中风病（脑梗死）恢复期中医诊疗方案

---潍坊市中医院脑病科2021.09修订

一、诊断

（一）疾病诊断

1．中医诊断标准：参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病中医诊断疗效评定标准》（试行，1995年）。

主要症状：偏瘫、神识昏蒙，言语謇涩或不语，失语，偏身感觉异常，口舌歪斜。

次要症状：头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，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1个主症、2个次症，结合起病、诱因、先兆症状、年龄等，即可确诊；不具备上述条件，结合影像学检查结果亦可确诊。

2．西医诊断标准：参考2018年中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》（2018年）。

（1）急性起病(1)急性起病；(2)局灶神经功能缺损(一侧面部或肢体无力或麻木，语言障碍等)，少数为全面神经功能缺损；(3)影像学出现责任病灶或症彬体征持续24 h以上；(4)排除非血管性病因；(5)脑CT／MRI排除脑出血。

（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个月。

3．后遗症期：发病6个月以后。

（三）证候诊断

1.风火上扰证：眩晕头痛，面红耳赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干，舌质红绛，舌苔黄腻而干，脉弦数。

2.痰瘀阻络证：头晕目眩，痰多而黏，口眼歪斜，肢体麻木和（或）活动不利，舌质暗淡或有瘀斑，舌苔薄白或白腻，脉弦滑（或弦涩）。

3.痰热腑实证：腹胀便干便秘，头痛目眩，咯痰或痰多，舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

4.阴虚风动证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，感觉减退或消失，眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥，舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。

5.气虚血瘀证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，面色晄白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，舌苔白腻，有齿痕，脉沉细。

6.气血两虚证：少气懒言、神疲乏力、言语謇涩，手足麻木，肌肉蠕动，自汗、眩晕、心悸失眠、面色淡白或萎黄等，舌质淡，苔薄，脉弦细或沉细。

二、治疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂或中成药

**中风病（脑梗死）恢复期治疗应标本兼顾、扶正祛邪，后遗症期则以扶正固本为主。因此，**恢复期以益气活血、育阴通络为主要治法。

1．风火上扰证

治法：清热平肝，潜阳息风。

推荐方药及参考用量：

①天麻钩藤饮加减。天麻9g，钩藤后下15g，生石决明先煎30g，川牛膝9g，黄芩9g，山栀9g，夏枯草9g等。

②羚角钩藤汤加减。羚羊角粉冲0.6g，生地30g，钩藤15g，菊花9g，茯苓15g，白芍15g，赤芍15g，竹茹9g，川牛膝15g，丹参15g等。

推荐中成药：牛黄清心丸，每次1丸，口服，每日1～2次。

2．痰瘀阻络证

治法：化痰通络。

推荐方药及参考用量：

①化痰通络方加减。法半夏9g，生白术9g，天麻12g，紫丹参15g，香附9g，酒大黄6g，胆南星6g等。

②半夏白术天麻汤合桃红四物汤加减。半夏9g，天麻10g，茯苓12g，橘红10g，丹参20g，当归12g，桃仁12g，红花9g，川芎9g等。

推荐中成药:

①大活络丸，每次1丸，口服，每日1-2次。

②复方丹参片，每次3片，口服，每日3次。

③血塞通片，每次1-2片，口服，每日3次。

3．痰热腑实证

治法：化痰通腑。

推荐方药及参考用量：

①星蒌承气汤加减。生大黄后下9g，芒硝冲服9g，胆南星6g，瓜蒌30g等。

②大承气汤加减。大黄后下9g，芒硝冲服9g，枳实9g，厚朴9g等。

推荐中成药：

牛黄清心丸，每次1丸，口服，每日1次。

4．阴虚风动证

治法：滋阴息风。

推荐方药及参考用量：

①育阴通络汤加减。生地黄15g，山萸肉9g，钩藤后下15g，天麻9g，丹参15g，白芍15g等。

②镇肝熄风汤加减。生龙骨先煎30g，生牡蛎先煎30g，代赭石先煎30g，龟板先煎30g，白芍12g，玄参15g，天冬9g，川牛膝15g，川楝子9g，茵陈9g，麦芽9g，川芎9g等。

推荐中成药：

知柏地黄丸：口服，水蜜丸每次6g，小蜜丸每次9g，大蜜丸每次1丸，每日2次。

5．气虚血瘀证

治法：益气活血。

推荐方药及参考用量：

①补阳还五汤加减。生黄芪30g，全当归10g，桃仁9g，红花9g，赤芍15g，川芎6g，地龙9g等。

②芪丹化瘀方（化瘀克塞方）：生黄芪20g，川芎9g，丹参15g，水蛭3g，三七9g，黄连5g，骨碎补9g，地龙9g。

推荐中成药：

①芪龙胶囊：每次2粒，口服，每日3次。

②脑安胶囊：每次2粒，口服，每日2次。

③脑心通胶囊：每次2粒～4粒，每日3次，口服，或遵医嘱。

④通心络胶囊：每次2粒～4粒，每日3次,口服。

6. 气血两虚证

治法：益气养血熄风。

推荐方药及参考用量：

1. 八珍汤加减：人参9g，白术9g，白茯苓9g，当归9g，川芎9g，白芍药

9g，熟地9g，炙甘草5g等

②养血熄风汤加减（经验方）：黄芪30g，当归、熟地、熟首乌、桑椹、钩藤各12g，白芍、牛膝各15g，天麻10g，甘草3g等。语言不利者加菖蒲、远志；口眼歪斜加全蝎、僵蚕；肢体麻木者加桑枝、鸡血藤；大便秘结者加火麻仁、郁李仁；小便失禁者加益智仁、桑螵蛸。

推荐中成药：

1. 人参养荣丸：每次3粒，每日3次，口服。
2. 当归补血丸：每次1丸，每日2次。

常见并发症的治疗

中风病（脑梗死）恢复期常见并发症，如血管性痴呆、脑卒中后抑郁焦虑状态、继发癫痫、下肢深静脉血栓形成等，可参考《中医内科常见病临床诊疗指南》（中华中医药学会编著，人民卫生出版社）相关疾病进行治疗。

（二）针灸治疗

1．治疗原则：根据不同分期、不同证候选择合理的穴位配伍和适宜的手法进行治疗。治疗方法包括体针、头针、电针、耳针、腕踝针、眼针、腹针、梅花针、耳穴敷贴、灸法和拔罐等。

2．针灸方法

临床可分为中脏腑、中经络，采用传统针刺方法辨证取穴和循经取穴。主穴：肩髃、极泉、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、丰隆、解溪、昆仑、太冲、太溪等。在选择治疗方案的同时，根据中风病（脑梗死）恢复期常见症状如吞咽困难、便秘、尿失禁、尿潴留、血管性痴呆、肩-手综合征等加减穴位，如吞咽困难可加翳风等，或采用咽后壁点刺等；尿失禁或尿潴留可加针中极、曲骨、关元等，局部施灸、按摩或热敷；肩-手综合征可加针肩髃、肩髎、肩内陵、肩贞、肩中俞、肩外俞，痛点刺络拔罐；语言—言语障碍可加针风池、翳风、廉泉、哑门、金津、玉液、通里等。

可按照软瘫期、痉挛期和恢复期不同特点和治疗原则选用不同的治疗方法，如头穴丛刺长留针间断行针法、抗痉挛针法等。可根据临床症状选用张力平衡针法治疗中风后痉挛瘫痪技术、项针治疗假性延髓麻痹技术、病灶头皮反射区围针治疗中风失语症技术等。

（1）张力平衡针法治疗中风病痉挛瘫痪

适应症：脑卒中痉挛瘫痪恢复期或后遗症期患者。

操作方法：①取穴：上肢屈肌侧：极泉、尺泽、大陵;上肢伸肌侧：肩髃、天井、阳池;下肢伸肌侧：血海、梁丘、照海;下肢屈肌侧：髀关、曲泉、解溪、申脉; ②手法：弱化手法；强化手法。

注意事项：病人体位要舒适，留针期间不得随意变动体位。医者手法要熟练，进针宜轻巧快捷，提插捻转要指力均匀，行针捻转角度不宜过大，运针不宜用力过猛。

（2）项针治疗假性延髓麻痹

适应症：假性延髓麻痹。

操作方法：患者取坐位，取0.40×50mm毫针，取项部双侧风池、翳明、供血，刺入约1-1.5寸，针尖稍向内下方，施以每分钟100转捻转手法各约15秒，留针30分钟，期间行针3次后出针。再取颈部廉泉、外金津玉液，用60mm长针向舌根方向刺入约1-1.5寸，吞咽、治呛、发音分别直刺刺入0.3寸，上述各穴均需快速捻转行针15秒后出针，不留针。

注意事项：饥饿、疲劳，精神过度紧张时，不宜针刺。年纪较大，身体虚弱的患者，进行针刺的手法不宜过强。

（3）病灶头皮反射区围针治疗中风失语症

适应症:中风失语症。

操作方法：CT片示病灶同侧头皮的垂直投射区的周边为针刺部位，用28—30号1—1.5寸不锈钢毫针，围针平刺，针数视病灶大小而定，针尖皆刺向投射区中心。得气后以180～200次/分的频率捻转1—2分钟，留针30分钟，中间行针1次。配穴哑门、廉泉、通里穴用平补平泻手法。

注意事项：饥饿、疲劳，紧张时不宜针刺；有自发性出血或损伤后出血不止的患者，不宜针刺；出针按压针孔。

（4）揿针治疗中风病迟缓性瘫痪

适应症：中风病恢复期迟缓性瘫痪。

操作方法：给予75%乙醇或1%-2%碘伏在施术部位消毒，医者双手首先用肥皂水清洗，再用75%乙醇棉球擦拭，一手固定腧穴部位皮肤，另一手刺入腧穴皮内，固定黏贴牢固，每日按压3-4次，以患者耐受为度，每周给予两次治疗。

上肢取穴：合谷穴、曲池穴、手三里穴等，下肢取穴：足三里、太冲穴、解溪、丰隆等。在局部的取穴的基础上辨证取穴。

（三）静脉滴注中药注射液

可选用具有活血化瘀作用的中药注射液静脉滴注。如：丹参注射液、血塞通注射液、血栓通注射液、疏血通注射液、灯盏细辛注射液、丹参川芎嗪注射液等可以选择使用；辨证属于热证者，选用具有活血清热作用的中药注射液静脉滴注，如苦碟子注射液等。

（四）熏洗疗法

中风病（脑梗死）恢复期常见肩-手综合征、偏瘫痉挛状态、瘫侧手部或同时见到瘫侧手、足部的肿胀，按之无凹陷，似肿非肿，实胀而非肿。可在辨证论治原则下给予具有活血通络的中药为主加减局部熏洗患肢，每日1～2次或隔日1次。

可选用智能型中药熏蒸汽自控治疗仪。

（五）推拿治疗

依据辨证论治原则，根据肢体功能缺损程度和状态进行中医按摩循经治疗，可使用不同手法以增加全关节活动度、缓解疼痛、抑制痉挛和被动运动等。避免对痉挛组肌肉群的强刺激,是偏瘫按摩中应注意的问题。按摩手法常用揉、捏法，亦可配合其他手法如弹拨法、叩击法、擦法等。

（六）其他疗法

根据病情可选择有明确疗效的治疗方法，如蜡疗法等。

根据病情需要和临床症状，可选用以下设备：高能生物电治疗仪、神经康复诊疗仪、中频脉冲电治疗仪、脑功能康复仪等。

（七）内科基础治疗

参考2018年中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》。主要包括：并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、合并感染及发热的处理原则与方法等。（具体内容参照指南原文）

（八）康复训练

康复训练内容包括物理治疗（良肢位设定、被动关节活动度维持训练、体位变化适应性训练、平衡反应诱发训练、抑制痉挛训练、吞咽功能训练）、作业治疗、语言康复训练等多项内容。

（九）护理

护理的内容包括心理疏导、体位选择、饮食、口腔护理、呼吸道护理、皮肤护理、导管护理、血压的调理与护理、并发症的预防与护理等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1．中医证候学评价：通过《中风病辨证诊断标准》动态观察中医证候的改变。

2．疾病病情评价：通过美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评价神经功能缺损程度，如神志、肢体偏瘫、面瘫、失语等；通过Barthel指数评价日常生活能力，如吃饭、穿衣、活动能力等；通过改良Rankin量表评价病残程度或日常生活的依赖性。

3．神经功能缺损症状与并发症评价：必要时针对患者出现的神经功能缺损症状和并发症进行评价，可通过实验室检查和相关量表进行评价。如通过简短精神状态量表（MMSE）评价认知功能，脑电图评价癫痫，洼田饮水试验评价吞咽障碍等。

（二）评价方法

可在患者不同入院时间选用不同的评价量表进行评价。

1.入院当天：可选用《中风病辨证诊断标准》、NIHSS量表、Barthel指数等进行评价。

2.入院15～20天：可选用《中风病辨证诊断标准》、NIHSS量表、Barthel指数、改良Rankin量表等评价。

《中风病（脑梗死）恢复期中医诊疗方案》

实施情况分析、总结及评估和方案优化说明

 2021年09月

一、疗效分析、总结

2020年度应用该诊疗方案治疗，中药饮片使用率98.8%，中成药使用率89.5%，特色疗法能使用率91%，辨证施治率100%，中医药治疗比例较去年同期中医药治疗比例提高4.5%。

证型分布：风火上扰证879例，痰瘀阻络证542例，痰热腑实证105例，阴虚风动证89例，气虚血瘀证91例，在其他证型中，辨为气血两虚证的128例，约占比为85%。

通过对在院的60例患者及出院的280例患者进行电话随访，对治疗费用满意率98.5%、治疗效果满意率97.5%、诊疗服务满意率98.9%。

疗效分析：本年度我科共2195例病例中，用中药汤剂2085例，用中药自制剂2106例，用中药静脉制剂2195例，针灸1866例。

治疗效果：症状改善率为98.5%、体征改善率96%、理化指标率均为97.5%；总有效率达到95%以上。

二、疗效评价

优势：目前针对诊疗方案中的各个证型，形成了集中药汤剂、中药自制剂、中医特色疗法、中医外治法、针灸、康复的一体化治疗方案，且方案正在逐渐优化中。

难点：气血两虚患者常伴有脾胃虚弱证候，服用中药时本就容易出现胃肠不适，加之补益气血类中药性味温补、滋腻，更易导致此类患者纳呆、反胃、胃脘部胀满不适等症状，如不服用中药而单纯选用西医治疗无法起到改善患者气血两虚证候的作用。气血两虚患者因整体状态虚弱，势必影响后期功能康复训练的效果，不利病情的恢复。

三、中风病（脑梗死）恢复期中医治疗难点解决措施

气血两虚型患者在补益气血同时辩证配伍芳香醒脾、理气和胃中药，如：砂仁。砂仁者，《药性论》中记载：主冷气腹痛，止休息气痢，劳损，消化水谷，温暖脾胃。《开宝本草》言：治虚劳冷痢，宿食不消，赤白泻痢，腹中虚痛，下气。中药现代药理研究表明：砂仁煎剂可增强胃的功效，促进消化液的分泌，可增进肠道运动，排出消化管内的积气。可辩证配伍木香、陈皮、香附等药物相须为用。