

亚当斯-维克托

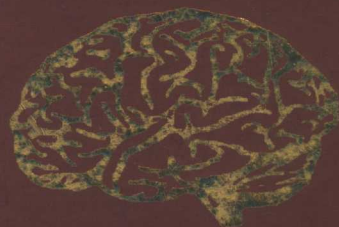
神经病学

Adams and Victor's
Principles of Neurology

第 7 版

原 著 Maurice Victor
Allan H. Ropper

主 译 郭 斌 满国彤
宋路线 于风萍



人民卫生出版社

亚当斯-维克托

神经病学

Adams and Victor's Principles of Neurology

第7版

原 著 Maurice Victor, M. D.
Allan H. Ropper, M. D.

主 译 郭 斌 满国彤
宋路线 于风萍

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

亚当斯-维克托神经病学(第7版)/(美)维克托(Maurice Victor),(美)罗普尔(Ropper)著;郭斌等主译. —北京:人民卫生出版社,2002

书名原文:Adams and Victor's Principles of Neurology
ISBN 7-117-05173-6

I. 亚... II. ①维... ②罗... ③郭... III. 神经病学 IV. R741

中国版本图书馆CIP数据核字(2002)第085258号

Adams and Victor's Principles of Neurology, 7/e

Copyright © 2001, 1997, 1993, 1989, 1985, 1981, 1977 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

All rights reserved. Except as permitted under the United States Copyright Act of 1976, no part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

亚当斯-维克托神经病学, 第7版

版权所有。未经出版者书面允许,不得以任何形式或方法对本书内容进行复制和销售,违者必究。

图字:01-2003-0147

亚当斯-维克托神经病学

第7版

主 译:郭 斌 满国彤 宋路线 于风萍

出版发行:人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址:(100078)北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷:北京市安泰印刷厂

经 销:新华书店

开 本:787×1092 1/16 印张:104.75

字 数:2400千字

版 次:2002年12月第1版 2002年12月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 7-117-05173-6/R·5174

定 价:269.00元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编 者

Maurice Victor, M. D.

Allan H. Ropper, M. D.

主 译(按姓氏笔画排列)

郭 斌 满国彤 宋路线 于风萍

翻译人员(按姓氏笔画排列)

安小桥	宝文明	常风玲	常小春	常占明	陈光荣
陈建军	陈明军	陈文东	陈文红	陈一拓	成 华
成水平	党一智	杜茂森	杜杰明	杜 鹃	董建设
董维新	冯一飞	冯君如	郭建军	郭春生	郭 波
郭 红	郭红军	韩有志	韩 冰	韩 政	韩和平
洪 兴	洪丽娜	洪 英	李志民	李兴富	李 波
李建军	李 莹	李 刚	李红兵	满国彤	毛文军
毛亚军	毛春凡	毛风云	任建民	任 静	宋 鹏
宋 玉	宋路线	宋立柱	宋步明	孙小力	孙 华
孙 梅	唐吉友	杨 波	于风萍	于成有	杨成军
杨一民	杨得志	赵玉英	张喜英	张志明	张正涛
张风英	张 良				

前言

在第一版的《神经病学》中,我们曾经写到“对于一本教科书而言,前言经常是不必要的前缀,很少能够增加书的分量以及减少对其内容的批评”。应该以书的内涵和写作判断其价值。在为 Cromwell 所做的序言中,Vicetor Hugo 更加详细地表达了这种观点:一个人在加入一个沙龙以后很少检查房间里的分割情况或在吃过了一种水果以后不会评价它的树根。

然而,前言可以让作者说明本书的写作目的、写作和组织方式以及在已经有大量相关著作情况下强行出版本书的原因。我们的观点是:虽然一个人很少从检查房间的分割中获得快乐,但人们并没有因为这样做而感到遗憾,尤其是在决定购买房子的时候。

在创作《神经病学》的过程中,我们采用了 Massachusetts 总医院神经病学服务机构很早倡导的与传统的神经系统疾病举例法不同的分类方法,采用神经病的症状学或临床表现的方法来介绍疾病。因此,本书的第一部分主要详细探索了神经功能障碍的症状和体征,并根据解剖和生理学的有关知识分析了其临床意义。随后叙述了这些症状的自然集合或综合征—临床神经病学的核心,接着叙述了所有表达这些症状的综合征的神经疾病的主要分类。我们认为这种神经疾病的叙述方法更具逻辑性,因为在实际工作中病人的表现正是这些神经功能紊乱的症状,由此可以得出临床诊断。

这种由症状到综合征到疾病的排列强调了疾病演化的理性过程。在指导学生和住院医生的过程中,我们采用这种方法获得了很大成功。

与大多数当代的神经病学教科书相比,我们这本教程有几个不同的特征。我们在书中讨论了构成儿童神经病学核心的几个主题,其中中心内容是发育异常和遗传代谢性疾病,在神经系统正常发育与成熟中加以探讨;并且以独立的章节讨论了年龄对神经系统的影响和年龄相关神经病(老年神经病学)。因为在神经外科和神经内科之间的区别仅仅是治疗模式的差异,所以我们没有区分外科和内科神经病学。精神综合征和主要精神疾病在本书占有相当一部分内容,我们之所以这样做是因为这些疾病在严格意义上讲是神经疾病的信念。更重要的是我们认为,包括神经科在内的所有内科医生应该承认,抑郁性疾病、神经官能症和怪癖的人格通常与很多内科疾病的表现方式相关。并且也讨论了酒精和药物滥用所产生的神经精神作用。最后,在本书中我们还讨论了肌肉疾病—在神经科的门诊中数量不断增加。因此,本书不仅提供了有关神经病学和神经外科的实用信息,而且也提供了内科、儿科和精神科的实用资料。为帮助不同专业的读者迅速查找有关资料,我们建议读者注意以下各章:内科医生:8、10、11、16、18、32、33、34;儿科医生:16、28、37、38;急诊和危重病监护医

生: 16、17、18、34、35; 骨科医生: 8、11、44、45; 精神科医生: 20、21、22、24、25、56、57、58。

本书的重点在于疾病的临床方面。当然也没有轻视相关的神经生物学资料, 但侧重点在于这些神经生物因素如何起作用, 并解释神经或疾病的症状。与 Oslerian 的传统观点一致, 我们的主要目的之一是表述我们自己观察到的临床现象。我们坚持自己的信念——限制权威的作用有许多好处。这使得作者可以选择他们认为是最常见疾病的基本知识, 并从特殊的角度对其进行展望。这也能保证本书的一致风格, 从而让读者可以愉快阅读。

《神经病学》的第6版受到了普遍的欢迎, 因此我们认为有必要对其进行修改, 并且促使我们尽量提前完成任务。在编写第7版的过程中, 我们每一个人都承担了对临床神经病学的新观点和进展进行综述的任务, 并试图将这些观点和进展统一在一起。因此, 每一章几乎都是完全重写, 并在相关的地方增加了分子遗传学的最新发现。也增加了由 PET、SPECT 扫描和功能性 MRI 检查而得到的生理功能分类的信息。本书的各种表格有很大的用途, 并且 MRI 图像都是根据疾病的生物病理过程精选出来的。为了提供神经疾病治疗的最详细且最先进的资料, 我们进行了特殊效果处理。

在本书的构思和形成过程中, 我们有许多同事作出了大量的贡献, 在此不可能一一列举并表示感谢。我们最感谢大学教师 Derek Denny-Brown、C. M. Fisher、Paul Yakovlev、E. P. Richardson 和 Mandel Cohen, 他们对我们的信念产生了很大的影响; 我们还要对 Betty Banker 提出特别的感谢, 她不仅改编了本书肌病一章, 而且对属于本书的一切事务——无论巨细——均给予了无私的帮助; 我们还要感谢 Robert Young、Jay Mohr、Hugo Moser、Edwin

Kolodny 和 Shirley 等, 他们参与了对本书上一版的大量资料的反复讨论。

以下专家对本书的个别章节或某章的一部分内容进行了详细的综述: St. Elizabeth 医学中心的 Michael Worthington (32 章)、David Weinberg (45 章) 和 Richard Blair (神经影像); Dartmouth-Hitchcock 医学中心的 Peter Williamson 和 Vijay Thadani (16 章)、James Fliano (39 章); 以下专家对特别困难的话题给出了建议: Harvey Levy (遗传代谢性障碍)、John Leigh (眼垂直运动的解剖)、Pauline Filipek (缄默) 和 Paul Chapman (动静脉畸形)。为本书和前一版提出过参考和建设性意见的人不计其数, 难以一一列举。

最后, 我们希望向 Richaed Haver —— Vermont Veterans 应用医学中心的图书管理员和 Sandra Ropper 表示感谢, 他们辛勤的工作为本书提供了无数的参考文献; 感谢 Dolores Altavilla 和 Dorothy Sweet 帮助整理书稿; 感谢 St. Elizabeth 医学中心神经科的 Winnifred Quick 提供了大力的帮助; 我们还要特别感谢 McGraw-Hill 的 Muza, 他卓越的编辑才能保证了本书再版的可读性; Catherine Saggese ——她的辛勤工作保证了本书的及时出版。

《神经病学》第7版出版后, 读者将可以看到格式的变化。Raymond D. Adams 是本书前6版的高级作者, 他坚信本书将会将他的名字与书名更为紧密地结合在一起。尽管不再担任本书的编辑和出版日常工作, 但 Adams 博士仍然对本书的出版倾注了极大的热情。实际上他通读了第7版的所有章节, 我们对能够接受他的亲自指导和提出的许多建议与贡献表示衷心的感谢。

Maurice Victor
Allan H. Ropper

目 录

前言

第一部分 神经病学检查方法

第1章 神经病学的临床方法.....	3
第2章 神经系统疾病的特殊检查技术	13

第二部分 神经系统疾病的主要表现

第1篇 运动功能障碍	45
第3章 运动瘫痪	47
第4章 基底节疾病引起的运动和姿势异常	66
第5章 小脑	85
第6章 震颤、肌阵挛、局部张力障碍和抽搐	97
第7章 姿势和步态失调.....	119
第2篇 疼痛和躯体其他感觉障碍、头痛和背痛	131
第8章 疼痛.....	133
第9章 其他躯体感觉.....	156
第10章 头痛和其他颅面痛	174

第 11 章 颈背与四肢疼痛	202
第 3 篇 特殊感觉疾病	231
第 12 章 嗅觉和味觉障碍	233
第 13 章 常见的视觉障碍	243
第 14 章 眼球运动和瞳孔功能障碍	267
第 15 章 耳聋、眩晕和平衡障碍	297
第 4 篇 癫痫和其他知觉障碍	323
第 16 章 癫痫和其他发作性障碍	325
第 17 章 昏迷及相关的意识障碍	361
第 18 章 虚脱和晕厥	385
第 19 章 睡眠及睡眠异常	399
第 5 篇 大脑功能不协调和其他障碍	423
第 20 章 谵妄和其他意识错乱状态	425
第 21 章 痴呆和遗忘(Korsakoff)综合征:智能和记忆神经病学的评论	438
第 22 章 大脑特定部位病变所致的神经系统疾病	458
第 23 章 发音及语言障碍	495
第 6 篇 精力、心情、情感焦虑及障碍与自主神经以及内分泌功能	519
第 24 章 疲劳、倦怠、焦虑及抑郁反应	521
第 25 章 边缘叶及情感神经病学	533
第 26 章 自主神经系统疾病、呼吸和吞咽障碍	548
第 27 章 下丘脑和神经内分泌障碍	585

第三部分 神经系统生长发育及衰老神经病学

第 28 章 神经系统的正常发育与偏离	605
---------------------------	-----

第 29 章 老年神经病学	640
---------------------	-----

第四部分 神经疾病的主要种类

第 30 章 脑脊液及其循环紊乱,包括脑积水、大脑假瘤和低压综合征	657
第 31 章 颅内肿瘤及类肿瘤性疾病	679
第 32 章 神经系统感染(细菌、真菌、螺旋体、寄生虫及肉芽肿)	736
第 33 章 神经系统病毒感染和朊病毒病	785
第 34 章 脑血管疾病	824
第 35 章 颅脑外伤	929
第 36 章 多发性硬化及相关的髓鞘脱失性疾病	958
第 37 章 神经系统遗传代谢性疾病	987
第 38 章 神经系统发育性疾病	1055
第 39 章 神经系统变性疾病	1112
第 40 章 神经系统获得性代谢性疾病	1183
第 41 章 营养缺乏所致的神经系统疾病	1215
第 42 章 酒精与酒精中毒	1242
第 43 章 药物和其他化学制剂所致的神经系统功能障碍	1261

第五部分 脊髓、周围神经和肌肉病变

第 44 章 脊髓疾病	1303
第 45 章 电生理试验和实验室检查在神经肌肉疾病诊断中的应用	1356
第 46 章 周围神经疾病	1380
第 47 章 颅神经疾病	1460
第 48 章 临床肌病学原理:肌病的诊断和分类概要	1478
第 49 章 炎性肌病	1494
第 50 章 肌营养不良	1507
第 51 章 代谢和中毒性肌病	1527
第 52 章 先天性神经肌肉疾病	1544

第 53 章	重症肌无力和相关的神经肌肉传递性疾病·····	1552
第 54 章	遗传性肌强直与周期性麻痹(通道肌病)·····	1570
第 55 章	以抽筋、痉挛、疼痛和局部肿块为特征的肌肉疾患·····	1583

第六部分 精神障碍

第 56 章	神经症和人格障碍·····	1603
第 57 章	反应性抑郁、内源性抑郁和躁狂-抑郁症·····	1629
第 58 章	精神分裂症与类偏执狂状态·····	1645

第一部分

神经病学检查方法

第 1 章

神经病学的临床方法

很多人一向认为神经病学是最难以掌握的内科专业之一。首次进入神经科临床的医学生和住院医师往往会有些畏难情绪。在与神经解剖学、神经生理学和神经病理学的短暂接触以后,他们就已经被神经系统的复杂性所震慑。此后,目睹为了引出某些不可思议和发音拗口的体征,对患者进行一系列名目繁多的检查,更使他们觉得难以把握。实际上,这些步骤常常需要进行非常智巧的推理,才能得到神经病学的诊断。另外,同学们对一些神经病学检查方法,如腰穿、脑电图、脑血管造影等还不熟悉,并且不知道该如何去解释、分析这些检查结果。神经病学教科书中,对一些罕见的神经系统疾病大量详尽的描述,进一步加剧了他们的恐惧心理。

作者认为只要坚持临床医学的基本原则,在学习、实践神经病学过程中所遇到的很多困难都会迎刃而解。而要做到这一点,首先必须熟练地掌握临床方法(clinical method)。如果对这一方法缺乏清楚的理解,那么在面临新的临床问题时,就像不了解研究方法具体步骤的植物学家或化学家,无法完成某一研究课题。

与其他医学领域相比,临床方法在神经系统疾病研究中的重要性尤为突出。在大多数情况下,临床方法由下列有秩序的步骤组成:

1. 分别通过病史和体检获取症状和体征。

2. 从生理学和解剖学角度去解释与疾病有关的症状和体征,即确定与疾病相关的功能与解剖结构的异常。通常将认识到的症状和体征组合归纳为一种综合征(syndrome)。用综合征来描述一系列的体征和体征,对于确定疾病的性质及发病部位十分有帮助。这一步可以称作综合征诊断(syndromic diagnosis)。

3. 这种症状和体征与功能和解剖结构异常的关系,使神经科医师能够对疾病进行定位诊断,即明确疾病所涉及到的神经系统部位。这一步被称为解剖学或局部解剖学诊断(anatomic, or topographic diagnosis)。

4. 根据解剖学诊断和其他的临床资料,特别是疾病的发生、发展和经过的方式,其他系统的累及,相关的过去史、家族史以及实验室检查结果,推得病理学诊断(pathologic diagnosis),而当疾病的发生机制和病因明确时,即为病因诊断(etiological diagnosis)。

5. 最后,医师应该对功能障碍的程度进行评价,并明确是暂时性的,还是永久性的。这种功能诊断(functional diagnosis)对于疾病的处理及功能恢复的判断,即预后,非常重要。

图 1-1 简明图示了神经疾病的诊断步骤。由此步骤图,遵循一定的步骤可以解决临床问题。这种系统性的诊断步骤,可得出明确的定

位诊断和准确的疾病诊断。这是神经病学使人 颇费神思而又引人入胜的地方。

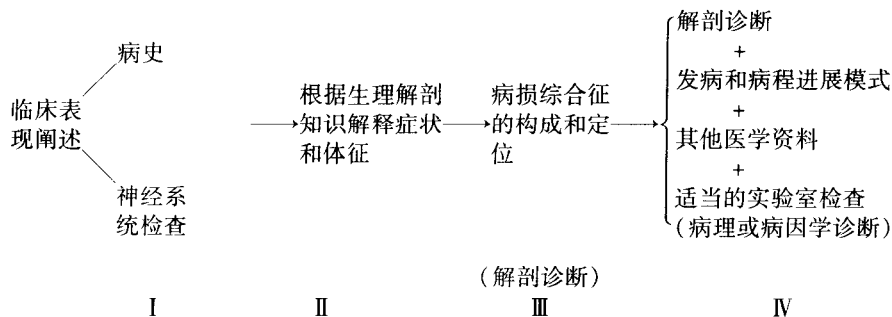


图 1-1 神经疾病的诊断步骤

当然,解决临床问题时并不一定总是按上述程序进行。临床方法给收集信息 and 对此信息进行解释提供了多种选择。其实,在某些情况下,没有必要拘泥于上述程序。例如,由于帕金森病特有的临床表现,在疾病早期性质就显而易见。在另外一些情况下,没有必要进行解剖学诊断之外的临床分析,因为疾病本身就表明了其病因。例如,当出现急性发病的单侧 Horner 征、小脑共济失调、声带麻痹和面部痛觉缺失,并伴有对侧上肢、躯干部和下肢的痛温觉缺失时,最有可能的原因是椎动脉的闭塞,因为所有累及到的结构都位于该动脉供血范围内的延髓外侧部。因此,解剖学诊断能决定和限制疾病的可能性。如果体征表明疾病属于周围神经系统,则通常没有必要考虑脊髓的病变。而有些体征本身就具有特异性,如斜视眼阵挛提示副肿瘤综合征小脑变性,Argyll-Robertson 瞳孔提示神经梅毒或糖尿病动眼神经麻痹。

如果不考虑解决特殊临床问题所采用的推理方法,诊断的基本步骤总是包括准确地获得症状和体征,并用神经系统的功能障碍正确地加以解释。当诊断不能确定或意见不一致时,必会发现当初对功能障碍的解释是错误的。因此,如果一位主诉头昏眼花的患者被认为是眩晕,或者将

部分持续性癫痫误认为是舞蹈手足徐动症一类的锥体外系运动障碍,那么临床方法从一开始就偏离了正确的轨道。反复的检查对于准确发现基本的临床事实和明确疾病的发展过程是必需的。因此,有一句名言:“对神经系统疑难病例最有帮助的诊断方法是进行第二次检查。”

不同的疾病过程可以产生相同的症状,这是由于不同的病症可能影响神经系统的同一部位所致,例如脊髓肿瘤、遗传性缺陷或多发性硬化都可导致痉挛性截瘫。相反,同一种疾病也可以产生不同的症状和体征。虽然一种疾病可能有多种症状和体征的组合形式,但是少数几种形式的组合出现频率较高,并可认为是这一疾病高度特异性的表现。有经验的临床医师总是习惯于试图将每一病例归纳为某种特异性的症状组合或综合征,但必须记住的是,综合征并不是一种疾病,而是由临床医师为了便于疾病的诊断而建立的抽象概念。例如,将左右定向力障碍,书写、计算和手指认识不能的症状组合,称为 Gerstmann 综合征,认识此征可明确疾病的解剖学定位(左侧角回区),同时也缩小了可能的病因学范围。

在分析神经系统疾病时,解剖学的诊断总是先于病因诊断。如果未能明确神经系统疾病

所累及的单位或结构,便去寻求病因,就如同内科医生不知道疾病累及的是胃、肾脏还是肺,就试图作出病因诊断一样盲目。要明确一种临床综合征的原因,即作出病因学诊断,不仅需要临床医师具有丰富的知识,而且要熟悉疾病繁多的临床表现、病程及自然病史,其中有很多是人们所熟悉并易于掌握的,这些将在以后的章节中予以讨论。

病史采集

同其他专业相比,神经科医师更依赖病人的合作,以搜集可靠的病史,特别是那些无阳性体征的症状。如果症状属于感觉系统,则只有依据病人的判断和表达才能了解他的视觉、听觉或躯体感觉。问诊时,首先要取得对方的信任与合作,并使其充分认识到检查过程的重要性。关于神经系统疾病的病史采集,有以下几点需要进一步说明:

1. 病史采集时一定要避免提示性诱问。临床问诊需要双方的参与,很明显,检查者的引导会对病人产生很大的影响。老生常谈似乎显得乏味,但事实是临床上矛盾的病史通常来自于诱导询问,即向患者提示某种症状或曲解患者的陈述。病史的错误和前后矛盾经常是检查者与患者双方的责任。一般来讲,患者应尽量避免用曾经听说过的诊断术语来概括自己的症状,而应该尽可能的对症状进行精确的描述。例如,要求患者仅用一个单词来描述他疼痛的性质。

2. 在病房或办公室询问病史时应做好记录。当病人陈述滔滔不绝或离题太远时,就需要临床医师适时、谨慎地插问一些与现有症状关系密切的问题,将话题转回。而及时记录病史能够保证最大程度的可靠性。当然,不管患者讲述的病史看起来有多么可信,都需要向其他知情者进一步核实。

3. 了解疾病发生、发展和经过的方式至关

重要。必须尽力弄清每个症状是如何起始和进展的,通常仅仅依靠这方面的资料便能确定疾病的性质。如果病人或其家属不能提供有关的信息,则可以通过在不同时间病人工作和生活的能力,如步行多远及何时不能上下楼梯、不能胜任日常工作等来判断疾病的过程。如果临床医师精确地记录了先后进行的临床检查结果,并用某种方法予以定量分析,也可据此判断疾病的进展。

4. 因为神经系统的疾病经常会导致精神障碍,所以对于每一位大脑疾病患者,临床医师应首先对其智力状况和发病时所处的环境进行初步的评价,以明确患者是否有能力自己陈述病史。如果病人的注意力、记忆力和思维的连贯性出现障碍,则病史的获得就必须依赖于其家属、亲戚、朋友或同事。另外,以癫痫发作或其他形式发作性意识障碍为特点的疾病,事后对发作期间发生的事件全无记忆。通常情况下,同学们和一些临床医师对病人智力状况的评价非常草率,以至于有时竟试图向一些根本不知道自己为什么来看病或住院的低能和意识模糊的患者,或者那些由于其他的原因不可能知道自己发病细节的患者询问病史。

神经系统查体

询问病史时对病人进行观察就是神经系统查体的开始。病人讲述病史的方式就能够显示出是否有意识模糊或思维不连贯,记忆力或判断力障碍,或者是理解、表达困难。这些方面的观察是神经系统检查不可缺少的一部分,并且提供了有关大脑功能状况的信息。临床医师应该学会在使病人不感到尴尬的情况下获取这类信息。易犯的错误是忽略患者陈述病史时轻微的前后矛盾和对日期、症状描述的不准确,只是到后来才发现这些记忆缺陷恰恰是所患疾病的基本特征。让患者说出自己对症状的可能

意义的解释,有时会发现反常的忧虑、焦躁、猜疑、甚至妄想。

其余的神经系统检查应该放在一般体格检查的最后进行。从颅神经、颈部、躯干部的检查开始,到上下肢的运动、反射和感觉功能的检测,随后对括约肌和自主神经系统的功能以及颈部和脊柱的可弯曲度(脑膜刺激征)进行评定。步态和立姿的观察可放在上述检查之前或之后进行。神经系统的检查及其记录要按一定顺序,避免遗漏,而且便于以后对病例的分析。另外,对病人日常起居,如行走或穿衣的观察,可能会发现一些在正式检查时不明显的步态或动作的极细微异常。

当然,神经系统查体的完善程度及其侧重点取决于所患疾病的类型。如果对一个因尺神经压迫麻痹而要求诊治的病人,花费半小时甚至更多的时间去检查大脑、小脑、颅神经以及运动、感觉功能则不仅毫无意义,而且浪费了时间。检查还必须依据病人的情况加以调整,很显然对于昏迷病人,一些检查将不能实施,而对于婴幼儿和精神病患者则需要特殊方式的检查。随后我们将讨论一些特殊临床情形下的神经系统检查。

有症状的神经系统疾病病人

目前,可供借鉴的神经系统检查手册种类繁多。如果想完整、充分地了解神经系统的检查方法,读者不妨参阅一下 DeMyer; Ross; Mancall; Bickerstaff 和 Spillane; Glick 等以及 Mayo 医院的有关医生共同主编的一些专著,他们从不同的角度对这一主题进行了阐述。特别向大学生们推荐的是 DeMyer 的专著,该书对当前所有的神经系统检查方法进行了讲解,在此不准备一一述及。其中有一些将在有关精神疾病、颅神经、运动、感觉和自主神经功能障碍的章节中予以讨论。另外,有些应用价值

尚有争议的检查方法,则不准备向同学们介绍。如果对一位病人实施所有的检查方法不仅需要花费几个小时的时间,而且也是相当教条和不明智的。这种面面俱到的危险性在于把检查手段看成是疾病的不容置疑的指示牌,而不是提示神经系统功能异常的一种方法。下文所介绍的几种检查相对来说比较简单,但却能为检查者提供最有用的资料。

高级皮层功能的检查

在进行一般体格检查时,如果发现病人的行为举止和病史有可疑的高级皮层功能缺陷,则应该对这方面的功能进行详细的检查。首先提出一些针对性的问题以了解病人对时间、地点的定向力,对自己所患病症的感知能力,以及注意力、反应速度、回答简单问题的能力和意志的保持力都可以通过直接的观察而获悉。在病房里检查注意力、记忆力和思维的清晰度时,可告诉病人连续的顺序七个数字,或反序五个数字,请他记住,稍后按正、反顺序说出;或请病人从 100 连续减去 3 或 7;也可让病人在 3 分钟后回忆 3 条信息或一个短故事;或者让病人说出最近 6 位前总统或首相的名字。请病人描述近期的病情和会诊情况及入院日期,并逐日回忆入院期间所接受的检查、治疗、饮食和其他事件是检查病人记忆力的很好的方法。病人对自己所经历的检查过程的叙述以及词汇、措辞的选择可以提供有关智力和思维连贯性方面的信息。另外,还可设计出许多其他的检查方法。通常,检查者只需运用上述几种检查方法,观察记录病人的反应方式,便能较好地获悉病人神志清晰和智力健全的程度,没有必要依赖于正式的智力量表评分。

如果有讲话或语言障碍的任何迹象,就应该特别注意。除了明确病人自发性言语的性质外,还要对其读、写、拼、执行口头命令、重

复检查者的言语、对物品及其组成部分的命名,以及解答简单的数学问题的能力进行评价。嘱病人把一条线二等分、画钟表或自己家的平面图、画自己、画自己国家的地图以及临摹图像是对其视觉-空间感知能力的有效检查方法,特别是怀疑大脑疾患时应该采用。语言、认知和其他高级大脑功能的检查将在第21、22和23章中讲解。

颅神经的检查

对于有神经系统症状的病人,必须对颅神经的功能进行较为细致的检查。如果怀疑一个人有前颅窝的损伤,则应该检查单个鼻孔的嗅觉,并明确其是否还能辨别气味。视野应用对视法进行粗略的检查,在某些病例需将两眼分开检查;如果有可疑的异常,则应该用视野计进一步精确检测,并且用切线扫描或计算机辅助视野计来找寻盲点。接下来就要观察瞳孔的大小,以及对光反射、调节反射和眼球的活动范围。这些检查的具体细节及其有关说明将在第12、13和14章中予以讨论。

可以用大头针和小棉签检查面部的感觉,同时检测角膜反射是否存在。应该在病人说话和微笑时观察面部的运动,在这种自然的情况下,与让病人执行命令性动作相比,一些轻微的缺陷更容易暴露。耳镜检查外耳道和鼓膜。用256 Hz的双振动音叉靠近耳朵或放至乳突上检查听力是否丧失,并区分是传导性耳聋(中耳病变)还是神经性耳聋。当怀疑延髓病变,特别是出现声音嘶哑时,应该用特殊的仪器检查一下声带。单侧的角膜反射和咽反射的消失具有临床价值,而双侧咽反射的消失通常没有意义。检查舌头时,应让其伸出并停留一段时间,这样有助于舌肌萎缩、纤颤和轻瘫的发现。如果伸舌时舌尖轻微的偏斜是孤立的阳性体征则常常可以忽略。另外,还要注意病人

的发音情况,特别是出现吞咽困难、构音障碍或发音困难时,应该检查一下口轮匝肌反射、下颌反射、颊反射和吸吮反射的情况。

运动功能的检查

应该牢记,在评价运动功能时,观察肌肉收缩的速度和力量以及肌肉的体积、张力和协调性,通常比腱反射的检查更有裨益。观察上肢时,必须让其充分的暴露,保持双臂伸展,分别采取仰卧位和俯卧位。检查时,可嘱病人作一些简单的动作,如交替指自己的鼻子和检查者的手指,或让其做快速轮替动作,必要时可突然的使其加速、减速以及改变方向;也可让病人完成一些简单的工作,如系纽扣、打开安全别针或使用一些日常用具。卧床检查病人下肢的肌力是不可靠的,即使根本不能踏到脚凳上去或从蹲位站起的病人,看起来似乎仅有少许甚或没有肌无力。将足沿胫骨前缓缓向下滑动,或用足跟有节律地轻拍胫骨,这是检查卧床病人下肢动作协调性的最好方法。让病人的双臂保持抗地心引力的姿势是一项很有用的检查,肌张力减退的一侧首先疲劳并开始下垂,而在皮质脊髓束损伤的情况下则逐渐旋前。检查下肢肌力的方法同上肢相似,可以让病人仰卧,取屈髋、屈膝位;也可让病人俯卧,膝关节屈曲。另外,运动、姿势的异常及震颤也可以出现(见第4和第6章)。对于上肢,还应当注意是否有萎缩和纤颤。

反射功能的检查

肱二头肌反射(biceps)、肱三头肌反射(triceps)、桡反射(supinator/radial-periosteal)、髌反射(patellar)、踝反射(Achilles)、腹壁反射(cutaneous abdominal)和跖反射(plantar)就足以代表脊髓的反射活动。腱反射的引出需要参与反射活动的肌肉放松;对于