

 临床用药技巧 丛书

LINCHUANG YONGYAO JIQIAO CONGSHU

神经内科疾病

临床治疗与合理用药

ShenJing NeiKe JiBing LinChuang ZhiLiao yu
HeLi YongYao

主编 胡兴越

 科学技术文献出版社



临床用药技巧^{丛书}

LINCHUANG YONGYAO JIQIAO CONGSHU

神经内科疾病

临床治疗与合理用药

主 编 胡兴越

副主编 吕 文 王 谨

田 科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

神经内科疾病临床治疗与合理用药/胡兴越主编.-北京:科学技术文献出版社,
2007.2

(临床用药技巧丛书)

ISBN 978-7-5023-5478-7

I. 神… II. 胡… III. ①神经系统疾病-治疗 ②神经系统疾病-用药法
IV. R741.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 128245 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市海淀区西郊板井农林科学院农科大厦 A 座 8 层/100089
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 北京国马印刷厂
版 (印) 次 2007 年 2 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 528 千
印 张 23
印 数 1~5000 册
定 价 38.00 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

本书主要介绍神经内科疾病的临床治疗和用药技巧，共分为 2 篇 16 章，即：第一篇神经症状学，包括意识障碍、头痛、认知功能障碍、头晕、背痛和癫痫；第二篇神经疾病学，包括中枢神经系统感染、神经精神障碍、脑血管疾病、神经系统肿瘤和外伤、脱髓鞘性疾病、中毒和代谢性疾病、运动障碍性疾病、神经、肌肉疾病以及慢性神经功能障碍。每种病均简单介绍症状、疾病的临床表现和诊断，重点介绍相关的处理技巧、用药原则和注意事项，以供临床医生在工作中参考。

编委会

主 编 胡兴越

副主编 吕 文 王 谨

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 莉 王 谨

卢佩琳 叶小菊

吕 文 朱先理

江 云 张力三

张锦华 陈 炜

邵宇权 胡兴越

胡悦育 蔡华英

前 言

医学是一门飞速发展的科学，新的知识、研究成果和临床经验的积累不断提高我们对疾病的认识和治疗水平。由于近来神经科学和临床神经病学的迅速发展，许多神经系统疾病在治疗上无所作为的局面已得到明显的改善，随着循证医学的不断发展和深入，各种疾病的治疗也更加规范化。然而，在临床实践中，同一疾病在不同个体其临床特征和基础条件也不尽相同，处理需相应制定个体化治疗方案。人又是一个整体，诊断和治疗过程中不能把每个系统孤立起来，尤其是临床神经病学，涉及面广、病种复杂，一种疾病的诊断、治疗往往涉及多个学科，如脑血管疾病，病因诊断时需考虑心血管系统、血液系统、风湿类疾病和肿瘤等，治疗需顾及心、肺、消化道等。所以神经内科医师需要博采众长，扩大知识面。基于以上需要，在出版社组织下，我们编写

了《临床用药技巧丛书》的神经内科疾病分册，主要针对神经内科不同疾病和症状的临床处理技巧及合理用药进行论述。我们汇集了大量的参考文献、治疗规范和 Medline 资料，结合临床实际加以介绍，希望对临床医生正确选择药物、合理有效地用药有所帮助。本书紧密结合临床，实用性强，可供神经内科医师、研究生和进修生，以及有关神经学科各分支领域的临床研究人员阅读参考。尽管我们参阅了大量的文献，但由于学识有限，经验不足，难免挂一漏万，尚祈读者批评指正。

编者

目 录

第一篇 症状学

第1章 意识障碍	(3)
第1节 意识及意识障碍的概述	(3)
第2节 病理生理	(3)
第3节 意识障碍的诊断	(4)
第2章 头痛	(20)
第1节 病史采集、体格检查及辅助检查	(20)
第2节 偏头痛	(21)
第3节 丛集性头痛	(28)
第4节 紧张型头痛	(29)
第5节 三叉神经痛	(30)
第6节 非典型性面痛	(31)
第7节 颞动脉炎(巨细胞性动脉炎)	(31)
第8节 脑震荡后综合征	(32)
第9节 特发性颅内高压	(32)
第10节 其他头痛	(33)
第3章 智能障碍	(35)
第1节 概述	(35)
第2节 精神发育迟滞	(37)
第3节 痴呆	(40)
第4章 眩晕	(51)
第1节 眩晕病人的临床评估	(51)
第2节 眩晕治疗中常用药物	(54)

第3节 眩晕治疗概述	(55)
第4节 常见眩晕性疾病的诊治	(57)
第5章 背痛	(68)
第1节 椎间盘综合征	(69)
第2节 脊椎退行性病变	(72)
第3节 椎弓崩裂和椎体滑移	(73)
第4节 其他脊柱疾病的神经系统并发症	(74)
第5节 背痛的精神因素	(75)
第6章 癫痫	(77)
第1节 分类	(77)
第2节 病因	(78)
第3节 诊断	(80)
第4节 处理原则	(81)
第5节 全面性癫痫	(81)
第6节 部分性癫痫	(97)
第7节 新生儿癫痫	(100)
第8节 癫痫患者停药	(101)
第9节 癫痫患者的日常生活	(102)
第10节 其他发作性疾患	(102)

第二篇 疾病学

第7章 中枢神经系统感染性疾病	(109)
第1节 细菌性脑膜炎	(109)
第2节 结核性脑膜炎	(116)
第3节 脑脓肿	(117)
第4节 硬脑膜下积液	(118)
第5节 脊髓硬膜外脓肿	(119)
第6节 神经梅毒	(120)
第7节 其他螺旋体感染	(122)
第8节 中枢神经系统真菌感染	(123)
第9节 病毒性脑膜炎	(127)

第 10 节 病毒性脑炎	(127)
第 11 节 狂犬病	(129)
第 12 节 脊髓灰质炎	(129)
第 13 节 “慢病毒脑炎”和进行性多灶性白质脑病	(129)
第 14 节 弓形体病	(130)
第 15 节 阿米巴脑膜脑炎	(131)
第 16 节 带状疱疹	(131)
第 17 节 获得性免疫缺陷综合征	(131)
第 18 节 脑囊虫病	(134)
第 8 章 常见精神疾病的治疗	(136)
第 1 节 抑郁症	(136)
第 2 节 焦虑症	(144)
第 3 节 癔症	(150)
第 9 章 脑血管疾病	(155)
第 1 节 短暂性脑缺血发作	(155)
第 2 节 缺血性卒中	(160)
第 3 节 脑静脉系统血栓形成	(172)
第 4 节 脑出血	(174)
第 5 节 蛛网膜下腔出血	(177)
第 10 章 中枢神经系统肿瘤	(182)
第 1 节 概述	(182)
第 2 节 一般治疗	(184)
第 3 节 成人颅内肿瘤	(187)
第 4 节 儿童中枢神经系统肿瘤	(197)
第 5 节 脊髓肿瘤	(200)
第 6 节 神经系统放射治疗并发症	(203)
第 11 章 神经系统外伤	(206)
第 1 节 头部外伤概述	(206)
第 2 节 颅脑损伤的急诊初步处理	(206)
第 3 节 颅脑损伤的进一步处理	(208)
第 4 节 颅脑损伤的专科处理	(211)
第 5 节 颅脑损伤预后和并发症	(220)
第 6 节 脊髓损伤	(222)

第 12 章 中枢神经脱髓鞘疾病	(227)
第 1 节 多发性硬化	(227)
第 2 节 视神经炎	(236)
第 3 节 急性播散性脑脊髓炎	(238)
第 4 节 急性横贯性脊髓炎	(239)
第 13 章 代谢性疾病和中毒	(240)
第 1 节 肝病	(240)
第 2 节 内分泌疾病	(245)
第 3 节 肾衰竭	(247)
第 4 节 肺部疾病	(250)
第 5 节 低钠血症	(250)
第 6 节 急性间歇性卟啉病	(253)
第 7 节 重金属中毒	(255)
第 8 节 一氧化碳中毒	(260)
第 9 节 胆碱酯酶抑制剂中毒	(260)
第 10 节 酒精中毒	(262)
第 11 节 鸦片类中毒	(265)
第 12 节 巴比妥类药物中毒	(266)
第 13 节 非巴比妥类中枢神经系统抑制剂中毒	(268)
第 14 节 苯异丙胺中毒	(269)
第 15 节 三环类抗抑郁药中毒	(270)
第 16 节 水杨酸盐中毒	(270)
第 17 节 热损伤	(273)
第 18 节 营养缺乏和过量	(275)
第 14 章 运动障碍性疾病	(278)
第 1 节 概述	(278)
第 2 节 常见运动障碍性疾病	(283)
第 15 章 神经、肌肉疾病	(305)
第 1 节 概述	(305)
第 2 节 肌肉疾病	(307)
第 3 节 周围神经病	(323)
第 4 节 运动神经元病	(329)

第 16 章 慢性神经疾病相关问题处理	(331)
第 1 节 吞咽困难	(331)
第 2 节 膀胱功能障碍	(333)
第 3 节 肠功能紊乱	(339)
第 4 节 气管切开的管理	(340)
第 5 节 褥疮	(343)
第 6 节 性功能障碍	(343)
参考文献	(347)

第一篇

症状学

第 1 章

意识障碍

第 1 节 意识及意识障碍的概述

意识是指机体对自身和周围环境的感知和理解功能,觉醒状态下存在认知、思考、记忆、情感等精神活动。意识清醒时人们能够很好地感受自身和环境中的变化,并产生相应复杂的心理活动和精神活动。

意识由两大部分组成:即意识内容和意识水平。意识内容是指对多种感觉输入后在高水平层次进行整合,从而理解自身和周围环境,它是高级的大脑皮质活动,有赖于两侧大脑半球的完整性。意识水平是激活大脑皮质并使其保持一定程度的兴奋性,保证机体处于觉醒状态,在此基础上产生意识内容。意识水平所涉及的是一些较为初级的反应,处理这些反应的脑区结构完全位于脑干和间脑(diencephalon),即弥散分布的神经核团及其纤维束所控制的同步化工作,这些结构就是通常所谓的上行网状激动系统。上行网状激动系统介导了诸如疼痛刺激所引起的睁眼等反应,而该反应是存在完整的意识水平的临床表现。上行网状激动系统有两条径路:脑干网状结构→丘脑非特异核→大脑皮质(即背侧径路)和脑干网状结构→前脑基底部→大脑皮质(即腹侧径路)。

意识障碍则指机体对内外界刺激以及周围状况不能认知、判断,不能作出正确反应的状态。意识障碍可以是意识水平的下降,也可以是意识内容的变化,或两者兼有之。

意识障碍是常见的神经系统症状,临床医生应该有条不紊地、规范化地处理意识障碍患者。在收集患者资料同时,应采取专门的治疗手段来维持患者的生命体征及避免神经系统的进一步损害。

导致意识障碍的原因多种多样,首先需要尽快确定并治疗那些可逆的原因。

第 2 节 病理生理

上行网状激动系统不同部位或不同程度损害可导致不同程度觉醒水平的障碍,意识内容变化则与大脑皮质损害有关。造成意识障碍的病理生理机制大致有以下三大类。

一、幕上结构损害

主要由于双侧大脑半球损害或一侧半球急性严重损害后阻断与对侧半球的功能联系。如脑炎、严重脑挫裂伤,造成双侧大脑的弥漫性损害而致昏迷。幕上占位病变压迫、推移、阻断深部丘脑激活机制,早期出现意识障碍。去皮质综合征时,患者睁眼,四肢强直,相对保持睡眠觉醒周期,可有瞬目、打哈欠,残留吞咽和咀嚼功能,二便失禁,即为两侧大脑皮质的广泛损害或白质的弥散变性所致。双侧弥散性大脑皮质功能衰竭时导致了意识内容方面的障碍而觉醒水平机制保持相对完整(所谓的植物状态)。

二、幕下结构损害

主要是由于压迫或破坏脑干网状结构,导致意识水平的障碍。中脑和间脑的上段是上行性网状激活系统的关键部位,损伤后由于上行性网状激活系统的“开关”被关闭,使患者处于一种病理性的睡眠状态。无动缄默症时损伤脑干上部的网状激活系统,大脑半球及其传出通路无病变,患者可追视,貌似觉醒,但缄默不语,不能活动。脑桥下部和延髓受累不一定昏迷,如幕下肿瘤脑疝呼吸停止前,即使去脑强直但意识仍保持清醒。闭锁综合征为脑桥基底部病变,患者四肢及脑桥以下颅神经全部瘫痪,仅能以眼球示意。但从脑干背盖部的网状结构到大脑皮质的投射径路保持完好,意识保持清楚,常被误认为昏迷,应予以注意。幕下结构损害有以下两类。

① 原发性脑干疾病:如中脑和(或)间脑出血和(或)梗死。

② 继发性脑干损伤:是由于来自其他部位的占位病变的压迫,例如位于颞叶或小脑占位病变所造成的钩回疝或小脑扁桃体疝。也可通过牵拉或扭转血管影响血供而造成永久性的脑病变(如 Duret 出血)。

三、脑代谢性疾病

在脑缺氧、缺血、低血糖、辅酶缺乏等情况下,大脑皮质神经细胞代谢被直接干扰,导致不同程度的意识障碍;高血糖、高血钠时,脑细胞脱水而出现高渗昏迷;低血钠时水中毒,脑细胞水肿引发昏迷;尿毒症、肝昏迷、糖尿病酮症酸中毒、全身重度感染时,某些毒素对脑细胞的毒性作用引起昏迷;过量的镇静催眠、麻醉药直接抑制大脑皮质、网状结构的功能导致昏迷。双侧皮质和脑干功能的联合衰竭最常见于代谢性或中毒性脑病和器质性脑综合征,是脑干功能失调还是皮质功能失调相对多一些,决定于毒素和代谢紊乱的种类和严重程度。

第3节 意识障碍的诊断

一、病史

获得意识障碍患者完整的病史信息非常困难。只要有可能,家人,朋友,急救人员和曾治

疗过该患者的医生都是获得病史信息的途径。注意询问近期有无外伤史、重大疾病史、服药史和酒精嗜好及精神疾病史。

二、一般体格检查

- (1) 生命体征: 呼吸道是否通畅, 呼吸状态, 循环、血压以及有无发热。
- (2) 皮肤: 创伤体征, 肝脏疾病的体征, 多处注射针疤, 以及有无感染或栓塞现象。
- (3) 头部: Battle 征(乳突区的血肿), 局部触痛, 捻发音和(或)耳朵或鼻孔流血提示颅底骨折。
- (4) 颈项强直: 提示可能感染、创伤或蛛网膜下腔出血(如果怀疑有颈椎骨折, 则不应扳动颈部检查)。
- (5) 胸部, 腹部, 心脏和四肢: 以上各部位须行常规检查。直肠、骨盆及大便检查判断是否有出血。
- (6) 呼吸的气味: 呼吸的气味有时能提示代谢性疾病造成的意识障碍, 如鼠臭味提示肝功能衰竭(肝臭, “肝呼吸”), 烂苹果味提示酮症酸中毒, 酒味提示酒精中毒, 尿味提示尿毒症造成的意识障碍。

三、神经系统体格检查

必须进行神经系统检查。为了明确定位和性质, 重点检查如下。

1. 观察患者

- (1) 体位: 如果患者以自然的、舒适的体位平躺, 像自然睡眠一样, 则昏迷可能不是很深。
- (2) 自发运动: 患者如果有哈欠和喷嚏, 提示昏迷不深。但其他自发运动如咳嗽、吞咽和呃逆并不一定提示为轻度昏迷。
- (3) 眼睑和颌骨: 眼睑和颌骨的状态也能提示意识障碍的严重程度。眼睑自动张开或下颌下垂使嘴张开提示昏迷程度较深。

2. 意识障碍的水平

意识障碍的水平呈一个连续的过程, 从轻度的意识模糊到完全无反应。在临床实践中, 根据意识障碍的严重程度对意识障碍进行分类显得十分必要。如果表达意识水平的术语不够精确时, 可具体记录患者对各种刺激的反应。在记录中使用诸如思睡、嗜睡或反应迟钝等术语时, 最好采用一段描述性语言使之具体化。意识障碍的传统神经学分类是根据患者对各种外界刺激的反应, 如对声、光、言语、疼痛刺激的反应来进行评定的。因此, 临床上意识障碍可分为嗜睡、昏睡、意识模糊、谵妄状态、精神错乱、浅昏迷、深昏迷、过度昏迷(脑死亡) 等不同程度的意识障碍。意识障碍可表现为意识清晰度降低、意识范围缩小及意识内容的变化。以意识清晰度降低为主的有嗜睡、昏睡、昏迷、脑死亡; 以意识范围缩小或意识内容变化为主的有意识模糊、谵妄状态、精神错乱等。以下详述常见的意识障碍。

- (1) 意识模糊(confusion): 患者无法保持连贯的思维或行为, 表现为注意力不集中。注意力的完整同时涉及到意识水平和意识内容。因此, 意识模糊可见于皮质和(或)上行网状激动