

国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材配套教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材配套教材

全国高等学校器官-系统整合教材配套教材

Organ-systems-based Curriculum

供临床医学及相关专业用

神经与精神疾病 学习指导及习题集

主 编 高成阁 陈生弟

副主编 庄明华 王丽华 陈 炜



器官-系统

整合教材配套教材

OSBC

人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材配套教材
全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材配套教材
全国高等学校器官-系统整合教材配套教材

供临床医学及相关专业用

OSBC

神经与精神疾病

学习指导及习题集

主 编 高成阁 陈生弟

副主编 庄明华 王丽华 陈 炜

编 者 (以姓氏笔画为序)

万 琪(南京医科大学第一附属医院)

马建芳(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

王丽华(哈尔滨医科大学附属第二医院)

王 刚(首都医科大学附属北京安定医院)

王立伟(复旦大学附属华山医院)

王 雪(四川大学华西医院)

冯 华(第三军医大学西南医院)

叶尘宇(复旦大学附属中山医院)

庄明华(汕头大学医学院第一附属医院)

刘 军(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

刘微波(浙江大学医学院附属第二医院)

刘铁桥(中南大学湘雅二医院)

张 磊(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)

张 成(中山大学附属第一医院)

张宝荣(浙江大学医学院附属第二医院)

汪 凯(安徽医科大学第一附属医院)

李世亭(上海交通大学医学院附属新华医院)

陈生弟(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

陈 炜(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)

陈 策(西安交通大学医学院第一附属医院)

陆钦池(上海交通大学医学院附属仁济医院)

吴 铮(哈尔滨医科大学附属第一医院)

周华东(第三军医大学大坪医院)

胡 建(哈尔滨医科大学附属第一医院)

胡昌清(首都医科大学附属北京安定医院)

赵 钢(第四军医大学西京医院)

赵洪洋(华中科技大学同济医学院附属协和医院)

范长河(南方医科大学)

郭世文(西安交通大学医学院第一附属医院)

郭延庆(北京大学第六医院)

栾兴华(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

秦新月(重庆医科大学附属第一医院)

高成阁(西安交通大学医学院第一附属医院)

崔高宇(第三军医大学西南医院)

学术秘书 陈 策(兼) 刘 军(兼)

图书在版编目(CIP)数据

神经与精神疾病学习指导及习题集/高成阁,陈生弟主编.
—北京:人民卫生出版社,2016
ISBN 978-7-117-22992-0

I. ①神… II. ①高… ②陈… III. ①神经系统疾病-诊疗-医学院校-教学参考资料②精神病-诊疗-医学院校-教学参考资料 IV. ①R741②R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 176983 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

神经与精神疾病学习指导及习题集

主 编: 高成阁 陈生弟

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 14

字 数: 443 千字

版 次: 2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-22992-0/R·22993

定 价: 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

器官-系统整合规划教材的编写,是应《教育部关于进一步深化本科教学改革全面提高教学质量的若干意见》中深化教育教学改革,全面加强大学生素质和能力培养的要求,由全国高等医药教材建设研究会、人民卫生出版社和教育部临床医学综合改革西安交通大学项目组共同发起,通过器官-系统整合规划教材评审委员会和指导委员会的专家们对人体的结构和功能进行整体规划和学科整合,编写了一套以全国高等学校临床医学专业为主要对象的器官-系统整合规划教材,这是适应医学教育改革的发展趋势,增强学生的自主学习能力和提升综合素质,促进学科之间交叉融合的重要举措。《神经与精神疾病》是器官-系统整合系列规划教材的一种。本教材的编写,借鉴国内外先进经验,以人体器官系统为线索,将神经生物医学和神经系统相关的神经内科、神经外科及精神病学等临床学科进行有机整合,建立神经生物医学、临床神经、精神医学学科双循环“回旋式”的新型整合课程体系。本教材的编写,注重科学整合课程、淡化学科意识、实现整体优化、注重系统科学、保证点面结合。不仅要注重神经生物医学与临床神经内、外科、精神病学课程内容、各区段课程内容的整体性和系统性,还要注意区段内各学科内容顺序衔接,还要兼顾各学科教学内容的特点和教学实施的特殊性。

本书作为《神经与精神疾病》教科书的配套教材,章节编排与教科书一致。其内容紧扣教学大纲,对各章节所要掌握和了解的主要知识点进行系统的精炼和整理,参考了国内外一些权威著作和精选试题,结合了中国学生的学习习惯和国内的应试特点,有针对性地配备了大量的练习题和参考答案,基本覆盖了教学大纲所要求的“三基”内容,具有易懂、易记的特点。此外,为了适应执业医师资格考试的需要,本教材的题型参考了国家执业医师资格考试和主治医师资格考试的题型,需要说明的是,为了保证知识的系统性和深入性,部分试题可能超出了对医学本科生的要求,希望学生在学习过程中结合教科书对比学习。

本书不仅适用于长学制、五年制临床医学专业,同时对准备参加研究生入学考试的读者,对神经内科、神经外科、精神科医生的继续医学教育和职称晋升考试也是一本非常有价值的参考书。对教师进行教学辅导也有一定的帮助。

本书编写者为多年工作在教学第一线老、中、青年骨干教师,有较丰富的教学与命题经验。但限于自身水平和编写时间仓促,书中的不足和疏漏之处在所难免,敬请各位同道和读者提出宝贵意见。

高成阁 陈生弟

2016年2月

► 使用说明

《神经与精神疾病学习指导及习题集》的章节编排与主教材一致,共分为24章。每章包括本章要点(学习要点及内容要点)、练习题和参考答案三部分。

一、本章要点

在学习要点中按照掌握、熟悉和了解三个层次列出了各章的学习目标,在内容要点中对各章的重点内容进行了概括,以加深对基本概念和基础理论的理解。

二、练习题

包括名词解释、选择题和问答题3种常见的题型。

(一) 名词解释

要求规范、简单、明确地答出所给术语名词的基本概念。

(二) 选择题

包括A型题和B型题两种类型。

1. A1型题 又称单句型最佳选择题,题干为一短句,在每一道题干下有A、B、C、D、E五个备选答案,其中只有一个是最佳答案,其余4个为干扰答案,干扰答案可以是不正确,也可以是部分正确。应根据所提的问题从备选答案中选择出一个最佳答案。A1型题重点考核对知识点的记忆。

2. A2型题 又称病例摘要型最佳选择题,以一个简单的病例(或案例)作为题干,有5个供选择的备选答案。

3. A3型题 又称病例组型最佳选择题,试题结构是开始叙述一个以患者为中心的临床情景,然后提出几个相关问题,每个问题均与开始的临床情景有关,但测试要点不同,且问题之间相互独立。

4. A4型题 又称病例串型最佳选择题,开始叙述一个以单一患者为中心的临床情景,然后提出几个相关问题,当病情逐渐展开时,可以逐步增加新的信息。有时陈述了一些次要的或有前提的假设信息,并且这些信息与病例中叙述的具体患者不一定有联系。提供信息的顺序对回答问题是至关重要的。每个问题均与开始的临床情景有关,又与随后的改变有关。回答这样的试题一定要以试题提供的信息为基础。

A2、A3、A4型题均以临床情景为基础,强调知识的应用,分析和解决问题的能力。

5. B型题 又称配伍题,先列出A、B、C、D、E五个备选答案,随后列出若干道试题。每道试题需从备选答案中选出最合适的答案;每项备选答案可被选用一次、多次或不被选用。

(三) 问答题

要求用文字叙述的方式对问题进行解答,这在一定程度上可综合反映学生对知识的全面掌握程度、灵活运用水平以及分析表达能力。

三、参考答案

对选择题和名词解释书中均给出参考答案。对问答题,有的答案只给出答题要点,可据此适当发挥;有的答案为帮助学生理解和分析,则较为详尽。在问答题时要注意针对性;仔细审题;全面性:全面回答相关的要点,不要遗漏;条理性:要做到重点突出,条理清晰,分析有据,文字通顺。多数章节还给出了案例分析题,以便将所学的基础知识应用到临床实践中。

目 录

第一章 绪论	1
一、本章要点	1
二、练习题	1
三、参考答案	2
第二章 病史、常见症状及体格检查	4
一、本章要点	4
二、练习题	10
三、参考答案	19
第三章 神经精神疾病常用的辅助检查	22
一、本章要点	22
二、练习题	26
三、参考答案	30
第四章 神经、精神疾病的诊断原则	33
一、本章要点	33
二、练习题	34
三、参考答案	35
第五章 脑血管病	37
一、本章要点	37
二、练习题	40
三、参考答案	52
第六章 发作性疾病	55
一、本章要点	55
二、练习题	56
三、参考答案	59
第七章 运动障碍疾病	61
一、本章要点	61
二、练习题	62
三、参考答案	66
第八章 认知障碍及痴呆	67
一、本章要点	67
二、练习题	68
三、参考答案	72
第九章 脊髓疾病	74
一、本章要点	74

二、练习题	76
三、参考答案	80
第十章 周围神经与肌肉疾病	82
一、本章要点	82
二、练习题	85
三、参考答案	92
第十一章 中枢神经系统感染疾病	94
一、本章要点	94
二、练习题	96
三、参考答案	104
第十二章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	107
一、本章要点	107
二、练习题	108
三、参考答案	110
第十三章 颅内压增高与脑疝	112
一、本章要点	112
二、练习题	115
三、参考答案	117
第十四章 颅脑损伤	120
一、本章要点	120
二、练习题	127
三、参考答案	130
第十五章 神经系统肿瘤	134
一、本章要点	134
二、练习题	135
三、参考答案	137
第十六章 神经系统先天性疾病	138
一、本章要点	138
二、练习题	141
三、参考答案	145
第十七章 神经系统疾病的微创外科治疗	147
一、本章要点	147
二、练习题	148
三、参考答案	149
第十八章 躯体疾病所致精神障碍	151
一、本章要点	151
二、练习题	152
三、参考答案	154
第十九章 精神活性物质所致精神障碍	156
一、本章要点	156
二、练习题	156
三、参考答案	162
第二十章 精神分裂症及其他精神病性障碍	164

一、本章要点	164
二、练习题	167
三、参考答案	173
第二十一章 抑郁障碍与双相障碍	175
一、本章要点	175
二、练习题	176
三、参考答案	186
第二十二章 神经症性障碍	188
一、本章要点	188
二、练习题	189
三、参考答案	193
第二十三章 躯体形式障碍及分离(转换)障碍	195
一、本章要点	195
二、练习题	196
三、参考答案	200
第二十四章 心理因素相关生理障碍	202
一、本章要点	202
二、练习题	203
三、参考答案	207
第二十五章 应激相关精神障碍	210
一、本章要点	210
二、练习题	211
三、参考答案	214

第一章

绪 论

一、本章要点

(一) 学习要点

1. 熟悉神经精神病学学科地位及与其他学科的关系、神经精神疾病概况。
2. 了解神经精神病学发展及前景展望、神经精神病学学习要点。

(二) 内容要点

1. 神经精神病学学科地位及与其他学科的关系 神经精神病学的两个分支学科——神经病学、精神病学是与内科学、外科学等具有同等地位的二级学科,神经外科学属外科学之下的三级学科。神经精神疾病在人类疾病谱中占有重要地位。神经精神病学是一门重要的临床学科,也是神经科学重要的组成部分。神经精神病学与众多神经科学领域的基础学科关系密切。

2. 神经精神疾病的临床特点简介及诊疗概况 神经系统从结构和功能上大致可分为两部分,一部分主管运动、各种感觉和自主神经功能,即较为原始的基本生命活动,其相关的神经结构包括大脑皮层感觉运动区、间脑、中脑、脑干、小脑、脊髓、周围神经和肌肉,其损害主要表现为运动、感觉、自主神经功能和反射障碍;另一部分主管认知、情感、语言等高级功能,与之相关的神经结构主要是大脑皮层高级功能区,其损害主要表现为认知功能减退、精神行为异常。根据有无解剖结构损害和组织病理学改变,神经系统疾病可分为器质性疾病和非器质性(功能性)疾病两大类。神经精神疾病的诊断程序及原则与其他临床学科基本相同,神经系统疾病的诊断方法有自己的一些特色,主要是诊断流程中分为定位诊断与定性诊断两步进行;对于精神疾病,诊断更多地依赖于病史采集,精神检查、心理评估,还需要特殊的专科沟通技巧。

3. 神经精神病学学习要点 首先,在学习专业知识和临床技能的同时,注重责任和服务意识的养成,培养严谨细致的学习和工作作风;其次,要特别注意基础理论、基本知识和基本技能的学习;第三,把理论知识、书本知识与临床实践结合起来;第四,在学习疾病诊疗知识的同时,注重人文素质的培养。

4. 神经精神病学发展及前景展望 近30年来,随着科学技术迅猛发展,神经精神病学也得到很快的发展,主要表现为对神经精神疾病的病因和发病机制理解更深入,神经精神疾病的诊断及治疗水平不断提高。

二、练习题

(一) 名词解释

1. 神经精神疾病
2. 神经精神病学

管认知、情感、语言等高级功能,与之相关的神经结构主要是大脑皮层高级功能区,其损害主要表现为认知功能减退、精神行为异常。

根据有无解剖结构损害和组织病理学改变,神经系统疾病可分为器质性疾病和非器质性(功能性)疾病两大类。

2. 答:神经精神病学发展:近30年来,随着科学技术迅猛发展,神经精神病学也得到很快的发展,主要表现为以下几个方面:①对神经精神疾病的病因和发病机制理解更深入:对疾病的认识从器官组织水平深入到细胞、分子水平,一批神经遗传病的致病基因得到阐明;②神经精神疾病的诊断水平不断提高:以计算机断层扫描(CT)和磁共振成像(MRI)为代表的新型影像技术的临床应用极大地提高了神经精神疾病的诊断水平;③神经疾病的治疗水平进步:新型的神经疾病治疗技术在临床推广使用,如功能神经外科定向技术、神经导航技术、显微神经外科手术技术、介入神经放射治疗技术、立体定向放射外科治疗技术、神经内窥镜手术治疗技术、神经电生理术中监测技术、颅内压监测技术,这些治疗技术极大地提高了临床治疗水平,使许多以往认为不治或难治之症,得到了有效的治疗,一批相继新药进入临床,疗效提高而副作用减小。

(高成阁 陈生弟 庄明华)

第二章

病史、常见症状及体格检查

一、本章要点

(一) 学习要点

1. 掌握神经系统疾病的常见症状及定位诊断。
2. 掌握神经系统体格检查的步骤、方法及临床意义。掌握精神状况检查的内容及技巧。
3. 掌握常见精神症状临床特点及其意义。
4. 熟悉神经系统疾病及精神疾病病史采集的内容、方法和技巧。
5. 了解神经系统疾病病史采集的重要性。了解面谈检查的基本步骤、特殊情况下的精神状况检查技巧。

(二) 内容要点

1. 病史采集

(1) 神经系统疾病的病史采集:了解病史采集的重要性,熟悉病史采集的内容、方法和技巧。

(2) 精神疾病的病史采集:熟悉精神疾病病史采集的内容、要点和技能。

2. 神经系统疾病的常见症状

(1) 临床上按眩晕的性质可分为真性眩晕和假性眩晕:真性眩晕存在对自身或外界环境空间位置的错觉,而假性眩晕仅有一般的头昏感,并无对自身或外界环境空间位置的错觉。周围性眩晕与中枢性眩晕的鉴别要点:

临床特点	周围性眩晕	中枢性眩晕
眩晕程度及持续时间	症状重,发作性、持续时间短(数分钟、数小时或数天)	症状轻,大多没有强烈旋转感,持续时间长(可数月以上)
眼球震颤	幅度小、多水平或水平加旋转、眼震快、向健侧	幅度大、形式多变(水平、旋转、垂直或混合性)、眼震方向不一致
平衡障碍	倾倒方向与眼震慢相一致、与头位有关	倾倒方向不定、与头位无一定关系
前庭功能试验	无反应或反应减弱	反应正常
听觉损伤	伴耳鸣、听力减退	不明显
自主神经症状	恶心、呕吐、出汗、面色苍白等	少有或不明显
中枢神经系统损害的症状、体征	无	脑神经损害、瘫痪和抽搐、复视、构音障碍、吞咽障碍、麻木、共济失调

(2) 复视的定义:眼外肌麻痹的定义以及根据受累部位不同可分为肌源性、周围神经性、核性(脑干主司眼球的运动神经核)、核间性(脑干的内侧纵束)及核上性(眼球同向运动中枢)眼肌麻痹。

复视指两眼视同一物体时产生两个影像。它是眼外肌麻痹时经常出现的表现,当某一眼外肌麻痹时,眼球向麻痹肌收缩的方向运动不能或受限,并出现视物双影。患者感觉视野中有一实一虚两个映像,即真像和假像。

眼肌麻痹仅限于眼外肌而支配瞳孔的眼内肌功能正常,称眼外肌麻痹。

(3) 意识障碍包括意识水平下降(觉醒障碍)和意识内容改变两方面;前者表现为嗜睡、昏睡和昏迷(浅昏迷、中度昏迷和深昏迷);后者表现为意识模糊、谵妄等。特殊类型的意识障碍包括有去皮质综合征、无动性缄默症和植物状态等。重点掌握以上不同意识障碍的定义和鉴别。

1) 嗜睡:意识障碍的早期表现,主要是意识清晰度水平的下降。表现为睡眠时间过度延长,呼唤或刺激患者肢体时可被唤醒,醒后可勉强配合检查、回答简单问题,定向力完整,停止刺激后又入睡。

2) 昏睡:意识的清晰度水平比嗜睡低。一般的外界刺激不能使其觉醒,须经高声呼唤或较强的疼痛刺激方可唤醒,对言语的反应能力尚未完全丧失,可作含糊、简单而不完整的回答,当外界停止刺激后又很快入睡。

3) 浅昏迷:意识完全丧失,对周围事物及声、光刺激全无反应,可有较少无意识的自发动作,对强烈疼痛刺激(如压眶)可有躲避动作及痛苦表情,但不能觉醒。咽反射、咳嗽反射、角膜反射以及瞳孔对光反射仍然存在。生命体征无明显改变。

4) 中度昏迷:对外界的正常刺激均无反应,自发动作很少。对强烈刺激的防御反射、角膜反射和瞳孔对光反射减弱,大小便潴留或失禁。生命体征可有改变(呼吸减慢或增快,脉搏、血压改变)。

5) 深昏迷:对外界任何刺激均无反应,自主运动完全消失,全身肌肉松弛,眼球固定,瞳孔散大,腱反射消失,大小便多失禁。生命体征已有明显改变,呼吸不规则,血压或有下降。

6) 去皮质综合征:患者能无意识地睁眼、闭眼或转动眼球,光反射、角膜反射正常,四肢肌张力增高,双侧锥体束征阳性。可有吸吮、强握等原始反射,甚至喂食也可引起无意识的吞咽,但无自发动作,对外界刺激不能产生有意识的反应,大小便失禁。身体呈去皮质强直姿势,表现为双上肢屈曲内收,腕及手指屈曲,双下肢伸直,足跖屈。该综合征常见于缺氧性脑病、脑炎、中毒、严重颅脑外伤等。

7) 无动性缄默症:又称睁眼昏迷。患者双目睁开,眼睑开闭自如,能注视周围环境及检查者,貌似清醒,但不能活动或言语,对自身及外界环境不能理解,强烈刺激不能改变其意识状态,肌张力减低,大小便失禁,无锥体束征。存在觉醒-睡眠周期,常伴自主神经症状。本症由脑干上部和丘脑的网状激活系统及前额叶-边缘系统损害引起,此时大脑半球及其传出通路无病变。常见于脑干梗死。

8) 植物状态:患者貌似清醒但无意识,对自身和外界的认知功能完全丧失,呼之不应,有自发或反射性睁眼,偶有视物追踪,可有无意义的哭笑,存在吸吮、咀嚼和吞咽等原始反射,大小便失禁,有觉醒-睡眠周期。它是大脑半球严重受损而脑干功能相对保留的一种状态,常由昏迷演变而来。非外伤性病因此状态持续3个月以上或外伤性病因此状态持续12个月以上常称为持续性植物状态。

(4) 失语症的定义、分类、临床表现及定位:

1) Broca失语:又称表达性失语或运动性失语,由优势侧额下回后部(Broca区)病变引起。以口语表达障碍为突出表现。谈话为非流利型、电报式语言,讲话费力,找词困难,只能讲一两个简单的词,且用词不当,或仅能发出个别的语音,口语理解相对保留,复述、命名、阅读和书写均有不同程度的损害。

2) Wernicke失语:又称听觉性失语或感觉性失语,由优势侧颞上回后部(Wernicke区)病变引起。临床特点为严重听理解障碍,表现为患者听觉正常,但不能听懂他人和自己的言语。口语表达为流利型,语量增多,发音和语调正常,但言语混乱而割裂,缺乏实质词或有意义的词句,难以理解,答非所问。复述障碍与听理解障碍一致,存在不同程度的命名、阅读和书写障碍。

3) 传导性失语:一般认为本症是由于外侧裂周围弓状束损害导致Wernicke区和Broca区之间的联系中断所致。临床表现为流利型口语,患者语言中有大量错词,但自身可以感知到其错误,欲纠正而显得口吃,听起来似非流利型失语,但表达短语或句子完整。听理解障碍较轻,在执行复杂指令时明显。复述障碍较自发谈话和听理解障碍重,二者损害不成比例是本症的最大特点。命名、阅读和书写也有不同程度的损害。

4) 完全性失语:临床上以所有语言功能均严重障碍或几乎完全丧失为特点。患者限于刻板言语或哑,听理解严重缺陷,命名、复述、阅读和书写均不能。

5) 命名性失语:由优势侧颞中回后部或颞枕交界区病变引起。主要特点为找词困难,如令患者说出指定物体的名称时,仅能叙述该物体的性质和用途。别人告知该物体的名称时,患者能判别对方讲的对或不对。自发谈话为流利型口语,有较多停顿,缺实质词,赘话和空话多。听理解、复述,阅读和书写障碍轻。

6) 丘脑性失语:由丘脑及其联系通路受损所致。表现为音量减小,语调低,表情淡漠,不主动讲话,听理解缺陷,阅读理解障碍,命名不能,言语流利性受损,可同时伴有重复语言、模仿语言、错语等。复述功能相对较好。

7) 基底节性失语:内囊、壳核受损时,表现为语言流利性降低,语速慢,理解基本无障碍,常常用词不当。能看懂书面文字,但易读错或不能读出,复述也轻度受损,类似 Broca 失语。壳核后部病变时,表现为听觉理解障碍,讲话流利,但语言空洞、混乱而割裂,找词困难,类似 Wernicke 失语。

(5) 上运动神经元瘫痪和下运动神经元瘫痪的鉴别要点:

	上运动神经元瘫痪 (中枢性瘫痪;痉挛性瘫痪)	下运动神经元瘫痪 (周围性瘫痪;迟缓性瘫痪)
受累部位	大脑皮层运动区神经元及其发出的下行纤维(锥体束)	脊髓前角运动神经元、前根、神经丛及周围神经受损;脑干运动神经核及其轴突组成的脑神经运动纤维损伤
瘫痪分布	以整个肢体为主(单瘫、偏瘫、截瘫)	以肌群为主
肌张力	增高,折刀样	降低
腱反射	亢进	减弱或消失
病理反射	有	无
肌萎缩	无或轻度失用性萎缩	明显
肌束纤颤	无	可有
肌电图	神经传导正常,无失神经电位	有失神经电位

(6) 不自主运动的临床表现:不自主运动指患者在意识清楚的状态下,产生一种不受意识控制的、无目的、无意义、不协调的异常运动,常见于基底节区病变。包括有震颤、舞蹈症、手足徐动症、投掷症、扭转痉挛、抽动症等。

震颤是主动肌和拮抗肌交替收缩引起的人体某一部位有节律的振荡运动。节律性是震颤与其他不随意运动的区别,主动肌和拮抗肌参与的交替收缩是与阵挛的区别。震颤可分为静止性震颤、姿势性震颤及意向性震颤三种,后两种又称为动作性震颤。

(7) 共济失调的定义、分类及定位:共济失调指小脑、本体感觉以及前庭功能障碍导致的运动笨拙和不协调,累及躯干、四肢和咽喉肌时可引起身体平衡、姿势、步态及言语障碍。临床上,共济失调可有以下四类:小脑性共济失调;大脑性共济失调;感觉性共济失调和前庭性共济失调。

1) 小脑性共济失调:小脑本身、小脑脚的传入或传出联系纤维、红核、脑桥或脊髓的病变均可产生小脑性共济失调。小脑性共济失调表现为随意运动的力量、速度、幅度和节律的不规则,即协同运动障碍。可伴有肌张力减低、眼球运动障碍及言语障碍。

2) 大脑性共济失调:大脑额叶、顶叶、颞叶、枕叶通过额桥束和顶颞枕桥束与小脑半球之间形成纤维联系,当其损害时可引起大脑性共济失调。大脑性共济失调较小脑性共济失调症状轻,一侧大脑病变引起对侧肢体共济失调。多见于脑血管病、多发性硬化等疾病。

3) 感觉性共济失调:由深感觉障碍引起,患者不能辨别肢体的位置及运动方向,出现感觉性共济失调。

表现为站立不稳,举足过高,迈步不知远近,落脚不知深浅,踏地过重,有踩棉花感。睁眼时有视觉辅助,症状较轻,黑暗中或闭目时症状加重。

4)前庭性共济失调:前庭损害时以平衡障碍为主,身体失去空间定向能力,产生前庭性共济失调。临床表现为站立不稳,改变头位可使症状加重,行走时向患侧倾倒,沿直线行走更明显。伴有明显的眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤,前庭功能检查异常。四肢共济运动及言语功能正常。多见于内耳疾病、脑血管病、脑炎及多发性硬化等。

(8)不同步态异常的临床表现及定位:

1)痉挛性偏瘫步态:又称“划圈样步态”。患侧下肢因伸肌肌张力高而显得较长,且屈曲困难,表现为下肢伸直、外旋,行走时将患侧盆骨提得较高,为避免足尖拖地而向外旋转后再移向前方(画一半圈)。偏瘫侧上肢的协同摆动动作消失,呈现内收、旋前、屈曲姿势。常见于脑血管病后遗症。

2)痉挛性截瘫步态:又称“剪刀样步态”,患者双侧肢体严重痉挛性肌张力增高,表现为站立时双下肢伸直位,大腿靠近,小腿略分开,双足下垂伴有内旋,行走时两大腿强直内收,膝关节几乎紧贴,用足尖走路,交叉前进,行走费力,似剪刀状,伴代偿性躯干运动,为双侧皮质脊髓束受损步态。

3)慌张步态:是帕金森病的典型步态,表现为身体略前倾,行走时起步困难,第一步不能迅速迈出,开始行走后,步履缓慢,后逐渐速度加快,小步快速往前,脚底不离地,擦地而行,停步困难,极易跌倒,转身时以一脚为轴,挪蹭转身。

4)冻结步态:冻结步态是一种短暂发作性的步态紊乱,表现为患者起始犹豫,不能行走。患者抱怨自己的脚像粘在地板上,持续时间短于一分钟。可以出现在起步犹豫时、转弯时及即将到达目的地时。

5)摇摆步态:又称“鸭步”,指行走时躯干部,特别是臀部左右交替摆动的一种步态。是由于躯干及臀部肌群肌力减退,行走时不能固定躯干及臀部,左右摇摆。

6)跨阈步态:又称“鸡步”,表现为足尖下垂,足部不能背屈,向前迈步抬腿过高,脚悬起,落脚时总是足尖先触及地面,如跨门槛样。由胫前肌群病变或腓总神经损害所致。

7)感觉性共济失调步态:表现为肢体活动不稳、晃动,步幅较大,两腿间距较宽,提足较高,双脚触地粗重。失去视觉提示(如闭眼或黑暗)时,共济失调显著加重,闭目难立征阳性,夜间行走不能。

8)醉酒步态:又叫作“蹒跚步态”。表现为站立不稳,行走时步基宽大、左右摇晃,不能沿直线行走。是由小脑受损所致。

(9)自主神经障碍的临床表现:交感神经功能亢进系由各种原因所致的交感神经兴奋性增强而引起效应器官表现出的一系列综合症状。主要表现为心跳呼吸加快、血压升高、血糖升高、周围血管舒缩障碍、多汗、瞳孔扩大、眼裂增宽、眼球突出、眩晕、灼性神经痛等。

副交感神经功能亢进是由副交感神经兴奋性增强所引起的一系列症状、体征,主要表现为心率减慢、血压降低、晕厥、痉挛性瞳孔缩小等。

交感神经功能不足是由各种原因所致的交感神经麻痹而出现的 Horner 氏综合征,面偏侧萎缩症,原发性直立性低血压,皮肤出汗减少或无汗及皮肤营养障碍等。

副交感神经功能不足是由各种原因所致副交感神经兴奋性减低而表现出的临床综合病征,主要表现为麻痹性瞳孔散大、排尿障碍和阳痿。

(10)后组颅神经损害的临床表现:低位颅神经又称后组颅神经,包括舌咽神经、迷走神经、副神经以及舌下神经。单独舌咽神经受损表现为舌后 1/3 味觉和腮腺分泌明显障碍,迷走神经也同时受损,则咽部软腭和喉部感觉和肌肉都明显障碍,患者表现为声音嘶哑,吞咽障碍,咽部感觉减退或消失。副神经是纯运动神经,有脑神经和脊神经两个根。受到病变时出现痉挛斜颈,受损时可见患侧胸锁乳突肌及斜方肌瘫痪。如周围性瘫痪则头不能转向健侧,患侧耸肩无力,出现垂肩。舌下神经中枢性损害由于受双侧皮质延髓束支配,表现不明显;而周围性损害是患侧舌肌萎缩,并有纤颤,伸舌时舌偏向患侧,缩舌时偏向健侧,有时说话笨拙。

(11)痴呆的定义:是指由于脑功能障碍而产生的获得性、持续性智能损害综合征。痴呆患者必须有两项

或两项以上认知领域功能受损,并出现明显的日常能力减退。临床诊断出现记忆和(或)智能障碍至少持续6个月以上。

3. 精神疾病常见精神症状

(1) 感觉障碍:

1) 感觉障碍:①感觉减退:是对刺激的感受性降低,感觉阈值增高,表现为对外界强烈的刺激产生轻微的感觉体验或完全不能感知。②感觉过敏:是对刺激的感受性增高,感觉阈值降低,表现为对外界一般强度的刺激产生强烈的感觉体验。③内感性不适:是躯体内部产生的不舒适和难以忍受的异样感觉。

2) 知觉障碍:常见的有错觉、幻觉及感知综合障碍。

①错觉:是对客观事物歪曲的知觉。②幻觉:是没有现实刺激作用于感觉器官时出现的知觉体验,是一种虚幻的知觉。根据所涉及的感觉器官,幻觉可分为:幻听、幻视、幻味、幻嗅、幻触和内脏幻觉。根据体验的来源,幻觉可分为:真性幻觉和假性幻觉。根据产生的条件,幻觉可分为:a. 功能性幻觉;b. 反射性幻觉;c. 入睡前幻觉;d. 心因性幻觉。

3) 感知综合障碍:指患者对客观事物的整体属性能够正确感知,但对某些个别属性如大小、形状、颜色、距离、空间位置等产生错误的感知。常见感知综合障碍包括:①视物变形症;②自身感知综合障碍;③时间感知综合障碍;④空间感知综合障碍。

(2) 思维障碍:

思维障碍是精神科常见症状,临床表现多种多样,可分为思维形式障碍和思维内容障碍。

1) 思维形式障碍:主要为思维过程的联想和逻辑障碍。常见的症状如下:①思维奔逸;②思维迟缓;③思维贫乏;④思维散漫、思维破裂;⑤思维不连贯;⑥思维中断;⑦思维被夺、思维插入;⑧强制性思维;⑨病理性赘述;⑩思维化声;⑪语词新作;⑫病理性象征性思维;⑬逻辑倒错性思维;⑭强迫思维。

2) 思维内容障碍:思维内容障碍主要表现为妄想,它是在病态推理和判断基础上形成的一种病理性的歪曲的信念。其特征包括:①妄想内容与事实不符,缺乏客观现实基础,但患者仍坚信不移;②妄想内容涉及患者本人,且与个人有利害关系;③妄想内容具有个体独特性,是个体的心理现象,并非集体信念;④妄想内容与患者的文化背景和经历有关,且通常有浓厚的时代色彩。

①根据妄想的起源,可分为:原发性妄想和继发性妄想。

②按照妄想的结构,可分为:系统性妄想和非系统性妄想。

③按照妄想的主要内容归类,常见有:关系妄想、被害妄想、疑病妄想、夸大妄想、罪恶妄想、钟情妄想、嫉妒妄想、非血统妄想、物理影响妄想、内心被揭露感等。

3) 超价观念:是一种具有强烈情感色彩的错误观念,其发生一般均有一定事实根据,不十分荒谬离奇,也没有明显的逻辑推理错误。

(3) 情感障碍:常见情感障碍有:情感高涨、欣快、情感低落、情感淡漠、焦虑、恐惧、情感不稳、情感倒错、情感矛盾等,情感高涨是正性情感活动的明显增强,多见于躁狂发作。欣快是在智能障碍基础上出现的与周围环境不协调的愉快体验,多见于脑器质性精神障碍。情感低落是负性情感活动的明显增强,多见于抑郁发作。情感淡漠是指对外界刺激缺乏相应的情感反应,缺乏内心体验。多见于晚期精神分裂症、痴呆。

(4) 意志与行为障碍:

1) 常见的意志障碍包括意志增强、意志减弱、意志缺乏及矛盾意向。

2) 常见的动作行为障碍有精神运动性兴奋,包括协调性与不协调性;精神运动性抑制,包括木僵、蜡样屈曲、缄默症、违拗症、刻板动作、模仿动作及作态等。

(5) 自知力障碍:自知力又称领悟力或内省力,是指患者对自己精神状态的认识和判断能力。临床上往往将有无自知力及自知力恢复的程度作为判定病情轻重和疾病好转程度的重要指标。

(6) 常见精神疾病综合征:常见精神疾病综合征,包括幻觉妄想综合征、躁狂综合征、紧张综合征、遗忘综合征。遗忘综合征又称为科萨科夫综合征,患者无意识障碍,智能相对完好,主要表现为近事记忆障碍、定向

力障碍和虚构。急性脑病综合征是一组急性的、广泛的认知功能障碍。意识障碍是其核心症状。慢性脑病综合征常见于慢性脑部疾病或由急性脑综合征迁延而来。临床上以缓慢进展的智能减退为主要特征,包括痴呆、遗忘、人格改变和精神疾病综合征。

4. 神经系统体格检查的方法、步骤及临床意义

(1) 一般检查。

(2) 意识障碍检查(嗜睡、昏睡、昏迷)。

(3) 高级皮质功能检查(语言、记忆、时空间功能、认知、失用、失认)。

(4) 十二对脑神经检查:脑神经共12对,包括有嗅神经、视神经、动眼神经、滑车神经、三叉神经、展神经、面神经、听神经、舌咽神经、迷走神经、副神经和舌下神经。检查脑神经对颅脑病变的定位诊断极为重要,需掌握检查结果的临床意义。检查时应按序进行,以免遗漏,同时注意双侧对比。

(5) 运动系统检查(肌力检查及分级、肌张力检查、不自主运动的检查、共济运动的检查):肌力是指肌肉运动时的最大收缩力。检查时令患者作肢体伸屈动作,检查者从相反方向给予阻力,测试患者对阻力的克服力量,并注意两侧比较。肌力的记录采用0~5级的六级分级法。

肌张力是指静息状态下的肌肉紧张度和被动运动时遇到的阻力,检查时嘱患者肌肉放松;检查者根据触摸肌肉的硬度以及伸屈其肢体时感知肌肉对被动伸屈的阻力作判断。肌张力增高有折刀样强直(在被动伸屈其肢体时,起始阻力大,终末突然阻力减弱,见于锥体束受损)、铅管样强直(即伸肌和屈肌的肌张力均增高,做被动运动时各个方向的阻力增加是均匀一致的,见于锥体外系受累)。

共济运动检查包括指鼻试验、跟-膝-胫试验、快复轮替试验、闭目难立征。

(6) 感觉系统检查(浅感觉、深感觉、复合感觉):检查时要注意左右侧和远近端部位的差别。浅感觉检查包括痛觉、触觉、温度觉;深感觉检查包括位置觉、运动觉、振动觉;复合感觉包括皮肤定位觉、两点辨别觉、实体觉、体表图形象。

(7) 反射检查(浅反射及反射中枢、深反射及反射中枢、病理反射):反射弧中任一环节有病变都可影响反射,使其减弱或消失;反射又受高级神经中枢控制,如锥体束以上病变,可使反射活动失去抑制而出现反射亢进。反射包括生理反射和病理反射,根据刺激的部位,又可将生理反射分为浅反射和深反射两部分。浅反射系刺激皮肤、黏膜或角膜等引起的反应。包括有角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射和肛门反射。深反射系刺激骨膜、肌腱经深部感受器完成的反射,又称腱反射。检查时患者要合作,肢体肌肉应放松。检查者叩击力量要均等,两侧要对比。包括肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、膝反射、踝反射等。病理反射指锥体束病损时,大脑失去了对脑干和脊髓的抑制作用而出现的异常反射。1岁半以内的婴幼儿由于神经系统发育未完善,也可出现这种反射,不属于病理性。包括 Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征等,阳性表现为拇趾背伸,余趾呈扇形展开。

(8) 脑膜刺激征检查(颈强直、Kernig 征、Brudzinski 征):脑膜刺激征为脑膜受激惹的体征,见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅压增高等。脑膜刺激征阳性表现为颈强直、Kernig 征阳性、Brudzinski 征阳性。

(9) 自主神经检查(眼心反射、卧立位试验、皮肤划痕试验、竖毛反射、发汗试验、Valsalva 动作)

5. 精神状况检查

(1) 精神状况检查的内容:

1) 外表与行为:①外表:包括体格、体质状况、发型、衣饰等;②面部表情;③活动:注意活动的量和性质;④社交性行为:与周围环境的接触情况,对周围事物是否关心,是主动还是被动接触,合作程度如何;⑤日常生活能力:患者能否照顾自己的日常生活,如进食、个人卫生等。

2) 言谈与思维:①言谈的速度和量:有无思维奔逸、思维迟缓、思维贫乏、思维中断等。②言谈的形式与逻辑:思维逻辑结构如何。③言谈内容:是否存在妄想。妄想的种类、内容、性质、出现时间等。是否存在强迫观念及与其相关的强迫行为。

3) 情绪状态:可通过主观询问与客观观察两个方面来评估。客观表现可以根据患者的面部表情、姿态、动作、讲话语气、自主神经反应(如呼吸、脉搏、出汗等)来判定。