总 目 录

脑病科中医诊疗方案（试行）……………………………………1

急诊科中医诊疗方案（试行）……………………………………25

心血管科中医诊疗方案（试行）…………………………………43

神志病科中医诊疗方案（试行）…………………………………87

骨伤科中医诊疗方案（试行）……………………………………105

针灸科中医诊疗方案（试行）……………………………………165

内分泌科中医诊疗方案（试行）…………………………………173

肾病科中医诊疗方案（试行）…………………………………181

外科中医诊疗方案（试行）………………………………………189

风湿科中医诊疗方案（试行）……………………………………213

皮肤科中医诊疗方案（试行）……………………………………237

肿瘤科中医诊疗方案（试行）……………………………………265

血液病科中医诊疗方案（试行）…………………………………281

眼科中医诊疗方案（试行）………………………………………293

肝病科中医诊疗方案（试行）……………………………………333

推拿科中医诊疗方案（试行）……………………………………345

肛肠科中医诊疗方案（试行）……………………………………359

脾胃科中医诊疗方案（试行）……………………………………367

儿科中医诊疗方案（试行）………………………………………409

耳鼻喉科中医诊疗方案（试行）…………………………………425

妇科中医诊疗方案（试行）………………………………………443

康复科中医诊疗方案（试行）…………………………………461

老年病科中医诊疗方案（试行）………………………………523

传染病科中医诊疗方案（试行）…………………………………559

— 1 —

脑 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

出血性中风（脑出血）中医诊疗方案…………………………………………3

郁病（广泛性焦虑障碍）中医诊疗方案………………………………………9

麻木（多发性神经炎）中医诊疗方案………………………………………16

脑髓震荡（脑震荡）中医诊疗方案…………………………………………21

— 1 —

— 2 —

脑病科中医诊疗方案

出血性中风（脑出血）中医诊疗方案

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，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

参照中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指南》（饶明俐主编，人

民卫生出版社，2007 年）。

（1）临床特点

①多在动态下急性起病。

②突发出现局灶性神经功能缺损症状，常伴有头痛、呕吐，可伴有血压增高、意识

障碍和脑膜刺激征。

（2）辅助检查

①血液检查：可有白细胞增高，血糖升高等。

②影像学检查

头颅CT扫描：是诊断脑出血安全有效的方法，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损的情况。

头颅MRI检查：对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AVM 及动脉瘤等。

脑血管造影（DSA）：中青年非高血压性脑出血，或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

— 3 —

脑病科中医诊疗方案

剂外漏的破裂血管和部位。

③腰穿检查：脑出血破入脑室或蛛网膜下腔时，腰穿可见血性脑脊液。在没有条件

或不能进行CT 扫描者，可进行腰穿检查协助诊断脑出血，但阳性率仅为60%左右。对大

量的脑出血或脑疝早期，腰穿应慎重，以免诱发脑疝。

（二）病类诊断

1.中经络：中风病无意识障碍者。

2.中脏腑：中风病有意识障碍者。

（三）证候诊断

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.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。

3.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。

4.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。

5.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（白光）

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，脉沉细、细缓或细弦。

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。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.痰热内闭证

治法：清热化痰，醒神开窍。

推荐方药：羚羊角汤或清心宣窍汤加减。羚羊角、龟板、生地、丹皮、白芍、夏枯

草、生石决明等。

中成药：安宫牛黄丸、局方至宝丸、牛黄清心丸、紫雪散、珠珀猴枣散等。

2.元气败脱证

— 4 —

脑病科中医诊疗方案

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、附子等。

中成药：四逆汤、生脉饮等。

3.肝阳暴亢，风火上扰证

治法：平肝潜阳，息风清热。

推荐方药：天麻钩藤饮加减。天麻、钩藤、石决明、川牛膝、杜仲、桑寄生、黄芩、

山栀、益母草、夜交藤、茯神等。

中成药：天麻钩藤颗粒等。

4.痰热腑实，风痰上扰证

治法：清热化痰，息风通腑。

推荐方药：星蒌承气汤加减。全瓜蒌、胆南星、生大黄、芒硝、丹参等。

中成药：安脑丸、牛黄清心丸等。

5.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。生黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁等。

中成药：消栓通络片、通心络胶囊、脑心通胶囊等。

6.阴虚风动证

治法：滋养肝肾，潜阳息风。

推荐方药：镇肝熄风汤加减或育阴熄风汤加减。怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、

生龟板、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草等。

中成药：大补阴丸、知柏地黄丸等。

常见变证处理：急性期重症患者出现顽固性呃逆、呕血等变证，需及时救治。

出现顽固性呃逆者：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 6g、粳米 30g 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 15g、芒硝分冲 9g、厚朴 9g、枳实 9g、沉

香粉分冲 1.5g 以通腑泄热，和胃降逆；如烦热症状减轻，但仍呃声频频，可予平逆止

呃汤（经验方）治疗，炒刀豆 9g、青皮 6g、枳壳 9g、旋覆花 9g、制半夏 6g、枇杷叶

9g、莱菔子 9g、鲜姜 3g 以和胃理气降逆，兼有气虚者，可加生晒参 6g。同时可配合针

灸治疗。

出现呕血，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 30g、生地 30g、赤芍 9g、丹皮 9g 以凉

— 5 —

脑病科中医诊疗方案

血止血，或选用大黄黄连泻心汤，还可用云南白药或三七粉、生大黄粉等鼻饲。

出现高热不退，可给予紫雪散以清热凉血，或瓜霜退热灵。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

1.中脏腑

痰热内闭证：可选用醒脑静注射液或清开灵注射液静脉滴注等。

元气败脱证：可选用参麦注射液或参附注射液或生脉注射液等具有扶正作用的静脉

滴注中药注射液。

2.中经络

可选用醒脑静注射液静脉滴注。

辨证属于肝阳暴亢，风火上扰证或痰热腑实，风痰上扰证，可选用清开灵注射液静

脉滴注；辨证属于气虚血瘀证或阴虚风动证，可选用参麦注射液或生脉注射液等具有扶

正作用的静脉滴注中药注射液。

（三）针灸治疗

1.应用时机：病情平稳后可进行。

2.治疗原则：按照经络理论，可根据不同分期、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。

3.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；闭证加十二井穴、合谷、太冲；脱证加关元、气海、神阙。在选择治疗方法的同

时，根据常见症状如吞咽困难、便秘、尿失禁、尿潴留、复视、语言障碍等加减穴位。

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。

也可按照软瘫期、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，如醒

脑开窍针刺法、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。

（四）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。按摩手法常用揉法、捏法，亦可配合其他手

法如弹拨法、叩击法、擦法等。

— 6 —

脑病科中医诊疗方案

（五）中药熏洗疗法

主要针对常见并发症如肩-手综合征或偏瘫痉挛状态，以辨证论治为原则，予活血

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。

（六）其他疗法

根据病情需要选择香疗、蜡疗等方法。可选用多功能艾灸仪、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、智能通络治疗仪等中医诊疗设

备。

（七）内科基础治疗

主要包括呼吸功能维持与并发症的预防和治疗、血压血糖的调整、颅内高压和脑水

肿、合并感染及发热的处理原则与方法等。可参照中华医学会神经病学分会制定的《中

国脑血管病防治指南》。

（八）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。

（九）护理调摄

1.生活起居：起居有常，避免过劳；避风寒之邪，勿汗出当风；根据患者病情及个

体状况，采取不同的良肢位，注意患肢保暖防寒；定时翻身拍背，促进痰液排出；防呛

咳窒息、防跌倒坠床、防烫伤等意外。

2.饮食调理：饮食宜清淡，适当饮水，避免肥厚之品及辛辣刺激食物；宜进食有利

于胃肠蠕动的食物，如蔬菜、瓜果、粗粮等；保持二便通畅；戒烟酒。

3.情志调摄：保持心态平和，可采用言语开导、音乐疗法、移情法缓解恐惧、焦虑、

悲观等不良情绪。

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

（1）通过病死率和血肿吸收率等评价急性期的治疗效果。

（2）通过 Glasgow 昏迷量表（GCS）评价神志状态，主要包括睁眼反应（E）、言语

反应（V）、运动反应（M）等三方面的内容，记录方式为 E\_\_\_V\_\_\_M\_\_\_，E3V4M5 表明神

志清醒。

（3）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、

— 7 —

脑病科中医诊疗方案

肢体偏瘫、面瘫、失语等。

（4）通过 Barthel 指数评价日常生活能力，如吃饭、穿衣、活动能力等。得分越

高独立性越好，评分大于 95 分者表明日常生活能力良好和功能独立，可以回归家庭或

社会。一般界定 95～100 分为接近痊愈～完全恢复。

（5）通过改良 Rankin 量表评价病残程度。一般界定 0～1 分为接近痊愈～完全恢

复。

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和辅助检查进行评价。

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

同时评价常见并发症，如洼田饮水试验评价吞咽功能等。

2.入院 15～27 天：可选用《中风病辨证诊断标准》、NIHSS 量表、Barthel 指数等

评价。通过头颅 CT 定期检查脑血肿体积，必要时评价血肿吸收率和病死率。

— 8 —

脑病科中医诊疗方案

郁病（广泛性焦虑障碍）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中医药学高级丛书《中医内科学》（王永炎主编，人民卫生出版社，第 2 版，

2011 年）。

郁病是以性情抑郁，多愁善感，易怒欲哭，心疑恐惧及失眠，胸胁胀闷或痛，咽中

如有异物梗塞等表现为特征的一类疾病。由于七情所伤，或素体虚弱致肝失疏泄，脾失

运化，心失所养，五脏气机失和，渐致脏腑气血阴阳失调而形成的。

2.西医诊断标准

参照《ICD-10 精神与行为障碍分类》 世界卫生组织编，人民卫生出版社，1995 年）

广泛性焦虑障碍的诊断。

基本特征为泛化且持久的焦虑，不局限于甚至不是主要见于任何特定的外部环境。

如同其他焦虑障碍，占优势的症状高度变异，但主诉常见：总感觉到神经紧张、发抖、

肌肉紧张、出汗、头重脚轻、心悸、头晕、上腹不适。病人常诉及自己或亲人很快会有

疾病或灾祸临头。这一障碍在女性更为多见，并常与应激有关。病程不定，但趋于波动

并成为慢性。

诊断要点：

一次发作中，患者必须在至少数周（通常为 6 个月）内大多数时间存在焦虑的原发

症状，这些症状通常应包含以下要素：

（1）恐慌（为将来的不幸烦恼，感到“忐忑不安”，注意困难等）；

（2）运动性紧张（坐卧不安、紧张性头痛、颤抖、无法放松）；

（3）自主神经活动亢进（头重脚轻、出汗、心动过速或呼吸急促、上腹不适、头

晕、口干等）。

儿童突出的表现可能是经常需要抚慰和一再出现躯体主诉。出现短暂的（一次几天）

其他症状，特别是抑郁，并不排斥广泛性焦虑作为主要诊断，但患者不得完全符合抑郁

障碍、恐怖性焦虑障碍、惊恐障碍、强迫障碍的标准。

（二）证候诊断

1.肝郁化火证：心烦易怒，失眠多梦，口苦咽干，脘腹不适，痞塞满闷，胸胁胀痛，

— 9 —

（

脑病科中医诊疗方案

咽中不适，如物梗阻，面红目赤，尿赤便秘。舌红，苔黄，脉弦数。

2.痰热扰心证：心烦易怒，紧张不安，痰多呕恶，少寐多梦，头晕头胀，口苦，便

秘。舌红，苔黄腻，脉滑数。

3.心肾不交证：心烦失眠，心悸，头晕耳鸣，健忘，腰膝酸软，梦遗，潮热盗汗。

舌红少苔，脉细数。

4.心胆气虚证：善惊易恐，坐卧不安，失眠多梦，易醒，胆怯心悸，气短，易自汗，

倦怠乏力。舌淡或淡红，苔薄白，脉细。

5.心脾两虚证：善思多虑，心悸，胸闷，神疲，失眠，健忘，面色萎黄，头晕，倦

怠乏力，易自汗，纳谷不化，便溏。舌质淡，苔白，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁化火证

治法：疏肝解郁，泻火安神。

推荐方药：丹栀逍遥散加减。丹皮、栀子、柴胡、当归、白芍、茯神、白术、香附 、

川芎、远志、合欢皮、磁石、琥珀粉等。

中成药：丹栀逍遥丸、疏肝解郁胶囊等。

2.痰热扰心证

治法：清热化痰，和中安神。

推荐方药：黄连温胆汤加减。黄连、陈皮、香附、清半夏、茯神、枳实、竹茹、白

术、生龙骨、生牡蛎、远志等。

中成药：牛黄清心丸、朱砂安神丸等。

3.心肾不交证

治法：滋阴降火，养心安神。

推荐方药：黄连阿胶汤合百合地黄汤加减。黄连、阿胶（烊化）、白芍、黄芩、百

合、生地、龙骨、远志、菖蒲等。

中成药：乌灵胶囊、知柏地黄丸、天王补心丹等。

4.心胆气虚证

治法：益气镇惊，定志安神。

推荐方药：安神定志汤加减。远志、石菖蒲、茯苓、龙齿（先煎）、党参、酸枣仁、

五味子、甘草、淮小麦等。

中成药：安神温胆丸等。

5.心脾两虚证

— 10 —

脑病科中医诊疗方案

治法：补益气血，养心安神。

推荐方药：归脾汤加减。党参、白术、黄芪、茯神、当归、酸枣仁、龙眼肉、木香、

炙甘草、远志等。

中成药：九味镇心颗粒、乌灵胶囊、柏子养心丸、人参归脾丸等。

（二）针灸治疗

1.体针

主穴：百会、四神聪、神门、内关等。

随症配穴：

肝郁化火证：印堂、太冲、行间、风池、期门。

痰热扰心证：印堂、列缺、天突、丰隆、合谷、足三里。

心肾不交证：心俞、肾俞、照海、神庭、本神、三阴交、太溪。

心胆气虚证：心俞、胆俞、气海、神庭、本神、三阴交。

心脾两虚证：脾俞、胃俞、足三里、心俞、三阴交。

治疗原则：根据证候进行选择，选择合理的穴位配伍和适宜的手法进行治疗，每次

留针 20～30 分钟，10 次为 1 个疗程。

2.放血疗法

取耳尖穴，用 75%乙醇消毒耳廓后用三棱针在耳尖穴位处点刺放血，每周 2～3 次，

此法多用于辨证属实证患者。

3.艾灸

选取关元、气海、足三里、命门、膻中、中脘、神阙等穴位，用艾条点燃靠近穴位，

以温热为度，也可根据具体证候病情选择回旋灸、雀啄灸、温和灸等不同灸法，每次灸

15～20 分钟。此法多适用于辨证属虚证患者。

4.耳针

根据患者具体病情，选取心、肝、脾、肾、肾上腺、内分泌、交感、神门等穴。治

疗前先用耳穴探测棒在耳穴上寻找阳性点，用 75%乙醇消毒耳廓后，将王不留行籽的胶

布固压于耳穴，给予施力加压，使患者有酸麻胀痛或发热感，并嘱患者定时按压，每日

2～3 次，一次 3～5 分钟。

5.电针

百会与印堂，神庭与四神聪组成两组处方，交替使用。在针刺的穴位上接电针治疗

仪，输出波型为连续波，80～100 次/分，每次通电 20～30 分钟，强度和时间以患者能

耐受为宜。

6.穴位注射

— 11 —

脑病科中医诊疗方案

可选用丹参注射液、当归注射液、维生素 B12等注射内关、足三里、三阴交等穴位，

辨证取穴，患者取正坐位，每次取 2～4 穴，皮肤常规消毒，取 5ml 注射器抽取注射液

2ml 左右，在穴位上斜刺约 10～15mm，缓慢提插至有针感，抽吸针筒无回血后，注入药

液 1～2ml。

（三）特色疗法

1.中药穴位贴敷

用酸枣仁、琥珀等。共研为细末。夜晚睡前，用温开水调敷双侧神门、神阙、安眠、

三阴交、涌泉等，每次选择双侧 2～4 个穴位，留置 4～8 小时后揭下。

2.中药足浴

实证方：夏枯草、栀子、磁石、代赭石水煎泡足，具有清热安神的功效。

虚证方：附子、丹参、吴茱萸、鸡血藤水煎泡足，具有温阳安神的功效。

操作方法：加水煎煮，滤除中药渣，待温度适中，将双足浸泡药液中 20～30 分钟，

每日或隔日 1 次，视患者耐受程度决定。

3.拔罐

自项至腰部足太阳经背部侧线，用火罐自上而下走罐及闪罐，以背部潮红为度，最

后在足太阳经背部侧线留罐 10～15 分钟，每 2 日一次。适用于偏实证患者。如患者皮

肤过于敏感不能耐受，为预防皮损及感染，可多日一次，视情况决定。

4.按摩推拿疗法

依据辨证论治原则，根据患者的症状及耐受程度，可选择不同的推拿手法及穴位按

摩方法，以头部按摩法为主，但皆以达到使患者情绪放松、稳定，减轻或消除心理上对

疾病的不良反应为目的。头部按摩法：操作时，让病人仰卧，先用一指禅推法或揉法，

从印堂开始上至神庭，往返 5～6 次，再由印堂沿两侧眉弓至太阳往返 5～6 次，然后用

一指禅推法沿眼眶周围治疗，往返 3～4 次，再由印堂向下至鼻两侧经迎香沿颧骨再至

双耳前往返 3～4 次。以印堂、神庭、睛明、攒竹、太阳为重点。嘱患者闭目，用双手

拇指轻轻拂抹双眼睑数次，在头顶部用五指拿法。

5.中医五行音乐疗法

根据中医五行学说，五行中的木、火、土、金、水对应五音是角、徵、宫、商、羽；

对应五脏是肝、心、脾、肺、肾。中医根据五音之特点，对于五志过极所致的脏腑诸证，

有“顺其脏腑施乐法”。角音属木，入肝，具有柔和，舒畅的特点，其代表音乐有《蓝

色多瑙河》等。徵音属火，入心，其性火热，激烈，具有兴奋、活泼、欢乐等特点，如

《春节序曲》、《喜洋洋》等。宫音属土，入脾，具有敦厚、沉静特点，如《春江花月夜》

等。商音属金，入肺，具有高亢、优美、悲切等特点，如《苏武牧羊》等。羽音属水，

— 12 —

脑病科中医诊疗方案

入肾，其性如流水，具有奔放、哀怨等特点，如《汉宫秋月》、《二泉映月》等。不同的

人对同一音、同一曲调，在一定程度上会有不同感受，故治疗方法需因人而异。从中医

学角度看，五行音乐，是借助中医养生理论，帮助人体达到“阴平阳秘，精神乃治”的

平衡状态，该方法可作为此前多种治疗方法的辅助方法进行。听音乐的时间不宜太长，

一般在 30～60 分钟以内，音量不宜过大，应在 45～70 分贝左右，每日 1 次。可选择睡

前聆听，辅助改善睡眠质量，提高疗效。

（四）心理疗法

广泛性焦虑障碍心理治疗的方法有多种，主要包括支持性心理治疗、认知行为治疗、

行为治疗、精神动力学心理治疗治疗、中医心理治疗等。

1.支持性心理治疗

支持性心理治疗，也称一般性心理治疗，是所有特殊心理治疗理论和方法的基础。

支持性心理治疗主要集中在对患者进行劝解、疏导、安慰、解释、鼓励、保证和具体的

行为指导上，不会深入了解、分析患者的内在动机、潜意识、过去的经历等隐私，不会

引起患者的防御或反感。

2.认知行为治疗

认知疗法中指出认知过程是情绪与行为的决定因素，强调情绪和行为的产生依赖于

个体对环境情况的评价，而这种评价又直接来源于个体的认知观念。认知疗法就是通过

改变人的认知过程、改变人的观念来纠正患者的不良情绪和不良行为。治疗时，着眼于

患者的错误认知，而不仅仅针对其异常的情绪和行为。教导患者用正面的想法取代引起

焦虑的想法。主要包括认知改造、暴露疗法。

（1）认知改造就是指出病人对身体症状及焦虑、恐惧情绪之间关系的错误诠释，

以一定的行为实验的结果，使病人领悟问题的实质，从而改变认知，打破恶性循环，建

立良性循环。

（2）暴露疗法有“内感”暴露疗法即通过想象，充分表现自己的焦虑、恐惧情绪；

“处境”暴露疗法即真实的面对所恐惧的人或物，进行“情感加工”，通过暴露，让病

人领悟到实际的情况与他们的错误认识相反。

3.精神动力学心理治疗

目前推荐用于治疗广泛性焦虑障碍的精神动力学心理治疗主要是短疗程法。这类疗

法的共同特点就是疗程短，一般每周 1 次，共 10～20 次，少数患者可达 40 次，在治疗

结束前一般安排 2～3 个月的随访，期间逐步拉长会谈见面的间歇期，治疗师的主要任

务是通过专业化的技术帮助患者认识其广泛性焦虑障碍的潜意识内容，从而使患者能够

自我控制感情症状和异常行为，同时能更好地处理一些应激性境遇。

— 13 —

脑病科中医诊疗方案

4.中医心理治疗：可以选择中医系统心理疗法，低阻抗意念导入法等。

（五）其他疗法

根据病情可选择生物反馈治疗仪、脑波治疗仪、经颅磁刺激生理治疗仪等治疗仪器

进行治疗，也可根据实际条件，选择香疗、水疗等方法。

（六）健康指导

1.生活起居：对于存在广泛性焦虑障碍患者的家庭，家属应将其安置在安静舒适的

房间，避免干扰。周围的设施要简单安全，最好能有专人看护，密切观察躯体情况的变

化，必要时需记录，与医生沟通。积极鼓励患者进行体育运动，培养兴趣爱好，可练习

传统的气功导引等，如太极拳、太极剑、八段锦等等，以达到调息健身，静心宁神的目

的。

2.饮食调护：避免油炸食物、垃圾食物、高糖、膨化食品、辣椒、碳酸饮料如可乐

等易刺激身体的食品。饮食清淡、需选择以富含维生素 B 族、维生素 C、叶酸的蔬菜水

果为主，避免油腻食物。对于躯体症状明显的患者，需以易消化的食物为主，加强营养，

保护肠胃功能。

3.情志调摄：家属需要理解患者的行为是一系列的疾病症状，并给予患者安慰与支

持，多加交流，放松患者情绪。与患者建立良好的医患关系，了解患者的心理问题及相

关原因，通过解释和提问的方式，也使患者了解有关的认知理论，如焦虑的性质的实质，

躯体症状的发生发展原因，使患者明白心理治疗的机理，增加患者治愈的希望和信心。

并做好郁病的二级预防，在规范进行药物治疗同时，做好自我心理的放松，调整自己的

生活方式、生活态度及对生活的期望值，缓解及减少外界刺激因素的干扰。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.量表评价标准

采用汉密尔顿焦虑量表（HAMA，14 项）

临床缓解：焦虑情绪及伴随躯体症状消失，治疗后量表得分＜7 分。

显效：焦虑情绪或伴随躯体症状明显减轻，减分率≥50%，＜75%。

好转：焦虑情绪或伴随躯体症状有所减轻，减分率≥25%，＜50%。

无效：焦虑情绪或伴随躯体症状无明显变化，甚至加重，减分率＜25%。

2.单症状评价标准

临床缓解：治疗前患有的症状消失，减分率≥75%。

显效：治疗前患有的症状明显改善，减分率≥50%，＜75%。

好转：治疗前患有的症状有所改善，减分率≥25%，＜50%。

— 14 —

脑病科中医诊疗方案

无效：治疗前患有的症状无明显改善，甚至加重，减分率＜25%。

（二）评价方法

1.量表评价方法：

汉密尔顿焦虑量表（HAMA，14 项），采用尼莫地平法[（治疗前总积分-治疗后总积

分）÷治疗前总积分]×100%，计算减分率，每周评定 1 次。

2.单症状评价方法：

对焦虑情绪、失眠两项主要症状进行评价。每周评定 1 次，按尼莫地平法进行减分

率计算。采用视觉模拟尺度评分法，标尺含有 0～10 共 11 个数字，0 和 10 代表症状最

好和最差，让患者圈出最能代表其症状程度的位置，医生读出分数。

焦虑情绪：

0│││││1│││││2│││││3│││││4│││││5│││││6│││││7│││││8

│││││

9

│││││

10

情绪控制自如

严重焦虑

不能生活工作

失眠症状：

0│││││1│││││2│││││3│││││4│││││5│││││6│││││7│││││8

睡眠质量满意

│││││

9

│││││10

彻夜不眠

隔日精神充沛

— 15 —

脑病科中医诊疗方案

麻木（多发性神经炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医脑病学》中麻木的诊断要点（王永炎、张伯礼主编，人民卫生出版社，

2007 年）。

（1）患者自觉四肢肌肤感觉异常如虫行，按之不止，或无痛无痒，按之不知，掐

之不觉，有如木厚之感。

（2）多发于四肢，更多见于手指、脚趾末端。

（3）一般不伴有肌肉运动障碍，尚无明显肌肉萎缩，可伴冷热、针刺、蚁行、潮

湿、震动等感觉。

（4）多见于中老年人、妇人产后或失血、久病、身体虚弱及嗜酒等。

（5）在麻木局部可有浅感觉障碍，其分布区域常与神经走向一致。

（6）肌电图、CT、MRI 等辅助检查有助于明确诊断。

2.西医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材《神经病学》第 2 版（吴江主编，人

民卫生出版社，2010 年）。

诊断要点

（1）本病发生于任何年龄，表现可因病因而异，呈急性、亚急性或慢性，多数经

数周至数月病程，进展由肢体远端至近端，缓解由近端至远端。可见复发病例。

（2）本病的共同特点是：肢体远端对称性感觉、运动和自主神经障碍。

典型的感觉障碍分布呈手套、袜子形分布，可见感觉异常、感觉过度和疼痛等刺激

症状。

肢体远端下运动神经元瘫痪，严重病例伴肌萎缩和肌束震颤，四肢腱反射减弱或消

失。

自主神经障碍症状包括：体位性低血压、肢冷、多汗或无汗、指（趾）甲松脆，皮

肤菲薄、干燥或脱屑，竖毛障碍，传入神经病变导致无张力性膀胱、阳痿或腹泻。

（3）肌电图检查：神经传导速度测定（NCV）发现轴索或脱髓鞘病变，前者主要表

现为波幅降低，后者主要表现为神经传导速度减慢。

— 16 —

脑病科中医诊疗方案

（4）病因诊断：可根据病史、病程、特殊症状及有关实验室检查进行综合分析判

定。药物性：呋喃类和异烟肼最常见。中毒性：如群体发病应考虑重金属或化学品中毒，

检测尿、头发、指甲等砷含量可以确诊砷中毒。糖尿病性：糖尿病史，表现感觉、运动、

自主神经或混合性，混合性最常见，感觉障碍最明显。尿毒症性：约占透析病人的半数，

典型症状与远端性轴索病相同，初期多表现感觉障碍，下肢较上肢出现早且严重，透析

后可好转。营养缺乏性：见于慢性酒精中毒、慢性胃肠道疾病、妊娠和手术后等。恶性

肿瘤：对周围神经损害多为局部压迫或浸润；多发性神经炎也见于副肿瘤综合征和 POEMS

综合征。感染后：见于麻风病、白喉病等。遗传性：起病隐袭，慢性进展，有家族史。

（二）证候诊断

1.痰瘀阻滞证：麻木疼痛，常有定处，夜间尤甚，肢体困重肿胀，肌肤粗糙，头重

如裹，昏蒙不清，口黏胸闷，多痰。舌质紫暗或有瘀斑，舌体胖大有齿痕，苔白厚腻，

脉沉滑或沉涩。

2.湿热阻滞证：麻木以下肢或双足为主，重则手麻不能持物、足麻不能履地，自觉

麻木沉重，伴疼痛或有灼热感，扪之肌肤热甚，得冷稍舒，甚至爱踏凉地而缓解，每于

热天或雨天或患处近热后诸症加重，口渴饮水不多，口苦烦热，兼见头身困重，身热不

扬，脘闷。舌质红，苔黄腻，脉弦数、濡数或细数。

3.气虚血瘀证：肢体发麻，犹如虫行皮肉之中，四肢不温，受寒、过度疲劳或大病

之后上述症状加重，伴短气乏力，懒言，倦怠嗜卧，精神萎靡，自汗，易感冒，动则气

短，肤色紫暗或肌肤甲错，纳少，便溏。舌质淡暗或有瘀点、瘀斑，脉细涩、沉涩或弦

涩或结代。

4.血虚不荣证：手足顽麻，甚则抽搦或筋惕肉瞤、手足震颤，面色萎黄，头晕目眩，

耳鸣健忘，心悸失眠，爪甲不荣。舌质淡，少苔，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.痰瘀阻滞证

治法：化痰祛瘀，通经活络。

推荐方药：二陈汤合桃红四物汤加减。法半夏、陈皮、茯苓、桃仁、红花、赤芍、

当归、川芎、生地等。

中成药：血塞通片等。

2.湿热阻滞证

治法：清热利湿，舒筋活络。

推荐方药：四妙丸加减。苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁等。

— 17 —

脑病科中医诊疗方案

中成药：四妙丸等。

3.气虚血瘀证

治法：益气活血，化瘀通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁等。

中成药：通塞脉片等。

4.血虚不荣证

治法：养血补血，祛风通络。

推荐方药：四物汤加味。当归、白芍、川芎、熟地等。

中成药：四物合剂、归脾丸等。

（二）针灸

1.毫针

取穴：主穴：肩髃、曲池、合谷、阳溪、髀关、梁丘、足三里、三阴交、解溪、阴

陵泉、阳陵泉。

配穴：痰瘀阻滞证加丰隆、支正等；湿热阻滞证加内庭、大椎等；气虚血瘀证加脾

俞、胃俞、气海等；血虚不荣证加血海、太冲等；兼阴虚者加肝俞、血海、肾俞等；兼

阳虚者加太溪、关元、命门等。

操作：针刺或针灸同施。足三里、三阴交用补法，余穴用泻法或平补平泻法。配穴

按虚补实泻法操作。每次留针 20～30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。一般取双侧。

2.梅花针

叩刺部位：患病局部。

操作：手握针柄后部，食指压在针柄上。将针具及皮肤消毒后，针尖对准叩刺部位，

使用手腕之力，将针尖垂直叩打在皮肤上，并立即提起，反复进行。每日或隔日 1 次，

7 次为 1 个疗程，疗程间可间隔 3～5 日。

（三）特色治疗

1.穴位注射

选穴：双侧足三里、手三里、三阴交等。每次选取 2 个腧穴，可选用丹参注射液等

具有活血化瘀作用的中药注射液，将抽取的药液缓慢地注入所选腧穴中，每腧穴注入

0.5ml，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

2.穴位敷贴

将白芥子、透骨草研成细末，用凡士林调和制成糊状制剂，敷贴于四肢末端的穴位。

3.中药离子导入

使用中药离子导入仪将豨莶通络汤导入麻木局部穴位，如四肢末端的穴位等。豨莶

— 18 —

脑病科中医诊疗方案

通络汤的药物组成：豨莶草、红花、没药、鸡血藤、五加皮、艾叶、苦参、忍冬藤、透

骨草。

4.熏洗浸泡疗法

用舒筋通络汤或豨莶通络汤慢火水煎半小时后，取液500ml熏洗浸泡患部，水温控

制在30℃～42℃（根据患者情况而定），每日1～2次，每次20～40分钟。舒筋通络汤的

药物组成：艾叶、豨莶草、路路通、红花、透骨草、伸筋草、冰片；豨莶通络汤的药物

组成同上。

5.雷火灸

施灸部位：麻木局部。

操作：扭开灸盒中部，将备用大头针插入盒口小孔以固定植物柱。施灸：点燃植物

柱顶端，距离皮肤 2～3cm 进行烘烤，根据病情选择温和灸、雀啄灸或回旋灸，以病人

感到温热、局部皮肤稍起红晕为度。火燃至盒口，取出大头针，拉开底盖用拇指推出植

物柱，再用大头针固定继续使用。观察局部皮肤情况及病情变化，随时询问病人有无灼

痛感及不适。施灸完毕：取出大头针，盖上盒盖使其窒息灭火备用，清洁局部皮肤。每

次 20 分钟，7 天为 1 疗程，休息 2 天再行下一疗程。

（四）其他疗法

1.物理疗法

根据病情选用中频治疗、磁疗、热疗等。

2.康复

根据病情需要进行肢体康复训练。

（五）健康指导

1.生活起居：起居有时，寒温有节。对患肢宜保暖，因常有肢体麻木、感觉迟钝，

故应防止烫伤、冻伤。根据病情及体力状况，可选择适当的运动，如散步，太极拳等。

2.饮食调理：饮食宜清淡，富含维生素类等营养成分。

3.情志调摄：避免情志刺激，保持心情舒畅。

三、疗效评价

（一）评价标准

疾病疗效评定标准：《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002

年）拟定。

疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%

1.临床痊愈：麻木症状消失，疗效指数≥90%。

2.显效：麻木症状明显改善，疗效指数≥70%且＜90%。

— 19 —

脑病科中医诊疗方案

3.有效：麻木症状好转，疗效指数≥30%且＜70%。

4.无效：麻木症状无明显改善甚至加重，疗效指数＜30%。

（二）评价方法

评分标准：

麻木症状量化积分表

备注：麻木程度采用数字分级法：0～10 的数字代表不同程度的麻木，0 为无麻木，

10 为最严重的麻木，让患者自己圈出一个最能代表麻木程度的数字。（1～3.5 为轻度，

3.6～6.5 为中度，6.6～10 为重度）。

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

|׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│׀׀׀׀׀׀׀׀׀│

— 20 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 麻木 | 无 | 轻度 | 中度 | 重度 |
| 次症 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 疼痛 | 无 | 轻微疼痛 | 明显疼痛 | 严重疼痛 |
| 针刺、蚁行等异常感觉 | 无 | 轻微 | 明显 | 严重 |
| 乏力 | 无 | 劳累后乏力 | 活动后乏力 | 不动也乏力 |
| 肢冷 | 无 | 手足有时发凉 | 手足经常发凉 | 四肢持续发凉 |
| 汗出异常 | 无 | 轻微异常 | 明显异常 | 严重异常 |

脑病科中医诊疗方案

脑髓震荡（脑震荡）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》。

主要病史：头部遭受暴力后即发生短暂神昏。就诊时大多已清醒，只有少数较重者

还神昏。

主要症状：头痛，头胀，头晕。

次要症状：健忘、恶心呕吐，食欲不振，精神疲倦，思绪涣散，烦躁不安，夜寐不

宁，耳鸣，畏光。

根据主要病史和主要症状即可确定诊断。

2.西医诊断标准

参照《王忠诚神经外科学》（王忠诚主编，湖北科学技术出版社，2005 年）。

（1）有明确的受伤史。

（2）伤后短暂意识障碍。伤后立即出现短暂的意识丧失，历时 30 分钟内。有的仅

瞬间意识混乱或恍惚，无明显昏迷。

（3）清醒后头痛、头晕，近事遗忘。

（4）临床上排除脑的器质性损害。即神经系统检查无阳性异常体征，颅脑 CT 扫描

颅内无明显异常改变。

根据受伤史，有第（2）项中任一表现和第（3）项中任一表现，并排除脑的器质性

损害，即可确定诊断。

（二）证候诊断

1.气闭清窍证：伤后短暂神昏，头胀，头晕，健忘，恶心，呕吐。舌淡红，脉弦。

2.瘀阻清窍证：伤后短暂神昏，头痛固定不移，头晕，健忘，恶心，呕吐。舌质紫

暗或有瘀点，脉涩。

3.惊扰神明证：伤后短暂神昏，思绪涣散，烦躁不安，夜寐不宁，健忘，耳鸣，畏

光。舌淡红，脉弦。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

— 21 —

脑病科中医诊疗方案

1.气闭清窍证

治法：理气宣窍醒神。

推荐方药：苏气汤加减。没药、苏叶、荆芥、石菖蒲、赤芍药、苏合香、郁金、川

芎、香附等。

中成药：苏合香丸等。

2.瘀阻清窍证

治法：祛瘀通窍醒神。

推荐方药：通窍活血汤加减。赤芍药、川芎、红花、桃仁、麝香、老葱、生姜、大

枣等。

中成药：三七通舒胶囊、元胡止痛片等。

3.惊扰神明证

治法：镇惊定志安神。

推荐方药：安神定志丸加减。茯苓、茯神、远志、石菖蒲、龙齿、牡蛎、酸枣仁、

柏子仁等。

中成药：七叶神安片等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选用醒脑静注射液等。

（三）针灸治疗

1.针刺：百会、太阳、风池、内关、足三里。

气闭清窍证加太冲；瘀阻清窍证加膈俞；惊扰神明证加神门。

2.耳穴压豆：肝、胃、神门、皮质下、缘中。

（四）特色疗法

1.中药封包治疗

头晕、恶心、呕吐为主症者，可选柴胡细辛汤，即柴胡，细辛，薄荷，归尾，全虫，

丹参，制半夏，川芎，泽兰叶，黄连。若头痛剧烈，可加蔓荆子，白芷，藁本；夜寐不

宁，可加酸枣仁，夜交藤，合欢花；烦躁不安，可加北秫米，磁石。

以上中药研成粉末，装入布袋中，扎紧袋口。隔水蒸 30 分钟后取出，外面用毛巾 2

层封包，使得药包的温度在 80℃左右，以该封包在头顶、枕、颈部来回推熨约 3 分钟。

在封包温度下降至 45℃左右时，将其固定于颈枕部约 30 分钟。烫熨时的温度以患者局

部有温热感为度，注意避免烫伤。

2.推拿治疗

患者取坐势，医者站在患者背后，一手扶住前额，另一手用拿法自前发际至枕后往

— 22 —

脑病科中医诊疗方案

返 3～5 次。随后拿风池、脑空，按前用两手拇指罗纹交替抹颈部两侧胸锁乳突肌，自

上而下 7～10 次。医者站于患者前，两手拇指分别抹印堂，按晴明，抹迎香、承浆。接

着再用拇指偏峰推角孙穴，交替进行，自耳前向耳后直推 15 次左右；再用双手掌进行，

自耳前向耳后直推 15 次左右；再用双手掌根对按枕后，用掌根拍击法，拍击囟门 3 次，

随后可配合湿热敷头顶。

（五）护理调摄

1.注意严密观察患者神志、瞳孔、生命体征和四肢活动的变化，警惕并发颅内血肿。

2.生活起居：休息 7～14 天，减少体力劳动和脑力活动，不看书报。一般应卧床休

息 1 周。对于症状轻微，能早期活动，在活动后无症状加重者，可让其早期下床活动。

3.饮食调理：宜进食清淡之品和容易消化的食物，忌食辛辣煎炸燥热食物。可进食

适量的蔬菜和瘦肉鱼肉。症状较轻者可进普食，症状较重者应进半流质饮食。

4.情志调摄：避免外界不良刺激，以免七情过极，加重病情。根据患者心理状况，

给予精神鼓励，增强患者康复信心；对症状减轻较慢者，给予心理疏导，消除恐惧、焦

虑等不良情绪。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》拟定。

1.治愈：症状消失或减轻，疗效指数≥90%；

2.显效：症状消失或减轻，疗效指数≥70%，且＜90%；

3.有效：症状消失或减轻，疗效指数≥30%；且＜70%；

4.无效：症状消失或减轻，疗效指数＜30%。

（二）评价方法

主要按头痛、头晕、头胀、健忘、恶心、呕吐、食欲不振、精神疲倦、烦躁、夜寐

不宁、耳鸣、畏光等症状积分变化，计算疗效指数进行评价。

疗效指数：[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]×100%

中医脑震荡程度分级评分表

— 23 —

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 分级量化标准 |
| 头痛、头晕、头胀 | □0 分：无头痛头晕头胀；□2 分：轻微头痛头晕头胀；□4 分：明显感知头痛  头晕头胀影响日常生活；□6 分：头痛头晕头胀无法忍受。 |
| 健忘 | □0 分：无健忘；□1 分：偶有遗忘事物，不影响生活和社会交往；□2 分：经  常遗忘事物，影响生活和社会交往。 |
| 恶心、呕吐 | □0 分：无恶心、呕吐；□1 分：轻度恶心、呕吐，但不影响日常生活及进食； |

脑病科中医诊疗方案

— 24 —

|  |  |
| --- | --- |
|  | □2 分：影响日常生活及进食；□3 分：严重恶心呕吐，需要卧床休息。 |
| 食欲不振 | □0 分：无食欲不振；□1 分：食欲差，但进食较以往无明显减少；□2 分：食  欲差，进食较以往明显减少。 |
| 精神疲倦 | □0 分：无精神疲倦；□1 分：乏力、偶有倦怠；□2 分：时有嗜卧，乏力倦怠；  □3 分：整日困卧，对外界事物兴趣下降，坐时即可入睡。 |
| 烦躁、夜  寐不宁 | □0 分：无烦躁、夜寐不宁；□1 分：心绪不宁、入睡困难＞半小时、早醒＞1  小时，或多梦；□2 分：烦躁不安、睡眠时间小于 4 小时。 |
| 耳鸣 | □0 分：无耳鸣；□1 分：轻微耳鸣；□2 分：耳鸣严重。 |
| 畏光 | □0 分：无畏光；□1 分：轻微畏光；□2 分：畏光严重。 |

急诊科中医诊疗方案

急 诊 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

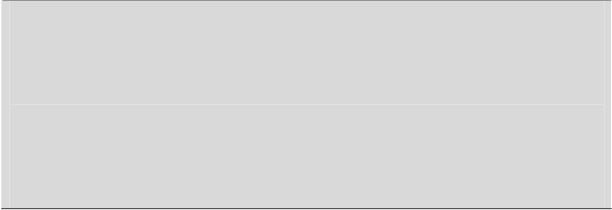
泄泻（急性肠炎）中医诊疗方案……………………………………………27

高热（脓毒症高热）中医诊疗方案…………………………………………32

血脱（上消化道出血）中医诊疗方案………………………………………36

急乳蛾病（急性扁桃体炎）中医诊疗方案…………………………………39

— 25 —



急诊科中医诊疗方案

— 26 —

急诊科中医诊疗方案

泄泻（急性肠炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科常见病诊疗指南——中医病证部分》（ZYYXH/T29-2008）和《中医

病证诊断与疗效判定标准》（国家中医药管理局发布（ZY/T001.1-94））进行诊断。

（1）起病急，泻下急迫而量多。

（2）大便次数增多，每日 3 次以上，便质稀溏或成水样便，大便量增加。

（3）常伴有腹痛、恶心、呕吐。

2.西医诊断标准

参照 1998 年 5 月“全国腹泻病防治学术研讨会制定标准”进行诊断。

（1）有暴饮暴食或吃不洁腐败变质食物史。

（2）急性起病，大便次数每日 3 次以上；大便呈稀便、水样便，可伴有粘液或混

有血液，可伴有恶心、呕吐、食欲不振、发热、腹痛及全身不适等。

（3）病情严重者，因大量丢失水分可引起脱水、电解质紊乱甚至休克。

（4）体征不明显，可有上腹及脐周压痛，肠鸣音多亢进。

（5）实验室检查，大便常规镜检可有白细胞、红细胞、脓细胞；粪便培养可呈阳性。

（二）证候诊断

1.寒湿证：大便清稀，甚则如水样，腹痛肠鸣；或伴有胃脘疼痛，得暖则舒，呕吐

物带有酸水，脘闷食少。苔白腻，脉濡缓。若兼外感风寒，则恶寒发热头痛，肢体酸痛。

苔薄白，脉浮。

2.湿热证：腹痛，泻下急迫，或泻而不爽，粪色黄褐，气味臭秽，肛门灼热；或伴

有胸闷欲呕，嗳气泛酸，身热口渴，小便短黄。苔黄腻，脉滑数或濡数。

3.食滞证：泻下稀便，臭如败卵，伴有不消化食物，脘腹胀满，腹痛肠鸣，泻后痛

减；呕吐物多为酸腐食物，嗳腐酸臭，不思饮食。苔垢腻，脉滑。

二、治疗方法

（一）辨证选择中药口服汤剂、中成药

1.寒湿证

治法：芳香化湿，解表散寒。

— 27 —

急诊科中医诊疗方案

推荐方药：藿香正气散加减。大腹皮、白芷、紫苏、茯苓、法半夏、白术、陈皮、

厚朴、桔梗、藿香、炙甘草、生姜、大枣等。

中成药：藿香正气丸（口服液）、理中丸、玄胡止痛片等。

2.湿热证

治法：清热利湿。

推荐方药：葛根黄芩黄连汤加减。葛根、黄连、黄芩、茯苓、绵茵陈、厚朴、银花、

甘草等。

中成药：保济丸（口服液）、葛根芩连片、炎可宁片等。

3.食滞证

治法：消食导滞。

推荐方药：（1）保和丸加减（食积较重）。山楂、神曲、莱菔子、半夏、陈皮、

茯苓、连翘枳实、厚朴等。（2）枳实导滞丸加减（积滞较重）。大黄、枳实、神曲、

茯苓、黄芩、黄连、白术、泽泻等。

中成药：保和丸、枳实消痞丸、金佛止痛片等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

可根据病情，选用具有清热解毒和（或）凉血止痢作用的中药注射液，如喜炎平注

射液、莲必治注射液等。

（三）针灸治疗

1.体针

（1）腹泻：选取足三里、天枢、神阙、中脘等穴位，可使用平补平泻法。

（2）腹痛：选取足三里、中脘、天枢、三阴交、太冲等穴位，其中太冲用泻法，

其余穴位用平补平泻法。

（3）呕吐：选取中脘、内关、足三里等穴位，其中足三里用平补平泻法，其余穴

位用泻法。

2.平衡针：可选取胃痛穴、腹痛穴。

（1）胃痛穴：定位：此穴位于口角下一寸或下颌正中点旁开 3 厘米（1.5 寸）。取

穴原则：男左女右取穴。手法：滞针手法。针感：以局限性针感出现的酸麻胀为主。

（2）腹痛穴：定位：此穴位与腓骨小头前下方凹陷中。取穴原则：病变定位时采

用交叉取穴。病变非定位时，采取男左女右取穴。视病情危重，采取双侧同时取穴。手

法：上下提插可捻转滞针。针感：以局限性针感出现的酸麻胀为主。

3.腹针：选取中脘、下脘、上风湿点（双侧）。留针 20 分钟。

4.灸法：寒湿证选中脘、上脘温中止呕。

— 28 —

急诊科中医诊疗方案

（四）其他疗法

1.中药外敷

（1）吴茱萸热奄包：吴茱萸 200g 加热，热度为患者皮肤可以接受为准，用治疗巾

包裹后，外敷腹部，以寒湿证患者为宜。

（2）四黄水蜜外敷：大黄、黄连、黄柏、黄芩各 200g，研细末过筛备用，用时取

适量加蜂蜜调制成饼状，外敷腹部，以湿热证或食滞证患者为宜。

2.中药穴位贴敷

（1）寒湿证：苍术、白术各 20g，吴茱萸 5g，赤石脂 l5g，石榴皮 20g，丁香 5g，

肉桂 5g。上药晒干研细末过筛备用，取药粉 1g，用生姜汁调成糊状，纳脐中，纱布固

定，夜贴晨取，1 次/d，3d 为 1 个疗程。

（2）湿热证：用黄连 5g、苦参 10g、茯苓 15g。上三味药粉碎为极细末，和匀取 1 g

用醋调成药饼，贴敷在神阙穴上，纱布固定，每次贴敷约 8h， 1 次／d，3d 为 1 个疗程。

3.刮痧疗法

取位：患者采取仰卧位。

操作步骤：术者在患者的下脘、石门、天枢、天突穴位上，将手指用清水湿润，五

指弯曲，用食指与中指的第二指节对准穴位，将皮肤挟起，然后松开。这样一起一落，

反复进行，每点挟撮 6-8 次，直至被挟处成为橄榄状之紫红色充血斑为度。每日 2 次。

（五）内科基础治疗

必要时可予对症处理，剧烈吐泻者注意维持水电解质平衡。

（六）健康指导

1.生活起居：生活规律，劳逸结合，适当运动，保证睡眠。急性发作时宜卧床休息。

避免腹部受凉，注意保暖，根据气候变化及时增减衣服。加强护理，做好病情观察：注

意观察患者神志，生命体征，大便次数、色、质、量的变化，及时发现及处理并发症，

如脱水、酸中毒、休克及消化道出血等情况。

2.饮食调护

（1）疾病初期：在起病后 8～12 小时内，患者可吃流质食物，如大米粥、藕粉，

鸡蛋面糊，细挂面，烩薄面片等。如腹泻严重或出汗较多，还应适当给病人多喝一些汤

水，如米汁、菜汤、果汁、淡盐开水等，以补充体内水，维生素和电解质。

（2）疾病好转期：可给患者吃些容易消化及营养丰富地流质或半流质食物，如大

米粥，细面条，蒸蛋羹，咸饼干等。宜采用少食多餐的方法，每日进食 4～5 次。需要

注意的是，此时不宜喝牛奶和吃大量的糖，因这些食物进入肠道后容易发酵产生大量气

体，引起腹胀腹痛，增加患者痛苦。另外，牛奶中含有较多地脂肪，脂肪有润滑肠道、

— 29 —

急诊科中医诊疗方案

增强肠蠕动的作用，可加重肠道负担，对病情不利。

（3）疾病恢复期：避免油腻，生冷不洁，及酒、浓茶，咖啡等食物，避免暴饮暴食。

3.情志调摄：保持心情愉悦，避免不良情绪刺激。鼓励家属多陪伴患者，给予患者

心理支持。指导患者和家属了解本病的性质，减轻身体痛苦和精神压力。

三、疗效评价

（一）评价标准

参考《中医消化病诊疗指南》（中国中医药出版社，2006年）的疗效标准。

观察内容包括大便次数、性状、腹痛程度、发热、口干、小便色量、恶心呕吐、腹

部压痛、肠鸣音等。所有症状都分为无、轻、中、重4级，属主症则分别记 0 、2 、4 、

6分，属次症则分别记 0 、1 、2 、3 分。

（二）评价方法

采用临床症状/体征评价方法。分别于入径第1天、第3天对主要症状、次要症状、

体征积分进行评价。

（1）症状/体征分级标准：

— 30 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症 状 | | 无 | 轻 | 中 | 重 |
| 计分 | | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 主  要  症  状 | 发热 | 无 | 体温小于 38.0℃ | 体温 38.0-39.0℃ | 体温 39.0℃以上 |
| 恶寒 | 无 | 有，无须加衣被 | 有，须加衣被 | 有，寒战 |
| 呕吐 | 无 | 每日少于 3 次 | 每日 3-6 次 | 每日大于 6 次 |
| 肠鸣 | 无 | 偶有肠鸣 | 时有肠鸣 | 肠鸣持续不已 |
| 大便  次数 | 无 | 每日 3-4 次 | 每日 5-10 次 | 每日 10 次以上 |
| 大便  性状 | 成形 | 大便溏或不能成形 | 大便稀薄 | 大便如水样 |
| 腹胀 | 无 | 偶有轻微腹胀 | 腹胀较重，但能忍受 | 剧烈腹胀，难以忍受 |
| 腹痛 | 无 | 轻微，隐痛，偶发 | 隐痛或胀痛，每日发  作数次 | 剧痛或绞痛，反复发  作 |
| 计分 | | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 次  要  症  状  和  体  征 | 心烦 | 无 | 偶尔发生 | 时有心烦 | 心烦不已，难以睡眠 |
| 尿短赤 | 无 | 尿色黄 | 尿黄伴灼热感 | 尿短赤，伴灼热疼痛感 |
| 口干 | 无 | 饮水量有增加 | 饮水量增加 1/2 以上 | 饮水量增加 1 倍以上 |
| 周身  酸困 | 无 | 轻微身重倦怠 | 身重倦怠较重 | 身重倦怠重 |
| 腹部  压痛 | 无 | 轻度压痛，  患者称有痛 | 中度压痛，患者尚能  忍受，皱眉不适等 | 重度压痛，痛不可  触、患者有抵抗动作 |
| 肠鸣音 | 4-5 次 | 6-8 次 | 9-10 次 | 10 次以上 |

急诊科中医诊疗方案

（2）疗效评价：

①临床治愈：大便次数、量及性状恢复正常，伴随症状及体征消失，积分减少≥95%。

②显效：大便次数每天 2～3次，近似成形，或便溏而每天仅 1 次，伴随症状及体

征总积分减少≥70%。

③有效：大便不能成形每天2～3次，或大便稀薄而每日仅1次，伴随症状及体征总

积分减少≥30%。

④无效：3天内未达到以上标准，积分减少不足30%。

总有效率 =（治愈例数 + 显效例数）／总例数

注：计算公式（尼莫地平法）为：［（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分］×

100%。

— 31 —

急诊科中医诊疗方案

高热（脓毒症高热）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会发布《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T11.-2008）。

（1）体温在 39℃以上，并持续数小时以上不退者，或体温下降后，又逐渐升高；

（2）伴有面赤，心烦口渴；或咽喉有腐烂白点，颈项肿胀；或咳喘胸痛，痰多黄

稠；或小便黄赤、频急涩痛；或大便秘结或腹泻黄臭稀水，腹胀满，腹痛拒按，烦躁谵

语；或斑疹隐隐。

2.西医诊断标准

参照《实用内科学》（第 13 版）（陈灏珠、林果为主编，人民卫生出版社，2009 年）

及《脓毒症和脓毒性休克治疗国际指南》（2008 年）。

（1）脓毒症诊断标准： 原发感染灶的症状和体征； SIRS 的表现； 脓毒症

进展后出现的休克及进行性多器官功能不全表现。

（2）SIRS 的表现，指具有 2 项或 2 项以上的下述临床表现： 体温＞38℃或＜

36℃； 心率＞90 次/分； 呼吸频率＞20 次/分或 PaCO2＜32mmHg； 外周血白细胞

＞12×109 /L 或＜4×109/L 或未成熟细胞＞10%。

（二）证候诊断

1.卫气同病证：壮热、口渴、心烦、汗出，伴有恶寒、身痛。舌苔薄白微黄或黄白

相兼。

2.气分实热证：高热不恶寒，口渴，汗出，腹胀满，腹痛拒按，大便秘结或腹泻黄

臭稀水，面赤，心烦，谵语，抽搐等。舌红苔黄燥或灰黑起刺，脉沉数有力。

3.气分湿热证：身热不扬，身重胸闷，腹部胀痛，渴不欲饮，小便不畅，大便不爽，

或伴腹泻。舌苔黄白而厚腻，脉濡缓。

4.气营两燔证：壮热、烦渴、神志昏迷、斑疹隐约可见。舌绛苔黄燥等，脉数。如

斑疹较多，或有吐血、衄血、便血，抽搐。

5.气虚发热证：发热日久，面色淡白或萎黄，乏力气促，腹胀泄泻，下肢浮肿。舌

淡苔白，脉大无力。

二、治疗方法

— 32 —

急诊科中医诊疗方案

（一）辨证选择中药汤剂、中成药

1.卫气同病证

治法：清气透表。

推荐方药：银翘散合白虎汤加减。连翘、银花、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、芥穗、

淡豆豉、牛蒡子、鲜苇根、知母、石膏、甘草、粳米等。

中成药：清开灵口服液、新雪颗粒剂等。

2.气分实热证

治法：清气泻热。

推荐方药：麻杏石甘汤合大柴胡汤加减。麻黄、杏仁、生石膏、甘草、柴胡、黄

芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣等。

中成药：清开灵口服液、新雪颗粒剂等。

3.气分湿热证

治法：清热化湿。

推荐方剂：甘露消毒丹加减。滑石、黄芩、茵陈、藿香、连翘、石菖蒲、白蔻仁、

薄荷、木通、射干、川贝母等。

4.气营两燔证

治法：清气凉血。

推荐方剂：清瘟败毒饮加减。生石膏、生地、犀角、生栀子、桔梗、黄芩、知母、

赤芍、玄参、连翘、竹叶、甘草、丹皮等。

中成药：安宫牛黄丸、紫雪丹（散）等。

5.气虚发热证

治法：甘温除热。

推荐方剂：补中益气汤加减。黄芪、人参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、

柴胡、生姜、大枣等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

1.气分实热证

选用清开灵注射液或痰热清注射液静脉滴注。

2.气营两燔证

选用醒脑静注射液或血必净注射液静脉滴注。

（三）灌肠或结肠滴注

1.灌肠：由通腑泄热的药物，制成灌肠液，经直肠灌注而产生通便退热效果。

— 33 —

急诊科中医诊疗方案

2.结肠滴注：由清热解毒或通腑泄热的药物，制成灌肠液，经直肠缓慢滴注而产生

退热的效果。

（四）针刺疗法

1.清泄营分之血热：取曲泽、中冲、少冲、血海等穴。

2.清泄气分之高热：取大椎、曲池、商阳、内庭、关冲、十宣。高热不退可与三棱

针大椎放血。

3.神昏谵语者可加人中。

4.动风抽搐者加委中、行间等穴。

5.手法宜用泻法。亦可选用针疗仪，刺激 20 分钟，每日 1～2 次。

（五）内科基础治疗：参照《实用内科学》（第 13 版）（陈灏珠、林果为主编，人

民卫生出版社，2009 年）

1.对高热患者应及时适当降温，以防惊厥及其他不良后果。对既往有高热惊厥

史或烦躁不安者，在降温同时给予镇静药。可采用物理降温。

2.补液，口服有困难者给予静脉补液，并注意热量的供给，可适当予以钾盐等，

维持水、电解质平衡。

3.感染严重者应根据病情选用有效抗生素治疗。

（六）护理调摄

1.高热护理：卧床休息，观察体温变化，每 4 小时测体温、脉搏、呼吸 1 次。体温

骤退时，予以保温，及时测血压、脉搏、体温，注意病情变化。

2.生活起居：提供患者合适的休息环境，保持室内温、湿度适宜，环境安静，空气

新鲜，定时开窗通风。要注意高热病人口腔卫生、皮肤卫生，预防褥疮，大量出汗者要

及时更换衣物，避直接吹风，避免受凉。对高热出现谵妄、神志不清者应用床栏，防止

坠床发生。

3.饮食调护：高热患者宜半流饮食，鼓励患者多饮水及果汁饮料。亦可选用芦根汤，

淡盐水养阴增液。汤剂一般温服，高热有汗烦躁者可凉服。

4.情志调摄：注意患者的心理状态，有无恐惧、焦虑等，其发生可能与体温上升期

患者突然寒颤、发冷等有关，应加强心理疏导，多做解释工作，保持患者心情愉快，处

于接受治疗护理最佳状态。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候学评价：通过《中医内科常见病诊疗指南》动态观察中医证候的改变。

— 34 —

急诊科中医诊疗方案

2.疾病病情评价：通过退热时间和 APACHEⅡ评分评价治疗效果。

（1）治愈：体温正常，症状消失。

（2）好转：体温降低，症状减轻，但未完全消失。

（3）未愈：体温不降，症状未改善。

（二）评价方法

选用《中医内科常见病诊疗指南》、APACHEⅡ评分等进行评价。必要时评价病死率。

— 35 —

急诊科中医诊疗方案

血脱（上消化道出血）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科常见病诊疗指南·呕血/便血》（中华中医药学会主编，中国中医药

出版社，2008 年）。

（1）呕血：呕吐液呈咖啡色或暗红色，吐血量多者可呈鲜红色，多夹有食物残渣，

混有胃液；初起常有恶心，胃部不适或疼痛，脘腹有压痛，肠鸣音活跃；出血量多者可

见头晕心慌，面色苍白，汗出肢冷，甚或晕厥，以及心率增快，血压下降。

（2）便血：血液随大便而下，或血与粪便夹杂，或下纯血；出血部位偏下消化道

者，多见便下鲜血；出血部位偏上消化道者，血色污浊而暗，或色黑呈柏油状；可伴有

畏寒、头晕、心慌、气短及腹痛等症；出血量过多，可有昏厥、肢冷汗出、心率增快、

血压下降、腹部按痛。

2.西医诊断标准

参照《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南》（《中华消化杂志》编委会主编，

中华内科杂志，2009 年）。

（1）症状及体征：患者出现呕血和（或）黑便症状，可伴有头晕、面色苍白、心

率增快、血压降低等周围循环衰竭征象，急性上消化道出血诊断基本可成立。部分患者

出血量较大、肠蠕动过快也可出现血便。少数患者仅有周围循环衰竭征象，而无显性出

血，此类患者不应漏诊。

（2）内镜检查：无食管胃底静脉曲张并在上消化道发现有出血病灶，ANVUGIB诊断

可确立。

（3）应避免下列情况误诊为ANVUGIB：某些口、鼻、咽部或呼吸道病变出血被吞人

食管，服某些药物（如铁剂、铋剂等）和食物（如动物血等）引起粪便发黑。对可疑患

者可行胃液、呕吐物或粪便隐血试验。

（二）证候诊断

1.胃热炽盛证：脘腹胀闷，甚则作痛，吐血色红或紫黯，常夹有食物残渣，口臭，

便秘，大便色黑。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

2.脾不统血证：食少，体倦，面色萎黄，吐血缠绵不止，时轻时重，血色暗淡，神

— 36 —

急诊科中医诊疗方案

疲乏力，心悸气短，面色苍白。舌质淡，脉细弱。

3.气随血脱证：呼吸微弱而不规则，或昏迷或昏仆，汗出不止，面色苍白，口开目

合，手撒身软，二便失禁。舌淡白，苔白润，脉微欲绝。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.胃热炽盛证

治法：清热泻火止血。

推荐方药：三黄泻心汤加减。黄连、黄芩、生大黄、白及、侧柏叶、仙鹤草等。

中成药：云南白药、裸花紫珠片、一清胶囊等。

2.脾不统血证

治法：健脾益气止血。

推荐方药：归脾汤加减。白术、当归、茯苓、黄芪、龙眼肉、远志、酸枣仁、木香、

炙甘草、人参等。

中成药：云南白药、归脾丸等。

3.气随血脱证

治法：益气止血固脱。

推荐方药：甘草人参汤加减。生甘草、人参等。

中成药：云南白药等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选用参附注射液、生脉注射液等静脉滴注。

（三）针灸疗法

1.针刺主穴：足三里、中脘、胃俞、内关。

胃热炽盛：肝俞、内庭、行间；

脾不统血：关元、气海、隐白；

气随血脱：关元、命门、百会。

2.穴位敷贴

气随血脱证：神阙、涌泉。

（四）内科基础治疗

出现低血容量休克等，参照《急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南》进行治疗。

（五）护理调摄

1.生活起居：卧床休息，加强口腔护理，保持呼吸道通畅。密切观察出血量、出血

的严重程度等。建议患者戒烟戒酒，保持良好的生活习惯。

— 37 —

急诊科中医诊疗方案

2.饮食调理：暂时禁食，出血减少后可予流质无渣饮食（牛奶、藕粉等）。出血停

止 24 小时，后逐步增加流质无渣饮食的量及次数，稳定 72 小时后改为半流质饮食和软

食。

3.情志调摄：保持情绪安定，避免焦虑、恐惧等不良情志刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疗效判定标准：参照中华人民共和国卫生部 1993 年《中药新药治疗吐血、黑便

（上消化道出血）的临床研究指导原则》及全国血证急症研究协作组和全国中医内科学

会血证学组制订的《吐血、黑便疗效判定标准》。

痊愈：1 周内吐血或黑便停止，大便潜血试验连续 3 天阴性；出血伴随症状明显改

善；

显效：1 周内吐血或黑便停止，连续 3 天大便潜血试验（+）；出血伴随症状有所改

善；

有效：1 周内出血减少，大便潜血试验由强阳性转为（++）：出血伴随症状略有改善；

无效：经治 1 周，出血不止，重度出血经治疗 24 h 后无好转甚至加重，出血伴随

症状无改善或加重。

2.疾病病情评价：根据《血脱（上消化道大出血）病情评估表》进行病情评估。

（二）评价方法

入院当天、入院第 3 天和出路径时，根据血脱（上消化道大出血）病情评估表进行

评价。

— 38 —

急诊科中医诊疗方案

急乳蛾病（急性扁桃体炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》（中华中医药学会主编，中国中医药出版

社，2012 年）、普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中医耳鼻咽喉科学》第 2 版

（王士贞主编，中国中医药出版社，2007 年）。

诊断要点：

（1）病史：可有受凉、疲劳、感冒病史。

（2）临床症状：起病急，咽痛，吞咽困难。全身可伴有恶寒、发热、头痛、纳差、

乏力、周身不适等。

（3）局部检查：扁桃体红肿，表面可有黄白色脓点，重者腐脓成片，但不超出扁

桃体范围。下颌角淋巴结可肿大。

（4）其他检查：血白细胞总数升高，中性白细胞增多。

2.西医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材《耳鼻咽喉头颈外科学》第 7 版（田

勇泉主编，人民卫生出版社，2008 年）。

全身症状：多见于急性化脓性扁桃体炎、起病急，可有畏寒、高热、头痛、食欲下

降、乏力、全身不适、便秘等。

局部症状：剧烈咽痛为主，常放射至耳部，伴有吞咽困难。下颌下淋巴结肿大，有

时感到转头不便。葡萄球菌感染者，扁桃体肿大较显著。

体格检查：急性病容。咽部黏膜呈弥漫性充血，以扁桃体及两颚弓最为严重。颚扁

桃体肿大，在其表面可显黄白色脓点，或在隐窝口处有黄白色或灰白色点状豆渣样渗出

物，可连成一片形成假膜，下颌下淋巴结常肿大。

辅助检查：血白细胞总数及中性粒细胞增高。

（二）证候诊断

1.风热外犯证：咽痛逐渐加剧，灼热，吞咽时疼痛加剧；发热，微恶风，头痛，

咳嗽，扁桃体红肿。舌边尖红，苔薄白，脉浮数。

2.热毒炽盛证：咽痛较甚，吞咽困难。身壮热，口渴，大便秘结。咽部及扁桃体

— 39 —

急诊科中医诊疗方案

充血红肿，或已成脓，或未成脓。舌红，苔黄，脉数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风热外犯证

治法：疏散风热。

推荐方药：银翘散加减。金银花、连翘、荆芥、防风、黄芩、赤芍药、玄参、牛蒡

子、桔梗、芦根、竹叶、薄荷、甘草等。

中成药：莲花清瘟胶囊、金芩花颗粒。

2.热毒炽盛证

治法：清热解毒。

（1）无脓者

推荐中药：普济消毒饮加减。牛蒡子、黄芩、金银花、桔梗、板蓝根、马勃、玄参、

升麻、柴胡、薄荷、僵蚕、连翘、生甘草等。

中成药：疏风解毒胶囊、金芩花颗粒等。

（2）成脓者

推荐中药：普济消毒饮合仙方活命饮化裁。牛蒡子、黄芩、金银花、桔梗、板蓝根、

马勃、玄参、生升麻、柴胡、薄荷、僵蚕、连翘、天花粉、薏苡仁、生甘草等。

中成药：黄氏响声丸、疏风解毒胶囊、金芩花颗粒等。

（二）特色疗法

1.吹药

选用清热解毒、利咽消肿的中药粉剂吹于患处，每日数次。

2.含服

可用清热解毒利咽中药含片或丸剂含服。

3.含漱

可用清热解毒、利咽消肿的中药煎水含漱，每日数次。

4.雾化吸入

可用清热解毒利咽的双黄连注射液，雾化吸入，每日 1～2 次。

5.针灸疗法

（1）体针

以合谷、天容、廉泉、内庭、曲池为主穴，天突、少泽、鱼际等为配穴。每次取主

穴、配穴各 1～2 穴。

（2）刺血法

— 40 —

急诊科中医诊疗方案

咽痛剧烈伴发热，扁桃体红肿成脓阶段，可用三棱针在耳尖、耳背或十宣穴点刺放

血，以泄热毒。

（3）耳穴贴压

扁桃体、咽喉、肺、胃、肾上腺等穴，每次取 3～5 穴。

（4）穴位注射

选脾俞、肩井内五分、曲池、天突、孔最等，每次取一侧的 1～3 穴，每穴注射柴

胡注射液 1ml。

6.推拿

咽痛剧烈、吞咽困难、汤水难下者，可用推拿法缓解患者咽部疼痛，得以服药和饮

食。

（三）健康指导

1.生活起居：作息规律，避免熬夜，重视体育锻炼，增强免疫力，注意口腔卫生，

避免及治疗邻近组织疾病。

2.饮食调理：饮食有节，避免辛辣刺激之物，忌烟酒。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准—耳鼻喉科病证诊断

疗效标准》（1994 年）。

治愈：咽部症状消失，扁桃体不充血，无脓点，积分减少≥95%；

好转：咽部症状减轻，扁桃体脓点消除，积分减少≥70%，＜95%；

有效：症状和体征改善，积分减少≥30%，＜70%；

未愈：症状和体征无明显改善，积分减少＜30%。

（二）评价方法：各证型的评价参照《中药新药临床研究指导原则》。在治疗前、

治疗第 1、2、3 天及治疗结束时进行评价。

— 41 —

急诊科中医诊疗方案

急乳蛾病中医证候分级量化评分标准

— 42 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状及体征 | 0分 | 轻（2 分） | 中（4 分） | 重（6 分） |
| 扁桃体大小 | 正常 | Ⅰ° | Ⅱ° | Ⅲ° |
| 扁桃体充血 | 无 | 淡红色 | 充血可见血丝 | 整个充血，大量布满血  丝 |
| 分泌物 | 无 | 点状 | 压迫有少量脓液 | 成片状的脓苔 |
| 咽部疼痛 | 无 | 咽痛轻微 | 咽痛但不影响吞咽 | 咽痛伴吞咽困难 |
| 发热 | 无 | 低热，但＜38℃ | 高热，38℃～38.9℃ | 壮热，≥39℃ |
| 刺激性咳嗽 | 无 | 偶尔 | 经常 | 频繁 |
| 阻塞感 | 无 | 轻微 | 明显 | 较重 |
| 颚弓充血  粘连 | 无 | 粘连 1/3 | 粘连 2/3 | 整个扁桃体周围粘连 |
| 汗出 | 无 | 微汗出 | 汗出 | 汗出湿衣 |
| 口渴 | 无 | 偶有 | 口渴 | 口渴引饮 |
| 倦怠 | 无 | 稍有疲倦，不影响活动 | 倦怠明显，不愿活动 | 精神倦怠，卧床不起 |
| 泛恶 | 无 | 稍有恶心，不影响进食 | 时时泛恶，进食减少 | 恶心欲吐，不能进食 |

急诊科中医诊疗方案

心 血 管 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

怔忡（心脏神经官能症）中医诊疗方案……………………………………45

迟脉症（病态窦房结综合征）中医诊疗方案………………………………50

心痹（风湿性心脏病）中医诊疗方案………………………………………56

心胀病（扩张型心肌病）中医诊疗方案……………………………………60

促脉证（阵发性心房颤动）中医诊疗方案…………………………………66

结脉证（房室传导阻滞）中医诊疗方案……………………………………70

肺心病（慢性肺源性心脏病）中医诊疗方案………………………………75

动脉粥样硬化中医诊疗方案…………………………………………………80

— 43 —



心血管科中医诊疗方案

— 44 —

心血管科中医诊疗方案

怔忡（心脏神经官能症）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T9-2008）。

主症：心悸，胸闷或胸痛；

兼症：头晕，气短，疲倦乏力，心烦易怒，不寐，多汗，手足心热，或健忘，善太

息，食少，腹胀，便溏；

舌脉：舌质黯红，或隐青，或瘀斑、瘀点，苔厚腻，或黄腻；脉沉涩或沉弦滑，或

数。

2.西医诊断标准

参照人民卫生出版社《实用内科学》 陈灏珠、林果为主编，人民卫生出版社，2009

年）。

（1）心血管症状与神经功能紊乱合并出现。患者主观感觉复杂多样的心血管症状，

包括心悸、心前区痛、气短等，但临床无任何与其具有因果关系的器质性心脏病或对心

脏有影响的其他躯体疾病的证据。

（2）患者通常合并明显的焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病或神经衰弱等心理障碍。

（3）严格排除心脏或身体其他部位的器质性疾病以后方能成立。

（二）证候诊断

1.气血两虚证：心中悸动，气短，头晕目眩，面色无华，神疲乏力，自汗，失眠健

忘，纳呆腹胀。舌质淡，苔薄白，脉细弱或弦细。

2.心虚胆怯证：心中悸动，善惊易恐，遇惊则心悸怵惕，坐卧不安，失眠多梦易醒，

恶闻声响。舌质淡红，苔薄白，脉动数或弦细。

3.肝肾阴虚证：心中悸动，惊恐不安，胸膺憋闷疼痛，背酸痛，善太息，心烦易怒，

不寐，手足心热或潮热，腰膝酸软。舌尖红质暗，苔薄白或薄腻，脉沉弦细或弦细数。

4.痰热扰心证：心中悸动，胸膺憋闷疼痛，心烦，不寐，痰多，胸闷，头晕目眩，

发热气粗，面红目赤。舌红苔黄腻，脉滑数。

5.气滞血瘀证：心中悸动，胸闷、胸痛，呈走窜痛或两胁胀痛、心烦不安、情志抑

郁、善太息、或失眠、多梦，头晕、头胀。舌质暗红或紫暗，有瘀斑、瘀点，脉弦或弦

— 45 —

（

心血管科中医诊疗方案

涩或细涩。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气血两虚证

治法：益气养血，宁心安神。

推荐方药：归脾汤或养心汤加减。人参、黄芪、白术、炙甘草、当归、茯神、远志、

半夏、石菖莆、肉桂、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣等。

中成药：归脾丸、柏子养心片、安神补心胶囊等。

2.心虚胆怯证

治法：镇惊定志，养心安神。

推荐方药：安神定志丸加减。茯苓、茯神、远志、人参、石菖蒲、龙齿、琥珀、五

味子等。

中成药：补心气口服液等。

3.肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾，养心安神。

推荐方药：一贯煎合酸枣仁汤加减。生地、沙参、麦冬、当归、枸杞子、川楝子、

酸枣仁、茯苓、知母、甘草、川芎等。

中成药：阴虚明显者可选择养阴镇静丸、六味地黄丸等；偏于火旺者可选择天王补

心丹或朱砂安神丸等。

4.痰热扰心证

治法：化痰泻热，清心安神。

推荐方药：黄连温胆汤加减。黄连、茯苓、清半夏、枳实、竹茹、陈皮、甘草、生

姜、栝蒌、胆星等。

中成药：牛黄清心丸、滚痰丸等。

5.气滞血瘀证

治法：疏肝理气，活血通络。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。当归、生地黄、桃仁、红花、赤芍、枳壳、川芎、香

附、郁金等。

中成药：利脑心片、复方丹参滴丸、养心氏片等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

1.气阴两虚的可选择参麦注射液等；阳虚的可选择参附注射液等；

2.肝肾阴虚的可选择刺五加注射液等；

— 46 —

心血管科中医诊疗方案

3.兼有血瘀的可选择丹红注射液、红花黄色素氯化钠注射液、苦碟子注射液、舒血

宁注射液、丹参注射液等活血化瘀药物。

（三）特色疗法

1.针刺治疗

（1）体针疗法

①主穴：郄门、神门、心俞、巨阙等。

方义：本方治疗以宁心安神定悸为主，取心包经郄门，心经原穴神门，两穴合用宁

心定惊，心俞可益心气，宁心神，配心之募穴巨阙，俞募相配，补益心气，调理气机，

以收镇惊宁神之效。

②配穴：心气虚可配合内关、足三里；气阴两虚可配厥阴俞、脾俞、三阴交；心肾

不交配肾俞，太溪；瘀血阻络配血海，内关、膻中、夹脊穴；痰热扰心可配列缺、丰隆。

③操作：按虚补实泻法操作，每次留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

④禁忌证：患者在过度饥饿、暴饮暴食、醉酒后及精神过度紧张时；月经期禁止针

刺；严重的过敏性、感染性皮肤病者，以及患有出血性疾病（如血小板减少性紫癜、血

友病等）。

（2）耳针疗法

①取穴：神门、心、交感、皮质下、小肠等。

②操作：用胶布固定王不留行籽贴压于耳穴上，每天按压 2～3 次，每次 5 分钟，

10 次为 1 个疗程。

③禁忌证：外耳有明显炎症或病变，如冻疮破溃、感染、溃疡及湿疹等；精神过度

紧张者，不宜用较强烈的毫针手法；妇女怀孕期间宜慎用耳针疗法，有习惯性流产史者

则禁用耳针。

2.足浴

（1）操作规范：血瘀者加入丹参、当归、大黄、赤芍、川芎、牛膝；气血不

足者加入党参、黄芪、茯苓、陈皮、白术、当归，水温在 40～50℃，浸泡几分钟

后，再逐渐加水至踝关节以上，水温保持在 50～60℃，水温不宜过高，以免烫伤

皮肤。

（2）禁忌症：渗出性皮肤病者禁用；血压过低者慎用。

3.穴位敷贴

（1）心悸、失眠者，将黄连、肉桂、吴茱萸、酸枣仁按 1：0.5：0.5：1.5 的比例

制成 2cm 药膏，睡前贴敷于涌泉穴和神阙穴，晨起取下，每日 1 次。

（2）胸闷或胸痛者，将川芎、冰片、乳香按 1：0.5：1 的比例制成 2cm 药膏，贴

— 47 —

心血管科中医诊疗方案

于膻中或痛点，每日 1 次，每次 8 小时。

（3）禁忌症：局部皮肤破溃者禁用。

（四）护理调摄

1.生活起居：生活有规律，合理安排生活，尽量做到劳逸结合，保证休息，消除诱

因如忧虑、紧张、烦恼等，避免过度紧张，不宜从事持续时间过长、注意力高度集中的

工作。指导患者养成良好的睡眠习惯，如就寝前不做剧烈活动，不久看电视、小说，避

免过度兴奋等，避免过度劳累和环境嘈杂不良因素的影响。经常参加力所能及的体育活

动，如太极拳等，锻炼身体增强体质。

2.饮食调护：饮食宜清淡可口，忌辛辣、肥腻等品。晚餐不宜过饱，睡前不宜进食

浓茶、咖啡等饮品，可于睡前饮适量牛奶。实证者中药汤剂宜偏凉服，虚证者宜热服。

气血虚滞，痰瘀伤神者，可给予酸枣仁粉 10～15 克睡前冲服。肝肾阴虚、痰热扰心者，

饮食忌食助热生火之品，忌食肥甘厚味、辛辣之品。气血两虚、肝气郁结者给予补气养

血食疗，如山药粥、当归粥等。

3.情志调摄：指导患者注意精神调摄，喜怒有节，保持心情舒畅。多与患者沟通，

使其明确焦虑、恐惧、紧张等不良情绪对疾病的影响，帮助患者树立战胜疾病的信心，

多巡视病房，了解患者需要，帮助其解决问题。

三、疗效评价

（一）评价标准

中医证候量化评分标准：参照《中药新药临床研究指导原则（试行）2002》制定。

疗效评定标准：参照《中药新药临床研究指导原则（试行）2002》制定。

1.中医证候量化评分标准

— 48 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 正常 | 轻 | 中 | 重 |
| 主症 | 0 | 2 | 4 | 6 |
| 心悸 | 无 | 偶尔发生，不适感  轻微 | 时有发生，持续时间  较长，不适感较明显 | 经常发生，惕惕而动，  难以平静，甚至影响生  活 |
| 胸闷或  胸痛 | 无 | 轻微胸闷 | 胸闷明显，有时有叹息样呼  吸 | 胸闷如窒，叹息不止 |
| 次症 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 头晕 | 无 | 头晕眼花，时作时止 | 视物旋转，不能行走 | 眩晕欲仆，不能站立 |
| 气短 | 无 | 一般活动后气短 | 稍微活动后气短 | 平素不活动亦感气短喘  促 |
| 疲倦  乏力 | 无 | 精神不振，气力较差，  可坚持日常工作及活  动 | 精神疲乏，全身无力，勉强  坚持工作 | 精神气力严重疲乏，难  以坚持日常工作 |
| 心烦  易怒 | 无 | 心烦较轻，不影响工作 | 心烦较重，但尚能坚持工作 | 心烦严重，难以坚持正  常工作 |

心血管科中医诊疗方案

2.疗效评价标准

临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证侯积分减少≥95%；

显效：中医临床症状、体征明显改善，证侯积分减少≥70%；

有效：中医临床症状、体征均有好转，证侯积分减少≥30%；

无效：中医临床症状、体征均无明显好转，甚或加重，证侯积分减少不足 30%。

注：计算公式（尼莫地平法）为：[（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分]×100%。

（二）评价方法

1.临床症状评价：按照中医证候积分量表进行积分评价。

2.生存质量评价：按生活质量量表（SF-36 健康简表）评分进行评价。

— 49 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 不寐 | 无 | 睡眠时常觉醒或睡而  不稳，晨醒过早，但不  影响工作 | 睡眠不足 4 小时，但尚能坚  持正常工作 | 彻夜不眠，难以坚持工  作 |
| 食少 | 无 | 饮食稍有减少 | 饮食减少 | 饮食明显减少 |
| 健忘 | 无 | 偶见忘事，尚可记起 | 时见忘事，不易想起 | 转瞬即遗忘，不能回忆 |
| 多汗 | 无 | 平素皮肤微潮，稍动则  更甚或偶尔潮热汗出 | 平素皮肤潮湿、稍动则汗出  或胸背潮热，潮湿，反复出  现 | 平素即汗出，动则汗出  如水洗状 |
| 手足  心热 | 无 | 手足心发热 | 手足欲露衣被外 | 手足握冷物则舒 |
| 善太息 | 无 | 偶有太息 | 精神刺激则太息发作 | 太息频作 |
| 腹胀 | 无 | 偶有腹胀或食后腹胀 | 腹胀较重，每日达 6 小时 | 整日腹胀或腹胀如鼓 |
| 便溏 | 无 | 大便不成形 | 每日 2—3 次，便搪 | 每日 4 次以上，便稀塘 |

心血管科中医诊疗方案

迟脉症（病态窦房结综合征）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材、全国高等中医药院校规划教材《中

医诊断学》第 2 版（朱文锋主编，中国中医药出版社，2007 年）。

主要症状：脉来迟慢，一息不足四至。

伴随症状：心悸、胸闷、眩晕、黑矇，甚至晕厥。

2.西医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材《内科学》第 2 版（王吉耀主编，人

民卫生出版社，2010 年）。

（1）包括一系列心律失常：窦性心动过缓、窦性停搏、窦房阻滞、慢快综合征、

窦性心律变时功能不全等。

（2）临床表现：心悸、胸闷、气短、乏力、黑矇、晕厥等。

（3）心电图和动态心电图表现为：

①严重的窦性心动过缓（心率＜50 次/分钟）；

②窦性停搏和/或窦房阻滞；

③慢快综合征：阵发性心动过速（心房颤动、心房扑动、室上性心动过速）和心动

过缓交替出现；

④持续心房颤动在电复律后无可维持的窦性心律；

⑤持久、缓慢的房室交界性逸搏节律，部分患者可合并房室阻滞和室内阻滞；

⑥活动后心率不提高或提高不足。

（二）证候诊断

1.阳气虚衰证：胸闷，心悸，面色晄白，形寒肢冷，气短乏力，体倦懒言，甚则晕

厥。舌淡苔白，脉迟微，或有结代。

2.气阴两虚证：胸闷气短，心悸怔忡，头晕目眩，失眠神倦，口干喜饮，盗汗烦热，

甚则晕厥。舌红少苔，脉迟细无力，间有小数。

3.气虚血瘀证：心悸不安，胸闷不舒，气短乏力，心痛时作，面色无华，乏力，或

见唇甲青紫，肌肤甲错。舌质紫暗有瘀斑，脉迟涩或结代。

— 50 —

心血管科中医诊疗方案

兼挟证：

（1）瘀血阻滞：面晦唇青，爪甲色暗，肌肤甲错。舌紫暗或有瘀斑，脉迟、涩或

结代。

（2）痰湿阻滞：胸脘痞满，纳呆，恶心欲呕，泛吐痰涎，或伴有心悸不安，头身

困重。舌淡苔白腻，脉迟、滑。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.阳气虚衰证

治法：益气温阳通络。

推荐方药：麻黄附子细辛汤加减。麻黄、附子、细辛、党参、黄芪、茯苓、白术、

炙甘草等。

偏心阳虚者合保元汤。心肾阳虚者合右归丸。

中成药：心宝丸、养心氏片等。

2.气阴两虚证

治法：益气养阴通络。

推荐方药：炙甘草汤加减。甘草、生姜、人参、生地、桂枝、阿胶、麦冬、麻仁、

大枣、五味子等。

中成药：生脉胶囊、滋心阴口服液等。

3.气虚血瘀证

治法：益气活血通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花等。

中成药：复方血栓通、复方丹参片等。

以上三个证型，挟血瘀者合血府逐瘀汤活血通络。挟痰湿者合温胆汤理气化痰清胆

和胃。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

气虚者可先择黄芪注射液等；

阳虚者可选择参附注射液等；

气阴两虚者可选择参麦注射液、生脉注射液等；

血瘀者可选择丹参注射液等。

（三）特色疗法

1.针灸治疗

（1）针刺疗法：适用于阳气亏虚患者或发作心悸患者。

— 51 —

心血管科中医诊疗方案

阳气亏虚者：取穴内关、足三里、关元、郗门等，温针，以温补阳气。

发作心悸者：当慢快综合征患者发作快速型心律失常时，取穴内关、足三里，强刺

激，可以终止发作。

（2）艾灸疗法：适用于阳气亏虚患者。

以艾条灸百会、内关、神阙、涌泉等穴位，以温补心肾。

禁忌症：凡属实热证或阴虚发热者，不宜施灸；颜面部、大血管处、孕妇腹部及腰

骶部不宜施灸。

2.药物敷贴：适用于阳气亏虚者，以醋调吴茱萸粉 30g，敷神阙。

（四）内科基础治疗

包括基础心率的监护，改善心肌供血，并发症的预防与治疗，血压的调整，心衰与

其他心律失常的预防与治疗等。

（五）护理调摄

1.生活起居：居室环境安静，生活起居规律，适当休息，避免过劳。

2.饮食调理：忌烟酒，忌食辛辣刺激性食品；痰多者忌肥腻厚味之品。根据体质可

食用红枣、莲子等。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免情志刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》（沈绍功主编，北京出版社，2001 年）。

1.中医证候疗效评价标准

显效：临床症状、体征明显改善，症候积分减少≥70%；

有效：临床症状、体征均有好转，症候积分减少≥30%；

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，症候积分减少＜30%。

2.西医疗效判断标准

显效：心律恢复到每分钟 60 次以上；

有效：心率较用药前增加 20%以上；

无效：心率无变化。

（二）评价方法

1.中医证候评价：按照中医证候积分量表进行积分评价。

2.西医疗效评价：按照自身症状积分及心电图、动态心电图的结果评价。

— 52 —

心血管科中医诊疗方案

附件 1

迟脉证中医疗效评价表

— 53 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 计分（入径） | 计分（出径） | 临床症状轻重分级 |
| 心悸 |  |  | 0 分：无  1 分：偶尔出现，不适感轻微。  2 分：时有发作，持续时间长不适感明显。  3 分：经常发作，持续不解，甚则影响生活和工作。 |
| 胸痛 |  |  | 0 分：无  1 分：每周发作 3 次以下。  2 分：每周发作 3－5 次以下  3 分：每周发作 5 次以上 |
| 胸闷 |  |  | 0 分：无  1 分：轻微胸闷。  2 分：胸闷明显，有时叹息样呼吸。  3 分：胸闷如窒，叹息不止 |
| 喘促 |  |  | 0 分：无  1 分：活动后喘促。  2 分：稍动即喘促。  3 分：端坐不能平卧 |
| 乏力 |  |  | 0 分：无  1 分：活动后乏力。  2 分：稍动即乏力。  3 分：平素亦乏力 |
| 眩晕 |  |  | 0 分：无  1 分：活动后眩晕。  2 分：稍动即眩晕。  3 分：平素亦眩晕 |
| 晕厥 |  |  | 0 分：无  1 分：偶尔发作，一月内 1 次。  2 分：发作较多，一月内 2-3 次。  3 分：发作频繁，一月内大于 3 次 |
| 黑朦 |  |  | 0 分：无  1 分：偶尔发作，一月内 1 次。  2 分：发作较多，一月内 2-3 次。  3 分：发作频繁，一月内大于 3 次 |
| 食欲  不振 |  |  | 0 分：无  1 分：食欲稍下降，腹胀。  2 分：食欲下降，腹胀。  3 分：食欲明显下降，纳食不香，腹胀明显。 |
| 恶心  呕吐 |  |  | 0 分：无  1 分：稍见恶心呕吐  2 分：恶心呕吐  3 分：恶心呕吐明显 |
| 总积分 |  |  |  |

心血管科中医诊疗方案

注：积分疗效评价计算方法：

积分疗效评价=（入径总分数－出径总分数）÷入径总分数×100%

显效：临床症状、体征明显改善，症候积分减少（积分疗效评价）≥70%。

有效：临床症状、体征均有好转，症候积分减少（积分疗效评价）≥30%。

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，症候积分减少（积分疗效评价）＜

30%。

— 54 —

心血管科中医诊疗方案

附件 2

迟脉证西医疗效评价表

是否执行诊疗方案：□是

□否

注：按照自身症状及心电图、动态心电图的结果评价。

显效：临床症状、体征明显改善，心律恢复到每分钟 60 次以上；

有效：临床症状、体征均有好转，心率较用药前增加 20%以上；

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，心率无变化。

— 55 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 数值 | | 前后比较 |
| 入径时 | 出径前 |
| 头晕 | □有 □无  □描述： | □有 □无  □描述： | □改善  □未改善 □恶化 |
| 心悸 | □有 □无  □描述： | □有 □无  □描述： | □改善  □未改善 □恶化 |
| 黑矇 | □有 □无  □描述： | □有 □无  □描述： | □改善  □未改善 □恶化 |
| 心率 |  |  | □改善  □未改善 □恶化 |
| Alt |  |  | □改善  □未改善 □恶化 |
| Crea |  |  | □改善  □未改善 □恶化 |
| CK |  |  | □改善  □未改善 □恶化 |
| CK-MB |  |  | □改善  □未改善 □恶化 |
| 心电图 | 描述： | 描述： | □改善  □未改善 □恶化 |
| 动态心电图 | 总心跳次数：  最长 R-R： | 总心跳次数：  最长 R-R： | □改善  □未改善 □恶化 |
| 超声心动图 | EF：  描述： | EF：  描述： | □改善  □未改善 □恶化 |
| 其他： |  |  | □改善  □未改善 □恶化 |

心血管科中医诊疗方案

心痹（风湿性心脏病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会《中医内科常见病临床诊疗指南》（ZYYXH/T121-2008）、《现代

中医心管病学》（人民卫生出版社，2006 年版）及《中医病证诊断疗效标准》（1995 中

华人民共和国中医药行业标准）等制定。

主要症状：胸闷、气短、乏力，甚则出现呼吸困难。

次要症状：心慌、咯血、咳嗽、水肿、紫绀等。

根据以上症状结合二维超声心动图检查即可诊断。

2.西医诊断标准

参照普通高等教育“十五”国家级规划教材《内科学》第 6 版（人民卫生出版社，

2005 年），是指风湿热后遗留的，以心脏瓣膜损害为主的心脏病变。本病可累及各瓣膜，

其中以二尖瓣病变最为常见。

（二）证候诊断

1.热毒侵心证：初期多见发热、咽痛，或有关节疼痛，继而出现心悸不宁，胸闷，

气短，动辄尤甚。舌红衬紫苔黄，脉浮数或滑数。

2.心肺两虚证：咳嗽，咯痰或干咳，气短，气促，动则加剧，或夜间突发气促，易

感冒。苔薄白，脉弱。

3.心肾阳虚证：心悸怔忡，形寒怯冷，面色晄白，两颧红紫，气短似叹息状，腹胀，

四肢不温，自汗尿少，肢体浮肿。舌淡苔白，脉细弱。

4.阳气虚衰、血瘀水停证：口唇紫绀，两颧暗红，胁下痞块，颈脉曲张，爪甲青紫，

胸闷胸痛或脘腹胀痛，心悸气短，下肢浮肿。舌紫暗或瘀斑，脉细或涩。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.热毒侵心证

治法：清热解毒，养心安神。

推荐方药：五味消毒饮合黄连解毒汤加减。金银花、黄连、酒黄精、百合、山豆根、

甘草等。

— 56 —

心血管科中医诊疗方案

中成药：通塞脉片、银翘散等。

2.心肺两虚证

治法：补益心肺。

推荐方药：养心汤加减。黄芪、茯苓、当归、川芎、炙甘草、半夏、柏子仁、酸枣

仁、远志、五味子、党参、肉桂等。

中成药：生脉饮口服液、补心气口服液、养心氏片等。

3.心肾阳虚证

治法：补益心肾，温阳利水

推荐方药：真武汤、参附汤加减。生炙黄芪、淡附片、党参、玉竹、车前草、丹参、

葶苈子等。

中成药：桂附地黄丸、济生肾气丸等。

4.阳气虚衰，血瘀水停证

治法：温阳益气，活血利水。

推荐方药：济生肾气丸合葶苈大枣泻肺汤、血府逐瘀汤加减。制附子、肉桂、生黄

芪、前胡、参三七、丹参、粉防己、福泽泻、益母草、当归、桃仁、川芎、枳实等。

中成药：血府逐瘀口服液、心元胶囊等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

1.病证早期邪实较甚者：可选择双黄连注射液、清热解毒注射液等静脉滴注。

2.正气虚者：可选择黄芪注射液、生脉注射液、参麦注射液等静脉滴注。

3.阳气虚衰、瘀水互结者：可选择参附注射液、心脉隆注射液、血塞通注射液等静

脉滴注。

（三）针灸治疗

1.应用时机：可根据具体情况辨证选用。

2.治疗原则：按照经络理论，可根据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、耳针、灸法等。

3.针灸方法

（1）体针：取内关、膻中、间使、通里、心俞等穴，用平补平泻针法调气，利水

消肿可选水分、水道、阳光陵泉透阴陵泉、中俞透曲骨等。

（2）耳针：取一侧耳穴心、肺、神门、小肠、交感、皮质下。

（3）灸法：采用热敏艾条，运用回旋灸、雀啄灸、循经往返灸等热敏灸手法，在

心俞、关元、神阙、足三里、内关等。

— 57 —

心血管科中医诊疗方案

（四）内科基础治疗

病程中有风湿活动者可考虑消除链球菌抗生素如青霉素类的应用，并根据链球菌易

感程度、风湿热发作次数及瓣膜损毁情况等长期应用，必要时可短期应用糖皮质激素。

病程中后期可根据心功能情况选择利尿剂、β受体阻滞剂、洋地黄类等药物，并同时注

重抗凝药物的应用。具体可参见 ACC 和 AHA《心瓣膜疾病治疗指南（2006 年修订版）》

和中华医学会风湿病学分会制定的《风湿热诊治指南》及心血管病分会制定的《中国慢

性心力衰竭诊断治疗指南》（2007）。

（五）护理调摄

1.生活起居：慎起居，注意保暖，避免感受寒湿，重视对痹证、感冒、乳蛾、烂喉

痧等疾病的治疗，积极控制和预防风湿热的发生，以免病情加重。平素注意体育活动，

增强抵御外邪的能力，如已出现心脏炎等表现时则应注意休息，可根据身体状况选择散

步、太极拳等活动方式，避免增加心脏负担。

2.饮食调理：合理饮食，应定时、定量，避免饱食；给予低盐、低脂、高热量、高

纤维素饮食。尽可能多的食用含不饱和脂肪酸的食物（如鱼类），多食用新鲜蔬菜和瓜

果，以减少便秘与腹胀，避免增加心脏负担。避免食用辛辣刺激性食物，少喝咖啡和浓

茶。戒烟酒。

3.情志调摄：保持心情愉悦，避免不良情绪刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候学评价：参照《现代中医心血管病学》（人民卫生出版社，2006 年版）、

《中药新药临床指导原则 2002 版》中医证侯疗效判定标准 等进行疗效评价。

2.疾病病情评价

（1）通过短期内体重变化、液体渚留状况、胸部 X 线检查等评价急性期的治疗效

果。

（2）通过美国纽约心脏病学会（NYHA）提出的心功能分级方案，6 分钟步行试验等

评价心功能等。

（3）通过二维多普勒超声心动图检查以评估 LVEF、左右心房、心室大小，瓣膜损

害情况及功能等。

（4）通过利钠肽（BNP）水平测定评估心脏收缩功能。

（二）评价方法

可在患者不同就诊时间，选用不同的评价量表和辅助检查进行评价。

— 58 —

心血管科中医诊疗方案

1.入院当天：可根据《现代中医心血管病学》、《中药新药临床指导原则 2002 版》

等中医证侯疗效判定标准、NYHA 心功能分级、6 分钟步行试验等进行评价，二维超声心

动图、BNP 等进行瓣膜损害情况、心脏收缩功能评估。

2.入院 7～14 天：可选用上述中医证候评价标准、NYHA 心功能分级、6 分钟步行试

验、胸部 X 线、BNP 等评估疾病改善情况。

— 59 —

心血管科中医诊疗方案

心胀病（扩张型心肌病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会心病专业委员会《中医心病诊断疗效标准与用药规范》（沈绍

功、王承德、闰希军主编，北京出版社，2001 年）。

2.西医诊断标准

参照中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会、中国心肌病诊断

与治疗建议工作组制定的《心肌病诊断与治疗建议》（《中华心血管病杂志》2007 年 1

月第 35 卷第 1 期）。

（1）临床常用左心室舒张期末内径（LVEDd）＞5.0cm（女性）和＞5.5cm（男性）。

（2）LVEF＜45％和（或）左心室缩短速率（FS）＜25％。

（3）更为科学的是 LVEDd＞2.7cm/m2，体表面积（In）=0.0061×身高（cm）+0.0128

×体重（kg）-0.1529，更为保守的评价 LVEDd 大于年龄和体表面积预测值的 117％，即

预测值的 2 倍 SD+5％。

临床上主要以超声心动图作为诊断依据，X 线胸片、心脏同位素、心脏计算机断层

扫描有助于诊断，磁共振检查对于一些心脏局限性肥厚的患者，具有确诊意义。在进行

DCM 诊断时需要排除引起心肌损害的其他疾病，如高血压、冠心病、心脏瓣膜病、先天

性心脏病、酒精性心肌病、心动过速性心肌病、心包疾病、系统性疾病、肺心病和神经

肌肉性疾病等。

（二）分期诊断

参照中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会、中国心肌病诊断

与治疗建议工作组制定的《心肌病诊断与治疗建议》将扩张型心肌病分为：早期、中期

和晚期阶段：

早期阶段：仅仅是心脏结构的改变，超声心动图显示心脏扩大、收缩功能损害但无

心力衰竭的临床表现。

中期阶段：超声心动图显示心脏扩大、LVEF 降低并有心力衰竭的临床表现。

晚期阶段：超声心动图显示心脏扩大、LVEF 明显降低并有顽固性终末期心力衰竭的

临床表现。

— 60 —

心血管科中医诊疗方案

（三）心功能分级诊断

参照中华医学会2007年颁布的“慢性心力衰竭的诊断和治疗指南”中美国纽约心脏

学会（NYHA）分级方案。

Ⅰ级：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼

吸困难或心绞痛。

Ⅱ级：心脏病患者的体力活动受到轻度限制，休息时无自觉症状、但平时一般活动

下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

Ⅲ级：心脏病患者体力活动明显受限，小于平时一般活动即引起上述的症状。

Ⅳ级：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心衰的症状，体力活

动后加重。

（四）证候诊断

1.早期阶段

（1）邪伤心阴证：心烦心悸，胸闷隐痛，咽干红痛，五心烦热或有低热，口渴不

欲饮。舌红少苔或黄苔，脉细数或结代。

（2）气虚邪恋证：心悸善惊，胸闷憋气，动则心悸，心神不安；项强背冷，反复

感冒，低热时作。舌质淡、苔白腻，脉濡或结代。

（3）心肾不交证：心悸怔忡，失眠健忘，腰酸耳鸣，气短胸闷，口干心烦，神疲

乏力。舌质淡红，脉细数。

2.中期阶段

（1）气虚血瘀证：心悸气喘，神疲乏力，遇劳加重，喘息尿少，面色晦暗，唇甲

色紫。舌质淡或紫黯、或边有齿痕，苔薄白，脉细涩。

（2）气阴两虚证：心悸气短，乏力体倦，心烦失眠，五心烦热，头目不清，口干

眼涩。舌质红，或紫暗、有瘀点、瘀斑，苔薄白或苔少，脉细软无力或结代。

（3）心肾阳虚证：心悸怔忡，短气喘促，或咳逆依息不得卧，精神不振，畏寒肢

冷，尿少浮肿，神倦乏力，腰膝酸软，唇青舌暗。舌苔薄白或白滑，脉沉细，或沉弱、

结代，或促。

3.晚期阶段

（1）痰瘀饮停证：咳喘胸闷，咯吐白泡沫痰，心下悸动，尿少，下肢浮肿，颈脉

怒张，右胁下痞块，面唇发紫。舌质紫，苔白滑腻、脉弦滑或结。

（2）阳虚水泛证：心悸气急，咳喘痰多，动则喘息，喘息不得卧，恶心纳呆，畏

寒肢冷，尿少浮肿。舌质淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细而数，重取无力，或虚大结

代。

— 61 —

心血管科中医诊疗方案

（3）阳气欲脱证：心悸喘促，不得平卧，大汗淋漓，咯吐涎沫，四肢厥冷，面色

苍白，唇甲青紫，烦躁不安，尿少浮肿。舌淡苔白，脉沉微欲绝。

临床路径适用于诊疗方案中为中期阶段的患者。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.早期阶段

（1）邪伤心阴证

治法：清热养阴，保心凉血。

推荐方药：清瘟败毒散加减。生地、麦冬、元参、银花、连翘、知母、桔梗、柏子

仁、玉竹等。

中成药：滋心阴口服液等。

（2）气虚邪恋证

治法：益气养心，化湿泄毒。

推荐方药：四君子汤加减。太子参、白术、茯苓、生黄芪、苦参、苍术、桂枝、防

风、葛根、仙鹤草等。

中成药：黄芪口服液、双黄连口服液等。

（3）心肾不交证

治法：补肾养心，交通心肾。

推荐方药：交泰丸合离照汤（《医醇剩义》）加减。人参（另煎）、丹参、黄连、肉

桂、楮实子、五味子、沉香、茯神、郁金、琥珀屑等。

中成药：心肝宝胶囊等。

2.中期阶段

（1）气虚血瘀证

治法：益气活血，理气通脉。

推荐方药：保元汤合桃红四物汤加减。黄芪、人参（党参）、肉桂、当归、川芎、

赤芍、桃仁、红花、生姜、甘草等。

中成药：补心气口服液、芪参益气滴丸等。

静脉制剂：黄芪注射液、丹参注射液等。

（2）气阴两虚证

治法：益气养阴，通脉宁心。

推荐方药：生脉饮加味。生黄芪、太子参（党参）、麦冬、黄精、生地、五味子、

炙甘草、酸枣仁、紫丹参等。

— 62 —

心血管科中医诊疗方案

中成药：生脉口服液、益心舒胶囊等。

静脉制剂：生脉注射液等。

（3）心肾阳虚证

治法：温阳益气，利水平喘。

推荐方药：参附汤合苓桂术甘汤加减。人参（红参）、炮附子、黄芪、茯苓、桂枝、

白术、泽泻、车前子等。

中成药：芪苈强心胶囊等。

静脉制剂：参附注射液等。

3.晚期阶段

（1）痰瘀饮停证

治法：化痰祛瘀利水。

推荐方药：苏子降气汤合丹参散（《沈氏尊生书》）加减。苏子、法半夏、陈皮、肉

桂、前胡、炒当归、厚朴、丹参、茯苓、开金锁、白术等。

静脉制剂：丹参注射液等。

（2）阳虚水泛证

治法：温阳利水，化痰平喘。

推荐方药：真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减。制附片（先煎）、茯苓、白术、白芍、

生姜、葶苈子、桑白皮、生黄芪、党参、陈皮、半夏、泽泻等。

中成药：芪苈强心胶囊等。

静脉制剂：黄芪注射液、参附注射液等。

（3）阳气欲脱证

治法：温阳益气，回阳救逆。

推荐方药：回阳救急汤加减。制附片（先煎）、红参（另煎）、干姜、肉桂、白术、

茯苓、五味子、半夏、陈皮、炙甘草、煅龙骨（先煎）、煅牡蛎（先煎）等。

静脉制剂：参附注射液等。

（二）针灸疗法

治疗原则：按照经络理论，可根据不同分期、不同证候选择合理的穴位配伍和适宜

的手法进行。治疗主要以体针、耳针为主。

1.体针

选穴：内关、少府、心俞、神门、足三里、阴陵泉、三焦俞、水分、水道等。 每

次取穴 4～5 个，1 日 1 次，7～10 天为 1 疗程，休息 2～7 天再行下一疗程。

2.耳针

— 63 —

心血管科中医诊疗方案

选穴：心、肺、肾、脾、神门、内分泌、三焦等。

用耳贴或王不留行籽压穴。每次取 4～6 穴，两耳交替，3 天换药 1 次，5 次为 1 个

疗程，共 1～4 个疗程。

3.灸法

选穴：心俞、列缺、百会、神阙、膻中、关元、内关、足三里、三焦俞、肾俞、肺

俞、气海、三阴交等。

每次选用 3～5 穴位，艾条灸 15～20 分钟，灸至皮肤潮红为度，每日一次，10 次为

一疗程。

（三）穴位贴敷

1.（取良姜、香附、吴茱萸等份）贴敷神阙穴，1 次/日。适用于心衰纳差者。

2.葱白、白胡椒等分，外敷神阙穴。用于各种顽固性心衰，出现利尿剂抵抗者。

（四）中药熏洗疗法

1.伸筋草、透骨草、桂枝、当归尾、鸡血藤、路路通、夜交藤。煎汤熏洗双足，持

续 20～30 分钟，1 次/日，10 日为一个疗程。

2.益母草、泽兰、泽泻、食盐。煎汤熏洗双足，持续 20～30 分钟，1 次/日，10 日

为一个疗程。

（五）内科基础治疗

参照中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会、中国心肌病诊断

与治疗建议工作组制定的《心肌病诊断与治疗建议》（2007 年），并积极控制危险因素和

合并症，如高血压、糖尿病、高脂血症等。

（六）护理调摄

1.生活起居：注意休息，适当限制活动量，避免持重、屏气及剧烈的体能活动，以

减少耗伤气血。保持空气新鲜流通，阳光充足，室内寒暖适宜，预防感冒。

2.饮食调理：饮食以清淡，少量多餐，忌食甘肥厚腻及生冷之品，宜摄入低盐、低

脂、高蛋白和高维生素的饮食，控制钠盐及动物脂肪的摄入。选择服用益气养阴如黄芪

粥、莲子粥、山药、木耳等；化饮利水如薏米、莲子、赤小豆等；清心宁心的莲子心、

苦瓜等；益气温阳如清蒸黑鱼等食品。

3.情志调摄：保持心情舒畅，平素情绪稳定，避免情志过激；以良好的心态，积极

接受早期系统治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候疗效标准

— 64 —

心血管科中医诊疗方案

显效：症状全部消失，中医证候积分为 0 或治疗前后证候积分之差≥70％者。

有效：治疗前后中医证候积分之差≥50％而＜70％者。

无效：治疗前后中医证候积分之差＜50％者。

加重：治疗后中医证候积分超过前积分。

2.综合疗效标准

显效：症状、体征基本消失，心功能纠正至 NYHAⅠ级，各项检查指标基本恢复正常。

有效：症状、体征好转，心功能改善 1 级或以上，各项检查指标有所改善。

无效：症状、体征、心功能 NYHA 分级以及各项检查指标基本无明显变化。

加重：症状、体征加重，心功能 NYHA 分级加重 1 级或以上，各项检查指标无改善

或恶化。

（二）评价方法

1.中医证候评价：按照中医证候积分计量评分表进行计分。

（1）证候计分评定方法

4 分：心悸，气短，乏力，胸闷、胸满、胸痛、浮肿，心烦，失眠，尿少，喘促，

不得平卧等症状，舌脉等表现明显，经常持续出现，影响工作和生活者。

3 分：上证明显，经常出现，不影响工作和生活者。

2 分：上证时轻时重，间断出现，不影响工作和生活者。

1 分：上证较轻，偶尔出现，不影响工作和生活者。

0 分：上述消失。

（2）积分百分比计算公式为：［（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分］×100%

2.综合疗效评价：按照疗效评价标准中的症状、体征、心功能 NYHA 分级，以及心

电图、X 线检查、超声心动图、BNP（或 NT-ProBNP）、抗心肌线粒体 ADP/ATP 载体抗体、

抗肌球蛋白抗体等各项检查指标综合评定。

— 65 —

心血管科中医诊疗方案

促脉证（阵发性心房颤动）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医诊断学》（朱文锋主编，中国中医

药出版社，2007 年）。

脉来数而时一止，止无定数。自觉心悸，或快速，或跳动过重，或突发突止。呈阵

发性，可伴胸闷不适，心烦寐差，颤抖乏力，头晕等症。

2.西医诊断标准：

参照《老年人心房颤动诊治中国专家建议（2011）》 中华医学会老年医学分会，2011

年）。

（1）临床特点：指持续时间＜7 天的房颤，一般＜48 小时，多为自限性。

（2）辅助检查：

①心电图：可见窦性心律心电图和规则有序的心房电活动丧失，代之以快速无序的

颤动波心电图。

②动态心电图：可见窦性心律心电图和规则有序的心房电活动丧失，代之以快速无

序的颤动波心电图。

③超声心动图：可见心房扩大、瓣膜关闭不全、瓣膜狭窄、左室收缩功能下降等。

（二）证候诊断

1.气阴两虚证：心中悸动，五心烦热，失眠多梦，短气，咽干，口干烦躁。舌红少

苔，脉细数或促。

2.心虚胆怯证：心悸怔忡，善惊易恐，坐卧不安，恶闻声响，多梦易醒。舌质淡红，

苔薄白，脉细弦而促。

3.痰热内扰证：心悸，睡眠不安，心烦懊恼，胸闷脘痞，口苦痰多，头晕目眩，胸

闷或胸痛。舌红，苔黄腻，脉滑而促。

4.气虚血瘀证：心悸怔仲，气短乏力，胸闷心痛阵发，面色淡白，或面唇紫暗。舌

质暗淡或有瘀斑，脉促或结代。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

— 66 —

心血管科中医诊疗方案

1.气阴两虚证

治法：益气养阴，复脉安神。

推荐方药：炙甘草汤加减。炙甘草、生姜、桂枝、太子参、生地黄、阿胶、麦门冬、

麻子仁、大枣、柏子仁、莲子心等。

中成药：生脉饮、稳心颗粒等。

2.心虚胆怯证

治法：益气养心，安神定悸。

推荐方药：安神定志丸加减。生龙骨、生牡蛎、紫石英、琥珀粉、合欢皮、酸枣仁、

远志、茯神、茯苓、白术、石菖蒲、麦冬等。

3.痰热内扰证

治法：清热化痰，宁心安神。

推荐方药：黄连温胆汤加减。黄连、法夏、陈皮、竹茹、枳实、瓜蒌、茯苓、石菖

蒲、苦参、丹参等。

4.气虚血瘀证

治法：益气活血，养心安神。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、桃仁、红花、地龙、赤芍、川芎、归尾等。

中成药：复方丹参滴丸、通心络胶囊、复方血栓通胶囊等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选择黄芪注射液、参麦注射液、生脉注射液、丹参注射液、灯盏

花素注射液等。

（三）特色疗法

1.体针

（1）选心俞、内关、三阴交、通里、太冲等穴；心血不足加神门、脾俞、膈俞；

不寐加历兑；眩晕加百会、风池穴。平补平泻，留针 20～30 分钟，每日 1 次。可酌情

加灸法，10 天为 1 疗程。

（2）选足三里、三阴交、条口、承山、中都等穴，并配合辨证取穴，平补平泻，

留针 20～30 分钟，每日 1 次，10 天为 1 疗程。

2.腹针

取中脘、下脘、气海、关元、阴都（左）、商曲（左）。肾虚加气旁（双）、气海

下；火热偏盛加水道（双）；痰湿偏盛及心悸易惊、心脾两虚加大横（双）。常规消毒

后，采用薄氏腹针专用套管针进行针刺，取穴严格按腹针穴位定位，进针后不行补泻手

法。每次留针 20 分钟，隔天治疗 1 次。

— 67 —

心血管科中医诊疗方案

3.耳穴

（1）取心、神门、皮质下、胸区、交感等穴，每次选 2～3 穴，留针 20 分钟，每

日 1 次，10 天为 1 疗程。

（2）取心、神门、皮质下、肾、交感等穴，用胶布固定王不留行，每天按 4～6 次，

以有酸胀感为度，每次 3～5 分钟，保留 7～10 天。

（四）内科基础治疗

积极控制危险因素和合并症，参照相关疾病治疗建议或指南。

（五）健康指导

1.生活起居：合理安排休息与活动，在气候变化大、季节交替的时候要采取措施，

预防感冒，保持大便通畅，不宜晚睡，睡前不宜过度兴奋。发作期宜静卧休息，缓解期

宜适当锻炼，如交谊舞、广播操、散步、太极拳等。

2.饮食调理：忌辛辣刺激饮食，多摄入新鲜蔬果，多食用深海鱼类等，戒烟限酒，

勿饮用含咖啡因类的饮料和浓茶，控制油脂和胆固醇的摄入，注意饮食的相对稳定性，

不能随意大幅度改变饮食。

3.情志调摄：精神放松，心胸豁达，保持心情平和稳定，避免情绪激动。

三、疗效评价

参照《中药新药临床指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）中医证侯疗效判

定标准、《1979 年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会》等进行

疗效评价。

（一）评价标准

1.心电图检查疗效判定标准

（1）显效：阵发性心房颤动完全不发作或偶尔发作（≤2 次/月，≤1 小时/次 ）；

（2）有效：阵发性心房颤动发作减少 50％以上（时间和次数）；

（3）无效：达不到显效或有效标准者。

2.中医证候疗效评定标准

（1）临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，积分减少≥95%。

（2）显效：中医临床症状、体征明显改善，积分减少≥70%且＜95%。

（3）有效：中医临床症状、体征均有好转，积分减少≥30%且＜70%。

（4）无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，积分减少＜30%。

（二）评价方法

可在患者初诊、治疗中、出路径时，采用心电图检查疗效判定标准、中医证候疗效

评定标准等进行评价。

— 68 —

心血管科中医诊疗方案

附件：症候积分表

中医证候改善率=（治疗前积分－治疗后积分）/治疗前积分×100%

— 69 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 无（0 分） | 轻（1 分） | 中（2 分） | 重（3 分） |
| 心悸 |  | 正常活动时稍感心悸，  不影响正常生活工作 | 正常活动时明显心悸，休  息后可缓解，可勉强坚持  日常活动 | 休息时无症状，稍轻微  活动即会引起心悸，不  能进行日常活动 |
| 黑矇 |  | 偶尔发作 | 间断发作 | 经常发作 |
| 气短 |  | 一般活动后气短 | 稍活动后气短 | 平素不活动亦感气短喘  促 |
| 头晕 |  | 头晕眼花，时作时止 | 头晕较重，行走时加重 | 头晕欲仆，不能站立及  行走 |
| 乏力 |  | 精神不振，气力较差，  仍可坚持日常工作及活  动 | 精神疲乏，全身无力，勉  强坚持日常活动 | 精神气力严重疲乏，难  以坚持日常活动 |
| 胸闷 |  | 轻微胸憋 | 胸闷明显，时见太息 | 胸闷如窒 |
| 胸痛 |  | 胸部隐隐闷痛 | 胸痛时作时止 | 胸痛明显，影响日常活  动 |
| 五心  烦热 |  | 晚间手足心热 | 心烦，手足心灼热 | 烦热不欲衣被 |
| 自汗 |  | 活动后微汗出，略有湿  衣 | 不活动皮肤微潮，稍动则  更甚 | 平素即汗出，动则汗出  如水渍状 |
| 盗汗 |  | 头部汗出为主，偶尔出  现 | 胸背潮湿，反复出现 | 周身潮湿如水洗，经常  出现 |
| 善惊  易恐 |  | 感触而发，症状轻，可  自行缓解 | 有无感触均可出现，或间  断出现，时轻时重 | 无感触而发，持续时间  长，症状重 |
| 失眠 |  | 睡眠易醒，或睡而不实。  晨醒过早，不影响工作 | 每日睡眠小于 6 小时，难  以坚持正常工作 | 每日睡眠小于 4 小时，  难以坚持正常工作 |
| 口干 |  | 微有口干，不需饮水 | 口干少津，时欲饮水 | 口干难忍，频频饮水 |
| 口苦 |  | 晨起口苦 | 口苦食不知味 | 口苦而涩 |
| 呕吐  痰涎 |  | 恶心偶见痰涎清稀 | 干呕时吐痰涎如唾 | 呕吐痰涎量多 |

心血管科中医诊疗方案

结脉证（房室传导阻滞）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医诊断学》（朱文锋主编，中国中医药出版社，2001 年）。

（1）本病以心悸气短，胸闷胸痛，头晕乏力，甚则黑朦、昏仆为主症，更甚者可

发生猝死，脉象上表现为脉来迟缓，脉律不齐，不规则歇止。

（2）多在中年以上人群发病，常因情志波动，气候变化，饮食不节，劳累等诱发，

亦有无明显诱因或安静时发病者。

2.西医诊断标准

参照《内科学》（陆再英主编，人民卫生出版社，2010 年）。

（1）临床特点

①房室传导阻滞可有多种原因引起，其中药物中毒、冠心病和退行性病变是成年人

中最常见的原因。

②临床表现：I 度房室传导阻滞患者通常无症状，II 度房室传导阻滞可引起心悸，

III 度房室传导阻滞可出现乏力、眩晕、黑朦、晕厥、胸闷胸痛、气短、水肿等症状及

伴随病变的症状，完全性房室传导阻滞可出现阿-斯综合征，严重者可至猝死。

③体征：I 度房室传导阻滞听诊第一心音强度减弱，II 度 I 型房室传导阻滞听诊第

一心音强度逐渐减弱并有心搏脱漏，II 度 II 型房室传导阻滞听诊亦有间歇性心搏脱漏，

但第一心音强度恒定，III 度房室传导阻滞听诊的第一心音强度经常变动，第二心音可

呈正常或反常分裂，间或出现心房音及听到响亮、清晰的第一心音（大炮音）。

（2）心电图表现：I 度房室传导阻滞仅表现为 PR 间期延长，超过 0.20s，II 度 I

型房室传导阻滞表现为①PR 间期逐次延长，直至 P 波下传受阻无后继 QRS 波群；②RR

间期呈进行性缩短，直至一个 P 波不能下传心室，II 度 II 型房室传导阻滞的 PR 间期正

常或延长，但 PR 间期固定不变，在隔一次或数次 P 波后，发生心房激动传导突然阻滞，

无 QRS 波群跟随，III 度（完全性）房室传导阻滞表现为全部心房激动均不能传导至心

室。其特征为：①P 波与 QRS 波群没有固定的关系；②心房率快于心室率，心房激动来

自窦房结或心房异位节律③QRS 波群的间距规则，心室率约 45 次/分钟。

（二）证候诊断

— 70 —

心血管科中医诊疗方案

1.心肾阳虚证：心悸怔忡，畏寒肢冷，小便不利，肢体浮肿，腰膝酸软，甚则黑矇、

昏仆。舌淡紫，苔白滑，脉沉细结。

2.气虚血瘀证：神疲乏力，头晕健忘，胸闷心悸，自汗或心痛如刺，甚则黑矇、昏

仆。舌淡紫或有瘀斑瘀点，苔薄白，脉细结。

3.痰瘀痹阻证：胸闷心悸，体胖多痰，身体困重，心痛如刺，痛引肩背内臂，甚则

黑矇、昏仆。唇舌紫暗，苔腻或滑，脉涩结。

4.阴阳两虚证：心悸怔仲，畏寒肢冷，或五心烦热，盗汗，胸闷，头晕，甚则黑矇、

昏仆。舌暗红，脉弱结。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.心肾阳虚证

治法：温肾复脉。

推荐方药：麻黄附子细辛汤合右归丸加减。炙麻黄、制附子、细辛、熟地、山萸肉、

炒山药、枸杞子、菟丝子、当归、杜仲、鹿角胶（烊化）、肉桂等。

中成药：心宝丸等。

2.气虚血瘀证

治法：补气化瘀。

推荐方药：补阳还五汤加减。生黄芪、赤芍、川芎、当归尾、地龙、桃仁、红花等。

中成药：补心气口服液、通心络胶囊等。

3.痰瘀痹阻证

治法：化瘀祛痰。

推荐方药：桃仁红花煎合瓜蒌薤白半夏汤加减。红花、当归、桃仁、香附、 川芎、

乳香、延胡索、丹参、青皮、瓜蒌、薤白、制半夏等。

中成药：丹蒌片等。

4.阴阳两虚证

治法：滋阴温阳。

推荐方药：金匮肾气丸加减。干地黄、山茱萸、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、

制附子等。

中成药：桂附地黄丸、生脉饮等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

1.心肾阳虚证：参附注射液等；

2.气虚血瘀证：黄芪注射液、生脉注射液、丹红注射液等；

— 71 —

心血管科中医诊疗方案

3.痰瘀痹阻证：丹参注射液、瓜蒌皮注射液等。

4.阴阳两虚证：参麦注射液、参附注射液等；

（三）针灸疗法

1.体针疗法

主要取穴：心俞、内关、神门、厥阴俞。

瘀阻血脉者加膈俞、血海；痰湿阻脉加阴陵泉、丰隆；心肾阳虚加关元、肾俞；阴

阳两虚加关元、三阴交；气血两虚者加脾俞、足三里。

2.穴位注射

根据证型辨证选用相应中药注射液在足三里等穴位注射 1～2ml，左右交替，每周两

次，三周为一疗程。

（四）特色疗法

1.中药熏洗

根据证型辨证选用相应的中药煎汤熏洗双足，1 次/日，每次 30 分钟，10 日为一个

疗程。

2.耳穴压豆

取穴：心、脾、交感、皮质下。

方法：用耳贴王不留行籽或磁珠压穴。两耳交替，3 天换药 1 次，5 次为 1 个疗程，

共 1～4 个疗程。

3.穴位贴敷

采用穴位敷贴治疗贴，贴心俞、神门、膻中、内关等穴位，24 小时更换一次，10 日

为一个疗程。

（五）护理调摄

1.生活起居：注意休息，病情重者适当限制活动量，避免持重、屏气及体位的突然

改变。保持空气新鲜流通，阳光充足，室内寒暖适宜，预防感冒。

2.饮食调理：饮食以清淡，少量多餐，忌食甘肥厚腻及生冷之品，宜摄入低盐、低

脂、高蛋白和高维生素的饮食。

3.情志调摄：保持情绪稳定，避免情志刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候疗效评价标准：参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》（沈绍功主

编，北京出版社，2002 年）和《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，

2002 年）。

— 72 —

心血管科中医诊疗方案

显效：症状全部消失，积分为 0 或治疗前后证候积分之差≥70％；

有效：治疗前后证候积分之差≥50％而＜70％；

无效：治疗前后证候积分之差＜50％；

加重：治疗后证候积分超过前积分。

注：计算公式为：［（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分］×100%

2.西医疗效评价标准：参照 1979 年全国中西结合防治冠心病、心绞痛、心律失常

研究座谈会修订的《常见心律失常病因、严重程度及疗效判断标准》制定

显效：I 度和 II 度房室传导阻滞消失，或传导阻滞 II 度变为 I 度者；

有效：用药后 I 度房室传导阻滞缩短 0.04 秒以上.或传导阻滞 II 度变为 I 度或 III

度房室传导阻滞变为 II 度，或心率增快 20%以上；

无效：用药后无变化；

恶化：用药后传导阻滞更明显或心率较前减慢 20%者。

3.综合疗效评定标准

参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》和《中药新药临床研究指导原则》进行。

显效：中医证候疗效评价和/或西医疗效评价显效；

有效：中医证候疗效评价和/或西医疗效评价有效；

无效：中医证候疗效评价和西医疗效评价无效；

加重：中医证候疗效评价和西医疗效评价恶化。

（二）评价方法

在入院时或门诊最初诊治三天内及出院前一天或门诊疗程结束前一天按照中医西

医的疗效评价标准进行评价。

1.中医证候评价：按照中医证候积分计量评分表进行积分评价。

2.西医疗效评价：按照西医疗效评价标准评价，主要为心电图的变化。

3.综合疗效评价：按照综合疗效评定标准进行评价。

— 73 —

心血管科中医诊疗方案

附：证候积分表

— 74 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 无（0 分） | 轻（1 分） | 中（2 分） | 重（3 分） |
| 心悸 |  | 正常活动时稍感  心悸，不影响正常  生活工作 | 正常活动时明显心悸，休息  后可缓解，可勉强坚持日常  活动 | 休息时无症状，稍轻微活动  即会引起心悸，不能进行日  常活动 |
| 气短 |  | 一般活动后气短 | 稍活动后气短 | 平素不活动亦感气短喘促 |
| 黑矇 |  | 偶尔发作 | 间断发作 | 经常发作 |
| 头晕 |  | 头晕眼花，时作时  止 | 头晕较重，行走时加重 | 头晕欲仆，不能站立及行走 |
| 乏力 |  | 精神不振，气力较  差，仍可坚持日常  工作及活动 | 精神疲乏，全身无力，勉强  坚持日常活动 | 精神气力严重疲乏，难以坚  持日常活动 |
| 胸闷 |  | 轻微胸憋 | 胸闷明显，时见太息 | 胸闷如窒 |
| 胸痛 |  | 胸部隐隐闷痛 | 胸痛时作时止 | 胸痛明显，影响日常活动 |
| 浮肿 |  | 晨起晚间轻微浮  肿 | 指陷性浮肿＋――＋＋ | 指陷性浮肿＋＋以上 |
| 自汗 |  | 活动后微汗出，略  有湿衣 | 不活动皮肤微潮，稍动则更  甚 | 平素即汗出，动则汗出如水  渍状 |
| 盗汗 |  | 头部汗出为主，偶  尔出现 | 胸背潮湿，反复出现 | 周身潮湿如水洗，经常出现 |
| 口干 |  | 微有口干，不需饮  水 | 口干少津，时欲饮水 | 口干难忍，频频饮水 |
| 尿少 |  | 尿 量 稍 减 少 ， 24  小时尿量 1000ml  以上 | 尿 量 减 少 ， 24 小 时 尿 量  400ml 以内 | 尿量明显减少，24 小时尿量  100ml 以下 |
| 畏寒  肢冷 |  | 手足不温，自觉怕  冷 | 四肢发冷，需加衣被 | 全身发冷，增加衣被仍觉不  能完全缓解 |
| 心烦  不安 |  | 遇事心烦不安 | 心烦不安明显 | 心烦不安不可克制 |
| 失眠 |  | 睡眠易醒，或睡而  不实。晨醒过早，  不影响工作 | 每日睡眠小于 6 小时，难以  坚持正常工作 | 每日睡眠小于 4 小时，难以  坚持正常工作 |
| 腰膝  酸软 |  | 腰膝酸软轻微，不  影响工作生活 | 腰膝酸软较重，对工作略有  影响 | 腰膝酸软重，影响工作生活，  难以坚持 |

心血管科中医诊疗方案

肺心病（慢性肺源性心脏病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科常见病诊疗指南》（中国中医药出版社，2008 年）。

（1）以胸闷、心悸、喘促、脘腹胀痛、胁下痞块、下肢浮肿，咳嗽、咯痰、口唇

青紫为主要临床表现。

（2）有慢性咳嗽、咯痰、喘促等肺系疾病史。

（3）多有外感六淫、情志刺激等诱因。

2.西医诊断标准

参考《临床诊疗指南·呼吸病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009

年 1 月）。

（1）有慢性呼吸系统疾病病史。主要是慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、支气

管扩张等病史。

（2）有肺动脉高压、右心室增大或右心衰竭的相应表现。

（3）辅助检查：胸片、心电图或超声心动图显示有肺动脉高压、右心室及/或右心

房增大表现。

具有以上 1 加 2 条或 1 加 3 条，并排除其他心脏疾病即可作出诊断。

（二）证候诊断

1.寒饮射肺证：咳嗽痰多，痰白而稀，短气喘息，或兼恶寒无汗，周身酸楚。舌淡

苔白，脉浮紧或细滑。

2.痰热壅肺证：胸部憋闷，心悸，喘促，烦躁，咳嗽，痰黄或白，粘稠难咯，或身

热微恶寒，微有汗出，溲黄便干，口渴。舌红，舌苔黄或黄腻，边尖红，脉数或滑数。

3.气虚血瘀证：心悸，怔忡，胸闷，神疲乏力，呼吸浅短难续，声低气怯，咳嗽，

痰白清稀，汗出，面色晦黯，唇甲发绀。舌质淡或黯紫，舌下脉络紫黯迂曲，脉细涩无

力，或有促结代。

4.阳虚水泛证：心悸，胸闷，怔忡，咳喘，咯痰清稀，面浮，下肢水肿，甚则一身

悉肿，腹部胀满，脘痞，纳差，尿少，畏寒，肢冷，面唇青紫。舌胖质黯，苔白滑，脉

沉细或促。

— 75 —

心血管科中医诊疗方案

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.寒饮射肺证

治法：疏风散寒，温肺化饮。

推荐方药：小青龙汤加减。炙麻黄、桂枝、细辛、干姜、法半夏、五味子、白芍、

甘草等。

中成药：小青龙颗粒、桂龙咳喘宁胶囊等。

2.痰热壅肺证

治法：清肺化痰，降逆平喘。

推荐方药：桑白皮汤加减。桑白皮、黄芩、黄连、栀子、杏仁、贝母、半夏、苏子、

瓜蒌皮、川贝母等。

中成药：鲜竹沥口服液、蛇胆川贝液等。

3.气虚血瘀证

治法：补益心肺，活血化瘀。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、川芎、赤芍、当归、地龙、桃仁、红花、丹参、

桔梗、炙甘草等。

中成药：补心气口服液、复方丹参片、芪参益气滴丸、黄芪颗粒等。

4.阳虚水泛证

治法：温补心肾、活血利水。

推荐方药：真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减。附子、茯苓、白术、白芍、葶苈子、猪

苓、泽兰、益母草、地龙、生姜、大枣等。

中成药：芪苈强心胶囊、济生肾气丸、固肾定喘丸等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

1.痰热壅肺证，可选用痰热清注射液、清开灵注射液等。

2.气虚血瘀证，可选用黄芪注射液等。

3.阳虚水泛证，可选用心脉隆注射液、参附注射液等。

4.兼有血瘀证，可选用丹红注射液、川芎嗪注射液、红花注射液等。

（三）特色疗法

1.针刺

根据病情需要，可选用定喘、列缺、尺泽、合谷、膻中、足三里、肺俞等。

2.灸法

选用无烟灸，适用于气虚血瘀，心肾阳虚、血瘀水停证等。选穴：肺俞、脾俞、肾

— 76 —

心血管科中医诊疗方案

俞、足三里、定喘、气海、丰隆、关元、膏盲俞、命门等。每次选 3～4 个穴，每穴 30

分钟，每日一次；可直接灸或隔姜灸，10～15 天为一疗程。

3.拔罐

取穴：肺俞、脾俞、丰隆、定喘、膻中、肾俞、膈腧、大椎等。

操作：病人仰卧位，在膻中穴拔 5～10 分钟；再令病人俯卧位，辨证选取其他穴位，

约 10～15 分钟。每天 1 次，5 次为一疗程。

4.穴位贴敷

（1）神阙穴贴敷：一捻金散（大黄、槟榔、二丑、朱砂、党参），蜜调，取适量置

专用脐贴上，敷于神阙穴，可用于痰热较盛之咳嗽、气喘者，每日 1 次，每次敷 12～24

小时。

当归大黄膏（当归、大黄、芒硝、甘草），蜜调，取适量置专用脐贴上，敷于神阙

穴，可用于辅助治疗喘咳、大便秘结者，每日 1 次，每次 12～24 小时。

（2）伏天贴敷疗法：白芥子、细辛、元胡、甘遂共为末，取适量调敷肺俞、膏肓、

百劳等穴位，分别在一伏、二伏、三伏贴敷，每次贴敷要 4～6 个小时，以祛散伏痰、

止咳、平喘预防复发加重。

5.中药足浴

（1）寒饮射肺证：桂枝、干姜、清半夏、甘草等。

（2）痰热壅肺证：陈皮、半夏、桑白皮、鱼腥草等。

（3）气虚血瘀证：党参、黄芪、丹参、红花等。

（4）阳虚水泛证：制附子、丹参、泽兰、桂枝、椒目等。

上药水煎，共取药液约 400mL，加热水 2000mL 倒入桶内，调节水温以不烫为度，将

双足浸入桶内，每次浴足 30 分钟，每日 1 次，10～15 天为一疗程。

（四）其他疗法

根据病情需要，可选用离子导入仪进行中药离子导入治疗。

（五）护理调摄

1.饮食调理：鼓励患者进食高热量、高蛋白、高维生素食物，低钠饮食；腹胀期间

宜进食流质和半流质；饮食有节制，宜清淡，忌食辛辣、油腻之品。

2.生活起居：避风寒、适寒温，预防感冒；保持室内空气新鲜、流通；保持大便通

畅，便秘者给予润肠通便之品；保持口腔清洁。

3.情志调摄：避免情志刺激，保持心情愉快。

三、疗效评价

（一）评价标准

— 77 —

心血管科中医诊疗方案

1.中医证候疗效评价标准：参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》（沈绍功主

编，北京出版社，2002 年）和《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，

2002 年）。

显效：症状全部消失，积分为 0 或治疗前后证候积分之差≥70％者；

有效：治疗前后证候积分之差≥50％而＜70％者；

无效：治疗前后证候积分之差＜50％者；

加重：治疗后证候积分超过前积分。

注：计算公式为：［（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分］×100%

2.西医疗效评价标准：按照美国纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级方案评价。

显效：心功能进步 2 级以上，症状体征及心电图、左室射血分数（EF）等指标明显

改善；

有效：心功能进步 1 级，症状体征及心电图、EF 等指标有所改善；

无效：治疗前后心功能的改善达不到 1 级，或无改变；

加重：心功能恶化 1 级或 1 级以上，或死亡者。

（二）评价方法

在入院当天、出路径时，采用中医证候疗效评价标准、西医疗效评价标准进行评价。

中医证候疗效评价参考证候积分表：

证候积分表

— 78 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 无（0 分） | 轻（2 分） | 中（4 分） | 重（6 分） |
| 心悸 |  | 正常活动时稍感心  悸，不影响正常生活  工作 | 正常活动时明显心悸，  休息后可缓解，可勉强  坚持日常活动 | 轻微活动或静息时心悸，不能进  行日常活动 |
| 胸闷 |  | 活动量大时有胸部  憋闷感 | 胸闷明显，日常活动受  影响 | 胸闷如窒，静息时有呼吸困难 |
| 气喘 |  | 轻微喘息，活动量大  时明显，不影响日常  活动 | 呼吸急促，活动后气喘  加重 | 喘促、呼吸困难，端坐呼吸，不  能平卧 |
| 浮肿 |  | 双足及足踝部水肿，  按压后指印可明视  或用手抚摸有凹陷  者 | 双下肢水肿，按压后有  较深的指印，1Os 后仍  不能恢复，水肿可明  视，皮肤紧张可不发亮 | 双下肢明显水肿，甚至周身浮  肿；短时间（3s 内）轻压却能  在长时间（10s 以上）内不恢复，  皮肤发亮，甚至裂口流水等 |
| 咳嗽 |  | 轻度咳嗽，多夜间发  生 | 咳嗽明显 | 咳嗽较剧，不能自止 |
| 咯痰 |  | 痰少清稀 | 痰多，咯吐白粘痰或黄  痰 | 咯吐大量粉红色泡沫痰或黄浓  痰 |

心血管科中医诊疗方案

— 79 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 气短 |  | 活动量稍大则气短 | 一般活动后气短，影响  日常生活 | 平素不活动亦感气短喘促 |
| 右胁下  痞块 |  | 肋缘下可触及，超过  2cm 但在 3cm 以内  者。质地稍硬，如指  按唇。 | 在肋缘下大于 3cm，但  在脐水平以上者。 质  地稍硬，如指按鼻尖。 | 超过脐水平线。质地较硬，如按  眉间。 |
| 腹胀 |  | 轻度腹胀，无明显疼  痛 | 腹胀明显，纳食差，可  伴腹痛 | 腹胀如鼓，伴恶心、纳差 |
| 乏力 |  | 精神不振，气力较  差，仍可坚持日常工  作及活动 | 精神疲乏，全身无力，  勉强坚持日常活动 | 精神气力严重疲乏，难以坚持日  常活动 |
| 尿少 |  | 尿量稍减少，24 小时  尿量 400ml～1000ml | 尿量减少，24 小时尿  量 100ml～400ml | 尿量明显减少，24 小时尿量  100ml 以下 |

心血管科中医诊疗方案

动脉粥样硬化中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

诊断标准：参照《实用内科学》 第 13 版）中的诊断标准（人民卫生出版社，2010）

及中国医师协会循证医学专业委员会血管早期病变检测的中国专家共识草案（2006 年），

结合实验室检查及动脉脉搏波传导速度、踝臂指数、动脉内膜中层厚度检查，进行诊断。

（1）临床特点：临床特点多与受累器官有关。早期多无明显症状，患者多形体肥

胖，饮食肥甘厚味，嗜烟酒。中年以上渐出现脑力体力减退，头晕或头痛，胸闷胸痛，

或下肢麻木、间歇性跛行等症状应考虑有发生本病可能。

（2）辅助检查

①血脂异常：主要表现为血清总胆固醇或（和）血清甘油三酯增高、血清脂蛋白增

高、脂蛋白电泳图形异常。90％以上的病人表现为Ⅱ或Ⅳ型高脂蛋白血症。动脉粥样

硬化指数：动脉粥样硬化指数是国际医学界制定的一个衡量动脉硬化程度的指标。

它的计算方法为：动脉硬化指数（AI）=[血总胆固醇（TC）—高密度脂蛋白（HDL）]

÷高密度脂蛋白（HDL）。它的数值越大动脉硬化的程度就越重，发生心脑血管病

的危险性就越高。

②彩色多普勒超声：能判断四肢动脉，主动脉和肾动脉的血流情况以及狭窄程度。

血管内超声和血管镜检查则是直接从动脉腔内观察粥样硬化病变，是最客观、有效的方

法。

③X 线检查：选择性动脉造影可以显示其硬化所造成的管腔狭窄性病变，以及病变

的部位、范围和程度。脑 CT、磁共振显像有助于判断脑动脉的功能情况及脑组织的病变。

④心电图及其负荷运动试验：所示的特征性变化有助于诊断冠状动脉粥样硬化。放

射性核素检查有助于了解脑、心、肾组织的血供情况。

⑤动脉硬化检测设备：检测动脉脉搏波传导速度、踝臂指数，判断外周动脉硬化情

况。

（二）证候诊断

1.痰瘀痹阻证：身重，头重如裹，形体肥胖，倦怠、脘痞，四肢麻木，口淡，纳差。

舌淡胖，暗红，边有齿痕。苔白腻，脉细弱或濡缓。

2.气虚血瘀证：面色淡白而晦暗，少气懒言，心悸气短，动则加重，胸闷不适，或

— 80 —

（

心血管科中医诊疗方案

胸中隐痛，局部疼痛如刺，痛处不移。舌淡紫或有瘀斑，脉沉涩。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.痰瘀痹阻证

治法：化痰祛瘀。

推荐方药：半夏白术天麻汤、涤痰汤等加减。半夏、白术、天麻、橘红、茯苓、石

菖蒲、胆南星、枳实、竹茹、川芎、水蛭、穿山甲、甘草、生姜、大枣等。

中成药：血脂康胶囊、脂必妥胶囊等。

2.气虚血瘀证

治法：益气活血。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、赤芍、当归尾、桃仁、红花、川芎、地龙等。

中成药：通心络胶囊、脑心通胶囊、养心氏片等。

（二）特色疗法

1.针刺

取穴：内关、郄门、间使、神门、通里、合谷、曲池、乳根、足三里、丰隆、阳陵

泉、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、三阴交、太白、公孙、太冲、曲泉、中脘、鸠尾、膻

中、风池、尺泽、委中、关元、太溪等。

手法：每次辨证选取 3～5 穴，日针 1 次，留针 20～30 分钟，10 次为 1 疗程，休息

2～5 天后可行第 2 疗程，共 1～4 个疗程。

2.热敏灸

取穴：巨阙、天枢、丰隆、脾俞、心俞、肝俞、手三里、足三里、神阙、肾俞、胰

俞、三阴交、太溪、太渊、气海、膈俞、关元、石门、下脘、交信、期门、神庭、气海、

中脘、梁门、腰阳关、命门、涌泉。

操作：采用热敏艾条，运用回旋灸、雀啄灸、循经往返灸等热敏灸手法，在易发区

部位探查，激发患者经气感传，探寻热敏点，当被灸部位出现透热、扩热、传热、局部

不热远部热、表面不热深部热、非热感觉等热敏化感觉时即为热敏点，即可在该处施灸，

每次可探查选取 2～3 个热敏点，每次治疗 30 分钟，每日一次，10 次为一疗程。

3.穴位注射

采用丹参注射液或当归注射液注射内关、足三里、三阴交、丰隆、太冲穴等，每次

选两个穴位，每穴注射丹参注射液或当归注射液 1ml，每日 1 次，交替选用其他穴位，

30 天为一疗程。

4.耳针

— 81 —

心血管科中医诊疗方案

取穴：取皮质下、口、皮质下、内分泌、心、肺、脾、肾、直肠下段等穴，或取敏

感点。

操作：先将耳廓用 75%的乙醇棉球消毒，用探棒在所选穴位区域找敏感点，用短毫

针或用 0.5cm×0.5cm 的胶布贴压单粒王不留行籽或白芥子贴压于敏感点上，嘱患者每

天至少按压 3 次，每穴 3～5 分钟，至耳廓有胀痛发热的感觉为佳，双耳交替使用，2

天换药 1 次，休息 2 天为 1 周期，7 个周期为 1 疗程。

5.推拿

（1）痰瘀痹阻证：取腹部中脘、天枢穴，用一指禅推法及摩法治疗 6～8 分钟，再

按揉脾俞、胃俞、足三里、内关、丰隆；然后在左侧背部横擦，以透热为度。

（2）气虚血瘀证：揉擦涌泉，按摩内关、合谷、膻中、足三里等，每日早晚各 1

次；再按心前区、天池、灵墟等 12 分钟，再按背部心俞 4 分钟，每日 2 次。

6.中药离子导入：

（1）药物及制法：当归 15g，丹参 15g，赤芍 15g，红花 15g，桃仁 15g，川芎 15g，

五味子 15g，水煎 2 次取汁备用。

（2）穴位及用法：选取同侧风池、合谷二穴，电极加热，透皮导入。

（3）疗程：每日 1 次，14 天为 1 个疗程。每次 20～30 分钟。

（三）健康指导

1.生活起居：起居有常，避免过劳；避风寒之邪，勿汗出当风；适当运动，如散步，

太极拳等。

2.饮食调理：可以通过几种途径改变饮食结构以降低它的致动脉粥样硬化性。首先

是减少营养成分的摄入以降低LDL-胆固醇的水平。包括：限制总热量摄入，保持理想体

重。限制脂肪和胆固醇摄入：膳食中脂肪摄入量以占总热能的20%左右为宜，饱和脂肪

酸应少于总热量的10%，适当增加单不饱和脂肪酸和多不饱和脂肪酸的摄入。鱼类主要

含 n-3 系列多不饱和脂肪酸可适当多吃。少吃含胆固醇高的食物，如猪脑和动物内脏

等，胆固醇摄入量应＜300mg/日，高胆固醇血症者应＜200mg/日。避免下列含高饱和脂

肪酸食物的摄入可有效地降低饮食中的饱和脂肪酸：富含脂肪的奶制品（黄油，全脂牛

奶，奶油，冰淇淋和奶酪），动物脂肪（猪油，牛脂），高脂肉类（汉堡包，香肠，腊

肠），和热带油（椰子油，棕榈核油和棕榈油）。富含胆固醇的食物也必须减少摄入，

如：奶油，动物脂肪，鸡蛋和动物内脏。

以下推荐的饮食方案可进一步降低患心血管疾病风险：

（1）每天至少摄入5份水果和蔬菜。

（2）保持反式脂肪酸低摄入。

— 82 —

心血管科中医诊疗方案

（3）确保摄入充足的叶酸（每天400～1000mg）。

（4）每天N-3脂肪酸的摄入至少占总能量的1%。

对于高危病人可考虑增加N-3脂肪酸的摄入至1g/天。

（5）避免摄入过多的酒精。男性每天乙醇摄入量不超过20～30g，女性不超过10～

20g。

每天应摄入蔬菜300g～500g，水果200g～400g，谷类250～400g，胆固醇少于

300mg/d，食用油少于25～30g，每日饮水量1200ml。

（6）减少钠盐摄入，每天食盐控制在 6g 以内，钾盐摄入≥4.7g/d 。

（7）茶饮：可选用山楂、玫瑰花、绞股蓝、葛根、红景天等代茶饮。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免七情过激，可采用言语开导、音乐疗法、移情法

缓解恐惧、焦虑、悲观等不良情绪。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候学评价：参照中医主要临床症状评估量表的变化评价中医证候的改善情

况，具体参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）。

中医证候疗效判定标准：根据中医主要临床症状、体征的变化以及证候积分的增减，

按照尼莫地平法的计算公式，分为临床痊愈、显效、有效、无效等四个等级。

中医证候改善率=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%

临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，积分减少≥95%；

显效：中医临床症状、体征明显改善，积分减少≥70%且＜95%；

有效：中医临床症状、体征均有好转，积分减少≥30%且＜70%；

无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，积分减少不足 30%。

2.指标评价

（1）动脉内中膜厚度（IMT）

临床控制：治疗后斑块消失，IMT＜1.1mm；

显效：治疗后斑块直径减少大于 50%，IMT 较治疗前减少≥20%，但＞1.1mm；

有效：治疗后斑块直径减少大于 30%，IMT 较治疗前减少≥10%，但＜20%，且＞1.1mm；

无效：治疗后斑块直径增加，IMT 较治疗前减少＜10%，甚至较治疗前有所增加。

（2）血脂系列

临床控制：实验室各项检查恢复正常，动脉粥样硬化指数＜3；

显效：血脂检测达到以下任一项者，动脉粥样硬化指数＜4，且≥3；

TC 下降≥20%，TG 下降≥40%，HDL-C 上升≥0.26mmol/L（10mg/dl），TC-HDL/HDL-C

— 83 —

心血管科中医诊疗方案

下降≥20%；

有效：血脂检测达到以下任一项者，动脉粥样硬化指数≥4，但＜4.3；

TC 下降≥10%但＜20%，TG 下降≥20%但＜40%，HDL-C 上升≥0.104mmol/L（4mg/dl）

但＜0.26mmol/L（10mg/dl），TC-HDL/HDL-C 下降≥10%但＜20%。

无效：血脂检测未达到以上标准者，动脉粥样硬化指数≥4.3。

（二）评价方法

1.评价时点

就诊或入院当天进行评价，每 15 日对主要症状、中医证候学评价一次，每 3 个月

对彩色多普勒超声、血脂、心电图等进行评价。

2.评价工具

可选用中医证候积分表评价中医证候。

3.信息收集

通过中医四诊、体格检查收集相关临床信息。

附件 1 中医证候积分评分表（参照《中药新药临床研究指导原则》，中国医药科技

出版社，2002 年）

— 84 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 无（0 分） | 轻（2 分） | 中（4 分） | 重（6 分） |
| 头晕 | 无头晕 | 偶有头晕或头昏沉，不影响  日常生活和工作 | 时有头晕不适，头晕较  重，勉强坚持工作，有  时影响日常生活和工  作 | 头晕严重，呈天旋地转  感，或伴有眩晕欲仆，  需静卧休息，影响日常  生活和工作 |
| 头痛 | 无头痛 | 轻微头痛，时作时止 | 头痛可忍，持续不止 | 头痛难忍，上冲癫顶 |
| 胸闷 | 无胸闷 | 轻微胸闷，不影响日常生活  和工作 | 胸闷明显，有时影响日  常生活和工作 | 胸闷如窒，影响日常生  活和工作 |
| 胸痛 | 无胸痛 | 胸痛每次持续约数分钟，每  周发作 2 一 3 次，或每日发  作 1～3 次，但疼痛不重，  有时需口含硝酸甘油 | 胸痛发作每次持续数  分钟到 10 分钟左右，  疼痛较重，一般都需要  口含硝酸甘油 | 每天有多次胸痛发作，  疼痛剧烈，休息不能缓  解，多次口含硝酸甘油  仍不缓解 |
| 肢体  麻木  或疼  痛 | 无肢体麻木  或疼痛 | 偶有下肢末端麻木不适或  轻微疼痛 | 四肢远端麻木、间歇疼  痛服一般药物可缓解  或出现间歇性跛行 | 肢体麻木、疼痛难忍服  止痛药才能缓解，跛行 |
| 神疲  乏力 | 无乏力 | 精神不振，有疲乏感，不影  响日常生活和工作 | 精神疲乏，懒言少动，  有时影响日常生活和  工作 | 精神严重疲惫，卧床不  起，影响日常生活和工  作 |
| 气短 | 无气短 | 轻微气短，不影响日常生活  和工作 | 气短明显，活动时有，  休息时无，有时影响日  常生活和工作 | 气短较重，休息时也  有，影响日常生活和工  作。 |

心血管科中医诊疗方案

— 85 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 头身  困重 | 无头身困重 | 稍觉困重，不影响活动 | 困重较明显，活动减  少，有时影响日常生活  和工作 | 困重明显，不欲活动，  影响日常生活和工作 |
| 心悸 | 无心悸 | 心悸偶作，不影响日常生活  和工作 | 心悸时作，有时影响日  常生活和工作 | 心悸频作，影响日常生  活和工作 |
| 健忘 | 无健忘 | 偶有遗忘，近期记忆力减  退，不影响日常生活和工作 | 近期记忆力减退，远事  记忆力略减，有时影响  日常生活和工作 | 近事记忆力和远事记  忆力均明显减退，影响  日常生活和工作 |
| 腰膝  酸软 | 无腰膝酸软 | 轻度腰膝酸软，活动不受  限，不影响日常生活和工作 | 中度腰膝酸软，活动轻  度受限，有时影响日常  生活和工作 | 重度腰膝酸软，活动受  限，影响日常生活和工  作 |
| 耳鸣 | 无耳鸣 | 偶有耳鸣，若有若无，仅在  夜间或安静环境下出现，不  影响日常生活和工作 | 时有耳鸣，中等响度，  无明显听力障碍，有时  影响日常生活和工作 | 耳鸣持续发作，声音极  大，难以忍受，影响日  常生活和工作。 |
| 形体  肥胖 | 无形体肥胖 | 体重指数﹥25 | 体重指数﹥30 | 体重指数﹥35 |
| 畏寒  肢冷 | 无畏寒肢冷 | 手足不温 | 四肢冰冷，需加衣被 | 全身作冷，增加衣被仍  觉不能完全缓解。 |
| 小便 | 小便无异常 | 无小便排出异常，夜尿 1 次 | 小便次数增多，夜尿 2  次 | 小便清长，次数增多，  夜尿多于 2 次。 |
| 舌象 | 舌淡红苔薄  白 | 舌质红，苔薄黄或薄白 | 舌质暗红或紫暗，苔薄  黄腻或薄白腻 | 舌质有瘀点或瘀斑，苔  黄厚腻或白厚腻 |
| 脉象 | 从容和缓有  力，无至数  大小浮沉异  常 | 脉略沉或略弱 | 脉沉、涩、细或弱 | 脉沉弱，细弱，涩而无  力，或结代 |

心血管科中医诊疗方案

— 86 —

神志病科中医诊疗方案

神 志 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

狂病（轻躁狂）中医诊疗方案……………………………………………89

多寐病（发作性睡眠病）中医诊疗方案……………………………………95

惊悸（惊恐障碍）中医诊疗方案…………………………………………100

— 87 —

神志病科中医诊疗方案

— 88 —

神志病科中医诊疗方案

狂病（轻躁狂）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科学》第 2 版（王永炎主编，人民卫生出版社，2011 年）。

狂病是因情志内伤，或先天遗传，致脏腑功能失调，痰、火、瘀、气等邪气交杂，

蒙蔽清窍，脑神被扰所引起的一类神志疾病。临床以动而多怒为证候特征，常见精神亢

奋，躁扰不宁，毁物打骂，动而多怒，狂乱奔走，不避亲疏，冲动伤人等表现。

①突然精神亢奋，躁扰不宁，毁物打骂，动而多怒，狂乱奔走，不避亲疏，妄语高

歌、冲动伤人等神志、语言、举止不正常状态。

②有情志刺激、意愿不遂，突遭变故，或脑外伤等诱发因素，或有家族史。

③排除药物、中毒、热病原因所导致者。

④头颅 CT、MRI、脑电图等检查无阳性发现者。

具备以上①，参考②、③、④即可确立狂病的诊断。

2.西医诊断标准

参照《ICD-10 精神与行为障碍分类》 世界卫生组织编，人民卫生出版社，1995 年）。

症状学标准可分为核心症状 A（即情感增高或易激惹）和附加症状 B。

A.情感增高或易激惹，对个体来讲已达到肯定异常的程度，并且至少持续 4 天。

B.必须具备以下至少三条，且对日常的个人功能有一定影响。

（1）活动增多或坐卧不宁。

（2）语量增多。

（3）注意力集中困难或随境转移。

（4）睡眠需要减少。

（5）性功能增强。

（6）轻度挥霍，或其他类型轻率的或不负责任的行为。

（7）社交性增高或过分亲昵（见面熟）。

C.不符合躁狂发作（伴有或不伴有精神病性症状）和双相情感障碍、抑郁发作、环

性心境或神经性畏食的标准。

D.不是由于精神活性物质使用所致。

— 89 —

（

神志病科中医诊疗方案

（二）证侯诊断

1.心肝火炽证：起病较急，心神烦乱，洋洋自得，兴奋话多，谈笑风生，时咏时歌，

时而狂笑，稍有怫意即暴跳如雷，倏忽转怒为喜；暴饮暴食，不知饥饱，口渴喜冷饮，

大便干燥，小便黄。舌边尖红或尖红起刺，苔薄黄，脉弦数。

2.痰火上扰证：起病缓慢，平素性情急躁易怒，头痛失眠，面红目赤；发病较急，

狂躁刚暴，烦躁易怒，言语杂乱，神情木然，目光呆滞，妄作妄为，狂乱奔走，骂詈不

避亲疏；气力逾常，力敌众人；不食不眠，痰多气粗，夜寐不安，渴喜冷饮，便秘溲赤。

舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。

3.阳明腑热证：袒胸露体，蓬头垢面，面赤而热，身热外跑，旁若无人，狂笑歌号，

呼骂不迭，骁勇倍常，毁物伤人；心烦不寐，口秽喷人，烦渴引饮，大便秘结，腹胀，

腹痛拒按。舌红，苔黄厚腻，燥裂或中部焦黑苔，脉沉实有力。

4.火盛伤阴证：狂病日久，病势较缓，呼之能自止，精神疲惫，时而烦躁，情绪焦

虑，紧张恐惧，多言善惊；形瘦面红，五心烦热。舌质红，少苔或无苔，脉细数。

5.气血凝滞证：情绪躁扰不安，疑虑丛生，或目妄见，耳妄闻，妄想离奇多端，或

呆滞少语，少寐易惊，言语支离，容色晦暗，胸胁满闷，或妇人经期腹痛，经血紫暗有

块。舌质紫暗有瘀斑，舌苔或薄白或薄黄，脉细弦，或弦数，或沉弦而迟。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.心肝火炽证

治法：清心镇肝，清脑安神。

推荐方药：龙胆泻肝汤合泻心汤加减。龙胆草、黄连、黄芩、栀子、钩藤、车前子、

当归、白芍、柴胡、郁金、芦荟、珍珠母、磁石等。

中成药：朱砂安神丸、牛黄上清丸等。

2.痰火上扰证

治法：泻火涤痰，开窍醒神。

推荐方药：生铁落饮加减。胆南星、竹茹、橘红、浙贝母、黄连、连翘、钩藤、茯

苓、石菖蒲、远志、茯神、朱砂、生铁落、大黄、麦冬、玄参、丹参等。

中成药：礞石滚痰丸、安宫牛黄丸等。

3.阳明腑热证

治法：通腑泻热，醒脑宁神。

推荐方药：大承气汤合大黄黄连泻心汤加减。大黄、芒硝、枳实、厚朴、黄连、栀

子、朱砂、生龙骨、生牡蛎、代赭石等。

— 90 —

神志病科中医诊疗方案

4.火盛伤阴证

治法：滋阴降火，静脑安神。

推荐方药：二阴煎加减。生地黄、麦冬、玄参、黄连、木通、酸枣仁、茯神、龙齿、

菖蒲、远志、竹叶等。

中成药：天王补心丹、大补阴丸等。

5.气血凝滞证

治法：行气解郁，活血醒神。

推荐方药：癫狂梦醒汤加减。三棱、莪术、桃仁、红花、赤芍、当归、牛膝、穿山

甲、郁金、丹参、川芎、青皮、柴胡、香附、酸枣仁、菖蒲、龙齿、大黄等。

中成药：血府逐瘀丸、大黄

虫丸等。

（二）针灸治疗

1.体针疗法

（1）头部取穴：主取百会穴，并于印堂穴直上 2.0cm 向后平刺 25～40mm 深，目内

眦直上平行于该针两旁各 1 穴，均向后平刺 25～40mm 深；配经外奇穴印堂穴。小幅度、

轻捻转，偶伴提插，捻转速度达 200 转/分钟以上，连续 3～5 分钟，每日 1 次。

（2）腹部取穴：于剑突下 0.5 寸穴位处，针尖向肚脐方向刺 1 针，然后在其左右

旁开 0.5 寸穴位处分别刺入 2 针，3 针向下平刺 1.5 寸深，施轻度手法捻转，连续 5～

10 分钟，必要时可以通电针刺激，每日 1 次。

（3）环跳取穴：取两侧环跳穴，四寸粗针，大幅度捻转，行强刺激，以安定神志，

隔日 1 次。

（4）辨证取穴

①心肝火炽证：选用心俞、肝俞、人中、神门、太冲、后溪、大陵、少府等，以泻

法为主。

②痰火上扰证：选用人中、神门、神庭、风府、曲池、丰隆、后溪、阳陵泉等，以

泻法为主。

③阳明腑热证：选用人中、神门、内庭、足三里、中脘、大肠俞、后溪、少商、商

阳、厉兑等，以泻法为主。

④火盛伤阴证：选用神门、内关、三阴交、然谷、照海等，补泻兼施。

⑤气血凝滞证：选用郄门、内庭、神门、膈俞、三阴交、大陵、少府、后溪等，以

泻法为主。

均每日 1 次。

2.耳穴疗法

— 91 —



神志病科中医诊疗方案

取穴：神门、心、肝、脾、肾、交感、神门、皮质下等穴。

操作：用 75%乙醇消毒耳廓后，将粘有王不留行籽的胶布对准选定的耳穴贴紧并加

压，有酸麻胀痛或发热感为度。嘱患者每天自行按压 3～5 次，每次每穴 30s，双耳可交

替选用。

3.电针疗法

取穴：①神道、至阳；②风府、大椎。

操作：每次选取一组穴位，毫针常规针刺后加接脉冲电针治疗仪，用连续波强刺激

（强度以患者耐受为度）30 分钟，每日 1 次，两组穴位交替选用。

4.十三鬼穴刺血疗法

取穴：十三鬼穴（即：水沟、上星、承浆、颊车、风府、少商、大陵、劳宫、曲池、

隐白、申脉、舌下中缝、会阴）

操作：每次选取 3～5 个穴位，严格消毒后用三棱针点刺出血 5～7 滴，隔日 1 次，

诸穴交替选用。

（三）物理治疗

1.重复经颅磁刺激（rTMS）治疗：采用低频、低强度刺激左、右额叶，持续时间2s，

刺激20个序列，每个序列之间至少休息1分钟，每日1次。

2.超低频经颅磁刺激（EFG）治疗：根据患者脑涨落图（EFG）脑神经递质功能检测

结果，在“神经递质”的项目参数中选择异常神经递质项目，设定治疗时间 20 分钟，

治疗强度 200GS。进行刺激时将头部位于线圈正中，磁场作用于全脑，每周 5 次。

3.无抽搐电休克（MECT）治疗：部分极度兴奋、躁动，或对药物、针灸等疗法治疗

效果不佳或不能耐受的患者，可采用无抽搐电休克治疗，每周 2 次。

（四）心理治疗

1.方案制定阶段

心理医生对病人进行全面了解，包括学习、工作、生活、家庭、个人爱好、兴趣、

人际关系等，详细了解病人病情发展的过程及成长过程中发生的相关生活事件，广泛收

集完整可靠的病史，结合病人当前状态，分析病人内在心理因素，选择以下一种或几种

疗法，制定“个体化”心理治疗方案。

2.治疗实施阶段

移情易性疗法：采用音乐、小活动式文娱等方式分散患者的注意力，通过精神转移，

改变患者内心思恋的指向性，从而排遣情思，改变心志。

情志相胜疗法：确定致病情志的性质及当前情志状况，根据五行生克关系，选择其

“相胜”的情绪来“转移”、“制约”或“平衡”它。如恐胜喜，怒胜思，悲胜怒，思

— 92 —

神志病科中医诊疗方案

胜恐。如患者表现过度惊恐，出现惶惶不安，意志不定等症状，可以根据患者病史，提

出适当问题，引导患者对有关事物进行思考，制约患者过度恐惧或由恐惧引起的躯体障

碍。

意象对话疗法：以中医理论为指导，诱导来访者做想象，了解来访者的潜意识心理

冲突，对其潜意识的意象进行修改，从而了解被治疗者潜意识中的心理冲突，然后通过

认识意象，调整意象，诱导新意象等方法予以处理。

每周 1 次，每次 1h，由专业心理治疗师执行。

（五）护理调摄

1.病情观察

（1）注意对神情、言行、睡眠、情绪、二便、汗液、舌苔和脉象等的观察，观察

有无烦躁、意识错乱等神志异常改变，注意脉象有无阳气独盛之象。

（2）加强巡视，观察有无精神亢奋、愤怒、敌意、易激惹等暴力先兆，严防病情

转变而见伤人毁物等意外发生。

2.生活起居护理

（1）病室及环境必须保持安静，避免室内外噪音的刺激，尤其要避免突然的声音

刺激。

（2）注意休息，顺时调神，避免劳累。

（3）注意寒温，随气候变化及时增减衣被，慎防外邪侵袭和汗后受凉感冒。

（4）保持二便通畅。对能配合的有便秘症状的患者，可采用“温灸”疗法，将艾

条点燃置于艾灸器中，调整距离靠近双侧神门、足三里，以温热为度，注意防止烫伤，

并嘱多饮水。

（5）节制房事，根据病情指导患者做适当活动，转移注意，移情易性。

3.情志调摄

（1）调摄情志，运用语言疏导、以情制情等心理护理法，慎防暴怒。

（2）以静制躁，适度用神。宜平淡静志，清静养神，避免七情过激和外界不良刺

激。

4.饮食调理

（1）饮食规律。防过饱，夜餐尤应忌过饱；暴怒之时不宜进食，以免气食交阻。

（2）饮食以清淡为主，慎食油腻；忌辛辣刺激及动火之品，忌烟酒；忌食鸡、鹅、

猪头肉等动风之品。

5.用药护理

（1）督促按时服药，不能擅自增减药物。

— 93 —

神志病科中医诊疗方案

（2）掌握药效心理，通过语言强化药物效果。

（3）注意观察药物反应和效果，及时处理药物不良反应。

（4）安神药在晚上睡前 30～60 分钟内服下。

（5）对患者及家属进行同步健康教育，指导正确煎煮中药和服药的方法。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.总体疗效评价

参照国家中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》中狂病疗效标准拟定。

治愈：情绪、语言、举止正常，精神安定，能正常处理日常事务；

好转：神情安定，言语、情绪基本正常，或有改善；

未愈：精神、情绪、言语、举止不能控制，或无改善。

2.精神量表评定

采用 Bech-Rafaelsen 躁狂量表（BRMS）、Young 躁狂评定量表（YMRS）进行评定。

减分率≥75%为痊愈，≥50%为显效，≥25%为好转，＜25%为无效。疗程结束时，由主治

医师根据病人的疗效做出临床痊愈、显效、好转、无效的评定。

（二）评价方法

Bech-Rafaelsen 躁狂量表（BRMS）、Young 躁狂评定量表（YMRS）每周评定 1 次。

根据病情进行其他相应的检查和评定。

— 94 —

神志病科中医诊疗方案

多寐病（发作性睡眠病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》（中华中医药学会，中国中医药出

版社，2008 年）

以精神疲倦、不分昼夜时时欲睡、呼之能醒、醒后复睡为主要临床特征的病证。

2.西医诊断标准

参照《ICD-10 精神与行为障碍分类》（人民卫生出版社出版，1993 年），结合 2005

年颁布的国际睡眠障碍分类第二版（ICSD-2）诊断标准。

1）有猝倒的发作性睡眠病

（1）主诉日间过度嗜睡，几乎每天发生，至少持续 3 个月。

（2）有猝倒史，猝倒被定义为由情感诱发的突然发作的一过性肌张力丧失。

（3）诊断应尽可能经过 MSLT 及随后的夜间多导睡眠检测证实。MSLT 的平均睡眠潜

伏期≤8 分钟，且经过充足的睡眠（至少 6 个小时）后，次日 MSLT 可见两次或两次以上

的睡眠始发的 REM 睡眠（SOREMP）。或者脑脊液的下丘脑分泌素（hypocretin-1）≤110

pg/ml 或正常值的 1/3。

（4）嗜睡难以通过其他睡眠障碍、精神神经疾病、药物滥用或依赖来解释。

2）不伴猝倒的发作性睡眠病

（1）诉日间过度嗜睡，几乎每天发生，至少持续 3 个月。

（2）不伴猝倒发作或仅有可疑或不典型的发作。

（3）诊断应尽可能经过 MSLT 及随后的夜间多导睡眠检测证实。MSLT 的平均睡眠潜

伏期≤8 分钟，且经过充足的睡眠（至少 6 个小时）后，次日 MSLT 可见两次或两次以上

的睡眠始发的 REM 睡眠（SOREMP）。

（4）嗜睡难以通过其他睡眠障碍、精神神经疾病、药物滥用或依赖来解释。

3）继发性发作性睡眠病

（1）诉日间过度嗜睡，几乎每天发生，至少持续 3 个月。

（2）观察到下述一项：

①明确的猝倒史，猝倒被定义为由情感诱发的突然发作的一过性肌张力丧失。

— 95 —

神志病科中医诊疗方案

②若无猝倒或发作不典型，则夜间多导睡眠检测及随后的 MSLT 须证实：MSLT 的平

均睡眠潜伏期≤8 分钟，且经过充足的睡眠（至少 6 个小时）后，次日 MSLT 可见两次或

两次以上的睡眠始发的 REM 睡眠（SOREMP）。

③患者在非昏迷状态下，脑脊液的下丘脑分泌素（hypocretin-1）≤110 pg/ml 或

正常值的 30％。

（3）明确的基础疾病或神经疾病可解释日间过度睡眠。

（4）睡眠障碍、精神疾病、用药或物质依赖难以解释过度嗜睡。

4）按照国际 ICSD 的诊断标准：

（1）主诉过多地出现睡眠或者肌张力突然降低。

（2）白昼反复瞌睡，几乎每天均出现自发性的睡眠，且连续发生 3 个月以上。

（3）伴随发生强烈的情感性肌紧张，突然肌张力丧失。

（4）伴随其他特征：①睡眠瘫痪；②入睡幻觉；③猝倒；④主要睡眠发作分析。

（5）多导睡眠图检查可见以下一项或者一项以上所见：①睡眠潜伏时间在 10 分钟。

②REM 睡眠潜伏时间在 20 分钟。③MSLT 检查，平均睡眠潜伏时间在 30 分钟下。④两次

或者两次以上的睡眠开始时间在 REM 期。

（6）用 HLA 判断，DRZ 可有阳性所见。

（7）从症状学上不能说明存在内科疾病或者精神医学方面的障碍。

（8）即便存在其他睡眠障碍，也不能说明产生症状的主要原因，如周期性四肢运

动障碍或者中枢性睡眠呼吸暂停综合症。

最低诊断标准：至少应该包括（2）+（3）或（l）+（4）+（5）+（7）。

（二）证候诊断

1.痰湿困脾证：疲乏嗜睡，肢体沉重，脘腹痞胀，恶心呕吐，胸闷咯痰，身体肥胖。

舌淡胖，苔白腻，脉滑或濡。

2.胆热痰扰证：神情不爽，昏闷如醉，多睡少起，心胸烦闷，口苦咯痰，头目昏重。

舌红苔黄腻，脉弦数。

3.肝郁气滞证：多有情志不畅的病史，每遇情志不舒而嗜睡发作。舌质鲜红苔白，

脉弦。

4.脉络瘀阻证：昏睡欲眠，入睡短暂，平时头昏沉重，健忘，面色黛黑，或有头部

外伤史。舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或弦。

5.中气下陷证：食后困倦嗜睡，神疲乏力，食少，腹胀便溏，或卒然仆倒入睡，面

色萎黄。舌淡苔白，脉缓。

二、治疗方法

— 96 —

神志病科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.痰湿困脾证

治法：健脾燥湿，化痰醒神。

推荐方药：平胃散合二陈汤加减。苍术、厚朴、陈皮、茯苓、白豆蔻、生苡仁、藿

香、佩兰、肉豆蔻、麻黄等。

中成药：平胃丸、二陈丸等。

2.胆热痰扰证

治法：清热利胆，化痰清窍。

推荐方药：黄连温胆汤加减。黄连、姜半夏、陈皮、茯苓、生甘草、胆南星、石菖

蒲、益智仁等。

3.肝郁气滞证

治法：疏肝解郁，理气通窍。

推荐方药：丹桅逍遥散加减。柴胡、白芍、当归、丹皮、栀子、茯苓、炒白术、枳

实、沉香、香附、青皮、麻黄等。

中成药：加味逍遥丸等。

4.脉络瘀阻证

治法：活血化瘀，通络开窍。

推荐方药：通窍活血汤加减。赤芍、川芎、桃仁、红花、当归、葱白、柴胡、益母

草等。

中成药：通窍活血丸等。

5.中气下陷证

治法：健脾益气，升阳养神。

推荐方药：补中益气汤加减。生黄芪、升麻、陈皮、炒白术、炙甘草、当归、荷叶、

砂仁、生麦芽等。

中成药：补中益气合剂等。

（二）针灸治疗

1.体针

主穴：风池、天柱、水沟、印堂、内关、神门、三阴交、申脉、照海。

配穴：根据不同证型选取配穴。痰湿困脾证配丰隆，阴陵泉；胆热痰扰证配阳陵泉、

内庭；肝郁气滞证配太冲；脉络瘀阻证配合谷、血海；中气下陷证配足三里。

治法：留针 30 分钟，可选提插补泻与呼吸补泻。

2.耳穴疗法

— 97 —

神志病科中医诊疗方案

取穴：心、神门、皮质下、交感、肝、脑点等。

方法：实证用重手法，年老体弱、倦怠纳差者用轻手法，嘱患者每天自行按压 2～3

次。

（三）特色疗法

1.低阻抗意念导入疗法

低阻抗状态的诱导过程：在一个安静的环境中，让患者躺在一个舒适的床上，或者

坐在椅子上，通过听音乐、放松诱导的语言或者针灸、按摩、点穴等任何一种患者可以

接受的治疗手段使患者进入一种放松的状态等。治疗者根据治疗需要构成的由言语的和

行为信息组成的某种“思想、理念、观念”导入给被治疗者，通过暗示的作用，使被治

疗者在接受这种“思想、理念、观念”的信息之后，形成自我大脑中的某种符合治疗需

要的“境像”，再影响、覆盖、替代被治疗者过去的“思想、理念、观念”，最终影响到

被治疗者的记忆和内隐认知并达到某种心理治疗与心理康复作用的治疗过程。

2.导引疗法

A.三线放松法

第一条线：由头顶百会穴→面部→前颈部→胸部→腹部→两大腿前面→两小腿前面

→两脚的脚背和脚趾放松。第二条线：头顶百会穴→后枕部→后颈部→背部→腰部→臀

部→两大腿后面→两小腿后面→两脚跟及脚心涌泉穴。第三条线：头顶百会穴→两侧颞

部→两侧颈部→两肩→两上臂→两前臂→两手，然后意松两手心劳宫穴片刻，再重复做

B.分段放松法

头部放松→颈部放松→肩与上肢放松→胸背放松→腹腰放松→大腿放松→小腿放

松→足放松。一般反复做 3～5 遍即可。

C.默念词句放松法

即通过默念词句来帮助放松。通过默念良好的词句，不但可以帮助排除杂念放松入

静，而且这些词句对大脑皮质还是一种良性刺激，通过第二信号系统，对操练者能 起

很好的心理治疗作用。默念的词句可根据具体情况有针对性地选择，如有高血压或兴奋

占优势的神经官能症患者，易焦虑紧张，可以默念“松、静”或“松静好” 等。默念

词句一般与呼吸配合，如吸气时默念“静”，呼气时默念"松"，同时随意念向下放松。

3.耳尖放血

取耳尖穴。用 75%乙醇消毒耳廓后用三菱针在耳尖穴位处点刺放血。

（四）健康指导

1.宣传教育：改变患者对发作性睡眠病认识的偏差，指出这种不正确的，不良的认

知方式，分析其不现实和不合逻辑的方面，用较现实的或较强适应能力的认知方式取而

— 98 —

神志病科中医诊疗方案

代之，以消除或纠正其适应不良的情绪和行为。如对睡眠的认识和期望、对做梦的认识、

对症状与发作性睡眠病关系的认识等。

2.饮食起居：饮食有节，起居有常；保证一定的夜间睡眠时间；白天可适当饮点茶

或咖啡以增加大脑兴奋性。

3.生活调理：养成规律的生活习惯，多参加文体活动，做有兴趣的工作，尽量避免

从事单调的活动。

4.情志调摄：保持乐观的情绪，树立战胜疾病的信心，避免抑郁、焦虑，但也不宜

过于兴奋，过度兴奋可诱发猝倒发作。

三、疗效评价

（一）评价标准

（1）症状疗效评价标准：参照《中药新药治疗多寐病的临床研究指导原则》拟定。

治愈：24 小时内睡眠时间减少到发病前的情况，夜间睡眠时间与一般正常人相同；

显效：睡眠时间明显减少，或睡眠时间与一般人相同；

有效：多寐症状减轻；

无效：治疗后症状无改善或加重者。

（2）Epworth 嗜睡量表（ESS）减分率。

ESS 评分减少率＝（疗前评分―疗后评分）/疗前评分×100％。

治愈：ESS 评分减少≥75%；

显效：ESS 评分减少≥50%；

有效：ESS 评分减少≥30%；

无效：ESS 评分减少＜30%。

（二）评价方法

采用症状疗效评价标准，Epworth 嗜睡量表（ESS），分别于进入路径时、治疗后每

4 周及出路径时进行评定。

— 99 —

神志病科中医诊疗方案

惊悸（惊恐障碍）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科学》第 2 版（王永炎主编，人民卫生出版社，2011 年）。

惊悸因惊恐、劳累而发，病人自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主的病证。常

伴有气短、胸闷，甚则眩晕，喘促，脉象或迟或数，或节律不齐；病证时发时止，不发

时如常人。

2.西医诊断标准

参照《ICD-10 精神与行为障碍分类》 世界卫生组织编，人民卫生出版社，1993 年）

惊恐障碍[间歇发作性焦虑]的诊断。

基本特征是严重焦虑（惊恐）的反复发作，焦虑并不局限于任何特定的环境或某一

类情景，因而具有不可预测性。如同其他焦虑障碍，占优势的症状因人而异，但突然发

作的心悸，脚痛，哽咽感，头晕，非真实感（人格解体或现实解体）是常见的。同时，

几乎不可避免地继发有害怕会死，失去控制或发疯。一次发作一般仅持续数分钟，但有

时长些，发作频率和病程都有相当大的变异性。处于惊恐发作中的患者常体验到害怕和

植物神经症状的不断加重，这致使患者十分急切地离开他或她所在的场所。如果这种情

况发生在特定情境，如在公共汽车上或置身人群中，患者以后可能会回避这种情境。同

样，频繁的、不可预测的惊恐发作可导致害怕独处或害怕进入公共场所。一次惊恐发作

常继之以持续性地害怕再次发作。

诊断要点

在本类系统中，发生在确定情境的惊恐发作被视为恐怖严重度的表现，因此优先考

虑恐怖的诊断。仅当不存在F40.一列出的任何恐怖时，才把惊恐障碍作为主要诊断。

要确诊应在大约1个月之内存在几次严重的植物性焦虑：

（a）发作出现在没有客观危险的环境；

（b）不局限于已知的或可预测的情境；

（c）发作间期基本没有焦虑症状（尽管预期性焦虑常见）。

包含：惊恐发作

惊恐状态

— 100 —

（

神志病科中医诊疗方案

鉴别诊断：

前面已说明，惊恐障碍必须与作为确定的恐怖障碍一部分出现的惊恐发作相区分。

惊恐障碍可继发于抑郁障碍，尤其是在男性。如果同时能符合抑郁障碍的标准，不应把

惊恐障碍作为主要诊断。

（二）证候诊断

1.肝郁化火证：突发胸闷胸痛，部位不固定，可自行缓解。或见胁肋不适，或见性

情急躁焦虑，或见郁郁寡欢、动作迟缓，或见头晕气短，或见肢冷汗出，或见舌苔白黄

腻，脉弦细。

2.水气上冲证：自觉气从少腹上冲胸咽，发作欲死，或脐下动悸，欲作奔豚。或头

眩短气，口吐涎沫，小便不利。舌质淡，苔白滑，脉沉弦。

3.瘀血内阻证：心悸怔忡，夜寐不安；或胸闷不舒，时或头痛心痛如刺，或多疑烦

躁，夜不能寐。或眼圈暗黑，舌质暗红，边有瘀斑，口唇紫暗，脉涩或弦紧。

4.脾肾阳虚证：突发胸闷胸痛，部位不固定，可自行缓解。或见精神不振、白天倦

卧欲寐，或见畏寒，或见郁郁寡欢、动作迟缓，或见头晕气短，或见肢冷汗出，舌淡胖

嫩苔白腻或滑，脉微弱。

5.气血两虚证：突发心悸不宁，胸闷胸痛，部位不固定，可自行缓解。或见面色少

华或晦暗，或见形体枯稿，或见郁郁寡欢、动作迟缓，或见头晕气短，或见肢冷汗出，

脉律不齐。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁化火证

治法：和解清热，镇惊定悸。

推荐方药：柴胡加龙骨牡蛎汤加减。柴胡、黄芩、龙骨、牡蛎、桂枝、党参、茯苓、

生姜、法半夏、大黄、大枣、磁石（礞石）等。

中成药：丹栀逍遥丸、龙胆泻肝丸等。

2.水气上冲证

治法：通阳降逆，培土制水。

推荐方药：茯苓桂枝甘草大枣汤加味。茯苓、桂枝、甘草、大枣等。

中成药：苓桂术甘丸等。

3.瘀血内阻证

治法：活血通络，安神定悸。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。桃仁、红花、当归、川芎、生地、赤芍、牛膝、柴胡、

— 101 —

神志病科中医诊疗方案

枳壳、桔梗、丹参、生龙齿、琥珀粉、甘草等。

中成药：血府逐瘀口服液（丸）、大黄 虫丸等。

4.脾肾阳虚证

治法：补益脾肾，温阳定悸。

推荐方药：温氏奔豚汤加减。熟附子、干姜、炙甘草、泽泻、茯苓、白术、山药、

牛膝、肉桂、沉香、春砂仁、山萸肉、龙齿等。

中成药：附子理中丸、金匮肾气丸等。

5.气血两虚证

治法：补气养心，安神定悸。

推荐方药：炙甘草汤加减。炙甘草、阿胶、麦冬、火麻仁、生姜、党参、桂枝、大

枣、生地黄等。

中成药：八珍丸、归脾丸等。

(二)针灸治疗

1.体针

据证候分型采用相应的穴位治疗。

主穴：风府、百会、神门、合谷、太冲等

随症加减：

（1）肝郁化火证：曲池、阳溪、气海、关元等。

（2）水气上冲证：气海、关元、中脘、太溪等。

（3）瘀血内阻证：血海等。

（4）脾肾阳虚证：气海、关元、太溪等。

（5）气血两虚证：气海、关元、足三里等。

手法：直刺 0.5～0.8 分，捻转至局部产生酸胀感，留针 30 分钟，每周 3～5 次，4

周为一疗程。

2.耳针：取心，皮质下，肾，枕，神门等，每次选用 2～3 个穴位。针刺或敷贴王

不留行籽。

3.电针

主穴：百会、印堂、神门、三阴交、足三里等。每次选用 2～3 穴。

辨证配穴：肝郁化火证配肝俞、太冲等；水气上冲证配气海、关元等；瘀血内阻证

配血海、胆俞等；脾肾阳虚证配心俞、肾俞、太溪等；气血两虚证配心俞、脾俞等。每

周 3～5 次，每次 20～30 分钟。

（三）心理治疗

— 102 —



神志病科中医诊疗方案

1.放松治疗

可根据个体差异和可操作性结合如下几种放松治疗。第一种是教导患者做尽量深慢

的呼吸；第二种是当患者过度通气时教导其用信封或口袋罩住口鼻，减少过度通气。第

三种渐进性肌肉放松；第四种想象放松。行放松治疗，可因时因人结合音乐治疗，通过

聆听音乐，促进心身放松和谐从而调整人体的焦虑情绪。

2.暗示治疗

（1）选择不被干扰或打断的治疗场所；

（2）全面解释并让患者了解本次的治疗目标，得到患者同意后进行下一步；

（3）以呼吸为标志来观察患者放松程度。

（4）想象的内容可以选择以下两种方法：

①中医意象引导并修饰甚至纠正。②知会患者其发病的经过和引起症状的原因，通

过卡片得到患者认可之后，进行下一步。③理解原因，处理症状。

设置：每星期一次，每次 1 小时，由固定心理治疗师执行，并做好记录。

3.五行音乐治疗（包括体感音乐治疗）

根据患者情绪表现特点，判断喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情，每次均需确定 1～

2 个主要情绪表现，根据五行相生和相克关系，各从音乐治疗光盘中选取 1-2 个乐曲，

每次听取 30～45 分钟。如情绪低落，忧思为主，五行属土，根据相克关系，则选择木

音；根据相生关系选择火音。

（四）物理治疗

1.生物反馈治疗

按照基线测试、训练和休息 3 项步骤进行，训练包括渐进性放松训练、自主训练、

生物反馈等，减轻肌肉紧张度和血管紧张度，获得控制惊恐障碍的能力。每次治疗时间

约 25 分钟，每周 3～5 次，10 次一疗程。同时配合在家自由训练每日 1～2 次效果更佳。

2.经颅磁刺激治疗

治疗部位：右前额叶背外侧；

运动阈值：现场测量（范围 40～80）；

强度：阀值\*0.8；

频率：1 HZ；

刺激时间：56S；

等待时间：4S；

总时间：20 分钟 1120 个脉冲

用法：每日 1 次，10 次为一疗程。

— 103 —

神志病科中医诊疗方案

（五）健康指导

1.生活起居：睡眠要有规律，按时上床，按时起床，避免熬夜、倒班等不良睡眠卫

生习惯，尽量控制在晚上 11 点之前上床。

2.饮食调理：饮食宜清淡，不可过于食用寒凉粘腻、难以消化、辛辣刺激性的食物，

慎用补品。除根据证型不同调整饮食之外，可多选择纤维类或者甜食饮食，对恐惧情绪

有帮助。

3.情志调摄：避免情绪刺激，在医生的指导下，选择适当的音乐治疗。

4.运动指导：尽量选择较为温和的运动，不建议剧烈及过度运动。因人而异。

5.其他：尽量减少工作压力，分解工作。

三、疗效评价

（一）评价标准采用焦虑自评量表（SAS）、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）、进行评定。

临床痊愈：量表减分率≥75%；

显效：≥50%；

好转：≥25%；

无效：＜25%。

（二）评价方法

每周评定一次。出路径时，根据病人的改善程度及结合心理测量做出临床痊愈、显

效、好转、无效的评定。

量表评定：焦虑自评量表（SAS）、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）每 1 周评定 1 次，根

据病情进行其他相应的检查和评定。

— 104 —

肺病科中医诊疗方案

骨 伤 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

肱骨髁上骨折中医诊疗方案………………………………………………107

网球肘（肱骨外上髁炎）中医诊疗方案…………………………………113

肩锁关节脱位中医诊疗方案…………………………………………117

筋结（屈指肌腱腱鞘炎）中医诊疗方案……………………………………124

膝关节内侧副韧带损伤中医诊疗方案……………………………………129

跟痛症（足跟痛）中医诊疗方案……………………………………………133

颞下颌骨关节病中医诊疗方案……………………………………………137

外伤性髋关节后脱位中医诊疗方案………………………………………141

腰背肌筋膜炎中医诊疗方案………………………………………………145

梨状肌综合征中医诊疗方案………………………………………………150

肋骨骨折中医诊疗方案……………………………………………………156

膝关节创伤性滑膜炎中医诊疗方案………………………………………162

— 105 —

骨伤科中医诊疗方案

— 106 —

骨伤科中医诊疗方案

肱骨髁上骨折中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）。

（1）有外伤史。

（2）多发生于儿童。

（3）肘部有肿胀，疼痛，畸形，压痛，功能障碍，甚则有张力性水泡，肘后三角

关系正常。

（4）注意有无神经、血管损伤。

（5）X 线摄片检查可确定骨折情况和类型。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南—骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009 年）。

（1）肘部有肿胀、疼痛、畸形、压痛，功能障碍。肘后三角关系正常。

（2）注意有无神经（尺神经、正中神经、桡神经）、血管损伤（肱动脉）。

（3）X 线摄片检查可确定骨折移位和类型。

（4）应与肘后关节脱位和肱骨小头骨骺分离相鉴别。

（二）疾病分期

1.早期：伤后 2 周内。

2.中期：伤后 3 周～4 周。

3.后期：伤后 4 周以上

（三）疾病分型

参照《中医病症诊断疗效标准（1995 年）》中华中医药学会骨科分会制定的肱骨髁

上骨折的症候分类标准。

1.伸直型骨折：患肘肿胀或靴状畸形，髁上压痛，骨折远端向后上移位，功能障碍，

骨折线位于肱骨下段鹰嘴窝水平或其上方，从前下方斜向后上方。可合并神经血管损伤。

伸直型骨折根据来自侧方的偏重伤力的不同，可分为尺偏型和桡偏型骨折。

（1）尺偏型：骨折远端除有向后上方移位外，还有向尺侧移位。此型容易发生肘

内翻畸形。

— 107 —

骨伤科中医诊疗方案

（2）桡偏型：骨折远端除有向后上方移位外，还有向桡侧移位。

2.屈曲型骨折：较少见，伤肢肿胀，髁上压痛，功能受限，骨折远端向前上方移位，

骨折线从后下方斜向前上方。很少发生神经血管损伤。

（四）证候诊断

1.血瘀气滞证：损伤早期，由于经脉受伤，气血受损，气血瘀滞，局部出现肿胀疼

痛，胃纳不佳。舌质淡红，苔薄白，脉弦紧。

2.营血不调证：损伤中期，经初期治疗局部瘀血、肿胀基本消退，疼痛基本消失，

新血渐生，筋骨虽续而未坚，活动仍受限。舌质暗红，苔薄白，脉弦缓。

3.肝肾亏虚证：损伤后期，骨折基本愈合，功能初步恢复，但筋骨尚未坚实强壮，

气血不足。舌淡苔白，脉虚细。

二、治疗方法

（一）手法整复和固定

1.手法整复

（1）无移位的青枝骨折、裂纹骨折用直角托板加绷带屈肘 90°悬吊 2～3 周。

（2）新鲜骨折有移位者，肿胀不严重，可进行手法复位。

伸直型骨折：麻醉下，患者仰卧位，一助手握患侧上臂，另一助手握患侧前臂及手

腕，肘半屈位，徐徐用力，顺势拔伸牵引，纠正重叠移位。若患肢为右侧且远端有旋前

畸形，在牵引下先使前臂旋后，然后左手握住骨折近段，右手握住骨折远端，两手相对

挤压，将远折端旋后、近折端旋前矫正旋转，将骨干内推、远折端往外端纠正侧方移位

（尺偏型骨折尽可能矫正畸形；桡偏型骨折不可矫枉过正，防止肘内翻）。术者以两手

拇指从肘后推动尺骨鹰嘴向前，同时两手四指重叠环抱骨折近段向后拉，并让助手在牵

引下徐徐将肘屈至 70°左右，即可复位。注意勿将骨折远端过度推向前方，以免骨膜剥

离广泛而影响骨折的稳定性。尺偏型骨折当手法复位后，术者可一手将骨折部固定住，

另一手将肘关节略伸直，将前臂向桡侧伸展，使骨折断端桡侧骨质嵌插或稍有桡偏，以

预防发生肘内翻畸形。

屈曲型骨折：麻醉下，整复屈曲型骨折，手法与上述相反，应在牵引下将远折段向

后推，并徐徐伸直肘关节。

2.固定

对无移位的肱骨髁上骨折，予四块小夹板超肘关节固定和腕颈悬吊屈曲 90 度固定，

3～4 周后去夹板进行功能锻炼。

伸直型骨折复位后，在鹰嘴后上和骨折远端内侧各放置一个梯形垫，骨折近端外侧

放置一个塔形垫。用四块夹板超肘关节固定，屈肘 90°～110°，以不影响血运为度，

— 108 —

骨伤科中医诊疗方案

然后用三角巾悬吊前臂于胸前固定 3～4 周；或 8 字石膏绷带固定于屈肘关节 100°～110

°，3～4 周后去固定进行功能锻炼。

屈曲型骨折：四块小夹板超肘关节固定于肘关节 40°～60°位２周后，逐渐改为

90°位固定１～２周；或石膏绷带固定于伸直位，每 7～10 天换石膏，适当增加屈曲度

数，3～4 周后去固定进行功能锻炼。

术后处理：密切观察患肢血运情况，调整松紧度，定期进行Ｘ光检查。一周后骨折

端再移位的可能性减少。术后 3～4 周可解除夹板固定。

（二）中药外用

1.药膏：骨折早期活血化瘀，如消肿止痛膏、双柏散膏；中期接骨续筋，如接骨续

筋药膏。

2.涂擦药：骨折后期温经通络、化瘀止痛如红花油等。

3.熏洗药：骨折后期使用舒筋通络，如四肢损伤洗方等。

（三）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.骨折初期（伤后 1-2 周）

治法：活血化瘀、消肿止痛。

推荐方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、牛膝、灵脂、归尾、丹参、独活、木香、

赤芍等。

中成药：正骨紫金丹、七厘散等。

2.骨折中期（伤后 3-4 周）

治法：和营生新、接骨续损。

推荐方药：和营止痛汤加减。赤芍、当归尾、川芎、苏木、陈皮、桃仁、续断、乌

药、乳香、没药、木通、甘草等。

中成药：接骨丹等。

3.骨折后期（伤后 4 周以上）

治法：益气健脾固肾。

推荐方药：壮筋续骨汤加减。当归、川芎、白芍、熟地、杜仲、川断、五加皮、骨

碎补、桂枝、黄芪、虎骨代用品、补骨脂、菟丝子、党参、木瓜、刘寄奴、地鳖虫等。

中成药：健步强身丸、续断紫金丹等。

（四）康复治疗

早期：伸指握拳及腕关节屈伸活动。中频脉冲电治疗、静电治疗等。

中期：除做早期锻炼外，可做肘关节屈伸活动和前臂旋转活动。红外线治疗、中药

涂搽治疗等。

— 109 —

骨伤科中医诊疗方案

后期：骨折临床愈合，加大肘关节主动屈伸活动，并用舒筋洗药熏洗患肢。禁止肘

关节被强力牵伸手法治疗，易致肘关节骨化僵硬。关节松动训练等。

（五）对症治疗

1.神经损伤：正中神经和桡神经损伤多见。神经被骨折端顶起或嵌入骨折端间，应

尽早复位解除嵌顿与压迫。复位过程中可造成牵拉性神经损伤，复位时避免过度牵拉。

也可由于 Volkmann 缺血性肌挛缩、肘内外翻成角畸形、被骨痂或瘢痕压迫所致。

2.血管损伤：骨折端刺破血管比较少见，多因血管受刺激而痉挛或受到机械性压迫，

造成肢体远端血供障碍。应早期复位，避免过度屈肘，注意检查患肢桡动脉搏动情况。

3.骨化性肌炎：比较少见的并发症，常常发生了粗暴闭合复位、切开复位或暴力按

摩后。治疗上避免反复粗暴的复位、暴力按摩。若出现骨化性肌炎应注意制动休息和适

当的自主活动，严禁强力按摩和被动伸屈锻炼。

4.缺血性肌挛缩：软组织严重损伤、外固定过紧、肘关节过度屈曲位固定合并肱动、

静脉损伤以及多次手法复位均可导致。当伤肢疼痛进行性加重，出现被动牵拉痛，应立

即采取措施，必要时切开减压。

5.肘内翻：尺偏型肱骨髁上骨折多后遗肘内翻，而桡偏型很少后遗肘内翻。在处理

肱骨髁上骨折时，骨折远端向后向尺侧移位者采用矫枉过正、宁桡勿尺，甚至可以人为

地造成桡侧骨质嵌插尺侧稍分离。一旦发生尽早手术截骨矫正。

6.闭合复位穿针术：对于粉碎性骨折、尺侧骨皮质破损嵌顿、容易旋转移位者，可

以手法复位后在 X 线透视下行闭合穿针固定方法——从肱骨外侧和内上髁穿针固定，选

用直径 1.5mm～2.0mm 克氏针。术后 2～3 月取出固定针。

7.切开复位内固定术

手术指征：

（1）急性血管损伤：穿孔、挤压或末梢血运障碍

（2）严重移位骨折，骨折近端刺穿肱前肌和皮肤，在闭合复位后桡动脉波动变弱。

经闭合手术复位失败病例。

（3）开放性骨折

从肱骨外侧和内上髁穿针固定，选用直径 1.5mm～2.0mm 克氏针。术后 2～3 月取出

固定针。术后中药辨证施治。

（六）护理调摄

1.早期护理

（1）生活起居：给予安静舒适的环境，保证其充足的睡眠，给予易消化食物。

（2）情志调摄：患儿易对陌生的环境及各种治疗、护理产生恐惧心理并哭闹不安，

— 110 —

骨伤科中医诊疗方案

不配合治疗护理操作。针对这种情况，应根据患儿不同的心理特点，因势利导、细心护

理，取得其信任与合作，同时做好家长的工作，消除其焦虑情绪，积极配合，利于患儿

的康复。

（3）外固定后护理：置患肢于治疗体位，保持有效的外固定。冬天应注意患肢末

节的保暖，并观察患肢手指的血液循环、疼痛、肿胀等情况。当患肢剧烈疼痛，被动屈

伸手指出现牵拉痛时应高度重视并及时向医生报告，预防 Volkman 缺血挛缩等严重并发

症的发生。

（4）向患儿及家长讲明功能锻炼的重要性，取得家长的理解、重视和合作，充分

发挥患儿的主观能动性，使患儿能“早动、渐动、会动”，反复示范功能锻炼的动作要

领，直到家长和患儿学会为止。

2.中期护理

（1）将前臂取相应治疗体位，三角巾悬挂于胸前，保持有效的外固定。夹板固定

者应及时调整固定带的松紧度，以夹板上下移动范围 1cm 内为宜。

（2）观察伤肢疼痛及肿胀情况，发现局部出现异常疼痛及肿胀及时来院检查。定

期门诊复查，根据 X 线片显示骨折愈合情况，选择时机去除外固定。

（3）指导进行功能锻炼。

（4）加强营养，防治并发症。

3.晚期护理

（1）注意安全，防止跌倒再次损伤。

（2）定期门诊复查， 根据 X 线片显示骨折愈合情况，选择时机去除外固定。

（3）加强功能锻炼与康复治疗，预防各种并发症。

（4）注意营养，多晒太阳，适当补充钙剂，逐渐日常生活自理。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病症诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1995 年）

进行评定：

治愈：骨折解剖复位或骨折远折端向桡侧移位 1／5 以内，有连续性骨痂形成，功

能完全或基本恢复，携带角正常。

好转：骨折对位尚满意，骨折愈合，肘关节伸屈受限在 30°以内，携带角减少在

20°以内。

未愈：伤肢畸形，携带角减少 20°以上，功能障碍。

（二）评价方法

— 111 —

骨伤科中医诊疗方案

一般根据治疗前后 X 线表现，及骨折愈合后与健侧进行疼痛、畸形、活动、并发症

等进行对照评价。

髁上骨折 Flynn 评价标准

结果

满意

不满意

分级

优

良

可

差

携带角的丧失（°）

0～5

6～10

11～15

＞15

活动度丧失（°）

0～5

6～10

11～15

＞15

注：有肘内翻畸形者评价为差

— 112 —

骨伤科中医诊疗方案

网球肘（肱骨外上髁炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）诊断依据

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》ZY/T001.9-94）国

家中医药管理局发布，南京大学出版社，1994 年）。

（1）外侧疼痛，疼痛呈持续渐进性发展。作拧衣服、扫地、端壶倒水等动作时疼

痛加重，常因疼痛而致前臂无力，握力减弱，甚至持物落地，休息时疼痛明显减轻或消

失。

（2）肘外侧压痛，以肱骨外上髁处压痛为明显，前臂伸肌群紧张试验阳性，伸肌

群抗阻试验阳性。

（3）X 线检查一般无异常变化，有时可见钙化阴影、肱骨外上髁粗糙、骨膜反应等。

2.西医诊断标准

参照《实用骨科学》（人民军医出版社，2005 年）。

（1）有前臂伸肌的慢性牵拉损伤史

（2）肘外侧痛，可波及肘两侧或前臂

（3）桡侧腕伸肌起点处（或肘外侧）压痛

（4）前臂内旋、屈腕伸肘时引起肘外侧痛

（5）肘关节活动正常，肘部 X 线片显示正常。

（二）证候诊断

1.风寒阻络证：肘部酸痛麻木，屈伸不利，遇寒加重，得温痛缓。舌苔薄白或白滑，

脉弦紧或浮紧。

2.湿热内蕴证：时外侧疼痛，有热感，局部压痛明显，活动后疼痛减轻，伴口渴不

欲饮。舌苔黄腻，脉濡数。

3.气血亏虚证：起病时间较长，肘部酸痛反复发作，提物无力，肘外侧压痛，喜按

喜揉，并见少气懒言，面色苍白。舌淡苔白，脉沉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风寒阻络证

— 113 —

（ （

骨伤科中医诊疗方案

治法：祛风散寒，通络宣痹。

推荐方药：蠲痹汤加减。羌活、姜黄、当归、赤芍、黄芪、防风、炙甘草、生姜等。

中成药：祛风散寒类制剂。

2.湿热内蕴证

治法：清热除湿。

推荐方药：加味二妙散加减。黄柏、苍术、牛膝、防己、萆薢、当归、龟甲等。

中成药：清热除湿类制剂。

3.气血亏虚证

治法：补气补血，养血荣筋。

推荐方药：人参养荣汤加减。白芍、当归、陈皮、黄芪、桂枝、人参、白术、炙甘

草、熟地、五味子、茯苓、远志等。

中成药：补气补血类制剂。

（二）特色疗法

1.推拿

（1）首先采用扌衮、揉、点、按、弹拨等基础手法，放松肘关节周围肌肉、韧带。

（2）采用旋后顶肘内翻手法，滑利关节，缓解疼痛。具体操作：以右侧为例，在

放松关节周围肌肉、韧带后，术者位于患者右侧后方，左手托握患者右肘，右手握患肢

腕部，在牵拉下旋后患肢，同时左手向前推顶肘关节，当肘关节伸直后，内翻肘关节，

此时可闻“咔”声响，手法完成；最后再以滚、揉、点、按手法结束。每日 1 次，7 次/

疗程。

2.针灸

取阿是穴、曲池、尺泽、阳溪等穴，或用温针，或用刺络拔罐，或用火针，或用水

针。每日 1 次，7 次/疗程。

3.外治法

可采用中药熏洗，中药塌渍，中药离子导入，红外线照射，电磁疗法等治疗方法。

4.针刀治疗

体位：坐位，肘关节屈曲 90 度，平放于治疗台上，或仰卧位，肘关节屈曲 90 度置

于胸前。皮肤常规消毒，术者戴口罩帽子、无菌手套，铺无菌巾。

针刀操作：（1）肱骨外上髁骨突点：刀口线与臂纵轴平行，针刀体与外上髁皮面垂

直刺入，直达骨面切开剥离后，再纵行疏通，然后使针刀体与骨面呈 45 度角左右行横

行铲剥，使刀刃紧贴骨面剥开骨突周围软组织粘连。 ）肱骨外上髁上方桡侧凹陷点（即

肱桡肌、肱肌与肱三头肌内侧头肌膜之间的粘连点）：刀口线与肱骨纵轴平行，针刀体

— 114 —

（2

骨伤科中医诊疗方案

与皮面垂直刺入直达骨面，行纵行疏通，横行剥离。（3）肱骨外上髁骨突桡侧凹陷点（即

旋前圆肌在外上髁骨面的起点）：刀口线与前臂纵轴平行，针刀体与皮面内侧呈 75 度刺

入达骨面，行纵行疏通，横行剥离。（4）肱骨外上髁骨突尺侧凹陷点（即外上髁与尺骨

鹰嘴之间的凹陷处）：刀口线与前臂纵轴平行，针刀体与前臂外侧皮面呈 75 度刺入达骨

面，行纵行疏通，横行剥离。（5）肱骨外上髁后外侧下方凹陷点（即肘肌覆盖桡骨头处）：

刀口线与前臂纵轴平行，针刀体与皮面垂直刺入直达骨面，稍提起针刀，行纵行疏通，

横行剥离，不可损伤桡骨头软骨面。根据病情需要，选择 1～3 个点进行治疗。术毕，

针眼贴创可贴。

5.局部封闭：取醋酸强的松龙或醋酸氢化可的松 12.5mg，加 2%利多卡因 2ml 混合

液 3ml 备用，让患者曲肘至 90°，在肱骨外上髁处找到明显压痛点，局部彻底消毒后，

选用 7 号针头准确插入痛点处，垂直进针达骨膜患者有明显酸胀感后，将上述混合液先

行推注 0.5ml 再将针头退出约 0.5mm，注入封闭液 1.5ml。然后再调转针头方向准确插

入肱骨下端内上侧痛点，注入余下的 1ml 药液，然后轻揉 5～6 次，按压注药点，待药

物吸收后医者另一手可握住患肢腕部做肘关节的被动屈曲，以上动作反复 8～10 次后并

快速屈伸患肘，在无痛条件下，使粘连组织松解，改善血液循环，加速组织修复，达利

关节。一般 7 天封闭 1 次，1 次为 1 个疗程，个别未愈者可进行第 2 个疗程。

（三）健康指导

1.疼痛发作期应减少活动，必要时可作适当固定，可选择三角巾悬吊或前臂石膏固

定三周左右。

2.疼痛明显缓解后应解除固定并逐渐开始肘关节活动，但要避免使伸肌总腱受到明

显牵拉的动作。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》进行评定。

治愈：疼痛、压痛消失，持物无疼痛，肘部活动自如。

好转：疼痛减轻，肘部功能改善。

未愈：症状无改善。

（二）评价方法

— 115 —

骨伤科中医诊疗方案

采用 Mayo 肘关节功能评分

功

能

评

分

疼痛（45 分）

无

轻微

中度

严重

运动（20 分）

＞100°

50°～100°

＜50°

稳定性\*（10 分）

稳定

中度稳定

不稳定

日常生活功能（25 分）

梳头

自己吃饭

清洁会阴

自己穿衣

自己穿鞋

总分

45

30

15

0

20

15

5

10

0

0

5

5

5

5

5

100

\*稳定性=临床上没有明显内、外翻松弛；中度稳定=小于 10°的内、外翻松弛；不

稳定=10°或 10°以上的内、外翻松弛。

— 116 —

骨伤科中医诊疗方案

肩锁关节脱位中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照 1994 年国家中医药管理局发布的中华人民共和国行业标准《中医病症诊断疗

效标准》（ZY/T001.9—94）及《中西医结合骨伤科学》（科学出版社，2008 年）。

（1）有外伤史。

（2）肩部肿胀，疼痛，活动受限，特别是外展活动受限。

（3）锁骨外端隆起压痛，向下按之可回复，松手后又隆起。

（4）X 线摄片检查可明确诊断。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南——骨科分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社，2009 年）。

（1）有外伤史。

（2）局部肿胀、压痛，外展及上举时均困难，肩关节处有松动感。

（3）X 线片可明确移位情况，同时摄双侧肩锁关节 Zanca 位片（球管射线向上成角

10°-15°前后位）对比，可发现患侧肩锁外端与肩峰间距离较健侧增大；有半脱位和

全脱位之分（锁骨外侧端与肩端完全分离）。必要时拍应力位片，即患者两手分别提重

物约 2.5 公斤物件后拍肩锁关节正位片。

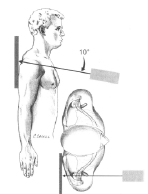
图 1

图2

图 1 . Zanca 位片 AC肩锁关节Zanca 位片是在上肢负重与不负重情况下，投射角

度与肩锁关节呈10～15º夹角，有助于发现肩锁关节部位小的骨折或者脱位。

— 117 —



（

骨伤科中医诊疗方案

图 2. 腋位片 AC肩锁关节腋位片可以证实锁骨远端相对于肩峰向後移位。

（Figure 1－2 From：Julie Y. Bishop， Christopher Kaeding. Treatment of the

acute traumatic acromioclavicular

separation. Sports med arthrosc rev . 2006；

14（ 4）：237-245.）

（二）疾病分期

1.新鲜脱位：脱位 2 周以内。

2.陈旧脱位：脱位超过 2 周以上。

（三）病类诊断

Rockwood 分类：

I 级：肩锁韧带损伤，喙锁韧带完整，肩锁关节保持稳定；

Ⅱ级：肩锁韧带断裂，喙锁韧带损伤，常引起半脱位；

Ⅲ级：肩锁关节囊及喙锁韧带均完全断裂，喙锁间隙较正常增加 25-100％ ；

Ⅳ级：为Ⅲ级伴喙锁韧带从锁骨撕脱，同时伴有锁骨远端向后移位进入或穿出斜方

肌；

V 级：为Ⅲ级伴锁骨自肩胛骨喙锁间隙垂直方向移位较正常增加 100-300％ ，锁骨

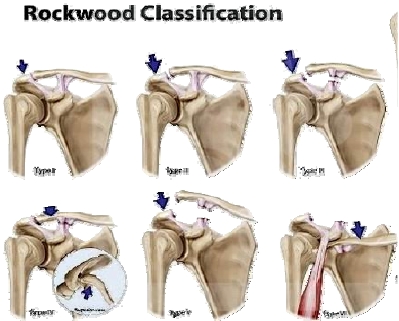
位于皮下；

VI 级：为Ⅲ级伴锁骨外侧端向下脱位，位于喙突下，此类型较为少见。（见图三）

（图三引自：Rockwood CA Jr.Disorders of the acromioclavicular joint.In：

Rockwood CA Jr.Matsen FA Ⅲ.eds.The Shoulder. Philadelphia：Sounders WB，

— 118 —



骨伤科中医诊疗方案

1985.413-476.）

肩锁关节脱位同时合并锁骨远端骨折则按 Rockwood 分类：

I 型：轻度移位（韧带间的）；

II 型：骨折中度移位，内侧到喙锁韧带：

A.锥状韧带和斜方韧带附着

B.锥状韧带断裂，斜方韧带附着

III 型：关节面骨折。

（引自：Rockwood CA， Green DP， Bucholz RW， et al. Fractures in Adult.

4nd Ed. Philadelphia： lippincott-Raven publishers， 1996）

（四）证侯诊断

1.血瘀气滞证：局部肿胀，疼痛，活动受限。舌质暗，或有瘀斑，舌苔薄白或薄黄，

脉弦。

2.气血不和证：局部疼痛剧烈，痛有定处，活动明显受限，痛处拒按。舌质暗紫，

或有瘀斑，舌苔薄白或薄黄，脉沉涩或脉弦。

3.肝肾不足证：痛缠绵日久，反复发作，包括肝肾阴虚及肝肾阳虚证。阴虚证症见：

心烦失眠，口苦咽干，舌红少津，脉弦细而数。阳虚证症见：四肢不温，形寒畏冷，筋

脉拘挛。舌质淡胖，脉沉细无力。

二、治疗方法

（一）手法整复

1.适应症

（1）RockwoodⅠ、Ⅱ患者；

（2）大部分Ⅲ型患者；

（3）Rockwood V 型拒绝手术患者。

2.具体手法

患者取坐位，患侧肘关节屈曲 90°，术者一手将肘关节向上托，另一手将锁骨外侧

端向下压，肩锁关节即可得到复位。对于复位困难者，将上肢外展过举抬高。

（二）外固定

1.适应症

（1）RockwoodⅠ、Ⅱ患者；

（2）大部分Ⅲ型患者；

（3）Rockwood V 型拒绝手术，签署知情同意要求保守治疗的患者。

2.各种外固定方法

— 119 —

骨伤科中医诊疗方案

可根据实际情况选择使用：

（1）胶布固定法：用宽胶布沿上臂纵轴，缠住锁骨远端与肘关节。前臂以颈腕带

悬吊胸前。如胶布带松动，应随时加固粘绑，以促进损伤关节囊及韧带的修复。

（2）石膏围腰及压迫带固定法：患者直立位，两上肢高举，先上石膏围腰，上缘

平乳头平面，下缘至髂前上棘稍下部，围腰前后各装一腰带铁扣，待石膏凝固干透后，

用厚毡 1 块置于肩上锁骨外端隆起部（不是肩峰部），另用一宽 3～5CM 皮带或帆布带，

通过患肩所放置的厚毡上，将带之两端系于石膏腰围前后的铁扣上，适当用力拉紧，使

分离之锁骨外端与肩峰接近同一平面，并不强调解剖复位，拍摄 X 线片无加重或改善后，

以三角巾将患肢悬吊于胸前。

图四 胶布固定法

（3）肩锁固定带固定法

首先将月牙形锁骨垫 3 放置在肩锁骨外端，然后将受伤侧手臂从肩垫 2 下部的臂套

22 套入，将肩垫 2 的上部放在月牙形锁骨垫 3 上，月牙形锁骨垫 3 通过其外表面的定位

魔术贴 31 固定在肩垫 2 内侧全软毡面层 23 上，将软性带 21 的外端绕过人体的另一侧

后，再穿过肩垫 2 前部外表面上的扣环翻转搭扣固定牢固；然后将腋带 4 绕过腋下固定

在肩垫 2 外围，最后将手放入手吊兜 1 内，手肘固定吊带 15 的自由穿过第二连接环 12

和第三连接环 14，利用手肘固定吊带 15 上的魔术带扣翻转固定，至此固定完成。

— 120 —



骨伤科中医诊疗方案

22

1

4

2

15

图五

多功能肩锁固定带示意图

（4）其他外固定法

石膏条固定法、Zero 位外展支架固定法、双“∞”字/斜“∞”字绷带固定法、弹

性绷带加垫片固定法、各种加压背带及支具、各式肩肘腋带固定法，如 Kenny-Howard

带等。

图六 Kenny－Howard 带

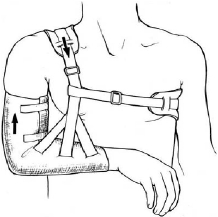
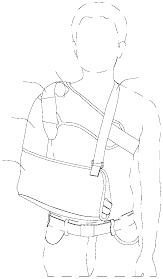
（三）康复训练

固定后，制动时间依据脱位分型而不同。Rockwood I～III 型可以在损伤后 1 周，

在保护下（患者用对侧手下压锁骨远端的情况下）开始小幅度的钟摆样运动和被动外旋

锻炼并持续 2～3 周，视情决定颈腕吊带制动时间。一般 Rockwood I～II 型颈腕带悬吊

— 121 —



骨伤科中医诊疗方案

2～3 周；Rockwood III 型颈腕带悬吊 4～5 周；Rockwood V 型患者，颈腕吊带制动 6

周左右，期间医生指导功能活动。复诊时骨科医生应在保护性下压锁骨远端时适当活动

肩关节，有利于预防肩关节粘连。解除固定后可以予热敷等减轻局部疼痛与不适。当活

动度达到正常侧的 80％～85％。术后 4～6 个月时允许恢复体育运动。

（四）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.早期

治法：活血化瘀、消肿止痛。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。当归、生地黄、牛膝、红花、桃仁、川芎、枳壳、赤

芍、柴胡、桔梗、甘草等。

中成药：伤科接骨片等。

2.中期

治法：舒筋活血、强壮筋骨。

推荐方药：壮筋养血汤加减。当归、川芎、白芷、续断、红花、生地、牛膝、牡丹

皮、杜仲等。

中成药：七厘胶囊等。

3.晚期

治法：滋补肝肾、舒筋活络。

推荐方药：六味地黄汤加减。熟地、山萸肉、山药、当归、茯苓、续断、赤芍等。

中成药：养血荣筋丸等。

（五）其他疗法

在急性期可根据疼痛程度，选择性使用塞来昔布、双氯芬酸、盐酸曲马多等对症治

疗。外用药物可选用双氯芬酸乳胶剂及各类接骨续筋药膏等，以促进损伤组织修复，但

是应注意局部皮肤过敏反应。恢复期可配合按摩和药物熏洗。

（六）手术治疗

1.适应症：Rockwood Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ型患者；

2.RockwoodⅢ型损伤：（1）对美观要求较高或者肩部皮肤菲薄；（2）从事反复提

举重物的工种；（3）工作时肩关节长时间处于前屈＞90º位；RockwoodⅢ型经保守治疗

失败（肩锁关节放射影像学上有退行性改变，局部仍有较多疼痛）患者。

3.手术治疗的方法：

肩锁间固定及韧带修复或重建（克氏针、张力带、螺纹针、锁骨钩钢板、自体、异

体或人工韧带）；

喙锁间固定及韧带修复或重建（Bosworth 螺钉韧带重建、Endobutton，缝合锚钉等）；

— 122 —

骨伤科中医诊疗方案

肌肉移位动力重建；锁骨外端切除；肩锁关节融合。

4.软组织修复的保护：一般术后应用颈腕吊带制动 3～6 周，可减少早期的失败。

为了使软组织修复，有时使用坚强的稳定方法。软组织修复完成就应去除钢板，一般术

后 8～12 周时间。移除太早有重新撕脱及再脱位的风险，移除太晚则造成关节僵硬或内

植物断裂。

（七）健康指导

1.生活起居：起居有时，寒温有节。对患肢宜保暖，注意观察患肢血运、感觉及手

指活动，特别是防止出现外固定压迫腋下神经、血管及局部压疮的发生。根据病情及体

力状况，可选择适当的运动，如散步等。

2.饮食调理：饮食宜清淡、易消化，忌生冷油腻，鱼腥发物。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免急躁、悲观等不良情绪影响。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照 Karlsson 标准。

1.不痛，有正常肌力，肩可自由活动，X 线片示肩锁关节解剖复位，或半脱位其间

隙小于 5mm；

2.满意，病人诉微痛、功能受限，肌力中度，肩活动范围在 90°～180°，X 线片

示肩锁关节间隙在 5～10mm；

3.差：疼痛并在夜间加剧，肌力不佳，肩活动在任何方向皆小于 90°，X 线片示肩

锁关节仍脱位。

（二）评价方法

按照 Karlsson 标准，对患者局部疼痛、功能、肌力和 X 线片观察结果进行评价。

— 123 —

骨伤科中医诊疗方案

筋结（屈指肌腱腱鞘炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1995 年）。

（1）有手指劳损病史、多见于妇女及手工劳动者。

（2）患指掌指关节处疼痛、肿胀，患指屈伸受限制，晨起或劳累后及着凉后症状

明显。

（3）患指掌指关节掌侧压痛，可触及结节，患指屈伸活动困难，可有弹响或绞锁

现象。

（4）X 线检查无明显阳性表现。

2.西医诊断标准

参照《外科学》第 7 版（吴在德、吴肇汉主编，人民卫生出版社，2008 年。）

（1）好发于长期、快速、用力使用手指的妇女。

（2）初起时患指晨僵、疼痛，缓慢活动后可消失。

（3）逐渐出现患指弹响伴明显疼痛，严重者患指僵硬，屈曲功能受限。

（4）可于患指掌指关节横纹处扪及米粒大小结节。

（二）证候诊断

1.气滞血瘀证：多为急性劳损后出现，掌指关节处轻度肿胀，疼痛，压痛，扪及结

节，患指屈伸不利，动则痛甚，可有弹响声或绞锁。舌质紫暗、有瘀斑，苔薄白，脉涩。

2.虚寒痹阻证：多为慢性劳损或急性劳损后期，局部有酸痛感，压痛，可扪及明显

结节，患指屈伸不利，有弹响声或绞锁。舌质淡，苔薄白，脉细或沉细。

二、治疗方法

（一）针刀疗法

1.适应症：手指疼痛，掌指关节掌侧压痛，可触及结节，结节较大，有弹响及绞锁，

严重者手指僵硬，患指屈伸功能障碍，或经保守治疗无效者。

2.操作方法：

体位：患者仰卧位，掌心向上，手平放于治疗台上。

定点：患指掌指关节纵轴正中，横纹附近硬结压痛点处。

— 124 —

骨伤科中医诊疗方案

消毒：皮肤常规消毒，铺无菌巾，消毒范围应充分包括整个手及腕部。

麻醉：采用 2%利多卡因局部浸润麻醉。

操作步骤：（1）麻醉生效后，在患指掌侧定点处，将针刀刀口线与指长轴平行，刀

体与皮面垂直，快速刺入皮肤，稳定针刀，并保持针刀的上述平行与垂直方向，在结节

正中，以刀锋垂直、短促、有度地沿结节纵轴“一”字形纵行切割腱鞘 1～3 刀，结节

较大者，应纵行切开结节 2～3 刀，切开即可，直到扳机现象完全消失。

（2）术中质量检查，将刀锋提起至皮下，让患者屈伸患指，如无弹响和扳机现象，

活动自如，无阻力、无摩擦感则可出刀。如未达到标准，可在患指屈伸活动状态下，查

知狭窄未完全解除的部位，如（1）所述操作以达到完全松解，解除卡压。

（3）出刀后，让患者屈伸患指到最大程度，然后医生握住患指中节给予略过伸过

屈运动 1～2 次，以创可贴或无菌纱布块覆盖创口，术终。

注意事项及要点：

（1）进刀点大多在掌远横纹与指近节横纹之间，即掌指关节平面，多为痛性结节

处。临床常可见患者主诉绞锁或弹响似乎出现在指间关节，但实质卡压部位仍为掌指关

节平面。

（2）术中刀口线要始终与肌腱走行平行一致，绝不可偏斜刀口线，以免切断或部

分切断肌腱。

（3）粘连较重者，在横行剥离时，要保持针刀稳定，轻促、有松动感即可，避免

滑刀刺入手指两侧的软组织中，以免伤及手指血管和神经。

（4）如因针刀切割腱鞘不全，往往“扳机”现象与“弹响”现象不易完全消失，

可以针刀纵行疏通及屈伸患指以确定狭窄的腱鞘是否完全松解。术中质量检查，应达到

患指屈伸活动时，活动自如，无阻力、无摩擦感为标准。

（5）术中应严格无菌操作，以避免感染。

（6）先天性扳机指畸形多可在 6 个月～2 岁间自愈。故临床观察即可。未能自愈者，

可在 5～7 岁以后，能够配合治疗时，局麻下针刀治愈。

3.术后康复治疗

（1）术后 3 日应保持针刀口的清洁、干燥，避免创可贴脱落，污染针刀口，直到

刀口愈合。

（2）术后即坚持每日数次反复做患指的主动屈伸活动，以避免粘连。

（3）术后第 3 日后到医院复查。

（4）术后术区可有轻度肿胀、疼痛，可在术后第 3 日刀口愈合后局部给予中药外

敷，以活血消肿、止痛，促进康复，一般不必应用抗菌素或清热解毒中药。

— 125 —

骨伤科中医诊疗方案

（二）中药外用

1.中药外敷

体位：患者取坐位，手掌朝上，手放于治疗台上。

定点：患指掌指关节纵轴正中，横纹附近硬结压痛点处。

操作方法：将药膏均匀地摊于 5cm×5cm 大小纱布上，再将药膏的中心外敷于患指

掌指关节纵轴正中，横纹附近硬结压痛点处，用绷带结实地包扎，手功能位放置。

使用活血化瘀，消肿止痛的中药膏。

用法与用量：一日一次，一次 15g，连续应用一周。

注意事项：

①每次换药时需要用温水浸泡患手 20 分钟，并擦洗干净。

②如发生水泡，红肿等立即停止应用。

2.中药熏洗

海桐皮汤加减，海桐皮、海风藤、制川乌、透骨草、乳香、没药、当归、川椒、艾

叶、川芎、红花、威灵仙、甘草、防风、白芷等。

使用方法：将诸药置于盆中，加水 1500～2000ml 煎沸 20～30 分钟，将患手放在盆

口上方高于药液 30cm 左右，并在患手上覆盖毛巾，熏蒸 10～15 分钟（注意防止烫伤），

待药液温度在 60℃左右时，将患手放入盆中浸洗，边洗边按摩患手，并做患指屈伸运动

待药液变凉。每日早、晚熏洗 1 次，每日 1 剂，7 剂为 1 疗程。

注意事项：如发生水泡，皮肤过敏等立即停止应用。

（三）针灸疗法

取穴：合谷穴及在掌骨头的掌侧面的结节周围压痛点（阿是穴）。

操作方法：用 75%乙醇在取穴部位常规消毒，用毫针直刺合谷穴 1.0 寸，斜刺掌骨

头掌侧面结节周围压痛点 0.5 寸，用提插法，得气后留针 20 分钟。而后配合直接灸，

用艾条对局部阿是穴行悬起灸 20 分钟，以局部潮红、有热感为宜。

（四）物理疗法

适用于筋结（屈指肌腱腱鞘炎）引起的患指疼痛、肿胀、弹响及屈伸受限。

超短波治疗：治疗时间：15 分钟/次，每天 1 次，7 次一疗程。

超声波治疗：治疗时间：10 分钟/次，每天 1 次，7 次一疗程。

体外冲击波治疗：治疗时间：1 分钟/次，每周 1 次，5 次一疗程。

激光治疗：治疗时间：10 分钟/次，每天 1 次，7 次一疗程。

（五）推拿疗法

手法操作要领：

— 126 —

骨伤科中医诊疗方案

患者取坐位，患肢置于治疗桌上，腕下垫枕，在前臂掌侧，尤其是手掌病变部施以

理筋手法，医者一手捏住患者手指，另一手拇指按压在肥厚的腱鞘结节上，用拇指指端

作上下及左右的分筋手法，然后在掌指关节的掌侧屈指肌腱压痛肥厚部位施以指揉和弹

拨并配合掌指关节屈伸的被动运动；揉屈指肌腱，捻屈指肌腱，摇动掌指关节。可适当

配合屈腕和诸指的屈伸运动，约 5～10 分钟。

如为病程较长，可抚摸患指及其周围，然后一手捏住患手，另一手拇指在痛点做与

腱鞘平行方向的推压约 1 分钟，再与腱鞘做垂直弹拨 10 次左右，如为屈拇肌腱腱鞘炎，

同时按揉鱼际，再做手指的纵向牵引，最后以柔和抚摸手法结束。

（六）其他疗法

1.封闭疗法

急性期可选择使用醋酸曲安奈德 5mg 或复方倍他米松注射液（得宝松）5mg，2%利

多卡因 0.5～1ml 在手屈指肌腱腱鞘部做鞘管内注射。每周 1 次，1～3 次为一个疗程。

2.屈指肌腱腱鞘切开术

适应症：手指疼痛，掌指关节掌侧压痛，可触及结节，结节较大，有弹响及绞锁，

严重者手指僵硬，患指屈伸功能障碍，或经保守治疗无效者。

局麻或神经阻滞麻醉，在掌指横纹处作一横行切口，长约 1.0cm。切开皮肤后钝性

分离，充分暴露腱鞘。认准腱鞘狭窄增厚范围，用小尖刀从一侧切开该处腱鞘，再用小

剪刀剪去狭窄腱鞘的两侧及前壁。

（七）功能练习

治疗期间，加强患指的屈伸活动，尽可能达到患指活动的最大范围，每日数次，每

次 10 分钟以上，鼓励患者坚持功能练习，不应因疼痛放弃功能练习。

（八）健康指导

1.应避免长期、快速、用力使用手指。

2.手部勿着凉或浸冷水。

3.定时做拇指外展、背伸及手指屈伸活动，以防止肌腱与腱鞘粘连。

三、疗效评价

（一）评价标准

根据《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1995）中

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效评定标准。

治愈：掌指关节掌侧无压痛，屈伸活动正常，无弹响及绞锁现象。

好转：局部结节或减小、疼痛减轻，功能障碍改善，活动时仍有轻微疼痛或略有弹

响声，但无绞锁现象。

— 127 —

骨伤科中医诊疗方案

未愈：症状未改善。

（二）评价方法

一般根据治疗前、后掌指关节掌侧有无压痛，患指屈伸活动范围，有无弹响及绞锁

征象等方面进行对照评价。

掌指关节评分表

注：治愈

80～100 分 ；好转

79～55 分；未愈

55 分以下。

— 128 —

|  |  |
| --- | --- |
| 标 准 | 评 分 |
| 疼痛（25 分） | |
| 无 | 25 |
| 轻度，偶尔 | 20 |
| 中度，可以忍受 | 15 |
| 严重，不能忍受 | 0 |
| 功能状况（25 分） | |
| 恢复到平时工作状况 | 25 |
| 工作上受限制 | 20 |
| 能够坚持工作 | 15 |
| 由于疼痛而无法工作 | 0 |
| 活动度正常的百分数（与正常一侧比）（25 分）  拇指掌指关节屈曲 0°-60°-70°，背伸 0°-10°-30°；余四指掌指关节屈曲 0°-85°，背  伸 0°-30° | |
| 100% | 25 |
| 75%～99% | 15 |
| 50%～74% | 10 |
| 25%～49% | 5 |
| 0%～24% | 0 |
| 弹响及绞锁（仅患指）（25 分） | |
| 无弹响及绞锁 | 25 |
| 轻微摩擦感，无绞锁 | 15 |
| 弹响，无绞锁 | 10 |
| 明显弹响伴绞锁 | 5 |
| 弹响及绞锁未改善 | 0 |
| 握力（与正常一侧比）（25 分） | |
| 100% | 25 |
| 75%～99% | 15 |
| 50%～74% | 10 |
| 25%～49% | 5 |
| 0%～24% | 0 |

骨伤科中医诊疗方案

膝关节内侧副韧带损伤中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医骨伤科病证诊断疗效标准》 国家中医药管理局，南京大学出版社，1994

年）。

（1）明显外伤史。

（2）膝关节肿胀疼痛，功能受限，或皮下瘀斑。

（3）膝关节内侧压痛，侧副韧带分离试验阳性。完全断裂时膝关节不稳定。

（4）X 线片示：外翻应力下摄片，内侧关节间隙增宽或轻度错位，或伸撕脱性骨折。

2.西医诊断标准

参照《实用骨科学》第四版（胥少汀、葛宝丰、徐印坎主编，人民军医出版社，2012

年）。

（1）膝部有明显的外翻位受伤史；

（2）伤后膝内侧疼痛、肿胀、膝关节活动障碍；

（3）膝内侧可有皮下瘀斑或皮肤青紫；

（4）患者呈跛行步态；

（5）韧带完全断裂者，膝外翻畸形，关节内缘可触及凹陷；

（6）内侧副韧带分离试验阳性；

（7）如合并半月板或交叉韧带损伤者，可出现关节内积血，麦氏征阳性；抽屉试

验阳性等；

（8）X 片检查：在膝外翻应力下拍摄正位片，内侧关节间隙增宽或轻度错位，或撕

脱性骨折。必要时行膝关节 MRI 检查。

（二）疾病分度

Ⅰ度损伤：膝内侧副韧带轻度损伤，膝关节无不稳定。

Ⅱ度损伤：膝内侧副韧带不完全损伤，膝关节伸直位时无不稳定，屈膝位时出现轻

度不稳定。

Ⅲ度损伤：膝内侧副韧带完全损伤，分为ⅢA 型和ⅢB 型损伤；

— 129 —

（

骨伤科中医诊疗方案

ⅢA 型：膝内侧副韧带完全断裂但后内侧关节囊未损伤。伸直位稳定，屈膝位不稳

定，slocum 试验阴性；

ⅢB 型：膝内侧副韧带完全断裂合并后内侧关节囊损伤，伸直位屈膝位均不稳定，

slocum 试验阳性。

（三）证候诊断

1.血瘀气滞证：伤后膝部疼痛，肿胀，皮下瘀斑，膝关节松弛，屈伸障碍。舌暗瘀

斑，脉弦或涩。

2.筋脉失养证：伤后迁延，膝部肿胀未消，钝痛酸痛，喜揉喜按，肌肉萎缩，膝软

无力，上下台阶有错落感。舌淡无苔，脉细。

二、治疗方法

（一）外治法

1.手法治疗

膝关节内侧副韧带损伤早期可用轻手法在膝关节内侧沿韧带走行方向理顺损伤的

肌纤维，用捋顺法促进消肿。中后期，可在膝关节压痛点部位及其上下施以指揉法、摩

法、擦法。再沿侧副韧带走行方向施以理筋手法，最后扶膝握踝伸屈膝关节，以解除粘

连，帮助膝关节功能的恢复。

2.外固定

韧带损伤较重者，将患膝置于 15°～20°屈曲位，用长腿石膏或膝关节支具固定，

固定时将小腿下段外侧垫一厚棉垫，使膝关节保持内翻位。4～6 周后解除固定，练习膝

关节屈伸活动，注意锻炼股四头肌。

3.外用膏药治疗

内侧韧带轻度损伤者可局部外敷具有活血化瘀、消肿止痛作用的膏药，外用膝关节

支具或自粘性绷带稍内翻应力固定。一般可固定 2～4 周。

4.外用中药熏洗

损伤中后期膝关节持续隐痛，轻度肿胀为主，治以活血化瘀、消肿止痛。可用海桐

皮汤加减熏洗患处。

推荐方药：海桐皮、透骨草、乳香、没药、当归、川椒、川芎、红花、威灵仙、防

风、甘草、白芷等药物。

5.其他治法

（1）局部红外线、激光等物理治疗

（2）手术治疗：膝内侧副韧带完全断裂或伴有交叉韧带、半月板损伤，或伴有骨

— 130 —

骨伤科中医诊疗方案

折者应早期手术治疗。修补韧带或摘除半月板，有骨折者一并固定。陈旧性内侧副韧带

断裂影响功能者，可手术重建内侧副韧带，术后均采用石膏外固定 6 周。

（二）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.血瘀气滞证

治法：活血理气，祛瘀止痛。

推荐方药：桃红四物汤加味。桃仁、红花、当归、生地、白芍、川芎等。

中成药：跌打丸等。

2.筋脉失养证

治法：滋补肝肾、养血荣筋。

推荐方药：补肾壮筋汤或壮筋养血汤加减。熟地黄、当归、牛膝、透骨草、赤芍、

川芎、山茱萸、茯苓、续断、杜仲、五加皮等。

中成药：养血荣筋丸等。

（三）健康指导

1.注意观察固定后的足趾血运。

2.及时根据情况调整外固定。

3.指导患者进行股四头肌、踝关节、跖趾关节功能锻炼。外固定期间，应积极做跖

趾关节屈伸活动，做踝关节背伸、跖屈活动，早期做股四头肌的舒缩活动，以防肌萎缩。

解除外固定后，指导练习膝关节屈伸活动，着重锻炼股四头肌的肌力，并可下地负重，

下地行走时应注意保护，防止产生膝外翻伤力。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1994 年）

中的内侧副韧带损伤疗效标准。

治愈：肿胀疼痛压痛消失，膝关节功能完全或基本恢复；

好转：关节疼痛减轻，功能改善，关节有轻度不稳；

未愈：膝关节疼痛无减轻，关节不稳定，功能障碍。

（二）评价方法

根据患者主诉、临床体征及 X 线表现进行综合判定。患者疼痛主诉判定采用疼痛标

尺法。临床症状、体征采用分级量化标准法（见下）进行判定。

— 131 —

骨伤科中医诊疗方案

分级量化标准：

— 132 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 轻 | 中 | 重 |
| 疼痛 | 轻度疼痛，时作时止 | 疼痛可忍，时常发作 | 疼痛难忍，持续不止 |
| 压痛 | 重压时疼痛 | 中等力度按压时疼痛 | 轻度按压即感疼痛 |
| 肿胀  （与健侧对比） | 轻度肿胀，中心高度＜  0.5cm | 中度肿胀，中心高度约  0.5-1cm | 重度肿胀，中心高度＞  1cm |
| 功能障碍 | 受伤部位功能轻度受限，  可从事正常活动 | 受伤部位功能中度受限，  生活可自理，但不能从事  劳动 | 活动功能丧失，生活不能  自理 |
| 瘀斑  （分割标尺法） | 2  瘀斑面积＜4cm | 2  瘀斑面积 4-16cm | 2  瘀斑面积＞16cm |

骨伤科中医诊疗方案

跟痛症（足跟痛）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材、全国高等中医药院校规划教材

《中医骨伤科学》（第 9 版）（王和鸣、黄桂成主编，中国中医药出版社，2012 年）。

（1）临床表现：起病缓慢，多发生于中老年肥胖者，多为一侧发病，可有数月或

数年的病史；足跟部疼痛，行走加重；典型者晨起后站立或久坐起身站立时足跟疼痛剧

烈，行走片刻后疼痛减轻，但行走或站立过久后疼痛又加重；

（2）体征：患部无明显肿胀或有轻度红肿，在跟骨的跖面或侧面有压痛；若跟骨

骨质增生较大时可触及骨性隆起；

（3）X 线表现：常见有骨质增生，但临床表现常与 X 线征象不符，不成正比。

2.西医诊断标准

参照《足外科学》（毛宾尧主编，人民卫生出版社，1992 年）。

（1）足跟痛：多在晨起行走时开始，活动后可减轻，继续行走或负重时疼痛加剧；

（2）压痛点：局限于跟骨负重区偏内外侧或跟骨大结节处；

（3）肿胀：大多数患者跟骨周围无肿胀或有轻度红肿；

（4）跟骨骨刺：部分患者 x 线侧位片可见跟骨骨刺形成。

（二）证候诊断

1.气滞血瘀证：足跟痛如刺，痛处固定，拒按，动则更甚。舌质紫暗或有瘀斑，苔

薄白或薄黄，脉弦紧或涩。

2.湿热内蕴证：足跟局部疼痛，轻度红肿，有热感，压痛明显，伴口渴不欲饮。舌

苔黄腻，脉濡数。

3.寒湿痹阻证：足跟冷痛重着，痛有定处，遇寒加重，得热减轻。舌质淡胖苔白腻，

脉细数。

4.肝肾亏虚证：足跟痛缠绵日久，反复发作，劳则更甚，休息减轻，腰膝酸软无力，

可伴心烦失眠，口苦咽干，舌红少津，脉弦细而数；或伴四肢不温，形寒畏冷，筋脉拘

挛，舌质淡胖苔薄白，脉沉细无力。

二、治疗方法

— 133 —

骨伤科中医诊疗方案

（一）外治疗法

1.中药熏洗：将四肢洗方用布包好加水 1000 毫升，浸泡 20 分钟左右，煎煮 30 分

钟后，先以热气熏蒸患处，待温度合适时再以药水浸洗患处，每日 1 次，每次 20 分钟。

局部无红肿者可选用海桐皮汤或舒筋活血洗方加减；局部有红肿者可加用双柏散或

玉露散。

2.中药涂擦：予中药擦剂涂搽并按摩患处，每日 1 次，每次 10 分钟。

3.中药敷贴：局部可选用消瘀止痛药膏等敷贴，每日 1 贴。

（二）冲击波疗法

1.适应症：在足底周围或跟腱附着点处有明确压痛，局部无红肿者。

2.禁忌症：儿童、妊娠或哺乳期妇女；安装心脏起搏器、精神疾患及其他特殊体质者。

3.操作：采用俯卧位，治疗时将患足固定，在足跟部找出最明显的压痛点并标记，

瞄准器对准，建议初始冲击能量为 8.0KV，适应后可将能量逐渐调高，以患者能忍受为

限，冲击频率：50～60 次/分钟。冲击次数：1000 次。治疗次数：每周 1～2 次，治疗 2～

3 周。治疗前告知患者治疗时需保持患肢姿势，防止因疼痛而反射性移动肢体，导致治

疗失败。

（三）物理疗法：根据病情选择低频、电磁波等治疗。

（四）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：理气活血，化瘀止痛。

推荐方药：身痛逐瘀汤加减。川芎、当归、五灵脂、香附、甘草、羌活、没药、牛

膝、秦艽、桃仁、红花、地龙等。

中成药：七厘散等。

2.湿热内蕴证

治法：清热化湿，通络止痛。

推荐方药：四妙丸加减。苍术、牛膝、黄柏、薏苡仁、牛膝、杜仲、鸡血藤、川芎、

延胡索、当归等。

中成药：四妙丸等。

3.寒湿痹阻证

治法：祛湿散寒，通络止痛。

推荐方药：独活寄生汤加减。独活、桑寄生、杜仲、牛膝、党参、当归、熟地黄、

白芍、川芎、桂枝、茯苓、细辛、防风、秦艽等。

中成药：小活络丹等。

— 134 —

骨伤科中医诊疗方案

4.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，通络止痛。

推荐方药：左归丸或右归丸加减。熟地、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、

龟板胶、川牛膝等；或熟地、山药、山茱萸、杜仲、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、肉桂、

附子、当归等。

中成药：左归丸、右归丸、抗骨增生胶囊等。

（五）封闭疗法

可选用丹参注射液、当归注射液等痛点注射。

（六）针刀或针灸疗法

1.针刀或铍针：常规消毒，在局部压痛点进针，快速穿过皮下、皮下组织到达深筋

膜。根据病情进行一点式、多点式或线式松解。出针后按压 1～2 分钟止血包扎，24 小

时内保持局部干燥清洁。

2.体针：患者仰卧或坐位，针刺部位在内踝或外踝后缘直下 4cm 处（相当于跟骨结节

前方）、跟痛穴（三阴交后 1 寸）、太溪、照海、昆仑、承山、阿是穴等。隔天治疗 1 次。

3.灸法：在足跟部疼痛点下方，让艾灸燃烟熏灸疼痛点。每次 15～20 分钟， 每日

1 次。

（七）健康指导

1.治疗期间宜休息，并抬高患肢，不宜久行久立。肥胖者注意饮食，控制体重。

2.宜穿宽大的厚底鞋，鞋内放置海棉厚垫或足跟减压垫，以保护足跟和减少跖筋膜

张力。平足者可选用矫形垫，垫起足弓。

3.可做以下功能锻炼：

（1）练习1：身体前倾面对墙壁，双手伸直平推墙壁，有疼痛症状的下肢膝关节向

后绷直，另一个膝关节向前呈弓步。屈肘，增大身体前倾，保持后膝绷直和足跟触地；

（2）练习2：患者坐位，患肢搭在健侧腿上，踝关节背伸90度以上，健侧手握住足

跟，再用对侧手将患足拇趾用力背伸，自我感觉到足底的腱膜有牵拉痛。

4.根据患者实际情况日常选择适合的运动，如散步、游泳、太极拳等。行动不方便

者可以每天做足部肌肉的收缩锻炼，以增强足底肌的力量，减缓韧带退变松弛。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002年）。

采用尼莫地平法计算临床症状和体征的改善率：（治疗前积分-治疗后积分）/治疗

前积分×100％。

— 135 —

骨伤科中医诊疗方案

痊愈：疼痛、压痛，不能正常负重行走、肿胀等症状、体征积分减少≥95%，足部

功能活动恢复正常；

显效：疼痛、压痛，不能正常负重行走、肿胀等症状、体征积分减少≥70%，＜95%，

足部功能活动接近正常；

有效：疼痛、压痛，不能正常负重行走、肿胀等症状、体征积分减少≥30%，＜70%，

足部功能活动较前改善；

无效：疼痛、压痛，不能正常负重行走、肿胀等症状、体征积分不足30%，足部功

能活动无改善。

1.临床症状及体征评分：国家中医重点专科跟痛症（足跟痛）协作组制定的“跟痛

症（足跟痛）中医诊疗方案

2.疼痛视觉模拟（visual analogus scale，VAS）评分法

无痛（0）

（二）评价方法

治疗前后，运用临床症状评分、VAS 评定等进行评价。

— 136 —

剧痛（10）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症状体征 | 评分标准 | 计分 |
| 疼痛 | 行走时不痛  行走时轻度疼痛，时作时止  行走时疼痛可忍，时常发作  行走时疼痛难忍，持续不止 | 0分  1分  2分  3分 |
|  | 结果 |  |
| 压痛 | 无压痛  重度按压时有压痛  中等力度按压时有压痛  轻度按压立即感压痛 | 0分  1分  2分  3分 |
|  | 结果 |  |
| 行走功能 | 无行走功能障碍  行走轻度受限，可从事正常活动  行走中度受限，生活自理，但不能从事劳动  行走严重受限，生活不能自理 | 0分  1分  2分  3分 |
|  | 结果 |  |
| 肿胀  （标尺法健侧对  比） | 无肿胀  轻度肿胀，中心高度＜0.5cm  中度肿胀，中心高度 0.5-1cm  重度肿胀，中心高度 0.5-1cm | 0分  1分  2分  3分 |
|  | 结果 |  |
|  | 总分值 |  |

骨伤科中医诊疗方案

颞下颌骨关节病中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》ZY/T001.9-94）国

家中医药管理局发布，南京大学出版社，1994 年）。

主要症状：颞颌关节区困痛、弹响，张口活动受限。

次要症状：张口时下颌体异常活动，患侧面颊部慢性肿胀，偶伴有患侧面部轻度麻

木、活动不利。

急性起病，张口活动明显受限，张口约在 2cm 以下，咀嚼无力，有时甚至合并言语

含糊，颞颌关节区疼痛明显。

发病年龄多在 16 岁以上。

2.西医诊断标准

参照《口腔颌面外科学》（第 7 版）（张志愿主编，人民卫生出版社，2012 年）。

（1）临床特点

①疼痛：多局限于关节表面和外耳道前壁，自发疼痛和（或）咀嚼时疼痛加剧（诱

发）。

②张口受限：严重张口受限时有较严重的骨畸形（如骨赘形成）和关节囊的粘连。

③摩擦音关节表面组织畸形和粗糙，使运动过程中产生摩擦音。

④骨质破坏（单侧-下颌偏斜、双侧-下颌后缩和前牙开合）。

（2）辅助检查：髁状突 X 线检查：X 线能检查出较严重的软骨下骨组织的退行性改

变，包括关节间隙狭窄，骨结构的改变如骨赘所致的唇状突起、骨硬化、骨表面糜烂、

软骨下囊肿和骨畸形等。

（二）证候诊断

1.风寒湿痹证：患侧颞颌关节疼痛，开合不利，咀嚼障碍，关节弹响，遇寒加重，

得热痛减。舌淡，苔薄白，脉弦紧。

2.血瘀气滞证：有明确发病原因，如咬硬物损伤关节及暴力损伤病史，关节疼痛较

甚、张口受限，咀嚼障碍。舌紫暗可见瘀斑，脉弦或涩。

3.肝郁脾虚证：情志抑郁、易怒、胸闷，女性可见胸胁或乳房、少腹胀痛、月经不

— 137 —

（ （

骨伤科中医诊疗方案

调。纳差，肠鸣腹泻。咬肌痉挛、牙关紧闭、张口困难。苔薄白，脉弦。

4.肝肾亏虚证：病程日久，身倦乏力，面色萎黄，腰膝酸软，头晕耳鸣，偏阳虚者

面色恍白，手足不温，少气懒言，腰腿发凉。舌质淡，脉沉细。偏阴虚者，咽干口渴，

面色潮红，倦怠乏力，心烦失眠。舌红少苔，脉弦细数。患侧颞颌关节强硬，开合不利，

咀嚼障碍，关节弹响，时有酸痛。

二、治疗方法

（一）手法治疗

1.痛点揉药法：七厘散研磨成细粉，患处洒上药粉，或凡士林等调和，操作者掌指

关节屈曲，指间关节旋转，拇指指腹与患者皮肤轻触，轻而有力的做局部旋转按摩，频

率约 120 次～180 次/分，并保持患处皮肤保持相对不动，接触面积约 5 分硬币大小。多

在治疗当天开始，一般治疗三天后疼痛缓解，一周后张口活动受限有所缓解。使用方法：

一日两次，每次 10～15 分钟，三周为一疗程。

2.咬颌调整法：病人坐位（一般选择无法移动带靠背的牢固的木椅子），术者立于

病人背侧，面向病人背侧，双手环抱病人头部于胸前。用对侧手拇指（包缠无菌纱布，

注意清理纱布上毛絮）探入病人口内（左右手的选择依据下颌运动异常时判断病灶关节

为准，一般均是选择患侧对侧手拇指，亦有选择健侧对侧手拇指者。）并放置于病人后

磨牙之上（注意不要接触病人咽喉壁及舌根，否则会引起病人一过性恶心不适，很难继

续配合治疗），匀速缓慢向下向对侧牵拉下颌体部。剩余手拇指放置于推拿侧颞颌关节

髁状突处，在下颌体向下移动关节间隙出现的同时，缓慢用力配合对侧手将滑动移位的

髁状突推回关节内。检查见下颌体运动无异常后，此次推拿治疗结束。

（二）关节腔注射治疗

根据患者病情酌情选择成药制剂行局部关节腔内注射。

（三）针灸治疗

针灸、艾灸治疗，取穴：风寒湿痹者，温针取下关、颊车；血瘀气滞型主要取下关、

颊车、听会等穴；肝郁脾虚者主要取下关、颊车、大迎、地仓、四白、足三里等穴；肝

肾亏虚者，主要取上关、下关、颊车、听会、耳门、翳风等穴。

（四）其他疗法

（1）中药溻渍治疗：根据患者病情，辨证选择中草药加水 300 mL，煮沸后再用文

火煎煮 20 分钟，待水微温时，用纱布蘸药液外敷耳屏前及咬肌处 20 分钟，每天 2 次，

5 天为 1 疗程。

（2）中药离子导入治疗：在颞颌关节区及咬肌区运用医用超声波导入机将活血化

瘀类中成药制剂，行药物导入治疗。根据患者病情酌情选择超声波导入的能量，每次10～

— 138 —

骨伤科中医诊疗方案

15分钟，每日两次，7天为一个疗程。

（3）中药熏洗治疗：颞下颌骨关节病的熏洗因受部位限制多选用较小的熏洗罐

进行，一般以熏为主。即将药物煎汤后放入熏洗罐中，病人将头偏向患侧，将患

侧颞颌关节区置于熏洗罐开口处，进行药物熏蒸治疗。

（4）根据病情可酌情选用 TDP 灯应用、微波治疗仪物理疗法、电脑疼痛治疗仪治

疗、局部砭石治疗等。

（五）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风寒湿痹证

治法：温经散寒，祛风除湿。

推荐方药：独活寄生汤加减。独活、寄生、杜仲、牛膝、细辛、秦艽等。

中成药：独活寄生合剂等。

2.血瘀气滞证

治法：活血化瘀，行气止痛。

推荐方药：七厘散加减。血竭、红花、乳香、没药、当归、川芎、赤芍等。

中成药：七厘散等。

3.肝郁脾虚证

治法：疏肝解郁，健脾益胃。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡、芍药、当归、茯苓、白术等。

中成药：逍遥丸、补中益气丸等。

4.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，强筋壮骨。

推荐方药：桂附地黄汤加减。熟地黄、淮山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、桂枝、

附子（先煎）等。

中成药：左归丸、右归丸、金匮肾气丸等。

（六）健康指导

1.日常生活注意事项

（1）避免引起疼痛的动作，如过度开颌、咀嚼硬物、过度咀嚼口香糖等，减轻关

节的负担。

（2）饮食宜软、烂，多吃流食，忌生冷。

（3）注意头面部保暖，使关节血循正常，防止疼痛。

2.情志调摄：耐心细致向病人讲述疾病治疗及康复的过程、注意事项，介绍同种疾

病不同个体成功的例子，消除紧张和顾虑，积极配合治疗。

— 139 —

骨伤科中医诊疗方案

3.口腔疾病的防治

（1）保持口腔卫生，积极预防口腔类疾病。

（2）单侧磨牙缺失，磨合过度，可应用颌垫。

4.颞颌关节松动训练、下颌骨左右前后运动训练等，可根据病人不同情况采取主动

锻炼或开口器被动锻炼。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《邱蔚六口腔颌面外科学》（邱蔚六主编，上海科学技术出版社，2008年）制

定。

治愈：开口度恢复正常，疼痛消失，能够正常咀嚼；

显效：未达最大开口度时或咀嚼软食时无疼痛；最大开口或咀嚼较硬食物时疼痛减

轻，疼痛评分改变在70%以上。最大张口大于等于3cm；

有效：张口过程中或咀嚼软食时关节或周围疼痛明显减轻，但未完全消失，张口在

2.2cm～2.9cm；疼痛程度评分改变在30%～70%；

疗效差：治疗后张口小于2.2cm；疼痛评分改变小于30%；

无效：治疗后疼痛及开口度无改善。

（二）评价方法

主要从疼痛程度、主动开口度方面进行评定。

1、疼痛程度

采用视觉模拟标尺法（VAS），记录颌疼痛问卷（参照《邱蔚六口腔颌面外科学》关

于颞下颌关节紊乱的疗效评定制定），计算疼痛评分改变百分比，即：（治疗前评分-治

疗后评分/治疗前评分）×100%。

2.主动开口度测定：是指患者大张口时，上下中切牙缘之间的距离，正常人群开口

度：平均 3.5cm。

— 140 —

骨伤科中医诊疗方案

外伤性髋关节后脱位中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）。

（1）有严重外伤史。

（2）伤者多为青壮年。

（3）局部肿痛，弹性固定，伤肢呈屈曲、内收、内旋短缩畸形，臀部常可扪及隆

突的股骨头。

（3）X 线摄片检查可确诊，并可显示有无合并骨折。

2.西医诊断标准

参照《外科学》第 7 版（吴在德、吴肇汉主编，人民卫生出版社，2008 年）。

（1）有明确外伤史。

（2）患髋疼痛，肿胀，不能活动，患肢屈髋、屈膝，内收、内旋、短缩畸形并弹

性固定，患侧臀部隆起，大粗隆明显向后上方移位，可在髂前上棘、坐骨结节连线后方

扪及股骨头。“粘膝征”阳性。

（3）髋关节正侧位 X 线片可见股骨头呈内旋内收位，位于髋臼的外上方，股骨颈

内侧缘与闭孔上缘所连的弧线中断。

（二）疾病分期

根据病程，可分为早期、中期、后期三期。

1.早期：伤后 1～2 周内。髋部疼痛，肿胀剧烈，活动受限，动则痛甚。舌质红，

苔薄白，脉弦涩。证属血瘀气滞。

2.中期：伤后 2～3 周。疼痛瘀肿虽散未尽，筋骨尚未修复，活动仍有受限。舌质

淡红，苔薄白，脉弦细。证属营血不调。

3.后期：伤后 3 周以后。髋部疼痛基本消失或时有隐痛，筋骨续连，肿痛消退，可

轻微活动，但尚未能负重行走，因筋骨损伤内动肝肾，气血亏损，体质虚弱。舌质淡胖

嫩，苔薄白，脉细弱。证属肝肾亏虚。

二、治疗方法

（一）闭合手法复位法

— 141 —

骨伤科中医诊疗方案

新鲜髋关节后脱位，应立即施行手法复位，如若复位困难，可在麻醉下实施。

1.屈髋拔伸法：患者卧于木板床或铺于地面的木板上。助手一人以两手按压髂前上

棘以固定骨盆。术者面向病人，弯腰站立，骑跨于患肢上，用双臂、肘窝扣在患肢腘窝

部，使其屈髋、膝各 90°。顺势拔伸，使股骨头接近关节囊裂口，促使股骨头滑入髋臼，

当感到入臼声后，再将患肢伸直，即可复位。

2.回旋法：患者仰卧，助手以双手按压双侧髂前上棘固定骨盆，术者立于患侧，一

手握住患肢踝部，另一手以肘窝提托其腘窝部，在向上提拉的基础上，将大腿内收、内

旋，髋关节极度屈曲，使膝部贴近腹壁，然后将患肢外展、外旋、伸直。在此过程中，

当感到入臼声后，即表示复位成功。

3.拔伸足蹬法：患者仰卧，术者两手握患肢踝部，用一足外缘蹬于坐骨结节及腹股

沟内侧，手拉足蹬，身体后仰，协同用力。

4.俯卧下垂法：患者俯卧于床缘，双下肢完全置于床外。健肢由助手扶持，保持在

伸直水平位；患肢下垂，助手用双手固定骨盆，术者一手握其踝关节上方，使屈膝 90°，

利用患肢的重量向下牵引，术者在牵引的过程中，可轻旋患肢大腿，用另一手加压于腘

窝，增加牵引力，使其复位。或取同样体位，只是固定骨盆的助手改为挟持患踝及按压

小腿，术者用力按压股骨头向下向内而复位。术者亦可用膝部跪于患者腘窝，用力向下

使之复位。

（二）切开复位法

凡手法未能复位者，应早期施行手术切开复位。

手术以后切口为宜（Kocher-Langebeck），依次切开皮肤、筋膜，分离肌层，切开

关节囊，显露并保护坐骨神经，保护股骨头残留血液供应，清除血肿，撕裂的盂唇及骨

软骨碎片，显露髋臼。术者用手指保护坐骨神经，用另一手引导股骨头还纳髋臼内，同

时助手在屈髋屈膝 90°位做纵向牵引。修复梨状肌及闭孔内肌的附着部。术后处理同手

法复位方法。

（三）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.脱位早期

治法：活血化瘀，消肿止痛。

推荐方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、川芎、当归、赤芍、生地、枳壳、香附、

延胡索等。

中成药：七厘胶囊等。

2.脱位中期

治法：和营生新，续筋活络。

— 142 —

骨伤科中医诊疗方案

推荐方药：舒筋活血汤加减。羌活、防风、荆芥、独活、当归、续断、青皮、牛膝、

五加皮、杜仲、红花、枳壳等。

中成药：养血荣筋丸等。

3.脱位后期

治法：补益肝肾，养血荣筋。

推荐方药：壮筋养血汤加减。当归、川芎、白芷、续断、红花、生地、牛膝、牡丹

皮、杜仲等。

中成药：健步强身丸等。

（四）其他疗法

复位后可采用皮肤牵引或者骨牵引固定，患肢两侧置沙袋防止内、外旋，牵引重量

5～7KG，一般维持在髋外展 30°～40°中立位 3～4 周。根据病情需要和临床实际，选

择局部外用中药制剂、高压氧治疗等治疗方法。

（五）护理调摄

1.情志护理：加强心理护理，给予患者耐心细致的安慰和解释，解除患者的恐惧心

理，帮助患者了解损伤修复过程和治疗措施，以配合治疗。

2.体位护理：术后患肢保持外展中立位，防止内、外旋。复位后 24 小时内可允许

半坐或坐位，复位后第 2 天行患肢肌肉收缩锻炼，3 个月后作 X 线检查，方能下地做下

蹲、行走等负重锻炼。定时做好皮肤护理。

3.饮食护理：早期饮食护理：饮食宜清淡，应以易消化的饮食或半流质为主，多吃

水果、蔬菜，忌食肥甘厚味、辛辣及易胀气的豆类食物。必要时口服润肠通便煎剂或灌

肠。中后期饮食护理：饮食以营养和钙质丰富的食物为主，按照健脾和胃，补益肝肾，

强筋壮骨之原则来调理饮食。

4.并发症护理：腹胀便秘：每日做腹部按摩，自右下腹顺着结肠向上、向左、向下

按摩，时间为 20～30 分钟，每日 3 次，可预防腹胀便秘。如出现上述症状，可采用腹

部热敷、饮食疗法，或根据患者年龄体质不同采用相应针刺疗法，以理气消胀，促进排

便。

5.膀胱护理：可进行腹部热敷，用流水诱导排尿，同时做好患者的思想工作，解除

其紧张情绪，配合按摩石门穴、关元穴、中极穴，针灸疗法取三阴交、委中，针后加灸

效果更好。以上处理均无效者予以导尿，但尿管留置时间不宜超过 3 天，以免发生泌尿

系感染。

6.功能锻炼：指导患者进行合理的功能锻炼。指导患者在床上做屈髋、屈膝及内收、

外展及内、外旋锻炼，足踝背伸跖屈运动、股四头肌等长收缩运动、抬臀运动及双上肢

— 143 —

骨伤科中医诊疗方案

功能锻炼。护理人员每日观察并指导患者练功，嘱患者锻炼时勿急躁，要循序渐进、持

之以恒。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病症诊断疗效标准》。

治愈：髋关节关系正常，功能完全或基本恢复，可以正常负重及参加劳动；

好转：髋关节关系正常，功能受限或负重时髋关节疼痛；

未愈：髋关节脱位未恢复，局部症状无改善，功能丧失。

（二）评价方法

1.于复位后 3 个月随访时行 X 线检查观察髋关节关系。

2.于复位后 3 个月，根据《中医病症诊断疗效标准》髋关节后脱位的疗效评价标准

进行评价。

— 144 —

骨伤科中医诊疗方案

腰背肌筋膜炎中医诊疗方案

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《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）。

（1）可有外伤后治疗不当、劳损或外感风寒等病史；

（2）腰背部酸痛、肌肉僵硬发板、有沉重感，疼痛常与天气变化有关，阴雨天及

劳累后可使症状加重；

（3）腰背部有固定压痛点或压痛较为广泛，背部肌肉僵硬，沿竖脊肌走行方向常

可触到条索状的改变；

（4）X 线检查无阳性体征。

2.西医诊断标准

参照中华医学会《临床诊疗指南骨科分册》（邱贵兴主编，人民卫生出版社，第 1

版，2009 年）进行诊断。

（1）腰背部、臀部广泛疼痛，常因剧烈活动或寒冷诱发；并具引发放射区，即重

压肌筋膜区皮下结节，除在该点有酸胀感外，还可在该点周围或距离稍远区域引发疼痛

或肌紧张；

（2）腰部活动受限、肌肉痉挛，部分患者有明确的疼痛扳机点；

（3）X 线检查无阳性体征。

（二）证候诊断

1.风寒湿阻证：腰部疼痛板滞，转侧不利，疼痛牵及臀部、大腿后侧，阴雨天气加

重，伴恶寒怕冷。舌淡苔白，脉弦紧。

2.湿热蕴结证：腰背部灼热疼痛，热天或雨天加重，得冷稍减或活动后减轻；或见

发热、身重，口渴、不喜饮。舌红、苔黄腻，脉濡数或滑数。

3.气血凝滞证：晨起腰背部板硬刺痛，痛有定处，痛处拒按，活动后减轻。舌暗苔

少，脉涩。

4.肝肾亏虚证：腰部隐痛，时轻时重，劳累后疼痛加剧，休息后缓解。舌淡苔少，

脉细弱。

二、治疗方法

— 145 —

骨伤科中医诊疗方案

（一）外治法

1.手法治疗

（1）操作方法：患者俯卧位，由足太阳膀胱经自上而下，施行揉按和扌衮法。点按

肾俞、腰阳关、八髎和腰痛区阿是穴。双手拇指在激痛点上反复揉按，如果触及到筋结

或筋束，可用捏拿、分筋、弹拨、掐揉等手法松解，恢复其舒缩功能。术者以掌根或小

鱼际肌着力，在患者腰骶部施行揉摸手法，从上而下，反复进行 3～5 次，使腰骶部感

到微热。隔日 1 次，7 次一疗程。

（2）注意事项：急性期或体质较弱，或孕妇；患有严重心脏病、高血压、肝肾等

疾病患者；体表皮肤破损、溃烂或皮肤病患者；有出血倾向的血液病患者等，忌用或慎

用手法。

2.外用中药

（1）中药熏蒸（熏洗）：以中药热熏洗腰背部。推荐方药及用法如下：熏洗汤加减，

透骨草、伸筋草、归尾、寻骨风、川断、海桐皮。根据辨证适当加减。上药加水 1500ml

浸泡 1 小时，文火煎开 10 分钟后备用。采用自动熏蒸床熏洗患处，温度以患者能耐受

为宜。每次 30 分钟，每日 1 次，10 天为 1 个疗程。

注意事项：重症高血压、心脏病、急慢性心功能不全者，重度贫血、动脉硬化症，

心绞痛、精神病、青光眼等；饭前饭后半小时内、饥饿、过度疲劳；妇女妊娠及月经期；

急性传染病；有开放性创口、感染性病灶、年龄过大或体质特别虚弱的人禁用中药熏蒸

（熏洗）。

（2）中药贴敷：根据病情需要，选用具有祛风散寒、通络止痛作用的中药膏外敷。

3.穴位注射疗法

用当归注射液或香丹注射液循经取穴或痛点注射。

4.针灸治疗

针刺阿是穴、肾俞、腰阳关、委中、昆仑等穴，亦可使用电针，或配合艾灸。

5.拔罐疗法

（1）操作方法：俯卧位，暴露拔罐部位，薄薄涂上凡士林油膏。用血管钳夹取 95%

乙醇棉球，点燃。左手持罐，罐口向下，右手持燃有酒精棉球之血管钳，迅速伸入罐内

绕一圈，立即抽出，同时将罐叩按在所选穴位上，如肾俞、腰阳关、八髎和腰痛区阿是

穴等。待罐内皮肤隆起并呈红紫现象，留置 10～15 分钟。起罐时，左手按住罐口皮肤，

右手扶住罐体，空气进入罐内，火罐即可脱落。隔日一次，7 次为 1 个疗程。

（2）注意事项：皮肤过敏或溃疡破损处；孕妇，月经期或有出血倾向者；有严重

心脑疾患或脏器衰竭以及精神病患者；糖尿病患者有肢体缺血或软组织感染倾向者等，

— 146 —

骨伤科中医诊疗方案

忌用拔罐治疗。

（二）其他疗法

1.物理治疗

根据病情需要，可选用红外线、超短波、TDP、超声脉冲电导治疗仪、中药离子导

入仪、蜡疗等。

2.铍针治疗

（1）操作方法

定位：患者触诊寻找压痛点或筋结点，用指端在皮肤垂直向下做“十”字压痕，注

意“十”字压痕的交叉点对准压痛点的中心。

消毒：按局部常规消毒。

进针：针尖对准皮肤“十”字压痕的中心，快速进针，当铍针穿过皮下时，针尖的

阻力较小，进针的手下有种空虚感，当针尖刺到深筋膜时，会遇到较大的阻力，持针的

手下会有抵抗感。

松解：松解是整个治疗的关键步骤。针刺的深度以铍针穿透筋膜即可，不必深达肌

层，这样可以避免出血及减少术后反应。

出针：完成松解以后，用持针的棉球或纱布块压住进针点，迅速将针拔出，按压进

针点 1～2 分钟。隔日 1 次，7 次为一疗程。

（2）注意事项：针具要严格消毒，防止感染。局部软组织存在炎症反应、有出血

倾向、严重心脑疾患或脏器衰竭及肝肾等疾病及糖尿病患者忌用。

3.小针刀治疗

（1）操作方法：选择痛点或软组织条索处，1%利多卡因局部麻醉，用针刀局部进

行粘连带的松解，刀法有：切、割、推、拨、针刺等，一般 1 次即可，不愈者隔 7 天做

第二次。

超微针刀疗法：选择痛点或软组织条索处，无需麻醉，直接针刺，切割深浅筋膜 1～

3 刀。

（2）注意事项：刀具要严格消毒，防止感染。施术部位皮肤有炎症表现者；施术

部位有重要器官、大血管、神经干等无法避开，可能引起损伤者；孕妇，月经期或有出

血倾向者；有严重心脑疾患或脏器衰竭以及精神病患者；糖尿病患者有肢体缺血或软组

织感染倾向者等，忌用小针刀治疗。

4.梅花针治疗

（1）操作方法：将针具及皮肤常规消毒后，手握针柄，针尖对准叩刺部位，使用

腕力，将针尖垂直叩打在皮肤上，并立即提起，用力要均匀柔和，遍刺腰部疼痛部位，

— 147 —

骨伤科中医诊疗方案

3 日 1 次，3 次 1 疗程。

（2）注意事项：局部皮肤有疮疡､破溃或损伤等，孕妇、月经期或有出血倾向者；

有严重心脑疾患或脏器衰竭以及精神病患者；糖尿病患者有肢体缺血或软组织感染倾向

者等，忌用梅花针治疗。

5.封闭治疗

根据病情需要，选用当归注射液等进行封闭治疗，每周一次，2 次为一疗程。严重

心、肝、肾脏疾病；局部软组织感染；糖尿病、肿瘤及结核病，禁用局部封闭。

（三）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风寒湿阻证

治法：祛风散寒，除湿通络。

推荐方药：舒筋活血汤加减。独活、羌活、防风、荆芥、当归、续断、青皮、牛膝、

杜仲、红花、枳壳等。

中成药：独活寄生合剂、金乌骨通胶囊等。

2.湿热蕴结证

治法：清热除湿，舒筋止痛。

推荐方药：四妙散加减。苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、川芎等。

中成药：四妙丸、痛风定胶囊等。

3.气血凝滞证

治法：活血化瘀，行气止痛。

推荐方药：身痛逐瘀汤加减。秦艽、川芎、桃仁、红花、甘草、羌活、没药、当归、

灵脂（炒）、香附、牛膝、地龙等。

中成药：七厘散等、盘龙七片、通滞苏润江胶囊等。

4.肝肾亏虚证

治法：补益肝肾，强筋壮骨。

推荐方药：补肾壮筋汤加减。当归、熟地黄、牛膝、山茱萸、茯苓、续断、杜仲、

白芍、青皮、五加皮等。

中成药：养血荣筋丸等。

（四）健康指导

1.患者疼痛剧烈时以卧床休息为主，减轻腰椎负担，避免久坐、弯腰等动作。

2.减轻腰部负荷，避免过度劳累，尽量不要弯腰提重物，如捡拾地上的物品宜双腿

下蹲腰部挺直，动作要缓。注意保暖，防止受凉。

3.加强腰肌背伸锻炼，如仰卧位的三点、五点式拱桥锻炼，俯卧位的飞燕式锻炼。

— 148 —

骨伤科中医诊疗方案

三、疗效评定

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》制定。

治愈：腰部疼痛消失，活动自如，无复发；

好转：腰部疼痛减轻，活动时稍有不适；

未愈：症状无改善。

（二）评价方法

根据患者主诉进行综合判定。患者主诉判定采用 VAS 视觉模拟评分法。临床症状体

征采用分级量化标准法进行判定。

— 149 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状与体征 | 无 | 轻 | 中 | 重 |
| 疼痛 | 无腰部  疼痛 | 微感疼痛，时作时止 | 疼痛明显，可以忍受 | 疼痛难忍，持续不止 |
| 压痛 | 无腰部  压痛 | 重压时疼痛 | 中等力度按压时疼痛 | 轻度按压即感疼痛 |
| 腰背部转侧  不利 | 无功能  障碍 | 影响腰背部活动，可  从事正常活动 | 腰背部活动受限，生  活可自理，但不能从  事工作 | 腰背部活动严重受限，  生活不能自理 |
| 腰背部肌肉  僵硬 | 无肌肉  僵硬 | 轻微肌肉僵硬，偶尔  发作 | 肌肉僵硬可忍，时常  发作 | 肌肉僵硬麻木，发作  不减 |
| 与天气变化  关系 | 天气变化  无关 | 与天气变化有关 |  |  |

骨伤科中医诊疗方案

梨状肌综合征中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局主编，南京大学出版社，1994

年）。

（1）有外伤或受凉史。

（2）常发生于中老年人。

（3）臀部疼痛，严重者患侧臀部呈持续性"刀割样"或"烧灼样"剧痛，多数伴有下

肢放射痛、跛行或不能行走。

（4）臀部梨状肌部位压痛明显，并可触及条索状硬结，直腿抬高在 60°以内疼痛

明显，超过 60°后疼痛减轻，梨状肌紧张试验阳性。

2.西医诊断标准

参照《外科学》（第 7 版）（吴在德、吴肇汗主编，人民卫生出版社，2008 年）。

（1）以坐骨神经痛为主要表现，疼痛从臀部经大腿后方向小腿和足部放射。

（2）由于症状较剧且影响行走，故病人就诊时间也较早，肌力的下降多不太严重。

（3）检查时病人有疼痛性跛行，轻度小腿肌萎缩，小腿以下皮肤感觉异常。有时

臀部（环跳穴附近）可扪及条索状或块状物。

（4）“4”字试验时予以外力拮抗可加重或诱发坐骨神经痛。

（二）证候诊断

1.气滞血瘀证：臀痛如锥，拒按，疼痛可沿大腿后侧向足部放射，痛处固定，动则

加重，夜不能眠。舌暗红苔黄，脉弦。

2.风寒湿阻证：臀腿疼痛，屈伸受限。偏寒者得寒痛增，肢体发凉，畏冷，舌淡苔

薄腻，脉沉紧。偏湿者肢体麻木，酸痛重着。舌淡苔白腻，脉濡缓。

3.湿热痹阻证：臀腿灼痛，腿软无力，关节重着，口渴不欲饮，尿黄赤。舌质红，

苔黄腻，脉滑数。

4.肝肾亏虚证：臀部酸痛，腿膝乏力，遇劳更甚，卧则减轻。偏阳虚者面色无华，

手足不温。舌质淡，脉沉细；偏阴虚者面色潮红，手足心热。舌质红，脉弦细数。

二、治疗方法

— 150 —

骨伤科中医诊疗方案

（一）手法治疗

可选用扌衮、、按、揉、点、压、弹拨、擦、振及被动运动等放松肌肉类手法。取穴

及部位：环跳、承扶、风市、阳陵泉、委中、承山、太溪、昆仑、涌泉及臀部、下肢等。

1.按揉松筋法：患者俯卧，自然放松，术者叠掌按揉患部肌肉，反复按揉使局部肌

肉由僵硬变为松软，且有发热感为度。

2.弹拨筋络法：术者以双手拇指用力触及梨状肌，俯卧位局部点按弹拨揉，然后沿

与肌纤维走行方向相垂直的方法来回弹拨 10 次左右。

3.肘尖点按法：术者屈肘以肘尖在痛点明显处按压 3 分钟，力量务必由轻到重，再

由重到轻缓缓抬起，有较好的解痉止痛之效。

4.理筋整复法：施掌推法或深按压法，顺肌纤维方向反复推压 5～8 次，力达深层，

再以肘尖深压梨状肌 2～3 分钟。

5.舒筋活血法：医者一手扶髋臀部，一手托扶患侧下肢，作屈膝屈髋、外展及旋外

等被动运动，反复数次，使之滑利关节，松解粘连，最后施擦法擦热局部。

6.拔伸牵拉弹拨复位法：患者取健侧卧位，健侧下肢屈曲，患侧下肢伸直，第一助

手固定患者肩、背，第二助手双手握住患侧下肢踝部，两名助手呈对抗性牵引，牵引力

在同一直线上。术者位于患者背侧，术者以双手拇指用力触及梨状肌，俯卧位局部点按

弹拨揉，然后沿与肌纤维走行方向相垂直的方法来回弹拨，可感到梨状肌肌肉松弛，表

明已经复位。

（二）针灸疗法

1.针刺法

患者呈侧卧位，屈曲患肢，伸直健肢，在梨状肌表面投影处由髂后上棘至尾骨尖作

连线，在距髂后上棘 3 厘米处作一标点，该点至股骨大转子的连线即是，沿肌纤维走向

顺序排列针 3 针，深度约 2～3 寸，再刺患侧大肠俞、秩边、居髎、承扶、三阴交等穴。

气滞血瘀证配肝俞、血海、大椎、支沟、阳陵泉；风寒湿证配阴陵泉、地机、华佗夹脊

穴、腰阳关、委阳、阿是穴；肝肾亏虚证以肾阳虚为主配太溪、命门，以肝肾阴虚为主

配太溪、志室、承山等。根据不同证型采取补泻手法。急性发作以泻法为主，慢性发作

以平补平泻法为主，以有酸麻感向远端放射为宜。针灸一天 1 次，每次 30 分钟。还可

选取电针治疗。

2.温针灸

操作：取阿是穴为主，患者取俯卧位.局部皮肤常规消毒，取阿是穴进针，进针后

捻转泻法，留针期间在针灸针针尾部置一长约 5cm 的艾条，并将其点燃，待艾火熄灭后

出针。

— 151 —

骨伤科中医诊疗方案

（三）其他外治法

1.中药熏药、涂擦、热奄包治疗

（1）气滞血瘀证选用活血止痛汤加减（香附、地骨皮、透骨草、红花、五加皮、

申姜等）治疗。

（2）风寒痹阻证选用祛风活络汤加减（乌蛇、木瓜、伸筋草、丁香、红花、川乌

等）治疗。

（3）肾气亏虚证选用补肾壮骨汤加减（牛膝、肉桂、土虫、川乌、附子、炙马钱

子等）治疗。

2.针刀疗法

（1）定位：患者取侧卧患肢屈曲位，皮肤常规消毒铺巾，选 2 个标记点在髂后上

棘与尾骨尖连线中点和股骨头大转子顶部连线的外 1/3 为一点，此点与股骨大转子顶连

线中点为另一点处进针。用龙胆紫定位，后消毒；

（2）定向：使针刀的刀口线与大血管、神经及肌纤维走向平行，若肌纤维方向不

与神经血管平行，以神经、血管方向为准；

（3）加压分离：右手拇食指捏住针柄，其余三指托住针体，稍加压力而不刺破皮

肤，使进针点处形成一个长形凹陷，使刀口下的神经、血管分离到刀口两侧；

（4）刺入：继续加压，感到坚韧时，说明刀口下组织已接近病变处，稍加压即可

刺透皮肤，刺到需要深度，施行剥离手法。针刀直刺至髋臼上缘和股骨颈关节囊处。

3.穴位注射

选用当归注射液等，注射环跳、阿是穴等穴位。

4.银质针疗法

（1）患者取俯卧位。髂后上棘与坐骨结节下缘连线的上 1/3 与下 2/3 交界处，选

准软组织压痛点为进针点，无菌操作下在每个进针点作 0.2%利多卡因注射液皮内注射，

皮丘直径约 1 厘米。根据患者胖瘦在进针点选择 12 厘米长度的银质针缓缓垂直进针约

4～8 厘米达梨状肌部，出现下肢放射麻木感时退针 5 毫米。并向一侧偏斜 25°～30°，

再进针 10 毫米，纵行分离松解坐骨神经一侧 3 次。然后以同样方法松解坐骨神经另一

侧，最后横行弹拨 2～3 次。坐骨结节上部（6 枚，针距为 1.0～1.5 厘米）分 2 行呈弧

形直刺达骨膜。

（2）梨状肌在股骨大粗隆尖部附着处选准软组织压痛点（单侧约 4 枚）。无菌操作

下在每个进针点作 0.2%利多卡因注射液皮内注射，皮丘直径约 1 厘米。选择 10～12 厘

米。长度的银质针分别刺入皮丘，向病变方向作直刺或斜刺，经过软组织病变区，直达

大粗隆尖端部附着处，引出较强针感。

— 152 —

骨伤科中医诊疗方案

（3）在每一支银针的圆球形针尾上装一艾球点燃，艾球直径 2 厘米，燃烧时患者

自觉有来自深层组织的温热感。若艾球燃烧加热值高峰时，因针体选择欠长会使针眼周

围皮肤产生灼痛难忍，此时可用备好的生理盐水的 20 毫升注射器将水从针头喷出直至

高热的针柄，瞬间即可降温而消除灼痛。但切勿使用酒精代替生理盐水，以免引燃酒精

发生烫伤。

（4）艾火熄灭后，待针身余热冷却后方可起针，针眼涂以 2%碘酒，3 天内不接触

水和不洁物，在同一个病变治疗区仅作 1 次热灸治疗。多个病变区域的治疗，间隔时间

以 2～3 周为宜。

（四）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：行气活血，祛瘀止痛。

推荐方药：逐瘀止痛汤加减。丹参、当归、牛膝、枳壳、三七、红花、没药、五灵

脂、酒大黄、骨碎补、续断、元胡、香附、土鳖虫等。

中成药：七厘散等。

2.风寒湿阻证

治法：祛风除湿，散寒止痛。

推荐方药：蠲痹汤加减。羌活、独活、肉桂、秦艽、当归、川芎、炙甘草、海风藤、

桑枝、乳香、木香等。

中成药：云南白药膏、追风透骨丸等。

3.湿热痹阻证

治法：清利湿热，通络止痛。

推荐方药：加味二妙散加减。苍术、黄柏、防己、车前子、扁蓄、蚕砂、泽泻、忍

冬藤、赤芍、伸筋草、地龙、木瓜等。

中成药：二妙丸等。

4.肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾，强筋壮骨。

推荐方药：独活寄生汤加减。独活、桑寄生、杜仲、牛膝、泽兰、狗脊、木瓜、五

加皮、肉桂、茯苓、细辛、防风、秦艽等。

中成药：独活寄生片等。

（五）健康指导

1.体位指导：患者应多卧床休息，保持患肢在外展外旋位，避免髋关节的旋转动作，

使梨状肌处于放松状态。

— 153 —

骨伤科中医诊疗方案

2.饮食调理：患者宜高蛋白、高维生素、高纤维饮食，多饮温开水，多食新鲜水果、

蔬菜，保持大便通畅。

3.情志调摄：主动与患者沟通，及时解除心理障碍，消除个别患者因疾病引起的恐

惧或对治疗效果的疑虑。

4.功能锻炼

（1）做髋关节的内外旋、内收外展的被动锻炼。

（2）患侧下肢力量锻炼。如空蹬练习法。

（3）腰背肌功能锻炼。如五点支撑法、三点支撑法、燕飞法等。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局主编，南京大学出版社，1994

年）。

治愈：臀腿痛消失，梨状肌无压痛，功能恢复正常。

好转：臀腿痛缓解，梨状肌压痛减轻，但长时间行走仍痛。

未愈：症状体征无改善。

（二）评价方法

临床症状评分表（参照《中医病证诊断疗效标准-梨状肌综合征疗效评定》拟定临

床症状评分表）。

— 154 —

骨伤科中医诊疗方案

总评分最高为 15 分，最低 0 分。改善指数＝治疗后评分－治疗前评分。改善率＝[（治

疗后评分－治疗前评分）/治疗前评分]×100％。通过改善指数可反映患者治疗前后症

状、体征的改善程度。改善率还可对应于通常采用的疗效判定标准：改善率为＞90％为

治愈，30～90％为有效，小于 30％为无效。

分别于治疗前，第 7 天，第 14 天选用拟定临床症状评分表对临床疗效进行评价。

— 155 —

|  |  |
| --- | --- |
|  | 积分 |
| （1）臀部疼痛 |  |
| 无 | 0 |
| 偶有轻度臀部疼痛 | 1 |
| 常有在轻、中度臀部疼痛 | 2 |
| 常有剧烈臀部疼痛 | 3 |
| （2）下肢疼痛 |  |
| 无 | 0 |
| 偶有轻度下肢疼痛 | 1 |
| 常有在轻、中度下肢疼痛 | 2 |
| 常有剧烈下肢疼痛 | 3 |
| （3）步行能力 |  |
| 正常 | 0 |
| 步行 500 米以上发生疼痛 | 1 |
| 步行 500 米以内发生疼痛 | 2 |
| 步行 100 米以内发生疼痛 | 3 |
| （4）梨状肌压痛 |  |
| 无压痛 | 0 |
| 有压痛 | 2 |
| （5）直腿抬高试验 |  |
| 正常 | 0 |
| 30 º -70 º | 1 |
| ＜30 º | 2 |
| （6）梨状肌紧张试验 |  |
| 阴性 | 0 |
| 阳性 | 2 |
| 总分数 |  |

骨伤科中医诊疗方案

肋骨骨折中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准（ZY/T001.9-94）》。

（1）有明确外伤史。

（2）局部肿痛，咳嗽、深呼吸及活动时疼痛加剧，受伤部位压痛明显，或触及骨

擦感，胸廓挤压征阳性。

（3）X 线摄片检查可明确骨折部位及类型，及了解是否合并气、血胸。

2.西医诊断标准

根据《临床诊疗指南-胸外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009 年）

进行诊断。

（1）病史：可有外伤史。

（2）临床表现：

①主诉：胸痛、气促、咳嗽、呼吸困难；

②体征：伤侧呼吸运动减弱，呼吸音低或消失，局部触痛和胸廓挤压征（+），典型

的临床特征是骨擦音和骨擦感。多发性肋骨骨折有时可有反常呼吸。

（3）X 线胸片检查或 CT 可观察骨折情况并了解胸内脏器有无损伤或其他病变，有

助于明确诊断。

（二）骨折分类

1.少数（≤2）肋骨一处骨折：骨折发生于少数肋骨。局部肿痛，压痛，胸廓挤压

征阳性，少见并发气、血胸者。

2.多数肋骨一处骨折：骨折发生于多根肋骨。除肿痛，胸廓挤压征阳性外，常出现

呼吸困难等，严重者可并发气、血胸。

3.肋骨多处骨折：骨折发生于多根、多处肋骨。除肿痛，胸廓挤压征阳性外，表现

为反常呼吸、呼吸困难等，严重者可并发气、血胸，常可出现连枷胸。

（三）骨折分期和证候分型

1.早期：伤后 2～3 周内

气滞血瘀，阻遏胸胁证：损伤早期，胸胁部肿、痛并见，气促，呼吸困难。或胸胁

— 156 —

骨伤科中医诊疗方案

满闷、胀痛，痛处不定；或胸胁刺痛，痛有定处，拒按拒动。舌淡红，苔薄白，脉弦或

紧。

2.中期：伤后 4～8 周

营卫失调，瘀血凝滞证：损伤中期，胸胁瘀血未尽，筋骨未坚，胸胁刺痛，夜间隐

痛、胀痛，夜寐不安。舌暗红，苔薄，脉弦而涩。

3.后期：伤后 8 周以上

气血不足，肝肾亏虚证：损伤后期，胸胁部隐隐作痛。或伴面色少华，头晕心悸，

呼吸气短，舌淡，苔白，脉虚细；或腰膝酸软，失眠多梦。舌淡红，苔少，脉沉细。

二、治疗方法

肋骨一处骨折，无明显移位，一般不需整复；多数肋骨折，成角、移位较多者选择

进行复位。肋骨骨折患者往往疼痛剧烈，病人呼吸困难，影响咳嗽排痰，易并发血气胸、

肺部感染等。因此，肋骨骨折治疗重点在于固定制动、消肿止痛，预防血气胸并发症的

发生。

（一）外固定

1.胶布固定法（见附图 1）

适用于少数肋骨一处骨折，皮肤过敏者禁用，此法不能敷贴伤药治疗。

常用半环式胶布固定术，患者正坐，两臂外展或上举，用宽约 6～7 厘米胶布数条，

在呼气末即胸廓最小时，由后至前紧贴于骨折侧的胸壁上，胶布两端均超过中线约 10

厘米，第一条胶布贴在骨折下 2 肋，然后向上作叠瓦状式固定，互相重叠约 1/2，一直

至跨越骨折部上、下各两肋骨为止，固定时间 3～4 周。

2.绷带纸板固定法（见附图 2）

适用于肋骨一处骨折或多处骨折但无连枷胸者，皮肤过敏患者可用。

据肋骨骨折区域，准备长方形纸板，软硬度适中，高度超过骨折区上下 2 肋，宽度

超过胸部前后中线 5cm，修剪四角整齐并塑形，边缘粘贴胶布以保护皮肤，患者坐位，

于骨折处敷贴伤药，棉垫保护，再将纸板贴紧骨折区，用宽绷带环胸包扎固定，时间 3～

4 周。

3.肋骨固定带、胸部支具固定法（见附图 3）

适用于肋骨一处骨折或多处骨折但无连枷胸者，包括普通多头带、弹力固定带、弹

力钢片固定带等，具有操作简便、舒适有效和不易松动的特点。

患者坐位，于骨折处敷贴伤药，棉垫保护，以骨折区为中心，多头带环胸包绕，各

接头分别打结包扎固定。目前多选择成品肋骨固定带，一般为搭扣式弹力固定带，对于

多根肋骨骨折、损伤严重者，可选用带钢片支撑的弹力固定带，固定时间 3～4 周。

— 157 —

骨伤科中医诊疗方案

4.胸壁牵引固定法（见附图 4）

适用于多根多处肋骨骨折引起浮动胸壁，连枷胸患者。

多根多处肋骨骨折必须迅速固定胸壁，减少反常呼吸引起的生理障碍，此时可行胸

壁牵引固定术。其方法是：在浮动胸壁中央，选择 1～2 根下陷严重的肋骨，在局麻下

用布巾钳夹住下陷的肋骨，将软化胸壁提起，用牵引绳通过滑车进行重量持续牵引，从

而消除胸壁浮动，牵引时间为 2～3 周。

附图 1：胶布固定法

附图 3：肋骨固定带固定法

附图 2：绷带纸板固定法

附图 4：胸壁牵引固定法

临床上只有多数肋骨骨折或肋骨多处骨折，移位明显、甚至造成浮动胸壁时，需予

复位治疗。复位时应注意动作轻巧，切忌粗暴，避免增加损伤。

（二）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.早期：气滞血瘀，阻遏胸胁证

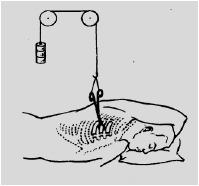
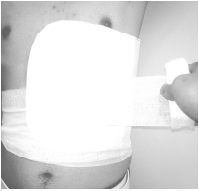
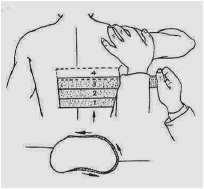
治法：宽胸理气，逐瘀止痛。

推荐方药：伤气重者，复元活血汤加减。柴胡、瓜蒌根、川楝子、丹参、当归、红

花、炮甲、大黄、桃仁、枳壳、青皮、甘草等。

伤血重者，血府逐瘀汤加减。当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、川芎、

— 158 —



骨伤科中医诊疗方案

牛膝、款冬、杏仁、桔梗、甘草等。

中成药：接骨七厘片等。

2.中期：营卫失调，瘀血凝滞证

治法：调和营卫，化瘀和伤。

推荐方药：三棱和伤汤（《中医伤科学讲义》）加减。三棱、莪术、青皮、陈皮、白

术、枳壳、当归、白芍、党参、乳香、没药、甘草等。

中成药：接骨紫金丹、大活络丸等。

3.后期：气血不足，肝肾亏虚证

治法：补益气血，滋补肝肾。

推荐方药：偏气血不足者，八珍汤合柴胡疏肝散加减。川芎、当归、熟地、芍药、

党参、白术、茯苓、柴胡、陈皮、香附、枳壳、桔梗、甘草等。

偏肝肾亏虚者，六味地黄汤加味。当归、芍药、熟地、川芎、杜仲、续断、香附、

枳壳、甘草等。

中成药：六味地黄丸、人参养荣丸等。

（三）中药外治

1.中药敷贴：根据骨折三期辨证，选择相应药膏外敷治疗。

2.中药涂擦：骨折早期，可选用活血止痛类中成药涂擦患处，每日 1 次。

（四）其他疗法

1.中药熏洗治疗：骨折中后期，瘀血阻络，局部仍有疼痛者，可选用海桐皮汤等中

药熏洗治疗。

2.物理疗法：适用骨折中后期，如红外线照射、中频电疗法等。

3.胸膜腔穿刺抽气、抽液及胸腔闭式引流治疗。

（五）并发症及防治

1.气胸：肋骨骨折使胸膜腔的完整性遭到破坏， 胸膜腔内积气则为气胸。轻者可

无症状，重者呼吸困难，或见纵膈摆动（开放性气胸），或见纵膈偏移（张力性气胸）；

X 线：肺萎陷、胸膜腔积气、可有少量积液。

（1）闭合性气胸：如胸腔积气较少者（肺萎陷＜30%），对肺功能影响不大，不需

特殊处理，积气往往能自行吸收；若积气较多（肺萎陷＞50%），有胸闷、气急、呼吸困

难，可在第二肋间隙锁骨中线处行胸腔穿刺，抽出积气。

（2）开放性气胸：先以凡士林油纱布等填塞伤口包扎，阻止胸腔与外界空气相通，

变开放为闭合，待病情好转后，再进行清创术，注意内脏是否损伤。

（3）张力性气胸：紧急降低胸腔内压力，之后再行胸腔闭式流术治疗。

— 159 —

骨伤科中医诊疗方案

2.血胸：胸膜腔内积血则为血胸，常合并有气胸，称气血胸。可见胸闷、 气促、

休克等低血容量表现；X 线可见液平面；胸膜腔穿刺可明确诊断。

（1）非进行性血胸：小量血胸（＜0.5L），无需特殊处理；伤后 12∼14 小时后复

查，血胸达中量（0.5∼1.0L）以上，则在腋后线第 7、8 肋间隙进行胸膜腔穿刺抽液或

胸腔闭式引流，积极预防休克和感染治疗。

（2）进行性血胸：持续脉搏加快、血压降低，或虽经扩血容量血压仍不稳定，或

经闭式胸腔引流量每小时超过 200ml、持续 3 小时，或胸腔引流血液迅速凝固者，应考

虑进行性血胸，应积极抢救、抗休克，进行开胸探查。

3.肺部感染：多发性肋骨骨折多因肋骨骨折断端刺激肋间神经产生局部疼痛，呼吸

受限，病人不敢咳嗽，痰液储留，从而引起下呼吸道分泌物梗阻，引起肺部感染，表现

为胸闷、咳嗽、咯痰、呼吸困难、发热等症状，严重时引起呼吸和循环功能障碍。早期

预防以加强止痛，预防并指导咳嗽、排痰练习；治疗以清热解毒、止咳祛痰为主，并合

理运用抗生素治疗。

（六）健康指导

1.情志调摄：肋骨骨折患者多见疼痛剧烈、呼吸困难，患者多有焦虑、急躁，并对

疾病预后有惊恐心理。故应详细了解病情、争取合理治疗措施，同时给予心理调摄，耐

心细致安慰和解释，解除患者的恐惧心理，帮助了解损伤修复过程和治疗措施，以配合

治疗。

2.体位指导：嘱咐患者卧床制动，定时翻身，并请家属定时按摩骶尾部，预防压伤

和褥疮。只能健侧斜向翻身，注意保护胸肋部，以免加重损伤。

3.外固定护理：多根肋骨骨折应绝对卧床 6 周左右方可下床活动。绷带和支具固定

松紧要适宜，必要时给以调整；观察固定胶布有无脱落、过敏，过敏轻者给局部涂氟轻

松软膏，起水泡或溃破者，可涂以龙胆紫或无菌敷料覆盖，并更换绷带纸夹固定。强调

患者即使自我感觉良好，也不可以随意下床活动，不可私自去除肋骨外固定，以免骨折

断端刺伤肺脏。

4.饮食调理：

（1）早期：饮食宜清淡，应以易消化的饮食或者半流质为主，多吃水果、蔬菜，

忌食肥甘厚味、辛辣及易胀气的豆类食物。必要时以大承气汤煎服泻热通便。

（2）中后期：饮食应以营养和钙质丰富的食物为主，按照健脾和胃，补益肝肾，

强筋壮骨之原则来调理饮食。

5.并发症的护理

（1）咳嗽、咯痰不爽：嘱多喝水，鼓励并指导咳嗽、排痰，在病情允许情况下，

— 160 —

骨伤科中医诊疗方案

早期下床活动，减少呼吸系统并发症。

（2）腹胀、便秘：自行按摩腹部，每日在右下腹顺着结肠向上、向左、向下按摩，

时间为 20∼30 分钟，每日 3 次，可预防腹胀便秘。

（3）血、气胸以及肺部感染：维持有效的固定，半卧位有利于患者咳出痰液，注

意患者面、唇颜色，注意呼吸情况变化。

6.功能锻炼

（1）早期指导：①指导腹式呼吸；②指导咳嗽、排痰；③锻炼患侧肢体，包括被

动运动患侧上肢，使之能从头顶达到对侧的耳廓。

（2）中期指导：①深呼吸、吹气球训练，增加肺活量；②四肢关节屈伸功能锻炼，

渐进式行扩胸运动；③少数肋骨单处骨折患者保护下可在按医嘱下床功能训练。

（3）后期指导：下床训练，扩胸运动，步行有氧训练。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病证诊断疗效标准》

（ZY/T001.9-94）进行评价。

1.治愈：骨折对位满意已愈合，局部肿痛消失，咳嗽及深呼吸无疼痛。

2.好转：骨折对位好，基本愈合，局部有轻微疼痛及压痛，胸廓挤压征（士）。

3.未愈：骨折未愈合，局部肿痛无改善，或仍见反常呼吸，胸廓挤压征阳性。

（二）评价方法

一般根据患者主诉疼痛、局部压痛、胸廓挤压征等，治疗后 X 线片骨折愈合等情况，

进行评价。

— 161 —

骨伤科中医诊疗方案

膝关节创伤性滑膜炎中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》ZY/T001.9-94）国

家中医药管理局发布，南京大学出版社，1994 年）。

（1）有外伤史或劳损史。

（2）多发于年老、体胖者或运动较多的青壮年。

（3）膝关节肿胀、膨隆，胀痛，屈膝困难。

（4）浮髌试验阳性。

（5）关节穿刺为淡粉红色液，表面无脂肪滴。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南·骨科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2009 年）。

（1）有外伤史。

（2）临床表现常为局部的症状，局部有疼痛及膝关节活动受限。

（3）膝关节弥漫性肿胀，关节内积液较多时可见关节间隙皮肤隆起触之有囊样感，

浮髌试验阳性。

（4）关节穿刺可抽出淡粉红色液。

（5）关节镜检显示滑膜病变有助于明确诊断。

（二）证候诊断

1.气滞血瘀证：伤后即肿，肿胀较甚，按之如气囊，广泛瘀斑，疼痛，活动时疼痛

剧烈。舌质红，苔薄，脉弦。

2.脾肾不足证：肿胀持续日久，面色少华，纳呆便溏，肌肉萎缩，膝酸软无力。舌

红光，脉细无力。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：活血祛瘀，通络止痛。

推荐方药：桃红四物汤加减。熟地、当归、白芍、川芎、桃仁、红花、牛膝、

— 162 —

（ （

骨伤科中医诊疗方案

元胡等。

中成药：独一味、七厘散等。

2.脾肾不足证

治法：补益脾肾，通利关节。

推荐方药：参苓白术散加减。人参、白术、山药、茯苓、甘草、白扁豆、莲子肉、

砂仁、桔梗、牛膝、枸杞子、骨碎补等。

中成药：参苓白术丸、附桂骨痛颗粒等。

（二）手法治疗

急性损伤后，将膝关节作一次充分的伸直、屈曲活动，可解除关节内组织的紊乱和

滑膜嵌顿，使局部的血肿消散，减轻疼痛。

1.点穴法：患者仰卧位，患肢伸直，双手点髀关、伏兔、鹤顶和双膝眼；患肢屈曲

位，术者双手点血海、梁丘、内外膝眼、内外膝缝、阴陵泉、阳陵泉、足三里及三阴交。

2.扌衮法：股四头肌和膝关节周围行扌衮法。

3.揉捏法：广泛揉捏大腿、小腿的肌肉和膝关节周围。

4.膝关节屈伸法：拔伸下将膝关节屈伸幅度由小到大，以患者感觉无痛为度。

5.搓散法：双手在患膝两侧搓散使膝关节感到温热为度。

（三）其他疗法

1.物理治疗

根据病情需要，可选用红外线、半导体激光、中药离子导入等仪器进行局部理疗。

2.关节穿刺抽液配合中药外敷：

关节积血积液肿胀明显时，在无菌操作下，在髌骨外缘行关节穿刺，将液体抽净，

消瘀膏（组成：大黄、栀子、木瓜、蒲公英、姜黄、黄柏。用法：研末，加适量蜂蜜外

用，日 1 次）外敷（避开针眼），厚度约 1 元硬币厚，弹力绷带加压包扎。如仍有积液，

1 周后可再抽 1 次。

3.制动

可用长腿石膏托固定膝关节于屈曲 15°～30°位 2 周。

（五）健康指导

1.耐心细致向病人讲述疾病治疗及康复的过程、注意事项，消除紧张和顾虑，积极

配合治疗和护理。

2.注意休息，石膏护理，适当进行一些活动，以保持关节的活动功能。

3.疼痛严重者应卧床休息，膝关节制动，患肢抬高。

4.膝关节注意保暖，勿受寒冷刺激，戴护膝保护。

— 163 —

骨伤科中医诊疗方案

5.饮食宜清淡易消化，多吃蔬菜水果，忌生冷、发物及煎炸品。

6.功能锻炼：作足踝关节屈伸运动及股四头肌舒缩运动，防止股四头肌萎缩；1 周

后除作肌肉锻炼外，开始作膝关节的屈伸运动，活动范围逐步增加。逐渐到膝关节负重

下蹲练习。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1994 年）。

治愈：疼痛肿胀消失，关节活动正常。浮髌试验阴性，无复发者。

好转：膝关节肿痛减轻，关节活动功能改善。

未愈：症状无改善，并见肌肉萎缩或关节强硬。

（二）评价方法

根据患者主诉、临床体征及 X 线表现进行综合判定。患者疼痛主诉判定采用疼痛标

尺法。临床症状、体征采用分级量化标准法（见下）进行判定。

分级量化标准：

— 164 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 轻 | 中 | 重 |
| 疼痛 | 轻度疼痛，时作时止 | 疼痛可忍，时常发作 | 疼痛难忍，持续不止 |
| 压痛 | 重压时疼痛 | 中等力度按压时疼痛 | 轻度按压即感疼痛 |
| 肿胀（与  健侧对  比） | 轻度肿胀，中心高度＜  0.5cm | 中度肿胀，中心高度约  0.5-1cm | 重度肿胀，中心高度＞  1cm |
| 功能障碍 | 受伤部位功能轻度受  限，可从事正常活动 | 受伤部位功能中度受限，  生活可自理，但不能从事  劳动 | 活动功能丧失，生活不  能自理 |

针灸科中医诊疗方案

针 灸 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

肘劳（肱骨外上髁炎）中医诊疗方案………………………………………167

— 165 —



针灸科中医诊疗方案

— 166 —

针灸科中医诊疗方案

肘劳（肱骨外上髁炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY∕T 001.1～001.9-94）（国家中医药管理局发

布，南京大学出版社，1995 年）。

（1）多见于特殊工种或职业，如砖瓦工、网球运动员或有肘部损伤病史者。

（2）肘外侧疼痛，疼痛呈持续渐进性发展。拧衣服、扫地、端壶倒水时疼痛加重，

常因疼痛而致前臂无力，握力减弱，甚至持物落地，休息时疼痛明显减轻或消失。

（3）肘外侧压痛，以肱骨外上髁处压痛为明显，前臂伸肌群紧张试验阳性，伸肌

群抗阻试验阳性。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南·疼痛学分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社，2007 年）。

（1）常缓慢起病，多见于特殊工种或职业，如木工、钳工、矿工、网球运动员、

打字员等。

（2）因肘关节的受累，而导致肘关节疼痛，用力或劳累后疼痛加重，休息后减轻。

（3）握拳、伸腕及旋转动作可引起肱骨外髁处疼痛加重。

（4）查体有肱骨外上髁、桡骨头及二者之间局限性、极敏锐的压痛，皮肤无炎症，

肘关节活动不受影响。

（5）伸肌腱牵拉试验（Mills）阳性。

（6）肘关节 X 线正侧位片证实无骨质病变，有时可见钙化阴影、肱骨外上髁粗糙、

骨膜反应等。

（二）证候诊断

1.瘀血阻络证：肘部肿痛或刺痛拒按，提物无力，活动痛增，夜间加重。舌质暗红，

苔黄，脉弦涩。

2.气血亏虚证：起病时间较长，肘部酸痛反复发作，提物无力，肘外侧压痛，喜按

喜揉，可见少气懒言，面色苍白。舌淡苔白，脉沉细。

二、治疗方法

（一）针灸治疗

— 167 —

（

针灸科中医诊疗方案

1.毫针治疗

（1）取穴：肘髎、曲池、尺泽、手三里、合谷、阿是穴。

（2）辨证配穴：瘀血阻络证：膈俞、血海；气血亏虚：足三里。

（3）操作方法：针刺穴位常规消毒后， 1.5 寸毫针直刺或斜刺，肘髎、曲池、尺

泽、手三里、合谷等腧穴施以平补平泻手法，膈俞、血海等腧穴行提插捻转泻法，足三

里予以重插轻提补法，阿是穴可作多向透刺或多针齐刺，留针 30 分钟。每天治疗 1 次。

2.灸法

（1）常规灸法

①悬灸

分温和灸、回旋灸、雀啄灸，术者手持艾条，将艾条的一端点燃，直接悬于施灸部

位之上，与之保持一定距离，使热力较为温和地作用于施灸部位。其中肘髎、曲池、尺

泽、手三里、合谷等腧穴可采用温和灸、回旋灸，每穴距皮肤2～3 cm施灸10～15分钟，

以皮肤红晕为度，每日治疗1次；膈俞、血海等腧穴可采用雀啄灸，于施灸部位上距皮

肤2～3 cm 处，对准穴位，上下移动，使之像鸟雀啄食样，一起一落，忽近忽远地施灸，

每穴距皮肤2～3 cm施灸15～20分钟，以皮肤红晕为度，每日治疗1次。

②直接灸法

足三里穴可采用直接灸法，首先在穴位皮肤局部可先涂大蒜汁、凡士林、甘油等以

增加粘附或刺激作用，然后将艾炷粘贴其上，自艾炷尖端点燃艾炷。在艾炷燃烧过半，

局部皮肤潮红、灼痛时术者即用镊子移去艾炷，更换另一艾炷，连续灸 3～5 壮，隔日

一次。

③隔物灸法

曲池、手三里、合谷等腧穴可选用隔物灸法，用鲜姜切成直径大约2～3 cm、厚约

0.14～0.16 cm的薄片，中间以针刺数孔，然后置于应灸的腧穴部位或患处，再将艾炷

放在姜片上点燃施灸。当艾炷燃尽，易炷再灸，连续灸3～5壮，隔日一次。

④温针灸法

肘髎、曲池、尺泽等腧穴针刺得气后，选用1～2个腧穴施以温针灸，将2～3 g 艾

绒包裹于毫针针柄顶端捏紧成团状，或将1～3 cm 长短的艾条段插在针柄上，点燃施灸，

待艾绒或艾条燃尽无热度后除去灰烬。连续施灸2～3壮，留针30分钟，每日一次。

（2）热敏灸疗法

热敏灸操作规范：采用纯艾条，每次治疗以腧穴热敏现象消失为度，每日 1 次。

①热敏腧穴分布：以患侧局部及颈部为高发区，热敏腧穴多出现在曲池、肘髎、手

三里、手五里、阿是穴等区域。

— 168 —

针灸科中医诊疗方案

②灸疗操作：治疗室内温度保持在 24℃～30℃，选择舒适体位，充分暴露部位；

治疗工具为两支热敏灸艾条，根据上述腧穴出现热敏现象不同，按下述步骤分别依序进

行回旋、雀啄、往返、温和灸四步法施灸操作：先行回旋灸 2 分钟温热局部气血，继以

雀啄灸 1 分钟加强敏化，循经往返灸 1 分钟激发经气，再施以温和灸发动感传、开通经

络。

③热敏灸感及疗程：在灸疗过程中出现了扩热、透热、传热、表面不热深部热、局

部不热远端热、非热觉等热敏灸感时均为有效灸感，对患者实施个体化饱和灸量，直至

完成四相传导（以腧穴热敏化现象消失为度），都是取得疗效的关键。热敏灸通过“小

刺激大反应”、“气至病所”，最大限度提高临床疗效。每日治疗 1 次。

3.刺络放血

患者取坐位，患肘屈曲，在患侧局部找到压痛点，进行局部消毒后用皮肤针在局部

叩刺至局部皮肤渗血，使之出血少许，隔日 1 次。

（二）其他疗法

1.穴位注射：患肘屈曲，一般选用阿是穴，常规消毒后，用丹参注射液、当归注射

液等注入。如仍有疼痛，7 天后再注射 1 次。

2.推拿治疗：先用扌衮法、按法、揉法等手法作用于肘部，继以弹拨法、擦法及一指

禅推法等手法作用于曲池、肘髎、手三里、手五里、阿是穴、合谷等腧穴。每次治疗 10～

15 分钟，每日或隔日 1 次。

3.中药外敷：选用延胡索、白芥子、独活、伸筋草、千年健、川芎等药物研磨外敷

局部或制成膏剂敷于局部。隔日 1 次。

4.小针刀：用拇指找准压痛点，做好标识，常规消毒后，按照小针刀进针四步法进

针，按纵形切开分解粘连，顺前臂伸肌肌腱纵轴作条线状松解，出针后，针刀口用无菌

纱布贴敷。7 天治疗 1 次。

5.物理治疗：根据病情需要，可采用局部红外线、激光等物理治疗。

（三）健康指导

1.注意局部保暖，防止寒冷刺激。

2.避免从事拧衣、提物、打字等腕力劳动较多的活动。

3.患者可配合自我按摩，局部热敷等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疗效评估判断标准：参照蒋协远、王大伟主编《骨科临床疗效评价标准》中

Verhaar 网球肘疗效评估判断标准。

— 169 —

针灸科中医诊疗方案

治愈：肱骨外上髁疼痛消失，握力恢复，握拳及腕关节背伸、旋转时不诱发疼痛。

显效：肱骨外上髁疼痛偶尔发生，用力活动后出现疼痛，握力基本恢复正常，腕关

节背伸时不诱发疼痛；检查 mills 征阴性，却可发现阴性压痛点。

有效：用力活动后肱骨外上髁感觉不舒服，但与治疗前比较有好转，感觉握力轻微

或中度下降，腕关节背伸时诱发轻度或中度疼痛。

无效：肱骨外上髁疼痛没有减轻，患者对治疗结果不满意，感觉握力明显下降。

2.肘关节功能评分：参照 An KN， Morrey BF. Biomechanics of the elbow.

In：

Morrey BF，ed. The elbow and its disorders. Philadelphia： WB Saunders，1985，

43-61 中改良 An 和 Morrey 肘关节功能评分进行疗效评分。（附表一）

治愈：改良 An 和 Morrey 肘关节功能评分为 90-100 分。

显效：改良 An 和 Morrey 肘关节功能评分 80-89 分。

有效：改良 An 和 Morrey 肘关节功能评分 70-79 分。

无效：改良 An 和 Morrey 肘关节功能评分＜70 分。

（二）评价方法

7 天为 1 疗程，共治疗 2 疗程。每疗程前、第 1 次治疗后、每疗程结束后（包括不

足 7 天痊愈者）按照 Verhaar 网球肘疗效评估判断标准进行疗效评价并用改良 An 和

Morrey 肘关节功能评分进行疗效评分。

— 170 —

针灸科中医诊疗方案

附表一：

Mayo Elbow Performance Index

改良 An 和 Morrey 评分（Modified An and Morrey

functional rating system），

亦称之为 Broberg 和 Morrey 评分。

改良 An 和 Morrey 肘关节功能评分

摘自：An KN， Morrey BF. Biomechanics of the elbow.In：Morrey BF，ed. The

elbow and its disorders. Philadelphia： WB Saunders，1985，43-61

— 171 —

|  |  |
| --- | --- |
|  | 评分 |
| 活动度（每度 0.2 分）  屈曲（150°）  伸直（10°）  旋前（80°）  旋后（80°）  力量  正常  轻度损失（对侧的 80%）  中度损失（对侧的 59%）  重度损失（日常活动受限，残疾）  稳定性  正常  轻度不稳定  明显不稳定  疼痛  无  轻微（活动正常，不服药）  中度（活动时或活动后疼痛）  重度（休息时也出现，长期服药）  结果  优  良  可  差 | 30  20  16  16  12  8  4  0  12  6  0  12  8  4  0  90-100  80-89  70-79  ＜70 |

针灸科中医诊疗方案

— 172 —

内分泌科中医诊疗方案

内 分 泌 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

消渴胃痞（糖尿病性胃轻瘫）中医诊疗方案………………………………175

— 173 —



内分泌科中医诊疗方案

— 174 —

内分泌科中医诊疗方案

消渴胃痞（糖尿病性胃轻瘫）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《糖尿病中医防治指南》（中国中医药出版社，2007年）。

（1）消渴病史；

（2）症状：多伴有餐后上腹饱胀、纳呆、嗳气、恶心呕吐、不明原因体重下降等。

2.西医诊断标准

参照《实用糖尿病学》（迟家敏，人民卫生出版社，2010 年，第三版）中“糖尿病

性胃轻瘫”进行诊断。

（1）有明确糖尿病病史，伴或无餐后上腹饱胀、早饱、嗳气、恶心呕吐、模糊不

清的上腹不适感或不明原因体重下降、长期营养不良等。

（2）先需上消化道钡餐或胃镜等检查，除外消化道器质性病变和其他全身性疾病。

（3）胃固体消化性食物排空测试（放射性同位素胃排空扫描）：进食硫化锝 99 标

记的低脂鸡蛋，2 小时胃排空超过 50 %为正常，2 小时胃排空低于 50%或胃排空延迟为

进食后 4 小时超过 10%的胃内容物残留均可确诊胃轻瘫。

备选方案：采用标准试餐加钡条 X 线摄片方法进行检测。患者禁食 12h 后，次日清

晨进标准试餐（方便面 80g，火腿肠 50g，加水 200mL，5 分钟内服完），进餐同时分次

将 20 根小钡条（长 10mm ，直径 1mm，质量 20mg）吞服，餐后禁饮禁食禁卧，4h 后拍

摄仰卧位腹部平片，计数胃内残留钡条数目。餐后胃排空率（%）=（20-胃内残留钡条

数）/ 20×100%。2 小时胃排空超过 50 %为正常，2 小时胃排空低于 50%或胃排空延迟

为进食后 4 小时超过 10%的胃内容物残留均可确诊胃轻瘫。

（二）证候诊断

1.肝胃不和证：胃脘胀满，胸闷嗳气，心烦易怒，善太息，大便不畅，得嗳气、矢

气始舒，口干微苦。舌质淡红，苔薄黄，脉弦。

2.脾胃虚弱证：脘腹满闷，时轻时重，喜热喜按，纳呆便溏，神疲乏力，少气懒言，

语声低微。舌质淡，苔薄白，脉细弱。

3.痰湿中阻证：脘腹痞塞不舒，胸膈满闷，头晕目眩，身重困倦，呕恶纳呆，口淡

不渴，小便不利。舌苔白厚腻，脉沉滑。

— 175 —

内分泌科中医诊疗方案

4.胃阴亏虚证：脘腹痞闷，嘈杂，饥不欲食，恶心嗳气，口燥咽干，大便秘结。舌

红少苔，脉细数。

5.寒热错杂证：胃脘痞满，但满不痛，嗳气泛酸，嘈杂，恶心呕吐，肠鸣腹胀，不

思饮食，倦怠乏力。舌淡苔腻或微黄，脉弦细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝胃不和证

治法：疏肝和胃，理气消滞。

推荐方药：柴胡疏肝散合丹参饮加减。陈皮、柴胡、川芎、枳壳、芍药、炙甘草、

香附、丹参、檀香、砂仁等。

中成药：木香顺气丸、逍遥丸等。

2.脾胃虚弱证

治法：补气健脾，升清降浊。

推荐方药：香砂六君子汤加减。木香、砂仁、党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、

半夏等。

中成药：香砂养胃丸等。

3.痰湿中阻证

治法：祛湿化痰，顺气宽中。

推荐方药：二陈汤合平胃散加减。法半夏、陈皮、茯苓、甘草、苍术、厚朴、生姜、

大枣等。

中成药：二陈丸、枳术宽中丸等。

4.胃阴亏虚证

治法：滋阴养胃，行气消痞。

推荐方药：益胃汤加减。沙参、麦冬、生地、玉竹等。

中成药：养胃舒颗粒等。

5.寒热错杂证

治法：寒热平调，消痞散结。

推荐方药：半夏泻心汤加减。半夏、干姜、黄连、黄芩、人参、大枣等。

中成药：乌梅丸等。

兼证

1.兼气滞证：胸胁、脘腹胀闷疼痛，时轻时重，时作时休，或走窜不定，胀痛可随

嗳气、肠鸣、矢气而减，舌淡苔薄白，脉弦。

— 176 —

内分泌科中医诊疗方案

治法：理气解郁。

推荐方药：配合四逆散、四磨汤等。

2.兼痰阻证：形体肥胖，胸脘满闷，或呕吐痰涎，或咳嗽有痰，肢体困重，舌苔白

腻，脉滑。

治法：化痰除湿。

推荐方药：配合二陈汤、温胆汤、半夏白术天麻汤等。

3.兼血瘀证：胃脘部刺痛，痛有定处，尤以夜间为甚，唇舌紫暗，舌质暗，有瘀斑，

舌下脉络青紫迂曲，苔薄白，脉弦或沉而涩。

治法：活血化瘀。

推荐方药：配合桃红四物汤、丹参饮、失笑散等。

（二）针灸治疗

主穴：足三里、内关、中脘、胃俞、三阴交等。

配穴：胃脘胀满配阳陵泉、太冲以疏调胃气；脾胃虚弱配气海、关元、三阴交；呃

逆配膈俞降逆止呕；恶心、呕吐配合谷；肝胃不和配曲池、阳陵泉、太冲；胃中虚寒配

上脘，并灸命门、关元；热邪犯胃配合谷以泻热；痰浊上逆配丰隆以化痰饮；饮食积滞

配下脘。

操作：足三里平补平泻，留针 30 分钟，内关、中脘用泻法，胃俞、三阴交用补法，

配穴按虚补实泻法操作；虚寒者可加用艾灸。呕吐发作时可在内关穴行强刺激并持续运

针 1～3 分钟。脾胃虚弱留针期间行艾条灸气海、关元、中脘、足三里。10 次为一疗程。

（三）耳穴治疗

取穴：脾、胃、肝、胰、神门、小肠、大肠、内分泌、糖尿病点、三焦、皮质下等。

操作：用 0.3cm×0.3cm 胶布将王不留行籽贴压固定于上述耳穴。

方法：每穴、每次按压 50 次，每天按压 3 次。轻手法，但是要求有酸、麻、胀、

发热感觉。2 天换贴 1 次，双耳交替进行。

（四）穴位贴敷治疗：根据患者症状，辨证贴敷。

（五）其他疗法

1.中药热奄包或封包治疗

脾胃虚弱者，予吴茱萸 250g 外敷中上腹部温中补虚；气滞湿阻者，予川朴 250g 外

敷中上腹部行气燥湿；兼有上述情况者，可予吴茱萸 150g、川朴 150g 合用以加强补益

脾胃、行气燥湿除痞之功；食积气滞者，予莱菔子 250g 外敷中上腹部行气消食。

2.红外线治疗

取穴：关元、中脘及两侧天枢。

— 177 —

内分泌科中医诊疗方案

时间：每次 15～20 分钟，每日 1～2 次，7～10 天为一疗程。

3.低频脉冲电治疗

取穴：关元、中脘及两侧天枢。

时间：每次 15～20 分钟，每日 1～2 次，7～10 天为一疗程。

频率：视各人情况而定。

（六）内科基础治疗

参照《实用糖尿病学》（第 3 版）中“糖尿病性胃轻瘫”部分。

（七）护理调摄

1.饮食调护：即根据患者标准体重、现有体重、年龄及活动量，计算每日饮食量，

进餐要定时、定量，三餐食量按各 1/3 分配，避免饱餐。治疗初期将每日 3 大餐分为 6～

7 小餐，分别在早晨、中午、下午、临睡前进餐，病情平稳后（恶心、呕吐、上腹饱胀

等症状减轻），重新改为每日 3 餐。病情较重时适量限制纤维素的摄入，在症状缓解、

血糖控制良好后，可以恢复高纤维素膳食。膳食搭配时最好将固态食物匀浆化，或多进

食流质，必要时完全进食流质。

2.生活起居：根据患者的血糖水平和并发症情况制定相应的运动类型和强度，运动

时间 15～30 分钟/次，运动强度应达到靶心率。运动注意事项：（1）运动要有规律， 强

度由低到高；（2）随身携带易于吸收的含碳水化合物食品以备低血糖时食用；（3）穿舒

适合脚的鞋；（4）运动前后监测血糖，血糖水平＞14mmol/L 的患者暂时不宜运动。

3.情志调摄：建立良好的沟通渠道，正确评估患者的心理状态，关心体贴患者，正

确引导患者调整心态，消除对疾病的恐惧心理，保持乐观情绪，增强战胜疾病的信心，

勇于面对现实，以最佳的心态，主动配合治疗护理。

4.血糖检测：住院期间监测 5 点血糖（空腹、三餐后 2h 和睡前），使血糖得到良好

控制。

三、疗效评价

（一）评价标准

症状判定标准：参照 2002 年国家中医药管理局《中药新药临床研究指导原则（试

行）》（中国医药科技出版社，2002 年），通过《消渴胃痞病辨证诊断标准》动态观察

中医症状的改变，具体评价标准如下：

临床痊愈：临床主要症状消失或基本消失，主症积分减少≥95%。

显效：临床主要症状明显改善，主症积分减少≥70%。

有效：临床主要症状均有好转，主症积分减少≥30%。

无效：临床主要症状均无明显改善，甚或加重，主症积分减少不足 30%。

— 178 —

内分泌科中医诊疗方案

注：计算公式（尼莫地平法）为：［（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分］

×100%。

（二）评价方法：

临床症状积分（按主症及次症权重赋分值）

表1

主要临床症状计分表

表 2 次要临床症状计分表

— 179 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 次症 | 0分 | 轻（1 分） | 中（2 分） | 重（3 分） |
| 疲倦乏力 | 无此症状 | 肢体稍倦，可坚持体  力工作 | 四肢乏力，勉强坚持  日常活动 | 全身无力，终日不愿  活动 |
| 口苦口干 | 无此症状 | 偶有口苦口干 | 晨起口干苦 | 整日觉口干苦 |
| 消瘦 | 无此症状 | 较前体重减轻 20%以  下 | 较 前 体 重 减 轻  20%-30% | 较前体重减轻 30%  以上 |
| 胃脘疼痛 | 无此症状 | 轻微胃痛，时作时止，  不影响工作及休息 | 胃痛可发作频繁，影  响 工作及休息 | 胃痛难忍，持续不  止，常需服止痛药 |
| 大便不畅 | 无此症状 | 大便稍有不畅 | 大便不畅 |  |
| 大便稀溏 | 无此症状 | 大便不成形 | 每日 2-3 次，便溏 | 大便明显不畅每日  4 次以上，便稀溏 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 轻（2 分） | 中（4 分） | 重（6 分） |
| 脘腹痞满 | 无此症状 | 餐后脘腹痞满，半小  时内自行缓解 | 餐后脘腹痞满，2 小  时内自行缓解 | 整日脘腹痞满 |
| 饮食减少 | 无此症状 | 食量减少 1/4 | 食量减少 1/3 | 食量减少 1/2 |
| 嗳气 | 无此症状 | 偶有嗳气 | 时有嗳气 | 频频嗳气 |
| 恶心呕吐 | 无此症状 | 偶有恶心 | 时有恶心，偶有呕吐 | 频频恶心，有时呕吐 |

内分泌科中医诊疗方案

— 180 —

肾病科中医诊疗方案

肾 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

慢肾风（慢性肾小球肾炎）中医诊疗方案…………………………………183

— 181 —

肾病科中医诊疗方案

— 182 —

肾病科中医诊疗方案

慢肾风（慢性肾小球肾炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会肾病分会 2006 年 6 月在《上海中医药杂志》上[2006，40（6）：

8-9]发表的拟定标准进行诊断。

诊断要点：

（1）起病隐匿、进展缓慢，病情迁延，临床表现可轻可重，或时轻时重。随着病

情发展，肾功能逐渐减退，后期可出现贫血、电解质紊乱、血尿素氮、血肌酐升高等情

况。

（2）尿检查异常，常有长期持续性蛋白尿，尿蛋白定量常＜3.5g/24h，血尿（相

差显微镜多见多形态改变的红细胞），可有管型尿，不同程度的水肿、高血压等表现。

（3）病程中可因呼吸道感染等原因诱发急性发作，出现类似急性肾炎的表现。

（4）排除继发性肾小球肾炎后，方可诊断为原发性肾小球肾炎。

2.西医诊断标准

根据中华医学会肾脏病学分会编著的《临床诊疗指南—肾脏病学分册》第 1 版）中

华医学会主编，人民卫生出版社，2011 年）确定诊断。

诊断要点：

慢性肾炎的诊断并不完全依赖病史的长短，多数慢性肾炎其病理类型决定其起病即

为慢性病程。一般而言，凡有尿检异常（血尿、蛋白尿、管型尿）、水肿及高血压，病

程迁延，无论有无肾功能损害均应考虑此病，肾活检病理检查可确诊并有利于指导治疗。

慢性肾炎个体间差异较大，临床表现多样，易造成误诊。特别应注意某一表现突出

者，如高血压突出者而易误诊为原发性高血压，增生性肾炎（如 IgA 肾病等）感染后急

性发作者易误诊为急性肾炎，应予以鉴别，同时应注意除外继发性肾小球肾炎及遗传性

肾小球肾炎。

慢性肾炎主要与以下疾病鉴别：无症状性血尿或（和）蛋白尿；感染后急性肾小球

肾炎；原发性高血压肾损害；继发性肾小球肾炎；遗传性肾炎（Alport 综合征）。

（二）证候诊断

1.本证

— 183 —

（ （

肾病科中医诊疗方案

（1）脾肾气虚证：腰脊酸痛，疲倦乏力，或浮肿，纳少或脘胀。大便溏，尿频或

夜尿多。舌质淡红、有齿痕，苔薄白，脉细。

（2）肺肾气虚证：颜面浮肿或肢体肿胀，疲倦乏力，少气懒言，易感冒，腰脊酸

痛。面色萎黄。舌淡，苔白润、有齿痕，脉细弱。

（3）气阴两虚证：面色无华，少气乏力，或易感冒，午后低热，或手足心热，腰

痛或浮肿，口干咽燥或咽部暗红、咽痛。舌质红或偏红，少苔，脉细或弱。

（4）脾肾阳虚证：全身浮肿，面色白光白，畏寒肢冷，腰脊冷痛（腰膝酸痛），纳

少或便溏（泄泻、五更泄泻），精神萎靡，性功能失常（遗精、阳痿、早泄），或月经失

调。苔白，舌嫩淡胖，有齿痕，脉沉细或沉迟无力。

（5）肝肾阴虚证：目睛干涩或视物模糊，头晕耳鸣，五心烦热或手足心热或口干

咽燥，腰脊酸痛。遗精、滑精，或月经失调。舌红少苔，脉弦细或细数。

2.标证

（1）水湿证：颜面或肢体浮肿。舌苔白或白腻，脉细或细沉。

（2）湿热证：皮肤疖肿、疮疡，咽喉肿痛，小溲黄赤、灼热或涩痛不利，面目或

肢体浮肿，口苦或口干、口粘，脘闷纳呆，口干不欲饮。苔黄腻，脉濡数或滑数。

（3）血瘀证：面色黧黑或晦暗，腰痛固定或呈刺痛，肌肤甲错或肢体麻木。舌色

紫暗或有瘀点、瘀斑，脉象细涩。

（4）湿浊证：纳呆，恶心或呕吐，口中粘腻，脘胀或腹胀，身重困倦，精神萎靡。

舌苔腻，脉濡滑。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂

1.脾肾气虚证

治法：补气健脾益肾。

推荐方药：异功散加减。党参、生黄芪、生白术、茯苓、薏苡仁、杜仲、淮牛膝、

泽泻、甘草等。

2.肺肾气虚证

治法：补益肺肾。

推荐方药：益气补肾汤加减。党参、黄芪、白术、茯苓、山药、炙甘草、大枣等。

3.气阴两虚证

治法：益气养阴。

推荐方药：参芪地黄汤加减。党参、黄芪、生地、山药、山茱萸、丹皮、泽泻、茯

苓等。

— 184 —

肾病科中医诊疗方案

4.脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

推荐方药：附子理中丸或济生肾气丸加减。附子、炙桂枝、党参、白术、生黄芪、

茯苓皮、车前子（包）、泽泻、干姜、炙甘草等。

5.肝肾阴虚证

治法：滋养肝肾。

推荐方药：杞菊地黄丸加减。熟地、山茱萸、山药、泽泻、丹皮、茯苓、枸杞子、

菊花等。

6.水湿证

治法：利水消肿。

推荐方药：五皮饮加减。生姜皮、桑白皮、陈皮、大腹皮、茯苓皮等。

7.湿热证

治法：清利湿热。

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。龙胆草、柴胡、泽泻、车前子、通草、生地、当归、

炒栀子、炒黄芩、甘草等。

8.血瘀证

治法：活血化瘀。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。柴胡、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、枳壳、

甘草、桃仁、红花等。

9.湿浊证

治法：健脾化湿泄浊。

推荐方药：胃苓汤加减。制苍术、白术、茯苓、泽泻、猪苓、车前子（包）、姜半

夏、陈皮、制大黄、六月雪等。

（二）辨证选择口服中成药

1.雷公藤多苷片：功效：祛风除湿，舒筋活络，清热解毒。主治：慢性肾炎。适应

证：慢性肾炎各证。10～20mg/次，3 次/天，1～2 个月为一疗程。使用时应注意其肝损、

白细胞减少、月经不调、可逆性影响男性生育能力等不良反应。

2.火把花根片：功效：疏风除湿，清热解毒。主治：慢性肾炎各证。用法：3～5

片/次，3 次/天，1～2 个月为一疗程。注意事项与雷公藤多苷片相似，但作用较平和。

3.正清风痛宁片：功效：祛风除湿，清热解毒，活血通络，行水利尿。主治：慢性

肾炎各证。用法：3 片/次，3 次/天。主要副作用有：皮疹、消化道反应，肝损，白细

胞下降等。

— 185 —

肾病科中医诊疗方案

4.黄葵胶囊：功效：清利湿热，解毒消肿。主治：慢性肾炎湿热证。用法：5 粒/

次，3 次/天。8 周为一疗程。主要副作用有：用药后出现上腹部胀满不适。

5.肾炎康复片：功效：益气养阴，清解余毒。主治：慢性肾炎气阴两虚证。用法：

4～6 片/次，3 次/天，8 周为一疗程。

（三）辨证选择静脉滴注中药注射剂

根据病情可辨证选用黄芪注射液、生脉注射液、丹参注射液、红花注射液、参芎注

射液、灯盏细辛注射液等。

（四）其他疗法

1.针刺治疗：取水分、气海、三焦俞、三阴交四穴针刺，每日 1 次，10 日为一疗程，

有健脾益肾，利水消肿之功。用于慢性肾炎脾肾阳虚证，水肿明显者。

2.穴位敷贴法：用附子、肉桂、川椒等打成粉，调成饼状，外敷于穴位（肾俞、腰

阳关；命门或志室）。效果温阳补肾，提高机体自身免疫力。适应于肾阳虚证患者。

3.灸法：选穴：中脘、关元、气海；足三里、涌泉；肾俞、命门。每次 2～3 个穴

位，15 分钟，局部发热为止每天一次，一周一疗程。效果：温经散寒、防御保健。适用

于慢性肾脏疾病免疫力低下、脾肾阳虚患者。

4.中药足浴：大黄、当归、红花、赤芍、生牡蛎、土茯苓、丹参、杜仲、川断、地

肤子、白鲜皮等纱布包裹煎汤，水温 39～40℃足浴 30 分钟，每天一次。

5.穴位注射：取足三里（双）或肾俞（双）穴，每日每穴注射灯盏素细辛注射液或

丹参注射液或鱼腥草注射液 1.5ml 或黄芪注射液 2ml，14 天为一疗程。适用于慢性肾病

易于感冒患者，可提高免疫力、预防感冒。

（五）内科基础治疗

参照中华医学会肾脏病学分会编著的《临床诊疗指南—肾脏病学分册》，包括慢性

肾小球肾炎早期应该针对其病理类型给予相应的治疗，抑制免疫介导炎症，抑制细胞增

生，减轻肾脏硬化，并应以防止或延缓肾功能进行性恶化、改善或缓解临床症状、防治

并发症为主要目的。

（六）护理调摄

1.生活起居：预防感冒，节制房事，忌食烟酒，减肥，适当锻炼。重症患者应绝对

卧床休息。高度水肿而致胸闷憋气者，可取半坐卧位。下肢水肿严重者，适当抬高患肢。

水肿减轻后可适当活动。

2.饮食调护：低盐、低脂、优质蛋白质饮食。伴高血压患者应限盐＜3g/d，调整饮

食蛋白质与含钾食物的摄入。避免辛辣刺激之物及海鲜发物。

3.情志调摄：鼓励患者树立与疾病作斗争的信心，消除恐惧、忧虑、急躁、悲观、

— 186 —

肾病科中医诊疗方案

失望情绪，使其采取积极态度配合治疗。

4.严密观察水肿的部位、程度、消长规律，尿量及颜色。保持皮肤清洁干燥，避免

溃破感染。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华中医药学会肾病分会 2006 年 6 月在《上海中医药杂志》上发表的拟定疗

效评定标准。

1.疾病疗效判定标准

（1）完全缓解：症状及阳性体征完全消失，尿蛋白及尿红细胞持续转阴，尿蛋白

定量＜0.2/24h，肾功能恢复或保持正常，持续 3 个月以上。

（2）基本缓解：症状及阳性体征基本消失，尿蛋白及尿红细胞较治疗前减少≥50%，

肾功能恢复或保持正常，或 SCr 较基础值无变化或升高＜50%，持续 3 个月以上。

（3）有效：症状及阳性体征明显好转，尿蛋白及（或）红细胞较治疗前减少≥25%，

肾功能改善持续 3 个月以上，SCr 较基础值升高＜100%。

（4）无效：临床表现与实验室检查无改善。

2.证候疗效判定标准

（1）临床缓解：中医临床症状基本消失，症状积分减少≥90％。

（2）显效：中医临床症状明显改善，症状积分减少≥70％，＜90％。

（3）有效：中医临床症状有所改善，症状积分减少≥30％，＜70％。

（4）无效：中医临床症状无改善或加重，症状积分减少＜30％。

（二）评价方法

1.中医主要症状积分表。

— 187 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 轻度（1 分） | 中度（2 分） | 重度（3 分） |
| 头晕 | 头晕轻微，偶尔发生，不影  响活动及工作 | 头晕较重，活动时出现，休  息可安 | 头晕重，行走欲仆，终日  不缓解，影响活动及工作 |
| 倦怠乏力 | 偶感疲乏，程度轻微，不耐  劳力、可坚持轻体力劳动 | 一般活动即感乏力，间歇出  现，勉强支持日常活动 | 休息亦感疲乏无力，持续  出现，不能坚持日常活动 |
| 腰酸膝软 | 晨起腰酸膝软，捶打可止 | 腰酸持续，膝软，下肢沉重 | 腰酸难忍，膝软不欲行走 |
| 畏寒肢冷 | 手足有时怕冷，不影响衣着，  遇风出现 | 经常四肢怕冷，比一般人明  显，夜晚出现 | 全身明显怕冷，着衣较常  人差一季节 |
| 纳呆 | 食欲欠佳。口味不香，食量  减少不超过 l/4 | 食欲不振，口味不香，食量  减少 l/4～l/2 | 食欲甚差，无饥饿感，食  量减少 l/2 以上 |
| 口干 | 夜间口干 | 口干少津 | 口干欲饮 |
| 口苦 | 晨起或夜间口苦 | 口苦持续出现但时可缓解 | 口苦不能缓解 |
| 恶心 | 每日泛恶 1～2 次 | 每日泛恶 3～4 次 | 频频泛恶，每日 4 次以上 |

肾病科中医诊疗方案

2.中医证候积分疗效评定标准

中医疗效指数= （治疗前总积分 — 治疗后总积分）／治疗前总积分×100％ （尼

莫地平法）

3.实验室主要检查指标

尿蛋白定性及定量、尿红细胞数量及形态、肾功能（血肌酐、尿素氮）等。

— 188 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 呕吐 | 每日呕吐 1～2 次 | 每日呕吐 3～4 次 | 频频呕吐，每日 4 次以上 |
| 脘腹胀满 | 脘腹稍胀，可以忍受，不影  响饮食 | 脘腹胀满，空腹缓解， 饮食  减少 | 脘腹胀满，终日不解，难  以忍受 |
| 夜尿清长 | 夜尿量多，每夜 2 次 | 夜尿量多，每夜 3～4 次 | 夜尿量多，每夜 5 次以上 |
| 大便不实 | 大便不成形，1 日 1 次 | 大便不成形，1 日 2 次 | 大便不成形，1 日 3 次 |
| 大便干结 | 大便干结，每日 1 行 | 大便秘结，两日 1 行 | 大便秘结，数日 1 行 |
| 水肿 | 局部水肿，按压后恢复较快 | 全身水肿，按压后恢复较慢 | 全身水肿伴组织渗液和器  官积液 |

外科中医诊疗方案

外

科

中医诊疗方案（试行）

目

录

乳癖 （乳腺增生病）中医诊疗方案…………………………………………191

疖病（多发性疖肿）中医诊疗方案…………………………………………196

丹毒中医诊疗方案…………………………………………………………199

阳痿病（勃起功能障碍）中医诊疗方案……………………………………202

男性不育症（少、弱精子症）中医诊疗方案………………………………207

— 189 —

外科中医诊疗方案

— 190 —

外科中医诊疗方案

乳癖 （乳腺增生病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会《中医外科常见病诊疗指南》 中华中医药学会，2012 年）。临

床表现：乳房有不同程度的胀痛、刺痛或隐痛，可放射至腋下、肩背部，可与月经、情

绪变化有相关性；一侧或双侧乳房发生单个或多个大小不等、形态多样的肿块，肿块可

分散于整个乳房，与四周组织界限不清，与皮肤或深部组织不粘连，推之可动，有触痛，

可随情绪及月经周期的变化而消长，部分患者可有溢液或瘙痒。

影像学检查：

乳腺钼靶 X 线检查：显示病变呈现棉花团或毛玻璃状、边缘模糊不清的密度增高影，

或见条索样结缔组织穿越其间。

超声检查：双侧或单侧乳腺体积增大，但边界光滑完整；内部质地及结构紊乱，回

声分布不均，呈粗大光点或光斑。

病理学可明确诊断。

2.西医诊断标准

参照中华医学会外科分会《临床诊疗指南》乳腺增生病诊断标准（中华医学会外科

分会，2006 年）。

临床表现：

（1）乳房胀痛：特点是疼痛与月经周期有关。往往在月经前（一般月经来潮前 7

天左右）疼痛加重，月经来潮后减轻或消失，但病程较长者以上规律可消失。

（2）乳房肿物：一侧或二侧乳腺有弥漫性增厚，呈颗粒状、结节状或片状，增厚

区与周围乳腺组织分界不明显，质地韧，有弹性，可活动，以外上象限为多，可伴有触

痛。少数病人可有乳头溢液，为无色或黄色。腋窝无肿大淋巴结。

辅助检查：乳腺彩超、钼靶摄片、细针穿刺细胞学检查、切除或切取活检均有助于

诊断。

（二）证候诊断

1.肝郁气滞证：多见于青年妇女，乳房疼痛为主要表现，多为胀痛，偶有刺痛，肿

块、疼痛与月经周期、情志变化密切相关，经前或情绪不佳时加重，经后减轻。常伴胸

— 191 —

（

外科中医诊疗方案

胁胀痛，烦躁易怒。舌质淡红或红，苔薄白或薄黄，脉弦。

2.痰瘀互结证：一侧或双侧乳房出现边界不清的坚实肿块，质韧或韧硬，肿块可有

刺痛、胀痛或无自觉痛，肿块和疼痛与月经变化不甚相关。月经可正常，部分月经愆期，

或经潮不畅、色暗有块，或伴痛经。舌淡暗或暗红有瘀斑，舌下脉络青紫粗张，苔白或

腻，脉涩、弦或滑。

3.冲任失调证：多见于中老年妇女，肿块和疼痛程度与月经周期或情志变化关系不

明显。常伴月经失调，如月经周期紊乱，月经量少色淡，或闭经，行经天数短暂或淋漓

不绝。腰膝酸软，神疲乏力，夜寐多梦，面色晦黯或黄褐斑。舌淡苔白，脉濡细或沉细；

或舌红少苔，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁气滞证

治法：疏肝理气，散结止痛。

推荐方药：柴胡疏肝散加减。柴胡、芍药、枳壳、川芎、香附、陈皮、炙甘草等。

中成药：逍遥丸、消乳散结胶囊等。

2.痰瘀互结证

治法：活血祛瘀，化痰散结。

推荐方药：血府逐瘀汤合逍遥蒌贝散加减。当归、生地、桃仁、红花、枳壳、柴胡、

桔梗、川芎、牛膝、芍药、茯苓、白术、瓜蒌、贝母、半夏、南星、生牡蛎、山慈菇、

甘草等。

中成药：血府逐瘀胶囊、乳癖散结胶囊等。

3.冲任失调证

治法：调摄冲任，散结止痛。

推荐方药：二仙汤加味或六味地黄汤合二至丸加味。仙茅、淫羊藿、当归、巴戟天、

黄柏、知母；熟地、山萸肉、淮山药、牡丹皮、泽泻、茯苓、女贞子、旱莲草等。

中成药：岩鹿乳康片、乳增宁片等。

（二）外治法

1.贴敷疗法

（1）散结止痛膏

操作方法：一侧乳房一贴，贴于乳房最痛处。揭去隔黏照纸，贴于患处。

（2）药物乳罩：由川乌、商陆、大黄、王不留行、樟脑等组成。选择与患者胸围

合适的特殊乳罩，将药袋插入与病变部位相应的夹层内，务使佩戴乳罩时药袋能紧贴乳

— 192 —

外科中医诊疗方案

房患处。每次月经前 15 天开始用药，7～10 天换药袋 1 次，经期停用，1～3 个月经周

期为 1 疗程。

（3）穴位贴敷：采用磁贴，取穴：膻中、乳根、期门及乳房局部阿是穴，以上穴

位各敷一贴，1 次／d，1 个月为 1 个疗程，治疗 2～3 个疗程。

（4）耳穴贴敷法：王不留行子或磁珠。功用：通络止痛，安神助眠。方法：清洁

耳部皮肤预贴部位，探寻耳部较强反应点，用胶布将王不留行子或磁珠贴于反应点。留

穴按摩，每日 3～4 次，每次按摩 1～2 分钟。每 3～4 天更换一次，治疗 14 天为一个疗

程。取穴区：内分泌、胸椎（乳房）、肝、皮质下、子宫（卵巢）等。

2.理疗

（1）微波理疗：由五灵脂、三棱、莪术、三七等组成酊剂外用。功用：活血通络、

消癖散结。用于治疗乳腺增生合并囊肿者。方法：用酊剂浸湿棉垫敷于乳房，借助微波

照射，将中药离子透入增生部位，每日 1 次，每次 15 分钟，10 次为 1 疗程。

（2）神灯理疗：适用于痰瘀互结、冲任失调证，通过特定电磁波的谐振作用，改

善微循环，促进囊肿吸收、结块消散。每次 30 分钟，每日 1 次，10 天为 1 疗程。

（3）三才配穴理疗：运用乳腺治疗仪，根据中医辨证，选用穴位组合，对乳腺进

行局部治疗，10 天 1 疗程，治疗 3～5 个疗程。

3.其他疗法

（1）塞鼻疗法：用公丁香为主的中药研末塞鼻，药物可随呼吸进入所属经脉，起

到疏肝、健脾、温肾、调和冲任之功。

（2）推拿疗法：常用的穴位有内关、公孙、三阴交、阴陵泉、足三里、膻中、乳

根、手三里、背俞穴、太溪、阿是穴等穴位，用揉法、点法、按法、提拿法、按揉法、

振腹法等手法治疗。

（三）针灸疗法

1.体针：常用的穴位有乳根、肝俞、丰隆、行间、足三里、肾俞、关元、三阴交、

血海、阿是穴等以及乳房肿块周围围刺。

2.耳针：常用的穴位有内分泌、交感、皮质下、乳腺、垂体、卵巢、肝，用王不留

行籽贴压，隔日 1 次，两耳交替，每日自行按压 2～3 次。

3.皮内针：常用的穴位有屋翳穴，皮内针由内向外平刺入皮下，以患者活动两臂无

胸部疼痛为宜，用胶布固定，留针 2～3 天。留针期间每日按压 2～3 次。

4.穴位注射：局部皮肤常规消毒后，斜刺肝俞、膈俞，可少许提插捻转，回抽

无回血后，即可将丹参注射液 2ml 推入，隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程。

5.穴位埋线：随证取穴（足三里、三阴交、肾俞、肝俞，胃俞、太冲、丰隆、乳根）。

— 193 —

外科中医诊疗方案

埋线时间：卵泡期（经期第 5～8 天），每月 1 次，3 个月为 1 个疗程。

（四）健康指导

1.生活起居

（1）生活规律，起居有常，劳逸结合，适当参加体育运动。

（2）适龄婚育，提倡母乳喂养。

（3）家庭和睦，夫妻生活和谐。

（4）慎用含雌激素的保健品及美容护肤品。

（5）重视乳房疾病普查与自我检查。

2.饮食调理

提倡低脂肪膳食，可选番茄、胡萝卜、菜花、芦笋、黄瓜、丝瓜及绿叶蔬菜等；常

食新鲜水果、食用菌类。限制动物性脂肪的摄入量，控制糖类的摄入量。少用油炸食物、

烟酒、咖啡及木瓜等。

3.情志调理

解除心理压力，保持心情舒畅。及时缓解紧张、忧郁、恼怒、悲伤等情绪，有助于

减少乳癖的发生。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照 2002 年中华中医药学会外科分会乳腺病专业委员会制定的乳腺增生病疗效评

价标准。

疗效评价：改善率=[（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分]×100%。

治愈：改善率≥90%；

显效：改善率 70%～90%；

有效：改善率 30%～69%；

无效：改善率＜30%。

（二）评价方法

通过对比治疗前后症状、体征及影像学检查进行评价。

1.疼痛分级与评分

0 级（6 分）：无触痛，无自发痛；

1 级（12 分）：触压痛，无自发痛；

2 级（18 分）：自发痛，以经前为主，呈阵发性；

3 级（24 分）：自发痛，呈持续性，不影响生活；

4 级（30 分）：自发痛，呈持续性，放射至腋下、肩背部，影响生活。

— 194 —

外科中医诊疗方案

2.肿块分级与评分

①肿块硬度分级

1 级（3 分）：质软如正常腺体；

2 级（6 分）：质韧如鼻尖；

3 级（9 分）：质硬如额。

②肿块范围分级评分（1 个象限按 1.5 分计算）

1 级（3 分）：肿块分布范围局限于 1～2 个乳房象限；

2 级（6 分）：肿块分布范围局限于 3～4 个乳房象限；

3 级（9 分）：肿块分布范围局限于 5～6 个乳房象限；

4 级（12 分）：肿块分布范围局限于 7～8 个乳房象限。

③肿块大小（最大直径）分级与评分

1 级（3 分）：肿块最大直径≤2.0cm；

2 级（6 分）：肿块最大直径 2.1～5.0cm；

3 级（9 分）：肿块最大直径＞5.0cm。

3.全身伴随症状评分

项

目

未变

改善

恢复正常

情绪变化

月经异常

腰膝酸软

两胁胀满

瘀血症状（舌质、舌下脉络情况）

3分

3分

3分

3分

3分

2分

2分

2分

2分

2分

1分

1分

1分

1分

1分

— 195 —

外科中医诊疗方案

疖病（多发性疖肿）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》。

（1）局部皮肤红肿热痛。

（2）可发于全身各处，以头面部、发际、臀部等处为多。

（3）可有发热，口干，便秘等症状。

（4）此愈彼起，经久不愈，应检查有无消渴病或其他慢性疾病。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南—皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，

2006 年）。

（1）好发于夏季。

（2）好发于头面，颈项，背及臀部等。

（3）皮损为发生在毛囊或毛囊周围的炎性丘疹或结节，鲜红色，圆锥状，中心有

脓疮。

（4）局部常伴疼痛或压痛，临近淋巴结可肿大疼痛。

（5）如有发热等全身症状，常伴有白细胞总数及中性粒细胞增高。

（6）数目多，反复发作，经久不愈者，常伴有糖尿病或其他慢性疾病。

（二）证候诊断

1.热毒蕴结证：常见于气实火盛的患者。轻者疖肿只有一、二个，多者可散发全身，

或簇集一处，或此愈彼起。可有发热，口渴，尿赤，便秘。舌红，苔黄，脉数。

2.毒湿痰瘀证：皮疹的各种时期同时存在，即有初期的皮损，或有成脓期的皮损，

或有溃脓期的皮损。舌红，苔黄，脉弦。

3.气阴不足证：疖肿较大，散发于全身各处，溃破后疮面久不收口。可有乏力，口

渴。舌淡红，苔少，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.热毒蕴结证

— 196 —

外科中医诊疗方案

治法：清热解毒，祛瘀消肿。

推荐方药：黄连解毒汤加减。黄芩、黄连、黄柏、栀子、金银花、生地黄、赤芍药、

牡丹皮、防风、陈皮、生甘草等。

2.毒湿痰瘀证

治法：清热解毒，利湿化痰。

推荐方药：五味消毒饮加减。金银花、蒲公英、败酱草、黄芩、薏苡仁、大黄、半

夏、茯苓、泽泻、皂角刺、牡丹皮、赤芍药、生甘草等。

3.气阴不足证

治法：益气养阴，养血生肌。

推荐方药：托里消毒散加减。生黄芪、白术、茯苓、生地黄、玄参、麦冬、天冬、

甘草、牡丹皮、泽泻、生甘草等。

中成药：穿心莲片、牛黄化毒片、清开灵口服液、连翘败毒片、新癀片、防风通圣

丸等，适用于不同分型疖病局部表现具有红肿热痛特征的患者。

（二）外治法

1.初期

局部红肿热痛明显，范围局限，结块较硬，肿势高突。宜用消肿散结之品箍围消肿。

可外敷芙蓉膏、金黄膏等。外用箍围药方法：将药膏摊于纱布上覆盖在疖肿表面，药膏

面积稍大于红肿面积，厚薄以看不到皮肤为度。

2.成脓期

局部肿块不消或逐渐增大，局部疼痛加重，或有搏动性疼痛，或伴有肿块中央渐软，

按之有波动应指感，漫肿发热，穿刺抽吸有脓液，有时脓液可自行破溃流出，宜用提脓

透托之品如拔毒膏等，或用火针烙法引流。

拔毒膏类药膏使用方法（同初期）；

活针烙法：

局部碘伏消毒，1%利多卡因表面麻醉，用火针或者点针在脓肿波动最明显处或脓肿

最低为烙出 1cm2的圆洞，直达脓腔，以脓液流出畅快为度。外敷摊有生肌膏的脱脂纱布。

每日换药，直至愈合。

3.溃破期

疖肿破溃后，治疗应以扶正祛邪，去腐生肌为主，换药时应注意创面引流通畅，腐

肉逐渐脱落后，用生肌之品，促使创口早期愈合。可用京万红软膏，橡皮生肌膏，湿润

烧伤膏等，直接覆盖创面，有窦腔时，在窦腔内放入棉捻引流，但不要填塞太慢。

（三）其他疗法

— 197 —

外科中医诊疗方案

1.湿敷：可用黄连，黄芩，黄柏，赤芍药等清热解毒，凉血活血中药，煎汤，纱布

蘸药液局部湿敷。

2.挑刺：背部夹脊穴挑刺，配合拔罐，用于发作期。

具体方法：夹脊穴为第 1 胸椎至第 5 腰椎，棘突下旁开 0.5 寸，一侧 17 个穴，左

右共 34 穴。皮肤常规消毒，用消毒过的三棱针挑刺被刺部位再用双手拇指挤压针孔周

围，使出血 1～2 滴，然后迅速在施术部位拔罐 1 个，使血在负压作用下流出 2～3 毫升，

5 分钟后将罐起下， 最后消毒敷盖无菌纱布。隔日一次。注意局部消毒，防止继发感染。

（四）健康指导

1.饮食调理：宜吃富含维生素 A 和 B 的食物。如胡萝卜、西兰花、小白菜、茴香菜、

菠菜等。以及富含锌的食物如瘦肉类、核桃仁、葵花子、苹果、金针菇等。忌食肥甘厚

味：包括含油脂丰富的动物肥肉、鱼油、动物脑、蛋黄、芝麻、花生及各种糖和含糖高

的糕点等食品。

忌食辛辣温热食物：如酒、辣椒、韭菜、狗肉、羊肉、龙眼等。

忌食海鲜、淡水虾、蟹等腥发之物。

2.精神调摄：作息时间要规律，保证良好睡眠，以保持心情舒畅，避免精神紧张。

3.皮肤护理：注意局部皮肤清洁，勤洗澡、洗头、理发，勤换衣服、剪指甲。要避

免挤压疖肿，特别是对面、鼻、唇部的疖肿。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》制定。

治愈：疖肿消退后，三个月没有新发。

显效：疖肿红肿热痛症状基本消退，三个月内出现少于 5 个新皮损。

有效：疖肿红肿热痛症状减轻，疖肿面积明显缩小，三个月内出现 6～10 个新皮损。

无效：疖肿红肿热痛症状未见好转，疖肿面积扩大，三个月内出现 10 个以上新皮

损。

（二）评价方法

疗效指标：治疗前后疖肿数量，疖肿面积（a≤1，3≥a＞1，a＞3），红（有，无），

肿（有，无），热（有，无），痛（有，无）。

— 198 —

外科中医诊疗方案

丹毒中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会制定《中医外科常见病诊疗指南（2012）》进行诊断。

（1）临床表现：发病前常有畏寒、发热和全身不适的症状。起病急骤，患处出现

片状潮红、界限清楚、略高出于皮肤，并迅速向四周蔓延扩展，自觉患处烧灼疼痛；按

之红色消退，手起后很快恢复。重者有水疱出现，很少化脓。少数患者可出现皮肤片状

坏死，尤以幼儿及年老体弱者易发。

（2）实验室检查：血白细胞升高，中性粒细胞升高。

2.西医诊断标准

参照《皮肤性病学》第七版（张学军主编，人民卫生出版社，2008 年）。

（1）临床表现：好发于足背、小腿、面部等处，多为单侧性。起病急剧，典型皮损

为水肿性红斑，界限清楚，表面紧张发亮，迅速向四周扩大。可有不同程度全身中毒症

状和附近淋巴结肿大。病情多在 4～5 天达高峰，消退后局部可留有轻度色素沉着及脱

屑。

（2）实验室检查：血白细胞升高，中性粒细胞升高。

（二）疾病分期

（1）急性期：发病时间 2 周以内。

（2）慢性期：发病时间大于 2 周。

（三）证候诊断

湿热毒蕴证：发于下肢，局部红赤肿胀、灼热疼痛，或见水疱、紫斑，甚至结毒化

脓或皮肤坏死；或伴恶寒发热，胃纳不香。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

二、治疗方法

（一）辨证选择选择口服中药汤剂、中成药

湿热毒蕴证

治法：清热凉血，利湿解毒。

推荐方剂：萆薢渗湿汤加减。萆薢、薏苡仁、赤小豆、赤芍、金银花、牡丹皮、

泽泻、虎杖、黄柏、蒲公英、甘草等。

中成药：新癀片、四妙丸等。

— 199 —

外科中医诊疗方案

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情辨证可选用：疏血通注射液、灯盏花素注射液、苦碟子注射液、脉络宁

注射液等。

（三）外治法

1.贴敷疗法

（1）外敷膏药：适用创面无水疱，局部红肿者，可选用金黄膏或复方黄芩液或青

黛膏或芩柏膏；

（2）中药湿敷：适用于渗出较多或伴有水疱糜烂者。可选用黄柏、白鲜皮或黄连、

白头翁、金银花、马齿苋、土槿皮、红花等煎剂湿敷。

2.湿润暴露疗法：适用于创面有水疱者。先将疱液引流，外涂湿润烧伤膏。

3.中药熏蒸：中药金银花、黄柏、知母、贝母、天花粉、白及、穿山甲等煎汤，

外用熏洗。

4.贬镰法：嘱患者取端坐位，将患肢放在脚凳上，充分暴露：将三棱针用碘酒、

酒精棉球常规消毒；施术者手持三棱针沿红肿最明显处边缘环刺 1 周，针距 1～2mm，深

度 2～3mm，注意避开大血管和神经，让刺血点自行流血 2～5 分钟，每点流血 1～2ml，

待恶血流尽后，再清洁创面，敷以凡士林纱条，覆盖无菌纱布，外以弹力绷带包扎加压

固定（须有较好透气性，松紧适度）。

（四）其他疗法

根据病情可选用半导体激光照射：适用于丹毒导致的肢体肿胀、疼痛、溃疡修复。

（五）内科基础治疗

参照中华中医药学会制定《中医外科常见病诊疗指南（2012）》处理。

（六）护理调摄

1.生活起居：患者应卧床休息，制动，抬高患肢 30 度。注意足部清洁，避免搔抓，

积极治疗皮肤破损及足癣。

2.饮食调理：清淡饮食，禁忌辛辣、油腻油炸、荤腥等。

3.情志调摄：保持心情舒畅，消除焦虑等不良情绪。

三、疗效评价

（一）评价标准

中医证候疗效评价标准：参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版

社，2002 年）制定。

痊愈：临床症状、体征消失或基本消失，积分减少≥90%。

显效：临床症状、体征明显改善，积分减少≥70%。

有效：临床症状、体征均有好转，积分减少≥30%。

— 200 —

外科中医诊疗方案

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，积分减少不足 30%。

（二）评价方法

1.中医主要症状积分表

2.中医证候积分疗效评价标准

中医疗效指数=[（治疗前总积分-治疗后总积分）÷治疗前总积分]×100%。

— 201 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 局  部  症  状  与  体  征 | 肿胀程度  及范围 | 无明显肿胀 | 足背肿胀 | 肿胀延及小腿 | 肿胀延及大腿 |
| 疼痛 | 无明显疼痛 | 轻度刺痛 | 疼痛及压痛明显  活动后加剧 | 疼痛剧烈 |
| 红斑范围 | 无明显红斑 | 2  红斑范围＜10cm | 红斑范围面积  2  10-15cm | 红斑范围面积＞  2  15cm |
| 水疱（血疱） | 无水疱（血疱） | 散见小水疱（血疱） | 散见大水疱  （血疱） | 患肢密布水疱  （血疱） |
| 患肢功能 | 行走正常 | 行走不利 | 行走困难 | 无法行走 |
| 全  身  症  状  与  体  征 | 发热程度 | 无发热 | 低热 | 中度发热 | 高热 |
| 口干咽燥 | 正常 | 口干，可耐受 | 口干，难难受，  饮水后缓解 | 口干，难耐受，饮水  后无法缓解 |
| 舌苔 | 正常 | 舌红，有津液，苔  薄黄 | 舌红，少津液，  苔黄腻 | 舌红绛，无津液，苔  深黄或焦黄 |

外科中医诊疗方案

阳痿病（勃起功能障碍）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管

理局，1994 年）、《中国中西医结合男科学》（贾金铭主编，中国医药科技出版社，2005

年）。

（1）成年男性，在性生活时阴茎不能勃起，或勃而不坚，不能进行正常性生活。

（2）排除性器官发育不全，或药物引起的阳痿。

2.西医诊断标准

参考《男科学》（郭应禄主编，人民卫生出版社，2004 年）、《阴茎勃起功能障碍

诊断治疗指南》（欧洲泌尿外科学会，2011 年）。

定义：勃起功能障碍（erectile dysfunction，ED）是指阴茎持续（至少 6 个月）

不能达到或不能维持足够的硬度以获得满意的性生活。

（1）病史：收集完整的病史，包括内外科疾病史、服药史、社交史、婚姻史及性

生活史等，并采用国际勃起功能指数-5（IIEF-5）表等评估病情，初步判断阳痿病的程

度、类型、病因等。

（2）体格检查：包括第二性征发育、外周血管检查、生殖系统检查、神经系统检

查等，其目的在于发现与阳痿病有关的神经系统、内分泌系统、心血管系统及生殖器官

的缺陷及异常。

（3）实验室检查：包括血常规、尿常规、空腹血糖、胆固醇、高密度脂蛋白、低

密度脂蛋白及肝肾功能检查，对发现糖尿病、血脂代谢异常和慢性肝肾疾病是必要的。

对有怀疑有其他问题的患者需进行性激素、甲状腺素、儿茶酚胺及其代谢物测定。

（4）特殊检查：包括夜间阴茎勃起试验（NPT）、阴茎硬度测定、阴茎海绵体注射

血管活性药物试验（ICI）、阴茎海绵体彩色多普勒超声检查（CDU）、阴茎海绵体造影、

勃起功能障碍的神经检查等。

（二）证侯诊断

1.肝气郁结证：阳事痿弱，精神抑郁；喜猜疑，紧张焦虑，性欲淡漠，失眠多梦，

善叹息，两胁胀闷或疼痛不适。舌淡或红黯，苔薄，脉弦或弦细。

— 202 —

外科中医诊疗方案

2.湿热下注证：勃起不坚，或不能持久；阴囊潮湿、瘙庠、或臊臭坠胀，口苦咽干，

尿黄便滞，脘闷食少，腰骶胀痛，下肢酸困。舌红苔黄腻，脉滑数或弦数。

3.瘀血阻滞证：勃起不坚，或不能勃起；会阴部，或阴囊，或下腹部，或耻骨上区，

或腰骶及肛周坠胀疼痛。舌质暗或有瘀点，瘀斑，脉弦或涩。

4.心脾两虚证：阳事痿弱，性欲淡漠；神疲乏力，面色萎黄，食少便溏，心悸少寐，

多梦健忘。舌淡苔少，边有齿痕，脉细弱。

5.肾阳虚衰证：性欲低下，阳事痿弱；腰膝酸软，畏寒肢冷，精神萎靡，阴部冷湿，

精冷滑泄。舌淡苔白，脉沉细或尺弱。

6.肾阴亏虚证：欲念频萌，阳事易举却不坚或不久；口干咽热，失眠健忘，五心烦

热，遗精，头晕耳鸣，腰膝酸软，形体消瘦。舌质淡红，苔少薄黄，脉细或沉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝气郁结证

治法：疏肝理气。

推荐方药：柴胡疏肝汤加减。柴胡、白芍、青皮、陈皮、枳壳、川芎、香附、甘草

等。

中成药：逍遥丸等。

2.湿热下注证

治法：清热利湿。

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。龙胆草、栀子、黄芩、泽泻、车前子、当归、生地黄、

柴胡、甘草等。

中成药：龙胆泻肝丸、萆薢分清丸等。

3.瘀血阻滞证

治法：活血化瘀。

推荐方药：少腹逐瘀汤加减。小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、官桂、

蒲黄、五灵脂、赤芍等。

4.心脾两虚证

治法：补益心脾。

推荐方药：归脾汤加减。人参、白术、当归、茯苓、黄芪、龙眼肉、远志、炒酸

枣仁、木香、炙甘草等。

中成药：归脾丸等。

5.肾阳亏虚证

— 203 —

外科中医诊疗方案

治法：温补肾阳。

推荐方药：右归丸加减。熟地、当归、白术、枸杞子、杜仲、山药、鹿角胶、制附

子、肉桂、山茱萸、菟丝子等。

中成药：右归丸、金匮肾气丸等。

6.肾阴亏虚证

治法：滋阴补肾。

推荐方药：六味地黄丸加减。地黄、山药、山茱萸、茯苓、牡丹皮、泽泻、远志、

五味子等。

中成药：左归丸、六味地黄丸、杞菊地黄丸等。

（二）外治法

1.腧穴热敏灸疗法：适用于各型阳痿患者。

（1）穴位：关元、三阴交、肾俞、腰阳关、心俞、脾俞等。

（2）具体操作方法：进行回旋、雀啄、往返、温和灸四步法。先行回旋灸 2 分钟，

温通局部气血；继以雀啄灸 1 分钟，加强敏化；循经往返灸 2 分钟，激发经气；再施以

温和灸发动感传，开通经络。每天 1 次，10 次为 1 个疗程。

2.针灸治疗

体针：肾腧、关元、命门、三阴交、足三里、气海、太冲等。

耳针：外生殖器、精宫、睾丸、神门、内分泌、皮质下、神经衰弱点、肾、肾胞等。

电针：①八髎、然谷；②关元、三阴交。

3.推拿疗法

（1）取穴：太溪、复溜、然谷、失眠；涌泉、昆仑、失眠等。

（2）操作方法：2 组交替按摩（双侧），10 天为 1 个疗程，总疗程为 3 个月。患者

取俯卧位将足放在术者膝上，令病人情绪放松，术者分别按摩本组每个穴位。首先行向

心方向推揉 3～5 分钟，按揉由轻而重，至病人能忍受为度。

4.中药外敷

推荐药物：急性子，蛇床子，麝香，葱白适量，前 2 味共研末，加入麝香后再研极

细末，将药制成水丸，如绿豆大小备用，睡前取药丸 3 粒，白酒化开，涂敷神阙、曲骨、

阴茎头，每晚 1 次，迅速见效，阴茎勃起，温开水洗去药，即可交媾。

（三）其他疗法

1.心理治疗

心理治疗包括：心理分析治疗，催眠治疗等。目前国际上许多著名性学专家推荐，

应将心理治疗和行为治疗有机的结合起来进行治疗。

— 204 —

外科中医诊疗方案

2.行为治疗

治疗主要分如下三个阶段：

非生殖器官性感集中训练：双方裸体，相互爱抚、亲吻，但不要触及生殖器官，力

求通过相互爱抚激发性感，逐渐过渡到激发性欲。训练一般持续 20～30 分钟，最后夫

妻双方搂抱在一起结束。每周 2～3 次。

生殖器官性感集中训练：经过 1～2 周的非生殖器官性感集中训练，病人可以开始

该训练，此时以接触和爱抚性器官为主，但不要急于插入阴道，如在训练中出现阴茎勃

起，则立即停止刺激，待勃起消退后再次爱抚和按摩性器官，如此 1～2 周训练可使患

者进一步消除恐惧感，最终树立正常勃起的信心。

阴茎插入训练：在阴茎插入阴道后，夫妻双方不做任何抽动，保持阴茎勃起状态，

尽量感受插入的快感，待阴茎疲软时可稍事活动，如此训练至有满意勃起，最后过渡到

阴道内抽动阶段，直至射精达到性高潮。

该疗法对性欲低下、夫妻关系不好及双方对治疗愿望不强烈的患者疗效不佳。

3.真空负压吸引

适应症：负压吸引装置具有无创性、并发症少、使用不受限制和可接受等优点，适

用于各种原因阳痿患者。

注意事项：凝血机制障碍和服用抗凝药物患者使用时应谨慎，阴茎海绵体纤维化、

阴茎硬结症患者效果不佳。

（四）健康指导

1.向患者讲解有关阳痿病的常识，提高患者对疾病的认知水平，减轻患者因疾病而

产生的压力；

2.积极参加文体活动，鼓励进行有氧运动和无氧运动相结合的锻炼；

3.忌饮酒，尽量避免使用镇静剂，慎服某些降压药、利尿药、H2受体阻滞剂等。

4.鼓励患者进行提肛训练。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证侯疗效判定标准：参照《中药新药临床研究指导原则》制订。

治愈：治疗前后中医症状总分减少≥90%以上。

显效：治疗前后中医症状总分减少≥70%。

有效：治疗前后中医症状总分减少≥30%。

无效：治疗前后症状均无变化或无明显改善。

2.阳痿病病情评价标准：参照《男子勃起功能障碍诊治指南》、《中国中西医结合男

— 205 —

外科中医诊疗方案

科学》及 IIEF-5 问卷制订：

痊愈：治疗后性交机会的 75%以上成功，或勃起功能积分≥21 分；

显效：治疗后性交机会的 50%以上成功，或勃起功能积分较前增加 7～14 分；

有效：治疗后性交机会的 25%以上成功，或勃起功能积分较前增加＜7 分；

无效：治疗后性交机会成功率无变化，或勃起功能积分无增加。

（二）评价方法：

1.中医症状体征治疗前后的变化情况采用《中医四诊资料分级量化表》，积分减少

（%）＝（治疗前积分－治疗后积分）/治疗前积分×100％

总有效率=（临床治愈+显效+有效）例数/总例数×100％

2.IIEF-5 自测表：

（≤7 重度，8～11 为中度，12～16 为中轻度，17～21 为轻度，≥22 为正常）

— 206 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勃起功能自测表 | | | | | | |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1.对阴茎勃起  及维持勃起有  多少信心 |  | 很低 | 低 | 中等 | 高 | 很高 |
| 2.受到性刺激  后，有多少阴  茎能坚持进入  阴道 | 无性  活动 | 几乎没有或  完全没有 | 只有  几次 | 有时或大约  一半时候 | 大多数  时候 | 几乎每次  或每次 |
| 3.性交时，有  多少次能在进  入阴道后维持  勃起 | 没有  尝试  性交 | 几乎没有或  完全没有 | 只有  几次 | 有时或大约  一半时候 | 大多数  时候 | 几乎每次  或每次 |
| 4.性交时，保  持勃起至性交  完毕有多大  困难 | 没有  尝试  性交 | 非常困难 | 很困难 | 有困难 | 有点困难 | 不困难 |
| 5.尝试性交时  是否感到满足 | 没有  尝试  性交 | 几乎没有或  完全没有 | 只有  几次 | 有时或大约  一半时候 | 大多数  时候 | 几乎每次  或每次 |

外科中医诊疗方案

男性不育症（少、弱精子症）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《人类精液及精子－宫颈粘液相互作用实验室检验手册·第四版》（世界卫生

组织，人民卫生出版社，2001 年）及《新世纪（第 2 版）全国高等中医药院校规划教材·中

医外科学》（李曰庆主编，中国中医药出版社，2007 年）进行诊断。

主要症状：婚后 1 年以上未育或曾经生育现 1 年以上未育，精子数量少和/或精子

活力、活动率低下。

次要症状：腰膝酸软，头晕耳鸣；口苦心烦，阴囊潮湿；小腹或会阴部坠胀、疼痛；

神疲乏力，面色萎黄，形寒肢冷；五心烦热、潮热盗汗。舌质红，苔黄腻，脉滑数；舌

质暗，有瘀点，脉涩；舌淡苔白，脉沉迟无力，舌红少津，少苔或无苔，脉细数；舌淡

苔白，脉细弱。

具备主症，或主症加 1～2 次症即可确诊。

2.西医诊断标准

参照世界卫生组织第 4 版《人类精液及精子－宫颈粘液相互作用实验室检验手册》

（世界卫生组织，人民卫生出版社，2001 年）及《男科疾病诊断与治疗指南（手册）》

（中华医学会男科学分会，2012 年）进行诊断。

（1）男性不育症：育龄夫妇同居 1 年以上，性生活正常，未采取任何避孕措施，

女方有受孕能力，由于男方原因而导致女方未孕育；或曾孕育而后 1 年以上未能孕育者，

称为男性不育症。前一种情况称为原发性不育，后者称继发性不育。

（2）少精子症：射精后 60 分钟内，室温下，精子浓度＜20×106/ml。

（3）弱精子症：射精后 60 分钟内，室温下，A 级精子＜25％和 A 级＋B 级精子＜

50％，或精子活动率（A 级+B 级+C 级）＜60％。

（4）少弱精子症：同时符合（2）、（3）项。

（5）排除：

①免疫性不育症（MAR 阳性）者。

②无精子症患者。

③严重畸形精子症患者（畸形率＞96%）。

— 207 —

外科中医诊疗方案

④精浆异常（精液量＜2ml 或精液量＞6ml；无精子症；PH 值＜7.2 或 PH 值＞8.0；

不液化或不完全液化患者）。

⑤染色体核型或结构异常、AZF 缺失。

⑥睾丸发育不良、睾丸萎缩。

⑦精子浓度＜5×106/ml（重度少精子症）；或活而不动精子率＞50%者。

（6）辅助检查

必需检查的项目

①精液分析（应包含精子染色，精液白细胞计数---邻甲苯胺染细胞内过氧化物酶）。

②精子形态学分析。

③生殖内分泌激素测定。

④免疫性不育检查。

可选择的检查项目

①精浆生化。

②精子功能检查（顶体酶检测、尾部膨胀试验）。

③染色体核型、结构及 AZF 因子。

④精子染色质损伤分析。

⑤精子-宫颈黏液的相互作用。

⑥精液微生物学分析。

诊断标准：凡符合上述（1）、（2）、（5）项者诊断为少精子症；符合上述（1）、（3）、

（5）项者诊断为弱精子症；符合上述（1）、（4）、（5）项者诊断为少弱精子症。根据临

床条件应结合“辅助检查”进行诊断。

（二）证候诊断

1.湿热蕴结证：久婚未育，口苦心烦、阴囊潮湿、尿赤。舌红、苔黄腻，脉滑数。

2.血脉瘀阻证：久婚未育，小腹或会阴部坠胀、疼痛，有时牵及睾丸、腹股沟。舌

质暗、有瘀点或瘀斑，脉涩。

3.脾肾阳虚证：久婚未育，或有腰膝酸软、头晕耳鸣、形寒肢冷、腹胀便溏、小便

清长、夜尿频数。舌淡，苔白，脉沉迟无力，两尺尤甚。

4.肾阴亏虚证：久婚未育，或有头晕耳鸣，阳强易举、遗精、早泄，口干、五心烦

热、潮热盗汗。舌红，少津，少苔或无苔，脉细数。

5.气血亏虚证：久婚未育，神疲乏力、头晕耳鸣、少气懒言、面色萎黄。舌淡，苔

白，脉细弱。

二、治疗方法

— 208 —

外科中医诊疗方案

（一）辨证选择中药汤剂、中成药

1.湿热蕴结证

治法：清热利湿。

推荐方药：程氏萆薢分清饮加减。萆薢、车前子、茯苓、莲子心、菖蒲、黄柏、丹

参、白术等。

中成药：萆薢分清丸等。

2.血脉瘀阻证

治法：活血通脉。

推荐方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、当归、芍药、地黄、川芎等。

中成药：桂枝茯苓丸、血府逐瘀口服液等。

3.脾肾阳虚证

治法：温肾健脾。

推荐方药：金匮肾气丸合理中丸加减。熟地黄、山药、山萸肉、附子、肉桂、茯苓、

丹皮、泽泻、人参、白术、干姜等。

4.肾阴亏虚证

治法：滋阴补肾。

推荐方药：六味地黄丸加减。知母、黄柏、熟地黄、山药、山萸肉、茯苓、丹皮、

泽泻等。

中成药：左归丸、六味地黄丸等。

5.气血亏虚证

治法：益气养血。

推荐方药：十全大补汤加减。黄芪、人参、茯苓、白术、甘草、当归、川芎、白芍、

熟地黄、肉桂等。

中成药：补中益气丸、八珍丸等。

（二）中药贴敷

选用海马、怀山药、九香虫等；或枸杞、制黄精、菟丝子、肉苁蓉、黄狗肾等；或

熟地、枸杞子、山药、楮实子、淫羊藿、雄蚕蛾等。用蜂蜜调成膏状，隔日 1 次，交替

贴于双侧肾俞及神阙穴，2 周为 1 个疗程。

（三）针灸疗法

1.体针：脾肾阳虚证，取双侧肾俞、志室、太溪、三阴交；气血亏虚证，取双侧脾

俞、胃俞、足三里、三阴交；用补法，留针 30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

2.耳针：王不留行子或磁珠。方法：清洁耳部皮肤预贴部位，探寻耳部较强反应点，

— 209 —

外科中医诊疗方案

用胶布将留行子或磁珠贴于反应点。留穴按摩，每日 3～4 次，每次按摩 1～2 分钟。每

3～4 天更换 1 次，治疗 14 天为 1 个疗程。

3.灸法：取命门、肾俞、关元、中极等为主，隔姜灸，以艾灸三壮为度。

4.穴位埋线：辨证选取双肾俞、志室、太溪、三阴交、脾俞、胃俞、足三里、三阴

交等穴位，进行埋线，15 天一次，6 次为 1 个疗程。

5.穴位注射：肾俞、三阴交交替取穴，注射当归注射液，隔日治疗 1 次，10 次为 1

个疗程。

（四）健康指导

1.饮食调理：忌烟酒，勿食辛辣刺激及对生精功能有损害的食物。

2.生活起居：加强锻炼，增强体质，超重患者应减肥；不久坐，不穿紧身裤，不泡

热水澡，不洗桑拿浴。

3.职业环境：避免高温、高热；远离辐射、放射线、电焊、油漆、农药等对生育有

影响的职业及环境。

4.指导受孕：接受医生的孕育指导。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疾病疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）拟定。

治愈：配偶受孕；

显效：虽未受孕，但治疗 3 个月后精子浓度或精子活力、活动率等已正常；

有效：精子浓度或精子活力、活率等虽不正常，但有群级间改善，如 C 级进入 B 级；

无效：治疗前后无变化。

2.证侯疗效评价标准

临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥95%；

显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%；

有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%；

无效：中医临床症状、体征均无明显改善，证候积分减少不足 30%。

（二）评价方法

分别于就诊当日、治疗中、出路径时，针对患者中医临床症状、体征、舌脉进行症

状积分评价；针对精液分析，进行精子浓度或精子活力、活动率评价。

— 210 —

外科中医诊疗方案

附： 男性不育症（少、弱精子症）中医主要症状积分表

以中医症状改善率为临床评价指标，【主症】为 2 分，【次症】为 1 分，以［（治疗前积分－治疗

后积分）÷治疗前积分］×100％计算治疗前后中医症状改善情况。

— 211 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床症状 | 无 | 偶有 | 时有 | 经常有 | 评分 |
| 腰膝酸冷 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 | 分 |
| 畏寒肢冷 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 神疲乏力 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 | 分 |
| 少气懒言 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 潮热盗汗 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 精神抑郁 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 两胁胀闷 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 阴囊潮湿 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 小便频数 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 头晕耳鸣 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |
| 失眠 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 分 |

外科中医诊疗方案

— 212 —

风湿科中医诊疗方案

风 湿 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

肌痹（多发性肌炎/皮肌炎）中医诊疗方案…………………………………215

狐惑病（白塞病）中医诊疗方案……………………………………………220

产后痹中医诊疗方案………………………………………………………225

皮痹（系统性硬化病）中医诊疗方案………………………………………229

— 213 —

风湿科中医诊疗方案

— 214 —

风湿科中医诊疗方案

肌痹（多发性肌炎/皮肌炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）

和《实用中医风湿病学》（沈丕安、胡荫奇、王承德主编，人民卫生出版社，2009 年）。

以肢体肌肉软弱无力，肌肉酸痛，皮肤不仁为特征，初起可急骤出现，继则手软难

握，臂软难举，足软难履，甚则累及咽、颈项及胸部肌肉，严重者可出现复视、斜视、

声嘶、吞咽及呼吸困难等临床表现，伴或不伴特征性皮肤损害者均可诊断为肌痹。

2.西医诊断标准

参照 2010 年中华医学会风湿病学分会发布的《多发性肌炎和皮肌炎诊治指南》。

（1）对称性近端肌无力，伴或不伴吞咽困难、呼吸肌无力；

（2）血清肌酶升高，特别是肌酸磷酸激酶（CK）升高；

（3）肌电图示肌源性异常；

（4）肌活检异常：肌纤维变性、坏死，细胞吞噬、再生、嗜碱变性，核膜变大，

核仁明显，筋膜周围结构萎缩，纤维大小不一，伴炎性渗出；

（5）特征性的皮肤损害（①眶周皮疹：眼睑呈淡紫色，眶周水肿；②Gottron 征：

掌指及近端指间关节背面的红斑性鳞屑疹；③膝、肘、踝关节、面部、颈部和上半身出

现的红斑性皮疹）。

符合上述 1-4 条中任何 3 条或以上可确诊为多发性肌炎，同时有第 5 条者可诊断为

皮肌炎。

（二）证候诊断

1.热毒入络证：肌肉疼痛，或肌肉肿痛，或肌肉乏力并见皮肤散在红斑，皮疹以眼

睑周围和胸背部为多，色多红紫。或伴有发热恶寒、关节酸痛，或高热口渴、心烦躁动，

或口苦咽干、大便燥结、小便黄赤。舌质红，苔黄，脉洪大或滑数。

2.湿热阻络证：肌肉酸痛肿胀，四肢沉重感，身热不扬，汗出粘滞，食欲不振，胸

脘痞闷，二便不调。舌红苔白腻或黄腻，脉濡数或滑数。

3.寒湿痹阻证：肌肉酸胀、疼痛、麻木不仁，四肢乏力，四肢肢端每遇寒发凉变色

疼痛，伴有晨寒身重，关节肿痛。舌质淡，苔白腻，或舌有齿痕脉沉细或濡缓。

— 215 —

风湿科中医诊疗方案

4.肺脾气虚证：肌肉酸痛，肌肉松弛，四肢倦怠乏力，身体消瘦，畏寒肢冷，短气，

脘腹胀闷，声低懒言，面色萎黄，或面色晄白。舌质淡，苔白，脉沉或弱。

5.肾气不足证：肌肉疼痛，动作迟缓乏力，腰膝酸软，五心烦热，形体消瘦或形寒

肢冷，头晕眼花，耳鸣耳聋，表情呆板，面色苍白，头发干枯、稀疏色黄，性欲减低、

经事不调，声音低弱，大便秘结，小便清长，尿频、尿急，夜尿较多。舌淡，苔薄或少

苔，脉迟细弱。

二、治疗方法

（一）辨证选择中药口服汤剂、中成药

1.热毒入络证

治法：清热解毒，凉血通络。

推荐方药：犀角地黄汤加味。水牛角、生地黄、赤芍、白芍、牡丹皮、葛根、板蓝

根、土茯苓、丝瓜络等。

中成药：牛黄解毒丸、清热解毒胶囊、雷公藤多苷片、正清风痛宁缓释片等。

2.湿热阻络证

治法：清热祛湿，解肌通络。

推荐方药：四妙散合柴葛解肌汤加减。苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、柴胡、葛根、

甘草、黄芩、白芍、羌活、白芷、生姜、大枣、石膏等。

中成药：湿热痹胶囊、四妙丸、雷公藤多苷片、正清风痛宁缓释片等。

3.寒湿痹阻证

治法：散寒祛湿，解肌通络。

推荐方药：乌头汤合防己黄芪汤加减。制川乌（或制附片）、桂枝、赤芍、黄芪、

白术、当归、薏苡仁、羌活、防己、甘草等。

中成药：尪痹颗粒（片/胶囊）、草乌甲素片、昆仙胶囊等。

4.肺脾气虚证

治法：补气健脾，益气通络。

推荐方药：补中益气汤加减。党参、白术、陈皮、法夏、甘草、柴胡、升麻、当归、

黄芪等。

中成药：理中丸、附子理中丸、昆仙胶囊、雷公藤多苷片等。

5.肾气不足证

治法：补肾祛寒，通督止痛。

推荐方药：金匮肾气丸加减。生地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、

制附子、杜仲、续断、姜黄等。

— 216 —

风湿科中医诊疗方案

中成药：雷公藤多苷片、昆仙胶囊、金匮肾气丸、益肾蠲痹丸等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选择红花注射液、复方丹参注射液等注射剂以活血化瘀。并酌情

选择以下静脉滴注中药注射液，如：

偏热者，可选择痰热清注射液、喜炎平注射液等；

偏寒者，可选择参附注射液、灯盏细辛注射液等；

气虚者，可选参芪扶正注射液、黄芪注射液等；

合并骨质疏松者，可给予鹿瓜多肽注射液等。

（三）针灸疗法

1.体针：根据病情辨证循经取穴或局部取穴。如肩背痛可选择肩髃、肩髎、肩前或

阿是穴等。

2.灸法：根据病情辨证采用温针灸、直接灸或间接灸法等，也可采用多功能艾灸仪

治疗。

3.根据患者病情，可行穴位注射、火针疗法等，还可选用针刺手法、针疗仪、电磁

治疗仪配合治疗。

血小板减少者及有出血倾向者慎用此方法。

（四）外治法

1.中药热奄包外敷：根据患者的具体病情，选择清热、活血、温阳等中药外敷于患

者病变部位。

2.中药熏蒸（熏洗）：使用中药熏蒸治疗仪，根据患者病情选择，如四妙散等中药

煎剂放入药箱中，调节至适当温度，治疗过程中应根据病人的耐受程度不断调整温度。

每次治疗不超过 1 小时。

3.中药封包治疗：将治疗包平放于控制器内，绑至患者病变部位，每次治疗时间不

超过 1 小时。

4.超声波治疗：辨证取穴后，根据病情辨证选穴或选择阿是穴，使用超声波治疗仪，

在穴区皮肤涂上液体石蜡或甘油等接触剂，粘帖电导凝胶贴片，将中药片装入治疗头的

凹槽内，连同药片一起将贴片粘贴于治疗部位的皮肤上，然后启动治疗。治疗期间可根

据患者的反应选择治疗强度，每次治疗一般 30 分钟。

5.中药穴位贴敷：对于部分睡眠状况不佳的患者，用中药吴茱萸、肉桂捣碎后贴敷

在涌泉及内关穴位；对于脾胃功能不佳者，可将上述中药药膏贴敷于足三里、中脘等穴

位。

6.艾磁隔物灸法：打开产品密封包装袋，取出热敷贴，揭去两翼离型纸，将磁片对

— 217 —

风湿科中医诊疗方案

准患处或者相关穴位，将两翼贴于皮肤即可。半小时后，揭下控温贴贴于产品背面的中

心。

7.中药定向透药疗法：根据病情，选用正清风痛宁注射液或丹参注射液等药物浸湿

治疗贴片，用中药定向透药治疗仪器将被药物浸湿的贴片平整贴病变部位或所选择的穴

位后，启动治疗。一般治疗时间为半小时。

（五）其他疗法

1.推拿疗法：根据病情和不同部位，可配合按摩推拿治疗。用揉法放松肌肉，后用

点、按、弹拨等方法进行按摩推拿，部位以膀胱经、局部穴位或阿是穴为主，再用扌衮法、

揉法放松肌肉，以上重复 2～3 遍。最后用拿法放松肌肉。

2.运动康复疗法：根据患者具体情况适当进行肌肉锻炼，疾病活动期以防止肌肉萎

缩为目的，缓解期以肌力恢复为目的，教会病人如何进行四肢肌力锻炼。可借助运动康

复器械，进行上下肢屈伸、外展、提物、抬腿、踢腿、蹲下、起立、扩胸、举物等，注

意循序渐进。同时可配合太极拳、八段锦、五禽戏等。

3.伴发骨质疏松症患者，可以使用骨质疏松治疗康复系统进行治疗。

4.根据病情需要，可选用智能型中药熏蒸汽自控治疗仪、腿浴治疗器、磁振热治疗

仪、特定电磁波治疗仪、数码经络导平治疗仪、智能通络治疗仪、多频率微波治疗仪、

特定电磁波治疗仪、多频率微波治疗仪、特定电磁波治疗仪等仪器进行治疗。

（六）护理调摄

1.生活起居：作息规律，居住环境通风，温湿度适宜，避免潮湿，避免日光直接照

射等。

2.饮食调理：饮食宜清淡，忌食辛辣刺激的食物，少食海产品。一般餐后服用，减

少胃肠道刺激。

3.情志调摄：给予心理安慰，保持心情舒畅，避免不良情志刺激。

4.功能锻炼：急性期宜卧床休息，减少活动，置患肢于功能位，在床上给予被动活

动。缓解期适当增加功能锻炼，以肌力恢复锻炼为主。

5.服药调护：详细告知中药的煎服法等。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》的中医症状分级标准以及患者肌酶的

改变情况制定。

临床缓解：临床症状、体征基本缓解，证候积分减少≥70%，或肌酶恢复正常或接

近正常；

— 218 —

风湿科中医诊疗方案

显效：临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥50%，或肌酶下降≥50%；

有效：临床症状、体征好转，证候积分减少≥20%；或肌酶下降≥20%；

无效：临床症状、体征无改善，甚或加重，证候积分减少不足 20%，或肌酶下降不

足 20%。

（二）评价方法

分别于入院、出院时，采用中医证候学评价、血清肌酶对患者进行评价。

1.中医证候分级标准：

2.有效率计算方法

治疗前积分-治疗后积分

证候积分有效率=———————————————×100%

治疗前积分

肌酶（CK）下降率=——————————————×100%

治疗前值

— 219 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证 候 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 记分 |
| 肌肉  乏力 | 无 | 轻微乏力 | 肌肉乏力，但生活尚能  自理 | 肌肉明显乏力，影响  生活自理能力 |  |
| 肌肉  疼痛 | 无 | 疼痛轻微，能忍受 | 疼痛较重，影响工作和  休息 | 疼痛严重，难以忍受 |  |
| 皮疹 | 无 | 轻微皮疹，部位局限 | 中度皮疹，部位较多 | 重度皮疹，部位广泛 |  |
| 发热 | 无 | 低热 | 中等度热 | 高热 |  |
| 肌力 | 5级 | 4级 | 3级 | 2 级及 2 级以下 |  |
| 肌肉  压痛 | 无 | 轻微压痛 | 中度压痛 | 疼痛拒按 |  |

治疗前值-治疗后值

风湿科中医诊疗方案

狐惑病（白塞病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《实用中医风湿病学》 王承德，沈丕安，胡荫奇主编，人民卫生出版社，2009

年）， 中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）。

（1）反复发作口腔溃疡，或外阴部溃疡。

（2）可伴有结节性红斑（皮肤科称瓜藤缠）、皮下血栓性静脉炎（皮肤科称青蛇毒），

皮肤针刺反应阳性。或出现眼部复发性前房积脓性虹膜睫状体炎，脉络膜视网膜炎，以

及关节红肿疼痛、肠痈（阑尾炎）样腹痛、黑便等症状。

（3）可并发子痈（附睾炎）。

（4）部分严重病例可出现中枢神经系统病变，如脑干综合症、脑膜脑炎综合症，

可并发闭塞性血管炎、动脉瘤。

2.西医诊断标准

参照国际白塞病研究组 1989 年制定的诊断（分类）标准。

（1）反复口腔溃疡：由医生观察到或患者诉说有阿弗他溃疡，1 年内反复发作≥3

次。

（2）反复外阴溃疡：由医生观察到或患者诉说外阴有阿弗他溃疡或瘢痕。

（3）眼病变：前和（或）后葡萄膜炎，裂隙灯检查时玻璃体内有细胞浸润，或由

眼科医生观察到视网膜血管炎。

（4）皮肤病变：由医生观察到或患者诉说的结节性红斑、假性毛囊炎或丘疹性脓

疱；或未服用糖皮质激素的非青春期患者出现痤疮样皮疹。

（5）针刺反应阳性：试验后 24～48 小时由医生判定结果。

凡有反复口腔溃疡并伴有其余 4 项中的 2 项者，可诊断为本病。其他与本病密切相

关并有利于本病诊断的症状有：关节痛或关节炎、皮下栓塞性静脉炎、深部静脉栓塞、

动脉栓塞和（或）动脉瘤、中枢神经病变、消化道溃疡、附睾炎和家族史。

（二）证候诊断

1.热毒炽盛证：高热，口舌、前后二阴多发溃疡，疡面红肿疼痛，皮肤结节红斑或

痤疮，关节肿痛，面红目赤，烦渴喜饮，小便短赤，大便干结。舌红，苔黄燥，脉滑数。

— 220 —

（

《

风湿科中医诊疗方案

2.肝脾湿热证：口舌、外阴溃疡，疡面红肿、覆有脓苔，目赤疼痛，畏光羞明，下

肢结节红斑，时有低热，口苦粘腻，少腹胀满，男子睾丸隐痛坠胀，女子外阴痒痛、带

下黄臭，小便黄赤，大便欠爽或溏薄、粘液便。舌红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

3.阴虚热毒证：口舌、二阴溃疡，疡面暗红，双目干涩不适，午后低热，五心烦热，

失眠多梦，腰膝酸软，口干口苦，小便短赤，大便秘结。舌质红，少苔，脉细数。

4.气虚瘀毒证：口舌、外阴、皮肤溃疡反复发作，疮面色淡，久不收口，伴头晕眼

花、面色少华、倦怠乏力、心悸失眠、易汗、纳差便溏。舌淡边有齿痕，苔薄白，脉细

缓或沉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.热毒炽盛证

治法：清热解毒，凉血养阴。

推荐方药：清营汤加减。生地、丹皮、赤芍、水牛角、石膏、知母、青蒿、银花、

玄参、黄芩、连翘、生甘草等。

中成药：牛黄解毒丸、黄连上清丸、清热解毒口服液等。

2.肝脾湿热证

治法：疏肝健脾，清利湿热。

推荐方药：龙胆泻肝汤合甘草泻心汤加减。龙胆草、柴胡、黄芩、黄连、炒山栀、

生地、苦参、车前子、制半夏、当归、赤芍、川牛膝、土茯苓、生米仁、生甘草等。

中成药：龙胆泻肝丸、四妙丸、一清胶囊等。

3.阴虚热毒证

治法：滋阴清热，活血解毒。

推荐方药：知柏地黄丸合四妙勇安汤加减。知母、黄柏、生地、龟板、女贞子、旱

莲草、玄参、银花、当归、赤芍、丹皮、青蒿、生甘草等。

中成药：知柏地黄丸、杞菊地黄丸、生脉胶囊等。

4.气虚瘀毒证

治法：益气扶正，清化瘀毒。

推荐方药：托里消毒饮加减。生黄芪、莪术、白术、茯苓、薏苡仁、银花、金雀根、

连翘、当归、赤芍、川芎、升麻、白芷、生甘草等。

中成药：黄芪颗粒、补中益气丸、贞芪扶正胶囊等。

在临床上，除了上述证型中成药外，可酌选：雷公藤多苷片、白芍总苷胶囊及活血

通脉胶囊、血栓通胶囊、血府逐瘀胶囊、丹参片、瘀血痹片等。

— 221 —

风湿科中医诊疗方案

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

热毒炽盛证：可选痰热清、清开灵注射液等；肝脾湿热证：可选苦黄、天晴复欣（苦

参素）注射液等；阴虚热毒证：可选脉络宁、生脉注射液合以痰热清、清开灵注射液等；

气虚瘀毒证：可选黄芪注射液、贞芪扶正注射液等。

各证型亦可配合杏丁、疏血通、丹参、血塞通、灯盏花注射液等活血中药静脉制剂

治疗。

（三）外治法

1.口腔溃疡

（1）中药外敷：冰硼散、锡类散、珠黄散、六神丸（研末）、外用溃疡散等外敷溃

疡；

（2）中药含漱：中药方（银花，野菊花，薄荷，木蝴蝶，生甘草）煎汤含漱。

2.外阴溃疡

（1）中药铺敷：冰硼散、锡类散、珠黄散、青黛散/膏等外敷外阴溃疡；

（2）中药熏洗：黄柏，苦参，儿茶煎汤熏洗外阴。

3.眼炎

（1）中药熏蒸：木贼草，薄荷，野菊花煎汤熏蒸眼部。

4.皮肤损害（结节红斑、痤疮样皮疹、皮肤溃疡）

（1）结节红斑：金黄膏外敷；

（2）痤疮样皮疹、丘疹样毛囊炎：玉蓉膏（芙蓉叶，玉竹，白芷，大贝母，落得

打）水煎外洗、敷搽皮疹；

（3）皮肤溃疡：根据疮面情况，辨证选用九一丹、八二丹、七三丹、生肌散、红

油膏、白玉膏等外用。

（四）针灸疗法

根据病情，辨证取穴，并合理采用补泻手法。针刺反应严重者慎用。

（五）内科基础治疗

根据病情和临床实际，已使用糖皮质激素、免疫抑制剂（如反应停、硫唑嘌呤、环

孢素 A、环磷酰胺等）、生物制剂等药物者维持原量并逐渐减量，对症处理并发症。

（六）护理调摄

1.生活起居：生活规律，注意休息，勿劳累，尽量避免感染与皮肤外伤。

2.饮食调理：饮食注意清淡，多食新鲜蔬菜与水果，忌食烟酒、肥甘厚味、辛辣刺

激食品。

3.精神调摄：树立战胜疾病信心，并保持心情愉悦。

— 222 —

风湿科中医诊疗方案

4.口腔、外阴溃疡者：注意养成良好个人生活习惯，勤漱口刷牙，保持口腔清洁；

勤洗内衣及二阴，避免不洁或频繁性生活；坚持中药含漱或熏洗，以促进溃疡愈合。

5.皮肤损害者：注意保持皮肤清洁，勿要挤压皮疹，皮肤局部感染溃破者，应规范

换药。

6.合并眼部病变者：应注意休息，减少用眼，户外活动戴有色眼镜，避免强光刺激，

并及时眼科就诊。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候学评价：参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》的中医症状分级、

疗效评价，动态观察中医证候变化。

临床缓解：临床症状基本缓解，证候积分减少≥70%；

显效：临床症状明显改善，证候积分减少≥50%；

有效：临床症状好转，证候积分减少≥20%；

无效：临床症状无改善，甚或加重，证候积分减少不足 20%。

2.实验室指标评价：观察血沉、C-反应蛋白变化。

（二）评价方法

分别于入院、出院时，采用中医证候学方法及反映疾病活动实验室指标进行评价。

1.中医证候评价方法

（1）中医症状分级标准

— 223 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证候 | | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 | 积分 |
| 口腔  溃疡 | 数目 | 无 | ＜3 个 | 3～5 个 | ＞5 个 |  |
| 面积 | 无 | 溃疡直径  ＜3mm | 溃疡直径  3～5mm | 溃疡直径  ＞5mm |  |
| 颜色 | 无 | 淡红 | 深红 | 紫红 |  |
| 疼痛 | 无 | 微痛 | 疼痛稍明显，不影  响进食 | 疼痛明显，  影响进食 |  |
| 外阴  溃疡 | 数目 | 无 | ＜3 个 | 3～5 个 | ＞5 个 |  |
| 面积 | 无 | 溃疡直径  ＜3mm | 溃疡直径  3～5mm | 溃疡直径  ＞5mm |  |
| 颜色 | 无 | 淡红 | 深红 | 紫红 |  |
| 疼痛 | 无 | 微痛 | 疼痛稍明显 | 疼痛明显，  影响行走 |  |
| 眼部  病变 | 赤痛 | 无 | 微红  或轻微疼痛 | 红赤  或明显疼痛 | 赤肿  或疼痛难忍 |  |

风湿科中医诊疗方案

（2）有效率计分方法：[（治疗前积分—治疗后积分）÷治疗前积分]×100%

2.实验室指标评价：对反映疾病活动的实验室指标血沉、C-反应蛋白治疗前后变化

进行观察。

— 224 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 羞明  流泪 | 无 | 畏光欲咪眼或  少许流泪 | 畏光咪眼  或流泪明显 | 畏光难睁眼或  流泪不止 |  |
| 视力 | 无 | 轻度模糊 | 中度模糊 | 重度模糊 |  |
| 皮疹 | | 无 | 皮疹散在，  色淡红 | 皮疹多发，  色鲜红 | 皮疹泛发，  色红赤 |  |
| 关节肿痛 | | 无 | 轻度疼痛 | 中度疼痛 | 重度疼痛 |  |
| 发热 | | 无 | 低热  （≤38℃） | 中热  （38～39℃） | 高热  （≥39℃） |  |
| 针刺反应 | | 阴性 | / | / | 阳性 |  |

风湿科中医诊疗方案

产后痹中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

中医诊断标准

参照《实用中医风湿病学》 王承德、沈丕安、胡荫奇，人民卫生出版社，2009 年）。

（1）发病在产褥期，或产后百日内；

（2）有产后体虚感受外邪史；

（3）主要临床表现为周身关节、肌肉疼痛不适、酸胀沉重、麻木、恶风畏寒，遇

寒冷阴雨天病情加重；

（4）查体无关节肿胀畸形、功能障碍，临床影像学检查、风湿免疫相关抗体检查

均为阴性。

（二）证候诊断

1.气血亏虚，风邪偏胜证：肢体、关节、筋脉疼痛，痛处游走不定。以周身关节、

肌肉酸痛为主，受风加重。面色无华，体倦乏力。初起伴有发热、恶风汗出等症。舌淡

嫩苔白，脉阳浮阴弱，或浮细而缓。

2.气血亏虚，寒邪偏胜证：周身关节疼痛，屈伸不利，或冷痛如掣，甚者痛如刀割，

遇冷加重，得热则缓。并有神倦乏力、腰痛畏寒、四肢逆冷等症。舌质淡苔白，脉细弱

而弦，或浮细而紧。

3.肝肾不足，风寒偏胜证：关节肌肉疼痛，或关节屈伸不利，时有筋脉拘急，伴腰

膝酸软，头晕耳鸣，关节冷痛、喜温，形寒肢冷，冷痛以腰膝为甚。舌质淡，或淡胖，

苔薄白，脉沉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气血亏虚，风邪偏胜证

治法：补气养血、祛风止痛。

推荐方药：蠲痹汤加减。当归、白芍、生黄芪、川芎、党参、炒白术、羌活、荆芥

穗、防风、姜黄、薏苡仁、威灵仙、炮附子、甘草等。

中成药：痹祺胶囊、风湿液等。

2.气血亏虚，寒邪偏胜证

— 225 —

（

风湿科中医诊疗方案

治法：补气养血、祛寒除湿。

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。生黄芪、桂枝、白芍、当归、党参、生姜、大枣、

鸡血藤、荆芥穗、防风、巴戟天、鹿衔草等。

中成药：寒湿痹冲剂、风湿液、盘龙七片等。

3.肝肾不足，风寒偏胜证

治法：补益肝肾，祛风散寒。

推荐方药：独活寄生汤加减。独活、桑寄生、秦艽、防风、细辛、当归、川芎、生

地黄、白芍、桂枝、杜仲、牛膝、党参、茯苓等。

中成药：独活寄生丸、尪痹冲剂、风湿液等。

（二）针灸疗法

根据病情需要，可辨证选用以下穴位：内关、中脘、足三里、曲池、下廉、委中等。

（三）推拿疗法

取穴： 期门、日月、天门、天突、膻中、肩俞、大杼、中府、百会、率谷、风池、

肩井、尺泽、曲池、内关、合谷、足三里、三阴交等穴， 采用指弹、推揉、点按等手

法。

（四）外治疗法

1.药浴疗法

辨证采用局部或全身药浴，持续时间约 20～30 分钟，以皮肤潮红和微微出汗为度。

2.中药穴位贴敷疗法

气血亏虚、肝肾不足者可选用中脘、关元、合谷、足三里、大椎、脾俞、肾俞、命

门等。

风寒湿痹者可选用：风池、外关、合谷、足三里、大椎等。

3.离子导入疗法

选用方药应遵循辨证外治的原则，随证选用如桂枝、当归、川芎、红花、蜀椒、伸

筋草、透骨草、防风、制乳没等。

（五）其他疗法：根据病情需要，可选用中医诊疗设备如熏蒸床、医用智能汽疗仪、

腿浴治疗器等进行治疗。

（六）健康指导

1.情志调摄：保持心情舒畅，避免不良情志刺激。

2.生活起居：产后注意保暖，室内通风，切忌汗出当风，特别注意头部和足部的保

暖，避免接触冷水。室内保持干燥、卫生，避免潮湿。随气温变化增减衣被，衣物被服

勤换洗。

— 226 —

风湿科中医诊疗方案

3.饮食调理：宜食用易消化且又富含营养的食物，高蛋白食物，如瘦肉、鸡蛋等；

补血类食物，如肝、枣、木耳、莲子等；新鲜蔬莱和水果；禁食寒凉、辛辣及肥腻食物。

4.建议哺乳期患者以外治为主，配合内服八珍汤加荆芥穗、防风，病情较重患者建

议及早断奶，积极治疗。

三、疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）拟定。

（一）评价标准

中医证候积分评价：

1.临床缓解：中医临床症状基本缓解，证候积分减少≥70％；

2.显效：中医临床症状明显改善，证候积分减少≥50％；

3.有效：中医临床症状好转，证候积分减少≥20％；

4.无效：中医临床症状无改善或加重，证候积分减少＜20％。

注：计算公式尼莫地平法：（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

（二）评价方法

1.门诊患者在治疗 2 周、8 周时进行中医证侯积分评分。

2.应用中医证候积分分级量化评分表进行评价。

— 227 —

风湿科中医诊疗方案

中医证候积分分级量化评分表

— 228 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 | 合计 |
| 畏风恶寒 | 无 | 稍恶风寒，触之不凉 | 恶风寒，触之凉，  喜温 | 恶常人不觉之风  寒，加衣保护 |  |
| 晨僵 | 无 | 晨僵＜15min | 15min≤晨僵＜30min | 晨僵≥30min |  |
| 关节肌肉  酸痛 | 无 | 有 |  |  |  |
| 肢体沉重  乏力 | 无 | 有 |  |  |  |
| 肢体酸胀 | 无 | 有 |  |  |  |
| 肢体麻木 | 无 | 有 |  |  |  |
| 游走性痛 | 无 | 有 |  |  |  |
| 刺痛，痛处  不移，入夜  尤甚 | 无 | 有 |  |  |  |
| 头晕耳鸣 | 无 | 有 |  |  |  |
| 面色无华 | 无 | 有 |  |  |  |
| 心悸气短 | 无 | 有 |  |  |  |
| 抑郁或焦  虑 | 无 | 有 |  |  |  |
| 舌质 | 正常 | 淡，或淡胖 |  |  |  |
| 舌苔 | 正常 | 白腻，或薄黄，  或少苔 |  |  |  |
| 脉象 | 正常 | 脉细濡，或沉濡，  或数，或沉涩 |  |  |  |
| 病情分级 | 重度：＞15 分□ 中度：11～15 分□ 轻度：≤10 分□ | | | | |

风湿科中医诊疗方案

皮痹（系统性硬化病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）、

《实用中医风湿病学》（王承德、沈丕安、胡荫奇主编，人民卫生出版社，2009 年）。

（1）多见于中青年女性。

（2）发病前有劳累或触冒寒湿史。

（3）皮损多见于手、足、面部，逐渐发展为上肢、颈部、或胸背部，亦可首发于

胸背部，渐见颈、面部及四肢者。皮损呈斑片状、点状、条状。甚者呈弥漫性损害。

（4）皮损特点：早期皮肤水肿，皮紧而硬，皮肤淡红、紫红、淡黄或苍白，继而

皮肤坚硬如革，皮肤紧张而有光泽，或皮肤黯滞，紧而捏之不起。在面则面无表情，张

口困难，口唇变薄，鼻尖耳薄；在胸则状如披甲，紧束如裹等。晚期皮肤变薄，毛发脱

落，肌肉消瘦若无，皮肤紧贴于骨。

（5）初起可有发热、恶寒、头痛、关节酸痛，其后可见纳少、腹胀、气短、心悸、

月经不调、遗精、阳萎等症。

（6）病重者可见各脏腑的病证，可见胸闷、气喘、吞咽困难、腹胀呕吐、心悸、

心痛等。

2.西医诊断标准

（1）参照美国风湿病学会 1980 年推荐的系统性硬化症诊断标准：

主要指标：近端硬皮病：手指和掌指（跖趾）关节近端皮肤增厚、绷紧和肿胀，这

种改变可累及整个肢体、面部（典型者可见面具脸）、颈部及躯干（胸和腹部）

次要指标：

①指硬化：上述皮肤改变仅限手指。

②指间凹陷性瘢痕或指垫消失：由于缺血所致的指尖凹陷性瘢痕或指垫（指腹）消

失。

③双侧肺基底纤维化：在立位胸片 X 线上，可见条状或结节状致密影，以双肺底为

著，也可呈弥漫斑点或蜂窝状肺，但应除外原发性肺病所引起的这种改变。

判定：具备主要条件或两条或两条以上次要条件者，可诊断为系统性硬化症。雷诺

— 229 —

风湿科中医诊疗方案

现象、多发性关节炎或关节痛、食管蠕动异常，皮肤活检示胶原纤维肿胀和纤维化，血

清抗核抗体、抗 Scl-70 抗体和抗着丝点抗体阳性均有助于诊断。

（2）参照欧洲硬皮病临床试验和研究协作组（EULAR scleroderma trial and

research group，EUSTAR）提出了早期硬皮病的概念和诊断标准。

早期系统性硬化症诊断：即如果存在：①雷诺现象；②手指肿胀；③抗核抗体阳性，

应高度怀疑早期硬皮病的可能，应进行进一步的检查。

如果存在下列 2 项中的任何一项就可以确诊为早期硬皮病：①甲床毛细血管镜检查

异常或②硬皮病特异性抗体，如抗着丝点抗体阳性或抗 Scl-70 抗体阳性。

但早期硬皮病可能与未分化结缔组织病、混合性结缔组织病不易鉴别。

（二）疾病分期

1.水肿期：疾病初期或进展期，四肢、躯干皮肤弥漫性肿胀硬化，肿胀为实质性，

按之无凹陷。常伴雷诺现象，自觉神疲乏力，活动受限可伴轻度肌肉关节酸痛及低热。

2.硬化期：随着病情发展肿胀逐渐减退，硬化渐加重。四肢、躯干皮肤弥漫性硬化，

重者硬如木板，皮肤色素加深伴花斑，毛细血管扩张。关节活动受限常呈屈曲状。可伴

轻度肌肉关节酸痛。食道、胃肠、肺、心亦可发生纤维化出现相应症状。

3.萎缩期：疾病后期皮下组织、肌肉萎缩，形体消瘦，皮肤增厚贴于骨面，色素加

深伴花斑，毛细血管扩张。脏器病变较严重，常伴食道、胃肠、肺、心功能不全，或衰

竭。

（三）疾病分型

参考 Banett’s 分型法。

Ⅰ型：皮肤硬化未超过掌指关节，面部皮肤可轻度硬肿，内脏轻度受累。

Ⅱ型：皮肤硬化未超过肘关节，可有面部硬化。可累及内脏出现吞咽不畅，胃脘胀

满，慢性咳嗽，活动后气急等相应症状。

Ⅲ型：皮肤硬化超过肘关节，遍及全身。内脏受累明显，食道、胃肠、心、肺、肾

常可受累出现相应症状。

（四）证候诊断

1.寒湿痹阻证：皮肤紧张而肿，或略高于正常皮肤，遇寒变白变紫，皮肤不温，肢

冷恶寒，遇寒加重，得温减轻；关节冷痛，屈伸不利，常伴有口淡不渴，周身困重，四

肢倦怠。舌淡，苔白或白滑，脉沉或紧。

2.湿热痹阻证：皮肤紧张而肿，肤色略红或紫红，关节肿胀灼热，屈伸不利，触之

而热，伴身热，口不渴或渴喜冷饮，大便略干或粘腻，小便短赤。舌红苔黄或黄腻，脉

滑数。

— 230 —

风湿科中医诊疗方案

3.痰毒瘀阻证：皮肤坚硬如革，板硬、麻痒刺痛，捏之不起，肤色黯滞，黑白斑驳，

肌肉消瘦，或手足溃疡，痛痒难当，关节疼痛、强直或畸形，活动不利，或指、趾青紫，

雷诺现象频发，或胸背紧束，转侧仰卧不便，吞咽困难，咳嗽、气短、胸痹心痛，妇女

月经不调等。舌质暗，有瘀斑或瘀点，舌下脉络青紫，脉细或细涩。

4.肺脾气虚证：皮肤紧硬，局部毛发稀疏或全无，或皮肤萎缩而薄，皮硬贴骨，肌

肉消瘦，肌肤麻木不仁，周身乏力，咳嗽、气短，劳累或活动后加重，头晕目眩，面色

不华，爪甲不荣，唇白色淡。舌有齿痕，苔白，脉弱或沉细无力。

5.脾肾阳虚证：皮肤坚硬，皮薄如纸，肌肉消瘦，精神倦怠，毛发脱落，形寒肢冷，

面色晄白，面部肌肉僵呆如面具，腰膝酸软，腹痛腹泻或便秘，动则气喘。舌质淡，苔

白，脉沉细无力。

二、治疗方法

（一）辨证选择中药口服汤剂、中成药

1.寒湿痹阻证

治法：散寒除湿，通络止痛。

推荐方药：阳和汤加味。熟地、肉桂、鹿角胶、炙麻黄、白芥子、姜炭、附子、细

辛、羌活、威灵仙、僵蚕、甘草等。

中成药：寒湿痹颗粒等。

2.湿热痹阻证

治法：清热除湿，宣痹通络。

推荐方药：四妙丸合宣痹汤加减。黄柏、苍术、牛膝、薏苡仁、防己、杏仁、山栀、

苦参、连翘、蚕砂、滑石、豨签草、雷公藤、丹参、三七、土鳖虫等。

中成药：四妙丸、湿热痹颗粒等。

3.痰毒瘀阻证

治法：化痰解毒，活血祛瘀。

推荐方药：四妙勇安汤合身痛逐瘀汤合加减。银花、玄参、当归、秦艽、桃仁、红

花、川芎、赤芍、陈皮、半夏、雷公藤、地龙、穿山甲、壁虎、全蝎、甘草等。

中成药：大活络丹、小活络丸、大黄 虫丸等。

4.肺脾气虚证

治法：补肺健脾，益气养血。

推荐方药：黄芪桂枝五物合归脾汤加减。人参、黄芪、桂枝、炒白术、炙甘草、茯

苓、当归、芍药、川芎、丹参、鸡血藤、贝母、地龙、红景天等。

中成药：归脾丸、补中益气散、八珍颗粒等。

— 231 —



风湿科中医诊疗方案

5.脾肾阳虚证

治法：补益脾肾，温阳散寒。

推荐方药：右归饮、理中汤加减。熟地黄、山萸肉、山药、制附片、肉桂、鹿茸、

巴戟天、淫羊藿、干姜、党参、白术、白芥子、炙麻黄、甘草、冬虫夏草、阿胶等。

中成药：尪痹颗粒、益肾蠲痹丸、金匮肾气丸等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射剂

根据病情需要，辨证选用丹参类注射剂、川芎类注射剂、三七类注射剂等。

（三）针灸治疗

1.体针：根据病情辨证取穴

辨证取穴：大椎、风池、膻中、丰隆、血海、阴陵泉、足三里、关元、命门、气海

等；每次取 5～6 穴，施以补泻手法。

2.灸法：根据病情辨证采用神阙灸、艾条灸、艾柱灸、温针灸等。

（1）神阙灸

方法：在神阙穴上放置具有温补元阳，活血散瘀、消肿止痛作用的脐疗散，再把姜

汁复合片放于其上，将艾团置于脐宝罐内放在姜汁复合片上，点燃艾团，使患者腹部感

觉温热为准，每次约 30～40 分钟。

（2）艾条灸

方法：是将点燃的艾条悬于施灸部位上 2～3 厘米，灸 10～20 分钟，至皮肤温热红

晕，而又不致烧伤皮肤为度。

（3）艾柱灸

方法：先将施灸部位涂以少量凡士林，然后将小艾柱放在穴位上，并将之点燃，连

续灸 3～7 壮，以局部皮肤出现轻度红晕为度。

（4）温针灸

方法：将针刺入腧穴并给予适当补泻手法得气后留针，将纯净细软的艾绒捏在针尾

上，或用一段长约 2 厘米左右的艾条，插在针柄上，点燃施灸。待艾绒或艾条燃完后除

去灰烬，将针取出。

3.其他：根据病情可行耳针、电针、梅花针、十二井穴点刺及穴位注射等方法。

（四）外治法

1.中药药物离子导入

遵循辨证外治的原则，随证选用具有活血通络、清热解毒作用的中药通过中药离子

导入仪，作用皮肤关节局部，治疗时间 15～20 分钟，儿童不宜超过 15 分钟。

2.蜡疗

— 232 —

风湿科中医诊疗方案

方法：选用中药蜡膏置于皮肤病变部位或关节、指端等部位，通过场效应治疗仪持

续加热治疗，时间为 40 分钟。

3.穴位贴敷

方法：在夏季三伏天，将白芥子、生姜等中药调成膏状，辨证选择相应的穴位贴敷

治疗，成人每次贴敷时间为 2～6 小时，儿童贴药时间为 0.5～2 小时。

4.中药熏洗

方法：中草药煎汤，趁热在患处熏蒸、淋洗或坐浴，熏洗药温不宜过热，一般熏蒸

为 50～70℃，淋洗浸泡为 40～45℃，每次 20～30 分钟。

5.中药外敷

方法：辨证选用新鲜中草药制成糊状或膏剂，敷于患处或穴位，厚度以 0.2～0.3

厘米为宜，大小超出病变处 1～2 厘米为度，时间 2～4 小时。

6.中药热敷

方法：将中草药放入大盆内或药物包入口袋内再放入盆中煎煮，煮好后，先用热蒸

汽熏蒸患处，待药液温度下降适中时，用毛巾蘸取中药液敷于患处，或直接将装药的口

袋敷于患处。每次治疗时间为 20～30 分钟。

7.中药涂擦

方法：将温经活血中药煎剂或中草药浸泡于 500 毫升 75%乙醇内 24 小时后，再用药

汁涂擦皮肤硬化或关节疼痛之处，用纱布蘸取适量药液反复擦拭，时间 15 分钟左右。

（五）其他疗法

根据病情，可选用中医诊疗设备如：中药熏蒸床，中药离子导入仪，中药蒸房，红

外线治疗仪，灸疗仪，电针仪，场效应治疗仪，中频治疗仪，磁振热治疗仪，特定电磁

波治疗仪，数码经络导评治疗仪，智能通络治疗仪，多频率微波治疗仪，特定电磁波治

疗仪等。

（六）护理调摄

1.常规护理：避免感受风寒，戒除烟酒等不良嗜好，注意肢端保暖，加强体质锻炼

如气功、太极拳等，预防情志波动，注意劳逸结合，适当进行关节功能锻炼和呼吸功能

锻炼。

2.整体护理

（1）雷诺现象：避免外伤、破溃，观察指、趾颜色是否正常，嘱病人注意保暖，

勿呆在过冷的环境中，天冷时应注意保持室温在 18～20℃，用热水袋、棉手套、厚袜子

等保温；避免强阳光暴晒等冷、热刺激。避免精神刺激，保持乐观情绪，劝告病人禁饮

咖啡、避免抽烟、勿劳累。

— 233 —

风湿科中医诊疗方案

（2）胃肠道功能障碍：指导病人少食多餐，吃饭时细嚼慢咽，用餐时及餐后抬高

床头 30 度，预防食物返流。观察病人有无腹胀、腹痛现象及观察有无腹泻，便秘的发

生。每周测体重 1 次。

（3）骨、关节受累：关节疼痛，则协助病人取舒适的体位，局部理疗或热敷；骨

隆突出处使用海绵或气圈。关节强直，加强关节活动，每日起床后进行至少 15 分钟温

水浴，温水浴后，每次每个关节重复 2 次争取最大幅度的关节活动，尽量保持关节功能

位置。

（4）张口困难护理：指导病人做张口锻炼，锻炼嚼口香糖、吃苹果等，养成良好

的口腔卫生习惯，避免进食尖硬的食物。使用软毛牙刷，防止损伤牙龈，口唇干燥者涂

抹润唇油。

（5）肺功能障碍护理：指导病人外出戴口罩，每天进行深呼吸锻炼，避免到人口

密集场所，忌食生冷辛辣之品，观察病人有无干咳、活动后气短、易感冒现象。

3.特色护理

（1）晨起开窗通风换气约 30 分钟，卧床病人要注意保暖，切忌吹对流风。对于阳

虚患者提倡在晌午活动，阴虚患者提倡在午后活动，卧床的患者则可以床上锻炼。

（2）重视养生的康复护理：采用揉腹、吐息导引等养生方法。

（3）饮食护理：保证足够的热量和多种维生素及一定量的蛋白质。忌食辛辣刺激

性食物。

（4）特色皮肤护理：采用红花、血竭等中草药制成皮肤护理液对局部皮肤进行护

理，使用“摩”“推”“揉”等方法进行按摩，以带动关节进行被动活动，增加皮肤肌肉

弹性。

三、疗效评价

中医证候学评价：参照 1995 年《中药新药临床研究指导原则》的中医症状分级、

疗效评价，动态观察中医证候的变化拟定。

（一）评价标准

1.临床痊愈：症状消失，皮肤变软，各种脏器系统的病变基本控制，证候积分≥70%，

实验室各项检测指标恢复正常。

2.显效：主要症状消失，皮肤基本变软，各脏器系统的病变大部分控制，证候积分

≥50%，实验室检测指标大部分项目恢复正常。

3.有效：部分症状、体征消失，皮肤基本变软，各脏器系统的病变部分控制，证候

积分≥30%，实验室检测指标部分项目恢复正常或有所好转。

4.无效：症状、体征、各脏器系统病变、各种实验室检测指标均无改善。

— 234 —

风湿科中医诊疗方案

（二）评价方法：

分别于治疗前后对患者关节症状、体征、雷诺现象、皮肤、舌脉及理化指标等进行

评分，然后进行计算。

系统性硬皮病症状分级量化表

— 235 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 分类 | 症状 | 标准 | 治疗前  计分 | 治疗后  计分 |
| 主  要  症  状 | 患者对疾  病整体评  估（VAS  评分） | 0 分：患者对疾病整体评估（VAS 评分）0 级  1 分：患者对疾病整体评估（VAS 评分）1～3 级  2 分：患者对疾病整体评估（VAS 评分）4～6 级  3 分：患者对疾病整体评估（VAS 评分）7～10 级 |  |  |
| 关节疼痛 | ０分：无疼痛  １分：轻度，疼痛轻微，不影响日常工作  ２分：中度，疼痛较重，影响部分工作和日常生活  ３分：重度，疼痛剧烈，活动受限，严重影响工作和日常生  活 |  |  |
| 关节发热 | 0 分：无发热  １分：有发热 |  |  |
| 晨僵 | ０分：无晨僵  １分：晨僵＜６０分钟  ２分：晨僵≥６０分钟，且＜１２０分钟，程度较重  ３分：晨僵≥１２０分钟，程度严重 |  |  |
| 乏力 | ０分：无乏力  １分：劳则即乏  ２分：动则即乏  ３分：不动也乏 |  |  |
| 雷诺现象 | ０分：无  １分：肢端触之冰凉，自觉怕凉  ２分：肢端触之冰凉，遇冷变白变紫变红，自觉怕凉明显  ３分：肢端触之冰凉，遇冷变白变紫变红，遇热不能缓解 |  |  |
| 皮肤改变 | ０分：皮肤正常  １分：皮肤水肿，轻度增厚  ２分：皮肤紧张变厚，皱纹消失，肤色正常或轻度色素沉着  ３分：皮肤增厚变硬或萎缩变薄，用手不能捏起，皮肤表面  有光泽；或皮纹消失，不出汗，毛发脱落，色素沉着与脱失  交错 |  |  |
| 主  要  体  征 | 指距 | ０分：握紧拳时中指之尖至手掌的垂直距离为 0cm  １分：握紧拳时中指之尖至手掌的垂直距离为＜3cm  ２分：握紧拳时中指之尖至手掌的垂直距离为≥3cm-6cm  ３分：握紧拳时中指之尖至手掌的垂直距离为≥6cm |  |  |

风湿科中医诊疗方案

有效率计算公式（尼莫地平法）为：[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]

×100%

— 236 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 分类 | 症状 | 标准 | 治疗前  计分 | 治疗后  计分 |
|  | 齿距 | ０分：最大张口是上下门齿间距离为≥4.5cm  １分：最大张口是上下门齿间距离为≥2.5cm～4.5cm  ２分：最大张口是上下门齿间距离为≥1.0cm～2.5  ３分：最大张口是上下门齿间距离为＜1.0cm |  |  |
| 外周  关节  压痛 | ０分：无压痛  １分：轻度压痛，患者称有痛  ２分：中度压痛，患者尚能忍受  ３分：重度压痛，痛不可触，肢体回缩 |  |  |
| 外周关节  肿胀 | ０分：无肿胀  １分：轻度肿胀  ２分：中度肿胀，皮肤纹理变浅，关节骨标志明显  ３分：重度肿胀，关节肿胀甚，皮肤紧，骨标志消失 |  |  |
| 关节屈伸  不利 | ０分：关节活动正常  １分：关节活动轻度受限，关节活动范围减少＜１／３  ２分：关节活动中度受限，关节活动范围减少≥１／３  ３分：关节活动重度度受限，关节活动范围减少≥１／２，  甚僵直 |  |  |
| 舌质 | 0 分：正常  1 分：舌质暗红  2 分：舌质暗，舌尖红，少津  3 分：舌红少苔 |  |  |
| 脉象 | 0 分：正常  1 分：脉滑数或濡数；脉弦紧或弦缓；脉沉细或细涩 |  |  |
| 主要理化指标 | | ESR |  |  |
| CRP |  |  |

皮肤科中医诊疗方案

皮 肤 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

瘾疹（慢性荨麻疹）中医诊疗方案…………………………………………239

风热疮（玫瑰糠疹）中医诊疗方案…………………………………………243

扁瘊（扁平疣）中医诊疗方案………………………………………………247

油风（斑秃）中医诊疗方案…………………………………………………252

面游风（脂溢性皮炎）中医诊疗方案………………………………………256

跖疣中医诊疗方案…………………………………………………………260

— 237 —

皮肤科中医诊疗方案

— 238 —

皮肤科中医诊疗方案

瘾疹（慢性荨麻疹）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医皮肤科病证诊断疗效标准》

（ZY/T001.8-94）。

（1）发病突然，皮损为大小不等，形状不一的水肿性斑块，境界清楚。

（2）皮疹时起时落，剧烈瘙痒，发无定处，消退后不留痕迹。

（3）病情反复发作，常迁延不愈。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南－皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，

2006 年）和《中国临床皮肤病学》（赵辨主编，江苏科学技术出版社，2010 年）。

（1）皮疹为大小不等的风团，色鲜红，也可为苍白色，孤立散在或融合成片，数

小时内风团减轻，变为红斑而渐消失。但不断有新的风团出现。

（2）全身症状一般较轻，风团时多时少，反复发生，病程在 6 周以上。

（二）证候诊断

1.风热犯表证：好发于青壮年，风团色鲜红，遇热皮损发作或加重，灼热剧痒，或

伴发热，恶寒，口干苦，咽痛。舌边尖红，苔薄黄或白干，脉浮数。

2.风寒束表证：风团色白或淡红，遇风寒发作或加重，得暖则减，口不渴。舌质淡，

苔白，脉浮紧。

3.胃肠湿热证：风团色红，发作时伴有腹痛，纳呆，大便秘结或便溏，甚至恶心呕

吐。舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

4.血虚风盛证：风疹块风团反复发作，色淡，瘙痒，延续数月或数年，劳累后发作

或加剧。舌质淡，苔薄，脉濡细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风热犯表证

治法：疏风清热。

推荐方药：消风散合荆防方加减。荆芥、防风、蝉蜕、浮萍、金银花、知母、当归、

— 239 —

皮肤科中医诊疗方案

生地、甘草等。

中成药：消风止痒颗粒等。

2.风寒束表证

治法：祛风散寒。

推荐方药：麻黄汤合玉屏风散加减。麻黄、桂枝、荆芥、黄芪、白术、防风、甘草、

蝉蜕、大枣、乌梅等。

中成药：玉屏风颗粒、桂枝颗粒等。

3.胃肠湿热证

治法：清利湿热。

推荐方药：平胃散合防风通圣散加减。防风、栀子、荆芥、陈皮、苍术、白术、厚

朴、赤芍、生石膏（先煎）、黄芩等。

中成药：防风通圣丸等。

4.血虚风盛证

治法：养血息风。

推荐方药：当归饮子加减。当归、川芎、生地、白芍、桃仁、红花、防风、荆芥、

炙甘草、白蒺藜等。

中成药：润燥止痒胶囊等。

（二）外治法

中药洗剂：风团色红，瘙痒，可用中药（羌活、荆芥、防风、浮萍、苦参等）煎煮

外洗。

（三）针灸疗法

体针：取大椎、合谷、曲池、血海、足三里、脾俞、肺俞等穴位，留针 20～30 分

钟，每日或隔日 1 次。或穴位注射，每日或隔日 1 次。以曲池为主穴，配合风池、合谷、

血海诸穴；胃肠积热者加泻中脘、足三里；伴发热烦躁者加大椎、委中穴点刺放血；伴

腹痛者配天枢穴。

拔罐：根据不同证型采用大椎、风门、肺俞、膈俞、脾俞、胃俞、曲池、神阙、血

海、足三里等穴位拔罐，留罐 10 分钟，每日 1 次，3 次为 1 疗程，神阙穴用闪罐法。

（四）健康指导

1.生活起居：指导患者生活规律，起居有常，戒烟戒酒，避免外伤和滥用药物，以

防本病复发。

2.饮食调理：合理调配饮食，少食油腻食物，忌食酒类、辛辣刺激、腥发动风之品。

— 240 —

皮肤科中医诊疗方案

3.情志调摄：多与患者沟通，可采用倾听、安慰病人的方法，避免郁怒、急躁等不

良情绪，保持心情舒畅。

三、疗效评价

参照《中药新药指导原则》第三辑（中华人民共和国卫生部制定发布，1997 年）。

（一）评价标准

临床痊愈：症状消失。n≥95%；

显效：症状基本消失。70%≤n＜95%；

有效：症状缓减。30%≤n＜70%；

无效：症状基本无变化。n＜30%。

疗效指数（n） =（治疗前积分－治疗后积分）/治疗前积分×100% 。

（二）评价方法

1.皮损分布

正常（0 分）：无风团；

轻度（2 分）：风团个数 n≤10 个；

中度（4 分）：风团 10＜n≤20 个；

重度（6 分）：风团 n＞20 个。

2.风团大小

正常（0 分）：无风团；

轻度（2 分）：直径 d≤2cm；

中度（4 分）：直径 2＜d≤5cm；

重度（6 分）：直径 d＞5cm。

3.瘙痒

正常（0 分）：无瘙痒；

轻度（2 分）：偶感瘙痒；

中度（4 分）：瘙痒频作，但不影响睡眠；

重度（6 分）：瘙痒持续不断，影响睡眠。

4.风团持续时间

正常（0 分）：无；

轻度（2 分）：风团持续时间 t≤1 小时；

中度（4 分）：风团持续时间 1＜t≤3 小时；

重度（6 分）：风团持续时间＞3 小时。

— 241 —

皮肤科中医诊疗方案

5.发作频率

正常（0 分）：无；

轻度（2 分）：每日 1 次；

中度（4 分）：每日 2～3 次；

重度（6 分）：每日＞3 次。

— 242 —

皮肤科中医诊疗方案

风热疮（玫瑰糠疹）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照 2012 年中华中医药学会《中医皮肤科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T347-2012）。

本病好发于青壮年，春秋季常见。皮损好发于颈、躯干、四肢近端，颜面及四肢远

端一般不发生。

风热疮大多先在躯干或四肢局部出现一个较大的圆形或椭圆形红色或黄红色鳞屑

斑，称为母斑或前驱斑，母斑中央有自愈倾向，而边缘有活动性。母斑出现后 2～21 天

（多数在 1～2 周）继发斑（子斑）成群发生，多见于躯干、四肢近端和颈部等衣服遮

盖的部位。皮损具有多发性、对称性的特点。典型者的皮损为长轴与皮纹走向一致的鳞

屑性斑丘疹。经典的继发斑有两种主要类型，并可同时存在：①类似母斑的皮损，但比

母斑小，最大直径＜2cm；②红色丘疹，较小，表面常无鳞屑，随病程进展，其数目增

多，并向周围扩散。风热疮的继发斑一般可持续 2～10 周。中心先自愈，边缘红斑上覆

以鳞屑，称为领圈状脱屑，常伴不同程度的瘙痒。本病有自限性，很少复发。

2.西医诊断标准

参照《临床治疗指南-皮肤病与性病分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社，2006

年）。

（1）本病好发于 10～40 岁，春秋季多见。

（2）好发于躯干和四肢近心端，面部、小腿一般不受累。

（3）少数病例发疹前1～2周可有全身不适、头痛、低热、咽痛、淋巴结肿大等前

驱症状。

（4）皮疹初起为椭圆形或圆形淡红色或黄褐色斑片，直径约3～5cm，边缘略高起，

被覆糠秕样鳞屑，称为母斑或先驱斑，常为1个，多位于胸、颈、腹、背或四肢等处。

（5）母斑出现1～2周，躯干及四肢近侧端相继出现大批形态与母斑基本相同、但

较母斑较小的继发斑。特征性继发斑的直径是0.5～2cm的圆形或卵圆形斑，淡红色或黄

褐色，有细小皱纹，边界清楚，覆有细薄的糠秕样鳞屑，皮损长轴与皮纹方向一致。

（6）口腔损害：表现为口腔黏膜的点状出血、糜烂或溃疡等。

（7）非典型玫瑰糠疹：表现为母斑缺乏或出现2个以上的损害；继发斑缺乏或呈不

— 243 —

（

皮肤科中医诊疗方案

对称分布；有丘疹型、水疱型、紫癜型、荨麻疹型、湿疹样型等。

（8）多有轻度或中度瘙痒，少数剧痒或不痒。

（9）病程自限，一般为4～6周，少数可半年以上，很少复发。

（10）病理呈非特异性皮炎改变。

（二）证候诊断

1.风热蕴肤证：皮损呈圆形或椭圆形淡红斑片，上覆细薄鳞屑，发病急骤，轻痒或

剧痒。伴心烦口渴，尿微黄，大便干。舌质红，苔白或薄黄，脉浮数。

2.血热风盛证：皮损色泽鲜红，上有糠秕样鳞屑，瘙痒较剧，伴有抓痕、血痂，发

病较急，病程较长。伴心烦易怒，口燥咽干。舌红，苔薄黄，脉弦数或滑数。

3.血虚风燥证：主要见于病程已久，皮损暗淡，上覆少量鳞屑，伴瘙痒。舌质淡或

暗淡，苔薄，脉沉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风热蕴肤证

治法：疏风清热，解毒止痒。

推荐方药：银翘散加减。银花、连翘、牛蒡子、竹叶、荆芥、生地、薄荷、淡豆豉、

芦根、甘草等。

中成药：防风通圣丸等。

2.血热风盛证

治法：清热凉血，祛风解毒。

推荐方药：消风散加减。生地黄、紫草、荆芥、蝉蜕、苦参、白蒺藜、知母、石膏、

生甘草等。

中成药：一清胶囊、复方青黛丸等。

3.血虚风燥证

治法：养血润肤、祛风止痒。

推荐方药：当归饮子加减。当归、生地、白芍、川芎、何首乌、荆芥、防风、白蒺

藜、黄芪、生甘草等。

中成药：润燥止痒胶囊、当归丸等。

（二）外治法

1.中药湿敷：皮疹初起，色鲜红，伴瘙痒明显者，可选用马齿苋、黄柏、连翘、白

鲜皮等中药水煎，置凉后予冷湿敷以清热解毒，每次治疗约30～60分钟，10分钟更换一

次，2/d，7d为一疗程。

— 244 —

皮肤科中医诊疗方案

2.中药熏洗：风热蕴肤证、血热风盛证，可选用马齿苋、连翘、黄柏、黄芩等清热

凉血的中药进行熏洗；血虚风燥证，可选用当归、鸡血藤、丹参等养血活血润肤的中药

进行熏洗、泡浴，每次20～30分钟，1/d，7d为一疗程。

3.中药涂擦：根据皮疹情况选用解毒、润肤、止痒的中药软膏涂擦皮疹处。

（三）针灸疗法

1.毫针：主穴：曲池、血海、风池；根据辨证分型予以配穴，风热蕴肤证配风门、

尺泽以疏风清热；血热风盛证配委中、耳尖以清热凉血；血虚风燥证配膈腧、足三里、

三阴交以养血润燥，留针20～30分钟，1/d，7d为一疗程。

2.耳针疗法：情绪烦躁者，或瘙痒明显、夜寐欠安者，选神门、心、肝、内分泌等

腧穴埋耳针，或以王不留行籽行耳穴贴压以安神止痒，2～3d治疗1次。

3.放血疗法：初起皮损色红，瘙痒明显者，可在耳尖行放血疗法以清热泄火，1/d，

7d为一疗程。

（四）其他疗法

1.半导体激光（红光治疗）：初起周身红斑疹，伴瘙痒明显者，可选用半导体激光

治疗，2/d，5～10d一个疗程。

2.窄谱紫外线（黑光治疗）：周身暗红斑疹，鳞屑明显，浸润厚者，进行全身窄谱

紫外线治疗，隔日一次，7次一个疗程。

（五）健康指导

1.生活起居：注意劳逸结合；保持室内通风，适宜湿度；保持皮肤清洁，忌搔抓皮

肤，避免外用刺激性药物；宜穿着宽松浅色棉质衣物以减少对皮肤的刺激；洗浴时水温

不宜过高以避免刺激皮损；夏季避免日光暴晒皮肤。

2.饮食调理：嘱患者清淡饮食，勿食辛辣刺激及油腻等食物，光疗期间勿服用光敏

性食物。

3.情志调摄：玫瑰糠疹患者多以青壮年为主，多存在焦虑情绪，及时与患者沟通，

疏导不良情绪。

三、疗效评价

1.评价标准

参照Pityriasis Rosea Severity Score PRSS）（Antonio A．T．Chuh and Henry

H．L．Chan．Effect on quality of life in patients with pityriasis rosea：is it

associated with rash severity【J】The International Journal Of Dermatology，

2005，44：372-377。

以皮损严重程度在治疗前、治疗后的积分变化来判断疗效，分4级判定。

— 245 —

皮肤科中医诊疗方案

临床痊愈：皮疹基本消退，无新发皮疹，瘙痒消失，疗效指数≥95％；

显效：皮疹大部分消退，无新发皮疹，瘙痒明显减轻，疗效指数≥70％；

有效：皮疹部分消退，无明显新发皮疹，瘙痒略减轻，疗效指数≥50％；

无效：皮疹消退不明显，仍有较多新发皮疹，轻至中度瘙痒，疗效指数＜50%。

计算公式：尼莫地平法：疗效指数=〔（治疗前PRSS积分一治疗后PRSS积分）/治疗

前PRSS积分〕×100％

2.评价方法

皮损严重程度评分——PRSS评分

首先根据皮损数量多少按4级记分：O级无皮损，l级1～9个皮损，2级10～19个皮损，

3级≥20个皮损（躯干部皮损数量记做Nt，四肢皮损数量记做Ne）；再根据皮损红斑（E）、

浸润（I）、鳞屑（S）、瘙痒（P）在各部位的严重程度分别按4级记分：0级无皮损、1级

轻度，2级中度，3级重度。

计算公式：PRSS=Nt（Et+It+St+Pt）+Ne（Ee+Ie+Se+Pe）。

PRSS分数越高表示病情越重。见表1：

表1

PRSS评分参照表

评分

0

1

2

3

皮损数量（N）

0

1-9

10-19

≥20

红斑（E）

无

轻度（粉色）

中度

重度（明显）

浸润（I）

无

轻度（可见）

中度

重度

（丘疹或斑块）

鳞屑（S）

无

轻度（可见）

中度

重度（较厚）

瘙痒（P）

无

轻度

中度

重度

— 246 —

皮肤科中医诊疗方案

扁瘊（扁平疣）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会《中医皮肤科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T342～361，2012 年）。

（1）本病好发于青少年，多见于暴露部位，如面部、手背及前臂等。

（2）皮疹为粟粒至黄豆大小淡黄褐色或正常皮肤色扁平丘疹，表面光滑，孤立散

在。

（3）本病有自体接种的特点，可见沿抓痕呈串珠状排列的扁平丘疹。

（4）偶有微痒不适。

（5）病程缓慢，部分可自行消退，亦可复发。

2.西医诊断标准

参照《中国临床皮肤病学》（赵辨主编，江苏科学技术出版社，2010 年）。

（1）主要见于青少年。

（2）好发于颜面、手背及前臂等处。

（3）皮损大多骤然出现，为米粒到绿豆大小扁平隆起的丘疹，表面光滑，质硬，

浅褐色或正常皮色，圆形、椭圆形或多角形，数目较多，多数密集，偶可沿抓痕分布排

列成条状（同形反应），长期存在的扁平疣可融合成片。

（4）一般无自觉症状，偶有微痒。

（5）病程慢性，有时突然自行消失，但亦可持续多年不愈，愈后不留疤痕。

（6）组织病理：表皮明显角化过度和棘层肥厚，棘层上部和颗粒层有空泡化细胞，

核深染，嗜碱性。

（二）证候诊断

1.风热毒蕴证：为淡红或淡褐色扁平丘疹，粟粒至绿豆大小不等，微痒或不痒，搔

抓可有新皮损出现，病程短。舌质红，苔薄黄，脉浮数或弦。

2.气滞血瘀证：病程较长，疣体形态大小不一，苍老而坚，质地较硬，黄褐色或暗

红色。皮疹长期不消，但亦无新疹出现，病情相对稳定。患者常伴胸胁胀痛、月经不调、

痛经等。舌质淡或紫暗，舌边有瘀点、瘀斑，苔薄白，脉弦或涩。

二、治疗方法

— 247 —

皮肤科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风热毒蕴证

治法：疏风清热，解毒散结。

推荐方药：桑菊饮加减。桑叶、野菊花、赤芍、连翘、银花、大青叶、薏苡仁、桃

仁、板蓝根、灵磁石、生牡蛎、珍珠母、代赭石、甘草等。

中成药：抗病毒口服液、板蓝根颗粒等。

2.气滞血瘀证

治法：疏肝理气，活血化瘀。

推荐方药：清肝解郁汤合桃红四物汤加减。黄芩、柴胡、焦山栀、侧柏叶、益母草、

三七、炒蒲黄（包）、炙甘草、丹皮、干地榆、生地、当归、川芎、桃仁、红花、赤芍

等。

中成药：大黄 虫胶囊、血府逐瘀胶囊（口服液）等。

（二）外治法

1.中药外洗：可选用清热解毒（如马齿苋、板蓝根、大青叶、败酱草、木贼等）和

/或活血通络（如丝瓜络、当归、丹参等）中药煎汤取汁，纱布蘸取稍用力擦洗患处，

以皮损处发红为度，每日 1～2 次，每次 15～20 分钟，10 次为一个疗程。

2.中药外敷：面部分布密集的扁平疣，可选用马齿苋、薏苡仁、丹参、当归、白芷

等中药免煎颗粒，用温水或蜂蜜调糊外敷于患处，约 1 小时后，用温水清洗干净，每 2

日 1 次，10 次为一个疗程。

3.自身疣体接种：选择手背、颈项等隐蔽处米粒大小疣体 2～3 个（以新发疣体为

宜），常规消毒局麻后切取疣体，伤口缝合包扎。切下的疣体组织置 5 ml 无菌生理盐水

中浸泡备用。然后碘伏消毒上臂三角肌处皮肤， 1%利多卡因局部浸润麻醉后，沿皮纹

方向做一约 1cm 长小切口，深度达真皮浅层，用弯血管钳分离皮肤与皮下组织，将浸泡

的疣体植入切口内，缝合切口。局部用无菌敷料包扎，约 1 周后拆线。注意保护创面，

防止感染，瘢痕体质者慎用。

（三）针灸治疗

1.体针：取列缺、合谷、曲池，施泻法，针刺得气后留针 30 分钟，每日 1 次，10

次为 1 疗程。

2.耳针：耳穴取肝、皮质腺、内分泌、肺、交感，常规消毒耳郭后，用不锈钢 30

号 0.5 寸耳针，左手固定，右手拇、食、中指持针柄， 将针尖对准所取穴位，快速刺

入， 行捻转手法， 待得气后留针 15 分钟。每次治疗取一侧耳穴， 左右交替， 每 2

日 1 次，10 次为 1 疗程。注意预防感染、晕针，耳郭感染、瘢痕体质及孕妇禁针。

— 248 —



皮肤科中医诊疗方案

3.穴位注射：取血海、风池、大骨空，每次选 1～2 穴，采用 10﹪川芎注射液，针

刺得气后，每穴位注射 1ml，每 2 日 1 次，7 次为 1 疗程。

4.火针：皮疹呈淡红或皮色，瘙痒不明显，未见同形反应，质地较硬者，可采用火

针治疗。常规皮损消毒后，选用盘龙细火针在酒精灯上烧红后，垂直快速刺入疣体中央，

使其炭化，若疣体较大，可在周围加刺，直至整个疣体呈焦痂状。然后以棉签拭去疣体，

涂抹金霉素眼膏等以防止感染。疣体较多者则分次点灼，每次以 4～6 个为宜。每 7 日 1

次，连续使用至皮损部位结痂脱落为止。注意操作前对患者进行心理疏导，解除其恐惧

心理；进针时要稳、准、快；点刺时，不宜过深，以不超过皮损基底部为宜；施术后，

注意保护创面，2～3 天勿沾水；面部注意避免伤及眼球等器官；瘢痕体质及糖尿病患者

慎用。

5.耳穴压豆：耳穴取肺、皮质腺、内分泌、肝、脾、胃及患处在耳廓相应部位， 每

次选 4～5 穴，贴敷王不留行籽，贴穴后每日按压 4～5 次，每次每穴 1～2 分钟，使耳

廓有发热及酸胀麻木感。每次贴压一侧耳穴，3～5 天 1 换，两耳交替，每 5 次为 1 疗程，

疗程间休息 l～2 天后进行下一疗程。

6.耳尖放血：皮损颜色较红、热象明显者，可配合耳尖放血疗法。先用手指按摩耳

郭使其微微发红，取耳轮顶端的耳尖穴，经 75%乙醇棉球消毒后，左手固定耳郭， 右手

持一次性采血针对准耳尖穴迅速刺入约 1～2mm 深，以刺血而不损伤耳部软骨为度，随

即出针，边轻按针孔周围，使其自然出血，边用消毒干棉球擦去，约挤出 5～10 滴血后，

再用酒精棉球按压止血。每次取一侧耳尖穴，每日 1 次，两耳轮流，15 天为一个疗程。

注意预防感染、晕针，耳郭感染、瘢痕体质及孕妇忌用。

（四）其他疗法

皮损数目较少的部位，可酌情选择铒激光、二氧化碳激光、微波和冷冻等物理治疗。

1.铒激光：术前常规消毒，根据皮损的深浅等选择合适的治疗参数。一般选择能量

2

不超 10%，照射至疣体发白、表面轻微开裂为止至， 然用生理盐水棉棒轻擦疣体， 即

可去除。1～2 周后结痂， 让痂皮自行脱落。若需要再次治疗，间隔时间为 1 个月。

2.二氧化碳激光：术前常规消毒，调节到合适的激光输出功率及光斑大小，将光斑

对准疣体后炭化或汽化病变组织，范围不超过疣体边缘 1mm。及时清除炭化组织，可用

生理盐水或碘伏擦拭，直到确认病变组织被彻底清除为止。

3.微波：皮损局部常规消毒，根据皮损大小选用治疗探头， 一般均采用单针直状

探头，皮损直径大于 10mm 的可选用双针直状探头垂直接触皮损处治疗，输出功率一般

在 5～20W，治疗时间 1～2s， 脚踏控制开关，待局部皮损发白，治疗范围以刚好达到

— 249 —

密度为 2～3J/cm ，频率 2～5Hz，光斑直径 2mm，脉宽 10ns，垂直照射疣体， 光斑重叠

皮肤科中医诊疗方案

皮损大小为界，皮损较大的可行多点凝固。

4.冷冻：根据皮损的大小，准备相应的棉签并浸蘸液氮，迅速放置于皮损上并轻压，

冷冻接触时间为 1～3 秒，冻融约 2～3 次。冷冻时需掌握好冷冻范围及深度。冷冻后如

出现较大水疱、血疱，抽取疱液后外用抗生素制剂以防感染。对面部扁平疣以及合并有

冷性荨麻疹、冷球蛋白血症、冷纤维蛋白血症等患者慎用冷冻治疗。

上述治疗操作时需认真细致，治疗深度适宜，以去除病损为度，以减少瘢痕和色素

异常的形成。治疗时患者应采取卧位，以免发生头晕、晕厥或休克等反应。去除眼周皮

损时注意保护眼球。婴幼儿需请助手协助固定，以防误伤。治疗后外用抗生素软膏，尽

量保持创面清洁和干燥，避免沾水等以预防感染。治疗后切勿将痂皮强行剥离，应让其

自行脱落，同时注意防晒，以免色素沉着。瘢痕体质、糖尿病及孕妇慎用上述物理治疗。

（五）健康指导

1.生活起居：避免搔抓患处，保持患处清洁，但也不宜过度搓洗，以免造成自身接

种。注意个人卫生，忌与他人共用清洁用具。

2.饮食调理：忌烟酒及辛辣刺激性食物，多吃蔬菜、水果，补充多种维生素。

3.情志调摄：扁平疣经积极治疗可完全消退，故患者应耐心配合治疗，治疗期间要

保持乐观舒畅的心情，加强体育锻炼，以提高身体免疫力。

三、疗效评价

评价标准参照国家中医药管理局 1995 年发布的中医药行业标准《中医病证诊断疗

效标准》及《中药新药临床研究指导原则》拟定。评价方法由国家中医重点专科扁瘊（扁

平疣）协作组各成员单位共同商讨并达成共识后拟定。

（一）评价标准

痊愈：皮损消退，无新发皮疹，积分值减少≥95%；

显效：皮损大部分消退，积分值减少≥70%；

有效：皮损部分消退，积分值减少≥30%；

无效：皮损消退不明显，积分值减少＜30%。

（二）评价方法

以皮损（数量、大小、颜色、部位、同形反应）总积分（见症状体征评分表）在治

疗前后的变化分来进行疗效评价。

计算公式（尼莫地平法）为：[（治疗前积分－治疗后积分）÷治疗前积分]×100%。

— 250 —

皮肤科中医诊疗方案

症状体征评分表

— 251 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症评分 | 无（0 分） | 轻度（2 分） | 中度（4 分） | 重度（6 分） |
| 皮损（个） | 无 | ＜10 | 10-20 | ＞20 |
| 皮损（mm） | 无 | ＜2 | 2～5 | ＞5 |
| 皮损颜色 | 肤色 | 淡红 | 浅褐 | 深褐色 |
| 累及部位 | 无 | 1 | 2～3 | ＞3 |
| 同形反应 | 无 | 偶可见 | 可见但不明显 | 明显可见 |

皮肤科中医诊疗方案

油风（斑秃）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会《中医皮肤科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T361-2012）。

（1）本病好发于头部。

（2）斑秃是一种骤然发生的局限性斑片状的脱发性毛发病。其病变处头皮正常，

无炎症及自觉症状。本病病程经过缓慢，可自行缓解和复发。

2.西医诊断标准

参照《中国临床皮肤病学》（赵辨主编，江苏科学技术出版社，2010 年）

（1）斑秃可发生在从婴儿到老人的任何年龄，但以中年人较多，性别差异不明显。

（2）初起为 1 个或数个边界清楚的圆形、椭圆形或不规则形脱发区，直径约 1～2cm

或更大。活动期，脱发区的边缘处常有一些松而易脱的头发，有的已经折断，近侧端的

毛囊往往萎缩。如将该毛发拔出，可以看到该毛发上粗下细而像惊叹号（!），且下部的

毛发色素可脱失。这种现象是进展期的征象。

（3）静止期，脱发停止，脱发区范围不再扩大，边缘毛发也较牢固，不易拔出，

经过若干天，边缘毛发也较牢固，不易拔出，经过若干月份，毛发可逐渐或迅速长出。

（二）证候诊断

1.肝郁气滞证：起病前常有忧思恼怒情志改变，脱发处平滑发亮，常伴胸胁胀满，

善太息，或是烦躁易怒，头胀头痛，失眠多梦。舌红或紫暗，苔薄白，脉弦或沉涩。

2.血热生风证：多见于中青年患者，突然发病，脱发进展较快，伴有心烦失眠，

夜梦频繁，或头皮瘙痒。舌质鲜红有点刺，苔薄黄，脉数滑。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁气滞证

治法：疏肝理气，活血化瘀。

推荐方药：逍遥散合桃红四物汤加减。柴胡、陈皮、栀子、元胡、丹参、赤芍、当

归、红花、鸡血藤、酸枣仁等。

中成药：逍遥丸、七宝美髯丹等。

2.血热生风证

— 252 —

皮肤科中医诊疗方案

治法：清热凉血，养阴祛风。

推荐方药：四物汤合六味地黄汤加减。生地黄、丹皮、赤芍、侧柏叶、玄参、山茱

萸、旱莲草、何首乌、女贞子、白蒺藜等。

中成药：丹栀逍遥丸等。

（二）中药外治

1.取补骨脂、紫草用 75%的乙醇浸泡，每日涂擦患处 1 次。

2.冬虫夏草 10g，用 60℃白酒 150ml 浸泡 1 周，外用擦涂，每日 2 次。

3.可选用红参、黄芪、当归、红花、丹参等益气、养血、活血中药，用 75%的乙醇

浸泡，每日 2 次外搽。

4.生姜切片：涂擦患处，每日数次。

5.取侧柏叶、当归、辣椒，75%乙醇浸泡，每日涂擦患处 2 次.

（三）针灸治疗

1.梅花针局部叩刺治疗

操作手法：患者采取坐位或卧位，常规消毒后，局部梅花针（七星针）叩刺治疗，

每日 1 次，以叩刺局部出现均匀点状出血点为度，4～6h 后外用中药酊剂。

2.体针：主穴取百会、头维、生发穴，配翳明、上星、太阳、风池、鱼腰、丝竹空

等。实证用泻法，虚证用补法。每日或隔日 1 次。

3.温针法：主穴取百会、上星、后顶，痒甚加风池、曲池，失眠加神门、内关，两

鬓脱发加头维、率谷，食欲不振加中脘、足三里，脱眉加鱼腰透丝竹空。

操作：常规消毒后，针刺得气后平补平泻，再在针柄上置艾段，点燃行温针疗法，

每次 30 分钟，每日 1 次，7～10 次为 1 疗程。

4.围刺法：取穴阿是穴、上星、百会、风池。

操作：用 1.5 寸毫针在皮损局部斑秃处围刺，针尖向斑秃中央刺入，平补平泻法。

5.穴位注射法：取穴脱发区为主，配头维、百会、风池、脾俞、曲池、足三里。

操作：局部脱发区必选，配穴 3～4 个，交替使用。用注射器抽取丹参注射液、当

归注射液等药物，沿头皮斜刺 0.5～1cm，回抽无血后注入药物，每处注射 0.5ml。

（四）其他疗法

根据病情需要，临床可选用半导体激光、窄谱紫外线、氦氖激光、光化学疗法等设

备。

（五）健康指导

1.生活起居：讲究头发卫生，不要用碱性太强的肥皂等洗发，不滥用护发用品，少

用电吹风，避免烫、染发。

— 253 —

皮肤科中医诊疗方案

2.饮食调理：合理饮食，忌食肥甘厚腻、辛辣腥发食物。油风是一种与饮食关系密

切的病症，要根据局部的皮损表现辨证和分型，制定食疗方案。

3.情志调摄：注意调整心态，保持心情舒畅，避免悲观、动怒等不良情绪。

三、疗效评价

参照《Alopecia areata investigational assessment guidelines—Part Ⅱ》J AM

ACAD DERMATOL VOLUME 51， NUMBER 3

SEPTEMBER 2004. （斑秃调查评估准则—第二

部分）。

（一）评价标准

治愈：n=100%，新生头发全部长出，分布密度及色泽均正常；

显效：50%≤n＜100%，新发生长 50%以上，密度、粗细及色泽均接近正常；

有效：1%≤n＜50%，新发生长 50%以下，有毳毛及白发长出，毛发停止脱落；

无效：n＜1%，无新发生长，或继续脱落。

治疗 42 天判定疗效。总有效率以治愈加显效计。

计算公式：头发再生率采用尼莫地平法，n=[（治疗前 SALT 分-治疗后 SALT 分）/

治疗前 SALT 分]×100%。

（二）评价方法

采用国际通用 SALT（Severity of Alopecia Tool）分数来评估斑秃患者治疗前、

后的脱发面积。将患者的头皮分为四个区域：左颞区 18 分（占总头皮面积的 18%）、右

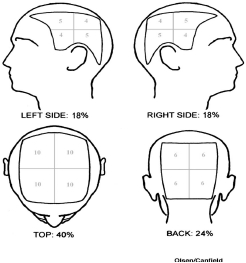
颞区 18 分、枕区 24 分及前顶区 40 分；再依次对这些区域的脱发情况进行评估：各区

通过两条分别穿越该区几何中心的水平线及垂直线将其分为四个区域，每一小块依从左

到右、自上而下的顺序分别占 5 分、4 分、4 分、5 分，顶区各 10 分，枕区各 6 分。然

后依据患者的具体情况进行评分。最后将四个区域的分数叠加即为该患者的 SALT 分数。

— 254 —



皮肤科中医诊疗方案

SALT 分值计算公式如下：

a（左侧面视图）=脱发区脱发百分面积×0.18

b（右侧面视图）=脱发区脱发百分面积×0.18

c（顶部视图）=脱发区脱发百分面积×0.4

d（后部视图）=脱发区脱发百分面积×0.24

SALT 分值=a＋b＋c＋d

示例如下图：

a=95%×0.18=17.1

b=90%×0.18=16.2

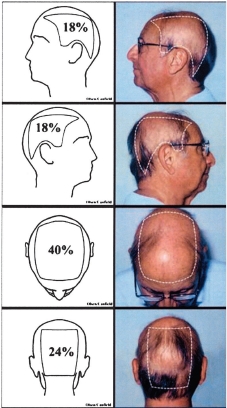
c=95%×0.4=38

d=55%×0.24=13.2

SALT ： a ＋ b ＋ c ＋ d=17.1 ＋ 16.2 ＋ 38 ＋

13.2=84.5%

— 255 —



皮肤科中医诊疗方案

面游风（脂溢性皮炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.8-94）、

《中医外科学》（李曰庆主编，中国中医药出版社，2007 年）。

（1）面部皮损处多为淡红色或黄红色如钱币状斑片，上覆油腻性鳞屑或痂皮。干

性皮脂溢出，多见干燥脱屑斑片。自觉瘙痒。

（2）常发于头面、鼻唇沟、耳后、腋窝、上胸部、肩肿部、脐窝及腹股沟等皮脂

溢出部位。

（3）多有精神易兴奋，皮脂分泌异常或有偏食习惯。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》的诊断标准（中华医学会编著，人民卫

生出版社，2012 年）， 皮肤性病学》第七版（张学军主编，人民卫生出版社，2010 年）。

（1）临床特点

①皮损初起为毛囊性丘疹，逐渐扩大融合成暗红色或黄红色斑，被覆油腻鳞屑或结

痂，可见渗出、结痂、糜烂并呈湿疹样表现，伴有不同程度瘙痒。

②好发于头面部及胸背等皮脂溢出部位。

③本病慢性经过，可反复发作。

（2）辅助检查

真菌镜检：可见菌丝或孢子。Auspitz 征及束发征（阴性）。

（二）证候诊断

1.血燥证：皮损为淡红色斑片，皮肤干燥，有糠秕状鳞屑，瘙痒剧烈，头发干燥无

光甚至可见脱发。舌质红质干，苔白或少苔，脉弦或细数。

2.湿热证：皮损为潮红斑片，有油腻性痂屑，并有渗出、糜烂、结痂，瘙痒遇热加

重。舌质红，苔厚腻，脉滑或滑数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服汤剂、中成药

1.血燥证

治法：养血润燥、祛风止痒。

— 256 —

《

皮肤科中医诊疗方案

推荐方药：当归饮子加减。当归、生地、白芍、川芎、何首乌、荆芥、防风、苦参、

白鲜皮等。风热血燥加桑白皮、地骨皮、僵蚕等；阴虚血燥加知母、麦冬、天冬、夜交

藤等。

中成药：当归苦参丸、润燥止痒胶囊等。

2.湿热证

治法：疏肝健脾、清热除湿。

推荐方药：四妙丸加减。苍术、牛膝、黄柏、薏苡仁、陈皮、半夏等。热重于湿加

栀子、龙胆草、柴胡等；湿重于热加茯苓、冬瓜皮、赤小豆等。

中成药：二妙丸、四妙丸、龙胆泻肝丸、芩连片等。

（二）外治法。

1.外洗疗法

湿性皮损可用香附、侧柏叶、土槿皮、肉桂、丁香、皂角、透骨草等与洗发香波混

匀后局部外洗，隔日 1 次。或者姜黄消痤洗剂外洗，隔日 1 次。

2.外搽疗法

①干性皮损可用苦蛇酊、重楼解毒酊、白屑风酊或外搽，日 2 次。

②干性皮损可用青黛膏、青鹏膏等外搽，日 2～3 次。

3.湿敷疗法

湿性皮损，少量渗出者应用马齿苋、苦参、黄柏、苍耳子、野菊花、大青叶、龙葵、

丁香等中药煎水局部湿敷。每次 20～30 分钟，2 次/日。

（三）针灸疗法。

1.血燥证：取膈俞、血海、风池、曲池穴，用平补平泻法活血祛风。

2.湿热证：湿重于热：选足三里、丰隆、三阴交、阴陵泉、天枢穴。丰隆、三阴交、

阴陵泉、天枢用毫针泻法，足三里用灸法。热重于湿：选太冲、阳陵泉、日月、期门、

风池毫针泻法。

（四）健康指导

1.饮食调理：注意营养饮食，以水果、蔬菜等清淡之品为主，少食油腻、辛辣食物、

忌烟酒浓茶咖啡等。

2.生活起居：生活规律，睡眠充足，保持大便通畅。

3.皮肤护理：避免搔抓，不用刺激性强的肥皂洗涤。

4.情志调摄：保持心情乐观，释放心理压力，避免情绪过激。

三、疗效评价

（一）评价标准

— 257 —

皮肤科中医诊疗方案

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.8-94）。

皮损综合疗效评价标准：

以皮损形态、靶皮损面积、皮损瘙痒程度为总积分。

①临床痊愈：治疗后积分较治疗前下降≥95%；

②显效：治疗后积分较治疗前下降≥70％；

③有效：治疗后积分较治疗前下降≥30％；

④无效：治疗后积分较治疗前下降＜30%。

（二）评价方法

治疗前后，根据皮损形态、靶皮损面积、皮损瘙痒程度等进行皮损综合疗效评价。

应用尼莫地平法计算，计算公式：[（治疗前积分－治疗后积分）/治疗前积分]×100%。

— 258 —

皮肤科中医诊疗方案

附

面游风（脂溢性皮炎）皮损评分标准

— 259 —

|  |  |
| --- | --- |
| 靶皮损 | 评分标准 |
| 面积 | 0 分：无皮疹；  2  1 分：靶皮损面积在＜6 cm ；  2  2 分：靶皮损面积在 6～10cm 之间；  2  3 分：靶皮损面积＞10cm ； |
| 红斑 | 0 分：无；  1 分：轻度，淡褐色；  2 分：中度，颜色淡红；  3 分：重度，颜色鲜红。 |
| 鳞屑 | 0 分：无；  1 分：轻度，散在；  2 分：中度，较密集；  3 分：重度，非常密集，融合成片不可数。 |
| 脂溢 | 0 分：无；  1 分：轻度，用一张吸油纸按压在局部皮损，纸上无油渍或者微  透明点在每 c ㎡在 2 点以下，不融合；  2分：中度，用一张吸油纸按压在局部皮损，纸上有少量油渍  均匀分布，纸巾微透明点每c ㎡在2 点以上5 点以下；  3 分：重度，用一张吸油纸按压在局部皮损，纸上出现较多的油  渍，透明点每 c ㎡在 5 点以上，可融合。 |
| 瘙痒 | 0 分：无瘙痒；  1 分：偶有瘙痒，不影响日常生活；  2 分：阵发性瘙痒，时重时轻；  3 分：剧烈瘙痒，严重影响睡眠和工作。 |

皮肤科中医诊疗方案

跖疣中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(ZY／T001.1—94)。

（1）皮损初起为小的丘疹，渐增大，表面粗糙角化，灰黄或污灰色，圆形，中央

稍凹，周围绕以增厚的角质环，因足底受压，皮损常不高出皮面，除去角质层后可见疏

松的白色乳状角质物，边缘可见散在小的黑色出血点，数目从一个至数十个不等。

（2）好发于足跖前后受压处及趾部。

（3）有明显的压痛，用手挤压则疼痛加剧。

2.西医诊断标准

参照《中国临床皮肤病学》（赵辨主编，江苏科学技术出版社，2009 年）。

（1）好发于足跖部位，初起为一细小发亮的丘疹，后渐增大、增多，表面角化，

粗糙不平，灰褐、灰黄或污灰色，呈圆形，境界清楚，周围绕以稍高增厚的角质环。

（2）用小刀将表面角质削去，则见角质环与疣组织之间境界更加明显，中央为疏

松的角质软芯，易被剔去，软芯的四周往往有散列的小黑点。

（3）有明显的挤压痛。

（4）组织病理检查：表面明显角化和棘层肥厚，表皮上部空泡形成成网状，乳头

瘤样增生。

（二）证候诊断

1.血燥证：足底或趾间赘疣隆起，表面粗糙，状如莲须，触碰压痛明显，局部皮肤

干燥皲裂。舌淡红或有瘀点，苔薄白，脉弦。

2.湿热证：去除表面角化层后见疣体结节疏松，色灰或褐，大小不一，高出皮肤，

多伴有脚湿气，皮下水疱，浸渍，糜烂，渗流滋水。舌黯红，苔薄，脉细。

二、治疗方法

（一）外治疗法

1.中药外洗

可选用木贼、马齿苋、大青叶、板蓝根、透骨草、败酱草、蒲公英、当归、赤芍、

桃仁、红花、虎杖、艾叶、皂角刺等。煎液泡洗或熏洗，每日一次，每次半小时。

— 260 —

皮肤科中医诊疗方案

2.艾灸疗法

操作方法：（1）雀啄灸，一般 15～20 分钟，艾条与疣体距离以患者自觉表皮不烫、

能耐受为度，灸疗得气以局部可见粉红色圆点，其穴位周围或循经有酸、麻、痒、蚁行

感为标准。一般使用 2 月，也可延长疗程。（2）直接灸法：用艾柱着疣上灸之，每日一

次，每次三壮，至脱落为止。

3.冷冻疗法

操作方法：常规消毒后，用消毒棉签蘸液氮后，直接压迫皮损处，以轻轻压迫疣体

为度，每次 20～30 秒，必要时重复 2～3 次。

4.激光疗法

操作方法：常规消毒局麻后，用 CO2 激光烧灼疣体，碳化后轻轻去除疣体，再对基

底部进行烧灼，止血包扎。

5.中药外敷

操作方法：先用热水浸洗患足，用刀刮去表面的角质层，然后可选用鸦胆子仁、乌

梅肉等药物，捣烂敷贴，用胶布包扎固定，3 天换药 1 次。

6.修治疗法

操作方法：用片刀削去淡颜色角质增厚块，不宜太深，以免损伤真皮乳头层引起出

血。以胶布保护正常皮肤，以 25%水杨酸粉局部封包，一周后揭去，若疣体仍未消失，

则再予重复以上治疗。

7.火针

操作方法：用 75%乙醇消毒皮损处，将火针在酒精灯的外焰处烧至通红，迅速垂直

点刺皮损，深度大约为 0.1 厘米，不超过皮损的基底部，点刺间隔距离大约 0.2～0.3

厘米。点刺完毕外涂龙珠软膏一日三次，隔三日针刺一次，四次为一个疗程。

(二)辨证选择口服中药汤剂

1.血燥证

治法：养血润燥。

推荐方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、当归、白芍、川芎、灵磁石、煅龙骨、

煅牡蛎、忍冬藤、郁金、赤芍等。

2.湿热证

治法：清热除湿。

推荐方药：萆薢化毒汤加减。萆薢、牛膝、木瓜、防己、丹皮、马齿苋、薏苡仁、

紫草、败酱草、大青叶、冬瓜仁等。

（三）健康指导

— 261 —

皮肤科中医诊疗方案

1.少穿透气性差的运动鞋，尽量穿软底鞋，减少足部外伤机会，保持足部干燥，勤

换鞋袜。

2.忌用手及工具挤压、修剪疣体。

3.睡眠饮食规律，避免熬夜和进食辛辣、刺激性食物。

三、疗效评价

参照国家中医药管理局 1995 年发布的中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》

拟定。

（一）评价标准

1.疾病疗效评价标准：

综合疗效评价以疣体数目、直径大小及挤压痛情况的总积分计算，疗效分四级判定。

计算公式为(尼莫地平法)：[(治疗前积分—治疗后积分)/治疗前积分] ×100%。具体积

分详见附表。

痊愈：皮损消退，无新发皮疹，积分值减少≥95%；

显效：皮损大部分消退，症状明显减轻，70%≤积分值减少＜95%；

有效：皮疹较前变平，消退 30%以上或有个别新疹出现，30%≤积分值减少＜70%；

无效：皮疹无变化或消退不足 30%，积分值减少＜30%。

2.皮损疗效评价标准：

根据治疗前后皮损面积变化情况确定皮损消退率，计算公式为：(治疗前面积—治

疗后面积) /治疗前面积×100%。

痊愈：皮损消退率≥95%；

显效：70%≤皮损消退率＜95%；

有效：30%≤皮损消退率＜70%；

无效：皮损消退率＜30%，或反增多。

总有效率=痊愈率+显效率+有效率计

（二）评价方法

1.疾病有效率：采用综合疗效评价积分进行疾病疗效标准评价，根据上述疗效判断

标准，分别统计痊愈病例数、显效病例数、有效病例数、无效病例数，并与基线水平比

较，计算出痊愈率、显效率、有效率和无效率。疗效评价积分一般以疗程结束时作为计

算单元。

2.皮损有效率：采用皮损消退率进行皮损评价，并根据上述疗效判断标准，分别统

计皮损痊愈病例数、显效病例数、有效病例数、无效病例数，从而判断其有效性。皮损

结局一般以疗程结束时作为计算单元。

— 262 —

皮肤科中医诊疗方案

附表：跖疣综合疗效评价分级评分表

— 263 —

|  |  |
| --- | --- |
| 症状 | 分级量化标准 |
| 疣体数目 | □0 分：无疣体；□1 分：1 个疣体；□2 分：2 个疣体；□3 分：≥3 个疣体。 |
| 疣体直径大小 | □0 分：无疣体；□1 分：≤0.2cm；□2 分：0.2～0.5cm；□3 分：≥0.5cm。 |
| 疣体挤压痛 | □0 分：无疼痛；□1 分：轻度挤压痛，但不影响日常行走；□2 分：中度挤压  痛，有时会影响日常行走；□3 分：重度挤压痛，影响日常行走。 |

皮肤科中医诊疗方案

— 264 —

肿瘤科中医诊疗方案

肿 瘤 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

前列腺癌中医诊疗方案……………………………………………………267

— 265 —

肿瘤科中医诊疗方案

— 266 —

肿瘤科中医诊疗方案

前列腺癌中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照高校教材《中医肿瘤学》 周岱翰主编，广州高等教育出版社，2007 年）及《中

华中医药学会标准·肿瘤中医诊疗指南》（2008 年）。

主要症状：前列腺癌早期常无症状。当肿瘤增大至阻塞尿路时，会出现排尿困难，

小便淋漓，进而有排尿费力，尿线变细、尿潴留、尿失禁等。常出现与前列腺增生症相

似的膀胱颈梗阻症状，见逐渐加重的尿频、尿急、尿流缓慢甚至中断、排尿不净甚至尿

失禁等。此外，还可以出现会阴部疼痛以及前列腺硬结的症状。

次要症状：偶见血尿。晚期可出现腰痛、腿痛、贫血、下肢浮肿，骨痛、病理性骨

折、截瘫、排便困难等。部分患者常以转移症状就诊。

发病年龄多在 40 岁以上。

结合实验学、影像学检查结果亦可确诊。前列腺癌的诊断主要依靠临床表现及相关

检查

2.西医诊断标准

参照《中国泌尿外科疾病诊断指南》（那彦群主编，人民卫生出版社，2009年）前

列腺癌的诊断标准。

（1）临床特点

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

男性＞50岁，并伴有排尿障碍；或男性＞45岁，前列腺癌家族史；

直肠指检发现前列腺结节；

B超或经直肠超声发现前列腺结节；

PSA＞4ng/ml；

CT或MRI发现盆腔中的淋巴结；

ECT发现骨转移灶；

前列腺穿刺活检或前列腺手术后病理诊断为前列腺癌是前列腺癌诊断的金标

准。

（2）辅助检查

肿瘤标志物：PSA、SPSA；直肠B超；根据病情需要，可选择直肠指检，雄激素（睾

— 267 —

（

肿瘤科中医诊疗方案

酮T），雌激素，CT，核磁共振，放射性核素骨扫描检查（ECT）及PET-CT

（二）分期诊断

1.参考2003年版UICC TNM国际分期

2.Whitmore-Jewett临床分期（UICC）

A期：大部分为潜伏型。临床无肿瘤发现，直肠指检前列腺无改变，仅在镜检中发

现肿瘤细胞，肿瘤细胞分良好，血清酸性磷酸酶正常。

A1期：肿瘤病变仅局限于前列腺内1～2个小区域。

A2期：肿瘤呈多发病灶仍局限于前列腺内。

B期：肿瘤局限于前列腺内，但直肠指检可触及。根据直肠指检又可分为以下两期。

B1期：肿瘤结节局限于前列腺一侧叶内，直径小于1.5cm。

B2期：肿瘤组织累及一叶以上或直径大于1.5cm，但未超过包膜。血清酸性磷酸酶

正常。

C期：癌肿已侵犯大部分前列腺组织，穿透前列腺被膜，侵犯精囊、膀胱颈、盆腔

两侧或盆腔其他器官，尚无转移。血清酸性磷酶正常或升高。

C1期：癌组织未侵及精囊。

C2期：已累及精囊或盆腔其他器官。

D期：临床及病理均有转移。2/3病例血清酸性磷酸酶升高。

D1期：盆腔淋巴结转移在主动脉分叉以下。

D2 期：主动脉分叉以上淋巴结和骨骼以及其他器官有转移。

3.leason组织分级

1级：肿瘤由密集、单个、分离、圆形、均匀一致的腺体组成，边界规则。癌肿极

为罕见。其边界很清楚，膨胀型生长，几乎不侵犯基质，癌腺泡很简单，多为圆形，中

度大小，紧密排列在一起，其胞质和良性上皮细胞胞质极为相近。

2级：肿瘤由单个、分离、圆形、但均匀的腺体组成，腺体被相当于腺体直径厚度

的间质分离，肿瘤边界欠规则。癌肿很少见，多发生在前列腺移行区，癌肿边界不很清

楚，癌腺泡被基质分开，呈简单圆形，大小可不同，可不规则，疏松排列在一起。

3级：肿瘤由单个、分离、大小不一的腺体组成，包括筛状癌、乳头状癌，肿瘤边

界不规则。癌肿最常见，多发生在前列腺外周区，最重要的特征是浸润型生长，癌腺泡

大小不一，形状各异，核仁大而红，胞质多呈碱性染色。

4级：肿瘤由小细胞、深染或透明细胞组成的相互融合并浸润的腺体组成，有乳头

状、筛状、实性结构。癌肿分化差，浸润型生长，癌腺泡不规则融合在一起，形成微小

乳头状或筛状，核仁大而红，胞质可为碱性或灰色反应。

— 268 —

肿瘤科中医诊疗方案

5级：只有少量或无腺体组成，呈实性或团块状，癌浸润极明显，如粉刺癌。癌肿

分化极差，边界可为规则圆形或不规则状，伴有浸润性生长，生长形式为片状单一细胞

型或者粉刺状癌型，伴有坏死，癌细胞核大，核仁大而红，胞质染色可有变化。

（三）证候诊断

1.湿热蕴结证：小便不畅，滴沥不通或成癃闭，偶有血尿，口苦口粘，渴而不欲饮，

时有发热起伏，腰痛不适，小腹胀满，会阴部胀痛，拒按。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

2.瘀毒内结证：小便点滴而下，尿如细线，或时而通常，时而阻塞不通，少腹胀满

疼痛，或少腹积块，尿血色紫暗有块，伴腰背、会阴疼痛，行动艰难，烦躁不安。舌质

紫暗或有瘀点，苔薄，脉涩或细数。

3.肾阳亏虚证：小便不通或点滴不爽，排尿乏力，尿流渐细，神疲怯弱，腰膝冷痛，

下肢酸软，畏寒肢冷，喜温喜按，大便溏泄。舌淡，苔润，脉沉细。

4.肝肾阴虚证：排尿困难，尿流变细，排尿疼痛，进行性加重，时有血尿，可有腰

骶部及下腹部疼痛，头晕耳鸣，口干心烦，失眠盗汗，大便干燥。舌质红苔少，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂

1.湿热蕴结证

治法：解毒清热，利湿散结。

推荐方药：八正散加减。木通、瞿麦、萹蓄、车前子、滑石、栀子、大黄、甘草梢、

半枝莲、半边莲、白花蛇舌草等。

2.瘀毒内结证

治法：化瘀散结，活血止痛。

推荐方药：桃仁红花煎加减。桃仁、红花、当归、白芍、生地、川芎、丹参、香附、

青皮、穿山甲、延胡索等。

3.肾阳亏虚证

治法：温补肾阳、利水渗湿。

推荐方药：真武汤加味。附子、茯苓、生姜、白术、白芍、龙葵、白英等。

4.肝肾阴虚证

治法：滋养肝肾，解毒散结。

推荐方药：六味地黄丸合左归丸加减。熟地黄、山茱萸、牡丹皮、山药、茯苓、泽

泻、枸杞、牛膝、鹿角胶、龟板胶、菟丝子、白花蛇舌草、半枝莲、半边莲等。

（二）辨证选择口服中成药

根据病情选择应用西黄丸、消癌平片、金水宝胶囊、百令胶囊、参芪十一味颗粒等。

— 269 —

肿瘤科中医诊疗方案

（三）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情选择应用复方苦参注射液、榄香烯乳注射液、艾迪注射液、华蟾素注射液、

参麦注射液、参芪扶正注射液、黄芪注射液、黄芪多糖注射液等。

（四）外治法

1.中药外敷

（1）冰片 1g，白胡椒 8 粒，分别研末。洗净脐部，常规消毒，先把冰片放入脐孔，

再用白胡椒末填满，外盖塑料薄膜，以胶布密封。7～10 日换药一次，5 次为一疗程，

每疗程间隔 7 天。适用于小便不利或滴沥不畅。

（2）大葱白 9cm，白矾 15g，以上 2 味共捣烂如膏状贴肚脐上，每日换一次，贴至

尿通为度。适用于前列腺癌小便不通、点滴难出。

（3）白颈蚯蚓 5 条、小田螺 5 个、毕澄茄 15g，以上三味共捣栏，拌米饭为丸，敷

脐上。适用于前列腺癌癃闭、尿塞不通、少腹胀痛难忍者。

（4）甘遂 2g，研为细末，用醋调膏，纱布包裹，外敷脐部，以通为度。

2.中药灌肠：地锦草、蒲公英、地丁各 30g，茅根、石苇各 20g，皂刺 12g，炮山甲

10g，煎成 1500 毫升药液，待温度到 40℃时，保留灌肠，每日一次。适用于尿频尿急尿

痛。

3.中药熏洗：白芷、萆薢各 30g，甘草 6g。共煎汤一盆，坐浴时用手按摩小腹至外

阴，以有温热感为度。每次坐浴 30 分钟，每日一次。适用于尿痛，排尿困难，腰骶部

隐痛。

（五）针灸治疗

根据病情需要，可选择体针、头针、电针、耳针、灸法、穴位埋线、穴位敷贴、耳

穴压豆和拔罐等方法。

小便淋漓不畅或癃闭：实证者常选用肾俞、膀胱俞、中极、三阴交等穴位，中弱刺

激，留针 15 分钟，间歇运针，每日 1 次，10 次为 1 疗程。虚证选用肾俞、关元、中极、

膀胱俞等穴位，轻刺激，再用艾条灸，并针足三里。

小便灼热或血尿：选用肾俞、京门、血海，委中、中极等穴位，肾俞、京门用平补

平泻，余穴均用泻法。留针 15 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

小便疼痛及少腹疼痛：选肾俞、足三里、三阴交、膀胱俞、关元俞、委中、承山、

阴陵泉、中极、关元等穴轻刺激，留针 15 分钟。每日 1 次，10 次为 1 疗程。

正虚者可于针后加艾灸 1～5 壮（艾条灸 5～15 分钟）。

（六）其他疗法

根据病情需要，可选择中医治疗设备，如短波深部加热治疗肿瘤、肿瘤免疫系统治

— 270 —

肿瘤科中医诊疗方案

疗等。

（七）内科基础治疗

主要包括疼痛、尿血及发热等并发症的预防和治疗。可参考《中西医结合肿瘤学》

（华中科技大学出版社，2009 年）。

（五）护理调摄

1.生活起居：慎起居，生活要有规律；适当进行体育锻炼，劳逸结合。

2.饮食调理：湿热下注者，可选用白花蛇舌草薏苡仁粥、车前子韭菜核桃薏苡仁粥

或槐树菌汤；肝肾阴虚者，可选用五味药（淮山药、山萸肉、女贞子、龟板、槐蕈）煮

瘦肉或五味煎（生地、旱莲草、淮山药、白花蛇舌草、紫河车）蔗糖饮；气血两虚者，

可选用当归、黄芪、生姜炖羊肉或黄芪、党参等。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免七情过极。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医证候

观察中医药治疗对患者临床症状的改善情况，如泌尿系症状（尿线细、夜尿频多、

尿频尿急、尿滴沥无力、排尿费力等）、神形睡眠等中医证候。

评定指标：中医症状根据临床观察分为 5 级，治疗情况根据症状出现的情况记录。

详见附件 1。

评价方法：治疗前后症状总积分情况比较（疗前-疗后/疗前）×100%

临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥95%；

显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥60%；

有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%；

无效：中医临床症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足 30%。

2.生存质量

观察中医药治疗对患者生活质量的影响，治疗前后行生活质量判定。

评定指标：卡氏评分，详见附件 2。

评价方法：治疗前后评分情况比较

显效：治疗后比治疗前提高 20 分以上；

有效：治疗后比治疗前提高 10 分以上；

稳定：治疗后比治疗前提高不足 10 分或没有变化；

无效：治疗后比治疗前下降。

3.客观疗效

— 271 —

肿瘤科中医诊疗方案

观察中医药治疗对患者瘤体的变化情况。

评定标准：

CR 完全缓解：全部病灶消失，无新病灶出现，肿瘤标志物降至正常，并至少维持 4

周；

PR 部分缓解：肿瘤最长径之和缩小≥30%以上，并至少维持 4 周；

PD 病变进展：最大径增大≥20%，或出现新病灶；

SD 病变稳定：肿瘤最长径之和缩小未 PR，或增大未达 PD。

（二）评价方法

对照患者入院前后的病情变化情况，采用以下方法进行评价：

1.中医证候

主要采用疾病相关主症评分变化评价。选择 1～2 项主要症状或体征变化，要求与

肿瘤相关，并能反映患者的主要痛苦，如排尿改变、腰痛、乏力等。

2.生存质量

主要采用 KPS 评分评价。也可以通过观察美国肺癌生存质量量表（FACT－L4.0 版）、

ECOG 评分等作为参考。详见附件 3、4。

3.客观疗效

瘤体变化采用国际通用 RECIST 评价标准进行评价，详见附件 5。

4.化验指标

血常规、肝功能、肾功能、肿瘤标记物等的检测方法参照化验室的相关要求执行。

— 272 —

肿瘤科中医诊疗方案

附件 1.症状分级量化

— 273 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 轻（1 分） | 中（2 分） | 重（3 分） |
| 小便不畅 | 尿如细线，或时而通常，时  而阻塞不通 | 介于轻度和重度之间 | 小便不畅，滴沥不通或成癃  闭 |
| 尿血 | 尿中带血丝 |  | 红色血尿 |
| 少腹疼痛 |  |  |  |
| 会阴疼痛 | 偶有发作，隐隐作痛，不影  响正常工作 | 发作频繁，疼痛重，影响  工作 | 反复发作，疼痛剧烈难以忍  受 |
| 腰疼 |  |  |  |
| 发热 | 37.2～37.5℃ | 37.6～38℃ | 38.1℃以上 |
| 神疲乏力 | 稍感倦怠乏力 | 容易乏力，四肢乏力 | 四肢乏力，瞌睡懒言 |
| 食欲不振 | 食量不减，但觉乏味 | 食量减少 1/3 | 食量减少 1/2 |
| 口干咽燥 | 稍觉口干，少饮水 | 口干较明显，饮水量较平  常增加 0.5 至 1 倍 | 口干明显，饮水量较平常增  加 1 倍以上 |
| 心悸 | 偶感心悸 | 常有心悸，1 日 3 次以上 | 严重心悸，需药物治疗 |
| 自汗盗汗 | 偶有自汗盗汗 | 动则出汗，有盗汗 | 不活动亦自汗，盗汗量较多 |
| 心烦失眠 | 偶有情绪不宁及失眠 | 有时情绪不稳定，易烦躁  发愁，夜眠易醒 | 易烦躁发怒，易失眠 |
| 恶心呕吐 | 偶有恶心、呕吐 | 常有恶心，每天呕吐 1～2  次 | 每天呕吐 3 次以上 |
| 腹泻 | 便软或稍烂，成堆不成形，  2～3 次/日 | 烂便，便溏，4～5 次/日  或稀便 1～2 次/日 | 稀便，3 次/日以上 |
| 便秘 | 大便干结，每日一行 | 大便秘结，两日一行 | 大便艰难，数日一行 |
| 舌质，苔 | 偏红、偏淡，苔薄黄 | 红、体胖边有齿印，苔腻 | 红绛、舌边有齿印，苔黄，  少津 |
| 脉象 | 弦细、濡 | 弦细数、濡滑 | 细弱、濡细、细数 |

肿瘤科中医诊疗方案

附件 2.KPS 评分标准

— 274 —

|  |  |
| --- | --- |
| Karnofsky（KPS）评分标准 | |
| 评分 | 体力状况 |
| 100 | 正常，无症状及体征 |
| 90 | 能进行正常活动，有轻微症状及体征 |
| 80 | 勉强可进行正常活动，有一些症状或体征 |
| 70 | 生活可自理，但不能维持正常生活或工作 |
| 60 | 生活能大部分自理，但偶尔需要别人帮助 |
| 50 | 常需人照料 |
| 40 | 生活不能自理，需要特别照顾和帮助 |
| 30 | 生活严重不能自理 |
| 20 | 病重，需要住院和积极的支持治疗 |
| 10 | 垂危，临近死亡 |
| 0 | 死亡 |

肿瘤科中医诊疗方案

附件 3.

【生理状况】

【社会/家庭状况】

【情感状况】

— 275 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 一点也不 | 有一点 | 有些 | 相当 | 非常 |
| GS1 | 我觉得和朋友们疏远了 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GS２ | 我在感情上得到家人的支持 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GS３ | 我得到朋友和邻居的支持 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GS４ | 我的家人已能正视我患病这一事实 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GS５ | 家里不大谈论我的病情 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GS６ | 我与自己的配偶（或给我主要支持的人）  很亲近 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| Ｑ１ | 不管你最近的性生活怎样，请回答以下一个问题，如果你不愿意回答，请在框中打钩选择□，  并跳问下一部分。 | | | | | |
| GS７ | 我对自己的性生活感到满意 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 一点也不 | 有一点 | 有些 | 相当 | 非常 |
| ＧＰ1 | 我精力不济 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| ＧＰ2 | 我感到恶心 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| ＧＰ3 | 因为我身体不好，我成了家庭的负担 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| ＧＰ4 | 我感到疼痛 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| ＧＰ5 | 治疗的副作用让我觉得不舒服 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| ＧＰ6 | 我觉得病了 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| ＧＰ7 | 我不得不卧床 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 一点也不 | 有一点 | 有些 | 相当 | 非常 |
| GE1 | 我感到悲伤 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GE2 | 我为自己这样对待疾病感到自豪 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GE3 | 在与疾病的抗争中，我越来越感到失望 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GE4 | 我感到紧张 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GE5 | 我担心我可能会死 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GE6 | 我担心自己的疾病会更糟 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |

肿瘤科中医诊疗方案

【功能状况】

【附加的关注情况】

— 276 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 一点也不 | 有一点 | 有些 | 相当 | 非常 |
| B1 | 我小便不畅 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| C2 | 我体重在下降 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| L1 | 我的思维清晰 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| L2 | 我一直在咳嗽 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| B５ | 我受脱发困扰 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| C6 | 我的食欲好 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| L3 | 我感到胸闷 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| L4 | 我呼吸顺畅 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| Q3 | 您曾抽过烟吗？ | 没有□0 有□1 如果有： | | | | |
| L5 | 我对此后悔 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 一点也不 | 有一点 | 有些 | 相当 | 非常 |
| GF1 | 我能够工作（包括在家里工作） | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GF２ | 我的工作（包括在家的工作）令我有成就感 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GF３ | 我能够享受生活 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GF４ | 我已能面对自己的疾病 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GF５ | 我睡得很好 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GF６ | 我在享受我通常做的娱乐活动 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |
| GF７ | 我对现在的生存质量感到满意 | □0 | □1 | □2 | □3 | □4 |

肿瘤科中医诊疗方案

附件 4.ECOG 评分标准

— 277 —

|  |  |
| --- | --- |
| ECOG 评分标准 | |
| 级别 | 体力状况 |
| 0 | 正常活动 |
| 1 | 有症状，但几乎完全可自由活动 |
| 2 | 有时卧床，但白天卧床时间不超过 50% |
| 3 | 需要卧床，卧床时间白天超过 50% |
| 4 | 卧床不起 |
| 5 | 死亡 |

肿瘤科中医诊疗方案

附件 5

RECIST 评价标准

⑴肿瘤病灶的测量

①肿瘤病灶的定义：

a.可测量病灶：至少有一条可以精确测量的径线（记录为最大径），常规检测条件

下病灶最大径≥20mm 或螺旋 CT 检测最大径 ≥10mm。

b.不可测量病灶：小病灶（常规检测条件下直径 ＜20mm 或螺旋 CT 检测最大径 ＜

10mm ）和其他真正不可测量的病灶，包括骨病变、脑膜病变、腹水、胸水、心包积液、

炎性乳癌、皮肤/肺的癌性淋巴管炎、影像学不能确诊和随诊的腹部肿块、囊性病变等。

注：不再沿用“可评价病灶”概念。所有数据使用标尺或卡尺测量并记录，并以公

制米制表示。所有基线测量应该尽可能在接近治疗开始前完成，至少要在治疗开始前 4

周内。

②测量方法：基线状态和随诊应用同样的技术和方法进行病灶评估。如果影像学方

法和临床查体检查同时用来评价疗效时，应以前者为主。

临床查体：可触及的表浅病灶如浅表淋巴结或皮肤结节，皮肤病灶应用标尺标记大

小制成彩色照片存档。

a.胸部 X 线片：肺实质内清晰明确的病灶可作为可测量病灶，但仍推荐 CT 扫描的

方法。

b.CT 和 MRI：是目前最可靠、重复性最好的疗效评价方法。对于胸、腹和盆腔，常

规 CT 和 MRI 用 10mm 或更薄的层厚连续扫描，螺旋 CT 用 5mm 层厚连续重建模式完成，

而头颈部及特殊部位的扫描方案应个体化制定。

注：CT 扫描原则上要求最小的病灶不应该小于 2 倍的扫描层厚。没有禁忌症的一般

应给予静脉对比增强，以区别血管和软组织与邻近肿瘤组织。每次必须再相同的窗位进

行病灶测量。建议使用螺旋 CT 扫描。

c.超声捡查：当试验研究的终点目标为客观肿瘤疗效时，超声波不能用来作为评价

手段。仅可用于测量表浅可扪及的淋巴结、皮下结节和甲状腺结节，亦可用于确认临床

查体后浅表病灶的完全消失。

d.内窥镜和腹腔镜：作为客观肿瘤疗效评价至今尚未广泛应用。但这种方法取得的

活检标本可证实病理组织上的 CR。

e.肿瘤标志物：不能单独用来评价疗效。但治疗前肿瘤标志物高于正常水平时，治

疗后评价 CR 时，所有的标志物需恢复正常。

⑵肿瘤治疗疗效评价

— 278 —

肿瘤科中医诊疗方案

①基线状态评价：为了评价客观疗效，对基线状态的肿瘤总负荷进行评估，以便与

治疗后的结果进行比较。对于临床药物研究来说，只有在基线状态有可测量病灶的患者

才能进入研究。如果可测量病灶为孤立性病灶需要组织/细胞病理学证实。

a.目标病灶：应代表所有累及的器官，每个脏器最多选择 5 个可测量的病灶，全身

病灶数最多 10 个，作为目标病灶在基线状态评价时测量并记录。目标病灶应根据可测

量病灶最大径和可准确重复测量性来选择。所有目标病灶的长度总和称为基线状态的最

大径之和。

b.非目标病灶：所有其他病灶（或病变部位）作为非目标病灶并在基线状态时记录，

不需测量的病灶在随诊期间要注意其存在或消失。

②疗效评价标准

a.目标病灶的评价

CR 完全缓解：所有目标病灶消失，至少维持 4 周。

PR 部分缓解：基线病灶最大径之和至少减少 30%，至少维持 4 周。

SD 病变稳定（stable disease）：基线病灶最大径之和有减少但未达 PR 或有增加但

未达 PD。

PD 病变进展：基线病灶最大径之和至少增加 20%或出现新病灶。

b.非目标病灶的评价：

CR 完全缓解：所有非目标病灶消失和肿瘤标志物恢复正常。

IR/SD 未完全缓解（incomplete response）/病变稳定：一个或多个非目标病灶持

续存在和/或肿瘤标志物高于正常。

PD 病变进展：出现新病灶和/或非目标病灶明确进展。

— 279 —

肿瘤科中医诊疗方案

— 280 —

血液病科中医诊疗方案

血 液 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

萎黄（缺铁性贫血）中医诊疗方案…………………………………………283

白细胞减少症中医诊疗方案………………………………………………288

— 281 —

血液病科中医诊疗方案

— 282 —

血液病科中医诊疗方案

萎黄（缺铁性贫血）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”规划教材《中医内科学》（周仲瑛主编，中国中医药

出版社，2007 年）。

主要症状为：面色萎黄，周身肌肤呈淡黄色，干萎无光泽，小便通畅而色清，倦怠

乏力，眩晕耳鸣，心悸少寐，大便溏薄，舌淡苔薄，脉象濡细。

2.西医诊断标准

参照《血液病诊断及疗效标准》第 3 版（张之南主编，科学出版社，2007 年 8 月）。

（1）Hb：男＜120g/L，女＜110g/L，孕妇＜100g/L；MCV＜80fl，MCH＜27pg，MCHC

＜0.32；红细胞形态可有明显低色素表现。

（2）有明确的缺铁病因和临床表现。

（3）血清（血浆）铁＜8.95μmol/L，总铁结合力＞64.44μmol/L。

（4）运铁蛋白饱和度＜0.15。

（5）骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失，铁粒幼红细胞＜15%。

（6）红细胞游离原卟啉（FEP）＞0.9μmol/L，或血液锌原卟啉＞0.96μmol/L，

或 FEP/HB＞4.5μg/gHb。

（7）血清铁蛋白（SF）＜12μg/L。

（8）血清可溶性运铁蛋白受体浓度＞26.5nmol/L。

（9）铁剂治疗有效。

符合第 1 条和 2～9 条中任何两条以上者，可诊断为缺铁性贫血。

（二）证候诊断

1.脾胃虚弱证：面色萎黄，口唇色淡，爪甲无泽，神疲乏力，恶心呕吐，脘腹胀满，

纳呆食少，大便溏薄。舌质淡、苔薄腻，脉细弱。

2.心脾两虚证：面色晄白或姜黄，头昏眼花，心悸不宁，或肝脾肿大，倦怠乏力，

头晕，失眠，少气懒言，食欲不振，毛发干脱，爪甲裂脆。舌淡胖，苔薄少，脉濡细。

3.脾肾阳虚证：面色萎黄或苍白无华，形寒肢冷，唇甲淡白，周身浮肿，甚则可有

腹水，心悸气短，耳鸣，眩晕，神疲肢软，大便溏薄或有五更泻，小便清长，男子阳痿，

— 283 —

血液病科中医诊疗方案

女子经闭。舌质淡或有齿痕，苔薄少，脉沉细。

4.肝肾阴虚证：面色苍白或姜黄，潮热盗汗，头晕目眩，耳鸣、耳聋，肌肤甲错。

舌暗红，苔薄少，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.脾胃虚弱证

治法：健脾和胃。

推荐方药：香砂六君子汤合当归补血汤加减。党参、白术、茯苓、半夏、炙甘草、

当归、炙鸡内金、六曲、木香、砂仁、黄芪等。

中成药：复方皂矾丸、益中生血胶囊、益气维血颗粒等

2.心脾两虚证

治法：养心健脾。

推荐方药：归脾汤加减。党参、黄芪、白术、陈皮、茯苓、酸枣仁、当归、熟地、

龙眼肉、大枣、鸡血藤、参三七、炙甘草等。

中成药：归脾丸、十一味参芪片、复方皂矾丸等。

3.脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

推荐方药：实脾饮合四神丸加减。黄芪、白术、茯苓、甘草、附子、大腹皮、厚朴、

补骨脂、菟丝子、肉桂、鹿角胶、当归等。

中成药：济生肾气丸、右归丸、复方皂矾丸等。

4.肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

推荐方药：左归丸加减。熟地、山药、枸杞、山茱萸、菟丝子、淮牛膝、龟板胶、

当归等。

中成药：归芍地黄丸、左归丸、复方皂矾丸等。

（二）针灸疗法

以调补脾肾为主，取穴如足三里、三阴交、上脘、中脘、阳陵泉、阴陵泉等，平补

平泻，留针 30 分钟。

（三）外治法

可选用具有调补脾肾功能的电脑中频治疗仪或其他中医诊疗设备。

（四）食疗

1.脾胃虚弱证

— 284 —

血液病科中医诊疗方案

红枣小米粥：取红枣 10 个，小米 30 克，先将小米清洗后上锅用小火炒成略黄，然

后加入水及红枣用大火烧开后小火熬成粥食用。适用于消化不良伴有厌食的脾虚。

莲子山药粥：取莲子 30 克，山药 80 克，粳米 50 克。将莲子去皮及心，加山药、

粳米及水煮粥食用。适用于消瘦、食欲不振的脾胃虚弱。

2.心脾两虚证

蜜枣扒山药：山药 1000 克，蜜枣 150 克，罐头樱桃 10 粒，猪网油 1 张（碗口大），

猪油 15 克，白糖 200 克，糖桂花适量。将山药煮熟去皮，蜜枣用温水洗净，切成两半，

去核。猪网油洗净，晾干水分。樱桃去核备用。扣碗内抹上猪油，将网油平垫碗底，放

入樱桃，将蜜枣围在樱桃周围。把山药切成 3～4 厘米长段，顺长剖为 4 片，码在蜜枣

上。码一层山药，撤一层白糖，依次将山药码完。稍淋些猪油，最上层加入糖桂花，上

笼蒸熟。上菜时，将扣碗取出，扣入盘内，去网油。同时给锅内倒入清水，放入白糖溶

化，用湿淀粉勾成稀芡，淋于山药上即成。

3.脾肾阳虚证

花生红枣汤：连衣花生 200 克，红枣 30～50 克。红枣、花生同放锅中加水适量煮

至花生烂熟即可。

参杞狗肉：狗肉 1000 克，党参 20 克，枸杞子 10 克，菟丝子 10 克，砂仁 5 克，牛

膝 15 克。上物除狗肉外，入砂锅加水煎煮 30 分钟后，倒出药汁。将狗肉切成小块，加

酱油、糖、黄酒、葱、姜、味精等调料，腌渍入味，放入锅中，加药汁及适量清水，煮

沸后，文火慢慢煨至狗肉烂熟即可食用。

4.肝肾阴虚证

补血瘦肉汤：生晒参 9 克，当归 10 克，生地、熟地各 15 克，红枣 20 枚，瘦猪肉

60 克。瘦肉放入沸水内，去浮沫，加入生晒参、当归、红枣、生地、熟地、料酒、八角

茴香，用小火煮 1～2 小时，食盐、味精调味即可。

桑椹杞子米饭：桑椹 30 克，枸杞子 30 克，梗米 80 克，白糖 20 克。取桑椹、枸杞

子、粳米加水适量并放入白糖，文火煎煮焖成米饭。

（五）健康指导

1.生活起居：缺铁性贫血常常引起舌炎，口腔炎，反甲，腹泻等，以生理盐水漱口，

或用中药佩兰水煎剂、银花水煎剂漱口可保持口腔清洁，预防感染。富含维生素的蔬菜，

也是预防口腔感染的措施。经常修剪指甲预防指甲脆裂造成患者皮肤伤害。

2.饮食调护：加强饮食调理，食用含铁元素较多的蔬菜或粮食。食用易于消化、吸

收的饮食能够保持胃肠道正常生理功能，增加胃肠道对铁的吸收。腹部适当保暖，有利

于胃肠功能的恢复，可促进胃肠道对铁的吸收。铁剂及某些治疗缺铁性贫血的中药对胃

— 285 —

血液病科中医诊疗方案

肠道刺激较大，应在饭后半小时后服用。

3.情志调摄：正确认识本病，消除恐惧、焦虑不安的情绪，保持心情愉悦，避

免不良情绪刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《实用中医血液病学》第一版（黄振翘、梁冰等主编，上海科学技术出版社，

2005 年）。

临床痊愈：Hb：男＞120g/L，女＞105g/L；RBC：男＞4×1012/L，女＞3.5×1012/L；

中医临床症状消失或积分≤2 分，血清铁、血清铁蛋白或总铁结合力恢复正常。

显效：中医临床症状明显好转或积分下降＞2/3，贫血症状分级改善 2 级以上。

有效：中医临床症状有所好转，证侯积分下降＞1/3，贫血程度改善 1 级以上。

无效：中医临床症状及贫血程度分级改善未达到有效水平。

（二）评价方法

1.积分方法：根据附表 1 中中医临床症状评分标准内容，由医生询问及检查患者的

情况后填写门诊评分记录，根据轻重程度进行评分。

2.疗效评估方法：在治疗前与治疗中第 7 天、第 14 天、第 21 天，及治疗后分别对

患者的临床症状进行评分，结合临床指标检查结果判断为临床治愈、显效、有效、无效。

— 286 —

血液病科中医诊疗方案

附表 1：中医临床症状评分标准量表

附表 2：贫血症状分级

— 287 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要临床症状 | 正常（0 分） | 轻度（1 分） | 中度（2 分） | 重度（3 分） |
| 面色萎黄 | 面色红润，有神 | 面色无华 | 介于轻与重之间 | 面色萎黄/苍白 |
| 头目眩晕 | 无症状 | 时有头晕 | 介于轻与重之间 | 头晕眼花 |
| 心悸气短 | 无症状 | 时有心悸，心慌 | 介于轻与重之间 | 明显心悸、心慌 |
| 神疲倦怠 | 无症状 | 活动后疲倦 | 介于轻与重之间 | 精神不振，疲乏 |
| 失眠健忘 | 无症状 | 时有失眠 | 介于轻与重之间 | 失眠多梦 |
| 食欲不振 | 无症状 | 纳差，食量正常 | 介于轻与重之间 | 食量减少 2/3 |
| 食后腹胀 | 无症状 | 食后时有腹胀 | 介于轻与重之间 | 腹胀，食后加重 |
| 大便溏稀 | 有规律/成形 | 次数增多，溏便 | 介于轻与重之间 | 溏稀，次数增多 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分级 | 血红蛋白（g/L） | 临床表现 |
| 0.无贫血 | 男：160～120 （16～12g/dl）  女：150～110（15～11g/dl） | 无症状 |
| 1.轻度 | 120～91（12～9.1g/dl） | 症状轻微 |
| 2.中度 | 90～61（9～6.1g/dl） | 体力劳动后感到心慌、气短 |
| 3.重度 | 60～31（6～3.1g/dl） | 卧床休息时也感心慌、气短 |
| 4.极度 | ＜30（3.0 以下 g/dl） | 常合并贫血性心脏病 |

血液病科中医诊疗方案

白细胞减少症中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国国家标准－中医临床诊疗术语－疾病部分（GB/T16751.1－

1997）之“虚劳”进行诊断。

主要症状：头晕乏力、四肢倦怠、气短懒言、夜间少寐，舌淡苔薄，脉细弱。

2.西医诊断标准

参照《血液病诊断及疗效标准》第 3 版（张之南主编，科学出版社，2007 年）白细

胞减少症诊断。

成人外周血白细胞数：WBC＜4.0×109/L

（二）证候诊断

1.气血两虚证：神疲乏力，四肢倦怠，面色少华，头晕乏力，少气懒言，夜间少寐，

四肢倦怠，动则气急。舌淡，苔薄，脉细无力。

2.脾肾阳虚证：神疲乏力，四肢倦怠，纳谷不香，语言无力，腰酸怕冷，肢体欠温，

夜尿清长，大便溏烂。舌淡胖，苔薄，脉沉细。

3.肝肾阴虚证：神疲乏力，四肢倦怠，腰膝酸软，午后或夜间潮热盗汗，五心烦热，

失眠多梦，口干咽燥。舌红少苔，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气血两虚证

治法：补气养血。

推荐方药：八珍汤加减。熟地黄、炙黄芪、太子参、炒白芍、炒白术、当归、川芎、

制首乌、茯苓、龙眼肉、枸杞、甘草等。

中成药：芪胶升白胶囊、十一味参芪片等。

2.脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

推荐方药：金匮肾气丸合黄芪建中汤加减。熟地、山萸肉、淮山药、炙黄芪、茯苓、

干姜、淡附片、炒白术、红枣、炙甘草、饴糖等。

— 288 —

血液病科中医诊疗方案

中成药：四神丸等。

3.肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

推荐方药：生脉饮合六味地黄丸加减。黄芪、党参、麦冬、五味子、玉竹、北沙参、

熟地、山萸肉、淮山药、旱莲草、丹皮等。

中成药：杞菊地黄丸等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情，可辨证选用静脉注射剂，如参麦注射液、参芪扶正注射液、黄芪注射液

等

（三）针灸疗法

针灸取穴关元、足三里、三阴交、合谷、太溪等穴，针用补法，且主穴加用温针灸，

每次 30 分钟，15 日为 1 疗程。

（四）健康指导

1.生活起居：保持环境清洁，空气清新、每天通风 2 次，每次 30 分钟，患者必要

时应戴口罩作自我保护，注意保暖，勿着凉，预防感冒，避免呼吸道感染，防止交叉感

染。做好口腔护理，注意口腔清洁，选用合适的漱口液，饭前、饭后、睡前、晨起漱口。

保持全身皮肤清洁，特别要注意会阴、肛门的清洁，预防肛周脓肿。

2.饮食调护：注意饮食卫生，进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，以增加机体抵

抗力，促进康复。多饮水，禁食生、冷、硬、刺激性食物。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免烦躁、焦虑等不良情绪。

三、疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则》第 1 版（中国医药科技出版社，2002 年）、《血

液病诊断及疗效标准》第 3 版（张之南主编，科学出版社，2007 年）拟定疗效评价标准

和评价方法。

（一）评价标准

痊愈：治疗后临床症状、体征消失或基本消失，白细胞连续两次升高至 4.0×109/L

以上，证候积分值减少≥95%。

显效：治疗后临床症状、体征明显改善，白细胞连续两次较治疗前升高50％以上，

证候积分值减少≥70%。

有效：治疗后临床症状、体征大部分缓解，白细胞连续两次较治疗前升高30％以上，

证候积分值减少≥30%。

— 289 —

血液病科中医诊疗方案

无效：治疗后临床症状及白细胞计数无明显变化者，疗效指数＜30%。

计算公式：[（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分]×100%。

（二）评价方法

根据附表中中医症状评分标准内容，在治疗前、治疗后由医生询问及检查患者的情

况后填写门诊评分记录，根据轻重程度进行评分，判断为临床治愈、显效、有效、无效。

— 290 —

血液病科中医诊疗方案

附件：中医症状分级评分标准

— 291 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主证 | 无（0） | 轻（1 分） | 中（2 分） | 重（3 分） |
| 神疲乏力 |  | 精神不振，但可行轻体力  劳动 | 精神疲乏，勉强坚持日常  工作 | 精神极度疲乏，无法日常  工作 |
| 四肢倦怠 |  | 四肢乏力，可自由行动 | 四肢无力，勉强可坚持活  动 | 四肢无力，无法坚持活动 |
| 次证 | 无（0） | 轻（0.5） | 中（1） | 重（1.5） |
| 心悸 |  | 偶尔发生 | 经常发生 | 反复发作，不易缓解 |
| 失眠 |  | 睡眠易醒，或睡而不实，  晨醒过早，不影响工作 | 每天睡眠少于 4 小时，但  尚能坚持工作 | 彻底不眠，难以坚持工作 |
| 气短 |  | 活动后气短 | 稍动即气短 | 不动时亦气短 |
| 纳呆食少 |  | 食欲差，饭量减少 1/3～  2/3 | 无食欲，饭量减少 2/3 以  上 | 厌食，食量甚少，或不食 |
| 自汗 |  | 不动则皮肤微潮，稍动则  更甚 | 不动即皮肤潮湿，稍动则  汗出 | 平素即汗出，动则汗出如  水 |
| 盗汗 |  | 头部汗出为主，偶尔出现 | 胸背潮湿，反复出现 | 周身潮湿如水洗，经常出  现 |
| 咽痛 |  | 咽痛轻微，喉核充血 | 咽痛加重，吞咽时明显，  喉核红肿有脓点 | 咽痛剧烈，吞咽困难，喉  核红肿，分泌物呈片状 |
| 口糜阴蚀 |  | 偶尔发生 | 经常发生 | 反复发生，经年累月 |
| 头晕耳鸣 |  | 偶尔发生 | 经常发生 | 经常发生，不能缓解，耳  鸣如潮 |
| 腰膝酸软 |  | 腰膝酸楚，时而作痛 | 隐隐作痛，需长变体位 | 腰痛如折，持续不已，需  服药缓解 |
| 潮热 |  | 发作有定时，扪之身热不  甚，持续时间很短 | 发作有定时，扪之身热灼  手，持续时间较长 | 发热有定时，扪之体若燔  炭，持续时间很长 |
| 畏寒肢冷 |  | 手足发冷 | 四肢发冷 | 全身发冷，得温不减 |
| 腹胀 |  | 轻微，在短时间内不缓解 | 较甚，在较长时间内不缓  解 | 整日腹胀，服药效果不佳 |
| 便溏 |  | 每日 1 次 | 每日 2～3 次 | 每日 3 次以上 |
| 头晕目眩 |  | 偶尔发生 | 经常发生 | 经常发作，不易缓解 |
| 面色少华 |  | 淡白 | 淡白无华 | 苍白 |
| 五心烦热 |  | 晚间手足心微热 | 心烦，手足灼热 | 烦热，不欲衣被 |

血液病科中医诊疗方案

舌脉：具体描述，不记分。

— 292 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健忘 |  | 偶尔忘事，尚可忆起 | 时而忘事，不易忆起 | 转瞬即遗忘，不能回忆 |
| 烦躁易怒 |  | 心烦偶燥 | 心烦偶燥，遇事易怒 | 烦躁易怒，不能自止 |
| 遗精 |  | 每月 8～10 次，仅感乏力 | 每月 11～15 次，自觉乏力，  腰膝酸软 | 每月 15 次以上，自觉乏  力，腰膝酸软，心慌气短，  面色淡白，或枯槁无华 |
| 阳痿 |  | 3 个 月 性 交 机 会 有 10  ％～25％能成功 | 3 个月性交成功率＜10％ | 3 个月内不能性交 |
| 尿赤 |  | 小便稍黄 | 小便黄而少 | 小便黄赤不利 |
| 便秘 |  | 便干难解 | 大便硬结，2～3 日一解 | 腹胀，大便硬结，3 日以  上一解 |
| 夜尿频数 |  | 夜尿 1 次 | 夜尿 2～3 次 | 夜尿 3 次以上 |
| 总积分 |  | | | |

眼科中医诊疗方案

眼

科

中医诊疗方案（试行）

目

录

视瞻昏渺（高度近视单纯型黄斑出血）中医诊疗方案……………………295

目痒病（变应性结膜炎）中医诊疗方案……………………………………298

肝劳（视疲劳）中医诊疗方案………………………………………………302

睑弦赤烂（睑缘炎）中医诊疗方案…………………………………………306

视瞻昏渺（中心性浆液性脉络膜视网膜病变）中医诊疗方案……………310

目系暴盲（非动脉炎性前部缺血性视神经病变）中医诊疗方案…………314

弱视中医诊疗方案…………………………………………………………319

视直如曲（中心性渗出性脉络膜视网膜病变）中医诊疗方案……………322

火疳（浅层巩膜炎）中医诊疗方案…………………………………………326

风赤疮痍（眼睑湿疹）中医诊疗方案………………………………………330

— 293 —

眼科中医诊疗方案

— 294 —

眼科中医诊疗方案

视瞻昏渺（高度近视单纯型黄斑出血）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》（ZY/T001.5-94）。

主症：视物模糊，视物遮挡。

2.西医诊断标准

参照《中华眼科学》（李凤鸣主编，人民卫生出版社，2005 年）。

（1）屈光度 ＞-6.00D。

（2）眼底检查：高度近视眼底改变，伴黄斑区片状出血。

（3）眼底荧光血管造影：片状遮挡荧光；条纹或网样高荧光；无脉络膜新生血管

性荧光渗漏。

（二）证候诊断

1.阴虚火旺证：视物模糊，视物遮挡，或有变形。头晕目眩，咽干，目涩，心烦失

眠，腰膝酸软，遗精盗汗。眼底见黄斑出血。舌质红，少苔，脉细数。

2.气不摄血证：视物模糊，视物遮挡，或有变形。面乏华泽，肢体乏力，纳食不馨，

口淡无味，视物疲劳，不能久视，或有便溏泄泻。眼底见黄斑出血。舌质淡，有齿痕，

苔薄白，脉细弱。

3.气滞血瘀证：视物模糊，视物遮挡，或有变形。久视则眼球酸胀，干涩疼痛，目

眶紫暗，眉棱骨疼，或见情志不舒、头晕、耳鸣、视疲劳。眼底见黄斑出血。舌暗，脉

弦细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.阴虚火旺证

治法：滋阴降火。

推荐方药：知柏地黄汤合生蒲黄汤加减。知母、黄柏、熟地、山茱萸、山药、泽泻、

茯苓、丹皮、丹参、生蒲黄、旱莲草、荆芥炭、郁金等。

中成药：知柏地黄丸等。

2.气不摄血证

— 295 —

眼科中医诊疗方案

治法：益气摄血。

推荐方药：归脾汤加减。黄芪、党参、白术、当归、丹参、陈皮、炙甘草、酸枣仁、

远志、仙鹤草、白及等。

中成药：归脾丸等。

3.气滞血瘀证

治法：行气活血。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。生地、桃仁、红花、赤芍、川芎、桔梗、柴胡、当归、

川牛膝、甘草、枳壳等。

中成药：血府逐瘀颗粒等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情，辨证选用中药注射剂，如血栓通注射液等。

（三）针灸治疗

根据患者病情辨证施治，主穴选：睛明、承泣、风池、攒竹。根据证侯辨证选择配

穴。

（四）健康指导

1.生活起居：生活要有规律，养成良好用眼习惯，减少近距离用眼时间，避免突然

用力、剧烈咳嗽、外伤、剧烈活动如蹦极、跳水等。鼓励和指导患者积极锻炼身体，以

增强体质。外出佩戴防护眼镜，保护双眼，避免强光刺激。如有眼压异常，注意定期观

察眼压变化。保持大便通畅。

2.饮食调护：注意营养均衡，不挑食，少食甜食和油腻食物，多吃水果蔬菜。

3.情志调摄：此类患者病程长，见效慢，易焦虑，应做好情志护理。

三、疗效评价

（一）评价标准

目前尚无公认的疗效评价标准，由视瞻昏渺（高度近视单纯型黄斑出血）协作组自

行拟定。

1.症状积分

（1）视物模糊；

（2）视物遮挡。

以上 2 个症状均依次分为正常、轻度、中度、重度 4 级，依次记作 0 分、1 分、2

分、3 分。

2.视力积分

采用国际标准视力表。视力提高小于 1 行、不变或下降为 0 分；提高 2 行为 1 分；

— 296 —

眼科中医诊疗方案

提高 3～4 行为 2 分；提高 4 行以上为 3 分。视力小于 0.1 者，按无光感、光感、手动、

指数/33 cm、0.02、0.04、0.06、0.08、0.1 分级，相邻等级间的视力差异记作 1 行。

3.眼底出血积分

通过眼底检查或眼底照相确定出血面积。出血无变化或扩大为 0 分；出血面积减小

1/3 为 2 分；出血面积减少 2/3 为 4 分；出血完全吸收为 6 分。

4.疗效标准

治疗前后将患者的上述各项积分相加，得到疗效积分，计算疗效指数。

疗效指数（n）= [（疗前积分 - 疗后积分）÷疗前积分]×100%

显效： n≥75%；

有效：30%≤n＜75%；

无效：n＜30%。

（二）评价方法

1.近期疗效评价方法

在患者进入路径的不同时间对患者症状和客观指标进行评价。

（1）进入路径当天，按照疾病疗效评定标准进行评价。

（2）疗程结束时进行疾病疗效评定。

2.远期疗效评价方法

此病需门诊长期随诊观察，主要以视力、FFA、OCT 以及患者症状为评价指标，对患

者视功能进行评价。

— 297 —

眼科中医诊疗方案

目痒病（变应性结膜炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医眼科学》（廖品正主编，人民卫生出版社，1992 年）。

（1）以眼部发痒为主症的眼病；

（2）双眼视力如常，眼内或两眦作痒，或痒如虫行，或奇痒难忍；

（3）或有畏光、流泪，或有粘丝状分泌物；

（4）或睑内面有扁平、大小不等、质坚而硬的淡红色颗粒，呈铺路的卵圆石样，

或半透明的颗粒，或见白睛污红，或眼内外无异常见症者。

（5）周期性反复发作，春夏季或秋季加重，冬天缓解，或常年反复发病。

2.西医诊断标准

参照《中华眼科学》（李凤鸣主编，人民卫生出版社，2006 年）。

（1）询问病史：个人及家族过敏史、用药史、发病的时间、发病的季节、病程的

长短等。

（2）症状：双眼发病，眼痒甚至奇痒，异物感，流泪，畏光，分泌物多而粘稠。

（3）体征：结膜充血、水肿，滤泡，或巨大铺路石样乳头。

（4）治疗史：对抗过敏药物治疗有效。

（5）细胞学检查：可见嗜酸细胞，变性的上皮细胞、淋巴细胞等。皮肤试验和结

膜过敏原激发试验、印迹细胞检查等可有助于诊断。

目前本病多依据病史和症状做临床诊断，实验室诊断不是必需的临床诊断条件，可

做为支持诊断。

（二）证候诊断

1.风邪外袭证：双目作痒，外形无异常。舌淡红，苔薄白，脉浮。

2.风热壅目证：双眼灼痒，睑内红赤，或半透明颗粒，或红赤颗粒，排列如铺路石

样，遇日晒或近火熏灼病情往往加重。舌红苔薄黄，脉浮数。

3.风热挟湿证：睑内奇痒难忍。眵泪胶粘，胞睑沉重，白睛黄浊。舌红，苔黄腻，

脉数。

4.血虚生风证：眼痒势轻，时作时止，或常年反复发作。舌淡脉细。

— 298 —

眼科中医诊疗方案

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风邪外袭证

治法：祛风散邪止痒。

推荐方药：消风散加减。当归、生地、防风、蝉蜕、知母、苦参、荆芥、苍术、牛

蒡子、石膏、甘草等。

中成药：防风通圣丸等。

2.风热壅目证

治法：祛风清热止痒。

推荐方药：银翘散加减。银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆

豉、牛蒡子、芦根、蝉蜕等。

中成药：银翘解毒丸等。

3.风热挟湿证

治法：祛风清热除湿。

推荐方药：除湿汤加减。连翘、滑石、车前子、枳壳、黄芩、黄连、陈皮、荆芥、

茯苓、防风等。

4.血虚生风证

治法：养血疏风止痒。

推荐方药：四物汤合消风散加减。熟地、当归、白芍、川芎、生地、防风、蝉蜕、

知母、苦参、荆芥、苍术、牛蒡子、石膏、甘草等。

（二）特色疗法

1.中药湿敷：根据病情选择祛风清热止痒中药水煎剂湿敷患眼，方药：薄荷、龙胆

草、细辛、丝瓜络、忍冬藤、甘草各等份。

2.中药超声雾化：根据病情选择超声雾化双眼，选用祛风止痒中药水煎剂雾化。可

用桑叶、菊花、银花等水煎剂 10ml，蒸馏水稀释后使用。

3.冷敷：局部冷敷可减轻症状。

4.针灸治疗：根据病情选用，针刺取光明、承泣、太阳、四白、攒竹、外关、合谷、

足三里等穴，每日一次，10 次为一疗程。

（三）健康指导

1.生活起居：提倡“治未病”，在易发病季节，如春秋季节等，减少户外活动，保

持室内清洁，勤换床单、被褥等。做好眼部护理：发作期可戴眼镜，避免阳光刺激。勿

揉眼，正确点眼药。锻炼身体，增强体质，防止时邪侵袭。缓解期可益气健脾固本，对

— 299 —

眼科中医诊疗方案

防止复发或减轻症状有积极意义。

2.饮食调护：少食或忌食刺激及辛辣厚味的食物。可自行泡制银花、菊花茶饮用。

3.情志调摄：保持心情舒畅，调整情绪，调畅气机。

三、疗效评价

（一）评价标准

目前尚无公认统一的疗效评价标准，由目痒（变应性结膜炎）协作组参照国内、外

眼科杂志中过敏性结膜炎疗效评价标准拟定。

1.评价内容：以临床症状眼痒及流泪和体征分泌物、结膜充血及结膜水肿 5 项指标

为评价内容。

2.每项评价方法：眼痒、流泪、分泌物、结膜充血、结膜水肿按标准分 0～3 级（0

无，1 轻度，2 中度，3 重度），每一级得分分值分别为 0、1、2、3 分。

（1）眼部症状

眼痒：

0、无；

1、轻度：轻微眼痒，工作忙时不察觉，或间断眼痒，无需揉眼；

2、中度：明显眼痒，有揉眼欲望，可以忍受；

3、重度：明显和持续眼痒，难以忍受，影响正常工作和生活。

流泪：

0、无泪；

1、轻度：自觉结膜囊内有泪，未流出睑缘；

2、中度：结膜囊内有泪，偶有泪液溢出睑缘到脸颊；

3、重度：经常或连续溢泪到脸颊。

（2）眼部体征

结膜充血：

0、无：无充血；

1、轻度：睑结膜、穹窿部充血，呈网状；

2、中度：睑结膜、穹窿部、球结膜充血，呈网状；

3、重度：睑结膜充血赤红成片，血管模糊不清，穹窿部、球结膜充血明显。

结膜水肿：

0、无：结膜无水肿；

1、轻度：裂隙灯下检查可见球结膜水肿；

2、中度：自然光线下可直接看到球结膜水肿；

— 300 —

眼科中医诊疗方案

3、重度：球结膜水肿泡状隆起。

分泌物：

0、无；

1、轻度：少量粘液性分泌物，呈丝状；

2、中度：中等量分泌物，呈线状；

3、重度：多量分泌物，呈片状或晨醒后粘合眼睑。

3.总体评价

根据积分评定疗效。分为显效、有效和无效。

疗效指数（n）=（疗前积分-疗后积分）/疗前积分×100﹪。

显效：治疗后眼痒、流泪、结膜病变及分泌物全部明显减轻，n≥66﹪；

有效：治疗后眼痒、流泪、结膜病变及分泌物全部缓解，33﹪≤n＜66﹪；

无效：治疗后眼痒、流泪、结膜病变及分泌物部分缓解，n＜33﹪。

（二）评价方法

1.在进入诊疗方案时，对眼痒、流泪、分泌物、结膜充血、结膜水肿等情况，对眼

部症状及体征的变化等按照目痒病疗效标准进行评价。

2.在治疗的中期及疗程结束时根据疗效标准进行评价。

— 301 —

眼科中医诊疗方案

肝劳（视疲劳）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照全国高等中医药院校规划教材《中医眼科学》（曾庆华主编，中国中医药出版

社，2003 年）。

（1）久视后有视物模糊、眼胀、头额痛、眼眶胀痛、睑沉重、眼干涩等症状，休

息后可缓解或消失。

（2）可能有屈光不正或老视。

（3）眼压不高，视野正常。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南·眼科学分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社，2006 年）。

（1）轻度

患者用眼后自觉眼部不适、视物模糊、眼部发干、烧灼感、压迫感、轻度钝痛、鼻

根部或颞部酸胀感、畏光、流泪、视物双像等。

（2）重度

自觉眼痛、头痛，甚至胸部胀满、面色苍白、心动徐缓、肩部酸痛、恶心、眩晕或

呕吐。常有精神萎靡、思睡、记忆力减退和失眠等精神症状。

（3）导致视疲劳的原因可能为：

①眼部因素：

屈光方面问题：如屈光不正（远视、散光）、屈光参差、未配戴合适的矫正眼镜等。

调节功能障碍：如老视眼、调节衰弱、调节痉挛等。

眼肌功能障碍：如外隐斜、内隐斜、集合无力、融合无力等。

眼病所致的视力不良：如原发性开角型青光眼早期，可以视疲劳为主要症状。

注视一个目标太久。

②全身因素：身体衰弱、久病恢复期、内分泌紊乱、哺乳期、更年期、神经衰弱、

神经官能症、过度疲劳。

③环境因素：光线过强或过暗、阅读材料过于细小。字体与背景对比度低、视标不

稳定。长期工作在显示器前（显示器终端综合症）。

— 302 —

（

眼科中医诊疗方案

（二）诊断要点

1.根据病史；

2.检查是由于屈光不正、调节和眼肌等原因引起的视疲劳；

3.眼部无其他器质性病变的情况。

（三）证候诊断

1.肝肾不足证：视物模糊，头晕耳鸣，腰膝酸楚。舌红，苔薄，脉细。

2.气血亏虚证：神疲乏力，失眠健忘，腰酸肢冷。舌淡胖少津或有瘀点，或唇舌紫

暗，脉沉细无力。

3.肝郁气滞证：不耐久视，视久则眼胀昏花，怕光流泪，眼眶、眉棱骨痛；全身可

见精神抑郁，头晕头痛，心烦欲吐，口苦胁胀痛。舌红苔黄，脉象弦细。

4.脾虚气弱证：喜垂闭，或病后体虚，食欲不振，四肢乏力，大便溏泄。舌淡红，

苔薄白，脉弱。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药。

1.肝肾不足证

治法：滋补肝肾，益精明目。

推荐方药：驻景丸加减。楮实子、枸杞子、五味子、制乳香、川椒、人参、熟地、

肉苁蓉、菟丝子等。

中成药：杞菊地黄丸等。

2.气血亏虚证

治法：益气养血，补心宁神。

推荐方药：十全大补汤加减。当归、川芎、白芍、熟地、人参、白术、茯苓、炙甘

草等。

中成药：十全大补丸等。

3.肝郁气滞证

治法：疏肝理气，解郁明目。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草、生姜、薄荷等。

中成药：逍遥丸等。

4.脾虚气弱证

治法：健脾益气，升阳和血。

推荐方药：助阳活血汤加减。黄芪、炙甘草、防风、当归、白芷、蔓荆子、升麻、

柴胡等。

— 303 —

眼科中医诊疗方案

中成药：补中益气丸等。

（二）特色疗法

1.针灸疗法

推荐穴位：攒竹、鱼腰、阳白、丝竹空、太阳、睛明、承泣、瞳子髎等。

气血亏虚证加足三里、关元；肝肾不足证加太冲、光明、太溪、照海、行间、肝俞、

肾俞、三阴交；肝郁气滞证者加行间。

推荐 3～5 天为 1 疗程，可行 2～3 个疗程。患者可取坐位或卧位。眼部穴位，要注

意一定的角度和深度，不宜大幅度提插和捻转。

2.推拿按摩

推荐穴位：攒竹、睛明、四白、鱼腰、太阳、百会、风池等，推荐以点按、指揉，

5 天为 1 疗程，可行 2～3 个疗程。

3.耳穴压豆

推荐以王不留行子贴敷耳廓穴位，双耳推荐穴位：眼、目 1、目 2、肝、肾、神门、

太阳等。

推荐方法：嘱患者每日自行按压贴敷部位王不留行子 2～3 次，每次根据患者接受

程度顺时针转 10 次和逆时针转 10 次，告知患者按压贴敷耳朵部位会感到酸、麻、胀或

发热。每 3～5 天为一次疗程，根据患者情况停 1～3 天，再下一次疗程。

4.梅花针

推荐穴位：正光 1、正光 2、风池、内关、大椎等。

推荐在以上各穴表皮上 1.2cm 直径内均匀扣击，以病人耐受为宜。针头专人专用，

避免出血感染。推荐治疗时间：每疗程 3～5 天，每日 1 次，两疗程间休息 5 天。

5.雷火灸

推荐穴位：印堂、鱼腰、瞳子髎、四白、睛明穴，可加灸耳门、耳垂及翳风等耳部

穴位及合谷、足三里等。

推荐方法：将艾柱点燃后置入竹筒内，然后对眼部及周边穴位进行熏蒸。先熏额头，

再熏双眼眶周围。可以平行移动，也可以围绕眼部穴位转圈或点灸。距离以患者可以忍

受为度。每天 1 次，3～5 次为 1 疗程。

6.中药眼部敷贴

敷贴眼周穴位攒竹、鱼腰、阳白、丝竹空、太阳、睛明、承泣，每日或隔日一次，

3～5 次为 1 个疗程。

7.中药滴眼液。

（三）其他疗法

— 304 —

眼科中医诊疗方案

医学验光，科学配镜。

（四）健康指导

1.尽量找出引起视疲劳的原因，并给予针对性治疗。

2.注意眼睛的保健，应合理用眼，阅读或工作时间不宜过长。每次连续用眼半个小

时，最好休息 5 分钟，轻轻闭上眼睛，做眼保健操或向远处眺望，视疲劳会明显缓解。

3.改善工作环境和生活节奏，调整情绪，保持心情舒畅。不在震荡、晃动的条件下

如坐车时阅读，不在黄昏时阅读；阅读时光线不要过暗或过强；电视屏幕亮度与色调选

择要适中，图像不清时应及时调整；在光线暗的环境中停留时间不要过长。

4.保证充足睡眠，慎适寒温，劳逸结合，积极参加体育锻炼、文体活动，增强体质，

消除精神紧张和忧郁。

5.平衡饮食：多吃谷类、豆类、水果、蔬菜，戒烟戒酒，遵循生活规律，居室环境

舒宜。

6.在医生的指导下使用眼镜。佩戴适合自己的矫正眼镜，眼睛和书本及电脑屏幕的

距离最好在一尺（即 33 厘米）左右。看书的姿势要正确，注意调整桌子和椅子的高度。

7.每日做眼保健操 2～4 次。

8.有眼病和其他全身性疾病时应及时诊治。

三、疗效评价

（一）评价标准

目前尚无公认的疗效评价标准，由肝劳（视疲劳）协作组自行拟定。

治愈：能坚持阅读、工作或睁眼生活 1 小时以上，眼痛、眼眶疼痛、畏光、羞明和

头痛症状消失；

显效：能坚持阅读、工作或睁眼生活 30～60 分钟，眼痛、眼眶疼痛、畏光、羞明

和头痛症状明显改善；

有效：阅读、工作或睁眼生活较治疗前延长 10 分钟以上，眼痛、眼眶疼痛、畏光、

羞明和头痛症状减轻；

无效：治疗前后眼部及全身症状均无改善。

（二）评价方法

1.进入路径时，对阅读、工作或睁眼生活持续时间，眼痛、眼眶疼痛、畏光、羞明

和头痛症状进行评判。

2.在治疗的中期及完成路径时，对阅读、工作或睁眼生活持续时间，眼痛、眼眶疼

痛、畏光、羞明和头痛症状进行评价。

— 305 —

眼科中医诊疗方案

睑弦赤烂（睑缘炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.5-94）。

（1）患眼刺痒灼痛，伴有干涩、羞明；

（2）睑弦红赤，肿胀，睫毛根部有脓泡，结痂皮，清除后可见溃疡、出血、溢脓，

睫毛脱落稀疏，日久形成睫毛乱生、秃睫、睑弦肥厚、变形；

（3）睑弦、睫毛根部有鳞屑，无溃疡无脓点，睫毛脱落可复生；亦有红赤糜烂仅

限于两眦者；

2.西医诊断标准

参照全国高等医药教材建设研究会规划教材《眼科学》（赵堪兴、杨培增主编，人

民卫生出版社，2008 年）。

（1）睑缘干痒、刺痛、烧灼感或异物感；

（2）睑缘显著充血，在睑缘周围形成典型的红色圈，常伴有结膜充血；

（3）睑缘皮肤充血、潮红、鳞屑附着在睫毛根部、成蜡黄或灰白，除去后，局部

只见充血，并无溃疡面，睫毛易脱落；

（4）睑缘红肿，睫毛根部有黄痂和脓疱，将睫毛粘成束，剥去痂皮，露出睫毛根

部有出血的溃疡面和小脓疱；

（5）外眦部皮肤充血、糜烂、湿润。严重时内眦受累，久之皮肤肥厚。

（二）证候诊断

1.风热外袭证：睑弦红赤，有鳞屑脱落，刺痒灼痛，干涩不适。舌红，苔薄黄，脉

数。

2.湿热壅盛证：睑弦红肿溃烂，垢腻胶粘，或有小出血，睫毛脱落，痒痛兼作。舌

红，苔黄腻，脉数。

3.心火上炎证：内外眦部为主，睑弦红赤，刺痛皲裂，小便短赤。舌红，苔黄腻，

脉数。

4.血虚风燥证：睑弦红赤反复发作，皮肤燥裂，或有脱屑，痒涩不舒。舌淡，苔薄

黄，脉细。

二、治疗方法

— 306 —

眼科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风热外袭证

治法：疏风清热。

推荐方药：银翘散加减。金银花、连翘、竹叶、荆芥、薄荷、牛蒡子、蒲公英等。

2.湿热壅盛证

治法：清热利湿。

推荐方药：除湿汤加减。车前子、滑石、白鲜皮、黄芩、防风、陈皮、茯苓、苦参、

荆芥、甘草等。

3.心火上炎证

治法：清心泻火。

推荐方药：导赤散加减。生地黄、竹叶、黄连、防风、麦冬、赤芍、甘草等。

中成药：黄连解毒丸等。

4.血虚风燥证

治法：养血润燥。

推荐方药：四物汤加减。当归、生地、白芍、川芎、苦参、防风、荆芥、甘草、天

花粉、薄荷等。

（二）中药熏洗

白鲜皮、苦参、野菊花、蒲公英、荆芥、川椒水煎后熏洗或用超声雾化仪熏洗患眼。

熏洗液熏洗湿敷：将水煎液加热，闭眼直接熏眼（以眼部能耐受为宜），待温度降

至眼部能耐受时（54℃左右 ）用干净纱块蘸药水擦洗睑缘皮肤 5 分钟，动作宜轻柔，

再蘸取药液浸渍患处湿敷 l 分钟。此过程每日 2 次，14 天为 1 疗程。

超声雾化仪熏洗：在常温下把水煎的几种药物分裂成极细小的雾状颗粒直接作用于

眼部。采用医用超声雾化器雾化，治疗时睁闭眼随意，药雾沿着传输管可直接接触患眼

每日 1 次，每次 15 分钟，14 次为 1 疗程。

治疗过程中应注意，如有皮肤损伤，要做好伤口消毒处理，以防发生感染。

（三）离子导入

白鲜皮、苦参、野菊花、蒲公英、徐长卿、赤芍、荆芥、川椒、蕤仁，水煎后进行

离子导入治疗。

操作方法：患者取平卧位，闭眼，将机器接通电源，检查机器状态及电极导电情况，

将电流开关旋至 0 位，极性开关选择+位，以消毒小纱块浸湿药物水煎液覆盖患者眼上，

选择阳极盖眼，放盐水纱块于阴极垫枕部，轻轻旋动电流开关，将电流调至 1mA 以下，

以患者有麻刺感而又可以忍受为度治疗 15 分钟。治疗完毕先将电流开关轻旋至 0 位，

— 307 —

眼科中医诊疗方案

关电源开关，取下电极及纱块，为患者擦干眼睑。治疗过程要定时巡视，特别是观察电

流表指针的变化，如指针自动上升超过规定的强度，应及时将其调至合适的位置并询问

患者的感觉，避免灼伤眼部皮肤组织。

（四）其他疗法

1.睑缘清洁

使用生理盐水清洁睑缘，拭去鳞屑、脓痂、已松脱的睫毛及睑板腺分泌物，并进行

睑板腺按摩，必要时可以热敷。

2.局部应用眼药水或眼膏

（五）健康指导

1.保持眼部清洁，勿揉擦眼睛，避免一切物理、化学刺激（包括风、尘、烟、热、

有害气体、烟雾、强光、红外线、劣质化妆品、局部用药等）。

2.矫正屈光不正，治疗视疲劳。

3.注意营养，锻炼身体，保证睡眠时间和质量，治疗全身其他慢性病，提高机体免

疫力。

4.避免熬夜、精神紧张、戒烟酒、少食辛辣刺激性食物。

5.症状改善后，建议坚持治疗一段时间，以防止复发。

三、疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》拟定。

（一）评价标准

以临床症状、体征为观察指标。

1.治愈：睑弦红赤消退，溃疡愈合，诸症消除；

2.好转：睑弦红赤减轻，溃疡缩小，诸症好转；

3.未愈：睑弦红赤溃烂无好转，反复发作。

睑弦红赤、睑弦溃疡按标准分 0～3 级（0 无，1 轻度 ，2 中度，3 重度），每一级

得分分值分别为 0、1、2、3。

（1）眼部症状

眼睑干痒：

0 无；

1 轻度：轻微眼痒，工作忙时不察觉，或间断眼痒，无需手抓；

2 中度：明显眼痒，有手搔欲望，可以忍受， 伴刺痛；

3 严重：明显和持续眼痒，伴异物感，不能忍受，影响正常工作和生活。

眼睑异物感：

— 308 —

眼科中医诊疗方案

0 无眼部异物感；

1 轻度：轻度异物感，可以忍受；

2 中度：明显异物感，尚可忍受，不影响日常生活；

3 重度：明显异物感，很难忍受，影响日常生活。

（2）眼部体征

眼睑红赤：

0 无；

1 轻度：眼睑充血；

2 中度：睑缘皮肤充血、潮红；

3 重度：睑缘红肿，睫毛根部有黄痂和脓疱。

睑缘分泌物及溃疡：

0 无：溢液、分泌物；

1 轻度：按摩睑缘，少量黏液性分泌物溢出；

2 中度：睑缘有微小溃疡，有少量黏性分泌物结成硬痂；

3 重度：睑缘布满分泌物形成的硬痂，去除硬痂时，大量脓性分泌物溢出。

（二）评价方法

1.治疗前，对眼睑分泌物、溃疡、干痒、眼睑红赤等情况进行疾病疗效标准进行评

价。

2.在治疗的中期及疗程结束时根据疗效标准进行评价。

计算公式（尼莫地平法）为：[（治疗前积分-治疗后积分）／治疗前积分]×100%。

— 309 —

眼科中医诊疗方案

视瞻昏渺（中心性浆液性脉络膜视网膜病变）

中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材、新世纪全国高等中医药院校规划教

材《中医眼科学》（第二版）（曾庆华主编，中国中医药出版社，2007 年）。

（1）自觉眼前灰黄暗影遮挡，视物不清、变形。

（2）视力下降，但常不低于 0.2。

（3）眼底黄斑部视网膜水肿呈圆形反光轮，中心凹反光消失，或伴有黄白色点状

渗出。

（4）眼底荧光血管造影、光学相干断层扫描检查（OCT）等检查有助诊断。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南-眼科学分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社，2006 年）。

（1）临床表现：

症状：眼前中央暗影遮挡，视物不清、视物变形。

眼部检查：检眼镜下黄斑区局限性盘状浆液性脱离，中心凹反光消失。

（2）实验室及特殊检查：

①Amsler 表检查：可见中心暗点、方格变形。

②眼底荧光素血管造影：黄斑区出现荧光渗漏点、渐呈喷射状、墨渍样扩大。

③光学相干断层扫描检查（OCT）：后极部浆液性视网膜神经上皮脱离或伴有浆液性

RPE 脱离。

（二）证候诊断

1.水湿上泛证：视物模糊，眼前出现有色阴影，视物变形或变小；眼底见黄斑部水

肿，视网膜呈圆形反光晕轮，中心凹反射消失；兼见胸闷不舒，胁肋胀痛，大便稀溏。

舌苔滑腻，脉濡。

2.痰浊内蕴证：多见于病情缠绵迁延，视物模糊，眼前暗影，视物变形；眼底见黄

斑部水肿减轻，出现黄白色渗出，中心凹反射消失或减弱；兼见胸闷纳呆，食少便溏。

舌质淡，舌苔白腻，脉濡。

— 310 —

（

眼科中医诊疗方案

3.肝肾亏虚证：病属后期，视物仍模糊，或有视物变形、易色；眼底见黄斑区色素

紊乱，少许黄白色渗出，中心凹反射仍未见；伴有头晕耳鸣，腰膝酸软。舌质红，舌苔

少，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.水湿上泛证

治法：利水渗湿，调和肝脾。

推荐方药：五苓散合逍遥散加减。白术、茯苓、猪苓、泽泻、车前子（包）、当归、赤

芍、柴胡、生甘草等。

中成药：五苓散、逍遥丸等。

2.痰浊内蕴证

治法：健脾化痰，利水渗湿。

推荐方药：二陈汤合五苓散加减。陈皮、制半夏、茯苓、白术、猪苓、泽泻、丹参、

生薏仁、贝母、生甘草等。

中成药：二陈丸、参苓白术散（丸）等。

3.肝肾亏虚证

治法：滋养肝肾，活血明目。

推荐方药：杞菊地黄丸加减。枸杞子、菊花、熟地、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、丹

参、昆布、炙甘草等。

中成药：杞菊地黄丸、明目地黄丸等。

（二）特色疗法

1.针灸治疗

（1）应用时机：单纯口服药物治疗效果不佳时可选用。

（2）常用穴位：风池、球后、头临泣、太阳、翳明、百会、合谷。捻转之平补平泻，

或不施手法。

2.皮下注射

主要是当单纯口服药物治疗效果不佳时，配合口服药物治疗。应用复方樟柳碱注射液

（2ml/ 支）在颞浅动脉旁皮下注射，1 支/天。

3.离子导入

离子导入也是作为配合口服中药的辅助治疗方法。

导入药物：丹参注射液，每次 2 mL/眼。导入方法：使用离子导入仪，采用眼枕导入法，

取两个直径为 3～4 cm 的圆形电极置于双眼上，另取一个 6 cm×10 cm 的电极置于枕部。

导入时间：每次 15 分钟。通电强度：根据患者的耐受程度调整，常用 1～2 mA。治疗频率：

— 311 —

眼科中医诊疗方案

治疗的最初 2 周为 1 次/日，后频率延长为每 3 日 1 次。

灼伤是本治疗最常见的并发症。因此，治疗过程中要定时巡视，特别是观察电流表指针

的变化，如指针自动上升超过规定的强度，应及时将其调至合适的位置并询问患者的感觉。

（三）其他疗法

1.光凝治疗

（1）适应症

初次发生及复发病例渗漏点距离中心凹 300μm 以外是考虑传统光凝治疗的主要因素。

以下是参考因素：①视网膜浆液性脱离持续存在；②既往患病时已造成视力明显损害的眼再

次复发；③另一眼既往发病时视力明显损害者；④因职业等原因需要尽快恢复视力者。

（2）禁忌症

渗漏点距离中心凹 200μm 以内的病例。

（3）操作方法

①对于黄斑无血管区以外的渗漏点，采用直接光凝，要求光凝位置精确，首选黄光，I

级光斑反应。②对于黄斑无血管区以内部位的渗漏点，采用间接光凝，光凝部位在渗漏点远

离中心凹的盘状视网膜脱离区的外围半周选用黄光光凝 1～2 排，浅 I 级～I 级光斑反应。③

对于多发弥散的渗漏点、定位困难的渗漏点，在相应病变的小范围内行稀疏的格栅状光凝，

均为 I 级光斑反应。

对于激光光斑的大小的选择，一般应用直径 100um 的光斑，血管弓外可用 200um 的光斑。

曝光时间一般为 0.1～0.2s。

（4）注意事项

激光治疗可缩短病程，缓解症状，促进浆液性脱离复位，降低复发的风险，但不改善最

终视力预后。

2.经瞳孔温热疗法（TTT）

（1）适应症

旁中心凹下渗漏者。适用于病程迁延或病变涉及黄斑中心 500um 区域造成中心视力严重

受损，而又不能行常规激光治疗者，这时可选择 TTT 疗法。

（2）禁忌症

渗漏部位在视盘与黄斑中心之间（盘斑束）者。

（3）操作方法

常规扩瞳，在 Goldmann 三面镜下（放大倍数 1.08） 采用 810 nm 半导体激光进行 TTT

治疗。光斑大小 0.5～1.0 mm，点数 1～3 个，能量在 100～150 mw，时间 60 s。以视网膜

无颜色或轻微发灰改变为宜。治疗范围以 FFA 确定的渗漏点为准，每处渗漏点照射 1 个激

光点。

— 312 —

眼科中医诊疗方案

3.光动力疗法（PDT）

（1）适应症

适用于活动性渗漏点位于黄斑中心凹无血管区或弥漫性 RPE 渗漏的患者。

（2）操作方法

静脉注入半量即 3mg /m2 的维替泊芬， 10 分钟内注射完毕， 并于开始输注药物后 15

分钟， 通过激光裂隙灯用功率密度 600 mW /cm2、能量密度 50 J/cm2的和波长 689 nm 的半

导体激光光斑覆盖并照射 ICGA 显示的扩张扭曲的高渗透性异常脉络膜血管 83s，治疗后 48 h

内注意避光。

（四）健康指导

1.饮食宜清淡，忌肥腻厚味、辛辣刺激，戒烟酒。

2.外出戴有色眼镜，以防强光刺激。

3.注意休息，避免过用目力。

4.调摄情志，保持心情舒畅。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中医药行业标准《中医眼科病证诊断疗效标准》。

治愈：眼底病变消退，视力基本恢复。

好转：眼底病变减轻退，视力部分恢复，视直如曲减轻。

未愈：黄斑区病变无改善，视直如曲无好转，视力不提高或减退。

（二）评价方法

1.眼底水肿：眼底水肿范围以视盘大小为参照。比较治疗前后的变化。

2.视力：用国际标准视力表，检查远近视力及矫正视力。比较治疗前后视力的变化。

3.视直如曲：采用 Amsler 表，观察中央区有无发暗，方格是否规整，线条有无弯

曲和中断，让患者用笔将病变范围画出。比较治疗前后病变范围的变化。

4.光学相干断层扫描检查（OCT）：对比治疗前后黄斑中心凹厚度、总黄斑容积、RPE

脱离高度的变化。

5.在不同时间对眼部症状和客观指标进行评价。

（1）治疗当天：进行眼部症状等级积分和客观指标评价。

（2）治疗 15 天：进行眼部症状等级积分和客观指标评价。

（3）治疗 30 天：进行眼部症状等级积分和客观指标评价；按照“评价标准”进行疗效

判定。

— 313 —

眼科中医诊疗方案

目系暴盲（非动脉炎性前部缺血性视神经病变）

中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医眼科学》（曾庆华主编，中国中医

药出版社，2007 年）

（1）单眼或双眼视力突然下降或失明，而外眼轮廓无异常。

（2）眼底检查可见视神经乳头水肿，可呈不均匀性或弥漫性。

（3）视野检查多见与生理盲点相连的象限性、水平性或神经束样缺损。

（4）瞳孔直接对光反应迟钝或消失。

（5）色觉减退先红后绿。

（6）荧光血管造影检查有助于诊断。

2.西医诊断标准

参照《视神经疾病中西医结合治疗》（韦企平主编，人民卫生出版社，2007 年）。

（1）视力突然减退或丧失，通常不伴有眼球转动痛或钝痛。部分患者发病前可有

一过性视物模糊或黑矇。

（2）患眼瞳孔有 RAPD。

（3）眼底视盘轻度水肿并伴出血。

（4）视野检查主要表现为与视乳头相连的扇形或类象限性缺损。

（5）视觉诱发电位及眼底荧光血管造影检查，有上述支持视神经传导功能受阻及

视盘荧光充盈迟缓或缺损的证据。

（6）能排除炎性病灶、脱髓鞘疾病、遗传性以及颅内占位性病变等。

患者为中老年人，有全身血管性疾病及 TCD 或 CDI 检查有异常，均是支持 NAION 的

参考依据。

（二）证候诊断

1.气滞血瘀证：视力骤降，心烦郁闷，头目胀痛，胸胁胀满。舌质紫暗或有瘀斑，

脉弦数。

2.气虚血瘀证：视力骤降，头胀痛或眼刺痛不移，神疲乏力，面色萎黄，倦怠懒言。

— 314 —

眼科中医诊疗方案

舌质偏淡或见瘀斑，脉象细涩或细数无力。

3.气血两虚证：素体亏虚，视物模糊，面色无华，懒言少动，食少便溏。唇舌淡白，

舌淡嫩，脉细无力。

4.阴虚阳亢证：突然视物不见，眩晕头痛，耳鸣健忘，失眠多梦，腰膝酸软，面部

烘热，心烦易怒。舌红苔薄黄，脉弦滑或弦细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：疏肝解郁，行气活血

推荐方药：逍遥散合桃红四物汤加减。柴胡、当归、白芍、茯苓、炒白术、甘草、

薄荷、石菖蒲、桃仁、红花、生地黄、川芎等。

中成药：逍遥丸、丹栀逍遥丸、丹七片、复方血栓通胶囊等。

2.气虚血瘀证

治法：补气养血，化瘀通络。

推荐方药：益气通络方或补阳还五汤加减。炙黄芪、熟地黄、当归、白芍、川芎、

鸡血藤、丝瓜络、路路通、女贞子、红花、枳壳、葛根等。

中成药：补中益气丸、生脉胶囊、复方血栓通胶囊、灯盏生脉胶囊等。

3.气血两虚证

治法：补益气血，通络明目。

推荐方药：八珍汤加减。太子参、炒白术、茯苓、地黄、当归、赤芍、川芎、黄芪、

丹参、石菖蒲、炙甘草等。

中成药：归脾丸、人参养荣丸、补中益气丸等。

4.阴虚阳亢证

治法：滋阴潜阳，活血通络。

推荐方药：镇肝熄风汤或知柏地黄汤加减。生龙骨、生牡蛎、代赭石、白芍、生地、

玄参、龟板、牛膝、钩藤、菊花、远志、菖蒲、红花等。

中成药：知柏地黄丸、杞菊地黄丸等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

以益气活血通络为原则，选用生脉注射液、川芎嗪注射液、灯盏花素注射液、丹参

注射液等。

（三）针灸疗法

— 315 —

眼科中医诊疗方案

1.体针：在眼周局部选穴基础上，重视全身辨证配穴。根据病情以循经取穴为主，

取手足三阳经、足厥阴肝经、足少阴肾经、手少阴心经穴位为主。

眼周穴位：睛明、上明、承泣、球后、攒竹、丝竹空、鱼腰、四白、瞳子髎等。

头区穴位：角孙、窍明、阳白、太阳、百会、四神聪、头维、风池、翳明等。

全身穴位：合谷、光明、足三里、三阴交、中都、蠡沟、肝俞、肾俞、行间、太冲。

每次眼周可选 2～3 穴，头区及全身可选 6～7 穴，针法以补为主，但气滞血瘀等实

证应施以泻法或平补平泻法。本病常与高血压及心脑等系统性血管性疾病伴发，急性期

时根据患者病情需要，不可强行实施针灸。每日或隔日 1 次，21 次 1 个疗程。

2.头针：根据病情，选择枕上正中线、枕上旁线，选用 28～30 号长 1.5～3 寸的毫

针，针与头皮呈 30°夹角进针，捻转 2～3 分钟，每分钟捻转 200 次左右，留针 20～30

分钟后起针。出针后消毒干棉球按压针孔片刻，以防出血。

视区：在枕骨粗隆水平线上，旁开 1 厘米，向上引平行于前后正中线的 4 厘米直线，

可用电针仪刺激，弱至中度刺激强度，持续 10～15 分钟 。

3.电针：在传统循经配对取穴并针刺“得气”后，接通电针治疗仪，选用连续波或

疏密波，用中等强度刺激，每日 1 次，每次 20 分钟，15 次 1 个疗程。使用该疗法应注

意：①熟悉所用电针治疗仪的性能和各项输出参数，辨认出电针仪输出端的正负极（刺

激强者为负极，刺激弱者为正极）。②治疗前各旋钮位置应全部置于“O”位，治疗开始

时再将输出电位由“O”位逐渐调高输出电流量至所需程度，严禁突然骤增电量，导致

患者因强烈刺激而恐慌或痛苦。③对患有严重心脏病者，近期脑血管意外患者、妊娠妇

女、极度衰弱或严重晕针反应者慎用或不用电针。

（四）特色疗法

1.穴位注射：复方樟柳碱注射液、丹参注射液等，患侧/双侧颞浅动脉旁或太阳穴

皮下注射，或肾俞、肝俞穴位交替注射。每日 1 次，21 次为一疗程。

2.中药离子导入：根据病情选用丹参、血栓通注射液等药，每次 20 分钟，每日 1

次，21 次为一疗程。

（五）其他疗法

1.根据病情需要选择使用推拿、点穴、刮痧、熏蒸等特色疗法。

2.根据病情选择营养神经药物。

（六）内科基础治疗

对于视力急剧下降、视盘水肿明显的重症患者可酌情给予甲泼尼松龙静脉滴注治

疗。在全身使用糖皮质激素治疗同时应给予胃粘膜保护剂，注意补钾补钙及全身相关禁

— 316 —

眼科中医诊疗方案

忌症。对于有全身禁忌症或重症患者可酌情给予局部激素应用。如合并高血压、糖尿病、

冠心病、贫血等基础疾病，治疗参考其相关疾病指南进行。

（七）护理调摄

1.心理护理：针对不同患者的心理反应和精神需求进行护理，使患者保持心情愉快，

避免精神紧张和剧烈情绪波动至关重要。应根据病人年龄、文化背景和个性进行心理疏

导，帮助病人树立健康乐观的生活态度。建立医患相互信任，积极配合以提高疗效。

2.眼部护理：嘱患者静心养息，爱惜目力。缩短日常用眼时间，特别不宜长时间阅

读、观看电视。患病期间，应避免阳光、风尘等各种不良刺激。户外佩戴有色眼镜，病

室安静，室内光线亮度适中，背景柔和，避免视觉疲劳。为提高疗效，瞩患者进行局部

穴位按摩，如睛明穴、承泣穴、四白、攒竹、丝竹空等。

3.日常生活调理：饮食不宜过食滋腻厚味，应特别避免辛辣刺激性食物。适当增加

新鲜水果蔬菜。建议患者尽量停止或减少吸烟。适当增加睡眠时间，保持大便通畅。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》拟定。

通过视力评分、视野评分、证侯评分三项总分进行评价。

显效：总分≥5 分；

有效：总分 2～4 分；

无效：总分≤1 分。

（二）评价方法

1.视力评分

采用国际标准视力表，视力在一周内稳定。无光感至光感计2行，光感、手动、指

数、0.02、0.04、0.06、0.08、0.1间隔均计1行。治疗后视力增长≥3行计4分，视力增

长2行计2分，视力增长≤1行计0分。

2.视野评分

采用 OCTOPUS 101 视野计

（1）视力＞0.1，能看清十字形固视点者采用G2程序测量30度视野，并记录MD和MS

值，计算缺损率MD%=MD/（MS+MD）×100%，ΔMD%= MD出院%－ MD入院%。如ΔMD%＞10%计1

分，ΔMD%＞15%计2分，ΔMD%＞30%计4分；

（2）不能配合G2程序者采用LVC程序测量30度视野。记录MS值，ΔMS%=（MS出院－MS

入院

）/30dB×100%。如ΔMS%＞10%计1分，ΔMS%＞15%计2分；

— 317 —

眼科中医诊疗方案

视力过低无法进行视野检查者此项计0分。

3.证侯评分标准

主要以下面三个症状作为疗效评价标准：

（1）视物模糊；

（2）暗影遮挡；

（3）视疲劳。

根据症状消失、轻、中、重，分别计3、2、1、0分。

证侯得分=疗后积分-疗前积分。

— 318 —

眼科中医诊疗方案

弱视中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医眼科学》（彭清华主编，中国中医药出版社，2012 年 6 月第 9 版）。

（1）矫正视力：3 岁以下儿童低于 0.5；4～5 岁儿童低于 0.6；6～7 岁儿童低于

0.7；或 8 以上岁儿童低于 0.8；或双眼视力相差 2 行及以上。视力检查中，对单个字体

的辨认能力比对同样大小排列成行字体的辨认能力高（拥挤现象），对比敏感度降低，

立体视功能障碍，或眼底检查常有异常固视。

（2）常规检查无器质性病变。

2.西医诊断标准

参照《眼科学》（葛坚主编，人民卫生出版社，2010 年 7 月第 2 版）。

（1）视觉发育期内由于异常视觉经验引起的单眼或双眼最佳矫正视力下降，或两

眼最佳矫正视力相差两行或更多，眼部检查无器质性病变。弱视诊断要参考不同年龄儿

童正常视力下限：矫正视力 3 岁以下儿童低于 0.5；4～5 岁儿童低于 0.6；6～7 岁儿童

低于 0.7；或 8 以上岁儿童低于 0.8；或双眼视力相差 2 行以上。

（2）屈光参差性弱视：双眼远视性球镜屈光度数相差 1.50 DS，或柱镜屈光度数相

差 1.00DC，屈光度数较高眼形成的弱视。

（3）屈光不正性弱视：多发生于未配戴屈光不正矫正眼镜的高度屈光不正患者。

屈光不正主要为双眼高度远视或散光，且双眼最佳矫正视力相等或接近。

（二）证候诊断

1.禀赋不足证：先天远视、近视等致视物不清；或有身体瘦弱，头晕耳鸣，盗汗，

多动易躁，偏食或厌食。舌淡，脉弱。

2.脾胃虚弱证：视物不清，或胞睑浮肿，或兼见小儿偏食，面色萎黄，神疲乏力，

食欲不振，便溏。舌淡边有齿痕，脉细弱。

3.气血亏虚证：视物不清，全身兼见面色少华，头晕失眠，气短身疲，食欲不振。

舌淡，苔白，脉细无力。

二、治疗方法

（一）针刺治疗

— 319 —

眼科中医诊疗方案

眼部取穴：攒竹、睛明、承泣、四白、球后、太阳、瞳子髎。

头部及远端取穴：风池、光明、翳明、百会。

辨证取穴：先天禀赋不足配肝俞、肾俞、三阴交，脾胃虚弱配足三里、脾俞、胃俞、

合谷，气血亏虚配足三里，关元、合谷。

方法：每次治疗时，三组穴各取 2～3 穴，年龄较小的患儿不留针，年龄较大的患

儿可留针 15～20 分钟。每日或隔日一次，10 天为 1 疗程。眼部穴位，不宜大幅度提插

捻转；也可采用穴位电刺激治疗。

（二）推拿疗法

对于患儿年龄较小，惧怕针刺者，可选以上穴位行局部按摩。每天按摩 1 次，每次

10～15 分钟。

方法：每穴点按或推 30～50 次， 每天按摩 1 次，每次 15～20 分钟。10 天为 1 个

疗程。

（三）梅花针叩刺

取穴：百会、翳明、风池、合谷、外关、视区（头皮针）。

方法：局部消毒后进行梅花针局部叩刺，每个治疗穴位或部位叩刺 200～300 下左

右，以局部出现潮红为度。每天 1 次，10 天为 1 个疗程。

（四）耳穴贴压

主穴：肝、脾、肾、心。

配穴：眼、目 1，目 2。

方法：耳廓皮肤用 75%乙醇棉球消毒，用胶布把王不留行籽贴压在所选穴位敏感点

上，嘱其常按压，以耳廓达到热、胀、酸、痛为度。每次贴双耳，每日按压 4～5 次，

每次 3～5 分钟，连续 10 天为 1 疗程，后除去，休息 2～3 天继续治疗。（注意：耳穴贴

压的药丸每天应按照要求按压，不可过多揉搓，以免皮肤溃破造成感染）

（五）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.禀赋不足证

治法：补益肝肾。

推荐方药：六味地黄汤加味。熟地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、丹皮、白芍、菟

丝子、川芎、覆盆子、车前子、枸杞等。

2.脾胃虚弱证

治法：健脾益气。

推荐方药：参苓白术散加减。党参、白术、茯苓、山药、炙甘草、白扁豆、莲子肉、

薏苡仁、砂仁、桔梗等。

— 320 —

眼科中医诊疗方案

中成药：健脾丸等。

3.气血亏虚证

治法：补益气血。

推荐方药：八珍汤加减。熟地、赤芍、当归、川芎、人参、茯苓、白术、甘草、黄

芪等。

（六）屈光矫正

弱视患儿应首先在睫状肌麻痹后进行医学验光配镜，矫正屈光不正。

（七）遮盖疗法

遮盖疗法：适用于屈光参差性弱视以及双眼视力相差 2 行以上的弱视患儿。遮盖优

势眼，每天遮盖 6 小时。

（八）其他疗法：对于中心注视性弱视，采取常规遮盖疗法，或压抑疗法，联合视

刺激疗法（CAM）和视功能训练；对于旁中心注视性弱视，可先采取后像疗法转变注视

性质，待转为中心注视后，再按中心注视性弱视治疗。

（九）健康指导

1.生活起居：注意用眼卫生。加强体育锻炼，增强体质。按时就诊，定期复查。

2.饮食调理：注意营养均衡，不挑食，少食甜食和油腻食物，多吃水果蔬菜。指导

患儿多食有益于健脾养胃，补益气血的食物。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《眼外肌病学》（杨景存主编，郑州大学出版社，2003 年 5 月第 1 版）。

1.治愈：经过 3 年随访，视力保持正常；并有双眼单视功能。

2.基本治愈：矫正视力提高到≥0.9，或者达到相应年龄的正常视力。

3.进步：视力提高 2 行或 2 行以上。

4.无效：视力退步，不变或仅提高 1 行。

（二）评价方法

在进入路径当天、治疗 2 个月、治疗 4 个月、出路径时分别依据裸眼远近视力、屈

光度和矫正视力等指标进行评价。

— 321 —

眼科中医诊疗方案

视直如曲（中心性渗出性脉络膜视网膜病变）

中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中西医结合眼科学》（李传课主编，中国中医药出版社，2001 年）。

（1）多见于青壮年，单眼发病，无性别差异。

（2）自觉视力下降，视物变形，眼前暗影。

（3）黄斑区有灰白圆形渗出块，病灶周围有出血。

（4）眼底荧光血管造影、吲哚青绿脉络膜血管造影（ICGA）、光学相干断层扫描检

查（OCT）有利于确诊。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南-眼科学分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社，2006 年）。

（1）视物变形，中心视力下降。

（2）视野相应部位有绝对或相对暗点。

（3）眼底检查可见黄斑区视网膜下一孤立性圆形灰白色膜状物，大小约为

1/4PD-1PD，周围有出血、水肿。

（4）眼底荧光血管造影显示脉络膜新生血管膜呈强荧光斑，形态如花瓣状或车轮

状高荧光，晚期荧光渗漏融合成片，出血处呈荧光遮蔽，CNV 形成癍痕处荧光增强但

不扩大。

（5）光学相干断层扫描检查（OCT）显示 CNV 位于神经上皮下或色素上皮下， CNV

团样灶呈梭型复合体的高反射区，可伴发神经上皮脱离、色素上皮脱离、出血、水肿等。

（二）证候诊断

1.湿热痰瘀证：视直如曲，视物昏蒙或视大为小，黄斑区出血不多，血色暗红，

渗出物多，伴头重胸闷，食少腹胀，便溏溲黄。舌苔黄腻，脉滑。

2.肝经郁热证：视直如曲，视物昏蒙或视大为小，眼底见黄斑部出血及渗出不多，

色素紊乱，伴情志不舒，神情忧郁，月经不调，乳房胀痛，烦躁易怒，口苦失眠，

胁肋胀痛。舌红苔薄黄，脉弦或数。

3.阴虚火旺证：视物模糊，视物变形，眼前暗影，黄斑部有渗出灶及出血，血色鲜

— 322 —

（

眼科中医诊疗方案

红。伴干涩昏花，五心烦热，心烦失眠，口干咽燥。舌红少苔或薄黄苔而干，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.湿热痰瘀证

治法：清热利湿，化痰祛瘀。

推荐方药：三仁汤加减。杏仁、滑石、厚朴、生苡仁、半夏等。

中成药：和血明目片等。

2.肝经郁热证

治法：清肝解郁，凉血祛瘀。

推荐方药：丹栀逍遥散加减。丹皮、栀子、赤芍、柴胡、枳壳、川芎、当归、陈皮、

郁金、浙贝、甘草等。

中成药：丹栀逍遥丸等。

3.阴虚火旺

治法：滋阴降火，活血化瘀。

推荐方药：知柏地黄汤加减。知母、黄柏、熟地、山萸肉、泽泻、山药、茯苓、丹

皮、三七、白芍等。

中成药：知柏地黄丸、血栓通胶囊等。

（二）针灸治疗

1.针刺治疗

根据病情辨证取穴。一般局部取穴可选用承泣、攒竹、睛明、瞳子髎、丝竹空、鱼

腰、四白、球后、太阳等，近端取穴可选取风池、四神聪、百会等，远端取穴可选合谷、

外关、足三里等穴。每次局部和全身可选 2～4 穴，平补平泻法，每日或隔日 1 次，21

次 1 个疗程。

2.电针治疗

在针刺得气的基础上，接通电针治疗仪，选用疏密波，用中等强度刺激，每日 1 次，

每次 20 分钟，21 次 1 个疗程。

（三）中药离子导入：对于黄斑区出血量多者，可选用复方丹参注射液或血栓通注

射液，电离子导入（棉片法）。

（四）其他疗法

1.光凝治疗：适用于中心性渗出性脉络膜视网膜病变的CNV位于黄斑中心凹500um以

外的区域，可配合氪黄激光。

— 323 —

眼科中医诊疗方案

2.光动力疗法（PDT）：适用于黄斑区附近典型性的活动性CNV的患者。

激光功率密度为600 mW／cm2；CNV大小将光斑直径大于至少l000um；激光照射病变

2

（五）健康指导

1.眼部保健：避免久视，凡视物疲劳时，可闭目静养 10～20 分钟，或远眺。避免

强光刺激，日光下配戴遮阳帽、太阳镜。

2.情志调摄：避免不良的情绪刺激，减轻工作压力及紧张程度。

3.饮食调理：忌烟酒，宜清淡饮食，少食肥甘厚腻之品。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照 2009 年 01 期国际眼科杂志《凉血化瘀中药治疗中心性渗出性脉络膜视网膜病

变疗效观察》（李学晶，唐由之）拟定。

1.症状评价标准

（1）临床痊愈：n≥95%；

（2）显效：n≥70%；

（3）有效：30%≤n＜70%；

（4）无效：n＜30%。

2.视力评价标准

比较基线和随诊时的视力的变化：基线视力（ETDR 视力表字母数）（⎯X SD）。

显效：视力增加 10 字母以上；

有效：视力增加 5 字母以上；

稳定好转：视力增加在 2～4 个字母之内；

无效：视力无变化或下降在 5 个字母以上。

3.相关检查评价标准

（1）荧光素眼底血管造影（FFA）：

对比治疗前后 CNV 渗漏程度及最大线性比（GLD）。

（2）光学相干断层扫描检查（OCT）：

对比治疗前后黄斑中心凹厚度、总黄斑容积的变化。

（二）评价方法

在进入路径当天、疗程结束时，分别采用症状、视力、相关检查评价标准进行评价。

1.症状评价方法

疗效指数（n）=（疗前积分－疗后积分）/疗前积分×100％

— 324 —

时间为83s；总积分光通量为50J／cm 。

眼科中医诊疗方案

症状指标：根据以下 2 个指标作为评价标准

2.视力评价方法

基线视力（ETDR 视力表字母数）（⎯X SD）。

3.相关检查评价方法

FFA、OCT。

— 325 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 无 | 轻度 | 中度 | 重度 |
| 视物如曲 | 3分 | 2分 | 1分 | 0 |
| 视物昏蒙 | 3分 | 2分 | 1分 | 0 |

眼科中医诊疗方案

火疳（浅层巩膜炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.5-94）。

主要症状：白睛里层局限赤脉紫红，或有隆起结节，疼痛拒按，畏光流泪。

次要症状：病变相邻黑睛侵淫生翳，视物模糊；眼球微凸，转动不利；出现视歧，

白睛赤胬；眼珠剧痛，眼压增高。反复发作，白睛青蓝。

具备主症，结合次症或起病、诱因、既往史、性别、年龄等即可确诊。

2.西医诊断标准

参照《眼科学》（赵堪兴、杨培增主编，人民卫生出版社，2010 年）。

（1）临床特点

症状：突发眼红眼痛，畏光流泪。

体征：局限性结膜充血或睫状充血，局部平坦、或有轻度隆起、或有结节样隆起，

结节可单个或多个，病变处有触压痛。

预后：愈后遗留青灰色斑或病情向深部发展。有复发性、自限性。

（2）辅助检查

相关免疫检查有助诊断。如血沉、血清尿酸、类风湿因子、免疫复合物等异常。

（二）病类诊断

1.单纯性表层巩膜炎：火疳无结节者。

2.结节性表层巩膜炎：火疳有结节者。

（三）证候诊断

1.肺热壅盛证：白睛隐痛，羞明流泪，局部赤脉紫红，或有隆起结节，压痛，或伴

有咽痛咳嗽，溲黄便秘。舌质红，舌苔黄，脉数。

2.火邪蕴积证：目赤胀痛，羞明流泪，视物模糊。白睛紫红隆起结节较大，压痛加

剧，可伴黑睛生翳，或伴有畏寒发热，口苦咽干，大便干结，溲短黄赤。舌质红，舌苔

黄，脉数。

3.风湿热邪证：白睛结节隆起赤秽，胀痛，视物模糊，病程缠绵，或伴有骨节酸痛，

胸闷纳呆。舌质红，舌苔黄腻，脉濡数。

— 326 —

眼科中医诊疗方案

4.气阴两虚证：病至后期，目涩酸痛，羞明难睁，白睛结节，色泽暗红，反复发作，

或伴有口干舌燥，颧热潮红。舌质红少苔，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂

1.肺热壅盛证

治法：清泻肺热，活血散结。

推荐方药：泻白散加减。地骨皮、桑白皮、炙甘草、粳米、郁金、夏枯草等。

2.火邪蕴积证

治法：泻火解毒，凉血散结。

推荐方药：还阴救苦汤加减。黄连、黄芩、黄柏、知母、生地黄、连翘、龙胆草、

升麻、苍术、炙甘草、柴胡、防风、羌活、细辛、藁本、川芎、桔梗、红花、当归等。

3.风湿热邪证

治法：祛风清热，化湿散结。

推荐方药：八味大发散加减。羌活、白芷、防风、川芎、藁本、蔓荆子、秦艽、豨

莶草、丹皮、丹参等。

4.气阴两虚证

治法：益气养阴，化瘀散结。

推荐方药：养阴清肺汤加减。生地、芍药、薄荷、甘草、玄参、麦冬、贝母、丹皮

等。

（二）特色疗法

1.针灸疗法：取尺泽、合谷、攒竹、丝竹空、太阳等穴。每次取 3～5 穴，交替轮

取，泻法为主，每日一次，每次留针 30 分钟。实热证明显者，可取合谷、太阳点刺放

血。

2.中药熏蒸：取中药煎剂进行熏蒸治疗。勿过热以免烫伤患眼。将中药煎剂适量置

入熏眼器内，调节适当蒸汽量，时间设为 15～20 分钟，使得药汁热气蒸腾患眼局部。

3.离子导入：取中药煎剂进行离子导入。取部分煎剂浸湿纱布，放置于患眼上，戴

上眼罩，电极片固定于手部。通电 0～0.5mA，时间 20～30 分钟。注意纱布、电极片与

皮肤充分接触，双眼放松、轻闭。

4.外用眼药：根据病情需要，选用具有清热解毒作用的中药滴眼液外用。

（三）健康指导

1.生活起居：注意用眼卫生。外出佩戴防护眼镜，避免强光刺激。积极锻炼身体，

增强体质，提高机体免疫力。

— 327 —

眼科中医诊疗方案

2.饮食调理：宜清淡饮食，少食肥甘厚腻及辛辣之品。忌烟酒。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.5-94）拟定。

1.治愈：白睛结节红肿消退，疼痛消失。疗效指数 n≥95%。

2.好转：白睛结节红肿减轻，疼痛等症状减轻。疗效指数 n≥70%为显效，疗效指数

30%≤n＜70%为有效。

3.未愈：白睛结节红肿如故，疼痛等症状无改善。疗效指数 n＜30%。

（二）评价方法

在进入路径当日、出路径时，采用疾病疗效评价标准进行评价。

采用尼莫地平法计算公式：

疗效指数（n）=（ 疗前积分－疗后积分）/疗前积分×100％。

根据眼痛、眼红、局部压痛、白睛结节 4 个症状作为评价标准，分无、轻度、中度、

重度 4 个等级，分别计 0、1、2、3 分。

— 328 —

眼科中医诊疗方案

火疳（浅层巩膜炎）分级量化评分标准

— 329 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 无（0 分） | 轻度（1 分） | 中度（2 分） | 重度（3 分） |
| 眼痛 | 无眼痛 | 眼隐痛 | 眼疼痛 | 眼疼痛难忍 |
| 眼红 | 无眼红 | 白睛微红 | 白睛红赤 | 白睛混赤 |
| 局部压痛 | 无局部压痛 | 轻度局部压痛 | 局部压痛 | 局部压痛明显、拒按 |
| 白睛结节 | 无白睛结节 | 结节微隆起 | 结节隆起 | 结节数个，或融合 |

眼科中医诊疗方案

风赤疮痍（眼睑湿疹）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）。

（1）主要症状：胞睑皮肤红赤，肿胀，出现小泡或丘疹，继则成脓疱，破溃出脓

血，或溃烂浸淫。

（2）局部刺痒或灼痛，或有畏光，流泪，初起或有发热，头痛等症。重症、变症

可见高热、头痛、恶心、呕吐。

2.西医诊断标准

参照《中华眼科学》（李凤鸣主编，人民卫生出版社，2005 年）。

（1）临床特点：

睑部有明显的刺痒感和烧灼感，眼睑皮肤红肿，出现红斑、丘疹、水疱（如有继发

感染则为脓疱、溃疡）、结痂等；湿疹长期不愈，眼睑皮肤粗糙呈鳞屑样，组织肥厚。

（2）辅助检查：

①眼科常规检查：裂隙灯、眼前节照相。

②血常规：可有嗜酸性粒细胞增多。

（二）证候诊断

1.风热外侵证：胞睑红赤，出现丘疹、小泡、刺痒或灼痛，或伴有发热、恶寒、头

痛。苔薄黄，脉浮数。

2.湿热壅盛证：胞睑红肿，疱疹，脓疱溃烂浸淫，或有胸闷、纳呆，大便干结。舌

红苔白腻或黄腻，脉滑数。

3.热毒炽盛证：胞睑红赤，疼痛，疱疹溃破，疱浆混浊，烦躁不安，面红目赤，口

舌生疮，便秘尿黄。舌苔黄糙，脉洪数。

4.气阴两伤证：胞睑红肿渐减，痂皮剥落，神疲乏力，纳食不馨，大便溏薄，口干

欲饮。舌红少津，苔薄，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风热外侵证

— 330 —

眼科中医诊疗方案

治法：祛风止痒，凉血清热。

推荐方药：银翘散加减。连翘、金银花、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥、淡豆

豉、牛蒡子等。

中成药：银翘解毒丸、防风通圣丸等。

2.湿热壅盛证

治法：清热解毒，除湿止痒。

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。龙胆草、泽泻、车前子、当归、生地、柴胡、防风、

秦皮、苍术、白鲜皮等。

中成药：龙胆泻肝丸、湿毒清胶囊等。

3.热毒炽盛证

治法：清热泻火，解毒散结。

推荐方药：普济消毒饮加减。黄芩、陈皮、甘草、玄参、连翘、板蓝根、牛蒡子、

薄荷、僵蚕、升麻、桔梗等。

中成药：牛黄解毒丸、清开灵口服液等。

4.气阴两伤证

治法：益气养阴，软坚散结。

推荐方药：生脉散合玉屏风散加减。人参、麦冬、五味子、黄芪、当归、赤芍、山

楂、防风等。

中成药：生脉饮、玉屏风口服液等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选用清开灵注射液等静脉滴注。

（三）特色疗法

1.外敷疗法

局部皮肤灼热刺痛者，可用地肤子、苦参、蛇床子、蒲公英各 30 克煎水滤去药渣，

取液外洗，再涂炉甘石粉或滑石粉，每日 2～3 次。

2.穴位注射

用血栓通注射液穴位注射耳穴、眼周穴位，每日一次。

3.熏洗法

苦参汤：苦参、五倍子、黄连、防风、荆芥穗、蕤仁等药物水煎，用药棉蘸药水先

熏后洗患处，每剂洗 3 天，每天洗 3 次。

（四）健康指导

1.眼部护理

— 331 —

眼科中医诊疗方案

（1）加强皮肤护理，避免交叉感染。局部皮肤溃烂，有分泌物渗出者，应保持局

部皮肤干洁。

（2）屈光不正，应及时配戴合适眼镜。排除诱因，增强身体素质，治疗全身伴随

疾病。

2.饮食调理：宜清淡饮食，忌肥甘厚腻、辛辣刺激之品。

3.情志调摄：避免不良情志刺激，保持心情舒畅。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1-001.9-94）拟定。

治愈：胞睑皮肤红肿消退，溃烂愈合，症状消失；

显效：胞睑皮肤红肿消退，溃烂明显收敛，症状减轻；

有效：胞睑皮肤红肿减轻，溃烂逐渐收敛，症状减轻；

无效：胞睑皮肤红肿，溃烂加重，症状加剧，或迁延不愈。

（二）评价方法

分别于就诊时、治疗中期、出路径时，根据风赤疮痍评价标准、眼科常规检查、血

常规检查等进行评价。

— 332 —

肝病科中医诊疗方案

肝 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

自身免疫性肝炎中医诊疗方案……………………………………………335

药物性肝损伤中医诊疗方案………………………………………………340

— 333 —

肝病科中医诊疗方案

— 334 —

肝病科中医诊疗方案

自身免疫性肝炎中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

西医诊断标准：参照 2010 年美国肝病学会自身免疫性肝炎诊疗指南。

1.临床症状：疲倦乏力，纳差，腹胀，恶心，或伴见关节痛、肌肉痛，闭经等。

2.体征：可见黄疸、蜘蛛痣、皮疹、肝增大、脾增大等。

3.生化学：ALT、AST、TBIL 升高，ALP 正常或轻度升高。r-球蛋白升高，IgG 升高，

血铜、铜蓝蛋白和抗胰蛋白酶水平正常。

4.免疫学指标：ANA 或 SMA 或抗 LKM1 和（或）其他相关的自身抗体阳性，AMA 阴性。

5.病毒标志物：提示肝炎病毒目前感染的标志物阴性。

6.并发疾病：患者或其家人患甲状腺炎、类风湿关节炎、糖尿病或其他免疫性疾病。

7.其他致病因素：没有最近使用肝毒性药物或酗酒史。

8.肝活检：界面性肝炎，没有提示其他肝病的特征性改变。

9.患者可能存在一种或一种以上的表现，也可以没有临床表现。

附：自身免疫性肝炎评分表（2010 年美国肝病学会自身免疫性肝炎诊疗指南）

— 335 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性别 | 女性 | +2 | HLA | DR3 或 DR4 | +1 |
| ALP（正常上限  倍数）：AST（或  ALT）（正常上  限倍数）的比  值 | ＞3 | -2 | 其他免疫性疾  病 | 甲状腺炎、结  肠炎等 | +2 |
| ＜1.5 | +2 | 其他特异性自  身抗体阳性 | SLA， LC-1，  ASGPR， pANCA | +2 |
| 血清γ-球蛋  白或 IgG 与正  常值的比值 | ＞2.0 | +3 | 肝脏组织学  检查 | 界面性肝炎 | +3 |
| 1.5-2.0 | +2 | 主要为淋巴浆  细胞浸润 | +1 |
| 1.0-1.5 | +1 | 肝细胞呈玫瑰  花结样改变 | +1 |
| ＜1.0 | 0 | 无上述表现 | -5 |
| ANA，SMA  或 LKM-1 滴度 | ＞1：80 | +3 | 胆管改变 | -3 |
| 1：80 | +2 | 其他改变 | -3 |
| 1：40 | +1 | 对治疗的反应 | 完全 | +2 |
| ＜1：40 | 0 | 复发 | +3 |
| AMA | 阳性 | -4 |  |  |  |

肝病科中医诊疗方案

（二）证候诊断

1.肝郁脾虚证：胁肋胀满疼痛，胸闷善太息，精神抑郁或性情急躁，纳食减少，脘

腹痞闷，神疲乏力，面色萎黄，大便不实或溏泻。舌质淡有齿痕，苔白，脉沉弦。

2.湿热中阻证：胁胀脘闷，恶心厌油腻，纳呆，身目发黄而色泽鲜明，尿黄，口粘

口苦，大便粘滞臭秽或先干后溏，口渴欲饮或饮而不多，肢体困重，倦怠乏力。舌苔黄

腻，脉象弦数或弦滑数。

3.瘀血阻络证：面色晦暗，或见赤缕红丝，肝脾肿大，质地较硬，蜘蛛痣，肝掌，

女子经行腹痛，经水色暗有块。舌暗或有瘀斑，脉沉细涩。

4.肝肾阴虚证：劳累尤甚，或有灼热感，头晕耳鸣，两目干涩，口燥咽干，失眠多

梦，潮热或五心烦热，腰膝酸软，鼻齿衄，女子经少经闭。舌体瘦质红少津，或有裂纹，

苔少，脉细数无力。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾，益气活血。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、薄荷、甘草等。

中成药：舒肝片等。

2.湿热中阻证

治法：清热利湿，理气和中。

推荐方药：茵陈蒿汤加味。茵陈、炒栀子、大黄、车前子、白术、苍术、枳壳等。

中成药：茵栀黄颗粒、八宝丹胶囊、熊胆胶囊等。

3.瘀血阻络证

治法：活血化瘀，散结通络。

推荐方药：膈下逐瘀汤加减。柴胡、枳壳、白芍、当归、桃仁、红花、乌药、川芎、

香附、丹皮、丹参等。

中成药：安络化纤丸、鳖甲煎丸、大黄蛰虫丸、复方丹参片等。

4.肝肾阴虚证

— 336 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 肝炎病毒  标志物 | 阳性 | -3 |  |  |  |
| 阴性 | +3 |  |  |  |
| 肝损药物史 | 有 | -4 |  |  |  |
| 无 | +1 |  |  |  |
| 平均酒精  摄入量 | ＜25g/天 | +2 | 治疗前评分： | 确诊 ＞15 | 可能 10-15 |
| ＞60g/天 | -2 | 治疗后评分： | 确诊 ＞17 | 可能 12-17 |

肝病科中医诊疗方案

治法：养血柔肝，滋阴补肾。

推荐方药：一贯煎加减或六味地黄丸加减。生地、沙参、麦冬、当归、枸杞子、川

楝子、丹皮、五味子、女贞子、酸枣仁等或生地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻等。

中成药：六味五灵片、护肝片等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据辨证选用中药注射液，如脾虚明显者选用黄芪注射液、瘀血明显者选用丹参注

射液、偏于阴虚或气阴两虚者选用生脉注射液等静脉滴注。

（三）特色疗法

1.中药离子导入

主穴取期门、章门、支沟、三阴交，足三里、内关、太冲；配穴：肝郁气滞取肝俞；

脾虚湿盛取脾俞；肝肾阴虚取肾俞；瘀血阻络取膈俞。每次选用 4 穴，每天 1 次，每次

20 分钟。1 周为 1 个疗程，连续 1-2 个疗程。

2.贴敷疗法

（1）敷脐疗法

辨证属脾虚湿盛证者选用熟附子、香附、大腹皮、木香等；属肝郁气滞证者选用柴

胡、木香、乌药等中药研末制成的脐饼，贴脐上，配合神灯照射，每次 30 分钟，每天 1

次，1 周为 1 个疗程，连续 1～2 个疗程。

（2）敷贴疗法

柴胡、枳实、酒白芍、甘草、郁金、元胡等研末蜜调外敷于右胁期门穴，每天 1 贴，

每次 4 小时，连续 3～5 天。

3.穴位注射

选取双足三里（气虚），双血海（血瘀）。以黄芪注射液或丹参注射液，每穴 2ml，

隔天 1 次，5 次为一疗程。

4.肝病治疗仪

应用红外信息肝病治疗仪进行生物反馈治疗，每次 20 分钟，7 天为一疗程。

5.保留灌肠

应用生大黄、黄芩、白及、紫草、茯苓、薏米、赤芍等水煎剂保留灌肠，每次 1～2

小时，每天 1 次，1 周为一疗程。适用于合并黄疸或糖、脂代谢紊乱的自身免疫性肝病

患者。

6.足浴疗法

选用苏木、川木瓜、当归、五味子等中药水煎剂足疗。中药煎水 500ml，加温水至

2500ml，足疗，每次 30 分钟，每天 1 次，1 周为一个疗程。适用于伴失眠症状的自身免

— 337 —

肝病科中医诊疗方案

疫性肝炎患者。

（四）健康指导

1.生活起居：按照四季的特点进行起居调养，如春季应早睡早起，早起后室外活动，

舒缓形体，做好“春捂”，防风防寒；夏季晚睡早起，适当午睡，在注意防暑的同时避

免过凉，注意室内通风透气；秋季早睡早起，适当“秋冻”，并防秋燥；冬季早睡晚起，

并防寒，尤其注意腿足保暖，睡前泡脚等。

2.饮食调护：春季可多食具有疏肝健脾、活血祛瘀的食物，如粟米、大麦、小麦、

山药、金橘、丹参、山楂等，药膳可选金橘楂药粟米粥等。夏季多吃具有清暑益气生津

的食物及药食两用之品，如桃子、冬瓜、苡仁等，药膳可选薏苡仁冬瓜瘦肉汤。秋季，

多吃具有润肺生津的食物或药食两用之品，如百合、大枣、蜂蜜等，枸杞菊花茶；冬季，

可多吃具有益肾养肝功效的食物或药食两用之品，如枸杞、黄芪、羊肉等，山药黑芝麻

糊。

3.情志调摄：疏导患者情绪，鼓励患者，引导患者树立正确的对待疾病的态度，坚

定战胜疾病的信心。引导患者保持积极乐观的心情，春季应戒郁怒，心胸开阔；夏季应

心平气和，静心养神；秋季收敛神气，宁神定志；冬季宁神定志，安养神气。

4.运动调养：根据患者的病情阶段及个性特点，制定个性化的运动处方，给予运动

指导，如八段锦运动指导。同时，可以予以四季导引指导，如春季嘘字功平肝气，夏季

呵字功补心气，秋季呬字功补肺气，冬季吹字功补肾气。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.证候评价：参照《自身免疫性肝炎中医证候评定表》进行评价（《自身免疫性肝

炎中医证候评定表》参照《中药新药临床研究指导原则》中关于证候评价的标准制定）。

临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥70％；

显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥50％；

有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30％；

无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少＜30％。

2.疾病疗效评价：参照“2010 年美国肝病学会自身免疫性肝炎诊疗指南”制定。

疾病缓解：症状消失，血清转氨酶、胆红素和 r-球蛋白水平正常，肝组织正常或非

活动性肝硬化。

不完全应答：虽然服从治疗 2～3 年，但临床、实验室及组织学部分或无改善无恶

化状况。

治疗失败：尽管治疗依从性好，但临床、实验室及组织学恶化、或出现并发症。

— 338 —

肝病科中医诊疗方案

（二）评价方法

可在患者在门诊治疗的不同时间，选用不同的评价指标进行评价。

1.门诊就诊当天：可选用《自身免疫性肝炎中医证候评定表》、肝功能 12 项、B 超、

肝脏自身抗体滴度、肝活检等进行评价。

2.门诊第 1、2 个月：可选用《自身免疫性肝炎中医证候评定表》、肝功能 12 项等

进行评价。

3.门诊 3 个月：可选用《自身免疫性肝炎中医证候评定表》、肝功能 12 项、肝脏自

身抗体滴度、B 超等进行评价。

4.门诊 6 个月：可选用《自身免疫性肝炎中医证候评定表》、肝功能 12 项、肝脏自

身抗体滴度、B 超等进行评价。

附：自身免疫性肝炎中医证候评定表

— 339 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自身免疫性肝炎主要症状体征评分量表 | | | | | |
| 常 见  症 状 | 量 化 分 数 | | | | |
| 0 | 2 | 4 | 6 | 计分 |
| 纳 差 | 无 | 食量减少 1/3 以下 | 食量减少 1/3 以上 | 食量减少 1/2 以上 |  |
| 口 干 | 无 | 口微干 | 晨起口干少津 | 整日觉口干时欲饮 |  |
| 口 苦 | 无 | 晨起口苦 | 经常口苦 | 口苦持续不解 |  |
| 倦怠乏力 | 无 | 肢体稍倦，  可坚持轻体力工作 | 四肢乏力，  勉强坚持日常活动 | 全身无力，  终日不愿活动 |  |
| 胁肋胀痛 | 无 | 轻微，时发时止，  不影响工作和休息 | 发作频繁，  影响工作和休息 | 持续不止，  需服药缓解 |  |
| 身目发黄 | 无 | 目黄而身黄，难以察觉 | 身目色黄 | 身目色深黄 |  |

肝病科中医诊疗方案

药物性肝损伤中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参 照 中 华 人 民 共 和 国 国 家 标 准 《 中 医 临 床 诊 疗 术 语 · 疾 病 部 分 》（ GB/T

16751.1-1997）、《中医临床诊疗术语·证候部分》（GB/T 16751.2-1997）。

有明确服用肝损伤药物病史，且具备下列症状：

主要症状：胁肋胀痛；恶心；纳差

次要症状：腹胀；大便不爽；小便黄赤

2.西医诊断标准

参照中华医学会消化病学分会肝胆疾病协作组 2007 年制订的《药物相关性肝损伤

诊断标准》。

（1）有与药物治疗与症状出现的时间规律性：初次用药后出现肝损伤的潜伏期在

5～90d 内(提示)，有特异质反应者潜伏期可小于 5d，慢代谢药物(如胺碘酮)导致肝损

伤的潜伏期可＞90d(可疑)。停药后出现肝细胞损伤的潜伏期≤15d，出现胆汁淤积型肝

损伤的潜伏期≤30d(可疑)。

（2）有停药后肝脏生化指标迅速改善的病程经过：肝细胞损伤型的血清 ALT 水平

在 8d 内下降＞50％(高度提示)，或 30d 内下降≥50％(提示)；胆汁淤积型的血清 AKP

或 TB 在 180d 内下降≥50％(提示)。

（3）排除其它病因或疾病所致的肝损伤。

（4）再次用药反应阳性：再次用药后，迅速激发肝损伤，肝酶活性水平升高至少

大于正常范围上限 2 倍以上。符合以上诊断标准的 1+2+3 ，或前 3 项中有 2 项符合，加

上第 4 项，均可确诊为药物性肝损伤。

（二）证候诊断

1.肝胆湿热证：胁痛口苦，腹胀，纳差，恶心欲呕，身目黄，大便不爽，脘闷不舒。

舌质红，苔薄黄或黄腻，脉滑数。

2.肝郁脾虚证：右胁胀闷不适，胁肋胀满窜痛，喜太息，情志不畅，纳呆腹胀，便

溏。舌质淡红，苔白腻，脉弦细。

3.肝阴亏虚证：腰痛或腰酸腿软，耳鸣、耳聋，头晕目眩，大便干结，小便短赤。

— 340 —

肝病科中医诊疗方案

舌质红，脉细或细数。

二、治疗方法

停用导致本次肝损伤的药物，如同时合并其他疾病必须使用药物时，应在专科医师

密切观察下酌情使用。

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝胆湿热证

治法：清热利湿。

推荐方药：茵陈蒿汤加减。茵陈、栀子、制大黄、黄芩、虎杖、连翘、鸡骨草、垂

盆草等。

中成药：益肝灵片、当飞利肝宁胶囊等。

2.肝郁脾虚证

治法：疏肝理气。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡、白术、白芍、当归、茯苓、薄荷、白芍、垂盆草等。

中成药：肝苏片、齐墩果酸片等。

3.肝阴亏虚证

治法：养阴柔肝。

推荐方药：一贯煎加减。北沙参、麦冬、生地、枸杞子、玄参、黄芩、虎杖等。

中成药：六味五灵片、肝加欣胶囊、益肝宁冲剂等。

（二）特色疗法

1.针灸疗法：针刺主穴选取期门、阳陵泉、足三里等穴。肝郁脾虚的配合艾灸脾俞

等穴，痰湿阻滞者可以灸足三里等穴。穴位指针治疗患者肝区不适技术：选取期门、肝

俞、膈俞等穴，每个穴位点按 10 分钟，每日一次，20 天为一疗程，可明显缓解患者肝

区疼痛不适症状。

2.中药封包治疗：主要用于肝区疼痛不适患者。

治法：行气活血止痛。

推荐药物：延胡索、郁金、金钱草、鸡血藤、白及、三七等。

方法：研制成细末，调制成膏状，敷于肝区，每日一次，10 天为一疗程。

3.中药保留灌肠：

治法：清热利湿，活血解毒 。

推荐药物：生大黄、黄芩、白及、紫草、儿茶等。

方法：灌肠前嘱病人排空大小便，清洗肛周，取左侧卧位，适当垫高臀部（10cm

左右）。调节药液滴速为 50 滴/分钟左右，保留灌肠，10 天为一疗程。

— 341 —

肝病科中医诊疗方案

（三）其他疗法

根据病情需要，可选用中医诊疗设备进行治疗，如电脑中频治疗仪、低频脉冲治疗

仪、肝病治疗仪、电磁波治疗仪、电子生物反馈治疗等。

（四）健康指导

1.停用导致本次肝损伤的药物，如同时合并其他疾病必须使用药物时，应在专科医

师密切观察下酌情使用。

2.清淡饮食，宜食新鲜蔬菜、豆类、粗粮，避免辛辣、油腻、甘甜之品。

3.调畅情绪，避免情绪波动，宜安静卧床，避免剧烈体育运动及重体力劳动。

4.药膳饮食调治：如茵陈粳米粥(茵陈、粳米各 60g)；百合绿豆粥(百合、绿豆各

100g 熬成粥)。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华中医药学会 2002 年制订的《中药新药临床研究指导原则》中的疗效评价

标准。

1.证候疗效标准

治愈：乏力、胁痛、腹胀、纳差等临床症状、体征消失，证候积分减少≥95％；

显效：乏力、胁痛、腹胀、纳差等临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70％；

有效：乏力、胁痛、腹胀、纳差等临床症状、体征有好转，证候积分减少≥30％；

无效：乏力、胁痛、腹胀、纳差等临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积

分减少＜30％。

2.实验室指标评价标准

治愈：ALT、AST、TBIL、GGT、AKP 正常；

显效：ALT、AST、TBIL、GGT、AKP 降低 80％，停药 2 周反跳＜50%；

有效：ALT、AST、TBIL、GGT、AKP 降低 50％，停药 2 周反跳＜80%；

无效：ALT、AST、TBIL、GGT、AKP 无变化。

（二）评价方法

1.中医症状体征治疗前后的变化情况采用《中医四诊资料分级量化表》，采用尼莫

地平法（证候积分量化标准见附表）。

积分减少（%）=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

总有效率=（临床痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

2.实验室指标评价采用检测肝功能变化的方法进行评价。

附：主要症状评分量表

— 342 —

肝病科中医诊疗方案

— 343 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 要  症 状 | 量化分数 | | | | 计分 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 纳差 | 无 | 食量减少 1/3 以下 | 食量减少 1/3 以上 | 食量减少 1/2 以  上 |  |
| 口干 | 无 | 口微干 | 晨起口干少津 | 整日觉口干时欲  饮 |  |
| 口苦 | 无 | 晨起口苦 | 经常口苦 | 口苦持续不解 |  |
| 倦怠乏力 | 无 | 肢体稍倦，可坚持  轻体力工作 | 四肢乏力，勉强坚持日  常活动 | 全身无力，终日不  愿活动 |  |
| 胁肋胀痛 | 无 | 轻微，时发时止，  不影响工作和休息 | 发作频繁，影响工作和  休息 | 持续不止，需服药  缓解 |  |
| 身目发黄 | 无 | 目黄而身黄，难以  察觉 | 身目色黄 | 身目色深黄 |  |
| 次 要  症 状 | 量化分数 | | | | 计分 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 腹胀 | 无 | 腹胀轻微，不影响  饮食和工作 | 腹胀明显，影响饮食和  工作 | 持续不解，需服药  缓解 |  |
| 恶心 | 无 | 轻微恶心 | 恶心明显 | 整日自觉恶心，影  响进食 |  |
| 便秘 | 无 | 大便干，难解，质  稍硬 | 大便难，3～5 天/次，  质硬 | 大便困难，质如羊  屎，需服药或人工  帮助排便 |  |
| 尿黄 | 无 | 色黄 | 色深黄 | 色黄如浓茶 |  |

肝病科中医诊疗方案

— 344 —

推拿科中医诊疗方案

推 拿 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

胸椎错缝（胸椎后关节紊乱）中医诊疗方案………………………………347

落枕病（颈部肌肉扭伤）中医诊疗方案……………………………………351

慢性疲劳综合征中医诊疗方案……………………………………………354

— 345 —

推拿科中医诊疗方案

— 346 —

推拿科中医诊疗方案

胸椎错缝（胸椎后关节紊乱）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照“普通高等教育十一五国家级规划教材”《推拿学》第 1 版（范炳华主编，中

国中医药出版社，2008 年）。

（1）症状

① 一般有牵拉、过度扭转外伤史。

② 局部疼痛剧烈，甚则牵掣肩背作痛，俯仰转侧困难，常固定于某一体位，不能

随意转动，疼痛随脊柱运动增强而加重，且感胸闷不舒，呼吸不畅，入夜翻身困难。重

者可有心烦不安，食欲减退。

③ 部分患者可出现脊柱水平面有关脏腑反射性疼痛，如胆囊、胃区等疼痛。

（2）体征

① 棘突偏歪：脊柱病变节段可触及偏歪的棘突。表现为一侧偏突，而对侧空虚感。

② 压痛：脊柱病变节段后关节处有明显压痛，多数为一侧，少数为两侧。

③ 肌痉挛

根据病变节段的不同，菱形肌、斜方肌可呈条索状痉挛，亦有明显压

痛。

④ 功能障碍：多数无明显障碍，少数可因疼痛导致前屈或转侧时活动幅度减小，

牵拉疼痛。

（3）辅助检查

胸椎 X 线：胸椎后关节错缝属解剖位置上的细微变化，两侧关节突关节间隙宽度可

能存在 1mm 以上差异。严重者可见脊柱侧弯，棘突偏歪等改变。

2.西医诊断标准

参照《软组织损伤学》第 1 版（张万福主编，天津科学技术出版社，1993 年）。

（1）症状

① 有急慢性脊背损伤史。

② 有急慢性脊背疼痛或脊背累、沉重等不适感局部疼痛剧烈。

③ 部分患者可出现脊柱水平面有关脏腑反射性疼痛，如胆囊、胃区等疼痛。

（2）体征

— 347 —

推拿科中医诊疗方案

① 自上而下顺序检查胸椎棘突有压痛、叩击痛或偏歪，棘突隆起或凹陷。

② 韧带钝厚或剥离，棘突、棘突间和棘旁软组织可有不同范围和程度的损伤与疼

痛。

（3）辅助检查

胸椎 X 线：显示后关节间隙宽度改变，并可排除结核、肿痛、骨折、炎症等疾患。

（二）分期诊断

1.急性期：胸椎局部疼痛较剧，甚则牵掣肩背作痛，脊柱水平面有关脏腑反射性疼

痛，俯仰转侧活动严重受限。

2.缓解期：胸椎局部疼痛缓解，牵掣肩背作痛，脊柱水平面有关脏腑反射性疼痛症

状减轻，俯仰转侧活动稍受限。

3.康复期：胸椎后关节紊乱相关症状体征逐渐消失，活动如常。

（三）证候诊断

1.气滞血瘀证：痛处固定，或胀痛不适，或痛如锥刺，活动不利，甚则不能转侧，

痛处拒按。舌质暗青或有瘀斑，脉弦涩或细数。常有外伤、扭挫伤病史。

2.风寒湿痹证：冷痛重着，转侧不利，遇阴雨天或感风寒后加剧，痛处喜温喜按，

肢体欠温。舌淡苔薄白，脉沉紧或沉迟。

二、治疗方法

（一）分期推拿治疗

1.急性期

治法：快速止痛（安全止痛为主，慎用整复类手法）

操作：患者俯卧位，对胸椎关节周围疼痛等症状明显者，医者可采用膏摩或理筋手

法在病变部位治疗 3～5 分钟以缓解疼痛。

2.缓解期

治法：疏经通络，行气活血，理筋整复

操作：

（1）患者取俯卧位，医者立于其一侧，以扌衮法、按法、揉法在胸背部交替操作，

时间约 5～8 分钟。

（2）继上势，医者沿脊柱两侧竖脊肌用按揉法、弹拨法操作，或点按背部华佗夹

脊穴，以病变对应区域为主，3～5 分钟。暴露背部皮肤，涂上介质，沿两侧膀胱经行侧

擦法，以透热为度。

（3）胸椎关节调整

方法一：患者俯卧，术者站立在患侧，一手向上扳动一侧肩部，另一手掌抵压患处

— 348 —

推拿科中医诊疗方案

棘突，两手同时相对用力扳压。

方法二：患者取坐位，术者立于其身后，采用抱颈提升法，或采用胸推对抗复位扳

法操作，以整复关节错缝。

（二）特色疗法

1.针灸治疗

可选用肺俞、风门、心俞、膈俞、肝俞等，并根据症状所累及的部位，按照“经络

所过，主治所及”的原则选用相应穴位针灸或拔罐治疗。

2.穴位注射

根据胸椎病变部位和病情，选择 1～3 个夹脊穴，注射液可选用红花注射液、丹参

注射液等，注射方法参照穴位注射技术操作规范，每穴注射 0.5～2ml，隔日一次，共 3～

5 次。

3.中药外敷

麝香镇痛膏、骨通贴膏、狗皮膏、热敷贴等或其他各种外用活血通络的膏剂、乳剂

选择性应用。

4.导引疗法

导引法一：易筋经选择韦陀献杵、掌托天门、掉尾式作为重点锻炼方法。

导引法二：脊柱功选择轮转双臂、仙鹤点水作为重点锻炼方法。

导引法三：八段锦选择双手托天、左右开弓作为重点锻炼方法。

（三）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：行气活血，舒筋通络。

推荐方药：身痛逐瘀汤加减。秦艽、川芎、桃仁、红花、甘草、羌活、没药、当归、

灵脂、香附、牛膝、地龙等。

中成药：七厘胶囊、活血止痛胶囊等。

2.风寒湿痹证

治法：祛风除湿，温经止痛。

推荐方药：羌活胜湿汤加减。羌活、独活、藁本、防风、甘草、川芎、蔓荆子、生

姜等。

中成药：独活寄生丸、追风活络丸等。

（四）辨证选择静脉滴注中药注射液

胸椎局部疼痛较剧，活动严重受限者，可选择 1～2 种具有活血化瘀功效的静脉滴

注中药注射液，如三七总皂苷注射液（血塞通）、丹参注射液、川芎嗪注射液，注射用

— 349 —

推拿科中医诊疗方案

红花黄色素等。

（五）其他疗法

1.胸椎制动

减少胸椎部位过度活动。适用于胸椎习惯性失稳者。

2.理疗

低频脉冲、红外线透热照射疗法等，可根据证型选择性应用。

（六）对症处理

疼痛严重者可选用非甾体类药物，如双氯芬酸钠、布洛芬、美洛昔康或塞来昔布等。

（七）健康指导

1.急性期发作时应停止活动，卧硬床休息。

2.缓解期治疗期间避免胸椎过度活动，避免劳累。

3.康复期避风寒、畅情志、注意劳逸结合。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照“普通高等教育十一五国家级规划教材”《推拿学》第一版（范炳华主编，中

国中医药出版社，2008 年）。

治愈：症状消失，功能恢复正常，能胜任原工作和生活。

好转：症状减轻，脊柱胸段能改善。

未愈：原有症状无改善。

（二）评价方法

1.根据胸椎错缝（胸椎后关节紊乱）症状、体征、生活质量量化指标观察表，评价

治疗前后胸背酸胀痛、肌肉拘紧、活动受限的改善情况。

2.根据疼痛视觉模拟标尺评估 VAS 表格评价疼痛症状的改善情况。

— 350 —

推拿科中医诊疗方案

落枕病（颈部肌肉扭伤）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.1～

001.9-94）进行诊断。

（1）一般无外伤史，多因睡眠姿势不良或感受风寒后所致。

（2）急性发病，睡眠后一侧颈部出现疼痛，酸胀，可向上肢或背部放射，活动不

利，活动时伤侧疼痛加剧，严重者使头部歪向病侧。

（3）患侧常有颈肌痉挛，胸锁乳突肌、斜方肌、大小菱形肌及肩胛提肌等处压痛，

在肌肉紧张处可触及肿块和条索状的改变。

（4）颈椎 X 线可见退行性变或未见明显异常。

2.西医诊断标准

参考《简明脊柱外科学》（张绍文主编，甘肃文化出版社，2009 年）。

（1）突然发病，常因睡觉姿势不当所致。

（2）颈部疼痛及活动受限，疼痛主要在颈部，也可以模糊地放射至头、背和上肢。

（3）受累的肌肉多为斜方肌、肩胛提肌及胸锁乳突肌等区域，或颈部筋膜和韧带

组织等；发病时该处肌肉痉挛，有广泛压痛。

（4）颈椎 X 线片检查常无明显异常，少数患者侧位片可见颈椎生理性前凸减小或

变直，关节间隙增宽等。

（二）证候诊断

1.瘀滞证：晨起颈项疼痛，活动不利，活动时患侧疼痛加剧，头部歪向患侧，局部

有明显压痛点，有时可见筋结。舌紫暗，脉弦紧。

2.风寒证：颈项背部僵硬疼痛，拘紧麻木。可兼有淅淅恶风，微发热，头痛等表证。

舌淡，苔薄白，脉弦紧。

二、治疗方法

（一）推拿治疗

1.基础手法

（1）患者坐位，医者以点揉手法刺激远端穴位（如落枕穴、手三里、合谷、后溪

等），以局部酸胀为度，并让患者配合颈部各个方向转动，患者转动动作应缓慢。

— 351 —

推拿科中医诊疗方案

（2）患者坐位或俯卧位，医者以扌衮法沿着肩背部、项背部肌肉起止点方向，使紧

张的肌肉得到放松。

（3）患者坐位或俯卧位，医者点揉肩井、风池、风府、阿是穴等主要穴位，以局

部酸胀为度。

2.辨证加减

（1）瘀滞证以松解类手法为主，可加推揉颈肩部肌肉，从颈枕部向肩峰部，顺着

肌肉走行；施术时可配合外用药膏。

（2）风寒证以松解类手法为主，可施拿法于风池、肩井、曲池等腧穴，颈项部施

以擦法。

（3）伴有滑膜嵌顿者可以关节调整类手法为主，加颈椎拔伸法；小关节紊乱加颈

椎扳法；注意幅度及力量控制，在患者配合下施术。

（二）其他疗法

1.针灸疗法

（1）针刺

取穴：后溪、悬钟、风池、阿是穴，针用泻法。

操作：

①前屈后伸功能障碍可针刺后溪穴，同时嘱患者在行针中向前、后活动颈项部。

②左右侧屈功能障碍可针刺悬钟穴，同时嘱患者在行针中向左、右活动颈项部。

③风池、阿是穴直刺，行捻转泻法。

（2）艾灸

风寒证可艾灸大椎及阿是穴。

2.辨证选择口服中药汤剂、中成药

（1）瘀滞证

治法：活血化瘀止痛。

推荐方药：舒筋活血汤加减。羌活、荆芥、独活、当归、续断、青皮、牛膝、五加

皮、杜仲、红花、枳壳等。

中成药：七厘散等。

（2）风寒证

治法：疏风散寒通络。

推荐方药：桂枝加葛根汤加减。桂枝、生姜、赤芍、葛根、大枣、炙甘草等。

中成药：颈复康颗粒等。

3.物理治疗

— 352 —

推拿科中医诊疗方案

根据病情需要，可选用湿热敷、超声、微波等治疗。

4.刮痧疗法

风寒证颈项部肌肉痉挛明显者，在颈项部施以刮痧治疗，从颈枕部顺着肌肉走行方

向刮向肩峰部；可配合外用药膏。

（三）健康指导

1.适枕休息，注意颈部保暖，忌劳累。

2.适当颈部功能锻炼。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》。

治愈：颈项部疼痛、酸胀消失，压痛点消失，颈部功能活动恢复正常。

好转：颈项部疼痛减轻，颈部活动改善。

未愈：症状无改善。

（二）评价方法

1.采用疼痛视觉模拟评分法（VAS）评价疼痛症状的改善情况。

2.颈椎活动度：通过测量颈椎前屈、后伸、左右侧屈、旋转的角度来评价颈椎活动

功能的改善情况。

— 353 —

推拿科中医诊疗方案

慢性疲劳综合征中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《针灸学》（石学敏主编，中国中医药出

版社，2002 年）、全国高等中医药院校教材《中医内科学》（张伯礼、薛博瑜主编，人民

卫生出版社，2012 年）和《中国推拿百科全书》（骆仲遥主编，人民卫生出版社，2009

年）的相关内容及其他相关文献研究。

（1）无明显脏器器质性病变，以虚损性疲劳为主；

（2）多以懈怠、劳倦、失眠健忘等为主要表现；

（3）多伴有脏腑、气血、阴阳亏虚的相关症状。

2.西医诊断标准

参照美国疾病控制中心 1994 年修订的“慢性疲劳综合征”诊断标准。

（1）通过临床评定的无法解释的持续或反复发作的慢性疲劳，这种疲劳是新发的

或者有明确的发病时间，非先天性的，不是由于正在从事的劳动引起的，经过休息不能

得到缓解，且患者的职业能力、受教育能力、社交能力及个人生活等各方面较患病前有

实质性下降。

（2）下述的症状中同时出现 4 项或 4 项以上，且这些症状已经持续存在或反复发

作 6 个月或更长的时间，但不应该早于疲劳：①短期记忆力或集中注意力的明显下降；

②咽痛；③颈部或腋下淋巴结肿大压痛；④肌肉疼痛；⑤没有红肿的多关节的疼痛；⑥

头痛，但其发作类型、方式及严重程度与以前不同；⑦睡眠后不能恢复精力；⑧运动后

的疲劳持续时间超过 24 小时。

（二）证候诊断

1.肝郁脾虚证：神疲乏力，四肢倦怠，不耐劳作，头部及周身窜痛不适，抑郁寡欢，

悲伤欲哭，或急躁易怒，情绪不宁，注意力不能集中，记忆力减退，胸胁满闷，喜出长

气，头晕，低热，睡眠不实，纳食不香，腹部胀满，大便溏软或干稀不调，月经不调。

舌胖苔白，脉弦缓无力等。

2.心脾两虚证：精神疲倦，四肢无力，劳则加重，神情忧郁，不耐思虑，思维混乱，

注意力不能集中，心悸健忘，胸闷气短，多梦易醒，食欲不振，头晕头痛，身痛肢麻，

— 354 —

推拿科中医诊疗方案

面色不华。舌质淡，脉细弱等。

3.脾肾阳虚证：精神萎靡，面色苍白，肢软无力，腰膝冷痛，困倦嗜睡，懒言易汗，

畏寒肢冷，食少便溏，或遗精阳痿，性欲减退。舌质淡胖有齿痕，苔白，脉沉迟无力等。

4.肝肾阴虚证：形体虚弱，神疲无力，腰膝足跟酸痛，潮热盗汗，头晕头痛，耳鸣

眼涩，心烦易怒，失眠健忘，口干咽痛，午后颧红，大便干结，遗精早泄，月经不调。

舌红，少苔或无苔，脉弦细数等。

二、治疗方法

（一）推拿治疗

1.常规手法操作

头面部：患者取仰卧位，闭目。医者位于患者头侧，医者位于患者头侧。以一指禅

偏锋推眼眶，分抹面额及头部；按揉百会穴、太阳穴，5 分钟左右。

腰背部：患者取俯卧位，腰背部覆盖治疗巾，医者站于一侧，沿两侧膀胱经用扌衮法

上下往返治疗 5 分钟左右；一指禅推法或按揉法施于肺俞、心俞、脾俞、肝俞、肾俞、

命门等穴位；然后用右手食、中二指指腹循督脉经自大椎穴向长强穴轻抹三遍；后行捏

脊法在背部膀胱经反复提捏多次，以皮肤略红，稍有温热为度；最后以擦法擦督脉、命

门。

腹部：患者仰卧位，医者立于一侧，用手指按揉胸腹部任脉及胃经各约 1 分钟，然

后以腹部为重点，沿顺时针方向揉腹、摩腹约 3～5 分钟，最后用一指禅推法或拇指点

按膻中、中脘、天枢、气海、关元等穴位约 5～8 分钟。

四肢部：患者分别取仰卧位和俯卧位，覆治疗巾于上、下肢部，医者站于一侧，施

扌衮法于四肢部，以手阳明大肠经、足阳明胃经和足太阳膀胱经为主；配合一指禅推法或

按揉法施于曲池、内关、合谷、神门、血海、伏兔、足三里、三阴交、太溪等穴位。

2.脊柱关节调整手法

根据病情需要，对颈、胸、腰骶椎出现小关节紊乱征象的患者，可施以脊柱关节调

整推拿技术，尤其要重视枕寰枢、骶髂关节、颈胸交界处的脊柱调整。

（二）针灸治疗

1.针刺：辨证选用百会、印堂、大椎、膻中、气海、关元、内关、神门、血海、足

三里、三阴交、行间、太溪等腧穴，气虚明显用温针灸，肝郁加太冲或期门，肾虚加肾

俞或命门，脾虚加中脘或脾俞，头痛加太阳或风池等。用补法或平补平泻法，留针 30

分钟，隔日 1 次。

2.灸法：循经灸督脉及背俞穴，分别选取大椎、至阳、心俞、膈俞、肝俞、脾俞、

命门、肾俞等穴，用艾条循经按腧穴位置自上至下分别于各穴施回旋灸致局部皮肤发红，

— 355 —

推拿科中医诊疗方案

患者觉发热为止，各穴施术 3～5 分钟，隔日一次。

3.拔罐治疗：沿背部督脉及膀胱经行拔罐治疗，每次 5 分钟，可酌情予以走罐及闪

罐治疗。

（三）辨证选择口服中药汤剂、中成药。

1.肝郁脾虚证

治法：健脾益气，调肝解郁。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡、茯苓、当归、白芍、白术、薄荷、生姜、郁金、川

楝子、厚朴、枳壳、甘草等。

中成药：逍遥丸等。

2.心脾两虚证

治法：益气补血，健脾养心。

推荐方药：八珍汤加减。党参、茯苓、白术、甘草、川芎、当归、白芍、地黄等。

中成药：归脾丸、补中益气丸等。

3.脾肾阳虚证

治法：温中健脾，益肾壮阳。

推荐方药：右归丸加减。熟地黄、制附子、肉桂、山药、白术、山茱萸、菟丝子、

鹿角胶、枸杞子、当归、杜仲、炙甘草等。

中成药：右归丸等。

4.肝肾阴虚证

治法：补益肝肾，滋阴清热。

推荐方药：知柏地黄汤加减。熟地、山萸肉、山药、泽泻、茯苓、丹皮、知母、黄

柏、龟板、鳖甲、枸杞子等。

中成药：知柏地黄丸等。

（四）运动疗法

适当进行有氧训练，根据个人特性、工作环境和生活习惯选择，如快走、慢跑、骑

车、太极拳、导引等。

（五）健康指导

1.避风寒，适寒温，尽量减少伤风感冒。

2.调饮食，戒烟酒，少食辛辣厚味生冷不洁之物。

3.慎起居，适劳逸，松弛有道，适当节制房事。

4.舒情志，少烦忧，积极的心理疏导有利于身体的康复。

三、疗效评价

— 356 —

推拿科中医诊疗方案

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》制定：

疗效指数（尼莫地平法）=（治疗前临床症状积分-治疗后临床症状积分）/治疗前

临床症状积分×100%

临床治愈：临床症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；

显效：临床症状、体征明显改善，70％≤疗效指数＜95%；

有效：临床症状、体征均有所好转，30％≤疗效指数＜70％；

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数＜30％。

（二）评价方法

1.评价时点

第一次治疗当天以及治疗 14～21 天，可选用“慢性疲劳综合征临床症状评分标准”

或“疲劳评价量表”等进行评价。

2.评价量表

根据 “疲劳评价量表”评价。疲劳量表即 FS-14 量表，是 1992 年由英国 King's

College Hospital 心理医学研究室编制。

评分方法：请仔细阅读每一条目后，根据最适合本人的情况选出“是”或“否”。

除第 10，13，14 个条目为反向记分，即回答“是”记为 0 分，回答“否”记为 1 分；

其他十一个条目都为正向记分，即回答“是”记为 1 分，回答“否”记为 0 分，计算出

总分值。总分值越高反映疲劳程度越重。

— 357 —

推拿科中医诊疗方案

疲劳量表-14（Fatigue Scale-14，FS-14）

除以上两种常用标准外，目前还有多维疲劳问卷（MFI-20）和疲劳评定量表（FAI）

等，可依照自己的习惯予以选择。

— 358 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 躯体疲劳 | | | |
| 1 | 有过被疲劳困扰的经历吗? | 是 | 否 |
| 2 | 你是否需要更多的休息? | 是 | 否 |
| 3 | 你感觉到犯困或昏昏欲睡吗? | 是 | 否 |
| 4 | 你在着手做事情时是否感到费力? | 是 | 否 |
| 5 | 你在着手做事情时并不感到费力，但当你继续进行时是否感到力不从心? | 是 | 否 |
| 6 | 你感觉到体力不够吗? | 是 | 否 |
| 7 | 你感觉到你的肌肉力量比以前减少了吗? | 是 | 否 |
| 8 | 你感觉到虚弱吗? | 是 | 否 |
| 脑力疲劳 | | | |
| 9 | 你集中注意力有困难吗? | 是 | 否 |
| 10 | 你在思考问题时象以前一样清晰敏捷吗? | 是 | 否 |
| 11 | 你讲话时出现口头不利落吗? | 是 | 否 |
| 12 | 讲话时，你发现找到一个合适的字眼很困难吗? | 是 | 否 |
| 13 | 你现在的记忆力向往常一样吗? | 是 | 否 |
| 14 | 你还喜欢做过去习惯做的事情吗? | 是 | 否 |

肛肠科中医诊疗方案

肛 肠 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

肠澼（放射性直肠炎）中医诊疗方案………………………………………361

痔病（外痔）中医诊疗方案…………………………………………………365

— 359 —



肛肠科中医诊疗方案

— 360 —

肛肠科中医诊疗方案

肠澼（放射性直肠炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中药新药临床研究指导原则（中国医药科技出版社，2002 年）。

（1）直肠或盆腔射线照射治疗史。

（2）主要症状为腹痛、腹泻、粘液脓血便、里急后重感、肛门直肠坠痛等。

（3）肠镜检查：粘膜水肿、充血、出血灶、糜烂乃至坏死、直肠狭窄。

2.西医诊断标准

参照中华人民共和国国家职业卫生标准的放射性直肠炎诊断标准。

急性放射性直肠炎：

（1）直肠部位受分次照射或等效一次照射直肠累积吸收剂量范围：45Gy～60Gy。

（2）盆腔器官肿瘤，采用腔内照射或外照射（近、远距离照射）治疗或直肠局部

大剂量意外照射后数日出现里急后重，排粘液便、腹痛等，数周甚至在半年内，临床上

出现肠道功能紊乱（便秘或腹泻），不同程度的腹痛，便血、肛门刺痛、大便时坠痛等

直肠反应。

（3）纤维肠镜检：粘膜水肿、充血、出血灶、糜烂乃至坏死。

慢性放射性直肠炎：

盆腔器官肿瘤曾受放射治疗或直肠局部意外照射（曾有急性直肠炎史）致使直肠粘

膜损伤后半年以上，数年甚至十余年出现排便困难，大便变细或排便频繁、稀便、便血，

大便时坠痛等晚期直肠反应，直肠狭窄、溃疡、瘘管形成。

（二）证候诊断

1.肠道湿热证：腹痛胀满，泄下赤白相杂，肛门灼热，便血色鲜，量较多，小便短

赤。舌红，苔黄腻，脉弦数。

2.气滞血瘀证：腹部刺痛，泻后不爽，痛有定处，按之痛甚，面色晦滞，口干不欲

饮。舌边有瘀斑或舌质暗红，脉弦而涩。

3.脾胃虚弱证：临厕腹痛里急，泄下时发时止，大便有粘液或见赤色，面色无华，

倦怠嗜卧。舌淡，苔薄白，脉细缓。

4.脾肾阳虚证：腹痛绵绵，大便溏泄，便血色暗红，畏寒肢冷，腰膝酸软，面色苍

— 361 —



肛肠科中医诊疗方案

白，少气乏力。舌淡胖，苔薄白，脉沉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂

1.肠道湿热证

治法：清热利湿，凉血止血。

推荐方药：葛根芩连汤合地榆散加减。葛根、黄芩、黄连、茯苓、赤芍、生地榆、

槐花、侧柏叶、甘草等。

2.气滞血瘀证

治法：行气通络，活血化瘀。

推荐方药：失笑散合膈下逐瘀汤加减。五灵脂、蒲黄、当归、川芎、赤芍、桃仁、

红花、香附、乌药、枳壳、延胡索等。

3.脾胃虚弱证

治法：健脾益气，养血行滞。

推荐方药：真人养脏汤合归脾汤加减。党参、白术、茯神、黄芪、酸枣仁、木香、

当归、远志、当归、肉豆蔻、肉桂、白芍、煨诃子、炙甘草等。

4.脾肾阳虚证

治法：补脾益肾，养血补血。

推荐方药：四物汤合四神丸加减。熟地、当归、白芍、川芎、肉豆蔻、补骨脂、五

味子、吴茱萸等。

（二）中药保留灌肠法

中药保留灌肠一般将敛疮生肌、活血化瘀与清热解毒类药物配合应用。

常用药物：

敛疮生肌类：珍珠粉、牛黄、儿茶、白及和诃子肉等；活血化瘀和凉血止血类：蒲

黄、丹参、三七、地榆碳、炒槐花、仙鹤草和云南白药等；清热解毒类：青黛、黄连、

黄柏、白头翁、秦皮等。

中成药：康复新、锡类散等。

操作方法：1.中药直肠滴注法：患者排尽大小便→视病变部位取左侧卧位或右侧卧

位→药液温度（39～41℃）入输液瓶，润滑肛管前端，夹住肛管，轻轻插入直肠约 10～

15cm，松开血管钳，调节滴速→药液滴完后，夹紧输液管，拔出肛管，滴入灌肠液量 100ml，

嘱患者保留 1h 以上。2.中药肛门注入法：患者排尽大小便→视病变部位取左侧卧位或

右侧卧位→润滑肛管前端，夹住肛管，轻轻插入直肠约 10～15cm，松开血管钳缓缓注入。

注毕灌入温水 5～10ml，拔出肛管，滴入灌肠液量 100ml，嘱患者保留 1h 以上。

— 362 —

肛肠科中医诊疗方案

（三）其他疗法

1.直肠栓剂疗法：选择清热解毒止血敛疮类栓剂。

2.针灸疗法；主穴：天枢，大横，中脘，关元，足三里，三阴交，脾俞。

配穴：湿热明显可加合谷，曲池，内庭；伴气滞可加太冲，阳陵泉；腹痛明显可加

上巨虚；泄下次数多可加大肠俞，阴陵泉，气海。

（四）护理调摄

1.生活起居：宜卧床静养，避免劳倦，保持正常生活规律，睡眠充足。

2.饮食调理：少食多餐，适当增加膳食类薏米粥、马齿苋粥等；限制脂肪和膳食纤

维；忌食辛辣、刺激食物如葱、姜、蒜等。

3.情志调摄：调畅情志，静心调养，保持情绪稳定。必要时可进行心理咨询。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组 2007 年《对我国炎症性肠病诊断

治疗规范的共识意见》拟定。

1.单项症状改善评价标准

痊愈：症状消失。

显效：症状改善 2 级及以上者。

有效：症状改善 1 级者。

未愈：症状无改善或症状加重。

症状按程度分为 4 级。

2.采用尼莫地平法计算疗效指数：[（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分]×

100%。

痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95% 。

显效：症状、体征明显改善，疗效指数≥70% 。

有效：症状、体征均有好转，疗效指数≥30%。

未愈：症状、体征无明显改善，疗效指数＜30%。

3.肠镜检查肠黏膜病变疗效评价标准

痊愈：黏膜正常。

显效：进步 2 级或缓解。

有效：治疗后进步 1 级。

无效：无进步或恶化。

（二）评价方法

— 363 —

肛肠科中医诊疗方案

1.症状量化标准表：（单项症状改善评价标准腹泻，脓血便，腹痛则按无症状、轻

度、中度、重度分为 4 级）

2.肠镜检查肠黏膜病变疗效评价标准表

0 级：黏膜正常。

Ⅰ级：黏膜充血、血管模糊。

Ⅱ级：黏膜有接触性出血。

Ⅲ级：黏膜有自发性出血。

Ⅳ级：黏膜可见大小不等的溃疡。

— 364 —

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 腹泻 | 正常 0 分 | 无 |
| 轻度 3 分 | 腹泻＜4 次 |
| 中度 6 分 | 腹泻 4-6 次 |
| 重度 9 分 | 腹泻＞6 次 |
| 脓血便 | 正常 0 分 | 无 |
| 轻度 3 分 | 少许脓血 |
| 中度 6 分 | 脓血便为主 |
| 重度 9 分 | 全部脓血便或便新鲜血 |
| 腹痛 | 正常 0 分 | 无 |
| 轻度 3 分 | 腹痛轻微，隐痛，偶发 |
| 中度 6 分 | 腹痛或胀痛，每日发作数次 |
| 重度 9 分 | 腹部剧痛或绞痛，反复发作 |

肛肠科中医诊疗方案

痔病（外痔）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.7-94）。

症状：发生于齿线以下的肛缘赘皮红、肿、疼痛或形成圆形肿物。主要临床症状包

括自觉疼痛，肛门坠胀，有异物感。

2.西医诊断标准

参照中华中医药学会肛肠分会、中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中国

中西医结合学会大肠肛门病专业委员会联合制定的“痔临床诊治指南”（中华胃肠外科

杂志，2006年）。

（1）炎性外痔：肛缘皮肤由于炎症刺激引发肛缘肿物，伴红、肿、疼痛。

（2）血栓性外痔：痔外静脉破裂，血液凝结于皮下，在肛缘形成圆形肿物。

（二）证候诊断

1.气滞血瘀证：肛缘肿物突起，排便时可增大，有异物感，可由胀痛或坠痛，局部

可触及硬性结节。舌紫暗，舌苔薄黄，脉弦涩。

2.湿热下注证：肛缘肿物隆起，灼热疼痛或局部有分泌物，便干或溏。舌质红，舌

苔黄腻，脉滑数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：理气化瘀。

推荐方药：活血散瘀汤加减。川芎、当归尾、赤芍、丹皮、苏木、桃仁、枳壳、槟

榔、大黄、瓜蒌仁等。

2.湿热下注证

治法：清热利湿。

推荐方药：萆薢渗湿汤或四妙丸加减。萆薢、薏苡仁、茯苓、滑石、鱼腥草、丹皮、

泽泻、防风、黄柏、当归、升麻、柴胡、苍术、牛膝等。

（二）中药熏洗

— 365 —

肛肠科中医诊疗方案

主要采用苦参汤加减。苦参、蛇床子、白芷、金银花、菊花、黄柏、地肤子、石菖

蒲、忍冬藤等煎水，每日 2 次，7 次为一疗程。

操作方法：熏洗前应先揭去敷料、排空二便。熏洗温度 40～45℃为宜，熏洗时间为

5 分钟/次。年老体弱者应有家属或护工陪护，水温不宜过高，以免烫伤。每天 2 次，7

天为一疗程。在熏洗期间护理人员应询问病人的自我感觉，并观察创面及周围皮肤情况。

如有皮疹、湿疹、皮肤瘙痒时，应采取相应的措施。

（三）中药外敷

可选用马应龙麝香痔疮膏、肛泰软膏、九华膏等。外涂于患处，每天 2 次，7 天为

1 个疗程。

（四）健康指导

1.注意休息，避免久坐，不要挤压。

2.软化大便，保持大便通畅，切勿怒挣。

3.向病人解释病情，传授预防保健常识。

4.饮食宜清淡，少食刺激、辛辣食物，多食瓜果蔬菜，以及膳食增加粗纤维。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.临床症状疗效评价标准

参考中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）

拟定。

显效：肛缘肿物及坠胀疼痛感消失，VAS 评分＜1 分，症状和体征基本消失。

好转：肛门坠胀疼痛减轻，VAS 评分＜4 分，症状和体征基本消失。

无效：肛门肿物存在，坠胀疼痛无变化或症状减轻＜1 周，VAS 评分＞7 分。

（二）评价方法

疼痛视觉模拟评分（VAS 评分）：通过治疗前后 VAS 评分分值变化，评定疗效。

水肿评价（钟表位表示）：通过治疗前后外痔组织所占钟表位变化的时相减小程度，

评定疗效。

— 366 —

肛肠科中医诊疗方案

脾 胃 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

胆胀（慢性胆囊炎）中医诊疗方案…………………………………………369

胃缓（胃下垂）中医诊疗方案………………………………………………374

口疮（复发性口腔溃疡）中医诊疗方案……………………………………378

食管裂孔疝中医诊疗方案…………………………………………………382

呃逆病（呃逆）中医诊疗方案………………………………………………387

腹痛病（功能性腹痛）中医诊疗方案………………………………………391

嗳气病（吞气症、非特异性过度嗳气）中医诊疗方案……………………395

厌食（神经性厌食症）中医诊疗方案………………………………………400

梅核气（癔球症）中医诊疗方案……………………………………………405

— 367 —



肛肠科中医诊疗方案

— 368 —

脾胃科中医诊疗方案

胆胀（慢性胆囊炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年），《中医消化

病诊疗指南》（李乾构，周学文，单兆伟主编，中国中医药出版社，2006 年）。

主要症状：右上腹胀满疼痛，反复发作。

次要症状：恶心、嗳气，腹胀、善太息。

多发生于 40 岁至 65 岁，女性多于男性，且以偏肥胖体型为多见。

2.西医诊断标准

参照《实用内科学》（复旦大学上海医学院、《实用内科学》编委会、陈灏珠共同编

著，人民卫生出版社，2009 年），《临床诊疗指南-普通外科分册》（中华医学会编著，人

民卫生出版社，2006 年）。

症状：右上腹持续性隐痛或胀痛，可放射到右肩胛区，高脂餐后加剧；反复发作的

胃灼热，嗳气，返酸，腹胀，恶心等消化不良症状。

体征：部分患者有胆囊点的压痛或叩击痛。

实验室检查：白细胞计数可不升高，少数患者转氨酶升高。

影像学检查：B 超检查可明确诊断，合并胆囊结石且发生过黄疸、胰腺炎的患者应

行 MRCP 或 CT 等检查了解胆总管情况。

（二）证候诊断

1.肝胆郁滞证：右胁胀满疼痛，痛引右肩，遇怒加重，胸闷脘胀，善太息，嗳气频

作，吞酸嗳腐。苔白腻，脉弦大。

2.肝胆湿热证：右胁胀满疼痛，胸闷纳呆，恶心呕吐，口苦心烦，大便粘滞，或见

黄疸。舌红苔黄腻，脉弦滑。

3.气滞血瘀证：右胁刺痛较剧，痛有定处而拒按，面色晦暗，口干口苦。舌质紫暗

或舌边有瘀斑，脉弦细涩。

4.肝郁脾虚证：右胁胀痛，倦怠乏力，情绪抑郁或烦躁易怒，腹胀，暖气叹息，口

苦，恶心呕吐，食少纳呆，大便稀塘或便秘。舌淡或暗，苔白，脉弦或细。

二、治疗方法

— 369 —

脾胃科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝胆郁滞证

治法：利胆疏肝，理气通降。

推荐方药：柴胡疏肝散加减。柴胡、白芍、川芎、枳壳、香附、陈皮、甘草、苏梗、

青皮、郁金、木香等。

中成药：胆舒胶囊，四逆散颗粒等。

2.肝胆湿热证。

治法：清热利湿，疏肝利胆

推荐方药：大柴胡汤加减。柴胡、黄芩、茵陈、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣等。

中成药：消炎利胆片等。

3.气滞血瘀证

治法：疏肝理气，活血化瘀。

推荐方药：膈下逐瘀汤加减。柴胡、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、乌药、延胡

索、香附、枳壳、红花、炒五灵脂、生蒲黄等。

中成药：血府逐瘀颗粒等。

4.肝郁脾虚证

治法：疏肝理气，健脾助运。

推荐方药：柴芍六君子汤加减。柴胡、芍药、葛根、人参、白术、茯苓、半夏、陈

皮、炙草、神曲、山楂、麦芽等。

中成药：逍遥丸等。

（二）针灸治疗

1.体针：取胆囊穴、阳陵泉、胆俞、太冲、内关、中脘、足三里。每次 2～3 穴，

用毫针行中强刺激，每穴运针 3～5 分钟，留针 10～20 分钟，隔 5 分钟行针 1 次，每日

针刺 1 次。用电针亦可。

2.头针：取头部胃区（以瞳孔直上的发际处为起点，向上作平行于正中线长 2cm 直

线）。用毫针中度刺激，每次运针 5 分钟，留针 20～30 分钟，隔 5 分钟行针 1 次，快速

捻转，每日针刺 1 次。

3.耳针：取肝、交感、神门等穴。每次 2～3 穴。强刺激，留针 20～30 分钟，每日

1～2 次。

4.点挑：取肝俞、脾俞、三焦俞、足三里、胆俞等穴。采用挑筋法或挑提法，每次

取 3～4 穴，1～3 日挑 1 次，5～10 日为 1 疗程。临床上可根据病情辨证取穴。

（三）其他疗法

— 370 —

脾胃科中医诊疗方案

1.耳穴压豆

借助探棒寻找阳性反应点，辨证分析，确定治疗方案、选穴配方，75%乙醇棉球擦

洗并消毒耳廓，再次核对穴位。左手固定耳廓，右手持止血钳夹王不留行籽对准耳穴贴

压，贴压时稍加用力，注意刺激的强度，使耳廓有发热、胀麻感（即得气）为度。

2.推拿疗法

（1）基本操作：患者取左侧卧位，医生坐于其背部，在右侧季肋部用轻快的摩法 3～

5 分钟，并分别对日月、章门、期门诸穴用指揉法各 1 分钟。

患者取仰卧位，医生坐其右侧对上腹部及右侧季肋部用鱼际揉法或全掌揉法各 1 分

钟。并对下胸及上腹部施以分推法 20～30 次。再按揉阳陵泉、胆囊、丘墟诸穴各 1 分

钟以有酸胀得气感为度。

患者取俯卧位或坐位均可，用食、中指或拇指对膈俞、肝俞、胆俞等背穴施以指揉

法，每穴约 1 分钟。

最后擦胆囊部，以热为度，搓两肋结束治疗。

（2）辨证治疗：对胆囊炎疼痛甚者，先在肢体远端阳陵泉、胆囊穴附近寻找敏感

的压痛点，找到痛点后以相对重而揉的按压或按揉法予以刺激，可达缓急止痛之功效。

对消化道症状明显者可加强揉中脘和按揉足三里穴。

3.中药穴位贴敷

根据病情需要，可选用中药穴位贴敷、穴位注射、肝病治疗仪等疗法。

（四）健康指导

1.饮食调理：多饮水，忌食脂肪含量高的食物，如肥肉、鸭、荷包蛋、油炸食物等，

减少烹调用油，在烹调方法上以蒸、炖、煮为主。忌刺激性或产气食品，如牛奶、萝卜、

洋葱等，忌饮酒。

2.情志调摄：保持精神愉快，心情舒畅。正确对待疾病，避免诱发或加重疾病的不

良情绪。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）拟定。

1.主要症状疗效评价标准

主要症状的记录与评价。按症状改善百分率=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治

疗前总积分×100%，计算主要症状改善百分率。

（1）痊愈：症状消失。

（2）显效：症状改善百分率≥80%。

— 371 —

脾胃科中医诊疗方案

（3）进步：50%≤症状改善百分率＜80%。

（4）无效：症状改善百分率＜50%。

（5）恶化：症状改善百分率负值。

痊愈和显效病例数计算总有效率。

中医症状量化分级标准：所有症状分为无、轻、中、重四级，无症状；轻度：症状

轻微，只有关注时才能感觉到，不会影响日常生活、工作和学习；中度：症状尚能够忍

受，已经部分影响了日常生活、工作和学习；重度：症状明显，难以忍受，明显影响了

日常生活、工作和学习。在主症分别记 0、2、4、6 分，次症分别记 0、1、2、3 分。

2.证候疗效评定标准

采用尼莫地平法计算，疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%。

显效：症状、体征明显改善，70%≤疗效指数＜95%。

有效：症状、体征明显好转，30%≤疗效指数＜70%。

无效：症状，体征无明显改善，甚或加重，疗效指数＜30%。

3.临床疗效标准

临床痊愈：症状、体征全部消失，影像学检查胆囊或胆管壁增厚、毛糙、透声三项

恢复正常。

显效：症状、体征基本消失或大部分消失，影像学检查胆囊或胆管壁的增厚、毛糙、

透声三项中 2 项或 2 项以上改善。

有效：症状、体征大部分或部分消失，影像学检查胆囊或胆管壁的增厚、毛糙、透

声三项中 1 项或 1 项以上改善。

无效：症状、体征及影像学检查均无改善。

（二）评价方法

1.初次就诊时进行症状、中医证候学及腹部 B 超评价。

2.治疗过程中每周对主要症状、中医证候学进行定期评价。

3.治疗结束时对所有患者进行主要症状、中医证候学、腹部 B 超评价。

— 372 —

脾胃科中医诊疗方案

附：症状评估积分表

说明：程度轻微--有症状，但不影响工作和生活；程度中等--影响部分工作和生活，

休息可缓解，不需治疗；程度严重--程度重，影响工作生活，休息不能缓解，需治疗。

□右下标数字为计分标准。

— 373 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症 状 | | 程度及计分标准 | 计分 |
| 主  症 | 右胁疼痛 | □0 无 □2 轻微 □4 中等 □6 重度 |  |
| 右胁胀满不适 | □0 无 □2 轻微 □4 中等 □6 重度 |  |
| 次  症 | 纳 差 | □0 无 □1 减少 1/3 以下 □2 减少 1/3-1/2  □3 减少 1/2 以上 |  |
| 恶 心 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 嗳腐吞酸 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 胸闷脘胀 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 口干/口苦 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 善太息 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 面色晦暗 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 痛有定处 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 大 便 | □1 正常 □2 不正常 （□便秘 □泄泻） |  |
| 其  他  症  状 | 疲 乏 | □0 无 □1 轻微 □2 中等 □3 重度 |  |
| 失 眠 | □0 无 □1 轻微 □2 中等 □3 重度 |  |
| 烦躁易怒 | □0 无 □1 偶尔 □2 经常 □3 总是 |  |
| 总积分 | | |  |

脾胃科中医诊疗方案

胃缓（胃下垂）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《实用中医内科学》第 2 版（王永炎、严世芸主编，上海科学技术出版社，2009

年）。

主要症状：脘腹痞满或坠胀，嗳气不舒，纳差，乏力。

次要症状：胃脘疼痛，恶心呕吐，大便秘结或便溏，畏冷，消瘦。

可见于任何年龄段，以青年女性及中老年人多见，多发生于瘦长体形患者、经产妇

及慢性病患者，治疗疗程长，难度大。

根据病史、症状、体形及影像学检查可诊断。

2.西医诊断标准

参照《内科疾病诊断标准》第 2 版（贝政平、蔡映云主编，科学出版社，2007 年）。

（1）多发生于瘦长体形，经产妇及消耗性疾病进行性消瘦等。

（2）不同程度的上腹部饱胀感，食后尤甚，嗳气，厌食，便秘，腹痛。腹胀可于

餐后、站立过久和劳累后加重，平卧时减轻。亦可出现站立性晕厥、低血压、乏力、头

晕等“循环无力症”的其他内脏下垂的表现。

（3）肋下角常小于90°；站立时触及较明显的腹主动脉搏动；振水声；以双手托

扶下腹部，往上则上腹坠胀减轻；可触及下垂的肝、脾、肾等脏器。

（4）X 线钡餐造影检查可见胃小弯角切迹、胃幽门管低于髂嵴连线水平；胃呈长

钩形或无张力型，上窄下宽，胃体与胃窦靠近，胃角变锐。胃的位置及张力均低，整个

胃几乎位于腹腔左侧。

（二）证候诊断

1.脾虚气陷证：脘腹坠胀，食后益甚，或便意频数，或久泄不止，肛门重坠，或脱

肛，神疲乏力，食少，腹胀，便溏，眩晕。舌淡，脉弱。

2.脾虚阴损证：脘腹坠胀，胃脘痞闷，食后更显，神疲乏力，气短懒言，咽干口燥，

烦渴欲饮，午后颧红，小便短少，大便干结。舌体瘦薄，苔少而干，脉虚数。

3.脾肾阳虚证：脘腹坠胀，食后更甚，喜温喜按，食少便溏，畏冷肢凉，胃中振水，

呕吐清水，神疲乏力，腰酸。舌淡胖，苔白滑，脉沉弱。

二、治疗方法

— 374 —

脾胃科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.脾虚气陷证

治法：补气升陷。

推荐方药：补中益气汤合升陷汤加减。黄芪、党参、白术、当归、炙甘草、柴胡、

升麻、枳壳、陈皮、桔梗等。

中成药：补中益气颗粒、香砂六君子丸等。

2.脾虚阴损证

治法：补脾益胃。

推荐方药：参苓白术散合益胃汤加减。太子参、生黄芪、山药、玉竹、麦冬、石斛、

佛手、桔梗、炙甘草等。

中成药：阴虚胃痛颗粒、养胃舒等。

3.脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

推荐方药：附子理中汤合苓桂术甘汤加减。党参、白术、炙甘草、茯苓、干姜、桂

枝、附子等。

中成药：温胃舒胶囊、虚寒胃痛颗粒等。

本病除上述证型外，常兼有肝郁、气滞、血瘀、食积、湿热等。肝郁气滞加柴胡、

绿萼梅、厚朴、苏梗；血瘀加丹参、赤芍、桃仁；食积加焦山楂、麦芽、谷芽、莱菔子、

神曲；湿热加茵陈、豆蔻、黄连。

（二）针灸治疗

1.体针

（1）主证

脾虚气陷证：取穴：百会、气海、关元、中脘、脾俞、胃俞、足三里、神阙等。方

法：多用补法，可针灸并用或隔姜灸。

脾虚阴损证：取穴：中脘、气海、关元、百会、足三里、神阙、三阴交等。方法：

多用补法，多针少灸。

脾肾阳虚证：取穴：脾俞、肾俞、中脘、气海、关元、百会、足三里等。方法：多

用补法，可针灸并用或隔附子饼、姜灸。

（2）兼证

肝郁证：配肝俞、太冲、三阴交等，宜平补平泻，多针少灸。

气滞证：配行间、章门、期门等，宜平补平泻，多针少灸。

血瘀证：配血海、膈俞等，宜平补平泻，针灸并用。

— 375 —

脾胃科中医诊疗方案

湿热证：配阴陵泉、曲池、合谷等，宜多用泻法，只针不灸。

食积证：配天枢、梁门、大横等，宜平补平泻，针灸并用。

2.耳针

（1）穴位：胃、脾、交感、神门、皮质下。

（2）方法：2～3 穴/次，随证补泻。

3.穴位注射：取穴同针灸处方，每次选 1～3 穴。取黄芪注射液或生脉注射液，每

次每穴注入 1ml。

（三）特色疗法

1.药物敷贴疗法

功能：行气消胀

药物：用槟榔、莱菔子、枳实、厚朴、木香、大腹皮、香附等等份研粉而成。

方法：取适量以茶油搅拌成膏，外敷中脘穴或神厥穴。每日 1～2 次，1 次贴 8 小时

后取下，3 天为 1 疗程。

禁忌：对药物过敏者、孕妇等。

2.穴位埋线疗法

功能：利用羊肠线对穴位的持续刺激作用达到治疗效果。

方法：取中脘、脾俞、胃俞、气海、足三里等穴。行常规穴位埋线，每次埋线 1～

3 穴，2 周 1 次。

禁忌：皮肤局部有感染、溃疡；孕妇；对羊肠线过敏者。

3.推拿疗法

方法：采用中强度的点、按、揉、震、颤等温补手法，选取中脘、天枢、关元、脾

俞、胃俞、足三里等穴位；也可采用禅推法，先用轻柔的一指禅推法，以鸠尾、中脘为

重点操作穴位。然后循序往下腹部及小腹部，以脐周及天枢、气海为主。并用托法，医

师将四指并拢，以指罗纹用力，根据胃缓的不同程度，自下而上托之。同时可在中脘穴

施以掌震法，再用摩法在腹部以逆时针方向操作，时间约 15 分钟。

（四）其他疗法

根据病情需要，可使用中医诊疗设备如胃动力治疗仪、艾灸仪等。

（五）护理调摄

1.饮食调理：易消化饮食，根据病情确定进食的餐次，禁止暴饮暴食；发挥中医药

的特色，提倡中药粥、汤等药膳，改善患者的体力和营养。

2.体育锻炼：依患者体质、年龄的不同，选择适合的体育锻炼，以增强腹肌张力，

促使胃体回升。

— 376 —

脾胃科中医诊疗方案

三、疗效评价

（一）评价标准

症状疗效判定标准：参照 2010 年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制

定的《胃肠疾病中医症状评分表》（中国中西医结合消化杂志，2011 年）及《中药新药

临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）拟定。

1.中医症状评价方法

（l）临床痊愈：症状、体征消失。积分减少≥95%。

（2）显效：症状、体征明显减轻，积分减少≥70%。

（3）有效：症状、体征减轻，积分减少≥30%。

（4）无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，积分减少＜30%。

2.疾病疗效评价方法

（l）临床痊愈：症状基本消失，胃下垂程度改善 2 级以上者。

（2）显效：症状明显减轻，胃下垂程度改善 1 级以上者。

（3）有效：症状减轻，上消化道钡餐复查，胃角切迹回升＞1cm 者。

（4）无效：症状无变化，上消化道钡餐复查，胃角切迹未回升或下降者。

（二）评价方法

分别于初次就诊时及治疗结束时进行症状、X 线钡餐造影检查等评价。同时治疗过

程中每 2 周对症状进行评价。

注：计算公式（尼莫地平法）为：[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]×

100%。

根据站立位胃角切迹与两侧髂嵴连线的位置，将胃下垂分为三度：轻度：角切迹的

位置低于髂嵴连线下 1.0～5.0cm；中度：角切迹的位置位于髂嵴连线下 5.1～10.0cm；

重度：角切迹的位置低于髂嵴连线下 10.1cm 以上。

— 377 —

脾胃科中医诊疗方案

口疮（复发性口腔溃疡）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）、《中医消化

病诊疗指南》（李乾构，周学文，单兆伟主编，中国中医药出版社，2006 年）。

主要症状：口腔溃疡，自发疼痛，激惹疼痛。

次要症状：心烦失眠，口热口干，尿黄便干，或大便粘滞不爽。

诊查（望诊）：口腔粘膜溃疡局部红肿，溃疡表面渗出或有假膜形成，边缘整齐，

基底平坦，形态不一。

本病可见于任何年龄段，影响患者进食、说话，且易反复发作。

根据病史、症状及诊查所见可诊断。

2.西医诊断标准

参照《口腔黏膜病学》第三版（陈谦明主编，人民卫生出版社，2008 年）、《临床诊

疗指南-口腔医学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2005 年）。

（1）病史规律

1）复发性：有至少 2 次复发性口腔溃疡发病史；

2）自限性；

3）周期性。

（2）临床表现

1）口腔黏膜溃疡呈单个或数个反复发作，间歇期不规律；

2）溃疡发生部位多见于非角化黏膜；

3）溃疡呈圆形或椭圆形，中心略凹陷，周围有充血红晕，表面有黄色假膜；

4）轻型溃疡直径约 2～5mm；口炎型（疱疹样）溃疡直径稍小，可出现十余个至数

十个散在分布的小溃疡；重型（腺周口疮）溃疡可深达黏膜下层，常单发，直径大于 5 mm，

愈合后常留有瘢痕；

5）溃疡疼痛明显。

（二）证候诊断

1.胃火炽盛证：溃疡形状不规则，基底色黄平坦，周围充血发红水肿，口渴思冷，

大便干结；口热口臭，牙龈红肿出血，小便短赤。舌质红，苔黄厚而干，脉弦洪或弦数。

— 378 —

脾胃科中医诊疗方案

2.心脾积热证：溃疡大小不等，圆或椭圆形，可由小米粒到绿豆或黄豆大小，溃疡

数目较多，可融合成片，周围可红肿高起，中央凹陷。局部灼热疼痛，口渴；心烦失眠，

焦虑不安，便干尿赤。舌质舌尖偏红而干，苔黄腻，脉弦细数。

3.脾虚湿热证：口疮常见于口唇、舌下及咽部，其滋水淋淋，反复发作；口苦咽痛，

腹泻肠鸣，乏力，纳呆，胃脘堵闷，知饥不食，食则腹胀。舌质红，舌体胖，舌苔黄腻

或白腻，脉濡细。

4.阴虚火旺证：溃疡大小不等，多为米粒大小，渗出少，基底平，数目少 1～3 个，

色淡稍红，周围微红，易反复发作，心烦口渴，不欲多饮，手足心热，盗汗，心悸、失

眠，便干；面色潮红，唇红干。舌质偏红，苔薄黄而干，脉沉细数。

5.心脾两虚证：溃疡数目少，周围轻度水肿，疮色暗红或暗淡呈灰白色，发作时间

较长，愈合缓慢，体倦乏力，食少纳呆，大便溏或先硬后溏；神疲懒言，心悸怔忡，面

黄无华，口淡乏味。舌淡胖嫩有齿痕，苔薄白，脉细弱或缓弱。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.胃火炽盛证

治法：清胃降火，通腑泄热。

推荐方药：清胃散加减。升麻、黄连、丹皮、当归、生地、川牛膝、生石膏、大黄、

蒲公英、地丁等。

中成药：牛黄清胃丸、黄连上清片（丸）等。

2.心脾积热证

治法：清心泻脾，导热下行。

推荐方药：导赤散合泻黄散加减。生地、通草、山栀子、石膏、生甘草、黄连、淡

竹叶、蒲公英、防风、藿香等。

中成药：导赤丸等。

3.脾虚湿热证

治法：健脾益气，清化湿热。

推荐方药：甘草泻心汤加减。生甘草、太子参、黄连、黄芩、清半夏、生姜、土茯

苓、白花蛇舌草、苦参、升麻、白芷等。

4.阴虚火旺证

治法：滋阴清热，降火敛疮。

推荐方药：知柏地黄汤加减。生地、山药、山萸肉、泽泻、丹皮、赤芍、茯苓、石

斛、知母、黄柏、女贞子、旱莲草、地骨皮、白及等。

— 379 —

脾胃科中医诊疗方案

中成药：知柏地黄丸、口炎清颗粒等。

5.心脾两虚证

治法：补益心脾，收肌敛疮。

推荐方药：归脾汤合补中益气汤加减。党参、白术、黄芪、当归、茯神、远志、酸

枣仁、龙眼肉、甘草、升麻、柴胡等。

属气阴两虚证者，用益胃汤合沙参麦冬汤加减。沙参、麦门冬、天门冬、玉竹、生

地、百合、石斛、白及等。

中成药：人参归脾丸、补中益气丸等。

（二）针灸疗法

1.针灸：可选廉泉、合谷、曲池、通里、神门、少冲、足三里等穴针刺，每次 2 至

3 穴，交替使用，中等强度刺激，留针 5 至 10 分钟。

2.耳穴：可选用口、舌、神门、胃、皮质下、内分泌、肾上腺、脾、心等穴，每次

可选数穴，用王不留行籽贴压于穴位上，每日稍加力按摩 3 次，每次 10 分钟，每 3 次

轮换穴位 1 次，双耳交替使用。

（三）特色疗法

1.局部用药

（1）可酌情用锡类散、养阴生肌散、冰硼散、口腔溃疡散、西瓜霜等药外喷溃疡

面，每日 2～3 次。

（2）黄柏、五倍子、青黛、儿茶、冰片研末涂敷或喷洒患处，每日 2～3 次。

2.穴位贴敷：用吴茱萸研粉，适量加鸡蛋清或醋调成稠膏状，双侧足底心涌泉穴，

固定，每晚睡前 1 次，翌日晨起去除。

（四）健康指导

1.口腔卫生：保持口腔清洁，建议使用含有清热解毒、敛疮生肌中草药牙膏刷牙，

每日 2 次。

2.饮食调理：改变不良饮食习惯，清淡饮食为主，多食新鲜蔬菜和水果，少吃或不

吃辛辣油炸之物，戒烟忌酒。

3.情志调摄；保持心情舒畅，避免不良情绪刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照 2002 版《中药新药临床研究指导原则（2002 年）》中复发性口疮的标准、中

华口腔医学会《复发性阿弗他溃疡疗效评价试行标准》制定。

1.症状疗效判定标准

— 380 —

脾胃科中医诊疗方案

（l）临床痊愈：症状、体征消失，积分减少≥95%。

（2）显效：症状、体征明显减轻，积分减少≥70%。

（3）有效：症状、体征减轻，积分减少≥30%。

（4）无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，积分减少不足 30%。

注：计算公式（尼莫地平法）为：[（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分]×

100%。

2.溃疡局部评价标准

（1）显效：平均溃疡期缩短，且疼痛指数减小；

（2）有效：平均溃疡期缩短或疼痛指数减小；

（3）无效：平均溃疡期无改变，且疼痛指数无改变。

（二）评价方法

1.初诊诊断与评价：在初诊时完成。内容包括评价标准的各项内容。

2.治疗过程中的评价：对中医证候学内容进行定期评价。

3.治疗结束时评价：对患者进行“症状疗效评价”和“溃疡局部评价”。

注：

平均溃疡期（天）：评价时段各溃疡持续时间总和除以溃疡总数；

疼痛指数（分）：采用视觉类比量表（VAS）记录溃疡期每天的疼痛分值。

— 381 —

脾胃科中医诊疗方案

食管裂孔疝中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

诊断标准：参照《临床诊疗指南-消化系统疾病分册》（中华医学会编著，人民卫生

出版社，2009 年）。

食管裂孔疝是由于膈肌食管裂孔先天性发育异常、外伤后或腹内压增高的情况下，

食管的膈下段和胃的上部经裂孔进入胸腔。若胃食管结合部和胃移位至膈肌上方，称为

滑动型食管裂孔疝。若胃食管的结合部仍在正常位置，但一部分胃沿食管旁移位至胸腔，

称为旁型食管裂孔疝。食管裂孔疝可引起胃食管反流并降低食管对酸的清除，因而导致

胃食管反流病。

1.临床表现

患者往往并发反流性食管炎而有胸痛、心窝部烧灼感或烧心，常在饱食或饮酒后诱

发。偶尔可并发上消化道出血。

2.诊断要点：

（1）X 线检查：①胸部透视或摄片：如在纵膈内发现大气泡，左上腹胃泡影消失，

应考虑为食管裂孔疝。②上消化道钡餐检查：当造影剂充盈胃底时，可发现贲门、胃底

不同程度地移位于横膈上方，可见胃粘膜皱襞通过裂孔出现在疝囊中，造影剂反流进入

疝囊；膈上可见到对称性环状切迹，其上为扩张的食管末端，其下为疝入膈上的胃。

（2）内镜检查：可见齿状线上移（距门齿＜40cm），在疝囊与膈肌食管裂孔处可见

二个狭窄环。内镜检查还可以确定有无反流性食管炎，以及与食管癌相鉴别。

（二）证候诊断

1.肝胃郁热证：胸痛，烧心，胸胁胀满，嗳气反食，嘈杂易饥，舌红苔薄白或腻，

脉弦。

2.脾胃湿热证：胸胁胀痛，烧心，口苦口干，食少纳呆，嗳气反酸，身重困倦，小

便短黄，舌红苔黄腻，脉滑或数。

3.脾胃虚寒证：嗳气反酸，胸胁胀满，烧心，泛吐清水，胃痛隐隐，喜温喜按，神

疲纳呆，大便溏薄，舌淡苔薄，脉细弱。

4.气郁痰阻证：胸痛，胸胁胀满，吞咽困难，烧心，呕吐痰涎，嗳气呃逆，情绪舒

畅可减轻，舌红苔白腻，脉弦滑。

— 382 —

脾胃科中医诊疗方案

5.气虚血瘀证：胸痛，干呕频频，胸胁胀满，固着不移，甚及后背，呕血或黑便，

烧心反酸，神疲纳呆，少气懒言，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝胃郁热证

治法：疏肝清热，和胃止痛。

推荐方药：左金丸合橘皮竹茹汤加减。吴茱萸、黄连、橘皮、竹茹、麦冬、半夏、

枇杷叶、茯苓、甘草等。

中成药：丹栀逍遥丸等。

2.脾胃湿热证

治法：清热化湿，健脾和胃。

推荐方药：半夏泻心汤合黄连温胆汤加减。半夏、黄芩、黄连、陈皮、旋覆花、茯

苓、甘草、枳实、竹茹、泽泻、白术、党参等。

中成药：香连丸等。

3.脾胃虚寒证

治法：温中健脾，和胃止痛。

推荐方药：黄芪建中汤合旋覆花代赭石汤加减。黄芪、桂枝、赤芍、白芍、吴茱萸、

黄连、半夏、茯苓、白术、党参、旋覆花、代赭石等。

中成药：附子理中丸、温胃舒等。

4.气郁痰阻证

治法：行气化痰，开郁止痛。

推荐方药：半夏厚朴汤加减。半夏、厚朴、生姜、枳壳、茯苓、苏梗、香附、陈皮、

佛手、全瓜蒌、旋覆花、甘草等。

中成药：橘红化痰丸等。

5.气虚血瘀证

治法：益气活血，化瘀止痛。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、当归、川芎、桃仁、赤芍、红花、党参、柴胡、

郁金、旋覆花、陈皮、香附等。

中成药：胃复春等。

（二）针灸疗法

主穴：上脘、中脘、足三里、内关、膈俞、胃俞；

配穴：肝胃郁热证加行间、侠溪、太冲、阳陵泉；脾胃湿热证加阳陵泉、合谷、水

— 383 —

脾胃科中医诊疗方案

分；脾胃虚寒证加神阙、鸠尾，用灸法；气郁痰阻证加太冲、外关、丰隆、阴陵泉；气

虚血瘀证加血海，加关元、气海、膻中，用灸法。

操作：诸穴均常规针刺；膈俞、胃俞等穴不可深刺。实证采用泻法；虚证采用补法，

必要时加用灸法。

（三）其他疗法

1.中药离子导入疗法

中药热奄包处方：白芷、益母草、红花、细辛、肉桂、川椒、藿香、陈皮等。

适用证候：脾胃虚寒证、气虚血瘀证。

方法：患者取仰卧位，暴露上腹部皮肤，食醋湿润中药热奄包，放在患者上腹部，

用红外线灯照射中药热奄包，每次照射 30 分钟，每 5 分钟翻一次，以保证加热面接触

患者上腹部，热奄包温度以患者能耐受为宜，至皮肤潮红，患者上腹部有强烈温热感为

佳。每日 1 次。

2.穴位贴敷疗法

穴位敷贴处方一：吴茱萸、肉桂、香附、白芥子、冰片等。

适用证候：脾胃虚寒证、气虚血瘀证。

穴位敷贴处方二：黄连、丹皮、乳香、没药、冰片等。

适用证候：肝胃郁热证、脾胃湿热证。

方法：根据疾病取穴法，选取相应的穴位，清洁皮肤，将其敷贴在穴位上。分为寒、

热两个证型，在治疗过程中均可以取中脘、上脘、胃俞、脾俞、足三里等进行中药穴位

贴敷。

3.穴位注射疗法

取穴：双足三里。

适用证候：气虚血瘀证、气郁痰阻证。

药物：丹参注射液、黄芪注射液等。

操作：取双足三里穴。患者取坐位或卧位，用 2%碘酒消毒皮肤，再用 75%酒精脱碘，

用 5mL 一次性注射器抽取药物 2mL，斜刺皮下 0.5～0.8 寸，行轻提插手法，待患者有酸

胀麻感时且回抽无血后，将药液缓慢推入，每穴注射 1mL 药液，出针后按压针孔片刻，

日 1 次。2 周为 1 疗程。

4.推拿捏脊疗法

方法：患者取俯卧位或半俯卧位，使背部平坦松弛，沿太阳膀胱经第 1 支，两手沿

脊柱两旁，由下而上连续地挟提肌肤，边捏边向前推进。重复 3～5 遍，再按揉肾俞穴 2～

3 次。每日操作 1 次，每次 20～30 分钟。6 次为一疗程。

— 384 —

脾胃科中医诊疗方案

5.湿热敷疗法

适用证候：气虚血瘀证、脾胃虚寒证。

部位：腹部、背部。

方法：患者取仰卧位，暴露上腹部或背部皮肤，将用毛巾包裹好的湿热导子直接敷

于治疗部位即可。湿热导子的温度为 65℃，湿热治疗时间一般为 20 分钟，如疼痛感较

重的患者，可适当延长湿热治疗时间，但总时间不宜超过 60 分钟，每日 1 次。

（四）健康指导

1.情志调摄

疏导患者，修养积极乐观的心态，及时调节好心情。

2.饮食调护

（1）对于肥胖的病人，要控制饮食，平衡营养，尽快减轻体重。

（2）避免进食过冷、过热及甜酸辛辣等刺激性食物。

（3）禁烟、酒。

（4）选择细软易消化食物。

3.用药指导

尽量避免或减少服用降低胃动力的药物，如颠茄、阿托品、氨茶碱、烟酸、异博定、

心痛定、安定等。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）拟定。

1.症状疗效评价标准。

治愈：胸痛、烧心症状消失。

显效：胸痛、烧心症状改善 2 级者。

有效：胸痛、烧心症状改善 1 级者。

无效：胸痛、烧心症状无改善或加重。

其中症状按程度分为 4 级：

无症状。

轻度：胸痛、烧心症状轻微，只有关注时才能感觉到，不会影响日常生活、工作和

学习。

中度：胸痛、烧心症状尚能忍受，已经部分影响了日常生活、工作和学习。

重度：胸痛、烧心症状明显，难以忍受，明显影响了日常生活、工作和学习。

2.证候疗效评价标准。

— 385 —

脾胃科中医诊疗方案

痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%。

显效：症状、体征明显改善，疗效指数≥70%。

有效：症状、体征均有好转，疗效指数≥30%。

无效：达不到上述有效标准或恶化者。

采用尼莫地平法计算。疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

中医症状量化分级标准：无症状（0 分）；轻度（1 分）：症状轻微，只有关注时才

能感觉到，不会影响日常生活、工作和学习；中度（2 分）：症状尚能够忍受，已经部分

影响了日常生活、工作和学习；重度（3 分）：症状明显，难以忍受，明显影响了日常生

活、工作和学习。

（二）评价方法

分别在初诊、治疗中、治疗结束时采用尼莫地平法进行评价。

1.初诊时的诊断与评价：在初诊时完成。内容包括评价标准的各项内容。

2.治疗过程中的评价：对中医证候学内容进行定期评价。

3.治疗结束时评价：对患者进行“症状疗效评价”。

— 386 —

脾胃科中医诊疗方案

呃逆病（呃逆）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科学》（周仲英主编，中国中医药出版社，2006 年）。

（1）呃逆以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，不能自止为主症，其呃声或高

或低，或疏或密，间歇时间不定。

（2）伴有胸膈痞闷，脘中不适，情绪不安等症状。

（3）多有受凉、饮食、情志等诱发因素，起病多较急。

2.西医诊断标准

参照《胃肠病学》（郑芝田主编，人民卫生出版社，2000 年，第 3 版）。

呃逆症是膈肌和肋间肌等辅助呼吸肌的阵发性不自主挛缩，伴吸气期气门突然闭

锁，空气迅速流入气管内，发出特异性声音。当膈肌不随意的重复性痉挛，及其随后的

声门突然关闭，可引起气体的内流受阻，便发出特征性的声音。

（二）证候诊断

1.胃中寒冷证：呃声沉缓有力，胸膈及胃脘不舒，得热则减，遇寒更甚，进食减少，

喜食热饮，口淡不渴。舌苔白润，脉迟缓。

2.胃火上逆证：呃声洪亮有力，冲逆而出，口臭烦渴，多喜饮冷，脘腹满闷，大便

秘结，小便短赤。苔黄燥，脉滑数。

3.气机郁滞证：呃逆连声，常因情志不畅而诱发或加重，胸胁满闷，脘腹胀满，嗳

气纳减，肠鸣矢气。苔薄白，脉弦。

4.脾胃阳虚证：呃声低长无力，气不得续，泛吐清水，脘腹不舒，喜温喜按，面色

晄白，手足不温，食少乏力，大便溏薄。舌质淡，苔薄白，脉细弱。

5.胃阴不足证：呃声短促而不得续，口干咽燥，烦躁不安，不思饮食，或食后饱胀，

大便干结。舌质红，苔少而干，脉细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.胃中寒冷证

治法：温中散寒，降逆止呃。

— 387 —

脾胃科中医诊疗方案

推荐方药：丁香散加减。丁香、柿蒂、高良姜、干姜、荜茇、香附、陈皮等。

中成药：温胃舒、理中丸等。

2.胃火上逆证

治法：清胃泄热，降逆止呃。

推荐方药：竹叶石膏汤加减。竹叶、生石膏、沙参、麦冬、半夏、粳米、甘草、竹

茹、柿蒂等。

中成药：牛黄上清丸等。

3.气机郁滞证

治法：顺气解郁，降逆止呃。

推荐方药：五磨饮子加减。木香、乌药、枳实、沉香、槟榔、丁香、代赭石等。

中成药：四磨汤口服液、木香顺气丸、沉香舒气丸等。

4.脾胃阳虚证

治法：温补脾胃，和中止呃。

推荐方药：理中丸加减。人参、白术、甘草、干姜、吴茱萸、丁香、柿蒂等。

中成药：桂附理中丸等。

5.胃阴不足证

治法：养胃生津，和中止呃。

推荐方药：益胃汤合橘皮竹茹汤加减。沙参、麦冬、玉竹、生地、橘皮、竹茹、枇

杷叶、柿蒂等。

中成药：养胃舒等。

（二）针灸治疗

1.体针疗法

主穴：天突、中脘、膻中、膈俞、内关、足三里。

配穴：寒邪犯胃、胃火上逆、胃阴不足者，加胃俞；脾胃阳虚者，加脾俞、胃俞；

气机郁滞者加期门、太冲。

操作：诸穴常规针刺。膈俞、期门、脾俞、胃俞等穴不可深刺。寒邪犯胃、脾胃阳

虚者，针灸并用，虚补实泻，诸穴可用艾灸盒灸或艾条灸或隔姜灸；胃火上逆、气机郁

滞者，只针不灸，泻法，或加用沿太阳膀胱经循经闪罐；胃阴不足者，指针不灸，平补

平泻。

2.指针疗法

选穴：睛明、攒竹、鱼腰、翳风、肩井、缺盆、气舍、天突、膈俞、合谷。

操作：任取一穴，或多穴，用拇指或中指缓缓重力按压，以患者能耐受为度，连续

— 388 —

脾胃科中医诊疗方案

按压 1～5 分钟，同时嘱患者深吸气后屏住呼吸。

3.夹脊穴电针

取穴：双侧第 4 颈椎夹脊穴。

操作：局部常规消毒后，快速刺入直达颈椎横突处，针尖稍指向胸腹部，强刺激提

插捻转，使针感向胸腹部传导，然后接脉冲电疗仪，采用正、负极左右连接，并将正、

负极交叉通电，选用疏波，电流量以局部肌肉出现轻度节律性收缩，且患者能耐受为度，

留针 30 分钟。每日 1 次，严重者每日 2 次。

4.艾灸疗法

取穴：乳根穴。

方法：将艾条点燃，距离皮肤约 3cm 左右，以患者有温热感而无灼痛感为度。悬灸

时，患者取坐位为宜，卧位者应注意勿使灰屑落于皮肤上而致烫伤。左右两穴，交替施

灸。

（三）推拿疗法

部位：颈部、肩部、背部。

手法：点、按、揉、滚等。

操作：患者取坐位或俯卧位，循经点、按、揉颈项部诸经、背部太阳膀胱经内侧线；

揉压翳风、肩井、天突、气舍、风池、肺俞、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、大肠俞等。

（四）其他疗法

1.穴位注射

取穴：双膈俞。

药物：丹参注射液、川芎嗪注射液等。

操作：取双侧膈俞穴。患者取坐位或卧位，常规消毒皮肤，用 2mL 注射器抽取上述

任一药物 2mL，斜刺皮下 0.5～0.8 寸，行轻提插手法，待患者有酸胀麻感时且回抽无血

后，将药液缓慢推入，每穴注射 1mL 药液，出针后按压针孔片刻，日 1 次。一般治疗 1～

3 次若未治愈，休息 2d，再继续治疗 1～3 次。

2.拔罐疗法

部位：背部、胸部、腹部。

方法：闪罐、走罐、留罐。

操作：患者取俯卧位暴露腰背部皮肤，在腰背部涂抹润滑油，然后沿太阳膀胱经走

罐。走罐速度均匀，力度以患者能耐受为宜，至皮肤潮红、充血或瘀血时。最后在大椎、

肺俞、膈俞、胃俞、胆俞、大肠俞等穴位处留罐 5～8 分钟。实证用泻法：力度稍重，

时间稍长；虚证用补法：力度稍轻，时间稍短。其中实证、年轻、体壮者留罐时间稍长，

— 389 —

脾胃科中医诊疗方案

虚证或年老、体弱者留罐时间稍短或不留罐。其次，取仰卧位或坐位，在膻中、中脘穴、

期门穴处留罐 4～5 分钟。

3.中药热奄包烫熨治疗

处方：白芷、益母草、红花、细辛、肉桂、川椒、藿香、陈皮等。

适用证候：胃中寒冷证、气机郁滞证、脾胃阳虚证。

方法：患者取仰卧位，暴露上腹部皮肤，用食用醋湿润中药热奄包，放在患者上腹

部，用红外线灯照射中药热奄包，每次照射 30 分钟，每 5 分钟翻一次中药热奄包，以

保证加热面接触患者上腹部，热奄包温度以患者能耐受为宜，至皮肤潮红，患者上腹部

有强烈温热感为佳。每日 1 次。

（五）健康指导

1.生活起居：注意寒温适宜，避免外邪侵袭。

2.饮食调理：宜清淡，忌生冷、辛辣、肥腻之品，避免饥饱失常。发作时，忌浓茶、

咖啡、冰冷饮料。

3.情志调节：保持情志舒畅，避免暴怒、过喜等不良情志刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准－中医内科病证诊断疗效标准》有关标准，

拟定以下标准。

1.治愈：呃逆停止，随访 2 周无复发。

2.显效：呃逆基本停止，伴随症状明显减轻，偶有间断发作。

3.有效：呃逆及伴随症状减轻，仍有间断发作。

4.无效：呃逆及伴随症状无明显变化。

（二）评价方法

在门诊当天、出路径时，根据症状评价标准进行评价。

— 390 —

脾胃科中医诊疗方案

腹痛病（功能性腹痛）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医内科常见病诊疗指南》“中医病证部分”（中华中医药学会编，中国中医

药出版社，2008年）。

指胃脘以下，耻骨毛际以上的部位发生疼痛为主要表现的病证，属于中医“腹痛病”

的范畴。

2.西医诊断

参照“功能性胃肠病罗马III诊断标准”。

功能性腹痛的诊断必须符合以下所有条件：

（1）持续或近乎持续的腹痛；

（2）疼痛与生理事件（如进食、排便或月经）无关或仅偶尔有关；

（3）日常活动能力部分丧失；

（4）疼痛并非伪装（如诈病）；

（5）症状不满足其他能解释疼痛的功能性胃肠病的诊断标准。

诊断前症状出现至少6个月，近3个月症状符合以上标准。

（二）证候诊断

1.肝郁气滞证：腹痛时轻时重，痛引两胁，胀满窜痛，后重窘迫，症状与情绪明显

相关，得嗳气矢气则舒。舌质淡红，脉弦。

2.脾胃湿热证：腹部胀满疼痛，胸闷不舒，口苦，烦渴不欲饮，大便秘结或泻而不

爽，或色黄而臭，小便短赤。舌红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

3.肝郁脾虚证：腹部或胁肋胀痛，腹痛即泻，泻后痛减，情绪抑郁或急躁易怒，善

太息，食少纳呆，或便溏不爽，肠鸣失气。舌淡红，苔白或腻，脉弦或细。

4.中虚脏寒证：腹痛绵绵，时作时止，饥饿劳累后加重，喜热恶冷，痛时喜按，形

寒肢冷，神疲乏力，纳食不佳，大便溏薄。舌质淡，苔薄白，脉沉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁气滞证

— 391 —

脾胃科中医诊疗方案

治法：疏肝解郁，理气止痛。

推荐方药：柴胡疏肝散加减。柴胡、香附、川芎、陈皮、枳壳、白芍、炙甘草、郁

金、元胡等。

中成药：金佛止痛丸、四磨汤口服液、沉香舒气丸、木香顺气丸等。

2.脾胃湿热证

治法：清热化湿，理气止痛。

推荐方药：连朴饮加减。厚朴、川连、石菖蒲、法半夏、香豉（炒）、焦山栀、 芦

根、郁金、元胡等。

中成药：腹可安片、肠胃康等。

3.肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾，理气止痛。

推荐方药：柴芍六君子汤加减。柴胡、白芍、党参、茯苓、白术、陈皮、法夏、炙

甘草、元胡等。

中成药：逍遥丸等。

4.中虚脏寒证

治法：温中补虚，缓急止痛。

推荐方药：小建中汤加减。桂枝、白芍、炙甘草、生姜、大枣、饴糖等。

中成药：理中丸、附子理中丸等。

（二）针灸治疗

1.体针疗法

推荐选穴：上巨虚（双）、足三里（双）。肝郁气滞证加肝俞、太冲、行间；中虚脏

寒证加脾俞、气海、关元；脾胃湿热证加天枢、曲尺。

2.腹针疗法

取穴：气海、关元、天枢（双侧）。针刺顺序：（1）中脘；（2）下脘；（3）气海；（4）

关元；（5）枢（双侧）。虚寒型加神阙温灸。

3.灸法或艾箱灸

取天枢、气海、内关、足三里、神阙，配脾俞、大肠俞、肝俞、肾俞、关元、公孙。

适用中虚脏寒患者。

（三）推拿治疗

辨证使用不同手法配合相关穴位，调节脾胃功能。按摩手法常用摩、揉法等。

（四）其他疗法

1.中药外敷法：根据不同辨证，选取适当的中药热敷已达散寒止痛、行气止痛之功

— 392 —

脾胃科中医诊疗方案

效。常用的有吴茱萸炒粗盐外敷法及莱菔子（或川朴）热奄包外敷法。对于中医辨证属

于寒性的功能性腹痛，可采用吴茱萸炒盐外敷法。吴茱萸 500g 装入布袋用文火炒至 60～

70 度，放置温度为 45～50 摄氏度左右炒盐外敷感觉疼痛处，操作过程约 15～30 分钟，

每天 1～2 次。对中医辨证属气机郁滞型功能性腹痛可采用莱菔子热庵包（或川朴热庵

包）外敷法。将中药莱菔子 250g 装入自制小布袋内，扎紧袋口，放入家用式微波炉（900w）

中，用高火加热 2～3 分钟。取出待温度适宜，置患者腹部痛点热敷。患者采取仰卧位，

每次治疗 20～30 分钟，每天 1 次。

2.贴敷疗法：辨证选用药物贴敷。中虚脏寒证用附子、丁香、细辛、生姜汁等。气

机阻滞证多用丁香粉、青皮粉、厚朴粉等。湿热阻滞证多用大黄粉、甘遂末、芒硝等。

3.中药足浴：推荐处方：艾叶、细辛、川芎、甘草等。根据具体情况辨证加减。方

法：将煎煮好的药液加入足浴器中，温度控制在 40℃～42℃。

4.物理治疗：根据病情需要，可选用中频脉冲电穴位治疗等。

5.情志疗法：包括语言疏导、静心安神法、转移法等。

6.音乐疗法：根据“同质原理”选取适当的音乐。详细评估患者对音乐的感觉、接

受程度及喜好，确认提供的音乐是适当的。实施音乐疗法的环境应该安静、隐秘，灯光

柔和，患者采取舒服的姿势，佩戴耳机。

（五）健康指导

1.生活起居：避免过度劳累，保证睡眠充足，保暖防外感。

2.饮食调理：定时进食，切忌暴饮暴食，避免刺激性食物；饮食以软、烂、细和少

食多餐为原则。粗糙、硬固或过酸、过咸、生冷、油腻等食物不宜食用。

3.情志调摄：避免情绪波动，保持心情愉悦。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《临床诊疗指南·疼痛学分册》 中华医学会编著，人民卫生出版社出版，2007）。

主要症状疗效评价标准

主要症状的记录与评价。按疼痛减轻的百分数=（治疗前评分-治疗后评分）/治疗

前评分×100%，计算腹痛主要症状改善百分率。

1.治愈：疼痛减轻的百分数≥75%。

2.显效：疼痛减轻的百分数 50%～75%。

3.有效：疼痛减轻的百分数 25%～50%。

4.无效：疼痛减轻的百分数＜25%。

（二）评价方法

— 393 —

（

脾胃科中医诊疗方案

1.初诊及治疗第 7、14、21、28 天时按照主要症状疗效评价标准、视觉模拟量表（VAS）

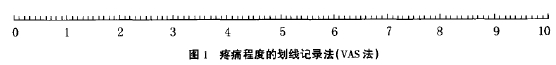
进行评价。

在纸上面划一条 10 cm 的横线，横线的一端为 0，表示无痛；另一端为 10，

表示剧痛；中间部分表示不同程度的疼痛。让病人根据自我感觉在横线上划一记

号，表示疼痛的程度，相应的数值则为其疼痛评分。

— 394 —



脾胃科中医诊疗方案

嗳气病（吞气症、非特异性过度嗳气）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医诊断学》（朱文锋主编，中国中医药出版社，2002 年）。

嗳气是指胃中气体上出咽喉，发出长而缓的声音的病证。发病常与情志不遂、饮食

不节、劳逸失度或药邪为害等因素有关。病程大于 3 个月以上。

2.西医诊断标准

参照功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准。

吞气症和非特异性过度嗳气临床以令人烦恼的反复嗳气，每周至少发生数次，或伴

过度吞气为主症。诊断前症状出现至少 6 个月，近 3 个月症状符合以上标准。

（二）证候诊断

1.肝气犯胃证：嗳气频作，胸胁胀满，胃脘部胀满，纳差，情绪抑郁或烦躁易

怒，反酸，烧心，口苦。舌苔薄白或薄黄，脉弦。

2.胃寒气逆证：嗳气低缓有力，胃脘部冷痛，食欲不振，大便溏烂或完谷不化，畏

寒喜暖，呕吐清水。舌淡胖苔薄白，脉弦紧。

3.脾胃虚弱证：嗳气声低而缓，食后脘腹胀满，口淡乏味，纳差，神疲，肢体

倦怠，恶心干呕。舌淡，舌苔薄白或白腻，脉细弱。

4.气阴两虚证：嗳气频作，神疲乏力，胃脘痞满，饥不欲食，口燥咽干，干呕呃

逆，大便干结。舌体瘦薄，舌苔少而干，脉虚数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝气犯胃证

治法：疏肝理气，和胃降逆。

推荐方药：小柴胡汤合旋覆代赭汤加减。柴胡、黄芩、半夏、党参、旋覆花、代赭

石、生姜、大枣、炙甘草、白芍等。

中成药：小柴胡颗粒、气滞胃痛颗粒等。

2.胃寒气逆证

治法：温中散寒，和胃降逆。

— 395 —

脾胃科中医诊疗方案

推荐方药：吴萸理中汤加减。吴茱萸、干姜、人参、炒白术、炙甘草、代赭石、法

半夏、厚朴、益智仁等。

中成药：理中丸、温胃舒等。

3.脾胃虚弱证

治法：健脾益气，和胃降逆。

推荐方药：调中益气汤加减。黄芪、党参、炙甘草、苍术、柴胡、升麻、陈皮、

木香、生牡蛎等。

中成药：人参健脾丸、逍遥丸、保和丸等。

4.气阴两虚证

治法：益气养阴，和胃降逆。

推荐方药：麦门冬汤加减。麦冬、生晒参、炙甘草、半夏、大枣、粳米、五味子、

生山药、代赭石等。

中成药：生脉饮、四君子丸等。

（二）针灸治疗

1.体针疗法：适用于各种证型。

主穴：内关、中脘、足三里、公孙、脾俞、胃俞；

配穴：肝气犯胃者，加合谷、太冲；胃寒气逆者，加关元，辅以隔姜灸或温针灸；

脾胃虚弱者，加上、下巨虚，辅以灸法；气阴两虚者，加太溪、肾俞、肺俞。

操作：穴位常规消毒后针刺，根据“虚者补之，实者泻之”的原则进行操作。一般

腹部及四肢腧穴采用直刺，腰背部腧穴采用斜刺或直刺，进针深度根据部位及患者体质

等因素灵活掌握，留针 25～30 分钟，每日 1 次，2 周为 1 疗程。

2.穴位埋线：适用于脾胃虚弱证、气阴两虚证。

取穴：足三里、中脘、膈俞、脾俞、胃俞、三阴交等。

操作：常规皮肤消毒，将 3 号医用羊肠线剪成 1cm 等长线段，取羊肠线穿进 7 号注

射针头内，将针尖刺入穴位，直刺约 1～2cm，捻转提插得气后，用针芯抵住羊肠线（针

芯由直径 0.35mm×长 40mm 毫针，针尖剪成平头而成）缓缓推出针管，将羊肠线留在穴

位内，敷无菌棉球以胶布固定。每周埋线 1 次，2 周为 1 疗程。

3.隔姜灸：适用于胃寒气逆证、脾胃虚弱证。

取穴：中脘、神阙、足三里、胃俞等。

操作：选新鲜生姜，沿着生姜纤维纵向切成厚约 0.2～0.5cm、直径 3cm 左右的姜片，

中间用三棱针穿刺数孔。施灸时，将其放在穴区，置大或中等艾炷放在其上，点燃。待

患者有局部灼痛感时，略略提起姜片，或更换艾炷再灸。一般每次灸 5～10 壮，以局部

— 396 —

脾胃科中医诊疗方案

潮红为度。每日 1 次 ，每次 20～30 分钟，连灸 2 周为 1 疗程。

（三）背俞指针疗法：适用于肝气犯胃证。

取穴：肝俞、胆俞、脾俞、胃俞等。

操作：患者采取端坐位或俯卧位，治疗者于脊柱双侧足太阳膀胱经胃俞、脾俞、胆

俞及肝俞穴位进行治疗。相同穴位按由左至右顺序，不同穴位按由下而上顺序，以拇指

指腹在每个穴位按照先点按 1 分钟，后按揉 2 分钟的手法操作，操作 3 分钟/穴，操作

频率为 120～160 次/分，力度以患者耐受为度。每天 1 次，24 分钟/次，2 周为 1 疗程。

（四）其他疗法

1.穴位注射：适用于肝气犯胃证、脾胃虚弱证、气阴两虚证。

取穴：足三里、膈俞、脾俞、胃俞。

药物：黄芪注射液、当归注射液、丹参注射液、生脉注射液等。

操作：辨证选取注射液，局部皮肤常规消毒后，用无痛快速进针法将针刺入皮下组

织，然后缓慢推进或上下提插，探得酸胀等“得气”感应后，回抽一下，如无回血，即

可将药物缓慢推入，每日 1～2 穴（双侧），每穴 0.5～1 毫升。2 周为 1 疗程。

2.穴位贴敷：适用于胃寒气逆证、脾胃虚弱证。

取穴：足三里、膈俞、脾俞、胃俞、肝俞、神阙、中脘、气海等。

药物组成：炮附子、细辛、肉桂、吴茱萸、丁香、花椒、炒白芥子等。

操作：上药研粉后以生姜汁调匀制成药膏，将医用橡皮膏制作成约 4×4cm 正方形

状，药膏（指头大小）放置于医用橡皮膏正面中心，将橡皮膏对准选定的穴位进行贴敷，

之后按压平稳。贴敷 2～4 小时后取下药贴，个别患者如感觉贴药处皮肤痒、辣、灼热

痛等刺激严重，可提前时间取下药贴。每日 1 次，2 周为 1 疗程。

3.拔罐疗法：适用于肝气犯胃证、胃寒气逆证及脾胃虚弱证。

部位：背部、胸部、腹部。

方法：闪罐、走罐、留罐。

操作：患者取俯卧位，暴露腰背部皮肤，在腰背部涂抹润滑油，然后沿足太阳膀胱

经闪罐、走罐。闪罐、走罐速度均匀，力度以患者能耐受为宜，至皮肤潮红、充血或瘀

血时止。随后可在膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、大肠俞等穴位处留罐 5～8 分钟。

实证用泻法：力度稍重，时间稍长；虚证用补法：力度稍轻，时间稍短。其中实证、年

轻、体壮者留罐时间稍长，虚证或年老、体弱者留罐时间稍短或不留罐。其次，取仰卧

位或坐位，在膻中、上脘、中脘、期门等穴位处留罐 5～10 分钟。

4.中药烫熨疗法：适用于胃寒气逆证、脾胃虚弱证。

部位：上腹部。

— 397 —

脾胃科中医诊疗方案

中药烫熨处方：吴茱萸、干姜、党参、炒白术、花椒、细辛、丁香、肉桂等。

操作：患者取仰卧位，暴露上腹部皮肤，将加热好的中药装入棉布制成的布包，包

口用绳子系紧，将药包置于上腹部，来回反复烫熨，力度以患者舒适耐受为度，温度以

患者能耐受为宜，烫熨至皮肤潮红。每次烫熨 20～30 分钟，每日 1 次，2 周为 1 疗程。

以上治疗均以两周为 1 疗程。穴位埋线每周 1 次，其他疗法每日 1 次。

（五）健康指导

1.情志调摄：保持心情舒畅，避免暴怒、过喜等不良情志刺激。

2.生活起居：注意寒温适宜，避免外邪侵袭。

3.饮食调理：根据体质及病症特点合理搭配膳食。避免饥饱失常；忌浓茶、咖啡、

冷饮。

三、疗效评价

（一）评价标准

证候疗效评定标准：按症状轻重分为 4 级（0、I、II、III），积分分别为 0 分、1

分、2 分、3 分。采用尼莫地平法计算。疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前

积分×100%。

1.痊愈：嗳气等症状消失，疗效指数≥95%。

2.显效：嗳气等症状明显缓解，疗效指数≥70%但＜95%。

3.有效：嗳气等症状减轻，疗效指数≥30%但＜70%。

4.无效：嗳气等症状无缓解，甚或加重，疗效指数＜30%。

（二）评价方法

治疗前、治疗 1 周、治疗 2 周后对主要症状进行评分。

— 398 —

脾胃科中医诊疗方案

附表一：中医症状分级评分表

— 399 —

|  |  |
| --- | --- |
| 嗳气 | □0 无 |
| □1 偶有嗳气，每天≤4 次 |
| □2 经常嗳气，每天 4-10 次 |
| □3 频繁嗳气，每日＞10 次 |
| 胃脘部饱  胀感 | □0 无 |
| □1 偶有食后饱胀，轻微，1h 内可缓解，不影响工作生活 |
| □2 经常饱胀，持续 1-3h，部分影响工作生活 |
| □3 明显饱胀，持续＞3h，不缓解，明显影响工作和生活 |
| 胃脘疼痛 | □0：无 |
| □1：偶有胃脘疼痛，1h 内可自行缓解 |
| □2 经常胃脘疼痛，程度可忍受，持续 1-3h 才能缓解 |
| □3 明显胃脘疼痛，持续＞3h，不能耐受，需服药后才能缓解 |
| 反酸 | □0 无 |
| □1 偶有反酸 |
| □2 时有反酸 |
| □3 频频反酸 |
| 恶心呕吐 | □0 无 |
| □1 偶有恶心，无物吐出，每天≥2 次 |
| □2 经常恶心，每天 3-4 次，时出涎沫或食物残渣 |
| □3 明显恶心，每次多伴有呕吐，吐出食物残渣，每天＞4 次 |
| 胃纳减少 | □0 无 |
| □1 每天进食乏味，较以前减少 1/4 食量 |
| □2 无食欲，较以前减少 1/3 食量 |
| □3 厌恶进食，较以前减少 1/2 以上 |
| 精神疲乏 | □00 分：无 |
| □1 每天精神不振，不喜多言，但能坚持工作 |
| □2 精神疲惫，困倦少言，工作能力下降 |
| □3 极度疲乏，欲倦卧不言，工作能力明显下降，几不能工作 |
| 大便秘结 | □0 无 |
| □1 大便偏硬，1-2 日 1 次 |
| □2 大便硬结，便难，3-5 日大便 1 次 |
| □3 硬结，异常难解，5 日以上大便 1 次 |
| 烦躁易急 | □0 无 |
| □1 偶有烦躁易急，情绪不宁，可以自控 |
| □2 经常烦躁易急，有时难以自控 |
| □3 持续烦躁易急，难以自控 |
| 失眠多梦 | □0 无 |
| □1 偶有失眠多梦，有时不易入睡，或易醒，一般睡眠 6-7 h |
| □2 经常失眠多梦、不易入睡，或早醒，或多梦，睡眠 4-6 h |
| □3 频繁失眠多梦、不易入睡，早醒或多梦，睡眠 4h 左右 |
| 症状积分 | 分 |

脾胃科中医诊疗方案

厌食（神经性厌食症）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医胃肠病学》（李乾构主编，科学出版社，2012 年）。

厌食是指在较长的时间内不思饮食，见食而烦，甚则拒食为主要表现的郁病类病证。

严重者恶闻食臭，见食物则恶心欲呕，故又称恶食。临床所谓之纳呆、纳差、食欲不振、

不思食、不知饥等皆属本病的范畴。

2.西医诊断标准

参照《实用内科学》第 13 版（陈灏珠主编，人民卫生出版社，2010 年）及 CCMD-3

（中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版，2001 年）。

神经性厌食症诊断包括：

（1）年龄不限；

（2）常因精神刺激或学习、工作压力过大而发病；

（3）体重减轻 20%以上或同年龄身高标准体重减轻 15%以上；

（4）排除器质性疾病及精神疾病而引起的厌食；

（5）少数患者唯恐长胖特意控制饮食，宁愿挨饿瘦，致使体形消瘦、厌食纳差者。

（二）证候诊断

1.肝脾不调证：不思饮食，脘胁胀满或痛，嗳气频频，精神抑郁善太息，或烦躁易

怒。舌苔薄白，脉弦。

2.饮食积滞证：厌食、恶闻食臭，或呕吐食物，嗳气酸腐，脘腹胀满，或大便不调。

舌苔厚腻，脉滑。

3.湿浊内阻证：不思饮食，厌油腻，脘腹痞闷，周身倦怠，大便溏而不爽。舌质淡，

苔白腻，脉细滑。

4.脾阴不足证：纳差少饥或饥不欲食，胃脘嘈杂，唇干舌燥，口渴喜饮，大便偏干，

小便短少。舌红苔少乏津，脉细或细数。

5.脾胃气虚证：不思饮食，少食即胀，气短懒言，四肢倦怠，神疲乏力，甚则大便

溏薄。舌质淡红，苔薄白，脉缓而弱。

二、治疗方法

— 400 —

脾胃科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝脾不调证

治法：疏肝健脾，理气和胃。

推荐方药：逍遥散加减。柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、薄荷、红曲、生姜、甘

草等。

中成药：逍遥丸、木香顺气丸等。

2.饮食积滞证

治法：消食导滞，理气开胃。

推荐方药：枳实导滞丸加减。枳实、茯苓、黄芩、黄连、白术、熟大黄、神曲、红

曲、甘草等。

中成药：保和丸等。

3.湿浊内阻证

治法：芳香化浊，理气和中。

推荐方药：藿香正气散加减。藿香、紫苏、大腹皮、炒苍术、陈皮、茯苓、厚朴、

半夏曲、白芷、桔梗、大枣、生姜、甘草等。

中成药：藿香正气水（胶囊、丸）等。

4.脾阴不足证

治法：甘淡益阴，滋脾健运。

推荐方药：益脾汤加减。淮山药、太子参、莲米、薏苡仁、芡实、白扁豆、茯苓、

白术、桔梗、石斛、稻芽、炙甘草等。

5.脾胃气虚证

治法：补气和中，健脾开胃。

推荐方药：香砂六君子汤加减。木香 、砂仁、陈皮、法半夏、党参、茯苓、白术、

甘草等。

中成药：香砂六君丸等。

（二）针灸疗法

1.针刺法：实者用泻法，虚者用补法，可取上脘、中脘、足三里等穴位。若寒中伤

饱，食谷不化，刺上脘、中脘；不饥不食，刺然谷，见血立饥；饥不能食，脾胃气虚，

取中级、足三里、三阴交。

2.灸法：脾肾两虚，纳少腹胀，灸中脘。

（三）推拿疗法

1.取穴：中脘、气海、天枢、足三里。

— 401 —

脾胃科中医诊疗方案

2.手法：摩、按、揉、一指禅推法。

3.操作：患者仰卧位。医者坐于患者右侧，先用轻快的一指禅推法、摩法在胃脘部

治疗，使热量渗透于胃腑，然后按、揉中脘、气海、天枢等穴，同时配合按揉足三里。

时间约 10 分钟。

（四）特色疗法

1.穴位敷贴治疗

方法：根据常见疾病取穴法，选取相应的穴位，清洁皮肤，揭掉治疗贴的保护膜，

敷贴在穴位上。分为寒、热两个证型，在治疗过程中均可以取中脘、上脘、胃俞、脾俞、

足三里五穴进行中药穴位贴敷。

（1）寒证：吴茱萸、小茴香、细辛、冰片等。

（2）热证：黄连、黄芩、乳香、没药、冰片等。

疗程：穴位敷贴 24 小时更换一次，10 天为 1 个疗程。

2.中药涂擦

方法：要求中药浸泡于高浓度白酒中超过 1 个月。将药酒 50ml 喷洒于无菌纱布

（10cm\*5cm 大小）上，嘱患者保持舒适合理体位，暴露腹部，将无菌纱布置放于患者疼

痛或不适部位（上脘、中脘为主），以 TDP 照射灯照射纱布，每次照射时间半小时。

（1）寒证：乳香、没药、荜茇、吴萸、细辛、肉桂、干姜、白芷、木香、丁香、

柴胡、血竭等。

（2）热证：黄连、大黄、丹皮、香附、木香、玄胡、白芍、柴胡、甘草、血竭等。

疗程：每次涂搽后照射半小时，每天一次，10 天为 1 个疗程。

3.热敏灸疗法

热敏穴位以腹部、背腰部及小腿为高发区，多出现在公孙、下脘、天枢、脾俞、胃

俞、大肠俞等区域。每次选取上述 1～2 组穴位，每次 1 次，每次治疗至感传消失为度，

10 次为 1 个疗程，疗程间休息 2～5 天，共 2～3 个疗程。

4.胃动力治疗

方法：（1）体表胃起搏点的定位

一片电极贴于剑突与脐连线的中点向右旁开 2～4cm 处，另一片电极贴于剑突与脐

连线的中点向左旁开 3～5cm，再往上 1cm 处。

（2）体表肠起搏点的定位

一片电极贴于脐上 1～2cm 处，另一片电极贴于剑突与脐连线的中点向右旁开

5-10cm 处。

疗程：每次治疗 30 分钟，10 天为 1 个疗程。

— 402 —

脾胃科中医诊疗方案

5.饮食疗法

根据病情需要，可选择以下食疗方法：

（1）腊鸭盹（或鲜品）1 个（切碎），怀山药 10g，薏苡仁 10g，大米适量，文火煮

稀粥。

（2）五香姜醋鱼：藿香、砂仁、草果仁、橘皮、五味子等各份，共研细末，过筛

备用，鲜鲤鱼 1 条，放油锅内煎炸数分钟加入碎生姜 5g，并放入五香粉 3g，翻动后加

入米醋 1 小杯，放入菜盘内令病人嗅之，使病人口流唾液，然后作菜食服用。

（五）健康指导

1.生活起居：平时要注意休息，起居有常，劳逸结合，避免寒冷和情志刺激，保证

睡眠充足。

2.饮食调理：避免饥饱不调、烟酒及辛辣饮食刺激之品。

3.情志调摄：保持情志舒畅，避免精神抑郁、焦虑等。

三、疗效评价

参照《中药新药临床研究指导原则》制定。

（一）评价标准

1.主要症状疗效评价标准：

痊愈：症状消失；

显效：症状改善 2 级及以上者；

有效：症状改善 1 级者；

无效：症状无改善或症状加重。

其中症状按程度分为 4 级：

无症状；

轻度：厌食症状轻微，BMI 指数下降≥15%或同年龄身高标准体重减轻 10%以上，未

影响到日常生活、工作和学习；

中度：厌食症状中等，BMI 指数下降≥25%或同年龄身高标准体重减轻 20%以上，部

分影响了日常生活、工作和学习；

重度：厌食症状明显，BMI 指数下降≥35%或同年龄身高标准体重减轻 30%以上，严

重影响了日常生活、工作和学习。

2.证候疗效评定标准：

采用尼莫地平法计算，疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；

显效：症状、体征明显改善，70%≤疗效指数＜95%；

— 403 —

脾胃科中医诊疗方案

有效：症状、体征明显好转，30%≤疗效指数＜70%；

无效：症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数＜30%。

中医症状量化分级标准：无症状（0 分）；轻度（1 分）：症状轻微，BMI 指数下降≥

15%或同年龄身高标准体重减轻 10%以上，不会影响日常生活、工作和学习；中度（2 分）：

症状尚能够忍受，BMI 指数下降≥25%或同年龄身高标准体重减轻 20%以上，已经部分影

响了日常生活、工作和学习；重度（3 分）：症状明显，BMI 指数下降≥35%或同年龄身

高标准体重减轻 30%以上，明显影响了日常生活、工作和学习。

（二）评价方法

在门诊当天、治疗 1 周后、治疗 2 周后、治疗 3 周后、出路径时，根据主要症状疗

效评价标准、证候疗效评价标准进行评价。

— 404 —

脾胃科中医诊疗方案

梅核气（癔球症）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）。

梅核气是因情志波动，气机不畅所致，以咽中似有梅核阻塞感为特征的疾病；本病

以咽中似有梅核或炙脔，或其他异物梗塞感，并随情志波动而发作为主要症状，一般见

于成人，多见于女性，对咽喉、食道及其他有关器官检查，均无器质性病变。

2.西医诊断标准

参照罗马Ⅲ（功能性胃肠病 2007）中癔球症的诊断标准：

（1）喉部持续或间断的无痛性团块或异物感；

（2）感觉出现在两餐之间；

（3）没有吞咽困难或吞咽痛；

（4）没有胃食管酸反流导致该症状的证据；

（5）没有以组织病理学为基础的食管运动障碍；

﹡诊断前症状出现至少 6 个月，近 3 个月满足以上标准。

（二）证候诊断

1.痰气互结证：咽中异物感，咽之不下、吐之不出，时作嗳气、呃逆、恶心、泛泛

欲吐，胸脘胀满。舌苔白腻，脉弦滑。

2.肝郁气滞证：咽中梗阻感，嗳气频频，或作呃逆，胁下胀闷，嗳气后稍舒。舌苔

薄白，脉弦。

3.心脾两虚证：咽中异物感，不思饮食，口中无味，面白神疲，少气懒言，或时时

悲伤欲哭，夜寐不实，易惊醒或惶恐不安，小便清长，大便溏薄。舌淡，苔白，脉弱。

4.肺胃阴虚证：咽部干痒，咽干，口渴喜冷饮，咽中有堵塞感，手足心热，面色潮

红，可有头晕，耳鸣，口苦，小便黄。舌质红无苔或少苔，脉细弱或细数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.痰气互结证

治法：理气化痰，降气和胃。

— 405 —

脾胃科中医诊疗方案

推荐方药：半夏厚朴汤加减。厚朴、紫苏、半夏、茯苓、生姜、香附、佛手片、苍

术、竹茹、瓜蒌、黄连等。

中成药：橘红化痰丸、舒肝丸、沉香疏郁丸等。

2.肝郁气滞证

治法：疏肝理气，解郁利咽。

推荐方药：逍遥散加减。当归、白芍、柴胡、薄荷、香附、茯苓、半夏、陈皮、郁

金、绿萼梅、苏梗、生姜、乌药、牡丹皮、栀子等。

中成药：越鞠丸、舒肝丸等。

3.心脾两虚证

治法：益气健脾，养血安神。

推荐方药：归脾汤合甘麦大枣汤加减。党参、龙眼肉、黄芪、升麻、柴胡、木香、

炙甘草、陈皮、生姜、大枣、白术、浮小麦等。

中成药：归脾丸、参苓白术散、越鞠保和丸等。

4.肺胃阴虚证

治法：滋阴降火，理气利咽。

推荐方药：沙参麦门冬汤加减。北沙参、玉竹、麦冬、天花粉、扁豆、桑叶、生甘

草、女贞子、墨旱莲、百合、枸杞等。

中成药：养阴清肺膏、养胃舒颗粒等。

（二）针灸疗法

主穴：内关、神门、太冲、水沟。

配穴：痰气郁结者加丰隆，阴陵泉，天突；肝郁气滞者加膻中，期门；气郁化火者

加行间，侠溪，外关；兼血瘀者，加内关，期门，膈俞；心脾两虚者加心俞，脾俞，足

三里，三阴交；肺胃阴虚者，加肺俞，尺泽，太溪，中脘，三阴交，廉泉，梅核气穴。

操作：内关，太冲用泻法；水沟可用雀啄泻法；神门用平补平泻法；配穴按虚补实

泻法操作，留针 15 至 20 分钟。

（三）特色疗法

1.推拿疗法

患者取仰卧位，术者左手中指置于天突穴，右手中指按于巨阙穴；左手向下按揉天

突，则右手随之抬起，使气下行，右手向上振按巨阙穴，左手向上抬起，使气上行，两

手协调，反复操作，调顺胸中之气。

2.耳穴贴敷疗法

选穴：咽喉、食道、神门、枕、心、胃、脾、交感、肝、脑，每次取 3～4 穴，放

— 406 —

脾胃科中医诊疗方案

置王不留行籽，3～5 天换一次，每日稍加力按摩 3 次，每次 10 分钟，每 3 次轮换穴位

1 次，双耳交替使用。

3.穴位注射疗法

本法主要适用于梅核气虚证患者，应根据患者证型酌情使用。心脾两虚证型患者，

采用当归注射液合黄芪注射液，当归注射液每穴 0.3～0.5ml，黄芪注射液每穴 0.5～1ml；

肺胃阴虚证型患者，采用生脉注射液，每穴 1～2ml。

操作方法：取患者双侧足三里穴，局部皮肤常规消毒后，用无痛快速进针法将针刺

入皮下组织，然后缓慢推进或上下提插，探得酸胀等“得气”感应后，回抽一下，如无

回血，即可将药物推入。以上操作皆隔日一次，三次一疗程，实施 1～2 个疗程。

（四）其他疗法

1.音乐疗法

采用感受式治疗为主，参与式治疗为辅，隔日 1 次，每次 2 小时，10 次为一个疗程。

感受式治疗是指患者佩戴可调式立体声耳机聆听乐曲，根据患者证型选择相应的乐曲；

参与式治疗包括跳舞、做操、太极拳、唱歌等。

2.情志疗法

嘱患者调整情绪、保持心情舒畅。若患者自行调节效果不显，可在治疗期间请心理

科专业人员进行指导，心理科医师每周定期与患者进行 2 次沟通交流，探讨相关问题，

使医生逐步掌握患者的情绪，并及时找到调节的方法，并建立有效的应对策略。

（五）健康指导

1.生活起居：食饮有节、起居有常、劳逸结合。

2.饮食调理：饮食宜清淡，忌肥甘厚腻、辛辣温热之品。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免一切诱发因素，学会自我调节情绪，保持情绪稳

定，多进行户外活动和社交活动，以分散注意力、减少忧思，注意修身养性，陶冶情操，

培养乐观主义精神。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.单项症状改善评价标准：目前关于梅核气（癔球症）的单项症状疗效评价无统一

的标准，经本协作组讨论拟定。

梅核气（癔球症）的主要症状为咽部异物感，但进食吞咽顺利，咽不疼痛。

治愈：咽部异物感消失；

显效：咽部异物感改善 2 级及以上者；

有效：咽部异物感 1 级者；

— 407 —

脾胃科中医诊疗方案

无效：咽部异物感无改善或加重。

其中症状按程度分为 4 级：

无症状；

轻度：咽部异物感轻微，只有关注时才能感觉到，不会影响日常生活、工作和学习；

中度：咽部异物感尚能忍受，已经部分影响了日常生活、工作和学习；

重度：咽部异物感明显，难以忍受，明显影响了日常生活、工作和学习。

2.中医证候评价：参照《中药新药临床研究指导原则》 中国医药科技出版社，2002

年）制定。

临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；

显效：症状、体征明显改善，疗效指数≥70%；

有效：症状、体征均有好转，疗效指数≥30%；

无效：达不到上述有效标准或恶化者。

其中疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

中医症状量化分级标准：无症状（0 分）；轻度（1 分）：症状轻微，只有关注时才

能感觉到，不会影响日常生活、工作和学习；中度（2 分）：症状尚能够忍受，已经部分

影响了日常生活、工作和学习；重度（3 分）：症状明显，难以忍受，明显影响了日常生

活、工作和学习。

（二）评价方法

在门诊当天、每周复诊时、出路径时，分别按主要单项症状、中医证候评价标准进

行评价。

— 408 —

（

儿科中医诊疗方案

儿

科

中医诊疗方案（试行）

目

录

小儿厌食病（厌食症）中医诊疗方案………………………………………411

小儿汗病中医诊疗方案……………………………………………………416

痄腮（流行性腮腺炎）中医诊疗方案………………………………………421

— 409 —

儿科中医诊疗方案

— 410 —

儿科中医诊疗方案

小儿厌食病（厌食症）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》ZY/T001.9-94）国

家中医药管理局发布，南京大学出版社，1994年）中医儿科病证厌食诊断疗效标准、新

世纪全国高等中医药院校规划教材《中医儿科学》。

（1）有喂养不当、病后失调、先天不足或情志失调史。

（2）长期食欲不振，厌恶进食，食量明显少于同龄正常儿童。

（3）面色少华，形体偏瘦，但精神尚好，活动如常。

（4）除外其他外感、内伤等慢性疾病。

2.西医诊断标准

参照《实用儿科学》（第七版）（胡亚美主编，人民卫生出版社，2002 年）中的厌食

症诊断依据。

（1）消化功能紊乱引起的较长时间（持续 1 个月以上）食欲降低，食量减少大于

或等于正常的 1/2。

（2）伴有腹胀或腹痛，恶心，呕吐，口臭，大便稀或秘结，味酸臭；

（3）应排除消化系统疾病、合并严重佝偻病、贫血及心、脑、呼吸、肝、肾等系

统疾；排除精神因素及药物性因素的影响。

（二）证候诊断

1.脾虚食积证：食少，纳呆，懒言，面色萎黄，大便不实，夹有不消化食物残渣。

舌质淡，苔薄白，指纹淡红，现于风关，脉缓无力。

2.脾胃不和证：食欲不振，甚则厌恶进食，常伴有嗳气泛恶，脘腹饱胀，大便不畅。

舌质淡红苔白腻或微黄，指纹淡红，现于风关，脉濡缓或滑数。

3.脾胃阴虚证：食少、纳呆，口舌干燥，喜冷饮。面色黄无光泽，皮肤干燥，便秘

或大便干结，小便黄赤。舌质红，少津，苔少或花剥，指纹淡紫，现于风关，脉细数。

4.脾虚肝旺证：厌食或拒食，性燥易怒，好动多啼，咬齿磨牙，便溏溲少。舌光苔

净，指纹淡紫，现于风关，脉细弦。

二、治疗方法

— 411 —

（ （

儿科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.脾虚食积证

治法：健脾消食。

推荐方药：异功散加味。党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、佩兰、砂仁、神曲、鸡

内金等。

经验方加减：佛手、山楂、麦芽、苍术、石菖蒲、白术、九香虫、党参等。

中成药：健儿消食口服液、小儿健脾化积口服液等。

2.脾胃不和证

治法：运脾开胃。

推荐方药：不换金正气散加减。苍术、陈皮、枳壳、藿香、神曲、炒麦芽、焦山楂

等。

中成药：小儿胃宝丸、小儿香橘丸、小儿消食片等。

3.脾胃阴虚证

治法：滋脾养胃。

推荐方药：养胃增液汤加减。沙参、麦冬、玉竹、石斛、乌梅、白芍、甘草、焦山

楂、炒麦芽等。

经验方加减：苍术、乌梅、鸡内金、茯苓、槟榔、甘草、沙参、麦冬、石斛等。

中成药：小儿健胃糖浆、益胃散等。

4.脾虚肝旺证

治法：疏肝健脾。

推荐方药：逍遥散加减。当归、茯苓、柴胡、白芍、甘草、薄荷、白术、焦山楂、

炒麦芽等。

中成药：逍遥丸、健儿乐颗粒、小儿康颗粒冲剂等。

（二）外治法

1.药物敷脐法

（1）三术进食膏：苍术、白术、莪术各等分研末，取 1 克，用料酒调成糊状，置

于 3cm×3cm 方形胶贴上，敷于脐上，每日 1 贴，贴 2～3 小时后揭掉。适用于各种证型。

（2）健脾开胃外敷散：青皮、枳壳、神曲、胡黄连、五谷虫、三棱、莪术等，每

晚敷于患儿脐部，夜敷晨起揭掉。

2.穴位贴敷疗法

清降膏：吴茱萸、山栀子等分研末，取 1 克，用料酒调成糊状，置于 3×3cm 方形

胶贴上，外敷涌泉穴，1 日 1 次，5 天一个疗程。每次贴敷 2～4 小时。适用于脾胃不和

— 412 —

儿科中医诊疗方案

证。

3.推拿疗法

脾虚食积证：推脾经 5 分钟，运内八卦 3 分钟，推大肠 3 分钟，推三关 6 分钟，退

六腑 2 分钟，按揉足三里 6 分钟，逆时针摩腹 3 分钟，捏脊 10 遍。每日一次。

脾胃不和证：推脾经 3 分钟，清胃经 3 分钟，运内八卦 5 分钟，推三关 3 分钟，退

六腑 2 分钟，按揉天枢 3 分钟，按揉足三里 5 分钟，顺时针摩腹 5 分钟，捏脊 10 遍。

每日一次。

脾胃阴虚证：推脾经 3 分钟，清胃经 5 分钟，揉板门 3 分钟，按揉足三里 5 分钟，

按揉涌泉 3 分钟，捏脊 10 遍。每日一次。

4.捏脊疗法

适用于各种证候。

操作方法：患儿俯卧，在施术部位均匀地撒少许按摩粉；医者两手半握拳，两食指

抵于背脊之上，再以两手拇指伸向食指前方，合力夹住肌肉提起，而后食指向前，拇指

向后退，作翻卷动作，两手同时向前移动，自长强穴起，一直捏至大椎穴止，如此反复

6 遍，捏到第 3 遍后，每捏 3 次，将皮肤提起 1 次。

疗程：每日 1 次，10 次为 1 疗程。

禁忌症：发热，皮肤有感染破损、皮疹、皮下出血者。

注意：操作用力要均匀适度，勿伤患儿皮肤。

5.针灸疗法

取脾俞、胃俞、中院、章门、足三里穴，中等刺激，用平补平泻法，留针 15 分钟，

以运脾醒胃，每日 1 次。乳食停滞者，加天枢、上脘以消食导滞；痰湿中阻者，加丰隆

以化痰燥湿；胃阴不足者，加太溪、公孙以养胃阴。

6.针刺四缝穴疗法

取穴：左右手第二、三、四、五指掌面，近端指横纹中点，操作方法：令患儿伸手，

仰掌，双手共取穴 1 个，皮肤局部消毒后，用三棱针点刺穴位，深 0.5mm，刺后用手挤

出少许淡黄色或透明粘液，或者少许血液即可，然后用消毒干棉球拭干，按压片刻即可。

1 周 1 次，连续 3 次为 1 疗程。

7.耳针疗法

取脾、胃、肝、小肠、心等穴，耳针刺或将胶布粘王不留行籽按压在穴位上，隔日

治疗 1 次，双耳轮换，10 日为 1 疗程，嘱每日按压 3-5 次，每次 3-4 分钟，以稍感疼痛

为度。

8.隔药艾灸

— 413 —

儿科中医诊疗方案

方法：大黄、半夏、蜀椒、麦芽、炒白术、连翘、枳实等份研细粉，贮磁罐存放，

用时取药粉适量，用醋调成泥状，涂在单层纱布上制成厚 0.3～0.4 厘米，面积为 3～4

平方厘米范围的圆形泥饼，敷盖于神阙穴上，另用陈艾绒根据年龄大小，做成黄豆至蚕

豆大小艾炷，将艾炷置于药饼正中点燃，以局部有温热感，患者能耐受为度。婴幼儿治

疗时，术者可提起纱布，用手触试温度，以免烫伤，每次灸 3～6 壮，每日 1 次，7 天为

1 个疗程。

9.刮痧疗法

循经刮拭背部以督脉及膀胱经为主，循经刮拭前胸任脉，刮拭三关、六腑、天河水

等穴，每周一次。适用于脾胃不和证。

禁忌症及注意事项：医生手法轻柔无痛，皮肤破溃者不宜刮痧。

10.脉冲离子导入经皮给药治疗

方法：将配套药贴固定在两个电极板上，然后分别贴敷于中脘、足三里、脾俞等穴，

调整所需参数，治疗 10～20 分钟后取下电极板（根据年龄大小和病情轻重确定时间），

药贴在穴位上保留 10 分钟取下，每日一次，连续 3 天为一疗程。

（三）健康指导

1.饮食调护：注意生活起居及饮食环境，养成良好的饮食习惯，做到“乳贵有时，

食贵有节”。饮食定时适量，荤素搭配，不强迫进食，饭前勿食糖果饮料，少食肥甘厚

味、生冷坚硬等不易消化食物。“节甘进蔬”，指导饮食调护对于本病的防治非常重要。

遵照“胃以喜为补”的原则，先从小儿喜欢的食物着手，诱导开胃，待其食欲增进后，

再按营养的需求供给食物。

2.情志调摄：加强精神调护，保持良好情绪，饭菜多样化，讲究色香味，以促进食

欲。

3.向家长宣教，指出本病可导致生长发育迟缓、易感等危害，防治、早治本病，坚

持治疗，避免变证发生。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（2002 年版）评价标准拟定。

治愈：食欲显著增强，食量增加。食欲与食量均恢复到正常水平，伴随症状、休征

消失或基本消失，证候积分减少≥95%；

显效：食欲明显增强，食量有所增加。食欲明显恢复，食量恢复到正常水平的 3/4，

证候积分减少≥70%；

有效：食欲好转，食量略有增加。但未达到正常水平的 3/4，证候积分减少≥30%；

— 414 —

儿科中医诊疗方案

无效：食欲与食量均无改善，证候积分减少不足 30%。

（注：计算公式为：综合疗效指数＝〔（治疗前积分一治疗后积分）÷治疗前积分〕

×100%。）

（二）评价方法

参照《中药新药临床研究指导原则》（2002年版）中疗效评定方法，分别于治疗前

后进行计分记录，重点评价食欲、食量的变化。总分值=主症计分+次症计分。舌脉（指

纹）具体描述，不计分。

— 415 —

儿科中医诊疗方案

小儿汗病中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY/T001.4-94）

中医儿科病证诊断疗效标准。

1.不因外界环境影响，在头面、颈胸，或四肢全身出汗者。

2.昼日汗出溱溱，动则尤甚者为自汗；睡眠中汗出津津，醒后汗止者为盗汗。

（二）证候诊断

1.肺卫不固证：以自汗为主，或伴盗汗，以头颈、胸背部汗出明显，动则尤甚，平

时易患感冒。舌质淡，苔薄白，脉细弱。

2.营卫失调证：自汗或盗汗，遍身汗出而不温，畏寒怕风，不发热，或时有低热。

舌质淡红，苔薄白，脉缓。

3.气阴两虚证：以盗汗为主，也常伴自汗，汗出较多，心烦少寐，手足心热，口渴

唇干。舌质红，苔少或见花剥苔，脉细弱或细数。

4.湿热迫蒸证：汗出以额和心胸为甚，见肤热，汗渍色黄，口臭，口渴不欲饮，小

便色黄。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

5.气阳不足证：自汗或盗汗，面晄肢冷，神疲乏力，小便清长，或伴遗尿，口淡不

渴。舌淡白，脉软。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂（煮散剂）、中成药

1.肺卫不固证

治法：益气固表。

推荐方药：玉屏风散合牡蛎散加减。黄芪、白术、防风、煅牡蛎、浮小麦、麻黄根

等。

中成药：玉屏风颗粒等。

2.营卫失调证

治法：调和营卫。

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。黄芪、桂枝、芍药、生姜、大枣、浮小麦、煅牡

— 416 —

儿科中医诊疗方案

蛎等。

中成药：黄芪颗粒等。

3.气阴两虚证

治法：益气养阴。

推荐方药：生脉散合黄芪散加减。太子参或沙参、生地、麦冬、五味子、黄芪、煅

牡蛎、瘪桃干等。

中成药：槐杞黄颗粒等。

4.湿热迫蒸证

治法：清利湿热。

推荐方药：泻黄散加减。生石膏、栀子、防风、藿香、甘草、麻黄根、糯稻根等。

5.气阳不足证

治法：温阳扶正。

推荐方药：附子合麻黄根汤加减。附子、麻黄根、生牡蛎、浮小麦、黄芪、党参、

白术、当归、桂枝、甘草等。

（二）外治法

1.穴位敷贴疗法

（1）选用方剂

方一：五倍子、煅牡蛎、丁香，比例 3：10：1。

方二：五倍子、五味子、煅龙骨、煅牡蛎、黄芪、麻黄根，比例 1：1：3：3：3：1。

方三：五倍子、五味子，比例 2：1。

方四：郁金、五倍子、黄柏，比例2：1：1。

（2）适应证型：各型汗证。

（3）制备方法：以上药物按各自比例，将药物研末过 80 目筛，以醋或凡士林调和。

（4）操作规范：取配制成药 3g，置于无菌敷料中，敷于脐部神阙穴、足底涌泉穴，

夜敷晨取，连用 5～7 天为一疗程，可用 2～3 疗程。

（5）注意事项：

①贴药后不要过分活动，以免药物移动、脱落。

②贴敷后皮肤有明显色素沉着为正常反应。

③贴敷后皮肤反应不明显，说明皮肤对药物耐受度较好，不影响疗效。

④皮肤对药物特别敏感、过敏性皮肤或瘢痕皮肤和以往贴敷中药过敏者，注意易出

现过敏现象，严禁抓挠。

2.捏脊疗法

— 417 —

儿科中医诊疗方案

（1）穴位定位： 夹脊”穴，位于腰背部，当第一胸椎至第五腰椎棘突下两侧，

后正中线旁0.5寸，一侧17穴，左右共34穴。

（2）操作方法：

①让患儿俯卧于床上，背部保持平直、放松。

②施术者站在患儿后方，拇指指腹与食指、中指指腹对合，挟持肌肤，拇指在

后，食指、中指在前，向上捏起皮肤，同时向前捻动。两手交替，沿脊柱两侧自

长强穴（肛门后上 3～5 厘米处）向上边推边捏边放，每捏 3 下将背部皮肤向上提

一次，一直推到大椎穴（颈后平肩的骨突部位），算做捏脊一遍，共捏 3～5 次。

③最后用两拇指揉按心俞、肺俞、脾俞 3～5 次。

④每天捏一次，连续7～10天为一疗程。

（3）注意事项

①操作前可在局部涂撒爽身粉或润滑油起到润滑和保护皮肤的作用

②晨起或临睡前捏脊较适宜

③捏脊时室内温度要适中，操作者指甲要修整光滑，手部要温暖，手法宜轻柔、

敏捷，用力及速度要均等，捏脊中途最好不要停止。

④每次捏脊时间不宜太长，以3～5分钟为宜。

⑤捻动推进时，要直线向前，不可歪斜。

⑥本疗法适于半岁以上到7岁的患儿。年龄过小者皮肤娇嫩，易损伤表皮；年

龄过大者背肌较厚，不易提起，影响疗效。

⑦局部皮肤破损者，或发热时不宜行本疗法。

3.足浴疗法

（1）选用方

方一：麻黄根、浮小麦、五味子、煅牡蛎。

方二：五倍子、乌梅、艾叶。

方三：黄芪，瘪桃干，糯稻根，麻黄根。

（2）适应证型：各型汗证。

（3）制备方法：将所选药物先浸泡 20 分钟，后将药物煎煮，取汤汁备用泡足。

（4）操作规范：将煎煮后的药汁加入适宜温水中泡双足，每日一次，每次 15～20

分钟，宜临睡前操作，连用 7 天为一疗程。

（5）注意事项：水温不宜过烫，防治烫伤双足。

4.中药直肠推入保留给药法

（1）适应症：无急性感染、肠道及肛周疾病的汗病患者。

— 418 —

“

儿科中医诊疗方案

（2）操作方法：患儿取肘膝位，灌肠时用20ml 或50ml 注射器抽取适量适温方药，

在注射器顶端连接一次性灌肠软管，用石腊棉润滑肛周及灌肠软管，将软管另一端缓慢

插入肛门，将药液缓缓推入，推入时间2～5分钟，同时注意观察患儿耐受情况，推注后

抽出灌肠软管，嘱患儿俯卧位10分钟左右，让药物充分吸收。

（3）注意事项：

①直肠给药深度6～10cm。

②推入液体的温度控制在36.5～38Co，温度过高或过低均会刺激直肠粘膜，造成局

部损伤及迷走神经兴奋导致排便，不利于药物吸收。

③推注速度缓慢，以免速度过快，不利于药物保留。

④对于有肛周疾病、严重腹胀极不配合者不予应用。

5.中药外扑法：龙骨粉、牡蛎粉、五倍子粉各等量，调匀，撒布于出汗部位。

6.针灸疗法：主穴取大椎、曲池、合谷；配穴取三阴交、肺俞、肾俞。

（三）健康指导

1.生活起居：运动适度。汗出患儿腠理疏松，体表潮湿，宜用干毛巾擦拭，不宜坐

卧当风。对于汗出较多的患儿可用清洁纱布或干毛巾垫于背部，防止感冒。

2.饮食调护：辛香之品具发散之性，香窜刺激，不适宜本证。生冷、粘滑食物亦损

伤胃气，饮食当慎。

3.情志调摄：建议患儿宜循循善诱，防止情绪及精神紧张造成汗出。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》中自汗、盗汗的疗效标准判定。以汗出症状计分为

疗效评价标准。

痊愈：小儿在安静状态下，正常环境中，无出汗。

显效：小儿在安静状态下，正常环境中，汗出明显减少。

有效：小儿在安静状态下，正常环境中，汗出较治疗前有所减少。

无效：小儿在安静状态下，正常环境中，出汗无改变。

（二）评价方法

汗出症状计分：由患儿家长每天根据患儿的汗出症状，对照计分表进行判断及记录：

总分值=自汗计分+盗汗计分

— 419 —

儿科中医诊疗方案

小儿汗病主症评分表

计分

0

1

2

3

— 420 —

自汗

汗出正常

稍微活动后局部或半身汗出湿衣

安静状态下局部或半身汗出湿衣

安静状态下全身汗出，大汗淋漓

盗汗

汗出正常

汗出浸湿枕巾/内衣，但不需更换枕

巾或内衣

汗出浸湿枕巾/内衣，需更换枕巾或

内衣1次

汗出如洗，每晚需更换枕巾或内衣2

次以上



儿科中医诊疗方案

痄腮（流行性腮腺炎）中医诊疗方案

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 1994 年发布的中华人民共和国中医药行业标准· 中医病证

诊断疗效标准》（ZY/T001.4-94）。

（1）起病时可有发热，1～2 天后以耳垂为中心漫肿，边缘不清，皮色不红，压之

有痛感及弹性感，通常先见于一侧，然后见于另一侧。

（2）腮腺管口或可见红肿。腮腺肿胀约持续 4～5 天开始消退，整个病程约 1～2

周。

（3）病前有痄腮接触史。

（4）血白细胞总数可正常，或稍有增高或降低，淋巴细胞可相对增加。

（5）并发脑膜炎或脑炎者，脑脊液压力增高，细胞数增加，以淋巴细胞为主，氯

化物、糖正常，蛋白轻度增高。

（6）尿和血淀粉酶可增高。

2.西医诊断标准

参照《儿科疾病诊断标准·流行性腮腺炎诊断标准》（GB17016-1997）（贝政平主

编，科学出版社出版，2007 年）。

（1）流行病学史

发病前 2～3 周有与流行性腮腺炎患者接触史或当地有本病流行。

（2）症状体征

①腮腺或其他唾液腺非化脓性肿胀，含食酸性食物胀痛加剧。

②剧烈头痛、嗜睡、呕吐、脑膜刺激征阳性。脑脊液呈非化脓性改变（与其他病毒

性脑炎相似）。

③恶心呕吐，伴中上腹疼痛与压痛，局部肌紧张。

④睾丸肿痛（常为单侧）。

（3）实验室

①1 个月内未接种过腮腺炎减毒活疫苗，血清中特异性 IgM 抗体阳性。

②双份血清（间隔 2～4 周）IgG 抗体效价呈 4 倍或 4 倍以上增高。

— 421 —

《

儿科中医诊疗方案

③唾液、尿、脑脊液、血中分离到腮腺炎病毒。

（4）病例分类

①疑似病例：

a）具备 2.1 或伴 2.2 或 2.3 或 2.4；

b）具备 2.2 或 2.3 或 2.4 项加 1.

②临床诊断病例 4.1 加 1.

③确诊病例：疑似病例或临床诊断病例加 3.1 或 3.2 或 3.3。

（二）证候诊断

1.邪犯少阳证：轻微发热恶寒，一侧或两侧耳下腮部漫肿疼痛，咀嚼不便，或有头

痛、咽红、纳少。舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

2.热毒壅盛证：高热，一侧或两侧耳下腮部肿胀疼痛，坚硬拒按，张口咀嚼困难，

或有烦躁不安，口渴欲饮，头痛，咽红肿痛，颌下肿块胀痛，纳少，大便秘结，尿少而

黄。舌质红，舌苔黄，脉滑数。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂（煮散剂）、中成药

1.邪犯少阳证

治法：疏风清热，散结消肿。

推荐方药：柴胡葛根汤或银翘散加减。柴胡、黄芩、牛蒡子、葛根、桔梗、金银花、

连翘、板蓝根、夏枯草、赤芍、僵蚕等。

中成药：鱼腥草口服液、蓝芩口服液等。

2.热毒壅盛证

治法：清热解毒，软坚散结。

推荐方药：普济消毒饮加减。柴胡、黄芩、黄连、连翘、升麻、板蓝根、蒲公英、

牛蒡子、马勃、桔梗、玄参、薄荷、夏枯草、陈皮、僵蚕等。

中成药：蒲地蓝口服液、清热解毒口服液等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可辨证选择炎琥宁注射液、喜炎平注射液、热毒宁注射液等。

（三）中药贴敷疗法

1.方一：两样膏外敷，取适量两样膏均匀涂于纱布敷料上，再将整个膏药贴敷于腮

部，胶布固定即可。持续贴敷 1 日，每日换药一次。

2.方二：洪宝膏外敷，取适量洪宝膏均匀涂在患处，用纱布覆盖，贴胶布固定，每

日 1 次，每次 6～8 小时。适用于腮部肿痛者。

— 422 —

儿科中医诊疗方案

3.方三：青黛膏贴敷，青黛膏由青黛、板蓝根、僵蚕、三棱、莪术各等份，共研细

末，以凡士林膏调，外敷患处，每日 1 次。适用于腮部肿痛者。

4.方四：如意金黄散外敷，取适量如意金黄散，以醋或茶水调，外敷患处，1 日 1～

2 次。用于腮部肿痛者。

注意事项：腮肿局部已破溃者禁止外用中药贴敷疗法。

此外，在临床上根据病情需要，还可选用针灸、挑治、刺血、激光、灯火燋、微波

等疗法。

（四）健康指导

1.生活起居

（1）发病期间应隔离治疗，直至腮部肿胀完全消退后3天为止。注意休息，保持室

内安静，保证充足的睡眠。

（2）患儿衣被、用具等物品应消毒，居室用食醋加水熏蒸，每次 30 分钟，每日 1

次，进行空气消毒。

（3）每餐后用生理盐水漱口或清洗口腔；使用利巴韦林喷剂喷涂口腔，以保持口

腔清洁。

（4）保持室内空气新鲜、流通，温度、湿度适宜。

2.饮食指导

给予易消化、清淡流质饮食或软食，忌食酸、硬、辣等刺激性食物，忌食油腻滋味

肥厚食物，忌食海鲜等发物。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局，南京大学出版社，1994 年）。

治愈：体温正常，腮肿完全消失，无并发症，症候积分减少≥95％。

显效：体温正常，腮肿明显改善，无并发症，症候积分减少≥70％。

好转：腮肿及诸症减轻，症候积分减少≥30％。

未愈：腮肿未见改善，或出现变证，症候积分减少不足 30％。

（二）评价方法

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）。

计算治疗前后积分改善率：

疗效指数（n）=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总结分×100%

— 423 —

儿科中医诊疗方案

痄腮症状体征量化积分表

— 424 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状体征 | 计分 | 0分 | 1 分（轻） | 2 分（中） | 3 分（重） |
| 腮部疼痛 |  | 无 | 触压痛，无自发痛 | 自发痛，呈阵发性 | 自发痛，呈持续性 |
| 肿块范围 |  | 2  0cm | 2  3～4cm | 2  4～5cm | 2  ＞5cm |
| 腮腺肿部位 |  | 无 | 一侧腮肿， | 一侧或两侧腮肿 | 两腮肿甚，质硬灼  热 |
| 颌下腺或舌下腺肿大 |  | 无 | 轻 | 中 | 重 |
| 发热（℃） |  | 正常 | 37.3～38.5 | 38.5～39.5 | ＞39.5 |

耳鼻喉科中医诊疗方案

耳 鼻 喉 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

耳胀（分泌性中耳炎）中医诊疗方案………………………………………427

鼻渊（慢性鼻-鼻窦炎）中医诊疗方案………………………………………430

鼻窒（慢性鼻炎）中医诊疗方案……………………………………………434

急喉痹（急性咽炎）中医诊疗方案…………………………………………438

— 425 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

— 426 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

耳胀（分泌性中耳炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材《中医耳鼻咽喉科学》第九版（熊

大经等主编，中国中医药出版社，2012 年）。

（1）病史：多有感冒病史。

（2）临床症状：以耳内胀闷堵塞感、耳鸣、听力下降、自声增强为主要症状。

（3）专科检查：早期可见鼓膜轻度充血、内陷，若鼓室有积液，则可在鼓膜表面

见到液平面，或可见到鼓膜外凸。听力检查呈传导性聋。鼓室导抗图呈 B 型或 C 型曲线。

2.西医诊断标准

参照普通高等教育“十一五”国家级规划教材参照《耳鼻咽喉头颈外科学》第七版

（田勇泉主编，人民卫生出版社，2011 年）。

（1）症状：听力减退，包括听力下降、自声增强；耳鸣，多为低调间歇性，当头

部运动或打呵欠、鼓气时，耳内可出现气过水声；耳内闭塞或闷胀感，按压耳屏后可暂

时减轻，可伴耳痛。

（2）鼓膜检查：鼓膜充血、内陷，表现为光锥缩短或消失，鼓室积液时鼓膜失去

正常光泽，呈淡黄、橙红或琥珀色。若液体未充满鼓室，可透过鼓膜见到液平面。

（3）听力检查：纯音听呈传导性聋。声导抗图为 B 型或 C 型曲线。

（4）排除诊断：鼻咽部肿瘤、脑脊液耳漏、胆固醇肉芽肿。

（二）证候诊断

1.风邪外袭，痞塞耳窍证：耳内胀闷，微痛不适，耳鸣如闻风声，自声增强，听力

减退。可伴有鼻塞、流涕、头痛、发热恶寒等症。舌质淡红，苔白，脉浮。

2.肝胆湿热，上壅耳窍证：耳内胀闷堵塞感，耳内微痛，耳鸣如隆隆声，自声增强，

重听。可伴有烦躁易怒，口苦口干，胸胁苦闷。舌红苔黄腻，脉弦数。

3.脾虚失运，湿浊困耳证：耳内胀闷堵塞感，听力渐降，伴有耳鸣声嘈杂。可有胸

闷、纳呆、腹胀便溏、肢倦乏力、面色不华。舌质淡红，或舌体胖，边有齿痕，脉细滑

或细缓。

二、治疗方法

— 427 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂

1.风邪外袭，痞塞耳窍

治法：疏风散邪，宣肺通窍。

推荐方药：偏于风寒者，选用荆防败毒散加减。荆芥、防风、生姜、川芎、前胡、

柴胡、桔梗、枳壳、茯苓、羌活、独活等。偏于风热者，选用银翘散加减。银花、连翘、

淡竹叶、牛蒡子、桔梗、淡豆豉、薄荷、甘草等。

2.肝胆湿热，上壅耳窍证

治法：清泻肝胆，利湿通窍。

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。柴胡、龙胆草、栀子、黄芩、泽泻、车前子、当归、

生地、甘草等

3.脾虚失运，湿浊困耳证

治法：健脾利湿，化浊通窍。

推荐方药：参苓白术散加减。党参、白术、茯苓、陈皮、山药、薏苡仁、砂仁、桔

梗、甘草等。

（二）外治法

1.滴鼻

选用中药滴鼻剂滴鼻，或加入雾化器中吸入。

2.理疗

根据病情需要，可选用超短波理疗仪、耳部微波仪等中医诊疗设备。

3.鼓膜穿刺抽液

麻醉后，以针尖斜面较短的 7 号针头，在无菌操作下从鼓膜前下方或后下方刺入鼓

室，抽吸积液。

4.咽鼓管吹张

可采用咽鼓管间接或直接吹张法及鼓膜按摩治疗，若耳痛较甚，鼓膜充血，或鼻塞

涕多者，不宜进行咽鼓管吹张。

（三）健康指导

1.积极预防感冒。

2.早期积极治疗鼻炎或鼻窦炎。

3.掌握正确擤鼻方法，不宜用力过度。

三、疗效评价

（一）评价标准

— 428 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

参照国家中医药管理局 1994 年发布的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证

诊断疗效标准-耳鼻喉科病证诊断疗效标准》。

治愈：耳内胀闷感消失，鼓膜及听力检查正常。总评分降低率≥83％。

好转：耳内胀闷感减轻，耳部体征改善。总评分降低率≥34％。

未愈：临床症状及体征无变化。总评分降低率＜34%。

（二）评价方法

1.计分方法：根据分级量化评分标准内容，由医生询问及检查患者后填写评分记录

并进行评分。

2.疗效评估方法：在治疗前与 治疗后分别进行评分，根据分值改变判断治愈、好

转、未愈。

耳胀分级量化评分标准

— 429 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 0分 | 2 | 4 |
| 症状 | 无症状 | 耳闷胀感 | 听力减退 |
| 体征 | 鼓膜正常 | 鼓膜充血或内陷 | 鼓室有积液 |
| 检查 | 声导抗图为 A 型 | 声导抗图为 C 型 | 声导抗图为 B 型 |
| 总评分降低率=（治疗前总分—治疗后总分）/治疗前总分×100% | | | |

耳鼻喉科中医诊疗方案

鼻渊（慢性鼻-鼻窦炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中华中医药学会标准—中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》（中国中医药出版

社，2012）。

（1）以大量粘性或脓性鼻涕，鼻塞，头痛或头昏为主要症状。

（2）鼻腔检查粘膜充血、肿胀，鼻腔或后鼻孔有较多的粘性或脓性分泌物。

（3）X 线鼻窦摄片有阳性表现。

2.西医诊断标准

参照 2008 年中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制订的《慢性鼻-鼻窦炎的诊断和

治疗指南》。

（1）病程持续超过 12 周。

（2）症状：①主要症状：鼻塞，黏性、脓性鼻涕。②次要症状：头面部胀痛，嗅

觉减退或丧失。诊断时以上述两种或两种以上相关症状为依据，其主要症状中的鼻塞，

黏性脓性鼻涕必具其一。

（3）检查

①鼻腔检查：来源于中鼻道、嗅裂的黏脓性分泌物，中鼻道黏膜充血、水肿或有鼻

息肉。②影像学检查：CT 扫描显示窦口鼻道复合体或鼻窦黏膜病变。

（二）证候诊断

1.肺经风热证：间歇性或持续性鼻塞，鼻涕量多而白粘或黄稠，嗅觉减退。可伴头

痛，兼有发热恶风，汗出，或咳嗽。舌质红，舌苔薄白，脉浮数。

2.胆腑郁热证：鼻涕脓浊，量多，色黄或黄绿，或有腥臭味，鼻塞，嗅觉减退。可

兼有头痛剧烈，烦躁易怒，口苦，咽干。舌质红，舌苔黄或腻，脉弦数。

3.脾胃湿热证：鼻塞重而持续，鼻涕黄浊而量多，嗅觉减退。兼头昏闷，或头重胀，

倦怠乏力，胸脘痞闷，纳呆食少。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

4.肺脾气虚证：鼻塞，头昏，记忆力减退，鼻涕混浊，时多时少。面色萎黄或白，

少气乏力，大便溏薄。鼻腔粘膜不充血，但肿胀，并有粘性或脓性分泌物。舌淡，苔白，

脉细弱。

— 430 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肺经风热证

治法：疏风清热，宣肺通窍。

推荐方药：银翘散合苍耳子散加减。金银花、连翘、薄荷、淡豆豉、荆芥穗、牛蒡

子、桔梗、甘草、淡竹叶、芦根、苍耳子、辛夷、白芷、薄荷等。

中成药：苍耳子鼻炎胶囊、辛夷鼻炎丸等。

2.胆腑郁热证

治法：清泄胆热，利湿通窍。

推荐方药：龙胆泻肝汤合苍耳子散加减。龙胆草、栀子、黄芩、泽泻、车前子、当

归、柴胡、生地黄、甘草、苍耳子、辛夷、白芷、薄荷等。

中成药：鼻渊舒口服液、鼻窦炎口服液等。

3.脾胃湿热证

治法：清热利湿，化浊通窍。

推荐方药：甘露消毒丹合苍耳子散加减。白豆蔻、藿香、茵陈、滑石、川木通、石

菖蒲、黄芩、川贝母、射干、薄荷、连翘、苍耳子、辛夷、白芷、薄荷等。

中成药：藿香正气口服液等。

4.肺脾气虚证

治法：健脾补肺，祛寒开窍。

推荐方药：补中益气汤加减。黄芪、人参、白术、炙甘草、当归、陈皮、升麻、柴

胡、生姜、大枣等。

中成药：补中益气丸等。

（二）外治法

1.鼻窦置换疗法：使用中药灌洗液灌入鼻腔，以正负压交替吸引分泌物。

2.理疗：TDP 照射或红外线照射等。

3.熏蒸法：选取芳香通窜的中药进行熏蒸。

4.鼻腔（盥洗）冲洗法：辨证选方用药或用高渗盐水冲洗鼻腔。

（三）针灸治疗

1.体针疗法：主穴：迎香、攒竹、上星、印堂。配穴：合谷、列缺、足三里、三阴

交。每次选主穴和配穴各 1～2 个 。

2.艾灸法：囟会、前顶、迎香、四白、上星。配穴：足三里、三阴交、肺俞、脾俞、

命门。每次选主穴及配穴各 1～2 个。

— 431 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

（四）健康指导

1.预防感冒，指导病人正确擤鼻，正确使用滴鼻药。

2.保持空气流通，在污染环境中应佩戴口罩。

3.戒除烟酒，忌食辛辣。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.评价指标：参照 2008 年中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制订的《慢性鼻-鼻

窦炎的诊断和治疗指南》所推荐的鼻腔鼻窦结局测试（SNOT-20）中文版。

症状

需要擤鼻涕

打喷嚏

流清鼻涕

咳嗽

鼻涕倒流（咽喉）

流脓鼻涕

耳闷胀

头昏

耳痛

头面部疼痛或压迫感

难以入睡

半夜容易苏醒

夜间睡眠质量不好

睡醒后觉得累

疲倦

工作效率下降

注意力不集中

沮丧、焦躁、易怒

忧虑

感觉不安或难堪

无

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

轻

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

中

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

2

重

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

2.疗效评定标准：

疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

治愈：鼻部症状消失，鼻腔检查正常，疗效指数≥90%。

— 432 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

显效：鼻部症状明显减轻，体征改善，疗效指数≥66%。

有效：鼻部症状及体征改善，疗效指数≥26%。

无效：鼻部症状及体征无明显变化，疗效指数＜26%。

（二）评价方法

1.记分方法：根据量表内容，由医生询问及检查患者的情况后填写门诊评分记录，

对患者症状体征进行评分。

2.疗效评估方法：在治疗前与治疗后 1 月、3 月对患者的症状及体征进行评分，根

据总分值改变判断为治愈、显效、有效、无效。

— 433 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

鼻窒（慢性鼻炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》（ZY/T001.6—94）（中华中医药学会发布，

中国中医药出版社，2012 年）。

（1）主要症状：鼻塞，可呈间歇性、交替性或持续性，可伴有少量粘液性涕或脓

涕。

（2）次要症状：头昏头痛、嗅觉减退等。

（3）主要体征：下鼻甲肿胀或肥厚，甚则呈桑椹样改变。

（4）病程：病程持续 12 周以上，或反复发作。

2.西医诊断标准

参照全国高等医药院校五年制教材《耳鼻咽喉头颈外科学》第 7 版（田勇泉主编，

人民卫生出版社，2008 年）。

主要症状：鼻塞，可呈间歇性、交替性或持续性。可伴有少量粘液性或脓涕，头昏

头痛、嗅觉减退等。

主要体征：下鼻甲肿胀或肥厚，甚则呈桑椹样改变。

（1）慢性单纯性鼻炎：间歇性或交替性鼻塞，下鼻甲肿胀、光滑，对血管收缩剂

反应敏感。

（2）慢性肥厚性鼻炎：鼻塞呈持续性并渐进性加重，下鼻甲表面呈桑椹状，或息

肉样变，对血管收缩剂反应不敏感。

（二）证候诊断

1.肺经蕴热，壅塞鼻窍证：鼻塞时轻时重，或呈交替性，涕色黄量少；可有口干或

咳痰黄粘等。舌尖红，苔薄黄，脉数。

2.肺脾气虚，邪滞鼻窍证：鼻塞时轻时重、或呈交替性，涕白而粘，遇寒冷加重；

可伴有少气懒言，恶风自汗，咳嗽痰稀，纳呆便溏等症。舌质淡，或有齿印，苔白，脉

弱。

3.邪毒久留，瘀滞鼻窍证：鼻塞持续不减，涕或粘黄或粘白，嗅觉减退，头昏头痛。

舌质暗红，脉弦或涩。

— 434 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肺经蕴热，壅塞鼻窍证

治法：清热散邪，宣肺通窍。

推荐方药：辛夷清肺饮加减。辛夷花、知母、栀子、黄芩、枇杷叶、升麻、麦冬、

生甘草、石菖蒲、路路通、白芷、蔓荆子等。

中成药：香菊胶囊、苍耳子散等。

2.肺脾气虚，邪滞鼻窍证

治法：补益脾肺，宣通鼻窍。

推荐方药：参苓白术散合苍耳子散加减。党参、白术、云苓、扁豆、陈皮、淮山药、

砂仁、苡仁、桔梗、苍耳子、辛夷花、薄荷、白芷、甘草、诃子、荆芥、细辛等。

中成药：参苓白术散、苍耳子散等。

3.邪毒久留，瘀滞鼻窍证

治法：行气活血，化瘀通窍。

推荐方药：通窍活血汤加减。赤芍、川芎、桃仁、红花、老葱、辛夷花、白芷、石

菖蒲、丝瓜络、柴胡、蔓荆子、菊花等。

（二）外治法

1.滴鼻法：选用具有芳香通窍、活血通络的中药滴鼻剂滴鼻。

2.中药雾化吸入：选用具有芳香化湿、活血通络的中药煎水蒸气雾化。

3.中药鼻腔冲洗：选用具有芳香化湿、活血通窍的中药煎水冲洗鼻腔。

4.下鼻甲注射：可选用丹参注射液或红花注射液等下鼻甲注射。

（三）针灸疗法

1.体针：可选迎香、鼻通、合谷、百会、攒竹、上星、印堂、阳白、四白、列缺、

足三里、三阴交、风池、风府等穴。肺气虚加肺俞，脾气虚加脾俞。

2.穴位贴敷：可选用具有通透作用的中药研粉，用香油调和，取少许放在胶布上，

敷贴于双侧肺俞、脾俞、足三里、三阴交、命门、合谷、鱼际、内关等穴。

3.耳穴贴压：可选择神门、内鼻、外鼻、肺、脾、内分泌、皮质下等穴，用王不留

行籽贴压。

4.穴位注射：可选用丹参注射液、红花注射液等，选择迎香、太阳、足三里、上迎

香，四白、曲池等穴位。

5.灸法：可选择人中、迎香、风府、百会等穴，肺气虚配肺俞、太渊，脾气虚配足

三里、脾俞，灸至局部发热为度。

— 435 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

（四）其他疗法

1.推拿：用手指于鼻梁两侧上下摩擦。

2.中药足浴：可选用具有疏通经络作用的中药进行足浴，并配合穴位按摩，如足部

鼻反射区、肺反射区、脾反射区等。

3.物理治疗：根据病情需要，可选择微波、激光、射频消融等。

（五）健康指导

1.局部护理：指导患者正确擤鼻， 预防并发症，避免长期使用鼻腔减充血剂，防

止造成“药物性鼻炎”。

2.生活起居：注意气候变化，及时增减衣服。注意锻炼身体，参加适当的体育活动，

增强体质，预防感冒，注意环境卫生，居室经常通风，避免粉尘长期刺激，积极防治伤

风鼻塞。

3.饮食调理：注意饮食卫生，戒除烟酒，饮食宜清淡，避免辛辣刺激食物。

4.情志调摄：鼓励患者树立战胜疾病的信心。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病证诊断疗效标准－耳鼻喉科病证诊断疗效标准》（ZY/T001.6—94）。

疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

1.治愈：鼻塞完全解除，嗅觉恢复正常，鼻腔无异常分泌物，鼻粘膜肿胀消退，下

鼻甲体积正常。疗效指数≥90%。

2.显效：鼻塞基本解除，嗅觉部分恢复，鼻腔分泌物减少，鼻粘膜肿胀基本消退，

下鼻甲体积较治疗前缩小。疗效指数≥66%。

3.有效：上述症状和体征较治疗前有所缓解，但尚不稳定。疗效指数 26%～66%。

4.无效：鼻部症状和体征无明显变化，疗效指数＜26%。

（二）评价方法

1.记分方法：根据中医证候量化表内容，由医生询问及检查患者的情况后填写门诊

评分记录，再根据患者症状体征进行评分。

2.疗效评估方法：在治疗前与治疗后共 4 次对患者的症状体征进行评分，根据总分

值改变判断为治愈、显效、有效、无效。

— 436 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

鼻窒分级量化评分标准

— 437 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症及体征 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 鼻塞 | 无 | 轻度鼻塞 | 间歇性鼻塞，闭塞性  鼻音不明显，间断张  口呼吸。 | 持续性鼻塞，有持续闭  塞性鼻音，或持续性张  口呼吸。 |
| 鼻涕 | 无 | 少量鼻涕 | 粘液样或黏脓性涕，  涕量稍多。 | 粘液样或黏脓性涕，涕  量多，且易成干痂。 |
| 下鼻甲 | 无充血肿大 | 下鼻甲充血肿  胀，表面光滑有  弹性，对血管收  缩剂反应敏感。 | 下鼻甲粘膜增生，肥  厚。下鼻甲肿大，阻  塞鼻腔。 | 下鼻甲粘膜增生，肥厚，  或伴有下鼻甲骨增生，  下鼻甲呈结节状或桑葚  状改变，下鼻甲肿大，  阻塞鼻腔。对血管收缩  剂反应不敏感。 |
| 次症 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 嗅觉 | 无减退 | 嗅觉轻度减退 | 嗅觉减退，偶有正常 | 无嗅觉，久不闻香臭 |
| 头痛、头昏 | 无 | 偶有头痛、头昏 | 头痛头昏较轻，不影  响生活工作 | 头痛头昏严重，影响生  活工作 |

耳鼻喉科中医诊疗方案

急喉痹（急性咽炎）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》（ZYYXH/T307~321-2012）（中华中医药学

会发布，中国中医药出版社，2012 年）。

（1）病史：可有感冒病史，或有接触高温、粉尘环境及嗜食辛辣食物史。

（2）临床症状：起病急，咽痛，咽部灼热，病情重者有吞咽困难及恶寒、发热等

症。

（3）局部检查：咽部黏膜、悬雍垂、咽后壁淋巴滤泡、咽侧索充血肿胀。

2.西医诊断标准

参照《临床诊疗指南-耳鼻咽喉头颈外科分册》（第 1 版）（中华医学会编著，人民

卫生出版社，2009 年）。

（1）局部症状：一般起病较急，成人以局部症状为主。①咽部干燥，灼热、微痛，

吞咽时明显，可放射到耳部及颈部，重者转头困难。②软腭及悬雍垂发生明显肿胀时吞

咽更感不适，并常引起咳嗽。③累及喉部，可有声嘶。④累及咽鼓管时可有听力减退。

⑤致病菌或其毒素侵入血液循环，如急性坏死性咽炎，全身及局部症状加重。

（2）全身症状：一般较轻，可有发热。①全身不适、头痛、食欲不振，口干、四

肢酸痛。②幼儿可有寒战、高热、甚至恶心、呕吐。

（3）检查：①口咽部黏膜呈急性弥漫性充血、肿胀。②咽后壁淋巴滤泡充血肿胀。

③悬雍垂、软腭及咽侧索充血肿胀。④下颌角淋巴结可肿大压痛。⑤鼻咽及喉咽部黏膜也

可充血肿胀。

（二）证候诊断

1.外感风热证：咽痛而口微渴，发热，微恶寒，咽部轻度红肿。舌边尖红，苔薄白，

脉浮数。

2.外感风寒证：咽痛，口不渴，恶寒，不发热或微发热，咽部微红肿胀。舌质淡红，

苔薄白，脉浮紧。

3.肺胃热盛证：咽痛较剧，口渴多饮，咳嗽，痰粘稠，发热，大便干，小便黄。咽部

红肿较甚。舌红，苔黄，脉数有力。

— 438 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.外感风热证

治法：疏风清热，解毒利咽。

推荐方药：疏风清热汤加减。荆芥、防风、牛蒡子、甘草、金银花、连翘、赤芍、桑

白皮、桔梗、黄芩、天花粉、玄参、浙贝母等。

中成药：银翘散等。

2.外感风寒证

治法：祛风散寒，宣肺利咽。

推荐方药：六味汤加减。桔梗、薄荷、荆芥穗、防风、僵蚕、甘草等。

中成药：荆防败毒散等。

3.肺胃热盛证

治法：清热解毒，利咽消肿。

推荐方药：清咽利膈汤加减。连翘、金银花、栀子、黄芩、薄荷、牛蒡子、防风、荆

芥、玄明粉、大黄、玄参、甘草等。

中成药：牛黄解毒丸、六神丸等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选用清开灵注射液等中药注射液静脉滴注。

（三）特色疗法

1.中药吸入：可用清热解毒消肿药物为主，如鱼腥草、金银花、蒲公英、薄荷等煎

煮，蒸气吸入，适用于风热外袭或肺胃实热证者。

2.中药含服：用清热解毒，利咽消肿的中药含服，如铁笛丸、六神丸等。

3.中药吹药：用清热解毒、利咽止痛、消肿的中药末吹入咽部，如双料喉风散等。

4.中药含漱：用清热解毒、利咽消肿的中药煎水含漱，如金银花、菊花、薄荷煎水

等。

（四）针灸疗法

根据患者病情，可选用以下治疗。

1.体针：可取合谷、内庭、曲池为主穴，天突、少泽、鱼际为配穴，每次选 3～4

穴，强刺激泻法，每天可针 1～2 次。

2.放血疗法：在耳轮 1、2、3 上用三棱针、粗针，针刺 1～2 分深，放血 1～5 滴；

或在耳背找出明显的小静脉，用三棱针刺破，放血 2～5 滴；亦可针刺少商、商阳、老

商等穴，放血 1～2 滴。

— 439 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

3.耳穴：取咽喉、声带、肺、大肠、神门、内分泌、皮质下、平喘等穴，脾虚者加

取脾、胃，肾虚者加取肾，用王不留行籽或磁珠贴压。

4.穴位注射：取脾腧、曲池，每穴注射鱼腥草注射液或柴胡注射液 1～2ml，可连续

注射 3～5 天。

（五）其他疗法

1.按摩法：取风池、风府、天突、曲池、合谷、肩井等穴。操作时患者取仰卧位，

先喉结两旁及天突穴处用推拿或一指推揉手法，上下往返数次；再取坐位，按揉风池、

风府、肩井等穴，配合拿风池、肩井、曲池、合谷等。

2.提刮法

（1）提法：用食指和中指第二节蘸香油或水后，夹住皮肤、将其提起，然后让其

自然弹下，反复数次，至局部皮肤呈紫红色。常用部位有鼻根部、印堂穴、太阳穴、颈

后大筋处、颈前正中处。

（2）刮法：用刮痧板，蘸香油或水轻刮患者皮肤至呈紫红色为度，常用部位有颈

项后、背脊及前臂内侧，自上而下顺刮；两肩部位，呈扇形；两侧前胸及胁肋部，则应

沿肋缘自后上向前下刮。

3.擒拿法：用于急性咽喉病咽痛剧烈，吞咽困难者。①单侧法：患者正坐，单手侧

平举，拇指在上，小指在下，术者站于患者手之正侧面，用与患者同侧手的食指、中指、

无名指，紧按患者鱼际背部，小指扣于腕部，拇指与患者拇指相对，并用力向前压紧，

另一手拇指按住患者术侧锁骨上缘肩关节处，食指、中指、无名指紧握腋窝，并用力向

外拉开。②双侧法：患者坐于凳上，术者站在患者背后，用两手从患者腋下伸向胸前，

并以食指、中指、无名指按住锁骨上缘，两肘臂压住患者胁肋，术者胸部紧贴患者背部。

位置固定好后，两手用力向两侧拉开、两肘臂和胸部将患者胁肋及背部压紧，三方面同

时用力，以使患者咽痛减轻。

4.物理治疗

根据病情选用激光、红外线、微波等进行穴位照射，可取人迎、水突、廉泉等穴。

（六）健康指导

1.局部护理：注意口腔卫生，可用淡盐水漱口。

2.生活起居：注意劳逸结合，不宜过度劳累；选择适合自己的体育项目锻炼身体，

增强机体免疫力；避免长期处于污染环境中；避免生活及工作环境过于干燥，注意居室

通风。

3.饮食调理：饮食宜清淡，适当多吃水果蔬菜，减少辛辣刺激性食物摄入；患病咽

痛严重时进半流食或者冷流食；既往有糖尿病及胃肠道疾病应积极治疗；改变不良饮食

— 440 —

耳鼻喉科中医诊疗方案

习惯；戒除烟酒。

4.情志调摄：保持心态平和，一旦患病，尽早治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）拟定。

疾病疗效评定标准

痊愈：用药 3 天以内症状减轻，5 天以内临床症状及体征消失。积分减少≥95％；

显效：用药 5 天以内症状、体征明显改善，积分减少≥70％；

有效：用药 5 天以内症状、体征积分减少≥30％；

无效：用药 5 天以内症状及体征无明显改善，或积分减少不足 30％。

注：计算公式（尼莫地平法）为：［（治疗前积分-治疗后积分）÷治疗前积分］×

100%

（二）评价方法

1.记分方法：由医生询问及检查患者后填写门诊评分记录，再根据患者症状体征进

行评分。

2.疗效评估方法：治疗前、后对症状体征进行评分，根据总分值改变判断治愈、显

效、有效、无效。

急喉痹分级量化评分表

— 441 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主证及体征 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 咽痛 | 无 | 咽痛轻微 | 咽痛较重 | 咽痛连耳，吞咽加  重 |
| 咽干灼热 | 无 | 咽干口微渴 | 咽干口渴喜饮 | 咽干灼热，口渴喜  饮 |
| 咽黏膜充血 | 无 | 充血呈淡红或鲜  红色 | 充血鲜红、肿胀，  咽后壁淋巴泡红  肿 | 充 血 鲜 红 ， 咽 侧  索、软腭红肿或伴  脓点 |
| 次症及体征 | 0分 | 2分 |  |  |
| 吞咽不利 | 无 | 有 |  |  |
| 发热 | 无 | 有 |  |  |
| 恶寒 | 无 | 有 |  |  |

耳鼻喉科中医诊疗方案

— 442 —

妇科中医诊疗方案

妇

科

中医诊疗方案（试行）

目

录

月经过多症（无排卵性功能失调性子宫出血）中医诊疗方案……………445

卵巢早衰中医诊疗方案……………………………………………………448

月经后期（卵巢储备功能下降）中医诊疗方案……………………………455

— 443 —

妇科中医诊疗方案

— 444 —

妇科中医诊疗方案

月经过多症（无排卵性功能失调性子宫出血）

中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中医妇科常见病诊疗指南》 中华中医药学会，中国中医药出版社，2011 年）。

（1）主要症状：月经周期规则，经量多，＞80ml。

（2）次要症状：①月经色鲜红或深红，质粘稠，伴口渴心烦，尿黄便结；②月经

色紫黯，有血块，经行腹痛，或胀痛拒按。③月经色淡红，质清稀，神疲肢倦，气短懒

言，小腹空坠，面色不华。

2.西医诊断标准

参照《妇产科学》第七版（乐杰主编，人民卫生出版社，2008 年）。

（1）无排卵性功血患者可有各种不同的临床表现。其中月经过多主要表现为：周

期规则，经期延长（＞7 日）或经量过多（＞80ml）。

（2）妇科检查和全身检查排除生殖器官及全身器质性病变。

（3）辅助检查：卵巢功能测定及子宫内膜病理检查，有助于功能失调性子宫出血

的诊断；B 超盆腔检查未发现盆腔生殖器官器质性病变；宫腔镜检查有助于进一步鉴别

诊断。

（二）证候诊断

1.血热证：经行量多，色鲜红或深红，质粘稠，或有小血块；伴口渴心烦，尿黄便

结。舌红，苔黄，脉滑数。

2.血瘀证：经行量多，色紫黯，有血块；经行腹痛，或平时小腹胀痛拒按。舌紫黯

或有瘀点，脉涩。

3.气虚证：经行量多，色淡红，质清稀；神疲肢倦，气短懒言，小腹空坠，面色不

华。舌淡，苔薄，脉细弱。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.血热证

— 445 —

（

妇科中医诊疗方案

治法：清热凉血，固冲止血。

推荐方药：保阴煎加减。生地黄、熟地黄、白芍、山药、川断、黄芩、黄柏、甘草

等。

中成药：葆宫止血颗粒、裸花紫珠片等。

2.血瘀证

治法：活血化瘀，固冲止血。

推荐方药：四物汤合失笑散加减。当归、熟地、川芎、白芍、蒲黄，五灵脂等。

中成药：龙血竭胶囊、益母草冲剂等。

3.气虚证

治法：补气固冲，摄血止血。

推荐方药：举元煎加减。人参、黄芪、白术、升麻、炙甘草等。

中成药：补中益气丸、人参归脾丸等。

（二）针灸治疗

1.体针：气虚证选脾俞、百会、足三里穴，用补法；阴虚证选脾俞、足三里、太溪

穴，用补法；血热证选脾俞、足三里、血海穴，用泻法；血瘀证选脾俞、百会、足三里、

子宫穴，用泻法。

2.耳针：取子宫、卵巢、内分泌区。

3.艾灸：取百会，每日 2 次。用于气虚证。

取穴：关元、三阴交、隐白

操作：将点燃的艾条距离穴位皮肤的 2cm 高处进行施灸，灸至局部皮肤温热红晕有

灼热感为度，自月经来潮后第二天开始灸，每穴 10 分钟，连灸 3 天。

血脱者可针刺人中，炙百会、气海穴；或遵医嘱急服人参粉，或注射参附液以回阳

固脱，观察生命体征的变化。

肾阴亏虚型，夜寐不宁，可耳穴压籽心和神门穴。

（三）健康指导

1.生活起居：保持外阴清洁，忌盆浴，勤换内裤，使用消毒的卫生巾、卫生纸；出

血多时应卧床休养，避免劳累；中药宜温服。

2.饮食调护：饮食宜清淡而富有营养，多食鱼、瘦肉、鸡、蛋类等血肉有情之品和

新鲜水果蔬菜，多饮水，忌辛辣、煎炸、酒类等生火动血之品。

3.情志调摄：加强情志护理，消除忧郁、焦虑、恐惧心理，怡情悦志，配合治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准

— 446 —

妇科中医诊疗方案

止血疗效判定：

月经失血图测量法（PBAC）（冯力民等，应用月经失血图评估月经血量，中华妇产

科杂志，2001 年）。

治愈：经量恢复正常，PBAC＜130，能维持 3 个月以上；

有效：经量明显减少，PBAC＞130，但 PBAC 减小达 1/4 以上，并维持 3 个月经周期

以上；或 PBAC＜130，但不能维持 3 个月以上；

无效：月经经量无明显变化。

备注：根据每张卫生巾血染程度判断月经失血量。轻度：血染面积占整个卫生巾面

积的 1/3；中度：血染面积占整个卫生巾面积的 1/3～2/3；重度：血染面积基本占据整

个卫生巾。

评分分别为 1、5、20 分。遗失血块直径若＜1 元硬币为小血块， 计 1 分；若＞1

元硬币为大血块，计 5 分。每次随访时交给研究者，由研究者计算月经卡评分。治疗后

PBAC＜130 为有效。

（二）评价方法

分别在患者就诊的不同时间，根据止血疗效判定标准进行疗效评价。

— 447 —

妇科中医诊疗方案

卵巢早衰中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中华中医药学会中医妇科常见病诊疗指南》（中国中医药出版社，2012 年）。

年龄在 40 岁以前，月经停闭，或月经稀发，经量减少，或出现不规则子宫出血。

伴有烘热汗出；情志改变、失眠等绝经过渡期症状。

2.西医诊断标准

参照《妇产科学（第 7 版）》（乐杰主编，人民卫生出版社，2008 年）及《临床诊疗

指南—辅助生殖技术》（中华医学会编著，2009 年）。

（1）临床特点

①继发闭经：发生在 40 岁以前。可在月经周期紊乱后渐至闭经，或月经周期规则

而突然闭经。

②雌激素缺乏的症状：可出现潮热、出汗、情绪改变等。

（2）辅助检查

FSH＞40U/L，间隔一个月内至少升高两次，则可确诊；E2 可低于卵泡早期的基础水

平。

（二）证候诊断

1.肝肾阴虚证：月经周期延后，量少，色红，质稠，或闭经，腰膝酸软，五心烦热，

烘热汗出，烦躁易怒，阴户干涩、灼痛，头晕目眩，耳鸣健忘，失眠多梦，两目干涩，

视物昏花。舌红，少苔，脉弦细数或脉细数。

2.肾虚肝郁证：月经周期延后，量少，色暗，夹有血块或闭经，腰膝酸软，精神抑

郁，烘热汗出，头晕耳鸣，胸闷叹息，胸胁胀痛，烦躁易怒。舌质黯淡，苔薄，脉弦细，

尺脉无力。

3.气血虚弱证：月经周期延后，量少，色淡，质稀或闭经，头晕眼花，心悸气短，

面色萎黄，神疲肢倦。舌质淡，苔薄白，脉细弱或沉缓。

4.脾肾阳虚证：月经周期延后，量少，色淡，质稀，或闭经，腰膝酸软，带下清冷，

腹中冷痛，畏寒肢冷，面色晄白，面浮肢肿，性欲淡漠，久泻，或五更泄泻。舌淡胖，

边有齿痕，苔白滑，脉沉细迟弱或沉迟无力。

— 448 —

妇科中医诊疗方案

5.肾阴阳两虚证：月经延后或停闭不行，烘热汗出，腰背冷痛，头晕耳鸣，带下清

稀、量少，小便频数，阴道干涩，性欲淡漠，性交痛；舌质淡，苔白，脉沉迟缓弱。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂（膏方）、中成药

1.肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾，养血调经。

推荐方药：左归丸加减。熟地黄、山药、山萸肉、菟丝子、鹿角胶、龟甲胶、枸杞

子、川牛膝、知母、菊花等。

中成药：六味地黄丸、杞菊地黄丸、坤宝丸等。

2.肾虚肝郁证

治法：补肾疏肝，理气调经。

推荐方药：一贯煎加减。北沙参、麦冬、当归、地黄、川楝子、枸杞子、陈皮、白

芍等。

中成药：六味地黄丸合逍遥丸、妇科调经片等。

3.气血虚弱证

治法：补气养血，和营调经。

推荐方药：人参养荣汤加减。人参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、甘草、熟地黄、当

归、白芍、五味子、远志、肉桂、合欢花等。

中成药：八珍胶囊等。

4.脾肾阳虚证

治法：温肾健脾，暖宫调经。

推荐方药：温土毓麟汤加减。巴戟天、覆盆子、白术、人参、山药、神曲、当归、

川芎、山萸肉等。

中成药：调经促孕丸、滋肾育胎丸等

5.肾阴阳两虚证

治法：肾阴阳双补。

推荐方药：二仙汤加减。仙茅、仙灵脾、淫羊藿、巴戟天、当归、知母、黄柏、女

贞子、旱莲草等。

（二）针灸治疗

1.耳针治疗

取子宫、卵巢、内分泌，配肾、心、肝、三焦、胃等穴。用王不留行籽或磁珠贴敷

耳穴区，轻轻揉压，刺激穴位，左右耳交替使用，每周 2～3 次。

— 449 —

妇科中医诊疗方案

2.针刺治疗

主穴：足三里、关元、中极、三阴交、血海、子宫。

配穴：肝肾阴虚证：配肾俞、肝俞、太溪；

肾虚肝郁证：配肾俞、肝俞、太冲；

气血虚弱证：配肝俞、脾俞、气海；

脾肾阳虚证：配脾俞、肾俞、中脘；

肾阴阳两虚证：配肾俞、命门、腰阳关。

3.皮肤针

在下腹部任脉、脾经、肝经和腹股沟以及下肢足三阴经循行线上轻轻叩刺，以局部

皮肤潮红为度。

4.灸法

取双侧足三里、气海、关元、中极、三阴交、子宫等穴位，使用艾条灸法。

上述闭经各证型均可使用灸法。可应用多功能艾灸仪治疗。

（三）健康指导

1.生活起居：调整生活方式，适当体育锻炼。保持良好的睡眠习惯。

2.饮食调理：忌食辛辣、油炸、寒凉之品。避免过食寒凉，少食油炸食品，避免过

多饮用咖啡、浓茶及酒类制品。宜食豆制品、奶类食物，如豆浆、豆腐；坚持喝牛奶，

多吃鱼虾及新鲜的水果和蔬菜。

3.情志调摄：调节情志，避免精神焦虑紧张及过度精神刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.调整月经周期疗效

参照《中药新药治疗月经不调的临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002

年）。

痊愈：月经经期恢复正常，月经周期、经量均正常；

显效：月经经期恢复正常，月经周期、经量基本正常；

有效：月经能定期来潮；

无效：月经经期、周期、经量均无改变。

2.中医证候疗效评价标准

中医证候疗效通过证候疗效率进行判定。

痊愈：治疗后各症状消失，证候积分值减少≥95%；

显效：治疗后各症状明显减轻，证候积分值减少≥70%，＜95%；

— 450 —

妇科中医诊疗方案

有效：治疗后各症状有所减轻，证候积分值减少≥30%，＜70%；

无效：治疗后各症状无减轻或有加重，证候积分值减少＜30%。

3.理化指标评价标准

痊愈：治疗后血 FSH≤10U/L；

显效：治疗后 10U/L＜血 FSH＜40U/L；

有效：治疗后血 FSH≥40U/L ，有下降趋势，但较疗前降低；

无效：治疗后激素水平无改变或者升高。

（二）评价方法

1.入路径当天、治疗 3 个月后、出路径时，依据月经情况、证候积分、性激素水平

指标进行评价。

治疗前证候积分和-治疗后证候积分和

证候疗效指数=

治疗前证候积分和

×100%

— 451 —

妇科中医诊疗方案

附件：

症状分级量化标准

（1）肝肾阴虚证

肝肾阴虚证症状轻重分级表

（2）肾虚肝郁证

肾虚肝郁证症状轻重分级表

— 452 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 月经正常 | 阴道不规则出  血 | 月经稀发 | 闭经 |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色鲜红，质稠 | 色红，质稠 | 色暗红，质稠 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 烘热汗出 | 无 | | 有 | |
| 腰膝酸软 | 无 | | 有 | |
| 五心烦热 | 无 | | 有 | |
| 烦躁易怒 | 无 | | 有 | |
| 阴户干涩、灼痛 | 无 | | 有 | |
| 头晕目眩 | 无 | | 有 | |
| 耳鸣健忘 | 无 | | 有 | |
| 失眠多梦 | 无 | | 有 | |
| 两目干涩 | 无 | | 有 | |
| 舌象 | 舌红少苔，记（+）。舌质正常，记（-） | | | |
| 脉象 | 脉弦细数或细数，记（+）。脉平，记（-） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 月经正常 | 阴道不规则出  血 | 月经稀发 | 闭经 |
| 月经量、色、  质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色暗红，  夹少许血块 | 色暗，  夹中等血块 | 色紫暗，  夹较多血块 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 腰膝酸软 | 无 | | 有 | |
| 精神抑郁 | 无 | | 有 | |
| 烘热汗出 | 无 | | 有 | |
| 头晕耳鸣 | 无 | | 有 | |
| 胸闷叹息 | 无 | | 有 | |
| 胸胁胀痛 | 无 | | 有 | |

妇科中医诊疗方案

（3）气血虚弱证

气血虚弱证症状轻重分级表

（4）脾肾阳虚证

脾肾阳虚证症状轻重分级表

— 453 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 月经正常 | 阴道不规则  出血 | 月经稀发 | 闭经 |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色淡红质稀 | 色淡质稀 | 色淡暗质清稀 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 头晕眼花 | 无 | | 有 | |
| 心悸气短 | 无 | | 有 | |
| 面色萎黄 | 无 | | 有 | |
| 神疲肢倦 | 无 | | 有 | |
| 舌象 | 舌质淡，苔薄白，记（+）。舌质正常，记（-） | | | |
| 脉象 | 脉细弱或沉缓，记（+）。脉平，记（-） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 月经正常 | 阴道不规则  出血 | 月经稀发 | 闭经 |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色淡红质稀 | 色淡质稀 | 色淡暗质清稀 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 腰膝酸软 | 无 | | 有 | |
| 带下清冷 | 无 | | 有 | |
| 腹中冷痛 | 无 | | 有 | |
| 畏寒肢冷 | 无 | | 有 | |
| 面色晄白 | 无 | | 有 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 烦躁易怒 | 无 | 有 |
| 舌象 | 舌质黯淡，苔薄，记（+）。舌质正常，记（-） | |
| 脉象 | 脉弦细，尺脉无力，记（+）。脉平，记（-） | |

妇科中医诊疗方案

（5）肾阴阳两虚证

肾阴阳两虚证症状轻重分级表

— 454 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 月经正常 | 阴道不规则  出血 | 月经稀发 | 闭经 |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色暗红，质稠 | 色淡黯，质稀 | 色淡黯，质清稀 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 烘热汗出 | 无 | | 有 | |
| 腰背冷痛 | 无 | | 有 | |
| 头晕耳鸣 | 无 | | 有 | |
| 带下清稀量少 | 无 | | 有 | |
| 小便频数 | 无 | | 有 | |
| 阴道干涩 | 无 | | 有 | |
| 性欲淡漠 | 无 | | 有 | |
| 性交痛 | 无 | | 有 | |
| 舌象 | 舌质淡，苔白，记（+）。舌质正常，记（-） | | | |
| 脉象 | 脉沉迟缓弱，记（+）。脉平，记（-） | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 面浮肢肿 | 无 | 有 |
| 性欲淡漠 | 无 | 有 |
| 久泻或五更泄 | 无 | 有 |
| 舌象 | 舌淡胖，边有齿痕，苔白滑，记（+）。舌质正常，记（-） | |
| 脉象 | 脉沉细迟弱或沉迟无力，记（+）。脉平，记（-） | |

妇科中医诊疗方案

月经后期（卵巢储备功能下降）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照全国高等中医药院校规划教材《中医妇科学》（张玉珍主编，中国中医药出版

社，2007 年）， 中医妇科常见病诊治指南》 中华中医药学会，中国中医药出版社，2012

年）。

月经后期是指月经周期延后 7 天以上，甚至 3～5 月一行，连续出现 2 个周期以上

者。

2.西医诊断标准

参照《实用妇科内分泌学》（第 2 版）（丁传鑫主编，复旦大学出版社，2004 年）、

《妇产科学（第 7 版）》（乐杰主编，人民卫生出版社，2008 年）。对卵巢储备功能下降

的诊断目前尚无统一的标准，临床诊断主要依据临床表现，结合生殖内分泌激素测定。

（1）临床表现：出现月经周期推后，伴或不伴月经量少、不孕等。

（2）实验室检查：血清基础 FSH（月经周期 2～4d）：10IU/L＜FSH＜40IU/L，或 FSH/LH

比值＞3.6。FSH 值至少检测两次，间隔时间 1 月以上。

（二）证候诊断

1.肾虚血亏证：月经周期推后，或伴有月经量少，经色淡黯，质清稀，阴户干涩，

或腰膝酸软，头晕耳鸣，面色无华，失眠健忘，大便干燥。舌淡，苔薄白，脉细弱或沉

细。

2.肾虚肝郁证：月经周期推后，或伴有月经量少，经色黯，夹有血块，经前乳房胀

痛，经行少腹胀痛，或伴腰膝酸软，情志抑郁或烦躁，头晕耳鸣，夜尿频多。舌质暗，

苔薄黄，脉弦细或沉弦。

3.脾肾阳虚证：月经周期推后，或伴有月经量少，经色淡黯，质清稀，带下清稀，

腰膝或小腹冷痛，或伴面浮肢肿，形寒肢冷，夜尿频多，大便稀溏。舌淡胖，边有齿痕，

苔白滑，脉沉迟无力或沉弱。

4.阴虚血燥证：月经周期推后，或伴有月经量少，经色红，质稠，或伴五心烦热，

潮热汗出，口干咽燥，肌肤干燥，大便干燥。舌红，苔少，脉细数。

二、治疗方法

— 455 —

《 （

妇科中医诊疗方案

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肾虚血亏证

治法：补肾益精，养血活血。

推荐方药：左归丸加减。熟地黄、山药、枸杞子、山茱萸、川牛膝、龟板胶、菟丝

子、泽兰、丹参、当归、鸡血藤、茺蔚子等。

中成药：归肾丸等。

2.肾虚肝郁证

治法：补肾活血，疏肝理气。

推荐方药：定经汤合四逆散加减。菟丝子、白芍、当归、熟地、山药、茯苓、覆盆

子、茺蔚子、川芎、柴胡、枳壳等。

中成药：妇科调经丸（片）、定坤丹、逍遥丸等。

3.脾肾阳虚证

治法：温肾健脾，益气养血。

推荐方药：毓麟珠加减。鹿角霜、川芎、白芍、白术、茯苓、党参、黄芪、当归、

杜仲、炙甘草、菟丝子、巴戟天、淫羊藿等。

中成药：调经促孕丸、艾附暖宫丸、右归丸等。

4.阴虚血燥证

治法：滋阴润燥，养血活血。

推荐方药：加减一阴煎加减。生地黄、熟地黄、白芍、知母、麦冬、地骨皮、黄精、

石斛、鸡血藤、丹参、炙甘草等。

中成药：归芍地黄丸、六味地黄丸、大补阴丸等。

（二）针灸治疗

1.针刺

主穴：气海、三阴交、归来、血海、关元。

配穴：肾虚血亏证配肾俞、太溪、足三里；

肾虚肝郁证配肾俞、肝俞、太冲；

脾肾阳虚证配命门、脾俞、腰阳关；

阴虚血燥证配太溪、足三里、曲池。

2.艾灸

（1）艾条灸

（2）温盒灸

选穴：双侧足三里、肾俞、脾俞、气海、中极、关元。

应用灸盒置于下腹部（中极、关元、气海），每次施灸 20 分钟。

上述月经后期各证型除阴虚血燥外，均可使用灸法。

— 456 —

妇科中医诊疗方案

（三）耳穴

取肾、肝、脾、内分泌、子宫、卵巢、皮质下、内分泌、交感等穴。每次根据辨证

选用 3～5 穴，适用于月经后期者各证型。

（四）中药封包热敷治疗

常用药物：当归、川芎、桂枝、鸡血藤、苍术、厚朴、透骨草、白芷、川续断、羌

活、泽兰、巴戟天等。适用于月经后期者各证型。也可使用熥络宝（中药封包加热治疗

仪）治疗。

（五）辨证食疗

1.肾虚血亏证

当归枸杞豆枣汤：当归、枸杞子、黑豆、大枣、猪脊骨或乌鸡适量，炖汤服用。

2.肾虚肝郁证

归芎枸杞佛手汤：当归、川芎、枸杞子、佛手、猪脊骨适量、少许陈皮、葱、姜炖

汤服用。

3.脾肾阳虚证

肉桂苁蓉羊肉汤：肉桂、肉苁蓉、黄芪、党参、羊肉适量，加少许盐、生姜、胡椒，

炖汤服用。

4.阴虚血燥证

石斛黄精山参汤：石斛、黄精、山药、北沙参、猪脊骨适量，炖汤服用。

（六）健康指导

1.生活起居：调适寒温，经前及经期避免受寒、冒雨涉水。摄生节欲，避免房劳多

产。注意经期、产后卫生，避免感染。

2.饮食调理：健康饮食，避免过食生冷、油腻、辛辣之品。

3.情志调摄：调畅情志，避免情绪紧张及过度精神刺激。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.月经周期疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）。

痊愈：月经周期恢复正常，月经周期延迟计分为 0，停药后维持 3 个月经周期；

显效：月经周期恢复正常，但停药后不能维持 3 个月经周期，或月经周期延迟计分

减少两个等级；

有效：月经周期较前改善，或月经周期延迟计分减少一个等级，但计分不为 0；

无效：月经周期较前无改善或加重，或月经周期延迟计分无变化或加重。

— 457 —

妇科中医诊疗方案

2.中医证候疗效评价标准

痊愈：治疗后各症状消失，证候积分值减少≥95%；

显效：治疗后各症状明显减轻，证候积分值减少≥70%，＜95%；

有效：治疗后各症状有所减轻，证候积分值减少≥30%，＜70%；

无效：治疗后各症状无减轻或有加重，证候积分值减少＜30%。

3.理化指标疗效评价标准

痊愈：治疗后血 FSH 值恢复正常；

显效：治疗后血 FSH 值接近正常或 FSH 下降≥50%；

有效：治疗后血 FSH 值有所改善或 FSH 下降≥20%；

无效：治疗后血 FSH 值无改善或升高。

（二）评价方法

在进路径当日、治疗后 4 周、8 周、12 周，依据月经周期疗效评价标准、中医证候

疗效评价标准、理化指标疗效评价标准进行评价。

治疗前证候积分和-治疗后证候积分和

证候积分=

（三）分级量化标准

1.症状分级量化标准

（1）肾虚血亏证

— 458 —

治疗前证候积分和

表 1 肾虚血亏证症状轻重分级表

×

100%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 正常  （21～35 天） | 月经周期错后  1 天～7 天  （36～42 天） | 月经周期错后  8 天～14 天  （43～49 天） | 月经周期错后  15～55 天  （50～90 天） |
| 错后天数 天（填具体数值，如月经周期 36 天，则计 1 天） | | | |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色淡红  质清稀 | 色淡  质稀薄 | 色淡黯  质稀薄如水 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 腰膝酸软 | 无 | | 有 | |
| 头晕耳鸣 | 无 | | 有 | |
| 面色无华 | 无 | | 有 | |
| 失眠健忘 | 无 | | 有 | |

妇科中医诊疗方案

（2）肾虚肝郁证

表 2 肾虚肝郁证症状轻重分级表

（3）脾肾阳虚证

表 3 脾肾阳虚证症状轻重分级表

— 459 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 正常  （21～35 天） | 月经周期错后  1 天～7 天  （36～42 天） | 月经周期错后  8 天～14 天  （43～49 天） | 月经周期错后  15～55 天  （50～90 天） |
| 错后天数 天（填具体数值，如月经周期 36 天，则计 1 天） | | | |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 经量减少 1/3 | 经量减少 1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色黯红，  夹少许血块 | 色黯，  夹中等血块 | 色紫黯，  夹较多血块 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 腰膝酸痛 | 无 | | 有 | |
| 头晕耳鸣 | 无 | | 有 | |
| 夜尿频多 | 无 | | 有 | |
| 情志抑郁或烦躁 | 无 | | 有 | |
| 经前乳房胀痛 | 无 | | 有 | |
| 经行少腹胀痛 | 无 | | 有 | |
| 舌象 | 舌质暗，苔薄黄，记（+）。舌质正常，记（-） | | | |
| 脉象 | 脉弦细或沉弦，记（+）。脉平，记（-） | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 正常  （21～35 天） | 月经周期错后  1 天～7 天  （36～42 天） | 月经周期错后  8 天～14 天  （43～49 天） | 月经周期错后  15～55 天  （50～90 天） |
| 错后天数 天（填具体数值，如月经周期 36 天，则计 1 天） | | | |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 比正常经量减少  1/3 | 比正常经量减少  1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色淡红，质清稀 | 色淡，质稀薄 | 色淡黯，  质稀薄如水 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 阴户干涩 | 无 | 有 |
| 大便干燥 | 无 | 有 |
| 舌象 | 舌淡，苔薄白，记（+）。舌质正常，记（-） | |
| 脉象 | 脉细弱或沉细，记（+）。脉平，记（-） | |

妇科中医诊疗方案

（4）阴虚血燥证

表 4 阴虚血燥证症状轻重分级表

2.疾病分级量化标准

综合上述月经情况、症状评分，以判定病情程度。

轻度：月经情况、症状积分和 7～12 分；

中度：月经情况、症状积分和 13～18 分；

重度：月经情况、症状积分和 19～24 分。

— 460 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主症 | 0分 | 2分 | 4分 | 6分 |
| 月经周期 | 正常  （21～35 天） | 月经周期错后  1 天～7 天  （36～42 天） | 月经周期错后  8 天～14 天  （43～49 天） | 月经周期错后  15～55 天  （50～90 天） |
| 错后天数 天（填具体数值，如月经周期 36 天，则计 1 天） | | | |
| 月经量、色、质 | 0分 | 1分 | 2分 | 3分 |
| 月经量 | 经量正常 | 比正常经量减少  1/3 | 比正常经量减少  1/2 | 经量点滴即止 |
| 月经色、质 | 色质正常 | 色红，质稠 | 色鲜红，质稠 | 色深红，质稠 |
| 次症 | 无（0 分） | | 有（2 分） | |
| 五心烦热 | 无 | | 有 | |
| 潮热盗汗 | 无 | | 有 | |
| 形体消瘦 | 无 | | 有 | |
| 口干咽燥 | 无 | | 有 | |
| 肌肤干燥 | 无 | | 有 | |
| 大便干燥 | 无 | | 有 | |
| 舌象 | 舌红，苔少，记（+）。舌质正常，记（-） | | | |
| 脉象 | 脉细数，记（+）。脉平，记（-） | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次症 | 无（0 分） | 有（2 分） |
| 腰膝或小腹冷痛 | 无 | 有 |
| 面浮肢肿 | 无 | 有 |
| 大便稀溏 | 无 | 有 |
| 夜尿频多 | 无 | 有 |
| 形寒肢冷 | 无 | 有 |
| 带下清稀 | 无 | 有 |
| 舌象 | 舌淡胖，边有齿痕，苔白滑，记（+）。舌质正常，记（-） | |
| 脉象 | 脉沉迟无力或沉弱，记（+）。脉平，记（-） | |

康复科中医诊疗方案

康 复 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

中风后言语功能障碍中医诊疗方案………………………………………463

中风后手功能障碍中医诊疗方案…………………………………………467

手损伤（手外伤）后功能障碍中医诊疗方案………………………………475

膝关节半月板损伤中医诊疗方案…………………………………………484

中风后肩痛（肩手综合征）中医诊疗方案…………………………………489

膝关节僵硬中医诊疗方案…………………………………………………498

中风后吞咽功能障碍中医诊疗方案………………………………………504

孤独症中医诊疗方案………………………………………………………510

腰肌劳损中医诊疗方案……………………………………………………517

— 461 —

康复科中医诊疗方案

— 462 —

康复科中医诊疗方案

中风后言语功能障碍中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参 照 “ 中 华 人 民 共 和 国 中 医 药 行 业 标 准 -- 中 医 病 证 诊 断 疗 效 标 准 （ ZY ／

T001.1-94）”，患者有明确的中风病史，且同时伴有失语或构音障碍者。

2.西医诊断标准

参照 1995 年全国第四次脑血管病学术会议通过的诊断标准并经头颅 CT 或 MRI 确诊。

失语症诊断标准：采用北京大学高素荣等制订的《汉语失语症检查法》检查并确诊为失

语症。构音障碍诊断标准：采用河北省人民医院修改的 Frenchay 构音障碍评定法检查

并确诊为构音障碍。

（二）证候诊断

1.肝阳暴亢证：半身不遂，舌强语蹇，口舌歪斜，眩晕头痛，面红目赤，心烦易怒，

口苦咽干，便秘尿黄。舌红或绛，苔黄或燥，脉弦有力。

2.痰热腑实证：半身不遂，口舌歪斜，舌强不语，口粘痰多，腹胀便秘，午后面红

烦热。舌红，苔黄腻或灰黑，脉弦滑大。

3.风痰阻络证：半身不遂，口舌歪斜，舌强语蹇，肢体麻木或手足拘急，头晕目眩。

舌苔白腻或黄腻，脉弦滑。

4.阴虚风动证：半身不遂，肢体麻木，舌强语蹇，心烦失眠，眩晕耳鸣，手足拘挛

或蠕动。舌红或黯淡，苔少或光剥，脉细弦或数。

5.气虚血瘀证：半身不遂，肢体软弱，偏身麻木，舌强语蹇，手足肿胀，面色淡白、

气短乏力，心悸自汗。舌质黯淡，苔薄白或白腻，脉细缓或细涩。

二、治疗方法

（一）康复治疗方法：

本内容包括针刺治疗，功能训练，物理因子疗法等。其中功能训练应在针灸之后，

带针下（头针、舌针、耳穴）进行。

1.针灸治疗

（1）体针及头针

主穴：哑门 通里 头针言语一、二、三区

— 463 —

康复科中医诊疗方案

配穴：舌体运转不灵加金津、玉液、廉泉。

操作方法：均用 0.25×25mm 号（1 寸）针灸针，哑门穴向下颌方向缓慢刺入 0.5～

1 寸，针刺时头部微前倾，保持项肌放松。通里直刺 0.5 寸，言语区平刺 0.5～0.8 寸，

深度达到帽状腱膜下，运动性失语选择言语一区，感觉性失语选择言语三区，命名性失

语选择言语二区。金津、玉液及廉泉均点刺不留针。头针捻转得气后，加电针，波形为

疏密波，强度以患者可耐受为度，留针 30 分钟。结束后言语区继续留针 1 小时。留针

期间，每隔 30 分钟捻转 1 次，直至出针。留针期间同时进行言语功能训练。

（2）舌针

可取上肢、下肢、聚泉、中矩、神根、佐泉、液旁、支脉、中风等穴，每次选取 3～

4 个穴位，选用 0.25×40mm 号（1.5 寸）针灸针，点刺不留针，针刺方向与舌面平行，

进针 1～1.2 寸。点刺时嘱患者自然伸舌于口外，为防止回缩，术者可左手用消毒纱布

轻轻固定舌体。隔天一次，15 次为一疗程。

（3）耳穴

可取心、肾、脑、皮质下等穴，每次取 2～3 个穴位，取王不留行粘贴相应耳穴，

次日取下。隔日一次，15 次为一疗程。

2.言语功能训练

（1）失语症的康复功能训练

根据不同失语类型选择不同训练方法或训练组合

①听理解训练及表达训练

②阅读及书写训练

③实用交流能力训练

④辅助性训练

（2）构音障碍的康复功能训练

根据不同构音障碍类型选择不同训练方法或训练组合

①构音改善训练

②克服鼻音化的训练

3.物理因子疗法

采用德国产Vocastim-Master言语治疗仪对患者进行单通道低频脉冲电刺激，辅助

电极大小5cm×11cm，置于颈后，接阳极；刺激电极为点状电极，置于双侧下颌下三角

处，基本频率为2.5 kHz。每天2次，每次30分钟，治疗时间为30天。

（二）辨证选择口服中药汤剂

1.肝阳暴亢证

— 464 —

康复科中医诊疗方案

治法：平肝、息风、潜阳。

推荐方药：天麻钩藤饮加减。天麻、钩藤、生决明、山栀、黄芩、川牛膝、杜仲、

益母草、桑寄生、夜交藤、朱茯神等。

2.痰热腑实证

治法：清热、化痰、通腑。

推荐方药：星蒌承气汤加减。全瓜蒌、胆南星、石菖蒲、地龙、丹参、郁金、枳壳、

厚朴、大黄等。

3.风痰阻络证

治法：涤痰、息风、通络。

推荐方药：羚角钩藤汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。羚羊角、钩藤、桑叶、菊花、生地、

白芍、川贝、竹茹、茯神、甘草、瓜蒌、薤白、半夏等。

4.阴虚风动证

治法：滋阴、潜阳、息风。

推荐方药：镇肝熄风汤加减。白芍、天门冬、玄参、龙骨、牡蛎、代赭石、茵陈、

麦芽、龟板、川楝子、牛膝、甘草等。

5.气虚血瘀证

治法：补气、活血、通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、当归尾、赤芍、川芎、地龙、红花、桃仁等。

（三）辨证选择静脉滴注中药注射液

可根据辨证分型选用对症的静脉滴注中药注射液。

（四）内科基础治疗

参照 2010 年卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病

防治指南》。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）。参照《临床诊疗指南-神经病学分册》（中

华医学会编著，人民卫生出版社）关于脑卒中治疗章节，予相应失语药物治疗。

（五）护理调摄

1.基本护理：内容包括体位选择、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。

2.生活起居：由于合并言语功能障碍，且常伴随焦虑、抑郁以及孤独感等情绪，应

更强调安全问题。平时不但要防止烫伤、坠床、跌倒、碰伤等意外伤害，还要预防自伤、

自杀等发生。家属 24 小时陪护不离患者身旁，清除患者周围环境中的危险物品，为患

者带好手腕带或填好安全卡片并让其随身携带，以备走失时利于寻找。

— 465 —

康复科中医诊疗方案

3.饮食调护：中风患者饮食宜清淡，避免肥厚之品及辛辣刺激食物，保持二便通畅，

注意营养调配、饮食有节，勿暴饮暴食。

（1）肝阳暴亢证：保持病房安静，多鼓励患者参与娱乐活动，听轻音乐学唱歌

以舒发情绪，饮食选择疏肝平肝的食物。

（2）痰热腑实证：保持病房安静，变换患者体位动作宜轻柔，患者不耐疲劳训

练中要注意把握运动量。饮食选择泻热通腑的食物。

（3）风痰阻络证：多予户外活动，常晒阳光，了解患者的兴趣爱好，多鼓励患

者参与娱乐活动，听轻音乐学唱歌以舒发情绪。饮食以祛痰通络为主。

（4）阴虚风动证：多沟通了解患者心理变化，满足其需求，采取适当的安抚技

巧避免患者情绪躁动。饮食上以滋阴息风为主。

（5）气虚血瘀证：细心观察患者的情绪变化和日常饮食，避免情志刺激，勿惊

恐郁恐，防止复中。饮食以活血化瘀为主。

4.情志调摄：主动关心患者，因人而异地通过安慰、解释、劝导、鼓励等措施达到

缓解患者特异的个性化心理问题。耐心解答患者问题，建立信任融洽的护患关系，帮助

患者重建信心。

5.健康宣教：通过各种途径进行康复健康宣教，包括小手册、宣传板、图像、导引

操等，且每周集中进行一次具有中医特色的健康教育，包括生活起居、情志、饮食、服

药、康复等多方面。出院时，发放具有中医药特色健康教育资料。通过定期的家访和患

者来院的互访，不断提高照顾者的护理技能，指导照顾者掌握与失语患者交流的方法，

以减轻其心理压力。

三、疗效评价

（一）评价标准

言语功能恢复评价：采用汉语失语症检查法（ABC）、失语程度评定（Boston

diagnostic aphasia examination，BDAE）、失语商（aphasia quotient，AQ）评定其

总的言语水平。

（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。分别在入院后 1～2 天和入

院后 28～30 天：采用汉语失语症检查法、失语程度评定、失语商评定其总的言语水平。

— 466 —

康复科中医诊疗方案

中风后手功能障碍中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断与疗效评

定标准》（二代标准）进行诊断。

主要症状：患手及上肢松软无力或僵硬，感觉异常。

次要症状：全身乏力，肌肉萎缩；筋脉拘挛，手指颤抖，形体消瘦；四肢困重，手

指肿胖。

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

参照中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指

南 2010》（2010 年）。

（1）急性起病。

（2）局灶性神经功能缺损，少数为全面神经功能缺损。

（3）症状和体征持续数小时以上。

（4）脑 CT 或 MRI 排除脑出血和其他病变。

（5）脑 CT 或 MRI 有责任梗死病灶。

（二）证候诊断

1.气虚血瘀证：全身乏力，手指松软无力，面色萎黄。舌质淡紫或有瘀斑，苔薄白，

脉细涩或细弱。

2.肾精亏虚证：肌肉萎缩，手指僵硬怕冷，筋脉拘挛，形体消瘦。舌质暗苔薄脉濡

细。

3.痰瘀阻络证：形体胖，四肢困重，手指肿胖。舌质淡苔厚脉弦滑。

4.阴虚阳亢证：手指颤抖无力，筋脉拘挛伴身困伴心烦易怒，面红。舌质红苔少，

脉弦细数。

（三）分期标准

1.弛缓期：此期相当于 BrunnstromⅠ-Ⅱ阶段。

— 467 —

康复科中医诊疗方案

2.痉挛期：此期相当于 Brunnstrom Ⅲ-Ⅳ阶段。

3.恢复期：此期相当于 Brunnstrom Ⅴ-Ⅵ阶段。

二、治疗方法

（一）康复治疗

1.弛缓期：此期相当于 BrunnstromⅠ-Ⅱ阶段，手无任何运动，仅有细微的屈曲。

（1）辨证选择口服中药汤剂、中成药

①气虚血瘀证

治则：益气活血通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、赤芍、川芎、当归、地龙、红花、鸡血藤等。

中成药：消栓颗粒、血塞通片、银杏叶片等。

②肾精亏虚证

治则：补肾填精、舒经活络。

推荐方药：右归丸加减。熟地、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、

肉桂、当归、制附子、地龙、蜈蚣、川牛膝等。

中成药：培元通脑胶囊等。

③痰瘀阻络证

治则：化痰祛瘀，行气通络。

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、僵蚕、胆南星、

防风、甘草等。

中成药：人参再造丸等。

④阴虚阳亢证

治则：滋阴潜阳。

推荐方药：虎潜丸加减。龟版、黄柏、知母、熟地、白芍、锁阳、陈皮、虎骨、干

姜、姜黄、桑枝、桂枝、麦冬等。

（2）针灸疗法

①头针：

a.于氏头穴丛刺针法，取顶区、顶前区。

b.国际标准化头针取穴，“顶颞前斜线”。

（注：两种头针取穴方法选取一种应用）

操作方法：采用长时间留针间断行针法，留针期 6～8 小时。选用 28～30 号 1.5 毫

针，常规消毒后，常规进针法刺至帽状腱膜下，针后捻转，200 次/分钟，开始每隔 30

分钟转 1 次，重复两次，然后每隔两小时捻转 1 次，直至出针。

— 468 —

康复科中医诊疗方案

②体针：

以局部取穴为主，取合谷、八邪、中渚，选用 28～30 号 1.5 寸毫针进行针刺，合

谷向后溪方向透刺 1.5 寸，八邪穴向劳宫透刺 1.5 寸，施捻转手法.以患者感局部酸、

麻、胀、重至得气为度，留针 30 分钟，期间捻转行针 2 遍。

（3）推拿疗法

疏通经络，行气活血，促进手功能恢复，注意诱发手功能。

①将手掌放于床面，掌心向下，五指扳直放松，用揉搓法按摩 15 分钟，以发热为

度。

②将前臂和手掌向上放于床面，用大鱼际由上向下按揉 15 分钟，再手掌向下放于

床面，依上法按揉 15 分钟。

③穴位点按，应在全面按揉后再点按合谷，劳宫，手三里，曲泽等穴位。

（4）中药熏洗

采用中风熏洗方Ⅰ号（由川乌、生黄芪、当归、桃仁等组成）。

用法：全部药材以纱布包好，置于盛有 60℃～75℃热水的木桶中浸泡，当水呈现中

药色，水温降至 40℃～45℃后将患肢置于水中浸泡，或将浸泡好的药包置于不便于浸泡

的肢体处局部热熨。

注意事项：避免烫伤。如患者出现头晕、面色苍白、大汗淋漓，血压下降应立即停

止熏洗，采取头低脚高卧位，以改善头部供血，防止低灌注损伤

2.痉挛期：此期相当于 Brunnstrom Ⅲ-Ⅳ阶段，手可有钩状抓握和小范围的伸展。

（1）中医辨证方药

同弛缓期

（2）针灸疗法

①头针

a.于氏头穴丛刺针法，取顶区、顶前区。

b.国际标准化头针取穴，“顶颞前斜线”。

（注：两种头针取穴方法选取一种应用）

操作方法：采用长时间留针间断行针法，留针期 6～8 小时。选用 28～30 号 1.5 毫

针，常规消毒后，常规进针法刺至帽状腱膜下，针后捻转，200 次/分钟，开始每隔 30

分钟转 1 次，重复两次，然后每隔两小时捻转 1 次，直至出针。

②体针：

采用拮抗针法：以拮抗痉挛肌肉为主，屈曲困难者以阴经穴位为主，可选尺泽，孔

最，鱼际，曲泽，间使，内关，劳宫，少府，通里，少海。背伸困难者以阳经穴位为主，

— 469 —

康复科中医诊疗方案

可选三间，合谷，手三里，曲池，后溪，支正，中渚，外关，支沟，四渎。

操作方法：选用 28～30 号 1.5 寸毫针进行针刺，施捻转手法.以患者感局部酸、麻、

胀、重至得气为度，留针 30 分钟期间捻转行针 2 遍。得气后外关、中渚、连接脉冲针

灸治疗仪，采用疏密波，每次治疗 30 分钟。

（3）推拿疗法：

采用较缓和的手法，如揉、摩、擦手法，治疗时间宜长，以使痉挛肌群松弛，促进

手功能恢复。

①患者取卧位，暴露患肢，推拿按摩上肢肌肉，使痉挛的肢体肌肉放松，患肢掌心

向上，平放于创面上；

②交替推拿手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经三条经络，力量要轻，速度要

慢，操作手法持久、有力、均匀、柔和、深透，根据患者病情，从轻手法开始，逐渐增

加刺激量，直到患者有酸、麻、胀、微痛感为止；

③操作结束后，让患者做上肢关节的主动屈伸运动，20～30 次/分钟，每次 10 分钟，

每日 2 次。

（4）中药熏洗

采用中风熏洗方Ⅱ号（由川乌、伸筋草、木瓜等组成）。

用法： 全部药材以纱布包好，置于盛有 60℃～75℃热水的木桶中浸泡，当水呈现

中药色，水温降至 40℃～45℃后将患肢置于水中浸泡，或将浸泡好的药包置于不便于浸

泡的肢体处局部热熨。

注意事项：避免烫伤。如患者出现头晕、面色苍白、大汗淋漓，血压下降应立即停

止熏洗，采取头低脚高卧位，以改善头部供血，防止低灌注损伤

3.恢复期：此期相当于 Brunnstrom Ⅴ～Ⅵ阶段，手逐渐可单独伸展，并完成抓握。

（1）辨证选择口服中药汤剂、中成药

同弛缓期

（2）针灸疗法

①头针

a.于氏头穴丛刺针法，取顶区、顶前区。

b.国际标准化头针取穴，“顶颞前斜线”。

（注：两种头针取穴方法选取一种应用）

操作方法：采用长时间留针间断行针法，留针期 6～8 小时。选用 28～30 号 1.5 毫

针，常规消毒后，常规进针法刺至帽状腱膜下，针后捻转，200 次/分钟，开始每隔 30

分钟转 1 次，重复两次，然后每隔两小时捻转 1 次，直至出针。

— 470 —

康复科中医诊疗方案

②体针

按照“治痿独取阳明”理论选穴，取合谷、后溪、八邪、劳宫。

操作方法：选用 28～30 号 1.5 寸毫针进行针刺，合谷向后溪方向透刺 1.5 寸，八

邪穴向劳宫透刺 1.5 寸，施捻转手法.以患者感局部酸、麻、胀、重至得气为度，留针

30 分钟期间捻转行针 2 遍。得气后外关、中渚、连接脉冲针灸治疗仪，采用疏密波，每

次治疗 30 分钟。

（3）推拿疗法

运动关节类手法及按揉法、拿法、搓法等以防止关节挛缩，促进手功能恢复。

（4）中药熏洗

中风熏洗方Ⅲ号（由杜仲、狗脊、木瓜等组成）。

用法：全部药材以纱布包好，置于盛有 60℃～75℃热水的木桶中浸泡，当水呈现中

药色，水温降至 40℃～45℃后将患肢置于水中浸泡，或将浸泡好的药包置于不便于浸泡

的肢体处局部热熨。

注意事项：避免烫伤。如患者出现头晕、面色苍白、大汗淋漓，血压下降应立即停

止熏洗，采取头低脚高卧位，以改善头部供血，防止低灌注损伤。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情可辨证选用三七提取物、红花提取物、银杏叶制剂、丹参提取物等中成药

注射剂进行基础治疗。

（三）基础康复方法

1.良肢位摆放

（1）平卧位：患肩与患侧上肢下均垫以软枕，使肩上抬前挺。上肢稍离躯干而呈

外展、外旋位、肘伸直，腕稍背屈，掌心向上，诸指展开；

（2）健侧卧位：于胸前置一软枕，患侧上肢置于枕上，与躯干呈 30°～45°角，

肩向前，肘伸直，腕稍背屈，诸指展开；

（3）患侧卧位：患肩向前，患侧上肢外展与驱体呈 90°角，肘伸直，前臂旋后，

掌面向上，诸指展开。

2.分期康复治疗

在治疗师的帮助下，进行手的基本动作和 ADL 训练；40～50 分钟/日，实行专门治

疗师“一对一”治疗。

（1）弛缓期

患者仰卧位，治疗师立于或坐于患者患侧肢体旁。

①治疗师对患者上肢以轻揉手法触摸其手指及手指背侧皮肤，叩打其肌腱等使病人

— 471 —

康复科中医诊疗方案

有一定感觉及反射动作。

②被动活动各手指关节，做屈伸、内收、外展和腕关节背伸、掌屈等活动。

③采用快速擦拍：治疗师一只手托住患者的手臂，另一只手在患者前臂伸肌群表面，

自肘关节向手指尖有力快速的擦拍。

④物理因子疗法：低频电刺激前臂背侧肌群，促进腕指的伸展。

（2）痉挛期

①仰卧位

a.治疗师旋转患者的躯干，将患侧躯干拉长并使骨盆向前，减轻躯干痉挛，是肩胛

骨能自由运动。

b.治疗师用体侧和上肢夹持住患臂，用另一只手使患者肩胛骨做上体并前伸的运

动。

c.可完成 b，治疗师将患者的患侧手臂向前、向上屈曲抬起，同时肩胛骨保持前伸，

肘关节伸直。

d.可完成 c，治疗师再将手臂移至水平外展位，同时前臂旋后。

e.让患者主动运动手臂，但勿过分用力。

f.治疗师把患者手臂摆放在不同位置时，让患者努力将手保持不动并放松。

②坐位

a.让患者坐在治疗床上，双侧手臂伸直外旋置于身后，重心向两侧转移，同时保持

双手掌平放在支撑面上。

b.治疗师将患手放在患者身体侧面，并保持外旋和手指伸展。

c.治疗师将患手平放在身后的治疗床上，手指指向后面，治疗师版主屈、伸其躯干；

当患者的躯干和肩胛带运动自如，指导患者在稳定一侧肩胛骨的同时运动另一侧肩胛

骨。

d.指导患者主动上提和前伸肩胛骨，促进肩胛带的主动控制。

e.患者坐位，双手叉握放于身前的桌子或治疗床上，保持双肘伸直，向两侧转移重

心，后将一只手放在另一只手上面，向下压下面的手，使肩外旋，前臂旋后；患肘保持

在桌面上，指导患者把双手掌置于自己下颌，手指托住面颊，治疗师将患者患手拉离面

颊，再让患者轻轻放回脸上。

f.治疗师将患者伸展的手放在治疗师手上，要求患者随着治疗师的手运动，逐渐增

加运动速度和难度。

③站立位

a.患者手肘伸直、手指伸展，双手支持于身体前的治疗床或桌子上。

— 472 —

康复科中医诊疗方案

b.患者背靠治疗床站立，双手支持于身后的治疗床上并双臂外旋、伸直。

c.治疗师握住患者的患臂充分上举外旋。

d.治疗师站在患者身后，一只手控制患者手腕和手指充分背伸及拇指外展，另一只

手防治患者肩部出现代偿运动。

e.治疗师握住患者双手使双臂在两边向上抬高，患者尝试主动用力。

f.患者十指交叉握在一起，翻转双手使掌心向外。

④物理因子治疗：蜡疗，蜡饼法或刷蜡法，40 分钟/次，每天一次。中频脉冲电治

疗，20 分钟/次，每天一次

（3）恢复期

以日常生活活动训练为主。

①穿衣：指导患者用患手拿起一只袜子，用健手穿上，再联系双手穿袜子、穿裤子、

系鞋带等。

②进食：指导患者用患手夹持面包片、持杯喝水等。

③双手共同活动：如切水果、榨汁、将果汁倒入杯中、喝掉果汁。

④家务活动。

（四）并发症的治疗

1.肩痛

卧位时采取良肢体位；坐位时，患侧肘部、腕部和手应有良好的支撑，避免患侧上

肢向下拖垂，以及腕关节和手指关节的屈曲；避免对肩关节进行过度牵拉；早期在做肩

关节被动运动时关节活动度应在 90°～120°。对已发生肩痛的患者，可采用低中频电

疗、超声治疗、微波治疗的应用等治疗措施有益于缓解肩痛。对于肩手综合征引起的肩

痛，还可采取缠指法。对于肩带痉挛引起的疼痛还可采用肩带松弛法治疗。

2.患肢肿胀

①预防：尽早关节活动（软瘫期以被动运动为主，痉挛及恢复期采用主动运动），

增加本体感觉，提高肌肉张力以利于血管舒缩，促进血液回流。卧位时垫高患肢，使患

肢高于心脏，促进静脉回流。

②治疗：对已发生肢体肿胀的患者采用中药熏洗治疗。

（五）护理调摄

1.生活起居：起居有常，寒温有节，避风寒之邪，勿汗出当风；注意患肢保暖防寒，

坚持合理的功能锻炼；防跌倒坠床、防烫伤等意外。

2.饮食调理：饮食宜清淡，适当饮水，避免肥厚之品及辛辣刺激食物；保持二便通

畅；戒烟酒。

— 473 —

康复科中医诊疗方案

3.情志调摄：保持心态平和，可采用言语开导、音乐疗法缓解恐惧、焦虑、悲观等

不良情绪。

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.手功能恢复评价：根据 Brunnstrom 运动功能恢复分期、简化 Fugl-Meyer 运动功

能评分评价手运动功能状况.

3.肌张力评定：采用改良 Ashworth 痉挛评定量表进行评价。

4.疼痛恢复评价：疼痛视觉模拟评分法。

5.日常生活能力评价：采用改良的 Barthel 指数量表。

（二）评价方法

可在患者不同入院时间根据不同的功能障碍，选用不同的评价量表进行评价。

1.入院后 1～2 天：可选用《中风病辨证诊断标准》、Brunnstrom 分期、简化

Fugl-Meyer、改良 Ashworth 痉挛评定量表、改良的 Barthel 指数量表、疼痛视觉模拟

评分法等进行评价。

2.入院后 26～28 天：可选用 Brunnstrom 分期、简化 Fugl-Meyer、改良 Ashworth

痉挛评定量表、改良的 Barthel 指数量表、疼痛视觉模拟评分法等进行评价。

— 474 —

康复科中医诊疗方案

手损伤（手外伤）后功能障碍中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照高等中医药院校教材《中医筋伤学》（孙树椿、孙之镐主编，人民卫生出版社，

1999 年）及高等中医药院校教材《中医骨伤科学》 刘柏龄主编，人民卫生出版社，2003

年）中有关手部筋伤、骨伤诊断标准。

（1）有明显的手部外伤史。

（2）局部肿胀、疼痛，感觉和活动障碍。

（3）X 光线示：有明显的骨折线或软组织厚度增加，密度增高，层次混乱不清晰。

2.西医诊断标准

参照中华医学会手外科学分会制定的《临床诊疗指南—手外科学分册》（2006 年）

有关诊断标准及《实用骨科学》第三版（胥少汀等主编，人民军医出版社，2005 年）中

手损伤康复诊断标准。

（1）有明显的手部外伤史。

（2）局部肿胀、疼痛，瘢痕或挛缩，手抓握、非抓握及感觉功能障碍。

（3）X 光线示：有明显的骨折线或软组织厚度增加，密度增高，层次混乱不清晰。

（二）病期诊断

1.早期：损伤后或术后 3 周内。

2.中期：损伤后或术后 3～9 周。

3.后期：损伤后或术后 9 周以上。

（三）证候诊断

1.血瘀气滞证：损伤早期，瘀血停积，血瘀气滞，肿痛并见，多见局部肿胀、疼痛

剧烈，活动障碍，食欲不振。舌淡红苔薄黄，脉弦紧。

2.营血不调证：损伤中期，筋骨虽续而未坚，肿痛虽消而未尽，局部肿痛减轻，筋

膜粘连，或挛缩强直，关节屈伸不利。舌暗红，苔薄白，脉弦缓。

3.气血两虚证：损伤后期，气血不足，筋骨不坚，筋脉疲软，麻木不仁，肌萎无力。

舌淡苔薄白，脉虚细。

二、治疗方法

— 475 —

（

康复科中医诊疗方案

（一）分期治疗

1.早期

（1）中药熏蒸治疗

禁忌症：

①高血压、心脏病、急性脑出血、重度贫血、动脉硬化症等患者；

②饭前饭后半小时内、饥饿、过度疲劳；

③妇女妊娠及月经期；

④急性传染病；

⑤有开放性创口、感染性病灶、年龄过大或体质特别虚弱的人；

⑥对药物过敏者。

方药：伸筋草 15g、透骨草 15g、荆芥 15g、防风 15g、红花 15g、千年健 15g、刘

寄奴 10g、 桂枝 15g、苏木 15g、川芎 15g、威灵仙 15g。

以上诸药用水浸泡 1500ml，倒入熏蒸容器中，水煎熏蒸，水温保持在 38～42℃，

每次 20 分钟，每日 1 次，7 天一疗程。

（2）针灸治疗

有神经损伤者选用，以远端及阳明经取穴为主，以促进气血运行，达到活血化瘀的

目的。取穴：外关、合谷、曲池、足三里、悬钟。

操作方法：外关：腕背横纹上 2 寸，尺桡骨正中间，直刺 0.5～1.0 寸，取泻法；

合谷：手背第一、第二掌骨间，当第二掌故桡侧的中点处，直刺 0.5～1.0 寸，针刺时

手呈半握拳状，取泻法；曲池：屈肘成直角，在肘横纹桡侧端与肱骨外上髁连线中点处，

直刺 1.0～1.5 寸，取泻法；足三里：在小腿前外侧，当犊鼻下 3 寸，距胫骨前缘 1 横

指处，直刺 1～2 寸，取泻法；悬钟：在外踝尖上 3 寸，腓骨前缘处，直刺 0.8～1.0 寸，

取泻法。

每日一次，每次治疗 30 分钟。

可采用电针治疗，选用疏密波形，中等刺激量，作用时间 30 分钟左右，电针使用

注意事项如下：

1.做好患者的思想工作，解除顾虑；说明治疗意义，争取合作。

2.全面了解病情及服药情况。必要时，作心电图及脑电图检查。

3.治疗室要求光线充足，通风良好。

4.检查电针治疗仪的性能是否良好，清点毫针数目，检查针尖是否锋利，针体有无

弯曲。备好消毒用品、牙垫、氧气枕及急救箱等。

5.取下活动义齿及眼镜。

— 476 —

康复科中医诊疗方案

6.通电后，短时间内给予较弱的输出电量，使患者适应一段时间，然后逐渐增强至

能耐受的程度，持续 15～20 分钟。根据病情，可增大输出电量达中等刺激的程度，持

续 10～30 秒。

7.上肢通电治疗时，只能在一侧上肢的两个穴位上进行；不能两侧同时通电，以防

意外。

8.治疗完毕拔针时，针孔应稍按片刻，以防出血。治疗结束时，要清点毫针，以防

遗漏。必须做好治疗记录。

9.一般每日治疗 1 次。但可根据病情需要，每日治疗 2～3 次。

（3）运动疗法

抬高肢体，促进血液回流，减轻水肿。维持功能位：腕背伸 40°～45°，尺偏约

15°，指屈肌处于最大功能位，手指各关节稍屈曲，从示指到小指屈曲角度递增，拇指

处于对掌位，掌指关节半屈曲，指间关节轻微屈曲。此体位便于患者进食、抓握等活动。

主动运动：骨折和肌腱损伤主张早期介入，根据患者受伤的程度制订不同的锻炼时

间和方法在医师和治疗师的正确指导下功能锻炼。

骨折患者提倡早期对于远端未制动关节进行主动运动，伤后 5～7 天开始，治疗师

扶握制动关节，以控制运动予以支持，施力不应超过明显疼痛范围的极限，另一手协助

远端关节进行屈曲伸展运动，活动范围可在解剖平面及肌肉可拉长的范围及功能模式等

情况下进行。每次 10 分钟左右，每天数次，以不引起疲劳为限，以免影响骨折愈合。

单纯肌腱、韧带损伤术后及早开始行被动功能锻炼，活动强度可逐渐增强，并增加

患指主动屈伸运动，其活动强度也逐渐增强。2 周后以主动屈伸运动为主，治疗师适当

予以辅助。每天分 2～3 次间断进行，每次 15～20 分钟，以病人耐受的最大疼痛程度为

限，同时逐渐增加屈伸幅度和强度，主动伸、屈同步进行，采取保持掌指关节伸直而主

动完全屈曲近及远侧指间关节（直拳），指关节屈曲而腕处中立位（全拳），伸远指间关

节而屈掌指关节（勾拳）三种方式进行。

屈肌腱修复术后的康复训练：屈肌肌腱修复后用支具维持腕 20 至 30 度屈曲，MP

关节 45 至 60 度屈曲位，进行被动屈指、主动伸指锻炼。

伸肌腱修复术后的早期康复训练：手背伸肌腱表浅，损伤率高，并且易与骨发生粘

连，开始主动活动时，容易过分牵拉，因此，在活动第 1 周必须注意保护，伸肌腱修复

术后使用掌侧夹板，固定腕关节 30°～40°伸直位，同时用橡皮筋拉伸所有指间关节，

嘱咐患者术后 1～3 周依靠弹力牵引被动伸指，在支具控制范围内练习主动屈指，被动

伸指，禁止被动屈指和主动伸指。

（4）物理治疗

— 477 —

康复科中医诊疗方案

骨折治疗仪治疗：患肢处于磁耦合盘中，并置或对置法，每次 30 分钟，每天 1～2

次，10 次一疗程。

紫外线治疗：用红斑量隔天 1 次，主要作用消炎、消肿及促进伤口早期愈合。超短

波（无金属内固定者）：用无热量，每天 1 次，每次 10～15 分钟。

HE-NE 激光散焦照射疗法，每次 30 分钟，每天 1～2 次。

（5）矫形器治疗

手支具的应用：一般应将患手支具固定于功能位，否则将会影响手的功能恢复。骨

折后患手需固定 4～6 周。屈肌肌腱修复后患手固定于屈曲位 3 周。伸肌肌腱修复后患

手固定于伸直位 6 周。神经损伤后需患手固定功能位 3 周。

2.中期

（1）中药熏蒸治疗

方药：伸筋草 15g、海桐皮 15g、秦艽 15g、独活 15g、红花 15g、当归 15g、钩藤

15g、乳香 10g、没药 10g 等。

以上诸药用水浸泡 1500ml，倒入熏蒸仪中，水煎熏蒸，使用方法及注意事项同前。

（2）针灸治疗

有神经损伤者选用，以局部及循经取穴为主，以缓解局部症状为主要目的。取穴：

太渊，列缺，阳溪，阳谷，外关，合谷，阿是穴及循经取穴。

操作方法：太渊：掌后腕横纹桡侧，桡动脉的桡侧凹陷中，避开桡动脉，直刺 0.3～

0.5 寸，取泻法；列缺：桡骨茎突上方，腕横纹上 1.5 寸，当肱桡肌与拇长展肌腱之间，

向上斜刺 0.5～0.8 寸，取泻法；阳溪：腕背横纹桡侧，当拇短伸肌腱与拇长伸肌腱之

间的凹陷，直刺 0.5～0.8 寸，应用泻法；外关及合谷取穴方法同早期针灸治疗。

每日一次，每次治疗 30 分钟。电针用法及注意事项同前。

（3）推拿治疗

在患者治疗部位近心端，以指腹吸定在施术部位，作轻柔、和缓的旋转揉动，轻微

带动皮下组织。着力均匀、连贯，力度轻柔，逐渐扩大范围。每日两次，每次治疗 20

分钟。

（4）运动疗法

骨折患者应轻度主动活动患肢，治疗师应固定近端关节，协助受累关节进行助力或

主动运动，可进行单方向或多方向的运动，主动运动时动作宜平稳缓慢，尽可能达到最

大幅度，用力到引起轻度疼痛的最大限度，每次 10 分钟左右，每天 2-3 次，防止受累

关节粘连、挛缩。

屈肌腱修复术后的中期康复训练：第 4 周，逐步增加屈肌腱活动范围，允许患指主

— 478 —

康复科中医诊疗方案

动完成轻微屈指练习；

伸肌腱修复术后的中期康复训练：3 周以后，去除掌侧夹板，嘱患者继续主动屈指

练习和依靠弹力牵引被动伸指练习。

可采用手 CPM 机治疗，防止制动引起的关节挛缩、粘连、改善关节活动度。

（5）物理治疗

蜡疗：蜡饼法，每次 30 分钟，注意保护未愈合创面和结缔组织。

中频中药透入疗法：中药处方：熟地黄、黄芪、鸡血藤、木瓜各 12g、川断 15g、

羌活 15g、红花 9g、丹参 30g、木香 9g、独活 9g、川芎 30g、儿茶 9g、秦艽 15g、乳香

9g、没药 9g、川乌 9g 等，研磨成细粉，平均分成两份装纱布袋用醋浸泡，蒸至 40℃后

放于硅胶电极板上并置于患肢，治疗时间 20 分钟 1 次，每日 1 次，10 天 1 疗程。

电刺激疗法：采用 AM1000A（双通道）神经功能重建治疗系统，刺激失神经支配的

肌运动点，频率 50Hz，每次 30 分钟，每日 1 次，以引发肌肉收缩为度。

（6）神经冲动诱导

神经损伤患者开始进行运动神经冲动的诱发。

“传递冲动”训练：在神经损伤早期，肌力为 0～1 级时，即鼓励患者进行主动运

动，试图引发皮层及脊髓前角细胞兴奋，引起神经冲动，防止神经元变性，加强轴浆运

输，发挥神经的营养作用，促进神经纤维再生。

镜像训练：患者面对镜面，双手同时做屈伸运动，利用视觉反馈，通过健侧运动诱

发患侧的神经冲动。

（7）感觉再训练

神经损伤的患者提倡早期进行，在伤后 3 周即可开始，首先进行移动性触觉、持续

性触觉、压觉和触觉定位的训练。通过直视下的健侧与患侧感觉对比，闭眼前后的患侧

感觉对比和闭眼状态下健侧和患侧的感觉对比来增加感觉的灵敏度，提高分辨能力。之

后促进实体觉的恢复，锻炼涉及到一系列触觉辨别任务，包括形状、质地和日常物品辨

别。

（8）矫形器治疗

此期可选择静态性（固定性）和功能性（动力性）手支具提供动力牵引力，以补充

失去的肌力，帮助无力的肢体运动等，从而达到减少残疾程度，增进功能的目的。

3.后期

（1）中药熨烫治疗

方药：透骨草 15g、当归 20g、羌活 20g、红花 15g、乳香 10g、没药 10g、白芷 15g、

骨碎补 15g、防风 15g、木瓜 10g、川椒 15g、续断 15g 等。

— 479 —

康复科中医诊疗方案

以上药物研末，置于布袋中，蒸汽加热后熨烫患处，每日 1 次，每次 20 分钟，10

天一疗程

（2）针灸治疗

有神经损伤者选用，取穴：肾俞、肝俞、腰阳关、阳陵泉、悬钟、太溪、曲池、足

三里、太冲、合谷。

肾俞：在第 2 腰椎棘突下，旁开 1.5 寸处，直刺 0.5～1.0 寸，取泻法；肝俞：在

第 9 胸椎棘突下，旁开 1.5 寸处，斜刺 0.5～0.8 寸，取泻法；阳陵泉：在小腿外侧，

当腓骨头前下方凹陷处，直刺 1.0～1.5 寸，取泻法；太冲：在足背第 1、2 跖骨结合部

前凹陷中，直刺 0.5～0.8 寸，取泻法，其余穴位取穴方法同前。

每日一次，每次治疗 30 分钟。电针用法及注意事项同前。

（3）物理治疗

蜡疗：可选用蜡饼法、浸蜡法、刷蜡法，每次 30 分钟。

超声波疗法：每天 1 次，每次 10～15 分钟，主要作用减少粘连及增加手部血液循

环。

（4）推拿治疗

在伤处附近选用相应经络上的适当穴位，尺侧掌面，可选少海、通里、神门；桡侧

掌面，选尺泽、列缺、太渊；桡侧背面，可选合谷、阳溪、曲池；用点按法使之得气，

有胀感，约 1 分钟，以疏通经气，再在伤处的周围向上、下、左、右用揉法，约 3～5

分钟，以使凝滞消散，改善伤处周围血液循环。

（5）作业疗法

协调及灵活性训练：以发展肌肉协调能力为目标，常用于获得 3 级以上肌力的患者。

如插孔板游戏

ADL 训练：包括日常生活活动能力练习（如穿衣、个人卫生、进食）和与患者回归

社会相关的一些高级生活技能（如使用各种器具、计算机等）。选择合适的作业活动，

以增强独立生活和参加适当工作的能力。必要时可配置辅助器具。

（6）运动疗法

增加关节活动度：若长期制动或粘连严重者，多采取关节松动术，一般应在骨关节

损伤足够稳定但不一定完全愈合后，方能开始松动。对于单指关节损伤引起关节僵直者，

可采用单指按压法。切记避免暴力手法，以免造成新的损伤。

肌力和耐力训炼：骨折和肌腱损伤者由主动运动逐渐加大为徒手抗阻运动，以被动

运动的形式向患者演示所需的运动，告诉患者尽最大努力，但在无痛范围内完成训练，

训练过程不要憋气，将阻力置于肢体远端，确定阻力方向，一般为所需运动的相反方向，

— 480 —

康复科中医诊疗方案

避免替代运动，提供阻力水平为患者现有的肌力水平，初始为次最大阻力，以后逐步增

大阻力，患者的最佳反应为无痛范围的最大用力。患指每日练习 10～15 分钟，1～2 小

时重复 1 次，鼓励患者做日常生活工作，以患指的灵活性练习和渐进性的力量练习为主。

神经损伤者肌力为 0 级时，通过被动运动，预防肌萎缩及关节活动度受限。随肌力

增加，分别采取助力运动、负荷运动及抗阻运动。

可采用握力器、弹力架，PABLO 上肢康复系统等方式进行。

（二）辨证选择口服中药汤剂

1.血瘀气滞证

治法：理气化瘀，消肿止痛。

推荐方药：复元活血汤加减。柴胡、天花粉、当归、红花、穿山甲、大黄、桃仁、

桂枝等。

2.营血不调证

治法：和营通络，接骨续筋。

推荐方药：和营止痛汤加减。赤芍、当归、川芎、苏木、陈皮、桃仁、续断、乌药、

乳香、没药、木通、甘草等。

3.气血两虚证

治法：补益气血，强壮筋骨。

推荐方药：八珍汤加减。黄芪、党参、当归、熟地、川芎、白术、白芍、陈皮、千

年健、炙甘草等。

（三）健康指导

1.生活起居：起居有常，避免过劳；避风寒之邪，勿汗出当风，注意患肢保暖防寒；

坚持适宜的功能锻炼。

2.饮食调理：饮食宜清淡，适当饮水，避免肥厚之品及辛辣刺激食物；保持二便通

畅；戒烟酒。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免焦虑、悲观等不良情绪。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疼痛

适 用 于 手 外 伤 有 疼 痛 症 状 的 患 者 。 用 视 觉 模 拟 评 分 法 （ Visual Analogue

Scale/Score，简称 VAS）进行疼痛的评分。

2.关节活动度测试

适用于所有手外伤后功能障碍的患者。使用量角器分别测量手指的掌指关节（MP）、

— 481 —

康复科中医诊疗方案

近端指间关节（PIP）和远端指间关节（DIP）的主动及被动活动范围，以及手关节总主

动活动度（TAM）。

TAM＝主动屈曲角度（MP+PIP+DIP）－主动伸直受限角度（MP+PIP+DIP）。

3.肌力测试

适用于所有手外伤后功能障碍的患者。包括握力计、捏力计检查。

4.感觉测试

本测试选择性应用。

（1）手指触觉、痛觉、温度觉和实体觉测定。

（2）两点辨别试验：适用于神经修复后的患者。正常人手指末节掌侧皮肤的两点

区分试验距离为 2mm～3mm，中节 4mm～5mm，近节为 5mm～6mm。两点辨别试验的距离越

小，越接近正常值范围，说明该神经的感觉恢复越好。

（3）Moberg 拾物试验：检查用具有木盒，5 种常用日常小物件，如钥匙、硬币、

火柴盒、茶杯、钮扣和秒表。让患者在睁眼下，用手拣拾物品，并放入木盒内，每次只

能拣拾一件，用秒表记录患者完成操作所花费的时间。然后，让患者在闭眼下重复上述

动作，并记录时间。假如患者的拇指、示指、中指感觉减退、或正中神经分布区皮肤感

觉障碍，在闭目下，很难完成该试验。

5.肢体体积测量

适用于手部肿胀及肌肉萎缩患者的评估。

肢体的体积，用 ml 表示。包括全手排水法及单指排水法测定肢体体积，具体测试

方法：测量仪包括有一个排水口的大容器（全手）或小容器（单指），及量杯。测量时，

将肢体浸入容器中（浸入深度：全手排水法以掌根横纹为标准，单指排水法以掌指关节

处为标准），容器中有水平停止杆。使肢体进入容器中的一定位置。排出的水从排水口

流出。用量杯测出排水的体积，此即为肢体的体积。可测量双侧肢体，以便对比。

6.手操作能力（灵巧性、协调性）评估

适用于所有手外伤后功能障碍的患者。

采用分钟 nesota 手灵巧度评定（MMDT），有条件者加用 Purdue 钉板测试（the purdue

pegboard test）。具体测试方法分别如下：

分钟 nesota 手灵巧度评定（MMDT）方法是在眼睛的注视下，伤手将指定物体成功

地移动到指定位置，包括放置评定和反转评定。放置评定的方法是用患手将 60 枚棋子

（厚度 1.8cm、直径 3.6cm）按规定顺序从指定位置放到另一位置，翻转评定的方法是

从正面翻至反面所花费的时间（秒）。

Purdue 钉板测试（the purdue pegboard test）方法是分别使用患手和双手在 30

— 482 —

康复科中医诊疗方案

秒内将钢柱（长度：25mm、直径：2.5mm）插入指定槽内的只数（对数）、双手在 60 秒

内按“钢柱→垫圈（厚度 1mm，直径 10mm）→套筒（长度 6.5mm、直径 5mm）→垫圈”

的顺序进行组装的套数。

7.日常生活活动能力（ADL）

适用于所有手外伤后功能障碍的患者。

包括捡针（指甲捏）、捡分币（指腹捏）、写字（三指捏）、提（提箱柄，壶柄等重

物）、拿大茶缸（握）、锤钉子（强力握持）、上螺丝（中央握持）、结鞋带（综合细动作）、

扣钮扣（综合细动作）、开广口瓶（综合强力握持和精细握持）等内容。每项评分：完

成良好 2 分；可以完成但不顺利 1 分；不能完成 0 分。

（二）评价方法

当在患者不同入院时间进行评价。即在治疗前、治疗 10 次、20 次及出院前分别评

定，以判定临床疗效。

— 483 —

康复科中医诊疗方案

膝关节半月板损伤中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）。

（1）有外伤史；

（2）伤后关节疼痛，肿胀，有弹响和交锁现象；

（3）膝关节内外关节间隙压痛及突出；

（4）慢性期股四头肌萎缩，以股四头肌内侧头尤为明显；

（5）麦氏征和膝关节研磨试验阳性。

2.西医诊断标准

参照《实用运动医学》第 4 版（曲绵域等主编，北京大学医学出版社，2003 年）和

《坎贝尔骨科手术学》第 11 版（王岩主译，人民军医出版社，2009 年）。

（1）青少年和成年人多见，常有膝关节扭伤史；中老年人多无明显的暴力致伤史，

以半月板组织退变为主；

（2）症状：膝关节有不同程度肿胀，内或外侧关节隙有固定痛点。伤膝功能受限，

部分患者有关节弹响、打软腿和绞锁症状；中老年患者常诉及膝关节屈曲位负重关节痛，

或下蹲关节痛，或无明显诱因出现关节屈伸不适感，膝关节内或外侧局部酸痛感。

（3）体征：膝关节肿胀，膝内或外侧关节间隙压痛及突出；积液诱发试验或/和浮

髌试验阳性；麦氏征、摇摆试验阳性，鸭步试验阳性，股四头肌萎缩。

（5）影像学检查

X 线片检查：行膝关节标准前后位、侧位及轴位投照，确定 Kellgren-Lawrence 分

级，排除骨折、关节内游离体。

MRI 检查：主要通过冠状、矢状位 MRI 扫描，撕裂或退变表现为半月板内信号增强，

还可见半月板形态异常，如碎裂、正常结构部分或全部消失，半月板尖部变钝或后角缩

小。并可排除结核和肿瘤等疾病。

膝关节半月板损伤 MRI 分 3 度：Ⅰ度为半月板中央轻微的退行性变，表现为点状或

球形高信号区，不与关节面接触；Ⅱ度为半月板中央较广泛的退行性变，表现为线状或

不定形斑片状高信号区，但不延伸至半月板关节面；Ⅲ度损伤半月板呈线状、放射状或

— 484 —

康复科中医诊疗方案

弥漫性高信号延伸至关节面。

（二）疾病分期

1.急性期：损伤 7 天以内。

2.缓解期：损伤 7 天～14 天。

3.康复期：损伤 3 周～5 周。

（三）证候诊断

1.气滞血瘀证：膝关节疼痛肿胀明显，关节交锁不易解脱，局部压痛明显，动则痛

甚。舌质暗红或有瘀斑，舌苔薄白，脉弦或弦涩。

2.痰湿阻滞证：损伤日久或手术后膝关节肿胀明显，酸痛乏力，屈伸受限。舌淡胖，

苔腻，脉滑濡。

3.肝肾亏虚证：无明显的外伤史，或轻微扭伤，肿痛较轻，静时反痛，或损伤日久，

肌肉萎缩，膝软无力，弹响交锁频作。舌质红或淡，舌苔少，脉细或细数。

二、治疗方法

（一）分期康复治疗

1.急性期（7 天以内）

（1）PRICE 方法：即患肢长腿钢托或护膝保护下，伸直位限制膝关节屈曲活动；患

肢休息，不负重和不做膝关节屈伸活动；局部冷疗，如肿胀甚者，可 1 日多次；加压包

扎；卧位抬高患肢高于心脏。

（2）关节穿刺术：患膝关节肿胀明显，浮髌试验阳性者。

（3）推拿：视局部肿胀情况采用抚摸、向心性推压轻手法。

（4）电针：选取血海、梁丘、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里等穴，20 分钟～30

分钟/次/d，疏密波，刺激强度以患者能耐受、不引起疼痛为度。

（5）理疗：酌情选择无热量或温热量物理因子治疗，微波（10W～16W，15 分钟～

20 分钟）或短波（100Hz，30W，15 分钟～20 分钟）、超声波（0.6W～0.8W/cm2，5 分钟～

8 分钟），1 次/d。

（6）运动疗法

等长训练：伤后 1 天～7 天时行股四头肌、腘绳肌、阔筋膜张肌、股内收肌、臀中

肌及足踝部肌群等长训练。方法包括四个方位（前、后、内收、外展）的直腿抬高训练、

压膝训练和踝泵训练。20 次/组，3 组～5 组/d。

2.缓解期（7 天～14 天）

（1）推拿：视局部肿胀情况采用抚摸、推揉、揉捏等轻手法放松膝关节局部及股

四头肌、腘绳肌、阔筋膜张肌和腓肠肌等。

— 485 —

康复科中医诊疗方案

（2）电针：选取血海、梁丘、膝眼、阳陵泉、足三里等穴，20 分钟～30 分钟/次

/d，连续波，刺激强度以患者能耐受为度。

（3）中药热疗法：肿胀不明显者可选择中药熏洗、中药热奄包、中药塌渍等。

（4）理疗：酌情选择无热量或微热量物理因子治疗，微波（10W～20W，15 分钟～

20 分钟）或短波（30W～40W，15～20 分钟）、超声波（0.6W～1.2W/cm2，5 分钟～8 分

钟），1 次/d。

（5）运动疗法

等长训练：继续行四个方位的直腿抬高训练、压膝训练和踝泵训练，20 次/组，每

次维持 10s，5 组～8 组/d。

下肢闭链练习：采用改良站桩训练，靠墙站桩，膝无痛角度屈曲不超过 90°，背部

推墙，持续时间以大腿肌肉酸软为度，上下午各 3 次，每次之间休息 5 分钟。

终末伸膝训练：患膝下垫一枕头，保持屈膝约 30°，而后使足跟抬离床面至患膝完

全伸直，20 次/组，每次维持 5 s～10s，3～5 组/d。

渐进抗阻训练：踝关节处绑缚沙袋（或阻力带）抗阻伸膝（坐位）/屈膝（俯卧位）

训练，负荷量根据疼痛和局部肿胀情况决定，12 次/组，每次维持 5 s～10s，6～8 组/d。

平衡训练：肿痛减轻后护膝保护下手扶椅背双足或单足训练。双足训练要求重心在

两腿间转换，20 次/组，每次维持 5 s～10s，4 组～6 组/天，后过渡到单足训练 20 次/

组，每次维持 5s～10s，6 组～8 组/天。

步态训练：拄拐或护膝保护下行步态训练，依原地踏步、小碎步、日常步态顺序训

练。距离：20m～100m，5 次/天。

3.康复期（3 周～5 周）

（1）推拿、电针、热疗和理疗方法同缓解期。

（2）水疗：恒温水疗池内行单足站立训练、行走训练、下蹲训练、交叉步训练、8

字步训练，前、后和侧踢腿训练等动作，30 分钟/d。

（3）运动疗法：改良站桩夹球训练、终末伸膝训练、渐进抗阻训练方法同缓解期，

但训练难度均增大。

平衡训练：单足站立训练同缓解期；单足摆动平衡训练；单足站立能维持 2 分钟者

或闭目单足站立达 20 秒者增大训练难度，如在厚的软垫、橡胶气垫、Biodex 平衡仪、

平衡板训练，抛球训练，根据具体项目制定训练组次。

步态训练：同缓解期，距离逐渐增加：100m～500m，3～5 次/天。

本体感觉训练：采取交叉步、并步、前后进退步、太极、形意拳步伐进行本体感觉

训练。

— 486 —

康复科中医诊疗方案

等速肌力训练：等速肌力训练仪上行 60°、120°和 180°角速度的等速向心训练，

根据患者的情况调整组数，3 次/周。无等速训练设备可采取阻力带训练。

以上训练均 10 次为一疗程。

（二）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.气滞血瘀证

治法：活血化瘀，行气止痛。

推荐方药：桃红四物汤加减。桃仁、红花、川芎、当归、赤芍、生地、泽兰、香附、

延胡索、三七等。

中成药：七厘散等。

2.痰湿阻滞证

治法：健脾祛湿，化痰通络。

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。半夏、炒白术、天麻、茯苓、薏苡仁、橘红、防

风、独活、汉防已、五加皮、牛膝、木瓜等。

3.肝肾亏虚证

治法：滋补肝肾，强壮筋骨。

推荐方药：肾气丸加减。熟地、怀山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、当归、牛膝、

川断、杜仲、独活、白芍、五加皮等。

中成药：抗骨质增生片（丸）等。

（四）护理调摄

1.疼痛的护理：宣教和实施钢托或护膝等方法固定肢体限制活动缓解局部疼痛。功

能锻炼应在无痛情况下进行被动或主动运动。

2.关节局部的护理：关节不宜过度负重及过多运动，可适当使用拐杖、手杖和护膝

等用具，保持关节功能位。体重超重者，为减轻作用于关节的压力，宣教减肥。

3.功能训练护理：指导和鼓励患者尽量无痛下完成运动疗法各项内容，注意训练动

作的规范性、纠正错误姿势和发现训练中出现的不良反应，及时与医师和患者沟通调整

运动处方内容及强度。

4.情志护理：针对性地对患者进行情志护理，讲解本病的基本常识、治疗方法及预

防措施，以减轻患者的心理负担，并注意在各项护理工作中，关心、指导并鼓励患者，

积极进行关节功能训练，提高肌力，增强战胜疾病的信心。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中医病症诊断疗效标准》（ZY/T001.1-94）执行。

— 487 —

康复科中医诊疗方案

治愈：膝关节疼痛肿胀消失，无关节弹响和交锁，膝关节旋转挤压和研磨试验（－），

膝关节功能基本恢复。

好转：疼痛肿胀减轻，关节活动时有弹响和交锁，膝关节隙挤压疼痛（±）。

未愈：膝关节疼痛无改善，有弹响及交锁，关节功能障碍，或合并膝关节滑囊炎，

骨性关节炎。

（二）评价方法

采用 Lysholm 膝关节评分表评定。

Lysholm 膝关节评分表（100 分）

— 488 —

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 评分 | 项目 评分 |
| 跛行（5 分）  无 5  轻度或周期性 3  重度或持续性 0  是否需要支撑物（5 分）  不需 5  手杖或拐杖 2  不能承重 0  有无交锁（15 分）  无交锁或别卡感 15  有别卡感但不交锁 10  偶然发生交锁 6  经常发生交锁 2  体检时交锁 0  关节不稳（25 分）  从来没有打软腿 25  运动或重劳动偶见 20  运动或重劳动常见 15  日常生活偶见 10  日常生活常见 5  每一步都出现 0 | 有无疼痛（25 分）  没有 25  重体力活动偶有轻痛 20  重体力活动时明显痛 15  步行超过 2 公里或之后明显 10  步行不到 2 公里或之后明显 5  持续 0  有无肿胀（10 分）  没有 10  重体力活动后 6  正常活动后 2  持续 0  上下楼梯有无困难（10 分）  无困难 10  有轻微困难 6  跟步（一次只能上一个台阶） 2  不能 0  下蹲有无困难（5 分）  无困难 5  轻微困难 4  超不过 90 度 2  不能 0 |

康复科中医诊疗方案

中风后肩痛（肩手综合征）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中风病的中医诊断标准

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，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。

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.中风病（急性脑血管病）的西医诊断标准

参照中华医学会神经病学分会编写的《中国脑血管病防治指南》（2007 年）标准，

符合急性脑梗死或脑出血的诊断标准。

3.肩-手综合征的诊断要点

参照中国康复研究中心制定的标准。（缪鸿石、朱镛连等，脑卒中的康复评定与治

疗，华夏出版社，1996 年）

（1）单侧肩手痛，皮肤潮红，皮温上升；

（2）手指屈曲受限；

（3）局部无外伤、感染的证据，无周围血管病的证据；

（4）多发生在脑血管病 1～3 月内。

（二）证候诊断

1.气虚不运，血瘀水停证：瘫痪侧肢体肿胀，按之凹陷疼痛，皮色晦暗，肌肤甲错，

木痛或不知痛痒，身倦乏力懒动，少气懒言，舌淡暗或有紫斑，脉沉涩。

2.痰湿阻络，血瘀水停证：瘫痪侧肢体肿胀沉困，按之凹陷，皮薄色多晦暗，肢体

沉重懒动，局部发凉，脘腹痞闷胀痛，泛恶欲吐，头身困重，口淡粘腻不渴，面色晦黄，

舌淡胖苔白腻，脉濡缓。

3.阳虚寒凝，血瘀水停证：瘫痪侧肢体肿胀，按之疼痛不移，色青，局部发凉，且

疼痛较甚，常在夜间加剧，遇寒凉时更甚，喜以厚衣物裹之，畏寒喜热，舌暗色紫或有

瘀斑，脉沉涩。

— 489 —

康复科中医诊疗方案

4.阴虚热灼，血瘀水停证：瘫痪侧肢体肿胀，颜色发赤，自觉有灼热感，抚摸时亦

有局部发热，喜接触凉物，舌质绛或有瘀斑，脉数或细涩。

（三）肩-手综合征分期（参照全国第四届脑血管病学术会议：脑卒中患者临床神

经功能缺损程度评分标准（1995）及各类脑血管病诊断要点。）

1.Ⅰ期（急性期）：肩痛，活动受限伴同侧手（包括腕关节、手指）出现红、肿、

热、痛、血流增加等血管运动性反应。手指多呈伸展位，屈曲受限，被动屈曲可引起剧

痛，手及肩部 X 线片可见局部骨质脱钙。

2.Ⅱ期（营养障碍期）：肩、手肿胀和自发痛消失，皮肤和手肌群萎缩明显，手指

关节活动受限日益加重，有时发生萎缩样掌筋膜肥厚。

3.Ⅲ期（萎缩期）：手部皮肤干燥、发凉，肌肉萎缩显著，手指关节完全挛缩。X

线显示广泛的骨质疏松。

二、治疗方法

（一）预防

目的在于避免所有引起水肿、肩手部损伤的原因。

1.良肢位的摆放，包括卧位、坐位等各种体位。

（1）卧位：仰卧位时，用一软枕垫在患肩胛部，前臂用另一软枕垫在前臂部，身

体略显小角度侧卧状。侧卧位时，用一软枕放置于患者胸前，患者自然放置于软枕上，

手指自然伸开。尽量避免对肩关节进行过度牵拉。

（2）坐位：患侧肘部、腕部和手应有良好的支撑，避免患侧上肢向下脱垂，以及

腕关节和手指关节的屈曲，避免对肩关节进行过度牵拉。

2.正确的体位转移，以免在转移过程中造成肩部、手部损伤。

3.适当主动运动或主动辅助运动。

4.避免手关节的过度牵拉。

5.避免不正确的偏瘫上肢负重练习。

6.避免在偏瘫手上做静脉输液。

7.宣教：教导患者良肢位摆放、主动运动、主动辅助运动、日常生活中防肩手部损

伤。教导家属帮助及监督患者良姿位摆放、体位转移等。

（二）康复治疗

除早期预防，注意正确的姿势与体位以及避免不正确的处理所造成的损伤之外，对

已发生肩痛的患者，按照疾病的不同分期采取相应的治疗。

1.中风后肩痛Ⅰ期的康复治疗：只要一出现水肿、疼痛、活动受限，立即治疗常可

控制病情的发展，取得最佳治疗效果。

— 490 —

康复科中医诊疗方案

（1）良肢位摆放、可使用小型腕上翘夹板避免手腕屈曲。

（2）减轻水肿：适当抬高患肢；轻柔向心性按摩；压迫性向心缠绕；

（3）针灸治疗

①电针疗法（常规选择）

取穴：肩三针、肩髃、肩髎、外关、合谷

操作方法：患者健侧卧位，取 0.25×40mm 的一次性针灸针，进针后用提插捻转手

法得气后留针，接电针机，波形为连续波，强度以患者能忍受为宜，辅以电磁波照射肩

部，每天一次，7 次为一疗程。

②火针治疗（根据病情需要选择）

取穴：阿是穴

针具：采用专用火针及毫火针。

操作方法：寻找最疼痛的患部，做好标记。将火针针具烧至通红，迅速刺入定位好

的阿是穴，并迅速出针，用跌打镇痛油涂擦针刺部位，用无菌纱布敷盖，做好保护。每

次操作穴位不超过 6 个穴位，每周一次，3 周为一个疗程。

③腕踝针治疗（常规选择）

明确肩部疼痛最严重部位，按照腕踝针分区定位.患侧取穴，进针定位点在腕部横

纹上 2 横指，手指同身寸。常规消毒，采用 1.5 寸毫针在相应点进针后皮下浅刺，针尖

指向病所，针刺过程中应避开血管及凹陷处，进针后不得有酸、麻、胀、痛感觉或其他

不适感，若有，即进行调针。调针完毕后用小胶布固定留在体外的针柄，留针 60～120

分钟，每日一次，7 天一疗程。

（4）新肩三针穴位注射疗法（根据病情需要选择）

选择肱二头肌长头肌腱、肩袖损伤压痛点、肩峰下滑囊处的压痛点，运用醋酸强的

松龙穴位注射治疗，每周2次，连续针刺3周为一疗程。

（5）中药外敷及薰洗疗法（常规选择）

以活血化瘀、通络药组方，如桂枝、苏木、艾叶、当归、红花、透骨草、川芎各 20g，

加水 1500 ml，煎后药液倒入盒中，同法第二煎，合并药液后加醋 50 g 自上而下趁热熏

洗患肢，每日 2 次。

（6）耳穴压豆（根据病情需要选择）

可取肩、肘、腕、指等穴位，最多不超过 4 个穴位，采用专用耳穴贴，适当用力按

压，以刺激穴位，隔日取下，2 天一次，一周 3 次。

（7）通络止痛推拿治疗（常规选择）

取穴：肩部痛点、阿是穴。

— 491 —

康复科中医诊疗方案

手法：揉法、点法、拨法、滚法等

操作方法：以下推拿操作方法均在无牵拉患肩的前提下进行，视患者的病情及耐受

程度，可选择以下不同的手法。

①滚肩法：患者仰卧位，治疗师取坐位或弓步位，辅手握住患手上臂部以固定患肩

部，操作手用滚法施术于患肩部前部和外侧部。直至患者肩部皮肤略泛红止，约 3～5

分钟。下一步：患者健侧卧位，用同样的操作手法施术于患肩后部，直至患者肩部操作

部位皮肤略泛红止，约 3～5 分钟。手法宜轻柔。不出现明显的疼痛症状。

②点穴法：患者仰卧位，治疗师取坐位，用点法由轻到重分别施术于患者部肩髃、

肩髎、曲池、外关、合谷、阿是穴等，刺激强度以患者能忍受为宜，不宜过强刺激，以

轻刺激量为主。

③拨法：患者仰卧位，治疗师坐位，标注好患肩部最疼痛的部位，用拨法由轻到重、

由浅到深的拨动，注意患者的反应，尽量不产生剧烈疼痛。

④搓揉法：用轻搓揉法操作。动作宜轻揉，以患者感觉舒服为佳。施术时间约为 5～

10 分钟。

以上推拿疗法，每天一次，7 次为一疗程。

（8）物理因子治疗

①超短波治疗（常规选择）：采用超短波治疗仪治疗，剂量为无热量或微热量，治

疗时间为 15 分钟，每日一次，7 次为一疗程。

②干扰电疗法治疗（根据病情需要选择）：采用神经干涉治疗仪治疗，治疗剂量以

病人能忍受为宜，治疗时间为 20 分钟，每日一次， 7 次为一疗程。

③肢体气压治疗（常规选择）：采用肢体气压治疗仪治疗，将袖套套至患肢腋部，

气压压力以患者感觉较为舒适为宜，治疗时间为每次 30 分钟，每日一次，7 次为一疗程。

④激光疗法（根据病情需要选择）：采用超激光治疗仪治疗，治疗剂量以患者能忍

受的热度为宜，治疗时间为第次 20 分钟，每日一次，7 次为一疗程。

⑤超声波治疗（根据病情需要选择）：采用超声波治疗仪治疗，治疗热度以微热度，

治疗剂量以患者能忍受为宜，治疗时间为 7 分钟，每日一次，7 次为一疗程。

⑥冰疗（根据病情需要选择）：水和碎冰的比例为 1：3，将患手浸入水中 3 次，每

次浸入之间有短暂间隔，治疗师手一同浸入，以确定浸泡耐受时间。

（9）运动和作业疗法（常规选择）

①关节松动术（Ⅰ、Ⅱ级）：①患者仰卧位，肩胛骨处于前伸位，上肢稍外展，前

臂及肘、指关节伸直，大拇指外展，掌心交替上下；患者坐位，双手分开如肩宽，平放

偏瘫治疗床上，肘伸直，治疗师用一只手保持偏瘫臂的位置，另一只手引导患者肩外旋，

— 492 —

康复科中医诊疗方案

伸肘、伸手指，矫正肩的位置。

②站立位结合张力实验，患者偏瘫侧朝向墙站立，患手放在其稍后的侧面墙上，治

疗师一手保持患者臂伸直并外旋的位置，指导患者正确活动健侧手臂，然后通过旋转躯

干向前运动手臂触墙，脚保持不动；另一手防止患者肩运动时因张力增高而被拉向前，

治疗时循序渐进，每日 2 次各 20～40 分钟。

②神经促通技术：由治疗师对患者进行神经促通技术的康复治疗，注意纠正肩胛骨

的下沉、后缩及肱骨的内旋、内收，以减轻肩带肌的痉挛。治疗师对患侧上肢进行被动

活动，每次 10～15 分钟，以上治疗每日 1 次，14 天为 1 个疗程。

③上肢功能训练：加强被动及主动的功能训练，训练逐渐增加关节活动度，每日 1

次，每次 30 分钟，10 天为一疗程。

（10）中风后肩痛（肩手综合征）合并肩关节半脱位的辅助治疗（根据病情需要选

择）：可使用肩带固定患者肩部、肘部、手部，以保护肩袖，避免进一步损伤。

2.中风后肩痛Ⅱ期的康复治疗：若第Ⅰ期没有进行正确的治疗，症状会越来越明显，

很快转入第Ⅱ期，为了把功能障碍减到最小程度，仍须积极治疗，除在Ⅰ期治疗方法的

基础上，加上以下治疗方法。

（1）温针治疗（常规选择）

取穴：肩髃、肩髎、臂臑、外关

配穴：合谷、足三里、脾俞

操作：采用 0.3×40mm 一次性针灸针，进针后，采用提插捻转手法，得气后留针，

用专用温针艾粒固定于针柄上，点燃艾粒，在针下周围皮肤垫一硬纸板，进行温针治疗，

每次 2 柱，每天一次，7 次为一疗程。

（2）运动灸（根据病情需要选择）

操作方法：将清艾条点燃数支备用，施术者用医用绷带或棉布数米，制成长 12cm，

宽 12cm 的正方形布块 10 块，叠成 10 层，用自制中药浸湿布层，然后取一只燃着艾条

一端用药布包紧，以右手拇、食、中指捏紧对准穴位进行旋转揉按，力度约 1～2kg，灸

之穴位皮肤红晕酸麻肿胀感觉为度，每穴灸治 3～5 次（一次以更换艾条为准）。运动灸

法由太乙神针及雷火神针演化而来，可主治多种病证，对于中风病早晚期及十二经筋病

证均可使用。

（3）巨刺疗法（根据病情需要选择）：

取穴：肩髃、肩髎、天宗、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷，先针健侧穴位，后

针患侧穴位，穴位常规消毒，30号1.5寸毫针针刺.提插捻转泻法，留针30分钟起针。双

侧均先刺天宗，用提插捻转泻法1分钟，使针感向肩臂部放射，快速刺不留针。然后患

— 493 —

康复科中医诊疗方案

者仰卧，刺肩髃、肩髎、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷，健侧用提插捻转平补平泻，

患侧用提插捻转补法，留针30分钟。以上针刺结束后，作刺络疗法，刺络取穴取患肢的

肩髃、肩贞及臂臑、肩前两组穴位。两组穴位交替使用，每天1次。每穴皮肤上用75%乙

醇常规消毒后，用细三棱针点刺或挑刺3～5次，深达皮内，可见血液自然流出。然后施

闪火拔罐法，每罐令出血2～3ml为度，留罐时间为10～15分钟。

（4）穴位埋线（根据病情需要选择）

取穴：肩髃、肩髎、肩贞、臂臑、肩井。

方法：先将埋线器材准备好，在埋线穴位做出标记，皮肤消毒作皮丘麻醉后，镊取

一段已消毒 2cm 长 0 号植物蛋白线，放置在 9 号埋线针套管的前端，从针尾插入针芯。

左手拇指食指固定进针部位皮肤，右手持针，快速穿过皮肤，进入一定深度，边推针芯，

边退针管，将线注入穴位肌层内，紧压针孔并用创可贴固定。一周一次，四周为一疗程。

（5）中药薰药治疗（常规选择）：

采用全自动中药薰药治疗仪治疗，中药以消肿通络，温经散寒为主，如制川乌、制

草乌、麻黄、泽兰、伸筋草、海桐皮、桂枝、艾叶、透骨草、怀牛膝、鸡血藤、千年健、

威灵仙、肉桂等。治疗剂量 45℃左右，治疗时间 30 分钟，每天一次，7 次为一疗程。

（6）推拿治疗（常规选择）：可主要选择滚肩法及拨法。

（7）物理因子治疗（常规选择）：主要选择超短波治疗、激光及超声波治疗。

（8）运动和作业疗法（常规选择）：主要选择关节松动术及上肢被动功能训练，减

少肌肉萎缩的发生率。

3.中风后肩痛Ⅲ期的康复治疗：未经规范治疗，转入第Ⅲ期，此期常是不可逆的终

末阶段，病侧手完全失用，永久丧失运动。康复治疗除在前两期治疗方法的基础上，加

上以下特色疗法及代偿性训练，以减轻患者临床症状。

（1）推拿手法（常规选择）：在原有手法治疗的基础上，主要选择神经促通技术及

上肢被动功能训练，加大手法治疗的力度，使手法刺激达到中等以上的刺激量，松解及

减轻痉挛的程度。

（2）灸法（常规选择）：采用药艾条，取肩髃、肩髎、臂臑、阿是穴等穴位、用雀

啄灸法进行治疗，每次 20 分钟，每天一次，7 天为一个疗程。

（3）小针刀治疗（根据病情需要选择）

方法：①针刀治疗点选择及方法：肱骨小结节针刀点，患者仰卧，刀口与肩胛下肌

及胸大肌肌纤维平行方向，在肱骨小结节内缘进针，行纵向疏通剥离针法，然后针尖斜

向内侧，横向切 2～3 刀。肩胛骨内缘针刀点，患者俯卧，助手向后方推挤患肩，术者

从肩胛骨内缘进针，针尖探至肩胛下肌.成扇形纵向梳理，并横向切断少量肌纤维。②

— 494 —

康复科中医诊疗方案

曲安缩松关节腔注射方法：患者侧卧位，7 号针头从肩峰外缘直刺，进入关节腔后.回抽

有淡黄色关节液，注入曲安缩松 20mg 加 2％利多卡因 2ml，一周一次，4 周为一疗程。

（4）功能训练（常规选择）：根据病情，可选择不同的训练方法，主要维持关节活

动度及软组织柔软性

①上肢牵伸

②关节松动术（Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ级）

③上肢主动或主动辅助运动

④上肢被动运动

⑤ 健侧手代偿性或替代性功能活动训练

（5）辅助用具配置和使用练习（根据病情需要选择）

（6）神经阻滞治疗（根据病情需要选择）：采用肩胛上神经阻滞、肱二头肌长头结

间沟阻滞及痛点阻滞，可以减轻患肢疼痛。

（7）物理因子治疗（依据不同条件，常规选择 2～3 种）：主要选择超短波治疗、

激光、超声波治疗及痉挛机治疗。

（三）辨证使用口服中药汤剂、中成药

1.气虚不运，血瘀水停证

治法：补气化瘀，行气利水。

推荐方药：黄芪桂枝五物汤加减。黄芪、桂枝、白芍、党参、当归、川芎、地龙、

全蝎、威灵仙、海桐皮、桑枝、白芷、炙甘草等。

2.痰湿阻络，血瘀水停证

治法：健脾化痰，行气利水。

推荐方药：双合汤和大秦艽汤加减。陈皮、法半夏、茯苓、白术、枳实、滑石、防

己、当归、地龙、秦艽、羌活、海桐皮、桑枝、白花蛇舌草等。

3.阳虚寒凝，血瘀水停证

治法：温阳散寒，化瘀利水。

方药：当归四逆汤加减。当归、桂枝、白芍、细辛、红花、淫羊藿、制附子、干姜、

制川乌、姜黄、桑枝等。

4.阴虚热灼，血瘀水停证

治法：滋阴清热，活血利水。

方药：芍药甘草汤和六味地黄丸加减。白芍、甘草、丹皮、石斛、木瓜、当归、生

地、山萸肉、枸杞子、细辛、海桐皮、桑枝等。

（四）辨证选择静脉滴注中药注射液

— 495 —

康复科中医诊疗方案

可选用具有活血化瘀作用的静脉滴注中药注射液。如：灯盏细辛注射液、丹参注射

液、疏血通注射液等可选择使用。

（五）内科基础治疗

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。参照中华医学会神经病学分会编写的《中国脑血管病防治指南》（2007 年）标准。

（六）护理调摄

1.生活起居：起居有常，避风寒之邪，勿汗出当风，注意患肢保暖防寒；根据患者

病情及个体状况，采取不同的良肢位、合理的功能锻炼；防跌倒坠床、防烫伤等意外。

2.给药护理：中药汤剂一般宜温服，每日一剂，分 2 次服用。

3.辨证施膳调护：根据中医证候进行。

（1）气虚不运，血瘀水停证：宜食黄芪当归猪肉羹、桃仁参茶等益气活血通络之

品。

（2）痰湿阻络，血瘀水停证：宜食淮山薏仁粥、冬瓜白菜粥等健脾祛湿化瘀之品。

（3）阳虚寒凝，血瘀水停证：宜食当归羊肉汤、复元汤、核桃羹等温阳补肾散寒

之品。

（4）阴虚热灼，血瘀水停证：宜食山药杞子粥、黑芝麻糊、桑椹糕等滋阴清热之

品。

4.健康宣教：通过各种途径进行康复健康宣教，教导患者良肢位摆放、主动运动、

主动辅助运动、日常生活中预防肩手部损伤。 出院时发放具有中医药特色健康教育资

料。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.运动功能恢复评价：根据 Brunnstrom 运动功能恢复分期，由异常运动模式向正

常运动模式转化的程度。采用采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评分评价运动功能状况，

采用改良 Ashworth 痉挛评定量表评价肌张力状况。

2.日常生活能力评价：采用改良的 Barthel 指数量表评价衣食住行、个人卫生等日

常生活能力，即患者独立生活能力水平的提高。

3.疼痛评价：采用疼痛视觉模拟评分法（VAS）评价疼痛变化情况。

4.生活质量评价：采用健康状况调查问卷（SF-36）评价患者的生活质量。

（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.入院后 1～2 天：可选用 Brunnstrom 分期、简化 Fugl-Meyer、改良 Ashworth 痉

— 496 —

康复科中医诊疗方案

挛评定量表、改良的 Barthel 指数量表、疼痛视觉模拟评分法（VAS）、健康状况调查问

卷（SF-36）等进行评价。

2.入院后 14 天及出院前 1～2 天：可选用 Brunnstrom 分期、简化 Fugl-Meyer、改

良 Ashworth 痉挛评定量表、改良的 Barthel 指数量表、疼痛视觉模拟评分法（VAS）、

健康状况调查问卷（SF-36）等进行评价。

— 497 —

康复科中医诊疗方案

膝关节僵硬中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）

中“骨痹”诊断标准。

（1）初起多见膝关节隐隐作痛，屈伸、转侧不利，轻微活动稍缓解，气候变化加

重，反复缠绵不愈。

（2）起病隐袭，发病缓慢，多见于中老年。

（3）局部关节可轻度肿胀，活动时关节常有喀刺声或摩擦声。严重者可见肌肉萎

缩、关节畸形。

（4）X 线摄片检查：关节面不规则，关节间隙狭窄。

2.西医诊断标准

参照国家中医重点专科膝关节僵硬协作组制定的“膝关节僵硬中医诊疗方案”。

（1）多有急性创伤、手术史，或有慢性炎症、长期制动史。

（2）膝关节僵硬、不灵活，屈伸功能受限，影响步行、下蹲等日常活动功能。

（3）与健侧相比，膝关节活动度下降。屈曲受限者，为伸直型僵硬；伸直受限者，

为屈曲型僵硬；屈曲及伸直受限者为混合型僵硬。

（4）可伴有膝关节疼痛、肿胀、步态异常、周围肌肉肌力下降等功能障碍。

（二）疾病分期

1.急性期

以身体功能与结构水平的障碍为主，临床以疼痛、肿胀、活动困难为主要表现。此

期患者多表现为剧烈疼痛，关节周围软组织肿胀、瘀血，伤处肌肉痉挛。

2.缓解期

以活动水平障碍为主，临床上虽然疼痛及活动困难依然存在，但主要的功能障碍以

日常生活活动能力障碍为更突出的表现。此期患者疼痛、肿胀明显减轻，膝关节活动范

围可能会有一定改善，但坐起、行走、上下楼梯、下蹲等日常活动功能障碍明显，同时

患肢肌力有一定程度的下降并可能伴有肌肉萎缩。

3.恢复期

— 498 —

康复科中医诊疗方案

此期患者膝关节活动度较前期明显改善，患肢肌力恢复至损伤前的水平，内、外固

定可能已经去除，但是参与日常生活较为复杂的运动时仍不能够很好地完成指定的任

务。

（三）证候诊断

1.瘀血阻滞证：关节刺痛，痛处固定，关节畸形，活动不利，或腰弯背驼，面色晦

暗。唇舌紫暗，脉沉或细涩。

2.阳虚寒凝证：肢体关节疼痛，重著，屈伸不利，天气变化加重，昼轻夜重，遇寒

痛增，得热稍减。舌淡，苔白，脉沉细缓。

3.肾虚髓亏证：关节隐隐作痛，腰膝酸软，腰腿不利，俯仰转侧不利。伴有头晕，

耳鸣，耳聋，目眩。舌淡红、苔薄白，脉细。

二、治疗方法

根据膝关节僵硬的发病特点、进展过程及病情轻重，分为急性期、缓解期和恢复期。

（一）手法治疗

1.急性期：患者仰卧位，在膝关节周围行轻柔的向心性推揉；以轻柔的按揉法和弹

拨法交替施于足三里、阳陵泉、丰隆、髀关、伏兔、血海、承山等穴（注意避免引起膝

关节的活动），时间 10 分钟。

2.缓解期：治疗前给膝关节局部进行 20 分钟的热疗，可以选择微波、短波、磁震

热、红外、中药熏蒸等方法中的一种；治疗后冰敷 15 分钟。

（1）仰卧位，先以滚法施于大腿股四头肌部；按揉和提拿髌骨 5～10 次；按揉内

外膝眼、鹤顶、阳陵泉、梁丘等穴；

（2）坐位，屈膝 90°或能达到的最大角度拔伸膝关节 30～60 秒；对膝关节功能运

动受限的方向采用前后或/和后前滑动等方式 5～10 次；膝关节伸屈肌最大收缩 5～10

次 ；伸直受限者仰卧位伸膝（屈曲受限者俯卧位屈膝关节），于最大限度时停留 10～30

秒；

（3）俯卧位，以滚法施于腘窝与小腿后侧，按揉和弹拨委中、承山穴；

（4）仰卧位，滚法或按揉放松股四头肌及膝周软组织；在患者忍受范围内进行屈

膝摇法，配合膝关节的伸屈、内外旋等被动活动。

（二）运动疗法

1.急性期

股四头肌等长收缩训练、臀中肌训练、踝泵训练、直腿抬高训练，20 次/组，3～5

组/天。以患者耐受为度。

2.缓解期

— 499 —

康复科中医诊疗方案

（1）肌力训练：包括膝关节和下肢其他关节活动肌群的肌力训练，每组 10 次，每

天 3 组。

（2）步行训练：可在平地或跑步机平台上进行缓慢的步行训练，每次 10～20 分钟。

（3）下蹲训练：将治疗带缠绕在患者胫骨近端，并将治疗带另一端固定。患者尽

可能的下蹲，每组 10 次，每日 5 组。

3.恢复期

（1）肌力训练：包括膝关节和下肢其他关节活动肌群的肌力训练，每组 10 次，每

日 3 组。

（2）本体感觉训练：利用动态平衡仪或动态平衡板进行训练，时间 20 分钟，以患

者耐受为主。

（3）功法训练：进行易筋经的马档式、韦驮献杵三势、出爪亮翅势等。每日 2～3

次，每次 5～10 分钟。

（4）日常功能训练：根据患者生活、学习和工作的需要，设计相应的动作训练活

动，如步行训练、下蹲训练、跑步训练、跳起训练等，每次 10 个，每日 3 组。

（三）膝关节持续被动运动（CPM）

急性期和缓解期采用膝关节被动训练器在患膝关节活动范围内行持续被动运动，时

间 20 分钟。

（四）中药熏蒸疗法

1.急性期：不采用。

2.缓解期：此期患者以瘀血阻滞为主，中药熏蒸以活血祛瘀为主，方以活血舒筋汤

加减，时间 20 分钟。

3.恢复期：此期患者以肾虚髓亏、阳虚寒凝为主，中药熏蒸以补益肝肾、温阳散寒

为主，方以独活寄生汤加减，时间 20 分钟。

（五）穴位电刺激

采用低频电刺激治疗仪，并置安放两对电极贴片（髀关→梁丘，足三里→丰隆），

以患者耐受为度，每次 20 分钟（如有金属内固定注意避让）。

（六）针灸疗法

1.急性期：取伏兔、髀关、三阴交、太冲，用泻法，时间 20 分钟。

2.缓解期：取内膝眼、外膝眼、足三里、阳陵泉、阿是穴，用平补平泻法；配合红

外照射治疗，时间 20 分钟，以皮肤潮红为宜，患者忍受范围之内。

（七）物理因子治疗

1.冰敷：急性期采用冰袋对肿胀部位及关节进行冰敷，时间 20 分钟。

— 500 —

康复科中医诊疗方案

2.短波或微波：对置法于痛区，无热量或微热量，每次 8～10 分钟（如有金属内固

定禁用）。

3.超声药物导入疗法：将耦合剂与扶他林或辣椒碱软膏混合，涂于关节周围，超声

导入，每次 5～10 分钟。

4.激光疗法：运用激光照射疼痛处或软组织紧张处照射，每次 5～10 分钟。

（八）健康指导

1.自我治疗：嘱患者在治疗时间外进行自我治疗，巩固和增加治疗效果，提高疗效，

如肌力训练，功法训练等。

2.注意事项：为患者解释所患疾病的状况，教育患者应在日常生活和工作中注意的

方面，以防止疾病复发和恶化。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照谭兴无、盛孝锋的《功能推拿防治骨牵引术后膝关节僵硬 298 例》文献中的诊

疗标准。

治愈：膝关节能主动伸直或可以过伸，屈曲 131°～140°；或与健侧活动范围一致，

下蹲时小腿后侧能贴近大腿后侧，有时下蹲稍感膝前区酸楚不适。

显效：能主动伸直膝关节，或腘窝部稍感不适，屈曲 121°～130°，屈膝时膝前区

有酸胀感；

有效：主动伸膝较正常差 10 ～20°，被动伸膝可接近正常，屈曲 101°～l10°，

但膝关节周围及小腿部发胀，酸楚不适。或膝前区有轻度肿胀，经理疗或熏洗后可消退；

无效：膝关节活动范围小于 90°，患者难于下蹲，并有胀痛，膝关节肿胀。

（二）评价方法

1.评价时点

门诊初诊（1～3 天内）进行首次评估，一般每 10 天进行一次评估。

2.评价工具

指标：疼痛、关节活动度、髌骨活动度、关节肿胀、肌力、步态等

日常生活能力（ADL），采用 Barthel 指数评定量表（附件 1）

全膝关节功能评定系统（附件 2）

3.信息收集

通过中医四诊、康复评估等进行信息收集；以医生和治疗师的评价为主。

— 501 —

康复科中医诊疗方案

附件 1

总分：100 分

良：＞60 分，生活基本自理；中度残疾：60～40 分，有功能障碍，生活需要帮助；

重度残疾：40～20 分，生活依赖明显；完全残疾：＜20 分，生活完全依赖。

Barthel 指数 40 分以上者康复治疗效益最大。

— 502 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ADL 项目 | 独立 | 部分独立  部分帮助 | 需极大  帮助 | 完全不能  独立 |
| 进食 | 10 | 5 | 0 | 0 |
| 洗澡 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 修饰（洗脸、梳头、刷牙、刮脸） | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 穿衣 | 10 | 5 | 0 | 0 |
| 控制大便 | 10 | 5 | 0 | 0 |
| 控制小便 | 10 | 5 | 0 | 0 |
| 上厕所 | 10 | 5 | 0 | 0 |
| 床椅转移 | 15 | 10 | 5 | 0 |
| 行走（平地 45m） | 15 | 10 | 5 | 0 |
| 上下楼梯 | 10 | 5 | 0 | 0 |

康复科中医诊疗方案

附件 2

项目

评分

项目

评分

A.膝关节分项评分

1.疼痛

5.伸展迟滞缓

＜10° ﹣5

无

轻度或中度

仅上下楼痛

步行和上下楼痛

中度

偶尔痛

持续痛

严重

2.关节活动度

（5°=1）

50

45

40

30

20

10

O

25

l0°—20° ﹣10

＞20° ﹣l5

6.关节对线 0

5°—10° ﹣3

0°—14° ﹣3

ll°—l5° ﹣20

7.其他

应减的总分

膝关节得分

（如果得分为负则量表为0）

B.步行和上下楼评分

3.关节稳定性

（任何方向最大运动）

前后位

＜5 mm 10

5—10 mm 5

10 mm 0

1.步行

受限 50

＞l000m 40

500—l000 m 30

＜500 m 20

不出门 l0

中外侧

不能步行

0

＜5° l5

6°—9° l0

l0°—l4° 5

l5° 0

小计

2.上下楼

正常 5O

正常上扶楼梯下 40

上下都要扶楼梯 30

扶着上不能下 15

完全不能

3.小计

0

减分参数（负分）

4.屈曲挛缩

减分参数（负分）

使用单手杖 ﹣5

5°—10°

l0°—l5°

l6°—20°

＞20°

﹣2

﹣5

﹣l0

﹣15

使用双手杖 ﹣l0

使用双拐或助行器 ﹣20

应减的总分

功能分

\*参考美国膝关节外科学会膝关节评分标准：人工膝关节置换术后评分法

— 503 —

康复科中医诊疗方案

中风后吞咽功能障碍中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》（ZY／T001.1-94）

符合中医中风病的诊断同时具有吞咽困难、饮水即呛、构音障碍等主要症状表现。

（2）西医诊断标准

参照中华医学会神经病学分会编写的《中国脑血管病防治指南》（2010 年）标准，

符合急性脑梗死或脑出血的诊断标准；吞咽障碍符合脑卒中后延髓麻痹诊断标准。

（二）证候诊断

1.风痰阻络证：吞咽困难、舌强语謇，肢体麻木；或兼有恶风头痛，肢体拘急，关

节酸痛。舌质淡红，苔薄白腻，脉浮或弦滑。

2.肝肾亏虚证：吞咽困难、言语不清，足废不能用，足冷面赤，口干不欲饮，腰膝

酸软。舌淡红少苔，脉沉细弱。

3.气虚血瘀证：吞咽困难、言语不利，身倦乏力，少气懒言；伴肌肤甲错，口干不

欲饮。舌淡紫或有紫斑，脉沉涩。

二、治疗方法

（一）康复治疗

吞咽障碍训练：有条件的单位根据患者吞咽障碍的分期情况，由言语治疗师与康复

医生指导完成：口腔期障碍的训练措施有口腔周围的自主及被动运动、舌肌运动、冰块

按摩皮肤、冰块按摩咽喉等或湿热刺激发声训练；咽喉期麻痹的训练措施有侧卧吞咽、

边低头边吞咽、空气或唾液吞咽训练、小口呼吸、咳嗽、哼唱等。

1.感官刺激

（1）触觉刺激：用手指、棉签、压舌板等刺激面颊内外、唇周、整个舌部等，增

加这些器官的敏感度。也可以用电动牙刷刺激。

（2）咽部冷刺激及空吞咽：用棉棒粘少许冰水，轻轻刺激软腭、舌根及咽后壁，

然后嘱患者做空吞咽动作。

（3）味觉刺激：用棉棒蘸不同味道果汁或菜汁（酸、甜、苦、辣等），刺激舌面各

部味觉，增强味觉敏感性及食欲。

— 504 —

康复科中医诊疗方案

2.吞咽肌功能训练

①面颊肌、颈部运动：患者张口吸气后鼓腮，随后呼气轻轻吐出气体；患者头前伸，

使颌下肌伸展，然后在颌下施加向上作用力；患者低头、抬高舌背（即舌向上抵硬腭）；

②舌肌运动：患者向前伸出舌头，然后左右摆动，再用舌尖舔上、下唇并抵压硬腭

部；

③吞咽反射训练：让患者用力吸棉签上的水，然后马上做吞咽的动作。

3.呼吸训练

治疗者两手分别放在患者的上腹部和胸部，让患者平稳地以鼻吸气、以口呼气。注

意胸廓的向外向上运动，纠正肩部运动。每次呼吸之间要有停顿，防止过度换气。

治疗者数1、2、3时，病人吸气，然后数1、2、3憋气，再数1、2、3病人呼气，以

后逐渐增加呼气时间直至10秒，并维持这一水平。

4.物理因子治疗

①神经肌肉电刺激：采用VitalStim吞咽治疗仪，对喉部肌肉进行电刺激治疗，波

形为双向方波，波宽700ms，频率为30～80Hz，刺激强度为2.5～10mA，每日治疗2次，

每次20分钟，30d为1个疗程。电刺激可通过刺激舌骨上肌群（二腹肌、下颌舌骨肌、茎

突舌骨肌、颏舌骨肌）促进喉上抬，喉上抬是环咽肌打开动力，有利于食物通过，喉上

抬也是喉口封闭的关键动力，可减少误吸的发生。

②肌电生物反馈疗法：表面电极置于颈前舌骨与甲状软骨上缘之间，在尝试吞咽的

过程中使用肌电生物反馈维持吞咽所需时程，患者可以通过渐进的吞咽来获得即刻声音

反馈。

5.摄食训练

患者具备以下基本条件便可介入摄食-吞咽直接训练，（1）在治疗师的协助下患者

可以搅拌口中食物（2）至少能看到吞咽反射（喉部向上向前）（3）有适当的咳嗽能力

可以清除进入气管的异物。

食物的选择与准备：首先应根据患者吞咽障碍的程度选择食物的形态，原则为先易

后难。进食顺序应按照糜状——糊状——固体——液体。此外，还要兼顾食物的色、香、

味、热量、温度以及患者的饮食习惯等。可应用食物增稠剂对食物的密度和粘稠度进行

调节，将食物调制至最适合病人吞咽的粘稠度。其次，应确定患者每次进食的一口量及

进食速度，每次喂食量应从少量（l～4ml）开始，逐步增加，并指导患者以较慢的速度

进行摄食、咀嚼和吞咽，一般每餐进食的时间控制在 45 分钟左右为宜。

A.进食时采取的体位

①仰卧位时，躯干呈30～45度，头前屈，偏健侧卧位；

— 505 —

康复科中医诊疗方案

②取坐位时，坐直，身体稍向前倾约10～15度，颈部稍向前弯曲。

B.进食方法

给病人进食一次约3～4ml，进食时应把食物置于口腔最能感受的位置。原则上应将

食物置于侧舌后或健侧颊部，这样有助于食物的吞咽。

食物进入口中后，鼓励病人集中精力，把食物吞咽下去。如果吞咽成功或食物从口

中流出，可重复上述步骤，如出现呛咳，气道保持尚好，可再次尝试。

C.饮水的方法

①卧床的病人，头处于水平位，防止头后仰，每次用勺喂进1～2ml水；

②取坐位的病人，头防止后仰，水要满杯，靠近病人下唇，鼓励病人饮水，如不能

小口饮水，可将少量水沿下齿前部倒入口腔。

D.呛咳的处理

一旦出现吞咽呛咳，让病人弯腰，颈前屈，下颌倾向前胸，身体前倾，通过咳嗽来

清洁气道，如食物残渣卡在喉部，危及呼吸，病人应再次弯腰低头，治疗师连续快速拍

击病人两肩胛骨之间位置，使残渣移出。

E.非经口摄食的补偿措施

对于未经吞咽功能筛查或筛查有/可疑吞咽障碍的患者应该停止一切经口摄食。如

果经过评估认为需要短期非经口摄食（NPO）的病人可以采用鼻饲作为补偿措施，由于

置入鼻饲管并不能完全避免肺部感染，鼻饲管会干扰咽喉部的感觉运动功能，不利于吞

咽障碍的恢复。因此，鼻饲只能作为短期补偿措施。另一种补偿措施是胃造口术。对于

长期需要NPO的病人和虽然能经口摄食但不能保证营养和液体摄入的病人，以及置入鼻

饲管容易干扰吞咽功能训练的病人最好采用胃造口术作为补偿措施。

（二）针刺疗法

1.“项三针”结合“舌三针”

选穴：“项三针”： 风池、翳风、完骨；“舌三针”：廉泉穴及左右旁开各1寸。

操作方法：选取φ0.30×50mm的毫针，风池穴、完骨穴针尖向对侧下颌角方向直刺，

缓慢进针约30mm，翳风穴向对侧翳风穴透刺，进针约30mm，行小幅度的提插捻转，针感

感传至咽喉部为佳；每10分钟行针1次，每次每穴行针约30s。廉泉穴针刺时让患者稍稍

头后仰，充分暴露颈部，针尖向舌根部直刺，进针约40mm即可，可不提插捻转，其余二

穴操作同廉泉，留针30分钟。

可以根据吞咽障碍分期情况，配合面三针（地仓透颊车，下关，牵正）和喉三针（天

容，天鼎，人迎）。

操作方法：选取φ0.30×40mm的毫针，地仓针尖向颊车方向平刺约30mm，下关、牵

— 506 —

康复科中医诊疗方案

正直刺约25～30mm，天容、天鼎、人迎穴位直刺约1.5～2mm，行小幅度的捻转，有针感

即止，留针30 分钟，每天治疗1次。

2.于氏头穴丛刺：

选择于氏头穴七区中的项区（风府、风池及其二穴之间，共5穴）为主穴区；局部

皮肤消毒后，选取φ0.35×40mm毫针，风府穴针尖向下颌角方向缓慢刺入约25mm，其他

四穴针尖向对侧下颌角方向缓慢刺入约25mm，得气后接脉冲电针治疗仪，选取疏密波，

留针40分钟/次，每天治疗1～2次。

3.体针

在上述两种针刺疗法基础上，根据病情辨证加减：肝阳上亢症者加行间、太冲、太

溪，以上三穴针刺10mm～25mm，行间、太冲行泻法，太溪行补法。痰邪阻络者加中脘、

内关、丰隆，以上三穴针刺25mm～40mm，中脘、内关行平补平泻法，丰隆行泻法。气虚

血瘀者加气海、血海、膈俞，针用补法。肾阴阳两虚加肝俞、肾俞、太溪，以上三穴针

刺25mm～40mm，三穴均行补法。

以上各穴针刺完毕后接通脉冲电针治疗仪，选取疏波，频率为2Hz，留针30 分钟，

每天治疗1次。

（三）推拿治疗

1.患者平卧位，去枕，令头部微微后伸，充分暴露颈部，先用揉法轻柔两侧的面部

颊肌，时间约3分钟；再用拇指、食指拿揉喉结两旁的颈肌，时间约5分钟；然后点按廉

泉、开音穴（下颌角旁开1横指）、人迎、扶突穴、通里、足三里各30秒。

2.患者坐位，头中立位，术者手的四指自然分开放在喉的一侧，拇指放在喉的另一

侧，在患者做吞咽动作的时候，轻轻用力将喉往上推，随后手放松，完成一次操作。每

次治疗可重复15-20次操作，每日治疗1次。

（四）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.风痰阻络证

治法：息风化痰，宣窍通络。

推荐方药：解语丹加减。白附子、石菖蒲、远志、天麻、全蝎、羌活、胆南星、木

香、蜈蚣、甘草等。

中成药：解语丹等。

2.肝肾亏虚证

治法：滋阴补阳，开窍化痰。

推荐方药：地黄饮子加减。熟干地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、附子、五

味子、桂枝、白茯苓（去黑皮）、门冬、菖蒲、远志等。

— 507 —

康复科中医诊疗方案

中成药：左归丸等。

3.气虚血瘀证

治法：益气活血，舒筋通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。生黄芪、全当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、地龙、

石菖蒲、远志、胆南星、天竺黄、全蝎等。

中成药：脑心通、通心络胶囊等。

以上证型均可加用止痉散：全蝎、蜈蚣各等分上研细末（也可以服用中药免煎颗粒），

每服2g，温水送服，1日2次。

（五）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情需要，可选用丹参注射液、生脉注射液等中药注射液静脉滴注。

（六）内科基础治疗

参照《神经内科学》（刘鸣主编，人民卫生出版社，2008年）。

（七）护理调摄

1.基础护理：（1）病情观察 ①观察生命体征变化，②观察意识、瞳孔变化，③二

便；（2）管道护理；（3）口腔护理。

2.常见并发症的护理：（1）预防压疮；（2）预防误吸及坠积性肺炎。

3.专科护理：

（1）情志调摄：消除忧虑等不良情绪，避免不良情志刺激，让患者了解吞咽的目

的、方法及注意事项。

（2）饮食调理：饮食宜清淡，避免肥厚之品及辛辣刺激食物，保持二便通畅，注

意营养调配、饮食有节，勿暴饮暴食。

（3）吞咽言语护理：对患者及家属进行健康教育及指导，普及预防吞咽障碍并发

症的知识，并指导家属如何协助医护人员帮助患者。

（4）体位护理：提供整洁舒适的就餐环境，严格按照治疗师要求的体位帮助患者

进食。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.临床疗效评价：

按照尼莫地平法的计算公式，分为临床痊愈、显效、有效、无效等四个等级。

临床治愈：吞咽困难、构音障碍、饮水呛咳等主要症状消失，口咽部运动、感觉正

常，饮食正常，无呛咳，洼田饮水试I 级；积分减少≥95％。

显效：吞咽困难、构音障碍、饮水呛咳等主要症状及口咽部运动、感觉异常明显好

— 508 —

康复科中医诊疗方案

转，洼田饮水试验进步≥2个级；积分减少≥70％。

有效：吞咽困难、构音障碍、饮水呛咳等主要症状及口咽部运动、感觉异常好转，

洼田饮水试验进步≥1个级。积分减少≥50％。

无效：吞咽困难、构音障碍、饮水呛咳等主要症状、体征无好转。洼田饮水试验级

别治疗前后无变化。积分减少不足50％。

2.疾病病情评价：根据主症、神经功能及洼田氏饮水试验、藤岛一郎制定的吞咽障

碍疗效评价标准拟定。

3.日常生活活动能力评价：采用改良的Barthel指数量表（MBI）。

（二）评价方法

可在首次治疗、治疗 2 周、治疗结束时，选用洼田氏饮水试验、藤岛一郎制定的吞

咽障碍疗效评价标准、日常生活活动能力等不同的评价量表进行评价。

— 509 —

康复科中医诊疗方案

孤独症中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照参照“中医对孤独症的认识及治疗现状”（ 郭晓琳，中医儿科杂志，2010 年）、

“中医对孤独症的认识及治疗现状”（刘振寰，中医儿科杂志，2009 年）拟定。

主要症状：不同程度的言语发育障碍（少语，无语，喃喃自语，语言重复，发声怪

异，吐字不清，言语难以理解）；社会交往障碍（眼不视人， 目光回避，不愿交际， 孤

僻独行， 自我封闭）； 特殊行为表现（动作怪异，姿势奇特，动作刻板重复，兴趣狭

窄，迷恋物品，行为定式，感觉迟钝）。或不同程度的智能障碍。

次要症状：急躁易怒，胡言乱语，夜不成寐；表情淡漠，神志痴呆，喃喃自语，口

角流涎；发育迟缓，身材矮小，囟门迟闭，骨骼肌肉痿软，智力低下；数岁不语，神疲

乏力，面色白，肢冷或有自汗。

2.西医诊断标准

参照儿童孤独症 ICD-10 诊断标准。

（1）3岁以前就出现发育异常或损害，至少表现在下列领域之一：

1）人际沟通时所需的感受性或表达性语言；

2）选择性社会依恋或社会交往能力的发展；

3）功能性或象征性游戏。

（2）具有以下1）、2）、3）项下至少六种症状，且其中1）项下至少两种，2）、

3）两项下各至少一种：

1）在下列至少两个方面表现出社会交往能力实质性异常：

①不能恰当地应用眼对眼注视、面部表情、姿势和手势来调节社会交往；

②（尽管有充分的机会）不能发展与其智龄相适应的同伴关系，用来共同分享兴

趣、活动与情感；

③缺乏社会性情感的相互交流，表现为对他人情绪的反应偏颇或有缺损；或不能

依据社交场合调整自身行为；或社交、情感与交往行为的整合能力弱；

④不能自发地寻求与他人分享欢乐、兴趣或成就（如不向旁人显示、表达或指出

自己感兴趣的事物）。

— 510 —

康复科中医诊疗方案

2）交流能力有实质性异常，表现在下列至少一个方面：

①口语发育延迟或缺如，不伴有以手势或模仿等替代形式补偿沟通的企图（此前

常没有呀呀学语的沟通）；

②在对方对交谈具有应答性反应的情况下，相对地不能主动与人交谈或使交谈持

续下去（在任何语言技能水平上都可以发生）；

③刻板和重复地使用语言，或别出心裁地使用某些词句；

④缺乏各种自发的假扮性游戏，或（幼年时）不能进行社会模仿性游戏。

3）局限、重复、刻板的兴趣、活动和行为模式，表现在下列至少一个方面：

①专注于一种或多种刻板、局限的兴趣之中，感兴趣的内容异常或患儿对它异常

地关注；或者尽管内容或患儿关注的形式无异常，但其关注的强度和局限性仍然异常；

②强迫性地明显固着于特殊而无用的常规或仪式；

③刻板与重复的怪异动作，如拍打、揉搓手或手指，或涉及全身的复杂运动；

④迷恋物体的一部分或玩具的没有功能的性质（如气味、质感或所发出的噪音或

振动）。

（3）临床表现不能归因于以下情况：

其他类型的广泛性发育障碍；特定性感受性语言发育障碍及继发的社会情感问题；

伴发情绪/行为障碍的精神发育迟滞；儿童少年精神分裂症和Rett综合征。

（二）证候诊断

1.心肝火旺证：少语或不语，语则重复，刻板动作，或行为孤僻；伴有急躁易怒，

多动、注意力不集中，情绪不宁，跑跳无常，不易管教，夜不成寐，时有便秘溲黄。舌

质红或舌尖边红，苔薄黄，脉弦或数。

2.痰蒙心窍证：喃喃自语，行为孤僻，刻板动作；伴有表情淡漠，神情呆滞，对指

令充耳不闻，言语不清。舌质淡，体胖大，苔腻，脉滑或濡。

3.肾精亏虚证：语言迟缓，少语，行为孤僻，反应迟钝，刻板动作；伴有运动发育

迟缓，身材矮小，筋骨痿软。舌淡红，苔薄白，脉细弱。

4.心脾两虚证：少语或不语，气怯，行为孤僻，反应迟钝，刻板动作；伴有面色少

华，神疲乏力，肢冷或有自汗，夜寐不安，口角流涎，纳差。舌淡红，苔薄白，脉细弱。

二、治疗方法

（一）康复疗法

1.功能训练

依据患者的语言、行为、智力等功能障碍，经过康复师评定其功能现状，结合现代

康复理念使用现代康复手段，针对性的选择语言训练、感觉统合训练、特殊教育等治疗

— 511 —

康复科中医诊疗方案

方法。

（1）语言训练：根据孤独症患儿存在的语言问题（认知理解障碍、语言表达障碍、

交流沟通障碍、异常行为等）选择侧重点。

1）认知障碍训练

①实物认知：以日常用品、动物、食物、交通工具为主；

②名词、动词认知训练：实物←→图片（匹配）图片选择

③颜色视觉训练：顺序红、黄、蓝、绿……先配对，再指认，后命名

④整体知觉和部分知觉训练

⑤形状知觉：先识圆形、方形、三角形，匹配→选择→命名

⑥大小、高低、长短比较认知

⑦空间方位词认知训练：顺序上下、后前、里外、中间、旁边、左右

⑧形容词认知训练：根据颜色形容词、味觉形容词、本体觉形容词、情感形容词分

别匹配训练。

⑨时间感知概念：上午、下午、早上等

⑩人称代词学习：你、我、他匹配训练

⑾量词学习：不同量词匹配学习

⑿句子理解：两词句、三词句根据个体进度逐步学习

⒀阅读理解：故事情景匹配

2）言语表达障碍训练

包括口面部按摩、辅助口型，改善口、舌、下颌运动能力及灵活性，音素水平、音

节水平、单词水平、句子水平训练。从被动发声→模仿口型发声→自主发声逐步训练。

3）交流障碍训练

①无口语期：训练重点以注视人与物、听指令练习、动作模仿、互动游戏、手势符

号表达等训练。

②仿说期：从听声音、分辨声音并模仿发声、模仿发音交流、引导下用固定模式的

句子进行简单短句交流。

③不善交流期：包括逼患儿说话，强化有需求→说话表达→满足需求模式；多设置

说话的情景、制造环境，引导患儿在适合的场景下主动表达；互动游戏，强调让患儿主

动参与，与他人合作、分享；交流内容适合患儿目前能力，多鼓励，引导患儿参加集体

活动，增加社交机会。

4）异常行为矫治

包括正负强化、系统脱敏、消退法、暂时隔离、惩罚法。正强化正确选择要强化行

— 512 —

康复科中医诊疗方案

为，有效选择强化物，逐渐脱离强化程序；负强化应明确目标行为，选择适当厌恶刺激，

选择警告刺激，尽量减少不良行为产生诱因。

（2）感觉统合训练：先用《孤独症儿童发展评估表》 中国残疾人联合会康复部制）

评定后再制定相应的训练计划。

1）触觉系统：以手、脚及全身不同位置接触不同质地的物件刺激进行训练。包括

寻宝游戏、麻布刷身游戏、大龙球压滚、玩胶泥、钻滚筒、钻阳关隧道、排笔刷痒游戏

等。

2）前庭觉系统：包括摇晃和旋转的训练（吊桶、秋千、掉兜）、跳跳床、踩脚踏、

滑板活动（俯冲滑板、爬滑板、滑板推球、滑板转圈）、走平衡木、平衡台等。

3）本体觉系统：包括关节按压、推小车、推重物、攀岩、抛接球活动、跳球跳床、

拉单杠、翻跟斗、压大龙球、双人转大龙球等。

4）听觉系统：包括寻找声源、配对声音、打击乐器等。

5）视觉系统：包括钻小桶、吹肥皂、玩陀螺、暗室手电筒照射、躲猫猫、不同灯

光刺激等。

（3）特殊教育：包括行为治疗、音乐游戏、言语训练、生活自理（采用顺向链锁

和逆向链锁）、社会适应、融合教育，采用生活环境模拟改变、目光接触训练，指令听

从训练、模仿能力训练、表达能力训练。异常行为矫治采用正负强化、系统脱敏、消退

法、暂时隔离、惩罚法。正强化正确选择要强化行为，有效选择强化物，逐渐脱离强化

程序；负强化应明确目标行为，选择适当厌恶刺激，选择警告刺激，尽量减少不良行为

产生诱因。

2.针刺疗法

头针：百会、四神针、语言一区、二区、三区、智三针。

体针：内关、神门、劳宫。

辨证取穴：心肝火旺型加心俞、肝俞、风池；

痰蒙心窍型加脾俞、丰隆、内关；

肾精亏虚型加肾俞、太溪、涌泉；

心脾两虚型加心俞、脾俞、三阴交。

对症取穴：语言不利、发音困难、吐字不清加舌三针、哑门、廉泉等；病程较长、

症状较重、5 岁以上的患儿可加足智针。

刺法：头针平刺进针，沿皮刺入帽状腱膜下 1～1.5 寸，百会、智三针（神庭、双

本神）语言二区、三区由前向后沿皮刺入，语言一区由下向上沿皮刺入，四神针针尖向

外平刺，紧贴骨膜行针，针深近 25 mm，以抽气法运针 10 次，行强刺激，以针下有向

— 513 —

康复科中医诊疗方案

内吸附感为度，留针 2 小时，留针期间坚持带针功能训练，行针 3 次。内关、神门、劳

宫直刺 0.5～1 寸，留针 30 分钟，期间行针 2 次，平补平泻，每天治疗 1 次，每周 6 次。

3.推拿疗法

头面部：施开天门手法、分推额阴阳、叩击语言一区、二区、三区各 1 分钟，对口

周和头面部穴位水沟、地仓、下关、翳风、颊车、承浆、印堂、脑户、哑门、大椎进行

顺时针方向按揉，每穴 1 分钟。

四肢部：施以清肝经、清心经、补脾经、补肾经、清天河水各 1 分钟，按揉少海、

血海、足三里、丰隆穴 1 分钟，揉双合谷、双太冲各 1 分钟。

背部：顺经推膀胱经第一线、第二线各 5 次，顺经推督脉 5 次，叩击华佗夹脊 5 次，

捏脊 5 次，从第 2 次开始，术者根据患儿出现的不同症状，采用提捏的手法，有针对性

的刺激相关背俞穴，加强治疗。捏脊结束后，医者用双手拇指按揉肾俞穴 5 分钟。

4.耳穴疗法

取心、肝、肾、脑、交感、神门穴等， 3 天更换 1 次，休息 1 天，贴压期间每日手

按压 3 次，每次 10 分钟。

（二）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.心肝火旺证

治法：清心平肝，安神定志。

推荐方药：安神定志丸加减。远志、石菖蒲、茯神、茯苓、龙齿、党参等。

中成药：朱砂安神丸、龙胆泻肝丸等。

2.痰蒙心窍证

治法：豁痰宁心，醒脑开窍。

推荐方药：涤痰汤加减。茯苓、人参、甘草、橘红、胆星、半夏、竹茹、枳实、

菖蒲等。

中成药：苏合香丸等。

3.肾精亏虚证

治法：滋补肝肾，填精益髓。

推荐方药：六味地黄汤合菖蒲丸加减。生地黄、山药、山茱萸、枸杞、泽泻、

丹皮、人参、石菖蒲、麦门冬、远志、川芎、当归等。

中成药：六味地黄丸、左归丸等。

4.心脾两虚证

治法：健脾益气，养心安神。

推荐方药：归脾汤与养心汤加减。白术、当归、茯苓、龙眼肉、远志、酸枣仁、柏

— 514 —

康复科中医诊疗方案

子仁、五味子、木香、炙甘草、人参等。

中成药：归脾丸等。

（三）其他疗法

1.穴位注射

复方丹参注射液等穴位注射每日取两穴，每穴位注射药物 0.5ml，根据辨证选穴，

每日 1 次。

2.穴位埋线

针对不同证型辨证选取穴位，将可吸收羊肠线埋入穴位，持续刺激，每次取两穴，

两周 1 次。

3.刮痧

1）刮头顶前部：一手扶持患儿头部，另一手握刮痧板，从百会穴沿督脉向前额方

向刮拭 10 次，点按百会、神庭穴；然后与头正中线平行，循膀胱经刮拭头顶部双侧，

刮拭力量以患儿耐受为度，刮拭 10 次。每日治疗 1 次。

2）刮背腰部：患者取俯卧位，先在背部常规消毒，涂抹润滑油，从上到下依次推

刮督脉、足太阳膀胱经和夹脊穴，见痧即止，每周治疗 2 次。

注意事项：刮痧时注意避开疖肿、包块；头部刮痧不需涂抹刮痧介质。

4.物理因子疗法根据病情需要，可选用经络导平仪等治疗。

（四）护理调摄

1.护理常规：按照中医儿科一般护理常规护理。

2.安全护理：清除患儿周围环境中的危险物品，防止烫伤、坠床、跌倒、碰伤等意

外伤害，防止自伤的发生；下床活动、如厕时，应有专人陪护。

3.情志护理：护理人员主动关心患儿，因人而异地通过解释、劝导、鼓励、引导等

措施达到缓解患儿的心理问题。

4.健康指导：（1）早期发现，早期疗育，减少其不适应、破坏性行为的出现，发挥

潜能，对其病症的改善愈有帮助。（2）在教育或训练过程中有三个原则：①对孩子行为

宽容和理解；②异常行为的改变和变更；③特别能力的发现、培养和转化。（3）康复训

练以家庭为中心，本病病程长，非进行性发展，需要父母协助患儿规范治疗。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《自闭症儿童心理教育评核》第三版（PEP-3）、儿童孤独症评定量表（CARS）

为标准拟定，按照尼莫地平法计算 PEP-3 分值提高率、CARS 分值改善来评定疗效。

PEP-3 分值提高率=（疗后 PEP-3 评分—疗前 PEP-3 评分）/疗前 PEP-3 评分×100%。

— 515 —

康复科中医诊疗方案

显效：PEP-3 评分提高率大于 50%，CARS 总分降低大于 3 分；

有效：PEP-3 评分提高率在 30%-50%，CARS 总分降低 1～3 分（含 3 分）；

无效：PEP-3 评分提高率小于 30%，CARS 总分无变化。

（二）评价方法

评估人员通过直接观察、与家长访谈等多种方式收集资料，在患儿入院第 1～3 天

和治疗中期 45 天、出院前 1 天分别采用 PEP-3、CARS、ABC 量表进行评估。

— 516 —

康复科中医诊疗方案

腰肌劳损中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准》（ZY／

T001.1-94）。

（1）好发于有重体力劳动史的中老年者、急性腰部扭伤后未能及时合理治疗者及

久居潮湿阴冷之地者。有长期腰痛史。

（2）一侧或两侧腰骶臀部酸痛不适，疼痛可牵及股内外侧及膝部，腰腿痛往往因

久站、久坐、久卧后加重，腰部适度活动后缓解；过度劳累后加重，适当休息后减轻；

或阴雨寒湿天气加重，晴暖干燥气候减轻。急性发作者，可有剧痛和腰部活动障碍。

（3）一侧或两侧竖脊肌、臀中肌、臀大肌紧张，棘间韧带、竖脊肌、第 3 腰椎横

突、髂腰韧带（髂腰角）、臀中肌与臀大肌前缘交界处等部位有较为固定的压痛点，或

局部可触及条束样压痛点或疼痛激发点。

（4）腰部活动不同程度受限，可出现脊柱侧凸。部分患者腰部皮肤可增厚，皮下

组织与深筋膜紧密粘连而出现橘皮样改变。

（5）病史较长者或腰部剧痛者，需摄腰椎正侧位 X 线摄片，以排除骨性改变。必

要时，加摄腰椎双斜位 X 线摄片。腰椎 X 线摄片可无异常发现或呈不同程度退变。部分

病史较长患者因腰椎退变加重，而临床症状和体征难以与不典型的腰椎间盘突出症鉴

别，需做 CT 或 MRI 检查。

2.西医诊断标准

参照《临床常见疾病诊疗规范》 房宏林，杜光勇主编，陕西人民出版社，2008 年）。

（1）腰骶部有劳损史，或暴力损伤史。

（2）自觉腰痛，时轻时重，反复发作。

（3）骶骨或髂骨背部骶棘肌附着点处有疼痛和压痛点。

（4）X 线检查可见脊柱生理弧度的改变，或见第 5 腰椎骶化或第 1 骶椎腰化。

（二）病类诊断

1.急性发作期：腰痛急性发作者，伴有剧痛和腰部活动障碍。

2.慢性缓解期：自觉腰部酸痛不适，反复发作；腰部活动不同程度受限。

— 517 —

（

康复科中医诊疗方案

（三）证候诊断

1.寒湿证：腰部冷痛重着，转侧不利，静卧不减，阴雨天加重。舌苔白腻，脉沉。

2.湿热证：痛而有热感，炎热或阴雨天气疼痛加重，活动后减轻，尿赤。舌苔黄腻，

脉濡数。

3.瘀血证：腰痛如刺，痛有定处，轻则俯仰不便，重则因痛剧不能转侧，拒按。舌

质紫暗，脉弦。

4.肾虚证：腰部酸痛乏力，喜按喜揉，足膝无力，遇劳更甚，卧则减轻，常反复发

作。偏阳虚者面色恍白，手足不温，少气懒言，腰腿发凉。舌质淡，脉沉细。偏阴虚者

心烦失眠，咽干口渴，面色潮红，倦怠乏力。舌红少苔，脉弦细数。

二、治疗方法

根据腰肌劳损疾病特点及病情发展规律，将该病分为急性发作期和慢性缓解期，采

用分期治疗原则进行综合治疗。根据病情需要，每日或隔日治疗一次。

（一）手法治疗

1.急性发作期：此期可采用松解类手法，在痛点周围按揉 1～2 分钟，以酸胀为度；

但时间不能过长，以免引起手法后反应。然后可在环跳、委中、承山等穴强刺激，以患

者可忍受为度。

2.慢性缓解期

（1）松解手法：主要采用扌衮法、拇指弹拨法和擦法，关键刺激部位为腰椎棘突

旁、横突外缘、髂嵴上缘、髂腰三角等竖脊肌附着区域，臀中肌、臀大肌、梨状肌、阔

筋膜张肌、下肢足少阳胆经路线、足太阳膀胱经路线。

（2）调整手法：可根据 X 片腰椎及骨盆位置改变，有针对性施行骨盆矫正法，结

合腰椎微调手法和改良斜扳法。

（3）辨证施治：寒湿证，腰骶部松解手法刺激可适度加强，操作时间延长，加横

擦肾俞、命门、八髎；湿热证，配合点按阴陵泉、足三里、丰隆等穴；血瘀证，加强腰

部及下肢部松解手法；肾虚证，慎用大幅度的腰椎扳法，配合点按肾俞、太溪等穴。

（二）功能训练

1.急性发作期：在疼痛症状初步消退后，宜尽早开始卧位腰背肌训练。可选作挺腰

训练，训练时臀部不离开床面，维持 3～5 秒，还原，重复 5～15 次，避免腰椎过屈或

过伸的动作，以不加重腰部疼痛为度，每日 2～3 次。

2.慢性缓解期：在此期间，功能训练分为腰背肌训练法、腹肌训练法、腰腹肌协同

训练法，增强肌力同时以求脊柱前后肌力平衡，具体应根据腰椎曲度大小及腰背肌、腹

肌肌力比值大小而有所偏重。

— 518 —

康复科中医诊疗方案

（1）腰背肌训练：“桥式”和“飞燕式”训练为主，动作到位后维持 5～10 秒，20

次/组，2～3 组/日。

（2）腹肌训练：“仰卧抬腿”训练为主，动作到位后维持 5～10 秒，20 次/组，2～

3 组/日。

（3）腹肌协同训练法：“卧虎扑食势”、“青龙探爪势”、“打躬势”等，10～20 次/

组，2～3 组/日。

（三）物理因子治疗

1.急性发作期

（1）短波或微波：并置法于痛区，无热量或微热量，每次 8～10 分钟。

（2）干扰电治疗：采用中频电治疗仪，交叉并置安放两对电极贴片，强度感觉阈，

20 分钟。

2.慢性缓解期

（1）磁振热：采用磁振热治疗仪，并置安放两对极板，强度及温度为患者耐受，

20 分钟。

（2）短波或微波：并置法于痛区，温热量，20 分钟。

（3）干扰电治疗：采用中频电治疗仪，交叉并置安放两对电极贴片，强度感觉阈，

20 分钟。

（四）其他疗法

1.针灸治疗

（1）急性发作期：取腰痛、后溪穴强刺激，另取双侧气海俞、大肠俞、关元俞、

秩边及委中等穴，得气感强烈后留针 20 分钟。

（2）慢性缓解期：重点针刺穴位为肾俞、大肠俞、次髎、华佗夹脊、环跳、委中

等穴，得气后留针 20 分钟。

（3）辨证施治

①寒湿证：针刺用泻法，配腰阳关；可用温针灸或隔姜灸肾俞，1～3 壮为宜；也可

拔罐治疗，重点部位为腰骶关节、第 3 腰椎横突等处，留罐 10～15 分钟，或走罐 3～5

次。

②湿热证：针刺用泻法，配小肠俞。

③瘀血证：针刺用泻法，配膈俞、昆仑；可配合刺络拔罐，痛点处用三棱针点刺放

血后拔罐，留罐 10～15 分钟。

④肾虚证：针刺用补法，肾阴虚配志室，肾阳虚配命门；可用温针灸或隔附子饼灸

肾俞，1～3 壮为宜。

— 519 —

康复科中医诊疗方案

2.辨证选择口服中药汤剂

①寒湿证

治法：温阳散寒，温经化湿。

推荐方药：羌活胜湿汤加减。羌活、独活、藁本、防风、川芎、甘草、蔓荆子等。

②湿热证

治法：清利湿热，通脉止痛。

推荐方药：三妙汤合四物汤加减。苍术、黄柏、牛膝、白芍、当归、熟地黄、川芎

等。

③瘀血证

治法：活血化瘀，通络止痛。

推荐方药：身痛逐瘀汤加减。当归、川芎、桃仁、红花、没药、五灵脂、地龙、香

附、牛膝等。

④肾虚证

治法：补益肝肾，濡养筋脉。

推荐方药：偏阴虚者左归饮加减。熟地黄、山药、枸杞子、山茱萸、菟丝子、茯苓、

牡丹皮、桑寄生、龟板、牛膝、泽泻等。偏阳虚者右归饮加减。熟地黄、山药、枸杞子、

山茱萸、菟丝子、茯苓、桑寄生、牛膝、熟附子、杜仲、肉桂、淫羊藿等。

3.针刀治疗

患者取适当体位，使腰背臀部充分暴露并平稳以利于操作。在病变部位触按寻找，

取紧张点、粘连点，及周围附着肌肉的条索、硬结、压痛处取 4～6 点作为进针点，用

龙胆紫作标记，术野按外科手术要求常规消毒，术者戴无菌手套，铺无菌巾。

局部麻醉，用 3 号或 4 号小针刀于上述治疗点，按针刀闭合性手术的四步进针规程，

刀口线与神经、血管、肌纤维方向平行，针刀垂直于皮肤进针，用针刀闭合松解，手法

以横行摆动、纵向切割为主。操作要求轻巧、准确，中病即止，以免引起患者不良反应；

注意控制针刀刺入的深度，以免误伤。术毕按压后贴创可贴，再施以斜扳手法。7 天治

疗 1 次。

4.中药熏蒸

辨证选用温经化湿、清利湿热、活血化瘀、补益肝肾中药进行熏蒸治疗，20 分钟。

（五）健康指导

1.生活起居：急性发作期宜卧硬板床，上铺以适当厚度的软垫。起床活动时需佩带

腰围。慢性缓解期宜增强腰腹肌功能训练，并纠正日常工作和生活中不良用腰姿势，以

防止疾病复发和恶化，保持大便通常。

— 520 —

康复科中医诊疗方案

2.饮食调理：饮食宜清淡、易消化，忌生冷油腻。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免急躁、悲观等不良情绪。

三、疗效评价

（一）评价标准

疾病疗效评价标准

参照《JOA 腰椎功能评定系统》对疗效进行评判，根据患者治疗前后的评分值计算

改善率作为疗效评判依据。JOA 评分满分 29 分，治疗改善率=【（治疗后评分﹣治疗前评

分）÷（29﹣治疗前评分）】 ×100%。

治愈：腰痛症状消失，腰部活动正常，改善率≥75%；

显效：腰痛症状基本消失，腰部活动基本正常，改善率≥50%且＜75%；

有效：腰痛症状减轻，腰部活动改善，改善率≥25%且＜50%；

无效：腰痛症状与腰部活动无明显改善，改善率＜25%。

（二）评价方法

1.分别于首次治疗、治疗完成 10 次、治疗结束时，选用疼痛评定（VAS）、痛强度、

手指指地距离、腰椎功能评定表（JOA）进行评价。

2.疾病病情评价方法

（1）通过疼痛（VAS）、痛强度评定评价腰部疼痛的程度。

（2）通过手指指地距离评价腰椎的关节活动度。

（3）通过腰椎功能评定表（JOA）评价腰椎的总体功能。

— 521 —

康复科中医诊疗方案

— 522 —

老 年 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

健忘（轻度认知损害）中医诊疗方案………………………………………525

老年便秘（老年功能性便秘）中医诊疗方案………………………………531

老年颤证（老年特发性震颤）中医诊疗方案………………………………534

呆病（阿尔茨海默病）中医诊疗方案………………………………………540

老年郁证（老年期抑郁）中医诊疗方案……………………………………553

— 523 —

老年病科中医诊疗方案

— 524 —

老年病科中医诊疗方案

健忘（轻度认知损害）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《实用中医内科学》的健忘诊断依据（王永炎、严世芸主编，上海科技出版社，

2009 年）。

（1）记忆减退，如忘记刚发生的事件、熟人的名字、放置的物品等；

（2）检查提示总体认知功能基本正常；

（3）日常生活能力无受累；

（4）无痴呆。

2.西医诊断标准

参照中国痴呆临床实践指南工作组《中国痴呆诊疗指南》的轻度认知损害诊断标准

（田金洲主编，人民卫生出版社，2012年）。

（1）主诉记忆减退，通常经他人证实；

（2）与年龄不相符的客观记忆力下降；

（3）总体认知功能基本正常；

（4）日常生活能力基本正常；

（5）无痴呆。

（二）疾病分型

参照中国痴呆临床实践指南工作组《中国痴呆诊疗指南》的轻度认知损害诊断标准

（田金洲主编，人民卫生出版社，2012 年），轻度认知损害分为：

（1）遗忘型（aMCI）：记忆损害为主，其他认知功能相对完整。

（2）非遗忘型（naMCI）：一项或多项其他认知功能损害，但包括定向、注意、语

言、执行功能、视空间能力等。

（三）证候诊断

1.心脾两虚证：遇事善忘，神疲乏力或少气懒言，倦怠嗜卧，心悸，食少腹胀，便

秘而软，大便溏或初硬后溏，午后足肿，面唇不华或萎黄或苍白。舌淡或舌淡齿痕或舌

体萎缩，脉沉细或迟缓或脉虚。

2.肾精亏虚证：记忆减退，定向不能，判断力差，或失算，重者失认，失用，懒惰

思卧，齿枯发焦，耳轮萎枯，腰酸骨软，步行艰难。舌瘦色淡，脉沉细。

— 525 —

老年病科中医诊疗方案

3.痰浊蒙窍证：神情呆滞或反应迟钝，吐痰或呕吐痰涎，痰多而黏，鼾睡痰鸣，口

中黏涎秽浊，头昏且重，面色秽浊如蒙污垢。舌体胖大有齿痕，舌苔腻而润或腻浊如痰，

脉滑。

4.瘀血阻窍证：善忘，寡言少语，或亡思离奇，或头痛难愈，夜寐多梦，或彻夜难

寐，面色晦暗。舌质暗紫，有瘀点或瘀斑，舌苔薄白，脉细弦、沉迟，或见涩脉。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.心脾两虚证

治法：补益心脾。

推荐方药：归脾汤加减。人参、黄芪、白术、甘草、当归、桂圆、伏神、远志、酸

枣仁、陈皮、合欢皮等。

中成药：孔圣枕中丹、归脾丸、人参健脾丸、香砂六君丸等。

2.肾精亏虚证

治法：补肾填精。

推荐方药：地黄饮子加减。熟地、山茱萸、肉苁蓉、玄参、麦冬、当归、柏子仁、

酸枣仁、人参、黄芪、白术、茯苓、龙齿、石菖蒲、远志等。

中成药：龟鹿二仙膏、左归丸、六味地黄丸、右归丸等。

3.痰浊蒙窍证

治法：化痰开窍。

推荐方药：洗心汤加减。半夏、陈皮、茯神、甘草、人参、石菖蒲、远志、郁金、

酸枣仁、神曲等。

中成药：加味温胆丸等。

4.瘀血阻窍证

治法：活血通窍。

推荐方药：通窍活血汤加减。桃仁、大枣、川芎、赤芍、冰片、葱白、生姜、石菖

蒲、郁金等。

中成药：血府逐瘀颗粒等。

（二）其他疗法

1.记忆功能训练：采取交流记忆、实物记忆、幻想记忆等全方位记忆训练模式，对

包括瞬时记忆、短时记忆和长时记忆三方面内容进行训练，每周 1 次。

2.地中海饮食：橄榄油、各种蔬菜水果、各种谷类、豆类以及海鲜，每天 2 餐，红

葡萄酒每天 1 次，每次 25～50ml。

（三）内科基础治疗

— 526 —

老年病科中医诊疗方案

1.控制危险因素：包括降血糖、降胆固醇、降高血压、降高同型半胱氨酸等治疗。

2.记忆辅助治疗：包括脑代谢赋活剂，如乐喜林 60mg/d；抗炎剂，如银杏叶制剂

120～240mg/d；维生素，如 B12/叶酸各 1mg/d。

（四）健康指导

1.多饮绿茶：每天喝 3 杯绿茶约 250ml，每周至少 4 天。

2.坚持锻炼：每天快走 1 小时或 5000 米，每周至少 4 天。

3.完成作业：每天用声音阅读一段文章，观看一小时电视节目，书写 100 字以上生

活日记，每周至少 4 天。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照首发基金会联合攻关组《轻度认知损害临床研究指导原则》，拟定健忘（轻度

认知损害）疗效评价标准如下：

1.疾病疗效标准

临床缓解：记忆减退消失，延迟回忆测评和简易精神状态检查得分正常；

稳定：记忆减退无明显加重，延迟回忆测评得分部分正常但简易精神状态检查正常；

恶化：记忆减退明显加重，延迟回忆测评和简易精神状态检查得分异常，且符合痴

呆诊断标准。

2.证候疗效标准

临床痊愈：证候要素量表（SES-9）积分减少≥95%；

显效：证候要素量表（SES-9）积分减少≥ 75%；

有效：证候要素量表（SES-9）积分减少≥30%；

恶化：证候要素量表（SES-9）积分增加＜30%。

3.症状疗效标准

有效：延迟回忆量表（DVR）积分增加≥30%；

无效：延迟回忆量表（DVR）积分增加＜30%；

恶化：延迟回忆量表（DVR）积分减少≥30%。

（二）评价方法

1.疾病转化率：根据诊断标准，计算痴呆的例数、转为正常的例数、病情稳定的例

数，与治疗前比较计算出痴呆转化率、正常转化率和病情稳定率。疾病结局一般以一年

或半年为单元计算。（附件 1：DSM-IV 痴呆诊断标准）

2.证候有效率：采用证候要素量表（SES-9 ）进行证候评价，并根据公式计算，疗

效指数=[（治疗后积分－治疗后积分）÷治疗前积分]×100% ，与治疗前比较计算出

SES-9 积分及减少百分率（%），从而判断其有效性。证候结局一般以疗程结束时作为计

— 527 —

老年病科中医诊疗方案

算单元。

3.症状有效率：采用延迟词语回忆（DVR）进行认知评价，并采用计算公式，疗效

指数=[（治疗前积分+治疗后积分）÷治疗前积分]×100%，与治疗前比较计算出 MMSE

积分及增加百分率（%），从而判断其有效性。通常情况下，认知结局是以一年或半年

为单元计算。（附件 2：简易精神状态检查量表（MMSE）；附件 3.延迟词语回忆

（ADAS-cog-DVR））

附件 1：DSM-IV-TR 痴呆诊断标准（APA，2000 年）

A 发生多个认知领域功能障碍，包括以下两方面：

1.记忆功能障碍，也是主要的早期表现（学习新信息或回忆以往已获得信息的能力

障碍）

2.至少同时具有以下认知功能损害之一：

a.失语

b.失用

c.失认

语言障碍，可以表现为叫不出人名或物名；

运功和感觉正常，能够理解指令，但不能按指令完成相应的动作；

感觉功能正常却不能认知或识别物体；

d.执行功能障碍

包括抽象思维，计划、启动、程序化、监督和终止复杂行为的能

力

B 上述认知功能障碍（A1和A2）必须严重到足以干扰社会或职业功能，且与以往相

比明显下降；

C 认知功能障碍不只是发生在谵妄过程中。

附件 2. 简易精神状态检查（MMSE）（Folstein， et al.，1975）

— 528 —

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 记录 | 评分 |
| Ⅰ 定向力（10 分） | | |
| 今天是几号？  今年是哪一年？  现在是几月份？  今天是星期几？  现在是什么季节？ |  | 0 1  0 1  0 1  0 1  0 1 |
| 您能告诉我这家医院的名字吗？  我们在第几层？  我们在哪个城市？  我们在哪个区？  我们在哪个国家？ |  | 0 1  0 1  0 1  0 1  0 1 |

老年病科中医诊疗方案

II 即刻回忆（3 分）

请您重复一遍下列单词，每个单词允许有 1 秒钟思考，可测试 6 次

皮球

国旗

树木

0

0

0

1

1

1

测试次数（ ）

Ⅲ 注意力和计算力（5 分）

请您计算从 100 依次减 7，并将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停”为止

共 5 次，对一系列减 7 评分

100-7

-7

-7

-7

-7

Ⅳ延迟回忆（3 分）

你能回忆起我刚才说的单词吗？

皮球

国旗

树木

Ⅴ 语言能力（9 分）

0

0

0

0

0

0

0

0

1

1

1

1

1

1

1

1

（出示手表）这是什么？

（出示铅笔）这是什么？

请跟我说“不，如果，而且，或者，但是”

“请用您的右手拿起纸，

将它对折，

放在您的膝盖上。”

手表

铅笔

复述

右手

对折

纸在膝盖

0

0

0

0

0

0

1

1

1

1

1

1

上

“闭上您的眼睛”

请写一个完整的句子。

（出示五角形图案）请照这个样子画图。

闭眼睛

写出句子

画出五角

0

0

0

1

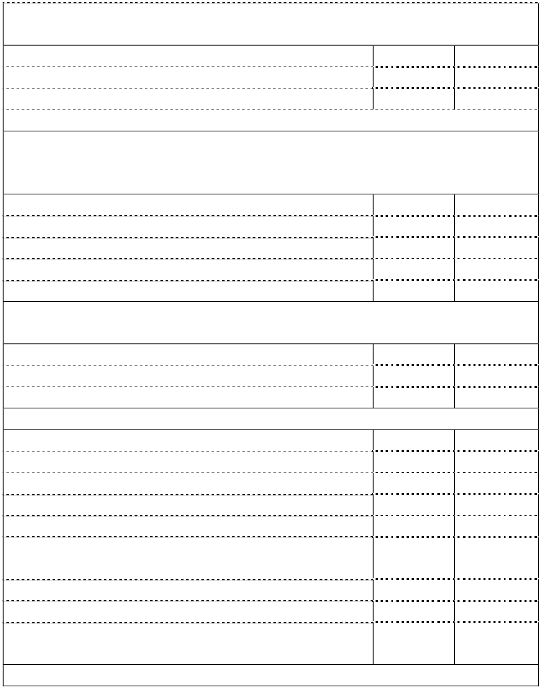
1

1

形

总分：30 分（每项 1 分）

— 529 —



老年病科中医诊疗方案

附件 3. ADAS-Cog 量表延迟词语回忆（ADAS-Cog- DELAYED VERBAL RECALL，

ADAS-COG-DVR）

1. 单词回忆测试

未正确回忆单词数：

未正确回忆单词数：

未正确回忆单词数：

得分＝三次试验中未回忆起来的单词平均数

2.延迟词语回忆

测试者在每一个回忆正确的单词后用“√”标注。得分为能正确回忆的词语的个数。

得分：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

— 530 —

|  |  |
| --- | --- |
|  | 正确回忆？ |
| 家庭 |  |
| 硬币 |  |
| 铁路 |  |
| 儿童 |  |
| 军队 |  |
| 旗子 |  |
| 皮肤 |  |
| 图书馆 |  |
| 麦子 |  |
| 海洋 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 铁路 |  |
| 儿童 |  |
| 硬币 |  |
| 旗子 |  |
| 皮肤 |  |
| 图书馆 |  |
| 海洋 |  |
| 麦子 |  |
| 家庭 |  |
| 军队 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭 |  |
| 硬币 |  |
| 铁路 |  |
| 儿童 |  |
| 军队 |  |
| 旗子 |  |
| 皮肤 |  |
| 图书馆 |  |
| 麦子 |  |
| 海洋 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 皮肤 |  |
| 儿童 |  |
| 家庭 |  |
| 军队 |  |
| 硬币 |  |
| 铁路 |  |
| 麦子 |  |
| 旗子 |  |
| 图书馆 |  |
| 海洋 |  |

老年病科中医诊疗方案

老年便秘（老年功能性便秘）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照中华中医药学会发布的《功能性便秘诊疗指南》（中国中医药现代远程教育，

2011 年）。

主要症状：便意与便次减少，排便艰难或排便不畅，或有便质干结。

次要症状：腹胀、腹痛、乏力。

具有主要症状，且符合中医辨证之虚证范畴者，即可诊断。

2.西医诊断标准

参 照 功 能 性 便 秘 罗 马 Ⅲ 诊 断 标 准 （ Rome

Committee.Rome

criteria[J].Gastroenterology，2006 年）：必须包括下列 2 个或 2 个以上的症状：①

至少有 25％的排便感到费力；②至少 25％的排便为块状便或硬便；③至少有 25％的排

便有排便不尽感；④至少有 25％的排便有肛门直肠的阻塞感；⑤至少有 25％的排便需

要人工方法辅助（如指抠、盆底支持）；⑥每周少于 3 次排便。如果不使用泻药，松散

便很少见到。诊断肠易激综合征依据不充分。患者须在诊断前 6 个月出现症状，在最近

的 3 个月满足诊断标准。

（二）证候诊断

1.中气不足证：虽有便意，但排便困难，汗出气短，便后乏力，神疲懒言。舌淡苔

白，脉弱。

2.脾肾阳虚证：排便困难，腹中冷痛，四肢不温，小便清长。舌淡苔白，脉沉弱。

3.津亏肠燥证：大便干结，口渴喜饮，皮肤干燥。舌红苔燥，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.中气不足证

治法：升清降浊。

推荐方药：补中益气汤加减。生白术、生黄芪、麻子仁、陈皮、当归、枳实、莱菔

子、升麻等。

中成药：芪蓉润肠口服液等。

— 531 —

老年病科中医诊疗方案

2.脾肾阳虚证

治法：温补脾肾。

推荐方药：济川煎加减。当归、牛膝、肉苁蓉、泽泻、升麻、枳壳等。

3.津亏肠燥证

治法：滋阴润肠。

推荐方药：增液汤合润肠丸加减。生地黄、玄参、麦冬、火麻仁、桃仁、当归、枳

壳等。

中成药：麻子仁丸等。

（二）针灸治疗

主穴：多选大肠俞、天枢、脾俞、三阴交等穴。配穴：乏力者加针足三里；腹胀加

针大横。针刺时，将治疗部位常规消毒后，选用毫针直刺或斜刺进针，行补法，得气后

留针 20 分钟，留针期间行针 1 次，每天治疗 1 次。阳气不足者可加艾灸，可在针刺基

础上加灸神阙、气海。

（三）灌肠疗法

生大黄、桃仁、当归等，制成煎剂达 150～200ml，用时加温至 40℃灌肠，在肠道

内药液保留约 20 分钟后，排出大便。根据病情需要，可 3～4 小时后重复灌肠。每日不

超过两次，连续使用不超过 3 天。若应用该治疗后，出现明显的腹泻症状，或其他严重

不良反应，应立即停用。

（四）健康指导

1.饮食指导：少食辛辣、油腻食物，避免过度饮酒，适当食用蜂蜜、水果和蔬菜，

多饮水。

2.生活起居：适当运动如餐后散步，摩腹；避免久坐、久卧。心脑血管病患者应注

意避免排便时过分用力。

3.情志调摄：保持心情舒畅，避免情志刺激、思虑过度。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疾病疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）中便秘疗效

标准。

临床痊愈：大便正常，或恢复至病前水平，其他症状全部消失；

显效：便秘明显改善，间隔时间及便质接近正常，或大便稍干而排便间隔时间在 72

小时以内，其他症状大部分消失；

— 532 —

老年病科中医诊疗方案

有效：排便间隔时间缩短 1 天，或便质干结改善，其他症状均有好转；

无效：便秘及其他症状均无改善。

2.证候疗效标准

参照中华中医药学会发布的《便秘诊疗指南》 中国中医药现代远程教育，2011 年）、

《慢性便秘中医诊疗共识意见》（北京中医药，2011）动态观察中医证候的改变。

临床痊愈：便秘、腹部不适等症状消失或基本消失；

显效：便秘、腹部不适等症状明显改善，疗效指数≥70%；

有效：便秘、腹部不适等症状均有好转，疗效指数≥30%；

无效：未达到上述有效标准或症状加重者。

（二）评价方法

分别于首次门诊当日、治疗中、出路径时进行症状、体征评价（包括涉及到大便频

次、大便质地、排便过程等的主要症状，次要症状，腹部体征，舌象，脉象）及中医证

候评价。

中医症状量化分级标准：

无症状（0 分）；

轻度（1 分）：症状轻微，只有关注时才能感觉到，不会影响日常生活、工作和学习；

中度（2 分）：症状尚能够忍受，已经影响了部分日常生活、工作和学习；

重度（3 分）：症状明显，难以忍受，明显影响了日常生活、工作和学习。

疗效指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%

— 533 —

（

老年病科中医诊疗方案

老年颤证（老年特发性震颤）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《实用中医内科学》（第 2 版）颤证诊断（王永炎、严世芸主编，上海科学技

术出版社，2009 年）

（1）发病特点：颤证多发于中老年人，男性多于女性。起病隐袭，渐进发展加重，

不能自行缓解。

（2）临床表现：本病以头和四肢震动、震摇为特征性临床表现。轻者头摇肢颤可

以自制；重者头部、肢体震摇大动，持续不已，不能自制。头部或肢体颤振，不能自制。

2.西医诊断标准

参照中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组制订的原发性震颤的诊断

和治疗指南（中华神经科杂志，2009 年）。

（1）核心诊断标准

①双手及前臂明显且持续的姿势性和（或）动作性震颤。

②不伴有其他神经系统体征（齿轮现象和 Froment 征除外）。

③或仅有头部震颤，不伴肌张力障碍。

（2）支持诊断标准

①病程超过 3 年。

②有阳性家族史。

③饮酒后震颤减轻。

（3）排除标准

①存在引起生理亢进性震颤的因素。

②正在或近期使用过致震颤药物或处于撤药期。

③起病前 3 个月内有神经系统外伤史。

④有精神性（心理性）震颤的病史或临床证据。

⑤突然起病或病情呈阶梯式进展恶化。

3.鉴别诊断：主要与下列疾病相鉴别：生理性震颤、精神心理性震颤、帕金森病震

颤、小脑性震颤、肌张力障碍性震颤、红核性震颤、原发性直立性震颤、肝豆状核变性

— 534 —

老年病科中医诊疗方案

性震颤、内科系统疾病（如甲状腺功能亢进、肝性脑病等）引起的震颤等。

（1）帕金森病震颤：主要为静止性震颤，可合并动作性震颤，手部搓丸样震颤和

下肢静止性震颤是帕金森病的典型表现。除震颤外，帕金森病患者常伴有动作迟缓、肌

强直、姿势步态异常等。

（2）小脑性震颤：主要为上肢和下肢的意向性震颤，常伴

有小脑的其他体征，如共济失调、轮替运动异常、辨距不良等，而 ET 患者通常不

伴有小脑症状。

（3）精神心理性震颤：多在有某些精神因素如焦虑、紧张、恐惧时出现，与 ET 相

比，其频率较快（8～12Hz）但幅度较小，有相应的心理学特点，去除促发因素症状即

可消失。

4.震颤的临床分级：1996 年美国国立卫生研究院（NIH）特发性震颤研究组提出的

震颤临床分级为 5 个等级。

0 级：无震颤。

Ⅰ级：很轻微震颤（不易发现）。

Ⅱ级：易发现的幅度不到 2cm 无致残性震颤。

Ⅲ级：明显的幅度 2～4cm 部分致残性震颤。

Ⅳ级：严重的幅度超过 4cm 致残性震颤。

（二）证候诊断

1.血虚肝郁证：头摇肢颤，不能自主，精神紧张时加重，急躁易怒，头晕眼花，面

白无华。舌淡，苔白，脉弦细。

2.气虚络瘀证：头摇肢颤，头晕眼花，面色无华，神疲懒言，纳呆食少，自汗出，

爪甲青紫，甚则心悸气短。舌质淡，有瘀点，苔薄白，沉细无力或细涩。

3.阴虚风动证：肢体、头部震摇不止，震颤日久，伴头晕眼花，腰酸耳鸣，心悸多

梦，记忆力减退。舌质淡或红、苔白少或无苔，脉弦细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药或注射剂

1.血虚肝郁证

治法：疏肝理脾，养血息风。

推荐方药：逍遥散合滋生青阳汤加减。柴胡、白芍、当归、茯苓、白术、生地、石

斛、麦冬、天麻、石决明、磁石、菊花、甘草等。

中成药：逍遥丸、天麻丸或天麻类注射剂等

2.气虚络瘀证

— 535 —

老年病科中医诊疗方案

治法：益气活血、通络息风。

推荐方药：补阳还五汤合定振丸加减。生黄芪、当归、赤芍、白芍、熟地黄、威灵

仙、地龙、川芎、桃仁、僵蚕、牛膝、全蝎、红花等。

中成药：天麻蜜环糖肽片、全天麻胶囊、丹参类注射剂等。

3.阴虚风动证

治法：滋阴益肾，柔肝息风。

推荐方药：三甲复脉汤合大定风珠加减。龟板、珍珠母、生龙齿、朱茯神、酸枣仁、

刺蒺藜、当归、白芍、生地、麦冬、炙甘草、僵蚕、全蝎等。

中成药：杞菊地黄丸、羚羊角胶囊、天麻钩藤颗粒等。

（二）针灸疗法

1.体针

取穴：百会、四神聪、合谷、太冲、风池、曲池、阳陵泉、足三里等。各腧穴均常

规针刺，平补平泻法。上肢震颤者选取合谷、曲池加用电针；下肢震颤者选取阴陵泉、

足三里加用电针；头部震颤者选取双侧风池加用电针；均用连续波强刺激 20～30 分钟。

四神聪针刺时针尖都朝向百会。针刺得气后留针 30 分钟，每日针刺 1 次。6～10 次为 1

个疗程。

2.头针

取舞蹈震颤区，一侧病变取对侧，两侧病变取双侧。患者取正坐位或仰卧位。用 26

号或 28 号 1.5～2 寸毫针与头皮呈 15～30°由前向后快速进针 1～1.5 寸深，不提插，

用快速捻转法，200 次/分钟，捻转 2～3 分钟，重复 2～3 次，然后接电针仪，选断续波

或疏密波，频率 200～240 次/分钟，电流强度以患者能耐受为度，15～20 分钟/次。1

次/天，以 10 次为一个疗程。

（三）其他疗法

在辨证的基础上选择数码经络导平治疗仪、针刺手法针疗仪、智能通络治疗仪等中

医诊疗设备。

（四）内科基础治疗

根据病情需要可选择内科基础治疗，用药参照中华医学会神经病学分会帕金森病及

运动障碍学组《原发性震颤的诊断和治疗指南》（中华神经科杂志，2009年）和美国神

经病学学会（AAN）质量标准小组委员会发布的《特发性震颤内外科治疗指南》（中国全

科医学，2005年）。

（五）健康指导

1.饮食指导：宜清淡，多食蔬菜、水果，可选食百合、莲子、酸奶、大蒜、洋葱、

— 536 —

老年病科中医诊疗方案

香菇、木耳、山楂、绿豆、黄豆等。

2.情志调摄：鼓励患者坚持治疗，帮助患者树立战胜疾病的信心。

3.身体锻炼：根据患者病情及体力选择适当的运动，如散步，太极拳等，或参加一

些有助于肢体活动的轻微劳动。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疾病疗效评价标准

参考《神经精神病学》（韩春美主编，军事医学科学出版社，2006 年）和《金刚烷

胺治疗特发性震颤的随机对照研究》（Movement Disorder Society

2006 年）

（1）显效：震颤临床分级减轻≥2 级，6 项任务震颤幅度评分较前减少≥70%；

（2）有效：震颤临床分级减轻级≥1 级且＜2 级，6 项任务震颤幅度评分较前减少

≥30%且＜70%；

（3）无效：震颤临床分级无明显减轻甚至恶化，6 项任务震颤幅度评分较前减少

不足 30%。

2.证候疗效评定标准

参照《中药新药临床指导原则 2002 版》中医证候疗效判定标准执行。

中医证候改善率=（治疗前积分—治疗后积分）/治疗前积分×100%。

（1）临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，积分减少≥95%；

（2）显效：中医临床症状、体征明显改善，积分减少≥70%且＜95%；

（3）有效：中医临床症状、体征均有好转，积分减少≥30%且＜70%；

（4）无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，积分减少不足 30%。

（二）评价方法

1.疗效判定方法：采用特发性震颤严重度评分量表（韩春美主编，军事医学科学出

版社，2006 年）评价疗效，疗效指数=（治疗前积分—治疗后积分）/治疗前积分×100%。

对入选者分别进行头部、上肢震颤幅度评分及 6 项任务震颤幅度评分（利手与非利

手） 。

评分内容：

①双手平伸；

②画圈；

③握持一满杯水能力；

④2 个杯子间倒水能力；

⑤使用汤匙喝水；

— 537 —

老年病科中医诊疗方案

⑥指鼻试验。

评分标准：每项指标分为正常（0 分）、轻（1 分）、中（2 分）、重（3 分）。用这 6

项分值之和反映患者震颤的严重程度，分值越高，病情越重。具体评分细则见附表。

2.证候疗效判断方法：根据《中药新药临床指导原则》 中国医药科技出版社，2002

年 5 月第 1 版）相关内容进行评价，采用尼莫地平法：（治疗前积分—治疗后积分）/治

疗前积分×100%。

附表

— 538 —

特发性震颤震颤严重度评分表

|  |  |
| --- | --- |
|  | 评分细则 |
| 上肢 | 0 分：未见震颤。  1 分：轻度幅度震颤（＜0.5cm）。  2 分：中度幅度（0.5-2cm）。  3 分：明显震颤（2-4cm）。  4 分：严重震颤（ ＞4cm）。 |
| 下肢 |
| 头部 |
| 躯干 |
| 6 项任务评分 | |
| 双手平伸 | 0 分：未见震颤。  1 分：轻度幅度震颤（＜0.5cm）。  2 分：中度幅度（0.5-2cm）。  3 分：明显震颤（2-4cm）。  4 分：严重震颤（ ＞4cm）。 |
| 划圈 | 0 分：基本没有偏离。1 分；轻度幅度震颤，划圈偏离在 0.5cm 之内。  2 分：划圈偏离在 0.5-2cm 之间。3 分：划圈偏离在 2-4cm 之间。4 分：  严重震颤，划圈偏离在 4cm 以上。  左手  右手 |

（

老年病科中医诊疗方案

— 539 —

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 握持一杯水喝水  能力 | 0 分：一只手持杯子喝水没问题。  1 分：能用一只手握持杯子喝水，溢出水量小于满杯水的 1/3。  2 分：能用一只手喝水，溢出水量大于满杯水的 1 /3。  3 分：不能用一只手持杯喝水，需要定外一只手帮忙。  4 分：不能用双手持杯喝水，需要吸管。 |
| 两个杯子倒水  能力 | 0 分：一只手持杯倒水准确无溢出。  1 分：能用一只手握持杯子倒水，溢出水量小于满杯水的 1/3。  2 分：能用一只手道水，溢出水量大于满杯水的 1 /3。  3 分：不能用一只手持杯倒水，需要定外一只手帮忙。  4 分：不能完成整个动作。 |
| 使用汤勺喝汤  能力 | 0 分：一只手持汤勺喝汤没问题。  1 分：能用一只手握持汤勺喝水，溢出汤量小于满勺的 1/3。  2 分：能用一只手喝汤，溢出汤量大于 1/3。  3 分：无法用一只手喝汤，需要另外一只手帮忙。  4 分：不能用双手持汤勺喝汤，需要吸管。 |
| 指鼻试验 | 0 分：基本没有偏离。  1 分：轻度幅度震颤，偏离≤0.5cm。  2 分：指鼻偏离在 0.5-2cm 之间。  3 分：指鼻偏离在 2-4cm 之间。  4 分：严重震颤，指鼻偏离在 4cm 以上。 |

老年病科中医诊疗方案

呆病（阿尔茨海默病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《实用中医内科学》（第 2 版）（王永炎、严世芸主编，上海科学技术出版社，

2009 年）。

（1）记忆障碍，包括短期记忆障碍（如间隔 5 分钟后不能复述 3 个词或 3 件物品

名称）和长期记忆障碍（如不能回忆本人的经历或一些常识）；

（2）认知损害，包括失语（如找词困难和命名困难）、失用（如观念运动性失用及

运动性失用）、失认（如视觉和触觉性失认）、执行功能（如抽象思维、推理、判断损害）

等一项或一项以上损害；

（3）上述两类认知功能障碍明显影响了职业和社交活动，或与个人以往相比明显

减退。

（4）起病隐匿，发展缓慢，渐进加重，病程一般较长。但也有少数病例为突然起

病，或波动样、阶梯样进展，常有中风、眩晕、脑外伤等病史。

神经心理学检查、日常生活能力量表、MRI 或脑脊液检查等有助于痴呆临床诊断。

2.西医诊断标准

参照中国痴呆临床实践指南工作组《中国痴呆诊疗指南》的中文版阿尔茨海默病临

床诊断标准（田金洲主编，人民卫生出版社，2012 年）：

（1）记忆或认知功能损害逐渐出现 6 个月以上，且进行性恶化。

（2）神经心理学测试证实存在显著的情节记忆损害。

（3）精神状态检查或神经心理学测评提供认知功能损害的客观证据。

（4）工作或日常生活能力受损。

（5）神经影像学证据：海马体积缩小或内侧颞叶萎缩。

（6）除外其他病因：1）认知损害发生或加重在明确的卒中后 3 个月内，或存在多

发梗塞或严重白质高信号等血管性痴呆的典型特征；2）或具有波动性认知损害、形象

生动的视幻觉及自发的帕金森综合征等路易体痴呆的核心特征；3）或具有行为变异和

额叶和/或前颞叶明显萎缩等额颞叶痴呆的突出特征；4）或其他可逆原因如激素或代谢

异常如甲状腺功能减退或叶酸/维生素 B12 缺乏；5）或谵妄或其他精神及情感疾病，如

— 540 —

老年病科中医诊疗方案

精神分裂症、抑郁症。

（二）程度判断

根据患者的日常生活能力的受损程度，结合简易精神状态检查（MMSE）进行病情程

度评价。MMSE 得分=21～26 分为轻度，MMSE 得分=10～20 为中度，MMSE 得分＜10 为重

度。本方案选择轻度阿尔茨海默病。

（三）证候诊断

1.脾肾两虚证：记忆减退，食少纳呆，气短懒言，口涎外溢或四肢不温，腹痛喜按，

黎明泄泻，或二便失禁。舌质淡或有齿痕，苔白，脉沉细弱、两尺尤甚者。

2.髓海不足证：遇事善忘，重者言谈中不知首尾，陡然忘之，尽力思索不来，步行

艰难，或行动迟缓，耳鸣耳聋，耳轮萎枯，发脱齿摇。舌红瘦苔白，脉细弱。

3.痰浊蒙窍证：神情呆滞或反应迟钝，吐痰或痰多而黏，鼾睡痰鸣，口中黏涎秽浊，

头昏且重，面色秽浊如蒙污垢。舌体胖大有齿痕，舌苔腻而润或腻浊如痰，脉滑。

4.瘀阻脑络证：善忘，寡言少语，或亡思离奇，或头痛难愈，夜寐多梦，或彻夜难

寐，面色晦暗。舌质暗紫，有瘀点或瘀斑，舌苔薄白，脉细弦、沉迟，或见涩脉。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药或中药注射剂

1.脾肾两虚证

治法：补肾健脾。

推荐方药：还少丹加减。熟地、枸杞、山萸、肉苁蓉、淫羊藿、远志、巴戟天、小

茴香、杜仲、怀牛膝、人参、茯苓、山药、大枣、五味子、石菖蒲等。

中成药：还少丸、右归丸、人参健脾丸、八味地黄丸等。

2.髓海不足证

治法：填精补髓。

推荐方药：扶老丸加减。熟地、山茱萸、玄参、麦冬、柏子仁、酸枣仁、人参、黄

芪、白术、茯苓、当归、龙齿、石菖蒲、远志、龟版、鹿角胶等。

中成药：可合用龟鹿二仙膏，也可酌情选用左归丸或右归丸等。

3.痰浊蒙窍证

治法：化痰开窍。

推荐方药：洗心汤加减。人参、甘草、半夏、陈皮、茯神、石菖蒲、远志、郁金、

荷叶、酸枣仁、神曲等。

中成药：加味温胆丸等。

4.瘀阻脑络证

— 541 —

老年病科中医诊疗方案

治法：活血通络。

推荐方药：通窍活血汤加减。桃仁、红花、赤芍、川芎、三七、葱白、菖蒲、郁金、

生姜等。

中成药或中药注射液：三七类制剂、银杏叶制剂、丹参类制剂。

（二）特色疗法

1.记忆疗法：采取交流记忆、实物记忆、幻想记忆等全方位记忆训练模式，对包括

瞬时记忆、短时记忆和长时记忆三方面内容进行训练，每周 1 次，可根据患者的文化程

度，教他们记一些数字，由简单到复杂反复进行训练。推荐每天完成作业：用声音阅读

一段文章，观看一小时电视节目，书写 100 字以上生活日记。

2.环境疗法：提供一个安全、平静的环境，如给他们提供一个专门的空间，使用一

些标志协助他们识别环境，安排丰富多彩的日间活动，活动的安排可以参照患者以往的

经历和爱好。

3.行为疗法；这一方法采用奖励的方法控制相关行为症状。对不遵守餐桌礼仪的患

者应该在进食时尽量保持环境安静，减少患者分心。对有睡眠颠倒的患者提供内容丰富

的日间活动，白天最好不让患者睡觉，建议采用光照疗法改善患者睡眠质量。如患者出

现易激惹行为时，可通过谈论他们感兴趣的事分散患者注意力，建议采用芳香疗法改善

患者激越症状。

4.刺激疗法：通过让患者参与各种小组活动、娱乐活动，如手工制作、游戏以及音

乐疗法等来激发患者。

5.情感疗法：可以借助老照片、音乐及录影带等帮助，让患者谈论自己过去的经历

或历史事件，从而增强其对生活的体验。尽量鼓励患者去做他们能够完成的事情，不要

指责、不要纠正，多鼓励、多欣赏。

（三）内科基础治疗

针对高同型半胱氨酸血症、维生素 B12 或叶酸缺乏、高胆固醇血症、高血压等，可

参照中国痴呆临床实践指南工作组《中国痴呆诊疗指南》中的相应治疗。

（四）健康指导

1.饮食调理：推荐地中海饮食（橄榄油、各种蔬菜水果、各种谷类、豆类以及海鲜），

每天 2 餐；每天喝 3 杯绿茶约 250ml。可适量增加黑木耳、鱼类、核桃、芝麻、莲子、

黄花菜、花生等食物摄入。

2.身体锻炼：可选择太极拳、保健操、气功等，或者每天快走 1 小时或 5000 米。

3.情志调摄：保持心情舒畅，培养良好的兴趣爱好，如养花、书法、绘画、垂钓、

旅游、棋牌等。

— 542 —

老年病科中医诊疗方案

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《阿尔茨海默病及其他痴呆症的治疗药物临床评价指导原则》（European

Medicines Agency，2008）和《中药新药治疗痴呆临床试验指导原则》（国家重大专项

课题组，2012）拟定。

1.疾病疗效标准：

显效：总体印象变化量表（CIBIC-plus）=1 分；

有效：总体印象变化量表（CIBIC-plus）≤3 分；

恶化：总体印象变化量表（CIBIC-plus）≥5 分。

2.证候疗效标准：

临床痊愈：阿尔茨海默病证候要素量表（ AD-PES-11 ）积分减少≥95%以上；

显效：阿尔茨海默病证候要素量表（ AD-PES-11 ）积分减少≥75%以上；

有效：阿尔茨海默病证候要素量表（ AD-PES-11 ）积分减少≥30%；

无效：阿尔茨海默病证候要素量表（ AD-PES-11 ）积分增加＜30%。

3.症状疗效标准：

有效：简易精神状态检查（MMSE）积分增加≥ 30%；

无效：简易精神状态检查（MMSE）积分增加＜30%；

恶化：简易精神状态检查（MMSE）积分减少≥30%。

（二）评价方法

1.疾病有效率：采用总体印象变化量表（CIBIC-plus）进行总体印象评价，根据上

述疗效判断标准，分别统计显效病例数、有效病例数、恶化病例数，并与基线水平比较，

计算出显效率、有效率和恶化率。通常情况下，认知结局是以一年或半年为单元计算。

2.证候有效率：采用阿尔茨海默病证候要素量表（ AD-PES-11 ）进行证候评价，

并根据公式计算，疗效指数=[（治疗后积分－治疗前积分）÷治疗前积分]×100% ，与

基线水平比较，计算出 AD-PES-11 积分及减少百分率（%），从而判断其有效性。证候结

局一般以疗程结束时作为计算单元。

3.症状有效率：采用简易精神状态检查量表（MMSE）进行认知评价，并根据计算公

式，疗效指数= [（治疗后积分-治疗前积分）÷治疗前积分]×100%，与基线水平比较，

计算出 MMSE 积分及增加百分率（%），从而判断其有效性。通常情况下，认知结局是以

一年或半年为单元计算。

— 543 —

老年病科中医诊疗方案

附件 1：DSM-IV-TR 痴呆诊断标准（APA， 2000）

A 发生多个认知领域功能障碍，包括以下两方面：

1.记忆功能障碍，也是主要的早期表现（学习新信息或回忆以往已获得信息的能力障碍）

2.至少同时具有以下认知功能损害之一：

a.失语 语言障碍，可以表现为叫不出人名或物名；

b.失用 运功和感觉正常，能够理解指令，但不能按指令完成相应的动作；

c.失认 感觉功能正常却不能认知或识别物体；

d.执行功能障碍

包括抽象思维，计划、启动、程序化、监督和终止复杂行为的能力；

B 上述认知功能障碍（A1 和A2）必须严重到足以干扰社会或职业功能，且与以往相比明显下降；

C 认知功能障碍不只是发生在谵妄过程中。

附件 2. 简易精神状态检查（MMSE）（Folstein， et al.，1975）

项目

今天是几号？

今年是哪一年？

现在是几月份？

今天是星期几？

现在是什么季节？

您能告诉我这家医院的名字吗？

我们在第几层？

我们在哪个城市？

我们在哪个区？

我们在哪个国家？

Ⅰ 定向力（10 分）

记录

评分

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

II 即刻回忆（3 分）

请您重复一遍下列单词，每个单词允许有 1 秒钟思考，可测试 6 次

皮球

国旗

树木

0 1

0 1

0 1

测试次数（ ）

Ⅲ 注意力和计算力（5 分）

请您计算从 100 依次减 7，并将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停”为止

共 5 次，对一系列减 7 评分

— 544 —

100-7

-7

-7

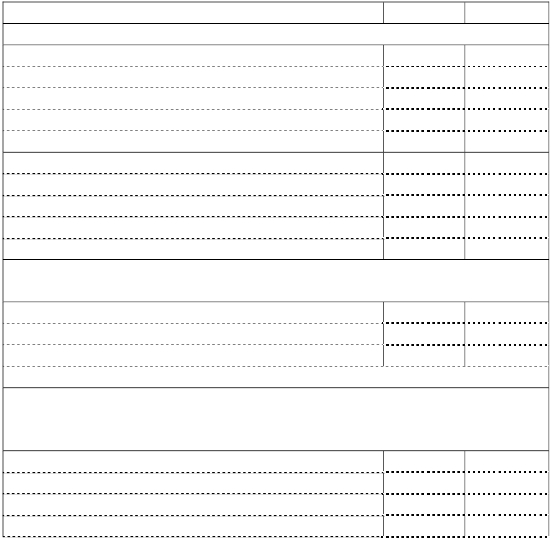
-7

0 1

0 1

0 1

0 1



老年病科中医诊疗方案

-7

你能回忆起我刚才说的单词吗？

皮球

国旗

树木

Ⅳ延迟回忆（3 分）

Ⅴ 语言能力（9 分）

0 1

0 1

0 1

0 1

（出示手表）这是什么？

（出示铅笔）这是什么？

请跟我说“不，如果，而且，或者，但是”

“请用您的右手拿起纸，

将它对折，

放在您的膝盖上。”

“闭上您的眼睛”

请写一个完整的句子。

（出示五角形图案）请照这个样子画图。

手表

铅笔

复述

右手

对折

纸在膝盖

上

闭眼睛

写出句子

画出五角

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

0 1

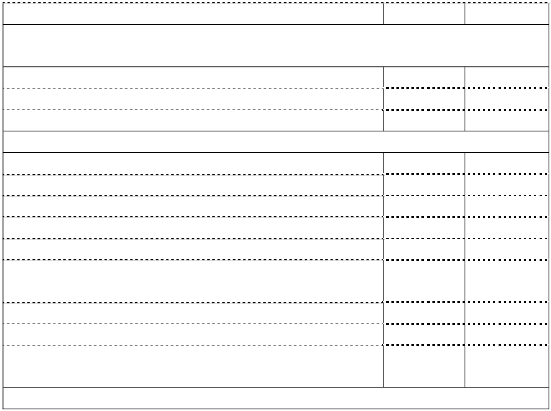
0 1

0 1

形

总分：30 分（每项 1 分）

— 545 —



老年病科中医诊疗方案

附件 3. ADAS-Cog 量表延迟词语回忆（ADAS-Cog- DELAYED VERBAL RECALL，ADAS-COG-DVR）

1. 单词回忆测试

未正确回忆单词数：

未正确回忆单词数：

未正确回忆单词数：

得分＝三次试验中未回忆起来的单词平均数

2.延迟词语回忆

测试者在每一个回忆正确的单词后用“√”标注。得分为能正确回忆的词语的个数。

得分：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

— 546 —

|  |  |
| --- | --- |
|  | 正确回忆？ |
| 家庭 |  |
| 硬币 |  |
| 铁路 |  |
| 儿童 |  |
| 军队 |  |
| 旗子 |  |
| 皮肤 |  |
| 图书馆 |  |
| 麦子 |  |
| 海洋 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭 |  |
| 硬币 |  |
| 铁路 |  |
| 儿童 |  |
| 军队 |  |
| 旗子 |  |
| 皮肤 |  |
| 图书馆 |  |
| 麦子 |  |
| 海洋 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 铁路 |  |
| 儿童 |  |
| 硬币 |  |
| 旗子 |  |
| 皮肤 |  |
| 图书馆 |  |
| 海洋 |  |
| 麦子 |  |
| 家庭 |  |
| 军队 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 皮肤 |  |
| 儿童 |  |
| 家庭 |  |
| 军队 |  |
| 硬币 |  |
| 铁路 |  |
| 麦子 |  |
| 旗子 |  |
| 图书馆 |  |
| 海洋 |  |

老年病科中医诊疗方案

附件 4. 阿尔茨海默病证候要素量表（AD-PES-11，2012）

— 547 —

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证素 | 组成  因子 | 分值 | 序号 | 证素 | 组成  因子 | 分值 | 序号 | 证素 | 组成  因子 | 分值 |
| 1 | 肾虚 | 小便  失禁 | 5.5 | 5 | 阴虚 | 舌红  少津 | 5 | 9 | 阳亢 | 烦躁  易怒 | 5.5 |
| 腰膝  酸软 | 5 | 苔少  或无 | 4.5 | 头晕  目眩 | 5 |
| 听力  减退 | 4 | 目干涩 | 4.5 | 舌体  颤动 | 4.5 |
| 夜尿  频多 | 4 | 形体  消瘦 | 4.5 | 筋惕  肉膶 | 4 |
| 性欲  减退 | 3 | 大便  干燥 | 3 | 耳鸣  如潮 | 4 |
| 头晕  耳鸣 | 2 | 脉细说 | 3 | 头胀痛 | 4 |
| 脉沉细 | 1 | 盗汗 | 2.5 | 脉弦 | 3 |
| 2 | 脾虚 | 食少  纳呆 | 4.5 | 6 | 阳虚 | 畏寒 | 5 | 10 | 内热 | 口臭 | 5 |
| 口涎外溢 | 4 | 肢冷 | 4 | 舌苔黄 | 5 |
| 大便陶博 | 3.5 | 五更泄泻 | 4.5 | 面红 | 4 |
| 四肢乏力 | 3 | 阳事不举 | 4 | 舌红 | 4 |
| 食少  腹胀 | 3 | 小便  清长 | 3 | 大便  秘结 | 2.5 |
| 舌淡  齿痕 | 2 | 舌淡  水滑 | 3 | 口苦  口渴 | 2 |
| 脉缓 | 2 | 脉沉弱 | 2 | 脉数 | 2 |
| 3 | 气虚 | 少气  懒言 | 5 | 7 | 髓减 | 步行  艰难 | 5.5 | 11 | 痰浊 | 咯吐  痰多 | 5 |
| 汗多 | 5 | 动作  缓慢 | 5 | 苔腻  或浊 | 3 |
| 心悸 | 4 | 肢胫  酸楚 | 5 | 舌体胖大 | 4 |
| 乏力 | 3 | 齿脱 | 4.5 | 恶心  欲呕 | 3 |
| 面色  晄白 | 3 | 发枯 | 4 | 胸脘  痞闷 | 3 |
| 易惊  胆怯 | 2 | 舌瘦  色淡 | 4 | 脉滑 | 3 |
| 脉弱 | 2 | 懒惰  思卧 | 2 | 头晕 | 2 |

老年病科中医诊疗方案

— 548 —

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | 血虚 | 面色  萎黄 | 5 | 8 | 血瘀 | 舌瘀  斑点 | 6 |  |
| 唇舌  色淡 | 5 | 舌紫  暗 | 5 |
| 头昏  眼花 | 3.5 | 肌肤  甲错 | 4 |
| 心悸  怔忡 | 3 | 口唇  紫暗 | 3.5 |
| 倦怠  乏力 | 2 | 面色  晦暗 | 3.5 |
| 手足  麻木 | 2 | 刺痛  闷痛 | 3 |
| 脉芤 | 2 | 脉涩  或沉 | 2 |

老年病科中医诊疗方案

附件 5

汉密尔顿抑郁量表

— 549 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.情绪低  落  （悲伤/  绝望/无  助/无用） | □ | 0 无；  1 只有问到时才诉述；  2 在访谈时有自发诉述；  3 不用语言也可从表情、姿势、  声音或欲哭中流露出来；  4 病人的自发语言或非语言表  达（表情、动作）几乎完全表  现为这种情绪。 | 10.精  神性焦  虑 | □ | 0 无；  1 问及时诉述；  2 自发的表达；  3 表情和言谈流露出明显忧虑；  4 明显惊恐。 |
| 2.罪恶感 | □ | 0 无；  1 责怪自己，感到自己连累别  人；  2 认为自己有罪，或反复思考以  往的过失和错误；  3 不用语言也可从表情、姿势、  声音或欲哭中流露出来；  4 病人的自发语言或非语言表  达（表情、动作）几乎完全表  现为这种情绪。 | 11.躯体  性焦虑 | □ | 0 无；  1 轻度；  2 中度，有肯定的上述症状；  3 重度，上述症状严重，影响生  活或需要处理；  4 严重影响生活或活动。  （焦虑包括：口干、腹胀、呃逆、  腹绞痛、心悸、心痛、过度换气  和叹气、尿频和出汗） |
| 3.自杀 | □ | 0 无；  1 觉得活着无意义；  2 希望自己已死了，或常想到与  死有关的事；  3 消极（自杀）观念；  4 有自杀行为。 | 12.胃肠  道症状 | □ | 0 无；  1 食欲减退，但无需他人鼓励即  可自行进食；  2 进食需他人催促或请求和需要  应用泻药或助消化药。 |
| 4.入睡困  难 | □ | 0 无；  1 主述有入睡困难，上床半小时  后仍不能入睡（要注意病人入  睡时间）；  2 主述每晚均有入睡困难。 | 13.全身  症状 | □ | 0 无；  1 四肢、背部或颈部沉重感，背  部、肌肉疼痛，全身乏力或疲倦；  2 症状明显。 |
| 5.睡眠不  深 | □ | 0 无；  1 睡眠浅，多恶梦；  2 半夜（晚上 12 点以前）曾醒  来（不包括上厕所）。 | 14.性症  状（性欲  减退，月  经紊乱  等） | □ | 0 无；  1 轻度；  2 重度；  3 不能肯定或该项对受试者不合  适（不记录总分）。 |
| 6.早醒 | □ | 0 无；  1 有早醒，比平时早醒 1 小时，  但能重新入睡（应排除平时的  习惯）；  2 早醒后无法重新入睡。 | 15.疑病 | □ | 0 无；  1 对身体过分关注；  2 反复考虑健康问题；  3 有疑病妄想；  4 有幻觉的疑病妄想。 |

老年病科中医诊疗方案

— 550 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7.工作和  兴趣 | □ | 0 无；  1 提问时才诉述；  2 自发地直接或间接表达对活  动、工作或学习失去兴趣；  3 活动时间减少或效率下降，住  院病人每天参加病房活动或娱  乐不到 3 小时；  4 因目前的疾病而停止工作，住  院者不参加任何活动或无他人  帮助便不能完成病房的日常事  务（注意不要因为住院而均打 4  分）。 | 16.体重  减轻 | □ | ①按病史评定：  0 无；  1 病人叙述可能有体重减轻；  2 有肯定的体重减轻。  ②按体重记录评定：  0 无；  1 1 周内体重减轻超过 0.5 公  斤；  2 1 周内体重减轻超过 1kg。 |
| 8.迟缓 | □ | 0 无；  1 轻度阻滞；  2 明显阻滞；  3 进行困难；  4 完全不能回答问题。 | 17.自知  力 | □ | 0 知道自己有病，表现为焦虑；  1 知道自己有病，但归诸于伙食  过差、环境问题、工作过忙、病  毒感染或需要休息；  2 完全否认有病。 |
| 9.激越 | □ | 0 无；  1 检查时有心神不定；  2 明显心神不定或小动作；  3 不能静坐，检查中曾起立；  4 搓手、咬指头、扯头发、咬嘴  唇。 | 总分： | | |
| 测验＞17 分，则不能参加本项目试验 | | |

老年病科中医诊疗方案

附件 6

工具性日常生活能力量表（IADL）

评分

□

□

□

□

□

工具性日常生活能力量表（IADL） 评分项目

A、使用电话的能力

1、自己主动操作电话——查号码、拨号等

2、能拨几个熟悉的号码

3、能接电话但不拨电话

4、完全不会使用电话

B、购物

1、独立处理所有购物需要

2、独立进行少量购物

3、任何购买途中都需要陪伴

4、完全不能购物

C、做饭

1、独立计划、准备并做出适量的饭

2、如果供给原料能准备足量饭

3、加热、服务或做饭，或做饭但不能保持适量

4、需要把饭准备好并做好

5、完全不能做

D、主持家务

1、独立主持家务或偶尔需要帮助（如重活需要家人帮助）

2、做日常轻体力家务如洗碗、铺床

3、做日常轻体力家务但不能保持可接受的清洁水平

4、所有家务都需要帮助

5、不参与任何家务

E、洗衣

1、能完成个人洗澡

2、洗小件衣物——洗袜子等

3、所有洗涤必须靠其他人完成

分数

0

1

2

4

0

1

2

4

0

1

2

3

4

0

1

2

3

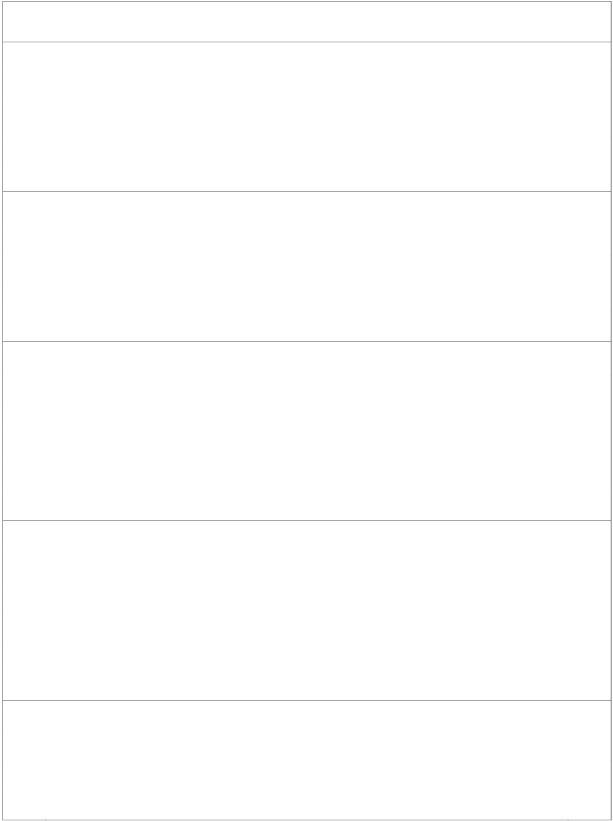
4

0

1

4

— 551 —



老年病科中医诊疗方案

□

F、交通方式

1、独立乘坐公共车辆或驾驶小汽车

2、乘出租车旅行，但不用公共汽车

3、有他人陪伴时乘坐公共汽车

4、在他人帮助下，只能乘出租车或汽车旅行

5、完全不旅行

0

1

2

3

4

□

G、对自己医疗的责任心

1、能认真按照正确时间、剂量吃药

2、如果预先准备了每次剂量能吃药

3、不能准备自己吃的药

0

1

4

□

H、理财能力

1、独立处理财务（预算，写支票，付租金、帐单，去银行），收集和保持收入渠道

2、管理日常购物，但在银行事务和大的购物等情况下需要帮助

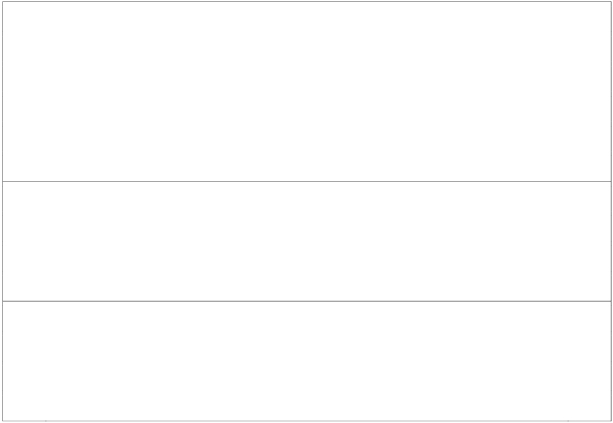
3、不能处理财务

— 552 —

0

1

4



老年病科中医诊疗方案

老年郁证（老年期抑郁）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《实用中医内科学》（王永炎、严世芸主编，上海科学技术出版社，第 2 版，

2009 年）。

主要症状：心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛。

次要症状：胸胁刺痛、急躁易怒、嘈杂吞酸、口干而苦、便秘、胃脘胀满、嗳气酸

腐、身重、便溏腹泻、易怒欲哭、咽中如有异物梗阻、失眠。

患者年龄大于 60 岁，符合老年人诊断标准。

2.西医诊断标准

疾病诊断参照《ICD-10 精神与行为障碍分类》 世界卫生组织编，人民卫生出版社，

1995 年）进行诊断。

广义的老年期抑郁障碍指见于老年期（通常是大于或等于 60 岁）这一特定人群的

抑郁病症，既包括老年期首次发作的抑郁障碍，也包括老年期前发病持续到老年期或老

年期复发的抑郁障碍，还包括见于老年期的各种继发性抑郁障碍。

F32 抑郁发作：

（1）抑郁发作须持续至少 2 周。（2）在病人既往生活中，不存在足以符合轻躁狂

或躁狂标准的轻躁狂或躁狂症状。（3）须除外的常见情况：此种发作不是由于精神活性

物质使用或任何器质性精神障碍所致。

F32.0 轻度抑郁发作：

A.符合 F32 抑郁发作一般标准。

B.至少具有下述三条症状中的二条：（1）抑郁心境，对个体来讲肯定异常，存在于

一天中大多数时间里，且几乎每天如此，基本不受环境影响，持续至少 2 周；（2）对平

日感兴趣的活动丧失兴趣或愉快感；（3）精力不足或过度疲劳。

C.附加下述症状，共计至少四项：（1）自信心丧失或自卑；（2）无理由的自责或过

分和不恰当的罪恶感；（3）反复出现死的想法，或任何一种自杀行为；（4）主诉或有证

据表明存在思维或注意能力降低，例如犹豫不决或踌躇；（5）精神运动性活动改变，表

现为激越或迟滞（主观感受或客观证据均可）；（6）任何性质的睡眠障碍；（7）食欲改

— 553 —

（

老年病科中医诊疗方案

变（减少或增加），伴有相应的体重变化。

F32.1 中度抑郁发作：

A.符合 F32 抑郁发作一般标准；

B.至少具有 F32.0B 中三个症状中的两条 C.F32.0C 中附加症状，共计至少六条症状。

患者年龄大于 60 岁，符合老年人诊断标准。

（二）证候诊断

1.肝郁脾虚证：精神抑郁，胸胁胀满，多疑善虑，嗳气频作，喜太息，纳呆，消瘦，

稍事活动便觉倦怠，脘痞嗳气，大便时溏时干，或咽中不适。舌苔薄白，脉弦细或弦滑。

2.肝胆湿热证：烦躁易怒，胸胁胀满，多梦，耳中轰鸣，头晕头胀，腹胀，口苦，

咽中有异物感，恶心，小便短赤。舌质红，舌苔黄腻，脉弦数或滑数。

3.气滞血瘀证：精神抑郁，性情急躁，头痛，失眠，健忘，胸胁疼痛，或身体某部

有发冷或发热感。舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

4.心脾两虚证：善思多虑不解，胸闷心悸，身疲，失眠健忘，面色萎黄，头晕，神

疲倦怠，易自汗，纳谷不化，便溏。舌质淡苔白，脉细。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.肝郁脾虚证

治法：疏肝解郁，健脾化痰。

推荐方剂：逍遥散合半夏厚朴汤加减。柴胡、当归、白芍、炙甘草、法半夏、厚朴、

茯苓、生姜、紫苏叶等。

中成药：逍遥丸（颗粒）等。

2.肝胆湿热证

治法：疏肝利胆，清热利湿。

推荐方药：龙胆泻肝汤加减。龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、当归、生地、醋柴胡、

生甘草、车前子、珍珠母、龙齿等。

中成药：龙胆泻肝丸（颗粒）等。

3.气滞血瘀证

治法：理气解郁，活血化瘀。

推荐方药：血府逐瘀汤加减。桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、

柴胡、枳壳、甘草等。

中成药：血府逐瘀丸（胶囊、口服液）等。

4.心脾两虚证

— 554 —

老年病科中医诊疗方案

治法：健脾养心，补益气血。

推荐方药：归脾汤加减。党参、茯苓、白术、黄芪、当归、远志、郁金、酸枣仁、

龙眼肉、大枣、甘草等。

中成药：归脾丸（颗粒）等。

（二）针灸治疗

1.体针

（1）肝郁脾虚证

取穴：期门、太冲、肝俞、丰隆、脾俞、百会、足三里、天突；

随证配穴：胸胁痞闷者加内关。腹胀、便溏者，加上巨虚，天枢。操作：针用补泻兼施

法，每周 3 次，每次留针 30 分钟，10 次为一疗程。

（2）肝胆湿热证

取穴：行间、侠溪、三阴交、中极。随证配穴：阴囊潮湿者加

阴陵泉，小腹灼热者加曲泉。操作：针用泻法。每周 3 次，每次留针 30 分钟，10 次为

一疗程。

（3）气滞血瘀证

取穴：血海、三阴交、合谷、四神聪、神门、膻中。随证配穴。

操作：针用泻法。每周 3 次，每次留针 30 分钟，10 次为一疗程。

（4）心脾两虚证

取穴：神门、心俞、脾俞、三阴交、足三里、中脘、章门。随

证配穴：兼胸闷不舒者，加内关、太冲。操作：针用补法，加灸心俞、脾俞、足三里，

每周 3 次，每次留针 30 分钟，10 次为一疗程。

2.电针：百会与印堂，神庭与四神聪组成两组处方，交替使用。在针刺的穴位上接

电针治疗仪，输出波型为连续波，80～100 次/分，强度以患者能耐受为宜，每次 30 分

钟。每周 3 次，三周为一个疗程。

3.耳针：根据患者具体症状，将王不留行籽压于耳穴，用胶布固定，嘱患者定时按

压，每日三次，每次三到五分钟。取穴：心、肝、脾、肾、内分泌、交感、神门等。

4.艾灸：将艾条点燃，靠近双侧足三里，以温热为度。可配合多功能艾灸治疗仪治疗。

（三）特色疗法

1.心理疗法

（1）准备阶段：由心理医生从生活、学习、工作经历、兴趣、爱好、家庭、人际

关系等方面进行全面的了解，并要求患者根据线索提供生活中较为详细的病情发展资料

和成长过程中所遇及的生活事件以及家庭其他成员患抑郁症患病情况的资料。

（2）治疗阶段：第一次治疗：对伴有疑病症的患者以中医疏导疗法进行心理疏导；

第二次治疗：如果患者在患抑郁症之前患有或同时伴有恐怖症时，先运用各种诱导法使

患者进入平静状态，以系统脱敏疗法进行脱敏治疗，使其先摆脱心理恐惧症状。第三次

疗法：在强化上述治疗的基础上，针对病因进行分析，已解除其焦虑情绪。第四次治疗：

— 555 —

老年病科中医诊疗方案

运用有道暗示治疗方法，放松诱导法或快速诱导法：使病人进入入静状态；入静状态中

采用疏导疗法，根据患者提供的病史资料和每个人不同的生长情况，发现其童年时期潜

意识的内隐学习而得的内隐知识，所形成的错误的认识观念是导致抑郁障碍被试者知

觉、编码、回忆、刻板印象错误的根源，采用系统动力学的干预方法矫正内隐认知，或

者对童年经历的恐怖事件进行脱敏和疏导，或对儿童的创伤进行认知领悟治疗，使其摆

脱原来的幼稚思想和内隐认识的影响。在进行以上各种心理治疗后，继续利用暗示诱导

和意念想象疗法，使患者产生身心放松和愉悦的感觉，每次三十分钟，然后进行生物反

馈治疗三十分钟，同时更具患者的身心情况，共同制定每天的生活学习或工作计划，每

天患者按计划执行。

（3）自我调整阶段：同时把意念想象疗法配音乐制成录音带或光盘，每天二次，

每次 30～60 分钟。

2.音乐疗法

选择有利于患者放松心情、疾病恢复的音乐，每天 2 次，每次 30～60 分钟。

3.其他疗法

根据病情需要，可配合经络导平治疗仪及脑波治疗仪进行治疗。

（四）健康指导

1.情志调摄：鼓励病人多参与社会活动和娱乐性活动如唱歌、跳舞等，培养广泛兴

趣爱好。

2.身体锻炼：鼓励患者多参加户外活动，如散步、慢跑、太极拳、保健操等。

3.饮食调节：饮食有规律、营养要均衡；可选择饮用玫瑰花茶，食用萱草菜、莲子

（心）粥等。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.疾病评价：汉密尔顿抑郁量表（17 项）及老年郁证中医症候评价表（见附件 1）。

临床控制：减分率≥75%；

显效：减分率≥50%；

有效：减分率≥25%；

无效：减分率＜25%。

2.患者自我评价及社会功能恢复情况（见附件 2）。

（二）评价方法

汉密尔顿抑郁量表（17 项）、老年郁证中医症候评价表、及患者自我评价、社会功

能恢复情况。治疗前及治疗后每 2 周评定一次。

— 556 —

老年病科中医诊疗方案

附件 1：老年郁证中医症候评价表

I 级：计 0 分；II 级：计 1 分；III 级：计 2 分；IV 级：计 3 分。

附件 2：患者自我评价及社会功能恢复情况自评表格

1.心情有所改善

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

2.胸部满闷、胁肋胀痛症状缓解

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

3.兴趣爱好恢复或增加

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

4.自愿参加集体活动

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

5.人际关系改善

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

6.睡眠好转

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

— 557 —

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | I级 | II 级 | III 级 | IV 级 |
| 善思多虑 | 无 | 偶尔出现，不影响日  常生活 | 经常出现，不影响日常  生活 | 思虑明显，影响日常生活 |
| 胸闷心悸 | 无 | 偶尔出现，不影响日  常生活 | 经常出现，不影响日常  生活 | 思虑明显，影响日常生活 |
| 失眠健忘 | 无 | 偶有失眠，感觉记忆  力不如以前 | 经常失眠，记忆力明显  减退 | 连续数日严重失眠，记忆力  严重减退 |
| 咽喉部异  物感 | 无 | 偶有饭后、情绪波动  时短暂呕恶 | 常感恶心，情绪波动时  干呕频作 | 恶心干呕频繁发作，甚至呕  吐酸水或清涎 |
| 食欲不振 | 无 | 偶有轻度食欲不振，  食量无减少 | 经常食欲不振，食量轻  度减少 | 食欲不振严重，不思饮食，  食量显著减少 |
| 神疲倦怠 | 无 | 偶有轻度神疲乏力  感觉 | 常感神疲乏力 | 神疲乏力严重，影响日常工  作生活 |
| 头晕 | 无 | 偶有轻度头晕 | 常感头晕，日常行动不  受影响 | 持续头晕，影响日常起居行  动 |
| 神智恍惚  不安 | 无 | 偶有神情恍惚感，注  意力不集中 | 神情恍惚频繁，偶影响  交流及生活 | 神情恍惚明显，显著影响日  常交流及生活 |
| 多梦易醒 | 无 | 偶感睡眠不实 | 梦多醒后疲劳感 | 睡眠质量极差，反复梦中惊  醒 |

老年病科中医诊疗方案

— 558 —

传 染 病 科

中医诊疗方案（试行）

目

录

麻疹（典型麻疹）中医诊疗方案……………………………………………561

肺痨（耐多药结核病）中医诊疗方案………………………………………565

— 559 —

老年病科中医诊疗方案

— 560 —

传染病科中医诊疗方案

麻疹（典型麻疹）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准（ZY／T001.1-94）》。

（1）初起有发热，咳嗽，喷嚏、流涕等类似感冒的表现，但发热渐高，目赤，畏

光流泪，口腔颊部近臼齿处可见"麻疹粘膜斑"。发热 3～4d 则出疹，从颜面开始，逐渐

遍及全身，皮疹出齐后，热渐退，疹渐回。邪毒深重者，可合并肺炎喘嗽、喉痹、昏厥

等危象。

（2）在流行季节，有麻疹接触史。

2.西医诊断标准

参照 2008 年卫生部发布的《中华人民共和国卫生行业标准 WS 296-2008》

（1）疑似病例

①发热：体温≥38℃。

②全身皮肤出现红色斑丘疹，由耳后开始向全身扩展，持续 3d 以上呈典型经过。

③咳嗽、流涕、喷嚏等上呼吸道卡他症状，并有畏光、流泪等症状。

（2）临床诊断病例

符合以下任何一项者：

①疑似病例与实验室确诊病例没有流行病联系者。

②疑似病例未进行流行病学调查者。

③疑似病例在完成调查前失访/死亡者。

④疑似病例无实验室诊断结果且不能明确诊断为其他疾病者。

（3）流行病学确诊病例

疑似病例无标本或标本检测结果为阴性，并同时具备在出疹前 6～21d 与麻疹患者

有接触史。

（4）确诊病例

疑似病例同时具备以下任何一项者：

①8d～6w 内未接种麻疹减毒活疫苗而在血清中查到麻疹 IgM 抗体。

②恢复期患者血清中麻疹 IgG 抗体滴度及急性期有 4 倍以上升高，或急性期抗体阴

性而恢复期抗体阳转。

— 561 —

传染病科中医诊疗方案

③从鼻咽标本或尿液中分离出麻疹病毒，或检测到麻疹病毒核酸。

（二）疾病分型

1.典型麻疹：即普通型麻疹，临床最常见，典型麻疹临床经过分为以下几期：

（1）前驱期：发热 3～4d，体温达到 39～40℃。上呼吸道卡他症状，患儿流涕、

喷嚏、咳嗽、流泪、目赤畏光等。发热 2～3d 后，口腔黏膜粗糙，上有数量不等周围可

见红晕 0.5mm～1mm 灰白色小点，称柯氏斑，是早期诊断麻疹的标志。粘膜斑 2～3d 内

消失。

（2）出疹期：多在发热 3～4d 后出现。持续发热，起伏如潮，常伴有咳嗽、腹泻、

呕吐等症状。在发热高峰期，疹随外透，自耳后、发际、前额、面、颈部开始自上而下

波及躯干和四肢足底手掌，疹间皮肤正常。皮疹初为淡红色斑丘疹，以后部分融合成暗

红色。出疹时体温达到高峰，全身症状加重。出疹持续 3～5d。

（3）恢复期：若无并发症，皮疹出齐后体温开始下降，进入恢复期。皮疹出齐后，

依出疹顺序逐渐隐退，有色素沉着及糠皮样脱屑，疹退同时体温开始下降到正常，病情

自愈。

2.非典型麻疹：除外典型麻疹的其他型麻疹。

（三）证候诊断

1.疫毒袭表证：发热畏寒，咳嗽流涕，喷嚏，流泪，目赤畏光，发热后 2～3d 可见

麻疹粘膜斑。舌质偏红，苔微黄，婴儿指纹红活，成人脉浮数。

2.毒邪炽盛证：高热，咳嗽，气促，口渴引饮，疹随热出，从耳后、发际起，渐及

面颈、胸背、四肢最后到达手足心，疹色红活，分布均匀，以后逐渐融合成片，转为暗

红，咳嗽，重则烦躁。舌质红，苔黄，脉数，小儿指纹紫。

3.麻毒壅肺证：疹出不透或疹出早回，伴高热不退，无汗，咳嗽，喘急，鼻煽气促，

痰鸣，可有口唇青紫。舌红苔黄，脉急数，指纹青紫。

二、治疗方法

（2）辨证选择口服中药汤剂、中成药

1.疫毒袭表证

治法：疏风清热，辛凉透表。

推荐方药：银翘散加减。银花、连翘、杏仁、黄芩、前胡、荆芥、蝉衣、牛蒡子、

芦根、桔梗、薄荷、甘草等。

中成药：银翘解毒片、板蓝根冲剂等。

2.毒邪炽盛证

治法：清热泻火，解毒透疹。

— 562 —

传染病科中医诊疗方案

推荐方药：清解透毒汤加减。黄芩、桑叶、连翘、牛蒡子、西河柳、葛根、升麻、

紫草、芦根、芫荽等。

中成药：大青叶片等。

3.麻毒壅肺证

治法：宣肺化痰，解毒透疹。

推荐方药： 麻杏石甘汤加减。炙麻黄、杏仁、生石膏、银花、连翘、黄芩、鱼腥

草、桑白皮、竹茹、前胡、芦根、甘草等。

中成药：清肺消炎丸、复方鲜竹沥液等。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

根据病情，辨证选用血必净注射液、热毒宁注射液、痰热清注射剂、醒脑静注射液

等。临床应用中药静脉给药时，注意适应症、滴速、用量，初用时密切观察不良反应。

（三）特色疗法

1.中药灌肠：大便不通患者可选择肛管慢滴中药煎剂 30～50ml（如大黄液）保留灌

肠。

2.结肠透析：大便不通的成年患者可选用结肠透析。

操作：（1）利用结肠透析机清洁肠道，保持肠道清洁，有利于药物吸收。（2）透析

完毕，拔出外套管，排出肠道内残留水分，将准备好中药液 200ml（根据病情辨证分析，

酌情施以中药配方，煎制为中药液）加热至 37℃～40℃（对于高热不退的患者可以降低

透析药物的温度，但一般不低于 4℃），利用结肠透析机中药保留灌肠负压原理灌注药液

2 分钟后拔出肛管，协助患者取舒适体位，床上静卧，嘱病人尽可能保留药液。

另外，麻疹初期，可选用鲜芦根 30g 或浮萍 30g、芜荽 30g 煎水代茶饮；麻疹见形

期，可用鲜柚子叶 30～60g 煎水外洗透疹。

（四）护理调摄

1.生活起居：严格呼吸道隔离，保持病室温湿度适宜、空气流通，避免直接吹风和

过强的阳光刺激，保持口腔、鼻腔、眼睛清洁。遵医嘱服用中药汤剂，宜浓煎温服，少

量、多次喂服。体温过高时勿擅自用退热药物，及中药过于苦寒之品，必须在医生指导

下服用羚羊粉等退热药物或物理降温如温水擦浴。体温不要降得过低、过快以免影响出

疹。密切观察神志、皮疹数量色泽、面色、舌脉、有无气喘及声音嘶哑等变化，注意有

无肺炎、喉炎等并发症发生，发现异常及时通知医生抢救。病情危重者建立重症护理记

录，严格控制输液速度，必要时气管插管辅助通气治疗。

2.饮食调护：多食清淡、容易消化的食物，以流质或半流质为宜，忌食油腻、辛辣

厚味食物。补足水分，可给果汁、鲜芦根水等，少量、多次喂服，进食不佳者予鼻饲，

— 563 —

传染病科中医诊疗方案

以保证入量。

3.做好麻疹健康教育及手卫生宣教。

三、疗效评价

（一）评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则》（中国医药科技出版社，2002 年）以及《中医

病证诊断疗效标准》（ZY/T001.9-94）（国家中医药管理局发布，南京大学出版社，1994

年）。

中医证候疗效标准

痊愈：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥95%或消失；

显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%；

有效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少≥30%；

无效：中医临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少＜30%。

（二）评价方法

1.治疗前后对比评价，采用尼莫地平法，即：

积分减少（%） =

治疗前积分－治疗后积分

治疗前积分

×100%

总有效（%）

=

（临床痊愈+显效+有效）例数

× 100%

总例数

2.临床症状、体征分级标准

— 564 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻疹中医临床症状体征量化分级标准 | | | |
| 症状/体征 | 轻度（2 分） | 中度（3 分） | 重度（4 分） |
| 发热 | 37.5～38℃ | 38～39℃ | ＞39℃ |
| 皮疹 | 散在稀疏 | 介于两者间 | 密集，成片 |
| 疹色 | 淡红 | 鲜红 | 紫红 |
| 出疹顺序 | 自头至颈、胸、躯干、  四肢出疹 | — | 不按自头至颈、胸、  躯干、四肢出疹 |
| 咳嗽 | 偶有 | 时有 | 频繁发作，影响睡眠 |
| 便秘 | 大便偏干，1 次/日 | 大便秘结，1 次/2 日 | 大便艰难，数日一行 |
| 腹泻 | 大便不成形，  3～4 次/日 | 大便溏泄，  5～10 次/日 | 大便如水样，  ＞10 次/日 |
| 畏光流泪 | 微有畏光流泪 | 时有畏光流泪 | 频繁畏光流泪 |

传染病科中医诊疗方案

肺痨（耐多药结核病）中医诊疗方案

一、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断标准

参照高等医药院校《中医内科学》第 7 版（陈湘君主编，上海科学技术出版社，2004

年）。

因“痨虫”感染，具有传染性的慢性虚弱疾患。主要以咳嗽、咳血、潮热、盗汗及

身体逐渐消瘦为主要特征，病症反复缠绵不愈。

2.西医诊断标准

参照《耐药结核病化学治疗指南》（中国防痨协会 2009 年）。

（1）符合结核病的诊断标准。

（2）至少 1 次痰涂片找抗酸杆菌（＋）或痰培养结核分枝杆菌（＋）。

（3）胸部 X 线片有肺结核特征病灶。

（4）痰分支杆菌培养药敏提示细菌耐药，且至少对异烟肼和利福平同时耐药。

（5）按 WHO 复治化疗方案治疗，并在全程督导下进行而失败，痰菌阴而复阳或疗

程 5、6 月时仍痰菌阳性；伴临床症状及 X 线病灶的恶化。

（二）证候诊断

1.肺阴亏损证：干咳，咳声短促，或咯少量粘痰，或痰中带血丝，血色鲜红，午后

手足心热，皮肤干灼，口干咽燥，或有轻微盗汗。舌边尖红，苔薄，脉细或细数。

2.阴虚火旺证：呛咳气急，痰少质粘，或吐稠黄痰，量多，时时咯血，血色鲜红，

午后潮热，骨蒸，五心烦热，颧红，盗汗，口渴，心烦，失眠，或胸胁掣痛，男子可见

遗精，女子月经不调，形体日渐消瘦。舌红而干，苔薄黄或剥，脉细数。

3.气阴耗伤证：咳嗽无力，气短声低，咯痰清稀色白，痰中带血，或咯血，午后潮

热，伴有畏风、怕冷，自汗或盗汗，纳少神疲，面色恍白，颧红。舌质光淡、边有齿印，

苔薄，脉细弱而数。

4.阴阳两虚证：咳逆喘息少气，咯痰色白，或夹血丝，血色暗淡，潮热，声嘶或失

音，面浮肢肿，心慌，唇紫，肢冷，形寒，或见五更泄泻，口舌生糜，大肉尽脱，男子

滑精、阳痿，女子经少、经闭。舌质光质红，少津，脉微细而数，或虚大无力。

二、治疗方法

（一）辨证选择口服中药汤剂、中成药

— 565 —

传染病科中医诊疗方案

1.肺阴亏损证

治法：滋阴润肺。

推荐方药：沙参麦冬汤加减。沙参、麦冬、生地黄、玉竹、百部、川贝、茯苓、炒

白术、山药等。

中成药：金水宝胶囊等。

2.阴虚火旺证

治法：滋阴降火。

推荐方药：百合固金汤加减。百合、生地黄、麦冬、北沙参、黄芩、百部、白及、

浙贝、当归、白芍、鳖甲、知母、丹皮等。

中成药：知柏地黄丸等。

3.气阴耗伤证

治法：益气养阴。

推荐方药：

（1）益肺合剂加减。黄芪、北沙参、麦冬、桑叶、百部、黄精、百合、生晒参、

黄芩、丹参、野荞麦、阿胶等。

（2）益肺通络方加减。黄精、白及、太子参、百部、矮地茶、款冬花、紫花地、

大蓟、天门冬、鳖甲、丝瓜络。

中成药：参麦注射液、芪甲利肺胶囊、肺泰胶囊等。

4、阴阳两虚证

治法：滋阴补阳。

推荐方药：补肺固本方加减。黄芪、山药、茯苓、丹参、百部、陈皮、紫菀、白芍、

当归、枸杞子、龟板、杜仲、菟丝子、仙灵脾、五味子等。

中成药：无比山药丸、肾气丸等。

随症加减：

咯血加阿胶、仙鹤草、白及、藕节炭、白茅根；

痰多加款冬花、桔梗、苏子、陈皮、半夏；

骨蒸盗汗加煅牡蛎、乌梅、浮小麦、麻黄根；

便溏、腹胀、食少去熟地，加白扁豆、茯苓、薏苡仁、莲子肉；

失眠多梦，加酸枣仁、远志、茯神、夜交藤；

呛咳气急，痰少质粘，或吐稠黄痰，量多，时时咯血鲜红，去白术、陈皮，加黄芩、

桑白皮、鱼腥草。

（二）辨证选用静脉滴注中药注射液

— 566 —

传染病科中医诊疗方案

根据病情需要，可辨证选用静脉注射剂，如参麦注射液、参附注射液等。

（三）穴位注射、穴位敷贴

主要适应症：肺结核久治不愈，出现肺脾肾阳气亏虚证。或肺结核伴有长期慢性咳

嗽、咳痰、喘息等症状。

实施方法：中药喘可治注射液，注射双侧足三里。同时配用穴位敷贴，方由附子、

巴戟天、补骨脂、麻黄、吴茱萸、肉桂、仙灵脾等组成。将敷贴方用姜汁调制成稠糊状

做成药饼，然后用 7～10cm 麝香止痛膏固定于天突和大椎穴，一般 4～6 小时至局部皮

肤发红甚则发泡，如有皮肤溃破者局部涂以龙胆紫。疗程：时间在 7 月～9 月之间，每

周 1～次，连续 3 个月。

五倍子粉敷脐部神阙穴位，主要适应症：盗汗、自汗。

（四）针灸治疗

主要适应症：肺结核合并急慢性咳喘病症

根据体质辨证选穴。肺俞、风池以疏风散寒，曲尺、大椎以疏风清热。中脘、奉隆

以化痰，足三里、脾俞、肾俞、气海、关元以补肾。

（五）其他疗法

冬令膏方：每年立冬开始，至次年立春结束，辨证选用不同的补益方药制成膏剂每

日服用。

（六）内科基础治疗

根据以往用药史及痰分支杆菌培养药敏试验结果分类选择治疗方法。参照 《耐药

结核病化学治疗指南》（中国防痨协会，2009 年）。

1.治疗方法中至少选择 5 种或以上有效药物组成方案，以二线注射剂和氟喹诺酮类

药物各一种为核心，配 2-3 种口服二线药和尚敏感的一线药组成方案。

2.治疗方法中需包括 1 种敏感的注射剂，至少连用 6 个月。

3.治疗方法总疗程为 24 个月或以上，包括注射期 6 个月，非注射期 18 个月。全程

采用每日用药法，实施全程督导管理（DOT）。

4.推荐治疗方法：6AM（KM，CM）.Ofx（Lfx）.P.（CS）.Z.Pto（E）/18Ofx（Lfx）.P.

（Cs）Z.Pto（E）。

（七）护理调摄

1.生活起居：起居有节，如避风寒、勿过劳、禁烟酒、少房事、息恼怒。做好病房

或家庭消毒隔离。设置耐多药肺痨患者专用病房，肺痨患者最好独居一室，室内应经常

通风，有条件者可每日紫外线照射消毒，每次 1 小时，要求患者戴口罩；给每位患者分

发加盖痰杯一只，内套一次性薄膜袋，内装 500 毫克/升氯消毒剂，要求患者吐痰入杯，

— 567 —

传染病科中医诊疗方案

每天更换痰袋并统一焚烧。忌随地吐痰。病人不宜与儿童接触，尽量不到公共场所去，

咳嗽和喷嚏时，用手帕捂住口鼻。被褥经常放在太阳下曝晒。餐具煮沸消毒 10～15 分

钟。合并咯血时，床边备吸引器，患者应侧卧位，防止窒息发生。大咳血时立即使病人

采取头低足高侧卧位，嘱患者轻轻将血液咳出，不可屏气或将血液咽下，防止窒息。

2.饮食调护：以营养丰富、易消化为原则，多吃高蛋白、高热量和高维生素的食物，

如肉、蛋、奶、豆制品、新鲜蔬菜、水果等。可多食补益肺阴及健脾之品，如山药、百

合、莲子、银耳、芝麻等，注意补充含钙食物。少吃海鲜等寒性食物，忌食辣椒、桂圆、

荔枝、羊肉、狗肉等辛辣、温燥动火之品。

3.情志调摄：保持心情舒畅。合并咯血时，消除患者恐惧心理。

三、疗效评价

（一）评价标准

1.中医症候疗效评价：参照《中医四诊资料分级量化表》进行疗效评价。

基本痊愈：咳嗽、咳痰、咯血、潮热、盗汗、自汗、纳呆、乏力等临床症状、体征

消失或基本消失，证侯积分减少≥95%；

显效：咳嗽、咳痰、咯血、潮热、盗汗、自汗、纳呆、乏力等临床症状、体征明显

改善，证侯积分减少≥70%；

有效：咳嗽、咳痰、咯血、潮热、盗汗、自汗、纳呆、乏力等临床症状、体征均有

好转，证侯积分减少≥30%；

无效：咳嗽、咳痰、咯血、潮热、盗汗、自汗、纳呆、乏力等临床症状、体征无明

显改善，甚或加重，证侯积分减少＜30%。

2.根据中华医学会《临床诊疗指南—结核病分册》，参照 WHO 最新标准进行判定。

（1）痰细菌学判定标准

治愈：最后12个月至少5次连续痰培养阴性；如果出现3次痰检2次阴性1次阳性，此

次阳性后至少3次阴性，每2次痰培养时间间隔至少30天以上；

失败：最后12个月5次痰培养检查中2次以上阳性

（2）X 线改变情况

显著吸收：肺部病灶吸收≥原病灶 50%；

吸收：肺部病灶吸收＜原病灶 50%；

无吸收：肺部病灶无明显变化或有增多。

（二）评价方法

1.中医症状体征治疗前后的变化情况采用《中医四诊资料分级量化表》，采用尼莫

地平法。

— 568 —

传染病科中医诊疗方案

积分减少（%）=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%。

总有效率=（临床痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

2.根据痰涂片找抗酸杆菌检查及痰分支杆菌培养结果进行评价。

3.根据患者 X 线胸片检查进行评价。

— 569 —