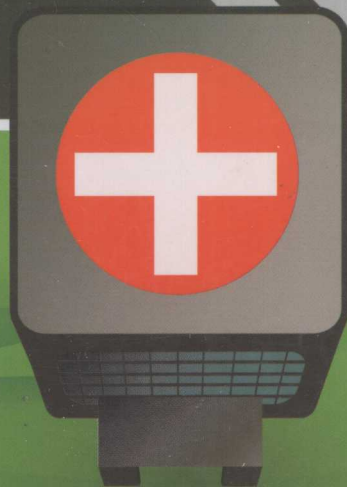


LIN CHUANG SHEN JING JING SHEN BING XUE

临床神经精神病学

主编 王爱楨 邹积明 齐献忠 薄宇清 常文广 何中伏



天津科学技术出版社

临床神经精神病学

主编 王爱祯 邹积明 齐献忠
薄宇清 常文广 何中伏

图书在版编目(CIP)数据

临床神经精神病学/王爱祯等主编. —天津:天津科学技术出版社, 2011. 5
ISBN 978-7-5308-6368-8

I. ①临… II. ①王… III. ①神经病学②精神病学
IV. ①R74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 099160 号

责任编辑:郑东红

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332695(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 22 字数 510 000

2011 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编 王爱祯 邹积明 齐献忠 薄宇清 常文广 何中伏

副主编 (以姓氏笔画为序)

王慧敏 卢 斌 石德志 李 靖 李 静 李 磊

吴晶莹 杨昊翔 单苏民

编 委 (以姓氏笔画为序)

王红坡 河南新乡医学院第一附属医院

王爱祯 山东省精神卫生中心

王慧敏 河南省新乡市中心医院

卢 斌 河南省新乡市中心医院

石德志 河南省新乡市中心医院

齐献忠 河南省南阳市中心医院

邹积明 山东省烟台山医院

何中伏 河南省确山县人民医院

李 靖 济南军区总医院

李 静 河南省新乡市中心医院

李 磊 河南省新乡市中心医院

吴晶莹 河南省新乡市中心医院

杨昊翔 河北省秦皇岛市第一医院

单苏民 山东省阳信县人民医院

常文广 河南省新乡市中心医院

薄宇清 河南省新乡市中心医院

前 言

神经精神科疾病是当今危害人们健康的常见疾病之一,有较高的发病率、致残率,给病人和社会造成极大的负担。因此对常见神经精神科疾病的预防、治疗和病因、发病机制的探讨亟待普及和提高。为此我们组织了部分工作在临床、教学第一线、具有丰富临床和教学经验的专家、学者,在广泛参考国内外文献资料基础上,结合自身工作经验体会编写了《临床神经精神病学》一书,希望通过这本书帮助读者提高神经精神科疾病的诊断及治疗水平。

全书共分十七章,以神经精神科常见疾病的诊断和治疗为重点,注重实用,既有基础理论、基本知识、基本技能的介绍,又介绍了先进的诊疗技术及临床用药,还有我们自己的临床经验,尽力反映国内外神经精神科疾病诊断和治疗的新水平。本书可供神经内科和精神科专科医师,尤其是主治医师、住院医师、研究生、进修生及神经精神科有关科室的医护人员使用。

由于我们的经验不足,业务水平和写作能力有限,可能存在某些不当、疏漏之处,请读者批评指正。

王爱祯
2011年4月

目 录

第一章 神经系统疾病病史采集及检查	1
第一节 病史采集	1
第二节 神经系统检查	2
第三节 计算机体层扫描成像(CT)	18
第四节 磁共振成像(MRI)	20
第五节 SPECT 显像	21
第六节 神经电生理检查	22
第七节 经颅多普勒超声诊断技术	38
第二章 脑血管疾病	46
第一节 短暂性脑缺血发作	46
第二节 脑血栓形成	51
第三节 脑栓塞	55
第四节 脑出血	58
第五节 蛛网膜下腔出血	63
第六节 颅内动脉瘤	66
第七节 颅内血管畸形	73
第三章 中枢神经系统感染性疾病	76
第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	76
第二节 脑膜炎	81
第三节 颅内脓肿	90
第四章 脱髓鞘疾病	99
第一节 多发性硬化	99
第二节 急性播散性脑脊髓炎	104
第五章 脊髓疾病	107
第一节 急性脊髓炎	107
第二节 脊髓压迫症	110
第三节 脊髓空洞症	112
第四节 脊髓亚急性联合变性	115
第六章 锥体外系疾病	117
第一节 帕金森病	117
第二节 肝豆状核变性	121
第三节 急性舞蹈病	124

第四节	遗传性进行性舞蹈病	125
第五节	手足徐动症	127
第六节	扭转痉挛	128
第七节	痉挛性斜颈	128
第七章	神经变性疾病	130
第一节	阿尔茨海默病	130
第二节	运动神经元疾病	131
第八章	骨骼肌疾病	135
第一节	肌营养不良症	135
第二节	重症肌无力	137
第三节	周期性瘫痪	142
第九章	周围神经病	145
第一节	面神经炎	145
第二节	面肌痉挛	147
第三节	多发性神经病	150
第四节	三叉神经痛	152
第五节	梅尼埃病	163
第六节	舌咽神经痛	166
第七节	臂丛神经痛	168
第八节	枕神经痛	170
第九节	肋间神经痛	171
第十节	坐骨神经痛	172
第十一节	腓总神经麻痹	174
第十二节	桡神经麻痹	175
第十三节	尺神经麻痹	176
第十四节	腕管综合征	176
第十五节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	177
第十章	癫痫	182
第十一章	遗传性共济失调	194
第十二章	偏头痛	197
第十三章	昏迷和脑死亡	203
第一节	昏迷	203
第二节	脑死亡	206
第十四章	颅内肿瘤	208
第一节	概述	208
第二节	神经胶质瘤	220
第三节	脑膜瘤	226
第四节	垂体腺瘤	236

第五节	颅咽管瘤·····	251
第六节	听神经瘤·····	267
第七节	三叉神经鞘瘤·····	283
第八节	脑转移瘤·····	286
第十五章	脑寄生虫病·····	289
第一节	脑囊虫病·····	289
第二节	脑血吸虫病·····	292
第三节	脑肺吸虫病·····	293
第四节	脑棘球蚴病·····	294
第十六章	颅内压增高和脑疝·····	296
第一节	颅内压增高·····	296
第二节	脑疝·····	302
第十七章	精神科疾病·····	305
第一节	精神分裂症·····	305
第二节	神经症性障碍·····	314
第三节	应激相关障碍·····	333
第四节	脑器质性精神障碍·····	337
第五节	睡眠障碍·····	338

第一章 神经系统疾病病史采集及检查

第一节 病史采集

神经系统疾病的诊断过程包括病史采集、神经系统体格检查以及各种辅助检查,其中病史采集和体格检查二者并重是神经系统疾病正确诊断的关键,是任何检查手段不可替代的。通过详细的病史能够对疾病本身有初步的了解,发现对疾病的定位和定性、病因诊断有价值的线索。对于神经系统无阳性体征的某些神经系统疾病,病史可能是诊断的唯一线索和依据,结合既往史、个人史和家族史,提出一系列可能疾病的诊断及相关鉴别诊断。

一、现病史

主诉为促使患者就诊的主要症状及其持续时间,而现病史则为主诉的注释和延伸。现病史是病史中最重要的部分,指发病到本次就诊时疾病发生、发展及变化的全过程,对主诉及任何一个重要症状均应问清下列几点:①症状的起始时间;②可能的病因与诱因;③起病形式和严重程度;④症状的部位与确切范围;⑤症状的发展与演变;⑥伴随症状;⑦症状加重或减轻的因素;⑧既往的治疗与疗效;⑨与现病有关的躯体疾病情况;⑩病程中的一般情况,如饮食、大小便、睡眠与精神状态等。

一般而言,起病形式与病因有关。如外伤和脑血管病多突然发病,炎症常为急性或亚急性发病,变性疾病和肿瘤多为缓慢发生且呈进行性加重。病程中反复缓解和复发为多发性硬化的特征。首发症状常具有定位意义,为此,必须按症状发生先后次序记录下来。

对于各种常见的症状如头痛、眩晕、疼痛、感觉异常、抽搐、瘫痪、视力障碍等均应作详细询问和描述。

(一)头痛 头痛是神经系统最常见的症状,病史采集中应了解头痛部位、发生形式、性质、程度,发作持续的时间、发作的频率,有无规律及先兆,有无诱发因素及伴随症状,头痛与情绪波动、睡眠异常、过度紧张疲劳、体位及饮食的关系等。

(二)头晕与眩晕 患者述脑子昏昏沉沉、头重脚轻、站立或步态不稳、视物模糊感,称之为头晕。感觉自身或外界物体的运动性错觉,如旋转、升降和倾斜等,谓之眩晕。采集过程中应询问患者症状的起病形式、性质特点及伴发症状等。如症状呈发作性、阵发性、持续性;症状与头位与体位的关系,发作的诱因;有无伴随视物旋转及自身旋转的错觉、恶心呕吐、耳鸣及听力减退、血压/脉搏变化、心前区不适、发热等;是否存在与症状相关的情况,如服用安眠药物、抗惊厥药物、脑外伤、颈椎病、贫血、心脏病等。

(三)视力障碍和复视 首先要问清楚是复视还是真正的视力减退,或眼球本身疾病如屈光不正、白内障等。复视多见于重症肌无力、Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ脑神经瘫痪。视力减退是视网

膜、视神经等眼球装置的病,还是眼球后脑本身的病,需仔细问诊才能初步鉴别。

(四)感觉异常 感觉障碍要注意区分是刺激性病变所致的感觉过敏(发麻、蚁走感),还是破坏性病变所致的感觉减退(发木、迟钝感觉脱失);是周围神经损害所致全部深浅感觉障碍,还是脊髓后角、前联合病变所致的分离性感觉障碍,或是皮质中枢病变所致的皮质感觉障碍;异常出现的部位。

(五)抽搐 要询问抽搐起病发生的时间,若抽搐发作时患者有意识丧失,抽搐情况必须由目睹者加以补充,以便了解下列详细情况:抽搐发作前有无先兆症状,抽搐是全身性或局限性,抽搐时有无意识丧失,有无头、眼向一侧扭转或偏斜,有无舌咬伤及小便失禁,每次抽搐发作持续的时间多久,发作后是否头痛、呕吐、昏睡、精神异常及肢体瘫痪,间歇期有无其他症状,过去治疗的效果如何。

(六)瘫痪 首先要了解瘫痪发生的时间及瘫痪出现的缓急,肢体瘫痪的部位、程度以及伴随的其他症状:包括麻木、疼痛、抽搐、失语、大小便障碍。

(七)外伤情况 应详细询问伤者如何受伤,着力点及地点,当时意识状况,有无昏迷、呕吐,“七窍流血”,醒后有无再昏迷,精神症状等。

二、过去史

应注意询问与神经系统疾病有关的过去史,如脑炎、结核病、钩端螺旋体病、血吸虫病、风湿病、外伤、糖尿病、高血压、血液病、癌、精神病等。对既往史的询问,应按某种疾病的重点症状询问,除非患者已知过去所患疾病经过确诊的名称,通常不宜应用病名来提问。

三、家庭史

家族史对遗传性疾病的诊断极为重要。神经系统遗传性疾病或与遗传有关的疾病在临床上并不少见,如进行性肌营养不良、癫痫、肿瘤、偏头痛等。如果两代以上出现相似疾病,或同胞中有两个在相近年龄出现相似疾病,应详细询问发病年龄、临床表现和死亡年龄,记录家族遗传分布情况,为预防遗传疾病提供依据。

(杨昊翔)

第二节 神经系统检查

神经系统体格检查是诊断神经系统疾病最基本和最重要的方法,是神经科医生的基本功,也是定位诊断和定性诊断的依据,必须正确和熟练掌握,以得到完整和正确的临床资料并对疾病做出正确的诊断。神经系统体格检查包括:意识状态、认知功能、语言、颅神经、运动系统、感觉系统、反射、自主神经功能、脑膜刺激征及共济运动。

一、一般检查

(一)一般情况 观察患者意识是否清晰,检查是否合作,是否有发热、抽搐、全身或局部剧烈疼痛等,有无血压、脉搏、呼吸等生命体征的变化。另外应注意有无精神症状、对话是否正确、情绪是否紧张、有无痛苦面容、异常步态或不自主运动等。

(二)意识状态 注意患者意识是否清醒。意识清醒时患者对外界各刺激应有正常的反应,与周围环境接触良好,定向力正常,对自身和外界事物有正确的判断力。如有障

碍则需判明为何种情况。

1. 嗜睡 是意识障碍早期表现,患者精神萎靡,动作减少,处于持续睡眠状态;虽能被唤醒、正确回答问题及配合身体检查,但刺激停止后又进入睡眠。

2. 昏睡 意识水平低下,需高声喊叫或给予疼痛刺激方能唤醒,醒后表情茫然,能含混地回答简单问话,不能配合检查,刺激停止后立即进入熟睡。

3. 昏迷 指意识完全丧失,任何声音、疼痛等刺激均不能唤醒的状态。

(1)浅昏迷:意识丧失,但可有无意识的自发动作。对周围事物及声、光、疼痛等刺激无反应,但对强烈刺激(如压迫眶上缘)可有躲避反应。脑干反射如角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射、瞳孔对光反射等依然存在。腱反射及生命体征变化不明显或无变化。

(2)中昏迷:对外界一般刺激无反应,自发动作很少,角膜反射、防御反射及瞳孔对光反射均减弱或消失,大小便障碍,生命体征已有变化。

(3)深昏迷:任何刺激均无反应,自发动作完全消失,各种反射消失,全身肌肉松弛,眼球固定,瞳孔散大。生命体征变化明显。

4. 去皮质综合征 患者双眼睁开,眼球可向各方向无意识转动,能吞咽和咳嗽,对光反射存在。上肢屈曲,下肢伸直,可有病理反射。初看起来意识似清醒,但实际上患者无皮质活动,仅有上述皮质下的低级神经活动,患者不能认识周围事物,不能理解别人的言语和动作,亦不会说话和回答问题。这是由于皮质广泛性受损(如缺氧性脑病、脑炎、脑外伤等)后的恢复过程中,皮质下中枢及脑干损害较轻,先恢复,而皮质损害较重,仍处于抑制状态所致。因中脑及脑桥上行网状激活系统未受损,故可保持睡眠觉醒周期。

(三)精神状态 是否有认知、情感、意志、行为等方面异常,如错觉、幻觉、妄想、情绪不稳定和情感淡漠等;并通过对患者的理解力、定向力、记忆力、计算力、判断力等检查,判定是否有智能障碍。

(四)言语功能 言语的检查包括两方面:①言语感受,主要检查对声音言语和文字言语的理解;②言语表达,主要检查用声音言语和文字言语的表达能力。

言语障碍是指对口语、文字或手势的应用或理解的各种异常,言语障碍可分为构音困难和失语两型。

1. 构音困难 系指神经系统器质性疾病引起的发音不清而用词准确,可由下列病变引起。

(1)双侧上运动神经元损害:其构音困难表现为言语含混不清,特别是唇音及齿音更明显,常伴有吞咽困难、饮水呛咳及情感障碍等假性延髓麻痹症状。

(2)脑神经运动核或脑神经麻痹:构音困难是由于舌肌、软腭或声带麻痹引起,表现为不能发舌音、发唇音障碍、说话带鼻音、声嘶或发音困难。

(3)锥体外系疾病:构音困难是由于构音器官肌张力增高、震颤引起,如帕金森病,表现为语音低、单调、音节快而不连贯。

(4)小脑系统损害:构音困难系由于构音器官不协调或强迫运动造成,表现为爆发性言语或吟诗状言语。

(5)肌肉病变:构音困难主要由于构音器官肌肉的无力或萎缩所致,表现为语音不清,构音障碍。

2. 失语 失语常见有以下几种。

(1) 运动性失语:能理解别人的言语,但说不出话来。见于主侧半球额下回后部病损。

(2) 感觉性失语:听不懂别人的和自己的言语。见于主侧半球颞上回后部病损。

(3) 命名性失语:又称遗忘性失语,其特点是患者好像把物体名称的词忘记,说不出物体的名称,但能说明它们的性质和用途,当别人告知该物体的名称时,他能辨别对方说的对或不对。见于主侧半球颞中及颞下回后部的损害所引起。

(4) 传导性失语:以复述不成比例受损为其突出特点,患者口语清晰、流利,但有大量错语,听理解能力轻度障碍,复述障碍较听理解障碍为重。该类患者往往不能复述自己讲话时说出的词或句,或以错语复述(比如将“吃饭”说成“失便”)可有不同程度书写障碍。神经系统检查常无阳性体征,可伴有偏身感觉障碍、轻偏瘫、视野缺损等。病灶部位大多在优势半球侧缘上回。

(5) 经皮质性失语:因病变部位的不同,临床常分为经皮质运动性失语(TCMA)、经皮质感觉性失语(TCSA)、经皮质混合性失语(MTA)。经皮质运动性失语:呈非流利型口语,复述近于正常,言语、发音、语调障碍较 Broca 失语轻。书写障碍较重。病变多在额叶分水岭区。经皮质感觉性失语:呈流利型口语,听、理解障碍较重,但较 Wernicke 失语轻,命名障碍较明显。复述较好或近于正常。病变位于颞、顶叶分水岭区。经皮质混合性失语:患者呈非流利型口语,除复述部分保留外,其他语言功能明显受损。神经系统检查多伴有右侧肢体偏瘫、偏身感觉障碍及偏盲等。病变多在优势半球不同部位。

(6) 完全性失语:是最严重的一种失语类型。所有语言功能均严重障碍,听理解障碍严重,神经系统检查多伴有三偏征,口语表达多表现为刻板性语言,或不能表达、理解语言。

(五) 脑膜刺激征 主要见于脑膜炎症、颅内压增高等患者。重要的脑膜刺激征有下列几种。

1. 颈强直 脑膜刺激征主要表现为不同程度的颈强直。被动屈颈时感到阻力,严重时其他方向的被动活动也受到限制。

2. 凯尔尼格(Kernig)征 又称屈髋伸膝试验。病人仰卧,下肢屈曲呈直角,然后伸其膝关节,由于屈肌痉挛,伸膝受限,出现疼痛并有阻力,称为凯尔尼格征阳性。

3. 布鲁津斯基(Brudzinski)征 又名抬颈试验。病人仰卧,将其头用力向胸部屈曲,出现两侧髋、膝部屈曲者为阳性。

(六) 头部和颈部

1. 头颅 注意有无大小异常(脑积水、小头畸形)、形状异常(尖头畸形、扁头畸形),颅骨有无内陷等骨折征象。对婴儿应测头围,观察囟门的大小、闭合情况,有无骨缝分离。

2. 面部 注意观察有无发育异常,眼球有无内陷或外突。

3. 颈部 后颅窝肿瘤出现强迫头位,痉挛性斜颈头斜向一侧,颅底凹陷病人颈短,发际低,颈活动可能受限。应注意触摸双侧颈动脉搏动有无异常,是否对称。听诊注意有无血管杂音。

(七) 躯干 注意有无畸形,如脊柱是否前凸、后凸、侧凸,叩击棘突,观察有无局部疼

痛。神经纤维瘤病人皮下有许多结节,皮肤可见咖啡色斑。

(八)四肢 注意肢体发育是否对称,有无关节强直、肌腱挛缩及杵状指等。触摸桡、足背动脉的搏动是否对称。

二、脑神经检查

脑神经障碍有时是神经系统疾病最早出现的症状,结合其他神经体征时,不但有助于病变的定位,且对病变性质的确定也有意义。

(一)嗅神经 起自嗅黏膜的嗅上皮细胞,其细胞突组成嗅丝穿过筛板和硬膜进入颅腔,与嗅球内的第2级神经元形成突触,后者的轴突经嗅束达前穿质附近分为内、外侧嗅纹,内侧嗅纹进入额叶内侧皮质,外侧嗅纹进入海马回前部和钩回,嗅中枢位于海马。

检查方法:病人闭眼,阻塞一侧鼻孔,将挥发性芳香物质如樟脑球、香皂、雪花膏、牙膏、香烟等放于检查侧鼻孔前,询问病人是否能嗅出其气味。

临床意义:

(1)嗅觉减退或消失:见于颅前窝骨折、颅前窝底肿瘤、颅底脑膜炎、蛛网膜炎、颅内压力增高,鼻黏膜局部病变也可引起嗅觉丧失。一侧嗅觉丧失临床意义更大。

(2)嗅觉过敏:见于精神病。

(3)嗅幻觉:见于嗅中枢刺激性病灶,常为癫痫发作的先兆,称为钩回发作。

(二)视神经 主要包括视力、视野、色觉和眼底检查。

1. 视力 也称中心视力,可分为远视力和近视力。

(1)近视力检查:采用标准近视力表,被检眼与视力表之间的距离为30cm。通常用小数字记录视力,即0.1~1.5。检查时需在自然光线充足或灯光下进行,嘱患者自上而下逐行认读视标,直到不能分辨的一行为止,上一行标明的视力即代表患者的实际视力。

(2)远视力检查:采用标准远视力表,被检眼距视力表5m。如果患者不能看清0.1行视标,嘱其走近视力表,直至能看清0.1行视标,并记录距视标的距离,按如下公式计算视力:视力:0.1×被检眼与视力表的距离(m)/5。如果患者在1m处不能分辨0.1行视标,可嘱其在一定距离内辨认检查者的手指(指数、手动),测定结果记录为几米指数或几米手动。视力减退更严重时,可用手电筒眼前照射,检查患者有无光感,若无光感,说明患者视力完全丧失。

2. 视野 亦称周边视力。是黄斑中心凹以外的视力。也就是当眼球向正前方注视不动时所见的空间范围。正常视野范围以白色视野为最大,其次是蓝、红、绿色视野。应分别检查周边视野和中央视野。

(1)周边视野检查法

1)对比视野检查法:只适合于没有条件做详细检查的场合。检查时被检者与检查者对面而坐,眼位等高,相距约0.5m,两人相对之眼互相注视,另一相对之眼遮盖,检查者在其与被检者之间等距离移动手指(或棉球),若被检者不能与检查者看到同样远的视标,则其视野缩小。但被检查者视野必须正常。

2)周边视野计检查:一般用投射型弧形视野计,它是较简单的动态检查周边视野的器械。正常视野为白色最大,其颞侧90°、下方70°、鼻侧60°、上方55°。蓝、红、绿色视野依次递减10°左右。其准确度要比对比视野检查法高,有弧形视野计检查法、Goldmann视

视野计检查法及静态视野计检查法多种。

(2) 中央视野检查法:用于检查中央 30° 范围以内的视野(其中黄斑部的视野范围为 $3^\circ \sim 10^\circ$),使用平面视野计。受检者坐在视屏前 1m 处,遮盖一眼,被检眼向前注视屏中心的注视点,检查者手持不反光的长柄视标,自外向内,沿各子午线徐徐摆动推进,同时询问病人何处看见视标,何处视标消失,用黑色大头针标记。检查结束后,将大头针所标记的结果绘于视野表中,以检查在 30° 范围内有无视野缺损。

以上方法均为传统的检查周边及中心视野的方法,需手工操作,费时费力误差也大。近年来已将电子计算机装配到视野计上,利用其可随机性、重复性和记忆功能使视野测量接近客观和自动化。检查时病人头部固定于前额托架上,注视妥当后开动视野计(选用已备程序),视标光点出现于视野计的球面上,如果病人“看见”,则按电钮回答,光点自动减弱其亮度,直到没有回答,此亮度即为该受检点的敏感度。检查完毕,视野计根据电脑记录,自动打印出曲线图、数字图及灰度图等。根据视野由敏感到缺损的程度,灰度图则由白色逐渐加深到黑色,不但能表示视野缺损的部位及范围,而且能显示出缺损的程度。

(3) 视野变化

1) 异常视野

① 生理盲点扩大。

② 向心性缩小。

③ 局限性视野缺损:包括扇形缺损、象限性缺损、偏盲。

④ 暗点:包括中心暗点、旁中心暗点、中心-生理盲点性暗点、生理盲点周围性暗点、周围性暗点和中心偏盲性暗点。

2) 视交叉损害

① 垂体瘤:常见的视野变化是双颞侧偏盲,初期多表现为双颞上象限缺损。

② 鞍旁脑膜瘤:可有双颞侧非对称性偏盲,大多下方缺损的范围较大。

③ 视交叉旁动脉瘤:出现双眼颞下象限视野缺损。

④ 视交叉炎症:可出现双颞侧暗点或偏盲。

⑤ 外伤:可引起双颞侧偏盲或单眼颞侧偏盲。

⑥ 第三脑室扩大:可出现双颞侧偏盲。

3) 视束损害:视野变化为不对称的双眼对侧同向偏盲。

4) 外侧膝状体损害:若病损累及整个膝状体,视野变化可出现对称的对侧同向偏盲。

5) 视放射损害:视放射始端(神经纤维尚未散开)病变的视野变化与视束损害相同,若系部分性损害,则对侧性同向偏盲为非对称性。

6) 视皮质损害:一侧性损害的视野变化为对称性对侧同向偏盲,常有黄斑回避。

3. 色觉 色觉是人类视网膜锥细胞的特殊感觉功能。通常公认的色觉理论为 Young-Helmholtz 三原色学说,即锥细胞有感受红、绿、蓝 3 种色觉的要素,如缺少一种要素,就形成先天性色觉障碍。常见的是红绿色觉障碍,是一种性连锁隐性遗传病。色盲发病率男性高于女性,男性约为 5%,女性约为 1%。正常人为三色视,色弱者则为异常三色视;红、绿、蓝单种色盲者为二色视;全色盲者为一色视,属罕见病。色觉检查是检查被检

者的辨色能力是否正常,以诊断色盲和色弱。色觉检查法属于主觉检查,有以下方法:

(1)假同色图:常称色盲本。日本石原忍于1916年制出假同色图,其原理目前仍在沿用。制图时将某些亮度相同而色调不同的颜色绘制一起,正常人以颜色来辨认,色盲者只能以明暗来判断。能够正确认出,但表现出困难或辨认的时间延长者为色弱。检查应在充足的自然光线下进行,不适宜用人工照明。检查时图表距眼0.5m,应在5秒内读出。

(2)彩色绒线团挑选法:其方法是将许多不同颜色或颜色深浅不一的毛线团混放在一处,置于盒内。检查者取出一团毛线作为样本,让被检者从盒内选出与样本颜色相同的线团。如选出无误为色觉正常。

(3)色觉镜:利用红光与绿光混合成黄光的原理,制成可测定色弱程度的仪器进行检查。记录红绿光匹配所需的量来判断是否有色觉障碍,以及色觉障碍性质与程度。

颅内病变影响视觉通路或视觉通路本身疾病也可引起颜色辨认障碍。

4. 眼底 用眼底镜主要观察:①视乳头的形态、大小、色泽、边缘及隆起;②眼底动、静脉的比例、血管粗细及弯曲度、动静脉交叉情况以及视网膜水肿、出血、渗出物、色素沉着及结节等。作为眼底外科疾病主要确定有无视乳头水肿、眼底出血及视神经萎缩,以及有无眼底动脉瘤及眼底视网膜结节,以帮助对相关疾病的诊断。

(三)动眼神经、滑车神经和外展神经 此3对颅神经共同支配眼球运动,且常同时受损,故通常同时进行检查。

1. 外观 观察两眼裂是否等大,有无眼睑下垂(应排除眼睑本身病变)。附带可检查眼球是否突出、下陷或偏斜。

2. 眼球运动 嘱患者头部不动,检查者将目标物置于患者眼前30~40cm处,双眼随检查者手指向各方向移动,观察有无眼球活动受限及其程度。正常眼球外转时角膜外缘到达外眦角,内转时瞳孔内缘到达上下泪点连线,上转时瞳孔上缘到达上眼睑缘,下转时瞳孔下缘到达下眼睑缘。如果不能移动到位,应记录角膜缘(或瞳孔缘)与内、外眦角(或眼睑缘)的距离。观察有无眼震及眼震的方向,并询问有无复视;有无同向运动麻痹:双眼不能向一侧注视(侧视麻痹)或向上方、下方注视(垂直运动麻痹)。

3. 瞳孔 检查时应注意其位置、大小、形状、边缘等。正常瞳孔位置居中,圆形,边缘整齐,直径约3~4mm,两侧等大。瞳孔对光反射的检查,可用电筒光从侧面分别照射眼睛,可见瞳孔收缩,除去电筒后,瞳孔又见扩大。在无电筒情况下,嘱病人注视光亮处,检查者以手掌遮盖病人睁开的眼睛,如迅速将手移开,可见瞳孔缩小。正常时感光的瞳孔缩小,称直接光反应,对侧未直接感光的瞳孔也同时缩小,称为间接光反应。调节辐辏反射的检查,嘱病人向远处平视,然后突然注视眼前数厘米远的物件,此时可见病人的两眼瞳孔缩小及两眼球内聚。两侧瞳孔不等、异常散大或缩小,对光反射迟钝或消失,常是动眼神经或视神经受损的表现。

(四)三叉神经 三叉神经由运动和感觉纤维组成,其检查内容包括运动、感觉和反射。

1. 运动 首先注意观察病人两侧颞肌、咬肌有无肌肉萎缩,然后检查者以手指分别接触颞肌及咬肌,嘱病人做咀嚼动作,即可感觉两侧颞肌及咬肌收缩是否有力,并比较两侧是否相等。还可让病人张口,以上下门齿的中缝为标准观察有无翼肌瘫痪。正常人三

叉神经支配的两侧翼内、外肌肌力相等,张口时下颌位于中间而无偏斜。当一侧三叉神经运动支受损时,导致翼内、外肌瘫痪,张口时下颌偏向病侧,这是由于健侧翼肌收缩将下颌推向前方及病侧所致。

2. 感觉 嘱患者闭眼,根据三叉神经分布范围,分别用大头针、棉丝测试痛觉和触觉,两侧及上、中、下三支对比。注意鉴别周围性与核性感觉障碍,前者(眼支、上颌支、下颌支)表现周围神经支配区的感觉障碍,后者呈葱皮样分离性感觉障碍。

3. 反射检查

(1)角膜反射:嘱患者向受检眼的对侧注视,检查者以细棉絮轻触对侧角膜,由外向内,不让患者窥视,注意观察双眼瞬目情况,以做判断,并注意分别检查双眼,以了解直接和间接角膜反射。有以下几种情况可资判定:①受试侧三叉神经眼支损害,造成感觉丧失时,双侧瞬目减弱或消失,但检查对侧时正常;②患者同侧面瘫时,同侧角膜反射消失,对侧存在;③昏迷患者,双侧角膜反射可消失。核上型瘫痪患者,刺激角膜能引起下颌向对侧斜向运动,称为角膜-下颌反射,在病损定位中有一定意义。

(2)下颌反射:让患者略张口,检查者将一个拇指放于下颏中部,用叩诊锤轻击拇指,注意观察有无下颌闭合动作。正常人反射轻微,双侧皮质延髓束受损时反射亢进。其反射弧的传入纤维为三叉神经感觉神经,脑桥为反射中枢,传出纤维为三叉神经运动纤维。

(3)头部后仰反射:使患者头部稍前倾,检查者用叩诊锤突然轻叩患者上唇中部。结果判定,正常人无反应;如双侧皮质延髓束病变时,患者头部呈后仰状。其反射弧是,传入纤维是三叉神经,反射中枢在颈髓上段,传出纤维为颈神经。

(五)面神经

1. 解剖生理 面神经由运动纤维、感觉纤维和副交感纤维组成。运动核位于脑桥下部的腹外侧,核分上、下两部,其纤维先向后绕展神经核,再前行于脑桥下端,离开脑干后在听神经上方进入内耳孔,经面神经管,茎乳孔支配上面部表情肌(额肌、皱眉肌及眼轮匝肌)及下面部表情肌(颊肌、口轮匝肌)。味觉纤维起源于面神经管内膝状神经节,周围支支配舌前2/3的味觉,中枢支终止于孤束核。副交感纤维发自脑桥下部的上涎核,其纤维经中间神经、膝状神经节、鼓索,支配舌下腺、颌下腺。泪腺分泌纤维可能发自第四脑室底部的核群。

2. 检查方法

(1)运动功能:首先观察患者两侧额纹、眼裂、鼻唇沟是否对称,有无一侧口角低垂或口角歪斜。然后嘱患者作皱眉、睁眼、闭眼、示齿、鼓腮、吹哨等动作,观察有无瘫痪及左右是否对称。一侧面神经周围性损害时,病侧所有面部表情肌瘫痪,表现病侧额纹变浅、皱眉不能、闭眼无力或不全、鼻唇沟变浅,鼓腮和吹哨时病侧漏气,示齿时口角歪向健侧;中枢性(皮质脑干束)损害时仅表现病灶对侧眼裂以下面部肌瘫痪,这是因为眼裂以上面肌受双侧皮质脑干束支配。

(2)味觉检查:嘱患者伸舌,检查者用棉签蘸取少量醋酸、奎宁溶液、食糖、食盐,涂于舌前部的一侧,请患者在写有“酸、苦、甜、咸”纸板上指出所感觉的味道的字样,或用手势表示之,其间不能讲话、不能缩舌、不能吞咽。每次试过一种溶液需用温水漱口,并分别检查舌的两侧以对照。面神经损害可使舌前2/3味觉丧失。

(六)位听神经 分为蜗神经和前庭神经二支。

位于螺旋神经节内的双极神经细胞的周围突穿过骨螺旋板分布于柯替器的毛细胞。其中枢突终止于延髓与脑桥之间的蜗神经背核和蜗神经腹核。由腹核发出的部分神经纤维通过斜方体到达对侧的上橄榄体,腹核和背核发出的部分纤维到达同侧的上橄榄体。由上橄榄体发出纤维组成外侧丘系,到脑桥、中脑,止于四叠体下丘、外侧丘系核或内侧膝状体。由外侧丘系核和内侧膝状体发出的神经纤维经内囊到达颞叶的听觉中枢。

前庭神经及其传导径路。前庭神经节位于内耳道底部,亦由双极神经细胞组成,其周围突分布于半规管的壶腹嵴、球囊斑和椭圆囊斑的毛细胞上。其中枢突终止于延髓和脑桥交界处的前庭神经核,由此发出的纤维主要有如下不同的径路:①上升纤维通入内侧丘系,到达同侧或对侧的动眼神经核、滑车神经核和展神经核,引起眼球反射;②下行纤维有两部分,一为前庭脊髓束,与同侧的脊髓前角细胞相联系,构成前庭器与躯干和四肢肌肉之间的反射径路;另一部分通入内侧纵束;③通过脑干的网状结构与植物神经中枢联系,故前庭系发生病变时产生植物神经系统反应,如恶心、呕吐、出汗、面色苍白;④前庭神经核发出的纤维到达小脑皮层。

1. 耳蜗神经 司听觉,故主要检查其听力。常用的有低语、表声及音叉检查,用手掩住另一侧耳,声音由远及近,至听到声音,测定其距离并与对侧比较及检查者比较。

(1)语音试验:该试验多用于一般体格检查,除能检查听力情况外,尚可了解受检者的语言辨别能力。检查方法:在一长度6m以上的静室内进行,受检者闭目立于距检查者6m处,受检耳朝向检查者,另耳用湿棉球堵塞。检查者用平静呼气之末的肺内残余气体发声,说出一些常用词汇让受检者复诵。先用低频词汇,如人民、报纸、面包、河南等;后用高频词汇,如天津、北京、上海等。一次不能复诵者,可重复1~2次;仍不能复诵时,再改用其他词汇测试;若还不能复诵,检查者逐步移近受检者再进行测试,直到能听清、复诵为止。记录此距离。如受检者在3m处听清耳语,则记录为3/6,正常为6/6。同法检查另一耳。

(2)音叉检查法:音叉检查是临床上最常用来判断耳聋的方法之一。一套音叉一般由5~8个组成,即64Hz、256Hz、512Hz、1024Hz、2048Hz、4096Hz、8192Hz。最常用者为256Hz和512Hz。

声音是由两条途径传入内耳的,一为空气传导即气导,一为骨传导即骨导,而正常情况下是以气导为主。所谓气导是指声波通过空气的振动,由耳廓收集,经外耳道抵达鼓膜,使其振动。鼓膜振动使听骨链和鼓室空气也发生振动,而听骨链的振动经卵圆窗激动前庭阶外淋巴,变为液波,液波振动基底膜,使位于基底膜上的螺旋器受到刺激,将冲动经听神经传至中枢而产生听觉。所谓骨导是声波直接经过颅骨传导,使外淋巴发生相应振动,再激动耳蜗的感受器产生听觉。音叉检查就是利用了声音传导的不同方式来的。

1)气骨导差测验(Rinne's 试验):此法是将被检测的气骨听声音的时间进行比较。音叉打击振动后,将音叉臂平行置于外耳道口旁约1cm(气导)和将叉柄基部置于乳突表面(骨导),让病人比较两处音响的时间持续的情况。一般有三种结果,即正常:气导大于骨导(Rinne+);传音性聋:骨导大于气导(Rinne-);感音神经性聋:气导大于骨导(Rinne+),但骨导明显缩短。