内容提要

作者根据20多年运用“靳三针”特效疗法治疗中风后遗症的临床诊治体会，结合实验研究成果，系统总结、介绍了“靳三针”特效疗法治疗中风后遗症基本原理、适应证、禁忌证，以及以“靳三针”疗法为主的针刺法、穴位注射法、药浴法及中成药法等。特别是详尽地介绍了靳三针特效疗法的取穴要点、运针方法、疗效判断和评价，临床效果分析，科研验证成果，以及典型病例介绍。本书内容实用，疗效可靠，可作为针灸临床医师、其他医务人员、医学院校师生的参考读物。

责任编辑 黄建松　黄栩兵

靳瑞教授简介

靳瑞，1932年出生于中医药世家，自幼秉承家训，随先祖学习中医，18岁考入广东省中医专科学校中医本科，1955年毕业。毕业后分配在广东省中医进修学校从事针灸教学，曾在中山医学院进修神经解剖学和神经生理学；1956年调到广州中医学院，兼任中山医学院第二附属医院针灸科医师；1960～1966年受省卫生厅指派，到广东省兴宁、梅县、普宁、潮汕等地区救治乙型脑炎；1967年开始参加了"523"疟疾研究，到海南、广西、云南研究脑型疟疾的救治；文革期间带队到广东省开平救治流行性脑膜炎，对脑神经疾病富有心得和经验，1979年获广东省科学大会科技先进工作者荣誉称号。他主编的《脑型疟救治研究》获广东省科技进步奖，与李国桥院长合著的《疟疾的鉴别研究》由人民卫生出版社出版。1980年，广州中医学院成立针灸系，靳老为第一任系主任。现在作为博士生导师，带领众多高水平研究人员，充分利用大学先进科技手段研究针灸原理。九五期间，"智三针为主治疗儿童精神发育迟滞的临床观察与研究"获国家中医药科技进步奖，"针刺颞穴治疗脑血管意外后遗症临床与实验研究"获广东省科技进步奖。"靳三针疗法"被国家中医药管理局定为国家级中医继续教育项目。广东省人民政府授予靳老广东省名中医称号；"靳三针治疗脑病系列研究"2003年获广州中医药大学科技进步一等奖；同年，荣获广州

中医药大学授予的“科技进步特殊贡献奖”。

靳老从事针灸事业近50年，坚定不移地立志针灸专业。他特别崇尚、研修《黄帝内经》、《难经》，在此基础上，1960年编写了广东省针灸师资进修教材《针灸医经类编》；广州中医药大学针灸系创办时又主编了全国统一教材《针灸医籍选》，历经20余年，现仍为针灸专业必修教材，并被列入我校针灸专业博士生入学考试必考科目。主编或参加编写《针灸学基础》、《经络穴位解说》等专著30多部，发表针灸学术论文100余篇，多次到英、美、法、意、加、日等国和香港地区参加学术会议、讲学，宣扬中国针灸医学和“靳三针疗法”。1980年，靳老创建了广州中医学院针灸系，在广大教师共同努力下，群策群力，使广东省的针灸事业不断发展壮大，“靳三针疗法”更成为岭南针灸新学派，在国际针灸界享有盛誉。

袁青教授简介

袁青，祖籍广东郁南，1961年出生，1984年毕业于广州中医学院医疗系，留校至今。20多年来，长期跟随靳瑞教授从事针灸教学、临床和科研活动，分别在实验针灸学教研室、针灸治疗学教研室、附属医院针灸病房、门诊工作。现为国家人事部、卫生部批准的靳瑞教授学术经验继承人。作为研究生导师，除自带临床型研究生外，主管靳瑞教授博士生的针灸临床带教和临床研究工作，不遗余力地在国内外传扬和普及靳三针疗法。近期主持的各类科研课题有"小儿脑性瘫痪的针刺治疗"（卫生部视听教材课题）、"靳三针治疗儿童自闭症临床规范化研究"（国家中医药管理局课题）、"靳三针疗法治疗脑性瘫痪的时间量学临床客观化研究"（广东省中医药局课题）、"NO-cGMP-Ca^{2+}通路在针刺抗癫痫中的作用研究"（广州中医药大学总体规划课题）；参与研究的课题有"靳三针治疗儿童精神迟滞临床应用研究"（国家中医药管理局课题）、"靳三针对窒息脑瘫幼鼠神经干细胞增殖与分化的影响"（广东省自然科学基金课题）、"电针不同频率对哮喘豚鼠气道重构和炎性基因的影响"（广东省自然科学基金课题）。已发表学术论文40余篇，主编专著有《常见老年病针灸治疗》（上海科技文献出版社）、《靳三针问答图解》（广东经济出版社）、《子午流注开穴挂图》（广东经济出版社）、《靳三针疗法解

说》(中英文对照)(上海科技文献出版社)、《靳三针治疗自闭症》(中医古籍出版社)。在国内外主讲靳三针疗法,多次作为学者赴国外指导中医针灸临床和教学工作。擅长以"靳三针"治疗弱智、自闭、多动症、脑瘫、中风后遗症等脑性疾病、过敏性鼻炎、哮喘、荨麻疹、面瘫、各类痛证及奇难杂病。

柴铁劬教授简介

柴铁劬，河南郑州市人，1964年出生，博士，硕士生导师。1986年毕业于河南中医学院中医系，获学士学位并留校任教。1991在广州中医学院获硕士学位，1991～1995年在广东省第二中医院工作，1994年赴新加坡讲学半年。1998年在广州中医药大学获针灸专业博士学位并留校任教，师从著名针灸学家靳瑞教授。现任广州中医药大学针灸推拿学院院长，广东省康复医学会常务理事，中西医结合专业委员会理事。

承担国家中医药管理局、广东省中医药管理局"靳三针疗法"继续教育项目六项，在国、内外成功举办多期"靳三针疗法"培训班，召开"全国针灸治疗脑病学术研讨会"，积极推广靳三针疗法，尤其在儿童脑病临床应用方面。从事中医针灸教学、临床、科研工作近20年。近年来，主要从事针灸医籍选、针灸治疗学、针灸腧穴学、针灸养生康复等课程的教学和针灸门诊工作，培养多届针灸临床专业研究生。擅长针灸治疗成人抑郁症、儿童多动症、脑瘫等儿童脑病。主持国家科技部子课题二项，省自然科学基金课题一项("针灸对脑瘫幼鼠神经干细胞的分化与增殖研究")，广东省中医药管理局课题两项("针灸治疗儿童多动症的临床与实验研究"和"广东省中医药资源合理化配置研

究”）、校级课题两项；参加省部级科研课题两项，主持国家及省中医药管理局继续教育项目四项，“靳三针治疗儿童脑病的临床应用研究”获厅级科技进步一等奖。主编专著四部，参编三部，公开发表论文十多篇。

为表彰在促进科学技术
进步工作中做出重大贡献，
特颁发此证书，以资鼓励。

获奖日期：一九九八　年

证书号：粤-2-006-01

获奖项目：针刺颞部穴位治疗脑血管意外后遗症的临床与实验研究

获奖者：[illegible]

奖励等级：二　等

广东省科学技术进步奖
评审委员会

针刺颞部穴位治疗脑血管后遗症的临床与实验研究
获广东省科技进步奖

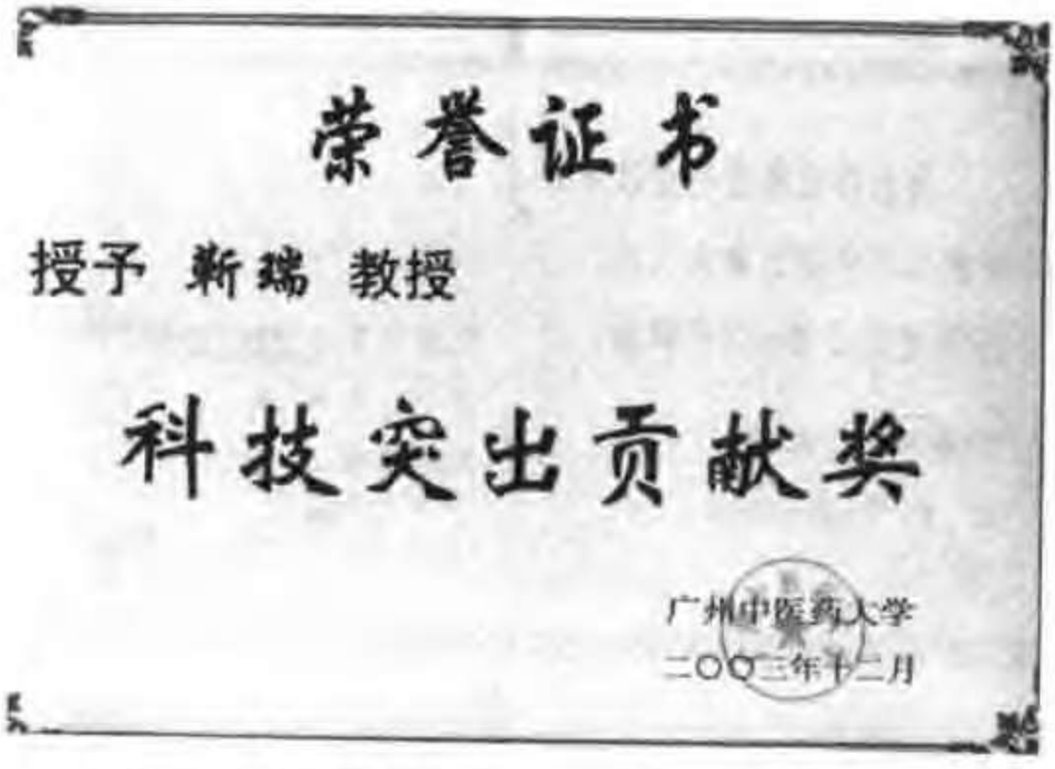
主要完成人荣誉证书

奖励名称：国家中医药管理局中医药科学技术进步奖
奖励等级：（部级）三　等
授奖年度：一九九八年　　证书号：98国中医药R-3-17
获奖项目："智三针"为主治疗儿童精神发育迟滞的临床观察与实验研究
获奖单位：广州中医药大学

本证书授予　[illegible]　，在本项目中排第　壹　名。

国家中医药管理局

"智三针"为主治疗儿童精神发育迟滞的临床与实验研究
获国家中医药管理局中医药科技进步奖



靳瑞教授获广州中医药大学科技突出贡献奖

靳三针治疗脑病的系列研究
获广州中医药大学科技进步奖

序

“脑血管意外”属中医中风病的范畴，多见于50岁以上患者，它与冠心病、癌症同为老年人三大致死原因。本病发病急骤、病死率高，即使获救，亦常留下后遗症。

目前，西医对脑血管意外后遗症的治疗尚无特效的方法，而中医对该病的治疗已有数千年的历史，尤其是针灸治疗，更为医学界所公认的优选方法。

早在20世纪80年代初期，我们在广州中医学院针灸系开设中风后遗症专科诊室，以靳三针疗法治疗中风后遗症，由众多教授、研究生主持该项目的研究，20多年来，通过大量临床实践和实验研究证明，以靳三针疗法治疗中风后遗症的疗效较体针、头针的疗效佳，我们总结的“针刺颞部穴位治疗脑血管后遗症的临床与实验研究”获广东省科技进步二等奖，“靳三针治疗脑病系列研究”获广州中医药大学科技进步一等奖。

本书介绍的治疗方法具体、详尽，并有附图说明，除介绍靳三针疗法外，还详尽总结、介绍了当今中、西医治疗方法，使读者了解中风的近代研究进展及成果，对临床工作者、研究人员、医校师生均不失为防治中风后遗症有实用价值的参考书籍，故特为之作序。

靳　瑞

2005年春于广州中医药大学

前言

中风是高血压、糖尿病、高脂血症等多种代谢性疾病极为严重的后期并发症，往往发病不久即死亡。即使少数患者有幸抢救成功，也常常遗留严重残疾，或长期卧床不起，生活不能自理，生存、生活质量极差，给社会和家庭带来沉重的负担。

尽管国内外对这种发病率、病死率、致残率极高的疾病开展了广泛、深入的研究，甚至取得许多重要成果，但是，直到目前为止，对中风后遗症尚无特效治疗方法。中医中药，尤其是以针灸疗法为主治疗该病的疗效已得到普遍认可。

"靳三针疗法"是由著名针灸学家靳瑞教授创立的，经过数十年大量的临床和实验研究，证实对中风后遗症的治疗有确切的疗效。我们认为，中风后遗症的康复需要多方面的协同手段，任何单一的疗法都难以取得令人满意的临床疗效。中风后遗症靳三针特效治疗，就是以"靳三针疗法"为主要治疗手段，结合穴位注射法、药浴法及中药法的一种综合疗法。我们多年来跟随靳瑞教授从事针灸的临床、教学和科研活动，收集了大量以"靳三针疗法"治疗中风后遗症的材料，进行整理和总结，编写成此书，为临床治疗中风后遗症这一顽疾提供一种实用而有效的方法。

由于编写经验不足，可供借鉴的资料有限，编写中存在的问题，敬请指正。

作　者

2005年春于广州中医药大学

目 录

第一章 西医对脑血管意外后遗症的认识 …… (1)
第一节 概述 …… (1)
一、分类 …… (1)
二、脑的血液循环 …… (2)
三、脑的生理特点 …… (4)
四、病因与危险因素 …… (5)
五、防治 …… (7)
第二节 脑梗死 …… (10)
一、脑血栓形成 …… (10)
二、腔隙性脑梗死 …… (22)
第三节 脑出血 …… (25)
第二章 历代中医医家对中风病的认识和治疗 …… (32)
第一节 先秦汉唐五代时期中医对中风病的认识 …… (32)
一、《黄帝内经》 …… (32)
二、《神农本草经》 …… (34)
三、《伤寒论》 …… (35)
四、《中藏经》 …… (35)
五、《诸病源候论》 …… (36)
六、《肘后备急方》 …… (37)
七、《千金方》 …… (37)
八、《外台秘要》 …… (39)
九、《针灸甲乙经》 …… (40)
十、《唐代文献散见医方证治集》 …… (41)

第二节　宋金元明时期的认识 …… (41)
一、《圣济总录》…… (41)
二、《三因极一病证方论》…… (42)
三、《济生方》…… (43)
四、《太平惠民和剂局方》…… (43)
五、金元四大家…… (44)
第三节　清朝时期的认识 …… (51)
一、《尚论后篇》…… (52)
二、《张氏医通》…… (52)
三、《古今图书集成·医部全录》…… (53)
四、《金匮翼》…… (53)
五、《医学心悟》…… (54)
六、《临证指南医案》…… (54)
七、《风劳膨膈四大证治》…… (54)
八、《医林改错》…… (55)
九、《医醇賸义》…… (55)
第四节　近代医家对中风病的认识 …… (55)
一、动物实验方法研究…… (56)
二、中西医汇通学派…… (56)
三、《中风斠诠》…… (58)
四、《中风问答》…… (58)
五、《中医神经病学》…… (58)
第五节　对中风病病因和病机的认识 …… (59)
一、对病因、病机认识的三个阶段 …… (59)
二、对病因、病机的总结 …… (64)
第六节　中医对中风后遗症的治疗方法 …… (65)
一、中药治疗…… (65)
二、针灸治疗…… (67)
三、其他疗法…… (69)

第三章　靳三针疗法 …… (71)
第一节　概述 …… (71)
一、临床辨证分型 …… (72)
二、选穴 …… (72)
三、补泻原则和方法 …… (73)
四、补泻手法的说明 …… (74)
第二节　穴位解说及针刺方法 …… (74)
一、头部主要穴组 …… (74)
二、肢体主要穴组 …… (78)
三、其他穴组 …… (80)
第三节　治疗方法 …… (93)
一、穴位注射方法 …… (93)
二、靳瑞药浴法 …… (94)
三、靳瑞中成药疗法 …… (94)
第四章　临床和实验研究结果总结 …… (96)
第一节　临床研究总结 …… (96)
一、临床资料 …… (96)
二、治疗方法 …… (98)
三、结果 …… (99)
四、讨论 …… (113)
五、小结 …… (117)
第二节　动物实验研究总结 …… (118)
一、材料和方法 …… (118)
二、方法及疗效判断 …… (120)
三、标本采集及处理 …… (121)
四、结果 …… (121)
五、讨论 …… (129)
六、小结 …… (133)
第三节　中成药“真人大造丸”“真人益寿丸”临床

资料选…… (134)
一、“真人大造丸”治疗中风瘫痪120例 …… (134)
二、“真人大造丸”和“真人益寿丸”治疗脑血管意外后遗症197例 …… (137)
三、“真人大造丸”治疗中风后遗症案例 …… (140)

第一章

西医对脑血管意外后遗症的认识

第一节　概　　述

脑血管疾病(cerebrovascular disease，CVD)指由于各种脑血管病变所引起的脑部病变。脑卒中(stroke)则指急性起病，迅速出现局限性或弥漫性脑功能缺失征象的脑血管性临床事件。本书所指的脑血管意外即为西医的脑卒中，脑血管意外后遗症即脑卒中后引起的一系列病症。

我国1986～1990年的调查资料显示，脑卒中的发病率为109.7～217/10万，病死率为116～141.8/10万，发病率男性高于女性，男∶女为1.3～1.7∶1，在存活者中50%～70%患者遗留瘫痪、失语等严重残疾，给社会和家庭带来了沉重的负担。脑血管病的发病率随年龄的增长有明显的增加趋势，45岁后明显增加，65岁以上人群增加最为明显，75岁以上者发病率是45～54岁组的5～8倍。在我国，脑卒中的发病率总体分布上呈北高南低、西高东低的特点。

一、分　　类

依据病理性质可分为缺血性卒中(ischemic stroke)和出血性卒中(hemorrhagic stroke)，前者又称为脑梗死，包括脑血栓形成和脑栓塞，后者包括脑出血和蛛网膜下腔出血。依据神经功能缺

失持续的时间，将不足 24 小时者称为短暂性脑缺血发作(TIA)，超过 24 小时者称为脑卒中；依据病情严重程度可分为小卒中、大卒中和静息性卒中。我国将脑血管疾病分为如下 12 类：

(1)颅内出血：包括蛛网膜下腔出血、脑出血、硬膜外出血和硬膜下出血。

(2)脑梗死：包括脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性梗死和血管性痴呆。

(3)短暂性脑缺血发作：包括颈动脉系统和椎-基底动脉系统。

(4)脑供血不足。

(5)高血压脑病。

(6)颅内动脉瘤。

(7)颅内血管畸形。

(8)脑动脉炎。

(9)脑动脉盗血综合征。

(10)颅内异常血管网症。

(11)脑动脉硬化。

(12)颅内静脉窦及脑静脉血栓形成。

二、脑的血液循环

(一)动脉系统

动脉系统包括颈内动脉系统和椎-基底动脉系统。颈内动脉系统又称前循环，起自颈总动脉，沿咽侧壁上升至颅底，穿行颈动脉管至海绵窦，然后进入蛛网膜下隙。主要分支有眼动脉、前脉络膜动脉、后交通动脉、大脑前动脉和大脑中动脉。主要供应眼部和大脑半球前 2/5 的血液，包括额叶、颞叶、顶叶和基底节部分。椎-基底动脉系统又称后循环。两侧的椎动脉从锁骨下动脉的根部发出，经过颈$_{6\sim1}$横突进入颅内。在脑桥下组成基底动脉。椎动脉主要为脊髓供应血液；基底动脉的分支主要有大脑后动脉、小脑前下动脉、小脑上动脉、脑桥支、内听动脉，主要供应大脑半球后 2/5 的

部分，丘脑、脑干和小脑的血液。两侧大脑前动脉之间由前交通动脉，两侧颈内动脉与大脑后动脉之间通过后交通动脉连接起来，构成脑底动脉环。这一结构对调节、平衡颈动脉与椎-基底动脉两大血供系统之间、大脑两半球之间的血液供应，以及当此脑底动脉环某处血管狭窄或闭塞时形成侧支循环极为重要。此外，颈内动脉尚可通过眼动脉的末梢分支与颈外动脉的面、上颌、颞浅和脑膜中动脉末梢支吻合；椎动脉与颈外动脉的末梢支之间和大脑表面的软脑膜动脉间亦有多处吻合。当某些动脉发生闭塞时，这些吻合支就可以通过侧支循环提供一定程度的血液。脑深部动脉虽然也有吻合支，但是都是直径 100μm 以下的细小动脉，当深部动脉闭塞，尤其是急性闭塞时，此等吻合支难以发挥足够的作用使脑组织免于发生缺血或梗死。

(二)静脉系统

脑部静脉可分为浅、深两组。浅组静脉有大脑上静脉、大脑中静脉及大脑下静脉，这些静脉汇集大脑半球的静脉血液流入上矢状窦、海绵窦及横窦；深组静脉主要为大脑大静脉(Galen 静脉)，它接受左、右大脑内静脉的血液流入直窦，下矢状窦接受大脑镰静脉亦注入直窦。深、浅两组静脉的血液均经乙状窦由颈内静脉流出颅外。颅内主要静脉窦有上矢状窦、下矢状窦、直窦、海绵窦、岩上窦、岩下窦、横窦和乙状窦。

(三)脑血管的特点

1. 血管壁　颅内较大血管内弹力层发育比较好，但中层的弹力纤维较少，外弹力层发育不良，有的甚至完全缺失，血管外膜结缔组织稀疏，比大动脉的肌膜和外膜薄，而且没有外弹力膜，比相同管径的颅外动脉壁薄。

2. 血管密度　脑血管相对密度差别很大，一般说来，灰质毛细血管比白质多，这与神经元的新陈代谢率和氧耗量高于神经纤维束等有关。

3. 血管类型

(1)长旋支动脉从发源动脉发出后,绕神经结构的腹侧和外侧行至背侧,在该处与其他长旋支动脉的末梢吻合,它们在大脑半球或脑干表面经过长距离运行,同时发出很多无名穿支进入脑实质。

(2)短旋支自动脉发出后,行程较短,穿过脑表面,供应脑灰质和白质的血液。

(3)中央穿支从动脉发出后,在中线一侧进入脑内,供应中央支和长旋支分布区之间的区域。后二型血管几乎没有吻合支。

4. 侧支循环　在蝶鞍之上,围绕视交叉、灰结节及乳头体而形成的大脑动脉环(Willis 环),借此大脑前、中、后动脉互相吻合。此外,大脑前动脉、大脑中动脉、大脑后动脉的末端亦形成吻合。通过这些吻合使血液能正常地在大脑前、中、后动脉间相互流通,有利于病后侧支循环的建立。

5. 静脉和细静脉壁　脑内静脉的管壁几乎没有平滑肌,仅有少量弹力组织存在,且没有静脉瓣。脑静脉通常分为浅、深两部分,其血液主要注入硬膜的静脉窦,如上矢状窦、直窦、乙状窦、海绵窦。血栓易在这些静脉窦形成。

三、脑的生理特点

脑是最重要、最精密的生命器官,功能复杂,需氧量、耗能量大。成人脑重 1 400g 左右,为体重的 2%～3%,每分钟需动脉供血 800～1 200ml,占全身血液量的 15%～20%,耗氧、耗糖量分别占全身供给量的 20%和 25%。脑组织中几乎无葡萄糖和氧储备,故需不断地依靠血液输送氧与葡萄糖,以维持正常功能。如果脑缺氧 2 分钟,脑活动即停止;缺氧 5 分钟即可出现不可逆损伤。如果脑的血液供给减少至临界水平(约为正常值的 50%)以下,脑细胞的功能只能维持数分钟。因此,如不能及时纠正脑的缺血缺氧,即可产生缺血性脑梗死。因此,大脑是人体最脆弱的器官。脑血流量受很多因素的影响,且这些因素间的相互关系错综复杂。脑血流量与动脉的灌注压呈正相关,与脑血管的阻力呈负相关。

与血管阻力有关的因素有血管壁的构造、血管张力、血管外压力(即颅内压)及血液黏度等。调节小动脉张力的因素有局部脑组织代谢引起细胞外液的酸碱度改变、血中二氧化碳和氧的分压(二氧化碳分压增高、氧分压降低,则脑血流量增加。反之亦然)、自主神经因素等。在正常情况下,为了保持相对稳定的脑血流量,自动调节功能非常有效。其调节过程:当血压升高时→小动脉管腔内压增高→小动脉收缩→血流量减少;当血压下降时→小动脉管腔扩张→血流量增加。这种自动调节作用称 Bayliss 效应,此效应只在平均动脉压为 60～160mmHg 时发挥作用,低于或超过 60～160mmHg 时,即失去自动调节能力。高血压动脉硬化患者自动调节能力比正常人差,动脉血压较平时降低 30%,脑血流量即可减少。

四、病因与危险因素

(一)病因

脑血管疾病的病因大多与全身血管病变和血液系统疾病有关,仅少数为脑局部病变,如先天畸形、外伤、肿瘤等。一般发病是在血管壁病变基础上,加上血液成分和(或)血流动力学改变所致。常见的病因有:

1. *血管壁病变*　以高血压动脉硬化和动脉粥样硬化所致的血管损害最常见。此外,还有动脉炎(风湿、结核、梅毒、结缔组织病、钩端螺旋体等)、先天异常(动脉瘤、血管畸形等)、血管损伤(颅脑外伤、手术、插入导管、穿刺等)、肿瘤等。

2. *心脏病和血流动力学改变*　如高血压、低血压或血压的急骤波动,心律失常,风心病心房纤颤、心力衰竭、传导阻滞等。

3. *血液成分和血液流变学改变*　包括各种原因所致的高黏血症,凝血机制异常和弥散性血管内凝血等。

4. *其他病因*　包括空气栓子、脂肪栓子、癌细胞、寄生虫栓子、外伤等。

(二)危险因素

近代流行病学调查研究证明,一些因素与脑卒中的发生有密切关系,被认为是本病的危险因素。目前,已认识的脑血管病危险因素种类繁多,约有150种。虽然对其中一部分因素仍有争论,但主要的危险因素是公认的、全球性的因素:

1. 年龄　55岁以上人群年龄每增长10岁,脑血管病的发病率增加1倍,80岁以后有所下降。

2. 性别　男性脑血管的发病率比女性高30%。

3. 家族　在脑血管病患者家族中,高血压、心脏病、糖尿病的患病率相当高,如家族中有卒中倾向应引起重视。遗传因素本身的独立作用仍需进一步证实。

4. 种族　美国黑人的患病率高于美国白人;在亚洲,日本人和中国人的患病率又高于美国人。

5. 地理分布　中国北方地区脑血管病发病率高于南方,沿海高于内地,城市高于农村。

6. 季节与气候　中国冬春和秋冬换季时脑血管病的发病率高于其他季节,因为这两个换季节时间气温变化无常,昼夜温差大,常常超过健康人的生理适应范围,已有病理改变者则更加难以适应。

7. 高血压　是脑卒中发生的最主要危险因素,且与脑卒中的发病危险性呈正相关。

8. 心脏病　如心肌梗死、风心病、瓣膜病等均可增加缺血性卒中的危险性。

9. 糖尿病　可引起大血管及小血管病变和血液成分异常,增加了发病的危险性。

10. 吸烟、酗酒　吸烟可使尼古丁刺激交感神经,引起血管收缩,血压升高、血液黏度增高、血管壁受损。卒中的危险性与吸烟的持续时间相关,戒烟2年后卒中的危险性才会降低;酗酒则增加出血性卒中的危险。

11. 高脂血症　可增加血液黏度，加速动脉硬化的发生。

12. 其他因素　包括体力活动的减少，高盐、高脂饮食，超重，滥用药物，口服避孕药，感染，反复发作的 TIA 和脑卒中病史等。

五、防　　治

随着人民生活水平不断提高，人口老龄化的进程已明显加速，脑血管疾病的发病率和患病率，不但在中、老年人群有所增加，而且在青壮年也有增加的倾向。因此，要强化脑血管疾病的防治卫生宣传教育，建立系统的人群档案管理制度，采取社会化综合性防治措施，提高全社会的重视程度，动员全社会的力量才能做好脑血管疾病的防治工作。在病因防治上应重点做好以下几方面的工作：

(一)高血压的防治

流行病学研究发现，高血压是脑血管病(无论梗死或出血)的重要的危险因素和脑卒中的重要先兆。国内、外研究证实，脑出血者有 70%～90%的患者是由高血压引起的，占脑梗死患者的 70%以上。

高血压系慢性疾病，只有坚持长期系统治疗才能保持和控制在较低的或正常的血压水平。已确诊的高血压患者常忽略系统的抗高血压治疗，故应特别注意对患者及其家属进行防治高血压的宣传教育，提高他们对治疗高血压重要意义的认识。下面重点介绍非药物防治：

1. 低盐饮食　盐对血管壁有直接损害作用，是目前最受重视的高血压病因之一，过多食盐可增加脑血管病的发生机会。食盐不仅与高血压有关，也是血栓形成的危险因素。即使无高血压家族史的正常血压者，过多摄取食盐也会使血小板聚集亢进，进而发生血栓。

2. 减肥　肥胖与脑血管病的关系不像与冠心病的关系那样明显，但肥胖可通过血压因素间接影响脑血管病的发生。流行病

学研究证实，体重改变与血压变化呈正相关，降低体重可减少患病的危险性。

3. 锻炼　长期适度锻炼身体可使血压下降，气功对降压有良好的作用。

4. 节制饮酒和吸烟　大量饮酒可使血压升高，增加冠心病和脑血管病的危险性。吸烟是脑血管病和高血压的重要危险因素，它可促进和加重动脉粥样硬化，减少脑血流量，促进血小板聚集和动脉粥样斑块的形成。吸烟对心血管的急性作用至少可持续 3 小时。

(二)动脉粥样硬化的防治

除高血压外，动脉粥样硬化是脑卒中发生和发展的主要病理基础。在脑动脉硬化或脑血管病的预防性治疗中，除锻炼身体或气功治疗外，饮食疗法是一项非常重要的措施。根据中老年人各脏器功能减退，基础代谢降低，活动减少的特点，老年人营养的总需求是酌减热量，提高蛋白质量，补足维生素量。营养学家建议，糖类：蛋白质：脂肪的比例为 50%：20%：30%。早：中：晚热量分配比例为 25%：50%：25%。

1. 糖类　应从五谷杂粮中获取。

2. 蛋白质　以全蛋白较好，如乳类、大豆、肉、蛋等。

3. 脂肪　供应量不应太多，应多选用含不饱和脂肪酸较多的植物油，以抑制胆固醇在小肠内的吸收，促使肝脏把胆固醇氧化成胆酸再经肠道排出，从而降低血浆胆固醇，保护血管壁。晚上进食大量脂肪，血脂升高，可加重循环障碍，尤其对老年人有可能促进血栓形成，甚至发生心脑梗死。应少食含胆固醇高的食物，如肝、肾、脑、鱼子等。鸡蛋黄中胆固醇可促进动脉硬化，而其中的卵磷脂又能抗动脉硬化，因此不能绝对化，只是不宜多吃而已。

4. 维生素　维生素 C 有应激解毒、降低过氧化脂质及血清胆固醇的作用，如果缺乏可加重动脉粥样硬化；维生素 K 有预防动脉粥样硬化及血栓形成作用。除直接补充维生素外，多吃蔬菜可

补充维生素 B_1、B_6、B_{12}、A 等；多吃海产品，如海带、紫菜等，以增加碘摄入量，预防胆固醇在动脉壁沉积。

(三)高脂血症的防治

目前，对血脂过高者还没有特效防治方法，一般提倡综合治疗，包括饮食疗法、锻炼、药物等。多食用鱼、虾有助于预防动脉粥样硬化及其并发症。

(四)心脏疾病的防治

近年来，由于心脏影像学技术的发展，使心脏疾病的确诊率显著提高，同时发现由心脏疾病所引起的心源性脑栓塞也有所增加。心脏疾病所致缺血性卒中可能与下列因素有关：①从病变的心脏瓣膜、心室壁或心房来的栓子进入脑循环；②由于严重的心律失常或失代偿，影响心脏排血量，可引起脑灌注的障碍；③心脏疾病外科治疗时引起脑循环障碍；④治疗循环系统疾病的药物使用不当，引起脑循环障碍。

(五)糖尿病的防治

目前，因为糖尿病发生感染、酸中毒、昏迷等并发症者明显减少，但心、脑、肾、视网膜等并发症明显增加，尤其是脑血管病已成为糖尿病的主要死亡原因，病死率高达 12%～26%。糖尿病的特征是高血糖，它可使血液凝固功能亢进，血管壁代谢、营养障碍，血清渗透压、血脂增高等，这些都是动脉粥样硬化的危险因素。与糖尿病相关的高血脂、肥胖、高血压的预防在前面已经提到，即不再赘述。

(六)脑血管疾病高发家族的防治

脑血管疾病有一定的家族遗传性，部分高血压患者确有遗传倾向。前苏联学者首先提出脑血管病发展机制与遗传因素有关，因此，对于有脑血管疾病家族史者应作为重点观察对象，积极采取综合预防措施，以消除其他影响因素，如高血压、糖尿病、心脏病、偏头痛、高脂血症、肥胖、酗酒、高盐饮食、口服避孕药物等的影响，减少发生脑卒中的危险性。

(七)脑血管疾病复发的防治

研究认为,脑卒中复发机会非常高。例如,脑栓塞复发率为20%～30%,脑血栓形成为17%～30%,脑出血为5%～20%。脑血栓复发以同性质、同侧较多见,脑出血复发以同性质、不同侧较多见。脑血管病复发后多有严重后遗症,且复发次数越多,后遗症越严重。严重偏瘫、四肢瘫、假性延髓性麻痹、失语、痴呆,甚至植物生存状态,多需有家人照顾,给家庭和社会带来沉重的负担。因此,防治脑血管病复发是预防工作的一个重要方面。其防治要点:首先应治疗脑血管病的各种危险因素,如高血压、心脏疾病、糖尿病、高脂血症、肥胖、酗酒、偏头痛、高盐饮食、TIA等;长期坚持服用抗血小板的药物,如阿司匹林;对动脉瘤和脑动脉畸形所致的蛛网膜下腔出血应尽早做脑血管造影,以明确诊断,及早手术治疗。因为蛛网膜下腔出血复发多在半年之内,最多见于两周之内,且再出血的病死率非常高。

第二节　脑　梗　死

脑梗死(cerebral infarction, CI),又称缺血性脑卒中(CIS),是由于脑部血液供应障碍,缺血、缺氧引起的局限性脑组织缺血性坏死或脑软化,临床常见类型有脑血栓形成、腔隙性梗死和脑栓塞等。脑梗死约占全部脑卒中的80%。

一、脑血栓形成

脑血栓形成(cerebral thrombosis, CT)是缺血性脑血管病中常见的类型。由于动脉粥样硬化,使脑动脉管腔狭窄、闭塞,或在狭窄的基础上形成血栓,导致脑局部急性血流中断,缺血、缺氧,使脑组织软化坏死,出现相应的神经系统症状和体征。

(一)病因与发病机制

1. 动脉管腔狭窄和血栓形成　最常见的病因为动脉粥样硬

化，且常伴有高血压。动脉粥样硬化斑块导致管腔狭窄和血栓形成，可见于颈内动脉和锥-基底动脉系统的任何部位，以动脉分叉处或转弯处多见，如大脑中动脉、前动脉和后动脉的起始部，颈总动脉与颈内、外动脉的分叉处。由于脑动脉有丰富的侧支循环，管腔狭窄达80%以上才能影响其血流量，因此逐渐发生的动脉硬化斑块一般不出现症状；当内膜损伤破裂形成溃疡，血小板及纤维素等血中有形成分黏附、聚集、沉着形成血栓；有时血栓碎屑脱落阻塞远端动脉（血栓-栓塞），或血压下降、血流缓慢、脱水等血液黏度增加，导致供血减少或促进血栓形成，即出现急性缺血症状。

2. 血管壁炎症及血液成分改变　其原因有动脉壁炎症，如结核性、梅毒性、化脓性、钩端螺旋体感染、结缔组织病、变态反应性动脉炎等；还可见于先天性血管畸形、真性红血细胞增多症、血高凝状态、血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血、镰状细胞贫血、脑淀粉样血管病、烟雾病（Moyamoya病）、肌纤维发育不良、Binswanger病和颅内外夹层动脉瘤（颈动脉、椎动脉和颅内动脉）等。

3. 血管痉挛　可见于蛛网膜下腔出血、偏头痛、子痫和头外伤等。

4. 病因不明　某些病例虽具有脑梗死的临床表现和影像学证据，但往往难以确定梗死的病因。其发生可能与来源不明的微栓子或血管痉挛有关；部分病例有高水平的抗磷脂抗体、蛋白C、蛋白S，以及抗血栓Ⅲ缺乏伴发的高凝状态等。

（二）病理分期

1. 超早期（1～6小时）　脑动脉闭塞6小时以内脑组织改变尚不明显，属可逆性。病变区脑组织常无明显改变，可见部分血管内皮细胞、神经细胞和星形胶质细胞肿胀，线粒体肿胀空化。

2. 急性期（6～12小时）　缺血区脑组织苍白，轻度肿胀，神经细胞、星形胶质细胞和血管内皮细胞呈明显缺血性改变。

3. 坏死期（24～28小时）　缺血最重的中心部位发生软化（softening）、梗死（infarct），脑组织肿胀、变软，灰白质界限不清。

如病变范围大，脑组织高度肿胀时，可向对侧移位，甚至形成脑疝。镜下见组织结构不清，毛细血管轻度扩张，周围可见液体或红细胞渗出，中性粒细胞、单个核细胞、巨噬细胞浸润，可见大量神经细胞消失，胶质细胞变性，脑组织明显水肿。

4. 软化期(3 天～3 周)　脑组织开始液化，周围水肿明显，神经细胞消失，吞噬细胞大量出现，星形细胞增生，病变区液化变软。

5. 恢复期(3～4 周后)　液化坏死的脑组织被吞噬、清除，胶质细胞增生，毛细血管增多，小病灶形成胶质瘢痕，大病灶形成中风囊，此期有时可持续数月至 2 年。大多数脑血栓形成呈上述病理改变称白色梗死；少数梗死区，特别是近皮质区，由于血管丰富，于再灌流时可继发出血，呈现出血性梗死，或称红色梗死。

大约 4/5 的脑梗死发生于颈内动脉系统，发生于锥-基底动脉系统者仅占 1/5。发生梗死的血管依次为颈内动脉、大脑中动脉、大脑后动脉、大脑前动脉及锥-基底动脉。闭塞血管内可见血栓形成或栓子、动脉粥样硬化或血管炎等改变。

(三)病理生理

1. 缺血缺氧时间与脑组织病理生理改变　脑组织对缺血、缺氧损害非常敏感，阻断脑血流 30 秒钟脑代谢即会发生改变，1 分钟后神经元功能活动停止，脑动脉闭塞导致供血区缺血超过 5 分钟后即可出现脑梗死。缺血后神经元损伤具有选择性，轻度缺血时仅有某些神经元丧失；严重缺血时各种神经元均有选择性死亡；完全持久的缺血时，缺血区内各种神经元及胶质细胞、内皮细胞均坏死。

2. 侧支循环与神经细胞功能恢复　急性脑梗死病灶由中心坏死区及其周围的缺血半暗带(ischemic penumbra)组成。中心坏死区由于严重的完全性缺血致脑细胞死亡，而缺血半暗带内因仍有侧支循环存在，可获得部分血液供给，尚有大量可存活的神经元，如果血流迅速恢复，损伤仍为可逆的，脑代谢障碍可得以恢复，神经细胞仍可存活并恢复功能。保护这些神经元是急性脑梗死治

疗成功的关键。

3. 再灌注损伤与自由基　脑动脉闭塞造成的脑缺血，如果脑血流再通，氧与葡萄糖等的供应恢复，脑组织缺血损伤理应得到恢复。但实际上并不尽然，这里存在一个有效时间问题，即再灌注时间窗(time window)。如脑血流的再通超过了再灌注时间窗的时限，则脑损伤可继续加剧，此现象称之为再灌注损伤(reperfusion damage)。目前认为，再灌注损伤的机制主要是：自由基(free radical)的过度形成及"瀑布式"自由基连锁反应、神经细胞内钙超载、兴奋性氨基酸的细胞毒作用和酸中毒等一系列代谢影响，导致神经细胞的损伤。缺血半暗带和再灌注损伤的提出，更新了急性脑梗死的临床治疗观念，即超早期治疗的关键是抢救缺血半暗带，采取脑保护措施减轻再灌注损伤。目前，通常把脑缺血的超早期治疗时间规定为6小时之内。

(四)临床分型

脑血栓形成，即动脉粥样硬化性脑梗死，包括大面积脑梗死、分水岭脑梗死、出血性脑梗死和多发性脑梗死。

1. 大面积脑梗死　通常是颈内动脉主干、大脑中动脉主干或皮质支的完全性卒中，表现为病灶对侧完全性偏瘫、偏身感觉障碍及向病灶对侧的凝视麻痹，可有头痛和意识障碍，并呈进行性加重，甚至因脑疝而死亡。

2. 分水岭脑梗死(cerebral watershed infarction，CWSI)　指脑内相邻的较大血管供血区之间的边缘带（border zone)局部缺血，出现相应的神经功能障碍，约占全部脑梗死的10%。一般认为，分水岭脑梗死多由于血流动力学障碍所致，最常见的原因是体循环低血压及低血容量。由于脑分水岭区距心脏最远，又是动脉的末梢部分，最易受体循环血压及有效循环血量的影响，特别是原有动脉硬化已经导致慢性脑供血不足的老年人，平时通过脑底动脉环从对侧脑动脉或其他侧支循环获得血液，一旦血压降低即可出现症状。引起体循环低血压或心排血量减低的原因有体克、降

血压药物应用不当、麻醉药过量、严重腹泻或呕吐等脱水、外科手术失血过多、严重心律失常、心脏骤停、大量饮酒等。颈内动脉狭窄(多超过50%)或闭塞也是引起本病的重要原因。有人认为,微栓子进入脑皮质血管分支也可引起本病。此外,高血压、动脉硬化、高血脂、血细胞比容升高、血液黏度增加、糖尿病等也是分水岭脑梗死的潜在危险因素。发病年龄以50～70岁居多。50%有高血压动脉硬化病史,约15%病前有TIA史,约12%有冠心病或糖尿病史,某些患者有自发性血压波动或晕厥等病史。急性发病,意识障碍少见,仅占3%且较轻。结合CT可分为以下常见类型:

(1)皮质前型:是大脑前动脉与大脑中动脉供血区的分水岭脑梗死,出现以上肢为主的中枢性偏瘫及偏身感觉障碍,一般无面、舌瘫,可有情感障碍、强握反射和局灶性癫痫;主侧病变可出现皮质性运动性失语;双侧病变出现四肢瘫、智能障碍或痴呆;病灶位于额中回,可沿前后中央回上部呈带状前后走行,可直达顶上小叶。

(2)皮质后型:是大脑中动脉与大脑后动脉,或大脑前、中、后动脉皮质间的分水岭区脑梗死,以偏盲最常见,多以下象限盲为主;可有皮质性感觉障碍,偏瘫轻微或无;约1/2病例有情感淡漠,可有记忆力减退和Gerstmann综合征(角回受损),主侧病变为出现认字困难和皮质感觉性失语;非主侧偶见体象障碍。

(3)皮质下型:是大脑前、中、后动脉皮质支与深穿支间或大脑前动脉回返支(Heubner动脉)与大脑中动脉的豆纹动脉间的分水岭区梗死,病灶位于大脑深部白质、壳核、尾状核等处,可出现纯运动性轻偏瘫和(或)感觉障碍、不自主运动等。

3. 出血性脑梗死(hemorrhagic infarct) 是由于脑梗死供血区内动脉坏死后血液漏出继发出血,多位于皮质附近,常发生于大面积脑梗死之后。

4. 多发性脑梗死(multiple infarct) 指两个或两个以上不同的供血系统脑血管闭塞引起的梗死,多为反复发生脑梗死的后果。

(五)临床表现

1. 主要特点

(1)由动脉粥样硬化所致者以50～60岁中、老年人多见，由动脉炎所致者以中青年多见。常在安静或休息状态下发病，约25%患者病前有TIA史，部分病例病前有肢体无力及麻木、眩晕等前驱症状。神经系统局灶性症状多在发病后10余小时或1～2天内达到高峰。除脑干梗死和大面积梗死外，大多数患者意识清楚或仅有轻度意识障碍。

(2)根据脑神经的受损程度不同，临床上分完全性卒中(指发病后神经功能缺失症状较重较完全，常于6小时内达到高峰，多表现为偏瘫或昏迷、进展性卒中(指发病后神经功能缺失症状在48小时内逐渐进展或呈阶梯式加重)、可逆性缺血性神经功能缺失(指发病后神经缺失症状较轻，持续24小时以上，但可于3周内恢复，不遗留后遗症)三种类型。

2. 脑血管闭塞部位判断　根据临床表现的不同可判断脑血管闭塞的部位。

(1)颈内动脉：病灶侧单眼一过性黑蒙，并可为永久性视力障碍(因眼动脉缺血)，或病灶侧Horner征(因颈上交感神经节后纤维受损)；颈动脉搏动减弱，或颈部血管杂音；对侧偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲等(大脑中动脉或大脑中、前动脉缺血)；主侧半球受累可有失语症，非主侧半球受累可出现体象障碍；亦可出现晕厥发作或痴呆。

(2)大脑中动脉

①主干闭塞：三偏症状，病灶对侧中枢性面舌瘫及偏瘫、偏身感觉障碍和同向性偏盲或象限盲；上下肢瘫痪程度基本相等；可有不同程度的意识障碍；主侧半球受累可出现失语症，非主侧半球受累可见体象障碍。当梗死面积很大时，可以引起颅内压增高、昏迷，甚至死亡。

②皮质支闭塞：上分支闭塞时可出现病灶对侧偏瘫和偏身感

觉缺失，面部及上肢重于下肢，Broca 失语（主侧半球）和体象障碍（非主侧半球）；下分支包括至颞极及颞枕部，颞叶前、中、后部的分支，闭塞时常出现 Wernicke 失语、命名性失语和行为障碍等，而无偏瘫。

③深穿支闭塞：内囊部分软化出现对侧偏瘫，可伴有面、舌瘫，一般无感觉障碍及偏盲，优势半球受损时，主侧半球病变可有失语。

（3）大脑前动脉

①主干闭塞：发生于前交通动脉之前，因对侧代偿可无任何症状；发生于前交通动脉之后可有：对侧中枢性面舌瘫及偏瘫，以面舌瘫及下肢瘫为重，可伴轻度感觉障碍；尿潴留或尿急（旁中央小叶受损）；精神障碍如淡漠、反应迟钝、欣快、始动障碍和缄默等（额极与胼胝体受累），常有强捏与吸吮反射（额叶病变）；主侧半球病变可见上肢失用，亦可出现 Broca 失语。

②皮质支闭塞：对侧下肢远端为主的中枢性瘫，可伴感觉障碍（胼周和胼缘动脉闭塞）；对侧肢体短暂性共济失调、强烈反射及精神症状（眶动脉及额极动脉闭塞）。

③深穿支闭塞：对侧中枢性面舌瘫及上肢近端轻瘫（影响内囊膝部及部分内囊前肢）。

（4）大脑后动脉

①主干闭塞：对侧偏盲、偏瘫及偏身感觉障碍（较轻），丘脑综合征，主侧半球病变可有失读症。

②皮质支闭塞：因侧支循环丰富而很少出现症状，仔细检查可见对侧同向性偏盲或象限盲，而黄斑视力保存（黄斑回避现象）；两侧病变可有皮质盲；主侧颞下动脉闭塞可见视觉失认及颜色失认；顶枕动脉闭塞可见对侧偏盲，可有不定型的光幻觉痫性发作，主侧病损可有命名性失语；矩状动脉闭塞时出现对侧偏盲或象限盲。

③深穿支闭塞：a. 丘脑穿通动脉闭塞出现红核丘脑综合征。

病灶侧小脑性共济失调、舞蹈样不自主运动，对侧感觉障碍。b. 丘脑膝状体动脉闭塞出现丘脑综合征。对侧感觉障碍，深感觉为主，以及自发性疼痛、感觉过度、轻偏瘫，共济失调和不自主运动，可有舞蹈、手足徐动症和震颤等锥体外系症状。c. 中脑支闭塞出现 Weber 综合征。同侧动眼神经瘫痪，对侧中枢性偏瘫。或 Benedit 综合征。同侧动眼神经瘫痪，对侧不自主运动。

④后脉络膜动脉闭塞：罕见，主要表现对侧象限盲。

(5)锥-基底动脉

①主干闭塞：常引起脑干广泛梗死，出现脑神经、锥体束及小脑症状，如眩晕、呕吐、共济失调、瞳孔缩小、四肢瘫痪、肺水肿、消化道出血、昏迷、高热等，常因病情危重死亡。

②基底动脉尖综合征：由 Caplan (1980)首先报道。基底动脉尖端分出两对动脉，即小脑上动脉和大脑后动脉，其分支供应中脑、丘脑、小脑上部、颞叶内侧及枕叶，故可出现以中脑病损为主要表现的一组临床综合征，多因动脉粥样硬化性脑血栓形成、心源性或动脉源性栓塞引起。表现：a. 眼球运动及瞳孔异常，一侧或双侧动眼神经部分或完全麻痹、眼球上视不能(上丘受累)及一个半综合征，瞳孔光反应迟钝而调节反应存在，类似 Argyll-Robertson 瞳孔(顶盖前区病损)。b. 意识障碍。一过性或持续数天，或反复发作中脑和(或)丘脑网状激活系统受累。c. 对侧偏盲或皮质盲。严重记忆障碍(颞叶内侧受累)。有卒中危险因素的中老年人，突然发生意识障碍又较快恢复，无明显运动、感觉障碍，但有瞳孔改变、动眼神经麻痹、垂直注视障碍，应想到该综合征；如有皮质盲或偏盲、严重记忆障碍则更支持；CT 及 MRI 见中脑、双侧丘脑、枕叶、颞叶病灶即可确诊。

③中脑支闭塞出现 Weber 综合征、Benedit 综合征：脑桥支闭塞出现 Millard-Gubler 综合征(外展、面神经麻痹，对侧肢体瘫痪)、Foville 综合征(同侧凝视麻痹、周围性面瘫，对侧偏瘫)。

(6)小脑后下动脉或椎动脉闭塞综合征或延髓背外侧(wal-

lenberg)综合征：主要表现为眩晕、呕吐、眼球震颤(前庭神经核)；交叉性感觉障碍(三叉神经脊束核及对侧交叉的脊髓丘脑束受损)；同侧 Horner 征(交感神经下行纤维受损)；吞咽困难和声音嘶哑(舌咽、迷走神经受损)；同侧小脑性共济失调(绳状体或小脑受损)。由于小脑后下动脉的解剖变异较多，使临床症状复杂化，常有不典型的临床表现。双侧脑桥基底部梗死出现闭锁综合征：患者意识清楚，四肢瘫痪，不能讲话和吞咽，仅能以口形示意。

(7)小脑梗死：由小脑上动脉、小脑后下动脉、脑前下动脉等闭塞所致，常有眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤、共济失调、站立不稳和肌张力降低等，可有脑干受压及颅内压增高症状。

(8)辅助检查：除血、尿常规，血糖、血脂、血液流变学、心电图等检查外，还应根据条件重点进行以下检查。

①颅脑 CT：多数脑梗死病例于发病后 24 小时内 CT 不显示密度变化，24～48 小时后逐渐显示与闭塞血管供血区一致的低密度梗死灶，如梗死灶体积较大则可有占位效应。出血性脑梗死呈混杂密度改变。如病灶较小，或脑干、小脑梗死 CT 检查可不显示。值得注意的是，病后 2～3 周(亚急性期)梗死区处于吸收期，此时因水肿消失及吞噬细胞的浸润病灶可与脑组织等密度，导致 CT 上不能见到病灶，称“模糊效应”，需强化方可显示。

②MRI：脑梗死数小时内病灶区即有 MR 信号改变，呈长 T_1，长 T_2信号。出血性梗死区为长 T_1，长 T_2信号中混杂有短 T_1和短 T_2信号。与 CT 相比，MRI 具有显示病灶早，能早期发现大面积脑梗死，清晰显示小病灶及颅后窝的梗死灶，病灶检出率高的优势。功能性 MRI，如弥散加权 MRI 可于缺血早期发现病灶，发病后半小时即可显示长 T_1，长 T_2梗死灶。增强 MRI 比 MRI 平扫更为敏感。

③血管造影：DSA 或 MRA 可发现血管狭窄和闭塞的部位，可显示动脉炎、Moyamoya 病、动脉瘤和血管畸形等。

④脑脊液检查：通常脑梗死患者 CSF 压力、常规及生化检查正常，大面积脑梗死压力可增高，出血性脑梗死 CSF 可见红细胞，如通过临床及影像学检查已经确诊为脑梗死，则不必进行 CSF 检查。

⑤其他：彩色多普勒超声检查（TCD）可发现颈动脉及颈内动脉的狭窄、动脉粥样硬化斑或血栓形成。超声心动图检查有助于发现心脏附壁血栓、心房黏液瘤和二尖瓣脱垂。脑电图、脑电地形图、脑超声检查、核素脑扫描等已很少在脑梗死的诊断中应用。虽然 SPECT 能早期显示脑梗死的部位、程度和局部脑血流改变，PET 能显示脑梗死灶的局部脑血流、氧代谢及葡萄糖代谢，并监测缺血半暗带及对远隔部位代谢的影响，但由于费用昂贵，难以在脑梗死诊断中广泛应用。

（六）诊断

诊断标准如下：

（1）发病年龄多较高，多有动脉硬化及高血压等明显的脑卒中病因和危险因素。

（2）突然发病，安静休息时发病较多，常在睡醒后出现症状，并迅速出现局限性神经功能缺失的症状，症状持续 24 小时以上。

（3）多数患者意识清楚，而偏瘫、失语等神经系统局灶性体征明显，神经症状和体征可以用某一脑血管综合征来解释。24～48 小时后 CT、MRI 等检查可发现病灶。

（4）排除脑出血、蛛网膜下腔出血、脑栓塞和炎症性脑部疾病。

（七）鉴别诊断

1. 脑出血　发病急，常有头痛、呕吐等颅内压增高症状及不同程度的意识障碍，血压增高明显，典型者不难鉴别。但大面积梗死与脑出血，轻型脑出血与一般脑血栓形成临床症状相似，鉴别困难，往往需要做 CT 才能鉴别。其中最重要的是起病状态和起病速度（表 1-1）。

表 1-1 脑梗死与脑出血的鉴别

鉴别要点	脑出血	脑梗死
发病年龄	多在 60 岁以下	多在 60 岁以上
起病状态	多在活动中	安静状态或睡眠中
起病速度	数十分钟至数小时症状达到高峰	10 余小时或 1～2 天达到高峰
高血压史	较多	较少
全脑症状	头痛、呕吐、嗜睡、打哈欠等颅内压增高症状	轻或无
意识障碍	较重	通常较轻或无
神经体征	多为均等性偏瘫(内囊)	多为非均等性偏瘫
头颅 CT	脑实质内高密度病灶	脑实质内低密度病灶
脑脊液	血性	无色透明

2. 脑栓塞 起病急骤，一般缺血范围较广，症状常较重、常有心脏病史。特别是有心房纤颤、细菌性心内膜炎、心肌梗死或其他原因容易产生栓子来源时，应考虑脑栓塞。

3. 颅内占位性病变 某些硬膜下血肿、颅内肿瘤、脑脓肿等也呈卒中样发病，出现偏瘫等症状，与脑梗死相似。应注意有无高颅压的症状及体征，必要时可做腰穿、CT 等检查则不难鉴别。

(八)治疗

1. 治疗原则 调整血压，防治并发症和血栓进展，减少梗死范围，争取早期溶栓，针对脑梗死后的缺血瀑布和再灌注损失进行综合保护；要充分考虑脑和其他器官的相互影响，对卒中的危险因素进行早期干预，对大面积梗死应减轻脑水肿或手术治疗防治脑疝。

2. 一般处理 需卧床休息，进行心电监护，防止心律失常。注意血糖水平，防止褥疮及呼吸道感染，维持水、电解质平衡及心肾功能，起病 24～48 小时后仍不能自行进食者，应鼻饲，以保证入量及营养。要注意口腔卫生。保持呼吸道通畅，防止坠积性肺炎，

必要时进行雾化吸痰或气管切开，监测血氧浓度。保持大小便通畅，预防尿路感染。防止因眼睑不能自行闭合造成泪液迅速蒸发而继发的感染和角膜溃疡。

3. 调整血压　急性期血压应维持在发病前平时所测的或患者年龄应有的稍高水平。

4. 超早期溶栓治疗　目的是溶解血栓，迅速恢复梗死区血流灌注，减轻神经元损伤。溶栓应在起病 6 小时内进行才有意义。

5. 抗血小板聚集　可减少微栓子的发生，对预防复发有一定疗效。

6. 抗凝治疗　主要为防止血栓继续进展，适用于进展型卒中。

7. 脑保护治疗　是超早期针对自由基损伤、细胞内钙离子超载、兴奋性氨基酸毒性作用、代谢性细胞酸中毒和磷脂代谢障碍等进行的联合治疗。

8. 降纤治疗　目的是降解血中纤维蛋白原，增强纤溶系统活性，抑制血栓形成。

9. 血液稀释疗法　目的是降低血液黏度，改善血流速度。

10. 防治脑水肿　脑水肿的高峰期为发病后 48 小时～5 天，当梗死面积大，病情严重时，常用 20%的甘露醇、复方甘油。

11. 营养神经细胞　常用 ATP、细胞色素 C、胞二磷胆碱、辅酶 A、γ-氨基丁酸、脑活素等。

12. 手术治疗　对于大面积脑梗死，为了防治脑疝，可行大骨瓣减压和坏死脑组织吸出术；对急性小脑梗死产生明显肿胀及脑积水患者，可行脑室引流术或去除坏死组织，以挽救生命。至于颅内外血管吻合术和大网膜移植术等效果均不确定，现国内很少进行。

13. 康复治疗　其原则是在上述治疗的基础上，在情况允许的条件下，对患者进行体能和技能训练，以降低致残率，增进神经功能恢复，提高生活质量，应尽早进行。

14. 预防性治疗　对已确定的脑卒中危险因素，应尽早给予干预治疗。如抗血小板聚集药阿司匹林、噻氯匹啶用于防治缺血性脑血管病已受到全球普遍关注，并在临床广泛应用，有肯定的预防作用，但要注意选择适应证，不要长期不间断用药；有胃病及出血倾向者慎用。

二、腔隙性脑梗死

腔隙性梗死(lacunar infarct)指发生在大脑半球深部白质及脑干的缺血性脑梗死，因脑组织缺血、坏死、液化并由吞噬细胞移走而形成腔隙，约占脑梗死的20%。

(一)病因与发病机制

1. 高血压　导致小动脉及微小动脉壁的脂质透明变性，引起管腔闭塞而产生腔隙性病变；舒张压增高是多发性腔隙性梗死的主要易患因素。

2. 小血栓　大脑中动脉和基底动脉的动脉粥样硬化病变及形成的小血栓可累及和阻塞深穿支动脉而导致腔隙性梗死。

3. 动脉远端血流明显减少　血流动力学异常如血压突然下降可使已严重狭窄的动脉远端血流明显减少而致病。

4. 血液异常　如红细胞增多症、血小板增多症和高凝状态也可能对发病起作用。

5. 其他　如红细胞、纤维蛋白、胆固醇、空气及动脉粥样硬化物质等阻塞小动脉；颈动脉系统颅外段动脉粥样硬化病变是微栓子最常见来源，风湿性心脏病和霉菌性动脉炎也是栓子的可能来源。

(二)病理改变

腔隙性梗死灶呈不规则的圆形、卵圆形、狭长形，病变血管直径多为100～400μm的深穿支，多在豆纹动脉、丘脑深穿动脉，梗死灶直径一般为0.2～15mm，多见于壳核、尾状核、内囊、丘脑、脑桥基底部及辐射冠等。大体标本可见腔隙为含液体的腔洞样小软

化灶，内有纤细的结缔组织小梁，并可见吞噬细胞；也可见微血管瘤，基底核萎缩，胼胝体变薄等。病变血管可见透明变性、玻璃样脂肪变、玻璃样小动脉坏死、血管壁坏死和小动脉硬化等。

(三)临床表现

1. 主要特点

(1)多发生于40～60岁及60岁以上的中、老年人，男性多于女性，常伴有高血压。

(2)起病常较突然，多为急性发病，部分为渐进性或亚急性起病。

(3)临床表现可有20种以上的综合征，症状较轻，预后较好；无头痛、颅内压增高和意识障碍等。

2. 常见腔隙综合征

(1)纯运动性轻偏瘫：出现一侧面部和上下肢无力，无感觉障碍、视野缺损及皮质功能缺失(如失语)；无脑干的病变(如眩晕、耳鸣、眼震、复视及小脑性共济失调)。多在2周内开始恢复。病灶位于内囊后肢、脑桥基底或大脑脚。

(2)纯感觉性卒中：出现对侧偏身或局部感觉障碍，如麻木、烧灼或沉重感、刺痛、僵硬感等；很少有感觉缺失体征，但亦有感觉缺失者。病灶位于丘脑腹后核、内囊后肢、放射冠后部及脑干背外侧部累及感觉神经核或传导束，通常为大脑后动脉的丘脑穿通支闭塞所致；感觉障碍严格沿人体中轴分隔，是丘脑性感觉障碍的特点。感觉异常仅位于面、口部和手部者称口-手综合征。

(3)共济失调性轻偏瘫：病变对侧纯运动性轻偏瘫伴小脑型共济失调，下肢严重(足、踝尤为明显)，上肢较轻，面部最轻；指鼻试验、跟膝胫试验、轮替动作、Romberg征均呈阳性。

(4)构音障碍——手笨拙综合征：起病突然，有严重构音障碍、吞咽困难、病变对侧中枢性面、舌瘫，同侧手轻度无力及精细动作笨拙(书写时易发现)，指鼻不准，行走时轻度平衡障碍。

(5)感觉运动性卒中：起病时偏身感觉障碍，后出现轻偏瘫。

病灶处在丘脑腹后核及邻近的内囊后肢(丘脑内囊综合征),是丘脑膝状体动脉分支或脉络膜后动脉丘脑支闭塞。

(6)腔隙状态:多发性腔隙累及双侧锥体束,出现严重精神障碍、痴呆、假性延髓性麻痹、双侧锥体束征、类帕金森综合征和尿、便失禁等,但并非所有的多发性腔隙性梗死都是腔隙状态。

(四)辅助检查

1. CT　可见深穿支供血区单个或多个直径 2～15mm 病灶,呈圆形、卵圆形、长方形或楔形腔隙性阴影,边界清晰,无占位效应,增强时可见轻度斑片状强化;以基底核、皮质下白质和内囊多见,其次为丘脑及脑干,阳性率约为 96%。CT 可发现直径 2mm 以上、体积 0.1ml 以上的腔隙病灶,但由于伪影的干扰使脑干的腔隙病灶不易检出。CT 检查最好在发病 7 天内进行,以除外小量出血。

2. MRI　是最有效的检查手段,可显示腔隙病灶呈 T_1 等信号或低信号、T_2 高信号,T_2 加权像阳性率几乎 100%,并可清晰显示脑干病灶;对大脑可行横断面、矢状位、冠状位扫描,对病灶进行准确定位。

3. 脑电图、脑脊液及脑血管造影　无肯定的阳性发现,PET 和 SPECT 通常在早期即可发现脑组织缺血变化,颈动脉 Doppler 可发现颈动脉粥样硬化斑块。

(五)诊断

目前国内外尚无统一的诊断标准,以下标准可供参考:

(1)中年以后发病,有长期高血压病史。

(2)临床表现符合腔隙综合征之一。

(3)CT 或 MRI 影像学检查可证实存在与神经功能缺失一致的病灶。

(4)EEG、腰椎穿刺或 DSA 等均无肯定的阳性发现。

(5)预后良好,多数患者可在短期内恢复。

(六)鉴别诊断

腔隙综合征的病因除梗死之外，还包括少量脑出血、感染、脑脓肿、颅外段颈动脉闭塞、脑桥出血、脱髓鞘病和转移瘤等，故在临床诊断中应注意鉴别非梗死性腔隙病变。

(七)治疗

目前尚无有效的治疗方法，主要是预防其复发。

(1)有效控制高血压病及各种类型脑动脉硬化。

(2)应用阿司匹林、噻氯匹啶等，抑制血小板聚集，减少复发。

(3)急性期可适当应用扩血管药物以增加脑组织的血液供应，促进神经功能恢复。

(4)尼莫地平、氟桂利嗪等钙离子拮抗剂可减少血管痉挛，改善脑血液循环，降低腔隙性梗死复发率。

(5)控制其他可干预危险因素，如吸烟、糖尿病、高脂血症等。

(6)慎用抗凝剂，以免发生脑出血。

第三节　脑　出　血

脑出血(intracerebral hemorrhage，ICH)指原发性非外伤性脑实质内出血，占全部脑卒中的20%～30%。高血压是脑出血最常见的原因，高血压伴发脑内小动脉病变，血压骤升引起动脉破裂出血，称为高血压性脑出血。

(一)病因

成人脑出血以非创伤性最常见，多由高血压合并小动脉粥样硬化，动脉的纤维素样坏死或脂质透明性变引起。流行病学调查显示，70%～80%的ICH有高血压病史，尤其是没有进行治疗的高血压病患者。由于高血压的动脉病变主要发生在深穿动脉，所以绝大多数高血压性ICH发生在壳核、丘脑、脑桥、小脑齿状核。其他原因主要有小血管畸形、Moyamoya病、脑肿瘤、白血病、凝血因子缺乏、血小板异常以及抗凝剂、溶栓剂等药物不恰当的应用。

(二)发病机制

长期高血压可导致脑内小动脉或深穿支动脉壁纤维素样坏死或脂质透明变性、小动脉瘤或微夹层动脉瘤形成，当血压骤然升高时，血液自血管壁渗出或动脉瘤壁直接破裂，血液进入脑组织形成血肿。另外，高血压可引起远端血管痉挛，导致小血管缺氧、坏死及血栓形成，斑点状出血及脑水肿，出血融合成片即发生较大量出血；脑内动脉壁薄弱，中层肌细胞及外膜结缔组织减少，且缺乏外弹力层，随年龄增长及病变加重，脑内小动脉变得弯曲呈螺旋状，使深穿支动脉成为出血的主要部位；豆纹动脉自大脑中动脉近端呈直角分出，受高压血流冲击易发生粟粒状动脉瘤，是脑出血最好发部位。

(三)病理改变

80%的脑出血位于大脑半球，主要在基底核附近(大脑中动脉的深穿支破裂)，依次是各脑叶的皮质下白质，其余见于脑干及小脑。尸检时，脑外观多可见到明显动脉粥样硬化，出血侧半球膨隆肿胀、脑回宽、脑沟窄，有时可见少量蛛网膜下腔积血。额叶海马与小脑扁桃体处常可见脑疝痕迹。出血灶一般在2～8cm，绝大多数为单灶。常见的出血部位为壳核出血，出血向内发展可损伤内囊，出血量大时会破入侧脑室。丘脑出血血液常穿破第三脑室或侧脑室，向外可损伤内囊。脑桥和小脑出血可穿破第四脑室，甚至可经中脑水管逆行进入侧脑室。原发性脑室出血出血量小则只侵及单个脑室或多个脑室的一部分；大量出血则全部脑室均可被血液充满，脑室扩张积血形成铸型。脑出血血肿周围脑组织受压，水肿明显，颅内压增高。脑组织可移位。幕上半球出血，血肿向下破坏或挤压丘脑下部和脑干，使其变形、移位和继发出血，并常出现小脑幕疝，如中线部位下移可形成中心疝，颅内压增高明显或小脑出血较重时均易发生枕骨大孔疝，这些都是导致死亡的直接原因。急性期后，血块溶解，含铁血黄素和坏死的脑组织被吞噬细胞清除，胶质增生，小出血灶形成胶质瘢痕，大者形成“中风囊”。

(四)临床表现

多见于50岁以上的高血压患者。多在情绪紧张、兴奋、排便、用力时发病，少数在静态发病，冬春季节气候变化剧烈时发病较多。起病前多无预感，仅少数患者发病前有头痛、头昏、动作不便、口齿不清等症状。发病突然，一般在数分钟至数小时达高峰，多表现为突然头痛、头晕、恶心、呕吐，偏瘫、失语、意识障碍、大小便失禁。血压多增高、根据出血部位不同，临床表现各异。

1. 基底核区出血　约占全部脑出血的70%。壳核出血最为常见(约占全部的60%)，丘脑出血约占10%。由于出血常累及内囊，并以内囊损害体征为突出表现，故又称内囊区出血；壳核出血又称为内囊外侧型出血，丘脑出血又称内囊内侧型出血。

(1)壳核出血：系豆纹动脉尤其是其外侧支破裂所致。表现突发的病灶对侧偏瘫、偏身感觉缺失和同向性偏盲，双眼球向病灶对侧同向凝视不能，主侧半球可有失语；出血量大可有意识障碍，出血量较小可仅表现纯运动、纯感觉障碍，不伴头痛、呕吐，与腔隙性梗死不易区分。

(2)丘脑出血：由丘脑膝状动脉和丘脑穿通动脉破裂所致。亦表现突发对侧偏瘫、偏身感觉障碍，甚至偏盲等内囊性三偏症状；其与壳核出血不同之处是上下肢瘫痪均等或基本均等，深浅感觉均有障碍，而深感觉障碍更突出；可有特征性眼征，如上视障碍或凝视鼻尖、眼球偏斜或分离性斜视、眼球会聚障碍和无反应性小瞳孔等；意识障碍多见且较重，出血波及下丘脑或破入第三脑室则出现昏迷加深、瞳孔缩小、去皮质强直等中线症状。如为小量出血或出血局限于丘脑内侧则症状较轻；丘脑中间腹侧核受累可出现运动性震颤、帕金森综合征表现；累及丘脑底核或纹状体可呈偏身舞蹈——投掷样运动；优势侧丘脑出血可出现丘脑性失语(语言低沉、缓慢、无自发语言、听觉及阅读理解能力障碍、语言流畅性减低、重复言语)；可有情感淡漠、视听幻觉，以及定向、计算、记忆障碍，情绪低落等。

(3)尾状核头出血:也属基底核区出血,较少见,临床表现与蛛网膜下腔出血颇相似,仅有脑膜刺激征而无明显瘫痪,头痛、呕吐及轻度项强、Kerning 征,可有对侧中枢性面舌瘫,或仅有头痛而在 CT 检查时偶然发现,往往容易被忽略。

2. 脑桥出血　占脑出血的 10%左右。病灶多位于脑桥中部的基底部与被盖部之间。出血量少时,患者意识清楚,出现脑桥一侧受损体征,如面、展神经交叉瘫,双眼向病灶对侧凝视,也有表现一侧中枢性面、舌瘫及肢瘫,系出血位于脑桥上部腹侧所致,需与大脑半球出血鉴别。轻型患者预后较好,不但可存活,有的还可恢复工作。出血量大者(>5ml)病情严重,昏迷出现早且重,四肢瘫痪,多呈弛缓性,少数可出现去脑强直,双侧瞳孔极度缩小呈针尖样(系交感神经纤维受损所致),由于破坏了联系丘脑下部调节体温的纤维出现中枢性高热,同时呼吸不规则,多于 24～48 小时内死亡。

3. 中脑出血　CT 检查多可确诊。轻者可表现为一侧或两侧动眼神经不全瘫,或 Weber 综合征,重者昏迷,四肢软瘫,迅速死亡。

4. 小脑出血　约占脑出血的 10%。多见于一侧半球的齿状核部位,小脑蚓部也可发生。发病突然,眩晕明显,颇繁呕吐,枕部疼痛,病变侧共济失调,可见眼球震颤,同侧周围性面瘫,颈项强直等,如不仔细检查,易误诊为蛛网膜下腔出血。病情如继续加重,颅内压增高明显,昏迷加深,极易发生枕骨大孔疝面死亡。

5. 脑叶出血　约占脑出血的 10%。常由脑动静脉畸形、Moyamoya 病、血管淀粉样病变、肿瘤等所致。出血以顶叶最常见,其次为颞叶、枕叶、额叶,也可有多发脑叶出血。常表现头痛、呕吐、脑膜刺激征及出血脑叶的局灶定位症状,如额叶出血可有偏瘫、Broca 失语、摸索等;颞叶可有 Wernicke 失语、精神症状;枕叶可有视野缺损;顶叶可有偏身感觉障碍、空间构象障碍。抽搐较其他部位出血常见,昏迷较少见;部分病例缺乏脑叶的定位症状。

6. 脑室出血　占脑出血的3%～5%。由脑室内脉络丛动脉或室管膜下动脉破裂出血，血液直流入脑室内所致，又称原发性脑室出血。多数病例为小量脑室出血，常有头痛、呕吐、脑膜刺激征，一般无意识障碍及局灶性神经缺损症状，血性CSF，酷似蛛网膜下腔出血，可完全恢复，预后良好。大量脑室出血常起病急骤，迅速出现昏迷、频繁呕吐、针尖样瞳孔、眼球分离斜视或浮动、四肢弛缓性瘫痪及去脑强直发作等，病情危重，预后不良，多迅速死亡。

(五)辅助检查

1. CT检查　是临床疑诊脑出血的首选检查。发病后CT即可显示新鲜血肿，为圆形或卵圆形均匀高密度区，边界清楚；可显示血肿部位、大小、形态，是否破入脑室，血肿周围有无低密度水肿带及占位效应、脑组织移位和梗阻性脑积水等，有助于确诊及指导治疗。脑室大量积血，呈高密度铸型，脑室扩大。1周后血肿周围有环形增强，血肿吸收后呈低密度或囊性变。严重贫血患者出血灶可呈等密度或稍低密度改变。对进展型脑出血病例应进行CT动态观察。

2. MRI检查　急性期对幕上及小脑出血的价值不如CT，对脑干出血优于CT。病程4～5周后CT不能辨认脑出血时，MRI仍可明确分辨，故可区别陈旧性脑出血和脑梗死；可显示血管畸形的流空现象。MRA较CT更易发现脑血管畸形、血管瘤及肿瘤等出血原因。血肿及周围脑组织表现较复杂，主要受血肿所含血红蛋白量的变化影响。

(1)超急性期(<24小时)：血肿为长T_1、长T_2信号，与脑梗死、水肿不易鉴别。

(2)急性期(24～48小时)：为等T_1、短T_2。

(3)亚急性期(3天～2周)：短T_1、长T_2信号。

(4)慢性期(>3周)：长T_1，长T_2信号。随血肿缩小T_2加权最终形成裂隙状低信号带。

3. DSA检查　怀疑脑血管畸形、Moyamoya病、血管炎等可

行 DSA 检查，尤其是血压正常的年轻患者应考虑以查明病因，预防复发。

4. 脑脊液检查　脑压增高，CSF 多呈洗肉水样均匀血性。因有诱发脑疝的危险，仅在不能进行头颅 CT 检查，且临床无明显颅内压增高表现时进行。怀疑小脑出血禁行腰穿。

5. 其他　还应进行血、尿、便常规及肝功、肾功、凝血功能、心电图检查，外周血白细胞可暂时增高达(10～20)×10^9/L，血糖、尿素氮等亦可短暂升高，凝血活酶时间和部分凝血活酶时间异常提示凝血功能障碍。

(六)诊断

典型病例多为 50 岁以上，有高血压病史，情绪激动及体力活动时突然发病，进展迅速，有不同程度的意识障碍及头痛、呕吐等颅内压增高症状，有偏瘫、失语等脑局灶体征，诊断不难。但小量出血与脑梗死相似，而重症脑梗死可出现明显高颅压症状甚至脑疝，又与脑出血难以鉴别，此时需靠 CT 以助诊断。小量脑出血时做腰穿查脑脊液也有所帮助。

(七)鉴别诊断

发病突然，迅速昏迷，局部体征不明显的患者，应与可引起昏迷的全身性疾病如糖尿病、肝性昏迷、尿毒症、急性酒精中毒、低血糖、药物中毒、一氧化碳(CO)中毒相鉴别，此外，还应与外伤性颅内血肿，特别是硬膜下血肿鉴别。

(八)治疗

急性期的治疗原则是保持安静，防止继续出血；积极抗脑水肿，减低颅压；调整血压，改善循环；加强护理，防治并发症。

1. 内科治疗

(1)急救措施：绝对卧床，保持安静，有条件应尽早进行头颅 CT 检查；保持呼吸道通畅；呕吐与吞咽困难者应安置胃管；严密观察生命体征：应监测体温并注意瞳孔和意识的变化；必要时吸氧，维持动脉血氧饱和度在 90%以上；加强护理，保持肢体功能

位置。

(2)水电解质平衡和营养:控制静脉及胃管内补液。

(3)控制脑水肿,降低颅内压:脑出血后的脑水肿在48小时达到高峰,脑水肿使颅压增高,导致脑疝,并影响脑功能的恢复。

(4)控制高血压:脑出血后血压升高是对颅内压增高情况下为保持相对稳定的脑血流量(CBF)的脑血管自动调节反应,当颅内压下降时血压也会随之下降,因此通常可不使用降压药,特别是注射利血平等强降压药;应根据患者年龄、病前有无高血压、病后血压情况等确定最适血压水平。急性期后颅内压增高不明显而血压持续升高者,应进行系统抗高血压治疗,把血压控制在较理想水平。

2. 外科治疗　对抢救重症患者的生命及促进神经功能恢复有益。应根据出血部位、病因、出血量及患者年龄、意识状态、全身状况决定。手术宜在超早期(发病后6～24小时内)进行。

3. 康复治疗　脑出血后,只要患者生命体征平稳,病情稳定,康复治疗宜尽早进行。早期康复治疗对恢复患者的神经功能,提高生活质量会大有裨益。并应针对患者可能发生的抑郁情绪,及时给予药物治疗和心理支持。

第二章

历代中医医家对中风病的认识和治疗

中风病为中医风劳膨膈四大证治之一。现代医学中的脑出血、脑血栓形成、脑梗塞等神经系统疾病均属该病范畴。其临床特点为发病急骤，变化多端，病情危重，常遗留有后遗症状。因其起病急，变化快，具有“风邪”善行数变的特点，故中医学称之为中风病。其临床症状主要表现为突然昏仆，不省人事，口眼歪斜，半身不遂，语言謇涩或失语，偏身麻木。综观历代医学典籍，不乏有对中风病的精辟论述，并将之列为四大难治病症之首。这些观点的提出不仅反映了先贤们深刻的理论研究水平，更是他们经过长期医疗实践而总结出来的心血结晶，为深入探讨中风病的发生、病因病机、诊治和预防，打下了良好的基础。

第一节　先秦汉唐五代时期中医对中风病的认识

一、《黄帝内经》

中医对中风病的记载，最早可以追溯到中国古代两千多年前的《黄帝内经》一书。该书作为中医学最早出现的医学典籍，其对中风病的认识，已经有了较为详细的论述，内容涉及中风病的病名、发病部位、病因病机、预防、诊治等多个方面。可以说，先秦时代的医家，对中风病的认识已经达到很深的程度。如《素问·风

论》篇："风之伤人也，或为寒热，或为热中，或为寒中，或为疠风，或为偏枯，或为风也，其病各异，其名不同，或内至五脏六腑……风中五脏六腑之腧，亦为脏腑之风。各人其门户所中，则为偏风。……故风者，百病之长也，至其变化，乃为他病也，无常方，然致有风气也。"这段论述说明了由于风邪入中，可以使人体发生多种疾病，而这些病症大都是由于感受外邪，导致中风病而出现的。其中的"偏枯"等症状类似于现在所讲的半身不遂，《黄帝内经》里所讲的中风病主要是由"感受外风"所致，这与现代所讲的中风病（脑血管意外），是两个不同的概念。

《黄帝内经》中虽无中风病的确切病名，但对类似于中风病的不同症状表现，提出了薄厥、大厥、暴厥、煎厥、击仆、偏枯、大风、微风等不同概念，从症状、病机、发病等方面对中风病进行了描述。如《素问·生气通天论》说："阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥"，"阳气者，烦劳则张，精绝，辟居于夏，使人煎厥"；《素问·调经论》说："血之与气，并走于上，则为大厥"；《素问·大奇论》说："脉至如喘，名曰暴厥，暴厥者不知与人言"；《素问·脉解篇》说："所谓少气善怒者，阳气不治，阳气不治则阳气不得出，肝气当治而未得，故善怒，善怒者名曰煎厥"，以上这些"厥证"都是中风病的典型症候之一，以猝然昏倒，不省人事为特征。对于偏枯病症，《素问·生气通天论》有："汗出偏沮，使人偏枯"；《素问·通评虚实论》："凡治消瘅仆击，偏枯痿厥，气满发逆，肥贵人则高膏同，粱之疾也。隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。暴厥而聋，偏塞闭不通，内气暴薄也"；《灵枢·九宫八风》篇云："其有三虚而偏中于邪风，则为击仆偏枯矣"；《灵枢·刺节真邪篇》："虚邪偏客于身半，其人深，内局营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯"；《灵枢·热论篇》有："偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之间"。可见偏枯之症，多属中风病的中经络病变，是以半身不遂，肌肤不仁等功能障碍为特征，而神智尚清。至于大风之症，《灵枢·刺节真邪篇》有："大风在身，血脉偏虚，虚者不足，实者有余，

轻重不得，倾侧宛伏，不知东西，不知南北，乍上乍下，乍反乍覆，颠倒无常，于甚迷惑”，从这里可以看出，“大风”多表现为神智模糊，轻重倾侧，上下移动，病情反复发作，属于中风病。《素问·调经论》对微风的描述有：“形有余则腹胀飧，泾溲不利，不足则四肢不用。血气未并，五脏安定，肌肉蠕动，命曰微风”，此段说明了中风病先兆症状，患者可表现出腹胀、小便不利、四肢不用、肌肉蠕动等症状，如果对这些症状给予早期治疗，就可以及早预防患者发生中风病，这为后世中风病的防治学说奠定了有力的理论基础。

对于中风病的发病部位，《黄帝内经》亦有详细的论述，如《素问·太阴阳明论》说：“故犯贼风虚邪者，阳受之。……故伤于风者，上先受之”；《素问·风论篇》：“风气藏于皮肤之间，内不得通，外不得泄。风者善行而数变，腠理开则洒然寒，闭则热而闷。……故风者，百病之长也。”说明中风病多由感受外风所致，而且侵犯的部位多在头部和身体的上部，具有“风邪”善行数变的特点。

《黄帝内经》一书中还包括对中风病的病因、病机、治疗、预防等方面的详细论述，因在后面的病因病机和治疗部分有所论及，故此不在此赘述。显而易见，《黄帝内经》时期对中风病的认识，已经相当全面，它对后世产生了深刻的影响，历代医家的发挥都是以它为基础，而且到现在《黄帝内经》思想一直都是指导我们进行临床实践的理论根据。

二、《神农本草经》

《神农本草经》一书是我国现存最早的药学专著，它与《黄帝内经》一样，并非一时一人之手所作，而是秦汉以来很多医药学家的经验总结积累而成，大概成书于东汉早期。《神农本草经》一书发现针对中风病、大风、外、喝邪等病症的治疗药物共计 20 余种，包括云母、细辛、巴戟天、防风、黄芪、石膏、麻黄、枳实、厚朴、秦艽、天雄、乌头等。而汉唐医家临床常用治疗中风病的方药如侯氏黑散、小续命汤、换骨丹等，其中多含有防风、细辛、麻黄之类，可见，这些

方药的产生与《本草经》有着密切的关系。

三、《伤寒论》

至于中风病的确切病名，最初是由汉代的医圣张仲景提出来的，在其论著中对此病有过详细的记载，如《金匮要略·中风历节病脉证并治》一篇有，“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。”又有“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。”这段论述说明了中风病的发生是由于人体络脉空虚，风邪乘虚入中所致。风邪在经络，病邪尚浅，症状表现为肌肤不仁、半身不遂；如果风邪已经深入脏腑，则会目不识人，口吐涎沫甚至失语。可见仲景这里所论“中风”，其病因为气血亏虚，风邪入中，经脉痹阻，导致脏腑功能失调，乃内外并重，互为因果。其主症为神识不清，舌謇语涩，口眼喎斜，半身不遂，并以邪中经络、脏腑之深浅轻重分证，包括了内风与外风。

四、《中藏经》

三国时期名医华佗对中风病的认识更进了一步，提出了风中五脏的症状、轻重以及中风病偏枯症的论治之法。在其论著《中藏经·脉病外内证决论第十二》篇有：“病风人，脉紧、数、浮、沉，有汗出不止，呼吸有声者死，不然则生。”在《中藏经·风中有五生死论第十七篇》说：“风中有五者，谓肝、心、脾、肺、肾也。五脏之中，其言生死，状各不同。心风之状：汗自出而好偃，仰卧不可转侧，言语狂妄。若唇正赤者生，宜于心俞灸之；若唇面或青或黄，或白或黑，其色不定，眼瞤动不休者，心绝也，不可救，过五六日即死耳。肝风之状：青色围目，连额上，但坐不得倨偻者可治；若喘而目直视，唇而俱青者死。肝风宜于肝俞灸之。脾风之状：一身通黄，腹大而满，不嗜食，四肢不收持。若手足未青而面黄者可治；不然即死。脾风宜于脾俞灸之。肾风之状，但踞坐，而腰脚重痛也。视其胁

下，未生黄点者可治；不然即死矣。肾风宜灸肾俞穴也。肺风之状：胸中气满，冒昧，汗出，鼻不闻香臭，喘而不得卧者，可治；若失血及妄言者，不可治，七、八日死。肺风宜于肺俞灸之。凡诊其脉，滑而散者风也。缓而大，浮而紧，软而弱，皆属风也。”而且华佗针对中风病还提出了治疗大法，在《中藏经·治中风偏枯之法第三十九篇》中有：“人病中风偏枯，其脉数，而而干黑黧，手足不遂，语言謇涩，治之奈何？在上则吐之，在中则泻之，在下则补之，在外则发之，在内则温之、按之、熨之也。吐谓出其涎也；泻谓通其塞也；补谓益其不足也；发谓发其汗也；温谓驱其湿也；按谓散其气也；熨谓助其阳也。”这段论述既简洁又精辟，它说明要根据中风病的不同病机而采用不同的治法，治病力求治本。

五、《诸病源候论》

隋代巢元方的第一部证候学专著《诸病源候论》，将中风病作为一个独立的章节加以阐述，其中的“风病诸候”篇一节描述了有关中风病的诸多证候，如中风病候：“中风者，风气中于人也。……心中风，但得偃卧不得倾侧，汗出。……肝中风，但踞坐不得低头。……脾中风，踞而腹满，身通黄，吐咸汁出者可治，急灸脾俞百壮。……肾中风，踞而腰痛……肺中风，偃卧而胸满短气，瞀闷汗出。风癔候：风邪之气，若先中于阴，病发于五脏者，其状奄孚不知人，喉里噫噫然有声，舌强不能言。风口噤候：诸阳经筋，皆在于头。三阳之筋，并络于颔颊，夹于口。诸阳为风寒所客，则筋急，故口噤不开也。风舌强不得语候：脾脉络胃，夹咽，连舌本，散舌下。心之别脉系舌本。今心脾二脏受风邪，故舌强涩得语也。风失声不语候：喉咙者，气之所以上下也；会厌者，音声之户；舌者，声之机；唇者，声之扇。风寒客于会厌之间，故卒然无音，皆由风邪所伤，故谓风失声不语。风口喎候：风邪人于足阳明、手太阳之经，遇寒则筋急引颊，故使口喎僻，言语不正，而目不能平视。风痱候：风痱之状，身体无痛，四肢不收，神智不乱，一臂不随者，风痱也。风

偏枯候：风偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿。风湿客于半身，在分腠之间，使血气凝涩，不能润养，久不瘥，真气去，邪气独留，则成偏枯。其状半身不遂，肌肉偏枯小而痛，言不变，智不乱是也。风身体手足不随候：手足不随者，由体虚，腠理开，风气伤于脾胃之经络也……脾气弱，即肌肉虚，受风邪所侵，故不能为胃通行水谷之气，致四肢肌肉无所禀受，而风邪在经络，搏于阳经。气行则迟，关以纵，故令身体手足不随也。风半身不遂候：半身不遂者，脾胃气弱，血气偏虚，为风邪所乘故也。偏风候：偏风者，风邪偏客于身一边也。人体有偏虚者，风邪乘虚而伤之，故为偏风也。”其主要论述的是外风所致病症及外风在中风病发病中的重要性。而在《妇人杂病诸候》一节中巢氏又描述了中风病口噤候、角弓反张候、偏风口喎候、贼风偏枯候、风眩候、风瘙痒候这些症候，更加丰富了对中风病的认识。

六、《肘后备急方》

葛洪《肘后备急方》共为三卷，多用于急救，其中有关治疗中风病的论述有两篇，说明当时对此病的重视程度。第一篇专论中风病以及卒中急风，下设 22 个常见证候变化，如不识人、不能语、眼反口噤、心烦恍惚、手足不遂、口喎僻、身直不得屈伸反复者、四肢逆冷等，每一证候下都列有处方药物或灸、敷、摩等法，丰富了中风病的治疗内容。第二篇专论卒风瘖不得语，并列举了经验方、圣惠方以及常用的简便治疗方法十余个，其中多为单味药物治疗方法。

七、《千金方》

《千金方》为唐代孙思邈所撰，可谓集唐以前医方学大成，近代医家将它称为我国历史上第一部临床医学百科全书。其中的《千金要方》卷八隶属于风门及《千金翼方》卷十六、十七有对中风病的专论，均有独到见解，可以表现为以下几个方面。

(一)病名分类

孙思邈发挥《黄帝内经》之论，把中风病分为四个类型，即偏枯、风痱、风懿、风痹，而且还简单描述了这几种证候的主要临床表现。如《千金要方·卷八·诸风》篇说："一曰偏枯，二曰风痱，三曰风懿，四曰风痹"；"偏枯者，半身不遂，肌肉偏不用而痛，言不变，智不乱，病在分腠之间。风痱者，身无痛，四肢不收，智乱不甚，言微可知。风懿者，奄忽不知人，咽中塞，窒窒然舌强不能言，病在脏腑。"从以上所述的症状看，基本上都是中风病的后遗症状。

(二)病因病机方面

既强调外风，同时又注意到内风致病。如《千金要方·卷八·诸风》有："风中五脏六腑之腧，亦为脏腑之风"；"以春甲乙伤于风者为肝风……以冬壬癸伤于风者为肾风"，这些均说明当时孙思邈以开始注意到"内风"。另外，他还提出"名利是务，财色为心"是引发中风病的一个因素，这对后世"类中"、"内风"说的形成有一定的影响。

(三)辨证治疗方面

基本使用祛风救逆续命汤类、泄热解郁地黄煎类、泻火熄风竹沥汤类。其中续命汤类共有九方，且多以参、附益气救逆；麻、桂通阳解表；防风、防己等祛风通络，被后世医家奉为治疗中风病的代表方剂。地黄煎类共有五方，多以地黄汁、枸杞根汁或麦冬、玉竹等养阴；大黄、石膏、黄芩等泻热；人参、茯苓或动物药宁神，这些特点对后世医家治疗中风病大有指导。竹沥汤类共有九方，依此选用竹沥汤、小续命、除余风方等，最后用独活煎散与五补丸，随病情变化而选方用药，注意标本兼顾和治疗调理并重。

(四)对中风病后遗症的处理

在《千金方》两书中，收集了许多有效的方药，如排风汤、大八风汤、八风散、小八风散、金牙酒、蛮夷酒、鲁王酒、菊花酒、杜仲酒等；还有按照五脏主证的立方，如肝虚寒、心气虚、心虚寒风、脾虚寒、肺寒虚伤、肾寒虚等方；还有按照剂型分治的，如诸酒、诸散、诸

膏、诸汤、诸圆等；尚有针灸按摩、单方草药。可以说治疗方法丰富多彩，面面俱到，经后世临床反复证明的大活络丹、人参再造丸等，对中风病后遗症有很好的疗效，其实孙思邈早在其著作中有类同、甚至超越大活络丹等的方法，可见孙思邈对中风病的治疗造诣颇深。

（五）预防保健方面

孙思邈在此方面有丰富的论述，其中有："人不能用心谨慎，遂得风病，半身不遂，言语不正，庶事皆费，此为猥退病，得者不出十年……当须绝于思虑，省于言语，为于无为。乃可求愈，若还同俗类，名利是务，财色为心者，幸勿苦事医药，徒劳为疗耳。宜于此善以意推广"，从而明确地把劳心烦神、嗜欲妄念、摄养不慎作为中风病预防和发病的重要因素。另外还提出医药、针灸并用、食疗调摄、运动保健等综合的预防医学和康复医学思想。总之《千金方》对有关中风病的论述，对后世有着深远的影响，它首创中风病"内伤主热"说，提出了全方位中风病治疗方法和药物，以及预防养生、针灸、食疗、运动等医学思想。

八、《外台秘要》

王焘的《外台秘要》是继孙思邈《千金方》之后又一部唐代医方巨著，全书共 40 卷，分门别类论述了临床各科疾病的病因病机和诊断治疗。其中《外台秘要》第 14 卷，详论中风病，分 21 门；第 15 卷论及风狂及诸风 24 门。并清楚地将中风病由诸风中单列，作为一个独立证候加以论述。在中风病 21 门中，汇集诸方 145 首，记述了中风、卒中、角弓反张、风口喝、风半身不遂等症。并且概述了中风病的特点：

（1）强调正虚：认为风邪人中是发病的关键，《外台秘要·卷十四·中风及诸风门》有"风半身不遂者，脾胃气弱，血气偏虚，为风邪所乘故也"；"风身体手足不遂者，由体虚腠理开"；"心脾二脏受风邪，故舌强不得语"。而在选方上亦重视扶正，喜欢重用人参、生

地、大附子、甘草四味药。

(2)在论述中风病及诸风时仍然没有区别中风病与外感诸风，如《外台秘要·卷十四·中风及诸风门》"深师疗中风，汗出干呕，桂枝汤方"；"又麻黄汤疗中风，气逆满闷短气方"。

(3)虽论及中风病亦有热起，但作者在选方用药上却用一派温药，如：麻黄、防风、附子、人参、桂心、生姜等，强调中风病是由外风所致，宜辛温发散如14卷"凡初得风，四肢不收，心神愦愦，眼不识人，言不出口，凡中风多由热起"。

(4)重视服药禁忌和灸法：如此卷有"服药当顺，慎酒、面、羊肉、生菜、冷食、猪、鱼、鸡、牛、马、蒜，乃可瘥"；"忌生葱、海藻、松菜"；"忽然卒死，谓是何病？所以皆必灸之，是大要也。"这些与现代中风病的调护是基本一致的。

九、《针灸甲乙经》

晋代皇甫谧的《针灸甲乙经》，是我国现存最早的针灸专著，全书总结了晋以前的针灸临床经验，并有新的发挥，对后世针灸学发展影响深远。而《针灸甲乙经》中对中风病的论述，大体有以下三个方面。

1.《甲乙经·卷六·八正八虚八风大论》"所谓风者，发屋拔树，扬沙石，起毫毛，发腠理者也。风从其卫后来者，名曰虚风，贼伤人者也，主杀害，必谨候虚风而谨避之。"此段论述进一步阐发了《黄帝内经》三虚与中风病发病的关系，强调了"正虚邪中"的发病机制。

2. 提出了"阳受病发风"的论述，并完善了"三虚"概念和临床病症　如《甲乙经》："卒风暴起……夫邪之入于脉也，寒则血凝泣……亦如经水之得风也"；"乘年之衰，逢月之空，失时之和，人气乏少，困为贼风邪气所伤，是谓三虚"；"卒然暴死者……得三虚者，死疾"。

3. 详细介绍了中风病症状的针刺、穴位、手法等　如"令真气

寸，大气留止，故命曰补”；“病先起于阳，后入于阴者，先取其阳，后取其阴，必审其气之浮沉而取之”；“口不能水浆，喝僻，水沟主之；口僻喝，外关主之”；“偏枯四肢不用，善警，大巨主之”，并且还提到治疗中风病的49个穴位，如劳宫、大陵、间使、冲阳、神门、合谷、中渚、天井、大都、关元、照海、解溪、昆仑、飞扬等，极大地丰富了中风病的针灸治疗，更加完善了汉唐时期的中风病治疗内容。

十、《唐代文献散见医方证治集》

冯汉镛的《唐代文献散见医方证治集》收录了唐以来古文献的经、史、子、集四类266部著作中散见的医药记载，其中记录了一些有关中风病的论述。如《唐书·方技传》记有张文仲善疗风疾，武则天则令其编撰疗风诸方。文仲说：“风有一百二十四种，气有八十种，大抵医药虽同，人性各异。……自余则随其发动，临时消息之，但有风气之人，春末夏初及秋暮，要得通泄，即不困剧”，于是则撰四十常服及轻重大小诸方十八首。又《唐书·方技传》记有胤宗以黄芪、防风煮汤石斛熏蒸，治疗王太后病风不能言，脉沉之症。诸如此类，不胜枚举。

第二节　宋金元明时期的认识

历史上这个时期，中国的科技水平获得了很大发展，印刷业和造纸术日渐发达。政府还设立了专门的校正医书局，允许药品买卖，兴办医学教育，建立了官方机构“风科”，这些诸多的有利因素，促进了医学的发展并把它推向了一个新的高潮，同时也给中风病的理论研究和实践研究带来了新的发展机遇。这个时期也是中国医学各科进步、学术争鸣、全面发展的一个重要历史时期。

一、《圣济总录》

宋代政和中的《圣济总录》一书着重论述了“五脏中风”的症状

并提供了治法与方药。如肝中风："肝风之状，多汗、恶风、善悲、嗌干、善怒，时憎女子者；有头目瞤，两胁痛，行常伛偻，嗜甘如阻妇状者；有但踞坐不得低头，绕两目连颜色微青，唇青面黄者。治法：宜灸肝俞，后以药治之。以下列有相关方药：石膏汤、排风羌活散、升麻汤、白鲜皮汤、雄黄丸、犀角丸、天麻丸、羌活散、天雄散、丹砂丸。"心中风："心风之状，多汗恶风，焦躁善怒吓，赤色，病甚则言不快。……又其证胸背拘急，不可倾侧，面赤头痛，燔燔发热，不能安卧，以心主血脉，其风日久，随荣卫行，内外相搏，蕴积而热也。下列方药：人参饮、辰砂天麻丸、牛黄丸、定神琥珀丸、乌犀散、人参丹砂丸、安神定志牛黄丸、金薄琥珀丸、丹砂煎。"脾中风："脾风之状，多汗恶风，身体怠惰，四肢不欲举，色薄微黄，不嗜食。诊在鼻上，其色黄。又曰：踞而腹满，身通黄，吐咸汁。又曰：燔燔发热，形如醉人，腹中烦重，皮肉瞤动，短气。下列方药：独活汤、秦艽汤、当归丸、槟榔丸、牛膝酒、茯神丸、人参散、麻黄汤、丹砂散、藿香汤、天麻丸、一字散、独活丸、羚羊角丸。"肺中风："肺风之状，多汗恶风，色白，时咳短气，昼日则差，暮则甚，诊在眉上，其色白。又口燥而喘，身运而重，喘而肿胀，偃卧则胸满短气，瞀闷汗出。以下给出诸方：防风散、羚羊角散、大排风天麻散、白花蛇散、羚羊角丸。"肾中风："肾风之状，多汗恶风，脊痛不能正立，其色火台，隐曲不利。诊在肌上，其色黑。下列方药：海桐皮散、杜仲丸、防风丸、白花蛇丸、防风汤、牛黄天麻散、天雄浸酒方、石斛浸酒方、吴茱萸丸。"可见当时对中风病治疗的方药已经相当丰富了，而且认识也更加深刻。

二、《三因极一病证方论》

陈无择在《三因极一病证方论》中说："夫风为天地浩荡之气，正顺则能生长万物，偏邪则伤害品类。人或中邪风，鲜有不致毙者，故人脏则难愈。如其经络空虚而中伤者，为半身不遂，手脚瘫痪，涎潮昏塞，口眼喎斜，肌肤不仁，痹痒挛僻，随其脏气，所为不同。或左或右，邪气反缓，正气反急，正气引邪，喎僻不遂。盖风性

紧暴，善行数变，其中人也卒，其眩人也晕，激人涎浮，昏人神乱，故推为百病长。……然四气皆能中人，在证亦有缓纵、挛急、搐搦、痹瘁、奄忽不知人也，不可不以脉别。”这段论述精辟地分析了中风病发病的原因、症状表现及临床诊断的要点。也是后人一直借鉴的地方。

三、《济生方》

宋代严用和《济生方》在总结《黄帝内经》、《伤寒》、《千金方》以及前人治疗中风病的基础上，提出了正气亏虚和情志内伤才是导致中风病发生的根本原因。书中有“大抵人之有生，以元气为根，荣卫为本。根本强壮，荣卫和平，腠理致密，外邪客气焉能为害？或因喜怒忧思惊恐，或饮食不节，或劳役过伤，遂致真气先虚，荣卫失度，腠理空疏，邪气乘虚而入。及其感也，为半身不遂，肌肉疼痛；为痰涎壅塞，口眼喎斜，偏废不仁，神智昏乱；为舌强不语，顽痹不知，精神恍惚，惊惕恐怖；或自汗恶风筋脉挛急，变证多端。治疗之法，当推其所自。若内因七情而得之者，法当调气，不当治风；外因六淫而得之者，亦先当调气，然后依所感六气，随证治之，此良法也。”

四、《太平惠民和剂局方》

《太平惠民和剂局方》是宋代著名方书之一，为宋代官府药局——和剂局的一种药物制剂处方配本，该书首论诸风，凡89方，将外感诸风与中风病混杂而论。在中风病的治疗上注重祛风（如排风汤、防风汤、小续命汤等）、重用脑麝等贵重药物（龙脑、麝香、牛黄、犀角等）、喜用虫类和祛痰药（如乌蛇、僵蚕、天南星、地龙），且常利用丹丸来进行急救（如至宝丹、紫雪丹、牛黄清心丸、苏合香丸）。而作者在《指南总论》中亦总结了中风病的常用治疗方法：如对急性昏迷、涎潮昏塞、舌强不语者，用通关散搐鼻，次服至宝丹；气虚年高者仅用至宝丹；对半身不遂、口眼喎斜者，用七宝丹、小续

命汤、追风应痛丸；对中风病邪气入腑、狂言恍惚者，给予排风汤；对手足瘫痪者，多服用青州白丸子；对项背拘强、牙关紧急者，可给三五七散；对腰脚软弱者，可给予活络丹、七宝丹等。以上这些方法仍然为当代医家沿用。

五、金元四大家

金元时期四大家对中风病也有不同的理解，而且各具特点。

(一)刘完素

刘完素在学术上以“火热论”著称，这可能与当时流行热性病有关。他主张《黄帝内经》19 条病机大都是火热为病，提出火热病机学说“六气皆能化火”。认为中风病是“心火暴甚”所致。如《素问·玄机原病式》：“俗云风者，言未而忘其本也。中风瘫痪者，非谓肝木之风实甚而卒中之，亦非外中于风尔，由乎将息失宜而心火暴甚，肾水虚衰不能制之，则阴虚阳实，而热气怫郁，心神昏瞀，筋骨不用，而卒倒无所知也。多因喜、怒、思、悲、恐之五志有所过极，而卒中者，由五志过极，皆为热甚故也。”《素问·病机气宜保命集·中风论》：“风木生子热，以热为本，以风为标，凡言风者，热也，热则风动”，从而指出中风病的病因为五志过极，病机为心火暴甚、肾水虚衰，强调中风病“内风说”。刘氏在中风病的治疗上也与前人不同，主张用寒凉药物除怫热，开结滞，散风寒，以使气血宣通，筋脉濡养；对于中风病闭证，选用至宝丹、灵宝丹以开窍。他还独创了用地黄饮子治疗肝肾阴阳双亏之证；用当归龙荟丸降肝火上冲；以防风通圣散除腑实积热而兼有表症者，这些法则与方药至今仍被广泛应用于临床。刘氏第一次将中风病辨证分为中脏和中腑二型：“其中腑者，面加五色，有表证，脉浮而恶风恶寒，拘急不仁。或中身之后，或中身之前，或中身之侧，皆曰中腑也，其治多易；中脏者，唇吻不收，舌不转而失声，鼻不闻香臭，耳聋而眼瞽，大便秘结，皆曰中脏也，其治多难。”在临证上，刘氏采用六经分类而治疗，如“中风有汗无热……宜针太溪。此证，少阴经中风也。……中风

六证混淆，系之于少阳、厥阴。或肢节挛痛，或麻木不仁……厥阴之井大敦，刺以通其经；少阳之经绝骨，灸以引其热。是针灸同象法，治之大体也。”临床上以恶寒为主的，属太阳经；以身热为主的，属阳明经；以无汗身凉为主的，属太阴经；以有汗无热为主的，属少阴经；若寒、热、汗诸症错杂，或仅有肢体运动、感觉障碍，则属少阳、厥阴经。并按经选取四肢远端的腧穴（主要为并穴）治疗。

（二）张从正

张从正善用汗、吐、下三法，被后世称为“攻下派”倡导人。他认为中风病属“肝木”为病，《儒门事亲》：“夫风者，厥阴风木之主也。诸风掉眩，风痰风厥，涎潮不利，半身不遂，失声不语……肝木为病，辨气在头。”在临床上主张用防风通圣散、防风天麻汤、防风汤之类药物治疗中风病。

（三）李东垣

李东垣是“脾胃学派”的代表，对于中风病的认识，更有独到之处。他提出了“本气自虚”、“形盛气衰”的发病规律，确立了“和脏腑，通经络，便是治风”的辨证观点。并按照病情的轻重将中风病分为中血脉、中腑、中脏三种证型。同时提出两点注意事项：中血脉、中腑之轻病，早期不宜用龙脑、牛黄、麝香之类药物，以免引风深入；对于大便不通者，不可一概用大戟、芫花、甘遂等通利之品，恐伤正气。李氏根据中风病外有六经形证者，首创了“分六经变化”来治疗中风病的方法，并按照证候变化，运用小续命汤及其加减变化之方来进行治疗，如麻黄续命汤、桂枝续命汤治疗太阳中风病证；白虎续命汤、葛根续命汤治疗阳明中风病证；附子续命汤治疗太阴中风病证；桂附续命汤治疗少阴中风病证；羌活连翘续命汤治疗少阳、厥阴中风病证。并配合相应的针灸治疗。且善用长针放血治疗偏枯，如《东垣试效方》卷九记载了这一疗法：“陕师郭巨济，病偏枯，二指著足底不能伸，迎先师于京师治之。重则以长针刺委中，深至骨而不知痛，出血一二升，其色如墨。又且缪刺之。如是者六七次，服药三月，病良愈。”这段描写足以说明东垣重视针

药结合，重视脾胃的辨证治疗。

(四)朱震亨

朱震亨，尊称丹溪，是“滋阴派”的代表，其对中风病的学术观点可归纳为以下几点：其一，丹溪主张“痿”与“风”不可同治，主张“因病而制方”，如至宝丹、灵宝丹虽治中风病不语，然有失声不语；有舌强不语；有神昏不语；有口噤不语；有舌纵语涩；有舌麻语涩等症，应区别辨治，不可拘泥于一方一药。其二，丹溪在《局方发挥》中，较为系统地分析了治疗诸风的用药规律，指出其立法方药的不当或错误，并分析了龙虎丹、排风汤、三生饮、骨碎补丸、七圣散等药，在组方选药上的矛盾和错误。其三，区别内风与外风的不同。丹溪在《局方发挥》中说：“虽然岐伯、仲景、孙思邈之言风，大意似指外邪之感，刘河间之言风，明指内伤热证，实与痿论所言诸痿生于热相合。外感之邪，有寒热虚实，而挟寒者多；内伤之热，皆是虚证，无寒可散，无实可泻。”从而区别了外感之风与内伤之风，在治疗上也强调古方用麻黄、附子等药，久服贻害不浅。其四，朱氏论治中风病，注意地域和个体的差异，并将中风病分四型证治：血虚挟火与湿、死血留滞、外中于风、中气。在治疗中强调“血虚有痰，治痰为先，次养血行血”的观点。在治标的同时，更不忘“治病求本”，而且治方法多样，在用药的同时，配合按摩、针灸、导引、砭石、熨药等方法。

(五)罗天益

罗天益为李杲晚年的得意门生，在一定程度上继承了李杲的学术思想，并结合自己的临床经验编写了一部《卫生宝鉴》。其对中风病的归纳整理和认识，可以归纳为有两个方面。其一，罗天益将治疗中风病的方药按风中血脉、风中腑兼中脏、风中脏三大类分别归纳、整理，兼论治法用药、医案和服药方法等，方便了后世的学习与借鉴、且容易掌握和区别；其二，罗天益专列了中风病的针法，详细论述了中风病半身不遂、失语的诸经取穴和主治。如治疗半身不遂取经七条，选穴 11 个；失语取经七条，取穴 12 个。这样简

明扼要，易为临床掌握。对于中风病的针刺方法，分从阳引阴和从阴引阳治中风病偏枯两论，详细论述了十二经交接及各经所取穴的部位和穴位。对中风病灸法，他指出治疗中风病除了用方药外，还必须用灸法才能收到很好的效果，而且具体给出了风中脉口眼喎斜（听会、颊车、地仓）、风中腑手足不遂等疾病（百会、发际、曲池、风市、足三里、绝骨）和风中脏气塞涎上不语昏危者，下火立效（百会、大椎、风池、肩井、曲池、足三里、间使）等证候的穴位和灸的壮数及次序。

（六）《妇人良方大全》

陈自明，南宋名医，他认为血虚是中风病发病的根本原因。《妇人大全良方》指出："妇人血气虚损，故令中风也"；"人有劳伤血气，半身偏虚者，风邪虚人，客于半体，名为偏风也。其风邪人深，真气去，邪气留，发为偏枯。由此血气衰损，风为所客，另血气不相周荣于肌，故令偏枯也。"从而指出血气虚损是"正虚邪中"的关键，完善了丰富了中风病气、血、痰、火致病学说，为后世脑缺血观点之开端。陈氏在临床中主张"医风先医血，血行风自灭"，如他在妇人贼风偏枯方论第八论中指出："医风先医血，血行风自灭是也。治之先宜养血，然后祛风，无不愈也。"应用大八风汤、增损茵芋酒、续命汤。在这三个方剂中，都重视了养血、活血之品，如生地、当归、芍药、五味子、石斛、黄芪、人参、续断等。后人以此为基础，提出了养血、行血、活血、凉血等诸多疗法治疗中风病的方法。

（七）《世医得效方》

元代危亦林著《世医得效方》19卷，其中设虚证（14首）、热证（17首）、通治（55首）三类方药来治疗中风病，这种方药分类也给临床辨证用药提供了方便。危氏专设中风要论，提出中风病不可多用吐泻，以免加重病情，应该用化痰及治本的健脾除湿法。他还强调积极预防中风病，并用灸、敷、洗等法，以对症处理。如："诸急卒病，多是风，初得轻微，人所不悟，宜速治之。""若风归手足，名曰小中，不宜用正风药治，但用平和汤剂"。

(八)《明医杂著》

明代医家薛己,根据王伦《明医杂著》中病有感、伤、中的区别,认为中风病是急危重症,应当分清真中、类中,不可不别。如《明医杂著》中有"夫中风者,《黄帝内经》主于风,此真中风也。若河间主于火,东垣主于气,丹溪主于湿,皆是因火、因气、因湿而为暴病暴死之症,类中风而非真中风也。治者审之!"薛氏在预防和治疗中风病方面,均重视补益真气、元气,尤其注重脾肾,善用四物、六君、六味、八味、补中益气等药。书中卷四风证篇所列的40多种病案中,均以扶正为主,无一例外,如此可见一般。

(九)《古今医统大全》

徐春甫所编的《古今医统大全》,是集明代以前历代医书及经史诸家有关医药资料的分类汇编。该书从病因、病机、辨证、治法、禁忌、鉴别诸方面汇集各医家对中风病的论述,并列以标题,以示自己的观点认识;同时徐氏还汇集了诸家治疗中风病的方药,分为通治风证诸剂(27首)、发表诸剂(18首)、攻里诸剂(8首)、吐剂(10首)、理气诸剂(4首)等十个方面,可以说是明以前治疗中风病的方论比较全面的总结。徐氏重视灸法在中风病防治中的应用,提出灸法治风中于络,手足不遂,可选用百会、曲池、风市、足三里、绝骨,并指出"在左灸右,在右灸左",并以这些穴位来防治中风病先兆症状。另外,徐氏还总结了十条养生导引法来预防中风病的发生。

(十)《医学纲目》

楼英在《医学纲目》中列出了历代医家的中风病论述,将中风病分为卒中之初中、分浅深(中浅半身偏痛舌能言,中深半身不收舌难言)以及产后中风、口眼㖞斜、痱五大章节,每一章节都论述了风症辨异,诊法,辨气、血、痰、火、虚等,治法,方药,这种分类方法独树一帜,是以前所没有的。该书在卷十《中风论》中曾多次提到吐法、涂法、熨敷、针刺、艾灸等方法,对以前诸家治疗的方法进行了总结。楼氏在卷十七,单以卒中暴厥立论,提出了卒中概念,并

将中风病列为卒中之一，且对痿、痱、中风做了区别。

（十一）《本草纲目》

李时珍《本草纲目》一书虽然是药物学专著，但其中亦有对中风病的论述。《本草纲目·上册》吸收了先前医家治疗中风病的经验，并对此进行了归纳总结，如对李东垣随证用药汇总为："风中五脏——耳聋目昏，先疏其里，三化汤。然后行经，独活、防风、柴胡、白芷、川芎随证用之。风中六腑——手足不遂，先发其表，防风、羌活为君，随症加药。然后行经养血，当归、秦艽、独活之类，随症用之……"。李氏当时已认识到中风病的危害，将之列为"大病之主"的第一，在百病主治药物中亦首列治疗诸风药物，通过十二个方面归纳了治风药：如吹鼻、熏鼻、擦牙、吐痰等。每一个小节下均有使用方法和药物，部分还详细说明了药物加减变化和配方情况，这些对后世选方用药是有指导作用的。

（十二）《针灸大成》

明代针灸大家杨继洲编著有《针灸大成》一书，其中卷八为针灸治疗篇，下设病症二十三门，并列中风病专章，对后世的中风病治疗，特别是针灸的选择具有极大的指导意义。首先，杨氏在《中风论》中重视中风病的中脏、中腑的分类，提出"五种不治"证候：开口、眼闭、撒尿、遗尿、喉中雷鸣。其次，杨氏系统提出了中风病的针灸方法。他将中风病分急性期和瘫痪期来进行辨证施针。对于中风病急救针法，采用三棱针刺十二井穴，以去除恶血；对于瘫痪期各种症候，如口眼喝斜、手足麻木、神昏不语等症，宜选用百会、大椎、风池、肩井、曲池、足三里、印堂、外关、颊车、地仓、手三里、通里、环跳、委中等穴。并要求阴症中风，宜"先补后泻"，"先针无病手足，后针有病手足"，这些都是我们现在临床的首选穴和治疗针法，可见杨氏对后世的影响之深。杨氏在治疗的同时还重视中风病的预防，指出在先兆症候出现时，宜急灸足三里、绝骨四处，各三壮，后用生葱、薄荷、桃柳叶四味煎汤淋洗，这样可以预防发病。

(十三)《证治准绳》

王肯堂著《证治准绳》,其中第一册《杂病·诸风门》首先论述卒中暴厥、中风病,足以证明作者对中风病的重视。王肯堂主张对卒中暴厥的治疗,用药应平稳。初发病时,采用不升不降,不寒不温之剂治疗,如用麻油、姜汁调苏合香丸,三生饮加人参、竹沥灌服等。王肯堂尊东垣分型,仍将中风病分成中血脉、中腑、中脏三型,但他提出中腑者多兼中脏,在每一种证型下都列有治法方药,并重用黄芪,以防风为伍。如口噤喝加秦艽,痰多加竹沥等,体现了灵活对症的观点。对中风病先兆者,重视预防为主,如《证治准绳·杂病》:"始觉大指次指麻木不仁或不用……宜先服用愈风汤、天麻丸各一料,此治未病之法也。"这是较早的预防中风病的药物组成。王肯堂还根据临床经验,对古人所谓的不治之症,提出:"若五症不全见者,速服参芪膏,灸脐下,亦有得生者……或初病,或久病忽吐出紫红色者死"。说明王肯堂在临床观察得非常仔细和认真,可以准确地判断出疾病的预后。

(十四)《寿世保元》

龚廷贤著《寿世保元》,他提出中风病有真中风和类中风之别,辨证分类为中脏、中腑、中血脉三型,虽与前贤名称相同,但内容实质却异。指出中风病、瘫痪均有虚实之别,如:"论中风,手足软弱,不能举动,外症自汗者,虚中风也。若手足强急,口眼喎斜,伸纵痛者,实中风也。"在临床中确实常见到硬瘫和软瘫患者,这种分类方法,对治疗有指导意义。龚氏还专门探讨了中风病先兆症候表现,如大拇指、次指麻木,手足少力,肌肉蠕动。主张应当早期预防,可朝服六味地黄丸或八味丸,暮服竹沥枳术丸与搜风顺气丸,二药间服,诸病可除,即治未病。

(十五)《医贯》

赵献可在此书中认为,"阴虚为中风的根本",并提出阴虚有二,有阴中之水虚,有阴中之火虚;火虚者专以河间地黄饮子为主,水虚者当以六味地黄为主。反对治疗中风病用辛温燥热之品。他

还认为中风病是由于肾虚兼痰所致，治疗时急则化痰开窍以治标，无论肾虚或痰盛，均以补肾为根本。

（十六）《景岳全书》

张介宾（号景岳）对中风病的认识可归纳为以下几点：

（1）在《类经》中详细阐述了诸风，如风证、风传五脏、肾风风水、酒风、偏风等风证。

（2）《景岳全书·杂证谟》："盖有所中者谓之中，无所中者谓之属"。张氏详细论述了汉唐以前所指诸风，均以外邪而言，指出中风病有"真风"与"属风"之别，从而提出中风、属风。

（3）力倡"中风非风论"。他在《黄帝内经》及前人中风病学说的基础上，提出了"中风非风"的观点，他认为《黄帝内经》所言之中风病，并非当时所言之中风病，二者是互不相干的疾病，故在治疗上亦无参照之处。又说自仲景创立中风病名以来，众说纷云，却忘记真中风病，指出"中风非风"，强调中风病非外邪所中的观点。

（4）在非风思想指导下，在辨证中强调寒热、气血、阴阳、虚实以及经脉之别，治疗上分"经病之轻证"、"经病之危证"、"脏病之稍轻证"、"脏病之危证"四型。始终注意阴阳虚实及气血寒热之区别，这有别于《金匮》的分类。

（5）在临证上，提出了独特的用药佐使认识。《景岳全书·杂证谟·论用药佐使》"凡风闭者，宜散而通之，如麻黄、桂枝、柴胡……"等。并主张通经佐使的同时，必须观察阴阳虚实的变化，随证用药。

（6）批驳了河间立论治法不相符合；东垣证型选药混乱；指出丹溪所言"左右"实质，不可盲从。

第三节　清朝时期的认识

清朝对于中风病的认识日渐完善，临床上有阴阳、寒热、虚实、闭脱的区别，辨证分型也更加清楚和仔细。而且随着温病学学术

体系的确立，使温热所致的神志异常、肢体瘫痪、语言障碍等与中风病相鉴别。其中具有代表性的医家有以下几位。

一、《尚论后篇》

喻昌在《尚论后篇·真中篇》中指出中风病属“内风”，无外邪而发病者，称为“真中”。从而区别了外风与内风的病因病机是不同的，在治疗中推崇仲景的侯氏黑散。喻氏临床论治必先议病，强调内因为本，重视大气，注重气血，治法多变，善于调摄。在处方用药上，主张“中风乃杂合之病，必须以杂合之药治之”，另外他还在病位、病机的角度提出了“五律”，指出其治疗不当之处。如“凡风初中经络，不行外散，反从内夺，引邪深入者，医之过也”等五条，来说明医师不明病位而妄用汗、下、利或不明标本虚实而滥用补泻，这些都会造成患者的伤害。喻氏在临证上亦相当注重中风病急性期的救治，指出卒中、气闭痰迷之证，应开窍为先，但应分清闭、脱证。对于热阻关窍的，可选用牛黄丸开之；寒阻关窍的，可用苏合丸开之。口开、手撒、遗尿等脱证，急用人参、附子等峻补，或可得生；万不可用牛黄、苏合之药，入口即死。

二、《张氏医通》

张璐在所著《张氏医通》中对于中风病的论述，多尊前贤，特别是对张景岳的“中风病治痰”思想颇多发挥，如“凡瘫痪癫疯，半身不遂等证，皆伏痰留滞而然。……凡经络之痰，概由津血之所化也……故凡治痰之药，在元气无伤而有壅滞者，乃可暂用分消，岂云无效。若病及元气而但知治标，则未有曰用而不曰败者矣”。说明无痰或元气亏虚而妄用攻痰之药，会导致津血元气更亏，痰邪更甚。张氏在其医论部分，谈及了诸症的选药及加减变化，并附医案于后，如口眼喎斜，左瘫右痪，神志昏迷，四肢不举等症。对于可以加减通用的古方，冠以“方祖”，方便了临床辨证选用。如小续命汤；涤痰汤、导痰汤等均为二陈汤加减方。

三、《古今图书集成·医部全录》

《古今图书集成·医部全录》是现存规模最大、体例较完善的官修医学类书。其对中风病的论述，统归于风门，自 217 到 225 共 9 卷，前 4 卷辑录诸家论述，包括《黄帝内经》、张仲景、孙思邈、刘完素、张从正、王肯堂等 24 位医家的观点。中见 3 卷辑录清以前诸家治疗风证的方剂约 246 首，从脏腑、经络、气血、阴阳以及风、火、痰、气、瘀、虚等方面，归纳了中风病治疗大法和方药。后 2 卷为单方、针灸、导引及医案部分，共收录单方 166 首，针灸 56 个穴位。分别采用内服、外熏、热熨、酒冲、擦牙、搐鼻、指掐、点按、艾灸等方法，丰富了中风病的治疗。

四、《金匮翼》

尤怡著《金匮翼》，开卷首列中风病统论，从病因、发病角度提出："人之为病，有外感之风，亦有内生之风。……则中风之病，其本在肝。"强调了"肝风"是中风病发病的基础，认为中风病的病因有外感之风和内伤之风，外风与内风往往相互为病。风邪从外面入者，必有肝风为其内因，痰火食气从内而发者，也必然有肝风为其基础。其理论源于《黄帝内经》"风气通于肝"和"诸风掉眩，皆属于肝"的理论。这种认识，发前人之所未发，对临床治疗有指导意义，并为后世医家所推崇。尤氏从症候诊断的角度，根据其病在脏腑经络之浅深轻重将中风病辨证为："口眼歪斜，络病也，其邪浅面易治；手足不遂，身体重痛，经病也，邪差深矣，故多从倒仆后见之；卒中昏厥，语言错乱，腑病也，其邪为尤深矣。大抵倒仆之候，经腑皆能有之。其倒后神志入者在经，神昏不识人者在腑耳。"如此分类方法，是对仲景分类法的补充，通过证候归纳，判定为某种证型，这是症候诊断学的一大进步，也便于临床掌握和运用。尤怡根据正虚邪实，表里缓急，确立了中风病治疗八法，即：开关，固脱、泄火邪、转大气、逐痰涎、初热风、通窍隧、灸脘穴。并在八法急救之后，

按五脏中风病分治，以随症缓调，起到抛砖引玉的作用。将之统一命名为新定苁蓉丸、新定肺风人参汤、新定脾风白术汤等。

五、《医学心悟》

程国彭，沿用东垣辨证分类方法，将中风病分为中腑、中脏、中血脉三型，并有气虚、血虚之别。《医学心悟》："气虚者，偏于右，佐以四君子汤。血虚者，偏于左，倍用四物汤，气血俱虚，左右并病，佐以八珍汤，此治中风病之大法也。"程国彭再议"真中"、"类中"。主张"真中风病"者，一为风中于太阳；一指偏枯喎斜之症。而"类中风病"者，似中风病而非中风病也，谓火中、虚中、湿中、寒中、暑中、气中、食中、恶中，共八种。如此就将中风病更加具体化了。对于闭证和脱证的救治，他在临床上主张脱证应治以温补元气，选用大剂附子理中汤灌之；痰盛的，以三生饮加人参灌之；闭证的，用搐鼻散吹之，次用牛黄丸灌之。

六、《临证指南医案》

叶天士，著有《临证指南医案》，提出"肝阳化风"、"阳化内风"的中风病论点。认为中风病乃为内风，是由于精血虚耗，水不涵木，故使肝阳偏亢，肝风内动。叶天士根据自己的理论，提出了"缓肝之急以熄风，滋肾之液以驱热"的治疗大法，以及"气重以镇之，介类以潜之，酸味以收之。复人滋肝凉肝，引之导之，浮阳内风，勿令鼓动"的具体用药原则。叶氏专设眩晕、肝风，论述了中风病先兆的症状。在书中记载有 36 个肝风和 15 个眩晕案例，其中大多数为今天所讲的中风病先兆症状。这对于中风病的预防是有积极意义的。

七、《风劳膨膈四大证治》

姜天叙所著《风劳膨膈四大证治》，认为中风病就是"中风病"，无真中、类中之分，也不单是外风所为，力主"非风"说。姜天叙主

张应以养血祛风、顺气化痰为主，不必过分强调某病属某经某脏来治疗。他提出应根据临床表现，如猝然昏仆、不语、半身不遂、口眼喎斜、四肢不举、小便不利等症状分别进行辨治的观点。

八、《医林改错》

王清任，重视解剖，崇尚实践，对于中风病以“气虚归并”、“气虚血瘀”立论，对后世影响极大。王清任大胆创新，批判地继承、创立和发展了脑髓理论，提出“盛脑髓者，名曰髓海”；“人之灵机记性在脑”的观点，说明了脑在人体中的重要作用。他认为中风病为“气虚所致”，并不以中风名之，而以半身不遂、口眼喎斜、语言謇涩等症状来进行辨治，具有一定的临床意义。在治法上针对中风病“气虚血瘀”的病机，创立了补阳还五汤以益气活血，方中补气药与活血药并用，对治疗中风病、尤其是中风后遗症疗效显著。他还专门讨论了中风病的预防和未病前的症状，如“小中风”——中风先兆症状。

九、《医醇賸义》

费伯雄，对中风病列章专论，言虽不多，却议论非凡。具体表现在：其一，阐述中风病的传变规律，指出中腑为胃（胃腑），中脏为心（心脏）。这也是对仲景经络脏腑分类辨证的补充和发挥。费伯雄辨证治疗时，推崇仲景侯氏黑散，并且自制方药来治疗。如中络用加味桂枝汤；中经用养血祛风汤；口眼喎斜用消风反正汤；半身不遂气虚用黄芪九物汤，血虚用舒筋通络汤；中风病气血皆虚用补真汤。

第四节　近代医家对中风病的认识

中国近代随着西方医学的大量涌入，客观上给我们带来了先进的医学科学知识，促进了我国传统医学的发展，增强了各国人民

之间的医药学交流。在此阶段诸多医家吸收了西医知识，更详细的阐发了中医理论，并涌现出许多“中西医贯通、辨证与辨病相结合”的医学流派。特别是新中国成立以来，国家制定了中医、西医、中西医三者长期并存，保护民族医药，积极发展中医的政策，为中医学的发展提供了前所未有的历史机遇。对中风病的认识水平也有了一个历史性的飞跃，包括中风病的病名的统一、病位、病因病机、舌、脉、症、辨证规律等的研究，确立了中风病的诊断和疗效的评定标准。这一时期最具代表性的医家有以下几位。

一、动物实验方法研究

张伯龙，清末民初著名医家，他首先参照西医“血冲脑气筋”之说，开创动物实验方法研究中风病之先河。阐述了西医血冲脑气筋之病，皆由肝风内动，肝气上扬，血气并走于上所致，即所谓中风病。并提出北方之人中风病多为阳虚证，南方之人中风病多为阴虚证的临床观点。他认为类中风病有虚有实，然实证者甚少，间或有之，用清火通便药数剂即可，切不可用温散药予以升散，愈升散愈易动风。治疗上应采用滋阴潜阳之法，初期选用龟板，磁石，阿胶，女贞子，生、熟地黄等药，并随症加减。

二、中西医汇通学派

张锡纯，为“中西医汇通学派”创始人，对中风病从理论、机制、方药、预防等多个方面进行了论述。

1. 中西合参，阐发内风机制　张锡纯认为中风病主要是由于脏气大虚、禀赋素虚，或劳力、劳神过度引起，而导致经络受风，直达脏腑，致使脏腑功能失职。出现猝然昏倒、言语謇涩、大小便不利或失禁、四肢不用等症。指出中风病有内风、外风、真中风病、类中风病之别，外风是因正气虚，邪人脏腑所致，具有表证，即所谓真中风病；内风是指风从内生，非从外来，无表证，即所谓类中风病。他又结合西医学，阐发了《黄帝内经》的条文，认为煎厥乃由大怒引

发肝火内动，挟气血上冲脑部引起；大厥乃因气血并走于上，导致脑中充血，血管破裂所致；薄厥乃脑中瘀积之血影响脑部所致，通过这些分析，说明了内风就是西医所谓的脑充血。

2. 辨证施治　认为有脑充血、脑贫血的区别。张锡纯在《医学衷中参西录》中指出："人之全体运动皆由脑髓神经司之"："脑髓之质原为神经之本源也"，强调了脑髓与人体神志、知觉和运动的关系。但是应当区别脑充血和脑贫血，他们都与气血的多少有关。脑中血液过多，排挤脑髓神经，使失所司，为脑充血；脑部血液过少，不能濡养脑髓神经而失其所司，为脑贫血，应针对不同的病症给予不同的治疗。

3. 治法方剂，当分轻重缓急　张锡纯认为，中风病若属真中、外中，则有偏寒、偏热和无甚寒热之别，偏热用风引汤；偏寒以自拟法，先以胡椒浓汁灌之，继以干姜、桂枝、当归调服，后以黄芪、乳香、没药收效；无甚寒热则用搜风汤；若气虚偶为邪风所中，去人参，加蜈蚣、全蝎；证实闭塞甚，或二便不通，或脉象郁涩，加大黄通外散。若属类中、内中，则有脑充血和脑贫血之别。脑充血早期用镇肝熄风汤，中期用起痿汤，晚期用养脑利肢汤；脑贫血早期用加味补血汤，中期用干颓汤，晚期则用补脑振颓汤。以上这些治法，可反映出张氏分期治疗和用方的特点。

4. 药物选择紧扣病机，独具特点　张锡纯在中风病的用药方面，凡脑充血，立法镇肝降逆、滋补肾阴，清热通络；对于脑贫血，应用补气养血，通经活络。

5. 重视未病先防　张锡纯较具体地总结了内风先兆的临床表现，提出了内风先兆的诊断标准和防治方法。即若患者具备以下症状的第一条，再具备二至五条中之一二条，可诊断为内风先兆（脑充血型）：

（1）脉弦硬而长，或寸盛尺虚，或大于常脉数倍，而毫无和缓之意。

（2）头目常眩晕，或觉脑中昏聩，健忘，或常觉疼，或耳聋目胀。

(3)胃中气上冲,阻塞饮食下行,或气起下焦,作呃逆。

(4)心中烦躁,或心中发热,或梦中神魂飘荡。

(5)舌胀,言语不利,或口眼歪斜,或半身麻木不遂,或头重脚轻。这为后世医家如何预防和诊断中风病提供了准绳。

三、《中风斠诠》

张山雷著《中风斠诠》,开卷首篇即列风病,以外风、内风为两大纲。阐发了《素问》"血之与气并走于上,厥则暴死……"与"血菀于上使人薄厥"两条的意义,以此为今之所谓"中风病",正与当时西方脑溢血"血冲脑筋"说法符合。继而强调了明辨内因、外因的重要性,切不可混淆误治。张山雷认为中风病乃由内因之风引起,病机为血冲脑筋,治疗上提出了内风的八种治法,并附以方剂。八法为:闭证宜开;脱证宜固;肝阳宜潜镇;痰涎宜开泄;气逆宜顺降;心、肝液宜培养;肾阴宜滋填;通经宜络。在治法上张氏突出以"潜镇摄纳"四字为主,选贝类为第一主药,如珍珠母、石决明、牡蛎等。分清主证、兼证,标本虚实,灵活用药。

四、《中风问答》

蔡陆仙著《中风问答》,先分中风、类中,再列中风病的症状,后搜集众方,凡59问,使人一目了然,有法可依。蔡陆仙根据自然界冷热推移,寒热流动,风气运动变化和成风之理,说明中风病"即天地间寒热偏胜之风气,中人而卒病也",不必言真中、类中。他对中风病的轻重浅深认识,基本与仲景相似,治法尊尤怡八法论治。

五、《中医神经病学》

罗练华著《中医神经病学》,提出了中医神经病的治则和治法,分九类论述了神经系统疾病,其中包括脑血管病的诊治。罗练华认为中风病相当于西医的脑血管疾病,并提出借助现代医学的腰穿、脑脊液、脑血管造影等确定诊断。但是治疗上还是中医辨治,

脑出血：常有“三偏”症状，中医辨证为中脏腑，急性期按闭证、脱证抢救，病情稳定后按中风后遗症辨证调治。脑血栓形成：起病缓慢，常出现偏瘫、语言不利等症，中医辨证为中经络，虚证应益气活血通络；实证应活血化瘀，开窍通络，祛痰除湿等。脑栓塞：起病急，口眼歪斜，语言不利，半身不遂，多无意识障碍，中医辨证为中经络，治疗应活血化瘀，益气通络。这些论述与现代观点基本一致。

第五节　对中风病病因和病机的认识

对中风病的病因、病机的认识，历来观点不一。唐宋以前主要是以“外风”学说为主，多以“内虚邪中”立论。而唐宋以后，以金元四大家为首的“内风”学说开始引人注目，这也是中医学术史上的一大转折。之后王安道提出了“真中”、“类中”；张景岳力主“非风”说；叶天士指出“肝阳化风”；王清任创立“气虚血瘀”；张山雷提出“气血冲激人脑”，这些理论从不同角度深化和发展了中风病的病因、病机学说。为了进一步探讨，特按其发展过程的三个阶段作一叙述。

一、对病因、病机认识的三个阶段

（一）唐宋以前以“外风说”为主

这个阶段是对中风病病因、病机的探讨时期，其中以《黄帝内经》、《伤寒杂病论》、《千金方》等著作为代表。

《黄帝内经》中早就指出风邪侵入腧穴，中于脏腑经络，会引起半身不遂的偏枯病（类似于现在所讲的中风病后遗症）。而《黄帝内经》所指的中风病主要是由于正气先虚，外来风邪人于肌腠，侵及经脉，导致营卫失调，进而内侵脏腑，气血逆乱所致。《黄帝内经》对中风病的病因作了归纳：外邪发病；脏腑经络气血的虚衰病变；情志乖戾；饮食调摄不当等几个方面。说明早在几千年前，我

国古代医家对中风病的主要症状和病机就已经有了相当的认识，如薄厥、大厥等症。这和现代医学的认识相仿。但总的说来，由于当时受时代所限，这段时期只是整个中医理论的奠基阶段，同时也是后世中风病理论形成和发展的基础阶段。

张仲景继承了《黄帝内经》思想，首先确立了中风病病名，并与痹证相区别。但他立论仍是"外感虚邪贼风"，指明此病的发生是因正虚络空，卫外不固，风寒等邪乘虚侵袭而留于经络所致。正如他在《金匮要略·中风病历节病脉证并治第五》中指出："寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚。虚寒相搏，邪在皮肤。浮者血虚，络脉空虚。贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂。"

孙思邈认为中风病是由于外来之风侵入机体，逐渐深入与寒相搏，扰乱气机的正常运行所致，但同时也强调了内伤正虚的重要性。如《千金方·诸杂风状》有："风邪客于肌肤，虚痒成风瘙疮，风邪入深，寒相搏则肉枯，邪客半身入深，真气去则偏枯……"。孙思邈还明确提出了劳心烦神、嗜欲妄念、摄养不慎是中风病发生的根本原因。他根据邪中浅深、病情轻重将中风病分为中络中经、中腑中脏。治疗上则采用疏风祛邪，扶助正气的方药。

(二)宋朝至明朝时期以"内风"立论为主

从宋朝到明朝，中医进入了一个鼎盛的时期，诸多医家对中风病都有了更加深入和全面的认识，逐渐形成了"内风"的理论，可谓是中风病因学说上的一大转折。这个时代较为突出的代表是金元四大家、张景岳等人，他们对中风病的认识和观点，极大地丰富和发展了中风病的理论和医疗水平。

1. 刘完素　在阐述六气化火病机制论时指出"风病多由热甚"，认为中风病乃由调理休息不当、情志内伤、心火暴甚，导致化热生风，风火相煽，气血上逆面成，也就是所谓的"热极生风论"。指出中风病以热为本，风为标。而引起中风病发作的因素有酒食无度、晚睡早起、易于动怒、精神刺激等。

2. 李东垣　主“气虚中风”，说明中风病非由外风所致，乃元气亏损故也。人之行坐转动，无不赖元气之推动；若元气亏损，气不能行于周身，血不能滋养肌肤经脉，可导致肢体软弱无力，半身不遂，口眼歪斜。正如《脾胃论·胃虚元气不足诸病所生论》所讲：“邪之大者，莫若中风……必先中虚邪，然后贼邪得人矣”，这很好地说明了气虚是中风病的关键。朱丹溪力主中风病乃由痰湿阻滞而成，一则可化热生风；二则闭塞经络，蒙蔽清窍。朱氏认为中风病由外邪引起者极少，多是由湿土生痰，痰化热，热生风引起。治风方法，初得的当顺气，日久的当活血，方可选四物汤吞服活络丹；而不能只用乌附、防风、天麻、羌活等药，如此则会徒劳无功。

3. 王履　从病因学角度归类，提出“真中”和“类中”，如他在《医经溯洄集》里说：“殊不知因于风者，真中风也！因于火、因于气、因于湿者，类中风而非中风也！”其所言“类中”正是我们研究的中风病。薛己倡导“肝肾阴虚，阳化内风”，如他在《名医杂著》中说：“此风非外来风邪，乃本气病也。故诸方多言皆由气体虚弱，荣卫失调，或七情过度，以致真气耗散，腠理不密，邪气乘虚而入。及其中也，然在半体者，肝肾所居之地。肝主筋，肾主骨，肝藏血，肾藏精，精血枯槁，不能滋养，故筋骨偏废而不用也。……由此观之，实因肝肾二经精血枯槁之所致也。”赵献可，认为中风病以“阴虚”为本。并提出阴虚有二，阴中水虚；阴中火虚。治疗以滋养阴液为主，反对用辛温燥热之品。

4. 缪希雍　主张对中风病要辨别真假，倡导“内虚暗风”。他指出所谓真中，即外中之风，治当解散风邪，次补养气血；至于类中，非外来之风，故曰内风，乃“内虚暗风”，且以阴虚者为多，这种见识是对中风病病机认识的又一发展。缪氏在中风病的治疗上喜用寒凉清润之品，他提出清热顺气开痰以救其标，养阴补阳以治其本的原则，其用药：清热多用天冬、麦冬、甘菊、白芍、天花粉、茯苓、童便；顺气多用苏子、枇杷叶、橘红、郁金、白蒺藜；化痰多用贝母、白芥子、竹沥、栝蒌仁；养阴多用首乌、生地、枸杞子、五味子等；补

阳多用人参、黄芪、巴戟天、鹿茸、大枣。以上诸药重在养阴清润，补阳也避附桂辛热。

5. 张景岳　认为中风病系内虚所致，并以“非风”命名，以示与外风入中相区别。他在《景岳全书》中说：“非风之证，即时人所谓中风证也。此证多见卒倒，卒倒多由昏聩，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致。而古今相传，咸以中风名之，其误甚矣。故余欲易去‘中风’二字，而拟名‘类风’，又欲拟名‘属风’……”。

(三)清朝以内风外风并重

在明代以前，各医家对中风病的论述均有所偏执和侧重，可以说并没有形成一个统一的认识。而到了清代，则认为无论外风、内风都可导致中风病的发生，这两论不可偏废，而且必须相合才能阐述中风病学说。这个时代的代表著作有《医宗金鉴》、《血证论》、《中风斠诠》、《医学衷中参西录》等。

1. 吴谦　在《医宗金鉴》中对中风病的理论作了概括：“风从外中伤肢体，痰火内发病心宫，体伤不仁与不用，心病神昏不语言，当分中络经府藏，更审虚实寒热痰。”他把外因与内因所引起的卒中都作为真中风，而将中气、中食、中暑一时昏厥的疾病作为类中风，并另名“尸厥”来区别。类中风虽也有昏厥、跌仆，但醒后不见口眼喎斜，偏废不用等后遗症。这种说法是比较合理的，并从病机学的角度认识到病情深浅和所属经络脏腑的各自特点。正如吴氏所说：“盖口眼喎斜，肌肤不仁，邪在络也；左右不遂，筋骨不用，邪在经也；昏不知人，便尿阻隔，邪在腑也；神昏不语，唇缓涎出，邪在脏也。”

2. 叶天士　在河间“内火召风”的基础上提出“阳化内风”论，即由于肝肾精血亏损，水不涵木，而肝阳上亢，虚风内动，气血上逆，最终导致中风病。张山雷论中风病，也将内外因结合起来，认为中风病乃因正虚血弱，外邪内侵，由浅至深，阻滞经络而致气血痹阻；或由五志之极化热生风；或因痰湿生风；或因阴虚阳浮于上而成。并结合西方医学，阐述了中风病与气血上冲犯脑有关。在

治疗上主张外风宜疏散祛风，内风宜育阴养血、开泄化痰、顺气消痰、开窍或固脱等。

3. 王清任　否定了风火气痰之论及真中类中之分，提出元气不足是中风病发生的根本原因，在其相关论述中他完全摒弃了“中风非风”论。王氏在气虚认识的基础上又进一步提出了“气虚血瘀论”，他认为“元气既虚必不能达于血管，血虚无力，必停留而瘀”。因此在治疗上指出“专用补气者，气愈补而愈瘀”，并使用补血活血药“通血道”，使元气直达病所达到治疗的目的。他还创造性地运用补阳还五汤，使中风病的病机认识和治疗效果提高了一大步。

4. 唐容川　认为引起类中风的病机关键是瘀血，乃是瘀血内阻于脑所致。他在《血证论·瘀血》中说：“世谓血块为瘀，清血非瘀，黑色为瘀，鲜血非瘀，此论不确。盖血初离经，清血也，鲜血也，然既是离经之血，虽清血、鲜血，亦是瘀血。”由于脑为元神之府，这些离经的清血、鲜血所形成的瘀血瘀塞清窍，内阻脑络，灵机闭塞，元神不明，而致中风昏迷，这是中风病病机的关键。瘀血为病，变化多端，若瘀阻经络，可引起口眼喎斜、半身不遂、言语謇涩。若中风病后未能及时治疗使瘀血除去，则瘀血停久，积而不消，成为死血，牢不可破，可使部分症状经久不去，而成为后遗症。

5. 张伯龙、张山雷、张锡纯　三人均为“中西医汇通派”，对中风病的病机作了更加透彻的分析。张伯龙受西医“血冲脑气筋”学说的启发，首先提出中风病乃是“肾水不能养肝，肝风内动”所致。张山雷阐发了“肝风内动”的机制，指出中风猝仆，不知人事之病，盖由木火内动，肝风上扬，以致血气并走于上，冲击前后脑气筋，而为昏不知人，倾跌猝倒，肢体不用诸证。张锡纯受西医“脑贫血”的启发，将中风病的病机归纳为肝阳肝风挟气血并走于上、气血不足、脑空这三类。可以说“三张”已经完成了中风病三大类型的病机区分，使中风病的诊断向前迈进了一大步。

清代将内风、外风相结合而两纲立论，这标志着完善的中风病理论已经形成，即中风病的发生，主要因素在于患者平素气血亏虚

与心肝肾阴阳失调，加之情志饮食失宜，或房劳耗气伤精，或外邪侵袭等诱因，以致气血运行受阻，血瘀阻络，肌肤失养，或阴亏于下，肝阳上扰，气血上逆，挟痰挟火，横窜经络，蒙蔽清窍而成。

二、对病因、病机的总结

中风病及中风后遗症发病的病因、病机总的来说可以概括为以下几点：

(一)积损正衰

由于年老体弱，肝肾阴虚，肝阳偏亢；或思虑烦劳过度，气血亏损，真气耗散，又因将息失宜，致使阴亏于下，肝阳暴张，阳化风动，气血上逆，上蒙元神，突发中风病。

(二)饮食不节

嗜酒肥甘，饥饱失宜，或形盛气弱，中气亏虚，脾失健运，聚湿生痰，痰郁化热，阻滞经络，蒙蔽清窍。或肝阳素旺，横逆犯脾，脾运失司，内生痰浊；或肝火内炽炼液成痰，以致肝风挟杂痰火，横窜经络，蒙蔽清窍，突然昏仆、喝僻不遂。此即《丹溪心法·中风》所谓："湿土生痰，痰生热，热生风也。"以及《临证指南医案·中风》所云："风木过动，中土受戕，不能御其所胜……饮食变痰"。

(三)情志所伤

五志过极，心火暴盛，或素体阴虚，水不涵木，复因情志所伤，肝阳暴动，引动心火，风火相煽，气血上逆，心神昏瞀，遂至卒倒无知。正如《素问·玄机原病式·火类》说："多因喜怒思悲恐之五志有所过极而卒中者，由五志过极，皆为热甚故也。"

(四)气虚邪中

气血不足，脉络空虚，风邪乘虚入中经络，气血痹阻，肌肉筋脉失于濡养；或形盛气衰，痰湿素盛，外风引动痰湿，闭阻经络，而致喝僻不遂。如《诸病源候论·风偏枯候》说："偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿，风湿客于风半，在分腠之间，使血气凝涩，不能润养，久不瘥，真气去，邪气独留，则成偏枯。"

综上所述，中风病的发生，尽管病机较为复杂，但归纳起来不外乎虚（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）六种因素，其中以肝肾阴虚为其根本原因。这六种因素在一定条件下，互相影响，相互作用而突然发病。

第六节　中医对中风后遗症的治疗方法

临床上一般把中风病分为急性期、恢复期及后遗症期。中风后遗症期是指中风病经过6个月治疗后仍未痊愈，并留有半身不遂、语言不利、口眼歪斜等症状。由于中风后遗症对患者生活质量和生存质量均有很大影响，特别是运动、感觉和言语功能的障碍，对患者产生极大的不便，因此在中风后遗症期进行积极的治疗，就显得非常重要了。现简单介绍一下临床常用的中医治疗中风后遗症的方法。

一、中药治疗

中风病的病情有轻重缓急的差别，轻者仅限于血脉经络，重者可波及相应的脏腑。目前，常将中风病分为中经络和中脏腑两大类。中经络，一般无神志改变而病轻；中脏腑，常有神志不清而病重。因中脏腑不属本书的范围，以下主要谈论中经络与中风病后遗症的治疗。

（一）中经络

1. 络脉空虚，风邪入中

（1）症状：临床表现为肌肤不仁，手足麻木，口眼喎斜，言语不利，口角流涎，甚则半身不遂。或兼见恶寒、发热、肢体拘急、关节酸痛等症。苔薄白，脉浮数。

（2）治法：祛风养血、通经活络。

（3）方药：以大秦艽汤加减。若有手足麻木、肌肤不仁可加指迷茯苓丸以利通络。对于年老体衰者，可加黄芪以益气扶正。

2. 肝肾阴虚，风阳上扰

(1)症状：平素头晕头痛，耳鸣目眩，少寐多梦，口眼喎斜，舌强语謇，或手足沉重，甚则半身不遂等症。舌红，苔腻，脉弦细或弦滑。

(2)治法：滋阴潜阳，镇肝熄风、通经活络。

(3)方药：以镇肝熄风汤加减。痰热重者可以加竹沥、胆南星以化痰清热；心中烦热者，加黄芩、栀子以清热除烦；头痛者加羚羊角，石决明以平肝潜阳；失眠者可酌加夜交藤、珍珠母等以镇静安神。并可常服六味地黄丸等滋阴药以巩固疗效。

3. 风痰血瘀，痹阻脉络

(1)症状：素体肥胖，半身不遂，足痿痹痛，拘挛麻木、口眼喎斜、言语不清等。舌紫暗，苔腻。脉弦滑或涩。

(2)治法：祛风化痰，活血通络。

(3)方药：可选大活络丹、华佗再造丸等药。

(二)半身不遂

1. 气虚血滞，脉络瘀阻

(1)症状：除半身不遂、肢软无力外，此型还可有患侧手足水肿，语言謇涩，口眼喎斜，面色萎黄，或暗淡无华，苔薄白，舌淡紫，或舌体不正，脉细涩无力等。

(2)治法：补气活血，通经活络。

(3)方药：选用补阳还五汤加味。如有小便失禁者，加桑螵蛸、山茱萸、肉桂、五味子等补肾收涩之品；下肢瘫软无力甚者，加桑寄生、鹿筋等补肾壮筋之药；上肢偏废者，加桂枝以通络；患侧手足肿甚者，加茯苓、泽泻、防己等淡渗利湿之品；兼见语言不利者，可加郁金、菖蒲、远志以祛痰利窍；兼有口眼喎斜者，加白附子、全蝎、僵蚕等祛风通络；肢体麻木的，加陈皮、半夏、茯苓等理气燥湿之药而祛风痰。

2. 肝阳上亢，脉络瘀阻

(1)症状：患侧僵硬拘挛，兼见头痛头晕，面赤耳鸣，舌红绛，苔

薄黄，脉弦而有力。

(2)治法：平肝潜阳，活血通络。

(3)方药：选择镇肝熄风汤或天麻钩藤饮加减。

(三)语言不利

1. 风痰阻络

(1)症状：可见舌强语謇，肢体麻木，脉弦滑。

(2)治法：祛风除痰，宣窍通络。

(3)方药：选用解语丹。方中天麻、全蝎、胆南星、白附子等以平肝祛风除痰；远志、菖蒲等化痰开窍、行气通络。

2. 肾虚精亏

(1)症状：可有失语，心悸，气短，腰膝酸软。

(2)治法：滋阴补肾利窍。

(3)方药：常选用地黄饮子加减。

3. 肝阳上亢，痰邪阻窍

(1)症状：语言謇涩，喉中痰鸣，苔白腻，脉弦滑。

(2)治法：平肝潜阳，化痰开窍。

(3)方药：可予天麻钩藤饮或镇肝熄风汤加减。

(四)口眼喎斜

此症多又风痰阻络所致，治宜祛风、化痰、通络，方用牵正散。方中白附子祛风、化痰、通络；僵蚕、全蝎熄风、化痰、止痉。本方用散剂吞服比用汤剂为佳。

二、针灸治疗

中风病属本虚标实之证，临床治疗中是按照中经络和中脏腑两大类来进行针灸辨证论治的。在这里只讨论中经络的治疗。

(一)肝阳上亢

1. 症状　半身不遂，舌强语謇，口舌歪斜，眩晕头痛，面红目赤，心烦易怒，口苦咽干，便秘尿黄，舌红或绛，苔黄或燥，脉弦有力。

2. 治法　平肝潜阳，疏通经络。以督脉、手厥阴心包和足少阳胆经穴为主。

3. 处方　人中、三阴交、曲池、内关、极泉、外关、环跳、阳陵泉、太冲。

4. 随证配穴　舌强语言不利者，加金津、玉液、廉泉。

5. 刺灸法　针用泻法，金津、玉液可用三棱针点刺出血。

(二)风痰阻络

1. 症状　半身不遂，舌强语謇，口舌歪斜，肢体麻木或手足拘挛，头晕目眩，苔白腻或黄腻，脉弦滑。

2. 治法　利湿化痰，疏通经络。以督脉、足太阴脾经和足少阳胆经穴为主。

3. 处方　人中、三阴交、内关、曲池、极泉、外关、环跳、阳陵泉、足三里、丰隆、阴陵泉。

4. 随证配穴　胸满痞闷、不思饮食者，加中脘、内关；语言不利者，加金津、玉液。

5. 刺灸法　针用泻法。

(三)痰热腑实

1. 症状　半身不遂，舌强不语，口舌歪斜，口黏痰多，腹胀便秘，舌红、苔黄腻，脉弦滑大。

2. 治法　通腑清热，疏通经络。以督脉、足阳明胃经和足少阳胆经穴为主。

3. 处方　人中、三阴交、内关、上巨虚、丰隆、天枢、环跳、风市、阳陵泉、极泉、曲池、外关。

4. 随证配穴　口干口臭者，加内庭、劳宫。

5. 刺灸法　针用泻法。

(四)气虚血瘀

1. 症状　半身不遂，肢体软弱，偏身麻木，舌强语謇，手足肿胀，面色淡白，气短乏力，心悸自汗，舌暗淡，苔薄白或白腻，脉细缓或细涩。

2. 治法　补脾益肾，疏通经络。以督脉、足阳明胃经和足少阴肾经穴为主。

3. 处方　人中、三阴交、气海、足三里、肾俞、大椎、环跳、风市、阳陵泉、极泉、曲池、外关。

4. 随证配穴　便溏、纳呆者，加天枢、中脘。

5. 刺灸法　针用平补平泻法，或加灸。

(五)阴虚风动

1. 症状　半身不遂，肢体麻木，舌强语謇，心烦失眠，眩晕耳鸣，手足拘挛或蠕动，舌红，苔少或光剥，脉细弦或数。

2. 治法　滋阴潜阳，熄风通络。以督脉、足少阴肾经和足厥阴肝经穴为主。

3. 处方　人中、三阴交、肾俞、太溪、神门、大陵、太冲、极泉、曲池、环跳、阳陵泉。

4. 随证配穴　咽干便秘者，加照海、廉泉、天枢。

5. 刺灸法　针用补法。

三、其他疗法

1. 耳穴疗法　常用的耳穴有：肾、肝、心、皮质下、额、脑点、神门、口、枕等穴，通常以毫针刺入，产生酸胀感，留针 40 分钟，留针期间每隔 10 分钟行针一次。

2. 头针疗法　取穴以对侧运动区为主，配合足运感区，失语加语言区。将毫针刺入头皮帽状腱膜层下，行快速捻转手法，留针 30 分钟，每隔 10 分钟行针一次。

3. 推拿疗法　常用按、揉、擦等手法在患侧局部进行治疗，并配合活动肢体、功能锻炼，往往疗效甚好。

4. 穴位磁疗法　以磁场代替毫针，对穴位或患侧部位进行刺激，起到治疗的作用。常用的磁疗器材有：磁片、磁珠、电磁疗机等。

5. 心理疗法　是目前比较新的一种治疗方法，对中风病的康

复有很好的疗效。它是运用心理学的理论和技术，通过语言的引导或情感的支持及鼓励、暗示、启发等手段，对患者进行心理上的教育和治疗，以稳定情绪，改善症状，促进康复为目的。

6. 音乐疗法　是目前国内、外都在积极开展的新课题、新方法，是指运用音乐作为一种治疗手段，让患者主动参与其中，进行心理调节，激发大脑功能，并可结合中医、针灸治疗等方法，从而促使患者康复。

第三章

靳三针疗法

第一节　概　　述

靳三针疗法是全国名老中医药专家，广州中医药大学首席教授靳瑞创立的一套特色针灸治疗方法。该疗法集针灸临床取穴之精华，每组“三针”均有其特定的治疗范畴，如“鼻三针”专治鼻炎、“眼三针”专治眼底病、“耳三针”专治内耳病、“肩三针”专治肩关节病、“智三针”专治智力低下等等；不同的“三针”组合又能治疗各种疾病，如以“弱智四项”（四神针、智三针、脑三针、颞三针）为主，专门治疗儿童精神发育迟滞、自闭症、多动症、脑瘫，以“颞三针”为主，配合“四神针”、“手三针”、“足三针”等专治中风后遗症等等。“靳三针疗法”是靳教授的24位硕士和50多位博士以及众多教授的科研成果，科学、实用而有效，被国家中医药管理局定为国家级中医药继续教育项目。

中风后遗症属常见病、多发病、难治病，无论是中医还是西医，对于中风后遗症的治疗，大多都首推针灸疗法（无论是门诊还是病房），针灸疗法治疗中风后遗症的疗效在医学界得到公认是不可否认的事实。多年来，我们以靳三针疗法治疗了大量的脑病患者，收到了可喜的疗效，同时也进行了大量的有关临床和实验研究，也取得了一定的成绩。中风后遗症是其中之一。1982年《救治脑型疟疾》获广东省科技进步奖，1998年《智三针为主治疗儿童精神发育

迟滞的临床和实验研究》获国家中医药管理局科技进步奖，《针刺颞部穴位治疗脑血管意外后遗症的临床和实验研究》获广东省科技进步奖，2003 年《靳三针治疗脑病系列研究》获我校科技进步一等奖。

“靳三针”以针刺为主，说到底，它就是一种针灸治疗方法，而针灸本身也就是属于中医。针灸治疗中风后遗症疗效是无可非议的，是目前医学界不可取代的优选疗法。然而医疗是以人为对象，一切以疗效为根本，中医治疗本病已有数千年的历史，中医的中药、推拿在治疗该病证方面本身就有许多独到的疗效。所以，靳三针疗法治疗中风后遗症，不只是针刺就算了，而是以“靳三针”为主，配合穴位注射、中药、药浴等方法，在最大限度上发挥中医的治疗优势，以取得最好的疗效。所以说，靳三针疗法治疗中风后遗症是一种以针刺为主的综合治疗方法。在以下介绍的各种疗法中，我们都冠以“靳氏”，一是因为这些治疗方法都是根据我们多年来在跟随靳老从事针灸临床中所见，将其治疗方法加以整理和总结而来，二是以此表达我们对靳老的尊重。

一、临床辨证分型

关于中风后遗症的临床辨证分型，在以往的教科书里大多是参考内科的辨证分型，如肝阳上亢、风痰阻络、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动等。靳老从针灸临床实际出发，根据中风后遗症的临床表现特点，将其分为硬瘫和软瘫两大类，硬瘫者临床多表现为肢体肌张力亢进，上下肢内收、握拳难张，软瘫者多表现为肢软无力，所以，在选穴和手法上的要求就有所不同。

二、选　　穴

以靳三针疗法治疗中风后遗症，在头部都选用“颞三针”和“四神针”，在患肢主要选用“手三针”和“足三针”，其他的穴组或穴位则根据临床表现之不同来到加减选用。

1. 面部麻木、口眼歪斜　加用面瘫针。
2. 语言不利、吞咽困难　加用舌三针。
3. 共济失调、视物不清　加用脑三针。
4. 听觉障碍、耳鸣不止　加用耳三针。
5. 举臂困难、肩周痹痛　加用肩三针。
6. 下肢无力、迈步艰难　加用股三针。
7. 站立垂足、跟不着地　加用踝三针。

三、补泻原则和方法

靳三针治疗中风后遗症的补泻原则和传统针刺补泻原则是一样的，即“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚以经补之”、“菀陈则除之”。也就是说：气血虚弱，正气不足者，要用补的手法；邪气偏盛的要用泻的手法以泻邪气；热病多为外邪侵犯体表，病位在外，在内科用药方面，多用发汗解表之剂，如银花、连翘、薄荷、桂枝之类，而针灸则用浅刺或浮刺的方法，临床上有的患者得了外感发热之类的病症，我们针灸医师常在膀胱经上用梅花针点刺（也就是浮刺），毫针则用快速的针刺法，留针时间很短；中寒内盛、阳气不足的情况下，就应该留针，留到寒去温来为止；中气下陷之脱肛、子宫脱垂、胃下垂、肾下垂等病证，我们以温灸的方法，提升阳气，如常见的灸百会治“脱肛”、“子宫脱垂”，灸中脘治“胃下垂”，灸肾俞治“肾下垂”等，这些在临床上均已收到很好的疗效，就说明了这一点；虚实不明显，就取病变的那条经脉，采用平补平泻的手法，或用导气同精法，以调和阴阳。如高血压初起的时候，不一定都是动脉硬化等器质性病变所致，有的人因情绪急躁、工作紧张、参加会考等，引起阴阳失调，就会出现血压偏高、头晕、失眠等这类不虚不实的病症，相当子现代医学的神经官能症、神经衰弱等，由于邪不盛而不能用泻法，正气未见虚衰，又不能用补法，那么，我们就在表现出临床证候的那些经脉上用平补平泻的手法，以调和阴阳，就能达到治疗的效果。

中风后遗症患者多表现为硬瘫，所以在头部的穴位一般用平补平泻法或捻转手法，进针后每隔5～8分钟行手法1次，每治疗1次最少要行手法4或5次；虽然硬瘫者患肢的肌张力较高，但肌力都很低，中医辨证多为虚实夹杂，所以在肢体的穴位多用“导气同精”的手法（也就是“平补平泻”的手法）；健侧肢体也要安排刺之，起到“以生气导死气”的作用。另外，在行手法时嘱患者想着自己是正常人，想着自己的肢体会活动，使病者意念在患肢，对提高治疗效果有帮助。

四、补泻手法的说明

对病情较重、病程较长、肌张力较高的硬瘫患者，可用补泻手法。补泻手法较常用的有疾徐补泻，亦称提插补泻，方法是：在该穴位深度的1/2部位候气（主要指肘膝关节以下的穴位），当针下沉紧时为得气，即将针插入穴内深层，稍停，随着将针分三次提回至穴位的1/2部；再候气，再作第二次行针，此为泻法，适用于硬瘫实症。如肌张力一般，病肢软弱则应用补法，即在针进入穴位的浅层部位候气，当针下沉紧得气时，即将针分三次缓慢进入穴位的底部深层，稍停，并将针一次提回到穴位的浅层；再候气，作第二次行针，此为补法，适用于软瘫症。

第二节　穴位解说及针刺方法

一、头部主要穴组

（一）颞三针

1. 定位　头颞侧部、耳尖直上，入发际上2寸是颞Ⅰ针，在颞Ⅰ针水平向前旁开1寸为颞Ⅱ针，向后旁开1寸为颞Ⅲ针。

2. 解说　“颞三针”刚好位于颞部，颞Ⅰ针的下方有手少阳三焦经的角孙穴和足少阳胆经的率谷穴，前者为手足少阳之会，后者

为足太阳、少阳之会。《普济方》说："忽中风，言语謇塞，半身不遂……穴百会，耳前发际……神效……"，耳尖直上入发际的颞侧，是手足少阳经所分布的区域，也是治疗中风的首选区域。颞Ⅱ针和颞Ⅲ针位处颞Ⅰ针之前后，覆盖整个颞部，增强对颞部的刺激。"颞三针"可疏通肝、胆经络之气血，平肝熄风，清肝泻胆，鼓舞少阳升发之机，有利中风后遗症患者的康复。另外，从解剖上来看，颞骨比其他头骨都薄，其骨缝最密集，我们经过研究发现，接近骨缝处的穴位，其针感及针刺效应都非常好。头部腧穴针刺效应的产生多与骨缝的传导有关，并且该处的神经血管非常丰富，对针刺刺激也非常敏感，所以通过针刺"颞三针"，能够激发患肢经络之气，有利于瘫痪的康复。

"颞三针"主要治疗肢体的运动和感觉障碍，因为它的位置属于(大脑)中央前、后回之间的范围，它所占的面积很广，这样肯定了它对肢体的运动和感觉障碍有治疗作用。"颞三针"多用于治疗脑血管意外后遗症。但是"颞三针"不是单纯用来治疗中风偏瘫的，弱智、脑瘫、偏头痛、面神经麻痹日久不愈、耳鸣、耳聋和肢体感觉异常者，都可以用"颞三针"来治疗。

3. 针法　可取坐位或仰卧位(图 3-1，图 3-2)，在颞部耳尖直上入发际 2 寸处，取颞Ⅰ针，成人选 1.5 寸毫针，垂直向下沿皮平刺 0.8～1.2 寸深。针刺颞Ⅰ针后，于颞Ⅰ针水平方向前 1 寸处针颞Ⅱ针，后 1 寸处针颞Ⅲ针，三支针均垂直向下。由于该处的血管神经非常丰富，所以病人特别敏感，针感非常强。要注意观察皮下的血管，并尽量避开它。可以加电针，也可以行捻转补泻手法。出针后，要注意有无出血，要及时按压止血。如果疼痛特别明显(刺痛难忍)，这可能是刺中了血管，应慢慢地进针，遇到刺痛时，可将针稍退后，调整一下方向，再继续进针，以病人有酸、麻、胀感为好(图 3-3～图 3-6)。

(二)四神针

1. 定位　百会穴前后左右各旁开 1.5 寸。

图 3-1

图 3-2

图 3-3

图 3-4

图 3-5

图 3-6

2. 解说　“四神聪”是十分聪慧的意思，但是靳老觉得“四神聪”距离百会穴1寸太少。历代许多医家都认为“四神聪”应该在百会穴前后左右各旁开1寸，又有医家认为应旁开2.5寸。百会穴前后1.5寸也就分别是前顶穴和后顶穴，这两个穴位均处于督脉上，前顶穴为督脉脑气所发，在头顶之上，百会之前；后顶穴在头顶之中，百会之后，又名交冲。《会元针灸学》解释说：“又名交冲者，囟骨与颅骨相交，大脑小脑相交。”《针经》曰：“后为太冲，与前三阳经气相交。背三阳循督脉而至，由是相交而会百会，故又名交冲。”关于左右两穴，是按“宁失其穴，不失其经”的原则，选足太阳膀胱经为主，相当于通天穴与络却穴之间，针尖都向外，使它对脑部的投影区扩大，作用比“四神聪”更强。常用它治疗一些智力低下、神志障碍、头痛、头晕、中风偏瘫和五官疾病。

3. 针法　两耳尖直上取百会穴，与前后正中线交会于头顶并从前发际正中点向后5寸处即是百会穴。以百会为中心，向前、后、左、右各旁开1.5寸取穴。前后两穴相当于督脉的前顶穴和后顶穴，左右两穴相当于足太阳膀胱经通天穴和络却穴之间，略靠近络却穴处。1.5寸的长短取决于患者手掌“一夫”的宽度，以一夫宽度的一半来定1.5寸即可，如果不认真取穴，“四神针”针起来就达不到应有的针刺效果。四支针均向外沿皮平刺，这样刺激面就广（图3-7～图3-11）。

图3-7

图3-8

图 3-9

图 3-10

图 3-11

二、肢体主要穴组

(一)手三针

1. 定位　曲池、外关、合谷。

2. 解说　“手三针”主要是用来治疗上肢运动障碍，譬如瘫痪，或者是感觉障碍，或者上肢一些肌肉、关节的疾病。曲池和合谷是阳明经穴，《黄帝内经》说到：“腰以上病者，手太阴阳明主之”。靳老偏重选阳明经多一点，因为阳明经多气多血，阳明行气于三阳，上肢的活动应该与阳明经有关。外关是手少阳三焦的络穴，内通手厥阴经，与阳维脉相交会，“阳维维诸阳”，所以“手三针”专门用来治疗上肢活动障碍。

3. 针法　针曲池穴时，一定要令患者屈肘，在肘横纹中点取

穴，可刺 1～1.2 寸深；针外关穴时，一定要摆正腕关节的位置，即呈自然体位，否则很难从两骨之间刺入，可刺入 1 寸左右，以得气为度；合谷穴直刺，要注意避开血管（图 3-12、图 3-13）。

图 3-12

图 3-13

（二）足三针

1. 定位　足三里、三阴交、太冲。

2. 解说　“足三针”的三个穴分别位于下肢的上、中、下三部，各分属足阳明胃经、足太阴脾经和足厥阴肝经。足三里穴是多气多血的足阳明经之合穴，具有补益、强壮和疏通下肢阳经经气之作用，是治疗下肢肌肉萎缩、运动功能障碍首选穴；三阴交穴是足太阴脾经脉气所发，足三阴经之交会穴，脾主肌肉，是治疗下肢阴经病变首选之穴；太冲穴是足厥阴肝经之原穴和输穴，位居肝经冲要之位，肝主筋、藏血，是疏导下肢阴经经气之要穴。三穴合用，主要用来治疗下肢的运动、感觉障碍，如下肢麻木，疼痛、无力、中风后遗症引起的肌张力增高或降低、肌肉萎缩、小儿脑瘫引起的下肢运动功能障碍等。

3. 针法　首先取穴要准。取足三里穴时要注意体位以及下肢的屈伸状况，屈膝时在犊鼻穴下用“一夫法”定 3 寸，胫骨前嵴外开一横指处就是了；伸膝时用同侧虎口卡住髌骨上缘，示指下旁开胫骨前嵴外开一横指处才准确。选用 1.5 寸针，直刺，入针后务必要求得气，并嘱患者不要随意屈伸膝关节，以防引起疼痛或弯针。

三阴交穴在内踝上3寸、胫骨内侧后缘，针前应先以指压来探穴，沿胫骨内侧后缘直刺，可有麻胀或放电样针感为佳。太冲穴要向涌泉穴方向透刺，使针感向足底放散为好（图3-14～图3-17）

图3-14

图3-15

图3-16

图3-17

三、其他穴组

（一）舌三针

1. 定位　以拇指横纹压住下颌往后推压，指下就是舌Ⅰ针（也就是上廉泉穴），舌Ⅰ针左右各旁开0.8寸为舌Ⅱ针、舌Ⅲ针。

2. 解说　上廉泉穴又名舌本，为任脉脉气所发，是任脉与阴维脉交会之处。该穴的深处正当舌体根部，与舌体的运动有密切关系，故应深刺。考究《素问·刺疟论》所说的“舌下两脉者，廉泉

穴也”和《医经理解》所说的“廉泉，舌根下之左右两廉出泉脉也，又曰足少阴舌下各一，则廉泉非一穴也”，靳老认为廉泉的两侧也应归属于其组成部分之一，所以以上廉泉穴为主，加之左右两穴组成了“舌三针”。主要治疗儿童脑病所致的语言障碍，中风所致的舌謇语塞、流口水、吞咽困难。

3. 针法　“舌三针”应该向上直刺，直达舌下。成人刺1～1.5寸。语言不清多由于舌头活动不灵，针刺可达到舌根的部位，这样才能够刺激舌肌、舌下神经和舌咽神经。“舌三针”一般用捻转或刮针的手法较多，很少用电针（图3-18～图3-22）。

图3-18

图3-19

图3-20

图3-21

图 3-22

(二)肩三针

1. 定位　肩 1 针在肩峰下的凹陷中，在肩 I 针的前、后方向各旁开约 2 寸处，也就是肩关节前、后凹陷处，为肩 II 针和肩 III 针。

2. 解说　传统取肩髃的方法要举臂才能找到。“肩三针”取穴是不用举臂的。事实上，如患有中风偏瘫或肩关节疾病的患者，上肢都很难外展或上举，所以“肩三针”对治疗中风偏瘫患者的肩关节病变是很方便的。

3. 针法　用 1.5 寸毫针。先用手指在肩峰下探到凹陷处，通常按压它，患者会有明显的酸、麻、胀、痛感。向肩关节方向刺入（但不要刺入关节腔），以肩关节周围或向下有麻胀感为度（肩 II 针和肩 III 针同理）。针后可以留针，或行捻转手法，也可以加电，或神灯照射（图 3-23～图 3-25）。

图 3-23

图 3-24

图 3-25

(三)面瘫针

1. 定位　翳风、地仓与颊车互透；阳白、四白、太阳。

2. 解说　“面瘫针”主要用来治疗面神经麻痹引起的面肌瘫痪(属周围性神经病变)，而在中枢性面瘫中也可选用。面神经出面部的地方是翳风穴，故将之作为第 1 针，由于面瘫患者典型的症状是口角歪斜，所以将地仓与颊车穴作为第 2 针、第 3 针。

3. 针法　针刺翳风穴前，应先用示指在耳根后按压以探穴，选 1.5 寸毫针，直刺，针刺的深度以患者出现明显的酸、麻、胀感为度，手法不要过重，过重的话反而会加重对面神经的损伤。针地仓穴和颊车穴时要注意方向和角度，两针相对而透刺，检测地仓穴方向的方法是看针柄是否与嘴线成一线。两穴均用平刺。

如果是眼睑闭合不全，就加阳白、四白和太阳穴，阳白、四白穴均向下斜刺，太阳穴直刺；如果是针对口角歪斜的，就加迎香、口禾髎穴，迎香穴沿鼻唇沟斜刺，口禾髎穴向患侧平刺。这些穴位均以得气为度(图 3-26～图 3-30)。

图 3-26

图 3-27

图 3-28

图 3-29

图 3-30

(四)脑三针

1. 定位　脑户、左右脑空。

2. 解说　"脑三针"位于脑后小脑的范围，针灸传统腧穴名中在头部带"脑"字的穴位就只有 3 个，第 1 个就是脑户穴，两旁的脑空穴就是第 2、第 3 穴，所以称作"脑三针"。由于靳老长期研究脑病，发现脑病患者大多有运动失调(共济失调)，所以用它来治疗因小脑部疾病引起的运动、平衡失调。甚至有些脑瘫、弱智或眼底病患者都可以使用。

3. 针法　脑户穴处在督脉上，后发际上 2.5 寸，可以从后发际向上以一夫法量三寸，再减去半寸，即可找到。临床上以体表标志法来找，在脑后正中摸到枕外隆凸，其处有一凹陷处，就是脑户穴了。在脑户穴左右旁开 2.5 寸，也是用一夫法减去半寸处，就可

以找到脑空穴了。如果仔细摸起来，脑空穴处也应该有凹陷的感觉。三针均向下沿皮平刺，可刺 0.8～1.2 寸深，以酸、麻、胀感为好（图 3-31）。

图 3-31

（五）脂三针

1. 定位　内关、足三里、三阴交。

2. 解说　现代医学中的高脂血症、动脉硬化、冠心病，从临床表现和病理机制来看，多属中医痰瘀阻滞，所以首选足阳明胃经之合穴足三里、足三阴经之交会穴三阴交，以达到调理脾胃、运化水湿的目的；内关是八脉交会穴之一，通于阴维脉，并与之合于心、胸、胃，具有宽胸理气和胃之作用。临床上以这 3 个穴作为主穴组方治疗心脑疾病患者，血脂都会下降，病症也改善得很快。

3. 针法　以“导气同精”针法，一般都不用加电（图 3-32～图 3-34）。

图 3-32

图 3-33

图 3-34

(六)坐骨针

1. 定位　坐骨点、委中、昆仑。

2. 解说　“坐骨点”是靳老根据解剖得来的，因为靳老以前写过有关解剖的书，通过尸体解剖发现患者处于俯卧时，在“坐骨点”作为刺激点，穴下刚好就是坐骨神经，而环跳穴必须取侧卧位并且要伸下腿，屈上腿才能取到，而且又不利于针刺。“坐骨点”在臀沟尽头水平、离后正中线旁开约 3 寸处，所以它不同于环跳穴。说到底，治疗坐骨神经痛，必须刺中坐骨神经。患者选俯卧位，在平臀后纹处以一夫法来定位，如果是女医师，由于手指稍小，可以加宽一指的宽度。

3. 针法　以夹持进针法，用一块酒精棉球夹住针尖，垂直进针约 2 寸深，很容易刺中坐骨神经，一刺中坐骨神经，患者的针感就会一直传到足跟部，这样的疗效就会很好。昆仑穴用 1 寸针，直刺，以得气为佳。治疗坐骨神经痛，主要考虑疼痛是由上向下传的，而且要同时针肾俞、大肠俞，为了方便患者，所以选俯卧位。如果是侧卧的话，肾俞、大肠俞针刺的效果就不理想(图 3-35～图 3-42)。

(七)股三针

1. 定位　箕门、伏兔、风市。

2. 解说　中风后遗症患者下肢瘫痪所表现出的症状就是活动无力、抬高和迈步艰难，下肢的运动主要是由上段带动下段，也

就是以股四头肌、股二头肌等肌群带动下肢的抬高和迈步，从解剖学的角度来说，箕门、伏兔、风市三穴分别位处于上述肌群，从经络学来说，三穴又分属足太阴脾经、足阳明胃经和足少阳胆经，有补益气血、通经活络、解除痉挛之作用。

图 3-35

图 3-36

图 3-37

图 3-38

图 3-39

图 3-40

图 3-41

图 3-42

3. 针法　均以 1.5 寸毫针。于血海穴上 6 寸、缝匠肌内侧缘取箕门穴，髌骨外上缘上 6 寸取伏兔穴，以简便取穴法取风市穴，每针均要求得气。以下肢无力为主者，三穴均用补法“虚则补之”，以下肢肌张力亢进为主者，三穴均用泻法“盛则泻之”（图 3-43～图 3-45）。

图 3-43

图 3-44

图 3-45

(八)耳三针

1. 定位　听宫、听会、完骨。

2. 解说　以前治疗耳聋、耳鸣，人们都喜欢用耳门、听宫、听会、翳风等穴位，靳老在临床实践中发现，听宫和听会都须张口取穴，均位于耳前，两穴深刺均可达内耳，当然，耳门穴也有这样的作用。但局部已有两穴，按"针灸不过数处"的原则，不必选用太多，所以只在耳前选用了听宫、听会两穴。耳后有翳风和完骨穴，翳风虽然对耳病有治疗作用，但主要是治疗面神经疾病，而完骨穴属足少阳胆经过耳后之穴，足少阳经"从耳后入耳中，出走耳前"，另外它又是足少阳、太阳之交会穴，足太阳经"从巅至颞颥部(即是耳上角)，从头顶入里络于脑"，说明完骨穴对耳部疾病的治疗有着极重要的作用。临床上发现，从完骨穴向内耳方向入针，可直达病所，针感特别强，疗效也特别好。

3. 针法　采用坐位或仰卧位。关键是针的深浅。因为对于耳鸣、耳聋和听力下降等疾病来讲，它都是内因致病。无论是药物性还是中毒性的，都属内因，使听神经损伤，病位较深，所以需要深刺以达病位，深刺才有效。听宫穴和听会穴都必须张口取穴，选1.5寸毫针慢慢进针，可以针1.2寸深。入针后令患者合上口，针是不会弯曲的。完骨穴在耳后乳突的后下方凹陷处，针前应先用手指按压并探穴，用1.5寸毫针向耳内方向慢慢地深刺，进针1.2寸左右(图3-46～图3-50)。

图3-46

图3-47

图 3-48

图 3-49

图 3-50

(九)踝三针

1. 定位　解溪、昆仑、太溪。

2. 解说　“踝三针”主要用来治疗踝关节的病变，如扭伤、关节骨质增生、劳损、踝关节的肿痛，或者肿而不痛，小儿脑瘫的足跟不着地，起到一种利水消肿的作用。因为昆仑和太溪都与水有关，肾性水肿也可以使用。

3. 针法　针解溪穴前最好用指按压并探穴，探准凹陷处入针，可刺 0.8～1 寸深，针感可以放射至踝关节左右或周围者为佳；昆仑和太溪穴都在足跟腱与内外踝之间，往往两针相互透刺，针感就会很强，太溪穴的针感往往传到足底部，而昆仑穴的针感可以传到足趾端(图 3-51～图 3-53)。

图 3-51

图 3-52

图 3-53

(十)其他较常选用的穴位

1. 申脉、照海　见图 3-54，图 3-55。

2. 八邪　见图 3-56，图 3-57。

3. 内关　见图 3-58。

4. 绝骨　见图 3-59。

5. 中渚　见图 3-60。

6. 手三里　见图 3-61。

图 3-54

图 3-55

图 3-56

图 3-57

图 3-58

图 3-59

图 3-60

图 3-61

第三节　治疗方法

一、穴位注射方法

穴位注射是靳三针治疗中风后遗症的一个辅助疗法。穴位注射除了药物本身的作用之外，更主要的是药物注射入穴位后有数小时的吸收过程，刺激作用时间长，起到延续治疗的作用。一般每次注射的穴位取 2 个，每个穴位的注射量不超过 2 毫升为宜；注射部位的肌肉要较丰厚，以利于药物的吸收；每种药物使用的次数，应参考药物的使用说明；药物要对病、对症，刺激性要少，不选用对神经纤维有损害作用、引起过敏反应、腐蚀作用的药物；胸、腹部因太接近内脏，故不适宜穴位注射。

1. 常用注射药　有复方丹参注射液、丹参注射液、当归注射液、胞二磷胆碱、维生素 B_{12}、维丁胶性钙、人体胎盘组织注射液等。

2. 最常用穴位

(1)上肢：曲池、合谷。

(2)下肢：足三里、风市、伏兔。

(3)颈部：百劳、风池、大杼。

(4)肩部：肩贞、肩井。

(5)腰部：肾俞、大肠俞。

二、靳瑞药浴法

中风瘫痪，病位虽在脑，但由于肢体瘫痪，活动困难，病程日久，肢体的血液循环障碍，血流不畅，出现患侧肢冷，肌肉萎缩，关节强硬，久致畸形，使康复更加困难，功能恢复缓慢。故以靳三针疗法治疗中风偏瘫，除针灸、药物之外，药浴疗法具有舒筋活络、行气活血的功能，对偏瘫患者的肢体康复有辅助治疗的作用。

1. 药浴配方　红花 6 克，川芎 10 克，桂枝 10 克，当归尾 10 克，北芪 12 克，荆芥 10 克，艾叶 10 克，千年健 20 克。

2. 用法

(1)上药一剂，加水六碗。瓦煲煮沸 30 分钟，将药液倒入水桶或大盆内。将药渣翻煎两次，均将药液倒入盆(桶)内。

(2)加热水至大半桶(或盆)，温度以不灼伤手而又可以忍受为度。

(3)把患肢放入桶(盆)中，并用手按压约半小时；亦可用毛巾淋浴患肢。肩部可同时进行。

(4)每日浸泡 1 或 2 次，至患肢康复为止。

三、靳瑞中成药疗法

靳瑞教授出生于中医药世家，100 多年前，其父靳太和从业中医，为“太和洞肾亏丸制药厂”厂长，叔父为广东省著名中医荣孙氏眼科；姐靳秀容，广州市中医院眼科中医，兄靳永福，中医眼科，“靳永福驱风油”药厂厂长。靳老自幼秉承家训，随先祖学习中医，中医理论基础扎实。在多年的临床实践中，靳老虽然以针灸术见长，但其以中药治病之绝招却鲜为人知。他时常教导我们，因为针灸医师比其他人更懂经络，中药本身就是通过经络来起到治疗作用的，所以作为一名中医针灸医师，一定要牢牢抓住中医自己的特色，在使用针灸治病的同时，一定不要忘记中药治病的优势，针药结合能在最大限度上发挥中医治病的优势，疗效也就会最好！所

以，以靳三针疗法治疗中风后遗症，其中包含有靳氏中成药疗法。

真人大造丸和真人益寿丸选用靳氏家族祖传秘方，香港宗靳氏药业有限公司出品，经过数十年的临床运用和大量的实验研究，证明该药对于心脑血管疾病，尤其是中风后遗症有显著的治疗效果。在使用针灸治疗的同时服用真人大造丸或真人益寿丸，能明显提高治疗效果，降低复发率。有关该中成药物的临床与实验研究详见后面的内容。

第四章

临床和实验研究结果总结

中风属现代医学的脑血管意外，包括脑出血、蛛网膜下腔出血、脑梗死和脑血栓形成等，是临床常见病，多发病，在老年病中发病率为15%～20%，急性期常危及生命，病死率较高。中风后遗症是中风急性期过后遗留下来的半身不遂、语言不利、口眼歪斜等症，常常难治不愈，以致终生残废，给患者带来痛苦，给家庭和社会带来负担。目前，中风后遗症尚无特殊的药物治疗，如何有效地防治中风及其后遗症是当今医学迫切需要解决的一个课题，为此，我们从1987年开始，经过10多年的研究，共收集了473例，其中脑血栓形成394例，脑梗死10例，脑出血44例，蛛网膜下腔出血4例，腔隙性脑栓塞21例。现将研究结果总结如下。

第一节　临床研究总结

一、临床资料

1. 病例纳入标准

(1)按《1983年全国中医内科学会中风诊断标准》诊断为中经络者。

(2)愿意接受针灸治疗并能坚持3个疗程者。

2. 病例排除标准

(1)按《1983年全国中医内科学会中风诊断标准》诊断为中脏

脑者。

(2)合并其他器质性病变影响本研究的观察指标者。

3. 病例来源　根据纳入标准，共收治门诊及住院患者 473 例，男性 315 例，女性 158 例，均为广州中医药大学附属医院针灸门诊和病房患者。采用随机法将患者分成颞三针组 216 例，体针组 100 例，头针组 157 例。各组的病程、年龄分布、疾病分类、辨证分型见表 4-1～表 4-4。

表 4-1　中风后遗症 473 例各组年龄分布(例)

年龄(岁)	颞三针组(n=216)	体针组(n=100)	头针组(n=157)	合计
30～	4	0	5	9
40～	15	7	11	33
50～	44	27	43	114
60～	100	44	71	215
70～	45	19	21	85
≥80	8	3	6	17

表 4-2　中风后遗症 473 例各组病程分布(例)

病程(年)	颞三针组(n=216)	体针组(n=100)	头针组(n=157)	合计
<0.5	15	7	7	29
0.5～	78	28	63	169
1～	57	24	41	122
2～	27	18	22	67
3～	24	12	14	50
4～	5	4	4	13
5～	4	3	4	11
≥6	6	4	2	12

表 4-3　中风后遗症 473 例各组分类分布(例)

类　型	颞三针组(n=216)	体针组(n=100)	头针组(n=157)	合计
脑血栓形成	172	95	127	394
脑栓塞	4	2	4	10
腔隙性脑栓塞	11	0	10	21
脑出血	26	3	15	44
蛛网膜下腔出血	3	0	1	4

表 4-4　中风后遗症 473 例各组辨证分型分布(例)

辨证分型	颞三针组(n=216)	体针组(n=100)	头针组(n=157)	合计
肝阳亢盛	42	14	24	80
气虚血瘀	95	56	78	229
痰阻血瘀	57	20	39	116
气阴两虚	17	10	13	40
痰热上扰	5	0	3	8

二、治疗方法

(一)颞三针组

1. 主穴

(1)于偏瘫对侧颞部取“颞三针”(耳尖直上 2 寸为颞Ⅰ针,然后以颞Ⅰ针为中点,同一水平前后各旁开 1 寸处分别为颞Ⅱ、颞Ⅲ针)。

(2)取 32 号 1.5 寸毫针,三针均向下沿皮平刺,针刺深度 1～1.2 寸,约占针身的 3/4,至局部有胀麻感为度。

(3)采用平补平泻手法,进针后每隔 5 分钟行手法 1 次,半小时出针。针刺过程中令患者活动患侧肢体以配合治疗。

2. 配穴　“四神针”(百会穴前后左右各旁开 1.5 寸)、风府透哑门、四关穴(合谷、太冲);语言不利加“舌三针”(下颌骨内侧缘中点与喉结连线上,离开下颌 1.5 处为第Ⅰ针,以第Ⅰ针为中点,同

一水平向左右各旁开 1 寸处为第 2 针、第 3 针），针刺方向垂直向上，进针深度约 1～1.2 寸；上肢瘫加“手三针”（曲池、外关、合谷）、内关；下肢瘫加“足三针”（足三里、三阴交、太冲）、绝骨。

3. 疗程　每天 1 次，10 次为一疗程，疗程之间休息 4 天。从第 3 疗程开始，隔天 1 次。至少完成 3 个疗程的治疗。

（二）体针组

1. 主穴

（1）上肢瘫：肩髃、曲池、外关。

（2）下肢瘫：环跳、足三里、三阴交。

2. 配穴　四关穴。

3. 补泻手法　根据虚实情况行补泻手法，疗程与颞三针组相同。

（三）头针组

取偏瘫对侧头部运动区和感觉区。针刺手法、疗程与颞三针组相同。

上述三组患者除个别患者血压持续偏高加服复方降压素外，原则上在接受针刺治疗期间停止服用一切中西药物。治疗时主穴与配穴同时采用。

（四）疗效评定

根据《1983 年全国中医内科学会中风疗效评定标准》进行疗效评定。

1. 恶化　病情加重，积分减少或死亡者。

2. 无效　积分增加少于 5 分者。

3. 有效　积分增加 6～9 分者。

4. 显效　积分增加 10～13 分者。

5. 基本痊愈　积分增加 14 分以上者。

三、结　　果

（一）临床疗效观察

1. 颞三针组与体针组、头针组比较　根据纳入标准和排除标

准，设立颞三针组166例，体针组100例与头针组157例进行疗效比较，结果颞三针组总有效率96.2%，痊愈率为26.9%，无效率为3.8%；体针组总有效率93.0%，痊愈率为17.0%，无效率为7.0%；头针组总有效率为90.4%，痊愈率为14.7%，无效率为9.6%(表4-5)。经统计学Riddit分析，颞三针组与体针组、头针组比较，差异均非常显著($P<0.01$)，提示颞三针组的疗效优于头针组和体针组。

表4-5 各组临床治疗效果比较

疗效	颞三针组($n=166$)		体针组($n=100$)		头针组($n=157$)	
	例数	%	例数	%	例数	%
基本痊愈	29	26.9	17	17.0	23	14.7
显效	48	44.4	27	27.0	35	22.3
有效	27	25.0	49	49.0	84	53.5
无效	4	3.8	7	7.0	15	9.5

2. 针刺疗效与病程的关系　表4-6列出针刺疗效与病程的关系，虽然3个病程段的有效率相近，但在基本治愈和显效率方面，短病程组明显优于≥2年组，组间比较，差异非常显著($P<0.01$)。

表4-6 针刺疗效与病程关系

疗效	<1年($n=80$)		1～2年($n=39$)		≥2年($n=79$)	
	例数	%	例数	%	例数	%
基本痊愈	29	36.2	11	28.2	6	7.6
显效	35	43.8	19	48.7	21	26.6
有效	14	17.5	17	43.6	45	56.9
无效	2	2.5	2	5.1	7	8.9
有效率(%)		97.5		84.9		91.1

3. 不同病种颞三针组与体针组疗效比较　两组病例主要集中在脑血栓（表 4-7），颞三针组脑血栓占 93.2%，体针组占 95.0%；总有效率分别为 96.9%（93/96），94.7%（90/95）。两组比较，差异不显著（$P>0.05$）。

表 4-7　颞三针组与体针组病种疗效比较（例）

疗效	颞三针组（$n=103$）			
	脑血栓	脑栓塞	脑出血	蛛网膜下腔出血
痊愈	24	0	0	0
显效	44	1	1	2
有效	25	1	1	0
无效	3	1	0	0
合计	96	3	2	2
疗效	体针组（$n=100$）			
	脑血栓	脑栓塞	脑出血	蛛网膜下腔出血
痊愈	17	0	0	0
显效	26	0	1	0
有效	47	0	2	0
无效	5	2	0	0
合计	95	2	3	0

（二）临床实验观察

1. 颞三针组针刺前后脑血流图比较　表 4-8 提示颞三针组 32 例针刺前后脑血流图/转折波比值、波幅、流入容积速度均差异均非常显著（$P<0.01$），说明针刺后患者脑血流量增加。

2. 头针组针刺前后脑血流图比较　表 4-9 提示头针组 20 例针刺前后脑血流图、波幅、流入容积速度差异均非常显著（$P<0.01$），但转折波比值针刺前后其改变不明显（$P>0.05$）。

3. 患者与健康人脑血流图波幅值比较　从表 4-10 可以看出，患者脑血流图波幅幅值比正常人低，经统计学处理，差异非常显著（$P<0.01$），提示患者脑血流偏低。

表 4-8　颞三针组针刺前后患者脑血流图比较($x \pm S$)

导联	上升时间(s)		转折波比值		波　幅(Ω)		流入溶积速度(Ω/s)	
	针前	针后	针前	针后	针前	针后	针前	针后
右额乳	0.21±0.03	0.21±0.03	0.64±0.09	0.71±0.08**	0.10±0.05	0.15±0.05**	0.47±0.23	0.75±0.26**
左额乳	0.21±0.03	0.21±0.03	0.64±0.08	0.68±0.09**	0.10±0.03	0.15±0.04**	0.47±0.18	0.73±0.26**
右枕乳	0.21±0.03	0.21±0.03	0.64±0.09	0.71±0.09**	0.07±0.03	0.10±0.03**	0.34±0.16	0.49±0.08**
左枕乳	0.22±0.02	0.21±0.02	0.68±0.06	0.68±0.07**	0.08±0.02	0.10±0.40**	0.39±0.12	0.52±0.22**

注：$n=32$。针刺前后比较，** $P<0.01$

表 4-9　头针组针刺前后脑血流图比较($\bar{x} \pm S$)

导联	上升时间(s)		转折波比值		波　幅(Ω)		流入溶积速度(Ω/s)	
	针前	针后	针前	针后	针前	针后	针前	针后
右额乳	0.20±0.04	0.20±0.05	0.56±0.31	0.56±0.30	0.08±0.03	0.11±0.03**	0.43±0.21	0.61±0.27**
左额乳	0.21±0.05	0.20±0.07	0.50±0.28	0.49±0.28	0.08±0.03	0.10±0.03**	0.44±0.29	0.57±0.26**
右枕乳	0.18±0.11	0.20±0.14	0.41±0.29	0.39±0.29	0.07±0.02	0.08±0.02**	0.40±0.30	0.48±0.22**
左枕乳	0.20±0.04	0.19±0.05	0.48±0.03	0.45±0.02	0.06±0.02	0.07±0.02**	0.35±0.27	0.43±0.20**

注：$n=20$。针刺前后比较，** $P<0.01$

表 4-10　中风患者与健康人脑血流图波幅值比较($\bar{x}\pm S$)

导　联	患　者	患者与健康人差值	P 值
右额—乳	0.09±0.04	0.09	<0.01
左额—乳	0.09±0.03	0.09	<0.01
右枕—乳	0.07±0.03	0.11	<0.01
左枕—乳	0.07±0.02	0.11	<0.01

注：正常值取自广州中医药大学附属医院脑血流图室

从表 4-10 可以看出，患者脑血流图波幅值比正常人低($P<0.01$)，提示患者脑血流偏低。

4. 体针组针刺前后患者脑血流图比较　见表 4-11。

表 4-11　体针组针刺前后脑血流图比较($\bar{x}\pm S$)

导　联	上升时间(s)		转折波比值	
	针前	针后	针前	针后
右额乳	0.21±0.03	0.21±0.03	0.67±0.09	0.66±0.09
左额乳	0.21±0.03	0.21±0.03	0.69±0.12	0.65±0.11
右枕乳	0.20±0.03	0.20±0.03	0.67±0.11	0.67±0.05
左枕乳	0.21±0.04	0.20±0.03	0.63±0.11	0.64±0.09
导　联	波　幅(Ω)		流入溶积速度(Ω/s)	
	针前	针后	针前	针后
右额乳	0.09±0.03	0.10±0.04*	0.42±0.14	0.49±0.17*
左额乳	0.08±0.05	0.11±0.03**	0.43±0.13	0.52±0.17*
右枕乳	0.06±0.02	0.07±0.02**	0.33±0.10	0.35±0.09*
左枕乳	0.06±0.02	0.07±0.02*	0.32±0.10	0.33±0.08*

注：$n=26$。* 表示针刺后比较 $P<0.05$，** 表示针刺前后比较 $P<0.01$

5. 颞三针与头针、体针三组针刺前后脑血流图比较　表 4-12 提示，三种针法在改善脑血流效果方面依次为颞三针组、头针组、

体针组。

表 4-12　颞三针与头针、体针三组针刺前后脑血流图比较($\bar{x}\pm S$)

导　联	转折波比值		
	颞三针	头针	体针
右额乳	0.07±0.02	0.01±0.03	0.02±0.04**
左额乳	0.02±0.02	0.01±0.05	0.05±0.07**
右枕乳	0.06±0.02	0.03±0.02	0.01±0.03
左枕乳	0.01±0.01	0.03±0.03	0.02±0.02
导　联	波　幅		
	颞三针	头针	体针
右额乳	0.06±0.004	0.03±0.01**	0.01±0.005**
左额乳	0.05±0.01	0.02±0.01**	0.03±0.01*
右枕乳	0.03±0.0004	0.02±0.0004	0.01±0.003**
左枕乳	0.03±0.01	0.02±0.004	0.01±0.002**
导　联	流入容积速度		
	颞三针	头针	体针
右额乳	0.28±0.02	0.17±0.03**	0.07±0.03**
左额乳	0.25±0.03	0.13±0.02*	0.08±0.04**
右枕乳	0.16±0.02	0.08±0.02*	0.03±0.01**
左枕乳	0.13±0.01	0.07±0.02*	0.01±0.01**

注：表中数字为各组针刺前后差数的平均数±标准误。颞三针组与头针组、体针组比较，分别为 * $P<0.05$，** 表示 $P<0.01$

6. 健康人与中风患者血液流变学比较　表 4-13 提示中风患者血液流变学各项指标明显异常，与健康人比较，差异有显著或非常显著意义($P<0.05$，$P<0.01$)。表明中风患者血液变浓，血流速度变慢，血液运行阻力增加。

表 4-13　健康人与中风患者血液流变学比较($\bar{x}\pm S$)

观察项目	男　性	
	健康人	患者
全血高切黏度(比)	6.12±0.55	6.80±0.62**
全血低切黏度(比)	8.68±0.85	10.56±1.53**
血液还原黏度(比)	16.77±1.81	20.29±2.02**
血液凝聚指数	1.42±0.14	1.54±0.18**
血浆黏度(比)	1.76±0.06	1.86±0.11**
红细胞电泳	22.30±0.05	25.26±1.26**
血细胞比容	45.70±3.59	46.35±3.34
血沉	12.38±7.36	25.94±13.87**
纤维蛋白原	318.43±47.62	377.70±50.24**
观察项目	女　性	
	健康人	患者
全血高切黏度(比)	5.16±0.40	6.32±1.07**
全血低切黏度(比)	6.82±0.66	8.75±0.21**
血液还原黏度(比)	14.82±3.47	18.17±3.83**
血液凝聚指数	1.32±0.13	1.38±0.13
血浆黏度(比)	1.76±0.05	1.83±0.13
红细胞电泳	21.83±1.65	24.17±1.81**
血细胞比容	39.65±3.12	43.14±3.15**
血沉	17.11±7.25	24.03±11.2*
纤维蛋白原	307.33±49.19	354.16±61.65**

注：n(健康人)=120，男女各 60；n(患者)=26，男女各 13。* 表示两组比较 $P<0.05$；** 表示两组比较 $P<0.01$。

7. 颞三针组与体针组治疗前、后血液流变学比较　表 4-14 说明：颞三针组治疗前后血液流变学除血沉外，其余各项指标差异均有显著或非常显著意义($P<0.05$，$P<0.01$)。体针组治疗前后比较，全血黏度比(高切、低切)、红细胞电泳、血细胞比容差，均

有显著或非常显著意义($P<0.05$,$P<0.01$)。提示两种针法对患者血液流变学均有一定改善作用。

表 4-14　颞三针组与体针组治疗前、后血液流变学比较($\bar{x}\pm S$)

观察项目	颞三针组($n=15$)	
	治疗前	治疗后
全血高切黏度(比)	6.95±0.30	5.97±0.62**
全血低切黏度(比)	10.38±1.68	8.12±1.28**
血液还原黏度(比)	20.27±2.62	16.93±1.98**
血液凝聚指数	1.87±0.13	1.80±0.09**
血浆黏度(比)	1.48±0.21	1.40±0.15*
红细胞电泳	25.46±1.41	23.47±1.56**
血细胞比容	45.62±3.24	42.73±3.63**
血沉	24.7±13.75	24.6±11.29
纤维蛋白原	380.17±55.58	362.40±36.31*
观察项目	体针组($n=11$)	
	治疗前	治疗后
全血高切黏度(比)	6.73±0.80	6.37±0.96*
全血低切黏度(比)	9.49±1.79	8.70±1.27*
血液还原黏度(比)	17.91±1.47	17.45±1.17*
血液凝聚指数	1.81±0.09	1.78±0.08
血浆黏度(比)	1.45±0.14	1.41±0.09
红细胞电泳	23.35±1.14	22.72±0.84*
血细胞比容	45.0±4.25	44.32±3.65*
血沉	28.91±10.39	26.45±8.80
纤维蛋白原	362.0±39.5	352.91±30.74

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;** $P<0.01$

8. 颞三针组与体针组治疗前后血液流变学比较　表 4-15 显示,两组患者治疗前后血液流变学各项指标比较,其中全血黏度

比、全血还原黏度比、红细胞电泳、血细胞比容差异均有显著或非常显著意义($P<0.05$，$P<0.01$)，两者比较，在改善患者血液流变学方面，颞三针组优于体针组。

表 4-15　颞三针组与体针组治疗前后血液流变学比较($\bar{x}\pm S$)

观察项目	颞三针组	体针组
全血高切黏度(比)	0.98±0.15	0.37±0.13*
全血低切黏度(比)	2.27±0.35	0.79±0.29**
血液还原黏度(比)	3.33±0.35	0.46±0.23**
血液凝聚指数	0.07±0.02	0.03±0.02
血浆黏度(比)	0.08±0.03	0.04±0.02
红细胞电泳	1.98±0.31	0.63±0.23**
血细胞比容	2.88±0.52	0.82±0.31**
血沉	2.80±1.47	2.46±1.35
纤维蛋白原	17.77±7.18	9.09±4.98

注：表中数字为治疗前、后差数的平均数±标准误。与颞三针组比较，* $P<0.05$，** $P<0.01$

9. *颞三针治疗前后血栓素 B_2 和 6-酮-前列腺素变化的比较*　表 4-16 表明，颞三针组 60 例治疗前后血浆中血栓素 B_2 和 6-酮-前列腺素含量均有明显改善，其差异有非常显著意义($P<0.01$)。

表 4-16　颞三针治疗前后血栓素 B_2 和 6-酮-前列腺素变化的比较($\bar{x}\pm S$)

检测指标	治疗前	治疗后
血栓素 B_2(pg/0.1ml)	159.13±58.89	100.90±30.38**
6-酮-前列腺素(pg/0.1ml)	6.88±1.90	9.80±1.50**

注：与治疗前比较，** $P<0.01$

10. *中风患者与健康人头发微量元素的比较*　表 4-17 说明，

经三个疗程结束后，中风患者头发微量元素含量，除铁外，其余均有明显改善，差异均非常显著（$P<0.01$）。表4-18说明，上述治疗前后除铁外，其余均有明显改善，差异均非常显著（$P<0.01$）。

表4-17　中风患者与健康人头发微量元素的比较（$\bar{x}\pm S$）

微量元素（μmol/L）	中风患者	健康人
钙	571±272	1308±?**
锌	238±50	172±25**
铜	9±3	17±4**
铁	21±10	18±6
铝	10±6	8±2**
铬	1.1±0.8	3.0±0.9**

注：与中风患者比较，** $P<0.01$

表4-18　中风患者针刺治疗前后头发微量元素的比较（$\bar{x}\pm S$）

微量元素（μmol/L）	治疗前	治疗后
钙	571±272	717±263**
锌	238±50	183±42**
铜	9±3	15±3**
铁	21±10	24±10
铝	10±6	5±4**
铬	1.1±0.8	2.0±0.2**

注：与治疗前比较，** $P<0.01$

11. 中风患者治疗前与治疗后及正常人微循环的比较　表4-19提示，中风患者的微循环与正常人相比，微血管管径细小，血流速度缓慢，血细胞聚集明显，并见血管纡曲、扭转、粗细不一，全部患者均可见球结膜程度不等的出血和渗出现象。经颞三针治疗后中风患者的微血管管径普遍增大，血流速度加快，血细胞聚集程度减轻，差异均有统计学意义，其余变化不明显。

表 4-19　中风患者治疗前与治疗后及正常人微循环比较($\bar{x}\pm S$)

比较指标	中风患者($n=42$)		正常人($n=24$)
	治疗前	治疗后	
管径(μm)	4.6±1.4	5.1±1.2**	6.5±0.8**
血流速度(mm/s)	0.48±0.15	0.58±0.11**	0.85±1.0**
血细胞聚集(积分)	2.8±0.9	1.5±0.6**	0.4±0.2**

注：正常人、中风患者治疗后分别与治疗前比较，** $P<0.01$

12. 中风患者治疗前与治疗后及健康人血脂比较　表 4-20 提示，中风患者血脂明显高于健康人，差异非常显著($P<0.01$)。经完成 1 个疗程靳三针治疗后，中风患者的血脂均有下降，除 β-脂蛋白的差异无统计学意义外，胆固醇和三酰甘油的差异均非常显著($P<0.01$)。

表 4-20　中风患者治疗前与治疗后及健康人血脂比较($\bar{x}\pm S$)

比较指标	中风患者($n=30$)		健康人($n=30$)
	治疗前	治疗后	
胆固醇(mg/dl)	261.5±52.5	216.7±45.2**	172.1±34.5**
三酰甘油(mg/dl)	163.8±69.4	122.4±39.5**	78.5±11.9**
脂蛋白(mg/dl)	407.2±105.6	371.7±64.1**	301.4±51.7**

注：正常人、中风患者治疗后分别与治疗前比较，** $P<0.01$

13. 中风患者与健康人血 LPO、SOD、GST-Px 含量比较　表 4-21 显示，中风偏瘫患者血浆 SOD、GST-Px 水平均低于正常值，与同龄健康人比较，差异显著($P<0.05$)，LPO 则高于正常值，与同龄健康人比较，差异非常显著($P<0.01$)。

表 4-21　中风患者与健康人血 LPO、SOD、GST-Px 含量比较($\bar{x}\pm S$)

比较指标	中风患者($n=40$)	健康人($n=32$)
LPO(mmol/ml)	5.78±2.02	2.96±0.59**
SOD(mU/ml)	22.17±6.28	39.62±14.07*
GST-Px(μmol/ml)	41.64±18.68	71.56±20.79*

注：与中风患者比较，* $P<0.05$，** $P<0.01$

14. 中风患者治疗前后及健康人 LPO、SOD、GST-Px 比较　表 4-22 说明，两组针刺治疗前后 LPO、SOD、GST-Px 自身比较，差异具有显著性或非常显著性意义，提示中风偏瘫患者经针刺治疗后，血 LPO 水平下降，而 SOD、GST-Px 值明显升高。两组治疗前后差值比较，SOD、GST-Px 差异有显著意义，LPO 两组比较无统计学意义，说明针刺能提高自由基反应的主要酶类 SOD、GST-Px 水平，降低人体自由基反应的主要产物 LPO，这种作用以颞三针组为优。

表 4-22　中风患者治疗前后及健康人 LPO、SOD、GST-Px 比较($\bar{x}\pm S$)

比较指标	颞三针组($n=20$)		对照组($n=20$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
LPO (mmol/ml)	6.08±2.16	2.67±3.30**	5.47±1.86	4.37±2.32*
SOD (mU/ml)	21.63±6.25	35.83±5.52**	22.72±6.41	28.81±7.58**
GST-Px (μmol/ml)	39.14±18.27	64.71±29.07**	44.14±19.21	55.73±19.30**

注：与治疗前比较，** $P<0.01$

15. 两组治疗后神经功能的恢复与 LPO、SOD、GST-P 的差值比较　从表 4-23 可以看出，两组对神经功能的恢复上与 LPO、SOD、

GST-P 的差值变化有一致性。

从表 4-22，表 4-23 可以看出，两组针刺治疗前后 LPO、SOD、GST-Px 自身比较，差异具有显著性或非常显著性意义，提示中风偏瘫患者经针刺治疗后，血 LPO 水平下降，而 SOD、GST-Px 值明显升高。两组治疗前后差值比较，SOD、GST-Px 差异有显著意义。表 4-23 提示 LPO 两组比较无统计学意义，说明针刺能提高自由基反应的主要酶类 SOD、GST-Px 水平，降低人体自由基反应的主要产物 LPO。两组对神经功能的恢复上与 LPO、SOD、GST-P 的差值变化

表 4-23　针刺治疗后神经功能的恢复与 LPO、SOD、GST-P 的差值比较($\bar{x}\pm S$)

功能恢复	LPO(mmol/ml)	
	颞三针组	对照组
基本恢复	3.02±2.96	2.03±2.8*
显著进步	4.6±5.9	2.8±4.6**
进步	4.98±1.4	2.4±0.98**
无变化	1.24±0.3	1.1±0.08*
功能恢复	SOD(mU/ml)	
	颞三针组	对照组
基本恢复	20.4±7	10.1±5.48**
显著进步	21.4±8	13.3±4.4**
进步	24.3±12	11.3±4.9**
无变化	6±1.4	4.9±0.6*
功能恢复	GST-Px(μmol/ml)	
	颞三针组	对照组
基本恢复	30.2±9.5	12.7±13.6***
显著进步	32.9±8.7	16.2±10.7**
进步	25.4±12.1	13.54±11.9**
无变化	7.1±2.6	6.5±1.9*

注：与对照组比较，* 表示 $P>0.05$，** $P<0.05$，*** 表示 $P<0.001$

有一致性。可推测对其神经功能的恢复与提高 SOD、GST-Px 值，降低 LPO 水平相关。综上两表对 LPO、SOD、GST-Px 的影响中，作用以颞三针组为优。

16. 中风患者与健康人血浆 NE、E 含量比较　表 4-24 显示，中风偏瘫患者血浆 NE、E 明显高于正常值，与同龄健康人比较，差异有非常显著性意义（$P<0.01$）。

表 4-24　中风患者与健康人血浆 NE、E 含量比较（$\bar{x}\pm S$）

比较指标	中风患者（$n=40$）	健康人（$n=50$）
NE(pg/ml)	493.43±112.99	365.27±47.79**
E(pg/ml)	206.60±31.22	175.00±19.86**

注：与中风患者比较，** $P<0.01$

17. 两组治疗前后 NE、E 含量自身比较　表 4-25 说明，两组针刺治疗前后 NE、E 比较，差异均非常显著（$P<0.01$），提示中风偏瘫患者经针刺治疗后，原来偏高的 NE、E 明显下降。表 4-26 说明，两组治疗前后差值比较，差异显著性或非常显著（$P<0.05$ 或 $P<0.01$），说明颞三针组降低血浆 NE、E 含量的作用比对照组明显。

表 4-25　两组治疗前后 NE、E 含量自身比较（$\bar{x}\pm S$）

比较指标	颞三针组（$n=20$）		对照组（$n=20$）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
NE(pg/ml)	500.30±111.49	336.05±78.13**	486.55±116.95	390.55±80.53**
E(pg/ml)	211.10±34.50	156.10±27.21**	202.10±27.71	173.10±36.23**

注：与治疗前比较，** $P<0.01$

表 4-26　两组治疗前后 NE、E 含量差值比较($\bar{x}\pm S$)

比较指标	颞三针组($n=20$)	对照组($n=20$)
NE(pg/ml)	164.40±105.56	90.00±114.52**
E(pg/ml)	55.00±32.62	29.00±33.49*

注：与颞三针组比较，* $P<0.05$，** $P<0.01$

18. 中风患者与健康人血浆 NO 含量比较　测定中风偏瘫患者 40 例血清一氧化氮浓度为 87.92±16.58μmol/L($\bar{x}\pm S$)，健康人 15 人为 52.32±10.61μmol/L。两组比较，中风偏瘫患者明显高于健康组，差异有非常显著($P<0.01$)。

19. 两组治疗前后 NO 的含量自身比较　分别测定颞三针组($n=20$)和对照组($n=20$)NO 含量($\bar{x}\pm S$)。前者治疗前为89.20±15.31μmol/L，治疗后为 63.86±16.22μmol/L；后者治疗前为 86.64±17.89μmol/L，治疗后为 72.07±19.22μmol/L。两组治疗前、后比较，差异均非常显著($P<0.01$)。颞三针组治疗前后的差值为 26.84±17.95μmol/L，对照组为 14.57±11.36μmol/L，两者比较，差异非常显著($P<0.01$)。提示中风偏瘫患者经颞三针治疗后，血 NO 明显下降，说明颞三针组降低血 NO 比对照组明显。

四、讨　论

(一)颞三针治疗中风后遗症的疗效

从表 4-5～表 4-9 看，经颞三针组治疗 3 个疗程(48 天)后，总有效率为 95.18%～96.3%，痊愈率为 23.5%～26.9%；体针组总有效率为 93%，痊愈率为 17%；头针组总有效率为 90.4%，痊愈率为 14.7%。表明针刺治疗中风后遗症的疗效，以颞三针的疗效最高，其次为体针、头针，尤其是痊愈率优于体针组和头针组。颞三针位于头部颞侧。中医认为“头为诸阳之会”、手足三阳经皆上会于头，颞部又是足少阳胆经循行分布之处，内属于胆，与肝相表

里，经云："胆气升则十一脏皆升"；从现代医学的角度来看，颞部为头部血管神经最丰富部位，针刺颞部穴位有疏通经络气血、加强头部血流之作用。配四神针醒脑开窍，风府透哑门，深刺力强，疏通脑络，为治脑病要穴。手三针、足三针为手足阳明经穴，经云："腰以上者手太阴阳明主之，腰以下者足太阴阳明主之"，阳明经多气多血，能调和气血，为主理上、下肢病患之要穴，与颞三针配合治疗中风后遗症，实为中医经络学说、脏腑学说的具体运用。

（二）颞三针对脑血流图转折波比值的影响

颞三针治疗可使脑血流图转折波比值增大，与针刺前比较差异非常显著，体针与头针治疗前后改变无显著意义，表明针刺对反映血管紧张度和弹性的转折波比值具有显著调整作用，可改善血管弹性、降低血管阻力。针刺颞三针后可见波幅显著增高，前后自身对照差异非常显著，与头针组和体针组比较差异非常显著。表明针刺颞三针对波幅这一反映血管充盈度或搏动性血液供应的最主要指标，其改善作用优于其他穴位。头针、体针、颞三针三种刺激方法针刺后流入容积速度均可见增大，前后自身比较差异显著，但以颞三针组的改善最为显著。表明针刺颞三针后血管弹性改善，流入通道通畅无阻。

（三）血液流变学各项指标比较

中风患者与健康人的血液流变学各项指标比较，差异有显著性意义（$P<0.05$）；颞三针组治疗前后血液流变学各项指标，除血沉外，其余如全血黏度比、血浆黏度比、全血还原黏度、血液聚集指数、红细胞电泳、血球压积等，自身对照差异均有显著性意义；体针组治疗前后血液流变学各项指标变化以全血黏度比、红细胞电泳、血细胞比容三项差异有显著性意义（$P<0.05$）。两组治疗前后组间比较表明：全血黏度比、全血还原黏度比、红细胞电泳、血细胞比容等项指标差异有显著性意义（$P<0.05$）。提示颞三针组在改善患者血液流变学方面优于体针组。颞三针组与头针组各项血液流变学指标比较表明：颞三针组除上述各项血液流变学指标显著改

善外，红细胞聚集指数、红细胞硬化指数及血流方程 K 值的改变也有非常显著性意义（$P<0.01$），头针组只有血细胞比容及红细胞聚集指数治疗前后有显著性意义（$P<0.05$），两组血液流变学各项指标治疗前后组间比较，差异有非常显著意义（$P<0.01$）。说明颞三针改善血液浓度、黏性、稠性优于头针，能显著改善血液流变学的异常状态。

（四）治疗前后的血浆血栓素 B_2 和 6-酮-前列腺素含量比较

针刺颞三针治疗前后的血浆血栓素 B_2 和 6-酮-前列腺素的含量结果表明，治疗前血栓素 B_2 为 159.13±58.89（pg/0.1ml），治疗后为 100.90±30.38（pg/0.1ml），治疗前后自身比较，差异非常显著（$P<0.01$）；6-酮-前列腺素含量治疗前为 6.88±1.90（pg/0.1ml），治疗后为 9.80±1.50（pg/0.1ml），前后自身对照差异非常显著（$P<0.01$）。提示经过针刺颞三针治疗的中风患者，其血浆血栓素 B_2 含量下降，6-酮-前列腺素含量上升，提示针刺颞三针可使中风患者的微血管扩张，血小板聚集受抑制，血流阻力减小，血流通畅加快，有利于大脑病灶部位建立侧支循环并恢复病灶部位的大脑功能，可能是针刺颞三针治疗中风后遗症患者的重要机制。

（五）治疗前后头发微量元素比较

采用核素源激发 X 线能谱分析技术测定了 20 例针刺颞三针治疗前后的头发微量元素钙、锌、铜、铁、铝、铬的含量，并与 20 例同龄正常人相比较。结果中风患者头发微量元素与同龄正常人相比有显著差异，其中锌较高，铜、钙、铬较低（$P<0.01$），提示微量元素含量异常与脑中风有密切关系，可能是中风发病以及影响其功能恢复的主要因素之一。针刺颞三针治疗后铝、锌含量下降，铜、铬、钙含量均显著提高，差异有非常显著意义（均 $P<0.01$）。表明针刺颞三针对中风患者头发微量元素有显著调整作用，微量元素的正常调整有利于降低患者的血管弹性，改善组织、器官和细胞的代谢，降低血压，缓解动脉硬化，有助于患者的康复。

(六)治疗前后球结膜微循环比较

以 Xax-IA 型微循环检测仪检测了 42 例针刺颞三针治疗前后的球结膜微循环，并与 24 例健康同龄人作对照。结果：全部中风患者的微循环管径细小，血流缓慢。血细胞聚集明显并且血管纡曲、扭转、粗细不一，球结膜微血管周围均可见到程度不等的出血和渗出现象，其管径、血流速度、血细胞聚集与正常人相比差异非常显著，治疗后管径普遍增大，血流速度加快，血细胞聚集程度减轻，前后自身对照差异非常显著($P<0.01$)，表明针刺颞三针可以改善微循环，是其治疗中风后遗症的重要机制之一。

(七)治疗前后血清胆固醇、三酰甘油、β-脂蛋白等含量比较

采用酶生化法检测了 30 例针刺颞三针治疗前后中风患者的血清胆固醇、三酰甘油、β-脂蛋白等含量，并与健康人 25 例对照。结果表明：中风患者血脂各项指标明显高于正常人($P<0.01$)。针刺颞三针治疗后胆固醇含量由治疗前 261.5±52.5(mg/dl)下降至 216.7±45.2(mg/dl)，前后自身对照差异非常显著($P<0.01$)；三酰甘油由治疗前 163.8±69.4(mg/dl)下降至 122.4±39.5(mg/dl)；β-脂蛋白由治疗前 407.2±105.6(mg/dl)下降至 371.7±64.1(mg/dl)，但差异不显著($P>0.05$)。表明针刺颞三针可以使血脂显著下降，从而有助于改善血液流变和血液循环，减轻和预防脑动脉硬化的加重，对中风的康复和治疗是有重要的价值。

(八)治疗前后 LPO、SOD、GSH-Px 比较

中风偏瘫患者 LPO 显著高于同龄健康人，SOD、GSH-Px 明显低于正常人，提示脑缺血后，自由基反应及脂质过氧化病理加剧。针刺颞三针治疗后，能明显提高 SOD、GSH-Px 含量，降低 LPO 含量，组间比较以颞三针组为优，说明针刺头部穴位能抑制脂质过氧化及自由基反应，提高 SOD、GSH-Px 活性，使肌体有效地清除自由基，提高机体免受过量活性氧攻击的能力，减轻脑组织的损害，促进脑组织代偿能力，从而取得临床疗效及促进机体康

复，这可能是颞三针、针刺治疗中风偏瘫收效的重要机制之一。

（九）治疗前后去甲肾上腺素和肾上腺素含量比较

中风偏瘫患者血中去甲肾上腺素和肾上腺素含量明显高于同龄健康组，提示脑损伤后，过量 CA 可造成脑神经元功能障碍，加重继发性脑损害。颞三针治疗后，血中去甲肾上腺素和肾上腺素明显降低，组间比较，颞三针组作用明显，说明针刺颞部穴位可降低血中儿茶酚胺类神经递质含量，从而减轻由过量 CA 造成的神经元功能障碍及继发性脑损害，改善脑循环，促进脑组织的代偿能力，这可能是本疗法取效的重要机制之一。

（十）治疗前后 NO 含量比较

早期缺血性中风偏瘫患者血浆 NO 与健康人比较，明显升高，高浓度 NO 对脑细胞具有毒性作用。经颞三针治疗后，NO 含量明显下降，下降幅度以颞三针组明显，说明颞三针可降低血中 NO 含量，从而减轻由于高浓度 NO 对脑细胞的毒性作用和继发性脑损害，改善缺血区的脑循环，促进脑组织的代偿功能，使偏瘫肢体得以恢复。

五、小　　结

以上系列研究结果表明：①针刺颞三针治疗脑血管意外后遗症具有疗效好、无不良反应、方法简便易行等显著优点，对照比较表明针刺颞三针临床疗效优于传统的体针疗法和头针疗法，它可弥补体针和头针治疗的不足，为针刺治疗中风后遗症提供了一种新的安全而有效的方法。②颞三针治疗脑血管意外后遗症，主要通过改善脑动脉的弹性、增加血流量等脑血流状况，同时改善患者的血液浓稠性、黏滞性、聚集性等血液流变学指标，从而改善脑部的血流供应，使其紧张度下降、血管扩张、血流增加，这将有利于侧支循环的建立，缓解高血压和动脉硬化，提高脑组织氧分压、促进病灶周围脑细胞的营养和脑组织的修复，促进瘫痪机体及语言功能等的康复。③针刺颞三针可以显著调整血栓素 B_2 和 6-酮-前列

腺素的含量，调整中风患者的头发微量元素锌、钙、铜、铬、铝等含量，改善微循环和血脂的病理状态，表明针刺颞三针有改善体内脏腑、组织、器官、细胞代谢及糖、脂质代谢等。④按中医理论解释，颞三针有扶正祛邪、活血化瘀、疏通经络、平衡脏腑阴阳的作用。本研究初步阐明了颞三针治疗脑血管意外后遗症的机制，为临床推广应用本法提供了重要的实验室资料和科学依据，具有重要的理论意义和临床应用价值。

第二节　动物实验研究总结

以光化学法诱导 SD 大鼠局灶性脑栓塞动物模型，造成中经络中风模型，动态观察“颞穴”对缺血半影区及对缺血敏感的海马 C_1 区神经细胞损伤、凋亡、P53 基因、bcl-2 基因及 NOS 表达的影响，以期在分子水平阐明颞三针治疗缺血性脑中风及其瘫痪的机制。

一、材料和方法

(一)材料

1. 动物　雄性 SD 大鼠，体重 230～260 克，由中山医科大学动物中心提供。

2. 主要试剂

(1)四碘四氯荧光素二钠(玫瑰红 B)(美国 Sigma 公司)

(2)鼠抗 P53 基因蛋白单克隆抗体(丹麦 DAKO 公司)

(3)鼠抗 Bcl-2 基因蛋白单克隆抗体(丹麦 DAKO 公司)

(4)原位细胞凋亡检测试剂盒(德国 Boehringer Mannheim 公司)

(5)NADPH-d(美国 Sigma 公司)

(6)二氨基偶氮苯(DAB)(美国 Sigma 公司)

(7)APES(3-Aminopropyltriethoxysilane)(美国 Sigma 公司)

(8)多聚甲醛(北京天象人生物工程有限公司)

(9)亚硝基四唑蓝(NBT)(北京天象人生物工程有限公司)

(10)三羟甲基氨基甲烷(Tris)(北京天象人生物工程有限公司)

(11)Tritonx-100(德国 Merck 公司)

(12)枸橼酸钠、枸橼酸、H_2O_2、Na_2HPO_3、NaCl(广州化学试剂厂)

3. 主要设备

(1)Ⅱ型光化冷光源仪(锦州光化学仪器厂)

(2)电热恒温水浴箱(北京长源实验设备厂)

(3)Leical800 恒温冷冻切片机(德国 Leica 公司)

(4)OlympusBX-40 研究用显微镜(日本 Olympus 公司)

(5)EMAIL-200 病理图像分析仪(广州亿鸣科技有限公司)

(6)750W 微波炉(日本松下电器公司)

(7)10μl 微量加样器、100μl 微量加样器(德国 Eppndorf 公司)

4. 动物模型制作　SD 大鼠 120 只,体重 230～260 克,雄性。实验鼠经 5%水合氯醛(350mg/100 克体重)腹腔注射麻醉。经左侧颞部入路,于实验鼠左耳和左眼连线中点作一长约 1.5cm 的垂直稍带弧形切口,分离颞肌至其与颧弓的交界处,切断其后分1/2,暴露卵圆孔的前上方鳞骨下份隆起,左颧弓与颞骨接合处的前段 2mm 处用牙科钻作一直径为 5mm 的骨窗,切开硬脑膜即可清晰看到 MCA(大脑中动脉)近侧段跨越嗅束。选择 MCA 起始部或嗅束内侧 2mm 到大脑下静脉之间的部分为光照部位,光照过程分为两个步骤:首先将由光导纤维射出和光束(光投射孔径 3mm)垂直放在 MCA 自嗅束到近大脑下静脉段的血管表现,经股静脉注射 3%玫瑰红 B(25mg/kg 体重),持续照射 15 分钟(局部光照强度 0.5W/cm^2),然后将光源移到 MCA 起始部(嗅束内侧段),经股静脉注射同等剂量玫瑰红 B 后,再次照射 MCA 15 分钟,照

射完毕，单纯 MCA 闭塞模型即已形成，术后分层缝合手术切口，术后保温喂养，并注射抗生素以防感染。剔除未出现偏瘫及死亡大鼠。

二、方法及疗效判断

(一)动物分组

100 只大鼠，在造模过程中死亡 18 只，造模失败 6 只，将剩余 76 只 SD 大鼠随机分为以下几组：

1. 治疗甲组(A 组)　造模成功两小时后即进行颞区针刺治疗，每日一次针刺相同穴位。24 小时处死 12 只大鼠，2 周末处死 11 只大鼠，第 7 周末处死剩余 10 只大鼠。

2. 治疗乙组(B 组)　造模成功 2 周后，进行颞区针刺治疗，以后每日 1 次针刺相同穴位，直至第 7 周末处死全部 15 只大鼠。

3. 对照甲组(C 组)　造模成功后不予治疗，24 小时处死 9 只大鼠。

4. 对照乙组(D 组)　造模成功后不予治疗，第 2 周末处死 10 只大鼠。

5. 对照丙组(E 组)　造模成功后不予治疗，第 7 周末处死 9 只大鼠。

(二)取穴

患侧颞区二穴。

(三)操作方法

局部消毒后，用 28 号 1 寸毫针，与头皮成 15°角快速刺入患侧颞区穴，进针 0.1 寸，接电针仪，用连续波，电针强度为 2MHz，每日治疗 1 次，每次 20 分钟。

(四)疗效判断

以 SD 大鼠患侧后肢肌张力为判断部位，对检测医师采用单盲法，每日检测肌力 1 次，以 SD 大鼠肌力最低时为初次肌力标准，以第 7 周末肌力为最终判定时间。肌力判定以日本庆义塾大

学的 SIAS 法判定。

三、标本采集及处理

(一)标本采集

打开动物胸腔，自心房放血→肝素生理盐水心脏灌注，直至回流液变清洁后→用 4%的多聚甲醛心脏灌注固定 20～30 分钟→断头取脑，鼠脑用 4%多聚甲醛 4℃固定 24 小时→依次移入 20%和 30%蔗糖中直至下沉(4℃冰箱)→Leica1800 恒温冷冻切片机 10μm 连续切片，进行 NOS 组织化学染色。冷冻切片剩余组织进行常规石蜡包埋，5μm 连续切片，进行常规 HE 染色、细胞凋亡、P53 基因蛋白及 bcl-2 基因蛋白检测。

(二)处理

1. *损伤神经元计数*　分别在脑软化灶周围及海马 C_1 区随机取 3 个高倍视野(40×10)进行损伤神经元计数，分别计数轻度损伤神经元、重度损伤神经元、损伤神经元总数及轻度损伤神经元、重度损伤神经元、损伤神经元总数与所在视野神经元的比值。损伤神经元的判断标准如下：

(1)轻度损伤神经元：细胞轻度深染及皱缩，细胞膜及核仁仍清晰可见，细胞周隙增宽不明显。

(2)重度损伤神经元：细胞膜与周围分界清，细胞深染固缩，胞浆尼氏体消失。核固缩，核仁消失。

2. NADPH-d 组织化学法显示神经元内 NOS(方法略)。

四、结　　果

(一)针刺治疗后第 7 周大鼠肌张力变化状况比较

表 4-27 显示，针刺治疗甲组(即造模后在急性期立即进行针刺治疗的大鼠)和乙组(即造模 2 周后进行针刺治疗的大鼠)肌张力改善状况均明显好转与对照丙组($P<0.05$)，将甲乙两组后合并为广义针刺治疗组，肌张力改善状况亦明显优于对照组($P<$

0.05)。针刺甲组和针刺乙组相比，针刺甲组大鼠的肌张力增强比例较高，但两组间差异无统计学意义。

表 4-27　大鼠针灸治疗后第 7 周大鼠肌张力变化状况比较

比较项目	针灸甲组	针灸乙组	对照丙组
增强	10 例	9 例	3 例
未见改变	1 例	3 例	8 例
减弱	0	0	1 例

(二)造模 24 小时后缺血半影区损伤神经元状况比较

表 4-28 提示，造模 24 小时后针刺甲组重度损伤神经元数、重度损伤神经元百分比、损伤神经元总数、合计损伤神经元百分比均较对照组低，有显著意义($P<0.05$)。轻度损伤神经元数、轻度损伤神经元百分比，两组间无显著差异。

表 4-28　大鼠造模 24 小时后缺血半影区损伤神经元状况比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
轻度损伤神经元/10HPF	22.6±3.5	15.3±2.5
重度损伤神经元/10HPF	40.8±4.2	72.3±5.5
损伤神经元总数/10HPF	63.4±6.4	87.6±8.4
轻度损伤神经元百分比	12.9%±2.0%	8.5%±1.4%
重度损伤神经元百分比	23.3%±2.4%	42.2%±3.1%
合计损伤神经元百分比	36.2%±3.7%	48.7%±4.7%

(三)针刺治疗 2 周后缺血半影区损伤神经元变化情况

表 4-29 显示，针刺治疗 2 周后缺血半影区轻度损伤神经元数及百分比明显少于对照组，有显著意义，损伤神经元总数及总百分比亦明显低于对照组。但重度损伤神经元数及百分比两组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

针刺治疗7周后甲组、乙组、对照组缺血半影区均少见损伤神经元，无法进行统计学分析。

表4-29　针刺治疗2周后缺血半影区损伤神经元变化表($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗乙组	对照乙组
轻度损伤神经元/10HPF	10.7±3.2	15.7±3.1
重度损伤神经元/10HPF	9.3±2.9	9.8±2.8
损伤神经元总数/10HPF	22.0±4.5	25.5±5.2
轻度损伤神经元百分比	6.8%±2.0%	10.1%±2.0%
重度损伤神经元百分比	5.1%±1.8%	6.3%±1.8%
合计损伤神经元百分比	12.7%±2.9%	16.4%±3.4%

(四)缺血24小时海马C_1区损伤神经元状况比较

表4-30显示，针刺治疗组轻度损伤神经元、重度损伤神经元及损伤神经元总数均低于对照组($P<0.05$)。

表4-30　脑缺血大鼠24小时海马C_1区损伤神经元状况比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
轻度损伤神经元/10HPF	50.5±6.8	75.8±6.0
重度损伤神经元/10HPF	51.3±5.2	72.8±5.6
损伤神经元总数/10HPF	101.8±8.2	145.6±9.0
轻度损伤神经元百分比	12.4%±1.7%	19.8%±1.6%
重度损伤神经元百分比	12.6%±1.3%	19.1%±1.5%
合计损伤神经元百分比	25.1%±2.0%	38.1%±2.4%

(五)针刺治疗2周后海马C_1区损伤神经元变化状况比较

表4-31显示，颞穴针刺治疗两周后海马C_1区轻度损伤神经元数及百分比明显少于对照组($P<0.05$)；合计损伤神经元百分比针刺组亦低于对照组($P<0.05$)。但针刺治疗和对照组之

间重度损伤神经元数目及百分比差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 4-31 脑缺血大鼠针刺治疗 2 周后海马 C_1 区损伤神经元变化状况表($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗乙组	对照乙组
轻度损伤神经元/10HPF	15.6±5.2	45.8±4.8
重度损伤神经元/10HPF	13.2±4.5	22.4±3.8
损伤神经元总数/10HPF	28.8±7.2	68.2±6.8
轻度损伤神经元百分比	5.4%±1.8%	15.2%±1.6%
重度损伤神经元百分比	4.6%±1.6%	5.9%±1.3%
合计损伤神经元百分比	10.0%±2.5%	22.7%±2.3%

(六)针刺治疗 7 周后海马 C_1 区损伤神经变化情况比较

针刺治疗 7 周后,治疗甲组、乙组及对照丙组,海马 C_1 区均未见明确的损伤神经元。

1. 针刺治疗 24 小时后缺血半影区 NOS 表达状况比较　表 4-32 显示,颞穴针刺治疗组 NOS 表达面积明显小于对照组,NOS 阳性细胞数亦少于对照组,治疗组 NOS 阳性细胞积分光密度低于对照组($P<0.05$)。但 NOS 阳性细胞平均灰度值,两组之间差异无统计学意义。

表 4-32 脑缺血大鼠针刺治疗 24 小时后缺血半影区 NOS 表达状况比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
NOS 阳性区面积	4368.3±357.2	6724.9±666.5
NOS 阳性细胞/10HPF	406.5±28.3	605.4±25.5
NOS 阳性细胞平均灰度	188.6±49.728	162.7±18.9
NOS 阳性细胞积分光密度	22.3±9.7	25.6±8.8

2. 针刺治疗 2 周后缺血半影区 NOS 表达状况比较　表 4-33

显示，针刺治疗 2 周后，NOS 表达量下降，且治疗组与对照组之间 NOS 阳性区面积、NOS 阳性细胞数、NOS 阳性细胞数平均灰度、NOS 阳性细胞数积分光密度差异均无统计学意义。

表 4-33　脑缺血大鼠针刺治疗 2 周后缺血半影区 NOS 表达状况比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗组	对照组
NOS 阳性区面积	2567.8±262.5	2677.4±280.4
NOS 阳性细胞/10HPF	30.9±3.4	30.6±3.1
NOS 阳性细胞平均灰度	152.3±19.0	148.2±18.1
NOS 阳性细胞积分光密度	10.4±6.8	13.5±7.7

3. 脑缺血大鼠缺血 24 小时海马 C_1 区 NOS 表达状况比较　表 4-34 显示，24 小时后，治疗组 NOS 阳性面积、NOS 阳性细胞数均低于对照组($P<0.05$)，提示颞穴针刺治疗后海马 C_1 区 NOS 表达量减少。另一方面，治疗组与对照组之间阳性细胞数平均灰度、NOS 阳性细胞数积分光密度之间差异无统计学意义，提示单个细胞 NOS 表达量无明显差异。

表 4-34　脑缺血大鼠缺血 24 小时海马 C_1 区 NOS 表达状况比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗组	对照组
NOS 阳性区面积	3145.4±403.4	6450.7±522.6
NOS 阳性细胞数/10HPF	62.6±29.8	112.4±10.5
NOS 阳性细胞数平均灰度	182.4±20.1	177.6±19.7
NOS 阳性细胞数积分光密度	12.4±1.6	15.4±5.7

4. 针刺治疗 2 周后海马 C_1 区 NOS 表达状况比较　表 4-35 显示，海马 C_1 区神经细胞 NOS 表达面积、NOS 阳性神经细胞数，均较两周前减少。但阳性细胞平均灰度、NOS 阳性细胞数平均积分光密度与两周前差异无统计学意义。两周后治疗组与对照组之

间 NOS 阳性区面积、NOS 阳性细胞数/10HPF、NOS 阳性细胞数平均灰度、NOS 阳性细胞数平均积分光密度差异无统计学意义。且上述两组动物在缺血半影区及海马 C_1 区的 NOS 表达状况与正常 SD 大鼠内囊区、海马 C_1 区的 NOS 的表达(数据未列入表中)无明显差异。提示针刺及对照组大鼠,2 周后 NOS 的表达均已恢复正常,两周后的迟发性损伤可能与 NO 的毒性作用无关。

表 4-35 脑缺血大鼠针刺治疗 2 周后海马 C_1 区 NOS 表达状况比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗组	对照组
NOS 阳性区面积	2044.1±30.4	2158.6±29.2
NOS 阳性细胞数/10HPF	32.4±2.6	31.7±4.3
NOS 阳性细胞数平均灰度	158.1±7.4	146.8±6.541
NOS 阳性细胞数积分光密度	9.7±3.7	10.5±4.2

5. *针刺治疗后细胞凋亡状况总数细胞数/10HPF 比较* 表 4-36 显示,颞穴针刺治疗后海马 C_1 区及缺血半影区神经细胞凋亡数目均小于对照组($P<0.05$)。

表 4-36 脑缺血大鼠针刺治疗后细胞凋亡状况总数细胞数/10HPF 比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
海马 C_1 区	305.7±31.4	456.4±40.6
缺血半影区	114.3±12.5	272.2±25.6

6. *针刺治疗 2 周后缺血半影区及海马 C_1 区细胞凋亡状况/10HPF 比较* 表 4-37 显示,2 周后缺血半影区及海马 C_1 区细胞凋亡数目较两周前明显减少,但针刺治疗组缺血半影区及海马 C_1 区细胞凋亡数均明显少于对照组($P<0.05$)。

针刺治疗 7 周后缺血半影区及海马 C_1 区仅偶见细胞凋亡,无

法进行统计学分析。

表 4-37 脑缺血大鼠针刺治疗 2 周后缺血半影区及海马 C_1 区细胞凋亡状况/10HPF 比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
缺血半影区	45.2±5.3	76.8±8.1
海马 C_1 区	196.4±20.5	324.6±38.7

7. 针刺治疗 24 小时后 P53 基因蛋白表达状况/10HPF 比较(表 4-38)。

表 4-38 脑缺血大鼠针刺治疗 24 小时后 P53 基因蛋白表达状况/10HPF 比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
缺血半影区	72.2±7.8	198.3±10.5
海马 C_1 区	253.5±26.3	421.3±43.1

(1)针刺治疗 24 小时后,缺血半影区及海马 C_1 区均见 P53 基因蛋白表达。且颞穴针刺组 P53 基因蛋白表达低于对照组($P<0.05$)。

(2)针刺治疗 2 周后,颞穴针刺治疗组及对照组在缺血半影区及海马 C_1 区均未见 P53 基因蛋白异常表达。

(3)针刺治疗 7 周后,颞穴针刺治疗组及对照组在缺血半影区及海马 C_1 区均未见 P53 基因蛋白异常表达。

8. 24 小时后缺血半影区及海马 C_1 区 Bcl-2 表达状况/10HPF 比较 表 4-39 显示,缺血 24 小时后缺血半影区海马 C_1 区均出现 bcl-2 表达,且颞穴针刺治疗组缺血半影区及海马区 bc-12 表达明显高于对照组($P<0.05$)。

2 周后、7 周后缺血半影区及海马 C_1 区均未见 bcl-2 表达。

表 4-39 脑缺血大鼠针刺治疗 24 小时后缺血半影区及海马 C_1 区 Bcl-2 表达状况/10HPF 比较($\bar{x}\pm S$)

比较项目	治疗甲组	对照甲组
缺血半影区	112.6±14.1	71.4±8.3
海马 C_1 区	242.3±25.5	11.2±6.6

9. 家兔针刺前后软脑膜微循环变化的比较 表 4-40 显示注射高分子右旋糖酐后，两家兔的软脑膜微循环出现的微循环障碍，血流速度由注射前平均流速 0.99mm/s 减慢为 0.2mm/s，无聚集的血流变为血细胞聚集成团状，甚至出现血流暂停，血流呈淤泥状，或断线状，血管周围有出血和渗出现象。针刺后颞穴针刺组家兔的软脑膜循环出现较明显的变化，血流速度加快，血细胞聚集程度减轻，血流暂停现象消失。淤泥状、断线状血流变为线状；但"足三里"组家兔的软脑膜微循环变化不明显。

表 4-40 颞穴针刺组和"足三里"组家兔针刺前后软脑膜微循环变化的比较($\bar{x}\pm S$)

组别	血流速度(mm/s)			
	针前	针后	差数	*P* 值
颞穴针刺组	0.28±0.10	0.56±0.13	0.28±0.08	<0.01
"足三里"组	0.28±0.08	0.29±0.12	0.01±0.05	>0.05
P 值		<0.01		
组别	血细胞聚集(积分)			
	针前	针后	差数	*P* 值
颞穴针刺组	3.3±0.5	1.8±0.5	1.5±0.5	<0.01
"足三里"组	3.2±0.6	3.0±0.5	0.2±0.1	>0.05
P 值		<0.01		

五、讨　　论

(一)颞三针对大鼠肌张力的影响

针刺是治疗中风及后遗症的有效手段之一，靳瑞教授首创"颞三针"治疗中风偏瘫，其有效率在96%以上。本实验结果显示，脑栓塞后2小时即进行针治疗的大鼠肌张力改善状况明显好于对照组，疗效为91%，有效率稍低于"颞三针"对中风瘫痪的疗效。栓塞后24小时进行针刺治疗的模型大鼠有效率为75%，明显低于栓塞后立即进行治疗的大鼠，更低于"颞穴针刺组"的疗效。上述原因可能与治疗时机过迟，只通过针刺治疗使原栓塞血管或侧支循环扩张从而使脑血流以改善、减低栓子继续增大，而不能在栓子形成的早期抑制血栓的形成。而以往众多研究均表明在中风先兆期针刺颞部穴位可降低血液黏度、血纤维蛋白水平，从而间接抑制血栓的形成，但目前尚无实验证据表明在缺血性中风后遗症期针刺可促进栓子溶解。上述结果提示，尽可能在缺血性脑中风早期进行针刺治疗，有助于缺血性脑中风偏瘫最终肌力改善。

(二)颞三针对缺血半影区及海马 C_1 区神经细胞损伤的影响

从现代医学角度而言，坏死的神经元无法再生，因而缺血性脑中风瘫痪的治疗原则主要是：①减少梗死灶周围缺血区及其他缺血区神经细胞损伤数目，或使上述区域损伤神经元功能恢复正常。②通过刺激及其他功能锻炼重建神经环路。鉴于神经通路重建状况难以判断，更无有效的手段加以定量。因而本研究主要着重于第1点。

1. *缺血24小时的影响*　缺血性脑中风瘫痪模型大鼠，在缺血24小时对缺血半影区及海马 C_1 区的观察表明，针刺"颞穴"对降低缺血半影区轻度、重度损伤神经元数及损伤神经元总数，同时降低海马 C_1 区轻度损伤神经元数及损伤神经元总数。这是针刺"颞穴"能促进栓塞血管扩张或侧支循环血管扩张，同时可能促进神经冲动环路的重建。海马的功能主要是感知，与血管性、老年性

痴呆及患脑血管意外症后感知障碍有关，本实验结果提示针刺“颞穴”对改善海马 C_1 区的血液供应，减少轻度损伤神经元有一定作用。显然治疗脑血管意外症后智力障碍应采用“颞三针”为佳。

2. *缺血两周的影响* 两周后缺血半影区轻度损伤神经元数明显低于对照组（$P<0.05$），提示针刺“颞穴”对脑血管意外症迟发性神经损伤有保护作用。但重度损伤神经元数目和百分比两者间差异无统计学意义，其原由可能有二。①本实验样本数偏少；②两周后针刺组及对照组重度损伤神经元部分已坏死消失。针刺组海马区轻度损伤神经元及重度损伤神经元均低于对照组。提示，针刺“颞穴”对减轻海马 C_1 区迟发性神经元损伤有一定作用。

3. *缺血 7 周后的影响* 针刺组与对照组均罕见损伤神经元其原因可能是：①针刺治疗组动物轻度损伤神经元功能恢复正常。重度损伤神经元部分功能回复正常，部分陷于凋亡。②对照组动物多数损伤神经元由于迟发性损害而陷于凋亡，少数轻度损伤神经元通过自身调节建立侧支循环，从而在形态及功能上恢复正常。

（三）对缺血半影区及海马 C_1 区神经元一氧化氮合成酶（NOS）表达的影响

NO 是中枢神经系统重要的神经递质，适当表达的 NO 有以下生物效应：①抑制血小板聚集和白细胞聚集，扩张血管，增加脑血流；②直接对细胞起保护作用；③使 NMDA（N-methyl-L-aspartic acid，N-甲基-D 天冬氨酸）受体下调。而过量的 NO 表达则有神经毒性作用，在脑缺血后，细胞能量代谢障碍使细胞去极化，兴奋性氨基酸增多，电压依赖性和受体调控钙通道开放，胞浆游离钙浓度升高，钙与钙调素结合使 NOS 去磷酸化、活性增强，NO 合成增加。因此，以 NADPH-d 法显示 nNOS 活性，基本上可反映 NO 合成水平。本实验结果显示，在缺血 24 小时“颞穴”针刺组缺血半影区及海马 C_1 区损伤神经元较少，与此同时 nNOS 表达水平较低，两者存在一定程度的一致性，提示在缺血早期针刺“颞穴”可降低 nNOS 活性，可能是颞三针抗脑缺血性损伤的机制之一。在 2

周后，针刺组与对照组仍然存在细胞损伤，且对照组细胞损伤数多于针刺组，与此同时，针刺组与对照组 nNOS 活性已降至正常。提示迟发性细胞损伤可能与 NO 细胞毒性作用无明确的关系，在两周后的颞三针抗脑缺血性损伤的机制中可能不存在抑制 nNOS 活性的现象。同时提示“颞三针”抗脑损伤可能还存在着其他机制。

(四)对缺血半影区及海马 C_1 区神经元细胞凋亡的影响

1. 缺血 24 小时　有学者认为缺血性脑梗死神经细胞的死亡在本质上是细胞凋亡，而最终细胞调亡数与缺血性脑梗死瘫痪恢复程度有密切关系。缺血 24 小时，针刺组与对照组缺血半影区、海马 C_1 区均存在细胞凋亡，但针刺组细胞凋亡数少于对照组。24 小时，针刺组 nNOS 活性亦低于对照组，提示此时细胞凋亡机制可能与 NO 有关，NO 既可能是激发细胞凋亡的信号物质，也可能是细胞凋亡相关基因的激活后，最终的信使物质。“颞三针”通过抑制神经细胞凋亡，从而最终影响缺血性脑中风瘫痪的康复结果。

2. 缺血 2 周后　针刺治疗组在缺血半影区及海马 C_1 区神经细胞凋亡数明显低于对照组，提示“颞三针”有抑制迟发性神经细胞凋亡的作用。同时海马区的神经细胞凋亡可能与缺血性脑中风后遗症期的智力障碍有关，而“颞三针”“可以在细胞及分子水平抑制这一病理过程，抗迟发性神经细胞凋亡亦为颞三针治疗缺血性脑中风瘫痪的基本机制之一。”与此同时，nNOS 的表达已降至正常水平，提示两周后迟发性细胞凋亡与 NO 的细胞毒性作用无关。

3. 缺血 7 周后　罕见细胞凋亡，细胞损伤现象亦基本消失，提示此时“颞三针”对缺血性脑中风瘫痪的治疗作用，主要不是抗神经细胞损伤或神经细胞凋亡，而是通过“颞三针”疏通经络，重建神经环路。

(五)对缺血半影区及海马 C_1 区神经元细胞 P53 基因蛋白表达的影响

1. 缺血 24 小时　野生型 P53 是促进细胞凋亡基因之一，而

迟发性神经细胞凋亡是缺血性脑损伤中的重要现象。缺血 24 小时针刺组细胞凋亡较对照组少，P53 表达也较对照组少，提示 P53 基因的异常表达与缺血性脑损伤的细胞凋亡有密切关系，而“颞三针”抑制 P53 基因蛋白的表达可能是其抗细胞凋亡的基本机制，从而最终影响缺血性脑中风瘫痪治疗效果。同时针刺组 nNOS 活性较对照组低，这种 nNOS 活性高低与 P53 表达状况存在一致性。如 NO 是细胞凋亡相关基因的激活后最终的信使物质，那么这一基因有可能是 P53 或 bcl-2。

2. 缺血 2 周后　“颞穴”针刺组缺血半影区及海马 C_1 区细胞凋亡较对照组为低，但在缺血半影区及海马 C_1 区均未见 P53 或 bcl-2 的表达，其原因可能有：①缺血性脑中风的迟发性神经细胞凋亡与 P53 基因蛋白表达无关，而机体对迟发性损伤的拮抗作用亦与 bcl-2 表达无关。②在缺血性脑中风的迟发性神经凋亡作用中仍涉及 P53 的异常表达，但其表达量较低，用免疫组织化学法难以检测，同样的机体抗细胞凋亡作用中也可能涉及 bcl-2 的表达，由于同样的原因难以检测。

3. 缺血 7 周后　细胞凋亡现象消失，P53 蛋白的异常表达现象也同时消失，从另一方面证实缺血性脑梗死的发生与神经细胞的凋亡有关，而急性期神经细胞的凋亡又与 P53 基因蛋白的异常表达有密切的关系。

(六)对缺血半影区及海马 C_1 区神经元细胞 bcl-2 基因蛋白表达的影响

1. 缺血 24 小时　Bcl-2 是抗细胞凋亡的长寿基因，有研究表明，局灶性脑缺血再灌流损伤大鼠模型的内囊区及皮质神经细胞存在 bcl-2 的表达，并认为这种 bcl-2 的表达与神经细胞抗损伤机制有密切关系。本实验在缺血性脑中风模型建立 24 小时后，“颞穴”针刺组及对照组均出现 bcl-2 表达，提示在抗迟发性神经细胞损伤过程中涉及 bcl-2 表达。“颞穴”针刺组 Bcl-2 水平要高于对照组，提示“颞三针”可促进 Bcl-2 这一长寿基因的表达，从而抑制

细胞凋亡，进而影响缺血性脑中风瘫痪的康复效果。而此时，“颞三针”对 bcl-2 表达的促进作用与对 P53 表达的抑制作用，可能存在协同作用。

2. *治疗 2 周后*　“颞穴”针刺组及对照组，缺血半影区及海马 C_1 区均未见 bcl-2 表达，提示此时大鼠自身抗损伤机制可能不涉及 bcl-2，或 bcl-2 表达量较低，难以检测。同时，“颞穴”针刺组缺血半影区及海马 C_1 区细胞凋亡数均低于对照组，提示此时“颞三针”抗细胞凋亡的机制，有可能涉及其他基因或机制。

3. *治疗 7 周后*　缺血半影区及海马 C_1 区神经细胞凋亡现象消失，说明在 7 周后迟发性神经细胞损伤现象消失。

六、小　　结

在临床上，中风后遗症多属于中经络者。其发病为脉络瘀阻、经气不通、血不能濡、气不能引而成。针刺治疗的原则在于疏通经络、调和气血、醒脑开窍。《黄帝内经》中指出“脑为髓之海，其输上在于其盖”，故针刺“颞三针”有行气活血、疏通经络气血、醒脑开窍之功效。研究证明，“颞三针”有舒张血管、改善血管弹性、增加脑血流量、降低血液黏稠度的作用。同时有学者认为在头皮相应投射区进行针刺能反射性增加大脑皮质气血流通，有利于侧支循环的建立，改善皮质缺血缺氧状态，促进病灶功能的恢复。

本实验通过针刺大鼠头皮颞区穴治疗缺血性脑中风瘫痪，取得了明显的效果，并显示在缺血后，较早进行“颞三针”治疗可取得更满意的疗效。同时本实验在细胞及分子水平的观察提示，“颞三针”可减轻急性期及迟发性神经细胞损伤，在急性期这一作用与抑制 NOS 的活化有关；另一方面“颞三针”可抑制细胞的凋亡，在急性期这一作用与抑制 P53 基因蛋白的异常表达及促进衰老基因 bcl-2 表达有关，面在迟发性损伤阶段，这一机制尚不清楚。上述作用不但表现在缺血半影区神经细胞，同样表现在海马 C_1 区神经细胞。说明“颞三针”不但可治疗缺血性脑中风偏瘫，而同样可治

疗缺血性脑中风精神障碍这一后遗症。

第三节　中成药“真人大造丸”“真人益寿丸”临床资料选

一、“真人大造丸”治疗中风瘫痪120例(靳瑰、袁青等)

中风是临床常见病多发病，其病死率和病残率很高，是人类三大主要病死因之一，据世界卫生组织的有关报告，世界多数国家发病率较高，其中中国尤为严重，在疾病死因统计中占第1位。近年来随着生活水平提高和人口老化，该病发病率有逐年升高的趋势。本病急性期救活后，多数患者有程度不同的偏瘫后遗症，影响患者生活能力和工作能力，带来终生痛苦，给家庭和社会增加负担，因此有效防治中风及其后遗症，是临床医学的重要课题。

中医认为本病起病急骤，变化多端，虚实夹杂，与风性善行数变特征相似，故名“中风”。中风证表现为猝然昏仆、不省人事、口眼喎斜、半身不遂、语言謇涩者属“中脏腑”；或表现为起病即见口眼歪斜、半身不遂而无昏迷症状者属“中经络”。相当于现代医学的脑出血、脑血栓、脑栓塞、脑血管痉挛、蛛膜下腔出血等脑血管意外症。本病急性期应迅速送医院救治，但迄今对后遗症仍无特效治疗方法，而中医的活血化瘀，除痰益气，通经活络，舒筋壮骨，调和阴阳治疗中风瘫痪有着十分宝贵的经验，是治疗中风瘫痪理想的方法。

(一)病例纳入标准

按1983年全国中医学会中风诊断疗效评定标准及辨证分型；排除急性期及合并其他器质性病变，以及未能按计划治疗者。

(二)一般资料

共收治120例，男性82例，女性38例，年龄30岁以下1例，31～40岁7例，41～50岁22例，51～60岁64例，61～70岁23

例，70 岁以上 3 例。病程 1 年内 56 例，1～2 年 29 例，2～3 年 22 例，3 年以上 13 例。120 例中风后遗症中，脑血栓 108 例，脑栓塞 5 例，脑出血 5 例，蛛膜下腔出血 2 例。中医辨证分型：肝阳亢盛 16 例，气虚血瘀 62 例，痰阻血瘀 31 例，气阴两亏 11 例。治疗前计分情况：5 分以下 0，5～7 分 15 例，8～9 分 26 例，10～11 分 49 例，12～13 分 15 例，13～15 分 15 例。

(三)治疗

口服真人大造丸，每次 10 粒，每日 3 次，连服 2 个月。(注：真人大造丸由香港宗岐氏药厂有限公司提供。)治疗期间，女性患者有月经不调加服真人女科宝；咳嗽痰多加服真人久咳膏配合治疗。

(四)结果

基本痊愈 29 例(24.17%)，显效 39 例(32.5%)，有效 45 例(37.5%)，无效 7 例(5.83%)。一般病程越短，治疗效果越好(表 4-41)，病程 2 年以内 85 例，总有效率均为 100%；2～3 年为 90.9%，3 年以上仅 61.6%。

表 4-42 分析证型与疗效的关系，发现气虚血瘀、痰阻血瘀两型分别为 98.4%和 96.8%，肝阳亢盛型仅为 75.0%。

表 4-43 分析了病种与疗效的关系，由于 120 例中，脑血栓占 108 例(90.0%)，其他三种疾病才 12 例(10.0%)，因此，很难说明病种与疗效的关系，尚待进一步积累资料。

表 4-41　病程与疗效的关系

疗效	<1 年(n=56)		1～2 年(n=29)		2～3 年(n=22)		>3 年(n=13)	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
基本痊愈	18	32.1	8	27.6	3	13.6	0	0
显效	18	32.1	10	34.5	8	36.3	3	23.1
有效	20	35.7	11	37.9	9	40.9	5	38.5
无效	0	0	0	0	2	9.1	5	38.5

表 4-42 证型与疗效的关系

辨证分型	肝阳上亢(n=16)		气虚血瘀(n=62)		痰阻血瘀(n=31)		气阴两亏(n=11)	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
痊愈	2	12.5	17	27.4	7	22.6	3	27.2
显效	3	18.8	19	30.6	16	51.6	1	9.1
有效	7	43.8	25	40.3	7	22.6	6	54.5
无效	4	25.0	1	1.6	1	3.2	1	9.1

表 4-43 病种与疗效的关系

辨证分型	脑血栓(n=108)		脑栓塞(n=5)		脑出血(n=5)		蛛网膜下腔出血(n=2)	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
痊愈	28	25.9	0	0	1	20.0	0	0
显效	33	30.6	2	40.0	2	40.0	2	100.0
有效	42	38.9	1	20.0	2	40.0	0	0
无效	5	4.6	2	40.0	0	0	0	0

(五)小结

上述资料表明，真人大造丸治疗中风瘫痪有较满意疗效，治疗2个月的总有效为94.17%，其中痊愈、显效占56.67%，病程与疗效有密切关系，病程越短疗效越好。提示中风瘫痪患者应早期服药。病种方面以脑血栓效果最好，脑出血、蛛网膜下腔出血次之。证型以气虚血瘀、痰阻血瘀，气阴两虚为较好。

真人大造丸是以清代王清任益气化瘀的补阳还五汤为基础加味面成，是纯中药制剂，较补阳还五汤为全面，方中田七、川芎、当归、生地、桃仁、红花等大量的活血化瘀药为主，配合法半夏、僵蚕、地龙祛风除痰为辅，君臣相辅相成，协力除其病因，方中人参、北芪、首乌、巴戟固本扶正，使攻邪而不损正，扶正以助攻邪之力，方

中菖蒲、牛膝上下通达，引诸药到达病所，组方较专攻瘀者更为完善，尤以祖传的精工提炼方法，以达药尽其用的疗效。

二、“真人大造丸”和“真人益寿丸”治疗脑血管意外后遗症197例

1990年，我们工作组在马来西亚槟城仁爱堂进行有关靳三针的诊疗工作，其中收治了脑血管意外后遗症患者197例，采用真人大造丸和真人益寿丸进行治疗，取得了一定的治疗效果，现总结如下。

(一)治疗对象

选择脑血管意外后遗症患者197例，均为首次发病，能进行简单语言交流，病程在6个月之内。

(二)方法

1. 分组和治疗　随机分为A、B两组。两组的性别、年龄和病程没有差异。A组接受真人大造丸治疗，每日2次，每次10粒。B组接受真人大造丸治疗的同时，服用真人益寿丸，每日2次，每次3粒。A、B两组服药时间均为4个月。

2. 观察指标　采用自制的中风后遗症生存质量量表作为观测指标(见附表)。

3. 观测方法　初次就诊时进行生存质量测评，作为初始数据。此后以电话调查的方式进行临床资料的搜集。分别在服用药后6个月、1年、2年、3年进行资料采集。

4. 统计分析　对采集的A、B两组数据进行统计分析。

(三)结果

从表4-44分析可以看出，服用真人大造丸的A组和服用真人大造丸加真人益寿丸的B组，在服药后1年内的生活质量均有所提高，但是并没有统计学意义，两组之间也没有差异。但是，服药2年之后，两组的生活质量均有了明显的大幅度提高，和治疗前比较均有显著性差异，同时B组的治疗效果要明显好

于 A 组。

表 4-44　脑血管意外后遗症患者服药后不同时间生存质量评分

服药后时间	A 组	B 组
治疗前	51±3.7	50±2.9
6 个月	50±4.2	50±2.1
1 年	53±5.5	54±4.8
2 年	59±6.4*	68±8.0▼*
3 年	60±3.2*	75±7.6▼*

注：各服药时间观察病例数略有出入，但不影响分析比较；与治疗前比较，* $P<0.05$；与 A 组比较，▼ $P<0.05$

(四)讨论

真人大造丸是专门治疗中风后遗症的一种中成药，真人益寿丸是为老年人而专门研制的，具有强身健体，延年益寿作用的中成药，可以预防老年人心脑血管疾病的发生。本研究发现，患者在坚持服用两种药物 2 年后，脑血管意外后的生活质量明显的提高，说明真人系列药物治疗脑血管意外后遗症的有效性。尤其值得说明的是，在加服了真人益寿丸后，其生活质量较单纯服用真人大造丸改善更明显。这可能是因为真人益寿丸可预防和延缓心脑血管疾病的发生，改善心脑血管的功能，增强了体质和抵抗疾病的能力，从而提高了患者的生活质量。因此，真人益寿丸可作为中老年人预防心脑血管疾病的日常保健用药。

附表　中风后遗症生存质量量表(自制)

注:此表共分三大类指标,共20项内容,得分越高说明生存质量越好。

项　目	得　分					说　明
家庭生活状况	1	2	3	4	5	1—完全不能;2—需要很多的帮助;3—需要一些帮助;4—需要少量帮助;5—不需要帮助
自己煮饭	1	2	3	4	5	
自己洗衣服	1	2	3	4	5	
可以简单购物	1	2	3	4	5	1—完全不能;2—需要很多的帮助;3—需要一些帮助;4—需要少量帮助;5—不需要帮助
可以进行日常事务的处理	1	2	3	4	5	1—完全不能;2—需要很多的帮助;3—需要一些帮助;4—需要少量帮助;5—不需要帮助
可以使用简单的家用电器	1	2	3	4	5	1—完全不能;2—需要很多的帮助;3—需要一些帮助;4—需要少量帮助;5—不需要帮助
与家庭成员的关系	1	2	3	4	5	1—很不满意;2—不满意;3—比较满意;4—满意;5—非常满意
参与家庭集体活动的程度	1	2	3	4	5	1—很不满意;2—不满意;3—比较满意;4—满意;5—非常满意
参与家庭事务决策的程度	1	2	3	4	5	1—很不满意;2—不满意;3—比较满意;4—满意;5—非常满意
社会活动状况	1	2	3	4	5	1—很不满意;2—不满意;3—比较满意;4—满意;5—非常满意
继续原来工作	1	2	3	4	5	1—不参加;2—偶尔参加,艰难完成;3—偶尔参加,较易完成;4—经常参加,轻易完成;5—完全参加,与正常无异
可以参加户外活动	1	2	3	4	5	

（续 表）

项 目	得 分					说 明
与朋友聊天	1	2	3	4	5	1- 不参加；2—偶尔参加，艰难完成；3--偶尔参加，较易完成；4—经常参加，轻易完成；5—完全参加，与正常无异
业余爱好（非体育类）	1	2	3	4	5	1—不参加；2—偶尔参加，艰难完成；3—偶尔参加，较易完成；4—经常参加，轻易完成；5—完全参加，与正常无异
适当体育锻炼	1	2	3	4	5	1- 不参加；2—偶尔参加，艰难完成；3—偶尔参加，较易完成；4—经常参加，轻易完成；5—完全参加，与正常无异
心理健康状况	1	2	3	4	5	同上
对健康状况现状的担心	1	2	3	4	5	1—很担忧，2—担忧，3—比较担忧，4—偶尔担忧，5—不担忧。
对未来生活的担心	1	2	3	4	5	1—很抑郁，2—抑郁，3—比较抑郁，4—偶尔抑郁，5—不抑郁，
心情抑郁程度	1	2	3	4	5	
目前的记忆力、计算力和理解力	1	2	3	4	5	1—很差，2—较差，3—差，4—较好 5—好。

三、“真人大造丸”治疗中风后遗症案例

（一）案例1

廖某，女，76岁。住香港北角英皇道，现住广州诗书路。

患者于2003年8月中旬突然“中风”，右半身不遂，右手无力不能活动，右下肢瘫痪，不能行走，经伊利莎白医院以CT检查、诊断为脑血栓，后转往九龙医院留医2个月余。出院后在广州某大医院留医2个月，服进口脑活素10瓶无效，病情加重10余天，故

来我处求治。症见右半身不遂，右肘屈曲，不能举臂，仅抬至小腹，手腕半握，指不能活动，右足瘫痪，不能行、站，卧床不能抬腿，可摆动少许，右足趾不能屈伸，右手右足均水肿，肤稍冷、色瘀暗，膝反射亢进。舌质暗淡，苔黄薄，脉弦细。中医诊断为中经络，属气虚血瘀。针灸1周后，改服真人大造丸，每次10粒，每日3次。2周后患者上肢较灵活，可前后摇摆，肘可屈曲至胸前，扶持时右足能站立数分钟，髋关节亦略能摆动举步，2个月后右手已能举臂过头，手腕能握拳、指亦能动，但用力时前臂仍旋前，右下肢轻度跛行、内翻。嘱继服真人大造丸2个月，以巩固疗效，并嘱多做功能锻炼，以促康复。

(二)案例2

郭某，女，65岁。住广州南岸公路沅溪大街。

患者于1987年11月间突觉左半身手足无力，日渐加重，5天后口角歪斜，经广州市某人民医院诊为“脑动脉硬化”，症状继续加重。后转某医院治疗，诊为“脑出血”，治10余天未愈，11月12日转我院留医，经CT检查为“广泛性脑血栓”。1988年7月1日后在我系脑血管意外后遗症专科诊室治疗。症见气促乏力，左手无力，右足无力、不能站立和行走，诊为脑血栓。中医辨证属气虚血瘀。7月1日开始服真人大造丸，每次10粒，每日3次，2个月后，左手已能抬举过胸，扶拐杖可举足行走。

(三)案例3

黄某，男，58岁。住广州克山六街。

患者于5个月前突然昏迷，跌倒在地，碰至太阳穴眼眶紫青血肿，送龙江医院留医12天转铁路中心医院。醒后失语，半身不遂，来广东省妇幼保健院靳三针疗法门诊。症见语言不清，舌謇语涩，口角左歪，右拳紧握，指不能伸，上肢不能高举，用力屈肘可抬至胸，肩关节肌肉萎缩，右脚能在平地跛行，足内翻，不能自己上楼，手足轻度水肿，舌居中，舌质暗红，苔黄薄，脉弦滑。针灸及服真人大造丸，每次10粒，每日3次，治疗1周后手指已能伸能屈、能握

物，可以自行上3楼，暂停针灸治疗，继服真人大造丸3周，右手已可上举并能摸及耳朵，足内翻已矫正，语言清楚，对答自如。

(四)案例4

梁某，男，48岁。住广州三元里王圣堂。

患者于7个月前(1993年1月26)早晨起床时感觉头痛，右半身不遂，到铁路医院诊为“脑血栓”，经治疗稍好转，后转省中医院针灸治疗半年。8月13日由家属送来我中心求治。症见神清面红，右半身不遂，右臂不能平举，拳不能握，指不能伸，右脚重坠，步履艰难，尚能跛行，右足轻度内翻，语言清析，患侧肌肉酸痛，轻度眩晕，情绪急躁，舌质红，苔薄白，脉弦数，诊为脑血栓，中医属阴虚风动。处理：针灸，口服真人大造丸，每次10粒，每日3次。1周后，右手腕能摆动，嘱继服真人大造丸。4周后，右手活动较灵活自如，指能屈伸，下肢走路灵活，内翻已矫正，不用别人扶，自己步行来医院就诊。嘱继服真人大造丸1个月，以巩固疗效。

(五)案例5

蔡某，女，40岁。住广州广源中路。

中风偏瘫19年，初期昏迷15天。无高血压及心脏病史。当时广州市第一人民医院诊为“脑血管畸形”、“脑出血”。现症见语言不利，右手足肌力紧张、僵硬、活动障碍，右手勉强可举过头，拇、示指均屈曲，不能拿物，右下肢跛行，足内翻，胃纳、二便正常，舌淡红、苔薄白，脉弦缓，诊为“脑出血后遗症”，中医属阴虚风动，血痹阻络。处理：针灸治疗的同时服真人大造丸，每次10粒，每日3次，1周后病好转，右手示指已能伸直，讲话较清楚，嘱继服真人大造丸。3周后已服真人大造丸2瓶，精神好，讲话清楚，手指能伸屈，能抓碗但力稍差、震颤，下肢轻度跛行。嘱继服真人大造丸1周，手灵活，拇、示指能屈伸、有力、灵活；右足行走灵活，足内翻已不明显，可大步行走。嘱继服真人大造丸，以巩固疗效，促进康复。

(六)案例6

徐某，女，66岁。住马来西亚槟城岭都茅花园。

患者于某年6月患脑出血，当时意识障碍，口眼歪斜，右侧上下肢瘫痪，语言不清，流涎。在槟城西医院治疗2个月，除血压稳定外，瘫痪及语言不清，流涎未见好转而出院，1993年7月15日由家属扶持到我中心就诊。症见右半身不遂，口角流涎，眩晕，易怒，口苦，舌质红，苔黄薄，脉弦有力，诊为"肝阳上亢，肝风上扰"。处理：口服真人大造丸每次10粒，每日3次，1周后，口已不歪，流涎减少，手足较前轻快，讲话发音较清楚，情绪安静，但仍需扶持步行。嘱继服丸如前。第2周后，已无流涎，语音较清楚，能对答简单问题，自己缓步行来就诊。仍继服真人大造丸。第4周后，步行稳健，语言流利，无流涎，仅觉握力稍差，服真人大造丸五瓶后，并给其补阳还五汤加味3剂，以巩固疗效。2个月后电话追访，症状基本消失。

(七)案例7

郭某，男，58岁。住马来西亚槟城。

该患者素性暴躁，有高血压史，某年农历10月28日突然失语，5天后半身不遂，手足强硬，屈伸不利，活动困难，在槟城南华医院(西医)，诊为"脑梗死"。在家治疗。某日由家人扶持来我中心治疗。症见右上肢瘫痪，不能举臂，只能屈肘至少腹，手腕不能握拳，手指能微动，右下肢跛行，强硬强直，膝不能屈，趾不能活动，流涎，不能讲话，但能理解他人言语，面红、肢冷、痰多，舌红苔黄薄，脉滑。诊为脑栓塞后遗症，中医属痰瘀阻络。服真人大造丸每次10粒，每日3次。10天后复诊，痰少，流涎少，已能发单音，但肢仍冷，强直不能屈伸，1周后第3次就诊，已能简单对话，无流涎，面色转红润，手足暖。3周后第4次就诊，已能自己骑自行车来我中心复诊，对话较前流利，无流涎，手足明显灵活，嘱其继服真人大造丸2个月，以巩固疗效。

(八)案例8

陈某，男，51岁，住马来西亚槟城阿依淡。

该患者2周来头晕，全身肢体酸痛而麻痹，尤以右侧手足为明

显，未经任何治疗，前来中心要求服成药治疗。患者素有头、颈痛，时有头麻木，血压时高时正常，很不稳定。近来生意繁忙，休息不够遂致症状加重，面色暗红，舌暗红苔薄黄，脉浮滑而有力，诊为肝阳上亢，肝风上扰。嘱服真人大造丸每次 10 粒，每日 3 次。2 周后复诊，上述症状全部消失。因急于外出做生意，怕劳累引起复发，嘱其随身带真人大造丸按时服用。2 个月后电话追访病情无复发，精神爽利。

(九)案例 9

陈某 ，男，71 岁。住马来西亚槟城美湖新村。

该患者 2004 年 1 月左侧偏瘫，肢软无力，失语，痰多，咳嗽，口角向左歪、流涎，当地诊为脑血栓，因病情日渐加重来我中心求治。症见气短乏力，左鼻唇沟消失，口角歪向右侧，口角流涎，能听懂他人言语；右手不能运动，软而无力，不能握拳，臂不能举过肩，肌肉轻度萎缩；左下肢瘫痪，无力跛行，垂足，神疲；舌质暗红苔、薄白，脉涩无力，中医属气虚血瘀。处理：口服真人大造丸 10 粒 1 次，每天 3 次。10 天后复诊，症见痰少，已无流涎，能讲简单语言，("有"、"痛"等)，肢体瘫痪如前。4 周后，自觉下肢温暖，较前明显有力，但上肢仍不能抬举，检查时发现左肩关节脱臼，建议到骨伤专科治疗，继服真人大造丸 3 个月。

参 考 文 献

1 罗祖明. 脑血管疾病治疗学. 北京：人民卫生出版社，1999

2 王维治. 神经病学. 第 4 版. 北京：人民卫生出版社，2001

3 侯熙德. 神经病学. 第 3 版. 北京：人民卫生出版社，1996

4 何广新. 中风康复与针灸. 北京：中国中医药出版社，1997

5 王洪忠. 实用中西医结合偏瘫康复学. 北京：中国医药科技出版社，1997

6 袁 青. 靳三针问答图解. 广州：广东经济出版社，2003

[General Information]
书名=中风后遗症靳三针特效治疗
作者=袁青主编　紫铁劬　易玮副主编　靳瑞主审
页数=144
SS号=11443480
出版日期=2005年08月第1版