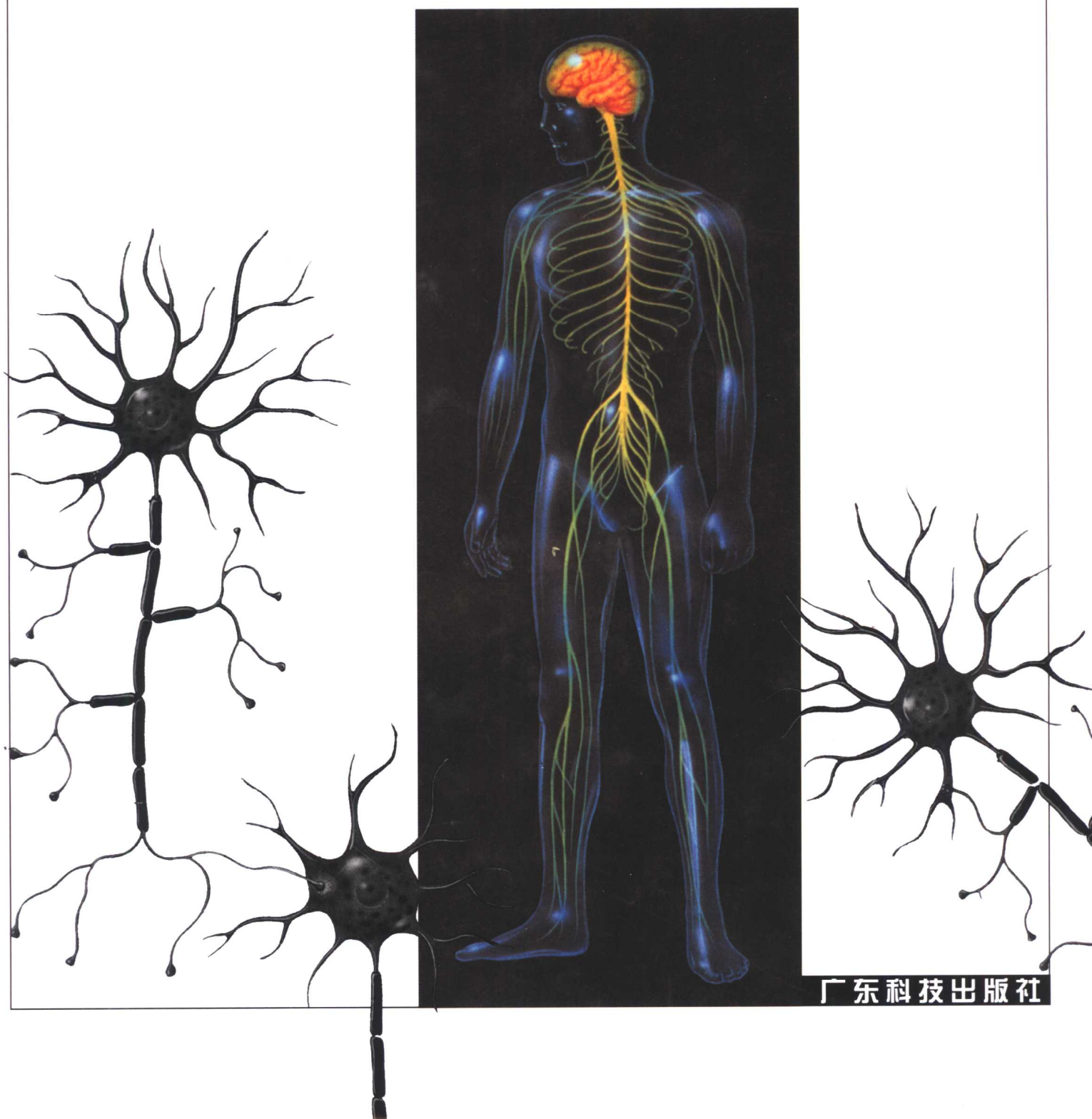


临床神经疾病

主编 周光斗 刘振华 陈俊抛

诊断学



广东科技出版社

临床神经疾病诊断学

主编 周光斗 刘振华 陈俊抛

广东科技出版社
· 广州 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

临床神经疾病诊断学 / 周光斗等主编. —广州:
广东科技出版社, 2003. 9
ISBN 7-5359-2223-6

I. 临… II. 周… III. 神经病学: 诊断学
IV. R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 096458 号

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路 11 号 邮码: 510075)

E - mail: gdkjzbb@21cn. com

http: //www. gdstp. com. cn

经 销: 广东新华发行集团

排 版: 广东科电有限公司

印 刷: 广东邮电南方彩色印务有限公司

(广州天河工业园建工路 17 号 邮码: 510630)

规 格: 850mm×1168mm 1/16 印张 45.75 字数 1000 千

版 次: 2003 年 9 月第 1 版

2003 年 9 月第 1 次印刷

印 数: 1~3 000 册

定 价: 130.00 元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

主 编 周光斗 刘振华 陈俊抛

副主编 谭 峰 刘亚杰 于坤银

编委(按姓氏笔画排列)

于坤银 王 为 王 岩 王颜惠 刘振华

刘亚杰 孙剑峰 陈俊抛 周光斗 徐忠平

谭 峰

参编人员 罗 杰 王金良

绘 图 王 岩 孙剑锋

前 言

随着经济的发展、生活水平的提高和医疗条件的改善，人类的寿命有了明显的延长。神经系统疾病的发病率特别是脑血管疾病、变性性疾病如帕金森病、老年性痴呆等的发病率也随之增加。神经系统疾病的特点是病种多、临床症状和体征繁杂、辅助检查手段日新月异，致使临床医生难以掌握，尤其对初学神经科或非神经科专业医生更是如此。为此，我们编写了本书。本书在编写过程中参考了大量国内、外的文献和专著，结合了编者们的多年的神经科临床实践的体会，遵循了科学性、先进性和实用性的原则，书中除了文字资料外，还汇编了大量的画图和影像学资料。我们希望本书能对神经内、外科临床医生，初学神经科者，以及内科、外科、儿科和传染科等临床医生有所帮助，或作为临床工作的参考用书。本书的编写得到了田时雨教授和相关学科医生的大力帮助，在此表示感谢。限于编者的水平，难免有疏漏、不当之处，望能得到本专业同道和使用本书的读者批评和指正。

编 者

2003年5月1日

于广州

目 录

第一章 病史采集	(1)
第一节 病史采集的重要性.....	(1)
第二节 病史采集的主要内容.....	(1)
第三节 神经内科急症患者常见症状的病史询问要点.....	(2)
第二章 神经系统体格检查次序和病历书写	(4)
第一节 神经系统的查体次序.....	(4)
第二节 神经科病案书写	(10)
第三章 颅神经	(24)
第一节 嗅神经 (I)	(24)
第二节 视神经 (II)	(26)
第三节 眼运动神经 (III、IV、VI)	(35)
第四节 三叉神经 (V)	(56)
第五节 面神经 (VII)	(63)
第六节 听神经 (VIII)	(72)
第七节 舌咽神经 (IX)、迷走神经 (X)	(83)
第八节 副神经 (XI)	(86)
第九节 舌下神经 (XII)	(88)
第四章 运动系统	(90)
第一节 运动系统的临床解剖生理	(90)
第二节 运动系统病变的检查.....	(100)
第三节 运动系统病变的诊断.....	(136)
第五章 感觉系统	(162)
第一节 临床解剖生理概要.....	(162)
第二节 感觉障碍的检查.....	(169)
第三节 感觉障碍的临床表现.....	(173)
第四节 常见疼痛综合征的诊断.....	(176)
第五节 感觉障碍的定位诊断.....	(179)
第六章 头痛	(184)
第一节 临床解剖生理概要.....	(184)
第二节 头面部疼痛的分类.....	(185)
第三节 头痛的检查.....	(187)
第四节 头痛的临床表现.....	(191)
第五节 头痛的诊断.....	(195)
第七章 反射	(197)
第一节 深反射.....	(197)
第二节 浅反射.....	(203)
第三节 病理反射.....	(205)

第四节 脑膜刺激征	(210)
第八章 植物神经系统的检查和诊断	(212)
第一节 临床解剖生理概要	(212)
第二节 植物神经系统的检查	(215)
第三节 植物神经系统疾病	(219)
第九章 大脑半球病变的诊断	(222)
第一节 大脑半球的解剖生理概要	(222)
第二节 大脑半球各部位病变的定位诊断	(242)
第三节 大脑半球病变的定性诊断	(252)
第十章 言语障碍	(270)
第一节 构音困难	(270)
第二节 失语	(271)
第十一章 癫痫	(275)
第一节 癫痫发作的分类	(275)
第二节 癫痫发作的临床表现	(277)
第三节 癫痫的临床分型	(281)
第四节 癫痫的诊断	(286)
第十二章 痴呆	(290)
第一节 痴呆的诊断	(290)
第二节 造成痴呆的各种疾病	(291)
第三节 痴呆的鉴别诊断	(295)
第十三章 间脑	(299)
第一节 间脑的临床解剖生理	(299)
第二节 间脑病变的定位诊断	(306)
第三节 间脑病变的定性诊断	(310)
第十四章 垂体病变的诊断	(313)
第一节 临床解剖生理概要	(313)
第二节 垂体病变的临床表现	(314)
第十五章 脑干病变的诊断	(316)
第一节 临床解剖生理概要	(316)
第二节 脑干损害的定位诊断	(327)
第三节 脑干病变的诊断原则	(334)
第四节 脑干病变的病因诊断	(337)
第十六章 脊髓病变的诊断	(341)
第一节 脊髓的解剖生理	(341)
第二节 脊髓疾病的临床表现	(351)
第三节 主要脊髓疾病的临床特点	(355)
第十七章 脊神经病变的诊断	(366)
第一节 脊神经的解剖与生理	(366)
第二节 脊神经病变的定位诊断	(369)
第三节 常见脊神经病临床表现特点	(373)
第十八章 与神经系统相关的骨骼肌疾病的诊断	(381)

第一节 骨骼肌的解剖生理	(381)
第二节 肌病的发病机制	(384)
第三节 肌肉疾病的分类	(384)
第四节 肌肉疾病临床表现	(386)
第五节 常见肌病的临床特点	(387)
第十九章 小儿神经系统检查	(396)
第一节 小儿神经精神的发育特点	(396)
第二节 小儿神经系统检查及判定	(399)
第二十章 昏迷的诊断	(407)
第一节 昏迷的临床解剖生理	(407)
第二节 昏迷的发病原理	(408)
第三节 昏迷的临床表现	(410)
第四节 昏迷的定位诊断与定性诊断	(417)
第五节 常见昏迷病因	(419)
第二十一章 神经系统的辅助检查	(430)
第一节 脑脊液检查	(430)
第二节 脑电图检查	(436)
第三节 脑电地形图	(442)
第四节 肌电图检查	(444)
第五节 诱发电位	(447)
第六节 中枢神经系统 X 线检查	(452)
第七节 数字减影血管造影	(454)
第八节 经颅多普勒超声检查	(460)
第九节 单光子发射计算机断层扫描	(461)
第十节 正电子发射断层扫描	(462)
第十一节 脑活检术	(463)
第十二节 与重症肌无力有关的药物诊断试验	(464)
第二十二章 神经系统 CT 和 MRI 表现	(466)
第一节 CT 基础知识	(466)
第二节 MRI 基础知识	(467)
第三节 颅脑影像的正常解剖	(471)
第四节 颅脑各组织结构的影像改变 (差异)	(478)
第五节 图像伪影	(479)
第六节 肿瘤	(479)
第七节 脑血管疾病	(507)
第八节 颅内感染性疾病	(522)
第九节 脑白质病、变性疾病及其他脑病	(529)
第十节 脑积水	(538)
第十一节 脑先天性畸形	(541)
第十二节 脊柱、脊髓	(551)
第二十三章 神经系统疾病的基因诊断	(570)
第一节 神经系统基因诊断的方法	(570)

第二节	神经系统遗传和代谢性疾病的基因诊断·····	(573)
第三节	神经系统感染性疾病的基因诊断·····	(575)
第二十四章	神经系统疾病的定性诊断·····	(577)
第一节	概述·····	(577)
第二节	血管性疾病·····	(578)
第三节	炎症性疾病·····	(589)
第四节	肿瘤·····	(605)
第五节	脱髓鞘疾病·····	(622)
第六节	变性疾病·····	(634)
第七节	遗传性疾病·····	(664)
第八节	先天性疾病·····	(681)
第九节	脑病·····	(685)
第十节	损伤性疾病·····	(700)
第十一节	营养素缺乏和代谢性疾病·····	(708)
第十二节	中毒性疾病·····	(713)
主要参考文献 ·····		(721)

第一章 病史采集

第一节 病史采集的重要性

在神经系疾病的临床诊断中，病史采集占有重要地位。从病史中可以获得至少 80% ~ 90% 提示病变的性质和损害部位所需要的线索，从病史可以了解疾病是功能性还是器质性、病变的部位及范围、病变的性质、病变发生的原因等。有些疾病的性质甚至只能从病史中阐明，如三叉神经痛、癫痫等，其病史甚至成为诊断的主要依据。

鉴于病史在疾病的诊断中是起主要作用的因素之一，故采集的病史凡与诊断有关者必须详尽可靠，凡无关者切忌杂乱繁琐。采集病史时可以侧重于神经系统的症状，但不应忽略其他系统的症状。但在多数情况下，由于患者本人或代诉病史的亲属并非医生，由他们提供的病史不一定完全符合医生诊断的需要，因而医生为获得必要的病史资料，必须向患者或其亲属提出若干专门问题请他们认真回答。这样他们提供的信息才可作为肯定或否定某些疾病的有力根据。为此，医生所提出的问题必须有针对性。

就神经科医生而言，病史询问应根据以下原则进行：①要根据患者自入诊室后的举手、投足、面部表情或在叙述病史过程中的言语动作提出问题。②要根据神经系统疾病最常出现的症状如头痛、抽搐、瘫痪、麻木等提出问题。③要根据患者病史中提供的某些要点提出若干问题请其详细描述。④医生根据在初步检查时所发现的某些表面现象，再提出问题请其详细回答。

第二节 病史采集的主要内容

1. 一般资料 包括病人姓名、性别、年龄、籍贯、住址、职业、左右利手等。

2. 主诉 为病人感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征，也就是本次就诊最主要的原因。常见的神经内科主诉有头痛、抽搐、瘫痪、麻木、意识障碍、吞咽和言语困难等。

3. 发病方式与患病时间 神经系统疾病的起病或发作都有其各自的特点。详细询问其起病情况及患病时间，对病因的探索具有重要鉴别作用。

(1) 发病前有无精神上的因素，对于器质性或官能性疾病的鉴别有一定帮助。

(2) 起病急骤的疾病有脑血管病（脑出血、脑栓塞、脑血栓形成等）、中枢神经系统炎症、外伤和中毒等；病人常能讲出发病的日期和时间。常见的急性脑血管病的起病急骤程度也不完全一样，诱发因素也各有异：如脑栓塞以秒计算，多在活动或睡眠中发病；脑出血以分计算，常发生于活动与紧张状态之时；脑血栓以时或日计算，多发生于安静、卧床或休息之时。

(3) 起病缓慢的多为肿瘤、变性、发育异常性疾病，病人常不能确切地忆及发病的经过。

4. 主要症状的特点 包括部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素等。如对抽搐应详细了解其发作时间、频度、诱发因素、先兆症状、意识障碍等；抽搐开始的部位以及其范围和性质，如呈局限性、强直性、阵挛性或不规则性；有无面部发绀、咬舌、二便失禁及跌倒受伤；抽搐停止后的意

识状态和是否伴有运动、感觉障碍等。

5. 病因、诱因与危险因素 问诊时应详细了解与本次发病有关的病因（如感染、中毒、内分泌代谢紊乱）、诱因（如气候环境变化、药物治疗的减停或变换、情绪激动以及饮食失调等）和危险因素（如高血压、高血脂、高血糖、高血粘度等）。这些均有助于明确诊断和拟定治疗抢救措施。

6. 病情的经过与演变 包括患病过程中主要症状和特征的出现和变化，以及新症状的出现，病情是否有恢复、改善、停滞、恶化或反复周期发作。病情的经过与演变的详细分析，有助于对病因的进一步探讨。

(1) 当疾病猝然发生，神经症状迅速出现，部分经治愈恢复，部分静止稳定时，可考虑：①脑血管病：如脑出血、脑梗死等。②急性炎症：如急性感染性多发性神经病、急性脊髓炎等。

(2) 当发病缓慢，逐渐恶化，病程中无明显缓解现象，则多为肿瘤性或变性疾病，如脑瘤、脊髓瘤、肌萎缩性侧索硬化等。

(3) 如果呈发作性的病程形式，发作后迅速恢复者，如间歇发生的意识障碍和抽搐，是癫痫的表现，间歇发生的肢体瘫痪，提示周期性瘫痪等。

(4) 当病程中有愈后复发和暂时缓解，其经过呈波形曲线时，则常为脱髓鞘疾病如多发性硬化的特征。

7. 伴随症状 在主要症状的基础上是否还同时出现一系列其他症状，因这些伴随症状有时常可成为诊断的依据，如瘫痪可能为多种神经系统疾病的共同症状，当伴有头痛、呕吐、视力减退和视乳头水肿就很易考虑到颅内占位性病变；当伴有发热和脑膜刺激征则易考虑为中枢神经系统感染。

8. 过去史 对病因及鉴别诊断具有重要意义。应特别注意既往有无传染病史，因很多传染性疾病可引起神经系统的并发症，如麻疹、水痘、腮腺炎可引发急性播散性脑脊髓膜炎，风湿性心脏病伴二尖瓣狭窄和慢性房颤可引发脑栓塞，癌症病人可引起各种神经系统并发症或肌病。如怀疑脑脓肿时，应询问有无中耳炎、副鼻窦炎、肺部和皮肤感染；怀疑脑寄生虫病时，应询问有无吃囊虫猪肉和大便排绦虫节片史；对疑诊为脑型血吸虫、脑包虫和脑型肺吸虫病时，应了解病人曾居住的地方。其他还应注意有无头部外伤、结核、癫痫发作史等。

9. 婴幼儿病史 可从其父母及亲友处获得较可靠的资料，如生产、生长及发育情况等。

第三节 神经内科急症患者常见症状的病史询问要点

下列几种症状是神经系统疾病最常见的表现。如果存在，需要重点描述；如果未发生，亦须注明。

1. 头痛

(1) 部位：全头痛还是限于前额或后枕。

(2) 性质：是胀痛、搏动痛、钝痛、钻痛还是隐痛。

(3) 规律：发作性、持续性、波动性还是周期性；是否与体位、头位、情绪、疲劳以及咳嗽、用力有关。

(4) 程度：是否影响工作和睡眠。

(5) 伴发症状：恶心、呕吐、眩晕、视物不清、闪光、复视、耳鸣、失语、瘫痪以及倦睡和晕厥等。

2. 疼痛

(1) 分布部位：皮肤、肌肉、关节等。如疼痛区域与神经根支配区域一致，且咳嗽、运动时加剧，此谓神经根痛。

(2) 性质：酸痛、胀痛，灼痛、抽痛等。

(3) 规律：体位变化、活动及气候变化时有无加重；休息、服药、热敷或冷敷有无减轻。

(4) 放散：疼痛发作时有无向附近部位放散，或向远侧放散。

(5) 伴发症状：感觉异常、肌肉痉挛、肌无力等。

3. 麻木 病人主诉麻木、发麻，可能泛指感觉减退、消失或异常，感觉性疼痛发作、神经根疼痛等，应仔细询问，确切了解病人所表达的麻木是指哪些神经功能障碍，如为感觉障碍，应了解其性质、分布，是否活动时或外界刺激时产生，有无皮肤伤痕、营养变化及出汗等情况。

4. 抽搐发作

(1) 初次发作的年龄。

(2) 先兆症状：发作前感到肢体某处麻木、眼前闪光、怪异气味等。

(3) 抽搐的过程：是全身同时抽搐还是局限性抽搐，是否从身体某一处开始向全身蔓延，最后发展成全身抽搐，是强直性、痉挛性还是不规则性。

(4) 伴发症状：有无意识障碍、尖叫、吐白沫、大小便失禁及跌伤等。

(5) 发作持续时间。

(6) 发作后症状：昏睡、头痛、精神异常、肢体瘫痪等。

(7) 发作的规律：发作频率，白天还是夜间发作，同睡眠、饮食、情绪、经期等的关系，有无诱发因素。

(8) 过去治疗经过：效果、副作用。

(9) 间歇期有无其他症状。

5. 瘫痪

(1) 起病缓急，如为急性发病，当时有无外伤、发热、抽搐、疼痛等，过去有无类似发作；如为隐袭起病，进展的速度和过程如何。

(2) 部位：一侧肢体（单瘫）、双下肢（截瘫）、四肢（四肢瘫）。

(3) 性质：是弛缓性还是痉挛性。

(4) 功能障碍程度。

(5) 伴发症状：疼痛、麻木、萎缩、挛缩、抽搐、失语、不自主动作、排尿障碍等。

6. 眩晕 发作时有无自身旋转或移动或外界旋转或移动的感觉，是否伴有恶心、呕吐、面色苍白、出汗、晕厥、耳鸣、听力改变以及平衡障碍等。

7. 视力障碍和视觉症状 询问视觉症状对病变的定位和定性诊断有一定临床意义，并能一定程度上提示急性脑血管病，多为颈内动脉或椎基底动脉供血不足。常见视觉症状有：

(1) 一过性黑朦：可出现单眼失明，可持续数秒或数分钟，易反复发作。多为颈内动脉供血不足引起的视网膜缺血。

(2) 偏盲：应询问病人有无一侧看不见，间歇性同向偏盲。

(3) 复视：多见于Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ脑神经麻痹、重症肌无力等。

(周光斗 刘振华)

第二章 神经系统体格检查次序 和病历书写

神经系统检查是神经科医生的基本功，是神经系统疾病最基本和最重要的诊断方法。任何医生都应基本掌握，尤其基层医院的医生更应如此。而神经科的医生则应全面掌握，全中求精。总的要求如下：①要全面检查无一遗漏。因为有些遗漏的体征看似无关紧要，但在分析诊断时却很有可能是肯定或否定某一疾病的关键。②要重点检查。起主要作用者务必反复推敲以求查明查准。至于何者为主何者为次，首先要根据患者的病史推定。③确认体征。对体征的认识必需明确，不要模棱两可，似有似无。难以确认者要反复多次检查，并和其他医生共同研究认定。④要了解体征的临床意义并加以评价。所查出的体征不要等同看待，要分主次轻重，亦即判定其在诊断中是否关键。所谓关键体征是只在某种情况下才出现的体征。反之，在很多情况下都可能出现的体征，即为非关键性体征。关键和非关键也非固定不变，在某些条件下非关键性体征也起关键性作用。⑤要很好地运用常规检查原则，由常规到特殊，由简单到复杂，由对病人毫无痛苦和损伤到对病人有痛苦、损伤和特殊检查。所有检查都是为了诊断的需要，诊断是为了治疗的需要。近年来，由于临床上应用各种特殊检查（CT/MRI，DSA 等），因而产生了过于依赖特殊检查而忽视常规检查的倾向，必须引起注意。如病情不需要，就不要进行不必要的检查，尤其对病人有痛苦、损伤和危险的特殊检查项目。再者，有了先进仪器也不要忽视常规检查。因为任何先进仪器目前还不能代替神经系统的常规检查，还不能解决神经系统所有疾病的诊断问题。否则，一味依靠先进仪器，往往也会贻误诊断。

下面主要介绍神经系统的查体次序，具体的查体方法请参阅相关章节。

第一节 神经系统的查体次序

进行神经系统检查时，检查者应认真、细心及获得病人的充分合作，以取得正确的检查结果。神经系统检查时，为了减少病人的翻动、着凉和疲劳，应与全身体格检查同时进行。检查必须按项目有次序、有系统地进行。一般自头部及颅神经开始，其后为颈、上肢、胸、腹、背、下肢及步态。神经系统检查结果应按精神状态、颅神经、运动、感觉、反射、植物神经等项目依次记录。

一、精神状态

在神经系统检查中，观察精神状态为一重要项目，可了解大脑皮质高级神经活动的机能是否正常。在中毒、感染、脑瘤、脑血管病、严重颅脑外伤后及脑退行性病变等常可出现精神症状。大脑皮质弥散性病变呈现智能、意识等障碍。丘脑下部等病变可有情绪的改变。额叶和颞叶等处的局部病变，可出现有关的精神症状。

在神经系统检查时一般应注意意识、言语、感觉和知觉障碍、记忆、智能等。

(一) 意识状态

了解病人的意识情况,需要进行详细观察和检查。询问病人,看其回答问题的情况,能否根据医生的指令完成各种动作。意识不清的病人,能否自动翻身,受刺激(针刺肢体、压眶上神经或揪捏皮肤)时有无躲避或抵抗的动作,有无肢体的自发活动,角膜反射或睫毛反射是否存在,以及有无咳嗽、打呵欠和吞咽等动作。

临床上常把意识障碍分为觉醒障碍、意识内容障碍和特殊类型的意识障碍3类。

1. 觉醒障碍 按其程度分为:

(1) 嗜睡:是一种过度睡眠状态,患者能被痛觉刺激或言语唤醒,并能作出适当的运动和言语反应,但停止刺激后很快又入睡。

(2) 昏睡:在强烈而持续的刺激下能被唤醒,能做出简短、模糊而不完整的回答,对痛觉刺激有躲避,有自发性肢体运动,是昏迷的前奏。

(3) 昏迷:觉醒的能力降低直至丧失,自发动作减少,对外界刺激反应迟钝或无反应。可分为以下3种:

1) 浅昏迷:强烈的痛觉刺激能引起患者肢体简单的防御动作,对言语、强光刺激无反应,无自发言语,脑干生理反射存在,个别反射迟钝。生命体征无显著变化。

2) 中度昏迷:对各种刺激多无反应,脑干生理反射减退;生命体征出现波动不规律。

3) 深昏迷:对外界一切刺激均无反应,瞳孔散大,脑干反射消失,深、浅反射和病理反射消失,四肢肌肉松软,大小便失禁,生命体征出现不同程度变化。

2. 意识的内容障碍

(1) 意识混沌:表现为注意涣散,感知迟钝,对刺激反应不及时准确,对时间、地点和人物定向不全。严重者思维错杂,反应混乱,甚至胡言乱语、兴奋躁动则称为精神错乱。

(2) 谵妄状态:除上述精神错乱外,尚有明显的幻觉、错觉和妄想,患者表情恐惧,发生躲避、逃跑或攻击行为以及躁动兴奋等。

3. 特殊类型的意识障碍

(1) 去大脑皮层综合征:是因大脑皮层广泛损害所致,患者意识活动丧失而皮层下机能保存或部分保存;表现为睁眼若视,可有瞬目、咀嚼、吞咽等活动,但对外界刺激不产生有意识的反应。大小便失禁,存在醒睡周期,常出现吸吮、强握等原始反射和病理反射。肌张力增高,上肢屈曲而下肢伸直,称为去皮质强直;四肢均呈强直性伸直状态则称为去大脑强直。常见于缺氧性脑病、脑炎以及颅脑外伤等。经过一段时间后某些患者可部分恢复,少数可完全恢复。

(2) 无动性缄默:是由于脑干上部网状结构上行激活系统部分损害所致。大脑半球及传出通路正常。患者不语,四肢运动不能,但能注视检查者和周围的人,貌似清醒,给予刺激不能使其真正觉醒。肌肉松弛,无锥体束征,大小便失禁,存在睡眠觉醒周期。

(3) 持续性植物状态:是由于严重脑部损伤后,患者的生命功能可持续存在,但无任何高级意识活动。

(二) 智力

1. 理解力判断力 一般询问病人姓名、年龄、职业、工作地点、学习和工作情况等,观察其理解和回答的情况,以估计其分析和判断的能力。也可出一成语,请其释义;或请其判断“一斤铁与一斤棉花是否一样重”或“苹果与香蕉是否都是水果”等。

2. 记忆力

(1) 近事记忆:早餐吃了什么、昨天发生什么事等。如对近几日或几小时前发生的情况不能记忆,

为近记忆丧失。

(2) 远事记忆：个人经历（何年结婚、何年参加工作、何年大学毕业等），历史大事（何年中华人民共和国成立、抗日战争何年爆发等）。如病人遗忘很早发生的事物，为远记忆丧失。

(3) 瞬间回忆：检查者讲一组电话号码，请其复述等。

(4) 逆行性健忘：颅脑损伤的病人，对负伤前一段时间和负伤当时的情况不能记忆称逆行性健忘。

3. 定向力 对时间、人物、地点不能识别，即为定向力障碍。

4. 计算力 应用数学的加减乘除方法让病人计算，如 100 连续减 7；计算数字的难易要结合病人的文化程度，应由简单到复杂，以判断其计算能力。

如智力与病人年龄和文化程度很不相称，即属于智力障碍；若讲话如小儿则为幼稚；若上述能力均有明显或严重障碍，则属于痴呆。

(三) 言语

让病人回答各种问题，看病人讲话是否流利，或失语。小脑及锥体外系疾病时，病人语言呈呐吃状；优势半球的语言中枢受损害时，则病人言语困难（详见失语失用检查）。

(四) 情感

有无情感淡漠、低落、欣快、兴奋、不稳、稚气等。额叶病变时，常有淡漠、反应迟钝、注意力不集中和稚气等。丘脑或脑干病变，常有情绪激动、强迫哭笑等。颞叶癫痫病人，可出现幻嗅、幻听、遗忘和自动症等表现。有时亦可出现缄默不语、猜疑和强迫观念等类似精神分裂症的表现。

二、一般检查

一般体格检查在神经系统疾病的诊断中也十分重要，因为许多神经系统疾病来源于其他脏器或器官的疾病，或在其他脏器或器官有类似的病变，故应按头、颈、胸、腹、四肢和脊柱等顺序分别地进行检查。如对疑为脑囊虫病的病人，应检查其周身有无散在的皮下结节；脑转移瘤的病人，可在其肺、乳腺或肾上腺等处找到原发癌；脑栓塞病人，可在其心脏听到杂音；鼻咽癌侵入颅内，可在其颈前部发现硬性淋巴结肿大。在身体各部检查中要特别注意头部和脊柱。

(一) 头面部

注意大小如何（眉间至枕外粗隆之周径），有无畸形、伤痕、静脉充盈、囟门膨隆、骨缝分离、肿块、压痛、破壶声、血管杂音等情况。

(1) 头颅大小：尤其对婴幼儿病人更应注意，必要时测量其头围。一般常测量其经过眉间和枕外粗隆的周径，成人平均为 51~58cm，新生儿平均为 34cm。头围在生后 1~6 个月增长最快，即第一个半年内增加 8cm，第二个半年内增加 3cm，第二年内增加 2cm，第三、四年增加 1.5cm，以后增长速度就更慢（头围大小见表 2-1-1）。

表 2-1-1 各年龄的头围正常值

年龄	头围大小 (cm)	年龄	头围大小 (cm)
6 个月	42	7 岁	50.5
1 岁	45	10 岁	51
2 岁	47.5	成人 (男)	51~58
4~5 岁	49.5	成人 (女)	50~57

头颅增大，在婴幼儿多见于先天性脑积水，也可见于慢性硬脑膜下血肿和颅内肿瘤；成人头颅增大见于垂体嗜酸细胞腺瘤的巨人症或肢端肥大症。婴幼儿头颅过小见于大脑发育不全、侏儒、石骨症或狭颅症。

(2) 头颅形状：如尖头、舟状头、扁头等，多见于狭颅症。

(3) 小儿脑积水及颅内压增高引起颅缝分离时，叩诊时可有鼓响或破罐音。

(4) 将钟形听诊器置于乳突后方、眼、额、颞或顶部等血管经过处，杂音见于颈内动脉-海绵窦瘘、颈动脉狭窄和脑动静脉畸形等。

(5) 面部：观察有无震颤麻痹所致的面具脸、假性延髓麻痹时的强哭强笑及重症肌无力与进行性肌营养不良症等病面容。面部有无结节性硬化引起的上面颊及鼻部呈蝶形分布的黄色或红棕色小结节。三叉神经皮肤支配区内有无血管痣等。肢端肥大症、粘液性水肿及突眼性甲状腺功能亢进等亦各具有其特征性的面容。

(二) 颈部

应注意颈部病变引起的头位异常（如斜颈、强迫头位等）及颅底畸形所致的短颈等。颈椎及颈肌有无压痛。将颈部向左、右、前、后轻缓地屈曲和旋转，以了解有无颈椎疾病使活动受限。在颈动脉系统病变患者应按摸颈动脉搏动，了解两侧是否相等，如一侧搏动减低或消失，提示该侧的颈总动脉闭塞。在颈动脉管腔变窄或动静脉瘘时，在血管病变处可听到血管杂音。

(三) 脊柱

(1) 脊柱侧弯：见于椎间盘突出、佝偻病和青年性侧弯等。

(2) 脊柱后突：见于脊柱结核和脊柱压缩性骨折等。

(3) 脊柱包块：见于脊柱裂脊膜膨出或脊髓脊膜膨出。

(4) 脊柱活动受限：见于脊柱骨折、脊柱结核和椎间盘突出等。

(5) 棘突和椎旁压痛：见于腰肌劳损、脊柱骨折和椎间盘突出等。

(四) 四肢

观察肢体皮肤色泽、温度、溃疡、褥疮、色素沉着、有无周围神经粗大与肌肉压痛等。

三、颅神经

检查颅神经时，一般按先后次序逐对检查，以免遗漏。颅神经检查不但有助于病变的定位，且对病变性质的确定也有意义，例如从眼底改变可以帮助诊断颅内压增高或全身性疾病。下面主要列出检查项目，详细参见颅神经章。

(一) 嗅神经

用挥发性芳香物（樟脑、松节油）分别测试左、右鼻孔嗅觉。注意有无嗅觉减退、消失、异常或过敏，是一侧还是两侧。

(二) 视神经

(1) 视力：通常用近视力表，观察有无近视、远视、减退等。

(2) 视野：用指测法。患者背光与检查者面对面坐，查左眼时，遮右眼，左眼固定注视检查者右眼，检查者闭左眼，用手指在两人中间从上下左右的周边逐渐向中央移动，嘱患者看见手指时即说出。

必要时用视野计检查。

(3) 眼底：用检眼镜检查视乳头、血管、视网膜等。

(三) 眼运动神经

包括动眼神经、滑车神经及展神经。

(1) 睑裂：大小，是否双侧对称，有无上睑下垂。

(2) 眼球位置及运动：有无斜视、同向偏斜、复视及眼球震颤等。

(3) 瞳孔：大小、形状、位置、边缘，两侧是否对称，对光反射（直接、间接）、调节反射如何。

(四) 三叉神经

(1) 感觉：测定面部痛觉、触觉、温度觉，了解有无障碍及感觉障碍的程度及其分布范围，注意两侧对比，有无压痛点。

(2) 运动：颞颊部有无肌萎缩，张口时下颌有无偏斜。嘱患者作咀嚼动作，以手接触颞肌、咬肌、测肌力。

(3) 反射：角膜反射、下颌反射。

(五) 面神经

(1) 运动：观察两侧面部形态是否对称，有无颜面偏侧肌萎缩、面肌痉挛。嘱患者作蹙额、皱眉、闭眼、露齿、吹哨，观察额纹、眼裂、口角、鼻唇沟是否对称等。

(2) 味觉：测定舌前 2/3 味觉。

(六) 位听神经

包括耳蜗神经和前庭神经两部分。

(1) 耳蜗神经：气导骨导比较（林内 Rinne）试验，正常气导大于骨导；双耳骨导比较（韦伯 Weber）试验，正常感到声音在正中；骨导敏度（施瓦巴 Schwabach）试验；听力计检查（必要时）。

(2) 前庭神经：错定物位征、旋转试验、冷热试验。

(七) 舌咽神经、迷走神经

发音、吞咽、软腭与悬雍垂位置及运动、咽部感觉、咽反射。

(八) 副神经

转头、耸肩，观察运动情况及胸锁乳突肌有无萎缩。

(九) 舌下神经

张口时舌在口腔中的位置，伸舌时舌尖有无偏斜，观察舌肌有无萎缩及肌纤维性颤动。

四、运动

在神经系统检查中，运动检查是一重要的项目。运动检查包括肌体积、不自主运动、肌张力、肌力、共济运动、联带运动及步态等。

(一) 肌体积

有无肌萎缩、肥大，测量两侧肢体的周径。