



执业医师定期考核辅导用书

最新版

神 经 内 科

SHENJINGNEIKE

崔丽英◇主编

北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

执业医师定期考核辅导用书

SHENJINGNEIKE

神经内 科

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

根据国家卫生和计划生育委员会《医师定期考核管理办法》的要求,我们组织神经内科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写本书。全书体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。其既可作为神经内科医师定期考核辅导用书,也可作为神经内科医师临床指导用书。

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/崔丽英主编. —北京:中国医药科技出版社, 2014. 10

执业医师定期考核辅导用书

ISBN 978 - 7 - 5067 - 6950 - 1

I. ①神… II. ①崔… III. ①神经系统疾病 - 诊疗 - 医师 - 考核 - 自学参考资料
IV. ①R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 181181 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 $\frac{3}{4}$

字数 122 千字

版次 2014 年 10 月第 1 版

印次 2014 年 10 月第 1 次印刷

印刷 航远印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 6950 - 1

定价 50.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

前言

PREFACE

医师定期考核是一项法定工作。《执业医师法》明确规定要对医师实施定期考核。在我国医师执业管理体系的三项制度中，相对资格准入、执业注册的成熟开展，考核制度才刚起步。考核不是考试，也不是选拔，考核对于促进医师在取得执业资格后，不断更新知识、提高业务水平，尤其是不断提高医师的素质和道德修养起到重要的作用。

长期以来，由于我国医师行业只有准入机制，没有执行定期考核制度，给患者的就医安全和行业的信誉都带来了隐患。只有提高医疗技术水平和医务人员的素质才能保障医疗质量和医疗安全。因此，医师定期考核是医师准入后监管的重要机制和有效途径。

医师定期考核的实质就是实行执照管理，通过行业年检，维护和提高医师的执业能力。在深化医药卫生体制改革背景下，这项制度的建立和完善将有助于医师管理体制逐步从单位人过渡到社会人。

各级卫生行政部门对医师定期考核工作高度重视。目前，医师定期考核缺乏规范化的辅导用书，有鉴于此，我们按照国家卫生和计划生育委员会颁布的 18 个普通专科和 16 个亚专科分类，结合临床实际，编写了“执业医师定期考核辅导用书”，供相关机构和人员使用。

各专科分册根据临床学科发展情况，重点讲述各科医师应知应会的基本知识和基本技能，对各专科医师参加定期考核可起到很好的引导作用。

编者
2014 年 10 月

第一章 头痛 1

第一节	偏头痛	1
第二节	紧张型头痛	3
第三节	丛集性头痛	5

第二章 周围神经病 7

第一节	特发性面神经麻痹	7
第二节	三叉神经痛	8
第三节	坐骨神经痛	10
第四节	多发性神经病	11
第五节	正中神经损伤	13
第六节	尺神经损伤	14
第七节	腓总神经麻痹	15
第八节	桡神经损伤	16
第九节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	16
第十节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	18

第三章 脑血管疾病 20

第一节	脑梗死	20
第二节	脑出血	24
第三节	短暂性脑缺血发作	26
第四节	蛛网膜下腔出血	29

第五节 脑静脉窦血栓形成	33
--------------------	----

第四章 神经系统感染疾病 35

第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	35
第二节 结核性脑膜炎	37
第三节 新型隐球菌脑膜炎	38
第四节 神经梅毒	40
第五节 进行性多灶性白质脑病	42
第六节 亚急性硬化性全脑炎	43
第七节 克雅病	44

第五章 中枢神经系统脱髓鞘病 48

第一节 多发性硬化	48
第二节 视神经脊髓炎	50
第三节 急性播散性脑脊髓炎	51
第四节 脑桥中央髓鞘溶解症	53
第五节 肾上腺脑白质营养不良	54
第六节 异染性白质营养不良	56

第六章 运动障碍病 58

第一节 帕金森病	58
第二节 亨廷顿病	61
第三节 肌张力障碍	64
第四节 肝豆状核变性	67

第七章 癫痫 72

第一节 全身强直-阵挛发作（大发作）	72
第二节 典型失神发作（小发作）	73
第三节 单纯部分性发作	74
第四节 复杂部分性发作（精神运动性发作）	75

第八章 神经系统变性病 77

第一节 阿尔茨海默病	77
第二节 额颞叶痴呆	80
第三节 运动神经元病	81
肌萎缩侧索硬化症	81

第九章 神经系统遗传病 84

第一节 遗传性共济失调	84
一、Friedreich 共济失调	84
二、脊髓小脑性共济失调	85
第二节 遗传性痉挛性截瘫	85
第三节 腓骨肌萎缩症	86

第十章 神经肌肉疾病 88

第一节 多发性肌炎	88
第二节 包涵体肌炎	90
第三节 重症肌无力	90
第四节 周期性瘫痪	93
第五节 先天性肌强直症	94

第十一章 睡眠障碍 96

第一节 失眠	96
第二节 发作性睡病	97
第三节 不宁腿综合征	99

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。

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。

(2) 实验室检查 10% 的特发性面神经炎患者伴有糖尿病,对于合并血管病危险因素的患者可监测空腹血糖或糖化血红蛋白。有蜱、螨叮咬或到过 Lyme 病疫区的面神经麻痹者, Lyme 抗体检查有助于诊断。

治疗原则

(1) 药物治疗

①激素治疗:急性期可短期激素治疗。

②抗病毒治疗:带状疱疹感染者,可给予阿昔洛韦等抗病毒药物。

③B 族维生素口服或肌内注射。

(2) 局部理疗和面部表情肌功能康复训练。

(3) 患者由于眼裂闭合不能,可戴眼罩或滴眼液保护角膜。

(4) 针灸治疗 可于 1 周后开始。

第二节 三叉神经痛

三叉神经痛是已知的最严重的疼痛性疾病之一,表现为该神经一个或多个支配区域内短暂的反复发作性剧痛。年发病率约为 4.3/10 万人,女性多见。可分为原发性(典型)和症状性两种,前者无中枢神经系统或颅神经的器质性病变,可有血管对神经根的反常压迫,造成受压部位的神经脱髓鞘改变;后者常合并其他神经症状和体征,见于延髓空洞症、颅底肿瘤和多发性硬化等。

诊断标准

1. 临床表现

(1) 起病年龄 成年人及老年人多见,40 岁以上者占 70%~80%。

(2) 起病形式 反复发作性的剧痛,发作间期正常。

(3) 症状

①三叉神经痛常局限于三叉神经一或两支分布区,以上颌支、下颌支多见。

②疼痛呈针刺样、撕裂样、烧灼样、刀割样或电击样,如闪电样发作,每次发作的持续时间通常为数秒或数分钟,突发突止。

③疼痛发作时,患者停止说话、可能摩擦或捏掐面部,伴有面部或下颌的运动,

有时出现同侧流泪。

④具有“扳机点”，为位于颊、唇或鼻部的一个小区域，面部运动、咀嚼或轻触可诱发疼痛发作。

⑤病程呈周期性，发作可为数日、数周或数月不等，随着病程迁延发作次数将逐渐增多，发作时间延长，间歇期缩短，甚至为持续性发作，很少自愈。

(4) 体征 原发性三叉神经痛者常无异常体征，继发性者可合并其他颅神经损害。因疼痛发作时患者经常用手揉搓面部，故疼痛侧的面部皮肤增厚或毛发稀少，可并发半侧面部痉挛。如果由进食诱发疼痛发作者，可有营养不良、面色憔悴和情绪低落等。

2. 鉴别诊断

应注意和牙科疾病、中耳炎、鼻窦炎、颞下颌关节综合征、疱疹后神经痛、巨细胞动脉炎、舌咽神经痛、丛集性头痛、偏头痛以及继发性三叉神经痛等鉴别。

3. 辅助检查

头颅 MRI 检查可排除诸如多发性硬化、桥小脑角肿瘤等继发性三叉神经痛。脑桥三叉神经出脑部位高分辨率磁共振技术如时间飞跃 (TOF) MRA 序列可发现微血管压迫现象。

治疗原则

首选药物治疗，无效或失效时选用其他疗法。

1. 药物治疗

(1) 首选药物为卡马西平 (200 ~ 1200mg/d)，如果控制疼痛效果好，4 ~ 6 周后考虑逐渐减少用量，并维持最小剂量。奥卡西平也有效 (600 ~ 1800mg/d)，耐受性和安全性较卡马西平好。

(2) 苯妥英钠、拉莫三嗪、加巴贲丁和托吡酯等抗癫痫药物均有一定的缓解疼痛效果，但都有各自的不良反应。

(3) 其他药物 氯硝西泮有控制疼痛的作用，但达到止痛效果时往往伴有嗜睡的不良反应。巴氯芬单用或与卡马西平合用有一定的疗效。此外大剂量维生素 B₁、维生素 B₁₂ 对改善症状也有帮助。

2. 封闭治疗

无水酒精和甘油封闭三叉神经分支或半月神经节有一定的疗效，但复发率高。

3. 经皮半月神经节射频电凝疗法

适于年老患者及全身性疾病不能耐受手术者，约 20% 的患者可出现并发症，例如面部感觉异常、角膜炎、咀嚼肌无力、复视和带状疱疹等。长期随访复发率为 21% ~ 28%，重复应用有效。

4. 手术治疗

对于药物治疗效果差的患者可考虑早期外科手术治疗。可考虑经皮半月神经节手

术、伽马刀和微血管减压术。应优先考虑微血管减压术，以获得更长的疼痛缓解期，该疗法近期疗效达80%~95%，长期随访复发率在5%以下，但可合并听力减退、气栓和带状疱疹，滑车、外展及面神经暂时麻痹等。

第三节 坐骨神经痛

坐骨神经发自骶丛，由 $L_4 \sim S_3$ 神经根组成，是全身最长最粗的神经；经臀分布于整个下肢，于大腿下1/3、腘窝上方分为胫神经和腓神经，支配膝以下所有肌肉。沿坐骨神经通路及其分布区域以疼痛为主的综合征称为坐骨神经痛。其发病率相当高，居体内各种神经痛之首，由多种病因所致。按病因可分为原发性和继发性坐骨神经痛，前者原因不明，可以因牙齿、鼻窦和扁桃体等感染病灶，经血流侵犯周围神经引起间质性神经炎；后者是坐骨神经通路受周围组织或病变压迫所致，又分为根性和干性坐骨神经痛，以根性多见，病因以椎间盘突出最为常见，其他病因有椎管内肿瘤、椎体转移病、腰椎结核以及腰椎管狭窄等；干性坐骨神经痛可由骶髂关节炎、盆腔内肿瘤、妊娠子宫压迫、髋关节炎、臀部外伤和糖尿病等所致。

诊断标准

1. 临床表现

(1) 起病年龄 常见于成年人，男性青壮年多见。

(2) 起病形式 起病缓急常随病因不同而异。

(3) 症状

①沿坐骨神经径路的放射性疼痛，多为单侧性，呈持续性钝痛或烧灼样痛，可阵发性加剧，夜间常加重。

②行走、活动或牵拉可诱发或加重疼痛，故患者常习惯于某些减痛姿势，例如：睡时卧向健侧，患肢微屈，坐时健侧臀部先着力，站立时着力于健侧。

③咳嗽、喷嚏、屏气用力可使根性坐骨神经痛者疼痛加重，而干性坐骨神经痛者并无明显影响。

④坐骨神经分布区域麻木或感觉异常。

(4) 体征

①根性坐骨神经痛者压痛点在下部腰椎 L_4 、 L_5 患侧棘突旁和臀点，压迫时诱发疼痛并向下肢放射，但沿坐骨神经通路的压痛较轻。

②干性坐骨神经痛者压痛点在臀部以下，以臀点、股后点、腘点和腓点为著。

③神经牵拉征可见 Kernig 征阳性（患者仰卧，先屈髋及膝成直角，再将小腿上抬。由于屈肌痉挛，因而伸膝受限而小于 130° 并有疼痛及阻力），Lasegue 征阳性（患者仰卧，下肢伸直、患肢上抬不到 70° 而引起腿部疼痛）。

④患肢小腿外侧和足背外侧常有感觉减退。臀肌松弛，伸跖及屈跖肌力减弱。跟