

全国高等医学院校临床见习系列规划教材

神经与精神病学

临床见习指导

主 编 杨文琼 王云甫



科学出版社

全国高等医学院校临床见习系列规划教材

神经与精神病学

临床见习指导

主 编 杨文琼 王云甫
副主编 刘光建 张贵斌 周青珍 蔡志友
编 委 (按姓氏汉语拼音排序)
陈 涛 程 伟 程晓琳
邓晓玲 韩 琦 胡 伟
胡锦涛 李小龙 刘建光
刘立军 潘 燕 乔向亮
上官守琴 施艳红 佟德华
王 峥 王普清 徐丽丽
赵 丹 赵 勇 周佩洋

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书利用简短、精炼的语言,将神经与精神病的相关内容进行精简、归纳,相关内容包括:神经系统检查方法、病史采集、腰椎穿刺术、偏头痛、脑血管病、颅内感染、多发性硬化、帕金森病、癫痫、脊髓疾病、周围神经病、神经-肌肉接头疾病。

本书适用于临床医学、麻醉学、医学影像学、口腔医学、康复治疗学等专业学生临床见习使用。

图书在版编目(CIP)数据

神经与精神病学临床见习指导 / 杨文琼, 王云甫主编.
—北京: 科学出版社, 2016.9

全国高等医学院校临床见习系列规划教材

ISBN 978-7-03-049807-6

I. ①神… II. ①杨… ②王… III. ①神经病学-实习-
医学院校-教学参考资料②精神病学-实习-医学院校-教学
参考资料 IV. ①R74-45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 206176 号

责任编辑: 杨鹏远 / 责任校对: 李 影

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2016 年 9 月第 一 版 开本: 787×960 1/32

2016 年 9 月第一次印刷 印张: 3 7/8

字数: 58 000

定价: 15.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

全国高等医学院校临床见习系列规划教材 编写指导委员会

主 任	涂汉军			
副 主 任	魏文芳			
委 员	王家宁	刘菊英	陈 飞	李文春
	李 斌	张 敏	庞光明	涂汉军
	徐 霖	魏文芳	操传斌	
丛书主编	王家宁	刘菊英	李文春	李 斌
	张 敏	操传斌		
丛书副主编	仇俊华	王大斌	刘 随	陈 伟
	冷卫东	李 谨	杨文琼	余锦强
	罗志晓	周文波	赵詹东	唐以军
	黄光荣	程 立	熊良志	
编 委	马 进	刘 瑜	李 方	严文莉
	林宝虎	柯 威	赵国新	黄 琪

总 前 言

临床见习是医学教育的重要环节，是医学生由基础理论学习向临床实践过渡的桥梁，是培养和提高医学生运用所学理论进行逻辑思维及临床综合运用能力的重要途径。临床见习阶段，医学生在带教教师指导下，接触病人，结合病人病情，运用所学基本知识，开拓思维。通过临床见习培养学生的观察能力、分析能力和临床思维能力，为顺利进入毕业实习做好准备。

为提高临床医学学生临床实习效果，丰富其专业理论知识，根据我校临床教学的实际情况，结合临床专业教学工作特点，特组织各学院医疗与教学一线骨干编写了这套临床见习系列教材，以期为医学生顺利完成实习任务，巩固课本知识，培养临床思维，提高综合技能水平提供帮助。

本套临床见习系列教材，涵盖了诊断学、医学影像学、内科学、外科学、麻醉学、妇产科学、儿科学、神经与精神病学、传染病学、眼科学、耳鼻咽喉头颈外科学、口腔科学、皮肤性病学、中医学14门临床医学专业内容；同时还编写了麻醉学专业、康复治疗学专业、护理学专业临床见习指导。

每册内容基本包括目的要求、预习内容、学时数、见习内容、思考题五部分。

本套丛书层次清晰，结构紧凑，内容衔接紧密，不失为医学生临床见习指导可选的一套优秀丛书。

由于时间仓促，一线医疗与教学骨干业务繁忙，内容难免出现纰漏之处，还望读者批评指正。

湖北医药学院

2016年8月1日

目 录

见习一	神经系统检查方法、病史采集、腰椎 穿刺术	1
见习二	偏头痛	25
见习三	脑血管病	31
见习四	颅内感染	60
见习五	多发性硬化	67
见习六	帕金森病	71
见习七	癫痫	76
见习八	脊髓疾病	84
见习九	周围神经病	91
见习十	神经-肌肉接头疾病	104

见习一 神经系统检查方法、病史采集、腰椎穿刺术

【目的要求】

1. 正确掌握神经系统检查方法与病史采集。
2. 掌握腰椎穿刺的适应证、禁忌证及方法。
3. 熟记神经系统检查内容。

【预习内容】

《神经病学》(第7版)第四章第一、二节;第五章第一节。

【学时数】

2学时。

【见习安排】

1. 先让学生观看示教片,再由老师用1~1.5小时示教神经系统检查方法,逐步熟悉神经系统检查内容、方法及正确的姿势。

2. 病史采集由带教老师指导,以2个学生为一个小组,用40~50分钟对患者进行病史采集。在病史采集过程中,应指导学生把握现病史的几大要素。

3. 由带教老师带领学生观摩腰穿检查。

【见习内容】

主要包括病史的采集、神经系统体格检查以及各种辅助检查。

（一）病史采集

神经系统疾病的病史采集方法，基本上与一般内科疾病相同，让患者自己陈述起病经过，耐心倾听，不宜中断，除非患者讲得离题太远才加以引导，等患者说完后将需要补充的问题再提出来询问。

1. 主诉 患者自述的主要痛苦，也是患者就诊的主要原因，抓住其主要的症状，存在的部位、形式和持续的时间，主诉的记录不应以诊断名词来记录。

2. 现病史 是围绕主诉对疾病过程的进一步叙述，对待某些易于接受暗示的患者要尽力避免带有暗示性的提问方法，以免造成一种虚假的典型症状。

（1）症状的发生情况。

（2）症状的特点。

（3）症状的发展和演变。

（4）伴随症状及相互关联。

（5）既往诊疗情况。

（6）与现病有关的其他疾病情况。

（7）病程中的一般情况。

3. 过去病史 应注重系统、全面。

4. 个人史、婚姻生育史 个人史应从父母处问明患者在胚胎发育时间的状况；分娩过程有无窒息、缺氧或产伤；从出生到成年的发育情况；生活经历、职业爱好、嗜好等。婚育史包括结婚年龄、性生活、有无子女等情况。

5. 家族史 掌握家族史很重要，特别当怀疑疾病与遗传因素有关时就更有意义。

6. 神经系统疾病的常见症状 询问时的注意点简列如下：

(1) 头痛：可能的原因、部位、发作性质、发作时间、频数、持续时间、播散范围、头痛加重或减轻的因素；并发的症状，如恶心、呕吐、发热等；先兆症状；对各种治疗的效果等。

(2) 疼痛：询问内容大致同上。

(3) 麻木：分布范围、性质（感觉减退、缺失、过敏或异常，冷热感，麻木感，痒，针刺感，触电感等）、持续时间、诱因、皮肤营养及出汗变化。

(4) 抽搐：起病年龄、诱发因素、发作时间、频率、先兆、发作开始的部位，发作形式（是强直性、阵挛性还是不规则，是全身性还是局限性），伴随症状（意识情况，脸部及口唇有无发绀，是两眼上窜还是紧闭，有无咬舌或跌倒受伤，有无大小

便失禁等), 抽搐后症状, 有无产伤、头颅外伤和脑炎、脑膜炎等病史, 家族中是否有同样患者, 治疗经过及其效果等。

(5) 瘫痪: 发病原因、起病缓急、瘫痪部位, 瘫痪性质及程度, 瘫痪伴随症状。

(二) 神经系统体格检查

一般检查、颅神经、感觉系统、运动系统、反射、脑膜刺激征以及自主神经系统功能等检查。

1. 一般检查 包括意识、精神状态、生命体征、体位、姿势、步态、皮肤黏膜、头颈部、躯干、四肢等检查。

(1) 意识障碍: 分为 5 级。

1) 嗜睡: 睡眠时间过度延长, 可被唤醒, 醒后可勉强配合检查及回答简单问题, 刺激停止后又进入睡眠。

2) 昏睡: 较强刺激才能唤醒, 可作含糊、简单而不完全答话, 刺激停止后又进入熟睡。

3) 浅昏迷: 不能被唤醒, 压眶有反应, 吞咽反射、咳嗽反射、角膜反射以及瞳孔对光反射等存在, 生命体征正常。

4) 中昏迷: 对强刺激的防御反射、角膜反射及瞳孔对光反射减弱, 大小便潴留或失禁。呼吸、循环功能尚稳定。

5) 深昏迷: 眼球固定, 瞳孔散大, 所有的深浅反射及病理反射消失, 生命体征出现障碍。

(2) 精神状态: 是否有认知、情感、意志、行为、智能障碍。

(3) 头部与颈部

1) 头部: 大小、形态是否正常, 是否有畸形, 头部有无压痛, 有无叩击痛, 是否有大血管区血管杂音。

2) 面部及五官: 面部有无畸形、血管痣, 眼睑有无下垂, 有无鼻部畸形、口部唇裂、疱疹等。

3) 颈部: 两侧是否对称, 有无颈强直及活动、姿态异常等。

4) 躯干和四肢: 脊柱有无前凸、后凸、侧弯畸形, 有无脊柱强直和脊膜膨出; 有无压痛和叩痛; 是否有翼状肩; 四肢有无肌萎缩、疼痛、压痛; 有无指趾发育畸形、弓形足等。

2. 颅神经检查

(1) 嗅神经: 闭目, 用香皂、牙膏和香烟等置于患者鼻孔处, 让其说出气味或作出比较, 主要是注意嗅幻觉。

(2) 视神经

1) 视力: 远视力为 5m, 近视力为 30cm 进行检查。

2) 视野: 手动法(对向法)粗略测试, 患者与检查者相距约 1m 对面而坐, 测试左眼时, 受试者遮其右眼, 左眼注视检查者右眼, 检查者遮其左眼, 用示指在两人中间等距离处分别从上内、下内、上外和下外等方位自周围向中央移动, 直至受试者看到后告知。

3) 眼底: 检查右眼时, 医生站在受试者右侧, 右手持检眼镜用右眼观察眼底; 左眼相反。正常眼底可见视盘呈圆形, 边缘清楚, 色淡红, 动静脉比例为 2:3, 视网膜无渗出及出血等。视乳头水肿时边缘不清, 有渗出或者出血, 提示颅内压增高征。

(3) 动眼、滑车、外展神经: 共同支配眼球运动, 同时检查。

1) 外观: 双侧眼裂有无增大或变窄, 是否等大。上眼睑有无下垂, 眼球有无外突或内陷、偏斜或同向偏斜、眼震等自发运动。

2) 眼球运动: 检查者竖示指, 距受检者眼前约 30~40cm 处。嘱被检者头部不动, 两眼注视检查者的示指, 并随其向内、外、上、下、内上、内下、外上、外下各方向转动。注意眼球运动受限方向及程度, 有无复视和眼球震颤。

3) 瞳孔: 正常瞳孔圆形、居中、两侧等大, 随光线强弱而缩小与扩大, 正常瞳孔直径约 3~

4mm。小于2mm为瞳孔缩小，大于5mm为瞳孔扩大。检查对光反射，以手电筒从侧面由外向内分别照射瞳孔，感光侧的瞳孔缩小，称直接对光反射；未直接受光照的瞳孔也缩小，则称间接对光反射。

意义：上睑下垂与眼球运动向内、向上及向下活动受限见于动眼神经麻痹；眼球向下、向外运动减弱见于滑车神经损害；眼球向外转动障碍见于展神经受损；瞳孔反射异常提示动眼神经或视神经受损。

(4) 三叉神经支配面部感觉及咀嚼肌运动。

1) 面部感觉：三叉神经的感觉纤维分布在面部皮肤及眼、鼻与口腔黏膜。常以针刺检查痛觉，棉签末端搓成的细毛检查触觉，冷热水试管检查温度觉。两侧及内外对比，随时询问患者的感觉反应是否减退、消失或过敏。角膜反射障碍也为三叉神经功能受损的表现。

2) 咀嚼运动：受三叉神经的运动纤维支配。双手触按被检者颞肌、咬肌，嘱被检者作咀嚼动作，对比双侧肌力强弱；再嘱被检者作张口运动，观察张口时下颌有无偏斜。当翼状肌瘫痪时，下颌偏向病侧。

(5) 面神经支配面部表情肌运动以及舌前 2/3 味觉纤维。

1) 视诊：观察额纹及鼻唇沟是否变浅，眼裂

是否增宽，口角是否低垂或歪向一侧。

2) 运动：嘱患者做蹙额、皱眉、闭眼、示齿、鼓腮或吹哨动作，比较两侧的对称性。面神经功能受损时同侧这些动作均有障碍。

3) 味觉：患者伸舌，用棉签蘸少许食糖、食盐或醋等溶液，轻涂于一侧舌前 2/3 部位，先试可疑侧，再试另一侧。周围性面神经损害者则舌前 2/3 味觉障碍。

4) 反射：周围性面瘫时角膜反射及眼轮匝肌反射减低。

(6) 位听神经分为蜗神经和前庭神经两部分。

1) 蜗神经：是检查听神经的功能，用耳语、表声或音叉试验。

Rinne 试验：正常时气导 > 骨导的 2 倍，称 Rinne 试验阳性。传导性耳聋时骨导 > 气导；感音性耳聋时气导 > 骨导，但两者时间均缩短。

Weber 试验：将音叉（128Hz）置于患者颅顶正中比较双侧骨导，正常时感觉声音位于正中。传导性耳聋时患侧较响，称 Weber 试验阳性；感音性耳聋健侧较响，称 Weber 试验阴性。

2) 前庭神经：观察自发性症状如眩晕、呕吐、眼球震颤和平衡障碍等。

(7) 舌咽神经、迷走神经两者在解剖与功能上

关系密切，常同时受损。

1) 运动：发音是否嘶哑或带鼻音，是否呛咳，有无吞咽困难。嘱患者张口，观察腭垂是否居中，两侧软腭高度是否一致，患者发“啊”音时两侧软腭上抬是否对称，腭垂有无偏斜。当一侧舌咽、迷走神经受损时，该侧软腭上提减弱，腭垂偏向健侧。检查咽反射时，用压舌板轻压左侧或右侧咽后壁，正常者可有恶心反应，有神经损害者则反射迟钝或消失。

2) 感觉：舌后 1/3 的味觉减退为舌咽神经损害，检查方法同面神经。

(8) 副神经：检查胸锁乳突肌与斜方肌有无萎缩，嘱被检者对抗阻力作耸肩及转颈运动，比较两侧肌力。一侧副神经受损时，向对侧转头和病侧耸肩无力。

(9) 舌下神经：观察有无舌肌萎缩及肌束颤动，伸舌有无偏斜。一侧麻痹时伸舌偏向病侧，双侧麻痹者则不能伸舌。

3. 运动系统检查 包括肌容量、肌张力、肌力、不自主运动、共济运动、姿势及步态等。

(1) 肌容量：观察和比较双侧对称部位肌肉外形及体积，有无肌萎缩、假性肥大及分布范围。测量肢体相同部位的周径，相差多于 1cm 者为异常。

(2) 肌张力：指肌肉松弛状态的紧张度和被动运动时遇到的阻力。分肌张力降低和肌张力增高。

1) 肌张力减低：表现肌肉弛缓柔软，被动运动阻力减低，关节活动范围扩大。

2) 肌张力增高：表现肌肉较硬，被动运动阻力增加，关节活动范围缩小，见于锥体系和锥体外系病变。前者表现为痉挛性肌张力增高，上肢屈肌和下肢伸肌张力增高明显，被动运动开始时阻力大，终了时变小，称为折刀样肌张力增高；后者表现为强直性肌张力增高，伸肌与屈肌张力均增高，向各方向被动运动时阻力均匀，称为铅管样（不伴震颤）或齿轮样肌张力增高（伴震颤）。

记录：降低、正常、增高、痉挛、折刀样、强直、齿轮样、铅管样升高。

(3) 肌力：指肌肉的收缩力，检查时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，令患者作肢体伸屈动作，检查者从相反方向测试被检查者对阻力的克服力，并注意两侧对比。但对单神经损害（如尺神经、正中神经、桡神经、腓总神经）和局限性脊髓前角病变（如脊髓前角灰质炎），需要对相应的单块肌肉分别进行检查。

1) 记录：分6级（0~5级记录法）。

0级：完全瘫痪，肌肉无收缩。