

# 【精神、神经系统】

## 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，梭形肿大易滞留。

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**  $\geq 10\text{ml}$  必须手术；**壳核出血**  $\geq 30\text{ml}$  必须手术；**丘脑出血量**  $\geq 15\text{ml}$

**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