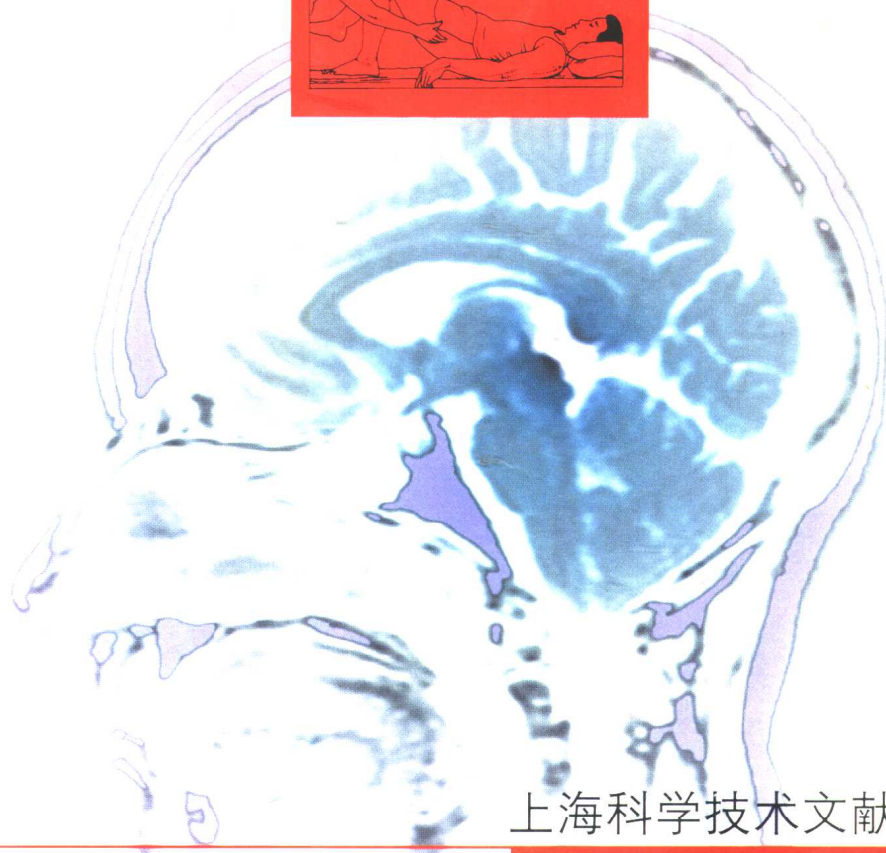
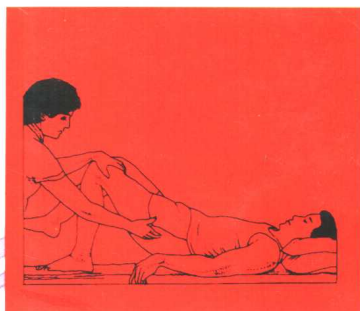


脑血管病

临床与康复

方定华 陈小梅 李 漪 等编

NAOXIEGUANBING LINCHUANG YU KANGFU



上海科学技术文献出版社

脑血管病临床与康复

方定华 陈小梅 李 漪

李廷峰 方 晓 等编

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

脑血管病临床与康复/方定华,陈小梅编著. —上海:
上海科学技术文献出版社, 2000. 10
ISBN 7-5439-1437-9

I. 图… II. ①方…②陈… III. ①脑血管疾病-诊
疗-图解②脑血管疾病-康复训练-图解 IV. R743-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 46739 号

脑血管病临床与康复

方定华 陈小梅 李 漪
李延峰 方 晓 等编

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市武康路 2 号 邮政编码 200031)

全国新华书店经销

上海科技文献出版社昆山联营厂印刷

*

开本 787×1092 1/16 印张 13.75 字数 343 000
2001 年 2 月第 1 版 2001 年 2 月第 1 次印刷
印数: 1—3 100

ISBN 7-5439-1437-9/R·423

定 价: 30.00 元

前 言

脑血管病在我国是发病率、患病率、死亡率和致残率均较高的疾病之一。尽管脑血管病诊疗技术不断提高,使死亡率明显下降了,但存活的患者中仍因有不同程度的偏瘫、失语、认知障碍等存在而致残。这不仅使患者本人因劳动力丧失、生活自理能力下降带来痛苦,而给社会和家庭也造成沉重负担。据估计,我国每年花费在脑血管病的费用高达100亿以上。

如何降低脑血管病致残率,使更多致残患者能重新独立生活和回归社会,是脑血管病医护人员共同的课题和努力目标。国际上最新的医学成就是将康复医学基本理论和技术贯穿于脑血管病的始终,以求达到减少致残率、提高治愈率和康复率。这一最佳方案,要求脑血管病的临床治疗与康复治疗始终相互结合和渗透,形成一个治疗体系。我们近十年的实践亦证明,令人遗憾的是这一花钱少、疗效好的治疗体系尚未在国内被充分认识及推广。究其原因,一是我国脑血管临床医护人员康复意识的误传,二是康复工作者缺乏脑血管病临床知识,致使脑血管临床与康复脱节。

撰写此书的目的,是为脑血管病临床医护人员提供必要的脑血管病康复基本理论和技术、同时为脑血管病康复工作者提供最基本的脑血管病临床知识,从而使脑血管病的临床与康复相结合。

本书第一章为脑血管病康复治疗基础,用图解的方法简明介绍了康复病历的建立与临床检查及脑血管病局部定位诊断和标准,同时介绍了北美地区缺血性脑卒中(中风)规范医嘱及中风急症处理。第二章为脑血管病康复的概念,包括脑血管病康复原则、流程、预测、评定及常见并发症的诊断和治疗。第三章为脑血管病并发症及治疗的具体方法。第四章为脑血管病运动康复,以图文并茂的方法说明脑血管病人运动功能障碍的特征和恢复过程及评价方法,对脑血管病人及训练师作对康复训练有详尽的指导。读者不仅可以从中学到先进而又行之有效的脑血管病康复治疗方法,还将有助于自行开发脑血管病康复治疗的项目。

由于作者们水平所限,书中若有不妥之处,恳请读者批评和指正。

方定华

于中国康复研究中心

2000年8月

目 录

第一章 脑血管病康复治疗基础	(1)
一、康复病历与临床检查	(1)
(一) 康复病历	(1)
(二) 康复科体检	(2)
二、人脑的定位诊断	(3)
(一) 大脑半球	(4)
(二) 颞叶	(7)
(三) 枕叶	(8)
(四) 脑干定位及病例	(11)
三、脑血管病局部定位诊断与标准	(13)
(一) 大脑皮质的血供	(13)
(二) 中脑血供	(17)
(三) 丘脑血供	(18)
(四) 大脑后动脉	(19)
(五) 脑血管病诊断标准	(20)
四、规范医嘱[缺血性卒中(中风)]	(24)
(一) 饮食	(24)
(二) 活动	(24)
(三) 检查	(24)
(四) 监测/处理	(25)
(五) 药物疗法	(25)
(六) 会诊	(26)
五、卒中的急症处理	(26)
(一) 卒中最初 6 小时	(26)
(二) 卒中的并发症处理	(26)
(三) 卒中的心理社会影响	(34)
(四) 忽视	(37)
第二章 脑血管病康复的概念	(39)
一、脑血管病康复开始时间	(39)
(一) 卧床期	(39)
(二) 坐位期	(40)
(三) 离床期	(41)
(四) 步行期	(41)
(五) 恢复期	(41)
二、脑血管病康复预后预测和功能评定	(42)

(一) 脑血管病康复预后预测	(43)
(二) 运动功能障碍评定	(46)
(三) 肌张力的评定	(56)
(四) 脑血管病日常生活能力评定	(56)
第三章 脑血管病并发症及治疗	(61)
一、脑血管病继发并发症	(61)
(一) 废用综合征	(61)
(二) 过用综合征和误用综合征	(73)
二、脑血管病与痉挛	(74)
(一) 痉挛发生机制	(75)
(二) 脑血管病痉挛特点	(76)
(三) 痉挛对肢体运动功能恢复的影响	(76)
(四) 增强痉挛的因素及变化	(77)
(五) 痉挛治疗方法	(78)
三、脑血管病与肩部并发症	(84)
(一) 肩关节半脱位	(84)
(二) 肩痛	(88)
(三) 肩手综合征	(94)
四、脑血管病与其他继发并发症	(100)
(一) 继发癫痫	(101)
(二) 吞咽障碍	(106)
(三) 排尿障碍	(113)
(四) 语言障碍与失语症	(119)
(五) 认知功能障碍	(134)
第四章 脑血管病运动康复	(143)
一、脑血管病运动功能障碍的特征	(143)
(一) 协同运动	(143)
(二) 姿势反射	(145)
(三) 联合反应	(146)
(四) 痉挛和肌紧张异常	(146)
二、脑血管病恢复过程及病程评价方法	(147)
(一) 恢复过程	(147)
(二) 病程评价	(147)
三、脑血管病的康复治疗与训练	(155)
(一) 脑血管病患者功能恢复预测	(155)
(二) 急性期康复措施	(155)
(三) 痉挛期康复措施	(166)
(四) 恢复期康复措施	(206)
(五) 感觉障碍恢复训练	(209)
参考文献	(212)

第一章 脑血管病康复治疗基础

一、康复病历与临床检查

康复学的特点是对一个病人作较全面的治疗,包括生理、心理与社会需要。其他医学学科着重诊治某个特定疾病及由其所造成的器官损伤,而康复科则较少着重疾病本身,而着重于疾病造成的残疾与无能。世界卫生组织对损伤、残疾与无能所作的定义列于表 1-1:

表 1-1 世界卫生组织对损伤、残疾、无能的定义

	定义	特点	例子
损伤	结构或功能损失	身体器官受影响	失语、下身瘫痪、失禁
残疾	不能正常操作某些活动	个人功能受影响	不能走、洗澡或讲话
无能	不能充当正常的社会及家庭角色	社会受影响	不能自立、不能工作

脑血管病康复病人的临床检查包括四部分:(1)病历;(2)一般体格检查;(3)神经系统检查;(4)功能评定。其中“功能评定”是脑血管病康复临床的特殊项目。因为一般的临床检查只注重损伤,而对病人是否有“残废”不作评估,而“功能评定”是为“残废”而特设的。

(一) 康复病历

医院的急诊、身体检查、会诊的病历内容对康复处理而言均有所不足。前几种病历一般都没有指出病人在发病以前的状态、是否需要辅助、是否有工作上的影响等。由于病人发病前的行为情况限制了康复所能达到的最高目标,因而过去的病历对病人康复程序有重要影响,例如病人有心脏病或严重的关节炎,则对其所能作的康复活动就要有所顾及。因此康复病历应包括表 1-2 所列诸项。

表 1-2 康复病历

(1) 个人情况:	• 年龄、性别、结婚与否
(2) 既往史:	• 卒中(中风)之危险因素:高血压、心脏病或心律不齐、糖尿病、肥胖、高血脂、吸烟喝酒吸毒等 • 过去脑神经病 • 其他病症如肾功能衰竭、肺病、肢体血管病、肿瘤、关节炎等 • 发病前之操作状况
(3) 现病史:	• 发病时日、发病形式与进展情况 • 无力、麻痹、共济失调、步态 • 头痛、头晕、呕吐 • 意识障碍、精神变化、语言变化 • 吞咽困难、呼吸困难、视觉与听觉变化、癫痫等
(4) 社会背景:	• 职业与学历 • 家庭结构:家庭是否完满还是残缺,对一个卒中(中风)病人而言出院的社会及家庭处境有时比任何治疗的效果还要重要

(二) 康复科体检

康复病人除了例行体格检查、神经系统检查、肌肉骨骼检查(Musculoskeletal)外,还应
有功能评定。康复医生作检查时,其着重点不在传统的诊断疾病上,而在于发现病人有哪些
病变会导致功能上的残疾或影响康复的程序。康复身体检查要点见表 1-3~表 1-5。

表 1-3 康复体检要点

(1)	血压、心率、呼吸
(2)	用听筒听颈部杂音
(3)	检查心与胸,特别是有无心力衰竭、心律不规则、肺炎或肺膨胀不全征状
(4)	腹部检查,特别是膀胱膨胀
(5)	肢体有无静脉梗塞或血管病征状
(6)	皮肤有无褥疮,特别是在足跟、外踝、臀部、屁股与股骨部骺原部
(7)	直肠检查:肛门括约肌紧张力、前列腺肿大、大便嵌塞

表 1-4 康复神经系统检查

(1)	意识状态 定向力(时间、地点、人物)、意识状态、信息、记忆、计算、语言、功能、特殊:失语、失用、失识
(2)	脑神经 1. 嗅觉 2. 眼底、视野、视力 3. 4. 6. 瞳孔(直接、间接)、眼外肌运动、眼震 5. 面部感觉、角膜、下颌反射、下颌运动 7. 面部运动:上、下部、味觉 8. 听觉(钟表声、韦伯尔 Weber 试验、任内 Rinne 试验) 9. 10. 咽反射、颞运动、构音障碍 11. 胸锁乳突肌、斜方肌 12. 伸舌、力量、舌颤
(3)	力量和协调性 行走:步态、站姿、足跟走、足尖走、单足跳、沿直线走、闭目难立征 运动:直接肌力试验(偏瘫、轻截瘫、近端肌力减弱、远端肌力减弱、根神经、周围神经型) 肌张力:痉挛性、强直性(中轴、肢体) 协调性:指鼻试验、快速轮替动作、跟-膝-胫试验、足跟轻叩髌骨及膝盖 自发运动:肌束震颤、震颤、舞蹈样运动、扭转痉挛、手足徐动、肌张力障碍等
(4)	反射 深反射:肱二头肌、肱三头肌、挠骨膜、膝、跟反射、0-4 级 浅反射:腹壁、提睾反射 反射:巴彬斯基征、查多克征 额叶:吸吮、强握 皮质延髓:噁嘴、掌颏 脑膜:克匿格征、布鲁金斯基征
(5)	感觉 基本感觉:触、针刺、振动、温度 皮质感觉:位置觉、两点分辨觉、同步双刺激、实体辨别觉、图形觉
(6)	血管 颈动脉脉搏与杂音(颈动脉、锁骨下动脉、眼)

表 1-5 康复功能检查

(1) 嘱病人在床上转身、翻身、起床
(2) 嘱病人坐在床边,观察病人是否有头与躯干的控制,病人如不能坐稳,则往往也不能站稳或行走
(3) 嘱病人站立,观察其姿势与平衡
(4) 嘱病人直走,沿直线向前走、侧行、退行、转弯、用足尖行走或用足跟行走。注意其是否需要援助或使用辅助器(Assistive device),如手杖或 walker
(5) 如病人坐轮椅,观察其是否能作从轮椅到床或其他座位的迁移
(6) 较全面的功能检查包括 Barthel Index 和 FIM score

综上所述康复病人身体检查的要求,可得如下结论:

(1) 康复医生须通过检查,评估病人在运动、感觉与神志方面的损伤程度,才能决定该患者所适合的康复程序方案与目标。从康复医生的观点,治疗方案是针对残疾(如偏瘫、截瘫),至于造成残疾的病因(卒中、脑瘤或硬膜内出血)并不是主要的对象。

(2) 康复医生主要是靠临床检查了解病者实况,而脑电图、肌电图、CT 检查、磁共振成像等所提供的材料是次要的。

(3) 神经康复医生必须对脑神经的结构、功能、损害症状有清楚的认识,而且对脑神经损伤后的康复过程与速度有清楚认识,从而有效地计划康复治疗方,并能给病人及其家属解释病情、损伤程度及愈后。

(4) 最现代的卒中(中风)医疗已越来越重视早期康复,往往病人入院第一天就开始,因此所面对的病人可能病情既急又重,而且伴发疾病(comorbidity)与并发症的可能也较高。为此,所有康复医护人员必须有临床总体检查与脑神经系统检查的高度技巧,并对并发症的治疗有清楚的认识。

后面介绍的大脑各部位定位诊断与损伤症状,不论对何种脑病都适用。专门对脑血管病所有常见的病例所作的综合性图解目的是提供诊断标准。规范医嘱,是针对康复医护人员面对卒中病人急性期治理时所经常发生的各种问题与并发症必须作的规范性处理。

二、人脑的定位诊断

人是地球上最复杂的生物,而人脑又是所有生物器官中最复杂的。人脑虽只有不到 150g 重,但有超过 1000 亿的神经细胞,每一个细胞(神经元)又和大约 15000 个其他的神经细胞有电路沟通。脑神经学科是公认的最具难度的学科之一。为此从事脑科专业有必要掌握学习的方法,这就是将庞大复杂的脑整体简化为许多最基本的实用单元或模块(Module),而每一个小模块是很容易掌握的。每个模块都掌握了以后,可以拼凑成各种不同的形式组织。运用模块式的思维方法(Modular thinking)是科学工作者重要的工具。

大脑皮质的内部结构大致分为六层,每个部分不完全相同,例如中央前回的皮质有五层,中央后回有七层,枕叶距状裂有八层。Brodmann 将大脑以解剖学上的不同结构,分为 52 个区。这些以解剖学为基础的分区最重要的是功能不同,也就是说,解剖与功能有不可分割的密切关系。这 52 个区有很多区的功能尚不甚明了,但主要的区域,如 1、2、3、4、6、8、17、18、19、39、41、42、44 等之功能与损害症状非常明显。故大脑可先切成四大块:额叶、顶叶、颞叶、与枕叶,每一叶又可依 Brodmann 区域分成几个小的模块,但不是简单的每一区都自成一个模块,如 1、2、3 区是感觉中心,形成一个模块。每一个模块应当有独立性及综合完整性,

对它们的认识和理解借助图解是最好的方法,可谓:“一图胜千字”。通过人脑模块式的图解许多的医学生与神经科见习医生得益非浅,不仅使了解人脑非常简便,而且掌握人脑的病变也不再是难事。这些图解适用于任何神经科疾病,而不只限于脑血管病。

(一) 大脑半球

1. 额叶

(1) 中央前回(pre central)损害症状(见图 1-1)

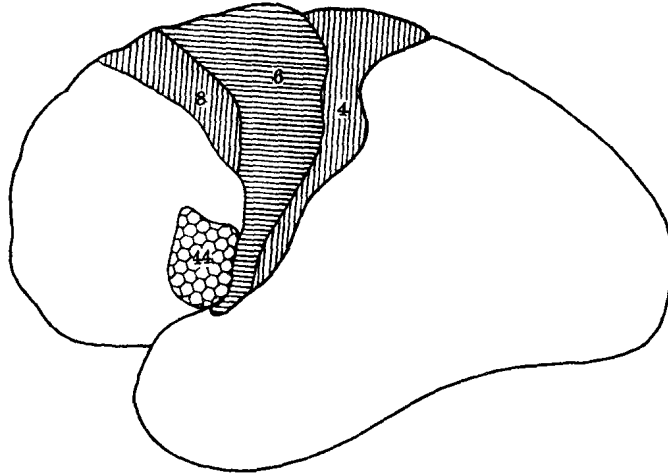


图 1-1 脑中央前回区(pre central)

① 运动中枢(4、6 区):

- 偏瘫;
- 肌肉紧张;
- 强握反射、掌下颏反射、噉嘴反射;
- 贾克森氏癫痫。

② 眼动中枢(8 区):

- 双眼向对侧注视瘫痪(向病灶侧注视);
- 对侧忽视。

③ 运动性语言中枢(44 区):Broca 氏失语。

(2) 前额叶(pre frontal)损害症状

① 精神障碍:记忆力丧失、智力迟钝、意志丧失、不能集中、不能计划。

② 情绪变化:

- 欣快症、喜开玩笑、动作幼稚;
- 抑郁症、淡漠、易激动。

③ 人格衰退:

- 衣着不整、行为无抑制、失禁。

2. 顶叶

(1) 中央后回区与丘脑(与皮质觉及一般感觉有关的通路)(见图 1-2)

① 中央后回损害症状(皮质感觉):

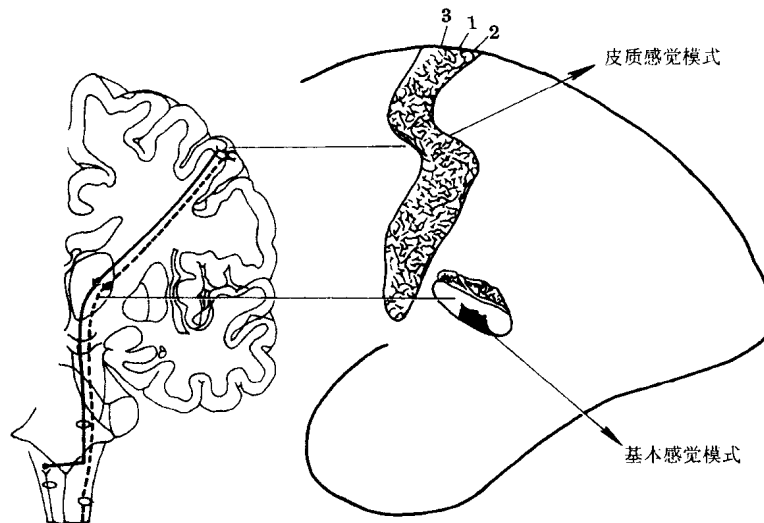


图 1-2 中央后回区与丘脑

- 位置觉；
- 两点区别觉；
- 图形觉；
- 实体觉；
- 两侧同时刺激，病灶对侧感觉丧失(double simultaneous stimulation)。

② 丘脑：

- 后腹内、外侧核损害症状(基本感觉)；
- 痛觉；
- 温度觉；
- 触觉；
- 振动觉。

人的所有的感觉都要经过丘脑这个重要中间站。基本感觉，如痛、温度、触与振动是在丘脑识别，无需大脑皮层。大脑中央后回皮质对感觉刺激进行精细与更高级的分析与鉴别，因此皮质感觉与基本感觉完全不同。

卒中(中风)病例最常见的是大脑中动脉区梗死可累及中央后回，而丘脑供血是来自大脑后动脉，故丘脑无损，所有基本感觉正常。临床检查病人对侧上下肢时，必须检查上列之皮质感觉而非基本感觉。相反，如病人患丘脑出血，则基本感觉受损而皮质感觉正常。

(2) 主侧顶叶角回(39区)与缘上回(40区)损害症状(见图 1-3)

① 盖斯曼氏(Gerstmann)综合征：

- 失写症、计算不能、不辨左右、不辨手指。

② 失读症(Alexia)

③ 失用症(Apraxia)

④ 失语症(命名性)(Nominal Aphasia)

⑤ 右侧忽视

⑥ 对侧同向性下象限盲(如顶叶病变侵及视放射上部纤维)

以上诸项症状的检查方法如下：

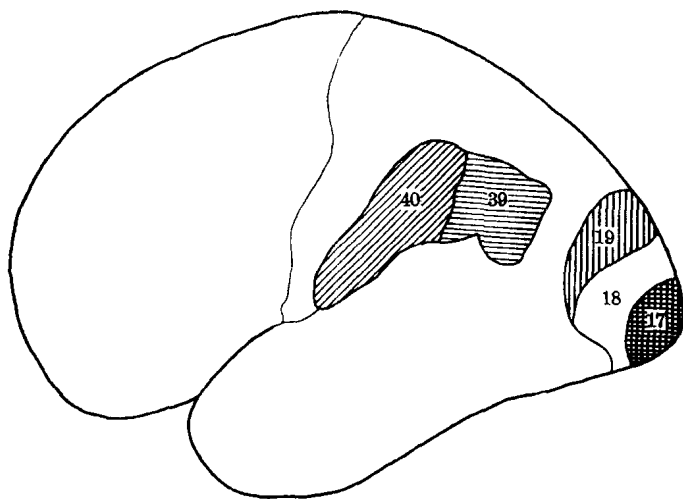


图 1-3 主侧顶叶角回与缘上回

- ① 失写：嘱其抄写、听写、默写。
 - ② 计算：心算 100 减 7 顺次递减。
 - ③ 分辨左右与手指：可同时进行，最佳法为医生将两手十指交叉（掌心对掌心），嘱病人指出医生的右食指或左中指，然后背面十指交叉（掌背对掌背），再嘱病人认左右指。
 - ④ 失读：嘱其读书或读报。
 - ⑤ 失用：
 - 面部：伸出舌头、咳、吹熄蜡烛；
 - 手部：致敬礼、招手道别、拿起笔写字。如何用牙刷、梳子、剪刀（不用实物，模仿动作）；拿出香烟，用火柴点火、吸烟，将烟灰置于灰盒；
 - 全身：站立、转身然后坐下、摆出打门的姿势。
 - ⑥ 失语：嘱其说出指定的人名或物品名。
- (3) 右顶叶角回与缘上回损害症状(见图 1-4)

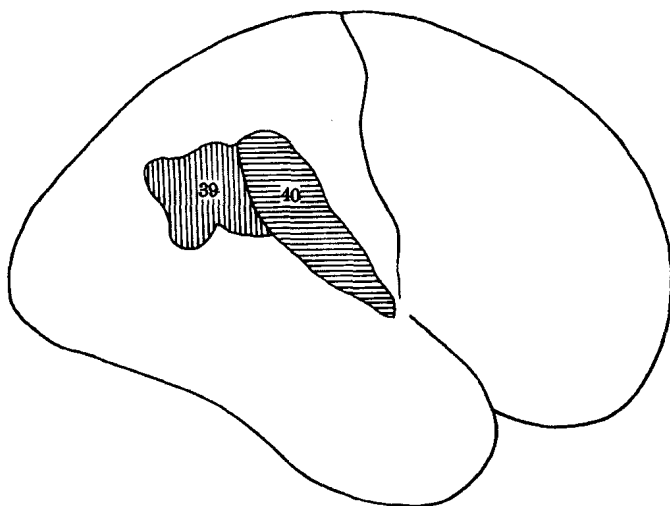


图 1-4 右顶叶角回缘上回及损害部位

- ① 偏瘫失认症(Agnosognosia)
- ② 偏瘫否认症(Denial of illness)
- ③ 左侧忽视
- ④ 构成失用:如穿衣失用。
- ⑤ 急性精神错乱(Acute confusion)

(4) 左右角回的不同点 顶叶还有一个第①区,此区的功能与枕回有密切关系,在下节再述。

角回 39 区所司的功能与损害症状左面与右面大不相同,这是大脑两半球最不对称的地区。角回是感觉中枢(3、2、1 区)、视觉中枢(17、18、19 区)与听觉中心(41、42 区),将外界所有的感受会集的中心,也就是所有感觉的总司令站,所以这区的功能特别高层与多样化:左脑角回是读、写、算、用的中心,此区受损则造成失读、失写、失算、失用,再加上左脑的 Wernicke 区与 Broca 区是语言中心;反观右角回功能则不多,主要是构成图形与外界的注意力,在临床所可检查的项目很少。从以上可引申出以下左右脑不同点:

- ① 左脑专司语言、读、写、算、用,这些功能的共同点是连续性(sequence)与时间性;右脑角回专司形象,右脑顶上回专司空间定向,这提示右脑的一项主要功能是空间性的。
- ② 学校里所教的所有科目主要都是训练左脑,右脑所受训的项目不多,如美术、音乐与体育。
- ③ 左脑角回一小区受损,则许多项智能顿失,大大减低智商,大幅度地造成多发性卒中(中风)痴呆症;右脑角回受损则影响智商不大。

(二) 颞 叶

颞叶海马回与副海马回连接着扣带回到达额叶底部,形成一个环带,此环带与记忆力和情欲有密切关系。

1. 颞叶损害症状

(1) 单侧受损症状

- ① 对侧同向性上象限盲,病灶为视放射。
- ② Wernicke 氏失语症,病灶为 Wernicke 区。命名性失语症,病灶为 37 区[见图 1-5(a)]。
- ③ 记忆力障碍,病灶为海马区[见图 1-5(b)]:

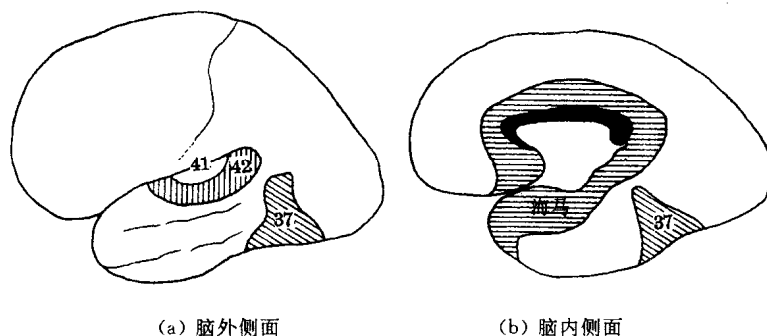


图 1-5 颞叶、海马与 Wernicke 区

- 左脑:涉及言语性的记忆;
 - 右脑:非言语性的记忆。
- ④ 精神变化:
 - 性情紊乱、抑郁、欣快、神经病行为,病灶为海马区与副海马区。

⑤ 癫痫症状

(2) 双侧受损症状

⑥ Korsakoff 氏记忆障碍

- ⑦ 无情、平淡 } Kluver-Bucy 综合征
⑧ 性亢进 }

2. 颞叶癫痫症状

① 听觉与前庭觉:

- 耳鸣、头晕、眩晕

② 言语停顿(主侧)。

③ 错觉:

- 听觉:声音响、近、远、轻、快、慢;
- 视觉:物体呈近、远、大、小、亮;
- 周围一切都像是很熟悉或以前见过(Deja Vu);
- 周围一切都像是很生疏(Jamais Vu)。

④ 幻觉:

- 听觉:听道音乐或人在讲话;
- 视觉:看到人物、景物;
- 嗅觉:恶臭气味(钩回与海马回)。

⑤ 情绪变化:

- 恐惧、抑郁、孤独感、愤怒、欣快。

⑥ 自动症:

- 咀嚼运动、咳嗽(脑岛)、手足不自主的动。

⑦ 精神错乱与遗忘

(三) 枕 叶

1. 枕叶的结构

枕叶主要包括第 17, 18, 19 区(见图 1-6), 距状裂上下之皮质为视觉中枢(17 区), 其上唇为楔回, 下唇为舌回。舌回与颞叶有密切关系, 楔回则与顶叶之楔前回有密切关系。

① 17 区:视觉中枢损害导致同向性偏盲, 如上唇受损则呈下象限盲, 下唇受损则呈上象限盲, 双侧受损则呈现皮质盲症状。第 17 区主要接收双眼传入的最基本视觉元素:点、线条、角度、光度、色彩与动、静态等。

② 18, 19 区:从 17 区所收到的基本视觉元素, 传至 18, 19 区才拼合起来成为一个完整的实体形象。第 18 区主要功能似“将部分综合为整体”。此区受损则患者只见部分不见整体, 只见树不见林, 只见字母而不见字(“拼音失读症”:病人不能读出英文字, 只能读其字母)。第 19 区的功能似将整体予以更高级的鉴别, 包括数字、文字的辨认、人面与物体的鉴别以及物体的色彩、位置、动静态等。

18, 19 区在距状裂上唇(楔回)与下唇(舌回)都有分布, 有关实体形象与颜色的资讯主要从枕叶向下传送到颞叶的腹部。有关实体的空间部位与动态的资讯主要从枕叶向上传送到顶叶的第 7 区。PETscan 研究显示, 当人脑作物体辨认时, 在枕颞叶的局部血流增加, 但

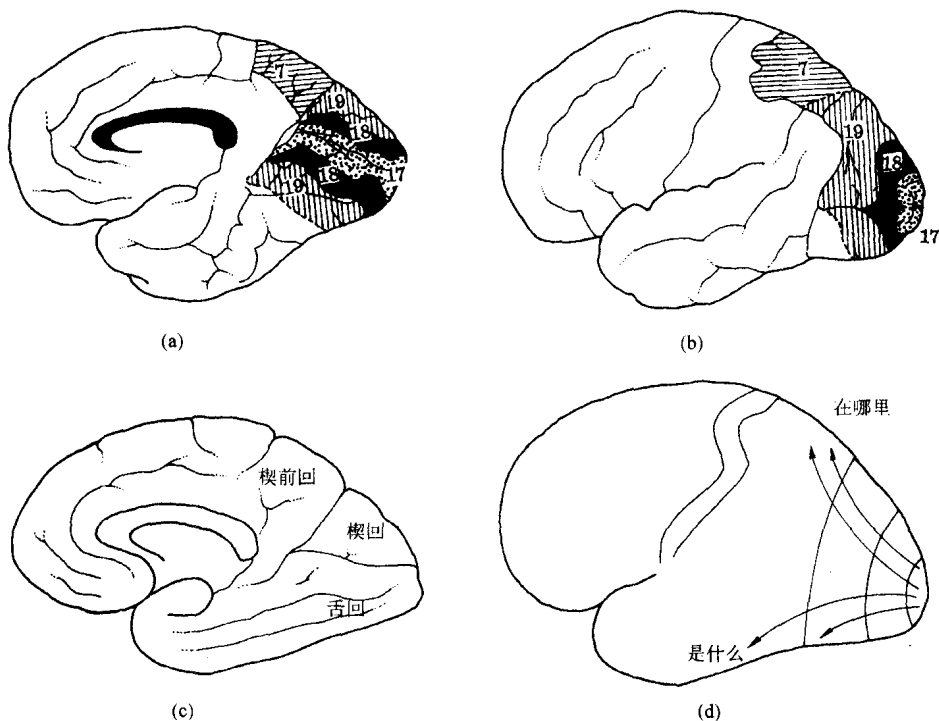


图 1-6 枕叶

如要辨别物体的空间位置或动态时,人脑的顶叶血流增加。

视觉信息需要传至颞叶,我们才知道“是什么”;视觉信息需要传至顶叶(第 7 区),我们才知道“在哪里”。故枕颞叶病变造成失认症,枕顶叶病变造成空间定向障碍(见图 1-6)。

③ 第 7 区(顶上叶之楔前回):脑电生理研究显示,电刺激此区引起眼与头转向对侧。眼动功能可分三种:①高速闪眼(Saccades) 如向右看、看天花板、看窗;②跟踪(Pursuit movements) 双眼跟踪一个在动的东西如医生的手指;③凝视(Fixation) 一个固定的目标。第 7 区有这三种特性的神经元(Saccade neurons, Visual tracking neurons, & Fixation neurons),此区是个视觉运动的中心,能转眼注视新的目标,也能指挥手指向目标。

④ 判断距离、位置、深浅、空间定位等的功能似寓于第 7 和第 19 区(楔前回与楔回),特别是右脑。

2. 枕顶叶的功能(7,18,19 区)

- ① 对视野里所有一切东西能同时辨认并综合的能力
- ② 转眼注视目标的能力
- ③ 指向目标的能力
- ④ 动态的辨认
- ⑤ 深度的辨认
- ⑥ 空间定向的能力

3. 枕叶单侧病变

- ① 对侧同向性偏盲或象限盲(上象限盲)
- ② 刺激病变

- 视觉幻像 简单的幻像如闪光、颜色、光星、圆圈、方形等(复杂的幻像如人物野兽等来自颞叶);
 - 视觉变形 视物显小症、视物显大症、物体显得太近、太远、拉长、颠倒、视物显多症、视物重复症等。
- ③ 急性精神错乱
- ④ 失读而无失写症(左枕叶与胼胝体受损)
- ⑤ 空间定向障碍(右枕叶)
4. 枕颞叶双侧病变症状(见图 1-7)

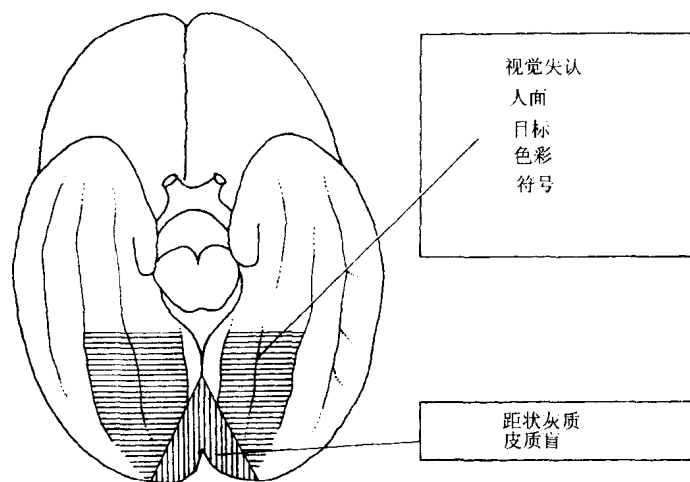


图 1-7

① 视觉中枢(17 区)受损症状

- 皮质盲:视觉完全丧失。强光照射及手热威吓都不能引起反射性闭眼。瞳孔对光反射正常。视乳头正常,视觉诱发电位消失。
- ② 舌回与梭状回受损症状
- 色彩辨觉不能 色盲可发生于象限区,或偏盲区或整个视野。色盲可能是全面的(只见黑白)或是部分的(褪色),但对形象的分辨正常。人面失认常与双侧上象限盲同时存在。
- 人面认识不能 患者不认识熟人的面孔,虽然他知所见的是人脸,但不知是谁的脸。此症不只限于人面,患者也不认哪一种鸟、哪一种水果、哪一种车。患者能鉴别类(比方鸟类),但失去鉴别种(比方乌鸦)的能力。病灶往往在舌回与梭形回而且是双侧受损,患者往往也有左侧上象限盲与色盲。
- 视觉认识不能 患者对所有看到的東西都不识,不能叫出其名,患者连鉴别类的能力也消失。患者非失明、非失语,头脑清楚,如抚摸或听或嗅该物体马上能认出来。病灶较面不识症时更大,患者几乎全伴有失读症。
- 急性神志不清 单侧副海马回-舌回-梭形回的病变(如脑后动脉梗塞),能导致急性精神错乱,症状为激动、混乱、定向力障碍、叫喊、臭骂等。易误诊为震颤性谵妄或发疯。患者常有偏盲或上象限盲。

5. 枕顶叶双侧损害症状

(1) Balint 氏综合征 其病灶包括双侧第 7, 19, 18 区, 症状有三:

① 同时辨认不能症(Simultanogesia): 不能看到视野的全面, 只见到局部。

② 眼运动不能(Ocular apraxia): 不能转眼注视新目标。

③ 视觉性运动失调(Optic ataxia): 不能正确地指向目标。

(2) 空间定向障碍 在自己熟悉的地方失去了方向, 例如找不到自己家的房间, 或医院所住的病房, 或找不到市中心的邮政局, 不知如何看地图或划国家的地图。

(四) 脑干定位

脑干结构复杂, 其定位似乎十分困难。其实, 只要把复杂的脑干结构简单化, 只留下主要部分脑干定位很简单。

1. 脑干由中脑、脑桥和延髓组成

脑干梗塞通常发生在内侧或外侧区, 因为其血供包括内侧旁中央动脉和短旋动脉(来自基底动脉)。另外, 有三支周缘大动脉-小脑上动脉、小脑前下动脉和小脑后下动脉, 供应脑干背部和小脑。最常见的临床脑干梗塞涉及内侧和外侧区(见图 1-8)。

(1) 脑干内侧综合征 锥体束和内侧丘系在脑干内侧, 内侧综合症的共同点:

① 对侧臂、腿或面部瘫痪;

② 对侧触觉、震动觉和位置觉受损。

(2) 脑干外侧综合征

① 三支外侧束受累: 脊髓丘脑侧束, 第 5 对脑神经下行支和交感神经束; 对侧身体及同侧面面部痛、温觉减弱, 有 Horner's 症。

② 小脑脚受累: 同侧小脑症状。

2. 脑神经是最有效的定位工具

3、4、6、12 对脑神经在内侧(眼和舌), 其他脑神经在外侧。脑神经提供脑干的经、纬向定位。

(1) 纬向 病灶在中脑、脑桥还是延髓? 如果 3 对或 4 对脑神经受损, 病灶在中脑; 如果 5、6 对或 7 对脑神经受损, 病灶在脑桥; 如果 8、9、10 对或 12 对脑神经受损, 病灶在延髓。

(2) 经向 病灶在脑干的内侧还是外侧? 如果 3、4、6 对或 12 对脑神经(眼或舌)受累, 病灶在内侧; 如果其他脑神经受累, 病灶在外侧。

3. 长束有助于经向定位

锥体束和内侧丘系在脑干的内侧, 如果出现锥体束症状或出现震动, 或位置觉障碍, 那么病灶在内侧; 脊髓丘脑侧束, 第 5 对脑神经下行束和交感神经束在外侧, 如果外侧脑干受损, 那么对侧身体及同侧面面部针刺痛觉及温度觉减弱, 出现 Horner's 征。但长束不能帮助确定病灶在中脑、脑桥还是延髓。

4. 三对小脑脚

上小脑脚在中脑, 中小脑脚在脑桥, 下小脑脚在延髓, 如果一侧小脑脚受损, 那么这一侧将出现小脑症状。

综上所述, 有以下要点:

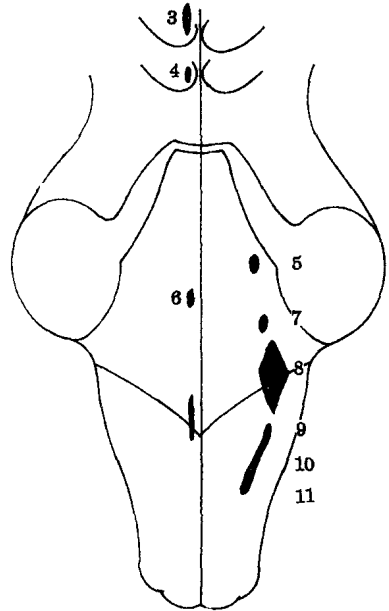


图 1-8 脑神经定位图