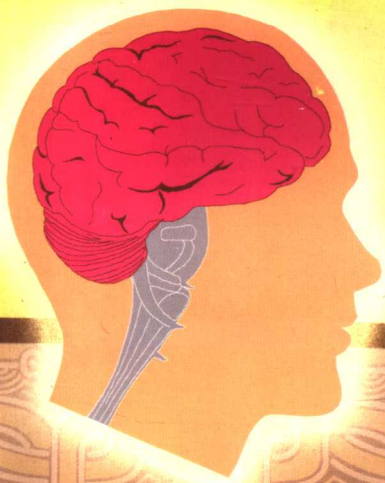


脑血管病的 中西医防治

于德华等主编



济南出版社

脑血管病 的中西医防治

于德华等 主编

 济南出版社

图书在版编目(CIP)数据

脑血管病的中西医防治 / 于德华等主编. — 济南: 济南出版社, 2007. 7

ISBN 978 - 7 - 80710 - 500 - 8

I. 脑… II. 于… III. 脑血管疾病 — 中西医结合 — 防治
IV. R743

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 096365 号

责任编辑 张 力

封面设计 华 慧

出版发行 济南出版社

地 址 济南市经七路 251 号

邮 编 250001

网 址 www.jnpub.com

经 销 新华书店

印 刷 聊城新华印刷有限公司

版 次 2007 年 7 月第 1 版

印 次 2007 年 7 月第 1 次印刷

开 本 787 × 1092 1/32

印 张 9

字 数 200 千字

定 价 20.00

(济南版图书, 如有印装错误, 可随时调换)

脑血管病的中西医防治

主 编：于德华 翟瑞庆 纪连廷
潘振霞 何永新 贾新亭

副主编：（按姓氏笔划为序）

王凤兰 刘吉昌 李立芳
沈 靖 赵海云 黄桂芝
索方玉 路丽红

编 委：（按姓氏笔划为序）

王瑞丽 王 静 张咏梅
隋玲玲 翟潇璐 韩桂玲

英语翻译兼电脑操作：于 涵

前 言

脑血管病是当今严重危害人类健康的常见病,它具有发病率高、死亡率高(与冠心病、恶性肿瘤合称当今世界三大死因)、致残率高、复发率高、并发症多等特点。因此脑血管病不但影响患者的身心健康,同时也给家庭和社会带来沉重负担。然而随着近年来医学科学技术日新月异的飞速发展,如 CT、MRI 的临床应用,脑梗死的超早期溶栓治疗,微创钻孔血肿引流术治疗脑出血,卒中单元病房的早期康复,中医药有效方剂(针剂、口服液等)的临床应用……,让脑血管病瘫痪病人重新站起来,回归家庭,回归社会,甚至像正常人一样重新参加工作已经成为现实。为了科学防治脑血管病,更好地普及中西医防治脑血管病知识,最大限度地减少脑血管病发病率、致残率、复发率和死亡率,提高治愈率及患者的生存质量,我们参阅了近年来国内外医学书刊中现代医学和中医药有关防治脑血管病的新知识、新技术,并结合我们多年来在临床医疗实践中所遇到的问题,所积累的经验教训,精心编著了此书,为的是对社会有所奉献,更好地造福于人民。本书注重临床实用、中西医结合,重点突出、防治结合,特别适用于广大脑血管病患者及家属康复训练和预防保健,也是对广大医护人员和中老年朋友治病、防病有益参考书。本书在编写过程中参阅了一些相关书刊,在此,向参考文献的作者表示诚挚的感谢。对书中推荐的新的治疗方法和药物治疗剂量、用药适应症、禁忌证等,临床医师和广大读者在用药前必须认真核对药品说明书或相关药物书籍,确认核实信息的准确性,确认无误后方可使用,新药或不常用的药物更应如此。由于我们水平有限,尽管在主观上

作了很大努力,但书中错误和不足之处在所难免,敬请广大读者批评指正。

编 者

2007 年 2 月

目 录

第一章 脑的应用解剖和损害后定位诊断	1
第一节 大脑半球的应用解剖和损害后定位诊断	1
第二节 脑干的应用解剖及损害后定位诊断	8
第三节 脑干内外病变的鉴别	11
第四节 颅神经合并性损害和小脑、丘脑损害	13
第二章 脑血管的血液循环和闭塞后定位诊断	16
第一节 脑的各部血液供应	16
第二节 脑动脉的侧支循环	18
第三节 颈内动脉系统闭塞后的定位诊断	20
第四节 椎基底动脉系统闭塞后的定位诊断	22
第五节 脑静脉系统	25
第三章 脑血管病的病因和危险因素	28
第一节 脑血管病的病因	28
第二节 脑血管病的危险因素	29
第四章 脑血管病的分类、诊断要点、神经功能缺损评分标准、 疗效评定标准	33
第一节 脑血管病的分类	33
第二节 各类脑血管病诊断要点	36
第三节 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准	39
第四节 脑血管病临床疗效评定标准	42
第五章 脑血管病的 CT、MRI 检查	44
第一节 脑梗死的 CT、MRI 表现	45

第二节 腔隙性脑梗塞的 CT、MRI 表现	47
第三节 脑出血的 CT、MRI 表现	49
第四节 蛛网膜下腔出血的 CT、MRI 表现	51
第六章 脑血管病的先兆、预后及病历书写	54
第一节 脑血管病的先兆与预后	54
第二节 脑血管病病历书写	57
第七章 脑血管病常用中西药物	59
第一节 常用中成药	59
第二节 常用中药注射剂	65
第三节 脑血管扩张剂	72
第四节 改善脑功能和代谢的药物	82
第五节 降颅压药物和血容量扩充药物	97
第八章 脑梗死的中西医结合治疗	102
第九章 腔隙性脑梗死	121
第十章 脑出血的中西医结合治疗	124
第十一章 蛛网膜下腔出血的中西医结合治疗	145
第十二章 脑血管性痴呆的中西医结合治疗和预防	152
第十三章 主动脉弓综合症	165
第十四章 脑基底异常血管网	169
第十五章 脑血管发育异常	172
第一节 颅内动脉瘤	172
第二节 脑动静脉血管畸形	175
第三节 脑海绵状血管瘤	178
第四节 颈内动脉海绵窦瘘	180
第五节 脑面血管瘤病	181

第十六章 糖尿病性脑血管病的中西医结合治疗和预防	183
第十七章 脑卒中后抑郁症的中西医结合治疗和预防	195
第十八章 脑静脉和静脉窦血栓形成(CVT)的中西医结合治疗	212
第十九章 卒中单元病房的早期康复	218
第二十章 脑血管病的护理	229
第一节 一般护理	229
第二节 护理程序在脑血管病患者心理护理中的应用	232
第三节 昏迷病人的护理	235
第四节 脑出血血肿微创术的护理	241
第五节 蛛网膜下腔出血的护理特点	244
第六节 老年痴呆病人的特点、预防及家庭康复护理 ...	246
第七节 褥疮的护理及预防	249
第八节 脑血管病患者的出院指导	252
第二十一章 脑血管病的预防和合理饮食	256
第一节 脑血管病的预防	256
第二节 脑血管病的合理饮食	262
附录一 健康生活方式四大基石	269
附录二 卫生健康格言	271

第一章 脑的应用解剖和损害后定位诊断

第一节 大脑半球的应用解剖和 损害后定位诊断

人是有感情、有意识,有个性、有社会性的生命体,而大脑则是赋予我们知识、智慧、创造性和智力的器官。人类大脑的基本细胞是神经元,它是由细胞核,树突,细胞体等组成,然后伸展出一个轴突,与下一个神经元发生突触联结。突触前和突触后之间的信息交流是大脑的一个重要活动,突触是人类智能非常重要的工作环节,所形成的突触联结要具有可塑性,人类才有智慧。人类大脑的神经元数目是 10^{11} 个,就是一千亿个,突触联结数量是 10^{15} 个,另外还有 9×10^{11} 个神经胶质细胞,这些神经元束构成一个庞大的网络。大脑就是由很多网、很多联结、高度复杂的网络构成的。脑的高级功能就是靠这些网络来完成的,这些网络的正常运作保证了人脑具有高度精确性,高度智能性和复杂性,可塑性等特性。因此,我们应该很好地理解脑、爱护脑,利用脑和开发脑,积极预防脑疾病特别是脑血管病的发生。

大脑又分为左右半球,中间借胼胝体相连。半球的总面积约为 200000 ~ 248000 平方毫米,表面灰质厚约 1.3 - 4.5 毫米,皮层神经元约为 140 亿。皮层下为白质,白质中的灰质核团称为基底节。半球内的腔是侧脑室。现在已知,左侧大脑半球在思维、语言和计算能力等方面起主导作用。右侧大脑半球,对于空间、音乐、美术等方面的辨别,则优于左侧大脑半球,例如认识面貌、

凭借外形识别物体,以及识别音乐的主旋律等。胼胝体对既往已学过知识的辨别、感觉经验和记忆有重要作用。

一、大脑半球的分叶和损害后定位诊断

大脑半球借外侧裂、中央沟和顶枕裂分为4个叶,即外侧裂以上、中央沟以前为额叶,外侧裂以下为颞叶,中央沟以后为顶叶,顶枕裂以后为枕叶。根据皮层神经细胞的排列和类型,以及有髓纤维分布的差异,将皮层分为若干区,比较适用的是布劳德曼(Brodmann1909)划分的52区。

(一)额叶。额叶是大脑皮层的最大叶,位于前颅凹内,大脑外侧裂的上方。前端为额极,中央沟前方的平行沟为中央前沟,之间称中央前回,中央前沟向前伸出两个平行沟为额上沟和额下沟,因而又区分为额上、中、下回。额下回被外侧裂的V形沟又区分盖部、三角部和眶部。额叶不仅有语言和运动中枢,而且还与人的智能、记忆、思维逻辑等高级神经活动密切相关,故其损害后可出现以下局灶性定位神经症状群。

1. 额极(10,11区)损害额极是高级精神活动的中枢,损害时产生智能与行为障碍,注意力不集中,精神萎靡、抑郁、焦虑与性格改变、童样痴呆、轻浮、愚蠢、令人生厌的开玩笑等。强握与摸索也是额极损害的一个重要体征,见于病变对侧手。

2. 中央前回损害(4,6区)中央前回是锥体束的发源地,故刺激性病变产生对侧躯体的局限性运动性癫痫;破坏性病变产生对侧肢体单瘫,即或偏瘫也以局限性肢体瘫痪程度重为其特点。

3. 额中回后部(8区)损害额中回后部是管理头、眼向对侧注视和书写中枢。此区刺激性病变,头、眼注视病灶对侧;破坏性

病变头眼注视病灶侧。主侧半球(右手利者左半球),此区损害出现失写症,此时病人的书写运动技能障碍,视读正常。

4. 额下回后部(44,45区)损害此区又称 Broca 区,在主侧半球是运动语言中枢,损害时出现运动性失语症,即可理解别人讲话的意义,但不能说话。

5. 额中回前部(9区)损害此区是额桥小脑束的发源地,损害后产生额叶性共济失调,表现病灶对侧半身共济失调,以步态不稳多见,严重者不能站立、行走。伴有额叶其他症状。

6. 其他症状 额叶底部与丘脑下部有广泛联系,损害后可出现食欲亢进、多饮多尿、高热、多汗等。额叶底面和额极损害可累及嗅球,产生同侧嗅觉丧失。占位性病变可压迫视神经,产生同侧视神经萎缩,因高颅压而使对侧视乳头水肿,呈 Foster — Kennedy 氏综合症。

(二)顶叶。中央沟后方的平行沟为中央后沟,之间为中央后回,上方有顶尖沟,分为顶上小叶和顶下小叶。顶下小叶的前部分为缘上回,后部分为缘下回。中央前后回延伸到内侧面的部分为旁中央小叶。顶叶各部位损害后的定位诊断:

1. 中央后回(3、1、2区)损害此区是皮层感觉区,接受丘脑皮层束的纤维,其排列与中央前回一致,呈倒置“人”形。刺激性病变,产生病灶对侧相应肢体呈电击感、蚁走感、麻木感,呈局限性、感觉性癫痫。破坏性病变,产生病灶对侧相应肢体感觉障碍,以复合性感觉障碍为主。

2. 顶上小叶(5、7区)损害出现皮层感觉障碍,其特点是痛温觉可相对正常,主要为复合性感觉障碍,如实体觉、定位觉两点

辨别觉缺失。

3. 主侧半球缘上回(40区)是运用中枢,损害后出现失用症,即病人虽无瘫痪,但不能进行日常熟悉的动作。机体运用机能是皮层感觉,运用和胼胝体机能正常情况下共同完成的。主侧半球缘上回通过联合纤维与中央前回联系,并通过胼胝体与对侧缘上回联系,主侧缘上回病变两手失用症,病变损及左缘上回与中央前回的联合纤维则出现右侧偏瘫、左手失用症,胼胝体内损害也出现左手失用症。失用症以其表现可分为:(1)运动性失用症:病人无瘫痪,无共济失调情况下不能完成写字、缝纫、穿针、绣花等精细动作。(2)观念性失用症:其特点是无意义地、混乱而歪曲地执行一种动作,特别是复杂动作,缺乏完成整个动作的观念。如令其擦火柴、点烟、吸烟连续动作,可能用香烟去擦火柴盒,将火柴放入口中,或在火柴盒不该擦的一面去擦火柴。(3)观念运动性失用症:病人能做简单的动作,但不能完成复杂动作和模仿动作,病人知道如何做,也可讲出,但自己却不能完成,如嘱其用手指鼻,反指耳;嘱握手,反两足并拢而立正等。

4. 主侧半球角回(39区、19区前部)损害 主侧半球角回是阅读中枢,损害后丧失理解书写文字的意义,看不懂书报,能自发地写字,但不能抄写。

5. 旁中央小叶损害 内侧面小叶是支配下肢、足的感觉、运动和二便的高级中枢,病变后产生该部位的运动、感觉、大小便功能障碍。

6. Gerstmann氏综合征 左侧顶叶下部和颞顶交界处病变,出现手指失认症、左右失定向症、失写症及失算症,此症称 Gerst-

mann 氏综合征。

7. 意义性失语症 主侧半球顶、枕、颞三叶的交界处病变引起此类失语。此区功能是对视觉、听觉、言语信息进行整合,产生语义以及可以表达这些语义的言语符号和句法编码。意义性失语症的特点是对语法结构复杂的句子丧失了理解能力,如患者不能区别“兄弟的父亲”和“父亲的兄弟”两者的意义。无法理解语法上的被动语态,如“苹果被小孩吃了”,患者弄不清谁吃了谁。

8. 体象障碍顶叶损害 患者表现对字体结构的认识障碍,称为体象障碍。包括(1)偏瘫失注症:对偏瘫失却关注;(2)失肢体感:觉得自身肢体缺失;(3)偏瘫无知症:否认自己肢体偏瘫,用无关的理由解释偏瘫,或不承认瘫肢是属于自己的;(4)幻肢症:多为幻三肢。

9. 可令患者画钟面、人面等图形,出现有的线条过粗、过细、过长、过短,各部分比例不适宜、过于挤拢、支离分散、左右颠倒等现象。

10. 地理障碍顶叶病变产生地理关系的认识障碍,如熟悉地方竟感生疏,迷失方向,

11. 其他症状顶叶病变可发生对侧肢体偏瘫或单瘫,呈弛缓性瘫痪伴有肌肉萎缩。顶尖沟附近为前庭中枢,病变后出现共济失调、步态蹒跚、眼球震颤。病灶对侧下 1/4 视野象限性偏盲。

(三)颞叶。前端为颞极,有三条与外侧裂平等的沟,称为颞上、中、下沟,之间称上、中、下回,外侧裂的下壁为颞横回,内侧面为海马回。

颞叶损害的定位诊断:

1. 感觉性失语 主侧半球的颞上回后部(Wernicke 区 41, 42 区)是感觉性语言中枢。此区病变出现感觉性失语症,即病人能自言自语,但不能理解自己和别人说的话。病人对别人的言语音节感知发生障碍,以及言语意义的理解发生障碍。有的出现语言错乱症,有的出现多言症,有的出现空话症。感觉性失语病人能抄写日常用语,不能写出别人说出的词句。

2. 命名性失语 又称健忘性失语。病变位于优势半球颞中回后部(20, 21, 37 区)或颞枕交界区病人失去了对物品命名的能力,只知其用途,而不知其名称。如不能说出“钥匙”名称,而能说出它是“铜做的”,是“开门用的”。

3. 颞叶癫痫 表现为(1)幻嗅、幻味、幻视、幻听等幻觉,常为癫痫发作的先兆症状。(2)感觉异常,可为躯体的某一部位或半身躯体感觉异常,如腹部、心前区、内脏等不适感。(3)记忆障碍表现为似曾相识感、旧事如新感,事后不能回忆。(4)精神自动症、神游、梦游。(5)咀嚼动作、头眼回转动作、躯体转圈动作等。(6) EEG 常见单侧或双侧颞叶棘波,也可为其他异常(非颞叶异常)或无异常。(7) PET 可显示颞叶局部代谢降低。

4. 听觉障碍 颞横回是皮层听中枢,刺激性病变产生幻听;破坏性病变(双侧)产生听力减退或听觉失认症(不能辨别声音性质、音调高低)。

5. 视野障碍 下部是放射纤维通过颞叶深层,损害可产生对侧上 1/4 视野的象限盲。

6. 音乐障碍 主侧半球颞上回前部(22 区)为音乐中枢,损害后患者不能唱歌,也听不懂音乐。

7. 共济失调 病变破坏颞桥小脑束,出现小脑性共济失调伴颞叶本身症状。

8. 精神症状 主侧半球颞叶广泛而迅速病变可出现精神症状。主要表现为性格改变、情绪异常(如焦虑、忧虑、恐慌、愤怒)、类偏执狂、记忆障碍等。

(四)枕叶。枕叶后端为枕极,内侧面可见距状裂,此裂两侧为舌回和楔回。枕叶包括 Brodmann 17, 18, 19 区。不同区和单双侧枕叶的损害,会出现不同症状。

枕叶损害的定位诊断:

1. 视中枢损害视中枢(17 区为中心区,18, 19 区为边缘区)受刺激时,产生幻视,如闪光、火星、暗影等。破坏症状有(1)距状裂以下舌回损害,产生对侧上象限同向偏盲;(2)距状裂以下楔回损害,产生对侧下象限同向偏盲。以上两处象限盲患者,黄斑视野保留,病人不自觉有视野缺损。两侧视中枢损害产生皮质盲。

2. 视觉认识不能症患者视力正常,但用眼不能认识物体,借助触觉才能分清物体种类,但对颜色可以辨认。

3. 视物变形症枕叶病变可出现对物体形状认识障碍,表现过大、过小或畸形怪状。

二、皮层下结构

(一)基底节皮层下白质内的灰质核团称为基底节,包括尾状核、豆状核、壳核和杏仁核。其中尾状核和豆状核,又称为纹状体,是维持肌能力和肌肉协调活动的重要中枢。豆状核外侧位壳核,内侧位苍白球。杏仁核连于尾状核的末端,属边缘系统。

(二)内囊从皮层发出的下行传导束如脊髓、脑干向皮层的投射纤维,在尾状核和豆状核之间集中通过处,即为内囊。

内囊位于丘脑、尾状核、豆状核之间,分三部分:(1)前肢尾状核与豆状核之间,额桥束和丘脑前放射通过。(2)膝部尾状核、豆状核、丘脑之间,皮质脑干束通过此部。(3)后肢丘脑与豆状核之间皮质脊髓束、丘脑皮质束、顶颞枕桥束、视放射、听放射等纤维通过。

内囊病变:锥体束集中于内囊后肢前2/3通过,故引起上下肢均等的完全性偏瘫。因丘脑皮质束、视放射通过内囊后肢,故同时产生对侧偏身感觉障碍及偏盲,称为三偏症。

(于德华 纪连廷)

第二节 脑干的应用解剖及损害后定位诊断

脑干包括延脑、桥脑和中脑,几乎全部位于后颅窝,后上面覆盖小脑,全长约8cm。大脑皮质与脊髓、小脑相互联系的上行和下行纤维束,都要经过脑干传导功能。脑干内的网状结构,有维持大脑皮质觉醒、引起睡眠、调节骨骼肌张力,以及内脏活动等功能。另外,延髓内有调节呼吸运动和心血管活动的“生命中枢”,一旦受损,可危及生命,桥脑内有角膜反射中枢,中脑内有瞳孔反射中枢。因此,脑干是人体最重要的生命活动中枢。在临床上脑干的三个横断面有重要意义。

(一)延髓中段横断面:1. 中央管扩大成第四脑室。2. 颅神经核逐渐外移,依次是舌下神经核、迷走神经背核、孤束核、前庭核。3. 迷走神经背核和舌下神经核的腹核是疑核。4. 三叉神经