

中风外治法

主编 裴静波 曹利民

无论是中风急性期、恢复期，还是后遗症期，在内治的同时，配合外治法，都能更好地改善患者症状，提高整体疗效。

全国百佳
中国中医

中风外治法

裴静波 曹利民 主 编

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中风外治疗法 / 裴静波, 曹利民主编. —北京: 中国中医药出版社, 2014.11

ISBN 978-7-5132-2090-3

I . ①中… II . ①裴… ②曹… III . ①中风—外治法
IV . ① R255.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 241495 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

三河市双峰印刷装订有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/32 印张 9 字数 202 千字

2014 年 11 月第 1 版 2014 年 11 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5132-2090-3

*

定价 29.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

微信服务号 zgzyycbs

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

淘宝天猫网址 <http://zgzyycbs.tmall.com>

《中风外治疗法》

编委会

主 编 裴静波 曹利民

编 委 (按姓氏笔画排序)

王克先 王明元 王建龙 王竞男

冯其海 吕旭阳 李红琴 沈晓怡

胡志诚 钟 远 高 震 曹锐剑

鄢 琼

前 言

中医外治法源远流长，是中医学中具有特色的治疗方法之一，运用方便，疗效确切，结合内治疗法，大大提高了临床疗效。但是，目前外治疗法在临床上大多运用在皮肤疾患的治疗之中，很少运用于其他疾病的治疗。中风是现代疾病谱中的多发病，无论是急性期、恢复期，还是后遗症期，在内治法的基础上，加用外治疗法，对于个体的症状能够得到更好的改善，甚至达到临床治愈，对于群体能够提高整体的治疗效果。

本书开篇介绍中医学和现代医学对中风的认识，从病因、发病机制、诊断及治疗等方面进行阐述；第二章介绍神经系统病变常见症状的定位、定性诊断；第三章阐述中医四诊在中风中的临床应用；第四章是中风的康复评定，详细阐述康复评定的时间、评定的内容、临床意义、评定的方法及康复的评价；第五章是中风外治法的应用发展史；第六章是中风外治法的各论部分，从定义、作用机制、使用方法、运用对象及常用药物等方面进行阐述；第七章介绍中风外治法的常用方剂和药物。

本书对文献中的中风内容进行了梳理，总结古人临床经验

和今人研究成果，结合我们自己长期的临床治疗经验，介绍中风的临床常用外治疗法，为医者提供更多的治疗手段，有助于提高治疗中风的临床疗效，改善患者生活质量。

在本书的策划、编写和审校过程中，得到了浙江省中医药管理局、杭州市萧山区中医院领导的大力支持，以及医院医护人员的协助，在此表示衷心感谢。

中医外治疗法对疾病的治疗大有裨益，需要深度挖掘。由于本书编写人员均为一线临床医务人员，编写经验不足，难免有缺陷和错误，敬请读者朋友提出宝贵意见和建议，以便再版时修订提高。

《中风外治疗法》编委会

2014年9月

目 录

第一章 中风的中西医认识·····	1
第一节 中医学对中风的认识 ·····	1
第二节 现代医学对中风的认识 ·····	20
第二章 神经系统病变的定位定性诊断·····	41
第一节 颅神经损害的定位定性诊断 ·····	42
第二节 运动障碍的定位定性诊断 ·····	48
第三节 感觉障碍的定位定性诊断 ·····	55
第三章 四诊在中风中的临床应用·····	59
第一节 望诊 ·····	59
第二节 闻诊 ·····	65
第三节 问诊 ·····	66
第四节 切诊 ·····	68
第四章 中风的康复评定·····	70
第一节 中风康复的评定时间 ·····	70
第二节 中风康复评定的内容 ·····	72
第三节 中风康复的临床意义 ·····	82
第四节 中风康复的评定方法 ·····	84
第五节 中风康复的评价 ·····	130

第五章 中医外治法..... 132

第一节 中医外治法的概述 132

第二节 中医外治法的特点与注意事项 139

第三节 中风外治的作用机理 142

第四节 中风外治的发展现状 146

第六章 中风的外治疗法..... 153

第一节 药浴 153

第二节 超声药物透入治疗 157

第三节 鼻内吹药疗法 161

第四节 点穴疗法 165

第五节 催吐疗法 169

第六节 贴药疗法 171

第七节 灌肠疗法 175

第八节 刮痧疗法 179

第九节 药枕疗法 187

第十节 高压氧疗法 190

第十一节 脑局部亚低温疗法 193

第十二节 艾灸疗法 197

第十三节 耳穴埋豆法 207

第十四节 频谱疗法 212

第十五节 局部按摩 214

第十六节 中药涂擦 230

第十七节 针刺疗法 233

第七章 中风外治常用方剂与中药..... 240

第一节 常用方剂 240

第二节 常用药物 256

第一章 中风的中西医认识

第一节 中医学对中风的认识

中风是在人体气血内虚的基础上，多因劳倦内伤、忧思恼怒、嗜食厚味及烟酒等诱发，以脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，致脑脉痹阻或血溢脑脉之外为基本病机，临床以突然昏仆、半身不遂、口舌喎斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主症，具有起病急、变化快的特点，是中老年人的常见病、多发病，极易死亡或遗留身体残疾。

一、历史沿革

有关中风的记载首见于《黄帝内经》，该书记述了中风发病的不同表现和阶段，如《灵枢·九宫八风》曰：“其有三虚而偏于邪风，则为击仆偏枯矣。”指突然眩晕昏仆而半身不遂。虽然没有对中风名的直接记载，但依据症状表现和发病阶段不同而有不同的名称。如在卒中昏迷期间称为“仆击”“大厥”“薄厥”；半身不遂者则有“偏枯”“偏风”“身偏不用”“风痲”等病名。在病因方面，认识到感受外邪、烦劳暴怒可以诱发本病。

如《灵枢·刺节真邪》云：“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰则真气去，邪气独留，发为偏枯。”《素问·生气通天论》云：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。”《素问·调经论》云：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死。”此外，《黄帝内经》还认识到本病的发生与体质、饮食有密切的关系。如《素问·通评虚实论》曾经明确指出：“仆击、偏枯……肥贵人则膏粱之疾也。”这些论述经过现代临床验证，基本上是正确的。

在《黄帝内经》理论的指导下，历代医家对中风的病因和治法作了进一步的探讨和发挥，大体可分为以下几个阶段。

唐宋以前，以“外风”学说为主，多从“内虚邪中”立论。如《灵枢》记载“真气去，邪气独留”；东汉张仲景认为“络脉空虚”，风邪入中是本病发生的主因，并以邪中深浅、病情轻重而分为中经中络、中脏中腑。在治疗上，主要以疏风散邪、扶助正气为法。如《金匱要略·中风历节病脉证并治》云：“夫风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹，脉微而数，中风使然。”详细论述了本病的病因、脉证，表明此病与《伤寒论》太阳中风证完全不同。《千金要方》小续命汤和《素问·病机气宜保命集》大秦苳汤，均为其代表方剂。

唐宋以后，特别是金元时期，以“内风”立论较为突出，是中风因学的一大转折。如张元素认为病因是热，他说：“风本生于热，以热为本，以风为标。”刘河间则主“心火暴盛”。李东垣认为属“正气自虚”。《医学发明·中风有三》中说：“中风者，非外来风邪，乃本气自病也。凡人年逾四旬，多有此疾。”朱丹溪主张“湿热生痰”，《丹溪心法·论中风》指出：“东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风也。”元代王履提出“真

中”“类中”病名。《医经溯洄集·中风辨》指出：“因于风者，真中风也；因于火、因于气、因于湿者，类中风，而非中风也。”

其后，明代张景岳认为本病与“外风”无关，倡导“非风”之说，并提出“内伤积损”的论点。《景岳全书·非风》言：“非风一证，即时人所谓中风证也。此证多见卒倒，卒倒多由昏愦，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致。”同代医家李中梓将中风中脏腑明确分为闭、脱二证。至清代叶天士始，明确以“内风”立论，《临证指南医案·中风》进一步阐明了“精血衰耗，水不涵木……肝阳偏亢，内风时起”的发病机理，并提出滋液息风，补阴潜阳，以及开闭、固脱等法。王清任指出，中风半身不遂、偏身麻木是由于“气虚血瘀”所致，立补阳还五汤治疗偏瘫，至今仍为临床所常用。

近代，随着“西学东渐”，出现了一批中西医学汇通派医家，他们主张辨病与辨证相结合，引入西方医学的解剖学知识来阐释中医中风机制，为中风的进一步研究打下了坚实的基础。代表医家有张伯龙、张锡纯等，他们认识到中医的中风与西方医学的脑卒中大体相同，从而提出将中风分为出血性中风和缺血性中风两类。

到了现代，中风的概念仍有不一致之处，诸如“腹中风”“肠中风”之类，而且中风命名混乱。为了规范中风的病名、诊断、治疗及疗效评定等问题，中华医学会内科专业委员会于1983年7月召开了全国中风专题学术讨论会，并通过了有史以来第一个《中风诊断标准》，后经反复修订，于1987年试行。1990年，国家中医药管理局又推出了《中医内科急症诊疗规范》，确立了中风的三级诊断标准——病名、病类、证名，增加了CT等诊断和鉴别诊断方法。目前，中西医学的中

风在 CCD (TCD) 编码上保持一致。1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》对中风提出了新的概念：“中风是由于气血逆乱，导致脑脉痹阻或血溢于脑，以昏仆、半身不遂、肢麻、舌蹇等为主要临床表现，属于脑血管病范围。”同时，将中风分为风、火、痰、血瘀、气虚、阴虚阳亢六大主要证候。此概念与中风的传统概念相比较，既强调中医病因（气血逆乱）和中医病机（脑脉痹阻或血溢于脑），又强调现代医学对中风的认识，中西融合，对中风的临床治疗大有裨益。然而，将中风的病因仅归于气血逆乱并不完善，故第六版《中医内科学》指出：中风是在气血逆乱的基础上，产生风、火、痰、瘀，导致脑脉痹阻，血溢脑脉之外而致病。关于中风的治疗，在 20 世纪 90 年代，有人根据“脑络破损，瘀血阻于脑窍”的病机特点，提出采用活血化瘀或破血逐瘀药物为主治疗；也有学者借用治疗热病窍闭的经验，提出以清热开窍为主治疗；也有人提出颅脑水瘀学说，倡用活血利水法为主治疗。此外，这一时期出现了专方专药及新型制剂治疗中风。

由于政府对中医药发展的大力支持和投入，中医药的研究进展很快，在中风这一领域也取得了可喜的成果。近年来，关于中风的研究，除了理论探讨和临床系统观察外，实验研究的兴起并逐渐深化是一个明显的趋势。理论上，突破了明清以来的开闭和平肝息风，倡用活血甚至破血，也有人主张清热解毒；临床上，初步统一了疾病诊断和疗效标准，规范了观察方案；实验方面，借用西医的脑出血动物模型来评价中药和阐述中药的疗效机理，并达到了一定的深度。但也有某些研究存在牵强比附和借用西医对脑出血急性期的病理认识而片面强调某一方方案之弊，如脑出血急性期有部分患者属进展型，一概应用大剂

量破血逐瘀之品显然不安全，单纯应用清热解毒之品也非全面，活血利水是否过于单薄，而益气活血是否真正能够应用于脑出血急性期，均值得研究。同时，各种治法之间缺乏客观的比较。实验方面，至今尚未有病、证合一的脑出血急性期动物模型，除该病的实验指标外，证方面的实验指标尚未有报告，剂型改革也待深化。因此，应该加强中医理论的全面指导，完成中医辨证与西医疾病真正的结合，以达到更好的治疗目的，从而为中风的定性、定量、客观化作出一定的贡献，为临床治疗的准确性奠定基础。

二、病因病机

中风的病因有气血亏虚、劳欲过度、情志所伤、饮食不节、气候变化。中风的发生是在脏腑功能失调、气血亏虚的基础上，多由忧思恼怒，或饮食不节，或房室所伤，或劳累过度，或气候骤变等诱因，致阴亏于下，肝阳暴张，内风旋动，夹痰夹火，横窜经脉，气血逆乱，直冲犯脑，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外，蒙蔽心窍而发生猝然昏仆、半身不遂诸症。

关于中风的病因学说，唐宋以前多以“内虚邪中”立论，这一时期的医家认为中风是“外风”。至金元时代，许多医家对“外风”入侵理论提出了不同看法，但都偏重于内在因素致病，是中风因学说的一个重大转折。元代王履提出“真中风”与“类中风”论点，如《医经溯洄集·中风辨》曰：“因于风者，真中风也；因于火、因于气、因于湿者，类中风而非中风也。”张景岳则认为本病的发生“皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致”。清代沈金鳌从体质类型与发病关系作了阐发。王清任的《医林改错》指出：“中风半身不遂，偏身麻木是由‘气虚血瘀’

而成。”上述各家对火、气、痰、湿、瘀血阻络等致病因素分别作了探讨，使中风的病因学说日臻完善。

【病因】

1. 气血亏虚 高年之体，阴气自半，气血亏虚，或见消渴等大病久病之后，元气耗伤，脏腑阴阳失调，气虚则血运不畅，虚气流滞，脑脉瘀滞不通；阴血亏虚则阴不制阳，阳亢于上，阳化风动，夹痰湿、瘀血上扰清窍，致脑脉受损；或再遇诱因则气血逆乱，直冲犯脑，发为本病。

2. 劳欲过度 烦劳过度，阳气升张，亢奋不敛，引动风阳，内风旋动；或纵欲伤精，水亏于下，火旺于上，肝阳亢奋而发为本病。

3. 情志所伤 七情失调，肝失调达，肝气郁结，气机郁滞，血行不畅，瘀结脑脉；五志过急，大怒伤肝，肝阳暴亢，或心火暴盛，风火相煽，血随气逆，上冲犯脑。临床以暴怒伤肝为多见。至于忧思悲恐、情绪紧张等常为本病的诱发因素。

4. 饮食不节 嗜食肥甘醇酒，脾胃受损，脾失健运，聚湿生痰，郁久化热，引动肝风，夹痰上扰，可致病发。尤以酗酒诱发最为多见。

5. 气候变化 本病一年四季均可发生，但发病常与气候骤变有关。入冬骤冷，寒邪入侵，血遇寒则凝，易致血瘀于脑脉而发病；或早春骤然转暖之时，厥阴风木主令，内应与肝，风阳暗动，亦可导致本病的发生。

【病机】

中风的基本病机总属于阴阳失调，气血逆乱。病变部位在心、脑，与肝、肾密切相关。正如《素问·脉要精微论》所云：“头者，精明之府。”李时珍在《本草纲目》中亦指出，脑为

“元神之府”。“精明”“元神”均主宰精神、意识、思维活动，因此可以认为，神明为心、脑所主。病理基础则为肝肾阴虚。病理因素主要为风、火、痰、气、瘀，其形成与脏腑功能失调有关。病理性质多属于本虚标实。

1. 发病 多呈急性发病，活动状态（尤在用力不当或情绪激动时）、安静或睡眠状态均可发病。发病后病情往往变化迅速，在短期内病情发展至严重程度，亦有呈渐进性加重或阶段性加重。部分患者有头晕、头痛、手足麻木或无力、一过性言语不利等先兆症状。

2. 病位 病位在脑髓血脉，与心、肝、脾、肾有密切关系，可引起全身多脏腑功能紊乱。

3. 病性 病性为本虚标实，上盛下虚。急性期，多以标实为主；恢复期及后遗症期，多虚实夹杂，或以本虚为主。标实不外乎风、火、气、血；本虚为气血阴阳不足，以阴虚、气虚较多见，肝肾阴虚为其根本。

4. 病势 若初起时，仅见半身不遂，口舌喎斜，舌强言謇，神志清醒，则清窍尚未蒙塞，病情尚轻，经治疗可好转或痊愈；若病情进一步发展至神昏，或初起即有神昏，清窍不开，则病情危笃，经有效治疗，有可能好转或痊愈；若随病情自然进展，神昏日重，甚或合并呕血、便血、厥脱、高热、抽搐等变证或坏证，多难救治。

5. 病机转化 在疾病的发展过程中，病机转化迅速是中风的主要特点。其病机转化决定于内风、邪热、痰浊、瘀血等病邪与人体正气相争及其消长变化的结果。急性期，邪气盛，脑脉痹阻或血溢于脑脉之外，清窍蒙塞，如果正气不衰，经辨证论治，内风息，邪热清，痰浊化，瘀血去，神明逐渐恢复，半

身不遂诸症亦可逐渐减轻。如平素体弱，正气先衰，或邪气过盛，气血逆乱，窍闭不开，脏腑功能紊乱，则气血耗伤，终致元气耗竭，阴阳离绝。恢复期，虽然病邪大减，但正气亦大伤，已无神昏窍闭，但由于正气虚衰，其半身不遂诸症仍然存在，尤其是年老体衰、肾精大伤、髓海空虚之人，亦见呆痴之症。

三、诊断

中风主要结合发病特点与临床表现进行诊断。

【诊断标准】

1. 具有突然昏仆、不省人事、半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、言语謇涩等特定的临床表现。轻症仅见眩晕、偏身麻木、口眼喎斜、半身不遂等。
2. 多急性起病，多发于40岁以上年龄。
3. 发病之前多有头晕、头痛、肢体一侧麻木等先兆症状。
4. 常有眩晕、头痛、心悸等病史，病发多有情志失调、饮食不当或劳累等诱因。

【分期分级】

（一）分期

1. 急性期 发病后两周以内，中脏腑者最长至1个月。
2. 恢复期 发病2周或1个月至半年以内。
3. 后遗症期 发病半年以上。

（二）分级

1. 轻度 中络、中经。
2. 中度 中腑。
3. 重度 中脏。

【鉴别诊断】

1. 痫证 痫证起病急骤，突然昏仆倒地，但痫证之神昏多为时短暂，移时自行苏醒，醒后如常人，多伴有肢体抽搐，口吐白沫，四肢僵直，两手握拳，双目上视，小便失禁，而一般无半身不遂、口舌喎斜等后遗症，发病者以儿童、青少年居多，且有多次相似发作的病史可寻。中风昏仆倒地，其神昏症状重，持续时间长，多难以自行苏醒，多遗留明显后遗症。但应注意的是，少数中风先兆发作的患者，与痫证的发作表现相似，如年龄在40岁以上，首次发作者，应注意观察，并进行脑电图、头颅CT等必要的检查，以资鉴别。

2. 厥病 厥病表现为突然昏仆，不省人事，但厥病之神昏时间短暂，同时常伴有四肢厥冷，一般移时苏醒，醒后无半身不遂、口舌喎斜、言语不利等后遗症。中风神昏症状重，持续时间长，多难以自行苏醒，醒后多遗留后遗症。

3. 痉病 痉病以四肢抽搐，项背强直，甚至角弓反张为主症，病发中亦可伴有神昏，但痉病之神昏多出现在抽搐之后，中风多病起即有神昏，而后出现抽搐；痉病者抽搐时间长，中风抽搐时间短；痉病者无半身不遂、口舌喎斜等中风所特有的症状。

4. 痿病 痿病表现为肢体瘫痪，活动无力，但痿病之瘫痪多起病缓慢，以双下肢瘫或四肢瘫多见，或有患肢肌肉萎缩，或见筋惕肉瞤，中风的肢体瘫痪起病急骤，且以偏瘫不遂为多见；痿病起病无神昏，中风常有不同程度的神昏。

5. 口僻 口僻以口眼喎斜、目不能闭、口角流涎为主要临床表现，起病突然，一年四季均可发生，春、秋两季多见，青壮年多发，发病前多有明显的局部受凉、风吹等诱因。其与中