

国家执业医师 考试辅导

神经病学、精神病学 提要及试题

沈崇欣 王祖承 主编

人民卫生出版社

国家执业医师考试辅导

神经病学、精神病学 提要及试题

沈崇欣 王祖承 主编

编者 (以姓氏笔画为序)

王祖承 仇剑莹 方贻儒

李云龙 沈崇欣 袁训初

人民卫生出版社

国家执业医师考试辅导
神经病学、精神病学提要及试题

沈崇欣 王祖承 主编

人民卫生出版社出版发行
(100078 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 7.5印张 162千字

1999年8月第1版 1999年8月第1版第1次印刷

印数: 00 001—10 000

ISBN 7-117-03443-2/R·3444 定价: 10.50元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究。

出版说明

《中华人民共和国执业医师法》已于1999年5月1日正式实施，该法中规定：“国家实行医师资格考试制度”；“具有下列条件之一的，可以参加执业医师资格考试：（一）具有高等学校医学专业本科以上学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的；（二）取得执业助理医师执业证书后，具有高等学校医学专科学历，在医疗、预防、保健机构中工作满二年的；具有中等专业学校医学专业学历，在医疗、预防、保健机构中工作满五年的”；“具有高等学校医学专科学历或者中等专业学校医学专业学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的，可以参加执业助理医师资格考试”；“医师资格考试成绩合格，取得执业医师资格或者执业助理医师资格”。

为了有效地贯彻实施《中华人民共和国执业医师法》，卫生部决定于1999年下半年组织执业医师资格考试。应参加执业医师资格考试的广大临床医生的要求，人民卫生出版社组织出版了一套执业医师资格考试辅导丛书——《国家执业医师考试辅导——内科学提要及试题》等共13种（书目见封底）。参加本套丛书编写的人员均为高等医药院校具有丰富教学经验和命题经验的专家教授，他们将数十年的教学和命题考试心得全部倾注到该套丛书中，对考生顺利通过执业医师资格考试会有很大的帮助。

本套丛书以在全国高等医药院校教学中使用的卫生部规划教材为蓝本，章节划分基本与教材相吻合，内容包括复习参考和试题两大部分。复习参考部分运用精炼的语言浓缩归纳了教材中各章的主要内容，列出了各章复习要点，使应试者在有限的复习时间内，既能有的放矢，抓住重点，又能熟悉教材中的大部分知识，提高综合解题能力。试题部分按照执业医师资格考试的题型及比例要求出题，题量适中，针对性强，以帮助考生检验复习效果，提高应试能力。希望本套《国家执业医师考试辅导》丛书能对广大考生复习应试并顺利通过执业医师资格考试，获得执业医师资格有所帮助。

本套丛书亦可供高等医药院校广大师生学习参考。

人民卫生出版社

执业医师资格考试解题说明

医师资格考试拟采用 A 型题 (One best answer 最佳选择题) 和 B 型题 (Matching question 配伍题)。A 型题分为 A₁、A₂、A₃、A₄ 型题, B 型题分为 B₁、B₂ 型题 (医师资格考试暂不采用 B₂ 型题)。

(一) A 型题

1. A₁ 型题 (单个的最佳选择题)

(1) 标准型

每道试题由一个题干和 5 个供选择的备选答案组成。备选答案中只有一个是最佳选择, 称为正确答案, 其余 4 个均为干扰答案。干扰答案或是完全不正确或是部分正确, 相互排斥的答案可同时提供。这类试题常常具有比较意义, 在答题时, 应当找出最佳的或最恰当的备选答案, 排除似乎有道理而实际是不恰当的选择。

例 1 慢性支气管炎最主要的病因是:

- A. 过敏因素
- B. 环境污染
- C. 气候因素
- *D. 长期吸烟
- E. 真菌感染

(2) “以上都不是”型

按照最佳选择题的一般命题方法, 在备选答案中必须列入一个最佳选择, 而这一最佳选择在解题时, 对那些即时记忆不起来的应试者来说, 具有某种暗示作用。如果设计“以上都不是”作为最佳选择, 作为正确答案的选择不存在, 应试者在回答此类题时就必须认真思考。当然, 也可以保留正确答案, 而把“以上都不是”作为一个错误选择。

例 2 拟肾上腺素类药物治疗哮喘的主要机制是:

- A. 稳定肥大细胞膜
- B. 抗过敏
- C. 抗组胺
- D. 抑制磷酸二酯酶
- *E. 以上都不是

目前有逐渐淘汰“以上都不是”型题的趋势。因此在考试中应尽量少使用此型试题。

(3) 否定型

如果试题涉及不止一个相关问题或正确答案, 可采用否定型。题目的题干中有一个特别标注的否定词 (不、不是、不能、除、除外、错误、无关等)。5 个备选答案中有

* 表示正确答案

一个是错误的，要求考生把这一答案找出来，加以排除。应试者要从备选答案中选出最不适用的一个；或者用得最少的一个；或者某一方面是个例外的一个。但是，这种命题方式在解题时，通常会给学生造成从肯定到否定的思维突变，影响答题，出现不该出现的错误。通常，否定词都用黑点标注，以提醒应试者。

例3 下列哪项不引起支气管平滑肌痉挛：

- A. 组胺
- B. 前列腺素 F
- * C. 前列腺素 E
- D. 神经肽
- E. P 物质

A₁ 型题多用来考查基础学科的知识与技能，但对临床与其他学科同样适用。

2. A₂ 型题（病历摘要型最佳选择题）

试题结构是一个叙述性主体（简要病历）作为题干和 5 个供选择的备选答案组成，也可有标准型、否定型。

例4 男，20 岁，咳嗽、咳脓痰 10 年，间歇咯血，体检左下肺背部闻及湿啰音，杵状指（+），诊断应首先考虑：

- A. 肺结核
- * B. 支气管扩张症
- C. 慢性支气管炎
- D. 慢性肺脓肿
- E. 先天性肺囊肿

A₂ 型题多用来考查临床学科的知识与技能，但对基础与其他非临床学科同样适用。

3. A₃ 型题（病历组型最佳选择题）

其结构是开始叙述一个以患者为中心的临床情景，然后提出 2~3 个相关的问题，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。每个问题是由 5 个备选答案组成，需要选择一个最佳答案，其余的供选择答案可以部分正确，也可以是错误，但是只能有一个最佳答案。不止一个的相关问题，有时也可以用否定的叙述方式，同样在否定词下用黑点标出，以提醒应试者。

例5 女，25 岁，咳嗽、咳脓痰 10 年，痰量 40ml/d。胸片两下肺纹理紊乱，呈卷发状改变。

1. 诊断应首先考虑

- A. 慢性支气管炎
- * B. 支气管扩张症
- C. 慢性肺脓肿
- D. 先天性肺囊肿
- E. 卡纳格内（Kartagener）综合征

2. 下列哪项治疗是错误的

- * A. 长期应用抗生素
- B. 体位引流

- C. 体育锻炼
- D. 免疫治疗
- E. 生理盐水雾化吸入

从这一例题可以看出，每一问题都是根据病史所提供的材料提出的，显然，应尽量避免用相互依赖的考题，否则，如果对一个问题的作出了错误选择，那么，对另一问题也将可能作出错误的选择。

4. A₄ 型题（病历串型最佳选择题）

试题的形式是开始叙述一个以单一病人或家庭为中心的临床情景，然后提出 4~9 个相关问题，问题之间也是相互独立的。当病情逐渐展开时，可逐步增加新的信息。有时陈述了一些次要的或有前提的假设信息，这些信息与病例中叙述的具体病人并不一定有联系。提供信息的顺序对回答问题是非常重要的。每个问题均与开始的临床情景有关，又与随后改变有关。回答这样的试题一定要以试题提供的信息为基础。

A₄ 型题也是由 5 个备选答案组成。值得注意的是 A₄ 型选择题的每个问题，均需选择一个最佳回答，其余的供选择答案可以部分正确，也可以错误，但只有一个最佳答案。不止一个的相关问题，有时也可以用否定的叙述方式，同样在否定词下用黑点标出以提醒应试者。

例 6 男性，63 岁，确诊为慢性阻塞性肺病近 10 年，因呼吸困难一直需要家人护理和照顾起居。晨起大便时突然气急显著加重，伴胸痛，送来急诊。

1. 采集病史时应特别注意询问：

- *A. 胸痛部位、性质和伴随症状
- B. 冠心病、心绞痛病史
- C. 吸烟史
- D. 近期胸部 X 线检查情况
- E. 近期服药史如支气管舒张剂、抗生素

2. 体检重点应是：

- A. 肺下界位置及肺下界移动度
- B. 肺部啰音
- C. 病理性支气管呼吸音
- *D. 胸部叩诊音及呼吸音的双侧比较
- E. 颈动脉充盈

3. 确诊最有价值的辅助检查是：

- A. B 型超声显像
- B. 心电图
- *C. X 线透视或摄片
- D. MRI
- E. 核素肺扫描

4. 若经检查确诊为肺气肿并发左侧自发性气胸，其治疗拟选择胸腔插管水封瓶引流，主要目的是：

- *A. 尽早使肺复张，维护已经严重受损的肺功能，防止呼吸衰竭

- B. 尽快使肺复张, 缩短住院时间
- C. 尽快使肺复张, 防止形成慢性气胸
- D. 尽快使肺复张, 防止胸腔继发感染
- E. 尽快使肺复张, 防止循环系统受扰和引起并发症

5. 如果床旁胸部 X 线摄片未显示明确气胸带, 下列间接征象中哪项最有助于气胸诊断:

- A. 心脏移位
- *B. 左心缘透亮度增高、左膈压低
- C. 肺大泡
- D. 两肺透亮度增高, 肺门血管纹理增多而外周突然减少
- E. 肋间隙增宽

6. 若已有检查仍不能证明气胸, 诊断尚需考虑下列哪种可能性:

- A. 肺炎
- B. 心绞痛
- C. ARDS
- *D. 肺栓塞
- E. 急性肺水肿

A₃、A₄ 型题主要考查临床学科的知识与技能, 但是在此类试题的某一个题中, 可以考查基础学科或其他非临床学科的知识与技能。

(二) B 型题

配伍题的基本结构是先列出一组用英文字母标明的备选答案, 接着是至少 2 道用数字标明的试题, 要求学生从备选答案中为每题配一个最合适的答案。B 型题与 A 型题的区别是: A 型题一道题配一组答案, B 型题则是若干道题公用一组备选答案。

B₁ 型题 (标准配伍题)

B₁ 型题的形式为开始是 5 个备选答案, 备选答案后提出至少 2 道试题, 要求应试者为每一道试题选择一个与其关系密切的答案。在一组试题中, 每个备选答案可以选用一次, 也可以选用数次, 也可以一次也不选用。

例 7

- A. 茶碱类
 - B. β_2 受体激动剂
 - C. 抗胆碱能类
 - D. 皮质激素
 - E. 抗过敏药
1. 沙丁胺醇
 2. 丙酸倍氯米松
 3. 异丙托溴铵

答案: 1. B 2. D 3. C

B 型题可用于考查基础、临床各学科的知识与技能。特别是可有效地测试知识的关联性, 如考查应试者对关系密切的几种药物的作用和应用的了解, 鉴别几种类似疾病的症状和体征等。

前 言

《国家执业医师考试辅导——神经病学、精神病学提要及试题》按照人民卫生出版社的要求进行编写，目的是为了帮助临床医生充分掌握神经病学与精神病学的主要理论，掌握主要的神经与精神系统疾病的临床特点，了解不同的考试试题类型，以便更有针对性的进行复习，迎接国家执业医师资格考试。

为适应学科发展和反映近年来我国神经病学与精神病学教学的具体实践，同时能对全国各地所有参加国家执业医师资格考试的临床医生们有所帮助，本书以卫生部规划教材《神经病学》（第三版）、《精神病学》（第三版）为蓝本，结合临床工作中常见的各类疾患的典型表现进行编写，并溶入了各位编者丰富的教学和命题经验。一些日常工作中少见的神经与精神系统疾患未编入本书中。

由于是在相当短的时间内完成这一辅导教材的编写工作，加之我们水平有限，其中内容难免有不足之处。在深表歉意的同时，更希望全国各地临床医生们在使用中给我们提出宝贵意见，以助今后修订提高。

编 者

1999年6月

目 录

第一部分 神经病学

第一章	神经系统损害的定位诊断	3
第二章	周围神经疾病	19
第三章	脊髓疾病	24
第四章	脑血管疾病	26
第五章	锥体外系疾病	37
第六章	癫痫	40
第七章	头痛	47
第八章	神经-肌接头与肌肉疾病	50

第二部分 精神病学

第一章	绪论	59
第二章	精神疾病的病因与分类	60
第三章	精神障碍的症状学	62
第四章	器质性精神障碍	64
第五章	精神分裂症	68
第六章	情感性精神障碍	70
第七章	神经症	73
第八章	心因性精神障碍	79
第九章	精神发育迟滞	80
第十章	人格障碍	81
第十一章	药物治疗和其他治疗	82

第一部分

神 经 病 学

第一章 神经系统损害的定位诊断

复习参考

【主要内容】

第一节 感觉系统

感觉系统是机体感受各种刺激的结构，有特殊感觉（视、听、嗅、味）和一般感觉。一般感觉包括：①浅感觉（来自皮肤和粘膜）：痛觉、温度觉和触觉。②深感觉（来自肌腱、肌肉、骨膜和关节）：运动觉、位置觉和振动觉。③复合感觉（皮质感觉）：实体觉、图形觉、二点辨别觉、定位觉和重量觉等。

解剖生理

1. 各种感觉的传导通路

(1) 疼觉和温度觉：第一神经元在脊髓后根神经节内，周围支至皮肤、粘膜，中枢支后根进入脊髓后终止于后角细胞，该处第二神经元发出纤维经前联合交叉至对侧成脊髓丘脑侧束，终止于丘脑外侧核，该处发出纤维经内囊后肢至大脑皮质中央后回的感觉区。

(2) 触觉：第一神经元在脊髓后根神经节内。周围支至皮肤，中枢支经后根入脊髓后索，一部分（传导识别性触觉者）即在后索内与深部感觉径路相会随着薄束楔束上升，余者（传导一般轻触觉者）终止于后角细胞。由此第二神经元发出纤维经前联合交叉至对侧前索成脊髓丘脑前束上行，终止于丘脑外侧核，再由第三神经元发出纤维经内囊后肢，丘脑辐射至皮质中央后回。

(3) 深感觉：第一神经元在脊髓后根神经节内，周围支分布于肌肉、关节、肌腱，中枢支经后根入同侧脊髓后索，上升形成薄束和楔束，薄束在后索内侧，传导下部躯干及下肢深感觉，楔束在其外侧，传导上部躯干及上肢的深感觉，二者分别终止于延髓的薄束核和楔束核。由此处第二神经元发出纤维交叉至对侧形成内侧丘系上升，终止于丘脑外侧核，再由第三神经元发出纤维经内囊后肢，终止于皮质中央后回。

2. 节段性感觉支配 每一脊神经后根的输入纤维来自一定的皮肤区域，乳头平面为胸4、脐平面为胸10、腹股沟平面为胸12及腰1，上肢的桡侧为颈5~7，前臂及手的尺侧为颈8胸1，上臂内侧为胸2，股前为腰1~3，小腿前面为腰4~5，足底、小腿及股后为骶1~2，肛周鞍区为骶3~5。

脊神经的前支在颈部和腰骶部形成臂丛、腰丛、骶丛，再从神经丛发出多个周围神经，因此，周围神经在体表的分布与脊髓的节段性感觉分布不同。

3. 髓内感觉传导束的层次排列 脊髓丘脑束的外侧部传导来自下部节段（腰骶段）

的感觉，而内侧部传导来自上部节段（胸颈段）的感觉。后索纤维的排列则恰好相反，这种传导束的层次排列次序，对髓内肿瘤和髓外肿瘤的鉴别诊断有重要意义，髓内肿瘤疼痛温觉障碍自病灶水平开始自上向下发展；而髓外肿瘤疼痛温觉障碍的发展顺序则由下向上发展。

感觉障碍的临床表现

1. 抑制性症状 感觉径路受损而功能受抑制时，出现感觉缺失或感觉减退。
2. 刺激性症状 可有感觉过敏、感觉倒错、感觉过度、感觉异常和疼痛。

感觉障碍的定位诊断

1. 周围神经 周围神经受损时，其所支配区出现感觉障碍，神经干或神经丛受损时则引起一个肢体多数周围神经的各种感觉障碍，周围性多发性神经病时，感觉障碍多呈袜或手套状分布。

2. 后根 脊髓后根受损后，感觉障碍符合根性分布，常有相应后根的放射性根痛。

3. 脊髓 横贯性脊髓病变产生平面以下的全部感觉丧失，同时有截瘫或四肢瘫，大小便功能障碍。脊髓半切综合征（Brown-Sequard 综合征），表现为病变平面以下同侧的上运动神经元瘫痪和深触感觉丧失对侧的痛、温觉丧失。脊髓后角或前联合损害时，因深感觉和有一部分触觉已直接进入后索不受影响，所以相应病变区出现疼、温觉减退或消失，深触觉仍在的分离性感觉障碍。

4. 脑干 延髓产生对侧身体和同侧面部疼、温觉缺失，为交叉性感觉障碍，一侧中脑病变引起对侧偏身和面部的感觉障碍。

5. 丘脑 引起对侧偏身感觉障碍，但可伴有自发性疼痛和感觉过度。

6. 内囊 受损时对侧偏身（包括面部）感觉障碍，常有偏瘫和偏盲。

7. 皮质 常表现对侧单肢感觉障碍，特点是出现精细性感觉（复合感觉）的障碍，如实体觉、图形觉等，皮质感觉中枢的刺激性病灶可引起感觉型癫痫发作。

癔病性感觉障碍的特点是感觉障碍分布不符合解剖支配规律，范围和程度容易变化，易受暗示性影响。

第二节 运动系统

运动系统由四个部分组成：①下运动神经元；②上运动神经元；③锥体外系统；④小脑系统。

1. 下运动神经元 指脊髓前角细胞、脑神经运动核及其发出的神经轴突，是受锥体束、锥体外系统和小脑系统各方面来的冲动的最后共同通路。下运动神经元将各方面来的冲动组合起来，经前根、周围神经传递至运动终板，引起肌肉收缩。前根在椎间神经节后与后根结合形成前支和后支，前支又参与形成五个神经丛：颈丛 C1~4、臂丛 C5~T1、腰丛 L1~4、骶丛，L5~S4、尾丛 S5~C0。因此肌肉的运动神经支配也有节段型（根型）和周围型神经支配的区别：下运动神经元径路的损害引起的肌肉瘫痪称下运动神经元瘫痪或周围性瘫痪，特点为瘫痪肌肉张力降低（弛缓性瘫痪），腱反射减弱或消失，肌肉有萎缩，无病理反射，肌电图示神经传导速度异常或失神经支配电位。脊髓前角损害常可见肌束颤动或肌纤维颤动。前根损害瘫痪分布亦呈节段型，神经丛损害

则常引起一个肢体的多数周围神经的瘫痪。周围神经损害瘫痪的分布同每个周围神经的支配关系一致。

2. 上运动神经元（锥体系统） 上运动神经元起自大脑额叶中央前回运动区，轴突形成皮质脊髓束和皮质延髓束（合称锥体束）经辐射冠通过内囊下行，经大脑脚底中3/5，脑桥的基底部、延髓的锥体，皮质脊髓束经锥体交叉大部分神经纤维交叉至对侧脊髓侧索，终止于脊髓前角。皮质延髓束在脑干各个脑神经运动核的平面交叉至对侧，终止于各个脑神经运动核，除面神经核下部和舌下神经核外，其它脑神经运动核均接受双侧大脑皮质的支配，一侧上运动神经元（锥体束）支配下运动神经元的运动功能的中断，锥体交叉前损害则引起对侧上下肢瘫痪，在脑神经方面仅引起对侧舌肌和面肌下部瘫痪。身体各部分在皮质运动区上的代表区与人体方向正相反，即头在下面，下肢的区域一部分在半球外侧面，一部分在内侧面的旁中央小叶肛门及膀胱括约肌的代表区在旁中央小叶。

锥体束受损引起上运动神经元瘫痪的特点是瘫痪肌肉张力增高，腱反射亢进，浅反射消失，出现病理反射，瘫痪肌肉不萎缩。肌电图显示神经传导正常，无失神经电位，在急性严重病变由于断联休克作用，瘫痪开始是弛缓的，腱反射降低或消失。休克过后逐渐转为肌张力增高，腱反射亢进，休克期的长短取决于损害程度及有无感染、并发症等。上运动神经元瘫痪肢体的肌张力增高，在上肢的屈肌比伸肌肌张力高，下肢的伸肌比屈肌肌张力高，故称折刀样肌张力增高。

上、下运动神经元瘫痪的鉴别诊断

体 征	上运动神经元瘫痪（中枢性瘫痪）	下运动神经元瘫痪（周围性瘫痪）
瘫痪分布	整个肢体为主（单瘫、偏瘫、截瘫）	肌群为主
肌张力	增高，呈痉挛性瘫痪	降低，呈弛缓性瘫痪
腱反射	增强	减低或消失
病理反射	有	无
肌萎缩	无或轻度废用性萎缩	明显
肌束性颤动	无	可有
肌电图	神经传导正常，无失神经电位	神经传导异常，有失神经电位

上运动神经元瘫痪的定位诊断：在皮质运动区呈一长带，局限性的病变仅损伤其一部分，故多表现为单瘫，刺激病变时，对侧有关部位出现局限性的阵挛性发作，或按运动区皮质代表区的排列次序进行扩散称杰克逊癫痫。内囊病变易引起对侧偏瘫，常伴有“三偏”征。一侧脑干病变既损害本侧本平面的脑神经运动核又可累及尚未交叉至对侧的锥体束。因此引起本平面的下运动神经元脑神经瘫痪及对侧身体的上运动神经元瘫痪的交叉性瘫痪（按Ⅲ、Ⅳ对颅神经核在中脑，Ⅴ～Ⅶ对颅神经核在脑桥，Ⅷ～Ⅻ对颅神经核在延脑，所以根据下运动神经元性的颅神经核瘫的部位可作出脑干不同部位的定位）。脊髓病变常损伤锥体束和前角细胞，病变部位由于前角细胞损害引起下运动神经元瘫痪，病变部位以下由于锥体束损害出现上运动神经元瘫。

3. 锥体外系统 广义的锥体外系包括纹状体系统及前庭小脑系统。前者指纹状体、红核、黑质、丘脑底核，总称为基底节。纹状体包括尾状核及豆状核，后者又分为壳核和苍白球。尾状核和壳核二者合称新纹状体。锥体外系病变产生肌张力变化和自主运动两大类症状，所产生的肌张力增高是伸肌屈肌张力均增高，故称“铅管样强直”（不伴有震颤时），或可感到是断续相间的，称为“齿轮样强直”（伴有震颤时）。肌张力也可以减低和游走性增强或减低。一般而言，苍白球、黑质病变常产生肌张力增高及运动减少，并可出现静止性震颤。新纹状体即尾状核、壳核病变常出现肌张力减低，运动增多，如舞蹈症，手足徐动症、扭转痉挛等。

4. 小脑 绒球小结叶称原始小脑，它是平衡中枢，损害时引起躯干和下肢的共济失调。小脑的蚓锥，称旧小脑，是调节肌肉张力并维持身体姿势。小脑半球的大部分属新小脑，对随意运动起重要的协调功能。小脑病变最重要的症状是共济失调，常规的检查方法如指鼻试验、跟膝胫试验、误指试验、轮替运动、反弹试验、有无运动性震颤、呐吃、睁闭眼站立试验（小脑病变时睁闭眼时都站不稳，而下肢深感觉障碍时睁眼能站稳，闭眼时站不稳称 Romberg 征阳性）、眼球震颤等。急性的小脑病变可有肌张力减低，甚至膝反射可呈钟摆样来回摆动。小脑的占位性病变可出现小脑发作，即四肢伸直，全身呈去脑强直状态，神志不清。小脑传导束或小脑脚受损时，可发生与小脑病变同样的症状。

第三节 反 射

反射的解剖学基础是反射弧，包括①感受器；②传入神经元（即感觉神经元）；③一个或数个联络神经元；④传出神经元；⑤效应器。反射需要完整的反射弧，反射弧任何一点的中断即造成反射丧失。神经性休克（断联休克）也使反射暂时受到抑制。反射弧本身或中枢神经（锥体束）病变均可引起反射改变。根据刺激部位可将反射分为深反射（又称腱反射或肌牵张反射）、浅反射（包括皮肤及粘膜的反射）以及病理反射。反射的灵敏度在正常人常不一致，一定程度内的减弱或增强有时不表示病理情况，但本身左右侧或上下肢反射对比很重要，如有差别，常提示某一侧或某一部位有病变。

深反射：反射弧任何部位的中断可产生反射减弱或消失，如周围神经、脊髓前根、后根、后根节、脊髓前角、后角、脊髓后索的病变。肌肉本身的病变也影响深反射。锥体束在正常情况下对深反射的反射弧起抑制作用，锥体束受损伤而反射弧未中断，抑制释放深反射增强故为上运动元损害的重要体征。常查的深反射有肱二头肌反射 C5~6、桡反射 C5~6、肱三头肌反射 C6~7、膝反射 L2~4、踝反射 L5~S1，在下运动神经元损害时相应部位的深反射减弱或消失有定位作用。

浅反射：有角膜反射、咽反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射、肛门反射。脊髓反射弧的中断或锥体束病变均引起浅反射减弱或消失。昏迷、麻醉、深睡，1岁内的婴儿也可丧失。角膜反射：在轻触一侧角膜外缘，正常引起二侧迅速闭眼，同侧的称直接角膜反射，对侧的称间接角膜反射，传入神经为三叉神经，传出神经系双侧面神经，直接间接角膜反射的检查可协助查明传入传出神经有否病变。

病理反射：这是在中枢神经有损害时才发生的异常反射，但在1岁以下婴儿则是正常的原始保护反射。巴宾斯基征是最重要的锥体束受损害的体征，表现为拇趾背屈，其

它各趾呈扇形外展，亦称跖反射伸性反应。昏迷、深睡，使用大剂量镇静剂后，锥体束功能受抑制，本征亦呈阳性。常用的病理征还有 Chaddock 征、Oppenheim 征、Gordon 征、霍夫曼征和罗索里莫征。脊髓自动症反射是巴宾斯基征的增强反应，亦称防御反射或回缩反射，见于脊髓的横贯性损害。

第四节 脑 神 经

脑神经共 12 对，其中 I、II、VIII 为感觉神经，III、IV、VI、XI、XII 为运动神经，V、VII、IX、X 为混合神经，除两对（VII、XII 核的下部）外，其它的脑神经运动核的中枢神经元（核上支配）均是双侧锥体束支配的。

1. 嗅神经 一侧或二侧性嗅觉丧失多因鼻腔局部病变引起，病变压迫嗅球、嗅束可引起嗅觉丧失。中枢的病变可引起幻嗅发作，但不引起嗅觉丧失，因左右二侧有较多的联络纤维。

2. 视神经 视觉感受器为视网膜的圆柱细胞和圆锥细胞。发自视网膜的鼻侧的视神经一半纤维，经视交叉后，与对侧眼球视网膜颞侧一半的纤维结合，形成视束，终止于外侧膝状体，此处交换神经元后发出纤维经内囊后肢后部形成视辐射，终止于枕叶的视中枢皮质。光反射的径路不经外侧膝状体，由视束经上丘臂入中脑上丘，与二侧动眼神经核联系。光反射有直接间接之分，光照一侧瞳孔正常引起二侧瞳孔缩小，同侧的称为直接光反射，对侧的称为间接光反射，传入神经为视神经，传出神经为双侧动眼神经，直接间接光反射可协助查清传入及传出径路有否病变。临床症状：一般在视交叉前方病变可引起单侧或双侧视神经受累致视力障碍，视交叉受损多引起双侧颞侧偏盲或单眼鼻侧盲。视束病变多引起二眼对侧视野偏盲，偏盲侧光反射消失。视辐射受损引起二眼对侧象限性偏盲，颞叶引起同向上象限盲，顶叶受损引起同向下象限盲。视中枢病变也引起二眼对侧视野同向偏盲，偏盲侧光反射仍存在。同时视野的中心部常保存，称黄斑回避。此外在眼底镜检查中还可可见视乳头水肿和视神经萎缩，视神经萎缩可分原发性和继发性。原发性系见于视神经直接受压、球后视神经炎后遗症、多发性硬化等脱髓鞘病、变性病等。继发性视神经萎缩则见于视乳头水肿、视神经乳头炎、视网膜炎等的后期，外侧膝状体后和视辐射视中枢皮质的病变不引起视神经萎缩。

3. 动眼神经 起自中脑的动眼神经核，由许多细胞群组成，纤维穿出大脑脚间窝后，在大脑后动脉与小脑上动脉之间穿过后与后交通动脉平行，经两侧海绵窦侧壁从眶上裂进入眶内，分布于上睑提肌、内直肌、上直肌、下直肌、下斜肌、瞳孔扩约肌和睫状肌。

4. 滑车神经 起自中脑滑车神经核，走向背侧顶盖，在顶盖与前髓帆交界处交叉后穿出穿过海绵窦，与动眼神经偕行，经眶上裂进入眶内，分布于上斜肌。

5. 展神经 起自脑桥的展神经核，纤维由脑桥延髓交界处穿出，经颞骨岩尖及海绵窦之外侧壁，在颅底较长行程后经眶上裂进入眶内，分布于外直肌。

以上三对脑神经的临床表现有：

(1) 周围性眼肌麻痹：动眼神经麻痹：上睑下垂，眼球不能向内活动，向上和向下运动亦受很大限制。复视，瞳孔散大，光反射及调节反射消失。