

百病中医独特疗法小丛书

中风病中医独特疗法



主
编

肖 张
飞 俊
 龙

55.2

山西科学技术出版社

中风病中医独特疗法

张俊龙 肖 飞 主编

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路十一号)

山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/32 印张:4 字数:86千字

1996年6月第1版 1996年6月太原第1次印刷

印数 1—6150册

*

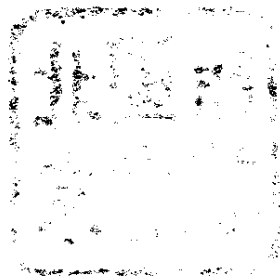
ISBN 7—5377—1078—3

R·455 定价:5.0元

主 编 张俊龙 肖 飞
副 主 编 刘 玮 张 娟 王晶晶
 吕志平 杨振宁

编写人员 (以姓氏笔画为序)

王晶晶	牛和平	刘 玮
吕志平	李如辉	任静萍
肖 飞	张 娟	张俊龙
陈茂仁	岳瑞芝	杨振宁
郑乃庚	段学忠	杨文彬
祝维峰	盛钦业	冀秀香



序

《素问·异法方宜论》说：“故圣人杂合以治，各得其所宜。故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也”。中医学对疾病的认识，具有精密分析所不及的视野，它以中医学独特的理论为逻辑出发点，在四诊方法基础上，对患者所呈现的“表象”加以辨识，这种辨识称为辨证，辨证的最终目的则在于论治。中医学治疗疾病的方法手段，内容丰富，异彩纷呈，有内治、外治，有药物、非药物等的不同，在运用这些不同的治疗时，均需以“各得其所宜”为原则，做到“得病之情，知治之大体”。

张俊龙博士等遴选临床常见疑难病共 20 种，以现代医学病名为纲，遵从中医辨证论治原则，蒐集各种疗法，缕析各疗法的具体应用细节，并就各疗法的意义予以理论上的阐发。每一疗法既可独立应用，又可彼此联合而对疾病进行综合调理，灵活而又实用。

总之，丛书内容丰富，资料全面翔实，论述透彻，通俗易懂，深入浅出，条理清晰，层次彰明，基本上反映了中医学独特疗法的方方面面，具有很高的实用性和理论价值，故本书不仅是家庭保健之良师益友，而且可作为临床医师及科研工作者之参考。

予受读既竟，欣缀数语，以为序。

张珍玉

1995 年 12 月于济南

前言

现代医学的发展出现了这样的一种难点,这就是,对于诸如糖尿病、冠心病、类风湿性关节炎等大量难治性疾病,既不能在理论上给予科学的解释,更缺乏有效的根治措施。从某种程度上讲,寻找确切有效的治疗方法当是当代医学的首要任务。然而,借助于现有的医学水准,则难以实现它的历史使命。在经历了种种挫折之后,医学家的目光再次投向了具有非凡疗效的中国传统医学独特疗法。

相对于现代医学的理论和实践,中医学不但有其独特的理论,而且还具有独特高效的疗法体系。这些疗法大多源远流长,在其形成过程中,充分吸收了几千年中医临床实践的经验,经过历代医家的运用和发展,至今已趋于成熟,自成体系。这种独特的治疗方法,从其理论上讲,与现代医学的疗法存在着明显的不同,“道法自然”便是它们的精髓所在。它依据自然之理,通过药石、针灸、导引、按摩、内服、外治、食疗等方法,扶正祛邪,恢复人体正常功能;采用天然药物,无病健身,有病疗疾,却并无化学药品的毒副作用。从根本讲,高效、低廉、实用且无毒副作用是这些疗法的特点,而这正是医学家和现代人类生活所追求的绝妙措施。

为了系统地总结常见疑难病的中医独特疗法治疗经验,为广大医患提供完整有效的中医独特疗法治疗措施,我们组织有关学者编写了本套丛书。丛书以糖尿病、冠心病、支气管哮喘、慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、类风湿性关节炎、颈椎

病、慢性肾炎、病毒性肝炎、慢性支气管炎、感冒、中风、高血压、阳痿、肥胖、癫痫、痔疮、头痛、失眠、慢性前列腺炎等常见疑难病为研究对象,分别集结成书。每书分上下两篇,在上篇介绍中西病证辨识的基础,下篇收录了大量有效的独特疗法。既介绍了某一疗法的基本知识,又提出了该疗法对这种疑难病的具体治疗方法,具有很强的实用性和可读性。

囿于学识,丛书定有许多不妥之处,敬请医学界同仁教正。

张俊龙 肖飞

1995年4月

目 录

序

前言

上篇 病证辨识

一、概论 (1)

§ 1. 中风的概念 (1)

§ 2. 中风的危害 (1)

§ 3. 急性脑血管疾病的分类 (3)

§ 4. 脑血管病的易患因素 (4)

二、病因病理 (7)

§ 1. 西医病因病理 (7)

§ 2. 中医病因病机 (11)

三、临床表现 (14)

§ 1. 症状与体征 (14)

§ 2. 实验室及其他检查 (17)

四、临床诊断 (20)

§ 1. 西医诊断 (20)

§ 2. 中医辨证 (24)

下篇 独特疗法

一、内服类 (29)

§ 1. 汤剂疗法 (29)

§ 2. 丸剂疗法 (37)

§ 3. 散剂疗法 (42)

二、针法类	(46)
§ 4. 体针疗法	(46)
§ 5. 头针疗法	(49)
§ 6. 眼针疗法	(50)
§ 7. 舌针疗法	(52)
§ 8. 脊背针疗法	(53)
§ 9. 巨针疗法	(55)
§ 10. 三棱针疗法	(56)
§ 11. 芒针疗法	(57)
§ 12. 脉冲电针疗法	(58)
§ 13. 声电针疗法	(60)
§ 14. 穴位电极疗法	(62)
§ 15. 水针疗法	(64)
§ 16. 穴位埋线疗法	(66)
§ 17. 耳压疗法	(69)
三、灸法类	(72)
§ 18. 艾条灸疗法	(72)
四、拔罐类	(74)
§ 19. 拔罐疗法	(74)
五、推拿类	(79)
§ 20. 推拿疗法	(79)
六、气功类	(86)
§ 21. 气功疗法	(86)
七、外治类	(91)
§ 22. 药熨疗法	(91)
§ 23. 敷贴疗法	(93)

§ 24. 薄贴疗法	(96)
§ 25. 敷脐疗法	(98)
§ 26. 熏洗疗法	(100)
§ 27. 推擦疗法	(102)
§ 28. 塞鼻疗法	(103)
§ 29. 啗鼻疗法	(105)
§ 30. 吹鼻疗法	(106)
§ 31. 取嚏疗法	(108)
§ 32. 放血疗法	(110)
八、杂治类	(113)
§ 33. 药枕疗法	(113)
§ 34. 催吐疗法	(117)
§ 35. 蜂毒疗法	(118)
§ 36. 鳝血疗法	(119)

主要参考文献

编后语

一、概论

§ 1. 中风的概念

中风又称“卒中”，是由忧思恼怒、饮食不节、恣酒纵欲等因，以致阴阳失调、脏腑气偏、气血错乱所致。临床表现以猝然昏仆、口眼歪斜、半身不遂为主要特征，亦有未见昏仆，仅见口歪不遂者。因本病起病急剧，变化迅速，与自然界善行而数变之风邪特性相似，故名为“中风”。

中医对中风的认识，历史悠久，内容丰富。早在二千多年前的《内经》中即有关于中风的记载，书中有“仆击”、“大厥”、“薄厥”等名称。至汉·张仲景《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》对于本病的病因、脉证都有较为详细的论述，并开中风专论之先河。自此以后，历代许多医学都对中风作了深入的探讨，积累了非常丰富的经验和治疗方法。如金元时代的刘河间提出“心火暴盛”的发病观，朱丹溪倡导的“湿痰生热”论等。尤其应该提及的是清代医家王清任以益气行血立法而创立的补阳还五汤，至今仍为临床治疗中风后遗症最为常用的方剂之一。

§ 2. 中风的危害

中风与西医所称的脑卒中大体相同。脑卒中又称急性脑

血管疾病,是一种严重危害人民身体健康的疾病之一,多发于中老年人,其发病率、死亡率、致残率都比较高,而目前尚缺乏特效的药物治疗,因而该病一直是医学界所面临的一大难题,请看以下统计数字:

发病率:世界平均发病率为 260/10 万;发病率最高的是日本,为 290/10 万,美国为 260/10 万;1982 年中国六城市调查发病率为 219/10 万,1984 年全国 22 省(区)农村及少数民族调查为 180/10 万。

患病率:1982 年中国六城市调查,完全性脑卒中的患病率为 620/10 万,1984 年全国 22 省(区)农村及少数民族调查为 429/10 万。因此我国的血管病患者约有 500 万人以上。

死亡率:脑血管疾病的死亡率约为 100/10 万。据世界卫生组织脑血管病协作小组 57 个国家的统计,脑血管列为前三大死因的有 40 个国家,因脑血管致死的占 57 个国家中总死亡人数的 11.3 %。各种脑血管病的死亡率不一,以脑出血最高,直接死亡率达 38~43%,蛛网膜下腔出血在 22~64%,脑栓塞为 30%,脑血栓形成为 25~25%。

复发率:据统计约有 1/4~3/4 的脑血管病在 2~5 年内复发。有人对 362 例患者随访 5 年以上,结果 32%有复发,其中复发 1 次者 74%,2 次者 21%,3 次者 4%,4 次者 1%;一年内复发者 30%,1~3 年内复发者 25%,3~5 年内复发者 16%,5 年以上复发者 29%。各种脑血管疾病中尤以蛛网膜下腔出血复发率最高,在 18~38%。

致残率:在脑血管疾病生存患者中,病残率高达 70~80%。

§ 3. 急性脑血管疾病的分类

急性脑血管疾病主要包括急性缺血性脑血管病和急性出血性脑血管病两大类。急性缺血性脑血管病又称缺血性脑卒中,常分成局灶性和全身性两种,后者属全身性疾病的一部分,不在此讨论之内;急性出血性脑血管病又称出血性脑卒中。其常见类型如下:

1. 急性缺血性脑血管病

(1) 短暂性脑缺血发作。

(2) 血栓性脑梗塞:包括粥样硬化性血栓性脑梗塞、腔隙性脑梗塞、动脉炎性脑梗塞及外伤性、压迫性等。

(3) 栓塞性脑梗塞:包括心源性、动脉主动脉性等。

(4) 静脉及静脉窦血栓所致脑缺血:包括上矢状窦血栓形成、海绵窦血栓形成等。

2. 急性出血性脑血管病

(1) 脑出血:包括丘脑出血、壳核出血、大脑皮层出血、桥脑出血、小脑出血、脑室内出血等。

(2) 原发性蛛网膜下腔出血。

(3) 硬脑膜外血肿。

(4) 硬脑膜下血肿。

临床上脑血管疾病以脑出血、脑血栓形成和脑梗塞最常见。脑血栓形成和脑梗塞具有共同的病理特点即脑缺血,治疗上也有诸多相同之处,因而又统称为“脑梗塞”。

§ 4. 脑血管病的易患因素

诱发急性脑血管疾病发病的原因是多方面的,影响比较大的因素有以下几个方面:

1. 年龄

脑血管病的发病与死亡率均随年龄的增长而呈直线上升。美国资料表明,中风最高发病率为 60~69 岁年龄组,50 岁以前发病者仅占 10~15%。我国资料表明,50 岁以后中风的发病率占总数的 79.5~86.1%。从不同年龄组死亡来看,50 岁以前每增加 5 岁,中风死亡率即增加 1~2 倍,50 岁以后渐趋平缓。

2. 性别

中风多见于男性。美国资料表明男女之比约为 1.33 : 1。我国有人调查 11831 例,男女之比为 1.5 : 1。

3. 种族

大量资料表明中风有种族分布的差异,美国黑人中风的发病率与死亡率均明显高于白人。从全球范围来看,日本与我国等亚洲国家中风的发病率与死亡率也明显高于欧美国家。

4. 高血压

无论是脑梗塞或脑出血发病前最多见的危险因素都是高血压。脑血管病人中有高血压病史的占 60~70%。美国资料表明高血压患者动脉粥样硬化血栓性脑梗塞的发病率为非高血压患者的 7 倍,而且危险性与高血压的程度呈正比。对脑梗塞而言,无论收缩压升高、舒张压升高或脉压增大,其危险性均增大。日本学者认为,脑出血以舒张压升高最危险,脑梗塞

以收缩压升高最危险。国内有人报道 461 例经尸检证实为脑出血的病人,由高血压所致者 232 例,占 50%。国内有人调查 420 例急性脑出血的患者,313 例有高血压史,占 74.54%。因此及时控制过高的血压对防治脑血管病有着重要的意义。

5. 心脏异常

心脏病与中风(尤其是脑梗塞)有明显关系。从统计学上看最有意义的心脏异常是心肌梗塞、心电图异常、伴心房纤颤的风心病及二尖瓣脱垂。在脑梗塞中约 10~20% 为心源性的。

6. 糖尿病

糖尿病有 10~30% 会发生中风,有人观察 3 年以上发现患中风者占 42%。在 60~69 岁的女性糖尿病患者中,中风发病率为正常组的 5 倍。如果除外高血压、肥胖及其他危险因素的影响,其中风发病率亦为正常组的 2.2 倍。尸检发现,糖尿病与动脉硬化有密切关系,即使除外高血压,这种关系也很明显。

7. 吸烟

有人观察 47 例吸烟者 16 年之久,发现男性缺血性中风发病率为不吸烟者的 3 倍。

8. 肥胖

肥胖是高血压、糖尿病的主要危险因素,还能加速高脂血症及高尿酸血症,但单纯肥胖并非中风的主要危险因素。

9. 嗜酒

嗜酒可诱发各类中风病,尤其是脑出血与蛛网膜下腔出血,也包括脑梗塞。有人报道,40 岁以下的嗜酒者 76 例,有 15 例在一次大量饮酒后发生中风。

10. 饮食

研究证实,摄入过多的盐和脂肪易引起脑血管疾病。过量食盐可使体内水钠潴留,心脏排血量增加,导致小动脉痉挛,形成高血压而促使动脉硬化的发生。脂肪摄入过多,会使人肥胖,肥胖能增加脑血管疾病的患病率。因为动物脂肪食入多,身体不能完全利用,造成过多的脂肪堆积,心、肝、肾、肠等器官脂肪堆积过多,使脏器发生病变,特别是加速动脉硬化的形成。

二、病因病理

§ 1. 西医病因病理

一、短暂性脑缺血发作

目前认为与脑动脉粥样硬化有关。发作系由于脑小动脉中微栓塞,此种栓子主要来源于颅外颈部较大的动脉(颈动脉或椎动脉),或主动脉弓的动脉粥样硬化斑块溃疡表面的血栓碎片脱落,此外脑血管痉挛或心功能不全等引起血压降低、血液成分异常等,均可为诱发因素。合并有颈椎病者转颈时容易发生,发作时由于局部缺氧而产生局限性症状,但由于微栓子自溶或流向血管远端,或侧枝循环建立,因而脑局部缺氧得到纠正而症状消失。

二、脑出血

脑出血的病因最主要的是高血压与动脉硬化。国内外资料认为约有 60~70% 的脑出血与高血压和动脉硬化有关。此外,还常见于微形动脉瘤、脑血管畸形、颅内肿瘤和某些血液性疾病等等。

血液溢出血管后立即形成一个大小不等的血肿,由于血管破裂的同时,可激活血小板内、外源的凝血途径,加以脑组织中富含凝血酶,致使局部凝血功能迅速增强,形成血栓。又

由于血肿本身压迫周围脑组织而有利于出血的停止,故血肿的大小在1~2小时之内可达高峰。出血一旦停止则再度在该部出血的机会减少。但血肿可压迫周围的脑组织引起局部脑水肿及缺血性坏死,重者引起脑室向对侧移位。局部脑水肿也可扩散至全脑及脑干,导致严重的小脑幕切迹疝及扁桃体枕大孔疝等而危及病人生命。溢出的血液也可穿破脑组织而流入脑室或蛛网膜下腔,如丘脑出血颇易直接流入第三脑室,血块若堵塞于大脑导水管等处则易促发梗阻性脑积水而加速脑疝的形成。血液破入脑室及蛛网膜下腔称继发性蛛网膜下腔出血,这些变化都是临床症状趋向严重恶化的迹象。

如果出血量很少,则血肿也小,临床症状也较轻微,甚至血肿可逐渐被完全吸收,病情也可迅速获得改善。

三、蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血最常见的病因是先天性颅内动脉瘤破裂,脑血管畸形及高血压脑动脉粥样硬化次之。其他较少见的原因还有:脑基底异常血管网症、各种感染引起的动脉炎、肿瘤破坏血管、血液疾病、结缔组织疾病等。部分原因未明。

血液进入蛛网膜下腔后,使整个或大部分脑表面呈紫红色,脑脊液呈血性,血球沉积于脑沟与脑池内。随着时间的推移,脑脊液中的红细胞溶解,释放出含铁血黄素,使脑表面变为暗红色。出血量多时血凝块可将颅底的血管和神经埋没,甚至脑表面也可被血凝块掩盖。大量血凝块堵塞脑脊液循环道路时,可造成脑积水。脑实质的病理改变主要为皮层的斑状缺血性改变和广泛的白质水肿。颅内动脉瘤常为囊状或梭状,如高粱米或黄豆粒大小,多出现在颅底动脉环上。