

神经系统疾病的 中西医结合治疗

◇ 主编 刘怡佳 王新涛

S
HENJING XITONG JIBING DE
ZHONGXIYI JIEHE ZHILIAO

科学技术文献出版社

神经系统疾病的 中西医结合治疗

主 编 刘怡佳 王新涛

副主编 朱建友 龙惠卿

编 委 陈 红 郑 欣 梁爱琼
陈 炜 叶小菊 刘 娟
赵志远 杨 红 王 莉
何绍杰 姜凤岚 常恩奎
赵冠洁 宫智玲 宋琬云

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

神经系统疾病的中西医结合治疗/刘怡佳,王新涛主编. -北京:科学技术文献出版社,2007.4

ISBN 978-7-5023-5601-9

I. 神… II. ①刘… ②王… III. 神经系统疾病-中西医结合疗法 IV. R741

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 024877 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)68514035(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 李 洁

责 任 编 辑 李 洁

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2007 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 850×1168 32 开

字 数 415 千

印 张 16.75

印 数 1~5000 册

定 价 27.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

作为控制全身活动的神经系统的的作用和功能是异常复杂的,所产生的疾病也千差万别。随着老龄化社会的到来,神经系统疾病的发病率越来越高,对个人、家庭和社会的危害也越来越大。

本书系统地阐述了中枢神经系统及周围神经系统 20 余种疾病的临床与基础研究成果,是神经内科专家临床诊疗经验的总结,极具参考价值。书中内容深入浅出,既注重科学性,又注重实用性。可作为神经内科临床医师、医学院校师生、基层医药卫生人员的参考书。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统惟一——
家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了
使您增长知识和才干。

前 言

中西医结合是我国医药卫生事业的重要组成部分，通过中西医的优势互补，许多疾病，尤其是一些疑难疾病的诊治取得了突破性的进展，已成为我国临床医学中不可取代的重要力量。人们越来越认识到中西医结合治疗的优势，越来越倾向于中西医结合诊疗疾病。

神经系统疾病的诊治是神经科学的一部分，它的发展与神经系统的结构与功能、病因与病理等诸多神经科学的基础研究息息相关，它们之间互相渗透，互为推动。神经病学研究的内容包括中枢神经系统疾病、周围神

神经系统疾病和骨骼肌疾病，疾病的病因包括感染、血管病变、肿瘤、外伤、自身免疫、变性、遗传、中毒、先天发育异常、营养缺陷和代谢障碍等。

先进的技术无法取代基本的临床诊断，临床诊断的基本思路必须从完整详尽的病史和细致准确的神经系统检查开始，再经过周密的思索和合理的分析得出临床结论，辅助检查只能为临床诊断提供依据或佐证。概括地说，神经系统疾病的诊断顺序包括：尽可能详尽地搜集临床资料，着重神经系统检查；运用神经科学的基础理论知识来分析和解释有关的临床资料；从而初步确定最能解释这些资料的病变的解剖位置，即定位诊断；然后联系起病方式、疾病的进展演变过程、有关的个人及家族史，以及临床检查资料，经过分析筛选出可能的病因性质，而后为澄清病因及证实初步的定位诊断选择相应的辅助检查，以期对疾病有全面的认识；最后做出定位诊断及病因诊断。事实上，临床有许多神经疾病的诊断主要依靠病史及其表现，如三叉神经痛、癫痫、血管性头痛、短暂性脑缺血发作、惊厥、神经源性直立性低血压、周期性瘫痪等。

由于中西医结合治疗尚处于探索阶段，加之编者水平有限，人员分散，书中疏忽错误之处敬请广大读者不吝赐教。

编者



第一章	病毒性脑炎·····	(1)
第二章	多发性硬化·····	(24)
第三章	癫痫·····	(50)
第四章	急性脊髓炎·····	(79)
第五章	老年期痴呆·····	(104)
第六章	颅脑损伤后综合征·····	(133)
第七章	特发性面神经麻痹·····	(152)
第八章	帕金森病·····	(172)
第九章	三叉神经痛·····	(200)
第十章	睡眠障碍·····	(226)
第十一章	偏头痛·····	(257)
第十二章	运动神经元病·····	(290)
第十三章	短暂性脑缺血发作·····	(311)
第十四章	坐骨神经痛·····	(339)
第十五章	急性脑血管病·····	(363)
第十六章	急性感染性多发性神经炎 ·····	(415)

第十七章 重症肌无力.....	(443)
第十八章 抽动-秽语综合征	(465)
第十九章 躁狂抑郁症.....	(487)
附录 中药与西药配伍禁忌.....	(514)
参考文献.....	(528)

第一章

病毒性脑炎

病毒性脑炎 (Viral Encephalitis, VE) 是由各种病毒感染而引起的脑实质炎症, 当病毒进入人体后, 首先进入血液, 引起病毒血症, 随后可侵入全身器官或中枢神经系统; 亦可由病毒直接侵犯中枢神经系统。发生病毒性脑炎时, 常引起神经细胞的炎症、水肿、坏死等改变, 出现一系列临床表现。当炎症波及脑膜时, 则称为病毒性脑膜脑炎。

根据流行情况可分为散发性及流行性。散发性病毒性脑炎种类繁多, 常见的有单纯疱疹病毒性脑炎、巨细胞病毒性脑炎、柯萨奇病毒性脑炎及腺病毒脑炎等几种类型。其中以单纯疱疹病毒性脑炎最为常见。

病毒性脑炎为临床常见病, 其中某些类型仍有较高的病死率和致残率, 除肠道病毒脑炎外, 其他类型可遗留语言、运动、意识、智能方面的障碍及癫痫等后遗症。

根据本病主要临床表现，属于中医“温病、温毒、头痛、癫狂”等病证范畴。

病因病机

一、西医认识

西医学认为，本病主要为肠道病毒如埃可病毒与柯萨奇病毒，也可为流行性腮腺炎病毒、腺病毒、单纯疱疹病毒、EB病毒、淋巴细胞性脉络丛脑膜炎病毒。感染途径主要为血行播散。病毒自呼吸道或胃肠道局部增殖后进入血液，形成病毒血症，然后透过血脑屏障，侵犯脑膜引起炎症。也可进入神经细胞内增殖并破坏脑组织，引起脑炎。病毒抗原尚可引起神经组织的脱髓鞘病变，此外单纯疱疹病毒可经嗅神经侵入中枢神经系统。病毒性脑炎主要病理改变为脑组织水肿、坏死和软化。病变呈弥漫性者，可累及大脑、脑干、小脑及脑膜。显微镜下可见病灶中心小静脉周围淋巴细胞、单核细胞及浆细胞浸润，局部出血性软化坏死灶。单纯疱疹病毒常见颞叶的出血性坏死，病变严重。

按病变的部位、范围、程度分为三型：

(1) 弥漫型：大脑及脑膜充血，脑组织明显肿胀及弥漫性水肿，可有大片软化灶，脑室变窄或消失。常先有轻度的全身不适，很快出现昏迷、惊厥，可发热，病程1~2周。显微镜下大脑皮层等处的灰质中神经细胞广泛而严重的急性变性，胞体肿胀，虎斑溶解，胶质细胞轻至中度弥漫性增生，一般无胶质结节形成。在白质内可见大片边界不清的早期软化灶，细胞结构疏松，其中有多数小胶质细胞弥漫性增生。

(2) 脑干型：主要病变分布于中脑、桥脑及延脑，由于脑组织水肿使脑干体积增大而质软，切面的组织结构模糊或有软化灶。常以面神经瘫痪、呛咳、吞咽困难、肢体麻木、无力等为首发症状，还可有动眼神经麻痹、假性球麻痹的表现，脑脊液压力常在正常范围内。显微镜轻者在脑干的神经细胞中有不同程度的变性，血管扩张充血，血管周围偶见少量的淋巴细胞浸润；重者血管周围有大量的单核及淋巴细胞浸润，神经细胞变性和坏死，中度的胶质细胞增生。脑干病变较严重处的颅神经常受侵犯。

(3) 假肿瘤型：在广泛的脑膜脑炎基础上，在脑内形成肿块样的局灶性病变。常有头痛、呕吐、肢体活动差或瘫痪、失语，或以精神症状为主要表现，可出现局灶性神经系统症状，很快出现颅内高压征。

二、中医认识

中医学认为病毒性脑炎的发病原因是由于人体正气内虚，时令温热、湿热毒邪乘虚侵袭。

若感受温热毒邪，多起病急骤，变化迅速，即表现为热炽盛之征，热极化火生风，可转化为内风动越之象；火热煎液成痰，可成风痰或痰热之证，而见高热、癫狂；若暑热燔灼不解，风、痰、火交炽过盛则可因人体精气耗夺，而出现内闭外脱的危重证候，甚至引起死亡；若感受湿热毒邪，起病较缓，热势不高，缠绵难解，易化湿生痰，痰蒙清窍，壅滞经络，而见神昏、偏瘫、痫证。温热湿邪内阻，脾胃运化失调，胃气上逆则胸脘满闷、恶心呕吐，蒙蔽心包则表情淡漠、嗜睡乃至昏迷。

此外，因情志不遂，郁怒伤肝，肝郁气滞；忧思伤脾，或饮食不节、劳倦过度，耗伤脾胃之气，脾虚生痰，皆可致痰气郁结，血滞成瘀。一旦外感邪毒，即可引动痰浊，蒙塞心神，而见癫狂痫之证；或邪毒夹痰瘀阻滞经脉，乃成头痛、偏瘫等证；若

痰浊久踞，又可郁而化火，伤及气阴，或痰瘀胶结难解，致使病程迁延，遗留后遗症。

本病的病机转化过程主要为热、风、痰的相互转化，而热与湿是生风生痰的原始病因。疾病的后期邪恋正虚，耗津伤阴，病及肝肾。本病的病位在脑、髓、心、肝、心包，可涉及脾肾，病性多为实证、热证，亦可见虚实夹杂证。

诊断

一、临床表现

(一) 症状及体征

1. 前驱症状

多于春夏及初秋发病，常有病毒感染史。有各种致病病毒感染的流行病学特点，发热、头痛、食欲减退、呕吐、腹泻、流涕、咽痛、肌痛或精神淡漠等。

2. 神经精神症状

头痛、呕吐加剧，易激惹、嗜睡或昏睡。全身性或局部的抽搐甚至呈惊厥持续状态。检查可发现颈项强直、脑膜刺激征阳性，可有不同程度及不同部位的肢体瘫痪或颅神经麻痹，并出现病理性反射。

3. 体征

脑膜刺激征阳性，可出现病理反射。

(二) 常见并发症

- (1) 常见并发症有肺炎、心肌炎、心包炎及中耳炎等。
- (2) 后遗症有颅神经麻痹、失语、肢体瘫痪、癫痫等。
- (3) 性格与精神改变、注意力不集中、不自主小运动、智能减退亦不少见。

二、实验室及辅助检查

1. 脑脊液检查

多数压力增高，外观清亮，白细胞总数为 $10 \sim 300 \times 10^6/L$ ，病初可以中性粒细胞为主，以后以淋巴细胞为主，蛋白质大多数正常或轻度增高，糖及氯化物多数正常，偶可轻度降低。脑脊液直接涂片无细菌发现，脑脊液细胞数在 $50 \sim 100 \times 10^6/L$ ，偶可高达 $500 \sim 1000 \times 10^6/L$ ，以淋巴细胞为主。疱疹病毒脑炎脑脊液中可有红细胞。部分病例脑脊液常规正常。

2. 病毒学检查

发病早期应收集大便、咽分泌物和脑脊液等作病毒学检查。

3. 外周血象检查

外周血以中性粒细胞增高为主，个别病者可增至 $25 \times 10^9/L$ 以上，也有少数降低者。

4. 脑电图检查

80%~90%的病者可有弥漫性异常，或在弥漫改变的基础上出现颞、额叶的局灶性改变，常以 δ 波为主。

5. 头颅 CT 检查

可见两侧大脑半球散在界线清的低密度，造影剂亦不能增强。

6. 头颅 MRI 检查

在 T_2 加权像上可见两侧大脑半球散在高信号区，但与脑室不相连，以资与多发性硬化相区别。

三、鉴别诊断

1. 化脓性脑膜炎

多于冬春季发病，最常见的致病菌为脑膜炎双球菌、肺炎球菌和流感嗜血杆菌。患者身体其他部分可同时存在化脓病灶或出血点。脑脊液混浊或脓性，白细胞数多在 $2 \times 10^9/L$ 以上，有大量脓细胞，涂片或细菌培养检查可发现致病菌。在疾病早期或经过部分抗菌药物治疗的化脓性脑膜炎患者，脑脊液变化可很轻或不典型，有时与病毒感染难以区别，但其脑脊液含糖量低，乳酸、乳酸脱氢酶、溶菌酶增高和 pH 降低，免疫球蛋白 IgM 和 IgG 均明显增高，可与病毒性脑炎鉴别。

2. 流行性乙型脑炎

多于夏秋季流行，发病多集中于 7、8、9 月，与流脑不同，起病急，常伴意识障碍和呼吸衰竭。无皮疹，脑脊液外观清，白细胞多在 $50 \sim 500 \times 10^6/L$ ，极少超过 $1000 \times 10^6/L$ 。初期（2~5 天）中性多核细胞占多数，以后淋巴细胞占多数；糖及氯化物正常或稍增加。

3. 结核性脑膜炎

结核性脑膜炎起病缓慢，有低热盗汗，食欲不振，慢性病容，逐渐消瘦。患者起病前身体健康欠佳，可能发现肺部结核病灶，结核菌素试验阳性，脑脊液含糖量及氯化物降低，蛋白含量高，放置后可有薄膜形成，有时涂片抗酸染色，可检出结核菌。

4. 病毒性脑膜炎

多种病毒可引起脑膜炎，症状一般较轻，多于2周内恢复，脑脊液检查，外观正常，白细胞数多在 $1000 \times 10^6/L$ 以内，一般在 $50 \sim 100 \times 10^6/L$ 或 $200 \times 10^6/L$ 之间，淋巴细胞达90%~100%。糖及氯化物正常；蛋白稍增加；涂片及培养无细菌发现；外周血白细胞不高。

5. 继发性脑膜炎

严重感染如伤寒、大叶性肺炎、其他细菌所致的败血症等有显著毒血症时，可产生神经系统症状及脑膜刺激征，脑脊液除压力增高外，一般无其他变化。

6. 流行性腮腺炎脑膜脑炎

多有接触腮腺炎患者的病史，多发生在冬春季节，注意检查腮腺是否肿胀。临床上有先发生脑膜脑炎后出现腮腺肿大的，如腮腺肿胀不明显，可作血和尿淀粉酶测定。

7. 颅内肿瘤

起病较缓，逐渐加重，临床表现主要为头痛、呕吐、视乳头水肿等颅内压增高症状及局灶性症状。病人体温正常，血像正常，脑脊液可有蛋白增加，但无细胞增加。病史及体检均找不到

感染灶，可通过 CT 或 MRI 确诊。

8. 其他病毒性脑炎

症状较轻，预后较好，病程多在 2~3 周，有自愈倾向，血清及脑脊液检查未发现单纯疱疹病毒抗原，特异性抗体也证明不属于单纯疱疹病毒感染。

西医治疗

西医目前对大多数病毒性脑炎缺乏特效治疗，迄今无有效的抗病毒药物（除单纯疱疹病毒脑炎外），主要措施是支持疗法及对症处理。

西医治疗原则是消除病因，减轻组织的病理反应，恢复受损的机能。目前所用药物，通常剂量在体内难以杀灭病毒，且药物必须进入细胞内起作用，超剂量使用可损害正常细胞的机能，因而影响药物的使用和疗效在治疗时要注意考虑机体的免疫状态，并强调综合治疗措施，对挽救患者生命、减少后遗症是非常重要的。

一、药物治疗

1. 抗病毒制剂

由于病毒仅在细胞内繁殖末期才出现典型症状，故须在感染极早期用药才较有效。

（1）阿昔洛韦（无环鸟苷）：为目前治疗单纯疱疹病毒脑炎的首选药物。剂量为每次 10 mg/kg 脉滴注每 8 小时 1 次，14~

21 日为一个疗程 (10 日为一个疗程时常有复发)。小儿 (>6 个月) 按 500 mg/m^2 静滴, 每 8 小时 1 次, 10 天为一个疗程。单纯疱疹病毒对无环鸟苷可产生耐药性, 副作用为谵妄、震颤、皮疹、血尿、转氨酶暂时性升高等。

(2) 碘苷 (IDU, 疱疹净): 主要抑制 DNA 类病毒, 干扰病毒 DNA 的合成。每日 $50 \sim 60 \text{ mg/kg}$, 静脉滴注, 连用 3~5 日。总剂量 $300 \sim 500 \text{ mg/kg}$ (不超过 20 g)。

(3) 阿糖胞苷 (Ara-c): 抑制 DNA 多聚酶, 阻碍 DNA 病毒复制, 用于水痘带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒及巨细胞病毒的感染。最初剂量每日 4 mg/kg , 2 日后增至每日 8 mg/kg , 静脉滴注或注射, 共 6 日, 总量 42 mg/kg ; 或每日 $1 \sim 4 \text{ mg/kg}$, 分 1~2 次静脉注射, 共 10 日。

(4) 阿糖腺苷: 抑制 DNA 及 RNA 的多聚酶, 对单纯疱疹病毒最有效。剂量为 $10 \sim 15 \text{ mg/(kg} \cdot \text{d)}$, 6~12 小时内静滴完, 用 3~5 日。副作用有恶心、呕吐、造血功能障碍等。此药难溶于水, 输液量较大, 对伴有颅内高压的脑炎病人不利。

(5) 阿糖腺嘌呤: 作用机理似阿糖腺苷, 主要用于疱疹病毒脑炎。剂量为 $15 \text{ mg/(kg} \cdot \text{d)}$ 。每日静滴 12 小时, 共 10 日。

(6) 病毒唑: 每天 $0.5 \sim 1 \text{ g}$, 小儿 $20 \sim 30 \text{ mg/(kg} \cdot \text{d)}$, 静脉滴注, 连用 7~10 日。

(7) 磺胺药: SMZ-TMP 片剂, 口服, 每次 3 片; 或 SMZ-TMP 针剂, 肌注, 每次 1 支, 每日 2 次。用磺胺药应注意给予碳酸氢钠, 输足量液体, 保证尿量每日 $200 \sim 1500 \text{ ml}$ 以上。

(8) 青霉素: 宜大剂量, 成人每天 400 万~800 万 U。对青霉素过敏者可用氯霉素。

(9) 氯霉素: 成人每日 $2 \sim 3 \text{ g}$, 分 4 次口服或肌注、静滴。疗程 3~5 日, 应注意血象变化。