

疑难病中医治疗丛书



主 编 黄业芳

中风后遗症 中医治疗

江苏科学技术出版社

中风后遗症中医治疗

主 编 黄业芳

编 者 李 琼 阮经文 吴 毅

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

中风后遗症中医治疗/黄业芳主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2001. 4

(疑难病中医治疗丛书)

ISBN 7-5345-3333-3

I. 中... II. 黄... III. 中风-后遗症-中医治
疗法 IV. R277.733

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 13227 号

(疑难病中医治疗丛书)

中风后遗症中医治疗

主 编 黄业芳

责任编辑 郑大坤

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)

经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望照排印刷有限公司
印 刷 丹阳兴华印刷厂

开 本 850mm × 1168mm 1/32

印 张 5.75

字 数 140 000

版 次 2001 年 4 月第 1 版

印 次 2001 年 8 月第 2 次印刷

印 数 5001 - 10000 册

标准书号 ISBN 7-5345-3333-3/R·569

定 价 12.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换

《疑难病中医治疗丛书》 编审委员会

主 任：周 珉

(以下均按姓氏笔画排列)

副 主 任：王 钢 曾庆琪 葛惠男

委 员：王学东 邓成珊 过伟峰

朱永康 陈建安 杨雨鸣

孟庆云 张崇泉 黄业芳

翟亚春

责任编辑：郑大坤

序 言

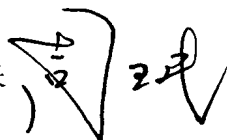
随着社会经济的发展,人类生活发生了巨大的变化,疾病谱也随之而变,疑难病已成为人类健康和生命的重大威胁。开展对各种疑难病的防治和研究,是国内外医学界的迫切而重要的工作。我国历代医家和广大人民群众在长期与各种疑难病的斗争中,积累了丰富的临床经验,创建了独特的医学理论体系,逐步形成了具有中医特色的综合疗法,并日益受到群众的欢迎和国内外医学界的重视。改革开放以来,中医药工作者在疑难病的临床实践和科学研究等方面,都取得了很大的进展,又创立了许多新理论、新技术、新方药,进一步提高了对各种疑难病的疗效,充分显示了中医药的优势和特点。

为了总结近年来中医药对疑难病研究的新成果,体现中医药治疗疑难病的新水平,为中医临床医师研究专科专病提供参考与启迪,江苏科学技术出版社组织编写了《疑难病中医治疗丛书》。该套丛书从国际公认的疑难病中选择了中医治疗效果较好的病种,专病专著,突出中医治疗疑难病的特点,在全面、新颖、深入、实用上下功夫,对每一个病种均较全面地介绍了辨证论治的基本方药、中成药、中草药、单方验方、食疗、针灸、外治、推拿等方法,并着重介绍西医治疗困难而中医疗效较好的疑难问题的中医治疗方法,在以中医治疗为主的基础上,中西医结合,互为补充,融会贯通。同时,对目前尚在研究,但前景看好的治疗方法也作了适当介绍。因此,此套丛书具有较高的学术水平和临床实用价值。

参加该套丛书编著的作者,大多数为国内有实力的专科或专科医院的学科带头人及业务骨干,他们长期在临床一线工作,都具有扎实的中医理论功底,丰富的临床经验和较强的科研能力,他们在基础理论和临床治验方面,均有不同程度的创新论点和独得心得之处。他们在书中既有对中医理论的探析,更有对临床经验的总结和现代科技的体现,反映出当代中医工作者对继承和发扬中医药的精深睿智,这对广大中医工作者,特别是临床中医师的理论之提高、眼界之拓宽、经验之充实、辨析之深入,都大有裨益。

中医的发展,归根到底要靠中医本身科学研究和临床实践的不断推进,不断深入,这不但要有明确的奋斗目标和坚定不移的信念,更要有脚踏实地、扎扎实实的工作。《疑难病中医治疗丛书》的编著者们不惜精力,辛勤劳作,携手协力,认真撰写,精神可贵。值此世纪之交的盛年,刊行此套丛书,可谓中医学术界一佳事。有感于此,以为序。

江苏省卫生厅厅长



2001年1月28日

前 言

中风是一种常见病、多发病,是导致老年人死亡的主要疾病之一。病人虽然在急性期得到了积极的救治,挽回了生命,但大多留下了不同程度的后遗症,如半身不遂、言语謇涩、痴呆、四肢抽搐等。这些后遗症往往使病人失去了劳动能力,生活不能自理,既增加了病人的痛苦,又给家庭和社会带来很大困难。如何使这些病人尽快康复,提高他们的生活质量,减轻家庭及社会的负担,已成为广大医务工作者必须努力解决的问题。

目前,比较集中地介绍有关中风后遗症的概念、发病机理、治疗方法、康复、护理等方面经验的书籍甚少。我们在多年临床实践的基础上,试图把有关中风后遗症的一些相关经验较为集中地介绍,以便于医护人员阅读。希望对病人的治疗康复有所帮助。

本书主要介绍中风的基础知识,中风后遗症的概念与临床表现,中风后遗症的诊断与鉴别诊断,中风后遗症的一般西药治疗、高压氧治疗,中风后遗症的中医辨证分型以及常用中药选择、常用方剂选择、常用中成药选择,中风后遗症的常用其他疗法,中风后遗症的日常护理。

本书编写过程中,主要参考了下列文献:方药中等编著的《实用中医内科学》(上海科学技术出版社,1985);黄如训等编著的《临床神经病学》(人民卫生出版社,1996);刘子藩等编著的《实用高压氧医学》(广东科技出版社,1990);周自永等编著的《新编常用药物手册》(金盾出版社,2000);赵金铎主编的《中医症状鉴别诊断学》

(人民卫生出版社,1984);朱文锋主编的《中医诊断与鉴别诊断学》(人民卫生出版社,1999);潘敏求、黎月恒主编的《中医内科治疗大成》(河北科学技术出版社,1997);谢鸣主编的《中医方剂现代研究》(学苑出版社,1997);陈奇主编的《中成药名方药理与临床》(人民卫生出版社,1998);王洛生、邓文龙主编的《中药药理与应用》(人民卫生出版社,1998);卓大宏主编的《中国康复医学》(华夏出版社,1990);麻仲学主编的《中国医学疗法大全》(山东科学技术出版社,1990);奚永江主编的《针法灸法学》(上海科学技术出版社,1986);丁涛主编的《实用康复医学》(中国中医药出版社,1991);刘文军、刘月芝编著的《脑血管病中医食疗验方》(辽宁科学技术出版社,1999)。谨向有关作者表示衷心的感谢。

由于我们学识有限,经验不多,加之时间仓促,编写之中难免有谬误之处,敬请指正。

黄业芳

2001年1月

于广州·中山医科大学附属第一医院

目 录

第一章 中风与中风后遗症	(1)
第一节 中风概述	(1)
第二节 中风后遗症概述	(6)
第三节 中医对中风及中风后遗症的认识	(9)
第四节 中风后遗症的诊断与鉴别诊断	(15)
第五节 中风后遗症的一般西药治疗	(17)
第六节 中风后遗症的高压氧治疗	(20)
第二章 中风后遗症的中医辨证分型	(21)
第一节 中风后遗症的病因病理	(21)
第二节 中风后遗症的基本证型分类	(21)
第三章 中风后遗症常用中草药的应用选择	(28)
第一节 活血化瘀类	(28)
第二节 化痰利湿类	(38)
第三节 平肝息风类	(44)
第四节 开窍类	(56)
第五节 通腑泻热类	(59)
第六节 其他常用药物	(65)
第四章 中风后遗症常用方剂的应用选择	(70)
第五章 中风后遗症常用中成药的应用选择	(77)
第六章 中风后遗症的其他疗法	(94)

第一节	针灸疗法	(94)
第二节	推拿疗法	(133)
第三节	穴位磁疗法	(138)
第四节	心理疗法	(142)
第五节	食物调养疗法	(144)
第七章	中风后遗症的护理	(164)
第一节	中风后遗症的一般护理	(164)
第二节	中风后遗症的辨证施护	(165)
第三节	中风后遗症的家庭护理及转诊	(172)

第一章 中风与中风后遗症

第一节 中风概述

中医学把临床上发生的以卒然昏仆、口眼歪斜、半身不遂为主要特征的一类疾病称为中风。这类疾病的机理是,由于支配脑部组织供血的血管发生病变,导致脑组织受到急性或亚急性的损害,发生功能紊乱或不可逆性病理变化,从而出现偏瘫、失语、意识障碍、大小便失控等症状。

中风来势急骤,常发生在顷刻之间。短者数分钟,长者数小时乃至1~2天,疾病即可达到高峰。这种发病突然,变化迅速的特点,与自然界风邪“善行而数变”的特性相似,所以,人们称之为中风,又称卒中。

中风在临床表现上轻重不一。临床上常根据其病情的轻重分为中经络与中脏腑两大证型。这些证型还可以根据临床表现和危害程度的不同进一步加以区分,一般可分为中络、中经、中腑、中脏4种。中络主要表现为一侧上下肢的麻木,或头面部口眼歪斜。中经主要表现为一侧偏瘫、偏身麻木、言语不利等,没有昏倒现象。中经的症状重于中络。中腑的主要表现是一侧偏瘫、口眼歪斜、偏身麻木、言语不利、神志不清呈意识朦胧或嗜睡状态。中脏的主要表现是突然昏倒、半身不遂、意识障碍。中络、中经都没有意识障碍,所以也统称为中经络;中腑、中脏都有意识障碍,所以也统称为中脏腑。

中风是脑血管病的一个重要部分。它的发病基础是脑血管的病变。脑内的血液主要由颈内动脉系统与椎—基底动脉系统供给。无论这两个系统中的哪一个系统血管发生病变,都可使人们出现中风。临床上根据病变的不同,分为缺血性中风与出血性中风两大类。

缺血性中风,一般包括短暂性脑缺血发作、动脉血栓性脑梗死、心源性脑梗死、腔隙性脑梗死等。

短暂性脑缺血发作(TIA),又称小中风或中风先兆。一般可分为颈动脉系统 TIA 和椎—基底动脉系统 TIA。发生的原因,可能是动脉粥样硬化斑块脱落形成的栓子引起微脑栓塞,或者是高血压小动脉硬化引起小腔隙性脑梗死,也可能是脑血管痉挛、狭窄或受压引致短暂性脑缺血。此时,脑部短暂性供血不足引起局限性功能障碍,常表现为单个肢体无力、偏瘫,面部、单上肢、单下肢或偏身麻木,单眼视朦、复视,吞咽困难,眩晕,失语等。发病迅速,症状较轻,从无症状至高峰,不超过 5 分钟。持续时间短,恢复较快,症状和体征一般 2~15 分钟可完全消失。常反复发作,多则每日数次,少则数月或数年 1 次,不留任何后遗症。有资料显示,约有 1/3 的小中风病人在 1~3 年内发展成中风。因此,对于小中风应该给予足够重视,及早进行诊治。

动脉血栓性脑梗死相当于“脑血栓形成”加“动脉—动脉栓塞”。在动脉粥样硬化或其他动脉病变的基础上,血管内膜斑块、炎症、损伤及溃疡处血小板黏附聚集,致使动脉血栓形成。动脉管腔狭窄、闭塞,血流停滞,供血区脑组织缺血、缺氧,脑组织液化坏死。“动脉—动脉栓塞”,往往是由于动脉粥样硬化斑块碎片或血栓脱落,栓塞远端较小动脉,导致其供血区域的脑组织因缺血、缺氧而坏死。此外,脑梗死的出现除血管壁的病变外,还与血流动力学改变及血液成分改变影响脑血流的有效灌注以及侧枝循环代偿的不足有着密切关系。这类病人多有糖尿病、高血压或心脏病病

史,而且多在安静状态下或睡眠中发病。多数没有头痛、呕吐及昏迷症状。但若大片半球梗死,意识障碍则可以逐渐加深,直至出现昏迷。若脑干梗死,起病即可有昏迷的出现。除以上的全脑症状外,这类病人还常出现不同的局灶症状。如属于颈内动脉系统栓塞(包括颈内动脉、大脑前动脉、大脑中动脉及其分支),可见对侧中枢性面瘫、舌瘫、讲话不清或失语、双眼对侧注视障碍、偏盲、对侧中枢性偏瘫和偏身感觉障碍。如属于椎—基底动脉系统梗死,则可出现眩晕、呕吐、复视、眼震、吞咽困难、声嘶、共济失调、交叉性瘫痪、交叉性感觉障碍、四肢感觉运动障碍、平衡障碍、四肢肌张力降低等。

心源性脑梗死的栓子来源于心脏。心脏脱落的栓子经血流进入脑血管,把血管堵塞。此时,侧枝循环又不能及时提供有效的供血,致使被堵塞血管的供血区血流不足,出现缺血、缺氧,脑组织由于缺血而坏死。心源性脑梗死的栓子,常常是脱落的风湿性心瓣膜病变的附壁血栓;或是各种心内膜炎瓣膜赘生物;也可能是病人进行了心脏瓣膜置换术后人工瓣膜上的血栓;还可是由于各种心脏病引发心律失常(如心房颤动、心律不齐)引起的心内血栓。部分病人也可由于心肌梗死所致的心内膜表面的附壁血栓脱落引起的。因此,此类病人多有心脏病史。由此造成的梗死起病急骤,可在数秒或数分钟内达到高峰,可以说是中风中最急骤的一种。发病时常可伴有癫痫样抽搐发作,多有短时间的意识障碍,如意识模糊、嗜睡甚或浅昏迷。病变范围大、病情重者,可因颅内压增高而出现头痛、呕吐、昏迷等全脑症状。局灶症状可随梗死部位的不同而有所不同。但因心源性脑栓塞常好发于颈内动脉系统的大脑中动脉区,因此这些病人常可见到偏瘫、偏身感觉障碍等相应体征。如果我们发现心脏病病人突然出现中风卒中样症状,就应考虑脑栓塞的可能。

腔隙性脑梗死是脑梗死的一个临床类型,是指脑深部穿通动

脉(如大脑中动脉和椎—基底动脉的穿通支)闭塞引起缺血性微梗死,多分布于底节、视丘及脑干上部。这些动脉多为终末动脉,侧枝循环差。当发生硬化或脂性透明变性时,管腔就会狭窄,就可形成血栓或脱落栓子,阻断血流而引起供血区梗死,形成小灶软化,并出现相应的临床症状。这类病人多见于中老年人,多有高血压病史,骤然或逐渐起病,一般没有头痛、意识障碍等全脑症状,可有纯运动性轻偏瘫、纯感觉性卒中、共济失调性轻偏瘫、手笨拙—构音不良综合征。腔隙性脑梗死一般预后良好。如若反复发作则可出现多个腔隙而称为腔隙状态。

出血性中风,最常见的有脑出血和蛛网膜下隙出血两种。

脑出血是指自发性脑实质出血。因为脑出血的原因大部分都与高血压有关,所以脑出血又称为高血压性脑出血。脑出血时形成大血肿,压迫周围脑组织并使其移位。受影响的脑组织发生缺血、缺氧、水肿,引致颅内压升高。同时又阻碍静脉回流,增大脑灌注阻力,进一步加重脑缺血、缺氧、水肿及颅内压升高的症状,从而危及生命。因此,脑出血的死亡率和致残率都非常高,是严重危害中老年人生命的一种疾病。

脑出血多发生于 50 岁至 80 岁之间年龄段,冬天为发病的高峰季节,大多数在体力活动中或情绪激动时发病。因此,情绪激动、寒冷、用力过度、脑力活动紧张、疲劳等,是本病诱发因素。症状常表现为突然头痛、呕吐,随即出现意识障碍。临床症状可因出血部位及出血量的不同而有轻重的差别,其中意识障碍程度是判断病情轻重的重要指标。脑出血可发生在不同的部位,常见的有壳核、丘脑、脑叶、桥脑、小脑和脑室等部位的出血。虽然因出血部位不同而有不同的表现,但急性期出现的一些共同症状可供我们诊断参考。常见的有头痛、呕吐、昏迷、失语、大小便失禁、肢体瘫痪、发病时血压明显升高等。最具诊断参考价值的检查是在起病一周内作脑部 CT 扫描或磁共振成像(MRI)扫描。若起病已超过 2

周,则 MRI 扫描较 CT 扫描更为可靠。近年来,老龄人口数字大幅上升,患高血压病的人也越来越多。因此,开展高血压病防治的研究显得非常重要和必要。这是减少脑出血病发生的主要手段。

颅内的血管由于各种原因破裂出血,血液流入蛛网膜下隙,称为蛛网膜下隙出血。蛛网膜下隙出血可分为自发性和外伤性两类。自发性类又常分为原发性和继发性两种。原发性蛛网膜下隙出血,是脑表面或脑底部血管破裂出血,流入蛛网膜下隙。继发性蛛网膜下隙出血,是脑实质出血后直接进入或经脑室进入蛛网膜下隙。外伤类则是由颅脑外伤引起的颅内出血流入蛛网膜下隙。这里介绍的蛛网膜下隙出血主要是指原发性蛛网膜下隙出血。据统计,它约占脑卒中的 6%~8%。其起病突然,大部分没有任何前驱症状而突然发生剧烈头痛,且疼痛达到难以忍受程度,常伴恶心呕吐。病者常有烦躁、谵妄及不同程度意识障碍。部分患者可出现抽搐等症性癫痫发作。腰穿可出现均匀血性脑脊液。临床上可根据病人突然头痛、呕吐、脑膜刺激征阳性及血性脑脊液等表现,作出基本诊断。条件许可者,早期作颅脑 CT 扫描,则诊断更易明确。引起蛛网膜下隙出血的常见原因有先天性脑动脉瘤或脑血管畸形破裂,高血压脑动脉硬化,脑动脉炎、血液病、脑肿瘤、脑膜炎等。蛛网膜下隙出血虽多见于青壮年,但各段年龄皆可发病。青壮年以先天性脑动脉瘤或脑血管畸形破裂最为多见,老年人则以脑动脉硬化为多见。蛛网膜下隙出血的临床表现有着较大差异。轻者,可没有明显的症状和体征,病者恢复完全;重者,剧烈头痛,呕吐后迅速出现昏迷,甚至因呼吸停止而死亡。因此,必须密切观察病情,及时作脑 CT 扫描或腰穿检查,以尽快明确诊断。一般来说,脑动脉瘤破裂预后较差,脑血管畸形和脑动脉硬化预后相对较好。

此外,还有一种出血与缺血的病理改变同时发生或先后发生的脑卒中,称为混合性脑卒中,又称混合性中风。随着医学科学的

发展,人们在临床工作中发现,有部分脑梗死的病人可在脑梗死后继发出血,而部分蛛网膜下隙出血的病人也可继发脑梗死。引发混合性中风的常见原因是高血压和脑动脉硬化,也可以是脑动脉瘤及脑动静脉畸形。在临床表现上常呈现出一种性质。例如脑出血合并脑梗死,临床上主要表现脑出血的症状与体征;若脑梗死合并脑出血,则临床上主要表现脑梗死的症状和体征。为了早期明确诊断,应尽快作早期的 CT 扫描或 MRI 扫描。

第二节 中风后遗症概述

临床上一般把中风分为急性期、恢复期及后遗症期。急性期以病情不稳定为特点,时间为发病至 2 周末。采用正确的有效的抢救措施后,病人的病情得到控制,生命危险期已经度过,随即进入恢复性质的治疗,这时称为恢复期。时间为发病后 1~6 个月。若起病的时间已超过半年,一般称为后遗症期。如果病人经过恢复期治疗与康复,症状仍未完全消失,恢复不完全,遗留下的各种症状和体征,就称为后遗症。由中风引发的后遗症称中风后遗症。

因受损脑组织部位不同,损害程度不同,发病原因及机理不同,中风后遗症有各种各样表现。常见的有偏瘫、语言不利、记忆障碍、吞咽障碍、口眼歪斜、癫痫样抽搐发作、精神神态异常、睡眠障碍、肢体麻木、小便失禁或潴留、大便秘结不通、瘫痪肢体拘挛、关节僵硬等。其中最常见的是偏瘫、言语不利、痴呆、癫痫、神志失常等。

后遗半身瘫痪是中风后遗症中最常见的一种类型。中医称为半身不遂。半身瘫痪原因是由大脑皮层运动区的巨锥体细胞及其神经纤维组成的锥体束运动神经路径受到了损害。中医认为,风痰流窜经络,血脉痹阻,经遂不通,气不能行,血不能濡,则肢体瘫痪。若阴血亏虚,筋失濡养,风阳内动,则形成痉挛性瘫痪;若中气

不足,血不养筋,则表现为弛缓性瘫痪。临床上分为完全性瘫痪和不完全性瘫痪。对于瘫痪肌力的估计,可采用0~5度的6级记录法:0度,完全性瘫痪;1度,可见肌肉收缩而不引起肢体运动;2度,肢体能在床面上移动,但不能抬起;3度,肢体能抬起,但不能抵抗阻力;4度,能作抗阻力运动,但未达正常水平;5度,正常肌力。如果不能用上述方法查出,可作轻瘫试验检查。方法是让被检查者仰卧床上,双上肢上举,双下肢抬起,髋、膝关节屈曲呈90°角,使两小腿抬高平伸,维持一定时间。如肢体有轻瘫则缓慢下垂。

言语不利又称中风不语,是脑部的语言中枢及其神经纤维受到侵犯的结果。中医认为,风痰、瘀血阻滞舌本脉络,就可以出现言语不清、舌瘖不语。据报道,脑血管病人中有70%~75%会出现言语不利,可见言语不利在脑血管病人中的出现率是非常高的。因此,在后遗症期也是出现得较多的。常见的失语有运动性失语,感觉性失语和混合性失语3种。运动性失语的主要表现是病人不能用语言来表达自己的意愿。原来会说的话和现在应该说出来的话说不出来。这种病人能听懂别人的话的意思,但自己说不出应该说出的话,也不能重复别人的话。也就是说,他的理解能力是正常的,但说话能力产生了障碍。感觉性失语的主要表现是听不懂别人的话,理解不了别人说话的意思。这种病人意识清楚,听觉正常,视觉也正常,但答非所问,难以与他人进行正常的交流。语言发音虽然流利,但内容不正确。病人可出现失听和失读情况,即听不懂别人的口语和读不出以前熟悉的字词。混合性失语病人既有感觉性失语又有运动性失语,两种失语同时存在。表现为既听不懂别人的语言,自己也不能用语言来表达自己的意思。这种病人既没有说话的能力,又不能理解别人说话的内容。

中风后痴呆,又称多发性梗死性痴呆,是痴呆中常见的一类。主要原因是中风病人脑血管硬化,血管腔狭窄甚或闭塞或梗死,导