

神经精神病学

(三年制试用教材)

中国人民解放军第二军医大学

1974年8月

毛主席语录

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

古为今用，洋为中用。

马克思主义的哲学辩证唯物论有两个最显著的特点：一个是它的阶级性，公然申明辩证唯物论是为无产阶级服务的；再一个是它的实践性，强调理论对于实践的依赖关系，理论的基础是实践，又反过来为实践服务。

目 录

第一章 神经系统疾病的基本诊断方法	(1)
第一节 神经系统疾病的病史采集及体查.....	(1)
第二节 神经系统疾病的分析诊断.....	(17)
第二章 周围神经疾病	(34)
第一节 三叉神经痛.....	(34)
第二节 面神经炎.....	(36)
第三节 神经根炎.....	(37)
第三章 中枢神经疾病	(44)
第一节 急性脊髓炎.....	(44)
第二节 脊髓空洞症 *	(47)
第三节 运动神经元疾病 *	(48)
第四节 脑卒中.....	(49)
第五节 颅内血栓性静脉炎 *	(57)
第六节 蛛网膜炎.....	(58)
第七节 震颤麻痹 *	(60)
第八节 急性舞蹈病 *	(61)
第四章 其它常见症状群	(63)
第一节 癫痫.....	(63)
第二节 头痛.....	(68)
第三节 颅内压增高综合征.....	(73)
第四节 周期性麻痹.....	(79)
第五节 重症肌无力 *	(80)
第六节 痛性痉挛.....	(81)
第五章 神经官能症	(84)
第六章 精神病概述	(90)
第一节 精神病史与精神检查.....	(90)
第二节 精神分裂症.....	(92)
第三节 躁狂忧郁症.....	(96)
第四节 心因性反应症 *	(97)
第五节 其它躯体疾病所致精神障碍.....	(98)

*供自学参考

第一章 神经系统疾病的基本诊断方法

第一节 神经系统疾病的病史采集及体查

一、病史：神经系统疾病的病史，是诊断神经系统疾病的重要依据，有些疾病从完整的病史资料中就可以得出初步诊断印象，如原发性癫痫、神经官能症等，在体格检查时大都没有神经系统阳性体征，由病史能提供诊断根据。因此，首先要求问好病史。

询问病史时，“忌带主观性、片面性和表面性。”应根据主诉，深入了解疾病的发生和发展的全过程。一般地说，神经系统疾病病史的采集方法，基本上与其他科相同，但神经系统疾病的临床表现有其特殊性，询问病史时应加以注意。现将神经病的几种主要症状略述如下：

（一）疼痛：最常见的是头痛和腰腿痛。询问时应了解疼痛的部位、时间、频度（发作性或持续性）、性质（胀痛、刺痛、钻痛、钝痛、跳痛、放射痛、烧灼痛）、诱发因素和伴发症状（恶心、呕吐、耳鸣、眩晕、视力障碍等）。

（二）感觉缺失：有无痛温觉、位置觉缺失，分布部位何在。

（三）抽搐：抽搐发作的形式是局限性的或全身性的，强直性的或阵挛性的；发作开始的部位；有无意识丧失、跌伤或小便失禁；发作的频度；发作前的诱因；伴发的症状；以往检查及治疗的情况；家族中有无类似病史。

（四）瘫痪：了解瘫痪的部位，是单瘫、偏瘫、截瘫或四肢瘫痪，先从那个肢体开始；瘫痪是逐渐发生或是突然开始的；是完全性的或是不完全性的；是弛缓性的或是痉挛性的；有无反复发作的病史等。

（五）意识障碍：神志是否清醒，能否言语。

（六）直肠及膀胱括约肌功能障碍：有无大小便失禁。

询问病前有无外伤、感染、寄生虫病（血吸虫、囊虫）、高血压以及精神刺激等致病因素。

二、神经系统体查：

神经系统检查发现的阳性体征，是诊断的客观依据。根据病史和神经系统检查对大多数神经系统疾病即可作出临床诊断，某些病例需要进一步作辅助检查。临床军医必须熟练地掌握神经系统的体查方法，得出正确的结果，以便确定诊断，决不可单纯依赖辅助检查，这样也有利于在部队和农村工作。

神经系统检查项目较多，既要耐心细致循序进行检查，又要结合病史，有的放矢，突出

重点。神经系统检查可结合一般体检同时进行，如检查头颈部时，可同时进行12对颅神经的检查，这样可缩短时间，减少病人疲劳。冬天检查要注意保暖，以免感冒。

(一) 一般精神状况：

神志：是否清楚。常见神志障碍有以下几种：

- 1. 嗜睡：患者昏昏欲睡，呼之即醒，能回答问题。
- 2. 浅昏迷：对强刺激（如针刺或大声呼唤）尚有反应，各种深、浅反射（角膜反射、瞳孔对光反应等）也都存在，但不能回答问题。
- 3. 深昏迷：对针刺等外界刺激均无反应，反射完全消失或大部份消失。
- 4. 假醒状态（又称“去大脑皮质综合征”）：仅有皮质下的低级神经活动。患者眼球可向各方转动，瞳孔对光反应和角膜反射存在，能吞咽。乍看起来似清醒，实际上无皮质活动，病人不认识周围事物，不理解别人的语言和动作，也不会说话或回答问题。

言语：有无发音不清或失语。运动性失语，只能听懂别人讲话，但自己没有表达的能力。感觉性失语，丧失言语理解的能力，听不懂别人和自己的话意，虽能讲话，但语无伦次，答非所问。

(二) 颅神经：

颅神经共12对（图1），应两侧分别进行检查。

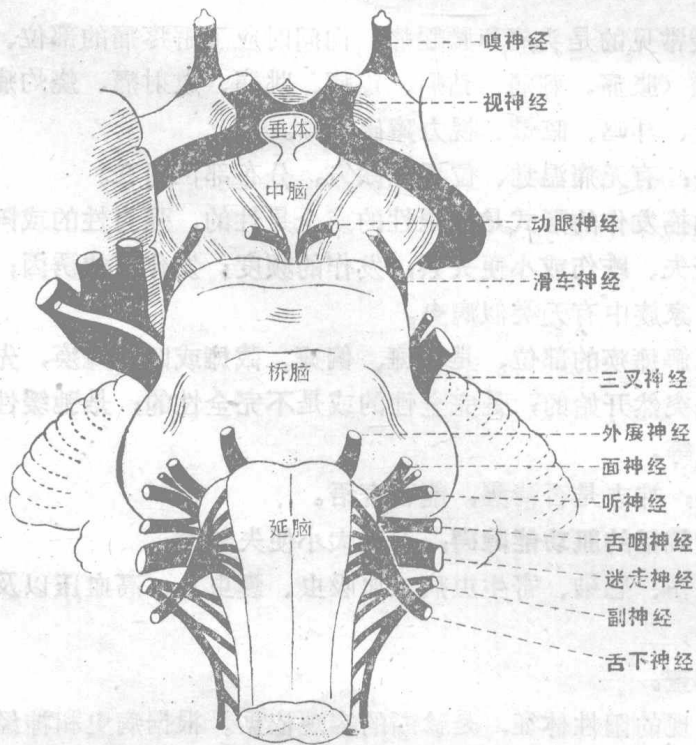


图1 颅神经

I 嗅神经:

司嗅觉。起自鼻腔内的嗅觉感受器，其神经纤维经筛板进入颅内，终于颞叶海马回（嗅中枢）。

检查方法：可用有挥发性的芳香物质，如樟脑、薄荷或烟草等，分别置于病人左、右鼻孔，压住一侧鼻孔，嘱说出嗅到的气味。

嗅神经临床上很少单独损害。两侧性的嗅觉障碍，要剔除鼻部疾病，如萎缩性鼻炎、伤风感冒以及神经官能症。海马回（嗅中枢）的病变，可出现嗅幻觉。

Ⅱ视神经:起自视网膜的视觉细胞,形成视神经入颅,经视交叉(鼻侧纤维交叉,颞侧纤维不交叉)、视束,而后至外侧膝状体更换神经元,形成视放射,经内囊后肢终于枕叶距状裂附近的视觉中枢。(图2)

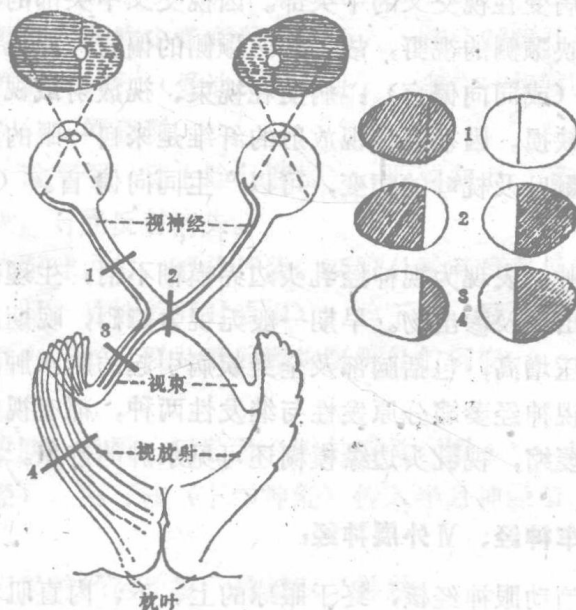


图 2 视神经通路及视野障碍

检查方法:

1. 视力：用远、近视力表检查。没有视力表的情况下，可用看书报的方法估计。有严重的视力障碍者，用辨别眼前手指数目及距离、手动或光感等方法测试。

2. 视野：病人两眼正视前方，眼球保持不动时所能看到的空间范围称为视野。用周边视野计检查较为精确。临床常用手指检查法，简便易行，可作粗略估计。检查时与病人对坐，距离约 60 厘米。检查左眼时，要求遮盖右眼，医生则闭住左眼，并向正前方相互注视。医生用手指在两人之间，从上、下、左、右的周边向中央缓慢移动，当病人开始看到手指时即告知医生。以医生作为正常标准的视野与病人的视野大小相比较，可大概测知病人的视野是否正常。正常人视野呈椭圆形，颞侧及下方视野较大。医生也可伸出一指放在病员眼前，

嘱其向正前方注视，以另一手手指由周边逐步移向视野中央，加以试测，此法更适用于卧床病员的检查。

3. 眼底：检眼镜的应用及眼底检查方法参考眼科学讲义。对神经系统疾病进行眼底检查，重点是观察视神经乳头的色泽，有无苍白视神经萎缩；边界是否清楚，中央是否隆起，有无视神经乳头水肿。其次是看眼底血管有无变化，正常时动、静脉粗细的比例为2:3，动脉鲜红，静脉暗红。常见的血管变化是动脉硬化，血管变细，反光增强，动静脉有交叉压迫迹。

损害症状：

1. 视力减退或失明：多见于视神经炎或视网膜中心动脉闭塞等眼科疾病。颅内肿瘤或蛛网膜炎所引起的视力障碍，大都伴有神经系其他症状和体征。

2. 视野障碍：常见的有下列几型：

(1) 单眼全盲：病变在该侧视神经，如肿瘤压迫或外伤等。(图2:1)

(2) 两颞侧偏盲：病变在视交叉的中央部。因视交叉中央部的纤维来自两眼视网膜鼻侧的纤维，鼻侧视网膜反映颞侧的视野，故出现两颞侧的偏盲，如见于垂体瘤。(图2:2)

(3) 两眼同侧偏盲(或同向偏盲)：病变在视束、视放射或视觉中枢。即一眼的鼻侧视野和另一眼的颞侧视野缺损。因视束和视放射的纤维是来自一眼的颞侧和另一眼的鼻侧视网膜之故。如内囊出血或颞叶及枕叶的病变，可以产生同向偏盲。(图2:3、4)

3. 眼底变化：

(1) 视神经乳头水肿：表现为视神经乳头边界模糊不清，生理凹陷消失，充血，视乳头隆起，静脉怒张，可见出血及渗出物。早期一般无视力障碍，晚期出现继发性视神经萎缩时视力减退。常见于颅内压增高，包括脑部及全身疾病引起的脑水肿、颅内占位性病变等。

(2) 视神经萎缩：视神经萎缩分原发性与继发性两种，都有视力减退和视神经乳头颜色苍白。惟继发性视神经萎缩，视乳头边缘模糊还可见水肿的迹象。

Ⅲ 动眼神经、Ⅳ 滑车神经、Ⅵ 外展神经：

动眼神经：起自中脑动眼神经核，终于眼球的上、下、内直肌和下斜肌（使眼球向上、向下、向内、向外上方运动）、提上睑肌及缩瞳肌。

滑车神经：起自中脑滑车神经核，终于上斜肌，使眼球向外下方移动。

外展神经：起自桥脑外展神经核，终于外直肌，使眼球向外运动。(图3)

检查方法：

1. 眼睑：注意睑裂的大小，两侧是否对称，有无睑下垂。

2. 眼球运动：病人头不动，两眼随检查者的手指，向上、下、左、右、外上及外下方向转动。注意观察其运动范围是否受限制、有无同向偏斜（两眼向同一方向凝视）、眼球震颤。眼球震颤时，应注意其方向（水平性、垂直性或旋转性）、幅度（大小或粗细）和节律

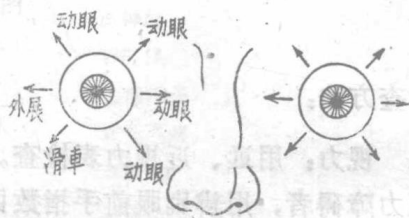


图3 眼外肌的神经支配及活动方向

等。有无复视（一物看成两个影子）。

3. 瞳孔：

(1) 外形：注意瞳孔的形状、大小、边缘是否整齐。正常瞳孔为圆形，白天自然光线下直径约为2—4毫米，两侧等大，边缘整齐。

(2) 光反射：病人面向亮处两眼闭合，当睁开时，可见瞳孔立即缩小，是为正常的光反射。在光线暗淡的情况下，用电筒光从侧面逐渐照射瞳孔，可见瞳孔收缩更明显，移去光源后，瞳孔即又散大。光线刺激一侧瞳孔不仅该侧瞳孔缩小（称“直接对光反射”），而且对侧未直接受光线刺激的瞳孔也同时缩小（称“间接对光反射”）。

损害症状：

1. 睑裂变小：动眼神经麻痹时，上睑下垂，同时伴有上、下直肌或内直肌麻痹、瞳孔散大等体征。重症肌无力时睑下垂，疲劳后加重，休息后减轻，且多为两侧性，瞳孔无改变。颈交感神经麻痹时，睑裂小并有同侧瞳孔缩小等（称“霍纳氏征”）。

2. 瞳孔异常：两侧瞳孔明显缩小，见于有机磷（如农药）或巴比土类药物中毒。两侧瞳孔散大，可见于阿托品颠茄类药物中毒和深昏迷病人。脑疝时瞳孔初一侧缩小，继之散大，因动眼神经受压所致。强直性瞳孔（爱迪氏综合征），多为一侧瞳孔散大，伴膝反射消失。

3. 眼运动神经麻痹的不同表现：

(1) 动眼神经麻痹：睑下垂（提上睑肌麻痹）；眼球向上、下、内及外上方向活动受限，产生复视；瞳孔散大，对光反射消失。

(2) 外展麻痹：病人眼球内斜，不能外展。两眼外展麻痹多见于颅压增高。

(3) 全眼麻痹（Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ神经同时受损）：睑下垂，瞳孔散大，眼球居中不动，瞳孔对光反射消失，可见于眶内、眶上裂及眶后海绵窦等处的病变。

V 三叉神经：

感觉纤维：司面部皮肤、鼻腔、口腔及角膜的感觉（图4），感觉冲动经第一枝（眼神经），第二枝（上颌神经），第三枝（下颌神经）传入半月神经节，由此发出的轴突上传至桥脑的三叉神经感觉核。

运动纤维起自桥脑三叉神经运动核，通过三叉神经的第三枝（下颌神经），分布于颞肌、咬肌、翼状肌，司咀嚼及下颌运动。

检查方法：

1. 感觉：用棉絮及针尖，分别检查病人两侧面部的皮肤感觉，有无感觉障碍，并记录其分布的范围。

嘱病人两眼侧视，用棉絮从正面分别轻触两眼角膜，引起闭眼反应，称为角膜反射。

2. 运动：让病人作咀嚼动作，检查者两手触及颞肌及咬肌，比较两侧的肌力是否相等；并观察其张口时下颌有无偏斜。

损害症状：

三叉神经麻痹时面部相应的感觉支配区域有感觉障碍。眼神经受损时同侧角膜反射消失，下颌神经受损，张口时下颌偏向病侧（由于健侧的翼外肌收缩将下颌推向病侧）。



图4 三叉神经感觉分布

感觉神经受刺激主要表现为三叉神经痛；下颌神经运动纤维受刺激时可表现为咬肌痉挛，牙关紧闭，如见于破伤风。

Ⅶ面神经：

运动纤维起自桥脑的面神经核，分上下两部分：上部面神经核受两侧皮层支配；下部面神经核受对侧皮层支配。由神经核发出的运动纤维经面神经管出茎乳孔，分布于面部表情肌，其中主要的有额肌、皱眉肌、眼轮匝肌（受上部面神经核支配）；颊肌和口轮匝肌（受下部面神经核支配）。

检查方法：

1. 运动：让病人作皱额、蹙眉、闭眼（上部面肌）；露齿、鼓腮及吹哨（下部面肌）等动作。注意病人两侧额纹是否对称，两眼能否闭紧，鼓气时是否漏气，两侧鼻唇沟是否对称。

2. 味觉：让病人伸舌，用糖水、盐水分别检查两侧舌前 2/3 的味觉，嘱病人用手指或点头示意来回答能否尝到甜味或咸味，舌不缩回口腔。

损害症状：

1. 周围性麻痹：是由于面神经核或周围神经病变引起，表现为上、下面肌均瘫痪。病侧额纹消失，睑裂增宽，眼闭不紧，鼻唇沟变浅，嘴歪向健侧。常见于面神经炎或外伤。

（图 5）

2. 中枢性麻痹：是由于大脑皮质运动区或皮质脑干束受损引起。临床表现为病变对侧之下部面肌瘫痪。因上部面肌是受两侧皮质支配，一侧皮质损害时另一侧皮质仍可支配，故上部面肌不瘫痪，如见于脑卒中（图 6）

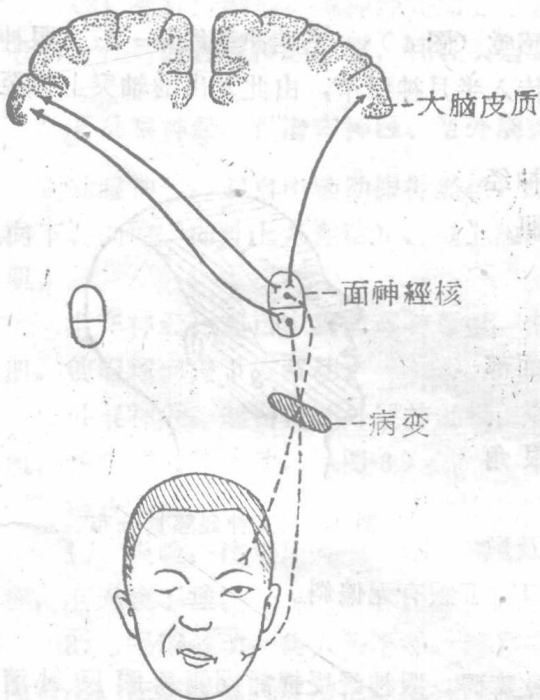


图 5 周围性面神经麻痹

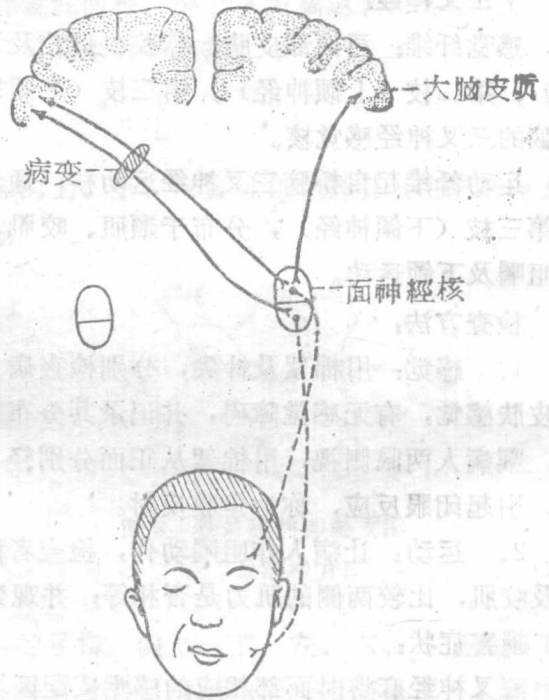


图 6 中枢性面神经麻痹

Ⅲ 听神经：包括耳蜗神经（司听觉）及前庭神经（司平衡觉）两部分。

耳蜗神经：起自内耳耳蜗的听觉感受器至桥脑耳蜗核，经外侧丘系上行终于颞叶听觉中枢。

前庭神经：自内耳前庭感受器起，入颅后终于桥脑和延髓外侧的前庭神经核，再分别与中脑、小脑及脊髓相联系，参与两眼协同运动和躯体平衡的调节。

检查方法：

1. 听力：一般用音叉检查，有条件也可用电测听器检查。若无音叉则以表声或耳语作粗略的估计。现将音叉检查法介绍如下：

(1) 单耳气导骨导比较法（Rinne氏试验）：用频率每秒为128次的音叉（C128），震动后将其柄置于耳后乳突上，待听不见声音时，即刻移至耳旁，尚能听到声音（即气导>骨导）是为阳性。

(2) 两侧骨导比较法（Weber氏试验）：将震动的音叉，其柄置于前额中央，听力正常者，感觉音响在正中，不向任何一侧偏移。

(3) 听反射：乘病人不备，突然在其耳后拍手，立即引起闭目反应。

2. 前庭功能：检查有无眩晕、眼球震颤及共济失调。前庭诱发试验，如冷、热水试验，旋转试验等，检查方法见耳科讲义。

损害症状：

1. 耳鸣：高音性耳鸣如蝉鸣，多见于内耳或颅内疾病，为听神经或内耳刺激症状，亦可由于疲劳或神经官能症引起。低音性耳鸣大都是叮哼阻塞外耳或中耳炎所致。

2. 听觉障碍：可为神经性耳聋或传导性耳聋。音叉检查鉴别如下表：

	正 常	神经性耳聋	传导性耳聋
气导骨导比较法	气导>骨导 (阳性)	气导↓>骨导↓ (短阳性或消失)	骨导>气导 (阴性)
两侧骨导比较法	居 中	偏向健侧	偏向患侧

耳蜗神经损害产生神经性耳聋，早期可有耳鸣，常见于听神经瘤、外伤、骨折和链霉素中毒等。传导性耳聋，见于中耳病变或耳道阻塞。

癔病性耳聋两耳听力可“丧失”，但听反射存在。昏迷病人听反射可消失。

3. 前庭神经损害症状：主诉眩晕，视物旋转，多为发作性，常伴恶心、呕吐、眼球震颤及平衡障碍，见于迷路炎、某些药物中毒或脑供血障碍等。由前庭神经核中枢病变所致的眩晕，一般不很严重，但较持续，且常伴有其他颅神经麻痹症状。

Ⅳ 舌咽神经、X 迷走神经：

舌咽神经核在延髓，其纤维穿过颈静脉孔至颅外。运动纤维支配软腭及咽部的横纹肌，司吞咽；感觉纤维支配舌后1/3味觉和咽部的感觉。

迷走神经核在延髓，其纤维也通过颈静脉孔出颅。运动纤维支配喉部的横纹肌，司发音，还支配内脏及血管平滑肌；感觉纤维支配内脏器官、喉部及耳部皮肤。

检查方法：

注意病人说话时声音有无嘶哑、吞咽困难、呛咳等。发“啊”音时观察软腭是否上升，悬雍垂有无偏斜；刺激咽后壁能否引起恶心（咽反射）。

损害症状：

1. 核上性损害：因舌咽、迷走神经系两侧皮质支配，故一侧核上性损害时不发生症状；当两侧核上性损害时，检查可见咽反射亢进、吞咽困难、发音不清及呛咳，称“假性延髓麻痹”。

2. 核性及核下性损害：一侧损害引起同侧的软腭麻痹、咽反射消失、声嘶及呛咳。两侧损害时主要引起发音和吞咽不能，以及呼吸困难等症状，称“延髓麻痹”。常危及生命。

Ⅱ 副神经：

起自颈髓1—4的前角细胞，其纤维上行入颅腔，经颈静脉孔至颅外，支配胸锁乳突肌及斜方肌。

检查方法：

让病人作耸肩（查斜方肌）和转头（查胸锁乳突肌）动作。检查左侧胸锁乳突肌时病员头向右转，检查者并用手顶住病员颈部加以抗力，检查右侧胸锁乳突肌则反之。注意比较两侧肌力，有无肌萎缩。

损害症状：

1. 一侧副神经损害时，病侧胸锁乳突肌及斜方肌肌力减退，耸肩、转头力弱，可有肌萎缩。

2. 一侧核上性损害时，仅见对侧斜方肌瘫痪，胸锁乳突肌瘫痪不明显，因支配胸锁乳突肌的前角细胞接受两侧锥体束支配。

Ⅲ 舌下神经：

起自延髓舌下神经核，支配舌肌运动。

检查方法：

观察舌伸出时有无偏斜，有无舌肌萎缩。

损害症状：

1. 周围性麻痹：一侧损害同侧舌肌萎缩，伸舌时，舌尖偏向病侧，这是由于健侧的颏舌肌收缩将舌尖推向病侧。两侧舌下神经损害时，舌肌完全瘫痪，见于“延髓麻痹”。

2. 中枢性麻痹：舌肌无萎缩，伸舌时舌尖向病变对侧偏斜。

（三）感觉系统：

分浅感觉、深感觉及皮质感觉。

皮肤感觉的脊髓节段分布及周围神经分布，见图7。

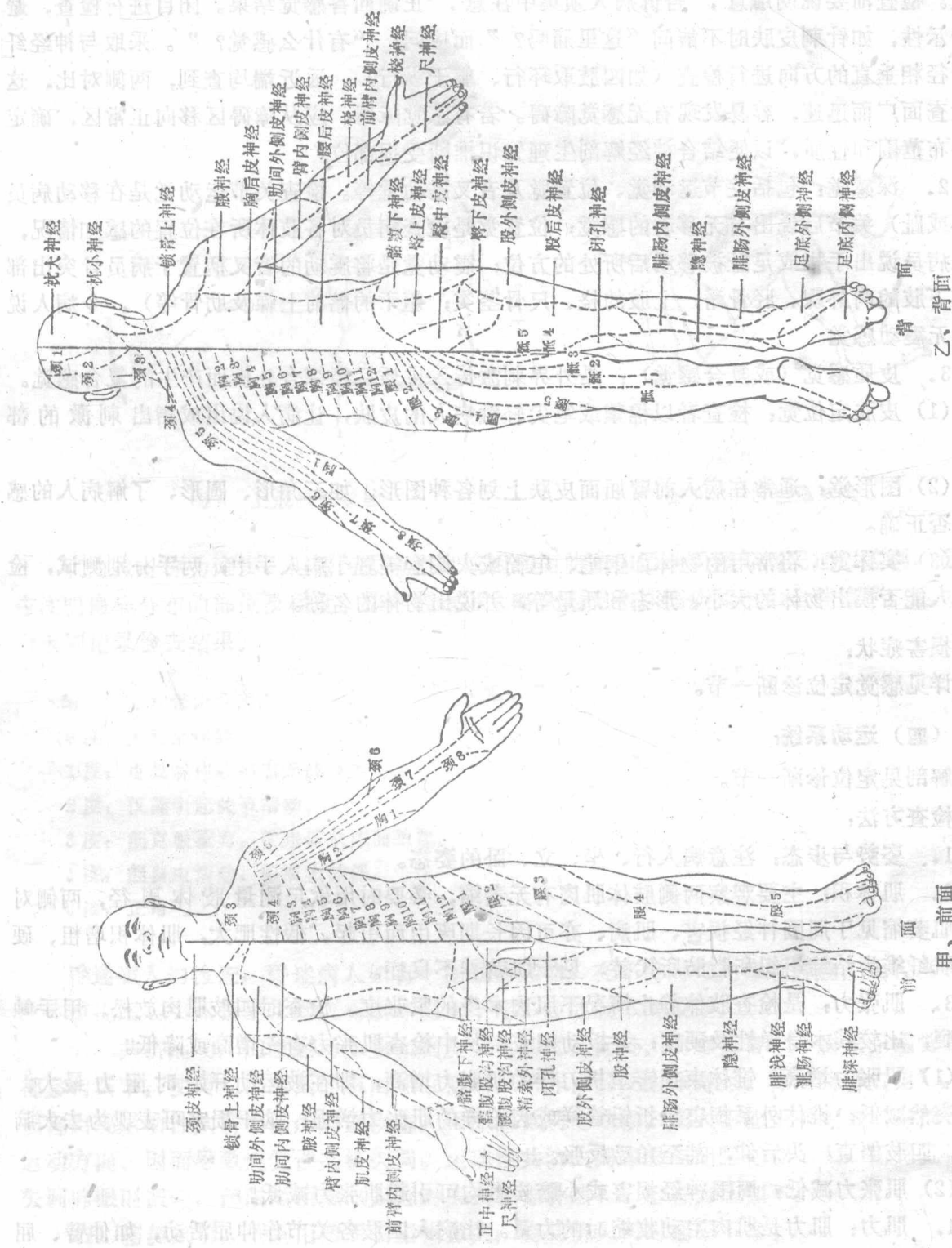


图 7 皮肤感觉的脊髓节段及周围神经分布

检查方法:

1. 浅感觉: 包括痛觉、温度觉(冷、热)、触觉。分别用大头针、冷热水试管及棉絮检查。检查前要说明用意, 告诉病人须集中注意, 正确回答感觉结果。闭目进行检查, 避免暗示性, 如针刺皮肤时不能问“这里痛吗?”而应问:“有什么感觉?”。采取与神经纤维行径相垂直的方向进行检查(如四肢取环行、躯干纵行), 远近端均查到, 两侧对比, 这样检查面广而迅速, 容易发现有无感觉障碍。若有感觉障碍, 应从障碍区移向正常区, 确定其分布范围和性质, 以便结合神经解剖生理知识推断受损部位。

2. 深感觉: 包括关节运动觉、位置觉及音叉震动觉等。检查关节运动觉是在移动病员指(或趾)关节后说出有无移动的感觉; 位置觉是检查病员对各肢体所在位置的感知情况, 要求病员说出手指或足趾被移动后所处的方位; 震动觉是将震动的音叉柄置于病员骨突出部(如下肢的内外踝、胫骨嵴; 上肢的桡、尺骨茎突; 躯干的髂前上棘及肋骨等), 令病人说出有无震动感觉。

3. 皮质感觉(或复合感觉): 是外界刺激传入皮质后经综合分析而产生的复合感觉。

(1) 皮肤定位觉: 检查者以棉絮或笔尖轻触病人的皮肤, 让病人说出或指出刺激的部位。

(2) 图形觉: 通常在病人前臂屈面皮肤上划各种图形, 如三角形、圆形、了解病人的感知是否正确。

(3) 实体觉: 将常用的物体如钢笔、电筒或火柴盒等置于病人手中, 两手分别测试, 检查病人能否摸出物体的大小、形态和质量等, 并说出物体的名称。

损害症状:

详见感觉定位诊断一节。

(四) 运动系统:

解剖见定位诊断一节。

检查方法:

1. 姿势与步态: 注意病人行、坐、立、卧的姿态。

2. 肌体积: 主要观察两侧肢体肌肉有无萎缩, 必要时用软尺测量肢体周径, 两侧对比。肌萎缩见于周围神经损害、肌病、亦可因长期废用而引起。假性肥大, 肌体积增粗、硬实, 肌纤维为结缔组织和脂肪所代替, 见于肌营养不良症。

3. 肌张力: 是检查肢体静止情况下肌肉本身的紧张度。检查时四肢肌肉放松, 用手触摸肌腹, 比较其本身弹性及硬度; 并扳动四肢, 从中检查肌张力有无增高或降低。

(1) 肌张力增高: 锥体束损害呈折刀样的肌张力增高, 即在被动运动开始时阻力最大, 继而突然减低; 锥体外系损害呈折铅管样或齿轮样的肌张力增强; 脑干损害可表现为去大脑强直, 四肢僵直, 头后仰, 甚至角弓反张。

(2) 肌张力减低: 周围神经损害或小脑疾患均可引起肌张力减低。

4. 肌力: 肌力是肌肉主动收缩时的力量。让病人四肢各关节作伸屈活动, 如伸臂、屈肘、握手、屈髋、伸膝、足趾上下活动等; 检查者并可同时施加阻力, 从中测知其肌力。

上肢轻瘫试验: 让病人双手向前平举, 轻瘫的一侧不能持久, 逐渐下垂。(图8)

下肢轻瘫试验：病人平卧，抬起两下肢，髋关节及膝关节屈曲成直角，小腿平伸。轻瘫时该肢缓慢下垂。（图9）



图8 上肢轻瘫试验



图9 下肢轻瘫试验

肌力减退称为瘫痪。但需与关节强直或因痛而使肢体活动受限等情况加以鉴别。记录时应注明瘫痪分布的部位及程度。按其轻重可大略分为完全性瘫痪和不完全性瘫痪；也可按肌力级别记录检查结果。

附：肌力六级记分法：

0度：为完全瘫痪。

1度：可见肌肉收缩而无肢体运动。

2度：仅能引起关节活动。

3度：能克服重力，使患肢从床面抬起。

4度：能自由活动，但肌力减低。

5度：正常。

昏迷病人的检查：昏迷病人如有一侧肢体瘫痪，在平卧时可见瘫肢外旋，足轻度下垂。肢体被提起若突然松手，则瘫痪肢体迅速下坠，而健肢下落较慢。

5. 共济运动：随意运动除受大脑皮质运动区支配外，前庭器官、小脑及深感觉系统也都参与调节，使与动作有关的肌肉相互协调。动作协调发生障碍时，称“共济失调”。小脑损害出现运动性共济失调；后索损害，因深感觉功能缺损，病人不能正确感知自身的位置和运动方向，因而导致感觉性共济失调。运动性共济失调睁眼与闭眼差别不大；而感觉性共济失调睁眼时减轻，闭眼时明显（因暂时失去视觉补偿）。检查方法如下：

（1）指鼻试验：分别用两手食指指鼻尖，有共济失调时摇晃不准。

（2）轮替动作：手掌重复作旋前、旋后动作，共济失调时表现为动作缓慢、笨拙和不协调。

(3) 跟膝胫试验：病人仰卧，抬高一侧下肢，将足跟置于另一下肢的髌骨上，然后沿胫骨嵴向下滑动。共济失调时，抬腿往往过高，且摇晃不稳，沿胫骨下滑时，动作亦不稳准。
(图10)

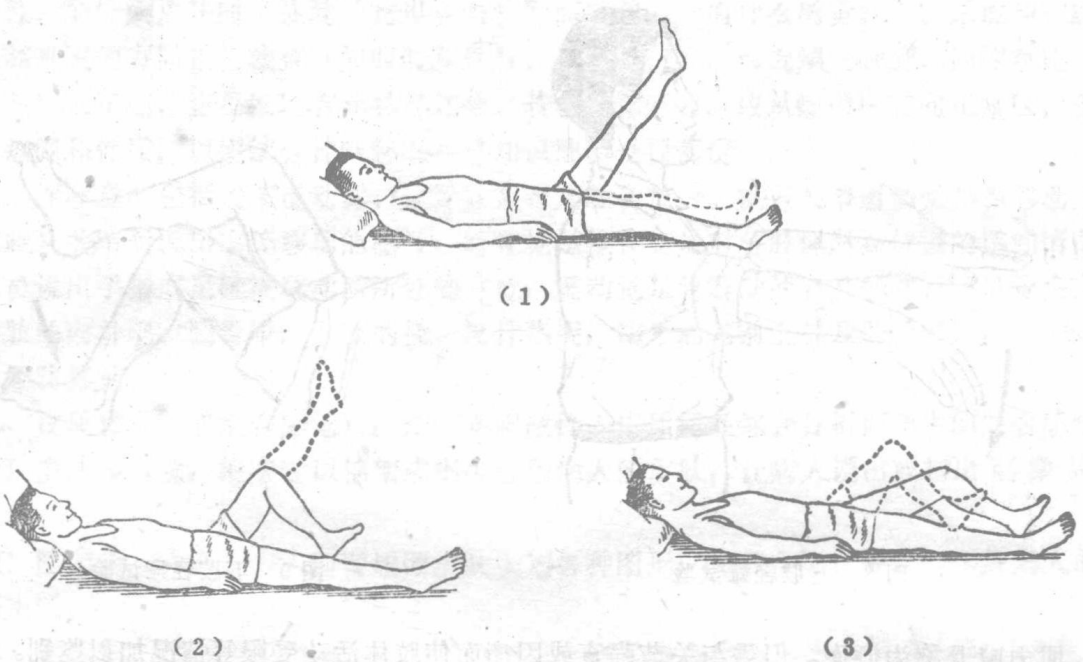


图 10 跟膝胫试验

(4) 闭目难立征 (Romberg氏征)：病人两足并紧直立，共济失调时摇晃不稳或倾倒。

6. 不自主动作：

(1) 震颤：大都为有节奏性的颤动，多见于上肢手部，其次见于唇舌和下肢，检查时应注意震颤的部位、频度（快慢）、振幅大小及节律等。神经衰弱时手指震颤，幅度小而速度快，且不规则。帕金森氏综合征的震颤，静止时出现粗大和有节奏的颤动。小脑损害则于动作时出现肢体颤动。

(2) 抽搐：是肌肉阵发性的不自主收缩，可为阵挛性或强直性，为运动神经的刺激症状，如见于癫痫。

(3) 舞蹈样动作：为快速粗大和不规则的不随意动作，类似舞蹈样。见于锥体外系的病变。

(4) 手足徐动：为手指、足趾不规则的蠕动样或扭曲动作，系锥体外系损害的表现。

(五) 反射：反射是机体通过反射弧对外界刺激的反应，为神经活动的基础。反射弧从感受器经传入神经纤维（感觉神经）至反射中枢，经传出神经纤维（运动神经）到达效应器。（图11）



图 11 膝反射弧

反射弧在任何部位中断时，均可引起反射消失。反射弧未被破坏，但由于上运动神经元受损解除了大脑对下运动神经元的抑制则反射增强。因此反射的检查有助于定位诊断，是临床诊断重要的检查方法之一。

1. 腱反射(深反射):

腱反射是刺激肌腱和关节内的本体感受器所产生的反射。腱反射消失意味着反射弧(相应节段)受损，有定位意义。腱反射亢进则提示皮质运动区或锥体束可能受损。重要的深反射有下面几种:

(1) 肱二头肌反射(反射中枢在颈髓第5—6节): 上肢半屈，扣打肘部二头肌腱上检查者的拇指，引起肱二头肌反射性地收缩，表现前臂屈曲。(图12)



图12 肱二头肌反射检查法

(2) 肱三头肌反射(反射中枢在颈髓第6—7节): 前臂半屈并旋前，扣打鹰嘴突上方的肌腱，表现前臂伸直。(图13)



图13 肱三头肌反射检查法

(3) 膝反射(反射中枢在腰髓第2—4节): 坐位时小腿自然下垂，卧位时用手轻托病人的腘窝，扣打髌骨下股四头肌肌腱，表现为伸膝。

(图14)

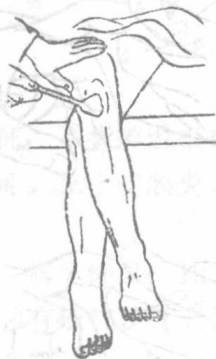


图14 膝反射检查法

(4) 跟腱反射(反射中枢在骶髓1—2节): 卧位时膝半屈，下肢外展，左手轻扳足部使其背伸，扣打跟腱，反应为腓肠肌收缩，足趾屈。(图15)



图15 跟腱反射检查法

检查腱反射，应嘱病人肌肉放松。检查者手握扣诊锤柄尾端，运动腕关节扣打肌腱，这样容易引出反射。应两则对比，观察反射是否增强或减弱。

2. 皮肤反射（浅反射）：

(1) 腹壁反射（上腹壁反射的反射中枢在胸髓第7—8节；中腹壁反射在胸髓第9—10节；下腹壁反射在11—12节）：以竹签划腹壁，分别引起上、中、下腹壁肌肉收缩。（图16）

(2) 提睾反射（反射中枢在腰髓第1—2节）：用竹签划大腿内侧近会阴部皮肤，引起睾丸上举。（图16）

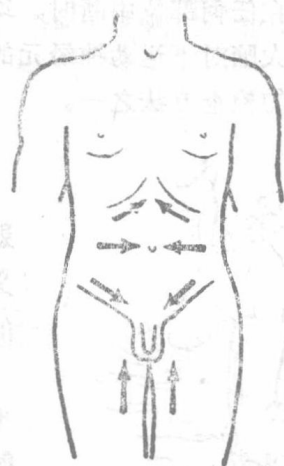


图16 腹壁反射及提睾反射检查法

腹壁及提睾反射除有脊髓反射弧外，其冲动还传入大脑，而后经锥体束下降至前角细胞，存在脊上反射弧。故锥体束受损时，腹壁及提睾反射亦消失。

(3) 肛门反射（反射中枢在骶髓第4—5节）：针刺肛门附近皮肤，引起肛门括约肌收缩。骶髓或马尾神经受损时此反射消失。

3. 病理反射：

中枢神经（如锥体束）受损时出现病理反射，又称锥体束征。有人认为是原始反射的再现。正常小儿在一岁半之内可以出现此种反射，以后随着大脑皮质和锥体束的发育完善而被抑制。当皮质或锥体束受损时，由于抑制解除，又重新释放出来。临床上常见的病理反射如下：

(1) 弹指试验（Hoffmann氏征）：

检查者用中指和食指挟住病人的中指，并使腕部稍向上抬，用拇指轻弹病人中指指甲，引起拇指及其余各指向掌面屈曲，是为阳性。

（图17）

(2) 划足底试验（Babinski氏征）：

用竹签划足底外缘，由后向前并转向内侧，在正常情况下，可见足趾均向跖面屈曲；若锥体束受损，则拇趾背伸，其余各趾呈扇形张开，是为阳性。

(3) 划足背试验（Chaddock氏征）。

从外踝下方为起点，沿足背外侧向前划。

(4) 压胫骨试验（Oppenheim氏征）；

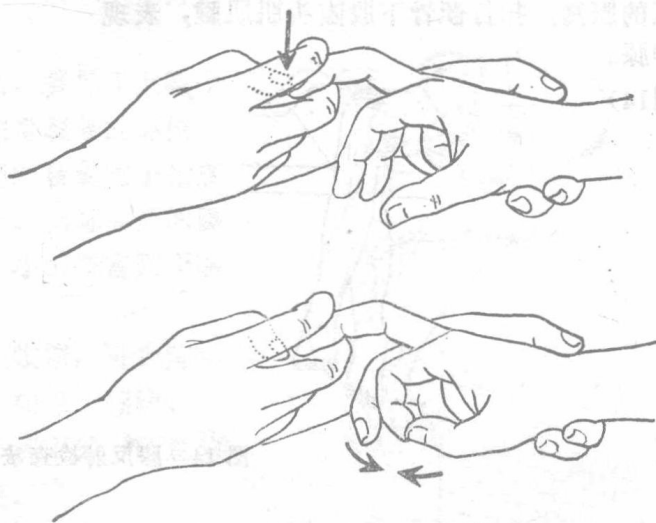


图17 弹指试验