

邓立兵全国基层名老中医专家传承工作室优势病种

中医诊疗方案

缺血性中风（脑梗死）

一、诊断

（一）、疾病诊断

1. 中医诊断标准：中医病名：缺血性中风

中风是以猝然昏仆，不省人事，半身不遂，口眼歪斜，语言不利为主症的病证。病轻者可无昏仆而仅见半身不遂及口眼歪斜等症状。

主要症状：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。

次要症状：头痛，眩晕，瞳孔变化，饮水呛咳，目偏不瞬，共济失调。

急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。

发病年龄多在 40 岁以上。

具备 2 个主症以上，或一个主症、2 个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊；具备上述条件，结合影像学检查亦可确诊。

2. 西医诊断标准：西医病名：脑梗死。包括基底节脑梗死，小脑梗死，脑叶梗死，脑干梗死等

（1）、定义：因脑部血液循环障碍，缺血，缺氧所致的局限性脑组织的缺血坏死或软化。

(2)、诊断:

1) 静态下急性起病, 动态起病者以心源性脑梗死(脑栓塞)多见。

2) 病情多在几小时或几天内达到高峰, 部分患者症状可进行性加重或波动。

3) 临床表现: 以局灶性神经功能缺损症状和体征为主, 如偏瘫、偏身感觉障碍, 失语, 共济失调, 不自主运动, 眩晕等。部分可有头痛、呕吐、昏迷。

4) 辅助检查:

a. C T 首选, 24h 内梗死灶, 特别是脑干和小脑梗死灶可能检不出。24-48h 后应复查。注意早期征象, 豆状核模糊征, 灰白质界限不清, 脑沟变浅, 侧裂变窄等。

b. 酌情选用超声波(颈动脉, 心脏), 血常规, 大小便常规, 凝血功能, 电解质, 血糖, 血脂, 肝肾功能, 心电图及其他。

(二)、疾病分期

1. 急性期: 发病 2 周以内。
2. 恢复期: 发病 2 周至 6 月。
3. 后遗症期: 发病 6 月以后。

(三)、病类诊断

1. 中经络: 中风病无意识障碍者。
2. 中脏腑: 中风病有意识障碍者。

(四)、症候诊断

1. 中经络

(1) 风痰阻络证

肌肤不仁，手足麻木，突然发生口眼歪斜，语言不利，口角流痰，舌强语謇，半身不遂，手足拘挛，关节酸痛，舌苔薄白，脉浮数。

（2）风阳上扰证

平素头昏头痛，耳鸣目眩，突然发生口眼歪斜，舌强语謇，手足重滞，甚则半身不遂等症，舌质红苔黄，脉弦。

（3）阴虚风动证

平素头昏平素头昏，腰酸，突然发生口眼歪斜，语言不利，手指抖动，甚则半身不遂，舌质红，苔腻，脉弦细数。

2. 中脏腑

（1）闭证

1）痰热腑实证

素有头痛眩晕，心烦易怒，突然发病，半身不遂，口舌歪斜，舌强语謇或不语，神识欠清或模糊，肢体强急，痰多而粘，伴腹胀，便秘，舌质暗红，或有瘀点或瘀斑，苔黄腻，脉弦滑或弦涩。

2）痰火瘀闭证

突然昏扑，不省人事，牙关紧闭，两手握固，大小便闭，肢体强痉，面赤身热，气粗口臭，躁扰不宁，苔黄腻，脉弦滑而数。

3）痰浊瘀闭证

突然昏扑，不省人事，牙关紧闭，两手握固，大小便闭，肢体强痉，面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，苔白腻，脉沉滑缓。

（2）脱证（阴竭阳亡）

突然昏扑，不省人事，目合口张，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗多，大小便自遗，肢体软瘫，舌透，脉细弱或脉微欲绝。

3. 恢复期

(1) 风痰瘀阻证

口眼歪斜，舌强语謇或失语，半身不遂，肢体麻木，苔滑腻，舌暗紫，脉弦滑。

(2) 气虚络瘀证

肢体偏枯不用，肢体无力，面色萎黄，舌质淡紫或有瘀斑，苔薄白，脉细涩或细弱。

(3) 肝肾亏虚证

半身不遂，患肢僵硬，拘挛变形，舌强不语，或偏瘫，肢体肌肉挛缩，舌红脉细，或舌淡红，脉沉细。

二、治疗方案：

(一)、辨证选择口服中药汤剂、中成药，静脉滴注中药注射液

1. 中经络

(1) 风痰入络证

治法：祛风化痰通络。

方剂：真方白丸子加减。 半夏 10 克 白附子 10 克 天南星 10 克 天麻 10 克 川乌头 10 克 全蝎 4 克 木香 6 克 枳壳 10 克 当归 12 克 鸡血藤 20 克

中成药：华佗再造丸，每次 4~8 克，口服，每日 3 次。

通脉胶囊，每次 4 粒，口服，每日 3 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选

择使用。

（2）风阳上扰证

治法：平肝潜阳，活血通络。

方剂：天麻钩藤饮加减。龙骨 15 克 代赭石 10 克 牡蛎 10 克
天麻 10 克 勾藤 10 克 黄芩 10 克 葛根 12 克 杜仲 10 克 茯
神 10 克 赤芍 10 克。

中成药：天麻钩藤颗粒，每次 10 克，开水冲服，每日 3 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（3）阴虚风动证

治法：滋阴潜阳，息风通络。

方剂：镇肝息风汤加减。怀牛膝 30 克 代赭石 30 克 川楝子 6 克
龙骨 15 克 牡蛎 15 克 龟板 15 克 白芍 10 克 玄参 15 克 天冬
15 克 天麻 12 克 茵陈 6 克 甘草 5 克

中成药：大补阴丸，每次 6 克，口服，每日 3 次。

知柏地黄丸，水蜜丸每次 6 克，口服，每日 2 次

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

2. 中脏腑

（1）闭证

①痰热腑实证

治法：通腑泄热，息风化痰。

方剂：桃仁承气汤加减。桃仁 10 克 酒大黄 10 克 芒硝 3 克 枳实 10 克 胆星 6 克 黄芩 10 克 瓜蒌 10 克 赤芍 15 克 丹皮 10 克 牛膝 12 克 钩藤 15 克 菊花（后下）18 克 夜交藤 15 克

中成药：安脑丸，每次 1 丸，口服，每日 2 次。

中药注射液：清开灵注射液。

②痰火瘀闭证

治法：息风清火，豁痰开窍

方剂：羚羊角汤。羚羊角粉 0.6 克 珍珠母 20 克 竹茹 10 克 天竺黄 10 克 石菖蒲 10 克 远志 6 克 夏枯草 10 克 丹皮 15 克 胆星 10 克 竹沥 10 克 郁金 15 克。

中成药：安宫牛黄丸，每次 1 丸，灌服或鼻饲，每日 2 次。

中药注射液：清开灵注射液。

③痰浊瘀闭证

治法：化痰息风，宣郁开窍

方剂：涤痰汤加减鼻饲。法夏 10 克 陈皮 10 克 茯苓 20 克 胆星 10 克 竹茹 10 克 石菖蒲 10 克 郁金 15 克 红花 10 克。

中成药：苏合香丸，每次 1 丸，灌服或鼻饲，每日 2 次。

复方鲜竹沥液，每次 20 毫升，口服，每日 3 次。

中药注射液：醒脑静注射液。

（2）脱证（阴竭阳亡）

治法：回阳救阴，益气固脱。

方剂：参附汤合生脉散加减。人参 10 克（蒸黄） 附子 10 克 山

莼肉 10 克 黄芪 30 克 牡蛎 30 克 丹参 15 克 郁金 15 克。

中药注射液：参麦注射液、生脉注射液。

3. 恢复期

（1）风痰瘀阻证

治法：搜风化痰，行瘀通络

方剂：解语丹加减。天麻 10 克 全蝎 10 克 胆南星 10 克 白附子 6 克 远志 10 克 菖蒲 10 克 木香 6 克 羌活 10 克 赤芍 10 克 穿山甲 12 克 地龙 10 克 天竺黄 10 克。

中成药：华佗再造丸，每次 4~8 克，口服，每日 3 次。

通脉胶囊，每次 4 粒，口服，每日 3 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（2）气虚络瘀证

治法：益气养血，化瘀通络

方剂：补阳还五汤加减。黄芪 30 克 桃仁 10 克 红花 5 克 当归尾 10 克 赤芍 10 克 地龙 10 克 全蝎 5 克 桑枝 15 克 川断 10 克 桑寄生 10 克 牛膝 10 克。

中成药：消栓通络片，每次 25 克，温开水冲服，每日 3 次。

脑心通胶囊，每次 3 粒，口服，每日 3 次。

脑得生丸，2.5 克，口服，每日 3 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（3）肝肾亏虚证

治法：滋养肝肾

方剂：左归丸合地黄饮子加减。熟黄 15 克 制首乌 20 克 枸杞 20 克 山萸 10 克 麦冬 15 克 石斛 10 克 当归 20 克 鸡血藤 30 克 杜仲 10 克 川牛膝 12 克 菖蒲 10 克 远志 6 克

中成药：脑安胶囊，每次 2 粒，口服，每日 2 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（二）、针灸治疗：所有患者一旦生命体征稳定，都尽早给予针灸治疗。

1. 基本针灸治疗

主穴：人中 四神聪 内关 下极泉 足三里 风池 完骨 三阴交 尺泽 天柱 手三里 合谷透后溪 委中 阳陵泉 血海

刺灸法：每日针刺 1~2 次，每次留针 30min，间隔 10 分钟捻转行针 1 次。内关用捻转泻法，持续运针 1~3min；三阴交，足三里用提插补法；极泉在原穴位置下 2 寸心经上取穴，直刺进针提插泻法以患肢有麻胀和抽动感为度；尺泽和委中直刺提插，泻法使肢体有抽动感，余为平补平泻。

2. 其他治法

①头针：顶颞前斜线，顶旁 1 线，顶旁 2 线，顶颞后斜线，沿皮平刺，快速捻转，留针 30~60min；

②耳针：神门，脑（皮质下），肝，脾，肾针刺或耳穴埋针，敷贴王不留子，

③电针：参考上穴用 6805 治疗仪，疏密波 20min/次。

④穴位注射：参考上穴，常用药 5%葡萄糖液/0.9%生理盐水配合维生素 B₁, VB₁₂, VB₆, 丹参注射液，当归注射液，胞二磷胆碱等，每穴位 0.5~1ml，隔日 1 次。

⑤颞三针：第一针取耳尖直上 2 寸，第二针取耳尖直上 2 寸向前移 1 寸，第三针取耳尖直上 2 寸向后移 1 寸，针尖向下与头呈 15~20 度角刺入 1.5~2 寸先捻转后提插。

⑥腹针：

主穴取中脘，下脘，气海，关元；

配穴取滑肉门（患侧），上风湿点，下风湿点，外陵，健侧商曲，气旁；

⑦眼针：双侧眼的上，下焦区。

（三）、肢瘫熏洗方治疗：对患肢麻木、疼痛或拘急不舒的患者，给予配合肢瘫熏洗方治疗

药物肢瘫熏洗方：透骨草 30 克，威灵仙 15 克、川芎 20 克、丹参 20 克、生草乌 15 克、鸡血藤 40 克、伸筋草 40 克、络石藤 50 克、黑风藤青风藤各 20 克、赤芍 20 克、桑枝 20 克、艾叶 10 克

（四）、穴位敷贴治疗：对患肢麻木、疼痛、活动障碍的患者，给予配合穴位敷贴治疗

患侧上肢瘫痪：肩髃 曲池 外关 合谷

患侧下肢瘫痪：阳陵泉 足三里 悬钟 .

舌强失语： 哑门 廉泉

（五）、中风病的康复治疗

康复是一个全面的、长期的系统工程：在急性期要住院做急

诊和早期的医学处理，并尽可能及早开始医学的康复处理；在恢复早期要在康复机构住院或在门诊继续进行康复医疗；在恢复后期和后遗症期，患者要回到社区和家庭，仍然要坚持康复性训练。

1、适应证：

（1）患者病情稳定（包括神经病学和其他并发症情况）；

（2）有明显的持续性神经功能缺损，如运动功能障碍、自主活动障碍、言语交流障碍、大小便控制障碍、认知功能障碍或吞咽障碍等；

（3）有足够的认知功能可以完成学习活动；

（4）有足够的交流能力可以和治疗师完成交流性活动；

（5）有身体的耐受能力去实施康复性活动程序（包括没有严重的并发症）；

（6）预计可以达到康复治疗的目的。

2、禁忌证：

（1）病情过于严重或在进行性加重中，如深度昏迷、颅压过高、严重的精神障碍、血压过高、神经病学症状仍在进行发展中等；

（2）伴有严重的并发症，如严重的感染（肺炎等），糖尿病酮症、急性心肌梗死等；

（3）严重的系统性并发症，如失代偿性心功能不全、心绞痛、急性肾功能不全、活动性风湿病，严重的精神病等。

（六）、中医诊疗设备的使用

1、脑生理治疗仪治疗：根据病情可选作头部或颈部或头颈部治疗，通电后将电转化磁辐射作用于穴位，每次半小时至 40

分钟，1—2 次/日。具有通经活络，开窍醒脑，促进脑功能恢复之效。

2、神灯照射治疗：将红外线照射于患侧肢体或肿痛处约 30 分钟，1—2 次/日。具有温通经络，活血消肿止痛之效。。

（七）、西医治疗

应根据病因、病机、临床类型、发病时间等确定针对性强的治疗方案，主要治疗措施：改善脑循环：是治疗核心，应贯彻全程。

1、 溶栓：

主要药物： γ - τ P A；U K（尿激酶）， γ - τ P A 优于 U K，但症状性出血不低于 U K。

适应证：大于 18 岁；发病 4.5h 内；脑功能损害体征持续存在超过 1 h，且比较严重（NIHSS 7-22 分）；C T 排除颅内出血，且无早期脑梗死低密度改变及其他明显早期脑梗死改变；患者或家属签署知情同意书。

禁忌症：即往有颅内出血包括可疑 S A H；近 3 个月有脑梗死或心肌梗死；但陈旧腔隙未留神经体征者除外；近 3 个月有头颅外伤史；近 3 周内有关节或泌尿系统出血；近 2 周内进行过大的外科手术；近一周内有不可压迫部位的动脉穿刺；严重心，肝，肾功能不全或严重糖尿病者；体检发现活动性出血或外伤证据；正口服抗凝药，且 INR > 1.5；48 h 内接受过肝素治疗（aptt 超出正常范围）；血糖 < 2.7mmol/l；血压：SBP > 180mmHg，或 DBP > 100mmHg；妊娠；不合作。

2、降纤治疗：急性期血浆中纤维蛋白原和血液粘滞增高。

脑梗死早期（特别是 1 2 h 以内）可选用降纤治疗，高纤维蛋白原血症的患者更应降纤治疗，应严格掌握适应证和禁忌证。常用药物巴曲酶，降纤酶。

3、抗凝治疗：防止脑梗死早期复发，血栓延长及防止阻塞远端的小血管继续血栓形成，促进侧枝循环。一般急性期不常规立即使用，溶栓 2 4 h 内不使用。下列情况可考虑选用：心源性脑梗死；伴有蛋白 c 缺乏，蛋白 s 缺乏，活性蛋白 c 抵抗等易栓症患者；症状性颅外夹层动脉瘤患者；颅内、外动脉瘤狭窄者；长期卧床可使用低分子肝素预防深静脉血栓形成和肺栓塞。

禁忌：出血倾向，有严重的肝病，血压 $>180/100\text{mmHg}$ 。

药物：口服抗凝药，密切监测出血凝血时间，目前多用低分子肝素。

4、抗血小板治疗：多数无禁忌证的不溶栓患者应在卒中后尽早（4 8 h 内）使用阿司匹林。溶栓者应在溶栓 2 4 h 后使用阿司匹林，或阿司匹林与潘生丁缓释剂。阿司匹林 $150\text{--}300\text{mg/d}$ ，4 周后改为预防剂量。

5、早期扩容升压：适用于分水岭性脑梗死或相对、绝对血容量不足。

6、脑保护治疗。

三、收费项目（见附件）

四、中风病疗效评定标准

（一）、评分标准

1、神识	正常	0 分
	嗜睡	3 分
	迷蒙	5 分

2、语言	神昏正构语字失无轻全二目无上上上最不能	昏常音不不清句不不全词不词语	9 0 1 3 4 6	分 分 分 分 分 分
3、面瘫	无轻全二目无上上上最不能	无轻全二目无上上上最不能	0 1 2	分 分 分
4、眼症	二目无上上上最不能	二目无上上上最不能	2 4	分 分
5、上肢瘫	无上上上最不能	无上上上最不能	0 1 2 4 5 6	分 分 分 分 分 分
4、指瘫	无握略全无抬高抬摆略不能	无握略全无抬高抬摆略不能	0 1 2 4 5	分 分 分 分 分
5、下肢瘫	无抬高抬摆略不能	无抬高抬摆略不能	0 1 2 4 5	分 分 分 分 分
6、趾瘫	无力伸略全瞳抽呕二目鼻脉手	无力伸略全瞳抽呕二目鼻脉手	0 1 2 4 5	分 分 分 分 分
7、其他症征	瞳抽呕二目鼻脉手	瞳抽呕二目鼻脉手	7 7 8 8 8 9 9 9	分 分 分 分 分 分 分 分

使用说明:

评分: 各项最高分相加, 满分为 52 分。

诊断: 1~13 分为轻型; 14~26 分为普通型; 27~39 分为重型;

40 分以上为极重型。

（二）、中风病疗效评定标准

1、疗效评定说明

病类疗前评分与疗后百分数析算法：

$$\frac{\text{治疗前评分}-\text{治疗后评分}}{\text{治疗前评分}} \times 100\%$$

2、疗效评定标准

基本恢复： $\geq 81\%$ ，6 分以下；

显著进步： $\geq 56\%$ ， $<81\%$ ；

进步： $\geq 36\%$ ， $<56\%$ ；

稍进步： $\geq 11\%$ ， $<36\%$ ；

无变化： $<11\%$ ；

恶化（包括死亡）： 负值。

五、治疗的难点及解决思路

1、临床难点分析

临床中在中风病病程的某些时段采用单一中医药治疗仍然存在一定的困难，主要问题如下：

1）中风病重症、有严重并发症和某些特殊部位的脑梗死患者，单一中医药治疗效果差。

2）中风病后的神经功能缺损，单纯中药治疗效果欠佳。

3）单纯用中药预防中风病复发，缺少循证医学证据。

4) 随着现代科学迅速发展, 神经介入诊疗技术越来越被接受, 且体现了一定的治疗优势, 如何在神经介入治疗过程中予以中医药干预, 起到防治其并发症并提高治疗成功率, 是值得进一步研究的。

5) 脑梗死急性期颅脑 CT 和 MRI+DWI 的选择, 对于超急性期、脑干梗死等部位的患者颅脑 CT 不一定能发现病灶, 对于此类患者将怎样予以中医药治疗?

2、解决思路

1) 中风病重症、有严重并发症和某些特殊部位的脑梗死患者, 单一中医药治疗效果差, 尚须配合西医药治疗, 如脱水剂、溶栓剂并维持水电酸碱平衡等。

2) 中风病后的神经功能缺损, 单纯中药治疗效果欠佳。将中药与康复、针灸等非药物治疗手段结合在一起应用, 可以明显提高临床疗效。

3) 单纯用中药预防中风病复发, 缺少循证医学证据。目前多为应用西药肠溶阿司匹灵、氯吡格雷和活血化瘀中成药如丹参、血塞通等合用, 这种中西药物混用的综合治疗方案的临床疗效尚缺乏科学的评价。

4) 脑梗死急性期颅脑 CT 和 MRI+DWI 的选择, 对于超急性期、脑干梗死等部位的患者颅脑 CT 不一定能发现病灶, 对于此类患者将宜尽早行 MRI+DWI 检查, 并尽早予以中医药联合治疗。

六、预防与调护及注意事项

1. 注意调摄精神，避免情绪波动过激，保持心情平静愉快。
2. 注意生活起居，寒温适宜，居处保持安静、通风。
3. 注意饮食调节，饮食宜清淡低盐，食勿过饱，多吃水果及富含纤维素食物，保持大便通畅，烟酒等刺激之品应禁止。
4. 注意劳逸结合，坚持适当活动，发作期患者应绝对卧床，缓解期、后遗症期要注意适当休息，保证充足的睡眠，坚持力所能及的活动，静中有动。
5. 加强护理及监护，发病时应加强巡视，密切观察舌、脉、体温、呼吸、血压及精神情志变化，必要时给予吸氧、心电监护及保持静脉通道通畅，并做好抢救准备。

出血性中风（脑出血）

一、诊断

（一）、疾病诊断

1. 中医诊断标准：中医病名：中风

中风是以猝然昏仆，不省人事，半身不遂，口眼歪斜，语言不利为主症的病证。病轻者可无昏仆而仅见半身不遂及口眼歪斜等症状。

主要症状：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，偏身感觉异常，口舌歪斜。

次要症状：头痛，眩晕，瞳孔变化，饮水呛咳，目偏不瞬，共济失调。

急性起病，发病前多有诱因，常有先兆症状。

发病年龄多在 40 岁以上。

具备 2 个主症以上，或一个主症、2 个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊；具备上述条件，结合影像学检查亦可确诊。

2. 西医诊断标准：西医病名：原发性脑出血。包括基底节脑出血，脑叶出血，脑室出血，小脑出血，脑干出血等。

脑出血占急性脑血管病 30% 左右，急性期病死率约 30~40%，大脑半球出血占 80%，脑干和小脑出血约占 20%。

1、临床特点：多动态下出血，突发；局灶性神经功能缺损；头痛、呕吐、意识障碍和脑膜刺激征。

2、辅助检查：

① CT：高密度影，边界清，CT 值 75-80Hu，血肿吸收后为

低密度影；出血量估计：出血量 = $0.5 \times \text{最大面积长轴 (cm)} \times \text{最大面积短轴 (cm)} \times \text{层数}$ 。

② 三大常规，血糖，生化，E C G，出凝血时间，电解质，肝肾功能等。

3、各部位脑出血诊断要点：

① 壳核出血：约占 50-60%，常波及内囊。

a 三偏征，优势半球出血常失语；

b 凝视麻痹，双眼持续向出血侧凝视；

c 可出现失用，体像障碍，记忆计算障碍，意识障碍。

② 丘脑出血：

a 丘脑性感觉障碍：对侧半身深浅感觉减退，感觉过敏。

b 运动障碍，多下肢重与上肢。

c 丘脑性失语：缓慢不清，重复，收音困难，复述差，朗读正常。

d 丘脑性疾病：记忆，计算力下降，情感障碍，人格改变。

e 眼球运动障碍：向上注视麻痹，常向内下方凝视。

③ 脑干出血：约占 10%，绝大多数为脑桥出血。

a 中脑出血：突然出现复视，眼睑下垂；一侧或两侧瞳孔扩大，眼球不同轴，水平或垂直眼震，目侧肢体共济失调。

b 脑桥出血：突然头痛，眩晕，复视，眼球不同轴，交叉性瘫，四肢瘫，重者意识障碍，针尖样瞳孔，去大脑僵直。

c 延髓出血：突然意识障碍，血压下降，呼吸节律不规则，心律紊乱。

④ 小脑出血：约占 10%。

a 突发眩晕，呕吐，后颈部头痛。

b 眼震，共济失调，肌张力降低，颈项强直。

⑤ 脑叶出血：约占 5-10%。

a 额叶出血：前额痛，呕，痛性复发；对侧瘫，精神障碍；运动性失语（优势半球）。

b 顶叶出血：偏瘫较轻，偏身感觉障碍显著；对侧下相象盲；混合性失语（优势半球）。

c 颞叶出血：对侧中枢性面，舌，上肢为主的瘫痪；对侧上象限盲；感觉性失语或混合性失语（优势半球）；颞叶癫痫，幻嗅，幻视。

d 枕叶出血：对侧同向偏盲，可有一过性黑蒙和视物变形。

⑥ 脑室出血：约占 3 ~ 5 %。

a 突然发病，呕吐，迅速昏迷。

b 四肢肌张力增高，病理征，脑膜刺激征阳性。

c 丘脑下部受损：上消化道出血，高热，大汗，血糖增高，尿崩症。

d 脑脊液血性。

e 轻者无局灶性体征。

4、脑出血病因：

① 高血压：有高血压史，多 50-60 岁患者多见。

② 脑血管畸形：年轻人多，多位于脑叶。

③ 脑淀粉样血管病：老年，家族性出血，无高血压病史。多见于脑叶，多发，反复发作。确诊需病理组织学检查。

④ 瘤卒中：出血前可有神经症状，影象表现。

（二）、疾病分期

1. 急性期：发病 2 周以内。
2. 恢复期：发病 2 周至 6 月。
3. 后遗症期：发病 6 月以后。

（三）、病类诊断

1. 中经络：中风病无意识障碍者。
2. 中脏腑：中风病有意识障碍者。

（四）、症候诊断

1. 中经络

（1）风痰入络证

肌肤不仁，手足麻木，突然发生口眼歪斜，语言不利，口角流痰，舌强语謇，半身不遂，手足拘挛，关节酸痛，舌苔薄白，脉浮数。

（2）风阳上扰证

平素头昏头痛，耳鸣目眩，突然发生口眼歪斜，舌强语謇，手足重滞，甚则半身不遂等症，舌质红苔黄，脉弦。

（3）阴虚风动证

平素头昏平素头昏，腰酸，突然发生口眼歪斜，语言不利，手指抖动，甚则半身不遂，舌质红，苔腻，脉弦细数。

2. 中脏腑

（1）闭证

1) 痰热腑实证

素有头痛眩晕，心烦易怒，突然发病，半身不遂，口舌歪斜，舌强语謇或不语，神识欠清或模糊，肢体强急，痰多而粘，伴

腹胀，便秘，舌质暗红，或有瘀点或瘀斑，苔黄腻，脉弦滑或弦涩。

2) 痰火瘀闭证

突然昏扑，不省人事，牙关紧闭，两手握固，大小便闭，肢体强痉，面赤身热，气粗口臭，躁扰不宁，苔黄腻，脉弦滑而数。

3) 痰浊瘀闭证

突然昏扑，不省人事，牙关紧闭，两手握固，大小便闭，肢体强痉，面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，苔白腻，脉沉滑缓。

(2) 脱证（阴竭阳亡）

突然昏扑，不省人事，目合口张，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗多，大小便自遗，肢体软瘫，舌透，脉细弱或脉微欲绝。

3. 恢复期

(1) 风痰瘀阻证

口眼歪斜，舌强语謇或失语，半身不遂，肢体麻木，苔滑腻，舌暗紫，脉弦滑。

(2) 气虚络瘀证

肢体偏枯不用，肢体无力，面色萎黄，舌质淡紫或有瘀斑，苔薄白，脉细涩或细弱。

(3) 肝肾亏虚证

半身不遂，患肢僵硬，拘挛变形，舌强不语，或偏瘫，肢体肌肉挛缩，舌红脉细，或舌淡红，脉沉细。

二、治疗方案：

（一）、辨证选择口服中药汤剂、中成药，静脉滴注中药注射液

1. 中经络

（1）风痰入络证

治法：祛风化痰通络。

方剂：真方白丸子加减。半夏 10 克 白附子 10 克 天南星 10 克 天麻 10 克 川乌头 10 克 全蝎 4 克 木香 6 克 枳壳 10 克 当归 12 克 鸡血藤 20 克

中成药：华佗再造丸，每次 4~8 克，口服，每日 3 次。

通脉胶囊，每次 4 粒，口服，每日 3 次。

（2）风阳上扰证

治法：平肝潜阳，活血通络。

方剂：天麻钩藤饮加减。龙骨 15 克 代赭石 10 克 牡蛎 10 克 天麻 10 克 勾藤 10 克 黄芩 10 克 葛根 12 克 杜仲 10 克 茯神 10 克 赤芍 10 克。

中成药：天麻钩藤颗粒，每次 10 克，开水冲服，每日 3 次。

（3）阴虚风动证

治法：滋阴潜阳，息风通络。

方剂：镇肝息风汤加减。怀牛膝 30 克 代赭石 30 克 川楝子 6 克 龙骨 15 克 牡蛎 15 克 龟板 15 克 白芍 10 克 玄参 15 克 天冬 15 克 天麻 12 克 茵陈 6 克 甘草 5 克

中成药：大补阴丸，每次 6 克，口服，每日 3 次。

知柏地黄丸，水蜜丸每次 6 克，口服，每日 2 次

2. 中脏腑

（1）闭证

①痰热腑实证

治法：通腑泄热，息风化痰。

方剂：桃仁承气汤加减。桃仁 10 克 酒大黄 10 克 芒硝 3 克 枳实 10 克 胆星 6 克 黄芩 10 克 瓜蒌 10 克 赤芍 15 克 丹皮 10 克 牛膝 12 克 钩藤 15 克 菊花（后下）18 克 夜交藤 15 克

中成药：安脑丸，每次 1 丸，口服，每日 2 次。

中药注射液：清开灵注射液。

②痰火瘀闭证

治法：息风清火，豁痰开窍

方剂：羚羊角汤。羚羊角粉 0.6 克 珍珠母 20 克 竹茹 10 克 天竺黄 10 克 石菖蒲 10 克 远志 6 克 夏枯草 10 克 丹皮 15 克 胆星 10 克 竹沥 10 克 郁金 15 克。

中成药：安宫牛黄丸，每次 1 丸，灌服或鼻饲，每日 2 次。

中药注射液：清开灵注射液。

③痰浊瘀闭证

治法：化痰息风，宣郁开窍

方剂：涤痰汤加减鼻饲。法夏 10 克 陈皮 10 克 茯苓 20 克 胆星 10 克 竹茹 10 克 石菖蒲 10 克 郁金 15 克 红花 10 克。

中成药：苏合香丸，每次 1 丸，灌服或鼻饲，每日 2 次。

复方鲜竹沥液，每次 20 毫升，口服，每日 3 次。

中药注射液：醒脑静注射液。

（2）脱证（阴竭阳亡）

治法：回阳救阴，益气固脱。

方剂：参附汤合生脉散加减。人参 10 克（蒸黄） 附子 10 克 山萸肉 10 克 黄芪 30 克 牡蛎 30 克 丹参 15 克 郁金 15 克。

中药注射液：参麦注射液、生脉注射液。

3. 恢复期

（1）风痰瘀阻证

治法：搜风化痰，行瘀通络

方剂：解语丹加减。天麻 10 克 全蝎 10 克 胆南星 10 克 白附子 6 克 远志 10 克 菖蒲 10 克 木香 6 克 羌活 10 克 赤芍 10 克 穿山甲 12 克 地龙 10 克 天竺黄 10 克。

中成药：华佗再造丸，每次 4~8 克，口服，每日 3 次。

通脉胶囊，每次 4 粒，口服，每日 3 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（2）气虚络瘀证

治法：益气养血，化瘀通络

方剂：补阳还五汤加减。黄芪 30 克 桃仁 10 克 红花 5 克 当归尾 10 克 赤芍 10 克 地龙 10 克 全蝎 5 克 桑枝 15 克 川断 10 克 桑寄生 10 克 牛膝 10 克。

中成药：消栓通络片，每次 25 克，温开水冲服，每日 3 次。

脑心通胶囊，每次 3 粒，口服，每日 3 次。

脑得生丸，2.5 克，口服，每日 3 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（3）肝肾亏虚证

治法：滋养肝肾

方剂：左归丸合地黄饮子加减。熟黄 15 克 制首乌 20 克 枸杞 20 克 山萸 10 克 麦冬 15 克 石斛 10 克 当归 20 克 鸡血藤 30 克 杜仲 10 克 川牛膝 12 克 菖蒲 10 克 远志 6 克

中成药：脑安胶囊，每次 2 粒，口服，每日 2 次。

中药注射液：丹参、丹红、血塞通、疏血通注射液等可以选择使用。

（二）、针灸治疗：所有患者一旦生命体征稳定，都尽早给予针灸治疗。

1. 基本针灸治疗

主穴：人中 四神聪 内关 下极泉 足三里 风池 完骨 三阴交 尺泽 天柱 手三里 合谷透后溪 委中 阳陵泉 血海

刺灸法：每日针刺 1~2 次，每次留针 30min，间隔 10 分钟捻转行针 1 次。内关用捻转泻法，持续运针 1~3min；三阴交，足三里用提插补法；极泉在原穴位置下 2 寸心经上取穴，直刺进针提插泻法以患 upper 肢有麻胀和抽动感为度；尺泽和委中直刺提插，泻法使肢体有抽动感，余为平补平泻。

2. 其他治法

①头针：顶颞前斜线，顶旁 1 线，顶旁 2 线，顶颞后斜线，沿皮平刺，快速捻转，留针 30~60min；

②耳针：神门，脑（皮质下），肝，脾，肾针刺或耳穴埋针，敷贴王不留子，

③电针：参考上穴用 6805 治疗仪，疏密波 20min/次。

④穴位注射：参考上穴，常用药 5%葡萄糖液/0.9%生理盐水配合维生素 B₁, VB₁₂, VB₆, 丹参注射液，当归注射液，胞二磷胆碱等，每穴位 0.5~1ml，隔日 1 次。

⑤颞三针：第一针取耳尖直上 2 寸，第二针取耳尖直上 2 寸向前移 1 寸，第三针取耳尖直上 2 寸向后移 1 寸，针尖向下与头呈 15~20 度角刺入 1.5~2 寸先捻转后提插。

⑥腹针：

主穴取中脘，下脘，气海，关元；

配穴取滑肉门（患侧），上风湿点，下风湿点，外陵，健侧商曲，气旁；

⑦眼针：双侧眼的上，下焦区。

（三）、肢瘫熏洗方治疗：对患肢麻木、疼痛或拘急不舒的患者，给予配合肢瘫熏洗方治疗

药物肢瘫熏洗方：透骨草 30 克，威灵仙 15 克、川芎 20 克、丹参 20 克、生草乌 15 克、鸡血藤 40 克、伸筋草 40 克、络石藤 50 克、黑风藤青风藤各 20 克、赤芍 20 克、桑枝 20 克、艾叶 10 克

（四）、穴位敷贴治疗：对患肢麻木、疼痛、活动障碍的患者，给予配合穴位敷贴治疗

患侧上肢瘫痪：肩髃 曲池 外关 合谷

患侧下肢瘫痪：阳陵泉 足三里 悬钟 .

舌强失语： 哑门 廉泉

（五）、中风病的康复治疗

康复是一个全面的、长期的系统工程：在急性期要住院做急诊和早期的医学处理，并尽可能及早开始医学的康复处理；在恢复早期要在康复机构住院或在门诊继续进行康复医疗；在恢复后期和后遗症期，患者要回到社区和家庭，仍然要坚持康复性训练。

1、适应证：

（1）患者病情稳定（包括神经病学和其他并发症情况）；

（2）有明显的持续性神经功能缺损，如运动功能障碍、自主活动障碍、言语交流障碍、大小便控制障碍、认知功能障碍或吞咽障碍等；

（3）有足够的认知功能可以完成学习活动；

（4）有足够的交流能力可以和治疗师完成交流性活动；

（5）有身体的耐受能力去实施康复性活动程序（包括没有严重的并发症）；

（6）预计可以达到康复治疗的目的。

2、禁忌证：

（1）病情过于严重或在进行性加重中，如深度昏迷、颅压过高、严重的精神障碍、血压过高、神经病学症状仍在进行发展中等；

（2）伴有严重的并发症，如严重的感染（肺炎等），糖尿病酮症、急性心肌梗死等；

（3）严重的系统性并发症，如失代偿性心功能不全、心绞痛、急性肾功能不全、活动性风湿病，严重的精神病等。

（六）、中医诊疗设备的使用

1、**脑生理治疗仪治疗：**根据病情可选作头部或颈部或头颈部治疗，通电后将电转化磁辐射作用于穴位，每次半小时至 40 分钟，1—2 次/日。具有通经活络，开窍醒脑，促进脑功能恢复之效。

2、**神灯照射治疗：**将红外线照射于患侧肢体或肿痛处约 30 分钟，1—2 次/日。具有温通经络，活血消肿止痛之效。。

（七）、西医治疗

1) 一般治疗：

① 卧床休息，一般应卧床 2 - 4 周。避免情绪激动及血压升高。

② 保持呼吸道通畅：昏迷患者应将头歪向一侧，随时吸出口腔内分泌物和呕吐物，必要时气管切开。

③ 吸氧：意识障碍，血氧饱和度下降或有缺氧现象者吸氧。

④ 鼻饲：昏迷或有吞咽困难障碍者在发病第 2 - 3 天应鼻饲。

⑤ 对症治疗：躁动不安者，可适当用镇静药，便秘者可用缓泻剂。

⑥ 预防感染：加强口腔护理，及时吸痰，保持呼吸道通畅；留置导尿时应做膀胱冲洗，昏迷患者可酌情用抗生素预防感染。

⑦ 观察病情：严密注意患者的意识。瞳孔大小，血压，呼吸等，必要时心电，呼吸，血氧饱和度，血压监护仪检测。

2) 调控血压：

① 不要急于降压，先降颅压，再看血压情况决定是否降压；

② 血压 $\geq 200/110\text{mmHg}$, 暂时不使用降压药, 先脱水降颅压, 必要是用降血压药; $\text{SBP} < 165\text{mmHg}$ 或 $\text{DBP} < 95\text{mmHg}$, 不需降压;

③ 血压过低者应升压治疗, 以保持脑灌注压。

3) 降低颅内压:

① 甘露醇: 8 g 甘露醇带出 100ml 水分。一般用药后 10 分钟开始利尿, 2-3h 到高峰, 维持 4-6 h。可用 20% 甘露醇 125-250ml, 6-8 h / 次。一般用 5-7 天。颅内压增高明显或有脑疝形成时, 可加大剂量, 快速静推, 使用时间也可延长。注意逐渐减量停用。

② 速尿: 20-40mg, iv, 6-8h / 次, 与甘露醇交替使用, 可减轻二者不良反应。

③ 甘油果糖: 起作用时间约 30min, 持续 12-24h。可用 250-500ml, 1-2 次/d。无反跳, 并提供一定热量, 不用甘油盐水, 因其有溶血作用。

④ 皮质类固醇激素。

⑤ 大量白蛋白: 10g, 2 次/d。

注意事项: 注意心肾功能, 计出入尿量, 观察心率, 心律, 监测水电解质。

4) 止血药: 少数患者 24 h 内 (特别是脑叶出血), 有可能继续出血, 可用止血药, 若有凝血功能障碍, 可用, 但时间不超过 1 周。

5) 对于出血量位置较安全的部位 (如基底节, 额叶, 顶叶), 出血量超过 30ml, 少于 60ml 可选择颅内血肿穿刺术。

三、收费项目 (见附件)

四、中风病疗效评定标准

(一)、评分标准

1、神识	正常	0 分
	嗜睡	3 分
	迷蒙	5 分
	神昏	9 分
2、语言	正常	0 分
	构音不清	1 分
	语句不全	3 分
	字词不清	4 分
	失语	6 分
3、面瘫	无	0 分
	轻瘫	1 分
	全瘫	2 分
4、眼症	二目上吊	2 分
	目偏不瞬	4 分
5、上肢瘫	无	0 分
	上举力弱	1 分
	上举过肩	2 分
	上举不到肩	4 分
	最多可略摆动	5 分
	不能动	6 分

4、指瘫	无	0 分
	力弱	1 分
	握拳伸指不全	2 分
	略动	4 分
	全瘫	5 分
5、下肢瘫	无	0 分
	抬高 45° 以上	1 分
	抬高不足 45°	2 分
	摆动平移	4 分
	略动	5 分
	不能动	5 分
6、趾瘫	无	0 分
	力弱	1 分
	伸屈不全	2 分
	略动	4 分
	全瘫	5 分
7、其他症征	瞳神异常	7 分
	抽搐	7 分
	呕血便血	8 分
	二便自遗	8 分
	目合口开	8 分
	鼻鼾息微	9 分

脉微欲绝 9 分

手撒肢冷 9 分

使用说明:

评分: 各项最高分相加, 满分为 52 分。

诊断: 1~13 分为轻型; 14~26 分为普通型; 27~39 分为重型;
40 分以上为极重型。

(二)、中风病疗效评定标准

1、疗效评定说明

病类疗前评分与疗后百分数析算法:

$$\frac{\text{治疗前评分}-\text{治疗后评分}}{\text{治疗前评分}} \times 100\%$$

治疗前评分

2、疗效评定标准

基本恢复: $\geq 81\%$, 6 分以下;

显著进步: $\geq 56\%$, $<81\%$;

进步: $\geq 36\%$, $<56\%$;

稍进步: $\geq 11\%$, $<36\%$;

无变化: $<11\%$;

恶化(包括死亡): 负值。

五、难点分析及解决思路

1、难点分析

临床中在出血性中风病程的某些时段采用单一中医药治疗
仍然存在一定的困难, 主要问题如下:

1) 出血性中风一般病情重，有呼吸道、消化道等严重并发症，单用中医药治疗效果差。

2) 出血性中风的神经功能缺损，单纯中药治疗效果欠佳。

3) 出血性中风中医理论认为“离经之血便是瘀”，可以采用活血化瘀中药治疗，但目前不尚提倡运用，使用时有再出血等高风险。

4) 随着现代科学迅速发展，神经介入诊疗技术越来越被接受，且体现了一定的治疗优势，如何在神经介入治疗过程中予以中医药干预，起到防治其并发症并提高治疗成功率，是值得进一步研究的。

5) 脑出血重症患者气管切开、插胃管、插导尿管等，予以中医护理可能效果不理想。

2、解决思路

1) 出血性中风一般病情重，有呼吸道、消化道等严重并发症，尚须配合西医药治疗，如脱水剂、止血剂等。

2) 出血性中风的神经功能缺损，将中药与康复、针灸结合在一起应用，可以明显提高临床疗效，明显优于单纯中药。

3) 出血性中风中医理论认为“离经之血便是瘀”，可以采用活血化瘀中药治疗，但目前不尚提倡运用，须逐步达到治疗量的对比治疗，以达到最佳疗效。

4) 脑出血重症患者气管切开、插胃管、插导尿管等，须加强中西医护理。

六、预防与调护及注意事项

1. 注意调摄精神，避免情绪波动过激，保持心情平静愉快。
2. 注意生活起居，寒温适宜，居处保持安静、通风。
3. 注意饮食调节，饮食宜清淡低盐，食勿过饱，多吃水果及富含纤维素食物，保持大便通畅，烟酒等刺激之品应禁止。
4. 注意劳逸结合，坚持适当活动，发作期患者应绝对卧床，缓解期、后遗症期要注意适当休息，保证充足的睡眠，坚持力所能及的活动，静中有动。
5. 加强护理及监护，发病时应加强巡视，密切观察舌、脉、体温、呼吸、血压及精神情志变化，必要时给予吸氧、心电监护及保持静脉通道通畅，并做好抢救准备。

附：

双峰县中医医院中风专科部分收费项目

收费项目	收费标准（元）	备注
醒脑开窍针灸	30	每处
穴位注射	38	每对穴位
中药贴敷疗法	30	每处
拔罐	5	每处
TDP 神灯照射	9	每处
氧气雾化吸入	9	每次
超声雾化	5	每次
肢瘫熏洗	30	每处
艾条灸	18	每个穴位
耳穴压豆	20	单耳
推拿按摩	23	每次
脑病康复治疗	13	20 分钟
心电监护	3	每小时
急性缺血性血栓超 早期静脉溶栓术	485	次
颅内血肿清除术	1950	次

（2）中风专科优势病种诊疗方案评估（2019 年）

中风（脑梗死）诊疗方案的分析、总结和评估

2019 年共收治住院患者 450 例。男性患者 230 例，女性患者 220 例；患者年龄最小为 47 岁，最大年龄 84 岁，平均年龄 64.9 ± 20.3 岁。

一. 中医证型分布情况

所有 450 例患者中依次为：急性期中经络：风痰入络（75 例）、风阳上扰（80 例）、阴虚风动（38 例）、急性期中脏腑：痰热腑实（20 例）、痰火瘀闭（8 例）、痰浊瘀闭（6 例）、脱证（3 例）。恢复期：风痰阻络（45 例）、气虚血瘀（138 例）、肝肾亏虚（37 例）。

二. 总体疗效

所有 450 例患者中医治疗率为 85.4%，汤药使用率为 60.7%，中医特色治疗使用率为 73.2%，平均住院天数为 18.9 天，总有效率（治愈好转率）为 95.3%。

总体疗效表：

年度	中医治疗率	汤药使用率	中医特色治疗使用率	住院天数(天)	总有效率
2018	74.30%	55.8%	65.4%	21.1	93.5%
2019	85.4%	60.7%	73.2%	18.9	95.3%

所有 450 例患者，主要症状的总有效率为 95.3%，其中治疗前后偏瘫症状（参考症状分级量化表）的改善率为 92.30%，言

语謇涩或不语症状的改善率为 89.15%，头痛症状的改善率为 92.19%，饮水发呛症状的改善率为 68.46%。

三. 存在问题并分析及其工作重点:

由上表可知，汤药使用率、专科制剂使用率、中医特色疗法使用率均较 2018 年增长，住院天数有所缩短，总有效率提高，一方面显示中医治疗的比重较前一年度有进一步增加，另一方面显示综合疗效优于 2009 年。

结论：2019 年我科重点专科优势病种“缺血性中风”的总体疗效优于 2018 年度，各主要疗效指标优于 2018 年，总体疗效满意。工作重点要加强专科制剂的使用，研发出更多专科制剂满足临床需要。

四. 优势和不足

在本方案实施过程中，中医药适宜技术如针灸、按摩等配合后遗症期的康复训练在改善肢体功能方面有较好的疗效。

(1)、临床难点分析

临床中在中风病病程的某些时段采用单一中医药治疗仍然存在一定的困难，主要问题如下：

1) 中风病重症、有严重并发症和某些特殊部位的脑梗死患者，单一中医药治疗效果差。

2) 中风病后的神经功能缺损，单纯中药治疗效果欠佳。

3) 单纯用中药预防中风病复发，缺少循证医学证据。

4) 随着现代科学迅速发展, 神经介入诊疗技术越来越被接受, 且体现了一定的治疗优势, 如何在神经介入治疗过程中予以中医药干预, 起到防治其并发症并提高治疗成功率, 是值得进一步研究的。

5) 脑梗死急性期颅脑 CT 和 MRI+DWI 的选择, 对于超急性期、脑干梗死等部位的患者颅脑 CT 不一定能发现病灶, 对于此类患者将怎样予以中医药治疗?

(2)、解决思路

1) 中风病重症、有严重并发症和某些特殊部位的脑梗死患者, 单一中医药治疗效果差, 尚须配合西医药治疗, 如脱水剂、溶栓剂并维持水电酸碱平衡等。

2) 中风病后的神经功能缺损, 单纯中药治疗效果欠佳。将中药与康复、针灸等非药物治疗手段结合在一起应用, 可以明显提高临床疗效。

3) 单纯用中药预防中风病复发, 缺少循证医学证据。目前多为应用西药肠溶阿司匹灵、氯吡格雷和活血化瘀中成药如丹参、血塞通等合用, 这种中西药物混用的综合治疗方案的临床疗效尚缺乏科学的评价。

4) 脑梗死急性期颅脑 CT 和 MRI+DWI 的选择, 对于超急性期、脑干梗死等部位的患者颅脑 CT 不一定能发现病灶, 对于此类患者将宜尽早行 MRI+DWI 检查, 并尽早予以中医药联合治疗。

中风（脑出血）诊疗方案的分析、总结和评估

2019 年共收治住院患者 198 例。男性患者 105 例，女性患者 93 例；患者年龄最小为 44 岁，最大年龄 81 岁，平均年龄 62.3 ± 18.5 岁。

一. 中医证型分布情况

所有 198 例患者中依次为：急性期中经络：风痰入络（16 例）、风阳上扰（49 例）、阴虚风动（15 例）、急性期中脏腑：痰热腑实（10 例）、痰火瘀闭（6 例）、痰浊瘀闭（2 例）、脱证（3 例）。恢复期：风痰阻络（16 例）、气虚血瘀（63 例）、肝肾亏虚（18 例）。

二. 总体疗效

所有 198 例患者中医治疗率为 74.6%，汤药使用率为 55.9%，中医特色治疗使用率为 63.9%，平均住院天数为 21.1 天，总有效率（治愈好转率）为 91.5%。

总体疗效表：

年度	中医治疗率	汤药使用率	中医特色治疗使用率	住院天数(天)	总有效率
2018	74.60%	55.9%	63.9%	25.1	91.5%
2019	83.5%	66.3%	73.8%	24.6	92.6%

所有 198 例患者，主要症状的总有效率为 92.6%，其中治疗前后偏瘫症状（参考症状分级量化表）的改善率为 92.3%，言语謇涩或不语症状的改善率为 83.7%，头痛症状的改善率为 93.1%，

饮水发呛症状的改善率为 69.4%。

三. 存在问题并分析及其工作重点:

由上表可知, 汤药使用率、中医特色疗法使用率均较 2018 年增长, 住院天数有所缩短, 总有效率提高, 一方面显示中医治疗的比重较前一年度有进一步增加, 另一方面显示综合疗效优于 2018 年。

结论: 2019 年我科重点专科优势病种“中风(脑出血)”的总体疗效优于 2018 年度, 各主要疗效指标优于 2018 年, 总体疗效满意。下一步工作重点, 中医治疗率及中医特色疗法的使用有待进一步提高。

四. 优势和不足

使用本方案在治疗中风(脑出血)中经络病中采用醒脑开窍针刺法疗效明显, 但在中脏腑的危重症中缺乏对比资料, 疗效还有待进一步总结。

(1)、难点分析

临床中在出血性中风病程的某些时段采用单一中医药治疗仍然存在一定的困难, 主要问题如下:

1) 出血性中风一般病情重, 有呼吸道、消化道等严重并发症, 单用中医药治疗效果差。

2) 出血性中风的神经功能缺损, 单纯中药治疗效果欠佳。

3) 出血性中风中医理论认为“离经之血便是瘀”，可以采用活血化瘀中药治疗，但目前不尚提倡运用，使用时有再出血等高风险。

4) 随着现代科学迅速发展，神经介入诊疗技术越来越被接受，且体现了一定的治疗优势，如何在神经介入治疗过程中予以中医药干预，起到防治其并发症并提高治疗成功率，是值得进一步研究的。

5) 脑出血重症患者气管切开、插胃管、插导尿管等，予以中医护理可能效果不理想。

(2)、解决思路

1) 出血性中风一般病情重，有呼吸道、消化道等严重并发症，尚须配合西医药治疗，如脱水剂、止血剂等。

2) 出血性中风的神经功能缺损，将中药与康复、针灸结合在一起应用，可以明显提高临床疗效，明显优于单纯中药。

3) 出血性中风中医理论认为“离经之血便是瘀”，可以采用活血化瘀中药治疗，但目前不尚提倡运用，须逐步达到治疗量的对比治疗，以达到最佳疗效。

4) 脑出血重症患者气管切开、插胃管、插导尿管等，须加强中西医护理。

中风（蛛网膜下腔出血）诊疗方案的 分析、总结和评估

2019 年共收治住院患者 22 例。男性患者 10 例，女性患者 12 例；患者年龄最小为 48 岁，最大年龄 68 岁，平均年龄 58.2 ± 10.1 岁。

一. 中医证型分布情况

所有 22 例患者中医证型按频数由高到低依次为热入血分（12 例）、风阳上扰（4 例）、阴虚风动证（3 例）、痰热腑实证（2 例）、脱证（1 例）。

二. 总体疗效

所有 22 例患者中医治疗率为 66.7%，汤药使用率为 46.7%，中医特色治疗使用率为 53.3%，平均住院天数为 32.2 天，总有效率（治愈好转率）为 93.3%。

总体疗效表：

年度	中医治疗率	汤药使用率	中医特色治疗使用率	住院天数 (天)	总有效率
2018	72.2%	50%	61.1%	32.1	94.4%
2019	77.2%	59.1%	63.6%	32	95.4%

所有 22 例患者，主要症状的总有效率为 95.4%，其中头痛症状的改善率为 95.8%，治疗前后偏瘫症状（参考症状分级量表）的改善率为 98.5%，躁动不安改善率为 94.9%。

三. 存在问题并分析及其工作重点：

由上表可知，汤药使用率、中医特色疗法使用率均较 2018 年增长，住院天数有所缩短，总有效率提高，一方面显示中医治疗的比重较前一年度有进一步增加，另一方面显示综合疗效优于 2018 年。

结论：2019 年我科重点专科优势病种“中风（蛛网膜下腔出血）”的总体疗效优于 2018 年度，各主要疗效指标优于 2018 年，总体疗效满意。下一步工作重点，中医治疗率及中医特色疗法的使用有待进一步提高。

四. 优势和不足

（1）、难点分析

临床中在蛛网膜下腔出血病程的某些时段采用单一中医药治疗存在一定的困难，主要问题如下：

1) 蛛网膜下腔出血一般病情危重，有呼吸道、消化道、脑血管痉挛、再出血、头痛等严重并发症，单用中医药治疗效果差。

2) 蛛网膜下腔出血患者头痛明显，且躁动不安，西药治疗效果往往不理想。

3) 随着现代科学迅速发展，神经介入诊疗技术越来越被接受，且体现了一定的治疗优势，如何在神经介入治疗过程中予以中医药干预，起到防治其并发症并提高治疗成功率，是值得进一步研究的。

4) 蛛网膜下腔出血重症患者气管切开、插胃管、插导尿管等，予以中医护理可能效果不理想。

(2)、解决思路

1) 蛛网膜下腔出血一般病情危重，有呼吸道、消化道、脑血管痉挛、再出血、头痛等严重并发症，单用中医药治疗效果差，尚须配合西医药治疗，如脱水剂、止血剂、防脑血管痉挛，必要时腰穿脑脊液置换治疗等。

2) 蛛网膜下腔出血患者头痛明显，且躁动不安，西药治疗效果往往不理想。此时予以配合中药治疗往往会收到良好的效果。

4) 蛛网膜下腔出血重症患者气管切开、插胃管、插导尿管等，须加强中西医护理、并协助翻身防褥疮治疗。

从血辨证治疗中风病经验介绍

王芳

邓立兵老师长期潜心活血化瘀的研究，根据气血理论对中风从血论治，取得较好疗效。现将其经验总结介绍如下。

1、 中风治血的理论渊源

中医学对中风早有认识，《素问》就有厥癫疾、煎厥、薄厥、大厥、偏枯的记载。如《素问·生气通天论》云：“阳气者，大怒则形气绝，而血宛于上，使人薄厥”，《素问·调经论》则云：“血之与气并走于上，则为大厥。”《灵枢·五乱》云：“乱于头则为厥逆，头重眩仆。”说明本病的病变部位在头，主要病机是“血宛于上。”继《内经》之后，历代医家对本病病因病机作了进一步探讨，因所处的历史条件及个人经验不同，各有发挥，意见不一。多强调全身状况而忽视局部，强调证的普遍性而忽视病的特异性。其实，无论是肝阳上亢，心火暴盛，还是内伤积损，痰湿生热，皆可相互影响，而致“肝阳化风”、“热极生风”、“阴(血)虚生风”，最后导致“血宛(瘀)于上”的病理改变，可谓殊途同归。如《医学衷中参西录》所云：“有心机亢进之甚者，其鼓血上行之力甚大，能使脑部之血管至于破裂。”现代医学将本病分为出血与缺血两大类，前者包括脑出血、蛛网膜下腔出血；后者包括脑梗死、脑栓塞和短暂性脑缺血发作。对于脑出血的原因，以高血压病和脑动脉硬化引起最多，蛛网膜下腔出血以动脉瘤破裂常见，属《内经》之薄厥、大厥范畴。由于气血与

心肝有着不

可分割的联系，肝在志为怒，主藏血而为风脏；心藏神，主血脉而为火脏，若因“烦劳则张”，或因“肝气当治而未得”导致肝气郁滞，郁则善怒，怒则气上，营血沸腾，则血热妄行于上。对脑梗死，认为系脑动脉硬化所致。随着脑血管壁粥样斑块形成，管腔变窄，血流缓慢，血液黏度增高而呈现气滞痰积血瘀证。如《灵枢》所云：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”盖因情志不舒，肝气受郁，初病在经，久病人络，或因邪客经脉，或气虚血瘀，或痰瘀交阻，导致循环障碍而发为中风。无论从中医学或西医学角度来认识，“血宛(瘀)于上”是中风的主要病理改变。因此也为中风治血奠定了理论基础。

2、中风治血的应用

目前临床治疗存在着侧重临床表现而忽略出血和瘀血在本病中的重要影响的倾向。胡维和中医主任医师认为，鉴于“血宛(瘀)于上”的病机，在辨证基础上，结合辨病，重视治血是十分必要的。如《医林改错》云：“凡遇是证，必细心研究，审气血之荣枯，辨经络之通滞”。尤其是高血压病、脑动脉硬化、脑动脉破裂引起的中风，一般无凝血功能障碍，应用西药止血缺乏指征和疗效，更应发挥中医之特长采用引血下行、活血止血等治法。

(1) 活血化瘀，清热通腑法适用于各类中风，辨证为痰热腑实者。

症见血压偏高，突然半身不遂，口眼歪斜，头痛较剧，恶心

呕吐，痰多舌謇，大便秘结，舌暗红、苔黄或腻，脉弦滑。方用星蒺承气汤加减。药用胆南星、瓜蒌、生大黄、芒硝、青礞石、丹参、桃仁、赤芍、怀牛膝等。对出血性中风急性期加用花蕊石、生蒲黄、生地黄等凉血止血；昏迷惊厥者加服安宫牛黄丸或至宝丹开窍镇静；对于缓解期，血肿吸收缓慢者，在控制血压前提下，用水蛭、川芎等分研末，装入胶囊（每粒含生药0.25克），每次4粒，口服，每天2次。

（2） 活血化瘀，滋阴熄风法用于各类中风证属阴虚风动者。

症见头痛而眩，面色潮红，腰酸耳鸣，少寐多梦，突然半身不遂，口眼歪斜，语言謇塞，舌有瘀点，脉细弦。方用镇肝熄风汤加减。选用生地黄、玄参、麦冬、川牛膝、红花、鸡血藤、珍珠母、生牡蛎、白芍等。若头痛较剧加山羊角、钩藤、蔓荆子以平肝潜阳；若中风日久，肢体震颤，活动不利，舌红，脉细，用地黄饮子加水蛭、通天草等。

（3） 活血化瘀，祛风化痰法用于缺血性中风或中风后遗症。

证属痰瘀交阻者。症见形体肥胖，手足麻木，肌肤不仁或口眼歪斜，半身不遂，舌暗红或有瘀点、苔白腻，脉细涩。常用大秦艽汤加减，药用秦艽、丹参、鸡血藤、穿山甲、威灵仙、防风、天南星、白芥子、黄药子、皂角刺等。若中风后遗症仅留舌謇语强、口角歪斜者，用神仙解语丹或指迷茯苓丸。

（4） 活血化瘀，益气养血法用于缺血性中风或中风后遗症。

证属气虚血瘀者。症见半身不遂，麻木酸楚，口眼歪斜，

舌謇流涎，神倦乏力，自汗气短，便溏心悸，或肢体浮肿，舌淡暗有瘀点、苔薄白，脉弦细或细涩。方用补阳还五汤加减。药用黄芪、太子参、丹参、赤芍、鸡血藤、当归、川芎、红花、威灵仙、地龙等。若肢体麻木，不知痛痒为主者，加桑枝、伸筋草、续断、桑寄生等活血通络。

总之，邓立兵老师认为，中风无论在急性期还是后遗症期，均有明显瘀血征，故治法不离活血通窍。由于气为血帅，血为气母，气血互根，故在治血同时，必须重视气的作用，用药注重选气血药配伍，如蒲黄合石菖蒲、水蛭合通天草，皆气血同求之义。同时出血与瘀血有相互转化关系，因此不可一味止血或化瘀，当先分清是出血性中风，抑或缺血性中风，再选用凉血止血或活血化瘀，使血行而无出血之虞，血止而无留瘀之患。

名老中医的学术思想及实践经验在临床中得到应用

为了继承整理老中医药专家的学术经验和技術专长，培养造就高层次中医临床人才和中药技术人才，推进中医药学术的研究、传承与发展。我科学術继承人对名老中医的学术思想及实践建议在临床中的应用的相关资料整理如下：

1、提出目前临床治疗存在着侧重临床表现，而忽略出血和瘀血在本病中的重要影响的倾向。尤其是高血压病、脑动脉硬化、脑动脉破裂引起的中风，一般无凝血功能障碍，应用西药止血缺乏指征和疗效，更应发挥中医之特长采用引血下行、活血止血等治法。

2、主张对已实施抗血小板治疗的“中风（脑梗死）”患者，中医的重点应给以化痰瘀，养气阴，通血脉。对此类病人，心气不足是主要表现为本，痰瘀阻络为标，治疗应补益心气为主，化痰通络为辅。

茯苓桂枝白术汤用于冠心病治疗的观察

王芳

[摘要]目的：观察茯苓桂枝白术汤治疗冠心病的临床效果。方法：纳入临床资料完整的冠心病病人 110 例，收治时间为 2018 年 1 月至 2019 年 6 月，分两组，每组 55 例，分组依据为治疗措施的不同，对照组应用常规西医方案治疗，观察组加用茯苓桂枝白术汤方案治疗。比较两组的治疗效率及心功能指标变化情况。结果：观察组冠心病患者的治疗效率经评估为 90.91%，与对照组的 72.73%比较，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗后，观察组冠心病患者的心功能各项指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对冠心病患者在常规西医基础上加用茯苓桂枝白术汤治疗，可有效改善患者心功能，增强临床治疗效率，值得借鉴。

关键词：冠心病；茯苓桂枝白术汤；疗效；心功能

冠心病是由于冠状动脉粥样硬化导致动脉血管腔堵塞，引起心肌缺血、缺氧造成的，是临床上中老年人群体常见的心血管疾病^[1]。该病一般有胸闷胸痛、恶心呕吐的临床表现。西医对症治疗虽然可以在一定程度上缓解病情，但效果不佳。中医学认为冠心病属于“胸痹”范畴，其病因是血瘀凝滞、血气不足，在西医基础上加用中药汤剂可协同增效^[2-3]。本次研究选取相关冠心病病例，就茯苓桂枝白术汤随症加减治疗效果展开探讨，旨在指导临床。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入临床资料完整的冠心病病人 110 例，收治时间为 2018 年 1 月至 2019 年 6 月，分两组，每组 55 例，所有患者均确诊为冠心病，同意参加本次研究并签署知情书，排除肝肾肺部功能异常或有恶性肿瘤或严重心律失常患者。对照组男性 28 例，女性 27 例，平均年龄（60.7±8.2）岁，平均病程（5.3±1.1）年；观察组男性 26 例，女性 29 例，平均年龄（61.2±7.99）岁，平均病程（5.5±1.3）年，基线资料，两组无差异（ $P>0.05$ ），具可比性。

1.2 方法

对照组予常规西医治疗方案治疗，主要是口服硝酸异山梨酯片，2 片/次，3 次/天。观察组在此基础上加用茯苓桂枝白术汤，药方组成：白术 25g、茯苓 25g、桂枝 20g、瓜蒌 16g、陈皮 12g、法半夏 12g、干姜 12g、枳实 12g、竹茹 12g、薤白 12g，随症加减，四肢冰凉患者加山楂、淫羊藿、葛根；痰浊化热患者加天麻、黄连、天竺黄；胸痛严重患者加没药、五灵脂、乳香。水煎服，1 剂/日，早晚温服。两组患者均连续治疗 2 个月。

1.3 观察指标

（1）对比两组冠心病患者治疗效率；（2）观察两组冠心病患者治疗前后心功能各项指标变化。

1.4 疗效标准

显效：患者临床症状显著改善，心电图检查恢复正常，停药 90 天内无复发；有效：患者临床症状有所减轻，心电图检查明显改善；无效：患者症状及体征均无变化，甚至加重。总有效率=（显效+有效）

/例数*100%。

1.5 统计学方法

通过 SPSS22.0 对数据进行分析，(n,%) 表示计数资料即治疗效率，卡方检验，($\bar{x} \pm s$) 比较计量资料即心功能指标，t 值检验， $P < 0.05$ 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

观察组冠心病患者的治疗效率经评估为 90.91%，与对照组患者的 72.73% 比较，差异显著 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	55	23 (41.82)	17 (30.91)	15 (27.27)	40 (72.73)
观察组	55	31 (56.36)	19 (34.55)	5 (9.09)	50 (90.91)
χ^2					6.1111
P					0.0134

2.2 两组患者心功能指标比较

治疗前，两组冠心病患者心功能各项指标经评估无差异 ($P > 0.05$)，治疗后，两组患者心功能均有所改善，与对照组比较，观察组患者各项指标更优 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者新功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)		LVEDV (mm)		LVESD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	55	35.18 $\pm$ 0.47	46.58 $\pm$ 0.25	45.28 $\pm$ 1.31	40.4 $\pm$ 1.55	60.78 $\pm$ 3.34	53.26 $\pm$ 2.27
观察组	55	35.15 $\pm$ 0.36	48.36 $\pm$ 0.28	45.31 $\pm$ 1.26	36.17 $\pm$ 1.18	60.89 $\pm$ 3.23	45.05 $\pm$ 2.33
t		0.3758	35.1679	0.1224	16.1035	0.1756	18.7174
P		0.7078	0.0000	0.9028	0.0000	0.8610	0.0000

3 讨论

茯苓桂枝白术汤出自《金匱要略》，是治疗冠心病的重要方剂，具有调节脾胃、清热散结、疏肝理气的功效，可以明显改善心肌血液

循环及减轻心肌耗氧的情况。方中白术具健脾利水的作用；茯苓有祛湿渗水的作用；桂枝有温中散寒的作用；瓜蒌、薤白有清热化痰、理气散结、滋阴润肺的作用；陈皮有祛痰理气的作用；法半夏有消痞散结、化痰止呕的作用；干姜有温中散寒的作用；枳实、竹茹理气消滞、清热止呕，随症加减药物，对症治疗，标本兼治，诸药联合作用，有效改善淤血凝滞、气血亏虚等症状，从而达到缓解心绞痛的目的^[4-5]。结合本次研究结果显示，观察组冠心病患者治疗效率为 90.91%，显著高于对照组患者的 72.73%；在心功能各项指标改善情况方面的比较，观察组患者均优于对照组患者。

综上所述，对冠心病患者在常规西医基础上加用茯苓桂枝白术汤治疗，可有效改善患者心功能，增强临床治疗效率，值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]罗晓鸣,邹剑杰,张伯超,等.瑞舒伐他汀联合硫酸氢氯吡格雷对冠心病患者的临床疗效[J].心血管康复医学杂志,2017,26(4):441-444.
- [2]孔令刚.瑞舒伐他汀联用桂枝茯苓丸治疗血瘀型冠心病合并高胆固醇血症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(10):1092-1094.
- [3]张红霞.桂枝茯苓丸治疗冠心病不稳定心绞痛 64 例临床观察[J].内蒙古中医药,2016,35(10):32-33.
- [4]孙静,孙宇婷.苓桂术甘汤在心血管病中的应用[J].中医药学报,2017,45(1):99-102.
- [5]温少利,张蓓蓓.中医辨证治疗冠心病心绞痛研究进展[J].黑龙江医药,2016,29(4):779-781.

高血压给予天麻钩藤汤治疗的有效性分析

王芳

[摘要]目的：分析天麻钩藤汤治疗高血压的临床疗效。方法：选取 92 例高血压患者，收治时间为 2018 年 1 月至 2019 年 5 月，将病例按数字随机表法平分两组，就应用西医方案治疗（对照组，n=46）与加用天麻钩藤汤治疗（观察组，n=46）总有效率、血压情况展开对比。结果：观察组高血压患者治疗效率经评估为 93.48%，相比对照组的 78.26%，差异明显（ $P<0.05$ ）；两组高血压患者治疗后血压水平均有所下降，与对照组患者比较，观察组更低（ $P<0.05$ ）。结论：天麻钩藤汤可以有效控制高血压患者的血压水平，治疗效率明显更高，值得研究。

关键词：高血压；天麻钩藤汤；疗效

随着人们生活饮食结构的变化及人口老龄化的趋势，高血压已经成为临床最常见的疾病之一，该病常伴有头晕头痛失眠多梦等症状^[1]。目前临床上西医针对本病的治疗主要是给予降压药，虽然可以将血压降至正常范围，但对症状的缓解效果不佳，且长期服用降压药，患者容易出现一系列不良反应，导致患者依从性差，从而降低了药物的效果^[2]。鉴于此，本次研究选取相关病例，就天麻钩藤汤治疗高血压的效果展开探讨，旨在指导临床。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 92 例高血压患者，收治时间为 2018 年 1 月至 2019 年 5 月，将病例按数字随机表法平分对照组和观察组，所有患者均符合高血压诊断标准，临床表现均有不同程度的头痛头晕睡眠困难等。排除哺乳期或妊娠期；精神疾病；心肝肾肺功能异常或合并有其他重大疾病患者。对照组 46 例患者，其中男女患者比例为 23:23，年龄范围 43-67 岁，平均年龄（ 55.8 ± 6.4 ）岁，病程范围 6 个月-5 年，平均病程（ 3.5 ± 1.2 ）年；观察组 46 例患者，其中男女患者比例为 27:19，年龄范围 45-72 岁，平均年龄（ 56.6 ± 6.2 ）岁，病程范围 5 个月-6 年，平均病程（ 3.8 ± 1.4 ）年，两组患者的基础数据经对比无差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：予常规西医措施治疗，主要是口服硝苯地平缓释片，每日早晚各 1 次，每次 1 片（10mg）。

观察组：在常规西医基础上予天麻钩藤汤治疗，药物组成有：天麻 15g、夜交藤 15g、桑寄生 15g、钩藤 15g、益母草 15g、杜仲 10g、石决明 15g、山栀子 10g、黄芩 10g、茯神 10g、川牛膝 15g、甘草 6g，辨证加减药物，大便干结患者加大黄；高血脂患者加山楂、草决明；睡眠困难患者夜交藤加重用量同时加合欢皮、远志、酸枣仁、石菖蒲；剧烈头痛患者加地龙、川芎、藁本，水煎服，1 剂/天，早晚温服。

两组患者均连续治疗 1 周后评估治疗效果。

1.3 观察指标

(1) 对比两组高血压患者的治疗效率；(2) 观察两组患者治疗前后血压变化情况。

1.4 疗效标准

显效：患者临床症状显著改善，血压恢复到正常范围或舒张压下降幅度超过 20mmHg；有效：患者临床症状有所好转，血压虽未恢复到正常范围但有明显下降；无效：未达到上述标准，甚至加重。

1.5 统计学方法

本次数据输入 SPSS22.0 进行分析对比，用 (%) 形式表示计数资料即治疗效率，卡方检验，用 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料即血压水平，取 t 值检验， $P < 0.05$ 存在统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组高血压患者的治疗效率

观察组高血压患者治疗效率经评估为 93.48%，相比对照组的 78.26%，差异明显 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组治疗效率[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	治疗效率
对照组	46	15 (32.61)	21 (45.65)	10 (21.74)	36 (78.26)
观察组	46	20 (43.48)	23 (50)	3 (6.52)	43 (93.48)
χ^2					4.3895
P					0.0362

2.2 比较两组高血压患者血压水平

治疗前，两组患者的血压水平经检查无可比 ($P > 0.05$)，治疗后，两组患者的血压水平均有所下降，与对照组比较，观察组更低 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组血压水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	n	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	152.4±8.21	131.4±8.24	93.1±3.97	88.7±3.23
观察组	46	152.5±8.36	104.2±8.29	93.5±4.02	72.8±3.11
t		0.0579	15.7829	0.4802	24.0505
P		0.9540	0.0000	0.6323	0.0000

3 讨论

中医学将高血压归属为“头痛”、“眩晕”的范畴，其致病内因为阴阳失调、气血亏虚等，外因为负面情绪、不良生活方式、饮食失志等，导致肾经肾阴不足，肝脾损伤。对该病的治疗应以调节阴阳、疏肝补肾为原则^[3]。天麻钩藤汤则有平肝潜阳、滋肝补肾的功效。药方以天麻、钩藤、石决明为主药，天麻、钩藤可祛风平肝；石决明则有平肝潜阳的作用，另配合有宁神安心作用的夜交藤、茯神；有强筋补肾作用的桑寄生、杜仲，与川牛膝联用可使肝阳沉淀，不再浮越；有清热去肝火功效的黄芩、山栀子；有入心、肝二经，活血利水作用的益母草，再根据患者的症状加减药物，对症下药，诸药联合作用，起调理气血、疏肝补肾的功效，从而达到降低血压的目的，且避免了长期服用西药产生的毒副作用^[4]。结合本次研究结果显示，在常规西药治疗基础上加用天麻钩藤汤治疗，其治疗效率及血压控制情况明显优于单纯西医治疗。

综上所述，天麻钩藤汤可以有效控制高血压患者的血压水平，治疗效率明显更高，值得在临床推广。

参考文献

- [1] 王琴,任谦,林萍.不同降压药对肝阳上亢型高血压病患者血清瘦素\危险因素及尿微量白蛋白的影响[J].中国中医药科技,2016,23(3):259-261,306.
- [2] 陈小飞,张宝霞,张宝均.天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压病 40 例的临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2016,16(1):16-18.
- [3] 李长杰.天麻钩藤汤加减应用在肝阳上亢型高血压治疗中的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(30):174.
- [4] 胡绍贵.天麻钩藤汤加减治疗肝阳上亢型高血压的临床效果观察[J].基层医学论坛,2017,21(02):207-208.

中风专科挖掘名老中医临床经验集

王永炎：

一、观点：

1、完善建立中风病中医理法体系

（1）正本清源

（2）强调多因素致病的病因学说

（3）病证结合，以证候为中心

2、中风病临证与诊法、治法

（1）症状学为临床研究之基础要素

（2）辨病机临证思路清晰

（3）治法多样

二、经验集：

1、川芎定痛饮

组成：川芎 15 克、赤芍 15 克、川牛膝 10 克、钩藤 15 克、菊花 10 克、白蒺藜 10 克、佩兰 10 克、白芷 6 克、白豆蔻 3 克（打）、珍珠粉 0.6 克（分冲）。

功能：活血化瘀，平肝熄风，醒脾升清。

主治：头风头痛（血管神经性头痛），属肝阳夹痰浊上扰清窍证：症见头痛经久不愈，疼痛固定不移，头痛而眩，心烦易怒，纳呆呕恶，苔白腻，舌质有紫气，脉弦滑。

2、清肝散风饮

组成：夏枯草 18 克、黄芩 10 克、菊花 10 克、防风 10 克、白芷 6 克、川芎 10 克、丹参 15 克、钩藤 15 克、白蒺藜 10 克、车前草 10 克、佛手 10 克。

功能：清肝经郁火，散内外风邪，活血达络。

主治：口僻初起（周围性面瘫）。症见：突然口眼歪斜伴内热蒸表汗出，发热，耳后压痛，舌苔薄黄，脉浮数或细弦。

3、 脑络宁

组成：生蒲黄 10 克、丹参 15 克、赤芍 10 克、泽泻 10 克、漏芦 6 克、天麻 6 克。

功能：活血通络，兼祛风痰。

主治：中风病中经络轻型病人。症见：肢体麻木，口舌歪斜，眩晕头痛，或半身不遂，舌强言謇，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

张锡纯：脑充血证即《内经》之所谓厥证。亦即后世之误称中风证。愚十余年来治愈此证（脑充血前兆症）颇多，曾酌定建瓴汤一方，服后能使脑中之血如建瓴之水下行，脑充血之证自愈。爰将其方详列于下，以备医界采用。

生淮山药 30 克 怀牛膝 30 克 生赭石 24 克（轧细） 生龙骨 18 克（捣细） 生牡蛎 18 克（捣细） 生怀地黄 18 克 生杭芍 12 克 柏子仁 12 克 磨取铁锈浓水以煎药。此方以治脑充血者，必服至脉

象平和，毫无弦硬之象，而后始可停止也。若大便不实者，去赭石，加建莲子(去心)9克；若畏凉者，以熟地易生地。

许国祯：灵犀丹，治一切诸风，言语蹇涩，心神昏愤。

犀角屑 天麻 防风 川羌活 木香 吴白芷 甘菊 白僵蚕(炒) 天南星(牛胆制) 甘草 地骨皮 山药 薄荷叶 川芎 蔓荆子 麻黄(去根节) 当归 肉桂(去粗皮)各 30 克 干蝎蛸 15 克 麝香(别研)6 克 白花蛇(酒浸，去皮骨，焙干)60 克 上为细末，炼蜜为丸，每 30 克作 8 丸，朱砂 75 克为衣。每服 1 丸，不拘时候，细嚼人参汤化下；或茶酒亦可。

许叔微：星附散，治中风虽能言，口不喎斜，而手足弹曳，脉虚浮而数，风中腑也。

天南星(大者) 半夏(二味薄切，姜汁浸透) 黑附子(炮裂，去皮脐) 白附子(炮微黄) 川乌(灰火炮裂，去皮尖) 白僵蚕(去丝嘴，炒) 没药(别研) 人参(去芦) 白茯苓(去皮)各等分

上为粗末。每服 6 克，水酒各 1 盏，同煎至 8 分，去滓，热服，二三服汗出瘥。顷在桐庐，有人患此症，三投此药，得汗，手足能举。

陶承熹：千金不换饼，治手足拘挛，虽跛至十余年者，俱效。

雄黄 1.5 克 细辛 官桂 牙皂 川乌 羌活 骨碎补 白附子各 3 克
苍术 3 克 麝香 0.9 克水和作饼，棋子大。先将筷头点患处，凡
遇酸痛异常，即系受病之源，或一二处以墨记之，用药饼安上，
以艾灸之，以筋脉能动而止。

任应秋：制豨荑至阴汤，治中风阴虚证。

制豨荑 50 克 干地黄 15 克 盐知母 20 克 当归 15 克 枸杞子 15
克 炒赤芍 20 克 龟板 10 克 牛膝 10 克 甘菊花 15 克 郁金 15 克
丹参 15 克 黄柏 5 克

何炎：临床数十年，应用苦辛寒降汤急救脑血管意外病人多例，
获效甚佳。

石膏 30 克 滑石 30 克 寒水石 30 克 磁石 30 克 牡蛎 30 克 石决
明 30 克 羚羊角 4.5 克 钩藤 15 克 川贝 9 克 秦皮 15 克 草决
明 18 克 蒺藜 18 克

水煎后冲竹沥 2 盅，姜汁少许，再化至宝丹 1 丸(3 克)，急用

王其祥：

羚羊角粉 3 克(冲服) 龟板 12 克 生白芍 18 克 石决明 15 克 钩
藤 15 克 生地 15 克 杭菊花 9 克 炒草决明 9 克 胆南星 9 克 蝉
蜕 6 克 石菖蒲 6 克 粉甘草 6 克 水煎服，每日 1 剂。

(2) 对民间具有价值的方药及特色疗法，诊疗经验和方法进行收集、整理

对民间具有价值的方药及特色疗法，诊疗 经验和方法进行收集、整理

一、中风

方1：黄芪、丹参、川芎、红花、桑寄生、葛根、海藻各50克，当归25克。水煎浓缩至200毫升，每次服50毫升，每日2次，1月1疗程。

方2：槐枝、桃枝、柳枝、椿枝、荔枝，共切碎合煎水三桶。用大盆浸洗如冷加热立洗。后睡床盖被让出汗避风，洗数次即愈。

方3：蓖麻子油1钱，白酒1两，放入铜器内煮熟喝下，1日1次，临睡前服用，可连用15-20日。

方4：每日早饭前喝1两生芹菜汁，临睡前用干桑叶半两，煎1碗汤喝下，15-20日。

方5：黄芪50克，南蛇肉200克，生姜3片，共放炖盅内，加水适量，隔水炖熟，油盐调味，饮汤吃蛇肉。

四、三叉神经痛

方1：白芍30g 生牡蛎30g 丹参15g 甘草15g 用法：水煎，每日1剂，分两次服。(肝阳化风型)

方2：老葱数根，老姜1块，捣成泥状，敷于患处，固定，每日1次。

方3：生黄芪15克 当归6克 赤芍12克 防风6克 羌活3克 蜈蚣2条 桃仁2克 红花12克 玄参15克，水煎服，每日1剂。

方 4: 黄芪 30 克 当归 10 克 升麻 6 克 葛根、党参 15 克 白术、陈皮、柴胡、川芎各 10 克 细辛 6 克 水煎服每日 1 剂。

方 5: 桑葚 150 克, 水煎服, 每日 1 剂, 分 3 次服。

方 6: 石膏 24 克, 葛根 18 克, 赤芍药 12 克, 钩藤 12 克, 苍耳子 12 克, 柴胡 12 克, 蔓荆子 12 克, 黄芩 9 克, 荆芥 9 克, 薄荷 9 克, 甘草 9 克, 全蝎 6 克, 蜈蚣 3 条。水煎服, 每天 1 剂, 每天服两次。

方 7: 地龙 10 克, 鸡血藤 15 克, 龙胆、丹参各 12 克, 生地黄 10 克, 川芎 6 克。随证加减: 血压高者加钩藤、夏枯草、野菊花, 剧烈头痛者加珍珠母, 反复抽搐者加蜈蚣, 便秘者加大黄、火麻仁, 阴虚者加女贞子、天麻、知母、石决明, 热重者加石膏、黄连、黄芩。每天 1 剂, 水煎两次混合, 分早晚服。

方 7: 川乌、草乌、白芷各 15 克。将上药用麻油熬热后, 摊于 10 片布上贴患处。每 5 天换药一次。

方 8: 地龙 3 条, 全蝎 10 个, 天南星、白附子、半夏各 15 克, 路路通 10 克, 细辛 5 克。将上药研为细末, 用时取 5 克, 加一半面粉, 用酒调成饼, 贴敷于太阳穴上, 胶布固定。每天换药一次。

方 9: 川芎、延胡索、地龙、蝉蜕、菊花、蔓荆子各 15 克, 炙甘草、金蝎、皂角刺各 10 克, 白僵蚕 12 克, 地鳖虫 6 克, 蜈蚣两条 (焙干研末冲服)。水煎两次, 对匀, 早晚分服。每天 1 剂。

二、癫痫

方 1: 川贝 18g 枯矾 9g 法夏 12g 制南星 12g 紫河车 1 个 用法: 紫河车洗净焙干, 与诸药共研细末。每日 3 次, 每次 3 克, 开水吞服。

方 2: 吴茱萸 9g 朱砂 5g 广木香 5g 紫河车 (焙研) 1 个 生姜 9g 用法: 前三味煎, 生姜捣汁和紫河车粉冲药服。

方 3: 石菖蒲 伏神 制南星 法夏 白芥子 天竺黄 钩藤 独活 (各 9g) 炙远志 细辛各 3g 天麻 广皮 桂枝尖 牙皂 前胡各 6 克 生姜汁 9 克 用法: 前 15 味水煎两次, 去渣, 将两次药汁和匀, 分成两份, 兑生姜汁服。

方 4: 鱼鳔 60g 煅青矾 10g 朱砂 10g 天竺黄 10g 用法: 上药共研细末, 炼蜜为丸。每次 10 克, 每日早晚各 1 次, 白酒送服。

方 5: 薄荷 4g, 防风 6g, 黄连 6g, 荆芥 6g, 胆南星 6g, 羚羊角 1g, 鹰爪 1 对, 法半夏 6g, 金银花 10g, 巴豆 3 粒 (去壳油)。制法: 将上药共研极细末, 再合面粉 1200g、芝麻 400g, 煎成焦饼。鹰爪、羚羊角冲末水吞服。用法: 发病前每日早午晚 3 次服完。服后如病愈, 则病人不

想再吃, 若不愈则仍爱吃, 可以续服。

方 6: 乌梢蛇 1 斤, 用慢火焙干, 研为细末, 过筛后放置瓶内备用。成人每次 3 钱, 早晚各 1 次, 温水送服, 十岁以内患者每次以五分为宜, 用完 1 斤为 1 疗程, 可用至 2 疗程。

方 7: 白矾适量研末, 成人每次 3-5 克, 儿童酌减, 早饭后及临睡前用开水各冲服 1 次。

方8：冬季乌鸦1只，用盐水和泥封固，烧焦研末，加朱砂半两调匀，每次服1钱，酒服1日3次，不会饮酒者用温开水冲服。

方9：桃花20朵，发病时或发病后立即用白开水冲服，1日1次，连吃5天1疗程，停两天再吃，需3个疗程。

方10：板蓝根500克，僵蚕60克。水泛为丸，每次服10克，每日2—3次。

方11：全蝎、蜈蚣等量共研细末。每次取2克，温黄酒送服，每日2—3次。

方12：竹沥粥淡竹沥30克，地龙2克，大米100克。干地龙焙干研细末，大米煮粥。粥熟后调入竹沥、地龙末，分1-2次食完。可减少发作次数。

方13：枸杞炖羊脑枸杞30克，羊脑1个，油盐适量，枸杞、羊脑放炖盅内，加水适量，隔火炖，油盐调味。可滋阴补脑、减少发作。

方14：淮山枸杞煲猪瘦肉 淮山药30克，枸杞15克，猪瘦肉100克，同放煲内，加清水适量，煲熟后加油、盐调味，分次取食。

三、头痛

方1：川芎100克，浸于500毫升白酒中，1月后每次饮服药酒20毫升，每日3次。 或川芎80克研为细末，每次6克，温开水冲服，每日2次，连用7-10日。

方2：全蝎适量研为细末，装入瓶内，每次取少许置于太阳穴，以胶布固定，每日换药1次，连用3-5日。

- 方3：土茯苓30克，水煎分2次服，连用5-7天。
- 方4：白芷适量研为细末，每次5克，温开水冲服，每日2次，连用7-10日。
- 方5：威灵仙6克，沸水泡茶，每日3次，连用10天。
- 方6：葛根15克，水煎分两次服，连用10天。
- 方7：川芎、天麻、炒僵蚕、羌活各10克，细辛3克，陈皮6克，全蝎4只（微炒），生姜3片，黄酒1杯，水煎服，3天1疗程。
- 方8：苍耳子半两，加红糖1两，煎水喝，7天即愈。
- 方9：桂心30克，研末，黄酒调贴上星、百会两穴，日一换。
- 方10：血竭粉0.5克，贴右太阳穴及最痛处，3次即止。
- 方11：荞麦粉，醋调饼，敷太阳穴。
- 方12：决明子，炒研，茶调敷两太阳穴，干则易，一夜即愈。
- 方13：川芎、荆芥（去梗）各120克，白芷、羌活、甘草各60克，细辛（去芦）30克，防风（去芦）45克，薄荷240克。将上药研为细末，水冲服，每次6克。
- 方14：紫苏叶若干，放在茶杯中，用滚开水冲服，2~5分钟后取叶，滴去水液，涂于太阳穴、大椎穴或头痛处。
- 方15：藿香15克，荷叶30~50克，白芷5克，粳米100克，冰糖适量。荷叶洗净，与藿香、白芷共煎取汁，粳米同煮为粥，调入冰糖温服。每天两次。
- 方16：菊花10克，霜桑叶10克，黄芩6克，薄荷6克，苦丁茶6克，连翘12克，夏枯草12克，藁本6克，白芷10克，鲜白茅根12克，

荷叶两张，川芎12克，细辛3克。水煎服，每天1剂，日服两次。

四、失眠

方1：丹参30克，加水300毫升，用文火煎20分钟，去渣，加冰糖适量再稍煮片刻，分2次服。

方2：百合100克，加清水500毫升，用文火煮至熟烂后加糖适量，分两次服，

方3：甘草15克 浮小麦30克 大枣20克 法夏12克 夏枯草15克 菖蒲8克 酸枣仁12克 合欢皮10克 丹参12克 五味子5克 苦参8克，水煎服，每日1剂，睡前1次服下，10日1疗程。

方4：酸枣仁、夜交藤各20克，党参、黄芪、熟地、白芍各15克，柴胡、佛手各12克，生甘草6克。将上药加水淹没超过3公分许，浸泡15分钟，先用武火烧开后再用文火煎20分钟，取汁，再加水，再煎，取汁，两次药汁混合，分早晚两次饭后温服，2周一疗程。

方5：用花生叶煎水晚上喝，三日除根。

方6：黄鳝1条，瘦肉4两，黄芪25克，黄鳝去内脏，切段，加水共煮，去药，食用，1日1次，晚服，连用2-3次。

方7：花生叶（壳）半两，红枣10枚，浮小麦3钱，煎1碗汤睡前服，连用7天。

方8：取女贞子30克、酸枣仁15克、石莲子10克、五味子5克、琥珀末4克（分两次冲服），每日1剂，水煎分2次温服，10天为1个疗程。

方9：用夜交藤30克，泡茶，睡前一次服，当晚即可睡好觉。

方10：焦枣仁、磁石（须另包先煎30分钟）、生龙牡各30克，淡豆豉、山梔、远志、陈皮、白术各10克，天竺黄、知母、琥珀（另包冲服）各6克，石斛、柏子仁、仙灵脾各12克，合欢皮、夜交藤、枸杞子各15克，生百合20克，朱砂15克（另包冲服）。：上方加凉开水没药，先泡半小时后，水煎40分钟，取汁约150毫升，将两煎汁液混合，分别于每天下午3点和晚上10点各服用1次，每日1剂。

方11：柿叶、山楂核各30克。先将柿叶切成条状晒干，再将山楂核炒焦、捶裂。水煎服，每晚1次，7天为一疗程。

五、面瘫

方1：钩藤15克 鸡血藤20克 白附子6克 白芍20克 白芷15克 僵蚕15克 蝉蜕15克 炒地龙15克 全蝎10克 蜈蚣2天 防风10克 川芎10克 黄芪30克，上药除蜈蚣外，水煎2次兑匀，早晚分服，每日1剂，蜈蚣放瓦上焙焦，研为细末，分两次用药汤冲服即可。

方2：荆芥、防风、地骨皮、柏树皮各6克，蜈蚣6只，研为细末，每次冲服5克，每日2次。

方3：制马钱子粉1克 樟脑粉0.3克 膏药脂4克，调匀，敷患侧

方4：鳝鱼血敷患侧。

方5：皂角末、麻子仁适量，混合捣成糊状，睡前敷健侧。

方6：取蓖麻子30~50粒，去壳，捣烂，敷于患侧下颌关节与口角之间（厚约2毫米），纱布覆盖，胶布固定。每天换药一次。

方7：金蝎（带尾）50克，制白僵蚕、地龙、川芎、黄芩各100

克，防风80克，蜈蚣（微焙去头足）30条，当归150克，白芷100克，白酒300毫升，黄酒2200毫升。将上药共捣粗末，白布袋盛，用酒浸于瓷瓶中，密封瓶口。春夏两天，秋冬7天。一天服两次，每次温服30~100毫升。

六、神经衰弱

方1：丹参30克，水煎，分早晚2次服，1月1疗程。

方2：徐长卿，全草研末，每次10克，1日2次口服，或炼蜜为丸（每丸含生药5克），每次服2丸，每日2次。20天1疗程。

方3：百合30-60克，冷水浸泡1小时后，文火煎煮，煮沸5分钟后，取下药罐，放凉后吃百合及喝药汤，1周1疗程。

方4：豨莶草10克，水煎，分2次服，连用3-5天。

方5：苦参30克，酸枣仁20克，加水100毫升，煎至15-20毫升，睡前20分钟服，10-15天1疗程。

方6：蝉蜕10克，加水500毫升，武火煮沸后再用文火缓煎10分钟，取汁分两次服，15天1疗程。

方7：冬虫夏草10克，鲜胎盘250克，隔水炖熟食用，3-4天服1次。

方8：山药30-50克，枸杞20克，鲜猪脑1个，将猪脑洗净与中药同置瓦盆中，隔水炖熟食用，1-2天服食1次。

方9：柏子仁10克，纳入猪心内，水炖食用，2-3天服1次。

方10：酸枣树根（不去皮）30克，丹参12克。水煎1~2小时，分两次于午休和晚上睡前服。每天1剂。

方11：水鸭1只，去内脏洗净，将冬虫夏草10克，放入水鸭腹内，缝好切口，加水适量炖熟，用盐、味精调味，佐餐食用。

方12：炒决明子15克煎汤取汁，加入猪心（切片）1个，带心莲子100克，同煮作羹，加盐少许调味食用。

七、脑积水

处方：鹿角屑6克 淡附子6克 茯苓皮25克 干姜5克 白芍、白术、紫石英各12克 生地、泽泻各10克 狗脊、山药各6克 羌活3克，水煎服，每日1剂，3月1疗程，可用2-3疗程。

八、眩晕

方1：仙鹤草60克加500毫升水煎成250毫升，一日两次，10天1疗程。

方2：威灵仙，黑根须研末炖肉或蛋或蜜服。

方3：独活30克，鸡蛋6个，加水适量一起烧煮，待蛋熟时，敲裂蛋壳，再煮15分钟，使药液渗入鸡蛋内，去汤渣，单吃鸡蛋，每日1次，每次吃2个，3日1疗程。

方4：小麦30克，红枣10个，猪脑适量放入砂锅内加水，黄酒，隔水炖1小时，分两次吃完。

方5：干荔枝草30克，鲜猪肝适量，加水浸过中药，文火煎煮2次，每次半小时，两煎合并晚间顿服。

方6：干黄瓜藤100-150克，大枣7枚，白糖1匙，将黄瓜藤去叶洗净剪成1寸长与大枣放入药罐内，加水800毫升，浸泡1小时，文火煎沸20分钟，剩150毫升，第2煎加水500毫升，煎取150毫升，

2煎混合后加白糖，早晚分服，取微汗，1周1疗程。

方7：天麻15克，鸡1只，将鸡掏肠洗净，与天麻同煮，不放盐，等鸡熟后，喝鸡汤。

方8：生白萝卜1个，去皮切碎捣烂，去渣取汁，加少许冰片，仰卧将汁滴入鼻中。

方9：青壳鸭蛋1个，红枣10枚，加少许水搅匀蒸熟，早晨空腹，连用5天。

方10：九头狮子草12g，路边黄10g，大独活10g，臭牡丹根12g，竹节参12g，野菊花9g，野党参10g，栗寄生12g，淫羊藿12g，牛血莲12g，金雀花根16g，鸭蛋6枚。将以上诸药放入砂锅内，先用冷水浸泡30min，然后用武火煮开，然后把鸭蛋6枚洗净放入锅内煎煮15min后取出，把鸭蛋壳敲破再放锅内用文火煮30min后，砂锅离火，取出鸭蛋去壳服用。2日1剂，每日服3次，每次1枚。并可同时服药液100ml以增强疗效。6天为1个疗程，症状较重者可服2~5个疗程方可痊愈。但鸭蛋必须是农家在野外饲养鸭所产之蛋，蛋壳则以绿色为佳。

九、老年痴呆

方1：熟地、淮山、山萸肉、生地各15克，党参、黄芪、茯苓、酸枣仁、泽泻各12克，龙骨、龟板各18克，五味子、菖蒲各9克，远志6克，水煎分2次服，隔天服1剂，15剂1疗程。

十、偏头痛

方1：白芍、炙甘草各30克，水煎服，每日1剂，30天1疗程。（虚

证)

方2: 当归、丹参、黄芪、牛膝各15克, 鸡血藤25克, 水煎服, 每日1剂。

方3: 硫磺10克, 川椒去子净末1.5克, 调匀作成小饼, 左边痛塞左鼻孔, 以右鼻孔流清水, 右边痛塞右鼻孔, 以左鼻孔流清水, 全痛则左右都塞, 至鼻水流净为止。

方4: 土茯苓200克先煎汤, 以其汤煎下列药: 辛荑15克, 蔓荆子15克, 生地25克, 元参15克, 川芎15克, 天麻15克, 双花20克, 茶叶15克, 煎取500毫升药液, 分3次服,

方5: 荞麦子、蔓荆子等份研末, 以烧酒调敷患部, 日夜不断, 效果好。愈后鼻流黄水数日, 即能根除。

方6: 川芎、白芷各15克, 大头鱼头1个, 炖40分钟饮汤

十一、高脂血症

方1: 决明子20克, 水煎服, 每日1剂, 两次分服, 1月1疗程, 或取决明子去杂质, 用文火炒至嫩黄备用, 每次取15克, 用白开水冲泡服用。

方2: 女贞子30-40克, 煎服或代茶饮, 每日1剂, 1-2月1疗程。

方3: 泽泻15克, 水煎服, 每日1剂, 分3次服, 1月1疗程。

方4: 制何首乌30克, 水煎服, 每日1剂, 分3次服, 15日1疗程。或制何首乌60克(切碎)、白酒500毫升, 浸泡密封。

每天摇动数次, 3-5天后即可饮用。每天服用1-2次, 每次10-15

毫升。

方 5: 三七研细末, 每次 1 克, 每日 3 次, 吞服, 15 日 1 疗程。

方 6: 生山楂适量, 研成细末, 口服, 每次 15 克, 每日 3 次, 1 月 1 疗程。

方 7: 蒲黄每日 3-5 克, 研末, 开水冲服, 21 日 1 疗程。

方 8: 冬虫夏草, 用金水宝片口服, 每日 3 次, 每次 5 片 (每片 0.2 克), 饭后服, 10 天 1 疗程。

方 9: 茵陈 15 克, 开水泡代茶饮, 每日 1 剂, 1 月 1 疗程。

方 10: 焦山楂、何首乌、紫丹参各 20 克, 加入开水冲泡 1 小时后代茶饮, 可长期服。

方 11: 海带、绿豆面、红糖各 150 克, 将海带洗净切块, 绿豆洗净共煮至烂熟, 红糖调服, 1 日 2 次, 早晚服, 一次 20 克。

方 12: 山楂片 10 克, 白菊花 5 克, 开水泡饮, 1 日 2 次, 连服 1 月。

方 13: 丹参 20 克, 何首乌 15 克, 草决明 15 克, 山楂 15 克, 枸杞子 10 克。文火水煎, 取汁约 1500 毫升, 储存于保温瓶中, 代茶频饮。

十二、精神分裂症

方 1: 苦参 30-60 克, 酸枣仁 30 克, 加水 100 毫升, 煎至 20 毫升, 睡前 20 分钟冲服, 半个月 1 疗程。

方 2: 女贞子、旱莲草、麦冬、丹参、百合各 30 克, 生地、玄参各 60 克, 陈皮 15 克, 加水煎煮 2 次, 两煎兑入分早晚 2 次服,

半月 1 疗程。

方 3: 三棱、莪术各 60 克, 赤芍、生大黄各 30 克, 水煎分早晚 2 次服, 1 月 1 疗程。

方 4: 青色牛角锉为粗粉, 捣碎, 过筛, 加入适量白糖备用, 开始每日 3 次, 每次 2-3 克, 以后逐渐加量至每日 60 克, 1 月 1 疗程。

方 5: 地龙(新鲜) 7 条, 白糖 200 克。从土中挖取新鲜蚯蚓, 洗净, 放在白糖中, 蚯蚓会慢慢化水, 去掉蚯蚓渣, 用余下的糖水冲开水饮用。

十三、嗜睡

处方: 陈皮、郁金、菖蒲、清半夏各 10 克, 茯苓、苦参、苍术、白术各 15 克, 水煎服, 每日 1 剂, 半月 1 疗程。

十四、癔症 s

方 1: 仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、当归各 10 克, 黄柏、知母各 6 克, 酸枣仁 20 克, 夜交藤 15 克, 远志 10 克, 石菖蒲 6 克。水煎服, 每日 1 剂, 7 天 1 疗程。可服用 2-3 疗程。

方 2: 代赭石(先煎) 40 克, 党参、生地黄各 15 克, 旋复花(包)、远志、柏子仁、延胡索、炙甘草各 10 克, 酸枣仁 20 克, 大枣 30 克, 生姜 3 片。水煎, 分早、中、晚口服, 每天 1 剂, 5 剂为一疗程。

第四章 重点专科建设

4.5 开展专科诊疗技术及特色疗法，研制和使用专科中药制剂 (4.5.1-4.5.4)。

资料目录

- 31. 关于在各临床科室开展中医特色疗法的通知 4.5.1... ..157
- 32. 中风专科技术及特色疗法操作规范 4.5.1... ..158
- 33. 中风专科临床使用专科制剂 4.5.3... ..165

31. 关于在各临床科室开展中医特色疗法的通知

关于在各临床科室开展中医特色疗法的通知

各临床科室：

为了加强医院中医特色内涵建设，充分发挥针灸推拿中医特色优势，经研究，医院决定在各临床科室推广普及针灸推拿等中医特色治疗法，现将有关事项通知如下：

- 一、 此项工作由医务科负责组织和协调，针灸理疗科具体实施，各临床科室配合共同完成。
- 二、 严格按照已筛选出的病程及配套的诊疗方案执行（各科室已制订诊疗方案）。执行情况将纳入各临床科室和针灸理疗科的医疗质控和综合目标责任管理。各科室对适宜病程配合中医特色疗法的比例必须达到规定范围，质控科将对临床科室完成情况进行质控检查并奖优罚劣。
- 三、 按照分批逐步实施的原则开展中医特色疗法，第一批实行的为中风科、骨伤科、心血管科、肺病科、外科、妇科六个病区。
- 四、 各临床科室必须高度，认真对待，积极参与。必须提供病源，协助针灸理疗安排时间，提供针灸理疗综合治疗室，便于针具、火罐、消毒器具等仪器的存放。
- 五、 中医特色疗法开展工作从 2019 年 3 月开始执行。

2019 年 3 月

32. 中风专科技术及特色疗法操作规范

中风专科技术及特色疗法操作规范

项目一：艾灸疗法

【简介】艾灸疗法是指在中医基础理论的指导下，根据经络学说运用艾绒或以为主要成分制成的灸材，点燃后悬置或放置在穴位或病变部位，借灸火的热力及药物的作用，激发经气，达到防治疾病的一种外治方法。

【适应症】此法具有温经散寒、扶阳固脱、消瘀散结、防病保健的作用，常用于寒湿痹痛、脏腑虚寒、阳气虚脱、气虚下陷、经络瘀阻等证及亚健康调理。本科室运用此法治疗中风后遗症、眩晕、头痛取得们满意疗效，已成为我科室中医特色治疗项目之一。

【操作器具】艾条、酒精棉球 、打火机

【艾条灸操作规范】

- 1、核对医嘱、治疗卡，对床号、姓名。
- 2、检查患者局部皮肤情况，向患者解释灸材的使用方法及目的。
- 3、将艾条一端点燃，对准被灸穴位。
- 4、保持 3—5cm 距离，艾灸热辐射到被灸部位有温热感而无灼痛感。
- 5、根据情况可灸 15—30min。

【特点】

- 1、适应症广，疗效明确。

2、操作方便，经济安全等。

项目二：穴位贴敷疗法

【简介】穴位贴敷疗法是指在中医理论指导下，选取一定的穴位贴敷某些药物，通过腧穴刺激疗法和药物外治的共同作用，起到扶正驱邪、防治疾病的一种疗法，此法即可统治外证，也可内病外治，属灸法的延伸。药物组方多采用具有刺激性及芳香走窜的药物，具有一定的“发泡疗法”特征。

【适应症】常用于久咳久喘、腹泻、痹症、喉暗病、口疮、小儿遗尿的方面的病症。本科室运用于眩晕及头痛取得满意疗效，已成为我科室的中医特色治疗项目之一。

【操作器具】穴位贴敷药膏、胶布

【操作规范】

- 1、辩证选穴用药。
- 2、贴法：将已制好的药物直接贴压于穴位，然后外覆胶布固定；或先将药物置于胶布粘面正中，再对准穴位进行粘贴。适用于膏药、丸剂、饼剂、磁片的腧穴贴敷。
- 3、敷法：将已制备好的药物，直接敷在穴位上，外覆塑料薄膜，并用纱布医用胶布固定即可。适用于散剂、糊剂、泥剂、浸膏剂的腧穴贴敷。
- 4、刺激性小的药物每次贴敷 4-8 小时，可每隔 1-3 天贴治一次。刺激性大的药物，如蒜泥、白芥子等，视患者的反应和发泡程度确定贴敷时间，约数分钟至数小时不等。

5、敷脐疗法每次贴敷的时间可以在 3-24 小时，隔日一次，所选药物不应为刺激性大及发泡之品。

6、冬病夏治腧穴贴敷从每年入伏到伏末，一般每 7-10 天贴一次，每次贴 3-6 小时，连续 3 年一疗程。

【特点】

- 1、操作简便，疗效佳。
- 2、经济实用，不良反应小等。

项目三：耳压疗法

【简介】耳压疗法是指使用丸状物贴压耳穴以防治疾病的一种方法。

【适应症】耳压疗法常用于治疗各种疼痛性疾病如偏头痛、三叉神经痛、坐骨神经痛等；炎症性疾病如中耳炎、牙周炎、咽喉炎、风湿性关节炎、面神经炎等；功能紊乱性疾病如胃肠功能紊乱、神经衰弱、癔症等；过敏与变态反应性疾病如过敏性鼻炎、哮喘、过敏性结肠炎、荨麻疹等。本科室用于中风及眩晕等病的治疗，疗效满意，已成为我科中医特色治疗项目之一。

【操作器具】王不留行籽、胶布、75%酒精、棉签

【操作规范】

- 1、耳穴探查，当人体某部位出现病理改变时，往往会在耳郭上一定的部位出现某种阳性反应，如压痛、丘疹、脱屑等。耳穴探查以压痛法探查为主。

2、探查好阳性反应点后，对其进行擦拭消毒，将王不留行籽粘附在 0.6*0.6 厘米大小的胶布中央，用镊子夹住，贴敷于耳穴上，并给与适当按压，使耳廓有发热、胀痛感（即得气）。双侧耳穴轮流使用，2-3 日 1 换。

【特点】

- 1、持续刺激穴位。
- 2、操作方便，经济安全、无痛无副作用等。

项目四：醒脑开窍针刺法

【简介】醒脑开窍针刺法是指在中医基础理论的指导下，石学敏教授于 1972 年独创的一套治疗中风方法，通过一定的手法刺激机体的腧穴或疾病反应点，以疏通经络脏腑，从而达到扶正驱邪、治疗疾病的目的。

【适应症】刺法适应症非常广泛，我科运用此法治疗中风后遗症、眩晕、头痛等取得满意疗效，已成为我科的中医特色治疗项目。

【操作器具】针灸盒、毫针、镊子、75%酒精、棉签

【操作规范】

- 1、核对医嘱、治疗卡，对床号、姓名。
- 2、向患者解释此疗法及目的，并检查患者局部皮肤情况。
- 3、选择适宜体位，医者手指和患者局部施术部位（穴位或疾病反应点）消毒。
- 4、取毫针直刺或斜刺穴位后行针令得气。
- 5、留针并观察患者有无异常及不适并及时处理。

6、20—30 分钟后取针。

7、取针后根据情况按压或不按针孔。

【特点】

1、适应症广，疗效明确。

2、操作方便，经济安全等。

项目五：推拿疗法

【简介】推拿古称按摩、按跷等，是在中医基础理论指导下，运用推拿手法或借助于一定的推拿工具作用于人体体表的特定部位或穴位来防治疾病的一种治疗方法。

【适应症】广泛应用于各种骨伤科疾病、周围神经病及一些内妇儿疾病。本科室应用于中风后遗症肢体功能的康复及眩晕取的满意疗效，已成为我科室中医特色治疗项目之一。

【操作规范】

1、让患者先俯卧于治疗床上，施术者站其身旁，先用双手掌推法，自肩背部向足跟方向反复直推各 3~5 遍；再用双手揉按背部脊柱两侧，以及拿揉下肢后面，各反复 3~5 遍。

2、用双手拇指按压第 6 颈椎旁开 2 寸的降血压点，约半分钟，以患者感觉头部轻微发胀为度，然后依次点按大椎、肩井、肺俞、肾俞、委中、昆仑等穴。

3、再让患者翻身仰卧，施术者用右手反复按摩患者腹部，再用右手拇中二指反复点揉双梁门穴，并重点点揉右侧梁门穴（此穴

为降压要穴)持续 1~3 分钟。再用拇指点揉按压两足三里穴，掐揉两太冲穴。

4、然后，坐于床头前方，用双手掌大鱼际，自太阳穴绕经两鬓及耳后再推经风池穴及颈项两侧大筋，反复 3~5 遍。再用双手十指尖着力，反复抓拿头顶及头两侧之头皮，反复 3~5 遍。最后，再反复搓揉双足底及涌泉穴，各约半分钟，手法结束。

【特点】

- 1、适应症广，疗效明确。
- 2、操作方便，经济安全等。

项目六：肢瘫熏洗方

【简介】肢瘫熏洗方我院的省纪中医药科研项目，是治疗中风后肢体肿胀一种外治方法。

【适应症】应用于中风后肢体肿胀，并已取得满意疗效，已成为我科室中医特色治疗项目之一。

【操作规范】

1、中药熏洗治疗组采用医院经验方肢瘫熏洗方（透骨草 30 克，威灵仙 15 克、川芎 20 克、丹参 20 克、生草乌 15 克、鸡血藤 40 克、伸筋草 40 克、络石藤 50 克、黑风藤青风藤各 20 克、赤芍 20 克、桑枝 20 克、艾叶 10 克），水煎取汁约 1000 毫升，放入中药熏蒸床储药罐内熏蒸患侧手足，温度控制在 35 度~37 度之间，每次 40 分钟，每日 1 次。

2、熏蒸完后，指导或协助病人做功能康复锻炼，患侧上肢和手做双手交叉向前伸肘、推物、翻掌、前臂旋前、旋后、屈伸肘及腕、手抓放等；下肢做踝背屈、膝屈、膝伸、跖屈及内翻等功能康复锻炼，每个部位反复进行25次，或协助病人步行10~15 min。

【特点】

- 1、对中风后肢体肿胀疗效明确。
- 2、操作方便，不良反应少等。

33. 中风专科临床使用专科制剂

中风专科制剂

品名：肢瘫熏洗方

批准文号：已申报湖南省中医药科研计划项目

制剂：透骨草 30 克，威灵仙 15 克、川芎 20 克、丹参 20 克、生草乌 15 克、鸡血藤 40 克、伸筋草 40 克、络石藤 50 克、黑风藤青风藤各 20 克、赤芍 20 克、桑枝 20 克、艾叶 10 克

水煎取汁约 1000 毫升，放入中药熏蒸床储药罐内熏蒸患侧手足，温度控制在 35 度~37 度之间，每次 40 分钟，每日 1 次。

功能与主治：中风后肢体肿胀

使用情况：经常使用