

● 主 编 邵玉玺 杨仁旭

四川科学技术出版社

中西医结合 神经内科手册

中西医结合是我国医学的一大优势，它融合了我国传统医学和现代医学知识，不仅可以发挥中西医结合两方面的优势，提高临床疗效、提高防治疾病的能力、保护和增进人民的健康，而且可以带来知识创新和科技创新，创造新观点、新学说、新概念、新理论、新方法和新技术，并逐步创造和发展我国统一的新医药学。

中西 医结合 神经内科手册

主 编

邵玉玺（北京中医医院西医学习中医神经内科 主任医师 博导）

杨仁旭（成都中医药大学附属医院 主任医师 博导）

副主编

陈卫银（成都中医药大学附属医院 副主任医师 博士）

编 者

王麟鹏（北京中医医院中医针灸科 主任医师）

夏淑文（北京中医医院康复科 副主任医师）

四川科学技术出版社

· 成都 ·

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合神经内科手册/邵玉玺,杨仁旭主编. - 成都:
四川科学技术出版社, 2014. 7

ISBN 978 - 7 - 5364 - 7916 - 6

I. ①中… II. ①邵… ②杨… III. ①神经系统疾病 -
中西医结合疗法 - 手册 IV. ①R741.05 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 118055 号

ZHONGXIYI JIEHE SHENJING NEIKE SHOUCHE 中西医结合神经内科手册

出品人 钱丹凝
主 编 邵玉玺 杨仁旭
责任编辑 李迎军
封面设计 叶 玲
版式设计 康永光
责任出版 欧晓春
出版发行 四川科学技术出版社
成都市三洞桥路 12 号 邮政编码 610031
官方微博: <http://e.weibo.com/sckjchs>
官方微信公众号: sckjchs
传真: 028 - 87734039

成品尺寸 138mm × 199mm
印张 9.75 字数 250 千 插页 4
印 刷 四川五洲彩印有限责任公司
版 次 2014 年 7 月第一版
印 次 2014 年 7 月第一次印刷
定 价 26.00 元

ISBN 978 - 7 - 5364 - 7916 - 6

■ 版权所有·翻印必究 ■

■ 本书如有缺页、破损、装订错误, 请寄回印刷厂调换。

■ 如需购本书, 请与本社邮购组联系。

地址/成都市三洞桥路 12 号 电话/(028)87734035 邮政编码/610031

ZHONGXIYI JIEHE SHENJINGNEIKE SHOUC





前 言

神经系统疾病是临床常见病和多发病,它的特殊性在于检查比较复杂,诊断比较困难,不少疾病的治疗效果目前尚不理想。

中医药是一座伟大的宝库,在几千年与疾病作斗争中,积累了丰富的理论与临床经验,以其独特丰富的诊治方法,实用、经济、疗效好的特点,在诊治神经系统疾病中发挥着巨大的作用,为人类文明进步发展做出了伟大的贡献。

中西医结合是我国在医疗工作中独具的巨大优势,西医的检查诊治手段,中医药辨证施治,集中西医精华于一体。其优势互补,综合诊治的方法,极大的促进了我国神经系统疾病诊治水平,治疗效果的显著提高,越来越得到广大患者的认可和中西医的共识。编写这本手册,主要是为神经内科医生和基层全科医生提供最新的西医和中医在神经系统疾病诊治中的先进、成熟、实用的成果。期望对神经系统疾病诊断治疗工作有所帮助,造福于病人。

本着中西医结合,诊治并重,临床实用的原则。以西医对疾病的诊断为线,常见和比较常见的疾病为主,介绍内容包括对每种疾病的病因、症状体征、诊断要点以及治疗提要;并对每一种疾病在中医辨证的基础上进行立法、选方、用药和针灸的综合治疗。取材尽量采用新的,或比较新的成果,力求完整,但作为手册,又应简明扼要,将科学性、先进性、实用性融为一体,临床实用为主,以符合我国当今的医疗水平。

编写中参考了现代西医和中医各名家的研究成果(在此表示感谢),也有编者自己的临床经验和体会。本书还强调了疾病康复治疗的重要性,加入了常见疾病如脑卒中和脊髓、周围神经疾病的康复治疗,附在书后,供医生参考应用。

在编写过程中得到四川科学技术出版社的积极指导,热情支持,特此表示诚挚的感谢。

由于编者水平所限,未能达到编者初衷,编选中难免有取舍不当或谬误之处,请读者及同道批评指正。

邵玉玺 杨仁旭

2007年8月



目 录

第一章 脑血管疾病.....	1
第一节 脑出血.....	2
第二节 蛛网膜下隙出血	14
第三节 高血压脑病	19
第四节 脑底血管网症	22
第五节 动脉硬化性脑梗死	24
第六节 脑栓塞	33
第七节 短暂性脑缺血发作	36
第八节 腔隙性脑梗死	41
第九节 颅内动脉瘤	43
第二章 脑部感染性疾病	46
第一节 单纯疱疹病毒性脑炎	47
第二节 水痘 - 带状疱疹病毒脑炎	51
第三节 亚急性硬化性全脑炎	52
第四节 病毒性脑膜炎	55
第五节 流行性脑脊髓膜炎	58
第六节 结核性脑膜炎	63
第七节 脑脓肿	67
第八节 脑血吸虫病	71
第九节 脑囊虫病	74
第十节 脑蛛网膜炎	76

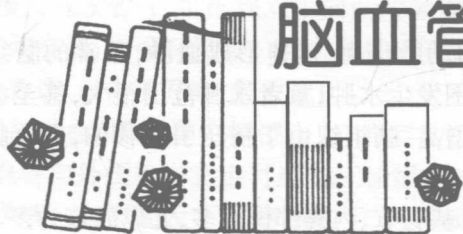
第三章 颅内肿瘤	80
第四章 脑部发作性疾病	86
第一节 癫痫	87
第二节 偏头痛	102
第三节 丛集性头痛	115
第四节 紧张性头痛	117
第五节 发作性睡病	120
第五章 脑外伤	124
第一节 脑震荡	125
第二节 脑挫伤	127
第三节 脑干损伤	130
第四节 外伤性颅内血肿	133
第六章 锥体外系疾病	137
第一节 帕金森病	138
第二节 小舞蹈症	143
第三节 慢性进行性舞蹈症	146
第四节 肝豆状核变性	149
第五节 抽动秽语综合征	152
第六节 肌张力障碍	154
第七章 脊髓疾病	157
第一节 急性脊髓炎	158
第二节 急性脊髓灰质前角炎	163
第三节 脊髓蛛网膜炎	165
第四节 脊髓亚急性联合变性	167



第五节	脊髓空洞症	170
第六节	运动神经元病	174
第七节	椎管狭窄	177
第八节	脊髓压迫症	180
第九节	脊椎结核	184
第十节	脊髓外伤	186
第八章	周围神经疾病	190
第一节	三叉神经痛	191
第二节	面神经炎	194
第三节	面肌抽搐	197
第四节	枕神经痛	200
第五节	臂丛神经麻痹	202
第六节	上肢神经麻痹	205
第七节	腕管综合征	207
第八节	带状疱疹	209
第九节	坐骨神经痛	212
第十节	股外侧皮神经炎	216
第十一节	下肢神经麻痹	218
第十二节	多发性神经病	220
第十三节	急性感染性多发性神经根神经炎	223
第十四节	慢性感染性脱髓鞘性多发性神经根神经炎	227
第九章	脱髓鞘性疾病	231
第一节	多发性硬化症	232
第二节	视神经脊髓炎	238
第三节	急性播散性脑脊髓炎	240

第十章 神经系统遗传性疾病	243
第一节 遗传性共济失调症	244
第二节 神经纤维瘤病	247
第三节 结节性硬化症	250
第十一章 神经系统先天性疾病	253
第一节 先天性脑积水	254
第二节 大脑性瘫痪	256
第十二章 自主神经系统疾病	259
第一节 间脑疾病	260
第二节 直立性低血压	263
第三节 肢端红痛症	266
第四节 面偏侧萎缩症	269
第五节 雷诺病	271
第十三章 肌肉疾病	274
第一节 进行性肌营养不良症	275
第二节 重症肌无力症	278
第三节 周期性瘫痪	283
第十四章 神经症	287
附一 脑血管疾病的康复治疗	303
附二 瘫痪肢体的康复治疗	305

第一章



脑血管疾病

第一节 脑出血

【西医部分】

一、病 因

脑实质内的出血称为脑出血,这是急性脑血管病中最严重的一种,病死率高。病因主要由高血压性脑内细小动脉硬化引起。其他还有血液病或其他血管病引起,但不多。这一节主要叙述高血压性脑出血。

脑出血大多为动脉出血,迅速形成血肿,正常的脑组织被损毁,接着在病灶周围发生水肿,重者水肿范围很大,甚至波及整个大脑半球;颅内压增高,脑组织由于挤压引起移位,发生脑疝等严重的变化。

脑出血部位以基底节、内囊部位最多,尤以壳核为多。其次为丘脑,在脑桥、小脑部出血者较少。脑出血可以破入脑室、蛛网膜下隙(腔)。

二、症状体征

1. 老年人多见,白天发病者多,常在情绪激动、用力等血压不稳定的情况下,甚至用力解大便时突然发病。病人出现的症状主要有两大部分,即全脑症状与局灶性症状。

2. 依病人年龄、全身状况、病灶大小、病变部位、症状各不相同,重者以全脑症状为主,常常掩盖局灶症状与体征;较轻的病人,则局灶征表现明显。全脑症状明显者很快进入昏迷,呕吐频频,呈喷射性,呕吐物可呈咖啡色,大小便失禁;如出现中脑疝,则见瞳孔



散大,呼吸深沉,心率加快,血压急剧升高;病情进一步恶化,则呼吸及心律不规则,血压下降,体温升高,病人处于危急状态。

3. 病情较轻者,病人只有嗜睡,少数病人神志清醒,全脑症状不明显。在急性期重症病人,因病人不能配合,故体征的检查有困难;肢体瘫痪者,多呈软瘫,生理反射查不出,也查不出病理征。发病一两周后,瘫痪的肢体肌张力逐渐增高,生理反射出现,也出现病理征,局灶性体征显现明显,对定位诊断有了更多的依据。

4. 依不同部位的病灶,临床表现为:

1) 基底节、内囊出血:壳核出血最多见,或称内囊外侧型出血,病人眼球常向出血灶的一侧凝视,对侧肢体偏瘫,对侧偏身感觉迟钝,损及视放射时,可出现双眼病灶对侧同向性偏盲,称三偏征。在左侧病变,尚可失语。若血肿扩展至额、颞叶,或破入脑室可迅速昏迷、颅内压升高,导致死亡。

2) 丘脑出血:即内囊内侧型出血,典型的症状是对侧偏身感觉障碍,血肿向外压迫内囊也可出现三偏征;向内破入脑室,可引起高热、昏迷。向下损及下丘脑和脑干,又可出现上消化道出血等;最后常因脑干功能衰竭而死亡。

3) 脑叶出血:即脑白质出血。小量出血时症状轻,有时酷似脑梗死。血肿如破入蛛网膜下隙,则脑膜刺激征明显,并伴有脑叶受损的表现;额叶受损时可有精神异常、强握、摸索等;顶叶受损时,出现对侧下肢感觉障碍、失用以及体象障碍等;颞叶病损可有幻视、幻听、感觉性失语等;枕叶受损可出现双眼对侧同向性偏盲。

4) 脑干出血

(1) 中脑出血:出血少者,有病侧或双侧动眼神经损害,伴有对侧或双侧锥体束征;大量出血,可很快出现双侧瞳孔散大、深昏迷,病情严重,可迅速死亡。

(2) 脑桥出血:占脑干出血的大部分;多由基底动脉出血所

致,起始可限于一侧,可有复视,病侧面神经麻痹(下神经元性)及对侧肢体瘫痪,病人眼球向病灶对侧凝视;如病变波及双侧,则病情极为严重,可立刻昏迷、针尖样小瞳孔、高热、呼吸不规则,并伴多脏器功能急性损害,一两天即死亡。也有小量出血,症状轻微,意识清楚,症状为眩晕、交叉性肢体瘫痪或感觉障碍者,这种情况预后较好。

(3)延髓出血:少见。表现为突然昏迷、血压下降、呼吸不规则、心律失常,可迅速死亡。

5)小脑出血:比较少见,出现枕部痛,发病急,预后严重,病人感觉头痛、眩晕、剧烈呕吐、站立不稳和肢体共济失调(病灶侧肢体)、眼球震颤,但肢体瘫痪不明显。小脑出血以小脑半球为多,如破入第四脑室,则病情加重,处于危险状态。个别病人,病灶小者,可转入恢复期,一般症状渐减轻,唯眩晕症状、共济失调等可持续较长时间。

6)脑室出血:多继发于脑实质出血,原发性脑室出血较少,当出血量大时,则很快四肢瘫痪,并出现双侧肢体强直性抽搐,出现脑疝症状,接着高热,呼吸循环紊乱,已无良法可治。少量出血者,可有头痛、恶心、呕吐等,可有或不伴有意识障碍,病情也可逐渐减轻转入恢复期。

三、诊断要点

1. 年龄多在 50 岁以上,有高血压病史;常在白天发病,在情绪激动、兴奋时容易发病,也常在饱餐后发病。

2. 突然发病,发病甚急,几分钟内病情发展到极为严重,初起时,可有头痛、头晕,严重时伴有喷射性呕吐,迅速进入昏迷,大小便失禁。

3. 依病灶部位,出现不同的症状;最常见者为偏瘫。



4. CT、MRI 检查即能明确出血部位、范围和出血量。

5. 腰椎穿刺时,脑压多增高,脑脊液中可有红细胞。

四、治疗提要

治疗的第一个目标是挽救生命,第二个目标是减轻后遗症。以下各项是主要的治疗护理措施。

1. 急性期治疗

1)病人发病后,在转往医院及搬动病人进病房时,力求平搬平放,防止动作粗暴,以免出血加重;并严密观察体温、血压、呼吸、心率等生命体征。保持呼吸道通畅,及时吸痰、吸氧,以改善脑部氧的代谢。这些措施是进一步治疗的基础,必须重视。

2)控制过高血压:目前有学者主张血压超过 26.6/14.6 kPa (200/110 mmHg)时方可降低血压,在颅内压得到控制后,血压也会得到调整。血压不可过低或下降过速;血压过低,会加重脑缺血,脑分水岭区脑梗死主要由低血压导致供血不足所致,应当避免。

降血压可用呋塞米 40 mg 静脉注射;如需进一步降低血压时,可在严密监测血压下,用硝酸甘油 25 mg 加入质量浓度为 50 g/L (5%)的葡萄糖 500 ml 中,以 10 ~ 100 μ g/min 的速度缓慢静脉点滴,一旦血压下降,即减缓滴速,这样便于控制血压水平。不用肌肉注射利舍平(利血平)等一次性药物,以免血压突降,难以控制;血压稳定后可口服卡托普利、美托洛尔等;在用利尿降压药物时注意补钾。

3)控制脑水肿:降低颅内压是很重要的治疗措施,严重的脑水肿,颅内压明显升高,可引起脑疝,危及生命,这是致使脑出血病人死亡的重要因素之一。

现在常用的药物有 200 g/L (20%) 的甘露醇 250 ml,经静脉

20 ~ 30 min快速滴入,可用 2 ~ 3 次/d,效果可靠,有反跳现象,唯需注意肾功能,并会出现血尿,必须注意。如尿量少,在 4 h 内少于 250 ml 时,即应停用。

也可用 100 g/L (10%) 的甘油静脉注射剂 500 ml 静脉点滴,1 次/d,效果较缓,但注意用量过大、过快会发生溶血反应。另外,甘油果糖也可应用,作用缓和,一般无反跳现象,肾功不全也可考虑使用。

呋塞米降低血压的同时也降低颅内压,也可与甘露醇交替使用,以减轻副作用。

如用 200 g/L (20%) 或 250 g/L (25%) 的人血清蛋白 50 ~ 100 ml 静脉滴注,1 ~ 2 次/d,可降压和脱水,效果好;有心、肾功能不全者,宜先用利尿剂。

脱水治疗使血浆渗透压在 310 ~ 320 mmol/L (mOsm/L) 之间为宜。降颅压治疗有效后,在一周内逐渐停用。脱水治疗对轻、中度脑水肿有较好疗效;对极重病人,脱水治疗只能为手术减压争取时间,药物难以完全缓解病情。

4) 止血药的应用:因脑出血为动脉出血,止血药并无意义;唯在有血液病及肝功能不正常者,仍可选用酚磺乙胺、氨甲环酸、凝血质等。在应激性溃疡胃出血时,用奥美拉唑 20 ~ 40 mg/d 口服或静脉注射,效果尚好;另可用西咪替丁、雷尼替丁等,按上消化道出血治疗;也可口服去甲肾上腺素加冷盐水(每 100 ml 水加入 8 mg 去甲肾上腺素),及口服云南白药、三七粉等;有些需用胃镜止血。

5) 镇静、止痛药的应用:病人躁动不安,用手抓头,常是病人头痛的表示,给病人一些镇静止痛药,如可待因 30 mg 或地西泮 5 mg 肌肉注射,可使病人痛苦减轻,防止因躁动引致出血加重,但对危重病人不可用,因其可能抑制呼吸。还要注意大小便情况,因膀胱胀满及大便不通均可使病人不安。



6) 抗生素的应用:病后不久,重病人出现的中枢性高热,及病后一两周出现的低热(为吸收热),均不一定为感染所引起,可不必预防性用抗生素;但昏迷病人吸入性肺部感染者不少,在肺部有啰音、白细胞明显增高者,抗生素的应用还是必要的,因肺部感染导致病人死亡者不少。尿路感染也需预防及应用抗生素。

7) 降温治疗:降低头部温度,可降低头部代谢率,进而降低氧的消耗,使脑组织在低氧状态下受伤害的程度减轻,并可降低脑水肿的程度,这样有利于脑细胞功能的恢复,为此,头部冰敷降温有积极意义,以用冰帽降温为好;以往曾用冬眠疗法,因并发症多,护理负担重,现已不用。用冬眠合剂降温时,需注意氯丙嗪可明显降低血压的副作用。

8) 饮食:对重病人,第1d可不考虑经口进食,第2d用能量合剂补充热量和液体,第3~4d仍不能进食者,鼻饲饮食很有必要,不然难以维持病人的营养。鼻饲可以多用几天,无明显的不良反应;如勉强喂食,反可能引起肺部感染。一般不需长期用鼻饲。对吞咽困难、进食发呛者,用较软而黏糊性的食物,有利于吞咽。应注意在进食时,让病人侧卧,或扶起半坐位以减少发呛。在用利尿脱水药时,必须注意水电解质的平衡,测定血浆渗透压加以调整。

9) 加强护理:很重要,对重病病人的翻身拍背,是减少肺部感染不可缺少的工作;同样对预防发生褥疮也必须重视,由此发生伤口感染不愈,以致发生菌血症而难以治愈者,不乏实例。对重病人,在急性期也常需用导尿管,这样对病人的护理及观察尿量很方便,同样,需长期用导尿管者不多;因导尿发生感染,导致严重后果者也不多。另一点应注意的事是大便必须通畅,用轻泻药比灌肠更好,因同时有降低颅压的作用。

10) 手术治疗:对一些重病人,如有手术适应证,则手术或可挽救病人的生命,减少后遗症。如小脑出血、大脑血肿近脑皮质