

实用临床疾病 中医诊治与康复

陈庆华等◎编著

实用临床疾病中医诊治与康复

陈庆华等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

实用临床疾病中医诊治与康复 / 陈庆华等编著. —
长春 : 吉林科学技术出版社, 2017.8
ISBN 978-7-5578-3029-8

I. ①实… II. ①陈… III. ①疾病—中医临床 IV.
①R24

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第204842号

实用临床疾病中医诊治与康复

SHIYONG LINCHUANG JIBING ZHONGYI ZHENZHI YU KANGFU

编 著 陈庆华等
出 版 人 李 梁
责任编辑 刘建民 韩志刚
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 330千字
印 张 19.25
印 数 1—1000册
版 次 2017年8月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3029-8
定 价 98.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑
部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

主 编

陈庆华 高尚峰 张军军

张莉芳 张富德 陈立兵

副主编（按姓氏笔画排序）

刘宁州 李江明 张 鼎

陈翠苹 梁效铭 韩长月

编 委（按姓氏笔画排序）

于秀云（山东省平原县第一人民医院）

马 华（山东省烟台市莱阳中心医院）

王 铭（山东省东营市利津县中心医院）

王 毅（山东省淄博市周村区人民医院）

刘宁州（北京市石景山区中医医院）

李江明（湖北省丹江口市第一医院）

张 鼎（江汉大学附属医院武汉市第六医院）

张军军（北京市石景山区中医医院）

张进城（湖北省黄石市爱康医院）

张莉芳（河北省石家庄第一医院）

张富德（河北省沧县医院）

陈立兵（湖北省十堰市中西医结合医院）

陈庆华（山东省枣庄市中医医院）

陈翠苹（河北省保定市徐水区人民医院）

高尚峰（山东省烟台海港医院）

梁效铭（东莞康华医院）

韩长月（河北省新乐市中医医院）



陈庆华

女，毕业于山东中医药大学，现任山东省枣庄市中医医院脑病康复科主任，主任医师，世中联卒中委员会理事，世中联脑病专业委员会委员，山东中医药大学兼职副教授，山东中医药学会脑病专业委员会委员，山东中西医结合神经康复学会委员，枣庄市中西医结合脑心同治专业委员会副主任委员，枣庄市中医药学会脑病专业副主任委员。中医临床工作二十余年，师从北京东直门脑病科主任、博士导师邹忆怀教授，擅长中风、眩晕、头痛、咳嗽、喘证、胸痹、发热等病的中医辨证治疗，在中风偏瘫、吞咽障碍、言语障碍的评定和康复治疗方面有独到经验。发表国家级、省级论文二十余篇，主编《中医科学》专著一部，参编《中医诊疗辑要》《老年健康与康复》专著两部，完成科研项目四项，均获枣庄市科技进步二等奖。完成发明专利两项，专利四项。



高尚峰

男，1969年出生，现任烟台海港医院副主任医师。1993年毕业于长春中医药大学。现任山东省老年医学研究会重症医学专业委员会委员，山东省医学会烟台市分会重症医学专业委员会委员。先后在山东大学齐鲁医院、北京大学临床肿瘤学院、烟台毓璜顶医院、首都医科大学附属朝阳医院进修学习。在省级以上刊物发表学术论文十余篇。擅长机械通气、血流动力学监测、主动脉球囊反搏、血液净化、肠内肠外营养等生命支持技术。在救治中毒、各种休克、严重全身感染、呼吸衰竭、心衰和心律失常、严重出凝血疾病、多脏器功能衰竭、外科大手术和严重创伤、烧伤后神经、消化并发症等重症方面有较丰富经验。



张军军

女，中医内科学硕士学历。曾于解放军总医院心内科及首都医科大学宣武医院康复科学习，多年临床工作经验，擅长老年内科常见病的诊治及康复。

P 前言

Preface

祖国医学是一个伟大的宝库,有着自己独特的理论体系,是中国人民长期同疾病作斗争的经验总结,对中华民族的繁荣昌盛做出了巨大贡献。近年来,随着中西医结合的飞速发展,中医学诊断、治疗与康复技术日趋完善,也取得了很多新的进展和突破。为了及时总结中医学的新成果、新技术,促进中医诊疗与康复的发展,我们编写了《实用临床疾病中医诊治与康复》一书,希望能为广大临床医师提供一些有益的参考。

本书是根据编者们长期的临床实践和最新的科研成果,并参考了现代医学的新理论和新技术编写而成。内容包括辨证治疗、针灸治疗和康复治疗三篇,在编写过程中突出了临床常见疾病的诊断与辨证治疗技术,既遵循了中医的思想方法,又吸收了现代先进的技术,科学性、实用性、可操作性强,是中医临床各科医师的案头必备,也可供医科院校教学、科研及学生参考使用。

虽然我们尽了最大努力,但书中错误和缺点在所难免,敬祈广大读者提出宝贵意见,在此表示衷心的感谢。

《实用临床疾病中医诊治与康复》编委会

2017年6月

辨证治疗篇

第一章 神经系统疾病的辨证治疗	(3)
第一节 脑栓塞	(3)
第二节 腔隙性脑梗死	(6)
第三节 血栓形成性脑梗死	(9)
第四节 短暂性脑缺血发作	(17)
第五节 蛛网膜下隙出血	(21)
第六节 脑出血	(28)
第二章 呼吸系统疾病的辨证治疗	(37)
第一节 急性上呼吸道感染	(37)
第二节 气管-支气管炎	(46)
第三节 肺炎	(54)
第四节 支气管扩张	(62)
第五节 支气管哮喘	(68)
第六节 慢性阻塞性肺疾病	(77)
第七节 支气管肺癌	(85)
第三章 消化系统疾病的辨证治疗	(92)
第一节 胃食管反流病	(92)
第二节 慢性胃炎	(98)
第三节 消化性溃疡	(104)
第四节 胰腺炎	(111)
第五节 食管癌	(120)
第六节 胃癌	(130)
第七节 原发性肝癌	(140)
第四章 心血管疾病的辨证治疗	(152)
第一节 高血压病	(152)
第二节 心绞痛	(156)

第三节 急性心肌梗死·····	(160)
第五章 泌尿系统疾病的辨证治疗·····	(165)
第一节 急性肾小球肾炎·····	(165)
第二节 急进性肾小球肾炎·····	(171)
第三节 肾病综合征·····	(176)
第四节 狼疮性肾炎·····	(185)
第五节 肾 癌·····	(187)
第六节 慢性肾衰竭·····	(190)
第六章 内分泌疾病的辨证治疗·····	(195)
第一节 糖尿病·····	(195)
第二节 肥 胖·····	(205)
第七章 风湿免疫性疾病的辨证治疗·····	(210)
第一节 系统性红斑狼疮·····	(210)
第二节 强直性脊柱炎·····	(218)
第三节 混合性结缔组织病·····	(229)
第四节 雷诺综合征·····	(233)
第五节 重叠综合征·····	(236)
第六节 成人斯蒂尔病·····	(239)
第八章 肛肠科疾病的辨证治疗·····	(243)
第一节 痔 疮·····	(243)
第二节 肛 裂·····	(249)
第三节 肛 痿·····	(251)
第四节 肛门直肠周围脓肿·····	(254)
第五节 肛管直肠脱垂·····	(258)
第六节 肛门直肠狭窄·····	(259)
第七节 溃疡性结肠炎·····	(261)
第八节 肠易激综合征·····	(268)
第九节 大肠癌·····	(273)
第九章 妇产科疾病的辨证治疗·····	(284)
第一节 功能失调性子宫出血·····	(284)
第二节 闭 经·····	(296)
第三节 痛 经·····	(306)
第十章 皮肤科疾病的辨证治疗·····	(314)
第一节 湿 疹·····	(314)
第二节 隐 疹·····	(320)
第三节 寻常性痤疮·····	(322)

第四节 热 疮	(325)
第五节 蛇串疮	(326)

针灸治疗篇

第十一章 颈项部筋骨疼痛的针灸治疗	(331)
第一节 颈项部扭挫伤	(331)
第二节 颈椎间盘突出症	(332)
第三节 颈椎病	(334)
第十二章 肩部筋骨疼痛的针灸治疗	(338)
第一节 肩关节周围炎	(338)
第二节 肱二头肌长头腱鞘炎	(341)
第三节 肱二头短头肌腱炎	(343)
第四节 冈上肌肌腱炎	(344)
第五节 肩部扭挫伤	(346)
第十三章 肘部筋骨疼痛的针灸治疗	(349)
第一节 肘部扭挫伤	(349)
第二节 肱骨外上髁炎	(351)
第三节 前臂缺血性肌痉挛	(353)
第十四章 腕及手部筋骨疼痛的针灸治疗	(355)
第一节 腕部扭挫伤	(355)
第二节 腕部腱鞘囊肿	(357)
第三节 腕管综合征	(358)
第四节 腕部尺神经管综合征	(360)
第十五章 腰骶部筋骨疼痛的针灸治疗	(362)
第一节 急性腰扭伤	(362)
第二节 腰椎间盘突出症	(363)
第三节 腰椎骨质增生症	(366)
第十六章 膝部筋骨疼痛的针灸治疗	(369)
第一节 半月板损伤	(369)
第二节 膝关节创伤性滑膜炎	(371)
第三节 膝关节侧副韧带损伤	(372)
第十七章 踝及足部筋骨疼痛的针灸治疗	(374)
第一节 踝关节扭伤	(374)

第二节	踝管综合征.....	(375)
第三节	跟腱周围炎.....	(376)

康复治疗篇

第十八章	心脑血管疾病的康复.....	(381)
第一节	脑卒中的康复.....	(381)
第二节	冠心病的康复.....	(394)
第三节	癫痫的康复.....	(401)
第四节	运动神经元病的康复.....	(405)
第五节	脊髓损伤的康复.....	(409)
第十九章	骨关节疾病的康复.....	(416)
第一节	类风湿关节炎的康复.....	(416)
第二节	骨关节炎的康复.....	(421)
第三节	颈椎病的康复.....	(423)
第四节	肩周炎的康复.....	(427)
第五节	腰椎间盘突出症的康复.....	(429)
第六节	骨质疏松的康复.....	(431)
第七节	骨折的康复.....	(435)
第八节	周围神经损伤的康复.....	(439)
第二十章	儿科疾病的康复.....	(445)
第一节	小儿脑瘫的康复.....	(445)
第二节	小儿脊髓灰质炎的康复.....	(450)
第三节	小儿颅脑损伤的康复.....	(452)
参考文献		(457)

实用临床疾病中医诊治与康复

辨证治疗篇

第一章 神经系统疾病的辨证治疗

第一节 脑栓塞

脑栓塞以前称栓塞性脑梗死,是指来自身体各部位的栓子,经颈动脉或椎动脉进入颅内,阻塞脑部血管,中断血流,导致该动脉供血区域的脑组织缺血缺氧而软化坏死及相应的脑功能障碍。临床表现出相应的神经系统功能缺损症状和体征,如急骤起病的偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲等。大面积脑梗死还有颅内高压症状,严重时可发生昏迷和脑疝。脑栓塞约占脑梗死的15%。

本病相当于中医学的“中风”“偏瘫”“偏枯”“半身不遂”“但臂不遂”“风痲”和“风懿”等。

一、病因病机

中医认为本病的病因为积损正衰、饮食不节、情志所伤、气虚邪中。本病病位主要在脑,但与心、脾、肾、肺、肝功能失调相关,以虚证居多,虚者为气血阴阳亏损。气虚则血运无力,血流不畅,而致脑脉瘀滞不通,脑神失养,遂发中风;阴血亏损,则阴不制阳,内风动越,携痰浊、瘀血上扰清窍,突发偏枯等症。故本病为本虚标实之证,其本为气血不足、阴血亏损,其标为血瘀、痰阻。

(一) 风火上炎

素体阳盛,肝火旺盛,性情急躁,暴怒伤肝,损伤肝阴,肝阳暴动而化风;或情志不舒,肝郁气滞,郁而化火;或年老肾虚,或劳倦伤肾,肾精衰耗,水不涵木,肝肾阴虚,则肝阳偏亢,化火生风,风火上炎,扰乱神明而致中风。

(二) 阴虚风动

年老肾虚,或劳倦伤肾,肾精衰耗;或肝火太盛,下劫肾阴,致肾阴不足,水不涵木,肝肾阴虚,肝阳上亢,亢而动风,上犯于脑,而突发中风。

(三) 痰湿蒙神

素体肥胖,痰湿内停;或饮食失宜,嗜食甘肥厚味,损伤脾胃,脾失健运,聚湿生痰;若情志过极,扰乱气机,痰湿上扰,蒙蔽清窍;或痰湿阻滞脑脉,脉络不通,神明失养,则发为中风。

(四) 气虚血瘀

年老体弱,或久病气虚,气虚不运,血行不畅,瘀阻经脉,一旦血瘀阻滞脑脉,气血不通,脑神失养,而致中风。

二、临床表现

(一) 发病年龄

风湿性心脏病引起者以中青年为多,冠心病及大动脉病变引起者以中老年人为主。

(二) 发病情况

发病急骤,在数秒钟或数分钟之内达高峰,是所有脑卒中发病最快者,有少数患者因反复栓塞可在数日内呈阶梯式加重。一般发病无明显诱因,安静和活动时均可发病。

(三) 症状与体征

约有4/5的脑栓塞发生于前循环,特别是大脑中动脉,病变对侧出现偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲,优势

半球病变还有失语。癫痫发作很常见,因大血管栓塞,常引起脑血管痉挛,有部分性发作或全面性发作。椎一基底动脉栓塞约占 1/5,起病有眩晕、呕吐、复视、交叉性瘫痪、共济失调、构音障碍和吞咽困难等。栓子进入一侧或两侧大脑后动脉有同向性偏盲或皮质盲。基底动脉主干栓塞会导致昏迷、四肢瘫痪,可引起闭锁综合征及基底动脉尖综合征。

心源性栓塞患者有心慌、胸闷、心律不齐和呼吸困难等。

三、辅助检查

(一)胸部 X 线检查

可发现心脏肥大。

(二)心电图检查

可发现陈旧或新鲜心肌梗死、心律失常等。

(三)超声心动图检查

是评价心源性脑栓塞的重要依据之一,能够显示心脏立体解剖结构,包括瓣膜反流和运动、心室壁的功能和心腔内的肿块。

(四)多普勒超声检查

有助于测量血流通过狭窄瓣膜的压力梯度及狭窄的严重程度。彩色多普勒超声血流图可检测瓣膜反流程度并可研究与血管造影的相关性。

(五)经颅多普勒超声

TCD 可检测颅内血流情况,评价血管狭窄的程度及闭塞血管的部位,也可检测动脉粥样硬化的斑块及微栓子的部位。

(六)神经影像学检查

头颅 CT 和 MRI 检查可显示缺血性梗死和出血性梗死改变。合并出血性梗死高度支持脑栓塞的诊断,许多患者继发出血性梗死临床症状并未加重,发病 3~5 日内复查 CT 可早期发现继发性梗死后出血。早期脑梗死 CT 难于发现,常规 MRI 假阳性率较高,MRI 弥散成像(DWI)和灌注成像(PWI)可以发现超急性期脑梗死。磁共振血管成像(MRA)是一种无创伤性显示脑血管狭窄或阻塞的方法,造影特异性较高。数字减影血管造影(DSA)可更好地显示脑血管狭窄的部位、范围和程度。

(七)腰椎穿刺脑脊液检查

脑栓塞引起的大面积脑梗死可有压力增高和蛋白含量增高。出血性脑梗死时可见红细胞。

四、诊断与鉴别诊断

(一)诊断

- (1)多为急骤发病。
- (2)多数无前驱症状。
- (3)一般意识清楚或有短暂意识障碍。
- (4)有颈内动脉系统或椎一基底动脉系统症状和体征。
- (5)腰椎穿刺脑脊液检查一般不应含血,若有红细胞可考虑出血性脑栓塞。
- (6)栓子的来源可为心源性或非心源性,也可同时伴有脏器栓塞症状。
- (7)头颅 CT 和 MRI 检查有梗死灶或出血性梗死灶。

(二)鉴别诊断

1. 血栓形成性脑梗死

均为急性起病的偏瘫、偏身感觉障碍,但血栓形成性脑梗死发病较慢,短期内症状可逐渐进展,一般无心房颤动等心脏病症状,头颅 CT 很少有出血性梗死灶,以资鉴别。

2. 脑出血

均为急骤起病的偏瘫,但脑出血多数有高血压、头痛、呕吐和意识障碍,头颅CT为高密度灶可以鉴别。

五、辨证论治

(一) 风火上炎证

证候:平素头晕头痛,面红目赤,烦躁易怒,突然发生口舌喎斜,舌强语謇,或手足重滞,甚则半身不遂等,便干便秘,尿短赤,舌质红绛,舌苔薄黄,脉弦数。

治法:清热泻火,平肝息风。

方药:天麻钩藤饮加减。天麻 10g,钩藤 12g,栀子 10g,黄芩 9g,杜仲 12g,益母草 15g,桑寄生 15g,夜交藤 15g,川牛膝 12g,石决明 30g。

方解:方中天麻、钩藤、石决明平肝息风;栀子、黄芩清热泻火;益母草活血利水;川牛膝引血下行;配合杜仲、桑寄生补益肝肾;夜交藤安神。诸药合用共奏清热泻火、平肝息风之功。

加减:语言不利者,加石菖蒲、郁金、远志,化痰开窍;腿足重滞者,重用杜仲、桑寄生,补益肝肾;头痛较重者,加羚羊角、夏枯草,清肝息风。

(二) 阴虚风动证

证候:半身不遂,口舌喎斜,言语謇涩或不语,偏身麻木,眩晕耳鸣,烦躁不寐,手足心热,咽干口燥,舌质红或体瘦有裂纹,少苔或无苔,脉弦细数。

治法:滋养肝肾,养阴息风。

方药:建瓴汤加减。牛膝 15g,龙骨 12g,牡蛎 12g,白芍药 12g,代赭石 12g,山药 12g,生地黄 15g,柏子仁 12g。

方解:方中牛膝引药下行;龙骨、牡蛎、代赭石、白芍药降逆潜阳,镇肝息风;山药滋补肝肾之阴;生地黄养阴生津以制肝风;柏子仁养心安神。诸药配伍共奏滋养肝肾、养阴息风之效。

加减:语言不利者,加石菖蒲、胆南星,化痰开窍;虚烦健忘、夜寐不安者,加酸枣仁、莲子心、远志,宁心安神;阴虚肠燥便秘者,加玄参、火麻仁,养阴生津、润肠通便;半身不遂而肢体拘急麻木者,加当归、赤芍药、鸡血藤、水蛭等,活血通络。

(三) 痰湿蒙神证

证候:半身不遂,口舌喎斜,言语謇涩或不语,感觉减退或消失,神识昏蒙,痰声辘辘,面白唇黯,静卧不烦,二便自遗,周身湿冷,舌质黯淡,苔白腻,脉沉滑缓。

治法:化痰除湿,宣窍通络。

方药:用苏合香丸灌服或鼻饲,继用涤痰汤加减。陈皮 12g,半夏 12g,茯苓 15g,甘草 3g,枳实 9g,人参 6g,胆南星 12g,竹茹 9g,石菖蒲 12g,丹参 12g,地龙 12g。

方解:苏合香丸芳香宣窍醒神。方中陈皮、半夏、茯苓、甘草健脾化痰;枳实、胆南星温胆化痰;人参、竹茹、石菖蒲健脾补气,化痰开窍;丹参、地龙活血化瘀通络。全方共奏化痰除湿、宣窍通络之效。

加减:四肢不温、寒象明显者,加桂枝,温阳通脉;头晕目眩者,加天麻,平肝息风;痰阻气滞大便不通者,加厚朴、大黄,行气通便;痰湿化热者,加川贝母、天竺黄,清热化痰;舌质紫黯或有瘀点、瘀斑者,加桃仁、红花、川芎,活血化痰。

(四) 气虚血瘀证

证候:耳鸣脑鸣,半身不遂,偏身麻木,舌喎语謇,手足肿胀,面色萎黄,气短乏力,自汗出,舌质黯淡,舌苔薄白,脉细涩。

治法:益气活血,祛瘀通络。

方药:补阳还五汤加减。黄芪 30g,川芎 12g,当归尾 12g,赤芍药 15g,桃仁 10g,红花 10g,地龙 12g,全蝎 6g,鸡血藤 15g。

方解:方中重用黄芪益气,使气旺血行,瘀去络通而窍开;当归尾、川芎、赤芍药、桃仁、红花、鸡血藤活

血化瘀通络;地龙、全蝎祛风通络。全方共奏益气活血、祛瘀通络之功。

加减:心烦失眠者,加莲子心、酸枣仁、夜交藤、珍珠母,清心除烦、养血宁心安神;头痛者,加丹参、延胡索,活血止痛;言语謇涩重者,加石菖蒲、郁金,化痰通络开窍。

六、中成药

(一)全天麻胶囊

适用于脑栓塞风火上炎证,每次2~6粒(每粒0.5g),每日3次,口服。

(二)培元通脑胶囊

适用于脑栓塞阴虚风动证,每次3粒,每日3次,口服。

(三)脑心通胶囊

适用于脑栓塞气虚血瘀证,每次2~4粒(每粒0.4g),每日3次,口服。

(四)通塞脉片

适用于脑栓塞气虚血瘀证,每次5片,每日3次,口服。

七、针刺疗法

(一)主穴

肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉等。

(二)配穴

舌强不语者,配廉泉、哑门、通里、涌泉;口舌喎斜者,配颊车、四白、内庭、地仓;吞咽障碍者,配风池、完骨;眩晕者,配风池、足三里。

(陈庆华)

第二节 腔隙性脑梗死

腔隙性脑梗死是指大脑半球深部白质和脑干等中线部位,由直径为100~400 μ m的穿支动脉血管闭塞导致的脑梗死。所引起的病灶为0.5~15.0mm³的梗死灶。大多由大脑前动脉、大脑中动脉、前脉络膜动脉和基底动脉的穿支动脉闭塞所引起。脑深部穿支动脉闭塞导致相应灌注区脑组织缺血、坏死、液化,由吞噬细胞将该处组织移走而形成小腔隙。好发于基底节、丘脑、内囊、脑桥的大脑皮质贯通动脉供血区。反复发生多个腔隙性脑梗死,称多发性腔隙性脑梗死。临床引起相应的综合征,常见的有纯运动性轻偏瘫、纯感觉性卒中、构音障碍—手笨拙综合征、共济失调性轻偏瘫和感觉运动性卒中。高血压和糖尿病是主要原因,特别是高血压尤为重要。腔隙性脑梗死占脑梗死的20%~30%。

有症状和体征的腔隙性脑梗死相当于中医学的“中风”“半身不遂”“但臂不遂”“眩晕”等。

一、病因病机

汉代张仲景《金匱要略·中风历节病脉证并治》曰:“夫风之为病,当半身不遂,或单臂不遂者,此为痹;脉微而数,中风使然。”并曰“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。”始将半身不遂与不识人联系为一病,名“中风”,并创中经络、中脏腑的辨证分类法,这对于判断病位的深浅及病情的轻重有积极意义。中经络者一般无神志障碍。有症状和体征的腔隙性脑梗死符合中风中经络的发病机制。其主要中医病因病机概述如下。

(一)阴虚风动

“年四十而阴气自半,起居衰矣”。年老体衰,肾气亏虚;或劳倦伤肾,肾精亏损,水不涵木,肝肾阴虚,

阴不制阳,亢而化风,风阳上越,风中脑络,即发中风。

(二)风痰瘀阻

素体肥胖,痰湿内盛;或过食肥甘醇酒致脾胃受伤,脾运失调,水湿运化失司而致痰湿内生;若烦劳过度,致使阳气升张,引动风阳,内风旋动夹痰,风痰上扰,阻滞脑络,即发中风。

(三)气虚血瘀

年老体弱,或久病气虚,或喜静而不喜动,或久卧伤气,或忧思伤脾,正气不足,气虚不运,血行不畅,瘀滞脑络,脑神失养,则眩晕,肢体麻木;一旦血瘀阻脑络,气血不通,而致中风。

二、临床表现

本病常见于40~60岁以上的中老年人。腔隙性脑梗死患者中高血压的发病率约为75%,糖尿病的发病率约为25%~35%,有TIA史者约有20%。

(一)症状和体征

临床症状一般较轻,体征单一,一般无头痛、颅内高压症状和意识障碍。由于病灶小,又常位于脑的静区,故许多腔隙性脑梗死在临床上无症状。

(二)临床综合征

Fisher根据病因、病理和临床表现,归纳为21种综合征,常见的有以下几种。

1. 纯运动性轻偏瘫(pure motor hemiparesis, PMH)

最常见,约占60%,有病灶对侧轻偏瘫,而不伴失语、感觉障碍和视野缺损,病灶多在内囊和脑干。

2. 纯感觉性卒中(pure sensory stroke, PSS)

约占10%,表现为病灶对侧偏身感觉障碍,也可伴有感觉异常,如麻木、烧灼和刺痛感。病灶在丘脑腹后外侧核或内囊后肢。

3. 构音障碍—手笨拙综合征(dysarthric-clumsy hand syndrome, DCHS)

约占20%,表现为构音障碍、吞咽困难,病灶对侧轻度中枢性面、舌瘫,手的精细运动欠灵活,指鼻试验欠稳。病灶在脑桥基底部或内囊前肢及膝部。

4. 共济失调性轻偏瘫(ataxic-hemiparesis, AH)

病灶同侧共济失调和病灶对侧轻偏瘫,下肢重于上肢,伴有锥体束征。病灶多在放射冠汇集至内囊处,或脑桥基底部皮质脑桥束受损所致。

5. 感觉运动性卒中(sensorimotor stroke, SMS)

少见,以偏身感觉障碍起病,再出现轻偏瘫,病灶位于丘脑腹后核及邻近内囊后肢。

6. 腔隙状态

由Marie提出,由于多次腔隙性脑梗死后,有进行性加重的偏瘫、严重的精神障碍、痴呆、平衡障碍、大小便失禁、假性延髓性麻痹、双侧锥体束征和类帕金森综合征等。近年由于有效控制血压及治疗的进步,现在已很少见。

三、辅助检查

(一)神经影像学检查

1. 颅脑CT

非增强CT扫描显示为基底节区或丘脑呈卵圆形低密度灶,边界清楚,直径为10~15mm。由于病灶小,占位效应轻微,一般仅为相邻脑室局部受压,多无中线移位,梗死密度随时间逐渐减低,4周后接近脑脊液密度,并出现萎缩性改变。增强扫描于梗死后3日至1个月可能发生均一或斑块性强化,以2~3周明显,待达到脑脊液密度时,则不再强化。

2. 颅脑MRI

MRI显示比CT优越,尤其是对脑桥的腔隙性脑梗死和新旧腔隙性脑梗死的鉴别有意义,增强后能