

# 中西医结合 神经系统疾病症候学

SYMPTOMATOLOGY  
OF NEUROLOGICAL DISEASES IN  
INTEGRATIVE MEDICINE

王允东

著

王文健

审

上海科学技术出版社

# 中西医结合神经系统疾病症候学

王公东 著  
王文健 审

上海科学技术出版社

## 内 容 提 要

本书基于循证医学和神经科逻辑思维方式,从症候神经定位中探索出一种临床推理过程。这一过程可以按照临床遇到的突出症状和检得的重要体征,按图索骥地搜索出一系列比较可靠的定位方向,通过主要症状和体征即症候,进行树状定向和链式神经定位的搜索。这一方法经过著者临床实践验证,再总结归纳,将在理论层面进行创新性的中西医结合尝试。

本书参考国内外相关专著和期刊论述,从解剖学、生理学、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、多发病的症候定位诊断进行阐述,兼顾少见病和疑难病,并补充一些新概念。本书首先论述了中西医神经内科学定位的历史、思维的碰撞和重构。继而以临床常见症状或重要特殊的体征为体例,以症候为推手,开展中西医结合探讨,运用现代神经病学的科学知识,来理解和阐述中医理论体系的科学内涵,发挥中医药在诊治疑难病上的独特优势,以期提高中西医结合治疗神经系统疾病的疗效。

本书秉承中西医汇通派注重理论研究的传统,从症候神经定位框架上重构临床思维,对中西医结合神经内科临床思维提出看法和建议,让读者比较全面地了解神经系统疾病相关症候的神经定位思维,从理论到实践再到理论,让读者比较全面地了解神经定位思维,指导中西医结合神经内科临床实际工作。

本书可供中医、中西医结合神经科临床医生及相关科研工作者参考阅读。

### 图书在版编目(CIP)数据

中西医结合神经系统疾病症候学 / 王忬东著. -- 上海 : 上海科学技术出版社, 2023. 12  
ISBN 978-7-5478-6421-0

I. ①中… II. ①王… III. ①神经系统疾病—中西医结合疗法 IV. ①R741.05

中国国家版本馆CIP数据核字(2023)第221863号

### 中西医结合神经系统疾病症候学

王忬东 著

王文健 审

上海世纪出版(集团)有限公司 出版、发行  
上海科学技术出版社

(上海市闵行区号景路159弄A座9F-10F)

邮政编码 201101 www.sstp.cn

上海盛通时代印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/16 印张 34 插页 3

字数 980千字

2023年12月第1版 2023年12月第1次印刷

ISBN 978-7-5478-6421-0/R·2896

定价: 298.00元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向印刷厂联系调换

# 序 言



神经系统疾病发病机制复杂,诊断困难,汇集了许多罕见病、疑难病,对于有些神经系统疾病,即使了解了其发病机制,但在治疗上目前仍然束手无策。由于医学教育的目标是以掌握常见病、多发病为主,许多神经系统疾病并非教学的重点,因此神经内科被一些医务人员视为一个难度甚高、难以企及的学科领域,这也导致中西医结合神经内科的发展比较缓慢。长期以来,神经内科领域的中西医结合只是局限于少数病种,停留在将西医和中医的一些治疗手段简单加成这一粗浅层面上,很少有理论层面较高水平的结合。王忬东教授在长期临床实践的基础上,积数年之功,撰写了《中西医结合神经系统疾病症候学》一书,试图在理论层面进行创新性的中西医结合的尝试。

症候是人们认识疾病的切入点和判断疾病性质的基础,也是确定治疗原则和选择治疗措施的依据,中医、西医概莫能外。中西医的理论体系、诊断方法和治疗措施有很大的差异,但他们面对的患者是同一客体,遭遇的挑战是同一疾病或症候,只是由于医学体系的不同,在各自理论的指导下,对同一个患者、同一种症候,在认识手段、分析方法、判断结果以及应对措施方面出现很大不同,但客观的疾病和症候始终是两者的联系桥梁和沟通渠道。从疾病的症候着手开展中西医结合的探讨,一方面有助于运用现代神经病学的科学知识,来理解和阐述中医理论体系的科学内涵,另一方面,也可发挥中医药在诊治疑难病方面的独特优势,提高中西医结合治疗神经系统疾病的疗效。

人体的神经系统是一个非常精细的调控系统,每一个疾病及各种症候的发生都会涉及包括神经递质在内的各种生物活性物质的变化和相互作用,以及各种物质信号在中枢和外周的一系列传导途径,因此,神经系统疾病和症候具有客观性、物质性,有明确的定位和定向性。中医对症候的认识则不同,“脏居于内,象现于外”,中医是依据外现的征象来推测内在脏腑的病变以及机体气血阴阳的变化;在中医理论中,这些内在的变化或机制,其落脚点不是具体的物质,而是气血阴阳、寒热虚实等抽象的属性,两者的理论存在巨大的落差。要在中西医两者的症候理论方面进行比较、对照和联系,并结合临床实践找到结合的渠道,需要丰富的临床经验、扎实的理论基础和创新的科学探索精神。本书作者选择以症状为主、结合体征的定位诊疗思路,以及中医的辨证思维,来系统梳理神经系统疾病的常见症候,从中西医学两方面在作出定向定位定性诊断的同时,进行辨证的思考,为中西医结合神经系统疾病和症候的治疗,寻求更加科学和合理的诊治方案,使治疗更加精准化和多样化,进一步提高疗效。

王忬东教授在撰写本书过程中,参考了国内外大量的相关专著和期刊的论述,尽力从解剖学、生理学、病理学、影像学、实验技术、治疗学等方面对神经科常见病多发病的症候定位诊断进行阐述,同时兼顾了部分罕见病和疑难病,并补充了一些新概念。书中试图从症候神经定位框架上对临床思维提出一

些看法和建议,以求让读者比较全面地了解神经系统疾病相关症候的神经定位思维,为临床实际工作提供帮助。

王忬东教授秉承中西医汇通派注重理论研究、勇于开拓创新的优良学术传统,为中西医结合神经病学的发展作出了新的贡献。

**王文健**

教授,主任医师,博士生导师

上海中医药大学中西医结合临床研究所所长

中国中西医结合学会原副会长

上海市中西医结合学会原会长

2023年5月

# 前 言



1897年2月,高更在大溪地完成了创作生涯中最大的一幅油画《我们从哪里来?我们是谁?我们往哪里去》。我们是谁?从哪里来?到哪里去?永远是亘古不变的主题,于中西医结合神经病学亦如是。作为起步较晚的中西医结合学科之一,在诸多前辈尤其中国中西医结合学会神经科专业委员会主任委员高长玉教授率领下,中西医结合神经科近年有了长足发展。

历近30年,疾病谱物换星移,神经内科如一轮红日,在众学科中冉冉升起,国内大部分神经内科从一无所有到蕞尔小室乃至泱泱大科,而神经外科更是气贯长虹,小儿神经科也长足飞跃,许多三级医院神经科还分出脑血管病科、神经肌肉科等亚专科。以CT/MRI为代表的神经影像学,被认为是神经内科发展史上的里程碑。正是凭借这些翅膀,最近30年卒中专科发展一日千里。而临床实验的飞速发展,使我们日趋依赖于辅助检查。然而临床经验的积累和实践,永远离不开临床细节的捕捉和初步定位,更何况其他亚专科如神经肌肉、锥体外系、神经心理学等,无法完全依赖影像学和实验室。

前岁仲春,上海市神经免疫分会的同仁,照例在陈向军教授召集下,于苏州穹窿山孙武书院与同道比武论剑,业界前辈吕传真教授又一次全程参加,他谆谆教导:临床经验的积累和沉淀,是真正意义上的临床功底确立,没有工匠精神万万不能。记得多年前,我反复揣摩脊髓疾病的纵横定位,发现很难融会贯通,但还是觉得从整个摸索过程中受益匪浅。在徐桂芝教授鼓励下,我摸索着帕金森病嗅觉研究,后来在《临床神经病学杂志》首次公开发表相关论文(此前没有相关国际杂志发表)。

神经科临床建立在坚实的解剖和病理生理基础上,神经系统疾病诊断难、治疗更难,临床思维独特,入门大不易,罔论精之。神经内科一直重诊断轻治疗,虽然近年改观不少,但空白点依然颇多,这正是发挥中医针灸优势所在,也是开展中西医结合神经内科临床实践的契机。这个领域的中西医结合研究起步很晚,全国第一届神经系统疾病中西医结合会议1996年才召开。20多年前,我从中医住院医师开始,历经中医主治医师、神经内科主治医师,当了7年神经内科医生后,进入上海医科大学附属华山医院神经内科的哈佛楼学习,方觉自己才入神经医学的大门。

既然如此,选择以症状为主、结合体征的定位思路,是否是对神经科经典的忤逆之举?是又回到了起点,还是殊途同归?于神经科医生而言,再没有比神经定位更高的临床准则,这是严密神经科逻辑思维的核心,是建立在坚实神经解剖和神经生理等分支学科基础上的王冠。但真实临床情景如是:繁重临诊背景下,医者首先面对着患者主诉,随后通过神经系统检查引出阳性体征,然后期盼能在几分钟内,凭掌握的症(症状)候(体征),迅速作出初步定向定位诊断,指导下一步诊疗方案。当然,这种定位诊断尽可能在全医学框架下寻找疾病坐标,或者说是求最大公约数还是疾病定性的排他性,有待进一步回归临床检验,这

需要日常临床思维敏锐性的磨炼、临床直觉的培养,方能在短小时内迅速决断。

最近 30 年,随着神经影像学的崛起和飞速发展,将神经科医生带入一个个新的境遇。网络信息和教育,尤其是网站教育实际上甚至超过了医学院的继续教育,我在这里尤其要向一些专业的医学网站致敬,不单是因为本书引用了他们的文献,更是因为他们哺育了新一代神经内科医生。

神经系统定位的定义:某处神经功能或结构异常所能引起的身体相应部位的症状和体征,由于支配神经系统各部位的解剖结构和生理功能不同,损伤时会产生不同的神经功能障碍,表现出不同的临床症状和体征,定位诊断是根据这些症状和体征的表观,结合神经解剖、神经生理和神经病理知识,推断产生神经功能或结构异常的病灶部位的一种诊断思维过程。

神经系统疾病集中罕见病中的很大一部分,目前医学教育目标是学习掌握 20% 的常见病、多发病,而精英式医学教育恰恰相反,必须掌握 80% 的罕见病。所以,我对症候神经定位诊疗的愿景,不是泛泛而谈的症候罗列,掉书袋式的训诂学噩梦,而是临床实弹上阵的压箱子弹。当接诊一位患者时,总有一个主症,其时,脑海中浮现出几十甚至上百种疾病,而不能主诉眩晕,就拍脑袋式地搜索良性阵发性位置性眩晕(BPPV)、梅尼埃病、后循环缺血等,极易误诊、漏诊。我们应该都是在无意识中完成了部分思维训练和归纳,然而,这种训练如何规范建立和完善?

医学是研究人体的生命科学,但扪心自问,还远不够严谨。然而医学又不仅仅只有逻辑可言。纽约东北部的撒拉纳克湖畔,长眠着特鲁多医生,他的墓志铭激励着一代又一代行医人:“To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always.”即“有时去治愈,常常去帮助,总是去安慰”。有时、常常、总是,如三个阶梯。我们如果仅仅掌握那 20%,如何去治愈?凭什么去帮助?也许你无奈安慰的患者,说不定可以治愈。这正与王国维先生《人间词话》中人生追求三境界不谋而合,也是为医者的三个境界。

中西医两种不同的医学体系,当都触碰到神经病学的时候,从中医角度去看疾病就会多一个角度。遗憾的是,很多时候还迷失在表象里。抑郁症的肝郁,脑梗死的血瘀,是结果还是原因,表象还是实质?我辈当“悟已往之不谏,知来者之可追”。由于中西医思维方式不同,甚至神经病学与内科分支学科,思维方式和诊治方法迥异,其融合很具挑战。我虽然能力有限,还是要去探路,就算失败,也是为后来者探明是死胡同还是活弄堂。

本书编写自始至终在王文健老师关注和指导下进行,就书名我们讨论了一年,最终,王老师在一个月夜发给我微信,定下书名《中西医结合神经系统疾病症候学》。王老师说:“以症候学的名义,对写的内容、中西医的比例和两者融合的程度就没有严格的束缚,可以比较自由。症候学强调由症溯源,在西医是从症状出发的神经定位诊断,在中医是由症候归纳出脏腑和气血阴阳辨证,两者的结合实际上是这两种理论的融会贯通。”

三十四年如一日,专注中西医结合神经内科之路,筚路蓝缕,以启山林,不问收获,埋头耕耘。阳明先生云:行知合一,天人合一也是,于神经科如此,于中医学亦然。是为医者,理应超绝恒流,造福病家,乃一生一世之修行。我初入门即专注癫痫和脑电生理,而后专注心身医学(神经症科)。秉持学科交叉发展的理念,参加并见证全国第一个神经内分泌学会(上海市中西医结合神经内分泌学会)的组建和发展,潘卫东教授任主任委员,刘军教授即将任第三届主任委员,我任副主任委员。回首书架上的《神经内分泌学》,已然是 20 余年的旧书,中西医结合神经内分泌研究即滥觞于复旦大学附属华山医院中西医结合科,诸多大家的提携,铭刻于心。

本书初衷在于,在循证医学和神经科逻辑思维方式基础上,既可从症候神经定位中探索一种临床推理

过程,又可以按照临床遇到的最突出症候和检得的重要体征,按图索骥般地搜索出几个比较可靠的定位方向,如同一叶知秋,通过一个主要症候,进行树状定向和链式神经定位的搜索,穿插一部分我在临床中的实践总结,也是临床得益和感悟,期盼能管中窥豹,举一反三,终成掌上乾坤。中医一直以来似乎是一门秘学,其实从来就应该是显学,知识与理念应该与大家共享,中西医结合神经定位更加应该如此,希望与更多的同道分享。

我是按照以下神经定位的路线图进行探索的:在神经解剖和病理生理学的基础上进行症状和体征的定向诊断定位诊断,包括经典临床定位、神经影像学 and 神经电生理定位,历代中医和针灸的理论体系,融合西医学的探索,我的临床个案和系列探索启示,还有以疾病为单位的定位研究,我常常通过定位线索回归中西医结合临床,检验症候在临床神经定位的实际效用,再总结归纳,修正神经定位,如此实践—理论—实践—理论循环,螺旋式上升,去芜存菁,神经定位理论和实践均得到淬炼和升华。察舌苔,终弃癫痫遗传之陈见,解血瘀等困惑。而望诊,瞳孔的不规则使你敏锐地要考虑梅毒。流涎、吐唾一样吗?闻,是听还是嗅?切,神经反射算不算?这些都是体征的来源。问当然是重头戏,提炼主症的必经之路。中医的辨证要点其实就是症候群的辨证。然而在更细腻的传统神经定位上,比如自主神经,也远远没有多少临床医生能像一些教科书上这样演绎,更不要说把最具传统的中医特点和神经系统定位结合到一起,既能定出各种层次的神经损害位置,又能捕捉中医精髓、一些画龙点睛的证候特点。

中医内科学实际上也是症候诊疗学,无论是现代医学还是传统医学,对症治疗是亘古不变的主题之一,以症状学为中心的临床理念也体现于定位诊疗中。无论以前、现在抑或将来,都是一个现实的重要临床决策内容,于神经科也如此,其时,以症状和体征为中心的症候神经定位诊断就凸显其必要性,也是进一步对因诊疗的依据和补充。在 ChatGPT 大潮来临的时代,将通过搜索链接整合所有的知识储备资源,大家深感危机,但我坚信临床经验是不可能被套用的,创新性的临床思维过程也是人工智能所难以拥有的人类顶级思维,临床经验也是医生个性和独特思维的最后阵地。

本书旨在从临床实际工作出发,尽力而为,不求全面,从已经成熟的症候学研究进行多角度、多层面、多方位论述,对一些不成型的研究也列出探讨,留有进一步商榷空间和余地,以防武断结论误人,突出临床的实用性。

复旦大学附属华山医院神经内科乔向阳博士一直是指导我的老师,早年毕业并留教于北京协和医学院,他认为症候的中西医命名应该双向。在收稿阶段又请教他,他对整本书的架构甚至许多细节提出了建设性的意见。对于在现代神经病学看来中医概念比较含混的麻木、头晕等,就进行拆分,如麻木分为发麻和发木,头晕为头晕和眩晕;而脑鸣、梅核气、奔豚气等没有相对应的西医学之名,则按中医之命名;而恶心呕吐、呃逆、尿频尿急、便秘、口渴等内脏症候,似乎与神经定位关系并不大,实际上仍可探索。本书序列,按躯体部位分,第三章头部症候(包括颈部),有眩晕、头晕、头痛、脑鸣、项强、颈痛;第四章面部症候有面瘫(口僻)、面部抽搐、面部发木、面痛、流涎等;第五章眼部症候包括瞳孔异常、偏盲、复视(视歧)、斜视、眼球震颤、眼睑下垂(睑废)、视力减退、眼睑抽搐、眼痛和眼眶痛、幻视,幻视本不应属神经眼科范畴,但幻视以眼部症候为主诉;第六章耳鼻咽喉症候包括耳聋、耳鸣、耳痛、幻听、嗅觉异常、幻嗅、梅核气、吞咽障碍、构音障碍;第七章四肢症候有肩痛、四肢发麻、四肢发木、上肢痛、下肢痛、四肢无力、四肢萎缩,其中肌萎缩和肢痛、麻、木和肌无力的上肢下肢在分节中列出;第八章躯干症候有胸痛、背痛、肋痛(胁痛)、腹痛;第九章内脏症候有奔豚气、恶心呕吐、呃逆、便秘、尿频尿急、呼吸困难;第十章的发作性症候包括晕厥、癫痫、发呆、发笑、强哭、抽动;第十一章运动症候运动包括随意和不随意运动,随意运动由锥体束司理,不随意运动

(不自主运动)由锥体外系和小脑司理,强调不随意运动,包括共济失调、痉挛、震颤、肌阵挛、肌强直、舞蹈症;第十二章睡眠症候包含失眠(不寐)、嗜睡(多寐)、磨牙、睡眠运动障碍与行动异常,其中磨牙似乎属于口面部,但神经科领域以夜间多发,故归于此;第十三章高级神经活动异常有意识障碍(昏迷)、认知障碍(痴呆)、失语、抑郁、躁狂、强迫;第十四章其他症候有肌痛、肉跳、多汗、口渴、瘙痒。

至于每一症候,又分为5~10个部分。第一部分概述包括神经解剖和病理生理;第二部分为树状的神经定向;第三部分是切入主题的神经定位,分别以自上而下链式的各个神经肌肉部位剖析症候和体征的具体神经定位,详细介绍神经系统常用症候的临床症状和体征以及诊断思路,包含鉴别诊断;第四部分为影像学或神经电生理定位,大多时候合在神经定位中,视其为临床神经定位的延伸;第五部分为中医学认识,有时候与中西医结合;第六部分为中西医学的定位或病位探讨;第七部分为相关神经疾病的定位诊疗。视症候在临床的高发频次和复杂程度,结合目前临床研究状况,以及个人临床实践深度、广度,每一节长短不一,不求均衡。

本书绝大多数病例来自上海市浦东新区中医医院中西医结合神经内科,部分来自我工作学习过的湖州市第三人民医院(原浙江省精神病院)神经内科、复旦大学附属华山医院神经内科等。在此,向我的上级医生、老师、同事表示深深的谢意,特别是上海市浦东新区中医医院中西医结合神经内科的沈丽萍、王萍、陈雪莲、顾竞、沈利荣、杨周剑医生和神经电生理室许佩佩主管技师、姚晓庆护师及蔡鸣春护士长等,更要向蒋鲁艺书记、胡宗德院长和储亚庚老院长致意,还要感谢医教科齐佳龙主任和刘骁华老师、影像科闫成功主任等。上海市第六人民医院吴耀持教授、上海市中医文献馆石云副教授和复旦大学附属华山医院中西医结合科李晓明和陈瑜副教授,以及复旦大学附属华山医院影像科周林江副教授,还有中国科学院脑科学与智能技术卓越创新中心(神经科学研究所)神经遗传研究室主任刘静宇教授、上海中医药大学附属曙光医院张勤华教授等,在编写中他们均提出宝贵意见,同时,更有家人的陪伴和付出,在此深表感谢。

本书获“上海市浦东新区中西医结合神经内科高原学科”和“上海市浦东新区王公东名家中医工作室”等课题资助,在此感谢上海市浦东新区卫生健康委员会的大力支持和帮助。

王公东

2023年5月

# 目 录



<b>第一章 症候神经定位临床思维的构建</b> .....	1
第一节 神经定位的历史 .....	1
第二节 临床神经定位的思维重构 .....	3
第三节 树状神经定向思维模式 .....	6
第四节 链式神经定位模式的建立 .....	7
第五节 纵横交错的立体定位 .....	10
第六节 动态的神经定位 .....	12
第七节 缺乏体征的神经定位 .....	15
第八节 假性神经体征定位 .....	18
第九节 神经影像定位 .....	20
第十节 神经电生理定位 .....	21
第十一节 定性与神经定位 .....	23
<b>第二章 症候神经定位的中西医学结合探索</b> .....	25
第一节 症候与病的关系 .....	25
第二节 取象比类的临床思维 .....	27
第三节 神经科思维与中医思维的比较 .....	29
第四节 中医可以定位吗 .....	30
第五节 脑与脏腑定位 .....	32
第六节 脊髓与经络脏腑 .....	35
第七节 经络与神经定位 .....	37
第八节 中西医结合神经定位探索之标的 .....	41
第九节 中西汇通和症候神经定位 .....	45
第十节 引经药与定位 .....	48
第十一节 中西医结合神经电生理定位 .....	51
第十二节 症候的动态辨证诊疗 .....	53

第五节 强哭	376
第六节 抽动	377
<b>第十一章 运动症候</b>	<b>382</b>
第一节 共济失调	383
第二节 痉挛	398
第三节 震颤	409
第四节 肌阵挛	422
第五节 肌强直	427
第六节 舞蹈症	430
<b>第十二章 睡眠症候</b>	<b>437</b>
第一节 失眠	438
第二节 嗜睡	444
第三节 磨牙	451
第四节 睡眠运动障碍与行为异常	454
<b>第十三章 高级神经活动异常</b>	<b>463</b>
第一节 意识障碍(昏迷)	463
第二节 认知障碍(痴呆)	468
第三节 失语	481
第四节 抑郁	488
第五节 躁狂	499
第六节 强迫	504
<b>第十四章 其他症候</b>	<b>508</b>
第一节 肌痛	508
第二节 肉跳	511
第三节 多汗	515
第四节 口渴	520
第五节 瘙痒	524
<b>彩图</b>	<b>531</b>

# 第一章

## 症候神经定位临床思维的构建



### 第一节 神经定位的历史

从神经系统疾病症候的搜集与归纳,到诊断治疗,神经科临床有一个极其重要的过程,即神经定位,也是显著区别于其他学科的特点,可以说神经定位是神经科的金科玉律。所以贯穿本书的症候学以神经定位为纲,才能对临床有指导意义,期望尝试神经内科领域的中西结合乃至汇通能不落窠臼。厘清神经定位的发展脉络有非常重要意义,以脑为主的神经系统是高度复杂的系统,前辈的突破性研究和相关进展对神经科学的创立与发展至关重要,尤其陈宜张曾进行系统总结,现摘录梳理如下。

1. 混沌时期 这一时期对脑的认识主要以功能为主,公元前 30—前 17 世纪埃及卢克索象形文字中首现“脑”字。公元前 5 世纪,亚里士多德(公元前 384—前 322)认为神智在心。新近发现心跳加速竟然也能直接关联大脑焦虑。稍晚加伦(129—199)准确、详细描述了动物脑解剖,看到了胼胝体。中世纪曾经认为歇斯底里起源于子宫, hysteria 一词,正是起源于 hystera,即子宫。

2. 文艺复兴时期 文艺复兴运动促发脑科学启蒙,有了神经和脑的解剖。早期达·芬奇(1452—1519)绘出前中后 3 个脑室,后又加上侧脑室。维萨里(1514—1564)在《人体构造》(1543)中完成现今脑神经解剖框架。命名 Willis 环的威利斯(1621—1675),其《大脑解剖》(1664)中解剖结构图插图与当代解剖学教科书几近。

3. 17—18 世纪 神经科学几个主要理论基础发端包括动物电发现、神经元学说、神经系统整合、脑功能定位。17 世纪中叶显微镜促使脑解剖向神经组织学深入,神经细胞和神经纤维构造清晰起来。18 世纪末伽伐尼(1737—1798)发现蛙腿可因神经接受电刺激而收缩,神经肌肉活动时电产生。动物电活动的产生神经传导,证明神经活动实质是独特的生物电活动。18 世纪沙尔科(1825—1893)是早期研究脑功能定位的先驱,开创神经病理检查结合临床研究思路,如确立布罗卡(Broca)区。1897 年谢灵顿(1857—1952)的突触概念和神经系统整合作用理论,基于突触假设,神经活动包括神经传导和突触的传递过程,对脑功能理解推进到机制性层次,为神经定位体系的诞生打下坚实解剖和生理基础。

4. 近代(19—20 世纪) 神经解剖学始创于 19 世纪中叶,脑大体解剖及显微结构研究为神经病理研究提供基础。大体解剖与显微解剖厘清了局部脑细胞和纤维构筑、脑分区和定位、不同脑部位间连接关系。19 世纪中叶,加尔(1758—1828)最早提出脑功能定位,认为大脑各区有功能特异性,大脑不同区有不同功能定位。19 世纪 50—60 年代,神经科学基础框架基本完成,现代神经科学开始独立,包括 3 个主要分支,即细胞和分子神经科学、认知神经科学及发育神经科学,为数十年后临床神经医学的起飞奠定基础。20 世纪以后,许多神经科学领域诺贝尔奖项与神经定位有关:1906 年 C. 戈尔季(1843—1926)、S. 拉蒙-卡

哈尔(1852—1934)开始对神经系统进行精细结构研究;1930年S.拉蒙-卡哈尔创立神经元学说,其《大脑之美》脍炙人口;1944年J.厄兰格(1874—1965)、H. S.加塞(1888—1963)开始神经纤维机制研究;1949年W. R.赫斯(1881—1973)发现动物下丘脑对内脏调节功能;2003年保罗·劳特布尔(1929—2007)和彼得·曼斯菲尔德(1933— )发现核磁共振成像技术;2014年约翰·奥基夫(1939— )、梅-布里特·莫泽(1963— )和爱德华·莫泽(1962— )夫妇发现大脑GPS。

对脑的不断探究,正是引领神经定位发展的原动力,从文艺复兴到现在,神经科学飞跃前进,但临床思维结构依然迷雾重重,阻碍临床神经医学继续前行。陈宜张认为一是整体论如何与还原论相整合,二是主观神智现象如何用客观方法来研究。整体论与还原论的整合远未得到解决,制约神经定位思路进一步拓宽,显见科学的局限性。而神经回路与脑功能中,神经传导和突触传递要能够上升为脑区活动,需有特定神经回路活动,这方面所知更少。以客观方法对主观现象的探究,尤其是对症状的解析,笔者做了一些尝试,但对高级神经活动如认知还是乏善可陈,深知没有捷径可走。

随着实验室检查和影像学的飞速发展,许多专科医生觉得,临床诊断不必再依赖费力的症状和体征收集,问诊和查体都匆匆而过。事实上,合格的神经科医生,一旦获取完整的病史后,就有一个大致的定向定位框架,脑海里就会提出一个假设的定向定位,进一步获取的症状和床边查体的体征则可以佐证初步诊断,当然还需依靠那些实验室、电生理和影像学检查,但是望(眼底,体征)、闻(音叉)、问(症状)、切(叩划锤)等临床技能,还需要临床医生演绎逻辑推理和分析,方能获得可靠的最终诊断。

William Osles说:在病史采集过程中,追随每一条思路,不要抢先提问,绝不给予提示,让患者用自己的话去说。Adolph Sahs则告诫:如果你用30分钟接诊一位患者,花28分钟询问病史,2分钟体格检查,不要在头颅CT、MRI或EEG上花费时间。Rene Laennee忠告:洗耳恭听!多听听你患者的心声!他在为你提供诊断!

肯塔基大学医学院神经病学系Joseph R认为,只有神经科医生一直默默坚守着叩诊锤,从头到脚敲敲划划,就这一点而言,神经科医生确实是最后的临床医生。为什么神经科医生在问诊和查体方面迥异于其他科医生?定位,定位,还是定位。定向框出是否属于神经科的范畴,定位首先是周围和中枢神经系统的分野,然后是进一步的细化,最后才是定性。神经科医生从入行第一天就被教导:可以不定性,但须尽最大努力去定位。以症候为主导的神经定位,也是捍卫临床神经医学最后的尊严,这一切有赖于严谨的临床神经专科检查和详细病史的搜集。

以症状和体征为主导的神经定位,并非空穴来风,无中生有,有其传承脉络。我们这一代人都受益于王笑中的《神经系统疾病症候学》,其书又取材于日本《神经》。神经科医生描述病史与内科不大一样,情节化的描述叙述,故事式的叙事记录,无不是尊重症候的原汁原味书院式教学模式古风,这是早期神经科与精神科还没有分家时的遗迹,可惜我们正在迅速走远,甚至背离这些传统。笔者较多地将一些所谓躯体化症状甚至精神症状均列为单独章节讨论,得益于30余年前入道时保留至今的刘貽德和夏警予的著作《高级神经活动的症状和诊断》,也是基于遵循经典临床神经科的初衷。

## 参 考 文 献

- [1] 陈宜张.神经科学的历史发展和思考[M].上海:上海科学技术出版社,2008.
- [2] 圣地亚哥·拉蒙-卡哈尔.大脑之美(The Beautiful Brain)[M].严青译.长沙:湖南科学技术出版社,2020.
- [3] Berger J R. Neurologists: the last bedside physician-scientists[J]. JAMA Neurol, 2013, 70(8): 965-966.
- [4] 王笑中,焦守恕.神经系统疾病症候学[M].北京:人民卫生出版社,1979.
- [5] 刘貽德,夏警予.高级神经活动的症状与诊断[M].合肥:安徽科学技术出版社,1985.

## 第二节 临床神经定位的思维重构

最厉害的本领,往往都是基本功。基本功不仅仅是初学者入门时需要掌握的内容,往往反映一个行业的底层逻辑与本质规律,也决定一个从业者未来能走多远,很多高手之所以成为高手,并不是掌握了多少特殊技能,而是在日复一日的积累中,炉火纯青的技艺令他们无可替代。多年前,一位芭蕾舞者长辈说,看一个人舞跳得好不好,不是看她学过多少舞曲,会跳多少舞步,是看她双腿与脚掌的力度及对节奏感的把握。古稀之年的她还每日把杆训练,这正是芭蕾基训,舞者借助固定在墙壁上的把杆,加强身体各个部位的力量、柔韧性、灵活性、伸展度、稳定性与协调性。所谓“拳不离手,曲不离口”,基本功的训练,也贯穿医者整个职业生涯,尤其神经科医生。

床边查体是针对性检查的前提,指向下一步仍需要哪些辅助检查。无论是神经科的视触叩听,还是中医的望、闻、问、切,这些基本功潜藏着临床医生的核心实力,尤其在患者多、医生少、诊疗时间短的门急诊,快速而有效的体检和症状搜集,迅速的逻辑推理形成定位诊断,是每个经验丰富的神经科医生的临床必经路径。据中华医院管理学会临床误诊误治研究会调查报告显示,对标准误诊文献 15 048 篇中 46 万份报道病例进行计算机处理,发现 12.8 万份误诊病例,误诊率达 27.8%,原因主要有:医生经验不足,医生问诊及检查不细致,医生过分依赖或迷信辅助检查结果,医生未选择特异性检查项目。尤其后两项,缘于一些神经科临床医生过分依赖影像检查,对常规神经系统体检及病史采集重视不够,基于症候的基本功日渐荒废。各种现代仪器和检测方法只是体检的延伸,不可能取代基本的临床观察和临床思维。况且一些特异性检查必须在临床体征和症状线索指引下,选择性地恰当运用,方能导出阳性结果,获得正确诊断结论。神经科的误诊往往与神经定位有密切关系,缘于以下多方面原因。

首先,临床医生对不少疾病诊疗都有经验,临诊都有印象预判,而后形成一个结论,这没有一个程式,更多时候,往往可以在没有辅助检查证据下,取得某些初步诊断。在某些检查结果出来后再次确认,某种程度上已成为一种定式,造成某些盲目的拉大网式普查,这些无谓检查也是医疗资源的浪费。尤其在那些高度依赖经验模式识别的特定专科专病中,在某些经验不足又难以充分识别某些临床特征意义疾病的医生中,也存在相同的诊断风险。

其次,平素的临床思维训练,从定位诊断到疾病,往往定位诊断根据神经解剖,疾病诊断又是另外一套归纳总结的还原式思维模式,而症状和体征往往被游离于定位诊断和疾病之间,甚至被任意解读。诚然,漏诊、误诊除主观因素,从认识论上看,单纯思维、定向思维、惯性思维等思维缺陷是导致漏诊、误诊的主要原因。循证不全、证据检索不力、思维方法错误及盲目运用不可靠证据,是导致可能误诊的因素。事实上,这与医学的系统性思维漏洞有关,尤其神经科临床需要医者具有严谨的逻辑思维和缜密的推理能力,但是许多医者并没有受过严格的逻辑训练,这个问题至今没有引起重视。鉴于此,整个神经科临床思维架构是否需要修整,不仅仅是一个樊迟之问。

确实,仅有快速而有效的体检和症状搜集,没有严谨的逻辑推理,定位诊断可能就会出现偏差。有一天晚上,笔者和身为律师的女儿促膝长谈,第二天,笔者发给她微信:你对专业的热忱敏锐自信,我深深地感受到了,昨天晚上你和我说的法律“精妙设计”。于神经科医生而言,仰望那严谨而富于逻辑的法律,随时鞭策笔者临诊时,神经科思维应该更缜密更周详。临床逻辑思维能力是指运用逻辑思维方法解决临床实际问题的能力,随着医学检查技术的日益进步,医学生和医者对临床逻辑思维能力的训练和重视程度日趋下降。《神经的逻辑》里脑科学家从神经元角度发现人脑工作原理,人脑在神经元上确实存在以前额叶为主的逻辑意识和以脑干等为主的无意识行为,记忆也分有逻辑记忆神经元和无逻辑记忆神经元。强迫



候神经定位能够有益于临床,说不定也可能是经典神经医学终极前,神经定位思维的回光返照。

笔者在本书中,分别剖析每个症状或体征的临床神经定向、定位以及神经电生理、神经影像定位及症候神经定位指导下的临床诊疗实践。临床中查体与电生理影像等检查必须并重,影像是病理的投影,电生理是叩诊锤、大头针和音叉的部分延伸,后面几节会反复强调影像生化电生理等与临床症候对应的重要性,责任病灶理念也是神经科医生坚守的一条底线。那么基因的定位是否终极定位?神经递质的所在是否也是?(在笔者修改此节时,陈向军刚提出自身免疫性脑炎责任抗体概念)还有病位与定位的关系。有一种特殊定位,如一部分偏头痛与卵圆孔未闭(PFO)有关,部分偏头痛患者接受封堵术治疗后,症状消失,这也算是神经定位吗?当然也有效果不佳者,事实上 PFO 也与脑卒中和减压病等有关。

黑格尔三段论由正方、反方和合方三部分组成,正方是逻辑默认的前提,反方是逻辑对立的前提,合方则在逻辑上从两个相互对立的矛盾前提中扬弃而来。我们往往宁可陷入循环论证中不能自拔,而怀着对矛盾的恐惧心理,这种对矛盾的恐惧心理容易使我们陷于抛弃矛盾片面性,甚至掩耳盗铃,不懂得矛盾就是绝对能动性和绝对根据,也就不可能认识总体与实在的真实本性。黑格尔说:“理念是自在自为的真理,是概念和客观性的绝对统一。理念的实际的内容只是概念自己的表述,像概念在外部的定在的形式里所表现的那样。”2005年诺贝尔生理学或医学奖发现的特定神经定位细胞——大脑 GPS 细胞,又称网格细胞,通过了解大脑如何在复杂环境中定位路径,佐证了意识能正确反映物质和思维与存在具有同一性。

在临床神经定位分析推理过程中,逻辑思维起着极为重要的作用,将收集到的症状和体征进行分析,不回避矛盾,一旦出现矛盾可以扬弃,以使支配神经定位的逻辑思维臻于严谨和富于条理,尽可能使诊断无懈可击。但对部分相关缺乏体征的精神科及功能性症状的推理过程中,即使你熟练掌握精神病理学,临床逻辑思维也会捉襟见肘。所以既要运用逻辑思维透彻地分析症状和体征,不惧怕矛盾的出现,同时在进行神经定位时厘清逻辑层次。临床思维不是天然锤就而成,是在临床实践中不断积累而来。临床医学的认识对象是活生生、具有社会性的患者,神经科临床尤其门诊时,面对诸多患者,尤其是初诊的疑难杂症,以一时片刻、只言片语,企图快速诊断,难度颇大,但是现状必须马上有一个诊断,起码是定向诊断,无论中西医学,四诊合参的诊断思维模式中,均是以主症为中心、四诊合参的诊断思维方法及各种辨证方法的综合技能,对临床常见症候进行归纳分析后诊断。

在分析和推理神经科患者的临床症候时,神经医学领域内各亚专业化可能会导致其神经定位出现诊断偏倚,比如对于肌无力表现,各神经亚专科医生有其定位倾向性,这种判断偏倚与临床神经医学的特点相关,如运动障碍或神经肌肉疾病之间重叠,更不用说其他学科与神经医学交叉,疾病的合并出现。

医学作为一种技术样态,在现实社会中遭受诸多指责,医学精神的合理样态分析具有理论和现实意义及教育价值。有人以黑格尔《精神现象学》为方法论资源可以分界出医学精神样态,在伦理世界、教化世界和道德世界中分别表征为朴素关怀性医学、技术工具性医学与生态和谐性医学三种样态。将医学技术工具性与医学人文关怀本性有机结合的生态和谐性样态是完整的医学精神样态,也应作为症候神经定位参考的合理理念,鉴于此,对所谓功能性的症候表现包括躯体化障碍的表述穿插全书,反过来,笔者坚持在除外器质性基础上诊断功能性疾患,而功能性与器质性的合并诊断,需怀有更全面的临床思维。

基于此,神经定位的临床思维面临着重构的愿景。规范地思考总比永远糊里糊涂地以守着一片背景模糊的森林或黑箱为好,无论是下面几章论述的以树状思维导图为背景的定向诊断,还是链式神经定位思维模式或立体神经定位,还有纠偏的假性神经定位和动态神经定位及缺乏体征的神经定位,抑或提供进一步证据和接近实际定位的神经系统临床体检延伸即神经电生理定位和影像神经定位,都是构成症候为导向的临床神经定位思维的重要组成部分。这种思考方法其实也适合全科临床思维,如北京协和医院董炳琨概括张孝骞的临床思维:“两个突出之点,一是全面和辩证,二是发展和变化。”如此,避免在疾病谱森林中迷失方向而首尾两端。

## 参 考 文 献

- [1] 刘虹.医学逻辑思维[M].南京:东南大学出版社,2011.
- [2] 汪敬业,汪凯.从神经内科疾病诊治谈临床逻辑思维能力的培养[J].医学与哲学,2017,38(8):80-82,封3.
- [3] 霍俊艳,傅瑜.卵圆孔未闭相关的偏头痛研究进展[J].中国神经精神疾病杂志,2020,v.46(7):57-60.
- [4] 杨伟民,尤吾兵.医学精神样态的嬗变与医学人文品格——黑格尔《精神现象学》为方法论的分析[J].医学与哲学(人文社会医学版),2011,32(1):5-7.
- [5] 聂志余,靳令经.神经科“Windows临床思维”初探[J].中风与神经疾病杂志,2014,1(1):95-96.
- [6] 罗伯特·所罗门,凯思林·希金斯.大问题:简明哲学导论:a short introduction to philosophy[M].桂林:广西师范大学出版社,2014.
- [7] 黑格尔.小逻辑[M].贺麟译.北京:商务印书馆,2009.
- [8] 赵刚.反思与临床诊断思维初探[J].医学与哲学,1991(5):45-46.
- [9] 黑格尔.大逻辑[M].贺麟译.北京:商务印书馆,2009:439.

### 第三节 树状神经定向思维模式

在这个医学信息爆炸的时代,思维导图是较好地表达发散性思维的有效图形思维工具,简洁直接有效,图文并茂的形式和技巧,把各级主题的关系用相互隶属与相关的层级图表现,主题关键词与图像、颜色等建立记忆链接。作为思维导图中最简单的形式,树状思维导图把所有信息都组织在一个树状结构图上,每一个分支上写着不同的关键词或短语。思维导图创始人托尼·巴赞(Tony Buzan)开发的思维导图软件iMindMap中的树状思维导图,充满着色彩和图像,能同时刺激人两个半脑,在思考、记忆、分析、触发灵感同时发挥潜能。

近年来思维导图在神经科临床和文献中屡有试水,赵重波等功莫大焉,其按层次分三个依次下沉的树状结构:主题、大纲及内容。广义而言,笔者倡导的神经定位链式思维模式也脱胎于思维导图模式,只是分类和因果关系按以症状和体征为导向的神经解剖通路主线来安排内在逻辑联系。然而神经科以外的定向诊断,无法以神经解剖模式进行归纳统合,这种松散甚至有些散漫的树状结构思维导图,主干以下的枝叶之间,并没有绝对的因果关系、内在联系和逻辑关系,原因与结果的关系通常是以单线的树状结构来展现,至于枝叶之间可以没有任何关联。神经系统定向诊断和定性诊断多启用这种思维模式,定向诊断可以说是定位诊断前的一次预演和更大范围内的拉网式树状思维搜索,以便接下来链式神经定位之后,再运用树状思维如Midnights原则进行定性,更精准地诊断神经系统疾病。

事实上,要将每种症候都在纸上用图画和线条形成发散性的结构,是劳苦而重复的工作,也没有必要,毕竟思维的核心比形式过程更重要,思维是过程,最终直奔诊断和治疗。笔者结合思维导图和传统的直线记录方法,组合成树状思维神经网络图,较思维导图更为灵活和实用,通过各个相关分支学科为纲目,顺着发散思维,由一个症状或体征,扩布到具体可能的诊断。

如何将症状和体征整合,逐步进行定向以致后继的定位和定性诊断,这是最关键、最核心的神经系统疾病诊断思维过程,而以往和目前,医者更多地依赖其临床实践经验和教训,与所谓幸存者偏差类似,我们不能仅依据所见得出结论,还要将不可见的部分也纳入考量,乔向阳也认为,医者的认知是有限的,大量的疾病诊断不在认知范围之内。所以规范化思考和逻辑推理至关重要,树状思维的缺点是没有明显的逻辑和规律,如果医者自身不了解、不熟悉该领域的疾病,往往可能漏诊乃至误诊。

好在我们还有定位诊断,如果说医者非博不能精,非深不能专,那么,以树状思维模式的定向诊断