

全国高等职业技术教育卫生部规划教材
供五年一贯制临床医学专业用

神经精神病学

- 主 编 郑丽霞
- 副主编 覃远生



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

中国医学科学院医学博士专业学位
神经精神病学专业住院医师规范化培训教材

神经精神病学

· 总主编 王阶昌
· 副主编 王世文



R74
7

全国高等职业技术教育卫生部规划教材

供五年一贯制临床医学专业用

神经精神病学

主 编 郑丽霞

副主编 覃远生

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经精神病学/郑丽霞主编. —北京:
人民卫生出版社, 2003.

ISBN 978-7-117-05836-0

I. 神… II. 郑… III. ①神经病学-高等学校:
技术学校-教材②精神病学-高等学校: 技术学校-教
材 IV. R74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 109609 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

神经精神病学

主 编: 郑丽霞

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市安泰印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 12.25

字 数: 292 千字

版 次: 2003 年 12 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 版第 6 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-05836-0/R·5837

定 价: 17.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

全国高等职业技术教育卫生部 规划教材出版说明

医学高等职业技术教育作为我国高等教育的重要组成部分,近年来发展迅速,为保证教育质量,规范课程设置和教学活动,促进我国高等职业技术教育的良性发展,卫生部教材办公室决定组织编写全国医学高等职业技术教育教材。2001年11月,卫生部教材办公室对我国医学职业技术教育现状(专业种类、课程设置、教学要求)进行了调查,并在此基础上提出了全国医学高等职业技术教育卫生部规划教材的编写原则,即以专业培养目标为导向,以职业技能的培养为根本,满足3个需要(学科需要、教学需要、社会需要),力求体现高等职业技术教育的特色。同时,教材编写继续坚持“三基、五性、三特定”的原则,但基本理论和基本知识以“必须、够用”为度,强调基本技能的培养,特别强调教材的实用性与先进性;教材编写注意了与专业教育、中等职业教育的区别。考虑到我国高等职业技术教育模式发展中的多样性,在教材的编写过程中,提出了保障出口(毕业时的知识和技能水平),适当兼顾不同起点的要求,以体现教材的适用性。从2002年4月起,卫生部教材办公室陆续启动了检验、影像技术、药学、口腔工艺技术、护理、临床医学专业等专业课和专业基础课卫生部规划教材的编写工作。

2003年4月,卫生部教材办公室在山东淄博召开了“全国医学高等职业技术教育文化基础课、医学基础课和五年一贯制临床医学专业卫生部规划教材主编人会议”,正式启动了高等职业技术教育五年一贯制临床医学专业卫生部规划教材的编写工作。本套五年一贯制临床医学专业教材共17种。

医学心理学	主 编 刘志超
	副主编 徐传庚
医学伦理学	主 编 田荣云
	副主编 曾繁荣
中医学	主 编 李佃贵
	副主编 郭靠山 耿 杰
诊断学	主 编 孙九伶
	副主编 于三新 须 建
内科学	主 编 侯 恒
	副主编 林继超 苏保松
外科学	主 编 王庆宝
	副主编 熊云新 于万杰 张 峰

妇产科学	主 编	王志瑶	
	副主编	刘 君	
儿科学	主 编	闵秀全	
	副主编	华 涛	
神经精神病学	主 编	郑丽霞	
	副主编	覃远生	
传染病学	主 编	王秋海	
五官科学	主 编	孟祥珍	
	副主编	许复贞	李 敏
皮肤性病学	主 编	温树田	
社区急救	主 编	杨玉南	
	副主编	张贵云	
常用社区护理技术	主 编	阎国钢	
	副主编	王瑞敏	
预防医学	主 编	袁聚祥	
	副主编	于君美	张苏亚
卫生保健学	主 编	马 骥	
	副主编	卢玉清	
全科医学概论	主 编	任光圆	
	副主编	肖敬民	

前 言

随着我国医学教育的改革和发展,医学高等职业技术教育近年来得到了蓬勃发展,成为我国教育的重要组成部分,为社会培养了大批专门人才,对我国医疗卫生事业的改革和发展起到了重要的作用。教材作为教学内容和教学方法的知识载体,是进行教学的基本工具,也是教学改革的基础。本教材的编写以培养面向农村、社区医院的助理执业医师为主要目标;以培养高等职业技术应用性专门人才为根本任务;以“三基”(基础理论、基础知识、基本技能)、“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性)为原则。编写内容上注意涵盖神经系统疾病、精神疾病的课程基本要求和“执业助理医师考试大纲”规定的内容。以常见病、多发病为重点,确定每种疾病应占的篇幅而且写的较为充实,适当介绍近年来的研究新进展。基础理论知识不同于专业教育,以“必需”、“够用”为度,不同于中等职业技术教育的是在一定的深度和广度的基础上,强调培养科技含量高的技术应用型人才,突出针对性、实用性,反映本教材的特色。在本教材编写中,淡化学科意识,强调各门教材的有机结合和整体优化。经主编人大会的充分讨论,本教材与其他教材之间进行协调和分工,既要避免不必要的重复,又要防止重要内容的遗漏。如神经系统疾病的病史采集和检查方法的部分内容,在诊断学中详细介绍,本教材未作重点介绍。精神疾病中心理应激与心身疾病的内容、精神疾病的心理治疗,在医学心理学中介绍,本教材未作介绍。

本教材分神经系统疾病和精神疾病两篇共 21 章,按照教材的特定内容和形式编写,在初稿完成后进行了互审、互校。在教材编写的过程中,得到了辽宁省本溪市卫生学校各级领导及各位编者所在单位的关心、支持,在此一并表示最诚挚的感谢。

由于时间紧迫、任务重,书中难免存在一些疏漏、谬误和不足之处,恳请各位老师和同学们在教材使用过程中提出宝贵意见,以便在今后的教材出版中加以改进和提高。

郑丽霞

2003 年 10 月

目 录

绪论	(1)
----	-----

第一篇 神经系统疾病

第一章 神经系统疾病概论	(5)
--------------	-----

第一节 神经系统疾病的重要症状	(5)
-----------------	-----

一、失语症、失用症、失认症	(5)
---------------	-----

二、感觉障碍	(6)
--------	-----

三、瘫痪	(6)
------	-----

四、不自主运动	(7)
---------	-----

五、共济失调	(8)
--------	-----

六、意识障碍	(8)
--------	-----

七、特殊类型的意识障碍	(9)
-------------	-----

第二节 病史采集和神经系统检查	(9)
-----------------	-----

一、病史采集	(9)
--------	-----

二、神经系统体格检查	(11)
------------	------

三、神经系统疾病的辅助检查	(12)
---------------	------

第三节 神经系统疾病的诊断原则	(15)
-----------------	------

一、定位诊断	(15)
--------	------

二、定性诊断	(16)
--------	------

第二章 周围神经疾病	(18)
------------	------

第一节 三叉神经痛	(18)
-----------	------

第二节 特发性面神经麻痹	(19)
--------------	------

第三节 多发性神经病	(20)
------------	------

第四节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(21)
---------------------	------

第三章 脊髓疾病	(24)
----------	------

第一节 急性脊髓炎	(24)
-----------	------

第二节 脊髓压迫症	(25)
-----------	------

第三节 脊髓空洞症	(28)
-----------	------

第四章 脑血管疾病	(30)
-----------	------

第一节 短暂性脑缺血发作	(31)
--------------	------

2 目 录

第二节 脑梗死	(32)
一、脑血栓形成	(32)
二、腔隙性脑梗死	(36)
三、脑栓塞	(38)
第三节 脑出血	(39)
第四节 蛛网膜下腔出血	(43)
第五章 中枢神经系统感染	(48)
第一节 结核性脑膜炎	(48)
第二节 病毒性脑膜炎	(50)
第三节 新型隐球菌脑膜炎	(51)
第四节 神经梅毒	(52)
第五节 脑寄生虫病	(54)
一、脑囊虫病	(54)
二、脑型血吸虫病	(56)
三、脑棘球蚴病	(56)
第六章 运动障碍疾病	(58)
第一节 帕金森病	(58)
第二节 肝豆状核变性	(61)
第七章 癫痫	(64)
第一节 概述	(64)
第二节 部分性发作	(65)
第三节 全面性发作	(67)
第四节 癫痫持续状态	(72)
第八章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(74)
第一节 多发性硬化	(74)
第二节 视神经脊髓炎	(79)
第三节 急性播散性脑脊髓炎	(80)
第九章 头痛	(82)
第一节 偏头痛	(82)
第二节 紧张性头痛	(85)
第十章 痴呆	(86)
第一节 阿尔茨海默病	(86)
第二节 血管性痴呆	(88)

第十一章 脑性瘫痪及先天性脑积水	(91)
第一节 脑性瘫痪	(91)
第二节 先天性脑积水	(92)
第十二章 神经-肌肉接头疾病及肌肉疾病	(94)
第一节 重症肌无力	(95)
第二节 周期性瘫痪	(98)
第二篇 精神疾病	
第十三章 概论	(101)
第一节 精神疾病的病因	(101)
第二节 精神疾病的常见症状	(103)
第三节 精神疾病的检查与诊断	(112)
一、概述	(112)
二、病史采集	(115)
三、精神症状检查	(117)
四、体格检查与特殊检查	(118)
五、临床资料的分析及诊断原则	(118)
第十四章 精神分裂症	(120)
第十五章 心境障碍	(126)
第十六章 神经症	(132)
第一节 恐惧症	(132)
第二节 焦虑症	(133)
第三节 强迫症	(134)
第四节 神经衰弱	(136)
第五节 癔症	(137)
第十七章 其他精神病	(140)
第一节 药物依赖	(140)
第二节 酒精中毒性精神障碍	(142)
第三节 脑外伤所致精神障碍	(144)
第十八章 人格障碍与性心理障碍	(146)
第一节 人格障碍	(146)
第二节 性心理障碍	(148)

第十九章 儿童少年期精神障碍	(151)
第一节 精神发育迟滞	(151)
第二节 儿童孤独症	(153)
第三节 儿童期情绪障碍	(154)
第四节 儿童多动综合征	(155)
第五节 抽动障碍	(157)
第二十章 精神疾病的治疗及护理	(159)
第一节 药物治疗和其他治疗	(159)
一、精神药物的分类	(159)
二、抗精神病药物	(159)
三、抗抑郁药物	(162)
四、抗躁狂药物	(163)
五、抗焦虑药物	(164)
六、电痉挛治疗	(166)
七、胰岛素治疗	(166)
八、工娱治疗	(166)
九、精神外科治疗	(167)
第二节 精神障碍的护理	(167)
一、一般护理	(167)
二、特殊护理	(168)
三、社区精神卫生护理	(169)
第二十一章 精神障碍的康复与预防	(171)
第一节 精神康复的概念与任务	(171)
第二节 精神障碍的住院康复	(171)
第三节 社区康复	(173)
第四节 精神障碍的预防	(174)
附录 中国精神障碍分类(CCMD-3 分类)	(177)
汉英医学名词对照	(183)

绪 论

【神经病学】 神经病学是研究神经系统疾病与骨骼肌疾病的病因、发病机制、病理、临床表现、诊断、治疗、预后及预防的一门学科。是临床医学的一个分支。神经系统疾病的主要临床表现有运动、感觉、反射等障碍。其原因有感染、血管病变、肿瘤、外伤、中毒、自身免疫、变性、遗传、先天发育异常、营养缺陷和代谢障碍等各种疾病。在神经系统或肌肉组织中,通常有其独特的病理改变和特定的好发部位。在寻找神经疾病的病因时,首先应弄清病变的确切部位是否存在于神经或肌肉,再确定病变在神经系统的哪些部位,将病变的定位和定性结合考虑作出完整的诊断。还应注意神经系统的功能障碍可引起其他系统器官的功能障碍,如丘脑出血常引起消化道溃疡。同样其他系统疾病,如高血压、糖尿病、高脂血症是脑血管疾病的危险因素,骨关节、周围血管和结缔组织等疾病可引起类似神经损伤的症状,如运动及感觉障碍。因此在神经系统疾病诊断时,应该注意整体性观念。

神经系统疾病的症状,按发病机制分类主要有:①缺损症状:指神经组织受损时,正常神经功能减弱或缺失。如内囊区梗死导致对侧偏瘫、偏身感觉障碍,面神经炎引起同侧面肌瘫痪等。②刺激症状:指神经结构受刺激后产生的过度兴奋症状,如腰椎间盘突出引起坐骨神经痛等。③释放症状:指中枢神经系统受损时,受其制约的低级中枢功能增强,使低级中枢的功能表现出来,如上运动神经元损伤出现肌张力增高、腱反射亢进和巴宾斯基征(Babinski sign)阳性。④休克症状:指中枢神经系统急性局部的严重病变,引起与受损部位功能密切相关的远隔部位的神经功能短暂缺失,如脑出血急性期,出现瘫痪肢体肌张力减低、深浅反射消失和巴宾斯基征阴性,即所谓脑休克。急性脊髓横贯性病变时,受损平面以下表现为弛缓性瘫痪,即所谓脊髓休克。休克期过后逐渐出现受损组织的缺损症状及释放症状。

近年来,随着科学技术的发展,出现了许多先进的检查仪器设备及特殊的辅助检查方法,为临床的诊断提供了有力的依据。如电子计算机体层扫描(CT)、CT血管造影(CTA)、数字减影血管造影(DSA)、磁共振成像(MRI)、磁共振血管造影(MRA)、诱发电位(EP,包括视觉、听觉、体感觉)、神经传导速度(NCV)、脑电地形图(BEBM)、经颅多普勒(TCD)、肌电图(EMG)、正电子发射断层扫描(PET)、单光子发射计算机断层(SPECT)、局部脑血流量测定(rCBF)、肌肉和神经的活组织检查、等电聚焦技术检测脑脊液寡克隆带(OB)、脑脊液细胞学及检测特异性抗体及细胞因子等,另外还有基因技术。然而任何一种辅助检查都不能取代基本的临床方法,临床诊断必须通过病史和神经系统检查,通过周密分析得出临床结论。临床有许多疾病如癫痫、三叉神经痛、血管性头痛、晕厥、短暂性脑缺血发作、周期性瘫痪等,主要依靠病史及临床表现进行诊断,CT等影像学检查可能无阳性发现。临床上还有一些疾病主要依靠患者的体征进行诊断,如帕金森病、肌张力障碍、小舞蹈病、进行性肌营养不良症等。但是脑

脊液检查有时对某些神经系统疾病的诊断具有决定性的意义。

在治疗方面,有些神经系统疾患可以完全或基本治愈,如大多数炎症(脑膜炎、脑炎)、营养缺乏性疾病、良性肿瘤、特发性面神经麻痹等;有些疾病虽然不能根治,但通过治疗可使患者的症状得到控制或缓解,如多种类型的癫痫、帕金森病、三叉神经痛、偏头痛、重症肌无力和周期性瘫痪等;还有一些疾病目前尚无有效的治疗方法,如恶性肿瘤、脊髓空洞症、Alzheimer 病等。对于临床医生一定要区分能够治愈和目前还不能治愈的神经系统疾病。对能够治愈的疾病应及时确诊并采取积极有效的治疗;对能够控制或使之缓解的,应采取有效的药物及其他治疗措施,尽量控制疾病的发展,减轻病人的残废程度;对尚无有效治疗的难治疾患,应给予适当的对症和支持治疗、并精心护理。目前脑血管病的死亡率和致残率较高,应重视防治脑血管病的危险因素,遗传性疾病一般多无有效的治疗方法应注意宣教工作及开展产前检查。

【精神病学】精神病学(psychiatry)是临床医学的一个分支学科,是研究各种精神疾病病因、发病机制、临床表现、疾病的发生、发展规律以及诊治和预防的一门学科。精神疾病是指在各种生物、心理和社会环境因素影响下,使大脑功能失调,导致认知、情感、意志、行为等精神活动出现异常为临床表现的一类疾病。

精神病学研究范围主要包括传统意义的精神疾病和广义的精神卫生。由于精神疾病本身的特殊性和复杂性,其研究的范围和分支日趋扩大,如社会精神病学、司法精神病学、儿童精神病学、老年精神病学、生物精神病学等。精神卫生不仅要研究各类精神疾病的发生、发展规律及社会性防治,同时探讨保障和促进人群的心理健康,减少和预防各类心理和行为问题的发生。

现代精神病学的进展概况:

1. 生物精神病学的进展 从 20 世纪 50 年代起,随着社会经济和科学技术的发展,方法学的创新及分子生物学的进展,对神经细胞的形态、神经突触和受体分子结构及功能进行了大量的研究,使相应的生理、生化、内分泌、免疫、药理及遗传等学科也有了快速发展。20 世纪 60 年代临床精神病学在疾病的精神症状、标准化评定、分类及诊断标准等方面的研究取得了较大的成绩。20 世纪 80 年代以来,由于精神病分子遗传学研究的进展及近年来高度敏感无损伤性脑影像技术的出现,为脑功能活动研究提供了更精确的手段,使生物精神病学提高到一个新阶段。

2. 社会精神病学的进展 通过临床实践和研究资料证明,社会环境因素及心理因素对精神病的发病过程和预后具有很大的影响,同时也促进了精神病管理模式的改革。以监管为主,远离城区,庞大、集中管理精神病人的封闭式管理模式,剥夺了病人的社会生活,由于病人与家庭和社区的隔离,削弱了病人适应社会的能力,加重病人的精神衰退。从 20 世纪 60 年代以来,由于精神药物的相继出现和广泛使用,精神病人的管理模式转向分散在社区的开放式管理,提高了控制精神症状水平和病人的社会适应能力,注重精神病院内的社会生活和环境,加强有组织的文体活动和工娱劳动等。我国从本国的社会文化、经济等国情出发,创造了家庭病房、康复站、福利工厂和基层保健系统相结合的基层城乡精神病三级防治网等形式,提高了慢性精神残疾者的社会适应能力,促进社会心理康复和就业,初步形成了医疗、康复、培训和就业的系列体系,增加了患者与家庭成员和社会之间的密切接触,改善了生活作息环境。实行开放式管理,提供院外服务,持续服务和康复服务,巩固了疗效,减少复发率以及有利于病人的社会心理康复。

3. 社会心理应激与心身健康 人们处于应激(stress)的社会环境中,可通过由大脑神经系统的活动而影响体内平衡及心理和生理过程。应激能激活机体功能,使人们的体力和智力得到锻炼和提高。应激是否对人致病及影响人的心身健康,主要取决于应激的强度、持续时间及人的心理状态、社会支持和其他因素。其中最主要的是对信息的主观评价和由此产生的情绪反应。应激类型有①来自生活:如丧偶、丧子、自尊心受损、受处分等;②来自工作和学习:如工作过于繁重、学习困难、过度紧张、与周围人的人际关系紧张等;③来自目的未遂:如就业、升学、户口、住房等;④来自社会环境的改变:如自然灾害、战争、环境噪声和污染等。

应激就是一种心理生理反应。在开始阶段是暂时的、可逆的,但强烈而持久的心理社会刺激,能使机体某些功能产生持续性的偏离,导致神经递质、内分泌和免疫系统功能的变化,甚至出现结构上的异常,形成所谓的心身疾病(psychosomatic disease),如高血压、支气管哮喘、糖尿病、甲状腺功能亢进和溃疡病等。心理社会刺激在不同的个体身上,出现不同的心理和生理变化,其原因除心理社会刺激的特点,即刺激的强度、时间及性质外,主要决定于个人的遗传素质和幼年生活环境的影响,还有个体的心理、生理特点,包括个体对应激事件的主观评价,个人的知识和经验以及当时的心理生理状况,如:情绪状态、躯体状态等非常重要。此外,家庭和社会支持在应激中亦可起到缓冲和调节作用。

这些研究表明了心理社会因素在医学科学中的重要性。人的健康和疾病除受生物学因素主宰外,同时受心理和社会因素的制约。心理科学与临床各科之间密切相关,使心身医学在20世纪70年代以来有了快速发展。心身医学狭义的概念指在某一些躯体疾病中,心理、社会因素在发病和病程经过中所起的作用。广义的心身医学则是研究心理因素、社会因素对健康和疾病的影响,探讨社会学、心理学和生物学之间的相互关系。

(郑丽霞)

第一章

神经系统疾病概论

神经系统疾病的临床表现和神经系统的解剖、生理特点紧密相关。同一病因损害神经系统不同部位时,症状表现可完全不同;相反,不同的病因损害同一部位时,其症状表现又可基本或完全相同。因此,学习神经病学时,必需具有必要的神经解剖生理基础知识。通过病史和体征以推断病变的解剖部位,亦即定位诊断;然后联系起病方式、疾病发展过程以及有关的全身情况,再加上各项实验室检查等,以确定病变的原因,亦即定性诊断。其中定位诊断为神经病学的一个特点。

第一节 神经系统疾病的重要症状

一、失语症、失用症、失认症

1. 失语症 由于脑损害而导致的语言交流能力障碍,后天获得性的对各种语言符号,如口语、文字、手语等表达及认识能力的受损或丧失。

(1) Broca失语:又称运动性失语,发音与构音功能正常的情况下,言语的表达发生困难或不能,但能听懂别人的讲话。见于优势半球额下回后部(Broca区)病变。

(2) Wernicke失语:又称感觉性失语,能听到声音的情况下,仅能听懂简单生活用语,或者对任何言语不能理解。由于患者不能听懂自己讲的话并及时纠正其错误。因此,虽能说话但多错乱,无法听懂。见于优势半球颞上回后部(Wernicke区)的病变。检查时可让病人指出被告知的物品,观察其是否理解。

(3) 命名性失语症:对人名或物名失去记忆,但对其用途和特点仍熟悉,可用描绘其特点的方式加以回答。当告知正确名称后,可立即同意并说出,但片刻后又忘记。见于优势半球颞中回后部或颞枕交界区损害,也见于运动性失语的恢复期,或为感觉性失语的早期后遗症。检查时令病人说出所示物品名称,如不能回答时可以正确或错误名称告之,看其反应。

2. 失用症 失用症是丧失了正确地用物件完成一系列有目的性动作的能力的总称。即在无肢体瘫痪或共济失调等运动障碍的情况下,不能或不会按一定顺序正确完成有目的的动作。其病变中枢主要在优势半球的缘上回,但指导完成各个动作的要领则为整个大脑皮质的功能,故该部位的病变和大脑广泛性病变,均可引起失用症。检查时可观察患者的各种自发性动作,或将火柴、牙刷、梳子等置于手中,嘱做出点烟、刷牙、梳头等动作,观察能否正确完成,有无反复而不知所措,或错将火柴放入口中或去别处擦划等情况。

3. 失认症 是较少见的神经心理学障碍,是指脑损害时各种感觉(视觉、听觉、触觉)正常,无智能及意识障碍的情况下,不能通过某一种感觉认识以往熟悉的物体,如不能识别触摸到的物体;不能辨认看到的熟人,但可通过其他感觉通道(如听声音)加以识别等。临床表现主要有视觉失认、听觉失认、触觉失认、体像障碍等。

二、感觉障碍

临床上常见的感觉障碍有:

1. 感觉缺失 感觉缺失是指在意识清楚的情况下患者对刺激不能感知。临床上常见的感觉缺失有痛觉缺失、触觉缺失、温度觉缺失和深感觉缺失等。在同一部位各种感觉都缺失者称完全性感觉缺失,如果在同一部位内某些感觉缺失而另外一些感觉正常者(例如只有痛觉、温度觉缺失而触觉正常者)称为分离性感觉障碍。如深感觉与识别触觉障碍而浅感觉良好时,提示脊髓后索的损害。相反,脊髓空洞症时温、痛觉减退,而触觉与深感觉良好。

一般感觉正常,在无视觉参加的情况下对刺激部位、物体形状、重量等不能辨别者称皮质感觉缺失。

2. 感觉减退 感觉敏感度下降,对刺激感受力低下但程度上较感觉缺失轻,由于神经的兴奋阈增高而感觉反应减弱。所有感觉均有障碍者,称全感觉减退。如果在感觉障碍中某种感觉保持良好时,称分离性感觉障碍。

3. 感觉过敏 弱刺激(外界及病理性刺激)出现强反应称感觉过敏。尤以痛觉过敏多见,触觉过敏少见。

4. 感觉过度 感觉过度一般有五个特点:①潜伏期长:刺激开始时不能立即感知,必须经历一定时间才出现感觉。②感受性降低:兴奋阈增高,即刺激必须达到较强的程度才能感觉到。③刺激的爆发性:所感到的刺激具有爆发性,呈现一种剧烈的、定位不明确的、难以形容的感觉。④扩散性:刺激有扩散的趋势,一点的刺激患者感到多点刺激,并向四周扩散。⑤出现“后作用”:刺激停止后在一段时间内仍有刺激存在的感觉。

5. 感觉倒错 对刺激产生错误,如将痛觉误认为触觉,温觉误认为冷觉。感觉倒错在临床上少见,而且仅限于浅感觉。

6. 感觉异常 在没有外界刺激的情况下,患者自我感到麻木、疼痛、烧灼、痒感、蚁走感、针刺感、电击感等。

三、瘫痪

随意运动的功能减弱或丧失,称为瘫痪。前者称轻瘫或不全麻痹,后者称全瘫或麻痹。

瘫痪首先应与其他原因所致的肢体活动障碍相鉴别。如急性关节炎患者因疼痛限制了肢体的活动,慢性肩关节周围炎的上肢活动障碍,帕金森综合征患者由于肌张力过高妨碍肢体活