

内科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 32 期

问题索引：

一、【问题】基底节出血、小脑出血、脑叶出血及脑干出血分别有什么临床表现？

二、【问题】蛛网膜下腔出血有哪些临床表现？

三、【问题】

具体解答：

一、【问题】基底节出血、小脑出血、脑叶出血及脑干出血分别有什么临床表现？

1. 基底节区出血 多为壳核出血或丘脑出血。起病突然，病人出现头痛、头晕、恶心、呕吐等；同时出现对侧肢体瘫痪、感觉减退、同向偏盲。两眼向病灶侧凝视。如血肿较大可出现同侧海马沟回疝，即病灶侧瞳孔散大、上睑下垂、眼球外展位，对侧上下肢瘫痪，意识昏迷。如血肿进入脑室，则病人出现双侧瞳孔缩小、眼球正中位或出现眼球浮动，四肢伸直，成去大脑强直样抽搐，血压及体温骤然升高，意识昏迷，多数死亡。

2. 小脑出血 起病急骤，表现为眩晕、呕吐，共济失调、步态不稳、颈项强直、后枕部疼痛。如血肿向前破入IV脑室则可累及脑桥中下部结构，出现一侧周围性面瘫及对侧肢体瘫痪。如出血量大则颅内压明显增高。

3. 脑叶出血 顶叶最常见，有偏身感觉障碍、轻偏瘫、对侧下象限盲，非优势半球受累可有构象障碍；枕叶出血有视野缺损；颞叶出血有 Wernicke 失语、精神症状、对侧上象限盲、癫痫；额叶出血可有偏瘫、尿便障碍、Broca 失语、摸索和强握反射等。

4. 脑干出血 脑桥出血较常见，大量出血常表现昏迷、双侧针尖样瞳孔、呕吐咖啡样胃内容物、中枢性高热、中枢性呼吸障碍、眼球浮动、四肢瘫痪和去大脑强直发作；小量出血可无意识障碍，表现交叉性瘫痪和共济失调性瘫痪，两眼向病灶侧凝视麻痹或核间性眼肌麻痹。

二、【问题】蛛网膜下腔出血有哪些临床表现？

突发爆裂样头痛，通常位于枕部，呕吐，跌倒或痫性发作，常随后出现昏迷。昏迷/嗜睡可以持续数天。体征：颈抵抗和 Kernig 征阳性在 6 小时后出现，视网膜或玻璃体下出血，发病时出现的局灶神经体征提示动脉瘤部位，如瞳孔改变说明动眼神经麻痹伴随后交通动脉瘤或颅内血肿。后期出现神经功能缺陷提示血管痉

挛引起脑缺血、再出血或脑积水。再出血是蛛网膜下腔出血常见的死因，发病率是 30%，常在发病的前几天。血管痉挛常引起脑梗死，可以引起中枢神经系统永久性损害。

三、【问题】帕金森病的运动症状有哪些？

(1) 静止性震颤：最常见。4~6Hz（每秒几个周期）。静止时明显。手部震颤典型的表现为拇指在其他指上的“搓丸”或数钞票一样运动。通常从某一侧手的拇指、示指及中指开始，然后逐渐扩展到同侧下肢和对侧肢体，晚期可波及下颌、唇、舌和头部。

(2) 肌强直：在运动的整个范围内被动牵拉肌肉出现抵抗（铅管样强直）、张力可以被震颤所打断（齿轮样强直）。

(3) 运动迟缓：运动启动缓慢，重复动作的速度及幅度进行性下降。音调单一的语言（伴或不伴构音障碍）。活动少，瞬目少。体检可见面部表情减少，呈“面具脸”；书写时字体越来越小，呈“小写症”。

(4) 姿势障碍：表现为身体屈曲姿势，步行时无上肢伴随动作，步伐变小，躯干前屈，短小拖曳步态（慌张步态或前冲步态）。有时行走中全身僵住，不能动弹，称为“冻结现象”。

内科主治医师考试：《答疑周刊》2019 年第 32 期（word 版下载）

〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕