



全国高等医药院校临床实习指南系列教材
全国高等医药院校规划教材

案例版™

编写委员会主任委员 张晓杰

编写委员会副主任委员 毕红霞 罗庆东 宁景志 李晓华

神经与精神病学 临床实习指南

主编 孙兴元



科学出版社

全国高等医药院校临床实习指南系列教材
全国高等医药院校规划教材

案例版™

编写委员会主任委员 张晓杰

编写委员会副主任委员 毕红霞 罗庆东 宁景志 李晓华

神经与精神病学 临床实习指南

主 编 孙兴元

副主编 刘宏斌 赵玉环*

编 委 (以姓氏汉语拼音为序)

韩宇辉* 潘云志 王 澍 张艳蕉

(齐齐哈尔医学院附属第三医院

* 齐齐哈尔医学院附属第四医院)

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书分为神经病学临床实习指南和精神病学临床实习指南两个部分,严格按照两门课程普通五年制本科教材章节进行设置。

神经病学部分包括:神经系统疾病的常见症状;周围神经疾病;脊髓疾病;脑血管疾病;中枢神经系统感染;中枢神经系统脱髓鞘疾病;运动障碍疾病;癫痫;头痛;神经-肌肉接头疾病;肌肉疾病共计 11 章的临床实习指导和 10 章的诊疗常规。精神病学部分包括:精神病症状学;精神科常见疾病病例分析共计 2 章的临床实习指导和 3 章的诊疗常规。

每种疾病中均由典型病例分析讨论、临床思维和诊疗常规组成,并在每章节最后附有适量的课后习题供广大读者复习、理解和记忆。

图书在版编目(CIP)数据

神经与精神病学临床实习指南 / 孙兴元主编. —北京:科学出版社,2013.2

全国高等医药院校临床实习指南系列教材·全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-036622-1

I. 神… II. 孙… III. ①神经病学-实习-医学院校-教学参考资料 ②精神病学-实习-医学院校-教学参考资料 IV. R74-45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 020946 号

责任编辑:杨鹏远 周万灏 / 责任校对:刘亚琦

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京市文林印务有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2013 年 2 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2013 年 2 月第一次印刷 印张:15

字数:348 000

定价:34.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)



《全国高等医药院校临床实习指南系列教材》

编写委员会

主任委员	张晓杰			
副主任委员	毕红霞	罗庆东	宁景志	李晓华
委	(以姓氏汉语拼音为序)			
员	白玉江	蔡庆斌	范丽霞	关 郁
	马增伟	孙兴元	邢立臣	张丽文

序

医学是复杂的实践科学,医学实践教学在整个医学教育中占有极为重要的地位,提高医学实践教学质量将有助于提高医学教育的整体水平。临床实习是培养医学生综合运用所学的基础理论、专业知识、基本技能等处理临床实际问题的重要环节,对医学生临床综合思维能力的培养起着关键作用。近年来,由于诸多原因,致使部分住院医师不注重临床技能的提高,分析问题、解决问题的能力得不到有效提升,严重影响未来医疗事业的发展 and 为广大群众服务的质量。国内很多院校对传统的实践教学进行积极改革和有益的尝试,积累了非常宝贵的经验。目前虽有诸多高等医药院校临床实习教材,但适用于医学生临床实习的案例版实习指南系列教材却较为少见。2011 年国家教育部下发的《关于全面提高高等教育质量的若干意见》,对教育教学改革和提高教学质量提出了更高的要求。

在上述背景下,齐齐哈尔医学院成立了以附属第三医院为主的《全国高等医药院校临床实习指南系列教材》编写委员会,组织具有丰富临床和教学经验的专家、教授共同编写了这套教材。全套教材吸收了临床教学专家多年医学教学的改革经验,在总结临床实习教学经验,不断积累典型案例的基础上编写而成,涵盖了内科学,外科学,妇产科学、儿科学,眼科学、耳鼻咽喉-头颈外科学,医学影像学,神经与精神病学等六册十个学科。其内容除包括丰富的临床典型案例及分析外,还配备了大量灵活多变的临床综合思考题。

该套临床实习指南系列教材具有创新性,其特点是构思新颖、视角独特。以临床思维为抓手,激发学生积极参与临床实习的兴趣,培养学生自主学习的能力;以典型案例为切入点,深入浅出,立足多角度、多视野、多途径锻炼医学生的临床综合分析能力;以国家执业医师考试为准绳,培养学生理论与实践相结合的能力。本套教材不仅适用于各专业医学生的临床实习,也是住院医师规范化培训不可多得的教材。

本套教材的编写与应用已经被批准为黑龙江省新世纪教改工程项目,部分成果已经应用于临床实习并取得较好的成果。

本套教材的编写出版,得到了齐齐哈尔医学院有关部门领导、专家的支持和指导,同时出版社给予了总体策划、严格审校,更凝聚了众多临床一线教师的心血与智慧。谨在此一并表示衷心地感谢。

虽然编写组在编写过程中不断总结、修改并反复完善,但仍难免存在缺陷和不足,衷心希望使用该套教材的广大教师、学生及临床医生提出宝贵的意见,以便我们进一步修订完善,亦敬请同行不吝赐教。

《全国高等医药院校临床实习指南系列教材》编写委员会

2012 年 7 月

前 言

在临床医学领域,新的医疗设备的开发和利用,新的诊疗手段的应用和推广,为人类健康保健提供了可靠的保障,同时也对临床医生提出了更高的要求。

在目前的医学研究中,大脑的结构最为复杂,其包含的 1000 亿个神经细胞和神经胶质细胞相互联系,相互作用,构成了我们人类各种复杂的神经系统运动和精神心理活动。神经病学与精神病学作为以脑部结构为基础的两个学科既相互独立,又相互密不可分。两者的疾病表现形式均变化多样,病因繁多,发病机制复杂,尽管有较多的现代化检查技术,但不像其他临床学科那样,能通过直观,准确地取出病理组织进行病理检查继而做出明确诊断。因此,神经系统与精神系统疾病的诊治应该是一个比较复杂的系统工程,即不仅需要现代化的辅助检查技术,而且需要基本的临床技能,以及严谨的综合分析能力,这样才可能及时、准确地诊断疾病。因此,这对临床医生提出了很高的要求。由于疾病的复杂性和抽象性,在临床教学中,医学生广泛反映对以上两门课程的讲授内容理解困难,对疾病的认识不知从何下手,对各种疾病很难理顺出比较系统清晰的临床思维,逐渐对两门课程失去兴趣,给临床教学带来很多困难。我院的神经内科和精神科作为重点科室,有着雄厚的医疗队伍,资深专家长期深入临床一线,院内各种高精尖的医疗设备(如 MR,256 排 CT 等)能够很好地完成神经系统疾病的检查,长期以来诊治了大量的各种神经系统和精神系统疾病,不论其病情简单或复杂,急性或慢性,常见或少见,轻症或重症,均得到了及时诊治。在此过程中,我们储存了较多的各种典型病例,获得了许多宝贵的临床经验,并总结了一整套系统的各种疾病的临床思维及诊疗常规。现将两门课程教学大纲中要求掌握的各种疾病的典型病例、临床思维和诊疗常规编写成书,并在每章节后配备一定数量的习题,供临床实习医学生及广大年轻医生参考,给实际的临床工作提供一些帮助。

由于编者水平有限,书中难免存在不足之处,希望广大读者批评指正。

编 委
2012 年 12 月

目 录

第一部分 神经病学临床实习指南

临床实习指导	(2)	第二节 病毒感染性疾病	(58)
第一章 神经系统疾病的常见症状 ...	(2)	第三节 中枢神经系统结核病	(61)
第一节 意识障碍	(2)	第四节 脑寄生虫病	(62)
第二节 失语症	(3)	第六章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(65)
第三节 视觉障碍和视野缺损	(4)	第一节 多发性硬化	(65)
第四节 眼球运动障碍	(5)	第二节 急性播散性脑脊髓炎	(68)
第五节 眩晕与听觉障碍	(7)	第七章 运动障碍疾病	(70)
第六节 晕厥与癫痫发作	(7)	第一节 帕金森病	(70)
第七节 躯体感觉障碍	(8)	第二节 小舞蹈病	(72)
第八节 瘫痪	(10)	第八章 癫痫	(75)
第九节 不自主运动	(12)	第一节 概述	(75)
第十节 共济运动	(13)	第二节 部分性发作	(75)
第二章 周围神经疾病	(17)	第三节 全面性发作	(77)
第一节 概述	(17)	第四节 常见的癫痫或癫痫综合征	(80)
第二节 三叉神经痛	(18)	第五节 癫痫持续状态	(81)
第三节 特发性面神经麻痹	(18)	第九章 头痛	(84)
第四节 坐骨神经痛	(19)	第一节 概述	(84)
第五节 急性炎症性脱髓鞘性多发 性神经病	(20)	第二节 偏头痛	(85)
第三章 脊髓疾病	(25)	第三节 紧张性头痛	(86)
第一节 概述	(25)	第四节 低颅压性头痛	(86)
第二节 急性脊髓炎	(26)	第十章 神经-肌肉接头疾病	(89)
第三节 脊髓压迫症	(28)	第十一章 肌肉疾病	(93)
第四章 脑血管疾病	(33)	第一节 进行性肌营养不良症	(93)
第一节 概述	(33)	第二节 周期性瘫痪	(94)
第二节 短暂性脑缺血发作	(34)	诊疗常规	(97)
第三节 脑梗死	(36)	第十二章 周围神经疾病	(97)
第四节 脑出血	(46)	第一节 三叉神经痛	(97)
第五节 蛛网膜下腔出血	(50)	第二节 面神经炎	(97)
第六节 高血压脑病	(53)	第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发 性神经病	(98)
第七节 其他动脉性疾病	(54)	第四节 坐骨神经痛	(99)
第八节 颅内静脉窦及脑静脉血栓 形成	(54)	第十三章 脊髓疾病	(100)
第五章 中枢神经系统感染	(58)	第一节 急性脊髓炎	(100)
第一节 概述	(58)		

第二节 脊髓肿瘤	(100)	第一节 多发性硬化	(118)
第十四章 脑血管疾病	(102)	第二节 急性播散性脑脊髓炎 ...	(119)
第一节 短暂性脑缺血发作	(102)	第十七章 运动障碍疾病	(121)
第二节 脑梗死	(103)	第一节 帕金森病	(121)
第三节 脑出血	(110)	第二节 小舞蹈病	(123)
第四节 蛛网膜下腔出血	(111)	第十八章 癫痫	(124)
第五节 高血压脑病	(112)	第十九章 头痛	(127)
第六节 其他动脉性疾病	(112)	第一节 偏头痛	(127)
第七节 脑静脉系统血栓形成 ...	(113)	第二节 紧张性头痛	(128)
第十五章 中枢神经系统感染	(115)	第三节 低颅压性头痛	(129)
第一节 单纯疱疹病毒脑炎	(115)	第二十章 神经-肌肉接头疾病	(130)
第二节 脑囊虫病	(115)	第二十一章 肌肉疾病	(132)
第三节 带状疱疹病毒脑炎	(116)	第一节 进行性肌营养不良	(132)
第十六章 中枢神经系统脱髓鞘性 疾病	(118)	第二节 周期性麻痹	(133)

第二部分 精神病学临床实习指南

临床实习指导	(137)	状况检查	(194)
第一章 精神病症状学	(137)	第一节 精神障碍的病史采集 ...	(194)
第一节 认知过程的障碍	(137)	第二节 精神状况检查	(194)
第二节 情感过程的障碍	(143)	第三节 病历格式与内容	(197)
第三节 意志行为的障碍	(143)	第四章 精神疾病的常用治疗手段	(198)
第四节 意识障碍	(144)	第一节 精神疾病的药物治疗 ...	(198)
第五节 临床思维	(144)	第二节 无抽搐电休克(MECT) 治疗	(205)
第二章 精神科常见疾病病例分析	(154)	第五章 精神科常见疾病诊疗常规	(208)
第一节 器质性精神障碍	(154)	第一节 器质性精神障碍	(208)
第二节 酒精所致精神障碍	(162)	第二节 酒精所致精神障碍	(211)
第三节 精神分裂症	(165)	第三节 精神分裂症	(212)
第四节 心境障碍	(170)	第四节 心境障碍	(214)
第五节 偏执性精神障碍	(174)	第五节 偏执性精神病	(218)
第六节 神经症	(175)	第六节 神经症	(219)
第七节 儿童少年期精神障碍 ...	(184)	第七节 儿童少年期精神障碍 ...	(224)
诊疗常规	(194)		
第三章 精神障碍的病史采集及精神			

第一部分

神经病学临床实习指南



临床实习指导

第一章 神经系统疾病的常见症状

第一节 意识障碍

病例 1-1-1

患者,男性,64岁,1小时前情绪激动后突发意识欠清,于门诊行头颅CT检查,结果显示左侧基底核区大片状高密度影。查体:体温36.5℃,血压180/100mmHg,脉搏80次/分,呼吸24次/分,患者能被唤醒,醒后能简单回答问题及勉强配合检查,停止刺激后即又入睡,入院第2日患者问话无应答,压眶反射、角膜反射存在,双眼向左侧凝视,双瞳孔等大同圆,直径约3.0mm,四肢无自主运动,Babinski征(-,+).

问题:

1. 本患者发病当时及入院第2日的意识障碍分别属于哪种类型?
2. 嗜睡、昏睡及昏迷如何鉴别?

参考答案和提示:

1. 昏睡,浅昏迷。
2. 嗜睡为持续睡眠状态,可唤醒,醒后基本上能正常交谈,配合检查,停止刺激后又进入睡眠状态。

昏睡为较深睡眠状态,较重的疼痛或言语刺激方可唤醒,醒后对问话作简单模糊的回答,即又入睡。

昏迷为意识丧失,对言语刺激无应答反应,可分为浅、中、深昏迷。

(1) 浅昏迷:对疼痛刺激有躲避反应及痛苦表情,存在无意识自发动作,各种生理反射存在,生命体征平稳。

(2) 中昏迷:对重的疼痛刺激稍有反应,很少无意识自发动作,各种生理反射减弱,生命体征轻度改变。

(3) 深昏迷:对疼痛无反应,无意识自发动作、各种生理反射均消失,生命体征异常。

临床思维:意识障碍

以觉醒度改变为主的意识障碍,临床上表现为嗜睡、昏睡、浅昏迷、中昏迷、深昏迷。

以意识内容变化为主的意识障碍,临床分为意识模糊和谵妄。意识模糊表现为注意力减退,情感反应淡漠,定向力障碍,活动减少,语言缺乏连贯性,对外界刺激可有反应,但低于正常水平。谵妄是一种急性的脑高级功能障碍,患者对周围环境的认识及反应能力均有下降,表现为认知、注意力、定向、记忆功能受损,思维推理迟钝,语言功能障碍,错觉、幻觉、睡眠觉醒周期紊乱等,表现为紧张、恐惧和兴奋不安,甚至可有冲动和攻击行为,昼轻夜重,持续数小时或数天,常见于脑炎、脑血管病、脑外伤、代谢性脑病、酸碱平衡及水电解质紊乱、营养物质缺乏、高热、中毒等。

【特殊类型的意识障碍】 包括去皮质综合征、无动性缄默症、植物状态等。

1. 去皮质综合征 能无意识睁眼闭眼、咀嚼、吞咽,瞳孔对光反射、角膜反射存在,对刺激无反应,呈上肢屈曲、下肢伸直姿势(去皮质强直),尿便失禁,可有病理征,保持觉醒-睡眠周期,为大脑皮质广泛损害而脑干上行网状激活系统正常,见于缺氧性脑病、脑炎、中毒、脑外伤和严重脑卒中等大脑皮质广泛损害等。

2. 无动性缄默症 对刺激无意识反应,四肢不能活动,可无目的睁眼或眼球运动,有觉醒-睡眠周期,呈过度睡眠状态;体温高、心律或呼吸节律不规则、尿便潴留或失禁,无锥体束征,为脑干上部、丘脑网状激活系统及前额叶-边缘系统损害所致。

3. 植物状态 指大脑半球严重受损而脑干功能相对保留的一种状态。患者表现对自身和外界的认知功能完全丧失,呼之不应,不能与外界交流,有自发性或反射性睁眼,偶可发生视觉追踪,可有无意哭笑,存在吮吸、咀嚼和吞咽等原始反射,大小便失禁,存在觉醒-睡眠周期。

【鉴别诊断】 闭锁综合征、意识缺乏症、木僵。

1. 闭锁综合征 指患者意识清醒,四肢及大部分脑神经瘫,只能以睁闭眼及眼球上下活动与外界联系,为桥脑基底部病变,双侧皮质脊髓束及桥脑以下皮质延髓束受损所致。

2. 意识缺乏症 双侧额叶病变所致,缺乏始动性而不语少动,对刺激无反应,无欲望,呈严重淡漠状态,运动感觉功能存在,记忆功能尚好,可有额叶释放反射,如掌颞反射、吸吮反射等。

3. 木僵 见于精神分裂症的紧张性木僵、严重抑郁症的抑郁性木僵、反应性精神障碍的反应性木僵等。

第二节 失 语 症

病例 1-1-2

患者,老年男性,6小时前出现右侧肢体无力,行走不稳,并有言语笨拙,表达障碍,能理解他人讲话内容。医院就诊后查头颅 MRI,结果显示脑栓塞。

问题:

1. 患者失语的类型是什么?
2. 脑栓塞的定位在什么部位?

参考答案和提示:

1. Broca 失语 Broca 失语为典型非流利型失语,表达障碍最突出,语量少,找词困难,口语理解较好,复述、命名、阅读及书写不同程度受损。
2. 优势半球 Broca 区(额下回后部)或相应皮质下白质病变。

病例 1-1-3

患者,老年女性,晨醒后出现讲话让他人难以理解,空话连篇,错语多,答非所问,但发音清晰,并伴有右侧肢体活动失灵,由家属急送医院,行头颅 MRI,结果显示脑栓塞。

问题:

1. 患者失语的类型是什么?
2. 脑栓塞的定位在什么部位?

参考答案和提示:

1. Wernicke 失语 口语理解严重障碍,流利型口语,语量多,发音清晰,但错语多,空话连篇,难以理解,答非所问,复述及听写障碍。
2. 优势侧颞上回后部病变。

临床思维:失语症

失语症是后天脑损害所致的语言交流能力(主要是语言理解、语言表达能力)的障碍。

【临床分型】

1. 外侧裂周围失语综合征 共同特点是均有复述障碍。

(1) Broca 失语:典型非流利型口语,表达障碍最突出,语量少,找词困难,口语理解较好,复述、命名、阅读及书写不同程度受损。优势半球 Broca 区(额下回后部)或相应皮质下白质病变。

(2) Wernicke 失语:口语理解严重障碍,流利型口语,语量多,发音清晰,但错语多,空话连篇,难以理解,答非所问,复述及听写障碍。优势侧颞上回后部病变。

(3) 传导性失语:口语清晰,听力、理解力正常,自发语言正常,复述不成比例受损是最大特点,自发讲话能说出的词也不能复述,为优势半球缘上回皮质、Wernicke 区病变。

2. 经皮质性失语 共同特点为复述相对保留;可为运动性、感觉性或混合性失语;为分水岭区病变所致。

3. 完全性失语 所有的语言功能明显障碍,口语近于哑,只能发出“吗”“吧”等声音(刻板性语言),听理解、复述、命名、阅读和书写均严重障碍,预后差;优势半球大范围病变所致。

4. 命名性失语 不能命名,但能描述物品功能,口语表达表现找词困难、赘语和空话,听理解和复述正常;优势侧颞中回后部病变。

5. 皮质下失语综合征 指丘脑、基底核、内囊、皮质下深部白质等部位病损所致的失语;常由脑血管病、脑炎引起。

【鉴别诊断】 构音障碍,是发音器官的神经肌肉病变使发音器官肌无力及运动不协调所致的口语语音障碍。

第三节 视觉障碍和视野缺损

病例 1-1-4

患者,男性,46岁,有家族性高血压病史14年,且有吸烟史20余年,看电视时突发双眼视物不清,5~10分钟后缓解,恢复至正常。

问题:

1. 患者的症状最常见于何种疾病?
2. 需与何种疾病鉴别?

参考答案和提示:

1. 双侧枕叶视中枢短暂性脑缺血发作。
2. 本病需与以下疾病相鉴别 ①眼动脉或视网膜中央动脉闭塞及颈内动脉系统短暂性脑缺血发作,均表现为单眼视力障碍。②原发性视神经萎缩,表现为进行性视力障碍。

病例 1-1-5

患者,男性,58岁,有冠心病心律失常-房颤病史3年。突发看书时仅看清书页的左半部分,右半部分发黑,并出现右侧肢体无力,行CT扫描后,临床诊断为脑栓塞。

问题:

1. 患者的症状称为什么?
2. 病变部位在何处?

参考答案和提示:

1. 双眼同向性偏盲。
2. 病变定位在视束、外侧膝状体、视辐射或视中枢。

临床思维:视觉障碍和视野缺损**【视觉障碍】**

1. **突发单眼视力丧失** 见于眼动脉或视网膜中央动脉闭塞;颈内动脉系统TIA或典型偏头痛先兆可导致一过性黑矇。
2. **进行性单眼视力障碍** 数小时或数日达到高峰,见于球后视神经炎、脱髓鞘疾病;先有视野缺损,逐渐出现视力障碍和失明,为视神经压迫性病变。
3. **一过性双眼视力障碍** 见于双侧枕叶视中枢短暂性缺血发作。
4. **进行性双眼视力障碍** 见于原发性视神经萎缩、慢性视乳头水肿、中毒或营养缺乏性神经病。

【视野缺损】

1. **双眼颞侧偏盲** 视交叉中部病变如垂体瘤、颅咽管瘤等导致,使来自双眼鼻侧视网膜纤维受损。
2. **双眼对侧同向性偏盲** 视束、外侧膝状体、视辐射及视中枢病变导致病灶对侧视野同向性偏盲。视中枢病变中心视野常保留(黄斑回避),可能因黄斑区纤维投射至双侧枕叶视皮质所致。
3. **双眼对侧同向上象限盲** 为视辐射下部受损,颞叶后部病变引起。
4. **双眼对侧同向下象限盲** 为视辐射上部受损,顶叶病变引起。

第四节 眼球运动障碍**病例 1-1-6**

患者,女性,72岁,有糖尿病史,因“视物双影3天”就诊。查体:右眼球外斜视,向上、向内及向下运动受限。左瞳孔直径3.0mm,右瞳孔直径4.0mm,右侧瞳孔对光反射及调节反射消失。

问题:

1. 患者的症状称为什么?
2. 如何区分周围性眼肌麻痹、核性眼肌麻痹、核间性眼肌麻痹、核上性眼肌麻痹?

参考答案和提示:

1. 右侧动眼神经麻痹。
2. 区分如下:①周围性眼肌麻痹见于动眼神经麻痹,滑车神经麻痹,外展神经麻痹。②核性眼肌麻痹系脑干病变导致眼球运动神经核受损,病变常累及邻近结构,如外展神

经核损害累及面神经和锥体束,出现外展、面神经交叉瘫;动眼神经亚核多而分散,病变仅累及部分核团可引起某一眼肌受累,常累及双侧。③核间性眼肌麻痹病变主要损害脑干的内侧纵束。内侧纵束连接一侧动眼神经内直肌核与对侧外展神经核,使眼球水平同向运动,病变时引起眼球协同运动障碍,见于脑干腔隙性梗死或多发性硬化。④中枢性(核上性)眼肌麻痹为皮质侧视中枢(额中回后部)病变(如脑血管疾病)所致,出现向病灶对侧(偏瘫侧)凝视麻痹,表现为两眼凝视病灶;刺激性病灶使两眼向病灶对侧凝视。

临床思维:眼球运动障碍

眼球运动神经包括:动眼神经支配提上睑肌、上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌、瞳孔括约肌和睫状肌;滑车神经支配上斜肌;外展神经支配外直肌。

【眼肌麻痹】

1. 周围性眼肌麻痹 眼球运动神经损害所致。

(1) 动眼神经麻痹:眼外肌麻痹表现为上睑下垂、外斜视、眼球向上、向内及向下运动受限,出现复视;眼内肌麻痹如瞳孔散大、光反射及调节反射消失。

复视是眼外肌麻痹时眼球不能向麻痹肌收缩方向运动或运动受限,出现视物双影,轻微眼肌麻痹时可仅有复视,眼球运动受限和斜视不明显;复视总是出现在眼外肌作用方向上。

(2) 滑车神经麻痹:眼球向外下方运动受限,有复视。

(3) 外展神经麻痹:眼球不能向外方转动,呈内斜视,有复视。

2. 核性眼肌麻痹 脑干病变导致眼球运动神经核受损,病变常累及邻近结构。

3. 核间性眼肌麻痹

(1) 前核间性眼肌麻痹:水平侧视时病侧眼不能内收,对侧眼外展时出现单眼震颤(内侧纵束上行纤维受损),但双眼能会聚运动。

(2) 后核间性眼肌麻痹:水平侧视时病侧眼不能外展,对侧眼内收时出现单眼震颤(内侧纵束下行纤维受损)。

(3) 一个半综合征:桥脑尾端一侧被盖部病变侵犯桥脑旁正中网状结构(PPRF),引起向病灶侧凝视麻痹(同侧眼不能外展、对侧眼不能内收),同时累及同侧内侧纵束(MLF),使同侧眼球也不能内收,仅对侧眼球可外展,外展时出现眼球震颤。见于多发性硬化、脑干梗死及脑干肿瘤。

4. 中枢性(核上性)眼肌麻痹

(1) 水平注视麻痹:①皮质侧视中枢(额中回后部)受损:可产生两眼侧视麻痹。②脑桥侧视中枢受损。

(2) 垂直注视麻痹:上丘是眼球垂直同向运动的皮质下中枢,上丘的上半司眼球的向上运动,上丘的下半司眼球的向下运动。帕里诺(Parinaud)综合征:双眼向上垂直运动不能,是眼球垂直运动皮质下中枢上丘损害所致,如松果体瘤。

【瞳孔调节障碍】

1. 瞳孔支配 动眼神经副交感纤维支配瞳孔括约肌使瞳孔缩小,颈上交感神经节发出纤维支配瞳孔散大肌使瞳孔扩大。普通光线下瞳孔直径3~4mm。

2. 辐辏及调节反射 注视近物时双眼球会聚及瞳孔缩小的反射。

3. 阿罗(Argyll-Robertson)瞳孔 瞳孔对光反射消失,调节反射存在。顶盖前区病变,多见于神经梅毒。

4. 霍纳征 一侧瞳孔缩小、眼裂变小(睑板肌麻痹)、眼球内陷(眼眶肌麻痹),可伴同侧面部

少汗。颈上交感神经径路及脑干网状结构中交感纤维损害。

5. 瞳孔散大 见于动眼神经麻痹,如钩回疝早期。视神经病变失明及阿托品类药物中毒时瞳孔也可散大。

第五节 眩晕与听觉障碍

病例 1-1-7

患者,女性,27岁,突发视物旋转、恶心、呕吐、出汗,伴耳鸣,转头时加重,站立不稳,左右摇晃。查体有水平及旋转性眼震,持续约30分钟缓解。

问题:

1. 患者为何种眩晕?
2. 如何区分周围性眩晕和中枢性眩晕?

参考答案和提示:

1. 周围性眩晕。
2. 周围性眩晕 突发,持续时间短,头位和体位改变时可加重,有水平或旋转性眼震,站立不稳,左右摇摆,伴恶心、呕吐、出汗、耳鸣,无脑损害改变。

中枢性眩晕 持续时间长,与头位和体位改变无关,眼震粗大、持续,站立不稳,向一侧倾斜,恶心、呕吐、出汗不明显,无耳鸣及听力下降,可有脑损害改变。

临床思维:眩晕与听觉障碍

【系统性眩晕】 系统性眩晕是由前庭系统病变引起,是眩晕的主要病因,可分为以下两类。

1. 周围性眩晕 前庭器官病变所致。
2. 中枢性眩晕 前庭核及中枢联络径路病变所致。

【非系统性眩晕】 非系统性眩晕临床表现为头晕眼花、站立不稳,通常无外界环境或自身旋转感或摇摆感,很少伴有恶心、呕吐,为假性眩晕。常由眼部疾病(眼外肌麻痹、屈光不正、先天性视力障碍),心血管系统疾病(高血压、低血压、心律不齐、心力衰竭),内分泌代谢疾病(低血糖、糖尿病、尿毒症),中毒,感染和贫血等疾病引起。

【听觉障碍】

1. 耳聋 耳聋包括传导性、神经性及混合性耳聋。
2. 耳鸣 耳鸣指无声音刺激时患者主观听到持续声响,是听感受器及传导路病理性刺激所致,多伴有耳聋。高音性耳鸣提示感音器病变,低音性耳鸣提示传导路病变。
3. 听觉过敏 听觉过敏指患者感受到的声音较实际的强。

第六节 晕厥与癫痫发作

病例 1-1-8

患者,女性,28岁,排尿后出现头晕、出汗、全身无力,随即眼前发黑、站立不稳而倒地,意识不清,呼之不应,面色苍白,无抽搐,数分钟后意识转清,仍有恶心、周身无力。

问题:

1. 患者为何种症状?
2. 该疾病与癫痫如何鉴别?

参考答案和提示:

1. 晕厥。

2. 晕厥多在站立时发作,白天较多,有先兆,发作时面色苍白,少见抽搐、尿失禁、舌咬伤,无神经系统定位体征,发作后无头痛,无意识模糊,罕见发作间期脑电图异常,常有心血管异常。

癫痫发作与体位无关,多发生在睡眠时,多无先兆,发作时皮肤青紫,常见抽搐、尿失禁、舌咬伤,可有神经系统定位体征,发作后常有头痛、意识模糊,发作间期常有脑电图异常。

临床思维:晕厥与癫痫发作

晕厥与癫痫发作是引起短暂的可逆性意识丧失的主要原因。

【晕厥】 晕厥是全脑血流量突然减少导致发作性短暂意识丧失,并因姿势性张力丧失而倒地,可很快恢复。脑血流突然减少的原因包括:血压急剧下降、心脏输出量突然减少、脑动脉急性广泛供血不足等,依据病因及发病机制可分为四类。

1. **反射性晕厥** 调节血压和心率反射弧的神经功能障碍所致,如血管减压性(普通)晕厥、直立性低血压性晕厥、颈动脉窦性晕厥、排尿性晕厥等。

2. **心源性晕厥** 各种心脏疾病引起,如严重心律失常、急性心腔排出受阻和肺血流受阻等。

3. **脑源性晕厥** 包括全脑供血不足、短暂性脑缺血发作、高血压脑病、基底动脉型偏头痛等。

4. **其他晕厥** 如哭泣性晕厥、低血糖性晕厥、严重贫血性晕厥等。

【临床特点】

(1) 晕厥发病突然,持续时间短暂,典型的晕厥可分为以下三期。

1) 发作前期:明显的自主神经症状,如头晕、面色苍白、出汗、恶心、视物模糊、耳鸣、全身无力、上腹部不适等,此期持续数秒至数十秒。

2) 发作期:表现为眼前发黑、站立不稳、短暂意识丧失倒地,可迅速恢复,可伴血压下降、脉弱、瞳孔散大、肌张力减低和尿失禁,无神经系统体征。

3) 恢复期:意识转清,仍有面色苍白、恶心、出汗、周身无力等,不遗留后遗症。

(2) 反射性晕厥最常见,恐惧、疼痛、疲劳、看见流血等是常见诱因,年轻体弱女性多见;心源性晕厥发生迅速,无任何预感,与直立体位无关,有相应心脏病症状、体征。

【癫痫发作】 癫痫发作是脑神经元过度异常放电导致短暂神经功能异常,可表现为意识障碍、运动性或感觉性异常发作及情绪、内脏、行为改变等。

【晕厥与癫痫发作的鉴别】

1. **晕厥** 晕厥多在站立时发作,白天较多,有先兆,发作时面色苍白,少见抽搐、尿失禁、舌咬伤,无神经系统定位体征,发作后无头痛,无意识模糊,罕见发作间期脑电图异常,常有心血管异常。

2. **癫痫发作** 癫痫发作与体位无关,多发生在睡眠时,多无先兆,发作时皮肤青紫,常见抽搐、尿失禁、舌咬伤,可有神经系统定位体征,发作后常有头痛、意识模糊,发作间期常有脑电图异常。

第七节 躯体感觉障碍

病例 1-1-9

患者右下肢无力 3 个月,左下半身麻木,检查左乳头水平以下痛温觉减退,右膝腱反射亢进,右侧 Babinski 征(+),右髂前上棘以下音叉振动觉减退,右足趾位置觉减退。

问题:

1. 病变定位在何处?
2. 该患者感觉障碍的类型是什么?
3. 此种感觉障碍的解剖学基础是什么?

参考答案和提示:

1. 右侧 T₄ 水平脊髓半侧损害。
2. 分离性感觉障碍。
3. 深浅感觉传导通路均由三个向心的感觉神经元相连而成,Ⅱ级神经元纤维均交叉,痛、温觉Ⅱ级神经元为脊髓后角细胞,换元后即交叉至对侧;深感觉、精细触觉纤维进入脊髓后先在同侧脊髓后索上行至延髓薄束核、楔束核,换元后交叉至对侧。二者传导路径不同是分离性感觉障碍(痛、温觉受损而触觉保留)的解剖学基础。

临床思维:躯体感觉障碍

【感觉】 感觉是各种形式的刺激作用于感受器在人脑中的反映,分为以下两类。

1. **普通感觉** 包括浅感觉(痛、温度觉和触觉)、深感觉(运动觉、位置觉和振动觉)、复合觉或皮质觉(实体觉、图形觉、两点辨别觉、皮肤定位觉和重量觉等)。

2. **特殊感觉** 如嗅觉、视觉、味觉和听觉。

【脊髓内感觉传导束排列顺序】 后索内侧为来自躯体下部(腰骶)纤维(薄束),外侧为上部(颈胸)纤维(楔束)。脊髓丘脑束与之相反,外侧传导来自下部节段感觉,内侧传导来自上部节段感觉。这对髓内与髓外病变有定位意义。

【感觉的节段性支配】 皮节是一个脊髓后根(脊髓节段)支配的皮肤区域。人体有 31 个皮节,与神经根节段数相同。胸部皮节的节段性最明显,体表标志如乳头为 T₄,脐为 T₁₀,腹股沟为 T₁₂ 和 L₁。每一皮节均由 3 个神经根重叠支配,因而,脊髓损伤的上界应比感觉障碍平面高 1 个节段。

【三叉神经周围性支配】 三叉神经包括眼支、上颌支、下颌支;核性支配是由于脊束核仅接受痛、温觉纤维,口周纤维止于核上部,耳周纤维止于核下部,脊束核部分损害可产生面部葱皮样分离性感觉障碍。

【临床分类】 感觉障碍可分为两类。

1. **刺激性症状** 感觉径路刺激性病变引起,包括以下五种类型。

- (1) 感觉过敏:轻微刺激引起强烈感觉如疼痛。
- (2) 感觉倒错:非疼痛性刺激诱发疼痛。
- (3) 感觉过度:感觉刺激阈增高,不立即产生疼痛(潜伏期),达到阈值时出现强烈的不适感,定位不明确,持续一段时间后消失(后作用);见于丘脑和周围神经损害。

(4) 感觉异常:无外界刺激出现麻木感、痒感、蚁走感、针刺感、电击感、束带感和冷热感等。

(5) 疼痛:依据病变部位及疼痛特点分为以下类型。

- 1) 局部性疼痛:如神经炎的局部神经痛。
- 2) 放射性疼痛:神经干、神经根刺激性病变,如肿瘤或椎间盘突出压迫脊神经根。疼痛不仅发生在局部,而且扩散到受累神经的支配区。
- 3) 扩散性疼痛:疼痛由一个神经分支扩散到另一分支,如手指远端挫伤可扩散到整个上肢疼痛。
- 4) 牵涉性疼痛:内脏病变疼痛扩散到相应体表节段,如胆囊病变引起右肩痛。