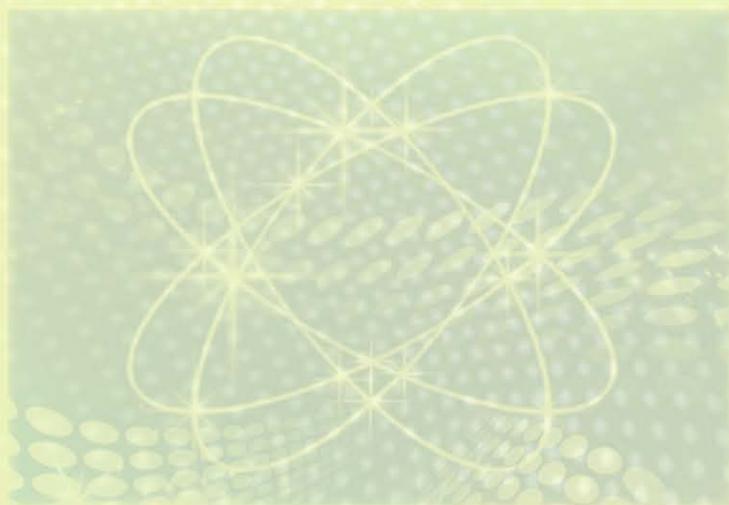


中西医结合医院中医药文库

优势病种诊疗方案



前 言

QIANYAN

河北省沧州市历史悠久，名人辈出，中医药文化底蕴深厚，涌现出神医扁鹊、金元四大家之一刘完素等杏林巨擘，特别是中西医结合先驱张锡纯，其专著《医学衷中参西录》至今在医学界有着重要的学术地位和深远影响。

河北省沧州中西医结合医院建院以来，秉承张锡纯先生“中西医汇通”理念，继承和弘扬中医药文化，坚持发挥中医药特色优势，自1995年开始，先后5次整理出百余种常见病种和中医优势病种诊疗方案。2012年我院顺利通过医院等级评审，评审专家对我院坚持中西医结合发展、积极发挥中医药特色优势给予高度评价。在评审专家的鼓励下，我院将诊疗方案重新进行了梳理，剔除了临床常见或已经成型的西医治疗内容，重点突出我院特有的、临床疗效显著的中医治疗方法和制剂、方药，最终形成本书。

该书的修订是在我院迎接2012年等级评审的基础上做的进一步优化与完善，在体例上参考了《国家中医药管理局“十一五”中医重点专科优势病种诊疗方案》，主要包括诊断、治疗方案、疗效评价、难点分析四部分。其中诊断包括中医诊断和西医诊断；治疗方案主要以中医辨证施治为主，对中医技术、诊疗设备及我院常用的一些其他物理疗法等也给予了一定介绍；疗效评价则以中医评判标准为主，西医理化指标为辅。

该书重在突出实用性和可操作性，是我院20余年中医临床经验的总结，它不仅能帮助临床科室规范年轻医师诊疗行为，提高中医临床疗效，而且在加强科室中医内涵建设、突出科室中医特色方面亦有一定借鉴作用。

该书的修订与出版时间紧，加之编者水平有限，书中难免存在诸多纰漏，请各位读者多提宝贵意见，以便我们在今后进一步修订和完善。

编 者

2013年4月6日

目 录

中风病（脑梗死）恢复期	（ 1 ）
腰痛病（腰椎间盘突出症）	（ 5 ）
缺血性中风病（脑梗死急性期）	（ 10 ）
眩晕病（短暂性脑缺血发作）	（ 16 ）
出血性中风病（脑出血急性期）	（ 21 ）
眩晕病（高血压）	（ 30 ）
喘证水肿（心衰缓解期）	（ 34 ）
消渴病（2型糖尿病）	（ 38 ）
消渴病痹证（糖尿病周围神经病变）	（ 42 ）
消渴病淋证（糖尿病神经源性膀胱）	（ 49 ）
消渴病肾病（糖尿病肾病）	（ 54 ）
瘰疬（甲状腺功能亢进症）	（ 57 ）
消渴目病（糖尿病性视网膜病变）	（ 62 ）
积聚（肝硬化代偿期）	（ 65 ）
腹痛（急性胰腺炎）	（ 68 ）
肝著病（慢性乙型病毒性肝炎）	（ 71 ）
鼓胀（肝硬化失代偿期）	（ 74 ）
喘病（慢性阻塞性肺疾病）	（ 77 ）
咳嗽（社区获得性肺炎）	（ 82 ）
哮喘（支气管哮喘）	（ 87 ）
肺癌	（ 91 ）
肝癌	（ 100 ）
恶核	（ 107 ）
肾风（IgA肾病）	（ 113 ）
慢性肾衰病	（ 118 ）
水肿病（肾病综合征）	（ 124 ）
尪痹（类风湿关节炎）	（ 128 ）



大倮 (强直性脊柱炎)	(133)
痛风	(137)
股肿病 (下肢深静脉血栓形成)	(140)
脱疽 (糖尿病性足病)	(144)
脱疽病 (肢体闭塞性动脉硬化)	(150)
乳核 (乳腺纤维腺瘤)	(156)
乳痈 (急性乳腺炎)	(159)
乳岩 (乳腺癌) 围化疗阶段	(164)
气瘿 (结节性甲状腺肿)	(170)
石瘿 (甲状腺癌)	(174)
肠癌病 (直肠癌)	(178)
癥瘕 (子宫肌瘤)	(184)
盆腔炎病 (盆腔炎)	(190)
异位妊娠	(198)
产后发热 (产褥感染)	(203)
子肿、子晕、子痫 (妊娠期高血压疾病)	(207)
胎漏、胎动不安 (早期先兆流产)	(213)
急惊风 (病毒性脑炎)	(217)
肺炎喘嗽	(219)
手足口病	(222)
鼻衄 (鼻出血)	(225)
鼻渊 (慢性鼻窦炎)	(228)
乳蛾 (慢性扁桃体炎)	(232)
暴盲 (视网膜静脉阻塞)	(235)
聚星障 (病毒性角膜炎)	(238)
撞击伤目 (眼眶骨折)	(242)
带状疱疹病	(244)
天疱疮	(248)
白疔 (银屑病)	(252)
骨蚀 (股骨头无菌性坏死症)	(257)
项痹病 (颈椎病)	(260)
膝痹病 (膝关节骨性关节炎)	(263)
腰椎管狭窄证	(268)
手指离断伤	(273)
伤筋病 (周围神经损伤)	(279)
手指复合软组织缺损	(284)

小儿发育性髋关节脱位	(288)
胸腰椎骨折病 (胸腰椎压缩骨折)	(292)
锁骨骨折	(296)
肺胀急性期 (慢性阻塞性肺疾病急性加重期)	(299)
高热	(303)
脑海损伤	(306)
肠结病 (急性不完全性肠梗阻)	(308)
厥心痛 (冠心病心绞痛)	(311)
急性有机磷中毒	(314)

中风病（脑梗死）恢复期

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断：参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病中医诊断疗效评定标准（试行）》（1995年）制定。

- （1）主要症状：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。
- （2）次要症状：头痛、眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，共济失调。
- （3）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，结合影像学检查结果亦可确诊。

2. 西医诊断：参照中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》（2010年）制定。

- （1）急性起病，经内科治疗发病2周到6个月。
- （2）局灶性神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损。
- （3）症状和体征持续数小时以上。
- （4）脑CT或MRI排除脑出血和其他病变。
- （5）脑CT或MRI有责任梗死病灶。

（二）证候诊断

1. 风痰瘀阻证：口眼歪斜，舌强语謇或失语，半身不遂，肢体麻木，舌暗紫，苔黄腻，脉弦滑。

2. 气虚血瘀证：肢体偏枯不用，肢软无力，面色萎黄，舌质淡紫或有瘀斑，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。

二、治疗方案

（一）辨证口服中药汤剂、中成药

1. 风痰瘀阻证

治法：搜风化痰，化瘀通络。

推荐方药：解语丹加减。

主要成分：白附子、石菖蒲、远志、天麻、全蝎、羌活、胆星、木香等。

加减：瘀血重，舌质紫暗或有瘀斑，加桃仁、红花、赤芍；舌苔黄腻、烦躁不安等有



热象者，加黄芩、山栀。

中成药：华佗再造丸等。

2. 气虚血瘀证

治法：益气养血，化瘀通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。

主要成分：黄芪、桃仁、红花、赤芍、归尾、川芎、地龙等。

加减：气虚明显者，加党参、太子参；言语不利，加远志、石菖蒲、郁金。

中成药：芪参还五胶囊（院内制剂）。

3. 肝肾亏虚证

治法：滋养肝肾。

推荐方药：左归丸合地黄饮子加减。

主要成分：干地黄、首乌、枸杞子、山萸肉、麦冬、石斛、当归、鸡血藤等。

加减：若久病阴损及阳，症见怕冷，阳痿，小便清长，舌淡，脉沉细无力者，可加补骨脂、肉桂、附子、肉苁蓉、巴戟天等温肾壮阳。

中成药：六味地黄丸、左归丸等。

（二）静脉滴注中药注射液

可选用具有活血化瘀作用的中药注射液静脉滴注，如丹参注射液、红花注射液、疏血通注射液、灯盏花素注射液等可以选择使用。

辨证属于热证者，选用具有活血清热作用的中药注射液静脉滴注，如苦碟子注射液、丹参注射液、疏血通注射液等。

辨证属于寒证者，选用具有温阳活血作用的红花注射液、灯盏花素注射液等。

（三）中医非药物特色疗法

1. 软瘫期

头针：采用于氏头穴丛刺针法，取顶区、顶前区。

操作方法：采用长时间留针间断行针法，可留针3~4h。一般选用28~30号毫针，常用1~1.5寸，常规消毒后，常规进针法刺至帽状腱膜下，针后捻转，200次/min，每根针捻转1min，留针期间进行肢体的功能训练，开始每隔30min捻转1次，重复2次，然后每隔2h捻转1次，直至出针。

2. 痉挛期

头针：针刺取穴与操作方法同软瘫期。

体针：针刺以“拮抗肌取穴”为基本原则，可以联合于氏头穴丛刺针法。

上肢：外关（使手腕伸展或手指伸展）、天井（使肘部伸展，肘外旋）、肩髃（使臂外展）。下肢：阳陵泉、悬钟（使足背屈、踝外翻）、解溪（使趾伸展、足背屈）、承扶、委中（使膝关节屈曲）、风市（使髋外展）。

操作方法：患者取卧位，皮肤常规消毒后，以28~30号1.5~2寸针灸针进行针刺，得气后在针柄上连接脉冲针灸治疗仪，痉挛期采用疏密波，频率以100次/min为宜，刺激强度以患者能耐受为度，每次治疗20min，每日1次。

3. 相对恢复期

头针：针刺取穴与操作方法同软瘫期。

体针：针刺可按照“治痿独取阳明”理论选穴。

取穴：上肢取曲池、外关、合谷等，下肢取风市、伏兔、足三里、丰隆、解溪、阳陵泉、悬钟、三阴交、太冲等。

操作方法：常规操作。

(四) 康复治疗

1. 软瘫期

(1) 运动治疗：只要病人神志清醒，生命体征稳定，应及早指导病人进行床上的主动性活动训练，包括翻身、床上移动、床边坐起、桥式运动等。若病人不能作主动活动，应尽早进行各关节被动活动训练。

(2) 作业治疗：配合运动治疗、物理因子治疗等手段提高患者躯干及肢体的肌力和肌张力，使其尽快从卧床期过渡到离床期，并能独立地完成一部分的日常生活活动，如使用单手技术的方法完成穿脱衣、穿袜子、进食、个人卫生等，恢复一定的自理能力，从而建立和增强回归家庭、重返社会的信心。

对患者及其家属的宣教，尤其是良肢位的摆放，在床上坐位及轮椅坐位时将患侧上肢置于身前视野范围内，不处于抗重力的体位。指导患者完成自我辅助的双上肢活动训练方法，维持肩关节活动范围，避免日后肩部的并发症。

2. 痉挛期

(1) 运动治疗

①控制肌痉挛：内容包括良肢位的摆放；针对痉挛可采用牵拉、挤压、快速摩擦等方法来降低患肢的肌张力。

②促进分离运动的出现：采用易化技术、运动再学习等训练进一步促进患侧肢体的分离运动。

(2) 作业治疗：利用负重练习或在负重状态下的作业活动降低患侧上肢的肌痉挛。进行如持球、持棒等动作进行针对协同运动的练习。

3. 相对恢复期

功能训练：在继续训练患者肌力、耐力的基础上，以提高身体的协调性和日常生活活动能力为主要原则。训练内容有提高协调性、速度的作业治疗（训练活动与日常生活活动相结合，增加患侧上肢和手的使用量，减少废用对患侧上肢和手的影响）和增强肌力、耐力的运动治疗。

(五) 其他疗法

物理因子治疗：低频脉冲电疗法、痉挛肌治疗、偏振光治疗、艾灸仪治疗、电子针灸仪、吞咽治疗、言语评定及治疗等均可选用。

三、疗效评价

(一) 评价标准

1. 中医证候评价：参照《中医病症诊断疗效标准》中风病疗效评定标准制定。

(1) 治愈：症状及体征消失，基本能独立生活。

(2) 好转：症状及体征好转，能扶杖行动，或基本生活能自理。

(3) 未愈：症状及体征无变化。



2. 西医疗效及关键性指标评价

(1) 运动功能恢复评价: 根据 Brunnstrom 运动功能恢复分期、简化 Fugl - Meyer 运动功能评分评价运动功能状况, 改良 Ashworth 痉挛评定量表评价肌张力状况。

(2) 吞咽功能恢复评价: 采用洼田饮水试验。

(3) 认知功能恢复评价: 采用 MMSE 评价。

(4) 日常生活能力评价: 采用改良的 Barthel 指数量表。

(二) 评价方法

可在患者不同入院时间根据不同的功能障碍, 选用不同的评价量表进行评价。

1. 入院后 1 ~ 2d: 可选用《中风病辨证诊断标准》、NIHSS 量表、Brunnstrom 分期、简化 Fugl - Meyer、改良 Ashworth 痉挛评定量表、改良的 Barthel 指数量表、洼田饮水试验、MMSE 等进行评价。

2. 入院后 26 ~ 28d: 可选用《中风病辨证诊断标准》、NIHSS 量表、Brunnstrom 分期、简化 Fugl - Meyer、改良 Ashworth 痉挛评定量表、改良的 Barthel 指数量表、洼田饮水试验、MMSE 等进行评价。

(整理: 王利春)

腰痛病（腰椎间盘突出症）

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断：参照中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）制定。

（1）有腰部外伤、慢性劳损或寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。

（2）常发于青壮年。

（3）腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加（如咳嗽、喷嚏）时疼痛加重。

（4）脊柱侧弯，腰椎生理弧度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限。

（5）下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟腱反射减弱或消失，拇指背伸力减弱。

（6）X线摄片检查：脊柱侧弯、腰生理前凸消失，病变椎间盘可能变窄，相应边缘有骨赘增生。CT或MRI检查可显示椎间盘突出的部位及程度。

2. 西医诊断：参照《腰椎间盘突出症》（胡有谷主编，人民卫生出版社，2005年9月第3版）制定。

（1）腰痛、下肢痛呈典型的腰骶神经根分布区域的疼痛，常表现下肢痛重于腰痛。

（2）按神经分布区域表现肌肉萎缩、肌力减弱、感觉异常和反射改变四种神经障碍体征中的两种征象。

（3）神经根张力试验：无论直腿抬高试验或股神经牵拉试验均为阳性。

（4）影像学检查发现：包括X线、CT、MRI或特殊造影等异常征象与临床表现一致。

（二）证候诊断

参照中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）制定。

1. 血瘀证：腰腿痛如刺，痛有定处，日轻夜重，腰部板硬，俯仰旋转受限，痛处拒按。舌质暗紫，或有瘀斑，脉弦紧或涩。

2. 寒湿证：腰腿冷痛重着，转侧不利，静卧痛不减，受寒及阴雨加重，肢体发凉。舌质淡，苔白或腻，脉沉紧或濡缓。

3. 湿热证：腰部疼痛，腿软无力，痛处伴有热感，遇热或雨天痛增，活动后痛减，恶热口渴，小便短赤。苔黄腻，脉濡数或弦数。

4. 肝肾亏虚：腰酸痛，腿膝乏力，劳累更甚，卧则减轻。偏阳虚者面色晄白，手足不温，少气懒言，腰腿发凉，或有阳痿、早泄，妇女带下清稀，舌质淡，脉沉细。偏阴虚



者，咽干口渴，面色潮红，倦怠乏力，心烦失眠，多梦或有遗精，妇女带下色黄味臭，舌红少苔，脉弦细数。

二、治疗方案

对于绝大部分的患者而言，保守治疗具有疗效好，患者痛苦少，风险低，费用低廉的特点。手术治疗具有见效快、风险大、副作用多、费用高、复发后更难治等特点。因此，腰椎间盘突出症应首选保守治疗为主，手术是不得已的最后办法。

(一) 辨证口服中药汤剂、中成药

1. 血瘀证

治法：活血祛瘀，行气止痛。

推荐方药：身痛逐瘀汤加减。

主要成分：秦艽、川芎、桃仁、红花、甘草、羌活、没药、当归、灵脂（炒）、香附、牛膝、地龙（去土）。

加减：若微热，加苍术、黄柏；若虚弱，量加黄芪。

中成药：芪参还五胶囊（院内制剂）。

2. 寒湿证

治法：温经散寒，化湿通络。

推荐方药：乌头汤加减。

主要成分：麻黄、芍药、黄芪、炙甘草、川乌。

加减：坐骨神经痛严重加白术、威灵仙、桂枝、桑寄生等。

中成药：通痹胶囊（院内制剂）。

3. 湿热证

治法：清热祛湿，宣通经络。

推荐方药：宣痹汤加减。

主要成分：防己、杏仁、滑石、连翘、山栀、薏苡仁、半夏（醋炒）、晚蚕沙、赤小豆皮（取五谷中之赤小豆，凉水浸，取皮用）。

加减：湿热重者加黄柏、苍术；疼痛严重者加元胡、桑枝。

中成药：银苓消肿丸（院内制剂）。

4. 肝肾亏虚证

治法：补益肝肾。

推荐方药：六味地黄丸加减。

主要成分：熟地黄、山萸肉、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮。

加减：阴虚者治以滋补肾阴，方用左归丸加减；肾阳虚者治以温补肾阳，方用青娥丸或右归丸加味。

中成药：六味地黄丸等。

(二) 中医非药物治疗

1. 推拿：推拿治疗的主要作用为疏通经络、促进气血运行、调整脏腑功能和舒筋活络、活血散瘀、松解粘连、滑利关节，可以达到较好的保健康复作用。

(1) 松解手法：患者先取俯卧位，术者施用指揉掌推肘揉等，放松背部肌群，重点

放松腰部肌肉，要求着力深透，以患者能耐受为宜，年龄越大者，力度越要适中，不可用力过猛，注意按压弹拨的方向是与脊柱垂直的。按压双腿环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑穴各1min，再从臀部沿大腿、小腿背侧提拿诸肌群6次。

(2) 整复手法

①斜扳腰椎：患者健侧卧位，患侧在上，健侧下肢伸直，髋关节略后伸，患侧下肢屈髋、屈膝，医生站立其面前，肘部弯曲，用一肘部前臂上端搭在患侧肩前方向外推动，另一肘部上臂下端搭在臀部向内扳动，调整患者肩部与臀部的位置，使患者腰椎逐渐旋转，扭转中心正好落在病变腰椎节段上，当将脊柱扭转至弹性限制位时，医生可感到抵抗，适时作一突发有控制的扳动，扩大扭转幅度 $3^{\circ}\sim 5^{\circ}$ ，常听到“咔嗒”声响，一般表示复位成功。注意切不可使用暴力，扳动要“轻巧、短促、随发随收”，关节弹响虽常标志手法复位成功，但不可追求弹响。

②腰椎定位旋转扳法：以向右扳动为例，患者取坐位，骑跨在治疗床头（或坐于凳上，助手站于患者前方，两腿夹患者左腿，双手压住左侧大腿根部，以稳定姿势），医生站立其侧后方，左手拇指抵住偏凸之棘突，右手从患侧腋下穿过，反扣患者颈项部，使患者腰部缓慢前屈，至左手拇指始感觉指下棘突欲动时，控制此前屈角度，反扣颈部之手令患部向右缓慢旋转，至脊柱扭转弹性限制位，感觉到有阻抗时，右手继续右旋，左手拇指向左侧推顶偏凸棘突，做一突发扳动，扩大扭转幅度 $3^{\circ}\sim 5^{\circ}$ ，常可听到“咔嗒”声响，左手拇指可感到棘突有跳动感。注意事项同“斜扳法”。

③推拿疗法的注意事项：推拿结束后，令患者仰卧位卧床休息15min左右；早期宜绝对卧床休息，可用腰围固定；减少腰部活动，注意腰部保暖，预后加强腰背肌功能锻炼；中央型腰椎间盘突出者，慎用推拿，若轻型可做推拿治疗，但禁止做腰椎扳法。

④推拿手法的适应证和禁忌证：推拿手法对腰椎间盘突出症有较好的疗效，只要手法运用得当，一般适宜行推拿治疗。施行手法时应做到全神贯注，意到手到，由浅入深，由轻到重，缓中有力，外柔内刚。一般而言，推拿手法无副作用，其慎用及禁忌证有：中央型腰椎间盘突出证，严重腰椎管狭窄证，严重脊柱骨质疏松者，患有精神失常、严重高血压、心脏病者，严重饥饿、过度疲劳、低血糖、低血压等，局部有皮肤病者。

2. 牵引：腰椎牵引可使椎间隙增大，造成椎间盘内的负压，加之后纵韧带的紧张，有利于突出的髓核部分还纳或改变其与神经根的关系。椎间隙的增大，关节突关节的拉开，使椎间孔恢复正常的外形，从而解除对神经根的挤压。牵引可缓解肌肉痉挛、减轻椎间压力。牵引有利于使腰椎后关节微细异常的改变恢复到正常关系，使脊柱后关节嵌顿的滑膜复位，或使关节突关节的轻微错位得到复位。

三维牵引在瞬间完成（1~2s）：病人俯卧，胸部固定在头胸板，臀腿部固定在臀腿板，医生把治疗计划输入微机，通过微机控制床体相对运动，同步完成三维方向的动作，纠正椎体间生物力的失衡。不同病人、不同病情，设定不同的治疗参数。

3. 针灸治疗：针灸治疗腰椎间盘突出症，可缓解和消除疼痛，亦可促进神经根水肿和炎症的吸收，是中医学综合治疗中一种重要的辅助疗法。但单纯用针灸治疗本病，往往难以痊愈，尤其是对有明显神经根和脊髓压迫症状者，需及时配合推拿等方法治疗。

(1) 毫针刺法：以夹脊穴为主治疗腰椎间盘突出症，可达到消肿、消炎、甚至髓核回纳的目的，多与远道取穴相结合，及辨病与辨证相结合；近部取穴可改善病变局部血液



循环，促进组织代谢，有利于消除或减轻神经根炎症、水肿，远道与辨证取穴可加强镇痛作用，改善全身症状。常用腧穴除夹脊穴外，还可配肾俞、腰阳关、承扶、承山、大肠俞、关元俞、环跳、阳陵泉、委中、足三里、昆仑等。

方法：以患椎间隙为中心，加上下椎间隙共刺3针，另加该3针左右旁开1寸各刺1针，共9针，针刺深度为1.5~2.5寸，轻度捻转，不提插、不留针。腰腿部症状明显配相应局部穴。针后卧床休息2h，每日1次，10次为1个疗程。

(2) 电针疗法：电针治疗LIDP亦是在毫针治疗的基础上进行，利用针、电的共同作用以提高临床疗效，取穴多以腰夹脊为主，配合患侧环跳、阳陵泉、委中、足三里、昆仑等。电针波形以疏密为主，低频率、输出强度以患者耐受为度。夹脊电针可以使病变的椎间盘收缩、突出的髓核部分回归或促进炎症水肿吸收，髓核缩小而解除对硬膜囊及神经根的压迫。

方法：以夹脊、阿是穴为主。压痛点明显者，以压痛点为中心；压痛点不明显者，根据患者椎间盘病变节段水平距督脉约1寸处为进针主穴，然后分别以主穴上下间距1寸为度，取2~3穴，夹脊柱进针，进针深度为1.5~2寸，得气后加电针，疏密波形。

4. 中药熏蒸治疗：中药熏蒸治疗使皮下血管扩张，加速血液循环，达到消除慢性炎症、止痛、消肿、加速痊愈、舒缓肌肉痉挛、松弛神经、改善筋腱柔软度的效果。

5. 灸法：在毫针基础上，施以艾条，加强温通经脉、活血散瘀的作用，故对寒湿型、瘀滞型更为适宜，单纯使用灸法治疗者较少。取穴与毫针取穴相似，多以腰夹脊穴为主，配以患肢足太阳、足少阳经穴，常用艾条循经灸治，或温针夹脊穴。

6. 穴位注射疗法：在穴位上注射药物，兼有穴位刺激和药物的双重作用，因其较常规用药药量少，因而减轻了药物副作用的发生，常用治疗LIDP的注射药物有3类。

- (1) 中药制剂，如复方丹参注射液、当归注射液等。
- (2) 神经营养药物，如维生素B₁、维生素B₆、维生素B₁₂、ATP、辅酶A等。
- (3) 肾上腺皮质激素类药物，如地塞米松、泼尼松龙等。

7. 腰背臀腿部肌肉锻炼

- (1) 飞燕点水：每天起床前100次左右，要质量也要数量。
- (2) 五点—三点静力支撑法：每天起床前20~30次，每次坚持2min左右，起、放均要求主动，避免起时主动，放时“自由落体”。

(3) 以上2项，开始阶段达不到数量或时间要求的，以综合锻炼后身体明显出汗为准。

(4) 生活中可适当进行太极拳、太极剑、五禽戏中缓慢有序的动作，持之以恒，形成生活习惯。

(三) 其他疗法

物理因子治疗：中频电治疗仪、针刺手法针疗仪、智能通络治疗仪、偏振光治疗仪等均可选用。

三、疗效评价

(一) 评价标准

1. 中医证候评价：参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》制定。

- (1) 治愈: 腰腿痛消失, 直腿抬高 70°以上, 能恢复原工作。
- (2) 好转: 腰腿痛减轻, 腰部活动功能改善。
- (3) 未愈: 症状、体征无改善。

2. 西医疗效及关键性指标评价: 参照 JOA 腰腿痛评分制定。

JOA 总评分最高为 29 分, 最低 0 分。分数越低表明功能障碍越明显。改善指数 = 治疗后评分 - 治疗前评分, 治疗后评分改善率 = (治疗后评分 - 治疗前评分) ÷ (满分 29 - 治疗前评分) × 100%。通过改善指数可反映患者治疗前后腰椎功能的改善情况, 通过改善率可了解临床治疗效果。改善率还可对应于通常采用的疗效判定标准: 改善率为 100% 时为治愈, 改善率大于 60% 为显效, 25% ~ 60% 为有效, 小于 25% 为无效。

(二) 评价方法

1. 中医证候评价方法

(1) 治愈: 腰腿痛症状消失, 腰部活动功能正常, 直腿抬高试验阴性, 能恢复正常活动及工作, 疗效率 ≥ 90%。

(2) 显效: 腰腿痛症状明显减轻, 腰部活动功能基本正常, 直腿抬高试验 ≥ 70%, 能恢复正常活动及工作, 疗效率 ≥ 70%。

(3) 有效: 腰腿痛症状减轻, 腰部活动功能较治疗前明显改善, 直腿抬高试验 ≥ 60%, 生活可自理, 疗效率 ≥ 30%。

(4) 无效: 主要症状、体征无好转, 疗效率 < 30%。

2. 西医疗效及关键性指标评价方法

治疗改善率 = (治疗后评分 - 治疗前评分) ÷ (满分 29 - 治疗前评分) × 100%。

(1) 临床控制: 改善率 ≥ 75%, 腰腿痛及相关症状消失, 直腿抬高试验阴性, 恢复正常工作。

(2) 显效: 腰腿痛及相关症状减轻, 直腿抬高试验阴性, 基本恢复正常工作, 改善率 ≥ 50% 且 < 75%。

(3) 有效: 腰腿痛及相关症状减轻, 直腿抬高试验可疑阳性, 部分恢复工作, 但停药后有复发, 改善率 ≥ 25% 且 < 50%。

(4) 无效: 腰腿痛及相关症状体征无改善, 直腿抬高试验阳性, 或者加重, 改善率 < 25%。

(整理: 王利春)



缺血性中风病（脑梗死急性期）

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断：参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病中医诊断疗效评定标准（试行）》制定。

（1）主要症状：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。

（2）次要症状：头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，吞咽困难，目偏不瞬，视物成双，共济失调。

（3）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、年龄即可确诊；不具备上述条件，结合影像学检查结果亦可确诊。

2. 西医诊断：参照中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》（2010年版）制定。

（1）急性起病。

（2）局灶性神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损。

（3）症状和体征持续数小时以上。

（4）脑CT或MRI排除脑出血和其他病变。

（5）脑CT或MRI有责任梗死病灶。

（二）证候诊断

1. 中脏腑——中风病有意识障碍者

（1）痰蒙清窍证：意识障碍，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，痰鸣漉漉，面白唇暗，肢体瘫软，手足不温，静卧不烦，二便自遗，舌质紫暗，苔白腻，脉沉滑缓。

（2）痰热内闭证：意识障碍、半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，鼻鼾痰鸣，或肢体拘急，或躁扰不宁，或身热，或口臭，或抽搐，或呕血，舌质红，舌苔黄腻，脉弦滑数。

（3）元气败脱证：昏愦不知，目合口开，四肢松懈瘫软，肢冷汗多，二便自遗，舌卷缩，舌质紫暗，苔白腻，脉微欲绝。

2. 中经络——中风病无意识障碍者

（1）肝阳上亢证：眩晕头痛，面红耳赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干，舌质红绛，舌苔黄腻而干，脉弦数。

(2) 风痰阻络证: 头晕目眩, 痰多而黏, 舌质暗淡, 舌苔薄白或白腻, 脉弦滑。

(3) 痰热腑实证: 腹胀便干便秘, 头痛目眩, 咳痰或痰多, 舌质暗红, 苔黄腻, 脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

(4) 阴虚风动证: 眩晕耳鸣, 手足心热, 咽干口燥, 舌质红而体瘦, 少苔或无苔, 脉弦细数。

(5) 气虚血瘀证: 面色㿔白, 气短乏力, 口角流涎, 自汗出, 心悸便溏, 手足肿胀, 舌质暗淡, 舌苔白腻, 有齿痕, 脉沉细。

(6) 浊瘀毒损证: 偏身无力, 肢体麻木, 言语謇涩, 头目昏蒙不适, 体胖有痰, 困重乏力, 耳鸣耳聋, 口中黏腻, 或口苦咽干, 纳谷不香, 烦渴不寐, 大便黏腻、臭秽不爽或秘结不通, 小便浅黄或赤甚, 舌质暗红, 苔黄腻, 脉弦滑或细滑。

二、治疗方案

(一) 辨证口服中药汤剂、中成药

中风病(脑梗死)急性期治疗重在祛邪, 佐以扶正, 以醒神开窍、化痰通腑、平肝熄风、化痰通络为主要治法。

1. 中脏腑

(1) 痰热内闭证

治法: 清热化痰, 醒神开窍。

推荐方药: 羚角钩藤汤合温胆汤加减。

主要成分: 羚羊角(粉冲)、生地、钩藤(后下)、菊花、茯苓、白芍、赤芍、竹茹、川牛膝、川芎、丹皮、半夏、陈皮、栀子等。

加减: 痰多者, 加竹沥、胆南星; 热甚者, 加黄芩、山栀。

中成药: 灌服或鼻饲安宫牛黄丸等, 选用具有活血清热作用的中药注射液静脉滴注, 如清开灵注射液、苦碟子注射液、丹参注射液、疏血通注射液等。

(2) 痰蒙清窍证

治法: 燥湿化痰, 醒神开窍。

推荐方药: 涤痰汤加减。

主要成分: 制半夏、制南星、陈皮、枳实、茯苓、人参、石菖蒲、竹茹、甘草、生姜等。

加减: 寒象明显, 加桂枝温阳化饮; 兼有风象者, 加天麻钩藤平肝熄风。

中成药: 灌服或鼻饲苏合香丸等; 选用醒脑静注射液静脉滴注; 或选用具有温阳活血作用的红花注射液、灯盏花素注射液等。

(3) 元气败脱证

治法: 益气回阳固脱。

推荐方药: 参附汤加减, 频频服用。

主要成分: 人参(另煎对服)、附子(先煎半小时)。

加减: 汗出多者加龙骨、牡蛎、山萸肉; 有瘀象者, 加丹参、鸡血藤。

其他药物: 选用生脉注射液等具有扶正作用的中药注射液静脉滴注; 或选用具有温阳活血作用的红花注射液、灯盏花素注射液等。



2. 中经络

(1) 肝阳上亢证

治法：清热平肝，潜阳熄风。

推荐方药：天麻钩藤饮加减。

主要成分：天麻、钩藤（后下）、生石决明（先煎）、川牛膝、黄芩、山栀、夏枯草等。

加减：伴头晕头痛，加菊花、桑叶；便干、便秘，加生大黄。

中成药：天麻钩藤颗粒等。选用具有活血清热作用的中药注射液静脉滴注，如苦碟子注射液、丹参注射液、疏血通注射液等。

(2) 风痰阻络证

治法：熄风化痰通络。

推荐方药：半夏白术天麻汤合桃红四物汤加减。

主要成分：半夏、天麻、茯苓、橘红、丹参、当归、桃仁、红花、川芎等。

加减：瘀血重，舌质紫暗或有瘀斑，加赤芍；舌苔黄腻、烦躁不安等有热象者，加黄芩、山栀。

中成药：华佗再造丸等。选用具有温阳活血作用的红花注射液、灯盏花素注射液等。

(3) 痰热腑实证

治法：化痰通腑。

推荐方药：星萎承气汤加减。

主要成分：生大黄（后下）、芒硝（冲服）、胆南星、瓜蒌等。

加减：热象明显者加山栀、黄芩；年老体弱津亏者，加生地、麦冬、玄参。

中成药：牛黄清心丸等。选用具有活血清热作用的中药注射液静脉滴注，如苦碟子注射液、丹参注射液、疏血通注射液等。

(4) 阴虚风动证

治法：滋阴熄风。

推荐方药：镇肝熄风汤加减。

主要成分：生龙骨（先煎）、生牡蛎（先煎）、代赭石（先煎）、龟板（先煎）、白芍、玄参、天冬、川牛膝、川楝子、茵陈、麦芽、川芎等。

加减：心烦失眠者，加黄芩、山栀，以清心除烦；挟有痰热者，加天竺黄、竹沥、川贝母。

中成药：知柏地黄丸等。选用具有活血清热作用的中药注射液静脉滴注，如苦碟子注射液、丹参注射液、疏血通注射液等。

(5) 气虚血瘀证

治法：益气活血。

推荐方药：补阳还五汤加减。

主要成分：生黄芪、全当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、地龙等。

加减：气虚明显者，加党参、太子参；言语不利，加远志、石菖蒲、郁金。

中成药：芪参还五胶囊（院内制剂）等；选用具有温阳活血作用的红花注射液、灯盏花素注射液等。