

现代中西医诊疗丛书

中 西 医 临 床
神 经 病 学

主编 王玉荣

中国中医药出版社

现代中西医诊疗丛书

中西医临床神经病学

主 编 王玉来
副主编 高 颖
编 委 (按姓氏笔画为序)
马云枝 尹颖辉 刘文娜
刘志宏 刘金民 邹忆怀
张文生 张 丽 赵百孝
郭蓉娟
策 划 张年顺 张明理

中国中医药出版社

· 北 京 ·

《现代中西医诊疗丛书》编委会

学术顾问 (按姓氏笔划为序)

王永炎 李振吉 陈士奎 吴咸中 沈自尹
尚炽昌 施 杞 唐由之 翁维良

总 编: 张文康

总 审: 陈可冀

主 编: 胡国臣 张年顺

执行主编: 张明理

副 主 编: 韦绪性 李佩文 洪家铁 彭 勃 韦绪怀
石效平 鹿道温

编 委 (按姓氏笔划为序)

王友和 王玉来 王自敏 韦绪怀 韦绪性
石学敏 石效平 田秀英 仝选甫 吕宏生
刘玉宁 刘 锋 杜 建 李巧凤 李国栋
李佩文 张明理 张年顺 杨毓华 吴运泉
欧阳恒 武维屏 周庚生 郝瑞福 胡国臣
洪家铁 倪世美 崔乃杰 鹿道温 彭 勃
焦增绵

前 言

随着社会的发展和科学技术的进步，我国医疗卫生事业取得了巨大成就。“西医、中医、中西医结合”医学为保障广大人民的身体健康做出了很大的贡献。无论是在基础研究，还是在临床诊疗方面，三者都有了很大的发展。尤其是中西医结合工作的大力发展，使其基本形成了一门较为独立的中西医结合学。中西医结合最大的优势是反映在临床诊疗方面。在临床工作中，应用中医和西医两套理论和诊疗方法，相辅相成，互为补充，取得了很好的临床疗效，并积累了大量宝贵的经验。在医疗实践中，西医努力学习和掌握系统的中医知识，中医学习和掌握系统的西医知识，对临床疗效的提高非常重要，现已成为广大医务人员的共识。但目前国内还未有一套系统的大型中西医诊疗丛书出版，广大中、西医临床医师及实习医师查阅及学习颇感不便。所以，系统总结我国当代西医、中医、中西医结合三方面诊疗经验，荟萃临床专家的诊治精华，努力反映临床各科中西医诊疗水平已成为迫在眉睫之事了。

鉴于以上原因及强烈的责任感，我们组织了我国数百位临床各科的西医、中医、中西医结合著名专家共同编写了1800余万字，20部的《现代中西医诊疗丛书》这套巨著。该书适合广大西医、中医、中西医结合专业人员参考使用，是广大基层医师的临床必读书，也是广大中、西医院校实习医师临床学习的重要参考用书。

本套丛书体例新颖，特色鲜明，突出临床，突出诊治，突出中西医并举及在临床治疗上的互参并用。从实际出发，客观介绍每一疾病的各种诊疗方法，围绕临床诊治，详略得当，重点突出。全书内容丰富，资料翔实，体现了科学性、实用性、系统性，反映了当代中西医诊疗水平。每一种书一般分总论和各论两部分，总论主要介绍本学科临床基本知识和技术，并对本学科临床诊疗中具有一般性的问题设专题进行介绍。各论主要介绍疾病的诊疗。以西医病名为纲，中西医内容分述。对每一疾病，均从西医、中医、中西医结合三方面论述其诊治。西医内容包括：〔概述〕、〔诊断要点〕、〔诊断标准〕、〔鉴别诊断〕、〔诊断提示〕〔治疗方法〕、〔治疗提示〕。中医内容包括：〔辨证纲目〕、〔辨证选方〕、〔专方验方〕、〔其它疗法〕、〔中成药〕、〔名医经验〕。中西医结合内容包括：〔治疗思路与方案〕、〔诊疗经验集要〕。

西医部分的〔诊断提示〕和〔治疗提示〕是本书重要特色之一。这部分内容重点对该病在发生、发展，以及诊治过程中有关诊断、治疗的重点、难点等诸多相关问题进行临床提示，集中反映了临床专家的诊治精华和实践经验。〔诊断标准〕重点介绍了本病目前最新统一的西医诊断标准，有重要的参考价值。

中医部分内容丰富，实用性强。既有辨证论治，又有专方验方的应用，及其他临床行之有效的方药、方法。中西医结合部分重点介绍疾病在治疗上的中西医方法协同作用，有机结合应用，既体现了当代中西医结合诊治的成果，又具有很好的学术及实用价值。

本套丛书共计 20 种，包括《中西医临床肿瘤学》、《中西医临床疼痛学》、《中西医临床骨伤科学》、《中西医临床皮肤病学》、《中西医临床儿科学》、《中西医临床妇科学》、《中西医临床外科学》、《中西医临床肛肠病学》、《中西医临床呼吸病学》、《中西医临床消化病学》、《中西医临床心血管病学》、《中西医临床肾病学》、《中西医临床血液病学》、《中西医临床神经病学》、《中西医临床急症学》、《中西医临床老年病学》、《中西医临床眼科学》、《中西医临床耳鼻喉科学》、《中西医临床精神病学》、《中西医临床性病学》。

本套丛书的编写工程浩大，各书主编及编写人员表现出了极大的责任心，付出了巨大的努力。同时又得到了许多学术界知名专家的指导及国家中医药管理局有关领导的关怀和支持，谨此致谢。

鉴于本套丛书涉及面较广，临床疾病诊疗又极具复杂性，又受编审时间和编者水平的限制，故书中不妥和疏漏之处在所难免，尚请广大读者批评指正，以便今后再版时修订和更新，使本套丛书成为广大医务人员的良师益友。

《现代中西医诊疗丛书》编委会

一九九六年三月二十八日

目 录

第一章 神经系统病史采集与检查方法	1
第一节 神经系统病史采集	1
第二节 神经系统检查法	5
第三节 常用辅助检查	42
第二章 神经系统疾病的诊断方法与中医常用治法	51
第一节 神经系统疾病的诊断思路	51
第二节 神经系统疾病定位诊断	54
第三节 神经系统疾病定性诊断	70
第四节 常用中医治法及方药	77
第三章 脑部疾病	83
第一节 急性脑血管病	83
第二节 癫痫	93
第三节 颅内肿瘤	102
第四节 脑脓肿	110
第五节 脑积水	115
第六节 良性颅内压增高	120
第七节 脑寄生虫病	125
第八节 化脓性脑膜炎	130
第九节 病毒性脑膜炎	139
第十节 病毒性脑炎	143
第四章 头痛	154
第一节 偏头痛	154
第二节 丛集性头痛	159
第三节 紧张性头痛	162
第五章 锥体外系疾病	168
第一节 震颤麻痹	168
第二节 小舞蹈病	176
第三节 扭转痉挛 痉挛性斜颈 手足徐动症	181
第四节 肝豆状核变性	186
第五节 遗传性共济失调	191
第六章 脊髓疾病	200
第一节 脊髓炎	200
第二节 脊髓空洞症与延髓空洞症	205
第三节 脊髓压迫症	210
第四节 脊髓血管病	217
第五节 运动神经元病	220
第六节 多发性硬化症	226

第七节 亚急性联合变性	232
第七章 周围神经疾病	237
第一节 面神经炎	237
第二节 三叉神经痛	242
第三节 美尼尔氏病	248
第四节 舌咽神经痛	254
第五节 延髓麻痹	259
第六节 急性感染性多发性神经炎	264
第七节 臂丛神经痛	272
第八节 坐骨神经痛	278
第八章 肌肉疾病	285
第一节 进行性肌营养不良症	285
第二节 重症肌无力	291
第三节 周期性麻痹	298
第四节 强直性肌病	302
第九章 植物神经系统疾病	306
第一节 原发性直立性低血压	306
第二节 红斑性肢痛症	311
第三节 雷诺病	315
第十章 神经系统病变图解	321

第一章 神经系统病史采集与检查方法

第一节 神经系统病史采集

在神经系统疾病的临床诊断中，病史的采集占有极为重要的地位。完整而准确的病史资料，是诊断最重要的依据。从病史中往往可以得出关于神经系统病变部位和病变性质的初步诊断。某些典型的疾病，如原发性癫痫、偏头痛、周期性麻痹等，在其发病的间歇期内常常查不到阳性体征，但根据典型的病史，亦可以做出诊断。甚至有些疾病的性质只能从病史中阐明，乃至比客观检查具有更重要的意义。神经系统疾病的病史采集方法，基本上与内科疾病的病史采集方法相同，也包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人生活史、月经史、婚姻及生育史、家族史等内容，下面侧重介绍神经系统疾病病史采集的特点。

一、一般项目

在一般项目的询问中，除了弄清性别、年龄、职业等情况外，还要了解是左利手、右利手、双利手，还是先左后矫正为右利手。

二、主 诉

弄清患者最突出的症状、性质及其存在的时间。

三、现 病 史

现病史是整个病史采集中最重要的部分，也是患者现患疾病的详细经过。其中包括主诉和每个症状发生的时间、方式和性质，有无明显的致病因素或诱发因素，症状的进行或发展情况，治疗的经过、效果，以及病程中有无缓解和复发等。

（一）发病方式与病程经过

1. 发病方式：按发病的急缓程度，可分为以下几种情况：

（1）突然发病：患者能够正确地回答出发病的日期和时间，多见于脑血管病，如脑出血、蛛网膜下腔出血、脑栓塞、脑血栓形成、短暂性脑缺血发作等。外伤性疾病，也可以突然发病，乃至直接出现昏迷。但也有一些外伤性疾病在外伤后一段时间才表现出临床症状、体征来，如硬脑膜下血肿。

（2）急性起病：患者能够正确地回答出发病的日期，多见于急性炎症，如小儿麻痹、乙型脑炎等。

（3）慢性起病：病人不能回忆起准确的发病日期，多见于变性疾病和肿瘤及先天发育不全，如运动神经元病、脑肿瘤等。

（4）发作性或周期性起病：其发病较快，但症状和体征都不会持续存在的太久，如周期

性麻痹、短暂性脑缺血发作等。

2. 病程经过：按病程的经过，可分为以下几种情况：

(1) 发病急骤，以后有好转，但多不能完全治愈，有时也可能完全治愈。此种病程经过可见于脑血管疾病如脑血栓形成、脑栓塞、脑出血。而痊愈者，如短暂性脑缺血发作。

(2) 起病较急，经数天或1~2周病情达到最高峰，以后逐渐恢复，甚至可以痊愈，亦可以不完全恢复。此种病程经过可见于急性炎症性疾病，如乙型脑炎、森林脑炎。

(3) 起病缓慢，而病情进行性加重，病程无缓解现象。此种病程经过可见于肿瘤和进行性变性疾病。

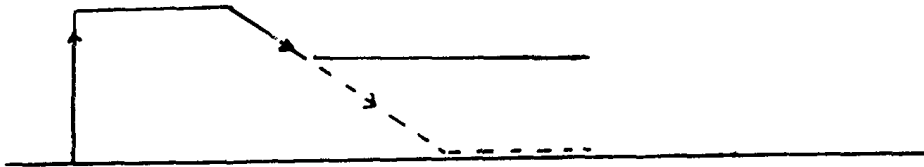
(4) 起病缓慢，而病情呈阶梯式加重。此种病程经过可见于脑动脉硬化症。

(5) 起病可急可缓，其病程起伏进展，多有缓解复发。此种病程经过可见于多发性硬化、视神经脊髓炎等。

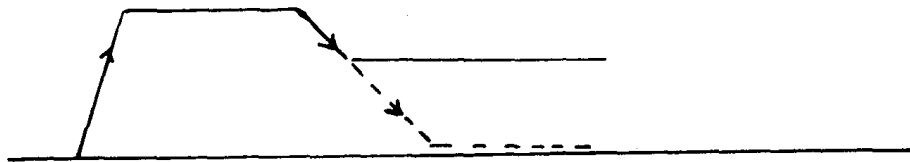
(6) 起病快，病程短，恢复快，虽然在发作间歇期几乎无异常症状和体征，但病情反复发作。此种病程经过可见于癫痫、典型偏头痛。

现将神经系统疾病的起病形式与病程经过的常见类型，图示如下：

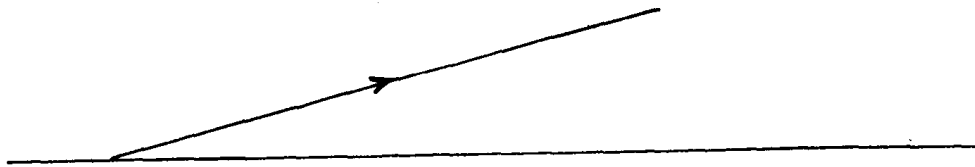
(1) 突然起病，尔后好转，多不能治愈，少有痊愈者



(2) 急性起病，尔后好转，乃至痊愈，亦可不完全恢复



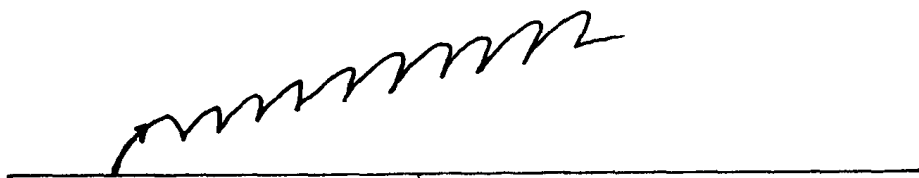
(3) 起病缓慢，进行性加重



(4) 起病缓慢，阶梯式加重



(5) 起病可急可缓，起伏进展，缓解复发



(6) 起病快，恢复快，反复发作



(二) 症状的性质、部位、范围、特点和程度

对于神经系统症状，一般应弄清其性质、部位、范围、特点和程度。例如感觉障碍，要询问清楚其性质是感觉过敏，还是感觉减退？是全部深浅感觉障碍，还是分离性感觉障碍？抑或是皮层感觉障碍？而面瘫应了解其范围是限于一侧颜面自眼裂以下的表情肌麻痹，还是一侧颜面的全部表情肌麻痹，从而区分是中枢性面瘫，还是周围性面瘫。对于瘫痪，应该了解其特点是痉挛性瘫痪，还是弛缓性瘫痪，是全瘫，还是轻瘫？而头痛则应该了解疼痛的程度是可以忍耐的钝痛，还是难以忍受的剧痛？其疼痛的部位是局部性的，还是一侧性的，抑或是全头性的？其性质是胀痛、钻痛、箍紧痛、裂痛、搏动痛？

(三) 症状加重或减轻的因素

了解症状加重或减轻的因素，对于神经系统疾病的诊断也有重要的帮助。例如对于坐骨神经痛而言，直立弯腰可使其疼痛症状加重，屈膝屈髋可使其疼痛症状减轻。按压颞部常可使血管性及紧张性头痛减轻，而咳嗽喷嚏可使血管性或高颅压性头痛加重。

(四) 症状发生的顺序

对于症状发生的先后次序，必须按照其时间顺序记录下来。了解症状与症状之间的时间关系，不仅对于神经系统的定位诊断极有价值，而且对于分析病变的性质和原因也有意义。而最早出现的症状，是最具有定位意义的，它常常提示病变的原发部位。例如一侧面部肌肉首先开始抽动，继而同侧的手、臂、肩及下肢出现抽动，而神志清楚，表现为序列性局限性运动性癫痫，提示对侧大脑半球中央前回下部有刺激性病灶。而一侧面部肌肉首先开始抽动，是定位性症状，其在大脑皮层的支配区域正是对侧的中央前回下部。再如脊髓压迫症，如果首先出现一侧肢体的根性疼痛，继而出现脊髓半切综合征，最后出现脊髓横贯性损伤，提示是脊髓外病变而引起的脊髓压迫症；如果一开始便出现分离性感觉障碍，继而出现脊髓半切综合征，最后引起根性疼痛和椎管梗阻者，则提示是脊髓内的占位性病变而导致的脊髓压迫症。

(五) 伴发症状

了解伴发症状常能对神经系统的诊断提供帮助。如头痛，若伴恶心呕吐，常为高颅压症、脑肿瘤的症状；若伴失眠多梦，记忆力减退，则可能属于神经衰弱；若伴脑膜刺激征，往往是脑膜炎、蛛网膜下腔出血等病。

(六) 治疗经过

患者以往就诊情况，检查结果，诊断结果、治疗方法、治疗效果，往往能够提供具有价值的资料。不但可以从以往就诊情况和检查结果中了解患者的病情演变和发展，而且可以对以往的诊断结论和治疗方法进行验证，得到对本次诊断有益的帮助。有些疾病的诊断，需要一个历史的过程。了解患者以往治疗的经过，更便于对这类需要时间观察验证的神经系统疾病做出正确的诊断。

四、既往史

既往史对寻找神经系统疾病的原因和鉴别诊断均有重要意义。曾经患过的疾病，可能与

现病有重要关系。特别应注意询问与神经系统疾病有关的既往史，如脑炎、脑膜炎、结核、风湿病、囊虫病、外伤、癌症、癫痫、偏头痛、精神病等；很多传染性疾患可以引起神经系统并发症，如麻疹、水痘、天花、腮腺炎和猩红热，可继发急性播散性脑脊髓炎；钩端螺旋体病可引起脑动脉炎；心脏瓣膜病、房颤等可继发脑栓塞，而高血压病可导致脑出血；动脉硬化症可引起脑血栓形成；糖尿病患者亦可出现多发性末梢神经炎和脑血管病。因此，详细地了解既往病史，经过分析，对现病的诊断能有较多帮助。

五、个人生活史

询问患者的出生地、居住地及时间，学习与工作单位、性质与年限，特殊嗜好及程度，卫生习惯及工作环境，也能为神经系统疾病的诊断提供有益的帮助。如急慢性职业病、中毒、放射病，都与患者的工作环境、劳保条件有关。不良的卫生习惯、饮食习惯，亦常引起一些寄生虫病，如猪囊虫可致脑囊虫病，肺吸虫可致脑型肺吸虫病等。

六、月经史

月经史对神经系统某些疾病的诊断也有帮助，如某些月经紊乱可能是由丘脑下部病变及垂体病变所致，而月经期及经期前后，常可致头痛及癫痫发作，绝经期常可引起更年期障碍等。

七、家族史

神经系统疾病中有一些属于遗传性家族性病变，如遗传性共济失调、慢性进行性舞蹈病、进行性肌营养不良症等，这些疾病往往具有明显的家族史。还应询问直系亲属中有无近亲婚配情况。了解患者的家族史，对于神经系统遗传性和家族性病变的诊断有很大帮助。

八、神经系统常见症状的病史

现将神经系统常见症状的病史询问要点介绍如下：

1. 头痛：①了解引起头痛的可能原因及诱发因素；②头痛发生的方式：突然发生、缓慢发生；③头痛发作时间：白天、晚间、晨起、午后；④头痛的部位：局部、一侧、全头；⑤头痛的性质：胀痛、跳痛、撕裂痛、箍紧痛、钻痛、割痛、隐痛；⑥头痛规律：发作性、持续性及持续时间；⑦头痛的程度：轻微头痛、明显头痛、剧烈头痛；⑧伴发症状：恶心、呕吐、视力减退、眩晕、闪光、畏光、复视、瘫痪、昏迷等；⑨加剧和减轻的因素：咳嗽、喷嚏、用力、俯首等。

2. 疼痛：了解疼痛的部位、范围、发作时间、频数、性质、引起发作或加剧的原因，对各种治疗的反应与效果等。

3. 感觉异常：①首先弄清感觉异常的性质：感觉减退、消失、过敏、热感、冷感、触电感、针刺感、麻木感、蚁走感、痒感、沉重感、箍紧感；②了解感觉异常的分布、传播、发展过程。

4. 瘫痪：①了解瘫痪的部位，如单瘫、偏瘫、截瘫、交叉瘫、四肢瘫；②性质：痉挛性或弛缓性；③起病缓急；④发病原因；⑤肌张力改变；⑥肌肉萎缩情况；⑦伴发症状：如麻木、疼痛、失语、排尿障碍、不自主运动等。

5. 惊厥：①了解起病年龄；②发作情况：全身性、局限性；③诱发因素：睡眠、饮食、情绪、疲劳、经期、精神刺激、停药或用药减量；④伴发症状：发绀、尖叫、舌唇咬破、口吐白沫、大小便失禁、跌倒受伤；⑤既往病史：头颅外伤、产伤、脑炎、脑膜炎、寄生虫病；⑥发作前有无先兆；⑦发作时间、持续时间、发作频数；⑧发作时意识状况；⑨有无类似家族史。

6. 眩晕：①了解发病的原因及加重的因素；②发病的时间及持续的时间；③是真性眩晕还是假性眩晕；④与头位与体位有无关系；⑤伴发症状：耳鸣、耳聋、恶心、呕吐、眼震、言语不清、口周麻木、面色苍白、冷汗、心悸、平衡不稳、二便失禁、意识障碍等。

7. 睡眠障碍：询问有无嗜睡、不眠、多眠、难以抵御的睡眠、睡不实、不易入睡、睡后易醒、醒后不能解乏及每日睡眠时数等，有无妨碍睡眠的疼痛、强迫观念、焦虑症等。

第二节 神经系统检查法

神经系统检查是一项细致而复杂的工作。完整的神经科临床检查，应包括一般体格检查和精神检查。一般体格检查可参阅诊断学和内科学基础，精神检查可参阅精神病学。本节重点叙述神经系统常用检查法，尤其是颅神经、感觉系、运动系、反射系统的检查方法和临床意义。神经系统检查既要全面，又要根据病史，把握要点。对于危重急诊病人，应根据病情进行最必要的检查，以便立即抢救，待病情稍稳定后，再进行有关方面的补充检查。为了减少病人翻动，神经系统检查应与全身一般体检同时进行，并依次自头部开始，其后为颈、上肢、胸、腹、下肢及背部，最后观察其站立姿势和步态。而神经系统检查结果的记录，应按高级神经活动、头颅、脊柱、颅神经、感觉系、运动系、反射系统等项目依次进行。

一、高级神经活动

(一) 意识

1. 嗜睡：是一种持续的、延长的睡眠状态，较强刺激可唤醒，醒后可保留短时间的觉醒状态，有一定的语言和运动反应，停止刺激即又入睡，各种反射正常。

2. 昏睡：是一种比嗜睡更深，但又比昏迷稍浅的意识障碍状态。须大声呼唤或施以疼痛刺激方能唤醒，其醒觉反应不完全，意识仍模糊，反应迟钝，并且很快又进入昏睡状态。昏睡时各种随意运动消失，但反射无明显改变。

3. 昏迷：病人的意识完全丧失，不能被一般刺激，甚至疼痛刺激所唤醒，随意运动丧失。

(1) 轻度昏迷：痛觉反应减退，吞咽反射、角膜反射、对光反射、腱反射尚存在；

(2) 中度昏迷：痛觉反应消失，上述反射均减弱，但呼吸调节、循环调节、温度调节尚可；

(3) 深度昏迷：痛觉反应消失，上述反射消失，瞳孔散大，呼吸、循环、温度调节出现障碍。

所谓醒状昏迷是病人虽能注视周围环境及人物，但不能言语和活动，二便失禁，尚能吞咽，虽强烈刺激也不能改变其意识状态。属于丘脑或脑干上行性网状激活系统有病损。

所谓去大脑皮质综合征是病人虽能睁眼、闭眼或转动眼球，但属于无意识活动，其眼球不能随光线或物品而转动，对外界刺激无反应。属于双侧大脑皮质广泛损害，而皮质下功能

尚保存。

(二) 智能

1. 记忆力：记忆障碍常有一定的程序和规律，遗忘过程往往从近记忆扩展到远记忆，并且还有一定的选择性，如名字、数字和联系较少的事物容易忘记。

- (1) 瞬间回忆：如数字保存或电话号码的记忆等。
- (2) 近事记忆：3分钟以内五件物品的回忆，最近事件的回忆。
- (3) 远事记忆：个人经历、历史事件等。
- (4) 顺行性遗忘：病人对疾病发生后一段时间的经历不能回忆。
- (5) 逆行性遗忘：患者对疾病发生前一段时间的经历不能回忆。

2. 定向力：检查病人对时间、地点和人物的判定是否正确。

3. 计算力：如了解病人100连续减7是否正确进行。

4. 理解与判断力：如对成语的理解是否正确，对事物的综合判断是否合乎逻辑。

(三) 情感

主要了解病人的情感有无高涨、欣快、淡漠、沉默及情绪不稳。

(四) 言语

1. 失语：在主侧大脑半球的言语中枢发生病变时则出现失语症。

(1) 运动性失语：虽然病人没有咽、喉和舌肌的瘫痪，但不能言语，或只能讲个别简单的单词，而对别人的言语可以理解，但要重复其语言却有困难，对书写的文字能理解，但难以读出来或有差错。其病变位于额下回后部靠近面、舌、喉诸肌的运动皮质部位的运动性语言中枢。

(2) 感觉性失语：患者发音正常，但不能理解别人和自己的言语，摹仿别人讲话的能力亦减退。其病变位于颞上回后部的感觉性语言中枢。

(3) 失写：病人虽无手部肌肉瘫痪，但不能书写，而抄写能力尚保存，常合并运动性失语或感觉性失语。其病变位于额中回后部的书写皮质区。

(4) 失读：病人无失明，但不认识文字及图画，常与失写同时存在。其病变位于角回附近的阅读皮质区。

(5) 命名性失语：病人虽然能表述如何使用物品及物品的用途，但却不能称呼物品名称，而当别人讲出该物品的名称时，病人可以辨别对方讲得是否正确。病人对人名亦不能称呼。其病变位于颞叶后部的言语形成区。

(6) 失用：即运用不能。病人的肢体无瘫痪，无感觉障碍，无共济失调，却不能完成有目的动作。对日常物品的正确使用，职业性工作均发生障碍。主侧大脑半球广泛的病变如顶叶缘上回、胼胝体及额叶病变较易产生失用症。

2. 构音困难：是一种构音失调，由于支配言语肌的神经元损害所致。它不是对词的正确组成及运用障碍。严重的构音障碍以致不能发音时，称为构音不能。

(1) 上运动神经元损害：单侧的锥体束损害，仅出现短暂的、轻度的构音障碍或不出现构音障碍；两侧的上运动神经元受损，始有明显的构音障碍，临床表现为构音肌软弱、痉挛，舌头较正常小而硬，言语含糊不清，尤其是唇音和齿音受到严重影响。常伴有下颌反射增强、吞咽困难、强迫性哭笑等。可见于脑血管病、头部外伤等疾患。

(2) 基底节损害：特别是苍白球系的损害，肌张力增高而影响随意运动或出现不随意运

动,均可影响发音的清晰或流畅。临床上表现为构音慢而含糊,声调低沉,音韵紊乱,音节急促不清。可见于震颤麻痹、舞蹈病、手足徐动症、肝豆状核变性等疾患。

(3) 小脑损害:由于发音肌的共济失调而致构音障碍,临床上表现为言语音调不一,音节断续停顿不当,呈吟诗状言语;或发音生硬,呈暴发性言语。可见于遗传性共济失调,多发性硬化等疾患。

(4) 下运动神经元损害:各种引起吞咽、迷走、舌下神经周围性或核性麻痹的疾病,造成构音肌肉萎缩无力,均可导致发音无力、不清、或带鼻音,声音嘶哑。可见于进行性延髓麻痹、延髓肿瘤、延髓空洞症等疾患。

(5) 言语肌损害:患有肌肉疾病而出现类似下运动神经元损害所造成的构音障碍。可见于重症肌无力、进行性肌营养不良、皮肤炎等疾患。

二、头面部、颈部及脊柱

1. 头面部:注意其形状、大小,有无伤痕、肿块,有无静脉充盈,有无颅骨缺损、局部压痛,有无血管杂音,有无头颅畸形。

2. 颈部:注意有无颈项强痛、颈椎压痛,转动是否受限,颈动脉搏动是否对称,有无血管杂音,有无脑膜刺激征等。

3. 脊柱:注意有无脊柱畸形、触痛、叩击痛等。

三、颅神经

颅神经共有12对,按其出脑的首尾排列顺序,分别命名为:Ⅰ嗅神经,Ⅱ视神经,Ⅲ动眼神经,Ⅳ滑车神经,Ⅴ三叉神经,Ⅵ外展神经,Ⅶ面神经,Ⅷ听神经,Ⅸ舌咽神经,Ⅹ迷走神经,Ⅺ副神经,Ⅻ舌下神经。

(一) 嗅神经

1. 应用解剖:嗅细胞位于鼻腔嗅粘膜内,其周围突起游离于嗅粘膜表面的薄层浆液中,其中枢突起先在嗅粘膜内汇集成丛,再合成嗅丝即嗅神经,离开嗅粘膜,向上穿过颅前凹底的筛板进入颅腔,并穿过硬脑膜、蛛网膜及软脑膜,终于端脑的嗅球。再由嗅球发出嗅束至嗅三角,分为内侧嗅纹和外侧嗅纹。内侧嗅纹进入颞叶内侧面皮质,外侧嗅纹进入颞叶的钩回。

2. 检查方法:应先检查鼻腔是否通畅,排除鼻腔本身的病变。检查时嘱病人闭目,用手压住患者一侧鼻孔,将盛装有易挥发气味溶液的小瓶,置于未压侧鼻孔下,让病人说出所嗅到的气味。所用的挥发性溶液,如松节油、柠檬水、玫瑰水等。也可以用香皂、牙膏、茶叶、樟脑等测试。一侧测试完后,再测试另一侧。

如果需要仔细测定或两侧对比时,可用嗅觉测定器,以测定发生嗅觉的最低气体量。

3. 临床意义:主要有以下四种情况。

(1) 嗅觉减退:一侧损害有意义,见于颅底骨折、颅底脑膜炎、额叶底部肿瘤等。

(2) 嗅觉过敏:多见于癔病、精神病等。

(3) 嗅幻觉:见于精神分裂症、癔病、钩回发作等。

(4) 嗅觉倒错:见于精神病、颅脑损伤。

(二) 视神经

1. 应用解剖:视觉通路起于双眼的视网膜,其外层的视锥细胞和视杆细胞经中层的双极

细胞传导至内层的节细胞，节细胞的轴突向视乳头汇集成视神经，尔后再经视交叉、视束、外侧膝状体、视放射，到达视觉中枢。

(1) 视神经：是从视乳头起始到视交叉为止的一段。视网膜鼻侧的神经纤维在视神经的内侧部分，而视网膜颞侧的神经纤维在视神经的外侧部分。

(2) 视交叉：由两侧视神经向后移行至蝶鞍上方的脑基底池处合并而成。来自两眼鼻侧视网膜的视神经纤维互相交叉至对侧视束，而来自两眼颞侧视网膜的视神经纤维不交叉而至同侧视束。

(3) 视束：是自视交叉向后延伸至外侧膝状体为止的一段。每一侧视束接受同侧眼颞侧视网膜的视神经纤维和对侧眼鼻侧视网膜的视神经纤维，至丘脑后外侧时，分为内、外两根。较大的外侧根大部分为视觉纤维，进入外侧膝状体，小部分含瞳孔反射的向心纤维，止于顶盖前区（对光反射中枢）及中脑四叠体上丘。

(4) 外侧膝状体：为第三级神经元，位于大脑脚的外侧及丘脑枕下外方，由此发出的纤维组成视放射。

(5) 视放射：起自外侧膝状体，向后通过内囊后肢再向后至枕叶皮质。视放射分为两部分：视放射腹侧束先向前外侧进入颞叶，然后再转向后方，在侧脑室的外矢状层中进行，最后到达枕叶皮质；视放射背侧束直接在顶叶髓质中向后行进到枕叶皮质。视放射腹侧束接受同侧眼颞侧及对侧眼鼻侧下 1/2 视网膜的视神经纤维，视放射背侧束接受同侧眼颞侧及对侧眼鼻侧上 1/2 视网膜的视神经纤维。

(6) 视中枢：位于两侧大脑枕叶内侧面的纹状区，即距状裂的上、下唇。视网膜的上半部投影在上唇，下半部投影在下唇，每一侧的纹状区与两眼同侧一半的视网膜相联系。

2. 检查方法：视神经检查包括视力、视野和眼底三个方面。

(1) 视力检查：包括远方视力、近方视力、几米指数、眼前手动、光觉等项检查。一般可先询问自觉视力如何，然后可在一定距离内看文字、物品等，以粗略了解其视力。精细的检查需用远、近视力表检查。近视力表检查比较方便，分别测定每眼的视力，小于 1.0 即为视力减退。视力减退到 0.1 以下时，可嘱患者在一定距离内辨认检查者的手指，包括指数和手动，并记录其距离。视力严重减退时，可用手电筒光检查。最严重的视力障碍，连光感也消失，即失明。

(2) 视野检查：视野是患者正视前方，眼球不动时能看到的范围。手试法较为简便，临床较多采用，但较粗糙，只能发现大的缺损。患者与检查者对面而坐，相距约 1 米，双方各遮一眼，检查者以手指在两人中间分别从上、下、内、外的周围向中央移动，嘱患者一见手指即说出。一眼测试完后，再测试另一眼。检查者根据自己的正常视野与患者比较，可粗略测患者视野有无缺损。精确的视野测定用视野计检查。

(3) 眼底检查：一般要求在不扩瞳的情况下进行，以免影响瞳孔变化的观察。正常眼底的视乳头为卵圆形或圆形，边缘清楚，色淡红，颞侧较鼻侧稍淡，中央凹陷色较淡。动脉色鲜红，静脉色暗红，其管径正常比例为 2:3。检查时应注意有无视神经乳头水肿，视神经萎缩、视网膜及血管病变等。

3. 临床意义：视神经障碍主要表现为视力、视野和眼底异常。

(1) 视力视野的病损：主要有以下几种临床类型。

A. 全盲：为视神经的损害，可见于球后视神经炎、视神经萎缩、肿瘤压迫、外伤等病。

B. 双颞侧偏盲：为视交叉中间部损害，可见于垂体瘤、视交叉部蛛网膜炎、外伤等病。

C. 单鼻侧偏盲或双鼻侧偏盲：为同侧视交叉外侧部损害或双侧视交叉外侧损害，可见于颈内动脉瘤、脑动脉硬化等病。

D. 同向偏盲：即通常所称之偏盲，为对侧视束或外侧膝状体或视放射损害，可见于肿瘤、外伤、血管病。

E. 上象限偏盲：为对侧视放射腹侧束损害，可见于颞叶肿瘤、脑外伤、脑血管病。

F. 下象限偏盲：为对侧视放射背侧束损害，可见于顶叶肿瘤、脑外伤、脑血管病。

G. 同向偏盲而中心视力保存：为对侧枕叶视觉中枢损害，可见于肿瘤、外伤、脑血管病。

(2) 眼底病损：眼底改变及其临床意义主要有以下几种。

A. 视神经乳头水肿：主要表现为视乳头充血，颜色变红，视乳头边缘模糊，生理凹陷消失，视乳头隆起，静脉充盈，搏动消失，甚至出血。视乳头水肿是颅内压增高的表现，常见于颅内占位性病变，尤其是后颅窝肿瘤、脑外伤、脑血管病、颅内炎症、颅内寄生虫病等。也可见于肾炎、高血压、糖尿病、副鼻窦炎等。

B. 视神经萎缩：主要表现为视乳头苍白，视力障碍，视野向心性缩小与辨色力障碍。

a. 原发性视神经萎缩：视乳头边缘清晰，整齐，筛板可见，常见于视神经脊髓炎、多发性硬化症、球后视神经炎、眶后肿瘤直接压迫等；

b. 继发性视神经萎缩：视乳头边缘模糊不清，筛板看不见，常见于视神经炎或视乳头水肿之后。

C. 眼底动脉硬化：主要表现为眼底动脉管径不均匀、狭窄，行走弯曲，管壁反射增强，甚至出现铜丝状和银丝状。眼底静脉管径扩张和行走迂曲，黄斑部小静脉螺旋状迂曲，有时可见血栓性出血。在动脉和静脉处，出现动静脉交叉征。此为高血压动脉硬化的眼底改变。

(三) 动眼神经、滑车神经和外展神经

1. 应用解剖：动眼、滑车、外展神经为共同管理眼球运动的神经，其临床应用解剖要点如下。

(1) 动眼神经核位于中脑被盖上丘水平，由其发出的神经纤维经大脑脚内侧之动眼神经沟，向前行过蝶鞍外侧，再至海绵窦侧壁，经眶上裂，进入眶内，分布至提上睑肌、上直肌、内直肌、下斜肌、下直肌。动眼神经核还发出纤维至两侧内直肌，管理两眼的辐凑运动。动眼神经缩瞳核还发出副交感纤维至瞳孔括约肌和睫状肌，司瞳孔缩小和司调节机能。

(2) 滑车神经核位于中脑下丘水平，由其发出的神经纤维经前髓帆，尔后绕大脑脚外侧，穿过海绵窦外侧壁，经眶上裂，进入眶内，分布于上斜肌。

(3) 外展神经核位于脑桥第四脑室底之面丘水平，其神经纤维在桥脑腹侧的桥延沟发出，在颅底经较长路径向前及外侧前进，至骨岩尖上缘，穿过海绵窦，经眶上裂，进入眶内，分布于外直肌。

2. 检查方法：此三对颅神经合称眼球运动神经，可以同时检查。

(1) 外观：观察眼裂大小，两侧是否对称，有无上睑下垂，眼球有无凸出、下陷、斜视、同向偏斜。

(2) 眼球运动：嘱患者头不动，先向各方位转动，然后注视检查者的手指，并随手指向左、右、上、下等方向移动，观察有无运动受限及受限的方向和程度，注意有无眼球震颤。

(3) 瞳孔：主要观察瞳孔的形状，检查其对光反射和调节辐凑反射。

A. 观察：嘱患者向前平视，首先观察双侧瞳孔的形状和大小，是否圆形和两侧相等。

B. 瞳孔对光反射：自然光线检查是在光亮情况下，嘱病人注视光亮处，检查者以手掌遮盖病人所睁开的眼睛，此时瞳孔散大，如迅速将手移开，可见瞳孔缩小；人工光线检查是在光线不足环境下，将手电筒光从侧面照射眼睛，可见瞳孔收缩，除去手电筒光后，瞳孔又见扩大。当一眼受到光线刺激时，该眼瞳孔收缩，称之为直接光反射；当一眼受到光线刺激时，另一眼的瞳孔也收缩，称之为间接光反射。

C. 调节辐凑反射：嘱患者突然注视一近物时，出现两眼瞳孔缩小及两眼内聚。

3. 临床意义：动眼、滑车、外展神经障碍的临床表现较为复杂，就其最为多见的一些临床表现，列举如下：

(1) 上睑下垂：系由于提上睑肌麻痹所致，为动眼神经麻痹征候之一。

(2) 复视：患眼所见之虚象位置移向麻痹肌本来的运动方向。见于颅底脑膜炎、蛛网膜炎、外伤、脑底和颅底肿瘤及动脉瘤等。

(3) 斜视：患眼倾斜方向与麻痹肌原先运动方向相反。见于脑底脑膜炎、脑底蛛网膜炎、外伤、脑底和颅底肿瘤及动脉瘤。

(4) 阿-罗氏瞳孔 (Argyll-Robertson 氏瞳孔)：对光反射消失，而会聚调节存在。瞳孔小，边缘不整，形状不圆，多为双侧性，偶为一侧性。为中脑顶盖与瞳孔括约肌之间的光反射纤维以及自丘脑下部通过中脑被盖网状结构的交感纤维损害所致。见于神经梅毒、多发性硬化症、脑炎、颅脑外伤、四叠体肿瘤等疾病。

(5) 瞳孔对光反应及调节反应均消失：为动眼神经核及动眼神经损害所致，常为单侧。可见于基底动脉瘤、中脑肿瘤、脑炎、结核性脑膜炎等疾病。

(6) 强直性瞳孔 (Adie 氏瞳孔)：一侧瞳孔扩大，对光及会聚调节反应迟缓，可能由于副交感神经节后纤维或睫状神经节病变所致。

(7) 贺纳 (Horner) 综合征：瞳孔缩小，眼裂狭小，眼球凹陷，并有同侧眼结膜充血及面部无汗。为眼交感神经麻痹。可见于肿瘤、炎症、血管病等。

(8) 两侧瞳孔缩小：可见于睡眠、麻痹、近视、眼炎、动脉硬化、梅毒、药物中毒等。深昏迷及颅内压增高时亦可见瞳孔缩小。急性脑桥病变，损害了脑干下行的两侧交感神经纤维，瞳孔可呈针尖样大。

(9) 两侧瞳孔扩大：可见于焦虑、惊恐、疼痛、甲亢、药物中毒、昏迷病人等。

(10) 两眼同向侧视运动障碍：为皮质侧视中枢和皮层下侧视中枢损害所致。皮质侧视中枢的刺激性病变，产生两眼向病灶对侧转动，而破坏性病灶，产生两眼向病灶侧转动。皮层下侧视中枢的刺激性病灶，产生两眼向病灶侧转动，而破坏性病灶，产生两眼向病灶对侧转动。

(11) 两眼同向垂直运动障碍：为皮质垂直运动中枢和皮层下垂直运动中枢的损害，可见于松果体瘤、四叠体胶质瘤、炎症、脑血管病等。

(12) 两眼会聚运动障碍：当注视近物时两眼不能会聚，一般认为病变位于中脑的动眼神经核团，可见于炎症、外伤、肿瘤、血管病变等。

(13) 动眼神经麻痹：主要表现为眼睑下垂，眼球处于外斜并稍向下的位置，眼球只能外展，眼球向上、向下、向内转动不能，并可出现复视、瞳孔扩大、对光反应调节反应消失。可见于脑底交通动脉瘤，基底动脉上端动脉瘤，颅底转移癌、天幕疝等。