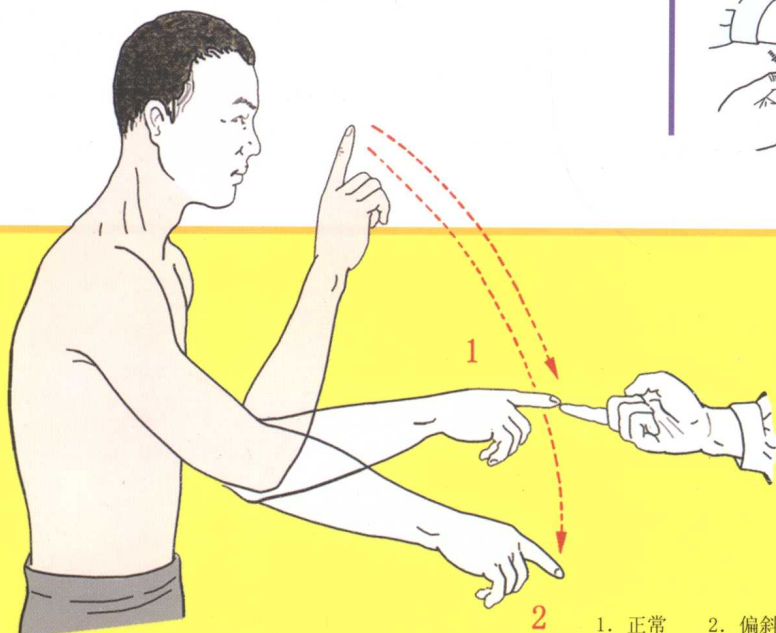
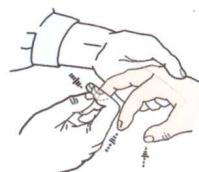


神经系统

检查法简明图解

主编 陈立杰 付 锦



1. 正常 2. 偏斜



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

神经系统检查法简明

图解

主 审 芮德源

主 编 陈立杰 付 锦

副主编 梁庆成 焦卓敏 吴 江

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 锐	哈尔滨医科大学附属第二医院
王丽华	哈尔滨医科大学附属第二医院
付 锦	哈尔滨医科大学附属第二医院
朱雨岚	哈尔滨医科大学附属第二医院
李 峰	哈尔滨医科大学附属第二医院
吴 江	哈尔滨医科大学附属第二医院
陈立杰	哈尔滨医科大学附属第二医院
所 芮	哈尔滨医科大学附属第二医院
金永华	哈尔滨医科大学附属第二医院
俞春江	哈尔滨医科大学附属第二医院
黄湘楠	哈尔滨医科大学附属第二医院
梁庆成	哈尔滨医科大学附属第二医院
焦卓敏	哈尔滨医科大学附属第二医院

秘书兼制图 所 芮

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经系统检查法简明图解/陈立杰等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2010. 6

ISBN 978 - 7 - 117 - 12778 - 3

I. ①神… II. ①陈… III. ①神经学检查 - 图解
IV. ①R741.04-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 061061 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

神经系统检查法简明图解

主 编: 陈立杰 付 锦

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 - 67605754 010 - 65264830

010 - 59787586 010 - 59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 18

字 数: 445 千字

版 次: 2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 12778 - 3/R · 12779

定 价: 96.00 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销售中心联系退换)

序



在神经系统疾病的诊疗过程中,对神经系统疾病的病史采集及系统的体格检查是最为重要的。根据神经系统疾病的详细病史与系统的体格检查所见,结合神经解剖、生理、病理等基础知识进行定位诊断,是神经系统疾病诊断过程中必需的基本环节。神经系统疾病的诊断核心是定性诊断,而定性诊断的核心是病史的采集和整理。有了全面、准确的病史资料与系统的体格检查所见,才有可能根据具体情况有目的地去选择有价值的辅助检查。

近年来辅助检查技术在神经科诊断中的作用越来越明显,现代神经检查设备越来越复杂,专业化程度越来越高,目前已进入了功能 MRI、弥散加权 MRI 和 PET 时代。但神经科医师手中的叩诊锤、音叉、大头针仍然是任何先进仪器代替不了的。

神经系统检查需要有一定的技巧和耐心,需要通过严格的训练,按照一定的顺序,遵循一套固定的、系统的常规方法,直到对检查方法已经熟练掌握。否则对日后的工作极有可能因为漏检体征而造成严重的损失。

陈立杰教授是一位博学多才、精明强干的学者、师者,她组织了有丰富临床经验的医师,把内容极为丰富、复杂的神经系统检查,经过去粗取精、删繁就简,浓缩为这本简单明了、通俗易懂的图解,并创造性地运用大量彩图帮助理解,使我们尤其是初学者、青年医师在学习时容易理解,便于操作,并能节省较多时间,提高效率,此举是非常值得提倡与效仿的。

本书是医学生,尤其是实习医师、进修生、研究生、青年住院医师不可多得的一本掌中宝,对神经科高年医师及其他各科医师也将有一定帮助。为了阅读省时、高效,本书首次尝试删繁就简、图文互补,可能存在一些不足,请广大读者提出宝贵意见以兹修正。

芮德源
2010 年 5 月

前言



随着医学影像学等各种先进辅助检查手段的飞速发展,更多的曾经难以明确的神经系统疾病的诊断变得清晰而准确。但是,无论怎样先进的辅助检查也无法代替临床的问诊与查体,无法代替医师对临床症状与体征的分析与判断。而查体的方法是否规范、是否正确将直接影响到疾病诊断的准确性。

对于初学者来说,神经系统检查法复杂而抽象,使人感到无从下手。乍看起来,许多病变的部位与其症状表现的部位相隔甚远,专家教授所做的定位诊断显得格外扑朔迷离、充满玄机。而如何能从临床征象中准确地进行病变定位,正是神经科学的神奇与魅力所在。在我刚刚进入神经内科的时候,一直渴望有一本通俗易懂、图文并茂,简单易学的手册样书籍,来帮助我们 从神经科学那错综复杂的迷宫中找到一条蹊径,以通往那神秘的殿堂。

基于以上想法,我们编写了这本《神经系统检查法简明图解》,试图运用 400 余帧生动的插图,使复杂的神经系统检查变得简单直观、易于掌握,使病变的发生机制变得通俗易懂、便于记忆。本书共分七章,按照精神状态、脑神经、感觉系统、运动系统、反射系统的顺序,简明、扼要、系统地介绍各部分相关的临床解剖、检查方法和临床意义。在编写过程中,作者还融入了与体征相关的一些常见的临床综合征,以利于加深对其临床意义的理解,重点突出其临床实用性与可操作性。

希望本书能对初涉临床的医学院校实习生、神经科学研究生、神经内、外科以及儿科的住院医师在临床学习和工作中有所启迪和帮助,也愿本书能在高等院校教师的教学中成为颇有价值的参考书。无论是在桌边案头,还是在工作之余,希望本书都能成为常陪在您身边的亲密伙伴、得力助手。

在本书出版之际,我要深深地感谢著名的神经病学专家、我们德高望重的老师芮德源教授,在本书编写的全过程所给予我们的热情的鼓励与支持、详尽的指导和帮助、严格的要求与审阅。他虽年事已高,工作繁忙,但仍花费许多宝贵时间为全书通篇审阅,提出许多重要的修改意见,为本书的出版做出了巨大的贡献。我们不仅受益于他渊博的学识和丰富的经验,更受益于他科学而严谨的治学态度,勤勉而一丝不苟的工作作风。此外,我还要衷心地感谢所有编写组成员所做出的共同努力,感谢我的学生们在本书编写过程中所提出的宝贵意见和建议。

面对神经科学的浩瀚之海,我们永远都是一个寻找宝藏的拾贝者。由于我们水平有限,经验有限,在编写过程中难免存在诸多疏漏和不足,在此诚挚地希望读者批评指正。

陈立杰

2010 年 5 月于哈尔滨

目 录

第一章 神经系统疾病的病史采集	1
第一节 神经系统病史采集方法	1
一、一般项目	1
二、主诉	1
三、现病史	1
(一) 起病的时间及诱因	2
(二) 症状性质、特点和程度	2
(三) 症状的部位和范围	2
(四) 症状与症状之间的时间关系	2
(五) 病程经过	3
(六) 治疗经过	3
(七) 伴发症状	3
(八) 症状加重及减轻的因素	3
(九) 具有鉴别意义的阴性症状	4
(十) 饮食、睡眠及大小便情况	4
四、既往史	4
五、个人生活史	4
六、月经史	4
七、婚姻史	5
八、生育史	5
九、家族史	5
第二节 神经系统常见症状的病史	5
一、头痛	5
二、疼痛	5
三、感觉异常	7
四、痉挛发作	8
五、瘫痪	9
六、睡眠障碍	9
第二章 神经系统常规检查及注意事项	10
第一节 神经系统的常规检查	10

第二节 检查注意事项	12
第三节 检查的用具	12
第三章 精神状态	13
第一节 意识与定向	13
一、意识和意识障碍	13
(一) 对周围环境的意识障碍	13
(二) 自我意识障碍	23
(三) 出神状态	24
二、定向力及其障碍	24
第二节 言语思想	24
一、言语及其障碍	24
(一) 失语症	24
(二) 发音困难	26
二、失用症	27
三、失认症	27
第三节 情感与智能	28
一、情感及其障碍	28
(一) 病理优势情感	28
(二) 情感诱发障碍	29
(三) 情感协调障碍	29
(四) 情感退化	29
二、智能及其障碍	30
(一) 精神发育迟滞	30
(二) 痴呆	30
第四节 记忆与记忆障碍	30
一、记忆量的改变	30
(一) 记忆增强	30
(二) 记忆减退	31
(三) 遗忘	31
二、记忆质的改变	32
(一) 错构症和虚构症	32
(二) 潜隐性记忆、旧事如新症、似曾相识感及重演性记忆错误	32
三、科萨科夫综合征	32
【Wernicke 脑病】	33
第四章 脑神经	34
第一节 嗅神经	38
一、临床解剖	38
二、检查方法	39

三、临床意义	40
(一) 嗅觉减退或消失	40
(二) 嗅觉过敏	40
(三) 嗅幻觉	40
(四) 嗅觉倒错	40
第二节 视神经	41
一、临床解剖	41
二、检查方法	42
(一) 视力检查	42
(二) 视野检查	44
(三) 眼底检查	46
(四) 视反射检查	47
三、临床意义	48
(一) 视力和视野	48
(二) 眼底改变	48
(三) 视反射消失	52
第三节 动眼神经、滑车神经、展神经	52
一、临床解剖	52
(一) 动眼神经	52
(二) 滑车神经	52
(三) 展神经	52
二、检查方法	54
(一) 眼睑及眼裂	54
(二) 眼外肌运动功能检查	54
(三) 瞳孔的检查	57
三、临床意义	58
(一) 眼睑功能障碍	58
(二) 眼球运动功能障碍	59
第四节 三叉神经	67
一、临床解剖	67
(一) 感觉通路	67
(二) 运动通路	69
(三) 三叉神经感觉、运动传导径路	69
二、检查方法	69
(一) 感觉检查	69
(二) 运动检查	70
(三) 反射检查	71
三、临床意义	72
(一) 周围性病变	72
(二) 核性病变	72

(三) 核上传导束性病变	74
第五节 面神经	75
一、临床解剖	75
(一) 运动神经	75
(二) 感觉纤维	77
(三) 内脏运动纤维	78
二、检查方法	78
(一) 颜面表情肌运动的检查	78
(二) 味觉检查	79
(三) 反射检查	79
三、临床意义	81
(一) 核上损害	81
(二) 底节病变	81
(三) 核及核下损害	82
(四) 面肌阵挛或抽搐	82
(五) 面颊部肌肉麻痹	82
第六节 位听神经	82
一、临床解剖	82
(一) 耳蜗神经	83
(二) 前庭神经	83
二、检查方法	85
(一) 耳蜗神经检查法	85
(二) 前庭神经检查法	87
三、临床意义	89
(一) 耳蜗神经损害	89
(二) 前庭神经损害	91
第七节 舌咽神经、迷走神经	95
一、临床解剖	95
(一) 舌咽神经	95
(二) 迷走神经	96
二、检查方法	97
(一) 发音	97
(二) 吞咽	97
(三) 软腭运动	97
(四) 咽反射	98
(五) 舌后 1/3 味觉及声带检查	98
三、临床意义	98
(一) 舌咽神经	98
(二) 迷走神经	99
第八节 副神经	100

一、临床解剖	100
(一) 核上联系	100
(二) 核及其纤维	100
二、检查方法	101
三、临床意义	101
(一) 核上性病变	101
(二) 核及核下性病变	101
第九节 舌下神经	101
一、临床解剖	101
(一) 核上联系	101
(二) 核及其纤维	102
二、检查方法	102
三、临床意义	103
(一) 核上性损害	103
(二) 核性及核下性损害	103
【多数脑神经损害的临床表现】	103
一、延髓麻痹(球麻痹)与假性延髓麻痹综合征	103
(一) 延髓麻痹综合征	103
(二) 假性延髓麻痹综合征	104
(三) 球麻痹与假性球麻痹的鉴别	104
二、尾组脑神经联合损害综合征	104
(一) 阿维利斯(Avellis)综合征	104
(二) 史密特(Schmidt)综合征	104
(三) 泰匹(Tapia)综合征	104
(四) 杰克逊(Jackson)综合征	105
三、枕骨大孔区综合征	105
(一) 尾组脑神经(IX、X、XI、XII对脑神经)损害	106
(二) 颈神经根受损及脑膜刺激症状	106
(三) 延髓及颈髓损害症状	106
(四) 小脑损害症状	107
四、颈静脉孔综合征	107
五、脑桥小脑角综合征	108
六、三叉神经半月节综合征	108
七、颞骨岩尖综合征	108
八、海绵窦综合征	109
九、眶上裂综合征	110
十、眶尖综合征	110
第五章 感觉系统	112
第一节 临床解剖	112



一、一般感觉的传导径路	112
(一) 浅部感觉传导路	112
(二) 深部感觉传导路	114
(三) 压觉传导路	115
(四) 实体觉传导路	116
二、体表感觉的节段性分布	116
(一) 脊神经后根与皮节的支配关系	116
(二) 脊神经与周围神经的关系	116
(三) 脊髓神经根的体表节段性分布	117
三、感觉纤维在中枢神经系统内的排列方式	119
(一) 感觉纤维在脊髓内的排列	119
(二) 感觉纤维在脑干内的排列	120
(三) 感觉纤维在丘脑腹后核中的排列	120
(四) 感觉纤维在中央后回的排列	120
第二节 检查方法	122
一、注意事项	122
二、浅感觉的检查	122
(一) 痛觉	122
(二) 温度觉	123
(三) 触觉	123
三、深感觉的检查	124
(一) 位置觉	124
(二) 运动觉	124
(三) 振动觉	124
四、复合感觉(皮层感觉)的检查	124
(一) 实体觉	124
(二) 两点辨别觉	125
(三) 定位觉	125
(四) 图形觉	125
(五) 重量觉	126
(六) 对点单感	126
第三节 临床意义	127
一、症状与体征的性质	127
(一) 感觉异常	127
(二) 感觉减退与感觉消失	127
(三) 感觉过敏	127
(四) 感觉分离	127
(五) 感觉倒错	128
(六) 感觉过度	128
(七) 压痛	128

(八) 疼痛	128
二、定位诊断	129
(一) 末梢神经损害	129
(二) 神经干损害	129
(三) 神经丛损害	131
(四) 脊神经节损害	131
(五) 后根损害	131
(六) 后角损害	133
(七) 前联合损害	134
(八) 脊髓后索损害	134
(九) 脊髓侧索损害	134
(十) 脊髓半侧损害	135
(十一) 脊髓横贯性损害	135
(十二) 脑干损害	135
(十三) 丘脑损害	137
(十四) 内囊损害	139
(十五) 脑皮质损害	141
(十六) 功能性感觉障碍	142
第六章 运动系统	143
第一节 临床解剖	143
一、锥体系统	143
(一) 皮质脑干束的传导径路	143
(二) 皮质脊髓束的传导径路	144
(三) 锥体束在中枢神经系统内的排列	144
二、锥体外系统	147
(一) 皮质-脑桥-小脑系	147
(二) 纹状体-苍白球系统	147
(三) 小脑前庭系统	149
第二节 检查方法	151
一、肌体积	151
(一) 肌萎缩	151
(二) 肌肉肥大	152
二、肌张力	152
三、肌力	155
(一) 一般检查方法	155
(二) 个别肌肉的检查方法	158
(三) 轻瘫的检查方法	183
四、共济(协同)运动	189
(一) 平衡性共济运动的检查	189

(二) 非平衡性共济运动的检查	191
五、伴随运动	197
(一) 生理性联合(带)运动	197
(二) 病理性联合(带)运动	197
六、姿势及步态	203
(一) 偏瘫步态	203
(二) 剪刀样步态	203
(三) 慌张步态	204
(四) 感觉性共济失调步态	204
(五) 小脑性共济失调步态	204
(六) 跨阈步态	204
(七) 肌病步态	204
(八) 瘰症步态	204
第三节 临床意义	205
一、症状性质	205
(一) 肌体积的改变	205
(二) 肌张力的改变	205
(三) 肌力的改变	205
(四) 共济(协调)运动	206
(五) 姿势及步态的改变	206
(六) 伴随运动	206
(七) 不自主运动	207
二、定位诊断	208
(一) 下运动神经元性麻痹	208
(二) 上运动神经元性麻痹	218
(三) 上、下运动神经元性麻痹	231
(四) 基底节损害	231
(五) 小脑系统损害	234
第七章 反射系统	237
第一节 临床解剖	237
第二节 检查方法	238
一、检查时注意事项	239
二、检查方法	240
(一) 深反射	240
(二) 阵挛	242
(三) 逆转反射	243
(四) 浅反射	245
(五) 病理反射	245
(六) 提高 Babinski 征阳性率的检查方法	250

(七) 关节反射	251
(八) 脑膜刺激征	251
(九) 拉撒革(Laseque)征	252
(十) 脊髓自动反射	253
第三节 临床意义	254
一、症状性质	254
(一) 深反射的改变	254
(二) 浅反射的改变	255
(三) 病理反射	255
二、定位诊断	255
(一) 脊髓反射径路损害	255
(二) 皮质脊髓径路(锥体束)损害	255
第四节 反射的总结	256
 【附】哈尔滨医科大学附属第二医院神经科病历格式	258
中文名词索引	265
外文名词索引	270
参考文献	272

第一章



神经系统疾病的病史采集

完整而确切的病史是诊断疾病的最重要的依据。问诊是采集病史的手段,也是诊断疾病时首先应使用的步骤。在问诊时,医务人员对患者及其家属应热情、耐心,取得患者的密切合作。问诊开始时,应先问明患者的姓名、年龄和工作等一般情况,继之询问患者就诊时的主要病痛和发生的时间(主诉)。然后详细询问现病的发病经过(现病史),并应按次序再了解既往史、个人生活史及有关的家族史等。对生育年龄的妇女,尚应了解月经史,对已婚妇女,还应询问婚姻和生育史。询问和记录病史时,应力求确切可靠,并按时间顺序有系统、有重点,避免烦琐零乱的记录。要尽量让患者陈述自己的疾病经过,待患者讲完后再提出有关问题。有时由于患者不能将自己的病情重点地加以陈述,或因病情复杂,述说不清,此时医师可适当加以启发和引导,使患者讲出与疾病有关的主要情况。但应注意避免暗示性的提问,以免引导患者说出实际不存在,但符合医师主观臆测的某些病情和症状,导致错误的诊断。在问诊大致结束时,对患者没有提到的,但在以上询问过程中认为与现病有关的某些症状,应加以补充询问,以免有所遗漏。对有鉴别诊断意义的阴性症状和体征,亦应询问并记录在病史内以备分析、诊断时参考。

第一节 神经系统病史采集方法

神经系统疾病的病史采集方法,基本上与一般内科疾病相同,包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人生活史,月经史、婚姻及生育史,家族史。现侧重介绍神经系统疾病的病史采集,简述如下。

一、一般项目

包括姓名、性别、年龄、职业、婚否、民族、籍贯、住址、工作单位、入院日期、采取病史日期、病史陈述者及病史可靠性。

二、主诉

系指患者就诊时最突出的症状、性质及其存在的时间。

三、现病史

是整个病史中最重要的一部分,也是患者现患疾病的详细经过。其内容应根据主诉的

初步分析,深入、系统、全面地加以询问、记录。即从本次患病出现的第一个症状开始,到就诊时为止的一段时间内,按照时间顺序,将发病的缓急、可能的诱因、各种症状的性质、发展经过及伴随的现象等,一一加以询问。在询问和记录时,必须按时间顺序,因为只有这样,才能找出疾病在患者个体中发生和发展的过程。尽管主诉的症状各不相同,但记录的步骤是一致的。

(一) 起病的时间及诱因

一般而论,起病急骤的病因有血液循环障碍、急性炎症和外伤,患者常能说出起病的日期和时间;起病缓慢的病因如变性、肿瘤和先天发育不全等,患者常不能正确地回忆起发病的日期。某些呈发作性的神经系统疾病,如典型偏头痛、周期性瘫痪,短暂脑缺血发作等,其症状和体征都不会持续存在太久,而先天发育不全及变性疾病等,其症状和体征可持续较长。至于发病的诱因应包括患者的思想情况和发病前有无精神上的因素,因为这对于器质性疾病和功能性疾病的鉴别有一定帮助。同时还必须注意到,在器质性疾病中,患者主观症状往往比客观体征出现得早,这时很容易忽视而误认为是功能性疾病的诉说。因此,我们不应忽视精神诱因对于一些功能性疾病和神经-内脏疾病的作用。许多疾病,除神经症和癔症与精神诱因有密切的关系已为众所周知外,其他如高血压、各种脑血管病、癫痫等都可由于精神诱因、气温变化、突然停药等而使其发病或加重。

(二) 症状性质、特点和程度

例如感觉障碍要询问清楚是属于刺激性病变所致的感觉过敏(发麻、蚁走感)?抑或是破坏性病变所致的感觉减退(发木、迟钝或感觉脱失)?是周围神经损害所致的全部深浅感觉障碍?抑或是脊髓灰质(后角、前联合)病变所致的分离性感觉障碍?还是由于皮质中枢病变所致的皮层感觉障碍?又如运动障碍应问清楚是痉挛性瘫?抑或是弛缓性瘫?是完全性瘫(全瘫)?抑或是不完全性瘫(轻瘫)?如为轻瘫还应问清楚是几度轻瘫。头痛应问清楚是胀痛、压痛、跳痛、箍痛?抑或是阵发痛、持续痛?是可以忍耐的钝痛(如脑瘤)?抑或是难以忍受的剧痛(偏头痛、脑膜炎、蛛网膜下腔出血)?

(三) 症状的部位和范围

例如三叉神经痛通常限于一侧面部三叉神经分布区内,受累的范围多为三叉神经的某一支,也常同时或先后侵及两支,但全部三支同时受累者却比较少见。坐骨神经痛位于坐骨神经走行的径路上,常自腰部向一侧臀部、大腿后面、腘窝、小腿外侧和足背外侧放射。中枢性面瘫主要限于一侧颜面自眼裂以下的表情肌麻痹,而周围性面瘫则表现为一侧颜面的全部表情肌麻痹。

(四) 症状与症状之间的时间关系

对于症状发生的先后次序,必须有系统地按照其发展的过程记录下来,这不仅对于定位诊断极有价值,而且对于了解病变的性质也有帮助。最早出现的症状是最有定位意义的,它常常是病变的原发部位。例如右侧面部肌肉开始抽动,继之为右手、臂、肩和下肢的抽动,神志清楚,失语,这表明左侧大脑半球中央前回下部有刺激性病灶。又如右足趾首先发麻,随即麻木上升至右足、小腿及大腿,相继右足趾开始抽搐,继之发展为整个右下肢抽搐,这种症状发生的次序,表明左侧中央前回上部有刺激性病变。再如先为一侧肢体的根性疼痛,继之则出现同侧脊髓半离断症状,最后出现横贯性脊髓损害的症状,表明病变在脊髓外引起的脊髓压迫症。如果开始时即为分离性感觉障碍、尿便功能障碍,继之出现传导束性感觉运动障碍,最后引起根痛和椎管梗阻者,则为脊髓本身的(占位性)病变所致。

(五) 病程经过

要问清楚病程中症状发展的情况,注意有无缓解与复发(图 1-1)。例如:

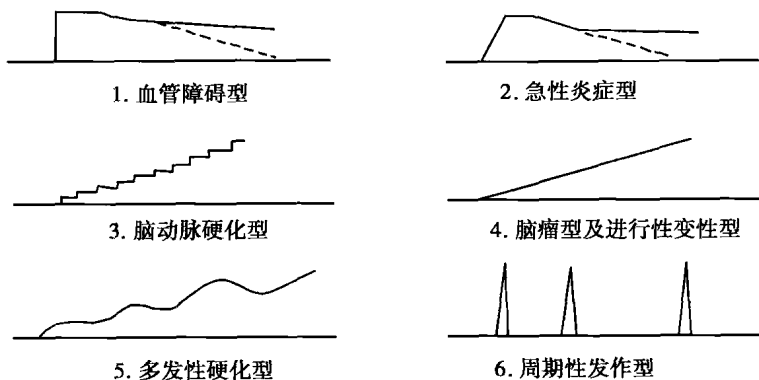


图 1-1 神经病病程的分类

1. 血管性病变 发病急剧,以后有好转,但多不能完全治愈,有时也有完全治愈者。见于脑出血、脑血栓形成、脑栓塞等。

2. 急性炎症性疾病 起病较急,经数天或 1~2 周病情可达最高峰,以后逐渐恢复,其结果可痊愈,亦可以不完全恢复。

3. 肿瘤及进行性变性疾病 起病缓慢,进行性加重,病程无缓解现象。

4. 脑动脉硬化症 起病缓慢,呈阶梯状进展,至晚期可发展为血管源性痴呆。

5. 多发性硬化症 起病可急可缓,病程起伏进展,多有缓解复发。

6. 周期发作性疾病 起病快,病程短,恢复亦快,间歇期正常,反复发作。见于癫痫、周期性瘫痪、偏头痛等。

(六) 治疗经过

对患者就诊前曾经诊治过的医疗单位、当时的诊断、主要检查结果、所接受的治疗以及疗效等,亦应了解并记录,如认为患者陈述中的哪一部分不甚可靠,则可加引号说明。对患者就诊时随带的其他医疗单位的病情记录和某些检查材料,应仔细查阅参考,并妥善保存。此时,应注意防止不经自己认真了解、检查和独立思考,就随声附和,也要反对那种忽视其他医疗单位的诊断和检查结果的自以为是的态度。

(七) 伴发症状

伴发症状常有助于诊断,如运动障碍可伴肌肉萎缩,感觉障碍可伴烫伤、烧伤或外伤,疼痛可引起强迫体位或运动受限,抽搐可引起外伤、舌咬伤及尿便失禁。持续性头痛伴恶心呕吐常为颅内高压症或脑肿瘤的症状,头痛伴失眠多梦、记忆力减退则可能为神经衰弱,头痛伴脑膜刺激征常常为脑膜炎。

(八) 症状加重及减轻的因素

按压颞颥部常可使血管性及紧张性头痛减轻,咳嗽喷嚏可使血管性及高颅压性头痛加重。精神紧张、情绪苦闷可使神经症的症状加重,精神愉快、情绪高涨可使神经症的症状减轻。将头颈向一侧倾斜牵拉(侧颈试验)可使对侧颈神经根炎及同侧颈椎病所致的神经根痛加重,可使同侧颈神经根炎及对侧颈椎病所致的神经根痛减轻。直立弯腰可使坐骨神经痛的症状加重,屈膝屈髋可使坐骨神经痛的症状减轻。增加腹压可使神经根痛的症状加重。