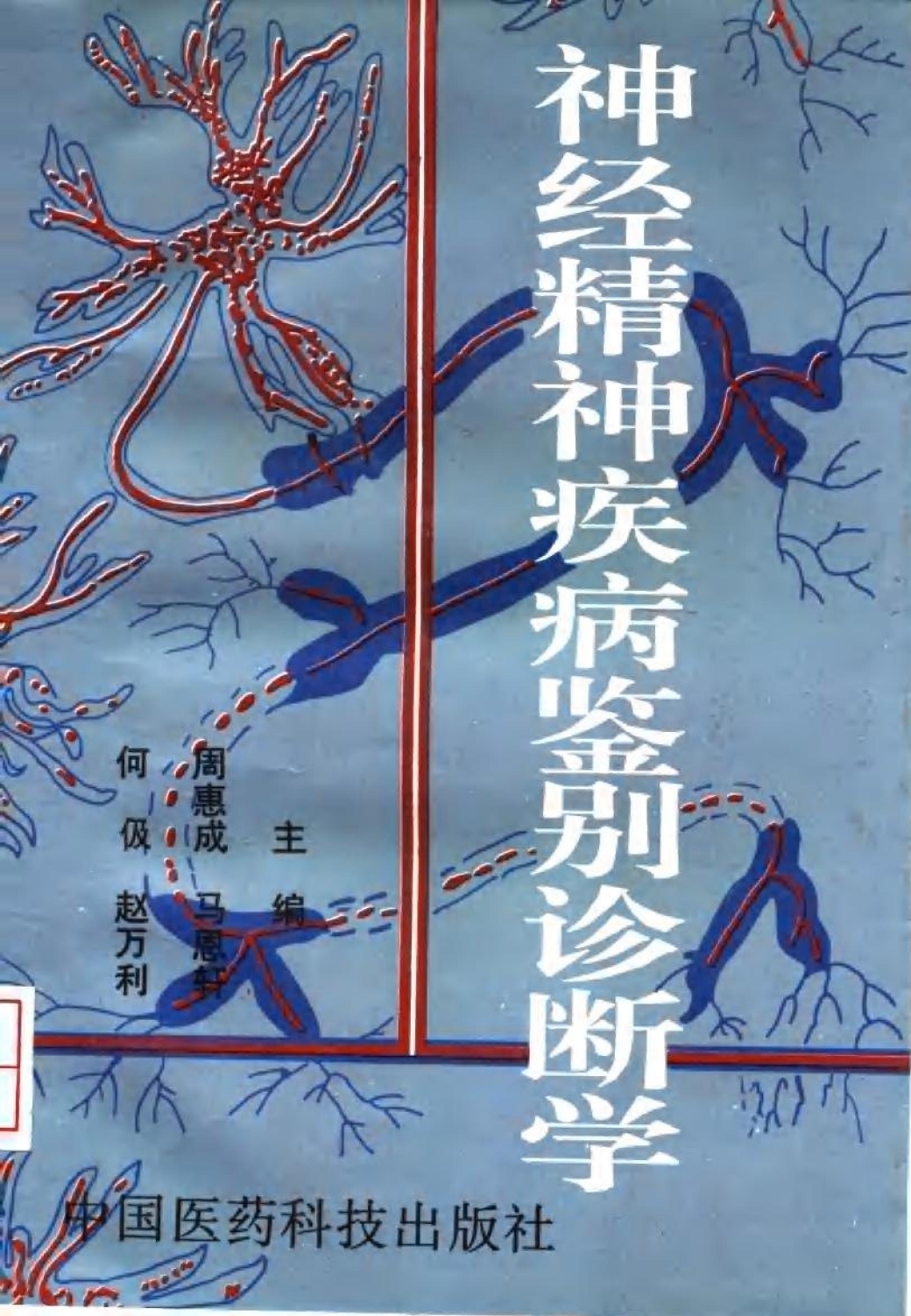




神经精神疾病鉴别诊断学

主 编

周惠成 马恩舒

何 侃 赵万利

中国医药科技出版社

R241.041

740

神经精神疾病鉴别诊断学

周惠成 马恩轩 主 编
何 伋 赵万利

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

图书在版编目(CIP)数据

神经精神疾病鉴别诊断学/周惠成等主编. —北京:中国医药科技出版社, 1995.5

ISBN 7—5067—1392—6

I. 神… II. 周… III. 神经系统疾病:精神病—检测—诊断学
IV. R741.041

中国版本图书馆 CIP 数据核字(95)第 07134 号

神经精神疾病鉴别诊断学

周惠成 马恩轩 主编
何 俊 赵万利

*

中国医药科技出版社出版
泰安市泰山制版中心印刷
新华书店总店北京发行所经销

*

开本 850×1168mm 1/32 14.5 印张

字数 400 千字 印数 1—500 册

1995 年 5 月第 1 版 1998 年 9 月第 2 次印刷

ISBN 7—5067—1392—6
R·1228 定价:19.20 元

主 编:

周惠成 马恩轩 何 伋 赵万利

副主编:

张筱赛 张兴惠 路则亮 李 伟
韩云芳 赵逢玉

编 委:(按姓氏笔画排列)

上官福来	马世民	马恩轩	王显金
王生梅	王守君	王桂菊	田 博
刘军波	刘茂祥	刘 华	朱友德
李金海	李 伟	李 锋	李庆霞
何 伋	何 任	陈景清	陈成雨
路则亮	周惠成	张兴惠	张筱赛
郑洪金	赵逢玉	赵万利	韩云芳
栾清明	曹中昌	翟清秀	翟 杰
靳士立			

前 言

随着社会文明的发展和医学模式的转变,神经和精神科的学术地位日趋重要。在神经精神科临床医疗实践中,经常遇到“异病同症”或“同病异症”的复杂现象,如不能及时作出正确诊断,往往会延误对患者的处理和治理,甚至造成难以预料不良后果。本书以神经系统的各种高级机能,诸如意识、运动、言语、感觉、知觉、思维、智能、记忆、注意、情感、行为、反射等方面的病理症状,和颅神经、植物神经、颅内压的异常改变为线索,分别对具有各种症状的不同疾病的特征性表现和有关症状在不同疾病中的发生规律及特点进行了详尽阐述分析。为神经、精神科医务工作者从事专业实践活动提供了有益的参考依据。

本书的主创人员是具有长期临床实践经验和丰厚理论基础的专家、教授,他们在编写过程中着力汲取国内外先进成果和资料。全书体例新颖,结构严谨,密切结合临床实践,实用性与科学性并重,不仅是神经科、精神科临床工作者不可或缺的参考书籍和得力助手,也适于其它专科医师和医学院校师生参考应用。

由于我们水平所限,书中难免存在不足之处,敬请广大读者批评指正。

编 者

山东省济宁市精神病防治院

1995 年 1 月

目 录

第一章 意识障碍	(1)
第一节 急性意识障碍	(2)
第二节 间歇发作性意识障碍	(23)
一、晕厥	(23)
二、惊厥与失神发作	(30)
第三节 慢性意识障碍	(34)
第四节 自我意识障碍	(35)
第二章 运动障碍	(41)
第一节 瘫痪	(41)
一、上运动神经元性瘫痪	(42)
二、下运动神经元性瘫痪	(45)
三、肌病性瘫痪	(48)
四、单瘫	(50)
五、偏瘫	(52)
六、截瘫	(55)
七、四肢瘫	(56)
八、短暂性瘫痪	(58)
九、癔症性瘫痪	(58)
第二节 不自主运动	(59)
第三节 共济失调	(74)
第四节 肌张力改变	(81)
第五节 营养性障碍	(88)
一、肌萎缩	(88)
二、假性肥大	(99)

第三章 言语障碍	(101)
第一节 失语症.....	(101)
第二节 失用症.....	(106)
第三节 失认症.....	(110)
第四节 讷吃.....	(113)
一、麻痹性讷吃.....	(113)
二、调节性讷吃.....	(116)
第五节 口吃.....	(118)
第六节 语言发育障碍.....	(120)
第七节 缄默症.....	(122)
第四章 感觉障碍	(124)
第一节 客观感觉障碍.....	(124)
第二节 主观感觉障碍.....	(133)
第三节 眩晕.....	(142)
第五章 知觉障碍	(147)
第一节 错觉.....	(147)
第二节 幻觉.....	(150)
第三节 感知综合障碍.....	(157)
第六章 思维障碍	(161)
第一节 思流障碍.....	(162)
第二节 思路障碍.....	(167)
第三节 联想障碍.....	(170)
第四节 逻辑障碍.....	(173)
第五节 思维控制障碍.....	(175)
第六节 思维观念障碍.....	(178)
第七节 其他思维障碍.....	(183)
第七章 智能障碍	(185)
第一节 智能低下.....	(186)

第二节 痴呆	(196)
第三节 假性痴呆	(206)
第八章 记忆障碍	(208)
第一节 记忆量的改变	(208)
一、记忆增强	(208)
二、记忆减退	(210)
三、遗忘	(211)
第二节 记忆质的改变	(214)
一、错构症和虚构症	(214)
二、潜隐记忆、旧事如新症、似曾相识感 及重演性记忆错误	(216)
三、柯萨可夫综合征	(218)
第九章 注意障碍	(221)
第十章 情感障碍	(226)
第一节 病理优势情感	(227)
第二节 情感诱发障碍	(231)
第三节 情感协调性障碍	(236)
第四节 情感退化	(236)
第十一章 行为障碍	(239)
第一节 行为调节障碍	(239)
第二节 意向障碍	(243)
第三节 行为模式障碍	(247)
第四节 行为表达障碍	(252)
第五节 进食障碍	(258)
一、食欲减退	(260)
二、食欲亢进	(261)
三、拒食	(261)
第六节 睡眠障碍	(262)

第七节 性功能障碍	(266)
第八节 性偏好障碍	(268)
第九节 性身份障碍	(270)
第十节 性取向障碍	(271)
第十一节 其他行为问题	(273)
一、自杀	(273)
二、出走	(274)
三、漫游	(274)
四、孤独症	(274)
五、攻击(破坏)行为	(275)
六、诈病	(275)
七、衣着反常	(276)
第十二章 反射异常	(277)
第一节 浅反射异常	(277)
第二节 深反射异常	(282)
一、肱二头肌腱反射异常	(283)
二、肱三头肌腱反射异常	(284)
三、桡骨膜反射异常	(286)
四、霍夫曼氏征	(288)
五、膝反射异常	(289)
六、踝反射异常	(294)
七、罗索里摩征	(295)
八、髌阵挛、踝阵挛	(296)
第三节 病理反射	(298)
一、巴彬斯基征 高尔登征 卡道克征 欧本海姆征	(299)
二、吸吮反射 强握反射	(303)
三、掌颏反射	(304)

第十三章 植物神经功能紊乱	(307)
第一节 交感神经功能亢进.....	(307)
第二节 副交感神经功能亢进.....	(311)
第三节 交感神经功能不足.....	(313)
第四节 副交感神经功能不足.....	(315)
第五节 植物神经检查.....	(319)
第十四章 颅神经损害	(322)
第一节 嗅神经损害.....	(322)
第二节 视神经损害.....	(323)
第三节 动眼神经、滑车神经、外展神经损害.....	(327)
第四节 三叉神经损害.....	(330)
第五节 面神经损害.....	(332)
第六节 听神经损害.....	(335)
第七节 舌咽、迷走、副及舌下神经损害.....	(337)
第十五章 颅内压改变	(340)
第一节 颅内压增高.....	(340)
第二节 颅内压降低.....	(344)
第十六章 脑膜刺激征	(347)
第十七章 大脑各叶症状群	(361)
第一节 额叶症状群.....	(361)
第二节 顶叶症状群.....	(364)
第三节 枕叶症状群.....	(366)
第四节 颞叶症状群.....	(368)
第五节 第三脑室症状群.....	(369)
第六节 第四脑室症状群.....	(371)
第十八章 小脑症状群	(374)
第十九章 脑干症状群	(377)
第二十章 常见综合征	(383)

第一节 精神病综合征.....	(383)
一、幻觉症	(384)
二、幻觉妄想综合征	(385)
三、精神自动症综合征	(385)
四、疑病综合征	(386)
五、Cotard 综合征	(387)
六、Othello 综合征	(388)
七、遗忘综合征	(389)
八、紧张综合征	(391)
九、Capgras 综合征.....	(392)
十、神经衰弱综合征	(393)
第二节 神经病综合征.....	(394)
一、Abadie 氏综合征	(394)
二、Adie 氏综合征	(395)
三、Apert 氏综合征	(396)
四、Argyll Robertson 氏综合征	(397)
五、Arnold-chiari 氏综合征	(398)
六、Arnold-plck 氏综合征	(399)
七、Avellis 氏综合征	(400)
八、Axenfeld-Schurenberg 氏综合征	(401)
九、Balint 氏综合征	(402)
十、Barre-Lieou 氏综合征	(403)
十一、Bernard-Horner 氏综合征	(403)
十二、Bianchi 氏综合征	(404)
十三、Bogorad 氏综合征	(405)
十四、Bristowe 氏综合征	(407)
十五、Brown-Sequard 氏综合征.....	(407)
十六、Cestan-Chenais 氏综合征.....	(409)

十七、Cockayne 氏综合征	(409)
十八、Collet-Sicard 氏综合征	(410)
十九、Costen 氏综合征	(411)
二十、Creutzfeldt-Jakob 氏综合征	(413)
二十一、Dandy-Walker 氏综合征	(413)
二十二、Duchene-Erb 氏综合征	(415)
二十三、Dejerine-Klumpke 氏综合征	(416)
二十四、Eaton-Lambert 氏综合征	(416)
二十五、Fisher 氏综合征	(418)
二十六 Foix-Alajouanine 氏综合征	(419)
二十七、Foix 氏综合征	(420)
二十八、Foville 氏综合征	(421)
二十九、Foster-Kennedy 氏综合征	(422)
三十、Garcin 氏综合征	(423)
三十一、Gerstmann 氏综合征	(424)
三十二、Guillain-Barre 氏综合征	(425)
三十三、Hoffmann 氏综合征	(427)
三十四、Horton 氏综合征	(428)
三十五、Kluver-Bucy 氏综合征	(429)
三十六、Leigh 氏综合征	(430)
三十七、Lennox 氏综合征	(431)
三十八、Lhermitte 氏综合征	(433)
三十九、Louis-Bar 氏综合征	(434)
四十、Marchiafava-Bignami 氏综合征	(436)
四十一、Marinesco-Sjögren 氏综合征	(436)
四十二、Menkes 氏综合征	(437)
四十三、Millard-Gubler 氏综合征	(438)
四十四、Moersch-Woltmann 氏综合征	(439)

四十五、Morvan 氏综合征	(441)
四十六、Naffziger 氏综合征	(442)
四十七、Nothnagel 氏综合征	(444)
四十八、Parinaud 氏综合征	(445)
四十九、Parry-Romberg 氏综合征	(446)
五十、Riley-Day 氏综合征	(447)
五十一、Roth 氏综合征	(448)
五十二、Rubinstein-Taybi 氏综合征	(450)
五十三、Schwartz-Jampel 氏综合征	(451)
五十四、Shy-Drager 氏综合征	(452)
五十五、Sjögren-Larsson 氏综合征	(453)
五十六、Sluder 氏综合征	(454)
五十七、Smon 氏综合征	(455)
五十八、Tolosa-Hunt 氏综合征	(456)
五十九、Werdnig-Hoffmann 氏综合征	(458)
六十、West 氏综合征	(459)
第二十一章 实验室检查	(461)
第一节 生物化学检验	(461)
一、血清酶学检查	(461)
二、 β 一脂蛋白和胆固醇检验	(462)
三、苯丙酮酸检验	(463)
四、铜蓝蛋白检验	(463)
五、血液肌红蛋白检验	(463)
六、脑脊液蛋白检验	(463)
七、脑脊液糖检验	(465)
八、脑脊液氯化物检验	(466)
第二节 细胞学检查	(466)
一、周围血白细胞计数及分类检验	(466)

二、周围血中异型细胞检验	(468)
三、脑脊液白细胞计数	(468)
四、脑脊液红细胞计数	(470)
第三节 免疫学检验	(471)
一、血液 C 反应蛋白(CRP)测定	(471)
二、血液病毒特异性抗体检测	(471)
三、血液和脑脊液中抗 Ach 受体抗体测定	(472)
四、脑脊液化脓性脑膜炎病原抗原抗体测定	(472)
五、脑脊液结核免疫试验	(472)
六、血液和脑脊液梅毒免疫试验	(472)
七、脑脊液 γ 球蛋白及免疫球蛋白测定	(473)
第四节 细菌学检验	(473)
第二十二章 放射学检验	(475)
第一节 X 线检查	(475)
一、头颅 X 线检查	(476)
二、脊柱 X 线检查	(477)
第二节 计算机体层摄影	(479)
一、颅脑 CT 检查适应征及限度	(479)
二、脊柱 CT 检查	(482)

第一章 意识障碍

disturbance of consciousness

意识是指人们对客观环境和主观自身状态的认识能力,是人脑反映客观现实的最高级形式。意识在医学上是指“神志清晰状态”或“醒觉状态”,在精神医学中意识是指精神活动的清晰度和清晰范围。对主观自身状态及其活动的辨认能力称自我意识,又称人格意识;对客观事物的辨认能力称周围意识或环境意识。

意识和意识活动的基础是意识清晰状态。所谓意识清晰状态,是指大脑皮质处于适宜的兴奋状态或预激状态。在这种状态下,大脑皮质的张力得以保持,为各种高级神经活动过程的迅速发生和发展以及各种条件联系的顺利进行提供了条件。在意识清晰状态时,才能清晰地认识外在各种客观事物及其内心活动,并能清晰地意识到自己的各种精神活动。意识清晰状态必须有完好的定向力、注意力及领悟能力。因此,人的各种心理过程具有准确、连续、灵活、主动及指向性等特点,而人的行为也就具有动机、目的、方向性和预见性。

意识障碍是由脑功能的抑制所引起。意识障碍时首先是意识清晰程度受到破坏,致使大脑皮层的兴奋性产生了病理性的改变,对客观刺激物的感知及对自体的感觉不能产生明晰的印象,或感知困难,或完全不能感知;各种心理过程主动性降低,或互不联系,支离破碎,或停滞于某一阶段,局限于狭窄的范围内,各种条件联系不能顺利进行,致使分析综合困难,判断推理错误,或各种心理活动根本无法进行,事后部分或全部遗忘。

第一节 急性意识障碍

acute disturbance of consciousness

急性意识障碍主要是对周围环境的意识障碍,系由急性全身性疾病所致。一般分为意识水平的减低、意识内容的改变及意识范围的缩小三种类型。现将不同的急性意识障碍的发生机理、病因、基本概念及鉴别诊断分述如下。

【病因和机理】 巴甫洛夫学派认为意识障碍是由于大脑皮层抑制过程的扩散,是一种保护性抑制过程。由于大脑皮质抑制过程扩散的深度和广度不同,而出现不同意识障碍。当抑制过程扩散到整个大脑两半球皮质及脑干时,则出现昏睡和昏迷。朦胧状态主要是由于第二信号系统位于时相状态,在第二信号系统的影响下,使第一信号系统的活动被释放出来,并受到皮质下部情感活动的支配,因此症状就是杂乱无章的性质。梦行状态是白天最强烈的一些刺激在大脑皮质抑制较浅的背景上仍处于活动状态。谵妄状态是由于大脑皮质的抑制过程不深,且抑制过程扩散到运动区最少,但第二信号系统被抑制,使第一信号系统及皮质下的活动相对占优势所致。精神错乱状态则可能是由于大脑皮质神经细胞活动极度降低,致使高级神经活动的基本过程减弱及衰竭,两个信号系统相互作用严重失调,同时无条件反射也发生了严重障碍的结果。由于大脑皮质下兴奋占优势,这种兴奋对大脑皮质产生负诱现象,也可能由于大脑皮质存在病理性情性兴奋灶所致。

潘菲尔德指出,意识与网状结构及大脑皮质关系十分密切,觉醒状态主要与网状结构有关,意识内容与大脑皮质有关。他认为特异性投射系统即各种感觉的传入通路,在脑干有侧支进入网状结构,后经非特异性或弥散性投射系统,由丘脑弥散性投射到大脑

皮层,这些神经传入冲动维持着大脑皮质的清醒状态(又称上行激活系统)。另一部分为上行抑制系统,该系统对大脑皮质有抑制作用。在上行激活系统及上行抑制系统的共同作用下,使大脑皮层处于一种适宜的兴奋状态。人们只有在大脑皮质处于适宜的兴奋状态下,才能正确认识外界客观事物和自身各种精神活动。如果将脑干切除或脑干受损使网状结构受到损害就会出现意识丧失,大块大脑皮质切除后却不一定出现意识丧失。总之,大脑皮质依靠网状结构上行激活系统维持其清醒状态,才能进行各种精神活动,而意识内容则是大脑皮质的整体功能,是人类特有的高级神经活动。

产生意识障碍的病因多种多样,常由全身各种疾病所致,要想完全描述清楚也是十分困难的,但概括起来大致可分为以下几种:

1. 全身各种躯体疾病:如肝脏疾病、肾脏疾病、肺部疾病、心脏疾病、内分泌疾病及各种原因所致的水与电解质紊乱等。
2. 感染中毒性疾病:如败血症、伤寒、中毒性痢疾及各种药物中毒及一氧化碳中毒等。
3. 脑器质性疾病:如颅脑外伤、颅脑肿瘤、脑寄生虫病、脑变性疾病、脑血管疾病、癫痫发作等。
4. 急性发作的各种功能性疾病:如急性心因性反应、癔症、急性精神分裂症及情感性障碍等。

【临床表现】

1. 嗜睡状态:意识清晰度轻微降低,以各种心理过程的反应迟钝为特征。在安静的环境下,病人常处于嗜睡状态,对轻微刺激可能没反应,但对其痛觉反应仍保持,有回避动作。病人情感反应淡漠,对外界事物漠不关心,注意涣散,定向力较差。虽能与人交谈,但言语缓慢、简单,计算困难、记忆力减低。尚能做一些简单动作,亦可被唤醒,但刺激一消失即又复入睡。此时吞咽、瞳孔、角膜反射均存在。意识恢复后则对当时情况记忆模糊、片断。