

家庭医生

李刘坤 谢路 编著

中风病自我调养



农村读物出版社

内 容 提 要

中风病为中医病名,包括西医的脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、脑栓塞等神经系统疾病。其发病率、死亡率和致残率极高,严重危害着人类的健康和生命。本书以通俗易懂的文字,从中医和西医两方面,介绍了中风病的病因、病理、诊断和鉴别诊断、治疗、调养和预防等内容。特别是照顾到家庭实用的特点,书中介绍了大量简单易行并经临床证实确有疗效的单方、验方、食疗方、外治法、针灸、按摩及气功疗法等,可供广大中老年人、中风病患者及其亲属和医务工作者参考。

《家庭医生》编委会

主 编 李刘坤

副主编 凌泽奎 芮洪顺 陈宝明

编 委 (以姓氏笔画为序)

吉凤霞 李 颖 李刘坤 芮洪顺

杨连柱 谷晓红 陈宝明 郝瑞福

凌泽奎 谢 路

目 录

一、什么是中风病	1
二、为什么会得中风病	7
(一)西医的认识	8
(二)中医的认识	14
三、中风病有哪些临床表现	20
(一)脑出血	20
(二)蛛网膜下腔出血	25
(三)脑血栓形成	27
(四)脑栓塞	29
四、中风病的检查与诊断	31

五、中风病家庭应急处理	39
六、西医治疗与护理	41
(一)脑出血	41
(二)蛛网膜下腔出血	46
(三)脑血栓形成	48
(四)脑栓塞	51
七、中医治疗与调养	53
(一)中经络辨证论治	55
(二)中经络经验方药	58
(三)中经络外治法	61
(四)中经络针灸疗法	64
(五)中经络头针疗法	68
(六)中经络头部按摩	70
(七)中经络耳针疗法	70
(八)中经络调养锻炼法	71
(九)中脏腑阳闭辨证论治	72
(十)中脏腑阳闭经验方药	76
(十一)中脏腑阳闭外治法	78
(十二)中脏腑阳闭针灸疗法	78
(十三)中脏腑阴闭辨证论治	79
(十四)中脏腑脱证辨证论治	80
(十五)中脏腑脱证经验方药	84
(十六)中脏腑脱证针灸疗法	84

八、恢复期及后遗症期的调治	85
(一)辨证论治	86
(二)经验方药	87
(三)常用中成药	90
(四)针灸疗法	98
(五)头针疗法	99
(六)耳针疗法	99
(七)空气浴	100
(八)日光浴	100
(九)按摩疗法	100
(十)步行锻炼	101
(十一)健身跑	101
(十二)气功调养	101
九、中风病的预防	127
(一)易发生中风的危险因素	127
(二)常见的中风先兆症状	129
(三)预防中风的基本要求	131
(四)预防中风的具体措施	132
 附一:针灸、按摩、气功常用穴位	155
附二:耳针穴位图	162
附三:头针刺激区图	163

一、什么是中风病

中风为中医病名，临床上以突然昏厥，不省人事，兼见口眼歪斜，半身不遂，舌强，语言不利；或无昏厥，但见口眼歪斜，肢体活动不灵或偏瘫为主要表现。因其起病急骤，见证多端，变化迅速，与自然界的风所具有的“善行而数变”等特性相似，故古代医家形象地称其为中风，沿用至今。

不过，需要首先说明的是，在中医古代文献中，关于“中风”一词的含义有两

种：一种是指感受外界的风邪，如我国最早的中医经典巨著《黄帝内经素问·风论篇》中所说的“饮酒中风”、“入房汗出中风”、“新沐中风”等，即为此义；另一种则是作为病名使用。而作为病名的“中风”，也有两种截然不同的病证：一种是指感受外界风邪引起的伤风感冒或外感病初起的一种表证，如汉末医家张仲景在《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中所说“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名曰中风”即是；而另一种则是以突然昏厥、半身不遂、言语不利等为主要表现的病证，如张仲景在《金匱要略·中风历节病脉证并治》中说“夫风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹，脉微而数，中风使然……邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言，口吐涎”即是。本书所论述的中风，显然是指后者，千万不可与《伤寒论》中的“太阳中风”混淆。

中医又称中风为脑卒中、卒中或暗瘳、风瘳等。暗即言语不利或不能讲话，瘳即废之义，指四肢痿废，不能运动。而以半身不遂为主要表现者，则称为“偏枯”、“偏瘫”、“偏风”或“偏废不仁”；兼有口眼歪斜者，称为喎僻不遂。早在二千多年以前的中医经典《黄帝内经》中就有“偏枯”、“瘳”等病名记载，并详细论述了其病因、症状、治法、预后等内容。如《黄帝内经灵枢·热病》中说：“偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不

乱，病在分腠之间，巨针取之，益其不足，损其有余，乃可复也。痺之为病也，身无痛者，四肢不收，智乱不甚，其言微知，可治，甚则不能言，不可治也。”

在《黄帝内经》中，有时也称中风为“薄厥”、“大厥”。如《内经素问·生气通天论》中说：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。”《内经素问·调经论》中说：“气之与血，并走於上为大厥，厥则暴死，气复反则生，不复反则死。”所谓“暴死”，即指突然昏仆，不省人事。

此外，由于古代医家对本病病因的认识不同，故又有“真中风”与“类中风”之分。“真中风”多指风邪闭窍阻络所致者；“类中风”则指心火暴盛，湿痰生热，或正气自虚所致者。如元代医家王安道在《医经溯洄集》中说：“人有卒暴僵仆，或偏枯，或四肢不举，或不知人，或死，或不死者，世以中风呼之，而方书亦以中风治之。……观《千金方》、《金匱要略·中风篇》，知卒暴僵仆、不知人、偏枯、四肢不举等证，固为因风而致者矣。……及近代刘河间、李东垣、朱彦修三子者出，所论始与昔人异矣。三子之论，河间主乎火，东垣主乎气，彦修主乎湿，反以风为虚象。殊不知因于风者，真中风也；因于火，因于气，因于湿者，类中风而非中风也。”关于真中风与类中风的临床症状区别，其说不一。有的说类中风仅见突然昏仆，半身不遂，或口

眼歪斜，言语障碍等症，而真中风除见类中风的症状外，初起还见发热、恶风寒等表现。有的说类中风仅见暂时性的意识丧失，醒后无半身不遂或口眼歪斜等症。而清代名医吴鞠通则以瘫痪肢体的缓纵与拘挛为辨。他在《医医病书》中明确指出：“中风症，古人有真中、类中之分。类中者，《灵枢》谓之痲中，本实先拨之症，外形必缓纵。虚在下焦血分者，多现于左；虚在中焦气分者，多现于右。……若真中风之症，外形必拘挛。”此说在临床辨治中有一定指导意义。

本病多发于中老年人，但也可发生于青少年。其临床表现虽具有“风性善行而数变”的特点，但实际上并非感受外界风邪所致，而是由于各种原因引起身体本身功能失调，痰浊瘀血闭窍阻络，风从内生。一般来说，人到了40岁以后，由于正气不足，阴阳失调，加之情绪大起大落，很容易发生此病。而肥胖之人，由于平时过食肥甘厚味，特别是过食动物性脂肪，使湿热内生，气血瘀阻，引起高血压、高血脂、动脉粥样硬化等病变，虽年龄未及四十，也可发生本病。正如王安道在《医经溯洄集》中所说：“中风者，非外来风邪，乃本气病也。凡人年逾四旬，气衰之际，或因忧喜忿怒，伤其气者，多有此疾。壮岁之时无有也，若肥胖则间有之，亦是形盛气衰而如此。”

西医主要称本病为“脑血管意外”，认为其是一种

急性非外伤性局部脑供血障碍引起的局灶性神经损害。根据其病理不同，可分为出血性与缺血性两大类。出血性包括脑出血与蛛网膜下腔出血；缺血性包括脑血栓形成与脑栓塞。发病率以脑血栓形成为最高，约占脑血管意外的50%；其次分别为脑出血约占28%，蛛网膜下腔出血约占15%，脑栓塞约占7%。此外，西医所说的面神经麻痹，实际上也属于中风的范畴。不过，本书主要论述脑血管意外。

脑出血又称脑溢血，是由于脑动脉血管壁变性或非外伤性破裂，血液进入脑实质内，引起昏迷和肢体瘫痪的病变，多发生于50岁以上的高血压患者。

蛛网膜下腔出血是指脑部血管非外伤性破裂，血液流入蛛网膜下腔而引起的病症。多由颅内先天性动脉瘤、血管畸形和动脉硬化所致。

脑血栓形成是在脑动脉内膜病变的基础上，血管壁内逐渐形成血栓，引起管腔狭窄或闭塞，阻碍脑部血液供应所致，常引起其供血范围内的脑梗塞而出现偏瘫等神经症状及体征。

脑栓塞是由于进入血液循环的栓子将脑动脉血管堵塞所致。栓子多来自脑动脉血管以外，也可由脑血栓形成的栓子引起。临床表现以非常突然起病的偏瘫和意识障碍为特征。

在我国，中风病虽然自古就有，但发病率一直很

低。然而，近 20 年来，随着人们生活水平的提高，饮食结构中素食、菜食、粗粮的减少，肉、鱼、蛋、奶等动物食品及精细加工食品的增多，使肥胖、高血压、高血脂、动脉粥样硬化、糖尿病的人群急剧增多，进而导致中风的发病率呈现出明显的上升趋势。据有关调查结果表明，近年来，我国每年约有 160 万人发生中风；1997 年，我国城乡存活的中风患者已达 600 万人之多。

中风病不仅发病率高，而且死亡率和致残率也极高，已成为我国国民三大致死原因之一。近年来，我国每年约有 60 万~110 万人死于本病；现幸存的 600 万中风患者中，75% 的人不同程度地丧失了劳动力，遗留半身不遂、失语等后遗症，甚至长年卧床不起，生活完全不能自理，不仅本人十分痛苦，还给家庭和社会造成了极大负担。因此，广泛宣传中风病的防治知识，增强全民的防患意识，是十分必要和刻不容缓的大事。

二、为什么会得中风病

充分认识中风的致病因素、发病机理及病理变化，不仅有利于临床诊断、治疗和调养，而且对其预防也具有非常重要的意义。

中医所说的中风，包括西医的脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成和脑栓塞等。其病因及病理各不相同，中、西医的认识也不尽一致，现分别述之于后。

(一) 西医的认识

1. 脑出血

脑出血属于出血性脑血管意外，导致脑出血的最常见和最主要的原因是高血压和动脉硬化，由其引起发病者约占总数的 2/3，大多数发生于血压较大波动之时。长期高血压的病人，多发生全身细、小动脉硬化，表现为动脉内膜下玻璃样改变，管壁变硬变脆，管腔狭窄。而脑内动脉结构本来就比较薄弱，硬化后的脑小动脉更为脆弱，血压一旦骤然上升，极易破裂出血。尤其是大脑中动脉深部分枝的豆纹动脉，与粗大的大脑中动脉几乎形成直角，且距离颈内动脉很近，其血压与颈内动脉的血压相当，因此具有所受压力高、冲击性大、最易发生破裂的特点，是脑出血最常发生的部位，约占 80% 左右。其他则可见于脑桥被盖部与基底节交界处，或小脑半球齿状核附近。

而导致血压骤然上升的因素主要是情绪过于激动，如暴喜暴怒等。气候突然变冷，引起小动脉痉挛，也会使血压急剧升高。大便干燥不通，排便时过于用力，也是导致血压升高的重要原因之一。

此外，先天性脑血管畸形、脑动脉瘤、白血病、再生障碍性贫血、血友病、血小板减少性紫癜等有出血倾

向者，脑肿瘤对脑血管壁的侵蚀等，都可引起脑出血，但比较少见。

豆纹动脉破裂出血后，血液流入基底节和内囊，也可流入外囊和丘脑，即通常所说的“内囊出血”。若出血过多，血液可进入脑室，或穿破大脑皮层，进入蛛网膜下腔。

脑出血后，血肿压迫周围脑组织，可引起脑水肿、颅内压增高及脑组织移位，甚至导致脑疝或继发脑干出血、坏死，是致死的主要原因。临床上急性期症状即由此类病理变化而产生。病理检查可见出血半球充血、肿胀，切面显示病变区有出血和血块，周围脑组织呈脑软化，并有点状出血。

脑出血的死亡率很高，往往因来不及抢救或抢救无效而死亡。若经抢救而病情得到控制者，在急性期过后，脑内血块会逐渐溶解、液化而被吸收，被神经胶质纤维增生所代替，出血范围小者形成瘢痕，大者则可形成囊腔。此时，临床上多表现为中风后遗症。

2. 蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血是脑部血管破裂出血，血液流入蛛网膜下腔的总称。临床上有外伤性和自发性两种。本书只介绍非外伤性（即自发性）的蛛网膜下腔出血。因脑表面的血管破裂，血液直接进入蛛网膜下腔的称为原发性蛛网膜下腔出血；如果是脑实质内出血，血液穿破脑

组织而流入脑室及蛛网膜下腔者，则称为继发性蛛网膜下腔出血。其患病率为每 10 万人口中约 31 人，每年发病率为每 10 万人口中约 4 人。

本病也属于出血性脑血管意外，颅内动脉瘤破裂是引起发病的最常见原因。此外，脑血管畸形，高血压动脉硬化，脑动脉粥样硬化，结节性多动脉炎，脑炎及脑膜炎，各种血液病和有出血倾向者，脑栓塞，颅内静脉血栓形成，颅内肿瘤等，也可引发本病。而原因不明者约占半数。

一般认为，颅内动脉瘤是先天性的，因其动脉壁中层先天发育不全，在长期血流冲击下，致发育不全的部位呈现囊状扩张而成。常发生于颅底动脉环的前半部，数目多少不一，大小及囊壁的厚薄也不一致。大的动脉瘤可压迫临近神经，引起视神经、动眼神经功能障碍。动脉瘤破裂时，血液进入颅底的脑池。而高血压和动脉硬化则是引起其破裂的主要因素。

脑血管畸形为脑血管壁先天性发育不全、变性、薄厚不一，多位于大脑表面软脑膜和蛛网膜内，多数在大脑中动脉的分布区，也易因血压波动而破裂出血。

脑动脉粥样硬化时，由于其动脉内弹力层变性、胆固醇沉积和血流冲击等因素，使其逐渐扩张，可形成梭状动脉瘤，常发生于颅底动脉环，也易破裂而引起出血。

上述原因引起脑部血管出血后，血液流入蛛网膜下腔，颅底部可见血液积聚或凝血块，也可以引起脑膜炎症及脑水肿、脑积水等。

3. 脑血栓形成

脑血栓形成与脑出血、蛛网膜下腔出血的病理机制截然不同，它不属于出血性脑血管意外，而属于缺血性脑血管意外。近年来，随着我国人民生活水平的提高，饮食结构的改变，本病的发病率有明显增高的趋势。据有关调查资料表明，其年发病率为每10万人口中81人；患病率为10万人口中约419人。发病以50岁以上患有动脉硬化者为多见。患者多伴有高血压、冠心病或糖尿病，男性稍多于女性。

脑动脉粥样硬化的形成，管腔变窄，血管弹性降低，血管壁化学感受器丧失调节功能，是脑血栓形成的最主要原因。多在夜间睡眠后发病，因夜间睡眠时血压相对降低（约比白天下降10%左右），血流变缓，血小板与纤维蛋白容易在血管内沉积，促进血栓形成，引起脑血管阻塞。此外，失水、休克、晕厥、心力衰竭、心肌梗塞、心律失常、红细胞增多症、产后出血、过度疲劳时，也会引起血压下降，血流变缓，血液粘度增大或血液凝固性异常增高而促使血栓形成。动脉粥样硬化多发生于大血管的分叉及弯曲处，因脂类物质在这些部位易于沉积。