

中医院校课程体系改革系列教材

神经病学

SHENJINGBINGXUE

主编 李燕梅



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

ISBN 7-80194-111-1

神经病学

人民军医出版社

中医院校课程体系改革系列教材

神 经 病 学

SHENJING BINGXUE

主 审 王 维 治
主 编 李 燕 梅



人 民 军 医 出 版 社
People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

神经病学/李燕梅主编. —北京:人民军医出版社,2006.1

(中医院校课程体系改革系列教材)

ISBN 7-80194-776-2

I. 神… II. 李… III. 神经病学-中医学院-教材 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 055391 号

策划编辑:丁金玉 文字编辑:罗 艳 纳 琨 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京京海印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:13.75 字数:323 千字

版、印次:2006 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4500

定价:27.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

内 容 提 要

本书为高等中医院校本科试用教材之神经病学。编者根据中医院校的体系特点及培养目标,立足于神经病学的基础理论、基本知识和基本技能编写该书。全书共分11章,以解剖生理为基础,以神经系统常见症状鉴别诊断和常见疾病诊断原则及方法为主要切入点,介绍了神经系统常见病、多发病。前4章为总论,介绍了神经病学的常见症状、鉴别诊断、诊断原则和神经系统检查;后7章为各论,详细介绍了神经系统的常见病和多发病,叙述了其发病机制、临床表现、治疗和预防等内容。本书内容系统,简明实用,适合中医院校学生使用,还可供内科住院医师学习参考。

责任编辑 丁金玉 罗 艳 纳 琨

河南中医学院课程体系改革 指导委员会

主 任 彭 勃

副主任 李建生 梁华龙

秘书长 梁华龙(兼)

委 员 樊蔚虹 谢新年 路 玫 宰军华

孙 刚 徐江雁 冯民生 张尚臣

张大伟 高天旭 彭 新 李翠萍

编著者名单

主 审 王维治

主 编 李燕梅

副主编 王新志 孟 毅 金 杰

编 委 (以姓氏笔画为序)

王永霞(河南中医学院)

王伟民(河南中医学院)

王维治(哈尔滨医科大学)

王新志(河南中医学院)

刘志斌(河南中医学院)

李燕梅(河南中医学院)

张振强(河南中医学院)

金 杰(河南中医学院)

孟 毅(河南中医学院)

序

课程体系和教学内容的改革是教学改革的基础和关键,倡导和推动课程体系改革,设计和开设多学科有机组合的综合课程体系,减少膨胀的学时,确定核心课程、强化主干课程、减少课程间的重复,努力实现课程体系的整体优化,是课程体系改革的目标。专业口径过窄、素质教育薄弱、教学模式单一、教学内容陈旧、教学方法过死等问题仍旧是教学改革有待解决的问题。

中医教育近年来取得了长足发展,改革也取得明显成绩,但各专业的课程体系及教学内容尚存在许多问题。如课程设置欠合理,教学内容更新缓慢,各学科间过分强调独立性、全面性,因而课程之间交叉、重复严重。在实际授课中,既有重复,又有遗漏。因此,如何利用有效的时间,精炼、完整地使学生掌握中医理论,加强学生动手能力,是课程体系改革的主要目标。优化现有中医教育的课程体系,并不仅仅是以减少重复、压缩课时为目的,而是经过对现有课程体系的优化、整合,突出重点和核心内容,给学生留出较多的自修时间,为文、理、医相互渗透、提高综合素质打下良好的基础。

河南中医学院自 2001 年开始,致力于中医院校课程体系的改革,对现有的中医院校课程体系进行了以删繁就简、改横为纵、减少门类、增加人文课程等为原则的系列改革。初步对课程的门类、内容进行了整合改革,拟订了《中医临床基础》、《中医发展史》、《中国传统文化概论》、《中医基础理论》、《中医方药学》、《中医证候治疗学》、《针灸学基础》、《针灸治疗学》、《推拿学》、《骨伤杂病学》、《创伤骨科学》、《骨科手术学》以及《呼吸病学》、《消化病学》、《泌尿病学》、《神经病学》、《循环病学》、《生殖病学》、《内分泌病学》、《运动病学》、《肿瘤病学》、《营养代谢病学》、《免疫病学》、《感染病学》、《血液病学》、《中医统计学》、《气功学》等教材的编写内容,并与兄弟中医药院校相关学科的专家、教授进行新教材的编写,作为试用教材将陆续出版发行。

在试用过程中,我们将不断改进修订。欢迎更多的兄弟院校和各学科专家携手参加改革探索并提出宝贵意见。

河南中医学院院长
博士生导师

彭勃

教授

前 言

为了进一步深化教学改革,适应高等中医院校课程体系改革的要求,突出高等中医院校的办学特色,根据中医院校教学体系特点及培养目标,并立足于神经病学的基本理论、基本知识、基本技能,我们编写了这本高等中医院校本科试用教材《神经病学》。

在编写的过程中,我们遵循实用、简明、最新的原则,用相关解剖生理基础作为引导,以神经系统常见症状鉴别诊断及常见疾病诊断原则及方法为主要切入点,重点突出神经系统常见病、多发病的诊疗方法及措施,同时反映其最新理论和治疗进展。

本教材主要由目录、正文两部分组成,共分 11 章,重点论述了 30 个神经系统常见病、多发病。前 4 章为总论,对神经病学的基础理论及其治疗原则,认识思维和方法进行了概括叙述;后 7 章为各论,采用纵向知识结构,对临床常见、多发的神经系统疾病,以系统分类出发,从解剖生理基础、临床表现与分类、定位诊断等方面进行介绍,并对其中每一个疾病,从定义、流行病学、病因及发病机制、病理、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断、治疗、康复、预防、预后等方面进行详细讲解。

本教材的编写过程时间紧迫,加之编写者学识水平所限,错误和不妥之处,恳切希望授课老师和同学在使用时提出宝贵意见,以便加以修订。

在该书编写过程中,得到了普通高等教育“十五”国家级规划教材《神经病学》主编、著名神经病学专家、哈尔滨医科大学王维治教授的多方指导,并承担了该书的统稿审阅工作,在此表示诚挚的感谢。

李燕梅 王新志 孟 毅 金 杰

2005 年 12 月 1 日

目 录

第 1 章 绪论	(1)
第 2 章 神经系统常见症状鉴别诊断	(3)
第一节 意识障碍	(3)
第二节 失语症	(5)
第三节 感觉障碍	(7)
第四节 瘫痪	(11)
第五节 不自主运动	(17)
第六节 共济失调	(19)
第七节 视觉障碍和眼球运动障碍	(21)
第八节 眩晕和听觉障碍	(26)
第九节 晕厥	(28)
第 3 章 神经系统疾病的诊断原则	(30)
第 4 章 病史采集与神经系统检查	(35)
第一节 病史采集	(35)
第二节 神经系统检查	(37)
第三节 言语障碍检查	(45)
第四节 辅助检查	(46)
第 5 章 周围神经疾病	(55)
第一节 解剖生理基础	(55)
第二节 临床表现与分类	(62)
第三节 定位诊断	(63)
第四节 三叉神经痛	(70)
第五节 特发性面神经麻痹	(72)
第六节 正中神经麻痹	(74)
第七节 桡神经麻痹	(75)
第八节 尺神经麻痹	(75)
第九节 腓总神经损害	(76)
第十节 枕神经痛	(76)
第十一节 坐骨神经痛	(77)
第十二节 多发性神经病	(78)
第十三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(80)

神经病学

第 6 章 脊髓疾病	(84)
第一节 解剖生理基础	(84)
第二节 临床表现与分类	(88)
第三节 定位诊断	(89)
第四节 急性脊髓炎	(91)
第五节 脊髓压迫症	(93)
第六节 脊(延)髓空洞症	(95)
第七节 运动神经元病	(98)
第 7 章 脑部疾病	(101)
第一节 解剖生理基础	(101)
第二节 临床表现与分类	(109)
第三节 定位诊断	(111)
第四节 短暂性脑缺血发作	(114)
第五节 脑梗死	(118)
第六节 脑出血	(129)
第七节 蛛网膜下腔出血	(135)
第八节 阿尔茨海默病	(139)
第九节 头痛	(141)
第 8 章 癫痫	(145)
第一节 解剖生理基础	(145)
第二节 临床表现与分类	(146)
第三节 定位诊断	(149)
第四节 癫痫	(150)
第 9 章 运动障碍疾病	(156)
第一节 解剖生理基础	(156)
第二节 临床表现与分类	(159)
第三节 定位诊断	(160)
第四节 帕金森病	(161)
第五节 舞蹈病	(167)
第六节 肌张力障碍	(169)
第 10 章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(172)
第一节 解剖生理基础	(172)
第二节 临床表现及分类	(173)
第三节 定位诊断	(174)
第四节 多发性硬化	(174)
第五节 视神经脊髓炎	(182)
第六节 急性播散性脑脊髓炎	(184)
第 11 章 神经-肌肉接头与肌肉疾病	(187)
第一节 解剖生理基础	(187)

第二节	临床表现与分类.....	(189)
第三节	定位诊断.....	(190)
第四节	重症肌无力.....	(191)
第五节	周期性瘫痪.....	(196)
第六节	多发性肌炎.....	(200)

第1章 绪 论

神经病学是临床医学的一个分支,是研究神经系统疾病的病因、病理、病理生理、症状、诊断、治疗及预防的一门学科。神经系统疾病的主要症状表现为运动、感觉、反射、神志、智能和自主神经等功能障碍,其原因则包括感染、中毒、外伤、肿瘤、变性、遗传因素、血管改变、代谢障碍、免疫异常、先天畸形等,神经系统疾病传统概念上还包括神经肌肉接头疾病(如重症肌无力)和某些肌肉疾病(如周期性瘫痪、多发性肌炎等)。另一方面由于治疗上的需要或传统习惯,某些神经系统疾病又常不隶属于神经病学范畴之内,如外伤隶属于神经外科,脊髓前角灰质炎和脑膜炎双球菌性脑膜炎等又从属于传染病学范围。

掌握神经病学的目的在于通过对神经病学基本理论知识和基本操作技能的学习,在面对神经系统发生病变时,探究其部位和病因,能采取有效的措施,提高治愈率,降低死亡率和致残率。神经系统疾病的临床表现和神经系统的解剖、生理特点密切相关。同一病因损害神经系统不同部位时,症状表现可迥然不同;相反,不同的病因损害同一部位时,神经定位症状表现又可基本或完全相同。因此,学习神经病学时,必须具备必要的神经解剖生理基础知识。对一种神经系统疾病的诊断,通常是通过病史询问和详细的神经系统检查,以推断病变的解剖部位,亦即“定位诊断”;然后联系起病方式、疾病发展过程以及相关的全身情况,再辅以各项实验室检查资料等,以确定病变的原因,亦即“病因诊断”或“定性诊断”。其中神经系统检查和根据检查所见来推断神经系统损害部位的“定位诊断”知识,是学习神经病学和进行神经系统疾病诊断首先要掌握的。神经系统包括中枢神经系统和周围神经系统两部分。前者主管分析、综合及归纳由体内外环境传来信息;后者主管传递神经冲动。根据神经功能不同,又可分为躯体神经系统和自主神经系统。它们分别起到调整人体适应外界环境变化及保持体内、外环境稳定的作用。此外,下丘脑是大脑皮质调节下的自主神经中枢,它与控制垂体激素的释放密切相关。因此,人的消化、呼吸、循环、骨骼、肌肉、泌尿、生殖及内分泌等各系统,营养代谢、免疫等各种功能及生长发育、思维、记忆、学习、生化等各种生理现象,均受神经系统的支配和影响。可以说,神经系统是人体最重要的系统。首先,神经系统病变时可出现各种神经功能障碍表现,也可出现其他器官症状,而其他器官的病变也可出现神经功能异常。因此,神经系统发生疾病时,必须从整体观念出发,把局部和全身的情况联系起来,才能做出正确的诊断和治疗。

关于治疗及预后方面,有些神经系统疾病可完全或基本治愈,如大多数炎症、营养缺乏性疾病、面神经炎、轻症脑出血及脑梗死以及良性肿瘤等;一些虽不能根治,但症状能完全控制或缓解,如特发性癫痫、帕金森病、多发性硬化、重症肌无力等。另外某些疾病,目前尚无防治办法,如阿尔茨海默病、运动神经元病、脊髓空洞症、神经系统遗传性疾病、恶性肿瘤等。对此,作为初学神经病学者,应当予以了解。

在学习方法上医学生还应密切联系临床实际,多结合标本、图谱等辅助学习工具,逐步提

神经病学

高诊治神经系统疾病的理论和技能水平。

(李燕梅)

参 考 文 献

- 1 王维治. 神经病学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1—3
- 2 苏长海, 迟兆富, 吴家骞, 等. 神经病学. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2003: 1—2

第2章 神经系统常见症状鉴别诊断

第一节 意识障碍

一、概述

意识是指人类大脑的觉醒程度,是对自身和周围环境的感知状态,可通过言语、躯体运动和行为等表达出来。意识障碍(disorders of consciousness)系指人们对自身和环境的感知发生障碍,或人们赖以感知环境的精神活动发生障碍的一种状态。是多种原因引起的一种严重的脑功能紊乱,为临床常见症状之一。

二、发生机制

意识包括“觉醒状态”及“意识内容”。觉醒状态有赖于脑干上行性网状激活系统的完整,意识内容有赖于大脑皮质的高级神经活动的完整功能。当脑干上行性网状激活系统抑制或两侧大脑皮质广泛性损害时,使觉醒状态减弱,意识内容减少或改变,即可造成意识障碍。

颅内病变可直接或间接损害大脑皮质及网状结构上行激活系统,如大脑广泛急性炎症、幕上占位性病变造成钩回疝压迫脑干和脑干出血等,均可造成严重意识障碍。颅外疾病主要通过影响神经递质和脑的能量代谢而影响意识。例如:颅外病变所引起的缺血缺氧,可致脑水肿、脑疝形成,或使兴奋性神经介质去甲肾上腺素合成减少或停止,均可间接影响脑干上行激活系统或大脑皮质;肝脏疾病时的肝功能不全,代谢过程中的苯乙胺和酪胺不能完全被解毒,形成假介质,取代了去甲肾上腺素(竞争性抑制),从而发生肝昏迷;各种酸中毒情况下,突触后膜敏感性极度降低,亦可导致不同程度的意识障碍;低血糖时由于脑部能量供应降低及干扰了能量代谢,可致低血糖性昏迷等。

三、临床分类

意识障碍程度的分类,主要是给予言语和各种刺激,观察患者反应情况加以判断。如呼唤其姓名、推摇其肩臂、压迫眶上切迹、针刺皮肤、与之对话和嘱其执行有目的的动作等。

(一)意识水平下降

1. 嗜睡 是程度最浅的一种意识障碍,患者处于睡眠状态,给予较轻微的刺激即可被唤醒,醒后意识活动接近正常,但注意力不集中,反应迟钝,刺激停止又复入睡。

2. 昏睡 是较嗜睡更深的意识障碍,对较强刺激有反应,不易唤醒,对反复问话仅能做简单含混不清回答,旋即又睡,各种反射活动存在。

3. 昏迷 意识活动丧失,对言语、光线等外界各种刺激无应答反应。可有无意识的动作。

按刺激反应及反射活动等可分三度。

(1)浅昏迷:随意活动消失,对疼痛刺激有反应,各种生理反射(角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽及咳嗽反射等)存在,体温、脉搏、呼吸多无明显改变,可伴谵妄或躁动。

(2)中昏迷:对疼痛反应消失,对各种刺激皆无反应,角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽及咳嗽反射减弱,腱反射减弱或消失,病理反射阳性,呼吸和循环尚稳定。

(3)深昏迷:患者处于濒死状态,各种反射消失,四肢呈弛缓性瘫痪,呼吸、循环和体温调节功能障碍。

(二)意识内容改变

1. 意识模糊 患者意识水平轻度下降,呈朦胧状态,思维活动困难,言语不连贯,定向力障碍,可有幻觉、错觉、思维紊乱、记忆模糊等,但以错觉突出。可见于癔症发作、肺性脑病等。

2. 谵妄 是在意识清晰度明显下降的情况下,出现定向力丧失、错觉、幻觉、躁动不安、言语杂乱等,以兴奋性增高为特征的高级神经活动急性失调状态,即在意识模糊的同时,伴有明显的精神运动兴奋。常以错视为主,形象生动而逼真。可见于高热、酒精中毒等。

(三)醒状昏迷

1. 去皮质综合征(decorticate syndrome) 为一种特殊类型的意识障碍。它与昏迷不同,是由于大脑皮质受到严重的广泛损害,功能丧失,而大脑皮质下及脑干功能仍然保存的一种特殊状态。因中脑及脑桥上行网状激活系统未受损,故可保持觉醒-睡眠周期。觉醒时睁开眼睛,各种生理反射如瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽反射、咳嗽反射存在,喂之能吃,貌似清醒,但对外界刺激无反应,无自发性言语及有目的动作,故有“睁眼昏迷”、“醒状昏迷”之称。患者常呈上肢屈曲、下肢伸直姿势,常有病理征。见于缺氧性脑病、脑血管疾病、各种脑炎、严重颅脑外伤后等。

2. 无动性缄默症(akinetic mutism) 是脑干上部及丘脑网状激活系统的不全损害,患者能注视检查者,有睁眼、闭眼、觉醒-睡眠周期,貌似清醒,但对外界刺激无反应,无言语,四肢运动不能,大、小便潴留或失禁,肌肉松弛,无锥体束征。当上行网状激活系统的功能完全损害时,觉醒-睡眠周期即消失。

四、鉴别诊断

通过详询病史及临床检查,意识障碍的判断多无困难。但在诊断中应注意与一些特殊的精神、意识状态相鉴别。

1. 木僵 表现为不言不动,甚至不吃不喝,面部表情固定,大、小便潴留,对许多刺激无反应,但患者可注视检查者,处于觉醒状态。浅、深反射无变化。常伴有蜡样弯曲、违拗症,或言语刺激触及其痛处时可有流泪、心率增快等情感反应。缓解后多能清楚回忆发病过程。见于精神分裂症、严重抑郁症、反应性精神障碍等。

2. 癔症发作 有时易误为意识障碍。但起病多有精神因素,患者发病时仍有情感反应(如眼角噙泪)及主动抗拒动作(如扒开其上眼睑时眼球有回避动作或双睑闭得更紧),四肢肌张力多变或挣扎、乱动,神经系统无阳性体征,心理治疗可获迅速恢复。

3. 闭锁综合征(locked-in syndrome) 是由于脑桥腹侧局限性损害,病损以下的传出功能丧失。表现为除眼睑及眼球垂直运动外,头面及四肢运动功能丧失,不能说话,看似昏迷,实为清醒。脑电图有助于鉴别。多见于脑桥肿瘤、脑血管病及脱髓鞘疾病等,主要见于基

底动脉闭塞。

4. 发作性睡病 是一种不可抗拒的病理性睡眠。常在正常人不易入睡的场合下,如行走、骑车、工作、进食等情况下入睡,持续数分至数小时,可被唤醒,多伴有睡眠瘫痪、入睡幻觉及猝倒发作。

第二节 失 语 症

一、概 述

失语症(aphasia)是由于脑损害所致的语言交流能力障碍,包括各种语言符号(口语、文字、手语等)的表达及认识能力的受损或丧失。患者在意识清楚,无精神障碍及严重智能障碍,无视觉及听觉缺损,亦无口、舌、咽、喉等发音器官肌肉瘫痪及共济失调,却听不懂别人及自己的讲话,说不出要表达的意思,不理解亦写不出病前会读、会写的字句等。

二、临床分类

由于伤及与语言有关的皮质及皮质间传导通路几乎均可出现不同类型、不同程度的失语,因而关于失语症的分类有多种。目前主要依据失语症的临床特点及病灶部位(图 2-1)进行分类,国内制定的汉语失语症分类法见表 2-1。

表 2-1 目前国内常用的失语症分类

1. 外侧裂周围失语综合征 病灶都在外侧裂周围区,共同特点是均有复述障碍
(1)布罗卡失语(Broca aphasia, BA)
(2)韦尼克失语(Wernicke aphasia, WA)
(3)传导性失语(conduction aphasia, CA)
2. 经皮质性失语(transcortical aphasia) 又称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(transcortical motor aphasia, TCMA)
(2)经皮质感觉性失语(transcortical sensory aphasia, TCSA)
(3)经皮质混合性失语(mixed transcortical aphasia, MTA)
3. 完全性失语(global aphasia, GA)
4. 命名性失语(anomic aphasia, AA)
5. 皮质下失语综合征(subcortical aphasia syndrome)
(1)丘脑性失语(thalamic aphasia, TA)
(2)底节性失语(basal ganglia aphasia, BaA)

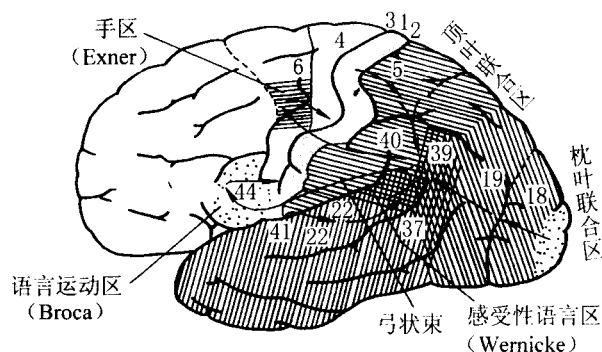


图 2-1 语言功能区示意图

三、临床特点

大脑病变导致的失语症可表现为自发谈话、听理解、复述、命名、阅读、书写等六个基本方面的障碍。不同类型的失语症常以一种语言障碍为主,同时伴有不同程度的其他语言功能受损,或表现为全部语言功能均受损,还可伴有失用、失认或肢瘫等。

1. 布罗卡(Broca)失语 又称为运动性失语。以口语表达障碍最为突出,呈典型非流利型口语,即语量少,讲话费力,发音、语调障碍,找词困难,呈特征性的电报式语言;口语理解相对好,患者可完成简单指令,但不能完成复杂指令,对有语法词及秩序词的句子理解困难;复述、命名、阅读及书写均不同程度受损。病变位于优势半球额下回后部以及相应皮质下及脑室周围白质。

2. 韦尼克(Wernicke)失语 又称为感觉性失语。以流利型错语和口语理解严重障碍为其突出特点。患者对别人和自己讲的话均不理解,或仅理解个别词或短语;口语表达有适当的语法结构但缺乏实质词,表现为语量多,讲话不费力,发音清晰,语调正常,短语长短正常;患者滔滔不绝地说,但因较多的错语或不易被人理解的新语且缺乏实质词而表现为空话连篇,难以理解,答非所问;复述及听写障碍;存在不同程度的命名、朗读及文字理解障碍。病变位于优势半球颞上回后部。

3. 传导性失语 以流利型口语、理解近于正常而复述极困难为特点。患者口语清晰,能自发讲出语义完整、语法结构正常的句子,且听理解正常,但患者不能复述出在自发谈话时较易说出的词或句子或以错语复述,多为语音错语。自发谈话常因找词困难并有较多的语音错语出现犹豫、中断。命名及朗读中出现明显的语音错语,伴不同程度的书写障碍。病变位于优势半球缘上回皮质或深部白质内弓状纤维。

4. 经皮质性失语 失语而无复述障碍或复述相对好,病变在优势半球分水岭区。因病变部位不同,临床表现亦不同,可分为:①经皮质运动性失语:为非流利型口语,语言启动及扩展困难,口语理解相对较好,可伴有命名、书写障碍,病变位于额下回中或前部;②经皮质感觉性失语:为流利型,理解严重障碍,有错语及模仿性言语,命名、阅读、书写常有障碍,病变位于颞、顶叶分水岭区;③经皮质混合性失语:除口语复述外,所有语言功能均不正常,病变为分水岭区大病灶。