

SHIYONG SHENJING NEIKEXUE--ZHENGHOU YU JIBING

实用神经内科学 —— 症候与疾病

张和振 王贺波 王天俊 刘昌林 主编



 中国科学技术出版社

实用神经内科学

— 87

—— 症候与疾病

张和振 王贺波 王天俊 刘昌林 主编

中国科学技术出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

实用神经内科学:症候与疾病/张和振等主编. —北京:中国科学技术出版社,2005.8

ISBN 7-5046-4087-5

I. 实... II. 张... III. 神经系统疾病-诊疗
IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 068360 号

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码:100081

电话:010-62103210 传真:010-62183872

<http://www.kjpbbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

北京长宁印刷有限公司印刷

*

开本:787 毫米×1092 毫米 1/16 印张:60.75 字数:1440 千字

2005 年 8 月第 1 版 2005 年 8 月第 1 次印刷

印数:1-3000 册 定价:140.00 元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

内 容 提 要

本书共分为两部分,旨在从临床实际工作出发,力求全面地从多角度、多层面、多方位进行编写,突出实用性。第一部分为症候学,详细介绍了神经系统常见症候的病因、临床症状和体征以及诊断思路;第二部分为疾病学,参考了国内外相关专著和期刊的论著,尽力从解剖学、生理学、免疫学、病理学、影像学、实验技术、治疗学、预防学等方面对神经科常见病、多发病进行了阐述,兼顾少见病和疑难病,并补充了一些新概念,如2004年国际头痛协会对头痛的最新分类及诊断标准、癫痫的新概念及诊断步骤;本书同时对白质性痴呆、轻度认知损害、青年人卒中、脑静脉系统血栓形成、急性脑梗死溶栓治疗的研究进展进行了描述,以求让读者比较全面了解神经科常见疾患,为读者在临床工作中提供有力帮助。

本书可供神经内、外科医生及其他相关临床医生,以及高年级医学院学生和广大基层医务人员学习参考。

编 委 会

主 编 张和振 王贺波 王天俊 刘昌林

副 主 编 (以下按姓氏笔画排列)

马志昭	王文利	王会恩	王 冰	王晓慧	王欲琦
王惠娟	冯荣芳	田瑞振	刘洪英	刘惠卿	孙素娟
许惠云	张 伟	张兰成	张国英	李凤奎	李 芳
李朝辉	李震中	陈慧芳	赵宝华	赵鹏飞	郭书英
梁翠萍	董艳红	魏 慈			

编 委 (以下按姓氏笔画排列)

王友婷	王克玲	王 英	王瑜玲	付宝生	冯社芬
石晓明	石艳玺	刘力强	刘月欣	刘 平	刘建辉
刘敬珍	华文凤	何 伟	吴胜春	吴 静	宋秀娟
宋学琴	张军峰	张宏力	张雪芹	李冬梅	李志立
李来友	李俊玲	李振芳	李献书	杜金山	杜春梅
杨顺新	孟笑梅	武建忠	姚建华	胡义亭	胡志娟
郝福庆	高玉卿	高俊淑	崔兆文	曹晨辉	魏清河
魏景华					

责任编辑 高 纷 云

封面设计 陈 建 生

责任校对 赵 丽 英

责任印制 王 沛

前 言

科技的进步使神经病学在近几十年来取得了很大进步。分子生物学、分子病理学和生物化学的飞速发展,使神经遗传学、神经免疫学和神经生理学等基础学科从理论到实践发生了巨大的变化,神经科疾病的诊断水平和认识水平有了质的飞跃。总结和介绍神经科学诊断和治疗方面的新方法和新技术对于提高、普及和促进神经科学的发展具有重要意义。为此我们组织了几十名具有丰富临床经验的医师,发挥各自专长,参阅大量中外文资料并结合临床经验,每2~3人一个专题进行编写,编撰成融诊断、疾病和治疗于一体的《实用神经内科学——症候与疾病》。

本书分两大部分,上篇是症候学,下篇是疾病学。神经症候学是神经病学的基础,尽管已有许多先进的辅助手段应用于神经科疾病的诊治,但作为一个临床学科,对临床医生而言,最重要的是从病人身上了解到的病史和详细的对症状和体征的观察,这是进行正确诊断和治疗的基本前提。近年来,国内外从基础和临床方面对神经症候进行了深入研究,积累了大量临床观察资料,因此本书首先详细介绍了与神经科相关的各种症候,按解剖系统详细阐述了各部位病变时的神经系统症候,各种专业的各级医师均可使用。科学的进步使神经科在理论和观念等各方面发生了显著变化。许多疾病的病因、发病机制、病理生理、诊断、治疗和预防都重新受到审视。因此,在进行了大量资料查询的基础上,疾病学的编写根据疾病的常见性、多发性和重要性原则,确定每种疾病应占的篇幅,并补充了一些常见病和新概念,如头痛的最新分类及其诊断标准,有关癫痫及癫痫综合征最新的概念、分类及诊断步骤;同时对白质性痴呆、轻度认知障碍、青年人卒中、脑静脉系统血栓形成、急性脑梗死溶栓治疗的研究进展进行了描述。

但是,由于我们的专业水平非常浅薄,虽然在基础与临床、理论与实践的结合方面作了一定尝试,还很不成熟,必然存在不少缺憾和错误,敬请诸位同行提出宝贵意见和建议。此书编写期间,由于面临繁重的医疗和教学、科研任务,未能更全面、更广泛地收集国内外相关文献,必然遗漏不少重要资料,我们对此深感不安,诚恳希望广大同行给予理解和支持。

在本书出版之际,对一直以来给予我们支持和帮助的各位领导和专家深表谢意,同时也感谢培养我们的各位老师。

编者

2005.8

目 录

总 论	1
-----------	---

上篇 症候学

第一章 意识障碍	7
第一节 意识障碍的解剖生理基础	7
第二节 意识障碍的分类	9
第三节 晕厥	15
第四节 昏迷患者的诊断步骤	19
第五节 昏迷的治疗原则	22
第二章 精神障碍	25
第一节 神经症	25
第二节 神经系统疾病所致精神障碍	38
第三节 人格障碍	60
第三章 痴呆症候	68
第一节 痴呆的主要表现	68
第二节 痴呆的常见病因	73
第四章 睡眠障碍	79
第一节 失眠症	80
第二节 白日过度嗜睡	87
第三节 睡眠运动病	97
第四节 睡眠行为障碍	102
第五节 睡眠相关性癫痫	110
第五章 语言障碍	117
第一节 构音困难	117
第二节 失语症	119
第三节 失用症	123
第四节 失认症	125
第六章 眼部症状	127
第一节 眼睑、角膜与瞳孔症候	127
第二节 视力和视野障碍	132
第三节 眼底症候	136
第四节 眼球运动障碍	137
第七章 头面痛	140
第一节 头痛的发生机制	140



第二节	头痛的病史及检查	142
第三节	头痛的分类	149
第四节	常见头痛类型的诊断及治疗	158
第五节	头痛的诊断和防治	167
第八章	眩晕	171
第一节	眩晕的定义及临床病理生理	171
第二节	眩晕的定位诊断	174
第三节	眩晕的定性诊断	175
第四节	各种眩晕的特征	176
第五节	眩晕的诊断要点	181
第六节	眩晕的治疗和预防	183
第九章	共济失调	185
第一节	深感觉障碍性共济失调	185
第二节	小脑性共济失调	187
第三节	大脑性共济失调	190
第四节	前庭性共济失调	191
第十章	球麻痹和假性球麻痹	193
第一节	球麻痹	194
第二节	假性球麻痹	197
第十一章	瘫痪	201
第一节	上运动神经元瘫	202
第二节	下运动神经元瘫	207
第三节	肌病性瘫	209
第四节	癱病性瘫	210
第十二章	肌萎缩	212
第一节	肌萎缩的病理生理	212
第二节	肌萎缩的类型与检查	215
第三节	肌萎缩的定位诊断与病因	220
第四节	肌萎缩的鉴别诊断	222
第十三章	不自主运动	230
第一节	震颤	230
第二节	舞蹈、手足徐动	233
第三节	肌阵挛、肌纤维颤动与肌束震颤	236
第四节	抽动症	240
第五节	肌张力障碍	245
第十四章	步态障碍	251
第十五章	感觉障碍	257
第一节	感觉传导	257
第二节	感觉障碍的分类与检查	261



第三节	常见感觉障碍的定位·····	265
第四节	临床常见感觉障碍类型及病因·····	269
第十六章	反射异常·····	276
第一节	浅反射异常·····	276
第二节	深反射异常·····	278
第三节	病理反射·····	280
第十七章	尿便障碍·····	283
第一节	尿、便功能的一般调节机制·····	283
第二节	排尿障碍·····	285
第三节	排便障碍·····	291
第十八章	颅内压异常·····	294
第一节	颅内压增高·····	294
第二节	脑疝·····	301
第三节	良性颅内压增高·····	304
第四节	低颅压综合征·····	306

下篇 疾病学

第十九章	周围神经疾病·····	313
第一节	概述·····	313
第二节	脑神经疾病·····	319
第三节	脊神经疾病·····	332
第二十章	脊髓疾病·····	384
第一节	急性脊髓炎·····	384
第二节	急性病毒性脊髓炎·····	389
第三节	细菌性脊髓炎·····	390
第四节	螺旋体性脊髓炎·····	392
第五节	脊髓蛛网膜炎·····	394
第六节	脊髓压迫症·····	396
第七节	脊髓空洞症·····	400
第八节	亚急性联合变性·····	403
第九节	脊髓血管病·····	404
第十节	椎管狭窄性脊髓及脊神经病变·····	407
第十一节	脊髓损伤·····	412
第十二节	Leigh 综合征·····	415
第二十一章	脑血管疾病·····	418
第一节	短暂性脑缺血发作·····	419
第二节	脑梗死·····	425
第三节	脑出血·····	449
第四节	脑室出血·····	459



第五节	蛛网膜下腔出血·····	462
第六节	混合性卒中·····	470
第七节	高血压脑病·····	471
第八节	炎性脑血管病·····	474
第九节	颅内动脉瘤·····	488
第十节	脑血管畸形·····	493
第十一节	烟雾病·····	503
第十二节	颈内动脉纤维肌肉发育不良·····	507
第十三节	脑淀粉样血管病·····	509
第十四节	颅内静脉及静脉窦血栓形成·····	511
第十五节	皮质下动脉硬化性脑病·····	518
第十六节	伴有皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性脑动脉病·····	522
第二十二章	中枢神经系统感染·····	526
第一节	病毒感染性疾病·····	526
第二节	朊蛋白病·····	530
第三节	艾滋病神经系统障碍·····	535
第四节	结核性脑膜炎·····	538
第五节	新型隐球菌脑膜炎·····	541
第六节	螺旋体病·····	544
第七节	脑寄生虫病·····	549
第八节	颅内脓肿·····	556
第二十三章	中枢神经系统脱髓鞘疾病·····	561
第一节	多发性硬化·····	562
第二节	视神经脊髓炎·····	571
第三节	急性播散性脑脊髓炎·····	574
第四节	弥漫性硬化·····	577
第五节	同心圆性硬化·····	579
第六节	脑桥中央髓鞘溶解症·····	581
第七节	髓鞘构成缺陷性疾病·····	583
第二十四章	锥体外系疾病·····	587
第一节	概述·····	587
第二节	帕金森病·····	588
第三节	舞蹈病·····	597
第四节	肝豆状核变性·····	604
第五节	其他锥体外系疾病·····	609
第二十五章	癫痫·····	613
第一节	概述·····	613
第二节	癫痫的临床表现·····	621
第三节	诊断癫痫临床常用的检查·····	636



第四节	诊断与鉴别诊断·····	644
第五节	癫痫的治疗·····	651
第二十六章	原发性头痛·····	677
第一节	偏头痛·····	677
第二节	紧张型头痛·····	697
第三节	丛集性头痛和其他三叉自主神经头痛·····	703
第二十七章	痴呆·····	710
第一节	概述·····	710
第二节	Alzheimer 病 ·····	716
第三节	血管性痴呆·····	727
第四节	路易体痴呆·····	731
第五节	Pick 病和额颞痴呆 ·····	734
第二十八章	神经系统发育异常性疾病·····	738
第一节	概述·····	738
第二节	颅颈区畸形·····	738
第三节	脑瘫·····	740
第四节	先天性脑积水·····	743
第二十九章	神经系统遗传代谢性疾病·····	747
第一节	概述·····	747
第二节	进行性失明·····	754
第三节	遗传性周围神经病·····	755
第四节	遗传性共济失调·····	762
第五节	遗传性痉挛性截瘫·····	766
第六节	类脂质沉积病·····	769
第七节	糖原累积病·····	772
第八节	氨基酸代谢病·····	778
第九节	线粒体肌病和线粒体肌脑病·····	786
第十节	神经皮肤综合征·····	790
第三十章	神经系统变性疾病·····	796
第一节	运动神经元病·····	796
第二节	多系统萎缩·····	804
第三节	皮质基底节变性·····	817
第四节	进行性核上性麻痹·····	821
第三十一章	神经-肌肉接头疾病·····	826
第一节	概述·····	826
第二节	重症肌无力·····	826
第三节	Lambert-Eaton 综合征 ·····	832
第三十二章	肌肉疾病·····	834
第一节	概述·····	834



第二节	周期性瘫痪·····	835
第三节	炎性肌病·····	838
第四节	包涵体肌炎与遗传性包涵体肌病·····	846
第五节	代谢、内分泌性肌病·····	849
第六节	进行性肌营养不良·····	864
第七节	肌强直性肌病·····	870
第八节	其他类型肌病·····	873
第三十三章	自主神经系统疾病·····	876
第一节	概述·····	876
第二节	雷诺病·····	881
第三节	红斑性肢痛症·····	885
第四节	面偏侧萎缩症·····	888
第五节	自主神经功能不全·····	890
第六节	进行性脂肪营养不良·····	894
第七节	血管神经性水肿·····	895
第八节	高血压间脑综合征·····	899
第九节	多汗症·····	899
第三十四章	理化因素及其他系统性疾病引起的神经系统损害·····	902
第一节	酒精中毒·····	902
第二节	食物药物中毒·····	905
第三节	工业中毒·····	916
第四节	热损伤·····	925
第五节	一氧化碳中毒·····	927
第六节	有机磷中毒迟发性神经病变·····	930
第七节	糖尿病性神经病变·····	932
第八节	尿毒症性脑病·····	936
第九节	肺性脑病·····	939
第十节	肝性脑病·····	942
第十一节	水、电解质平衡紊乱·····	946
第十二节	甲状旁腺功能减退·····	953
第十三节	甲状腺疾病的神经系统表现·····	956

总 论

神经病学(neurology)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、康复和预防的一门临床学科,是神经科学(neuroscience)的一部分。与组成神经科学的其他学科如神经解剖学、神经病理学、神经内分泌学、神经免疫学、神经生理学、神经心理学、神经眼科学、神经耳科学和神经外科学等学科的进步息息相关、互相渗透、互相促进。由于外科手术对神经系统疾病的应用日益发展,神经外科学早已从神经科学中分离出来而迅速发展,根据发育期和老年期的神经结构和功能特点,儿童神经病学、围产期和新生儿期神经病学、老年神经病学也已经或正在发展成为独立专业。任何一个基础学科的新理论或医学仪器的发明都可使神经疾病的诊断和治疗有革命性的变革。如20世纪70年代电子计算机体层扫描(CT)机的临床应用,使颅脑疾病的诊断耳目一新;2000年发现帕金森病是因大脑特定部位多巴胺缺乏,从而促进了有效治疗药左旋多巴的开发和应用。可见,神经病学的研究领域非常广阔,前途不可限量。

21世纪是“脑”的世纪,是神经科学突飞猛进全面发展的世纪。各种先进检查设备、诊疗技术和方法的不断涌现,对提高神经系统和肌肉的结构与功能的认识、查清神经系统各疾病的病因和发病机制、早期诊断和治疗都起到了不可估量的作用,必将大大改善神经系统疾病的预后。

神经系统按解剖结构分为中枢神经系统(脑、脊髓)和周围神经系统(脑神经、脊神经)两个部分,前者主管分析综合体内外环境传来的信息;后者主管传递神经冲动。按神经系统功能不同又可分为调整人体适应环境变化的躯体神经系统和稳定内环境的自主神经系统。大脑皮质通过调节下丘脑,对垂体激素释放起调节作用。因此,神经系统不仅调节人体适应外界环境的变化,神经系统的功能紊乱可引起其他系统的功能障碍,如急性脑血管病时常常出现心血管系统和消化系统症状,癫痫可表现为腹痛。同样,其他系统的疾患也可引起神经系统的功能障碍,如糖尿病常合并脑梗塞和周围神经病、肝肾功能不全时常出现精神症状等等。在分析探讨神经系统疾病时,必须统观全局,不论检查、诊断、治疗,都要注意到全身的情况。

虽然神经病学采取的工作方法和其他学科一样,也是临床方法,但在这一方面体现得更为突出,更强调临床系统思维。比如,有经验的神经科医生在采集病史并进行全身和神经系统查体后,就能够指明神经系统的病变部位并且推断出病因和发病机制,而其他学科医生大都依靠实验室检查才能得出上述结论。

神经系统疾病的诊断分为两个方面:即定位诊断和定性诊断。

1. 确定神经系统病变的解剖部位(定位诊断)需要详尽的临床资料和扎实的神经科学的基础知识

获得神经系统受损的准确资料是做出正确诊断的第一步。若资料不准确,则诊断必



然有误。所以,询问病史和体格检查特别是神经系统检查就显得十分重要。病史采集务求准确、全面。神经科常常遇到痴呆、言语障碍、认知障碍、意识障碍、不合作者,所以除了向病人询问病史外,经常需要向其家属或同事了解、询问有关发病经过。比如,一次癫痫发作,当时的表现、体位、眼位、面部表情、有无肢体抽动、流涎、持续时间等情况,患者几乎不能提供任何资料,而对多数病人来说,癫痫仍是一个临床诊断。一个典型的发病经过几乎就能临床确诊。准确无误地判定病人的主诉非常重要,比如,就诊病人诉“头晕”,一定要弄清楚是眩晕还是一般的头昏,在多数情况下,两者反应不同的病变部位和不同的病变性质。同样,诱发和加重因素、持续时间、伴随症状等对定位诊断也非常重要。比如,进行性加重的头痛、弯腰低头或打喷嚏时加重,而后出现呕吐,则强烈提示颅内高压。神经系统查体应该全面且有重点地进行,全面查体以便发现意想不到的体征;根据病史有侧重地详细检查以便丰富临床资料,有时需要重复检查,务求检查结果毫无疑问。因为,症状是靠病人自己表达出来的,往往和患者的文化素质、表达能力、有无认知障碍等有关,其可靠性远不及我们查到的体征。临床上经常遇到,一个意外发现的体征完全改变了原来的诊断;在重复查体过程中看出了疾病的过程。在临床实践中,我们经常的做法是把神经系统查体分为常规查体和假设检验两部分,所谓假设检验是根据病人的一组症候,设计和选择全身和神经系统的重点检查内容,以期得到我们想要的结果。比如,一位 55 岁妇女,既往高血压病史,近一个月间断出现右手麻木无力,不伴疼痛,且不能明确指出麻木的部位。据此,首先应考虑神经系统哪些部位的病变可产生这种症状;大脑皮质左侧中央沟及其临近的感觉-运动区受损可产生上述感觉和运动的症状;右侧的颈神经根、颈髓、右侧臂的尺神经、正中神经的损害也可引起这些症状。因此,应重点检查左侧大脑功能,特别是言语功能和颈髓,颈部活动、手的肌力、有无肌萎缩、感觉缺失、反射异常、腕关节屈曲时是否诱发上肢感觉异常等。

掌握好神经科学的基础知识特别是神经解剖学对疾病诊断至关重要,其他专业医生觉得神经科神秘,主要也在于此。例如,有时仅根据神经解剖知识,经过简单神经系统查体,我们几乎能准确地指出病变的精确部位。神经系统的症状按发病机制大致分为四种:①缺损症状:指神经受损时,正常功能减弱或消失,如脑梗塞时出现的瘫痪、失语,面神经炎时的面肌瘫痪等。②刺激症状:指神经结构受刺激后产生的过度兴奋或功能亢进,如皮层运动区受刺激后出现的部分性运动性癫痫;正中神经损伤后的灼性神经痛等。③释放症状:指高级中枢受损后,受其制约的低级中枢功能表现出来,如上运动神经元损害后出现的椎体束征,弥漫性皮层损害时出现的口轮匝肌反射和吸吮反射等。④休克症状:指中枢神经系统局部的急性严重病变,引起在功能上与之关联的远隔部位神经功能暂时缺失,如大量脑出血急性期,瘫痪侧肢体肌张力降低、腱反射消失和 Babinski 征阴性(脑休克),脊髓急性横贯性损伤时,受损平面以下的弛缓性瘫痪(脊髓休克)。休克期过后,逐渐出现缺损症状和释放症状。在临床实践中,我们要充分利用神经科学的基础知识来解释、辨别最后确定病变部位。

2. 确定神经系统疾病的病变性质(定性诊断)要综合考虑多方面因素

在确定了病变部位后,联系起病方式、疾病进展演变过程、有关个人和家族史以及临床检查资料,经过分析,筛选出可能的病因,而后为证实病因和定位诊断而选择进行某些辅助检查,以期对该病例做出一个完整、准确的诊断。神经系统疾病的病因多种多样,但



各种疾病在其神经和(或)肌肉组织中多有其独特的病理改变和好发的特定部位。常见致病因素有感染、血管病变、肿瘤、外伤、中毒、免疫障碍、变性、遗传、先天发育异常、营养缺乏、代谢障碍等。一般而言,不同病因其起病方式和进展过程各有其特点,如急性起病、迅速进展者,以血管病、外伤、炎症、中毒等多见,隐袭起病、缓慢进展者,以变性、营养缺乏、免疫障碍等多见。在解释病灶性质时,我们也要注意所谓刺激性病灶(使神经功能亢进)和破坏性病灶(使神经功能减退或消失)有时因时间、部位等不同是可以相互转变的,例如,蛛网膜下腔出血,出血刺激大脑皮质引起癫痫发作(刺激性灶),而后血肿压迫大脑皮质引起偏瘫(破坏性灶)。同一病因,在不同时间表现可不同,如上述的脑休克和脊髓休克。关键是我们要把一组临床症候,利用系统知识有机结合起来进行综合分析、判断,使其结论无懈可击。一般的诊断思路是“一元化”,即用一个病解释病人全貌,但在做出结论之前,思路越开阔越不至于漏诊或误诊,就上述 55 岁患者而言,病变在大脑和颈神经根、颈髓都有可能,定性诊断方面,大脑的血管闭塞过程可以解释这种间歇性的症状;颈部因患者体位变化或活动引起机械性压迫也可以解释这种症状的多变性。因此,我们除了上述检查外,应选择必要的辅助检查手段,做到定位和定性的统一。

当今科学技术发展日新月异,许多先进检测仪器的问世和特殊检查方法的出现,为临床诊断提供了极大帮助。从使用角度看,这些辅助检查大体可分为两大类:第一类属安全、无创的,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)、经颅多普勒(TCD)、单光子发射计算机断层扫描(SPECT)、正电子发射计算机断层扫描(PET)、局部脑血流量测定(rCBF)、脑磁图(MEG)、脑电图(EEG)、脑电地形图(BEBM)、肌电图(EMG)、视觉、脑干听觉及体感诱发电位(VEP、BAEP、SEP)、事件相关电位(ERP)等。第二类为有一定创伤的,如数字减影血管造影(DSA)、脑脊液细胞学和有关免疫学方面的检查、肌肉和神经组织活检等。在选择辅助检查上我们应注意,首先,所有这些先进技术都不能取代基本临床方法,它们只能为临床诊断提供依据或佐证。一方面有些神经系统疾病辅助检查并无阳性发现,如三叉神经痛、癫痫、血管性头痛等,另有些疾病在早期也常呈阴性检查结果如缺血性脑梗塞、单纯疱疹病毒性脑炎等;另一方面有些疾病昂贵的检查反而不一定有阳性发现,如 MRI 对蛛网膜下腔出血检查,而简单的腰穿对诊断有决定性意义。这就要求我们对这类辅助检查选择时,必须在对临床资料进行周密分析以后结合各项检查的特异性选择采用,不宜轻率从事。

对于神经系统疾病的治疗方面,近些年已改变了以往的“重诊断,轻治疗”的局面,各种新的有特异性的治疗手段以及新药品的不断涌现,给神经系统疾病的治疗带来了光明前景,如伽马刀、细胞刀、介入治疗等。有些神经系统疾病可以完全治愈,如大多数炎症、营养缺乏性疾病、早期或轻症脑血管病、良性肿瘤等;有些神经系统疾病虽不能根治,但通过治疗可使症状部分或完全控制或缓解,如重症肌无力、多发性硬化、血管性头痛、癫痫等;有少数神经系统疾病至今尚无有效的治疗方法,如恶性肿瘤、神经系统变性疾病、神经系统遗传性疾病等,目前仅能给予适当的对症和支持疗法,这也是神经科应着重研究的问题。相信在不久的将来,一定会对难治或尚无有效治疗方法的疾病有所突破,找到有效的治疗方法,造福于社会。

初接触神经病学的同事,可能会感到枯燥乏味,有些内容会感到抽象,但一旦投入进去,就会感到其无限乐趣所在。开始时要充分利用图谱、模型或标本,理解、记忆神经系统



解剖和生理功能,为定位诊断打好基础;要密切联系临床,完整准确地掌握病史、症状和体征,加强基本技能训练,掌握各辅助检查的临床意义,培养对疾病的综合分析能力。本书也旨在从症候入手加强这方面的综合思维和判断能力,希望能对大家有所帮助。相信通过一代又一代的共同努力,神经病学的发展将会日新月异!

(郭宗成)

上 篇

疋 候 字