

中西医结合临床诊疗丛书

名誉主任 陈可冀 吴咸中
主 任 王永炎

神经内科

手册

SHENJING
NEIKE SHOUCHE

主编 谢道珍 孙 怡

中医古籍出版社

中西医结合临床诊疗丛书

神经内科手册

中医古籍出版社

责任编辑 吴炳银

封面设计 张庆立

图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科手册/谢道珍主编. - 北京: 中医古籍出版社, 2001.1

中西医结合临床诊疗丛书/王永炎主编

ISBN 7-80013-937-9

I. 中… II. 谢… 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 (2000) 第 80840 号

中医古籍出版社出版发行

(北京东直门内北新仓 18 号 100700)

全国各地新华书店经销

北京市宏远兴旺印刷厂印刷

787×1092 毫米 32 开 24.5 印张 547 千字

2001 年 1 月第 1 版 2001 年 1 月第 1 次印刷

印数: 0001~3000 册

ISBN 7-80013-937-9/R·933

定价: 40.00 元

《中西医结合临床诊疗丛书》

编纂委员会

名誉主任 陈可冀 吴咸中

主 任 王永炎

副 主 任 (按姓氏笔画为序)

王今达 王 曼 叶任高

孙 怡 安效先 刘从明

许建中 危北海 沈绍功

张志礼 陈信义 林 兰

周蔼祥 郝恩恩 唐由之

蒋位庄 谢道珍

序

中医药学在我国已有两千多年的历史，形成了独特的理论和实践体系，对保障中华民族的繁荣昌盛起到了不可磨灭的作用，是我国医药学“伟大的宝库”。西医学的发展突飞猛进，基础医学，尤其是分子生物学、免疫学和神经心理学等一系列突破性进展已在临床医学领域产生了深刻的影响，其先进的诊疗技术已成为治愈病人必不可少的手段。中医从整体、宏观的角度分析病情，确定病机，提出相应的辨证论治方法；西医学则侧重从微观的角度分析诊断疾病，采取相应的治疗手段。然而在实践中我们认识到，中西医都有其局限性，如何使二者兼顾其长，有机地结合，是我国医务工作者的历史使命，也是推动生命科学向前发展的巨大动力。近年来，传统医学在国际上逐步受到重视，某些中药制剂药效学试验已经 FDA 认可，进入了二期临床试验，世界卫生组织西太区召开会议，提倡中西医和谐结合，倡导循证医学等等，都说明中西医结合势在必行。

早在 20 世纪 50 年代，我国就开始探索中西医结合，然而那时还是刚刚起步阶段。经过半个世纪的应用基础研究与临床实践，我国医务工作者经过艰辛的工作，摸索出一条适合我国国情的中西医结合之路，在这当中涌现出一批卓有见地的医学家，包括一批有成就的临床工作者。大量的实践证明，中西医结合对某

些常见病、多发病，特别是疑难病的治疗，取得了优于单纯中医或单纯西医治疗的效果。尤其是在心脑血管疾病、消化系统疾病、免疫性疾病及内分泌疾病等方面，提出了许多行之有效的方法和手段，积累了丰富的经验，大大提高了临床疗效。由此也说明，两种医学的兼容与互补是必然的趋势，其发展潜力是难以估量的。然而，中西医要实现高度的、完美的统一，还任重而道远。其中临床医疗范围的中西医结合，是目前最为现实、最有可能的，事实上也是工作做得最多的。中西医结合要真正形成一个成熟的学科，临床医疗是基础。为了系统地总结中西医结合临床研究的成果，促进中西医结合医疗工作的发展，我们从临床实用角度出发，编写了这套《中西医结合临床诊疗丛书》。

本套丛书的编写，以内容全，资料新，简明实用，便于查阅为原则。在西医学方面，简明扼要地阐述每种疾病的诊疗常规，尽可能全面地介绍比较成熟和已被临床采用的最新理论和诊疗技术。中医辨证论治着重反映专家的学术思想和诊治特色。在中西医理论上彼此渗透，诊断上相互参照，治疗上相辅相成。全书的结构和编写内容，力求创新。各学科有各学科的特点，体例有所不同，但每学科的体例基本一致。对某一疾病除简要介绍病因病理外，则侧重于诊断、鉴别诊断与治疗。遵循临床诊疗思维，提纲挈领，突出实用、精要、新颖的特点，使之一册在手，融两家优势于一炉，集妙法精方为一体，以备临证查阅。

本套丛书共为 14 个分册，诚邀各科著名的中西医结合专家、教授为各分册的主编。他们多数是我国中西医结合学科的创建人和学术带头人。专家们不拘学派，广集博征，全面反映几十年该学科中西医结合临床研究的新成果、新疗法、新方药、新进展和

丰富宝贵的临床经验，从而使本丛书在突出实用性、规范性的同时，代表了当今我国中西医结合临床诊疗的最高水平。在此，对各位先晋、各位同道的鼎力支持，各位编写者的不辞辛苦、默默耕耘，表示衷心的感谢。

编写中西医结合临床诊疗丛书，我们还是初步尝试，力求编写好每一种病，但由于病种繁多，以及每个病种的中西医结合深度不同，加之参编者众多，错漏之处在所难免，祈望专家、读者批评指正，以便今后再版时改正、补充。

中国工程院院士

中国中医研究院院长、教授

王永炎

2000年9月

内容提要

全书共分 19 章，第 1~3 章为神经系统疾病诊断技术。第 4~17 章介绍神经科常见病的中西医病因、临床表现、实验室及特殊检查、诊断、中西医结合治疗新知识等。第 18 章介绍其他系统疾病并发神经系统损害的诊治。第 19 章介绍中西医治疗技术。参加编写者均具有丰富的中西医结合临床经验，本手册内容丰富、资料新颖翔实，简便明晰、临床实用。可供中医、西医及中西医结合各级医生和医学院校学生在临床工作中参考。

前 言

《中西医结合神经内科手册》是由中国中西医结合学会神经科专业委员会牵头，组织全国中西医结合神经内科专家集体编写而成。

本手册对神经系统疾病的诊断技术，神经内科常见的中西医结合病因、病机、临床表现、实验室及特殊检查以及诊断与鉴别诊断作了系统的阐述；增加了中医辨证论治及西医和中西医结合治疗新知识。并对其他系统疾病伴发神经系统损害的诊断与治疗及中西医结合治疗神经系统常用技术等，进行了深入浅出、简明实用的介绍。

本手册的内容：1. 充分反映中、西医及中西医结合诊疗神经系统疾病新知识、新方法、新技术、新进展，力求先进性；2. 从临床实际出发，理论联系实际地介绍每种疾病的中医、西医、中西医结合诊疗方法和经验，突出实用性。

现代医学发展迅速，尤其神经学科发展日新月异，新理论、新技术层出不穷；中西医结合医学研究取得突破性进展。临床医务工作者必须不断学习，不断补充和更新知识，掌握中医及中西医结合防治疾病的方法，提高诊疗技术，才能适应社会发展和临床工作的需要。我们期望这本手册能够成为我国神经内科医生临床工作中有实用意义的参考书。在编写过程中资料尽量求新、内容尽量求全，既突出重点，又简明实用。

本手册在编写过程中，得到全国各地中西医结合神经内科专家的大力支持，他们在临床、教学、科研工作繁忙情况下，认真编写、积极撰稿；更得到中医古籍出版社领导和编辑同志的热心指导与帮助，在此一并表示感谢。

编写《中西医结合神经内科手册》，在国内尚属首次。难免有疏漏不足之处，诚恳地祈望同道批评指正。

谢道珍 孙 怡

目 录

第一章 神经系统检查	(1)
第二章 神经系统损害定位诊断	(21)
第一节 大脑半球病变的定位诊断	(21)
第二节 小脑病变的定位诊断	(38)
第三节 脑干病变的定位诊断	(39)
第四节 脊髓病变的定位诊断	(44)
第三章 神经系统检查技术	(49)
第一节 脑脊液检查	(49)
第二节 脑电图检查	(68)
第三节 脑电地形图检查	(75)
第四节 诱发电位检查	(86)
第五节 肌电图检查	(99)
第六节 经颅多普勒超声检查	(110)
第七节 中枢神经系统 X 线检查	(119)
第八节 颅脑 CT 检查	(134)
第九节 脊髓 CT 检查	(142)
第十节 颅脑 MRI 检查	(145)
第十一节 脊髓 MRI 检查	(160)
第四章 脑血管疾病	(164)
第一节 脑出血	(164)
第二节 蛛网膜下腔出血	(183)
第三节 短暂性脑缺血发作	(192)
第四节 脑梗塞	(201)

第五节 血管性痴呆·····	(238)
第五章 中枢神经系统感染性疾病·····	(255)
第一节 急性病毒性脑炎·····	(255)
第二节 病毒性脑膜炎·····	(265)
第三节 化脓性脑膜炎·····	(271)
第四节 结核性脑膜炎·····	(279)
第六章 多发性硬化·····	(289)
第七章 头痛·····	(305)
第一节 偏头痛·····	(305)
第二节 肌收缩性头痛·····	(318)
第八章 睡眠障碍及睡眠相关障碍·····	(324)
第九章 脑外伤后综合征·····	(337)
第十章 癫痫·····	(344)
第十一章 颅内肿瘤·····	(372)
第十二章 运动神经元病·····	(392)
第十三章 锥体外系疾病·····	(408)
第一节 帕金森病·····	(408)
第二节 肝豆状核变性·····	(421)
第三节 舞蹈病·····	(441)
第十四章 神经系统先天性遗传性及变性疾病·····	(456)
第一节 先天性脑积水·····	(456)
第二节 遗传性共济失调·····	(464)
第三节 Shy - Drager 综合征 ·····	(484)
第十五章 肌肉疾病·····	(495)
第一节 重症肌无力·····	(495)
第二节 进行性肌营养不良·····	(512)
第三节 周期性麻痹·····	(525)

第四节	多发性肌炎·····	(536)
第五节	肌强直·····	(552)
第十六章	脊髓疾病·····	(561)
第一节	急性脊髓炎·····	(561)
第二节	脊髓蛛网膜炎·····	(568)
第三节	脊髓压迫症·····	(575)
第四节	脊髓空洞症·····	(583)
第五节	脊髓亚急性联合病变·····	(589)
第十七章	周围神经疾病·····	(597)
第一节	面神经炎·····	(597)
第二节	三叉神经痛·····	(604)
第三节	坐骨神经痛·····	(611)
第四节	多发性神经病·····	(620)
第五节	急性感染性脱髓鞘性多发性神经根神经病·····	(631)
第十八章	其他系统疾病并发神经系统损害·····	(644)
第一节	颈椎病·····	(644)
第二节	腕管综合征·····	(663)
第三节	糖尿病性神经系统损害·····	(671)
第四节	系统性红斑狼疮神经系统损害·····	(683)
第五节	一氧化碳中毒后迟发性脑病·····	(698)
第十九章	中西医治疗技术·····	(710)
第一节	血液疗法·····	(710)
第二节	针灸疗法·····	(721)
第三节	推拿疗法·····	(739)
附:	主要参考文献·····	(767)

第一章 神经系统检查

进行神经系统检查所需的器械及物品应包括：视力表、眼底镜、手电、叩诊锤、针、音叉、压舌板、棉签、芳香剂如薄荷、笔、纸、报纸（为测阅读）等。

一、一般检查

（一）意识状态

即病人神志是否清醒，包括以下几种不同层次的意识障碍：

1. 嗜睡 为最轻的意识障碍，病人能被唤醒，能配合简单的查体及回答问题，但停止刺激后又入睡。

2. 昏睡 病人经较重的刺激才能被唤醒，对提问只能含糊而简单地回答，不能配合查体，停止刺激后则很快入睡。

3. 昏迷 病人已不能被唤醒，又分为浅昏迷和深昏迷两种不同程度。

（1）浅昏迷：病人尚可保留部分对外界刺激的反应，如压眶等强烈疼痛刺激时可有躲避或表情反应，生理及病理反射可存在。

（2）深昏迷：病人对各种刺激的反应消失，各种反射亦消失。

（二）精神状态

1. 定向力 检查病人对时间、地点、人物的定向是否准确。

2. 记忆力

（1）远记忆力（病人能否记忆其生日、结婚日，以及初次工作的时间等）。

(2) 近期记忆力：让病人叙述目前的病情，住院过程，近两天情况，或读一简单句子让病人复述。

3. 计算力 让病人计算 $100 - 7$ ，然后再减 7，连续减下去。

4. 情感 观察病人有无欣快、淡漠、焦虑、忧郁，以及幻觉、妄想等表现及感情反应的能力。

5. 判断力及理解力 列举一些常识性的问题，考察病人能否理解，让病人判断是否正确。

(三) 言语（失语）的检查

失语是由于脑损害引起的语言能力丧失或受损。病人无听觉、视觉，或口咽部运动的损害，仅是对语言的表达和理解能力受损或丧失。失语的检查一般有以下几方面：自发谈话，口语理解、复述、命名、阅读、书写等。

进行失语检查要求病人意识清楚，定向力和判断力无障碍，以免影响结果。对于构音、视力、听力、肢体活动等方面的障碍，也要加以注意。

1. 自发语言 让病人对病史进行陈述，注意语量的多少，是否流利，语调和发音有否障碍，语法结构，短语的运用是否正确，有无错语，有无找词困难，能否有效表达意思等。

2. 复述 检查者说一些数字、词，以及句子，令病人复述，检查是否能准确、完整。

3. 口语理解 检查者发出一些指令，令病人完成。要注意病人有无失用，或肢体瘫痪而不能完成指令。

4. 命名 检查病人对看见、听见或摸到的物品以及身体部位等的命名能力，或经提示后的命名能力。如不能说出名称，可让其讲出用途。

5. 阅读 应包括朗读和对文字的理解。令病人读出写好的字、词、句子或短文，讲出大意或按指令执行动作。

6. 书写 包括书写自己的姓名、地址、抄写、听写或写病

情经过等，检查有无错字、漏字或自造字等。检查时要结合病人的文化水平和病前的书写水平综合判断。

失语症的分类：外侧裂周失语综合征，包括 Broca 失语，Wernicke 失语、传导性失语；分水岭区失语综合征，包括经皮质运动性失语，经皮质感觉性失语，经皮质混合性失语；皮质下失语综合征，包括丘脑性失语，基底节性失语；命名性失语和完全性失语等。主要失语症的特点：

A. 外侧裂周失语综合征的病灶位于外侧裂周，都有复述困难

(1) Broca 失语：口语表达障碍最突出，呈非流利型，电报式语言；口语理解比表达相对好，对有语法结构词的句子理解困难；复述不正常，复述语法词尤其困难；命名表现为表达性命名障碍，可接受语音提示；阅读理解相对好，而书写不正常。

(2) Wernicke 失语：其口语表达为典型的流利型，语量正常或过多，有大量赘语、错语和新语等；口语理解有严重障碍，因此复述障碍明显，因为病人常不能理解检查者要他做什么；命名则表现为错语和赘语，且不接受提示；阅读及文字理解常不正常；书写以听写障碍为特点。

(3) 传导性失语：以口语为流利型，语音错语为主，听理解障碍不严重，而复述障碍相对明显。复述与听理解障碍和口语流利性不成比例。命名、阅读和书写均有不同程度受损。

B. 分水岭区失语综合征的病变在分水岭区，复述相对好

(1) 经皮质运动性失语：自发谈话以启动和扩展困难，口吃为特点；复述好或非常好；听理解相对好；命名为表达性命名障碍。

(2) 经皮质感觉性失语：流利型失语口语，听理解严重障碍，命名障碍，但复述相对好或非常好，常伴严重失读和失写。

(3) 经皮质混合性失语：复述好，系列语言好，但其他语言

功能均严重障碍或完全丧失。

C. 皮质下失语综合征

(1) 丘脑性失语：声调低，音量小，找词困难，语量少；复述相对好；命名障碍明显。

(2) 基底节性失语：可有语音障碍；复述相对好；自发谈话的流利性为中间型，书写明显差。

D. 命名性失语：称健忘性失语，指命名不能为唯一或主要症状的失语。其病灶部位为优势半球颞中回后部或颞枕结合区。也有报道为优势半球颞叶后部或颞顶结合区。

E. 完全性失语：又称混合性失语，为所有语言功能均严重障碍或几乎完全丧失的失语。病变范围常累及优势半球的全部额顶颞叶。

(四) 脑膜刺激征

当脑膜病变如炎症，蛛网膜下腔出血等时可出现脑膜刺激征。主要检查有无颈强直和 Brudzinski 征和 Kernig 征。

1. Brudzinski 征 令病人仰卧，下肢伸直，抬起病人头部时病人双下肢屈曲，为阳性。

2. Kernig 征 病人仰卧位，一下肢伸直，抬起病人另一下肢，使其髋部和膝部成直角，保持髋部角度不变，伸直膝关节，如活动受限（角度不超过 135° ）并出现疼痛，为阳性。

(五) 其他

检查病人有无头颅大小及形状的异常；面容有无异常，有无皮脂腺瘤，面偏侧萎缩，有无角膜 K-F 环等；头位有无异常如强迫头位；颈动脉搏动是否对称，有无血管杂音；躯干和四肢有无畸形等。

二、颅神经检查

(一) 嗅神经 (I)

1. 解剖 鼻粘膜中双极嗅细胞的中枢支终止于嗅球，发出嗅束分别终止于颞叶，海马回，杏仁核，胼胝体上、下回及前穿质。

2. 检查方法 用有挥发气味的试液（如咖啡，薄荷等）让病人闻，一侧一侧的进行，避免用刺激性气味的液体如酒精。

3. 临床意义 一侧嗅觉缺失如除外了鼻腔局部病变，则常提示额叶底部肿瘤。幻嗅可为癫痫或海马附近肿瘤时的表现。

（二）视神经（Ⅱ）

1. 解剖

视觉感受器为视网膜上的视杆和视锥细胞，视神经源于视网膜的神经节细胞，经视交叉后形成视束，终止于外侧膝状体，换神经元后形成视辐射，终止于枕叶的视觉中枢。

2. 检查方法

（1）视力：用视力表检查，每眼单独测试。如视力下降以至于看不见视力表上最大的符号，则测眼前多远可见指数、指动或光感。

（2）视野：用视野计检查。简单测试可检查者面对病人而坐，相距约 67cm，各覆盖一只眼睛，注视对方眼睛，上下左右移动手指由外周视野区向中心移动。嘱病人看见手指时即说出，然后将两人的视野进行比较。正常范围：颞侧 90°，鼻侧 60°，上侧 60°，下侧 70°。

（3）眼底：用眼底镜检查。正常眼底为：视乳头呈淡红色，圆形或卵圆形，边界清楚，中央为色较浅淡的生理凹陷，动静脉走行自然，管径比例为 2:3。

3. 临床意义

（1）视野缺损意义：一侧视神经损伤为同侧全盲，视交叉中部损害则双眼颞侧偏盲，一侧视交叉损害为同侧鼻侧偏盲，一侧视束损害时双眼对侧同向偏盲，视辐射下部损害双眼对侧上象限