

别肿瘤是囊性的还是实质性的,对肿瘤中的囊性变和出血也可区别开来。一些肿瘤如脂肪瘤非常具有特征性。可以准确地MRI图象中显现。MRI的最大优点是可显示脊髓的全长,能查出脊髓内的囊肿,尤其是小囊肿,这是CT所不及的。此外它几乎可以完全取代有创伤性的椎管造影。血管母细胞瘤中增生的血管也可以为MRI发现。

②脊髓空洞症, MRI是目前本病的最佳诊断方法,大大优越于CT和椎管造影,可以发现无症状的空洞症。

③脊髓病(内因性、退行性、感染性或脱髓鞘化病变), MRI可以显示病变而除外脊髓压迫、肿瘤或囊肿。MRI对隐性脊髓病(occult myelopathy)(即临床有脊髓疾病的征象,但无脊髓压迫证据和肿瘤或囊肿的表现),可以发现脊髓的硬化斑块(sclerosis plaque)。

MRI在发现髓内非肿瘤性病变中,其敏感性优于CT或椎管造影。

脊髓压迫可能由于椎关节强直(spondylosis)或脊柱转移,矢状面的MRI图象显示脊髓压迫非常有效。

脊髓萎缩,髓内血肿及病毒性脊髓炎均可MRI发现。

④脊柱的退行性改变,对神经根病(Radiculopathy)的诊断, MRI可以清晰显示间盘、脊髓神经及硬膜腔的解剖,傍矢状面的扫描的MRI图象可以预示椎间孔和脊髓神经鞘,易于判断有无椎间孔压迫。

⑤外伤, MRI可以提供外伤后椎体、间盘、脊髓和神经根的相互关系。

⑥先天性畸形如脊髓纵裂, Chiari畸形和脊膜脊髓膨出,用MRI多方位扫描有用。

四、磁共振研究今后的方向是什么?

探讨MRI在血流、血容量、氧和葡萄糖的代谢研究中的作用。非质子成象(nonproton imaging)如磷和钠的成象,和频谱分析相结合,也许可以找出一些有关某一器官或某一病变代谢状态的信息,如测出磷的代谢浓度,反映心肌或肿瘤的氧化。

进一步对血管系统的开发利用。

硬件和软件的改进,磁场强度的优化,表面线圈的改进,新的脉冲序列的评价。

用顺磁性标记的药物及单克隆抗体将提供取得解剖、生理和药理信息的新的机会。

五、结束语

MRI是一项高科技技术,可在不移动病人的情况下进行不同方位的人体扫描。它是一项新的诊断工具,安全、无电离辐射、无创伤和无害的检查手段。不仅可以提供解剖图象,而且反映出组织的物理和化学特性。

尽管MRI问世时间不长,但已充分证明它在中枢神经系统、肌骨骼系统和心血管系统中发现病变、定位及疾病特性和范围的评估方面非常有价值,是一种很有前途的影象诊断。它能解决一些其他成象方式不能解决的问题。

MRI到目前尚未充分发挥其潜力,尚待进一步研究和开发。

有关神经症的一些介绍

北京协和医院神经科 李舜伟

一、历史

1769年 William Cullen首次提出神经症(Neurosis)这一术语,当时这个概念包括了查不清楚其病理改变和不发热的神经系统疾病、心身疾病以及部分精神疾病。1869年Beard创造Meurasthenia一词,代表一组因过度紧张的工作和生活,导致神经系统张力减弱,由此产生脑力劳动能力减弱与对外界刺激过分敏感的症状,就是神经衰弱,并归入神经症中。1859年Briquet提出神经症没有器质性病变,多种症状受精神因素的影响。1884年Bernheim明确指出心因在致病过程中的决定性作用,并提出神经官能症(Psycho-

neurosis)一词。稍后Frend把神经症分为焦虑性、癔症性、恐怖性和强迫性,为以后的医学界所广泛接受。

我国从50年代以来按苏联的神经症分类法,把神经症分为神经衰弱、癔症和强迫性神经官能症三类,这一观点影响广泛且深远,在各个版本的教科书中都一直沿用。直到70年代末期,随着和国外学术交往逐渐增多,特别是美国1980年精神病诊断和统计手册第三版(DSM-Ⅲ)中废弃了一些常用的神经症术语,对我国精神医学界是一个强烈的冲击,现在在对神经症的理解、分类、诊断标准、神经衰弱、癔症等各个方面都有不少争论。

二、对神经症的理解

虽然100余年来“神经症属心因性疾病”的概念得到了大多数学者的公认,但近年来也有不少学者认为,先天素质与性格特点和神经症密切相关,诊断神经症有心因因并非必要的条件。

遗传资料分析表明,遗传在神经症的发病中有一定关系。焦虑性神经症患者的一级亲属中,本症的发生率较一般人口的发生率高数倍。1902年 Shields 发现生长于贫穷家庭的患者,分离开的双生子的平均发病率较高。1969年 Slater和Shields 研究了146个同龄双生子,同样诊断为焦虑状态者,单卵双生者占41%,双卵双生则占14%。据研究,焦虑性、强迫性或恐怖性神经症的遗传因素较高,与心因联系并不密切。

人格特点和本症也有关。如Pavlov 认为神经类型属于弱型或强而不均衡型的人,较易产生神经症。艺术型者易患癔症,思维型者易患强迫症,中间型者易患神经衰弱。

有的学者认为神经症是一组相对难治的、迁延不愈的,在不同遗传素质等生物学特征基础上发病的异源性疾病。具有神经症素质的人,不在这一生活事件(life event)下发病,便可能在另一生活事件下发病。换言之,生活事件往往只易使那些具有神经症素质的人患神经症。Mayer-Gross在“临床精神病学”一书中把神经症置于人格障碍一章中讨论。

与上述观点相反,多数学者认为生活环境中的心因性刺激是造成神经症的主要原因,素质因素只能决定易感程度和症状表现形式。苏联和我国50年代以来的传统观点都把神经症与心因性疾病放在第一章讨论。

对心因的实质和理论机理历来不同的学派有不同的解释。Freud学派认为童年的愿望被压抑到潜意识中,所产生的情绪冲突是神经症的原因。Pavlov学派则认为兴奋和抑制过程的过度紧张会导致高级神经活动的功能紊乱,从而发生神经症。行为医学学派根据学习理论(learning theory)认为神经症是病人后天学习得到的行为模式。1971年Eysenck认为神经症是在焦虑境遇下获得的,本应消退的,但却固定下来的不利于自己的非适应性行为。

社会环境因素在发病中的作用,主要是指一个人对环境改变的对待、体验和作出的情绪反应。不少研究表明,神经症患者较对照组有较多的家庭社会问题。

从上述观点出发,这些学者认为神经症的症状在心因刺激下发生,随着心因消失而缓解。具有神经症

素质的人可在轻微的精神刺激下发病,素质不明显的人只有受强刺激才可能发病。从病源学来看,神经症是同源性疾病,各种分类只是症状分型而不是独立的疾病单元。

三、神经症的分类

1958年,第一届全国精神病防治会议将神经症归于心因性疾病,分为神经衰弱、癔症和强迫性神经官能症三类。1978年在南京召开的全国神经精神科学学术会议将神经症单列一类,与心因性疾病并列。1979年经修订后,神经症分为下述7个亚型:神经衰弱、焦虑症、癔症、强迫症、恐怖症、疑病症、器官性神经症及其它,这一分类法与WHO的国际疾病分类第九版(ICD-9)大同小异。1985年10月在贵阳召开的全国神经症专题会议上提出了新的分类法,共计9个亚型:癔症、抑郁性神经症、恐怖症、强迫症、焦虑症、疑病症、神经衰弱、其它和不典型神经症,与ICD-9基本相同,而与DSM-Ⅲ不同。

四、神经症的诊断标准

因神经症分类一再修改,所以诊断标准的统一就显得十分必要。举例说,1982~1985年12地区精神疾病流行病学调查协作组在全国12个城乡点进行神经症流行病学调查,一致性测验的平均值范围是78.4~95%,属较差的等级,说明各地区诊断标准掌握不一,这样不利于临床应用和科研,更不利于国际交流。

1985年10月在贵阳召开的全国神经症专题会议上制订了“神经症临床工作诊断标准”,刊登在中华神经精神科杂志[1986;19(5):318~321]。这个标准应当在临床工作中广泛应用,才能纠正过去传统的分类和诊断概念。

对新的诊断标准目前也有争论,其中之一是病期。有人提出,神经症的病期应在3个月以上才能确诊,几小时、几天病期不能算神经症,而是急性应激反应;再长一些但不到3个月病期的只能诊断应激反应或适应性反应。抑郁性神经症则需持续2年方能确诊。另一些人认为,严格的病期标准是有利于科研却不利于临床,只要症状典型,2周病期也未尝不可,根据不同病期而出现几个诊断,似乎并无优越性。

五、关于癔症

癔症是最常见的一种神经症,多发生于青、壮年时期。女性远多于男性。1982~1985年流行病学调查结果表明,本病患病率为3.55%,城市为2.09%,农村为5.00%,城乡患病率有显著性差异($P < 0.05$)。发病前多有精神因素(心因),病人病前性格有一定的特点:强烈情感性和情感多变性、高度暗示性、高

度自我显示性和丰富的幻想性。本病临床表现多样化,分离型(dissociative type)以精神症状为主,转换型(conversion type)以躯体功能障碍为主。但这些症状不是做作的、伪装的。按Frend学说,由于患者的一些愿望不能得到满足,就压抑在潜意识中,采取“伪装”的形式,通过分离或转换而成为症状。症状的性质和发生部位具有象征性意义,可使受压抑的愿望得到部分满足。因此患者可能因某种心理需要、继发性获益或获得社会支持而使症状持续、迁延下去。

癔症在ICD-9中属于神经症的一种,但在DSM-Ⅲ中是独立的疾病单元。我国也有学者认为癔症的发病形式与临床症状和其它神经症相差甚远,应从神经症中划分出去。

六、关于神经衰弱

神经衰弱曾是我国诊断的主要神经症,50~60年代的统计,门诊病人占神经精神科的60%,占内科的20%左右。1982~1985年的流行病学调查表明,本病的患病率为13.03%,城市患病率为14.02%,农村为12.05%,两者无显著差异。12地区患病率的差异很大,低到1.71%(南京),高到21.64%(新疆),说明诊断标准相差极大。

按1985年新的诊断标准,神经衰弱的症状学标准为:①衰弱症状:如精神疲乏、脑力迟钝、注意力难以集中,记忆困难,工作或学习不能持久,效率减低;②兴奋症状:工作或学习用脑均可引起精神兴奋,回忆及联想增多,控制不住,可对声光敏感,但并不表现为言语运动增多;③情绪症状:易烦恼、易激惹,也可表现在工作、学习效率下降或精力不足而焦急、苦恼,但并无广泛的焦虑或原因不明的心境低沉;④紧张性疼痛:如紧张性头痛、紧张性肌肉疼痛;⑤睡眠障碍:如入睡困难、多梦、易醒、醒后不解乏等。病程标准为至少3个月,症状常有波动,用脑后加重,休息后减轻。

由于美国的DSM-Ⅲ已废弃了神经衰弱的诊断,1981年美哈佛大学的Kleinman在湖南医学院用DSM-Ⅲ的诊断标准复查了100例中国医师诊断的神经衰弱患者,认为绝大多数是抑郁症,1例也不是神经衰弱。因此,国内也有人主张废弃神经衰弱的诊断。

1982年1~3月,张明园选择40例诊断为神经衰弱的患者,用ICD-9、DSM-Ⅲ、标准化精神状况检查(PSE)和美NIH制订的诊断对量表(Diagnostic Interview Schedule,DIS)四种诊断标准,作出再诊断。结果发现:①除DSM-Ⅲ外,绝大多数患者仍属神经症范畴;②多数患者的分类诊断为焦虑性或抑郁性神经症;③相当比例的患者可诊断为抑郁症。

1983年许又新等用修订的PSE检查50例神经症,临床试用的一致性为71%,有效性为98.4%。在4位精神科医生诊断一致的42例(84%)中,有神经衰弱的25例,焦虑症5例,疑病症5例,抑郁性神经症7例。

1986年我在神经科门诊观察35例诊断为神经症的患者,用Carroll抑郁症自评量表测试19例,发现95%的病人符合抑郁状态。

我认为由于历史的原因,也由于中国传统文化的影响,患者就诊时很少叙述情感障碍,多半以叙述躯体不适为主,而医师对神经症的了解不多,也很少询问患者的情感症状,因此常把焦虑症或抑郁性神经症诊断为神经衰弱,这是造成神经衰弱的患病率居高不下的主要原因。虽说我国当前并不一定要废弃神经衰弱的诊断,因为其中有医师和群众接受的心理问题,也有其它的社会学因素,但是对神经衰弱的诊断应当力求严格掌握,因为这是有关治疗和预后的大问题。如果诊断为神经衰弱,意味着患者将经历一个迁延不愈、病程漫长的痛苦过程。相反,如果诊断为焦虑症或抑郁性神经症,则应用抗焦虑药或抗抑郁药(Antianxiolytics or antidepressants)会收到较好的效果,使患者摆脱痛苦。所以临床上要纠正滥用“神经衰弱”诊断的趋向。

(上接第13页)

劳动卫生职业病杂志 1983; 1:107.

6. Melvin JL, et al. Sensory and motor conduction velocities in the ulnar and median nerves. Arch Physic Med Rehabil 1966; 47:511.
7. 王世俊. 铅的剂量与效应. 工业卫生与职业病 1983; 9: 52.
8. 盛叶舟等. 职业铅接触对女工及其子代的影响. 工业

卫生与职业病 1987; 13: 53.

9. Zielhuis RL, et al. Health risk to female workers in occupational exposure to chemical agents. Springer-Verlag Berling Heidelberg 1984; 58.
10. 汪玲等. 儿童铅吸收的来源调查及对机体的影响研究. 中华预防医学杂志 1986; 20: 193.