

“股趾”征的临床评价

——介绍一种新的下肢病理等位征

庄柏翔 王化东*

(神经科)

孙东

(生理教研室)

吴玢

(保健科)

提要 二年来,作者在检查中枢神经系统病损时,对新发现的下肢等位征——“股趾”征作了描述。经检查48例锥体束损害,得阳性率51.3%,而巴彬斯基为78.5%,恰道克70.2%,奥本海24.3%,高登25.8%。并与此四种病理趾征对比, P值 $<0.01\sim 0.05$ 。

关键词 中枢神经系统疾病;股趾征;病理等位征。

Babinski提出“趾征”业已88年之久,在锥体束损害时它不是一个恒定的病理反射,可缺如或出现Babinski等位征^{①④}。在临床中发现Oppenheim、Gordon征的阳性率远比Babinski、Chaddock征低,然而临床仍习用上述四种病征(伸组病理反射)来确定有无下肢锥体束损害。故选用阳性率高的检查方法对神经定位诊断将有很大的裨益。Hindfeldt等(1976)又介绍一种CUT反射——交叉伸趾征(Crossed upgoing toe sign)。若与Babinski征合用可提高阳性率。^⑤

我们在临床实践中发现一种新的下肢病理等位征——“股趾”征(暂名Femoral upgoing toe sign),与文献记载的不同,^⑥其检查方法介绍于下:令受检者仰卧,将两

下肢平放在检查台上,使受检者拇趾处于中间位,然后检查者用右指指按压股内侧上、中下交界处皮肤及其下的浅肌层,此处相当于缝匠肌与趾骨肌交叉点,若出现同侧拇趾背伸(或称拇趾背屈)即为阳性,不一定出现其它四趾扇形分开;少数病人可出现交叉伸趾征。注意按压时用力不能过大,务使不产生痛感为宜。就是有感觉障碍的病人也应轻按,避免机械性牵引造成假阳性。操作时由二人共同观察评定。

材料及研究方法

1982年8月~1984年9月随机选择神经内、外科,骨科临床资料完整,并有实验室、

*进修生,睢宁县人民医院

特殊造影及手术证实锥体束损害的50个病例。体检时病人均神智清晰、操作合作。其中男35例、女15例。年龄4~72岁。脑血管病19例,脑膜脑炎4例,脑变性疾病4例,脑占位性病变3例,散发性脑炎2例,脑干病变1例,非休克期横贯性脊髓炎5例,外伤性痉挛性截瘫4例,脊椎结核3例,脊髓肿瘤2例,A.L.S.3例。另选本院82届大学生100例(200测)作为正常对照组,男52例,女48例。年龄16~22岁。疾病组与对照组均进行Babinski(以下简称B)、Chaddock(以

下简称C)、Oppenheim(以下简称O)、Gordon(以下简称G)、“股趾”(以下简称F)征五种检查方法。疾病组50例中有26例是二侧锥体束损害。另有二例出现交叉伸趾征(即按左股内侧出现右拇趾背屈,反之亦然),故摒弃不计,实际统计总数为48例(74侧)。

结 果

疾病组阳性率列表如下:

	例 数	侧 数	B	C	O	G	F
脑血管疾病	19	19	18	15	5	6	15
脑膜脑炎	4	8	4	5	4	4	6
脑占位性病变	2	2	1	0	0	0	1
脑变性疾病	4	8	3	3	2	0	6
散发性脑炎	2	4	3	3	0	0	2
脑干病变	1	1	0	0	0	0	1
横贯性脊髓炎	5	10	9	8	3	3	4
外伤性截瘫	4	8	8	8	2	4	0
脊椎结核	2	4	4	1	0	0	0
脊髓肿瘤	2	4	4	4	0	0	1
A.L.S.	3	6	4	5	2	2	2
合 计	48	74	58	52	18	19	38
阳 性 率			78.5%	70.2%	24.3%	25.8%	51.3%

正常对照组,仅一例Gordon(+),追查病史幼年曾有头部外伤史。余五种反射全部阴性。

依据概率加法定理计算F征与其它四种病征的合并阳性率,分别为B+F90%,C+F86%,O+F63%,G+F64%。F征与四种病征可有16组不同的组合: B⁺/F⁺20例, B⁺/F⁻33例, B⁻/F⁺10例, B⁻/F⁻

11例。C⁺/F⁺21例, C⁺/F⁻28例, C⁻/F⁺12例, C⁻/F⁻13例。O⁺/F⁺15例, O⁺/F⁻3例, O⁻/F⁺14例, O⁻/F⁻42例。G⁺/F⁺12例, G⁺/F⁻5例, G⁻/F⁺22例, G⁻/F⁻35例。故B/F $\chi^2=11.26$, $P<0.01$; C/F $\chi^2=5.63$, $P<0.05$; O/F $\chi^2=5.88$, $P<0.05$; G/F $\chi^2=9.48$, $P<0.01$ 。

讨 论

上述资料表明临床常用的B、C、O、G四种下肢病理征与F征之间有差异或显著差异。F征可以作为伸组病理反射的客观指标。它不及B和C征阳性率高,但较O及G征阳性率要高。可作为Babinski等位征的检查方法之一推荐给临床使用。

若F征与B、C、O、G征任何一种共同检查时则可分别提高阳性率12%、16%、39%和38%,对神经系统疾病定位诊断具有一定的实用价值。

本法操作时也较其它方法方便,不需脱袜提裤和任何工具。

今后尚待探讨的有:F征为何在脑部病变较易引出,在脊髓病变时不易引出;因例数太少,不能定论。此外,我们没有用OUT检查法而用F征检查法也能在少数病例中引出交叉伸趾征。

关于F征发生的机制可能是:传入神经一股神经,中枢—L₂~3,传出神经—腓深神经。是否妥当,有待进一步探讨。

(本文承附院神经外科、骨科及流行病学教研室协助,特此致谢)

参 考 文 献

1. 刘贻德:巴彬斯层“趾征”临床价值的探讨,皖南医学,1975;7:58。
2. 平山惠造:神经症候学,第一版,文光堂,东京、本乡,1973;547~556。
3. John N Walfon: Brain's Diseases of the Nervous System, 8th Eid, OX·Ford university Press, OX·Ford, New York, Toronto, 1981; 56~57。
4. 王笑中、焦守恕:神经系统疾病症候学,第一版,人民卫生出版社,北京,1979;272—274。
5. 蔡雄鑫,王佩芳: CUT反射和 Babinski 反射的观察比较,中国神经精神疾病杂志,1984;10:4:232~233。
6. 侯熙德:神经病的检查与诊断,第一版,江苏科学技术出版社、南京,1979;154。

(1984年9月26日收稿)

The Clinical Evaluation of “FEMORAL UPGOING TOE” Sign

—Introducing A New Pathnological Equation Sign in Lower Extremity

Zhuang Boxiang et al

Department of Neurology, Xuzhou medical College

ABSTRACT The authors described the method to elicit “femoral upgoing toe” sign for the examination of pyramid tract disorders. It has been used in 48 cases of CNS disease in the past two years since August, 1982; the positive rate was 51.3%, whereas those of the conventional once were 78.5% for Babinski's, 70.2% for Chaddock's, 24.3% for Oppenheim's and 25.8% for Gordon's. Statistical studies showed that the femoral upgoing toe sign is more sensitive than the 4 conventional ones and the differences are significant ($P < 0.01 \sim 0.05$)

Key words: central nervous system disease; femoral upgoing toe; pathological equation sign