

总主编

何清湖 郭志华 易法银

古今传世秘方
专治一种病系列丛书

GUJIN CHUANSHI MIFANG
ZHUANZHI YIZHONGBING
XILIE CONGSHU

中風病

良方大全

周德生 姚欣艳 主编



山西出版传媒集团



山西科学技术出版社

古今传世秘方专治一种病系列丛书

中风病良方大全

总策划 赵志春

总主编 何清湖 郭志华 易法银

主 编 周德生 姚欣艳

副主编 高晓峰 陈 晖 陈 瑶 张 婷

编 委 (按拼音为序)

陈 成 陈 晖 陈湘鹏 陈 瑶 高晓峰 高云峰

贺海霞 侯小花 胡 华 姜 玲 敬 佩 李 中

刘文琛 刘 侃 彭 勃 彭熙伟 齐 婧 容丽辉

盛 望 孙晨霞 宋 洋 苏丽清 汤 艳 王洪海

王小菊 谢志胜 谢运军 姚欣艳 张佳丽 张 婷

周德生 周颖燦 周 伟 周 欢 邹 婷 曾 勇

编 委 樊丽萍 田双喜

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中风病良方大全/何清湖等总主编. —太原:山西科学技术出版社,2015. 12

(古今传世秘方专治一种病)

ISBN 978 - 7 - 5377 - 5219 - 0

I. ①中… II. ①何… ②郭… ③易… III. ①中风—验方—汇编 IV. ①R289. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 253297 号

中风病良方大全

出 版 人: 张金柱

总 主 编: 何清湖 郭志华 易法银

责 任 编 辑: 赵志春

责 任 发 行: 阎文凯

封 面 设 计: 吕雁军

出 版 发 行: 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

地址: 太原市建设南路 21 号 邮编: 030012

编辑部电话: 0351 - 4922134 0351 - 4922073

发 行 电 话: 0351 - 4922121

经 销: 各地新华书店

印 刷: 太原彩亿印业有限公司

网 址: www.sxkxjscbs.com

微 信: sxkjcbbs

QQ 信 箱: 568758452

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 52. 5

字 数: 971 千字

版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5377 - 5219 - 0

定 价: 105. 00 元

本社常年法律顾问: 王葆柯

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂联系调换。

总 序

近年来，随着我国经济总量的不断增强，中华优秀传统文化的自信也日渐凸显。中医药是中华优秀传统文化的重要组成部分，是打开中华文明宝库的钥匙。随着中国经济文化的复苏，中医药也迎来了良好的发展机遇，党和国家政策高度重视，群众对中医药认同度不断提升，中医药学术日益繁荣进步。刘延东副总理在与国医大师座谈时明确提出，“中医药是我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源、重要的生态资源。”对中医药在当前中国社会经济发展中的作用和地位给予了高度概括。广大中医药从业者应当抓住机遇，奋发向上，促进中医药事业的不断繁荣发展。

服务患者、治病救人是中医药事业的第一要务，提高诊疗水平、提升临床疗效是中医临床医生的职业使命。当今医学飞速发展，临床分科越来越细，中医药专科专病化方向也是中医药临床发展的必然趋势。当代的中医临床医生，在掌握比较广博的中医药基础知识的前提下，更需要在某一个专科或者某一个病种领域深入研究，有所特长。

众所周知，中医临床的特色在于辨证论治。辨证论治本身包含诊断和治疗两个方面。整体观念、四诊合参是中医辨证（诊断）的特色，因证立法、因法选方、因方遣药则是中医论治（治疗）的经典范式，论治的关键在于选方。而当前中医临床人员普遍的一个薄弱点在于方药不够娴熟，胸中无方，处方用药就很难中规中矩，往往就成了“开药医生”而非“开方医生”。另外，中医不少的治疗经验和独特的治疗方法，散见于

大量的文献刊物中，缺乏系统的整理，导致学者查寻困难。有鉴于此，我们组织了一批资深中医临床专家，根据当前中医专科专病化趋势，选择中医临床有疗效优势的六个病种，分别编写了《冠心病良方大全》、《高血压良方大全》、《糖尿病良方大全》、《脾胃病良方大全》、《中风病良方大全》和《肿瘤良方大全》，合而构建形成《中医良方》丛书。

丛书立足专科专病方剂的整理和应用，体现了“精”“大”“全”三个鲜明的特色。“精”，是指病种的精选，所选的六个专科病种，都是临床常见而中医药有较好疗效的病种，也是中医临床医生最需提高诊疗水平的几个病种，并未泛选滥用；“大”，则是涉及的方剂数量巨大，如《糖尿病良方大全》涉及专病方剂 1740 余首，《中风病良方大全》更是涉及 3000 余首专科方剂；“全”，即全面完备，每个专科病种所遴选方剂，既有古代方，又有近现代方，古方文献覆盖先秦两汉至明清时期，近现代方多为国家级或省级名中医效验方，既有辨证专方，又有通用良方，既有针对专病的良方，还有针对并发症的验方，既有以证统方，也有以病统方，病证结合，十分全面。

本套丛书的编写，历时较久，编者查阅了大量资料，并经过精心筛选，择其精要而成，为中医临床、科研、教学人员提供较可靠的参考信息，也适合广大患者及医学爱好者查阅。由于编者水平有限，书中疏漏之处在所难免，还请读者朋友在使用过程中不吝提出宝贵意见，以便有机会再版时修订完善。

湖南中医药大学 何清湖

2015 年 10 月于长沙

第一章 中风病治疗概况	1
第二章 短暂性脑缺血发作	18
第一节 颈动脉系统短暂性脑缺血发作	18
第二节 椎—基底动脉系统短暂性脑缺血发作	33
第三章 脑血栓形成	49
第四章 脑栓塞	89
第五章 多发性脑梗死	128
第六章 多发性腔隙性脑梗死	143
第七章 分水岭脑梗死	157
第八章 脑出血	173
第九章 蛛网膜下隙出血	203
第十章 静脉窦血栓形成	228
第十一章 皮层下动脉硬化性脑病	238
第十二章 混合性脑卒中	249
第一节 脑出血继发梗塞	249
第二节 脑梗塞继发出血	254
第十三章 瘤卒中	260
第一节 胶质瘤卒中	260
第二节 脑膜瘤卒中	267
第十四章 脊髓卒中	275
第一节 短暂性脊髓缺血发作	275
第二节 脊髓出血	281
第三节 脊髓梗死	286
第十五章 外伤性脑卒中	293
第一节 外伤性短暂性脑缺血发作	293
第二节 外伤性脑出血	296

第三节	外伤性脑梗死	304
第四节	介入术后脑卒中	312
第十六章	特殊类型脑卒中	313
第一节	常染色体显性遗传病合并皮质下梗死和白质脑病	313
第二节	脑血管肌纤维发育不良	322
第三节	脑淀粉样血管病	326
第十七章	脑卒中并发症	332
第一节	肺部感染	332
第二节	脑卒中并发急性肺水肿	345
第三节	脑心综合征	355
第四节	肺栓塞	366
第五节	深静脉血栓形成	376
第六节	急性消化道出血	397
第七节	中枢性呃逆	412
第八节	肾功能衰竭	422
第九节	电解质紊乱	434
第十节	尿路感染	446
第十一节	尿失禁	458
第十二节	高渗血症、高渗性昏迷	469
第十三节	中枢性体温调节障碍	478
第十四节	中枢性呼吸困难	486
第十五节	高血压脑病	496
第十六节	压疮	508
第十八章	脑卒中后遗症	530
第一节	肩—手综合征	530
第二节	脑卒中后疲劳	539
第三节	卒中后抑郁、焦虑	549
第四节	卒中后精神障碍	571
第五节	卒中后吞咽困难	586
第六节	卒中后癫痫	606
第七节	膀胱及直肠功能障碍	622
第八节	脑卒中后痴呆	633

第九节	卒中后骨质疏松、关节挛缩	657
第十节	植物人状态	672
第十九章	脑卒中危险因素	681
第一节	高血压病	681
第二节	糖尿病	701
第三节	血脂异常	723
第四节	肥胖	744
第五节	房颤	756
第六节	脑血管畸形	765
第七节	颅内异常血管网症	771
第八节	脑动脉炎	782
第九节	颅外动脉粥样斑块形成	792
第十节	血小板减少症	801
第十一节	红细胞增多症	809
第十二节	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	818

第一章 中风病治疗概况

“中风”一词的定义，中医药学名词审定委员会发布的《中医药学名词》（2010年）规定：“以突然昏仆，半身不遂，语言謇涩或失语，口舌喎斜，偏身麻木为主要表现，并具有起病急，变化快，如风邪善行数变的特点的疾病”。中风病名首见于《素问·风论》。中风又称为卒中（《素问·本病论》）、卒中风或急中风（《肘后备急方·治卒中风诸急方》）、小中风（《世医得效方·中风要说》），其他如风暗、风痹、风痲、风癱、风搐、风瘕、视歧、大厥、煎厥、薄厥、仆击、偏枯、步态不稳等类似证，与中风病（中华全国中医学会 1986 年《中风病中医诊断、疗效评定标准》）一起分属于神经中枢血管疾病的某些特殊表现，均可按出血中风或缺血中风（国家标准 GB/T16751-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》）进行处理。宋元时期太医局即设置了“风科”，作为医学专科分类。中风病通常包括脑血栓形成、脑栓塞、脑出血、蛛网膜下隙出血、脊髓卒中等神经中枢血管性疾病。1984~1993 年，我国 29 省市心血管病趋势及决定因素的人群监测（中国 MONICA 方案）发病率和死亡率的监测结果，对 25~74 岁人群进行的急性脑卒中调查，其平均年龄标化发病率为男性 270/10 万、女性 161/10 万。全军及 MONICA 研究均发现 CVD 发病率的特点是北高南低、男性高于女性、随年龄增加呈指数型增高。从 1984~2004 年出血性 CVD 平均年发病率下降了 1.7%，缺血性 CVD 上升了 8.7%，CVD 发病率总体呈上升趋势（增加了 6.7%），可能与缺血性 CVD 的增加速度快于出血性 CVD 的下降速度有关。脑卒中在我国的发病率为 150 万/年，存活者达 600 万人，其中 75% 的患者残废，40% 的属重残。关于中风病公认的危险因素有：（1）高血压；（2）不良生活方式习惯，如高盐摄入；（3）心脏病；（4）短暂性脑缺血发作；（5）阳性脑血管病和/或高血压家族史；（6）眼底动脉硬化；（7）高脂血症等。1992~2003 年中国 11 省市前瞻性队列研究的数据发现，缺血性脑卒中发病危险的影响因素依次为高血压、糖尿病、低高密度脂蛋白胆固醇血症、吸烟和肥胖；出血性脑卒中发病危险的独立影响因素只有高血压。2002 年公布的《中国居民营养与健康状况调查》显示，我国 18 岁及以上居民高血压、糖尿病、高血脂及超重和肥胖的患病率分别为 18.8%、2.6%、18.6%、22.8% 和 7.1%，其中高血压患病率较 1992 年增加了 31.0%。因此，中风严重危害人体健康，影响人们的生存质量和生活质量，对中风及其危险因素的防治是中西医学长期以来的重要课题之一。

我国脑血管疾病分类（1995 年）如下。

1. 短暂性脑缺血发作：颈动脉系统；椎—基底动脉系统。

2. 脑卒中

(1) 蛛网膜下腔出血：①动脉瘤破裂；②血管畸形；③颅内异常血管网症；④其他；⑤原因未明。

(2) 脑出血：①高血压性脑出血；②脑血管畸形或动脉瘤出血；③继发于梗死的出血；④肿瘤性出血；⑤血液病源性出血；⑥淀粉样脑血管病出血；⑦动脉炎性出血；⑧药物性出血；⑨其他；⑩原因未明。

(3) 脑梗死：①动脉粥样硬化性血栓性脑梗死；②脑栓塞；③腔隙性梗死；④出血性梗死；⑤无症状性梗死；⑥其他；⑦原因未明。

3. 椎—基底动脉供血不足。

4. 脑血管性痴呆。

5. 高血压脑病。

6. 颅内动脉瘤：(1) 囊性动脉瘤；(2) 动脉硬化性动脉瘤；(3) 感染性动脉瘤；(4) 外伤性动脉瘤；(5) 其他。

7. 颅内血管畸形：(1) 脑动静脉畸形；(2) 海绵状血管瘤；(3) 静脉血管畸形；(4) 毛细血管扩张症；(5) 脑—面血管瘤病；(6) Galen 静脉动脉瘤样畸形；(7) 颅内—颅外血管交通性动静脉畸形；(8) 其他。

8. 脑动脉炎：(1) 感染性动脉炎；(2) 大动脉炎（主动脉弓综合症）；(3) 系统性红斑狼疮；(4) 结节性多动脉炎；(5) 颞动脉炎；(6) 闭塞性血栓性脉管炎；(7) 其他。

9. 其他动脉疾病：(1) 脑动脉盗血综合症；(2) 颅内异常血管网症；(3) 动脉肌纤维发育不良；(4) 淀粉样血管病；(5) 夹层动脉瘤；(6) 其他。

10. 颅内静脉病、静脉窦及脑部静脉血栓形成：(1) 海绵窦血栓形成；(2) 上矢状窦血栓形成；(3) 侧窦（横窦、乙状窦）血栓形成；(4) 直窦血栓形成；(5) 其他。

11. 颅外段动脉疾病：(1) 颈动脉、椎动脉狭窄或闭塞；(2) 颈动脉扭曲；(3) 颈动脉、椎动脉动脉瘤；(4) 其他。

一、西医治疗原则

(一) 脑出血

系指非外伤性脑实质内出血，最常见的原因有高血压伴小动脉硬化。脑组织局部出血及血肿形成引起脑水肿，脑组织受压、移位、软化及坏死等，致脑疝形成，乃至死亡。脑出血好发部位为壳核、丘脑、尾状核头部、中脑、脑桥、小脑、皮质下白质即脑叶、脑室及其他。主要是高血压性脑出血，也包括其他病因的非外伤性脑内出血。高血压性脑出血的诊断要点如下：(1) 常于体力活动或情绪激动时发

病。(2) 发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。(3) 病情进展迅速, 常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。(4) 多有高血压病史。(5) 腰穿脑脊液多含血和压力增高(其中 20% 左右可不含血)。(6) 脑超声波检查多有中线波移位。(7) 鉴别诊断有困难时可作 CT 检查。临床上, 将脑出血分为急性期(<21 天)、恢复期(21 天~2 个月)、后遗症期(2 个月~6 个月以后)治疗。脑出血的治疗目的是抢救生命、降低致残率, 减少复发率。

1. 急性期治疗

治疗原则: 保持安静, 防止继续出血, 积极抗脑水肿, 降低颅内压; 调整血压, 改善循环; 加强护理, 防治并发症。

具体用药上, 止血剂和凝血剂对脑出血并无效果, 如合并消化道出血或有凝血障碍时方可使用。根据具体病情, 可选用甘露醇、甘油果糖、速尿、白蛋白、地塞米松等, 单用或联合用药, 确定不同的用药剂量和间隔时间。控制血压在 180/105mmHg 以内, 不宜太低以免影响脑供血量。出现感染、应激性溃疡、躁动或痫性发作、中枢性高热、深部静脉血栓形成、水电解质平衡紊乱等并发症时, 对症处理。如果有手术指证, 可考虑外科手术治疗。保持安静和绝对卧床是防止再出血的有效方法之一。

2. 恢复期治疗

治疗原则: 积极治疗原发病; 调整血压, 改善循环; 营养神经, 改善脑部代谢; 坚持康复治疗。

具体运用上, 如原发病为高血压、糖尿病、脑动脉硬化、动脉瘤、动静脉畸形、脑动脉炎、血液病等, 采取针对性治疗方法。特别是应根据平常的血压, 维持在稍高于正常的血压水平。选用胞二磷胆碱、ATP 影响能量代谢; γ -氨基丁酸、神经节苷酯、神经生长因子影响氨基酸代谢; 溴隐亭、麦角溴烟酯影响神经递质及受体; 依达拉奉清除自由基。坚持患肢功能锻炼, 根据个体情况和条件所及, 选用高压氧、针灸、按摩、理疗仪器等康复治疗。

3. 后遗症期治疗

治疗原则: 进行以功能锻炼为主的康复治疗, 针对病因和防止复发的治疗。

具体运用上, 偏瘫肢体要早期预防关节强直和畸形, 弛缓性瘫痪采用按摩、轻扣、电刺激等诱发运动, 痉挛性瘫痪采用抗痉挛的被动运动和协同运动, 每天 2~4 次, 以功能性作业为主, 循序渐进, 长期坚持。语言障碍者采用听觉语言、发音训练, 并注意记忆力训练和心理康复。

(二) 蛛网膜下隙出血

系指血管破裂, 血液直接流入蛛网膜下隙所引起的急性脑血管病, 最常见的原因是颅内动脉瘤或动静脉畸形。其流入蛛网膜下腔的血液直接刺激血管, 血细胞崩

解后释放各种炎性物质,导致化学性脑膜炎,下丘脑及自主神经功能紊乱,脑血管痉挛等。蛛网膜下腔出血的诊断要点如下:(1)发病急骤。(2)常伴剧烈头痛、呕吐。(3)一般意识清楚或有意识障碍,可伴有精神症状。(4)多有脑膜刺激征,少数可伴有脑神经及轻偏瘫等局灶体征。(5)腰穿脑脊液呈血性。(6)脑血管造影可帮助明确病因。(7)可进行CT检查。其治疗原则同脑出血,但更应注意以下两个方面:一为运用6-氨基已酸、止血芳酸、止血环酸、立止血等抗纤维蛋白溶解剂防止再出血;二为运用尼莫地平、西比灵等钙离子拮抗剂防治迟发性血管痉挛。手术去除病因是最重要的治疗。蛛网膜下腔出血的预后较差,在发病初24小时内的死亡率大约为25%,幸存者再出血的危险性每年有3%。研究认为,50岁以上者手术死亡率即大为增加,男性年龄>69岁,女性年龄>75岁,即不宜手术。

(三) 脑血栓形成

系指在脑动脉的颅内、外段动脉粥样硬化基础上形成血栓,致使血管腔狭窄或闭塞,血流受阻,引起脑梗死的一种急性脑血管病。最常见原因为高血压所致脑动脉粥样硬化,其次是各种脑动脉炎。脑血栓形成的诊断要点如下:(1)常于安静状态下发病。(2)大多数无明显头痛和呕吐。(3)发病可较缓慢,多逐渐进展,或呈阶段性进展,多与脑动脉粥样硬化有关,也可见于动脉炎、血液病等。(4)一般发病后1~2天内意识清楚或轻度障碍。(5)有颈内动脉系统和(或)椎~基底动脉系统症状和体征。(6)腰穿脑脊液一般不应含血。(7)鉴别诊断困难时可作CT/MRI检查。临床上为指导治疗,脑血栓形成按病程分为复流时窗期(0~6小时)、脑水肿颅高压期(6~12小时至2~4周之间)、恢复期(2~4周以后)、后遗症期(2个月以后)四期。脑血栓形成治疗目的是挽救生命,降低病残率,预防复发。

1. 急性期治疗

治疗原则:在整体化观念指导下,采取个体化的综合治疗原则,强调超早期溶栓治疗和对危险因素及时采取干预措施。

具体运用上,严格掌握适应症和禁忌症的同时,起病6小时以内多用rt-PA溶栓,之后以生理盐水降低血液黏稠度,扩张血管、稀释凝血因子,改善血液循环,未接受溶栓者,可予低分子肝素钠抗凝,巴曲酶或蚓激酶降纤,阿斯匹林抗血小板聚集,依达拉奉清除自由基。梗死面积大有脑水肿者降低颅内压,病变轻无脑水肿者采用血管扩张剂如维脑路通。有并发症者应采取抗感染、护胃、维持水电解质平衡等对症支持治疗。

2. 恢复期治疗

治疗原则:积极治疗原发病,扩张脑血管,促进血液循环,抑制血小板聚集,保护神经细胞,促进神经功能康复。

具体而言,脑血栓形成常伴高血压、高血脂、高血糖、冠心病等,积极治疗这

些原发病可降低脑血管意外发病率及复发率。扩张脑血管多用尼莫地平、西比灵等钙离子拮抗剂,用阿斯匹林抑制血小板聚集,依达拉奉清除自由基,采用胞二磷胆碱、神经节苷酯、B族维生素、 γ -氨基丁酸等营养脑神经。根据具体情况采取功能锻炼、高压氧、理疗、针灸、按摩等康复治疗。

3. 后遗症期治疗

治疗原则:预防并发症和继发性损害,促进神经功能恢复,针对病因,预防复发,为重返家庭和社会创造条件。

具体运用上,采用以功能锻炼为主的康复治疗,运用针灸、理疗、按摩及药物使神经功能恢复,增强记忆功能,恢复心理健康。改造居住环境,增添必需的辅助品,训练病人生活自理,恢复力所能及的劳动。

(四) 脑栓塞

系指颅外栓子随血流进入颅内动脉系统使血管急性闭塞引起相应供血区的脑组织缺血坏死及脑功能障碍,最常见病因为心源性栓子。脑栓塞的诊断要点如下:(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性意识障碍。(4)有颈动脉系统和(或)椎-基底动脉系统的症状和体征。(5)腰穿脑脊液一般不含血,若有红细胞可考虑出血性脑梗死。(6)栓子的来源可为心源性或非心源性,也可同时伴有其他脏器、皮肤、黏膜等栓塞症候。其治疗同脑血栓形成,更要注意选用较强的血管扩张剂如罂粟碱、亚硝酸异戊酯等,并采取低分子肝素钠预防性抗凝治疗。

(五) 腔隙性脑梗死

系指大脑半球深部白质及脑干的缺血性微梗死,最常见原因为高血压脑动脉硬化。腔隙性梗死的诊断要点如下:(1)发病多由于高血压动脉硬化引起,呈急性或亚急性起病。(2)多无意识障碍。(3)腰穿脑脊液无红细胞。(4)临床表现都不严重,较常见的为纯感觉性中风、纯运动性轻偏瘫、共济失调性轻偏瘫、构音不全—手笨拙综合征或感觉运动性中风等。(5)应进行CT/MRI检查,以明确诊断。治疗同脑血栓形成,但更注意强调有效控制高血压和抑制血小板聚集,慎用抗凝剂以免发生继发性脑出血。

二、西医治疗方法

(一) 脱水疗法

不论何种脑卒中,如出现头痛、呕吐、意识障碍,或影像学显示病变广泛,病灶较大,脑水肿明显,脑室受压时,均需脱水治疗。一般出血量较大,梗死面积越

大，脑水肿就越严重，需要脱水的时间越长。脱水与补液相辅相成，开始脱水1~2天，24小时入量应少于液体总排出量的500~1000ml；第3~4天，尽可能使24小时液体总出入量维持平衡状态；4天以后，每日总入量=前一日总尿量+500ml。方法：①高渗性脱水：20%甘露醇，每次125ml，静脉滴注，30分钟内滴完。通过脑组织和脑脊液间渗透压差而起作用，一般1g甘露醇能带出12.5ml的水分，用药后10~20分钟起作用，2~3小时降颅压作用最强，可维持作用4~6小时。②50%甘油生理盐水溶液，每天每公斤0.5~2g，分次口服；或10%甘油盐水，10%甘油果酸糖，每天每公斤体重0.8~1g，静脉滴注。③20%~25%人血白蛋白50ml，或浓缩血浆100~200ml，每日静脉滴注1~2次。④利尿剂，速尿每次20~40mg，静脉注射或肌肉注射，每天2~3次。醋氮酰氨0.25~0.5g，每日2~3次。

（二）亚低温疗法

利用现代制冷技术制成的降温帽及降温床垫物理降低脑组织的温度，可降低脑氧耗量和能量代谢，减少脑组织乳酸堆积，抑制有害物质释放，从而减轻脑水肿，降低颅内压，保护脑细胞。一般维持体温在30~34℃为宜，安全而且并发症较少。由于直肠温度仅低于脑组织温度0.33℃左右，因此一般以肛温测定做为临床亚低温的测温途径。

（三）溶栓疗法

大脑中动脉阻塞发病3~6小时内，基底动脉阻塞小于12小时，在严格掌握适应症的情况下，可行溶栓疗法。静脉内溶栓一般选用尿激酶、组织型纤溶酶原激活物等。①尿激酶100~200万u加0.9%盐水100ml，30分钟内静脉滴注。若用药后肌力恢复2级或2级以上，则减慢滴速，此后追加剂量25万u以内；若给药45分钟内无明显改善，以后10~30分钟追加剂量25~50万u。溶栓后立即给予静脉滴注20%甘露醇250ml及低分子右旋糖酐500ml；6~24小时后开始口服阿斯匹林100~300mg/d。②重组组织型纤溶酶原激活物（rt-PA），每公斤体重0.9mg（总量不超过90mg），先予10%的用量1分钟内静脉推注，余下90%的用量加生理盐水100ml，1小时内静脉滴注。但国内专家认为，由于溶栓治疗出血率高，危险性大，因此，应用溶栓治疗应极为慎重。

（四）止血疗法

一般认为脑出血不用止血药，但蛛网膜下隙出血患者，或因血液病变所引起的脑出血患者，使用6-氨基己酸、抗血纤溶芳酸等纤维蛋白溶解剂止血，连用2~3周，对减少出血和缩短止血时间是有益的。①6-氨基己酸4~6g加0.9%盐水100ml静脉滴注，30分钟内滴完，以后持续静滴1g/h，持续12~24小时，以后每

日 24g, 持续 7~10 天, 逐渐减量至每日 8g, 共用 2~3 周。②止血芳酸 0.2g~0.4g 加 0.9% 盐水 100ml 静脉滴注, 每日 2 次。③止血环酸 250~500mg 加 5% 葡萄糖 250ml, 静脉滴注, 每日 1~2 次。

(五) 抗凝疗法

对于长期卧床, 无禁忌的缺血性脑卒中患者, 若不宜溶栓治疗时, 使用肝素静脉抗凝, 或低分子肝素皮下注射抗凝, 可预防深静脉血栓和肺栓塞的发生, 但不宜常规应用抗凝治疗。对有心房纤颤的病人在需排除脑出血, 及起病 14 天以后, 主张用华法令等口服抗凝剂治疗。①普通肝素 500~1250IU, 加 0.9% 盐水 250ml 静脉滴注, 每天 2 次。②低分子肝素钠 1250IU 皮下注射, 每天 1~2 次。③华法令, 口服首日 6~20mg, 第 2 日停药, 第 3 日根据凝血酶原时间调整剂量, 或用维持量每日 2~12mg, 老年人酌减。

(六) 抗血小板聚集疗法

一旦脑梗死诊断明确, 若不能溶栓及抗凝治疗时, 只要排除脑出血疾病的可能性, 应尽快给予拜阿斯匹林 100~325mg 口服抗血小板聚集, 可减少早期再缺血的危险, 而明显改善预后。另如噻氯吡啶 250mg, 每天一次口服; 或氯吡格雷 75mg, 每天一次口服等等。

(七) 降纤疗法

降纤是降纤维蛋白原治疗的简称。一旦脑梗死诊断明确, 缺血性脑卒中患者发病 3 小时内, 在监测用药前后血纤维蛋白原及纤维蛋白含量的前提下, 使用巴曲酶降纤, 第一日 10IU, 第三日 5IU, 第 5 日 5IU, 加 0.9% 盐水 250ml 使用, 共 20 单位静脉滴注, 可明显改善患者的预后。

(八) 抗自由基疗法

在正常情况下, 体内产生自由基, 可通过酶解作用或天然氧化剂清除, 处于生理平衡状态。脑卒中后, 由于脑组织缺血缺氧, 造成生物化学紊乱, 可形成更多的自由基。所以, 用甘露醇、过氧化歧化酶、维生素 C、维生素 E、巴比妥盐等, 可加速体内自由基的清除。

(九) 扩管扩容疗法

在脑血栓形成极早期 (主要指 24 小时以内), 未出现过度灌注综合征以前, 运用扩血管药物如罂粟碱、氢化麦角碱等可能有益, 但发病后 1~3 周, 由于缺血性乳酸中毒, 缺血区血管处于麻痹状态, 自动调节功能丧失而高度扩张, 此时应用扩血

管药物会使缺血区缺血加重，故不主张使用。扩充血容量的目的在于降低血液黏稠度，对改善缺血区缺血状态是有益的，但仅对大的脑动脉供血区的急性缺血性患者有效，而对脑干或腔隙性脑梗死不起作用，对大面积脑梗死也不恰当，故其使用也很有限。

（十）护脑疗法

尽管所有的神经保护剂均处实验阶段，目前尚无一个独立的神经保护剂表明影响脑卒中的预后。但临床上仍在大量使用西比灵、脑组织提取液、神经营养因子等护脑药物。当然，护脑治疗是一个广义的概念，使用亚低温、脱水、抗自由基等药物均有护脑作用。

（十一）并发症治疗

脑卒中的并发症极多，如低血糖、高血糖、水电解质平衡紊乱、低血压、高血压、心衰、缺氧、高热、癫痫、吸入性肺炎、泌尿系感染、肺栓塞、急性肺水肿、急性胃黏膜病变、褥疮、疼痛、抑郁或焦虑状态、心功能异常、肢体废用综合征等等，是使脑卒中病情加重，乃至死亡的直接原因，必须及时处理纠正，并在整个治疗和康复过程中高度重视预防。

（十二）神经介入术治疗

神经介入术治疗效果肯定、安全，创伤微小、对患者影响小、手术时间短，术后恢复快。对于狭窄率超过 70% 的严重脑动脉狭窄患者，采用药物治疗疗效欠佳；采用外科手术治疗创伤大，并发症发生率高。可以采用金属支架，通过股动脉/臂动脉插入导管，直达颈部或者颅内，将狭窄的血管管腔撑起，达到改善脑供血、预防脑卒中的目的。2013 年 NEJM 杂志上的两项试验结果显示，血管内介入治疗有效的前提是在可挽救的脑组织仍然存在的情况下；如果血管内介入治疗时间较迟，则尽管其再通效率很高，也无法取得预期疗效。

（十三）外科手术治疗。

大面积脑梗死、大量脑出血、脑室出血等有手术指征者，可采取相应的手术。如颅骨钻孔血肿穿刺抽吸术、开颅清除血肿术、持续脑室引流术、去骨瓣减压术、动脉瘤摘除术、取栓术等等。

（十四）高压氧疗法

高压氧疗法指在一个大气压的环境中呼吸氧气的治疗，有利于提高血氧分压、血氧张力、血氧含量、组织氧储备、增加血氧弥散和组织的含氧气量，改善微循环。

临床证明,脑卒中恢复期坚持高压氧治疗,能改善神经功能缺损症状和体征。

(十五) 康复疗法

脑卒中致残率高,康复治疗在脑卒中的治疗中占有重要地位,其主要内容包括:①诊断、治疗和预防并发症;②最大独立性训练;③心理训练;④社会的再适应,防止继发残疾;⑤利用残留的功能提高生活质量;⑥防止脑卒中复发和发生其他血管性疾病。

(十六) 基因疗法

基因疗法是通过投放基因的功能片段来改善人的机体生理状况或治疗疾病。研究表明,脑卒中也与基因异常有关,特别是高血压、糖尿病、动脉粥样硬化等并发中风者,使用营养神经元和抑制神经细胞死亡的基因,如神经元凋亡抑制蛋白(NAIP)、葡萄糖转运体(GT)等等,转染至靶器官或细胞,在脑内表达而达到改善神经功能缺损症状和体征的目的。

三、中医治疗原则

缺血中风急性期多气虚,血瘀脉中;出血中风急性期多阴虚,血瘀脉外。脑中血海不宁,失于藏守,则为出血中风,其动而太过,则为火;血海不足或不畅,气血缓滞,发为缺血中风,故火象不著。出血中风,肝之疏泄太过,血海不宁,血不能藏;缺血中风,肝之疏泄不及,调血不畅。疏泄太过,不安而扰动,动则为火;疏泄不及,凝滞而不动,故多虚象。出血中风及缺血中风在恢复期时临床上大多合而论之。相关研究表明,在恢复期前3个月,血瘀为最常见证候;在恢复期的后3个月,气虚、血瘀为其主要证候。但是,出血中风恢复期宜活血,缺血中风恢复期宜破血。出血中风后遗症期与缺血中风后遗症期临床上也大多合而论之。后遗症期病机为本虚标实,虚实夹杂,虚以气虚、阴虚为主,实以瘀、痰、风、阳、火为主,而证型多为气阴亏虚、血瘀阻络。治则以补肾、益气、养阴、养血为扶正之法;化瘀、化痰、祛风、潜阳、清热为祛邪之法。但是,出血中风后遗症期宜润通,缺血中风后遗症期宜温通。

(一) 平衡阴阳

无论年龄偏大、情志过极、饮食不节、劳累过度或气候变化,皆致阴阳气血失调,引发脑卒中。所以,叶天士说:“内风乃身中阳气之变动,肝为风脏,因精血衰耗,水不涵木,木少滋荣,致肝阳偏亢,内风时起。”肝主藏血,体阴用阳;肾主藏精,为阴阳之根;故肝肾阴虚阳亢化风为卒中基本病机。治疗上补偏救弊,恢复阴阳的相对平衡,是治疗脑卒中的关键。