和新知识的积累,正在以惊人的速度向前发展。从事神经科学研究的人们不禁产生一种共同的感觉,即抱怨自己总是赶不上时代前进的步伐。临床神经科学还面临不断更新的症征概念和不断增添的症候类型,况且对症候群的命名,依据各异,有的采用原作者的名字,有的采用其病因或发病机制,有的择其主要症状,十分庞杂,系统混乱。由于上述各种原因,以致令神经科临床工作者感到头绪纷繁,忙而且乱,妨碍了自己的进步,而且也妨碍本学科的发展。

1999年初卢亮教授将《神经疾病鉴别诊断学——临床与基础》书稿寄来并约作序。我虽然有病,握笔不便,但由于本书内容丰富,资料新颖,值得向同道们推荐,故仍欣然提笔作此推介。

本书主编卢亮和王荪2位教授是著名的神经病学专家,他们都有近半个世纪的神经科的医、教、研经验,又曾至国外讲学和进修,掌握了大量的有关该学科的文献资料。参与的编者中,有的反复去美国进修,有的长期在美国工作,不断获取国外的有关学科新知识。因此,保证了本书以较高质量问世。

本书的一个特点是临床与基础相结合。对各种症候、症征均首论其解剖、生理、病理基础知识。因神经功能改变而引发的症状,亦指出其基本概念。本书包罗了许多神经疾病综合征,对各种症候又列举其各种可能的病因与发病机制。这本书对神经科医师的临床实践将有很大裨益,乐于为序。

赵葆询

1999年国庆节于北京

序二

1949年以来,我国神经病学获得不断发展,表现为专业队伍的壮大、业务水平的提高、科研成果的积累。现面临21世纪的到来,这门学科当然必须进一步地发展壮大。为适应21世纪的要求,神经病学的各个方面都要更上一层楼。

在神经科的临床方面,在诊断技术上如何提高,当然包括好些方面,而其中首要的是准确地掌握神经疾病鉴别诊断的基本知识。这类知识在已出版的神经病学书籍中都有涉及,有的也写得很好,但是更系统、更全面的论著仍属必要。

本书符合这个时代的要求。在编纂时考虑到各个方面,扼要而周到,分章清楚,重点突出。既是初学者的工具书,亦可作为较高资历的神经科医师的参考书。

本书的作者运用神经科的临床知识及基本的神经解剖生理学知识,加上多年在临床上实践的心得体会,汇成此书。相信它将为我国神经病学的进一步发展做出有益的奉献。

陈学诗

1999年11月

前言

江城子 密州出猎

老夫聊发少年狂，左牵黄，右擎苍，锦帽貂裘，千骑卷平冈。为报倾城随太守，亲射虎，看孙郎。酒酣胸胆尚开张，鬓微霜，又何妨！持节云中，何日遣冯唐？会挽雕弓如满月，西北望，射天狼。

苏东坡

当笔者编完《神经疾病鉴别诊断学——临床与基础》一书时，回顾一下编写历程，不禁对苏氏这首词产生共鸣。1997年初约请昆明医学院神经内科专家王荪教授共同编写此书之时年已逾古稀，真是“老夫聊发少年狂”。编写之中深感精力不够，于是又约王文敏、卢卫、张启文、卢劲等参与，很有“锦帽貂裘，千骑卷平冈”的味道。

神经科学具有多学科交叉和内容更新速度极快的特点，临床神经病学也是如此。笔者从事神经内科临床工作已近半个世纪，深感对任何一种神经疾病要做出正确的诊断与处理，必须依靠坚实的神经科学基础知识。而这些知识又经常在更新之中，作为一名临床医生，一边是繁忙的诊疗工作，一边是大量的文献资料，经常感到难以应付自如。

笔者在退休后，摆脱繁重的临床工作，有了较多的时间来阅读神经科学资料，于是萌生编写一本关于神经疾病鉴别诊断学的念头。本书的编写是从神经疾病的症状和体征出发，结合神经解剖和病理生理来阐述这些病症的产生机制，让读者对神经疾病的症征知其然并知其所以然。按这个原则来编写本书，我们尽可能利用最新参考文献，并介绍一些神经科学的进展，使临床工作者在繁忙的诊疗任务中，浏览一下本书，对神经疾病的鉴别诊断有所裨益。

本书分34章，叙述神经疾病的各种症状和综合征，均先从其基本概念立论，涉及导致各种病症的基本原理。以下简单介绍一些章节的编写特点。

在睡眠障碍章，编者从睡眠的正常周期开始叙述，涉及睡眠与觉醒的解剖学、生理学、神经药理学知识。次则论及睡眠障碍，对睡眠的生理和病理基础知识作了较详细的叙述。比如当人体患感染性疾病时为什么嗜睡，可能与患者脑内释放过多的细胞激肽有关。

在眼球运动障碍章中对眼球运动的调控机制作了比较系统的介绍，引用了许多最近的关于眼的追踪运动和扫视运动的神经调控的有关文献。本章中有一段叙述前额叶病变，亨廷顿舞蹈症患者很难保持视力的固定，而且不能抑制不需要的扫视运动，所以几乎不能对他做到满意的检查。读者对眼的扫视运动与追踪运动受额叶调控的细节，可从本

章中了解到,于是对亨廷顿舞蹈症这个疾病有了了解。本章中还有一段描述顶叶启动的反射性探究性质的扫视运动,企图审视当前环境,而额叶的作用更高一级,它能随意地启动扫视运动,以便适应即将到来的客观条件。这样便对大脑额叶或顶叶调控眼球运动的不同机制作了概括性论述。又如桥脑旁正中网状结构和内侧纵束以及脑干和小脑对眼球运动的神经调控系通过很复杂的神经通道,这些神经通道有些是很明确的,有些系推测性的,在本章中都作了简短介绍。这样便于临床医师了解一些病症产生的道理。如核间性麻痹、一个半症、Parinaud 症等。

在意识障碍章中,编者叙述了意识障碍的病理生理,特别是脑白质缺血缺氧的病理生理。这些资料的介绍,因为本书篇幅所限,不可能做到全面系统,但愿读者浏览此书后,能够举一反三,再去查找一些资料,有利于提高对疾病的诊治水平。

虽然本书不是神经影像学专著,但从鉴别诊断学的角度出发也对不同神经疾病的影像学特点作了简单扼要的论述。这些叙述也尽可能从不同神经疾病造成的不同影像改变的机制立论。例如,脑出血的 MRI,本书分别叙述其急性期、亚急性期、慢性期的影像特点,这些特点与脑出血形成血肿的病理改变,尤其是红细胞的病理改变有关。又如脱髓鞘疾病或髓鞘营养不良的 MRI,本书简单说明脑的髓鞘形成特点及常见的髓鞘营养不良(异染性白质脑病、Krabbe 病等)的 MRI 改变特点。如此则对临床医师在阅读 MRI 和 CT 片时有一些基础知识。

本书有 2 章系讨论精神疾病。根据笔者的临床经验,在我接待的病人中,至少有一半不是患的神经疾病,甚至完全没有疾病。笔者接待这样的病人,完全是用心理咨询来解决。从神经病学中的行为与人格障碍章节中,特别对神经症叙述较为详细。据估计,人群中精神病人与神经症之比为 1:(10~15)。许多神经症患者因瘫痪、失明、失聪等转换症状或因各种躯体不适未查出器质性损害,而又不愿去精神科。故神经科医师及其他临床医师必须熟悉神经症这一常见病的诊断与处理。本章在叙述精神分裂症时,对近年来关于精神分裂症的基础研究作了介绍。

本书的编者之一张启文博士是笔者的研究生。她自毕业后去美国留学,她对本书文献资料的收集出了大力。本书于 1999 年初完稿,故最新的参考文献大部分只到 1997 年。

本书能保证及早印刷发行,有劳著名神经解剖学家杜树人教授向河南医科大学出版社推荐。本书听觉障碍章蒙著名耳鼻喉科学家王尚礼主任医师审阅,本书的有关神经眼科部分均经眼科学家詹业华大夫审阅,特此鸣谢!

最后还应提出,我国神经精神病学界老前辈赵葆询、陈学诗两位教授对本书的编写自始至终给以极大的支持,并亲自作序。这不仅是对本书 6 名作者精神上极大的奖励,也寄托着以赵、陈两位教授为代表的老前辈神经精神病学界对我国神经精神病学事业所赋予的厚望。

在将本书按原计划交稿之日,我要特别向在出版、印刷方面提供各种方便的河南医科大学出版社的每一位朋友致以最诚挚的敬意和谢意。

尚望读者及时对本书的缺点错误赐教指正。

卢 亮

2000 年 3 月 10 日于北海

目 录

第一章 神经疾病诊断入门	(1)
第二章 嗅觉障碍	(10)
第三章 视觉障碍	(12)
第一节 视觉通路	(12)
第二节 视力减退及丧失	(13)
第三节 视野变化	(17)
第四节 眼底改变	(23)
第四章 眼球运动障碍	(29)
第一节 眼球运动的神经支配	(29)
第二节 眼肌运动异常	(33)
第三节 眼球运动的中枢调控	(41)
第四节 眼肌瘫痪与凝视麻痹	(47)
第五节 眼球震颤	(57)
第五章 瞳孔与眼睑异常	(63)
第一节 瞳孔的神经支配及功能	(63)
第二节 瞳孔异常的鉴别诊断	(68)
第三节 眼睑异常的鉴别诊断	(72)
第六章 面肌瘫痪及活动过度	(76)
第一节 面神经和中间神经的传导通路	(76)
第二节 面神经麻痹的鉴别诊断	(79)
第三节 面肌活动过度	(82)
第七章 听觉障碍	(85)
第一节 听觉的上行及下行传导	(85)
第二节 耳聋	(88)
第三节 耳鸣与听觉过敏	(98)
第八章 头晕及眩晕	(101)
第一节 前庭系统解剖概述	(101)
第二节 眩晕的鉴别诊断	(104)
第三节 头晕及眩晕的检查	(112)
第四节 眼动描记法	(115)
第九章 脑神经概述及后组脑神经损伤	(126)
第一节 脑神经概述	(126)
第二节 与吞咽有关的脑神经	(130)

第三节	吞咽障碍的鉴别诊断	(132)
第四节	构音障碍的鉴别诊断	(133)
第五节	迷走神经损伤造成的言语困难	(136)
第六节	痉挛性发音困难及口吃	(138)
第七节	后组脑神经个别损伤的鉴别诊断	(140)
第八节	后组脑神经共同损伤的鉴别诊断	(141)
第十章	脑干综合征及丘脑综合征	(144)
第一节	脑干和丘脑的解剖结构与功能	(144)
第二节	丘脑综合征	(149)
第三节	脑干缺血性卒中综合征	(152)
第四节	基底动脉尖部综合征	(160)
第五节	脑干内、外损害的鉴别	(162)
第十一章	头面部疼痛	(163)
第一节	发病机制	(163)
第二节	临床诊断步骤	(168)
第三节	鉴别诊断及辅助检查	(170)
第十二章	肌张力障碍	(172)
第一节	肌张力的基本概念	(172)
第二节	成年人肌张力障碍	(178)
第三节	婴儿期肌张力降低	(180)
第四节	脑发育及神经披髓的 MRI 研究	(186)
第十三章	肌无力	(189)
第一节	神经肌肉瘫痪的基本概念	(189)
第二节	肌无力的一般检查	(191)
第三节	肌无力的辅助检查	(193)
第四节	肌无力的鉴别诊断	(198)
第十四章	肌肉萎缩	(205)
第一节	肌肉的基本结构和功能	(205)
第二节	肌肉萎缩的发病机制	(206)
第三节	肌肉萎缩的诊断	(207)
第四节	肌肉萎缩的鉴别诊断	(209)
第五节	肌电图检查的补充论述	(215)
第六节	神经源性疾病与肌源性疾病的肌肉组织学特征及神经活检	(216)
第十五章	肌肉痛性痉挛与过度收缩综合征	(218)
第一节	肌肉疼痛的基本概念	(218)
第二节	肌肉疼痛及痛性痉挛的鉴别诊断	(220)
第三节	几种肌肉过度收缩综合征的鉴别诊断	(222)
第十六章	不自主运动和异常运动	(227)

第一节	关于基底神经节的基本概念	(227)
第二节	锥体外系统的神经联系	(232)
第三节	神经元变性与神经变性病	(235)
第四节	不自主运动的症状学及临床检查	(244)
第五节	基底节变性的辅助检查	(263)
第十七章	共济失调与小脑综合征	(267)
第一节	小脑的结构与功能	(267)
第二节	共济失调的症状与体征	(271)
第三节	共济失调的鉴别诊断	(275)
第四节	共济失调的 MRI 检查	(279)
第十八章	步态障碍	(280)
第一节	步态的生理学与解剖学概述	(280)
第二节	步态障碍的病因及症状分析	(281)
第三节	行走和姿势的观察	(282)
第四节	异常步态类型	(288)
第十九章	偏瘫、单瘫、脑动脉闭塞引起的临床综合征	(294)
第一节	运动功能及脑动脉的解剖	(294)
第二节	瘫痪的临床观察	(298)
第三节	脑动脉闭塞的主要临床表现	(307)
第四节	瘫痪的辅助检查	(309)
第二十章	截瘫和脊髓综合征	(319)
第一节	脊髓疾病的症候学	(319)
第二节	常见的脊髓综合征	(327)
第三节	脊髓不同节段病损的临床特征	(330)
第四节	脊髓疾病病因的鉴别诊断	(332)
第五节	脊椎与脊髓的 MRI 研究	(333)
第二十一章	肢体与躯干的感觉异常	(336)
第一节	感觉的基本概念	(336)
第二节	感觉丧失的临床类型及其病理	(337)
第三节	感觉障碍的中枢定位	(341)
第二十二章	上臂和颈项疼痛	(345)
第一节	神经系统疾患引起的上臂和颈项疼痛	(345)
第二节	非神经系统疾患引起的上臂和颈项疼痛	(350)
第二十三章	下背部和下肢疼痛	(353)
第一节	下背部和下肢的神经分布概述	(353)
第二节	病史及体检	(356)
第三节	下背部疼痛和下肢疼痛的鉴别诊断	(358)
第二十四章	括约肌障碍及性功能障碍	(363)

第一节	调控膀胱的神经及其病理生理	(363)
第二节	膀胱的功能障碍	(366)
第三节	尿道的功能障碍	(369)
第四节	肛门括约肌功能障碍	(371)
第五节	性功能障碍	(372)
第二十五章	发作性意识障碍及跌倒发作	(379)
第一节	晕厥	(379)
第二节	癫痫发作	(385)
第三节	心因性及其他发作性意识障碍	(391)
第四节	跌跤及跌倒发作	(393)
第二十六章	意识障碍、昏睡和昏迷	(398)
第一节	意识及其障碍	(398)
第二节	昏睡和昏迷	(403)
第二十七章	谵妄	(422)
第一节	临床特征	(422)
第二节	诊断与鉴别诊断	(425)
第三节	病理生理、预后和处理	(432)
第二十八章	睡眠障碍	(435)
第一节	正常睡眠	(435)
第二节	睡眠障碍分类方案及其诊断标准	(440)
第三节	失眠	(443)
第四节	睡眠过度	(447)
第五节	睡眠呼吸暂停	(453)
第六节	异常睡眠	(459)
第七节	昼夜节律睡眠紊乱的临床类型	(464)
第二十九章	记忆与智力障碍	(466)
第一节	学习和记忆的神经基础	(466)
第二节	学习和记忆的生理心理基础	(468)
第三节	记忆障碍	(470)
第四节	智力和智力障碍	(477)
第五节	痴呆	(482)
第三十章	失语症	(491)
第一节	概述	(491)
第二节	各种失语症综合征的临床特征	(495)
第三节	失语症的诊断与鉴别诊断	(504)
第三十一章	失认症与失用症	(508)
第一节	失认症	(509)
第二节	失用症	(516)

第三十二章 神经病学中的行为与人格问题	(521)
第一节 人格和行为的基本概念	(521)
第二节 临床上容易遇到的人格障碍	(522)
第三节 继发于神经疾病的人格改变	(524)
第四节 神经症	(526)
第五节 癔症	(529)
第六节 心理创伤后应激障碍	(530)
第三十三章 神经病学中的精神病问题	(531)
第一节 中国精神疾病的流行病学调查	(531)
第二节 精神分裂症及其基础研究	(531)
第三节 老年人情感性精神障碍	(536)
第四节 神经疾病的抑郁状态	(540)
第五节 其他精神障碍	(541)
第三十四章 妊娠期及老年期的神经病学问题	(543)
第一节 妊娠期的神经病学问题	(543)
第二节 老年医学及老年神经病学概述	(549)

第一章 神经疾病诊断入门

关于神经疾病的鉴别诊断,作者先引用著名学者 Peter Duus 和史玉泉的论证如下:

Peter Duus 在其《神经系统疾病定位诊断学》中说道:神经系统内结构与功能相关的基础知识,对了解神经系统各种疾病和损伤时的症状、体征和综合征是必需的,可为诊断提供正确的观点。根据这些知识和从既往病史询问中所收集的资料,以及从体格检查和神经系统检查结果,寻找局部邻近体征可做出鉴别诊断。当这些鉴别诊断做出后,就可以决定再进一步做哪些检查,以及运用哪些不同的最有效的技术性诊断工具。这种或那种技术性检查的结果,可作为试验性诊断的补充或建议使用其他方法。仅使用技术性诊断方法,而不仔细采集既往病史资料并进行常规的神经系统检查,是很容易失败的,在疾病的初期诊断过程中尤为如此。神经病学之所以有很大的魅力和吸引力,就是因为仅仅通过分析既往病史和基本临床所见,就可以反复思考做出鉴别诊断。史玉泉在其《神经影像学时代临床神经病学检查的作用》一文中指出:脊髓、脑神经、脊神经、自主神经等不同成分的感觉、运动、反射及内脏的自主活动的检查发现,通过一个多世纪以来各国学者们的不断努力、研究与开拓,已经积累了一整套较有成效、内容丰富且简便易行的检查常规,如果能认真执行,严格要求,避免偏见,周密观察,其正确性是较高的。取得的结果能初步决定病变所在的位置、范围、大小及大体的性质,从而为诊断神经系统疾病提供最初步但极有参考意义的信息。临床医生根据这些信息,结合从病史及体格检查所观察到的情况,综合分析,可以提出初步诊断意见,为进一步检查,包括实验室检查、影像学检查,做出最佳的选择。因此,长期以来都把病史询问、体格检查列为诊断疾病的常规,是临床医生最起码的基本功。这一基本功的不断提高还取决于下列条件:①神经解剖与神经生理基础知识的掌握程度;②各种神经疾病的病因、病理、临床特征及各种神经综合征的识别能力;③实验室检查结果的熟悉程度与分析能力;④影像学检查所提供的信息的识别能力;⑤临床思维方法,特别是将已取得的各类信息进行判别、筛选、分析、综合,使错综复杂的头绪简化的能力。最终确定一个最符合实际情况的诊断,治疗亦就迎刃而解了。

一、医学模式的转变及临床思维的过程

(一)医学模式的转变

近代医学是在生物科学的基础上发展起来的。由于近代医学模式是以生物科学为基础的,因此近代医学模式称为生物医学模式。它的基本观点是疾病的发生都应当在器官细胞或生物大分子上找到形态上的或理化的改变,都有其生物学方面的特定原因、发病机制。随着研究的更深入、更广泛进行,发现外界的很多因素在疾病的发生和发展中起到重要的作用,例如环境中大气污染、噪音,行为因素中的吸烟、酗酒等带来的危害,都是与社

会问题相关联的。而从机体内部来看,精神、心理因素无论在致病抑或对疼痛的发展、变化以及对治疗所起的作用,都是不容忽视的。许多心理、精神状态上的不利因素又常常直接受社会诸因素的影响。工作与劳动的紧张,就业、经济的压力以及各种社会不良风气 and 行为带来的问题都能参与发病和疾病的转归。因此,已有的生物医学模式已明显感到不足以概括需要研究的领域,从而提出了生物-心理-社会医学这一模式。

医学紧密地与现代生物学相结合。关于病因与发病机制的研究愈来愈着重于整体因素如遗传、免疫、激素和神经等对于机体及疾病的影响和作用。基因的研究,推动了很多先天性遗传疾病能在出生前得到正确的诊断,已有少数无法根治的先天性遗传病通过基因疗法在临床中取得初步疗效。

生物-心理-社会医学模式更加重视心理精神科学取得的研究成果与生物医学相结合。虽然分子生物学已在神经科学中取得了令人瞩目的进展,然而在弄清脑的高级神经功能方面还要走很长的道路。

方圻曾在1995年出版的《现代内科学》中倡导“内科医生要关注、学习和使用神经科学的新知识、新进展,和神经科学的工作者一起对发病的病因、发病机制和心理、精神因素进行深入研究。心理咨询和心理治疗在一些国家已广泛使用,我国则刚刚起步,不应把它看成仅仅适用于某些精神病患者的治疗方法,而是对于有明显精神、心理障碍因素的病人都宜于施用的治疗手段”。“内科学还应当重视社会因素对机体、疾病所给予的影响”。

(二)临床思维的过程

方圻曾在《现代内科学》中指出:“从认识到治疗疾病的全部过程,都贯穿着医生的思维活动,诊断是否正确、治疗是否恰当,反映了医生的水平和素质。如何使我们的主观思维符合于客观实际,尽可能少犯错误,是每一位临床医生所必须懂得而又需要倾毕生之力去追求、探索和提高的境界。”

1. 临床思维的一般过程 临床实践的第一步总是先对病人的疾患进行了解。医生总是尽可能地通过必要的检查手段做出初步诊断,再根据诊断给予必要的治疗。临床实践由初步的诊断、治疗到再认识,再次修正治疗方案,反复不断地进行着,直到问题解决。

2. 诊断过程中的临床思维 诊断开始于从病人那里取得第一手的临床资料,采集病史、体检及初步的化验和检查是必不可少的步骤。病史的采集是其中最重要、最关键的一步。医生在听取病人的陈述时,往往根据自己的学识和经验做出某种假设的诊断,然后根据这些假设深入一步地询问病人。进行体检和神经系统检查也是把重点放在拟诊上。神经系统检查可分为详细的神经系统检查、重点检查(focused examination)、甄别性检查(screening examination)3种。后两者是从前一种检查方法的基础上发展而来的。神经科医生应先学习详细的神经系统检查方法,然后才能熟悉重点检查和甄别性检查。

根据汇集的资料做出初步诊断时,一般应将拟诊的范围考虑得广一些,特别是对比较疑难的病例更需要从多方面和不同的角度来考虑,以免重要因素的遗漏。在拟诊的范围内,按照对病人是否有创伤性和病人的经济负担情况来确定是否采取有创性的检查技术和耗费昂贵的检查技术,以便明确诊断。一些疾病目前还缺少临床上特异性的诊断方法,而要靠排除一些类似的病,即“排他”的诊断方法来达到诊断的目的。

正确的分析和判断检查、化验的结果,是达到正确诊断的关键。检查和化验存在着假