

黄新生 编著

临床神经系统检查



人民军医出版社

临床神经系统检查

LINCHUANG SHENJING
XITONG JIANCHA

黄新生 编著

人民军医出版社

(京) 新登字 128 号

图书在版编目 (CIP) 数据

临床神经系统检查/黄新生编著. —北京: 人民军医出版社, 1999. 3

ISBN 7-80020-899-0

I. 临… II. 黄… III. 神经系统疾病-检查 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 31647 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)

北京国马印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本: 787×1092mm 1/32·印张: 6.25·字数: 132 千字

1999 年 3 月第 1 版 1999 年 3 月 (北京) 第 1/次印刷

印数: 0001~6000 定价: 10.00 元

ISBN 7-80020-899-0/R·827

〔科技新书目: 485—254③〕

(购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换)

内 容 提 要

本书从解剖、生理、生化等方面入手，比较系统地介绍了临床神经系统疾病的定性、定位检查方法，并分别从大脑、间脑、小脑、脑干、脊髓及周围神经等方面对其解剖生理、病变综合征的定位诊断和临床意义进行了详述，对多而杂的临床神经系统检查方法作了进一步的归纳和系统化。内容简洁、详尽，重点突出，使用方便，可供广大临床医师和实习医师学习参考。

责任编辑 张建平 丁 震

目 录

第一章 病史采集	(1)
第二章 神经系统检查	(5)
第一节 高级神经活动检查	(5)
一、意识	(5)
二、记忆、情感、智能	(6)
三、语言	(6)
第二节 头面部、颈部及脊柱检查	(9)
一、头面部	(9)
二、颈部	(10)
三、脊柱	(11)
第三节 脑神经检查	(11)
一、嗅神经	(11)
二、视神经	(12)
三、动眼神经、滑车神经和外展神经	(16)
四、三叉神经	(20)
五、面神经	(24)
六、听神经	(26)
七、舌咽神经和迷走神经	(32)
八、副神经	(33)
九、舌下神经	(34)
十、多发性颅神经损害	(34)
第四节 上肢检查	(36)
一、形态	(36)
二、运动	(36)

三、感觉	(41)
四、反射	(43)
第五节 躯干检查	(50)
第六节 下肢检查	(53)
一、形态	(53)
二、运动	(53)
三、感觉	(55)
四、反射	(55)
第三章 自主神经系统检查	(59)
第一节 解剖及一般检查	(59)
一、解剖	(59)
二、检查法	(62)
第二节 自主神经反射及临床意义	(63)
一、自主神经反射	(63)
二、临床意义	(64)
第三节 神经血管检查法	(65)
第四章 神经系统检查的记录	(66)
一、精神状态	(66)
二、言语	(66)
三、脑神经	(66)
四、感觉	(68)
五、运动	(68)
六、起立、步态	(69)
七、反射	(69)
八、脑膜刺激征	(69)
九、脊柱	(70)
十、括约肌功能	(70)
第五章 昏迷病人的神经系统检查	(71)
第一节 概述	(71)
第二节 意识障碍程度及特殊类型的意识障碍	(72)

一、意识障碍程度	(72)
二、特殊类型的意识障碍	(73)
第三节 昏迷病人的诊断检查步骤	(75)
第四节 昏迷病人的病史及体格检查	(78)
一、病史	(78)
二、既往史	(78)
三、体格检查	(79)
第五节 昏迷病人的辅助检查及选择	(85)
一、尿检查	(85)
二、一般血液检查	(86)
三、血糖检查	(87)
四、血尿素氮检查	(87)
五、血清电解质检查	(88)
六、肝功能检查	(88)
七、血液气体检查	(88)
八、心电图检查	(89)
九、X线检查	(90)
十、脑脊液检查	(90)
十一、脑电图检查	(92)
十二、脑血管造影检查	(92)
第六章 大脑各叶病变及检查	(93)
第一节 额叶病变综合征	(95)
第二节 顶叶病变综合征	(98)
第三节 颞叶病变综合征	(101)
第四节 枕叶病变综合征	(103)
第七章 间脑病变及检查	(105)
第一节 解剖生理及检查方法	(105)
一、解剖生理	(105)
二、检查方法	(107)
第二节 间脑病变常见的综合征	(109)

一、丘脑综合征	(109)
二、上丘脑综合征	(110)
三、下丘脑综合征	(110)
四、底丘脑综合征	(112)
第八章 小脑病变及检查	(113)
第一节 解剖生理	(113)
第二节 小脑病变及临床检查	(115)
一、小脑机能丧失症状	(115)
二、肌张力变化	(117)
第三节 小脑体征的定位及临床意义	(117)
第九章 脑干病变及检查	(121)
第一节 解剖生理	(121)
一、脑干的外形	(122)
二、脑干的横切面	(123)
三、脑干的网状结构	(126)
第二节 脑干病变综合征及检查	(127)
一、延髓综合征	(128)
二、桥脑综合征	(129)
三、中脑综合征	(129)
四、小脑幕裂孔疝	(135)
五、枕大孔疝(小脑扁桃体疝)	(137)
六、小脑幕裂孔上疝	(138)
七、大脑镰下疝(扣带回疝)	(138)
八、天幕上和颅后窝占位性病变	(138)
九、枕大孔区综合征	(140)
十、闭锁综合征	(141)
十一、脑死亡	(141)
第十章 脊髓病变及检查	(142)
第一节 解剖生理	(142)
第二节 脊髓病变的症状及临床意义	(146)

一、运动障碍	(146)
二、感觉障碍	(146)
三、自主性神经功能障碍	(147)
四、半侧损害	(147)
五、横贯性损害	(148)
六、脊髓主要节段横贯性损害	(148)
第十一章 周围神经病变及检查	(153)
第一节 概述	(153)
一、变性类型	(154)
二、周围神经病类型	(156)
第二节 脊神经损害检查及临床意义	(157)
第十二章 神经系统疾病的辅助检查	(164)
第一节 脑脊液检查	(164)
一、常规检查	(165)
二、生化检查	(166)
三、特殊检查	(167)
第二节 神经影像学检查	(169)
一、头颅 X 线平片	(169)
二、气脑造影	(170)
三、脑室造影	(170)
四、脑血管造影	(170)
五、脊柱 X 线平片	(171)
六、脊髓造影	(171)
七、电子计算机断层扫描摄影	(171)
第三节 神经系统电诊断检查	(172)
一、脑电图	(172)
二、脑诱发电位	(173)
三、肌电图	(174)
四、磁共振成像	(175)
第四节 脑超声检查	(178)

第五节 放射性同位素检查	(179)
一、脑显像	(179)
二、脊髓腔扫描	(180)
三、正电子发射断层扫描	(180)
四、局部脑血流量测定法	(181)
第六节 脑、神经、肌肉活组织检查	(181)
一、肌肉活组织检查	(181)
二、神经活组织检查	(182)
三、脑活组织检查	(182)
第十三章、神经系统疾病的诊断程序	(184)
一、定位诊断	(184)
二、定性诊断	(186)

第一章 病史采集

神经系统疾病的诊断是根据病史资料和检查结果进行综合分析而作出的，因此完整、确切的病史是诊断疾病的重要依据。从病史资料中常可获得关于损害部位和病变性质的初步印象。从病史了解中可以提供神经病的诊断线索，如是功能性还是器质性；病变的部位及范围，病变的性质，病变发生的原因等。有些典型的疾病，如原发性癫痫、偏头痛、周期性瘫痪等，在间歇期中常查不到阳性体征，根据病史常可决定诊断。神经系统疾病病史的采集方法，基本上与一般内科疾病相同，亦包括主诉、现病史、过去史和家族史。

在病史中必须问诊的内容有：

(1) 性别、年龄、职业、左利手、右利手、双利手或先左后矫正为右利手。

(2) 主诉：即病人的主要症状及发生时间。

(3) 发病方式：①突然发病，患者能够正确地回答出发病的日期和时间；②急性发病；③缓慢发病；④发作性或周期性。

(4) 患者想到的可能原因和诱因。

(5) 全身症状（发热等）。

(6) 症状发生的顺序（有助于病灶定位）。

(7) 经过：①变化（急速或缓慢的）；②停滞；③改善（急速或缓慢的）；④缓解或变化；⑤反复发作或周期性的疾病。

现病史是病史中的最重要的部分，包括主诉和每个症状发生的时间、方式和性质，有无明显的致病或诱发因素，症状的进行、发展情况，曾经治疗的经过、效果，以及病程中有无缓解和复发等。一般而言，急聚起病的病因常为循环障碍、急性病症，外伤等，而起病缓慢的病因则多为肿瘤、变性及发育异常性疾病。询问病史时尽可能避免带有暗示性提问，对于病人所说的每一个症状都要详细了解其真正含义。应详细地询问症状发生的先后次序，尤其应了解其最早出现的症状，有助于疾病的定位。

神经系统疾病常见症状的询问重点：

(1) 头痛：引起头痛的可能原因，头痛的部位（整个头部还是局限于某个部位），性质（胀痛、跳痛、撕裂痛、箍紧痛、钻痛、割痛或隐痛）；时间（早晨、午后、晚间）；规律（持续性、发作性）；程度、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）；以及加剧和减轻头痛的因素等。

(2) 眩晕：是真性眩晕或非真性眩晕，加剧眩晕的因素，引起眩晕的原因，发生的时期及持续的时间，伴随的症状，如耳鸣、不快感、恶心、呕吐、颜面苍白、冷汗、心悸、眼震、平衡不稳、尿便失禁、意识障碍等。伴随症状与眩晕发生时期的关系。

(3) 麻木：性质（感觉减退、缺失过敏或异常、热感、冷感、触电感、针刺感等）；分布、传播、发展过程。

(4) 惊厥：起病年龄、发作情况（全身性，局限性），有无先兆、发作时间、频度、发作时意识、诱发因素（睡眠、饮食、情绪、疲劳、经期精神受刺激）；伴发症状（发时：尖叫一声、舌唇咬破、口吐血沫、大小便失禁、跌倒受伤等）；病

程经过（病前有无头颅外伤、发热惊厥、脑炎、脑膜炎等病史，寄生虫病，曾否服过抗癫药）；家族史等。

（5）运动障碍：起病时间、发病缓急、发生障碍的部位、影响程度、瘫痪肢体是弛缓还是痉挛、有无不自主运动；有无肌肉萎缩，病情演变过程等。

（6）视力障碍：视物不清的诉说可能是视力减退，也可能是视野缺损、屈光不正、眼肌瘫痪而致的复视、眼球震颤。而视力减退可是眼部疾患，也可是神经系统疾患所致，均需进一步查询。若为复视，则应进一步了解复视出现的方向，实像与虚像的位置关系和两者的距离，以及了解曾否发生单眼复视。

（7）疼痛：部位、发作时间、频度、性质和散布情况，引起发作或加剧的因素，伴发症状减轻疼痛的因素，对各种治疗的效果。

过去史对于病因及鉴别诊断也具有重要意义。应询问其生长和发育情况、个人嗜好、有无冶游史、以及有无地方病史和接触疫水史。过去病史的询问中应特别注意既往传染病史以及有无恶性疾病的情况，因很多传染病患者可引起神经系统的伴发症，如麻疹、水痘、天花、腮腺炎和猩红热后可继发急性播散性脑脊髓炎；钩端螺旋体病可引起脑血管疾病（脑动脉炎）；患有心脏病（瓣膜病、房颤）可患脑栓塞；糖尿病患者可能出现多发性末梢神经炎或糖尿病性脊髓病；癌症患者可引起各种神经系统并发症或肌病。

神经系统疾病中有一些与遗传有关，如进行性肌营养不良症、慢性进行性舞蹈病（Huntington 舞蹈病）、遗传性共济失调等往往有明显家族史。应询问直系亲属中有无近亲婚配情况。

病史记录应详尽而不繁琐，有系统、有顺序、有重点。对于昏迷、婴儿以及有精神失常的病人，应尽可能从其家属亲友或同事处获得较可靠的病史资料。

第二章 神经系统检查

临床神经系统检查是一项细致而复杂的工作,应认真、细致并要取得病人合作。为了减少病人的翻动,防止受凉和疲劳,应与一般全身体检同时进行。并依次自头部及颅神经开始,其后为颈、上肢、胸、腹、下肢及背部,最后观察其站立姿势及步态。检查既要全面,又应根据病史掌握重点。对重危急诊患者,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。

检查结果应按精神状态(即高级神经活动)、一般检查、颅神经、运动、感觉、反射等项目依次翔实记录。检查前需准备眼底镜、近视力表、电筒、音叉、压舌板、叩诊锤、圆头针、棉花签等检查用具。

第一节 高级神经活动检查

一、意识

是否清醒,如有障碍,则须判明为何种情况(见第五章第二节)。

(1) 嗜睡:是一种病理的倦睡。表现为持续的、延长的睡眠状态。经较强刺激能唤醒,醒后可保留短时间的醒觉状态,有一定的运动反应或言语,停止刺激即又入睡。

(2) 昏睡:是一种比嗜睡深而较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,其醒觉反映是不

完全的，此时意识模糊，反应迟钝，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（包括言语），甚至疼痛刺激所唤醒。随意运动丧失，许多反射活动也随之减退或消失。临床上可以从某些反射（如吞咽、咳嗽、瞳孔对光反射、角膜反射、腱反射等）的存在或消失作为判别昏迷深浅程度的指标。

二、记忆、情感、智能

通过与病人接触、交谈、病史询问，可大致了解病人记忆力是否有严重障碍，感情有无异常（淡漠、欣快、沉默、情绪不稳）智能方面可根据记忆力、计算力、判断力以及对于普通常识的理解能力加以综合判断。

三、言语

在与病人交谈、听取病人诉说病史时注意有无言语障碍。言语障碍可分为失语和发音困难（构音障碍）。失语是由于与言语功能有关的皮质损害所致，发音困难则常由于发音肌肉的瘫痪、共济失调或肌张力增高所致。

1. 失语 (aphasia) 主要的言语中枢有 5 个：①前言语区（前称“运动言语中枢”即 Broca 区），位于额下回后部靠近面、舌、喉部诸肌的运动皮质；②书写皮质区，位于额中回后部；③后言语区（前称“感觉言语中枢，即 Wernicke），位于额上回后部，靠近第一听区（额横回）；④阅读皮质区，位于顶叶角回附近；⑤言语形成区，约在额叶后部后言语区后方。凡右利手者，上述言语皮质均在左侧优势半球，而左利手者约有 40% 在左侧半球。对言语皮质区的所在部位的认

识略有出入,新近认为 Wernicke 区系由顶下小叶和颞叶的后上部连合而成,此区借视觉及听觉及言语的理解有关,优势侧病变时,出现失读与失写症,此两者均属感觉性失语。根据失语症的类型可分为言语表达方面的障碍与言语理解方面的障碍。前者为不能使用声音符号(言语)或视觉符号(文字)而分别为运动性失语及失写;后者为不能理解别人所发出的声音符号或视觉符号而分别为感觉性失语及失读。有时因额叶、颞叶同时受累,则言语的表达与理解均有障碍,称为完全性失语症。失语的临床类型如下:

(1) 运动性失语 (motor aphasia): 又称表达性失语 Broca 失语。病变位于前言语区。病人并无咽、喉及舌肌的瘫痪,但不能言语或只能讲 1~2 个简单的字,对别人的言语及书写的文字能理解,但要读出来却有困难或差错。

(2) 感觉性失语 (sensory aphasia): 又称 Wernicke 失语或听觉性失语。系后言语区病变引起。患者发音正常,但不能理解别人及自己的言语。因此在用词方面常有错误,严重时别人完全听不懂他讲的话。摹仿别人讲话的能力亦减退。病人有严重的言语缺陷,但无内省力。

(3) 失写 (agraphia): 即书写不能多认为系左侧(或主侧)额中回后部病变引起。病人无手肌肉瘫痪,但不能书写,抄写能力尚保存。常合并有运动性失语或感觉性失语。

(4) 失读 (alexia): 系左侧或(主侧)角回附近病变引起。病人不失明但对视觉性符号的认识能力丧失,因此不知词句及图画。失读和失写常同时存在,病人既不能阅读又不能书写。

(5) 命名性失语 (nominal aphasia): 又称遗忘性失语。因言语形成区病变引起。病人称呼物体名称的能力丧失,但