**中风病（脑出血）中医诊疗方案**

——潍坊市中医院脑病科2020.09修订

**一、病名**

中医病名：中风病（BNG080）

西医病名：脑出血（I61.900）

**二、诊断**

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参考2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T19-2008）。

临床表现为神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或语不达意，甚或不语，偏身麻木；或出现头痛，眩晕，瞳神变化，饮水发呛，目偏不瞬，步履不稳等。

急性起病，渐进加重，或骤然起病。一般出血性中风多动态起病，迅速达到症状的高峰，而缺血性中风往往安静状态起病，渐进加重，或有反复出现类似症状的病史。少部分缺血性中风患者可起病突然，病情发展迅速，伴有神志昏蒙。

发病前多有诱因，常有先兆症状。可见眩晕，头痛，耳鸣，突然出现一过性言语不利或肢体麻木，视物昏花，1日内发作数次，或几日内多次复发。

发病年龄多在40岁以上。

具备以上临床表现，结合起病形式、诱因、先兆症状、年龄即可诊断中风病。结合影像学检查（头颅CT或MRI）可明确诊断。

2.西医诊断标准

参照2014年中华医学会神经病学分会制定的《中国脑出血诊治指南》。

（1）急性起病。

（2）局灶神经功能缺损症状（少数为全面神经功能缺损症状），常伴有头痛、呕吐、血压升高及不同程度意识障碍。

（3）头颅CT或MRI显示出血灶。

（4）排除非血管性脑部病因。

（二）证候诊断

参考国家中医药管理局印发的“中风病（脑出血）中医诊疗方案（2017年版）”。

1.痰热内闭证：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。

2.痰蒙清窍证：神昏，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，痰鸣漉漉，面白唇暗，肢体瘫软，手足不温，静卧不烦，二便自遗，舌质紫暗，苔白腻，脉沉滑缓。

3.元气败脱证：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、沉微。

4.肝阳暴亢，风火上扰证：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。

5.痰热腑实，风痰上扰证：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。

6.阴虚风动证：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，咽干口燥，舌质红绛或暗红，或舌红瘦，少苔或无苔，脉弦细或弦细数。

7.气虚血瘀证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，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，舌苔薄白或白腻，或舌边有齿痕，或舌体见瘀斑，脉沉细、细缓或细弦。

**三、中医药综合治疗方法**

（一）辨证论治

1.痰热内闭证

治法：清热化痰，醒神开窍

推荐方药：羚羊角汤合清心宣窍汤加减。

羚羊角冲1.2g 龟板先煎30g 生地20g 白芍10g

丹皮10g 夏枯草10g 生石决明先煎30g 山栀10g

丹参15g 天麻10g 钩藤后入20g 石菖蒲10g

郁金10g 竹茹10g 天竺黄10g 远志10g

水煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

或麝香四黄汤加减：

麝香冲0.5g 牛黄冲0.5g 天竺黄10g 黄芩10g

黄连10g 羚羊角冲0.6g 冰片冲0.5g 珍珠粉3冲g

胆南星10g 郁金10g 生大黄后入3g 钩藤后入15g

炒栀子10g

急煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

推荐中成药：

（自制剂）牛黄熄风胶囊，每次1.5g，鼻饲，每日3次。

灌服或鼻饲安宫牛黄丸，每次1丸，每日1～2次。

醒脑静注射液，10~20ml入5%-10%葡萄糖注射液或生理盐水250-500ml稀释后，静脉滴注，日一次。

2.痰蒙清窍证

治法：燥湿化痰，醒神开窍

推荐方药：涤痰汤加减。

清半夏10g 胆南星10g 陈皮10g 枳实10g

茯苓20g 竹茹10g 石菖蒲20g 甘草6g

郁金10g 苍术15g 麝香冲0.1g

水煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

3.元气败脱证

治法：益气回阳，扶正固脱

推荐方药：参附汤加减或合生脉散加减。

人参另煎兑服15g 附子先煎半小时10g

水煎频频服用

推荐中成药：

参附注射液，20~100ml，5%-10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后，静脉滴注，日一次。

4.肝阳暴亢，风火上扰证

治法：平肝潜阳，熄风清热。

推荐方药：天麻钩藤饮加减。

天麻15g 钩藤后入20g 生石决明先煎30g 川牛膝10g

黄芩10g 山栀10g 桑寄生15g 杜仲10g

夜交藤15g 益母草20g 茯神15g 全蝎6g

僵蚕10g 甘草6g

水煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

头痛者，加夏枯草12g、菊花10g以平肝潜阳；失眠者，加炒枣仁30g以安神定志；心烦者，加黄连10g、郁金12g以清心除烦；大便秘结者，加芒硝冲服6g、大黄后入6g以通腑泄热；腹部胀满者，加枳实10g、厚朴10g以畅达气机；痰盛者，加胆星10g、竹沥10g以清热化痰。

推荐中成药：

天麻素注射液0.6g，入5%葡萄糖注射液或生理盐水250~500ml稀释后，静脉滴注，日一次。

（自制剂）平肝熄风胶囊，每次1.5g，口服，每日2次。

5.痰热腑实，风痰上扰证

治法：清热化痰，熄风通腑。

推荐方药：星萎承气汤加减。

全瓜蒌20g 胆南星10g 生大黄后下6g 芒硝冲服6g

丹参10g 天竺黄10g 竹茹10g

水煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

烦躁不安者，加牛黄0.3-0.6g冲服以清热解毒、凉肝熄风、化痰开窍；热象明显者，加黄芩10g、黄连10g、山栀10g，以泻三焦之火；年老体弱津亏者，加生地15g、麦冬15g、玄参15g以养阴生津；颈项板滞，加防风10g、独活10g以祛风胜湿；抽搐者，加天麻15g、琥珀3g（冲服）、羚羊角粉3g（冲服）以熄风止痉；呕血、便血者，加三七粉6g（冲服）、海螵蛸20g以收敛止血；痰多黄稠者，加川贝母10g、天竺黄15g以清热化痰；小便失禁者，加桑螵蛸15g、益智仁15g以缩尿止遗；小便涩痛者，加石韦20g、竹叶10g以利尿通淋；舌暗红或见瘀斑者，加桃仁10g、红花10g活血化瘀。

推荐中成药：

（自制剂）牛黄熄风胶囊，每次1.5g，口服，每日3次。

6.阴虚风动证

治法：滋养肝肾，潜阳熄风。

推荐方药：镇肝熄风汤加减或育阴熄风汤加减。

怀牛膝30g 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15g 玄参15g 天冬15g

川楝子10g 茵陈10g 生麦芽15g 麦冬12g

生地20g 炙甘草15g 阿胶烊化10g

水煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

痰多者，加天竺黄10g、川贝母10g以清热化痰；头痛者，加夏枯草15g以平肝潜阳；大便干者，加火麻仁20g、瓜蒌仁30g以养阴润燥；心烦失眠者，加百合15g、夜交藤30g以养心安神；汗出多者，加山萸肉15g、五味子10g以滋阴敛汗；食少者，加陈皮10g、砂仁6g健脾理气。

推荐中成药：

（自制剂）养阴熄风胶囊，每次2g，口服，每日3次。

7.气虚血瘀证

治法：补益元气，活血通络

推荐方药：补阳还五汤加减。

黄芪30-120g 红花10g 桃仁10g 当归20g

地龙10g 赤芍10g 川芎10g 丹参20g

鸡血藤30g 全蝎6g 鹿角胶冲服6g 甘草10g

水煎400ml，分两次早、晚温服，每日一剂

肢体麻木者，加天麻15g、豨莶草30g以熄风通络；上肢偏废重者，加桂枝10g引药上达肢末；下肢偏废重者，加牛膝15g引药下行；肩臂疼痛者，加姜黄12g以横行肢臂；言语不利者，加远志10g、郁金12g解郁开窍。

推荐中成药：

（自制剂）益气熄风胶囊，每次2.4g，口服，每日3次。

（二）常见变证：

1.顽固性呃逆：如呃声短促不连续，神昏烦躁，舌质红或红绛，苔黄燥或少苔，脉细数者，可用人参粳米汤加减，西洋参、粳米以益气养阴，和胃降逆；如呃声洪亮有力，口臭烦躁，甚至神昏谵语，便秘尿赤，腹胀，舌红苔黄燥起芒刺，脉滑数或弦滑而大者选用大承气汤加减，生大黄后下、芒硝冲服、厚朴、枳实、沉香粉冲服以通腑泄热，和胃降逆。

2.呕血：神识迷蒙，面红目赤，烦躁不安，便干尿赤，舌质红苔薄黄，或少苔、无苔，脉弦数者，可予犀角地黄汤加减，水牛角先煎、生地、赤芍、丹皮以凉血止血，还可用云南白药或三七粉、生大黄粉等鼻饲。

（三）其他中医特色疗法

1.针刺治疗

（1）应用时机：病情平稳后可进行。

（2）治疗方法

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；闭证加十二井穴、合谷、太冲；脱证加关元、气海、神阙。

操作：毫针刺，平补平泻。1日1次，10次1疗程。

2.埋针治疗

根据病情选取上述穴位，消毒后，镊子夹取揿针贴，紧贴上轻压，秋冬季留针72小时，春夏季留针48小时。

3.依据以上针刺穴位，可分别选取穴位贴敷、艾灸、放血疗法、穴位注射、药棒穴位按摩、拔罐、耳针等其他治疗方法。

4.推拿治疗

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。按摩手法常用揉法、捏法，亦可配合其他手法如弹拨法、叩击法、擦法等。

5.中药外治疗法

（1）活血通络擦剂

组成：当归、川芎、丹参、白芍、红花、鸡血藤、地龙、桂枝、生草乌、生乳香、桑枝、防己、生苡仁、牛膝、生南星、防风等。

功效：活血通络，消肿止痛。

主治：中风后患肢关节、肌肉肿胀疼痛、屈伸不利者。

用法：外擦患处，每日3-5次。

（2）中药熏洗

①活血止痛方：

组成：当归30g 白芍30g 川芎30g 红花30g

鸡血藤30g 牛膝30g 秦艽30g 姜黄30g

独活30g

功效：活血通络，消肿止痛

主治：中风后患肢关节、肌肉肿胀疼痛、屈伸不利者

用法：水煎熏洗，每日1-2次，每次30分钟

②阳亢方

组成：钩藤30g 夏枯草30g 菊花30g 桑叶30g

牛膝30g 龙胆草30g 车前子30g 淡竹叶30g

川木通30g 生大黄30g

功效：平肝潜阳，引热下行

主治：中风病属肝阳上亢者

用法：水煎熏洗，每日1-2次，每次30分钟

③阴虚方

组成：枸杞子20g 何首乌20g 寄生20g 续断20g

酸枣仁20g 当归20g 鸡血藤20g 黑芝麻20g

乌梢蛇20g 伸筋草20g 透骨草20g 赤芍20g

乳香20g 没药20g

功效：养血滋阴柔筋

主治：中风后遗症拘挛疼痛屈伸不利

用法：水煎熏洗，每日1-2次，每次30分钟

（水温宜在37～40℃，不宜过高，以免烫伤皮肤。）

(3)中药热奄包

主要针对常见并发症如肩-手综合征或偏瘫痉挛状态，给予温经活血、舒筋通络之剂，方如下：

透骨草150g 伸筋草150g 苏木150g 制乳香100g  
制没药100g 当归150g 赤芍100g 花椒150g  
川牛膝100g 槲寄生100g 制川乌100g

或祛风散寒、通络止痛之剂，方如下：

细辛60g 独活60g 防风60g 炒白术60g  
高良姜60g 生麻黄60g 天麻60g 吴茱萸60g  
葛根60g 制乳香60g 花椒60g 当归60g  
羌活60g 桂枝60g 乌梢蛇60g

上药加工为粗末，封包

加热后以布包裹，外敷患肢，每日1～2次，每次15～30分钟，温度在30~40℃，不宜过高，以免烫伤皮肤。

6.设备治疗

根据病情需要，可选用以下设备：多功能艾灸仪、数码经络导平治疗仪、针刺手法针疗仪、特定电磁波治疗仪及经络导平治疗仪等。

（四）西药治疗

参照2014年中华医学会神经病学分会制定的《中国脑出血诊治指南》。主要包括一般治疗、血压血糖和体温管理、病因治疗、并发症治疗及药物治疗如止血治疗、神经保护剂等。

（五）康复训练

康复训练内容包括良肢位设定、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、语言康复训练、吞咽功能训练等内容。

根据病情需要，可选用以下设备：中频脉冲治疗仪、智能运动训练治疗仪、电动起立床训练器、手功能训练治疗仪、情景互动治疗仪、等速训练治疗仪、下肢蹬踏治疗仪、上肢ENLIK治疗仪、平衡训练仪、吞咽治疗仪、电子生物反馈治疗仪、红光治疗仪、脑反射治疗仪等。

（六）护理调摄要点

1.饮食调理：低盐低脂饮食，宜富含营养及粗纤维食物。忌食辛辣刺激食品，忌肥甘厚腻之品。戒烟忌酒，限制茶、咖啡等饮品。

2.情志调护：重视情志调护，避免情志刺激。

3.二便调护：注意观察大便性状，注意保持大便通畅，避免用力排便。

4.精神调护：注意观察患者“神”的变化，包括瞳神、神态、神智、情绪等。

**四、疗效评价**

（一）评价标准

参照国家食品药品监督管理局2015年发布的《中药新药治疗中风临床研究技术指导原则》。

1.改良Rankin量表

0～1分为临床完全恢复或基本完全恢复，临床结局良好。

＞1分为临床结局不良。

2.美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）

治疗后NIHSS评分减分≥5～7分为有效。或治疗后NIHSS总积分≤1分为临床恢复良好。

3.Barthel指数

100～95分为临床完全恢复或基本完全恢复，临床结局良好。

<95分为临床结局不良。

（二）评价方法

1.神志状态：通过Glasgow昏迷量表（GCS）评价，E3V4M5表明神志清醒。

2.神经功能缺损程度：通过NIHSS评价。

3.日常生活能力：通过Barthel指数评价。

4.病残程度：通过改良Rankin量表评价。

5.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。

**中风（脑出血）治疗方法分析、总结**

2020年09月

一、疗效评价、分析：

辨证分型：2019.10至2020.09共收治出血性中风病人610例，其中风痰阻络型217例，风火上扰型142例，痰热腑实型127例，痰蒙清窍型36例，痰热内闭型25例，气虚血瘀型21例，元气败脱型17例，阴虚风动型15例，痰瘀阻络型10例。

中医治疗方法：610例病例中，使用中药汤剂598例，使用中药自制剂573例，使用中药静脉制剂586例；揿针596例，耳尖放血459例，穴位贴敷301例，针刺、电针243例，耳穴压豆89例，灸法85例，中药热奄包654例，穴位注射38例。

就治疗方法看，中药汤剂、中成药及自制剂应用比例明显增高，其中汤剂达到98.1%，中成药达95.4%，辩证使用自制剂比例88.9%；中医特色疗法临床广泛开展，使用率99.2%，其中揿针、耳尖放血、穴位贴敷、中药热奄包、针刺及电针治疗使用较为广泛，灸法、耳穴压豆、穴位注射穴等外治法应用较上年明显增多，下一步进一步加强特色疗法的使用。

治疗效果：症状改善率、体征改善率、理化指标率均为95.6%；

治疗周期：平均住院日：20.9天；

实施临床诊疗方案后疗效：临床痊愈率8.9%，好转率92.1%，无效率、恶化率、死亡率均为0%。

二、出血性中风中医治疗难点分析

中风病的研究已经从一方一药的研究发展到综合治疗方案的研究，其研究模式和研究成果与临床实际结合得更加紧密。多项研究结果表明，中医药在治疗脑出血上具有一定优势，主要体现在降低病死率、减轻病残程度、提高患者生活质量等方面。但临床中在脑出血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．脑出血患者出现严重并发症时，如：再次脑出血、脑水肿、肺部感染、泌尿系感染、消化道出血、癫痫持续状态、肺水肿等需要采取中西医结合的治疗方法。

2．由于缺乏具有循证医学证据的中医药防治中风的研究成果，目前多遵循西医的脑卒中防治指南，在此基础上服用中成药的患者居多，而这种治疗方案的效果尚缺乏科学的评价。

3.针对脑出血造成的偏瘫、言语障碍、吞咽障碍，采用单一的中药治疗难以达到理想效果，而采用康复训练与中药、针灸结合的方法，可以明显提高疗效。

4.出血性中风患者后遗症期易形成肩手综合征、褥疮等，因患者长期卧床，难取得较好的疗效。

5. 临床中脑出血急性期极易遇到呃逆、呕血等变证，给患者带来很大痛苦。

6. 辩证开展中医特色疗法，为病人减轻痛苦。

三、解决措施和思路：

为了进一步发挥中医药在治疗脑出血中的作用，并使其疗效优势得到认可，本专科拟提出如下解决措施和思路：

1.中风病昏迷病人的治疗一直是个难题，我们在2016年治疗中风病（脑出血）痰热内闭证共22例，其中应用麝香四黄汤20例，可促进患者意识的早日恢复，疗效显著，故临床中增加了该方药在痰热内闭证中的应用。

2.这一年中临床发现，痰蒙清窍证共32例，占中风病（脑出血）病人总数的6.1%，给予增补；痰热腑实证往往与风痰阻络证同时出现，新方案中给予合并为一个证型：痰热腑实、风痰上扰证；风火上扰证合并肝阳暴亢，新方案中证型修改为肝阳暴亢、风火上扰证。

3.对临床较少见的证型如痰瘀阻络型，在新方案中给予剔除。

4.开展中医特色疗法的应用。

进一步增加了中医特色疗法的临床应用，将其作为辨证论治的常规治疗项目纳入长期医嘱，体现在临床路径的电子表单中，提高了临床疗效，病人对治疗效果的满意度增加。

5.开展脑出血重症患者的监测与中医药治疗方案的优化研究。

以往的临床研究均侧重于选择轻中度病情的脑出血患者，但对重症患者的救治，中医药的介入将在对患者整体调节的基础上，减少并发症、控制病情进展。因此，提高中医脑病专科对脑出血重症患者的救治水平，发挥中医药的作用，将从整体上提高脑出血的疗效、降低病死率。进一步继续在重点专科协作组内重点开展脑出血重症患者的监测与中医药治疗方案的优化研究。

6.开展脑卒中二级预防方案的研究。

针对目前存在的脑卒中患者用药较多、中西药物混用的现状，进一步规范防治方案，建立在中医整体观念、辨证论治原则指导下的合理使用中药的脑卒中二级预防方案。并在重点专科协作组中进行临床观察。

7.开展脑出血康复技术及康复方案的研究。

挖掘整理与脑卒中康复相关的中医药传统治疗方法，正确运用现代康复理论与技术，形成具有中医药特色的康复技术与方法，优化康复方案，在重点专科协作组内开展临床验证研究。

8.开展出血性中风后遗症期并发症的研究。

进一步挖掘整理中医药在出血性中风后遗症临床中的应用价值，优化方案，形成具有中医特色的技术及方法，为临床提供进一步理论支持。