

中風的中西醫防治與康復

中国

1
R43
ZPF



中風的中西醫防治與康復

宋鹏飞 等 编著



中国医药科技出版社

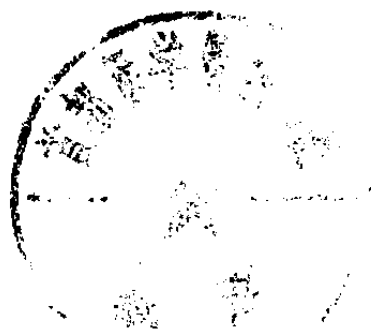
R743

2PF

中风的中西医防治及康复

朱鹏飞 娄永和 编著
陈通 杨传绪

102



A0048805

中国医药科技出版社

内 容 提 要

中风，又称“脑中风”“脑卒中”“脑血管意外”。是我国四大非传染性疾病（冠心病、脑血管病、高血压、恶性肿瘤）之一。具有发病率高、死亡率高、致残率高的三高特性。如何防治这样一个发病最快、恢复最慢、致残最重的常见病、多发病不仅是医务界的神圣使命，也是广大读者应该积极配合的一项工作。

本书以中西医学理论分别阐述了中风症的病因病理、临床表现、诊断和鉴别诊断、治疗、护理、预防和康复等问题。除采用中西医治疗方法外，本书还介绍了按摩、气功、功能锻炼、心理康复、药膳等康复手段和预防方法，其中药膳不仅使药物与饮食有机地结合起来，而且还有防病治病和康复的效果。是中西医学临床工作者，患者及家属必读之物。

中风的中西医防治及康复

朱鹏飞 娄永和 陈 通 杨传绪 编著

*

中国医药科技出版社 出版
(北京西直门外北礼士路甲 38 号)

(邮政编码 100810)

太阳电脑应用所 照排

玉田印机彩印厂 印刷

新华书店北京发行所 发行

*

开本 787×1092mm 1/32 印张 4. 625

字数 95 千字 印数 1—5500

1992 年 11 月第 1 版 1992 年 11 月第 1 次印刷

ISBN 7-5067-0508-7/R·0445

登记证号：(京) 075 号 定价：2.70 元

目 录

一、中风病概述	(1)
二、中医对中风病研究的进展	(2)
(一) 文献研究	(2)
1. 中风病名的统一	(2)
2. 中风的病因病机	(3)
3. 中风的诊断标准	(5)
4. 中风病类的划分	(9)
(二) 临床研究	(9)
1. 辨证论治规范化	(9)
2. 治法方药多样化	(11)
(三) 注重预防	(15)
三、西医临床简述	(16)
(一) 脑血管病的危险因素	(16)
1. 高血压	(16)
2. 心脏病	(16)
3. 糖尿病	(16)
4. 血流变紊乱	(17)
5. 高脂血症	(17)
6. 吸烟和酗酒	(17)
7. 饮食	(17)
8. 肥胖和脂肪分布异常	(18)
9. 口服避孕药	(18)
10. 其它因素	(18)

(二) 脑血管病的诊断技术·····	(19)
1. 脑 X 线电子计算机断层扫描·····	(19)
2. 单光子发射计算机断层扫描·····	(19)
3. 正电子发射计算机断层扫描·····	(20)
4. 穿颅超声多普勒·····	(20)
5. 核磁共振·····	(20)
四、脑的血液供应和循环生理·····	(21)
五、西医的治疗与护理·····	(23)
(一) 高血压性脑出血·····	(23)
(二) 蛛网膜下腔出血·····	(37)
(三) 短暂脑缺血发作·····	(44)
(四) 动脉硬化性脑梗塞·····	(51)
(五) 脑栓塞·····	(61)
六、中医的辨证施治·····	(68)
(一) 类证鉴别·····	(68)
(二) 辨证要点·····	(69)
(三) 辨证与治疗·····	(71)
1. 中经络·····	(71)
附：中药治疗缺血性中风的概况·····	(78)
2. 中脏腑·····	(82)
3. 中风的针灸疗法·····	(87)
七、中风的康复与预防·····	(93)
(一) 中药与针灸康复法·····	(94)
(二) 按摩康复法·····	(100)

(三) 气功康复法	(116)
(四) 体态功能锻炼康复法	(122)
(五) 功能锻炼康复法	(123)
(六) 心理康复法	(125)
(七) 药膳	(127)
(八) 中风的预防	(133)
1. 未病先防	(133)
2. 已病防变	(139)

一、中风病概述

中风，又称“脑中风”“脑卒中”“脑血管意外”。是各种不同病因引起的脑部血管性疾病。本病具有“三高”的特性，即发病率高、死亡率高、致残率高。是严重危害人民生命健康的疾病，在国内外已经引起了极大的重视。我国将脑血管病列为非传染性四大疾病（冠心病、脑血管病、高血压、恶性肿瘤）之一，自古以来被视为中医内科四大症（风、痲、痰、瘀）之首；在中医著述中，常为“杂症开卷首义”。足见对本病的研究，历来是众多医家瞩目的重要课题。

目前我国约有 300 万脑血管病患者。1991 年据卫生部统计信息中心对全国 22 个省、自治区、直辖市的 32 个市和 72 个县进行的死因调查发现，在我国城市地区居民前十种死亡原因中脑血管病占第二位。据联合国世界卫生组织公布的材料，在 50 多个国家中，脑血管病列为前三位死亡原因的就有 40 个国家。由脑血管病引起的死亡人数，占 57 国总死亡数的 11.3%，仅次于心肌梗塞和癌肿。

罹患脑血管病后，有不少人在急性期便被夺去了生命，而在幸存者中有近四分之三的人遗留残疾，程度不同地丧失了劳动能力，生活也不能自理，这给患者本人造成的痛苦、家庭所带来的负担，对社会构成的压力都是十分惊人而巨大的。以美国为例，每年脑血管病要花费 3.3 亿美元。因此，如何防治这样一个发病最快、恢复最慢、死亡率高、致残最重的常见病、多发病，是医务界的神圣使命。

二、中医对中风病研究的进展

中风病的理论及临床研究已成为中医界的重要课题，近十余年来这一领域的研究取得了令人瞩目的成果，主要体现在以下三个方面：

（一）文献研究

文献研究是中医科研的重要组成部分，中医界对中风病从文献学角度所作的主要工作是：

1. 中风病名的统一：有关中风的记载，始见于《内经》，而后世对其论述颇多。《内经》有煎厥、薄厥、大厥、痲疾、瘖痹、昏仆、偏枯、偏风、中风的记载。汉、张仲景《金匱要略》有中络、中经、中腑、中脏的论述。隋、《巢氏病源》中有中风候、风瘕候、风口噤候、风舌强不语候、风失音不语候、风口喎候等。唐、孙思邈《千金方》中说：“本病有偏枯、风痲、风懿、风痹之分。唐宋以后，由于学术的进展，对于风病的名称有了新的认识。如元、王履《医经溯洄集》提出“真中”和“类中”的学说。明、张景岳主张“非风”的观点。而同代医学家李中梓把中脏腑分“闭证”与“脱证”。清、张锡纯《医学衷中参西录》中有“内中风，亦名类中风，即西医所谓脑冲血证”的记载。

从上述文献记载可见本病名称繁多，这给证候规范的深入研究带来一定困难。统一病证名称是研究工作的首要任务。近几年不论是中医还是西医，对中风病的名称确立都有了新的进展。如1981年中华医学会脑血管专题学术会将“脑血管

病”更名为“脑卒中”，引用了中医“卒中”的名词。1984年有学者根据病变性质结合现代医学提出“出血性中风”和“缺血性中风”。八十年代以来，通过多次全国性中风专题学术会议及内科学术会议，展开了广泛深入的讨论，终于在1986年，中华全国中医学会内科学会中风学组，在泰安通过专家鉴定，由北京王永炎氏执笔统一本病的名称为“中风病”、又名“卒中”（内中风）。

从中风病名的变迁、演变，标志着祖国医学对本病的认识不断深入。特别是中风病名的统一，必将大大促进“中风病”的临床、教学、与科研工作的展开。

2. 中风的病因病机：对中风病的病因病机的认识，历代医学家众说纷纭。如《素问·生气通天论》云：“汗出偏沮、使人偏枯。”《金匱要略·中风历节》篇云：“邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言，口吐涎”。《巢氏病源·中风候》云：“中风者，风气中于人也”。可见唐宋以前医家认为中风病是六淫邪气所中，多以“内虚邪中”立论，治必温散、或予续命之方，验之临床疗效甚微。唐宋以后，金元时代对中风病机有了新的认识，如刘河间认为“心火暴盛”；李东垣认为“正气自虚，乃本气病也”；朱丹溪认为是“痰湿生热”。三家之说是中风病在病因病机学上的一大转折点，提出中风的内在因素。元·王履从病因学角度归类，把唐宋以前认为由外因所致的中风病称为“真中风”；金·元以后认为由内因所致的中风称为“类中风”。这种认识至今对临床仍有指导意义。明·张景岳在《景岳全书》中指出：“凡此病者，多以素不能慎，或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴”。主张“中风病”的病

因是由“内伤积损，颓败而然，原非外感风寒所致”。至清代，叶天士明确指出“精血方耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢”。是以内风立论。同代医家王清任一反众说，认为半身不遂，无外感表证，非风邪所中，也非风火湿痰。他专以气虚立说，爰立补阳还五汤治疗偏瘫，至今仍为临床常用方剂之一。

归纳以上诸说，中风之发生，主要病因在于患者平素气血亏虚，与心，肝，肾三脏阴阳失调有关。加之忧思恼怒，或饮酒饱食，或房室劳累，或外邪侵袭等诱因，以致气血运行受阻，肌肤筋脉失养；或阴亏于下，肝阳上亢，阳化风动，痰火上蒙清窍，而形成上实下虚，阴阳互不维系的危急证候。中风之病机虽较复杂，李寿龄氏的归纳最为精辟，他认为“本病的发生，主要在于肝阳化风，气血并逆，直冲犯脑”并总结为虚（阴虚、气虚）、火（肝火、心火）、风（肝风、外风）、痰（风痰、湿痰）、气（气逆）、血（血瘀）六端，并说：“此六端在一定的条件下，互相影响，互相作用，而突然发病。”

建国后，中医界著名医家对中风病因病机提出了新的看法。如南景祯氏强调痰浊瘀血是病理产物，是卒发中风的重要机理。应志华氏提出中风病机“在本为阴阳失调，肾充不固；在标为风火交煽，痰涌气逆，气血逆乱，形成本虚标实，上盛下虚之证”。

近几年不少医者在历代医家研究的基础上，对中风病进行了更深入的探索，对本病病因病机提出了一些新的看法。如徐景藩氏认为“在中风发病过程中，虚为其本，实为其标。虚者有气虚、阴虚或气阴两虚。实者有风、痰、火、瘀等病理因素”。还强调急性期以标实为急，恢复期则以本虚为显。李

蔚生氏与徐氏观点相近，认为本虚标实是以“气虚血瘀为多见”；急性期的标实“以瘀血痰浊为主”，而后期的本虚“多以气虚阴虚多见，由实转虚”。王健民氏指出“实闭多是中焦痰热实邪所阻，清浊升降失常，上下不通，气机不利，气血不得下行之故”。主中焦痰热闭阻者，尚有王俊华氏，他认为“痰热蕴积，蓄于中焦，多以热化，邪热燥不去，阳化风动，挟痰挟火，蒙闭清窍，腑不通则窍不开，热不去则风不熄”。倡升降失常者，还有卢尚玲氏，提出“中风病病位，其脏主要在脾，病机主要是升降逆乱”。此外，沈祖光氏主张“中风是血瘀，血热，血虚三个病理因素俱全并相互转化的急危重症，应始终抓住血的病机”。孙树功氏认为“中风与肝风皆系肝风内动，肝风是中风先兆，中风是肝风的后果”。孙中云氏认为“中风后遗症的病机是以内虚为本，血瘀阻络为标，虚中挟实，且以血瘀阻络，筋脉失养为多见”。

总之，中风病唐宋以前是以“外风”立论，唐宋以后是以“内风”立论。近代对中风病因病机的研究，提出了一些新的观点，这对指导本病的预防及治疗都具有十分重要的意义。

3. 中风的诊断标准。为了使中风病的辨证论治趋于规范化，1986年6月由中华全国中医学会内科学会主持，在山东泰安召开的《中风病中医诊断、疗效评定标准》总结评议鉴定会上，提出了下述病类与证名诊断方案：

(1) 诊断标准

①病名诊断

1). 主症：口眼喎斜、舌强言謇、偏身麻木，半身不遂、神识昏蒙。

2) 起病急骤，如暴风之疾速，矢石之中的。

3) 病发多有诱因，未发之前常有先兆症状。

4) 好发年龄多在 40 岁以上。

具有主症两个以上，起病急骤，结合舌、脉、诱因、先兆、年龄等方面的特点即可确定病名诊断。

②分证标准

1) 中络：偏身或一侧手足麻木，或兼有一侧肢体力弱，或以口眼喎斜为主者。

2) 中经：以半身不遂、口眼喎斜、偏身麻木、舌强言謇为主症，而无神识昏蒙者。

3) 中腑：以半身不遂、口眼喎斜、偏身麻木、舌强言謇、神识昏蒙为主症，但神识昏蒙较轻，一般属恍惚迷蒙者。

4) 中脏：先有神识昏蒙、属神昏、昏愦而半身不遂、口眼喎斜、舌强言謇、偏身麻木者，或九窍闭塞突出，具有目瞽、视歧、视长为短、言语謇涩、吞咽困难、尿闭、便秘等五个以上症状者。

结合临床也可按有无神识蒙分为中经络与中脏腑两证。

③证候

1) 中经络：

肝阳暴亢、风火上扰：半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、舌强言謇、眩晕头痛、面红耳赤、口苦咽干、心烦易怒、尿赤便干、舌质红或绛，舌苔薄黄，脉弦有力。

风痰瘀血痹阻脉络：半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、舌强言謇、头晕目眩、舌质暗淡、舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

痰热腑实、风痰上扰：半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、舌强言謇、腹胀便干便秘头晕目眩，咯痰或痰多、舌质暗红

或暗淡、苔黄或黄腻，脉弦滑。

气虚血瘀：半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、言语謇涩、面色㿗白、气短乏力、口流涎、自汗出、心悸便溏、手足肿胀、舌质暗淡、舌苔薄白或白腻、脉沉细、细缓或细弦。

阴虚风动：半身不遂、偏身麻木、口眼喎斜、舌强言涩、烦躁失眠、眩晕耳鸣、手足心热、舌质红绛或暗红、少苔或无苔、脉细弦或细弦数。

2) 中脏腑：

风火上扰清窍：平素多有眩晕、麻木之症、情志相激病势突变，神识恍惚、迷蒙、半身不遂而肢体强痉拘急、便干便秘、舌质红绛、舌苔黄腻而干、脉弱滑大数。

痰湿蒙塞心神：素体多是阳虚湿痰内蕴、病发神昏、半身不遂而肢体松懈瘫软不温，甚则四肢逆冷，面白唇暗，痰涎壅盛，舌质暗淡，舌苔白腻，脉沉滑或沉缓。

痰热内闭心窍：起病陡急，神昏神愤，鼻鼾痰鸣，半身不遂而肢体强痉拘急，项强身热，躁扰不宁，甚则手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红绛，舌苔褐黄干腻，脉弦滑数。

元气败脱心神散乱：突然神昏，昏愤，肢体瘫软。手撒肢冷汗多，重则周身湿冷，二便自遗，舌痿，舌紫暗苔白腻，脉沉缓沉微。变证可见呃逆、厥逆、抽搐，呕血及戴阳证。后遗症可见半身不遂，言语謇涩，痴呆，抽搐，癫证。

④分期标准

急性期：发病后2周以内中脏腑证最长至1个月。

恢复期：2周或1个月至半年以内。

后遗症期：半年以上。

(2) 疗效评定标准

采用计分法，着眼于神志、语言、运动功能的恢复程度。

①计分方法：

神志状态：神志清醒 4 分。神志恍惚（思睡，唤醒后能与人言）3 分。神志迷蒙（嗜睡呼之答不确切）2 分。神昏 1 分。昏愦（神昏同时兼有脱证）0 分。

语言表达：正常 4 分。一般表达，命名不能 3 分。说话成句而表达不会 2 分。不能说单词词组 1 分。语言不能或基本不能 0 分。

上肢肩关节：正常 4 分。上举全而肌力差 3 分。上举平肩或略过肩 2 分。上举不到肩 1 分。不能动或前后略摇动 0 分。

上肢肘关节：正常 4 分。手指分别动作有效而肌力差 3 分。握拳伸指 2 分。屈指握不成拳，不会伸 1 分。不会动 0 分。

下肢髋关节：正常 4 分。抬高 45° 以上 3 分。抬高不足 45° 2 分。稍动能平移 1 分。不能动 0 分。

下肢趾关节：正常 4 分。伸屈自如、力弱 3 分。伸屈不全 2 分。略动 1 分。不会动 0 分。

综合功能：生活能自理，自由交谈 4 分。独立生活，简单劳动而有部分功能不全 3 分。可行走、部分自理，尚需人辅助 2 分。可站立，迈步需人随时照料 1 分。卧床 0 分。

②疗效评定：满分 28 分。起点最高不超过 18 分。其疗效评定：

恶化：病情重积分减少或死亡者。

无效：积分增加不足 4 分者。

有效：积分增加超过 4 分以上者。

显效：积分增加超过 10 分者。

基本痊愈：积分达 24 分以上者。

4. 中风病类的划分：对中风病类的划分，历来认识不一，分类方法甚多，使医者莫衷一是。近十年来，在整理研究古代文献资料的基础上，结合学术会议的讨论，大多认为《金匱要略》提出的又经清代医家沈金鏊补充丰富的分类方法比较理想。结合临床，近人又提出了这样的分类法：有半身不遂轻症，兼偏身麻木者，或单纯偏身麻木者归入中络；以半身不遂，偏身麻木为主，而神志清楚者归入中经；有半身不遂，偏身麻木等证而嗜睡，意识朦胧及浅昏迷者归入中腑；有半身不遂，偏身麻木等证而昏迷者，或半身不遂虽不重，而以九窍闭塞为主者，均归于中脏。也有人根据有无神志障碍归类为中脏腑与中经络两大类。这种划分既可标明病情的深浅、轻重，又可以通过动态观察，掌握疾病的转归预后，从而使中风病的分类方法日臻完善。特别是现代医学，根据发病的部位，血液流变学的特性，把本病概分为“出血性中风”和“缺血性中风”两类，这对于中风病的中医临床诊断，选方用药都有一定的指导作用。

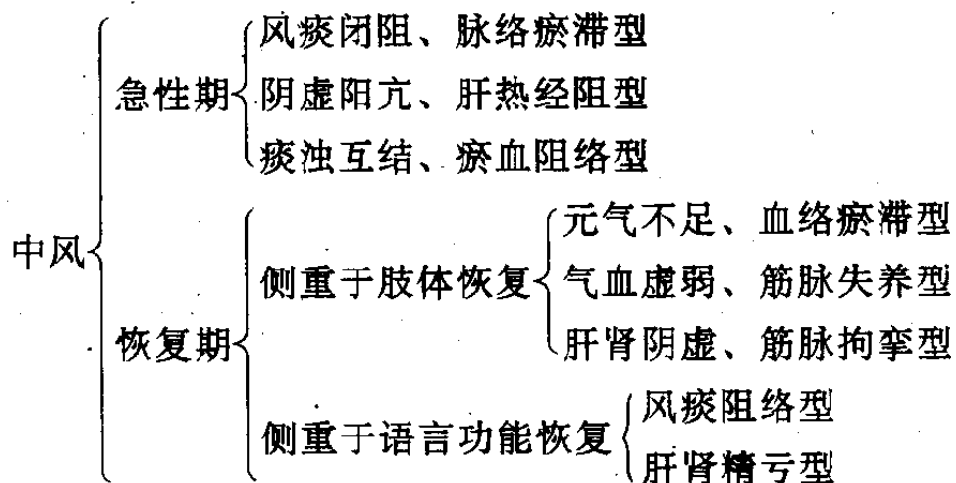
（二）临床研究

中医是临床的医学，所有研究的终极目标是提高诊疗水平，建国以来，特别是近十余年来，中医界对中风的研究方兴未艾，主要体现在：

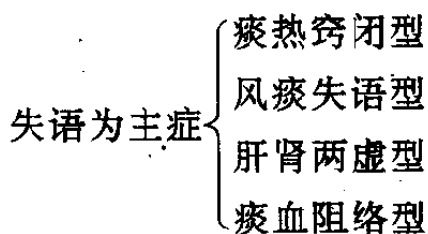
1. 辨证论治规范化。辨证论治是中医理论体系的核心和精华。在临床研究中，注意运用辨证论治方案进行系统的临床疗效观察，有利于探讨证候类型与疗效的关系，并通过观察分析，总结证候演变的规律，逐步使证候规范化，这对于

提高疗效至关重要。辨证论治规范化的研究有以下几种观点：

①按分期论治

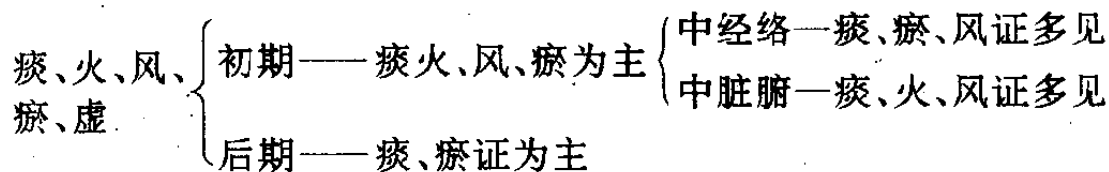


②按主症论治



③按病机论治

基本病机——

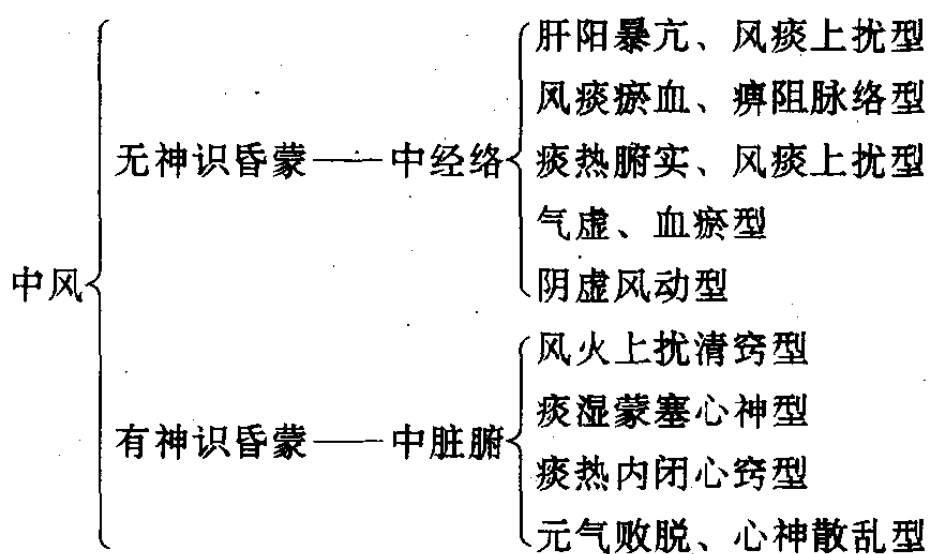


④按病名论治

真中风相当于神经系统疾患

类中风相当于脑血栓形成及脑出血轻症

⑤规范化标准



上述第五种方案已经专家鉴定，并且在全国 30 多个医疗、科研单位用 3 年时间，对 2200 余人进行临床观察，认为具有可行性。这一方案的制定对于中风辨证论治规范化的研究起到了推动作用。

2. 治法方药多样化。中风病是一种起病急、变化多、发展快的病证。因此，多年来临床医家在药物治疗方面，采用多种方法向这一难治之证攻关。治法上既有传统理论指导下的辨证论治；又有单味药、经验方的精选认定。既有单纯使用中药，又有中西药物合用，同时采用丸、散、膏、丹、针剂、片剂、静脉点滴等不同剂型和给药途径，从而使治疗水平得到了很大的提高。

(1) 中风治疗八法

①镇惊开窍法：

对中风急症的治疗，临床上主要使用温病三宝的安宫牛黄丸、局方至宝丹和紫雪散以治中风阳闭之证，取其强力清热解毒、镇惊开窍之功。已通过专家鉴定的清开灵注射液，是在安宫牛黄丸基础上研制的新剂型。温病三宝对治疗阳闭各有所长，功效卓著，阳闭开后宜配合镇肝熄风汤等加减治疗。