

临床诊疗与护理

(上)

魏秀芝等◎主编

 吉林科学技术出版社

临床诊疗与护理

(上)

魏秀芝等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

临床诊疗与护理/ 魏秀芝, 张在芬, 张晓得燕主编

— 长春: 吉林科学技术出版社, 2016. 3

ISBN 978-7-5578-0360-5

I. ①临… II. ①魏… ②张… ③张… III. ①临床医学 - 诊疗②护理学 IV. ① R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第068488号

临床诊疗与护理

LINCHUANG ZHENLIAO YU HULI

主 编	魏秀芝 张在芬 张晓燕 许梅华 杨 琴 逢淑芳 殷雪华
出 版 人	李 梁
责任编辑	孟 波 樊莹莹
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	750千字
印 张	41
版 次	2016年3月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-0360-5

定 价 160.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

前 言

随着现代医学的迅猛发展，医学临床疾病的诊断、治疗与护理水平进展日新月异，许多新理论、新机制、新观点、新技术和新疗法不断问世，这就促使我们要坚持不懈地努力学习、刻苦钻研，更快更好地掌握、更新有关领域的知识，以提高医疗水平。为此，我们在繁忙的工作之余，广泛收集国内外近期文献，认真总结自身经验，撰写了《临床诊疗与护理》。

全书共分三十九章，内容包括五官科常见疾病的护理、神经内科常见疾病护理及神经内科常用诊疗技术，还有药剂学等专业知识，全面论述了各科护理的重要性及具体做法，力求深入浅出，简便易懂，结构严谨，一目了然，注重新技术和新方法的介绍，也有总结和归纳的内容，重点突出实用性和可操作性，为广大医务人员、患者及家属提供了实用性强、操作性强的参考资料。

本书编写过程中，得到了多位专家的大力支持和帮助，在此表示衷心感谢。由于我们水平所限，加之时间仓促，书中难免有不妥之处，敬请各位读者批评指正。

《临床诊疗与护理》编委会

2016年3月

目 录

第一章 神经系统的护理评估	1
第一节 神经系统疾病的病史采集和身体评估	1
第二节 神经系统疾病常见症状体征的评估	14
第二章 神经系统疾病相关护理技术	20
第一节 经外周置入中心静脉导管术 (PICC)	20
第二节 多功能心电监护仪的使用	22
第三节 单人徒手心肺复苏术	23
第四节 非同步直流电复律术	25
第五节 微量泵的使用	26
第六节 输液泵的使用	27
第七节 胃肠营养泵的使用	29
第八节 振动排痰仪的使用	30
第九节 下肢血液循环驱动治疗仪的使用	31
第十节 床旁连续性血液净化治疗	32
第十一节 动脉血标本采集	34
第十二节 喉罩的使用	35
第十三节 简易人工呼吸器的使用	36
第十四节 吸痰术	37
第十五节 呼吸机的使用	38
第十六节 经口气管插管患者的口腔护理	39
第十七节 间歇性无菌导尿术	40
第三章 脑血管疾病	43
第一节 短暂性脑缺血发作	43
第二节 脑血栓形成	52
第三节 脑栓塞	71
第四节 脑出血	77
第五节 蛛网膜下腔出血	88
第六节 炎性脑血管病	96
第四章 周围神经疾病患者的护理	102
第一节 三叉神经痛	102
第二节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	106
第三节 面神经炎	109



第四节	面神经炎	112
第五节	多发性神经病	114
第五章	中枢神经系统脱髓鞘疾病患者护理	119
第一节	多发性硬化	119
第二节	急性播散性脑脊髓炎	123
第六章	脊髓疾病的护理	128
第一节	急性脊髓炎的护理	128
第二节	脊髓压迫症的护理	132
第三节	脊髓空洞症的护理	136
第四节	脊髓亚急性联合变性的护理	139
第五节	脊髓血管疾病的护理	142
第六节	脊髓疾病的护理	144
第七章	癫痫患者的护理	150
第一节	全面性发作	150
第二节	部分性发作	157
第八章	头痛患者的护理	161
第一节	偏头痛	161
第二节	丛集性头痛	164
第三节	紧张性头痛	165
第九章	神经肌肉接头和肌肉疾病	168
第一节	重症肌无力症	168
第二节	周期性瘫痪	174
第三节	多发性肌炎	177
第四节	肌强直性肌病	180
第五节	线粒体肌病及线粒体脑肌病	181
第十章	中枢神经系统感染性疾病的护理	185
第一节	单纯疱疹病毒性脑炎	185
第二节	病毒性脑膜炎	186
第三节	结核性脑膜炎	187
第四节	化脓性脑膜炎	190
第五节	脑囊虫病	192
第六节	中枢神经系统感染的护理	194
第十一章	眼科护理学概论	198
第一节	眼科患者的护理评估及常用护理诊断	198
第二节	眼科护理管理	200
第三节	眼科手术前后的常规护理	202

第十二章 眼科常见疾病的护理	205
第一节 眼睑及泪器疾病患者的护理	205
第二节 结膜疾病患者的护理	210
第三节 角膜疾病患者的护理	215
第四节 葡萄膜疾病患者的护理	219
第五节 青光眼患者的护理	221
第六节 白内障患者的护理	226
第七节 视网膜、玻璃体疾病患者的护理	230
第八节 屈光不正、斜视及弱视患者的护理	234
第九节 眼外伤患者的护理	239
第十节 眼眶肿瘤	243
第十一节 眼睑肿瘤	245
第十二节 眼内肿瘤	246
第十三节 眼科常用护理技术操作规程	248
第十三章 耳鼻咽喉科护理学概述	255
第一节 耳鼻咽喉患者的护理评估和常用护理诊断	255
第二节 耳鼻咽喉科护理管理	259
第三节 耳鼻咽喉科患者的手术前后常规护理	261
第十四章 耳鼻喉科护理技术操作常规	265
第一节 耳滴药法	265
第二节 外耳道冲洗法	266
第三节 耳部加压包扎法	267
第四节 耳前瘻管感染伤口换药法	267
第五节 咽鼓管吹张法	268
第六节 耳部涂药法	269
第七节 鼻腔滴药法	270
第八节 鼻窦负压置换疗法	271
第九节 鼻腔冲洗	272
第十节 剪鼻毛法	273
第十一节 鼻腔喷药法	274
第十二节 上颌窦穿刺冲洗法	275
第十三节 上颌窦导管冲洗	276
第十四节 下鼻甲黏膜下注射法	277
第十五节 咽部涂药法	278
第十六节 咽喉部雾化吸入法	279
第十七节 喉上神经封闭疗法	280
第十八节 额镜使用法	281
第十九节 气管切开气管套管清洗消毒法	281
第二十节 鼻内窥镜检查的护理配合	282

第二十一节 纤维喉镜检查的护理配合	283
第十五章 耳部常见疾病的护理	285
第一节 耳部外伤	285
第二节 外耳道异物	286
第三节 耳前瘻管	287
第四节 耵聍栓塞	288
第五节 外耳道炎	289
第六节 分泌性中耳炎	290
第七节 急性化脓性中耳炎	291
第八节 慢性中耳炎	292
第九节 耳源性颅内并发症	294
第十节 突发性耳聋	295
第十一节 梅尼埃病	296
第十二节 电子耳蜗植入	297
第十三节 耳畸形	298
第十四节 周围性面瘫	299
第十五节 听神经瘤	300
第十六章 鼻部疾病的护理	302
第一节 鼻息肉的护理	302
第二节 鼻出血的护理	304
第三节 鼻中隔偏曲的护理	305
第四节 鼻骨骨折的护理	306
第五节 鼻-鼻窦恶性肿瘤的护理	307
第六节 鼻窦炎的护理	309
第七节 鼻咽纤维血管瘤的护理	310
第十七章 咽喉部常见疾病护理	312
第一节 扁桃体炎的护理	312
第二节 腺样体肥大的护理	313
第三节 喉阻塞的护理	315
第四节 急性喉炎的护理	317
第五节 急性会厌炎的护理	319
第六节 喉息肉的护理	320
第七节 咽旁脓肿的护理	321
第八节 喉癌的护理	322
第九节 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的护理	325
第十八章 气管、食管疾病护理常规	328
第一节 气管、支气管异物	328
第二节 食管异物	330

第三节	食管腐蚀伤	331
第十九章	口腔科护理概述	334
第一节	口腔科患者的护理评估和常用护理诊断	334
第二节	口腔科护理管理	336
第三节	口腔科患者手术前后的常规护理	337
第二十章	口腔科常见疾病的护理	339
第一节	牙体及牙髓病患者的护理	339
第二节	根尖周病患者的护理	344
第三节	牙周组织病患者的护理	345
第四节	口腔黏膜病患者的护理	348
第五节	口腔颌面部感染患者的护理	352
第六节	口腔颌面部损伤患者的护理	356
第二十一章	口腔局部麻醉与拔牙术	360
第一节	口腔感觉神经分布	360
第二节	口腔局部麻醉	361
第三节	牙拔除术	364
第四节	拔牙创的愈合与拔牙术常见并发症	368
第二十二章	口腔预防保健	370
第一节	龋病的预防与控制	370
第二节	牙周疾病的预防与控制	373
第三节	特殊人群的口腔保健	374
第四节	口腔健康教育	375
第五节	口腔保健实践中的感染与控制	376
第二十三章	药物动力学	378
第一节	概述	378
第二节	单室模型静脉注射给药	379
第三节	单室模型静脉滴注给药	381
第四节	单室模型血管外给药	383
第五节	双室模型	385
第六节	多剂量给药	386
第七节	非线性药物动力学	388
第八节	统计矩	390
第九节	生物利用度和药物动力学模型识别	391
第二十四章	中药制剂的传统剂型	394
第一节	浸提、分离、纯化、浓缩与干燥	394
第二节	汤剂	400
第三节	丸剂	401



第四节	膏	410
第五节	煎膏剂	412
第六节	其他剂型	414
第二十五章	注射剂与滴眼剂	420
第一节	概述	420
第二节	注射剂的溶剂和附加剂	423
第三节	注射剂的制备	430
第四节	输液剂	441
第五节	粉针剂	449
第六节	滴眼剂	452
第二十六章	散剂	459
第一节	概述	459
第二节	散剂的制备	460
第三节	散剂的质量控制	473
第二十七章	颗粒剂	476
第一节	概述	476
第二节	制粒	477
第三节	颗粒剂的制备	481
第四节	颗粒剂的质量控制	484
第二十八章	片剂	486
第一节	概述	486
第二节	片剂的常用辅料	488
第三节	片剂的制备	493
第四节	片剂的包衣	504
第五节	片剂的质量控制	515
第二十九章	胶囊剂、滴丸剂和小丸	520
第一节	胶囊剂	520
第二节	滴丸剂	523
第三节	小丸	524
第三十章	栓剂	526
第三十一章	软膏剂、眼膏剂、凝胶剂	530
第一节	软膏剂	530
第二节	软膏剂的制备及质量分析	535
第三节	眼膏剂与凝胶剂	536
第三十二章	气雾剂、喷雾剂、粉雾剂	541
第一节	概述	541

第二节 气雾剂的制备工艺及质量分析 546

第三节 喷雾剂、粉雾剂 549

第三十三章 缓释与控释制剂 552

第一节 概述 552

第二节 缓（控）释制剂的释药原理及方法 553

第三节 缓（控）释制剂的处方和制备工艺 554

第四节 缓（控）释制剂的体内外评价方法 556

第三十四章 生物技术药物制剂 558

第一节 概述 558

第二节 蛋白和多肽类药物的特点 559

第三节 蛋白和多肽类药物制剂 561

第三十五章 感染性疾病的诊断、治疗与预防 565

第一节 感染病的诊断 565

第二节 感染病的治疗 572

第三节 感染病的预防 576

第三十六章 医院感染流行病学 582

第一节 医院感染的危险因素 582

第二节 医院感染常见微生物 584

第三节 医院感染流行病学特征 588

第四节 感染流行因素及控制 592

第三十七章 医院感染重点部门的管理 597

第一节 手术室的管理 597

第二节 消毒供应室的管理 602

第三节 产房、婴儿室、新生儿病房的管理 609

第四节 重症监护病房的管理 610

第五节 层流式无菌室的管理 611

第六节 换药室、治疗室的管理 612

第七节 输血科的管理 613

第八节 血液透析中心的管理 614

第三十八章 骨科检查及护理 616

第一节 运动系统检查方法及护理 616

第二节 骨科影像学检查及护理 619

第三十九章 外科感染 622

第一节 概述 622

第二节 全身性感染 623

第三节 肠源性感染 625

第四节	浅表软组织急性化脓性感染	626
第五节	手部急性化脓性感染	630
第六节	厌氧牙孢杆菌感染	632
第七节	外科病毒性感染	635
第八节	外科患者的真菌感染	636
参考文献		638

第一章 神经系统的护理评估

第一节 神经系统疾病的病史采集和身体评估

病史采集和身体评估是神经系统疾病正确诊断与科学护理的关键，属于护理评估的范畴，全面的收集资料 and 身体评估有助于临床判断，有助于实现护理目标，是目前护理教育和临床实践中的重要内容。

一、病史采集

病史采集又称问诊，是发生在护士与患者之间的目的明确而有序的交谈过程。目的是获取有关患者的身体功能状况、健康观念以及与疾病相关的信息，为体格检查的重点及护理诊断推理提供基础和线索。

（一）问诊原则与技巧

1. 环境安静、舒适、具有私密性，氛围宽松和谐。
2. 自我介绍，说明目的，尊重患者，不使用责备性语言。
3. 系统、完整、有序，尽量不要中途打断，阳性体征要记录，重要的阴性体征不能忽视。
4. 重点突出，围绕主诉提问。
5. 避免暗示及诱导性提问，不使用有特定含义的医学术语。
6. 总结要点，对疑问、矛盾内容要与患者进一步核实。

（二）问诊内容

1. 主诉 指患者本次就诊最主要的原因，包括主要症状、体征和持续时间。如“右侧肢体活动无力伴言语障碍 2 日，加重 1 小时”。

2. 现病史 是主诉的延伸，包括患者患病以来症状的发生、发展、演变和诊治的全过程。

（1）起病情况：包括发病的时间、发病形式、发病前可能的诱因与原因。

（2）症状特点：包括症状的部位、范围、性质、发作频度和持续时间、严重程度以及加重或缓解因素等。

（3）病情发展与演变：症状加重、减轻或有无新症状出现，加重或减轻的影响因素。

（4）伴随症状：与主要症状同时或先后出现的其他症状。了解其发生时间、特点等。

（5）诊断、治疗和护理经过：曾经接受的治疗和护理经过及效果。

（6）一般情况：饮食、睡眠、二便、精神状态以及营养、发育、体重等情况。

3. 既往史 了解有无外伤史、手术史等；有无感染病史，如脑炎、结核病等；有无其他系统疾病史，如心脑血管疾病、高血压、糖尿病、风湿病、甲状腺功能亢进（甲亢）和血液病等；有无颈椎病和腰椎管狭窄；有无过敏史和中毒史等。



4. 个人史 了解个人的基本内容,包括出生地、居住地、职业及工作特点、性格特性、文化程度、是否到过疫区等;女性患者询问月经史、婚育史等;进一步了解患者有无烟酒嗜好和具体情况;是否存在吸毒和药物依赖;是否接触化学物质。

5. 家族史 很多神经系统疾病与遗传有关,了解与患者有血缘关系的家庭成员是否出现相似疾病,若发现遗传病,应绘制家系图谱,供临床参考。

6. 心理社会状况 了解患者对疾病相关知识的了解程度;了解患者的性格特征,有无焦虑、抑郁、恐惧、自卑等心理反应及其程度;人际关系与环境适应能力如何;了解患者的家庭组成、文化教育背景、医疗费用支付方式及家属对患者的关心支持程度。

二、身体评估

身体评估相当于医疗行为中的体格检查,指护士运用自己的感官或借助于简便的检查用具,客观的评估患者身体状况的方法。身体评估是神经科护士最重要的基本技能之一,有助于进一步验证临床症状,发现体征,为确定护理诊断提供客观依据。常用的检查工具有体温计、听诊器、血压计、压舌板、叩诊锤、棉签、大头针、手电筒、音叉等。下面将结合临床实际工作,介绍几项需要护士掌握的基本查体内容。

(一) 查体要点与技巧

1. 环境安静,光线适宜。
2. 自我介绍,解释目的,取得配合。
3. 态度稳重,举止端庄,尊重患者。
4. 护士应在检查前和检查后洗手,预防交叉感染。
5. 检查内容全面、系统、重点突出,注意保护患者隐私。
6. 检查过程规范有序,从头到脚、从前到后、从近端到远端,注意对称部位的比较。
7. 检查时护士应注意患者的表情、适应能力,适时给予鼓励和安慰,同时注意把握时间和进度。

(二) 一般检查

包括患者的生命体征、瞳孔、意识、皮肤与黏膜等。

1. 体温 临床检查常选择测量腋温。护士应评估发热的程度以及热型,了解体温过高或过低的原因。继发感染、脑出血及术后的吸收热会引起体温升高;下丘脑、脑干病变引起中枢热(中枢热特点是持续高热无寒战,躯干热而四肢不热无汗);躁动、抽搐发作也可引起发热;下丘脑严重病变、呼吸、循环衰竭可出现体温下降或不升。

2. 脉搏 检查时必须选择浅表动脉,如桡动脉、股动脉、足背动脉等,一般检查桡动脉。护士应评估脉搏的频率、节律、强度以及动脉管壁是否异常。脉搏缓慢、洪大有力见于颅内压增高者;脉搏增快见于感染性疾病或甲亢危象;脉搏细数或不规则见于中毒或休克;严重脉搏过缓、过速或节律不齐提示心源性因素。

3. 呼吸 主要靠检查者的观察。护士应观察患者呼吸的方式、频率、节律、深浅度及呼吸道是否通畅。呼吸深而慢为颅内压增高的表现;呼吸表浅无力见于各种疾病引起的呼吸肌麻痹者;潮式呼吸、间断呼吸、叹气样呼吸常为呼吸衰竭的一种表现;神经系统疾病患者的呼吸道管理至关重要,尤其注意舌后坠、肺不张等引起的呼吸困难。

4. 血压 血压的异常直接影响并提示神经系统患者的病情变化,目前临床广泛采

用血压计测量肱动脉的方法,护士应熟练掌握测量血压的要点和注意事项,如四定、捆绑袖带的松紧度、不同肢体的测量值不同等;了解影响血压的因素,如饮食、情绪、体位等;了解治疗过程中对血压控制的要求,如脑血管疾病急性期患者的血压不可降的太低,避免血压下降过快引起脑灌注量不足;掌握血压异常提示的病情变化,如血压显著升高见于颅内压增高、高血压病、脑血管疾病等;血压过低见于循环衰竭、脱水、休克、镇静安眠药中毒等。

5. 瞳孔 见动眼、滑车和展神经的评估。

6. 意识 见意识障碍的评估。

7. 皮肤与黏膜检查 全身皮肤黏膜的完整度、颜色、温度、质地、清洁度,有无破损、水肿、皮疹、水疱或结节等。如皮肤苍白见于休克、贫血或低血糖;潮红见于高热、阿托品类药品或乙醇中毒等;樱红色提示一氧化碳中毒。

(三) 脑神经的评估

脑神经(cranial nerves)共有12对,除嗅神经和视神经进入大脑外,其他10对脑神经均穿过脑干。按其功能可分3类:嗅神经、视神经及位听神经为单纯感觉神经;动眼神经、滑车神经、展神经、副神经、舌下神经为单纯运动神经;三叉神经、面神经、舌咽神经、迷走神经兼有运动和感觉两种神经纤维为混合神经。脑神经评估不仅对颅脑病变的定位诊断有重要价值,同时也为更好的护理患者提供可靠的依据。评估脑神经应按先后顺序进行,同时注意两侧对比观察,以免重复和遗漏。以下介绍护士在临床工作中常用的评估项目。

1. 视神经(optic nerve)属于中枢神经,主要功能是传导光刺激引起的视觉冲动。主要评估视力(visual acuity)、视野(visual field)和眼底(fundus oculi)。

(1) 评估方法

1) 视力评估:视力通常采用国际标准视力表进行。

2) 视野评估:分为周边视野和中心视野。

①周边视野评估时,患者与检查者对面而坐,距离约1m。如检查右眼,则患者遮住左眼,右眼注视检查者的左眼,此时,检查者遮住自己的右眼,食指置于自己与患者中间等距离处,分别自颞上、颞下、鼻上和鼻下等不同的方位从外周向中央移动,嘱患者看到后立即示意,可与检查者的正常视野比较。

②中心视野评估时需要遮住患者的一只眼睛,询问是否可以看见整个检查者的脸,如只看到一只眼睛或没看到嘴,则可能存在中心视野缺损。

3) 眼底评估:直接用检眼镜检查,实用、方便。

(2) 临床意义:视神经损伤产生同侧视力下降或全盲;视交叉损伤可引起不同程度的视野缺失或偏盲;一侧视束损害或视辐射全部受损,出现双眼对侧视野同向性偏盲;部分视辐射受损出现象限盲;颅内压增高时出现视神经盘水肿。

2. 动眼神经、滑车神经、展神经 三对脑神经共同支配眼球运动,合称眼球运动神经,可同时检查。

(1) 评估方法

1) 外观:观察睑裂是否对称,是否有上睑下垂。眼球是否有突出或下陷、斜视和同向偏斜、眼震等自发运动。

2) 眼球运动:评估时患者头部不动,两眼注视检查者手指,眼球随目标方向转

动，一般按左—左上—左下，右—右上—右下 6 个方向的顺序进行，观察眼球是否有活动受限及受限的方向和程度，有无眼球震颤和复视。

3) 瞳孔及其反射：观察瞳孔的大小、形状、位置、边缘是否整齐、双侧是否等大、等圆，对光反射是否灵敏。正常瞳孔呈规则圆形直径约 3 ~ 4mm，位置居中，双侧等大等圆，边缘整齐，对光反射灵敏。一般瞳孔直径 < 2mm 为瞳孔缩小，> 5mm 为瞳孔扩大。对光反射是光线刺激引起的瞳孔收缩，感光后瞳孔缩小称为直接对光反射，对侧未感光的瞳孔也收缩称为间接对光反射。检查时指导患者注视远处，用手电筒从侧方分别照射瞳孔，观察收缩反应是否灵敏和对称。

(2) 临床意义：若眼球运动受限，上睑下垂，复视、瞳孔散大，光反射及调节反射消失均提示有动眼神经麻痹。若眼球不能向外下方运动，下视时出现复视提示滑车神经有损害。眼球内斜视，不能外展运动，为展神经受损。动眼神经交感神经纤维损伤时出现瞳孔缩小，副交感神经纤维损伤时出现瞳孔散大。瞳孔反射异常可由动眼神经或视神经受损所致。眼外肌麻痹时经常出现复视。

3. 三叉神经 是面部最粗大的神经。由眼支、上颌支和下颌支汇合而成，分别支配眼裂以上、眼裂和口裂之间、口裂以下的感觉和咀嚼肌收缩。

(1) 评估方法

1) 面部感觉：协助患者闭眼，用大头针、棉絮及盛有冷热水的试管分别检测面部三叉神经区域皮肤的痛觉、触觉和温度觉。注意两侧及内外对比。

2) 角膜反射：嘱患者睁眼向内侧注视，用细棉絮轻触外侧角膜，避免触及睫毛，正常现为被刺激侧迅速闭眼，对侧也出现迅速闭眼反应，前者称为直接角膜反射，而后者称为间接角膜反射。

3) 运动功能：观察患者有无颞肌和咀嚼肌的萎缩。检查者双手压紧患者颞肌、咀嚼肌，嘱患者作咀嚼动作，对比双侧肌力和肌张力是否对称；再嘱患者张口，以上下门齿中缝为标准，观察张口时下颌有无偏斜。

(2) 临床意义：直接与间接角膜反射均消失见于三叉神经病变（传入障碍）。直接反射消失，间接反射存在，见于患侧面神经瘫痪（传出障碍）。当一侧三叉神经运动纤维受损时，患侧咀嚼肌肌力减弱或出现萎缩，张口时由于翼状肌瘫痪，下颌偏向患侧。

4. 面神经 (facial nerve) 主要支配面部表情肌和传导舌前 2/3 的味觉及支配舌下腺、下颌下腺和泪腺的分泌。

(1) 评估方法：首先观察患侧额纹是否变浅，眼裂是否增宽，鼻唇沟是否变浅，口角是否低垂或向健侧歪斜；嘱患者作皱额、闭眼、露齿、微笑、鼓腮或吹哨动作，比较两侧是否对称。

(2) 临床意义：面神经受损可分为周围性和中枢性损害两种，一侧面神经周围性（核或核下性）损害时，患侧额纹减少、眼裂增大、鼻唇沟变浅，不能皱额、闭眼，微笑或露齿时口角歪向健侧，鼓腮及吹口哨时患侧漏气。中枢性（核上的皮质脑干束或皮质运动区）损害时，由于上半部面肌受双侧皮质运动区的支配，皱额、闭眼无明显影响，只出现病灶对侧下半部面部表情肌的瘫痪。面神经损害者舌前 2/3 味觉丧失。

5. 舌咽神经、迷走神经 两者关系密切，常同时受累，一般同时检查。

(1) 评估方法：检查患者发音是否嘶哑，有无吞咽困难和饮水呛咳。嘱患者张口，先观察腭垂是否居中，两侧软腭是否一致，然后嘱患者发“啊”音，观察两侧软腭上

抬是否有力，腭垂是否偏斜。

(2) 临床意义：若一侧软腭不能随之上抬及腭垂偏向健侧，则为一侧神经麻痹的表现；腭垂居中，但双侧软腭抬举受限，甚至完全不能，提示双侧神经麻痹。

6. 副神经 支配胸锁乳突肌和斜方肌的运动。

(1) 评估方法：评估时注意肌肉有无萎缩，嘱患者作耸肩及转头运动时，检查者给予一定的阻力，比较两侧肌力。

(2) 临床意义：副神经受损时，向对侧转头及同侧耸肩无力或不能，同侧胸锁乳突肌及斜方肌萎缩。

7. 舌下神经 支配舌肌的运动。

(1) 评估方法：检查时嘱患者伸舌，注意观察有无伸舌偏斜、舌肌萎缩及肌束颤动。

(2) 临床意义：单侧舌下神经麻痹时，舌尖偏向患侧，双侧麻痹者则不能伸舌。

(四) 运动功能的评估

运动功能分随意运动和不随意运动。随意运动受大脑皮层运动区支配，不随意运动由锥体外系、小脑支配。

1. 肌力 (muscle strength) 是指做主动运动时肌肉的最大收缩力。一般以关节为中心检查肌群的伸、屈、外展、内收、旋前和旋后等功能。

(1) 评估方法：嘱患者做有关肌肉的收缩运动，观察肢体收缩力量、运动幅度和速度。也可从相反方向测试被评估者对阻力的拮抗力量，两侧肢体对比检查。一般将肌力分为 0～V 级，共 6 个级别：

0 级 肌力完全丧失，测不到肌肉收缩。

I 级 仅测到肌肉收缩，但不能产生动作。相当于正常肌力的 10%。

II 级 肢体能在床上平行移动，但不能抵抗自身重力，即不能抬离床面。相当于正常肌力的 25%。

III 级 肢体可以克服地心吸引力，能抬离床面，但不能抵抗阻力。相当于正常肌力的 50%。

IV 级 肢体能做对抗外界阻力的运动，但不完全。相当于正常肌力的 75%。

V 级 肌力正常。

(2) 临床意义：自主运动时肌力减退称不完全瘫痪，肌力消失即为完全瘫痪。不同部位或不同组合的瘫痪分别命名为单瘫、偏瘫、截瘫、交叉瘫。

2. 肌张力 (muscular tension) 是肌肉静止松弛状态下的紧张度。肌张力是维持身体各种姿势以及正常运动的基础。

(1) 评估方法：嘱患者肌肉放松，检查者触摸肢体肌肉的硬度并被动屈伸患者的肢体感受阻力。

(2) 临床意义

1) 肌张力减低：表现为肌肉松弛，被动活动时阻力减小或消失，关节松弛，活动范围扩大。常见于周围神经损伤或小脑损伤。

2) 肌张力增高：表现为肌肉坚硬，被动活动时阻力加大，甚至难以进行。常见于锥体束损害或锥体外系损伤。

3. 不自主运动 (involuntary movements) 观察患者是否有不能随意控制的震颤 (静