



神经内科 中西医结合治疗 手册

主 编

李成文 李增富

副主编

尚林周 赵英霖 成德方 王少平

人民卫生出版社

People's Medical Publishing House

神经内科 中西医结合治疗 手册

主 编

李成文 李增富

副主编

尚林周 赵英霖 成德方 王少平

编 委

王少平 成德方 闫杜海 李成文

李 伟 李增富 尚林周 赵英霖

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科中西医结合治疗手册/李成文等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2006. 3

ISBN 7-117-07425-6

I. 神… II. 李… III. 神经系统疾病—中西医结合
疗法—手册 IV. R741.05-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 006988 号

神经内科中西医结合治疗手册

主 编: 李成文 李增富

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 **印张:** 22.25

字 数: 555 千字

版 次: 2006 年 3 月第 1 版 2006 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07425-6/R·7426

定 价: 38.00 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序 言

神经系统疾病是临床常见病和多发病,近年来随着CT、MRI、EMG、PET、神经生化、神经免疫、神经遗传、基因诊断等技术的应用,神经疾病的诊断准确率明显提高。但因缺乏特效或有效治疗方法与药物,不少患者遗憾终生,以至于呈现出重诊断、少(或无)治疗的难堪局面。而目前中药、中成药与针灸推拿在治疗神经疾病中发挥着巨大作用,可《神经病学》教材与专著并未有所反映;中医专业及其相关专业的学生及部分临床医师,虽能熟练运用中药与针灸推拿,却没有掌握神经疾病的诊断与鉴别方法,因此难以发挥中西医结合优势与特色。为了发挥现代医学重视诊断的优势,并充分利用中药与针灸推拿治疗神经病的特长,进一步提高临床疗效,缩短病程,减轻患者痛苦,降低致残率,恢复健康或改善生存和生活质量,我们根据临床经验与教学体会,特编写本书满足医学生及临床医师需要,以利于中医学习并掌握神经疾病诊断与鉴别诊断,西医能恰当应用中成药与中药,发挥中国中西医结合的优势。

我们按照简明扼要,基础与临床兼顾,诊断与治疗并重,中西药联合应用,针灸推拿与理疗协助,突出实用,贴近临床,学以致用,提高与普及相兼原则,编写《神经内科中西医结合治疗手册》。既保持以注神经病重诊断的优势,又着力改变目前缺少(或无)治疗的现状,重视综合治疗。全书共分17章,第一章~第四章为神经疾病检查方法、实验检查、

序 言

中医常用治法及物理康复疗法等,为神经内科基础理论部分;第五章~第十七章为临床部分,每一疾病分为概述、病因病理与发病机制、临床表现(症状、分型、体征、并发症与合并症)、实验检查、诊断与鉴别诊断、治疗(治疗原则、辨病治疗、辨证治疗、针灸推拿与理疗、参考治疗)、预后及预防七部分。尤其是治疗部分是本书的重点,首先概述每一疾病的治疗原则与中西药综合治疗效果。具体治疗方法又分为辨病治疗、辨证治疗、针灸推拿与理疗、参考治疗四大部分,详细介绍所用药物(包括西药、中成药及中药)的剂量、应用方法、药理作用与功效、不良反应及注意事项,针灸选穴,推拿手法,理疗操作方法等;参考治疗方法则给患者提供了更多的选择余地。新增并发症与合并症、疾病预后及预防方法,对于减少或预防并发症与合并症,提高临床疗效,准确判断预后与转归,防止复发具有重要意义。

在编写过程中,参考了近年来诸多学者与专家的研究成果,并得到人民卫生出版社的指导与热情支持,在此一并表示感谢。限于编者学识,定有不足之处,恳请广大读者及学者们多提宝贵意见。

李成文 李增富

2005年10月

目 录

第一章 神经疾病检查方法.....	1
第一节 神经系统病史采集.....	1
第二节 神经系统检查.....	4
第三节 失语症、失用症及失认症检查.....	18
第二章 实验检查	23
第一节 脑脊液检查	23
第二节 脑电图检查	33
第三节 肌电图检查	38
第四节 诱发电位检查	45
第五节 颈颅多普勒检查	56
第六节 正电子发射断层扫描检查	60
第七节 颅脑 CT 检查	64
第八节 磁共振检查	70
第九节 数字减影血管造影检查	71
第十节 基因检查	72
第十一节 脑、神经、肌肉活组织检查	74
第三章 常用中医治疗方法	76
第四章 物理康复治疗	83
第一节 电疗法	85
第二节 生物反馈疗法	90

目 录

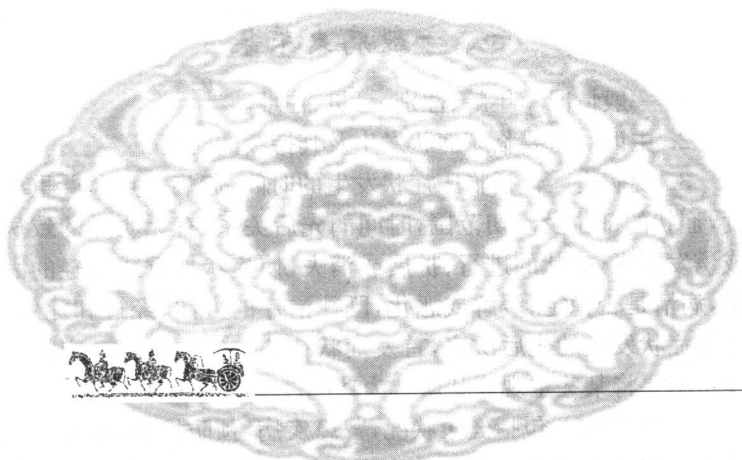
第三节	空气负离子疗法	91
第四节	超声波疗法	93
第五节	光疗法	93
第六节	温热疗法	95
第七节	体外反搏疗法	97
第八节	高压氧疗法	98
第九节	运动疗法	99
第十节	作业疗法	102
第十一节	其他疗法	104
第五章	周围神经疾病	107
第一节	三叉神经痛	108
第二节	面神经炎	118
第三节	面肌痉挛	127
第四节	动眼神经、滑车神经及展神经麻痹	134
第五节	枕大神经痛	141
第六节	臂丛神经炎	148
第七节	坐骨神经痛	155
第八节	单神经病	165
第九节	多发性神经病	179
第十节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病	191
第十一节	慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	204
第六章	脊髓疾病	211
第一节	急性脊髓炎	212
第二节	脊髓前角灰质炎	222
第三节	脊髓空洞症	231
第四节	脊髓亚急性联合变性	240
第五节	脊髓血管病	248

第六节	运动神经元病	259
第七节	脊髓蛛网膜炎	270
第八节	脊髓压迫症	279
第七章	脑血管疾病	288
第一节	短暂性脑缺血发作	290
第二节	脑梗死	299
第三节	脑出血	316
第四节	蛛网膜下腔出血	330
第八章	中枢神经系统感染	343
第一节	单纯疱疹病毒性脑炎	344
第二节	亚急性硬化性全脑炎	353
第三节	病毒性脑膜炎	360
第四节	新型隐球菌性脑膜炎	367
第五节	结核性脑膜炎	374
第六节	皮质-纹状体-脊髓变性	385
第七节	脑囊虫病	391
第九章	癫痫	399
第一节	病因病理与发病机制	400
第二节	部分性发作	404
第三节	全面性发作	410
第四节	未分类的癫痫发作和癫痫综合征	414
第五节	癫痫持续状态	417
第六节	实验检查、诊断与鉴别诊断	420
第七节	治疗方法	422
第八节	预后与预防	432

目 录

第十章 运动障碍疾病	434
第一节 帕金森病.....	435
第二节 小舞蹈病.....	450
第三节 肝豆状核变性.....	458
第四节 肌张力障碍.....	469
第五节 抽动秽语综合征.....	478
第十一章 脱髓鞘疾病	488
第一节 多发性硬化.....	489
第二节 急性播散性脑脊髓炎.....	501
第三节 视神经脊髓炎.....	509
第十二章 头痛	516
第一节 偏头痛.....	517
第二节 紧张性头痛.....	530
第十三章 痴呆	537
第一节 阿尔茨海默病.....	538
第二节 血管性痴呆.....	547
第十四章 神经系统发育异常性疾病	556
第一节 先天性脑积水.....	558
第二节 精神发育迟缓.....	564
第三节 脑性瘫痪.....	573
第十五章 神经系统遗传性疾病	583
第一节 遗传性共济失调.....	584
第二节 腓骨肌萎缩症.....	594
第三节 线粒体病.....	601

第四节	结节性硬化·····	607
第十六章	神经-肌肉接头及肌肉疾病 ·····	613
第一节	重症肌无力·····	614
第二节	进行性肌营养不良症·····	629
第三节	多发性肌炎·····	641
第四节	周期性瘫痪·····	653
第五节	先天性肌强直·····	664
第十七章	自主神经系统疾病 ·····	671
第一节	雷诺病·····	672
第二节	红斑性肢痛症·····	680
第三节	神经源性体位性低血压·····	686
第四节	自发性多汗症·····	693
主要参考文献 ·····		699



第一章 神经疾病检查方法

- 神经系统病史采集
- 神经系统检查
- 失语症、失用症及失认症检查

第一节 神经系统病史采集

神经系统疾病的病史采集,要侧重于神经系统,而且一定要有全面整体观念,不能忽略对全身情况的了解。全面、系统、准确的病史,对定位诊断、定性诊断与及时防治,具有重要的作用。

采集病史时,应耐心倾听病人陈述发病经过,除非必须提问的问题,一般不宜中断其诉说;并尽可能避免带有暗示性的提问。对重要阴性症状也要加以询问,其在诊断上也有一定的价值。对发病时有意识或精神障碍和年龄幼小者,可向病人的亲属了解病史及病情。

一、一般病史采集

1. 一般情况 年龄、性别、籍贯、住址。
2. 主诉 主要临床症状发生及其持续的时间。
3. 现病史 包括临床症状发生的时间,起病特点及严重程度,症状的部位及确切范围,时间的先后关系,有无明显的致病或诱发因素,症状的进行、扩展或消失,使症状加重或减轻的因素,病情是否稳定、缓解或恶化,既往治疗的方法、经过和疗效。注意症状发生的先后次序,首发症状往往有定位意义。应特别注意不要将某些主观症状误认为功能性疾病的表现。

4. 既往史 包括健康状况,曾患疾病,预防接种,地方病及疫水或疫区接触史。尤其是注意与神经系统疾病有关的过去史,如发热疾病、外伤及手术、过敏、中毒、传染病、脑炎、脑膜炎、结核病、高血压、糖尿病、心血管病、血液病、甲状腺功能亢进、肿瘤、艾滋病等。对小儿应了解先天性疾病。

5. 家族史 对疑为进行性肌营养不良症、遗传性家族性共济失调、慢性进行性舞蹈病、癫痫、偏头痛等有遗传倾向者,应询问家族遗传分布情况,必要时绘出家系图以表明其分布情况。

6. 个人史 包括出生及生长发育情况,母亲妊娠时健康状况;生活习惯,饮食及个人嗜好(烟、酒、毒品及麻醉药等);社会经历,职业及工作性质;右利手、左利手、先左后右矫正手;睡眠规律与质量;婚姻史;妇女月经与生育史。有无夜游史。

二、特殊病史采集

神经系统疾病还应重点询问症状发生的顺序经过,家族史,遗传史以及呕吐、耳鸣、听力障碍、视力障碍、痉挛、疼痛、意识情况、言语与性格改变、膀胱与直肠障碍、错觉感、中毒等。

1. 疼痛 了解疼痛发生的时间、原因,有无外伤史,发作诱因,突然还是缓慢发生,发作的时间、频率(发作性、持续性、持续

时间)、性质(搏动性痛、刺痛、钝痛、胀痛、重痛、酸痛、钻痛、灼痛、抽搐及电击痛、紧缩痛、撕裂痛),疼痛分布的部位(皮肤、肌肉、关节等,固定或游走),疼痛引发与加重或减轻的诱因及因素(咳嗽、喷嚏,气候、体位变化,活动和脑脊液压力变化,休息、服药、热敷或冷敷后),疼痛放射或扩散的范围(如手指远端挫伤时,疼痛可扩及整个上肢,甚至达枕颈部)。伴发症状如感觉异常、肌肉痉挛、肌无力等。注意疼痛与神经系统定位的关系。

2. 头痛 头痛部位是全头部、前额、顶部、颞部、枕后疼痛或变动不定。头痛性质是胀痛、搏动痛、箍紧痛、钻痛、钝痛、割裂痛或隐痛等;规律是持续性、发作性、波动性、周期性,持续时间及发作频率。如为阵发性加重,需注意和时间、体位、头位、情绪、疲劳及咳嗽、喷嚏、进气、用力、排便等有无关系;周期性发作,发作的诱因及缓解因素,与季节、气候、饮食、睡眠和脑力劳动等因素的关系;发作的频率及程度是否影响睡眠和工作。有无先兆及伴发症状,如恶心、呕吐、颜面苍白或潮红、眩晕、视物不清、闪光、复视、畏光、耳鸣、失语、瘫痪、颈部牵痛感、倦睡及晕厥,或昏迷等。

3. 眩晕 眩晕引发与加剧的原因,发生的时间及持续时间,伴随症状如耳鸣、恶心呕吐、颜面苍白、冷汗、心悸、眼球震颤、平衡不稳、尿便失禁、意识障碍等。伴随症状与眩晕发生时的关系,转颈等头部运动对眩晕有无影响。

4. 感觉障碍 感觉障碍的性质,如各种感觉减退、缺失,或感觉过敏及过度,或分离性感觉障碍;分布范围,如末梢性、后根性、脊髓横贯性、脊髓半离断性,发作过程及传播时间等。感觉异常如麻木、蚁行感、痒感、针刺感、触电感、沉重感、发紧感、冷感或热感、肿胀感、电击感、束带感等;是否为动作或外界刺激时产生,注意有无皮肤伤痕、烫疤、营养变化及出汗情况等。

5. 运动障碍(瘫痪) 起病缓急,发病原因,瘫痪部位如单瘫、偏瘫、截瘫、交叉瘫、四肢瘫,性质是痉挛性或弛缓性,进展情

第一章 神经疾病检查方法

况是加重或减轻;有无肌肉萎缩及发热、疼痛、感觉障碍、失语、不自主运动及抽搐等。

6. 脑神经障碍 口眼喎斜,耳聋、耳鸣,眩晕,眼球震颤,构音障碍,饮水呛咳等。

7. 抽搐 起病年龄,有无颅脑外伤,高热惊厥,脑炎,脑膜炎及脑部寄生虫病史;发作全过程或发病经过,如前驱症状或发作先兆,开始部位,强直性、阵挛性或不规则,全身性或局灶性,有无发绀、咬舌、大小便失禁;发作时间及频率,持续时间;发作后的表现如嗜睡、头痛、全身乏力、精神异常、瘫痪等;能否回忆发作经过;母亲妊娠期或生产时有无异常情况;有无其他明显原发疾病或诱因,与饮食、睡眠、情绪、疲劳和月经等的关系;有无阳性家族史;治疗经过及疗效。

8. 睡眠障碍 有无嗜睡,失眠如睡眠不实,不易入睡,睡后易醒,早醒;有无妨碍睡眠的疼痛,强迫观念,焦虑症等;有无夜游。

9. 括约肌障碍 大小便是否费力,潴留,失禁,继发尿路感染等。

10. 视力障碍 视力减退或失明,视物不清并伴有视野缺损、复视或眼球震颤;复视出现的方向,实像与虚像的位置关系和距离。

11. 语言障碍 发音障碍,言语表达、理解、阅读及书写能力降低或丧失等。

12. 精神障碍 有无抑郁、焦虑、紧张、惊恐,偏执及其他精神异常等。

第二节 神经系统检查

神经系统检查应在内科检查的基础上,检查高级神经活动、运动系统、感觉系统、反射和自主神经功能等;检查是否合作。

检查结果应按意识状态、精神状态、脑神经、运动、感觉、反射、自主神经等项目依次记录。

一、一般检查

主要包括意识、精神状态、脑膜刺激征、头部、颈部、躯干及四肢等。

1. 意识障碍

(1)嗜睡:是意识障碍的早期表现,精神萎靡,动作减少,处于持续睡眠状态;能被轻刺激或言语所唤醒,醒后能正确回答问题并配合检查,但反应较迟钝,回答简单而缓慢,不问或停止刺激后则又入睡。

(2)意识模糊:是较嗜睡为深的一种意识障碍,有定向障碍,思维和言语也不连贯,可有错觉与幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱。

(3)昏睡:是接近于不省人事的意识状态。患者处于熟睡状态,需强烈刺激或反复高声呼唤才能唤醒。醒后反应迟钝,判断多不正确,表情茫然,答话含糊,或答非所问,不能配合检查;停止刺激后迅速进入熟睡。

(4)浅昏迷:意识活动与精神活动缺失,仍有无意识的自发动作,对强疼痛刺激(如按压眶上神经)有躲避反应及痛苦表情;但不能叫醒,不能回答简单问题或执行简单的命令。角膜反射、瞳孔对光反射、咳嗽反射、吞咽反射、腱反射及生命体征均无明显改变。

(5)中度昏迷:对强烈的疼痛刺激才有躲避反应,四肢瘫痪;角膜反射、瞳孔对光反射、咳嗽反射、吞咽反射减弱,腱反射亢进,病理征阳性。呼吸与循环功能尚稳定。

(6)深昏迷:肢体弛缓性瘫痪,眼球固定,对外界任何强烈刺激均无反应,大小便失禁。角膜反射、瞳孔对光反射、咳嗽反射、吞咽反射及腱反射均消失。巴宾斯基征继续存在或消失;呼吸、

第一章 神经疾病检查方法

循环及体温调节功能障碍,生命体征常有改变。

(7)特殊类型的意识障碍:

1)谵妄:是兴奋性增高为主的高级神经中枢活动急性失调状态,意识、注意力、定向力、智力、时间、地点、知觉和情感障碍,伴有激惹、躁动不安、言语杂乱、焦虑、恐怖、视听幻觉、错觉及妄想等精神行为障碍,特征为昼轻夜重。呈间歇性嗜睡,或彻夜不眠。

2)意识模糊:起病缓慢,对外界感受反应迟钝,定向力障碍。表情淡漠,嗜睡,注意力缺失,答非所问,有错觉。

3)精神错乱:自我定向障碍,持续兴奋躁动,是严重的谵妄。

2. 精神状态 有否认知、情感、意志及行为等的异常,如情感淡漠、沉默、欣快、兴奋躁动、话多、情绪不稳、稚气、错觉、幻觉、妄想等;智能障碍可根据其记忆力、计算力、判断力、理解力、定向力及普通常识来综合判断。

3. 脑膜刺激征 可做屈颈及布鲁津斯基征试验,检查克匿格征。

4. 头颈部 注意头颅有无畸形、伤痕、血肿、压痛或叩痛,叩诊的声音(鼓响声),听诊有无血管杂音。对婴幼儿要观察头颅的大小(测量头围)及形状,囟门是否闭合。对脸部须注意异常面容,如血管痣、皮脂腺瘤、口唇疱疹、角膜缘的色素环。颈部活动情况,有无颈项强直、颈椎压痛或转动疼痛、活动受限或姿态异常,双侧颈动脉的搏动听诊有无血管杂音等。

5. 四肢、脊柱 了解四肢有无畸形,双侧桡动脉搏动、硬度等。脊柱检查应注意有无畸形、脊柱侧凸、腰椎前凸、翼状肩胛,有无压痛、叩击痛,转身弯腰有无牵扯痛等。

二、脑神经检查

1. 嗅神经 有无主观嗅觉障碍,如嗅幻觉等;然后让病人闭上眼睛,分别检查两侧鼻孔,非受试侧鼻孔以手指堵闭,用盛

第一章 神经疾病检查方法

有各种挥发气味的溶液(如松节油、薄荷水、玫瑰水等)的小瓶,或用有气味的香皂、牙膏、香烟等物,分别置于病人受检的鼻孔,嘱其说出所闻到的气味或物品全称。

2. 视神经 主要检查视力、视野及眼底。

(1)视力:主诉有视力障碍者应用视力表检查,也可用看书报的方法粗略测定。如视力减退不能用视力表检查时,可用指数、指动、电筒光感测定,如光感也消失称为失明。

(2)视野:眼睛在保持不动位置时所能看到前方的空间范围。

视觉通路损害可出现各种视野缺损:损害在一侧球后视神经的同侧全盲,损害在视交叉中部的两颞侧偏盲,损害在一侧视束或视放线的同向偏盲。视束性偏盲者常诉述视野中有“黑点”遮蔽(正性暗点),偏盲侧瞳孔对光反应消失。视放线或皮层分析器全部损害引起的偏盲,病人无自觉视野缺损,只在检查时才能发现(负性暗点),偏盲侧瞳孔对光反应存在,中央视力保存。视放线部分的损害则产生对侧视野的象限性偏盲。

(3)眼底:视神经乳头为圆形或竖椭圆形,淡红色,边缘清楚,中间有生理凹陷。动脉色鲜红,静脉色暗红,两者管径的比例为2:3(A:V=2:3),还要注意血管的弯曲度、反光强度及有无交叉压迹。视网膜有无水肿、出血及渗出物等。

3. 动眼神经、滑车神经及展神经 主要支配眼球运动,其支配范围:动眼神经有提上睑肌、上下内直肌、下斜肌、瞳孔括约肌及睫状肌;滑车和外展神经分别支配上斜肌和外直肌。

(1)眼裂:注意大小,双侧是否相等,有无上睑下垂。

(2)眼球位置:在直视情况下有无斜视或同侧偏斜、突出或下陷。

(3)眼球转动:观察眼球运动有无受限,并询问是否出现复视,以明确眼外肌有无麻痹。还要注意有无眼球震颤。

(4)瞳孔:注意位置、形状、大小,双侧是否等大及边缘是否