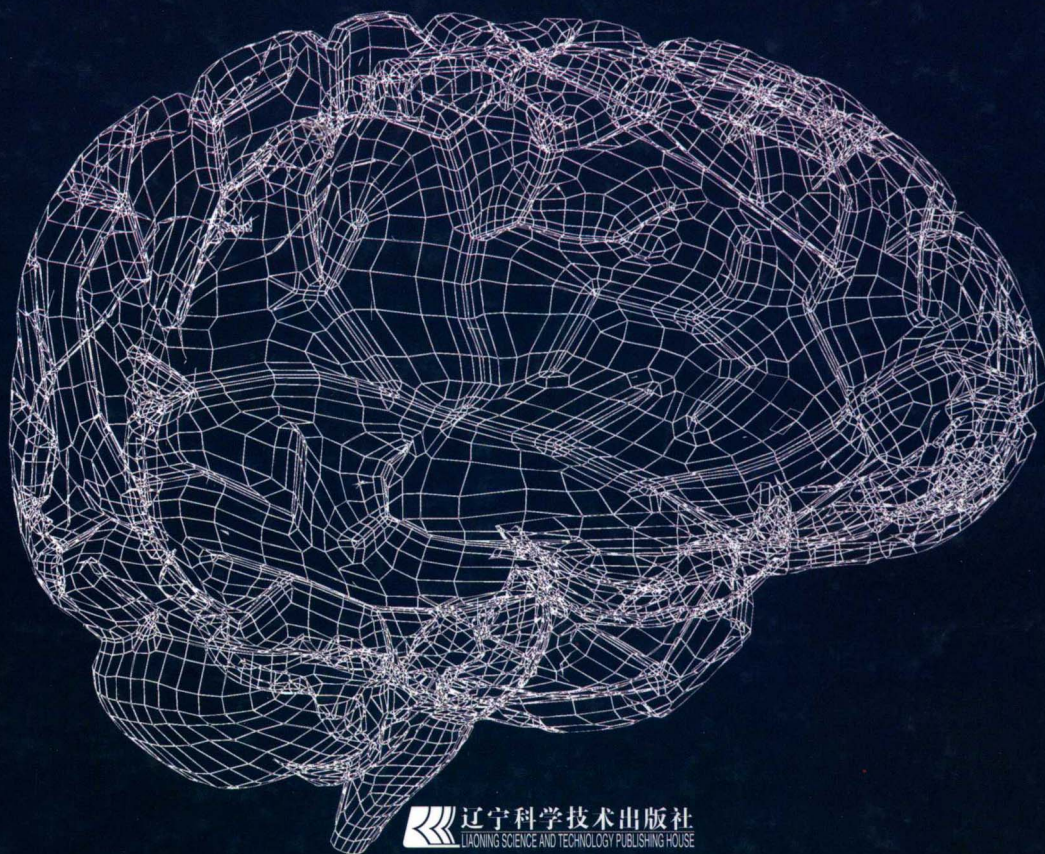


JIANMINGLINCHUANGSHENJINGBINGXUE

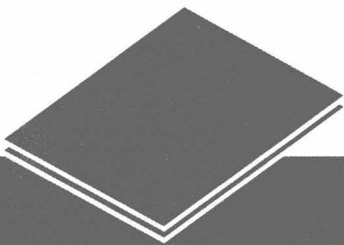
简明临床神经病学

包礼平 编著



辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

本书由大连市人民政府资助出版



JIANMINGLINCHUANGSHENJINGBINGXUE

简明临床神经病学

包礼平 编著

辽宁科学技术出版社
· 沈 阳 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

简明临床神经病学 / 包礼平编著. — 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2015.10

ISBN 978-7-5381-9386-2

I. ①简… II. ①包… III. ①神经病学 IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第188628号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印刷者: 辽宁新华印务有限公司

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm

印 张: 16.5

插 页: 4

字 数: 340千字

出版时间: 2015年10月第1版

印刷时间: 2015年10月第1次印刷

责任编辑: 陈广鹏

封面设计: 图格设计

版式设计: 图格设计

责任校对: 徐 跃

书 号: ISBN 978-7-5381-9386-2

定 价: 85.00元

联系电话: 024-23284354

邮购热线: 024-23284502

http: //www.lnkj.com.cn

参编人员

姜长斌	孙长凯	王乃昌	尹琳	林永忠	辛世萌
张仲慧	鲍海平	刘丽梅	郑悦	宋贵军	范蓉
张慧	常青	王冬冬	王洪津	贾舒	马春野
殷雁	葛宇松	冯新红	冯向应	刘莹	李昱
倪长伟	李岚	谷惠子	刘艳芝	余浩杰	王健
赵光久	潘艳	姜宝娜	王蕾	杨旭	吕明慧
胡源					

秘书

王健 张慧 胡源

出版说明

在包礼平、胡国华编著的《简明临床神经病学》1994年版的基础上,吸收大连医科大学附属二院神经科编写的内部刊物《学习简讯》(每月1期,从2006年6月起至2013年9月已出版88期,仍在续办)的新知识,进一步总结30多年来临床实践的新经验、新教训,编著而成最新一版《简明临床神经病学》。

一、新版的全部内容为13章。

第一章为诊断的3个步骤(收集材料、综合分析、得出结论)和诊断的3个等级(病因诊断、部位诊断、症状诊断)。

第二至四章为病因(定性)诊断,包括八大类;部位(定位)诊断,包括7个部位;症状诊断,主要为6类。为神经病的一般分类,每个患者都应该在这三个范围内。

第五至七章为隐源性神经病、自主神经病、5个骨干病,为神经病的特殊分类,显示出了神经病的特点。

第八至十章为睡眠及其障碍,颅内压及其变化,归属不清的症状、综合征和肯定病因的物理性损害。为神经学的补遗。

第十一至十三章为功能性神经病;新中国成立以来神经病学疾病谱的变化,当今神经病的热点和任务;提高诊疗的思路、动力和感情。是为了完善神经病学。掌握了这13章的内容,可以最大限度地避免误诊、漏诊和减少疑难病例。

二、再版与原版比较。

1. 再版继承和坚持了原版的两个特点:一是全书强调了简明扼要;二是目的在于解决临床的诊断和治疗问题。这两点是简明临床神经病学的核心。

2. 再版还强化了:(1)理论和实践的联系:引证了很多病例,反过来充实了理论,并加深了对理论的理解;(2)再版注重了常见病与少见病的关系:常见病尽量写全,少见病只写要点,供鉴别诊断用;(3)提出了8个病因诊断、7个部位诊断及6个主要症状诊断和具体患者的诊断关系:便于对比,可避免误诊、漏诊;(4)再

版还体现出了“德才兼备、以德领先”不是空洞口号，而是实践中的必然趋势：才为基础，德为动力，德才融为一体是学习、工作的灵魂，可以提高质量，避免失误。

三、再版与原版的明显不同是原版 27 章，总字数 30 多万字，而再版为 13 章，总字数 20 多万字。再版病种有增加，关键在于文字上的简化：(1) 删掉了可有可无的词句；(2) 删掉了能干扰理解中心内容的句子；(3) 删掉了看了半天，还不理解其意的内容；(4) 删掉了读者难懂，作者也没写明白的部分；(5) 删掉了影响读者阅读兴趣的冗长内容。强调了减轻读者负担，尽量做到中心内容明确，层次清楚，主次分明，由浅入深，由易到难，通俗易懂，便于吸收，直截了当，看得痛快。这也是再版主要追求的目标。而有关理论一点没有削弱，对需要理解的地方，理论解释有增无减。

四、再版在继承基础上力求创新：在章节结构、疾病分类、多发病的再分类以及对诊断命名等提出了一些不同看法。这是老医生应尽的义务，也是责任，因为总是类似声音，一种模式，不能引起议论。不妥的地方，得不到纠正，可取的地方达不成共识，不利于神经病学的发展和提高。写书不仅是为读者增加知识，更重要的是给读者提供方法和启发，而不是教人死背硬记。遇到难点不照抄，明白了以后，再用通俗的语言表达出来。不懂的地方，不能装懂，找出难点，待解决。

五、再版得到了大连医科大学脑疾病研究所孙长凯教授热情无私的帮助，又是在大连医科大学附属二院姜长斌院长和神 1、神 2、神 3 科尹琳、林永忠、辛世萌三位主任直接支持下和神经科全体医生以及 2006 年以来历届在神经科轮转的研究生们的协作下，还得到了大连医科大学科技处诸位同志的帮助。没有这个合适的土壤，没有这个风调雨顺的条件，这个再版就不可能如实地反映出来。再次证明了，如果没有领导，没有集体，没有团结合作，任何事情也难做成。这是常识也是真理，更是做好一切工作的立脚点。

包礼平

2014 年 9 月 30 日

第一章 诊断的3个步骤和3个等级

第一节 诊断的3个步骤	1
一、收集材料	1
(一) 问诊	1
(二) 查体	2
(三) 辅助检查	2
二、综合分析	3
三、得出结论	3
第二节 诊断的3个等级	4
[附1]化解误诊和疑难病例的办法	4
[附2]正确对待CT、MRI等辅助检查报告	5

第二章 八大病因诊断

第一节 脑血管病	7
一、脑部血液供应	7
二、脑血管病的再分类	8
三、脑血管病的4个基础类型	9
(一) 脑血栓	9
(二) 脑栓塞	10
(三) 缺血性脑血管病的诊断命名	11
(四) 缺血性脑血管病的诊断依据	12
(五) 重症大面积脑梗死	13

(六) 脑梗死的治疗和选择	14
(七) 脑出血	15
(八) 蛛网膜下腔出血	17
(九) 联合型CVD和混合型CVD	18
四、脑血管病的其他类型	19
(一) 4个小卒中	19
(二) 3个轻卒中	20
(三) 3个慢性脑血管病	21
五、脑血管病的危险因素	23
(一) 脑血管病的危险因素	23
(二) 脑血管病危险因素的知识尚未普及也未被多数人重视	23
(三) 脑血管病的危险因素的多重作用	24
六、原发性中枢神经系统血管炎	
(Primary Angiitis of the Central Nervous System, PACNS)	24
七、少见病因的脑血管病	25
八、脑卒中的预后	28
九、脑卒中的复发和预防	29
十、误诊病例介绍	30
十一、脑血管病小结	32
第二节 颅内炎症	33
一、概述	33
(一) 颅内炎症的致病菌	33
(二) 病毒性脑炎的基础知识	33
二、病毒性脑炎	34
(一) 单纯疱疹病毒性脑炎	34
(二) 巨细胞病毒性脑炎	35
(三) 其他脑毒性脑炎	36
三、感染后脑炎(脱髓鞘脑炎)	38
四、脑膜炎	39
(一) 脑膜炎的基础知识	39
(二) 常见的脑膜炎	40
(三) 少见的脑膜炎	41
(四) 肥厚性硬脑膜炎	42

五、颅内其他炎症	43
(一) 朊蛋白病	43
(二) 艾滋病性神经疾病	46
(三) 神经梅毒	47
(四) 寄生虫脑病	48
(五) 传染性单核细胞增多症 (Infectious Mononucleosis)	50
(六) 神经系统Whipple病	50
(七) 李斯特菌 (Listeria Monocytogene, LM) 脑膜炎、脑炎	50
(八) Churge-strauss综合征	51
(九) 神经结节病 (Neuronarcoidosis)	51
(十) Rasmussen脑炎	51
小结: 颅内炎症的诊断思路	51
第三节 颅内肿瘤	52
一、颅内常见的3种肿瘤	53
二、特定部位的肿瘤	54
三、颅内恶性肿瘤	56
四、癌性非转移性神经肌病或转移癌	58
五、颅内肿瘤诊断小结	59
六、颅内肿瘤的治疗	59
第四节 颅脑外伤	60
一、颅脑外伤的基础知识	60
二、伤与病交叉或伤病同存	61
三、颅脑外伤的转归	62
四、颅脑外伤小结	63
第五节 中毒性神经病	63
一、急性中毒及其神经系统后遗症	63
二、药物中毒性神经病	66
三、农药中毒性神经病	70
四、食物中毒性神经病	70
五、工业中毒性神经病	72
六、生物毒素中毒神经病	73
七、酒精中毒性神经病	74

八、海洛因毒品中毒性神经病	75
第六节 变性病	76
一、概述	76
二、变性病小结	84
三、变性病诊疗经验介绍	84
第七节 遗传疾病	85
一、遗传病的基本知识	85
(一) 单基因遗传主要有3种	86
(二) 多基因遗传	86
二、神经系统遗传病的分类	86
三、主要的遗传神经病	88
四、遗传病的自验例介绍	98
第八节 发育异常	101
一、概述	101
二、脑发育异常	102
三、枕骨大孔发育异常	103
四、脊部发育异常	103
五、介绍“发育异常的自验例”	105

第三章 定位诊断（部位诊断、解剖诊断）

第一节 大脑半球	108
枕叶在大脑半球的最后方	109
第二节 胼胝体	112
一、胼胝体的解剖和血供	112
二、胼胝体病变的定位诊断	112
第三节 脑干	113
一、脑干解剖和血液供应	113
二、脑干病变的定位诊断	114
三、脑干病变的定性诊断	115

四、脑干病变的自验例	116
第四节 小脑	122
一、小脑解剖和血液供应	122
二、小脑损害的定位诊断	123
三、小脑病的定性诊断	124
四、小脑病自验例	125
第五节 脊髓	127
一、脊髓的解剖和血液供应	127
二、脊髓病的定位诊断	128
三、脊髓病的定性诊断	129
四、脊髓病的病因诊断分布	131
五、脊髓病和脊髓压迫症的治疗经验和教训	135
六、脊髓病的诊断	136
第六节 周围神经	136
一、周围神经解剖、病因、病理和临床特点	136
二、脑神经病	137
三、脊神经病	139
四、多发性周围神经病	140
五、多灶性运动神经病	140
六、伴多发性周围神经病的其他疾病	140
第七节 肌病	144
一、肌病概述	144
二、进行性肌营养不良和多发性肌炎	145
三、重症肌无力和周期性麻痹	146
四、其他少见肌病	146
五、引证的病例	149
六、肌病小结	152

第四章 症状诊断

一、概述	153
------------	-----

二、头痛	154
三、眩晕	156
四、晕厥	157
五、半身麻木无力	158
六、不自主运动	158
七、走路不稳	160
八、发作性症状的分类	161
九、其他症状诊断举例	162

第五章 隐源性神经病

第一节 内脏性神经病	164
第二节 糖尿病性神经病	164
第三节 低血糖性神经病	165
第四节 结缔组织病性神经病	165
第五节 甲状腺病性神经病	166
第六节 其他内科病性神经病	167
第七节 怎样看隐源性神经病	169

第六章 自主神经病

第一节 自主神经解剖	173
一、自主神经的中枢部分	173
二、自主神经的周围部分有两级神经元	174
第二节 自主神经功能	174
第三节 自主神经病	175

第七章 5个骨干病

第一节 癫痫	179
一、概述	179
二、病因	180
三、发作类型	180
四、诊断	182
五、鉴别	182
六、治疗	183
第二节 帕金森病	189
一、概述	189
二、临床表现	189
三、诊断	190
四、鉴别诊断	190
五、治疗	191
(一) 不典型PD (无震颤的PD)	193
(二) 偏侧PD	193
(三) 血管病性PD (实际上是慢性MLI或SAE的PD)	194
(四) 帕金森病的同类病	195
第三节 多发性硬化	199
一、从脱髓鞘病到多发性硬化	199
二、多发性硬化 (Multiple Sclerosis, MS) 的临床表现和临床类型	200
三、MS的辅助检查	201
四、MS的诊断	201
五、MS的治疗和预后	201
六、MS的同类病	202
七、MS的特殊病例	203
第四节 阿尔茨海默病	204
一、阿尔茨海默病 (Alzheimer Disease, AD)	204
二、同类病	206

三、AD+VD混合型痴呆	207
第五节 肌萎缩侧索硬化 (ALS)	209
一、ALS不全型	210
二、ALS同类病	211

第八章 睡眠及其障碍

第一节 正常睡眠	213
第二节 失眠	214
第三节 嗜睡	215
第四节 其他睡眠障碍	215
第五节 嗜眠症自验例	216

第九章 颅内压及其变化

一、颅内压增高最常见的病因及其临床表现	218
二、常见的脑疝及其临床表现	219
三、颅内压增高及脑疝的治疗	219
四、其他高颅压症	220
五、低颅压	220
六、自验例的介绍	221

第十章 归属不清的症状、综合征和肯定病因的物理性损害脑病

第一节 归属不清的症状、综合征	223
第二节 病因清楚的物理性损害脑病	225

第十一章 功能性神经病

第一节 神经症	227
第二节 精神分裂症	233
一、精神分裂症与神经症有重要不同	233
二、精神分裂症的类型、诊断和鉴别	234
三、精神分裂症的治疗	235
第三节 同类病	235
一、躁狂抑郁性精神病（情感性精神病）	235
二、偏执性精神病	236
三、急性短暂性精神障碍（也叫反应性精神病）	236

第十二章 神经病学的现状

第一节 建国60多年来神经病学疾病谱的变化	240
第二节 当代神经病学的热点	240
第三节 做好当前的诊疗工作，为神经病学的发展多作努力	241

第十三章 思路、动力、感情是神经病诊疗工作 不断提高不可忽视的基本条件

第一节 正确思路的重要性	243
一、认识论在诊断上的重要意义	243
二、认识论在治疗上的意义	244
三、认识论在致病因素上的应用	244
四、认识论在心理治疗上的应用	245
五、认识论在其他方面的应用	245

第二节 做好治疗工作要有动力 245

第三节 做好工作也得有个感情 247

编后感 248

第一章 诊断的3个步骤和3个等级

第一节 诊断的3个步骤

一、收集材料

(一) 问诊

包括主诉、现病史、既往史、个人生活史和家族史。

1. 主诉

重要症状（可概括定位）+ 时间（可定性、决定卒中起病，急、亚急或慢性病）。即主诉问好了，既可定位，也可定性。主诉不一定是患者自己讲的或家属代诉的。对有明确体征的患者（瘫痪、不自主运动、共济失调），在问诊查体之后由医生概括出来的主诉更准确，甚至可以达到诊断的一半。经验证明，主要症状和发病时间错误的主诉并不在少数，可导致误诊。

2. 现病史既能定性也能定位

(1) 卒中起病。有栓子来源，偏瘫达高峰时间以秒计为脑栓塞；同是卒中起病，以高血压为主，偏瘫达高峰的时间以分计为脑出血；同是卒中起病，以动脉硬化为主，偏瘫达高峰时间以小时计，多可达3~5天为脑血栓；同是卒中起病，以头痛、呕吐、无肢体瘫、脖子硬为蛛网膜下腔出血（SAH）。

发病后立即来诊，CT脑实质出现高密度影为脑出血；蛛网膜下腔出现高密度影为蛛网膜下腔出血（SAH）；不出影或脑实质出现低密度影为脑血栓或脑栓塞。

(2) 发烧、头痛来诊，或伴癫痫发作或意识障碍、精神症状，无颈强，无肢瘫。巨细胞病毒性脑炎可能性大；同是发烧、头痛起病，伴轻偏瘫，无颈强为出血、坏死性单纯疱疹病毒性脑炎，发病数日后CT可见脑局部病灶；同是发烧、头痛起病，伴呕吐，颈强无肢瘫为脑膜炎，脑脊液（CSF）检查可确诊。

(3) 数月或数年以脑症状来诊者，不论神经系统有无体征，均应做头部CT检查，有局限病灶肿瘤可能性大；无局限病灶变性疾病可能性大。