

脑血管病诊治及良方

主 编	高齐崧		
副主编	穆齐金	侯金陵	杨恩忠
编 委	高功臣	曲春英	孙海峰
	魏克宽	张志力	

军事医学科学出版社
·北 京·

内 容 简 介

脑血管病是严重危害中老年人身体健康的多发病和常见病。这类患者不但自己失去生活自理能力,不能继续为社会作贡献,同时也给社会和家庭带来较大的负担。

本书集脑血管病的病因、病理、诊断、治疗、预防、护理于一册,既有西医内容,又有中医成分。本书所编良方荟萃一章,对不同时期不同期刊上公开发表的有关脑血管病治疗的有效方药、方法,进行了整理集录,为从事脑血管病临床工作的人员提供了翔实、丰富的应用和研究资料,以达共同提高之目的。

本书可供中医、西医及从事脑血管病临床工作者参考。

* * *

图书在版编目(CIP)数据

脑血管病诊治及良方/高齐崧主编;穆齐金等编-北京:军事医学科学出版社,2000

ISBN 7-80121-239-8

I. 脑… II. ①高…②穆 III. ①脑血管疾病-诊疗②脑血管疾病-验方 IV. R743

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 23555 号

* *

军事医学科学出版社出版
(北京市太平路 27 号 邮政编码:100850)
新华书店总店北京发行所发行
潮河印刷厂印刷

*

开本:787mm×1092mm 1/32 印张:9.125 字数:204 千字
2000 年 6 月第 1 版 2000 年 6 月第 1 次印刷
印数:1-5000 册 定价:13.00 元

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换)

目 录

第一章 概述	(1)
第二章 脑血管主要分支及病变时的临床表现	(4)
一、脑动脉血管	(4)
二、脑静脉血管	(10)
第三章 脑血管病的分类及病因病机	(11)
一、脑动脉硬化症	(11)
二、脑出血	(12)
三、蛛网膜下腔出血	(13)
四、短暂性脑缺血发作	(14)
五、脑血栓形成	(16)
六、脑栓塞	(18)
七、高血压脑病	(20)
八、颅内静脉和静脉窦血栓形成	(21)
九、祖国医学对脑血管病的分类及 病因病机的认识	(22)
第四章 脑血管病的诊断与鉴别诊断	(24)
一、脑动脉硬化症	(24)
二、脑出血	(25)
三、自发性蛛网膜下腔出血	(28)
四、短暂性脑缺血发作	(29)
五、脑血栓形成	(31)
六、脑栓塞	(32)
七、高血压脑病	(33)

八、颅内静脉和静脉窦血栓形成·····	(34)
九、祖国医学对中风病的诊断标准·····	(35)
第五章 脑血管病的治疗 ·····	(38)
一、脑出血·····	(38)
二、自发性蛛网膜下腔出血·····	(40)
三、短暂性脑缺血发作·····	(42)
四、脑血栓形成·····	(43)
五、脑栓塞·····	(45)
六、脑动脉硬化症·····	(47)
七、高血压脑病·····	(49)
八、颅内静脉和静脉窦血栓形成·····	(51)
九、脑血管病的中医治疗·····	(52)
十、脑血管病的康复治疗·····	(58)
第六章 脑血管病的护理 ·····	(63)
一、保持安静·····	(63)
二、密切观察病情变化·····	(63)
三、氧气吸入·····	(64)
四、饮食和补液·····	(65)
五、呼吸和痰液·····	(65)
六、控制体温·····	(65)
七、口腔与眼睛护理·····	(66)
八、吞咽困难·····	(66)
九、恶心呕吐·····	(66)
十、体位·····	(67)
十一、大便和小便·····	(67)
十二、预防褥疮·····	(68)

第七章 脑血管病的预防	(70)
一、防治高血压	(70)
二、治疗糖尿病	(71)
三、治疗各种心脏病	(72)
四、防治高脂血症	(72)
五、避免精神紧张	(73)
六、合理的饮食	(73)
七、加强体育锻炼	(74)
八、戒除烟酒	(74)
第八章 与脑血管病患者及其家属谈脑血管病	(76)
一、什么是脑血管病	(76)
二、脑血管病对人类有什么危害	(77)
三、什么人容易得脑血管病	(77)
四、脑血管病发病前有什么先兆	(78)
五、怎样预防脑血管病的发生	(80)
六、脑血管病有哪些症状	(80)
七、得了脑血管病其亲友应该怎么办	(83)
八、如何鉴别出血性和缺血性脑血管病	(85)
九、怎样估计脑血管病的预后	(85)
十、恢复治疗阶段脑血管病患者及其 亲属应如何与医生配合	(86)
十一、在家中如何护理脑血管患者	(86)
十二、脑血管病患者怎样搞好功能锻炼	(89)
十三、语言障碍的患者怎样搞好语音训练	(90)
十四、脑血管病患者如何预防复发	(90)
第九章 良方荟萃	(92)

附录一、中风病疗效评定标准	(277)
附录二、脑卒中患者临床神经功能缺损程度 评定标准及临床疗效评定标准	(279)

第一章 概 述

脑血管病(CVD)是严重危害中老年人身体健康的多发病和常见病,我国每年有120万~150万人患脑血管病,每年死于脑血管病者有80万~100万人。

脑血管病的发病年龄以50~70岁者居多。国内外流行病学的调查资料表明,心、脑血管病、癌症为65岁以上人群三大重要死亡原因。而随着人类平均寿命的延长和出生率的下降,老年人在全人口中的比重将不断增加,因此,脑血管病的预防和治疗已成为社会和医学界关注的重要课题。

脑血管病常见的有出血性脑血管病和缺血性脑血管病。近年来,缺血性脑血管病的发病率远较出血性脑血管病为高,缺血性脑血管病占脑血管疾病死亡率的2/3,占脑血管疾病发病率的4/5。由此可见,脑血管病中以缺血性脑血管病最常见。

缺血性脑血管病相当于中医的中风、中经络症,出血性脑血管病相当于中风、中脏腑症。早在《黄帝内经》一书中,就有类似中风的记载,书中提到:“虚风之贼伤人也,其中人也深,不能自去”,又说:“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发而偏枯”。《素问·风论篇》说:“入房汗出中风”、“新沐中风”等。汉代张仲景在《金匱要略·中风历节病脉证并治篇》中,首先使用中风之病名,使本病的病因、脉证和治疗初具规范,而唐宋以前,多以“内虚邪中”立论,认为中风是由真气不足,脉络空虚,风邪乘虚而入所致,又以邪中浅深、病情轻重而

分为中经中络、中脏中腑，以疏风祛邪、扶正为治疗大法。到金元时代突出以“内风”立论，这是中风病因学上的一大转折。刘河间、李东垣、朱丹溪分别提出了：“心火暴盛”、“正气自虚”、“湿痰生热”的论点，如《河间六书·素问玄机原病式·火类》所说：“由于将息失宜，而心火暴甚，肾水虚衰，不能制之，则阴虚阳实，而热气怫郁，心神昏冒，筋骨不用而卒倒无知也。”《东垣十书·溯洄集·中风辨》曰：“中风者，非外来风邪，乃本气病也，凡人年逾四旬，气衰之际，或因忧喜忿怒伤其气者，多有此疾。”《丹溪心法·中风》则说：“湿土生痰，痰生热，热生风也。”三位医家虽然立论有所不同，但都侧重于内因。元代医家王履从病因学角度提出了：“真中”与“类中”的认识，他把唐代以前所谓外风所致中风叫真中风，金元时期所谓内因所致中风叫类中风，他在《医经溯洄集》一书中写道：“因与风者，真中风也，因于火、因于气、因于湿者类中风而非中风也。”王氏还强调：“中风者，非外来风邪，乃本气病也，凡人年逾四旬，气衰之际，或因忧喜忿怒伤其气者，多有此疾，状岁之时无有也，若肥盛则间有之。”进一步论述了中风是老年人的常见病。至明代医家张景岳明确地提出了“中风非风”的论点，如《景岳全书·非风论》指出：“凡此病者，多以素不能慎；或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴”、“阴亏于前、而阳损于后；阴陷于下，而阳泛于上，以致阴阳相失，精气不交，所以忽而昏愆，卒然仆倒……。”还有明代的戴思恭也对中风的症状作了比较细致的描述。时致清代名医叶天士综合前医诸说，结合自己的临床体验，进一步阐明了“精气耗衰，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢”，导致“内风旋动”的发病主因。同时，在治疗上提出水不涵木，内风时起者，治疗宜滋液熄风，补阴潜阳；阴阳并损者，治宜温柔濡润；后遗症者，治宜益气血、清痰火、通

经络。闭证治疗宜开窍醒神,用至宝丹;脱证治疗宜回阳固脱,用参附。清代中叶王清任在《医林改错》中又专以气虚立论,提出中风半身不遂,偏身麻木,是由“气虚血瘀”引起,创立补阳还五汤治疗中风偏瘫,至今仍为临床常用方剂之一。近代医家张山雷著有中风专著《中风斟全》,把贪吃肥厚甘美食物,因痰热生风,骤然起病而偏瘫的叫膏粱之疾。张伯龙、张寿甫也总结前人经验,开始结合现代医学知识,进一步探讨发病机理,进一步认识到本病发生主要在于肝阳化风,气血并逆,直冲犯脑。

总之,几千年来,对中风的认识经历了一个由浅入深的过程,经过历代医家的精心研究,创立了系统的中风病因、论治、预防调摄的完整学说,为人民的健康和保健事业做出了巨大的贡献。

第二章 脑血管主要分支及 病变时的临床表现

一、脑动脉血管

脑是由两对动脉供血的。一对是颈内动脉,另一对是椎动脉(图1、图2)。由于椎动脉汇合成基底动脉,故又称为椎—基底动脉。椎—基底动脉供应脑干、丘脑的后半部、小脑、大脑半球的枕叶和颞叶基底部的血液。颈内动脉供应额叶、顶叶外侧部、丘脑前部、基底神经节、内囊部位的血液。因此,该二动脉及其分支发生血管闭塞性疾病时,则会引起相应部位的脑组织软化、并由此产生相应的临床表现,临床上则根据不同的临床表现来推断某一血管发生了闭塞性疾病。

颈内动脉和椎—基底动脉在脑底面通过大脑动脉环(即韦利氏环)相通,每一动脉均分出两类小动脉,一类分布于皮层的叫皮层支;一类分布于纹状体、内囊和丘脑等中央核团的叫中央支或髓质支。

(一)颈内动脉

颈内动脉是颈总动脉的一个分支,左右颈内动脉经颈内动脉孔、颈内动脉管进入颅腔内。颈内动脉颅外段主要供应大脑前、中动脉供应区皮层及皮层下白质、视放射等部的血液。颈内动脉颅外段发生病变时,可出现交叉性视神经—锥体束综合征、交叉性无脉—锥体束综合征、Horner 综合征、同向偏盲、精神智

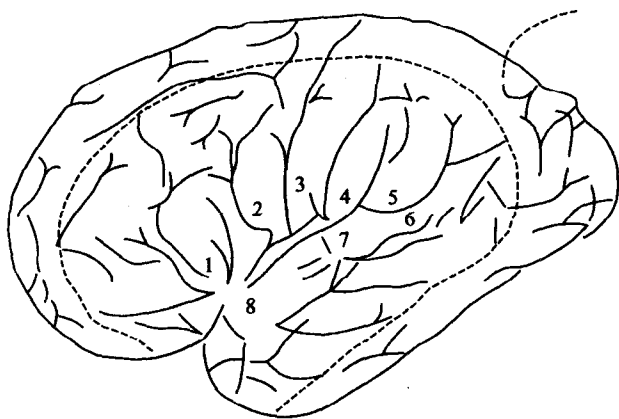


图1 脑动脉血管图解

1. 额眶动脉 2. 中央前动脉 3. 中央动脉 4. 顶前动脉
5. 顶后动脉 6. 角回动脉 7. 颞后动脉 8. 颞前中动脉

力改变、高颅压等。颈内动脉的主要分支有：

1. 眼动脉 由海绵窦内颈内动脉虹吸段发出，进入眼眶。供应眼部的血液。此动脉发生病变时，可引起单眼黑矇。

2. 后交通动脉 始自颈内动脉末端，向后连于大脑后动脉，其发出的小动脉支分布于视交叉、视束、灰结节、大脑脚与丘脑的前下部。供应其各部的血液。

3. 脉络膜前动脉 始于颈内动脉末端，终于侧脑室脉络丛，并与脉络膜后动脉吻合，其前部分支分布于尾状核头、前连合、杏仁核、海马，供应其各部的血液。后部分支分布于内囊的豆核下部、苍白球、尾状核尾和大脑脚，供应其各部的血液。由于该动脉在蛛网膜下腔的走行长，口径小，故易发生闭塞性疾病。脉

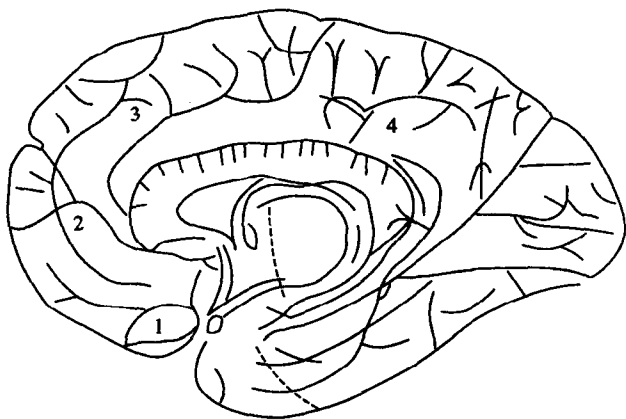


图2 脑动脉血管图解

1. 额前动脉 2. 额极动脉 3. 胼胝缘动脉 4. 额内侧后动脉

络膜前动脉发生病变时,可出现偏瘫、偏身感觉障碍伴感觉过度、偏盲、丘脑手等。

4. 大脑前动脉 是颈内动脉的较小终支,其在大脑半球的内侧面向后走行,可达顶枕裂的前方与大脑后动脉吻合。两侧大脑前动脉之间有极短的交通支连通,称其为前交通支。大脑前动脉的皮质支有眶动脉、额极动脉、中央旁动脉、胼胝缘动脉和胼胝周动脉等。供应额顶叶内侧面、额枕裂以前的区域包括旁中央小叶的血液,也供应额叶底面直回的血液。大脑前动脉的中央支,供应下丘脑的前部,其中返动脉供应尾状核头,壳核的前腹侧部以及内囊部分血液。大脑前动脉发生病变时,可出现以下肢为重的偏瘫、精神症状、欣快、智力减退、尿失禁、强握征阳性、摸索征阳性、吸吮征阳性、运动性失语(左侧病变)等。

其中胼胝缘动脉发生病变时,可出现对侧下肢远端瘫痪、感觉障碍、左上肢失用(右侧病变)等。中央旁动脉发生病变时,可出现对侧下肢单瘫,腱反射亢进、病理征阳性等。

5. 大脑中动脉 为颈内动脉直接延续的一个较粗的血管,是最易发生血管闭塞性疾病的动脉。其走行于大脑外侧裂和大脑背外侧面。中央支主要供应基底神经节和内囊的血液,称为豆纹动脉。皮质支可分为额眶动脉、中央前动脉、中央动脉、顶前动脉、顶后动脉、角回动脉、颞后动脉、颞前动脉、颞中动脉、颞极动脉等。其供血范围广泛,如供眶回的外侧部、额上回、额中回、额下回、中央前回、中央后回、顶上小叶、顶下小叶、颞上回、颞中回、颞极、角回、枕叶外侧各回的大部分血液。大脑中动脉发生病变时,可出现对侧重度三偏(偏瘫、偏身感觉障碍、同向偏盲)、失语症(左侧病变)等。其中豆纹动脉发生病变时,可出现对侧上肢同等程度瘫痪,无感觉障碍,无偏盲,双侧病变出现假性延髓麻痹等。顶后动脉发生病变时,可出现偏盲及体像障碍(右侧病变)、失语症(左侧病变)等。顶前动脉发生病变时,可出现轻偏瘫、皮质性感觉障碍、假性丘脑综合征(左侧病变)、病感缺失、体像和定向障碍、失用症等。额眶动脉发生病变时,可出现运动性失语症(左侧病变)。中央前动脉发生病变时,可出现对侧面瘫、上肢单瘫、咀嚼肌功能障碍、运动性失语(左侧病变)等。中央动脉发生病变时,可出现双侧上肢单瘫或轻偏瘫(以上肢为重)、轻度感觉障碍、可伴有萎缩。角回动脉发生病变时,可出现失语、失写、失认等。颞后动脉发生病变时,可出现命名性失语和感受失语等。

(二)椎—基底动脉

左右椎动脉经枕骨大孔进入颅内,至脑桥下缘合成单一的

基底动脉。基底动脉走行于脑桥的腹侧面,至脑桥上缘分为左右大脑后动脉。

1. 椎动脉 椎动脉的主要分支有旁正中动脉、脊前动脉和小脑后下动脉。其中旁正中动脉供应椎体束、内侧丘系、迷走神经背核、舌下神经核等部的血液。旁正中动脉发生病变时,可出现同侧舌下神经麻痹及肌萎缩、对侧肢体运动及感觉障碍等。脊前动脉供应椎体束交叉处、内侧丘系、顶盖脊髓束、背侧纵束、舌下神经核下部、脊髓小脑前束、迷走神经核下部及橄榄小脑纤维等部的血液。脊前动脉发生病变时,可出现延髓内侧综合征(患侧舌肌麻痹及萎缩,对侧肢体瘫痪而面肌完好,对侧触觉及深感觉障碍)。小脑后下动脉是椎动脉的最大分支,分内侧支与外侧支。内侧支供应下蚓和小脑半球的血液;外侧支供应小脑半球下面的后部血液,且与小脑上动脉吻合。从小脑后下动脉干发出的延髓支,分布于橄榄后区,供应脊髓丘脑束、红核脊髓束、网状脊髓外侧束、三叉神经脊束及其核、迷走神经背核以及小脑齿状核等部的血液。小脑后下动脉发生病变时,可出现延髓外侧综合征(病侧软腭及声带麻痹,共济失调,眼震,Horner综合征,同侧面面部感觉缺失及对侧半身浅感觉减退或缺失等)。

2. 基底动脉 基底动脉由两侧椎动脉汇合而成。在桥脑底部通过时发出许多分支,穿入桥脑深部。基底动脉主要供应部分延髓及脑桥和中脑、大部小脑以及大脑半球的颞叶下面、枕叶内侧面、部分间脑等部的血液。基底动脉主干发生病变时,可出现昏迷、双侧肢体瘫痪、共济失调、双侧颅神经功能损害(5、6、7、9、10对)、眼球运动障碍(复视、眼震、凝视、核间眼外肌瘫)、皮质性失明、偏盲,感觉障碍相对较轻或出现各种感觉障碍等。

基底动脉的主要分支有:

(1)桥脑动脉:可有旁正中动脉、短旋动脉和长旋动脉数支,以旁正中动脉为主。供应脑桥基底部的血液。旁正中动脉发生病变时,可出现病侧肢体共济失调、步态不稳、对侧面部和上下肢体瘫痪,可有触觉及深感觉障碍、眼震、凝视麻痹、核性眼肌麻痹等。

(2)小脑上动脉:左右各一,分内侧支与外侧支。内侧支分布于上蚓和前髓帆;外侧支分布于小脑半球的上面,并与小脑下动脉吻合。从小脑上动脉干发出的小支,分布于结合臂、桥壁、四迭体尾侧部、小脑髓质、齿状核与第四脑室脉络丛。供应其各部的血液。小脑上动脉发生病变时,可出现桥脑被盖综合征(病侧共济失调,步态不稳,向患侧倾倒,Horner 综合征,眼震,对侧肢体痛温觉障碍,触觉存在)。

(3)小脑前下动脉:从基底动脉下段发出,一般通过展神经、面神经和位听神经的腹侧,最后分为内侧支和外侧支,分布于小脑下面的前外部。主要供应小脑皮质、脊丘束、小脑中脚、面神经和听神经核、凝视中枢、前庭神经核等部的血液。小脑前动脉发生病变时,可出现桥脑下部综合征(病侧面部感觉障碍,对侧肢体痛温觉减退,病侧耳聋,耳鸣,共济失调,Horner 综合征,面瘫及凝视麻痹等)。

(4)大脑后动脉:左右各一,为基底动脉的终末支,达到距状裂,分布于枕叶内侧面和颞叶的底面。其终支绕至半球的背侧面与大脑前、中动脉的终支相吻合。其皮质支有颞前动脉、颞后动脉、距状动脉、顶颞动脉、顶枕动脉。供应颞叶底面的前部、后部、枕叶的底面、距状裂附近区域、楔前叶后部和楔叶的一部分血液。其中央支有丘脑穿通动脉、丘脑膝状体动脉、脉络膜后动脉、四迭体动脉等。供应丘脑、乳头体、松果体、第三脑室、侧脑

室脉络丛的血液。

左右大脑前动脉之间以前交通枝相连,大脑中动脉与大脑后动脉以后交通枝相连,因而在颅底脚间池部位构成不规则的七边形动脉环,称其为大脑动脉环(即韦利氏动脉环)。通过该动脉环,可使脑的各部得到等量的血液。

大脑后动脉主干发生病变时,可出现双侧肢体一过性轻瘫、感觉减退、手足徐动、视觉失认、偏盲、自发性疼痛、丘脑综合征、感受性失语(左侧病变)。其中顶颞动脉发生病变时,可出现命名性失语。距状动脉发生病变时,可出现皮质性偏盲。丘脑膝状体动脉发生病变时,可出现丘脑综合征(偏侧深浅感觉障碍,共济失调,偏盲,自发性疼痛,手足徐动,投掷运动等)。丘脑穿通动脉发生病变时,可出现丘脑红核综合征(小脑性共济失调,手足徐动,意向性震颤,感觉障碍等)。

二、脑静脉血管

脑静脉血管包括脑部静脉和颅内静脉窦。脑部静脉可分为浅部静脉和深部静脉。大脑浅部静脉主要为大脑上静脉、大脑中静脉和大脑下静脉。大脑深部静脉主要为大脑大静脉。颅内静脉窦包括上矢状窦、下矢状窦、直窦、横窦、海绵窦。

第三章 脑血管病的分类及病因病机

临床上将脑血管病分为急性和慢性两大类。慢性脑血管病多指动脉硬化症,急性脑血管病根据第二届全国神经精神科学学术会议上制定的统一分类,可分为出血性脑血管病、缺血性脑血管病、高血压脑病、颅内静脉和静脉窦血栓形成、其他(如炎症、寄生虫、代谢病、血液病等引起的脑血管病)等五类。其中出血性脑血管病包括脑出血和蛛网膜下腔出血;缺血性脑血管病包括短暂性脑缺血发作(TIA)和脑梗塞,脑梗塞又可分为脑血栓形成和脑栓塞。

本书将根据上述分类,分别叙述其病因病机。

一、脑动脉硬化症

脑动脉硬化症发病年龄大多在 50 岁以上,往往在全身性动脉硬化的基础上发生,是一种较常见的神经系统疾病。其病因尚未完全明了,可能与下列因素有关。

(一)高血压

高血压可损害血管,造成血管内壁的机械性损伤,促进动脉壁渗透性增强,影响动脉内膜的营养物质,并损害内皮细胞,使细胞间隙扩大,脂质易于沉积,长期高血压易发生中风。

(二)高血脂症

食入含有较多的多双链不饱和脂肪酸时,则血中胆固醇增多,可导致高血脂症。沉积的胆固醇结晶刺激内膜之纤维结缔