

Z H O N G X I Y I J I E H E Z H I L I A O X U E S H U X I

中西医结合

神经系统疾病

治疗学

程为平 白 玲 朱 颖 主编

◎ZHONGXIYIJIESTE
◎SHENJINGXITONGJIBING
◎ZHILIAOXUE



人民军医出版社

中西医结合神经系统疾病治疗学

ZHONGXIYIJIEHE SHENJING XITONG JIBING ZHILIAOXUE

主 编	程为平	白 玲	朱 颖
副主编	叶大庆	赵 钢	李 为
编 者	常毓颖	于文慧	程 恕
	肖 菲	常培岩	徐 恒
	李日恒		



人民军医出版社

People's Military Medical Publisher

北 京

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合神经系统疾病治疗学/程为平等主编. 北京:人民军医出版社,2002.8
ISBN 7-80157-544-X

I. 中… II. 程… III. 神经系统疾病—中西医结合疗法 IV. R741.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 021235 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京国马印刷厂印刷

桃园装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16·印张:11.5·字数:259 千字

2002 年 8 月第 1 版 (北京)第 1 次印刷

印数:0001~4000 定价:25.00 元

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书共分十六章,介绍了中西医对神经系统疾病的检查及定位诊断方法;系统阐述了中西医对脑神经及周围神经疾病、脊髓疾病、脑血管疾病、脑部感染性疾病、锥体外系疾病、脑部发作性疾病、运动神经元病、神经系统先天性疾病、自主神经系统疾病等神经系统常见病、多发病、疑难病的病因病机、临床表现及诊断,并从中、西医结合的角度详细介绍了百余种神经系统疾病的西药、中医中药、针灸、穴位注射等治疗及康复方法。

全书内容丰富,从临床诊疗出发,结合西医理论,实用性强,是相关临床科室及医学院校师生的常备参考书。

责任编辑 姚 磊 陈 丹

1313w 40/08

前 言

近半个世纪以来,由于神经生物学、神经生理学、神经病理学、神经生化学、神经免疫学、神经心理学、神经影像学以及分子生物学等相关基础学科的迅速发展,极大地促进了临床神经病学的进展,众多的先进诊断手段和治疗方法不断地应用于临床,并取得了较好的效果。

随着现代神经病学的发展,祖国医学在神经病学领域中也取得了令人瞩目的成绩。很多专家学者及广大的医务人员充分总结中医药独特的理论和良好的治疗作用,特别是在针灸学、经络学等方面的研究取得了显著的进展;临床工作中,应用中医中药、针灸、穴位注射等方法治疗神经系统疾病,疗效令人满意。目前中西医结合治疗神经系统疾病,已被越来越多的人认同并被广泛的应用。

在长期的医疗实践中,我们深深体会到,一部兼具科学性、实用性并能将中西医方面的理论知识、治疗经验融会贯通的有关神经系统疾病的诊断和治疗方面的书籍,对于指导广大的医务人员从事临床工作是有很大帮助的。基于这个宗旨,我们编写了这本《中西医结合神经系统疾病治疗学》。

本书较全面系统地从中医、西医两方面介绍了百余种神经系统常见病、多发病、疑难病的临床表现、诊断、治疗及康复方法。全书以中医治疗为核心,结合西医的重点内容,着眼于临床应用方面。在简要介绍神经系统疾病的诊断和检查方法的基础上,详细介绍了各种中、西医治疗方法。本书对临床各级医生及医学院校在校学生都具有一定的学习参考和临床实用价值。

由于我们水平有限,在编写过程中难免有一些不到之处,敬请广大读者指正。

作者

2002年5月

目 录

第一章 神经系统疾病检查及定位诊断方法.....	(1)
第一节 检查方法.....	(1)
第二节 定位诊断方法	(14)
第二章 神经系统疾病常用的中医疗法、针灸疗法及西医疗法.....	(32)
第一节 中医疗法	(32)
第二节 西医疗法	(34)
第三节 针灸疗法	(51)
第三章 脑神经及周围神经疾病	(58)
第一节 视神经炎	(58)
第二节 视神经萎缩	(59)
第三节 三叉神经痛	(60)
第四节 前庭神经元炎	(62)
第五节 枕神经痛	(63)
第六节 面神经炎	(65)
附:诊断标准.....	(67)
第七节 面肌痉挛	(67)
第八节 吞咽神经痛	(69)
第九节 胸廓上口综合征	(70)
第十节 肋间神经痛	(71)
第十一节 坐骨神经痛	(72)
第十二节 桡神经麻痹	(74)
第十三节 腓总神经麻痹	(75)
第十四节 正中神经麻痹	(76)
第十五节 臂丛神经麻痹	(77)
第十六节 股神经麻痹	(77)
第十七节 多发性神经病	(78)
第十八节 感觉异常性股痛综合征	(80)
第十九节 梅尼埃病	(81)
第二十节 急性感染性多发性神经炎	(83)

第二十一节 尺神经麻痹	(85)
第四章 脊髓疾病	(87)
第一节 急性脊髓炎	(87)
第二节 脊髓蛛网膜炎	(89)
第三节 脊髓动脉血栓形成	(91)
第四节 脊髓空洞症	(92)
第五节 脊髓亚急性联合变性	(94)
第六节 脊髓压迫症	(95)
第七节 结核性脊膜脊髓炎	(98)
第五章 脑血管病	(99)
第一节 脑血管疾病分类	(99)
第二节 短暂性脑缺血发作	(100)
附:诊断标准	(103)
第三节 缺血性脑卒中	(103)
附 1 诊断标准	(110)
附 2 疗效评定标准	(110)
附 3 伴发疾病的评分	(111)
附 4 既往史评分	(111)
附 5 临床疗效评定标准	(112)
附 6 日常生活记分法	(112)
附 7 功能独立测定	(112)
第四节 脑出血	(112)
附 1 诊断标准	(116)
附 2 临床疗效评定标准	(116)
第五节 蛛网膜下腔出血	(117)
第六节 脑动脉硬化症	(119)
第七节 血管性痴呆	(121)
附 1 诊断标准	(124)
附 2 老年性痴呆与血管性痴呆的鉴别计量诊断	(124)
第六章 脑部感染性疾病	(126)
第一节 结核性脑膜炎	(126)
第二节 病毒性脑膜炎	(127)
第三节 流行性乙型脑炎	(129)
第四节 化脓性脑膜炎	(131)
第七章 脑猪囊尾蚴病	(134)

第八章 锥体外系疾病	(136)
第一节 帕金森病	(136)
第二节 小舞蹈病	(138)
第三节 扭转痉挛	(139)
第四节 抽动-秽语综合征	(140)
第五节 手足徐动症	(141)
第九章 脑部发作性疾病	(143)
第一节 癫痫	(143)
附:癫痫发作分类	(146)
第二节 发作性睡病	(146)
第十章 神经系统先天性疾病	(148)
第一节 脑性瘫痪	(148)
第二节 智能发育不全	(149)
第十一章 运动神经元病	(151)
第一节 原发性侧索硬化症	(151)
第二节 肌萎缩性侧索硬化症	(152)
第十二章 阿尔茨海默病	(154)
第十三章 多发性硬化	(157)
第十四章 肌肉疾病	(160)
第一节 多发性肌炎	(160)
第二节 重症肌无力	(161)
第十五章 自主神经系统疾病	(164)
第一节 原发性直立性低血压	(164)
第二节 红斑性肢痛症	(165)
第三节 雷诺病	(166)
第十六章 辅助检查	(168)
第一节 脑脊液检查	(168)
第二节 脑电图检查	(170)
第三节 肌电图检查	(171)
第四节 大脑诱发电位	(171)

第五节	经颅多普勒超声检查·····	(172)
第六节	电子计算机断层扫描检查·····	(173)
第七节	磁共振成像检查·····	(173)
第八节	数字减影血管造影·····	(173)
第九节	放射性核素显像检查·····	(174)

第一章 神经系统疾病检查及定位 诊断方法

神经系统检查时所需要的器械及物品有
视力表、眼底镜、手电、叩诊锤、音叉、针、压舌

板、棉签、芳香剂如薄荷、笔、纸等。

第一节 检查方法

一、一般检查

身体的一个重要组成部分是神经系统，神经疾患病人的神经系统检查需在全身检查的基础上进行，全身检查的方法及项目参照一般内科检查。

(一)意识状态

意识是大脑功能的具体表现，大脑及网状结构的功能严重损害时造成意识障碍。根据病人对言语和疼痛刺激的反应程度，意识表现如下：

1. 清醒 对外界各种刺激具有正常的反应。

2. 嗜睡 为最轻的意识障碍，病人能被声音唤醒，较能配合简单的查体及回答问题，但刺激停止后又复入睡。

3. 昏迷 经较重的刺激病人才能被唤醒，只能对提问含糊而简单地回答，不能配合查体，刺激停止后则很快入睡。

4. 昏迷 病人不能被外界刺激唤醒，又分为浅昏迷和深昏迷两种不同程度。

(1)浅昏迷：病人对外界的刺激尚保留部分反应，如压眶等强烈疼痛刺激时可有躲避或表情反应，生理反射可存在，病理反射可引出。

(2)深昏迷：病人对各种刺激的反应消失，各种生理及病理反射亦消失。

(3)睁眼昏迷：患者眼球能向各方向无意识的转动，能吞咽和咳嗽，对光反射存在，意识好似清醒，但实际上病人无皮质活动，仅有皮质下的低级神经活动，患者对周围事物不能认识，不能理解别人的动作和言语，不能说话和回答问题。故又称去大脑皮质状态。

(二)精神状态

精神状态是大脑功能的表现，当大脑的额叶、颞叶病变时易出现精神障碍，临床常用的精神状态检查着重于以下方面：

1. 记忆功能 记忆与颞叶、边缘系统乳头体等部位关系密切。检查记忆的方法有顺背数字、倒背数字、回忆近日来的生活事件，或让病人即刻重复一遍 5 位数字，2min 与 5min 再分别重复一遍，了解病人有无记忆减退或遗忘，如能正确完成，记忆功能基本正常。

2. 智能 智能是运用积累的知识和经验，获得新知识及解决新问题的能力，智能是由感知、记忆、思维等多种精神活动参与进行的，脑组织广泛性病变或感知、记忆、思维等活动发生障碍，都可影响智能。病人在意识清晰情况下的全面智能减退，称为痴呆。智

能的检查内容是记忆力、计算力、常识、判断力、定向力等,据此测试结果,综合评价病人有无智能减退或痴呆。

(1)定向力:检查病人对时间、地点、人物的定向是否准确。

(2)计算力:让病人计算 $100 \div 7$,然后再减7,连续减下去。

(3)判断力及理解力:列举若干常识性的问题,考察病人能否理解,让病人判断是否正确。

3. 情感 在精神医学中情感和情绪常作为同义词,它是人们对客观事物的不同态度和随之产生的相应内心体验。情感活动与边缘系统、下丘脑及新皮质(额、颞叶皮质)的生理功能有关,观察病人有无欣快、淡漠、倒错或恐惧、焦虑、抑郁,以及幻觉、妄想等表现及感情反应的能力。

(三)言语的检查

脑损害引起的语言能力的表达丧失或受损时,表现为失语。失语病人无听觉、视觉,或口咽部运动的损害。失语的检查方法有:自发谈话,口语理解、复述、命名、阅读、书写等。

病人意识清楚,定向力和判断力无障碍是失语检查中应注意到的内容,也要注意构音、视力、听力、肢体活动等方面的障碍。

言语的检查包括:①言语感受。检查病人对声音言语和文字言语的理解;②言语表达。检查患者运用声音言语和文字言语的表达能力。

言语障碍是指应用或理解口语、文字、手势的各种异常,言语障碍分为构音困难和失语两型。

1. 引起构音困难的病变

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

(2)脑运动神经核或脑神经麻痹:构音困

难表现为说话带鼻音、声嘶或发音困难。这是由于舌肌、软腭或声带麻痹引起。

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

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

(5)肌肉病变:因为构音器官肌肉的无力或萎缩所致构音困难。

2. 失语的分类

(1)外侧裂周失语综合征:病灶位于外侧裂周,都有复述困难。

①Broca失语(运动性失语)。口语表达障碍明显,呈非流利型,电报式语言,难以理解有语法结构词的句子,复述不正常,复述语法词尤其困难;有表达性命名障碍,可接受语音提示,阅读理解相对较好。书写不正常。

②Wernicke失语(感觉性失语)。口语表达流利,语量正常或过多,有大量赘语、错语和新语等;有严重口语理解的复述障碍,病人常不能理解检查者要他做什么;命名则表现为错语和赘语,且不接受提示;阅读及文字理解常不正常,书写以听写障碍为特点。

③传导性失语。口语流利,以语音错语为主,听理解障碍不严重,而复述障碍相对明显。复述与听理解障碍和口语流利性不成比例。命名、阅读和书写均有不同程度障碍。

(2)分水岭区失语综合征:病变在分水岭区,复述相对好。

①丘脑性失语。声音较低,音量较小,找词困难,语量少;复述相对好,命名障碍明显。

②基底节性失语。有语音障碍;复述相对较好;自发谈话的流利性为中间型,书写明显障碍。

(3)命名性失语:也称健忘性失语,指命名不能障碍惟一或主要症状的失语,病灶部位是优势半球颞中回后部、颞枕结合区。

(4)完全性失语:又称混合性失语,所有



语言功能均严重障碍或几乎完全丧失的失语。病变范围累及优势半球的全部额、顶、颞叶。

(四)脑膜刺激征

当炎症、蛛网膜下腔出血等刺激脑膜时可出现脑膜刺激征。主要检查有无颈强直和 Brudzinski 征和 Kernig 征。

1. Brudzinski 征 令病人仰卧,双下肢伸直,抬起病人头部时病人双下肢发生屈曲,为阳性。

2. Kernig 征 病人仰卧位,一下肢伸直,抬起病人另一下肢,使其髋部和膝部成直角,保持髋部角度不变,伸直膝关节,如活动受限(角度不超过 135°)并出现疼痛,为阳性。

(五)其他

检查病人头颅大小及形状有无异常,面容有无皮脂腺瘤,面侧萎缩,有无角膜 K-F 环等,头位有无异常如强迫头位,颈动脉搏动是否对称,有无血管杂音,躯干和四肢有无畸形等。

二、脑神经检查

脑神经共 12 对,一般习惯用罗马数字按次序命名。

(一)嗅神经(I)

1. 解剖生理 嗅神经是感觉神经,感受器在鼻黏膜,通过嗅丝穿过筛板传导到嗅球,经嗅束、嗅三角,透明隔等处;中枢在颞叶的钩回、海马回的前部及杏仁核。

2. 检查方法 患者闭目,用手指压塞一侧鼻孔,用茶叶、香水、香烟等物轮流置于另一侧鼻孔下面,嘱其说出嗅到的是何种气味。

3. 临床表现 嗅觉的感受器和传导部分受损,引起病侧的嗅觉减退或消失。因两侧有中枢较多联络纤维,病变不引起嗅觉消失。颞叶的损伤或瘢痕常出现幻嗅,如香味,有时幻嗅之后有梦样状态,伴有呕吐、咀嚼及吞咽动作或全身抽搐等钩回病变发作。

(二)视神经(II)

视网膜上的视杆和视锥细胞形成视觉感受器,视神经起源于视网膜的神经节细胞,经视交叉后形成视束,终止于外侧膝状体,在换神经元后形成视辐射,终止于枕叶的视觉中枢。

1. 检查方法

(1)视力:用视力表检查,需每眼单独测试。相对视力下降到看不见视力表上最大的符号,则测眼前多远能见到指数、指动或光感。

(2)视野:用视野计检查。若简单测试,检查者相互与病人相对而坐,相距 67cm,各自覆盖一只眼睛,互相注视对方眼睛,上下左右地移动手指由外周视野区向中心移动,嘱病人看见手指时即说出。然后比较两人的视野,正常范围:颞侧 90° ,鼻侧 60° ,上侧 60° ,下侧 70° 。

(3)眼底:眼底镜检查的正常眼底为:视乳头为淡红色,圆形或卵圆形,边界清楚,中央的生理凹陷色较浅淡,动、静脉走行自然,管径比例为 2:3。

2. 临床表现

(1)视力减退或丧失:多是视神经炎或长期颅内压增高所致的继发性视神经萎缩。

(2)视野改变:表现为视野缩小和偏盲。管状视野是视神经萎缩;视交叉中部损害双颞侧偏盲,一眼鼻侧盲为一侧视交叉外侧部病变;双眼同向偏盲为对侧视束或视辐射全部受损;双眼同向上象限盲为对侧枕叶的视辐射下部受损;双眼同向下象限盲为对侧枕叶的视辐射上部损伤。

(3)瞳孔:视神经损害时患侧瞳孔扩大,患侧的直接对光反射及对侧的间接对光反射减弱或消失。患侧间接对光反射正常。

3. 眼底异常意义 高血压眼底则小动脉变细,反光增强,呈银丝样,静脉无明显淤血,有动、静脉压迹,可伴有眼底出血。

(1)视盘水肿:颅内占位性病变(肿瘤、脓

肿、血肿)、脑膜炎、脑出血等病变引起的颅内压增高时,眼底检查可见视盘充血,边界模糊,生理凹陷消失,静脉增粗,走行迂曲。病变常为双侧。

(2)视神经萎缩:原发性和继发性视神经萎缩,均表现为视盘苍白,前者视盘边界清楚,可见筛板,多因视神经直接受压、蝶鞍部病变、多发性硬化等引起;后者视盘边界不清,不能见到筛板,见于视盘水肿如颅内占位性病变、视盘炎等的后期。

(三)动眼神经(Ⅲ)、滑车神经(Ⅳ)、展神经(Ⅵ)

1. 解剖生理

(1)动眼神经:第三对脑神经,运动核在中脑上丘水平导水管腹侧灰质中,动眼神经纤维由大脑脚的动眼神经沟分出,经蝶鞍外侧,穿过海绵窦外侧壁,经眶上裂入眶内,支配以下肌肉:内直肌(使眼球向内侧转)、上直肌(使眼球向上和稍向内转)、下直肌(使眼球向下和稍向内转)、下斜肌(使眼球向上和稍向外转)、提上睑肌(提起上睑、睁眼);动眼神经还含有副交感神经纤维,支配瞳孔括约肌,使瞳孔缩小。

(2)滑车神经:第四对脑神经,运动核在中脑下丘水平导水管的腹侧,滑车神经纤维走向背侧顶盖进入前髓帆,在该处交叉后出髓,绕过中脑,穿过海绵窦侧壁,由眶上裂入眶内,支配上斜肌使眼球向外下方转。

(3)展神经:第六对脑神经,运动核位于桥脑中部背面中线两侧,神经纤维从桥脑腹侧外出,经岩骨尖部上缘及海绵窦外侧壁,经眶上裂进入眶内,支配外直肌(使眼球向外侧转)。

2. 检查方法

(1)眼睑和眼裂:患者平视前方,观察两侧眼裂大小及眼睑下垂的有无。

(2)瞳孔:注意双侧瞳孔的形状和大小,用电筒光从侧面照射眼睛,观察瞳孔对光反射,直接感光的瞳孔缩小称为直接对光反射,

未直接感光的瞳孔也缩小称为间接对光反射。

(3)眼球位置:观察眼球突出、凹陷或斜视的有无。

(4)眼球运动:患者头部不动,随检查者的手指,作向左、向右、向上、向下的眼球活动,观察有无眼肌瘫痪、眼球震颤及复视。复视的检查时,患眼戴上红色眼镜,健眼戴绿色眼镜的仔细检查方法有时也用。

3. 临床表现

(1)动眼神经:损害有①眼睑下垂。②外斜视。眼球转向外方。③复视。一物视为两物,当向瘫痪肌肉收缩的方向注视时更为明显。因为物像不能投射到双眼视网膜相应的区域,双眼的物像不能合为一个所致。④眼球向内、向上和向下转动不能。⑤瞳孔扩大。动眼神经的副交感纤维受损,瞳孔括约肌麻痹所致。⑥瞳孔对光反射减弱或消失。

(2)滑车神经:单独受损较少见,症状不明显,患眼向下外运动可减弱或复视。滑车神经损害常伴有动眼神经损害。

(3)展神经:损害时表现为内斜视,眼球不能外转,并有复视。

4. 临床意义

(1)周围性眼肌麻痹:动眼神经、展神经、滑车神经麻痹时出现周围性眼肌麻痹。由于展神经在颅底行程长,易受损,颅内高压时可合并展神经麻痹。

(2)核性眼肌麻痹:动眼神经核性损害多选择性地损害部分眼外肌的功能。核性眼肌麻痹常引起神经核周围组织的损害,如锥体束、红核、三叉神经、面神经等。核性眼肌麻痹多见于脑干的血管病、炎症和肿瘤等。

(3)核间性眼肌麻痹:内侧纵束控制眼球的同向水平运动,因此内侧纵束损害时,一侧眼球外展,另一侧眼球不能同时内收,多发性硬化即常见核间性眼肌麻痹。

(4)核上性眼肌麻痹:①脑桥的侧视中枢位于展神经旁核,一侧破坏性病灶引起双眼



向对侧偏斜,刺激性病灶引起双眼向同侧偏斜;②皮质的侧视中枢位于额中回后部,损害时引起双眼同向偏斜,方向与脑干侧视中枢受损相反,脑血管病、炎症、肿瘤等累及动眼、滑车、外展核以上纤维时均可引起核上性眼肌麻痹。

(四)三叉神经(V)

1. 解剖生理 三叉神经是包含感觉和运动纤维的混合神经。感觉细胞即第一级神经元是半月节神经细胞,它的周围突分为三个分支,第一支(眼支)分布于面部上1/3的皮肤、黏膜和其他组织;第二支(上颌支)分布于面部中1/3皮肤;第三支(下颌支)分布于面部下1/3的皮肤。半月节的中枢突进入脑干。第二级神经元是脑桥三叉神经感觉核,发出纤维交叉到对侧,构成三叉丘系上升至丘脑。第三级神经元指丘脑,由丘脑开始到中央后回。三叉神经的运动核也在脑桥,两侧的皮质脑干束与它相联系,它的运动纤维由脑桥出来后沿三叉神经第三支(下颌支)走向面部,支配咀嚼肌,即颞肌、咬肌、翼内肌和翼外肌。

2. 检查方法

(1)感觉:用针、棉花、盛冷水(5~10℃)、热水(40~45℃)的玻璃管检查痛觉、触觉及冷、热觉。

(2)角膜反射:患者眼睛向对侧外上方注视时,检查者用棉花轻触角膜周边部,检查眼睑闭合的敏感性,同侧眼睑闭合称为直接角膜反射,对侧眼睑闭合称为间接角膜反射。

(3)运动:观察两侧颞及颊部肌肉有无萎缩,检查咀嚼动作,了解两侧收缩力是否相等;嘱患者张口,检查下颌有无偏斜。

(4)下颌反射:患者口微张,检查者将左示指末节置于下颌中部,右手用叩诊锤叩击该指,观察口部闭合情况。正常时此反射轻微。

3. 临床表现

(1)感觉障碍:三叉神经某分支支配区域

的剧烈疼痛或痛、温、触觉的减退、消失。

(2)角膜反射减弱或消失:眼神经(三叉神经第一支)损伤时出现,角膜反射的传入神经是三叉神经第一支,脑桥的三叉神经感觉核和面神经核是中枢,传出神经是面神经。

(3)咀嚼肌萎缩和收缩无力,下颌神经(三叉神经第三支)损伤时出现张口下颌偏向病侧。

(4)下颌反射增强出现在两侧皮质脑干束损害。

4. 临床意义 三叉神经中枢性损害时出现洋葱皮样感觉障碍,并有感觉分离现象,如三叉神经脊束核受损时,仅出现痛温觉减退或消失,而触觉正常,周围性损害时感觉障碍沿各周围支走行分布,且有痛温触觉同时受损。

正常情况下下颌反射较弱,核上性病变时反射增强;一侧三叉神经损害时,刺激对侧角膜,则双侧反应正常,深昏迷病人角膜反射消失。

(五)面神经(VI)

1. 解剖生理 面神经是混合神经。由运动、感觉和副交感纤维组成,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,支配上面部表情肌即额肌、皱眉肌及眼轮匝肌和下面部表情肌即颊肌、口轮匝肌。味觉纤维起源于面神经管内膝状神经节,由周围支支配舌前2/3的味觉,中枢支终止于孤束核。副交感纤维由脑桥下部的上涎核发出,其纤维经中间神经、膝状神经节、鼓索,支配舌下腺、颌下腺,泪腺分泌纤维可能由第四脑室底部的核群发出。

2. 检查方法 ①运动。观察额纹及鼻唇沟是否变浅、口角是否低垂或向一侧歪斜,可嘱患者作蹙额、皱眉、闭眼、露齿、鼓腮及吹口哨动作;②味觉。检查者用棉签蘸少许糖、醋或盐涂于舌的不同部位,令其辨味,患者不要缩舌和讲话,先试可疑一侧,再试健侧。

3. 临床表现

(1)中枢性面瘫:对侧下半部面肌瘫痪,鼻唇沟变浅,口角轻度下垂,但皱眉、蹙额、闭眼无障碍,见于皮质运动区或皮质脑干束损害。

(2)周围性面瘫:损伤侧的上、下面部表情肌的瘫痪或无力。①茎乳孔以下损伤:单有周围性面瘫;②面神经管内损伤:合并舌前2/3味觉障碍;③膝状神经节损伤:合并耳部疼痛和疱疹;④内耳孔附近损伤:合并听神经及其他脑神经症状,由面神经核或其面神经纤维损害所致。

4. 临床意义 一侧皮质延髓束损害,只发生下面部肌的瘫痪,即中枢性面神经麻痹,多见于脑血管病;周围性面神经麻痹时同侧所有表情肌均瘫痪,根据神经损害的部位,可合并舌前2/3味觉丧失,唾液及泪液分泌障碍,听觉过敏,及耳鸣、耳聋、眩晕等症状,周围性面神经麻痹多见于炎症、外伤及肿瘤等。

(六)前庭蜗神经(位听神经)(Ⅷ)

1. 解剖生理 该神经由两部分组成:蜗神经和前庭神经。

(1)蜗神经:起源于内耳螺旋神经节的双极细胞,周围突终止于螺旋器的细胞,中枢突形成了蜗神经,在脑桥的蜗神经核,换神经元后,部分纤维至对侧,部分纤维在同侧形成外侧丘系,终止于颞横回的皮质听觉中枢。

(2)前庭神经:起源于内耳前庭神经节,周围支到椭圆囊及球状囊的囊斑和三个半规管的壶腹嵴,中枢支组成前庭神经,止于前庭神经核,再发出神经纤维构成前庭小脑束、前庭脊髓束及内侧纵束的一部分。

2. 检查方法

(1)听力检查:可用低语、听表声和音叉检查,听力的精细检查可使用电测听器。

音叉检查(用128Hz音叉)通过试验鉴别神经性耳聋和传导性耳聋。①林尼(Rinne)试验。将振动的音叉首先置于患者的耳后乳突上测骨导,待听不到振动音后,将

音叉移至耳前测气导,如仍能听见,则为Rinne试验阳性,如听不见则先试气导后测骨导。②韦伯(Weber)试验。将振动的音叉柄置于额部或头顶正中,比较两耳音响是否相等还是偏于一侧。

(2)前庭功能检查:①变温试验。正常情况下冷水灌注外耳道引起眼球震颤快相,热水灌注则持续1.5~2min伴眩晕;②旋转试验。坐于转椅上,头前倾30°,将椅子在20s内向同一侧旋转10次后急停,引起眼球震颤,快相向旋转方向对侧,持续30s,伴眩晕。

3. 临床表现

(1)蜗神经:刺激性损害时出现耳鸣,破坏性损害出现神经性耳聋。

(2)前庭神经的症状:①眩晕。是前庭刺激症状,常有恶心呕吐;②眼球震颤;③平衡障碍,步态不稳,Romberg征阳性;④变温试验。反应减弱;⑤旋转试验后眼球震颤持续少于15s,提示前庭功能障碍。

4. 临床意义 由于双侧皮质支配耳蜗神经核,故一侧核上性病变时,不出现耳聋。神经性耳聋病人Rinne试验为阳性,但气导和骨导的时间均缩短,Weber试验感觉声音偏向健侧;传导性耳聋病人Rinne试验为阴性,Weber试验感觉声音偏向患侧。

前庭神经损害时出现眩晕、眼震、平衡失调等。但前庭神经核与自主神经系统联系密切,故前庭神经病变时常有恶心、呕吐等自主神经症状。

(七)舌咽神经(Ⅸ)、迷走神经(X)

1. 解剖生理 舌咽神经和迷走神经都是混合神经。含有运动、感觉和副交感神经纤维。①舌咽神经的感觉纤维分布于外耳道,舌后1/3,传导痛温觉;分布于咽壁、软腭、扁桃体、耳咽管、颈动脉窦、硬脑膜等处,传导黏膜及内脏感觉;舌后1/3的味蕾,传导味觉。运动纤维起自疑核,支配茎突咽肌,副交感纤维支配腮腺分泌。②迷走神经的感觉纤维分布于外耳道附近皮肤及颅后窝、硬脑



膜等,传导躯体感觉;分布于咽、喉、胸、腹腔脏器,传导内脏感觉。运动纤维起自迷走神经背核和疑核,支配胸腹腔各脏器的平滑肌和咽喉部的横纹肌以及声带。

2. 检查方法 舌咽与迷走神经在解剖生理上关系密切,常同时受损,故检查方法两者合在一起。

(1)运动:是否声音嘶哑或带鼻音,有无饮水呛咳、吞咽困难,张口观察两侧软腭弓高度是否对称一致,发“啊”音时两侧软腭有无上提,必要时用间接喉镜检查有无迷走神经的分支—喉返神经麻痹。

(2)感觉:了解有无感觉障碍。用棉签轻触软腭及咽后壁,查舌后 1/3 的味觉。

(3)咽反射:张口用棉签轻轻接触两侧咽后壁,有无作呕动作。

3. 临床表现

(1)声音嘶哑、饮水呛咳、吞咽困难等。

(2)损伤侧的软腭弓较低,发“啊”音时,健侧软腭上提正常,损伤侧受限。

(3)咽部感觉缺失,咽反射消失。

4. 临床意义 舌咽及迷走神经麻痹又称球麻痹,分真性和假性两种。临床表现为吞咽困难和构音障碍。真性球麻痹的病变损害核及核以下,检查可见一侧或两侧软腭上抬力弱,咽反射减退或消失,见于脑干病变。舌咽及迷走神经核受双侧皮质延髓束支配,故一侧皮质延髓束损害时不出现症状。当舌咽及迷走神经核以上双侧皮质延髓束损害时为假性球麻痹,检查发现咽反射亢进,可伴强哭强笑,多见于双侧多发性脑梗死。

(八)副神经(XI)

1. 解剖生理 延髓支及脊髓支组成副神经。延髓支起自疑核,脊髓支起自颈 1~5 前角细胞,神经纤维经枕骨大孔入颅,两支纤维形成一束经颈静脉孔出颅,支配斜方肌的上部和胸锁乳突肌;斜方肌上部的功能为耸肩,胸锁乳突肌功能是使头转向对侧,两侧同时收缩则引起头向前屈。

2. 检查方法 胸锁乳突肌、斜方肌是否萎缩,有无斜颈及垂肩,然后作对抗阻力的转头及耸肩动作。

3. 临床表现 损伤侧的胸锁乳突肌、斜方肌萎缩,不能耸肩和无力向对侧转头。

4. 临床意义 双侧皮质延髓束支配一侧副神经,故一侧皮质延髓束损害时不引起副神经损伤症状。

(九)舌下神经(XII)

1. 解剖生理 舌下神经核位于延髓背部的舌下三角深处,神经纤维离开延髓,经舌下神经管出颅,分布于同侧舌肌,舌下神经核受对侧皮质延髓束支配。

2. 检查方法 观察口腔内舌的位置,注意病人伸舌后是否偏斜,有无肌萎缩及震颤。

3. 临床表现

(1)核下性损伤:口腔内的舌被健侧的茎肌牵向健侧,舌伸出时却被健侧的颏舌肌将舌前部推向损伤侧,并伴有肌萎缩和肌束震颤。

(2)核上性损伤:伸舌偏向损伤对侧,无舌肌萎缩和肌束震颤,并见偏瘫。

4. 临床意义 一侧的舌下神经核上性麻痹,伸舌时舌偏向病灶对侧,没有舌肌萎缩及纤颤;一侧的核下性病变时,伸舌偏向患侧,可见舌肌萎缩及纤颤。

三、感觉系统检查

1. 解剖生理

(1)感觉的分类:感觉可分为特殊感觉即视、听、嗅、味觉等和浅感觉、深感觉和复合感觉。浅感觉又称皮肤感觉,包括痛觉、温度觉和触觉;深部感觉又称本体感觉,包括振动觉、运动觉和位置觉。复合感觉又称复杂感觉,包括形体觉、定位觉和图案觉。

(2)感觉的传导径路:①浅感觉由 3 级神经元组成传导通路,第一级神经元的胞体位于脊髓后根神经节内,其周围突沿周围神经走向皮肤和黏膜,中枢突则沿后根进入脊髓,

终止于脊髓后角。第二级神经元由后角细胞开始,其纤维经脊髓前连合交叉至对侧脊髓的前索和侧索,组成脊髓丘脑束,向上行经延髓、脑桥、中脑,并终止于对侧的丘脑外侧核,第三级神经元是从对侧的丘脑细胞开始,其纤维上行经内囊后肢,终止于对侧大脑皮质中央后回及顶上小叶的细胞(皮肤分析器的中枢)。②深部感觉和部分触觉的传导径路同样由3级神经元组成;第一级神经元的胞体在脊髓后根神经节内,周围突沿着周围神经进入深感觉和触觉的感受器,中枢突沿着后根进入同侧脊髓的后索组成薄束内侧和楔束(外侧)两个传导,薄束传导下肢深感觉,楔束传导上肢的深部感觉;薄、楔束终止于同侧延髓的薄束核和楔束核。第二级神经元由薄束核和楔束核开始,其纤维在延髓的中线交叉到对侧,组成内侧丘系,在对侧上升经脑桥、中脑,终止于丘脑外侧核。第三级神经元由丘脑细胞开始,构成丘脑皮质束,经过内囊后肢止于中央后回。

2. 检查方法 感觉系统的检查需在主诉感觉异常区域与无症状区域,身体左右两边,肢体远端和近端,身体面部进行多次而细致的比较。全面检查的同时又要有所侧重。应用棉花、针刺,音叉、冷、热水试管等工具。

(1)浅感觉:用针尖轻刺皮肤检查痛觉,用装冷热水的试管接触皮肤检查温度觉,用棉花轻触皮肤检查触觉。

(2)深感觉:包括①位置觉:嘱病人闭目,检查者将其某一远端肢体放于一定位置,让病人说出是何位置;②运动觉:嘱病人闭目,检查者将病人手指或脚趾的两侧,向上或向下移动 5° 左右,判断病人是否能说出运动的方向;③音叉振动觉:使用128Hz的音叉,音叉振动后分别放置在内外踝,胫骨,膝部,髂嵴,肋弓,锁骨,手骨等突出部位,检查病人能否感觉振动,判断振动的强度。

(3)复合感觉:排除浅感觉无明显障碍时此项检查才有意义。①形体觉:将纽扣、钥

匙、笔等日常物品放入病人手中,令其用单手触摸,然后说出物品的名称;②图形觉:让病人辨别用钝物在病人皮肤上画的各种简单图形或数字;③定位觉:轻触病人皮肤后,令病人用手指指出所触的部位;④两点辨别觉:用钝的双脚规分开一定距离接触病人皮肤,让病人感觉两脚间距,直到病人感觉为一点为止。在身体各处的两点辨别觉能力是不同的。手指尖最灵敏,约2~8mm,手背为2~3cm,手臂为6~7cm,背部和腿部距离则更大。

3. 临床表现 因脑损害部位不同,感觉系统常见的临床表现:

(1)皮质型:顶叶皮质中枢损害的主要表现是对侧半身的复合感觉障碍,浅感觉可正常,或局限于一个肢体,深感觉障碍较明显,有的出现感觉性癫痫,表现为短暂发作性感觉异常。

(2)内囊型:内囊病变导致对侧偏身(包括面部)感觉障碍,常有偏瘫和偏盲。

(3)丘脑型:丘脑病变导致对侧偏身症状:①感觉障碍:病变各种感觉障碍,以深感觉和触觉障碍较明显;②丘脑性疼痛:对侧偏身发作性剧烈的疼痛,烧灼样痛;③感觉过度:感觉定位不明确,如点状刺激感受为片状,很不舒服的感觉。

(4)脑干型:延髓外侧损伤引起同侧面部和对侧偏身痛温觉障碍,一侧脑桥及中脑病变损害了脊髓丘脑束、内侧丘系和三叉丘系时,对侧面部及偏身一切感觉均发生障碍。

4. 临床意义

(1)周围神经损害:主要表现为其支配的皮肤区出现感觉障碍,多发性神经病时,呈手套或袜套样感觉障碍。

(2)后根损害:相应后根的放射性疼痛即根性疼痛,病变如椎间盘突出、髓外肿瘤等。

(3)脊髓后角损害或前联合损害:主要表现为节段性分离性感觉障碍,即痛、温觉损害,而精细触觉和深感觉保留,病变如脊髓空洞症或髓内肿瘤的早期。