

癔

症

性

癱

瘓

袁玉民

范理銘

孫德勝

韓家如

編著



人民軍醫出版社

癱症性癱瘓

YI ZHENG XING TAN HUAN

袁玉興 范理銘 編著
孫德勝 韓家如

孫德勝 王春發 黃振偉 審校

人民軍醫出版社

1987·北京

瘰症性瘫痪

袁玉民等 编著

责任编辑 张建平

• 人民军医出版社出版

北京孙中印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

•
开本: 78 × 109.2毫米1/32 • 印张: 4.75 • 字数: 95千字

1987年10月第1版 1987年10月第1次印刷

印数: 1—5, 000

统一书号: 14231 • 106 定价: 1.35元 (压膜)

(科技新书目: 182-108(1))

内 容 提 要

解放军261医院是国内从事癱症性癱瘓治疗最早的单位之一。近50年来，他们收治了大量的癱瘓病人，取得了很好的治疗效果，多次受到国家和军队的奖励。他们在多年积累的大量临床资料的基础上，参考国内外有关文献，编成了这本专著。本书内容比较丰富，既有理论上的探讨，又有临床经验的总结，因而对指导医护人员的临床实践和帮助他们提高对癱瘓的理论认识都有一定价值。

读者对象：神经精神科医生及其他临床医护人员。

发展祖国医学 造福人民

洪学智
一九八六年十一月

中西结合治难症

各科协作攀高峰

涂通今

一九八六、十

前 言

我院自1957年开始应用针刺治疗癱症性瘫痪，到1985年5月的28年中，共治疗各型癱症性瘫痪1393例。这些患者来自全国29个省、市、自治区，还有个别外国人。随着诊断水平的不断提高，治疗方法的逐渐改进，治疗效果也明显提高，由平均住院205.7天发展到门诊短时一次治愈，由多穴位强刺激减少到一针一穴，并应用普通毫针即可。

在治疗癱症性瘫痪的过程中，尤其是在党的十一届三中全会以来，得到了各级首长及领导机关的热情关怀和大力支持，从而极大地调动了全院同志的积极性。在历届院党委领导下，先后成立过“瘫痪研究小组”、“癱瘫门诊”、“癱瘫针灸室”、“神经科门诊”、“癱瘫针灸中心”等专门组织。先后发表过有关癱症性瘫痪的论文、报导30余篇，曾荣立集体一等功一次，拍摄电影三部，1979年获总后勤部科技成果二等奖，1985年由国家评为科学技术进步三等奖。

由于我院治疗癱症性瘫痪的历史较长，治愈的患者也较多，参加过癱症性瘫痪诊治、总结工作的医护人员遍及全院各科。除编者外，主要有赵吉民、张振英、王亦鲁、刘玉伦、高振乾、阎炳文、唐承培等几十名同志。

为了系统总结我院28年来治疗癱症性瘫痪的经验，我们在整理分析全部历史资料的基础上，参考了国内外有关文献，编写了这本书。为使其内容既有理论探讨意义，又具有推广实用价值，既有文献综述，也有大量临床资料，我们把全书分

为病因与发病机理的讨论、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗、预后与预防等五部分，以达到系统介绍、深入讨论的目的。

本书初稿完成之际，正值全军精神医学会议在我院召开。全军精神医学学术领导小组组长、第四军医大学于清汉教授及领导小组各位专家教授，对本书进行了专题讨论，给予了充分肯定，并对本书的编写作了具体指导。

本书的编写是在各级首长和机关支持、关怀下，在院党委的直接领导下进行的，并得到了军事医学科学院、301医院、1201工厂、我院医学科学指导小组及王亦鲁付主任医师、图书馆等许多同志的大力支持和帮助。谨向上述单位和同志致以衷心地感谢！由于我们的水平有限，加之时间仓促，错误和不当之处在所难免，望读者批评指正。

编 者

1987年6月于解放军261医院

序

本书是在多年来积累的大量癔症性瘫痪资料的基础上，通过认真地分析、研究之后编写而成的。内容比较丰富，既有理论上的阐述，又有临床实践经验的介绍；不仅具有平时的资料，也有战时内容的叙述。在篇幅和内容安排上也是适宜的。

目前国内这类专著较少。本书的出版，对帮助临床医护人员理解癔症性瘫痪的临床症状和采取措施肯定会有益处。但缺点和错误在所难免，愿尽推荐之心促其问世，请读者多提宝贵意见，以供再版时修改。

于清汉

1986年12月于西安

目 录

历史回顾	(1)
第一章 病因与发病机理的讨论	(5)
第一节 瘰症性瘫痪的发病因素	(5)
一、生物学因素	(5)
二、社会心理因素	(12)
第二节 关于瘰症性瘫痪发病机理	(16)
第二章 症状表现	(19)
第一节 瘫 痪	(20)
一、肌 力	(20)
二、肌张力	(23)
三、肌萎缩	(24)
四、姿势、步态	(25)
五、反 射	(29)
六、瘫痪部位	(29)
第二节 伴发症状	(34)
一、瘰症性感觉障碍	(34)
二、瘰症性痉挛发作	(43)
三、瘰症性震颤	(45)
四、瘰症性语言障碍	(46)
五、瘰症性精神障碍	(47)
六、瘰症性植物神经功能障碍	(49)
七、瘰症性睡眠障碍	(51)
第三节 瘰症性瘫痪的集体发病	(52)
第四节 节育术后瘰症性瘫痪	(53)

第三章 诊断与鉴别诊断	(55)
第一节 病史采集及其内容.....	(56)
一、现病史.....	(56)
二、既往史.....	(57)
三、个人史.....	(57)
四、家族史.....	(57)
第二节 体格检查.....	(57)
一、一般体格检查.....	(57)
二、神经系统检查.....	(58)
三、精神状况检查.....	(65)
四、实验室及辅助检查.....	(65)
第三节 诊断的一般原则及诊断依据.....	(66)
一、诊断的一般原则.....	(66)
二、诊断依据.....	(67)
第四节 诊断中的注意事项.....	(68)
第五节 鉴别诊断.....	(75)
第四章 治 疗	(85)
第一节 心理治疗.....	(85)
一、心理治疗的前提.....	(86)
二、心理治疗的内容和方法.....	(88)
第二节 暗示治疗.....	(94)
一、针刺治疗.....	(95)
二、电刺激疗法.....	(97)
三、葡萄糖酸钙静脉注射法.....	(98)
四、催眠疗法.....	(99)
五、麻醉分析.....	(99)
第三节 功能锻炼.....	(100)

第四节 伴发症状的处理.....	(103)
第五节 与治疗有关的几个问题讨论.....	(104)
一、治疗时机的选择.....	(104)
二、刺激强度与疗效的关系.....	(106)
三、心理治疗与其它疗法的关系.....	(108)
四、病程、疼痛程度与疗效的关系.....	(110)
第五章 预后与预防.....	(112)
主要参考文献.....	(119)
附 典型病例.....	(124)

历史回顾

癔症是Hysteria的意译，癔症性瘫痪是指在癔症的躯体症状中出现的以各种瘫痪为主、并常伴有癔症的其它躯体症状和精神症状的一种疾患。多在癔症性格的基础上，由精神因素、暗示和自我暗示而发病。

癔症性瘫痪是癔症的多种临床表现之一，因此，与癔症有不可分割的联系。随着人们对癔症认识的不断深化，对癔症性瘫痪才有了较为深入的了解。

早在2000多年以前，祖国医学文献中就有类似癔症的记载。《灵枢·邪气病形篇》首次出现了“奔豚”一词。《灵枢·忧患无言篇》中，对精神因素引起突然失音的原因进行了讨论，并提出针刺天突穴可使发音恢复正常。《难经》对贲豚（即奔豚）作了形象地描述：“肾之积，名曰贲豚，发于少腹，上至心下，若豚状，或上或下无时，久不已。”后汉张仲景在《金匱要略》中首次提出“脏躁”一词，“妇人脏躁，悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸。”这些记载与现代癔症的表现十分相似。以后不少医家对本病的病机进一步作了探讨，强调情志失调在发病中的作用，创立了独特的情胜情的活套疗法，在应用中药、针灸等治疗方面积累了丰富的经验，至今仍为医生的常用方法。至于对癔症性瘫痪，未见有专门的论述，可能归于痿、痹、偏枯、不仁等门类之中，有待进一步发掘。

在国外，本病最早见于古希腊学者Herodote（约公元前484~425）的著述。当时认为本病为妇女所患，是由于性过度受刺激或压抑致子宫在体内游走而产生，因此命名为Hysteria（源于希腊文 $\upsilon\sigma\tau\epsilon\rho\alpha$ 即子宫之意）。以后希波克拉蒂（Hippocrates约公元前460~377）也有类似的记载。这一理论一直延续到十三世纪。中世纪的西欧，宗教神权主宰一切，把本病视为“魔鬼附体”，把病人当作女妖严刑折磨，甚至火焚其身，遭遇十分悲惨。后来，Charles、Lepois提出本病可见于任何年龄，男妇均可罹患，并认定根源不在子宫而在于大脑。

直至十七世纪末叶，英国医生Sydenham（1624~1689）才使歇斯底里有了新的科学的内容。他认为歇斯底里可发生于人的任何部位，可以模仿所有的疾病，并指出“情绪”与发病有关。

法国学者Charcot（1825~1893）对歇斯底里作了许多研究，他仔细描述了歇斯底里的临床表现，尤其是痉挛发作，明确划分歇斯底里的恒定症状和一时性发作表现，强调遗传因素和情绪促因在病因学上的重要性；他发现歇斯底里的症状可由暗示引起或消除，并曾用催眠术引起了患者的肢体瘫痪。

Pierre Janet（1857~1932）从心理学角度对歇斯底里的症状作了解释，认为本病是入格分离造成的。他接受Morel关于退化的概念，把歇斯底里视为遗传退化性疾病。

Babinski（1857~1932）对歇斯底里的研究有着宏伟建树。认为强烈的情绪不一定是歇斯底里的促发因素，而本病的发生完全是由暗示和自我暗示所引起。他建立了前人所未触及的若干神经系统检查方法，并仔细研究了癔症的鉴别

诊断，他是科学地区别歇斯底里性瘫痪和器质性瘫痪的最早学者。

精神分析学派创建人弗洛伊德 (Freud 1856~1939) 认为本病是由于性心理受到创伤特别是婴儿时期的性本能受到抑制所致。当这种抑制不完全成功，受到创伤的性本能就采取伪装的形式，通过转换或转化机制产生歇斯底里的各种症状，如麻痹、痉挛、震颤、失音、失明等，而且症状的性质和发生的部位具有象征性意义。因此，弗洛伊德把这类症状称为转换性歇斯底里。他通过催眠和自由联想，了解患者无意识的冲突的病因，提出以“疏泄疗法”治疗病人。

俄国著名生理学家巴甫洛夫 (Павлов 1849~1936) 从高级神经活动病理生理学观点来解释歇斯底里的发病机理。他认为，歇斯底里患者第二信号系统的活动是弱的，受其调节控制的第一信号系统和皮下系统的活动相对增强。当皮质处于抑制状态时，皮质下活动发生抑制解除，可出现情感暴发和痉挛发作；如果皮质的抑制过程向皮质下部位扩散，可产生深度抑制，形成歇斯底里性木僵。他通过实验证实，动物从清醒到完全睡眠之间存在着一系列过渡时相或称位相状态。他把歇斯底里患者的幻想、朦胧状态和强直性昏厥，视为睡眠与觉醒之间的过渡状态，而痛觉消失，不全麻痹则看成是“局部睡眠”的表现。并指出性格为弱型和艺术型相结合的人易患歇斯底里。

近几十年来，随着科学的发展，对歇斯底里和歇斯底里性瘫痪进行了更广泛深入地研究。但是，从歇斯底里定名至今2000余年来，还没有一个学说或定义可以完整而全面地阐明歇斯底里的本质。因此，目前国际上对本病的认识还存在着不同的见解。

1978年《国际疾病分类》第九版(1CD-9)仍把歇斯底里作为一个独立的疾病,归于神经官能症项下,将歇斯底里分为分离型和转换型。我国1964年通过的中华医学会精神疾病分类,亦保留癔症的名称,而1980年美国《精神病诊断统计手册》(DSM-3)则取消了歇斯底里一词,将歇斯底里的症状专门列为精神病中的三个类型,即躯体形式疾病、分离性疾病和人为的疾病。抛弃歇斯底里一词的理由是歇斯底里的一些症状和各种意识障碍发作、附体症状、人格转换等与神经症格格不入。此外,有人强调癔症应划归为间脑、下丘脑疾病,这一提法是否适宜,有待进一步研究。

第一章 病因与发 病机理的讨论

癔症的临床表现比较复杂，癔症性瘫痪仅是癔症的表现之一。因此，在讨论癔症性瘫痪的病因和发病机理时，不能不与癔症的病因和发病机理相提并论。

第一节 癔症性瘫痪的发病因素

癔症性瘫痪，多是在癔症性格的基础上，由于心理因素或暗示、自我暗示而较急发病。根据我院1393例癔症性瘫痪的资料分析，参照国内外有关文献，将癔症性瘫痪的发病因素分述如下。

一、生物学因素

(一) 遗传因素 对于遗传因素我们没有做深入的调查研究，从一般统计资料中，未能检出单纯由于遗传因素而发生癔症性瘫痪者。

(二) 病前性格特征 通常认为，性格是一个人的先天禀赋素质和后天的环境影响下所形成的心理特点，是两者的总和。性格的形成，与先天生理特性和后天的生活实践密切相关。从我院精神病科和神经科的医疗实践中可以证明，一些精神病、癔症或癔症性瘫痪具有明显的性格特征，而特征性格常有明显的家族史。一些特殊的性格易发生某些疾病，特别是精神病；而某些疾病又可引起一定的性格改变。癔症的性格特点与癔症、癔症性瘫痪的发生有着密切的联系，