

尖瓣狭窄	2.触诊：舒张期震颤、剑突下抬举样搏动 3.叩诊：心界略向左扩大，正常心腰消失，呈梨形心	2.第一心音亢进； 3.P2亢进和分裂； 4.肺动脉扩张时（瓣膜相对关闭不全），肺动脉瓣区可闻及Graham Steel杂音。 5.第二心音后听到高调、短促、清脆的 开瓣音 ； 6.右心室扩大时，在三尖瓣区可闻及收缩期吹风样杂音，吸气时增强； 7.出现心房颤动时，心音强弱不等，心律绝对不齐，脉搏短绌。
二尖瓣关闭不全	1.视诊：心尖搏动向左下移位。 2.触诊：心尖搏动有力，抬举性。 3.叩诊心界向左下扩大或向两侧扩大。	1.二尖瓣区可闻及吹风样一贯性收缩期杂音，可为全收缩期杂音，性质粗糙、高调，向左腋下或左肩胛下区传导； 2.第一心音减低，可闻及P2亢进伴分裂，吸气时明显； 3.严重返流时心尖区可闻及S3及紧随S3后的短促舒张期隆隆样杂音。
主动脉狭窄	1.视诊：心尖搏动增强，位置向左下移。 2.触诊：心尖搏动有力，呈抬举样，胸骨右缘第2肋间可触及收缩期震颤。 3.叩诊：可正常或向左下扩大。	1.胸骨右缘第二肋间粗糙而响亮的3/6级及以上的收缩期喷射性杂音，呈递增递减型，杂音向颈部传导； 2.A2减弱，甚至消失；由于左室射血时间延长，可有第二心音反常分裂。 3.心尖区有时可闻及S4。
主动脉关闭不全	1.视诊：心尖搏动向左下移位，可有点头运动。 2.触诊：心尖搏动向左下移位，呈抬举样搏动。水冲脉和毛细血管搏动征。 3.叩诊：心界向左下扩大，呈靴型。	1.主动脉瓣第二听诊区递减型叹气样舒张期杂音，沿胸骨左缘下传、可达心尖部，坐位前倾及呼气末屏住呼吸时更清楚； 2.相对性二尖瓣狭窄，心尖部可闻及柔和、低调、递减型、舒张中、晚期隆隆样杂音，为Austin Flint杂音； 3.心尖部第一心音减弱，A2减弱。 4.周围血管征：颈动脉搏动增强、点头运动（Musset征）、水冲脉、毛细血管搏动征、射枪音、Duroziez双重杂音。
心包积液	1.视诊：心尖搏动减弱或消失 2.触诊：触不到心尖搏动 3.叩诊：心界向两侧扩大，随体位变化而变化。	心包摩擦音，液体多时心音弱而遥远。 颈V怒张、肝颈静脉回流征阳性， 奇脉 、脉压小，Ewart征(+)（即左肩胛下区出现语颤↑，叩呈浊，听可有支气管肺泡呼吸音，心包积液致肺不张）

第七章 腹部

腹部检查——视诊、听诊

腹部的体表标志及分区	腹部检查顺序：视、听、叩、触 腹直肌外缘：相当于锁骨中线的延续，常为手术切口位置，右侧腹直肌外缘与肋弓下缘交界处为 胆囊点 。 肋脊角：背部两侧第12肋骨与脊柱的交角，为 检查肾脏叩击痛 的位置。
------------	--

腹部外形	概念	临床意义
腹部平坦	健康的正常成年人平卧时，前腹壁大致处于肋缘至耻骨联合平面或略为凹陷。	正常人多见
腹部凹陷	见于极度消瘦和脱水者。 舟状腹 ：全腹凹陷严重时前腹壁凹陷几乎贴近脊柱，肋弓、髂嵴和耻骨联合显露，使腹外形如舟状，称舟状腹，见于恶病质如结核病、恶性肿瘤等慢性消耗性疾病，亦可见于神经性厌食、糖尿病及严重甲亢患者。	

	局部凹陷	外形	多见于手术后腹部瘢痕收缩，患者立位或加大腹压时，凹陷可更明显。
腹部膨隆	全腹膨隆	平卧时腹壁明显高于肋缘至耻骨联合的平面，外观呈凸起状	见于腹腔积液（平卧呈蛙腹状）、腹内积气、腹内巨大肿块、妊娠、肥胖等。
	局部膨隆		相应部位的脏器肿大、炎性包块、腹内肿瘤、腹壁肿物或疝等
腹壁上的肿块和腹腔内肿块鉴别： 叮嘱患者抬头或抬腿使腹壁肌肉紧张，如果肿块更加明显，说明是在腹壁上，反之，如其变得不明显或消失，说明肿块在腹腔内，被收缩变硬的腹肌遮盖，但腹肌深层的腹壁病变亦可变得模糊不清。			
		腹壁情况	1. 皮疹：常见于发疹性传染病（如伤寒、猩红热等）。 2. 色素： (1) Addison病（肾上腺皮质功能减退）：皮肤皱褶处有褐色素沉着。 (2) Grey-Turner征：左腰部皮肤呈蓝色，为血液自腹膜后间隙渗到侧腹壁的皮肤下所致，可见于急性出血性胰腺炎或绞窄性肠梗阻。 (3) Cullen征：脐周围或下腹壁呈蓝色为腹腔内或腹膜后大出血征象，见于急性出血性胰腺炎或宫外孕破裂。 3. 腹纹：白纹见于肥胖症。淡蓝色或粉红色腹纹，见于妊娠期。紫纹是皮质醇增多症的特征之一。 4. 瘢痕：多为手术、皮肤感染或外伤所致。右下腹McBurney切口瘢痕标志阑尾手术。右上腹腹直肌旁切口瘢痕标志胆囊手术。左上腹弧形切口瘢痕标志脾切除手术。 5. 疝：分为腹外疝和腹内疝，以前者多见。 6. 脐部 7. 腹部体毛 8. 腹股沟
		腹壁静脉	1. 腹壁静脉显露：较瘦或皮肤白皙的人、老年人、腹压增加腹水、腹腔巨大肿物、妊娠 2. 腹壁静脉曲张：见于肝硬化门静脉高压（水母头状，可听到血管杂音）、上下腔静脉回流受阻 3. 如何腹壁静脉曲张的来源及回流方向？ 正常时脐水平线以上的腹壁静脉血流自下向上经胸壁静脉和腋静脉而进入上腔静脉，脐水平以下者自上向下经大隐静脉而流入下腔静脉。 (1) 门脉高压 时，腹壁曲张静脉常以脐为中心向四周伸展，因胚胎时的脐静脉在生后闭塞而形成圆韧带，门脉高压时再通，经脐孔而入腹壁浅静脉流向四方。 (3) 下腔静脉阻塞 时，曲张的静脉大都分布在腹壁两侧，有时在臀部及股部外侧，脐以下的腹壁浅静脉血流方向也转向上。 (4) 上腔静脉阻塞 时，上腹壁或胸壁的浅静脉曲张血流均转向下方，肝硬化脐为中心向四周扩散，借简单的指压法即可鉴别。
	呼吸运动：男性及小儿→腹式呼吸为主；女性→胸式呼吸为主。		
	胃肠型和蠕动波 胃肠道发生梗阻时，梗阻近端的胃或肠段扩张而隆起，可呈现胃肠的轮廓，称为 胃型 或 肠型 ，同时伴有该部位的蠕动加强，可以看到 蠕动波 。 小肠梗阻蠕动波在脐部，远端结肠梗阻蠕动波在周边，肠麻痹蠕动波消失。		
听诊	肠鸣音	肠鸣音：肠蠕动时，肠管内液体和气体随之流动，产生一种断续的咕噜声或气过水声。 肠鸣音 4-5次/分	

		下 肠鸣音消失 持续听诊3~5分钟未听到肠鸣音 急性腹膜炎、肠麻痹
	血管杂音	1. 动脉性：常在腹中部或腹部一侧，见于腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄。 腹中部主动脉收缩期杂音--腹主动脉瘤（可触及搏动的肿块）腹主动脉狭窄（搏动弱，下肢血压低于上肢） （1）上腹部两侧收缩期杂音--肾动脉狭窄，见于年轻的高血压患者。 （2）下腹部两侧收缩期杂音--髂动脉狭窄。 2. 静脉性：连续性的嗡嗡声，无收缩期与舒张期性质，常出现于脐周或上腹部，腹壁静脉曲张严重时，提示门静脉高压伴侧支循环形成，称“ 克-鲍综合征 ”。
	摩擦音	脾梗塞、脾周围炎、肝周围炎或胆囊炎累及局部腹膜深吸气时听到摩擦音，严重时触诊亦有摩擦感。 腹膜纤维渗出性炎症时，亦可在腹壁听到摩擦音。协助测量肝下缘
	搔刮试验	
	附：腹水	病因：心血管系统疾病，肝脏及门脉系统疾病，肾脏疾病，腹膜疾病，营养缺乏淋巴瘤系统疾病，女性生殖系统疾病 疾病： 液体静水压：门静脉阻塞，门脉系统血管压力增高 血浆胶体渗透压：清蛋白摄入减少，吸收障碍，合成下降、分解增加 淋巴循环：肝硬化-肝淋巴液生成增多，乳糜池梗阻及损伤破裂，淋巴瘤或转移瘤、丝虫病 体征：视诊：腹部膨隆、大量腹水（球形腹）、脐突出 触诊：张力增加炎症--压痛、反跳痛 叩诊：移动性浊音、液波震颤 听诊：肠鸣音正常

腹部检查——叩诊				
腹部叩诊音	1. 正常情况：大部分区域→鼓音；肝、脾、增大的膀胱及子宫、两侧腹部近腰肌处→浊音。 2. 异常情况：肝脾或其他脏器极度肿大，腹腔内肿瘤或大量腹水→鼓音范围缩小、病变部位呈浊音或实音；胃肠高度胀气或胃肠穿孔致气腹→鼓音范围增大。 3. 腹部叩诊：左下象限→逆时针→右下象限→脐，多采用间接叩诊法。			
肝脏叩诊	肝相对浊音界* ：用叩诊法定肝上界时，沿右锁骨中线、右腋中线和右肩胛线，由肺区向下叩向腹部。当由清音转为浊音时，即为肝上界。 肝绝对浊音界* ：再向下叩1~2肋间，则浊音变为实音，即肺下界。			
	右锁骨中线：上界--第5肋间；下界--右季肋下缘；二者之间的距离为肝上下径，约9~11cm			
	右腋中线：上界--第7肋间；下界--第10肋骨水平；			
	右肩胛线：上界--第10肋间			
	肝浊音界扩大	肝癌、肝脓肿、肝炎、肝淤血、多囊肝、膈下脓肿		
	肝浊音界缩小	急性重型肝炎、肝硬化、胃肠胀气		
	肝浊音界消失（代以鼓音）	急性胃肠穿孔、胃肠充气、间位结肠、全内脏转位		
	肝浊音界向上移位	右肺纤维化、右下肺不张、气腹、鼓肠		
	肝浊音界向下移位	肺气肿、右侧张力性气胸		
胃泡鼓音区	肝区叩击痛	肝炎、肝脓肿、肝癌		
胃泡鼓音区	traube区 ：左前胸下部肋缘以上，半圆形，为胃底穹窿含气而形成。 上界--横膈及肺下缘； 下界--肋弓； 左界--脾； 右界--肝左缘 大小受胃泡含气量的多少和周围器官组织病变的影响。			

	缩小或消失：中重度脾脏肿大、左侧胸腔积液、心包积液、肝左叶肿大、急性胃扩张或溺水患者。
脾脏叩诊	正常人：左腋中线第9~11肋间可叩到脾浊音区，长度约为4~7cm，前方不超过腋前线。 脾浊音区扩大：各种原因所致脾肿大；脾浊音区缩小：左侧气胸、胃扩张等。
移动性浊音*	腹腔内有较多的液体存留时，因重力关系液体多储积于腹腔内的低处，在此叩诊呈浊音。移动性浊音是发现腹腔有无积液的重要检查方法。当腹腔内游离腹水在1000ml以上时，即可查出移动性浊音。 巨大卵巢囊肿和腹水的鉴别* ：（记住） 1. 卵巢囊肿所致浊音于仰卧时常在腹中部，鼓音区在腹部两侧。 2. 卵巢囊肿的浊音不呈移动性。 3. 尺压试验可以鉴别：如为卵巢囊肿，则腹主动脉搏动的搏动可经囊肿传导到硬尺，使之发生节律性搏动；如为腹水，则搏动不能被传导，硬尺亦无此种搏动。
膀胱叩诊	耻骨联合上方；膀胱空虚时，因耻骨上方有肠管存在，叩诊呈鼓音，叩不出膀胱的轮廓。膀胱内有尿液充盈时，耻骨上方叩诊呈圆形浊音区。
肋脊角叩痛	正常时无叩击痛，当有肾炎、肾盂肾炎、肾结石、肾结核及肾周围炎时，肾区有不同程度的叩击痛。

腹部检查——触诊		
触诊内容	腹壁紧张度	1. 腹壁紧张度增加： （1）腹膜刺激而引起腹肌痉挛、腹壁明显紧张，甚至强直，硬如木板，称为 板状腹 。 （2）结核性炎症或其他慢性病变时，由于发展较慢，对腹膜刺激缓慢，且可有腹膜增厚和肠管、肠系膜的粘连，故形成腹壁柔韧且具抵抗力，不易压陷，称为 揉面感或柔韧感 。 2. 腹壁紧张度减低
	压痛和反跳痛*	1. 位于右锁骨中线与肋缘交界处的胆囊点压痛标志胆囊的病变。 2. 位于脐与右髂前上棘连线的中外1/3交界处的麦氏点压痛表示阑尾病变 3. 当患者查有腹肌紧张、压痛与反跳痛，称 腹膜刺激征 ，或腹膜炎三联征。 4. 当医师用手触诊腹部出现深压痛后，示，中，环三指可于远处停留片刻，使压痛感觉趋于稳定，然后迅速将手抬起，如此时患者感觉腹痛骤然加剧，并常伴有痛苦表情和呻吟，称为 反跳痛 ，腹膜壁层受炎症累及。
	腹部脏器	肝脏、脾脏、胆囊、膀胱、胰腺
	腹部包块	1) 正常：剑突、腹直肌肌腹及腱划、腰椎椎体及骶骨岬、乙状结肠粪块横结肠、盲肠。 ABCDE：腹主动脉、膀胱、盲肠、降乙结肠、剑突（选择题）

		2) 异常：部位、大小、形态、质地、压痛、移动度、搏动
	液波震颤	腹腔内有大量游离液体时，用手拍击腹部。3000mL~4000mL以上才能查出。
	振水音	胃内有多量液体及气体存留触诊可出现。胃排空障碍，幽门梗阻胃扩张。
	触诊方法：单手触诊法、双手触诊法、钩指触诊法	
大小	肝脏触诊	1. 肝肿大：肋弓下超过1cm；剑突下超过3cm或剑突至脐连线中上1/3交界。 2. 肝下移：常见于内脏下垂、肺气肿、右侧胸腔大量积液导致膈肌下降时。 3. 肝大： 弥漫性：肝炎、肝淤血、淤胆、脂肪肝、早期肝硬化、布加综合征、吸虫病等。 局限性：肝脓肿、肝肿瘤、肝囊肿（包括肝棘球蚴病） 4. 肝触诊：急性或亚急性重型肝炎、晚期门脉性肝硬化等。
质地	触诊	如口唇见于急性肝炎、伤寒、败血症；质韧：如鼻尖见于病毒性肝炎、脂肪肝、肝淤血、酒精性肝硬化、胆汁淤积肝肿大；质硬：如前额见于肝癌。
边缘与表面形态		1. 边缘圆钝，表面光滑：脂肪肝或淤血肝。 2. 边缘锐利，表面细小结节：肝硬化。 3. 边缘不规则，表面不光滑、不均匀结节状：肝癌、多囊肿肝
压痛		肝包膜炎症、肝肿大→压痛 轻度弥漫性--肝炎、肝淤血；局限性剧烈--表浅的肝脓肿
搏动		三尖瓣关闭不全，右心衰伴肝脏扩张型搏动
摩擦感		肝周围炎症浸润病变
肝颈静脉回流 [*]		右心衰竭患者颈静脉持续而明显怒张，但于停止压迫肝区后下降（至少4cmH ₂ O），为早期右心功能不全，肺动脉高压，心包积液重要体征。
肝震颤		肝棘球蚴囊肿
	脾脏触诊	1. 脾肿大的测量与记录方法（必考） 第I线：左锁骨中线与左肋缘交点至脾下缘的距离。 第II线：左锁骨中线与左肋缘交点至脾脏最远的距离。 第III线：脾右缘与前正中线的距离。 轻度肿大：深吸气时，脾缘不超过肋下2cm 中度肿大：超过2cm至脐水平线以上 高度肿大：超过脐水平线或前正中中线，即巨脾。 2. 左肋缘下可触及肿块—鉴别（了解） (1) 增大的左肾：位置较深、边缘圆钝、表面光滑无切迹。 (2) 肿大的肝左叶：不引起脾浊音区扩大。 (3) 结肠脾曲肿物：近圆形或不规则、不延续至左肋缘。 (4) 胰尾部囊肿：锐利的边缘和切迹、且不随呼吸移动。
	胆囊触诊	单手滑行触诊法或钩指触诊法。正常时不能触及。 急性胆囊炎：囊性、压痛；壶腹周围癌：囊性、无压痛；胆囊结石和胆囊癌：实性感 1. Murphy征 ：医生以左手掌放在被检查者的右肋缘部，将拇指放在腹直肌外缘与肋弓交点处（胆囊点），拇指用力压迫腹壁后，再嘱其深呼吸。被检查者因疼痛而突然屏住吸气，即Murphy征阳性。 2. Courvoisier征 ：胰头癌压迫胆总管引起黄疸进行性加重，同时胆囊显著肿大，但无压痛。
	肾脏	正常人肾脏一般不易触及，有时可触到右肾下极。 当肾脏和尿路有炎症或其他疾病时，可在相应部位出现压痛点： （记住） 1. 季肋点（前肾点）：第10肋骨前端，右侧位置稍低。相当于肾盂位置。 2. 上输尿管点：在脐水平线上腹直肌外缘。

触诊	3. 中输尿管点：在脐前上棘水平腹直肌外缘，相当于输尿管第二狭窄处。 4. 肋脊点：背部第12肋骨与脊柱的交角的顶点。 5. 肋腰点：第12肋骨与腰肌外缘的交角顶点。
膀胱触诊	单手滑行法。
胰腺触诊	有病变时，在上腹部出现体征。

第九章 肌肉骨骼系统

脊柱	颈椎7个、胸椎12个、腰椎5个、骶椎5个、尾椎4个
背面观察	1. 脊柱侧凸* （记住） (1) 姿势性侧凸 ：见于儿童发育期坐位姿势不良、椎间盘脱出症、脊髓灰质炎后遗症等。站立有侧弯而在坐位或卧位时消失，可因两下肢不等长所致。 (2) 器质性侧凸 ：见于佝偻病、慢性胸膜增厚、胸膜粘连及肩部或胸廓畸形等病变。 改变体位不能使侧凸得到纠正。 2. 脊柱扩张度：深吸气和深呼气胸围之差，一般正常值为5cm。
侧面观察	1. 脊柱后凸：即脊柱过度后弯，多发生于胸段，也称驼背。检查时发现胸部塌陷，腹部向前凸出。 2. 脊柱前凸：即脊柱过度向前弯曲，发生于腰椎，也称挺腰畸形
压痛与叩击痛	1. 压痛：检查压痛时用右手拇指从枕骨粗隆开始自上而下逐个按压脊椎棘突、脊椎旁肌肉，正常人脊椎无压痛。 2. 叩击痛：两种检查方法：直接、间接叩诊法。阳性见于脊椎结核、骨折、椎间盘突出
特殊检查	1. 坐位屈颈试验：阳性：屈颈时不自主屈膝。用于：腰椎间盘突出症。 2. 直腿抬高试验 ： (1) 患者仰卧，两下肢伸直，医师一手置于膝上，使膝关节伸直，另一手抬高下肢。正常人可抬高70°以上，如抬高不到30°，即下肢后侧的放射性疼痛，为阳性。 (2) 见于坐骨神经痛、腰椎间盘突出或腰骶神经根炎。 (3) 直腿抬高加强实验（Lasegue征）：被动使踝关节背屈。 3. 腰骶关节试验（骨盆旋转试验）：阳性见于下腰部腰肌劳损或腰骶椎病变者。腰间盘突出患者为阴性。 4. 骶外展外旋试验（“4”字试验）：阳性：同侧髂胫关节疼痛。髌胫关节或髌关节周围病变。 5. 跟臀试验：阳性：股前方放射痛。腰大肌脓肿、脊柱强直、股四头肌挛缩、髌胫关节病变。 6. 瑞-舒测试法 ：（记住） (1) 测定脊柱前弯的伸长率：嘱患者作立正姿势，以脐嵴为中心，在其上10cm及下5cm处各作一标志，嘱患者尽量弯腰至最大程度，再以软尺测量两点间距离。 (2) 正常人弯腰时的两点距离较直立时的15cm增加4-8cm。 (3) 意义：对幼年性强直性脊柱炎进行动态观察。 7. 弯腰拾物试验
	1. 肢端肥大：手指、足趾粗而短，手、足背厚而宽，皮肤粗糙变厚，多色素沉着，多汗、多毛。见于肢端肥大症、巨人症。

四肢与关节	一般检查	<p>2. 肌肉萎缩:</p> <p>(1) 查体特点: 肌肉组织体积缩小, 触诊松软无力。</p> <p>(2) 阳性 肌源性: 炎症性 (炎性疾病、病毒性肌炎)、遗传性 (肌营养不良)</p> <p> 获得性 (重症肌无力、药物性肌病)</p> <p> 神经源性: 下运动神经元损害, 如脊髓灰质炎、周围神经炎等</p> <p>3. 骨折与关节脱位</p> <p>4. 下肢静脉曲张</p> <p>5. 水肿</p> <p>6. 肝掌 (记住): 手掌大小鱼际和指端腹侧可见点状红斑, 如朱砂, 又称朱砂掌。与雌激素增多有关。见于肝功能减退。</p> <p>7. 杵状指 (趾) *</p> <p>(1) 特点: 为末端指节明显增宽增厚, 指甲从根部到末端呈弧形隆起呈杵状。</p> <p>(2) 见于: 呼吸系统疾病 (肺癌、支扩)、发绀型先天性心脏病、营养障碍性疾病 (肝硬化、吸收不良综合征)</p> <p>8. 匙状甲* (记住、考)</p> <p>也称反甲。表现为指甲中部凹陷, 边缘翘起, 较正常变薄, 表面粗糙有条纹。多见于缺铁性贫血、偶见于风湿热。</p>
	关节检查	<p>1. 肩关节检查</p> <p>(1) 杜加斯征: 正常人将手放在对侧肩上, 肘能贴胸壁。肩关节前脱位时伤侧手放在对侧肩上, 肘不能贴胸壁, 此为杜加斯征阳性。</p> <p>(2) 痛弧: 肩峰下肩袖病变时, 肩关节外展60-120度, 使肩袖肌腱在肩峰下方摩擦, 撞击而产生明显疼痛。小于60度或大于120度时疼痛消失。</p> <p>2. 肘关节检查: 携物角: 10~15° 肘外翻>15° 肘内翻<0°</p> <p>3. 腕及手部检查</p> <p>4. 髌关节检查</p> <p>5. 膝关节检查</p> <p>(1) 膝内翻: 患者站立, 两腿并拢, 两踝能并拢, 但双膝分开者。又称“O形腿”。</p> <p>(2) 膝外翻: 患者站立, 两腿并拢, 两膝能并拢, 但双踝分开者。又称“X形腿”。</p> <p>(3) 浮髌试验*: 检查者一手压迫髌上囊, 将液体挤入关节腔内, 另一手指反复按压髌骨, 在髌上囊处可感到波动, 也可感到髌骨下压时髌骨触到股骨, 松开时即浮起, 此为浮髌试验阳性。</p> <p>6. 踝关节及足: 扁平足、马蹄足、内翻足、外翻足、仰趾足、弓形足</p>

第十章 神经系统检查

神经系统	
高级神经活动	<p>是指高级神经活动的状态, 是大脑功能正常的极为重要的表现。</p> <p>检查内容: 意识, 颅神经、运动、感觉、反射、共济运动</p> <p>1. 记忆 2. 计算力 3. 定向力 4. 失语 5. 失用 6. 失认 7. 视空间技能和执行功能</p>
脑神经检查	<p>1. 嗅神经</p> <p>(1) 确定鼻孔通畅、有无粘膜病变。(2) 闭目, 依次检查双侧鼻孔嗅觉。(3) 功能障碍常见于同侧嗅神经损害。</p> <p>2. 视神经: 视力、视野、眼底</p> <p>3. 动眼、滑车、展神经: 三者共同支配眼球运动, 称眼球运动神经</p> <p>4. 三叉神经: 面部感觉、咀嚼运动、角膜反射、下颌反射</p> <p>5. 面神经: 面部表情, 舌前2/3味觉。</p> <p>6. 位听神经: 耳蜗神经、前庭神经</p> <p>7. 舌咽神经、迷走神经: 运动功能、咽反射、感觉功能</p> <p>8. 副神经: 支配胸锁乳突肌、斜方肌的随意运动。</p> <p>9. 舌下神经: 支配舌外和舌内肌群的随意运动。</p>
	<p>1. 浅感觉: 痛觉、温度觉 (热: 40-45℃、冷: 5-10℃)、触觉。痛温觉减退见于脊髓</p>