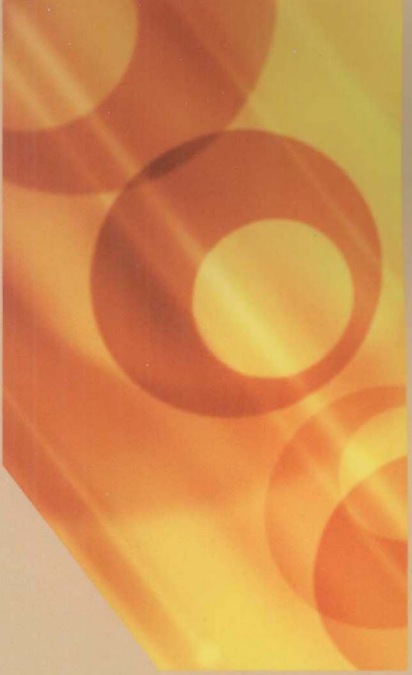




Combine Traditional Chinese and Western Medicine
Prevention of Acute Cerebrovascular Disease

中西医结合 防治急性脑血管病



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



中西医结合 防治急性脑血管病

中国医药出版社

(第2版)

中西医结合 防治急性脑血管病

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合防治急性脑血管病/王松龄等主编. —2 版.
—北京: 人民卫生出版社, 2012. 4
ISBN 978 - 7 - 117 - 15446 - 8

I. ①中… II. ①王… III. ①脑血管疾病: 急性病 -
中西医结合 - 防治 IV. ①R743. 3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 020655 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

**中西医结合
防治急性脑血管病
(第 2 版)**

主 编: 王松龄 王爱凤 张社峰
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830
010 - 59787586 010 - 59787592
印 刷: 北京市安泰印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 30 插页: 2
字 数: 735 千字
版 次: 1994 年 1 月第 1 版 2012 年 4 月第 2 版第 4 次印刷
标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 15446 - 8/R · 15447
定 价: 52.00 元
打击盗版举报电话: 010 - 59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序

急性脑血管病属于中医中风病范畴,中风病居风、癱、瘓、膈四大难证之首,历来备受医家重视。《黄帝内经》对中风病病机病证的论述,寓意深刻,汉代张仲景撰《金匱要略》明确中风病病证分类,理法方药渐成体系。唐代孙思邈《备急千金要方》又把中风分为偏枯、风痲、风懿、风痹,拓宽了证治内容。金元时期,刘完素力主心火暴盛,李杲认为正气自虚,朱震亨主张湿痰生热。其后,王履又分中风为真中、类中,张介宾倡导非风之说,王清任创立化痰之治。近代张山雷、张锡纯中西汇通,对核心病机及证治规律的研究又有创见。晚近,中风病的研究与现代科技相结合逐步深化,日臻完善。

目前中风病发病率仍逐年递增,发病率居第三位,死亡率居第二位,严重威胁人民的生命健康和生活质量。我国脑血管病的年发病率、死亡率和时点患病率分别为 219/10 万, 116/10 万和 719/10 万,农村分别为 185/10 万, 142/10 万和 394/10 万。我国平均发病年龄约 60.9 岁,脑卒中存活患者中有 70% ~ 85% 不同程度地丧失生活和工作能力,严重影响生活质量的中重度比例达 61.5%。随着本世纪转化医学与个体化医学的兴起,中医学以辨证论治的复杂性干预必将发挥重要作用,降低两率,提高防治水平。

近年来随着科学技术的发展,脑血管病的中西医基础研究、临床研究均取得较大的进展,脑缺血后损伤级联反应的认知更加清晰,影像技术日新月异,一批神经保护药物得到临床验证,溶栓治疗、血管内介入治疗、颈动脉内膜切除术、动脉搭桥术、颅内血肿微创清除术等临床诊疗技术也日臻成熟,神经干细胞技术为治疗急性脑血管病开辟了新的途径,中医药方面对脑血管的病证研究更为深入,国家中医药管理局医政司脑病急症协作组制定的中风病诊断与疗效评定标准以及国家科技支撑计划制定的诊疗标准使中医诊疗行为更趋规范。中西医结合治疗脑血管病的优化方案研究取得了可喜的成绩,中西医结合在急性脑血管病的一、二级预防中发挥了巨大作用。影像技术的发展为中风病的诊断和治疗策略提供了强力支持。单一的中医治疗或西医治疗均不能取得显著的效果,坚持东学西学兼收并蓄,中医西医融通共进的原则,吸纳西医学进展,注重多方法、多路径、多学科综合干预,能够明显提高疗效,改善患者预后。河南省中医院王松龄主任医师主持编写修订的第 2 版《中西医结合防治急性脑血管病》在保持中医学优势与特色的同时,在脑血管病临床指南的框架下,对

常见脑血管病的诊断、中西医治疗展开研讨,且创造性地对“中风病五大主症未见,而影像有病灶者仍诊断为中风病”的亚型中风患者进行辨病与辨证结合的治疗,对棘手的中风病伴见症、继发证、变证与坏病以及共病症进行中医特色治疗,各章节均纳入了王松龄主任医师牵头的专家组对该病的经验体会,该版本内容翔实,条理清晰,态度严谨,其理论、临床与时俱进,实用价值高,将对我国中西医防治脑血管病的学术发展产生推动作用。有鉴于 20 世纪 80 年代王松龄先生来北京中医药大学东直门医院脑病科进修学习,一段时间朝夕相处,沟通学术见解,师生情谊颇深。此书修订再版以飨读者,邀我作序,实不敢懈怠,谨志数语,乐观厥成。

王永炎

2011 年 9 月

再版前言

《中西医结合防治急性脑血管病》第1版于1993年由人民卫生出版社出版,曾得到中国工程院院士、中国中医药科学院名誉院长、著名中医学家王永炎教授的肯定,认为该书全面、系统地介绍了中西医防治本病的新技术、新成果、新经验,对急性脑血管病临床诊治具有重要参考价值,将为繁荣中医药学术起到一定的推动作用。该书出版以来,深受广大从事中医、中西医结合脑血管病工作者的青睐,在20世纪末一度成为中医脑血管病进修班、培训班的教材,很多读者从中受益,其中一部分读者已成为我国脑血管病临床科研方向的中坚力量。该书1996年被韩国医学博士金钟石教授译为韩文,并在韩国裕盛出版社出版发行。

近年来,脑血管病发病率逐年递增,其发病率居第三位,死亡率居第二位,严重威胁着人类的生命健康和生活质量。欣慰的是脑血管病的中西医基础、临床研究均取得较大的进展——脑缺血后损伤级联反应的认识更加清晰,影像技术日新月异;一批神经保护药物(如依达拉奉、丁基苯酚、醒脑静等)得到临床验证;动脉溶栓、血管内介入、颈动脉内膜切除、动脉搭桥、颅内血肿微创清除等临床诊疗技术日臻成熟;神经干细胞技术为治疗急性脑血管病开辟了新的途径;国家中医药管理局医政司脑病急症协作组制定的中风病诊断与疗效评定标准以及国家科技支撑计划制定的诊疗标准使中医诊疗行为更趋规范,中医药方面对脑血管病的病证研究更加深入;中西医结合治疗脑血管病的优化方案研究取得了可喜的成绩,中西医结合在急性脑血管病的一、二级预防中发挥了巨大作用。

医学的迅猛发展和新技术的广泛应用,使脑血管病工作者面临新的机遇与挑战。《中西医结合防治急性脑血管病》第1版已出版发行近20年,部分内容严重老化,当今中医脑病临床大家的诊疗精髓尚未融入,为使该书更贴近临床、教学、科研,我们本着中西医并举、优势互补、精选名家辨治经验、补充临证体会、吸纳现代诊疗技术为临床服务的原则,进行了必要的补充和删略。

本书再版的宗旨,是为中医、中西医结合医师、中西医教学、科研人员以及医学在读大学生、研究生的工作学习提供有价值的参考。在编写过程中,王永炎院士主持制定编写大纲,严格把关,统审稿件,对重要章节进行了必要的修改;原国家中医药管理局医政司司长孙塑

伦教授对本书应用指南、规范诊疗等技术问题进行了科学指导;北京中医药大学附属东方医院副院长刘金民教授对本书有关体例编排及部分内容提出了宝贵意见,并做了必要的补充,使本书的编写渐趋完善。对于诸位的鼎力支持,谨致衷心的感谢。

由于我们水平有限,编写时间仓促,疏漏错讹之处难免,敬请同道及广大读者批评指正。

《中西医结合防治急性脑血管病》第2版编委会

2012年1月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 脑血管病的现代医学研究进展	2
第二节 中医药治疗急性脑血管病近况	4
第三节 基于流行病学的脑血管病预防	7
第二章 中医对急性脑血管病的论述	8
第一节 中风病病因学说与历史沿革	8
第二节 中风病的发病机制	9
第三节 中风病的临床表现及分期	10
第四节 中风病的治疗原则	11
第五节 中风病的预防原则	12
第三章 急性脑血管病病理生理基础	14
第一节 脑血液循环	14
第二节 脑血液循环的生理、病理	16
第三节 脑血管病的病理学变化	20
第四节 脑血管病的症候学	21
第四章 脑血管病的检查	26
第一节 临床检查	26
第二节 辅助检查	35
第五章 急性脑血管病的流行病学及分类	55
第一节 概述	55
第二节 急性脑血管病的病因和分类	55
第三节 急性脑血管病的分布特征	58

第六章 中医对中风病的诊断与鉴别诊断	60
第一节 四诊在中风病的应用	60
第二节 诊断参考依据	64
第三节 中风先兆的早期诊断	65
第四节 中风病的临床诊断与鉴别	70
第七章 急性脑血管病的治疗	76
第一节 中风病的辨证治疗	76
第二节 中风病的常用方剂	89
第三节 中风病名老中医辨治经验	108
第四节 中风病名老中医秘验方荟萃	132
第五节 单方辑录	139
第六节 中风病的常用中成药及新药	141
第七节 其他治疗	161
第八节 西医治疗	172
第八章 脑血管病的护理与康复	189
第一节 病情观察及护理	189
第二节 中风病的康复治疗	195
第九章 中风病的预防保健	203
第一节 概述	203
第二节 中风病发生的危险因素	203
第三节 中风病的预防保健	206
第十章 短暂性脑缺血发作	215
第一节 病因与发病机制	215
第二节 临床表现	215
第三节 辅助检查	216
第四节 诊断与鉴别诊断	216
第五节 治疗	217
第六节 预后	220
第十一章 动脉粥样硬化性血栓性脑梗死	222
第一节 病因与发病机制	222
第二节 临床表现	223
第三节 辅助检查	225
第四节 诊断与鉴别诊断	226
第五节 治疗	227

第六节	预后	232
第十二章	脑分水岭梗死	234
第一节	病因与发病机制	234
第二节	临床表现	234
第三节	辅助检查	235
第四节	诊断与鉴别诊断	235
第五节	治疗	236
第六节	预后	238
第十三章	腔隙性脑梗死	239
第一节	病因与发病机制	239
第二节	临床表现	240
第三节	辅助检查	242
第四节	诊断与鉴别诊断	243
第五节	治疗	244
第六节	预后	246
第十四章	混合性卒中	247
第一节	病因与发病机制	247
第二节	临床表现	248
第三节	辅助检查	248
第四节	诊断与鉴别诊断	249
第五节	治疗	249
第六节	预后	250
第十五章	脑栓塞	252
第一节	病因与发病机制	252
第二节	临床表现	253
第三节	辅助检查	254
第四节	诊断与鉴别诊断	255
第五节	治疗	256
第六节	预后	258
第十六章	颅内静脉、静脉窦血栓形成	259
第一节	病因与发病机制	259
第二节	临床表现	261
第三节	辅助检查	261
第四节	诊断与鉴别诊断	263

第五节 治疗	263
第六节 预后	268
第十七章 高血压脑出血	270
第一节 病因与发病机制	270
第二节 临床表现	272
第三节 辅助检查	277
第四节 诊断与鉴别诊断	279
第五节 治疗	283
第六节 预后	291
第十八章 蛛网膜下腔出血	293
第一节 病因与发病机制	293
第二节 临床表现	294
第三节 辅助检查	296
第四节 诊断与鉴别诊断	297
第五节 治疗	299
第六节 预后	301
第十九章 高血压脑病	303
第一节 病因与发病机制	303
第二节 临床表现	303
第三节 辅助检查	304
第四节 诊断与鉴别诊断	305
第五节 治疗	306
第六节 预后	309
第二十章 中风病伴见症、继发病、共病症、并发症	311
第一节 中风病偏枯症	312
第二节 中风病神昏症	315
第三节 中风病言謇失语症	320
第四节 中风病肢体麻木症	323
第五节 中风病口角歪斜症	326
第六节 中风病视惑症	329
第七节 中风病风癱症	330
第八节 中风病风颤症	332
第九节 中风病风痹症	334
第十节 中风病抽动症	336
第十一节 中风病风痹症	339

第十二节 中风病真头痛	341
第十三节 中风病痫症	343
第十四节 中风病狂症	347
第十五节 中风病癫症	351
第十六节 中风病失眠	355
第十七节 中风病嗜寐	358
第十八节 中风病呼吸异常	362
第十九节 中风病·鼾眠	363
第二十节 中风病·眩晕	368
第二十一节 中风病·消渴	371
第二十二节 中风病·胸痹心痛	374
第二十三节 中风后抑郁	377
第二十四节 中风后焦虑	381
第二十五节 中风后痴呆	385
第二十六节 中风后吞咽困难	389
第二十七节 中风后呃逆	393
第二十八节 中风后呕血	396
第二十九节 中风后便秘	399
第三十节 中风后遗尿	402
第三十一节 中风后发热	404
第三十二节 中风后喘咳	408
第三十三节 中风后淋证	410
第三十四节 中风后压疮	411
第三十五节 中风后手胀	414
第三十六节 中风后股肿	416
第二十一章 脑血管病的介入治疗	419
第一节 颅内动脉瘤	419
第二节 动脉粥样硬化性脑血管病	421
第三节 急性脑梗死动脉溶栓治疗	423
第四节 脑动静脉畸形	425
第五节 颅内血管支架植入术后再狭窄的中医药干预	427
第二十二章 中西医结合卒中单元	429
第一节 卒中单元的意义	429
第二节 卒中单元的建立和管理	430
附录	433
附录一 脑血管疾病分类	433

附录二	脑血管疾病诊断要点	435
附录三	中风病中医诊断及疗效评定标准	437
附录四	中风病辨证诊断标准	438
附录五	中风病预防方案	440
附录六	中风病急症护理规范	442
附录七	脑卒中相关常用量表	445
参考文献		467

第一章 绪论

急性脑血管病亦称脑卒中,是指急性脑循环障碍所致的局限或全身性脑功能缺损综合征,或称急性脑血管事件,属中医学“中风”范畴。泛指颈内动脉、椎基底动脉、颅内动脉及脑部静脉发生病变,引起的局部血液循环障碍,导致急性或亚急性脑损害,并出现病变区域相对应的症状和体征。

卒中已成为危害我国中老年人健康及生活质量的主要疾病。尽管我国已投入了巨额资金,但卒中发病率、复发率、死亡率及致残率仍居高不下。据流行病学调查,自20世纪80年代以来,我国多数地区脑卒中发病率呈上升趋势,目前我国每年脑血管病的发病率、死亡率分别为(116~219)/10万、(58~142)/10万。我国平均发病年龄约60.9岁,脑卒中存活患者中有70%~85%不同程度地丧失生活和工作能力,严重影响生活质量的中重度比例达61.5%,90天复发率达20%,现存脑血管病患者大约700万人。脑血管病已成为城乡居民疾病致死原因的第二位,给社会、家庭带来沉重的负担,我国全年用于脑血管病防治的费用超过100亿元。卒中已引起社会的普遍关注。2030年,我国将成为全球人口老龄化程度最高的国家之一,脑卒中的防治形势将日益严峻。

按照脑损害的性质,急性脑血管病可分为缺血性和出血性两大类。缺血性脑卒中占所有脑血管病的80%~85%,脑出血和蛛网膜下腔出血分别占10%和5%。缺血性卒中包括短暂性脑缺血发作、腔隙性脑梗死、动脉粥样硬化性血栓性脑梗死、脑栓塞、颅内静脉、静脉窦血栓形成、高血压脑病等;出血性卒中包括脑出血和蛛网膜下腔出血。

中医学认为,中风病是在气血失调、阴阳失衡的基础上遇劳倦内伤、忧思恼怒、气候变化、嗜食烟酒或病久失治等诱因,进而引起脏腑阴阳失调,气血逆乱直冲犯脑,导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外而发病,临床以半身不遂、口眼喎斜、神志昏蒙、舌强言謇或不语、偏身麻木为主症。该病具有起病急、变化快、病情危重、易损害神志的特点,多见于体衰的中老年人。

脑卒中的预防、治疗及康复已成为国内外学者的研究热点、趋势,在脑卒中的危险因素干预、早期诊断、溶栓治疗、神经保护、介入治疗、综合康复等多方面取得长足的进展,中西医结合防治脑血管病也取得一定的成果,卒中单元及诊疗路径的推广使广大患者受益。

第一节 脑血管病的现代医学研究进展

一、脑血管病的发病基础研究

对已发生的脑卒中,无论多么完美的治疗,对其短时病死率和转归的影响都不很理想。因此,对脑卒中的防治更应特别强调“预防为主”的方针,对脑血管发病基础的研究能为脑血管病的一、二级预防提供支持,有效的防治措施能减少该病的发病率和复发率,已有的研究认为高血压病、心脏病、糖尿病、高脂血与脂蛋白异常症、高尿酸血症、高同型半胱氨酸血症、肥胖、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征、颈部血管杂音、眼底动脉硬化、蛋白尿、高纤维蛋白原、吸烟、嗜酒、偏头痛、感染等均可诱发脑血管事件。

二、脑血管病的病理生理研究

(一) 缺血性脑卒中的病理生理研究

缺血性脑卒中可分为超早期、急性期、坏死期、软化期、恢复期等阶段。脑组织对缺血缺氧损害极为敏感,阻断脑血流 30 秒脑代谢就会发生改变,1 分钟脑功能活动将自行停止,超过 5 分钟就会发生脑梗死。神经元缺血损伤具有选择性,轻度缺血仅某些神经元丧失功能,完全持久缺血时缺血区各种神经元、神经胶质及内皮细胞均坏死。急性脑梗死病灶由中心坏死区和周围缺血半暗带构成,缺血中心区由于脑血流量严重不足或完全缺血致脑细胞死亡。而缺血半暗带内,由于侧支循环存在,仍可获得部分血液供给,神经细胞功能虽受损但短期内尚存活,处于可逆状态,如在有效时间内及时恢复血液供应,则脑代谢障碍得以恢复,神经细胞可以存活并可恢复功能。抢救缺血半暗带是治疗急性脑梗死的“圣杯”,利用脑组织影像学的变化为抢救缺血半暗带的组织时间窗提供依据。当然抢救缺血半暗带、实现再灌注的时间窗是严格的,超过这个时间窗,再灌注对脑组织是有害的,可导致脑水肿及脑细胞损伤加重,死亡率增加;同样,脑保护治疗也只有在这个时间窗内开始应用才有效。目前对再灌注损伤的机制尚未充分认识,认为再灌注损伤的机制主要集中于:①启动新的自由基连锁反应,氧自由基的过度形成,导致神经细胞损伤;②细胞内游离钙增高所催发的一系列病理生理过程;③兴奋性氨基酸的细胞毒作用。目前国内外专家认为再灌注时间窗一般为 3~6 小时,而脑保护治疗时间窗是发病后 6~24 小时。

(二) 出血性脑卒中的病理生理

脑出血是因粟粒状微动脉瘤破裂所致,多位于基底节壳核,可向内扩延至内囊部。随着出血量的增多形成血肿,破坏脑组织,其周围脑组织水肿压迫邻近组织,甚至发生脑疝。出血沿神经束扩散使其分离,导致神经纤维的生理性传导中断。这种功能障碍在超早期清除血肿后可能得以恢复。以往认为,活动性脑出血多是一次性的,很少持续 1 小时以上。近年来,CT 在临床上的广泛应用,发现起病 1 小时后出血仍可继续。多数血肿扩大发生在病后 24 小时内,血肿扩大部位多在丘脑、壳核或脑干,且易继发脑室出血。脑出血后,除血肿本身的占位性损害外,尚有周围脑组织血液循环障碍、代谢紊乱,如酸中毒、血管运动麻痹、血脑屏障受损及血液分解产物释放多种生物活性物质对脑组织的损害。脑出血后局部脑血流量(region cerebral blood flow, rCBF)下降及缺血性损害在血肿形成后即可发生,不能完全被

早期清除血肿所阻止。rCBF 下降高峰期在 15 天以后,1 个月左右达到最低点,并持续一段时间后恢复,即使早期血肿完全吸收或手术清除血肿后,rCBF 的下降仍持续相当长时间。脑出血后早期脑水肿可能是由于凝血酶激活酶原或通过细胞毒性受体调节的直接细胞毒性作用,后期则是由于血脑屏障破坏形成的脑水肿。

三、脑血管病的影像学进展

研究认为在神经系统症状出现 12 小时内,核磁共振弥散加权成像(MRI-DWI)有助于诊断急性缺血性卒中,且优于非增强 CT,MRI-DWI 弥散量有助于预测发生在脑前区的卒中严重程度,基线 MRI-DWI 所示病变大小有助于预测最终的梗死灶大小,亦可能预测早期和晚期的临床转归。

2008 年加拿大学者 Volker Puetz 等提出了基于 CT 血管成像(CTA)的血栓负荷评分(clot burden score,CBS),并通过回顾性研究验证了 CBS 和临床结局的关系,近期国内学者张新宇等人提出了基于 MRA 的 CBS,认为 CBS 能够预测前循环急性脑梗死的临床结局,将来可能用于脑梗死患者选择动脉溶栓还是静脉溶栓的研究上。

四、缺血性脑血管病的治疗进展

(一) 再灌注治疗

让脑血管再通,恢复脑组织的血流、实现脑梗死区域的再灌注一直是神经内科的研究热点,目前已获临床验证或已为循证医学所证明的溶栓药物主要有尿激酶(UK)、重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA),其中 rt-PA 于 1996 年获美国食品和药品监督管理局批准用于静脉溶栓,其疗效显著,UK 治疗脑梗死研究是我国“九五”科技攻关课题,经 50 余家单位联合观察,证明其运用于静脉溶栓的安全性和有效性。应用介入方法行动脉内溶栓正在逐步开展,其动脉开通率达 70%~80%。

(二) 神经保护剂治疗

神经保护剂治疗的目的在于降低缺血性卒中病人的死亡率、改善病人的功能和神经病学预后。新型神经保护剂依达拉奉可抑制梗死周围局部脑血流量的减少,可阻止脑水肿和脑梗死的进展,并缓解所伴随的神经症状,抑制迟发性神经元死亡。研究提示,依达拉奉可清除自由基,抑制脂质过氧化,从而抑制脑细胞、血管内皮细胞、神经细胞的氧化损伤。丁基苯酚Ⅱ期临床试验显示该药能够增加脑血流量,显著改善脑缺血区的微循环和侧支循环,可以改善线粒体膜的流动性,提高线粒体呼吸链复合酶Ⅳ的活性,增强抗氧化酶活性,进而改善线粒体功能,改善脑能量代谢,减少神经细胞凋亡。最新的基础研究显示尤瑞克林(一种从男性尿液中提取精制的糖蛋白)能够通过建立侧支循环,改善缺血区血液灌注,减轻缺血区及远隔部位神经细胞损伤,促进内源性神经细胞再生,加速神经细胞功能修复。

(三) 降纤治疗

降纤酶能降低纤维蛋白原,增加纤溶系统活性,抑制血栓形成,还具有一定的溶栓作用,能帮助溶解血栓,也是急性缺血性卒中常用的治疗方法,巴曲酶是常用降纤药物,系蛇毒制剂,能够分解纤维蛋白原,抑制血栓形成,诱发 rt-PA 的释放并增强其作用;促进纤溶酶生成,降低血黏度,抑制红细胞凝集与沉降,增强红细胞变形能力,从而改善微循环,用于降纤治疗,出血副作用少。降纤酶在国内被广泛应用于脑梗死急性期的治疗。