



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

神经定位诊断学

供中医类专业五年制、七年制用

主编 孙忠人

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

神经病学

神经病学

神经定位诊断学

主编 王学武 副主编 王学武 王学武

第二版

人民卫生出版社



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

神经定位诊断学

(供中医类专业五年制、七年制用)

主 编 孙忠人 (黑龙江中医药大学)
副主编 王东岩 (黑龙江中医药大学)
刘 泰 (广西中医学院)

中国中医药出版社
· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

神经定位诊断学/孙忠人主编. —北京: 中国中医药出版社, 2011. 6
普通高等教育“十一五”国家级规划教材
ISBN 978 - 7 - 5132 - 0396 - 8

I. ①神… II. ①孙… III. ①神经系统疾病 - 定位 - 诊断 - 高等学校 - 教材
IV. ①R741. 049

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 052415 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京泰锐印刷有限公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/16 印张 16.75 字数 388 千字
2011 年 6 月第 1 版 2011 年 6 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0396 - 8

*

定价 23.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

普通高等教育“十一五”国家级规划教材

《神经定位诊断学》 编委会

- 主 编 孙忠人 (黑龙江中医药大学)
副主编 王东岩 (黑龙江中医药大学)
刘 泰 (广西中医学院)
编 委 (以姓氏笔画为序)
王 熙 (辽宁中医药大学)
王东岩 (黑龙江中医药大学)
支江平 (陕西中医学院)
邢艳丽 (黑龙江中医药大学)
吕惠贞 (内蒙古准格尔旗人民医院)
华金双 (河南中医学院)
刘 泰 (广西中医学院)
闫成海 (黑龙江中医药大学)
闫丽萍 (山西中医学院)
孙忠人 (黑龙江中医药大学)
辛随成 (北京中医药大学)
陈洪沛 (成都中医药大学)
郑美凤 (福建中医药大学)

编写说明

神经定位诊断学是临床与基础的桥梁课程。本教材以《神经解剖学》、《神经生理学》、《诊断学》为基础，参考国内外相关领域研究进展，重点阐述神经系统疾病定位诊断的基本原则、方法和常用技术。本书图文并茂，内容新颖，实用性强，入选普通高等教育“十一五”国家级规划教材，适合中医药院校各专业本科生、研究生及广大临床医师作为教材或《神经病学》辅导用书。

神经定位诊断学课程始建于1983年，由黑龙江中医药大学为针灸推拿学专业所开设。该课程理论与实践相结合，旨在使学生通过熟悉神经系统解剖结构和生理功能，掌握神经系统各部位损伤时的症状、体征和神经系统检查方法，建立清晰的神经系统疾病定位诊断思路，为学习《神经病学》打好基础。通过本课程的学习，有助于培养学生的逻辑、判断与推理能力，以及空间想象和抽象思维能力，使学生分析问题、解决问题的能力得到加强。

本课程自创建以来，为配合教学曾于1985年由黑龙江中医药大学孙申田教授主编《神经系统疾病定位诊断及检查方法》，作为内部教材使用。之后在此基础上进行了修订，于1995年由黑龙江省科学技术出版社出版，在全国公开发行，15年来，一直作为黑龙江省精品课程——神经定位诊断学的教材使用。这两部教材不但受到黑龙江中医药大学本科生及研究生的欢迎和重视，而且在全国各中医药院校反响强烈，得到同行的肯定和高度评价。随着现代神经病学迅猛发展，新的理论、新的技术、新的疗法不断涌现，许多观念和理论不断受到挑战和更新，不能满足目前教学的需要，因此急需重新编写《神经定位诊断学》教材。

本教材全面考虑到中医药院校各专业学生培养目标和临床工作需要，由黑龙江中医药大学神经定位诊断教研室牵头主持，全国10个高等医药院校和单位的多位专家参与编写。所有编者均有长期从事神经系统疾病教学和临床的工作经历，有雄厚的医学基础理论知识和丰富的临床实践经验。本教材在前两部教材的基础上，结合20余年的教学实践经验，参考国内外最新研究成果，较系统地阐述了神经系统疾病定位诊断的基本原则、方法和常用技术。

本教材共分16章，包括绪论、神经系统疾病病史采集、神经系统检查方法、感觉系统病变的定位诊断、运动系统病变的定位诊断、大脑半球病变的定位诊断、脑血管病变的定位诊断、丘脑病变的定位诊断、神经系统辅助检查等内容。全书最后由孙忠人、王东岩负责统稿，黑龙江中医药大学的祝鹏宇、蔡国锋、王蕾、孙世林也参与了本教材的编辑和整理工作。

由于编写时间有限，书中难免会有一些缺点或纰漏，敬请广大师生和同道提出宝贵意见，以便不断改进和提高。

《神经定位诊断学》编委会
2011年3月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 神经系统疾病的诊断方法	(1)
第二节 神经系统疾病定位诊断的原则	(4)
第二章 神经系统疾病病史采集	(6)
第一节 神经系统疾病病史采集的重要性	(6)
第二节 病史采集内容及方法	(6)
第三节 神经系统疾病常见症状的询问要点	(10)
第三章 神经系统检查方法	(13)
第一节 颅骨及脊柱的检查	(13)
第二节 脑神经检查	(14)
第三节 感觉系统检查	(18)
第四节 运动系统检查	(20)
第五节 反射的检查	(25)
第六节 精神、意识障碍的检查	(32)
第七节 失语、失认、失用症的检查	(34)
第八节 自主神经系统的检查	(36)
第九节 脑膜、神经根刺激征的检查	(38)
第十节 昏迷患者的神经系统检查	(39)
第四章 感觉系统病变的定位诊断	(44)
第一节 感觉系统的解剖生理基础	(44)
第二节 感觉异常的类型	(51)
第三节 感觉系统病变的定位诊断	(55)
第五章 运动系统病变的定位诊断	(62)
第一节 锥体系统	(62)
第二节 锥体外系统	(71)
第六章 大脑半球病变的定位诊断	(74)
第一节 大脑半球的解剖生理基础	(74)
第二节 额叶病变的定位诊断	(82)
第三节 顶叶病变的定位诊断	(87)
第四节 颞叶病变的定位诊断	(90)
第五节 枕叶病变的定位诊断	(92)
第六节 边缘系统病变的定位诊断	(93)

第七节 内囊病变的定位诊断	(94)
第七章 脑血管病变的定位诊断	(96)
第一节 脑血管的解剖生理基础	(96)
第二节 脑血管病变(梗死)的定位诊断	(105)
第八章 丘脑病变的定位诊断	(111)
第一节 丘脑的解剖生理基础	(111)
第二节 丘脑病损时的临床表现	(115)
第三节 丘脑病变代表区的定位诊断	(118)
第九章 基底节病变的定位诊断	(121)
第一节 基底节的解剖生理基础	(121)
第二节 基底节病变的定位诊断	(124)
第十章 脑干病变的定位诊断	(129)
第一节 脑干的解剖生理基础	(129)
第二节 脑干病变的定位诊断	(137)
第十一章 脊髓病变的定位诊断	(145)
第一节 脊髓的解剖生理基础	(145)
第二节 脊髓病变的定位诊断	(153)
第十二章 小脑病变的定位诊断	(164)
第一节 小脑的解剖生理基础	(164)
第二节 小脑病变的症状	(167)
第三节 小脑病变的定位诊断	(169)
第十三章 脑神经病变的定位诊断	(171)
第一节 嗅神经病变的定位诊断	(171)
第二节 视神经病变的定位诊断	(173)
第三节 动眼神经、滑车神经和外展神经病变的定位诊断	(177)
第四节 三叉神经病变的定位诊断	(184)
第五节 面神经病变的定位诊断	(188)
第六节 听神经病变的定位诊断	(194)
第七节 舌咽神经病变的定位诊断	(198)
第八节 迷走神经病变的定位诊断	(199)
第九节 副神经病变的定位诊断	(202)
第十节 舌下神经病变的定位诊断	(203)
第十一节 脑神经相关综合征	(207)
第十四章 脊神经病变的定位诊断	(211)
第一节 颈丛病变的定位诊断	(212)
第二节 臂丛病变的定位诊断	(212)
第三节 胸神经病变的定位诊断	(216)

第四节	腰丛病变的定位诊断	(217)
第五节	骶丛病变的定位诊断	(218)
第六节	阴部神经与尾丛病变的定位诊断	(221)
第十五章	自主神经系统病变的定位诊断	(222)
第一节	自主神经系统的解剖生理基础	(222)
第二节	自主神经系统病变的定位诊断	(227)
第十六章	神经系统辅助检查	(236)
第一节	神经系统影像学检查	(236)
第二节	神经电生理检查	(240)
第三节	神经系统脑超声检查	(248)
第四节	脑脊液检查	(250)
	主要参考书目	(255)

第一章

绪论

导学

1. 了解神经系统疾病的诊断方法。
2. 掌握神经系统疾病定位诊断的原则。

神经定位诊断学，是研究神经的解剖基础以及病变时表现出的临床症状及体征，以便进行定位诊断的一门学科，是临床医学专业非常重要的基础课。它为学生的临床奠定了基础，对于学习神经病学是必不可少的课程。其主要内容包括：详细问诊采集病史，全面系统地了解患者的症状；通过视诊、触诊、叩诊和听诊，仔细了解患者所存在的体征；进行一些必要的机械检查，如CT、MRI和肌电检查，以及实验室检查，如血液学检查、生物化学检查和病原学检查等辅助检查，来确定神经系统的病变部位。学习神经系统疾病诊断的方法，掌握收集临床资料，应用所学过的基础医学理论，阐明患者临床表现的病理生理学基础，并提出神经系统疾病定位诊断，是每一位学生的基本功，更是该专业学生临床见习与实习的基础。因此，神经定位诊断学可以说是联系基础理论与临床的桥梁课程。

第一节 神经系统疾病的诊断方法

神经系统检查对诊断神经系统疾病起着重要作用，完整的神经系统检查包括问诊、体格检查与辅助检查。

一、问诊

问诊是医师通过对患者或相关人员进行详细系统询问病史获取资料，并经过综合分析而做出神经系统疾病判断的一种诊法，是病史采集的主要手段。问诊是每位临床医生必须掌握的基本功，其对了解患者疾病的发生、发展，诊治经过，既往史和目前所患疾病的诊断意义重大，任何医师都不能不经过问诊而直接主观地进行诊治。在某些疾病或者疾病的初期，机体往往仅有功能或病理生理改变，而器质性或组织、器官形态学方面的改变尚未表现出来，体格检查、实验室检查乃至特殊检查均可无阳性反应，此时可将患者陈述的某些特殊感受作为诊断依据，如乏力、疼痛、焦虑、头晕、食欲改变、失眠等症状。对病情复杂而又缺乏典

型症状和体征的患者，全面、系统、深入、详细的问诊更显得尤其重要。

问诊时应注意年龄、发病部位、起病快慢、病程长短等关键内容。老年人有高血压病史，若突然发病有偏身感觉障碍，脑血管疾病可能性大；青年人肢体痛、温觉障碍而运动和触觉正常，则患脊髓空洞症的可能性大；四肢末梢麻木无力，则应考虑末梢神经炎。

问诊是医生诊治患者的第一步，而且还是医患沟通、树立医师良好形象、建立良好医患关系的重要时机，掌握正确、良好的问诊技巧，令患者信赖医生，努力配合医嘱，对神经系统疾病的诊治十分重要。

二、体格检查

体格检查即“查体”，是通过视诊、触诊、叩诊和听诊来客观地了解 and 评估患者病变状况的一系列最基本的检查方法。在神经系统体格检查过程中，医生运用自己的感官和借助手电、叩诊锤、听诊器、眼底镜、音叉等传统或简便的检查工具，对患者身体状况进行客观评估，许多神经系统疾病通过体格检查与病史相结合便可做出临床定位诊断。体格检查繁琐且容易发生误差，需要医生耐心细致地反复核查以去伪存真，方可获得有价值的诊断资料。

检查时应注意以下几点：

1. 患者的精神状态良好，意识清醒，对检查具有正常的表达能力。
2. 检查前应耐心解释，让患者了解检查的方法和意义，以争取患者的充分合作。
3. 感觉检查时应当请患者闭目或遮住检查部位。
4. 检查的顺序一般从上到下、由左至右、由障碍区查至正常区，检查全面而勿遗漏。
5. 注意左、右侧相应部位的对比与远、近端的对比，必要时重复检查。
6. 忌用暗示性提问，以免影响患者的判断。
7. 切忌参与检查者的主观成见。
8. 发现感觉障碍时宜用图表和人体轮廓图记录以便重复检查时对比参考。
9. 过度疲劳可使体格检查产生误差，一次检查时间不应过长，必要时可分几次完成检查。

规范的体格检查要求既不使患者感到不适，又能获得准确结果以明确诊断，此既是基本技能与临床经验的训练、积累过程，又是与患者交流、建立良好医患关系的过程。

（一）视诊

视诊是医生运用视觉来观察患者全身或局部表现的诊断方法。神经系统视诊可分为全身视诊、局部视诊与特殊部位视诊。全身视诊主要观察患者的一般状态，如年龄、发育、营养、意识状态、面容、表情、体位、姿势、步态等；局部视诊则根据病史或全身视诊深入了解患者身体各部分的改变，如皮肤、黏膜、眼、耳、鼻、口、舌、头颈、胸、腹、肌肉、骨骼、关节等局部；特殊部位视诊需要借助眼底镜、耳镜等检查工具进行检查。

视诊要求医生具有丰富的基础知识与临床经验，并且具有敏锐、细致的观察能力，努力发现患者可察觉的诊断资料和线索。有时候仅通过视诊就可明确一些对神经系统疾病的定位诊断，故临床医生一定要对视诊充分重视。

（二）触诊

触诊是医生通过手的感觉以判断疾病的检查方法，其可在视诊的基础上进一步发现患者的异常征象与体征。神经系统触诊着重于被检查部位是否有浮肿或压痛，如患听神经纤维瘤可发现患者乳突部有压痛，脊柱病变时可发现病变部位附近有压痛，关节肌肉发生病变时触诊亦可发现异常等。

医生在触诊检查前应做好解释工作，争取患者的配合，检查过程中应指导患者采取适当的体位，根据不同的检查部位施加不同的压力，并在检查的同时密切注意病变的部位、特点及其毗邻关系，以明确病变的性质和病因。

（三）叩诊

叩诊是借助手或叩诊锤，叩击身体某些部位，以引起该部位下面的脏器发出不同的共鸣音，并根据震动、音响特点以及患者的反应判断该部位是否正常。神经系统叩诊重点在于发现病变部位的异常叩痛、叩诊音以及异常反射现象。脑部有肿瘤时可发现有音调的不同及出现叩痛，患者神经痛时叩痛明显。

神经系统疾病定位诊断非常重视叩诊，医生必须掌握生理、病理情况下叩诊音、叩痛及震感的异同，仔细感觉以得到准确的反馈。

（四）听诊

听诊是医生根据患者身体各部分发出的声音判断正常与否的一种诊断方法。血管畸形、动脉瘤、动静脉瘘及颅内动脉血栓形成时可听到血管性杂音，消化系统异常时可听到异常肠鸣音，此对神经系统检查具有重要意义。

三、辅助检查

神经系统疾病辅助检查可分为机械检查和实验室检查两大部分，应根据感觉障碍的部位、分布、性质等选择合适的检查方法，对病位及病性的确定意义重大。

（一）机械检查

神经系统疾病定位诊断运用的机械检查主要包括影像学检查与电生理检查。影像学检查主要有 X 线、CT、MRI，多用于确定脑血管疾病的病情（部位、出血或梗死情况、血管畸形等）、脊椎情况（椎管狭窄、脊髓炎、椎间盘突出等）、神经压迫情况等；电生理检查常用的有肌电和脑电，前者记录神经和肌肉的生物电活动，用于确定神经、肌肉的功能状态，后者通过脑电图描记仪将脑自身微弱的生物电放大记录成为一种曲线图，以帮助诊断癫痫、脑外伤、脑肿瘤、脑部器质性疾病。

（二）实验室检查

实验室检查在神经系统疾病定位诊断中运用较多的有脑脊液检查、血常规和生化检查

等。其中，脑脊液检查对中枢神经系统感染性疾病、蛛网膜下腔出血、中枢神经系统肿瘤及脑寄生虫病有确诊意义；血常规主要检查血液方面的问题，如是否有感染，是否贫血，是否有血液疾病等；生化检查则可掌握患者机体生化情况，有助于指导临床用药。

第二节 神经系统疾病定位诊断的原则

神经系统疾病的病情错综复杂，医生要在纷纭复杂、千变万化的症状与体征中抓住疾病的本质，做出正确的定位诊断，其除了要掌握理论知识外，还应遵循神经系统疾病定位诊断的原则。

一、规范检查过程

神经系统疾病定位诊断属于现代医学检查体系，其逻辑性强，检查者必须严格规范检查过程，方能得出全面、准确的诊断。尤其是近年来现代医学由传统医学向循证医学（EBM）转变，其核心思想要求任何医疗措施和决策都要建立在临床研究所取得的最佳外部证据基础上，此更要求医生在检查过程中严格按照检查标准进行疾病的诊断。规范检查过程，应注重以下几点：

1. 检查姿势必须标准 初学者或年轻医生由于临床经验不足，往往容易在检查过程中忽视一些细节，从而影响检查质量。标准的检查姿势，不但有利于检查的顺利完成，而且能体现出医生的素质。要成为一名合格的临床医生，首先要从规范检查姿势做起，例如问诊时注意语气语速，查体时一定要站在患者右侧，检查反射时动作到位，阅片时勿将影像诊断片拿倒转等，这些细节都是取得患者信任与得出确切诊断的关键。

2. 检查应当全面系统 神经系统疾病往往存在一些典型的症状，医生应当对整个神经系统进行全面检查，不能单检查或只注重与症状有关的部分。同时，人体是一个统一的整体，对于神经系统的疾病，不能仅检查神经系统，应当对其他系统亦进行全面的检查，这样才能做到不遗不漏，对疾病做出全面、准确的诊断，有利于治疗的开展。

3. 规范书写诊断结果 诊断结果的书写必须规范准确，严格运用神经系统疾病定位诊断术语，切勿出现一些带有歧义或者不标准的语句。尤其应当注意神经系统疾病定位诊断的体系是现代医学检查体系，其诊断结果不可滥用中医术语。

二、逻辑思考原则

逻辑性强是神经系统疾病定位诊断的一大特点，也是医生认识疾病、判断疾病和确定治疗方案等临床实践过程中的关键。医生必须培养对具体临床问题进行理性比较、推理、判断的思维，根据所发现的诊断线索和信息去寻找更多的诊断依据，从疾病的前因后果、演变发展趋势上对患者的病情加以推断，以揭示疾病本质。

人体是一个有机的整体，任何疾病都或多或少地具有逻辑性的表现，如面部血管瘤者颅内血管畸形的可能性很大，乳突压痛提示面神经炎，颅内血液供应系统障碍提示颈内血管、

椎管血管的病变，骨骼变形易压迫神经而造成病变等。若医生能够充分注重逻辑性思考，诊疗将事半功倍。

三、综合诊法原则

神经系统疾病的临床表现可体现于多个方面，必须综合各种诊法，才能全面、详细地获得定位诊断所需的临床资料；再者，问诊、体格检查、辅助检查是从不同的角度进行病情检查和临床资料的收集，其各有独特的意义与作用，相互之间不可取代，故神经系统疾病定位诊断必须遵循综合各种诊法的原则。

医生可对某种诊法有精深的研究和专长，但不可忽视其他诊法，更不可以一种诊法代替其他所有诊法，否则将不能全面了解病情，难以做出正确的定位诊断。

四、筛选检查结果

医生需要通过基础理论与临床实践来了解和认识神经系统不同部位发生疾病时的不同体征，从众多的检查结果中得出诊疗疾病的关键点，此过程即检查结果的筛选。筛选检查结果包括再次确定有无异常表现，鉴别不同系统或不同部位的体征，挑选最明显突出的体征、筛选有临床价值的表现等。坚持筛选检查结果原则，对检查结果做出确切的判断和评价，则可保证诊断不出现很大的偏差，为确立和修正诊断奠定基础。

五、确立及修正原则

结合医生所掌握的基础知识与临床经验，对所收集的临床资料进行分析、评价和整理可形成初步诊断。但认识往往并不是一次就能完成的，随着病情发展及治疗的开展，初步诊断多具有局限性。临床诊疗活动中医生必须严密观察患者病情，随时发现问题、解决问题，对初步诊断进行反复验证并修正，坚持确立及修正原则。

静态是相对的，而动态是绝对的，坚持确立及修正原则对神经系统定位诊断意义重大，临床医生必须加以重视。

第二章

神经系统疾病病史采集

导学

掌握神经系统疾病常见症状的询问要点。

病史采集，即问诊，是医生通过系统询问患者或相关人员以了解疾病发生与发展的过程。病史采集时应确保患者神志清晰，或由患者亲属或朋友代述病史。多数神经系统疾病经过详细的病史采集，配合系统的体格检查，便可提出初步诊断。

第一节 神经系统疾病病史采集的重要性

病史采集对于神经系统疾病的定位诊断起着关键作用，是所有检查手段中最重要的一步。病史的完整性与准确性有助于鉴别不同疾病的不同症状表现及发生和发展，能够为疾病的定位、定性和病因诊断提供线索。

疾病的发生与发展、诊治经过、既往健康状况、既往病史都可以通过病史采集获得，为随后的体格检查和辅助检查提供最基本的资料，从而指导医师有针对性地对某些系统或部位进行重点检查，既有利于明确诊断，又节省时间和费用。对于三叉神经痛、偏头痛、癫痫等疾病，其性质只能通过病史采集阐明，此时病史采集甚至比客观检查具有更重要的意义。倘若病史采集不完整或方法不当，即使做了全面的体格检查与先进的辅助检查，也不能立即断定位。因此，详细、系统的病史采集是每一位临床医生必须掌握的基本功，必须引起重视，并且将其贯彻在日常工作中。

第二节 病史采集内容及方法

神经系统疾病病史采集的基本内容和方法与一般病史采集相同，临床应根据具体情况适当调整问诊的内容与方法，以便于掌握患者身体健康状况。

一、病史采集的内容

神经系统疾病的表现具有很强的逻辑性与规律性，要收集完整的病史，必须注重病史采集的框架与每一条病史的细则。病史采集内容一般包括：一般情况、主诉、现病史、既往史、系统回顾、个人史与家族史，以下将针对不同内容的不同特点逐一阐述。

（一）一般情况

包括：姓名、性别、年龄、职业、婚姻状况、出生地、联系方式、电话号码、常住地址、单位、病史采集时间、病史陈述者（若不是患者本人则注明其与患者关系，并留下其签名）与可靠程度等。一般情况的采集对了解患者生平有重要作用，可跟个人史相结合，在轻松的医患沟通中进行采集，达到掌握资料与建立良好医患关系的双重目的。

（二）主诉

主诉即患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或（和）体征，也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。主诉往往是疾病的主要矛盾所在，一般可初步反应病情轻重与缓急，并提供对某系统疾患的诊断线索，如“右侧肢体活动无力1年，眩晕2天”。在主诉采集的过程中应当注意以下几点：

1. 尽可能用患者自己描述的症状，不用诊断用语，如“格林-巴利综合征22天”应记录为“双侧面瘫、复视22天”。
2. 对当前无症状，诊断资料 and 入院目的又十分明确的患者可适当用诊断术语。如“1周前超声检查发现肝胆管结石”。
3. 主诉应尽量简洁，医生应善于抓住主诉，综合分析以归纳出反映患者疾病特征的内容，一般不超过20个字。

（三）现病史

现病史是主诉的注释和延伸，记述患者病后的全过程，即发生、发展、演变和诊治经过。医生应当注意辨别患者对自己症状的阐述，尤其当患者经过多次诊断或使用医学术语时，一定要问清楚之前医生诊断的确切意思或患者对医学术语的理解程度，切勿人云亦云，全盘照搬患者自己的语言，否则必然影响诊断结果。

现病史的询问可按以下内容和程序进行：

1. 发病情况 包括发病的时间（是早上还是午后，安静时还是劳作时）、发病方式（是突然发作还是缓慢发生）和发病的病因或诱因。一般脑血栓形成常发生于睡眠时，脑出血、高血压危象常发生于激动或紧张时；血管性、炎症性与外伤性疾病起病急骤，肿瘤和变性疾病起病缓慢；脑瘫、癫痫多与产伤有关等等。详细记录发病情况，再结合其他临床情况，将为诊断提供重要线索。

2. 主要症状的特点 具体包括症状的性质、部位、范围和严重程度。几乎所有的神经系统疾病都具有其独特的症状特点，非常具有逻辑性与规律性，对判断疾病性质十分重要。

如三叉神经痛沿三叉神经分布，具有突然性、发作性、闪电样烧灼疼痛特点，有扳机点，常因说话、吞咽等诱发，若不掌握这些症状特点，则容易将其与普通牙痛相混淆。

3. 病情的发展与演变 包括患者主要症状的变化或新症状的出现，有助于医生了解患者的病变过程及疾病的发展趋势，以便判断预后。如腔隙性脑梗死患者在纯运动性轻偏瘫的基础上突然出现构音障碍、吞咽困难等表现，则应考虑新发腔梗灶的可能。

4. 伴随症状 神经系统疾病往往在主要症状之外还伴随着一系列其他症状，其特点、发生时间和相互影响关系常可作为鉴别诊断的依据，或提示并发症的出现。如真、假性延髓麻痹的主要症状都是吞咽困难、饮水呛咳，但真性延髓麻痹伴随下颌反射与咽反射消失，有舌肌萎缩，假性延髓麻痹下颌反射亢进，咽反射存在，且无舌肌萎缩，根据不同的伴随症状便可将两者鉴别开来，从而制订不同的治疗方案，判断不同的预后。

5. 诊治经过 应当从病程各阶段的检查、诊断、治疗方案与疗效展开询问。了解患者的诊治经过有利于医生筛选诊疗方案，尤其是遇到疑难杂症时，对指导医生的诊疗活动意义重大。如进行性延髓麻痹早期多表现为口腔与咽喉部症状，容易误诊而疗效不佳，所以当患者再诊时，首先应当分析其既往诊治经过，发现问题以制订新的诊疗方案。

6. 病程中的一般情况 现病史中还应记录患者患病后的饮食、大小便、睡眠、体重与精神症状等，此对全面评估病情和预后以及选择辅助治疗措施均具有重要意义。

（四）既往史

既往史即患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病，包括内科病史、外科手术史、预防接种史及过敏史，尤其应注意高血压病、糖尿病、尿毒症、外伤、肿瘤、饮酒中毒、头痛、头晕、椎间盘脱出、脊髓炎、视神经炎、脑血管病变、癫痫、精神创伤、精神刺激等病史。

患者平素健康状况与疾病有一定关系，所以对于不同疾病应采取不同的病史插入点，例如脑血管疾病患者应询问其过去是否有高血压病，是否容易情绪激动等；神经官能症患者应当询问患者是否容易抑郁、经常多愁善感等。患者既往所患疾病及手术史亦与现患疾病有密切关系，如肝肿大患者应了解过去是否有黄疸；进行头皮针刺时要询问患者是否进行过头部手术，有无颅骨缺如等。但应注意切勿将既往史与现病史相混淆，如目前患者脑出血则不应把过去所患的脑梗死写入现病史。

（五）系统回顾

系统回顾即最后一遍搜集病史资料，避免问诊过程中有患者或医生所忽略或遗漏的内容，有助于医生全面系统地掌握患者的身体状况，发现患者其他系统疾病与神经系统疾病之间的关系及影响，从而从整体上对患者进行诊疗。

（六）个人史

个人史主要包括社会经历、职业及工作环境、习惯与爱好、婚姻生育等，对神经系统疾病定位诊断有重要意义。