

常见病对证自疗丛书

中风



主编/李家永

常见病对证自疗丛书

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

常见病对证自疗丛书

中风



编者/马川 王小峰 刘燕铭
汤宇 苏维霞 梁石川
霍华英 魏春江

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

中风对证自疗 / 李家录主编. —北京: 人民军医出版社, 2009.8
ISBN 978-7-5091-2853-4

I. 中… II. 李… III. 中风—中西医结合疗法 IV. R743.305

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 116216 号

策划编辑: 张伏震 文字编辑: 陈澄如 责任审读: 刘 平
出 版 人: 齐学进
出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店
通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036
质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283
邮购电话: (010) 51927252
策划编辑电话: (010) 51927300-8725
网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂
开本: 710mm×1010mm 1/16
印张: 16 字数: 245 千字
版、印次: 2009 年 8 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 0001~4500
定价: 32.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换



本书详细介绍了中风病的中西医治疗思路和方法，以及中医名家对中风病的辨证施治思路 and 分型辨治医案。其医案部分收集证型全面、治疗效果确实，体现了中医学对中风病的临床治疗水平。本书适合中医临床专业人士、中医院校学生阅读，也可供患者及家属参考使用。



随着社会的进步，工作和生活方式的急剧变化，慢性病和其他一些健康问题在生活中越来越普遍，高血压、糖尿病、失眠、脾胃病等困扰着数以千万计的人们。在这些疾病或健康问题面前，中医日益显示出它的优势，在某些疾病的治疗中获得了极好效果，在另一些情况下与西医结合，成为重要的甚至是必不可少的诊疗部分。相应地，大量有关慢性病的中医治疗与保健图书陆续面世。这种情况无疑为广大患者和有关医务人员提供了便利条件，拓宽了患者和医师的治疗选择范围，也促进了中医与西医的结合发展。但是，总的来看，目前市面常见的此类图书，还存在比较明显的缺憾。主要是中西医对比与结合的阐述不够，简单罗列中医验方而不做解析，虽有大量医案却无原则性的用药指导等。这些问题，往往导致读者对内容理解似是而非，有些问题甚至越看越糊涂，或者盲目地就此偏废中医或偏废西医。鉴于此，我们经过深入研究，组织编著了这套“对证自疗”丛书。

以往出版的有关慢性病的图书，大多是单纯的西医诊疗技术或中医验方罗列，而本丛书则加强了中西医对比与结合的内容。细致地讲解了西医怎样看待疾病以及怎样通过药物或其他疗法进行治疗；中医如何看待同一个疾病以及怎样治疗，两者有什么区别，如何选择，如何结合运用。

以往常见的慢性病图书中，虽然罗列很多验方验案，但是医家为什么这样用药，对于此种疾病可以将哪种方药作为基础进行加减运用，应当注意哪些事项，大多没有详细阐述。本丛书就以上问题进行了专门的编著，试图加以解决。特别增加了专门论述西医常见诊疗方法、如何选择中医西医、具体病证的中医指导性方药、名医临证心得（具体病证与具体方药的使用心得）、分型验案等内容。

在中医论治方面，编著者紧扣“辨证”，以此为核心，充分体现了中医精

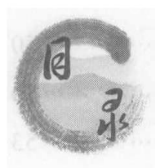
髓。中医治病注重“病”的异同，同时更加重视的是“证”的异同。一种病的证型可分为多种，而一种证型往往变化多端。譬如“糖尿病”，中医学根据患者的不同表现，辨证为阴虚、气阴虚、虚热、上中下三消等证型分治，以期合理、精确地控制病情和症状，改善患者生存质量。常见的对糖尿病验方简单罗列，而不分型阐述的做法，无疑是不足取的，甚至会迷惑误导患者，以致适得其反。鉴于此，本丛书编著过程中对于分型辨治尽可能作出细致深入地阐述。

综上所述，为了便于医师及患者了解某种疾病的中医辨证、治疗全貌，本丛书以某种常见病为一册，详细介绍了中西医治疗的异同，并收集了近年来中医名家的辨治理论和临床分证辨治医案。全书理论周详、医案分型全面，相信能对读者的临床治疗和学术水平提高有所帮助。

患者朋友如运用本书中的治疗方法，请在医师的指导下进行！

编 者

2009 年 3 月



第 1 章 概念与生理	1
第一节 概念与分类	1
一、中风的概念	1
二、西医的分类	2
第二节 颅脑生理	6
一、颅脑解剖与功能	6
二、脑的血液循环	13
第 2 章 病理与诊疗	24
第一节 病因病机	24
一、病因	24
二、发病机制及病理解剖	24
第二节 流行病学	26
一、中风危险因素	26
二、动脉粥样硬化	34
三、预防重点	38
第三节 中风的诊断与治疗	38
一、诊断与预后	38
二、常见治疗手段	40
三、中风的后期恢复	46



第3章 如何选择中西医	50
第一节 中西医诊疗模式的不同	50
一、西医学与中医学的区别	50
二、西医的诊疗模式	53
三、中医的诊疗模式	55
四、看西医还是看中医	59
第二节 中医的人体观与诊疗技术	68
一、脏腑体系	68
二、经络体系	70
三、辨证论治	72
四、四诊	76
五、方药	79
六、针灸	84
第4章 中医对中风的认识	86
第一节 中风的中医辨证	86
一、中风的病机	86
二、辨证分型	88
第二节 不同证型方药指导	94
一、中经络	94
二、中脏腑	107
三、恢复期（卒中后遗症）	116
第5章 名医临证心得	125
第一节 中风	125
丁甘仁临证心得	125
姬乾园临证心得	128



廖作淳临证心得·····	130
卢尚岭临证心得·····	131
路志正临证心得·····	132
彭培初临证心得·····	133
邵念方临证心得·····	135
沈宝藩临证心得·····	136
汪履秋临证心得·····	138
王永炎临证心得·····	140
王 左临证心得·····	142
夏永潮临证心得·····	143
张 琪临证心得·····	144
第二节 卒中后遗症·····	146
高尚社临证心得·····	146
刘向哲临证心得·····	148
阮少南临证心得·····	149
陶根鱼临证心得·····	151
夏森柏临证心得·····	152
谢海洲临证心得·····	155
朱平东临证心得·····	156
朱良春临证心得·····	157
第 6 章 辨证分型治疗验案·····	160
第一节 中风·····	161
一、肝阳化风·····	161
二、风痰内扰·····	166
三、痰浊蒙蔽·····	172
四、痰火蒙蔽·····	174
五、气虚血瘀·····	179
六、中风欲脱·····	181



七、其他证候	183
第二节 脑梗死	187
一、肝风痰浊	187
二、痰热（火）蒙蔽	189
三、痰瘀阻络	192
第三节 脑出血	195
一、痰热（火）蒙蔽	195
二、肾亏肝旺	205
三、肝风内扰	211
四、痰瘀蒙蔽	213
五、中风欲脱	221
第四节 卒中后遗症	224
一、痰瘀阻络	224
二、痰热阻络	226
三、气虚血瘀	228
四、肾亏肝旺	237
五、肝肾亏虚	239
六、其他证候	242
参考文献	245

第1章 概念与生理

第一节 概念与分类

一、中风的概念

（一）中医认识

“中风”，是中医四大难证之一，一直以来在中医诊疗事务中占据着非常重要的位置。

中风素有“真中风”与“类中风”之分，或曰“外中风”和“内中风”，辨证分型又有“中经络”“中脏腑”之分。虽然概念各别，但就中西医结合的医理而言，今日所说的中风，通常特指西医的“急性脑血管疾病”，即“脑血管意外”“脑卒中”“偏瘫”等。

中医中风病的定义是因忧思恼怒、饮食不节、恣酒纵欲等原因，导致阴阳失调、脏腑气偏、气血错乱而引起，临床以猝然昏仆、口眼喎斜、半身不遂为主要表现的一类病证；亦有未见昏仆，仅表现为歪僻不遂者。因本病起病急骤，变化迅速，与善行而数变的风邪特性相似，故古人命之为中风，又名“卒中”。

（二）西医认识

脑卒中（也称为中风）是一个临床综合征，是脑血液循环急性障碍的结果，其特征为急性的神经功能缺损持续时间大于24小时，反映了受累脑区域的相应症状和体征。把脑卒中定义为临床综合征，是因为脑卒中有许多病因，

如动脉粥样硬化、心脏疾病、高血压病、动脉瘤等；同样是由脑血液循环急性障碍导致的短暂性脑缺血发作（TIA），定义其导致的神经功能缺损时间小于 24 小时，故脑卒中所致的急性神经功能缺损持续时间大于 24 小时，以与 TIA 区别；近几年对 TIA 的定义争议很多，新的定义是其导致的神经功能缺损小于 1 小时，没有急性脑梗死的证据。

多年来，脑卒中一直是我国死亡和致残的首要原因。更为严重的是，作为脑卒中主要病因和危险因素的高血压发病率还在上升，且与冠心病也密切相关。因此，我国脑卒中、高血压病、冠心病的发病率和死亡率还将会继续上升。脑卒中在临床中可分为缺血性和出血性两类，相关研究也相当多。对脑血管意外，即脑卒中，北京神经病学学术沙龙将其分为 5 类：短暂脑缺血发作（TIA）、脑梗死、脑出血、蛛网膜下隙出血（SAH）、脑静脉系统血栓形成。以上都是急症，并可进一步细分有关类型。

由以上论述可见，以西医病理为基础，对中风定义还不十分明确。因此，对本书内容所涉及的中风作特别说明：本书所指中风，特指西医（现代医学）疾病分类中的短暂脑缺血发作（TIA）、脑梗死、脑出血、蛛网膜下隙出血（SAH）、脑静脉系统血栓形成等五种疾病。

由于在中西医结合定义方面，目前没有明确而统一的分类标准，为了便于生理病理研究的叙述，本书对以下内容作出如上限定。至于因其他西医疾病导致的中医诊断为中风，其现代医学的生理病理机制等，不再论述。而且，以上五类疾病，几乎涵盖了临床常见的所有中风病例的类型。不在此范围内的中风病例，在临床所占比例很低。

二、西医的分类

（一）短暂脑缺血发作（TIA）

短暂脑缺血发作（TIA）指由于脑血液循环障碍所导致的短暂的局灶性神经功能丧失，每次发作持续数分钟至 1 小时，一般在 24 小时内完全恢复，可反复发作。近期频繁发作的 TIA 是预示脑梗死的警报。

TIA 好发于中、老年人，男性多于女性，发病突然，历时数分钟至 24 小时不等，症状呈局灶性，常反复发作，症状消失后不留神经系统体征，可分 2 大类。



(1) 颈内动脉系统 TIA 发作：常为单肢或偏侧肢体无力或轻偏瘫，可伴有一过性失明、失语、偏身感觉障碍、偏盲、记忆障碍等。

(2) 椎-基底动脉系统 TIA 发作：常为发作性眩晕、恶心、呕吐、平衡失调，可有一过性脑干、小脑受损症状，如复视、吞咽困难、构音障碍、交叉瘫等；亦可表现为四肢乏力而猝倒。

(二) 脑梗死

脑梗死又称缺血性脑卒中，是由于脑的血液供应障碍，致脑组织缺血、缺氧而引起的脑软化，包括脑血栓形成、腔隙性脑梗死和脑栓塞。

1. 脑血栓形成 脑血栓形成是指在脑动脉的主干或其皮质支因动脉粥样硬化等血管病变导致血管管腔狭窄或闭塞、血栓形成，造成脑局部供血区血流中断，致使相应区域脑梗死性坏死，产生相应神经症状和体征。

本病多见于 50 岁以上的动脉粥样硬化者，多伴有高血压、糖尿病等。部分病人曾有短暂性脑缺血发作病史。或有头晕、头痛等前驱症状。起病一般不如其他脑血管病急骤，多数病例在安静、休息或睡眠时发生，也有少数在活动过程中发病。神经体征因阻塞血管部位不同而不同。通常在 10 余小时或者 1~2 天内症状达到高峰，病情不再进展，由于侧支循环建立，而逐渐转入恢复期。

(1) 完全性卒中：起病在 6 小时内达到高峰者，称为完全性卒中，常有完全性瘫痪及昏迷。

(2) 进展性卒中：发病后 48 小时内脑缺血逐渐进展或呈阶梯式加重时，称为进展性卒中。

(3) 大面积脑梗死：少数病人病势凶猛，脑水肿及颅内压增高症状突出，常有意识障碍，类似脑出血表现，提示广泛性脑梗死，称为大面积脑梗死。

(4) 可逆性缺血性神经功能缺失 (reversible ischemic neurologic deficit, RIND)：少数病人发病后神经缺失症状较轻，神经症状体征超过 24 小时，但在 3 周之内完全恢复，称可逆性缺血性神经功能缺失。

2. 腔隙性脑梗死 腔隙性脑梗死是指发生在大脑半球深部白质及脑干的缺血性微梗死，约占脑梗死的 20% 以上。腔隙性梗死临床症状轻微或无症状。易患人群为患有动脉硬化者；常在安静状态下发病，出现局限性神经功能缺失症状，并持续 24 小时以上；无明显头痛、呕吐及意识障碍；神经症状和体



征可以用某一血管综合征解释；脑脊液正常，CT 检查有助诊断。1965 年以来 Fisher 通过大量的病理研究，对本病做了全面系统的总结。常见有 6 型：

- (1) 纯运动性轻偏瘫。
- (2) 纯感觉性卒中。
- (3) 构音障碍—手笨拙综合征。
- (4) 共济失调性轻偏瘫。
- (5) 感觉运动性卒中。
- (6) 腔隙状态。

3. 脑栓塞 脑栓塞是指各种栓子随血流进入颅内动脉系统使血管腔急性闭塞，引起相应供血区的脑功能障碍。

临床表现主要有两个方面的症状：一是栓子形成的脑梗死症状；二是原发病的症状。

脑栓塞的发病年龄与原发病密切相关。年轻病人多数继发于风湿性心脏病，而老年人多继发于冠心病、心肌梗死。一般无明显诱因，多在活动中急骤起病。症状在数秒或数分钟内达到高峰，在脑血管病中发病最急。局限性神经功能缺失症状与栓塞动脉供血区的功能相对应。通常表现为偏瘫、单瘫、偏身麻木、失语等，亦可出现抽搐发作。意识障碍一般较轻，持续时间短。椎-基底动脉系统栓塞也可发生昏迷。

大多数病人有栓子来源的原发疾病，栓子来自心脏者，可有心脏病的症状和体征。脂肪性栓塞发生在长骨骨折或手术后等。

(三) 脑出血

脑出血是指原发性非外伤性脑实质内出血，占全部脑卒中的 20%~30%。

发病年龄多在 50~70 岁，男性居多，冬春季发病较多。多有高血压病史，常在活动状态或精神激动时起病，起病较急，常有头痛、呕吐、失语、意识障碍及肢体瘫痪等，发病时血压常明显增高，可有脑膜刺激征。出血症状常在数分钟到数小时内达到高峰，可因出血部位及出血量不同而临床特点各异。其中基底节区出血约占全部脑出血的 70%，基底节出血又分为内侧型 and 外侧型。

(1) 基底节出血外侧型：出血位于壳核、尾状核和外囊附近，症状较轻，意识障碍轻或无，主要表现出血灶对侧“三偏”（偏瘫、偏麻、偏盲）症状。

(2) 基底节出血内侧型：出血位于内囊内侧和丘脑附近，症状较重，意

识障碍程度多较重，鼾声呼吸、呕吐频繁，颅内压增高明显，有的双眼凝视出血侧，上下肢均瘫痪等或基本相同。

(3) 基底节出血混合型：为内侧型及外侧型扩展的结果，症状大致同内侧型，但病情较重。

(4) 脑叶出血：约占脑出血的 10%，出血在各叶白质，除头痛、呕吐等颅内压增高症状外，可有各叶局限体征，如偏盲、失语、单瘫等。

(5) 脑桥出血：约占脑出血的 10%，出血常在脑桥基底部与被盖部交界处。轻症可有展神经、面神经及对侧肢体交叉瘫，双眼凝视瘫痪侧；重症者常迅速进入昏迷状态、高热、四肢瘫痪、瞳孔缩小、呕吐咖啡样胃内容物、呼吸紊乱、病情危重，多在 48 小时内死亡。

(6) 小脑出血：多为小脑半球出血，突起头痛、频繁呕吐，可有眩晕、眼震、一侧肢体共济失调，因小脑出血无肢体瘫痪，轻症小脑出血易误诊。出血量大可昏迷，常因枕骨大孔疝死亡。

(7) 脑室出血：原发脑室出血较少，多为脑实质出血破入脑室，以内侧型破入脑室多见。小量脑室出血时一般无意识障碍及局灶神经缺损症状，预后良好。大量脑室出血迅速出现昏迷，出现阵发性痉挛或去皮质强直状态，病情危重，多迅速死亡。

(四) 蛛网膜下隙出血

蛛网膜下隙出血 (subarachnoid hemorrhage, SAH) 指脑表面或者脑底部血管破裂血液直接流入蛛网膜下隙(腔)，不包括外伤性或脑内出血破入蛛网膜下隙。SAH 约占急性脑血管病的 10%。

任何年龄均可发病，青少年以血管畸形破裂出血为多，而老年人则以动脉硬化破裂为主，青壮年多为脑动脉瘤破裂。大多数均无前驱症状，少数发病前可有偏侧头痛、复视等症状。用力、情绪激动为其诱因。

本病发病急骤，突然出现剧烈的头痛，伴恶心、呕吐。部分病例可出现短暂意识障碍或癫痫发作。个别极严重者很快进入昏迷状态，出现去皮质强直，甚至呼吸停止而死亡。检查有明显的脑膜刺激征，即颈强直和凯尔尼格征阳性，约 25% 的病人出现视网膜和玻璃体积血(玻璃体积血)，少数出现视盘水肿(视乳头水肿)。一般情况下，头痛和脑膜刺激征在 2~3 周后逐渐减轻或消失。60 岁以上老年人 SAH 表现常不典型，起病较缓慢，头痛、脑



膜刺激征可不明显，而以意识障碍和精神症状为主要表现。

（五）脑静脉系统血栓形成

脑静脉系统血栓形成（CVT），是由于感染性或非感染性原因，导致静脉系统形成血栓，引起阻塞，造成静脉回流障碍，产生脑组织淤血、水肿及颅压增高，从而表现出一系列与之相关的临床症状和体征。分为静脉窦血栓形成和脑静脉血栓形成。

CVT是缺血性脑血管病的一种少见及特殊类型，占全部脑血栓形成的发病率的3%~5%，年发病率为3~4/100万人。发病高峰年龄分别为新生儿及30岁左右，故发病以青中年居多，多数呈急性或亚急性起病，早期表现为头痛、呕吐、伴或不伴有局灶性神经功能缺损或癫痫发作。脑脊液压力明显增高，白细胞及蛋白含量正常或升高。影像学表现为静脉窦闭塞、局限性梗死灶及伴有渗血或血肿。由于临床缺乏特异性，所以误诊率较高。

第二节 颅脑生理

一、颅脑解剖与功能

（一）颅腔与脑膜

1. 颅腔 颅腔（cranial cavity）是由颅骨借缝隙或软骨紧密相连构成的腔隙，以容纳和保护脑、感觉器官及消化、呼吸器官的起始部。基本构成包括8块颅骨，即1块额骨、2块顶骨、1块蝶骨、1块枕骨、1块筛骨、2块颞骨。

枕骨是颅骨的一部分，俗称“后脑勺”，是平卧位时头部与枕头相接触的部位，故称之为枕骨。枕骨位于顶骨之后，并延伸至颅底。在枕骨的下面中央有一个大孔，叫枕骨大孔，脑和脊髓在此处相续。

脊髓位于由脊椎骨组成的椎管内，呈长圆柱状，上端与颅内的延髓相连，移行部位就在枕骨大孔。由于颅腔的主要开口就在枕骨大孔，所以当颅腔内发生占位病变时，可能导致颅腔内的脑组织被挤向枕骨大孔，比如颅内出血，造成小脑扁桃体及延髓经枕骨大孔被挤向椎管内，称为枕骨大孔疝或小脑扁桃体疝，这是因颅内压增高引起的严重状况，尤其当损害延髓功能时，很可能造成患者死亡（延髓被称作人的“生命中枢”，在下面将作介绍）。



2. 脑膜

(1) 综述：人脑虽然位于颅腔内，但不直接与颅骨相邻，脑与颅骨之间有脑膜相隔。是保护脑的重要组织，称为脑膜。

脑膜为包在脑外周的结缔组织被膜，主要起保护和支持脑的作用。脑膜与脊膜相连。脑膜分3层：①外层为硬脑膜，厚而坚韧，有神经血管，主要由纵行的胶原纤维组成，有保护和支持脑的功能；②中层为蛛网膜，是疏松成网状的透明薄膜，其下的间隙称蛛网膜下隙，腔内充满脑脊液，膜薄而透明，无血管，在颅顶部形成颗粒状突起，伸入硬脑膜静脉窦内，脑脊液主要由此进入血液；③内层为脑软膜，紧贴于脑表面，有丰富的血管，能伴随血管深入脑和脊髓组织，进行营养代谢作用，并参与组成脑室的脉络丛，产生脑脊液。脑膜炎主要就是此层发生了炎症。

(2) 硬脑膜构成：硬脑膜是一厚而坚韧的双层膜。外层是颅骨内面的骨膜，仅疏松地附于颅盖，特别是在枕部与颞部附着更疏松，称为骨膜层。但在颅缝和颅底则附着牢固，很难分离。颅内无硬膜内腔。硬脑膜内层较外层厚而坚韧，与硬脊膜在枕骨大孔处续连，称为脑膜层。

在一定部位，硬脑膜内层折叠成皱襞，参见本节“脑静脉”部分。重要的硬膜突起有：

①大脑镰，形如镰刀。是硬脑膜内层自颅顶正中线折叠并向伸展与两半球之间的结构。其前端窄，附于鸡冠，后分宽，向下连于小脑幕的上面。②小脑幕，呈半月形，水平地位于大脑半球与小脑之间。小脑幕分为两侧颞骨岩部；前缘游离并向后凹陷，称为幕切迹，与蝶骨鞍背围成的孔有中脑穿过。小脑幕将颅腔分为幕上、下间隙。幕上间隙又借大脑镰分为左、右两部。当幕上间隙的颅内压增高时，可将海马旁回和海马旁回钩推入小脑幕孔，形成颞叶钩回疝。③小脑镰，后部附着与枕内嵴，前缘游离，呈镰刀状，部分分割小脑两半球。向上连于小脑幕，下接枕骨大孔边缘。④鞍隔，为环状皱襞，中央有一孔，漏斗从此通过。其前方附着于鞍结节和前床突，后方附着于小脑幕游离缘，构成垂体窝的顶。

硬脑膜的骨膜层在特定部位互相分离而形成的腔隙，称为硬膜窦。硬膜窦中充以静脉血并与静脉相续，故称静脉窦。因其壁厚不易塌陷，当损伤时则出血严重。与硬膜窦相关的部分内容，将在本节的“脑静脉”进一步论述。