目　　录

前　　言 …… (1)
第一章　中风的基本知识 …… (1)
一、中风——人类三大死因之一 …… (1)
二、中风的中西医分类 …… (3)
三、防止中风在先兆 …… (10)
第二章　脑的生理病理特性与中风先兆
…… (12)
一、"诸阳之会"阳易亢 …… (12)
二、"清阳之府"邪易蒙 …… (13)
三、"精明之府"神易病 …… (14)
四、"精髓之海"髓易空 …… (15)
第三章　中风先兆的病因病机 …… (16)

一、中风先兆的主要病因 …… (16)
二、中风的危险因素 …… (18)
三、中风先兆的病理机制 …… (31)
第四章　中风先兆的诊断与鉴别 …… (38)
一、中风先兆症候 …… (39)
二、远期先兆与近期先兆 …… (40)
三、中风先兆特点 …… (42)
四、中风先兆主症鉴别 …… (43)
五、中风先兆诊断标准 …… (48)
六、短暂性脑缺血(TIA) …… (49)
第五章　中风先兆的辨证施治 …… (54)
一、阴虚阳扰 …… (54)
二、肝阳化风 …… (55)
三、心火暴盛 …… (56)
四、痰瘀互结 …… (56)
五、气虚痰阻 …… (57)
六、气虚血瘀 …… (58)
七、阴虚血瘀 …… (59)
八、髓空窍瘀 …… (59)
第六章　古代医家对中风先兆的认识

……（61）
一、《黄帝内经》“微风”说 ……（62）
二、刘完素首提“中风先兆”……（62）
三、朱丹溪从年龄、病机上发展先兆说
……（63）
四、《明医杂著》详述先兆之征 ……（64）
五、《医林改错》完善中风前驱症论述
……（65）
六、《证治汇补》论预防 ……（65）
七、张锡纯揭示缺血先兆和充血朕兆
……（66）
第七章　中风的主动预防 ……（67）
一、调节情志 ……（68）
二、调摄饮食 ……（73）
三、调适自然 ……（90）
四、调养体魄 ……（98）
主要参考文献……（112）

第一章　中风的基本知识

一、中风——人类三大死因之一

中医学有一著名论断：人之百病，莫大于中风。

时至今日，中风仍属人类死亡的三大病因之一，我国每年约有一百多万人死于斯疾。

中风发病最快，恢复最慢，死亡最多，致残最重，给病人造成的痛苦最大，因此，可以称得上是病中之最。

中风在不同国家，与心脏病、癌肿分别占人类死亡原因的第一至第三位。在日本中风是第一死亡原因，在美国心脏病是第一死亡原因。在我们中国的上海，中风是第二死因。尽管不同国家和不同地区的死亡原因不同，

但中风皆为三大死亡原因之一。

中风的发病率，指的是十万人口中一年内中风新发病病人人数的比例数，从全世界来看以日本为最高。在日本40岁以上人群中平均发病率男性为1074/10万，女性为641/10万。中国的中风发病率比日本稍低，但比欧美为高。中国的中风发病率，城市与农村相比，城市高于农村，城市平均219/10万，农村平均114/10万。从我国中风发病率资料来分析，它具有以下特点：(1) 发病率随年龄增大而明显增大；(2) 男性发病率略比女性高；(3) 城市发病率高于农村发病率；(4) 北方城市和农村发病率分别大于南方城市和农村的发病率，这可能与寒季在北方较长密切相关。

中风的患病率指的是，每10万人口中，目前还在患中风病人人数，包括当年发病和以往发病未愈者，但不包括完全治愈者和死亡者。我国城市患病率平均为719/10万，农村患病率为393/10万。不论城市或农村，男性患病率均大于女性的患病率。

中风死亡率，指的是每10万人口中每年平均死于中风的人数。日本中风死亡率最高，平均为121/10万。我国城市中风死亡率平均为89/10万，农村中风死亡率为78/10万。对照中风的发病率城市为农村的两倍左右，而死亡率两者相近，说明城市医疗优于农村，也说明其中一部分病人通过治疗，可以转好，甚至恢复或基本恢复。

从以上发病率、患病率、死亡率中不难看出中风病对

人类的危害是何其之大！

二、中风的中西医分类

概而言之，中风病虽险恶，但在危中也有缓急轻重之分。一般而言，仅表现为唇舌歪斜，单侧肢体麻木或软弱无力者为中络；口舌歪斜，半身不遂或偏身麻木，言语謇涩，而神志仍然清醒者为中经；既有前述症状，又有失语、意识不清，但程度尚较轻浅，如迷蒙、恍惚、嗜睡状者为中腑；神志昏愦，深度昏迷，目睛不转，完全失语，偏瘫，口眼㖞斜，鼾声频作，吞咽困难者为中脏。中经中络，病缓而轻；中脏中腑，病重而急，更有闭脱之辨，闭则多实，脱则多虚，均属危重之候。

现代医学则将中风分之为出血性中风，缺血性中风，也常见双重性中风。另有少见的中风，如夹层动脉瘤，颈内动脉纤维肌肉发育不良，脑淀粉样血管病，烟雾病，基底节钙化及血栓闭塞性脉管炎等所致者，对此，本著不作介绍。

（一） 中经络

1、络脉空虚，风邪人中型

症见手足麻木，脱肤不仁，或突然口眼㖞斜，语言不利，口角流涎，甚则半身不遂。或兼见恶寒发热，肢体拘

急，关节酸痛等症。舌苔薄白，脉浮弦或弦细。

分析病机属正气不足，络脉空虚，卫外不固，风邪乘虚人中经络，气血痹阻，运行不畅，筋脉失于荣养，故见口眼㖞斜，语謇，偏瘫等症。风邪外袭，营卫不和，则见恶寒发热，肢体拘急；苔薄白，脉浮弦为表邪入中之证。脉见弦细又为气血不足之象。

2、肝肾阴虚，风阳上扰型

症见平素头晕头痛，耳鸣目眩，腰酸腿软，突然发生口眼㖞斜，舌强语謇，半身不遂，舌质红或苔黄，脉弦细而数或弦滑。

分析病机属肝肾阴虚，风阳内动，气血逆菀于脑，故见头晕头痛，耳鸣目眩，口眼㖞斜，舌强言謇，半身不遂等症。舌红苔黄，脉弦滑或弦细而数，为阴虚阳亢、痰热内蕴之象。

（二） 中脏腑

1、闭证

（1）风火激荡，痰浊壅闭型。症见突然昏仆，口噤目张，气粗息高，或两手握固，或躁扰不宁，口眼㖞斜，半身不遂，昏瞀不知人，痰声辘辘，音瘖不语，颜面潮红，大便干燥，唇舌红，苔黄腻，脉弦滑数。

分析病机此为阳闭之证，因肝阳暴张，阳升风动，气血上逆，气升痰升火升，一派风火激荡、痰浊壅闭之象。因风火激扬，是以突然昏仆，口噤目张，气粗息高，颜面潮红，大便干燥，躁扰不宁。因痰浊壅闭，是以昏瞀不知人，

痰声辘辘，音瘖不语。唇舌红，苔黄腻，脉弦滑数，皆为风痰火交煽之征。

(2) 风盛湿郁，痰浊壅闭型。症见突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，面白唇暗，痰涎壅盛，静而不烦，四肢欠温，苔白滑腻，脉沉滑。

分析病机此为风盛湿郁，痰浊壅闭，为阴闭之机。风盛则清窍被扰，是以见突然昏仆，不省人事。湿郁则阳气不宣，浊痰上壅，是以痰涎壅盛，静而不烦。痰浊阻滞阴气，故面白唇暗，四肢欠温，舌苔白腻，脉沉滑，为痰气闭阻之征。

2、脱证

(1) 阳脱。症见突然昏仆，不省人事，目合口开，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗多不止，二便自遗，肢体软瘫，舌痿，脉微欲绝。

分析病机属元气衰微已达极点，脑中无气，脑神失养，是以突然昏仆，不省人事。阴阳将欲离决，故目合、口开、鼻鼾、手撒、遗尿等险候均见。正气虚弱，阳气将脱，故呼吸低微，汗多不止，四肢厥冷，舌痿，脉微欲绝。

(2) 阴脱。症见面赤足冷，虚烦不安，脉极弱或浮大无根。

分析病机，"阴为阳之基，阳为阴之统"。由于阴阳互根的关系，阳脱之证经抢救后阳已回，或阳未脱而阴先脱，阴脱及阳，真阴亏损，虚阳浮越，可见面赤足冷，虚烦不安，脉极弱或浮大无根之象。

(3) 阴阳两脱。症见猝倒之候，痰涎壅塞，喉间痰如拽锯，汗出如雨而味咸，神昏不语，口开、目合，遗尿，手足懈弛不收，脉细微。

分析病机，真阴欲绝，阳气将脱，表现为阴阳两脱之候，离决之象。猝倒、口开、目合、遗尿、手足懈弛不收，为脱证共有之症。阳脱则痰涎壅盛，喉间痰如拽锯，阴脱则汗出如雨而味咸，此为阴阳两脱之征。尤其脉象，细为血少精亡，微为阳衰欲绝。

(三) 出血性中风

出血性中风或称颅内出血，占全部急性脑血管疾病的10%左右。无论何种原因所致的颅内出血都有相当高的死亡率与致残率，其临床表现颇多相似之处，一般物理检查仅能做出拟诊，确诊需腰穿发现血性脑脊液，或CT、MR、血管造影、手术等证实有血肿存在。出血性中风是指非外伤性颅内出血，按临床主要分为以下类别：

1、脑出血

又称脑溢血，指脑内血管破裂出血，常为大块出血，位于大脑半球深部。在血管破裂，血液供应停止，脑细胞破坏的同时，因血块压迫周围脑组织，症状常较严重，而且发展迅速。脑出血的症状特点是，突然发病，意识丧失，手足麻痹。所谓突然发病，是几分钟或几个小时内病情突然恶化，发生完全性手足瘫痪和昏迷。

以往诊断脑出血常依靠腰椎穿刺，检查脑脊液中是否有出血，此法不完全正确，且有加重病情之顾虑。近年

用 CT 检查，脑出血为高密度病变，呈白色团块，可以非常清楚明瞭地诊断脑出血、出血的部位及程度。

2、蛛网膜下腔出血

出血性中风另一种是蛛网膜下腔出血，此时出血不是发生在脑实质内，而是发生在脑表面，蛛网膜下腔。脑膜有三层，即硬脑膜、蛛网膜、软脑膜。最贴近脑组织的是软脑膜，软脑脑外面覆盖着蛛网膜，它富于血管。血管破裂时出血进入蛛网膜下腔。与脑出血一样，大多数蛛网膜下腔出血病人也有高血压病史。动脉瘤破裂或血管畸形出血也往往为蛛网膜下腔出血之病因。非常剧烈的头痛是蛛网膜下腔出血的特征，其次是颈项强硬，头颈变得强直，不能前屈。重症病例，发生意识模糊、昏迷。不少病人，在剧烈头痛发作时，虽然意识清楚，但较淡漠、嗜睡，并有畏光、怕声、拒动等症状，或相反出现狂躁、乱动、幻觉、谵妄等精神症状。

(四) 缺血性中风

缺血性脑中风可按缺血或梗塞的解剖部位、临床病程时相加以分类。按病程时相分类有很大的临床意义，因常见的 3 个时相其临床表现与治疗方法均有所不同。

缺血性脑卒中是一个演进过程，目前一般同意分为 3 期。

第一期为短暂性脑缺血发作(TIA)，或称早期卒中、小卒中，其症状和体征应于 24 小时内完全恢复。第二期为卒中进展期(进行性卒中)是指脑缺血引起的局灶性神

经障碍在数分钟、数小时或数天内进行性增重。世界卫生组织规定的时限为颈内动脉系统最长不超过 18～24 小时，椎基底动脉系统最长不超过 72 小时。超过上述时限即应属于完全性卒中的范畴。第三期即卒中完成期（完全性卒中），是指脑缺血所致的局灶性神经障碍已停止发展、趋向稳定或有所改善。临床上以脑血栓形成与脑栓塞是最常见的两大类型。后者发病突然，常呈单时相性，并有明显的栓子来源。完全性脑卒中即脑梗塞，是短暂性脑缺血发作、脑血栓形成与脑栓塞最常见的后果。

1、脑血栓形成

脑血栓为脑血管壁上发生血栓，脑血管闭塞，从而引起该供血脑区的血流停止，脑组织缺氧坏死。脑血栓发病相对较慢，往往在几小时以上，随着血管的闭塞，症状逐渐明显。脑血栓病人大多伴有脑动脉硬化，动脉内膜增生，胆固醇沉积于血管壁，导致动脉狭窄。平时，因有侧枝循环，尚可保持正常的血流量，当发生心脏病、血压下降、血粘度增高、血流缓慢及血流凝固性异常时，硬化狭窄的动脉就易于发生血栓，引起缺血性中风。脑血栓的前驱症状有头晕、麻木、手脚的一过性麻痹，这些症状可在脑血栓发病前 1、2 个月甚至更长时间内出现。发病后 1～2 周内症状呈阶梯式加重，直致一侧手脚完全瘫痪。

2、脑栓塞

脑栓塞是指身体中脑以外的组织器官发生异物，进

入脑血管内引起血管闭塞，造成与脑血栓同样的缺血性病变。与脑血栓不同的是，栓子是来自脑外，不是脑血管壁本身病变基础上发生的，故有身体其他器官的病变，这些病人大多年龄较轻。

这种脑外异物（栓子）最多的来源是心脏，其次是大血管如主动脉、颈动脉上的硬化斑块，少见的有来源于骨折的脂肪栓塞，来源于外伤的空气栓塞，以及癌肿栓塞和脓肿栓塞。由心脏病引起的脑梗塞称心原性脑梗塞。心脏内的凝血块，心脏瓣膜上的赘物脱落，都可引起脑梗塞。由风湿性心脏病和亚急性细菌性心内膜炎引起者，多为青年或中年人，由于心肌梗塞和动脉硬化性心脏病引起者年龄较大。

脑栓塞起病急骤，从发病到症状完成仅数秒到 2～3 分钟，比脑出血还快。此外，发病之前无任何症状，是突然发生手脚偏瘫和意识障碍。然而，意识障碍的程度轻，除非大的主干动脉梗塞，一般不发生昏迷。

（五） 双重性中风

近年来 CT、MR 与尸检病理均发现，有些中风患者其脑组织中既有出血灶，又有梗塞灶。这些病灶多位于穿支动脉系统，其一位于基底节区，以壳核最多见；其二位于桥脑，以基底部最多见。病人往往有多年高血压史及多次中风史，可能一处中风为出血性，另一处则为缺血性，CT 与 MR 可同时显示这两种截然不同的病灶。出血灶可为大灶性脑出血，亦可为小灶性脑出血；而缺血灶可

为腔隙性脑梗塞或大面积脑梗塞。高血压穿支动脉系统病变既引起脑出血，又同时引起缺血性脑梗塞，如果这两种病灶同时或先后发生即称为混合性中风或双重性中风。一般来说，混合性中风比单纯中风的预后差。大灶性脑出血合并大面积脑梗塞，尤其是出血破入脑室与蛛网膜下腔者，病情更为凶险，常导致死亡。小灶性脑出血合并腔隙性梗塞者预后较好。血肿与梗塞相连者往往比孤立分布者病情严重，预后也较差。

三、防止中风在先兆

中风病之凶险，然则，病发之前，先有先兆。中风先兆指在尚未形成中风前所出现的一组综合征。若能见微知著，确可防患未然。

早在二千多年以前，中医典籍《黄帝内经》就提出中风前的"微风"说。金元时期的著名医学家刘完素则首先认识到"中风先兆"。二十世纪 70 年代，西方医学才确认短暂性脑缺血(TIA)发作是脑卒中的重要先兆。

既然，中风先兆的出现常预示脑卒中发生的高度危险性，那么，着眼于先兆防治中风，则对降低死亡率与致残率更具积极意义。

古称：犹如大风倾倒楼厦者，名中风。中风的高发病

率、高死亡率和高致残率被称为“百病之首”，历来是中医学研究的重中之重，而阻截先兆、不致中风，则是中医学防治中风思想的重要组成部分。

笔者通过20余年的医疗实践认识到，防止中风在先兆，其中要领在于：认识先兆，预防先兆，治疗先兆，把中风消灭在萌芽阶段。

第二章　脑的生理病理特性与中风先兆

中风先兆证的病位应该在脑。

脑，中医学作为奇恒之府，在生理上具有许多特性，由于这些特性使脑在病理上也具有某些特点，中风先兆与这些特点无不相关。

一、“诸阳之会”阳易亢

头为诸阳之会，手足三阳经均循头面。正因为头为诸阳之首，且火性炎上，故脑病以阳亢、火甚为多。诸如：

阳明府实、痰火上扰所见头痛、失眠、眩晕等病症；胆郁痰扰导致的不寐、头晕、耳鸣诸症；肝火上炎、肝阳上亢及肝风内动出现的头晕胀痛、面红耳赤、不眠易怒、头重足飘，甚至欲仆、抽搐、震颤、头摇等病症。再如：风挟邪，火热上炎，侵扰清空而致头痛；阴血亏，虚火上炎所致午后颧红、耳鸣、健忘、眩晕等病症。凡此，无不出现于中风先兆症中，因之，我们在分析中风先兆的病理时，切忌忽略"阳亢"特点，而在治疗原则上注重潜阳、泻火或养阴这一常法，以制易亢之阳。

二、"清阳之府"邪易蒙

脑为"清阳之府"，凡五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注于头。故凡六淫外袭，或内生之邪，均可上犯巅顶，阻抑清阳，蒙蔽清窍，瘀阻经络，导致气血逆乱而出现头痛、眩晕等病症。临症中风先兆属邪蒙清窍者亦复不少，其特点多为痰、瘀阻蔽清窍，故祛邪、通窍不失为中风先兆之又一重要治法，以使脑恢复"清阳之府"的生理特性。

三、“精明之府”神易病

《素问·脉要精微论》说：“头者，精明之府。”《灵枢·大惑论》及《海论》、《口问》并将视觉、听觉以及精神状态的病理变化与脑密切联系起来。明代李时珍更明确提出脑与精神活动有关，谓“脑为元神之府”。正因为脑是精神、意识、思维活动的源泉，故脑病常以神志异常表现为主。依笔者观之，元神异常者有以下数端：其一，元神被痰湿所蒙，症见懒言嗜睡，精神抑郁，表情淡漠，神志痴呆等；其二，火扰元神，症见急躁易怒，头痛失眠等；其三，元神失养，症见精神衰疲，头昏健忘，睡后梦扰，神魄不定等；其四，元神虚衰，症见目光暗淡，精神萎靡，表情呆滞，语言不利，嗜睡或少寐，健忘等；其五，血瘀脑络，症见头痛如刺，不寐乱梦，眩晕健忘等。凡此，皆可见于中风先兆证中，故祛邪调神，此乃治中风先兆的又一特点。

四、“精髓之海”髓易空

“诸髓者，皆属于脑”（《素问·五脏生成篇》）；“脑为髓之海”（《灵枢·海论》）。髓，有骨髓、脊髓和脑髓之分，均属肾中精气所化生。“髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”（《灵枢·海论》）。而肝肾亏虚，势必脑髓化源不足，中老年精亏者，又使“脑渐空”，皆使髓海不足，出现头晕目眩，耳鸣神疲，肢麻体倦，嗜卧等症。凡此，亦多见于中风先兆证中，因之，填髓益脑系不容忽略的治疗中风先兆之又一重要治法。

第三章　中风先兆的病因病机

导致中风有诸多危险因素，如动脉高血压、糖尿病、高血脂症等。然则，出现中风先兆的主要病因，还在于情志暴怒、食肥酗酒、烦劳过度、外邪所伤四端，其中有风、火、痰、瘀、虚及"阳亢"、"髓空"与"窍瘀"的病机演变，呈现脏腑阴阳失调、气血津液紊乱、中风先兆各期变化。其现代病理基础则与血粘度及血小板等有关。

一、中风先兆的主要病因

（一）　情志郁怒

情志郁怒，五志过极，心火暴盛，可引动内风而欲发

卒中。临床以暴怒伤肝为多，因暴怒则倾刻之间肝阳上亢，气火俱浮，迫血上涌，欲发卒中。至于忧怒悲恐、情绪紧张均为本病之诱因。

(二) 饮食不节

过食肥甘醇酒，脾失健运，聚湿生痰，痰郁化热，引动肝风，夹痰内动而致本病。尤以酗酒诱发最烈。

(三) 劳累过度

《素问·生气通天论》说："阳气者，烦劳则张"，即指人身阳气盛者扰动太过，易亢奋不敛。本病亦可因操劳过度，形神失养，以致阴血暗耗，虚阳化风内扰而为患。亦有纵欲伤精，水亏于下，火旺于上，而阳亢化风为患者。

(四) 气候骤变

气候环境随季节和昼夜的变化而不同，人体气血运行及脏腑经络的生理功能亦随之变化。人冬骤然变冷，寒邪入侵，可影响血脉循行。或早春骤然转暖之时，正值厥阴风木主令，内应于肝，风阳暗动，亦可发中风先兆。六淫为患，尤以外风更为常见，虽不为主要病因，亦是重要的发病诱因。切忌只专注于内因而忽视外风的作用，金元以前的历代医家，多不忽略六淫，尤其是风邪致人以中风的重要作用。

二、中风的危险因素

(一) 动脉高血压

据全世界对动脉高血压进行研究的大量证据表明：收缩期高血压、舒张期高血压及其两者同时存在，对于出血性中风、缺血性中风都分别是一个危险因素。

不论是出血性中风，还是缺血性中风，其先兆之一，就是很可能患过高血压多年。在这两种中风中有 70～80%曾患高血压，而且在出血性中风中的病人在患高血压的年数上还要长，在血压维持高度上还要高；在缺血性中风中有些高血压病人本来血压很高，但在发生缺血性中风以前，血压会忽高忽低有时甚至转为低血压。为什么患高血压者易患中风呢？推测可能是由于高血压患者，长期地处于较高血压，血管承受的压力较大，长期使血管处于痉挛状态。如此血管弹性下降，脆性增加，血管的柔度下降这样就容易破裂，容易产生出血性中风。另一方面，由于血管内皮细胞压力增大，使内皮细胞处于痉挛状态，并使内皮细胞受到损害，加剧了内部粥样硬化和斑块形成，这对于产生缺血性中风无疑是起加剧作用的。

(二) 糖尿病

糖尿病对于大血管疾病中的缺血性中风是一个危险

因素，但在小血管疾病中，则具有可疑的作用。这种危险因素对于出血性中风的作用尚需要进一步研究。

糖尿病是指一种常见的与代谢性内分泌紊乱有关的疾病，其病因在于胰腺中的胰岛分泌的胰岛素下降或不足，使血液含糖量过高并从尿中排出体外形成的糖尿现象，故称之为糖尿病。它是一种影响体内糖、蛋白质、脂肪这三大物质代谢的疾病，我们人体基本上依赖消化这三大物质而生存。中风病人中，不论是出血性中风还是缺血性中风，患糖尿病的人为正常人的 20 倍，而且大多数属于无症状性糖尿病，也就是化验结果血糖含量处于 100～150 毫克%之间（而正常人在 100 毫克%以下），平时尤需注射胰岛素。凡患有糖尿病者，其动脉粥样硬化的人数及程度均比一般人严重，而且对病人全身最基层的血管——微血管损坏更为严重，其微血管的基底膜厚度是正常人的 3～6 倍。这些增厚物质均是沉着于血管壁的变性物质，是妨害血液流动和致使各种组织缺氧的重要因素。因此，这些因素是心血管病发生率高的原因，很多糖尿病老人并非因糖尿病本身而致死，而往往因糖尿病导致患心、脑血管病而死亡。这是一个中风发病前的重要慢性病。

（三） 心脏病

不论是出血性中风还是缺血性中风，病人中约有 60～70%患有心脏病。心脏病中主要是急性心肌梗塞、心绞痛、心律失常等冠心病，还有少量其他风湿性心脏病、

心肌炎的后遗症、先天性心脏病等。为什么患心脏病者易患这两种中风呢？可能的原因是，心脏功能差，故心脏泵作用下降，使脑供血有困难，而产生缺血现象，因此易发生缺血性中风。另外，由于心脏供血泵作用下降，使全身营养血管本身供血也下降，这样就可能使血管自身受损伤。受损伤后的血管易产生动脉粥样硬化及动脉壁斑块形成，如此就促使了两种中风的发生。

（四） 有小中风史

有 TIA 史（小中风史）者，这是一种 24 小时内完全可以恢复的最轻的中风。有人调查结果：100 个缺血性中风中有 25 位首先出现此征兆。病人如任其自然，不加治疗，一年之内发展成缺血性中风者约有 50%，平均发病时间为两年，最长也不超过 10 年。因此如某人具有 TIA 史，实际上是对他即将发生缺血性中风的严重警告。受到这种严重警告者必须提高警惕，预防其发生。但也有 75% 的缺血性中风病人，不经过这一先兆，因此 TIA 以外其他特征也不可忽视。此外，在 100 个出血性中风者中，仅发现有一位病人先有 TIA，故可认为具有 TIA 史者，是缺血性中风的先兆，而基本上可以排除是出血性中风的先兆。

（五） 肥胖

肥胖是心脏病的一个危险因素，因而它可能是中风的一个间接危险因素（通过心脏病而起作用）。

中风病人中，超体重者为一般老人的 1.5～2 倍。超

体重者，必定心脏负担过重，容易伴发冠心病和高血压。心功能的不足，是脑供血不足的原因之一，血压的增高，是诱发动脉硬化的原因之一，因此易于诱发此两种中风。而且肥胖者，往往伴发高脂症，同时伴有高密度脂蛋白下降，这就加速血脂在血管壁的沉着，加速动脉硬化。而对于合适体重者，中风发病率明显下降。但对于轻体重者，则脑溢血患者增加。因此要避免中风，必须保持合适体重。

（六） 血液粘稠度高

这是指血液处于浓稠、粘滞、凝固和聚集性增高的状态，血液处于难流动的状态。[illegible]出现一门崭新的科学，称之为血液的流变学，它专门研究血液在血管里是如何流动的，有哪些因素会影响血液在血管中的流动。无疑病人的血液在身体内流动很困难，很不通畅，这是容易患缺血性中风的原因。致使病人血液难于流动的因素有：

1、病人血中血细胞太多。

病人的血液太浓稠，有的血中还伴有很多血脂，血液不是纯红色，有些带乳白色，无疑这样的血液是过于浓稠的。这像煮稀饭一样，放的米多了，稀饭就浓些，放的米少了，稀饭也就稀了，浓的稀饭流动性是差的。血液也是如此，过于浓稠的血液流动性也差。

2、血液的粘滞性增高。

血液的粘滞性是血液流动性的倒数，也就是说，血液

粘度愈大，血液流动性愈差；反之血液粘度愈小，则血液的流动性就愈大。因此血液粘度的增大，是产生缺血性中风的重要原因。

3、血液凝固性的增高。

血液在正常情况下，自身不会发生凝固，但当血管受到损伤，血液流出血管时，血液就自动地凝固，使此处的血液中止，这就起到止血的作用。这样就不会让血液继续流出血管，这是对人体起保护作用的。但某些病人血液凝固性太高，血液会在自身血管内凝固起来，这样就导致血管闭塞，血流中断，缺血性中风也就相继发生了。

4、血细胞间聚集性增高，使血细胞聚集为团块或成串状。

正常人的血细胞在血液中是一个一个分散存在的。血液在血管中流动时，分散的血细胞无疑是容易流动和通过小血管的，就是碰到比血细胞本身口径还要小的血管，血细胞也能顺利地通过，因为血细胞善于变形，它可以挤过去。然而当血细胞聚集成为堆状、块状、串状时，血细胞就难以流动了，更难通过比自身还要小的毛细血管。这样，一种可能是这些小团块堵住小血管，使小血管闭塞，这就使最最小的中风发生。还有一种可能是使血液流动困难性增大，使血流缓慢，脑中供血不足，产生缺血，这也是中风的主要原因之一。为什么血细胞会聚集成为团块呢？主要原因在于血细胞上面的负电荷下降。在正常情况下，血细胞表面带有足够量的负电荷。细胞

之间因负电与负电间产生排斥作用，而使血细胞充分地、一个一个地分散开来，当这种电荷下降时，则相互之间排斥力减小而相互之间的吸引力增大，因此聚集成团块。实践证明，70%以上缺血性中风病人的血液处于高度的浓粘凝聚状态，而且证明正常人不存在浓粘凝聚情况。但当正常老人由正常的血液流动状态转变成为高度的浓粘凝聚状态时，不久也会产生缺血性中风。因此在老年人中进行血液浓粘凝聚状态的普查，对近似于和已经达到浓粘凝聚状态的老人进行必要的治疗，使之恢复到正常状态对预防中风是极为有利的。

（七） 酒精中毒

有证据表明：一次大量饮酒或慢性酒精中毒是所有中风的重要危险因素。在中国农村，酒精中毒与中风有密切的关系；而在中国城市则没有相关性。在中风病人中，具有饮酒史者，占有一定的比例。凡每日饮酒，而有酒瘾者，在中风病人中占的比例，为一般老人中的2～3倍。这说明饮酒成瘾，每日饮酒量过多者，中风发病率增加；偶有饮酒，酒量很少，饮酒稀而低，无瘾者，并不增加中风的概率。

（八） 吸烟

吸烟对于所有中风，特别是对于缺血性中风作为一个危害因素，证据是肯定的。有证据表明：停止吸烟后可以去除它作为一个危险因素的作用。

吸烟的危害已经证明与患肺癌有关，而且也证明能

诱发动脉硬化、慢性支气管炎、肺原性心脏病，吸烟人中冠心病和中风发病率比一般人高。以中风为例，凡吸烟的中风病人中每天一包或一包以上者，发病率为一般人的2.5～3.5倍。（其中缺血性中风比例更高，高达3.5倍，出血性中风也高达2.5倍）。吸烟为什么会加剧动脉硬化呢？原因在于吸烟时吸入 CO_2 和 CO 增多，造成缺氧。由于其中 CO 和血红蛋白形成异常性血红蛋白，致使失去输氧功能；加之烟中尼古丁也对血管产生痉挛作用，这些均是促成动脉硬化的诱因。吸烟至后期，当吸烟者形成慢性支气管炎时，肺摄取氧气和排出二氧化碳受阻，会产生相对地红细胞增多，使血液粘稠而又粘滞，血液流动困难，易产生血栓形成。这也是缺血性中风的发病原因之一。

（九） 高血脂症

血脂升高作为中风危险因素的作用仍不清楚。有证据表明：在某些人群中，高胆固醇血症和/或低密度脂蛋白升高对于缺血性中风是危险因素（如西方社会的青年人）；而在其它人群中（亚洲人群）则不是危险因素。在日本和中国，当与这些人群平时呈现的血脂水平相比较时，相对的血脂升高对于中风不是一个危险因素。但必须认识到：这些人群的血脂水平约比其它社会人群的血脂水平较低。

血脂水平升高对于缺血性中风作为一个危险因素，在某些人群中具有参考价值；而在另外一些人群中其危

险性仍没有弄清楚。血脂水平升高，特别是低密度脂蛋白水平的升高，对于动脉粥样硬化本身是一个重要的危险因素，而且，业已证明，治疗动脉粥样硬化能够明显地减少中风的危险。

（十） 紫舌血瘀体征患者

中医认为紫舌属于血瘀症的重要体征。根据调查的结果，紫舌血瘀症者可分为五种类型：第一种是舌下中心静脉曲张，并且舌两侧有放射状瘀血细丝或出血点者；第二种是舌面淡紫者；第三种为舌面深紫者；第四种为舌面有紫色斑块，每个斑块直径平均小于或等于5毫米者；第五种为舌面有紫色斑块，每个斑块直径平均大于5毫米者。凡以上舌症者，在缺血性中风中所占比例比一般老年人高1～2倍，科学工作者已证明，紫舌是与病人血液流动性下降，血功能下降，血管病变有关的症状，因此上述紫舌体征，与缺血性中风的发病是密切相关的。

（十一） 高尿酸血症

来自北美洲、欧洲、日本和印度的研究表明：血中尿酸水平升高，对于所有中风是一个危险因素，可是所得到的研究样本数量太少。

高尿酸血症对于中风来说，作为一个危险因素，证据只是参考性的。

（十二） 感染

侵犯脑部的许多感染，对于所有中风尤其缺血性中风是一个危险因素，特别是在北美洲和欧洲以外的世界

地区。这些感染是:结核病、肠道寄生虫病、疟疾、梅毒和钩端螺旋体病。临床医生报道:全身病毒性感染或细菌感染对于中风是一个危险因素,但其资料是非结论性的。

脑部感染对于缺血性中风,在患有这些感染的人群中是一个重要的危险因素,而全身感染的状况与上述情况不相符。

(十三) 遗传与家族因素

一些研究证实:家族因素在所有中风、缺血性中风尤其出血性中风中起到加强作用,遗传因素本身是一个重要的危险因素。

不论是缺血性中风,还是出血性中风,父母、同胞兄、弟、姐、妹、祖父、祖母、外祖父、外祖母中也患此病者,其发病率要比一般人高得多。前者为后者的3~4倍。这说明家族遗传因素还是存在的。这种遗传因素并非直接遗传中风这一病症,而是遗传身体素质性因素,如高血压、超体重、高血脂和糖尿病等因素,而这些因素均易促成动脉硬化,因而使他们比一般的人更易诱发中风。

(十四) 性格急躁

一般人的性格分为三型:外向型(急躁型);内向型(即忍耐型);中间型(急躁和忍耐不能区分的中间型)。研究结果表明,中风病人中急躁型为一般老人(指相同年龄的非中风老人)中的5倍;一般老人中中间型性格者是中风病人的10~20倍;而忍耐型者介乎两者之间。这说明具有急躁型性格者易患中风,而具有中间型性格的,就

可避免患中风，在此奉劝君在性格上要养成遇急事既不急躁也不闷在心里。为什么急躁型性格易患中风呢？这是因为人发脾气时，人体本身能产生一些特殊的物质，如肾上腺素、儿茶酚胺、ADP、血管紧张素等，这些物质会使血管产生痉挛，因而在激动时有的人会面孔发红或发白甚至发青，就是这些物质起的作用，使血管本身缺氧，同时使血压增高，使血液凝固性和白细胞间聚集性增大，这些均是加速动脉硬化和形成血栓的可能机会。因此急躁型性格致使中风发生可以说是有物质基础的。

（十五） 高盐食物习惯

有人曾对高盐食物习惯和低盐食物习惯作了比较，凡高盐食物者患中风率增加，而低盐食物习惯者中风发病率低。

（十六） 喜肥肉史

中风病人中特别喜爱吃肥肉的人数，为一般人的6.5倍，这表明一贯地太多吃肥肉对中风发病起到了加剧作用。为什么会有如此现象？因为动物脂肪吃得过多的话，血中甘油三酯和胆固醇很高，并且使血中极低密度和低密度脂蛋白增多，以上脂质均可加速动脉硬化，而且使阻止动脉粥样硬化的高密度脂蛋白下降。此外，动物脂肪是高能物质，摄取过多，人体体重就会增加，这使心脏增加了负担，对预防中风是不利的。

（十七） 妇女多生育者

中风的女病人中，凡生小孩过多者，占的比例高。中

风妇女中生过四个或四个以上小孩的是一般妇女的2倍。这说明生育过多，对妇女来说是产生中风的原因之一。为什么会有如此的现象？可能生育对妇女来说加重了心脏负担，容易损伤孕妇的心脏，导致过早产生冠心病；为了对子宫中胎儿供应足够母血，母体不得不自己将血压提高，来达到这一目的，因此在妊娠期产生高血压是较为普遍的。除前面两个原因外，生育还会使血管的紧张度增加，这样对血管也有隐压性的损伤，这种损伤对以后产生动脉粥样硬化起到加剧作用。因面妇女生育过多对防止中风发作是不利的。但是妇女中生1～2胎者，中风人数并不增加。还发现生育年龄过迟（如35岁以上生）也有影响，她们在中风组中所占的人数比一般人多。因此妇女为了避免自己中风最好是生1胎，并且不要太迟生小孩，更不宜又多生又迟生。这样对控制人口增长，对自己延年益寿，避免中风均有好处。

（十八） 妇女服用避孕药

国外研究表明，妇女在生育年龄内服用避孕药者患缺血性中风和其他缺血性血管病者比一般人明显增加，这可能是避孕药物对血液凝固性有增加作用，故易于在血管内形成血栓。但也有研究指出，妇女服用避孕药物，对中风发生来说，并不是一个危险因子。

（十九） 慢性支气管炎

包括慢性感染性支气管炎、哮喘性支气管炎、肺原性心脏病，其均可引起缺氧、代偿性红细胞增多，这就是继

发性红细胞增多的一种病因，将产生上文所述的后果。此外血管缺氧，还可导致血管内壁缺氧或损伤，即可能产生非细菌性炎症，这种作用会加剧动脉硬化。因此中风病人中，患慢性支气管炎者为一般老年人对照组的5倍。

（二十） 红细胞增多症

红细胞增多症的特点是血液中红细胞数量比正常人大大地增加，发病原因不明。目前认为有几种原因：第一种称为原发性因素，是由于骨髓内造血机能亢进，致使造出大量红细胞；第二种称为继发性，是由于肺部有某种疾病，使呼吸透气有些阻塞，血液中氧气不足，二氧化碳排不出，如慢支、哮喘、肺气肿、肺原性心脏病、高山病（人在高原地区，气压低的情况下工作生活而患），病人会代偿性地红细胞增多。红细胞有一定的寿命，大约为120天就会自动渗血。由于肾脏中分泌一种称为红细胞生成素的物质，使红细胞不断产生，当健康人在红细胞量不足时，这些物质会自然地多分泌一些，使红细胞能补充上来。当然红细胞达到正常水平后，这些物质就会自然地减少，使红细胞维持在适当的水平。红细胞增多症病人，会致使其肾脏对这种物质分泌过多，使骨髓造血系统无限制地造出大量红细胞来。

与健康人的血液相比，红细胞增多症病人血液的红细胞在血液中占的体积、比例、个数均大大地增加，使血液粘度明显增强，比重也明显增大，血液浓稠而又粘滞。红细胞之间间隙极小，容易形成聚集体，阻塞小血管，使

血液在血管内的循环受到阻碍。因此红细胞增多症演变为缺血性中风者占有一定的比例。

(二十一) 动脉硬化

动脉硬化是指动脉壁内膜由较薄变成较厚,由弹性柔软变成硬质脆化,由光滑内圆腔壁变成毛糙内凸外凹,内腔由通畅变为狭窄。这种变化随着年龄的增大而加剧,其中脑动脉硬化造成的原因有:

1、血液中血脂质特别是胆固醇、甘油三醇、脂肪酸增高,动脉壁上这类脂质沉着层厚。

2、与血流冲击有关,因为所有血管中,动脉中的血流冲击大,而静脉中的血流冲击小,故动脉中发生硬化是普遍的,而静脉中几乎不发生硬化。

3、凡是能使血管壁经受经常刺激的物质和行为,可以促使动脉硬化,如抽烟可使血管产生长期痉挛,形成管壁缺氧、营养不良而使细胞间隙增大,使脂质沉入管壁。

4、血液中形成血栓成份与毛糙管壁的相互作用,也加速动脉硬化。

上述硬化了的动脉,假若再发生血压及血液粘度等方面的剧烈波变,就很易发生中风。

(二十二) 大手术、外伤史

两种中风病人中,有大手术、外伤史者占的人数为一般老人对照组中的2倍。可见大手术和外伤史是中风的诱因之一。为什么有如此现象,目前原因不明。我们的解释是大手术和外伤后的精神紧张,可促使血管粘性物

质分泌增加，使血小板粘附性、凝聚性增加，对血管壁会有某种损伤作用，这种损伤作用可能加剧动脉硬化。

（二十三） 地区与种属

国外资料介绍，日本人中风发病率普遍比英美高一倍。美国人中，黑人比白人高一倍。中国是多民族国家，少数民族与汉族在中风发病率上，差别不大，但其中似乎以朝鲜族较高，而壮族、黎族、布依族、回族和维吾尔族较低，我们推测可能与居住条件和取暖设备有关。

三、中风先兆的病理机制

（一） 脏腑阴阳失调期

本期突出表现心、肝、肾的阴阳失调，损及肺、脾及奇经八脉。临床上综合舌、脉，症为阴虚阳亢、心肾不交、心肝火旺、阴阳失调、奇脉失调。临床表现可有可无，多以眩晕为主，亦有心烦易怒、躁动不宁者；亦有偶见一阵肌肉蠕动，肢体麻木者。多不易引起患者的重视。相当于现代医学的高血压病（Ⅰ期），脑动脉硬化症（轻度）等。

（二） 气血津液紊乱期

本期多在脏腑阴阳失调的基础上，致使人体气血津液运行紊乱，而产生气滞、血瘀、痰浊、水湿、内风等邪实。

此时可无明显的临床表现，仅出现肢体发麻。胃中时觉有气上冲，或气通下焦，上行作呃，亦有心中烦躁不宁，或睡梦中神魂飘荡的症状。或有一时之突然不语、健忘者。因其症状轻而多变，不易引起病者及医者的重视。多相当于高血压病（Ⅱ期），脑动脉硬化（中度），高血脂症。

（三） 中风先兆期

此即中风前驱期。此时多突出表现为脏腑内虚与内生邪实所致的气血逆乱之间，形成的恶性病理循环而导致的诸多临床表现，病位则在脑。如肝阳暴张、内风欲动、痰瘀互结、阻痹脉道等所致的突然眩晕、头痛，移时即愈；卒然失语、肢体麻木、运动不灵等，移时则苏。相当于现代医学所说的短暂性脑缺血发作（TIA）。临床上有半数在短期内卒然中风。亦有经过防治而终生未中风者。

（四） 关于风、火、痰、瘀、虚的演变

应该指出，郁怒、饮食、劳累、外邪等致病因素，是通过人体风、火、痰、虚、瘀的病机变化而出现中风先兆的。

1、风　包括外风乘虚而入及内在肝阳化风。在元气亏损之下，尤易慎防外风乘虚而入。另者，肝阳过亢之时，将进一步化为肝风，而发中风先兆。

2、火　因事激挫，愤怒而不得宣泄，或五志过极，心火暴盛，风火相煽，气热俾逆，血之与气，并走于上而触发中风先兆。

3、痰　饮食不节，劳倦内伤，尤以肥甘太过，脾伤失运，胃伤不化，脂膏堆积于内，气血津液紊乱而使痰浊内

生，阻塞脉络；或痰阻于内，阳气不得宣泄，郁而生热，痰热相煽，浊邪上亢，均可导致中风先兆。

4、虚　壮年酒色过度，或年老身体衰弱，阴阳失调，肝肾阴虚，肝失其养，肝阳上亢，化火生风，风性激荡，上犯于脑，中风先兆由此生。

5、瘀　乃中风先兆病机之中心环节，或同痰互结，或为气虚血瘀，或寒凝血瘀，或痰火血瘀，亦有单以血瘀致病，皆可阻滞脉络，是引发中风先兆的机要。

诸上病机，可互为因果，互为相挟，联合作用于机体，则病机更显复杂，病情更显险恶。

（五）　中风先兆与“阳亢”、“髓空”与“窍瘀”

中风先兆的病变机制，与“阳亢”无不相关，无论是阳明府实、痰火上扰；抑或是胆郁痰扰；还是肝火上炎或虚火上炎，皆使肝阳上亢，进而肝风欲动而出现中风先兆。

另有，“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”（《灵枢·海论》）。髓空为窍瘀创造了一定条件，窍瘀又使脏腑气不相结，髓生化补充无源而进一步亏空，互为因果，恶性循环，此多发展为缺血性中风先兆。

（六）　中风先兆的现代瘀现基础

1、血粘度与中风先兆

血粘度是血管内血液层之间相互位移时的内摩擦力，它与血液的流动性呈负相关，粘度愈大流动性愈差，粘度愈小流动性愈好。血粘度可因测量的成分不同分为全血粘度、血浆粘度和血清粘度。通常所说的血粘度是

指全血粘度。影响全血粘度的因素很多，就血液本身而言，主要是血球压积(Hct)、红细胞变形能力、红细胞和血小板的聚集性、血浆粘度。

血球压积(Hct)：反映血液中血球和血浆的比例，血球压积增加，表示血液浓而粘，是影响全血粘度的最主要因素。全血粘度随着 Hct 的增加而增加，它同血液粘度之间存在着指数关系，当 Hct 超过 40% 以上时，血球压积稍增加，全血粘度就剧增；Hct 超过 50%，全血粘度显著升高；当 Hct 为 50% 时，全血粘度是其 40% 时粘度的 2 倍。

红细胞变形能力：在正常情况下，红细胞变形能力强，柔软似液滴，在末梢循环中可以通过直径比自身小一半的毛细血管径。在发生中风时，红细胞变形能力降低，血液阻力增加，血流缓慢，血粘升高。

红细胞和血小板的聚集性：血细胞易于聚集，此时血粘度也升高，在血球压积相同时，全血粘度随红细胞聚集性增加而增加。它们的聚集性可以通过测定红细胞和血小板电泳时间来确定。亦可用血小板聚集仪来测定血小板的聚集性。血沉亦是反映红细胞聚集性的一个常用指标，因其同红细胞聚集性有关，低者血沉快。为了排除血球压积这一影响，故又以计算出的 K 值来更好地反映血沉或红细胞间的聚集性。

血浆粘度：主要由所含的大分子蛋白浓度决定，这些大分子主要有纤维蛋白原、球蛋白、血脂。纤维蛋白原是

不对称的长纤维状分子，浓度增加血浆粘度亦增加，二者之间呈正比关系，这叫浓度粘度。同时还由于其分子形态呈纤维状，还产生结构粘度。球蛋白（IgA、IgM、IgG）中IgM对血浆粘度影响最大。脂蛋白的增加，亦使血浆粘度增加。胆固醇、甘油三脂均与血浆粘度成正比关系。

影响血粘度的其它因素，有血管壁和血管直径，切变速度，温度，内分泌因素。因此，血粘度的测定应在恒温下进行。老年人出于动脉硬化、管腔狭窄、红细胞变形能力差等均造成血粘度增高，导致脑卒中。

血粘度同脑血流关系十分密切。根据 Hagen－Poiseuille 方程：$Q = \triangle p\pi\gamma^4/8L\eta$，式中 Q 为血流量，$\triangle p$ 为压力梯度，γ 为血管半径，η 为血粘度，血流量与血粘度呈反比关系。缺血性中风病人，常伴有高血压和动脉硬化，升压治疗常有增加血管阻力，加重微循环障碍和导致出血的危险。在急性期，病灶区血管常处于扩张状态，扩张治疗不但不能改善病灶区的循环，反而可能导致脑内盗血现象发生。因此，降血粘度是增加脑血流量比较安全合理的方法。影响血粘度的决定性因素是纤维蛋白原（cf）和红细胞压积（Hct），它们同脑血流（CBF）的关系式为：$CBF = 103 - 40(cf) - Hct$。二者同脑血流量呈负相关。其中尤以 Hct 最大，特别在低切变率时，Hct 与 CBF 间的关系可概括为：（1）二者呈反比关系。有人研究认为，使 Hct 降低 10%，血粘滞性可降低 12%，CBF 增加 20%～30%。Thomas 认为，Hct 在 47% 以上者，比 Hct 在 45% 以

下者脑血流量明显减少，确定 Hct 在 46% 为采取预防治疗的指标。(2)Hct 高，脑血管病的发病率高，即脑梗塞的发病率随 Hct 升高而增加。有人研究认为当 Hct 为 36% ~ 46%时，脑梗塞的发病率为 43.6%，当 Hct 为 50% 时，脑梗塞发病率上升为 63.6%。Tohcl1978 年对 432 例尸检研究发现：Hct < 30%，脑梗塞发生率低，当 > 45%，脑梗塞危险性急剧增加。高 Hct 易发生在深部梗塞。(3)Hct 与脑梗塞的面积成正比，高 Hct 梗塞而积大。Harvison1981 年指出：高 Hct 作为脑梗塞的危险因素原因有二：一是高 Hct 可加重脑动脉硬化，二是高 Hct 可影响颅内血管闭塞后侧枝循环的建立。

这些资料充分表明了血粘度的异常，是脑梗塞的危险因素。也就是说，观察研究血粘度的改变，对于研究中风先兆具有十分重要的意义。

2、血小板同中风先兆

血小板是血液中的重要成份，具有粘附、聚集、释放的生理特征，因此决定血小板在生理上有助于止血和修复。损伤的血管内皮，在病理上有助于促进动脉硬化和血栓的形成。近年研究结果表明，血栓烷(TXA_2)和前列环素(PGI_2)对血栓性疾病的发生起决定性作用。血栓形成时，TXA_2 明显增加，PGI_2 却明显减少，二者比例失调，TXA_2 几乎 100% 由血小板产生，极不稳定，极易自行水解成稳定而无生物活性的 TXB_2。PGI_2 是血管壁花生四烯酸的主要代谢产物，亦不稳定，易水解成稳定但活性微弱

的 6－酮－$PGF_{1\alpha}$，尿中测 TXB_2 和 6－酮－$PGF_{1\alpha}$可以估计体内 TXA_2 和 PGI_2 的情况。

TXA_2 和 PGI_2 的作用基本相反，可比喻为阴阳的一对物质。其中重要的是对血小板和血管壁的作用以及与血管硬化病变的关系。TXA_2 促进血小板聚集，收缩动脉，可诱发血栓形成、动脉硬化和心绞痛；PGI_2 则抑制血小板聚集对抗血栓形成，舒张动脉血管、降低血压、防止血栓形成和动脉硬化。生理情况下，TXA_2 与 PGI_2 的产生和分解处于平衡状态，以维持血管壁和血小板的相互作用及血循环通畅。但在病理情况下，如糖尿病、动脉硬化、动脉炎等，(1)由于动脉壁受损，PGI_2 生成减少。(2)由于花生四烯酸代谢过程中产生的自由基和过氧化脂质，可抑制前列环素合成酶，使 PGI_2 合成减少。(3)动脉壁受损，内膜下胶原暴露并释放 ADP，使血小板粘附、聚集，聚集的血小板又发生释放反应，释放出大量血小板聚集剂及缩血管物质，加重管壁损坏及使 PGI_2 生成减少。(4)在缺血时 TXA_2 生成增多，大量花生四烯酸有利于 TXA_2 的生成。(5)TXA_2 一则生成多，二则抑制腺苷环化酶，使环化腺苷生成减少，可加重血小板聚集和血管收缩。(6)在花生四烯酸的代谢中也可生成三烯，它能促进 TXA_2 合成，容易形成血栓。而 TXA_2 与 PGI_2 的平衡失调是血栓形成的决定性因素，因此对中风先兆的诊断具有十分重要的意义，亦为缺血性中风先兆的进一步深入研究打下了基础。

第四章　中风先兆的诊断与鉴别

由前所述，不难看出，从《黄帝内经》"微风"说，到《明医杂著》详述先兆之征，前人在证侯学上对中风先兆的诊断与鉴别积累了丰富的经验。而从张锡纯揭示缺血先兆和充血朕兆始，近代对中风先兆的诊断则掺合了现代理化检查内容。及至西医学认识到短暂性脑缺血(TIA)对中医更深刻了解中风先兆不无帮助，目前对本证的诊断更趋于标准。

一、中风先兆证候

中风病发作之先，一般都有先兆症状，表现为久患眩晕，头胀面赤，健忘，手足麻木，或渐觉不遂；或足趾、手指麻痹不仁，言语謇涩，胸膈痞闷，性情急躁，自觉头重脚轻，脚底如踏棉絮，六脉弦滑或虚轻无力或弦硬而长等症。

条分缕析，中风先兆证候似有如下规律：

(1)年逾40岁。

(2)头目时常眩晕，或觉脑中昏愦，多健忘，或常觉头痛，或耳聋且胀。

(3)性情突然改变，心中常觉烦躁不宁，或心中时觉发热，或睡梦中神魂飘荡。

(4)半身似有麻木不遂之感，行动不利或迟钝，脚踏不稳，时欲眩仆，或自觉头重足轻，脚底如踩棉絮。

(5)舌麻或胀，语言不利。

(6)胃中时觉有气上冲，阻塞饮食不能下行，或有气起于下焦，上行作呃逆。

(7)六脉弦滑或虚轻无力或弦硬而长。

从上分析，还可看出，临床从证候上诊断中风先兆的

思路，应围绕着年龄、病史、脑部症状、四肢感觉、情志、言语、脉象及患者主观感觉等考虑。

二、远期先兆与近期先兆

中风者，由来也渐，故有学者杨力氏提出远期先兆，近期先兆，前夕前兆，于临床颇有意义。

（一） 远期先兆

1、记忆障碍

以健忘、记忆力减退、注意力不集中为远期先兆特征，并以近期遗忘、尤其人的姓名遗忘为甚。但理解力及远期记忆良好。其产生机制为痰瘀阻络，导致脑髓空虚、脑脉气血不运之故。主要为颈内动脉供血不良，形成大脑皮层额叶慢性缺血缺氧所致。

2、感觉异常

以肢麻、尤其指麻为最常见，有的形成头皮麻木，病机为痰瘀阻络、气血失运所致，主要系大脑中动脉供血不良的缘故。

3、异常动作

以头摇、肌肉眴动、口角撮动，下眼皮跳为常见，产生机制为风阳上扰肝风欲动，即所谓“诸风掉眩皆属于肝”。

脑部血液的供应由颈内动脉及椎动脉完成，颈内动

脉的第二分支——大脑中动脉，主要供养大脑皮质，故健忘、记忆力减退、一过性失语、失明皆与大脑中动脉硬化、管腔狭窄有关，而眩晕等，则是由椎基动脉硬化小脑供血不良引起的。

上述症状属中风远期先兆，可先露于脑卒中前数月至数年。金·刘完素曾提出中风的远期先兆为三年。其曰："中风者具有先兆之证，凡人觉大拇指及次指麻木不仁，或手足不用或肌肉蠕动者，三年内必有大风"，颇有参考价值。

（二） 近期先兆

1、眩晕、头昏

这是中风常见先兆之一，其机制为痰浊上壅，瘀阻脉络，或上盛下虚、肝风欲动。

2、一过性失语、失明、神志丧失

由于脑络高度瘀阻致脑海失养之故，现代医学认为可因供养脑血液的颈内动脉、大脑中动脉硬化，管腔高度狭窄，或血管收缩，致大脑皮质短暂性缺血而出现上述症状。

3、嗜睡、迷糊

精神萎靡、昏昏欲睡，这是由于脑络高度瘀阻、血行失运之故，现代医学认为是由于椎底动脉管腔狭窄、供血不良所致，为脑血栓形成前期，这是中风的较近先兆，多出现于缺血性中风前夕。

4、头痛、恶心、眩晕

头痛由不定性变为持续性，部位亦由不定变为固定。有的比较剧烈，甚至恶心、眩晕，此系肝阳上亢，肝风升动，上扰清空，乃祸不旋踵之兆，为出血性脑卒中的信号，此系脑血管高压，管壁紧张之极，脑血管破裂的前兆。

5、频发肢麻、行走跌绊

由于脑络高度瘀阻、气血不运，远端供血不良所致，常出现于缺血性脑卒中、脑血栓形成的前夕。

上述3、4、5项，也有称之为前夕先兆者。近期先兆可发生于中风前数日至数月。

必须肯定，将中风先兆分之远期先兆和近期先兆给中风的防治带来更大的主动性，它具有未病先防（防远期先兆），既病防变（出现近期先兆防中风）之内含。但也勿庸讳言，远期与近期，数年与数月乃至数日，乃相对而言，临床还是因人因症作具体分析，综合考虑。切忌按图索骥，谈虎色变，造成不必要的恐慌。

三、中风先兆特点

（一） 表现为肝风的特点

风性动摇，风性向上，中风卒中一病，多由肝阳翕张，阳化风动所致，故先兆证的表现，必然以肝风的特点为主，如眩晕、头摇、肢指麻木、头皮发痒等。《素问·至真要

大论》指出："诸风掉眩，皆属于肝"，由于肝经循行上至头部，肝阳妄动不横窜经络便上冲巅顶，因此中风先兆多发于头部及肢体等部位。

（二） 表现为痰瘀的特点

中风的病理之一是痰瘀阻络，脑络受阻，其特点为血行不运，脑髓失去濡养，可出现善忘、喜眠、精神萎靡、眩晕、肢麻等证。

四、中风先兆主症鉴别

中风先兆最常见症为肢麻、颤动、步难、善忘和眩晕，因上述症状并非为本病的特异症状，因此必须与有上症的一些疾病进行区别，病史以及伴发症很有鉴别意义：

（一） 肢（或指、趾）麻

中风先兆的肢（指、趾）麻需与痹症、痰阻、血瘀及血虚所致的肢麻相鉴别，要点如下：

1、中风先兆肢（指、趾）麻

此多属于肝阳上亢型或血瘀阻络型，属肝阳上亢型者，多伴有头胀痛、眩晕、脾气暴躁，属血瘀阻络型者常有好哭、嗜睡及健忘。前者为脑动脉硬化并发高血压的情况，后者可见于脑血栓形成前期。

2、痹症肢(指、趾)麻

痹症常出现肢麻,尤以着痹为多,鉴别要点是伴有疼痛或肿胀,而着痹还有沉重的特征,且痹证肢麻与雨湿寒冷大气密切相关,属湿热型者多有局部灼热,脉濡数、苔黄腻的特征。

3、血虚肢(指、趾)麻

气血虚肢(指、趾)麻鉴别要点为双侧性,并兼见乏力、面色苍白、脉弱无力等症,多见于低血压、贫血、低血糖、神经衰弱、颈椎病及心律不齐等疾病。

4、痰阻经络肢(指、趾)麻

痰流窜经络,阻碍气血可发生肢(指、趾)麻、震颤等,多继发于脉管炎、神经官能症等疾患。

5、血瘀肢(指、趾)麻

常发生于心脉瘀阻,鉴别要点是左上肢及小指麻,但每与胸闷、憋气或心悸、舌紫、脉涩等并见,可出现于冠心病等症。

(二) 颤摇

包括头摇、身晃动及手颤等,须与血虚失濡,阴虚风动及风痰走窜相鉴别。

1、中风先兆颤摇

多属肝阳上亢型,伴有高血压、动脉硬化、脉弦劲、面赤、眩晕、急躁易怒等,所谓"诸风掉眩,皆属于肝"(《素问·至真要大论》)。

2、血虚失濡颤摇

此型出现的肢末震颤，鉴别要点为伴有肢麻及头晕乏力，面色苍白及脉弱等症状。可见于低血钙性手足抽搐症，神经官能症，老年性家族性震颤无力肌强直症等。

3、阴虚生风颤摇

多表现为手指颤动，每伴有口干舌质红、心烦、手心热、脉细数等症状。多出现于热病后期、热邪久羁灼伤阴分瘛疭风动。

4、风痰走窜颤摇

鉴别要点为兼形体肥胖，有麻木或痒感，舌胖大苔腻、恶心胸闷、脉弦等症。常见于帕金森氏综合征，甲状腺功能亢进，慢性酒精中毒等疾患。

（三） 步难（指行走打绊无力）

1、中风先兆步难

常伴有糊涂、健忘、头晕、肢麻等症，多发生于脑动脉硬化，脑血管痉挛和脑血栓形成前期，主要机制为一过性脑供血不良，气血不运经脉失濡所致。

2、痿证步难

鉴别要点为行走打绊伴有手不能握物，足不能任地，并有肌肉萎缩、消瘦等症，常出现于重症肌无力及家族性周期性弛缓性瘫痪。

3、痰瘀阻络步难

所致行动不灵多见于痹证、虚劳病。前者伴有疼痛、肢肿和麻木，后者可见发热盗汗、背痛干咳、消瘦等症。如为脊髓痨者可出现间歇性跛行。

(四) 善忘

中风先兆善忘应与瘀血善忘、肾精不足善忘、痰浊阻心窍善忘、心肾不交善忘及血虚善忘相区别，其要点如下：

1、中风先兆善忘

多为痰瘀阻滞脑络，常有头痛、嗜睡、好哭及注意力不集中、脑力下降、肢麻等大脑慢性缺氧、缺血症状，常发生在脑血栓形成患者，其特点为近事遗忘，尤其是人名遗忘，如对比较熟悉的人突然忘其姓名。

2、肾精不足善忘

必伴有耳目失聪发花，毛发早白，容颜憔悴无泽，齿摇足跟痛，腰酸、头晕、脉沉等症。

3、瘀血善忘

善忘为瘀血的重要特征，鉴别要点为常有脱发，欲嗽水不欲咽，舌紫暗、脉涩或便黑等症。

4、心肾不交善忘

除善忘外还与心烦、失眠、心悸合为心肾不交四大症状，可以据此进行鉴别。

5、痰浊阻心窍善忘

其善忘每有神迷恍惚、胸闷恶呕，苔腻脉滑等症，可出现于癫狂痫证、痰证、郁证等疾患。常可出现神经官能症。

6、血虚健忘

此为心脾两亏，鉴别要点为兼见面色苍白、精神萎

靡、气短乏力、舌淡、脉细等症。

(五) 眩晕

中风先兆眩晕应与血虚眩晕、痰浊眩晕、肾精不足眩晕、水饮眩晕等相区别，其鉴别要点如下：

1、中风先兆眩晕

多为肝阳上亢型，应兼见头胀痛、急躁易怒、面赤升火、脉弦滑、肢麻、颤摇等证。多为脑动脉硬化、高血压疾患，属痰瘀阻络型则伴有善忘、迷糊、肢麻及性格反态等症状。

2、血虚眩晕

此型眩晕鉴别要点必见面色苍白、唇舌淡、神疲乏力，脉细弱等症，可见于血虚、虚劳等症。

3、痰浊眩晕

痰浊眩晕应并见呕恶胸闷、苔腻纳呆、身重脉沉等症。癫狂痫证、痰证每可见之，每见于现代医学疾病的美尼尔氏综合征、神经官能症、脑肿瘤等。

4、肾精不足眩晕

鉴别要点必并见腰酸耳鸣、健忘目花、遗精阳痿、脉沉无力等症。

5、水饮眩晕

为津液失运，水气上泛所致眩晕，必见呕吐涎沫、溺短、心下或脐下悸，或肠中漉漉、消瘦等症，故鉴别并非难事。

五、中风先兆诊断标准

以下是1988年全国第三届中风病研究会上制定的中风先兆诊断标准。

1、40岁以上，近来有“目眩、头晕、头胀、头痛，或曾有短暂晕厥，或单侧肢体麻木、乏力，或一过性轻瘫者，且临床上能排除耳源性眩晕、低血糖、脑炎、颈椎病、腰椎病、脊髓病及周围性神经炎等。

2、经血液流变学及电脑测定，中风危险率（JH值）达80分以上者。

3、经19项病史及体征的电脑分析，其中风先兆率（E值）达90分以上者。

急需防治标准：JH值≥80分或E值≥90分，二者具备一项即可。

需要防治标准：JH值≥70分＜80分，同时（或者）E值≥80分。

安全标准：JH值＜70分，同时E值＜80分。

山东济宁张庆年等结合中风的主要危险因素，早期症状和体征及血液流变学，制定出中风先兆的诊断标准，对临床亦具参考价值：

1、年龄在40岁以上，有动脉硬化，或高血压、冠心

病、糖尿病等。

2、有 TIA(短暂性脑缺血)发作史。

3、有下列脑血管症状之一者

(1)头晕、目眩、偏身或局部麻木等感觉障碍。

(2)肌肉颤动、抽搐、肢体活动不利、步履不稳等轻度运动障碍。

(3)舌强语涩、吐词不清、短暂性失语等语言障碍。

4、血液流变学　以红细胞压积、全血比粘度、红细胞电泳、纤维蛋白元为主。

凡具有第 1 项或加 2 或 3 项之一,及 4 项中 2 项以上检查异常者,可诊为缺血性中风先兆。

六、短暂性脑缺血(TIA)

西医学短暂性脑缺血(TIA)虽不能与中医学中风先兆相等同,但不无关系。

短暂性脑缺血(TIA)是一种历时短暂、常反复发作的脑局部供血障碍引起的一过性神经障碍征候群。发作一般历时几分钟,亦可长达 30 分钟,一般认为应于 24 小时内完全恢复,不遗留神经障碍体征。早年即有人称这种一过性局灶性大脑功能障碍为"大脑间歇性跛行"。

短暂性脑缺血发作是脑梗塞的先兆,约 25 ~ 50% 于

5年内发生脑梗塞，其中半数在TIA发病后一年内、20%在30天内发生脑梗塞。近期内频发TIA是脑梗塞的特级警报，多次发作者每年约有7%发展为完全性脑卒中。TIA者比无TIA者脑梗塞的发病率要高10倍。即使TIA停止发作半年后，脑梗塞的发病率仍为每年5%，比正常人高5倍。

脑动脉粥样硬化性斑块形成的微栓子可能是TIA最常见最重要的原因，但不是唯一的病因，尚有许多因素可引起短暂性脑缺血发作，如形成血小板栓子，血流动力学改变，脑血管痉挛。另外，颅内或锁骨下动脉盗血综合征也可引起短暂性脑缺血发作，但临床上比较少见。

引起TIA的病因可分为3个病理生理组：

1、血管病变

其一，脑血管方面包括①动脉粥样硬化最为常见；②动脉炎如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、巨细胞性动脉炎、肉芽肿性动脉炎、烟雾病等；③动脉纤维肌层发育不良。其二，心血管方面包括①心肌梗塞；②风湿性心脏病；③心律失常；④心内膜炎；⑤心房粘液瘤；⑥二尖瓣脱垂。

2、血液病

①血小板增多症；②红细胞增多症或严重贫血；③镰状细胞性贫血；④其他，如白细胞增多、阵发性夜间血红蛋白尿。

3、脑血流动力学异常

①体位性低血压;②颈椎病;③锁骨下动脉盗血;④其他,如偏头痛、遗传性出血性毛细血管扩张症、口服避孕药及脑血管造影并发症等。

TIA 按解剖学分为两类:

(一) 颈动脉系 TIA

病史通常很典型,发病迅速,从发病至高峰不足 2~5 分钟,出现下列一种或数种临床表现。

1、运动障碍

最常见,突感一侧下面部、上臂及手软弱无力,瘫痪,运动失灵或笨拙,下肢较少受累。主侧半球受累则引起运动性失语。

2、感觉障碍

常见一侧下面部及肢体沉重感、感觉减退或丧失。主侧半球受累则引起不同程度的感觉性失语。

3、语言障碍

除上述运动性或感觉性失语外,尚可发生失读、失写及计算障碍。

4、视觉障碍

常见单眼一过性黑矇(TMB),若突发无痛性 TMB 并在 5~10 分钟内迅速消失,即可确诊为颈内动脉 TIA。部分视野缺损亦很常见,偶有同向偏盲者,但病人较难察觉,一般视敏度不受累。

上述症状可合并出现,"--揽子骤发"。颈内动脉系 TIA 与眼动脉、脉络膜前动脉、大脑前动脉、大脑中动脉

供血区的缺血有关。

（二） 椎一基底动脉系 TIA

病史典型者发作迅速，达高峰不足 5 分钟，一般短于 20～30 分钟，有下列一种或数种临床表现：

1、运动障碍

最常见，如软弱无力，动作笨拙，姿势张力短暂丧失（猝倒发作），肢体瘫痪（从偏瘫至四肢瘫），吞咽困难，构音困难，语言不清。发作多为双侧性，或从一侧游走到另一侧。

2、感觉障碍

常见麻木、感觉减退或消失。可见于任何肢体，如双上肢、双下肢、单侧上下肢或四肢伴双侧口面部感觉障碍。尚有眩晕及听力丧失。

3、视觉障碍

此症可为双眼失明或偏盲、复视。

4、共济失调

常见步态不稳、平衡障碍，伴或不伴有眩晕、眼震、恶心及呕吐。

椎一基底动脉系 TIA 常为双侧性，游走性或交叉性，提示脑干受累。桥脑受累呈面瘫、一侧凝视障碍、听力丧失、肢体瘫痪及思维迟钝。延脑受累呈吞咽困难、说话不清、呐吃，伴某种程度的运动、感觉障碍及共济失调。眩晕（伴或不伴恶心、呕吐）、复视、吞咽困难、呐吃单独发生，不能诊断为 TIA。上述两种以上症状合并出现，或交

叉性麻痹伴运动、感觉、视觉障碍及共济失调，即可诊为椎基底动脉 TIA 发作。

有些 TIA 的症状既可见于颈内动脉系统，亦可见于椎基底动脉系统。这些症状包括构音困难、同向偏盲等。发作时单独表现为眩晕、构音困难、吞咽困难、复视者，最好不要轻易诊断为 TIA，应结合其他临床检查寻找确切的病因。

有些症状如意识障碍（包括晕厥）、抽搐（各种痫性发作）、进行性感觉或运动障碍、大小便失禁、伴有偏头痛的局灶性症状、闪光暗点或精神失常等，一般不应以 TIA 解释。

TIA 的时限短暂，持续 15 分钟以下，一般不超过 30 分钟，少数也可达 12～24 小时。但在 24 小时后仍能查到神经体征者，显然已属脑梗塞。

临床上诊断短暂性脑缺血发作（TIA）最重要的是病史典型而神经系统检查正常，仅凭这两项诊断的准确率即达 95%。脑血管造影（包括 DSA）、CT 扫描与磁共振检查对确定病灶部位、决定是否手术最有帮助。其他检查仅供参考。

第五章　中风先兆的辨证施治

《素问·四气调神论》说："是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱"，虽就中风而言，治中风先兆属主动预防；但就未病先防来说，治中风先兆则属被动预防，更主动的预防在于摄生。然则，治疗中风先兆是防治中风病的关键一环，按中医辨证论治，对中风先兆所表现的不同证候，施以相应之治法与方药，以截病于早期。

一、阴虚阳扰

〔症状〕头目眩晕，晕甚欲仆，耳鸣耳聋，心中烦热，多

梦健忘，肢麻，舌苔黄或腻，脉弦细而数，或弦滑。

〔病机分析〕因木赖水涵，肝肾同源，肾水不足，则肝阴同亏，是以头目眩晕，阳亢于上则头重，甚则晕甚欲仆，阴虚于下则足轻。肾阴不足，肾水不能上济心火，心神被扰，是以心中烦热，多梦健忘。血虚不能荣筋，则肢麻。舌红苔黄，脉弦细而数，皆为肝肾阴虚之证。

〔治法〕滋养肝肾，佐以平肝清热。

〔方药〕建瓴汤（《医学衷中参西录》）加减

牛膝　龙骨　牡蛎　白芍　赭石　山药　柏子仁

方中以牛膝引血下行，龙骨、牡蛎、白芍以镇熄肝风，赭石降胃平冲，山药滋补肝肾之阴，佐生地壮水之主以制阳光，柏子仁条达肝气。该方是治疗中风先兆的一首有效方剂。若挟痰火挟瘀，可视其孰轻孰重而酌情加减。

二、肝阳化风

〔症状〕眩晕、头重脚轻、肢麻，甚则卒然言语謇涩但瞬时即过，腰膝酸软，舌质红，薄黄苔或少苔，脉弦硬而长或寸盛尺虚。

〔病机分析〕脏腑失调，肝肾阴亏，水不涵木致肝阳亢盛而化风内扰，是以出现眩晕肢麻，卒然言语謇涩等症。

〔治法〕平肝熄风，潜纳亢阳。

〔方药〕加味羚羊角汤　羚羊角粉(冲)

生石决明(先煎)　钩藤(后下)　生龙牡(先煎)　炙龟板(先煎)　明天麻　怀牛膝　茵陈　薄荷

本型不仅阳扰,且出现肝阳化风,故以一派平肝、潜纳、熄风品组方,一味牛膝旨在引血下行,辅佐潜阳。

三、心火暴盛

〔症状〕暴怒烦躁,头晕头痛,肢麻欲仆或颤,大便干燥,舌苔黄腻,舌尖赤,脉象弦劲。

〔病机分析〕心火暴盛则肝火亦旺,阳盛则欲动风。

〔治法〕泻心平肝,佐以熄风。

〔方药〕三黄泻心汤加减

黄芩　大黄　黄连　泽泻　白术　川芎　天麻　全虫

山东济宁市中医院应用此方治疗中风先兆症53例,总有效率占96.23%。

四、痰瘀互结

〔症状〕头晕目眩，头重如蒙，肢麻，或卒然半身不遂，过时恢复如常，舌质暗淡，苔白腻或黄厚腻，脉弦硬而滑或滑数。

〔病机分析〕津液功能紊乱，痰浊内生，气血失调，瘀血渐生，痰瘀互结，使清阳不升，浊阴不降，而时欲阻痹脉络。

〔治法〕豁痰化瘀，佐以通络。

〔方药〕化瘀活血通络汤（《中西医结合防治急性脑血管病》）

陈胆星　法半夏　威灵仙　白芥子　丹参　桑枝　川牛膝　赤芍　天麻　鸡血藤

痰瘀相关，本型之特点在于痰瘀互结，痹阻脉络，故以痰瘀同治。

五、气虚痰阻

〔症状〕眩晕、动则尤甚，手足渐觉不遂，或肢麻臂痛，语言謇涩，短气，胸膈痞闷，纳差，舌淡苔白腻，脉虚弦而滑。

〔病机分析〕气虚无力运化，继而痰浊上扰清宫，痰浊蒙蔽清阳，故眩晕。阻于舌络，则语言謇涩。中气不足，则短气。痰扰胸膈，则痞闷。气虚则血脉运行无力，手足

渐觉不遂或肢麻臂痛。脾失健运则纳差。舌淡苔白腻，脉虚弦而滑，皆气虚痰阻之征。

〔治法〕益气化痰，和中熄风。

〔方药〕十味温胆汤(《证治准绳》)加减

半夏　茯苓　陈皮　甘草　竹茹　枳实　党参　黄芪　当归　远志　菖蒲　天麻

本方以二陈汤和胃化痰，竹茹、枳实降逆化浊，参芪益气，当归和血，远志、菖蒲、天麻则化痰安神熄风。临床还可视痰浊与气虚孰轻孰重而酌情加减。

六、气虚血瘀

〔症状〕半身麻木，或一侧肢体软弱，偶有肢体瞤动，夜卧口角流涎，夜尿频数，舌质淡紫，脉弦虚而大。

〔病机分析〕元气亏虚，血运无力，以致血脉空虚，而瘀血内生而痹阻。

〔治法〕益气活血通络。

〔方药〕补阳还五汤(《医林改错》)加减

生黄芪　归尾　赤芍　广地龙　川芎　豨莶草　鸡血藤　石楠藤　威灵仙

本方应重用黄芪益气，是以气行则血行，佐以活血和大剂量通络之品，切中气虚血瘀络阻之中风先兆病机。

七、阴虚血瘀

〔症状〕头晕耳鸣，口干，肢麻无力，腰膝酸软，舌质暗红或青紫，脉象弦涩。

〔病机分析〕阴虚血瘀，乃阴血少而血涩，系因虚致实，故肾阴虚和络脉瘀证互见。

〔治法〕滋阴补肾，活血化瘀。

〔方药〕何首乌　丹参　川芎　当归　赤芍　生地　生山楂　桑椹子

斯方有明显改善血流动力学、微循环障碍及抗血栓形成作用。荷泽地区中医院应用此方治疗 50 例阴虚血瘀型中风先兆患者，疗效满意。

八、髓空窍瘀

〔症状〕头晕耳鸣，健忘，肢体麻木，腰膝酸软，神情呆滞，夜寐多梦，舌淡微紫，脉象细涩。

〔病机分析〕髓海不足则脑转耳鸣，健忘多梦，脑窍瘀

阻则神情呆滞，肢体麻木，舌淡紫，脉虚涩均现髓空窍瘀象。

〔治法〕益肾填髓，通窍化瘀。

〔方药〕枸杞　菊花　二地　山药　丹皮　泽泻　茯苓　山萸肉　龟版　龙骨　石菖蒲　远志　丹参　通天草

该方以杞菊地黄丸及"孔圣枕中丹"益肾填髓开窍，佐以丹参、通天草化瘀，共奏髓益窍通之效。

第六章　古代医家对中风先兆的认识

追源溯始，从春秋战国的《黄帝内经》到明清时期的《明医杂著》、《医林改错》乃至近代的《医学衷中参西录》，历代医家在中风先兆的病因病机与辩证施治上积累了丰富的经验。

一言以蔽之，前人对中风先兆的探索，集中在命名、病发岁代、病史、病因及病机演变、临床表现、潜伏时间诸方面，并相应采取了防治措施，尽管这些都是粗线条的，其间还不无可酌之处，但毕竟为现今研究开拓了思路。

一、《黄帝内经》"微风"说

论中风先兆者，最早应数《黄帝内经》之"微风"说。如《素问·调经论》曰："形有余则腹胀。泾溲不利，不足则四支不用。血气未并，五藏安定，肌肉蠕动，命曰微风"。在这里，"微"既有轻微之义，更有隐匿之义，微风即隐风、小风。虽五藏暂安，但形有余而腹胀，泾溲亦不利，血气未并，肌肉蠕动，故有微风，凡此，实开中风先兆之先河。不仅如此，《内经》并认为其防治措施首取针刺法，曰："取分肉间，无中其经，无伤其络，卫气得复，邪气乃索。""索"者，离散也。远在二千多年以前，《内经》就探索到中风先兆之微风，且提出针刺防治，是十分难能可贵的。

二、刘完素首提"中风先兆"

颇值一提的是，"中风先兆"之名，首先由金元时期著名医学家刘完素提出。他在《素问病机气宜保命集》中指出："中风者，俱有先兆之证"。从此，后世医家多沿用这

一概念。刘完素承《内经》"微风"说，并加以发展，在对中风先兆进行认真的临床观察研究的基础上，写下了"凡人如觉大拇指及次指麻木不仁，或手足不用，或肌肉蠕动者，三年之内必有大风之至"的结论。此论既强调了肢体麻木不仁，肌肉不时蠕动，尤其是大拇指及次指麻木不仁是中风先兆之主证，又告诫若出现中风先兆3年之内必有大风，同现代医学所观察的发病时间基本相似，可谓不谋而和。

三、朱丹溪从年龄、病机上发展先兆说

金元另一位著名医学家朱丹溪在所著《医学发明》中说："故中风者，非外来风邪，乃本气自病也。凡人年逾四旬，气衰者多有此疾，壮岁之时无有也；若肥盛者间有之，亦形盛气衰。"妙哉斯语，从发病年龄及病因病机上发展了"中风先兆"的理论：40岁以上，形体肥胖而气衰，本气自病而非外风，与现今研究的中年发病，肥人血脂高，血流动力学改变等极为合拍。不仅如此，丹溪还认为："眩晕为中风之渐"，揭示了从眩晕到中风这一病机演变规律。

四、《明医杂著》详述先兆之征

至明代，许多医家对中风先兆的认识已相当深入，不仅进一步完善了金元以前形成的理论框架和临床特征，而且对先兆征的观察及描述更细致入微，其中当数王纶的《明医杂著》为最。其曰："左手臂挛缩不能伸举，手指蜷缩，肩背重坠，有似筋牵引痛，伸缩间骨节作痛；左足大指、中指常欲反张难屈；左手掌时常作麻，指缝近掌处但觉有物挟于其间；左足底迈高突出如肿硬紧张，摸之无形，步履时如多一毡垫者。语音短涩，拜起头晕，口眼㖞斜，舌根痰缠，胸膈痰碍，咽中有痰核，左胁下有痰核，不时打寒噤，喷嚏呵欠便牵引手足之病。左耳、左面、左体、使手或粗衣摸擦，则皮肤痛；左腮、左项、左胁肋，皆时常求面急，如有物粘贴其上；左体，或头项，或手足作痒，左眼时常有泪流凝不干，左口角似宽纵，左而上似虫蚁游行；被风吹袭，左鼻孔清涕出，即打喷嚏等证。"这些细微的表现归纳起来不外几个特点：(1)一侧肢体或手足力弱，或感觉异常如痒痛、麻木和异物感等；(2)眩晕，言语短涩，口眼㖞斜；(3)具有痰的临床特征；(4)均发生在左边。

五、《医林改错》完善论述中风前驱症

清·王清任的《医林改错》记录了34种中风前驱症状。归纳起来虽不出王纶所述，但也有所不同，所述无明显左、右之别，有些症状的描述更切中肯綮。如："有偶尔一阵头晕者，有耳内无故一阵风响者，有无故一阵眼前发黑者，……"与今临床观察无二异。王氏可称进一步使中风先兆征的论述完善了。

六、《证治汇补》论预防

清·李用粹《证治汇补》明确指出："平人手指麻木，不时眩晕，乃中风先兆，须预防之，宜慎起居，节饮食，远房帏，调情志。"李用粹提出的预防中风先兆的四要素，在今天看来是极其重要的。在生活起居上，对中老年人来说，尤其要注意两种不良倾向：一种是麻痹大意参加做自己力所不能及之事；另一种是不参加社会公益性的活动和家务劳动。饮食习惯更是通过进食成分的不同而影响着人们高血压、心脏病、高血脂、肥胖症、糖尿病的发病以及

钠、钙离子的摄入等许多与中风发病密切相关的因素。而房事过度，必然耗竭阴精，使阴亏阳亢，易于动风。情绪与中风的发生虽无直接关系，但它可以影响中风的高危因素如高血压病和冠心病的发生。

七、张锡纯揭示缺血先兆和充血朕兆

近代张锡纯在《医学衷中参西录》中对中风先兆进行了科学归纳，分别提出了脑缺血先兆和脑充血朕兆，并将脑充血朕兆从脉象，头目，胃，心症状，运动障碍，感觉障碍等五个方面进行归类，使中风先兆的认识更趋完善。其云："头脑充血证，其朕兆之发现，突转它证尤显著，且有在数月之前或数年之前，而有朕兆即发露者。"其朕兆5条如下：(1)其脉必弦硬而长，或寸盛尺虚，或大于常脉数倍，而毫无缓和之意；(2)其人头目眩晕，或脑中昏愦，多健忘，或常痛，或耳聋目胀；(3)胃中时觉有气上冲，阻塞饮食不能下行，或有气起自下焦上行作呃逆；(4)心中常觉烦躁不宁，或心中时发热，或睡梦中神魂飘荡；(5)或舌胀、语言不利，或口眼歪斜，或半身似有麻木不遂，或行动脚踏不稳，时发眩仆，或自觉头重脚轻，脚底如踏棉絮。同时强调说："上所列之症偶有一二发现，再参以脉象之显露，即可诊为脑充血之朕兆也。"

第七章　中风的主动预防

笔者提出中风的主动预防，其关键在于调节情志、调摄饮食、调适自然与调养体魄四个方面。

近年来对中风病流行病学研究颇多，如葛茂振等通过分析，发现A型性格者较易发生中风。A型性格主要表现为做事干脆利落，但急躁、缺乏耐心、易发脾气等。

施永德氏通过对华山医院1979～1980年住院中风病人的回顾性研究，提出60～70%的中风病人发病前有诱因，其中精神、情绪因素（过于兴奋、忧恐、愤怒）占30%左右，过劳发生缺血性卒中占24%，用力过猛是出血性卒中的诱因之一，跌仆、外伤也可发作，另外8～9%是气候骤变、身体不适、生活不规则等。

崔今才氏也通过对244例中风患者的病因分析，发现本病冬春多发，七情所伤、风寒侵袭、烦劳过极、饮食不

节等皆为本病诱发因素。

张明亮氏调查了1983～1986年长沙市及郊区的中风病人130例，分析其与季节和气象四要素（气温、气压、湿度、风向）的关系，得出风中脏腑以冬春为多，风中经络以秋冬为多；异常气温对风中脏腑有一定的影响，而对风中经络无明显影响；风中脏腑多在相对湿度上升时发病；吹西风时较易发病，吹南风时较少发病。

陈荣升氏调查了中风的发病与体质的关系，发现100例中风病人中阴虚阳盛者占65%，而100例对照组中只占20%，差异非常显著（$P<0.01$），而且在高龄、脑力劳动、肥胖者中，阴虚阳盛的比率分别明显高于其他情况者。

显而易见，情志、饮食、自然、体魄的调摄，是预防中风先兆的重要方面。

一、调节情志

《素问·生气通天论》云："阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。"阐述了中风病的发生与情志有关，尤其是郁怒使气血逆乱，经络隔绝不通，血液郁积于上部而发为中风病。证之临床，确系情志骤然激荡而中风者每每多见。这与现代医学的认识一致：人们发脾气和处

于紧急状态时，血中分泌肾上腺素、血管紧张素、儿茶酚胺等，使血管产生痉挛，血压升高；也使细胞间隙增大、脂质沉着加剧，因而血流改变，血液凝固性增加。这些都是加速动脉硬化和血栓形成的机会。因此，郁怒使中风发生是有物质基础的。施永德等把人的性格分为三型：即急躁型、忍耐型和中间型，研究结果表明：中风病人中急躁型为一般老人中的5倍，同时过度忧思悲伤也可导致中风病的发生。忧思气结，血脉不畅，悲则气消，消则脉络空虚，因虚致瘀，脉络闭阻。

基于上论，中老年人在日常生活中要善于调摄情志，保持情绪平稳，乐观知足，显然是预防中风先兆的途径之一。

（一） 伤神与调神

一个健康的机体，是形、神相互依存、相互作用的结果，中医学将这种关系概括为“无神则形不可活，无形则神无以生”。显然，外界的精神刺激可使人神志失调，但另一方面，人逾中年，特别是人过65岁以后，由于脑动脉硬化，脑血流减少，脑细胞缺氧，以及脑细胞营养缺乏等，都会出现不同程度的脑体积缩小和脑神经纤维变短，大脑功能减退，对情绪活动的抑制作用显著减低，以致情绪活动增强，出现忧郁、多疑和易激惹的心理特征。凡此，使中老年人更易受外界的精神刺激而得病。

基于上述，中医学十分强调养神、调神，广义的调神拟包括四季调神、恬淡养神、调息养神、养性怡神、保精全

神、资食养神诸方面；狭义的调神则是调节情绪。

人的一生不可能会一帆风顺，难免有情绪不佳的时候，遇此，应有调控能力以保持心理健康，其方法有：

1、主动防卫

我国传统有许多包含心理防卫意义的名言，如“蚀财免灾”、“塞翁失马，焉知非福”等，如能在面临突发事件时很好地应用，有助于削减应激强度。

2、尽量回避

对易于激动的心脑血管病人要远离容易引起情绪波动的场合。

3、控制情绪

用“气大伤身后悔晚”时时告诫自己，善于控制自己的情绪，“笑一笑，十年少”，“退一步海阔天空”。

4、适度宣泄

宣泄要适度，切忌大发雷霆，宣泄的对象最好是亲朋知己，通过对方的安慰、疏导，以达到心理平衡。

5、分散转移

可观花、赏乐、对弈、书法、绘画、垂钓、舞剑、登山、踏青等，置身于各种情趣之中，心境自然舒乐爽然。

（二） 保精全神

保精可以全神，这是因为精、气、神三宝之中，精是物质基础，无精则无气，无气则无神。故全神还当从保精入手。

《类经》指出：“欲不可纵，纵则精竭，精不可竭，竭则

真散……。故善养生者，必宝其精，精盈则气盛，气盛则神全，神全则身健，身健则病少。”从而强调了保精以全神的重要性。如蒲辅周老中医曾见一男子在新婚蜜月，性生活无分昼夜，到第二十五天性交时，突然感到天旋地转，周身骨架如散。经多方治疗，半年后才能近距离行走，稍劳动则气短、心慌，疲乏异常，可见纵欲耗精而神伤矣。这类纵欲伤身者，临床并不少见。

必须指出：中风及先兆形成的病机关键在于阴虚阳亢动风，其阴亏主要指精亏，肾精亏则肝阳上亢，亢则易于生风。

也应强调，保精不仅仅指房事有节，还应包括劳逸情志、生活诸方面。如《摄生三要》认为，欲过则精下泄，劳过则精内消，怒过则精暗伤，醉酒则精暗耗，味伤则精乏源。并据此告诫人们：“聚精之道，一曰寡欲，二曰节劳，三曰息怒，四曰戒酒，五曰慎味（不要过用辛辣油腻厚味）。”从而扩大了保精的途径。

（三） 调气益神

气功导引，是通过调身、调气、调神达到增强体质促进健康延年益寿的一种强身保健方法。进行气功导引，首先要求意守。所谓意，即指念功者的意念活动；所谓守，即指念功者守神，不使精神外耗。意守成功则神明安藏，意守紊乱则神明燥亡。气功导引意守达到理想境界，即能补脑安神，调节精神活动，达到神的健康、安宁、平静、自然、舒缓及精神思维、意识高度的统一、协调，从而

全身内而脏腑，外而肢节，就能充分发挥其生理功能。实践证明，素有气功导引之术，深得其要领者，行功之后，感到头脑清醒，耳目聪明，思维活泼，面色红润，身体轻健，正是"炼琼丹以补脑，化金津以留神"，"固守虚无，以养神气"的结果。谈到气功导引的锻炼方法，由于历代流派不同，功法多种多样。在这方面专著很多，锻炼者可根据自己的体质情况，灵活采用，这里不再作详尽叙述。

（四） 恬澹养神

《黄帝内经素问·上古天真论篇》提出："恬澹虚无，真气从之，精神内守，病安从来。"揭示了宁静澹泊内守真气使元神归附以强身延寿。中医学所主张的恬澹虚无与道家的提法"恬澹虚无"似觉相同，但各自的立场却全然不同。后者从精神是第一性的唯心主义立场出发，强调精神至上，如果精神上清心寡欲，那么灵魂可以驾驭肉体，可以超脱躯壳而存在，故道家极力宣扬的乃是超然物外，脱俗离尘，与世无争，明哲保命，这无疑是消极的厌世思想，与我们的时代格格不合。而祖国医学则从物质是第一性的唯物主义立场出发，认为病是物质性的，由于外界因素和机体运动失去平衡，即可致病；精神由物质产生，物亡神灭，又可反作用于物质，因而提倡"恬澹虚无"，摒弃杂念，宁静淡泊，畅遂情志，愉悦平和，如《黄帝内经素问·上古天真论篇》说："适嗜欲于世俗之间，无恚嗔之心……内无思想之患，以恬愉为务，以自得为功。"若能这样，即可却病疗疾，强身延年。显而易见，同是提倡"恬澹

虚无”，其出发点各不相同，因而社会效果也各不相同，前者导致脱离尘世，后者主张投身社会，在改造客观世界的同时寻求高尚境界的精神怡悦和心理平衡。

必须指出，恬澹虚无的关键在于制念定性。“常人不可无欲，又复不可无事”，关键在于制念定性，做到自慎和感情节制，即所谓“恬悦而不淡漠，随俗而不隐居”。稽古今夭殁者，不终老寿与不能自重珍爱是分不开的。或放荡纵欲而不自拔，或沉溺感情而不自省，或争忿尽意而不自节，或邀名射利而不自制，或聚毒攻身而不自护，内伤及气血，外伤及肌肤，以祈长寿反促夭亡，可悲也夫！有鉴于此，孙思邈提出：“约私心，靖躬自思”（《摄养枕中方·自慎》）；“莫忧思，莫大怒，莫悲愁，莫大惧……莫大笑，勿汲汲所欲，勿悁悁怀忿恨”（《千金要方·养性》），凡此，“不为妄术，则心静神怡，葆合天真。”不期寿而寿自至（《程氏易简方论》）。

二、调摄饮食

《素问·通评虚实论》说：“仆击偏枯……，肥贵人则高粱之疾也”；《素问·奇病论》也说：“此人必数食甘美而多肥也”，由于饮食失宜，嗜食甘肥厚味，化湿生痰，痰随气动，着于脉络，痰阻血瘀，经脉不利；或湿（食）酿痰火，上

犯于脑，皆可引发中风先兆。故调摄饮食是防止中风先兆的又一重要方面。

(一) 饮食原则

1、控制热能和体重

体内多余的热量能转化为脂肪贮存于皮下及身体各组织中，从而导致肥胖。有人观察超过正常体重25公斤的肥胖者，其收缩压可高于正常人1.33千帕(10毫米汞柱)、舒张压高0.93千帕(7毫米汞柱)。因此，控制热能摄入，保持理想体重是防治高血压及中风先兆的重要措施之一。

2、限盐

流行病学调查证明，食盐摄入量与高血压病的发病呈正相关，食盐销售量大的地区高血压病的发病率显著升高。故凡有轻度高血压或有高血压病家族史的，其食盐摄入量最好控制在每日5克以下，对血压较高或合并心衰者盐量严格限制在1～2克为宜。

3、控制膳食脂肪

食物脂肪的热能比应控制在25%左右，最高不应超过30%。脂肪的质量比其数量有更重要的意义。动物性脂肪含饱和脂肪酸高，可升高胆固醇，易导致血栓形成，使高血压脑卒中的发病率增加；而植物性油脂含不饱和脂肪酸较高，能延长血小板凝集时间，抑制血栓形成，降低血压，预防脑卒中。

4、多吃富含维生素C的食物

新近的研究发现，在老年高血压病患者中，血液中维生素C含量最高者，其血压最低，据认为维生素C具有保护动脉血管内皮细胞免遭体内有害物质损害的作用。故防治高血压及中风先兆应多吃丰含维生素C的食物，如蔬菜、水果等。

5、适当增加降血脂的食物

饮食应增加一些降血脂及降胆固醇作用者，如豆类食物、大蒜、洋葱、山楂、灵芝等。

(二) 颐养脾胃

保养脾胃，可以却病延年，这是中医养生学中的一个重要观点。

“有胃气则生，无胃气则死”，中医学认为，胃主受纳，脾主运化，它们是脏腑气化升降的枢纽，是水谷之海，气血生化之源，周身的营养都必须依靠脾胃来供给，故有“脾胃为后天之本”的说法。

还有与本篇更直接相关者，是脾胃健运，则所食水谷化生为有用的精微物质供养人体周身；倘若脾胃失去健运，则生湿、化热，酿痰、成瘀、上火等，皆与中风先兆密切相关。

调摄饮食必须保养脾胃，着眼脾胃与中风先兆相关作更深入的分析：①气行则血行，元气是身体中一种原动力，主要来源于脾胃；②脾胃健运，体内不会聚生痰热、阻滞脉络；③肾精（阴）不足，需赖脾胃化生水谷精微以补充；④治病用药，靠脾胃受任，沉疴养胃，可望生气。

那么，如何养胃耶？

养胃要决为“动为纲，素为常，酒少量，莫愁肠。”

所谓“动为纲”是指适当的运动可以增强脾胃功能促进消化，增进食欲，从而气血化生充足，精气神旺盛，脏腑功能不衰，锻炼方式可依据各人情况而自择，切忌饮食而卧，成天坐着看电视，躺着看书报或长时间打麻将等。

老年饮食当以“素为常”，中壮年也应食一定量的素食。尤其是代谢缓慢，肠胃功能薄弱，消化吸收功能下降者，更应如此。素食主要包括含植物蛋白、植物油及维生素多的食物，如面粉、大米、五谷杂粮、豆类制品、蔬菜、瓜果等。饮食以清淡、易消化，又富于营养为主，还要注意饮食多样化，谷、果、畜、菜适当搭配，既能适应脾胃之受纳运化，又能获得均衡的营养。大鱼大肉、熏烤煎炸食物中壮年不要常吃，老年人应少吃为佳。

关于“酒少量”是告诫人们不要嗜酒无度以损伤脾胃，伤阴耗气，生湿上火。少量饮酒能刺激胃肠蠕动，以利消化，并有畅通血脉、祛瘀活血，振奋精神，消除疲劳，祛风散寒之妙。但过量饮酒，害处尤多，前已述及，其伤神耗血，损胃亡精，生痰动火，甚则丧躯损命。

“莫愁肠”是指人的精神状况，情绪变化对脾胃有一定的影响。中医认为“思伤脾”，思虑过度则影响脾胃运化及肝气疏泄功能，出现脘闷腹胀，胁肋疼痛，纳呆食少，大便不调。现代医学研究证明，安静愉快的情绪能促进食欲，增加消化液的分泌和消化道的蠕动，有利于食物消

化吸收。反之，则会发生胃肠道疾病。胃与十二指肠球部溃疡病人当中，由于情绪不佳而发病的要占一半以上。而临床所见胃肠腑实痰火重者，更是动则易怒。所以尤须情绪乐观以养护脾胃。

(三) 饮食宜忌

1、忌肥厚甘甜

肥厚甘甜，主要是指油类、肉类及甜食。过食肥甘厚味容易变生脂浊，形成高脂血症，还可以酿湿、生痰、化热，酿成中风先兆。

(1) 肥腻。指脂肪和脂肪含量高的食物。现代证明，含饱和脂肪酸多的大多数动物脂肪，如羊油、牛油、猪油、鸭油、鸡油等，均能明显升高血中胆固醇和甘油三酯的含量；而含多价不饱和脂肪酸多的大多数植物油，有帮助胆固醇排泄和转运的作用。常用植物油，按所含不饱和脂肪酸量，由多到少依次是：葵花籽油、豆油、芝麻油、玉米油、菜籽油、花生油、棉籽油、米糠油。因此，日常生活中应少吃动物脂肪，如荤油、肥肉等，而以植物油为主。如果血中甘油三酯高的病人，素油也不应过量，以每日不超过 40～60 克为宜。

(2) 厚味。主要指肉类、蛋类、奶类等动物性食品。这类食物营养价值高，但有的含胆固醇量多，应适当限制摄取量，尤其是血胆固醇高的病人更要注意。大多数动物内脏(特别是脑、肝、肾)以及蛋黄胆固醇含量很高，而瘦肉、大部分淡水鱼、脱脂奶胆固醇含量都不太高，可以

适当摄取。胆固醇每日摄入量一般不要超过300毫克。

(3) 甘甜。指含糖多的甜食。据现代研究,果糖能明显升高血甘油三酯。蜂糖含果糖多,蔗糖(如白糖、冰糖等)可以分解成一半果糖,血甘油三酯偏高的人应当少吃。另外,某些水果果糖含量也较多,比如柿、葡萄、香蕉等,也应适当控制。

2、食宜清淡

唐代医家孙思邈曾说:"常宜轻清甜淡之物,大小麦曲,粳米等为佳。"就是说日常生活应以素食为主,多吃五谷杂粮、瓜果蔬菜。许多事实证明,以素食为主的人大多少病长寿。研究证明,五谷杂粮中不但含有丰富的蛋白质、脂肪、淀粉、维生素、矿物质,而其中所含的亚油酸、植物固醇、维生素 B_6 等还有降低血胆固醇的作用。瓜果蔬菜也有较高的营养价值,其中所含的果胶、维生素C及大量的纤维素也有降血胆固醇作用。

食宜清淡的又一含义,是食勿过咸,《素问·五脏生成篇》云:"是故多食咸,则脉凝泣而变色。"多食咸能使血脉凝涩,进而瘀阻,发生卒中。现代医学也认为,食盐能促使血管收缩,血压升高,加速动脉硬化。

3、饮食有节

宋人娄居中曾说:"节满意之食,省爽口之味",就是说饮食应当有所节制。所谓有节,首先是指进食量要适度,既要满足人体的需要,又不要过头,一般以七、八分饱为宜。衡量摄食是否过度的一个重要尺度是看体重是否

正常，如果超过标准就要考虑节食减量，成人身高（公分）减去110（或105）所得差值，就是标准体重的公斤数。比如身高为165公分，标准体重即55公斤（或60公斤），一般北方人体重高于南方。超过标准体重10%为过重，超过20%为肥胖。肥胖绝不是健康的标志，中医学认为，“肥人多气虚”、“肥人多痰”、“肥人多脂”，易患高血压，引发中风。

4、慎酒戒烟

酒，味甘苦辛，性温，有毒。能通血脉，御寒气，行药势，少饮有益，多饮则酿湿助热，败胃损肝，伤阴涸血。《本草纲目》说：“面曲之酒，少饮则和血行气，壮神御寒，若夫沉缅无度，醉以为常者，轻则致疾败行，甚则丧躯陨命，其害可胜言哉。”据研究，酒精性饮料可以使血中胆固醇和甘油三酯升高，其升高的程度主要决定于饮酒量的大小，而与酒的种类关系不大。

烟，辛、温、有毒。《本草逢原》说：“烟草……能引火气熏灼藏府也。又久受烟毒，而肺胃不清。”吸烟对人有百害而无一利，能够致癌，促进动脉粥样硬化等。

（四） 晨宜喝粥

南宋诗人陆游活了86岁高龄，而他三代祖先没有活满60岁的，他长寿的经验之一就是常食粥，陆游有一首《食粥诗》：“世人个个学长年，不悟长年在目前，我得宛丘平易法，只将食粥致神仙。”食粥何以使人健康长寿？明朝大医药学家李时珍曾揭示了其中的奥妙，言：“每日起，

食粥一大碗，空腹胃虚，谷气便作，所补不细，又极柔腻，与肠胃相得，最为饮食之妙诀也。"《本草纲目》还列了50多种粥食，粥能和胃、补脾、清肺，老年晨起喝之最为适宜。清朝戴可亭年享80，风采步履如六十许，就是靠"每日清早，但食清粥一大碗"，有文献为证。

粥易消化，易于吸收。从生理机制来看，清晨喝一碗粥，可以补充因排尿和出汗丢失的水分，又可降低血液的浓度和粘稠度，还可使睡眠时缓慢下来的血液循环迅速恢复正常，从而使全身各器官活跃起来。

煮粥最好用新粳米，粳米粥甘香快胃，又除烦、止渴，《医药六书》盛赞："粳米粥为资生化育坤丹"，喝粥宜趁热食用，不可凉食，以免使胃堵腹闷难以消化吸收。

值得一提的是，在稀饭里加入药汁或粳米和中药煮粥，令病人和虚弱之老人服食谓之"粥养"，每为中医所推崇。可因人而异，自取所爱。如山药粥：能补肺、脾、肾三脏。对脾胃肾虚弱的老人可久腹。白扁豆粥：甘温补脾而不滋腻，芳香化湿而不燥，消暑化湿，补脾止泻，老年人在夏秋季尤宜食用。薏仁粥：上清肺热，下理脾温，治疗老年人脾虚腹泄，脚气水肿。红枣粥：能补脾和胃，益气调血，对老年人脾胃气虚，心血不足有利。龙眼粥：补心气，养阴血。茯苓粥：利水补中，宁心安神。菊花粥：平肝降压，明目益阴，有高血压病的老年人服之适宜。胡桃粥：补肾强腰，敛肺定喘，能治疗老年人肾虚腰痛，肺肾虚喘，习惯性便秘。麦冬粥：治肺燥咳嗽，秋天最为合拍。

芝麻粥：既滋养肝肾，又治老年肠燥便秘。

随着生活节奏的加快，许多家庭的早餐已向快餐化发展，而退休在家、颐养天年的老年人，您清晨起来，请别忘记喝一碗粥。

（五） 节制晚餐

晚餐不仅与中风，且与多种疾病相关。

祖国医学早就告诫："饱食而卧，乃生百病。"或问：不合理的晚餐会给人带来哪些危害呢？

1、晚餐与发胖

老年人的晚餐应清淡，摄入的热量控制在不超过全天量的30%，这对防止和控制发胖则大有好处，否则，催人发胖，加速衰老。

2、晚餐与冠心病

每天摄入的热量大部集中在晚餐的进食方式或习惯可引起胆固醇增高。晚餐质优量多又会刺激肝脏制造低密度和极低密度的蛋白，把过多的胆固醇运载到动脉壁堆积起来，成为诱发动脉粥样硬化和冠心病的又一原因。

3、晚餐与肠癌

一日的副食品大部分由晚上一餐吃下，活动又减少，必然有一部分蛋白质不能消化，也有小部分消化产物不能吸收。这些物质在大肠内受到厌氧菌的作用，会产生胺酶、氨、吲哚等有毒产物。这些有毒产物在肠腔内停留的时间长了，会促使大肠癌发病率增高。

4、晚餐与猝死

有些身强力壮的中老年人，晚餐酒足饭饱后，在睡梦中突然发生休克，来不及抢救即死亡，经尸体解剖才发现是患了凶险的急性坏死性(出血性)胰腺炎。晚餐过饱易诱发急性胰腺炎。

5、晚餐与恶梦

如果晚餐过饱，常会有恶梦，久而久之，会酿成疾病。

6、晚餐与中风

高血压、高血脂的老年患者，又经常高脂肪、高蛋白地饱食晚餐，会使血液粘稠度更高，诱发脑血栓形成。

"早饭宜好，午饭宜饱，晚饭宜少"，中医学很重视这一养生经验，晚饭过饱，既伤脾胃，又添新疾，人岂能不注重晚餐？

(六) 防治便秘

大便秘结不通，排便时间延长，超过 48 小时才大便一次，或欲大便而艰涩不畅，称之为便秘，这是一个常见的病状。

相当一部分中老年人，由于下列原因，使食物残渣在肠内停留时间过长而不能按时排出：①下元亏损、气虚肠道传送无力；②体力活动少，肠蠕动缓慢；③牙齿脱落，所吃食物太精细(含粗纤维太少)；④情绪紧张，胃肠功能失调；⑤恣饮酒浆，过食辛热厚味，胃肠积热；⑥体衰，腹肌、膈肌、肠壁平滑肌、提肛肌收缩无力；⑦没养成按时排便的习惯或因旅行及开会超过时间抑制便意；⑧因疾病如肛裂、痔疮痉挛，前列腺肥大、幽门梗阻等所致便秘；⑨服

中药温热辛燥剂或服西药镇静剂钙片等引起；⑩习惯服泻药或灌肠，使肠粘膜的反应性下降。

便秘，可谓中老年养生之大患：高血压、脑动脉硬化的病人中，有一类属痰火偏重，肝阳上亢型，便秘常使血压上升，病情加重；有人对510例中风病人分析，其中200例病前具有便秘，中医认为这是"腑实痰火上扰生风"，急救采用通腑平肝法；冠心病，心绞痛的患者，有一种因素是由于过食肥厚之品，饱餐无度生痰阻滞心络脉，若平时饮食有节，大便通畅，使痰浊得以排泄，则可减少发病率。

那么，如何预防便秘的发生呢？

笔者认为要注意四个方面：

第一、调理膳食。定时定量，粗细搭配，多清淡少辛辣，多清菜少荤食。

第二、培养习惯。要养成定时大便的习惯，大便可在晨起，早餐后或睡前，因人而异，不管有无便意都应按时去厕所，久而久之就会养成按时排便的习惯。

第三、适当锻炼。根据身体情况，坚持适当的体育锻炼，以使胃肠蠕动增强，分泌增加，有助于保持大便通畅。

第四、辅助便方。1、蜂蜜15－20克，每天清晨及睡前各服一次。2、黑木耳5克，加水炖服，每天一次。3、胡桃肉、黑芝麻各15克，加白糖，麻油适量拌和均匀每晨、晚各服一匙。4、生首乌15克，水煎后分2次内服。5、柏子仁、麻仁各10克，缩炒研末，布包煎20分钟，滤汁加白糖适量，一次顿服，每天1剂。6、决明子12－15克，微炒

后泡茶服。7、炒菜菔子 30 克，水煎去渣，顿服，日 1 剂。8、郁李仁 20 克，打碎，水煎去渣，加白糖适量，一次顿服，每天一剂。9、番泻叶 5 克，泡茶饮，便通为度。上述方法，可择 1 种或交替选用。

（七） 药茶

药茶即茶剂，它是以含有茶叶或不含茶叶的药物经制而成，多采用沸水浸泡取汁服，可随时代茶饮，其制法简单，服用方便，不失为防治中风先兆的有效方法之一。

1、决明子茶

〔组成〕决明子 15 克。

〔制法〕以上 1 味炒黄碾碎，沸水冲泡。

〔功效〕清热、明目、通便。

〔主治〕高血压、高血脂症等。

〔用法〕代茶频饮，每日 1 剂。

2、夏枯草茶

〔组成〕夏枯草 30 克。

〔制法〕以上 1 味揉碎，沸水冲泡，焖 15 分钟。

〔功效〕清肝火、散郁结。

〔主治〕高血压患者，症见头晕头痛者。

〔用法〕每日代茶频饮。

3、白菊花茶

〔组成〕白菊花 15 克。

〔制法〕以上 1 味揉碎，沸水冲泡。

〔功效〕疏风清热，平肝明目。

〔主治〕早期高血压，更年期高血压所致的眩晕、头痛、耳鸣等。

〔用法〕每日代茶频饮。

4、山楂荷叶茶

〔组成〕山楂 15 克，荷叶 20 克。

〔制法〕以上 2 味制成粗末，加水煎汤即成。

〔功效〕降压消脂。

〔主治〕早期高血压、高血脂所致的头痛、目眩等。

〔用法〕代茶频饮，每日 1 剂。

5、罗布麻叶茶

〔组成〕罗布麻叶 5 克。

〔制法〕以上 1 味洗净切碎，沸水冲泡。

〔功效〕降压利尿、清火强心。

〔主治〕用于高血压患者，症见头目眩晕、耳鸣、失眠多梦等。

〔用法〕代茶频饮。

6、杜仲夏枯草茶

〔组成〕杜仲 15 克、夏枯草 5 克、棕榈叶 30 克。

〔制法〕先将杜仲放入盐水中搅拌，使之吸入盐水后再放入锅中，用微火炒至焦黄，取出晾干，共为粗末，沸水冲泡。

〔功效〕补肝肾、强筋骨、降血压。

〔主治〕用于肝肾阴亏，肝阳上亢之高血压，症见头痛、目眩、耳鸣、腰酸、失眠、多梦等。

〔用法〕代茶频饮。

7、桑白皮茶

〔组成〕桑白皮 30 克。

〔制法〕以上 1 味洗净切丝，晒干备用。每取 30 克，加水煎汤。

〔功效〕降压利水。

〔主治〕用于身体肥胖、血压偏高、头目眩晕者，对小便减少，时有浮肿者也有疗效。

〔用法〕代茶饮服。

8、菊花槐花茶

〔组成〕菊花 3 克，槐花 3 克，绿茶 3 克。

〔制法〕以上 3 味，沸水冲泡。

〔功效〕清热散风、降压。

〔主治〕用于高血压、眩晕。

〔用法〕每日代茶频饮。

9、莲心茶

〔组成〕莲心 3 克。

〔制法〕以上 1 味，沸水冲泡，加盖焖 5～10 分钟。

〔功效〕清心去热，止血涩精。

〔主治〕高血压、头晕、心悸、失眠等。

〔用法〕代茶饮服，每日 1～2 剂。

10、三七花茶

〔组成〕三七花 5 克。

〔制法〕以上 1 味揉碎，放入茶杯中，沸水冲泡。

〔功效〕清热、平肝、降压。

〔主治〕防治高血压。

〔用法〕代茶频饮。

(八) 食补养生

调摄饮食不能不涉及到食补。

食补从广义的角度亦称食疗或食养，是根据需要利用食物强壮身体，却病延年。

1、药食同源

食物和药物一样，也具有“四性五味”，即寒热温凉，辛甘苦酸咸。一般热体、热病，宜多吃寒凉性食物，反之亦然。寒性食物如：绿豆、荞麦、豆腐、豆浆、黄瓜、竹笋、芹菜等。热性食物也有大葱、胡萝卜、荔枝、胡桃、鸡肉、狗肉、牛肉等等。人身体质有阴阳之别，属阳性体质的人若再嗜温热性食物，则易上火，便秘，只有多吃凉性食物，

才能使体内阴阳平衡，健康少病。

2、以食补虚

中医有“虚则补之”、“损者益之”的名言。阴虚体质人，即常口燥咽干、手足心热、舌红苔光剥，俗称热性体质人，多消瘦，宜多吃凉性食物；相反，阳虚体质人，畏寒，四肢不温，面色皎白，舌淡，多虚胖，宜多吃热性食物。高血压患者，宜多吃蔬菜、水果或壳类海产品，以使肝阳不上亢。肠燥便秘宜多吃含纤维素多的蔬菜及含油脂的食物。

3、淡食多补

佛教、道教遵素食为养生大法，其实，提倡淡素之食也是中医学的一贯主张，食宜淡，过咸伤身；多吃素少油荤，对中老年人防治中风先兆无疑是有益的。

4、食补有节

“饮食自倍，肠胃乃伤”，食补也应有节，定性——属寒体还是热体；定位——虚损在何脏、是气分还是血分；定量——视虚损的程度而补之，过则生害。另有“虚不受补”之说，一指体虚、脾胃也虚，补之腻滞容易伤胃；又指补之太过，体不受补。对此，应先调理脾胃，再事补益。

（九） 食疗便方

药食同源，中医认为许多食物对疾病具有治疗作用，不少药物又可作为食品服用，另有既为食物又为药物者，这便是所谓食疗，其简便易行，坚持服用，确有辅助治疗作用。

大豆　含有丰富的营养成分，被誉为“豆中之王”、

"植物肉"。豆制品，如豆浆、豆腐、豆芽等，既富于营养，又容易消化吸收，老少咸宜。不少长寿老人都有喜吃豆制品的习惯。据研究，大豆中所含大豆油、大豆皂甙、豆固醇、胆素等有降血胆固醇或甘油三酯的作用。

绿豆　夏月以绿豆煎汤，为清暑止渴佳品，平时以绿豆芽作菜亦甚爽口。绿豆所含营养成分与大豆相似，其降血脂的作用则为豆类之冠。临床用绿豆粉 10 克，每日 2 次，口服 1～3 个月，对降低胆固醇、甘油三酯、β－脂蛋白均有一定疗效。

玉米　玉米可与米、面搭配，粗粮细作，作为主食。嫩玉米煮食，其味甘美。玉米营养丰富，含卵磷脂和油酸，有降血胆固醇作用。

花生　又名"长生果"，营养丰富，研究表明，花生肉、外衣、壳皆有药效，肉及壳可降血胆固醇，花生米外的红衣有止血作用。花生壳洗净可煎水代茶饮。

芝麻　有黑、白二种，白芝麻多作食用，入药以黑色者为佳。功能补肝肾，润五脏，乌须发。《神农本草经》谓："久服轻身不老"；"抱朴子"说此品"补衰老"。烹制成各种食品食之，香甜可口。芝麻含多量亚油酸和卵磷脂，芝麻和芝麻油都有降低血胆固醇的作用。

洋葱　作为蔬菜，多炒食之。能祛痰、利尿。研究证明有降血胆固醇的作用。

芹菜　有清热、利水作用。《神农本草经》说：芹菜"止血养精，保血脉，益气"。可炒食，亦可以其茎用沸水

烫熟后凉拌。有降血脂作用，亦能降低血压。

大蒜　临床用大蒜油精治疗高脂血症，能明显降低胆固醇、甘油三酯、β－脂蛋白，尤以降甘油三酯为优，且能升高高密度脂蛋白。

葱　作为常用佐料，不仅可使菜肴清香可口，现在证明，还能降低血胆固醇，减少胆固醇在血管上的积累。

蘑菇　作菜味鲜美令人流涎，现代研究，食用菇有降低血胆固醇作用，还能抗癌肿。

海带　味咸、性寒。可软坚化痰，利水清热。可炒、凉拌或炖食。降血脂作用功近海藻。

番茄　以鲜果生吃为佳，亦可作菜。含维生素C和果胶，有降血胆固醇作用。

茶叶　日常饮茶，主要是取其提神醒脑、除腻化痰作用。现代研究，茶叶有一定的营养成分，有降血脂作用。

菊花　味甘苦、性凉，可疏风、平肝、清热、明目、解毒，善治头痛眩晕、目赤。菊类有甘、苦二种，食品须用甘菊。以菊花数朵泡茶，可以常服。临床可用治高脂血症及高血压病。

三、调适自然

《素问·调经论》云："血气者，喜温而恶寒，寒则泣不

能流，温则消而去之。”《素问·风论》亦云：“风之伤人也……或为偏枯”，这些精辟论述均阐明六淫之邪皆可导致气血关系失调，或寒凝血瘀血脉不通，或风邪伤人等，均为中风病的诱因。临床表明，在异常气象下，脑血管病发病率显著增高。刘颂梁氏对脑血栓形成危险因素的分析也指出：夏季汗出过多，冬季气候干燥和体力活动减少，使血粘度增高和血循缓慢，均为发病数多于春秋季的原因。正如《素问·生气通天论》所说：“阳气者，烦劳则张，精绝，辟积于夏，使人煎厥。”然则，同患高血压同在一气候也有不病者，显而易见，中老年人内养正气，强化气机，适应四时，调神调身，这些对主动预防中风是颇有裨益的。

（一） 适应四时，天人合一

人生活在大自然之中，与自然界息息相关，人类的生存必须赖以大自然界的条件。而中医养生学的精神实质，是贯穿着人与自然环境要保持统一；即“天人合一”的整体观，它告诫人们顺从四时气候的变化，适应周围环境，使机体与大自然协调，以期健康长寿。

中医学认为，自然界二十四小时有日出、日没的变化，相适应的，人体一天有平旦阳气生发，日中阳气兴隆，日没阳气收敛的不同。因此，在养生学上，中医很著重晨起锻炼，认为黎明是阳气生发的大好时机，此时到户外去呼吸吐纳、运动肢体、活络筋骨，可以使人体气血流畅，体质增强。但是，晨起也不能过分太早，否则天还没有破

晓，阳气尚未生发，摸黑起身锻炼，也并不有益身体。

四时气候的特点是春温、夏热、秋凉、冬寒；相适应的生物发生、发展的过程是春生、夏长、秋收、冬藏。中医认为，人体在四季中也有这种生、长、收、藏的规律，因此，要求生活起居和思想情绪都要顺应这种规律进行调节。如春回大地，生机勃勃，人们应该多从事户外活动，使身心轻快。夏日旺盛，要避免发怒。秋凉萧条，冬季天寒，人们需避寒保暖，维护阳气。

自然界除了四季的变化以外，还有风、雨、霜、雪、雾、露、阴、晴、旱、涝等引起的复杂气候变化，中医把这些气候变化对人体的影响因素归纳为六气，即风、寒、暑、湿、燥、火。六气有太过或不及，对人体不利时称为六淫。人体应该顺应正常情况下的六气，防避反常情况下的六淫，如“避风如避箭”、“盛暑不可露卧”、“卑湿之地不可居”、“凉不至冻、温不至燥”，凡此警语，对人颇为有益。

（二） 四季调神

所谓四气调神，是根据人与自然相应的道理，言随四时之气，调五脏之神为生长收藏之先基也。惟有顺四时而养生，方谈得上调神养精，“阴阳四时者，万物之终始也。死生之本也，逆之则灾害生，从之则苛疾不起，是谓得道。”至于四气调神的具体方法，《黄帝内经素问·四气调神大论篇》认为，人体春时之气而调神，当夜卧早起，以使志生。广步人庭，以运其身。步庭之时，更当被发缓形，以使肝志内生。志者，神之所依也。肝志内生，故但

生之而勿杀。但予之而勿夺。但赏之而勿罚。凡此皆所以遂其春生之气，故曰此春气之应，在人为养生之道也。若逆之而不养其生，则伤肝，肝伤则春无以生，故至夏有寒痛之变，而奉夏长者少。是知调春生之气，乃为夏长之基。

人体夏时之气而调神，当夜卧早起，以遂其长。无厌于日，以厉其心。夏日最长而无厌，则心气清明，故使心志无怒。无怒，平和也。心志平和，则凡华英者，皆使之成秀矣。华英成秀，则气机充溢，故使气得以疏泄，若所爱在外者然。凡此，皆所以遂其夏长之气。故曰此夏气之应，在人为养长之道也。若逆之而不养其长，则伤心，心伤则夏无以长，故至秋有阴寒之痎疟，而奉秋收者少。秋无以收，冬何以藏，故冬至重病。是知养夏长之气，不但为秋收之基，且为冬藏之本。

人体秋时之气而调神，当早卧以宁，早起以清，与鸡俱兴者，鸡卧则卧，鸡起则起也。早卧早起，所以使肺志安宁，以缓秋之刑杀也。收敛神气，使秋气平者，言使志安宁，所以收敛神气也。以缓秋刑，所以使秋气平也。是五脏之志，即五脏之神，无外其志，使肺气清者，言收敛神气，乃无外其志也。使秋气平实，使肺气清也。凡此，皆所以遂其秋收之气，故曰此秋气之应，在人为养收之道也。若逆之而不养其收，则伤肺。肺伤，则秋无以收，故冬为飧泄之病，奉冬藏者少。是知调秋收之气，乃为冬藏之基。

人体冬时之气而调神，当早卧晚起，以避其寒，必待日光，以就其温，使肾志若伏若匿，而退藏于密。若有私意而不出诸口，若已有得，而不告诸人者然。去寒就温，去户外之寒，以就深室之温也。无泄皮肤，使气亟夺。无以寒风泄其皮肤，使阳气亟夺也。凡此，皆所以遂其冬藏之气。故曰此冬气之应，在人为养藏之道也。若逆之而不养其藏，则伤肾。肾伤，则冬无以藏，故至春为痿厥之病，而奉春生者少。是知调冬藏之气，乃为春生之基。

总而言之，《黄帝内经》之四气调神者，乃是教人顺应自然界春生、夏长、秋收、冬藏的变化，调节精神，使脏腑阳气在春夏升发，秋冬潜藏，以自身的生理节律不违反自然规律。至于具体调神方法，我们应当吸收《黄帝内经素问·四气调神大论篇》之积极方面。

（三） 内养正气慎外邪

调适自然，不能不涉及到中医学著名的"养慎"学说，她的提出者东汉名医张仲景认为，若人能养慎，即内养正气，外慎风邪，内养不致形体有虚衰，病则无由入于人体腠理。

内养正气，主要是指人体的元气，元气愈充沛，脏腑机能愈旺盛，身体就健康少病；反之，元气损伤，则脏腑气衰，抗御外邪入侵乏力，就易患疾病。张仲景看来，元气的摄养主要在于内调饮食，气功导引，勿令房事过劳，并提出过度安逸，也易使人体气血蓄滞，容易生病。

自然界正常的气候，能生长万物，人亦赖此气生长；

若气候反常，则能伤害万物，人亦不例外。故提出慎外邪，张仲景示人以外界六淫致病的规律，“五邪中人，各有法度，风中于前，寒中于暮，湿伤于下，雾伤于上，……极寒伤经，极热伤络”，认识和掌握这些规律，对避其外邪，是颇为有益的。

（四） 动养与静养

我国有句成语：“流水不腐，户枢不蠹”。应用这句话到人体，那就意味着，人体必须坚持运动才能保持健康。

然则，古人也有“养静为摄生首务”的说法。主张静养者，着意于“静”之一字，以期延缓衰老，颐养天年。

当今，在“生命在于运动”的影响下，许多老人每天坚持体育锻炼，从不中断，使慢性病减轻成消失，身体恢复健康。但也有不少老人忽视自己已有的疾病及身体状况而骤然进行强烈运动，以致心脏失常，甚至猝死。

“饭后百步走，活到九十九”已是千百年来延年益寿的俗话，似乎不容置疑。其实，在老年人，特别是有高血压病、动脉硬化等血液循环调控失常的人，由于饭后血液向消化器官汇集得多，身体其他部位的血液循环量就相对减少，血压有下降的趋向。此时若活动，轻者表现为周身乏力、头晕眼花，重者因一过性脑缺血而导致晕厥。如美国波士顿某老人康复中心对老年人调查后发现，上述低血压发生在饭后 35 分钟最明显，且与服药或疾病无关。

显然，在养生实践中，普遍存在着的动、静两种观点

是相辅相成、相互为用的。运动固然有利于强身长年，但过度的运动也足以为害致病。《备急千金要方》告诫老年人"身无妄动……无作博戏、强用气力、无举重，无疾行"。老年人选择运动项目，一要符合自己的体力，二要结合自己的爱好，如果过去没有经常运动的习惯，那就要循序渐进地增加运动量，不可操之过急，要以运动后感到虽然有点累但很舒适为度。老年人运动也可以和爱好培养兴趣结合起来，因为运动都带有娱乐的性质，对某一项运动愈有兴趣，愈能持之以恒、乐趣无穷。

适合老年人的体育活动的种类是很多的，有气功、太极拳、保健按摩、慢跑、散步、游泳、乒乓球、羽毛球、武术、八段锦、老年体操等等。这些运动能使老人接受空气、日光、水的锻炼；有的能提高老人机体和大脑的灵活性，对大脑皮质功能起到恢复和保护作用；有的能加强呼吸和循环系统的功能。

值得一提的是，"运动"并不单指体育锻炼和体力劳动，广义的运动也应该包括脑力劳动。勤于用脑，利于长寿。日本学者对百岁老人的调查表明，勤于用脑的人比懒散度日的人晚年智力高 50%。

还应该看到，身体内在器官的"锻炼"多半是通过外部器官"锻炼"而实现的，如心肺功能是通过运动躯体得到锻炼。而根据中医独特的脏象学说，五脏六腑在体表都有相应的代表部位，也通过这些部位的按摩或针灸锻炼脏腑功能。再者，内在的五脏六腑功能的锻炼，还可由

人体内环境的"调气"来达到，这也只能通过"气功"的"静养"来实现。

动静兼修，乃是老年养生、却疾长寿的要旨。

（五） 鸟语·踏青

鸟在大自然中，与人类共同生存着。鸟类不仅是非常宝贵的自然资源，而且可以丰富人们的精神生活，对人的心理产生一定的影响。"鸟语花香"、"莺歌燕舞"，就是人们对大自然中鸟儿的赞美，而在密密的丛林散步，听到那扇动翅膀的百灵鸟啾啾地歌唱时，你会感到心旷神怡，忘却忧愁，充满生活欢乐，从而提高人的大脑及整个神经系统的张力，能充分调动有机体的潜能，对人的健康起良好的影响。

在春光明媚的日子里，我国民间有"踏青"的习俗。春季是自然界万物由静转变为动的过渡时期，一切事物都表露出青春的活力和旺盛的生机。到郊外踏青，绿色世界使人心旷神怡，头脑清新，生物体在神经系统与内分泌的调节下，新陈代谢日益加强，皮肤血管逐渐扩张，肌肉中的血液供应也旺盛起来，为逐步恢复更多的体力及脑力活动提供了物质基础。

四、调养体魄

笔者认为，调养体魄的重心应该放在四个方面，其一，保精养阴，因为中风先兆的病机在于“阴亏阳亢风动”；其二，健脑养神，中风先兆乃是脑部病位；其三，疏通络脉，中风先兆多中在经络；其四，调节饮食，这是饮食失调易生湿、酿痰、化火、成瘀的缘故。围绕这四端，本篇介绍了一些具体的调摄方法。

（一） 人身三宝——精、气、神

精、气、神被中医学称之为人体三宝，三者是不可分离的，它的状态直接体现人的生长、发育以至衰老。

中医养生之精髓，可一言以蔽之：聚精、养气与调神。

精是生命之源，它是构成人体的基本物质，也是人体各种机能活动的物质基础。人若肾精耗损，将会出现头晕耳鸣，腰膝酸软，疲惫乏力，遗尿失禁等征候，而肾精（阴）亏可进一步引起肝阳亢而引发中风。

气为生命活动的原动力，人若气弱，往往气短乏力，动作迟缓，语声低微，嗜卧食少等，气虚血滞也是中风先兆原因之一。

神是指精神意识状态面言，也指生命活动之外观。中医有“得神者昌，失神者亡”之说，得神即目光有神，言

语洪亮，神志清楚，反应灵敏。若出现目光暗淡，精神萎靡，表情呆滞，语言不利，颜面少华，嗜睡，健忘或痴呆等症，则示神衰矣。

鉴于精充、气足、神全是人体健康的基础，面精亏、气衰、神耗是衰老的征象，中医学十分强调聚精、养气与调神。

中医学一再告诫人们："节色欲以养精"，《内经》有"醉以入房，以欲竭其精，……故半百而衰也"之训。然面聚精不仅限于房室问题，明朝袁黄明之《摄生三要》提出聚精之道："一曰寡欲，二曰节劳，三曰息怒，四曰戒酒，五曰慎味。"疲劳、暴怒、酗酒、厚味都是伤精耗阴的。

气以柔、顺、聚而于人体有利，若强、逆、乱、散则会带来危害。怒嗔使人气强而逆，多食肥鲜之物也会气强，多思气乱，多言气散，人皆当深戒。

中医学十分注重精神的保养，精神好是人体健康必备的条件。精神包括喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等情态的变化。《素问·阴阳应象大论篇》中指出："喜怒不节……生乃不固"；"怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾"，皆指一种情志长久、剧烈的刺激会对人体某一脏腑带来损伤。"凡怒忿悲思恐惧，皆损元气"，而"内无思想之患，以恬愉为务"，是健康之躯所必须具备的。

（二） 养生十六宜

我国古代就有长寿秘方"养生十六宜"，系出自唐代孙思邈医著。其实，知晓后，方并不秘，简便易行，其核心

主要在动，教导人们在生活卫生、饮食起居中坚持运动。

1、发宜常梳

每晨梳发数十次，可以疏风散火，明目清脑。中医认为："肾者封藏之本、精之处也，其华在发。"常梳发可以促进肾功能，肾功能提高，全身得益。

2、面宜多擦

每晨洗面后，用双手搓擦面部七、八次，可以焕发精神；然后用中、食指揉太阳穴、枕骨下的风府穴、两侧的风池穴各十余次，早晚行之，对预防感冒有效。

3、目宜常运

常运目大有益。早晚和较长时间用眼后，宜运转眼珠，先从左而上面右面下还原，七、八次，再从右方行之，然后闭目少息再睁开，视觉特别明朗。

4、耳宜常弹

用两掌分别坚压左右耳门，以中指和食指相叩，弹击后脑作咚咚声，每弹击七八次后两手离开耳门一次，如是行三、四次后，听觉特别灵敏，并有健脑之功。

5、舌宜舔腭

除饮食和讲话外，舌尖宜有意无意间舔住上腭，可促使津液的分泌，不致口干舌燥。口津是舌上之水是活命之酶，又是一种消毒酶，免疫力极强，要求津宜数咽，把它吃下去。

6、齿宜数叩

唐代诗人白居易有"叩齿三十六"的诗句。叩齿就是

上下牙对咬作声，每晨行三、四十次，可以健牙龈。

7、便宜禁口

就是在小便时咬牙的意思。这对健齿能起作用，练武术和气功的人很注意用此法，它属于内养功，可因人而取法。

8、浊宜常呵

古有吐纳术，就是今天的深呼吸法，能吸氧吐碳、吸清吐浊。新鲜空气中的阴离子，对人体极有利，宜常吸取。

9、体宜常动

身体经常不动，肌肉、组织、关节就会发生"废用性萎缩"的现象。人到中年已未老先衰，防治之法是腰宜常伸、胸宜常挺、腹宜常收、肢宜常摇。

10、肛宜常提

古有提肛功，对防治痔疮有效验。方法是有意识地收缩和放松肛门括约肌，早晚行之，每次约三、四十次。

11、身宜常浴

经常进行日光浴、空气浴、水浴，可以增强人体神经和心血管功能，促进新陈代谢；可以提高人体对气候变化的适应能力，可以预防感冒。

12、足宜常洗

每晚临睡前用热水洗脚是老年健身要诀之一，有利睡眠。洗后用手掌摩擦足心涌泉穴三、四十次，还可以强心降压，这对老年人的冬季保健更有意义。

13、精宜常固

性生活过度会产生肾虚，还可影响机体的许多功能而促使早衰，近代研究证明：它与下视丘、垂体、肾上腺皮质、性腺、甲状腺，以及植物神经系统、免疫系统均有一定的内在联系。实践证明，凡对性生活能节制者，多能长寿。

14、气宜常养

气为人生四大患(酒、色、财、气)之一，气之中以怒气最凶。

15、心宜常宽

即心胸开朗，精神舒畅。

16、神宜常凝

学习工作时，专心致志，生活中寄情于一技、一艺、一诗、一画、一花、一草，兴趣盎然，这是凝神养生的妙法。

(三) 经络养生法

所谓经络养生法，就是通过一定的锻炼手法等，使气血在体内周流不断，循环往复。由于中风先兆多属经络病变，故经络养生对预防此病显得特别重要，其方法主要有四点。

第一，捏拽十指，调节脏腑。十指通过经络，连属内在脏腑，常捏拽十指，可起到调节五脏六腑，进而疏通经络、气血的作用。按照中医“五行”之原理，大拇指为土，主脾胃；食指为木，主肝胆；中指为火，主心脏和小肠；无名指为金，主肺和大肠；小指为水，主肾。具体方法：先用

右手的拇指和食指揉捏左手五个指头各 15～20 下；然后用左手交替做。接着，用右手的拇指和食指反复摇拽左手指头各 9 下，然后再换左手做。在捏拽每个指头时，尽可能入境，并加上意念。如捏拽拇指时，则意念脾胃健康；捏拽食指时，则意念肝胆健康等，可取得更佳效果。

第二，益养心脉，调节气血。心主血脉，做益于心脏的活动，以调节气血，疏通经络。具体做法是：(1) 双手攒拳：端坐，两臂自然放于两股之间，调匀呼吸，然后两手握拳，用力紧握。吸气时放松，呼气时紧握，可连续做 6 次。本功法具有调节气血作用，随呼吸而用力，对于调气及血液循环有好处，而且当用力握拳时，可起到按摩拳心劳宫穴的作用，具有养心的功效。(2) 上举托物：以左手按于右腕上，两手同时举过头顶，调匀呼吸，呼气时，双手用力上举，如托重物，吸气时放松。如此做 10～15 次后，左右手交换，动作如前，本法能疏通经络，行气活血。(3) 闭目吞津：端坐、两臂自然下垂，置于股上，双目微闭，调匀呼吸，口微闭，如此静坐片刻，待口中津液较多时，将其吞咽，连吞 3 次，再上下牙叩动，叩齿 10～15 次，此法能养心安神。

第三，穴位按摩，强壮要穴。每日要对合谷、内关、足三里 3 个穴位进行按摩。特别是足三里为全身性强壮要穴，其位置在膝眼下三寸，胫骨外大筋内。

第四，锻炼下肢，加速循环。锻炼下肢可以帮助把远离心脏的血液从脚部推向全身，加速血液循环，每天要进

行 20 分钟以双下肢为主的体育锻炼，以使经络畅通。

（四） 按摩健脑

在争相斗妍的诸种中医养生法中，按摩法备受推崇。中医学认为，五脏六腑的生理功能通过经络系统中的十二皮部与皮肤相连属，按摩手法也能通过皮表影响到脏腑气血的活动。东京大学名誉教授二木谦三博士也认为，皮肤覆盖着全身，通过皮肤的锻炼，可使内脏功能，尤其是大脑、心、肺等脏器的功能强健。

躯体健脑按摩法，是通过自我按摩上肢、胸腹、肩腰、下肢等部位的皮肤以健脑益智的方法。在躯肢按摩中，刺激这些经络系统中分布在最表层的皮部，就可以激活大脑的生理机制，加强大脑的功能活动，从而延缓脑衰。

一、摩浴手臂

右手掌紧按左手腕内侧，接着用力沿臂内侧向上擦到腋窝，再翻过肩膀由臂外侧向下擦到左手臂，如此往返共擦 10 次，然后换用左手，如上法擦右臂 10 次。一来一往为 1 次。

二、拍搭肩背

两手分别拍肩背，右手掌拍左肩（在肩关节后上方），左手掌拍背后（在肩关节下方），连续拍 20 次，接着左手掌拍右肩（在肩关节后方），右手掌拍背后（在肩关节下方）。如此不停地轮拍 20 次。

三、转摩胸部

两手搓热，相叠于胸部，轻轻由右转向左，以顺时针

方向作旋转按摩20次，再从左转向右以逆时针方向转摩20次。

四、指按胁肋

先用左手，五指松开，按于右侧胁肋部，把五指按于相应的肋骨间隙，作内下方向来回轻轻按摩，作36次。再用右手指按于左侧胁肋部，作同样按摩36次。

五、按摩脘腹

左手叉腰或放在大腿根上，用右手掌按在右肋下，大拇指向上，四指端向左，在脘腹部作顺时针圆形按摩25次。同样方法，用左手逆时针按摩25次。

六、擦搓腰骶

两手对搓发热后，分别紧按腰眼，用力向下搓到骶骨处(尾骶骨)，然后再回搓到两臂后屈尽处，此为1次，共搓擦40次。

七、摩浴大腿

两手先紧抱一侧大腿根，用力向下擦到膝关节，然后再擦到大腿根，如此上下来回擦15次，一上一下为1次。然后换另一腿，擦法相同。

八、转摩双膝

平坐，搓热两手掌心，盖在两膝上，先自外转向里，再由里转向外，各摩膝部20次。

九、擦小腿肚

左手虎口按住左膝关节窝，用力往下擦至足跟，来回擦1次，共擦15次。然后换右手虎口按住右膝关节窝，

同样方法擦15次。

十、搓摩脚掌

坐着，左手扳着左脚趾，突出前脚心，以右手掌心在左前脚掌前后揉摩49次，然后右手扳右脚趾，以左手掌心按摩右脚掌49次。

（五） 养足抗衰法

世人皆言：人老脚先老。然则，为什么人老最早反映为腿先老呢？当人逾中年时，腿的功能便开始衰退——大腿肌肉萎缩，膝部关节僵硬，并时时隐痛。腿是人体中主要承受重量的肢体，腿中有人体中最大最长而且最结实的关节和骨骼，它们能够一次连续几个小时承受比人的体重大几倍的压力。但这些肌肉却经常要与大地的引力进行搏斗，为保持强壮而处于紧张状态。而人超过30岁后，由于心脏的供血能力可能衰退，因而供给小腿和脚部肌肉的氧气会减少，与此同时，由于减少了钙的供应，会使腿骨软化、萎缩，坚韧性和力度也逐渐降低。美国政府老年问题专家夏克医师说，人到50岁时，肌肉的力量可能要比在25岁时下降55%，但是专家们仍然认为这种情况并非无可挽救，只要坚持锻炼，一个人的耐力和活动能力在每10年中降低的速度可得到明显的减慢。不仅如此，有些日本学者还把脚视为“第二心脏”，因为步行可以帮助把远离心脏的血液从脚部推向全身，加速循环，对强身益寿极为有益。而传统的中医脚保健除了步行，还有下列10种方法：

一、甩腿

一手扶墙，先向前甩动小腿，使脚尖向上、向前翘起，然后向后甩动，将脚尖用力向后，脚面绷直，脚亦伸直。两腿轮换甩动，80至100次为宜。可预防半身不遂，下肢萎缩软弱无力或麻木、手腿抽筋等症。

二、干洗腿

用双手紧抱一侧大腿根，稍用力从大腿根向下按摩，一直到足踝。然后从足踝往回摩擦另一侧，重复10～15次。能使关节灵活，腿肌与步行能力强，并可预防下肢静脉曲张，下肌水肿及肌肉萎缩。

三、扭腿肚

以两手掌紧挟小腿肚子，旋转揉动，每侧揉动20～30次，两腿交换六遍。能疏通血脉，增强腿部力量。

四、扭膝

两足平行靠拢，屈膝微向下蹲，双手放在膝盖上，顺时针揉动数10次，然后换另一膝盖。能疏通血脉，治下肢乏力，膝关节疼痛。

五、搓脚

将双手掌搓热，用手掌搓两脚心，各100次。能滋肾水，降虚火，舒肝明目，防治高血压、失眠、足部萎缩麻木、酸痛浮肿等症。

六、暖足

每晚用60～70℃的热水泡洗双脚，保持双足温暖，可使全身血脉疏通，预防心绞痛。

七、扳足

端坐，两腿伸直，低头，身体向前弯，以两手扳足趾20～30次，能练腰腿，增脚力，防足部乏力无劲。

八、击打脚心

用小木槌或小铁锤击打脚心，两脚各击打100次，每日击打1～2次。

九、刺激脚趾

坐在椅子上，将脚搁置于另一条腿上，用手一一弯曲5个脚趾，每趾弯曲30下，每日活动两次。

十、转动腿脚

坐在椅子上，腿脚伸直，左旋右转50次，两脚可并拢活动，亦可左右脚轮流活动，上下午各做1～2次。

（六） 养目

养目按摩法　朝暮以两手摩热，熨眼三次。（《养生延寿论》）

黄昏以大指揩双目，皆名"发神光"。（《缮生集》）

五更时分以指蘸津唾少许，抹两目除赤热。（《妙方》）

养目运眼法　日间坐，须瞪目注视，闭之少倾，可养其目。（《资生经》）

每夜于暗处，运睛旋还八十一数，闭目集神，再运，不数夜，神光自发，永除昏暗。（《资生经》）

时常宜看漆黑屏风之类，以助目力。（《琐碎录》）

养目汤沃法　侵晨洗面，以手掬热汤沃眼，汤温为

度。能除目疾，盖血得温则荣泽，眼赖血而滋养也。（《苏沈二氏翰林方内》）

也有洗眼方，用桑椹叶浓煎汤洗之。

运睛除疾法　其法于初醒时勿睁眼，闭目调匀呼吸，然后开始转运眼睛：眼球先向右转，然后依次转向上方，再向左、向下，复转向右，共旋转 3 次，再反方向旋转 3 次。接着，大睁两眼急视，令睛突出，恍惚出现金花更佳。转睛时应口鼻闭气，睁眼时从口中呵出浊气，再从鼻吸气，以意送达丹田即毕。此法练之持久，能使眼目明亮灵活，且可防治目疾，兼治劳损。

养目禁忌　勿久视日月光，勿久视灯烛光，视久损目。（《绪目集》）

赤眼戒房室，犯则生内障。

养目药方　枸杞子明目，嫩苗亦可摘食之。

草决明、杭菊花泡茶饮，可治肝火偏旺，目赤痛痒者。

老年肾亏眼雾干涩可常服中成药杞菊地黄丸，持之以恒，确有效验。

浴头明目法　梳头栉发，古人称之为“浴头”，头为诸阳之会，此法可去风明目。方法先用双手十指的指腹或指端梳抹头部，梳抹时由前向后如梳头状，但以梳抹头皮为好，不要仅仅梳理头发，且要多多益善。

（七）带病养生原则

所谓带病养生延年，就是除了要注意一般性的养生原则与方法外，还要有针对性地对所患疾病采取防范措

施。

1、养成良好的生活习惯。长期不良饮食习惯是造成血栓形成的重要因素。高脂肪、高胆固醇饮食，可使热量过剩，血脂升高，久而久之，血管壁、血液成分和血液流速都会发生改变；饮酒过多，血液中的血红细胞可受到损害，从而会影响红细胞的粘合力而引起血栓。血液粘稠度增高，是诱发血栓形成的重要因素之一，为此，不宜服用高糖食物，防止血液粘稠度加重；饮食不宜过咸，食盐过多容易导致血液凝滞；吸烟、饮水过少、不吃早餐等生活习惯都可使血液粘稠度增高而诱发血栓形成。平时饮食结构搭配要合理，荤素互食，晚上活动少，血液速度变慢，晚餐更不宜食厚味应以清淡为主，多吃些含维生素的食物，如各种新鲜蔬菜及水果。

2、保证足量饮水。饮水不足则体内血液粘稠度会增高，囤积的废物也难以排出。如晨起空腹饮一二杯白开水，可降低血液的粘稠度，使血管扩张，以利改善机体新陈代谢，减少血栓形成。

3、适当选用预防血栓形成的食物。如大蒜、洋葱、番茄、韭菜、芹菜、海带、紫菜、黑木耳、银耳、桃仁、山楂、香瓜、木瓜、草莓、柠檬、葡萄、菠萝、鲑鱼、鲭鱼、沙丁鱼等，对降低血液粘稠度，减少血液中不正常凝块都有较好的防治作用。

4、适当参加体育锻炼，体育锻炼可增加血液中的高密度脂蛋白，对动脉硬化有极重要的防治作用。同时，还

可提高血液中的纤维蛋白溶解酶的活性，以防止血凝过高，有效地预防或延缓动脉硬化。

5、保持情绪的稳定。情绪过于紧张、激动、大怒，都可以引起血管痉挛、血压骤升，血液变稠，从而影响人体正常血液循环，诱发血栓形成或血管破裂。因此，中老年人日常应心情开朗、乐观，以使情绪保持相对稳定。

主要参考文献

1、张觉人:《中医脑病研究》
2、张觉人:《调神论》
3、张觉人:《老年却病延年中医精髓》
4、杨力:《中医疾病预测学》
5、王松龄等:《中西医结合防治急性脑血管病》
6、田金洲等:《中医老年病学》

[General Information]
书名=中风先兆
作者=张觉人
页数=112
SS号=10526745
出版日期=1998年01月第1版