

感觉障碍\_全身\_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/608/2021\\_2022\\_\\_E6\\_84\\_9F\\_E8\\_A7\\_89\\_E9\\_9A\\_9C\\_E7\\_c22\\_608766.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E6_84_9F_E8_A7_89_E9_9A_9C_E7_c22_608766.htm)

感觉障碍概述：感觉是各个感受器对机体内各种刺激在人脑中的直接反映感觉障碍是神经系统疾病中常见的症状之一感觉障碍病因：1末梢型感染障碍 常见于尺神经正中神经挠神经损害时末梢神经炎中毒性神经炎代谢性神经炎股外侧皮神经炎多发性神经炎等2后根型 常见于椎间盘脱出脊髓外肿瘤脊髓空洞症外伤等3脊髓型 常见于横贯性脊髓炎脊髓肿瘤髓外肿瘤外伤脊髓血管病脊髓压迫症亚急性联合变性脊髓空洞症视神经脊髓炎等4脑干型 常见于脑干血管病脑干肿瘤脑干炎症产伤先天性畸形桥脑小脑角病变脑干空洞症等5丘脑型 常见于脑血管病变肿瘤癫痫等6内囊型 常见于脑血管病变肿瘤等7皮质型 常见于脑血管病变肿瘤感觉型癫痫发作炎症外伤等8腺病型感觉障碍常见于精神创伤精神刺激的过度敏感的人机理（一）感觉的传导通路 感觉从未梢特有的感受器开始分别传向中枢其传导通路由三级感觉神经元组成一般在第二级进行交叉所以中枢与外周的关系与运动系统一样是对侧性支配的1.痛觉和温度觉 第一级神经元位于脊神经内；周围支分布于皮肤因膜感受器（游离神经末梢感觉终球等）中枢支构成脊髓的后根人上升1~2个脊髓节段后进入后角换元后为第二级神经元其轴突经白质前连合交叉至对侧外侧索组成脊髓丘脑侧束上行终止于丘脑外侧核换元后组成第三级神经元其轴突组成丘脑皮质束经内囊后肢最后投射到中央后回的中上部和旁中央小叶后部2 触觉 第一级神经元在脊神经节内周围支组成脊神经的感

觉纤维分布于皮肤触觉感受器（触觉小体环层小体等）。中枢支部分进入脊髓后索在薄束楔束内上行传导精细触觉（识别性触觉）与深部感觉传导路相同；传导粗略触觉纤维在后索上行1~2个脊髓节段后进入后角终止于后角细胞换元后构成第二级神经元交叉至对侧形成脊髓丘脑前束上行在丘脑外侧核换元后构成第三级神经元经内囊后肢到大脑皮质感觉区

### 3深感觉

第一神经元位于脊神经节内周围支组成脊神经的感觉纤维分布于肌腱骨膜关节等处深部感受器和精细触觉感受器中枢支组成后根的内侧部进入脊髓后束分为长的升支和短的降支在上升和下降途中都发出侧支直接或通过中间神经元间接地与前角运动细胞形成突触构成脊髓反射升支纤维可达延髓其中来自躯干下部和下肢的纤维在后索的内侧部排列形成薄束来自躯干上部和上肢的纤维在后索的外侧部排列形成楔束薄束和楔束在后索中上行至延髓终于薄束核和楔束核在此处换元形成第二级神经纤维向前绕过中央灰质的腹侧左右交叉即丘系交叉至对侧形成内侧丘系上行终止于丘脑外侧核再由此处第三级神经元发出纤维经内囊后肢终止于大脑皮质中央后回的中上部旁中央小叶后部和中央前回一部分触觉也通过楔束薄束传导

### （二）节段性感觉支配

每一脊神经后根的输入纤维支配一定的区域这种节段性支配现象在胸段明显体表标志是乳头平面为胸4肋弓平面为胸8脐平面为胸10腹股沟平面为胸12及腰1支配其他部位神经分布比较复杂在颈部自耳前线至锁骨和胸骨上缘由颈2~4分布上肢为颈5~胸2下肢前面为腰1~骶5肛周鞍区为骶4~骶5分布每个感觉神经根或脊髓节段支配一块皮肤的感觉称为皮节绝大多数皮节由2~3个后根或节段重叠支配故当确定脊髓损害的真正上界时必须比

脊髓损害水平高出1~2个节段来计算 《三）够内感觉传导束的排列层次 脊髓丘脑束的纤维排列由外向内依次为骶腰胸颈部的纤维即外侧部传导来自下部节段（腰能段）的感觉而内侧部传导来自上部节段（颈胸段）的感觉这与锥体束的排列相同之所以如此是因为来自上部节段的脊髓丘脑束纤维陆续将来自下部节段的纤维推向外侧引起后束内的纤维排列由内向外依次为骶腰胸颈部的纤维正好与脊髓丘脑束相反来自上部节段的后束纤维（楔束）陆续将来自下部节段的后束纤维（薄束）推向内侧之故这种排列规律特别在痛温觉障碍时鉴别髓内外肿瘤有特别重要的意义如颈段的髓内肿瘤浅感觉障碍自病灶水平开始自上而下发展即按颈胸腰顺序发展；颈段的髓外肿瘤浅感觉障碍的障碍发展顺序正好相反且前者多为双侧对称性后者在病变初期多为病灶的对侧性感觉障碍诊断：

一病史 应注意年龄发病部位起病快慢病程长短等如老年人有高血压病史突然发病有偏身感觉障碍以脑血管病多见；慢性发病者以肿瘤的可能性较大青年人肢体痛温觉有失而运动和触觉正常应考虑脊髓空洞症的可能四肢末梢的麻木无力时应考虑末梢神经炎脊髓的锥体征阳性伴有以下肢为主的深感觉障碍时应考虑亚急性联合变性等询问病史时注意既往史如高血压病糖尿病尿毒症外伤肿瘤饮酒中毒头痛头晕椎间盘脱出脊髓炎神经炎脑血管病变癫痫精神创伤精神刺激等

二体格检查 感觉的检查在神经系统疾病检查中繁琐而又容易发生误差要求耐心细致有时须反复核查去伪存真方可获得有重要价值的诊断资料检查时注意：患者的精神状态良好意识清醒对检查能有正常表达的能力；检查前要让患者了解检查的方法和意义争取患者的充分合作；检查时均请患者闭目或遮住

检查的部位；检查的顺序一般从感觉缺失区查至正常区；检查中注意左右侧相应部位和远近端的对比必要时重复检查；检查中忌用暗示性提问以免影响患者的判断；切忌参与检查者的主观成见；发现感觉障碍时宜用图表和人体轮廓图记录以便重复检查时对比参考；检查时要注意区分感觉障碍的类型如传导束型节段型神经根型或未梢型等及感觉障碍的程度；过度疲劳可使患者感觉域增高一次检查时间不应过长必要时可分几次完成检查

（一）浅感觉检查

- 1触觉 用棉絮在皮肤上轻轻擦过在有毛发覆盖的区域可轻触其毛发
- 2浅痛觉 可用普通的针灸针或叩诊锤柄端小针轻刺皮肤嘱患者在感到微痛时作声并确定患者感到的是痛感而不是尖物的触觉必要时用针的尖钝两端交替刺激以核实如发现有浅感觉异常的区域需行多方向检查核实范围
- 3温度觉 用装有冷水（5~10℃）及热水（40~50℃）的试管交替接触皮肤嘱患者报出冷或热

（二）深感觉检查

- 1关节位置觉 检查者被动活动患者的关节询问患者其肢体所处的位置检查者也可将患者肢体摆成一种姿势并保持并嘱对侧肢体模仿
- 2运动觉 检查者轻轻移动患者的手指和足趾请患者说出移动的方向移动幅度约50°上下发现障碍时再行加大注意检查者的手指要放在移动方向的两侧动作要缓慢否则患者可能以压觉间接判断指趾移动的方向造成运动觉无障碍的假象
- 3振动觉 用振动着的音叉柄通常为128Hz置于患者的骨突起处询问有无振动感觉注意感受的时限两侧对比也可交替使用振动和不振动的音叉检查其辨别能力
- 4压觉 用钝物交替轻触和下压患者皮肤嘱患者鉴别
- 5深痛觉 挤压肌肉或肌腱也可压迫各主要神经干询问有无痛感观察有无痛苦表情

（三）复合感觉的检查

- 1定位觉 嘱患者闭目检查者以手指

或笔杆等轻触患者皮肤后嘱患者用手指点出刺激部位 2 两点辨别觉 嘱患者闭目用特制的钝角两脚规将其两脚分开到一定距离接触患者皮肤逐渐缩小距离如患者仍感到两点时再缩小距离正常时全身各处敏感程度不同指尖最敏感背部股腿处最差正常时指尖2-4mm手掌8-12mm手背2-3mm前臂和上臂7-8cm

3 形体觉 嘱患者闭目将物品如钢笔钥匙硬币等置患者手中让其只能用单手触摸之后说出物品名称可左右分别测试 4 重量觉 用重量相差至少一倍的两物体先后放入一侧手内请患者区别可两侧对比有深感觉障碍时此检查无意义 三 辅助检查 根据感觉障碍的部位分布性质等选择合适的检查末梢型感觉障碍应选择肌电图腰穿脑脊液动力学检查及常规检查必要时做神经活检；后根型和脊髓型应根据感觉平面选择脊髓CT或MRI腰穿做脑脊液动力学检查脊髓椎管造影等；脑干型丘脑型内囊型皮质型等应选择脑CT或MRI脑电图脑血管造影等检查；病病型感觉障碍应从心理方面着手检查感觉障碍鉴别诊断：

一 感觉的分类 1 特殊感觉 包括嗅觉视觉听觉味觉前庭觉或平衡觉 2 一般感觉 包括 浅感觉：指来自皮肤黏膜的痛觉温度觉触觉； 深感觉：是指来自肌肉肌腱骨膜和关节的运动觉位置觉和振动觉； 复合感觉（皮质感觉）：包括形体觉定位觉和两点辨别觉复合感觉一定在深浅感觉正常时才能检查 3 内脏感觉 为植物神经所传导如饥饿恶心内脏绞痛等

二 感觉障碍的临床表现 （一）抑制性症状 感觉径路受破坏或功能被抑制时出现感觉缺失或减退在同一部位各种感觉均缺失称完全性感缺失如在同一部位内只有某种感觉障碍而其他感觉保存称为分离性感障碍 1 感觉缺失 是指在意识清楚的情况下患者对刺激不能感知根据感觉种类的不同又可分为

痛觉缺失触觉缺失温度觉缺失和深感觉缺失等在同一部位各种感觉都缺失者称为完全性感觉缺失如在同一部位内某些感觉缺失而另一些感觉正常者称为分离性感觉障碍一般感觉正常在无视觉参加的情况下对刺激部位物体形状重量等不能辨别者称皮层感觉缺失 2 感觉减退 指感觉的敏感度降低是对刺激感受力的低下但程度上较感觉缺失轻由于神经的兴奋阈值增高而感觉反应减弱当一神经分布区有自发痛同时在此神经痛分布区内痛觉又减退者称痛性痛觉减退或痛性麻痹在感觉障碍中某种感觉保持较好时称分离性感觉障碍如深感觉与识别性触觉障碍而痛温觉和原始触觉良好时提示后索的损害

(二) 刺激性症状 感觉径路受到刺激或兴奋性增高时出现感觉过敏感觉倒错感觉过度感觉异常或疼痛 1 感觉过敏 感觉阈值低下指轻微(外界或病理性)刺激出现强反应感觉过敏常见于浅感觉其尤以痛觉过敏多见痛觉过敏除了触觉刺激或痛觉刺激可引起外温度刺激也可引起 2 感觉过度 一般仅对浅感觉而言感觉过度一般具备： 潜伏期长即由刺激至感知之间有较长的潜伏期此期有时可达5~30秒； 感受性降低兴奋性增高即刺激必须达到较强的程度才能感觉到； 所感到的刺激具有爆发性呈现种剧烈的定位不明的难以形容的不愉快感； 刺激有扩散的趋势单点的刺激患者可感到是多点刺激并向四周扩散； 刺激停止后在一定的时间内患者仍有刺激存在的感觉即出现“后作用”一般为强烈难受的感觉常见于灼性神经痛带状疱疹疼痛丘脑的血管性病变等 3 感觉倒错 对刺激产生错误的感觉如对痛觉刺激误认为触觉或其他刺激感觉倒错在临床上少见多数为浅感觉 4 感觉异常 在没有任何外界刺激的情况下患者经常地在某些部位感到蚁走感或不适感如

麻木感冷热感潮湿感震动感蚁走感肿胀感电击感束带感等 5  
对位感觉 指当刺激一侧肢体时对侧相对称部位也感到刺激 6  
疼痛 根据疼痛的分布范围性质程度是否发作性以及加重和减轻等因素临床上将疼痛分为以下几种：（1）局部疼痛：指疼痛和病变部位相符（2）放射痛：指神经干神经根受到刺激时疼痛不仅发生于局部且可扩展到受累感觉神经的支配区（3）烧灼性神经痛：是一种烧灼样的剧烈疼痛迫使患者用水浸湿患肢常见于正中神经和坐骨神经损伤后（4）反应性疼痛：是一种由压迫或牵伸神经干引起的疼痛如直腿抬高试验（5）扩散性疼痛：是刺激由一个神经分支扩散到另一神经分支而产生的疼痛当三叉神经某一支受刺激时疼痛或扩散到其他分支（如牙痛）（6）牵涉性疼痛：也是一种扩散性疼痛内脏有病时刺激经交感神经传入交感干再经后根进入脊髓后角感觉细胞在该节段所投射的相应的皮肤分布区所发生的疼痛称牵涉性疼痛该区内尚有感觉过敏此种现象有时对内脏疾病的诊断有一定意义如肝胆病变可引起右肩痛等（7）幻肢痛：是在肢体被切断的患者常感到断处疼痛称断肢痛D有时感到被切断的肢体仍存在且在该处出现疼痛这种现象称幻肢痛 三感觉障碍的定位诊断（一）周围神经型 为受损的周围神经所支配的皮肤区出现各种感觉障碍末梢神经失时因病变多侵犯周围神经的远端部分感觉障碍多呈末梢型呈手套或袜套状分布如格林-巴利综合征尺神经正中神经损害时局部感觉障碍等（二）神经根型 脊髓后根受损时该神经根所支配的区域出现各种感觉障碍常有相应部位后根的放射性疼痛称为根性疼痛或根痛见于脊髓髓外肿瘤椎间盘脱出等由于相邻神经根的重叠分布单一神经根损害所致的感觉障碍区域往往不明显脊髓后角

损害时也有根性的痛温觉障碍但受损区域触觉和深感觉仍保存即分离性感觉障碍见于脊髓空洞症外伤等

(三) 脊髓型

- 1 横贯性脊髓病变 病变平面以下的全部感觉丧失同时有截瘫或四肢瘫尿便功能障碍如横贯性脊髓炎肿瘤外伤等
- 2 脊髓半切综合征 表现病变平面以下病灶侧上运动神经元瘫痪及深感觉丧失对侧痛温觉丧失如外伤髓外肿瘤
- 3 脊髓白质前连合病损 由于损害了两侧的痛温觉交叉纤维而识别性触觉和深感觉纤维未受损害故产生分离性感觉障碍

脊髓中央区髓内病变除有病变以下的各种感觉缺失外常有鞍区回避现象即鞍区感觉仍保存脊髓圆锥部的病变常有鞍区感觉障碍见于脊髓压迫性病

变病程进展缓慢者这与脊髓内感觉束的排列层次有关

(四) 脑干型 延髓外侧病变损害了脊髓丘脑侧束和三叉神经脊束脊束核产生同侧面部及对侧偏身痛温觉障碍是为交叉性感觉障碍如延髓背外侧综合征一侧桥脑和中脑的病变引起对侧偏身和面部的感觉障碍但多有受损平面同侧脑神经的下运动神经元性瘫痪多见于脑血管病和肿瘤

(五) 丘脑型 丘脑病变引起对侧偏身感觉减退或消失往往深感觉复合感觉和轻触觉损害较痛温觉障碍明显有时可有比较严重的偏身自发性剧痛临床上称丘脑性痛或中枢性痛也可出现感觉过度和感觉倒错见于脑血管病变肿瘤等

(六) 内囊型 内囊病变时对侧偏身(包括面部)感觉减退或消失多为完全性不伴有丘脑痛其障碍程度四肢重于躯干肢体远端重于近端常伴有偏瘫和偏盲

(七) 皮质型 大脑皮质感觉中枢在中央后回及旁中央小叶附近它们支配躯体的关系与中央前回运动区类似即身体倒立顺序依次排列即口面上肢几干大腿及小腿小腿和会阴部是位于半球的内侧面因皮质感觉区范围广病变只损害其中一部分故常表现为

对侧的一个上肢或一个下肢分布的感觉减退或缺失称单肢感觉减退或缺失皮质型感觉障碍的特点是出现对侧精细性复合感觉的障碍如实体觉图形觉两点辨别觉定位觉对各种感觉强度的比较等皮质感觉中枢的刺激性病灶可引起感觉型癫痫发作

(八) 癔病型感觉障碍 其特点为： 感觉障碍呈多样性浅深感觉同时全部减低或消失其感觉障碍的区域各式各样； 2 感觉障碍的分布不符合解剖生理学生理规律； 症状矛盾即大脑器质性疾病所出现的偏侧感觉障碍其感觉障碍的程度由肢体远端向近端逐渐减轻即颜面躯干一般比肢体轻唐病性偏侧感觉障碍躯干四肢颜面为同等程度且感觉障碍的范围和程度经常变化除有感觉障碍之外同时可伴有不能解释的视野改变弱视听觉嗅觉味觉障碍也可出现全部感觉缺失而不伴感觉性共济失调视力视野明显改变而行走时能避开障碍物等矛盾现象； 易受暗示的影响或经暗示治疗很快恢复； 有其他病性格的特点

四引起疼痛的常见疾病 (一) 偏头痛 1 典型偏头痛 此型发作可分三期： 前驱症状：头痛发作前几小时至1d患者可能感到头部不舒服心情不畅等 先兆期：在头痛发作前数分钟或数十分钟出现视野暗点光圈闪光等视幻觉也有幻嗅少数有头晕失语偏身麻木无力症状 头痛期：多自一侧额颞或眶部开始剧痛渐扩散至顶枕耳后或全头呈搏动性伴恶心呕吐面色苍白或潮红痛侧鼻利膜球结膜充血畏光发作1-2h或数小时缓解间歇期正常 2 普遍偏头痛 多见发作前无先兆头痛自单侧局部渐波及半侧或全头呈搏动性或胀痛伴恶心呕吐头痛持续时间长短的数小时长者可达数日至1周缓解 3 特殊类型偏头痛 眼肌瘫痪型偏头痛； 偏瘫性偏头痛； 基底动脉型偏头痛： 偏头痛等位发作 (二) 群集性头痛 表现

为眼部和头部疼痛的神经一血管功能障碍以反复的密集性发作为特征发病年龄大多在20 - 50岁间发作时头痛大多自一侧眶部开始或先有颌部或枕部疼痛疼痛为钻痛性或搏动性较为强烈甚至触及头部皮肤或周围动脉均能使之加剧伴焦躁烦躁泪溢耳塞流涕等发作平均在1 - 2h内消退且大多数均在同侧

（三）蛛网膜下腔出血 蛛网膜下腔出血是指血液流入蛛网膜下腔的一种临床综合征临床上分为自发性与外伤性两类自发性又可分为原发性和继发性两种凡脑表面上的血管破裂血液直接流入蛛网膜下腔者称原发性蛛网膜下腔出血如脑出血血液冲破脑组织而流入蛛网膜下腔者叫做继发性蛛网膜下腔出血蛛网膜下腔出血的临床表现是在突然用力精神激动剧烈运动等诱因下急骤起病表现为剧烈头痛恶心呕吐脑膜刺激征阳性可伴有一侧动眼神经麻痹意识障碍或有神经系统定位征（多因血管痉挛所致）眼底检查可见玻璃体下片状出血腰穿呈均匀一致血性脑脊液为本病最可靠的诊断依据头颅CT大多可显示局限的血液部分患者能为出血部位及病因提供线索（四）

）三叉神经痛 面部三叉神经分布区反复发作的短暂的阵发性剧痛临床上成人及老年人多见多为单侧性；以1支或几支分部区内突发的短暂剧痛为主要特点第2第3支发生率最高疼痛以面颊上颌下颌或舌部最明显；尤以上唇外侧鼻翼颊部口角舌处最敏感稍加触动即可诱发即“扳机点”疼痛可弓；起反射性面肌抽搐口角牵向患侧面部发红流泪流涎突然发作无先兆骤然停止间歇期完全正常病情呈慢性进行性很少自愈诊断主要依据疼痛的部位性质发作表现和神经系统极少阳性体征可诊断为原发性继发性三叉神经痛疼痛呈持续性多伴有三叉神经或其他脑神经麻痹的症状体征（五）坐骨神经痛 是指坐骨

神经通路及其分布区的疼痛综合征体征为拉赛克征；多数为继发性常见病因有：椎管内疾患如脊髓和马尾的炎症肿瘤外伤血管畸形等 脊髓疾患；如腰椎骨关节病椎间盘突出脊柱炎症结核肿瘤椎管狭窄脊椎裂等 骨盆及盆腔疾患如髋关节疾患炎症结核脱位骨盆炎症及肿瘤妊娠子宫压迫等 坐骨神经痛以腰椎间盘突出引起者最常见临床上好发男性成年人青壮年单侧多见；疼痛位于腰部臀部并向股后及小腿后外侧足外侧放射沿坐骨神经有压痛行走活动及牵引坐骨神经可使疼痛加剧拉赛克征试验阳性可以有坐骨神经分布痛觉减低患肢肌力差踝反射减低或消失诊断主要根据疼痛的分布加剧和减轻的因素压痛的部位直腿抬高试验踝反射减低可以诊断鉴别诊断主要是与腰肌劳损臀部纤维组织炎髓关节炎的鉴别腰肌劳损有明显腰部扭伤或长期腰部劳累史；且这些疾病疼痛及压痛都在局部无感觉障碍肌力减退踝反射减低等体征（六）多发性硬化 多发于20 - 40岁呈急性或亚急性起病具有一种迁延的不规则的每况愈下的病程有阵发性复发和缓解的特点具体表现：脑神经障碍：视神经受损出现视力减退动眼神经外展神经滑车神经受累出现复视前庭神经受累出现眩晕眼震临床上可有深浅感觉异常三叉神经痛肢体病性感觉异常诊断主要依靠：1病史及神经系统查体发现脑和脊髓白质内同时存在两处以上的病灶2病程中有多次缓解与复发两次发作间隔至少一个月每次发作持续24 h以上或呈缓慢阶梯式进展病程至少六个月以上3排除肿瘤炎症血管病及颈椎病等其他病变4临床上有多处病灶仅一次发作者或有两次发作但又有一个病灶表现者查脑脊液IgG增高出现寡克隆区带诱发电位异常或CTMRI异常者诊断可确立感觉障碍预防：1保持良好的心

情2不要过于紧张 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)