

<<神经内科医嘱速查手册>>

图书基本信息

书名：<<神经内科医嘱速查手册>>

13位ISBN编号：9787122141439

10位ISBN编号：7122141438

出版时间：2012-7

出版时间：化学工业出版社

作者：赵性泉，张星 主编

页数：334

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<神经内科医嘱速查手册>>

### 前言

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护理、饮食、用药、化验、辅助检查等方面的指示。

可以说，医嘱事关医疗活动的成败，其重要性不言而喻。

可是，刚走上临床工作岗位的年青医生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年更是日新月异，新的诊疗手段不断涌现，临床诊疗中更加注重应用循证医学证据。

我国在结合国内外循证医学证据的基础上，相继发表了适合我国国情的各种疾病诊疗指南，可以说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文献中汲取有用的临床信息，并将最新的医学研究成果应用到病人身上，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，查阅国内外文献，依托循证医学证据及已有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，所涉病种主要是在神经内科住院治疗的常见病、多发病，如脑血管病、神经感染与免疫性疾病、癫痫、脊髓病、锥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，分为长期医嘱、短期医嘱开立的组套及格式，并配以详尽的解释，以阐述疾病的诊疗概貌及相应处理的目的及意义。

本书文表结合、直观、简洁，特别适宜于刚步入临床的实习生、研究生及住院医师使用。

由于时间仓促，水平有限，内容定有许多不足之处，而且随着新的药物及技术不断应用于临床，部分内容将会过时，诚挚地希望专家、同道、读者们对本书提出宝贵的批评意见。

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，在此表示衷心地感谢！

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2012年4月

## <<神经内科医嘱速查手册>>

### 内容概要

本书列出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、治疗及注意事项、其他可选方案等内容进行详细讲解，可以弥补低年资医师经验的不足。病种全面，包括分期、分型、介入治疗术前和术后医嘱、并发症、合并症的医嘱；医嘱内容丰富，介绍常规检查、特殊检查、常规治疗、替代方案及其他可选药物。还附有常见化验检查参考值及处方常用外文缩写表。

## <<神经内科医嘱速查手册>>

### 作者简介

赵性泉，医学博士、主任医师、教授、博士研究生导师；首都医科大学附属北京天坛医院神经内科常务副主任、党支部书记。

北京市脑血管病防治协会副会长；中国卒中培训中心卒中单元培训部主任；中华医学会神经科分会青年委员。

作为主要成员承担国家“十一五”科技支撑计划、创新药物平台建设等重大科研项目；主持北京市科委重大项目、首都医学发展基金等十余项科研课题，主要涉及急性卒中的诊断、分型、规范治疗、康复计划、卒中登记系统、远程救治等方面。

协助建立中国首家标准化卒中单元，开发卒中单元数字化管理系统，创办神经科专业网站——叩诊锤论坛。

专业特长：脑血管病、神经危重症、眩晕。

张星虎，医学博士、主任医师、教授、博士研究生导师。

首都医科大学附属北京天坛医院神经内科副主任。

神经内科感染免疫病区主任。

中华医学会神经内科学分会神经免疫学组委员兼秘书。

承担或参加国家“863”项目、国家“973”项目、国家自然科学基金、首都医学发展基金等科研课题7项。

专业特长：神经免疫性疾病（如多发性硬化、脱髓鞘病、重症肌无力、格林巴利综合征及其他与自身免疫相关的神经系统疾病）及神经感染性疾病（如病毒性脑炎、结核性脑膜炎、真菌性脑膜炎、脑脓肿、化脓性脑膜炎、脑囊虫病等）的诊断及治疗。

<<神经内科医嘱速查手册>>

书籍目录

第一章 脑血管病

- 一、短暂性脑缺血发作(TIA)
- 二、脑梗死
- 三、脑出血
- 四、蛛网膜下腔出血(SAH)
- 五、脑静脉系统血栓形成(CVT)
- 六、脑底异常血管网病(烟雾病)
- 七、血管性痴呆(VD)

第二章 神经系统感染性疾病

- 一、单纯疱疹病毒性脑炎(HSE)
- 二、化脓性脑膜炎
- 三、结核性脑膜炎
- 四、隐球菌性脑膜炎
- 五、脑囊虫病
- 六、莱姆病(LD)

第三章 中枢神经系统脱髓鞘疾病

- 一、多发性硬化(MS)
- 二、急性播散性脑脊髓炎(ADEM)
- 三、视神经脊髓炎
- 四、脑桥中央髓鞘溶解症(CPM)

第四章 脊髓疾病

- 一、急性脊髓炎
- 二、脊髓压迫症
- 三、脊髓空洞症
- 四、脊髓亚急性联合变性
- 五、脊髓血管病

第五章 锥体外系疾病

- 一、帕金森病(PD)
- 二、肝豆状核变性(WD)
- 三、亨廷顿舞蹈病
- 四、肌张力障碍

第六章 神经变性病

- 一、阿尔茨海默病(AD)
- 二、运动神经元病(MND)
- 三、多系统萎缩(MSA)
- 四、路易体痴呆(DLB)

第七章 肌病及神经肌肉接头疾病

- 一、重症肌无力(MG)
- 二、多发性肌炎和皮肌炎
- 三、进行性肌营养不良
- 四、低钾型周期性瘫痪
- 五、线粒体肌病及脑肌病

第八章 周围神经病

- 一、特发性面神经麻痹
- 二、面肌痉挛

<<神经内科医嘱速查手册>>

三、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病(AIDP)

四、慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病(CIDP)

五、多灶性运动神经病(MMN)

第九章 癲及癲持续状态

一、癲

二、癲持续状态(SE)

第十章 副肿瘤综合征

第十一章 头面痛

一、偏头痛

二、丛集性头痛

三、紧张型头痛

四、痛性眼肌麻痹(THS)

五、三叉神经痛

第十二章 神经系统遗传性疾病

一、脊髓小脑性共济失调(SCA)

二、遗传性痉挛性截瘫(HSP)

三、腓骨肌萎缩症(CMT)

第十三章 内科系统疾病

一、肝性脑病

二、肺性脑病

三、桥本脑病(HE)

四、低血糖性脑病

五、肾性脑病

六、狼疮性脑病

附 缩略表

参考文献

## 章节摘录

版权页：插图：多数脑梗死患者，由于病情随时可能变化，或者由于生活难以自理，需要一级护理。

建议所有急性缺血性脑卒中患者应尽早、尽可能收入脑卒中单元或神经内科病房接受治疗。

病情危重随时有生命危险的患者，应收入重症监护病房。

病重或病危患者应及时告知家属。

进食前，应进行吞咽功能的评估，不能正常经口进食者鼻饲流质饮食，持续时间长的可行胃造口（PEG）管饲补充营养。

正常经口进食者无需额外补充营养，由于多数患者合并有高血压和脂代谢异常，采用低脂低盐饮食。

糖尿病患者需糖尿病饮食并适度活动。

脑梗死合并低氧血症患者（血氧饱和度SPO<sub>2</sub>低于92%或血气分析提示缺氧）应给予吸氧，气道功能严重障碍的患者应给予气道支持（气管插管或切开）及辅助呼吸。

无低氧血症的患者不需常规吸氧。

脑梗死后24h内应常规进行心电图检查，必要时进行心电监护，以便早期发现心脏病变并进行相应处理；避免或慎用增加心脏负担的药物。

不符合溶栓适应证且无禁忌证的急性脑梗死患者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（50~150mg/d）。

溶栓治疗者，阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓24h后开始使用。

对不能耐受阿司匹林者，可考虑选用氯吡格雷等抗血小板治疗。

脑梗死患者应立即启动他汀类药物，特别是动脉粥样硬化且存在不稳定易损斑块患者，药物选择如阿托伐他汀钙、辛伐他汀等，可参考“短暂性脑缺血发作”章节。

对大多数脑梗死患者，不推荐无选择地早期进行抗凝治疗。

关于少数特殊患者的抗凝治疗，可在谨慎评估风险、效益比后慎重选择，具体应用参考“短暂性脑缺血发作”章节。

特殊情况下溶栓后还需抗凝治疗的患者，应在24h后使用抗凝药。

对一般缺血性脑卒中患者，不推荐扩容治疗。

对于低血压或脑血流低灌注所致的急性脑梗死如分水岭梗死可考虑扩容治疗，但应注意可能加重脑水肿、心功能衰竭等并发症。

扩容药物多选用羟乙基淀粉、右旋糖酐-40或706代血浆等。

对于缺血性脑卒中有针对性的检查包括脑病变的检查和血管病变检查。

a. 脑病变检查：平扫CT，急诊平扫CT可准确识别绝大多数颅内出血，并帮助鉴别非血管性病变（如脑肿瘤），是疑似脑卒中患者首选的影像学检查方法。

：多模式CT，灌注CT可区别可逆性与不可逆性缺血，因此可识别缺血半暗带。

但其在指导急性脑梗死治疗方面的作用尚未肯定。

：标准MRI，标准MRI（T1加权、T2加权及质子相）在识别急性小梗死灶及后颅窝梗死方面明显优于平扫CT。

可识别亚临床梗死灶，无电离辐射，不需要碘造影剂。

但有费用较高、检查时间长及患者本身的禁忌证（如有心脏起搏器、金属置入物或幽闭恐惧症）等局限。

：多模式MRI，包括弥散加权成像（DWI）、灌注加权成像（PWI）、水抑制成像（FLAIR）和梯度回波（GRE）等。

DWI在症状出现数分钟内就可发现缺血灶并可早期确定大小、部位与时间，对早期发现小梗死灶较标准MRI更敏感。

PWI可显示脑血流动力学状态。

弥散-灌注不匹配（PWI显示低灌注区而无与其相应大小的弥散异常）提示可能存在缺血半暗带。

然而，目前常规用于选择溶栓患者的证据尚不充分。

梯度回波序列可发现CT不能显示的无症状性微出血，但对溶栓或抗栓治疗的意义尚不明确。

b.血管病变检查：包括颈动脉双功能超声、经颅多普勒（TCD）、磁共振血管成像（MRA）、CT血管成像（CTA）和数字减影血管造影（DSA）等。

颈动脉双功超声对发现颅外颈部血管病变，特别是狭窄和斑块很有帮助。



## <<神经内科医嘱速查手册>>

### 编辑推荐

《神经内科医嘱速查手册》文表结合、详略得当、直观明了，可供临床实习医师、研究生及低年资住院医师参考使用。

《神经内科医嘱速查手册》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。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、神经变性病等编入其中。

<<神经内科医嘱速查手册>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介, 请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>