

2007年执业医师考点精析（神经病学）— PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/239/2021\\_2022\\_2007\\_E5\\_B9\\_B4\\_E6\\_89\\_A7\\_c22\\_239268.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/239/2021_2022_2007_E5_B9_B4_E6_89_A7_c22_239268.htm)

第一章 神经病学概论【考纲要求】1.运动系统： 上运动神经元瘫痪解剖生理、临床表现、定位诊断； 下运动神经元瘫痪解剖生理、临床表现、定位诊断； 锥体外系损害的临床表现； 小脑损害的临床表现。2.感觉系统： 浅感觉解剖生理、临床表现、定位诊断； 深感觉解剖生理、临床表现、定位诊断。3.脑神经第、 、 、 、 、 、 对脑神经的解剖生理、临床表现。4.神经系统检查： 反射：常见深、浅、病理反射，脑膜刺激征的临床意义； 腰椎穿刺术； 脑脊液检查。【考点纵览】1.上运动神经元发自大脑中央前回运动区的锥体细胞，其轴突形成皮质脊髓束和皮质脑干束，皮质脊髓束在延髓锥体处大部纤维交叉至对侧，形成皮质脊髓前束，在各个平面上终止于脊髓前脚；而皮质脑干束在各个脑神经运动核平面上交叉至对侧，终止于各个脑神经运动核。2.上运动神经元瘫痪的特点：瘫痪肌肉肌张力高，腱反射亢进，浅反射消失，出现病理反射，瘫痪肌肉无萎缩，肌电图显示神经传导正常，无失神经支配电位。[医学教育网搜集整理]3.上运动神经元瘫痪分为皮质型（单瘫）、内囊型（三偏征）、脑干型（交叉瘫）和脊髓型。4.下运动神经元包括脊髓前脚细胞、脑神经运动核及其发出的神经轴突。5.下运动神经元瘫痪的特点：瘫痪肌肉肌张力降低，腱反射减弱或消失，瘫痪肌肉有萎缩，无病理反射，肌电图显示神经传导异常和失神经支配电位。6.下运动神经元瘫痪的定位诊断：脊髓前脚细胞

，引起弛缓瘫痪，其分布呈节段型，而无感觉障碍；前根，其分布也呈节段型，不伴感觉障碍；神经丛，其损害多为单肢的运动、感觉以及自主神经功能障碍；周围神经，瘫痪及感觉障碍的分布与每个周围神经分布的支配关系一样。

7.锥体外系主要组成部分为基底节，又称纹状体，包括尾核、壳核及苍白球，其主要功能是维持肌张力、身体姿势和协调运动。

8.小脑病变最常见的症状是共济运动失调，急性小脑损害表现为肌张力减低，构音障碍，意向性震颤。

9.感觉系统的解剖生理：痛温觉的第一级神经元位于脊神经根节内，止于后脚并交换神经元，第二级神经元经脊髓前联合交叉至对侧侧索，组成脊髓丘脑侧束，上行到丘脑的腹后外侧核（第三级神经元），终止于中央后回的感觉区；触觉的第一级神经元位于脊神经根节内，止于后脚并交换神经元，第二级神经元经脊髓前联合交叉至对侧，组成脊髓丘脑前束，上行到丘脑的腹后外侧核（第三级神经元），终止于大脑顶叶皮质的感觉区；深感觉的第一级神经元位于脊神经根节内，中枢突进入脊髓后索组成薄束和楔束，终止于薄束核和楔束核，由此发出第二级神经元发出纤维交叉至对侧组成内侧丘系，终止于丘脑的腹后外侧核，通过第三级神经元发出纤维到达大脑皮质的中央后回。

10.感觉障碍的临床表现分为抑制性症状（感觉缺失和感觉减退）和刺激性症状。刺激性症状包括感觉倒错、感觉过敏、感觉过度、感觉异常和疼痛。

11.感觉障碍的定位诊断：末梢型、周围神经型、节段型、传导束型、交叉型、偏身型和单肢型。

12.视神经：视神经发源于视网膜的神经节细胞层，视网膜鼻侧半的神经纤维经视交叉后与对侧眼球视网膜颞侧半的纤维结合，形成视束，到达外侧膝

状体，换元后发出纤维形成视放射，终止于视皮质中枢。13.视神经损害不同部位临床表现不同。14.动眼神经麻痹：上睑下垂，外斜视，复视，瞳孔散大，光反射消失眼球运动受限。15.周围性面神经麻痹的临床表现：患侧鼻唇沟变浅、口角下垂、额纹变浅或消失、眼裂变大、口角偏向健侧，皱额、闭眼、鼓腮、示齿不能。16.常见深反射有肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡反射、膝反射、踝反射；常见浅反射有腹壁反射、提睾反射、肛门反射。17.腰穿的适应证和禁忌证。转贴于：100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)