



神经科临床物理检查 方法与技巧

SHENJINGKE LINCHUANG WULI JIANCHA FANGFA YU JIQIAO

主编 马奎云 方 宇



郑州大学出版社



神经科临床物理检查 方法与技巧

SHENJINGKE LINCHUANG WULI JIANCHA FANGFA YU JIQIAO

主编 马奎云 方 宇



郑州大学出版社

郑州

图书在版编目(CIP)数据

神经科临床物理检查方法与技巧/马奎云,方宇主编. —郑州:
郑州大学出版社,2013.4

ISBN 978-7-5645-1368-9

I. ①神… II. ①马… ②方… III. ①神经系统疾病-物理
诊断 IV. ①R741.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 028321 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:王 锋

全国新华书店经销

河南地质彩色印刷厂印制

开本:710 mm×1 010 mm 1/16

印张:15

字数:289 千字

版次:2013 年 4 月第 1 版

邮政编码:450052

发行电话:0371-66966070

印次:2013 年 4 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-1368-9

定价:38.00 元

本书如有印装质量问题,请向本社调换

作者名单

主 编 马奎云 方 宇

副主编 罗志毅 孙剑瑞

前 言

随着日新月异的科学技术突飞猛进地发展,依靠新科技成果出现的新的辅助检查手段,如 CT、MRI、DR、DSA、彩超,以及免疫学检查等,已普及到省、市和县级医院,但是误诊率并未真正下降,而且还带来了新的误诊。其基本原因是不少医师对物理诊断技术不够熟练或精通,有些医师出现依赖新检查技术而忽视物理检查技术的倾向,甚至不少医师还认为,有了 CT、MRI、PET-CT 等,“听诊器的时代一去不复返了”。实际上,新科技检查技术只能帮助提高疾病诊断水平,并不能完全代替物理检查技术,而且还有很多不能涉及的范围。

不打好坚实的地基,难以建成雄伟的高楼大厦。众所周知,病历质量和物理检查技术常能反映出医师水平的高低,缺乏过硬的物理检查技术与精湛的技巧,难以早期准确地发现疾病的症状与客观体征,即便在选择 CT、MRI 等先进科技检查手段时也会出现失误;况且影像学等检查本身也会带来新的误诊,除了操作和报告失误外,申请单填写病史不全、物理检查不详细和不准确,也是导致误诊的原因。因此,再先进的辅助检查手段也不能完全代替物理诊断技术。

在多次会诊中,我们发现不少临床医师对物理检查技术不熟练或者有不当的做法。如对瞳孔检查的记录为“等大等圆”,直径多大无记录,直接、间接对光反射未检查、无记录。甚至有些大医院神经科连检眼镜都没有,更不用说观察眼底了。检查方法不当,就难以查出定位的体征。病史询问不仔细,急性起病者现病史只记录 3~5 行就没啥可写了,达不到医疗卫生管理部门的要求,更难说对诊断有多大参考价值。

鉴于此,作者们认为,有必要再学习、重视与提高物理检查技术。为此,参考国内外文献,结合数十年来的临床实践,编写出《神经科临床物理检查方法与技巧》一书,供年轻医师们参考。

由于水平和时间有限,不足与错误之处在所难免,恳请同道们批评、雅正。

作者

2013 年 1 月于郑州

目 录

第一章 概述	1
第二章 病史采集的方法与技巧	3
第一节 主诉	3
一、概念	3
二、技巧	3
第二节 现病史	5
一、询问内容和程序	5
二、现病史采集的技巧	6
三、现病史书写的技巧	10
第三节 既往史、个人史和家庭史	11
一、既往史	11
二、个人史	12
三、家族史	13
第三章 内科物理检查方法与技巧	14
第一节 生命体征	14
一、体温	14
二、脉搏	15
三、呼吸	16
四、血压	18
第二节 六诊法简述	21
一、问诊	21
二、闻诊	21
三、视诊	22
四、触诊	23
五、叩诊	28
六、听诊	30
第三节 一般检查	32
一、检查内容	32
二、检查技巧	33
第四节 头颅与五官检查	33
一、头颅检查	33

二、五官的检查	34
三、颈部	37
第五节 胸廓的检查	38
一、胸部体表标志	38
二、胸壁	39
三、胸廓	40
四、乳房	40
第六节 肺部检查	41
一、闻诊	41
二、视诊	41
三、触诊	42
四、叩诊	43
五、听诊	45
第七节 心脏与血管的检查	48
一、视诊	48
二、触诊	48
三、叩诊	49
四、听诊	51
五、血管检查	56
第八节 腹部检查	57
一、腹部的范围与分区	57
二、视诊	59
三、触诊	61
四、叩诊	64
五、听诊	66
第九节 肛门、直肠和生殖器检查	67
一、肛门与直肠检查	67
二、生殖器检查	67
第十节 脊柱和四肢的检查	68
一、脊柱检查	68
二、四肢检查	68
第四章 精神检查方法与技巧	69
一、一般情况	69
二、感觉和知觉	70
三、情感反应	71
四、意志与行为	71

第五章 神经系统物理检查方法与技巧	72
第一节 一般检查	72
一、步态	72
二、意识状态	73
三、言语能力	73
四、体位	74
五、体表	74
六、颜、貌	74
七、头颅	74
八、脊柱	74
第二节 脑神经检查	74
一、嗅神经(Ⅰ)	75
二、视神经(Ⅱ)	75
三、动眼神经(Ⅲ)、滑车神经(Ⅳ)、外展神经(Ⅵ)	81
四、三叉神经(Ⅴ)	88
五、面神经(Ⅶ)	92
六、前庭蜗(位听)神经(Ⅷ)	97
七、舌咽神经(Ⅸ)与迷走神经(X)	101
八、副神经(XI)	106
九、舌下神经(XII)	106
第三节 感觉系统	107
一、感觉的解剖生理	107
二、感觉障碍的临床表现	114
三、感觉障碍检查方法	123
四、检查技巧	124
五、临床意义	126
第四节 运动系统	127
一、解剖生理	127
二、运动障碍检查方法	138
三、检查技巧	152
四、临床意义	156
第五节 大脑皮质的解剖生理与病变综合征	165
一、大脑皮质的解剖生理	165
二、大脑皮质的功能定位	170
三、大脑各叶病变综合征	173
四、检查方法与技巧	177

五、脑部病变的定位	181
第六节 脑的血液供应与血液供应障碍综合征	182
一、脑的血液供应	182
二、脑的血液供应障碍	191
三、脑血液供应障碍的检查	207
第七节 意识障碍的检查	208
一、意识障碍及其程度	208
二、特殊类型的意识障碍	209
三、昏迷患者的检查技巧	210
四、昏迷的常见原因和鉴别诊断	213
第八节 颅底综合征	213
一、嗅沟综合征	213
二、蝶骨翼综合征	213
三、福斯特-肯尼迪综合征	214
四、眶尖综合征	214
五、海绵窦综合征	214
六、视交叉-垂体综合征	214
七、岩骨尖综合征	214
八、小脑脑桥角综合征	215
九、颈静脉孔综合征	215
十、枕骨髁和枕颈过度综合征	215
十一、半侧基底综合征	217
十二、陶-亨综合征	217
十三、帕里诺德综合征	218
第六章 神经系统疾病的诊断程序	219
第一节 定位诊断	219
一、定位诊断的准则	219
二、定位诊断应注意的问题	220
三、不同部位病损的临床特点	221
第二节 定性诊断	224
一、神经系统疾病的病因学分类	224
二、定性诊断应注意的问题	226
三、临床诊断问题	228
参考文献	229

肢肱二头肌腱反射迟钝,第5、6颈椎棘突有压痛,将病变定位于颈部。查颈椎MRI,结果显示第4~5和第5~6颈椎椎间盘突出。先进的影像学检查也不是万能的,据有人统计,其疾病的误诊率为30%左右,其中包括影像学的误诊。CT、MRI等先进影像学检查普及之后,临床误诊率并没有降低,况且这些检查手段都有其局限性。如CT,对脑前循环的出血性病灶的诊断有其灵敏性,而对缺血性病灶小于12h的超急性期,50%~60%病例显示正常,只有25%~50%病例程度不同的显示出超急性期CT征象:脑动脉高密度征(多为大脑中动脉,相当于梗死部位的一段动脉密度增高或高于其他动脉的密度)。在12~24h的急性期才可见梗死部位密度降低,灰质与白质的界限消失和脑沟消失,开始出现脑水肿和占位效应。可见病后的检查时间的选择也很重要。另外,CT对脑后循环小的出血灶或梗死灶均显示不良,容易导致误诊。MRI对缺血性病灶的显示比CT更早些,80%用常规自旋回波序列在24h内可以确诊,更早的在2~4h甚至30min内即可发现异常,这时MRI的阳性所见是在受累的血管,而不是脑组织。正常动脉血流快,T1和T2表现为血管流空的低信号,梗死时血流慢,血管流空现象消失,血管内出现不同程度的高信号;增强扫描时,75%病例显示受累血管影像表现增强,并且对脑后循环的出血灶或梗死灶都容易发现。但对于在4~6h的超急性期出血性病灶的发现就有其不足,这时T1为等信号、T2为高信号,并非特异性,不如CT,需要结合病史和物理检查。

总之,神经系统疾病的物理诊断什么时候都不能轻视,初步的定位诊断更不能忽视。只有在细致、准确的物理检查和定位诊断的前提下,适时地选择恰当的影像学 and 实验室检查手段,才能避免给患者增加不必要的经济负担,又能达到及早确诊的目的。

■ 第二章

■ 病史采集的方法与技巧

第一节 主 诉

一、概 念

主诉(chief complaint)是患者自述自己感受最主要的痛苦,本次就诊最主要的原因或最明显的症状和(或)体征、性质,以及持续时间,或需要解决的最主要问题,并能够初步反应病情轻重与缓急,对某系统疾患能提供诊断线索。用一句话总结、概括出来,就是主诉。应尽量简洁,一般不超过 20 个字。主诉是住院病历中第一项内容,好的主诉应精炼准确;尽可能用患者自己描述的症状,不用诊断用语;对当前无症状、诊断资料和入院或就诊目的又十分明确的患者可适当用诊断术语;要与现病史一致;遵循客观、实事求是的原则。

主诉的新定义是:“促使患者本次住院或就诊的主要症状(体征)、性质、持续时间或医疗保健需求”。

外出会诊时发现,地市、县级一些医院的医师误认为患者自己诉说的为主诉,其他人提供的病史写成“代主诉”,这是错误的。病史不一定是患者提供,只要是患者真实的主要痛苦,不论是谁提供的,都应为主诉。所以,在病历首页中特别列出病史的提供者一项,以供参考或进一步核实。

二、技 巧

1. 主诉要精练准确 ①要体现症状或体征、部位、时间三要素;②尽量不用诊断或检验结果作为主诉;③主诉多于一项时,应按发生时间先后顺序连续书写;④主诉一般不超过 20 个字。症状过多和语句冗长是许多初学者和基层医师书写主诉时最常见的问题,原因除医师对每一种疾病的特征性症状认识不清,而过多的将患者其他相关症状写入主诉外,不必要的修饰词也是导致字数

过多的原因。如“发热、咳嗽、咳痰已2天。”“已”是可以去掉的修饰词。

2. 书写时间的数字要统一选用阿拉伯式 统一选用阿拉伯式数字主要是由于国际数制的统一要求。不能用汉字式或汉字式和阿拉伯式数字混用。

3. 词语要规范严谨尽量用医学术语 主诉不能完全按患者的原话原意书写,需要经医师加工润色后尽量采用医学术语写出。如患者自述吃东西发噎,主诉选用“咽下梗阻感或进行性吞咽困难”。患者患急性细菌性痢疾,自述:“下腹痛,想解大便,但是到厕所后又不一定解出,一会又想解”等。主诉写“腹痛、腹泻、里急后重感。”这都是符合患者原意的医学术语。

4. 因两组不同疾病的症状就诊时分段书写 不管患者患有多少种疾病,主诉只写促使本次住院或就诊的疾病,其余疾病的症状和病史放在过去史写。如果患者同时有两种疾病都需要立即处理,两组症状要分段书写。如患者原有心绞痛,本次因肺炎高热同时诱发心绞痛发作。高热和心绞痛都要立即处理,主诉应分两段写:“高热、咳嗽3天。发作性心前区疼痛4年,加重3天。”

5. 要能反映出第一诊断的疾病特点 好的主诉应能导致第一诊断。依据主诉描写的症状、体征,应能看出第一诊断的疾病特点,所以医师要善于从患者的叙述中提取主诉,不论患者说出有多少症状,只取与诊断疾病关系密切的写入主诉,其余的放在现病史中去描述。对于不善言谈的患者,要经过系统问诊找出有价值的症状做主诉。不能仅仅依据患者的简单叙述完成主诉的书写。如一例亨特综合征(Hunt syndrome;又称膝状神经炎)的患者,医师的主诉写成“口角左偏、右眼闭合不全4天。”亨特综合征是由水痘-带状疱疹病毒感染的特殊类型,主要特征是以耳郭和耳道疱疹为主,伴有面神经和其他症状。该患者比较重视口眼歪斜等面部症状,所以将其做为主诉,但是他有右耳后疱疹和耳痛,医师认真问诊后应将这一特征性的症状写入主诉。有的主诉过于简短,如“发热2天。”发热是众多疾病共有的症状,要和相关的病症联系在一起,才能反映出诊断的疾病特点,如“发热、咳嗽、咳痰2天”或“发热、腹痛、腹泻2天”等。

6. 描写的内容要和现病史一致 主诉实际上是对现病史的高度浓缩,所以写入主诉的内容在症状、体征、时间等方面要和现病史一致。在病历检查中,经常看到主诉和现病史的部分内容不一致。如一肺癌患者,半年前已确诊,近2个月出现咳痰带血,主诉写:“咳嗽、咳痰带血2个月。”现病史写:“半年前……”主诉的时间和现病史不一致。

7. 选择主诉要遵循客观和实事求是的原则 书写主诉有很多原则,客观和实事求是的反映病情是最基本的原则。只要符合这一原则,主诉无论写症状、体征、诊断、异常检查结果、医疗保健需求都是可以的,甚至可以诊断和症状混写。比如某高血压患者,体检时发现血压升高,当时没有症状,主诉可以写成:

“发现血压升高6个月。”如果高血压病确诊后一直没有症状,近期出现了头晕,主诉可以写成:“发现血压升高6个月,经常性头晕1周或确诊高血压病6个月,经常性头晕1周。”还有肿瘤患者经手术切除后,不做后续治疗或后续治疗已做完,出于保健需要,定期进行住院复查,主诉写明术式、时间、需求即可。如“食管癌术后6个月,要求住院复查。”

8. 其他 ①还要注意一些基本要求,如标点符号、用词用语、书写技巧等。②部分患者开口即将主要痛苦和时间很简明的说出,此时可以先写出主诉。③不少患者叙述病史时杂乱或说出了不少次要的症状,这时只有等现病史采集完,再总结出主要痛苦和时间,填在主诉项内,以避免填写的不是主要痛苦或内容太多超出主诉字数的限制。

第二节 现病史

现病史(history of present illness)是记述患者病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。现病史是进一步对主诉的阐述,是病史中最重要的部分,对诊断帮助很大,故应详细地询问清楚。现病史的内容主要包括:①起病的日期和形式,可能的病因或诱因;②主要症状的系统描述,包括症状发生的部位、性质、持续时间、程度、缓解方式或加重因素等;③病情的发展和演变;④诊疗经过与效果;⑤与现症有关的病史和有意义的阴性病史;⑥饮食、睡眠、大小便、体重变化、体力和精神状况等。这些内容在写现病史前应该熟悉,写完后应该检查一下,所写的现病史是否包括以上内容。

一、询问内容和程序

1. 起病情况与患病的时间 包括起病时间、发病急缓、原因或诱因,均与疾病的诊断有关,如脑栓塞、心绞痛等,均起病急骤,而肿瘤、风湿性心脏病等则较缓慢。不少疾病在发生前多有一定的原因或诱发因素,如激动或劳累可诱发心绞痛、进不洁饮食可引起急性胃肠炎。有的患者也可能把某个偶合情况当做病因或诱因,均应注意分析辨别。如果先后出现数个症状或体征,则应按顺序记录,如“心悸3个月,劳累后呼吸困难2周,下肢水肿3天。”

2. 主要症状的特点 同一症状可为不同疾病所共有。如上腹痛可为胃、十二指肠溃疡所有,也可胃炎、胰腺炎所有。而慢性支气管炎、肺结核、支气管扩张同样以咳嗽为主要症状。故主要症状的特点应全面记述,包括出现的时间、部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素。如腹泻、腹痛患者,细菌性痢疾(简称菌痢)为左下腹痛,大便为脓血便;阿米巴痢疾则为右下腹痛,大便

为果酱色。又如消化性溃疡,其主要症状为上腹部疼痛,可持续数日或数周,在几年之中可以时而发作、时而缓解,与进食有一定关系,有秋末春初加重等特点。因此,弄清主要症状的特点,对诊断与鉴别诊断十分重要。

3. 病因与诱因 尽可能了解疾病有无明显的病因和诱因。如急性肠胃炎、痢疾多有饮食不洁史;支气管哮喘可能与季节和过敏史有关;慢性支气管炎伴感染多以受凉为诱因;而情绪激动、饮酒则可能是心绞痛、脑血管意外的诱因之一。因此,问清楚以上因素,有助于明确诊断与拟定治疗措施。但有的疾病病因复杂,患者不可能提供明确病因与诱因,并可能提出一些似是而非的因素,医师不可不加分分析而完全记入病史中。

4. 病情的发展与演变 在疾病过程中,主要症状的变化或新症状的出现,都可视为病情的发展与演变。如慢性肾小球肾炎患者出现严重贫血、恶心、呕吐、皮肤瘙痒等新症状,可能是发生了慢性肾功能衰竭(尿毒症期);心绞痛患者突然转为心前区持续性压榨性疼痛时,则应考虑发生心肌梗死的可能;又如慢性支气管炎患者,可进一步发展肺气肿和肺源性心脏病(简称肺心病),出现气急、心悸、双下肢水肿等。因此,问清楚疾病的发展与演变有助于诊断与鉴别诊断。

5. 伴随病状 是指在主要症状的基础上又同时出现的一些其他症状,伴随症状常常是鉴别诊断的依据。如咯血可为多种病因所引起,单凭此症状则难于明确诊断,问清伴随的症状则诊断的方向会豁然明确。如大量咯血伴反复发热、咳嗽、咯脓臭痰,则可能为支气管扩张症;如咯血伴长期低热、盗汗、乏力、消瘦等结核中毒症状者,应考虑肺结核的可能;咯血伴心悸、呼吸困难、左房室瓣面容者,应考虑风湿性心脏病(简称风心病)左房室瓣狭窄的可能。反之,按一般规律应出现的伴随症状实际上没有出现时,也应记录于现病史中,以备进一步观察,因为这种阴性表现往往具有重要的诊断意义。如急性病毒性肝炎的患者巩膜无黄染、肾炎患者无水肿等。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随症状,因为这往往是明确诊断的重要线索。

6. 诊治经过 本次就诊前已经接受过的诊断检查及其结果,治疗所用药物的名称、剂量、给药途径、疗程和疗效,应记述清楚,以备制订诊断和治疗方案时参考。

7. 病程中的一般情况 病后的精神、体力状态、饮食情况、睡眠与大小便等,对评价患者的全身一般情况、采取何种辅助治疗也十分有用。

二、现病史采集的技巧

1. 引导患者自己陈述病史 一般情况下要让患者自己陈述疾病的经过,医

师要耐心地倾听,不要随意打断其诉说。但是,若讲得离题太远或太杂乱时,需要及时加以引导,让其回到围绕主要痛苦的正题上来。待患者诉说完后,再询问需要补充的问题和澄清其含糊的症状。

2. 避免暗示性或正、负性询问 医师在向患者提问时,应尽可能避免带有暗示性或正、负性的询问。如在问患者头痛与用视力的关系时说:“你多看书也会头痛的,对吗?”易受暗示的患者,很容易接受这样的提问,再加上医师的主观性,会误为某种疾病的典型症状。

3. 间接性或启发性询问 正确的提问是间接性或启发性的,如“多看书时有什么感觉?”让患者表述出自己的真实感受。

4. 不忽视阴性症状 对于重要的阴性症状并不能忽视,应加以记载,有助于鉴别诊断。

5. 需要注意的问题 如患者主要痛苦是头痛,需要从以下 10 个方面加以注意并逐项提问。

(1)头痛的起病是渐进性的或突发性的 如受凉突发性头痛,需要考虑炎症性或血管性头痛;劳累或情绪激动时突发性头痛应考虑出血性脑血管病。渐进性头痛需要排除颅内占位性病变。长期失眠、多梦伴发头痛可能为神经症(神经官能症),亦可能为颈椎性神经症群;在未排除颈椎病之前,就下神经症的诊断,会造成误诊。长时间姿势不当地学习、工作与睡眠后渐进性的头痛,多会导致颈椎病性头痛发作。

(2)头痛的起始时间 在询问病史时需要扩展为 4 个时间,即病程时间、易痛时间、每次疼痛时间和间隔时间。若病程短者,多为外伤性、急性炎症或颅内出血性血管病,缺血性脑血管病的概率较低。病程数十天或数月者,需要考虑慢性炎症与颅内占位性病变。病程长达数年或十数年以上者,除了神经症与极少的颅内肿瘤或慢性炎症之外,多系颈椎病。当然,颈椎性头痛就诊及时者亦会在发病数天内即来就诊。每次疼痛时间短暂者需要考虑枕大神经痛和三叉神经痛,超过 4 h 需要考虑偏头痛与颈椎性头痛。头痛易发时间在鉴别诊断时亦有重要价值,如组胺性偏头痛易在熟睡中发作;颅内占位性病变早期易在拂晓时头痛;额窦炎和部分颈椎病易在清晨或上午头痛;上颌窦炎易在午后头痛;颈椎性头痛多数没有固定时间,每次头痛时间对颈椎性头痛的诊断价值不大,但对与其他疾病的鉴别有重要意义。如一次头痛超过 3 min 可排除三叉神经痛(但有的患者误将接连数次的频发说成一次,须仔细追问鉴别之),一次疼痛少于 4 h 者不可能是偏头痛。头痛间歇时间越来越短,说明病情加重,颈椎性头痛可有这种情况;若头痛越来越激烈,需要注意排除颅内占位性病变等其他器质性疾病,更要警惕亦可能为脑疝形成的先兆。

(3)头痛的部位和范围 对鉴别诊断有重要意义。如额窦炎疼痛多位于额

部或颞部;蝶窦与筛窦炎疼痛可位于后枕部;颅内占位性病变早期多位于该病灶相应的头部;高血压和后颅窝占位性病变头痛多位于后枕部;枕大神经痛虽亦在枕部,但多位于一侧,并可向头顶放射。枕大-三叉神经综合征疼痛由枕部放射到该侧面部。颈椎性头痛可在枕部、项枕部、顶部、颞部、额部、眶部、鼻根部或全头不定处的窜痛,且常有放射,或后枕部痛放射到前额、眼眶、鼻根,或放射到背部、胸部、肩部、前臂、手指,甚至放射到足外侧缘、足跟、踇趾和全身不定处窜痛。

(4)头痛的规律性 头痛可分为持续性、间歇性、阵发性和持续性疼痛阵发性加重4种。将这4种询问清楚在鉴别诊断中有一定价值。颈椎性头痛虽然4种均可有,但可依据某些疾病疼痛规律性的特点,可择重点与相应的疾病鉴别。如对于持续性头痛阵发性加重者,应重点与颅内占位性疾病、蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)鉴别;阵发性头痛须与偏头痛、组胺性偏头痛、三叉神经痛和枕大神经痛相鉴别;间断性头痛则应排除鼻源性头痛或两者兼有。

(5)头痛的性质与严重程度 头痛可分为跳痛、胀痛、窜痛、沉痛、刺痛、麻痛、灼痛、牵拉痛、隐隐痛、刀割痛、炸裂痛和窜钻痛等。除后两种需要排除颅内压高之头痛外,颈椎性头痛亦可非常严重,甚至素有修养讲究尊严的人也会痛得大声哭叫。对于头痛程度很严重或进行性加重者,还必须小心地排除颅内器质性病变。因为突然严重的头痛往往是一危险信号,如颅内压高者脑疝形成前。

(6)伴发症状 伴发症状亦有重要的鉴别意义。呕吐明显或频繁者,应重点考虑颅内压增高;头痛伴有鼻塞、流脓涕,需要考虑鼻旁窦炎之可能;头痛与血压波动有明显关系,需要考虑高血压性头痛;头痛伴有一侧或双侧上肢或手麻、痛或颈部不适感,则多为颈椎性头痛。

(7)加重或减轻的诱因 低头时头痛加重可能为高颅内压性头痛;抬头时出现头痛或加重,可能为低颅内压性头痛(如腰穿反应或颅底骨折伴脑脊液漏);站立时减轻而躺下时加重则为组胺性偏头痛的特征;说话、洗脸、刷牙与进食时诱发或加重的疼痛多为三叉神经痛;感冒后头痛加重可能系鼻源性头痛;强迫姿势工作、不正确姿势学习、高枕躺卧或性交时搂抱头颈后头痛或加重,多提示颈椎性头痛。

(8)症状演变情况 有无缓解、复发和恶化等。头颈部急性损伤引起的头痛,待急性期过后部分患者头痛可缓解多月至数年,再遇到不被常人留意的轻微外伤时,头痛等症状又可复现;偏头痛、组胺性偏头痛、三叉神经痛和枕大神经痛均可自动缓解,经过长、短不等的时间又可复发;至于进行性恶化者,除了需要考虑脑或脊髓蛛网膜粘连之外,更应注意颅内占位性病变、转移瘤、慢性结

核性脑膜炎和真菌性脑膜炎等。

(9)曾做过的检查、治疗与结果 了解曾做过的检查、治疗及其结果,不仅对诊断有帮助,并且又可避免重复检查造成不必要的时间上和经济上的浪费。如曾拍过卡瓦(Kava)位X射线片未见异常,鼻旁窦炎之可能性不大;曾做过头颅CT或MRI未见异常,颅内占位性病变可基本排除。若有阳性发现需要进一步分析有无临床意义或进一步做有关的生化等其他检查,以判明其病变的性质。曾做过的颈椎X射线拍片检查,需要进一步追问拍过几张,不可笼统记载“曾拍颈椎片未见异常”即了事,这样做会误事,因为不少临床医师只申请或影像学技师只给拍了正、侧位片或仅仅拍了侧位片,多者给拍了正、侧、双斜位4位片。此1张、2张或4张无异常不等于能完全排除颈椎病,只有拍5位片(即正、侧、双斜,再加上张口位),才能全面观察颈椎情况。还应注意有无寰枢椎半脱位,寰枢椎半脱位最易导致头痛、头晕。曾经做过的治疗及其结果对诊断也可能会有帮助,如一头痛、呕吐患者,所在地卫生所医师为其静脉注射60 ml高渗葡萄糖后,头痛、呕吐症状缓解,则提示可能为颅内压高性头痛;又如一发作性头痛患者,睡眠不好,当地医师给开了“苯巴比妥”片睡前服,服药期间头痛未再发作,提示可能为癫痫;再如医师一手托颈部、一手托枕部将患者头部往上提时,头痛立时缓解且伴有的手麻立即消失,则提示颈椎性头痛。

(10)有关营养、睡眠、饮食和大小便情况 若有营养障碍应多考虑消耗性疾病。睡眠障碍、多梦、记忆力减退等,许多病都可引起,在排除高血压、动脉粥样硬化、慢性中毒和甲状腺功能亢进等疾病之后,临床医师很容易下“神经症”的诊断,而颈椎病导致的神经症状群则更常见,以往多被忽视。所以,只有在排除颈椎病后再考虑神经症,才能减少误诊。食管压迫型颈椎病和延髓型颈椎病可引发吞咽困难,缺乏这方面知识者易考虑为食管癌,给患者和家属带来不必要的恐慌。当然,先排除食管癌亦是必要的。脊髓受压型与交感型颈椎病会出现大小便障碍。可见,遇到头痛患者,都应详细询问营养、睡眠、饮食和大小便情况。

其他,像头晕、肢体瘫痪、感觉障碍等,均可套用现病史的10项,依次询问清楚。

对于脑血管病,因均属急性发病,相对可分出骤、急与缓慢。尤其对于脑出血与脑血栓形成的鉴别,在病史中最重要的是发病状态和起病速度,询问时一定要弄准确。要区别静中动和动中静的关系,不能将静中动误为静态起病,亦不能将动中静误为动态起病。另外,如呕吐等,一定要搞清楚是发病后多长时间出现的呕吐。患病后立即或半小时左右呕吐,多是脑出血;若病后1~2 h开始呕吐,则大面积脑梗死的可能性大。