

<<神经与精神病学临床实习指南>>

图书基本信息

书名：<<神经与精神病学临床实习指南>>

13位ISBN编号：9787030366221

10位ISBN编号：7030366220

出版时间：2013-2

出版时间：科学出版社

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<神经与精神病学临床实习指南>>

书籍目录

第一部分 神经病学临床实习指南临床实习指导第一章 神经系统疾病的常见症状第一节 意识障碍第二节 失语症第三节 视觉障碍和视野缺损第四节 眼球运动障碍第五节 眩晕与听觉障碍第六节 晕厥与癫痫发作第七节 躯体感觉障碍第八节 瘫痪第九节 不自主运动第十节 共济运动第二章 周围神经疾病第一节 概述第二节 三叉神经痛第三节 特发性面神经麻痹第四节 坐骨神经痛第五节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病第三章 脊髓疾病第一节 概述第二节 急性脊髓炎第三节 脊髓压迫症第四章 脑血管疾病第一节 概述第二节 短暂性脑缺血发作第三节 脑梗死第四节 脑出血第五节 蛛网膜下腔出血第六节 高血压脑病第七节 其他动脉性疾病第八节 颅内静脉窦及脑静脉血栓形成第五章 中枢神经系统感染第一节 概述第二节 病毒感染性疾病第三节 中枢神经系统结核病第四节 脑寄生虫病第六章 中枢神经系统脱髓鞘疾病第一节 多发性硬化第二节 急性播散性脑脊髓炎第七章 运动障碍疾病第一节 帕金森病第二节 小舞蹈病第八章 癫痫第一节 概述第二节 部分性发作第三节 全面性发作第四节 常见的癫痫或癫痫综合征第五节 癫痫持续状态第九章 头痛第一节 概述第二节 偏头痛第三节 紧张性头痛第四节 低颅压性头痛第十章 神经-肌肉接头疾病第十一章 肌肉疾病第一节 进行性肌营养不良症第二节 周期性瘫痪诊疗常规第十二章 周围神经疾病第一节 三叉神经痛第二节 面神经炎第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病第四节 坐骨神经痛第十三章 脊髓疾病第一节 急性脊髓炎第二节 脊髓肿瘤第十四章 脑血管疾病第一节 短暂性脑缺血发作第二节 脑梗死第三节 脑出血第四节 蛛网膜下腔出血第五节 高血压脑病第六节 其他动脉性疾病第七节 脑静脉系统血栓形成第十五章 中枢神经系统感染第一节 单纯疱疹病毒脑炎第二节 脑囊虫病第三节 带状疱疹病毒脑炎第十六章 中枢神经系统脱髓鞘性疾病第一节 多发性硬化第二节 急性播散性脑脊髓炎第十七章 运动障碍疾病第一节 帕金森病第二节 小舞蹈病第十八章 癫痫第十九章 头痛第一节 偏头痛第二节 紧张性头痛第三节 低颅压性头痛第二十章 神经-肌肉接头疾病第二十一章 肌肉疾病第一节 进行性肌营养不良症第二节 周期性麻痹第二部分 精神病学临床实习指南临床实习指导第一章 精神病学症状学第一节 认知过程的障碍第二节 情感过程的障碍第三节 意志行为的障碍第四节 意识障碍第五节 临床思维第二章 精神科常见疾病病例分析第一节 器质性精神障碍第二节 酒精所致精神障碍第三节 精神分裂症第四节 心境障碍第五节 偏执性精神障碍第六节 神经症第七节 儿童少年期精神障碍诊疗常规第三章 精神障碍的病史采集及精神状况检查第一节 精神障碍的病史采集第二节 精神状况检查第三节 病历格式与内容第四章 精神疾病的常用治疗手段第一节 精神疾病的药物治疗第二节 无抽搐电休克 (MECT) 治疗第五章 精神科常见疾病诊疗常规第一节 器质性精神障碍第二节 酒精所致精神障碍第三节 精神分裂症第四节 心境障碍第五节 偏执性精神病第六节 神经症第七节 儿童少年期精神障碍

<<神经与精神病学临床实习指南>>

章节摘录

临床实习指导第一章 神经系统疾病的常见症状第一节 意识障碍病例1-1-1患者，男性，64岁，1小时前情绪激动后突发意识欠清，于门诊行头颅CT检查，结果显示左侧基底核区大片状高密度影。

查体：体温36.5℃，血压180/100mmHg，脉搏80次/分，呼吸24次/分，患者能被唤醒，醒后能简单回答问题及勉强配合检查，停止刺激后即又入睡，入院第2日患者问话无应答，压眶反射、角膜反射存在，双眼向左侧凝视，双瞳孔等大同圆，直径约3.0mm，四肢无自主运动，Babinski征（-，+）。

问题：1.本患者发病当时及入院第2日的意识障碍分别属于哪种类型？

2.嗜睡、昏睡及昏迷如何鉴别？

参考答案和提示：1.昏睡，浅昏迷。

2.嗜睡为持续睡眠状态，可唤醒，醒后基本上能正常交谈，配合检查，停止刺激后又进入睡眠状态。昏睡为较深睡眠状态，较重的疼痛或言语刺激方可唤醒，醒后对问话作简单模糊的回答，即又入睡。昏迷为意识丧失，对言语刺激无应答反应，可分为浅、中、深昏迷。

（1）浅昏迷：对疼痛刺激有躲避反应及痛苦表情，存在无意识自发动作，各种生理反射存在，生命体征平稳。

（2）中昏迷：对重的疼痛刺激稍有反应，很少无意识自发动作，各种生理反射减弱，生命体征轻度改变。

（3）深昏迷：对疼痛无反应，无意识自发动作、各种生理反射均消失，生命体征异常。

临床思维：意识障碍以觉醒度改变为主的意识障碍，临床上表现为嗜睡、昏睡、浅昏迷、中昏迷、深昏迷。

以意识内容变化为主的意识障碍，临床分为意识模糊和谵妄。

意识模糊表现为注意力减退，情感反应淡漠，定向力障碍，活动减少，语言缺乏连贯性，对外界刺激可有反应，但低于正常水平。

谵妄是一种急性的脑高级功能障碍，患者对周围环境的认识及反应能力均有下降，表现为认知、注意力、定向、记忆功能受损，思维推理迟钝，语言功能障碍，错觉、幻觉、睡眠觉醒周期紊乱等，表现为紧张、恐惧和兴奋不安，甚至可有冲动和攻击行为，昼轻夜重，持续数小时或数天，常见于脑炎、脑血管病、脑外伤、代谢性脑病、酸碱平衡及水电解质紊乱、营养物质缺乏、高热、中毒等。

【特殊类型的意识障碍】包括去皮质综合征、无动性缄默症、植物状态等。

1.去皮质综合征能无意识睁眼闭眼、咀嚼、吞咽，瞳孔对光反射、角膜反射存在，对刺激无反应，呈上肢屈曲、下肢伸直姿势（去皮质强直），尿便失禁，可有病理征，保持觉醒-睡眠周期，为大脑皮质广泛损害而脑干上行网状激活系统正常，见于缺氧性脑病、脑炎、中毒、脑外伤和严重脑卒中等大脑皮质广泛损害等。

2.无动性缄默症对刺激无意识反应，四肢不能活动，可无目的睁眼或眼球运动，有觉醒-睡眠周期，呈过度睡眠状态；体温高、心律或呼吸节律不规则、尿便潴留或失禁，无锥体束征，为脑干上部、丘脑网状激活系统及前额叶-边缘系统损害所致。

3.植物状态指大脑半球严重受损而脑干功能相对保留的一种状态。

患者表现对自身和外界的认知功能完全丧失，呼之不应，不能与外界交流，有自发性或反射性睁眼，偶可发生视觉追踪，可有无意义哭笑，存在吮吸、咀嚼和吞咽等原始反射，大小便失禁，存在觉醒-睡眠周期。

【鉴别诊断】闭锁综合征、意识缺乏症、木僵。

1.闭锁综合征指患者意识清醒，四肢及大部分脑神经瘫，只能以睁闭眼及眼球上下活动与外界联系，为桥脑基底部病变，双侧皮质脊髓束及桥脑以下皮质延髓束受损所致。

2.意识缺乏症双侧额叶病变所致，缺乏始动性而不语少动，对刺激无反应，无欲望，呈严重淡漠状态，运动感觉功能存在，记忆功能尚好，可有额叶释放反射，如掌颞反射、吸吮反射等。

3.木僵见于精神分裂症的紧张性木僵、严重抑郁症的抑郁性木僵、反应性精神障碍的反应性木僵等。

第二节 失语症病例1-1-2患者，老年男性，6小时前出现右侧肢体无力，行走不稳，并有言语笨拙，表达障碍，能理解他人讲话内容。

<<神经与精神病学临床实习指南>>

医院就诊后查头颅MRI，结果显示脑栓塞。

问题：1.患者失语的类型是什么？

2.脑栓塞的定位在什么部位？

参考答案和提示：1.Broca失语Broca失语为典型非流利型失语，表达障碍最突出，语量少，找词困难，口语理解较好，复述、命名、阅读及书写不同程度受损。

2.优势半球Broca区（额下回后部）或相应皮质下白质病变。

病例1-1-3患者，老年女性，晨醒后出现讲话让他人难以理解，空话连篇，错语多，答非所问，但发音清晰，并伴有右侧肢体活动失灵，由家属急送医院，行头颅MRI，结果显示脑栓塞。

问题：1.患者失语的类型是什么？

2.脑栓塞的定位在什么部位？

参考答案和提示：1.Wernicke失语口语理解严重障碍，流利型口语，语量多，发音清晰，但错语多，空话连篇，难以理解，答非所问，复述及听写障碍。

2.优势侧颞上回后部病变。

临床思维：失语症失语症是后天脑损害所致的语言交流能力（主要是语言理解、语言表达能力）的障碍。

【临床分型】1.外侧裂周围失语综合征共同特点是均有复述障碍。

（1）Broca失语：典型非流利型口语，表达障碍最突出，语量少，找词困难，口语理解较好，复述、命名、阅读及书写不同程度受损。

优势半球Broca区（额下回后部）或相应皮质下白质病变。

（2）Wernicke失语：口语理解严重障碍，流利型口语，语量多，发音清晰，但错语多，空话连篇，难以理解，答非所问，复述及听写障碍。

优势侧颞上回后部病变。

（3）传导性失语：口语清晰，听力、理解力正常，自发语言正常，复述不成比例受损是最大特点，自发讲话能说出的词也不能复述，为优势半球缘上回皮质、Wernicke区病变。

2.经皮质性失语共同特点为复述相对保留；可为运动性、感觉性或混合性失语；为分水岭区病变所致。

3.完全性失语所有的语言功能明显障碍，口语近于哑，只能发出“吗”“吧”等声音（刻板性语言），听理解、复述、命名、阅读和书写均严重障碍，预后差；优势半球大范围病变所致。

4.命名性失语不能命名，但能描述物品功能，口语表达表现找词困难、赘语和空话，听理解和复述正常；优势侧颞中回后部病变。

5.皮质下失语综合征指丘脑、基底核、内囊、皮质下深部白质等部位病损所致的失语；常由脑血管病、脑炎引起。

【鉴别诊断】构音障碍，是发音器官的神经肌肉病变使发音器官肌无力及运动不协调所致的口语语音障碍。

第三节 视觉障碍和视野缺损病例1-1-4患者，男性，46岁，有家族性高血压病史14年，且有吸烟史20余年，看电视时突发双眼视物不清，5~10分钟后缓解，恢复至正常。

问题：1.患者的症状最常见于何种疾病？

2.需与何种疾病鉴别？

参考答案和提示：1.双侧枕叶视中枢短暂性脑缺血发作。

2.本病需与以下疾病相鉴别 眼动脉或视网膜中央动脉闭塞及颈内动脉系统短暂性脑缺血发作，均表现为单眼视力障碍。

原发性视神经萎缩，表现为进行性视力障碍。

病例1-1-5患者，男性，58岁，有冠心病心律失常-房颤病史3年。

突发看书时仅看清书页的左半部分，右半部分发黑，并出现右侧肢体无力，行CT扫描后，临床诊断为脑栓塞。

问题：1.患者的症状称为什么？

2.病变部位在何处？

<<神经与精神病学临床实习指南>>

参考答案和提示：1.双眼同向性偏盲。

2.病变定位在视束、外侧膝状体、视辐射或视中枢。

临床思维：视觉障碍和视野缺损【视觉障碍】1.突发单眼视力丧失见于眼动脉或视网膜中央动脉闭塞；颈内动脉系统TIA或典型偏头痛先兆可导致一过性黑。

2.进行性单眼视力障碍数小时或数日达到高峰，见于球后视神经炎、脱髓鞘疾病；先有视野缺损，逐渐出现视力障碍和失明，为视神经压迫性病变。

3.一过性双眼视力障碍见于双侧枕叶视中枢短暂性缺血发作。

4.进行性双眼视力障碍见于原发性视神经萎缩、慢性视乳头水肿、中毒或营养缺乏性神经病。

【视野缺损】1.双眼颞侧偏盲视交叉中部病变如垂体瘤、颅咽管瘤等导致，使来自双眼鼻侧视网膜纤维受损。

2.双眼对侧同向性偏盲视束、外侧膝状体、视辐射及视中枢病变导致病灶对侧视野同向性偏盲。

视中枢病变中心视野常保留（黄斑回避），可能因黄斑区纤维投射至双侧枕叶视皮质所致。

3.双眼对侧同向上象限盲为视辐射下部受损，颞叶后部病变引起。

4.双眼对侧同向下象限盲为视辐射上部受损，顶叶病变引起。

第四节 眼球运动障碍病例1-1-6患者，女性，72岁，有糖尿病史，因“视物双影3天”就诊。

查体：右眼球外斜视，向上、向内及向下运动受限。

左瞳孔直径3.0mm，右瞳孔直径4.0mm，右侧瞳孔对光反射及调节反射消失。

问题：1.患者的症状称为什么？

2.如何区分周围性眼肌麻痹、核性眼肌麻痹、核间性眼肌麻痹、核上性眼肌麻痹？

参考答案和提示：1.右侧动眼神经麻痹。

2.区分如下：周围性眼肌麻痹见于动眼神经麻痹，滑车神经麻痹，外展神经麻痹。

核性眼肌麻痹系脑干病变导致眼球运动神经核受损，病变常累及邻近结构，如外展神经核损害累及面神经和锥体束，出现外展、面神经交叉瘫；动眼神经亚核多而分散，病变仅累及部分核团可引起某一眼肌受累，常累及双侧。

核间性眼肌麻痹病变主要损害脑干的内侧纵束。

内侧纵束连接一侧动眼神经内直肌核与对侧外展神经核，使眼球水平同向运动，病变时引起眼球协同运动障碍，见于脑干腔隙性梗死或多发性硬化。

中枢性（核上性）眼肌麻痹为皮质侧视中枢（额中回后部）病变（如脑血管疾病）所致，出现向病灶对侧（偏瘫侧）凝视麻痹，表现为两眼凝视病灶；刺激性病灶使两眼向病灶对侧凝视。

临床思维：眼球运动障碍眼球运动神经包括：动眼神经支配提上睑肌、上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌、瞳孔括约肌和睫状肌；滑车神经支配上斜肌；外展神经支配外直肌。

【眼肌麻痹】1.周围性眼肌麻痹眼球运动神经损害所致。

（1）动眼神经麻痹：眼外肌麻痹表现为上睑下垂、外斜视、眼球向上、向内及向下运动受限，出现复视；眼内肌麻痹如瞳孔散大、光反射及调节反射消失。

复视是眼外肌麻痹时眼球不能向麻痹肌收缩方向运动或运动受限，出现视物双影，轻微眼肌麻痹时可有复视，眼球运动受限和斜视不明显；复视总是出现在眼外肌作用方向上。

（2）滑车神经麻痹：眼球向外下方运动受限，有复视。

（3）外展神经麻痹：眼球不能向外方转动，呈内斜视，有复视。

2.核性眼肌麻痹脑干病变导致眼球运动神经核受损，病变常累及邻近结构。

3.核间性眼肌麻痹（1）前核间性眼肌麻痹：水平侧视时病侧眼不能内收，对侧眼外展时出现单眼震颤（内侧纵束上行纤维受损），但双眼能会聚运动。

（2）后核间性眼肌麻痹：水平侧视时病侧眼不能外展，对侧眼内收时出现单眼震颤（内侧纵束下行纤维受损）。

（3）一个半综合征：桥脑尾端一侧被盖部病变侵犯桥脑旁正中网状结构（PPRF），引起向病灶侧凝视麻痹（同侧眼不能外展、对侧眼不能内收），同时累及同侧内侧纵束（MLF），使同侧眼球也不能内收，仅对侧眼球可外展，外展时出现眼球震颤。

见于多发性硬化、脑干梗死及脑干肿瘤。

<<神经与精神病学临床实习指南>>

4.中枢性（核上性）眼肌麻痹（1）水平注视麻痹：皮质侧视中枢（额中回后部）受损：可产生两眼侧视麻痹。

脑桥侧视中枢受损。

（2）垂直注视麻痹：上丘是眼球垂直同向运动的皮质下中枢，上丘的上半司眼球的向上运动，上丘的下半司眼球的向下运动。

帕里诺（Parinaud）综合征：双眼向上垂直运动不能，是眼球垂直运动皮质下中枢上丘损害所致，如松果体瘤。

【瞳孔调节障碍】1.瞳孔支配动眼神经副交感纤维支配瞳孔括约肌使瞳孔缩小，颈上交感神经节发出纤维支配瞳孔散大肌使瞳孔扩大。

普通光线下瞳孔直径3~4mm。

2.辐辏及调节反射注视近物时双眼球会聚及瞳孔缩小的反射。

3.阿罗（Argyll-Robertson）瞳孔瞳孔对光反射消失，调节反射存在。

顶盖前区病变，多见于神经梅毒。

4.霍纳征一侧瞳孔缩小、眼裂变小（睑板肌麻痹）、眼球内陷（眼眶肌麻痹），可伴同侧面部少汗。

颈上交感神经径路及脑干网状结构中交感纤维损害。

5.瞳孔散大见于动眼神经麻痹，如钩回疝早期。

视神经病变失明及阿托品类药物中毒时瞳孔也可散大。

第五节 眩晕与听觉障碍病例1-1-7患者，女性，27岁，突发视物旋转、恶心、呕吐、出汗，伴耳鸣，转头时加重，站立不稳，左右摇晃。

查体有水平及旋转性眼震，持续约30分钟缓解。

问题：1.患者为何种眩晕？

2.如何区分周围性眩晕和中枢性眩晕？

参考答案和提示：1.周围性眩晕。

2.周围性眩晕突发，持续时间短，头位和体位改变时可加重，有水平或旋转性眼震，站立不稳，左右摇摆，伴恶心、呕吐、出汗、耳鸣，无脑损害改变。

中枢性眩晕持续时间长，与头位和体位改变无关，眼震粗大、持续，站立不稳，向一侧倾斜，恶心、呕吐、出汗不明显，无耳鸣及听力下降，可有脑损害改变。

临床思维：眩晕与听觉障碍【系统性眩晕】系统性眩晕是由前庭系统病变引起，是眩晕的主要病因，可分为以下两类。

1.周围性眩晕前庭器官病变所致。

2.中枢性眩晕前庭核及中枢联络径路病变所致。

【非系统性眩晕】非系统性眩晕临床表现为头晕眼花、站立不稳，通常无外界环境或自身旋转感或摇摆感，很少伴有恶心、呕吐，为假性眩晕。

常由眼部疾病（眼外肌麻痹、屈光不正、先天性视力障碍），心血管系统疾病（高血压、低血压、心律不齐、心力衰竭），内分泌代谢疾病（低血糖、糖尿病、尿毒症），中毒，感染和贫血等疾病引起。

【听觉障碍】1.耳聋耳聋包括传导性、神经性及混合性耳聋。

2.耳鸣耳鸣指无声音刺激时患者主观听到持续声响，是听感受器及传导路病理性刺激所致，多伴有耳聋。

高音性耳鸣提示感音器病变，低音性耳鸣提示传导路病变。

3.听觉过敏听觉过敏指患者感受到的声音较实际的强。

第六节 晕厥与癫痫发作病例1-1-8患者，女性，28岁，排尿后出现头晕、出汗、全身无力，随即眼前发黑、站立不稳而倒地，意识不清，呼之不应，面色苍白，无抽搐，数分钟后意识转清，仍有恶心、全身无力。

问题：1.患者为何种症状？

2.该疾病与癫痫如何鉴别？

<<神经与精神病学临床实习指南>>

编辑推荐

齐齐哈尔医学院的神经内科和精神科作为重点科室，有着雄厚的医疗队伍，资深专家长期深入临床一线，院内各种高精尖的医疗设备(如MR，256排CT等)能够很好地完成神经系统疾病的检查，长期以来诊治了大量的各种神经系统和精神系统疾病，不论其病情简单或复杂，急性或慢性，常见或少见，轻症或重症，均得到了及时诊治。

在此过程中，我们储存了较多的各种典型病例，获得了许多宝贵的临床经验，并总结了一整套系统的各种疾病的临床思维及诊疗常规。

主编孙兴元将两门课程教学大纲中要求掌握的各种疾病的典型病例、临床思维和诊疗常规编写成《神经与精神病学临床实习指南(案例版)》，并在每章节后配备一定数量的习题，供临床实习医学生及广大年轻医生参考，给实际的临床工作提供一些帮助。

<<神经与精神病学临床实习指南>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>