

神经科 精神科

医学卫生普及全书

上海人民出版社

《医学卫生普及全书》

神 经 科 精 神 科

上 海 第 一 医 学 院

《医学卫生普及全书》修订小组

上 海 人 民 出 版 社

内 容 介 绍

伟大领袖毛主席教导我们：“为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。”《医学卫生普及全书》就是遵循这一教导，为广大工农兵及其工人医生、赤脚医生、部队卫生员而编写的；为了坚决贯彻“把医疗卫生工作的重点放到农村去”和“预防为主”、“用中西两法治疗”疾病的方针，以毛主席的哲学思想为指导，广泛介绍了“一根针，一把草”等中西结合的防病治病的方法和医学药学方面的基本知识，以供在群防群治时参考。本书共分十册，书目附后，供读者选择阅读。

- | | |
|--------------|----------------|
| 《人体解剖生理和病理》 | 《除害与卫生 职业病的防治》 |
| 《祖国医学》 | |
| 《诊疗技术和药物》 | 《内科 儿科》 |
| 《外科》 | 《妇产科》 |
| 《眼耳鼻咽喉科 口腔科》 | 《皮肤科》 |
| 《神经科 精神科》 | |

《医学卫生普及全书》

神经科 精神科

上海第一医学院

《医学卫生普及全书》修订小组

上海人民出版社出版

(上海绍兴路5号)

新华书店上海发行所发行 安徽省合肥印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 3 字数 88,000

1971年8月第1版 1975年5月第2次印刷

印数 70,001—200,000

统一书号：14171·51 定价：0.18元

毛主席语录

备战、备荒、为人民。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

第三版前言

1959年，在党的社会主义建设总路线的指引下，我院广大革命卫生工作者编写了《医学卫生普及全书》。1965年又修订再版。本书在一定程度上反映了我国医药卫生战线上的概貌，具有“普及”、“全面”的特点，受到了工农兵及革命医药卫生工作者的欢迎。

毛主席教导我们：“在现在世界上，一切文化或文学艺术都是属于一定的阶级，属于一定的政治路线的。”为了贯彻执行毛主席的无产阶级卫生路线，落实毛主席关于“备战、备荒、为人民”的战略方针和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示；总结和推广工农兵及医药卫生工作者在无产阶级文化大革命中的创造发明；为工农兵及赤脚医生、工人医生、部队卫生员等提供一本比较通俗易懂的医药卫生书籍，于1970年，我们在130多个工厂、农村、部队等基层单位的工农兵及医药卫生人员的支持帮助下，对原书作了一次全面修订，以分册出版。

无产阶级文化大革命以来，随着批林整风运动的深入，我国医药卫生事业正在沿着毛主席的革命路线蓬勃向前发展。为了进一步肃清刘少奇、林彪修正主义路线的流毒，我们在1970年分册出版的基础上又作了一次修订，除对原书存在的缺点错误进行修改外，还充实了部分新的内容，以分册及合订本两种版本的形式再版。

由于我们学习马列主义和毛泽东思想不够，路线斗争觉悟不高，向工农兵学习得不够，本书一定还存在不少错误和不当之处，诚恳地希望广大读者批评指正。

上海第一医学院
《医学卫生普及全书》修订小组

1973年8月

目 录

神经系统疾病

神经系统检查	1
神经系统疾病的常见症状及其临	
床意义	3
头脑发响	3
讲话障碍	4
感觉障碍	5
瘫痪	6
不随意动作	8
共济失调	9
延髓麻痹	9
肌萎缩	10
神经系统疾病的护理	11
周围神经疾病	13
面神经炎	13
面肌痉挛	14
三叉神经痛	14
臂丛神经痛	16
坐骨神经痛	17
腓神经麻痹	19
多发性神经炎	19
脊髓疾病	21
急性脊髓炎(附视神经脊髓炎)	21
脊髓压迫症	22
脊髓空洞症	23
脊柱裂	24
遗传性共济失调	25
亚急性脊髓合并变性	26

神经梅毒	27
脑部疾病	28
中风(急性脑血管疾病)	28
癫痫	31
脑肿瘤	35
脑脓肿	36
脑寄生虫病	37
脑积水	39
儿童脑性麻痹	40
小舞蹈病	41
震颤麻痹综合征	42
肝豆状核变性	43
其他	44
重症肌无力	44
肌营养不良症	46
周期性麻痹	47
红斑性肢痛症和肢端感觉异常症	48

精神科疾病

怎样认识精神病	49
精神分裂症	52
躁狂忧郁症	58
更年期忧郁症	59
老年性痴呆	59
心因性反应症	60
癔症	61
强迫症	62
智能发育不全	63
精神病人的护理与注意事项	64
附:神经系统的解剖和生理	66

神经系统疾病

神经系统疾病是指脑、脊髓、周围神经和神经肌肉等,由于感染、血管病变、肿瘤、外伤、变性等原因所引起的疾病。一般都有神经组织结构上的改变。临床上,主要表现为神经系统功能的失调,如瘫痪、抽搐、感觉减退或消失、疼痛、动作不稳、失语、昏迷等;少数病人伴有精神活动失常。

解放前,在万恶的旧社会,劳动人民有了神经系统的疾病,得不到治疗,以致造成终身的痛苦。解放后,在毛主席和党的亲切关怀下,神经系统疾病的防治工作取得了较大的成绩。特别从无产阶级文化大革命以来,广大革命医务人员在毛主席无产阶级卫生路线指引下,深入工农兵,努力改造世界观,采用中西医结合治疗,使一些瘫痪多年的病员重新站了起来,使不少小儿麻痹后遗症的患儿恢复了健康,使许多聋哑人喊出了毛主席万岁!这一系列医学上的重大成就,证明了“停止的论点,悲观的论点,无所作为和骄傲自满的论点,都是错误的”。

神经系统检查

【一般检查】 注意意识状态,是清醒、嗜睡、神志模糊还是昏迷?智力是否与病员的年龄和社会经历相当?对地点、时间和人物的了解和认识——定向力是否正确?在没有相应的外界刺激的情况下是否有异常的感觉——幻觉?例如病员主观上看到一个景象,实际上却并不存在时,称为幻视。

测验视觉、听觉、皮肤的触觉(可应用小棉花条)、痛觉(可应用大头针尖)和温度觉等。测验深感觉时可使患者闭目辨别手指(或足趾)移动的方向和范围等位置运动觉。

【运动】 注意全身肌肉的营养状态,有无肌肉的萎缩及瘫痪,有无不自主运动(即不受病人主观意识支配而出现的异常运动)。

在病员有意识地放松肢体肌肉、不作任何主动运动的情况下,检查比较

两侧肢体对称部分,在被动运动时检查者所遇到的阻力——肌张力。

正常人的动作平滑、自然、经济(费力少,化时短)而又精确,参与动作的有关肌肉相互间配合得很好,称为动作协调。在患病时,动作就可能表现得不协调——共济失调,例如行走不稳,呈“醉汉”步态。检查有无共济失调现象,可作下列试验:

1. 闭目难立试验: 请病员立正,两足尖亦靠拢。闭目后若左右摇晃,或失去平衡而跌倒,即表示有共济失调。

2. 指鼻试验: 病人闭目,将两臂交替前伸后以食指指点自己的鼻尖,有共济失调时,即不能自然而精确地完成这一运动。

【反射】

1. 瞳孔光反射: 在无强光直接照射眼睛的情况下,病人双眼前视,检查者用手电筒自侧面照向一个瞳孔时,正常情况下可引起被照射的瞳孔和另一侧的瞳孔发生缩小反应。在中脑或动眼神经受损时,瞳孔光反射表现不正常。深昏迷时,两侧光反射均消失。

2. 浅反射:

角膜反射: 用细小棉花条轻触角膜的边缘(避开视觉),立即引起两侧眼睑的闭合。深昏迷时,角膜反射消失。

腹壁反射: 病人仰卧,放松腹壁,用尖竹针等轻划腹壁皮肤,引起刺激部位的腹肌收缩,肚脐向刺激侧移动。有病变时,腹壁反射消失。

划跖反射: 用尖竹针等轻划足底外侧部的皮肤,自足跟起向前划至小趾的根部。在正常人,引起足趾向足底的屈曲,称为划跖反射阴性。在锥体束受损或昏迷的病人,则表现为大趾向足背翘起,其他四趾呈扇形分开,称为划跖反射阳性。但熟睡的成人和小于3~4岁的儿童划跖反射也可出现阳性。

3. 深反射: 临床上最常应用的为膝腱反射。病人取坐位或仰卧位,膝关节屈曲,肌肉放松。用叩诊锤叩击髌骨和胫骨间的肌腱。反应为小腿向前跳动。在锥体束受损时,腱反射增强;下运动神经原受损害时则腱反射就减弱或消失。

4. 病理反射:

划跖反射阳性: 见上。

提腿试验: 病人仰卧,将一侧下肢在髋关节处与躯干屈曲接近直角,然

后将膝关节伸直。在脑脊膜受刺激或神经根病变时,提腿试验阳性,即伸膝受限制而引起疼痛。

抬颈试验:病人仰卧,屈曲其颈部使下颏与胸部接近。阳性时,病人的头颈强硬,下肢自动地屈曲,意义与提腿试验同。

【脑神经检查】

嗅神经(第1对):试嗅觉。试液可用樟脑、薄荷等,分别置左右鼻孔下试验,测知有无减退、消失、异常、过敏,一般两侧鼻孔嗅觉减退为鼻部疾病,一侧嗅觉减退可能嗅神经系疾病。

视神经(第2对):视觉:视力测验用视力表;视野检查可用手试法得一粗浅概貌,准确的测验须用视野计检查。眼底检查:检查视盘、血管、网膜等变化。

动眼(第3对)、滑车(第4对)及外展(第6对)神经:为管理眼球运动神经。检查睑下垂,眼球位置(凹凸、斜眼、同侧偏斜等),瞳孔(大小、形状、位置边缘等),光反射(直接、交感),调节反射,眼球运动,复视,眼球震颤等。

三叉神经(第5对):检查面部及口腔粘膜感觉,压痛点,角膜反射(直接、交感),咀嚼肌运动,下颏偏向等。

面神经(第7对):检查眼裂大小,鼻唇沟深浅,口角高低,可以皱额、皱眉、鼓气、露齿、吹口哨等法试之。

听神经(第8对):检查音叉试验,注意空气传导小于、等于或大于骨路传导。前庭神经检查可用旋转及温度试验。

舌咽神经(第9对)和迷走神经(第10对):检查发音、软腭上升运动、悬雍垂位置、咽喉反射及吞咽。

副神经(第11对):检查转颈、耸肩。

舌下神经(第12对):检查伸舌运动(偏向),舌萎缩,舌肌纤维颤动等。

神经系统疾病的常见症状及其临床意义

头 脑 发 响

头脑发响系指患者感觉头脑内有声音。头脑发响大致可由下列因素引起。1. 耳源性因素(即与耳朵有关)如噪音性、耳晕症、慢性中耳炎、耳垢、耳内异物等;2. 神经性因素如链霉素、奎宁等引起听神经损害,听神经

瘤、脑膜炎、颅脑外伤、癫痫等影响听神经或听神经有关的大脑结构；3. 血管性因素一般为血管杂音，声响规律与脉搏心跳一致如颈动脉部分阻塞，颅内动脉瘤，脑动静脉血管畸形等；4. 精神性因素如可有各种单纯的声响如蝉鸣、蝇鸣、蚊鸣、笛叫声等，常见于神经衰弱。在精神分裂症等精神病人，除单纯声响外还可有各种复杂的听幻觉如电报声、音乐声、讲话声等。头脑发响仅少数由神经性或血管性引起的需要进行神经系统检查和根据病因进行治疗，一部分由耳源性造成，可经耳鼻咽喉科检查和治疗。头脑发响最常见于神经衰弱，其诊断治疗可参见“精神科疾病”章。

讲话障碍

【缄默】病人能讲话而终日不言不语称缄默，主要由精神不正常引起。各种痴呆症也有时表现缄默。

【口吃】讲话结结巴巴，常中途突然停顿片刻，或反复发一个字音或词句称口吃。精神紧张或讲话急促时表现更明显。口吃不是病，大多由于童年时模仿别人口吃而形成的不良习惯。讲话时精神放松，讲得慢一些、轻一些，如果原为方言口吃，可学习用普通话讲，口吃是可以克服的。

【呐吃】发音器官的肌肉或神经麻痹，如声带或舌唇麻痹影响发音的正确和清晰，称呐吃。患者语言组成完全正常，但发音含糊不清，常以延脑和小脑病变所引起。重症肌无力、肌病也偶可伴发音含糊不清。亦可见于癔症。

【失音】凡无法用平常声响讲话，只能用耳语者，称失音，常见于二侧声带病变。失音和缄默也可由癔病引起。

【失语症】失语症是一种复杂的大脑功能障碍的表现。习惯用右手的人发生失语往往指示左侧大脑半球额叶或颞叶有病变，患者的听觉器官和发音器官均完好。

失语症一般分为感受性(或感觉性)失语症和表达性(或运动性)失语症二大类。感受性失语症能听清楚别人的讲话，但不能理解别人讲话的意义，对别人的问题常答非所问，也根本不理解别人所提问题。由于感受性失语症患者对自己语言构成也不能正确感受，因此患者讲话难免常有差错，严重者可达到“语杂烩”状态，把语、词杂乱堆砌使别人完全无法听懂。形成感受性失语症的常见病变部位是在大脑颞叶接近听觉中枢的地方。表达性失语症恰巧与感受性失语症相反，患者能听懂别人所讲的话，也理解语言的

意义,但是自己缺乏完整表达语言能力,轻则有些名字讲不出来,或词组颠倒,用词张冠李戴,严重者可连个别字音都无法表达。表达性失语症的病变部位通常发生在大脑额叶。若病变广泛可产生不能感受又不能表达的混合性失语。失语症可由大脑(尤以左侧)各种病变引起,如中风、脑瘤、脑炎等。

感觉障碍

临床医学上将感觉分为两大类:

1. 特别感觉系通过特别感觉器官而感受,如视觉、听觉、嗅觉、味觉等。

2. 一般感觉指特别感觉以外的各种感觉,又分为:(1)浅感觉(皮肤感觉)如痛觉、触觉、温度觉。(2)深感觉(肌、腱、关节等深部组织感觉)如物体震动感觉,位置运动感觉(即闭眼时能正确确定出自己身体各部位的位置关系和运动感觉)等。(3)复合感觉(大脑皮层感觉)即对物体的形体辨别,轻重的判断,确定身体受刺激的确切部位(定位觉)和单个刺激或同时多个刺激的区别(辨别觉)。

感觉障碍可按不同性质又分为感觉减退或消失;感觉过敏(弱刺激可引起强反应);感觉异常(在并无刺激的情况下,主观感到痠、麻、针刺、蚁走感,发生疼痛者又称自发性疼痛);感觉分离(皮肤痛觉、温度感觉消失,但触觉仍存在)。当外界对人体的刺激(热、刺、压等)到一定强度可产生疼痛感觉。病变刺激部位的疼痛称局部性痛。刺激引起神经远处分布区疼痛称投射性疼痛。神经切断后所分布区域感觉消失,但此区域内发生疼痛称疼痛性感觉缺失。肢体截肢后仍呼截去的肢体痛为“幻肢痛”。大脑丘脑发生病变对侧肢体自发性或投射性疼痛称为丘脑性疼痛。

感觉障碍根据分布又可分为:

1. 末梢型:即手脚远端呈手套或袜式分布感觉障碍。

2. 神经干型:系按周围神经分布区感觉障碍。

3. 传导束型:系指脊髓传导束受损产生受损水平以下躯体感觉障碍。末梢型和神经干型系混合感觉纤维受损,各种感觉均受损。传导束型除非脊髓横贯受损产生所有感觉类型受损,如果部分受损,可仅影响部分感觉,如受损水平以下半身痛、温感觉消失而触觉存在,或所有深感觉消失而浅感

觉存在等。

4. 内囊型感觉障碍: 发生病变对侧半身各种感觉消失, 可伴偏瘫、偏盲等。

5. 皮层型感觉障碍: 发生病变对侧单肢感觉障碍, 常伴局限性癫痫或其他复合感觉障碍, 痛、温觉常不受影响。

瘫 痿

瘫痪是指肌肉活动力量减弱或消失。肌力减弱为轻瘫, 肌力消失为全瘫。

【分类】 根据病变部位及瘫痪方式可分:

1. 脑部疾病引起的瘫痪:

单瘫: 在大脑皮层上指挥肢体活动的区域很广, 如果病变损害较局限, 表现对侧上肢或下肢一个肢体的瘫痪, 称为单瘫。可伴有患肢的局限性癫痫。

偏瘫: 在大脑皮层深部(内囊), 各种神经纤维很集中(包括运动、感觉、视、听等神经纤维)。一个很小的病变往往可引起对侧上下肢的瘫痪, 称为偏瘫。同时伴偏身感觉障碍、偏盲(视神经束破坏)。

交叉瘫: 脑干内有大量颅神经核和传导纤维。如在一侧桥脑病变, 可产生病变同侧的面瘫(口角歪斜, 眼闭不紧)及对侧的偏瘫, 称为交叉瘫。如果病变范围很大, 影响双侧脑干, 就有双侧颅神经麻痹(如延髓麻痹)和四肢瘫痪。

2. 脊髓疾病引起的瘫痪: 颈脊髓病变常可有四肢瘫。胸腰脊髓病变可发生双下肢瘫, 称为截瘫。

3. 周围神经疾病和脊髓灰质前角运动细胞病变所引起的瘫痪: 例如周围神经炎和脊髓灰质炎(小儿麻痹症)时, 瘫痪肌肉张力低, 腱反射减低或消失, 划跖反射阴性。肌肉常有明显的萎缩。若做肌肉电兴奋检查, 指示有肌肉变性反应。

4. 肌肉疾病引起的瘫痪: 神经系统的检查都是正常的, 仅是由于肌肉的炎症(肌炎)或变性(肌营养不良症)等造成。有病变的部位感觉正常, 有特别形式的肌肉萎缩和假性肥大(肌肉萎缩后代替以过多的脂肪组织)等等。

5. 癔症性瘫痪: 神经、肌肉都是正常的。但在一个突然情绪刺激后发

生肢体不活动，与各种真性瘫痪相似，但各种生理反射如膝踝反射并不消失，亦不出现病理反射，大小便正常。对本病的诊断要慎重，不能与神经肌肉不正常的瘫痪搞错。治疗方面可参照“精神科疾病”中的“癱症”一节。

6. 其它原因：如周期性麻痹等。

【病因】 瘫痪的病因总括如下：

1. 血管性疾病：如中风。

2. 脑肿瘤、脑脓肿、脊髓肿瘤、脊椎结核、脊髓硬膜外脓肿等。

3. 炎症感染(如脑炎、脑膜炎、脊髓炎、脑脊髓膜炎、脑脊髓蛛网膜炎、等)可引起各种瘫痪。中枢神经中毒如药物、毒物或蛇咬伤中毒等亦可引起瘫痪。

4. 颅脑外伤和脊髓外伤。

5. 先天性疾病或神经变性疾病，如脑性瘫痪、脊髓空洞症等。

6. 功能性疾病如癱症。

【防治】 在无产阶级文化大革命中，中国人民解放军的医务人员，以全心全意为人民服务的精神，深入山区农村，创造了中西医结合治疗瘫痪的新医疗法，使一些瘫痪病人站了起来。这是我国医学事业的一个重大成果。

在治疗中，革命医务人员应调动病人的主观能动性，使病员发扬革命乐观主义精神，树立战胜疾病的信心。同时，根据不同病因进行针对性治疗；加强护理工作，防止瘫痪病人发生褥疮和泌尿道炎症等并发症；加强肢体的活动，全瘫肢体要帮助其活动，按摩肌肉，促进血液循环，防止肌肉关节挛缩。积极进行医疗体育锻炼，活动量逐步增加。

1. 针刺疗法：上肢取肩髃、曲池、外关、内关、合谷等穴；下肢取环跳、殷门、新伏兔、阳陵泉、绝骨等穴；面瘫取地仓、颊车、阳白向下垂直透向上眼睑。一般每周3次，每次选2~4穴。

水针：可用维生素B₁100毫克、B₁₂0.1毫克或10%葡萄糖2~3毫升注射于上述穴位中，每次取穴2~3个。

亦可用羊肠线穴位埋植法治疗。

2. 熏洗疗法：常用活血化瘀、舒筋活络、强健筋骨药物，如羌活、独活、制乳没、海桐皮、陈松节、落得打、骨碎补、伸筋草、香樟木、川红花各三钱。用水煎煮，滤出药液，熏洗患处。

[8] 神经系统疾病

3. 截瘫患者用华佗夹脊疗法：于病灶所在感觉水平，脊椎两旁距中线半寸取穴，可用新针刺激、水针疗法，隔日1次。

4. 物理疗法：碘游子透入，短波透热等。

5. 又可用加兰他敏2.5~5毫克肌注，每日1次，应用15~30天为一疗程。

口服：地巴唑、维生素B族、烟酰胺等等。

不随意动作

不随意动作又称不自主动作，是一种运动障碍。肌肉活动失去意志支配，变为无目的动作，例如小舞蹈病、震颤麻痹等等。

1. 锥体外系（辅助自主运动的系统）受损的不随意动作：（1）舞蹈病：肌肉张力降低，动作增多，可见突然、快速、无定型的四肢、头面部和躯干过多的动作。引起的原因有风湿病、遗传因素和动脉粥样硬化等。（2）手足徐动症：手足不随意、徐缓扭曲，可在肢体一侧或双侧。原因很多，常见为先天性和炎症性等原因。（3）痉挛性斜颈：头转向一侧，并屈颈，屈颈侧肌肉发硬，病人常用手力图把头转到正常位置。病因多见脑炎后、先天性病变等。（4）扭转痉挛：四肢和躯干缓慢而强烈的动作，造成非常奇特的扭转运动。以脑炎后、先天性病变为多见。（5）震颤麻痹综合征：表现为肌张力增加，动作减少。静止时，手、足和头不停的抖动。肝豆状核变性也属于锥体外系病损一类。以上各种不自主动作均在安静时减轻，激动时增强，入睡后消失。

2. 一些不属于锥体外系病变的不随意动作：（1）癔症病人可产生类似不随意动作的表现，同各种锥体外系受损的症状相似。根据其发病的精神因素，动作变化多端而不单一，针刺、静脉注射葡萄糖酸钙等，同时用言语鼓励病人，可以收到很好疗效，并以资区别于其它的不随意动作。（2）手足震颤也见于神经衰弱、情绪激动、甲状腺功能亢进、老年人轻度震颤等。肝昏迷早期的手部震颤似鸟扑翼，故称“扑翼震颤”。（3）某些人的习惯动作如眨眼、牵嘴、转肩、耸肩等，不是一种疾病。（4）面肌抽搐、肌肉跳动（下运动神经原的刺激）等等是不难同锥体外系病损区别的（参见“面肌痉挛”节）。

共济失调

共济失调是一种运动障碍,指协调动作失灵。患者肢体肌力正常。行走时两足分开,左右摇摆,转身笨拙,形似酒醉步态。肢体动作虽有一定目的,但目标不准、摇摆、笨拙、不合拍。

【病因和症状】 临床上分为感觉性和小脑性共济失调两种。

1. 感觉性共济失调: 由于脊神经后根、脊髓后柱等处发生病变,如某些遗传性共济失调等,使肢体位置感觉和震动感觉不能传到小脑而产生感觉性共济失调。张眼睛时可以纠正活动的失调,但一闭眼共济失调更为明显,例如要病人闭目立正时马上就会倾倒。

另一种感觉性共济失调是由于内耳、前庭功能障碍,如晕车、内耳眩晕症等,或前庭神经障碍,如链霉素毒性反应,使身体平衡的感觉不能传入小脑。本症主要表现为行走不稳,并伴眩晕、眼球震颤等症状。

2. 小脑性共济失调: 小脑病变的特点是共济失调、肌张力低和眼球震颤。病人张眼时也不能纠正共济失调,例如要病人张着眼睛立正时也要倾倒。本症无感觉障碍。小脑及其有联系的神经系统病变时,均可产生本症,如肿瘤(小脑、听神经、脑干等部位)、变性(某些遗传性共济失调)和血管性病变等。

【治疗】

1. 病因治疗见各有关章节。
2. 大部分共济失调病人仍可参加一定的体力活动,不要长期卧床不起。轻症病人要经常锻炼肢体活动的正确性,如锻炼沿直线行走等,以保持一定劳动力为革命而工作。
3. 针刺疗法: 安眠、风池、阳陵泉、合谷。强刺激每日1次。
4. 耳针疗法: 选用脑干、枕、颈等穴位。

延髓麻痹

舌咽、迷走和舌下神经皆发源于脑干延髓部位,故总称为延髓神经,这些神经的麻痹,就叫做延髓麻痹。主要表现是口齿不清,吞咽困难。

延髓麻痹可分为两类:

1. 上运动神经原性延髓麻痹,又称假性延髓麻痹。由于数次或数处脑

血管意外后或肌萎缩侧束硬化症(运动神经原疾病),造成双侧皮质延髓束(锥体束之一部)的损害所致。表现为唇、舌、咽喉肌的瘫痪,发音不清,声音嘶哑,进食困难易呛,但舌肌无萎缩,无舌部肌肉颤动,咽反射存在(用筷触咽后壁感恶心)。

2. 下运动神经原性延髓麻痹。由于鼻咽癌、延髓肿瘤、脑干脑炎、白喉、枕大孔处肿瘤、延髓空洞症、血管疾病原因所致。除上述症状外,本症与上运动神经原延髓麻痹的不同在于:舌肌有萎缩,并有肌肉颤动、咽反射消失等。

【治疗】

1. 早期诊断和积极治疗本病的病因。例如脑干肿瘤用放射治疗、脑干脑炎采用以激素为主的综合治疗、鼻咽癌用手术和放射治疗。

2. 针刺:风池、风府、哑门、上廉泉、合谷,每次选2~3穴。

3. 加强护理,进食严重困难者用鼻饲流质,以防吸入性肺炎。

肌 萎 缩

肌萎缩可由各种不同情况引起:1.全身肌肉消瘦系由各种慢性或急性疾病引起,如严重肝硬化、晚期癌肿、甲状腺病变、肺结核、严重腹泻、白血病等,全身肌肉均萎缩,无电变性反应。2.废用性肌肉萎缩系由于疼痛或运动不便,如坐骨神经痛或共济失调限制肢体行动后发生肢体的均匀性肌肉萎缩,萎缩肌肉也无电变性反应。3.局限性肌肉萎缩可由邻近组织病变引起,如髋关节结核引起臀部肌肉萎缩;肘关节脱位或肱骨骨折可引起上肢肌肉萎缩;硬皮病、皮炎可引起皮损部位肌肉萎缩。4.原发肌病引起的肌萎缩起病于童年,慢性进行性肌萎缩,对称分布,以四肢近端肌为突出,行走呈摇摆姿势(参见“肌营养不良症”节)。5.神经系统病变引起的肌萎缩,以周围神经炎或损伤为最常见:如为多发性神经炎,除四肢远端肌肉萎缩外,还有四肢远端感觉减退或消失;如为某一神经发炎或神经外伤,可伴相应神经分布区的感觉减退;如肌肉萎缩伴感觉减退和神经增粗,要考虑麻风引起的肌肉萎缩;如肌肉萎缩伴感觉分离、肌肉纤维颤动、大小便障碍等各种现象,要考虑脊髓神经病变引起。总之,神经系统病变引起的肌萎缩多伴有阳性神经系统体征,如感觉、反射等改变,多数均有肌肉电变性反应。6.其他如停经可在个别妇女引起肌肉萎缩,长期应用激素可引起个别患者发生肌肉

萎缩。本症治疗以防治各种引起肌肉萎缩的原发疾病为主。

神经系统疾病的护理

神经系统疾病,常常发生神志不清、抽搐、瘫痪、感觉麻木、吞咽困难和大小便障碍等症状。患者因神志不清,不会咳嗽和翻身,所以易并发肺炎、褥疮。可因抽搐跌倒而遭外伤。小便障碍者,易并发尿路感染。这些并发症会延长和加重病情。医务人员要发扬“救死扶伤,实行革命的人道主义”精神,把护理工作做好。

【昏迷的护理】 昏迷时呼吸、脉搏和血压不稳定,不会翻身、吞咽困难、大小便不能自理。护理时要注意: 1. 密切观察和记录呼吸、脉搏、血压和瞳孔的改变。2. 假牙要取下。3. 鼻饲流质饮食,鼻饲管半月更换1次。4. 用淡盐水清洗口腔,每日2~3次。5. 防止褥疮和肺炎,可每隔2~4小时翻身一次,翻身时把臀部轻轻抬起,翻转身体,不要在床上拖拉以免擦破皮肤,肢体姿势要放自然。尿污床单及时更换,每日擦身2次,使皮肤保持清洁干燥。骨骼突出处不能受压,并宜用50%酒精擦,多按摩。6. 头以侧卧为好,可使口腔唾液外流,喉头痰液尽量吸尽。有气管切开吸痰更加方便,气管插管之内套管应每日消毒2次,气管内滴入抗菌素溶液,可用0.5%新霉素、或1%氯霉素、或庆大霉素4万单位用生理盐水溶成250毫升、或青霉素20万单位和链霉素0.5克溶入生理盐水10毫升。15~30分钟一次,每次数滴,以防止感染。

【抽搐的护理】 抽搐时病员突然跌倒可发生外伤或咬破唇、舌。发作时应注意: 1. 用毛巾或手帕折叠成条状放在臼齿之间,避免舌咬伤。将身体侧卧,使口腔内口涎自行流出,以及防止舌下垂堵塞气管而窒息。同时解开领口与衣扣,放松裤带,保持呼吸通畅。2. 记录发作情况与抽搐时间,连续发作时记录次数。3. 发作时不能强行灌水、进食,或者用强力按住手脚。4. 发作时呼吸不恢复,须作人工呼吸。5. 发作后意识不清,要专门照顾,防止病人从床上跌下。6. 清醒后尽量让病员安睡。7. 平时在腋下或肛门量体温,勿在舌下,以防突然发病时咬破口表。

【瘫痪的护理】 因感觉障碍,大小便困难,易产生褥疮和尿路感染。护理时注意:

1. 首先使病员认识到为革命而治病,树立战胜疾病的信心。