

中风病

临床实用 康复技术

主编

顾力华 李 雷 魏丹霞
邵先桃 陈奇刚

全国百佳图书出版
中国中医药出版社

中风病临床 实用康复技术

顾力华 李雷 魏丹霞 邵先桃 陈奇刚 主编

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中风病临床实用康复技术 / 顾力华等主编. — 北京: 中国中医药出版社, 2018.5

ISBN 978-7-5132-4626-2

I. ①中… II. ①顾… III. ①中风病—诊疗 IV. ①R255.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 289702 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010-64405750

山东百润本色印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

开本 787×1092 1/16 印张 13.5 字数 249 千字

2018 年 5 月第 1 版 2018 年 5 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5132-4626-2

定价 59.00 元

网址 www.cptcm.com

社长热线 010-64405720

购书热线 010-89535836

维权打假 010-64405753

微信服务号 zgzyycbs

微商城网址 <https://kdt.im/LIdUGr>

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

天猫旗舰店网址 <https://zgzyycbs.tmall.com>

如有印装质量问题请与本社出版部联系 (010-64405510)

版权专有 侵权必究

全国名老中医药专家传承工作室建设项目（国中医药人教发〔2016〕42号）

云南省高层次中医药人才培养项目（云中医发〔2016〕12号）

昆明市卫生科技人才培养项目（SW（技）-43、SW（带）-19）

《中风病临床实用康复技术》

编委会

主 编 顾力华 李 雷 魏丹霞 邵先桃 陈奇刚

副主编 李绍荣 付 义 刘 明 王祖红 张桂兰

陆家龙 石丽琼 姜莉云

编 委 (以姓氏笔画为序)

邓 虹 刘 朵 苏 群 杨海玲 李应志

吴 泉 吴美洁 宋艳萍 陈 斌 范 平

易小玲 和智娟 金亚菊 周剑英 庞永诚

单娥仙 赵 蕾 段晓荣 耿荣仙 徐 业

徐艳萍 栾 莎 郭春艳 陶 雪 龚瑞莹

谢 青 廖映烨

前 言

中风病是常见病、多发病，具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率的特点。据统计，在我国分列人口死亡原因的第一、二位。随着我国人口老龄化的进展以及高血压病、糖尿病发病率的增加，中风病的发病率势必将在未来数十年间有一个高峰到来。

大多数中风病患者都存在不同程度的功能障碍，给家庭及社会带来巨大的经济负担。目前，大多数中风患者都在农村、社区等基层医疗单位接受治疗，基层医疗人员对中风病基本康复理论知识的缺乏，使得康复治疗的有效性、规范性不足，导致中风病患者的康复疗效欠佳。然而，中医药在中风病的康复治疗上有着悠久的历史，具有简、便、廉、效的特点，易于在基层推广应用，有助于提高中风病患者的康复疗效。因此，我们在广泛收集国内外中西医关于中风病康复的研究资料基础上，结合临床实践和研究体会，编写了《中风病临床实用康复技术》这本书奉献给大家。希望通过本书，能提高基层医疗人员对中风病康复的中医临床基础知识、基础理论、基础技能的掌握程度。如果本书能为中风病康复治疗效果的提高起到绵薄作用，我们倍感欣慰。

本书是专门论述中风病中医治疗与康复的一部临床专著，主要针对基层中医和中西医结合从业人员。从临床实际出发，突出实用性、启发性。在内容上，重点选择公认、通俗、易学、易懂、实用的方法。全书共分五个部分，包括中风病的基础知识、中风病的中医康复治疗技术、中风病的现代康复治疗技术、中风病的康复护理、中风病的养生和保健。

由于作者水平所限，难免有谬误之处，尚望同道提出批评意见，以便我们再版时及时修订。

《中风病临床实用康复技术》编委会

2018年3月

目 录

第一章 中风病的基础知识	001
第一节 中医基础知识	003
第二节 西医基础知识	006
第二章 中风病的常见康复评定	015
第一节 概述	017
第二节 运动功能障碍的评定	020
第三节 吞咽困难的评定	027
第四节 失语症的评定	029
第五节 认知功能障碍的评定	032
第六节 日常生活活动能力的评定	036
第七节 中医临床疗效的评定	037
第三章 中医康复治疗技术	039
第一节 中药治疗	041
第二节 针灸疗法	044
第三节 推拿疗法	072
第四节 拔罐疗法	076
第五节 热敷疗法	079
第六节 熏洗疗法	081
第七节 敷贴疗法	084
第八节 刮痧疗法	086
第九节 沐浴疗法	087
第十节 药枕疗法	090
第四章 现代康复治疗技术	097
第一节 物理因子治疗	099

第二节	运动疗法	108
第三节	作业治疗	123
第四节	吞咽功能障碍的康复治疗	129
第五节	失语症的康复治疗	133
第六节	认知功能障碍的治疗	137

第五章	中风病的康复护理	145
第一节	概述	147
第二节	中风病中医护理方案	148
第三节	良肢位摆放	152
第四节	日常生活活动训练	154
第五节	二便护理	161
第六节	皮肤护理	168

第六章	中风病的养生保健	175
第一节	饮食养生	177
第二节	四季养生	182
第三节	时辰养生	191
第四节	体质养生	195
第五节	起居养生	203
第六节	精神情志养生	206

第一章

中风病的基础知识

第一节 中医基础知识

一、概念

中风病，又名卒中。中风病是在气血内虚的基础上，遇有劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味、烟酒等诱因，进而引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，形成脑脉痹阻或血溢脑脉之外。临床以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或失语、偏身麻木为主症，并且具有起病急、变化快，如风邪善行数变的特点，是好发于中老年的常见病。

二、病因病机

（一）病因

1. 积损正衰 《素问·阴阳应象大论》说：“年四十而阴气自半也，起居衰矣。”年老体弱，或久病气血亏损，元气耗伤，脑脉失养。气虚则运血无力，血流不畅，而致脑脉瘀滞不通；阴血亏虚则阴不制阳，内风动越，夹痰浊、瘀血上扰清窍，突发本病。正如《景岳全书·非风》说：“猝倒多由昏愤，本皆内伤积损，颓败而然。”

2. 劳倦内伤 《素问·生气通天论》说：“阳气者，烦劳则张。”烦劳过度，易使阳气升张，引动风阳，内风旋动，则气火俱浮，或兼夹痰浊、瘀血上塞清窍脉络。因肝阳暴张，血气上涌骤然而中风者，病情多重。

3. 饮食失宜 过食甘肥醇酒，致使脾胃受伤，脾失运化，痰浊内生，郁久化热，痰热互结，壅滞经脉，上蒙清窍；或素体肝旺，气机郁结，克伐脾土，痰浊内生；或肝郁化火，灼津成痰，携风阳之邪，窜扰经脉，发为本病。此即《丹溪心法·中风》所谓：“湿土生痰，痰生热，热生风也。”

4. 七情失调 突然强烈的精神刺激导致肝阳暴张，或心火暴盛，风火相煽，血随气逆，上冲犯脑；长期持久的精神刺激，超出了人体自身的正常生理调节范围，使人体气机紊乱，血行不畅，郁结脑脉。正如《素问玄机原病式·火类》所说：“多因喜怒思悲恐之五志有所过极而卒中者，由五志过极，皆为热甚故也。”

5. 气候因素 本病一年四季均可发生，但发病常与气候骤变有关。常于节气交变时较多，尤其是入冬骤然变冷，寒邪入侵影响血脉运行，致使寒凝血滞，脉道瘀

阻，发为中风。而早春骤然转暖之时，正值厥阴风木主令，内应于肝，风阳暗动，亦可导致本病发生。

（二）病机

1. 发病 多呈急性发病，活动状态、安静或睡眠状态均可发病。发病后多见病情变化迅速，在短期内病情发展至严重程度，亦有呈渐进性加重或阶段性加重。大部分病人发病前有情志相激、用力不当、烦劳过度、气候骤变等诱因；常有头晕、头痛、手足麻木或无力、一过性言语不利等先兆症状。

2. 病位 病位在脑髓脉络，与心、肝、脾、肾有密切关系，可引起全身多脏器的功能紊乱。

3. 病性 本病属本虚标实，上盛下虚之证。标实不外乎风（肝风），火（肝火、心火、痰火），痰（风痰、湿痰、痰热、痰浊），气（气逆），血（血瘀）；本虚为气血阴阳不足，以阴虚、气虚较多见，而肝肾为其根本。急性期，多以标实证候为主；恢复期及后遗症期，多虚实夹杂，或以本虚证候为主。

4. 病势 若初起时，仅见半身不遂、口眼喎斜、舌强言謇，而神志清醒，则清窍尚未被蒙塞，病情尚轻，经治疗可好转或痊愈；部分病人初起即有神昏，清窍不开，病情危笃，但经有效的治疗后，仍有可能好转或痊愈；但若随病情自然进展，神昏日重，甚或合并呕血、便血、厥脱、高热、抽搐等变证、坏证时，多难救治。

5. 病机转化 初起中经络者，正气虚而不甚，邪虽盛而病位浅，病情尚轻，经过辨证救治，邪热清，内风息，痰浊化，瘀血祛，气逆平，半身不遂等诸症亦可痊愈，或好转进入恢复期或后遗症期。若平素体弱，正气虚衰，或邪气过盛，气血逆乱，堵塞神明出入之路，神明失司则转为中脏腑，病情较重。初起即现中脏腑，或由中经络进一步转化而来者，邪气炽盛，正气虚衰，病位较深，病情危重。

综上所述，中风病的主要病因病机是在人体正气不足，五志过极，以及饮食不节，气候突变等致病因素作用下，导致脏腑气血阴阳失调，肝肾阴虚，肝阳上亢，内风旋动，夹痰夹瘀，横窜经络，蒙塞清窍所引起的一种极为严重的病变。轻则脉络闭阻、口眼歪斜、语言不利、肢体麻木、半身不遂，重则出现突然昏倒、不省人事等危重证候。若治之得法，仍有可能正气渐盛，邪气渐衰，窍闭自开，而转入中经络证，进入恢复期或后遗症期；若治之不效，邪气愈盛，正气愈衰，终至正不胜邪，邪闭正脱，阴阳离决而死亡。

三、辨证要点

(一) 病名诊断标准

1. 主症 半身不遂，神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。
2. 次症 头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，共济失调。
3. 起病方式 急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。
4. 发病年龄 多在40岁以上。

具备2个主症以上，或1个主症、2个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄等，即可确诊；不具备上述条件，结合影像检查结果，亦可确诊。

(二) 分期标准

1. 急性期 发病4周以内。
2. 恢复期 发病半年以内。
3. 后遗症期 发病半年以上。

四、辨证分型

(一) 急性期

1. 中经络

(1) 风痰瘀阻证：头晕，头痛，手足麻木，突然发生口舌歪斜，口角流涎，舌强语謇，半身不遂，或手足拘挛，舌苔薄白或紫暗，或有瘀斑，脉弦涩或滑。

(2) 风阳上扰证：常感眩晕头痛，耳鸣面赤，腰腿酸软；突然发生口舌歪斜，言语謇涩，半身不遂；苔薄黄，舌质红，脉弦细数或弦滑。

2. 中脏腑

(1) 闭证：突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，肢体偏瘫，拘急抽搐。由于有痰火和痰浊内闭之不同，故有阳闭和阴闭之分。

①阳闭：除闭证主要症状外，兼见面红气粗、躁动不安，舌红苔黄，脉弦滑有力。

②阴闭：除闭证主要症状外，兼见面白唇紫或黯、四肢不温、静而不烦，舌质暗淡，苔白腻滑，脉沉滑。

(2) 脱证：突然昏仆，不省人事，面色苍白，目合口开，鼻鼾息微，手撒遗尿，

汗出肢冷，舌萎缩，脉沉细欲绝或浮大无根。

（二）恢复期和后遗症期

1. 痰瘀阻络证 口舌歪斜，舌强语謇或失语，半身不遂，肢体麻木，舌暗紫或有瘀斑，苔滑腻，脉弦滑或涩。

2. 气虚血瘀证 偏枯不用，肢软无力，面色萎黄，舌淡紫或有瘀斑，苔薄白，脉细涩或细弱。

3. 肝肾亏虚证 半身不遂，患肢僵硬拘挛变形，舌强不语，或偏瘫，肢体肌肉萎缩，舌红脉细，或舌淡红脉沉细。

第二节 西医基础知识

一、概念

中风病在西医被称为“脑血管病”“脑卒中”“脑血管意外”，是指由于脑部血管发生病变或者全身血液循环紊乱引起的脑循环功能障碍。脑血管病包括出血性脑血管病，如脑出血及蛛网膜下腔出血；缺血性脑血管病，如短暂性脑缺血发作、动脉粥样硬化性血栓性脑梗死、脑栓塞及腔隙性脑梗死等。

二、危险因素

大量临床实践证明，脑血管病一旦发生，多数患者治疗效果不能令人满意，完全恢复正常者占少数，因此，对脑血管病更应强调“预防为主”的方针。而深入研究、确定脑血管病的危险因素，设法减少或去除这些危险因素，则是防止发生脑血管病、降低人群脑血管病发病率和死亡率的根本措施。1984年美国心脏病学会及1989年WHO将脑血管病危险因素分为三类：一类是与生俱来的不可改变的因素，如年龄、性别、种族等；一类是由人体内外环境影响，即可以调节控制的因素，如全身性或其他脏器疾病的高血压、心脏病、糖尿病等；一类是由于个人生活方式或习惯可以改变的行为因素，如吸烟、饮酒及不合理饮食等。现将脑血管病主要危险因素分述如下。

1. 年龄 脑血管病发病或死亡与年龄有密切的关系。脑卒中的发病率、患病率和死亡率均随年龄的增长而上升。如55岁以内，年龄每增加5岁，卒中死亡率接近增加1倍；55岁以后，每增加10岁，脑血管疾病发病率增加1倍以上。有报道，卒

中死亡者中约 3/4 在 70 岁以上, 15% 在 60 岁左右。国内有统计分析, 44 岁以下发病者占分析总数的 5%, 45 ~ 64 岁约占 42%, ≥ 65 岁者占 53%。我国居民卒中发病年龄约 2/3 是在 60 岁以上, 但近年来年轻人发病亦逐渐增多。

2. 性别 世界各国的统计资料表明, 卒中男性发病率与死亡率均高于女性。我国 6 城市发病率男女之比为 1.5 : 1, 死亡率为 1.1 : 1。

3. 高血压 这是脑卒中最重要危险因素, 与脑血管病的发生密切相关, 且被许多流行病学研究证实, 无论何种原因所致血压升高, 也无论何种类型脑血管病, 高血压都是一个独立危险因素。高血压与脑卒中的相关性有如下特点: ①无论是收缩压或舒张压升高, 对脑卒中的危险性均呈正相关; ②血压升高对男女两性 and 所有年龄组都有显著危险性; ③血压增高水平与脑卒中危险性呈直线函数关系; ④脑卒中发病率、死亡率的地理分布差异基本上与高血压患病率的地理分布差异相一致; ⑤脑卒中发病率、死亡率的下降与近 20 年抗高血压治疗纳入普及与推广有关。美国的一项研究结果表明, 收缩压或舒张压升高均为脑卒中独立的危险因素, 血压愈高, 脑卒中危险性愈大, 舒张压每升高 10mmHg, 脑卒中的相对危险性增加 2 倍。国内的一项研究结果显示: 收缩压 $> 150\text{mmHg}$ 者, 其卒中发病的相对危险性 $< 150\text{mmHg}$ 者的 28.8 倍; 舒张压 $> 90\text{mmHg}$ 者卒中发病的相对危险性 $< 90\text{mmHg}$ 者的 19 倍; 临界高血压者的卒中发病相对危险是正常血压者的 8.7 倍, 确诊高血压者脑卒中发病相对危险性是正常血压者的 31.9 倍。而突发的血压明显降低, 如心跳骤停、大量失血等也可能促发脑梗死。但经常性低血压尚未被证实是脑卒中的一种危险因素。

4. 心脏病 各种原因所致的心脏病无论在任何血压水平上, 都可增加脑卒中的危险性, 特别是缺血性卒中。有研究报道, 心脏病者患卒中的危险性要比无心脏病者高 2 倍以上。引起心源性栓塞的主要原因为心房颤动、节段性左心室运动不良、置换的瓣膜、左房或左室血栓、扩张型心肌病、二尖瓣狭窄、新近发生的心肌梗死、心房黏液瘤及感染性心内膜炎。次要原因为二尖瓣脱垂、严重二尖瓣环钙化、卵圆孔未闭、房间隔缺损、主动脉钙化或狭窄, 以及轻度左房功能不全。国内 21 省的农村调查结果显示, 有心脏病病史者患缺血性卒中的危险性增加 15.5 倍, 心律不齐或心脏扩大者的危险性增加 7.8 倍。

5. 短暂性脑缺血发作 (TIA) TIA 是症状轻微而短暂发生的脑梗死, 还是无梗死的脑缺血? 各国学者存在不同意见。但将 TIA 作为完全性卒中的危险因素还是有现实意义的, 积极治疗可减少卒中的发生率和死亡率。据统计, 约有 30% 的完全性卒中患者发病前有 TIA 病史, 约 1/3 的 TIA 患者会发生完全性卒中, 曾有 TIA 患者发生完全性脑卒中的危险性比无 TIA 史者高 6 倍以上。

6. 糖尿病 经研究证实,糖尿病是各种脑卒中的重要危险因素。有证据表明,女性糖尿病患者发生脑梗死的危险性大于男性,接受胰岛素治疗患者的危险性大于未接受治疗者。同时糖尿病患者常伴发其他疾病,如高血压、动脉粥样硬化、心脏病等。世界卫生组织专家组的报告结论是:糖尿病是大血管损害致缺血性卒中的危险因素,对小血管的影响尚有疑问。

7. 血脂升高 血脂水平升高是否为脑卒中的危险因素,至今仍不十分肯定。国内一项研究显示,胆固醇升高可以增加脑梗死发病的危险,而对脑出血则有负性作用。也有资料认为,高胆固醇血症或低密度脂蛋白升高在某些西方人群年轻男性中是发生缺血性卒中的危险因素。血脂升高,特别是低密度脂蛋白升高,虽然未被证实是动脉硬化的肯定危险因素,但对脑卒中的影响作用远不如对冠心病的作用明显。

8. 肥胖或超重 有研究表明,超过标准体重 20% 以上的肥胖者患高血压、糖尿病和冠心病的危险性明显增大,其中高血压的患病率比正常体重者高 2.9 倍。由于高血压、糖尿病和冠心病均是卒中的主要危险因素,因此可以认为,肥胖或超重与卒中有间接的联系。然而,日本、印度及大西洋国家与我国城乡等研究均显示肥胖并不增加卒中的危险,而来自非洲的报告则称肥胖是卒中的危险因素。

9. 吸烟 可增加冠心病的危险虽然早已得到公认,但很长时间以来对卒中的作用未有结论,直到最近才被证实是脑卒中的重要危险因素。特别是长期大量吸烟可使脑血管舒缩功能降低,并加速动脉硬化而增加卒中的危险性,尤其对缺血性卒中。

10. 饮酒 少量饮酒并不构成卒中的危险,甚至有不少研究认为可能是卒中的保护因素。但过量饮酒或长期饮酒可增加出血性卒中的危险则得到公认。研究认为,饮酒导致缺血性卒中,可能有以下几条途径:①诱发心律不齐或心脏内壁运动异常而引起脑栓塞;②诱发高血压;③增强血小板聚集作用;④激活凝血系统;⑤刺激脑血管平滑肌收缩或使脑代谢发生改变造成脑血流量减少。

11. 遗传因素 多数研究认为,卒中是多基因遗传,其遗传受环境因素的影响甚大,并具有家族倾向。有一组研究显示,卒中患者的父母死于卒中者比对照组高 4 倍,双胞胎患卒中有一致性,说明遗传因素对卒中发病有一定意义。

12. 血小板聚集性高 从理论上讲,血小板聚集性高会促进血栓形成,从而增加卒中的危险性,但目前尚无充分研究资料说明这一因素的确切作用。

13. 膳食因素 高食盐摄入与脑卒中的关系尚不清楚,但高食盐摄入量与血压的升高显著相关,从而可间接增加卒中的危险。食盐摄入过多还可对血管壁有直接损害作用,促进脑血管病的发生。日本和我国的研究都发现,卒中高发地区与高血压发病的地区分布相一致,同时又与食盐平均摄入量有关。

14. 其他因素

(1) 患有身体其他系统疾病, 如胶原病、红细胞增多症、高尿酸血症、镰状细胞性贫血、巨球蛋白血症、严重低血糖、偏头痛、尿蛋白或一些感染性疾病, 包括结核、梅毒、囊虫病、疟疾、钩端螺旋体病等, 均被认为会增加卒中的危险性。

(2) 外源性雌激素, 如长期口服高雌激素避孕药, 可使年轻妇女的卒中发病率增加。

(3) 季节与气候。一般认为, 脑卒中在冬、春季节发病多, 夏、秋季节相对较少。国内一项研究报告显示, 脑血栓形成在 12 月份发病率最高, 脑出血在气温骤降、气压与相对湿度上升时的发病较多。

(4) 头颈部外伤可引起脑部血液循环的急性受损, 导致脑出血。当然, 这种出血不应归入卒中的范畴。但外伤后有一部分中青年常常合并颈内动脉系统栓塞, 因而被认为是卒中的危险因素。

国内外几乎所有研究均证实, 高血压是脑出血和脑梗死最重要的危险因素。当前我国高血压患者的数量正在快速递增, 且多数患者血压控制不理想, 这可能是导致我国脑血管病高发的最主要原因。

三、诊断要点

(一) 短暂性脑缺血发作

1. 为短暂的、可逆的、局部的脑血液循环障碍, 可反复发作, 少者 1~2 次, 多至数 10 次。多与动脉粥样硬化有关, 也可以是脑梗死的前驱症状。

2. 可表现为颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统的症状和体征。其中颈内动脉系统 TIA 表现为: 一过性单眼黑矇; 肢体麻木、无力或发沉(常仅单独累及手指、手和臂同时受累, 或手和脸同时受累, 也可以影响半身); 失语等。一过性单眼黑矇不常与脑缺血同时发生。椎-基底动脉系统 TIA 表现为双眼视物模糊、复视、呕吐, 一侧或双侧无力或麻木或沉重(交叉性感觉或/和运动障碍)、共济失调、构音障碍、吞咽困难、听力丧失、猝倒等。每次发作持续时间通常在数分钟至 1 小时左右, 症状和体征应该在 24 小时内完全消失。

(二) 脑卒中

1. 蛛网膜下腔出血 主要是由动脉瘤、脑血管畸形或颅内异常血管网症等出血引起。