序 一

中风之名，始见于《内经》邪气脏腑病形等篇。此病多指卒中。猝然昏仆，不省人事；或见口眼㖞斜，言语不利，甚者半身不遂为其证也。本病之病因，于唐、宋之前，均归之于外风。金、元而后，乃有种种学说：为刘河间氏主火，李东垣氏主气，朱丹溪氏主湿等，诸家之说不一。《医经溯洄集》辨中风，分析谓：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。或谓古人所云之真中风，乃极少见，临诊常见者，大多为类中风也。就辨证而言，则《金匮要略》首从病情轻重，分为中络、中经、中腑、中脏四证，其说为历代医家所宗。至于中风诊治之法，诸医籍多有记载，然专论中风之著述，则甚少见耳。

常青君早年毕业于浙江中医学院，精勤而寒暑不辍，于多年临诊中颇多成就，其于中风并肿瘤之诊治，尤多经验。近经三数年之整理，偕其昔日学生沈万生君，写成《实用中风防治手册》，其书分上、下两篇及附录：对中风之源流、沿革、病机、诊断、辨治，乃至分证治疗，阐述详尽。尤足推重者，本书尚参辑西医论述中风之理论，方法；下篇则及于临床所常见之急诊、抢救、恢复期后遗症之辨治和护理、预防诸方法。综观上、下篇及附篇，所述均能挈领而提其特点，阐论而申其精义，可谓收集丰硕，言之有据。本书之内容，又为当前医学界研究之攻关重点之一，是则本书确为言实学者也。

《实用中风防治手册》即将问世之际，常青君索序于余，乃思本书之于社会效益必极大也，因赘数语以贺。

何　任

一九八八年八月

于浙江中医学院求是园

序　二

“中风”一证，发病率高，病情重笃，自古以来，列为“风，劳，膨、膈”四大难证之首。从《内经》始有“薄厥”、“大厥”、“偏枯”、“痱风”之称，仲景虽有“中风”专论，然以外风立论，唐、宋而下，东垣“主虚”，丹溪“主痰”，河间提出“心火暴盛”，天士强调“肝肾阴虚”，仁智见歧，致中风之争，延达二千余年，为中医学说一大悬案。综而论之，古人将外邪客中之风症与“血之与气并走于上，则为大厥”之出血性中风混为一谈，各举一端，以偏概全，以致影响学说之发展。解放后，血瘀学说之中兴，与中西医结合工作的蜊起，扩大诊断之视野，对“中风”之认识渐趋明朗。有关阐述虽多，但系统化的论著，尚付缺如。

常青副主任医师，潜心研究中风防治数十年，偕其昔日学生沈万生主治医师，化多年之心血，撰集歧伯以来，逮于近代各家之说，结合临床心得，合为《实用中风防治手册》一卷。其论病名溯源，病因病机，各以类例相从；中西合参，凡声色证候，治法预防，靡不赅备。读者可藉此比踪古贤、执简驭繁，洵不可多得之佳作也。

时值此书行将付梓，常君索序于余。欣其澄本清源而颇切实用，不仅具有重要的学术价值，而且对于中风患者及其家属，乃至广大中老年保健，均不失为一册良师益友式的好书，故此命笔而为序。

颜德馨

一九八八年八月

于上海铁道医学院附属医院

前　言

中风是严重危害人类健康的常见病、多发病，不仅死亡率高，致残率也称得上“众病之最”。随着我国人民健康水平的普遍提高，人口谱和疾病谱发生了明显的变化，中风的危害愈甚。据不完全统计，我国现时约有中风病人450万～500万；每年新发病人数约150万；每年死于中风者近100万，居人口死因的第二位。

中风病的研究是当今中医界众人瞩目的重要课题。近十年来，对中风病的文献整理、古今医家临床经验的继承、辨证论治规律的总结、单方验方的验证，预报预防的探讨等方面，都取得了较大进展。在普及有关中风的防治知识上也做了不少有益的工作。为了进一步明确研究的方向和重点，交流成功的经验，提高临床疗效，减少发病率，降低死亡率和致残率，扩大研究成果的社会效益，我们在广泛收集古今中风病研究资料基础上，结合自己的临床实践，编写了《实用中风防治手册》，奉献给大家。

全书共分十二个部分，从中医角度系统介绍了中风病的病因病机、诊断与鉴别诊断、辨证与辨病、治疗与康复，以及预报预防、护理调摄等方面的内容。并适当穿插介绍一些现代医学有关中风的病因学、诊断学方面的理论，便利读者更好地做到辨证与辨病相结合。行文力求通俗易懂，流畅生动，普及与提高兼顾。所以，本书既可供医务工作者参考，也适用于中风病患者及其家属阅读，指导家庭护理、康复锻

炼及预防养生等。

由于作者水平所限，虽寒暑数载，三易其稿，书中缺点在所难免，敬请读者诸君匡正。

编著者

1991年11月

目　录

上　篇

第一章　概论……（1）
第一节　溯源析流……（1）
一、病名沿革……（2）
二、病因病机的演变……（3）
三、辨证论治的发展……（4）
第二节　现代研究进展……（6）
一、辨证论治规范化……（6）
二、治法方药多样化……（8）
三、重视预防　减少发病……（9）
第二章　中风的病因与发病……（11）
第一节　历代医家对中风病因的认识……（11）
一、外风学说……（11）
二、内因学说……（12）
第二节　现代医学对中风病因的认识……（14）
一、缺血性脑血管病（缺血性中风）……（14）
二、出血性脑血管病（出血性中风）……（16）
期三节　中风的发病因素……（19）
一、内因……（19）
(一)情志失调……（19）
(二)积损正衰……（20）
二、外因……（21）
(一)饮食不节……（22）

(二)环境气候变化……(23)
第三章　中风的病理机制……(24)
第一节　内风动越……(24)
第二节　五志化火……(25)
第三节　痰浊内阻……(27)
第四节　瘀血阻滞……(28)
第五节　本虚标实……(30)
第六节　升降逆乱……(31)
第四章　中风的诊断与鉴别诊断……(34)
第一节　四诊在中风临床的应用……(34)
一、望诊……(34)
(一)一般观察……(35)
(二)舌诊……(36)
二、闻诊……(38)
(一)听声音……(38)
(二)嗅气味……(39)
三、问诊……(39)
(一)问寒热……(39)
(二)问汗……(39)
(三)问头身……(40)
(四)问饮食嗜好……(40)
(五)问二便……(40)
(六)问睡眠……(41)
四、切诊……(41)
(一)脉诊……(41)
(二)腹诊……(42)
第二节　中风的诊断标准……(44)
一、诊断要点……(44)

二、诊断标准……(45)
(一)病名诊断……(45)
(二)病类诊断……(46)
(三)证名诊断……(46)
(四)分期标准……(47)
三、现代医学有关中风的诊断要点……(48)
(一)短暂脑缺血发作的诊断要点……(48)
(二)脑血栓形成的诊断要点……(48)
(三)脑栓塞的诊断要点……(49)
(四)脑出血的诊断要点……(49)
(五)蛛网膜下腔出血的诊断要点……(49)
第三节　中风的鉴别诊断……(50)
一、痫证……(50)
二、痿证……(51)
三、厥证……(51)
四、缺血性中风与出血性中风的鉴别要点……(51)
第四节　中风常用的体格检查和特殊检查……(53)
一、常用体格检查方法……(54)
(一)意识障碍的检查……(54)
(二)口舌歪斜的检查……(56)
(三)瘫痪肢体的检查……(56)
(四)感觉障碍的检查……(57)
(五)脑膜刺激征的检查……(59)
(六)病理反射的检查……(60)
(七)各种深反射的检查……(61)
二、常用特殊检查方法……(62)
(一)腰椎穿刺……(62)
(二)颅脑超声波检查……(63)
(三)头颅X线平片检查……(64)

(四)脑电图检查……(64)
(五)脑血流图检查……(65)
(六)脑血管造影检查……(66)
(七)CT 检查 ……(67)
第五章　中风的辨证与辨病 ……(68)
第一节　中风的辨证 ……(68)
一、宏观辨证要点……(68)
(一)辨中经络与中脏腑……(68)
(二)辨闭证与脱证……(69)
(三)辨病势的逆顺……(70)
二、辨证分型纲要……(70)
(一)中经络……(70)
(二)中脏腑……(72)
(三)后遗症……(73)
第二节　中风的辨病 ……(74)
一、短暂脑缺血发作……(75)
二、脑血栓形成……(76)
三、脑栓塞……(77)
四、脑出血……(78)
五、蛛网膜下腔出血……(79)
六、青年中风……(80)
七、小儿缺血性中风……(81)
八、中风引起的精神异常……(81)
九、脑疝……(83)
第六章　中风的治疗 ……(85)
第一节　中风治法概要 ……(85)
一、开窍固脱法……(86)
二、平肝熄风法……(87)
三、活血祛瘀法……(88)

四、通瘀化痰法……(90)
五、滋阴潜阳法……(92)
第二节　中西医结合防治中风病的临床和实验研究……(93)
一、辨证论治方面的研究……(93)
二、剂型和给药途径的研究……(94)
第三节　治疗中风病的常用药物……(96)
一、历代治疗中风病用药规律探讨……(96)
二、治疗中风病常用药物简介……(99)
〔附〕中风病疗效评定标准……(103)

下　篇

第一章　中风急性期的辨证治疗……(105)
第一节　诊查要领及抢救原则……(105)
一、主症辨析……(106)
二、证候分类……(109)
三、抢救原则……(110)
第二节　中风急症的辨证论治……(111)
一、中经络……(111)
(一)络脉空虚　风邪入中……(111)
(二)肝肾阴虚　风阳上扰……(114)
(三)痰热腑实　风痰上扰……(117)
二、中脏腑……(121)
(一)闭证……(121)
(二)脱证……(129)
第二章　中风恢复期及后遗症的辨证论治……(133)
第一节　明辨主次　分型论治……(133)
一、半身不遂……(133)

二、言语不利……(137)
三、抽搐发作(中风继发癫痫)……(139)
四、痴呆……(141)
五、精神异常(中风继发癫狂)……(141)
第二节　针推体疗　数法并施 ……(142)
一、针灸疗法……(142)
二、推拿疗法……(145)
三、体育疗法……(149)
四、食养疗法……(152)
第三章　中风的预测预报 ……(155)
第一节　中风预报的理论依据及可行性……(155)
第二节　中风先兆的临床监测……(157)
一、中风的易发体质……(157)
二、容易导致中风的疾病……(158)
三、中风的信号——小中风的监测……(161)
第三节　缺血性中风预测预报的临床研究 ……(163)
一、危险因子的分析调查……(164)
二、中风预报仪的应用……(166)
三、生动的实例……(167)
第四章　中风先兆的防治 ……(169)
第一节　中风先兆的辨证治疗 ……(169)
一、对中风先兆症状的观察……(169)
二、中风先兆的诊断标准……(171)
三、中风先兆的辨证治疗……(172)
第二节　中风先兆的其它预防措施 ……(177)
一、一般性预防措施……(177)
二、关于活血化瘀防治中风的临床研究……(178)
三、针灸预防中风……(178)

第五章　中风的康复治疗 ……(183)
第一节　积极进行功能锻炼……(183)
一、瘫痪肢体的训练……(184)
(一)被动运动训练……(184)
(二)主动运动训练……(188)
(三)起床和行走……(190)
二、日常生活动作训练……(192)
(一)饮食动作的训练……(193)
(二)更衣动作的训练……(193)
(三)个人卫生动作的训练……(194)
(四)家务活动动作的训练……(194)
三、语言功能的训练……(195)
第二节　怡情悦性做好精神调养 ……(195)
第六章　中风的护理 ……(198)
第一节　一般护理 ……(198)
第二节　辨证施护 ……(207)
一、急性期的辨证施护……(207)
二、恢复期的辨证施护……(210)
第三节　饮食护理 ……(212)

附　篇

1. 附方索引 ……(215)
2. 历代有关中风文献辑录 ……(220)
3. 各家中风医案赏析 ……(234)

上 篇

第一章 概 论

中风，是内科常见的急重症之一。因其起病急骤，变化迅速，证见多端，犹如自然界风性之善行数变，故前人以此类比，名曰中风。对本病的防治，历代医家均极为重视。通过长期的医疗实践，理论认识逐步深化，治疗经验不断积累，各家学说纷呈，逐渐形成了传统医学防治本病的独特优势。

近年来，随着我国人民生活水平普遍提高，人口谱和疾病谱的改变，中风病已成为严重危害人类健康的主要疾病之一。因此，开展中风病防治的理论研讨和临床科研工作，越来越受到医学界的重视。如何进一步提高中风病防治效果，降低发病率、死亡率和致残率，业已成为中医急症领域亟待攻克的课题之一。

第一节 溯源析流

据考古发掘，距今三千多年前的殷墟甲骨文中所谓“疾言”，当包括了中风所致的语言障碍。有关中风病的记述，则首推《内经》。该书有关篇章对中风病的不同表现和病程发展阶段，有较详细的记载，开后世中风辨证论治之先河。嗣后，历代医家因受历史条件制约，个人阅历经验局限，对本

病的认识存在较大的差异，以致仁智互见，学说峰起，百家争鸣。继《内经》以后，《金匮要略》有中络、中经、中腑、中脏之分；《千金方》有偏枯、风痱、风懿、风痹四法之论。金元以后，河间主火；东垣主气；丹溪主痰；王履有真中、类中之别；张景岳复倡非风；王清任力主血瘀等等，不一而足。逐渐使中风的病因学、发病学发展完善，进而影响到治疗学的发展。

一、病名沿革

考诸历代文献，本病名称繁多，既不规范，又相互混淆。中风病名的记载首见于《素问》。《素问·通评虚实论》"仆击偏枯"，即是指突然眩晕昏仆而半身不遂。《素问·生气通天论》："阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥"；《素问·调经论》："血之与气，并走于上，则为大厥"等，均属此病范畴。至东汉张仲景《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》云："夫风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹，脉微而数，中风使然"。明确提示与《伤寒论》太阳中风证迥不相侔，名同质异。有汉以降，《诸病源候论》将中风分作中风、风癔、风口喎、风痱、风偏枯等五种证候名称。随之孙思邈《千金要方》亦基本因袭巢氏之分类名称："一曰偏枯，二曰风痱，三曰风懿，四曰风痹。"元代王履《医经溯洄集·中风辨》明确将中风分为真中风、类中风，认为"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。"明代张景岳在《景岳全书》中力倡"中风非风"的观点，还称其为"非风"。明代楼英《医学纲目》则首用"卒中"之名，认为："中风，世俗之称也。其证卒然仆倒，口眼喎斜，半身不遂，或舌强不言，唇吻不收是也。然名各有不同，其卒然仆倒者，《经》称为'击仆'，

世又称为卒中”。此后，李中梓提出了“闭”、“脱”的证候名称。以羽翼《金匮》之说。

综上所述，各家之病名确有繁复之弊。为了统一病证名称，有利于临床科研和教学，中华全国中医学会提出：定中风为正式病名，指内中风，别称卒中。对本病名的内涵外延作出了明确界定，取消其它不规范的别名。自1983年以来，逐步得到中医学术界的公认。

二、病因病机的演变

中风病因学说的发展大体经历了二个阶段。唐宋以前，多以“内虚邪中”立论，主要以外风学说为主。其理论导源于《内经》，形成于《金匮要略》。《灵枢·刺节真邪论》认为是真气不足，邪气独留使然，“虚邪偏客于身半，其人深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯”。其后，《金匮要略》提出络脉空虚，风邪乘虚入侵的观点。隋代巢元方则说：“风偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿”的记载。宋代严用和对病因学说作了进一步阐发，认为营已失度，腠理空虚，邪气乘虚而入，及其感也，为半身不遂。概而言之，这一时期的医家多认为中风系外来之风邪，当人体气血亏损，卫表不固，腠理疏松，络脉空虚时，招致外风入侵脉络，突然出现口眼歪斜，半身不遂等症。

随着认识的逐步深化，和临床经验的不断积累，至金元时代，许多医家对外风入侵的经典理论作了反思，提出了各种不同的意见。较具代表性的如：刘河间提出“心火暴甚”的观点，李东垣力主“正气自虚”，朱丹溪则以为“湿痰生热”所致。三家虽立论各异，见解不一，但均偏重于内在因素，这无疑是中风病因学说的重大转折。王履从病因学角度

认为外风入中所致的是“真中风”，而因火、因气、因痰所致的属“类中风”。进而指出：“中风者，非外来风邪，乃本气病也，凡人年逾四旬气衰之际，或因忧喜愤怒伤其气者，多有此疾，壮岁之时无有也，若肥盛则间有之。”强调中风系人体自身病变所致，患者年龄多在四十岁以上，情绪激动常为发病诱因，这对中风病因学说无疑是一个了不起的贡献。张景岳认为本病的发生“皆内伤积损，颓败而然，源非外感风寒所致”，直截了当地提出了“中风非风”的著名论点。“凡此病者，多以素不能慎，或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴”，其病机则由“阴亏于前，而阳损于后；阴陷于下，而阳泛于上，以致阴阳相失，精气不交，所以忽而昏愦，卒然仆倒”。王肯堂从另一角度提出饮食习惯、营养状况和中风发病的关系，“久食膏粱厚味，肥甘之品，损伤心脾”，积损日久可导致中风的发生。清代沈金鳌提出中风与体质类型之间的关系，他说：“肥人多中风，河间曰‘人肥则腠理致密而多郁滞，气血难以通利，故多卒中也’”。叶天士综合各家学说，结合自己的临床体会，阐明“精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢”，导致内风旋动，发为卒中。王清任指出中风半身不遂，偏身麻木，乃“气虚血瘀”使然。近人张山雷亦强调“肥甘太过，酿痰蕴湿，积热生风，致为暴仆偏枯，猝然而发，如有物击之使仆者，故曰仆击。而特著其病源，名以膏粱之疾”。

上述各家对风、火、气、痰、瘀等致病因素的论点，虽各属一家之言，但直到今天，对指导我们全面认识中风的病因和发病，仍具有一定的现实意义。

三、辨证论治的发展

历代文献对中风的辨证分型方法甚多。《素问》有薄厥、

大厥之分。《金匮要略》首先提出中络、中经、中腑、中脏的证候分类方法，“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。”孙思邈从广义角度将中风分为四型：“偏枯者，半身不遂；风痱者，身无痛，四肢不收；风懿者，奄忽不知人；风痹者，诸痹类风状。”这是中风的另一种分类方法。清代沈金鳌根据病位深浅和病情轻重，探讨了中风的辨证分型，《杂病源流犀烛·中风源流》明确指出：“盖中脏者，病在里，多滞九窍。中腑者，病在表，多著四肢，其症半身不遂，手足不随，痰涎壅盛，气喘如雷，然目犹能视，口犹能言，二便不秘，邪之中犹浅。”这对掌握病情演变和判断预后多有帮助。

我们认为，《金匮要略》提出并经清代医家沈金鳌补充完善的辨证分型方法较切临床实用。将半身不遂轻症（仅表现为肌力减弱），兼偏身麻木者，或单纯偏身麻木者归入中络；以半身不遂，偏身麻木为主，而神志清醒者，归入中经；有半身不遂，偏身麻木等症，同时伴见嗜睡，意识朦胧及浅昏迷者，归入中腑；有半身不遂，偏身麻木，而昏迷者，归入中脏，或半身不遂虽轻，但出现九窍闭塞（如言语謇涩、吞咽困难、目瞀、目不能眴、目珠胴动、歧视、大小便秘结），兼见不同程度的神志障碍，亦归入中脏。这种划分法，既明示病情的浅深轻重，又能通过动态观察，掌握疾病的转归及预后吉凶。

由于诸家在病因认识上的差异，反映在治则方面的学术争鸣亦十分突出。大抵汉唐时期多主外因，治必温散，予续命汤、侯氏黑散诸方。金元以后乃识内因，对治则的研究亦随之深化。因此，所谓古今治疗原则的不同，仍应以金元时

代为学术上的分水岭。清代尤在泾在《金匮翼·中风通论》立中风八法："一曰开关，二曰固脱，三曰泄大邪，四曰转大气，五曰逐瘫痪，六曰除热气，七曰通窍闭，八曰灸俞穴。"强调按病期分阶段辨证施治，如开窍法，适用于闭证，"卒然口噤目张，两手握固，痰壅气塞，无门下药，此为闭证。闭则宜开，不开则死"。固脱法回阳固脱，挽其逆势，适用于脱证危候，"卒然之候，但见目合、口开，遗尿自汗者。无论有邪无邪，总属脱证。脱则宜固，急在元气也"。

我们在临床上常常灵活运用滋阴潜阳，平肝熄风，活血祛瘀，通腑化痰，健脾利湿，益气养血，通络祛风等治则，并在急症救治方面作了初步的探索，获得了较好的临床疗效。

第二节　现代研究进展

建国以来，特别是近十余年中，中风病的理论探讨和临床研究有了迅速的发展。对中风病的文献整理，古今临床经验的继承，辨证论治规律的探讨，单方验方的验证，预防护理调摄，给药途径和剂型品种的改进等方面，都取得了一定的进展。进一步促使辨证论治规范化，治法方药多样化。此外，重视中风先兆的防治是近阶段学术界的热点之一。

今后，从临床实践出发，从大宗病例的系统观察入手，着重研究中风病证治规律，总结新治法，研制新方药，进而发现新规律，提出新概念，创造新理论，是我们面临的重要任务。

一、辨证论治规范化

众所周知，中风病辨证论治方法很多，既有按疾病分期

进行治疗的，亦有主张按主症辨证施治的。如有人主张将中风病分为急性期和恢复期二个阶段，急性期分为风痰痹阻、脉络瘀滞；阴虚阳亢、肝经郁热；痰浊互结，瘀血阻络三证。恢复期侧重于肢体功能恢复的分为元气不足、血络瘀滞；气血虚弱、筋脉失养；肝肾阴虚，筋脉拘挛三证。侧重于语言功能恢复的分为风痰阻络和肝肾精亏两证。侧重于智能障碍恢复的分为心肾失交、痰瘀痹阻、痰热扰心、肝肾不足、脾肾亏虚、髓海不足等型。亦有学者主张按主症进行治疗。以中风失语为例，一般分为痰热闭窍、风痰阻络、肝肾两虚，瘀血阻滞四证。还有按照病机分型治疗的，认为风、火、痰、瘀、虚证是中风病最基本的证候，初期以痰火风瘀为主；中经络以痰瘀风证多见；中脏腑以痰火风证多见；后期则以虚证、瘀证为主，将此五个方面结合起来进行辨证论治。此外，还有根据病情的轻重缓急，结合辨病，用专方专药治疗者，认为真中风相当于神经系统疾病（如面神经瘫痪），类中风相当于脑血管病。我们从临床实践中体会到，中经络相当于脑血栓形成或脑出血轻症，中脏腑相当于脑出血较重者。

上述各种辨证分型方法虽各有所长，具有可操作性，多数已为临床医师所接受，但不能纳入统一规范。对协作攻关进行大宗病例的临床观察总结较为不利。1986年6月，由中华全国中医学会内科学会主持，在山东泰安市召开的“中风病中医诊断，疗效评定标准”总结评议鉴定会上，提出了病类与证名诊断方案。将中风病按有无神识昏蒙分为中经络与中脏腑两大病类。这一方案经全国30多个医疗单位，对2200多例病人进行临床观察，具有可行性和先进性，切于临床科研之实用。对中风病辨证论治规范化起到了很好的推动作

用。

二、治法方药多样化

勿庸置疑，临床科研无不以提高疗效为最终目标。为此，中医界研究中风的有识之士从临床观察和总结有效病例入手，从中积极探索和寻求最佳的治疗方案和方药。首先在辨证论治原则的指导下，灵活化裁应用传统治则和方药。常用和研究较深入的如：平肝潜阳法、活血化瘀法、益气活血法、化痰通腑法、扶正固脱法、温散祛风法等。这样一法多方的临床运用，能结合主症、舌脉的变化，体现辨证论治的精神，故能取得较满意的临床疗效。

其次，单味药和专方专药的临床应用亦得以广泛推广，并取得一些可喜的苗头。如有人报导应用当归注射液治疗急性缺血性中风50例，有效率为94%；有人用丹参注射液大剂量静滴治疗脑血栓形成24例，总有效率为91.67%；有人用山鸡椒治疗脑血栓形成118例，总有效率92.37%；有人用川芎嗪治疗急性缺血性中风102例，有效率88.23%；有人用灯盏花注射液治疗中风后瘫痪469例，有效率89.3%。从中体现出专方专药治疗本病的一些优势。

近十余年来，应用中西药物综合治疗的研究也有较快进展。特别是对缺血性中风应用活血化瘀药物治疗作了大量实验研究，认为一些活血化瘀药物有抗血小板聚集、溶栓、影响血流动力学和改善微循环等作用，并已能提取其中的有效成分用于临床。如有人报道应用活血化瘀中药配合改善微循环、扩张血管的西药治疗急性缺血性脑卒中80例，基本痊愈率50%，有效率100%，比单纯采用西药的对照组疗效要好。

我们认为，中风病是一种起病急，变化多，发展快的疑难重症，试图采用一方一药来解决错综复杂和变化多端的中

风症候是很难成功的。尤其是按照西医病名诊断，套用中医理论分型，演变成一型一法一方的机械格局，很难取得满意的疗效。上述研究方向正是体现辨证论治的精神，又适应不同证候的治疗需要，充分显示了中医药治疗中风病的特色。

三、重视预防　减少发病

随着人们日常生活水平的提高，急性传染病得以有效控制，人类社会逐步过渡到老龄化时代，人口谱和疾病谱发生了明显的变化，中风的发病率也有逐年上升的趋势。为此预防中风病的工作已日益受到医学界的重视。

中医学认为，中风先兆的病理生理学基础是脏腑阴阳气血虚损，功能失去平衡，内生风、火、痰、瘀等病理产物。朱丹溪认为："眩晕者，中风之渐也"，说明眩晕是先兆，中风是归宿。这是一个因虚致实，因实致虚，从量变到质变，互相因果的病理转化过程。王清任首先详细阐述了中风先兆的主要表现：有流涎者；有上下肢发麻，手指无故自动，肌肉无故跳动，抽搐，或行走如拌蒜等三十四种症状。

近年来，对中风预报预防作了不少有益的尝试。首先，关于中风先兆的诊断标准，较趋一致的有以下四项：1.年龄在50岁以上，或既往有肝阳上亢，眩晕耳鸣，或虚损病史。2.近期来无外界诱因，反复发生突发性、一过性、可逆性的眩晕、黑蒙、偏瘫、失语、小中风等症状。3.脉弦硬而长。4.血液流变学指标异常。其次，在先兆防治方面，亦积累了一定的成功经验。如有人报导，把先兆病人按肝风痰瘀、痰瘀化热、气虚血瘀、阴虚血瘀四证分别施治，同时每天滴注灯盏花或复方丹参注射液。防治结果：41例中风先兆者，经上述治疗均在一天内症状改善，三天内消失。出院随访三年，隔天服中药一剂，未有脑卒中发生，血液流变学指标也

随之恢复正常。有人提出用降逆顺气、镇肝潜阳、清热熄风、通腑化痰、活血通脉、疏络蠲痹、安神开窍和滋养镇摄的中风先兆防治八法。也有人提出要节制饮食，加强功能锻炼，并常服用散风活络类药物，以全方位预防中风的发生。

近年来，我们致力于中风先兆的预测预报和防治的临床研究。根据中医四诊所得的阳性体征，参合血液流变学测定，应用中风预报仪预测缺血性中风。对中风先兆病人分正气不足，脉络空虚；肝肾阴亏，风阳上扰；湿痰内盛，形肥络瘀；气虚血滞，痰瘀阻络等四种证型论治，取得了一些粗浅的经验。具体内容将列专章介绍。

第二章　中风的病因与发病

对中风致病因素的认识，历代多有争议，曾经历了一个以外因论到内因论的发展过程。由于病因认识的歧义，产生了治法方药上的分歧。因此，研究探索中风的致病因素，对指导临床治疗和预防康复等均有实际意义。

第一节　历代医家对中风病因的认识

通观中医学术的发展过程，历代医家对中风病因的认识大体经历了两个阶段，这是认识过程从未知到已知的必然经过。大抵汉唐时代医家因袭《内经》经旨，多主外风入侵之发病观。金元以降，诸子争鸣，大胆地对外风入侵这一经典理论提出了不同看法，内因学说由此为人所接受。嗣后，明清医家又分别从饮食习惯，体质等角度作了有益的探索，使中风的病因学说日臻完善，

一、外风学说

《灵枢·刺节真邪论》说“虚风之贼伤人也，其中人也深，不能自去；”“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”明确提出人体真气不足，抗御外邪的能力下降，虚邪贼风即可乘虚入侵，留驻体内，发为偏枯。这种对中风发病因素的朴素认识，成为后世力主外风学说的理论依据。汉·张仲景亦强调指出：络脉空虚，风邪乘虚侵入人体，乃是中风发病的主要原因。隋

·巢元方《诸病源候论·中风候》认为："风偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿。"唐宋医家承泽此说，且续有发挥。如宋·严用和说："营卫失度，腠理空虚，邪气乘虚而入，及其感也，为半身不遂……"（《济生方·中风论治》）。总之，这一历史时期的医家囿于认识水平和历史局限，认为中风是外受风邪所致，当人体气血亏损，脉络空虚，卫外不固时，招致贼风入侵脉络，痹阻血脉，突然发为口眼歪斜，半身不遂，偏身麻木诸症。

二、内因学说

随着中医学术的发展，医家个人实践和认识水平的提高，时至金元时代，许多医家对外风学说大胆提出了质疑，内因学说逐步为人们所认识和接受。这是对中风病因认识的一大转折，并由此带来了治疗方法的突破。

刘河间认为："所以中风瘫痪者，非谓肝木之风实甚而卒中之也，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，心神昏冒，筋骨不用，而卒倒无所知也。多因喜怒思悲恐五志有所过极而卒中者，由五志过极，皆为热甚故也，"（《素问玄机原病式·火类》）。河间首先提出了阴阳失衡，脏腑违和，或五志过极导致心火暴甚，阳热怫郁的中风发病因素，开内因说之先导。李东垣则主张中风乃"正气自虚"使然，非外来之风邪所感。朱丹溪认为系湿痰生热所致，"多是湿土生痰，痰生热，热生风也，"（《丹溪心法》）。上述三家虽立论不同，认识有偏，然都偏重于脏腑气血阴阳失调的内在因素，这在当时的历史条件下确属难能可贵。

元·王履以病因学角度指出，外风入中所致的病证是"真中风，"而河间、东垣、丹溪以内风立论的中风应是"类

中风，”“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，”（《医经溯洄集·中风辨》）。王氏还强调指出：“中风者，非外来风邪，乃本气病也，凡人年逾四旬气衰之际，或因忧思忿怒伤其气者，多有此疾，壮岁之时无有也，若肥盛则间有之”。进一步说明中风是由于人体自身的病变所引起，患病年龄多在四十岁以上，情绪激动常为发病诱因。这对中风病因学说的形成和发展无疑是一大贡献。明·张景岳亦认为，中风的发生，“皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致。”“凡此病者，多以素不能慎，或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴。”其发病过程“阴亏于前，而阳损于后；阴陷于下，而阳泛于上，以致阴阳相失，精气不交，所以忽而昏愦，卒然仆倒……，”（《景岳全书·非风》）。

明·王肯堂十分重视饮食习惯和营养状况与中风发病的关系，指出“久食膏粱厚味，肥甘之品，损伤心脾。”清·沈金鳌则从体质类型与发病关系作了阐发，他说“肥人多中风，人肥则腠理致密而多郁滞，气血难以通利，故多卒中也。”叶天士综合诸家学说，结合自己的临床体验，进一步阐明“精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢”，导致内风旋动”的发病机理。王清任《医林改错》指出：中风半身不遂，偏身麻木，是由“气虚血瘀”而成。近人张山雷《中风斠诠》亦十分强调：“肥甘太过，酿痰蕴湿，积热生风，致为暴仆偏枯，猝然而发，如有物击之使仆者，故曰仆击而特著其病源，名以膏粱之疾。”

综上所述，历代各家对火、气、痰、湿、瘀血阻络等致病因素都分别作了有益的探讨，使中风病因学说日臻完善。对全面认识中风的病因学、发病学，具有深刻的意义。

第二节　现代医学对中风病因的认识

中风大体上与现代医学的脑血管病相同。脑血管病包括出血性脑血管病和缺血性脑血管病两大类。出血性脑血管病主要有高血压性脑出血，缺血性脑血管病主要有脑血栓形成、脑栓塞和短暂性脑缺血发作等。这种根据病因学和病理生理学角度所作的分类，对直接指导临床实践很有裨益。为此，我们有必要熟悉并掌握现代医学对急性脑血管病的病因认识，以帮助我们在临床实践中更好地辨证求因，审因论治，提高中风急性期的抢救成功率和治愈率。

从解剖生理学角度来看，脑部的血液供应主要有颈动脉系统和椎动脉—基底动脉系统支配。颈动脉系统支配大脑半球前3/5部分的血液供应，主要分支为颈内动脉、大脑前动脉和大脑中动脉。大脑半球后2/5部分（枕叶和一部分颞叶）、丘脑后半部、脑干、小脑则由椎动脉—基底动脉系统供应。脑血液循环的生理、病理生理与其它组织也不相同，脑组织几乎无氧和葡萄糖的储备。脑部血液供应的障碍造成缺氧和葡萄糖不足，迅速引起脑功能紊乱和脑组织的破坏。脑是人体极其重要的器官，尽管脑的血液供应有令人惊异的自动调节能力，但一旦血液供应受到障碍，其后果是非常严重的。因为脑组织对付缺血、缺氧缺乏回旋的余地。上述解剖特点、生理和病理生理特异性，决定了急性脑血管病的危害性和后果的严重性。

一、缺血性脑血管病（缺血性中风）

1.短暂脑缺血发作：是脑局灶性血液循环障碍引起的一种历时短暂，按一定血管支配区反复出现相对刻板式的缺血

性神经系统病证，中医称之为“小中风”。据统计资料表明，有短暂性脑缺血发作史的患者中约25～40%在5年内终将发生严重的完全型脑梗塞；多次短暂的脑缺血发作者，每年约7%发生完全型脑梗塞。其病理发展过程的认识与中医学完全一致，即“小中风”反复发作可演变成中风病。

短暂性脑缺血发生的原因，最常见和主要的是微栓塞所引起。此外，与血流动力学改变和脑动脉痉挛也有一定关系。微栓塞的产生机理是由于：动脉管壁粥样硬化斑块表面上发生一系列变化，如血流的高速切力，旋涡，血液进入病损内膜下结缔组织，促凝物质，斑块脂质等，促使血小板血栓形成。血流的冲动使新生的尚未坚固的血栓脱落，随血流走向远端小动脉，造成微栓塞。如果血栓在脑组织发生不可逆病变前，纤维蛋白溶解，血小板凝集消散，侧支循环迅速建立，或者栓塞血管扩张使血栓通向更远端小动脉，临床即表现为短暂脑缺血发作。近年来，经动脉粥样硬化狭窄处斑块内膜剥离手术或抗凝治疗后，短暂性脑缺血发作明显减少或甚至消失的事实，进一步支持了微栓塞学说。

2. 动脉硬化性脑梗塞：是脑动脉粥样硬化和血栓形成，使管腔变狭或闭塞，导致急性脑供血不足所引起的局部脑组织坏死。临床表现以偏瘫、失语等急性或亚急性的脑局灶病症为最常见。根据流行病学调查，动脉硬化性脑梗塞是最常见的中风，约占发病的半数。在完全管腔闭塞或明显代偿不足之前常可从病史中追溯到一些历时短暂的脑缺血发作，达数月或数年之久。

脑动脉硬化性脑梗塞由支配脑的颅外、颅内动脉管腔狭窄或闭塞，使脑组织血供障碍而引起。狭窄与闭塞的部位与动脉硬化好发及严重的部位相一致，如颈总动脉起始部、颈

内动脉起始部、颈内动脉虹吸部等等。病理变化主要是动脉内膜深层的脂肪变性和胆固醇沉积形成粥样硬化斑块，纤维组织增生，斑块面内膜破裂出血发生溃疡，并继发血栓形成。动脉管腔的变狭和闭塞由粥样硬化斑块及其继发的血栓形成所造成。病理检查可见硬化血管呈乳白色或黄色，粗细不匀，管壁变硬，血管内膜下可见到黄色粥样硬化斑块。梗塞处脑组织呈软化、坏死及水肿，有点状渗血；后期呈萎缩，留下有空隙的疤痕组织。

3. 脑栓塞：由于异常的物体（固体、液体或气体）沿血液循环进入脑动脉或供应脑的颈部动脉，造成血流阻塞而产生脑梗塞，称为脑栓塞，属于缺血性中风的一种。脑栓塞约占中风的15～20%。如果产生栓子的病原未予消除，脑栓塞就有反复发作之可能。

脑栓塞的栓子来源可分心源性、非心源性及原因不明三大类。临床以心源性为最常见。可见于风湿性心脏病、心肌梗塞、亚急性细菌性心内膜炎、冠心病等病证。风心二尖瓣狭窄，左心房扩大以致血流缓慢瘀滞，易于促使血液凝固和血栓形成。心肌梗塞可使心内膜变质，以致血小板粘附在上。导致血栓形成。心内膜炎时细菌附着在病变内膜上繁殖，并与血小板，纤维蛋白和红细胞等构成细菌性赘生物。这些栓子脱落后即可循血流发生脑栓塞或其它动脉血管的栓塞。非心源性脑栓塞常见的有气栓塞、脂肪栓塞等，在此不拟赘述。

二、出血性脑血管病（出血性中风）

1. 脑出血：出血性中风，主要指高血压性脑出血，即脑实质内的出血。据中风流行病学调查，每年10万人中大约有24人首次发生脑出血，约占中风病人的10～20%。脑出血多

数发生于大脑半球深部基底神经节处。引起脑出血的病因很多，临床包括损伤性和非损伤性两大类。非损伤性脑出血，又称原发性或自发性脑出血，多指脑内的血管病变、坏死、破裂而引起的出血，绝大多数是高血压病伴发脑小动脉病变，在血压骤升时破裂所致，故称为高血压性脑出血。

高血压性脑出血原因有下列两种。

微型动脉瘤：长期高血压患者的脑实质内小的穿透支动脉中可发现有微型动脉瘤的形成，以50岁以上患者为多见，主要分布于基底神经节小纹状动脉供应处及桥脑，这些都是常见的出血部位。微型动脉瘤在血压骤升时可能破裂而引起出血。

脂肪透明变性或类纤维蛋白坏死：长期高血压对脑实质内直径约60～200微米的穿透支动脉内膜起到破裂作用，随即内膜下出现富于脂质的玻璃样物质的沉积，最后导致管壁坏死和破裂。这种与高血压脑出血有联系的小动脉病变称为脂肪透明变性或类纤维蛋白坏死。一处动脉破裂出血后可随即发生严重血管反应而接踵出现多处破裂出血。

病理改变大多数由于脑组织局部出血及血肿形成所引起的脑水肿。脑组织受压、推移、软化、坏死等产生严重症状。脑组织可自纵膈下向对侧推移或自天幕孔向下疝嵌压脑干导致脑干缺血、出血和坏死，这是脑出血致死的原因之一。急性期过后血块收缩，周围组织水肿消退，斑点状出血消失，囊腔缩小，腔壁受血红蛋白分解物含铁血黄素沾染呈黄橙色。

2. 蛛网膜下腔出血：脑表面血管破裂出血流入蛛网膜和软膜间的蛛网膜下腔，可伴有或不伴颅内、椎管内其它部位出血，称蛛网膜下腔出血。蛛网膜下腔出血亦非罕见，据报

道约占中风患者的5～10%。蛛网膜下腔出血系一综合征，可有多种病因引起，其中以颅内动脉瘤，动静脉血管畸形为最常见。颅内动脉瘤或动静脉血管畸形，由于管壁异常、血液渗出，或管壁破裂，血液涌入蛛网膜下腔，可迅即发生颅内压升高。患者有如发生脑震荡而昏迷，甚至因脑推移，而影响脑干以致暴死。血液刺激引起无菌性脑膜炎，不仅表现剧裂头痛，还由于刺激植物神经而出现高血压与心律不齐等。血凝块和血液刺激脑膜所引起的大量渗出液，蛛网膜粘连影响脑脊液循环通道或与吸收脑脊液有关的矢状窦旁蛛网膜粒堵塞，均可导致亚急性或慢性脑积水。动脉瘤破裂出血后，血管破裂和血液刺激均可产生远端动脉痉挛，短时痉挛可起到减少或终止出血的保护作用，但持久痉挛，可能还有管壁水肿因素的参与，反使受支配的脑组织严重缺血，以致发生脑梗塞。

由于动脉瘤最常发生于颈内动脉分支处、大脑前动脉和前交通动脉衔接处，大脑中动脉起始衔接处、后下小脑动脉和大脑后动脉起始衔接处等动脉分叉的地点，因而普遍认为动脉瘤的形成起源于先天性发育不全。但婴孩中很少发生蛛网膜下腔出血，且在一般尸检中罕能发现未破的动脉瘤，因此，先天性发育不全还不能完全说明问题。在动脉分叉处，管壁中层可能比较薄弱，而所承受的血流冲击压力又较大。中年以后动脉粥样硬化形成，使管壁内层弹力纤维受损，再加上高血压等因素使脑基底部较大动脉分叉处容易形成动脉瘤并易于发生蛛网膜下腔出血。

第三节　中风的发病因素

中风之发生，不外乎内因与外因两个方面，中医学对中风病因的认识，重视内因，亦不忽略外因的作用，特别是精神因素、房室劳倦及脏腑气血功能失调等在发病中的意义。同时认为饮食不节、气候环境等改变有不可小看的作用。概而言之，中风之发生，主要因素在于患者平素气血亏虚，心、肝、肾三脏阴阳失调，兼之忧思恼怒，或饮酒饱食，或房室劳累，或外邪侵袭等诱发因素，以致气血运行受阻，经脉痹阻，失于濡养；或阴亏于下，肝阳暴张，阳化风动，血随气逆，挟痰挟火，横窜经络，蒙蔽清窍，而形成上实下虚，卒然仆倒，半身不遂，乃致阴阳互不维系，离决欲脱之危急症状。

一、内因

内因在中风发病中起主要作用，已为临床实践所反复证实。中医学认为：中风发病的内因主要指脏腑失调，气血违和，情志郁怒等，以及由此产生的诸如风、火、痰、瘀等病理性产物。这些致病原因长期刺激机体，日积月累，必然导致机体内环境稳态系统的破坏，出现阴阳偏盛偏衰，气血逆乱，风、火、痰、瘀等乘机作祟，相兼为患，或横窜经络，出现半身不遂，或蒙蔽清窍，发生突然昏仆，不省人事等症。

(一)情志失调

情志即七情，包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化，属精神致病因素。情志是机体对客观事物的不同反映，在正常情况下，一般不会使人致病。只有突然，强烈或

长期持久的精神刺激，超过了人体自身的正常生理调节范围，使人体气机紊乱，脏腑阴阳气血失调才会导致中风的发生。《三因极一病证方论·三因篇》说："七情，人之常性，动之则先自脏腑郁发，外形于机体。"临证所见，长期持久的精神紧张，或忧思过度，或情志郁怒等较剧烈的情绪波动，日积月累，使相关脏腑功能失调，气机紊乱，气血失调，常常导致动脉硬化，血压持继升高，甚或卒然昏仆，半身不遂，口眼㖞斜，语言不利等症。

七情之中，又惟忧、思、郁、怒为最甚。盖思虑劳神过度，常损伤心脾，导致心脾气血两虚，或气机郁结阻滞。阴血暗耗，心神失养则心悸、健忘、失眠多梦，或眩晕耳鸣。气机郁结则脾运失司，水谷不化精微，日久而变为痰浊等病理产物。《素问·举痛论》说："思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。"郁怒过度可使肝气横逆上冲，血随气逆，并走于上。临床见气逆胸闷，面红目赤，胸胁胀痛，头晕头痛，甚或顷刻之间肝阳暴亢，气火俱浮，迫血上涌，引动内风，而致昏厥卒倒。《素问·生气通天论》说："大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。"

至于悲恐惊吓，精神紧张或情志异常波动，常为本病的诱发原因。盖悲则气消，恐则气下，惊则气乱，均可影响脏腑气机的正常运行，使升降出入的规律受到影响。根据临床观察，某些脑动脉硬化，高血压病患者，若突然有较强的精神刺激，情志波动过于剧烈，往往诱发中风的发生。或使病情加剧，趋向恶化，产生严重的后果。

（二）积损正衰

产生虚损的原因不外乎以下三个方面：一是劳力过度，即较长时间的过度劳累而积劳成损。劳力过度则耗气伤正，

久而久之必致气少力衰，神疲乏力。二是劳心过度，即思虑太过，劳伤心脾。“脾在志为思”，“心主血藏神”，所以思虑劳神过度，则耗伤心血，损伤脾气，出现心神失养，脾不健运的各种症状。三是房劳过度，是指性生活不节，房事过度而言。肾藏精，主封藏，肾精不宜过度耗泄，若房事过频，则肾精必伤，精血俱损。

中风的发病率随着年龄增长而增加，这和人过中年以后，机体日趋衰弱，阴血日趋亏耗不无关系。《素问·阴阳应象大论》谓：“年四十，而阴气（当指肾气）自半也，起居衰矣；年五十，体重，耳目不聪明矣；年六十，阴萎，气大衰，九窍不利，下虚上实，涕泣俱出矣。”可见中风的发生与年老体衰，阴血亏虚，下元不固而致肝阳偏亢，内风萌动有密切关系。若平素思虑烦劳过度，气血亏损，真气耗散，复因将息失宜，致使阴亏于下，肝阳鸱张，阳化风动，气血上逆，上蒙清窍，则更易发生卒中。再则纵欲伤精，不知自爱，亦使水亏于下，火旺于上，肝阳肝火暴甚，火极生风，迫血上涌，致成中风危证。明代张景岳认为：“非风一证，即时人所谓中风证也。此证多见卒倒，卒倒多由昏愦，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致。”清代叶天士《临证指南医案·中风》亦指出：“肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起。”均揭示了积劳成损，阴血不足，正气耗伤，导致内风旋动，发为中风的病理机制。

二、外因

外因在中风发病学上亦有不容忽视的作用。有时甚至成为中风发病的主要因素。对此，应该引起临床工作者的足够重视。外因主要包括饮食不节、环境变化等两个方面。特别

是饮食因素，如饮食不加节制，摄入热量过剩，或偏嗜膏粱厚味，脂肪过多摄入，蕴结肠胃之间，脾运受障，痰浊内生，痹阻脉络；或郁久化火、痰火上攻，神明受蒙，发生卒仆昏厥，喎僻不遂等症。环境气候突变，机体不相适应，往往成为诱发中风的常见原因。因为人是一个有机的整体，天人合一，内外环境协调统一则人体阴阳平衡，气血冲和，脏腑机能正常。反此则可导致阴阳动态平衡失调，气血运行失常，脏腑机能紊乱。也就是说，中风的发生除了内在致病因素外，还与天时、大气、地理、周围环境有一定联系。

(一)饮食不节

饮食是摄取营养，维持人体生命活动所不可短缺的基本物资，即化生气血津液的物质来源。但饮食失宜、饮食不洁和饮食偏嗜，则又常为导致疾病发生的原因。对中风发生直接有关的主要是饮食失宜和饮食偏嗜两方面。

饮食失宜：饮食不节，饥饱无度，主要伤及脾胃，导致脾胃升降失常，运化失职；或素体形盛气弱，中气亏虚，则脾胃失运，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，以致肝火挟杂痰火，横窜经络，蒙蔽清窍，卒然昏仆，不省人事，半身不遂。朱丹溪说："湿土生痰，痰生热，热生风也"(《丹溪心法·中风》)。

饮食偏嗜：饮食适当，无所偏嗜才能使机体获得各种需要的营养。若饮食五味有所偏嗜，或过食膏粱醇酒，肥甘太过，则可导致阴阳失调，脾运失职，聚湿生痰，痹阻脉络，阻塞清窍、或痰郁化火、痰火上攻，横窜经络，扰乱神明，发为卒中。临床实践证明，过食脂肪胆固醇含量偏高的食物，尤其是嗜酒过度的人，常可导致肥胖，心脑血管病变，

而为中风的前期病证。王肯堂早就指出饮食习惯、营养成分与中风发病有密切关系。“久食膏粱厚味，肥甘之品。损伤心脾。”近人张山雷亦认为：“肥甘太过，酿痰蕴湿，积热生风，致为暴仆偏枯……名以膏粱之疾。”（《中风斠诠》）

（二）环境气候变化

本病虽一年四季俱可罹患，但与季节气候变化有关。入冬骤然降温变冷，寒邪入侵，可影响血脉循行，致使寒凝血涩，脉道瘀阻，是以容易患病。《素问·调经论》谓“寒独留，则血凝泣，凝则脉不通……”。早春骤然转暖之时，正值厥阴风木主令，内应于肝，风阳暗动，亦可诱发本病发生。若素体卫气虚弱，腠理不固，气血不足，络脉空虚，风邪又可乘机入中经络，气血闭阻，筋脉失养；或外风引动厥阴风木，兼夹痰湿，闭阻血脉，而致㖞僻不遂。因此，气候骤变，季节更替之际，常可诱发中风发生。

外界环境是机体赖以生存的必要条件。正常情况下，人体适应周围环境以保持机体内环境与自然界的协调统一。当机体自身阴阳平衡遭到破坏，气血失调，风、火、痰、瘀等中风致病因子伏藏体内，成为中风易发体质时，一旦骤然变换环境，机体每每不能很快适应，有时甚至成为中风发病的诱发因素。如东南之人，禀体柔弱，内湿较重，若过食肥甘醇酒，痰湿浊邪蕴结，容易导致肥胖，高血压病等，成为中风易发体质。若迁居西北，因地势刚燥，风寒偏盛，机体每每难于适应，常出现血压波动较剧，甚至诱发中风。临床实践证实，中风的发生虽以内在因素为主，但也不能排除天时、大气、地理及周围环境等因素的影响。

第三章　中风的病理机制

病机，即疾病发生，发展与变化的机理。中医的病机常常是通过临床症状的观察，根据辨证求因，审因论治的原则，提出各种疾病的病理机制，并相应提出治疗法则。当病邪作用于人体。机体的正气必然奋起抗邪。而引成正邪相争之势，破坏了人体阴阳的相对平衡，或使脏腑、经络的功能失调，或使气血功能紊乱，必然产生局部或整体的多种多样的病理变化。因人体禀赋素质有异，地势方宜不同，所以即使同一病证，其病理变化亦不尽相同，既有共性，又具个体差异。我们结合中医临床观察，将中风常见的发病机制及病理变化归纳如下几个方面。

第一节　内风动越

内风动越，是体内阳气亢逆无制而形成的一种病理状态。《临证指南》指出“内风乃身中阳气之变动”。体内阳气之变动有多种原因，主要有肝阳化风、热极生风以及阴虚风动、血虚生风等，前二者属实风，后二者属虚风。肝风内动与中风的关系最为密切，它是中风发生、发展变化过程中最基本的病理变化之一。

肝阳化风，多由于情志所伤，郁而不畅，或精神紧张，操劳过度，耗伤肝肾之阴，以致阴虚阳亢，水不涵木，浮阳不潜。久之则阳愈浮而阴愈亏，终致下虚上实，阴不制阳，

肝之阳气升而无制，便亢而化风，形成风气内动。轻则筋惕肉瞤，肢麻震颤，眩晕欲仆，或为口眼歪斜，或为半身不遂。甚至血随气逆而发卒然昏厥，或为闭厥，或为脱厥。张山雷《中风斠诠》说“五脏之性肝为暴，肝木横逆则风自生，五志之极皆生火，火焰升腾则风亦动，推之而阴虚于下，阳浮于上，则风以虚而暗煽，津伤液耗，营血不充则风以燥而猖狂”。张氏在这里明确提出内风因脏腑阴阳失调而生，不惟肝阳可以化风，火极可以化风，血虚液燥亦可动风。内风旋动，必气火俱浮，迫血上涌，致成危候。

肝阳化风的病理变化有一个日渐积累的过程，其前期病证可见肝肾阴亏，阴虚阳亢的病理表现。由于肝肾之阴相通，称为“乙癸同源”，故肾阴不足，水不涵木，常常是导致肝阳上亢，阳化风动的病理基础。临床表现可见典型的“上盛下虚”现象，即肝的阳气亢逆无制，表现为眩晕、耳鸣、面红升火、目赤目糊、情绪易于激动，脉弦而数等上盛表现；同时，由于肝肾阴精匮乏，尚可兼见腰膝酸软，两足软弱无力等下虚的表现。究其实质，肝气、肝阳的亢盛有余，多为阴精不足，阴不制阳所致的肝阳相对亢盛，属本虚标实的病理现象。这种病理改变若不及时加以调整，使之重归“阴平阳秘”的相对动态平衡状态，则日积月累，阳亢之极便化为风，产生质的变化，是以肝风暗动，升腾无制，发为卒中。

第二节　五志化火

喜、怒、思、悲、恐五志过极皆可化火，而为卒中。《素问玄机原病式·六气为病》说“所以中风瘫痪者，非谓

肝木之风实甚而卒中之也，亦非外中于风雨，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，心神昏冒，筋骨不用，而卒倒无知也，多因喜怒思悲恐五志有所过极而卒中者，由五志过极，皆为热甚故也。”刘氏详细阐发了“心火暴甚”，“五志过极”可以发生中风的病机特点。

临床所见，五志过极，郁结化火，而产生的火热内扰，机能亢奋的病理状态，称之为“内火”或“内热”。火和热同属阳类，“火为热之极，热为火之渐”。由于精神情志的刺激，或情绪波动过于剧烈，影响机体阴阳、气血和脏腑生理的平衡状态，导致气机郁滞，气郁日久则从阳化热，因之火热内生。如情志内伤，抑郁不畅，则常能导致肝郁气滞，郁久化火，发为肝火。思虑劳心过度，耗伤心阴心血，日久使心的阳热相对亢盛，则为心火。肝火亢盛为肝之阳气升发太过，故可见头胀头痛，面红目赤，急躁易怒，耳鸣眩晕，甚或气火俱逆，血菀于上，发为“薄厥”。心火亢盛既可躁扰心神，神明被扰则躁动不安，使情志过于兴奋，难以抑制，可见心烦、失眠、多梦、语言过多等症。同时心火过亢又可引动肝火，而为肝火上炎诸症。

五志之火，以实居多，但亦不乏虚实相见者。火热之邪郁伏体内，非但耗灼阴津，使肝肾之阴愈虚，火热之势愈炽。而且还可以灼血为瘀，（火热亢甚者，常见血液粘稠度升高，红细胞间聚集性增高，分散性下降等瘀血指征）炼液成痰，痰瘀交阻，闭阻脉络，遂发中风。临床上我们看到中风急性期患者多见程度不同的火热表现，如头晕胀痛，面红目赤，息粗口臭，大便秘结，舌苔黄腻，脉弦细或滑数等。经过降火泄热治疗，若火热渐退，脉势转静，往往预示

症人坦途，病无可虞。若邪热愈加鸱张，脉来洪大急疾，则多提示病势发展，邪盛正衰，预后多凶。总之，五志之火，其来也渐，蓄积日久，常可危及机体，发生卒中，若兼夹痰瘀等病理产物，则其害尤烈。

第三节　痰浊内阻

痰属广义者，又称无形之痰，它是脏腑病理变化的产物，又是引起多种疾病的一个致病因素。内生之痰，多因外感六淫，内伤七情等，使肺、脾、肾及三焦等脏腑气化功能失常，水液代谢障碍，以致水津停滞而成。既成之后，则随气升降流行，内而脏腑，外至筋骨皮肉，形成多种病症。朱丹溪说“痰之为物，随气升降，无处不到”，“百痰多由痰作祟”。临床所见，痰滞在肺，可见喘咳咯痰；痰阻于心，扰乱心神，可见心悸胸闷、癫、狂、痫等；痰停于胃，胃失和降，可见恶心呕吐，胃脘痞满；痰阻经络，则可见肢体麻木，或半身不遂；痰浊上犯于头，清阳不升，浊阴不降，可见眩晕昏冒等症。痰浊为病的广泛性可见一斑。

痰之为病，有挟风、挟热、挟湿之分，临床常见风痰、热痰、湿痰等各种错综复杂的表现，风痰系内风旋动，触发伏痰，横窜经络、蒙蔽清窍，而发为卒中。风痰之性，走窜不定，变幻无常，以致引成中风病复杂多变的病机特点。若风痰流窜经络，痹阻脉络，经隧不通，气不能行，血不能濡，则肢体麻木，半身不遂，废而不用；若风痰阻于舌本，机窍不利，脉络不畅，则言语謇涩，舌根转动受阻；若风痰上扰，清阳不升，浊邪不泄，则清窍受蒙，可见意识障碍，时昏时清，喜笑无常等症。概而言之，风痰阻络，或蒙

蔽清窍，乃中风发生、发展变化过程中基本的病理机制之一。

痰热之病，在中风急性期并不鲜见。其病理表现有以下几方面特征。一是从中风急性期临床表现来分析，除神志不清、半身不遂、言语謇涩、口眼歪斜等症外，便干便秘、舌苔黄腻、脉弦滑等痰热中阻之证亦颇为突出。二是从病势演变来分析，因腑气阻滞不通，痰热浊邪往往乘机上扰心神，进而使意识障碍等症加重。此时若审察病机，抓住时机，及时予以通腑化痰泄热之法治疗，随着大便得下，腑气得通，痰热得泄，使气机升降复常，浊邪不得上犯心神，可免闭脱或复中之危险。通过临床观察，痰热中阻、上扰心神，往往成为中风急性期的病机关键。由于患者肝阳暴涨，加之平素饮食不节，偏食肥甘厚味或嗜酒无度，致聚湿生痰，痰郁化热，阻滞中焦，使气机逆乱，升降乖戾，影响气血运行布达，清者不升，浊者不降，在下则腑气不通而腹满便秘，在上则清阳被蒙而眩晕昏冒，甚或皆愦。若蕴蓄日久，消灼阴津，还可进一步加重半身不遂等后遗症。

第四节　瘀血阻滞

瘀血，泛指体内的离经之血或血运不畅，停蓄于体内某一局部的血液。它既是脏腑疾病过程中产生的病理产物，又是某些疾病的致病因素。瘀血的形成，可因气滞、气虚、血寒、血热等使血行不畅而瘀滞；亦可因内外伤、气虚不能摄血以及血热妄行等造成血离脉道，停蓄为瘀。瘀血既成，不仅失去正常血液的濡养作用，而且反过来又会影响全身或局部的血液运用，产生疼痛、出血以及经脉瘀塞不通、癥瘕积

聚等多种病证。其致病特征每因瘀阻部位和形成瘀血的原因不同而有异。如瘀阻于心，可见心悸胸闷，真心痛等；瘀阻于肺，可见胸痛咯血；瘀阻于肝，可见胁下癥块；瘀阻胞宫，可见少腹疼痛，月经不调，痛经、闭经等；若瘀阻脉络，常常成为缺血性中风的主因之一。

瘀血的前期表现为血瘀，系血液的循行迟缓或不流畅的病理状态。举凡气机郁滞而致血行受阻，或气虚而血运迟缓，或痰浊阻于脉络，或热邪入血，煎熬血液等等，均足以形成血瘀、甚则血液瘀结而成瘀血。这是中风病发生、发展过程中形成瘀血阻络的常见病理类型。

瘀血阻络既可成为缺血性中风发病的主要病理变化之一，亦是引起出血性中风所不可忽视的原因之一。因为瘀血内停，阻滞脉络，既可加剧气机的阻滞，又可影响血液的正常循行，导致“血不归经”，溢于脉外，而为出血。同时，瘀血不去，新血不生，从而导致“瘀血→出血→瘀血”的恶性病理循环。另外，瘀血阻络，还是产生半身不遂，肢体废用的病理变化之一。因瘀血阻滞，脉道痹塞，血液循行受阻，以致，气不得通，血不能濡，肢体失去濡养，而为肢体麻木，半身不遂等后遗症。

中医理论认为，气和血一阳一阴，互相化生，互相依存，关系密不可分。生理上有“气为血帅，血为气母”之说，在病理上，气病可以伤血，血病亦可及气。气机出入有序，升降如常，流畅无阻，则血液循行周身，如环无端。如某些原因引起气的运行失调，可出现气滞、气郁、气聚，日久必影响血液的正常循行，故有“气滞则血瘀”，“气塞不通，血壅不流”之说。在中风病发生过程中，气滞和血瘀常互为因果，同时并存。气滞血瘀，闭阻脉络，日积月累，发为卒

中，其势多急，其病甚危。而病人后期，则由实转虚。因久卧少动，气虚致瘀，脉道不通，肢体失养，而为“气虚血瘀”之中风后遗症。清·王清任对此论述既精且详，且有专方调治，具体拟在下文中详细介绍。

痰和瘀俱为脏腑功能失调产生的病理产物，它们既可单独致病，又常相兼为患。痰瘀交结，每每使中风病理变化愈加复杂多变。临床常见部分中风急症患者，其症状既有瘀阻脉络之表现，如头痛较剧，双目瘀丝磊磊、舌紫黯边有瘀点瘀斑等，同时兼有痰热中阻之体征，如喉间痰声漉漉、腹满便秘，舌苔黄腻，脉弦滑等。此时，若徒祛其瘀则瘀难去，单涤其痰则痰不除。正确的治法应抓住痰浊瘀血互结，狼狈为奸的病理特点，予痰瘀同治之法，往往收效较为满意。

第五节　本虚标实

如上所述，中风之发生，病机虽较为复杂，既有肝阳化风，内风动越，心火暴甚，肝火亢逆；又有风痰阻络、痰热中阻；气滞（虚）血瘀、痰瘀交结等多方面的病理变化。但其中以肝肾阴虚为最根本，形成所谓“上盛下虚、”“本虚标实”这一特定的病机特点。因此，可以这样认为：中风的发生、发展过程即脏腑功能失调，阴阳平衡破坏，气血功能失常，产生风、火、瘀、痰的病理演变过程。

标和本是一个相对的概念，用以说明病变过程中各种矛盾的主次关系。如从邪正双方来说，正气是本，邪气是标；从病因与症状来说，病因是本，症状是标、从疾病先后来说，旧病、原发病是本，新病、继发病是标。中风病机复杂，症状多变，病位有深浅，病情有轻重，证候有寒热虚

实，病势有逆顺吉凶等。因此，要全面掌握辨证诊断的要领，就须以详审病因，细察病机入手，抓住纲领，提高辨证诊断的正确率。通过临床大量病例的观察，我们认为：中风之发生，在本为阴阳偏胜、气血逆乱；在标为肝风内动、风火相煽、痰浊壅阻、瘀血阻络，形成本虚标实、上盛下虚的证候。

在中风发生之前，每每可以追溯到一个较长时间的病理演变过程。诚如叶天士所指出的那样，“精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢。”生理上肝肾同源，精血互根，肾精的亏耗常累及肝之阴血不足。肾水匮乏，木少滋荣，则肝阳刚愎自用，升腾无制，形成阴虚阳亢的病理基础。故早期常见腰酸膝软，眩晕耳鸣、记忆力衰减，或头发早白，视力听力早衰等一系列症状。病情进一步进展，不惟阴阳偏盛偏衰，脏腑气血的功能也受到影响，风、火、痰、瘀等病理产物由此而生。病机即由虚致实，虚实错杂并存。《景岳全书·非风》明确提出这一病机特点，“阴亏于前，而阳损于后；阴陷于下，而阳泛于下，以致阴阳相失，精气不交，所以忽而昏愦，卒然仆倒……”。这个因虚致实、虚实错杂的病理演变过程有一个缓慢累积的过程，可以少达几年，多达十数年不等。若能积极治疗，及时纠正阴阳脏腑气血的失调，就可截断病势的演变，防止中风的发生。因此，认识并掌握中风的基本病机特点，不但能有效地指导中风的抢救治疗，而且对防治中风的发生，保健康复等方面均有积极的意义，应该引起临床工作者的足够重视。

第六节　升降逆乱

《灵枢·五乱篇》说：“清气在阴，浊气在阳，营气顺脉，

卫气逆行，清浊相干，……乱于头，则为厥逆，头重眩仆。”可见中风病与气机紊乱，清浊相干，升降失调有密切关系。前人认为中风病与年迈衰老，将息失宜，情志所伤、酒色过度等致病因素有关。现代发现与中风发病相关的因素多达140多个，随着科学技术的发展，还可能发现新的致病因子。但不管致病因子的多寡，总不外乎致病因子作用于机体，日积月累，使其脏腑受损，功能失调，升降逆乱，气血津液运行不循常道而致清阳不升，浊邪上扰，发为中风。此外，从深一层的角度来分析，东垣的正气自虚致中说，河间的将息失宜五志化火说，丹溪的湿土生痰，痰生热，热生风论，景岳的损伤五脏真阴观以及叶天士肾阴亏乏，风木摇动等等诸家所论，无不以气机失调，清浊相干，上扰清窍为指归。上述各家提出的问题，都可以升降逆乱说得到圆满的解释。

从生理角度上看，人体脏腑经络的功能活动，脏腑经络以及气血阴阳的相互关系，无不依赖于气的升降出入运动以维持相对的动态平衡。而气的升降出入异常，则能影响脏腑、经络、气血、阴阳等各个方面功能的协调平衡。所谓升降逆乱，即是指气机的升降失常，脏腑之气逆上的病理状态。所涉及的脏腑以肺、脾（胃）、肝为主。因为肺气主肃降，肝气则升发，脾胃则一升一降，井然有序。肺失肃降则肺气上逆，发为咳逆上气；肝气升发太过则上逆，发为头痛头胀，面红目赤等，甚则血随气逆，壅遏清窍，发为“薄厥”等。尤其是中焦脾胃，乃气机升降之枢纽，若中焦为浊邪阻滞，则首先影响及气机的升降，而致气机逆乱，升降失调，在下腑气阻滞，则便秘腹胀；在上浊邪上攻，则眩晕头痛，甚或昏仆不知人。这是中风病在急性期突出的病机关键之一。

再从治疗角度来反观病机，中风病因气血升降逆乱严重，气血津液运行不循常道，或滞留，或充溢于神明之腑，且多兼见痰浊、瘀血等病理产物。其蒙蔽清窍、上扰神明则神识昏蒙，卒仆倒地；若阻塞脉络，气不能通，血不能濡，则半身不遂，口眼㖞斜等。因此，在治疗上若只从化痰、活血方药入手，多收效不著，往往痰涎虽盛而化痰，痰随化随生，瘀血虽重而活血，则瘀血愈祛愈多。对于这一点，前人亦早有“见痰休治痰，见血勿活血”的经验总结。就连倡导痰热生风论的丹溪翁，也非常客观地指出“治风之法，初得之即当顺气，及日久，即当活血”，确系经验有得之见。

我们在临床上，常常抓住气机升降逆乱这一中心环节，于中风（特别是缺血性中风）早期果断采用通腑降逆顺气、兼顾祛瘀涤痰或清火熄风的治疗原则，取得了较为满意的疗效，特别是对改善主症，缩短病期，减少后遗症及复中之可能有显著的临床意义。有不少患者，服药后随着腑气的畅利，神识即转清，痰瘀风火诸致病因子渐消，证人坦途，故收事半功倍之效。升降逆乱为中风病理要素之一，从治疗方法及结果上得到了有力的佐证。

第四章　中风的诊断与鉴别诊断

正确的早期诊断，是合理治疗获得成功的基础。中风的临床诊断，常根据其临床表现、起病形式、发病年龄、诱发因素及先兆症状等特点，并结合病史的追溯、细心全面的体格检查、常规化验检查和特殊的检查（如脑脊液检查、脑血管造影、电子计算机X线断层扫描等），即可作出正确的诊断。

第一节　四诊在中风临床的应用

望、闻、问、切四诊是诊察疾病的基本方法。人体是一个有机的整体，局部的病变可以影响及全身，内脏的病变，可以从五官、四肢体表各个方面反映出来。正如《丹溪心法》所说："欲知其内者，当以观乎外，诊于外者，斯以知其内。盖有诸内者形诸外"。根据中医四诊合参，辨证求本的原则，详细搜集病史资料，仔细进行体格检查，然后综合分析，就能基本作出中风的临床诊断，以及类似病证的鉴别诊断。兹结合我们的临床经验分述如下。

一、望诊

望诊就是通过视觉，去观察患者的精神、色泽、形态、舌苔等变化的一种诊察方法。中医理论认为，通过观察患者的神、色、形、态，可以了解整体的病变。诚如《灵枢·本脏篇》所说"视其外因，以知其内藏，则知所病矣"。临床

实践证明，人体外部和五脏六腑有密切联系，尤其是面部、舌部和脏腑的关系至为密切。因此，一旦体内发生病变，必然会发映到体表，使上述几方面发生异常的变化。

（一）一般观察

望神：神是指精神、神志。它是机体生命活动的体现，故有“形神合一”的说法。中医诊断疾病，自古非常重视察神，《灵枢·天年篇》说“失神者死，得神者生也”。可见其对判断疾病的预后吉凶有重要价值。中风病人如果双目炯炯，神态奕奕，这是精神充沛的表现，是谓“有神”，多见于缺血性中风或出血性中风脱离危险以后，预后多佳。如果目无光彩，神情萎顿，反应钝迟，这是精神亏虚的征象，是谓“失神”，多见于中风病情较重，病势较危的病人。如果出现神志昏迷、语无伦次，或循衣摸床、两手撮空，目光暗淡、瞳孔呆滞等情况，这是精神将绝，散乱不收的危候，多见于高血压性脑出血、元气败脱、心神散乱的脱证，预后多凶。

望色：色包括颜色和光泽。色泽是脏腑气血盛衰和病理变化的征兆，色泽的变化以面部表现最为明显。正常的面色应是光明润泽，含蓄不露，表示人体精神气血充盈和脏腑功能正常。中风患者如面色鲜润光泽，多属中经络之轻症；若枯涩晦暗，提示病情较重，多属中脏腑之重症。部分患者面红目赤，这是肝火冲逆之象；或面色垢腻油润，此乃痰热内壅之征。若厥脱患者，色晦枯槁，突然面色鲜艳浮红（鲜艳如妆），则为精气将竭之先兆，是谓“回光返照”。

望形态：即望形体、动态。这在诊察中风患者中有特殊意义。中风多发于形体肥胖之人，是因形盛气虚，气机不畅，郁滞生痰，痰壅气塞化火，故易犯暴厥卒中。中风先兆

期可见肢体震颤，肌肉胸动，乃内风煽动之象。若四肢不用，麻木不仁，或拘急，或痿软，则为瘫痪。卒然昏倒，半身不遂，口眼歪斜，为中风入脏；若神志清醒，仅半身不遂，或口眼歪斜，为风中经络，或中风后遗症。卒倒而口开，手撒遗尿，是为中风脱证；牙关紧闭，双手紧握，多属中风闭证。中风后遗症时间较长，还可见肢体废用萎缩，驰缓不收之象。

（二）舌诊

舌诊是中医望诊的重要组成部分，也是中医诊断学的特色之一。分舌质和舌苔两个方面，舌质的变化主要反映脏腑气血的寒热、虚实；舌苔则主要观察病邪的深浅和寒、热、湿、燥的变化，以及消化功能的病变。舌质和舌苔应互相结合而不宜截然分开。

舌和脏腑的联系，主要是通过经络和经筋的循行联系起来的。例如，手少阴心经之别系舌本；足太阴脾经连舌本，散舌下；足少阴肾经挟舌本；足厥阴肝经络舌本；……等等。这些说明脏腑都直接或间接地，通过经络、经筋与舌相联，脏腑的精气上荣于舌，脏腑的病变也必然会反映于舌象。

舌质：望舌包括舌的神态，舌色，舌形，舌络等方面。中风患者若舌质荣润红活，富有生气光彩，谓之有神，乃病之善候；若干板枯死，毫无生气，失去光泽，谓之无神，乃中脏厥脱之恶候，预后堪虞。

舌色比正常的淡浅，甚至全无血色，称为淡白舌，可见于中风后遗症阶段，由气血亏虚，血液不能充分营运于舌质使然；舌色鲜红，甚或深绛色者，称为红绛舌，可见于肝火冲激，气血上逆之中风急性期患者，因血得火热则行，气血

沸涌于上，舌体脉络充盈所致；舌色紫黯，即为紫舌，或见舌边散在瘀点瘀斑，此乃气血瘀滞，脉络瘀塞，血运不畅的中风血瘀体征。

舌形是指舌体的形态，中风而见舌质纹理粗糙，形色坚敛苍老，多属闭证、实证；若舌质纹理细腻，形色浮胖娇嫩，多属脱证、虚证。舌体板硬强直，运动不灵，以致语言謇涩，称为“舌强”，多因肝风挟痰，阻于廉泉络道，舌本强硬失灵所致；若舌体软弱，无力屈伸，痿废不灵，甚或短缩不伸，称为“痿软舌”，多见中风危证，因阴竭阳亡，心神散乱而致。若舌体震颤抖动，不能自主，称为“颤抖舌”，可见于中风先兆，肝阳化风，内风暗动的患者；若舌体歪斜，偏于一侧，称为“歪斜舌”，多因风邪入络或风痰阻络所致，主中风或中风先兆；若舌有麻木感而运动不灵者，称为“舌麻痹”，总因营血不能上荣于舌所致，主肝血不足，内风鸱张或风气挟痰。

舌下络脉是指舌系带两侧，当金津、玉液穴处，隐隐可见两条较粗的青紫色脉络，当舌尖微翘起后，舌底之脉络即隐约可见。正常情况下，脉络不粗，既无瘀滞，也无分枝和瘀点。若舌下有许多青紫或紫黑色小疱，多属肝郁失疏，瘀血阻络；若舌下络脉青紫而且粗胀，可见于缺血性中风，瘀血阻络之重症；如果出血性中风见此体征者，亦为内有瘀滞之明征，治疗时应注重祛瘀和络止血。总之，舌下脉络瘀滞乃气滞血瘀之特征性表现之一，与紫黯舌、瘀点瘀斑舌具有同样的诊断价值。

舌苔：舌苔的生成约之有三个方面的原因，一是由于胃气熏蒸所生，二是由于浊邪上腾而生；三是由于饮食积滞而成。正常舌苔乃胃气生成，其状薄白而清净，不干不湿，不

满舌布苔。若中风而见薄白苔者，或为外兼表证，或为中经络之轻症。黄苔乃热邪熏灼所致，若黄腻质干，多见于中风急性期火热内盛，痰浊中阻，大便秘结之患者。若苔黑而燥烈，甚则满布芒刺，多为火热之极，津枯液竭之重症。

此外，舌苔的消长，能反映邪正斗争的过程，对判断中风病的吉凶预后有一定的指导意义。若舌苔由少变多由薄变厚，一般说明邪气渐盛，正气日衰，主病进；反之，苔由厚变薄，由多变少，则说明正气渐复，邪气日消，主病退。无论消长，都以逐渐转变为佳。若骤退骤生，多为病情暴变之征象。我们临证观察到，有些脑血栓形成之患者，一旦舌苔骤然由薄增厚，往往随之出现神志朦胧甚或昏愦，多为复中危候，即伴发脑血管破裂出血。若骤然由厚变薄，甚或出现镜面舌，这是阴竭阳脱之厥脱变端，临证不可不慎。

二、闻诊

闻诊包括听声音和嗅气味两个方面。听声音是指诊察病人的声音、语言、呼吸、咳嗽、嗳气、呃逆、肠鸣等各种声音；嗅气味是指嗅病人体内所发出的各种气味以及分泌物、排泄物和病室的气味。其基本原理在于各种声音和气味都是在脏腑生理和病理活动中产生的，所以能反映脏腑生理和病理的变化。

（一）听声音

发声高亢有力，声音连续，多是形壮气足之实证，反之声音低微细弱，声音断续，多是体弱气怯之虚证。若昏睡不醒，鼾声不绝，手撒遗尿，多是中风入脏之危候。若语言謇涩，属风痰蒙蔽清窍，或风痰阻络。语言错乱，为神明散乱，有虚实之不同，若神识不清，语无伦次，声高有力，是谓“谵语”，多属热扰心神之实证或痰迷心窍所致；若神识

不清，语言重复，时断时续，声音低弱，是谓“郑声”，属心气大伤，精神散乱之脱证。

病人呼吸气粗，鼻翼煽动，多属中风之实证、热证；呼吸气微，时断时续，多属肺肾元气欲绝之脱证。

病人呕吐呈喷射状，伴有剧烈头痛，颈项强直等症，多属热扰神明之重症，见于脑出血颅内压增高者。若呃逆声低怯而不能上达咽喉，为中气欲绝之危候，见于中风人脏之脱证。

（二）嗅气味

病人呼吸气粗，口气秽臭，多属痰热中阻之中风实证；若中风脱证，大小便失禁者，可以闻及恶臭味；中风日久卧床不起，出现褥疮溃烂时，亦可发出恶臭气味。

三、问诊

问诊是医生通过询问病人或陪诊者，了解疾病的发生发展、治疗经过，现在症状和其它与疾病有关的情况，是四诊的重要组成部分。《景岳全书·十问篇》较全面总结了与中医辨证有关的问诊内容，十问歌曰“一问寒热二问汗，三问饮食四问便，五问头身六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇女尤问经带产，小儿当问麻疹斑”。现根据十问的主要内容，结合中风病的临床特点，将问诊归纳如下。

（一）问寒热

中风而兼外感表证者，可见恶风（寒）发热；痰热中阻，腑气不通者，或见日晡潮热，或见低热。

（二）问汗

中风病人头面多汗，多因肝火上亢，上焦邪热蒸腾所致。病人仅半身汗出，或为左侧，或为右侧，或为下半身，

另一侧则经常无汗者，属患侧经络阻闭，气血运行不周所致，可见于中风半身不遂或中风先兆期。若病人冷汗淋漓（尤其是额部），兼见面色苍白，四肢厥冷，手撒遗尿。脉微欲绝者，属中风脱证阳亡欲绝之险证。

（三）问头身

头痛较甚，兼有目珠胀痛，面赤气粗，多因肝火冲激所致；头晕胀痛，兼见耳鸣、口苦咽干，多为肝阳上亢使然；头晕耳鸣，腰膝酸软，遗精健忘，为肝肾精血亏损，此三者可见于高血压脑血管病前期，是中风病的先期主要症状。

一侧肢体偏瘫，肌力下降，运动障碍，或竟萎废不用，见于中风半身不遂及后遗症阶段。肢体麻木困重，遍身酸楚，或疼痛者，见于中风之先兆，因风痰入络，痹阻血脉，肢体失养而致。

（四）问饮食嗜好

询问饮食之多少，可知脾胃中气之盛衰；问口味嗜好，对辨析中风之病因有参考价值。若病人口不渴或渴不欲饮，为津未伤或有痰浊内阻；口渴多饮，为肝火内盛耗灼阴津所致；口干渴，但欲漱水不欲咽，兼见舌质紫黯或瘀点瘀斑，属瘀血内停。

食少纳呆，属脾胃虚弱，运化失司，厌食兼有嗳气酸腐，腹胀脘痞，属里有积滞。若平素喜食膏粱肥甘之品，或嗜好醇酒，日久积湿生痰，多见形体肥胖，为中风好发体质。若中风厥脱危证，患者本不能食，突然暴食，是脾胃之气将绝之象，谓之“除中”。

（五）问二便

询问病人的二便情况，不但可以了解病人消化系统的状况，还可以了解病人的全身情况。中风急性期多见大便秘

结，排便困难，此多因中焦痰热阻滞，腑气失于通降所致，属中风实证。若中风兼见大小便滑脱失禁，神志昏迷者，多属心神散乱，神明受扰之厥脱危象。

（六）问睡眠：

睡眠情况与人体卫气的循行和阴阳的盛衰有密切关系。中风急性期病人烦燥不安，睡眠不宁，多属肝郁化火，痰火上扰，神不守舍所致；若嗜睡神疲，往往是邪人心包所致，并每每发展致昏睡或昏愦，属病情由轻转重的表现。

四、切诊

切诊包括脉诊和按诊二部分，即运用医生的双手对病人体表进行触、摸、按、压，从而获取重要辨证资料的一种常规诊察方法。

（一）脉诊

脉诊是中医诊断学的精华，其临床意义有三：（1）判断疾病的病位、性质和邪正盛衰；（2）推断疾病的进退预后；（3）反映脏腑、气血的生理、病理变化。正常人的脉象一息四至、不浮不沉、从容和缓、柔软有力、节律一致，有胃、有神、有根，谓之“平脉”。现将中风病常见病脉归纳如下，

浮脉：浮脉主表、主虚。中风初起，脉见浮象，多属由经络之轻症；久病脉现浮细，多属气血亏虚，阳气不振之后遗症。

沉脉：沉脉主里。中风初起，脉见沉迟，多属中脏阴闭之证；后期脉来沉迟，多为阳气不足，无力鼓动血脉之重症。

数脉：数脉主热。中风初期，多见弦数或滑数之脉，乃肝火内盛或痰火上扰，血行加速所致。后期多见细数之脉，乃阴血不足，内热偏盛所致。

微脉：微脉主虚脱。中风而见微细欲绝之脉象，乃阴竭阳亡，正气将脱之危候，多见于中风入脏脱证。

虚脉：虚脉主虚损。中风后期，脉来虚细无力，是气血俱亏，无以濡养肢体血脉之故。可见于后遗半身不遂者。

滑脉：滑脉多主痰饮病。这是中风最常见的脉象之一，是痰浊实邪壅滞于内，气实血涌，而使脉来流利圆滑。

涩脉：涩脉主气血瘀滞。中风先兆期可见涩象，乃气滞血瘀，脉络瘀塞不利所致；中风后期亦常见涩脉，乃气虚血瘀，脉络不畅之证。

弦脉：弦脉主痰与气滞。中风先兆期、急性期俱可见弦劲之脉，是痰浊内盛或肝经郁滞，肝火内炽所致。

上述病脉在中风病变过程中多相兼出现，合而为病。如弦细脉、弦滑数脉、脉微欲绝等。这是因为中风病复杂多变，常常是数邪合并，数脏同病，病因多元化，病机错杂，所以反映在脉象上亦多见二合脉、三合脉等，辨证时宜详析细察。

（二）腹诊

清代俞根初云："胸腹为五脏六腑之宫城，阴阳气血之发源，若欲知脏腑何如，则莫如按胸腹，名曰腹诊。"说明腹诊在临床诊断上有重要的意义。通过临床探索，腹诊对中风病具有独特的诊断价值，可为中风的辨证论治提供较为客观的体证。

审察病位之深浅：若患者自述麻木无力，而两侧肢体功能检查无明显异常时，让病人仰卧，两手平放体侧，两腿伸直均抬高，与床面成45度角。约半分钟后，凡见一侧下肢无力下垂并伴同侧腹肌张力上下均匀减低或增高者，多属中风中络之症。这种腹诊体征具有较强的特异性，和其它疾病之

肢麻无力有鉴别诊断意义。若患者半身不遂时，让患者平卧，两下肢伸直，医生从上至下对两侧腹肌按压对比，凡见两侧腹肌张力及反应性差别较大者为中经已深，差别不大或无差别者中经尚浅。凡中风意识障碍者出现两侧腹肌张力一致性明显增高或明显减低，均示病情危笃，非闭即脱，应及时进行有效的抢救。

判断病性之虚实：如何辨别中风病的虚实，腹诊是一种有效手段。患者无论腹壁松驰或板硬，凡深按有抵抗力（深层有一种充实感）者为实，无抵抗力者为虚。

辨风痰与瘀热：风邪为病，多见强直、痉挛、抽动，对外界刺激反应迅捷亢进。腹诊表现有下列特点：腹部任何部位，只要在中风病起时腹肌强硬即为风象；用手徐徐按压腹壁，力度达腹肌之下，迅速放开，局部很快出现肌肉强直现象者亦为风象。其部位分布以脐水平为界，若腹肌强硬在上者，说明风阳鼓动，气血逆上，风势为盛；若腹肌强硬在下者，说明肝肾不足，风阳潜动，风势为衰。

若病人自觉心下痞塞，胸胁苦满，腹诊按之有抵抗或压痛，则为风痰内盛，兼夹肝郁；若病人自觉心下痞塞，腹诊按之有抵抗或压痛、乃痰热搏结；若病人自觉心下痞塞不舒，腹诊见心下膨满，但触摸时没有抵抗或压痛者，多属痰湿内蕴。

中风早期病人多见腹部胀满，凡“腹满不减，减不足言”。深按有抵抗力，为腑实，“腹满时减，复如故”，深按软且无抵抗力，为脏寒；腹部胀满时增时减时消，胀满时肠鸣有声，叩之如鼓，虽满而腹壁软，深按抵抗力如常或略增强，为无形之内热。

脐周围区域，这是瘀血体征容易显现的部位。中风病人

若脐部腹诊时肌力较强，深按有较强的抵抗和上下放射的压痛，便为瘀血实证；若肌力较弱，深按有轻度抵抗或上下放射的压痛，便为气虚血瘀之证。

总之，中风腹诊之要点，是以两侧腹部的肌力对比审病位深浅；以腹壁抵抗力的大小断病之虚实；以腹肌的强直情况，心下痞硬、腹部胀满及腹部硬痛辨风、痰、热、瘀。这些要领简明直观，切于实用，对中风诊断的参考意义较大。

第二节　中风的诊断标准

中风的诊断一般根据典型的临床表现，起病形式、发病年龄、诱因、先兆症状等情况，进行分析，综合和推理，并辅以必要的体格检查、实验室检查及特殊的检查，自不难作出正确、及时的诊断。可以说，正确的治疗、良好的预后和有效的预防是诊断的目的；而正确及时的诊断是治疗，预后和预防的前提。

一、诊断要点

1. 本病具有神志障碍、半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、语言謇涩等特定的临床表现。轻症可仅见眩晕、偏身麻木、口眼歪斜、半身不遂等症状。舌质多黯，有瘀点、瘀斑，脉多弦或弦滑。若脉洪大、促疾、沉迟，多是病情危重之象。

2. 起病急骤，病情复杂。后世医家称中风之病，如矢石之中人，骤然而至。临床上既有暴怒之后内风旋动，顷刻昏仆，骤然起病者，也有卒然眩晕、麻木，数小时后迅速发生半身不遂，伴见口眼歪斜，病情逐步加重者，此虽起病急但有渐进的发展过程。还有卒发半身不遂，偏身麻木等症，历

时短暂而一日三、五次复发者，此类型起病速而好转亦速，但不及时治疗终将中而不复。

3. 本病多发生在中年以上，老年尤多。但据近二十年的文献资料表明，中风的发病年龄有提早的趋势，30～40岁发病的人也为数不少，甚至有更年轻者。但仍以50～70岁年龄组发病率最高，占发病人数的60%以上。

4. 本病未发之前多有先兆。《中风斠铨》说："其人中虚已久，则必有先机，为之朕兆"。眩晕和肢体一侧麻木，或肢体震颤，常为本病发生之先兆症状。

二、诊断标准

中风病中医诊断标准由中华全国中医学会内科学会于1983年7月烟台会议制订试行标准，经卫生部中医急症中风病协作组于1984年3月咸阳会议第一次修订和1985年3月北京会议第二次修订，又经全国第二届中风病科研讨论会于1985年10月通过专家咨询（长春会议），最后由中华全国中医学会与卫生部中医急症中风病科研协作组，于1986年6月在泰安市召开《中风病中医诊断、疗效评定标准》鉴定会，通过专家鉴定。现由国家中医药管理局向全国颁布，参照执行。

（一）病名诊断

统一病名为中风病，又名卒中（内中风）。

1. 主症：半身不遂，口舌歪斜，神识昏蒙，舌强语謇或不语，遍身麻木；

2. 急性起病；

3. 病发多有诱因，未发前常有先兆症状；

4. 好发年龄多在40岁以上；

具有主症两个以上，急性起病，结合舌、脉、诱因、先兆、年龄等方面的特点即可确定诊断。

（二）病类诊断

1. 中络：遍身或一侧手足麻木，或兼有一侧肢体力弱，或兼有口舌歪斜者。

2. 中经：以半身不遂、口舌歪斜、舌强言謇或不语、遍身麻木为主症，而无神识昏蒙者。

3. 中腑：以半身不遂，口舌歪斜、舌强言謇或不语、遍身麻木、神识恍惚或迷蒙为主症。

4. 中脏：必有神昏或昏愦、半身不遂、口舌歪斜、舌强言謇或不语者。

结合临床也可按有无神识昏蒙分为中经络与中脏腑两大类病。

（三）证名诊断

1. 中经络

1. 肝阳暴亢，风火上扰证：半身不遂，口舌歪斜，舌强语謇或不语，遍身麻木，眩晕头痛，面红目赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干，舌质红或红绛、舌苔薄黄，脉弦有力。

（2）风痰瘀血，痹阻脉络证：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，遍身麻木，头晕目眩，舌质黯淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

（3）痰热腑实，风痰上扰证：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，遍身麻木，腹胀便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多，舌质黯红或黯淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

（4）气虚血瘀证：半身不遂，口舌歪斜、言语謇涩或不语，遍身麻木，面色㿠白，气短乏力，口流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质黯淡，舌苔薄白或白腻，脉沉细，

细缓或细弦。

(5) 阴虚风动证：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，遍身麻木，烦躁失眠，眩晕耳鸣，手足心热，舌质红绛或黯红。少苔或无苔，脉细弦或细弦数。

2. 中脏腑

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

(2) 痰湿蒙塞心神证：素体多是阳虚湿痰内蕴，病发神昏，半身不遂而肢体松懈，瘫软不温。甚至四肢逆冷，面白唇暗，痰涎壅盛，舌质黯淡，舌苔白腻，脉沉滑或沉缓。

(3) 痰热内闭心窍证：起病急骤，神昏，昏愦，鼻鼾痰鸣，半身不遂而肢体强急拘痉，项强身热，躁扰不宁，甚至手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红绛、舌苔褐黄干腻，脉弦滑数。

(4) 元气败脱，心神散乱证：突然神昏，昏愦，肢体瘫软，手撒肢冷汗多，重则周身湿冷，二便自遗，舌痿，舌质紫黯，苔白腻，脉沉缓，沉微。

——变证：可见呃逆、厥逆、抽搐、呕血证及戴阳证。

——后遗症，可见半身不遂，言语謇涩，痴呆，抽搐，癫证。

(四) 分期标准

1. 急性期：发病后2周以内，中脏腑最长至1个月。

2. 恢复期：发病2周或1个月至半年以内。

3. 后遗症期：发病半年以上。

按上述诊断三个层次，中医完整的诊断应包括：病名·病类；证名。例如：患者××，男性，60岁。素嗜醇酒肥

甘，有高血压病史十余年。于1985年2月5日午睡起床小便时突然晕倒，当时神志清晰，口角流涎，语言不利，右侧肢体瘫痪，不能自主动作。平素自觉头晕目眩，耳鸣，肢体麻木。舌质黯红，边有瘀点瘀斑，舌苔薄白，脉弦滑。诊断：中风病·中经络；风痰瘀血，痹阻脉络证。这样的诊断方符合规范化中风诊断标准。

三、现代医学有关中风的诊断要点

大家一定很想了解，西医是根据什么来诊断中风的?在1978年第二届全国神经精神科学术会议上提出的各类中风的诊断要点，可供临床参考应用。

（一）短暂脑缺血发作的诊断要点

1.短暂的、可逆的，局部脑血液循环障碍，可反复发作。少则1～2次，多则数百次，多与动脉粥样硬化有关，可是脑栓塞的前驱症状。

2.可表现为颈内动脉系统或椎一基底动脉系统的缺血症状和体征。

3.每次发作持续时间通常为数分钟至一小时以内，症状体征在24小时内消失。

4.部分病例做脑血管造影，可帮助明确血管病变的部位，以便于动脉再造术和颈内外血管吻合术。

（二）脑血栓形成的诊断要点

1.常于安静状态下发病。

2.大多数无明显头痛和呕吐。

3.发病较缓慢，呈渐进性或阶段性发展，多与动脉硬化有关，也见于脉管炎、钩端螺旋体病、血液病等。

4.一般发病后1～2天内意识清楚或轻度障碍。

5.发病6小时以后腰穿脑脊液一般不含血。

6. 有颈内动脉系统或椎-基底动脉系统缺血症状，颈内动脉本身狭窄或阻塞时，临床分为急性型或称卒中型、亚急性型或称反复发作型、慢性型或称脑肿瘤型、痴呆型和无症状型。椎-基底动脉系统狭窄或阻塞时，可出现下列综合征，如卒倒发作、类美尼尔综合征、锁骨下动脉盗血综合征、闭锁综合征等。

（三）脑栓塞的诊断要点

1. 急骤发病。

2. 多数无前驱症状。

3. 意识清楚或伴有短暂的意识障碍。

4. 发病6小时后腰穿脑脊液不应含血，若有红细胞应考虑出血性脑栓塞。

5. 有颈内动脉系统或椎—基底动脉系统供应处的症状。

6. 栓子的来源多为心源性，亦可为非心源性，并可有其它脏器甚至皮肤、眼结膜栓塞症状。

（四）脑出血的诊断要点

1. 常于体力劳动或情绪激动时发病。

2. 发病时常有反复呕吐和头痛。

3. 病情进展迅速，常出现意识障碍、偏瘫和其它神经系统局灶症状。

4. 多有高血压病史和脑动脉硬化症。

5. 必要时可进行腰穿，脑脊液多含血，且压力增高。

6. 脑超声波检查多有中线波移位。

（五）蛛网膜下腔出血的诊断要点

1. 发病急骤，青壮年以脑动脉畸形及动脉瘤为多，中年以上多见于动脉粥样硬化。

2. 常伴剧烈头痛和呕吐。

3. 少数可伴有颅神经损害和偏瘫等局灶体征。

4. 意识清楚或轻度意识障碍，可伴有精神症状。

5. 腰穿脑脊液呈血性。

6. 脑血管造影可明确诊断。

第三节　中风的鉴别诊断

中风病起病急骤，病情复杂，演变迅速，短时间内往往不能明确诊断，而且还容易与一些有类似症状的疾病相混淆，发生误诊误治。尤其应与痫证、痿证、厥证以及出血性与缺血性等作出相应的鉴别诊断，以免贻误病情。

一、痫证

痫证，别名癫痫，俗称“羊痫风”。是以突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，肢体抽搐，或口中如作猪羊叫声等神志失常为主要临床表现的一种发作性疾病。中风和痫证两者都有卒然昏仆的见症，但痫证为阵发性的疾病，卒发仆地常常口中作声，如猪、羊啼叫，并伴有口吐白沫等症。醒后则一如常人，但再可发。中风则昏仆倒地，但无声音及口吐白沫的兼症；再则，痫证之神昏，移时能自行苏复，醒后并无其它后遗症。而中风之神昏需即时抢救治疗，方可逐渐苏醒，并多留有口眼歪斜、半身不遂等后遗症，神昏尚浅，检查合作者，口眼歪斜，半身不遂可以通过检查发现；神昏重者，待醒后则半身不遂诸症方可了解。这是两者主要鉴别点。

中风而兼有抽搐症状者，其抽搐多在健侧肢体，另侧则半身不遂，肌张力多下降甚或丧失。而痫证之抽搐多属全身强直性抽搐，肌张力增强，亦可资鉴别。

二、痿证

痿证，别名“痿躄”。是指肢体筋脉驰缓，手足痿软无力的一种病证，以下肢不能随意运动及行走者较为多见。中风后遗症日久，半身不遂，肢体废用不复，则肌肉瘦削，筋脉驰缓，应注意与痿证相鉴别。大率痿证起病缓慢，病情演变过程亦长，多表现为双下肢痿废不用，或四肢肌肉萎缩瘦削；本病多发于温热病中或热病、其它杂病之后。而中风后遗之半身不遂。多由营血不足，气虚血瘀、络脉闭阻所致，症见一侧上下肢偏废不用，日久肌肉枯瘦，或兼疼痛；多由中风急性期治疗后遗留的后遗症状，这是两者主要鉴别点。

三、厥证

厥证，是由阴阳失调，气机逆乱所引起的以突然昏倒，不省人事，或伴有四肢逆冷为主要表现的一种常见急症。本病和中风中脏类型均见突然昏仆，不省人事等症，但厥证之昏仆，一般在短时间内苏醒，醒后无偏瘫、失语、口眼歪斜等后遗症。个别严重的病例，则昏厥时间较长，甚至一厥不复而导致死亡。周学海《读医随笔·风厥痉痫》说：“风之为病，其伤在筋，故有口眼歪斜，肢节痿缓之象。厥之为病。其伤在气……故气复即醒，醒即如常而无迁延之患。”两者之间不难作出鉴别诊断。

四、缺血性中风与出血性中风的鉴别要点

中风除了容易误诊为其它一些疾病之外，各型中风之间也极易发生混淆。因此，在中风诊断成立以后，尚须将本病的中风类型区别开来，以明确病因诊断，指导治疗方案的实施。特别是缺血性中风和出血性中风，因为两者治疗各不相同，若张冠李戴，终将造成严重的后果。

缺血性中风一般起病较缓慢，无头痛、呕吐及昏迷，颈

表 4-1　中风病的临床鉴别诊断

鉴别点 \ 病名	中　风	病　证	厥　证	痿　证
发病方式	急	缓发性	急	缓
先兆症状	有	可　有	无	无
神　识	中经清醒 中脏昏迷	发时昏迷 醒时如常	昏　迷	正　常
抽　搐	可　有	有	无	无
厥　逆	无	可　有	有	无
后遗症	半身不遂 口眼歪斜	无	轻者如常 重者一厥不复	肌肉萎缩 筋骨萎软
前期病证	高血压病 脑血管病	可　有	无	热　病

项无强直抵抗感，腰穿脑脊液清亮无血；出血性中风一般起病急骤，头痛、呕吐均较剧烈，常有昏迷，颈项强直有抵抗感，脑脊液为均匀血性且压力升高。

各类中风中，发病年龄最大者为脑血栓形成，其次为脑出血，脑栓塞多见于青壮年，蛛网膜下腔出血可见于老、中、青，甚至儿童。既往史中，脑血栓形成者有高血压和脑动脉硬化病史，脑栓塞多有心脏病史，脑出血有高血压病史。蛛网膜下腔出血可有偏头痛病史。脑血栓形成常有小中风发作史，而脑出血者仅有部分患者有小中风的既往史。偏瘫、失语、口眼㖞斜多见于脑血栓形成、脑栓塞、脑出血，而蛛网膜下腔出血却常无此类体征。

表 4-2　出血性中风与缺血性中风的鉴别诊断

类型 / 鉴别点	出血性中风		缺血性中风	
	脑出血	蛛网膜下腔出血	脑栓塞	脑血栓形成
短暂脑缺血发作史	多　无	无	可　有	常　有
发病年龄	50～60	青、中年	青、壮年	60岁以上
发病形式	急（分.小时）	急骤(分)	最急（秒.分）	较缓（小时.日）
发病时情况	多在情绪激动、用力、血压骤升等活动状态下发病	同　左	常在心内膜炎、心房颤动等心脏疾病发作时发病	多在安静、睡眠、血压下降、血流缓慢等情况下发病
头　痛	常　有	剧　烈	无	可　有
呕　吐	有	常　有	常　无	无
失　语	常　有	无	常　有	常　有
昏　迷	有	常　有	可　有	常　无
偏　瘫	有	无	有	有
颈项强直	可　有	有	无	无
高血压	有	无	无	可　有
心脏病	可有冠心病	无	常有心瓣膜病	可有冠心病
糖尿病	可　有	无	无	可　有
脑脊液 压力	增　高	增　高	正　常	正　常
脑脊液 颜色	含　血	血　性	正　常	正　常
常见病因	高血压病	先天性动脉瘤血管畸形	风湿性心脏病	动脉粥样硬化

第四节　中风常用的体格检查和特殊检查

许多人认为，中风病的临床症状显而易见，中风的诊断并非难事，无须进行必要的体格检查和其它特殊检查。其实不然，据临床统计，不进行必要的辅助检查，诊断中风的正确率不超过60％。尤其是我们中医临床工作者，在处理中风急诊时，不能仅仅满足于辨证论治，而应该掌握必要的体格

检查方法，正确选用必要的实验室检查和特种检查项目，以明确西医的诊断，做到辨证与辨病有机的结合，提高中风病抢救的成功率，减低死亡率和病残率。本节简要介绍临床实用的体格检查方法和特殊检查项目，供中医工作者参考。

一、常用体格检查方法

中风患者入院时，体格检查是诊断中风的重要依据之一，亦是临床科研时评价和衡量疗效好坏的重要指标之一。因此，我们有必要了解并掌握中风的体格检查方法和意义。

（一）意识障碍的检查

中风病常常合并不同程度的意识障碍，而且意识障碍程度的轻重与疾病的严重程度成正比，即意识障碍轻，则病情较轻，预后较好；意识障碍愈重，则病情愈重，预后愈差，所以正确地判断患者的意识，对中风的诊断与鉴别诊断及估计预后好坏可提供有价值的线索。

如何确定患者有无意识障碍？一般是根据患者对语言和疼痛的刺激，所引起醒觉反应的容易程度、醒觉程度及维持时间来判断。首先询问患者的姓名、年龄及其有关病史等简单问题，然后判断患者对时间、地点和周围人物的辨别能力。如语言刺激不能引起醒觉反应，则采用针刺皮肤、压迫眶上，挤捏颈部或跟腱，挤压胸大肌等刺激，观察有无反应及反应的程度。临床常见的意识障碍有嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷。

1.嗜睡：嗜睡是轻度的意识障碍，表现为持续的，延长的倦睡。如轻呼其名即可将其叫醒，醒后尚能保留短时间的醒觉状态，有一定的语言或运动反应。患者能简述病史或症状，并按照医生的要求活动健侧的肢体、伸舌、鼓腮、转动眼球等，但因反应迟钝又常不能满意进行。一旦刺激移去，

患者又迅速入睡，这是意识障碍的早期表现，必须引起医护人员的重视。

2. 意识模糊，意识模糊是意识水平轻度下降的一种状态，基本的反应及简单的精神活动仍能保持，但患者对客观环境的认识能力及反映能力均受到轻度损害，注意力分散、记忆减退，以及对周围环境的理解和判断失常。具体表现在对时间、地点、人物的定向力发生障碍。这是嗜睡的进一步发展，多提示病情继续进展。

3. 昏睡：昏睡是比嗜睡深而比昏迷浅的意识障碍状态。患者呈深睡状态，主动的躯体运动和精神活动极端缺乏，当躯体不适或疼痛时可有肢体移动和呻吟等反应。强痛刺激可引起呆瘫痪肢体收缩。大声呼喊方能唤醒，反应迟钝，维持时间很短，即刻又进入昏睡状态。昏睡时各种随意运动消失，但角膜反射，瞳孔对光反射及深反射仍然存在。

4. 昏迷：根据昏迷的严重程度，将其分为浅昏迷、中度昏迷、深昏迷、过度昏迷等四种类型。

浅昏迷：患者随意运动丧失，对周围事物及声、光等刺激全无反应，眼睑半开，但对强刺激如疼痛刺激有反应。吞咽反射、咳嗽反射、角膜反射及瞳孔对光反射仍然存在，呼吸、脉搏、血压等无明显改变。

中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，但角膜反射、瞳孔对光反射均减弱，呼吸、脉搏、血压均有改变，大小便潴留或失禁。

深昏迷：全身肌肉松驰，对任何刺激全无反应，各种反射均消失，呼吸不规则，血压下降。

过度昏迷：又称脑死亡或不可逆昏迷，患者自动呼吸停止，靠人工呼吸及药物维持生命，眼球固定，瞳孔散大。

（二）口舌歪斜的检查

口舌歪斜是中风常见的体征之一。口角歪斜为面神经麻痹所致，舌体歪斜为舌下神经麻痹所致。与面神经炎所致的周围性面瘫有别。

检查时，主要观察两侧面部是否对称，有无偏侧面肌萎缩、痉挛或挛缩。再嘱患者作皱额、蹙眉、闭眼、露齿、鼓颊和吹哨等随意动作。中枢性面瘫往往是偏瘫的一部分，其表现为眼睑以下的面肌瘫痪，即只有鼻唇沟变浅，口角下垂，露齿、鼓颊和吹口哨时口角歪向健侧，而皱额及闭眼仍属正常。这是大脑中风的表现。至于脑干中风的患者，可以发生病灶侧周围性面瘫和对侧中枢性肢体瘫痪。周围性面神经瘫痪引起全部面肌瘫痪，如患者闭眼时由于眼轮匝肌麻痹，故眼睑不能闭合。闭眼的同时眼球上窜。露出白色的巩膜，称为贝尔氏征。患者闭嘴时颊肌极为松驰，故口角下垂，船帆征[1]阳性。抬眉受限，额纹变浅或消失，眉目较健侧低，眼裂变大，眼泪经常外溢。口角向健侧牵引，说话时漏气，发唇音不清楚。由于颊肌的麻痹，食物常存留于颊肌与牙龈之间。

观察舌体时应注意患者张口时舌在口腔中的位置，及舌肌有否萎缩和颤动；然后嘱患者伸舌，视察舌尖有无偏斜。一侧舌下神经的周围性麻痹，可见同侧半边的舌肌萎缩，表面高低不平，有很多皱折，时常出现颤动。一侧舌下神经的中枢性麻痹，伸舌向病侧对侧偏斜，舌在口腔底呈静止状态时无偏斜，无舌肌萎缩及颤动。中枢性舌下神经麻痹亦是中风偏瘫体征的一部分。

（三）瘫痪肢体的检查

1.肌力检查：可观察肢体活动是否有力，两侧是否对

称。如瘫痪较重，可观察其运动幅度；如瘫痪较轻，可令患者作各个关节的主动运动，并抵抗检查者所给予的阻力。例如，将伸直的上肢在肘部屈曲，或嘱患者用力握住检查者的手以测定其手的握力。检查肌力时，需两侧对比，同时需了解平时善用何手，以明确在生理范围内的差别。

肌力情况一般按6度记录：0度为完全瘫痪；Ⅰ度为肌肉轻微收缩而无肢体运动；Ⅱ度为肢体能在床上移动，但不能离床抬起；Ⅲ度为肢体能抬离床面；Ⅳ度为能作抵抗阻力的运动；Ⅴ度为肌力正常。

2.轻瘫检查：

轻偏瘫的小指征：嘱患者双上肢向前平举，掌心向下，其轻瘫侧的小手指常轻度外展，而正常侧的小指内收。下肢伸直现象：患者仰卧于检查台上，双膝屈曲成90°角，足后跟撒些滑石粉以减少足跟与台面的摩擦力。轻瘫侧下肢可见逐渐下滑伸直并外旋，而健侧下肢仍维持于屈曲位或稍伸直。手下垂旋前现象：嘱患者双上肢向前平举，掌心向下，瘫痪侧上肢常自然地下垂、旋前，掌心逐渐向外。

3.昏迷时瘫痪的检查：中风患者昏迷时，不能配合作体格检查。这时，医者首先应仔细观察患者的体位及肢体姿势、位置等，其次观察有无自主性运动，不自主动作及肌张力改变。瘫痪侧的下肢常呈外旋位，如将患者的两侧下肢提起，然后任其落下，则瘫痪肢体下落速度较健侧为快。

（四）感觉障碍的检查

中风患者常常有偏身感觉障碍或交叉性感觉障碍，所以每个中风病人均要作详细的感觉检查。

感觉检查时，患者必须意识清晰，高度合作。在意识不清的状态下，只能通过观察患者对于疼痛刺激引起的反应，

非常粗略地推测其痛觉的情况。患者通常用呻吟、痛苦表情和缩回肢体等来表示痛觉的存在。如果患者意识清楚，则嘱患者闭眼，并事先告知在受感觉刺激时应立即回答“有”或“无”。先全身粗略查一遍，如发现有感觉障碍，再从感觉缺失处查至正常处。检查部位应充分暴露，并进行两侧对称区域的比较。

1.浅感觉检查：浅感觉是指皮肤和粘膜的痛觉、温度觉及触觉。痛觉可用大头针针尖以均匀力量轻刺患者皮肤，嘱患者回答：“痛”或“不痛”，“尖的”或“钝的”。温度觉可分别用盛有冷水或热水的杯子各一只，轮流接触皮肤，嘱患者说“冷”或“热”的感觉。测定冷觉的杯子温度必须在5～10℃之间，测定温觉的杯子温度必须在40～45℃之间。触觉检查可用毛笔、羽毛、棉花或纸轻触皮肤，嘱患者回答“有”或“无”，并说出触到之次数。每次给予的刺激强度应一致，但刺激的速度不能有规律，以免患者未受刺激而顺口回答。

2.深感觉检查：深感觉是指身体深部组织（主要为肌肉、韧带、肌腱、骨骼及关节）的感觉，包括关节觉、震动觉和深部痛觉。检查关节觉时，嘱患者闭目，检查者轻轻握住患者手指或足趾两侧，作伸、屈动作，叫患者说出活动的方向，如“向上”或“向下”等。检查震动觉时，是用震动着的音叉柄置于骨突起处，嘱患者说出有无震动感。深部痛觉检查是用挤捏肌肉、肌腱，或压迫睾丸、眼球等方法，嘱患者说出有无痛感。

3.皮质感觉检查：皮质感觉是指大脑皮质（顶叶）对感觉刺激的综合，分析、统一与判断的能力，因此，又称为复合感觉，包括皮肤定位觉、两点辨别觉、实体觉及图形觉

等。

皮肤定位觉：患者闭目，医生用棉签、手指等轻触患者皮肤后，由患者用手指指出刺激的部位。

两点辨别觉：用两脚规、手指尖或针尖同时轻触皮肤，测定患者能区别两点的最小距离。正常人以舌尖的距离最小，为1毫米；指尖为2～4毫米。

实体觉：将一熟悉的物体，如笔、牙刷、硬币等放在患者手中，嘱患者抚摸后说出该物的名称。

图形觉：用手指或笔杆在患者的皮肤上画三角形、圆圈或正方形，也可以写上数字，由患者说出所写的图形或数字。

中度以上昏迷的中风患者完全无知觉，无法进行感觉检查，但昏睡或浅昏迷患者对疼痛刺激可以用手推去刺激或躲开刺激等防御反应。当给予疼痛刺激时，如一侧肢体对疼痛毫无反应，则提示有偏身感觉障碍。有偏瘫者，如瘫痪侧肢体无感觉障碍，则当给予疼痛刺激时，虽然瘫痪肢体不可能有反映，但患者可出现皱眉、移动躯体或用健侧肢体推去刺激物等反应。

（五）脑膜刺激征的检查

出血性中风，血液流入蛛网膜下腔或颅内高压而刺激神经根，产生反射性肌痉挛，称为脑膜刺激征。它包括颈强直、屈髋伸膝试验、抬颈试验及坐位低头试验等的阳性反应。

1.颈强直：颈强直是最常见的脑膜刺激征，其特点是颈部强直。当医者托住患者枕部，并将枕部向胸部屈曲，可引起抵抗、疼痛和痉挛等症状，而且颈部向各种方向运动均有阻力。

2. 屈髋伸膝试验：又称克氏征。患者仰卧，下肢屈曲呈直角，然后伸展膝关节，由于屈肌痉挛使伸膝受限，并产生疼痛和阻力，称为克氏征阳性。

3. 抬颈试验：又称布氏征。患者仰卧，将其头部用力向胸部屈曲，如两侧大腿及小腿屈曲，称为布氏征阳性。

4. 坐位低头试验：患者取坐位，两下肢伸直与躯干呈直角，嘱患者用力低头，如下颌能触及前胸者为正常。如低头受限，下颌不能触及前胸并产生疼痛者为阳性。

（六）病理反射的检查

病理反射又称病理征，是大脑运动中枢及其发出支配对侧肢体活动的神经纤维（即锥体束）损害时所出现的阳性体征。其中最常用和重要的体征是巴彬斯基征。

巴彬斯基征是法国神经科医生巴彬斯基于1862年首先提出的。其检查方法是患者仰卧，全身放松，下肢伸直，足跟放在床上；或取坐位，膝关节适当伸直。检查者用手握住患者踝关节，用竹签、火柴棒或大头针等自足底外缘之跟部向前轻划皮肤，至足趾根部处转向内侧，直至跨趾跟部附近。开始刺激时宜轻，如无反应，则可逐渐增加刺激的强度，重复检查，但要避免疼痛刺激所引起的逃避反应。典型的阳性反应是跨趾背屈，其余各趾出现开扇现象（即扇形散开），及小腿屈曲三个部份，其中跨趾背屈为确定巴彬斯基征必不可少的主要症候。跨趾背屈应在足底外侧缘受到刺激时立刻出现，足底刺激完成之后，跨趾背屈仍持续几秒钟。倘使刺激消失之后，相隔1～2秒才有背屈；或足底刺激一停止，跨趾背屈也即刻消失，则不能肯定有巴彬斯基征存在，只能说可疑。若没有出现跨趾背屈，只有四指开扇和小腿屈曲，并无临床意义。

缺血性中风常常引起病灶对侧的病理征阳性；出血性中风由于脑水肿或继发脑干损害，可以出现双侧病理征阳性。此时，若仔细观察有时可以发现两侧病理征不对称，因而仍有定位意义。

（七）各种深反射的检查

深反射检查方法有肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、膝反射及踝反射等。反射检查对中风患者，特别是昏迷患者尤为重要，它可以帮助判断神经系统损害的部位。反射强度和性质的改变，在神经系统损害的早期即可发生，而且与神经系统其它检查比较起来，反射检查受患者的主观影响较小。因此，它是比较客观而重要的检查方法。

1. 肱二头肌反射：患者前臂半屈，手置于腹部，检查者用左手的食指或拇指放置于被检查者肘部肱二头肌肌腱上，然后右手持皮榔头叩击，反应为前臂屈曲，同时检查者左手的食指和拇指可感到其肱二头肌肌腱的收缩。

2. 肱三头肌反射：患者上臂稍外展，前臂半屈，检查者左手将被检查者肘部稍抬起，然后用皮榔头轻叩鹰嘴突上方1.5～2厘米的肱三头肌肌腱。反应为前臂伸展。

3. 桡骨膜反射：患者前臂半屈置于腹部上，然后用皮榔头轻叩桡骨茎突。反应为肘关节屈曲、旋前和手指屈曲。

4. 膝反射：患者仰卧，检查者以左手托起患者膝部，使膝关节屈曲20～30度，然后轻叩膝盖下股四头肌肌腱。反应为小腿伸直。

5. 跟腱（踝）反射：患者仰卧，双下肢髋关节稍屈曲并外旋，膝关节亦稍屈曲，检查者用左手轻托患者足底，使足稍背屈，然后轻叩跟腱，反应是足跖屈。

中风如果发生在大脑右侧，则左侧上下肢的深反射就会

亢进，反之亦然。因为中风在急性期常发生中枢神经性休克，所以在中风早期，腱反射往往是减低或消失的；当休克状态解除之后，腱反射开始亢进，一般于2周内腱反射亢进达到高峰。如果病变不直接破坏锥体束，而是锥体束的功能间接受到影响，则随着瘫痪的恢复，腱反射亢进也逐渐恢复。

二、常用特殊检查方法

针对不同类型的中风患者，正确选用必要的实验室检查等特殊检查手段，可以大大提高诊断中风的正确率。例如，应用简便的腰椎穿刺，观察脑脊液中有无血液，便可对75%左右的病例作出出血性中风或缺血性中风的准确鉴别。由于现代科学技术的突飞猛进，先进的辅助检查方法层出不穷，我们这里仅择其要者作一简略的介绍。

（一）腰椎穿刺

腰椎穿刺，简称腰穿，是临床常用的一项检查方法。腰穿既可测定脑脊液的压力，并测定其化学成分的变化；还可通过穿刺将造影剂或空气注入蛛网膜下腔以观察有无阻塞，还可注入药物直达蛛网膜下腔以达到治疗的目的。

腰穿的适应证是诊断蛛网膜下腔出血或出血性中风与缺血性中风的鉴别诊断。如果在穿刺部位有化脓性疾患，或有局部损伤，或有明显的颅内压增高，及显著的视神经乳头水肿时，均禁忌腰穿。

脑脊液是无色、透明、水样的液体，正常压力为80～180毫米水柱。它含有一定量的蛋白质、糖和氯化物。正常脑脊液中的细胞数极少，平均每立方毫米中0～8个，且均为单核细胞（淋巴细胞或内皮细胞）。

缺血性中风患者，腰穿测得脑脊液的压力多正常，压力

高于200毫米水柱的约占20%。由心脏病（尤其伴有心力衰竭时）引起的脑栓塞，脑脊液的压力多明显增高。外观无色透明，特别是在发病24小时后脑脊液仍呈无色透明者，多为缺血性中风。细胞数大多正常，但细菌性脑栓塞或出血性脑梗塞可有明显的无菌性脑膜反应。脑脊液蛋白量正常者占50%左右，少数高于100毫克%，甚至有高达250毫克%以上者。

出血性中风患者，脑脊液压力大多增高，甚至可高达500～600毫米水柱。所有的蛛网膜下腔出血和80%的脑出血者，其脑脊液为均匀血性或呈黄色，部分脑出血若未破入蛛网膜下腔，其脑脊液可为无色透明。红细胞进入蛛网膜下腔2小时后即开始溶血，放出氧化血红蛋白，使隐血试验（联苯胺试验）呈阳性反应。出血10小时后出现胆红素，凡登白试验呈直接反应阳性。蛋白大多明显增高，有的高达2克%，主要是由于混入大量血浆所致。蛛网膜下腔出血和大部分脑出血者的脑脊液中均可查到红细胞。白细胞一般亦与红细胞相应地增加。脑内血肿者在发病后头几天中，脑脊液中可无血，应该引起注意。

（二）颅脑超声波检查

1. A型超声波：头颅超声波能显示半球内有无占位性病变，但不能确定病变的性质。脑出血者半球内的凝血块可通过头颅超声波而迅速查明。脑梗塞者在发病24小时内，一般不会立即产生占位性病变，所以头颅超声波检查中线波一般居中。据此可将脑出血与早期脑梗塞区别开来，其准确率可达75%。24小时后，脑的梗塞区周围可出现脑水肿，中线波出现移位。直至发病第7天，中线波移位可完全消失。所以，根据中线波移位情况可监测脑水肿的进展和随之而来的吸收情况。

2. B型超声波：近年来，B型超声波开始用于颈动脉狭窄或栓塞的诊断，可与血管造影进行对照。据报道，本法对诊断颈内动脉狭窄和栓塞、锁骨下动脉阻塞综合征有一定的价值。它还可以观察脑动脉血循环的动态变化和脑底动脉环的侧枝情况。这些对中风的诊断、治疗效果和预后判断都有一定的帮助。

（三）头颅x线平片检查

对中风患者，头颅平片有时可显示脑瘤的钙化阴影；如属脑出血者，平片上出现松果体移位，常提示中风合并颅内血肿。此外，头颅平片上还能观察到颈内动脉有无硬化，粥样硬化物的钙化影亦是诊断动脉粥样硬化的指征之一。

（四）脑电图检查

脑电图是大脑细胞电流活动通过放大仪器显示并记录下来的图形。脑电波根据频率可分为δ波（0.5～3.5周/秒）、θ波（4～7周/秒）、d波（8～13周/秒）、β波（14～30周/秒）和r波（>30周/秒）。根据波型振幅的高低，可将波型分为高电位、中电位和低电位等。

在正常成人的脑电图中，a波主要见于两枕部，当心算、声响、触、痛及光刺激时，都能暂时制止a节律的出现。β波多见于额、中央部。少量的θ波可见于枕、颞或中央部。低电位的δ波偶可见于两额部。

不同类型的中风，其脑电图的异常表现亦不相同。

1. 短暂脑缺血发作：其脑电图改变为持续时间很短的局灶性或普遍性慢活动。症状轻者脑电图可正常。

2. 脑血栓形成和脑栓塞：颈内动脉血栓形成者，可有局灶性δ波及θ波，亦可见暴发型慢波，健侧偶或有之。大脑中动脉血栓形成的脑电图改变亦基本同此。大脑前动脉血栓形

成在两侧额部可见慢活动，而病灶侧的波幅较高，亦可有弥漫性慢活动。大脑后动脉血栓形成的慢活动只局限于同侧颞区及枕区，有的只表现为α波波幅降低而不出现慢波。基底动脉血栓形成的脑电图可以正常，当中脑受损时，枕部可见慢波，双额部可见δ节律。脑栓塞的脑电图改变比脑血栓形成者更为广泛，持续时间亦较长。约有50%的缺血性中风患者的脑电图趋于正常，而偏瘫、偏身感觉障碍等临床症状却持续存在。

3.脑出血：内囊出血急性期的脑电图变化主要为两侧弥漫性δ波，病侧有多形性δ波，在颞叶和中央最明显，随着病情的好转，弥漫性异常的程度可以逐渐减轻，而受损半球局灶性δ波变得更为突出，但在数周、数月以后可以完全消失，然后临床上仍可遗有偏瘫等后遗症。

4.蛛网膜下腔出血：急性期的脑电图变化与急性颅脑损伤相似，为弥漫性慢波，随着病情的好转，特别是意识障碍的好转，慢波的频率加快而波幅减低。

（五）脑血流图的检查

脑血流图又称脑电阻图。其波型是由基线开始向上倾斜至顶点，然后开始转折，这一线称为上升支。上升支到达顶点后又向下倾斜，形成一个峰尖，称为第一峰。第一峰下降后不久又有第二峰，再逐渐下斜直至第二波开始。

一般认为，上升陡直，上升时间短，第一峰明显者，表示血管弹性良好。如果上升时间延长，波形圆钝，第一、二峰分辨不清者，提示血管弹性差。波幅低者表示血管充盈度差，血管弹性差，血管呈痉挛状态，而波幅升高者，则表示血管处于膨胀状态，亦为弹性不佳之表现。

脑血流图主要用作脑血管病的辅助诊断。脑动脉硬化者

波幅低、波形圆钝。缺血性中风者双侧波幅可以不对称，但不对称只有超过30%以上才有参考价值。

（六）脑血管造影检查

脑血管造影是用含有机碘造影剂经颈总动脉或椎动脉注入，使颅内血管显影，借以了解颅内血管本身的情况及血管的位置。

脑血管造影分颈动脉造影、椎动脉造影、全脑血管造影等三种方法。颈动脉造影主要检查大脑的病变；椎动脉造影主要检查小脑和脑干的病变；全脑血管造影可将两侧颈动脉和两侧椎动脉都显示出来，故又称“四血管造影”。

凡做脑血管造影的患者，均需作血常规，血小板计数和出凝血时间测定以及碘过敏试验。如有严重出血倾向和碘过敏者为禁忌症。术前不宜进食，以免术中呕吐。常规肌注鲁米那和阿托品，以防止血管痉挛。脑血管造影剂选用60%泛影葡胺，经颈动脉穿刺注入。一般正位摄片两张，侧位摄片三张。造影后，需压迫穿刺部5～10分钟，以防发生血肿。

中风患者脑血管造影的主要表现如下：

1. 内囊区脑出血：可表现为大脑前动脉无移位，但大脑前及中动脉的间距增宽，形成宽的“U”字形，豆纹动脉外移。

2. 外囊区脑出血：正位片见豆纹动脉内移，侧位片示大脑中动脉主干开始段抬高。

3. 动脉瘤：脑血管造影可直接显示出动脉瘤的形态、大小、位置以及与脑动脉的关系。但有些动脉瘤在造影时不显现出来，这些患者需加拍斜位片。动脉瘤一般不引起脑血管移位，除非合并血肿。

4. 血管畸形：脑血管造影显示为一堆扭曲的畸形血管，其近端有粗大的动脉支引入，其远端为粗大迂回的静脉从中

引出，所以，造影对诊断血管畸形是比较可靠的，但少数可不显影。血管畸形周围的脑血管一般没有移位，除非合并水肿或出血。

5.脑动脉阻塞：脑血管造影可显示阻塞处血管突然终止，不能充盈，有时可见血栓的缺陷阴影，有的可见邻近动脉代偿性增多及倒灌注现象。如果有动脉痉挛或造影剂完全注入了颈外动脉，则可出现类似假象。为慎重起见，一般需重复造影，并结合临床方可作出诊断。

（七）CT检查

“CT”是“电子计算机X线体层摄影”的英文缩写。CT对中风的诊断、鉴别诊断、治疗反应、预后判断及病理生理过程的了解，均可提供较为正确的客观资料。对中风诊断的正确率达90%以上。自应用CT检查以后，减少了脑血管造影检查，现已列入无创伤检查的首选方法。

脑出血的CT所见随时间的不同而异。急性期新鲜出血显示为高密度病变合并占位性征象，周围可见低密度的晕环。血肿液化后变为低密度病变。

脑梗塞始终显示低密度病变。急性期经常合并邻近脑组织水肿，故图象显示的密度减低区往往大于实际梗塞范围，边界亦模糊不清，并可伴随占位性征象。陈旧性脑梗塞区囊泡化，此时脑水肿已消退，故密度减低区体积较前缩小，边缘亦变得清晰，还可伴随局限性脑萎缩征象。

短暂性脑缺血发作，无论早期还是晚期，它的阳性率仅14%左右。

CT与脑血管造影有互补作用。CT结果阳性并需手术者，有时仍需作脑血管造影，以明确其颅内外异常血循环和血液供应状态。

第五章　中风的辨证与辨病

辨证与辨病，是中西医认识疾病的两种不同方法，也是各自治疗疾病的依据。证病结合、中西治法互补，在中风病防治领域尤其有十分重要的意义。临证所见，中风病病位有浅深，病情有轻重，证候有寒热虚实，病势有逆顺，体质禀赋各不相同，构成了错综复杂的病机特点。因此，我们中医临床工作者既要全面掌握辨证纲要，善于执简驭繁，驾驭复杂多变的病机。而且在宏观辨证的基础上，很有必要掌握一整套现代医学的检查诊断方法，以认识中风病的微观病理生理改变，善于为我所用，这是时代对我们提出的新要求。

第一节　中风的辨证

一、宏观辨证要点

(一)辨中经络与中脏腑

中风急性期首先应明辨病位浅深和病情轻重缓急，一般分为中经络与中脏腑。《金匮要略》说“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。”临床所见，中络一般以肌肤麻木，口眼歪斜为主症，其麻木多偏于一侧手足，此邪中轻浅，病情较轻。中经一般以半身不遂，口眼歪斜，偏身麻木，言语謇涩为主症，多无昏仆等意识障碍的表现，病情较之中络为重。中络与中经皆由病邪窜扰经络而成，故常通称中经络。

中腑一般以半身不遂、口眼歪斜，偏身麻木，言语謇涩而神志不清为主要表现，但神志障碍程度相对较轻，多见意识朦胧，思睡或嗜睡。中脏一般以卒然昏仆而伴见半身不遂、口眼歪斜、言语謇涩等症，其神志障碍程度重，甚至完全昏愦无知；或以九窍闭塞，如目瞀、视一为二、视长为短、目不能眴、言语謇涩、吞咽困难、尿闭便秘等，此邪中深、病情重。两者皆见意识障碍，故习惯上常通称中脏腑。从病期来看，中经络与中脏腑俱属急性期的见证，若病延半年以上则属后遗症。另外，以中经络、中脏腑的证候分类，进行动态观察可辨别病情的浅深轻重。如起病时嗜睡而半身不遂，经治疗后神志逐渐清醒，是先中腑而后转为中经，病情轻、转归顺，预后多佳；倘若神志障碍和半身不遂等症明显加重，渐至昏愦不语，是先中腑而后转为中脏证，此为病情逆转，由轻转重，多预后不良。

(二)辨闭证与脱证：

中脏腑的主要表现为突然昏仆，不省人事，半身不遂等，但有闭证与脱证之区别。闭证是邪闭于内，症见牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便秘，肢体强痉，多属实证，急宜祛邪。脱证即阳脱于外，症见目合口张，鼻鼾息微，手撒遗尿，脉微欲绝等，这是五脏之气衰弱欲绝的表现，多属虚证，急宜扶正固脱。闭证和脱证均为危急重症，病机迥然有别，治法不可混同。因此，临床上必须详辨细析。具体言之，闭证又有阳闭与阴闭之区别。阳闭是闭证而兼有热邪亢盛之象，为痰热郁闭清窍，症见面赤身热，气粗口臭，躁扰不宁，舌苔黄腻，脉象弦滑而数。阴闭是闭证而兼见阴寒内盛之证，为痰湿闭阻清窍，症见面白唇黯，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉象沉缓

或沉滑。阳闭与阴闭的辨别，以舌诊和脉诊为主要依据，阳闭苔黄腻，舌质偏红；阴闭苔白腻，舌质偏淡。阳闭脉数而弦滑，且偏瘫侧脉大而有力；阴闭脉缓而沉滑。阳闭和阴闭可相互转化，临床上多依据舌象、脉象，结合症状的变化来判断。

(三)辨病势的逆顺

先中脏腑者，如神志逐渐转清，半身不遂等症未再加重或有恢复者，病由中脏腑向中经络转化，病势顺转，预后多好。如属中脏腑的重证，但见神昏偏瘫等症者，一般仍属顺境。如见呃逆频频，或突然神昏，四肢抽搐不已，或背腹骤然灼热而四肢发冷，甚或四肢厥冷者，或见戴阳证及呕血证者，均属病势逆转，预后可虞。呃逆频频，是痰热郁闭，元气耗散，胃气将竭的表现。突然神昏，四肢抽搐不已，是由风邪鸱张，气血逆乱而成。背腹骤然灼热而四肢发冷，手足厥逆，或见戴阳之证，皆由阴阳离决所致，病人险境。至于合并呕血、便血者，是邪热猖獗，迫伤血络而成，亡血之后，气随血脱，多难救治。

二、辨证分型纲要

在临床上，明确了中风病的诊断后，尚须进一步详细辨证，做出正确的证候分类诊断，以直接指导治疗用药。一般将中风病分为中经络与中脏腑二大类，再根据各自的证候特点，细分为若干证型，现将临床常用的辨证分型内容归纳如下。

(一)中经络

1.络脉空虚，风邪入中型

症状：手足麻木，肌肤不仁，或突然口眼㖞斜，语言不利，口角流涎，甚则半身不遂。兼见恶寒发热，肢体拘

急、关节酸痛等症，舌苔薄白，脉浮弦或弦细。

病机分析：因卫外不固，络脉空虚，风邪乘虚入中于络，气血闭阻，运行不畅，筋脉失于濡养，则见麻木不仁，口眼㖞斜，语言謇涩，肢体偏瘫等症。《金匮要略·中风历节病篇》云："寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚，寒虚相搏，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，㖞僻不遂。"风邪外袭，营卫不和，则见恶寒发热，肢体拘急等。苔薄白，脉浮弦为表邪入中之征；若气血不足，则脉见弦细。

2.肝肾阴虚，风阳上扰型

症状：平素头晕头痛，耳鸣目眩，少眠多梦，腰酸腿软，突然一侧手足沉重麻木，口眼歪斜，半身不遂，舌强语謇，舌质红，苔白或薄黄，脉弦滑或弦细而数。

病机分析：由于肝肾阴虚，肝阳偏亢，血菀气逆，形成上盛下虚之病机，故见头晕头痛，耳鸣目眩，少眠多梦，腰酸腿软等症。有的还可以出现面部烘热，心烦易怒，走路脚步不稳似有头重脚轻之感等阴虚阳亢的症状。肝属厥阴风木之脏，体阴用阳，肝阴亏损，肝阳上亢而引动内风，风为阳邪，若肝火挟痰上扰，风痰流窜经络，可突然发生舌强语謇，口眼歪斜，半身不遂等证。脉象弦滑主肝风夹痰；弦细而数者，为肝肾阴虚而生内热，热动肝风之象。舌质红为阴液不足，苔薄黄是化热之征。

3.痰热腑实，风痰上扰型

症状：突然半身不遂，偏身麻木，口眼歪斜，便干或便秘，或头晕，或痰多，舌强语謇，舌苔黄或黄腻，脉弦滑，偏瘫侧脉多弦滑而大。

病机分析：由于肝阳暴甚，加之平素饮食不节，嗜酒过

度，致聚湿生痰，痰郁化热，内风挟痰上扰经络常可引起半身不遂，偏身麻木，口眼歪斜；若痰热挟滞阻于中焦，传导功能失司，升清降浊受阻，下则腑气不通而便秘，上则清阳不升而眩晕，亦可见咯痰等症。风痰阻于舌本，则脉络不畅，言语謇涩。舌苔黄或黄腻，脉弦滑属痰热内盛，脉大为病进，偏瘫侧脉弦滑而大，乃痰浊阻络，病有发展趋势。

（二）中脏腑

1. 闭证

（1）阳闭

症状：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便秘，肢体强痉，此属闭证的一般症状。还可兼见面赤身热，气粗口臭，躁扰不宁，舌苔黄腻，脉弦滑而数等症。

病机分析：肝阳暴亢，阳升风动，血随气逆而上涌，上蒙清窍则突然昏倒，不省人事。风火相煽，痰热内闭，所以证见面赤身热，气粗口臭，口噤不开，大小便秘等症。苔黄腻，脉弦滑，皆由邪热使然。

（2）阴闭

症状：除闭证的一般症状外，还可见面白唇黯，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉象沉滑或缓。

病机分析：素体阳虚，湿痰偏盛，风挟湿痰，上壅清窍而成内闭之证。痰气内阻则神昏，口噤，痰涎壅盛；阳虚于内则面白唇黯，四肢不温，静卧不烦。舌苔白腻乃湿痰内盛，脉沉主里，主阳虚，滑主痰湿偏盛。

2. 脱证

症状：突然昏倒，不省人事，目合口张，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗出较多，大小便失禁，肢体瘫软，舌痿，脉微欲

绝。

病机分析：脱即正气欲脱，五脏之气衰竭，故见目合口张，鼻鼾息微，手撒遗尿等症。除上述见症外，还可见汗多不止、四肢厥逆等阴阳离决之象。

(三)后遗症

中风急性期后，半身不遂，偏身麻木，言语不利，口眼歪斜等症，或渐而痴呆，或神志失常，或抽搐发作，此属中风后遗症。现就临床最常见的半身不遂、语言不利和痴呆的辨证分述于后。

1.半身不遂

症状：一侧肢体不能自主活动，有的偏身麻木，重则感觉完全丧失；有的肢体强痉而屈伸不利；有的肢体瘫软。舌质正常或紫黯，或有瘀斑，舌苔较腻，脉多弦滑或滑缓无力。

病机分析：风痰流窜经络，血脉闭阻，经隧不通，气不能行，血不能濡，故肢体废用而成半身不遂。凡患者肢体强痉，屈伸不利者，多为阴血亏虚，筋失柔养，风阳内动；瘫软无力，多为血不养筋，中气不足；偏身麻木系气血涩滞；舌质黯或有瘀斑乃血瘀阻络之象；苔腻为痰湿较重之表现，脉象弦滑是风痰阻滞之征，多见于患侧肢体强痉者；脉象滑缓无力是气血虚弱或内蕴痰湿所致，多见于患侧肢体瘫软无力者。

2.言语不利

症状：舌欠灵活，言语不清，或舌瘖不语，舌形多偏歪，舌苔或薄或腻，脉象多滑。本症或单独出现，或与半身不遂同见，或兼有神志障碍等症。

病机分析：本证又名中风不语。言语不清、舌瘖不语是

风痰、瘀血阻滞舌本脉络所致。如兼有意识障碍、时昏时清，喜忘喜笑者，为风痰蒙心之证。如意识清楚，惟有唇缓流涎，舌强笨拙，语言謇涩，舌苔腻，舌体胖，脉滑缓者，为湿痰、风邪伤脾之征。

3.痴呆

据初步统计，约有30%左右的中风患者，在中风后出现智能减退，严重者变为痴呆。既往人们对中风所引起的神志、语言及肢体功能障碍研究甚多，而对其所导致的智能障碍重视不够。近年来随着医学水平的提高，人们发现痴呆也同样能导致患者丧失日常生活能力，给社会和家庭带来沉重负担。

症状：痴呆继发于中风之后，以神思迟钝、遇事善忘、不能定向、理解多误、计算力差等为主要特征。可兼见行动迟缓、自知力差、抑郁寡欢、烦乱多语、二便失控等症状。

病机分析：人的精神思维、记忆及聪明智慧等均与脑密切相关。中风以后，脑络闭塞，气血津液难以上输充养脑髓，致脑乏清阳之助，津液之濡，精髓之奉养；痰瘀浊气杂于脑髓，使脑之清窍不清，元神失聪，而灵机记忆皆失，出现神思迟钝，遇事善忘等中风后痴呆症状。其智能衰减以记忆力减退最为明显，可保留部分智能，如理解判断力等，而呈“斑点状痴呆”。此与传统中医所论述的生成愚顽，不知人事者，或癫狂痫证、痰迷心窍及年老精衰，延为呆傻的“痴呆”明显有别。

第二节　中风的辨病

现代医学将中风病分为缺血性中风与出血性中风两大

类，其病理生理变化，治疗方法等迥然有别。缺血性中风包括短暂脑缺血发作（约占10%）、脑血栓形成和脑栓塞(约占50%)，出血性中风包括脑出血（约占30%）和蛛网膜下腔出血（约占10%)。

一、短暂脑缺血发作

短暂脑缺血发作又称小中风，英文缩写为TIA。其主要病因是脑动脉粥样硬化，其次为脑动脉炎和心脏病。它既可单独为病，又常常是脑血栓形成或脑栓塞的先兆。

小中风的特点是发病快，症状消失也快，但可反复发作，多则每日数次、十几次，少则数周、数月甚至数年发一次。每次发作的时间不一，可以几秒钟、几分钟甚或几小时，但一般不超过24小时。每次发作的症状基本相同，呈反复刻板地出现。

小中风的症状分为二大类，一类是颈内动脉供血障碍产生的小中风；另一类是椎一基底动脉供血障碍产生的小中风。

颈内动脉供血区的小中风，最常见的症状是对侧肢体轻度偏瘫，或偏身感觉异常，如针刺感、触电感、麻木感等。亦可出现失语、同侧单眼突然失明，几分钟后视力可恢复。偶见精神错乱、遗忘和昏厥等。

椎一基底动脉供血区的小中风，其症状以眩晕为主，可伴有恶心呕吐等。但眩晕不具备特征性，只有同时出现其它症状时方可确诊。此外，可出现一过性交叉性麻痹，即一侧面部运动和感觉障碍，对侧肢体轻瘫或感觉障碍。卒倒发作也是一个比较典型的症状，当患者突然改变体位时，出现突然四肢无力、跌倒，但意识可以不丧失。其它症状有一过性黑朦（大脑后动脉一过性缺血)、视野缺损，构音困难，复

视、吞咽困难及共济失调等。

二、脑血栓形成

脑血栓形成的主要病因是脑动脉粥样硬化，其次是高血压病和脑动脉炎，少见的病因是颈部动脉直接外伤、先天性动脉狭窄和真性红细胞增多症等。常见诱因为血压降低和血液凝固性增高等。

脑血栓形成以老年人为多见，50～70岁年龄组发病率最高。男性多于女性。高脂饮食、糖尿病、吸烟、真性红细胞增多症患者患病率均较一般为高。

脑血栓形成约占急性脑血管病的50～60%，本病起病较其它急性脑血管病稍慢些，常在数分钟至数小时内达到症状的高峰，少数在半天甚至一、二天内，或数天到一周内症状逐渐加重以至达到高峰。约半数左右的患者以往有短暂脑缺血发作的病史。

临床表现主要根据受累的血管而定，以颈内动脉最多见，亦可发生在椎—基底动脉系统。

1. 颈内动脉血栓形成：表现为病变对侧的三偏征——偏瘫、偏身感觉减退、偏盲，暂时性黑朦、持继数分钟至数小时。偏瘫以面部及上肢为重。感觉障碍较轻，主要为形体觉，两点辨别觉等皮层感觉障碍。病变对称同向偏盲可由视神经束和视放射受累引起。主侧半球病变还可出现失语。约有半数患者出现同侧霍纳氏征（瞳孔缩小、眼裂狭小和眼球凹陷，并有同侧眼结膜充血及面部不出汗）。急性起病者可出现精神症状、抽搐、昏迷；慢性起病者可出现痴呆。

2. 大脑中动脉血栓形成：也主要表现为病变对侧的三偏征，如果病变发生在优势半球，可出现运动性失语和感觉性失语。

3. 大脑前动脉血栓形成：对侧下肢瘫痪比上肢瘫痪重，可伴感觉障碍，还可以出现精神症状及嗅觉障碍。

4. 小脑后下动脉血栓形成：表现为交叉性感觉障碍，同侧指鼻试验和跟膝胫试验不稳，霍纳氏征，吞咽困难，声音嘶哑，咽反射消失等。

5. 椎—基底动脉血栓形成：发病年龄较大，多有明显动脉硬化或颈椎病等病史。首先症状是眩晕，随之出现吞咽困难，声音嘶哑，咽反射消失，耳鸣、耳聋，视力模糊，眼球震颤，复视，共济失调，频繁呃逆等，严重者常出现昏睡、昏迷等意识障碍的表现。

6. 颈—基底动脉联合性供血不足：既有颈内动脉系统症状，又有椎—基底动脉系统症状，病变弥漫，症状复杂。

三、脑栓塞

脑栓塞的栓子，来源于心脏者约占半数以上，其中以风湿性心脏病和冠心病伴有心房纤颤形成的脑栓塞为最多。近年来，发现主动脉、颈动脉和椎动脉的动脉粥样硬化物质脱落阻塞颅内动脉，这是造成脑栓塞的另一个重要原因。

脑栓塞的发病年龄不一，一般以青壮年居多数。起病极急骤，大多数并无任何前驱症状。起病后常于数秒钟或很短时间内症状发展至高峰。个别病人可在数天内呈阶梯式进行性恶化，系由反复栓塞所致。脑栓塞可仅发于单一动脉，也可广泛多发，临床以颈内动脉系统的大脑中动脉最为多见。

约半数患者起病时有不同程度的意识障碍，但为时很短暂。可立即出现偏瘫，失语等症状。而且常以发作时症状为最重，以后可渐趋好转。如果栓子进入颅内较大动脉，造成单发或多发性栓塞时，患者可出现持久昏迷。此外，还可出现头痛眩晕、癫痫、烦躁不安、精神错乱。共济失调等症状

和体征。

四、脑出血

脑出血最常见的病因是高血压和动脉粥样硬化。脑出血发生于大脑者占80%，发生在脑干和小脑者占20%。发病以50岁左右高血压病人最多。一般在体力或脑力劳动紧张时，或情绪激动时容易发病，如用力举重物，心情激动，使劲排便等。脑出血常无预感而呈急骤发病，往往在数分钟至数十分钟内病情发展至高峰。

临床表现视出血部位、出血范围、机体反应和全身情况等各种因素而定。一般表现为剧烈头病，频繁呕吐，重则呕吐物呈栗壳色或咖啡色。随之迅速出现昏迷，呼吸深沉带有鼾声，重则呈潮式或不规则呼吸，血压升高，脉搏洪大有力，面色潮红或苍白，全身大汗淋漓，大小便失禁，有时抽搐。当两侧瞳孔不对称时，常提示脑水肿、脑疝形成，病情危重。

1. 壳核—内囊出血：是脑出血最常见的部位(约占55%)，由豆纹动脉外侧枝破裂所致。除有脑出血的一般症状外，临床特征为病灶对侧“三偏征”，即偏瘫、偏身感觉障碍和同向偏盲等。两眼凝视出血病灶的同侧，即呈“避视偏瘫肢体”。病灶在优势半球时常见失语。

2. 丘脑出血：丘脑出血常见病灶对侧半身严重的深感觉缺失。绝大多数患者可出现昏迷、偏瘫等一般症状。最具特征性的表现是两眼下视鼻尖（即上视障碍），此区出血约占脑出血的10～15%。脑脊液检查可呈血性。

3. 桥脑出血，突然起病，剧烈头痛，头晕、倒地，呕吐、复视，讲话语音不清，呈交叉性瘫痪或四肢均瘫，瞳孔针尖大小。桥脑出血可迅速破入第四脑室，引起深昏迷、过

高热、抽搐、呼吸不规则或潮式呼吸，常于数小时内死亡。桥脑出血约占脑出血的5～7%，预后较差。

4. 小脑出血：小脑出血凭临床表现常难以诊断。起病时多见频繁呕吐，头晕头痛等。初起可无神志昏迷症状。还可出现构音困难、共济失调、呃逆、吞咽不利、缄默等。约1/5患者呈迅速进行凶险型，在48小时内陷于深度昏迷而死亡。大多数患者呈进行性加重。脑脊液一般压力增高并呈血性。

5. 脑室出血：原发性者罕见，大多为内囊出血破入脑室所致。其特征为深昏迷、两侧病理征阳性、阵发性强直性痉挛、高热、多汗、发绀、肺水肿、呕吐咖啡样液体、大小便失禁、脑膜刺激征、高血糖和尿糖等。预后不良，常于发病后24小时内死亡。

五、蛛网膜下腔出血

本病最常见的病因是先天性脑底动脉瘤，其次是脑血管畸形和脑动脉粥样硬化等。本病可发生于任何年龄，以青壮年为多，约占80%左右的患者在39～69岁年龄段。一般无先兆症状，可有诱因，如情绪激动，极度疲劳、剧烈运动、用力大便、咳嗽、性交等。临床主要表现为头痛、呕吐、脑膜刺激征。脑脊液为均匀血性。

起病时，头部突然爆裂样剧痛，以后枕部及颈项为重，迅速遍及整个头部，并可延及肩、腰及双腿。同时出现恶心呕吐，面色苍白，冷汗淋漓。病情在几分钟至几小时内达到高峰。多数患者有一过性昏迷，于几小时或一、二天内恢复，少数患者神志始终清楚。病情严重者可有持续性昏迷，直至死亡。患者可有兴奋、躁动、嗜睡、畏光、怕声、拒动、谵妄、木僵、定向障碍、幻觉等精神障碍，少数有癫痫发作。发病一天后可有发热，体温高达38～39℃。患者亦可有面部

充血、多汗、鼻衄、便秘、尿潴留等植物神经及内脏功能紊乱。

脑膜刺激征是最突出的体征，其中以颈项强直最明显，部分患者有克氏征、布氏征阳性。可出现单侧或双侧病理征阳性。1/4患者有眼底出血。

蛛网膜下腔出血一般不损害脑实质，所以多数患者没有肢体瘫痪。少数患者由于出血进入脑实质而形成血肿，或脑血管痉挛导致脑梗塞，从而引起肢体瘫痪、感觉障碍和失语等。

老年患者以精神症状和意识障碍为多见，而头痛常不明显。

如果出血停止，通常在2～3周后头痛和脑膜刺激征亦逐渐减轻。但是，情绪激动、用力大便、剧烈咳嗽、过早活动均可导致再出血，症状又复加重，甚或危及生命。

六、青年中风

近年来，由于对缺血性中风的病因有了更多的认识，以及脑血管造影的广泛开展，特别是CT的应用，人们发现年轻人中脑血栓形成的发病率较过去有所增加。临床上把这种年青人的中风称之为“青年中风”。

青年中风的发病率在我国尚无精确的统计材料，在亚洲其它国家，其发病率较高，占所有中风的27.2～30%，但日本和南非的发病率仅占2～9%，这种差异的原因，目前尚未十分明了。

青年中风的病因与老年人不完全相同，但部分病因仍归咎于动脉粥样硬化和高血压病。其它如慢性肾炎、产褥期、妊娠等，尚有半数左右的病例病因不明。

少数患者在发病前可有小中风等先兆症状。约72%的患

者在睡眠或安静状态下发病，突然出现偏瘫、面瘫、舌瘫、失语及偏身感觉障碍等颈内动脉系统阻塞的症状，或出现颅神经损害、交叉性瘫痪和感觉障碍、共济失调等椎—基底动脉系统阻塞的症状。病情的演变及病程符合一般缺血性中风的规律。脑血管造影或CT检查证实有脑血管闭塞或缺血性改变，并可排除颅内占位性病变。腰穿脑脊液检查可除外颅内出血及炎症。

七、小儿缺血性中风

小儿缺血性中风的病因、病程等和成人不完全相同，在临床也并不罕见。

发病原因可能与咽喉附近炎症、鼻窦炎、内耳感染、心肌炎、风湿性心脏病等有关。亦可能与头部（包括口内）外伤和颈部外伤有密切关系。另外，钩端螺旋体病是我国小儿缺血性中风的一个重要原因。

小儿缺血性中风的先兆症状十分明显，常在发病前2～7天出现，以头痛最为常见，其次为发热呕吐，抽搐。多数患儿急性起病，主要表现为偏瘫，亦可在一侧偏瘫后不久又产生另一侧瘫痪。有的表现为交叉性瘫痪或交叉性感觉障碍，吞咽困难，进食咳呛、声音嘶哑。约有半数患儿出现失语，但小儿失语症状相对较成人为轻，而且语言功能恢复亦较成人为快。

小儿缺血性中风的预后较好，几乎没有死亡者，少数患儿可有不同程度的智能发育迟缓。

八、中风引起的精神异常

在中风发病前，常可观察到所谓“中风前状态”，如头痛加重、眩晕、眼前出现飞蚊或黑点移动、面部充血、感觉过敏、脉搏缓慢有力、血压增高、脉压差减少等。当患者出现

上述精神症状时，必须引起高度警惕，尽量预防中风的发生。

中风发病时，患者可以突然出现急性脑病症候群，神志发生障碍，且障碍程度不断加重，从嗜睡到昏迷，但临床以谵妄状态最常见。此时，患者意识模糊，出现恐怖性幻觉或错觉，喃喃呓语而内容不连贯，常有不协调性精神运动性兴奋。可因恐怖性幻觉而发生躁动或其它意外，事后可部分回忆或全部遗忘。有些患者思维不连贯，理解困难，可出现被迫害妄想，甚至发生冲动和攻击行为。症状多发生在黄昏，呈日轻夜重的特点。这种血管性精神状态持继时间很短，事后患者可全部遗忘。

中风后，患者的情绪常不稳定，容易激动，在缺乏明显原因时爆发剧烈的情感反应，但很快终止。事后患者对此懊悔不已，并表现全身不适，软弱无力。每当谈到不愉快的事或为了一些微不足道的小事，常常捶胸顿足，掩面痛哭；但当说到愉快的事，则又显得兴高彩烈，手舞足蹈，眉飞色舞。总之，患者的情绪状况是低落的，表现苦闷、心情沉重。除此而外，常感到心悸、莫名的恐惧和害怕突然死亡。极少数患者随着时日的迁移，精神日益衰退，甚至发生痴呆。

脑血管性痴呆（即中风后痴呆）又称“偏瘫后痴呆”，包括精神和神经两方面的缺损表现。精神症状以智能衰退为特征，表现为性格改变，注意力不集中，近事遗忘，对时间、地点、人物的定向力发生障碍，行为异常以及患者的理解力、判断力、分析综合能力均遭破坏，智力明显低下，思维迟钝。神经症状以弥漫性脑损害为特征，可出现原始反射（吸吮反射等）、发音困难、吞咽困难、强哭强笑、语言障

碍、失用综合征、知觉障碍、大小便失禁等症状。

一般而言，一次中风常不致于发生痴呆，但少数患者因颅内主干动脉梗阻引起大片脑梗塞后，多残留痴呆。

九、脑疝

当颅内压增高时，脑组织被挤入阻力较小的硬膜间隙或颅骨生理孔道，引起嵌顿，称为“脑疝”。脑疝的严重性并不仅限于脑组织受到挤压后所产生的血管痉挛、瘀血、水肿、出血和软化，更严重的是嵌入的脑组织还要压迫邻近的神经结构和血管、破坏脑脊液循环和脑血液循环的生理调节，使颅内压更高，造成恶性循环，最终危及生命。据报道，中风患者约有半数左右直接死于脑疝。

中风引起的脑疝，最重要、最常见的是小脑幕疝（又称颞叶钩回疝）和枕骨大孔疝（又称小脑扁桃体疝）。无论出血性中风还是缺血性中风，均可发生脑疝。一般来说，在小脑幕上的中风病灶（即病灶位于大脑者）常发生小脑幕疝，严重者可继发枕骨大孔疝；在小脑幕下的中风病灶（即病灶位于脑干、小脑者）常发生枕骨大孔疝。

1. 小脑幕疝：脑组织嵌入小脑幕裂孔时，称为小脑幕疝。它可分幕孔下疝及上疝两大类，以前者为多见。其特征性的症状是瞳孔一大一小，瞳孔散大的一侧往往是病灶侧，对侧上下肢偏瘫。前驱期，首先出现剧烈头痛，呕吐、烦躁不安。当脑疝形成时，出现进行性意识障碍，由嗜睡进入昏迷，眼球浮动、病灶侧瞳孔先缩小后散大。双侧瞳孔散大、去脑强直，最后呼吸与心跳停止。

2. 枕骨大孔疝：脑组织被挤入枕骨大孔所形成的疝叫枕骨大孔疝，因其疝入的内容是小脑扁桃体，故又称小脑扁桃体疝。它可分为急性型和慢性型两种类型。

①慢性型主要表现为枕后疼痛及颈项强直，这是由于小脑扁桃体疝压迫高位的颈神经根所致。此时，若用力咳嗽、烦躁不安、用力挣扎，进行腰穿大量放出脑脊液等。则可使病情骤然恶化，出现急性延髓受压症状。

②急性型主要表现为突然昏迷，两侧瞳孔先变小后散大，血压可高达200mmHg以上，呼吸变慢，不规则或呼吸骤停。这是因为压迫了延髓的呼吸、心血管中枢之故。

脑疝，并不是瞬间突然形成的，而是有一个形成的过程。以脑出血为例，形成小脑幕疝最快的时间需要1～2小时，慢的则需要3～4天。脑疝形成的过程可分为四个时期：（1）局灶高压发展期；（2）脑疝前期（压迫邻近脑组织并出现移位，但未疝入；（3）脑疝早期；（4）脑疝晚期。所以，临床必须在脑疝早期以前就采取中西医结合，各种有效的抢救措施，使颅内压力下降，移位的脑组织复位，有效地阻止脑疝的发生。否则，一旦脑疝形成，脑组织因受压时间过长而软化、坏死，造成不可逆的病理改变，此时即使大力抢救，也为时过晚，预后极差。

第六章　中风的治疗

中医药治疗中风病，有其独特的优势和特色，但也有一定的局限性，尤其是中风昏迷重症。因中药剂型和给药途径单一，不能适应中风急重症抢救的需要。为此，近十年来，中西医结合抢救和治疗中风病得到广泛推广应用，剂型和给药手段改革也取得了一些可喜的苗头，从而有效地提高了中风病抢救的成功率，减少了病死率和后遗症。另外，有效方药的筛选和单味药物的临床应用甚为广泛，大宗病例的临床研究报导日见增多，治疗法则的研究成果也不少。现在，国内外研究中风病的有识之士都在努力探索中风病防治的最佳科研思路，从中寻求最佳的治疗方案和方药。可以预计，全面攻克中风病防治这一医学难题，中医药学将为之作出独特的贡献。

第一节　中风治法概要

中医治疗疾病的法则，是在整体观念和辨证论治精神指导下制定的，对临床治疗、处方用药有直接指导意义。辨证施治强调治病必求其本，通过四诊所获，审证求因，抓住疾病过程中病理失调的本质，加以调理和治疗，以期“阴平阳秘”，恢复机体的动态平衡。中医治疗中风病亦遵循这一基本法则，抓住风、火、痰、瘀、虚等病机要点，制订出一系列具体的治疗方法，现综述如下。

一、开窍固脱法

本法主要适用于中风急性期的抢救阶段。凡辨证属中风入脏闭证，亟宜开窍。阳闭治用辛凉开窍法，方选《局方》至宝丹[1]或安宫牛黄丸[2]。阴闭治宜辛温开窍法，方选《局方》苏合香丸[3]。凡辨证属中风入脏脱证，病势愈危，亟宜固脱，方选《世医得效方》参附汤[4]。

1.理论意义：中风入脏的主要表现以突然昏仆，不省人事，半身不遂等症为主，有闭证和脱证之别。闭证属邪闭于内的实证，急宜开窍祛邪，脱证属阳气暴脱的虚证，急宜回阳固脱。从临床实践中体会，阳闭之证概有风火痰瘀病邪亢盛，气机郁闭于内，清窍蒙蔽所致。多发生在起病之初，由激烈的情绪变化，暴怒气恼所诱发。其神志障碍的浅深与邪正盛衰和病邪闭塞清窍的轻重密切相关，一般痰火壅盛、邪闭清窍重者，多呈深度昏迷，反之则昏迷较轻浅。若治疗得法，抢救及时，在开窍的基础上结合祛邪熄风诸法，往往在三、五天内神志逐渐较清，一般预后多好。反之，如果不能及时应用开窍祛邪等法，抢救失误，往往神昏日久，正气愈伤，遂变端丛生、险象毕露，最终因阴阳离绝，阳脱阴绝而亡。至于阴闭之证，临床较为少见，患者多属阳虚阴盛的素质，在正气不足，痰湿内蕴的基础上，遇有肝风触动，遂引动伏痰，上壅清窍而成阴闭之证。其证候较阳闭为险重。但如果抢救措施得当，温开药物施用及时，在三、五日内神志亦可逐渐苏复其预后尚好。如果阴闭日久，湿痰阴浊之邪不能骤去，消耗阳气便可转为脱证，这是病情进一步恶化的凶候。

脱证乃五脏元气衰微欲绝的险证。常由闭证转化而来，少部分病人则径直出现脱证。一般闭证阶段属邪盛正实的

相持时期，若治不得法或病势险重，正不胜邪，便可由闭转脱。可见果断及时的开窍祛邪对逆转病势是何等的重要。在闭、脱证转化过程中，临床常可看到闭脱互见的证候。此时，若能及早予以回阳固脱，截断病势的进一步恶化，便可向闭证方面顺转。反之，如治不如法，则多向阳脱正竭的方向逆转。

2.临床应用：临床如何正确应用开窍固脱的急救法则，这是抢救工作能否成功的关键一步，也是衡量临床医师处理中风急症能力的一个方面。在具体应用时应注意以下两个方面的问题。首先要辨证精确，病机分析得当，这是正确选用急救药物的前提；其次要掌握时机，并且要中病即止。在选择急救药物上，除了用鼻饲灌服传统中药急救“三宝”外，目前，国内许多单位都在积极研制中风急症新剂型，如阳闭选用清开灵注射液[5] 20～40毫升，兑入5%或10%葡萄糖250～500毫升静滴；脱证选用参附青注射液[6]或生脉散注射液[7]等静滴，大大地提高了中风急症抢救的成功率。

二、平肝熄风法

本法主要适用于中风先兆期或中风急性期，肝阳暴涨，阳亢化风，内风暗动所致诸症。代表方剂如羚羊角汤[8]或镇肝熄风汤[9]等。

1.理论意义：肝为刚脏，体阴而用阳，在病理变化中，肝气、肝阳常见亢盛有余，肝阴、肝血多见不足，这是其一般的规律。在中风病的发生、发展过程中，肝阳上亢，肝风内动是不同阶段的两个病机环节，前后互为因果。肝阳上亢乃眩晕（高血压）主要的病机特征，多由肝阴不足，阴不制阳，而致肝之阳气升浮亢盛所致；若肝阳升腾无制，则阳化为风，内风暗动，可见手足震颤，抽搐，甚至卒然昏仆，不

省人事，发为卒中。因此，治疗上首先宜平抑肝亢，制熄肝风，俾内风平熄，神明不受邪风所扰，则中风危证可入坦途。

2.临床应用：本法在临床应用过程中除了选用上述代表方剂外，其它如羚角钩藤汤[10]或天麻钩藤饮[11]等均可化裁应用。在药物使用上宜重用虫类搜风剔络之品，如全蝎、蜈蚣、地龙、白僵蚕、玳瑁等，该类药物势峻力宏，收效多捷。一般全蝎、蜈蚣多相伍为用，研末送服，常用量全蝎5～10克，蜈蚣4～6条。用量宜稍大。有人提出，全蝎、蜈蚣不但可治中风实证、抑或老人虚风内动者用之亦无碍也。临床实践告诉我们，若单纯使用清肝熄风的草本类、矿物类药物，往往收效不甚理想，若能恰当地配伍动物类药（包括虫类药）即可大大地提高临床疗效。此外，虫类药物不但具有理想的搜风功效，而且其通络蠲痹的功用也不容忽视。因此，中风早期使用虫类药物不但可有效地平熄内风，而且对半身不遂等肢体功能的恢复也将产生积极的作用。

三、活血祛瘀法

本法主要适用于中风实证，瘀内内阻，脉络闭塞，舌淡边有瘀点（斑），脉弦涩等症。代表方剂如桃红四物汤[12]或通窍活血汤[13]、大黄䗪虫丸[14]、补阳还五汤[15]等。

1.理论意义：活血化瘀法之产生历史悠久，至少有近二千余年的历史，根据近年出土的文物资料报道，马王堆三号墓出土的帛书《五十二病方》就记载了用化瘀方法治疗“蛊病”，并有胸痛、心痛等血瘀证的记载。武威出土的《治百病方》的第五方即为“瘀方”，而且还记载了具有活血化瘀作用的中药如当归、丹皮、大黄、牛膝、川芎、蜜虫。由此可见，活血化瘀法远在《内经》成书以前已有记载。

缺血性中风属“瘀血证”的范围，运用活血化瘀治则治疗本病，早已为许多医家所推崇，其治疗效果是充分肯定的。近年来通过对中医“血瘀”本质和“活血化瘀”治则的研究表明，血瘀证与血液流速的下降，粘滞性的增高，血细胞间聚集性的增高，分散性的下降，血液凝固性增加及浓稠性的变化有关。而缺血性中风在这方面的变化尤为突出。当应用活血化瘀方药对缺血性中风患者治疗后，其血液流变学指标中不少项目明显改善，临床症状亦随之好转，表明了中医血瘀理论与活血化瘀治则的科学性。在中风恢复期及后遗症期，患者多表现为半身不遂，麻木不仁，舌淡黯，脉细涩等气虚血瘀之症。治疗时如采用益气活血，化瘀通络之法，多能获得明显的疗效，其机理与上述相同。另外，近年来运用活血化瘀理论为指导，发现部分高血压患者，当血液流变学多数指标明显地增高，不久患者便可能发生缺血性脑卒中或心肌梗塞。此时应立即用活血化瘀治则进行治疗以达到预防的目的。这些结果说明运用中医活血化瘀治则适用于中风患者的整个疾病过程。

2.临床应用：中国医学科学院首都医院神经内科用活血方[16]（红花、赤芍、葛根各15克，桃仁9克。鸡血藤30克）加减治疗急性闭塞性脑血管病95例，治疗三个月的有效率达93.6%，其中基本痊愈和显著进步为64.2%，脑电图和脑血流图在治疗后获得改善，分别占84%与60.6%。上海医科大学附属华山医院中医科对缺血性中风采用两组比较，西药组51例，用蒜酸、星状神经节封闭、碳酸氢钠和低分子右旋糖酐静脉滴注，有效率为60.78%；丹参组43例，以丹参注射液16克，加入10%葡萄糖500毫升静脉滴注，14天为一疗程，未用其它扩血管药物，有效率为83.72%，两组比较 $P<$

0.05。北京医科大学附属第一医院用川芎Ⅰ号碱加5%葡萄糖500毫升，静脉滴注，治疗缺血性中风，与罂粟碱组相比，川芎组疗效出现快，病死率低，急性期总有效率达88.7%。首都医院中医科报道认为脑血管意外后遗症多属气虚血瘀型，以补阳还五汤加减疗效较好，其中除桃仁、红花、赤芍、川芎、当归、地龙等活血化瘀通络药以外，还重用黄芪。中风预报领域，上海第一医学院对355例预报对象，年龄在40岁以上的高血压Ⅱ期以上，特别是合并有短暂性缺血发作者，采用丹参或复方丹参液静脉滴注进行预防性治疗，疗效达89.7%。初步显示了血瘀本质及活血化瘀原理对缺血性中风预报预防的积极作用，也为活血化瘀方法提供了新的应用领域。

四、通腑化痰法

本法主要适用于中风邪中经络，痰热中阻，腑气阻滞，风痰上扰之证。以肢体偏瘫，大便秘结，舌苔黄腻，脉弦滑，偏瘫侧脉弦滑而大为特征。代表方如化痰通腑饮[17]或三化汤[18]、九制大黄丸[19]等。

1.理论意义：临床观察发现，中风急性期患者中具备了中风五大主症外（神志不清、半身不遂、口眼㖞斜、言语謇涩、偏身麻木），便秘腹胀，舌苔黄腻，脉弦滑亦相当常见。患者发病后即有便干便秘，常常3～5天，甚至10天不大便。初期脘堵腹满，矢气恶臭，继而腹胀坚实，腹部可触及燥屎包块。此乃中焦蕴蓄痰热，销灼津液使然。因腑气不通，浊邪不降，上扰心神，进而发生意识障碍，致病情加重。舌苔初始可见薄黄，舌质多暗红，此为热邪内盛之象；若舌苔转为黄厚腻，是中焦蓄积痰热所致，脉弦滑是内有痰热，若偏瘫侧弦滑而大者，则是痰热实邪猖獗之征，脉大为病进。总

之，急性期中焦为痰热实邪阻滞，失于升清降浊，影响气血运行布达，这对半身不遂和神志障碍的恢复很不利。因此，治疗上当务之急宜通腑化痰，随着大便通下后，可使腑气通畅，气血得以敷布，以通痹达络，促进半身不遂等症的好转；并且能使阻滞于胃肠的痰热积滞得以清除，浊邪不再上扰心神，克服气血逆乱以防内闭；还可急下存阴，以防阴竭于内，阳脱于外，发生抽搐、戴阳等变证。

2.临床应用：我们认为，正确适时地应用通腑化痰法是抢救中风急症的重要环节。在具体应用过程中，应掌握通腑泻下的时机。我们认为此法在中风急性期应早期应用，宋雨绸缪，其适应症也应扩大，不仅腑实可用，即或腑气不通不顺不降均可适当使用本法。从《伤寒论》传统主张认为，用通下剂以知为度，不必尽剂。但在临床上见到部分病人一次通下后，在几天之内又可形成腑实。因此，大便得以通下，能否作为腑气通畅的唯一佐证，是值得商榷的。通过临床观察，运用通腑化痰治法方药后，其舌苔变化有三种常见的情况：一是黄苔或黄腻苔逐渐脱落，代之以薄白苔而舌质转暗淡，此为顺；二是黄腻苔持续不退，此时应考虑到少阳枢机不利，气郁生热的因素存在，改投大柴胡汤，往往可使腑气通畅；三是黄苔或黄腻苔迅速剥落而舌质转红绛，此为逆，多有复中之危险。

在选方用药上，一般以《伤寒论》诸承气汤为基础方加减，配伍一定数量的化痰浊，逐瘀血的药物，如全瓜蒌、胆南星、天竺黄、石菖蒲、鸡血藤、桃仁、蜜虫等。大黄、芒硝的剂量应视病情和体质而定。一般生大黄用量以10～20克左右、芒硝用量以6～10克为宜，总以通下大便，荡涤痰热积滞为度。腑气通后可在化痰通络药物中加入清心滚痰

丸[20]或清胃黄连丸[21]或局方牛黄清心丸[22]以资巩固。

五、滋阴潜阳法

本法适用于中风先兆期或急性期，辨证属肝肾阴亏，肝阳上亢，下虚上实的证候。代表方剂如杞菊地黄丸[23]或天麻钩藤饮[11]等。

1. 理论意义，中风病的总病机为本虚标实、上盛下虚之证。肝阳上亢多因肝阴不足，阴不制阳而致肝之阳气升浮亢逆；若遇精神刺激，情志失调，便可加重阳亢之势。由于肝肾之阴互根，称为“乙癸同源”，故肾阴不足，水不涵木，常常是导致肝阳上亢的根本原因，临床常见部分高血压病患者，在中风先兆期，既可见眩晕、耳鸣、面赤升火，目赤目糊，情绪易于激动，脉弦而带数等阳亢于上的“上盛”表现，同时兼有腰膝酸软，两足软弱无力等肝肾阴亏于下的“下虚”表现。此类患者若及时应用滋阴潜阳法治疗，多能有效地止肝阳化火、化风的防病机传变，从面起到截断病势、控制病情发展的治疗目的。

2. 临床应用，应用滋阴潜阳法治疗本病，除了应该明辨证候、掌握时机外，在药物选择上有以下两方面的问题。一是正确应用附子、肉桂等引火归元的药物，其适应证应是阴虚阳亢，阴不敛阳而导致虚阳浮越者，证见面赤头晕，耳鸣神倦，腰膝酸软，小便频多，脉弦细尺弱等。二是重用介类药物潜阳，如生石决明、珍珠母、生龙牡、磁石、代赭石等，收效多显。可能是因为介类药物（包括某些矿物类药）咸寒质重，归入下焦肝肾，能使浮越之虚阳收敛，重新达到暂时的阴阳动态平衡。另外，还可适当选用牛膝之类引经药物，既使药力直达病所，又能引浮越之阳气下降，可以明显地增加治疗效果。

第二节　中西医结合防治中风病的临床和实验研究

近十年来，国内许多单位开展了中西医结合综合治疗中风病的工作，特别是在缺血性中风领域，对活血化瘀药物作了大量实验研究，初步取得了一些阶段性成果，并给以后的研究提供了较佳的思路与方法。在中风预报、预防领域，运用传统四诊检查方法，结合现代医学血液流变学理论，并引入近代微电脑技术，预报缺血性中风，取得了令人欣喜的成绩。现就辨证论治、剂型改进、活血化瘀、预报预防四个主要方面分述于后。

一、辨证论治方面的研究

鉴于中风病的发病率及病死率较高，以及中医药治疗本病存在的一些不足之处，广大医护人员积极开展了本病的中西医结合防治工作，博采众长，扬长避短，从而提高了临床疗效。依据症状、舌象、脉象的观察资料，按照中医理论进行辨证分析，据证立法，依法组方，并结合现代医学的各种检查手段，明确西医的诊断，证病结合，中西药物综合应用，以提高治疗效果。这是一种较可取的研究思路和方法，既不失中医的传统特色和治疗优势，又汲取现代医学的所长，有利于探讨各类证型与病的关系，并建立一个针对性较强的系统化治疗方案。

例如，邵生宽氏观察中风病440例，中医辨证分为肝阳暴涨，肝风内动；痰湿壅盛，经络阻滞；气虚血瘀，脉络闭阻；脉络空虚，风邪直中四证。西医诊断分别属脑血栓形成147例，脑出血225例，脑栓塞21例，蛛网膜下腔出血17例。

分别经中西医综合治疗方案治疗后，结果基本痊愈112例，显效108例，好转124例，无效32例，死亡64例，总有效率78.2%。从治疗结果分析，较单纯中药治疗组和西药治疗组，总有效率上升，死亡率下降。再如，张子明氏治疗视察脑血栓形成240例病人，按中医辨证论治投以汤剂，加用对症西药，结果基本痊愈98例，显效80例，好转56例，总有效率达98.5%。哈尔滨一家医院，在脑出血1026例临床分析一文中，总结了在中西医综合疗法基础上加用醒脑静（即安宫牛黄丸改制的安宫牛黄注射液）治疗33例的疗效。结果治愈好转22例，占66.6%，死亡11例，占33.34%。比不用安宫牛黄注射液的对照组治愈好转率高25.35%。虽然例数较少，并不能说明问题，但作者认为选择中风闭证的病例加用醒脑静，能起清热、安神、解毒、开窍的作用，可使昏迷转醒，使谵妄、躁动变为安静，高热消退亦较快。同对照组比较，能提高治愈率，降低死亡率。该文将脑出血按中医辨证，分为中经络与中脏腑。中经络三型：(1) 中气不足型，选用补阳还五汤为基本方。(2) 阴虚阳亢型，用天麻钩藤饮为基本方。(3) 痰火闭阻型，选用涤痰汤为基本方。中脏腑分闭证与脱证：闭证用羚角钩藤汤加减，合用醒脑静静脉滴注。脱证用生脉散或参附汤加减。

二、剂型和给药途径的研究

通过剂型改进，研制出有效、安全的复方注射液或单味药物提取液，应用于治疗与抢救，这往往是提高疗效的一个重要步骤。中风病目前临床所用中药剂型仍以水煎剂为主，对于急性期，多有缓不济急之虞。因此，为适应中风急症的需要，应进一步改进剂型和给药途径，保证用药及时、方便、安全、有效。近年来在这方面作了很多探索，并取得了

一定的进展。

冲剂、口服剂等制剂应用方便，且可适用不同证型的治疗需要，符合辨证论治精神。如全国中风急症协作组根据不同证型，分别制成四种冲剂，一种膏滋，临床试用效果满意，即将进行广泛的临床验证。但口服制剂对昏迷或吞咽发呛的病人则不便使用，并且药效相对较慢。静脉注射液则吸收快、起效快，最适用于急症。例如，陈可冀氏用川芎、红花、赤芍、丹参、降香制成活血Ⅱ号注射液治疗急性闭塞性脑血管病147例，总有效率79.6%。于忠甫氏将赤芍、丹参、当归、川芎提取的有效成分制成复方川芎注射液治疗脑血栓和脑栓塞400例，总有效率94.5%。崔来荣氏用川芎、丹参、黄芪、当归、红花、山楂制成复方川芎丹参注射液治疗急性缺血性脑血管病21例，也取得较好的疗效。王永炎氏运用复方活血注射液（丹参、赤芍、郁金组成）加辨证论治口服汤药治疗急性缺血性中风100例，同单一口服汤药组对比有显著性差异。张学文等将黄芪、丹参、川芎、赤芍等研制成通脉舒络液静脉滴注，治疗本病214例，同时配合内服益气活血、化瘀通络汤剂，结果痊愈115例，占53.7%，总有效率为99.1%。单味制剂方面，如王荪等用灯盏花注射液治疗中风后瘫痪469例，有效率为89.3%。涂俊杰应用当归注射液治疗急性缺血性中风50例，有效率94%。谭希修以丹参注射液治疗急性脑血栓形成24例，总有效率 91.67%。万帮华应用川芎嗪注射液治疗急性缺血性中风102例，有效率88.23%，与低分子右旋糖酐为主对照组50例比较（有效率56%），有显著性差异（$P<0.01$）。路顺义应用红花提取液静滴治疗高血压脑溢血恢复期25例，有效率达92%。

第三节　治疗中风病的常用药物

根据文献资料统计，历代治疗中风病使用的药物（包括兼证用药）至少在300种以上，其中常用的品种达100余种，所用方剂不下400首。历代医家积累了丰富的辨证用药经验，值得我们深入探讨和借鉴。

一、历代治疗中风病用药规律探讨

1.从有关方剂用药角度来分析：历代医家治疗中风病创制了不少的专门方剂，有些方剂虽然不是专用之方，却也是治疗中不可缺少的。有人对《中风专辑》（上海中医文献研究馆编）所载409首方剂作了统计分析，总共用药（除去重复药物）333味。其中使用率最高的为甘草，达195次，其次是人参、当归、防风、川芎、白芍、地黄、羌活、麻黄、独活等，这些药物大多味甘，少有苦寒之品。从其功效主治方面来分析，一是扶正（补益气血），一是祛邪（祛风除痰）。这种治疗法则和用药规律的产生，主要是依据唐宋以前“内虚邪中”的病因发病观。如《内经》认为“营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯”。《金匮要略》说“络脉空虚，贼邪不泄……正气引邪，喎僻不遂。”这些学说的流行，无疑对后世医家的治疗用药产生深远的影响。正是基于气血亏虚乃发病之本这一学术观点，故遣方用药以补益气血的四君、四物为重点。此外，古方侯氏黑散，续命汤之类方中，均以疏散外风的防风、麻黄、羌活及独活等药为主，在统计中仅次于补益之品。尤其是防风一味，可能因其为甘缓不峻，治风通用之品，兼之能“发散脾家之郁火，搜除脾家之湿邪……解除血管痉挛疼痛”等，故使用概率较麻黄、羌独活

等要高。

除了补益气血和祛风散邪两大类药之外，使用较多的还有附子、肉桂。这两味药的使用可能与中风病急性期多有昏迷嗜睡、手足厥冷、二便失禁等一派阳气虚脱之症有关。因附子、肉桂可以助阳化气、回阳救脱，并能引上越之虚阳下归于肾。肉桂又能鼓舞气血运行，使参芪等补气之功更为捷效。当然，若病属肝阳上亢、气火俱逆的实热阶段，则当禁用。

2.从各家医案用药角度来分析：有人从民国初年以前的病案用药统计中发现，其用药品种和使用规律大致与方剂用药统计结果相近，唯有几点不同之处：一是半夏、茯苓、陈皮、竹沥、生姜（汁），橘红、瓜蒌、南星等化痰利湿药使用比较多；一是当归、白芍、生地、天麻、钩藤等养血熄风类药较为常用；另一点是防风、麻黄、羌独活等疏散外风药大大减少。出现这几个特点的原因可能与这些医案大都是金元以后，尤以明清为多的缘故。自从朱丹溪倡导“中风大率主血虚有痰，治痰为先，次养血行血”以来，顺气祛痰，养血熄风药物的使用日渐增多。明代医家提出“中风非风”和中风有“真中”、“类中”的区别以后，疏散风邪的药物即日见少用。尤其是清代叶天士、张山雷、张锡纯等认为中风多系“肝风内动”而发病，于是平肝熄风药物的应用逐渐广泛，天麻、钩藤、白芍、生地等药较为常用。这段时期“治风先治血”，“血行风自灭”，“非柔润不能调和”等理论，对临床治疗用药也起着一定的影响。另外，医家们从实践中体会到，祛痰药如半夏、南星等，虽能祛痰，但性皆燥烈、易伤阴液。所以，祛痰药与滋阴熄风药协同使用，既能养阴，又不碍湿，还能祛痰而防化燥耗阴。

再从解放以来医案用药和辨证论治的大宗病例报道来分析。当归、白芍、钩藤、生地、天麻、菊花等用之普遍，石决明、牡蛎等重镇潜阳类药也相应增多。可以认为：养血滋阴、平肝潜阳、重镇熄风是这个时期的用药特点。这种用药规律的形成与叶天士等医家“肝风内动”学说和用药经验的深入影响有直接关系。另外，牛膝、地龙，川芎、红花、赤芍、桃仁等使用的也相应增多，显然与王清任等医家对活血化瘀的理论及临床实践的影响有一定关系。从近阶段辨证施治大宗病例报告的用药规律来看，丹参、赤芍、地龙、牛膝以及川芎、桃仁、红花、鸡血藤等活血化瘀类药物使用较多，构成近几年用药的一个特色。尤其是不少医家认为中风病实际上是“脑部供血障碍”，并通过病理、生理、药理、药化等多方面的研究，初步证实了活血化瘀药的疗效和作用原理，所以这一治法的使用日益广泛。临床单独使用活血化瘀药物治疗的病例也不少，如用丹参、川芎、红花、毛冬青、水蛭等药。另外，菖蒲、瓜蒌、胆星、半夏以及陈皮、茯苓等使用的也比较普遍，除了前面所说的祛痰药物使用的原因之外，还与“痰瘀相关”的认识有关，临床上患者昏朦时多有痰浊内困的表现，使用祛痰药多能明显提高疗效。近年来，较多使用的还有大黄、芒硝等泻下药，用之得当，对缩短病情，提高疗效有显著的意义。这与病机认识上的突破密切相关。

值得一提的是关于黄芪的使用问题，统计结果表明，黄芪的使用频率在第十位左右，是治疗中风病常用的重要药物。从文献和近期报道中分析，该药更多地用在中风急性期病情稳定以后，尤其是恢复期颇为常用。主要适用于气虚血瘀证型，如著名的补阳还五汤即其代表性方剂。现代基础研

究证实，黄芪能扩张血管，改善血行，其疗效是肯定的。但对应用剂量、使用时机等，还有认识和经验上的差异。

综上所述，从历代医家中风病用药情况来看，大体规律是方剂用药以扶正祛邪，补益气血，祛风除痰为主；民国以前医家用药基本遵循方剂用药规律，惟增强了祛痰通络之品；解放后以养血益阴、平肝熄风、重镇潜阳为主；近年则以活血祛瘀、通腑泄浊为重点。各个不同时期的用药风格既有共性，又各有侧重。这些都是在不断总结前人理论和实践经验的基础上发展而来的，今后随着实践和认识水平的不断提高，治疗中风病的用药一定会更加丰富多采。

二、治疗中风病常用药物简介（110味药物）

类别	药名	性味	功效	主治
疏散外风	麻黄	辛苦温	疏风散邪	络脉空虚 外风入中
	桂枝	辛甘温		
	防风	辛甘微温		
	细辛	辛温		
	羌活	辛苦温		
	独活	辛苦微温		
	秦艽	辛苦平		
	葛根	辛甘平		
通腑泻下药	生大黄	苦寒	通腑泄浊	中风急性期 热结中腑 腑气不通
	玄明粉	咸苦寒		
	番泻叶	苦大寒		
润肠通便药	火麻仁	甘平	润肠通便	中风恢复期 津亏液枯 大便干结
	郁李仁	辛苦甘平		
	蜂蜜	甘平		

续 表

类别	药名	性味	功效	主治
苦寒泻火药	石膏	辛甘大寒	清泄实火	中风实热证 五志化火 气火俱逆 头晕目赤 口苦烦躁 脉弦劲数 舌红苔黄
	知母	苦寒		
	栀子	苦寒		
	夏枯草	辛苦寒		
	黄连	苦寒		
	黄芩	苦寒		
	龙胆草	苦寒		
	黄柏	苦寒		
	生地	甘寒		
	地骨皮	甘淡寒		
	胃茗	苦寒		
温脱固阳药	附子	大辛大热	回阳救逆	中风入脏脱证 四肢厥冷 脉微欲绝 手撒便遗
	肉桂	辛甘大热		
	干姜	辛温		
重镇潜阳药	磁石	辛寒	重镇潜阳降逆	中风先兆期 或急性期 肝阳亢盛 有动风之势
	代赭石	苦寒		
	龙骨	甘涩平		
	牡蛎	咸涩微寒		
	珍珠母	咸甘寒		
	石决明	咸微寒		
平肝熄风药	羚羊角	咸寒	平肝熄风	中风急性期 肝风内动 晕眩欲仆 手足震颤 脉弦数 舌体歪斜震颤
	山羊角	咸寒		
	天麻	甘微温		
	钩藤	甘微寒		
	白蒺藜	辛苦微温		
	稽豆衣	甘平		
	苦丁茶	甘苦凉		
	罗布麻	苦甘微寒		

续 表

类别	药名	性味	功效	主治
虫类搜风药	地龙	咸寒	搜风剔络	中风急性期 风邪痉张 病势亢进或 中风后遗症 风痰入络 半身不遂 痹木不仁
	僵蚕	咸辛平		
	蝉衣	甘寒		
	蜂房	甘平		
	全蝎	辛平		
	蜈蚣	辛温		
	穿山甲	咸微寒		
	䗪虫	甘寒		
理气药	沉香	辛苦温	理气降逆	中风急性期 气机升降失司 胸闷气短 腹满便秘
	降香	辛温		
	檀香	辛温		
	荜白	辛苦温		
	木香	辛苦温		
	枳实	苦微寒		
	陈皮	辛苦温		
	青皮	辛苦温		
	旋复花	辛苦微温		
活血化	川芎	辛温	活血法	中风实证 气滞血瘀 脉络瘀阻 舌有瘀点(斑) 脉弦涩
	丹参	苦微寒		
	赤芍	苦微寒		
	桃仁	苦甘平		
	红花	辛温		
	鸡血藤	苦微甘温		
	牛膝	苦酸平		
	三棱	苦平		
	莪术	苦辛温		
	茜草	苦寒		
	乳香	辛苦温		
	没药	苦平		
	山楂	酸甘微温		

续 表

类别	药名	性味	功效	主治
癖药	毛冬青	苦涩平	癖	
	参三七	甘温		
	水蛭	咸苦平		
	地鳖虫	咸寒		
	苏木	甘咸平		
	五灵脂	咸温		
祛痰药	半夏	辛温	燥湿祛痰或祛风涤痰	中风灾证 痰浊内蕴 浊瘀互结 舌苔白腻 脉弦滑
	南星	辛苦温		
	牙皂	辛温		
	贝母	苦甘寒		
	瓜蒌	甘寒		
	竹茹	甘微寒		
	竹沥	甘寒		
	生姜(汁)	辛微温		
	天竺黄	甘寒		
	猴枣	苦咸寒		
	昆布	咸寒		
	海藻	苦咸寒		
	马钱子	苦寒		
补益类	人参	甘平	补益气血滋	中风虚证 气血亏损 肝肾不足 眩晕耳鸣 腰膝酸软 舌淡苔薄 脉弦细尺弱
	黄芪	甘微温		
	白术	甘苦温		
	甘草	甘平		
	熟地	甘微温		
	首乌	甘涩温		
	当归	甘辛温		
	白芍	苦酸微寒		
	桑椹子	甘寒		
	麦冬	甘微苦寒		
	石斛	甘微寒		

续 表

类 别	药 名	性 味	功 效	主 治
药	天 冬	甘苦大寒	养	
	枸杞子	甘 平	肝	
	女贞子	甘苦平		
	旱莲草	甘酸寒	肾	
	龟 板	咸甘平		
	鳖 甲	咸 平		
	生牡蛎	咸涩微温		
	小胡麻	甘 微 寒		

〔附〕中风病疗效评定标准

（此标准由中华全国中医学会与卫生部中医急症中风病科研协作组制订，于1986年6月在泰安市通过专家鉴定）

本标准采用计分法，着眼于神志、语言、运动功能的恢复程度。

1.计分方法：

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

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

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

④上肢指关节：正常4分；手指分别动作有效而肌力差3

分；握拳伸指2分；屈指、握不成拳、不会伸1分；不会动0分。

⑤下肢髋关节：正常4分；抬高45°以上3分；不足45°2分；摆动能平移1分；不会动0分。

⑥下肢趾关节：正常4分；伸屈自如，力弱3分；伸屈不全2分；略动1分；不会动0分。

⑦综合功能：生活能自理，自由交谈4分；独立生活简单劳动而有部分功能不全3分；可行走，部分自理，尚需人辅助2分；可站立迈步，需人随时照料1分；卧床0分。

2. 疗效评定

满分28分，起点分最高不超过18分，其疗效评定：

①恶化：病情加重，积分减少或死亡者。

②无效：积分增加不足4分者。

③有效：积分增加超过4分以上者。

④显效：积分增加超过10分者。

⑤基本痊愈：积分达24分以上者。

下　篇

第一章　中风急性期的辨证治疗

关于中风的病证分期，临床上大体分为急性期、恢复期、后遗症期三个阶段。一般起病后一个月以内属急性期，一个月以上至半年左右为恢复期，半年以上者为后遗症期。中风重危病人，常可在24小时内死亡。如经过积极的抢救治疗，病情逐步稳定，病势趋向好转，神志由昏蒙不清转向清醒，半身不遂诸症未见加重或渐有恢复者，则已进入恢复期阶段。因此，急性期的抢救工作殊为重要，将直接关系到病人预后好坏，是我们防治中风病的工作重点。

第一节　诊查要领及抢救原则

中风之发病，犹如矢石之中人，骤然而至。既有暴怒激动等精神刺激之后内风旋动，于瞬间即昏仆不语、半身不遂等骤急起病者；也有卒然眩晕昏昏、伴见肢体麻木，于数小时后逐渐出现半身不遂等症者，还有卒发半身不遂、偏身麻木等症，历时短暂，一日数发者。病机错杂多变，治疗殊感棘手。所以，在处理中风急症过程中，首要问题是详细诊查病情，把握复杂病机。制订抢救原则，为抢救工作的顺利进行打下坚实的基础。

一、主症辨析

本病的主要症状包括半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、言语謇涩和神志障碍五大症状。脉多弦滑，舌象以暗紫而有瘀点、瘀斑为常见。本病如以突然神志昏憒，半身不遂为首发症状，多标志着病情危笃，预后堪虞，（大部分病人属出血性中风重症）。若轻症病人常以眩晕、偏身麻木为早期症状，以口眼歪斜、半身不遂等为首发症状，病情较轻，预后多佳，（绝大多数病人属缺血性中风）。兹将中风主要脉证辨析如下。

1.半身不遂：本症是指一侧上、下肢体的运动碍障。轻者可表现为肌力减弱，但尚可以活动（我们可以通过握力计或对比左右两侧肌力的检查测知），重证则表现为一侧肢体完全丧失自主运动，即使给予各种重刺激（如针刺等），患侧肢体仍然不能活动，即为完全性偏瘫。还有表现为一侧肢体远端比近端瘫痪重者，此类患者上、下肢尚可屈曲伸展，惟有手指、脚趾功能障碍，活动困难，手足腕踝部肌力减弱。此外，半身不遂从表现形式上又有二种情况：一种是病侧肢体强痉有力不能伸展者，另一种是病侧肢体绵软痿弱无力不能收持者，临床所见以前者为多。

本症的发生，总因血脉闭阻，经气不通，血不能濡，气不能行而成，其病机变化有一个日渐累积的过程。造成经络气血闭塞不通的病因，可由外风乘虚侵入，或内风窜扰络脉，或由风痰、瘀血阻滞脉络而导致肢体废而不用。急性期症状属实，多表现为肢体强痉不用。'强痉'者，邪实使然也，多因风痰过盛所致。甚者可表现为患肢拘急挛缩。恢复期以后，多有气虚兼症，其病机以气虚血瘀为主。患侧肢体虽有屈伸不利，但自感瘫软力弱，此乃本虚标实之见症。临

床可见患者病程越长则气虚症状愈加突出，不少病人可见偏瘫肢体自汗频出。同时偏瘫侧脉象由盛转虚，多见细弱缓滑。至于病侧肢体绵软无力不能收持者，多见于重症病人早期，是因风痰实邪猖獗，闭塞清窍，窜扰经络，气血闭阻所致，且常可兼见昏迷不醒等中脏表现。

2. 偏身麻木：本症是指一侧上、下肢的感觉障碍。按中医文献记载，麻木即是不知痛痒的症状。麻指非痛非痒，肌肉内如虫行蚁走，按之不止，搔之愈甚；木指不知痛痒，按之不知，掐之不觉，如木厚之感。临床所见常两者并称。检查麻木的方法可用手掐或可针轻刺，注意肢体左右两侧的对比。肢体上下的对比和头面部内外的对比，以确定麻木的部位和范围大小。临床常见自觉一侧手足麻木的中老年患者，常常是中风的先兆症状，应引起临床医生的高度重视。

总观麻木的形成，中医学认为：营气虚则不仁，卫气虚则不用，营卫俱虚则不仁且不用。这里所说的营气虚乃指血不足，卫气虚为正气虚，由于气血不足，失去了对筋肉肌表的温煦濡养职能，就会导致麻木的发生。后世医家如李东垣、朱丹溪等则主张气虚不行、湿痰阻络乃是麻木之主要原因。也有认为麻木的产生是由经络凝滞，气血循行涩滞所致。概而言之，总不外乎两个方面：一是气血俱虚，经脉失养；另一是外风、寒湿、痰浊、血瘀留于脉络，气血运行涩滞，经脉失且濡养所致。联系本病在急性期症状偏实，恢复期以后其症可见虚实互参。实以顽痰瘀血为多，虚以气虚血衰常见。还有一侧舌体麻木，多因心脾肝肾四经与舌本脉络有关，故脾肾虚时，湿痰风火乘虚侵入可使舌体麻木，日久可致血瘀。因痰瘀互阻而舌体麻木更属多见。

3. 口眼歪斜：本症是颜面肌肉的瘫痪，如与半身不遂、

偏身麻木兼见，合称为中风偏枯。口眼歪斜的症状表现有两种不同的形式，一种是仅有口歪，面肌瘫痪的一侧鼻唇沟变浅，口角歪向另一侧，重者可见口角流涎，咀嚼时食物滞留在患侧齿颊之间。此症可见于中风各种证候和不同的病期。另一种是既有面歪又见眼歪，眼歪是因眼眶周围的面肌瘫痪而致，表现为眼不能闭合，患侧额纹也变浅，这种口眼歪斜多见于风中经络的轻症。

口眼歪斜可由于正气不足，络脉空虚，卫外不固，风邪乘虚入中脉络，气血闭阻而发生。正如《金匮要略》书中所说："络脉空虚，贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，㖞僻不遂"。本症除了络脉空虚，风邪入中而外，还可见于肝经郁热，感受外风，更多的则见于风痰、瘀血阻滞脉络。

4. 言语謇涩：本症是语言障碍的一种症状，相当于构音不清或运动性失语。轻者可表现为说话不利索，患者虽能勉强表达自己要说的意思，但口齿极不清楚。重者则完全丧失言语功能，古称"风瘖"。

言语謇涩由舌体转动不灵而引起。舌与心脾肝肾经络相联系，心脉系于舌根，脾脉连舌本散舌下，肝脉循喉咙之后上入颃颡（即咽喉部位），肾脉循喉咙挟舌本。如风痰、瘀血阻滞脉络，气血运行为之不利，即可发生本症。文献资料认为：痰涎壅盛，血瘀内阻的主病在脾，在脾者多新病，虚中挟实证，其表现为舌强不能言，多见于中风急性期。另有精气内夺，阴液不能上奉者，主病在肾，在肾者多久病、虚证，其表现为舌瘖不能言，可见于中风恢复期或后遗症期，但为数不多。

5. 神志不清：本症是意识障碍的一种表现，可表现为神

志昏蒙、昏不知人、昏迷不醒和昏谵、昏愦等轻重不同的症状。其病因总属清窍失灵，神明失用。但其中有邪蔽清窍与神明不守的区别，如属风阳、邪热、痰浊、瘀血阻蔽清窍，使气血逆乱，神明被蒙导致神昏者，属中风闭证，其中兼见热象者为阳闭，兼见寒象者为阴闭。如属气血亏耗，阴阳互不维系，清窍失养，神无所倚而昏愦不醒者，属于中风脱证。也有部分患者既有痰浊壅盛内闭清窍，又兼气血耗散，神不守舍，属于虚实夹杂的内闭外脱之候。

二、证候分类

中风之发生，总不离乎在本为阴阳偏胜、气血逆乱；在标为风火相煽、痰浊壅塞、瘀血内阻，形成本虚标实、上盛下虚的证候特点。然而临床所见，因体质禀赋有异，病情有轻重，病位有浅深，病势有顺逆，证候就有寒热虚实，中经络与中脏腑之别。为了使临床辨证易于抓住要点，探索一种较好的证候分类方法显得颇为重要。

关于中风病的证候分类方法，历代各不相同。如隋·巢元方《诸病源候论》中，将中风按五脏归属分成心中风、肝中风、脾中风、肺中风、肾中风等，又根据主症的不同列出了风口噤候、风舌强不语候、风失音不语候、风瘫候、风口喎候等十六种证候。这种证候分类详而无要，似嫌繁复。唐代孙思邈《千金方》将中风分为偏枯、风痱、风懿、风痹四类，这种分类方法虽有一定的临床参考价值，但不能完全反映中风病的证候特点和病情的发生发展过程。明初医家王履将中风分为真中、类中；清代程钟龄将中风不语按心、脾、肾三经分类，虽有可取之处但不实用。现在临床采用的证候分类方法是以汉代张仲景《金匮要略》提出的证型为主要依据，吸取历代各家所长，将中风分为中经络、中脏腑和后遗

症三大类。临床观察表明，中络是以肌肤麻木、口眼歪斜为主症，其麻木多为偏身或一侧手足，此证病情最轻，邪中亦浅。中经是以半身不遂、口眼歪斜、偏身麻木、言语謇涩为主症，一般无昏仆等神志障碍，较之中络稍重。这二类证候皆是邪阻经络，主要表现为肢体的运动、感觉障碍，所以合称为中经络。中腑是以半身不遂、口眼歪斜、偏身麻木，言语謇涩而神志不清为主症，但其神志障碍尚轻，属意识蒙胧思睡。中脏是卒暴昏仆而半身不遂，其神志障碍重，甚至完全昏愦无知，或以九窍闭塞为突出症状，如目瞀、视一为二、视长为短、目不能眴、言语謇涩、吞咽困难、尿闭便秘等。此证也重，邪中也深，病势甚危。与中腑对照则一表一里，皆有神志障碍这一主症，常合称为中脏腑。中脏腑一证虽同有神志障碍，但又可分为闭证与脱证两种。闭证是邪闭于内，主要症状是突然昏仆，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便闭，肢体强痉等。脱证是阳脱于外，主要症状是突然昏仆，目合口张，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗出淋漓，大小便自遗，肢体瘫软等。临床见闭证，脱证因其治疗迥然不同，故应严格加以辨别。

三、抢救原则

如前所述，中风病总属本虚标实、上盛下虚之候。在急性期虽有本虚的见症，而常以风阳、痰热、腑实、血瘀的“标实”症状更为突出；又因风阳挟痰浊蒙蔽心窍，壅塞清阳之府，所以“上盛”症状也较明显。按“急则治其标”的治疗原则，应先以祛邪为主，急用平肝熄风、清化痰热、活血通络、通腑泄热等治法。此时邪气亢盛，证候偏实，而病短暂，所以治无缓法，迅速驱邪安正方为上策。·尤在泾《金匮翼》中提出中风八法，一曰开关，二曰固脱，三曰泄

大邪，四曰转大气，五曰逐瘫痪，六曰除热气，七曰通窍牖，八曰灸俞穴。其中前四法即是指导抢救的治疗大法，“开关”即清心开窍，适用于中风闭证；“固脱”即回阳救逆固脱，适用于中风脱证；“泄大邪”即提示急性期应及时有效地祛风涤痰、通腑泄浊以及清火散邪等；“转大气”即升清降浊，疏理气血以克运行布化，濡养脏腑肢节，为以后半身不遂等症的恢复尽早打下基础。此外，还有针灸等治疗方法，在中风急性期抢救中也可兼施。必要时还应采取中西医结合的综合抢救措施，使患者尽早脱离危险。

第二节　中风急证的辨证论治

一、中经络

（一）络脉空虚，风邪入中

此型临床表现可有二种情况，一种是以口眼歪斜为主证，另一种则以偏身麻木为主证，下面分别加以讨论。

（1）口眼歪斜为主：

主证：突然口眼歪斜，重则口角流涎，咀嚼时常有食物滞留于患侧齿颊之间，说话多不流利。可伴有恶风寒、发热，汗出或无汗，肢体拘急，肌肉关节酸痛等兼证。少数病人可见偏身麻木或一侧肌力减弱。舌苔多见薄白，或见薄黄，脉浮数或浮缓，也可见弦细脉。

病机分析：本证兼见恶风寒、发热、肢体拘急，肌肉关节酸痛，脉浮者，是风邪侵人，正邪相争之证。其中有无汗出尤应细辨，若气虚卫表不固则自汗出，自当兼见恶风发热，舌苔薄白，脉象浮缓。如因内热蒸腾汗出者，舌苔多见薄黄，脉象浮数。如表实无汗者，当兼见恶寒发热，肢体拘

紧，酸痛，脉浮紧。无论表虚抑或表实，均可与口眼歪斜兼见，也有先见表证，而后出现口眼歪斜者。值得注意的是，有无表证常常是鉴别外风入中和肝风内动的重要依据。

转归：主证以口眼歪斜的口眼面部病变为主，邪中轻浅，属中络证。如果治疗及时正确，愈后一般很好。经治2～3周以后即可开始恢复，于1～2月内可以完全恢复。若经过治疗两个月后仍不见恢复者，则病久由气滞而气虚，气虚血滞痰阻，壅塞脉络，因此增加了治疗上的困难，恢复就较为困难。若经过治疗六个月以上尚不能恢复者，则日后完全恢复的可能较少，但并非绝对不能恢复。

治法：祛风通络，养血和营

方药：牵正散[24]或大秦艽汤[25]为主加减：全蝎6克（研吞）、僵蚕12克、白附子5克、羌活10克、防风10克、当归10克、赤芍10克、香附10克、川芎10克、蜂房10克。水煎服，日服一剂。

本方对表实属风寒入中者最为适宜。如表虚自汗者，去羌活，加桂枝6克、黄芪12克；如内热蒸表汗出者，去羌活、加夏枯草12克；苦丁茶12克、黄芩10克。若经治二个月以上未能恢复，兼有痰瘀阻滞脉络者，加水蛭6克，穿山甲6克，白芥子10克，胆南星10克。若久病口眼歪斜、肌肉瞤动，可去羌活、防风、白附子，加天麻12克、白芍12克、木瓜15克、钩藤15克。

病案举例：单某，男，27岁，工人。因工作不顺，心境烦恼，晚间饮酒后外出受风，翌晨起床后发现右侧面部肌肉紧缩麻木，口鼻向左歪斜，右眼睑不能闭合，耳后疼痛，饮水时自口角流出，进餐时食物常嵌顿在齿颊间隙，伴有口苦、咽干，心情烦躁，苔薄黄，脉浮弦略数。辨证属络脉空

虚，风邪乘虚入中之中络证，兼有少阳经气不畅，郁热内扰之象。治宜疏风通络，养血和营，佐以疏利少阳枢机。处方：软柴胡6克，炒黄芩10克，甘菊花10克，防风10克，全蝎3克（研吞），蜈蚣2条（研吞），僵蚕10克，秦艽12克，川芎10克，蜂房10克，羌活3克。该方略作加减，经治一周后症状改善，调治月余完全得以恢复。

（2）偏身麻木为主：

主证：平素常有头晕眼花，容易急躁发怒，心烦口苦，常出躁汗。突然发生偏身麻木，甚而一侧肢体活动不灵，功能受到影响。舌质红或舌边尖红，舌苔薄黄，脉弦细数。

病机分析：素体肝阴不足，肝阳偏亢则见头晕眼花，急躁易怒；内热较甚，迫津外泄，可见心烦口苦，躁汗频出。此时若风邪乘人体阴阳失调而偏中于脉络，使气血运行涩滞，失去温养肌表经脉的作用，则常产生偏身麻木，甚至一侧手足不遂，功能受障等症状。本证以外风为诱发因素，而以肝阴亏损，风阳偏亢为根本原因，所以表证多不明显。舌质偏红，苔呈薄黄，及脉弦细数等，均是肝阳偏虚，阳热亢盛之征。

转归：如治疗及时确当，避免精神刺激等诱发因素，于三、五日即可进入恢复期，半月左右可望痊愈。如调治失当，特别是遭有情志刺激的情况，即五志之火相激，病情势必加重，由中络而转中经，出现一侧肢体完全偏瘫等症。甚至有个别病人因暴怒、忧思过极，情志之火亢盛，或狂饮醇酒，恣食厚味等，导致复中，可出现中脏腑之重证。

治法：清肝散风，活血通络

方药：清肝熄风饮[16]加减。夏枯草12克，甘菊花12克，钩藤15克，黄芩10克，鸡血藤20克，怀牛膝12克，地龙10克，乌梢

蛇15克，桃仁12克，红花12克，当归12克，赤芍药12克。水煎服，日服一剂。

若痰湿较甚，脉络壅塞者，选加制南星10克，鲜竹沥2支（兑人）；瘀血内阻，舌质紫黯，脉弦涩者，加丹参30克，鬼箭羽15克；肝阴亏损较甚者，加枸杞子15克，女贞子12克，宣木瓜12克；若兼见郁热内阻，腑气阻滞者，加酒制大黄12克（后入），全瓜蒌30克。

病案举例：丁某，男，60岁，农民，有高血压病史十余年。平素常感头晕头胀，耳鸣眼花，情绪急躁易怒。某日突感左肢麻木，手脚不听使唤，步履不稳，摇晃欲仆。伴有烦热汗出，口苦欲饮，舌边尖红，见有瘀点瘀斑，脉沉细尺弱。血压160/110mmHg。辨证属肝阴亏损，风阳上扰，挟外风入侵经络，而致中络证。治宜清肝散风，活血通络。处方：甘菊花12克，枸杞子12克，女贞子12克，墨旱莲12克，钩藤15克，鸡血藤30克，地龙12克，乌梢蛇30克，怀牛膝10克，桃仁12克，红花12克，丹参20克，川芎6克。前后共进廿余剂，主症若失，舌脉转佳。续以人参再造丸、杞菊地黄丸间服调治，以资巩固。

（二）肝肾阴虚，风阳上扰

主证：平素头晕头痛，耳鸣眼花，失眠多梦，腰膝酸软。遭诱因触发，突然一侧手足沉重麻木，继则口眼歪斜，半身不遂，舌强言謇，舌质红，苔白或白腻或薄黄，脉弦滑或弦细数。

病机分析：由于肝肾阴虚，肝阳偏亢，血菀气逆，形成上实下虚，故见头晕头痛，耳鸣目眩，失眠多梦，腰膝酸软等证。有些患者还可出现面部烘热。心烦易怒，步履不稳等阴虚阳亢之感。肝属厥阴风木之脏，体阴用阳，肝阴亏损，

肝阳亢盛而动肝风，风为阳邪，若肝风挟痰上扰，风痰流窜经络，故突然发生舌强语謇，口眼歪斜，半身不遂等症。脉象弦滑主肝风挟痰；弦细而数，为肝肾阴虚而生内热，热动肝风之象。舌质红为阴不足，苔薄黄是化热之征。

转归：本证的特点是没有神志障碍而以半身不遂为主，此属中经证。常在起病后一周间变化较多，如调治得当，肝风很快平熄，病情趋向平稳，而后偏瘫逐步好转，约在二周以后即进入恢复期。此类中风预后较好。如遇重证虽用大量平肝熄风药物治疗，内风动越仍然不能平复，则第一周内病势逐渐恶化，非但偏瘫加重，甚至神志转为蒙胧，逐渐进入昏迷，此由中经转为中腑。特别应强调本证急性期的病人必须避免情志刺激，否则因五志之火冲激常可发生复中而出现中脏危证。根据我们的临床观察，舌质的变化可作为本病转归的一个客观指征。若舌质由红转为暗红而紫绛是阴虚日益加重又见瘀象；舌苔逐渐剥脱，甚至舌面光净无苔，这是胃气衰败之表现。此时，患者或头晕头痛加重，或烦躁失眠更甚，同时兼见弦细紧疾等脉象，则患者复中的可能极大。治疗上应大剂滋阴潜阳补益肝肾之品，杜绝内风煽动之根，预防复中的发生，使病情向顺势发展。

治法：镇肝熄风，滋阴潜阳

方药：镇肝熄风汤[9]加减：生龙骨30克（先煎）、生牡蛎30克（先煎）、代赭石30克（先煎）、败龟板12克、甘菊花12克、川牛膝15克，白芍15克、玄参15克、夏枯草15克、茵陈10克。水煎服，日服一剂。

若痰涎壅盛者，去龟板，加鲜竹沥2支（兑入）、胆南星10克；心中烦热甚者，加生石膏30克（先煎）、黄芩10克；头痛较甚者，加生石决明30克（先煎）；大便秘结者，加制

大黄12克（后入）、全瓜蒌30克；此外还可酌情选加一些通窍活络之品，如石菖蒲10克、远志6克、红花10克、鸡血藤30克、地龙10克等。如舌苔厚腻者，滋阴药物应酌减，以免滋腻碍胃。

本证的治疗一般先拟镇肝熄风，继以化痰通络，后期则用滋阴活血，如参人太子参、淮山药、麦冬、鳖甲等益气育阴之品，不但可以巩固疗效以善后，还可起到未雨绸缪防复中之功用。可选用《温病条辨》之增液汤[21]加味：生地30克，玄参15克，麦冬15克，败龟板12克，鳖甲12克，丹参15克，赤芍12克，红花10克，鸡血藤30克，水煎服。经过治疗阴虚症状有所改善，舌质由红绛转为淡红，舌面渐生白苔，则病有转机，达到了巩固疗效和预防复中之双重效果，

此外，本证在急性期可以选用牛黄清心丸[22]，以汤药送服，每次1～2丸，日服二次，具有清心安神，化痰熄风之功效。至恢复期，常遗有头晕眼花，腰膝酸软，半身不遂等症，可选用杞菊地黄丸[23]或口服液，滋养肝肾，止熄内风，每次9克（或1支），日服三次。

值得提出的是，本证相当于急性缺血性脑血管病（缺血性中风），其半身不遂等症与血瘀络阻密切相关。而传统辨证方药中活血化瘀通络之品似嫌不足。因此在临床治疗中尚宜辨病与辨证互补，正确合理地选用活血化瘀类药，常用的如丹参、川芎、红花、赤芍、鸡血藤等，或血府逐瘀汤[29]等复方制成静脉注射液使用。如用丹参注射液20～40毫升加入5%或10%葡萄糖溶液250～500毫升中静脉滴注，每日一次。有观察资料表明，在辨证施治方药基础上，加用活血化瘀药物静脉滴注，能明显地提高本病的治疗效果。

病案举例：王某，男，63岁，工人。素有高血压病史，

常感头晕胀痛，烦躁失眠，口苦且干。某夜间起床小便时，发现右侧肢体麻木，手足动弹不得，欲呼叫人，但语不成句，只能发出“嗯啊”的声音。家属闻声后急趋床前，但见患者口角歪斜流涎，两眼向左斜视，右侧偏身瘫痪，即送医院抢救。追问病史，患者近半月来，常有右侧肢体麻木无力，发作频繁但历时短暂，仅几分钟。诊断为脑血栓形成（左大脑中动脉闭塞）。中医辨证：素体肝肾阴亏，阳亢化风，血瘀络阻，气机逆乱，发为中经。治宜镇肝熄风，化瘀通络。疏方于下：生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克(先煎)，赤白芍各15克，敷龟板12克，钩藤15克，丹参30克，桃仁10克，红花12克，地龙12克，川牛膝12克，鸡血藤30克。水煎服，日服一剂。另以复方丹参注射液20毫升加入500毫升低分子右旋糖酐静脉滴注，《局方》牛黄清心丸1丸，日服二次。服药一周后，右侧偏瘫肢体肌力开始进步，症状逐渐改善。先后调查二月余，患者基本康复，能持杖步行，并自理生活起居。

（三）痰热腑实，风痰上扰

主证：突然半身不遂，偏身麻木，口眼歪斜，便干或便秘，或见腹胀，头晕目眩，或喉间痰声漉漉，或舌强言謇，可兼有神识昏蒙或嗜睡，舌苔薄黄腻或黄厚腻，脉弦滑，常见偏瘫侧脉弦滑而大。

病机分析：由于肝阳暴涨，加以平素饮食不节，嗜酒过度，致聚湿生痰，痰郁化热，内风挟痰上扰，阻滞经络常可引起半身不遂，偏身麻木，口眼歪斜；若痰热阻滞中焦，传导功能失司，升清降浊受阻，下则腑气不通而便秘腹满，上则清阳不升而头晕，亦可同时见有咯痰等症。风痰阻于舌本则脉络不畅，言语謇涩。舌苔黄或黄腻，脉弦滑等俱属痰

热。脉大为病进，偏瘫侧脉弦滑而大，由痰浊阻络所致，病有发展趋势。

转归：本证以半身不遂为主要表现，也属中经的范畴。但根据兼症、舌苔、脉象进行辨证分析，当属痰热腑实之证。究其病因病机，可能有两种不同的情况。一是素有瘀血又兼痰湿内阻，气血不足之体质，遇到情志、劳累等诱因，使气机逆乱，上扰心神，进而痰湿郁结中焦而化热，痰热阻滞升降失职，渐致腑气不通。另一种是因肝阳素盛，又兼平素饮食不节，嗜酒无度或劳倦内伤致使脾失健运，聚湿生痰，痰郁化热。此类痰热内蕴体质的病人，遇到情志、劳累等诱因，使内风煽动，则出现内风挟痰火窜扰经络，阻滞腑气，进而影响气血的运行布达。若痰热较甚者，则常出现神识迷蒙嗜睡等中腑症状。从临床观察中不难发现，此型证候实质上是中经与中腑的移行型。如调治得当，约在二周左右即可进入恢复期。治疗上先宜通腑化痰为先导，一俟大便得通，腑实解除，继之以清化痰热通络之法，随着痰热渐化，则给予重剂活血祛瘀通络，俾促进半身不遂诸症的好转。然而痰热病邪，多能伤阴耗气，所以在恢复期以后，其证候的归宿，多转变为气虚血瘀，或阴虚血瘀证。本证若循此顺境发展演变，预后多好。反之，如痰热实邪重者，痰热随风阳上攻，扰乱神明，必见神志昏迷，这是因气血逆乱，痰热闭郁而逆转为中脏闭证。更有甚者，因痰热中阻，耗伤胃气，出现频频呃逆不止，这是胃气衰败，病情恶化的危险证候，若救治得法，倘或可挽其颓势，一般预后多差。

治法：通瘀化痰为先，继之清化痰热，祛瘀通络

方药：三化汤[18]加减：生大黄10～15克（后入），芒硝5～10克（分冲），枳实10克，全瓜蒌30克，胆南星10克，羌

活5克。水煎服，日服一剂。如果药后约4～6小时大便得下，泻下积滞臭秽，则已中病，不必尽剂。若药后8小时左右大便仍未得下，可以连续服第二剂，以大便通下为度。

若腑气通畅后，痰瘀郁热并见者，则宜清化痰热，祛瘀通络，药用：全瓜蒌30克，胆南星10克，丹参30克，赤芍12克，鸡血藤30克，地龙10克，蜈蚣3条，怀川牛膝各12克等。头晕头痛甚者，加珍珠母30克（先煎），钩藤15克，甘菊花15克。如果舌质转红而烦躁不安，甚至彻夜不寐者，属痰热内蕴而阴液耗伤，此时治疗最感棘手，可以在上方中酌加鲜生地汁2支（兑入），沙参12克，麦冬15克，玄参15克，但药不宜过多过重，以免聚湿助痰，反增弊端。待痰热渐化，病人恢复期以后，常转化为气虚血瘀之候，在遣方用药上，应以甘平或甘微温的益气药物较为适宜，如太子参30克，茯苓12克，山药15克，白扁豆15克等，注意避免过分甘温壅滞气机的药物。若纯属虚证而无热象者，方可应用大剂黄芪之属。

关于中成药的使用问题。在痰热腑实阶段可配用九制大黄丸[19]，每次6克，日服二次；或配以清胃黄连丸[21]，每次6克，日服二次。如腑气虽通，但痰热仍甚者，可配用清心滚痰丸[22]，每次6克，日服二次；或选用《局方》牛黄清心丸[23]，每次1丸，日服二次。待痰热渐化以后，可改用散风活络丸[29]，每服半袋，日服二次。

关于活血化瘀方药的使用问题。首先，应早期应用，一般在腑气通畅即应尽早应用活血化瘀通络之品，这样有利于半身不遂等症的尽快恢复。其次，在药物选择上。大率早期血瘀多兼气滞，或先气滞后致血瘀，此时应在活血通络药中加入香附、郁金等理气行气之品。而在后期血瘀每见

气虚，或因气虚无以推动血行，此时应适当选用黄芪、太子参、山药等益气之药，以助血行。若瘀血较甚者，可酌加穿山甲、水蛭、鬼箭羽等活血祛瘀力宏的药物，但一般不宜应用三棱、莪术之类的破血耗气药。现在临床上常应用活血化瘀药（针剂）作静脉滴注，疗效更加可靠。如复方活血注射液[302]，丹参注射液，川芎嗪注射液，加入5%～10%葡萄糖中静脉滴注，每日一次，疗效较单用口服汤药为优。

关于通腑化痰法的临床应用，首先，要善于掌握通腑指征。本证急性期病人在起病以后大便秘结，或虽有便意但便干难解，这是指征之一。二是舌苔黄腻或舌苔由白转为黄腻，证明系中焦痰热蕴蓄，三是脉弦滑而大，说明内有痰热蕴结，且病有进展趋势。其次，应掌握泻下的时机。有人提出应早期使用，适应范围也宜扩大，不仅腑实可用，即或腑气不顺不畅也可使用。从《伤寒论》传统主张认为，用通下剂以知为度，不必尽剂。但我们在临床上发现部分病人一次通下后，在几天之内又可形成腑实。因此，大便得以通下，是否可以作为腑气通畅的唯一佐证。是值得商榷的。从临床观察可知，大便泻下以后，其舌象变化有三种不同的情况：一是黄苔或黄腻苔逐渐剥脱，代之以薄白苔，此为顺；二是黄苔或黄腻苔持续不退，此时可考虑到少阳枢机不利，气郁热结的可能，改投大柴胡汤，往往能药中病机；三是黄苔或黄腻苔迅速剥脱，而舌质红绛，此为逆，有复中之虑。因此，正确及时地应用通腑化痰法则，第一可使腑气通畅，气血得以敷布，以通痹达络，促进半身不遂等症的好转；第二可使阻于胃肠的痰热积滞得以降除，浊邪不再上扰心神，克服气血逆乱以防内闭；第三可急下存阴，以防阴劫于内，阳脱于外，发生抽搐、戴阳等变证。故运用得法，不失为抢

救中风急症之有效治则。当然，我们也不否认过下可以伤正，常见心慌、气短、自汗、口干、舌红少津、脉沉细缓等，甚或肛门总有少量大便。这种情况的出现不外乎是用药过量或通下过早两种情况，应尽可能避免这些副反应的发生。

病案举例：孙××，男，50岁，干部。素嗜烟酒厚味，有高血压病史8年。于某日中午午睡起床小便时突然晕倒，当时神志清晰，口角流涎，语言不利，右侧肢体偏瘫，不能自主动作，送医院急诊，初步诊断："脑血栓形成"。刻诊：表情烦躁，口眼歪斜，舌强言謇，大便数日未行，右侧肢体瘫痪，肌力0级，双侧瞳孔等大，病理反射未引出。血压170/115mmHg，腹部饱满，按之有抵抗感。舌红苔黄腻，舌下络脉瘀滞，脉弦滑，右侧大于左侧。揆度脉证，当属痰热阻滞，腑气不通，兼肝风肆虐，瘀血阻络，遂致中经偏枯。证实脉实，治无缓法，亟宜通腑化痰为先，药用：生大黄12克（后入），玄明粉6克（冲），全瓜蒌30克，枳壳10克，滚痰丸10克（包煎），石菖蒲10克，水蛭6克，丹参30克、鸡血藤30克，水煎顿服。药后约5小时许，得下酱状粘液便2次，入夜酣睡。次日舌苔逐渐转薄，精神转佳，脉象亦趋弦滑和缓。改拟：全瓜蒌30克，胆南星10克，滚痰丸10克（包煎），鸡血藤10克，石菖蒲10克，丹参30克，桃仁12克，红花12克，局方牛黄清心丸2丸（分吞）。并用丹参注射液30毫升兑入10%葡萄糖500毫升静滴。先后续进50余剂，右侧肢体功能基本恢复，语言略含糊不清，生活能自理。嘱其慎起居，适劳逸，戒烟酒，调情志，以防复中。

二、中脏腑

（一）闭证

闭证的主要症状是突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便秘，肢体强痉拘挛。临床常根据所见兼症的寒象或热象，区分为阳闭和阴闭两型。

1.阳闭：

主证：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，肢体强痉。还可兼见面赤身热，气粗口臭。躁扰不宁，舌苔黄腻，脉弦滑而数等症。

病机分析：阳闭之证概由风火痰热病邪内闭清窍所致。本证属中风重症，多发生在起病之初，由激烈的情绪变化，气恼暴怒而诱发。其神志障碍的浅深与邪正的盛衰和病邪闭塞清窍的轻重密切相关，一般地说，痰火壅盛，邪闭清窍重者多呈深昏迷，反之昏迷较浅。因素体痰湿偏盛，肝阳偏亢，一旦遭到情志刺激可使肝阳暴张，阳升风动，气血逆乱，闭阻清窍，而发生神昏、口噤，不省人事诸症。风火相煽，痰热内闭，则见面赤，身热。气粗口臭，大小便秘等症、舌苔黄腻，脉弦滑皆由邪热内闭使然。

转归：阳闭患者如能及时治疗抢救，在三、五日内神志逐渐清醒，一般预后多好。一旦神志完全清醒，则转为中经之证，也可在二周左右进入恢复期。反之，如果神昏日久，或因正不胜邪，或因治疗不及时不恰当，因内闭的风火痰热病邪消灼阴津耗损正气，则可转变成脱证，这是病势逆转的表现，预后多凶。还有部分病人因邪热炽盛内闭气血而使阴阳离绝，产生以下四种变证：一是在口噤不开水米不进的情况下出现呃逆频频的症状，这是风火痰热耗灼正气，胃气颓败使然。二是阳闭神昏数日之后，骤然背腹灼热而手足厥冷，腹背灼热因邪热内闭所致，而手足厥冷，甚至寒冷至肘膝以上，这是邪热郁闭，阳气不能布达四末的“厥逆”证。

三是神志昏迷，四肢厥冷的同时，出现频繁的抽搐，这是肝阴亏乏，风阳内盛，使筋膜燥涩，内风动越所致。四是阳闭数日以后出现便血，呕血的症状，这是由于邪热猖獗，肝胃之火灼迫血络所致。这四种变证都是病情恶化的标志，预后很差。

治法：闭证宜开，阳闭宜辛凉开窍，配以清肝熄风，滋阴潜阳。

方药：先灌服（或鼻饲）《局方》至宝丹[11] 1丸，或安宫牛黄丸[12] 1丸以辛凉开窍。同时配用羚羊角汤[6]加减：羚羊角3克（另炖），或羚羊角粉1～2克（分冲），钩藤15克，甘菊花10克，生石决明30克（先煎），生赭石30克（先煎），天竺黄12克，夏枯草12克，白芍10克，丹皮10克，水煎服。浓煎200～300毫升，分3～5次鼻饲或灌服。

如痰热壅盛，可加胆南星6克，全瓜蒌30克，竹沥2支（兑入）；如有抽搐者，可用蜈蚣4条，全蝎6克（研末冲服）；如有频繁呃逆者，可加竹茹10克，半夏10克；如便血、呕血者，酌加犀角粉1～2克（分冲），鲜生地30克，鲜茅根30克，此外，可用清开灵注射液[13] 20～40毫升兑入5%或10%葡萄糖250～500毫升，静脉滴注，每日1～2次，对促进神昏症状的改善有较好的疗效。

在药物治疗的同时，本证在急救中可配合针灸治疗。

取穴：水沟，十二井穴，内关，合谷，太冲，风池，劳宫。

操作：水沟：针尖微向上进针，可刺至龈交穴，留针。留针时作间隙运针，大幅度捻转。起针时，用开合补泻法的泻法，不揉按穴孔，可刺出血。宜用28号毫针。

十二井穴：先取中冲、少冲进针1～2分深，大幅度捻

转，出针时不揉按穴孔，挤出血数滴。宜用28号毫针。如反应不强，疗效不显，再续刺其它井穴，方法同前。

内关：取针芒法，针尖向心方向进针，可进针1～1.5寸。破皮进针后，医者左手食指放在患者手指的一端，即心脏之远端，稍用力按压，阻隔针感下行；右手持针缓缓进针，小幅度捻转导气，起针时不按穴孔。用30号毫针。

合谷：取与手背平行方向进针，可进针1.5寸左右，用徐疾补泻法之一进三退泻法，中等幅度捻转，起针时不按穴孔。用30号毫针。

太冲：取针芒法，针尖向心方向进针，可进针1.5寸左右，用徐疾补泻之一进三退泻法，大幅度捻转，起针时不按穴孔。用30号毫针。

风池：患者昏迷时，多取仰卧位，因此在进针时应将患者头部轻轻地略转向一侧 以便于进针和操作，宜先针一侧，起针后再针另一侧。针尖对同侧瞳孔直视方向进针，根据患者肥瘦进针0.8～1.2寸。进针时直达一定深度，留针作间隙运针，用徐疾补泻法之一进三退泻法，小幅度捻转，起针时不按穴孔。用28～30号毫针。

劳宫：取针芒法，针尖向心方向进针，可进针1～1.5寸，留针作间隙运针，用徐疾补泻法之一进三退泻法，大幅度捻转，起针时不按穴孔。用28号毫针。

方义：水沟属手足阳明、督脉之会，能醒脑宁神；十二井穴能开窍清热；内关为手厥阴之络穴，别走少阳，通于阴维脉，八脉交会穴之一，能宁心安神；合谷为手阳明之原穴，能疏风通络；太冲为足厥阴之输穴、肝之原穴，能平肝阳熄内风，理血通络；合谷与太冲同用，科为开四关，能苏厥醒神。风池为手足少阳、阳维之会，能平肝熄风解热；劳

宫为手厥阴之荥穴，能清心泄热开闭。

病案举例：陆×，男，64岁，退休工人。既往有高血压病史二十余年，血压波动较大，服用降压药物也不规则。于某日晚观看足球比赛电视实况转播，心情十分激动。晚上九时突然感到剧烈头痛头晕，不能站立行走，即由家人扶至床前，发现左侧肢体不能自主动作，口角歪斜，语言含糊不清。约十分钟后，四肢出现强直性抽搐，不省人事，小便失禁，伴有频繁呕吐，呈喷射状，即送医院抢救。

体格检查：体温38℃，脉搏60次/分，呼吸16次/分，血压210/120毫米汞柱。体型肥胖，神志不清，面赤气粗，鼾声阵阵，瞳孔不等大，右大于左，左侧口角呼吸时漏气。两眼底视神经乳头水肿，有新鲜出血。四肢肌张力增高，腱反射消失，四肢阵发性强直性抽搐，双侧病理征阳性。确诊为“高血压性脑出血”。经西医急诊处理，24小时后仍昏迷不醒，遂邀中医会诊·刻诊：面赤气粗，口噤不开，神昏不醒，呼之不应，口眼歪斜，喉间痰鸣，四肢强痉。患者时有烦躁不宁，大便未解，脉弦滑实，左大于右，舌体紧缩，质红有芒刺，苔黄腻而干。四诊合参，证属风痰瘀热，内闭清窍，血溢脑窍而成中脏阳闭之危证。复因中焦阻滞，气失通降，浊邪上干，上盛下虚，更加重了危殆之势。治宜辛凉开窍为先，急煎羚羊角3克，化服安宫牛黄丸1丸，鼻饲灌服。继之针刺人中，针尖向上，作大幅度捻转，同刺双侧中冲、少冲、合谷、太冲、风池、劳宫等穴，轮流进针，均取泻法，起针后不按穴孔，挤出少量血液。持续约15分钟后，患者眼睑翻动，出现挣扎反抗。旋进汤药，处方：羚羊角2克（另炖），钩藤15克，生石决明30克（先煎），生代赭石30克（先煎），全瓜蒌30克，天竺黄12克，鸡血藤30克，蜈蚣4条

（研末冲），全蝎10克（研末冲），制大黄12克（后入），水煎浓缩约200毫升，鼻饲灌服。药后约6小时许，呕吐渐止，抽搐停止，神志渐清，自诉头痛甚剧，脉象弦滑。病有转机，效不更方，原方出入治疗一周后病人坦途。续予平肝潜阳、祛瘀和络，理气涤痰法治疗，病势稳定，一月后进入恢复期。调治半年，仅遗右侧肢体偏瘫，生活基本自理。

2.阴闭：

主证：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便秘，肢体强直。除上述闭证的一般症状外，尚可见到面色苍白，唇黯或紫，静卧不烦，四肢不温甚或厥冷，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉象沉滑或沉缓。

病机分析：本证患者平素多系阳虚阴盛体质，在正气不足内蓄痰湿的情况下遇到肝风触动，使肝风挟湿痰上壅清窍而成内闭之证。因湿痰属阴，邪从阴化故成阴闭，症见痰涎壅盛，神昏不醒，口噤不语等症。阳气郁闭不能温煦周身，则见面色苍白，唇色紫黯，四肢不温或厥逆，静卧不烦。舌质黯淡乃阳气不充，血液瘀滞之象，舌苔白腻则属湿痰内壅所致。脉沉滑或沉缓俱属阳气虚馁，湿痰内困之征。

转归：阴闭一证在临床上相对较少见。其证候虽重，如果抢救及时得当，在三、五日内神志逐渐转清，则预后多好。神清以后转属中经之证，多在半月以后逐渐进入恢复期，这是病势顺转之佳兆。如果阴闭日久，因湿痰壅盛更耗阳气，可使阳气虚脱而转入中脏脱证，这是病情恶化的表现。应当指出，有个别病人，在阴闭数日之后，突然头面部潮红，甚或连及颈项部也潮红，同时手足厥冷甚或厥冷上过肘膝，脉象沉细微弱欲绝，这是湿痰内闭而致阳气耗散，

形成下真寒上假热的“戴阳证”。根据临床观察，现有的各种急救措施尚难取得满意的疗效，病人预后很差。

治法：辛温开窍为主，祛痰熄风为辅。

方药：先灌服或鼻饲《局方》苏合香丸[31]以辛温开窍。同时配用《济生方》涤痰汤[31]加减：制南星10克，半夏10克，陈皮6克，白茯苓15克，石菖蒲10克，郁金10克，枳壳12克，地龙10克，钩藤30克，水煎浓缩200～300毫升，鼻饲或灌服。

如出现戴阳证，急以《世医得效方》参附汤[42]或《伤寒论》白通加猪胆汁汤[32]以扶助阳气，敛摄浮阳。处方：别直参10克（或红参15～30克），附子10克，干姜10克，葱白四寸，急煎200毫升左右，兑入新鲜猪胆汁10～20毫升，搅匀，分3～5次鼻饲或灌服。（若无猪胆汁可加黄芩6克）同时，可用参附青注射液[6] 20～40毫升兑入5%葡萄糖溶液静脉滴注，每日1～2次，以增强回阳固脱之力。如喉间痰涎壅盛，漉漉有声，加猴枣散[33]1支（0.3克）以增涤痰开窍之功。

本证针灸治疗与阳闭大致相同，取穴加丰隆、公孙。丰隆为足阳明络穴，别走阳明，通于冲脉，八脉交会穴之一，能健脾利湿化痰。丰隆与公孙合用能相辅相成，相得益彰，增强利湿化痰作用。

闭证宜开，但有凉开与温开的不同，凉开常用《局方》至宝丹，安宫牛黄丸，温开常用苏合香丸。及时正确地使用这些开窍药物，对抢救中风闭证的成功与否有密切关系。因此，要合理掌握它的适应证，首先应弄清楚中脏腑阳闭与阴闭的证候鉴别。其鉴别要点常以舌苔和脉诊为主要依据。阳闭舌质偏红，舌苔黄腻，阴闭舌质黯淡，舌苔白腻；阳闭脉弦滑而数，常表现为偏瘫侧脉大而有力，阴闭脉缓而沉滑。

再者，部分阳闭病人可以转化为阴闭，而部分阴闭病人又可转化为阳闭。因此，要用动态的辨证方法来作出正确的诊断，然后合理选择应用这些抢救药品，做到有的放矢，以争取抢救时机，提高抢救的成功率。

病案举例：张某，女，54岁，家庭妇女。平时整日操持家务，烧茶煮饭，缝补浆洗，劳顿过度，常感头晕头痛，耳鸣目眩，胸闷气急。于某日在行走时突然眩晕加甚，摇晃欲仆，即上床休息。约20分钟后出现呕吐，神志不清，右侧上下肢偏瘫，急送医院抢救。体格检查：体温38.5℃，脉搏87次/分，呼吸14次/分，血压220/130mmHg，体型肥胖，面色苍白，表情淡漠，神志不清，喉间痰声如拉锯，鼾声阵作，两眼向左凝视，瞳孔左大右小。两眼底视神经乳头充血水肿，四肢肌张力增高，双侧病理反射阳性。诊断为“高血压性脑出血”。入院时西医按高血压性脑出血抢救。次日清晨六时，患者神志昏迷加重，四肢抽搐，手足厥冷，面部潮红如妆，脉沉迟微细欲绝。通知家属病危，并邀中医会诊。刻诊：面色苍白，颧部浮红，神志昏迷，反应全无，唇色紫黯，喉间痰声漉漉，时有呕吐，四肢阵发性强直性抽搐，按之四末厥冷，静卧不烦，脉沉迟微细欲绝。证属中脏阴闭，因阳气衰微，阴寒内盛，而致阴阳格拒，出现“戴阳”证之危候。治则先宜辛温开窍，回阳救逆为急。用《局方》苏合香丸1丸，别直参10克，淡附片10克，浓煎至150毫升左右，化开苏合香丸，用鼻饲灌服。同时针刺人中、少冲、中冲、风池、丰隆、公孙等穴，行强刺激，取泻法以苏醒神志。约2小时许，面部浮红退去，四肢逐渐转温，阴阳格拒之势已解。至5小时左右，神志转清，有低微呻吟声。危象已解，病见起色。续进涤痰开窍，熄风潜阳法，处方：陈胆星10

克，半夏10克，陈皮10克，云茯苓15克，石菖蒲10克，生石决明30克（先煎），生代赭石30克（先煎），枳壳10克，蜈蚣4条（研末），全蝎6克（研末），猴枣散1支（冲），水煎浓缩至300毫升左右，频频灌服。同时，配用西药脱水降低颅内压，及对症处理。半月许神志完全清醒，病情趋于稳定，渐渐进入恢复期。月余基本治愈，遗有语言含混不清，右侧肢体偏瘫等症。出院后继续门诊治疗，予益气活血，化痰通络法调治。

（二）脱证

主证：突然昏倒，不省人事，两眼闭合，张口呼吸，鼻鼾息微，两手撒开，四肢发冷，自汗频多，大便自遗，小便失禁，肢体瘫软，舌体痿缩，甚或吞咽困难，舌质黯淡或黯紫，舌苔薄白，脉微弱欲绝。

病机分析："脱"指正气虚脱，因虚脱而致神明失养，故见神志昏迷，甚或昏愦。五脏之气衰弱欲绝，可出现一系列如目合口张，手撒遗尿，鼻鼾息微，肢体发凉等症状。若元气衰败，肝肾阴液耗竭于下，孤阳欲脱，则见自汗频多，舌体痿缩，脉微欲绝等表现。

转归：脱证常由闭证转化而来。若治疗及时，抢救得法，正气渐渐恢复，正邪交争也能使脱证转化为闭证，这是病情向好转的方向顺转。在闭证与脱证转化的过程中，临床上常常可以看到闭、脱互见的证候。若闭证出现了自汗出、大小便失禁等脱的症状，这是病情有转重的趋势。若脱证经急救有好转，就可出现闭证的临床表现，如肢体强痉，脉转弦滑，这是正邪相争、正气渐复的征象。

治法：急宜回阳固脱。脱证转闭证时，应在固脱扶正的同时，相应地佐以祛邪；闭证转脱证时，应在开闭祛邪的同

时，兼顾扶正。

方药：急用《世医得效方》参附汤[4]重剂急煎，鼻饲灌服，以回阳固脱。处方：别直参10克（或红参15～30克），附子10克，急煎浓缩，取100～150毫升，一次灌服。

若自汗不止者，加黄芪15克，生龙骨30克（先煎）、生牡蛎30克（先煎），山萸肉10克。五味子6克，与参附同煎频服。如患者伴见面部烘热，足部发冷，虚烦不安，脉极弱或突然浮大无根，这是由于真阴亏损，阳无依附而出现的虚阳上浮欲脱的证候，可改用《宣明论方》地黄饮子[52]加减以滋养真阴，温补肾阳以固脱。处方：熟地黄15克，山萸肉15克，巴戟天10克，肉苁蓉10克，五味子6克，茯苓15克，麦冬10克，上肉桂3克，附子10克、石菖蒲10克，远志10克，川牛膝15克，急煎浓缩，煎取100～150毫升，一次鼻饲或灌服。

目前，国内许多单位用参附注射液或生脉注射液，分别可用20～40毫升兑入5%或10%葡萄糖溶液中静滴，取效可靠，简捷迅速。

针灸治疗本证，可针刺与艾灸并用以增强回阳救逆之力。

取穴：神阙、关元、气海、百会、人中、风池、内关、合谷、足三里等。

操作：先用大壮艾灸神阙、气海、关元、待汗止脉起后，再用毫针，但刺激宜轻，采用补法。

百会：针尖向后，进针1～1.5寸，留针。留针时作间隙运针，小幅度捻转。起针时用开合补泻法之补法，揉按针孔。宜用30～32号毫针。

足三里：进针1.5寸左右，留针。留针时作间隙运针，中

等度捻转提插，平补平泻。宜用30～32号毫针。直接灸，艾炷如麦粒大，灸5～15壮。

余穴操作同闭证，均用补法。

病案举例：姚×，女，55岁，农民。有冠心、糖尿病、高血压病史，肥胖体型。某日因婆媳吵架，郁怒激动，突然仆倒，语言不清，大小便失禁。呼之答应，反应迟钝。随之神志昏迷加重，烦躁不安，呕吐频繁，呕出咖啡色样液体，大汗淋漓。急送医院抢救。体格检查。体温：39℃，脉搏：110次/分，呼吸：28次/分，血压：205/125毫米汞柱。体型肥胖，神志不清，面色红赤，鼻鼾息微，呼吸急促，两侧瞳孔左大右小，右侧口角呼吸时漏气，有咖啡样液体溢出。两眼底视神经乳头肿胀，模糊不清，有新鲜出血。四肢肌张力增高，腱反射消失，双侧病理征阳性，诊断为“高血压性脑出血，左颞叶沟回疝”。邀中医会诊参加抢救。症见：面色红赤，目合口微张，鼻鼾息微，神志昏愦，反应全无，右侧肢体瘫痪，四肢发冷，大小便失禁，周身汗出粘衣。脉细软，舌红赤，苔薄黄。证属中风入脏，邪正交争，正不敌邪，阳气虚脱，而致“脱证”。幸喜病机正处闭脱交界，倘救治得法，或可救其垂危。亟宜回阳固脱为先，处方：别直参10克，淡附片10克，干姜3克，生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克（先煎），山萸肉10克，浓煎至150毫升左右，鼻饲顿服。并用大炷艾条急灸神阙（隔盐灸）、关元（隔姜灸）、气海（隔姜灸），足三里（直接灸）。约半小时许，冷汗渐止，四肢转温，呼吸趋缓，呕吐略减。脱势得以挽回，再拟：羚羊角3克（另煎），生石决明30克（先煎），生代赭石30克(先煎)，明天麻12克，钩藤15克，蜈蚣2条（研末），全蝎6克（研末），全瓜蒌30克，石菖蒲6克，水煎浓缩至300毫升左

右，与参附汤每隔6小时交替灌服，以扶正固脱，祛邪开闭。48小时后神志转清醒，呼之有反应，呕吐亦止，抽搐已平，基本脱离危险。经中西药物治疗廿余天，病情稳定，进入恢复期。住院治疗 2 月余，基本痊愈出院。

第二章　中风恢复期及后遗症的辨证论治

中风急性期病情得以控制，趋于稳定后即进入恢复期，因恢复不全而遗留各种症状，称为后遗症。从病期来分，一般发病二周以后，中脏重症最长至一个月到半年以内为恢复期，发病超过半年以上为后遗症期。因两者在病机特点，临床症状及辨证治疗方法基本相同，其转归预后又密切相关。所以，本书将恢复期及后遗症的辨证治疗放在一起叙述。

第一节　明辨主次，分型论治

中风后，患者多遗者半身不遂、偏身麻木、言语不利、口眼歪斜等症，或渐而痴呆，或神志失常，或抽搐发作等。这些症状主次有别，缓急不同，因此，在治疗时应明辨主次缓急，分而治之，以有利于患者的康复。现将这些主要症状的辨证治疗分述于后。

一、半身不遂

患者以一侧肢体运动失灵为主要表现。其重证为完全不能自主运动，轻证则可以运动但动作不灵活。有起病后辗转治疗经半年以上始终没有恢复者；也有经治疗虽有恢复但起效缓慢疗效不著者。前者预后多差，而后者经过积极治疗尚可争取进步。从症状表现形式上看，有肢体偏废不用，瘫软无力者，此多由正气不足，脉络瘀阻而成；也有肢体强痉屈

伸不利者，此多由血虚风盛，脉络瘀阻使然。

1.正气不足，脉络瘀阻：

主证：半身不遂，以患肢偏废不用，瘫软无力为主。可兼有偏身麻木，口眼歪斜，言语謇涩等症。也可出现倦怠乏力，动辄气短，自汗频频，心悸怔忡，食少便溏，手足肿胀等气虚表现。舌质暗淡或暗紫，苔白或白腻，脉弦细或弦细涩。

病机分析：本证主要由于气虚不能运血，血行不畅，瘀阻脉络，或久病入络为瘀所致；也有因起病初期血气奔迫，妄行离经，至后期则离经之血蓄而为瘀。无论何种病因，总以气血瘀滞，脉络闭阻为造成肢体偏废的病机关键。也有部分患者因风痰流窜经隧，血脉闭阻，气不能行，血不能濡，而致肢体废而不用。瘫软无力，多为血不养筋，中气不足；偏身麻木系气血涩滞；舌质黯淡为气虚血瘀之象，瘀阻甚者则见黯紫；苔白腻为痰湿内阻之征；脉弦细为气虚血瘀所致。

治法：益气活血通络

方药：补阳还五汤[15]加减：黄芪60～120克，当归尾10克，赤芍10克，川芎6克，桃仁6克，红花6克，地龙10克，香附10克，鸡血藤30克，炙甘草6克，水煎服，每日一剂。方以黄芪为君，益气健脾；归尾、赤芍、川芎、桃仁、红花、鸡血藤养血活血；地龙通络；香附理血中之气。

若半身不遂日久，虽加重活血药物而疗效不显者，可加水蛭6克，穿山甲10克以增强破血祛瘀通络之功。如兼有言语謇涩者，加石菖蒲6克，远志6克以祛痰利窍。兼口眼歪斜者加白附子3克，全蝎6克，白僵蚕10克，制南星10克，白芷10克以祛风化痰。兼肢体麻木者，加半夏10克，陈皮6克，茯

苓15克，威灵仙15克，伸筋草15克以理气化痰通络；如大便秘结者，加火麻仁10克，郁李仁10克以润肠通便；如小便失禁者，加益智仁12克，桑螵蛸12克以温肾缩尿。如上肢偏瘫较重者，加桑枝30克，桂枝10克以通络；下肢偏瘫较重者，加怀牛膝15克，川续断10克，桑寄生30克，杜仲10克以壮筋骨，强腰膝。

本证可以补阳还五汤为基础方，结合症状加减，配制成蜜丸，长期服用。也可选用中成药如人参再造丸[24]，人参归脾丸[15]等，每服1丸，日服2次；散风活络丸[29]，每次9克，日服2次；或活络丹[36]，每次1丸，日服2次。

本证通过积极治疗，一般都会有不同程度的好转。如果在恢复期治疗全然没有好转者，至后遗症期的治疗也多困难，虽经积极治疗往往难以获得满意的疗效。

病案举例：王某，男，70岁，农民，于某日突然走路摇晃欲仆，右侧嘴歪，右上肢麻木无力，随之意识不清。约20分钟后神志清醒，但右侧肢体不能自主动作，功能受障，语言謇涩，即送医院急诊。入院诊断“脑血栓形成”。经中西药物治疗二周后，余症消失，仅遗有右侧肢体瘫软无力，伴右侧肢体肿胀，转门诊治疗。刻诊：面色苍白，语声低微断续，自汗乏力，心悸怔忡，食少便溏，舌黯淡，苔白腻，脉弦细。辨证属高年中气不足，气虚无以运行，血瘀络阻，肢体失养而致废用。治宜补气活血通络，补阳还五汤加减：生黄芪60克，当归10克，赤芍10克，川芎10克，桃仁10克，红花10克，鸡血藤30克，生香附10克，桂枝6克，川牛膝12克，水煎服，日服一剂。并辅以针灸，功能锻炼等其它治疗措施。病情逐渐趋向好转，肢体功能日见恢复，肌力增强。先后治疗年余，患肢功能基本恢复，能单独行走。

2. 血虚风盛，脉络瘀阻：

主证：半身不遂，以患肢强痉，屈伸不利，甚至僵硬拘挛为主。可同时见有偏身麻木，口眼歪斜，言语謇涩等症。并可出现头晕耳鸣，两目干涩，腰膝酸痛，心烦失眠，心悸盗汗等症。舌质黯红，苔少或苔薄黄，脉弦细。

病机分析：阴血亏虚，筋失濡养，风阳内动，故见患侧肢体强痉，屈伸不利，甚或僵硬拘挛。若兼风痰阻络，血脉闭阻，则病情尤为迁延难愈。肝肾阴虚，风阳亢盛，可兼头晕耳鸣，两目干涩，腰膝酸痛；阴血不足，心神失养，则见心烦失眠，心悸盗汗等症。舌质黯红乃阴血不足，内有瘀滞所致；苔少或薄黄系阴虚阳亢之象；脉弦细为营血不足，兼见血瘀之征。

治法：平肝熄风，养血和络

方药：四物汤[87]合天麻钩藤饮[11]加减：当归10克，赤白芍各10克，生地10克，川芎6克，钩藤15克，天麻10克，生石决明30克（先煎），桑寄生30克，川牛膝30克，丹参30克，菊花10克，鸡血藤30克，水煎服，日服一剂。本方用四物汤养血活血，天麻、钩藤、石决明平肝熄风潜阳；桑寄生、牛膝补益肝肾；丹参、鸡血藤活血通络。

若患肢强痉拘挛，或颤抖较甚者，可酌加全蝎5克（研吞），蜈蚣3条（研吞），蕲蛇12克；阳亢火盛者，加山栀10克，黄芩10克，白蒺藜12克，兼语言不利者，加石菖蒲6克，牙皂5克，远志10克；口眼歪斜者，加白附子10克，全蝎5克（研吞），白僵蚕10克；心悸失眠者，加酸枣仁15克，生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克（先煎），夜交藤30克；本症患者可选用杞菊地黄丸[23]，每次9克，每日2次；或散风活络丸[29]，每次9克，日服2次。

病案举例：俞×，男，52岁，农民。有高血压、动脉硬化病史。于某日因眩晕头痛，口眼歪斜，右侧肢体瘫痪，经检查确诊为“脑血栓形成”。住院治疗一周后血压稳定，病情开始好转。诊时见右侧肢体瘫痪，屈伸不利，时有颤抖；伴见头胀目眩，腰膝酸痛，夜寐不安，心烦盗汗。舌质黯红，苔薄黄，脉弦细。辨证属肝肾阴虚，营血不足，风阳内扰，瘀阻脉络而致的半身不遂。治宜滋阴潜阳，养血和络。疏方于下：当归尾10克，赤白芍各12克，大川芎10克，枸杞子15克，甘菊花15克，白蒺藜12克，明天麻10克，鸡血藤30克，地龙10克，全蝎6克（研吞），生石决明30克（先煎），生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克（先煎），水煎服，日服1剂。同时运用针灸、推拿，体育锻炼等辅助疗法，患肢功能逐渐恢复，睡眠安宁，眩晕亦除。调治半年余，能下床步行，生活基本自理。

二、语言不利

中风后期出现的语言功能障碍，有虚实之分，主病有脾肾之异。病在脾经者多属实证，系气虚痰盛，风痰阻络所致，病在肾经者多属虚证，为精亏阴枯，舌本脉络失养所致。

1.风痰阻络：

主证：舌强言謇，舌形多偏歪不正，舌根发硬，舌体不灵活，言语不清或不能出声。可兼有半身不遂，偏身麻木，口眼歪斜，喜忘喜笑等症。舌苔白腻，脉弦滑或缓滑。

病机分析：本证舌强语謇，言语不清，总因风痰阻滞舌本脉络所致。可以独有此症，也可同时兼有半身不遂等症状。如喜忘喜笑，为风痰阻滞，蒙蔽清窍而成。舌苔白腻、脉弦滑或缓滑等均系湿痰阻滞，风邪伤脾之征。

治法：祛风除痰，宣窍活络

方药：《医学心悟》解语丹[38]加减：天麻10克，全蝎6克，白附子5克，制南星10克，天竺黄10克，石菖蒲10克，郁金10克，远志10克，半夏10克，陈皮10克，茯苓15克，水煎服，日服1剂。或取本方5倍剂量，共研细末，炼蜜为丸，每次6克，日服3次，饭后服用。方中天麻、全蝎、白附子平肝熄风，涤痰通络；制南星，天竺黄豁痰宁心；菖蒲、远志、郁金芳香开窍化痰；茯苓健脾化湿；半夏、陈皮以理气化痰。

若半身不遂者，加当归尾12克，鸡血藤30克，广地龙12克；喜妄喜笑者，加生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克（先煎），牙皂5克；脾虚痰湿内盛者，加太子参15克，苍白术各15克，淮山药30克。

病案举例：周×，女，52岁，农民。素体肥胖，有高血压病史数年。某日夜间起床小便时突然昏仆倒地，口角歪斜，舌体麻木，转动不灵，语言不利，左侧肢体麻木无力。送医院急诊，确诊为“脑血栓形成”。住院治疗10余天，血压下降，左肢麻木震颤消失。但舌强言謇未愈，转中医治疗。刻诊：舌体偏歪不正，舌根僵硬失灵，言语不清。心烦失眠，喜自己独处。舌苔白腻，脉弦滑，时见代象。辨证属痰湿素盛，挟肝风窜扰经络，阻于舌本，而致舌本机窍不利，舌强语謇。治宜祛风除痰，宣窍活络。处方：天麻12克，全蝎6克（研吞），石菖蒲10克，远志10克，郁金10克，天竺黄12克，天南星6克，白附子5克，钩藤15克，苍术12克，云茯苓15克，水煎服，日服1剂。守方共进20余剂后舌体麻木偏歪等消失，舌根转动较为灵活，已能呼人姓名及回答简单的问答。前方奏效，即拟原方三料，制成蜜丸，每服9克，日进2

次。先后服用二月余，告愈。

2. 肾虚精亏：

主症：音哑甚至不能出声，舌体痿软或偏歪不正。兼见偏瘫侧肢体软瘫，腰膝酸软，心悸气短，或便秘，或遗尿，舌质黯淡，舌苔薄白，脉细无力，尺部尤弱。

病机分析：因肾精亏虚，精气不能上奉舌本脉络而致音哑不能出声。心脾两虚，气血俱亏则见心悸气短等症；便秘乃精血不足肠燥液枯使然；遗尿因阴损及阳，肾气虚馁，膀胱气化不利，关门失约所致。舌质黯淡，舌苔薄白，脉细尺弱，俱属肾精不足，气血虚弱之征。

治法：滋阴补肾利窍

方药：《景岳全书》左归饮[39]加减：熟地黄15克，山萸肉10克，淮山药15克，枸杞子12克，茯苓10克，石菖蒲10克，郁金10克，当归尾15克，丹参12克，炙甘草3克，水煎服，每日1剂。或用本方三倍剂量，佐入理气和胃之砂仁10克，佛手15克，共研细末，炼蜜为丸。每次6～9克，日服2次。方中熟地、山萸肉、山药滋补肾阴，茯苓、炙甘草健脾利湿，石菖蒲，郁金开窍化痰；当归、丹参养血活血。本证患者可同时服用杞菊地黄丸以滋补肝肾，养阴生津。

病案举例：（略）

三、抽搐发作（中风继发癫痫）

主症：抽搐频繁发作，可为全身性发作，也可为局限于一侧肢体。同时可伴有神昏不语，或神志清醒。舌苔薄白，脉弦细滑。

病机分析：本证多因情志刺激、饮食不节或气候骤变等诱因的触动导致抽搐发作。其病机系内风挟痰浊、瘀血浊邪窜扰脉络，闭塞清窍而成。若蒙蔽清窍甚者，则同时可见神

昏不语，但移时则醒。舌苔薄白，脉弦细滑俱属痰浊内阻之象。

治法：熄风化痰。宣窍定痫

方药：《医学心悟》定痫丸[40]加减，天麻10克，全蝎6克（研吞），僵蚕10克，菖蒲10克，胆南星10克，半夏10克，远志6克，茯神10克，鲜竹沥2支（分冲），琥珀5克，广地龙10克，蜈蚣2条（研吞），鸡血藤30克，水煎服，每日1剂。也可用原方配制丸药，其组成及制法如下。

天麻30克，川贝母30克，胆南星15克，半夏30克，陈皮20克，茯苓、茯神各30克，丹参60克，麦冬60克，石菖蒲15克，远志20克、全蝎15克，白僵蚕15克，琥珀15克，朱砂9克，用竹沥水60克，姜汁30克，再取甘草120克熬膏，和上药，共研细末，炼蜜为丸，每丸6克，朱砂为衣，每服1丸，日服3次。在中风继发癫痫的间歇期可长期服用。

此外，在抽搐频繁发作时，可用珍珠粉2～3克，用汤药分2次送服，其熄风定痫的效果较好。再者，间歇期的治疗应重视活血化瘀治法的运用，可选用《医林改错》通窍活血汤[113]加减，以祛除或减轻血瘀对清阳之府的干扰破坏作用，能有效地预防和治疗中风后遗症抽搐的发生。处方：

桃仁10克，红花10克，川芎12克，赤芍12克，钩藤15克，菊花10克，白蒺藜10克，红枣10枚，蜂房12克，全蝎3克，蜈蚣2条，葱白4寸，水煎服，每日1剂。或用原方配制丸药，取原方三倍剂量，再加麝香3克，三七30克，延胡21克，琥珀15克，共研细末，炼蜜丸，每丸重6克，每服1丸，日服3次。此外，还可选用大黄䗪虫丸[114]，每丸3克，每次1丸，日服3次。

病案举例（略）

四、痴呆

主症：神情痴呆，表情淡漠，目光呆滞，言语迟钝，昏痴健忘，傻哭傻笑，甚至呆坐不动不语。可伴有半身不遂日久不复等症状。舌苔薄白，或舌苔白腻，舌质黯淡或紫黯，脉沉细，两尺尤弱。

病机分析：久病及肾，肾阴肾阳俱受损耗，肾主生髓，脑为髓海，因髓海空虚不能充养元神之府，以致痴呆健忘诸症丛生。或因血瘀清窍，脑气与脏气不相接续，也可发生灵机记性的混乱而表现为痴呆。

治法：补肾填髓，活络开窍

方药：河车大造丸[41]加减：熟地黄15克，败龟板10克，鹿角胶12克，（烊化分冲）阿胶12克（烊化分冲），杜仲10克，怀牛膝10克，天麦冬各10克，黄柏10克，全当归10克，丹参15克，菖蒲6克，远志6克，紫河车粉5克（装胶丸随汤药分2次吞服），水煎服，每日1剂。或用中成药河车大造丸，每次9克，日服2～3次，并配以散风活络丸，每次9克，日服2次。

方中紫河车补益精血；杜仲、怀牛膝补肝肾强筋骨，熟地黄、龟板滋肾阴填精髓；天麦冬、黄柏育阴降火。鹿角胶，阿胶等补髓填精益血。本证重症患者，可在滋肾填精基础上，加清心涤痰开窍之品以治其标，如石菖蒲6克，郁金10克，远志10克，磁朱丸10克（包煎）。

五、精神失常（中风继发癫狂）

主症：精神错乱，语无伦次，或喃喃自语，痛苦呻吟，哭笑无常，或见默默不语，或耳妄闻，目妄见，妄思奇想。舌质黯淡，舌苔白腻，脉沉滑或细弦。

病机分析：本证以癫狂为主要表现。由病久心脾两虚，

心神失养，兼之痰浊瘀血等浊邪郁滞不去，蒙蔽心窍，闭狂神明所致。病以心脾两虚为本，痰浊血瘀为标，故常见癫证的主要症状为主。临床所见，亦由因精神刺激，所愿不遂，郁郁不乐，渐致精神失常者。

治法：益气养血，化瘀通络

方药：《证治准绳》养心汤[42]加减：生晒参10克，（或党参15～30克），黄芪15克，全当归10克，川芎6克，茯苓15克，茯神10克，远志10克，炒枣仁10克，柏子仁10克，胆南星10克，天竺黄10克，丹参15克，鸡血藤15克，炙甘草5克，上肉桂3克，水煎服，每日1剂。或用中成药柏子养心丸[43]，每次9克，日服3次；十香返生丹[44]每次6克，日服2次。

方中人参、黄芪、炙甘草补脾益气；当归、川芎补养心血；茯苓、茯神、远志、柏子仁、炒枣仁、五味子宁心安神；上肉桂助心肾阳气以鼓动气血；胆星、天竺黄涤痰开窍；丹参、鸡血藤养血通络。

病案举例：（略）

第二节　针推体疗，数法并施

中风病进入恢复期以后或后遗症阶段，在药物治疗的同时，应辅以针灸疗法，推拿按摩、功能锻炼等多种治疗方法，以促进病情好转，功能的恢复。

一、针灸疗法

1. 中经络以半身不遂，偏身麻木为主者，治宜调和经脉，疏通气血。以大肠、胃经俞穴为主，辅以膀胱、胆经穴位。初病时，仅刺患侧，病程日久后，可先刺健侧，而后刺灸患侧。

取穴：上肢：肩髃、曲池、外关、合谷，可轮换取肩髎、肩贞、臂臑、阳池等穴。

下肢：环跳、阳陵泉、足三里、昆仑，可轮换取风市、悬钟、腰阳关等穴。

初病半身不遂，偏身麻木者，还可应用手足十二针，即取双侧曲池、内关、合谷、阳陵泉、足三里、三阴交共十二穴。若后遗症阶段的半身不遂，腕踝难伸，肘膝挛急者，可应用手足十二透穴。其方法是取患侧手足共十二个穴位，用2～3寸长针强刺，并从一个穴透刺到另一个穴。取穴：肩髃透臂臑，腋缝透胛缝，曲池透少海，外关透内关，阳池透大陵，合谷透劳宫，环跳透风市，阳关透曲泉，阳陵泉透阴陵泉，悬钟透三阴交，昆仑透太溪，太冲透涌泉。

若头痛眩晕者，加百会、四神聪、风池、太阳、太冲等穴；兼见舌体麻木、味觉减退或消失者，加哑门、廉泉；口㖞口角流涎者，加下关、地仓、颊车、迎香、承浆；形肥体丰，痰多苔腻者，加脾俞、公孙、丰隆；形体偏瘦，舌红少苔者，加肾俞、复溜、太溪。

2.中经络以口眼歪斜为主者，治以通调经气，和血通络。初病单刺灸患侧，病延日久可左右均刺。

取穴：人中、承浆、地仓、颊车。视具体情况，局部可轮取阳白、攒竹、颧髎、翳风等穴，远端辨证配伍合谷、太冲、内庭、足三里等穴。

3.关于头针的运用：近年来，国内不少单位应用头针治疗急性脑血管病（中风）取得一定的疗效。即采用在皮层功能定位相对应的头皮部位进行针刺，对于中风病所出现的运动障碍选对侧运动区，感觉障碍选对侧感觉区等作为针刺部位。其定位方法和作用如下：

(1) 运动区：上点在前后正中线中点后方0.5厘米处，下点在眉枕线和鬓角发际前缘相交处。上、下两点的连线即为运动区。在运动区内共划分为五个等分，上1/5是下肢、躯干运动区，主治对侧下肢瘫痪；中2/5是上肢运动区，主治对侧上肢瘫痪，下2/5是面部运动区和语言一区，主治对侧中枢性面神经瘫痪（口眼歪斜），运动性失语（言语謇涩）等。

(2) 感觉区：自运动区向后平移1.5厘米的平行线，即为感觉区。在感觉区内共划分为五个等分，上1/5是下肢、头、躯干感觉区，主治对侧下肢麻木、感觉异常、腰腿痛、后头痛、颈项痛；中2/5是上肢感觉区，主治对侧上肢麻木、疼痛、感觉异常；下2/5是面感觉区，主治对侧面部麻木、偏头痛等。

(3) 针刺方法：一般选用2～2.5寸长的26～28号毫针，取坐位或卧位，按临床症状选择刺激区，半身不遂、口眼歪斜、言语謇涩选用运动区；偏身麻木、疼痛选用感觉区。然后分开头发，用75%酒精棉球消毒头皮，快速沿皮下或肌层捻转进针。达到该区的深度后，在毫针针柄上连接直流电针机的导线，频率控制在每分钟200次左右，输出电压为控载脉冲电压100～200伏，强度以病人能耐受的最大限度为准，通电20～30分钟。一般通电2～3分钟后，即能达到适宜的刺激量和刺激强度，病变部位会出现一定的针感，如热、麻、抽动、出汗、发凉等感觉，以热感最常见。但有部分病人虽无针感，但也能取得一定的疗效。一般每日或隔日针刺一次。10～15天为一疗程，疗程间歇5～7天。

通过临床观察，有人认为仅用头皮针治疗中风偏瘫等症，不能完全满足治疗上的需要，而且长期使用头皮针会出

现病情恢复缓慢，似乎产生了一定的适应性。因此。把头针和体针按疗程交替使用，或以体针为主酌情加用头针，或以头针为主酌情加用体针，往往可以明显提高疗效。

二、推拿疗法

1.适应证：适用于中风半身不遂，尤其是半身不遂的重症患者。一般以早期治疗较好，中风急性期病情趋于稳定后（二星期左右），即可施以推拿疗法。若中经络的轻症病人，无论急性期、恢复期或后遗症期均属推拿疗法的适用范围。

2.常用手法：治疗中风半身不遂的常用手法有推、拿、摩、揉、掐、搓、擦、捶拍等，现分别介绍如下。

（1）推法：推法是用指或掌在皮肤上向前后或左右推动的一种手法。推法所能达到的深度，与推时用力的大小有关，可达皮下组织、肌肉甚或骨骼，半身不遂病人应用推法的力量，必须先轻后重，用力不宜太大，尤其是刚刚进入恢复期的病人用力以由小到大循序渐进为宜。推法的频率一般以每分钟50～100次，开始稍慢，逐渐加快。在偏瘫肢体和背部多用拇指平推法和掌平推法。拇指平推法是用拇指的指面接触皮肤，向一定方向推动。向前推时拇指着力，往回收时拇指指间关节微屈，指背接触皮肤而带回。其它各指的指间和指掌关节在推时略微屈曲，往回带时伸直，各指均不需用力仅作为帮助固定方向，如此一推一回，频率由慢转快。掌平推法是用手掌平伏在皮肤上进行推动。掌推时，一般都是从肢体的远端推向近端。

（2）拿法：拿法是用手指提拿肌肉的一种手法。一般常结合穴位提拿，提拿动作较急速，在一个部位提拿2～3次即可。拿的强度以达到发生酸胀感为度，拿后患者感到非常轻

松。对半身不遂的病例提拿强度不宜过大。其四肢部位均可用五指拿法，是用拇指和其它四指相对提拿的手法。

（3）摩法：摩法是用手指或平掌在身体某部摩动的一种手法。有单手摩也有双手同摩。摩一般是回旋地在皮肤表面摩动，力量仅达到皮肤和皮下组织。摩动时的力量应由轻而重，摩动的频率需看病情而定，灵活应用。对半身不遂的病人，每分钟摩动50～100次。头面及上肢可用指摩法，其方法是将拇指的指面平伏在身体某部或穴位上作摩动。双手拇指摩时，必须注意动作的协调，着力要一般，除拇指平伏接触皮肤外，其它四指稍稍分指张开，微屈各指间关节，在摩动时不能接触皮肤。摩动时主要用腕力使手回旋地摆动。在背部也可用双手拇指回摩法。背部与下肢可用掌摩法，其方法是将掌心平伏地在身体上进行摩动，一般只用单掌进行操作。掌摩时着力要均匀，频率要慢，并沿顺时针方向进行摩动。

（4）揉法：揉法是用手指或手掌在皮肤上作揉动的一种手法。揉动的手指或手掌不移开接触的皮肤，仅使该处的皮下组织随指或掌的揉动而滑动。一般用单手操作，操作时有指揉与掌揉两种。指揉法是以拇指的掌面紧贴皮肤，作回旋的揉动，适用于狭小的部位或穴位上。操作时，用力须由轻而重，再由重而轻。掌揉法是以掌根或全掌紧贴皮肤，沿顺时针或逆时针方向回旋的揉动。适用于面积较大的部位，如背部、腹部等处。掌揉时手掌虽与皮肤紧贴不移动，但该区皮下组织的滑动范围，可越揉越大，用力也可逐渐加重。掌揉的频率较慢，每分钟约30～60次。

（5）掐法：掐法是用手指在身体某部或经穴处深深掐压的一种手法，又称指针法，是推拿疗法中独特而又常用的手

法。作掐法前，术者修剪指甲，掐的强度以有酸胀的反应为度。本病治疗常用单指掐与屈指掐两种手法。单指掐法是用中指或拇指的指端掐法。中指掐时，中指伸直，拇指和食指紧夹中指，以中指指端掐在选定的经穴上，多用于头颈部，如掐风池穴。拇指掐时，拇指指间关节半屈，其它各指也屈曲帮劲，以拇指指端掐在选定的经穴上，常用于四肢部位，如掐合谷、内关，足三里等穴。无论那一种单指掐，掐压时必须逐渐施劲，使指端掐入，切勿突然用力。在掐压得气后，持续半分至一分钟，同时可配用振法，以加强刺激强度。随后逐渐松劲，并配用揉法，以缓和刺激后的反应。屈指掐法是将中指屈曲，用其近端指间关节的突出处，着力于身体上掐压。操作时大拇指按住已屈曲的中指第三指节，食指和无名指也屈曲，并挟住屈曲的中指使其固定。这种掐法力量很大，掐入的深度也较深，适用于肌肉较厚的部位，用单指掐法不易得到反应时，如环跳、风市等穴，都适用此法。

（6）搓法：搓法是用双手搓动患者肢体的一种手法。仅适用于四肢部位，其作用可达皮下组织、肌肉，甚至骨骼。速度由慢而快，再由快而慢的结束。对半身不遂的治疗多用掌搓法，是用左右掌相对地置于被搓肢体的两侧进行搓动。在搓上肢时，可取坐位，上肢自然下垂。在搓下肢时，可取半坐位，屈曲膝关节，或平卧在床上，将患肢搁在术者的肩上。搓动时上肢由肩到肘，再由肘到肩；下肢由膝到髋，再由髋到膝的来回搓动。

（7）掖法：掖法是用手背部在身体掖动的一种手法。方法是手呈半握拳状，以小鱼际的侧面和小指掌指关节的上方接触被推拿的部位，着力按压，同时用力作旋后掖动，这是

应微微伸开各指以助劲。在手作旋后掖动时，应注意着力点都需在各掌指关节的上方手背部，如此一掖一回，用力要均匀而有节律。掖动的手应当如吸附在身体上一样，不能跳动或节打。掖时应当逐渐向前移进。此法适用于背部、臂部、肩部和腿部等面积较大的部位，着力较深，故宜在肌肉和软组织丰厚的地方。

(8) 捶拍法：捶拍法是用拳捶击身体的一种手法。本法着力较深，可达肌肉、关节和骨骼。操作时主要以腕部用劲，动作要求协调、灵活、着力由轻而重，同时要富有弹性，速率由慢而快，或慢一阵快一阵的交替进行。治疗本病可用握拳捶法或侧掌捶法。为了减轻术者的劳累，使捶拍更舒适，可用海绵橡皮作捶，用竹片作杆，制成海绵捶拍器，双手持器捶拍，以减轻术者的工作强度。

3. 治疗步骤：

(1) 患者先取自然平卧位，对半身不遂的肢体用回摩、推摩等手法，由轻渐重，由肢体近端到远端，平稳地推拿5～10分钟。

(2) 半身不遂肢体表现为强痉屈伸不利者，推拿动作需注意平稳，作用力不需很深，随患者对推拿手法刺激的逐渐适应而逐步加重强度。对半身不遂表现为肢体瘫软无力者，推拿手法可重些，使作用力深达肌肉，深在地拿、揉瘫痪部位的肌肉，也可用搓法，最后用捶拍法。

(3) 应用穴位推拿：上肢选用缺盆、肩髃、肩贞、曲池、尺泽、少海、大陵、阳池、阳溪、阳谷、手三里、合谷等穴。下肢选用气冲、环跳、居髎、风市、足三里、阳陵泉、血海、委中、承山、太溪、昆仑、解溪等穴。用指掐法，也可用指尖多推手三里、足三里两穴。

(4) 对完全无自主运动的半身不遂患者，推拿疗法和被动活动显得愈为重要。医者应指导患者用健侧肢体帮助患侧肢体活动，也可在医生或病人家属的帮助下，作患肢辅助运动，可多用刺激运动法。比如家属扶住患肢，在口令下带动患肢，做有意识的用力，逐渐建立主动运动。

(5) 如有口眼歪斜者，可结合推拿瘫痪侧面部，用手指做摩、揉、推等手法。并选用太阳、攒竹、睛明、翳风、颊车、地仓等穴，做穴位推拿。

在临床上，对中风半身不遂的推拿治疗可由医生操作，也可指导患者家属操作，更需要鼓励病人运用健侧的手进行自我推拿或用捶拍器捶拍患肢。对重症半身不遂的病人，在患肢肌张力低下的时候，应特别重视推拿治疗，以达到疏通经络，通利关节，强壮筋骨的作用，尽早使患肢的肌力得以恢复。临床医疗实践使我们深深地体会到，对肢体挛缩的病人，关节僵硬强直，如单纯使用中药及针灸治疗都难收寸效。惟有通过推拿疗法和被动运动使患肢关节逐渐松动，强痉的肢体趋于松软，经络气血流畅，则肢体功能自能日渐恢复。因此，推拿、针灸等外治法和中药内服法有机地结合起来，才能取得良好的疗效。这是中医治疗本病的优势之所在。

三、体育疗法

对于进入恢复期的病人，其半身不遂的患肢还具有一定的活动能力者，加强功能锻炼，开展体育疗法显得十分重要。要注意做到早锻炼、勤锻炼，既要持之以恒，又应循序渐进。当患肢可以抬举时宜抓紧上肢拉力和下肢支撑力的锻炼，练习走路，最后练习手指、脚趾等精细的活动，逐渐恢复患肢的功能活动，并能有效地预防肢体挛缩和姿态异常的发生。因此，进入恢复期以后的功能锻炼，应当做为一种重

要的治疗方法看待。这里介绍一套偏瘫病人体操（共八节，北京西城区体委编制），以供患者参考。

（第一节）呼吸运动：正坐在靠背椅子上。两腿自然下垂。

（1）两臂侧开上举，此时身体微后仰，胸廓伸展，头略抬高，同时用力吸气，到不能再吸为止。患臂能张开上举多少就举多高。

（2）两臂自然下落，身体微向前倾，两肩稍收缩，双手相抱，不能相抱时也可将患臂自然放在体侧，同时慢慢呼气，直至不能再呼时为止，并立即转为正常呼吸。

（3）停片刻再重复（1）（2）动作，每一动作占两拍，完成（1）（2）动作共四拍，本节做二八呼，拍节慢速。

（第二节）拍打运动：正坐在靠背椅子上，两腿自然下垂。

（1）用健侧拍打患侧上肢，从肩部外侧向下到手，共做八拍。

（2）上身微屈，用健手拍打患侧下肢，从大腿根部向足踝部前侧，共做八拍，要求患者尽可能向小腿下侧拍打，但要注意掌握平衡，防止从椅子上向前跌倒。

（1）（2）动作重复一遍，本节做四八呼，拍节中速。

（第三节）划臂运动：正坐在靠背椅子上，两腿自然下垂。

（1）掌心向上，两臂前平举。

（2）翻掌，掌心向下。

（3）直臂向侧后作游泳划水样动作。

（4）两臂收回至体侧，掌心向上。

（1）（2）（3）（4）动作重复一遍，本节做四八呼，拍节中速。

（第四节）抬腿运动：正坐在靠背椅子上，双手叉腰，或患臂放在体侧。

（1）健腿自动抬起，小腿伸直，随即放回复原。如腿部肌力不够，可用健手帮助，占两拍。

（1）（2）动作重复一遍，本节做四八呼，拍节中速。

（第五节）摇体运动：正坐在靠背椅子上，稍向前坐，两脚踩在地上。

（1）两臂自然放在体前，手掌放在腿上，身体向前倾斜，大约15°～45°，以不超过45°为宜，头部保持自然姿势，不低头。

（2）随即还原坐直，占两拍。

（1）（2）动作为前后摇体运动，做二八呼。

（3）两手叉腰正坐，右手叉腰，左臂自然垂于体侧，向左倾斜15°～30°，以不超过30°为宜，头部尽量保持自然姿势，随即还原坐直，占两拍。

（4）左手叉腰、右臂自然垂于体侧，向左倾斜15°～30°，随即还原坐直，占两拍。

（3）（4）动作为左右摇体，做二八呼。

本节共做四八呼，拍节中速。

（第六节）扶桌弓步运动，用健手扶住桌面，侧立在桌旁。

（1）健腿后退一步，身体微向前倾，使患腿微向前屈，健腿绷直，患腿用力踩地，随即复原直立，占二拍，做二八呼。

（2）健腿前进一步，身体微向前倾，使健腿微微挛屈，患腿绷直用力踩地，随即复原直立，占二拍，做二八呼。

本节共做四八呼，拍节中速。

（第七节）轮替握拳运动：患者在桌旁直立，两臂向前平举，掌心向下，手五指尽量分开。

（1）翻掌使掌心向上，再翻掌使掌心向下，占两拍，做二八呼。

（2）手握拳，患者尽量握紧，再伸开，伸开时手五指尽量分开，占两拍，做二八呼。随后上肢复原。

本节做四八呼，拍节中速。

（第八节）扶桌踏步运动，用健手扶住桌面，侧立在桌旁。

（1）先抬健腿然后复原，占一拍，

（2）再抬患腿然后复原，占一拍。

健腿、患腿交替踏步，做二八呼，拍节中速。

应当强调指出，恢复期病人在做体操时，家属应站在椅子后面保护，防止病人偶因头晕或动作用力过猛从椅子上摔倒发生意外事情。其次，如上八节体操虽然要求全面活动，但仍以肢体活动为重点。因仅限于坐位或立于桌旁的活动，所以患者手握力和足踝关节、足趾关节的功能锻炼远远不够。为了增加握力，我们常常让患者手握一个小的橡皮球，或用报纸十数张卷成一个圆桶状，卡在患手拇指与四指间锻炼握力，并且随着握力的增加把报纸撤去几张，使圆桶变细，直至能握住直径3厘米粗的细棍为止。尔后可以手握两个核桃或健手球练习手指的活动。至于踝关节和足趾活动的锻炼，可取卧位姿势进行锻炼。每天一般锻炼3～5次，刚开始每次锻炼10分钟左右，以后根据病情和体力情况适当增加锻炼时间和运动量。只有持之以恒方能取得理想的效果。

四、食养疗法

中风病人的基本饮食应以清淡素食为主，其食养要点如

下：

1. 低热能：患者如素体肥胖超重，应节制饮食，宜采用低热能饮食，以每日每公斤体重约需30～35千卡为好。因总热能过高时，血清胆固醇亦会随之升高。

2. 低胆固醇：中风或后遗症阶段的病人，即使血中总胆固醇含量不高，也应避免经常食用过多的动物性脂肪及胆固醇较高的食物。最好代之以植物油及豆制品等。每日胆固醇总摄入量应控制在300毫克以下，如果血清胆固醇持续过高，更应严加限制。

3. 低脂肪：尽量以植物油（如豆油、菜油、芝麻油等）为烹调用油。不宜多食富含脂肪的食物，（如动物肉类、内脏、鱼子等）。

4. 低食盐：食盐的主要成分系氯和钠。如钠摄入过多，在内分泌的作用下，能增加血管对各种升高血压物质的敏感性，引起小动脉痉挛，使血压升高。碱性食物如松花蛋也不宜多吃，因碱性食物中也含有钠。

5. 多维生素和无机盐：维生素C的功能之一是增加血管韧性，减少脆性，防止血管出血。维生素C含量丰富的食物主要有新鲜蔬菜和水果。特别是酸性水果含量最为丰富。

目前，根据临床研究，认为钾和碘对降低胆固醇，保护心血管机能有一定作用。因此，可多吃些含钾和碘丰富的食品，如海鱼、海蜇、海带、紫菜等。

6. 多纤维素：蔬菜和瓜果中都含有植物纤维素。大量的纤维素能吸附胆固醇，并促使其从大便排出，可降低血中胆固醇含量。

在治疗过程中，还可根据不同的病证，配以一些特殊的具有治疗作用的食物以辅助治疗。对中脏阳闭病人，除鼻饲

混合奶外，应每天给菜汤200毫升，可用白菜，芹菜、菠菜等。或饮绿豆汤、鲜果汁等。果汁可根据季节分别用西瓜汁、甘蔗汁、梨汁、荸荠汁等调配，皆有清热降火、生津止渴之功效。对阴闭患者除鼻饲混合奶之外，每天可用米仁、赤小豆、生山药煎汤，每次鼻饲200毫升左右，具有健脾化湿功用。

中经络以半身不遂为主的病人，在急性期可按下列方法配膳。

膳食原则：清内热，化痰湿、散瘀血。避免油腻厚味、肥甘助湿生火之品。

膳食内容：绿豆汤、大米山楂汤、小豆山楂汤、莲子汤、豆浆、炒米粥、藕粉、藕汁、果子汁等。蔬菜以白菜、菠菜、芹菜、冬瓜、黄瓜等甘寒性凉的菜肴，进行调配。

半身不遂恢复期病人可按以下膳食原则配膳：

膳食原则：以清热育阴、健脾和胃为主。

膳食内容：稀饭和米粥、绿豆米粥、赤豆苡仁米粥、莲子粥、荷叶粥等，面片、面汤、素馅饺子、包子、馄饨亦可。蔬菜除各种时鲜果蔬外，可酌加猪、鸭的瘦嫩肉和鸡蛋。但忌食鸡、牛、羊等肉类。

第三章　中风的预测预报

中风之发病，犹如矢石之中的，其来也速，其势也暴，是当今严重影响中老年健康的主要疾病之一。为此，设法预报中风的发生，进而采取相应的防治措施，使之防患于未然，已引起了国内外医学界的高度重视。我国有中西医结合的优势，诚为得天独厚。从祖国医学治未病的学术思想出发，发挥中医四诊“见微知著”之特色，结合现代医学血液流变学的微观实验诊断，并通过微电脑处理以预测预报中风，是当今中风预防领域的最新进展。

第一节　中风预报的理论依据及可行性

众所周知，成书于二千多年前的《黄帝内经》，其学术上的主导思想就在于“不治已病治未病”，强调防患于未然的预防观。《内经》指出：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎。”并告诫曰：“善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也。”这就十分明确地为后世揭示了预防医学的精髓所在：即在未病之前，就应设法防止疾病的发生；既病之后，则应着眼于早期治疗以防止疾病的传变。前者是采取各种措施以增强体质和抗御外邪的能力，所谓“正气存内，邪不可干”，“五脏元真通畅，人即安和”。后者乃是见微知著，防

微杜渐，务求早期预测，早期诊断，早期治疗，以杜绝疾病向纵深发展，所谓“上工救其萌芽”之谓也。对中风病做到早期预测预报，则尤具重大的社会效益和经济效益。夫中风之病，一经发生，病情急重，特别是卒中入脏，昏愦不语者，予后大多不良，虽经救治，其后遗症往往不能在短期内康复，给患者家庭乃至社会带来不幸和负担。因此，与其治疗于既中之后，不如预防于未中之先，而预防的前提是进行有效的中风先兆监测预报，及时提供防治的诊断依据。

“山雨欲来风满楼”，自然界的风暴雨雪等气候变化固有先兆，而任何疾病的发生亦必然有其征兆可寻。祖国医学认为，“藏于内而象于外”，“有诸内必形诸外”。内在的病理变化，即或是细微隐匿或潜伏缓起，亦必然会纤毫无爽地反映于外在的形体色脉。《内经》谓：“见其色，知其命，命曰明；按其脉，知其病，命曰神”。可见医者通过察色切脉，四诊合参以见微知著，尽早洞悉内在病变者斯为高手。就中风而言，在未病之前，必有其蛛丝马迹可察，特别是年逾四旬以后，经常出现头胀头痛，眩晕耳鸣，肢体麻木，筋惕肉瞤，以及一过性，可逆性的复视、黑蒙，或一过性的失语等症者，更应该引起患者和医务人员的高度重视。

综上所述，在中风病未发之前，病者虽然饮食睡眠一如常人，若能精心诊察其先兆症状，（有条件的，尽可能结合现代血液流变学的微观实验诊断方法，以明确诊断），然后通过四诊合参，综合分析以探本求源，就有可能作出及时正确的预测预报。从我们的临床实践中体会到，中风病的预测预报工作，不但有其深邃的理论依据，而且具有切实可行的实用价值，值得在理论上和临床实践中作进一步的研究探索。

第二节　中风先兆的临床监测

俗谚："冰冻三尺，非一日之寒"。中风虽如矢石之中人，骤然而至，但其发生与发展也有一个相当长的演变过程，它象一切事物一样，内因是依据，外因是条件，外因通过内因而起作用。就中风而论，常见的内因为脑动脉硬化、高血脂症、原发性高血压病、心脏病及糖尿病等；常见的外因是情绪波动、过度劳累、气候变异，嗜好烟酒等。无论内因或外因，日积月累，积重难返，势必导致中风病的发生。因此，只要平素注意身体各种变化，密切观察临床表现，正确地预测预报中风的发生，是完全有可能的。

一、中风的易发体质

中医学历来重视人的体质以及各种体质类型的生理，病理特点的研究，并籍此指导临床的预防和治疗工作。那么，究竟哪些人容易发生中风呢？有统计资料表明：在美国脑血管疾病的发病率占总人口的2.6‰，占65岁以上人口的21‰；在日本脑血管疾病占40岁以上人口的7.9‰。国内的发病率各家报道不相一致，据北京医院报道的一组脑出血病例，共计95例中，40岁以下有6例，占6.3%；40岁以上89例，占93.7%；其中50～70岁者61例，占64.2%。该院报道的另一组脑血栓形成的病例，共计314例中，40岁以下10例，占3.2%，40岁以上304例，占96.8%，其中50～70岁者210例，占66.8%。另据北京中医学院东直门医院报道的一组急性缺血性脑血管病的病例，共计220例中，40岁以下7例，占3.2%；40岁以上213例，占96.8%，其中50～70岁者139例，占63.2%，全组220例的平均年龄为59.4岁。可见，本病以中、老年人

最容易发生。元代王履《医经溯洄集》中认为："凡人年逾四旬气衰之际，或因忧喜忿怒伤其气者，多有此疾，壮岁之时无有也"。显而易见，年过四旬以后，脏腑日衰，"阴气自半"，脏腑气血阴阳之间的平衡失调，加上情绪激动等诱发因素，往往容易发生中风。其它如久病虚损之体、肥胖多痰之躯、肝气肝阳素旺等体质亦是中风高发人群。明代张景岳《景岳全书》中说："凡此病者，多以素不能慎，或七情内伤，或酒色过度，先伤五脏之真阴"。所谓素不能慎是指生活起居不规律，七情内伤是指喜，怒、忧、思、悲、恐、惊等七种精神情志的过度刺激，还有嗜酒无度、色欲伤精等，导致五脏精血耗伤，阴阳失调，日积月累可导致中风的发生。清代。沈金鳌在《杂病源流犀烛》中专门指出："肥人多中风"，缘于肥胖之躯气虚痰盛，痰瘀交结，气血运行不畅，也可引起中风的发生。可见，中老年人中气血虚弱、阴阳失调以及肥胖多痰等体质者，是中风的高危人群，也是我们开展中风病预测预报工作的主要服务对象。

二、容易导致中风的疾病

1.原发性高血压：据国外资料报道，脑出血患者中原有高血压者占81.5%，缺血性中风患者中原有高血压者占44.4%。可以认为高血压病是导致中风的主要原发病之一。根据临床观察，高血压病人的中风发病率比没有高血压者高2倍多。坚持长期治疗的高血压患者，其中风发病率比不坚持长期治疗者要低得多。从中也不难发现，中风与高血压两者之间有着密切的因果关系。

长期高血压使血管壁张力增加，动脉内膜过度伸张，以致弹力纤维破裂，血中的脂肪易于渗入到动脉内膜，引起动脉硬化。同时，高血压会引起毛细血管破裂、动脉内膜出血

或形成血栓，加重机械性损伤。由于动脉内壁结缔组织增加，与血中渗入的脂质相结合，形成膜质沉积，使动脉壁增厚、变硬、变脆、弹性消失。

中风可以发生在血压升高时，也可以发生在血压骤降时。当动脉血压升高到正常值的140%时，机体尚能通过自动调节加以代偿，超过这个限度就会产生头痛、恶心、呕吐等高血压脑病症状。如因天气骤变、情绪波动、屏气大便，用力抬举物体等情况下，收缩压迅速升高至180～200mmHg时，机体不能代偿，轻者可出现上述的高血压脑病症状，重者则因微动脉瘤破裂而引起脑出血。有的学者统计，收缩压超过190mmHg时，脑出血的危险就增加6倍，舒张压超过110mmHg时，脑出血的危险即增加5倍。

相反，当血压骤然降低到原来的50%，脑血管尚能通过代偿调节，不至于发生脑缺血的症状。倘血压骤降至原来的35%以下，就可能引起缺血性中风。高血压脑动脉硬化患者对低血压的自动调节能力较差，如服用过量降压药使血压骤降，或在凌晨2～3点钟、午睡时的生理性低血压期间，就容易发生缺血性中风。

2.动脉粥样硬化：是引起中风病另一个重要原因。所谓动脉粥样硬化，就是动脉内膜有脂肪类物质沉积与纤维组织增生，形成硬化的斑块。当其中心因缺血缺氧而发生坏死、软化时，表面形成糜粥状，故称动脉粥样硬化。粥样硬化的斑块主要是胆固醇等脂肪类物质，它来自两个方面，一是食物中摄入，二是体内肝与小肠粘膜合成，其中后者占92%。在正常情况下，血中的胆固醇进入动脉内膜后又经过与中层外层的营养血管回到血液中。动脉硬化者血中胆固醇过多，它进入动脉内膜后与结缔组织中的弹力素结合，沉积下来，

形成淡黄色的硬化斑块。早期的硬化斑块主要在动脉内膜深部，后来扩大到内膜的中层，破坏肌纤维与弹力纤维，而代之以增生的结缔组织，使动脉壁增厚变硬，失去弹性。最后斑块蔓延到内膜表面，并突出于管腔内，使内膜面凹凸不平，形成狭窄或阻塞，使血流阻力增加，血液流动缓慢，脑供血逐渐不足。当血压降低时，则容易引起短暂性脑缺血发作或脑血栓形成。由于动脉壁的弹力层与肌层受损，管腔变脆，如合并高血压，就容易破裂而发生脑出血。因此，动脉粥样硬化既可导致出血性中风，也可引起缺血性中风。一般情况下，高血压常伴有动脉粥样硬化，而动脉粥样硬化不一定都有高血压。

3. 糖尿病：糖尿病是由于人体胰岛素相对或绝对不足所致的内分泌与代谢性疾病。常因遗传、肥胖、多食、少活动、精神刺激、多次妊娠、感染、手术、创伤、应用类固醇激素等诱发和加重。糖尿病所引起的中风，主要是脑血栓形成，而脑出血相对较少。这是由于糖尿病患者的血管常有微血管病变和动脉粥样硬化两种病变。关于微血管病变的发生原理，众说不一。多数学者认为系胰岛素缺乏引起代谢障碍，而导致微血管壁损伤和功能异常；也有人认为是与糖尿病患者凝血机能异常，血液流变学异常所导致的微血管血流减少、缺氧、血栓形成或栓塞，从而损伤了微血管内皮细胞。在患者发生微血管病变的同时，还可发生动脉粥样硬化，而且发生得早、进展较快、症状较重。有人曾作过统计，糖尿病患者的动脉粥样硬化发生率比没有糖尿病的人要多50倍。由于动脉粥样硬化的发生，特别是脑动脉粥样硬化，加上血液流变学的异常，使糖尿病患者的中风发生率比无糖尿病者要高2～3倍，有的报道甚至要高21倍。而且预后

很差，死亡率也高。

4.心脏病：心脏病与中风关系甚为密切。由心脏病引起的中风分为两类：一类是心功能不全引起脑组织灌注不足，加上患者脑动脉硬化、血管腔狭窄、血液处于高凝状态，这样就容易产生脑血栓形成。另一类是心脏瓣膜的炎性赘生物脱落或心脏附壁血栓及栓子脱落，随血流进入脑血管，造成脑动脉闭塞，发生脑栓塞。

风湿性心脏病是造成脑栓塞的主要原因，占40～90%。不但其脑栓塞的发病率高，而且容易复发。二年内有30%的患者复发，六年内有50%的患者复发。冠心病不仅容易发生脑血栓形成，而且容易发生脑栓塞，是脑栓塞的第二个常见原因。

5.肥胖症：正常体型的健康人，身长和体重有一定的比例。其标准体重的计算公式如下：

标准体重（公斤）＝身高（厘米）－105±10%

发生肥胖的原因一部分是因身体内部代谢和内分泌疾病所致，大部分是由于多吃、多睡、少活动或由遗传、神经精神因素所致。轻度肥胖一般并不会引起不良反应；中度或重度肥胖的人，不仅身体臃肿，行动笨拙无力，抗病能力下降，而且容易患高脂血症、高血压病、动脉粥样硬化、冠心病等，从而引发中风病的发生。

三、中风的信号——小中风的监测

小中风既是脑梗塞的信号，也是完全性脑卒中的前期表现。据国外统计，六十五岁以上的人口中大约每年1‰的人发生一次小中风。我国尚缺乏这方面的资料，因为小中风的症状一般持续几分钟，体征也可在二十四小时内完全消失，所以易被误诊和漏诊。

小中风是一种可逆性、一过性的脑局部缺血，临床发作有下列特点：

短暂性：每次发作症状持续的时间一般为几分钟，短则数秒，长则半小时，数小时者罕见，体征均在二十四小时内消失。

反复性：可多次发作，其间隔长短不一，或一日数次，或几月一次，有的数年一次。间隔期间无任何异常。

刻板性：同一患者每次发作的症状基本相同。

可逆性：每次发作表现的症状与体征都可恢复到正常状态。

脑的血液供应主要来自颈内动脉系统和椎-基底动脉系统。两个不同的动脉系统在发生血流障碍时，其临床表现各不相同。

颈内动脉系统的小中风有如下几种临床表现：

1.一过性单眼失眠：持续2至5分钟。若只有眼动脉受累则仅影响视力，若颈内动脉受累可伴有对侧肢体的运动或感觉障碍。

2.对侧单瘫或偏瘫：最常见，以上肢最易受累。

3.失语：主侧半球语言中枢受累。

4.构音困难伴一侧面肌与舌肌无力。

5.对侧偏身感觉障碍：常见一侧下面部与肢体沉重感、麻木不仁。

6.一过性遗忘。

7.一过性昏厥：比较少见。

椎一基底动脉系统小中风常见下列表现：

1.眩晕：常伴耳鸣、重听、呕吐，或伴肢体运动与感觉障碍。

2. 一侧或双侧视野缺损：可呈象限性视野缺失、偏盲或全盲。

3. 构音困难或吞咽困难，饮水发呛。

4. 复视或上睑下垂。

5. 交叉性瘫痪：一侧面肌无力伴对侧肢体轻瘫。

6. 交叉性感觉障碍，一侧面部伴对侧肢体感觉障碍。

7. 跌倒发作：突然无故跌倒，但神志清楚，是延髓椎体缺血的特征，较少见。

小中风本身并不可怕，采取有力措施，积极预防复发，它就能化害为利，有效地防止完全性中风的发生。如果置若罔闻，顺其发展，后果将不堪设想。据统计，五年之内大约30%的小中风将发展为致命性或致残性中风，30%发作更加频繁，30%不再发作，10%合并心肌梗塞等严重疾患。由此可见，重视对小中风的临床监测，进而积极控制小中风的发作，是预防中风，降低发病率与死亡率的重要步骤。

第三节　缺血性中风预测预报的临床研究

近年来，通过对高血压病的防治，高血压性脑出血的发病率有所下降，但缺血性中风却呈明显的上升趋势。据上海华山医院对中风病人的随机统计分析，缺血性中风约占60～70%，可见对缺血性中风的预测预报工作显得尤为迫切。为了提高对缺血性中风预报的准确率，除了发挥中医"望、闻、问、切"四诊的优势外，尚可结合现代医学的血液流变学检测方法以及其它中风危险因子的分析，通过微电脑数据处理，作出较正确的预报。这种将临床诊断与实验诊断相结合，宏观辨证与微观辨证相结合的预报方法，具有一定的先

进性和科学性，目前正在临床逐步推广应用。

一、危险因子的分析调查

根据国内外的资料报道，危险因子一般可包括潜在性的、近期随机性的和环境性的三大类。潜在性中风危险因子有家族史、超体重、急性格、妇女多生育史、喜食肥肉史，吸烟史、饮酒史、一过性脑缺血发作史、高血压史、心脏病史、慢性支气管炎史、糖尿糖史、高脂血症史、手术和外伤史、微循环异常、球结膜血管异常、眼底动脉硬化、眼底动静脉交叉压迫、紫舌及血液流变学检查（血球压积、全血比粘度、血浆比粘度、全血还原粘度、红细胞电泳时间、纤维蛋白原、红细胞沉降率、血沉方程K值）指标异常等。近期随机性中风危险因子有过于兴备、过于忧虑、过于愤怒、过于劳累、用力过猛、跌倒、气温突变、外伤后、身体不适、生活不周等。环境性危险因子有气候和季节，社会环境安定性、工作职业性等方面。

中风潜在性危险因子大致可归类为以下几个方面：

1.短暂性脑缺血发作：有人报道，约有24.7%的人先出现短暂性脑缺血发作，然后演变为缺血性中风，也有75%左右的人并不经过短暂性脑缺血发作而直接演变成为缺血性中风。因此，有此表现者可认为缺血性中风发作的可能极大，而没有此表现者仍不能排除这种危险性的存在。国外Agnoli等人追溯177例中风病人史，发现其中有60例（33%）有短暂性脑缺血史；半年内25%发展为完全性中风，一年内有50%发展为完全性中风，5年内75%发展为完全性中风.10年内有100%发展为完全性中风。Agnoli等的报道结果与国内资料基本一致。提示短暂性脑缺血发作常为缺血性中风之先兆。

2. 血液流变学的异常表现：缺血性中风八项血液流变学指标的临床意义如下：

$x_1 \sim x_8$	项目名称　（单位）	增高的临床意义
x_1	血细胞压积(%)	血液浓稠性高
x_2	全血比粘度(比)	血液粘滞性高
x_3	全血还原粘度(比)	血液粘滞性和红细胞聚集性均高
x_4	血浆比粘度(比)	血浆粘滞性高
x_5	红细胞在自身血浆中电泳时间(秒)	血细胞聚集性高
x_6	纤维蛋白原(毫克%)	血液凝固性高
x_7	红细胞沉降率(毫米/小时)	血细胞聚集性高
x_8	血沉方程K值(毫米/小时)	血细胞聚集性高

临床资料表明，缺血性中风患者在发病前和发病时，在血液流变学上处于高浓、粘、凝、聚等病理状态，故血流缓慢和易于造成微循环障碍，因而产生脑血栓或脑梗塞。这与中医学血瘀阻络的理论可谓是一脉相承。

3. 潜在性的慢性病：高血压、冠心病、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病，糖尿病、高血脂症和重大手术及外伤史等，往往容易成为中风病的易发因素，与对照组比较，它们有非常显著的差异。

4. 血管及血液循环上的变化：甲皱微循环障碍、眼球结膜血管异常，眼底动脉明显狭窄变细，眼底动静脉交叉压迫，舌下静脉曲张，这些血瘀体征，均在缺血性中风的危险因子之列。

5. 身体素质：体重超重为缺血性中风可能的危险因子之一。外向型急性格亦为危险因子之一。直系亲属中有中风史者及妇女多胎生育史等均属中风危险因子之列。

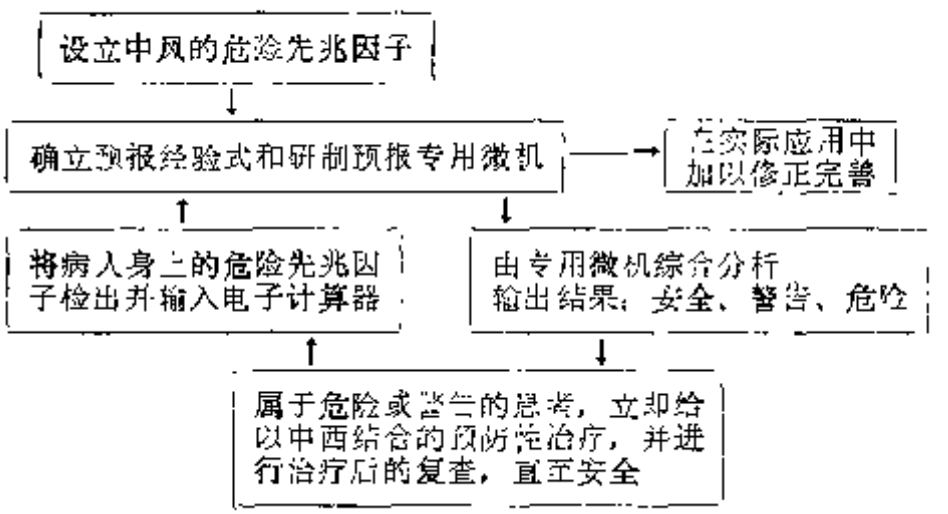
6. 某些生活嗜好，吸烟、饮酒和喜食肥肉者为中风危险

因子之一。

二、中风预报仪的应用

上海医科大学在广泛地开展中风危险因子调查中，从50余个可能的危险先兆因子中选取了上述27项可行的因子，并归纳出两个预报经验式，结合年龄和一过性脑缺血史，制成了微机硬件——IS--1型中风预报仪，在预测预报缺血性中风上有一定的效果。

1. 基本方法：



2. 确立数学模型，以制定中风预报的经验式及计算机程序，并将该程序固化在微机硬件上，医者只要将临床和实验检查所得的二十八个中风病危险先兆因子通过键盘送入微电脑，该预报仪便能迅速反映出“危险”、“警告”、“安全”三种程度不同的预报级别。所谓“危险级”，就是表明患者中风先兆体征明显，可预报该患者在1～5年内有发生缺血性中风的危险。所谓“警告级”，表明患者存在中风危险先兆因子，在10年内有发生缺血性中风的可能。所谓“安全级”，就是指患者不存在中风危险先兆因子，因此近期内发生缺血性中风的可能较小。实际上，对微电脑中风仪预报中风的结

果应辨证地看，仅仅作为帮助辨证的依据和区别病情轻重缓急。要避免其某种带有刻板性的缺点，以适应临床因人而异，错综复杂的情况。至于“危险级”与“警告级”之间，亦不宜有绝然的分界，所不同的只是先兆症状的轻重和病势的缓急。尚应注意的是，对于预报为“安全级”的病人，亦宜细加辨析，有时在总体看来是相对安全的，也有可能存在着个别的危险因子，作为临床医生，要善于从“安全”之中找出其中不安全的因素，予以针对性地选方用药，以防微杜渐，未雨绸缪。

三、生动的实例

例一：赵××，男，56岁，离休干部。1985年5月16日初诊。患者自觉头晕胀痛，乏力肢倦，时感手足麻木，舌淡黯，舌下系带瘀滞，脉弦细。血压：170/110mmHg，有嗜好烟酒史。经微电脑中风预报仪检查，提示“警告”信号，乃告知患者有中风之虞。患者不以为然，未予重视。遂于第二年春季发生中风。经抢救存活，但留有偏瘫后遗症。

例二：孙××，男，66岁，工人。1985年2月28日初诊。有高血压病数十年，近月来常感短暂的、一过性的眩晕、一侧肢体麻木等短暂性脑缺血症状，遂来我院作血液流变学x^1～x^8检查，结果各项指标均明显增高，电脑预报仪提示“危险级”信号告知患者随时随地有发生中风之危险，当即劝其住院，行活血化瘀祛痰熄风等法，以预防后检查及电脑预报仪均提示“正常”。出院后至今健在，未发生中风。

例三、××，女，64岁，家务。高血压头晕、复视、呕吐，卧床不起，四肢麻木。血液流变学检查x^1～x^8指标均异常，电脑中风预报仪提示“危险”级信号，诊断为：高血粘度综合征，中风先兆。劝其住院遭拒，结果在回家路上突然

仆倒、发生中风，经抢救治愈。

例四，邵××，女，58岁，工人。素体肥胖，喜食肥肉，心情急躁易怒，患高血压、冠心病多年，近期内常见头晕目眩，心悸胸闷，肢体麻木等症。经检查，血液流变学八项指标（x^1～x^8）均明显增高，电脑中风预报仪提示“危险级”信号。一周内即发生缺血性中风，治疗后遗有半身不遂等症。

第四章　中风先兆的防治

中医学自古即有“不治已病治未病”和“上工救其萌芽”的预防医学思想。鉴于中风病的病死率和致残率的很高，而且其发病率逐年递增，发病年龄又有提前的趋势，对人类造成的危害愈演愈烈。因此，中风病的预防治疗工作开始引起了医学界的高度重视，尤其是缺血性中风的先兆防治工作已取得了可喜的进展。另外从社会效益的角度来分析，研究中风病的预防工作，探讨与总结有效的防治措施，远比治疗中风具有更重要的意义。

第一节　中风先兆的辨证治疗

一、对中风先兆症状的观察

为了针对性地开展中风的预防工作，首先必须加强对中风先兆症状的观察。在这方面，历代医家积累了不少宝贵的临床经验。如金元时期朱丹溪指出：“眩晕者，中风之渐也”，说明持续不断或间歇性的眩晕，可渐次演变为中风。元代罗天益认为：“凡大指次指麻木或不用者，三年中有中风之患。”明·张三锡强调：“中风症必有先兆，中年人但觉大拇指作麻木或不仁，或手足少力，或肌肉微掣，三年内必有暴病，”所谓暴病者，即指中风突然昏仆不醒之谓也。清代王清任在《医林改错》一书中，专辟“记未病前之形状”一节，记载了三十四种中风先兆症状的具体表现，“元气既亏之后，

未得半身不遂以前，有虚证可查乎？余生平治之最多，知之最悉。每治此症，愈后向及未病以前之形状，有云偶尔一阵头晕者，有头无故一阵发沉者，有耳内无故一阵风响者，有耳内无故一阵蝉鸣者，有下眼皮长(常)跳动者，有一只眼渐渐小者，有无故一阵眼睛发直者，有眼前长（常）见旋风者，有长（常）向鼻中攒冷气者，有上嘴唇一阵跳动者，有上下嘴唇相凑发紧者，有睡卧口流涎沫者，有平素聪明忽然无记性者，有忽然说话少头无尾语无伦次者，有无故一阵气喘者，有一手长战者，有二手长战者，有手无名指每日有一时屈而不伸者，有手大指无故自动者，有胳膊无故发麻者，有腿无故发麻者，有肌肉无故跳动者，有手指甲缝一阵阵出冷气者，有脚趾甲缝一阵阵出冷气者，有两腿膝缝出冷气者，有脚弧拐骨一阵发软向外棱倒者，有腿无故抽筋者，有脚趾无故抽筋者，有行走两腿如拌蒜者，有心口一阵气堵者，有心口一阵发空气不接者，有心口一阵发慌者，有头项无故一阵发直者，有睡卧自觉身子沉者，皆是元气渐亏之症。因不痛不痒，无寒无热，无碍饮食起居，人最易于疏忽。”这是中医文献中对中风先兆症状最全面细致的观察记录。清代李用粹《证治汇补》也指出“平人手指麻木，不时眩晕，乃中风先兆也”。近人张山雷在《中风斠诠》对中风未发之前的先兆症状也作了细致的探讨，所列举的症状表现与王清任描述的大致相同，在此不予赘述。

结合我们的临床体验，中风先兆病人多有数载或十数年的心脑血管病史，尤其是高血压病、脑动脉粥样硬化症以及高脂血症、肥胖症和糖尿病等常常是导致中风发生的前期病症。在中风未发之前虽然举动如常，饮食睡眠均佳，但多有不同程度的一侧手足麻木或偏身麻木；一过性头晕耳鸣，或

目眩，视物昏糊、歧视；或记忆力减退，近事遗忘；或步履不稳，头重足轻，或手足震颤，肌肉瞤动；或一时口角牵动，口角流涎，构音困难，舌根僵硬；脉多弦硬而大，等等，不一而足。一旦发病，犹如矢石之中的，仓猝间如急风暴雨骤至，诚如张山雷所说："内风类中，顷刻变生。当其未发之先，其人固举动如常，何遽如暴风急雨之骤至。造乎此极，实则病根潜伏，藏气变化，酝酿者深，乃能一触危机，不可收拾。……倘得治疗于未病之先，当亦收事半功倍之效。"

二、中风先兆的诊断标准

关于中风先兆的诊断标准，目前学术界在认识上颇不一致，提法较多。归纳起来主要有以下四项：

1. 好发年龄及体质：若年龄在40岁以上，尤其是50岁左右，素体嗜食烟酒、膏粱厚味、辛辣炙煿等刺激性食物，形体肥胖，既往有肝阳上亢眩晕或虚损病史，（如高血压病、脑动脉硬化、高脂血症，糖尿病等等）。

2. 先兆症状：如近期内无外界刺激等明显诱发因素，反复发生突发性、一过性、可逆性的头晕耳鸣、目眩歧视、黑蒙、口角流涎、失语或语言不清楚流利，手一侧或足一侧肢体麻木，偏瘫，以及记忆力减退，近事遗忘等"小中风"症状者。

3. 脉象弦硬而长，或弦劲有力，或弦硬而大，尺部脉弱者。

4. 实验室检查：表现为血液流变学指标改变，如血液流动性下降而粘滞性增高，血细胞间聚集性增高而分散性下降，血液的凝固性和浓稠度增加等。

一旦具备上述三项以上的临床表现，即可确诊为"中风

先兆”，应尽早采取各种预防措施，以防患于未然。

三、中风先兆的辨证治疗

1.肝肾阴虚，肝阳上亢

主症：反复发生一过性、突发性，可逆性的头晕耳鸣，目眩黑蒙，或歧视。可伴有程度不同的一侧手足肢体麻木，面赤烦热，腰膝酸软，步履不稳，头重脚轻，甚或手足震颤。多有高血压病、脑动脉硬化等病史。脉弦劲而硬两尺软弱，舌红苔薄白或薄黄。

病机分析：素体肝肾不足，肝阳偏亢，人过中年以后，阴气日衰，则虚阳日亢；若阳亢之极，气机逆乱，血随上涌，则可发生短暂的、一过性和可逆的脑部短暂性缺血，表现为眩晕耳鸣，黑蒙或歧视等症状。肝阳偏亢，郁热上扰则面赤心烦，或性情急躁。肝肾阴液不足，筋失所养，或阳亢之极，乃至发生动风先兆者，则表现为腰膝酸软、步履不稳，头重脚轻，或手足震颤等症。若兼风痰瘀浊，横窜经络，阻滞气血，可见一侧手足肢体沉重麻木等症。脉弦劲而硬为肝阳亢盛，有化风之兆，两尺软弱无力则为肝肾阴液不足之虚象；舌红苔薄白乃阴虚阳亢之表现。通观此证，系典型的本虚标实之中风先兆症，其本为肝肾之阴液匮乏，其标为阳亢气逆，或兼见痰浊瘀血阻滞，有化风卒中之虞。

治则：育阴潜阳，镇肝熄风

方药：防中1号方（自拟方）[45]加减：炒白芍15～20克，嫩钩藤30克，生龟板12克，生牡蛎30克（先煎），生龙骨30克（先煎），生石决明30克（先煎），明天麻15克，广地龙12克，怀牛膝15克，丹参30克，鸡血藤30克，枸杞子12克，山萸肉12克。方中枸杞子、山萸肉滋补肝肾之阴；杭白芍、嫩钩藤、龟板育阴潜阳；生龙骨，生牡蛎，石决明介类重镇潜

阳；明天麻平肝熄风；地龙通络，怀牛膝既可降逆，又能引药下行；丹参、鸡血藤养血活血。合具育阴潜阳，镇肝熄风之功效。

若肝阳上亢甚者，可加白蒺藜12克，甘菊花12克，灵磁石30克(先煎)；肝火偏旺者，加夏枯草12克，苦丁茶12克，炒黄芩10克、兼见大便秘结，腑气不通者，加制大黄10克（后入），黄连上清丸9克（吞）；素体肥胖，痰浊内盛者，加石菖蒲10克，全瓜蒌30克（杵），鲜竹沥2支（分冲）；若瘀血内阻，舌有紫斑，舌下络脉瘀滞者，加当归15克，川芎10克，生山楂30克等。本症病人可同时服用杞菊地黄丸，每次9克，日服2～3次；或《局方》牛黄清心丸，每次1丸，日服2次。

病案举例：孙×，男，65岁，离休干部。患者有原发性高血压病史多年。于某年春节饮酒后，经常发生短暂的，一过性头晕头痛，耳鸣如蝉，目眩黑蒙，偶有复视等现象。伴见腰膝酸软，步履不稳，手足震颤等症。脉弦劲而硬，两尺软弱，舌边尖红，苔薄黄、舌下络脉黯滞。辨证属肝肾阴亏，肝阳亢盛，有化风卒中之趋势。治宜育阴潜阳，镇肝熄风，予防中1号方加减。枸杞子15克，山萸肉12克，杭白芍15克，嫩钩藤30克，败龟板15克，生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克（先煎），生石决明30克（先煎），明天麻15克，鸡血藤30克，丹参15克，怀牛膝15克，蜈蚣2条（研吞），水煎服，每日一剂。半月后眩晕耳鸣等症明显减轻，余症消失。续予杞菊地黄口服液每次1支，日服3次，复方丹参6片，日服3次。并嘱患者慎将息，调情志，适劳逸，妥为调护。

2.痰瘀内阻，脉络瘀滞

主症：形体肥胖，头晕头重，目眩黑蒙，耳窍不聪，困

倦思睡，恶心欲呕，记忆减退，近事遗忘，夜寐多梦，甚或一侧手足肢体麻木沉重，步履不稳，舌体不灵，言语欠清。脉弦滑而硬，或弦滑而涩，舌质黯瘀，边有瘀点瘀斑，舌下络脉瘀滞曲张。

病机分析：素体形盛体丰，痰湿内阻，挟瘀血阻滞脉络，血行不畅，清窍失养，则头晕目眩黑蒙，耳窍失聪，记忆力减退，近事遗忘；心神失养，神不守舍，则夜寐多梦。痰湿为阴浊之邪，最易阻滞气机，故见头重肢楚，困倦思睡，恶心思吐。痰瘀互阻，脉络阻滞，肢体失养，可见一侧肢体麻木；甚者因痰瘀阻络，舌窍不利而见语言不清等症。脉弦滑而涩乃痰瘀阻络之象；舌质黯瘀，舌边瘀点瘀斑；或舌下脉络瘀滞曲张俱属瘀血内阻之征。

治法：燥湿祛痰，化瘀通络

方药：防中2号方[46]自拟方加减：制半夏10克，胆南星10克，苍白术各12克，茯苓15克，桔红10克，明天麻12克，广地龙12克，怀牛膝15克，生山楂30克，丹参30克，鸡血藤30克，石菖蒲10克，水煎服，日服一剂。方中半夏、胆南星、茯苓、桔红健脾燥湿化痰；苍白术健脾运湿；明天麻平肝熄风；广地龙化痰通络；怀牛膝降逆；石菖蒲化痰开窍；生山楂、丹参、鸡血藤活血化瘀通络。合具燥湿祛痰，化瘀通络之功效。

若瘀血阻滞较甚，实验室检查提示血液流变学各项指标异常者，酌加水蛭6～10克，茜草12克，红花12克，当归10克，川芎10克；痰湿壅盛，舌窍不利者，选加远志10克，鲜竹沥2支（分冲）；兼有肝阳上亢者，加甘菊花12克，白蒺藜12克；夜寐不宁者，加夜交藤30克，生龙骨30克（先煎），生牡蛎30克（先煎）。本症可根据症状选用清心滚痰丸[20]，每

次9克，日服2次，或指迷茯苓丸[47]，每次9克，日服2次。

病案举例：宋××，女，43岁，教师。患者年轻时爱好运动，身体素健，喜食肥肉。中年以后因工作家务紧张，无暇坚持锻炼，渐成肥胖之体。但自觉寝食如常，力气不减。近年来，常感头晕昏蒙，目眩复视，早晨起床时两手大拇指次指麻木不仁。伴有胸闷气短，心悸易惊，记忆力衰减。脉弦滑而涩，舌质黯瘀，边有瘀点瘀斑，舌下脉络瘀滞曲张。辨证属痰湿内壅，瘀血阻滞，痰瘀交结，脉络瘀滞之中风先兆证。治宜祛瘀通络、涤痰化湿。予防中2号方加减：制半夏10克，胆南星10克，苍白术各12克，茯苓15克，桔红10克，明天麻12克，怀牛膝15克，生山楂30克，丹参30克，鸡血藤30克，石菖蒲10克，远志10克，鲜竹沥2支，指迷茯苓丸9克（包煎），水煎服，每日1剂。先后调治月余，头晕肢麻等症基本消失。续予归脾丸每日2次，每次9克。半年后随访一切正常。

3.气虚血瘀，脉络瘀阻

主症：手足麻木或肢软乏力，步履不稳，时有头晕目眩。面色晦暗，或面色萎黄，或睡卧时口角流涎，或渐觉一侧肢体不能自主活动，或见肌肉瞤动，筋脉抽掣。可兼有记忆力衰减，倦怠少气，夜寐不安，腹胀便溏等症。脉沉涩或细涩无力，舌质淡黯或紫黯，或有瘀斑，苔白腻。

病机分析：气虚运血无力，可致血行瘀滞，所谓“气为血帅”，“气行则血行”。气虚血瘀，脉络空虚，肢体肌肉筋脉失养，可见手足麻木，或肢软乏力，或一侧肢体不能自主活动，但历时短暂，移时即复，或肌肉瞤动，筋脉抽掣等症。气虚血弱，血行不畅，不能上达头目，故见头晕目眩，面色萎黄或晦暗。脾气虚弱，可见倦怠少气，食呆便溏；心神失

养则夜寐不安，记忆力衰减。脉沉涩或细涩无力乃气虚血瘀之象；舌质淡黯或见瘀斑等系气虚血瘀，不能上荣舌体所致。

治法：益气活血通络

方药：防中3号方（自拟方）[46]加减：生黄芪50克，白术12克，当归12克，赤芍12克，大川芎10克，红花10克，桃仁10克，鸡血藤30克，丹参15克，苍术10克，清半夏10克，陈皮10克，云茯苓12克，水煎服，每日1剂。方中黄芪、白术健脾益气；当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、鸡血藤、丹参养血活血；苍术、半夏、陈皮、茯苓燥湿化痰。合具益气健脾，活血通络之功效。

若肢麻无力较甚，可加水蛭6克，伸筋草12克，丝瓜络10克；肌肉瞤动或抽搐者，加全蝎4克（研吞），蜈蚣2条(研吞)；兼见肝阳上亢症状者，加钩藤30克，天麻12克；若纳少便溏，腹胀较甚，加广木香10克，淮山药15克，太子参15克。本症患者可选用人参再造丸，每次1丸，日服2次。

病案举例：梁××，男，76岁，退休工人。患者有高血压病史二十余年。于某日午睡后，自觉头晕目眩，耳窍失聪，一过性黑蒙，肢体麻木乏力。伴有倦怠乏力，少气懒言，面色晦黯，密布老年斑，纳食不馨，大便溏泄，舌质淡黯，舌边有瘀点瘀斑，舌下络脉瘀滞曲张，舌苔薄白，脉弦细而涩。检查，血压180/135mmHg，眼底动脉硬化Ⅲ度。辨证属高年脾气虚弱，运血无力，气虚血瘀，脉络空虚而致中风先兆证。治宜益气活血通络，予防中3号方加减：生黄芪60克，苍白术各15克，淮山药15克，太子参30克，全当归15克，赤芍药12克，大川芎10克，桃仁10克，红花10克，鸡血藤30克，丹参30克，怀牛膝15克，明天麻12克，水蛭6克，水

煎服，每日一剂，叠进三十余剂，纳食转佳，大便亦渐，晕眩悉除，病情稳定。给归脾丸、指迷茯苓丸间服调治。随访数年，未发生中风。

第二节　中风先兆的其它预防措施

一、一般性预防措施

近代张山雷在《中风斠诠》中指出："善养生者在危机乍露之初、即慎为护持，静加调摄，庶乎曲突徙薪之长策，即是未雨绸缪之良谋"。那么，一旦出现中风先兆症状后，应怎样预防呢？对此，前人提出了节饮食、慎起居、远房帏、调情志等一般性预防措施。

所谓节饮食是指饮食要以清淡素食为主，主粮以米、面为主，多吃些新鲜蔬菜、水果，蛋白质要适量，尽量少食富含脂肪的食物。同时食量宜适当，不应过饱，切忌暴饮暴食，更不宜喝酒，以免诱发中风的发生。所谓慎起居不仅要生活有规律，劳逸适度，尤其是人过中年以后，应重视体育锻炼，运动的方式可以多种多样，要因人制宜，如散步、慢跑、体操、游泳、球类均可，也可以在老师的指点下，学习太极拳，气功等最好。对六十岁以上的老年人，按排运动量不宜太大，要适合自己的体力，做到持之以恒。所谓慎房帏是指中年以上阴气日衰，应节制性生活以葆精节欲，防止因房劳过度而耗泄肾精，使阴阳平衡失调。所谓调情志是指精神要乐观豁达，保持心情舒畅，情绪稳定，避免七情六欲所伤。俗云："活动不要太少，吃饭不要太饱，睡觉不要太早"，"基本吃素，坚持走路，劳逸适度"，等，包含了丰富的预防医学思想。

二、关于活血化瘀防治中风的临床研究

中风半身不遂，偏身麻木诸症总与血瘀脉络，脑部供血障碍有关。老年人虽未发生中风，但由于体内元气亏虚，血液运行涩滞，所以常为中风易发体质。目前，国内不少单位采用血液流变学指标做中风的预测预报，从中发现有中风先兆症状或小中风的中老年人，当血液流变学指标明显地增高，不久便可能发生缺血性脑血管病或心肌梗塞。按中医传统理论认为，血液浓、粘、凝、聚程度增高时，说明血瘀络阻的程度加重。因此，当发现血液流变学各项指标增高时，就应及时采用活血化瘀的方法治疗，这虽然不按照中医学传统的辨证方法，但有微观辨证的客观指标为依据。所以，常能收到较为理想的预防效果。我们临床上常以桃红四物汤[49]为基础方，制订出防中4号方[50]，观察了数十例中风先兆患者，通过治疗前后对比，不仅临床症状改善迅速，且血液流变学的各项指标也存在明显差异（$P<0.01$）。证实活血化瘀药物具有降低血液粘滞性，增加脑血管血流量，改善微循环等功能。处方：桃仁12克，红花12克，全当归15克，赤芍12克，大川芎12克，鸡血藤30克，丹参30克，水蛭6克，葛根15克，茜草10克，郁金10克，水煎服，每日一剂。同时，可应用复方丹参注射液20～40毫升，加入葡萄糖溶液或低分子右旋糖酐作静脉滴注，或口服复方丹参片，每次8片，日服3次；丹七片[51]，每次4片，日服3次；大黄䗪虫丸[14]每次6～9克，日服3次，都能收到良好的预防效果。

三、针灸防治中风

关于针灸预防中风先兆古已有之。唐·孙思邈在《千金要方》中指出："夫诸急率病多是风，初得轻微，人所不悟，宜速予续命汤，依输穴灸之"。强调了药物与针灸同用以预

防中风先兆症状。《针灸资生经》还总结了行之有效的艾灸结合煎洗的预防方法："凡人未中风，一二月前，或三、五月前，非时足胫上忽酸重顽麻，良久方解，此将中风之候。急灸足三里、绝骨四处三壮，后用葱、薄荷、桃柳叶煎汤淋洗……常令两脚有疮为妙。"此法简便效彰，故颇为后世推崇。此外，在《普济方》中还记载。对于易中风的"有风之人"，不应等到有了上述中风之候再施针灸，应重在平素预防，"凡遇春秋，常灸以泄风气，素有风人，可保无虞。"

现代有关针灸预防中风，正日益受人嘱目。通过大量的临床实践，基本证实通过针灸治疗可以改善导致中风发病一些主要病症，从而达到预防中风的目的。

1.降低血脂：现代医学认为，脑动脉粥样硬化与血脂增高，特别是血中胆固醇、甘油三酯增高的关系最为密切。针刺降脂，国内从五十年代开始即有报道，国外从1976年开始有针刺及电针治疗高脂血症的报告。还有人在临床研究基础上，做了动物实验研究，其结果与临床观察相一致。证明针刺降脂的疗效是肯定的。

取穴：内关。

操作：每次取一侧穴位，左右交替，隔日一次。快速进针后，行提插加小捻转手法，提插幅度2～3毫米，捻转频率120次/分左右。得气后，行针2分钟，留针20分钟，每隔5分钟以同样手法行针1次。10次为一疗程，间歇3～5天后，再继续第二疗程，一般治疗2～3个疗程即收显效。如有条件，亦可以氦氖激光按射本穴，两侧交替。波长6328Å，输出功率2～3毫瓦，光斑直径1～1.5毫米，每日1次，每次15分钟，10～12次为一疗程。有明显的降胆固醇作用。

2.降低血压：临床实践证明，针灸降压有明显的疗效，

无论针刺、艾灸，抑或是耳针、穴位注射、激光照射、磁疗等都有一定效果。有人报道，通过对古人经验进行数学验证，发现《针灸资生径》所载预防中风的绝骨、足三里两穴，经斑痕灸后，除血压显著下降外，病人的血液粘度，脑血流图也有明显改善，大小血管出现一定程度的扩张。经过长达17年的追踪观察，54例用此法预防的高血压患者，只有5例发生中风，而对按组15例中，却有4例发生中风，统计分析两者差异显著（$P<0.01$），表明灸治足三里、绝骨确有预防中风的作用。近年来，有人采用耳穴压丸（王不留行）的方法降压，也有一定作用。由于方法简便，病员可自行操作，痛苦小，疗效持久，比较受患者的欢迎。

取穴：（1）悬钟、足三里。

（2）曲池、丰隆。

（3）（耳穴）额、肝、心、降压沟、交感。

操作：每次任选一组，如效果不佳，亦可相互配合。(1)组：可用麦粒灸，亦可用艾条薰灸。直接灸按常规化脓灸法，每次麦粒灸两侧穴，3～7壮，以灸穴上有小水泡为度，间日复诊。如未发灸疮，原穴再穴，一般待灸疮愈合后复灸（约月余一次）。艾条薰灸，以布售艾条点燃后在穴处以雀法薰，两侧穴位均灸，每次灸10～15分钟，直至局部皮肤潮红起泡为度，每日或隔日1次，10次为一疗程。间隙3～5天继续下一个疗程。(2)组：以泻法为主，得气后留针15～20分钟，间隙运针。待血压平稳后，则改为补法，每日1次，8周为一疗程，血压正常后，每周针刺2～3次。(3)组：采用耳穴贴敷。方法是将王不留行置于0.5×0.5厘米之胶布块上，每块1粒，选准耳穴后。每穴贴一块，每次贴一侧耳，1周2～3次，左右轮换，令病人自行按压，要有胀痛效，每日3～

4次，每次每穴按压5分钟左右。20次为一疗程，间隔1周后，继续敷贴。

3.针刺戒烟：众所周知，吸烟对人体的危害，特别是对心脑血管的影响十分严重。有人随机调查了500例吸烟者，发现其中有不同程度的心脑血管病患者297例。因此，通过针刺戒烟能间接预防中风病的发生。

取穴：（耳穴）口、肺、神门。

操作：按耳针常规操作，患者要有明显痛感，以耳廓潮红发热为佳，留针15分钟，取双侧穴，每周2～3次，6次为一疗程。亦可针后于一侧耳穴上贴敷王不留行，方法同上。

4.中风先兆症状的针灸防治：

取穴：（1）风市、足三里。

（2）悬钟、足三里。

操作：可针刺或艾灸风市、足三里等穴，每日用艾条灸3分钟，或间日针刺双侧风市、足三里等穴。目前，有人根据《针灸大成》记载的斑痕灸作预防性治疗。其方法是取足三里、悬钟，用酒精棉球进行穴位消毒，趁酒精湿润时，将艾柱置于穴位上，燃火灸治，每穴连灸3～7壮，以灸穴发生小水泡为度，贴以2平方厘米大小的胶布一块，目的是促成灸疮，待灸疮形成后，每天用温水洗净疮口脓液，换上新胶布，4～6周以后，灸疮能自然愈合。以后每隔3个月灸治一次。据观察其预防中风的发生有明显的效果。

此外，及时医治中、老年人所患的其它疾病，尤其是可以引起中风的那些病证，如眩晕、消渴、胸痹心痛等，对于预防中风的发生具有积极的意义。特别值得一提的是，对于已患过中风病的人，预防复中显得尤为重要。明·秦景明在《证因脉治·内伤中风证》提到："中风之证……一年半载，

又复举发，三四发作，其病渐重”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》亦指出：“若风痰既愈，而根株未能恶拔，隔一、二年或数年必再发，发则必加重，或至丧命，故平时宜预防之，第一防房劳暴怒郁结，调气血，养精神，又常服药以维持之，庶平可安。”由此可见，中风病容易复发，而且一旦复发病势必危，病情必重，故应强调以预防为主。

第五章　中风的康复治疗

对中风病人来说，急性期的抢救工作固然很重要，但是一旦度过危险期以后，后遗症的治疗就上升到主要位置。如何恢复病人的活动能力、部分地或全部地自理生活、最大限度地恢复劳动生产能力，使病人余年为社会再作贡献，为晚年幸福创造相对健康的有利条件，这是康复治疗的主要目的和任务。

康复医学在美、欧、日本等经济发达国家已相当盛行，对中风后康复的医疗照顾也设有相应的医疗机构，积累了较为成熟的经验。我国过去对这方面的工作重视不够，康复治疗的起步较晚。但近年来，康复医学在我国正日益受到重视，特别是我们具备中西医结合的优势，这是一个极为有利的条件。

第一节　积极进行功能锻炼

临床实践早已证明，在适当的护理和训练下，大部分中风病人是能够重新行走的，生理也能基本自理。美国的康复医学权威Rusk称：经过康复锻炼，中风后的病人有90%能重新走路，自理生活。其中30%可以恢复工作。中山医科大学康复科也已取得了能使90%的病人恢复步行的成绩。中风患者不仅可以在条件优越的医院中进行功能锻炼的康复治疗，同样可以在医生指导下，进行家庭康复治疗。只要在专

业医生的指导下，掌握正确的锻炼方法，进行耐心和细致的治疗，必然会取得很好的效果。

一、瘫痪肢体的训练

做好瘫痪肢体的功能锻炼需要具备坚韧不拔的意志和毅力，克服一切悲观失望无所作为的想法，从思想上真正认识到为了早日康复、继续工作，从而发挥出自己的主观能动作用。我们通过多年的临床观察，深深地体会到：中风恢复期或后遗症病人康复锻炼的重要性。动还是不动，对待锻炼是积极还是消极，其后果大不一样。特别是处在50—60岁年龄组的病人，其中一部分尽管急性期病情较重，进入恢复期以后，由于充满信心地刻苦锻炼，可以恢复到重新上班的水平。相反，有些病人对于精神萎靡不振，瘫痪肢体长期不加以功能锻炼，因气血循行不周，筋脉肌肉失养，日久则肢体挛缩，肌肉萎废，关节强直，手指拘挛，足下垂，造成各种畸形，终年卧床不起，而且极易感受外邪并发他证，也随时蕴寓着复中的危险。由此可见，康复锻炼决不可等闲视之。

（一）被动运动训练

中风病人顺利进入恢复期，病情稳定以后，即可开始进行被动运动训练。首先，要循序渐进，运动量从小到大，逐渐增加，并按排好训练计划。其次，医者（或家属）在施术时动作要和缓，以免损伤，不要使病人身体的任何部分作勉强的活动。同时，上、下肢的每一项训练都必须两侧做同样多的次数，以防健侧肌肉萎缩或力弱。

训练（1）：

开始姿势：操作者一只手放在病人的肘上，另一只手握住病人的手。

第一步：由体侧举起病人的上肢。

第二步：缓慢地、轻柔地向病人头的方向搬动上肢，直到不致损伤病人的最大限度。

第三步：假若病人的床栏妨碍上肢的充分背侧搬动时，可以弯曲肘部。

第四、第五步：搬动上肢回到开始姿势，并重复进行练习。

在熟悉上述各种不同的运动训练动作之后，可以不间断地一步接一步地进行下去。

对健侧肢体也一定要同病侧一起训练。

训练（2）：

开始姿势：操作者把一只手放在病人的肘上，用另一只手握住病人的手。

第一步：保持病人上臂伸直，并由病人身旁向外移动。

第二、第三步：缓慢地向病人头部移动上臂，一直到不致损伤病人的最大限度为止。上臂回复到开始的姿势，重复进行。

对健侧肢体作同样的训练动作。

训练（3）：

开始姿势：操作者一只手放在病人胳臂的肘部，用另一只手握住病人的手。

第一、第二步：抬起胳臂，移动至横过患者的胸部。

第三步：胳臂返回到开始的姿势，并且重复上述动作。

训练（4）：

开始姿势：操作者使病人上肢曲肘并离开体侧位置，握住上臂并使它紧挨在床上。

第一步：举起前臂病手，肘不离开床面。

第二步：缓慢而轻柔地向头侧移动前臂和手，直到不致

损伤患者的最大程度为止。保持握住的上臂紧贴在床垫上。

第三步：移回上肢到开始姿势，重复上述动作。

训练（5）：

开始姿势：操作者双手握住病人手腕部，并使上肢肘关节屈曲。

第一步：向病人面部的方向转动手掌。

第二、第三步：反方向转动病人的手掌，向病人脚的方向转动。重复上述动作。

训练（6）：

开始姿势：操作者用一只手握住病人的腕部，用另一只手握住病人的手。

第一步：使病人的手伸直，向手背侧弯曲手腕。

第二步：伸直手。

第三步，向前弯曲手，屈曲手指握拳，然后再张开手，并且重复练习。

训练（7）：

第一步：操作者用一只手伸直病人的手指，再用另一只手把病人的拇指向病人手掌内侧弯曲。

第二步：拉回拇指，伸展向外展。重复训练。

第三步：摇动拇指做回环运动。

训练（8）：

开始姿形：操作者把一只手放在病人膝关节的后侧，托住膝部，另一只手托住病人的足踵。

第一步：举起病腿，弯曲膝关节。

第二步：向病人头侧的方向缓慢地活动下肢，一直达到不致损伤病人的最大活动范围为止。

第三步：把脚向上举起，伸直膝部，然后放下腿至开始

时的姿势。重复训练。

训练（9）：

开始姿势：操作者把一只手放在病人膝关节的下边，另一只手握住病人的足踵。举起这一只腿并弯曲膝部，达直角的姿势。

第一步：扶住膝后的适当位置，向外侧以膝关节为轴抱脚向外转动。

第二步：移动这只脚回复到开始的位置。

第三步：向相反的方向推脚向内，以膝关节为轴转动小腿。然后还原至开始的位置。重复上述动作。

训练（10）：

开始姿势：操作者用一只手放在病人膝下方，而另一只手在足踵下，把病人的腿伸直并抬起，离开床垫大约5厘米。

第一步：外展下肢。

第二步：把这只腿推回到开始姿势，并重复训练。

训练（11）：

开始姿势：操作者用手握住病人足踵，用前臂紧靠着病人的足底，另一只手按在踝关节上面。

第一步：用操作者的前臂压足底向腿的方向活动这只脚，同时拉足跟，象打算伸直此腿一样。

第二步：回复到开始姿势。

第三步：向上移动你的另一只手到足背的足踝以下部分。向下推脚，同推足踵向上。然后回复到开始的姿势。并重复练习。

训练（12）：

第一步：脚掌向外侧方向翻转整只脚。

第二步：脚掌向内侧方向翻转整只脚。

训练（13）：

第一步：推足趾向上。

第二步：推足趾向下。

在病人恢复到能够坐起的时候，可以用一把椅子当作靠背。膝下可放一个扁枕头来支撑。同时，要让脚顶在脚托板上。

（二）主动运动训练

病人自主进行的康复运动即称为主动运动训练。当病人恢复到一定程度时，就应鼓励患者开始进行主动运动训练。在开始自主训练时，可能有一定的困难，也许还需要一定的帮助。但只要持之以恒，进步是很快的。

主动运动训练应当注意下列几点：

（1）了解怎样做每一项运动训练。

（2）一定要遵照医生的医嘱进行，每一项动作每天均严格按规定次数完成。

（3）不了解的事应随时请教医护人员。

训练（1）：

开始姿势：用健手握住自己的病侧手腕。

第一步：向上举起这只手。

第二步：顺着自己头的旁边向背侧移动这只手。

第三步：向上举起这只手并向前移动到开始姿势，并重复练习。

训练（2）：

开始姿势：用健手握住病侧的腕部。

第一步：向上举起病侧上肢。

第二步：横过头部活动上肢。

第三步：向背侧活动上肢，再回复到开始姿势，并重复

练习。

训练（3）：

开始姿势：用健侧握住病侧的腕部。

第一步：向上举起病侧的手，上臂保持紧挨在床垫上。

第二步：沿着头的旁边向背侧移动病手。

第三步：举起这只手回到开始姿势，并重复练习。

一定要保持上臂在床垫上而且离开身体。

训练（4）：

开始姿势：用健手抓住病手的腕部。

第一步：弯曲肘部直到手接近于肩。

第二步：拉起病侧上肢，直到尽可能做到的程度，一直到肘部伸直。

第三步：回复到开始姿势，并重复练习。

训练（5）：

开始姿势：用健手握住病人手指。

第一步：向自己面部方向转动病手的手掌。

第二步：向自己脚的方向转动病手的手掌，并重复训练。

训练（6）：

第一步：用健手向病手手掌内侧弯曲手指，然后向前弯曲病手。

第二步：伸开手，伸直手指，保持手指伸直向背侧拉手，并重复训练。

第三步：回环活动拇指。

训练（7）：

第一步：把健侧好脚移动到病腿膝下。

第二步：好脚向病腿的踝部活动。

第三步：用好腿向上举起病腿到所能达到的高度，然后放下。重复举起这条腿。

训练（8）：

开始姿势：把好腿滑到病腿的下面。

第一步：用好腿举起病腿离开床垫约2吋，并向一侧尽可能地移动病腿。

第二步：再尽最大可能移动病腿向另外一侧。回复到开始姿势并重复训练。

（三）起床和行走

对大部分中风后遗症病人来讲，经过上述康复训练后，就可以离床在室内活动。经过艰苦的努力，多能重新行走。

（1）起床：病人恢复到一定程度后，医生就会告诉你，下一步应该起床活动。先由别人搀扶，但应尽可能快地自立起床。

第一步：病人自己在床上移动，使病侧身体挨近床边。家属或护士站在床旁，保持背部伸直，曲髋弯膝的姿势。家属或护理人员把一只手放在病人的颈后部。另一只手放在病人膝部后侧，病人把病侧上肢放在身旁，把好手放在护理员的肩上。

第二步：家属或护理员把髋、膝伸直。同时抬起病人的头和颈，并把病人的腿移到床边上，病人可以用搭在护理员肩上的好手，把自己拉起来。坐在床边上后，脚放在地面上或脚凳上。

病人用好手在床上支撑，实现平衡，然后放在背侧支撑。训练用手或不用手来维持身体的平衡。

（2）吊带的应用：病人坐起后有患肢肩周围肌肉无力时，可用一条三角形吊带。坐着或站立的时候，吊带将有助

于保护肩部病侧上肢的重力牵拉。

A. 取一块剪裁成底边长52吋、宽26吋的三角形棉布带。

B. 把病侧的胳臂弯曲成小于90度的角度。

C. 吊带紧贴胸前放置，位于病侧上肢的下面。同时裹住肘、腕和手部，紧到足以有助于向上托住肘部，并保持住由肩部拉到胳臂。

(3) 站立、病人恢复到能够站立的时候，可按以下步骤指导病人站起：

A. 坐在床边上，髋部与身体一定要在床边上成直角。挨着床边放一把椅子，病人把好手放在椅子背上。为了保持椅子的平稳，椅子上应该坐一个人或放上重物。假若床末端有横栏，可以用它代替椅子。

护理人员或家属挨近病人的病侧站着，把脚放置在挨近病人的脚旁。病人站立的时候，护理人员或家属用膝部顶着病人的膝部来帮助支撑。

B. 病人用健侧按住椅背或床栏，同时身体向前倾斜并伸直健侧下肢的膝关节，这样就完成了站立的姿势。

只有在病人需要的时候，护理人员才用自己的膝顶住病人的膝以保持病腿伸直的支撑动作，与此同时用手在病人的腋或肘下向上抬起。

C. 病人站立时，用或不用别人扶持都可以，然后试着放开扶在椅子或床栏上的手，直到病人能自己控制平衡，不需帮助而独立站立为止。

然后，病人试着坐下。动作的程序和站立时相反。

(4) 行走：病人能站立并且保持住平衡，感到比较安全时，说明病人已具备了开始行走的条件。

开始时，病人可能需要扶着稳当的支撑物练习行走，这

是可以把椅子排成一行，利用扶持椅背试着行走，也可利用沙发背等物体来支撑病人。

A. 用双脚站立，两只脚分开3～4吋，把健手放在身体前边的支撑物上。

B. 移动重心到健腿上。

C. 把患侧下肢向前移动约15～20厘米。

D. 移动重心到病腿上，并由健手扶住支撑物。

E. 向前活动健侧下肢约15～20厘米，重复上述动作。

二、日常生活动作训练

日常生活动作的训练是中风后一项非常重要的康复内容。这种训练本身具有提高、增进肢体运动的能力，又能解决病人日常生活之需要，有着极大的实用性。

日常生活动作的训练应在病侧肢体已经具有一定活动能力再开始，动作由简单到复杂，由难到易，循序渐进。最初是简单的、初级的动作，如手的握持、脚的蹬踏等。随着肢体功能的增强，康复训练的范围也将日益扩大，如进餐、入厕、洗浴，并向作业疗法过渡，最终达到生活自理的目的。其康复训练的特点有下列几点：

(1) 教给病人应用健侧一只手的动作技巧，（即充分发挥健手功能，并用以代替原双手活动的功能）。这需要专门的方法与特殊的自助用具。

(2) 训练患侧肢体的日常活动功能，不仅有助于生活动作的完成，而且也提高了患肢的运动能力，从而更好地促使患肢功能的康复。

(3) 训练双侧肢体的协同作用下完成更多的、更有效的日常生活动作，以达到生活自理的康复效果。

(4) 建立病人心理上与精神上的良好状态，树立战胜疾

病，恢复健康，恢复正常生活的信心。

（一）饮食动作的训练

饮水或喝饮料都不仅只是简单的吞咽动作。即使是用吸管吸水也要依靠口腔复杂的动作协同完成。若再考虑到把饮料送到嘴边的过程，就更需要手的握持、上臂的举物等动作以及上肢的平稳、准确的动作。所以吸水的动作可根据难易程度，开始为管饮、壶饮，进而用杯，用匙，再一手持匙、一手持碗。

进餐时最简单的是先用手抓取固体食物，而后再练习用匙、勺等吃流质或半流质食物，如粥、牛奶、汤之类。为了提高手的活动技巧，还可以练习使用刀、叉餐具进餐。至于使用筷子需要较高的技巧，所以需较长时间的训练。

（二）更衣动作的训练

中风后偏瘫的病人因为只有一只上肢能够活动，所以穿、脱衣服都很困难。因此，一定要尽早训练患者的更衣动作。

更衣动作的基本条件是起码要保持坐位姿势及一侧上肢具有一定的活动能力。因此，应早期用病人健侧上肢各关节的伸、屈、内外旋、内收、外展及手指的捏、夹、握持等功能。

上身衣服的穿脱：坐位姿势，先把患肢放在患侧膝上，再把衣服同患肢相应的袖口套在患侧前臂，并向上推袖管，然后把领口套在头项。此时健侧的手及前臂伸入另一袖内，并伸出袖口，用健手把领口拉下到颈部，再把衣服的下边拉直、拉平。脱衣服时先把衣服下边卷到胸部以上，尽量上提并提拉近健侧部分的颈口与袖口，并把健侧上肢由袖中脱出，以后部分就容易脱了。

裤子的穿脱：坐位姿势先把患侧下肢曲髋曲膝放在健侧

的腿上，把裤腿套入患足上拉至膝部，放下患腿再把健侧下肢穿入同侧裤管中，渐向上提到臀部，移动重心，分别抬起一侧臀部或同时抬起臀部，提上裤腰，穿好、扣好。脱裤时先把健侧裤腿脱下，再脱去患侧裤腿。

袜子的穿脱：坐位姿势，用健手持袜并伸入袜口内张开五指，撑开的袜口套入脚上，再把手脱出，用手指拉住袜口向上提拉，然后渐渐提拉袜身，袜底要穿好。脱时程序相反。

鞋的穿脱：坐位姿势，先在鞋口的后上方放一条光滑的布条或皮革，然后把患脚放在健腿上，将鞋套在患脚上，尽可能深入，此时一拉布条脚即完全进入鞋中。

（三）个人卫生动作的训练

这类动作包括漱口、刷牙、洗脸、擦澡、大小便等。这些动作的难易差别甚大，漱口的动作较易，但以坐位或立位为难。试用患手刷牙时，可用粗牙刷柄以便掌握。洗脸时要固定好洗脸盆，以防弄翻。毛巾不要放于盆内，可采用干毛巾擦脸。洗浴时最好有人帮助。浴室地面不要放水，以免滑倒。在病人能够起床行动时，即应鼓励病人入厕大、小便。再好使用坐式便桶，厕所应备有支撑物或装有护手，以便病人行动与起坐。

（四）家务活动动作训练

家务活动种类繁多，而且动作又比较复杂。如整理内务、取放衣物、收拾房屋、整理床铺、清洁环境、装饰布置、选购物品，乃至社交活动，教育与辅导子女，联系亲友等。这类动作涉及很多高级的智能活动，因此不仅躯体运动能力要求达到一定的条件，而且脑功能也需要有一定程度的恢复。反过来说，这些活动不仅是肢体能力的训练，同时对

脑功能也是一种训练和提高。

具有一定活动能力的病人，应当积极地从事日常生活动作训练和完成力所能及的工作。这样既可增强活动能力，又能维持必要的日常生活，同时促使病人有更大的决心继续进行训练，使病人获得最大限度的康复。

三、语言功能的训练

“言为心声”，言语謇涩不能表达自己的意思，对中风病人是十分痛苦的，精神负担肯定比较大。所以医护人员和病人家属要善于从病人的表示或手势中理解病人的需求，并帮助解决生活中的困难。

对于语言功能如何进行锻炼呢?首先是帮助病人练习发音，要一字一字练，一点一滴增加，然后练习数数或进行简单的交谈，总之，要逐渐扩大语言范围。在练习过程中，要耐心地辅导病人，随时纠正错漏之处。要鼓励病人主动地练，反复地练，用顽强的毅力克服各种困难，放下思想包袱，坚持到底，一定能收到很好的效果。

第二节　怡情悦性做好精神调养

如上所述，中风患者除了要重视肢体功能、语言功能的康复外，做好精神调养，恢复心理健康也是不容忽视的一个方面。所谓怡情悦性就是指患者要心情舒畅，精神愉快，涵养性情，克刚暴躁怒为柔顺平和。同时丢掉一切悲观厌世的消极情绪，以饱满的生活热情迎接病魔的挑战。

中医学素来重视心理康复，《灵枢·师传篇》说：“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦。”即告诫病人要丢掉不利于养病的消极想法，鼓励病人树立起正确

对待疾病的态度。对病人的合理要求，在不影响治疗的前提下应尽可能给予满足。

外界情志的刺激和病人情绪的波动，既是中风的诱因，又常常是导致复中的主要原因。尤其是中风恢复期的病人，神志清醒而半身不遂，患者的心理负担很大，中年患者又常常考虑前途，显得忧心忡忡，老年患者生活不能自理，加重子女负担也多心绪不宁。为此，医护人员和家属要热情、耐心地劝慰病人，打消悲观失望的念头，振作精神，树立战胜疾病的信心。真正能做到悦心养性既有利于整体功能的恢复，又能对防止复中的发生有所帮助。

中医学认为：情志活动是以五脏精气作为物质基础，所以情志致病与五脏的功能有不可分割的关系。当然五脏之中又以心为主导，因为心主神明又为神之舍。五脏与五志，各有相应的联系，即所谓“怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺，恐伤肾。”怒为肝志，中风主病在肝，故大怒、暴怒、恼怒等情志过激都与中风的病情变化密不可分。易怒这种情志失常的表现，既可是外界刺激所引起，也有因内脏阴阳气血失调而致。如中风病人多见肝肾阴虚，肝阳亢盛，故易发怒、着急，而这种情绪的波动，又常常会使病情恶化。

怎样做好中风病人的精神康复工作呢？我们体会有以下三点：首先是了解与做好不同病人的思想工作。根据病人性格特点的不同，病情轻重的不同，家庭境遇的不同，采取不同的方法，有的放矢地做好心理护理工作。其次，要照顾好病人的生活，帮助解决养病过程中的实际困难，同时控制探视人员，尽量减少探视，严格避免病人受到不良的精神刺激，不要在病人面前谈论任何不利于治病和养病的话。否则，会引起病人心潮起伏，情绪波动，甚至有复中的危险。

再次，是运用中医“以其胜治之”的方法，即所谓“恐胜喜”、“悲胜怒”、“怒胜思”、“喜胜忧”、“思胜恐”。就是说在某一种情绪过分的情况下，可以激发另一种情绪以平息之。比如，病人精神负担很重，忧思重重的时候，多和病人说些令人愉快的事，让病人开心，以帮助克服忧伤情绪，这是一种切实可行的心理治疗方法。

第六章　中风的护理

中风急性期，患者多在医院抢救，大量的护理工作由护理工作者承担，有些危重患者还需家属陪伴配合护理。中风一旦进入恢复期，多数患者将回家调治，这时家庭护理工作就上升为主要位置。所以，无论是医护工作者，抑或是病者家属，掌握中风患者的护理知识，都显得十分重要和必要。

第一节　一般护理

中风急性期，重证病人多有五不会，即翻身、咳痰、说话、进食、大小便均不能自理。因此，应严密观察、精心护理、积极配合抢救以促进病情向愈，减少后遗症和并发症。此时护理工作的主要任务是：①严密观察病情，及时发现病情变化，及早请医生给予适当的处理；②中风患者常表现为意志消沉，或情绪不稳，容易激动，所以要耐心、细心地多做患者的思想工作，安慰和鼓励病人，使之树立起战胜疾病的信心；③预防各种并发症，采取和创造各种有利因素，促进患者早日恢复健康。

1. 病房和卧室要保持安静整洁，这不仅有利于患者的休息和康复，而且也有利于医疗护理工作的正常进行。

2. 患者有昏迷、半身不遂或躁动不安时，要特别注意他们的安全，防止跌伤或碰伤。中风患者的病床要一边靠墙，一边加靠背椅或床栏杆，以防跌下。日常用品如热水瓶、碗

筷、杯子、台灯等要放在患者身体碰不到的地方。女患者头上不要戴发夹，以防不测。如有活动性假牙应取下，并妥加保管，防止脱落而掉入气管，造成窒息。

3.绝对卧床休息，避免不必要的搬动。出血性中风的患者头部要稍垫高，并用热水袋冷敷头部以防止再度出血。

4.严密观察病情的变化，以判断中风的顺逆及预后好坏。

（1）意识改变：意识变化是判断脑水肿和颅内压高低的重要指征之一。颅内压增高的病员多反应迟钝，意识蒙胧，应仔细加以观察。可用简单的问话，试角膜反射，针刺皮肤或压眶上神经等反应来判断病员的意识障碍程度。

（2）瞳孔变化：主要观察瞳孔大小，两侧是否对称和对光反射等情况。如一侧瞳孔扩大，对侧上下肢瘫痪，多表示瞳孔扩大侧有血肿存在，可能引起天幕疝；双侧瞳孔缩小表示脑干受损；双侧瞳孔扩大，各种反射消失，往往是临终前的征兆。

（4）注意体温、脉搏、呼吸和血压的变化：颅内压增高的病员，可有呼吸、循环及体温调节中枢的功能障碍。早期血压增高，脉搏和呼吸加快，有时可有中枢性高热。病后期可有呼吸中枢衰竭，临床出现呼吸困难，甚至潮式呼吸。脉搏逐渐变弱，体温和血压下降，表示病情危重。

（5）注意脑疝的早期表现：脑疝是常见的并发症和导致中风患者死亡的主要原因之一。临床表现有剧烈头痛、频繁呕吐，烦躁不安和抽搐，甚至昏迷、呼吸不规则或停止。瞳孔两侧不等大。如发现上述现象应立即静脉推注50％葡萄糖50～100ml，同时立即通知经治医生，及时进行抢救。

上述病情观察的内容应作详细的记录，昏迷初期一般每

隔半小时至1小时观察一次，连续观察24小时以上。如情况基本稳定后，可改为每4～12小时观察一次。一旦发现患者昏迷加深，瞳孔忽大忽小或进行性扩大，呼吸不规则，脉搏微弱快速，血压不稳定，发生四肢抽搐等症状和体征，要赶快请医生抢救。

5. 有呼吸停止者，应立即进行人工呼吸；有颅内压增高者要控制液体的摄入量，每日不得超过1500ml。

6. 要保持患者的清洁卫生。昏迷患者往往有吞咽困难，当口鼻腔分泌物不能咽下而积聚起来时，容易发生口腔细菌和霉菌感染，因此，必须注意口腔卫生。每天早晚各作一次口腔清洁。可用冷开水、生理盐水、3%双氧水或复方硼酸溶液棉签作口腔擦洗。口腔粘膜有破溃时，可用龙胆紫药水涂抹；口唇干裂可涂甘油或防裂软膏，有霉菌生长（口腔粘膜及舌面上有片状或点状白膜，剥去后露出湿润而潮红的糜烂面时），可于清洁后涂上制霉菌素甘油合剂或制霉菌素麻油。此药可自己制作，即将2～3片制霉菌素片压成粉状，拌在甘油或麻油中即成。

7. 昏迷时患者的眼睛经常闭不拢，容易形起角膜干燥，且外界的灰尘容易掉入眼内而致角膜炎、角膜溃疡和结膜炎。因此每日可用1%硼酸水或生理盐水洗眼一次，然后用0.25%或0.5%金霉素眼药水滴眼，并涂以金霉素眼膏或其它软膏，再用湿润的消毒纱布覆盖，以防止眼疾的发生。

8. 进食时，患者最好取坐位，无法坐起的可取半卧位，用被子、枕头把上半身和头部抬高，以便吞咽食物。患者胸前可铺上毛巾。然后按患者平时吃饭的习惯，有顺序地喂饭。喂牛奶、豆浆、米汤、鸡汤等流汁食物时，可用吸管吸或用茶壶喂，注意慢吸少饮，严防流质呛入气管。喂前要先试流

质的温度，冷热以流汁滴于手背上不烫手为宜。固体食物要切成一小块。喂饭工具以汤匙最方便。喂饭时尽量少与患者说话，更不能逗患者发笑，以免食物误入气管。浅昏迷患者有吞咽反射，能配合进食，喂饭及饮水时头应偏向一侧，防止呛咳。所喂饭菜要尽能煮得软、烂。深昏迷患者不能吞咽进食，需插鼻饲管来灌注流质。鼻饲用具要保持清洁，用后以清水洗净，开水消毒，再裹以消毒纱布。每次灌注流汁前，先要用注射器抽吸一下，检查是否有食物和胃液，了解鼻饲管是否在胃中，然后再灌入少量温开水，以润滑鼻饲管腔，便于软粘稠的流质流下。每次灌下量以250ml为宜，不可灌注太多、太快，以免引起呃逆和呕吐。流质灌完后再灌入少量温开水以清洁管道，防止堵塞。在二次灌注之间可喂些糖盐水。每灌完一针筒流汁，要用手捏紧胃管，以免空气注入胃中。每次鼻饲完毕，将胃管开口端反折2～3厘米，并用纱布包好，夹子夹紧。鼻饲管每二周更换一次，如固定鼻饲管的胶布松脱即需立即更换胶布。注意不应让患者自拔胃管，并经常检查口腔内是否有胃管盘卷。

9. 呼吸道护理：保持卧室适宜的温度和湿度，室温一般保持在18～21℃为宜。当有温度急剧变化时，应随时给患者增减衣服。湿度应在55%为宜，因室内干燥可使尘埃飞扬，刺激患者呼吸道粘膜，使咳嗽加剧。为了使室内维持恒定的温度，天热时可经常洒水，冬季在火炉上放置热水盆散发水蒸气。同时，为了防止交叉感染，应禁止感冒患者探视。室内不准吸烟。定期用食醋熏蒸卧室，一般用2～10ml/米^3。

（1）咳嗽的护理：咳嗽是一种保护性反射，它能帮助呼吸道分泌物排出体外，所以咳嗽很轻者可不必用药。如咳嗽剧烈，不但可影响患者的睡眠和休息，而且可使中风再发或

病情加重，故需应用中药，或抗菌素、镇咳药等。

（2）咯痰的护理：给患者准备好痰杯和废纸，放在患者易取之处。痰杯应加盖，并应每天记录痰量。痰杯应每天洗刷，煮沸消毒或用消毒液消毒。咯痰多的患者应注意口腔卫生，做到定期漱口。患者的体位最好经常变换，可定时给患者拍背，以利痰涎咯出。大口咯痰或咳嗽无力，应注意防止呼吸道阻塞而发生窒息，要随时准备吸痰器以备急用。家庭中可用50～100毫升注射器，乳头上套上橡皮管，即成简易吸痰器。

（3）吸痰的护理：昏迷患者的呼吸道护理十分重要，护理得当，不但可使肺部并发症大大减少，而且可以及时挽救患者生命。昏迷患者的咳嗽反射和吞咽反射均减弱或消失，致呼吸道分泌物增多而不能咳出，使呕吐物和咽喉部分泌物等容易吸入气管，所以呼吸道护理的首要任务是保持呼吸道畅通。患者的头位应偏向一侧，呕吐物和喉头分泌物要及时用吸引器吸出。有舌根下坠者应将下颌托起或将舌拉出。做好翻身、拍背及吸痰等护理工作，这时分泌物的引流，减少肺部感染和防止褥疮等均有重要意义。吸痰时，最好通过鼻孔插入气管，这样的吸痰效果较好。如患者缺氧，应给予吸氧，氧气皮管应每日更换，以免鼻腔分泌物堵塞管道。

（4）气管切开的护理：当发现患者呼吸不畅，缺氧严重时，应及时作气管切开。气管切开后要特别注意护理。其护理要点如下：

A.气管切开后应随时观察有无出血、气胸、纵隔气肿、套管脱出等意外情况发生。严密观察呼吸的深度和频率的变化。如有呼吸困难或不畅，应先吸痰；若吸痰管不能插入气管，说明发生气道阻塞，应立即寻找导致阻塞的原因。常见

的原因有：套管的前端顶住气管前壁、气管内套管或外套管下端有痰痂阻塞、气管外套管上的气囊滑脱阻塞呼吸道等等。

B. 气管切开后，吸入的气体未经鼻咽腔湿化，直接入肺，使痰容易变干、结痂，痰痂以下的呼吸道中，痰液愈积愈多，又不易吸出，常易误认为无痰，结果可致窒息。所以，呼吸道的湿化和吸痰是抢救的重要措施。湿化要定时定量，特别在吸痰前后要滴入湿化液。一般1～2小时向气管内分次滴入液体5～10ml。湿化液可根据痰培养的药物敏感试验，选用0.1%庆大霉素、0.5%新霉素、1%氯唑青霉素或复合抗菌素等，每日量约250ml左右。当痰液粘稠时，可用a-糜蛋白酶加生理盐水滴入气管，此外还可配合雾化吸入。吸痰既要定时，又要有痰就吸，并且要较为彻底。但每次吸痰时间又不宜过长，以免发生窒息和呼吸骤停。如病情严重，吸痰前后均应先吸入纯氧1～2分钟，以策安全。吸痰管插入要深，插入时不要开放负压，退出时开放负压，并边捻转边退出，以免损伤气管粘膜造成出血。吸痰时严格要求无菌操作，注意吸痰管的消毒和更换，吸痰管用过一次后要用清水冲洗干净，煮沸消毒后备用，口腔吸痰管和气管吸痰管要分开，以免引起交叉感染。

C. 内套管应每日清洗消毒四次，套管外周的皮肤和纱布垫要保持清洁，敷料每日更换二次，套管外口应用两层用生理盐水或冷开水浸湿的纱布覆盖，保证吸入的空气有一定的湿度，并防止灰尘和异物进入气管内。

D. 对于躁动患者的手应适当加以约束，以防患者自己拔管而发生危险。如遇套管一旦脱出，应立即换消毒过的同一型号的套管，从原切口插入。

E. 当病情稳定、痰液减少，呼吸及咳嗽功能明显恢复时，可先试行堵塞内套管1～2日。经严密观察确无呼吸困难和缺氧等症状时，再用纱布把内套管完全堵住，经3日无不良反应即可拔管。拔管后创面可用消毒纱布填塞覆盖，短期内即可自行愈合。

10. 褥疮的护理：中风患者常因意识障碍，大小便失禁、肢体瘫痪而长期卧床；又因不能自己翻身，会引起受压部位的血液循环不良或局部摩擦，致使皮肤和皮下组织缺血、坏死或发生溃烂，这就是人们所熟知的褥疮。患者一旦发生褥疮，往往长期不愈，其痛苦自不必多言，严重者甚至可引起败血症或脓毒血症而危及生命。

为了预防褥疮的发生，应认真做好以下几项护理工作：

（1）勤翻身：每隔2～3小时给患者翻身一次，夜间最好也翻身一、二次。翻身时要将患者轻轻抬离床面，切忌直接在床上拖拉，以致擦伤皮肤。翻身后要将床单、被褥、衣服等整理平整。

（2）勤按摩：用手掌内外侧轻轻地按摩患者的受压部位（包括尾骶部、髂前上嵴、踝部、足跟、肩胛部、肘部、腕部、耳壳、枕骨粗隆等）。因为这些骨骼突出部位最易发生褥疮。为了减轻压力，应在上述部位垫以气圈、棉圈或海绵垫等。还可用50％酒精或白酒，或红花、赤芍等浸泡的白酒进行按摩。也可用热毛巾敷后涂润滑剂按摩。天热皮肤多汗，应经常洗澡扑粉。每日用温水浸手、泡脚，以促进手足的血液循环。皮肤干燥脱屑者，可涂30％甘油水。

（3）勤换洗：患者的被褥、床单、衣服等要经常换洗，保持干燥、整洁。切忌将臀部浸泡在被大小便污染的床单上。如果患者在床上大小便，切忌把便盆塞入到臀下，而应

先把臀部抬高后再放入便盆，这样就不至于擦伤皮肤。

同时，应注意加强营养，以提高患者全身的抵抗力。这对预防褥疮的发生也是至关重要的。

根据褥疮各阶段的情况可作如下护理：

（1）皮肤红润期：局部用50％酒精或红花酒浸液按摩，亦可用艾条熏灸，每日4次。以增强局部血液循环和抵抗力。

（2）皮肤紫红、水疱形成期：出现小水泡时，可涂龙胆紫药水；出现大水疱时，可在无菌操作下，抽出疱内液体，再敷上消毒纱布。

（3）浅度溃疡期：水疱破溃，表面轻度感染，但创面尚清洁者，可用电灯泡照射，一般选用60～100瓦灯泡，距离一尺左右，每次照射20分钟左右，每日1～2次。操作者要经常用自己的手背测试温度，千万注意勿烫伤皮肤。也可用艾条熏灸，但注意力要集中，别让火星掉在创面上，每次熏灸10分钟。伤口有污染时，可选用生理盐水、硼酸水、高锰酸钾或呋喃西林溶液换药。

（4）坏死溃疡期：坏死组织呈黑色，脱落后可形成深度溃疡，有时甚至可达肌层和骨骼。应先用消毒剪刀把坏死组织剪去，再用复方漂白粉溶液清洗，敷东方一号药膏至创面清洁后，敷生肌八宝散、紫草膏或鱼肝油软膏，也可用电灯泡或红外线照射，促进创口愈合。

11.大小便的护理：中风患者由于昏迷、偏瘫或久病体弱，不能下床，因此大小便的护理也颇为重要。

患者开始时，往往很不习惯在床上大小便，觉得使不上劲，或怕弄脏床单。遇到这种情况，护理人员要设法解除患者的紧张情绪，按照患者平时的生活习惯，按时坐盆，并用手轻轻按摩其下腹部，以加强肠道蠕动；或让患者听自来水

的滴水声，培养其解小便的条件反射，这样做往往会收到良好的效果。便具最好使用医用便盆，无论男女均可平躺着解大小便。每次大便后都要用温水清洗会阴和肛门，再用毛巾擦干，使之保持清洁卫生，以减少泌尿道感染的机会。

（1）大便的护理：患者如有大便失禁，容易造成肛门周围及会阴部皮肤糜烂发炎，可用尿布垫好，并勤换洗。如发现肛周皮肤潮红，应用温水洗净患部，擦干后涂上氧化锌糊剂或扑上爽身粉。如患者大便次数过多，又无感染时，可用次碳酸铋2～4片口服，每日三次，有收敛止泻作用。大便秘结者，可选用硫酸镁、液体石蜡等缓泻剂成取番泻叶10克，开水泡服。

（2）泌尿道的护理：其目的是使排尿通畅，同时防止泌尿道感染。有尿潴留者，可针刺关元、中极、气海、曲骨、三阴交，或与膀胱俞、肾俞、阴陵泉、水道等穴交替使用。耳针可取穴肾、膀胱、皮质下，留针20～30分钟，中强刺激。也可下腹部按摩加压协助排尿。如上述方法无效，可插导尿管留置导尿和加用密闭式膀胱潮式引流器。为了预防尿路感染，必须做到：

a. 每周更换导尿管一次，送尿常规二次及尿培养一次。

b. 每日用清水冲洗尿道口一次。

c. 每日作膀胱冲洗2～4次，冲洗液常用1:5000呋喃西林溶液；若有绿脓杆菌感染，则用1:1000新洁尔灭、22%苯氧乙醇或1%醋酸溶液等冲洗。冲洗瓶应每周洗刷和消毒二次。

d. 每次冲洗膀胱的液量视膀胱大小而定，一般为200～300毫升，冲入膀胱后需保留20分钟以上再放去，以刺激膀胱尽早重建排尿功能。

e. 病情好转，膀胱功能开始恢复时，可拔除导尿管。

有尿失禁的男病员，可用尿瓶接尿，或用阴茎套留接小便，方法是将阴茎套的套口用胶布固定在阴茎上，下端剪个小孔，插入橡皮管，并用胶布将皮管与阴茎套粘牢，小便即可经阴茎套、皮管流入尿瓶内。注意应经常换洗阴茎套，和清洗阴茎，以防局部发炎。有尿失禁的女患者，则可根据排尿规律，经常主动地用便盆接尿或用尿布，尿布需及时更换，阴道需保持清洁和干燥。

第二节　辨证施护

一、急性期的辨证施护

1. 病情观察：认真观察病情变化，是判断疾病预后顺逆的重要环节，也是护理工作的首要任务之一。例如：中风患者神志的清醒与昏迷，一般由昏迷转清醒者为顺，提示病情由重转轻，证入坦途；若由清醒状态逐渐转入昏迷者为逆，提示病情由轻转重，证入险境。再如：手足转温与逆冷，一般由逆冷转温热者为顺，提示阳气回复，厥回脱固；若由温热转为逆冷者为逆，多提示中风由闭证演变为阳气欲脱，元阳衰竭的脱证，预后多凶。其它可对抽搐发作次数的多少，每次的表现形式以及时间长短；戴阳、呕血、便血等症状的出现与否，都应该仔细观察，并详加记录，以供临床医师参考。至于脉证的相应与否，对辨别顺逆也很重要。如《景岳全书·脉神章》说："凡暴病脉来浮洪数实者为顺，久病脉来微缓软弱者为顺。若新病而沉微细弱，久病而浮洪数实者。皆为逆也。凡脉证贵乎相合"。中风患者如属阳闭之证，脉来沉迟或见代脉，是有阳气暴亡之可能。后遗症的半身不

遂，本属气虚脉缓者，骤然脉劲弦而数，多有复中之可能，所以在护理时均应仔细观察，并严密监察其动态变化状况。

2. 高热患者的护理：中风患者（尤其是出血性中风）在急性期常见高热症状，其原因一是脑血管病变影响到体温调节中枢而致的中枢性高热；二是中风合并其它脏器感染时而致的感染性高热。由于中风多见于中老年人，因其对高热的适应性差，倘若高热持续时间过长，必然影响及脑、心、肝和肾诸脏器的生理功能，使之消耗增加，甚至加重病情，发生谵妄、昏迷、抽搐。因此，对高热患者必须采取积极有效的措施，同时还要做好护理工作。减轻因高热对人体的危害。对高热患者的护理，应做到下列几点：

（1）遵照医嘱，按时给患者服药，积极进行病因治疗。

（2）保持室内空气新鲜，定时通风换气，保证患者有安静的环境，以利休息。患者出汗要及时擦干，汗湿的衣服和床单应及时更换，要防止受凉感冒。

（3）每日给患者测量体温、脉搏、呼吸4～6次，至体温恢复正常后2～3日为止，并做好记录，以掌握发热的类型和了解用药的疗效、反应。

（4）高热患者热量消耗大，水份丧失多，因而需要多饮白开水、枣子汤、果汁饮料等。由于高热，患者一般胃口很差，消化能力也弱，所以要多吃些丰有营养的、清淡的、易消化的流质或半流质食物，多吃水果，少吃油腻食物，并详细记录出、入水量，以保持水、电解质的代谢平衡。

（5）积极采取降温措施，使体温能适当地降低。实热患者，可用冷毛巾或冰袋敷额部，以降低头部温度。可选用针刺合谷、曲池、大椎来降低体温。也可酌选柴胡注射液或复方氨基比林肌注。腑实便秘的高热患者，应注意通腑泄热，

釜底抽薪，可选用番泻叶10克，沸水冲服，待大便得下，热势亦可见下降之象；或选用生大黄10克，玄明粉5克，生甘草5克，煎汤约60～100ml，作保留灌肠。高热口渴烦躁的患者，可选用西瓜皮30克、绿豆皮30克、扁豆皮30克，芦根30克，煎汤代茶，频频饮服，以清热生津。老年的中风患者在使用退热剂时要小心，用药量不宜过大，出汗不宜过多，以免发生虚脱亡阳。高热患者经多种办法处理后，如果体温仍未下降，而生命体征尚属正常时，可采用冬眠疗法，同时使用冰袋放在两侧颈部、腋下、腹股沟等大血管处，以降低体温，防止亡阳厥脱。

3.闭脱患者的护理：中风入脏多发生闭证甚或脱证的危重症候。护理时除了要严密观察病情变化和做好一般护理工作外，还要注意以下几个方面。

（1）防止出血加重：中风闭证或脱证多属出血性中风的重证，病人要绝对静卧，避免烦扰和精神刺激。病人取平卧位，床头垫高约30～50厘米，以免气血逆上加重病情。头部可置冰帽或冰袋，以减少出血及昏迷。

（2）防止气道阻塞：松解衣扣，除去假牙和发夹等，用舌夹拉出后坠之舌头，防止气道阻塞。如患者痰声漉漉或伴呕吐，宜将头偏向一侧，以有利痰涎及呕吐物外出。如痰涎不易咯出，要及时吸痰，或选用猴枣散1支吞服，以祛痰涎。呕吐剧烈者，可针刺内关、合谷等穴，予强刺激并留针。或用姜汁滴舌，或取鲜生姜片擦舌。内服止呕可选用生大黄2克、生甘草2克，煎汁后少少服之，以苦味健胃止呕。若闭证牙关紧闭者，可用乌梅擦牙以开噤。如见患者呼吸迫促，面色指甲青紫，气血失于通畅，应立即吸氧，并做好气管切开的准备。

（3）防止出现意外：对躁动不安的病人，应加用床栏，以免发生跌仆损伤。如有抽搐，应将裹以纱布的压舌板插入一侧上下臼齿之间，以免咬伤舌头。

（4）给药途径和方法：中风闭脱患者，由于神志不清，甚或吞咽发生困难，常常不能自行进食和服药，这给口服中药汤剂带来了一定的困难。因此，临床多采用鼻饲的途径给药。喂药前后应先用少量温开水冲洗鼻饲管道，每日喂2～4次，每次喂药不宜过多，以免引起呕吐，一般每次100～150ml左右为宜。温度要适宜，避免过凉过热。鼻饲给药后一小时方可翻动病人，以防呕吐。鼻饲管3～4天更换一次，用后应关闭管外端，防止空气进入胃部引起不适。

（5）阳闭因邪热炽盛、内闭气血，使阴阳离决，出现手足厥冷，戴阳欲脱者，在其它急救措施前，可急用大柱艾灸，取穴关元、神阙；如汗出、肢温、脉起者，再用毫针，但刺激宜轻，取穴气海、关元、足三里。如见内闭外脱之证，可先取人中强刺激，再针足三里、气海以调其气。

二、恢复期的辨证施护

1.促使功能恢复：恢复期病人多有偏身瘫痪等后遗症，此时应做好病人的思想工作，树立起与疾病作斗争的乐观情绪，鼓励和辅导病人循序渐进地进行功能锻炼。这是中风恢复期和后遗症期护理工作的重点。在瘫痪肢体不能自主运动时，应帮助病人被动运动，进行肢体按摩，同时作大小关节屈伸旋转、内收外展等活动，以促进气血的运行，而增加肌力。当肢体恢复到可以抬举时，应嘱病人加强自主活动。为了帮助病人锻炼肌力，如在床尾拴上带子，病人可以拉带子协调坐起；脚踩踏板，锻炼小腿肌力；用手握木棍，或揉动健身球、健身圈等，可锻炼握力和手指关节的活动。当病人

能立起时，则尽早挽扶病人锻炼走路，要注意行走姿势、技巧、持久力及速度，还要注意安全。对中风不语患者，也应尽早耐心教病人锻炼发音，逐步恢复语言功能。

2.防止复中：应注意血压的变化，避免七情所伤，过度恼怒或激动，引起血压骤然升高而导致再次中风。还应保持大便通畅，若大便干结者，可常服蜂蜜，或清宁丸、润字丸等缓下药，并嘱病人排便时勿过度用力。

3.瘫痪患者的护理：中风患者常遗有不同程度的偏瘫后遗症，由于肢体瘫痪，感觉障碍、大小便困难、生活不能自理等情况，给他们在生理上和心理上都带来困难和痛苦。因此，要增强患者战胜疾病的信心，并做好护理工作。

（1）预防褥疮：瘫痪患者因肢体运动困难 感觉障碍，使局部血液循环不良，长期受压，很易引起坏死、溃烂或褥疮。所以，必须经常帮助患者翻身、按摩患肢，骨骼突出部位使用橡皮或海绵垫圈，保持床铺平整、清洁、干燥。详见“褥疮的护理”部分。

（2）预防肺炎：勤翻身，常拍背，有痰要鼓励患者咯出或用吸痰器吸出，以保持呼吸道的通畅。注意保暖，预防感冒。

（3）预防烫伤：瘫痪患者多伴有肢体麻木，感觉障碍，故禁用热水袋等取暖，洗脚、擦浴时水温亦不宜过高。

（4）增加营养：少量多餐、细嚼慢咽，饮食宜清淡、富于维生素，吃鱼不宜带刺，吃肉不要太肥。给面瘫患者喂饭时要从健侧口里慢慢送入。有吞咽困难者，要注意锻炼吞咽动作，喂饭要慢，吃饭时不要和患者说话，以免引起呛咳。

（5）加强患者锻炼，促进早日康复：（详见前）

第三节　饮食护理

现代医学对饮食治疗的要求比较严格，不但计算各种食物的热量及营养成分，强调合理烹调，且制订食谱，根据不同的疾病，分别选用不同的饮食，这是它科学的一方面。但是，它不太重视民族习惯和个体差异，这是其局限性所在。中医学历来重视饮食营养与人体健康的关系，各种饮食物不但能化生气血津液，营养四肢百骸，而且有些特定的食物还兼具治疗的功用。中医在指导病人饮食时，常根据病人体质、疾病的不同而选用不同属性的食物，以达到辅助治疗的目的。中风病人的饮食宜忌直接影响到疗效的好坏和康复进程，是一个不容忽视的重要内容。

中风病人的饮食以清淡为原则。日常生活中要做到“饮食有节”，定时定量，切忌饥饱无常和暴饮暴食；软硬冷热要相宜，以免损伤脾胃的运化功能。饮食以清淡素食为主，反对膏粱厚味，不宜吃肥甘厚味、油腻煎炸之品，以及辛辣刺激、海腥发物，以免助湿生痰。此外，中风患者切忌烟酒嗜好。

对肥胖、高血压、心脑血管硬化等中风前期病证，饮食更应注意。一般主食以米、面、玉米、荞麦、高粱为主。副食中蔬菜宜芹菜、青菜、茭白、竹笋等，各种豆类、瓜类、海藻、海带、紫草等。油脂宜用豆油、花生油、玉米油、芝麻油、菜油等植物油。提倡“蔬食疗法”，宜用低盐饮食，肥胖病人最好每餐吃6～7成饱，少吃细粮、肉类及含糖分高的食物。在降低血脂的食物中，以山楂最好，可用鲜的生吃或煮食。此外，覆盆子、金樱子、鲜草莓等蔷薇科植物的果实

也有一定的功效。葛根、葛粉、菊花脑、枸杞子、芹菜、马兰头、荸荠、柿子、蜂蜜等，有一定的降压作用，可经常食用。草决明子、车前草等有降压、降胆固醇及润肠通便、利尿之功效，可每日取鲜品12～15克，煎水代茶饮服。

忌高脂肪、高胆固醇饮食，如肥肉、奶油、动物脂肪、动物内脏、蛋黄、鱼卵、骨髓等。忌烟酒。

（附：具有降脂、降压、防止血管硬化的常见食物：荞麦、海带、海藻、海蜇、海参、紫菜、山楂、麦芽、乌梅、木耳、寄生茶、柿叶、荷叶、莲子、芹菜、蕹菜、香菇、椰菜、榨菜、豌豆、马铃薯、葛根、荸荠、大蒜、洋葱、黄瓜、花生秧、玉米须、糯稻根、向日葵盘及杆等）

附　录

附录1　附方索引

〔1〕至宝丹《和剂局方》（生乌犀屑 生玳瑁屑　琥珀　朱砂　雄黄　金箔　银箔　龙脑　麝香　牛黄　安息香）

〔2〕安宫牛黄丸《温病条辨》（牛黄 郁金　犀角　黄芩　黄连　雄黄　山栀　朱砂　梅片　麝香　珍珠　金箔）

〔3〕苏合香丸《和剂局方》（丁香　安息香　青木香　白檀香　草拨　呵黎勒　犀角　朱砂　薰陆香　龙脑　麝香　苏合香　白术　香附子　沉香）

〔4〕参附汤《世医得效方》（人参　附子）

〔5〕清开灵注射液（北京中医学院药厂配制）

〔6〕参附青注射液（上海中医学院附属曙光医院研制）（人参　附子　青皮）

〔7〕生脉散《内外伤辨惑论》（人参　麦冬　五味子）

〔8〕羚羊角汤《医醇賸义》（羚羊角　龟板　生地　丹皮　白芍　柴胡　薄荷　蝉衣　菊花　夏枯草　石决明）

〔9〕镇肝熄风汤《医学衷中参西录》（牛膝　龙骨　生白芍　天冬　麦芽　代赭石　牡蛎　玄参　川楝子　茵陈　龟板　甘草

〔10〕羚角钩藤汤《通俗伤寒论》（羚羊角　桑叶　川贝母　鲜生地　钩藤　菊花　茯神　白芍药　生甘草　鲜竹茹）

〔11〕天麻钩藤饮《杂病诊治新义》（天麻　钩藤　生石决明　山栀　黄芩　川牛膝　杜仲　益母草　桑寄生　夜交藤　朱茯神）

〔12〕桃红四物汤《医宗金鉴》（当归　赤芍药　生地黄　川芎　桃仁　红花）

〔13〕通窍活血汤《医林改错》（红花　桃仁　赤芍药　川芎　麝香　生姜　大枣　葱　黄酒）

〔14〕大黄䗪虫丸《金匮要略》（大黄　䗪虫　蛴螬　水蛭　蛰虫　桃仁　干漆　黄芩　甘草　杏仁　干地黄　赤芍药）

〔15〕补阳还五汤《医林改错》（当归尾　川芎　黄芪　桃仁　地龙　赤芍药　红花）

〔16〕活血方（经验方）（桃仁　红花　赤芍药　葛根　鸡血藤）

〔17〕化痰通腑饮（经验方）（全瓜蒌　胆南星　生大黄　芒硝）

〔18〕三化汤《活法机要》（大黄　枳实　厚朴　羌活）

〔19〕九制大黄丸《北京市中药成方选集》（大黄九蒸九晒）

〔20〕清心滚痰丸（大黄　礞石　牙皂　肉桂　沉香　黄芩　甘遂　马舌子　牵牛子　朱砂　犀角　羚羊角　人参　牛黄　麝香　冰片　珍珠　白花蛇）

〔21〕清胃黄连丸（黄连　丹皮　连翘　生地　生石膏　天花粉　桔梗　知母　赤芍　玄参　栀子　黄芩　黄柏　甘草）

〔22〕牛黄清心丸《和济局方》（当归　酸枣肉　白芍　川芎　白术　人参　茯苓　甘草　六神曲　山药　桔梗　肉

桂　黄芩　防风　麦冬　杏仁　柴胡　白蔹　大豆卷　阿胶　蒲黄　雄黄　干姜　牛黄　麝香　冰片　犀角　羚羊角　朱砂）

〔23〕杞菊地黄汤《医级》（枸杞子　菊花　熟地黄　山茱萸　山药　泽泻　丹皮　茯苓）

〔24〕牵正散《杨氏家藏方》（白附子　僵蚕　全蝎）

〔25〕大秦艽汤《保命集》（秦艽　石膏　甘草　川芎　当归　芍药　羌活　独活　防风　黄芩　白芷　生地　熟地　白术　茯苓　细辛）

〔26〕清肝熄风饮（验方）（夏枯草　黄芩　薄荷　防风　菊花　钩藤　地龙　乌梢蛇　赤芍　红花　鸡血藤）

〔27〕增液汤《温病条辨》（生地　玄参　麦冬）

〔28〕血府逐瘀汤《医林改错》（当归　生地黄　红花　牛膝　桃仁　枳壳　赤芍　桔梗　川芎　柴胡　甘草）

〔29〕散风活络丸《实用中成药手册》

〔30〕复方活血注射液（验方）（丹参　赤芍药　郁金）

〔31〕涤痰汤《济生方》（半夏　胆南星　橘红　枳实　茯苓　人参　菖蒲　竹茹　甘草　生姜　大枣）

〔32〕白通加猪胆汁汤《伤寒论》（葱白　干姜　生附子　猪胆汁）

〔32〕猴枣散《全国中药成药处方集》（猴枣　羚羊角　天竺黄　川贝母　沉香　礞石　麝香　硼砂）

〔34〕人参再造丸《北京市中药成药选集》（蕲蛇　龟板　玄参　麻黄　香附　穿山甲　天竺黄　白芷　地龙　大黄　威灵仙　熟地黄　羌活　姜黄　乌药　何首乌　茯苓　葛根　细辛　草豆蔻　紫豆蔻　藿香　赤芍　附子　虎骨　菊花　川芎　青皮　僵蚕　白术　黄芪　天麻　黄连　骨碎补　全

蝎　白附子　防风　蕲蛇　桑寄生　党参　沉香　肉桂　松香　没药　乳香　血竭　山羊角　母丁香　甘草　当归　麝香　牛黄　朱砂　犀角　人参　冰片）

〔35〕人参归脾丸《济生方》（白术　茯苓　黄芪　龙眼肉　炒枣仁　人参　木香　炙甘草）

〔36〕活络丹（蕲蛇　藿香　何首乌　大黄　白芷　麻黄　川芎　草豆蔻　羌活　黄芩　竹节　香附　沉香　玄参　肉桂　天麻　甘草　黄连　熟地黄　乌蛇肉　地龙肉　全蝎　青皮　香附　虎骨　木香　黑附子　细辛　天竺黄　白术　乌药　松香脂　茯苓　人参　僵蚕　公丁香　龟板　骨碎补　没药　紫豆蔻　乳香　赤芍　葛根　威灵仙　当归　防风　血竭　麝香　犀角　朱砂　冰片　牛黄）

〔37〕四物汤《和济局方》（熟地黄　白芍　当归　川芎）

〔38〕解语丹《医学心悟》（白附子　石菖蒲　远志　天麻　全蝎　羌活　天南星　木香　甘草）

〔39〕左归饮《景岳全书》（大熟地　山萸肉　淮山药　枸杞子　菟丝子　鹿角胶　龟板胶　牛膝）

〔40〕定痫丸《医学心悟》（天麻　川贝　胆南星　半夏　陈皮　茯苓　茯神　丹参　麦冬　菖蒲　远志　全蝎　僵蚕　琥珀　辰砂　竹沥　姜汁　甘草）

〔41〕河车大造丸《医方集解吴球氏验方》（紫河车　党参　熟地　杜仲　天冬　麦冬　龟板　黄柏　茯苓　牛膝）

〔42〕养心汤《证治准绳》（黄芪　茯苓　茯神　当归　川芎　炙甘草　半夏糊　柏子仁　酸枣仁　远志　五味子　人参　肉桂）

〔43〕柏子养心丸《体仁汇编》（柏子仁、黄芪　茯苓　酸枣仁　川芎　当归　半夏糊　甘草　人参　肉桂　五味子

远志）

〔44〕十香返生丹《春脚集》（沉香　白僵蚕　公丁香　郁金　檀香　莲子芯　青木香　瓜蒌　藿香　煅礞石　诃子肉　香附　紫降香　乳香　天麻　甘草　琥珀　牛黄　麝香　冰片　朱砂　苏合香油）

〔45〕防中1号方（自拟经验方）（杭白芍　嫩钩藤　生龟板　生牡蛎　生龙骨　生石决明　明天麻　地龙　怀牛膝　丹参　鸡血藤　枸杞子　山萸肉）

〔46〕防中2号方（自拟经验方）（制半夏　胆南星　苍术　白术　茯苓　桔红　明天麻　地龙　怀牛膝　山楂　丹参　鸡血藤　石菖蒲）

〔47〕指迷茯苓丸《全生指迷方》（茯苓　黄芩　橘皮　五味子　桔梗　姜半夏）

〔48〕防中3号方（自拟经验方）（生黄芪　白术　苍术　当归　赤芍　川芎　桃仁　红花　鸡血藤　丹参　清半夏　陈皮　云茯苓）

〔49〕桃红四物汤《医宗金鉴》（桃仁　红花　当归　赤芍　生地黄　川芎）

〔50〕防中4号方（（自拟经验方）（桃仁　红花　赤芍　川芎　葛根　鸡血藤　丹参　茜草　水蛭　郁金）

〔51〕丹七片（经验方）（丹参　三七）

〔52〕地黄饮子《黄帝素问宣明论方》（熟干地黄　巴戟天　山茱萸　石斛　肉苁蓉　附子　五味子　官桂　白茯苓　麦门冬　菖蒲　远志　生姜　大枣　薄荷）

附录2　历代有关中风文献辑录

《素问·生气通天论》“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。”

“汗出偏沮，使人偏枯”。

《素问·调经论》“血之与气，并走于上，则为大厥。厥则暴死，气复反则生，不反则死”。

《素问·至真要大论》“诸风掉眩，皆属于肝”。

《素问·风论》“风之伤人也……或为偏枯。”

《灵枢·刺节真邪论》“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫；营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯”。

《灵枢·邪气脏腑病形篇》“黄帝曰：五脏之中风，奈何？岐伯曰：阴阳惧感，邪乃得往。”

《金匮要略·中风历节病脉证并治》“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。”

“寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚；寒虚相搏，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。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。”

“寸口脉迟而缓，迟则为寒，缓则为虚。荣缓则为亡血，卫缓则为中风。邪气中经，则身痒而瘾疹。心气不足，邪气入中，则胸满而短气。”

《诸病源候论·风病诸候》

“中风候：中风者，风气中于人也。风是四时之气，分布八方，主长养万物。从其乡来者，人中少死病；不从乡来者，人中多死病。其为病者，藏于皮肤之间，内不得通，外不得泄；其人经脉，行于五脏者，各随脏腑而生病焉。”

“风癔候：风邪之气，若先中于阴，病发于五脏者，其状奄忽不知人，喉里噎噎然有声，舌强不能言。发汗身软者，可治。眼下及鼻人中左右、上白者，可治。一黑一赤吐沫者，不可治。汗不出体直者，七日死”。

“风口噤候：诸阳经筋，皆在于头。三阳之筋，并络人颔颊，夹于口。诸阳为风寒所客，则筋急，故口噤不开也。诊其脉迟者生。”

“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，故舌强不得语也。”

“风失音不语候：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，故谓风失音不语。”

“风口喎候：风邪入于足阳明、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。诊其脉，浮而迟者可治”。

“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。时能言者可治，不能言者不可治。”。

“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”。

“风半身不随候：半身不随者，脾胃气弱，血气偏虚，为风邪所乘故也。”

《三因极一病证方论》。“人或中邪风，鲜有不致毙者，故

入脏则难愈。如其经络空虚而中伤者，为半身不遂，手脚瘫痪，涎潮昏塞，口眼㖞斜，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，㖞僻不遂。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，故推为百病之长"。

《济生方》"经曰'风者，百病之长也'。由是观之，中风在伤寒之上，为病急卒。歧伯所谓大法有四：一曰偏枯，二曰风痱，三曰风懿，四曰风痹，言最重也。……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，营卫失度，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，口眼㖞斜，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"。

《河间六书·素问玄机原病式》"或心火暴甚，而肾水衰弱不能制之，热气怫郁，心神昏冒，则筋骨不用，卒倒而无所知，是为僵仆也。甚则水化制火，热甚而生涎，至极则死；微则发过如故；至微者但眩瞑而已"。

"所以中风瘫痪者，非谓肝木之风实甚而卒中之也，亦非外中于风尔。由于将息失宜，而心火暴甚，肾水虚衰，不能制之，则阴虚阳实，而热气怫郁，心神昏冒，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。若微，则但僵仆，气血流通，筋脉不挛。缓者，发过如故。或热气太甚，郁结壅滞，气血不能宣通，阴气暴绝，则阳气后竭而死，俗谓"中"。

《东垣十书》"中风为百病之长，乃气血闭而不行，此最重疾。凡治风之药，皆辛温上通天气，以发生为体，是元气

始出地之根蒂也”。

“中血脉，则口眼㖞斜，中腑，则肢节废；中脏，则性命危险；此三者，治各不同。如中血脉，外有六经之形证，则从小续命汤加减及疏风汤治之。如中腑，内有便溺之阻隔，宜三化汤或《局方》中麻仁丸通利之；外无六经之形证，内无便溺之阻隔宜养血通气，大秦艽汤、羌活愈风汤治之。中脏痰涎昏冒，宜至宝丹之类镇坠。若中血脉、中腑之病，初不宜用龙、麝、牛黄；为麝香入脾治肉，牛黄入肝治筋，龙脑入肾治骨，恐引风深入骨髓，如油入面，莫之能出。又不可一概用大戟、芫花、甘遂泻大便，损其阴血，则真气愈虚。”

《丹溪心法》“中风大率主血虚有痰，治痰为先，次养血行血；或属虚，挟火（一作痰）与湿，又须分气虚、血虚。

半身不遂，大率多痰，在左属死血瘀（一作少）血，在右属痰有热，并气虚。左以四物汤加桃仁、红花、竹沥、姜汁，右以二陈、四君子等汤加竹沥、姜汁。

痰壅盛者，口眼㖞斜者，不能言者，皆当用吐法。一吐不已，再吐。轻者，用瓜蒂一钱，或稀涎散，或虾汁（以虾半斤，入酱、葱、姜等料物，水煮。先吃虾，次饮汁，复以鹅羽探引）。吐痰用虾者，盖引其风出耳。重者，用藜芦半钱或三分，加麝香少许，韭汁调吐。若口噤昏迷者，灌入鼻内吐之。虚者不可吐。

气虚卒倒者，用参、芪补之。有痰，浓煎参汤，加竹沥、姜汁。血虚用四物汤，俱用姜汁炒，恐泥痰故也；有痰，再加竹沥、姜汁入内服；能食者，去竹沥，加荆沥。

肥白人多湿，少用乌头、附子行经。凡用乌、附，必用童便煮过，以杀其毒。

初昏倒，急掐人中至醒，然后用痰药，以二陈汤、四君子汤、四物汤加减用之。

瘦人阴虚火热，用四物汤加牛膝、竹沥、黄芩、黄柏；有痰者，加痰药。

筋枯者，举动则痛，是无血不能滋养其筋，不治也。《脉诀》内言诸不治症：口开手撒，眼合遗尿，吐沫直视，喉如鼾睡，肉脱筋痛，发直，摇头上窜，面赤如妆，或头面青黑，汗缀如珠，皆不可治。

按《内经》已下，皆谓外中风邪。然地有南北之殊，不可一途而论。惟刘守真作将息失宜，水不能制火，极是。由今言之，西北二方，亦有真为风所中者，但极少尔。东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风也。"邪之所凑，其气必虚"。风之伤人，在肺脏为多。

许学士谓气中者亦有。此七情所伤，脉微而数，或浮而紧，缓而迟。必也脉迟浮可治，大数而极者死。若果外中者，则东垣所谓中血脉、中腑、中脏之理，其于四肢不举，亦有与痿相类者，当细分之。《局方》风、痿同治，大谬。《发挥》甚详。子和用三法，如的系邪气卒中，痰盛实热者可用，否则不可。

……

治风之法，初得之即当顺气，及日久即当活血，此万古不易之至理。古有以四物汤吞活络丹愈者，正是此义。若先不顺气化痰，遽用乌、附；又不活血，徒用防风、天麻、羌活辈，吾未见能治也。又见风中于肌腠，辄用（龙）脑、麝治之者，是引风入骨髓也，尤为难治，深可戒哉。如口㖞斜未正者，以蓖麻去壳捣烂，右㖞涂左，左㖞涂右；或鳝鱼血入麝香少许，涂之即正。"

《卫生宝鉴》“风者，能动而多变。因热胜则动，宜以静胜燥，是养血也。宜和，是行营卫，壮筋骨也。天麻丸主之。非大药不能治也”。

《医经溯洄集》“人有卒暴僵仆，或偏枯，或四肢不举，或不知人，或死，或不死者，世以中风呼之，而方书亦以中风治之。余尝考诸《内经》，则曰“风者，百病之始也”。……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！”

《证治要诀》“中风之证，卒然晕倒，昏不知人，或痰涎壅盛，咽喉作声，或口眼㖞斜，手足瘫痪，或半身不遂，或舌强不语。风邪既盛，气必上逆，痰随气上，停留壅塞，昏乱晕倒，皆痰为之也。五脏虽皆有风，而犯肝经为多，盖肝主筋属木，风易入之，各从其类。肝受风则筋缓不荣，或缓或急，所以有㖞斜、瘫痪、不遂、舌强、语涩等症。治之之法，调气为先。经云“善治风者，以气理风”。气顺则痰消，徐理其风，庶可收效”。

“肥人多有中病，以其气盛于外而歉于内也。肺为气出入之道，人肥者气必急，气急必肺邪盛。肺金克木，胆为肝之府，故痰涎壅盛，所以治之必先理气为急。中后，气未尽顺，痰未尽除。调理之剂，惟当以藿香正气散、星香散煎服。此药非特可治中风之证，治中气、中恶、霍乱尤宜。寻常上呕下疼多痰者。亦可用之”。

《医学纲目》“中风，世俗之称也。其证卒然仆倒，口眼㖞斜，半身不遂，或舌强不言，唇吻不收是也。然名各有不同。其卒然仆倒者，《经》称为“击仆”，世又称为“卒中”，乃初中风时如此也。其口眼㖞斜、半身不遂者，《经》称为“偏枯”，世又称为“左瘫右痪”，及“腠腿风”，乃中倒后之证，

邪之浅者如此也。其舌强不言、唇吻不收者，《经》称为"痱"病，世又称为"风懿"、"风气"，亦中倒后之证，邪之深者如此也。东垣以邪浅为中脉、中腑而易治，邪深为中脏而难治者得之矣。凡病偏枯，必先仆倒，故《内经》连名称为"击仆偏枯"也。后世迷失经意，以偏枯痱病之旨，一以中风名之。遂指偏枯为枯细之枯，而非左瘫右痪之证。习俗之弊，至于如此也。"

《医学正传》"中腑者，多着四肢，故面加五色，脉浮而恶风寒，四肢拘急不仁，或中身之前，或中身之侧，皆曰中腑也，其治多易。中脏者，多滞九窍，故昏缓、失音、耳聋、鼻塞、目瞀、大小便秘结，皆曰中脏也，其治多难。大法中腑者，小续命等汤以发其表；中脏者，三化等汤以通其里；脏腑兼见者，又不可以拘泥。"

《证治准绳》"阴中：颜清脸白，痰厥喘塞，昏乱眩运，喎斜不遂，或手足厥冷，不知人，多汗。

阳中：面赤如醉，善怒，牙关紧急，上视，强直掉眩"。

《医学准绳六要》"病之生也，其机甚微，其变甚速，达士知机，思患而预防之，庶不至于膏盲。即中风证，必有先兆，中年人但觉大拇指时作麻木，或不仁；或手足少力，或肌肉微掣，三年内必有暴病。急屏除一切膏粱厚味，鹅、面、肉、酒，肥甘生痰动火之物，即以搜风顺气丸，或滚痰丸、防风通圣散时服之，及审气血孰虚，因时培养。更远色戒性，清虚静摄，乃得有备无患之妙。肥人更宜加意慎口绝欲，人参汤加竹沥煎膏，日不辍口方是"。

《诸证提纲》"古人治未病，非无所兆而遽药之也。必平时气血素亏，多痰眩晕，手足麻木，与夫失意忧愁，溺情酒

色者。不早为之防，及病成而治之则晚矣。《医学纲目》云：‘凡人初觉食指、次指麻木不仁，或不过三年内必中风，宜先服愈风汤、天麻丸各一两料，忽而不治，风始乘焉。”然人多昧曲突徙薪之图，智者或不然也，愿毋见焦头烂额之客”。

《景岳全书》“非风一证，即时人所谓中风证也。此证多见卒倒，卒倒多由昏愦，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致。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。然类风、属风，仍与风字相近，恐后人不解，仍尔模糊，故单用河间、东垣之意，竟以非风名之，庶乎使人易晓，而知其本非风证矣”。

《医宗必读》“凡中风昏倒，须先顺气，然后治风，用竹沥、姜汁调苏合香丸。如口噤，抉开灌之。如抉不开，急用牙皂、生半夏、细辛为末，吹入鼻内。有嚏可治，无嚏则死。最要分别闭与脱二证明白：如牙关紧闭，两手握固，即是闭证，用苏合香丸，或三生饮之类开之；若口开心绝，手撒脾绝，眼合肝绝，遗尿肾绝，声如鼾肺绝，即是脱证，（更有吐沫、直视、肉脱、筋骨痛、发直、摇头、上窜、面赤如妆，汗出如珠，皆脱绝之证），宜大剂理中汤灌之，及灸脐下，虽曰不治，亦可救十中之一；若误服苏合香丸、牛黄、至宝之类，即不可救矣”。

《医林改错》“或曰：君言半身不遂，亏损元气，是其本源，何以亏至五成方病？愿闻其说，余曰：夫元气藏于气管之内，分布周身，左右各得其半。人行坐动转，全仗元气。若元气足，则有力；元气衰，则无力；元气绝，则死矣。若十分元气，亏二成剩八成，每半身仍有四成，则无病。……

若亏五成剩五成，每半身只剩二成半，此时虽未病半身不遂，已有气亏之症，因不疼不痒，人自不觉。若元气一亏，经络自然空虚，有空虚之隙，难免其气向一边归并，如右半身二成半，归并于左，则右半身无气；左半身二成半，归并于右，则左半身无气。无气则不能动，不能动，名曰半身不遂。不遂者，不遂人用也”。

或曰：元气既亏之后，未得半身不遂以前，有虚证可查乎？余生平治之最多，知之最悉，每治此症，愈后问及未病以前之形状，有云偶尔一阵头晕者，有头无故一阵发沉者，有耳内无故一阵风响者，有耳内无故一阵蝉鸣者，有下眼皮长期跳动者，有一支眼渐渐小者，有无故一阵眼睛发直者，有眼前长见旋风者，有长向鼻中泛冷气者，有上嘴唇一阵跳动者，有上下嘴唇相凑发紧者，有忽然说话少头无尾、语无伦次者，有无故一阵气喘者，有一手长战者，有两手长战者，有手无名指每日有一时屈而不伸者，有手大指无故自动者，有胳膊动者，有手指甲缝一阵阵出冷气者，有脚指甲缝一阵阵出冷气者，有两腿膝缝出冷气者。有脚孤拐骨一阵发软向外棱倒者，有腿无故抽筋者，有脚无故抽筋者，有行走两腿如拌蒜者，有心口一阵气堵者，有心口一阵发空气不接者，有心口一阵气堵者，有心口一阵发空气不接者，有心口一阵发忙者，有头项无故一阵发直者，有睡卧自觉身子沉者，皆是元气渐亏之症，因不痛不痒，无寒无热，无碍饮食起居，人最易于疏忽。”

《医彻》：“中风肥人多见之，而瘦者间有。然肥人多气虚，气虚则生痰。苟根本不实，犹树之扶疏而中空，则易于倒仆矣。治之须大进参、术，佐以痰药，后补其肾可也。瘦人多血虚，血虚则有火。苟忧愁太过，犹树之枝枯而叶瘁，

则无以滋养矣。治之须培益真阴，佐以开郁，后补其气可也。盖脾、肺、肾、肝、既有阴、阳、气、血之殊，自应分酌而治。矧心为神机开发之本，胃是谷气充大之标，苟心思不遂，则饮食少用，而无以益其血脉；胃气不充，则五脏少资，而无以灌其百骸。则是心与胃，又所宜讲求者也。噫！中风一症，大率膏粱者多出于逸乐，则宜固其肾肝。盖肾主闭藏，而肝主疏泄也。藜藿者每见于萦愁，则宜助其心脾。盖心主忧而脾主思虑也。此孰非医者之权衡，所当潜心而体会哉。不然，一遇此症，不求其因，识浅技穷，辄进牛黄丸，几曾见有用之而得生者，不大可悟也夫！”

《世补斋医书》：“盖人身无内风不招外风，无内火不起内风。风由于火，火又生风，风火交煽，风为标而火为本。苟得内火之降，则内风熄；苟得内风之定，则外风除。然则欲去风于外者，安得不先去火于内耶。缪仲淳曰：‘休治风，休治燥，治得火时风燥了’。知其要矣。喻嘉言宗之。制祛风至宝丹，用药二十六味，炼蜜为丸，如弹子大，每服一丸。方以清火为主，佐以祛风，盖清火以治病本，而祛风以治其标。若阴已伤，加以和阴。”

《医学衷中参西录》：“中风之证，多因五内大虚，或秉赋素虚，或劳力劳神过度，风自经络袭人，直透膜原而达脏腑，令脏腑各失其职，或卒然昏倒，或言语謇涩，或溲便不利，或溲便不觉，或兼肢体痿废偏枯，此乃至险之证。中之轻者，犹可迟延岁月，中之重者，治不如法，危在翘足间也”。

“风名内中，言风自内生，非风自外来也。《内经》谓‘诸风掉眩，皆属于肝’。盖肝为木脏，子卦为巽，巽原主风，且中寄相火；征之事实，木火炽甚，亦自有风，此因肝木失

和，风自肝起；又加以肺气不降，肾气不摄，冲气、胃气又复上逆，于斯，脏腑之气化皆上升太过，而血之上注于脑者，亦因之太过，致充塞其血管而累及神经。其甚者，致令神经失其所司，致昏厥不省人事。西医名为脑充血证，诚由解剖实验而得也”。

“内中风之证，曾见于《内经》。而《内经》初不名为内中风，亦不名为脑充血，而实名之为煎厥、大厥、薄厥。今试译《内经》之文以明之。《内经·脉解篇》曰‘肝气当治而未得，故善怒；善怒者，名曰煎厥。”盖肝为将军之官，不治则易怒。因怒生热，煎耗肝血，遂致肝中所寄之相火，掀然暴发，挟气血而上冲脑部，以致昏厥。此非因肝风内动，而遂为内中风之由来乎？”

“又，《内经调经论》曰：“血之与气，并走于上，此为大厥，厥则暴死。气反则生，气不反则死”。盖血不自升，必随气而上升，上升至极，必致脑中充血。至所谓气反则生，气不反则死者，盖气反而下行，血即随之下行，故其人可生；若其气上行不反，血必随之充而益充，不至血管破裂不止，犹能望其复苏乎”。

“又，《内经·生气通天论》曰：‘阳气者，大怒则形气绝，血菀于上，使人薄厥’。观此节经文，不待诠解，即知其为肝风内动，以致脑充血也。其曰薄厥者，言其脑中所宛之血，激薄其脑部，以至于昏厥也”。

“脑充血证，即《内经》之所谓厥证，亦即后世之误称中风证，前论已详辨之矣。而论此证者谓其猝发于一旦，似难为之预防。不知凡病之来皆预有朕兆。至脑充血证，其朕兆之发现实较他证为尤显著，且有在数月之前，或数年之前，而其朕兆即发露者。今试将其发现之朕兆详列于下：

(一)其脉必弦硬而长，或寸盛尺虚，或大于常脉数倍，而毫无缓和之意。

(二)其头目时常眩晕、或觉脑中昏愦，多健忘，或常觉疼，或耳聋目胀。

(三)胃中时觉有气上冲，阻塞饮食不能下行；或有气起自下焦，上行作呃逆。

(四)心中常觉烦躁不宁，或心中时发热，或睡梦中神魂飘荡。

(五)或舌胀、言语不利，或口眼歪斜，或半身时有麻木不遂，或行动脚踏不稳，时欲眩仆，或自觉头重足轻，脚底如踏棉絮。

右所列之证，偶有一二发现，再参以脉象之呈露，即可断为脑充血之朕兆也”。

《临证指南·中风》华岫云按：“今叶氏发明内风，乃身中阳气之变动。肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起，治以滋液熄风，濡养营络，补阴潜阳。……或风阳上僭，痰火阻窍，神识不清，则有至宝丹芳香宣窍，或辛凉清上痰火。……至于审证之法，有身体缓纵不收，耳聋目瞀，口开眼合，撒手遗尿，失音鼾睡，此本实先拨，阴阳枢纽不交，与暴脱无异，并非外中之风，乃纯虚证也。故先生急用大剂参附以回阳，恐纯刚难受，必佐阴药，以挽回万一。若肢体拘挛，半身不遂，口眼㖞斜，舌强言謇，二便不爽，此本体先虚，风阳夹痰火壅塞，以致营卫脉络失和，治法急则先用开关，继则益气养血，佐以消痰清火，宣通经隧之药，气充血盈，脉络通利，则病可痊愈”。

《中风斠诠·中风总论》：“古之中风，皆是外因，治必温散解表者，所以祛外来之邪风也。今之中风多是内因，治

必潜降镇摄者，所以靖内动之风阳也。诚能判别此外内二因之来源去委，则于古今中风证治，思过半矣”。

“肥甘太过，酿痰生湿，积热生风，致为暴仆偏枯，猝然而发，犹如有物击之使仆者，故曰仆击而特著其病源，名以膏粱之疾”。

《金匮翼》：“卒中八法：一曰开关，卒然口噤目张，两手握固，痰壅气塞，无门下药，此为闭证。闭则宜开，不开则死。搐鼻、揩齿、探吐，皆开法也。白矾散，又方，急救稀涎散，胜金丸。

二曰固脱，猝中之候，但见目合、口开、遗尿自汗者，无论有邪无邪，总属脱证。脱则宜固，急在元气也。元气固，然后可以图邪气。参附汤。

三曰泄大邪，昔人谓南方无真中风病，多是痰火气虚所致，是以近世罕有议解散者。然其间贼风邪气，亦间有之，设遇此等，岂清热、益气、理痰所能愈哉！续命诸方，所以不可竟废也。俟大邪既泄，然后从而调之。小续命汤，三化汤，《肘后》紫方，荆芥散，豆淋酒法，续命煮散。

四曰转大气，大气，不息之真气也，不转则息矣。故不特气厥类中，即真中风邪，亦以转气为先。经云“大气一转，邪气乃散”。此之谓也。八味顺气散，匀气散。

五曰逐痰涎，或因风而动痰，或因痰而致风，或邪风多附顽痰，或痰病有如风病，是以掉摇眩晕，倒仆昏迷等症，风固有之，痰亦能然。要在有表无表，脉浮滑为辨耳。风病兼治痰则可，痰病兼治风则不可。涤痰汤，清心散。

六曰除热风，内风之气，多从热化，昔人所谓“风从火出”者是也。是证不可治风，惟宜治热。《内经》云：“风淫于内，治以甘凉。”《外台》云“中风多从热起，宜先服竹沥

汤”。河间云：“热盛而生风，或热微风甚，即兼治风也；或风微热甚，但治其热，即风亦自消也”。竹沥汤、地黄煎。

七曰通窍隧，风邪中人，与痰气相搏，闭其经隧，神暴昏，脉暴绝者，急与苏合、至宝之属以通之。盖惟香药为能达经隧，通神明也。苏合香丸、至宝丹。

八曰灸腧穴：中风卒倒者，邪气暴加，真气反陷，表里气不相通故也。灸之不特散邪，抑以通表里之气。又真气暴虚，阳绝于里，阴阳二气，不相维系，药石卒不能救者，亦惟灸法为能通引绝阳之气也。”

《医门法律》：“中风一证，动关生死安危，病之大而且重，莫有过于此者。”

“凡风初中经络，不行外散，反从内夺，引邪深入者，医之过也。”

“凡治中风自汗证，反利其小便者，医之过也”，

“凡治中风病，不明经络府藏，徒执方书，妄用下法者，必致伤人，医之罪也”。

“凡治中风四肢不举证，不辨虚实，妄行补泻者，医之过也”。

“凡治外中于风，不辨内挟何邪，误执一家方书，冀图弋获，其失必多，医之过也”。

附录3　各家中风案赏析

1. 朱丹溪医案（《古今医案按》）

浦江郑君，年近六旬，奉养膏粱，仲夏久患滞下，又犯房劳。一夕如厕，忽然昏仆，撒手，遗尿，目上视，汗大出，喉如拽锯，呼吸甚微，其脉大而无伦次部位，可畏之甚。此阴虚而阳暴绝也。急令煎人参膏，且与炙气海穴。艾壮如小指，至十八壮，右手能动；又三壮，唇微动。参膏成，与一盏。至半夜后，尽三盏，眼能动。尽二斤，方能言而索粥。尽五斤而利止，十数斤全安。

按：高年之体，形盛气虚，痰湿内蕴，复因久泻伤脾，房劳伤肾，致大气陷下，阴阳离决，发为中脏脱证。观其脉证，可畏之甚，故急宜大壮艾灸气海，冀其阳回脱固；俟神醒气复，再进大剂参膏以固元气，清肝阳，渐次调理向安。

2. 薛立斋医案（《古今医案按》）

一人，年六十余，素善饮酒，两臂作痛。服祛风治痿之药，更加麻木发热。体软痰涌，腿膝拘痛，口噤语涩，头目晕重，口角流涎，身如虫行，痒起白屑。立斋曰：臂麻体软，脾无用也；痰涎自出，脾不能摄也；口斜语涩，脾气伤也；头目晕重，脾气不能升也；痒起白屑，脾气不能荣也。遂用补中益气汤加神曲、半夏、茯苓，三十余剂，诸症悉退。又用参术膏而愈。

按：高年脾虚之体，素嗜烟酒，内生痰湿较甚，渐至痰阻经隧，气血痹阻；兼之脾气不升，气机逆乱，而致内风暗

动，夹痰横窜经络，上蒙清窍，出现头目晕重，口噤语涩，痰涌流涎诸症。证属中经络之轻者。予补益中气，化痰降浊法，俾中气旺盛，痰浊渐化，气机得复，则不治风而风自熄矣。

3. 江篁南医案（《名医类案》）

休宁临塘范本济邑尹之内，年五十余，夜间卒然晕倒在灶前，口眼歪斜，口角流涎，初不知人，少间略省，面部被火熏灼。乃以南星，半夏、陈皮、川芎、枳壳、僵蚕、天麻、参、芪、甘草等药。至夜半，汗出不止，复昏晕甚，手足抽掣，乃以人参八钱、黄芪五钱、防风一钱、附子七分与之，作二、三次服。逾时，吐出药少许，并渣饮之不吐，汗收敛。次早颇能言，右手能动举，苦头痛及遍身痛。以人参四钱，白术、陈皮、归、芎、南星各一钱，半夏一钱半，白芷七分，荆穗、秦艽、蔓荆子各五分，甘草三分，加竹沥、姜汁。夜半因恼怒，复晕移时。至次早头痛未解，要人以手按痛处稍安，时时欲人执持两手。以人参二钱、半夏一钱五分，白术、归、芎、南星、陈皮、白芷、荆穗、甘草各一钱，细辛二分。是日头痛稍减。晚间复服一剂，续加天麻、蔓荆子之类，出入调治，一月而愈。

按：中年以后，阴气自半，肝肾渐虚，脾胃失运，痰浊内生，内风挟痰上窜，气机闭阻，清窍受扰，故突然昏仆，口眼㖞斜，流涎不止。初以祛风涤痰，补气运中之药不应，反增元气欲脱，大汗淋漓，亟宜补气固脱回阳救逆法，待汗敛阳回脱固，复进祛风除痰之剂。如此则症人坦途，月余而安。

4. 孙东宿医案（《古今医案按》）

程晓山，年四十，诞辰庆贺，宴乐月余。忽谓孙曰："近

觉两手小指及无名指掉硬不舒，亦不为用，口角一边常牵扯引动，幸为诊之。”六脉皆滑大而数，浮而不敛；其体肥，其面色苍紫。乃曰：“据脉滑大为痰，数为热，浮为风；盖湿生痰，痰生热，热生风也。君善饮，故多湿；近又荒于色，故真阴竭而脉浮；此手指不舒，口角牵扯，中风之兆也。所喜面色苍紫，其神藏，虽病犹可治。切宜戒酒色以自保爱”。立方用二陈汤加滑石为君，芩、连为臣，健脾消痰，撤湿使从小便出；加胆星、天麻，以定其风。将竹沥、姜汁三拌三晒，仍以竹沥糊丸，取竹沥引诸药入经络化痰。外又以天麻丸滋补其筋骨，标本两治。服两料几半年，不惟病痊，且至十年无恙。迨五十岁，贺寿如旧，召妓宴乐亦如旧，甘酒嗜饮，荒淫而忘其旧之致疾也。手指掉硬，口角牵引尤甚，月余中风，右体瘫痪矣。再邀孙诊之：脉皆洪大不敛，汗多不收，呼吸迫促。孙曰：“此下虚上竭之候，盖肾虚不能纳气归元，故汗出如油，喘而不休，虽和缓无能为矣”。阅二十日而卒。

按：偏嗜膏粱醇酒，形盛气虚，痰湿内蕴；兼之房劳过度、肾精耗竭。阴虚阳亢化风，挟痰热上攻，清窍为之不利，络脉痹阻，内风动越见中风先兆。证属本虚标实、上盛下虚。故治宜二陈汤加滑石燥湿化痰，芩、连清热降火，胆星、天麻搜风剔痰；另以天麻丸滋肝肾、壮筋骨、培补下焦。标本同治，而获显效。后因将息不慎，复犯房劳，阴精受戕，内风复动，终至阴阳离决，下虚上竭而不救。

5. 李士材医案（《医宗必读》）

太史杨方壶夫人忽然晕倒，医以中风之药治之，不效，迎余诊之。左关弦急，右关滑大而软。本因元气不足，又因怒后食停，先以理气消食之药进之，得解黑屎数枚；急以六君子加姜汁，服四剂而后晕止。更以人参五钱，茯术，半夏

各三钱，茯苓、归身各二钱，加减调理，两月即愈。此名虚中，亦兼食中。

按：素体元气不足，本元匮乏，因怒伤肝，气机逆乱，血菀于上、发为昏仆。又因食停中焦，腑气不通，更加剧了气机逆乱、浊邪上攻。故治疗急应理气消导，通腑降浊。俟气机复常，清阳上升，浊邪下泄，厥逆即复。

6. **喻嘉言医案**（《寓医草》）

季蘅翁禀丰体伟，望七之龄，神采不衰，近得半身不遂之症，已二年矣。病发左半，口往右㖞，昏厥遗溺。初服参、术颇当，为黠医簧以左半属血，不宜补气之说，几致大坏。云间施笠泽以参、附疗之，稍得向安。然概从温补，未尽病情也。诊得脉体，软滑中时带劲疾，盖痰与风杂合之症，痰为主，风为标也。又热与寒杂合之症，热为主，寒为标也。平时手冷如冰，故痰动易致于厥。然厥已复苏，苏已呕去其痰，眼食自若，虽冬月亦能耐寒，无取重裀复絮，可知寒为外显之假寒，而热为内蕴之真热。既有内蕴之热，自蒸脾湿为痰，久久阻塞窍隧，而卫生不周，外风易入，加以房帏不节，精气内虚，与风相召，是以杂合而成是症耳。及今大理右半脾胃之气，以运出左半之热痰虚风，此其间有微细曲折，非只温补一端所能尽者，何也？治杂合之病，必须用杂合之药，而随时令以尽无穷之变。如冬月严寒用事，身内之热，为外寒所束，不得从皮肤外泄，势必深入筋骨为害矣。故用姜、附以暂撤外寒，而内热反得宣泄。若时令之热与内蕴之热相合，复助以姜、附，二热交煽，有灼筋腐肉而已。孰是用药之权衡，可以一端尽耶！或者曰：左半风废，而察脉辨症，指为兼痰兼热似矣。痰者，脾湿所生，寄居右畔，是则先宜中右，而何以反中左？既已中左，明是左半受病，而何以反治右

耶？不知此正病机之最要者，但为丹溪等方书，说病在左血多，病在右气多，教人如此认证，因而起后人之偏执。至《内经》则无此说也，《内经》但言左右者，阴阳之道路。夫左右既为阴阳往还之道路，何尝可偏执哉。况左半虽血为主，非气以统之则不流；右半虽气为主，非血以丽之则易散。故肝胆居左，其气常行于右，脾胃居右，其气常行于左，往来灌注，是以生生不息也。肝木主风，脾湿为痰。而风与痰之中人，原不分于左右。但翁恃其体之健，过损血精，是以八八天癸已尽之后，左半先亏，而右半饮食所生之痰，与皮毛所入之风，以渐积于空虚之府，而骤发始觉也。风脉劲疾，痰脉软滑。惟劲疾故病大筋短缩，即舌筋亦短而蹇于言，小筋驰长，故从左而㖞于右。从左㖞右，即可知左畔之小筋驰而不张也。若小筋能张则左㖞矣。凡治一偏之病，法宜从阴引阳，从阳引阴，从左引右，从右引左。盖观树木之偏枯者，将溉其枯者乎，抑溉其未枯者使荣茂而因以调畅其枯者乎。治法以参、术为君臣，以附子，干姜为佐使，寒月可恃无恐。以参、术为君臣，以羚羊、柴胡、知母、石膏为佐使，而春、夏、秋三时，可无热病之累。然宜刺手足四末，以泄营血而通气，恐热痰虚风，久而成疠也。

按：真元亏乏，水不涵木，虚风暗动，兼之痰浊内扰，风痰杂合为患，故发半身不遂、口眼㖞斜、昏厥遗溺等症。治之之法，先宜补气固脱，待厥已复苏，再拟辨风与痰之孰多孰少，分而治之。不应拘泥于“左半属血，右半属气”之说，妄投他药，贻误病机。

7. 张石顽医案（《张氏医通》）

御前侍卫金汉光如夫人中风。四肢不能举动，喘鸣肩息，声如拽锯，不能著枕，寝食俱废者半月余方邀治于石顽。诊

其脉右手寸关数大，按久无力，尺内愈虚；左手关尺弦数，按之渐小，惟寸口数盛。或时昏眩，或时烦乱。询其先前所用诸药，皆二陈、导痰，杂以秦艽、天麻之类，不应，又与牛黄丸，痰涎愈逆，危殆益甚，因疏六君子，或加胆星、竹沥，或加黄连、当归，甫四剂喘息顿除；再二剂而饮食渐进，稍堪就枕；再四剂而手足运动；十余剂后屏帏之内，自可徐行矣。因思从前所用之药，未尝不合于治，但以痰涎壅盛不能担当，峻用参、术开提胃气，徒与豁痰中气转伤，是以不能奏绩耳。

按：以药测证，是案当属脾虚生痰，痰热生风之证。故初予二陈、导痰辈不应，此徒化其痰则随化随生，法宜六君子汤加味，绝其生痰之源，辅以祛风清热，故奏效甚速。

8. 马元仪医案（《续名医类案》）

周某，神昏不语，状如中风，已半月。脉之，右虚微无力，乃阳虚之候也。胸中时满，或痴立如呆，上焦之阳不用矣。足膝无力，转侧不能，下焦之阳不用矣。诸阳既微，阴乃用事，不行温补，阴日与长，阳日以消，如气化有肃杀而无阳和，物其能久乎？遂与附桂理中汤，大培元气，半月而神始清，便乃行。一月而食渐进，足可履。兼进八味丸，调理而安。

按：此案神昏不语，不用开窍之品；胸中时满、痴立如呆，不用疏风祛痰之药；独用附桂理中汤培元温补而得效者，着眼在右脉虚微无力也。

9. 尤在泾医案（《柳选四家医案》）

（1）类中偏左，于法为逆。犹幸病势尚轻，可以缓图取效。原方补少通多，最为合理。惟是阳脉则缓，阴脉则急，所以指节能屈不能伸。此亦病之关键处，不可忽也。经云：

"肝苦急，宜食甘以缓之"。于前方中，增进阴药以甘润者一二，更为美备。人参、茯苓、半夏、白术、炙草、橘红、麦冬、竹沥、姜汁。

按：此中经络之证，病位浅，病势轻，治拟缓图收功。方以六君子汤加麦冬、竹沥，姜汁等化痰通络，缓图收功。

(2) 内风本皆阳气之化；然非有余也，乃二气不主交合之故。今形寒跗冷，似宜补阳为是；但景岳云："阳失阴而离者，非补阴无以摄既散之元阳"。此证有升无降，舌绛牵掣，喑不出声，足蹩不堪行动，当与河间肝肾气厥同例，参用丹溪虎潜法。熟地、萸肉、牛膝、锁阳、虎骨、龟板。

按：肝肾阴亏，络脉空虚，风邪入中，舌绛牵掣，言语謇涩，步履困难。法宜补益肝肾，强壮筋骨，搜风剔络。

(3) 方书每以"左瘫属血虚，右痪属气虚"。据述频年以来，齿疼舌赤，常有精浊，纳谷如昔，卒然右偏肢痿，舌强，口㖞，语謇，脉浮数动。此乃肝肾两虚，水不涵木，肝风暴动，神必昏迷，河间所谓肝肾气厥，舌喑不语，足痱无力之证。但肾属坎水，真阳内藏，宜温以摄纳；而肝藏相火内寄，又宜凉以清之。温肾之方，参入凉肝，是为复方之用。地黄饮子去桂、附，加天冬、阿胶。

按：肝肾阴亏，水不涵木，内风煽动，上扰清窍，神明蒙蔽，发为昏迷卒仆重症。治拟地黄饮子去桂、附之辛温刚烈，加天冬，阿胶培补真阴，以熄内风。

10. **叶天士医案（《叶案存真类编》）**

(1) 肝风不熄，都因天热气泄。高年五液皆少，不主涵木，身中卫阳亦少拥护，遂般麻木不仁。丹溪所云"麻属气虚，血少便艰"也。苟非培养元气，徒以痰火风为事，根本先怯，适令召风矣。议用三才汤合桑、麻，滋肝养血熄风治

法。天冬、地黄、人参、胡麻、桑叶、首乌（生用）。

按：高年阴液必亏，水不涵木，风阳扰动，而致麻木不仁等症，是为中风先兆也。苟不重元气之本虚，徒以痰风火为事，此舍本而逐末也。治宜滋肝肾、养阴血，熄风除眩为法。

（2）口齿骨骱不开，咽喉痰壅，涎阻，肌浮，是皆气分闭塞。经言“诸气臌郁，皆属于肺”。肺象空悬。凡重剂竟走肠胃，故久治不效。麻黄、杏仁、滑石、牛蒡子、马兜铃、生甘草、射干、马勃。

按：此案肺气怫郁，痰涎壅塞，上焦卫气不畅，故叶氏选用宣肺化痰理腠之品以宣畅卫气，化痰降逆。

（3）交冬宜藏。老年下虚，二气少续，忽然右瘫，舌喑，面亮戴阳，呵欠，吸气短欲呛，此非外来客邪，皆根本先怯。平昔眩晕，肝脏虚风显然，水不生木，坎中真阳内寓，必温理其下。凡阳主乎通，阴主乎摄。扶过七日，少阳主气再振，望其偏废延永。倘功风劫痰之治，非本气自病法则。人参、熟附、远志、茯神、鲜菖蒲（捣汁冲）。

按：老年下元自怯，虚风内动，上亢之极，便为阳脱阴竭之中风脱证。急宜参附固脱，远志、茯神、菖蒲豁痰开窍，或可挽狂澜于既倒。

11. 吴鞠通医案（《清代名医医案精华》）

1. 左肢拘挛，舌厚而謇不能言，上有白苔，滴水不能下咽，饮水则呛，此中风挟痰之实证。前医误与腻药补阴，故隧道俱塞。先与开肺。生石膏、杏仁、鲜桑枝、云苓块、防己、白通草、姜半夏、蜜陈皮，煮三杯，分三次服。

按：痰浊内阻，经络痹阻，气血运行受障，遂致左肢拘挛；风痰阻于舌本，机窍失灵；则舌强言謇；舌苔白腻，咽

水则呛。俱属痰湿内盛之证。治当宣肺化痰通络，冀其痰浊尽去，气血周流，则诸症可除。

2. 中风神呆不语。前能语时，自云头晕、左肢麻，口大歪，不食；六脉弦数。此痱中也，与柔肝法。细生地、白芍、左牡蛎、生鳖甲、麦冬、炙甘草。

按：肝为刚脏，以阴为体，以阳为用。肝血亏虚，则阴不制阳，阳元化火，而致痱中，晕眩、肢麻，六脉弦数等俱属肝阳亢盛之明征。治宜柔肝育阴，潜阳降逆。方中尚可酌加羚羊角、天麻、甘菊之品以增平肝潜阳之功。

12. 徐洄溪医案（《宋元明清名医类案》）

刘松岑，素好饮，后结酒友数人，终年聚饮，余戒之不止。时年才四十，除夕向店沽酒，秤银手振，秤坠而身亦仆地，口噤不知人。急扶归。岁朝遣人邀余。与以至宝丹数粒，嘱其勿服他药，恐医者知其酒客，又新纳宠，必用温补也。初五至其家，竟未服药，诊其脉弦滑洪大，半身不遂，口强流涎，乃湿痰注经传腑之证。余用豁痰驱湿之品，调之月余而起。一手一足，不能如旧，言语始终艰涩。初无子，病愈后，连举子女，皆成立。至六十三岁而卒，谁谓中风之人，不能永年耶。凡病在经络筋骨，此为形体之病，能延岁月，不能除根。若求全愈，过用重剂，必至伤生。富贵之人，闻此等说，不但不信，且触其怒，于是谄谀之人，群进温补，无不死者，终无一人悔悟也。

按：此案始用开窍，继用涤痰，始终不用温补重剂，而致带疾延年，提示中风早期应以祛风涤痰通络等法为主，一般不宜运用温补之品，以免误补益疾。亦不应过投重剂，以贪全功，否则重剂伤人，反致欲速不达。

13. 王孟英医案（《宋元明清名医类案》）

赖母年近古稀，患左半不遂。医予再造丸暨补剂，服二旬病如故。孟英按脉弦缓而滑，颧赤苔黄，音微舌謇，便溏无痰。曰："此痰中也，伏而未化"。予犀、羚、茹、贝、蒿、夏、花粉、知母、白薇、豆卷、桑枝、丝瓜络等药。服三剂而苔色化，音渐清朗；六、七剂腿知痛，痰渐吐，便亦通。既而腿痛难忍，其热如烙，孟英令涂葱蜜以吸其热，痛果渐止。半月后眼食渐安。二旬外手能握，月余可扶腋以行矣。

按：痰郁化热，伏而未化，扰乱气机，上扰清窍，舌本机窍不利则言微舌謇；阻滞经络，气血不通，则半身不遂；痰热中阻，腑气不通故大便艰涩。治宜涤痰通络，开窍熄风之剂，而获显效。

14. 齐有堂医案（《齐氏医案》）

（1）凌秀才之母年五十，已生九男二女，气血衰惫。一日外出，饮食过伤，途遇风寒，食填太阴，倒晕床褥，水浆不入，已四日矣。举家议以必无生理，……引予入室，见其手撒口开，诊之寸关如丝，两尺全无。乃谓其夫曰："经云'上部有脉，下部无脉，其上当吐；不吐者死'"。令其子烧淡盐汤三品碗，入童便一碗搅匀，扶起病人，三饮而三吐之。果吐出宿食痰涎碗许，而人事稍苏。乃与六君子汤芪、术、白蔻一剂，是夜即服稀粥一碗，明早乃起床矣。又用归脾汤数十剂，兼服六味地黄丸而安。

按：此案食停痰阻中焦，气机郁闭于内，而致昏不识人，口开手撒，两尺脉若有若无。先试盐汤探吐，待痰涎尽去，气机开泄，再拟六君子汤辈健脾益气，以绝生痰之源，收效甚捷。

（2）傅福兴年三十，形体魁梧。因酒色过度，忽一日至街仆地，口眼㖞斜，语言謇涩，不省人事，痰涎上涌，右手

足不活，腰俯不伸，四肢不动，乃弟迎诊。按之六脉沉伏，惟肝脉洪数，面色青而兼黑。予曰："此肾水枯竭也"。乃与大剂补中益气汤加酒炒黄柏三分，以滋化源，泻阴中之伏火；酒炒红花三分，以入血分而养心血。连进二剂，人事稍苏。痰涎渐少，语言颇觉爽利，行动亦觉自如。仍用前汤，去黄柏、红花，合六味地黄丸大剂煎饮十剂而诸症悉退。单服补中益气汤，又兼服龟鹿地黄丸，而元气大复。

按：酒色过度，耗伤真阴，水不涵木，肝阳亢甚，发为卒中。与大剂补中益气汤加味。先宜补益中气，升清降浊；待神清气复，再续进脾肾双补，以培补本元。

15. 张千里医案（《清代名医医案精华》）

向多痰火，气逆易咳，晨圊痔必翻，非揉捋不能收，甚或痔血大来，此足见肺胃大肠气血虚久矣。今卒然神思昏乱，并无晕仆，而右肢遽不能用，舌謇语涩，便间旬日才行，干少溏多，溲频数而涩少且赤，嗽痰颇浓，息有音，少寐易烦，不昏瞀而间有错语，此属老年气血两虚，春夏之交，不耐火气升泄，虚阳化风，挟痰火勃动于中，而外阻其络脉，内扰其神志也。据现证是中络兼腑。初时右肢不用，今渐能运动而肌肤痛痒无关，是不仁也；不仁为血虚，偏右则气亦虚矣。但舌苔白满而厚。是气燥津虚。脉虚而弦，两寸较大，是心肺两虚，而又有痰。心主血，肺主气，虚则火易上升而气易下滞，所以有数圊、易怒、多梦、少寐等弊矣。此时欲益气而不滞痰，养气而不腻膈，庶乎虚实兼到。据述愚见，宗古然痰火内中者先治其内，务使神明不为痰火所扰，心君泰然，则百体从令矣。即或肢体不仁，未能遽复，不妨缓缓图治。况心主血脉，心既清，则血脉之流行自易。茯苓、蜜炙甘草、川贝母、桑叶、炒山栀、法半夏、驴皮胶、竹叶、

枳实、橘皮、枣仁、莲肉（去心）。

又：舌苔已退而舌质胖，痰来轻薄，气息舒，得大便畅行，溏而老黄者数次。今又七日不更衣，渐渐利而色来清，胃纳稍和，夜未酣睡，痔外翻而腐，续下痰物，或中有痔脓夹杂，亦未辨别。统观诸症，大都痰渐化而火未熄，阳明胃肠津液虚耗，遽难充和，所以窍少而复便闭，不独痔翻，尤昭著也。阳明外主肌肉，内主津液；津液虚则无以灌输肌肉，而束筋骨利机关之权亦驰而不张，右肢之不仁，盖由此乎。不仁则不能用矣，今欲求其不致成废，当先养阳明以存其津液；胃和则窍安，阳通则便调而痔收，治内正所以治外也。脉仍虚，两寸独大。大，非心肺之有余，乃虚阳之上僭耳，故耳鸣舌胖，心烦易怒，毕露其机。此时当大气升泄，宜柔静通养为主，久之若得步履稍可躄曳，便能扶杖逍遥矣。西洋参、麦门冬、炒枣仁、大生地、蜜炙大有芪、酒炒白芍、陈皮、驴皮胶、金石斛、甘草、煨柿饼。

按：老年气血两虚，痰火内蕴之体，不耐春阳升发，火气升泄，虚阳化风，挟痰火勃动于中，外阻脉络，内扰神明，而为卒中，急拟化痰降火以复神明；继则柔静通养善后。

16. **王旭高医案**（《**柳选四家医案**》）

（1）两手关脉，皆见一粒厥厥动摇之象，此土虚木胜，内风动跃之候也。左半肢体麻木不仁，头眩面麻，病属偏枯，虑延仆中。首乌、当归、白芍、茯苓、陈皮、秦艽、菊花、天麻、石决明、钩钩、刺蒺藜、桑枝。

再诊：动摇之脉大减，内风有暗熄之机。左手屈伸稍安，左足麻木未和。拟补肾生肝、为治本之计。地黄饮子去桂、附。

按：两脉关部厥厥动摇，乃水不涵木，内风动跃之候，

兼见左半肢麻偏枯，头晕面麻，当属中经之证。治宜补肾水，涵肝木，以熄内风。

（2）肝为风藏而主筋，心为火藏而主脉。心包络与三焦互为表里，俱藏相火。心包主里，三焦统领一身之络。此病起于病后，心中嘈热，胸前跳跃，继而气攻背脊，如火之灼，或大或小，或长或短，皆在经络脊脉之中。良由病后络脉空虚，相火内风，走窜入络，非清不足以熄火，非镇不足以定风。然后络脉空虚，使非堵截其空隙之处，又恐风火去而复入，故清火、熄风、填窍三法，必相须为用也。第此证实属罕见。医者，意也，以意会之可耳。仿仲景法。羚羊角、寒水石、滑石、紫石英、龙骨、石决明、生石膏、磁石、赤石脂、牡蛎、大黄、甘草各三钱，上药研末。每服一钱，一日三服。用大生地、百合各一两，煎汤调服。

按：《金匮要略·中风门》有侯氏黑散、风引汤二方，其用意以填窍为主，喻嘉言论之详矣。此案即取熄风、清火、填窍诸法于一方，俾相火内敛，内风自熄，则诸症可愈。

15. 张仲华医案（《柳选四家医案》）

眩晕多年，每发于湿蒸之令。今年初夏，潮湿过重，发亦频频，诊脉濡细，舌苔腻白。考古法眩晕一证，概从《内经》"诸风掉眩，皆属于肝"之论。大旨不外乎风阳上旋，更辨别挟火挟痰以治之。今按脉证，乃湿郁上泛，挟浊痰腻膈所致。因前人未经论及，而临证亦罕见也。拟辛香运中，以化湿化痰主之。制厚朴一钱，煨草果四分，炒苏子、旋复花各一钱五分，茅术一钱，制半夏一钱五分，陈皮一钱，白芥子七分，椒目五分，赤苓三钱。

再诊：眩晕不复作，舌白依然，脉濡便溏，脘中较爽。信系体肥多湿，嗜酒多湿，卧于地坑之上亦感湿，好饮冷茶

亦停湿。倘泥于古法，而投滋腻，不亦远乎。再拟昨方加减，仍守太阴阳明主治。茅术一钱，煨草果五分，制半夏，土炒白术，佩兰叶各一钱五分，制厚朴一钱，旋复花、藿梗各一钱五分，陈皮、通草各一钱。

按：内湿素盛，挟浊痰膩膈，气机闭塞，浊邪上攻，而见眩晕诸症。法宜化湿祛痰，芳香理中。若方中参入清泄肝阳之品，如白芍、蒺藜之类，则更切病机。

13. 王九峰医案（《宋元明清名医类案》）

（1）肝为风木之藏，全赖肾水济之，血液以濡之，中宫敦阜之真气以培之。肾阴久亏，木失所养，则枯而燥。燥则生风，风阳鼓动，君火随之，致生烦扰。叠进甘寒育阴，君火渐安，脉亦较静。惟左关未见冲和，缘肾阴久虚，难以骤复。盖肾脏藏精主骨，肝脏藏血主筋。血液乏充，致令偏废。仍宜养阴柔肝，佐营筋骨，缓缓调治。生地、当归、白芍、牛膝、女贞子、枣仁、沙苑、沙参、甜瓜子、橘红、料豆、麦冬、寄生、川断、夜合花。

按：肝木刚劲，体阴用阳。肾水亏乏则木失所养，风阳鼓动，致生烦扰。治宜育阴柔肝，缓图收功。

（2）右手偏枯，已延六月。迩时虽可言语，究未能清爽，手足不能运动。脉象：左部弦细；右部气口脉来虚濡，关脉沉促，谓"三阳之病发于右"，右属痰与气，肝肾之阴亦损，而络中痰湿未能尽净，当从气血两培，兼化痰利湿之治。生地、当归、白芍、党参、牛膝、料豆，半夏、独活、甜瓜子、远志、柏子仁、川断、寄生、红枣。

按：此案病延六月，当属偏瘫后遗症。兼见言语謇涩，乃机窍不利使然。证属肝肾阴亏，气血痹阻，痰湿阻络，治宜气血双补，收痰剔络。

19. 曹沧洲医案（《宋元明清名医类案》）

王：肝阳不潜，化风上潜，右半体麻抽作痛，脉弦。肺气燥结，宜表里兼顾。桑叶、石决明、全瓜蒌、首乌藤、丝瓜络、丹皮、白蒺藜、淡苁蓉、料豆衣、磁朱丸、浙菊、钩藤、黑芝麻。

按：肝阳上亢，有动风卒中之势，兼之肺气燥结，中焦阻滞，腑气不行。治宜标本兼顾，平肝潜阳，通腑泄浊并举。

20. 张聿青医案（《清代名医医案精华》）

（1）气虚多湿之体，加以劳顿掣动阳气，致阳气挟痰上升，清旷之区，灵明之府，悉为浊所弥漫，以致神情呆顿，迷沉多睡，右手足运行不利，口眼㖞斜，脉弦而滑，苔白质腻，此由肝风挟痰，阻于心脾之络，为类中之证。刻在鸱张之际，恐阳气复上而不语神昏，痰从内闭，姑先开窍涤痰，以备商进。制半夏、枳实、广橘红、广郁金、白僵蚕、九节菖蒲、赤白苓、炒远志、白蒺藜、制南星、人参再造丸。

又：神情略为灵爽，沉迷多寐之象亦觉稍退，脉象柔和，未始不为气色；但右手足不能运用自如，口眼㖞斜，舌强言謇、不饥不纳，时见嗳噫，似呃非呃，右关脉沉滑有力，舌苔白腻，中心焦黄，浊痰之弥漫，心窍之闭阻，固得稍开，而火风鼓旋之势尚在炽盛。总期药能续效，风火庶可得平耳。方请商之。制半夏、瓜蒌仁、远志肉（甘草汤炒）、枳实、制南星、甜广皮、风化硝、九节菖蒲，郁金（用明矾化水磨冲）、人参再造丸。

按：此案议病识证颇为精确，惟遣方用药略有所偏，原方似可酌加白芍、钩藤、天麻、羚羊角之属以平肝熄风；或选用代赭石，珍珠母之类重镇潜阳。

(2) 平素偶服参、苓，辄胃纳加增，神情振作，其阳明中气之虚，未病先露，此次病发，忽然眩晕，左肢不遂，病发以左，口歪于右，一时神识昏乱，多言妄笑，不时目窜发厥，呃逆频频，显系火风挟痰上旋，乘阳明脉络之虚，抵隙而入。首方言中于府络者，即阳明大府之络也。叠进降火消痰熄热，火之内扰者渐平，风之上旋者自熄，眩晕由此而定，神情由此而清，发厥亦由此而止。岂知痰热甫平，而虚火复挟湿上腾，壅于胃口，以致通口糜腐，危险之境较前更甚。遂导热下行，兼用外治，糜腐次第而退，脉弦滑得以渐柔，饮食渐次而进；惟左手足不能举动，不知痛痒。吾人左半属血，右半属气。左半之血，还行于右，是为气中之血；右半之气，还行于左，是为血中之气。今火风郁阻络中，左血虽得右行，而右气不能左入，则偏左半身。有血无气，所以望之如常，抚之无异，欲兴而动之，则无气以运也。无气以运，欲动得乎？其祛风舒筋活络之品，似为必用之药；殊不知风不自生，血不行然后生风也。筋络不自病，有所以阻之者，然后筋不舒而络不宣，则是病在经络，而病之本实在阳明络空，火风阻之。经云："治病必求其本"。拟通补阳明，化痰清络。台参须、制半夏、白茯苓、羚羊片、白僵蚕、生于术、薄橘红、煨天麻、生熟草、竹沥、姜汁。

按：阳明中气虚馁，风火痰浊乘机上扰神明、横窜人络，发为卒中。治当求本溯源，补中益气，化痰清络，六君子汤加羚羊片、煨天麻、白僵蚕以搜风潜阳；竹沥、姜汁以增化痰开窍之力。

21. 丁甘仁医案（《丁甘仁医案》）

罗左：年甫份百，阳气早亏，贼风入中经脘，荣卫痹塞不行，陡然跌仆成中。舌强不语，神识似明似昧，嗜卧不醒，

右手足不用，风性上升，痰湿随之，阻于廉泉，堵塞神明也。脉象尺部沉细，寸关弦紧而滑，苔白腻。阴霾弥漫，阳不用事，幸小溲未遗，肾气尚固，未至骤见脱象，亦云幸矣。急拟先圣小续命汤加减，助阳祛风，开其痹塞，运中涤痰，而通络道，冀望应手，始有转机。净麻黄四分，熟附片一钱，川桂枝八分，生甘草六分，全当归三钱，川芎八分，姜半夏，光杏仁各三钱，生姜汁一钱（冲），淡竹沥一两（冲），再造丸1粒（去壳研细未化服）。

二诊：两进小续命汤，神识稍清，嗜寐渐减，佳兆也。而舌强不能言语，右手足不用，脉息尺部沉细，寸关弦紧稍和，苔薄腻。阳气本虚，藩篱不固，贼风中经，经脘痹塞，痰湿稽留，宗气不得分布，故右手足不用也。肾脉络舌本，脾脉络舌傍，痰阻心脾之络，故舌强不能言，灵机堵塞也。虽见小效，尚不敢有恃无恐，再拟维阳气以祛邪风，涤痰浊而通络道，努力前进，以观后效。熟附片一钱，云茯苓三钱，川桂枝八分，姜半夏二钱，枳实炭一钱，全当归二钱，光杏仁三钱，大川芎八分，炙僵蚕二钱，生姜汁一钱（冲），淡竹沥一两（冲），生甘草六分。

三诊：又服三剂，神识较清，嗜寐大减，略能言语。阳气有流行之机，浊痰有克化之渐，是应手也。惟右手足依然不用，腑气六、七日不行，苔腻，脉弦紧渐和，尺部沉细。肾阳早亏，宗气不得分布，腑中之浊垢，须阳气通，然后能下达。经腑之邪风，必正气旺，始托之外出。仍拟助阳益气，以驱邪风；通胃涤痰，而下浊垢。腑气以下行为顺，通腑亦不可缓也。生黄芪三钱、桂枝八分、附子一钱，生甘草五分、当归三钱、川芎八分、云苓三钱、风化硝五分、全瓜蒌（切）三钱、枳实炭一钱，淡苁蓉三钱、半硫丸（吞服）一

钱五分。

四诊：腑气已通，浊垢得以下行，神识已清；舌强，言语未能自如，右手足依然不用，脉弦紧转和，尺部沉细。阳气衰弱之体，风为百病之长，阳虚之邪风，即寒中之动气。阳气旺一分，邪风去一分。湿痰盘踞，亦借阳气充足，始能克化。经所谓“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”，理有信然。仍助阳气，以祛邪风；化湿痰，而通络道。循序渐进，自获效果。生黄芪五钱、生白术二钱、生甘草五分、熟附子一钱、桂枝八分、全当归三钱、川芎八分、姜半夏三钱、西秦艽、淮牛膝各二钱，嫩桑枝三钱，指迷茯苓丸(包)五钱。

服前方诸恙见轻，仍守原法扩充。生黄芪用至八钱。间日用鹿茸二分，研细末，饭为丸，陈酒吞服。大活络丹每五日服一粒，去壳研末，陈酒化服。共服六十余帖，舌能言，手能握，足能履。接服膏滋方，药味与煎药仿佛，以善其后。

按：该案始终以小续命汤温阳散风通络为法。以证测之，似可参入平肝熄风类药，如甘菊花、钩藤、明天麻、羚角片；或活血散瘀之品，如桃仁、红花、赤芍等；亦可运用虫类药物搜风剔络。

沈左：年逾古稀，气阴早衰于未病之先。旧有头痛目疾，今日陡然跌仆成中，舌强不语，不省人事，左手足不用，舌质灰红，脉象尺部沉弱，寸关弦滑而数，按之而劲。良由水亏不能涵木，内风上旋，挟素蕴之痰热，蒙蔽清窍，堵塞神明出入之路，致不省人事。痰热阻于廉泉，为舌强不语。风邪横窜经脉，则左手足不用。《金匮》云：“风中于经，举重不胜。风中于腑，即不识人”。此中经兼中腑之重症也。急

拟育阴熄风，开窍涤痰，冀望转机为幸。大麦冬三钱、元参二钱、羚羊片八分（先煎汁冲）、仙半夏、川贝各二钱、天竺黄一钱五分、明天麻、陈胆南星各八分、竹茹一钱五分、枳实一钱、全瓜蒌（切）四钱、嫩钩钩（后入）三钱、淡竹沥一两（冲）、生姜汁二滴（冲）、至宝丹一粒（去壳研末化服）。

复诊：两投育阴熄风、开窍涤痰之剂，人事渐知。舌强不能言语，左手足不用，脉尺部细弱，寸关弦滑而数，舌灰红。高年荣阴亏耗，风自内起。风扰于胃，胃为水谷之海，津液变为痰涎，上阻清窍，横窜经脑，诸恙所由来也。本症阴虚，风烛堪虑。今仿河间地黄饮子加味，滋阴血以熄内风，化痰热而清神明。风静浪平，始可转危为安。大生地四钱、大麦冬二钱、川石斛三钱、羚羊片四分（先煎汁冲）、仙半夏二钱、明天麻一钱、左牡蛎四钱、川贝母三钱、陈胆星八分、炙远志一钱，九节菖蒲八分，全瓜蒌（切）四钱，嫩钩钩（后入）三钱，淡竹沥一两（冲服）。

三诊、四诊（略）

按：气阴早衰，风阳上扰，兼挟痰热，清窍受蒙，发为卒中。治宜育阴熄风，开窍涤痰，冀望内风渐熄，痰浊随降，神明复常。

22. 金子久医案（《清代名医医案精华》）

左部脉滑而弦大，痰中必兼风；右部脉滑而濡细，痰多必阻气。气化属肺，风从于肝，肝肺两经，风痰互阻，先神倦欲寐，继神烦少寐，咳呛痰出不少，脘满食入不多，舌质白而黄，黄而黑，口中干而燥，燥而渴，大便不通而不畅，小溲涩而不禁。往年跌仆，伤及环跳。旧年风痰，中入经络。枝叶未雕，根木先拔，已见上实下虚，虑其阳动阴耗，中焦

湿痰占据，碍难滋填下焦，当先疏化湿痰，务使廓清中焦，参入宣肺以利气化，复入泄肝以舒经络。竹沥（入姜汁）、丝瓜络（白芥子拌）、瓦楞子、生米仁、芦根、知母、蒌皮（风化硝捣）、白杏仁、枇杷叶、梨皮、桑枝叶、茯苓神。

按：此案辨证既属风痰互阻、上实下虚，则可酌加祛风通络之品，如蜈蚣、全蝎、胆南星、钩藤、天麻等。

（2）口角歪斜，偏在于左，手肢拘挛，亦偏于左。八月又见气升作厥，隔昨又见故态复作。两旬来不食不便，半月间不寐不宁。真气不纳于下，痰火留滞其中，升降逆乱，呃忒连声，舌光少苔，脉滑少力，治法从嗜痱门着想，俾得效力，旋也苟延、熟地、苁蓉、法夏、磁石、茯神、麻仁、秋石、牛膝、川贝、刀豆、橘红、柿蒂。

又："内夺而厥，则实暗痱"。内夺者，谓精血之枯槁。暗痱者，为中风之形状。况两旬余勺谷不下，且半月来昏睡如寐，宗气愈伤，下元愈竭，时有气逆，时有呃忒，舌少苔，脉少力。仿风痱门地黄饮法。熟地、橘红、苁蓉、法夏、茯神、牛膝、枸杞、秋石、麻仁、川贝、麦冬、稻头。

按：肾水亏耗，虚风内动，痰火滞留，升降逆乱，神明蒙昧，发为中风重证。治宗地黄饮法，滋肾水，降痰火，以复真机。

23张锡纯医案（《医学衷中参西录》）

（1）在奉天曾治一高等检察厅科员，年近五旬，因处境不顺，兼办稿件劳碌，渐觉头痛，日渐加剧，服药无效，遂入西人医院。治旬日头疼不减，转添目疼。又越数日，两目生翳，视物不明，来院求为诊治。其脉左部洪长有力。自言脑疼彻目，目疼彻脑，且时觉眩晕，难堪之情，莫可名状。脉证合参，知系肝胆之火挟气血上冲脑部，脑中血管因受冲

激而膨胀，故作疼；目系连脑，脑中血管膨胀不已，故目疼、生翳，且眩晕也。因晓之曰："此脑充血证也。深考此证之原因：脑疼实目疼之根；而肝胆之火挟气血上冲，又为脑疼之根；欲治此证，当清火，平肝、引血下行，头疼愈而目疼，生翳及眩晕自不难调治矣"。遂为疏方，用怀牛膝一两，生杭芍、生龙骨、生牡蛎、生赭石各六钱，玄参、川楝子各四钱，龙胆草三钱，甘草二钱，磨取铁锈浓水煎药。服一剂，觉头目之疼顿减，眩晕已无。即方略为加减，又服两剂，头疼、目疼全愈，视物亦较真。其目翳原系外障，须兼外治之法，为制磨翳药水一瓶，日点眼上五、六两，徐徐将翳尽消。

按：肝胆之火冲激，气血因之逆乱，故眩晕头痛目疼诸症日甚。治宜清肝胆之火，导血下行，镇肝熄风汤加减。此方用以治疗肝阳上亢，气火冲激之中风先兆诸症最为合拍，

在沧洲治一建筑工头，其人六十四岁，因包修房屋失利，心甚懊恼，于旬日前即觉头疼，不以为意。一日晨起至工所，忽仆于地，状若昏厥，移时苏醒，左手足遂不能动，且觉头疼日甚。医者投以清火通络之剂，兼法王勋臣补阳还五汤之义，加生黄芪数钱。服后更觉脑中疼如锥刺，难忍须臾。求为诊视，其脉左部弦长，右部洪长，皆重按甚实。询其心中，恒觉发热。其家人谓其素性嗜酒，近因心中懊恼益以烧酒浇愁，饥时恒以酒代饭。愚曰"此证乃脑充血之剧者。其左脉之弦长懊恼所生之热也。右脉之洪长，积酒所生之热也。二热相并，挟脏腑气血上冲脑部。脑部中之血管若因其冲激过甚而破裂，其人即昏厥不复醒。今幸昏厥片时苏醒，其脑中血管当不至破裂；或其管之血，隔血管渗出；或其血管少有罅隙，出血少许而复自止。其所出之血著于司知

觉之神经，则神昏；著于司运动之神经，则痿废。此证左半身偏枯，当系脑中血管所出之血伤其司左边运动之神经也。医者不知致病之由，竟投以治气虚偏枯之药，而此证此脉岂能受黄芪之升补乎？此所以服药后而头疼益剧也”。遂为疏方，亦约略如前。实其右脉亦洪实，因于方中加生石膏一两，亦用铁锈水煎药。服两剂，头疼全愈，脉已和平，左手足已能自动。遂改用当归、赭石、生杭芍、玄参、天冬各五钱，生黄芪、乳香、没药各三钱，红花一钱，连服数剂，即扶杖能行矣。方中用红花者，欲以化脑中之瘀血也。为此时脉已和平，头已不疼，可受黄芪之温补，故方中少用三钱，以补助其正气，即借以助归、芍、乳、没以流通血脉，更可调玄参、天冬之寒凉，俾药性凉、热适均而可多服也。

按：此案如前，亦以牛膝为主药，盖采其引头部之血下行也。临证所用，以怀牛膝为最佳，不惟导血下行，即或气火痰浊诸邪均可使之下降，而从二便去也。

[General Information]
书名=实用中风防治手册
作者=常青　　沈万生
页数=255
SS号=10228015
出版日期=1993年04月第1版