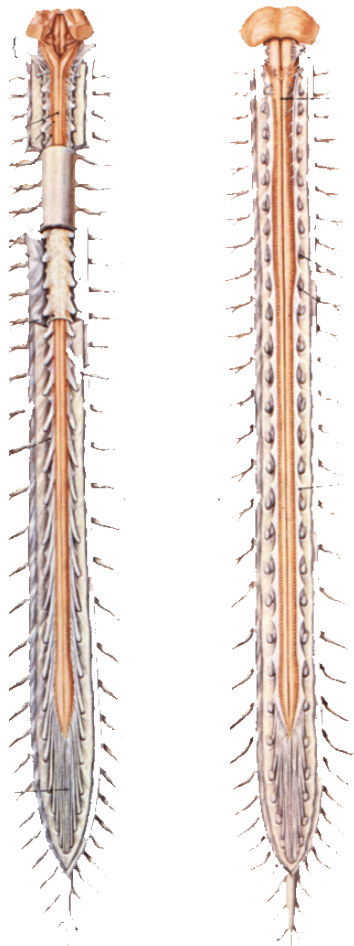




脊髓疾病

脊髓解剖

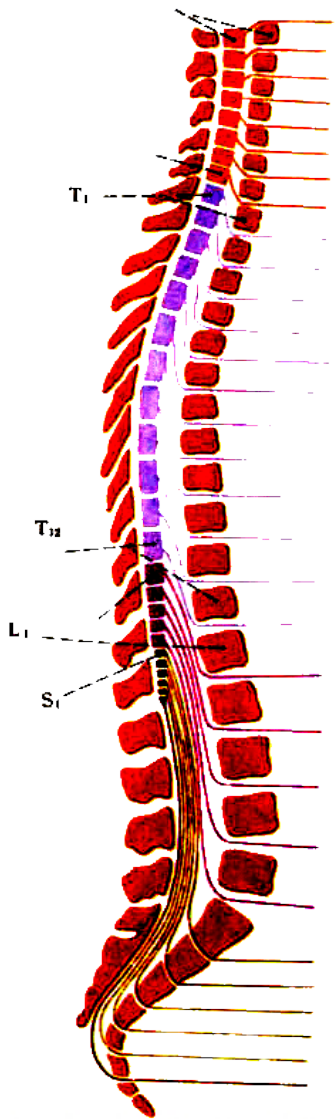


为**中枢**神经系统的重要部分，与脑干的延髓相延续。

脊髓一共发出31对脊神经分布于躯干四肢。

脊髓有2个膨大,颈膨大和腰膨大,分别对应上下肢神经根。

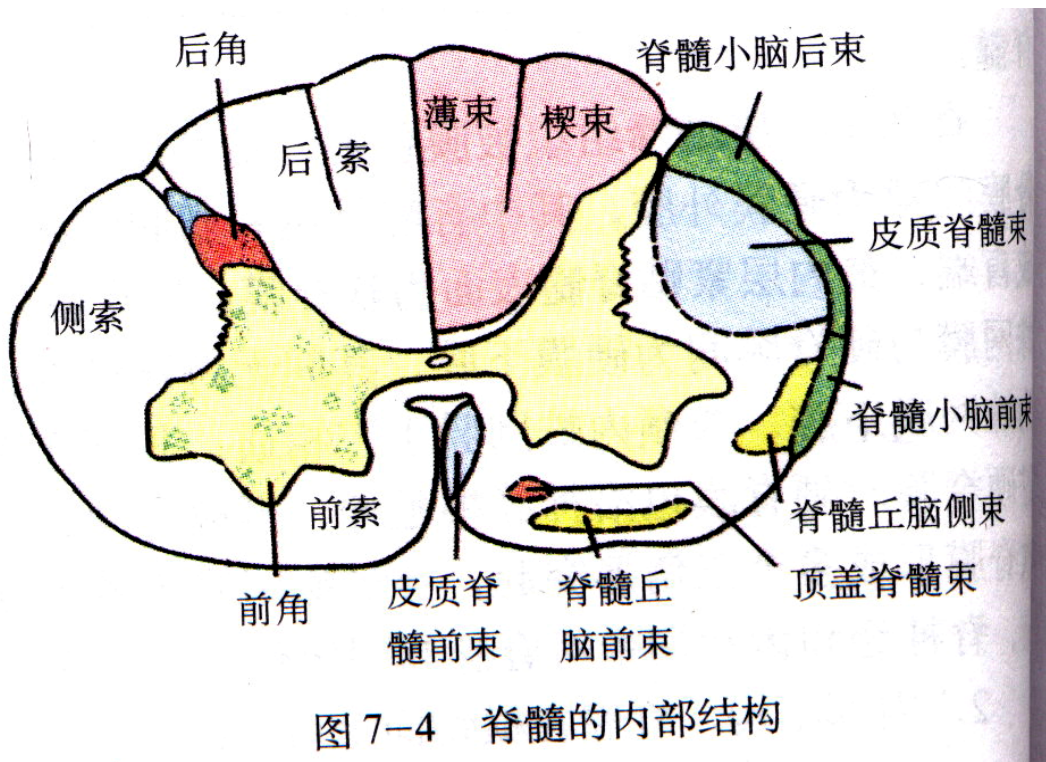
脊髓解剖



脊髓比脊柱要短，位置高

- ⌚ 颈髓（C1~8） 高1节段；
- ⌚ 上中胸髓（T1~8） 高2节段，
下胸髓（T9~12） 高3节段；
- ⌚ 腰髓 位于T10~12胸椎处；
- ⌚ 骶髓 位于T12~L1腰椎处。

脊髓解剖



脊髓内部结构

中央灰质：神经细胞核团

周围白质：上下行神经纤维

- 脊髓各段损害的纵向定位

高颈段

颈膨大

胸段脊髓

腰膨大

脊髓圆锥

马尾

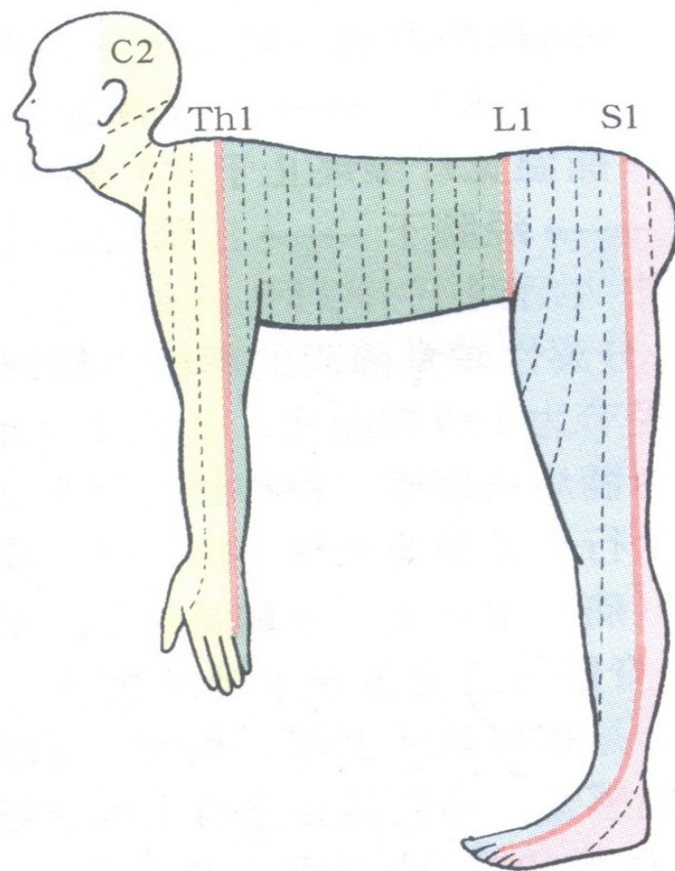


图 2-16 体表节段性感觉分布图

脊髓各段损害的纵向定位

高颈段 (C1-4) : 感觉缺失, 四肢上运动神经元瘫痪, 括约肌障碍

颈膨大 (C5-T2) 上肢下运动神经元瘫痪, 下肢上运动神经元瘫痪,
平面以下感觉障碍, 大小便障碍

胸髓段 (T3-12) 双下肢上运动神经元瘫痪, 平面以下感觉障碍, 大
小便障碍

腰膨大 (L1-S2) 双下肢下运动神经元瘫痪, 平面以下感觉障碍, 大
小便障碍

脊髓圆锥 (S3-5骶节) 无瘫痪, 肛门会阴周围感觉障碍, 尿失禁

马尾神经根: 肛门会阴周围感觉障碍, 根痛

- **脊髓半切综合症：**

脊髓不完全损害时，病变节段以下同侧上运动神经元瘫痪，深感觉障碍，对侧痛温觉障碍。对侧痛温觉障碍平面较脊髓损害节段水平低。

- **脊髓休克：**

急性脊髓损害时，出现损害平面以下弛缓性瘫痪，肌张力减低，腱反射减弱，病理征阴性及尿潴留，2-4周后反射恢复，转为中枢性瘫痪。



急性脊髓炎

概述

又称急性横贯性脊髓炎，是非特异性炎症引起脊髓白质脱髓鞘病变或坏死，导致急性横贯性脊髓损害

三大临床特点：

病损水平以下的肢体瘫痪；

传导束性感觉障碍；

大小便功能障碍为主的自主神经功能障碍。

一、病因

病因不清。

多数患者在出现脊髓症状前1-4周有上感、发热、腹泻等病毒感染症状，但脑脊液未检出抗体，脊髓和脑脊液中未分离出病毒，可能与病毒感染后变态反应有关，并非直接感染所致。

二、病理

肉眼见脊髓肿胀、质地变软、软脊膜充血或有炎性渗出物，切面见脊髓软化、边缘不整、灰白质界限不清。

镜下髓内和软脊膜的血管扩张、充血，血管周围炎性细胞浸润，以淋巴细胞和浆细胞为主，灰质内神经细胞肿胀、碎裂和消失，尼氏体溶解，**白质脱髓鞘**和**轴突变性**，病灶中见胶质细胞增生

三、临床表现

1. 起病特点

可发病于任何年龄，青壮年多见，无性别差异，散在发病。

前驱症状：病前数日或1~2周可能有发热、全身不适或上呼吸道感染，可有受凉、过劳、外伤等诱因

起病急，通常2-3天内达高峰，瘫痪，感觉障碍，大小便障碍

2. 临床表现

(1) 运动障碍 (dyskinesia)

早期常见**脊髓休克**:截瘫、肌张力低、腱反射消失、无病理征。2-4周或更长,脊髓损害严重、合并肺部及尿路感染、褥疮者较长

恢复期肌张力渐增高,腱反射亢进、出现病理征、肌力逐渐恢复

(2) 感觉障碍 (dysesthesia)

病变节段以下**所有感觉缺失**，在感觉消失水平上缘可有感觉过敏区或束带样感觉异常，随病情恢复感觉平面逐步下降，但较运动功能恢复慢。

(3) 自主神经功能障碍 (autonomic dysfunction)

早期尿便潴留，无膀胱充盈感，呈无张力性神经源性膀胱，膀胱充盈过度出现充盈性尿失禁；

随着脊髓功能恢复，膀胱容量缩小，尿液充盈到300-400ml时自主排尿，称反射性神经源性膀胱。

损害平面以下无汗或少汗、皮肤脱屑和水肿、指甲松脆和角化过度。

四、辅助检查

1. 腰穿

压颈试验通畅，少数脊髓水肿严重可不完全梗阻。压力正常，外观无色透明，细胞数、蛋白正常或轻度增高，淋巴细胞为主，糖、氯化物正常。

2. 电生理检查

(1) 视觉诱发电位 (VEP) 正常

(2) 下肢体感诱发电位 (SEP) 波幅可明显降低，运动诱发电位 (MEP) 异常

(3) 肌电图呈失神经改变。

3. 影像学检查

脊柱X线平片正常

MRI典型显示病变部脊髓增粗，病变节段髓内多发片状或斑点状病灶，呈T1低信号、T2高信号，强度不均，可有融合。有的病例可始终无异常。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/596154001103010215>