

SHENJING NEIKE YIZHU SUCHA SHOUCE

王新高 张在强 主编

# 神经内科 医嘱速查手册

第2版

保留和延续第1版的精华  
更新一半以上的内容



- ★ 病种更多
- ★ 内容更新
- ★ 检查、用药等注释更详尽
- ★ 更易查询

业出版社

新  
临床医师  
之首选

SHENJING NEIKE YIZHU SUCHA SHOUCHE

王新高 张在强 主编

# 神经内科

## 医嘱速查手册

第2版



化学工业出版社  
北京

ISBN 978-7-122-21000-0

本书在第1版的基础上进行了修改，增加了5个病种，更新了一半以上的内容，增加了内容的丰富程度，列出了神经内科常见疾病的医嘱及特殊情况下的医嘱，并采用注的形式对医嘱中重要检查、治疗及使用注意事项、其他可选的替代方案等内容进行详细讲解，既注重治疗方案的选择与实施，又强调治疗并发症的预防及处理。还附处方常用外文缩略表。

本书适合神经内科的低年资医师、研究生、实习生及全科医师阅读、参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

神经内科医嘱速查手册/王新高, 张在强主编. —2版.  
北京: 化学工业出版社, 2018.8

ISBN 978-7-122-32399-6

I. ①神… II. ①王…②张… III. ①神经系统疾病-  
医嘱-手册 IV. ①R741-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第130407号

---

责任编辑: 戴小玲

装帧设计: 张辉

责任校对: 吴静

---

出版发行: 化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号  
邮政编码100011)

印刷: 大厂聚鑫印刷有限责任公司

装订: 三河市宇新装订厂

787mm×1092mm 1/32 印张15<sup>1</sup>/<sub>4</sub> 字数441千字

2018年9月北京第2版第1次印刷

---

购书咨询: 010-64518888(传真: 010-64519686)

售后服务: 010-64518899

网址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

---

定 价: 49.00元

版权所有 违者必究

# 编写人员名单

主 编 王新高 张在强

副主编 任文英 贺海霞 周 衡

编 者 (排名不分先后)

董玉娟 包元飞 何明峰 朱 叶 贺海霞

龙 勇 常 嵘 卫红涛 王 佩 杨 玲

陈 晟 罗利俊 黄华生 葛 维 胡卫武

郎继荣 陈 丽 孔祥茹 杨丽白 陈燕燕

张明梅 张晓洁 贺光辉 史 帝 傅永旺

梁新明 郑 冲 任文英 张振帅 王 暖

杜晓萍 徐 宁 李 杰 熊学琴 于春雨

李志勇 张 伟 赵凤芝 曹兰芳 解建国

杨 凡 侯 岚 徐志强 薄家山 张钦军

傅懋林 宋学琴 唐艳华 万 莉 白 雪

张晶晶 王新高 张在强 董 翔 李尊波

王百辰 李建云 王智军 袁民绍 张 放

王伟忠 周 衡

主 审 赵性泉 张星虎



# 序

时隔6年，看到《神经内科医嘱速查手册》再版，谨表祝贺。该书定位于临床一线医生，重点介绍神经内科临床常见病、多发病的诊断及治疗，内容丰富，且言简意赅，紧密结合临床实际工作，力求凸显实用性和可操作性，与时俱进，紧跟最新指南和学术研究进展，确保规范性和新颖性，是一本难得的实用参考书。

该书再版的最大特点是，采用网络平台发布的方式编写，面向全国召集神经病学各亚专业的年轻有为中青年才俊并严格筛选编者资历及初稿质量，仅用半年时间成稿，真正做到了编纂成书的高效率、专业性。参编作者均来源于临床一线工作的医生，从临床实际需求出发，择指南要点及精要内容，因而实用性较强。此书也开创了跨越地域，充分利用网络，高效编书的先河，值得推广。

“李神经会诊中心”是国内最大的神经病学专业学习平台，王新高主任作为李神经会诊中心资深老师，为李神经会诊中心的发展做出了重要贡献。此书的编辑再版，对李神经会诊中心的发展有很大推动作用，锻炼、培养了一大批有为新人。

相信此书的出版，对于指导与提高我国神经内科临床一线医师的诊疗水平会有很大的促进作用，故乐为其序以荐之。



李神经会诊中心 CEO

2018.2



# 前言

《神经内科医嘱速查手册》自2012年出版至今已近6个年头。这6年来，我们从各种渠道获得了读者对本书的反馈意见，不论是赞赏的还是提出宝贵建议的，均表达了广大读者对本书的厚爱。每每听到很多刚刚步入临床工作的年轻医师们把这本书揣在白大衣口袋里当作常备的工具书时，我们深感欣慰，同时也感到责任重大。

临床医学的发展日新月异，特别是神经内科疾病，每年都会有大量的研究结果发表，同时也有很多指南在不断得到更新。为了不辜负广大读者的支持和厚爱，使图书内容跟上时代的飞速发展，我们有意对该手册内容进行重新修订。当我们把这一想法在“李神经会诊中心”微信群公布时，竟得到了众多群友的积极响应，大家一致赞成遵循新近的指南和循证证据编写一本医嘱手册对规范医疗行为，提高医疗质量至关重要，并强烈要求加入到编写队伍中来。

严格筛选参编人员，参编人员查阅了大量国内外文献，并反复研读，提取精要，请教相关专家，经过半年多的努力，终于在2018年春节到来之前完成编写。本手册有如下特点：①实用性和临床可操作性：临床一线医师据此医嘱简便实用且有根有据，操作性强，避免初入临床一头雾水；②规范性和新颖性：本书主要参考国内外近3~5年的指南、专家共识或新版教科书内容编写而成，文献截至2018年2月份，反映了新的医学进展，据此医嘱，规范可靠。

本版手册在2012版的基础上编写而成，感谢2012版所有编者再版的修订奠定了良好的基础。本版保留了第1版中有价值的内容，并根据新近文献做了较大的更新，同时根据近年的医学进

展增加了很多新的内容。如 CHANCE 研究结果的发表使我们对高危非致残性脑卒中的治疗有了更新的认识；血管内介入治疗的发展也使我们对急性缺血性脑卒中的抢救更有信心；免疫学的发展使我们对视神经脊髓炎谱系疾病、自身免疫性脑炎的诊断和治疗提高到一个新的高度；遗传学的发展及二代测序技术的进步让我们对腓骨肌萎缩症、脊髓小脑性共济失调等遗传性神经系统疾病有了新的认识……

尽管我们做了最大的努力，限于编者水平，仍难免有不足之处，恳请各位同仁、读者不吝指正。也希望读者们能够一如既往地喜爱本书并多提宝贵意见和建议，以备再版时参考。

王新高

2018年2月

# 第 1 版前言

医嘱是指医生在医疗活动中下达的医学指令，即医生根据病情和治疗的需要对病人在饮食、用药、化验等方面的指示。可以说，医嘱事关医疗活动的成败，其重要性不言而喻。可是，刚走上临床的医学生们往往都面临这样一种困惑，就是当看完病人回到诊室，却不知怎样有针对性地开出一份合理的医嘱；而即使在上级医师的指导下终于开出医嘱，却又是“知其然而不知其所以然”。

当今医学发展迅速，尤其神经科学在最近的 20 年更是以前所未有的速度向前推进。近年来，我国的神经病学专家们，无论是脑血管病领域还是周围神经病领域，结合国内外循证医学的证据，相继发表了适合我国国情的诊疗指南，临床神经病学已从传统的经验医学时代步入到循证医学时代，并逐渐向个体化医学时代迈进。

从事临床一线工作的医生们，每天不仅承担着繁重的医疗工作，也许还面对科研与教学的巨大压力，他们深感时间和精力之匮乏。如何快捷地从浩如烟海的医学知识中提取有实用价值的临床信息，如何将最新的医学研究成果成功地落实到一个个鲜活的生命身上，他们迫切需要有一本内容简明扼要，实用性强、便于携带的参考书来指导他们的临床实践。基于此，首都医科大学附属北京天坛医院神经病学教研室组织一批长期从事临床一线工作的青年医师，紧跟医疗改革的大潮，遵循临床路径，结合现今发表的临床诊疗指南及专家共识，编写了这本《神经内科医嘱速查手册》。

本书共分十三章，所涉病种主要是神经内科住院的常见病、多发病，如脑血管病、神经感染与免疫性疾病、癫痫、脊髓病、椎体

外系疾病与周围神经病等。考虑到临床工作的实际需要，也将一些少见病如副肿瘤综合征、神经变性病编入其中。

该书 20 万字，通过呼应注简要说明开立长期医嘱、短期医嘱的目的与临床意义；通过综合注诠释疾病的全貌。本书文表结合、实用性强，特别对于刚步入临床的实习生、研究生、住院医师是一本难得的便携式参考用书。

由于时间仓促，水平有限，本书难以做到十全十美。随着新的医学试验结果的发表，其中内容、观点也可能显得陈旧过时甚至错误，诚挚地希望专家、同道、读者们批评指正。

本书在编写过程中得到王拥军教授的大力支持和悉心指导，在此表示衷心的感谢！

本书的编写也同时得到 2011 年度首都医科大学校长研究基金的资助，在此一并致谢！

编者

2018 年 4 月

# 目录

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| 第一章 脑血管病                  | 1   |
| 第一节 急性脑梗死                 | 1   |
| 第二节 缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作 (TIA) | 25  |
| 第三节 脑出血                   | 55  |
| 第四节 蛛网膜下腔出血               | 65  |
| 第五节 颅内静脉系统血栓形成            | 76  |
| 第六节 烟雾病和烟雾综合征             | 85  |
| 第七节 脑小血管病                 | 93  |
| 第八节 血管性痴呆                 | 100 |
| 第九节 可逆性后部白质脑病             | 107 |
| 第二章 神经系统感染性疾病             | 114 |
| 第一节 单纯疱疹病毒性脑炎             | 114 |
| 第二节 化脓性脑膜炎                | 119 |
| 第三节 结核性脑膜炎                | 127 |
| 第四节 隐球菌性脑膜炎               | 137 |
| 第五节 脑囊虫病                  | 146 |
| 第六节 莱姆病                   | 152 |
| 第七节 神经梅毒                  | 154 |

|     |                   |     |
|-----|-------------------|-----|
| 第八节 | 神经型布氏菌病 .....     | 160 |
| 第三章 | 中枢神经系统脱髓鞘疾病 ..... | 167 |
| 第一节 | 多发性硬化 .....       | 167 |
| 第二节 | 视神经脊髓炎谱系疾病 .....  | 176 |
| 第三节 | 急性播散性脑脊髓炎 .....   | 186 |
| 第四节 | 渗透性脱髓鞘综合征 .....   | 193 |
| 第四章 | 脊髓疾病 .....        | 198 |
| 第一节 | 急性脊髓炎 .....       | 198 |
| 第二节 | 脊髓压迫症 .....       | 202 |
| 第三节 | 脊髓亚急性联合变性 .....   | 205 |
| 第四节 | 脊髓血管病 .....       | 209 |
| 第五章 | 锥体外系疾病 .....      | 215 |
| 第一节 | 帕金森病 .....        | 215 |
| 第二节 | 肝豆状核变性 .....      | 229 |
| 第三节 | 肌张力障碍 .....       | 234 |
| 第六章 | 神经变性病 .....       | 244 |
| 第一节 | 阿尔茨海默病 .....      | 244 |
| 第二节 | 运动神经元病 .....      | 254 |
| 第三节 | 多系统萎缩 .....       | 262 |
| 第四节 | 路易体痴呆 .....       | 270 |

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 第七章 肌病及神经肌肉接头疾病               | 275 |
| 第一节 重症肌无力                     | 275 |
| 第二节 多发性肌炎和皮肌炎                 | 285 |
| 第三节 假肥大型肌营养不良                 | 293 |
| 第四节 低钾型周期性瘫痪                  | 297 |
| 第五节 线粒体肌病及脑肌病                 | 299 |
| 第八章 周围神经病                     | 310 |
| 第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病 (AIDP) | 310 |
| 第二节 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病 (CIDP) | 317 |
| 第三节 多灶性运动神经病 (MMN)            | 324 |
| 第四节 特发性面神经麻痹                  | 330 |
| 第五节 面肌痉挛                      | 335 |
| 第九章 癫痫                        | 340 |
| 第一节 癫痫                        | 340 |
| 第二节 癫痫持续状态                    | 369 |
| 第十章 自身免疫性脑炎                   | 373 |
| 第十一章 头面痛                      | 390 |
| 第一节 偏头痛                       | 390 |

|             |                          |            |
|-------------|--------------------------|------------|
| 第二节         | 三叉神经自主神经性头痛 .....        | 395        |
| 第三节         | 紧张型头痛 .....              | 399        |
| 第四节         | 痛性眼肌麻痹 .....             | 402        |
| 第五节         | 三叉神经痛 .....              | 406        |
| <b>第十二章</b> | <b>神经系统遗传性疾病 .....</b>   | <b>410</b> |
| 第一节         | 遗传性共济失调 .....            | 410        |
| 第二节         | 遗传性痉挛性截瘫 .....           | 415        |
| 第三节         | 腓骨肌萎缩症 .....             | 418        |
| 第四节         | 急性间歇性卟啉病 .....           | 425        |
| 第五节         | 肯尼迪病 .....               | 433        |
| <b>第十三章</b> | <b>内科其他系统疾病的脑病 .....</b> | <b>439</b> |
| 第一节         | 肺性脑病 .....               | 439        |
| 第二节         | 桥本脑病 .....               | 443        |
| 第三节         | 肾性脑病 .....               | 448        |
| 第四节         | 神经精神狼疮 .....             | 451        |
| 第五节         | 糖尿病周围神经病 .....           | 457        |
| 第六节         | 一氧化碳中毒迟发性脑病 .....        | 463        |
| <b>附录</b>   | <b>处方常用外文缩写表 .....</b>   | <b>469</b> |
| <b>参考文献</b> | <b>.....</b>             | <b>470</b> |

# 第一章 脑血管病

## 第一节 急性脑梗死

| 长期医嘱   | 临时医嘱  |
|--|---|
| 神经内科护理常规   | 血常规 + 血型  |
| 卒中单元一级护理 <sup>①</sup>  | 血清电解质、肝肾功能、心肌酶、肌钙蛋白等                            |
| 低脂低盐饮食或糖尿病饮食<br>或鼻饲流质饮食  | 快速血糖  |
| 病重通知<br>或病危通知 prn  | 凝血象 (PT、INR、APTT、Fbg)                           |
| 持续低流量吸氧 prn  | B 型钠酸肽 (BNP)                                    |
| 心电监护 prn   | 血气分析 prn  |
| 超声雾化吸入 q6h prn   | 毒物筛查、血液酒精水平 prn                                 |
| 监测生命体征 (BP、R、P、T)<br>prn <sup>②</sup>  | 尿妊娠试验 prn                                       |
| 肠溶阿司匹林 300mg po qd<br>(继以 100mg qd)<br>或 (和) 氯吡格雷 300mg<br>po qd (继以 75mg qd) <sup>③</sup> | 血液传染病学检查 (包括乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)                      |
| 阿托伐他汀钙 40mg po qn  | 胸部正侧位 X 线片                                      |
| 华法林 3mg po qd <sup>④</sup> prn   | 心电图   |
| 20% 甘露醇 125 ~ 250ml iv<br>gtt q8h prn <sup>⑤</sup>   | 头颅 CT 平扫 + CTA + CTP <sup>⑥</sup>               |
|  | 头颅 MRI 检查 (MRI + FLAIR + DWI + SWI + MRA + PWI) |
|  | 数字减影脑血管造影 (DSA)<br>prn <sup>⑦</sup>             |
|  | 颈动脉 + 椎动脉 + 锁骨下动脉<br>超声                         |
|  | 经颅多普勒 (TCD) + 微栓子<br>检测                         |

续表

| 长期医嘱 | 临时医嘱  |                       |
|------|---|-----------------------|
|      | NIHSS、GCS、mRS 等评分 <sup>③</sup>                  |                       |
|      | 脑电图 prn   |                       |
|      | 介入科会诊（血管内介入治疗） prn <sup>④</sup>                 |                       |
|      | 神经外科会诊 prn <sup>④</sup>                         |                       |
|      | rt-PA 0.09mg/kg（最多 9mg） iv st prn <sup>⑤</sup>  |                       |
|      | 0.9% 氯化钠液 100ml<br>rt-PA 0.81mg/kg<br>（最多 81mg） | iv gtt<br>（持续 1h） prn |

① 卒中单元（stroke unit）是一种组织化管理脑卒中患者的医疗模式，以专业化的脑卒中医师、护士和康复人员为主，进行多学科合作，为脑卒中患者提供系统综合的规范化管理，包括药物治疗、肢体康复、语言训练、心理康复、健康教育等。研究已证实卒中单元能明显降低脑卒中患者的病死率和残疾率。因此建议所有急性缺血性脑卒中（Acute ischemic stroke, AIS）患者应尽早、尽可能收入卒中单元治疗。应创建区域性卒中医疗中心，以便能够快速实施阿替普酶（rt-PA）静脉溶栓治疗，并及时桥接血管内治疗。另外，借助互联网技术，通过远程卒中会诊和远程影像评估可以对急性缺血性脑卒中患者进行 rt-PA 静脉溶栓提供有效的决策支持。如果没有卒中中心或卒中团队，社区医生在考虑给予 rt-PA 时，通过电话咨询也是安全可行的。

② 对于 AIS 患者进行再灌注治疗是降低患者致残率和致死率的唯一有效手段。而静脉溶栓治疗是目前最重要的恢复脑血流灌注措施。2014 中国指南建议对缺血性脑卒中发病 3h 内（I 级推荐，A 级证据）和 3～4.5h（II 级推荐，B 级证据）的患者，应按照适应证和禁忌证（表 1-1、表 1-2）严格筛选患者，尽快静脉给予 rt-PA 溶栓治疗。使用方法：rt-PA 0.9mg/kg（最大剂量为 90mg）静脉滴注，其中 10% 在最初 1min 内静脉团注，其余持续滴注 1h，用药期间及用药 24h 内应严密监护患者（测血压 q15min×2h，随后

表 1-1 3h 内 rt-PA 静脉溶栓的适应证、禁忌证、相对禁忌证

|       |   |
|-------|---|
| 适应证   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有缺血性脑卒中导致的神经功能缺损症状</li> <li>• 症状出现 &lt; 3h</li> <li>• 年龄 ≥ 18 岁</li> <li>• 患者或家属签署知情同意书</li> </ul>   |
| 禁忌证   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 近 3 个月有重大头颅外伤史或脑卒中史</li> <li>• 可疑蛛网膜下腔出血</li> <li>• 近 1 周内有不压迫止血部位的动脉穿刺</li> <li>• 既往有颅内出血</li> <li>• 颅内肿瘤、动静脉畸形、动脉瘤</li> <li>• 近期有颅内或椎管内手术</li> <li>• 血压升高：收缩压 ≥ 180mmHg，或舒张压 ≥ 100mmHg</li> <li>• 活动性内出血</li> <li>• 急性出血倾向：包括血小板计数低于 <math>100 \times 10^9/L</math> 或其他情况               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 48h 内接受过肝素治疗（APTT 超出正常范围上限）</li> <li>• 已口服抗凝剂者，INR &gt; 1.7 或 PT &gt; 15s</li> <li>• 目前正在使用凝血酶抑制剂或 Xa 因子抑制剂，各种敏感的实验室检查异常（如 APTT、INR、血小板计数、ECT；TT 或恰当的 Xa 因子活性测定等）</li> <li>• 血糖 &lt; 2.7mmol/L</li> <li>• CT 提示多脑叶梗死（低密度影 &gt; 1/3 大脑半球）</li> </ul> </li> </ul> |
| 相对禁忌证 | <p>下列情况需谨慎考虑和权衡溶栓的风险与获益（即虽然存在一项或多项相对禁忌证，但并非绝对不能溶栓）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 轻型脑卒中或症状快速改善的脑卒中</li> <li>• 妊娠</li> <li>• 痫性发作后出现的神经功能损害症状</li> <li>• 近 2 周内有大手术或严重外伤</li> <li>• 近 3 周内有胃肠或泌尿系统出血</li> <li>• 近 3 个月内有心肌梗死史</li> </ul>   |

注：rt-PA：重组组织型纤溶酶原激活剂；INR—国际标准化比值；APTT—活化部分凝血活酶时间；ECT—蛇静脉凝结时间；TT—凝血酶时间。

表 1-2 3 ~ 4.5h 内 rt-PA 静脉溶栓的适应证、禁忌证、相对禁忌证

|       |  |
|-------|--|
| 适应证   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有缺血性脑卒中导致的神经功能缺损症状</li> <li>• 症状持续 3 ~ 4.5h</li> <li>• 年龄 <math>\geq 18</math> 岁</li> <li>• 患者或家属签署知情同意书</li> </ul>   |
| 禁忌证   | 同表 1-1   |
| 相对禁忌证 | <p>在表 1 基础上另行补充如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 年龄 <math>&gt; 80</math> 岁</li> <li>• 严重脑卒中（NIHSS 评分 <math>&gt; 25</math> 分）</li> <li>• 口服抗凝药（不考虑 INR 水平）</li> <li>• 有糖尿病或缺血性脑卒中病史</li> </ul> |

q30min $\times$ 6h, q1h $\times$ 16h; 测脉搏和呼吸 q1h $\times$ 12h, 其后 q2h $\times$ 12h; NIHSS 评分 q30min $\times$ 1h, 其后 q1h $\times$ 23h, 表 1-3) (I 级推荐, A 级证据); 如没有条件使用 rt-PA, 且发病在 6h 内, 可参照表 1-4 适应证和禁忌证严格选择患者考虑静脉给予尿激酶。使用方法: 尿激酶 100 万 ~ 150 万 IU, 溶于生理盐水 100 ~ 200ml, 持续静脉滴注 30min, 用药期间严密监护患者 (II 级推荐, B 级证据); 溶栓患者的抗血小板或特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗者, 应推迟到溶栓 24h 后开始 (I 级推荐, B 级证据)。需注意的是, 按照美国 2018 急性缺血性卒中早期管理指南 (简称 2018 美国指南, 下同), 对既往 MRI 发现有少量 (1 ~ 10 个) 微出血灶的患者进行静脉溶栓是合理的; 但既往 MRI 发现大量 ( $> 10$  个) 微出血灶的患者, rt-PA 静脉溶栓与症状性脑出血风险增加相关, 且临床获益不明确, 如果有显著潜在获益, 静脉溶栓可能是合理的; 对于合并镰状红细胞病的 AIS 患者进行静脉 rt-PA 溶栓是合理的; 阿昔单抗不能和 rt-PA 静脉同时应用; 不应在 24h 内应用过治疗剂量的低分子量肝素的患者进行 rt-PA 静脉溶栓; 对于轻度神经功能障碍且不伴有颅内大血管闭塞的患者, 可以考虑替奈普酶替代 rt-PA。在制定治疗决策时应认真权衡静脉溶栓的潜在风险和可能的获益。

③ 不适合溶栓的 AIS 患者, 若无禁忌证, 应在发病后尽早给予口服阿司匹林 150 ~ 300mg/d, 急性期后可改为预防剂量 (50 ~