

5

570

实用神经针灸学

王照浩 林明花 王 铠 编著

ZY11/20



0060624

1228573

(粤)新登字 11 号

版权所有 翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

实用神经针灸学/王照浩·林明花·王铠编著. —广州:
中山大学出版社, 1993-12 ISBN 7-306-00780-7

I 实用神经针灸学

Ⅰ ①王照浩 ②林明花 ③王铠

Ⅱ ①传统医学 ②针灸学 ③神经针灸学 ④针灸

Ⅳ R-741

责任编辑:浩然 责任校对:钟永源、孔丽红
封面设计:刘淑伦 责任印制:姚明基

*

中山大学出版社出版发行

(广州市新港西路 135 号)*

从化印刷厂印刷 广东省新华书店经销

850×1168 毫米 32 开本 10.375 印张 25.6 万字

1993 年 12 月第 1 版 1993 年 12 月第 1 次印刷

印数:1—5000 册 定价:7.80 元

内 容 提 要

《实用神经针灸学》分总论及各论两部分。在总论中分别介绍了神经与针灸的关系、针灸科医生必须掌握的神经系统检查方法及神经系统常见疾病的 10 种针灸治疗法则；在各论中介绍了 72 种常见神经系统疾病的西医定位和定性诊断、中医辨证分型、行之有效的针灸治疗及其他疗法。附篇中则专门列表阐明上述病症的中药辅助治疗。

本书既汇集了我 国近年来在神经系统疾病针灸治疗的研究成果，又介绍了作者从事神经系统疾病临床、研究 20 年的经验、体会，融古铸今，实用性强；是各级针灸医生、神经科的医护人员，以及从事医疗、教学、科研人员有益的参考书，也可作为中医院校学生的选修教材。

上篇 总 论

一、针灸与神经

针灸是中国的国宝，它起源于中国，流传到全世界，历史悠久，源远流长。它操作简便，奏效迅速，适应症广，尤以镇痛、治痿、疗瘫的独特功效，深受广大群众的欢迎，并与神经科结成了亲缘，受到医学界的青睐。

据广州中医学院针灸住院部统计，50个住院病人中属神经科的就有40~42人，占80%以上。其中以脑血管意外疾病为首位，脑炎、脊髓炎、周围神经炎及各种神经痛占第二位，神经系统的退行性病变占第三位，神经系统中以功能失调为主的神经官能症占第四位，颅脑外伤、脊髓外伤后遗症占第五位，神经系统中的代谢障碍性疾病占第六位，脑、脊髓肿瘤手术后神经损伤或放化疗的后遗症占第七位，部分神经系统的先天性疾病占第八位。

因此，学习神经系统的基本知识，掌握神经系统的检查方法，弄清每一个神经系统疾病的定位、定性诊断，尽可能查明其致病原因，并运用中医的辨证分型、采用以针灸为主的治疗方法，对于危急的病、顽笃之症，配合必要的中西药物进行综合处理，是提高针灸对本系统疾病的治愈率、缩短治疗时间、减少复发率的好方法。

二、神经系统检查及其临床意义

神经系统检查的目的是弄清每个病的定位、定性、病因，为针灸治疗的取穴、治法及辅助用药提供依据，其程序是先了解病史，进行常规的内科检查之后，再加上神经系统的检查，内容分述如下。

（一）意识水平、精神状态

- （1）清醒：对周围事物能了解，有反应，会判断。
- （2）昏睡（嗜睡）：一天中多数时间睡觉。
- （3）昏沉（蒙眬）：简单回答能力消失，括约肌控制消失。
- （4）浅昏迷：意识丧失，仅有刺痛及瞳孔反应，但较迟钝。
- （5）深昏迷：意识、痛觉、反射全部消失。

（二）语言（注意有无失语症及构音困难）

（三）头部检查

（1）视诊：注意其形状大小、头围自枕骨粗隆凹至眉间中点，量得 50~58 厘米（男比女大 1 厘米），若脑积水时，头围增大，脑发育不全时，可减少、形状不规则。

（2）触诊：头骨有无凹凸、肿物、压痛、瘢痕、血管曲张。

（3）叩诊听诊：用听诊器放在颅骨中线，叩头部两侧，比较声音大小，若有肿瘤时，两边音响可不一样，若在乳突部听到血流声音，提示有动脉瘤的可能。

（四）颅神经检查

颅神经歌诀：

一嗅二视三动眼，四滑五叉六外展，
七面八听九舌咽，十来迷走十一副，
十二舌下就完全。

I 嗅神经（感觉神经）

（1）检查方法：选用挥发性物质，如樟脑、薄荷、松节油，不用氨水，以此试患者的嗅觉。

（2）临床意义。①嗅觉过敏——常见于癔病患者；②嗅觉丧失（缺失）——常见于颅底骨折，颅底脑膜炎，额叶底部肿瘤，也可见于老年性梅毒，铅中毒，酒精中毒等。

I 视神经（感觉神经）

（1）检查方法：①视力。视力改变可有黑朦（失明），光感，指动，视力减退（以视力表上的数字表示程度）或正常。②视野。可用手指检查法或视野计检查，其正常范围是颞侧 90° ，下侧 70° ，上侧及鼻侧 60° 。③眼底检查。一般在不散瞳的情况下，用检眼镜检查其视乳头或视盘、血管、视网膜情况。

（2）临床意义。举例说明如下：①双侧颞侧视野缩小，视力下降，伴有头痛，内分泌改变者，多见于垂体肿瘤。②同侧偏盲，多见于颞叶肿瘤。③三偏（偏盲，偏身运动、感觉）缺损，多为内囊出血所致。④视神经盘水肿，视乳头边缘模糊，静脉怒张，视力障碍者多见于颅内高压，动脉变窄，交叉压痕，多见于高血压，若有出血，渗血者，为颅内出血等。

Ⅱ 动眼神经、Ⅳ 滑车神经、Ⅵ 外展神经

(1) 检查内容：①眼球位置。观察两眼球位置，有否突出、凹陷、斜视和同侧偏斜。②眼裂大小，是否对称，有无眼睑下垂。③瞳孔。观察瞳孔的形状、大小、边缘和是否对称，瞳孔对光反射。④眼球运动和眼球震颤。让病人作睁、闭眼动作，在不转头的情况下，让病人追视距离 30 厘米远的手指，并作向上、下、内、外、上外、下外和旋转运动，观察眼球是否活动受限和眼球震颤。在改变方向时，询问病人有无复视。

(2) 临床意义。举例说明如下：①眼裂开大。多见于面神经麻痹，突眼性甲状腺机能亢进，球后新生物。②眼裂缩小。多见于动眼神经麻痹。③瞳孔缩小。可见于神经梅毒，或吗啡中毒。④瞳孔扩大。可见于动眼神经麻痹、交感神经过度兴奋、颅底脑膜炎、蛛网膜炎及精神紧张等。⑤左右不对称。可见于脑出血、颞叶疝、神经梅毒等。

V 三叉神经（混合神经）

(1) 检查方法：①感觉。以棉絮或针检查面部的痛感和触觉，以手压三叉神经的压痛点（眶上点，眶下点，下颏点）观察其感觉是否过敏，减退或消失。②运动。观察颞肌有无萎缩，令病人张口，观察下颌位置是否正中，令病人咀嚼，以双手指置于颞肌与咬肌，测其收缩力。③反射。检查角膜反射，鼻粘膜反射，下颌反射情况。

(2) 临床意义。举例说明如下：①分布区有感觉过敏，压痛者多见于三叉神经痛。②分布区痛，触觉减退，进行性加重，角膜反射，鼻粘膜反射消失者，注意桥脑小脑角肿瘤。③分布区痛，进行性加重，下颌低垂，下颌反射消失或兼有耳、眼、头、鼻咽的症状者，要注意是否为鼻咽癌。

VI 面神经（混合神经）

其功能支配面部表情肌和舌前 2/3 味觉。

(1) 检查方法：①面肌运动。观察静止时，双侧额纹、眼裂、鼻唇沟及口角是否对称。让病人作蹙额、皱眉、闭目、露齿，鼓腮和吹口哨动作，观察两侧面肌是否对称。②味觉。问病人或用甜、酸、苦、咸等分别试舌前 2/3 味觉（临床少用）。

(2) 临床意义。举例说明如下：①核上损害（中枢性面瘫）多见于内囊出血，额叶肿瘤。②核性损害（交叉性瘫痪）多见桥脑肿瘤或出血。③核下损害（周围性面瘫）症见口眼歪斜。

VII 听神经（耳蜗神经司听觉，前庭神经司平衡）

(1) 检查方法（耳蜗神经）：①听力。用耳语、音叉、钟表测其听力。②音叉试验。林内氏（Rinne）试验：正常人为气导 > 骨导，称为阳性，若气导 < 骨导，则为阴性。韦伯氏（Weber）试验：将振动的音叉柄置于病人额正中部，比较两侧骨导情况。③前庭神经（多请耳鼻喉科协助检查）。

(2) 临床意义。举例说明如下：①神经性耳聋。听力下降，林内氏阳性，韦伯氏偏健侧。②传导性耳聋。听力下降，林内氏阴性，韦伯氏偏患侧。③前庭神经损害。眩晕，恶心呕吐，眼球水平震颤等。

IX 舌咽神经（混合神经）

X 迷走神经

其生理功能支配腭，咽喉的横纹肌运动，咽上 1/3，舌后 2/3 的味觉及咽喉反射。

(1) 检查方法：令病人说话，听其有无声嘶，吞咽有无障碍

与进食有无呛咳、视病人发“啊”时悬壅垂上提情况，以棉签查咽反射，看有无作呕及软腭上提动作。

(2) 临床意义。举例说明如下：若有吞咽困难，饮水呛咳，声音嘶哑，软腭上提乏力，咽反射消失者要注意如下疾病：①运动神经元疾病（进行性脊髓性肌萎缩，进行性球麻痹）。②脑血管意外（假性球麻痹）。③重症肌无力。④颈椎病，颈椎骨折损伤迷走神经等。

XI 副神经（运动神经）

(1) 检查方法：①观察病人有无斜颈、塌肩及胸锁乳突肌和斜方肌有无萎缩。②令病人作转头和耸肩动作，测两侧胸锁乳突肌和斜方肌的肌力。

(2) 临床意义。举例说明如下：一侧耸肩无力者，常见于脑血管意外后遗症。

XI 舌下神经（运动神经）

功能支配舌肌的运动。

(1) 检查方法：①嘱病人伸舌，观察其有无萎缩、震颤，偏斜。②令病人用舌尖分别顶推两侧口颊部，用手指自外按压，以试肌力的强弱。

(2) 临床意义。举例说明如下：①伸舌偏歪者，多见于脑血管意外。②舌肌萎缩震颤者多见于运动神经元疾病。

（五）颈部检查

(1) 查有无颈项强直、脑膜刺激症。若有则多见于脑出血，脑膜炎，脑外伤等病。

(2) 有无颈椎压痛，注意肥大性颈椎病，或颈椎外伤或炎症所致。

- (3) 布鲁津斯基氏征 (Brodrinski) 是否阳性。
- (4) 颈淋巴结情况。
- (5) 甲状腺及肿块大小, 硬度与有无压痛。
- (6) 触诊颈动脉搏动情况及颈动脉窦过敏反应检查。
- (7) 颈部感觉有无障碍等。

(六) 运动系统检查

可按头、颈、上肢、下肢、胸腹、脊背先后检查, 其内容包括肌营养状态, 不自主运动, 被动运动 (肌张力), 主动运动 (肌力), 共济运动, 姿势与步态等。

1. 肌营养状态

- (1) 检查方法: 先看, 后量, 再记录。
- (2) 临床意义。举例说明如下: ①肌萎——多见于下运动神经元疾病。例如急性脊髓灰质炎, 进行性脊髓性肌萎缩, 也可见于上运动神经元疾病, 日久废用之萎缩。②假性肥大——多见于进行性肌营养不良症。

2. 不自主运动

- (1) 肌纤维性震颤——多见于小儿麻痹症及运动神经元疾病。
- (2) 痉挛——多见于癫痫及癔病。
- (3) 舞蹈样动作——多见于小儿舞蹈病。
- (4) 震颤——多见于震颤麻痹, 小脑病变。

3. 被动运动 (肌张力)

- (1) 概念: 肌肉在静止状态时, 一定程度的紧张力称之为肌张力。
- (2) 检查: 若肌肉松软无力, 被动运动时阻力降低或消失, 关

节松弛，而活动范围扩大者，为肌张力降低，反之则为增高。

(3) 临床意义。举例说明如下：①肌张力降低者，多见于周围性神经疾病，肌病，小脑疾病，低血钾瘫痪及深昏迷。②肌张力增高者多见于锥体束疾病，上运动神经元疾病等。

4. 主动运动（肌力）

(1) 概念：肌肉主动运动时力量的大小，运动的幅度与速度，称之为肌力。

(2) 检查：①轻瘫试验。②令病人作各关节的屈伸运动，医生给予阻力。③记录各肌群的肌力等级。肌力一般分为6个等级：0级——肌肉无任何收缩现象（完全性瘫痪）；1级——可见肌肉收缩，而无肢体活动（接近完全瘫痪）；2级——仅能引起关节活动，不能对抗重力（重度瘫痪）；3级——能克服重力而作动作，如肢体能从床面抬起，（中度瘫痪）；4级——能作抵抗阻力的运动（轻度瘫痪）；5级——正常肌力。其中，3级肌力是判断一个瘫痪病人能否下地学站学走的界限。

5. 共济运动

(1) 概念：人体的正常运动是在大脑皮层运动区，前庭器官、小脑、深感觉、视觉等共同参与下，完成运动的平衡协调，称之为共济运动，若这种协调发生障碍，称为共济失调。

(2) 检查：①指鼻试验；②指指试验（又称对指试验）；③跟膝胫试验；④昂白氏（Romberg）试验等。

(3) 临床意义。举例说明如下：若共济运动失调者多见于小脑，前庭器官与有深感觉障碍的病变。

6. 姿势与步态

(1) 检查：①普通步行；②单足立试验；③闭目难立征试验；

④在直线上步行；⑤足跟步行；⑥足尖步行。

(2) 异常步态及临床意义：①偏瘫步态——见于脑性瘫痪。②截瘫步态——见于脊髓疾病，先天脑性瘫痪。③醉汉步态——小脑疾病，前庭疾病。④慌张步态——多见于震颤麻痹。⑤鸭步步态——多见于进行性肌营养不良症。⑥跨阈步态——多见于腓总神经麻痹，弛缓性截瘫。

(七) 感觉系统检查

(1) 检查内容：①浅感觉（痛、温、触觉）；②深感觉（关节位置觉、音叉振动觉）；③复合感觉（实体觉、图形觉、定位觉、重量觉等）。

(2) 临床意义：掌握体表节段的感觉分布，从检查中所发现的感觉缺损情况以助神经系统疾病的定位诊断。

(八) 反射的检查及相应神经节段的定位意义

反射是机体对感受刺激引起的不随意运动，属定型反应。反射是神经活动的基本表现，它的变化对神经系统疾病的定位诊断有重要意义，一般分浅反射，深反射，病理反射和脑膜刺激征四种，用下列符号表示反射的程度。一是浅反射：（一）消失，（±）减弱，（+）正常，（++）增强，二是深反射：（一）消失，（+）减弱，（++）正常，（+++）增强，（Ⅲ）亢进伴阵挛。三是病理反射：（+）阳性，（±）可疑，（-）阴性。现把各种反射与神经节段关系分述如下：

1. 浅反射

(1) 角膜反射——三叉神经节一支，面神经——大脑皮质、桥脑。

(2) 咽反射——舌咽神经，迷走神经——延髓。

(3) 腹壁反射——上腹壁反射—— T_{7-8} ；中腹壁反射—— T_{9-10} ；下腹壁反射—— T_{11-12} ；均上达大脑皮质。

(4) 提睾反射——闭孔神经（传入） L_{1-2} ，生殖股神经（传出）。

(5) 足底反射——坐骨神经—— S_{1-2} 。

(6) 肛门反射——肛尾神经—— S_{4-5} 。

2. 深反射

(1) 下颌反射——三叉神经第三支——桥脑。

(2) 肱三头肌腱反射——桡神经—— C_{6-7} 。

(3) 肱二头肌腱反射——肌皮神经—— C_{5-6} 。

(4) 桡骨膜反射——正中神经、桡神经、肌皮神经—— C_{5-8} 。

(5) 膝腱反射——股神经—— L_{2-4} 。

(6) 跟腱反射——坐骨神经—— S_{1-2} 。

3. 主要病理反射（阳性）

(1) 吸吮反射——双额叶病损及假性球麻痹。

(2) 掌颞反射——皮质延髓束损害。

(3) 霍夫曼氏征（Hoffmann）——上肢锥体束损害。

(4) 强握反射——双额叶病损。

(5) 巴彬斯基征（Babinski）——提示锥体束病损。

(6) 夏道克氏征（Chaddock）——提示锥体束病损。

(7) 欧芬海姆氏征（Oppenheim）——提示锥体束病损。

(8) 高登氏征（Gorden）——提示锥体束病损。

(9) 赛夫欧氏征（Schaffer）——提示锥体束病损。

(10) 阵挛——踝阵挛、髌阵挛——提示锥体束病损。

4. 脑膜刺激征

(1) 布鲁金斯基征 (Brudzinski) —— 屈颈试验——提示软脑膜及蛛网膜发炎或颅内出血等。

(2) 克匿格氏征 (Kernig) —— 提腿试验——提示软脑膜及蛛网膜发炎或颅内出血等。

(3) 直腿抬高试验 (Lasegue) 阳性者——提示坐骨神经病变，必要时作植物神经系统检查及参照其他特殊检查。

把上述病情与检查结果作摘要与分析，则可以得出一个初步的诊断，并提出进一步诊查与治疗的方案。

三、神经系统疾病的常见针灸治法

神经系统疾病，病名繁多，病症可归纳为意识障碍、感觉异常、运动受损、代谢紊乱及功能失调等五大类。

意识障碍可见昏迷、嗜睡、朦胧及精神分裂症等；感觉异常可出现视物不清，听力下降，嗅觉消失，肢体麻木，感觉缺损，或见头痛、面痛、颈痛、胸背腰痛、四肢疼痛等；运动受损可出现眼球转动不灵，面瘫，偏瘫，截瘫及肌萎无力，多动，震颤，抽搐，共济失调等；代谢紊乱可见于周期性麻痹，重症肌无力等；功能失调可见神经衰弱，失眠，雷诺氏病，痴呆及其他神经官能症等。

针灸治疗可归纳为如下 10 种治法。

1. 醒脑开窍

本法多用于脑血管意外、癫痫、晕厥实证及中枢神经系统感染等引起的意识障碍及昏迷者。常取人中，涌泉等十二井穴以及

内关、足三里、合谷、太冲等治之。

2. 回阳救逆

本法多用于寒邪、痰浊内闭而致昏迷者，如脑溢血合并心源性休克、癫痫、癔病发作、忧郁型精神分裂症或因大呕、大吐、大泻及出血而致昏迷者。常取百会、印堂、神阙、关元、气海、足三里、隐白、涌泉等艾灸治之。

3. 凉血熄风

本法多用于高血压性脑病、脑出血、中枢神经系统的急性感染性疾病出现的高热、抽搐及眩晕头痛等病症，常取风池、曲泽、内关、劳宫、行间、侠溪、阳陵泉等治之。

4. 活血祛瘀

本法多用于脑血管意外后遗症、颅脑外伤后遗症，以及慢性脑脊蛛网膜炎、脊髓外伤及肿瘤等，常取膈俞、肝俞、心俞、膏肓俞、曲池、内关、足三里、太冲、委中及阿是穴等治之。

5. 除痰通络

本法多用于眩晕、头痛、癫痫、癔病、精神分裂症及脑血管意外等病症，常取百会、印堂、头维、中脘、尺泽、内关、丰隆、脾俞、肺俞等穴治之。

6. 祛湿通经

本法多用于周围神经疾病、末梢神经炎、各种神经痛及脑积水等，常取百劳、大杼、脾俞、肾俞、曲池、外关、足三里、阴陵泉、三阴交、太白等穴治之。

7. 清热解毒

本法多用于神经系统各种感染性疾病的早期,如各种脑炎、脑膜炎、脊髓炎、多发性神经炎、急性感染性多发性神经炎、急性感染性坐骨神经炎及红斑性肢痛症等,常取大椎、曲池、曲泽、委中及十二经的荥穴(如鱼际,劳宫,少府,行间,内庭,侠溪)治之。

8. 健脾益气

本法多用于下运动神经元疾病、肌痛,以及其它疾病后期出现肢体乏力、肌肉萎缩等病症。如急性脊髓灰质炎的恢复期及后遗症、进行性脊髓性肌萎缩症、进行性肌营养不良症、重症肌无力及多发性神经炎的恢复期和后遗症等。常取脾俞、胃俞、膻中、气海、曲池、支沟、足三里、三阴交、公孙等穴治之。

9. 补肾益精

本法多用于先天性脑病、老年性脑病、脑萎缩、一切脑、脊髓、骨关节的退行性病变,如多发性硬化、进行性脊髓性肌萎缩症、遗传性共济失调、截瘫、腰椎病、颈椎病等,常取督脉及膀胱经的背俞穴治疗。

10. 调和阴阳

多用于癔病、神经衰弱、神经官能症、植物神经功能紊乱等病症,常取大杼配次髎、心俞配肾俞、人中配承浆、阳白配四白、神门配太溪、内关配太冲,或内关配公孙、列缺配照海、合谷配三阴交等穴治之。

下篇 各 论

第一章 脑 部 疾 病

第一节 脑血管意外

(一) 概 述

脑血管意外又称急性脑血管疾病，包括脑溢血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血和脑血管痉挛（也称暂时性脑缺血）等病。

脑溢血多由高血压及动脉硬化引起，多见于老年人，起病急骤，病情危急，常突然倒仆昏迷，偏瘫。

脑血栓形成多由血管腔狭窄，常有动脉硬化及糖尿病史，血液成分的改变以及血流缓慢等所致。多见于老年人，起病较缓慢，多在睡眠或静止时发现偏瘫。

脑栓塞是因血流中的固体、液体或气体栓子流入脑血管而引起阻塞。多发生于中年人，起病急骤，常由心脏病或长骨骨折及其它因素的各种栓子脱落引起。

蛛网膜下腔出血，可由动静脉畸形，先天性脑动脉瘤破裂以及高血压，动脉硬化，血液病等导致。起病急骤，多见于青年人。