

中风病

辨证与成方治疗

尹国有 孟 毅 主编

科学技术文献出版社

ZHONGFENG BING BIANZHENG YU CHENG FANG ZHI LIAO

中风病辨证与 成方治疗

主 编	尹国有	孟 毅	
编著者	尹国有	尹淑颖	朱 磊
	关来成	李 广	孟 毅
	陈玲曾	陈宪旂	陈 思
	陈慧曾	赵 晨	赵世奎
	徐心阔	韩振宏	

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

中风病辨证与成方治疗/尹国有,孟毅主编.-北京:科学技术文献出版社,2006.4

ISBN 7-5023-5264-3

I. 中… II. ①尹… ②孟… III. ①中风-中医诊断学 ②中风-中医治疗法 IV. R255.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 017508 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)58882909,(010)58882959(传真)

图书发行部电话 (010)68514009,(010)68514035(传真)

邮 购 部 电 话 (010)58882952

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 丁坤善

责 任 编 辑 丁坤善

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 富华印刷包装有限公司

版 (印) 次 2006 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 850×1168 32 开

字 数 431 千

印 张 17.625

印 数 1~6000 册

定 价 28.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

前 言

中风又名“脑卒中”，具有发病率高、病死率高、致残率高、复发率高以及并发症多的“四高一多”特点，临床以脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓、脑栓塞、腔隙性脑梗死、短暂性脑缺血发作为多见，为三大病死率较高的世界性疾病之一。随着人们寿命的延长，中风的发病率有不断上升的趋势。在我国，中风的病死率仅次于恶性肿瘤位居第二位，由中风引起的智能障碍、语言障碍、肢体功能障碍等后遗症，给家庭和社会带来了沉重的负担，是严重威胁中老年人健康和生命的常见病。普及有关中风的防治知识，提高中风的诊治技能，推广中风的治疗康复经验，具有重要的意义。

中医治疗中风有不少行之有效的方法，但就临床来看，尤以辨证分型治疗和成药验方治疗应用最为普遍，疗效也较好。辨证论治是中医的特色、优势，成药验方是历代医家宝贵经验的总结，也是中医治疗中风，提高临床疗效的重要途径。为了总结近年来中医辨证分型治疗和成药验方治疗中风的经验，为广大读者提供一种全新的中医治疗中风方面的参考书，我们根据多年的临床经验，参

考有关书籍和近年来的杂志报道,编写了本书。希望有助于增加读者对中风的认识,做好中风的治疗和康复工作。

本书以中医辨证分型治疗、成药验方治疗为重点,采用通俗的语言,系统地介绍了中风的防治知识。全书共分八章,其中第一、第二章介绍脑的解剖及代谢特征、中风的概念及分类、中风的发病概况及报警信号、中风的病因和危险因素、中风常用的辅助检查等中风的基础知识,以及中风的诊断与预防;第三、第四章从理论渊源、病因病机、治疗原则等方面论述了中医对中风的认识,以及中医治疗中风临床疗效欠佳的原因、提高疗效的经验与方法、治疗失当病案举例及防范措施等;在第五章,从中风的辨证要点、辨证论治的思维模式,以及中风的辨证分型、主证治法、方药方解、临证注意、病案举例诸方面详细介绍了中医对中风的辨证治疗,并有名老中医辨证治疗经验选录、常用的中药和方剂;在第六、第七章,着重介绍了中风的中成药及经验效方治疗;在第八章,则介绍了中风患者的护理、饮食起居调理以及运动训练康复等方面的知识。

书中各种治疗方法内容详细,通俗易懂,使读者一目了然,取之可用,可供中医、中西医结合工作者及广大患者阅读参考。由于患者个体差异和病情轻重不一,加之中风病情重,变化快,容易复发,致残率高,至今尚无理想

的治疗方法,在阅读参考本书时,应紧抓中医辨证论治这一根本所在,做到灵活选法用方,以提高临床疗效,切忌生搬硬套。

在本书的编写过程中,参考了许多公开发表的著作,特向原作者表示衷心的感谢。由于我们水平有限,书中不当之处在所难免,欢迎广大读者批评指正。

尹国育

目 录

第一章 中风的基础知识	(1)
第一节 脑的解剖及代谢特征	(1)
一、脑的解剖生理	(1)
二、脑的代谢特征	(6)
三、脑的血液供应	(7)
第二节 中风的概念及分类	(8)
一、中风的概念	(8)
二、中风的分类	(10)
第三节 中风的发病概况及报警信号	(11)
一、中风的发病概况	(11)
二、中风的报警信号	(16)
第四节 中风的病因和诱发因素	(19)
一、中风的病因	(19)
二、中风的诱发因素	(24)
第五节 中风的临床特点及常见并发症	(29)
一、中风的临床特点	(29)
二、中风常见的并发症	(38)
第六节 中风常用的辅助检查	(47)
一、常规化验检查	(47)
二、腰穿检查	(48)
三、CT 检查	(49)

四、磁共振检查	(50)
五、经颅多普勒检查	(51)
六、脑电图检查	(52)
七、脑电地形图检查	(53)
八、血液流变学检查	(54)
九、心电图检查	(54)
十、胸部 X 线检查	(55)
第二章 中风的诊断与预防	(57)
第一节 中风的诊断	(57)
一、中医诊断	(57)
二、西医诊断	(62)
第二节 中风的预防	(68)
一、积极预防和控制高血压	(68)
二、积极防治高脂血症	(74)
三、及时治疗其他有关的疾病	(77)
四、消除中风的诱发因素	(78)
五、重视中风先兆的防治	(78)
六、防止中风“杀回马枪”	(82)
第三章 中医对中风的认识	(86)
第一节 理论渊源	(86)
一、中医对脑的理解	(86)
二、有关中风的记载	(88)
三、有关中风的证候	(88)
四、中风的病因学说	(90)
五、中风的治法梗概	(93)
六、有关中风的预防	(95)
第二节 病因病机	(96)
一、病因病机	(96)

二、病机转归	(100)
第三节 治疗原则.....	(103)
一、治疗宜早不宜迟,既病防变是上策.....	(103)
二、明辨标本与缓急,急治风痰缓治络.....	(105)
三、坚持补虚调阴阳,整体论治是特色.....	(106)
四、病分三期有标本,依据神志分脏络.....	(107)
五、注意人时地之异,异法方宜最适宜.....	(109)
六、医患结合重调养,诸法并施不能忘.....	(110)
第四章 提高中医治疗中风临床疗效的经验与方法.....	(113)
第一节 临床疗效欠佳的原因.....	(113)
一、病人方面的原因	(113)
二、医生方面的原因	(125)
第二节 提高疗效的经验与方法.....	(140)
一、忠诚医业,树立爱心.....	(141)
二、刻苦钻研,提高医技.....	(142)
三、四诊合参,明确诊断.....	(143)
四、处方遣药,心细灵活.....	(144)
五、抓着时机,及时治疗.....	(146)
六、医患配合,共同参与.....	(147)
七、善于总结,不断提高.....	(148)
第三节 治疗失当病案举例及防范措施.....	(150)
一、辨病辨证失当	(150)
二、治法用药失当	(159)
三、调养护理失当	(169)
第五章 中医辨证治疗中风.....	(181)
第一节 辨证要点.....	(181)
一、细访病史,多有睽兆.....	(181)
二、明辨病性与病情轻重	(181)

三、辨病势的顺逆	(182)
四、辨闭证与脱证	(182)
第二节 辨证论治的思维模式	(182)
一、辨证论治的步骤	(183)
二、示范病例	(187)
第三节 中医辨证治疗中风	(190)
一、急性期	(190)
二、恢复期	(215)
三、后遗症期	(229)
第四节 名老中医辨证治疗经验选录	(245)
一、王永炎辨证治疗经验	(245)
二、郑绍周辨证治疗经验	(248)
三、邵念方辨证治疗经验	(252)
四、张琪辨证治疗经验	(256)
五、孙连金辨证治疗经验	(260)
六、夏永潮辨证治疗经验	(264)
七、浦家祚辨证治疗经验	(267)
八、徐恩平辨证治疗经验	(269)
九、卜宝云辨证治疗经验	(272)
十、傅祥昌辨证治疗经验	(276)
十一、王季儒辨证治疗经验	(278)
十二、张学文辨证治疗经验	(281)
十三、刘仕昌辨证治疗经验	(284)
十四、姬乾园辨证治疗经验	(286)
十五、蔡启全辨证治疗经验	(289)
十六、杨继荪辨证治疗经验	(292)
十七、王宝光辨证治疗经验	(294)
十八、王左辨证治疗经验	(297)

十九、罗致强辨证治疗经验	(299)
二十、任琢珊辨证治疗经验	(301)
二十一、李秀林辨证治疗经验	(304)
二十二、陆永昌辨证治疗经验	(307)
二十三、高宝海辨证治疗经验	(310)
二十四、廖作淳辨证治疗经验	(313)
二十五、邓振明辨证治疗经验	(316)
第五节 常用的中药及方剂	(318)
一、常用中药	(318)
二、常用方剂	(352)
第六章 中成药治疗	(374)
第一节 应用中成药的基本知识	(374)
一、中成药的剂型种类	(374)
二、中成药的合理使用	(377)
第二节 治疗中风常用的中成药	(386)
一、片剂	(386)
二、丸剂	(392)
三、注射剂	(414)
四、胶囊剂	(420)
五、其他剂型	(424)
第七章 验方治疗	(429)
第一节 应用验方的基本知识	(429)
一、验方的定义	(429)
二、验方的组方原则	(429)
三、验方的组成变化	(430)
四、验方常用的剂型	(431)
五、验方的选择	(432)
第二节 临床验方荟萃	(432)

一、缺血性中风验方	(433)
二、出血性中风验方	(462)
三、中风后遗症验方	(474)
第八章 中风患者的护理和康复	(482)
第一节 中风患者的护理	(482)
一、中风患者的护理要点	(482)
二、中风患者急性期的护理	(483)
三、中风患者的家庭护理	(493)
第二节 饮食起居调理	(496)
一、饮食调养	(496)
二、起居调摄	(524)
第三节 运动训练康复	(530)
一、运动训练的作用	(530)
二、中风病常用的运动训练康复方法	(532)
三、运动训练康复的注意事项	(549)

第一章 中风的基础知识

第一节 脑的解剖及代谢特征

一、脑的解剖生理

脑是人体的司令部,担负着指挥人体各系统活动的重要任务。脑组织依赖脑部血管不断提供的血液和营养物质,以维持正常的功能活动,一旦脑血管发生病变,造成脑的血液循环障碍,将直接影响脑组织的正常功能,致使脑细胞发生功能紊乱或不可逆性病变,出现头晕、头痛、偏瘫、失语、意识障碍等,严重者可危及患者的生命。脑可分为大脑、间脑、小脑以及脑干四个部分,中风患者病情轻重不一,症状不同,恢复程度和康复效果不同,除了治疗因素之外,与受累脑结构(即病变部位)和受累程度(即病变范围)有密切关系。了解脑的解剖生理,对明确中风的诊断,进而确立相应的治疗方案大有帮助。

(一)大脑

大脑分为左右两个半球,中间由前联合、胼胝体、中间块和后联合连接起来。大脑半球外面包有一层灰质,叫大脑皮质,其厚度约为1.5~4.5 mm,平均厚度为2.5 mm,约占中枢神经系统灰质的90%。大脑皮质是中枢神经系统发育最晚和最完善的部分,大

脑皮质的重量约为 600 g, 占脑重量的 $1/3 \sim 1/2$, 其表面积约为 4000 cm^2 。人的大脑皮质主要与人的认知功能和人的行为有关。

人的大脑结构和认知功能的一个主要特征为两侧半球功能的不对称性, 这个现象又称半球优势或半球侧化。也就是说, 在大脑的左、右半球, 产生的认知功能、高级心理活动、行为的产生等的神经活动过程中, 各自起着不同的作用。一般而言, 人的运动技巧以及语言功能主要依赖于左侧半球, 而右侧半球主要决定空间功能。人的双手运用也存在着不对称性, 表现在优先选用的不同和技巧、熟练方面的区别。按照习惯选用不同的手可将人区分为右利或左利, 而以右利占明显优势, 约占 90% 左右, 但话又说回来, 右利的右手不一定在运动功能方面都优于左手。

大脑皮质以脑裂、脑沟作为分界把其分成十几个脑回和几个脑叶, 皮质表面隆凸处叫脑回, 凹陷处叫脑沟, 深沟又称为脑裂。半球以大脑外侧裂、中央沟和顶枕裂为界又分为额、顶、颞、枕、岛五叶。在脑回凸面的皮质较厚, 在脑沟的深处则较薄, 大约有 $2/3$ 面积的皮质埋于脑沟之内。其中额叶位于中央沟之前, 外侧沟之上, 与顶叶及颞叶的分界较为清楚。额叶内侧面的血液供应来自大脑前动脉, 而额叶外侧面及底面的血液供应则来自大脑中动脉。额叶新皮质与运动性活动、预见性、判断和心境、情绪等有关。而额叶损害的主要症状是随意运动、精神活动及语言表达三方面的障碍。大脑皮质的顶叶, 其前界是明显的中央沟, 后界和下界则是人为而又不清楚的分界。

临床上顶-颞-枕区的结构与功能损害常密切相关, 又共同接受大脑中动脉的血液供应, 因此病变后的症状就难以归类某一叶的损害。还有在大脑半球外侧面仅见小部分的枕叶, 与其上前方的顶叶及下前方的颞叶分界不明, 而其后端为枕极。枕叶的血液供应来自大脑后动脉, 其病变主要产生视觉障碍, 主要是偏盲、皮质性失明、视觉性发作及精神性视觉障碍等。而颞叶的上方以外

侧沟与额叶分界,后方以顶枕沟与枕前切迹的连线与枕叶分界,后上方以上述联线的中点与外侧沟的连线与顶叶分界。颞叶内侧面的血液供应来自大脑后动脉,而外侧面的血液供应则来自大脑中动脉。颞叶病变产生与时间记忆有关的精神障碍,表现为错觉-幻觉-梦样状态,并伴有相应的情绪变化,临床上以颞叶癫痫最为多见。

(二)间脑

间脑位于两侧大脑半球之间,为中脑向首端延续的部分。间脑除其腹侧面以外,几乎完全被大脑半球所遮盖,并与之紧密连接。将间脑分隔成对称的左、右两半的是位于大脑正中的、呈裂隙状的第三脑室,而它又以室间孔与大脑半球内的侧脑室相通,尾端经大脑导水管与第四脑室相通。间脑在解剖上可分为丘脑、底丘脑、上丘脑和下丘脑。

丘脑是间脑背内侧部的一个卵圆形的灰质块,其直径约为3 cm,横径及纵径各1.5 cm。丘脑的腹面是下丘脑和底丘脑,背面为侧脑室底壁,内侧面为第三脑室外侧壁上部,外侧面为内囊后支。丘脑约占间脑的4/5,体内外环境传入神经系统的各种感觉,包括本体感觉、一般感觉、除嗅觉外的特殊感觉,均在丘脑换神经元之后投射到大脑皮质的相应代表区,构成丘脑的特异投射系统,因而有皮质下最高感觉中枢之称。如前所述,丘脑是大脑皮质下辨认感觉的性质、定位和对感觉刺激作出情感反应的一个重要的神经结构。丘脑的病变可因感觉接替该损害的部位、性质、范围的不同而表现各种各样的感觉症状。损害最重的人,在急性期对侧偏身感觉完全消失,之后可能恢复粗略的触觉、温觉和痛觉,但是轻微的触觉、形体辨别觉和位置觉则严重障碍或持续丧失。损害最轻的单纯感觉性卒中可能仅为对侧面部或局部肢体的感觉不适,而无客观的感觉失体征,或仅有触觉、痛觉、温觉、振动觉的轻

度减退。另外,左侧丘脑损害的病人可能出现失语,而右侧丘脑损害的病人则可表现为对左侧身体和空间的忽视,如果双侧丘脑损害的病人就可出现各种程度的记忆障碍等等。

上丘脑位于第三脑室顶部的周围,包括松果体、缰核及缰核的联系纤维。松果体形如松果,约 5×7 cm大小,位于中脑上丘或顶盖前区的背上方。而缰核则位于松果体首端、丘脑背内侧的缰三角内,有内侧缰核和外侧缰核之分。

下丘脑是脑的最古老的结构之一,位于下丘脑沟以下,形成第三脑室下部的侧壁和底部。其首端以经过前连合、终板和视交叉的平面为界;尾端以恰通过乳头体后方的平面为界,与大脑脚底、后穿质相连;第三脑室侧壁上的下丘脑沟为其背界;其外侧为内囊、底丘脑和视束所限。

下丘脑只是脑的很小一部分,重量仅仅4 g,占全脑的0.3%左右,但它有极为重要的功能,是自主神经的皮质下最高中枢;边缘系统、网状结构的重要联系点;垂体-内分泌系统的激发处,一句话,是机体实现对全身各系统调节的重要组成和功能部分。下丘脑的某些部位是机体血脑屏障最薄弱的地方,某些释放因子和神经递质,如雌二醇、多巴胺等可由此直接进入血液的体循环而发生作用。因此,下丘脑既是一个很重要的神经结构,又是一个具有决定意义的内分泌腺体。它经由脊髓和脑干接受各种信息,特别是内脏的传入,它又从丘脑和边缘系统获得有特殊情感意义的信息。循环中血液的温度、糖、盐、激素等含量的改变也都能影响它的活动。

第三脑室为一垂直的狭窄腔隙,位于间脑的中间。脑脊液由两侧的侧脑室经室间孔而流入第三脑室,再经导水管自第三脑室流至第四脑室。

基底神经节是近大脑半球底部深埋于白质中的核团,又称基底核,由纹状体、屏状核和杏仁体构成。临床上通常将纹状体、底

丘脑核和黑质统称为基底神经节。

每个大脑半球内有大量白质组成的大脑髓质。而内囊是传入和传出大脑皮质的投射纤维最集中的部位,又可区分为内囊前支、内囊膝部和内囊后支。内囊是一个极重要的解剖结构,大量神经传导束纤维在此经过,内囊部位的细小损害即可产生严重的临床症状,特别是膝部和后支的损害尤为突出。

典型的内囊损害常产生“三偏”症状,即对侧偏瘫、偏身感觉缺失和偏盲,最常见于豆纹动脉破裂所致的内囊型脑出血、大脑中动脉起始部阻塞、大脑半球深部占位病变等。主侧半球内囊损害则可出现运动性失语。

(三)小脑

小脑位于颅后窝内,在天幕之下,脑桥和延髓的背侧。以下、中、上三对小脑脚分别与延髓、脑桥、中脑相连结。小脑可区分为蚓部和左右两侧的小脑半球,两个小脑半球左、右对称,中间以蚓部相连。小脑的组织结构与大脑皮质类似,灰质在表面,白质在中间。小脑通过三对小脑脚实现小脑与大脑皮质、脑干、脊髓、网状结构的激活系统和抑制系统之间往返的联系。小脑的生理功能尚未完全清楚,但已知它与机体的躯体运动调节密切相关。其作用为保持躯体平衡、调节肌张力和协调个体运动时不同肌肉收缩的顺序、及时性和力量。

(四)脑干

脑干包括延髓、脑桥与中脑,延髓在下,脑桥居中,中脑在上。延髓位于枕骨基底部上,其背面为小脑所掩盖,全长约 3 cm。脑桥是由于其腹侧面外形类似于连接两侧小脑半球的一座桥而命名,全长约 2.5 cm。中脑的腹侧面自脑桥延伸至间脑的乳头体,两侧有隆起的大脑脚底。延髓对维持机体正常呼吸、循环等基本