脑梗死中医诊疗方案（2022 年）

定义：脑梗死又称缺血性中风，包括脑血栓形成和脑栓塞，是由于脑部血液供应障碍，缺血、缺氧引起局限性脑组织的缺血性坏死或软化，而出现相应的神经系统症状。相当于中医的中风病范畴。

中风病是由于正气亏虚，饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱，产生风、火、痰、瘀，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外，以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主要临床表现的病证。

一、 诊断

脑梗死的诊断标准参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》进行诊断。

中风病的诊断标准参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》诊断。

二、 中医治疗

（一）中医辨证施治

1、中经络（无意识障碍）

（1）肝阳暴亢

症状：半身不遂、口舌歪斜，舌强语蹇或不语，偏身麻木，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。

治法：平肝潜阳。

方药：天麻钩藤饮加减。天麻 12g，钩藤 12g（后下），石决明 15g（先煎），黄芩 9g，栀子 9g，川牛膝 12g，杜仲 9g，桑寄生 9g，夜交藤 9g，茯神 9g。头痛明显者加菊花 20g，夏枯草 12g 以清熄风阳；如伴烦躁失眠，手足心热，舌质红绛或暗红，少苔或无苔，脉细弦等肝阴虚者加干地黄 12g，麦冬 12g，五味子 12g，生龙骨 20g，减栀子、黄芩。如偏瘫较重者可加木瓜 12g，地龙 12g，鸡血藤 12g，桑枝 12g 等通经活络之品；如舌质暗红、脉涩等有血瘀证时减黄芩、栀子加丹参 12g，桃仁 9g，土元 12g 以活血化瘀；语言不利甚加菖蒲 9g，郁金 9g，远志 9g 开音利窍。

中成药：①健脑补肾丸（院内制剂，药物组成：玉竹、麦冬、女贞子、白芍、之母），每次 6g，每日三次。

②醒脑静注射液 20－40ml 加入 0.9％的生理盐水 250ml 或 5％葡萄糖注射液中静脉滴注，每日一次。或天麻素注射液 4ml 加入 0.9％的生理盐水 250ml 或 5％葡萄糖注射液中静脉滴注，每日一次。

(2)风痰瘀阻（风痰阻络）

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木，头晕目眩、痰多而粘，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

治法：熄风化痰、活血通络

方药：自拟熄风化痰通络汤。制半夏 15 克，天麻 20g，钩藤(后下)30g，怀牛膝 12g，白附子 5g，白蒺藜 15g，僵蚕 20g，陈皮 9g，全蝎 5g，菖蒲 12 克，桃仁 15 克，胆星 9g，生甘草 6 克。如年老体衰者，加炙黄芪 15g 益气扶正；舌苔黄腻或痰多色黄者，加全瓜蒌 15 克，浙贝 9 克，桑白皮 15g、竹沥 12g 以清化痰热；如舌质紫暗或有瘀斑、瘀点等瘀象明显者，加红花 12g，当归 20g 以活血通络。

中成药：①镇脑平肝丸(本院制剂，药物组成：天麻、钩藤、僵蚕、半夏、全蝎、红花、白附子等)，每次 6g，每日三次

②可选择一种具有活血化瘀功效的中药注射剂：血栓通或血塞通注射液等。

（3）痰热腑实

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木，腹胀，便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多，舌质红或暗红，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。
治法：化痰通腑。
方药：方选《验方》星蒌承气汤加减。胆南星 9g，全瓜蒌 30g，生大黄 9g，芒硝（冲服）9g。如药后大便通畅，则腑气通，痰热减，病情有一定程度好转。本方使用硝黄剂量应视病情及体质而定，一般控制在 9g-15g 左右，以大便通泻、涤除痰热积滞为度，不可过量，以免伤正。腑气通后应改用清化痰热、活血通络药胆南星 9g，全瓜蒌 30g，丹参 12g，黄连 19g、鸡血藤 15g，赤芍 12g；如头晕重者，可加法半夏 12g、天麻 12g，陈皮 9g、菊花 9g 以清利头目；如舌质红而烦躁不安，彻夜不眠者，属痰热内蕴而兼阴虚，可选加鲜生地 12g，沙参 12g，玄参 12g，茯苓 9g，夜交藤 12g 等滋阴安神之品，但不宜过多，否则有碍于涤除痰热。

中成药：醒脑颗粒（本院制剂，药物组成：胆星、石菖蒲、白蒺藜、菊花、橘红、玄参、黄芩、生大黄、栀子、冰片等）每次 15g 冲服，每日三次。

（4）气虚血瘀

症状：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，面色既白，气短乏力，口流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉沉细，细缓或细弦。
治法：益气活血。
方药：补阳还五汤加减。炙黄芪 30g，当归 12g，川芎 12g，赤芍 12g，桃仁 9g，红花 12g，地龙 15g。如半身不遂较重者加桑枝 15g,穿山甲 9g，水蛭 3g 等药加强活血通络、祛瘀生新；言语不利甚者加菖蒲 9g，远志 12g 化痰开窍；手足肿胀明显者加茯苓 12g，泽泻 12g，薏仁 12g，防己 12g 等淡渗利湿；如大便溏甚者去桃仁加炒白术 12g，山药 12g 以健脾。如见肢体痉挛，加木瓜 12g,伸筋草 15g 以柔肝缓急；如舌有瘀点瘀斑，舌下脉络青紫加全蝎 3g，水蛭 3g，鸡血藤 15g 以破血通络。

中成药：①康瘫丸（院内制剂，药物组成：炙黄芪、当归、红花、川芎、地龙、怀牛膝、桂枝、水蛭等），每次 6g，每日三次。

②可选择一种具有活血化瘀功效的中药注射剂：血栓通或血塞通注射液等。

（5）痰瘀阻络

症状：半身不遂或口舌歪斜，舌强语蹇或不语，偏身麻木，头重，納呆，心悸，胸闷，气短，恶心欲呕，舌质紫暗或红绛、有瘀点或瘀斑，苔白腻，脉沉弦或弦滑或涩。

治法:活血化瘀，化痰通络

方药：化死血汤合二陈汤加减。当归 15g，红花 12g，丹参 12g, 川芎 12g，法半夏 10g，陈皮 9g ，香附 10g，木香 9g，石菖蒲 9g，胆星 9g，生姜 9g，生甘草 6g。如伴乏力，舌边有齿痕，脉象弱者，加炙黄芪 15g-30g，白术 12g 益气，气足则血化，气足则痰化。如瘀象明显者，加水蛭 3g，虻虫 3g 以破血逐瘀。如痰湿征象明显，加薤白 12g，竹沥 12g，枳实 9g 以走窍逐痰，通其经络。

可选择一种具有活血化瘀功效的中药注射剂：血栓通或血塞通注射液、银杏达莫注射液、盐酸川芎嗪注射液、舒血通注射液等。

2、中脏腑（有意识障碍）此型多较重，一般梗死面积较大或部位不好，如脑干、小脑等，多伴有脑水肿，可配合脱水、降颅压治疗。

（1） 痰热内闭

症状：起病急骤，神识昏蒙，鼻鼾痰鸣，半身不遂，肢体强痉拘急，项强身热，

气粗口臭，燥扰不宁，甚至手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红降。舌苔褐黄干腻，脉眩滑数。
治法：清热化痰，醒神开窍。
方药：羚羊角汤加减。水牛角 30g（先煎），石决明（先煎）30g，夏枯草 12g，丹皮 12g，天竺黄 9g，石菖蒲 9g，郁金 12g，远志 9g。如大便数日不行，可合用星蒌承气汤或大小承气汤以通腑泻热；痰多者加胆星 9g，鲜竹沥 20g，桑白皮 30g 清热化痰。

中成药：醒脑颗粒剂（院内制剂）每次 15g 冲服，每日三次。

（2）痰蒙清窍
症状：神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，痰声漉漉，面白唇暗，静卧不烦，二便自遗，周身湿冷，舌质质暗，苔白腻，脉沉滑缓。
治法：温阳化痰，醒神开窍。
方药：涤痰汤加减。制半夏 9g，茯苓 9g，陈皮 9g，胆南星 9g，石菖蒲 9g，远志 9g，丹参 9g，竹茹 6g，枳实 9g。如痰声漉漉，舌苔厚腻者加苏子 15g，全瓜蒌 30g，桑百皮 30g 以化痰降逆。
（3）元气败脱
症状：昏迷不醒，目合口张 ，呼吸短促或间歇止，肢体软瘫，手撒肢冷、周身冷湿，二便自遗，脉微欲绝或虚大无根，血压下降。
闭证中如见脱象，血压呈下降趋势，即应及时兼用救脱方药，否则危殆立至。
方药：参附汤。生晒参（另煎兑服）15 克，附子（先煎半小时）9 克。
汗出不止：炙黄芪 30g，煅龙骨 30g，煅牡蛎 30 克；冷汗肢厥：合用四逆汤回阳救逆。
中成药：参附注射液 20-60ml 加入生理盐水 250ml 中静滴，或参脉注射液 60—100ml 生理盐水 250ml 中静滴。
注：如脑梗死病情较重，有脑水肿或颅内压高征象者，应使用脱水剂降颅压，如有抽搐者给予镇静剂治疗，如有呕血或便血者给予止血治疗，可用中药云南白药。如高热不退者给予冰枕物理降温，中药予以紫雪散或安宫牛黄丸口服或鼻伺，紫雪散每次 1.5g－3g，每日 2－3 次。安宫牛黄丸每次 1 丸，每日 2－3 次。如呃逆不止给予针刺或穴位注射或中药辩证治疗。总之，如病情急、重时要采取中西医结合治疗。
（二）、针灸治疗：
脑血管病急性期的针灸治疗以醒脑开窍针刺法和头针疗法为主，体针治疗根据 Brunstrom 分期选用不同的针刺方法。针灸治疗在常规治疗的基础上结合辩证取穴。中医辨证分型、症状、治法同脑梗死的中医诊疗方案。
（一）辩证取穴
1、中经络（无意识障碍）
⑴、肝阳暴亢： 风池、外关、太冲、太溪、合谷
⑵、风痰瘀阻： 百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、丰隆
⑶、痰热腑实：百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、外水道、外归来、丰隆
⑷、气虚血瘀：心腧、膈腧、脾腧、气海、足三里、三阴交
⑸、痰瘀阻络：心腧、脾腧、丰隆、足三里、三阴交
1、中脏腑（有意识障碍）脱证不予针灸治疗
⑴、痰热内闭：“醒脑开窍”针刺法+十宣放血
⑵、痰蒙清窍：“醒脑开窍”针刺法+十宣放血

（二）、“醒脑开窍”针刺法

“醒脑开窍”针刺法在选穴上以阴经和督脉穴为主，并强调针刺手法量学规范，有别于传统的取穴和针刺方法。对于各种并发症，配用相应的穴位。具体方法如下：

1、选穴

主穴：内关、人中、三阴交。

辅穴：极泉、委中、尺泽。

2、手法

内关：直刺 0.5～1 寸，采用捻转提插结合泻法，施手法 1 分钟。

人中：向鼻中隔方向斜刺 0.3～0.5 寸，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度。

三阴交：沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45 度角斜刺，进针 1～1.5 寸，用提插补法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

极泉：原穴沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 1～1.5 寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

委中：仰卧直腿抬高取穴，直刺 0.5～1 寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

尺泽：屈肘成 120 度角，直刺 1 寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动 3 次为度。

3、治疗时间

每日针 1-2 次，10 天为 1 疗程，持续治疗 3～5 个疗程。

（三）、头针疗法

1.单侧肢体病，一般选用病肢对侧的刺激区。双侧肢体病，选用双侧刺激区。

2.一般针对不同疾病在脑部的定位，选用该代表刺激区为主，还可根据兼证选用其他有关刺激区配合治疗。如下肢瘫痪，除选用双下肢运动区外，还可配足运感区；上肢瘫痪又肩关节疼痛时，可针上肢运动区配上肢感觉区等。

（四）、中风的体针针刺方法

1、Brunstrom Ⅰ-Ⅱ级，软瘫期。

取穴：

上肢：肩内陵、侠白、尺泽、孔最、间使、大陵、郄门、曲泽。

下肢：髀关、伏兔、梁丘、血海、足三里、阳陵泉、阴陵泉、上巨虚、丰隆、解溪、太冲、丘墟、足临泣。

2、 BrunstromⅢ-Ⅳ级（痉挛期）。

取穴：

上肢：肩廖、肩贞、肩禹、臑会、小海、曲池、阳池、天宗、秉风、阳谷、阳溪、曲垣、臂臑、三阳络、手五里、外关、八风、后溪、二间。

下肢：环跳、承扶、风市、足三里、血海、委中、阴陵泉、太冲、光明、承山、承筋、飞扬、昆仑、太冲。

3、 BrunstromⅣ-Ⅵ级为后遗症期，此期多采用辨证取穴为主。旨在益气活血通络。

针刺取穴：百会、神庭、四神聪、曲池、外关、合谷、足三里、阴陵泉、气海、关元、三阴交。

（五）、失语及吞咽困难的针灸治疗

1、项针治疗

取穴：风府、哑门、天柱、治呛、廉泉，外金津玉液、人迎。

2、舌针治疗：

取穴：舌下神根穴、左右佐泉穴、左右液旁穴、左右支脉穴。

（六）、肩手综合症针刺治疗：

取穴：常选患侧极泉、手三里、阳溪、合谷、八邪、血海、健侧曲池、丰隆，或患侧夹脊穴。

三、疗效评价

脑梗死中医称之为缺血性中风，是我科最常见疾病之一，实施方案以来所有入院的脑梗死患者我科均依照其中医诊疗方案进行辨证治疗，辨证准确率达97%以上，在方案实施中我们发现风痰瘀阻证型（风痰阻络证）在脑梗死急性期最常见，而在常规治疗的基础上加用镇脑平肝丸对风痰瘀阻证型的患者治疗效果也比较明显，能减轻患者头晕头重，改善患者肢体功能，改善 TCD 血流速度指标，我们拟将对院内制剂镇脑平肝丸用于治疗风痰瘀血证候的脑梗死患者进行了临床观察，气虚血瘀型在脑梗死恢复期和后遗症期较常见，此期在辨证用药的基础上配合针灸、理疗及康复治疗，能使患者的神经功能继续恢复到一定水平，我科研制的康瘫丸治疗此型患者，疗效满意，相关论文发表，在脑梗死重症患者中，痰热腑实证型临床比较常见，我们采取醒脑开窍针法及中药醒脑颗粒剂等治疗，有效的促苏醒并能降低血清中白细胞介素 6 和肿瘤坏死因子水平。对意识障碍者有促苏醒作用，痰瘀阻络型与气虚血瘀、风痰阻络证型容易混淆，需认真分析、辨证，临床多见于脑梗死恢复期和后遗症期。临床多见血脂高、血粘度高的患者。在早期及时应用醒脑开窍等针刺法、电刺激、理疗、康复等手段进行干预配合治疗，有效地降低了患者的致残程度。临床恢复相对较慢，尤其有患肢痉挛时恢复困难，我科配合针灸、理疗等康复手段及活血化瘀，舒筋通络的中药药袋热敷，临床有一定的疗效。能减轻疼痛及部分浮肿，中脏腑痰热内闭证型属中脏腑阳闭证，临床病情较重，临床多见于大面积脑梗死或脑干梗死，多伴有脑水肿，严重者有脑疝形成，预后不佳，需中西医结合治疗。

我科经多年临床观察研究的经验方醒脑颗粒在早期应用于中风阳闭的治疗中，具有通腑泻热、醒神开窍作用，观察治疗近 40 例，发现早期应用对意识障碍患者有良好的促苏醒作用，并能减轻脑水肿。目前我科正对其作用机制进行进一步研究。痰蒙清窍证型属中脏腑阴闭证，多见于大面积脑栓塞患者，一般病情较重，需中西医结合治疗，一般预后不佳。元气败脱证型属脑梗死急性期危重证候，随时可能出现心跳呼吸停止，难以救治，本证候出现后应立即采取积极有力的抢救措施

四、 中医治疗难点分析

脑梗死临床分三期即急性期、恢复期、后遗症期，在急性期、恢复期采取积极的中医综合疗法（中药辩证、针灸理疗、康复等）对改善患者的瘫痪、言语不清、口角歪斜有较好的效果，能降低脑梗死并发症的发生，减少致残率。但对失语尤其是感觉性、混合性失语、肩手综合征、肢体痉挛、部分吞咽障碍等疗效不满意，对元气败脱患者还没有有效的治疗方法，对后遗症期治疗效果差。还没有有效的中药二级预防措施，对超早期梗死还没有有效的中医治疗手段来防止病情进一步加重。

五、解决的方法和思路

1、开展脑梗死重症患者的监测与中医药早期进行干预的治疗方案的优化研究。

2、积极开展脑卒中二级预防方案的中药研究：根据中医辨证结果选取恰当的中药方剂进行干预治疗，预防或延缓脑梗死的再发。

3、进行中西医卒中单元模式的研究，寻找更加有效的中医治疗手降低脑梗死的病死率、致残率，提高脑梗死患者的生存质量。

4、对急性期脑梗死要尽早配合针灸、理疗等康复治疗，以减少致残率。

5、根据证型采取相应的中药方剂或自拟方进行治疗，并进行临床资料整理，以便开发出疗效较好的中药制剂，为专方治疗特定证候的研究奠定基础。

6、进一步开发临床治疗脑梗死疗效满意的中成药针剂，便于临床应用。

7、应开展对脑卒中的危险因素进行早期中药干预的有效研究，以延缓或防止脑卒中的发生。

8、对脑梗死尽早采取综合方案治疗措施，吸收目前国内外较好的治疗脑梗死并发症的方法结合我科实际进行研究，以其提高疗效，减少并发症。

脑梗死中医诊疗方案（2023 年）

定义：脑梗死又称缺血性中风，包括脑血栓形成和脑栓塞，是由于脑部血液供应障碍，缺血、缺氧引起局限性脑组织的缺血性坏死或软化，而出现相应的神经系统症状。相当于中医的中风病范畴。

中风病是由于正气亏虚，饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱，产生风、火、痰、瘀，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外，以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主要临床表现的病证。

一、诊断

脑梗死的诊断标准参照 2005 年中国卫生部疾病控制司、中华医学会神经病分会制定的《中国脑血管病防治指南（试行）》进行诊断。

中风病的诊断标准参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》诊断。

二、中医治疗

（一）中医辨证施治

1、中经络（无意识障碍）

（1）肝阳暴亢

症状：半身不遂、口舌歪斜，舌强语蹇或不语，偏身麻木，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。

治法：平肝潜阳。

方药：天麻钩藤饮加减。天麻 12g，钩藤 12g（后下），石决明 15g（先煎），黄芩 9g，栀子 9g，川牛膝 12g，杜仲 9g，桑寄生 9g，夜交藤 9g，茯神 9g。头痛明显者加菊花 30g，夏枯草 12g 以清熄风阳；如伴烦躁失眠，手足心热，舌质红绛或暗红，少苔或无苔，脉细弦等肝阴虚者加干地黄 12g，麦冬 12g，五味子 12g，生龙骨 20g，减栀子、黄芩。如偏瘫较重者可加木瓜 12g，地龙 12g，鸡血藤 12g，桑枝 12g 等通经活络之品；如舌质暗红、脉涩等有血瘀证时减黄芩、栀子加丹参 12g，桃仁 9g，土元 12g 以活血化瘀；语言不利甚加菖蒲 9g，郁金 9g，远志 9g 开音利窍。

中成药：健脑补肾丸（院内制剂，药物组成：玉竹、麦冬、女贞子、白芍、之母），每次 6g，每日三次。

(2)风痰阻络

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木，头晕目眩、痰多而粘，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

治法：熄风化痰、活血通络

方药：自拟熄风化痰通络汤。制半夏 15 克，天麻 20g，钩藤(后下)30g，怀牛膝 12g，白附子 5g，白蒺藜 15g，僵蚕 20g，陈皮 9g，全蝎 5g，菖蒲 12 克，桃仁 15 克，胆星 9g，生甘草 6 克。如年老体衰者，加炙黄芪 15g 益气扶正；舌苔黄腻或痰多色黄者，加全瓜蒌 15 克，浙贝 12 克，桑白皮 15g、竹沥 12g 以清化痰热；如舌质紫暗或有瘀斑、瘀点等瘀象明显者，加红花 12g，当归 20g、丹参 12g 等以活血通络。

中成药：镇脑平肝丸(本院制剂，药物组成：天麻、钩藤、僵蚕、半夏、全蝎、红花、白附子等)，每次 6g，每日三次

（3）痰热腑实

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木，腹胀，便干便秘，头

晕目眩，咯痰或痰多，舌质红或暗红，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。
治法：化痰通腑。
方药：方选《验方》星蒌承气汤加减。胆南星 9g，全瓜蒌 30g，生大黄 9g，芒硝（冲服）9g。如药后大便通畅，则腑气通，痰热减，病情有一定程度好转。本方使用硝黄剂量应视病情及体质而定，一般控制在 9g-15g 左右，以大便通泻、涤除痰热积滞为度，不可过量，以免伤正。腑气通后应改用清化痰热、活血通络药胆南星 9g，全瓜蒌 30g，丹参 12g，黄连 19g、鸡血藤 15g，赤芍 12g；如头晕重者，可加法半夏 12g、天麻 12g，陈皮 9g、菊花 9g 以清利头目；如舌质红而烦躁不安，彻夜不眠者，属痰热内蕴而兼阴虚，可选加鲜生地 12g，沙参 12g，玄参 12g，茯苓 9g，夜交藤 12g 等滋阴安神之品，但不宜过多，否则有碍于涤除痰热。

中成药：醒脑颗粒（本院制剂，药物组成：胆星、石菖蒲、白蒺藜、菊花、橘红、玄参、黄芩、生大黄、栀子、冰片等）每次 15g 冲服，每日三次。

（4）气虚血瘀：
症状：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，面色既白，气短乏力，口流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉沉细，细缓或细弦。
治法：益气活血。
方药：补阳还五汤加减。炙黄芪 30g，当归 12g，川芎 12g，赤芍 12g，桃仁 9g，红花 12g，地龙 15g。如半身不遂较重者加桑枝 15g,穿山甲 9g，水蛭 3g 等药加强活血通络、祛瘀生新；言语不利甚者加菖蒲 9g，远志 12g 化痰开窍；手足肿胀明显者加茯苓 12g，泽泻 12g，薏仁 12g，防己 12g 等淡渗利湿；如大便溏甚者去桃仁加炒白术 12g，山药 12g 以健脾。如见肢体痉挛，加木瓜 12g,伸筋草 15g 以柔肝缓急；如舌有瘀点瘀斑，舌下脉络青紫加全蝎 3g，水蛭 3g，鸡血藤 15g 以破血通络。

中成药：康瘫丸（院内制剂，药物组成：炙黄芪、当归、红花、川芎、地龙、怀牛膝、桂枝、水蛭等），每次 6g，每日三次。

（5）气虚痰阻

症状：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，面色恍白，气短乏力，头晕，头重，纳呆，胸脘满闷，舌质淡，苔薄腻或白腻，脉沉弦或濡弱而滑。

治法:益气化痰通络

方药;自拟益气化痰汤。人参 12g，白术 12g，法半夏 10g，茯苓 10g，干姜 10g，陈皮 9g，石菖蒲 9g，胆星 9g，生甘草 6g。如舌质淡暗，边有瘀点瘀斑，挟有瘀象者，加川芎 12，丹参 12，红花 12 以活血化瘀。

（6）痰瘀阻络

症状：半身不遂或口舌歪斜，舌强语蹇或不语，偏身麻木，头重，纳呆，心悸，胸闷，气短，恶心欲呕，舌质紫暗或红绛、有瘀点或瘀斑，苔白腻，脉沉弦或弦滑或涩。

治法:活血化瘀，化痰通络

方药：自拟化痰活血汤加减。当归 15g，红花 12g，丹参 12g, 川芎 12g，法半夏 10g，陈皮 9g ，香附 10g，木香 9g，石菖蒲 9g，胆星 9g，生姜 9g，生甘草 6g。如伴乏力，舌边有齿痕，脉象弱者，加炙黄芪 15g-30g，白术 12g 益气，气足则血化，气足则痰化。如瘀象明显者，加水蛭 3g，全蝎 3g 以破血逐瘀。如痰湿征象明显，加薤白 12g，竹沥 12g，枳实 9g 以走窍逐痰，通其经络。

2、中脏腑（有意识障碍）此型多较重，一般梗死面积较大或部位不好，如脑干、小脑等，多伴有脑水肿，可配合脱水、降颅压治疗。

（1） 痰热内闭

症状：起病急骤，神识昏蒙，鼻鼾痰鸣，半身不遂，肢体强痉拘急，项强身热，气粗口臭，燥扰不宁，甚至手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红降。舌苔褐黄干腻，脉眩滑数。

治法：清热化痰，醒神开窍。

方药：羚羊角汤加减。水牛角 30g，石决明（先煎）30g，夏枯草 12g，丹皮 12g，天竺黄 9g，石菖蒲 9g，郁金 12g，远志 9g。如大便数日不行，可合用星蒌承气汤或大小承气汤以通腑泻热；痰多者加胆星 9g，鲜竹沥 20g，桑白皮 30g 清热化痰。

中成药：醒脑颗粒剂（院内制剂）每次 15g 冲服，每日三次。

（2）痰蒙清窍

症状：神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，痰声漉漉，面白唇暗，静卧不烦，二便自遗，周身湿冷，舌质质暗，苔白腻，脉沉滑缓。

治法：温阳化痰，醒神开窍。

方药：涤痰汤加减。制半夏 9g，茯苓 9g，陈皮 9g，胆南星 9g，石菖蒲 9g，远志 9g，丹参 9g，竹茹 6g，枳实 9g。如痰声漉漉，舌苔厚腻者加苏子 15g，全瓜蒌 30g，桑百皮 30g 以化痰降逆。

（3）元气败脱

症状：昏迷不醒，目合口张 ，呼吸短促或间歇止，肢体软瘫，手撒肢冷、周身冷湿，二便自遗，脉微欲绝或虚大无根，血压下降。

闭证中如见脱象，血压呈下降趋势，即应及时兼用救脱方药，否则危殆立至。

方药：参附汤。生晒参（另煎兑服）15 克，附子（先煎半小时）9 克。

汗出不止：炙黄芪 30g，煅龙骨 30g，煅牡蛎 30 克；冷汗肢厥：合用四逆汤回阳救逆。

中成药：参附注射液 20-60ml 加入生理盐水 250ml 中静滴，或参脉注射液 60—100ml 生理盐水 250ml 中静滴。

注：如脑梗死病情较重，有脑水肿或颅内压高征象者，应使用脱水剂降颅压，如有抽搐者给予镇静剂治疗，如有呕血或便血者给予止血治疗，可用中药云南白药。如高热不退者给予冰枕物理降温，中药予以紫雪散或安宫牛黄丸口服或鼻饲，紫雪散每次 1.5g－3g，每日 2－3 次。安宫牛黄丸每次 1 丸，每日 2－3 次。如呃逆不止给予针刺或穴位注射或中药辩证治疗。总之，如病情急、重时要采取中西医结合治疗。

（二）、针灸治疗：

脑血管病急性期的针灸治疗以醒脑开窍针刺法和头针疗法为主，体针治疗根据 Brunstrom 分期选用不同的针刺方法。脑出血早期 （24 小时内）不予针刺治疗，以避免引起血压波动，加重病情。针灸治疗在常规治疗的基础上结合辩证取穴。中医辨证分型、症状、治法同脑梗死的中医诊疗方案。

（一）辩证取穴

1、中经络（无意识障碍）

⑴、肝阳暴亢： 风池、外关、太冲、太溪、合谷

⑵、风痰阻络： 百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、丰隆

⑶、痰热腑实：百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、外水道、外归来、丰隆

⑷、气虚血瘀：心腧、膈腧、脾腧、气海、足三里、三阴交

⑸、气虚痰阻：心腧、丰隆、脾腧、气海、足三里、三阴交

⑹、痰瘀阻络：心腧、脾腧、丰隆、足三里、三阴交

1、中脏腑（有意识障碍）脱证不予针灸治疗

⑴、痰热内闭：“醒脑开窍”针刺法+十宣放血

⑵、痰蒙清窍：“醒脑开窍”针刺法+十宣放血

（二）、“醒脑开窍”针刺法

“醒脑开窍”针刺法在选穴上以阴经和督脉穴为主，并强调针刺手法量学规范，有别于传统的取穴和针刺方法。对于各种并发症，配用相应的穴位。具体方法如下：

1、选穴

主穴：内关、人中、三阴交。

辅穴：极泉、委中、尺泽。

2、手法

内关：直刺 0.5～1 寸，采用捻转提插结合泻法，施手法 1 分钟。

人中：向鼻中隔方向斜刺 0.3～0.5 寸，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度。

三阴交：沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45 度角斜刺，进针 1～1.5 寸，用提插补法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

极泉：原穴沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 1～1.5 寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

委中：仰卧直腿抬高取穴，直刺 0.5～1 寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

尺泽：屈肘成 120 度角，直刺 1 寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动 3 次为度。

3、治疗时间

每日针 1-2 次，10 天为 1 疗程，持续治疗 3～5 个疗程。

（三）、头针疗法

1.单侧肢体病，一般选用病肢对侧的刺激区。双侧肢体病，选用双侧刺激区。

2.一般针对不同疾病在脑部的定位，选用该代表刺激区为主，还可根据兼证选用其他有关刺激区配合治疗。如下肢瘫痪，除选用双下肢运动区外，还可配足运感区；上肢瘫痪又肩关节疼痛时，可针上肢运动区配上肢感觉区等。

（四）、中风的体针针刺方法

1、BrunstromⅠ-Ⅱ级，软瘫期。

取穴：

上肢：肩内陵、侠白、尺泽、孔最、间使、大陵、郄门、曲泽。

下肢：髀关、伏兔、梁丘、血海、足三里、阳陵泉、阴陵泉、上巨虚、丰隆、解溪、太冲、丘墟、足临泣。

2、 BrunstromⅢ-Ⅳ级（痉挛期）。

取穴：

上肢：肩廖、肩贞、肩禹、臑会、小海、曲池、阳池、天宗、秉风、阳谷、阳溪、曲垣、臂臑、三阳络、手五里、外关、八风、后溪、二间。

下肢：环跳、承扶、风市、足三里、血海、委中、阴陵泉、太冲、光明、承山、承筋、飞扬、昆仑、太冲。

3、 BrunstromⅣ-Ⅵ级为后遗症期，此期多采用辨证取穴为主。旨在益气活血通络。

针刺取穴：百会、神庭、四神聪、曲池、外关、合谷、足三里、阴陵泉、气海、关元、三阴交。

（五）、失语及吞咽困难的针灸治疗

1、项针治疗

取穴：风府、哑门、天柱、治呛、廉泉，外金津玉液、人迎。

2、舌针治疗：

取穴：舌下神根穴、左右佐泉穴、左右液旁穴、左右支脉穴。

（六）、肩手综合症针刺治疗：

取穴：常选患侧极泉、手三里、阳溪、合谷、八邪、血海、健侧曲池、丰隆，或患侧夹脊穴。

一、 疗效评价

在原方案基础上增加了气虚痰阻证型，使方案进一步优化，在辨证论治的基础上，增加院内制剂的使用，并制定了治疗脑梗死的部分院内协定处方，在门诊、病房辨证应用。气虚痰阻证型临床较常见，多见于脑梗死急性期，恢复期、后遗症期多兼有血瘀。临床以肥胖者、喜欢肥甘厚味者多见，也见于长期患有其它疾病，而后出现脑梗死者。在临床中我们发现此种证型的患者大多血脂较高，如果急性期病情加重，往往合并饮水呛咳，吞咽困难等球麻痹症状。我们采用益气化痰通络方临床治疗此型，配合针刺、理疗、康复等手段对改善患侧肢体瘫痪、言语不利、口角歪斜有较好的疗效，提高肢体肌力，改善神经功能整体评分。对重症脑梗死有热象者应用院内制剂醒脑颗粒有较好的促苏醒作用，且能减轻脑水肿，对伴有球麻痹患者采用环咽肌松弛术对改善吞咽功能疗效达95%以上。临床中任何脑梗死证型，单独采用中药辨证治疗，虽有一定的疗效，但不尽人意，只有采用多种中医联合治疗手段才能明显提高疗效。

四、中医治疗难点分析

目前脑梗死的发病率仍呈上升趋势，我院门诊及住院患者比例增加，其中重症患者比例有所增加，如何降低患者的致残率，改善预后，给我们提出了新的问题，因临床治疗脑梗死的中药针剂均以活血化瘀为主，其它方法涉及很少，这与本病虚、火、风、痰、气、血六端错综复杂的病机不相适应，可能会对病情恢复有较大的影响，临床需要找出更加切合本病病机本质的治疗方药，这就需要进一步研究。另外患者出现球麻痹、引起肺部感染、合并肺水肿、泌尿系感染、消化道出血、癫痫持续状态、脑水肿等单一采用中医药治疗仍然存在一定的困难。需要中西医结合治疗。在治疗脑梗死的临床工作中，我们也发现脑梗死后出现的焦虑状态、抑郁状态往往会阻碍脑梗死的恢复，脑梗死后出现的顽固性呃逆会影响患者的进食量，导致患者营养不良和水电解质平衡，也会加重病情而影响恢复。

五、解决的方法和思路

1、继续开展脑梗死重症患者的监测与中医药早期进行干预的治疗方案的优化研究。

2、积极治疗并发症，对球麻痹的患者除采用针灸、理疗、环咽肌扩张术等方法外，加强护理，加强气道管理，对合并肺水肿、泌尿系感染、消化道出血、癫痫持续状态、脑水肿等要配合西药治疗，以防止病情进一步发展而危及生命。对合并顽固性呃逆的病人我们采用中药辩证施治往往会取得明显的疗效。

3、在中医辨证论治原则指导下合理使用中药进行脑梗死的一、二级预防，开展中医药在颈动脉粥样硬化斑块的防治研究，继续开展血管性痴呆早期的筛选及中药干预的研究，开展肩手综合征的综合治疗方案。

4、继续筛选临床治疗脑梗死有效的中药制定协定处方并进行研究，提高中医辩证准确率。加强中医康复治疗手段。

脑梗死中医诊疗方案（2024 年）

定义：脑梗死又称缺血性中风，包括脑血栓形成和脑栓塞，是由于脑部血液供应障碍，缺血、缺氧引起局限性脑组织的缺血性坏死或软化，而出现相应的神经系统症状。相当于中医的中风病范畴。

中风病是由于正气亏虚，饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱，产生风、火、痰、瘀，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外，以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主要临床表现的病证。

一、 诊断

脑梗死的诊断标准参照 2005 年中国卫生部疾病控制司、中华医学会神经病分会制定的《中国脑血管病防治指南（试行）》进行诊断。

中风病的诊断标准参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》诊断。

二、 中医治疗

（一）中医辨证施治

1、中经络（无意识障碍）

（1）肝阳暴亢

症状：半身不遂、口舌歪斜，舌强语蹇或不语，偏身麻木，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。

治法：平肝潜阳。

方药：天麻钩藤饮加减。天麻 12g，钩藤 12g（后下），石决明 15g（先煎），黄芩 9g，栀子 9g，川牛膝 12g，杜仲 9g，桑寄生 9g，夜交藤 9g，茯神 9g。头痛明显者加羚羊角粉 3g（冲服），夏枯草 12g 以清熄风阳；如伴烦躁失眠，手足心热，舌质红绛或暗红，少苔或无苔，脉细弦等肝阴虚者加干地黄 12g，麦冬 12g，五味子 12g，生龙骨 20g，减栀子、黄芩。如偏瘫较重者可加木瓜 12g，地龙 12g，鸡血藤 12g，桑枝 12g 等通经活络之品；如舌质暗红、脉涩等有血瘀证时减黄芩、栀子加丹参 12g，桃仁 9g，土元 12g 以活血化瘀；语言不利甚加菖蒲 9g，郁金 9g，远志 9g 开音利窍。

中成药：①健脑补肾丸（院内制剂，药物组成：玉竹、麦冬、女贞子、白芍、之母），每次 6g，每日三次。

疗效评估：本证候为脑梗死急性期常见证候，部分伴有痰湿证候，对此我们加入一些化痰燥湿药治疗，如半夏、陈皮、石菖蒲等，对改善痰湿症状有较好的疗效，配合针刺等在患肢的功能改善方面有明显的疗效。我科研制的中成药健脑补肾丸在阴虚明显的患者方面应用，效果满意，尤其对血压较高者有较好的降压作用。临床对眩晕头痛，面红目赤，口苦咽干心烦易怒，尿赤便干症状改善明显，也能减轻部分中风症候。

(2)风痰阻络

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木，头晕目眩、痰多而粘，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

治法：熄风化痰、活血通络

方药：自拟熄风化痰通络汤。制半夏 15 克，天麻 20g，钩藤（后下）30g，怀牛膝 12g，白附子 5g，白蒺藜 15g，僵蚕 20g，陈皮 9g，全蝎 5g，菖蒲 12 克，桃仁 15 克，胆星 9g，生甘草 6 克。如年老体衰者，加炙黄芪 15g 益气扶正；舌苔黄腻或痰多色黄者，加全瓜蒌 15 克，浙贝 12 克，桑白皮 15g、竹沥 12g 以清化痰热；如

舌质紫暗或有瘀斑、瘀点等瘀象明显者，加红花 12g，当归 20g、丹参 12g 等以活血通络。

中成药：镇脑平肝丸(本院制剂，药物组成：天麻、钩藤、僵蚕、半夏、全蝎、红花、白附子等)，每次 6g，每日三次

疗效评估：本证候在脑梗死急性期常见，临床配合针灸、理疗、康复等手段对改善患侧肢体功能、改善头晕头重疗效较满意，对麻木也有一定的疗效也能降低同型半胱氨酸水平、血液粘度。

（3）痰热腑实

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或不语，偏身麻木，腹胀，便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多，舌质红或暗红，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

治法：化痰通腑。

方药：方选《验方》星蒌承气汤加减。胆南星 9g，全瓜蒌 30g，生大黄 9g，芒硝（冲服）9g。如药后大便通畅，则腑气通，痰热减，病情有一定程度好转。本方使用硝黄剂量应视病情及体质而定，一般控制在 9g-15g 左右，以大便通泻、涤除痰热积滞为度，不可过量，以免伤正。腑气通后应改用清化痰热、活血通络药胆南星 9g，全瓜蒌 30g，丹参 12g，黄连 19g、鸡血藤 15g，赤芍 12g；如头晕重者，可加法半夏 12g、天麻 12g，陈皮 9g、菊花 9g 以清利头目；如舌质红而烦躁不安，彻夜不眠者，属痰热内蕴而兼阴虚，可选加鲜生地 12g，沙参 12g，玄参 12g，茯苓 9g，夜交藤 12g 等滋阴安神之品，但不宜过多，否则有碍于涤除痰热。

中成药：醒脑颗粒（本院制剂，药物组成：胆星、石菖蒲、白蒺藜、菊花、橘红、玄参、黄芩、生大黄、栀子、冰片等）每次 15g 冲服，每日三次。

疗效评估：对此证候临床我们多配合院内制剂醒脑颗粒治疗，必要时应用大黄粉，对改善发热，便秘，头晕目眩、降低神经功能缺损评分有确切的疗效，但需要中医综合治疗方法。否则疗效欠佳。

（4）气虚血瘀：

症状：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，面色既白，气短乏力，口流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉沉细，细缓或细弦。

治法：益气活血。

方药：补阳还五汤加减。炙黄芪 30g，当归 12g，川芎 12g，赤芍 12g，桃仁 9g，红花 12g，地龙 15g。如半身不遂较重者加桑枝 15g,穿山甲 9g，水蛭 3g 等药加强活血通络、祛瘀生新；言语不利甚者加菖蒲 9g，远志 12g 化痰开窍；手足肿胀明显者加茯苓 12g，泽泻 12g，薏仁 12g，防己 12g 等淡渗利湿；如大便溏甚者去桃仁加炒白术 12g，山药 12g 以健脾。如见肢体痉挛，加木瓜 12g,伸筋草 15g 以柔肝缓急；如舌有瘀点瘀斑，舌下脉络青紫加全蝎 3g，水蛭 3g，鸡血藤 15g 以破血通络。

中成药：康瘫丸（院内制剂，药物组成：炙黄芪、当归、红花、川芎、地龙、怀牛膝、桂枝、水蛭等），每次 6g，每日三次。

疗效评估：本证候一般多见于脑梗死恢复期或后遗症期，但临床急性期也不鲜见，在急性期应用补阳还五汤加减治疗，临床效果较好，但在恢复期和后遗症期需配合针灸、理疗等康复手段。我科研制的康瘫丸具有益气活血，通经活络作用，在常规用药的基础上加用康瘫丸与单独常规治疗对比，临床疗效明显高于对照组，总有效率 87.0%，能较好改善偏瘫、偏麻、及乏力等症状。

（5）气虚痰结

症状：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，面色恍白，气短乏力，头晕，头重，纳呆，胸脘满闷，舌质淡，苔薄腻或白腻，脉沉弦或濡弱而滑。

治法:益气化痰通络

方药;自拟益气化痰通络汤。人参 12g，白术 12g，法半夏 10g，茯苓 10g，干姜 10g，陈皮 9g，石菖蒲 9g，胆星 9g，生甘草 6g。如舌质淡暗，边有瘀点瘀斑，挟有瘀象者，加川芎 12，丹参 12，红花 12 以活血化瘀。

疗效评估：本证候临床较常见，多见于脑梗死急性期，恢复期、后遗症期多兼有血瘀。临床以肥胖者、喜欢肥甘厚味者多见，也见于长期患有其它疾病，而后出现脑梗死者。在临床中我们发现此种证型的患者大多血脂较高，如果急性期病情加重，往往合并饮水呛咳，吞咽困难等球麻痹症状。有时恢复困难，需尽早配合针灸、理疗等康复手段。我们采用本方进行加减配合针刺、理疗等康复手段，对偏身麻木、偏瘫症状改善较好，对头晕头重改善尤其明显。

（6）痰瘀阻络

症状：半身不遂或口舌歪斜，舌强语蹇或不语，偏身麻木，头重，納呆，心悸，胸闷，气短，恶心欲呕，舌质紫暗或红绛、有瘀点或瘀斑，苔白腻，脉沉弦或弦滑或涩。

治法:活血化瘀，化痰通络

方药：自拟化痰活血汤加减。当归 15g，红花 12g，丹参 12g，川芎 12g，法半夏 10g，陈皮 9g ，香附 10g，木香 9g，石菖蒲 9g，胆星 9g，生姜 9g，生甘草 6g。如伴乏力，舌边有齿痕，脉象弱者，加炙黄芪 15g-30g，白术 12g 益气，气足则血化，气足则痰化。如瘀象明显者，加水蛭 3g，全蝎 3g 以破血逐瘀。如痰湿征象明显，加薤白 12g，竹沥 12g，枳实 9g 以走窍逐痰，通其经络。

可选择一种具有活血化瘀功效的中药注射剂：血栓通或血塞通注射液、银杏达莫注射液、盐酸川芎嗪注射液、舒血通注射液等。

疗效评估：本证候临床较常见，但多见于脑梗死恢复期和后遗症期，一般伴有气虚表现。临床多见血脂高、血粘度高的患者。临床恢复相对较慢，需配合针灸、理疗等康复手段。

2、中脏腑（有意识障碍）此型多较重，一般梗死面积较大或部位不好，如脑干、小脑等，多伴有脑水肿，可配合脱水、降颅压治疗。

（1） 痰热闭窍

症状：起病急骤，神识昏蒙，鼻鼾痰鸣，半身不遂，肢体强痉拘急，项强身热，气粗口臭，燥扰不宁，甚至手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红降。舌苔褐黄干腻，脉眩滑数。

治法：清热化痰，醒神开窍。

方药：羚羊角汤加减。羚羊角粉（冲服）0。6g，石决明（先煎）30g，夏枯草 12g，丹皮 12g，天竺黄 9g，石菖蒲 9g，郁金 12g，远志 9g。如大便数日不行，可合用星蒌承气汤或大小承气汤以通腑泻热；痰多者加胆星 9g，鲜竹沥 20g，桑白皮 30g 清热化痰。

中成药：①醒脑颗粒剂（院内制剂）每次 15g 冲服，每日三次。

疗效评估：本证候属中脏腑阳闭证，临床病情较重，临床多见于大面积脑梗死或脑干梗死，多伴有脑水肿，严重者有脑疝形成，需中西医结合治疗。我科经多年临床观察研究的经验方醒脑颗粒在早期应用于中风阳闭的治疗中，具有通腑泻热、醒神开窍作用，早期应用对意识障碍患者有良好的促苏醒作用

（2）痰浊蒙窍

症状：神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或不语，偏身麻木，痰声漉漉，面白唇暗，静卧不烦，二便自遗，周身湿冷，舌质质暗，苔白腻，脉沉滑缓。

治法：温阳化痰，醒神开窍。

方药：涤痰汤加减。制半夏 9g，茯苓 9g，陈皮 9g，胆南星 9g，石菖蒲 9g，远志 9g，丹参 9g，竹茹 6g，枳实 9g。如痰声漉漉，舌苔厚腻者加苏子 15g，全瓜蒌 30g，桑百皮 30g 以化痰降逆。

中成药:醒脑静注射液 20－40ml 加入 0.9％的生理盐水或 5％的葡萄糖注射液 250－500ml 中静脉滴注，每日一次。

疗效评估：本证候属中脏腑阴闭证，多见于大面积脑栓塞患者，一般病情较重，需中西医结合治疗，一般预后不佳。

（3）元气败脱

症状：昏迷不醒，目合口张 ，呼吸短促或间歇止，肢体软瘫，手撒肢冷、周身冷湿，二便自遗，脉微欲绝或虚大无根，血压下降。

闭证中如见脱象，血压呈下降趋势，即应及时兼用救脱方药，否则危殆立至。

方药：参附汤。生晒参[另煎兑服]15 克，附子[先煎半小时]9 克。

汗出不止：炙黄芪 30g，煅龙骨 30g，煅牡蛎 30 克；冷汗肢厥：合用四逆汤回阳救逆。

中成药：参附注射液 20-60ml 加入生理盐水 250ml 中静滴，或参脉注射液 60—100ml 生理盐水 250ml 中静滴。

疗效评估：本证候属脑梗死急性期危重证候，随时可能出现心跳呼吸停止，难以救治，本证候出现后应立即采取积极有力的抢救措施，该方对升压固脱具有一定的治疗作用。

注：如脑梗死病情较重，有脑水肿或颅内压高征象者，应使用脱水剂降颅压，如有抽搐者给予镇静剂治疗,如有呕血或便血者给予止血治疗,可用中药云南白药。如高热不退者给予冰枕物理降温，中药予以紫雪散或安宫牛黄丸口服或鼻伺，紫雪散每次 1.5g－3g，每日 2－3 次。安宫牛黄丸每次 1 丸，每日 2－3 次。如呃逆不止给予针刺或穴位注射或中药辩证治疗。总之，如病情急、重时要采取中西医结合治疗。

（二）、针灸治疗：

脑血管病急性期的针灸治疗以醒脑开窍针刺法和头针疗法为主，体针治疗根据 Brunstrom 分期选用不同的针刺方法。脑出血早期 （24 小时内）不予针刺治疗，以避免引起血压波动，加重病情。针灸治疗在常规治疗的基础上结合辩证取穴。中医辨证分型、症状、治法同脑梗死的中医诊疗方案。

（一）辩证取穴

1、中经络（无意识障碍）

⑴、肝阳暴亢： 风池、外关、太冲、太溪、合谷

⑵、风痰阻络： 百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、丰隆

⑶、痰热腑实：百会、合谷、曲池、阳陵泉、行间、外水道、外归来、丰隆

⑷、气虚血瘀：心腧、膈腧、脾腧、气海、足三里、三阴交

⑸、气虚痰阻：心腧、丰隆、脾腧、气海、足三里、三阴交

⑹、痰瘀阻络：心腧、脾腧、丰隆、足三里、三阴交

1、中脏腑（有意识障碍）脱证不予针灸治疗

⑴、痰热内闭：“醒脑开窍”针刺法+十宣放血

⑵、痰蒙清窍：“醒脑开窍”针刺法+十宣放血

（二）、“醒脑开窍”针刺法

“醒脑开窍”针刺法在选穴上以阴经和督脉穴为主，并强调针刺手法量学规范，有别于传统的取穴和针刺方法。对于各种并发症，配用相应的穴位。具体方法如下：

1、选穴

主穴：内关、人中、三阴交。

辅穴：极泉、委中、尺泽。

2、手法

内关：直刺 0.5～1 寸，采用捻转提插结合泻法，施手法 1 分钟。

人中：向鼻中隔方向斜刺 0.3～0.5 寸，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度。

三阴交：沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45 度角斜刺，进针 1～1.5 寸，用提插补法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

极泉：原穴沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 1～1.5 寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动 3 次为度。

委中：仰卧直腿抬高取穴，直刺 0.5～1 寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动 3 次为度。

尺泽：屈肘成 120 度角，直刺 1 寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动 3 次为度。

3、治疗时间

每日针 1-2 次，10 天为 1 疗程，持续治疗 3～5 个疗程。

（三）、头针疗法

1.单侧肢体病，一般选用病肢对侧的刺激区。双侧肢体病，选用双侧刺激区。

2.一般针对不同疾病在脑部的定位，选用该代表刺激区为主，还可根据兼证选用其他有关刺激区配合治疗。如下肢瘫痪，除选用双下肢运动区外，还可配足运感区；上肢瘫痪又肩关节疼痛时，可针上肢运动区配上肢感觉区等。

（四）、中风的体针针刺方法

1、BrunstromⅠ-Ⅱ级，软瘫期。

取穴：

上肢：肩内陵、侠白、尺泽、孔最、间使、大陵、郄门、曲泽。

下肢：髀关、伏兔、梁丘、血海、足三里、阳陵泉、阴陵泉、上巨虚、丰隆、解溪、太冲、丘墟、足临泣。

2、 BrunstromⅢ-Ⅳ级（痉挛期）。

取穴：

上肢：肩廖、肩贞、肩禹、臑会、小海、曲池、阳池、天宗、秉风、阳谷、阳溪、曲垣、臂臑、三阳络、手五里、外关、八风、后溪、二间。

下肢：环跳、承扶、风市、足三里、血海、委中、阴陵泉、太冲、光明、承山、承筋、飞扬、昆仑、太冲。

3、 BrunstromⅣ-Ⅵ级为后遗症期，此期多采用辨证取穴为主。旨在益气活血通络。

针刺取穴：百会、神庭、四神聪、曲池、外关、合谷、足三里、阴陵泉、气海、关元、三阴交。

（五）、失语及吞咽困难的针灸治疗

1、项针治疗

取穴：风府、哑门、天柱、治呛、廉泉，外金津玉液、人迎。

2、舌针治疗：

取穴：舌下神根穴、左右佐泉穴、左右液旁穴、左右支脉穴。

（六）、肩手综合症针刺治疗：

取穴：常选患侧极泉、手三里、阳溪、合谷、八邪、血海、健侧曲池、丰隆，或患侧夹脊穴。

一、 目前我科治疗脑梗死特色疗法

1、头电针治疗脑梗塞

2、醒脑开窍法治疗中风偏瘫、失语、吞咽困难等

3、针刺运动疗法治疗中风偏身肢体障碍

4、头舌针疗法配合语言训练治疗中风后失语

5、中药熏洗配合针灸、推拿治疗中风恢复期肩手综合征

6、醒脑颗粒对重症脑梗死（阳闭证）促苏醒治疗

7、项针配合环咽肌治疗急性脑卒中后球麻痹引起的吞咽障碍

8、通脉益智胶囊对脑出血后恢复期患者的认知功能减退疗效较好。

二、 疗效评价

2020 年，医院更新了中医病证编码，科室同步修订了诊疗方案。在辨证论治的基础上，增加院内制剂的使用，并制定了治疗脑梗死的部分院内协定处方，在门诊、病房辨证应用。气虚痰结证型临床较常见，多见于脑梗死急性期，恢复期、后遗症期多兼有血瘀。临床以肥胖者、喜欢肥甘厚味者多见，也见于长期患有其它疾病，而后出现脑梗死者。在临床中我们发现此种证型的患者大多血脂较高，如果急性期病情加重，往往合并饮水呛咳，吞咽困难等球麻痹症状。我们采用益气化痰通络方临床治疗此型，配合针刺、理疗、康复等手段对改善患侧肢体瘫痪、言语不利、口角歪斜有较好的疗效，提高肢体肌力，改善神经功能整体评分。对重症脑梗死有热象者应用院内制剂醒脑颗粒有较好的促苏醒作用，且能减轻脑水肿，对伴有球麻痹患者采用环咽肌松弛术对改善吞咽功能疗效达 95%以上。临床中任何脑梗死证型，单独采用中药辨证治疗，虽有一定的疗效，但不尽人意，只有采用多种中医联合治疗手段才能明显提高疗效。

四、中医治疗难点分析

目前脑梗死的发病率仍呈上升趋势，我院门诊及住院患者比例增加，其中重症患者比例有所增加，如何降低患者的致残率，改善预后，给我们提出了新的问题，因临床治疗脑梗死的中药针剂均以活血化瘀为主，其它方法涉及很少，这与本病虚、火、风、痰、气、血六端错综复杂的病机不相适应，可能会对病情恢复有较大的影响，临床需要找出更加切合本病病机本质的治疗方药，这就需要进一步研究。另外患者出现球麻痹、引起肺部感染、合并肺水肿、泌尿系感染、消化道出血、癫痫持续状态、脑水肿等单一采用中医药治疗仍然存在一定的困难。需要中西医结合治疗。在治疗脑梗死的临床工作中，我们也发现脑梗死后出现的焦虑状态、抑郁状态往往会阻碍脑梗死的恢复，脑梗死后出现的顽固性呃逆会影响患者的进食量，导致患者营养不良和水电解质平衡，也会加重病情而影响恢复。

五、解决的方法和思路

1、继续开展脑梗死重症患者的监测与中医药早期进行干预的治疗方案的优化研究。

2、积极治疗并发症，对球麻痹的患者除采用针灸、理疗、环咽肌扩张术等方法外，加强护理，加强气道管理，对合并肺水肿、泌尿系感染、消化道出血、癫痫持续状态、脑水肿等要配合西药治疗，以防止病情进一步发展而危及生命。对合并顽固性呃逆的病人我们采用中药辩证施治往往会取得明显的疗效。

3、在中医辨证论治原则指导下合理使用中药进行脑梗死的一、二级预防，开展中医药在颈动脉粥样硬化斑块的防治研究，继续开展血管性痴呆早期的筛选及中药干预的研究，开展肩手综合征的综合治疗方案。

4、继续筛选临床治疗脑梗死有效的中药制定协定处方并进行研究，提高中医辩证准确率。加强中医康复治疗手段。