

临床医疗护理常规

2012年版

神经内科诊疗常规

SHENJINGNEIKE ZHENLIAO CHANGGUI

崔丽英 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师应知应会的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核唯一指定用书

中国医药科技出版社

临床神经病学

第2版

神经内科诊疗常规

（住院医师规范化培训教材）

主编 王军

人民卫生出版社



本书是神经内科住院医师规范化培训教材，旨在帮助住院医师掌握神经内科常见病、多发病的诊疗常规，提高临床诊疗水平。本书内容涵盖了神经内科的主要亚专科，包括脑血管病、癫痫、帕金森病、运动障碍性疾病、痴呆、周围神经病、神经肌肉接头病、神经免疫性疾病等。本书可作为神经内科住院医师规范化培训的教材，也可供神经内科临床医师参考。

人民卫生出版社

临床医疗护理常规

神经内科诊疗常规

崔丽英 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织全市神经内科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性 & 可操作等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也是北京市神经内科专科领域执业医师“定期考核”业务水平的惟一指定用书。本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科诊疗常规/崔丽英主编. —北京:中国医药科技出版社, 2013. 2
(临床医疗护理常规)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 5656 - 3

I. ①神… II. ①崔… III. ①神经系统疾病 - 诊疗 IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 215198 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{16}$

印张 6 $\frac{1}{4}$

字数 127 千字

版次 2013 年 2 月第 1 版

印次 2013 年 2 月第 1 次印刷

印刷 北京地泰德印刷有限责任公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 5656 - 3

定价 45.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕 鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楦			
办公室主任	许 朔				
办公室副主任	路 明	赵艳华			
办公室成员	陈 平	许东雷	李 尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马 辛	王 杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕 鹏	许 朔	孙 正	李 简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迦	杨仕明	杨庭树
	吴 念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应 岚	张兆光	张奉春	张国安	陈 杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔 巍	崔丽英	湛贻璞
	路 明	魏丽惠			

《神经内科诊疗常规》

编委会

主 编 崔丽英（中国医学科学院北京协和医院）

编 委 （按姓氏笔画排序）

王拥军（首都医科大学附属北京天坛医院）

王德新（首都医科大学附属北京友谊医院）

毕 齐（首都医科大学附属北京安贞医院）

杜继臣（航天中心医院）

张晓君（首都医科大学附属北京同仁医院）

张微微（中国人民解放军北京军区总医院）

陈海波（卫生部北京医院）

胡文立（首都医科大学附属北京朝阳医院）

贺茂林（首都医科大学附属北京世纪坛医院）

贾建平（首都医科大学宣武医院）

高旭光（北京大学人民医院）

黄一宁（北京大学第一医院）

戚晓昆（中国人民解放军海军总医院）

彭 斌（中国医学科学院北京协和医院）

蒲传强（中国人民解放军总医院）

樊东升（北京大学第三医院）

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏
2012年4月

编写说明

10年前，北京医师协会受北京市卫生局委托，组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了北京市《临床医疗护理常规》，并于2002年正式出版。

10年来，《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化，北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定，组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，尽量保持原来的体例和风格，经反复修改定稿。

尚需说明：

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科分类，加上临床护理专业。18个普通专科是：内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是：心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整，由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册，医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作，保证医师定期考核取得实效，2012年，北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设，各专科分册独立程度高、专科性强，为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，有利于临床路径工作的开展，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改进。

5. 本次修编仍不含中医专业。

北京医师协会
2012年3月

Preface

前言

为贯彻实施《中华人民共和国执业医师法》，科学规范诊疗程序与制定操作常规，北京市卫生局曾于2002年委托北京医师协会组织北京地区医学专家集体编写了《临床医疗护理常规》（以下简称《常规》），当时“神经系统疾病”仅作为其中的一章，为规范医师临床诊疗行为、制定临床医疗行为标准，起到了重要的作用。医学是一门不断发展创新的科学，与10年前相比，目前医疗技术、医疗环境发生了极大的变化，对疾病的认识更加深入，新的诊疗技术、新的操作规范不断涌现，临床医师的诊疗水平也迈上了新的台阶。同时，《常规》作为医疗行为标杆的地位日显重要性，2002版的《常规》中原有的“神经系统疾病”章节已不能满足需要，北京医师协会神经内科专科医师分会及专家委员会组织编写了再版的《神经内科诊疗常规》。此次再版编写有以下几个特点。

再版《常规》将“神经系统疾病”从《常规》内科章节中分开，独立成册为《神经内科诊疗常规》。

再版《常规》保持了前一版的风格，以神经系统常见多发疾病为主，也兼顾部分疑难杂症的内容，体现临床医疗行为的基本要求，突出基础知识、基本操作和基本程序，同时也介绍临床的新进展。

在内容上，再版《常规》进行部分更新与调整。如“脑血管疾病”一章更新了新的诊疗规范，如急性缺血性脑卒中溶栓时间窗、短暂性脑缺血的定义等，增加了临床上日益受到重视的脑静脉系统血栓形成的诊治；新增加“睡眠障碍”一章，部分章节的内容更加详实和全面，增加了如视神经脊髓炎、肌张力障碍、额颞叶痴呆、结核性脑膜炎、脑白质营养不良、神经梅毒、克雅病等内容，力求将神经系统常见病、多发病的诊疗规范提供给临床医师。

再版《常规》由北京医师协会神经内科专科医师分会及专家委员会的全体人员执笔编写，在繁忙的日常工作之余各位专家不辞辛劳，严谨认真完成有关章节编写，在此，对他们的辛勤付出表示由衷的感谢！

由于医学发展较快，本书侧重介绍目前比较成熟适用的技术，今后还需要不断进行修订更新。

鉴于时间较紧及客观条件的限制，尽管各位编者尽力编写，本书仍难免存在不足，还希望大家不吝赐教，提出宝贵意见，以期在今后的工作中改进。

编者
2012年8月

第一章 头痛	(001)
第一节 偏头痛	(001)
第二节 紧张型头痛	(003)
第三节 丛集性头痛	(004)
第二章 周围神经病	(006)
第一节 特发性面神经麻痹	(006)
第二节 三叉神经痛	(007)
第三节 坐骨神经痛	(008)
第四节 多发性神经病	(010)
第五节 正中神经损伤	(011)
第六节 尺神经损伤	(012)
第七节 腓总神经麻痹	(013)
第八节 桡神经损伤	(014)
第九节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(014)
第十节 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(016)
第三章 脑血管疾病	(018)
第一节 脑梗死	(018)
第二节 脑出血	(021)
第三节 短暂性脑缺血发作	(024)
第四节 蛛网膜下腔出血	(026)
第五节 脑静脉窦血栓形成	(029)
第四章 神经系统感染疾病	(031)
第一节 单纯疱疹病毒脑炎	(031)
第二节 结核性脑膜炎	(033)
第三节 新型隐球菌脑膜炎	(034)
第四节 神经梅毒	(036)
第五节 进行性多灶性白质脑病	(038)
第六节 亚急性硬化性全脑炎	(038)

第七节 克雅病	(039)
第五章 中枢神经系统脱髓鞘病	(043)
第一节 多发性硬化	(043)
第二节 视神经脊髓炎	(044)
第三节 急性播散性脑脊髓炎	(046)
第四节 脑桥中央髓鞘溶解症	(047)
第五节 肾上腺脑白质营养不良	(048)
第六节 异染性白质营养不良	(050)
第六章 运动障碍病	(052)
第一节 帕金森病	(052)
第二节 亨廷顿病	(055)
第三节 肌张力障碍	(057)
第四节 肝豆状核变性	(060)
第七章 癫痫	(064)
第一节 全身强直 - 阵挛发作 (大发作)	(064)
第二节 典型失神发作 (小发作)	(065)
第三节 单纯部分性发作	(065)
第四节 复杂部分性发作 (精神运动性发作)	(066)
第八章 神经系统变性病	(068)
第一节 阿尔茨海默病	(068)
第二节 额颞叶痴呆	(071)
第三节 运动神经元病	(072)
第九章 神经系统遗传病	(074)
第一节 遗传性共济失调	(074)
一、Friedreich 共济失调	(074)
二、脊髓小脑性共济失调	(074)
第二节 遗传性痉挛性截瘫	(075)
第三节 腓骨肌萎缩症	(076)
第十章 神经肌肉疾病	(078)
第一节 多发性肌炎	(078)
第二节 包涵体肌炎	(079)
第三节 重症肌无力	(080)
第四节 周期性瘫痪	(082)
第五节 先天性肌强直症	(084)
第十一章 睡眠障碍	(085)
第一节 失眠	(085)
第二节 发作性睡病	(086)
第三节 不宁腿综合征	(087)

第一章 头 痛

第一节 偏 头 痛

偏头痛是一组反复发作的头痛疾病，呈一侧或双侧疼痛，常伴恶心和呕吐，少数典型病例发作前有视觉、感觉和运动障碍等先兆。偏头痛高发于中青年，以女性为多，女：男=4：1，全球患病率约为12%，亚洲和非洲国家较低。偏头痛的发作可与多种因素有关，包括各种理化因素、精神因素以及体内激素水平变化等。

【诊断标准】

1. 无先兆偏头痛

- (1) 符合下述(2)~(5)项特征的至少5次发作。
- (2) 头痛发作(未经治疗或治疗无效)持续4~72小时。
- (3) 至少有下列中的2项头痛特征。
 - ①单侧性。
 - ②搏动性。
 - ③中或重度疼痛。
 - ④日常活动会加重头痛或头痛时避免此类活动。
- (4) 头痛过程中至少伴随下列1项。
 - ①恶心和(或)呕吐。
 - ②畏光和畏声。
- (5) 不能归因于其他疾病。

2. 典型先兆伴偏头痛性头痛

- (1) 符合下述(2)~(5)项特征的至少2次发作。
- (2) 先兆至少有下列的1种表现，没有运动无力症状。
 - ①完全可逆的视觉症状，包括阳性表现(如闪光、亮点亮线)和(或)阴性表现(如视野缺损)。
 - ②完全可逆的感觉异常，包括阳性表现(如针刺感)和(或)阴性表现(麻木)。
 - ③完全可逆的言语功能障碍。
- (3) 至少满足下列的2项。
 - ①同向视觉症状和(或)单侧感觉症状。
 - ②至少一个先兆症状逐渐发展的过程 ≥ 5 分钟，和(或)不同先兆症状接连发生，过程 ≥ 5 分钟。
 - ③每个症状持续5~60分钟。
- (4) 在先兆症状同时或在先兆发生后60分钟内出现头痛，头痛符合无先兆偏头痛诊断标准(2)~(5)项。

(5) 不能归因于其他疾病。

3. 辅助检查

出现以下情况要根据情况选择进一步检查：神经影像（头 CT、MRI 或 CTA、MRA）、腰穿等。

- (1) 异常的神经系统检查发现。
- (2) 头痛频率或程度的急性加重。
- (3) 头痛性质变化。
- (4) 50 岁新发的头痛或突然发生的剧烈头痛。
- (5) 多种治疗无效的头痛。
- (6) 有头晕、麻木等其他症状。

【治疗原则】

1. 偏头痛防治的基本原则

- (1) 帮助患者确立科学的、正确的防治观念和目标。
- (2) 保持健康的生活方式。
- (3) 寻找并避免各种偏头痛诱因。
- (4) 充分利用非药物干预手段，包括按摩、理疗、生物反馈治疗、认知行为治疗和针灸等。
- (5) 药物治疗包括急性发作期治疗和预防性治疗两大类。

2. 急性发作期治疗

急性发作期治疗的目的是迅速缓解疼痛、消除伴随症状并恢复日常功能。分为非特异性治疗和偏头痛特异性治疗两种。

- (1) 非特异性治疗药物。
 - ①非甾体消炎药。
 - ②巴比妥类镇静药。
 - ③阿片类药物。后两类药物易成瘾，应慎用，仅用于其他治疗无效的严重病例。
- (2) 特异性治疗药物。
 - ①麦角类制剂。
 - ②曲坦类药物。

可采用阶梯法选药，首选非甾体消炎药，效果不佳，再改用偏头痛特异药物。也可分层选药，轻中度头痛、严重头痛但以往发作对非甾体消炎药反应好者选择非甾体消炎药；中重度头痛、对非甾体消炎药反应差直接选用偏头痛特异性药物。

3. 预防性治疗

目的是降低发作频率、减轻发作程度、减少功能损害、增加急性发作期治疗的疗效。

(1) 预防性治疗的原则

- ①排除止痛药物的滥用。
- ②循证地选择疗效确切且不良反应少的药物。
- ③从小剂量开始，逐渐加量。
- ④在 4~8 周内综合评估疗效。
- ⑤应坚持足够的疗程，一般为 3~6 个月。

⑥树立正确的预防期望有助于提高顺应性。

(2) 适应证

①近3个月平均每月发作至少2次或头痛日超过4天。

②急性期治疗无效，或因副作用和禁忌证无法进行急性期治疗。

③每周至少使用2次以上的镇痛药物。

④特殊类型的偏头痛，如偏瘫型偏头痛，先兆期过长的偏头痛或偏头痛性梗死。

⑤患者的倾向。

⑥月经性偏头痛。

常用的药物包括钙离子拮抗剂，如盐酸氟桂利嗪； β 肾上腺素能受体阻滞剂，如普萘洛尔；抗癫痫药，如丙戊酸钠；三环抗抑郁药，如阿米替林；5-羟色胺拮抗剂，如苯噻啶。

第二节 紧张型头痛

紧张型头痛是头痛中最常见的一种，占头痛患者的70%~80%，约半数患者会发生影响日常活动的发作，其发病涉及中枢神经系统、周围神经系统和环境中的多种因素。肌筋膜触发点在紧张型头痛发病机制中具有重要作用。压迫或牵伸肌肉组织中的某些部位时，会诱发此部位疼痛和远隔部位的疼痛（牵涉痛）。

【诊断标准】

1. 少发复发性紧张型头痛

(1)符合下述第(2)~(4)项的发作至少10次，每月平均发作时间<1天，每年发作时间<12天。

(2)每次头痛发作持续30分钟~7天。

(3)头痛具有至少2项以下特征。

①双侧性。

②压迫感/紧束感（非搏动性）。

③轻或中度疼痛。

④常规体力活动（如：步行或上楼）不会加重头痛。

(4)以下两项均符合。

①无恶心或呕吐（可有食欲）。

②不会同时兼有畏光和畏声。

(5)不是由其他疾病所致。

2. 频发复发性紧张型头痛

(1)符合下述第(2)~(4)项的发作至少10次，每月平均发作时间 ≥ 1 天，<15天，持续至少3个月，每年发作时间 ≥ 12 天，<180天。

(2)每次头痛发作持续30分钟~7天。

(3)头痛具有至少2项以下特征。

①双侧性。

②压迫感/紧束感（非搏动性）。

③轻或中度疼痛。

④常规体力活动（如：步行或上楼）不会加重头痛。

（4）以下2项均符合。

①无恶心或呕吐（可有食欲）。

②不会同时兼有畏光和畏声。

（5）不是由其他疾病所致。

3. 慢性紧张型头痛

（1）发作符合下述第（2）～（4）项的发作，每月平均发作时间 ≥ 15 天，持续超过3个月，每年发作时间 ≥ 180 天。

（2）每次头痛发作持续数小时，或长期持续。

（3）头痛具有至少2项以下特征。

①双侧性。

②压迫感/紧束感（非搏动性）。

③轻或中度疼痛。

④常规体力活动（如步行或上楼）不会加重头痛。

（4）以下2项均符合。

①畏光、畏声和轻度恶心三者中最多只有1项。

②既无中度或重度恶心，也无呕吐。

（5）不是由其他疾病所致。

【治疗原则】

1. 非药物治疗

松弛训练、认知行为治疗、控制疼痛训练等心理治疗可能有效，针灸、物理治疗等疗法也可以尝试。

2. 急性发作时的药物治疗

可选择对乙酰氨基酚（1000mg）、阿司匹林（500～1000mg）、双氯酚酸（50～100mg）或布洛芬（200～400mg）。单用镇痛药每月使用不要超过14天，加有咖啡因的复合镇痛药制剂每月使用不要超过9天。

3. 预防性用药

最主要的预防性药物是三环类抗抑郁药，如阿米替林。去甲肾上腺素再摄取抑制剂及5-羟色胺再摄取抑制剂也可选用。

第三节 丛集性头痛

丛集性头痛是原发性神经血管性头痛之一，其特点为短暂、剧烈爆炸样头痛发作，位于一侧眼眶、球后和额颞部，伴同侧眼球结合膜充血、流泪、鼻塞和（或）Horner综合征。丛集期持续数周至数月。好发于男性。

【诊断标准】**1. 丛集性头痛**

- (1) 符合下述 (2) ~ (4) 项的发作至少 5 次。
- (2) 重度或极重度单侧眼眶、眶上区和 (或) 颞部疼痛, 若不治疗, 症状可持续 15 ~ 180 分钟。
- (3) 疼痛至少伴有 1 项以下特征。
 - ①同侧结膜充血和 (或) 流泪。
 - ②同侧鼻充血和 (或) 流涕。
 - ③同侧眼睑水肿。
 - ④同侧额部和面部流汗。
 - ⑤同侧瞳孔缩小和 (或) 上睑下垂。
 - ⑥不安感或激惹。
- (4) 发作频率隔天 1 次至每天 8 次。
- (5) 不是由其他疾病所致。

2. 复发性丛集性头痛

- (1) 发作符合丛集性头痛诊断标准的第 (1) ~ (5) 项。
- (2) 至少有 2 个发作时期持续 7 ~ 365 天, 之间的缓解期 ≥ 1 个月。

3. 慢性丛集性头痛

- (1) 发作符合丛集性头痛诊断标准的第 (1) ~ (5) 项。
- (2) 反复发作持续 1 年以上, 期间没有缓解期, 或缓解期 < 1 个月。

【治疗原则】**1. 发作期治疗**

- (1) 使用面罩吸氧, 吸入浓度为 100% 的纯氧 15 ~ 20 分钟。
- (2) 皮下注射舒马普坦 6mg, 24 小时最大剂量 12mg, 给药间隔至少 1 小时。

2. 缓解期治疗

- (1) 轻型复发性丛集性头痛可选用维拉帕米、锂盐。
- (2) 重型复发性丛集性头痛除选用维拉帕米、锂盐外, 可联合应用糖皮质激素。
- (3) 慢性丛集性头痛类似于复发性丛集性头痛。
- (4) 若所有药物治疗无效, 可选用糖皮质激素和麻醉剂头痛侧的枕神经封闭治疗、枕神经刺激术。
- (5) 若枕神经刺激术治疗 1 年仍无效, 可考虑深部脑刺激术刺激下丘脑后下部。
- (6) 若所有尝试都无效, 可非常谨慎地考虑三叉神经毁损术。

第二章 周围神经病

第一节 特发性面神经麻痹

特发性面神经麻痹亦称面神经炎或 Bell 麻痹,是急性的面部表情肌麻痹,绝大多数为单侧,极少数为双侧。估计本病的年发病率为 (15~30)/10 万人,男女发病率相当,糖尿病患者和孕妇易患病。病因不明,推测与感染、血管缺血和免疫等因素有关,特别是膝状神经节中单纯疱疹病毒活化。该病预后良好,8% 的患者可有复发。

【诊断标准】

1. 临床表现

- (1) 起病年龄 任何年龄均可发病,高峰多见于 40 岁左右者。
- (2) 起病形式 急性起病,症状多在数小时至 1 周内达高峰。
- (3) 诱因 病前可有受寒、疲劳等诱因。
- (4) 症状 患者常于晨起刷牙、洗脸时发现一侧闭目无力,口角流涎或歪向对侧;由于颊肌麻痹,食物常滞留于病侧齿颊之间。部分患者伴有听觉过敏、病侧耳后持续性疼痛和乳突部压痛。
- (5) 体征 一侧面部的上、下表情肌均发生不同程度的麻痹,此外可因面神经受损部位不同而伴随其他一些体征。

①患侧额纹消失,不能皱额蹙眉,眼裂不能闭合或闭合不全,闭眼时眼球向上外方转动,露出白色巩膜,称为 Bell 征。

②患侧鼻唇沟变浅,口角下垂,露齿时口角偏向健侧,鼓腮时口角漏气。

③鼓索以上病变时,病侧周围性面神经麻痹伴同侧舌前 2/3 味觉丧失。

④镫骨肌支以上病变时,病侧周围性面神经麻痹伴同侧舌前 2/3 味觉丧失和听觉过敏。

⑤膝状神经节病变,除有上述表现外,尚有病变侧乳突部疼痛、耳廓与外耳道感觉减退。外耳道或鼓膜出现疱疹,称为 Hunt 综合征。

2. 鉴别诊断

注意与吉兰-巴雷综合征(尤其双侧神经麻痹时)、耳源性面神经麻痹(继发于急性或慢性中耳炎、迷路及乳突炎等)、神经 Lyme 病、颅后窝肿瘤或脑膜炎及中枢性面神经麻痹等情况相鉴别。

3. 辅助检查

缺乏特异性的辅助检查手段,其目的是为了排除其他可能的病因。

(1) 头颅 CT 或 MRI 检查 不作为常规检查,但对于症状不典型、缓慢进展、伴有其他颅神经异常或定位体征的面神经麻痹患者行头颅 CT 或 MRI 检查有助于明确病因。