

# 神经系统考点梳理

## 第一部分

### 1. 小脑

	小脑蚓部	小脑半球
症状	躯干共济失调	同侧肢体共济失调
具体表现	轴性平衡障碍, Romberg 征阳性 ① 躯体不能保持身体直立, 向前、向后倾倒 ② 步态蹒跚, 呈醉酒步态	① 指鼻、跟膝胫、轮替动作不稳 ② 水平性眼球震颤, 眼球向病灶侧注视时震颤更粗大 ③ 上肢动作影响重, 远端动作影响重, 精细动作影响重

### 2. 大脑

部位	功能	病损临床表现
额下回后部	说话中枢(运动性语言中枢)	运动性失语(不会说)
额中回后部	书写中枢	失写症(不会写)
颞上回后部	听话中枢(感觉性语言中枢)	听觉性(感觉性)失语(听不懂)
角回	阅读中枢(视觉性语言中枢)	命名性失语, 失读症(不会读)

### 3. 感觉障碍的定位诊断

受损部位	临床表现	常见疾病
皮质	中央后回受损, 表现为病变对侧复合感觉障碍, 可表现为病灶对侧一个上肢或下肢的感觉障碍	——
内囊	表现为病灶对侧偏身型感觉障碍, 常伴偏瘫及偏盲(三偏综合征)	脑血管疾病
丘脑	表现为病灶对侧偏身完全性感觉障碍, 常伴自发性疼痛(丘脑痛)	脑血管疾病
脑干	延髓外侧受损表现为病灶对侧一侧肢体分离性感觉障碍和同侧的颜面部痛、温觉缺失	延髓背外侧综合征
脊髓后角	表现为病灶侧出现节段性分离性感觉障碍, 痛、温觉消失, 但触觉和深感觉依旧存在	脊髓空洞症
脊髓后根	表现为患侧节段性的感觉障碍, 常伴剧烈的放射性疼痛	腰椎间盘突出
脊髓半切综合征	受损平面以下病灶侧深感觉障碍, 痛温觉正常, 对侧痛温觉障碍	外伤, 脊髓占位性病变
脊髓贯穿伤	受损平面以下所有感觉均缺失, 同时伴有截瘫及大小便障碍	脊髓肿瘤
周围神经干	该神经干分布区内各种感觉均减退或消失	尺、桡神经损伤
神经末梢	表现为四肢对称性末端各种感觉障碍, 呈手套-袜套样分布, 远端重于近端	多发性神经病

### 4. 上下运动神经元瘫痪

(1) 上运动神经元瘫痪=硬瘫=中枢性瘫, 损害结构包括大脑皮层运动区、锥体束。高(肌张力增高)、亢(腱反射亢进)、阳(病理反射阳性)。肌传导, 不萎缩。

(2) 下运动神经元瘫痪=软瘫=周围性瘫痪，损害结构包括脊髓前角细胞、脑神经运动核及发出的轴突。低(肌张力减低)、凹(腱反射消失)、阴(病理反射阴性)。失传导，肌萎缩。

## 5. 运动障碍的定位诊断

部位↴	表现↴		启明老师速记↴
皮层损伤↴	对侧单瘫↴		“对侧支配”↴
脑干损伤（交叉瘫）↴	同侧脑神经弛缓性瘫痪及对侧肢体痉挛性瘫痪↴		“同面软、对肢硬”↴
内囊损伤（三偏征）↴	对侧偏瘫、对侧偏身感觉减退及对侧同向偏盲↴		“三对囊”↴
脊髓前角运动细胞↴	弛缓性瘫痪，呈节段性分布，无感觉障碍↴		“前角管运动、后角管感觉”↴
脊髓损伤↴	颈膨大以上↴	四肢硬瘫↴	“上很硬”↴
	颈膨大（C5—T1）↴	上肢软瘫、下肢硬瘫↴	“上软下硬”↴
	胸髓损伤↴	上肢正常、下肢硬瘫↴	“胸下硬”↴
	腰膨大（L1—S2）↴	上肢正常、下肢软瘫↴	“腰不好，下面软”↴
	脊髓圆锥损伤↴	会阴部麻木、二便失禁，四肢感觉运动正常↴	“圆锥只管会阴”↴
脊髓半切综合征↴	同侧深感觉和运动障碍、对侧浅感觉障碍↴		“同深对浅”↴

## 6. 吉兰—巴雷四主征：

- (1) 运动——对称性、迟缓性瘫痪——最重。
- (2) 感觉——手套-袜套样感觉缺失、感觉异常。
- (3) 脑神经——双侧面神经麻痹最常见，其次是舌咽及迷走神经。
- (4) 自主神经——出汗增多、皮肤潮红、心动过速。

## 7. 颈内动脉系统

受累血管	病损表现
颈动脉主干	眼动脉缺血：患侧单眼一过性黑朦、失明，同时伴对侧偏瘫及感觉障碍(眼动脉交叉瘫) Honer 征交叉瘫：病灶侧 Honer 征，对侧肢体偏瘫
大脑前动脉	主要表现为人格和情感障碍，伴对侧下肢无力
大脑中动脉	病灶对侧肢体单瘫、面瘫和舌瘫，同时可出现对侧肢体偏身感觉障碍和对侧同向性偏盲 优势半球：出现失语、失用

## 8. 椎-基底动脉系统

视力障碍	双侧大脑后动脉受累，导致枕叶视皮质一过性缺血，双眼一过性黑朦、失明
跌倒发作	脑干下行网状结构缺血，表现为下肢突然失去张力跌倒，无意识丧失
短暂性全面遗忘综合征	双侧大脑后动脉受累，导致边缘系统短暂性缺血，表现为短时间记忆丧失，以空间定向障碍为主要表现，保留谈话、书写和计算能力

## 9. 蛛网膜下腔出血与脑出血的鉴别

	高血压性脑出血	蛛网膜下腔出血
病因	高血压，动脉粥样硬化	颅内动脉瘤
血压	显著增高	正常或轻度升高
头痛程度	较剧烈	一生中最严重的头痛，极常见

意识障碍	持续性昏迷	一过性意识障碍
局灶体征	偏瘫、偏身感觉障碍、失语	脑膜刺激征（颈项强直、克氏征）无局灶性体征
CT	脑实质内高密度影	脑沟、脑池高密度影
脑脊液检查	洗肉水样	均匀一致的血性脑脊液

#### 10. 小脑幕切迹疝与枕骨大孔疝的鉴别

	小脑幕切迹疝（海马、钩回疝）	枕骨大孔疝（小脑扁桃体疝）
解剖	颞叶海马回、钩回通过小脑幕切迹被推移至幕下	小脑扁桃体及延髓经枕骨大孔推挤向椎管内
临床表现	剧烈头痛、喷射性呕吐、视神经乳头水肿 瞳孔改变 先缩小→后扩大 对光反射 患侧迟钝→消失 病理征阳性 意识改变：嗜睡→浅昏迷→深昏迷	颅内压增高三主征 双侧瞳孔忽大忽小；颈项强直，强迫头位； 生命体征紊乱出现早，较早出现呼吸、心跳骤停死亡。 意识改变出现晚
治疗	降低颅内压， <b>颞肌下减压术</b> 侧脑室体外引流术	降低颅内压， <b>枕肌下减压术</b> 侧脑室体外引流术

## 第二部分

### 一、面神经炎

记忆：**鼓气漏气 Bell 征，歪眉斜眼维生素。**

1. 病因—病毒感染，受凉史。
2. 临床表现—**额纹消失**. 眼睑不能闭合. 不能皱额蹙眉。口角偏向健侧，鼓气或吹口哨时漏气。Bell 征：**闭露征（闭合不全）+（露眼白）**；

【Hunt综合征】：“四个T”，**味觉障碍（Taste）听觉过敏（Ting）乳突疼痛（Tong）外耳道疱疹及感觉减退（Tui）**。

3. 治疗—首选**糖皮质激素**，恢复期可加用 **VB 族**。

### 二、三叉神经痛

1. 临床表现:短暂. 突发. 反复发作的剧痛。特点：**触发点或扳机点**. **没有阳性体征**。
2. 治疗首选**卡马西平**，次选三叉神经根的手术切除。老人药物无效选射频热凝术。

记忆：**上颌下颌和眼周，突发疼痛扳机点。卡马西平当首选。**

### 三、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病 吉兰-巴雷综合征

1. 病因—最常见的为**空肠弯曲菌**。
2. 临床表现—腹泻起病，**运动障碍比感觉障碍重的多**。  
运动——**对称性，迟缓性瘫痪**——最重。感觉——手套袜套样感觉缺失. 感觉异常。  
脑神经——面神经（双侧）. 舌咽及迷走神经。自主神经——出汗增多. 皮肤潮红。
3. 辅查：脑脊液—**蛋白-细胞分离**（3周最明显）。
4. 治疗—**血浆交换**。

最大威胁**呼吸肌麻痹**！保持呼吸道通畅，必要时气管切开，呼吸机人工辅助。

记忆：**四肢对称上软瘫，四肢手套蛋白离。格林-巴利神经病。气道畅通呼吸机。**

### 四、脊髓压迫症

1. 病因-最常见的是**外伤和结核**。髓外肿瘤：神经鞘膜瘤；髓内肿瘤：神经胶质细胞瘤；
2. 诊断和鉴别诊断  
**髓外病变:根性疼痛剧烈，感觉障碍自远及近发展，有脊髓半切综合征；脊髓碘剂造影呈杯口状。**

髓内病变：广泛明显的肌萎缩；感觉障碍自近向远发展，有感觉分离现象；脊髓碘剂造影呈梭形膨大。

记忆：髓外根痛阻塞早，蛋白增高杯口倒。髓内感觉多分离，梭形肿大易潴留。

3. 治疗：手术是唯一切实有效的措施。

## 五、急性脊髓炎

1. 病因——病毒感染后引起的自身免疫反应。

2. 诊断与鉴别诊断

病毒感染或接种史+急性起病+脊髓横贯性损害（运动：截瘫、四肢瘫、脊髓休克；感觉：束带感）+脑脊液检查（脑脊液蛋白细胞基本正常-确诊）

3. 治疗：①急性期-糖皮质激素；②恢复期-加强肢体锻炼，促进肌力恢复。

四肢无力+手套感袜子感+腓肠肌压痛+脑脊液蛋白细胞分离=吉兰巴雷

四肢无力+手套感袜子感+大小便异常（尿便潴留、充盈性尿失禁）=急性脊髓炎

都是软瘫——区别是尿潴留！脊髓炎有尿潴留；吉兰巴雷-大小便正常！

## 六、短暂性脑缺血发作

1. TIA 一次发作常持续 5~20min，其症状在 24h 内完全恢复。

2. 病因——动脉粥样硬化（最常见）。

3. 临床表现：颈内动脉系统 TIA——病变对侧单肢无力或偏瘫、偏身感觉障碍；单眼一过性黑朦。主侧半球受累时出现失语。椎-基底动脉系统——眩晕、平衡失调。

注意：颈动脉-病变侧单眼一过性黑朦。椎-基底动脉-双眼视力障碍（一过性黑朦）。

4. 治疗：常规治疗首选阿司匹林（偶尔发作的）。频繁发作或伴发房颤，静脉肝素抗凝。

5. 脑血栓：脑内形成栓子；动脉粥样硬化或 TIA 多见，安静缓；6 小时内溶栓。

脑栓塞：栓子来自左心房；房颤多见；运动起病急；6 小时内溶栓。

## 七、脑出血

1. 病因——高血压动脉硬化（最常见）。

2. 临床表现——基底节区出血（最多见）

基底节区出血：对侧“三偏征”；脑桥出血，双眼向患侧凝视。

小脑出血：共济失调；脑室出血：强烈脑膜刺激征。针尖样瞳孔。

3. 诊断及鉴别诊断-CT 脑实质有高密度影像。

4. 治疗原则：甘露醇降颅压；脑出血-禁用利血平、硝普钠，只用速尿和硫酸镁

➢ 血压需要超过 200/110 mmHg 首选尼莫地平/尼群地平；

➢ 降压目标为 160/90 mmHg 不需要把血压降到正常。

颅内血肿；小脑出血 ≥10ml 必须手术；壳核出血 ≥30ml 必须手术；丘脑出现量 ≥15ml

记忆：三个壳的小妖精带着 15 个比卡丘！

## 八、蛛网膜下腔出血 SAH

1. 病因——颅内动脉瘤，脑（脊髓）血管畸形。

2. 临床表现——无偏瘫、无局灶体征。

1) 剧烈头痛、颈部疼痛、典型脑刺激征；2) 眼底见玻璃体膜下片块状出血（最特异性）

3. 诊断和鉴别诊断：首选-CT（100%），显示脑沟、脑池或外侧裂中有高密度影。

脑血管造影是确定 SAH 病因的必需手段（血管有蜂窝状流空影=血管动静脉畸形）。

4. 治疗——控制血压、止血镇静、及时介入治疗；禁用阿司匹林。

## 九、帕金森病

1. 发病机制：震颤麻痹病变主要位于黑质和黑质纹状体通路末梢处多巴胺减少。

2. 临表：静止性震颤（典型）+“慌张步态”+“面具脸”（肌张力增高呈铅管样强直）。

3. 治疗：1. 抗胆碱能药物-震颤首选苯海索（安坦）。2. 左旋多巴制剂-左旋多巴+卡比多巴。

3. 金刚烷胺-促进释放 DA 和减少 DA 再摄取。

## 十、偏头痛/紧张性头痛

偏头痛：搏动性、周期性发作；位于眼眶后—半侧—全头；精神症状；麦角胺/曲普坦；苯噻啶预防。紧张性头痛：紧箍感；双侧头颈部—肩背部；非甾体抗炎药/抗抑郁药。

## 十一、癫痫

### 1. 部分发作

(1) 单纯部分发作：a 视物变形 b 杰克逊癫痫（中央前回）从拇指开始反复一个肢体抽动

(2) 复杂部分：有意识障碍；自动症：反复搓手舔舌；又叫颞叶癫痫。精神运动性癫痫

2. 全面发作：大发作/强直阵挛发作 表现：口吐白沫、脚弓反张、尿失禁

3. 癫痫持续状态：全面强直阵挛发作持续 5min 以上。停药不当和不规范药物治疗—最常见。

4. 诊断：首选病史（不能诊断病因）；脑电图不能确诊；病因诊断首选 CT, MRI。

5. 治疗——注意：根据发作类型选药：部分性发作——卡马西平（首选）、苯妥英钠

全面强直阵挛发作——丙戊酸钠（首选）；失神发作——乙琥胺（首选），丙戊酸钠

大发作合并小发作——丙戊酸钠（首选）；癫痫持续状态——地西泮（安定）

记忆：大本小乙丙全能，持续状态用安定！

## 十二、重症肌无力 MG

1. 病因——自身抗体介导的 AchR 的损害有关。主要由 AchR 抗体介导，伴发胸腺瘤。

2. 临床表现与分型：首发症状-眼外肌力弱或瘫痪，瞳孔括约肌不受影响。

四肢-以近端重，双侧对称。“晨轻暮重”和“病态疲劳现象”——特征。

咳嗽无力、呼吸困难（侵犯呼吸肌和膈肌），称“重症肌无力危象”，致死主因。

3. 诊断：特异性：疲劳试验（Jolly 试验）、抗 Ach 药物/新斯的明/腾喜龙试验。

4. 治疗——抗胆碱酯酶抑制剂：新斯的明（首选）；

5. 危象的处理：(1) 最常见——肌无力危象：加大抗胆碱酯酶药物用量，尽早气管切开。(2)

胆碱能危象：停用抗胆碱酯酶药物，立即气管切开。依酚氯铵（腾喜龙）静注，症状加重—证明胆碱能危象。(3) 反拗现象：少部分胸腺瘤切除术后患者，出现抗胆碱酯酶药突然失效。

立即停药，加糖皮质激素。

## 十三、周期性瘫痪（低钾性周期性麻痹）

1. 临床表现：青年时起病，有发作诱因。多在夜间发生，清晨醒来时发现肌无力，瘫痪呈弛缓性，多为对称性，近端重。心电图出现 U 波、Q-T 延长、T 波变平或消失，S-T 段降低。

2. 治疗——发作期治疗 每小时口服 10%氯化钾溶液 30ml 至症状好转为止。