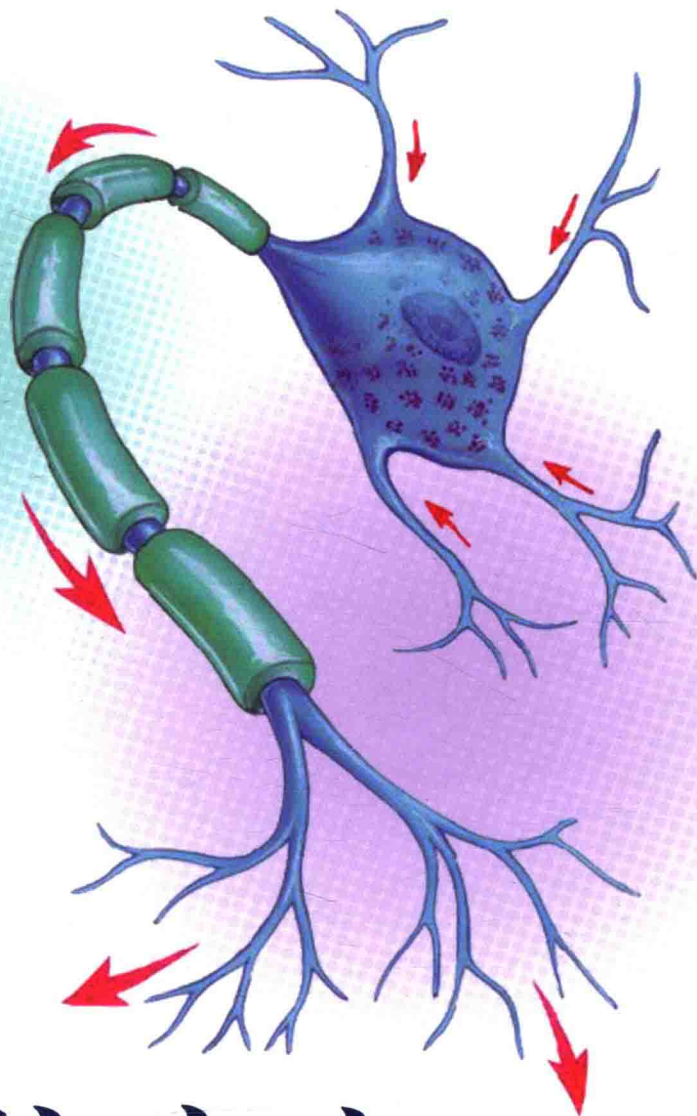




神经系统疾病 临床诊断基础

■ 黄如训 编著



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

神经系统疾病 临床诊断基础

黄如训 编著

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经系统疾病临床诊断基础 / 黄如训编著. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21041-6

I. ①神… II. ①黄… III. ①神经系统疾病—诊断
IV. ①R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 158578 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

神经系统疾病临床诊断基础

编 著: 黄如训

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 27

字 数: 674 千字

版 次: 2015 年 11 月第 1 版 2015 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21041-6/R·21042

定 价: 79.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

神经系统尤其是人脑的复杂程度和作用,是身体其他任何器官无法相比的。深刻理解人脑的活动机制,对揭示脑的高效能和高可靠性之谜、人工智能研究、开发全新的信息处理系统等,均有重大意义,而且有助于阐明神经系统疾病特别是脑部常见病(如阿尔茨海默病、帕金森病、精神病等)的发生机制、原因、诊断、治疗、预防等。

神经科学是生命科学的一个极为重要领域,而脑属于神经系统的最高级结构,为神经科学的核心。近半个世纪的科学蓬勃发展,生命科学成为研究热门,以脑科学最令人瞩目。随着人口的老齡化,与年龄增长密切相关的脑血管病、老年神经变性疾病等神经系统的常见病,在短期内难以控制、且有增加的趋势,成为严重的社会问题。因此,加速神经科学的发展,日益受到各方的关注。曾有将 20 世纪的最后 10 年,命名为“脑的 10 年”,许多国家推出各种的神经科学研究方案或策略,其典型代表是 2013 年 4 月美国正式公布脑科学研究计划。由此可见,抢占脑科学制高点已形成热潮。

以人类疾病为对象的临床神经科学,为适应客观发展的需求,与神经病学紧密相连的精神病学早已独立成为一个重要的临床学科;随着科技的进步和研究的深入,从神经病学又分出神经外科学;近 30 年辅助诊断方法的突飞猛进,特别是许多新的影像技术应用于临床,快速发展为神经影像学。纵观临床神经科学的进展和分支学科的衍生过程,都以神经系统疾病为轴心,显示出以神经系统疾病为基本内容的神經病学(现今更多称为神经内科学)是临床神经科学的基础。

按临床医学的学科划分,神经病学包含的神经系统疾病的基础理论、基本知识和基本技能,也是其他临床神经科学的分支学科如神经外科学、神经影像学等的基础。随着社会进步,为适应客观需求,半个世纪来,我国大力加强临床神经科学的学科建设,在医疗机构中设置独立的专科,逐步扩展至不同类型或级别的医院,并培养大量、多种专业人才,技术队伍日益壮大,积极推动医疗卫生事业的发展,为保障人民健康作出贡献。多年实践,取得丰富经验,也发现存在着一些问题,其中较为突出的是专业人员同临床客观需求还有某些差距,在人才培养上对理论与实践的紧密相连强调不够,有过于偏重书本知识、实验研究等倾向,不少人在相当长一段时间内较多停留于书本或文献的理论,实际工作能力有些欠缺,对复杂的人体疾病的认识还不够全面,在繁重的医疗工作中常感力不从心,面对不少疾病的临床表现、诊断、治疗等问题容易产生困惑。由于缺乏临床实践的真知,形成有些人才学历高、理论多,临床工作能力低,常以大包围的检查和针对性不强的大处方来处理具体患者的诊断和治疗,未能较好适应临床实际的要求。这种状态,日益引起各方面的重视,越来越多的有识人士提出不少良好意见。据此,经过多年深入思考,反复酝酿,认为培养能紧跟神经科学发展,并能适应临床实际需求的高素质人才,是十分重要的。在临床神经科学的各

分支学科中,提高诊治水平是核心,其中关键的是正确的诊断。为此,必须具有扎实的临床基本功,即日常医疗工作中常规的收集病史和临床检查,并加以综合分析,在此基础上选择针对性强的辅助检查(如超声、电生理、CT、MRI等)。尽管某些辅助检查项目能提供相当高价值的信息,甚至是重要证据,但大量临床事实不断证明目前依然未能代替常规的诊断程序。另外,临床的唯物辩证分析即临床思维是正确判断的重要途径。因此,收集疾病的发生、进展过程、症状和体征,加上临床思维,成为诊断神经系统疾病的根本,即神经系统疾病临床诊断基础。

由于神经系统组织结构和生理的复杂性,临床表现又同部位及功能变化密切相关,且可有多种不同征象的组合。要达到全面、熟练掌握,获得准确的判断,决非一日之功。遵从临床疾病的诊断步骤,必须根据神经系统疾病的规律,首先是采集病史。在神经系统疾病中,全面、详细、准确的疾病发生、进展和表现的症状,极其重要,大多数可提示损害部位,如脑部病变的意识、精神等的障碍;有些呈现相当特殊性征象(如神经痛、舞蹈、共济失调等),甚至仅根据临床表现就可能基本诊断,如三叉神经痛、股外侧皮神经病等。然而,临床有些患者(精神障碍、小孩、欠合作者等)提供的资料可能不够全面、正确,甚至个别昏迷患者完全缺乏病史。因此,以发现疾病相关体征的临床检查,特别是系统、有序、全面的神经系统检查所获得的客观体征起关键作用。这就要求掌握正确的神经系统检查方法,只有不断实践才能运用自如。同其他临床科学一样,对客观的大量资料,必须进行深入分析思考,按照神经解剖、生理、病理等基础知识,再根据疾病动态发展过程,区分整体与局部、普遍性和特殊性、主要与次要、器质性和功能性、因果关系等的辩证分析及判断,得出客观真实有价值的临床信息,以求正确诊断。全书主要根据编者五十多年医、教、研的体验,学习国内外著作的心得,从临床医疗实际需要,将病史、临床征象、检查方法、临床思维等,集中于前三章,是神经病学的根基。其后按系统(如周围神经、自主神经系统、骨骼肌系统等)或部位(大脑、脑干、小脑、脊髓)则加以详细阐述,特别注重不同结构受损临床表现的差异或特点,更有助于各个部位和组织成分损害的精确判断。

本书在编排上注意条理清、层次明,文字精炼,力求简明易懂。对病理损害的部位、范围、组织结构等,以及神经系统检查方法,尽量配上相应的示意图,可能更有利于理解和牢记。为此十分荣幸承蒙芮德源、田时雨两位教授的鼎力支持,同意参考、借鉴他们分别主编的《临床神经解剖学》和《神经病诊断学》中的部分插图,且又经黄彪博士的热情协助整理、修饰,在这里一并致敬及衷心感谢。

本书编写过程中,编者精心阅读文献、重要专著,深入思考,以科学性和实用性来挑选相关内容,扬长避短,特别重视纠错、补充、删改,竭力表达客观、准确,逻辑性强,临床实用。由于神经科学博大精深,进展迅速,加上个人的知识、经验及时间有限,书中难免有疏忽、不当、甚至错漏,恳望得到更多的批评、指正,不胜感激。

黄如训

2015年3月

目 录

第一章 神经系统疾病的病史采集和临床检查.....	1
第一节 病史采集.....	1
第二节 临床检查.....	5
一、全身体格检查	5
二、神经系统检查	7
第三节 小儿神经系统检查.....	46
一、神经系统的发育特点	47
二、各个年龄段神经系统功能发育的特点	48
三、小儿神经系统检查的方法及其临床意义	50
第二章 神经系统疾病的症状学.....	59
第一节 高级神经活动损害的临床征象.....	59
一、意识障碍	59
二、语言及其相关功能障碍	75
三、记忆和智能障碍	79
第二节 运动系统损害的临床征象.....	81
一、临床解剖生理	81
二、损害的临床征象	84
第三节 感觉系统损害的临床征象.....	98
一、临床解剖生理	98
二、损害的临床征象	102
三、典型的神经性疼痛和常见疼痛综合征	113
第四节 反射系统损害的临床征象.....	120
一、概述	120
二、临床常用的反射	125
三、反射的异常	131
第三章 神经系统疾病的诊断原则和程序.....	138
第一节 定位诊断.....	138
一、周围性损害的定位	139

二、中枢性损害的定位	144
第二节 定性诊断	156
第三节 病因诊断	158
第四节 临床思维	160
一、进行临床思维时应用唯物辩证法的几个基本点	160
二、提高思维能力——基础在于学习与实践	163
第四章 脑神经病变的诊断	164
第一节 嗅神经病变	165
一、临床解剖生理	165
二、损害的临床征象和部位判断	166
第二节 视神经病变	167
一、临床解剖生理	167
二、损害的临床征象和部位判断	171
第三节 眼球运动神经病变	177
一、临床解剖生理	177
二、损害的临床征象和部位判断	186
第四节 三叉神经病变	200
一、临床解剖生理	200
二、损害的临床征象和部位判断	202
第五节 面神经病变	204
一、临床解剖生理	204
二、损害的临床征象和部位判断	208
第六节 前庭蜗神经病变	213
一、临床解剖生理	213
二、损害的临床征象和部位判断	218
第七节 舌咽和迷走神经病变	228
一、临床解剖生理	228
二、损害的临床征象和部位判断	231
第八节 副神经病变	233
一、临床解剖生理	233
二、损害的临床征象和部位判断	234
第九节 舌下神经病变	234
一、临床解剖生理	234
二、损害的临床征象和部位判断	235
第十节 延髓瘫痪	237
第十一节 多脑神经合并损害的综合征	239

第五章 脊神经病变的诊断	242
第一节 概述	242
一、临床解剖生理	242
二、病因	244
三、病理	245
四、损害的临床征象	246
第二节 脊神经病变部位的判断	247
一、神经根病变	247
二、脊神经后支病变	249
三、脊神经前支病变	251
四、末梢神经病变	287
第六章 脊髓病变的诊断	288
第一节 临床解剖生理	288
一、脊髓灰质	289
二、脊髓白质	292
三、脊髓的被膜	296
四、脊髓血管	296
第二节 脊髓损害的临床征象	298
一、感觉障碍	299
二、运动障碍	299
三、反射的改变	300
四、自主神经功能障碍	300
第三节 脊髓病变的诊断程序	301
一、脊髓内部结构损害的判断	301
二、脊髓损害范围的判断	306
三、脊髓髓内与髓外病变的判断	309
四、脊髓疾病的诊断	312
第七章 脑干病变的诊断	318
第一节 临床解剖生理	318
一、传导束	320
二、神经核团	324
三、脑干网状结构	327
第二节 损害的临床征象	329
一、纵向损害	330
二、横向损害	333
第三节 病变部位的判断	334
一、延髓病变的综合征	335

二、脑桥病变的综合征	338
三、中脑病变的综合征	344
附:(一)脑干内、外损害的鉴别	347
(二)脑疝的脑干损害	348
第八章 大脑病变的诊断	351
第一节 大脑半球病变的诊断	351
一、临床解剖生理	351
二、损害的临床表现	358
三、病变部位的判断	364
第二节 间脑病变的诊断	369
一、临床解剖生理	369
二、损害的临床征象和病变部位判断	375
第九章 小脑病变的诊断	378
第一节 临床解剖生理	378
一、区域划分	378
二、内部结构	379
第二节 损害的临床征象	382
一、小脑性共济失调	382
二、肌张力减低	384
三、其他征象	384
第三节 病变部位的判断	384
一、组织结构损害的部位	384
二、生理功能障碍的部位	385
第四节 病变性质或病因的判断	388
一、肿瘤	388
二、炎症	389
三、血管性病变	389
四、外伤	389
五、变性疾病	389
六、先天性疾病	390
第十章 自主神经系统病变诊断	391
第一节 临床解剖生理	391
一、中枢部分	392
二、周围部分	394
三、主要脏器的自主神经支配	396
第二节 自主神经损害的临床征象	398

一、自主神经功能紊乱	398
二、其他神经系统受损的表现	399
三、精神障碍	399
四、其他功能改变	399
第三节 自主神经损害的临床检查	400
一、眼心反射	400
二、太阳神经丛反射	400
三、竖毛反射	400
四、姿位反射	400
五、皮肤血管反射	401
六、膀胱及直肠反射	402
附：性反射	407
第四节 自主神经病变的诊断	408
一、周围性自主神经系统疾病	408
二、中枢性自主神经疾病	412
三、全自主神经疾病	412
四、其他自主神经疾病	413
第十一章 骨骼肌病变的诊断	415
第一节 概述	415
一、临床解剖生理	415
二、病理	417
三、临床表现	417
第二节 肌肉疾病的诊断	417
一、神经肌接头疾病	418
二、遗传性变性肌病	418
三、炎症性肌病	418
四、骨骼肌离子通道病	419
五、代谢性肌病	419
六、内分泌性肌病	419
七、中毒性肌病	420
八、先天性肌病	420
参考文献	421

第一章

神经系统疾病的病史采集和临床检查

人体疾病的发生及进展都有一定的自身规律,其临床表现有相应特点,通过详细的询问病史和体格检查,能获得对疾病诊断有价值的信息。由于神经系统的结构及功能十分复杂,不同部位损害有各自的特征性临床表现,常是判断疾病的前提,甚至据此就可诊断某些疾病,如三叉神经痛、舌咽神经痛、典型偏头痛、癫痫发作(抽搐)、面肌痉挛、股外侧皮神经病等。因此,病史采集和神经系统体格检查成为神经病学临床工作的最重要内容,是学习、认识神经系统疾病必备的步骤及方法,对正确诊断起着关键的作用。

随着科学技术的进步,尤其是分子生物学、影像学的迅猛发展,出现了许多先进的检测方法和仪器,如电子计算机断层摄影(CT)、磁共振成像(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)、经颅多普勒超声(TCD)、生物标志物、基因等,成为神经系统疾病辅助诊断的重要手段,大大提高疾病的诊断水平。然而,大量的临床事实反复证明,任何一种辅助诊断的检查,都不能完全替代病史和神经系统检查的重要地位。必须认识每一种辅助诊断检查均有其相对的局限性,仅在一定范围内正确应用才有较大作用。通常,辅助检查的阳性结果同临床征象有明确的相应关联,才能有诊断价值,而阴性反应也不能成为排除的唯一理由。只有详细的病史和准确的神经系统受损体征,并加以全面深入的分析,较好指导选择针对性强的辅助检查项目,才能为正确诊断提供客观根据。由此可见,病史采集和神经系统临床检查是认识和掌握神经系统疾病的基础,从事神经病学工作的最重要基本功,应予以高度重视。

第一节 病史采集

完整、准确的病史是诊断疾病的重要基础和依据之一,全面、系统、正确的病史,并经科学的分析,对神经系统疾病的诊断、治疗、预防等,有极大的指导作用。其采集的基本原则及程序,与所有临床学科相同,询问和记录的内容应包括一般情况(姓名、性别、年龄、职业、住址、婚姻、日期等)、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史等,但应特别注意神经系统疾病的独特症状和病程。在收集资料及整理成文字记录时,应十分重视下列几点:

1. 真实客观 必须反映出疾病的原貌,有时用患者的原话或本意表述,可能更生动。不能诱导性提问,要避免暗示,更不能主观臆测,对陈述病情或表达困难而靠亲友提供的信息必须尽力深入分析和核实。总之,力求资料的真实和客观。

2. 完整系统 耐心听取患者叙述,详细收集疾病过程的各方面资料,注意先后顺序及演变、核心症状及伴随的相关改变,进行综合整理,层次分明,有条理的表述,达到系统全面。

3. 重点突出 围绕核心症状,叙述发病形式、进展过程、显示所患疾病的特征,减少繁

琐枝节,避免无关情况,才能突出重点。

为此,在询问病史时,要态度和蔼、尊重患者。适当解释,取得患者的信任及良好的合作,使所得资料达到真实可靠。

(一) 主诉(chief complaint)

是患者感受最主要的痛苦的部分,即核心的临床表现,在表述上还应包括起病形式、进展、存在时间等,并加以精炼,用一两句话来概括,以显示出所患疾病的主要特征,对诊断有提示作用。临床上大多数患者能提供大量全面的资料,有的是病程长、内容复杂繁多、叙述凌乱,均需要加以分析、归纳、提炼出更能反映疾病特征的主诉,才能达到简明准确文字叙述的要求。

(二) 现病史(history of present illness)

是病史中最重要的部分,应围绕主诉核心及相关的重要症状,从疾病开始到就诊时的症状发生、进展、演变、诊治等全过程,进行条理清晰、层次分明、系统全面、客观准确的表达。尽可能以患者的语言描述,避免使用术语,如眩晕、瘫痪、复视、共济失调等。

1. 基本内容 应包括下列几方面:

(1) 发病情况:明确可能的致病或诱发因素,出现首发症状的时间,发病方式有突然或逐渐发生(有明确的日期及时点),呈急性、亚急性、缓慢起病。

(2) 症状表现:主要症状的性质、部位、范围、特点、严重程度、发生的顺序以及伴随症状等。

(3) 疾病进展及演变过程:加重或恶化、缓解或消失、复发等,及其可能原因。疾病过程呈发作性、间歇性或周期性、进行性。

(4) 诊治情况:曾经诊断检查、治疗及其结果。

此外,尚须注意病程中饮食、睡眠、体重、精神状态、大小便等情况的变化。

2. 常见症状 机体患病后出现的症状是病史的最重要组成部分。神经系统疾病有不少特殊的临床表现,非常有助于判断疾病的部位和性质,有的可成为诊断的重要依据。因此,对常见症状应重点详细询问和记录。

(1) 头痛(headache):是临床上最常见的症状,大多数为神经系统疾病所致,应注意重点分析:

1) 部位:局部头痛常提示邻近组织的病变。颅外结构受累可有相当精确的定位,如枕神经的枕部痛或枕顶痛,颞动脉的颞额痛;幕上病灶常引致额、颞部痛,后颅凹病变多为枕部及颈项区疼痛。发作性一侧头痛多见于偏头痛,由颅内高压症、脑膜炎等可引起整个头部疼痛。头痛部位变幻不定大多提示良性病变或功能性疾患等。

2) 性质:可呈现多种性质的疼痛,颅内肿瘤多为钝痛和胀痛,血管性头痛常为跳痛,蛛网膜下腔出血多为爆裂痛,肌紧张性头痛常是钝痛和紧箍痛,枕神经痛可呈闪电样刀割痛。

3) 发生形式及时间:突然发生头痛,立即或极短时间达高峰,多为颅内动脉瘤破裂;在数小时内强度逐渐增加的常见于偏头痛,呈发作性。缓慢起病并逐渐进展的持续性头痛大多为颅内肿瘤,在凌晨开始或加重。丛集性头痛常在夜间睡眠中发作。

4) 先兆和伴随症状:起病时出现视的暗点、闪光、黑矇等,呈先兆型偏头痛的特点。伴有恶心、呕吐、视物不清、耳鸣、眩晕、失语、抽搐、瘫痪等,对判断头痛的原因及鉴别诊断有较大价值。

5) 影响因素:过度劳累、睡眠不足、气候改变、月经周期等可诱发或加重头痛,用力咳

嗽或喷嚏促使头痛加重常提示颅内高压症。头痛程度常受主观因素影响,但应注意患者的日常生活、精神状态,尤其是睡眠和工作的变化,是选择对症治疗的依据。

(2) 疼痛(pain): 为临床十分常见的症状,从病理及发生机制基本上可分为神经系统的原发性损害和其他系统病变累及神经,须注意区别。详细了解疼痛的部位、性质、发生规律、表现特点、伴随症状等,对确定神经受损范围、原发性或继发性等有较大帮助。询问时应着重注意:

1) 部位: 是身体的浅表或深部疼痛,在皮肤、肌肉、关节、内脏器官,或是范围界限不十分清楚,甚至变化不定。可出现于局部、单肢、偏侧或多部位,是否与神经支配区域相一致,有无向远处放射,存在局部压痛或一定径路的压痛点。部位固定的局限疼痛大多是局部神经受累所致,其中有原发的神经炎(如带状疱疹的肋间神经痛)和局部组织的病变刺激神经,后者在临床上更多见,如局部软组织或关节的损伤或炎症所致疼痛、正中神经受压的腕管综合征。范围较广的疼痛较多见于神经受损的病变,有单侧的多发性胸神经根炎,单肢的臂丛损伤或腰骶神经根炎,甚至间脑受损的偏身痛。

2) 性质: 可有酸痛、胀痛、刺痛、烧灼痛、刀割样痛、闪电样痛、放射性痛、扩散性痛等。尚可分为急性疼痛、慢性疼痛、发作性疼痛、持续性疼痛等。同病变性质、感觉神经或自主神经受累有较大关系。如炎症、损伤等大多是急性病变引致急性疼痛,其中不少为发作性痛;肿瘤、慢性中毒、劳损等常出现慢性疼痛,多数是持续性痛。

3) 影响因素: 特定部位的触摸、按压、活动等是否诱发或加重疼痛,如弯腰或咳嗽触发腰椎间盘突出坐骨神经痛,咳嗽引发的胸神经根痛等。气温变化导致肢端血管舒缩功能障碍的自主神经痛。尚有情绪或心理障碍的慢性变动性疼痛,如神经症性抑郁的胸痛或腹痛、甚至关节痛。

4) 伴随症状: 可有肢体无力或瘫痪、感觉障碍、皮肤色泽及温度变化等,对导致疼痛的原因或疾病的判断有较大作用。如四肢末端刺痛伴深浅感觉障碍的多发性周围神经病、大腿外侧痛触觉减退的股外侧皮神经病(感觉异常性股痛)、一侧上肢无力或瘫痪和深浅感觉障碍的臂丛神经痛、肢体远端皮肤变色且受冷暖影响的红斑肢痛症,尚有糖尿病性神经痛。

5) 抽搐(tic): 为局部或甚至全身成群骨骼肌不自主抽动或强烈收缩。当肌群收缩表现为强直性和阵挛性时称为惊厥,一般呈全身性、对称性发作。除了患者的诉述外,应向家属或目击者了解发作的全过程。注意询问的有:

①部位及形式: 局部、全身抽搐,或者局部扩展至全身的抽搐。肢体是伸直、屈曲、还是阵挛。颈部或躯干是否向一侧扭转。

②先兆和诱因: 抽搐前有无短暂的眼前闪光、奇怪气味、胸闷不适、胸腹内气流上升等异常感觉。是否有睡眠、饮食、情绪等变化的诱发因素。

③伴随症状: 有无意识丧失、吐白沫、尿便失禁、唇舌咬伤或跌伤等。抽搐后是否出现昏睡、头痛或一过性肢体无力等。

④其他: 初发年龄、发作频率、诊治情况等。

(3) 瘫痪(paralysis): 是随意运动能力的降低至消失,主要表现在四肢肌肉活动的变化,须加以注意的有:

1) 受累的范围: 可呈现偏瘫、截瘫、四肢瘫、单瘫或仅部分肌群瘫痪。了解坐、立、行走、进食、穿衣、梳头、洗漱等功能受影响程度。

2) 发病情况: 急性或慢性、活动或静止状态起病,有无诱因或前驱症状,瘫痪的进展及

波动等。

3) 伴随症状: 有无麻木、疼痛、抽搐、肌肉萎缩、大小便障碍等。

(4) 眩晕(vertigo): 是一种主观感到周围景物和(或)自身旋转或翻滚, 客观并不存在的运动性幻觉。为前庭神经系统功能受损的表现, 可分为周围性眩晕和中枢性眩晕。有的可伴恶心、呕吐、耳鸣、听力降低、面色苍白、出汗、便意等, 须注意发作的诱因及持续时间。

(5) 视觉障碍(vision disorder): 有视力下降至完全失明、复视、视野缺损(全盲、偏盲、象限性盲)等。须排除眼角膜、晶状体、玻璃体、视网膜等病变。神经疾患所致应明确单眼或双眼、急性或慢性起病。有无症状波动或缓解复发等。

(6) 躯体感觉障碍(somatesthesia disorder): 患者的主观感受, 可有麻木、蚁爬、灼热或冷热感等, 注意出现时间、部位及范围、诱发或影响因素等。

(7) 其他症状: 包括语言、睡眠、大小便、精神状态等改变的表现。

(三) 既往史(previous history)

主要是过去所患的疾病情况, 须详细了解发病时间、过程、诊治等的可靠资料, 更应注意疾病的特点与神经系统疾病的关系, 对判断现患疾病有很大作用。首先有助于寻找病因, 如恶性肿瘤的转移或远隔性损害(副肿瘤综合征)、心源性脑栓塞。曾用过的药物如抗菌药、化疗、镇静或镇痛剂、避孕药等所致脑或周围神经损害。有些疾病, 例如结核、梅毒、某些寄生虫感染, 与现患疾病是存在着共同病原。其次是存在着共同或相似的病理损害机制, 如结缔组织疾病, 经过一定时间, 出现累及神经系统免疫性损害的病变。尚有长期或慢性内脏疾病, 晚期继发神经系统疾病, 如尿毒症性脑病、肝性脑病等。为了完整收集既往患病情况, 防止遗漏, 最好按系统进行全面询问, 应着重下列几方面:

1. 外伤或手术 尤其是头部、脊柱的外伤、手术史。
2. 感染 各种细菌、病毒、寄生虫、螺旋体等所致疾病。
3. 其他系统疾病 最常见于内科疾病, 特别是心血管病。
4. 肿瘤 神经系统以外的各系统或器官的肿瘤、癌肿, 相应治疗情况。
5. 过敏及中毒 药物、食物的过敏或中毒。金属及化学毒物(如汞、锰、砷、有机磷等)、放射性物质、工业粉尘等的接触和中毒史。

(四) 个人史(personal history)

有关患者的生存环境、生活现状。通常须了解下列内容:

1. 生活状况 卫生习惯, 饮食规律和质量, 有无偏食或节食, 烟酒嗜好的时间及摄入量, 长时用麻醉药、镇静剂、毒品等, 有无冶游史。
2. 职业 工种、工作条件或劳动环境等。
3. 社会经历 出生地、居住地址及居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育及经济生活等。
4. 其他 左利手或右利手, 性格特点, 女性的月经、婚育史, 儿童的围生期和生长发育情况以及免疫接种等。

(五) 家族史(family history)

主要目的了解家族中有无遗传性疾病, 通常询问有血缘关系的家族成员中是否有类似患者, 如果在两代以上发生相似疾病, 或同胞中两个以上相近年龄出现相似疾病, 可能是遗传病。应详细询问并记录全部一级和二级亲属的年龄(或死亡时年龄)、发病情况、可能死因等, 并绘制家系图谱。尚须注意直系亲属中近亲婚配情况。

第二节 临床检查

疾病的临床表现基本可分为症状和体征两大部分,前者是患者自身体验和感觉,通过询问获得,属于病史范畴;后者为患者体表或内部结构发生可察觉的改变,须靠医师(检查者)感观和借助简便或传统的辅助工具进行系统的观察及检查,即临床检查(也常称为体格检查)来确定。应用于神经系统疾病的体格检查,临床已惯称神经系统检查(neurological examination),成为获取诊断客观证据的最重要方法,是神经科医师必须具备的十分重要的基本技能,应高度重视和熟练掌握的基本功。对表达困难或不能的患者、或他人提供的症状可能欠确切,神经系统检查所获得的客观体征,是判断神经功能受损的最可靠根据。

检查前需准备的检查工具,除了内科全身检查的血压计、体温计、听诊器、电筒外,主要是神经系统检查所必需的用具,普通常规用的有:叩诊锤、大头针、棉絮、音叉、双脚规、试管(测温度觉用)、压舌板、软尺、皮肤铅笔、视力表、检眼镜。特殊用具是:嗅觉试验瓶(分装薄荷水、松节油、香水等)、味觉试验瓶(各盛糖、盐、醋酸、奎宁)、视野计、失语症试验箱(火柴、笔、刀、钥匙、牙刷、梳子、图画本、各种颜色和形状的木块等)。

为能全面、准确地检查,要求所得的体征(资料)完整、正确,检查时须注意:①关心、体贴患者,说明检查的方法、目的、要求,取得理解和良好的配合;②力求全面、系统、方法正确规范、手法轻柔、按一定程序进行;③检查过程中,经常观察反应情况,注意左右、上下、远近及相邻部位的对照比较。

必须有扎实的基本理论知识,不断临床实践,将每一次的检查视为基本技能的训练过程,也是提高技巧、积累临床经验的重要途径。

一、全身体格检查

身体由多个系统组成,其间密切联系,发生疾病时可能有不同程度的相互影响。神经系统是身体内最重要的一个系统,出现病变时也会影响其他系统,因此不能忽视全身体格检查。通常,为适应临床应用需要,在病历记录中,将全身体格检查置于神经系统之前,而在检查时则是两者同步进行。

关于全身体格检查的详细内容和方法可参阅诊断学,这里重点、扼要介绍与神经系统疾病关系密切的部分。

(一) 一般情况

常规检测体温、脉搏、呼吸、血压等,观察对检查配合程度,应答是否切题,有无特异姿势或强迫性体位、全身营养状况。注意皮肤有无异常,如色素沉着、皮疹、皮下结节或肿块、血管痣、瘀斑等。重点检查胸腹部,尤其是心、肺、肝、肾、胃肠等情况。

(二) 头部和颈部

1. 头颅 注意头颅形状,有无畸形(小颅、方颅、巨颅、长颅或变形颅,图 1-1 示尖头畸形)、颅骨内陷、局部肿块、触痛、压痛或叩击痛,有无头皮血管扩张。对婴幼儿患者还须测量头围,有无颅缝分离、头皮静脉怒张。婴儿应注意检查囟门的大小、闭合或张力情况。

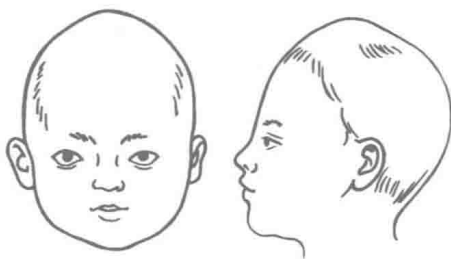


图 1-1 尖头畸形

2. 面部及五官 观察面容及表情反应,有无血管痣、皮脂腺瘤、角膜缘色素环、眼睑水肿、眼球突出或下陷、巩膜黄染、结膜充血、口唇疱疹、口腔溃疡、鼻及外耳道分泌物、鼻窦和乳突压痛等。此外,有无舌、牙、齿龈等改变。

3. 颈部 注意颈部是否对称,有无活动受限、不自主运动、痉挛性斜颈、强迫头位、抬头困难等。触摸淋巴结及甲状腺情况。

4. 颅颈部血管杂音 检查时最好使用钟形听诊器,在眼眶、颅部(颞、枕)、乳突、锁骨上窝和下颌角下方(颈总动脉分叉处)等听诊(图 1-2)。如闻及杂音,应注意其强度、音调和传播方向,以及与心搏周期和颈部位置变化的关系。杂音最明显处提示血管病变的部位,颅内动静脉畸形在眼眶或颅部、颈动脉或椎动脉狭窄在颈部、锁骨下动脉狭窄则位于锁骨上窝。

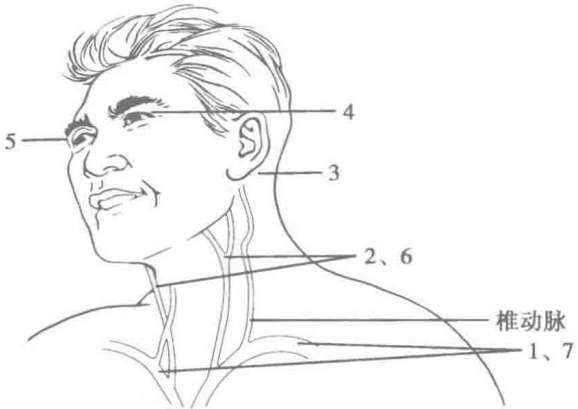


图 1-2 头、颈部血管杂音听诊处
1、7 锁骨上窝椎动脉起始部; 2、6 下颌角下方颈总动脉分叉处; 3 乳突部; 4、5 眼窝

(三) 脊柱和四肢

重点观察脊柱外形,有无前凸、后凸、侧弯(图 1-3 示脊柱侧弯、后凸)和局部膨出(图 1-4 示脊柱裂的脊膜膨出),检查棘突或脊旁有无压痛或叩痛,脊柱活动是否受限、诱发或加重

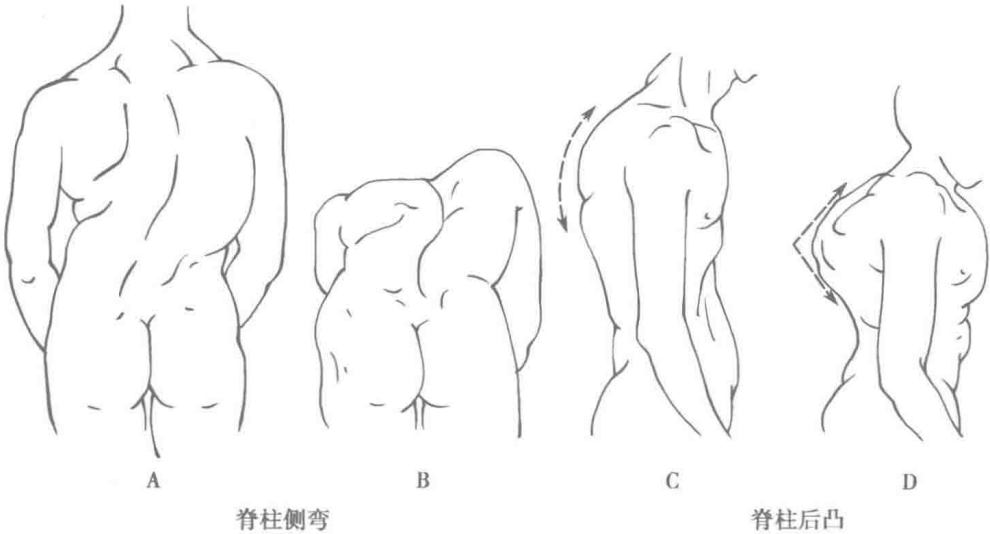


图 1-3 脊柱畸形
A、B 侧弯, C、D 后凸

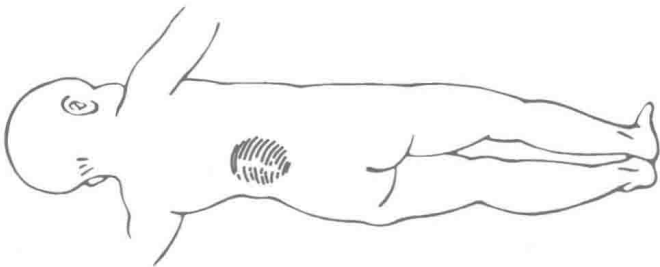


图 1-4 脊柱裂的脊膜膨出

疼痛及其部位。注意四肢有无发育畸形(无指、并趾)、肢端肥大和弓形足等。还有关节活动度,有无肿胀或压痛。触扪四肢动脉搏动情况。

二、神经系统检查

神经系统检查应包括七部分:高级神经活动、脑神经、运动系统、感觉系统、反射系统、脑膜刺激征及自主神经系统功能等。并按项目依次记录。为了减少患者翻动,避免受凉,应与全身体格检查同时进行。一般情况下,必须自上而下,即头部、颈、胸腹、四肢的顺序,如果患者病情严重、昏迷状态,特别是危重患者,抓紧时间重点进行必要的检查、立即抢救,待脱离危险后再作补充。

(一) 高级神经活动检查

高级神经功能十分复杂,其障碍涉及范围甚广,包括神经病、精神病及神经心理学等。临床上最重要的是意识、语言、精神状态等,它们的障碍是高级中枢神经系统病变的常见和重要表现,对这些障碍的判定及其特点的分析有助于脑部疾病的诊断,因此必须掌握其检查方法。

1. 意识状态 意识是个人对外界环境、自身状况以及它们相互联系的确认。意识活动基本分为觉醒和意识内容两大部分,前者为与睡眠呈周期性交替的清醒状态,后者包括感知、思维、记忆、注意、智能、情感和意志活动等心理过程。神经生理研究早已证实,各种感觉冲动经特异性上行投射系统传导,在脑干中发出侧支至网状结构,再由上行网状激活系统(包括脑干网状结构、丘脑非特异性神经核、前脑基底部核团和丘脑下部),上传冲动激活大脑皮质,维持觉醒状态。上行网状激活系统和大脑皮质的广泛损害可导致不同程度的觉醒障碍,而意识内容变化则主要是大脑皮质病变所造成。有关意识障碍的详细内容及检查方法参见第二章第一节意识障碍。

2. 语言功能 语言是人类独有的复杂、高级神经活动,基本上是通过各种符号包括听觉符号(语音)、图案符号(书写文字)和运动符号(手势)来表达交流的,为大脑特有的功能。语言的发生是皮质各部发出的不同信号的组合。在大脑皮质形成了特定的言语中枢区域和与之相联系的周围性感受系统(感官和感觉神经)及运动系统(运动神经和肌肉)。在个体的发育过程中,经过学习和实践而不断提高言语感受和表达能力。语言的解剖结构及其生理功能在不同部位的损害,会造成各自特征的言语障碍(基本可分失语症及构音障碍)。在大脑发生病损,根据病变部位及范围大小,信号组合发生表现形式和程度轻重不同的障碍,主要是多种类型的失语症。关于语言障碍和其检查方法详见第二章第一节的语言和其相关功能障碍。

3. 精神状态 精神活动是人脑的功能,大脑损害常有高级神经功能失调,可出现复杂多样的精神障碍,显示神经病学与精神病学的密切相关。在临床上认识精神症状对神经系统(尤其脑部)疾病的诊治有重大意义。因此,从临床的紧密关联和实际需要,有时须进行一些必要的精神状态检查。常规的精神检查主要以谈话和直接观察的方式,明确患者主观体验的症状,观察仪表、情感、行为,了解知觉、思维、注意、记忆、智能(计算、常识、理解、判断、概括)等方面的改变,详见精神病学。同神经科紧密相关的以记忆、智能等最重要(参阅第二章第一节的记忆和智能障碍)。由于精神病发作影响思维过程、缺乏自知力,病史主要来自各种知情人(包括亲属、同事或同学、朋友、邻居等),须注意真实性和可靠性。对不合作者,更多通过意识、姿势、表情、言语、动作行为等方面的改变,综合分析、推断可能存在的精神异常。