

脑出血中医诊疗指南

中华中医药学会

关键词：脑出血；中医药疗法；中医诊疗标准

doi: 10.3969/j.issn.1672-2779.2011.23.073

文章编号：1672-2779 (2011) -23-0110-03

脑出血 (intracerebral hemorrhage, ICH) 是指非外伤性原发性脑实质内出血。脑出血病因多种多样, 常见的有高血压、脑血管畸形、脑淀粉样血管病、溶栓或抗凝后、瘤卒中和脑梗死后出血等, 其中高血压性脑出血最为常见。高血压性脑出血是在血管病变基础上, 血压升高使动脉破裂所致。脑出血的发病率为每年 60~80 / 10 万人口, 在我国占急性脑血管病的 30% 左右。急性期病死率为 30%~40%, 是急性脑血管病中最高的。在脑出血中, 大脑半球出血约占 80%, 脑干和小脑出血约占 20%。脑出血预后与出血部位、出血量、病因和全身状态有关, 脑干、丘脑、脑室大量出血预后差。重症脑出血多在发病数小时至数天内因脑疝死亡, 部分患者可生活自理或恢复工作。本病属于中医学的“中风病”范畴。

1 诊断依据

1.1 临床表现

1.1.1 症状 突发性偏瘫、偏身感觉障碍、失语等局灶性神经功能缺损症状, 常伴有头痛、呕吐、意识水平下降, 重症者起病即表现为意识障碍

1.1.2 体征 可有偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、失语、空间构象障碍、精神症状、凝视麻痹、共济失调、眼震、复视、眼睑下垂、痫性发作、四肢瘫、去脑强直、意识障碍和脑膜刺激征等。

1.2 理化检查

1.2.1 血液检查 可有白细胞增高, 血糖升高等。

1.2.2 影像学检查 头颅 CT: 是诊断脑出血安全有效的首选方法, 可准确、清楚地显示脑出血的部位、出血量、占位效应、是否破入脑室或蛛网膜下腔及周围脑组织受压的情况。头颅 CT 扫描示血肿灶为高密度影, 边界清楚, CT 值为 75~80Hu, 在血肿被吸收后显示为低密度影。

头颅 MRI: 脑出血后的不同时期血肿的 MRI 表现各异。急性期脑出血的诊断 CT 优于 MRI, 但 MRI 检查能更准确地显示血肿演变过程, 对某些脑出血患者的病因探讨会有所帮助, 如能较好地鉴别瘤卒中, 发现脑动静脉畸形及动脉瘤等。

脑血管造影: 中青年非高血压性脑出血或者 CT 和 MRI 检查怀疑有血管异常时, 应进行脑血管造影检查。脑血管造影可清楚地显示异常血管及显示出造影剂外漏的破裂血管和部位。可检出脑动脉瘤、脑动静脉畸形、烟雾病和血管炎等。

腰穿检查: 在没有条件或不能进行 CT 扫描者, 可

进行腰穿检查以协助诊断脑出血。对大量的脑出血、小脑出血或脑疝早期, 腰穿应慎重, 以免诱发脑疝。

1.3 诊断要点 参照 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》: 好发部位为壳核、丘脑、尾状核头部、中脑、桥脑、小脑、皮质下白质, 即脑叶、脑室及其他。主要是高血压性脑出血, 也包括其他病因的非外伤性脑内出血。高血压性脑出血的诊断要点如下: ①常于体力活动或情绪激动时发病。②发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。③病情进展迅速, 常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。④多有高血压病史。⑤腰穿脑脊液多含血和压力增高 (其中 20% 左右可不含血)。⑥脑超声波检查多有中线波移位。⑦鉴别诊断有困难时可做 CT 检查。

2 辨证论治

脑出血基本病机是脏腑功能失调, 阴阳失衡, 气血逆乱, 上犯于脑, 络破血溢于脑脉之外, 重症者可闭塞清窍, 蒙蔽神明。病位在脑, 与心、肾、肝、脾密切相关。病性是本虚标实, 上盛下虚。在本为肝肾阴虚, 气血亏虚; 在标为风火相煽, 痰湿壅盛, 气血逆乱, 络破血溢。“风证”、“火证”、“痰证”、“阴虚证”为出血性中风急性期的基本证候, “风证”为发病的启动因素, 急性期以“火证”最为明显, 而“痰证”贯穿于疾病的始终。

2.1 肝阳暴亢, 风火上扰证 证候: 半身不遂, 口舌歪斜, 言语謇涩或不语, 偏身麻木, 头晕头痛, 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。

治法: 平肝潜阳, 清热息风。

方药: 天麻钩藤饮加减 (天麻 9g, 钩藤 (后下) 12g, 石决明 (先煎) 30g, 川牛膝 12g, 杜仲 9g, 桑寄生 9g, 黄芩 9g, 栀子 9g, 益母草 9g, 夜交藤 9g, 茯神 9g)。

加减: 头晕头痛, 加菊花 12g, 桑叶 9g 以平肝息风; 肝火甚, 力口龙胆草 6g 以清泻肝火; 心烦易怒, 加牡丹皮 9g, 白芍 9g 以清热除烦; 便干便秘, 加大黄 (后下) 6g 以清热通便。重症患者出现风火上扰清窍而神志昏蒙, 以羚角钩藤汤加减配合服用安宫牛黄丸, 药用: 羚羊角片 (单煎) 3g, 桑叶 6g, 川贝粉 (冲服) 2g, 生地黄 15g, 钩藤 (后下) 9g, 菊花 9g, 茯神 9g, 白芍 9g, 甘草 3g, 竹茹 9g 等。

中成药: ①天麻钩藤颗粒, 开水冲服, 1 次 10g, 1 日 3 次; ②清开灵注射液 20~40ml 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 生理盐水 250~500ml 中, 静脉滴注, 1 日 1 次, 可连续使用 7~14d。

※基金项目: 国家中医药管理局中医药标准化专题项目 [ZYXH/T123-2008]

2.2 痰热腑实,风痰上扰证 证候:半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,偏身麻木,腹胀,便干便秘,头晕目眩,咯痰或痰多,舌质暗红或暗淡,苔黄或黄腻,脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。治法:化痰通腑。方药:星蒌承气汤加减(瓜蒌 30g,胆南星 6g,大黄(后下) 9g,芒硝(冲服) 9g,丹参 15g)。加减:舌苔黄腻、脉弦滑、便秘是本证的特征,也是化痰通腑法的临床应用指征。应用本法应以通为度,不可通下太过,以免伤及正气。头痛、头晕重,加钩藤(后下) 12g,菊花 12g,珍珠(先煎) 15g 以平肝息风;风动不已,躁动不安,加羚羊角粉(冲服) 0.6g,石决明(先煎) 30g,磁石(先煎) 30g 以镇肝息风;痰热甚,加天竺黄 6g,竹沥水(冲服) 10ml,川贝粉(冲服) 2g 以清化痰热;心烦不宁,加栀子 9g,黄芩 9g 以清热除烦;大便通而黄腻苔不退,少阳枢机不利,气郁痰阻,配大柴胡汤化裁;年老体弱津亏,口干口渴,加生地黄 15g,麦冬 15g,玄参 9g 以养阴生津;黄腻苔呈斑块样剥脱,见阴伤之势,去芒硝,减胆南星、瓜蒌、大黄之用量,加麦冬 9g,玄参 9g,生地黄 15g 以育阴生津。

中成药:①牛黄清心丸,口服,1次1丸,1日1次;②清开灵注射液 20~40ml 加入 5%葡萄糖注射液或 0.9%生理盐水 250~500ml 中,静脉滴注,1日1次,可连续使用 7~14d。

2.3 阴虚风动证 证候:半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,偏身麻木,烦躁失眠,头晕耳鸣,手足心热,咽干口渴,舌质红绛或暗红,或舌红瘦,少苔或无苔,脉弦细或弦细数。治法:滋养肝肾,潜阳息风。方药:镇肝息风汤加减(牛膝 15g,代赭石(先煎) 30g,龙骨(先煎) 15g,牡蛎(先煎) 15g,龟甲(先煎) 15g,白芍 9g,玄参 15g,天冬 15g,川楝子 6g,麦芽 6g,茵陈(后下) 6g,甘草 6g)。加减:心烦失眠,加黄芩 9g,栀子 9g,莲子心 3g,夜交藤 15g,珍珠母(先煎) 15g 以清心除烦,镇心安神;头痛重,加石决明(先煎) 30g,夏枯草 6g 以清肝息风;阴虚明显,加鳖甲(先煎) 15g,阿胶(烊化) 9g 以滋阴养血;阴虚血瘀明显,以育阴通络汤加减,药用:生地黄 15g,山萸肉 9g,钩藤(后下) 15g,天麻 9g,丹参 15g,白芍 9g 以育阴息风,活血通络。

中成药:①大补阴丸,口服,1次6g,1日2~3次;②知柏地黄丸,口服,水蜜丸1次6g,小蜜丸1次9g,大蜜丸1次1丸,1日2次;③生脉注射液 20~60ml 加入 5%葡萄糖注射液 250~500ml 中,静脉滴注,1日1次,可连续使用 7~10日。

2.4 痰热内闭清窍证 证候:神昏,半身不遂,鼻鼾痰鸣,项强身热,气粗口臭,躁扰不宁,甚则手足厥冷,频繁抽搐,偶见呕血,舌质红绛,舌苔黄腻或干腻,脉弦滑数。治法:清热化痰,醒神开窍。方药:羚羊角汤力口减,配合灌服或鼻饲安宫牛黄丸(羚羊角粉(冲服) 0.6g,龟甲(先煎) 15g,生地黄 12g,牡丹皮 9g,白芍 12g,夏枯草 6g,石决明(先煎) 30g)。加减:痰多,加胆南星 6g,竹沥水兑服 1. ml 或配合服用琥珀猴枣散

以清热化痰;便秘,加大黄(后下) 9g,芒硝(冲服) 9g 以通腑泻热;躁扰不宁,加黄芩 9g,栀子 9g,麦冬 9g,莲子心 3g 以清肝泻火除烦;伴抽搐,加僵蚕 6g,天竺黄 6g 以息风化痰止痉;神昏重,加郁金 12g,石菖蒲 9g 以开窍醒神;见呕血、便血,加三七粉 3g,大黄粉 3g 冲服或鼻饲以凉血止血。

中成药:①安宫牛黄丸,灌服或鼻饲,1次1丸,每6~8小时1次;②琥珀猴枣散,口服,1次0.3g,1日2次;③清开灵注射液 20~40ml 加入 5%葡萄糖注射液或 0.9%生理盐水 250~500ml 中,静脉滴注,1日1次,连续使用 7~14d。

2.5 痰湿蒙塞清窍证 证候:神志昏蒙,半身不遂,口舌歪斜,痰鸣漉漉,面白唇暗,肢体松懈,瘫软不温,静卧不烦,二便自遗,或周身湿冷,舌质紫暗,苔白腻,脉沉滑缓。治法:温阳化痰,醒神开窍。方药:涤痰汤加减,配合灌服或鼻饲苏合香丸(法半夏 9g,陈皮 9g,枳实 9g,胆南星 6g,茯苓 15g,石菖蒲 9g,竹茹 6g,远志 9g,丹参 15g,甘草 9g)。加减:肢体抽搐,加天麻 9g,钩藤(后下) 15g 以平肝息风;痰声漉漉,舌苔厚腻,加紫苏子 9g,瓜蒌 15g 以化痰降浊。

中成药:①苏合香丸,鼻饲,1次1丸,1日2~3次;②醒脑静注射液 20~40ml 加入 5%葡萄糖注射液或 0.9%生理盐水 250~500ml 中,静脉滴注,1日1次,连续使用 7~10d。

2.6 元气败脱 神明散乱证 证候:神昏,肢体瘫软,目合口张,呼吸微弱,手撒肢冷,汗多,重则周身湿冷,二便失禁,舌痿不伸,舌质紫暗,苔白腻,脉沉缓或沉微。治法:益气回阳固脱。方药:参附汤加减,或合生脉散加减(人参(单煎) 12g,附子(先煎) 9g)。加减:汗出不止,加山茱萸 9g,黄芪 30g,煅龙骨(先煎) 30g,煅牡蛎(先煎) 30g 以敛汗固脱;气阴两伤,选用西洋参(单煎) 6g,阿胶(烊化) 9g,龟甲(先煎) 15g 以益气养阴;阳气欲脱,四肢不温,用附子(先煎) 9g,红参(单煎) 15g 水煎频频灌服,以回阳固脱。

中成药:①参附注射液 20~100ml 加入 5%或 10%葡萄糖注射液 250~500ml 中,静脉滴注,1日1次;②参麦注射液 10~60ml 加入用 5%葡萄糖注射液 250~500ml 中,静脉滴注,1日1次。

2.7 气虚血瘀证 证候:半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或不语,偏身麻木,面色㿔白,气短乏力,口角流涎,自汗出,心悸便溏,手足肿胀,舌质暗淡,或舌边有齿痕,舌苔薄白或白腻,脉沉细、细缓或细弦。本证多见于恢复期。治法:益气活血。方药:补阳还五汤加减(黄芪 30g,当归尾 6g,赤芍 9g,地龙 6g,川芎 6g,红花 9g,桃仁 9g)。加减:恢复期气虚明显,加党参 12g 或太子参 15g 以益气通络;言语不利,加远志 9g,石菖蒲 6g,郁金 12g 以祛痰利窍;心悸、喘息,加桂枝 6g,炙甘草 6g 以温经通阳;肢体麻木,加木瓜 15g,伸筋草 15g,防己 9g 以舒筋活络;上肢偏废,加桂枝 6g 以通络;下肢瘫软无力,加续断 12g,桑寄生 15g,杜仲 12g,牛膝 12g 以强壮筋骨;小便失禁,加桑螵蛸 9g 以温肾固涩;

肢体拘急疼痛而血瘀重，加莪术 6g，水蛭 3g，鬼箭羽 9g，鸡血藤 15g 以活血通络。

中成药：①脑安胶囊，口服，1次2粒，1日2次；②生脉注射液 20~60ml 加入 5%葡萄糖注射液 250~500ml 中，静脉滴注，1日1次，可连续使用 7~10d。

3 其他治法

3.1 针灸 病情平稳后可以进行针灸。中经络者，取穴以手足阳明经穴为主，辅以太阳、少阳经穴。中脏腑脱证者，选用任脉穴为主，用大艾炷灸治疗；闭证者，取水沟、十二井穴为主。

中经络者，上肢取穴肩髃、臂臑、曲池、外关、合谷、内关；下肢取穴环跳、承扶、风市、足三里、血海、委中、阳陵泉、太冲。吞咽障碍者，加风池、完骨、天柱、天容；语言不利者，加廉泉、金津、玉液、哑门；手指握固者，加八邪、后溪；足内翻者，加丘墟、照海。

中脏腑者，脱证取穴关元、足三里，施大艾炷隔姜灸，神阙隔盐灸；闭证取穴水沟、十二井、太冲、丰隆、劳宫等。

3.2 熏洗 复方通络液：红花 10g，川乌 10g，草乌 10g，当归 10g，川芎 10g，桑枝 30g。

用法：以上药物煎汤取 1000~2000ml，煎煮后乘热以其蒸汽熏病侧手部，待药水略温后，洗、敷肿胀的手部及病侧肢体。

加减：可在基础方上加用海风藤、络石藤等藤类药物以搜风通络，加威灵仙以通经活络；手部色紫暗、指甲无华而暗者，属瘀血较重，加用川牛膝、桃仁、鸡血藤等加重活血之力，以活血通经；若手部胀大紧绷，皮色光亮，痰湿之象较重者，可加用狼毒、芒硝等燥湿化痰，以消除在局部之湿痰。

3.3 康复训练 脑出血患者的康复训练在病情相对平稳后即可进行，可在病后 7~14 日开始。包括运动功能、感觉障碍、痉挛、失语症、构音障碍、吞咽障碍等的康复。

方案的选择包括良肢位的设定、被动关节活动度维持训练、体位变化的适应性划 II 练、平衡反应诱发训练和抑制痉挛等。在康复中贯彻“松”和“静”的原则和方法。“松”是精神的放松和肢体的放松。“静”是心静气宁，克服焦躁、压抑的情绪，而且要避免误动、盲动。在“动”中强调动作的质量，而不强求动作的次数。

(本文主要起草人：邹亿怀 马斌)

(张文娟 杨建宇 李杨 辑)

中医治疗脑梗死简述

郭会军¹ 高尚社^{2*} 杨建宇^{3*} 李扬³

关键词：脑梗死；中医药疗法；综述

doi: 10.3969/j.issn.1672-2779.2011.23.074

文章编号：1672-2779 (2011) -23-0112-06

脑梗死又称缺血性脑卒中，是指各种原因引起的脑部血液供应障碍，使局部脑组织发生不可逆性损害，导致脑组织缺血、缺氧性坏死。韦氏认为，短暂性脑缺血发作（TIA）是导致完全性脑梗死的重要原因之一^[1]。属中医学“中风病”范畴^[2]。我国是全世界脑血管病死亡率最高的国家，城市脑卒中的年发病率、年死亡率和时间点患病率分别为 219/10 万、116/10 万和 719/10 万；农村地区分别为 185/10 万、142/10 万和 394/10 万。脑梗死占脑卒中 50%~60%，位居世界第一位。其急性期病死率为 5%~15%，存活的患者中，致残率约为 50%，偏瘫是致残的最主要原因^[3]。脑梗死在造成患者生存质量下降的同时，给家庭、社会也造成了沉重的负担。因此脑血管病的研究和防治已成为当今我国重大的公共卫生问题。中医药在治疗脑梗死方面有独特的方法和优势，具有显著的临床疗效。简述如下。

*基金项目：国家级名老中医（第四批）传承学术继承项目

作者单位：1 河南中医学院第一附属医院（郑州 450000）

2 河南省 460-01 医院（中牟 451460）

3 北京复兴门知医堂中医专科门诊（北京 100031）

*通讯作者

1 病因病机

1.1 正气自虚论 严氏认为，梗死性中风病的病因，历代医家论述较多，从病因的发展来看，大体分为两个阶段。唐宋以前多以“内虚邪中”立论，唐宋以后，特别是金元时代，许多医家以“内风”立论，李东垣认为：

“正气自虚”发为中风。正气不足是疾病发生的内在根源，若正气旺盛，卫外固密，病邪难以入侵，疾病难以发生。正如王清任说：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，血液在血管中运行势力迟缓而瘀阻”。尤其是老年人，气血虚弱，必将导致血脉运行迟缓，甚至瘀滞脉络，最后导致脑脉不通，神机失养而发为本病。因此，梗死性中风的主要病因是因虚致瘀^[4]。

1.2 风邪直中论 吴氏认为，中风病是由于“正气不足，外受风邪”而得名，如《素问·风论》云：“风之伤人……或为偏枯”。《灵枢·刺节真邪》云：“虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰则真气去，邪气独居，发为偏枯”。偏枯，乃中风病的一个主要症状，偏枯之古称，又称半身不遂。医圣仲景秉承经旨，明确提出中风病与受风有关，如《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》云：“夫风之为病，当半身不遂……中风使然”。并创“络脉空虚”，外（寒）邪入中论。中风病“中风”之病因学说，