



戴国华 主编

神经病 针灸治疗学

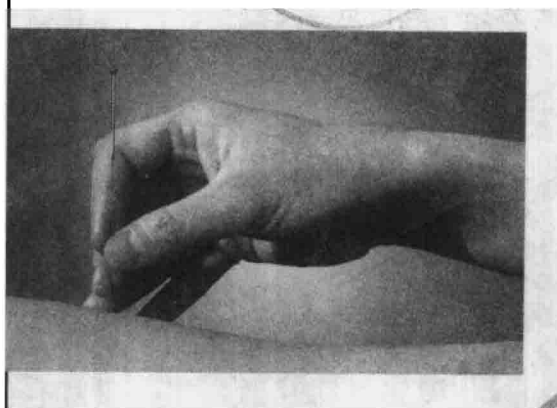


山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

R 246.6
DGH

神经病 针灸治疗学

戴国华 主编



山东科学技术出版社

神经病针灸治疗学

戴国华 主编

出版者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号

邮编: 250002 电话: (0531) 2065109

网址: www.lkj.com.cn

电子邮件: sdkj@jn-public.sd.cninfo.net

发行者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号

邮编: 250002 电话: (0531) 2020432

印刷者: 济南申汇印务有限责任公司

地址: 济南市王官庄 12 号

邮编: 250022 电话: (0531) 7966822

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 15.5

字数: 343 千

版次: 2002 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 1—3000

ISBN 7-5331-3079-0 R·951

定价: 28.00 元

图书在版编目(CIP)数据

神经病针灸治疗学 / 戴国华主编. — 济南: 山东科学技术出版社, 2002
ISBN 7-5331-3079-0

I. 神... II. 戴... III. 神经系统疾病-针灸疗法
IV. R246.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 085423 号

主 编 戴国华

副主编 张 彤 唐 巍

编 委 王琴玉 李 俊 宋玉玲 单衍丽 蔡 颖
孙秀华 齐新兰 张 静 吕玉玲 王秀军
张 彤 唐 巍 刘源香 杨继国 韩怡菊
戴国华

主 审 王秀英 戴传贵

前 言

近年来,随着科学技术的迅速发展,现代医学对神经病的诊断技术有了很大提高,但是大部分神经系统疾病尚无特效治疗方法。中医学对神经病的认识及其针灸治疗历史悠久,特别是近 20 年来,神经系统疾病采用针灸治疗的越来越多,已成为针灸科接诊最多的病种,有关的理论研究、临床与实验研究成果甚丰。针灸疗法的运用,使许多常见的、重大的及疑难的神经病如今有了确实有效的治法。因此,为适应现代针灸临床、教学、科研的需要,我们汇集了古今大量的有关文献资料,并结合自己的实践经验,编写了此书,旨在为神经病针灸治疗学的发展贡献微薄之力。

本书内容分总论和各论两大部分。总论部分简要阐述了神经病针灸治疗的机制和针灸临床诊断、治疗方面的专业基础理论知识。各论部分共列 13 章、63 个病症。每个病症在简述其概念后,从病因病理、诊断、辨证分型、治疗、其他疗法、典型病例、个人体会、研究进展及结语等方面进行了较全面系统、简明实用的论述。除重点介绍神经病现代医学的诊断要点外,着重突出了针灸治疗神经病的优势,对针灸治法、处方、方义、随症选穴及其他针灸疗法论述颇详,并概括了每个病症近 10 年中有代表性的研究成果,基本上反映了中医针灸特色和时代特色。

本书主要以针灸科、中医及中西医结合神经内科医师为读者对象,对西医神经科医师、中医院校学生及其他医务人员也有一定参考价值。我相信本书的出版,对提高针灸治疗神经病的医疗、教学、科研水平必将有所裨益。但由于我们学识水平所限,书中缺点、错误之处在所难免,恳请同道指正。

编 者

目 录

总 论

第一章 针灸治疗神经病的机制	1
第一节 针灸治疗作用的古代文献记载.....	1
第二节 针灸治疗作用的基础研究.....	1
一、经络实质的现代研究	1
二、腧穴学说的现代研究	2
三、刺灸法的现代研究	3
第三节 针灸对神经系统功能的调节作用.....	4
第二章 神经病诊断概要	6
第一节 西医诊断技术.....	6
一、神经系统检查	6
二、神经系统损害定位诊断.....	12
三、常用辅助检查.....	17
第二节 中医辨证纲要	21
一、八纲辨证.....	21
二、经络辨证.....	22
三、脏腑辨证.....	24
第三章 神经病针灸治疗概要	30
第一节 治疗法则	30
一、治疗原则.....	30
二、常用治法.....	31
第二节 选穴配方	32
一、选穴原则.....	32
二、常用配穴方法.....	33
三、特定穴的临床选用	34
四、针灸处方临床应用举要.....	36
第三节 临床常用刺灸法	36
一、毫针刺法.....	36
二、灸法.....	38
三、其他针灸法.....	39
第四章 针灸治疗神经病的优势与展望	42
一、优势.....	42
二、展望.....	43

各 论

第一章 颅神经疾病	46
第一节 视神经炎	46
第二节 视神经萎缩	48
第三节 三叉神经痛	51
第四节 面神经炎	54
第五节 面肌痉挛	58
第二章 脊神经疾病	61
第一节 枕神经痛	61
第二节 臂丛神经麻痹	63
第三节 臂丛神经痛	65
第四节 桡神经麻痹	67
第五节 正中神经麻痹	69
第六节 肋间神经痛	70
第七节 带状疱疹	73
第八节 坐骨神经痛	75
第九节 股外侧皮神经炎	78
第十节 腓总神经麻痹	80
第十一节 胫神经麻痹	82
第十二节 多发性神经病	84
第十三节 急性炎性脱髓鞘性多发性神经病	86
第三章 脑血管疾病	89
第一节 短暂性脑缺血发作	89
第二节 脑卒中(脑梗塞、脑出血).....	92
第三节 脑动脉硬化症.....	108
第四节 脑血管性痴呆.....	112
第四章 脊髓疾病	116
第一节 急性脊髓炎.....	116
第二节 脊髓前角灰质炎.....	120
第三节 脊髓空洞症.....	123
第四节 运动神经元疾病.....	125
第五节 脊髓损伤(外伤性截瘫).....	128
第五章 脑炎症性疾病	132
第一节 流行性乙型脑炎.....	132
第二节 病毒性脑膜炎.....	137
第三节 化脓性脑膜炎.....	140
第四节 结核性脑膜炎.....	143
第六章 脑部发作性疾病	146

第一节	癫痫	146
第二节	偏头痛	151
第三节	发作性睡病	155
第七章	锥体外系统疾病	158
第一节	震颤麻痹	158
第二节	小舞蹈病	161
第三节	肝豆状核变性	164
第四节	扭转痉挛	166
第八章	肌肉疾病	168
第一节	进行性肌营养不良症	168
第二节	重症肌无力	169
第三节	周期性麻痹	172
第九章	先天性神经病	175
第一节	先天性脑积水	175
第二节	脑性瘫痪	176
第十章	自主神经系统疾病	179
第一节	雷诺病	179
第二节	红斑性肢痛症	183
第三节	自发性多汗症	185
第四节	原发性直立性低血压	187
第五节	不宁腿综合征	189
第十一章	神经症	192
第一节	神经衰弱	192
第二节	癔病	195
第十二章	其他神经病	198
第一节	颈椎病的神经系统综合征	198
第二节	腰突症的神经系统综合征	201
第三节	老年性痴呆	205
第四节	颅脑外伤后综合征	208
第五节	急性一氧化碳中毒后迟发性脑病	213
第十三章	神经病常见症状	216
第一节	头痛	216
第二节	眩晕	220
第三节	失眠	224
第四节	耳鸣、耳聋	226
第五节	休克	229
第六节	昏迷	231
第七节	晕厥	233
第八节	抽搐	235

总 论

第一章 针灸治疗神经病的机制

第一节 针灸治疗作用的古代文献记载

古人在长期实践中,对针灸的治疗作用总结出不少精辟的论述,并以极其简练的语言加以概括说明。现简介如下。

1. 调整阴阳,补偏救弊

《灵枢·根结》说:“用针之要,在于知调阴阳。精气乃光,合形与气,使神内藏。”针灸治病就是根据证候的属性来调节阴阳的偏盛偏衰,使机体转归于“阴平阳秘”,恢复其正常的生理功能,从而达到治愈疾病的目的。针灸调和阴阳的作用是机体的机能状态处在阴阳偏盛偏衰的基础上,通过经穴配伍和针刺手法来完成的。

2. 调和气血,疏通经络

《灵枢·九针十二原》说:“欲以微针通其经络,调其气血,营其逆顺出入之会。”针灸治病就是根据经络与脏腑在生理、病理上相互影响的机制,在腧穴上进行针刺或艾灸,取得“通其经脉,调其血气”的作用,从而活血化瘀生新及祛瘀止痛,达到治愈疾病的目的。

3. 补虚泻实,扶正祛邪

《灵枢·九针十二原》说:“凡用针者虚则实之,满则泄之,菀陈则除之,邪胜则虚之。”《灵枢·经脉》说:“盛则泻之,虚则补之,热则疾之,寒则留之,陷下则灸之,不盛不虚以经取之。”针灸治病就在于能够发挥其扶正祛邪的作用。大凡针刺补法和艾灸有扶正的作用;针刺泻法和放血有祛邪的作用。但在具体应用时必须结合腧穴的特殊性来考虑,如足三里、关元、气海等穴多在扶正时用之,而十宣、人中、大椎等穴多在祛邪时用之。

第二节 针灸治疗作用的基础研究

一、经络实质的现代研究

经络学说是中医理论的基石,千百年来一直指导着中医各科的临床实践,与针灸学的关系尤为密切。国内外关于经络学说的研究投入了大量的人力、物力和财力,虽没有取得突破性的进展,但经络实质的研究与假说和神经病学有着密切的联系。

目前关于经络本质的认识多为一些见解和假说,尚不能完全解释经络现象。现将这些假说分述如下:①神经论。从国内外研究趋势来看,神经论占支配地位,认为经络活动是植物神经的活动,尤其是交感神经的活动。我们认为,经络是与人体神经系统有着密切联系的,从临床治疗情况来看神经系统的作用是显而易见的,但经络系统决不能完全等同于神经系统,至于经络与神经之间的关系是什么,尚有待于进一步研究。②肌肉论。认为十四条经络在肌肉中,而非神经。如日本的矶部文雄认为经络是运动肌肉物理性运动器官系统。③特殊结构论。1977年美洲学者托马斯认为穴位解剖的物质基础似为一种新的网状管状结构,既非神经,又非血管,却又和血管、神经有联系。④第三平衡论。这是我国生理学家孟昭威教授提出的,认为古典经络图是一种特殊感觉性生理线路图,它是古人在长期临床实践中观察到的体表和内脏间的双向性联系和感传现象而发现的,不仅是生理路线而且也是临床医师赖以诊治疾病的路线。据其活动规律,经络系统应列为人体内的第三平衡系统,其生理功能属于整体区域全息性质。经络感传的速度在 $10\sim 20\text{cm/s}$,比神经的传导速度慢,但比内分泌系统快,故可称之为第三平衡系统(躯体神经系统、植物神经系统、内分泌系统分别称为第一、第二和第四平衡系统),维持体表和内脏间的平衡。

二、腧穴学说的现代研究

穴位的现代研究是指运用现代科学技术,对穴位的解剖结构以及穴位的功能等进行的研究。现将其与神经病学关系密切的研究成果概述如下。

1. 穴位的形态结构

(1)解剖结果 上海第一医学院对324个经穴进行尸体解剖分析观察,发现与神经有关者高达323个(占99.6%),其中与深部神经有关者170穴,与浅皮层神经有关者304穴,与浅皮层神经和深部神经均有关者149穴。对背部膀胱经穴位的研究发现,背俞穴与交感神经干及交感—脊髓联系点在背部的投影相重合,总重合率为66%,说明背俞穴与交感神经干和交—脊连接点有密切关系。

(2)组织学观察 穴位处有密集的肌梭结构和大量游离神经末梢,有些虽无肌梭,但有丰富的大小不等的血管及其周围的植物神经纤维。非穴位处则没有这些特点。

2. 穴位功能的特异性

(1)穴位与非穴位功能的差异 穴位对疾病有治疗作用,而非穴位则没有治疗作用或作用较差。如针刺内关穴,可使心率过快迅速得到控制,而针刺非穴位则没有这种效果。

(2)分属不同经脉的穴位在主治功能上的差异 本经穴位对其所属脏腑器官的影响较其他经的穴位有明显不同,这是穴位特异性的主要表现。如以肠鸣音频率密度作为针灸效应指标来比较足三里、阳陵泉穴的功能,发现无论是健康人或胃、十二指肠溃疡的病人,均以针刺足三里的效应最为明显,针刺阳陵泉对肠鸣音没有影响。

(3)同一经脉的不同穴位在主治功能上的差异 如胃经穴中以足三里对肠鸣音的影响最强;针刺膀胱经的膀胱俞主要产生膀胱内压的升高,而针刺同经的肾俞则主要产生降压效应。

(4)穴位相互之间的协同和拮抗作用 不同穴位之间在针灸作用上存在着相互加强或相互抑制的“生”、“克”关系。如针刺心经的神门穴对实验性高血压有降压作用,针刺肝

经大敦穴有加强神门降压效应的作用;针刺膻中穴可引起大鼠催乳素分泌,而足临泣穴则可拮抗膻中穴的这一作用。从绝大部分的实验研究结果看,穴位功能特异性与神经节段性支配有密切关系。大部分穴位和其相应的内脏的神经支配同属于一个脊髓节段,或在其相应内脏所属神经节段的范围内。

三、刺灸法的现代研究

1. 刺法研究

古人云:“为针之要,气至而有效”。产生针感后通过一定的手法,或补经气,或泻经气,用以调理经络之气而产生治疗作用。

(1)针感 研究发现,穴位的形态结构和针感的物质基础可能主要是穴位的多种神经成分,包括小神经束、游离神经末梢、神经干支、血管壁上的传入神经和某些包囊感受器。施加在这些神经成分上的针刺刺激形成各种不同的针感信息,借一定途径传到中枢,并经过各级中枢的综合调制而产生各种性质的针感。实验表明,直刺印堂穴,针感以胀为主;直刺外膝眼,针感以酸、胀为主;直刺合谷、内关、昆仑三个穴位可出现多种针感。感受针感的结构不同针感也不一样,刺激神经干、支多引起麻感;刺激肌肉、肌腱、骨膜多引起酸胀感;刺激血管多引起痛感。由于多数穴位下部都有以上多种感受结构,所以一般临床上出现的针感为多种感觉的综合。

(2)补泻手法 ①补法和泻法的针刺效应不同。如用烧山火手法,一般都使健康人或患者肢体末梢血管容积舒张,皮肤温度升高,针下出现温热感;而透天凉手法则相反,一般能使末梢血管收缩,皮肤温度降低,针下出现凉感。针刺足三里穴,补法多使心率减慢、血管舒张,而泻法则引起心率增快、血管收缩。②不同的补或泻手法的针刺效应互有差别。如同是补法,用烧山火手法针刺足三里穴出现针下热感,引起运动从属时值和视时值缩短;而捻转提插补泻的补法则引起运动从属时值和视时值延长,两者作用相反。同是泻法,透天凉手法使运动从属时值和视时值延长,它与捻转提插补泻的泻法作用相反。

(3)电针 大量研究表明,电针疗法对神经系统疾病有较好疗效;电针的刺激效应与所应用的刺激参数有关。临床上治疗急性周围性面神经麻痹症中,经过筛选的最佳波形为疏密波和断续波两种。有学者指出,连续波对瘫痪性疾病有良好作用,这说明电针波形与其引起的针刺效应有密切关系。有研究报道,不同频率的电针可引起中枢释放不同种类的神经递质。如在患者足三里穴施加 2Hz 的电针刺激,可使腰部脑脊液中脑啡肽类物质含量升高,强啡肽含量不变;用 100Hz 的电针刺激则使脑脊液中强啡肽含量升高,而脑啡肽含量不变。

(4)头针 临床观察证实,头针对神经系统疾病如各种瘫痪、神经官能症等有独特的疗效。关于头针的作用机制,有学者报道了头针可使脑电 α 波指数和电压上升,并可改变其对称性。提示头针对大脑皮层功能有调节作用,可改善病理状态。对瘫痪病人脑血流图观察,发现有主峰角减少、峰谷加深、波幅升高、波频率减少等现象。提示头针有舒缓血管、改善血管弹性、增加脑血流量等作用,从而促使瘫痪肢体的恢复。

(5)水针 发挥针刺、药物相结合的作用,对各种神经痛、神经麻痹、神经根炎等有较好的效果。有人报告,对 50 例大脑发育不全的患者,用乙酰谷酰胺 250mg 和吡喃硫胺

20mg 共 7ml,在规定的穴位上注射 1ml,经过 1 个总疗程(120 次)治疗后,有 37 例获得显效、7 例有效、6 例无效,总有效率为 88%。其中 34 例经半年至 2 年随访,疗效巩固,特别是智力障碍、二便失禁等顽固症状改善明显。

2. 灸法研究

目前对灸法的作用机制和规律已有了较深入的认识,指出艾灸对某些器官功能的影响主要是艾灸的温热性刺激作用所致,并与灸质中的药物产生的化学性刺激作用有关。有研究表明,灸的作用强度在一定范围内随灸量的增加而增强,但并非都是灸量越大灸效越好。此外,灸法具有调节机体免疫功能的作用,所以灸法治疗神经免疫性疾病的研究是一个值得开展的课题。

第三节 针灸对神经系统功能的调节作用

针灸对神经系统的作用是多水平和多方面的,但从针灸临床角度看,对神经系统疾病的治疗不外有皮层、脊髓、周围神经系统三个方面。

1. 针灸恢复受损周围神经功能的作用

动物实验表明,用毫针点刺神经干表面 5~30 次,则可提高神经的兴奋性,使其支配的肌肉收缩增强,此作用在停针后仍可持续数分钟之久,在兴奋性未恢复至原水平之前若再针刺还可使兴奋性进一步提高。临床观察表明,用平补平泻法针刺地仓、颊车、阳白、下关、丝竹空、迎香、攒竹、翳风、合谷等穴治疗周围性面神经麻痹 3 480 例,痊愈率 68.8%、显效率 11.2%,总有效率 97.1%。肌电图观察表明,针刺能使原有的病理改变的肌电图,随临床症状的好转而好转,使失去神经支配的肌纤维重新获得神经支配,使病损的神经功能逐渐得以恢复。这可能与针灸的消炎镇痛和促进神经纤维再生等作用有关。有人采用电针治疗四肢神经损伤性瘫痪 100 例,穴位以阳明经和受损经脉腧穴为主,治疗 3 个疗程后痊愈 82 例、好转 14 例、无效 4 例,总有效率为 96.0%。动物实验观察表明,造模后第 28 日,断续波电针组的水肿等反应较对照组和西药组明显减轻;电针组有较多的新生髓鞘,再生的细胞也较多,而对照组及西药组则较少。由此可见,断续波电针可促进损伤局部炎性水肿的消退,加速局部变性坏死及崩解产物的消除,改善局部微循环,提高神经细胞的氧利用率,从而促进损伤神经的修复和再生。有实验表明,针刺组坐骨神经血流量于针刺后 15 分钟、30 分钟、45 分钟时与针前比较均有显著增加,而对照组则无变化,提示针刺的治疗效应确与改善末梢神经血液循环有关。此外,电针还可激发失神经支配的肌纤维主动收缩,保持肌细胞固有的舒缩性,促进细胞内新陈代谢,减缓肌蛋白因失神经支配后的变性,从而有利于失神经支配的功能恢复,这也可能是针灸治疗周围神经损伤的作用机制之一。

2. 针灸促进损伤脊髓功能恢复的作用

北京中医院报道,用针灸治疗 500 例外伤性截瘫患者有效率为 83.4%,其中基本治愈率为 15.2%,他们在穴位选择上比较重视胃经穴位的使用。也有些单位在督脉某些穴位上如百会、风府、大椎、陶道、身柱、神道、至阳、筋缩、脊中、悬枢、命门、阳关和长强等施行电针刺激,实验研究表明,针刺可促进损伤脊髓功能的恢复,显著提高脊髓的血流量,改

善损伤部位的循环和组织的新陈代谢。组织学检查显示,针刺可使损伤脊髓内神经纤维再生的数量增多,脊髓断端辣根过氧化物酶(HRP)标记细胞明显增多。表明针刺可减轻或阻止外伤性截瘫后的继发损害,促进损伤脊髓神经轴突的再生,从而起到神经保护作用。

3. 针灸对大脑皮质功能的调整作用

针灸对大脑各部分的影响也很显著。如贾少微等应用单光子发射断层扫描(SPECT)和脑灌注显像剂^{99m}Tc-双半胱乙酯(ECD)技术研究显示,针刺一侧肢体穴位时,以对侧大脑皮质、对侧丘脑、同侧基底节和双侧小脑皮质局部血流量及脑功能活动增高变化为主,缺血性脑血管病患者比正常人反应更敏感。

(1)针刺对条件反射活动的调整作用 条件反射的高级中枢在大脑皮质。用食物性条件反射唾液分泌量为指标来观察针刺效应,可以看到当用咖啡因使犬的食物性条件反射唾液量增多时,电针坐骨神经或其近旁,可使唾液分泌减少,表明电针对其兴奋状态的大脑皮质功能有保护性抑制效应;当用溴化物使食物性条件反射性唾液分泌减少时,电针可使之呈现以增加为主要趋势的先减后增的双向改变,并在较短的时间内达到甚或超过正常水平。可见电针可解除大脑皮质的抑制过程。用兴奋与抑制过程相“冲突”的方法,造成犬的实验性神经症,然后针刺双侧翳风穴,可使犬的食物性条件反射定型恢复正常。上述结果表明,针刺能全面改善与加强大脑皮质神经过程的强度、均衡性和灵活性,从而促使大脑皮质病变部位功能的恢复。

(2)针刺对运动从属时值等指标的调整作用 时值是反映组织兴奋性大小的生理指标之一。在完整机体测得的时值在很大程度上受大脑皮质功能的影响,故称从属时值。测定从属时值可以间接反映大脑皮质的兴奋与抑制水平。有人以运动从属时值为指标,观察针刺合谷及其他配穴对大脑皮质功能的影响。如在健康人用溴化钠和咖啡因分别造成高级中枢的抑制与兴奋过程偏胜,此时针刺(合谷、足三里穴)强刺激可使抑制过程增强者抑制进一步加深(运动从属时值延长),轻刺激相反(运动从属时值缩短);对兴奋过程增高者,轻重刺激均起抑制作用;还发现针刺手法烧山火(补)引起运动从属时值减少,透天凉(泻)则使运动从属时值增大。由于手法不同,对大脑皮质功能调整作用也不相同。

(3)针灸对大脑皮质生物电活动的调整作用 脑电图反映大脑皮质的自发电活动,它的节律与大脑皮质下结构有关。针刺对正常人脑电图的影响各家报道不一,有的针刺合谷、外关等穴,使 α 节律增强、慢波增加为主,提示大脑皮质抑制过程加强;有的针刺合谷或足三里穴均呈现 α 波压抑、 β 波增强现象,提示大脑皮质兴奋过程加强,这些结果多数认为与受试者当时大脑皮质的功能状态或个体脑电图类型有关。

针刺对大脑皮质诱发电位也有一定作用。诱发电位是指外来刺激传入在大脑皮质表面、硬膜上或头皮上所记录下来的具有一定极性和时程的电位变化。有人在探讨针刺治疗耳聋机制中发现针刺可加强豚鼠听诱发电位;也有人用兔大脑皮质光诱发电位为指标观察不同强度电针刺激的效应,取穴足三里、合谷、光明等,看到较强刺激呈抑制效应而较弱刺激呈易化效应,进一步的研究证明,这种影响主要是通过网状结构非特异投射系统,改变了大脑皮质神经元的兴奋水平所致。

第二章 神经病诊断概要

第一节 西医诊断技术

一、神经系统检查

神经系统检查是诊断神经系统疾病最基本的依据。一般应按高级神经活动、头部、颅神经、运动功能、感觉功能、反射、植物神经系统等项目依次进行。

(一)高级神经活动

1. 意识

(1)嗜睡 是最轻的意识障碍。患者处于病理的睡眠状态,但可被轻度刺激或言语所唤醒,醒后能回答问题,但往往清醒不长时间又很快入睡。各种反射正常。

(2)昏睡 患者呈熟睡状,不易唤醒,虽在强烈刺激下(如压眶上神经)可被唤醒,但很快又入睡,醒时答话含糊或答非所问。昏睡时各种随意运动消失,但反射无明显改变。

(3)昏迷 患者意识完全丧失,不能被一般刺激甚至疼痛刺激所唤醒,随意运动消失。
①浅昏迷:无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激可有痛苦的表情或肢体退缩等防御反应,各种反射尚存在。
②深昏迷:强烈刺激也不能引起反应,肢体呈弛缓状态,深、浅反射消失,瞳孔对光反射、吞咽反射消失,呼吸、循环、温度调节出现障碍。所谓去大脑皮层状态是指病人虽能睁眼、闭眼或转动眼球,但属于无意识活动,其眼球不能随光线或物品转动,对外界刺激无反应。属于双侧大脑皮质广泛损害,而皮质下功能尚保存。

2. 智能

(1)记忆力 询问患者是否记得值得纪念的往事(远记忆力),昨日晚餐或当日早餐的饭菜(近记忆力);告诉患者一个4~5位数或护士的名字,5分钟后令其复述(即刻记忆力)。

(2)计算力 如了解病人100连续减7是否正确进行。

(3)定向力 检查病人对时间、地点和人物的判定是否正确。

(4)理解与判断力 如对成语的理解是否正确,对事物的综合判断是否合乎逻辑。

3. 言语

(1)失语 在主侧大脑半球的言语中枢发生病变时则出现失语症。

①运动性失语 对别人的言语可以理解,但要重复其语言却有困难或只能讲个别简单的单词;对书写的文字能理解,但难以读出来或有差错。其病变位于额下回后部的运动性语言中枢。

②感觉性失语 患者发音正常,但不能理解别人和自己的言语,摹仿别人讲话的能力亦减退。其病变位于颞上回后部的感觉性语言中枢。

③命名性失语 病人虽然能表达如何使用物品及物品的用途,但却不能称呼物品名

称,对人名亦不能称呼。其病变位于颞叶后部的言语形成区。

(2)构音困难 临床表现为口语表达障碍、发音不清。其常见病因如下:

①假性延髓麻痹 运动中枢发出的一级运动神经元双侧损害,引起构语肌群两侧核上性麻痹,造成构语障碍、发音困难、吞咽困难,无舌肌萎缩和舌肌纤维震颤等。

②延髓麻痹 延髓损害引起运动系统二级神经元双侧损害时,导致两侧核下性麻痹,造成构语障碍、发音困难、吞咽困难及舌肌萎缩、舌肌纤维震颤等。

③共济失调性构语障碍 小脑损害引起构语障碍,表现为说话缓慢,呈吟诗状语言或爆发性语言,语言单调或语音强度不平均。

④运动减少性或运动增多性构语障碍 如帕金森病、肝豆状核变性、舞蹈—手足徐动症等,由于震颤、舞蹈等不自主运动及肌张力增高或肌张力减低,引起讲话口齿不清、音调紊乱、节律慢或急促,并常有断续。

⑤肌肉病变 重症肌无力全身型或延髓型常因唇、舌、软腭等构语肌肉无力,出现连续说话后发音不清、充分休息后可好转为特征的构音障碍;先天性肌强直或肌营养不良性肌强直,可能出现发音障碍。

(二)头部检查

注意其形状、大小,有无伤痕、肿块,有无静脉充盈,有无颅骨缺损、局部压痛,有无血管杂音,有无头颅畸形。

(三)颅神经检查

1. 嗅神经

嗅觉中枢位于大脑的颞叶。检查时让病人闭眼,用手指压闭一侧鼻孔,要求嗅出散发特殊气味的物质(如酒、香皂等),试完一侧,稍隔片刻再试另一侧。

2. 视神经

视觉中枢位于大脑枕叶。视神经检查包括视力、视野及眼底。

(1)视力 检查时让患者盖住一只眼,先看书上的字;如看不清,再看检查者手指,观察几米远能看清(称几米指数);如仍看不清,可用手电试其有否光感。

(2)视野 令患者与医师相对而坐,相距约 60cm,二者闭同一方向眼,另一眼两人互相注视对方鼻尖,医师用手指由视野周围逐渐向中心移动,至患者能看到手指为止。此时检查者以自己的视野为准,判定患者的视野是否正常。

(3)眼底 主要看视神经乳头、视网膜血管及视网膜。①高血压、动脉硬化:早期为视网膜动脉痉挛;硬化期为视网膜动脉变细、反光增强,有动静脉交叉压迫现象,动脉呈铜丝状;晚期视网膜呈火焰状出血,严重者有视乳头水肿。②颅内压增高的病症:视神经乳头水肿,表现为视乳头充血、颜色变红、边界不清、生理杯充盈隆起及静脉怒张、出血。③视神经萎缩:视乳头苍白及明显的视力障碍。

3. 动眼、滑车及外展神经

三者共同支配眼外肌的运动,动眼神经还支配提上睑肌、瞳孔括约肌和睫状肌。检查时注意眼裂大小,眼睑有无下垂,眼球有无震颤及有无斜视、复视等。检查眼肌运动功能时,病人不得移动头部,眼球随检查者手指做上下、左右和旋转运动。对比观察两侧瞳孔大小和形状。测试瞳孔的对光、调节和聚合反应。

4. 三叉神经

该神经是由感觉、运动纤维组成的混合纤维。检查时用针、棉花及冷水(约 10℃)或热水(约 45℃),分别测试面部皮肤的痛觉、触觉及温觉。观察受检者的咀嚼肌和颞肌有无萎缩,然后用手触按受检者的颞肌和咀嚼肌,让受检者做咀嚼动作,比较两侧肌力。一侧三叉神经损伤时,同侧面部皮肤感觉障碍和该侧咀嚼肌萎缩、肌力减弱;再令受检者张口时,下颌偏向患侧。

5. 面神经

主要支配同侧面部肌肉运动及舌前 2/3 味觉。检查包括运动、味觉和角膜反射三个方面。

(1)运动 让受检者做蹙额、皱眉、闭眼、露齿、鼓腮、吹口哨等动作,观察额纹、眼裂、鼻唇沟及口角两侧是否对称。如面神经麻痹可引起同侧面肌麻痹,不能完成上述动作。

(2)味觉 嘱受检者伸舌,检查者用棉棒蘸 10% 蔗糖水、15% 盐水、10% 柠檬酸(醋)及 1% 奎宁(或苦木素)溶液分别涂于一侧舌前 2/3 处,让受检者写出所感受到的味道或以伸出手指(如甜味以拇指、酸味以示指、苦味以中指、咸味以无名指)表示,每试一次后均需漱口后,再试下一次,两侧分别试验、对比。如面神经麻痹,则同侧舌前 2/3 味觉丧失。

(3)角膜反射 令受检者平视前方,以细束棉花分别快速轻触两侧眼球的角膜外缘,正常反应为迅速双侧闭目动作。角膜反射的传入神经是三叉神经,传出神经为面神经,二者之一受损,均可引起同侧角膜反射减弱或消失。

6. 听神经

由司听觉的耳蜗神经和司平衡的前庭神经组成,中枢部分位于大脑颞叶。简便的测听方法是让受检者听表声、耳语或音叉检查。在静室内,令受检者闭眼,塞住一耳,检查者站在其背后,将表置于受检者另一耳的侧方,由远逐渐向耳移近,记录受检者开始听到声音时的距离,并与另一侧或正常人的听力作对比。音叉检查主要用于区别传导性耳聋与神经性耳聋。骨气导比较(Rinne)试验是将振动的 C_{128} Hz 或 C_{256} Hz 音叉柄放置于受检者一侧乳突部(骨导),在受检者听不到振动音响后,迅速将音叉移置于该侧耳前(气导),如尚能听到音响,表示气导大于骨导或 Rinne 试验阳性,见于正常或神经性耳聋,但中耳病变(传导性耳聋)则为阴性(即骨导大于气导)。正中骨导(Weber)试验是将振动的音叉柄端置于受检者额正中部,正常时两侧听音相等,神经性耳聋感健侧的声音较强;传导性耳聋感患侧声音较强。

7. 舌咽神经和迷走神经

二者的神经核都在延髓,舌咽神经司舌后 1/3 味觉和咽部一般感觉,并支配软腭和咽肌运动;迷走神经司咽喉的感觉和运动。检查时注意发音是否嘶哑,有无饮水呛咳、吞咽困难。

(1)运动 让病人张口,观察悬雍垂是否居中,两侧软腭高度是否一致。然后让受检者发“啊——”音,看两侧软腭上举是否对称。

(2)咽反射检查 用压舌板轻触受检者的咽后壁,如有恶心动作,提示咽反射正常。

(3)舌后 1/3 味觉检查。

8. 副神经

支配耸肩和转头的斜方肌和胸锁乳突肌。观察两肩高低是否对称,有无肌萎缩,然后令患者耸肩及转颈以观察其肌力。

9. 舌下神经

支配舌肌运动,受双侧大脑皮质运动区支配。让病人伸舌,注意有无偏斜、舌肌纤维性震颤、舌肌束颤、舌肌萎缩。

(四)运动功能检查

1. 步态

观察步态是否平稳,注意行走的姿势。常见的病理性步态有划圈步态、剪刀步态、跨越步态、慌张步态、醉汉步态、鸭步、舞蹈步态、踵步、星迹步态、间歇性跛行步态、癱病性步态等。

2. 肌肉营养状态

观察肌肉有无萎缩或肥大,双侧对称部位比较,肢体近端与远端比较,还可利用米尺测量对称部位的肌周径。

3. 不自主运动

观察不自主运动的部位、种类、频度、时间及程度。常见的不自主运动有震颤、肌纤维震颤或肌束震颤、抽搐、痉挛、舞蹈样动作、手足徐动、扭转痉挛、肌阵挛等。

4. 随意运动

(1)肌力 嘱被检者双侧上下肢分别做各关节的伸屈运动,注意观察各肌肉收缩力量;然后检查者给予一定阻力,以测其肌力是否正常。肌力记录可分六度:0度为肌肉完全不能收缩;Ⅰ度为肌肉虽能收缩而不能使患肢关节活动;Ⅱ度为肢体能在床面上移动,但不能抗地心引力抬起;Ⅲ度时肢体能抬离床面,但不能抵抗阻力;Ⅳ度能抵抗部分阻力;Ⅴ度为正常肌力。

(2)肌张力 嘱被检查者全身处于静止松弛状态。检查者分别握摸肌肉,注意比较坚实度,以了解其静止性肌张力;再令被检者全身放松,检查者分别对其四肢各关节做被动伸屈运动,以感知其阻力是正常、增强或减弱。

5. 共济运动

正常运动除有锥体系支配外尚需锥体外系、小脑、前庭器官、深部感觉及视神经共同参与,才能使运动平衡协调。如协调运动功能有障碍,称共济失调。主要检查法如下:

(1)指鼻试验 被检者一侧上肢前臂外旋、伸直,随即令其以手指尖准确地轻触自己的鼻尖,动作先慢后快,先睁眼后闭眼,两上肢分别重复同样动作,观察动作是否稳准。共济失调的病人,手指指鼻时动作不准、不稳、冲撞。

(2)快复轮替动作 两手掌同时做快速的反复旋前、旋后动作,共济失调病人的动作快慢不一、笨拙、两侧不协调。

(3)跟膝胫试验 被检者仰卧,先高抬一侧下肢,然后令其将足跟准确地放在对侧下肢的膝盖上,再将足跟沿胫骨前缘慢慢向下滑至足背。正常人能准确完成。共济失调者则不能稳定而准确地完成以上动作。

(4)闭目难立征 令病人闭目并使双足并拢,两臂向前平展,出现摇摆不稳或倾倒为阳性。