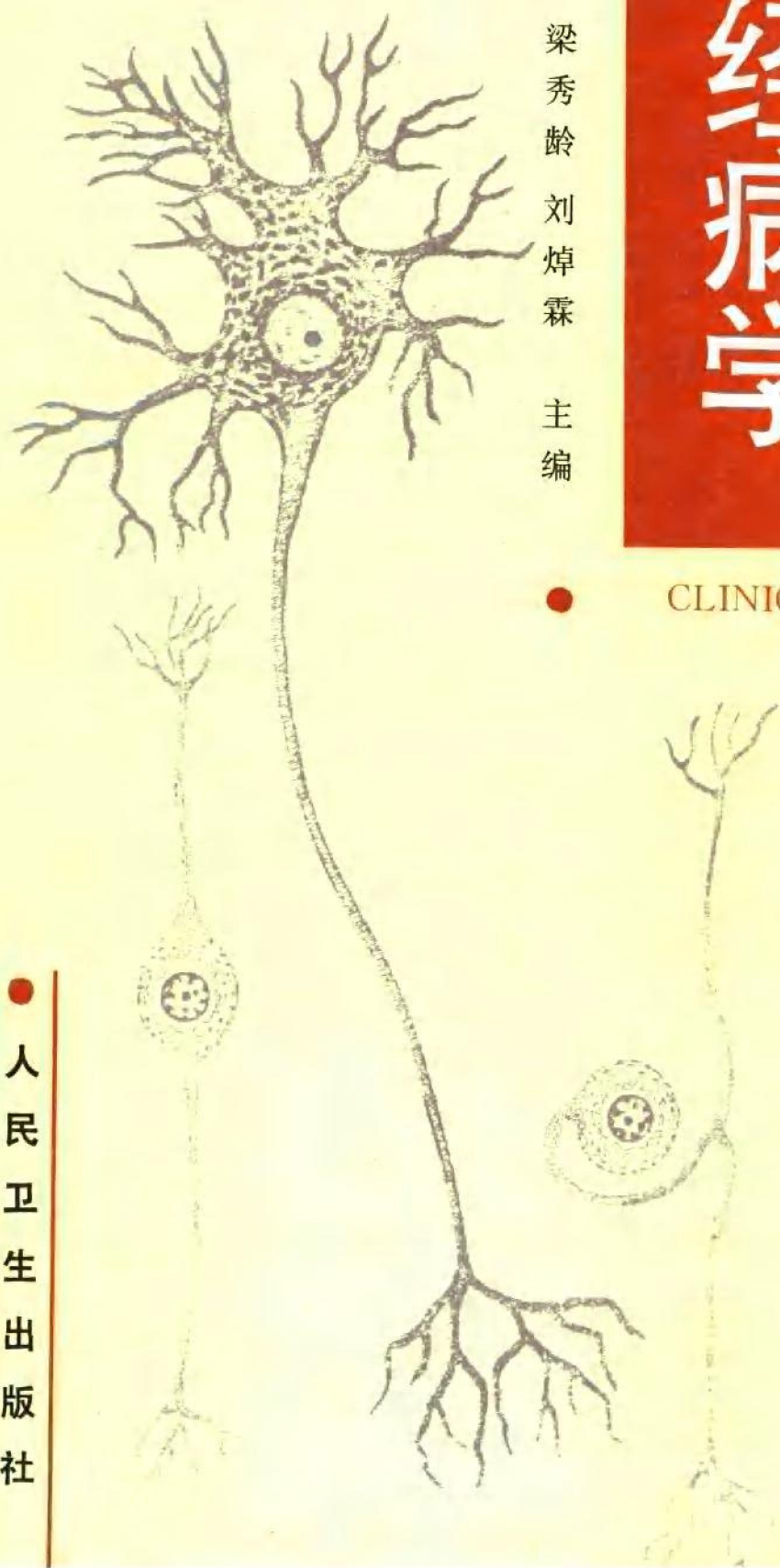


临床神经病学

黄如训 梁秀龄 刘焯霖 主编

CLINIC NEUROLOGY

● 人民卫生出版社



临床神经病学

Clinic Neurology

黄如训 梁秀龄 刘焯霖 主编

编者(按姓氏笔画排列)

马耘田	方昆豪	方燕南	王海军
石 锐	刘小林	刘卫彬	刘海荣
刘焯霖	庄思齐	吕建敏	陈 争
陈 嵘	陈明振	陈理娥	宋光辉
李 玲	李洵桦	苏镇培	周列民
周珏倩	范秀玉	胡学强	张颖冬
张雄伟	陶玉倩	徐评议	钱采韵
黄如训	黄海威	梁秀龄	程 钢
曾进胜	潘勇辉	黎锦如	

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

临床神经病学 / 黄如训等主编. — 北京: 人民卫生出版社, 1996
ISBN 7-117-02441-0

I. 临… II. 黄… III. 神经病学-临床 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (96) 第 08222 号

临床神经病学

黄如训 梁秀龄 刘焯霖 主编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

三河市宏达印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092 毫米 16 开本 36 印张 836 千字
1996 年 12 月第 1 版 1998 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

印数: 4 001 7 000

ISBN 7-117-02441-0/R·2442 定价: 71.20 元

前 言

当代科技的发展日新月异，尤以生命科学和医学引人注目，而其中的神经科学更是一个极为活跃的领域，特别是应用分子生物学、电镜、显微检测技术、影像学等方法 and 手段，对神经系统疾病的深入研究，已改变了过去对许多问题的认识与概念，提高了临床的诊断和治疗水平，有力促进了临床神经科学的发展。近 30 多年来，我国大力加强神经病学的学科建设，许多医疗机构不但设置独立的专科，还大力培养研究生，技术队伍日益壮大。我科近 20 多年来承办卫生部的全国神经科医师高级进修班，初期编写了《神经科进修医师讲义》，80 年代为了兼顾培养研究生，将此讲义重新修订为《神经病学》一书作为进修医师和研究生兼用的教材。该教材获得良好反应，索购者络绎不绝。近几年来对培养神经科医师的要求更为迫切，但考虑至今国内尚未见有适应这方面的教学用书，因而编写一本能跟上神经科学发展又适合日常医疗、教学需要的神经病学教材显得非常必要，因此，我们组织力量，在原来的基础上，总结多年的临床、教学、科研的经验，并参考国内外的相关专著及文献，补充了大量新内容、新进展，编成《临床神经病学》。我们期望它能成为神经科进修医师、研究生的好教材，神经科医师临床实用的参考书。

编写过程始终遵循科学性、先进性和实用性的原则，分层次有条理地系统性论述神经系统疾病的基础知识和诊断治疗技术，力求本书对临床工作有更大的价值。由于神经科学博大精深，文献卷迭浩繁，诊断技术进步极快，加上知识、经验及时间有限，难免有疏忽、不当、甚至错漏之处，恳切希望得到更多的批评、指正，不胜感激。

本书从编写到出版，承蒙人民卫生出版社基础临床医学编辑室的热情鼓励、学校及医院领导的支持及全科人员的通力合作，并得到美国默沙东药厂、法国赛洛菲集团及广州南方城市信用社黄金桥总经理等的鼎力资助，才能在较短时间内顺利完成，在此一并表示衷心的感谢。

编 者

1995 年 12 月

目 录

第一章 神经系统疾病的病史和神经系统检查	(1)
第一节 病史采集	(1)
第二节 神经系统检查	(2)
第二章 神经系统疾病的诊断	(13)
第一节 神经系统疾病的症状学	(13)
第二节 神经系统疾病的定位诊断	(22)
第三节 神经系统疾病的定性诊断	(36)
第三章 辅助诊断检查	(38)
第一节 脑脊液检查.....	(38)
一、脑脊液的采取	(38)
二、脑脊液实验室检查	(40)
第二节 脑电图检查.....	(49)
一、脑电图的产生	(49)
二、脑电图的成分	(50)
三、正常脑电图	(54)
四、异常脑电图	(57)
五、脑电图的临床应用	(58)
附：脑电地形图	(58)
第三节 肌电图检查.....	(63)
一、一般肌电图	(63)
二、神经原性疾病的肌电图	(67)
三、肌原性疾病的肌电图	(68)
四、神经传导速度	(69)
五、神经的重复电位刺激	(71)
六、单纤维肌电图	(71)
第四节 诱发电位检查	(71)
一、脑干听觉诱发电位	(72)
二、躯体感觉诱发电位	(73)

三、视觉诱发电位	(75)
四、事件相关电位	(76)
五、运动诱发电位	(78)
第五节 中枢神经系统 X 线检查	(79)
一、检查方法	(79)
二、正常 X 线表现	(81)
三、颅内常见病变的 X 线表现	(83)
四、脊髓疾病的 X 线表现	(91)
第六节 颅脑疾病的 CT 检查	(92)
一、概述	(92)
二、颅内非肿瘤性疾病的 CT 诊断	(94)
三、颅内肿瘤性疾病的 CT 诊断	(99)
第七节 磁共振影像学检查	(101)
一、MRI 的原理	(101)
二、MRI 在神经科疾病的临床应用	(102)
三、磁共振血管造影	(106)
第八节 数字减影血管造影	(107)
一、检查方法	(108)
二、在头颈部及颅脑疾病的应用	(108)
第九节 放射性核素显像检查	(110)
一、脑血流灌注显像	(110)
二、脑代谢显像及神经受体显像	(114)
三、脑显像	(116)
四、放射性核素脑血管造影	(118)
五、脑池、脑室、脊髓蛛网膜下腔显像	(119)
第十节 超声多普勒诊断检查	(120)
一、基本概念和原理	(121)
二、脑血管病检查常用的超声诊断仪	(122)
三、各项参数的临床意义	(123)
四、各种超声诊断仪的临床适应证	(123)
第十一节 肌肉和周围神经活检	(125)
一、肌肉活检	(125)
二、周围神经活检	(126)
第四章 神经系统常见症状与综合征	(131)
第一节 头痛	(131)
一、概述	(131)
二、几类常见头痛	(134)
偏头痛	(134)
丛集性头痛	(138)
紧张性头痛	(139)
药物反跳性头痛	(139)

颅内疾病引致的头痛	(140)
其他头痛	(142)
第二节 眩晕	(143)
一、概述	(143)
二、引起眩晕的常见疾病	(152)
第三节 晕厥	(158)
第四节 急性脑衰竭	(166)
第五节 痴呆	(175)
第六节 颅内高压症	(183)
第五章 周围神经疾病	(191)
第一节 概述	(191)
第二节 颅神经疾病	(195)
一、三叉神经疾病	(196)
三叉神经痛	(196)
三叉神经病	(199)
二、面神经疾病	(199)
面神经炎	(200)
面肌痉挛	(201)
三、舌咽神经痛	(202)
四、多颅神经病	(203)
第三节 脊神经疾病	(204)
一、臂神经痛	(204)
二、坐骨神经痛	(208)
三、多发性神经病	(211)
第四节 急性感染性多发性神经炎	(217)
第五节 慢性感染性多发性神经病	(220)
第六章 脊髓疾病	(222)
第一节 概述	(222)
第二节 急性脊髓炎	(231)
第三节 脊髓压迫症	(234)
第四节 脊髓蛛网膜炎	(239)
第五节 脊髓空洞症	(240)
第六节 脊髓亚急性联合变性	(242)
第七节 脊髓血管性疾病	(244)
第八节 颈椎病	(247)
第九节 椎管狭窄症与椎间盘脱出症	(251)
第七章 脑血管疾病	(254)

第一节	应用解剖与临床病理生理	(254)
第二节	分类	(259)
第三节	基本病因	(263)
第四节	实验室检查	(264)
第五节	症状学	(265)
第六节	脑动脉硬化症	(266)
第七节	短暂性脑缺血发作	(268)
第八节	脑梗塞	(269)
第九节	脑出血	(274)
第十节	蛛网膜下腔出血	(276)
第十一节	脑血管性痴呆	(278)
第十二节	颅内静脉窦和脑静脉血栓形成	(279)
第八章	中枢神经系统感染性疾病	(281)
第一节	病毒性脑炎	(281)
一、急性病毒性脑炎	(282)	
急性单纯疱疹病毒脑炎	(283)	
其他几种急性病毒性脑炎	(286)	
二、亚急性病毒性脑炎	(287)	
亚急性硬化性全脑炎	(287)	
进行性风疹性全脑炎和进行性多灶性白质脑病	(289)	
三、慢病毒所致的脑病	(290)	
皮质-纹状体-脊髓变性	(290)	
库鲁病	(291)	
第二节	中枢神经系统结核病	(291)
第三节	中枢神经系统真菌病	(295)
第四节	神经梅毒	(298)
一、脑膜梅毒	(298)	
二、血管梅毒	(300)	
三、麻痹性痴呆	(301)	
四、脊髓痨	(302)	
第五节	中枢神经系统寄生虫病	(303)
一、脑囊虫病	(304)	
二、脑肺吸虫病	(306)	
三、脑血吸虫病	(307)	
四、脑型疟疾	(309)	
五、脑包虫病	(310)	
第六节	艾滋病的神经系统表现	(311)
第九章	颅内占位性病变	(316)
第一节	颅内肿瘤	(316)

第二节 颅内脓肿	(329)
一、脑脓肿	(330)
二、硬脑膜外脓肿	(333)
三、硬脑膜下脓肿	(334)
第十章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(335)
第一节 多发性硬化	(335)
第二节 视神经脊髓炎	(341)
第三节 急性播散性脑脊髓炎	(343)
第四节 弥漫性硬化和 Balo 同心圆性硬化	(344)
第五节 急性出血性白质脑炎	(345)
第六节 脑白质营养不良	(346)
第十一章 锥体外系疾病	(348)
第一节 帕金森病	(350)
第二节 肝豆状核变性	(356)
第三节 舞蹈病	(362)
一、Huntington 病	(362)
二、小舞蹈病	(365)
三、妊娠舞蹈病	(366)
四、半侧舞蹈病	(366)
第四节 其他锥体外系疾病	(366)
一、原发性震颤	(366)
二、手足徐动症	(367)
三、扭转痉挛和痉挛性斜颈	(368)
四、半侧投掷病	(369)
五、多动秽语综合征	(369)
六、迟发性运动障碍	(371)
第十二章 癫痫	(372)
第一节 流行病学	(372)
第二节 病因及发病机制	(373)
第三节 分类	(375)
一、癫痫发作的分类	(375)
二、癫痫和癫痫综合征分类	(377)
第四节 临床表现	(379)
第五节 实验室检查	(384)
第六节 诊断	(386)
第七节 防治与预后	(388)

第十三章 肌肉疾病	(399)
第一节 进行性肌营养不良症	(399)
第二节 强直性肌营养不良症	(405)
第三节 先天性肌强直症	(407)
第四节 先天性副肌强直症	(408)
第五节 低钾性周期性麻痹	(409)
第六节 高钾性周期性麻痹	(411)
第七节 正常血钾性周期性麻痹	(412)
第八节 多发性肌炎	(413)
第九节 线粒体肌病与脑肌病	(414)
第十节 重症肌无力	(416)
第十一节 呼吸肌麻痹	(424)
第十四章 植物神经系统疾病	(431)
第一节 解剖生理概述	(431)
第二节 检查方法	(433)
第三节 常见疾病	(435)
一、间脑综合征	(435)
二、间脑癫痫	(437)
三、家族性植物神经功能不全	(438)
四、肢端血管神经机能病	(439)
五、多汗症与少汗症	(440)
六、急性局限性水肿 (Quinke 水肿)	(440)
七、灼性神经痛	(441)
第十五章 遗传性、变性及先天性疾病	(442)
第一节 神经系统遗传病概论	(442)
一、发病概况	(442)
二、类型及遗传方式	(445)
三、症状与体征	(447)
四、病因和发病机理	(451)
五、诊断	(454)
六、预防	(458)
七、治疗	(461)
第二节 遗传性共济失调	(462)
第三节 遗传性周围神经病	(468)
一、腓骨肌萎缩症	(468)
二、遗传性感觉神经根神经病	(471)
三、遗传性淀粉样变性神经病	(472)
四、肥大性间质性多发性神经病	(473)
五、遗传性共济失调性多发性神经炎	(474)

第四节 神经皮肤综合征	(475)
一、结节性硬化症	(476)
二、多发性神经纤维瘤病	(478)
三、脑-面血管瘤病	(482)
第五节 染色体病	(483)
一、先天愚型	(484)
二、18 三体综合征	(486)
三、13 三体综合征	(487)
四、猫叫综合征	(487)
五、先天性睾丸发育不全综合征	(488)
六、脆性 X 染色体综合征	(489)
第六节 运动神经元疾病	(491)
附：遗传性运动神经元病	(493)
第七节 精神发育迟缓（智力低下）	(495)
第八节 多系统萎缩	(502)
一、Shy-Drager 综合征	(503)
二、橄榄桥脑小脑萎缩	(504)
三、纹状体黑质变性	(505)
第九节 Alzheimer 病	(505)
第十节 放射性脑脊髓病	(510)
第十一节 脑性瘫痪	(514)
第十二节 核黄疸	(517)
 第十六章 某些系统疾病的神经系统表现	(519)
第一节 心血管疾病	(519)
一、先天性心血管病	(519)
二、主动脉缩窄	(521)
三、细菌性心内膜炎	(522)
四、心肌梗塞	(523)
五、急性心源性脑缺血综合征	(525)
六、充血性心力衰竭	(526)
七、血栓闭塞性脉管炎（Buerger 病）	(527)
第二节 肺性脑病	(528)
第三节 肝性脑病	(530)
第四节 肾功能衰竭	(533)
第五节 血液病	(536)
一、贫血	(536)
二、真性红细胞增多症	(538)
三、白血病	(539)
四、多发性骨髓瘤	(540)
第六节 结缔组织疾病	(542)

一、风湿病	(542)
二、系统性红斑狼疮	(544)
三、结节性多动脉炎	(545)
第七节 营养代谢性疾病	(547)
一、糖尿病	(547)
二、低血糖	(549)
三、血卟啉病	(551)
四、维生素 B ₁₂ 缺乏	(552)
第八节 内分泌疾病	(553)
一、甲状腺功能亢进	(553)
二、甲状腺机能减退	(555)
三、原发性醛固酮增多症	(556)
四、绝经期综合征	(557)
第九节 癌肿	(559)
主要参考文献	(562)

第一章

神经系统疾病的病史和神经系统检查

神经系统疾病的病史采集和神经系统检查是诊断神经系统疾病的最重要的步骤和方法。临床上必须收集完整的病史,并进行细致和正确的神经系统检查,以获得完整可靠的临床资料,加以分析推论,选择必要的辅助检查,以期得出正确的诊断。

第一节 病史采集

神经系统疾病病史采集的方法,基本上与一般内科疾病相同,内容方面侧重神经系统症状。但必须有全面整体观点,不能忽略全身情况的了解。对精神失常、幼儿及昏迷的病人,应向对病者的病情最了解的人(如亲属、同事等)调查,这样才能获得详细而真实可靠的病史。

主诉是促使病人来求治的原因,也就是诊断和治疗的对象,所以要最先了解清楚,一般应包括诉说的主要症状和其存在的时间。

现病史中,应详细的有重点并清楚的记录发病情况和演变过程,与病情有关的社会生活、职业等情况,发病前有无精神因素等。症状发生的先后次序必须按照其发展的过程记录下来,对定位诊断及了解病情的性质都有帮助。

对神经系统常见症状必须重点加以询问:

1. 头痛 头痛发生的急缓、部位、程度、性质(如胀痛、跳痛、钝痛)、规律性(如持续性或发作性、持续的时间、频数)、伴发症状(恶心、呕吐、视力障碍、耳鸣、倦睡、昏迷等)、增加或减轻及诱发头痛的因素、病程。

2. 疼痛 疼痛分布的部位、程度、性质、病程,发作性或持续性,与体位、活动、神经牵拉的关系及其他加剧的因素等。

3. 感觉异常 如麻木、热感、冷感、蚁爬感、针刺感、电击感等,发作性或持续性,分布部位,发作因素等。

4. 抽搐 起病的年龄、发作情况、时间、频率、先兆、意识情况,发作开始部位,全身性或局部性,阵挛性或不规则性,有无发绀、跌伤、大小便失禁,发作后的情况,能否回忆经过。

5. 瘫痪 发生的急缓、瘫痪的部位,进展过程,是否伴有意识障碍、失语、不自主运动、大小便失禁,瘫痪有无缓解、加重或减轻等。

过去史、个人史、家族史方面应特别注意脑炎或脑膜炎、梅毒、结核、风湿、高血压及心

脏病、颅脑损伤、糖尿病、血液病、偏头痛、癫痫、精神病等有关的疾病。神经系统疾病中有遗传病者颇多,故应询问家族遗传分布情况。

第二节 神经系统检查

临床神经系统检查是一项细致的工作,必须认真、耐心、正确、熟练。检查的结果应按一般检查、颅神经、运动、感觉及反射等项目依次记录。

一、一般检查

1. 意识状态 可相对地区分为:

(1) 意识清楚:对外界刺激有正常反应,对周围环境(时间、地点、人物)有健全的定向力,对事物有正确的理解判断力。

(2) 嗜睡:为病理性的睡眠状态,能叫醒,正确回答,但不问他则又入睡。

(3) 昏睡:强呼或强刺激后方能叫醒,回答含糊,反应与判断多不正确。

(4) 浅昏迷:意识活动与精神活动缺失,仅对强的疼痛刺激(如按压眶上神经)出现表情或运动反应,但不能叫醒,瞳孔对光反应正常,浅深反射存在。

(5) 深昏迷:对任何强烈刺激均无反应,大小便失禁,眼球固定,瞳孔对光反应消失或极迟钝,深浅反射消失,呼吸循环亦可有节律紊乱或功能不全。

(6) 谵妄:除了意识水平的某种程度降低,记忆、时间和地点定向障碍外,主要有丰富的错觉及幻觉,以视听幻觉常见,并有情绪和行为障碍。特征为昼轻夜重,一般保存自我定向。

(7) 精神错乱:呈现为有自我定向障碍、持续兴奋躁动的严重谵妄。

2. 精神状态 有无不正常表现,如情感淡漠、沉默、欣快、兴奋躁动、话多、情绪不稳、稚气、错觉、幻觉、妄想,智能情况,可根据其记忆、计算力、判断力、普通常识加以综合判断。

3. 语言能力 注意讲话清晰与否,有无构音障碍,爆发性语言,失语等。

4. 头颈部 注意头颅有无伤痕、血肿、压痛或叩痛,叩诊的声音(鼓响声),听诊有无血管杂音。小孩要观察头颅的大小(量头围)及形状,囟门是否闭合。脸部须注意异常面容,血管痣、皮脂腺瘤,角膜缘的色素环。颈部活动情况,有无颈项强直、颈椎压痛或转动疼痛,双侧颈动脉的搏动听诊有无血管杂音等。

5. 四肢、脊柱 了解四肢有无畸形,双侧桡动脉搏动、硬度等。脊柱检查应注意有无畸形、压痛、叩击痛及转身弯腰有无牵扯痛等。

二、颅神经

1. 嗅神经(I) 一般先询问病者有无主观嗅觉障碍,然后让病人闭上眼睛,分别检查两侧鼻孔,非受试侧鼻孔以手指堵闭,用盛有各种挥发气味的溶液(如松节油、薄荷水、玫瑰水等)的小瓶,或用有气味的香皂、牙膏、香烟等物,分别置于病人受检的鼻孔,嘱其说出所闻到的气味或物品全称。

嗅觉障碍常由鼻腔病变引起,如伤风感冒及鼻炎等,多为双侧性。在无鼻腔疾病的情况下,单侧嗅觉减退或缺失较双侧更有临床意义,可见于前颅凹骨折、嗅沟脑膜瘤等。在颞

叶海马回遭受病变刺激时则可出现幻嗅。嗅觉过敏多见于癔症。

2. 视神经(Ⅰ) 检查可分为以下三步进行:

(1) 视力:病人主诉有视力障碍者应用视力表检查,也可用看书报的方法粗略测定。如视力减退不能用视力表检查时,可用指数、指动、电筒光感测定,如光感也消失称为失明。

(2) 视野:视野是眼睛在保持不动位置时所能看到的范围。一般可用手试法测定(较准确的方法要用视野计测定),检查者与受检查者相对而坐,相距约2市尺,嘱被检查者注视检查者相对的眼睛不动(双方同时用手遮盖另一眼,病人左手遮左眼,右眼注视检查者左眼,或反之),检查者用手指在两人中间从视野的外周自上下左右各方逐渐向中心移动,嘱病人看见手指时即说出,并与检查者比较,即可了解视野情况。

在视觉通路的损害可出现各种的视野缺损:损害在一侧球后视神经的该侧全盲;视交叉中部的两颞侧偏盲;一侧视束或视放线的同向偏盲。视束性偏盲的病人常诉述视野中有“黑点”遮蔽(正性暗点),偏盲侧瞳孔对光反应消失。视放线或皮层分析器全部损害引起的偏盲,则病人不觉视野缺损,只在检查时才能发现(负性暗点),偏盲侧瞳孔对光反应存在,中央视力保存。视放线部分的损害则产生对侧视野的象限性偏盲。

(3) 眼底:检查时要注意观察视神经乳头,正常为圆形或竖椭圆形,淡红色,边缘清楚,中间有生理凹陷。动脉色鲜红,静脉色暗红,两者管径的比例为2:3($A:V=2:3$),还要注意血管的弯曲度、反光强度及有无交叉压迹。视网膜有无水肿、出血及渗出物等。

视神经乳头水肿:多由颅内压增高引起,表现视神经乳头肿胀、隆起、充血、边缘不清,较严重者周围常有出血灶,生理凹陷消失,静脉扩张而迂曲,动脉正常或缩小,动静脉的比例为1:2或1:3。视力早期无明显改变,以后逐渐减退。

视神经萎缩:视神经乳头苍白,动脉缩窄,视力明显减退。如为原发性视神经萎缩,则视神经乳头边界清楚,继发性视神经萎缩(视神经乳头炎或视乳头水肿的后期所致),则视神经乳头边界欠清。

3. 动眼神经(Ⅲ)、滑车神经(Ⅳ)及外展神经(Ⅵ)

主要管理眼球运动,其支配范围动眼神经有提上睑肌、上下内直肌、下斜肌、瞳孔括约肌及睫状肌;滑车和外展神经分别是上斜肌和外直肌。检查时要注意:①眼裂:大小,双侧是否相等,有无上睑下垂。②眼球位置:在直视情况下有无斜视或同侧偏斜、突出或下陷。③眼球转动:观察有无眼球运动的受限,并询问是否出现复视,以明确眼外肌有无麻痹。还要注意有无眼球震颤。④瞳孔:瞳孔的位置、形状、大小,双侧是否等大及边缘是否整齐。瞳孔对光反应,用电筒光侧面照射瞳孔,当一眼受光刺激时引起该眼瞳孔收缩(直接对光反应),同时也使另一眼瞳孔收缩(间接对光反应)。调节辐辏反应的检查可令病者注视远方的事物数秒钟后,立即转为注视放于其面前仅数厘米的检查者手指,此时可见双眼球内收,双瞳孔缩小。

动眼神经损害时,病侧上睑下垂,眼球向上下内活动受限,眼球呈外斜位,瞳孔扩大,对光反应消失。

滑车神经损害时眼球不能向下外运动,病人下楼梯困难。临床上单独滑车神经损害较少见。

外展神经损害时,眼球不能外展,呈内斜视,复视。外展神经较细,在颅底的行程又较长,故容易受损害。

4. 三叉神经(V) 主要由感觉纤维组成,有小部分是运动神经纤维。感觉分布区域:第一支为头顶前部、前额、鼻及上睑的皮肤和一部分鼻粘膜;第二支是颞部面颊及上唇皮肤、上颌的牙齿、腭和鼻粘膜;第三支为面部下颌皮肤、下颌牙齿、舌和口腔粘膜,尚有支配咬肌、颞肌和翼内外肌的运动。检查包括三个方面:

(1) 感觉:用圆头针、竹枝棉花分别检查面部的痛觉、触觉,两侧对比,中心与外周比较,确定障碍范围。感觉障碍分为周围型和节段型,前者是三叉神经干受损,在其分布区内一切感觉都发生障碍;后者是脑干内三叉神经胶状质受损,呈同心性的葱皮样排列,且仅痛温觉障碍。三叉神经压痛点有眶上点(眼支,在眶上切迹)、眶下点(颊支,在眶下孔)和颞点(颌支,在颞孔)。

(2) 运动:注意两侧颞部和颌部的肌肉有无萎缩,作咀嚼运动时,以手指测知咀嚼肌的肌力。观察张口时下颌的位置,一侧三叉神经运动支受损时,下颌歪向病侧,这是由于健侧翼肌收缩将下颌推向前方及患侧所致。确定下颌有无偏歪,是以上下门齿中缝为标准。

(3) 反射:角膜反射的检查是嘱病者向左侧注视时,将捻细的棉花束轻触右眼外侧角膜,检查左眼时则反之,正常者即出现迅速的闭眼反应。角膜反射消失常为三叉神经损害的表现。下颌反射的检查是令病人轻启下颌,检查者以左拇指轻置于下颌齿列上,右手执叩诊锤轻叩拇指,观察有无下颌上提及其程度。正常无反应或甚微,在假性延髓麻痹时,反射增强,呈下颌急速向上抬。

5. 面神经(VI) 面神经是混合神经,以司运动为主,支配面部的表情肌;小部分属味觉纤维,感受舌前 2/3 味觉。

检查方法:观察被检查者的额纹、眼裂、鼻唇沟和口角是否对称。作皱额、抬眉、闭眼、露齿、鼓腮、吹口哨等动作。面神经瘫痪有核上性与核下性的区别。

(1) 核下性(周围性)面神经瘫痪:患侧表情肌瘫痪,表现患侧额纹消失或变浅,眼裂扩大,不能皱额抬眉和闭眼,鼻唇沟变浅或消失,露齿时口角歪向健侧,不能鼓腮及吹口哨,常见于面神经炎等。

(2) 核上性(中枢性)面神经瘫痪:只有眼眶以下的面肌瘫痪,表现为病灶对侧鼻唇沟变浅,口角低垂,不能鼓腮及吹口哨。这是因面神经的背侧核受两侧大脑皮层的支配,而腹侧核仅受对侧单侧大脑皮层支配之故。其受损在桥脑面神经核以上的皮质延髓束或大脑皮质运动区。常见于脑血管意外。

6. 听神经(VII) 分为耳蜗神经与前庭神经两支。

(1) 耳蜗神经:是传导听觉功能的纤维,损害后产生耳聋和耳鸣。可用耳语、表声和音叉等检查。常用 C128 或 C256 的音叉进行。① Rinne 试验(气导骨导比较法):将振动着的音叉柄端放置耳后乳突上(检查骨传导,简称骨导,用 BC 表示),待听不见声音时,即将音叉股部置于外耳道口(检查空气传导,简称气导,用 AC 表示),如仍能听到声音则为气导大于骨导。外耳道口听不到声音时,而于乳突上仍能听到则为骨导大于气导。② Weber 试验(双侧骨导比较法):将振动着的音叉柄端置于被检查者颅骨中线上,正常则觉音响在正中,一侧声音较响在患侧为传导性耳聋,在健侧为神经性耳聋(表 1-1)。

(2) 前庭神经:其功能是反射性地调节躯体平衡。发生障碍时产生眩晕、呕吐、平衡失调和眼球震颤等。

表 1-1 传导性耳聋与神经性耳聋的音叉试验结果

音叉试验	正常耳	传导性耳聋	神经性耳聋
Rinne 试验	AC > BC	BC > AC	AC > BC (两者均缩短)
Weber 试验	居中	偏患侧	偏健侧

7. 舌咽神经(Ⅸ)、迷走神经(X) 舌咽神经的运动纤维支配软腭和咽部的横纹肌,感觉纤维接受舌后 1/3 味觉及一般感觉、咽部及其附近的感覺。迷走神经的运动纤维支配咽喉的横纹肌,副交感纤维有抑制心脏跳动和肾上腺分泌,刺激胃肠移动,以及胃、肝、胰、肾、腺体活动的功能;而感觉纤维则分布于外耳道、耳壳、咽喉、气管、食管以及胸腹各内脏器官。

因这两对颅神经的解剖与功能关系密切,常同时受累,故合并检查。先注意病人说话有无鼻音、声音嘶哑或失音、吞咽困难、饮水呛咳等。跟着观察咽部肌肉有无萎缩,悬雍垂的位置及软腭高低是否对称。再嘱病人发“啊”的声音,注意两侧软腭上升情况,悬雍垂有无偏歪。最后检查咽反射,以压舌板分别轻触双侧咽后壁,正常的反应为软腭上升、恶心呕吐。

一侧舌咽神经和迷走神经麻痹时,说话带鼻音,进食呛咳,病侧软腭低垂,不能提升,悬雍垂偏向健侧,咽反射消失。两侧舌咽神经和迷走神经受损时则完全不能吞咽、发音和提升软腭。

8. 副神经(Ⅺ) 支配斜方肌和胸锁乳突肌。先观察斜方肌和胸锁乳突肌有无萎缩,然后作耸肩和转颈动作,同时给予阻力以测定其肌力。一侧副神经损害时可见同侧斜方肌及胸锁乳突肌萎缩、垂肩及斜颈,耸肩及转颈无力或不能。

9. 舌下神经(Ⅻ) 支配舌肌,注意有无伸舌偏斜、舌肌萎缩及颤动。

一侧周围性舌下神经损害,病变侧舌肌萎缩或同时伴有颤动(核性损害),伸舌偏向病灶同侧。而中枢性舌下神经损害时仅见伸舌偏向病灶对侧。

三、运 动 系 统

1. 肌营养 观察肌肉有无萎缩及假性肥大。肌萎缩主要见于神经系统下运动单位损害及肌肉疾病。假性肥大表现为肌肉外观肥大,硬实而无力,多见于三角肌及腓肠肌,常见于进行性肌营养不良症(假肥大型)。

2. 肌张力 将肌肉松弛的肢体作被动运动时,检查者可感到有一定的阻力,这就是肌张力。如用手触摸时肌肉有一定的紧张度,此称静止肌张力。肌张力减低时,肌肉弛缓,被动运动时阻力减低或消失,关节松弛活动范围扩大,见于周围性瘫痪及小脑病变。肌张力增高时则肌肉变硬,作肢体的被动运动时阻力增加,锥体外病变时表现为强直性肌张力增高,呈齿轮状或铅管样肌张力增高,锥体束受损时表现为痉挛性肌张力增高,呈折刀样增高。

3. 肌力 是肢体作随意运动时肌肉收缩的力量。依次作肢体各关节的多个方向运动,并抵抗检查者所给予的阻力。当随意运动发生障碍时称为瘫痪,按其轻重程度分为完全性瘫痪和不完全性瘫痪。肌力的记录可采用 0~5 度的六级记录法: