



以現代醫學角度重新定位中醫中風病之 辨證論治

鍾世芳

世芳中醫診所

指導教授：馬曉燕、李政育、朱大同

摘要

本文在繼承傳統中醫理論認識的基礎上，根據現代醫學對腦血管疾病病理生理的研究，結合現代中醫人對中風病的新理論，旨在穿越歷史時空對中風病的病因病機的病機、辨證治療加以系統化的整理、歸納、分析、省思，並闡述本人對中醫中風病的觀點，使中醫中風病能因現代醫學的進步，在臨床實質治療與研究方向能更清晰明瞭。

中風的病機認識經歷了漫長的歷史演變過程，從唐宋前的“外風”論，至唐宋後的“內風”論，以及現代中醫人提出的“外風致中”、“毒損腦絡”、“中風熱毒”、“瘀熱阻竅”、“氣機失調”、“邪實正虛”、“腑實痰熱”、“瘀血生風”、“痰瘀互阻”、“顱腦水瘀”等學說新論，使中風病機的認識更加豐富、成熟、完備。

本文中風病機將參考“出血性腦中風”和“缺血性腦中風”之病理基礎，其病機歸納為“虛、風、火、痰、氣、瘀、毒”七端，其病理基礎是肝腎虧虛。一則肝陽化風，血隨氣逆上菀於腦，致腦絡破損；另則氣陰虧虛，血行不暢，日久成瘀化毒，瘀阻腦脈，毒損腦絡，血溢脈外發為出血性腦中風；或腦絡拘攣瘀閉，氣血滲灌失常，致腦神失養發為缺血性腦中風。病理性質為本虛標實。

近代醫家對“出血性腦中風”的治療有以辨陰陽為綱，針對中風不同時期的病機特點，採用祛風、通腑、化痰、解毒、補虛等不同治法。本文遵循陰陽辨證法則，認為陽證乃風火痰瘀熱毒阻腦閉竅；陰證總屬風痰瘀毒膠結閉阻腦絡，臨床強調辨證施治，多種治法綜合運用，療效確切。並提出化痰滌痰為常用之法，通腑法應用宜早。中風病陰陽為綱辨治，符合臨床實際，臨證執簡駁繁，對中風辨證現代化、客觀化、標準化以及中風病證的實質研究具有重複應用的價值。

關鍵字：中風；病因病機；辨證論治；腦血管疾病



概述

東漢末張仲景（西元150~219年）確立“中風”之病名，中風病是以猝然昏厥暴仆、不省人事，或突然口眼喎斜、語言謇澀、半身不遂、肢體偏癱，或無昏仆僅有喎斜不遂為主的一種疾病。^[1]

由於本病，起病急劇、症見多端、變化急速，與自然界的風突起於傾刻之間，驟變於瞬息之中，來勢兇猛的特性相似，而類比名為中風。^[1]

中風病是一危重疾病，甚至危及生命，急性期過後又多遺留後遺症，為中醫四大難證之一。中風病的形成或因內傷積損，正氣不足，或飲食不節，或情志失調，或勞欲過度而猝然暴發。

1. 病名新論

“中風”是傳統中醫病名，1985年中華全國中醫學會制定《中風病中醫診斷、療效評定標準》將病名統一為“中風病”，又名“卒中”，病類診斷按有無神識昏蒙分為中經絡、中臟腑兩類。

1997年10月1日中華人民共和國國家標準《中醫臨床診療術語·疾病部分》實施，將中風明確區分為出血中風和缺血中風兩大類，至此中風病名的診斷有了國際標準。

隨著醫學的發展，傳統中醫引用了現代醫學的特殊檢查，將中風分成“出血性腦中風”和“缺血性腦中風”兩種，該命名吸取了古今病名的長處，一則體現中醫中風發病特性、病機特點；二則體現西醫腦血管病的病理本質；更進一步準確地反映了本病的部位在腦，是中醫病名的進一步發展，徹底突破了傳統中經絡、中臟腑的模糊理論，只有如此，中醫學才能與時俱進。

1.1. 中風病之病位

1.1.1. 以現代醫學的角度探討中風病的病位

在臨床醫療採用電腦斷層（CT）、核磁共振（MRI）檢查中風病，已確定損傷的部位是在腦部，並不在肢體經絡；即使症狀輕微，其病徵都可以明確發現在腦髓，系屬中樞神經系統疾病，非周邊神經系統病變。並且無法完全以病灶的大小、病位之深淺、血管損傷之大小，決定病情之輕重。如橋腦、腦幹出血，即使出血量少，都會造成極嚴重的神經症狀，出血稍多就會造成嚴重昏迷、死亡（因其周圍都是重要的腦細胞及腦神經路徑）；淺位如大腦殼出血、皮質下出血都會造成意識障礙、死亡^[2]；橋腦微血管出血^[3]、小腦微血管急性出血會致使意識昏迷死亡^[2]。重點是以病灶位置決定其預候。腦是全身精神意識思維活動的總樞紐，能協調全身各部功能活動，所以必先有腦病變，而後影響組織器官病變；腦



梗塞或出血後，病灶相鄰部位，甚或全顱內腦缺氧、缺血、發炎引發代謝紊亂酸中毒、血管痙攣、血腦屏障被破壞。中樞神經系統一旦失調，自主神經功能必然紊亂，免疫與抑制免疫功能失調，神經反射與新陳代謝紊亂，胃腸蠕動受抑制…等全身功能障礙，都因腦神經功能損傷後，不能主導臟腑器官所致^[4]，基以上述這些因素，“中風病”的病位與病理機轉都在腦髓。

1.1.2 返回思考中醫古文獻的中風病病位

《素問·調經論》：“血之與氣，並走於上，則為大厥。”《素問·奇病論篇》：“髓者以腦為主”已明確認識頭部之疾患與生理；明·李時珍《本草綱目》：“腦為元神之腑”，“元神”即人的真神、主神，元神主宰人的一切活動，為腦中風奠定了堅實的理論基礎；明末·喻嘉言《寓意草·沙寶小兒法治驗》：“頭為一身之元首，穹然居上，乃主臟而不奉臟者也。”《修真十書》：“夫腦者，一身之宗，百神之會…，故曰泥丸”。泥丸者，百節皆有神。《東醫寶鑑》：“神為一身之主”，“神者，一身之元神”。晚清時期·王清任《醫林改錯》“腦髓說”言“靈機記性，不在心而在腦部”…“兩耳通腦，所聽之聲歸於腦，…，兩目系如線，長於腦，所見之物歸於腦，…鼻通於腦，所聞香臭歸於腦”，肯定了七竅、五官為腦所主宰，神使之然也；其所列舉中風先兆症狀分析，多屬腦之病變；張伯龍、張山雷等的“血沖腦之說”；張錫純“腦沖血”與“腦貧血”說，足以充分說明中風病位在腦。現代醫家在腦部電腦斷層（CT）、核磁共振（MRI）等影像醫學的協助下，更加準確認識了中風病位，從而確立了中風的實質病位在腦。

綜觀上述而言，傳統中醫認為頭為精明之府，腦藏於頭顱之中，為髓之彙集處，其氣與腎相通，為神機之源，為諸神之會…。腦髓為臟象組成之一部分，為奇恆、元神之府，在生理上以督脈、經絡、脊髓為傳導、反射之路。腦神之氣與五臟之神氣，六腑、皮、肌、筋、脈、五官之神氣相互連接對應，進而產生了各種生理活動，以協調陰陽氣血。陰陽平衡，氣得血以濡之，血得氣以熙之，方能完成生化之功，適應自然對人體的影響，進而達成內外環境的統一，充分發揮人類的智慧、潛能。中樞神經系統失調，就無法主導臟腑經絡^[5]，基以上述這些種種因素。所有“中風病”都應屬“中臟腑”病証，即使症狀輕微，都需要高度重視、綿密觀察。因中風病情隨時會有變化，轉化速度極快，須動態的觀察與治療。

2. 中風病之病因病機

中醫學者對於中風病的病機認識因時代背景的不同而有不盡相同的見解，隨著對腦病理生理的認識與不斷深化和中醫長期臨床實踐的積累而逐步發展，經



歷了漫長的歷史演進變化，中醫學者對於中風病的病機認識有不同的見解。唐宋以前多以“內虛邪中”之“外風”立論。《黃帝內經》（約西元前六、七世紀）總結先秦諸醫家之說，對中風的病因強調“內虛邪中”內外合邪，在中風病的病位、症狀、病機及其預候均有詳實的記載與論述。唐宋之後，有些醫家對“內虛邪中”說提出異議，而有主火、主氣、主痰、主虛之論述，尤其是金元時期以“內風”立論引人矚目。直至清代眾醫家繼承前人的理論基礎，又歷經各大醫家的發揮，有將“內風”和“外風”兩綱，相合闡述；晚清時期隨著葉天士“肝陽化風”論、王清任“氣虛血瘀”論，以及張伯龍、張山雷等宣導的“血沖腦之說”，促使“內風論”又逐步佔據主導地位；現代諸多學者在繼承傳統中風病機理論基礎上，融合現代醫理進一步深入研究後，又參合各自臨床體驗與研究，進而提出了各種不同的、豐富多采的中風病機新說，演化至今對於中風病病機的認識已幾近完備。

目前臨床醫家對中風病因病機論述很多，簡約的歸納起來有虛、風、火、痰、氣、血、毒七種因素。從臨床表現上看，以上病理現象確實都能見到，其中確實存在有因果關係，逐步遞進轉化，層次複雜，使得中風病在不同病機發展階段，形成諸多不同的病理變化，因此近代醫家又創造出許多不同的病機學說。如：“外風致中”學說^[6]、“毒損腦絡”學說^[7]、“中風熱毒”學說^[8]、“瘀熱阻竅”學說^[9]、“氣機失調”學說^[10]、“邪實正虛”學說^[11]、“腑實痰熱”學說^[12]、“瘀血生風”^[13]、“痰瘀互阻”學說^[14]、“顱腦水瘀”學說^[15]等。

由於中風病是多種致病因素長期作用於人體而猝發的急症，其病因病機蘊藏著複雜而多變的特性，臨床上僅以一種病因病機論實難以掌握中風病的整體變化。因中風病之病因病機複雜而多變，故如何化簡中風病因病機的特性，促使在臨床診斷與治療更具實用性與重複性，應是今後中風病研究發展的重要方向。

中風病病機的認識和發展經歷了漫長的歷史演變過程（西元前六、七世紀至今），發展出各種不同的、豐富多樣的的中風病機理論。實質上，中風發病過程存在著複雜而多變的特性，病情危急、病勢兇險，變化多端，臨床上僅以一種理論無法充分應用在中風病的整體變化。雖然中風病機的論述諸多，但歸納起來不外乎“虛、風、火、痰、氣、瘀、毒”七種因素，從臨床表現上看，上述病理現象均能見到，其中確實存在有因果、交互、逐步遞進轉化的複雜關係，使得中風病在不同發展階段，形成諸多不同的病理變化。然而仔細思考這些病理因素是如何產生的，發現不論是毒損腦絡、中風熱毒、瘀熱阻竅，還是氣機失調、邪實正虛；不論是腑實痰熱還是瘀血生風；不論是出血性還是缺血性，其產生的病理基礎是肝腎虧虛。腎藏精，肝藏血，肝腎同源，精血互化，當諸多原因導致肝腎精氣陰血衰竭，複因勞逸失度、情志不遂、飲酒飽食或外邪等誘發，一則陰精不能



化血，陰血不足，肝陽上亢，化火生風，風陽痰火熾盛，血隨氣逆上菀於腦，致腦絡破損，血溢脈外；或氣陰虧虛，氣虛血行不暢，陰虛脈絡澀滯，日久成瘀化毒，瘀阻腦脈，毒損腦絡，絡脈破損，血溢脈外發為出血性腦中風；另則，腦絡拘攣瘀閉，氣血滲灌失常，致腦神失養，神機失守發為缺血性腦中風。

3. 中風病的辨證探討

腦中風疾病的辨症，過去習慣都以“中經絡”、“中臟腑”來作辨證和治療的依據。所謂“中經絡”，是指手足麻木、口角歪斜、語言不利、甚至半身不遂，但神智清楚，無昏仆。所謂“中臟腑”，是症見猝然昏仆，不省人事，半身不遂，口歪舌謇。這樣的辨證分類法源自於東漢·張仲景《金匱要略·中風歷節病脈證并治》“邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經；即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於臟，舌即難言，口吐涎。”後來金元醫家把在經在絡合併，稱為中血脈、中臟和中腑。近代醫家則是把中臟中腑合併起來，經、絡、臟腑的劃分，在傳承上具有臨床意義，可以簡易分類，以確立中風病之淺深輕重。

但中風病在臨證時病象複雜、病情變化多端、變化迅速，在急性期中經絡、與中臟腑可相互兼雜或轉化；閉證、脫證也可相互間雜或轉化；有的病患初發病時中經絡1·2小時後即病情惡化進入危象或有不進不退、盤旋停滯或有初病中臟腑由深出淺，向中經絡轉化。所以在實際臨床中也不容易清楚明白的細分病屬中臟腑或中經絡。

3.1. 辨證分型探討

關於中風病的辨證，《金匱要略·中風歷節病脈證治》篇根據臟腑經絡辨證，首先提出中經、中絡、中臟、中腑四大類。

由於中風病證候複雜，病勢危急，變化多端，中經絡、中臟腑、閉證、脫證往往相互間雜或轉化，所以在實際臨床中也不容易清楚明白的細分病屬中臟腑或中經絡。同時證候診斷受到病種、病程、醫者水平、學術流派等諸多因素的影響，以及證候診斷缺乏先進的規範化、量化診斷標準，所以在辨證分型上卻各持己見。目前，臨床上對中風病的辨證存在有以下情形：一是按傳統的方法進行辨證，即從四診八綱、臟腑陰陽、氣血津液分析病機的實質，確立證型；或是分為風火上擾清竅、痰濕蒙塞心神、痰熱內閉心竅、元氣敗脫心神散亂；或分為風痰火亢、風火上擾、痰熱腑實、風痰瘀阻、痰濕蒙神、氣虛血瘀、陰虛風動七個基本證類等。然而上述方法在臨床應用中，尚有不完善。

近代醫家提出對“中風病”的辨證治療新法中有“陰陽為綱辨證”法^[16]、“祛風”法^[17]、“通腑”法^[18]、“活血化瘀”法^[19]、“解毒”法^[20]、“補虛扶正”法^[21]、“活血利水”法^[22]等治法，使中風病的治療更豐富而多元



化。

從古至今的臨床實踐中，諸醫家根據所接觸病情的不同變化，結合自身的臨床經驗發揮而形成不同的辨證，仍無統一簡化的辨證分類標準和有效的綜合救治方法，以致臨床上難以掌握實際病情的轉化，施給病患最肯定有效的治療。

上述“陰陽為綱辨證”法，是針對中風不同時期的病機特點，施用祛風、通腑、化瘀、解毒、補虛等不同治法。

4. 中風病陰陽為綱辨治淵流與發展

陰陽為綱辨病源於《內經》，陰陽失調是一切疾病發生、進展、轉化的根本，所以陰陽失調是病機的總綱。在辨證上，《素問·陰陽應象大論》：“善診者，察色按脈，先別陰陽”。論治法，《素問·至真要大論》：“謹察陰陽所在而調之，以平為期”。《內經》，陰陽為綱的辨病觀點，貫穿中醫學各個領域中，為中風病陰陽為綱辨治奠定了基礎。東漢·張仲景《金匱要略·中風歷節病脈證並治》“邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經；即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於臟，舌即難言，口吐涎。”並有“寸口脈浮而緊”和“寸口脈遲而緩”之分，為中風病陰陽為綱辨治的明確源頭；唐·孫思邈的中風病要分冷熱，已具陰陽為綱雛形；明·王肯堂提倡中風要分陰陽辨治。明·趙獻可《醫貫·中風論》認為中風分陰陽的病理基礎是陰虛和陽虛。有陰虛陽暴絕者，須以參附大劑峻補其陽，繼以地黃丸、十補丸之類，填實真陰；有腎水虛衰心火暴甚，五志過急者，須以河間地黃飲子峻補其陰，繼以人參、麥冬、五味之類滋其化源，言：“此根陽根陰之至論也”。明·楊繼州在《針灸大成》中提綱挈領地將中風分成陰證、陽證兩大類。明·董宿《文堂集驗方·中風》提出了“陰中”與“陽中”的證候，陽中者面赤，牙關緊閉，目上視，身強直，手拳掉眩。陰中者面青白。二者均以陰陽辨證，描述了陰證、陽證的主要表現。

4.1. 陰陽為綱辨證法

中風病的發生是在氣血陰陽虧虛的基礎上，風火痰瘀等多種因素共同作用於人體，導致臟腑功能失調，氣血逆亂於腦而產生的。臨床觀察從中風病發生年齡和體質上看，其本為氣虛、陰虛、氣陰兩虛、陰陽虧虛，多屬“衰陰衰陽”之體。中風病的發展過程中，病人體質差異居主導地位。“病人之陰陽，因人而變”，“邪氣之陰陽因人而化”，個人體質對中風病發病的影響，在臨床表現證型和發展轉變過程均具有內在制約性，故體質是證候產生的重要因素。石壽棠《醫原》：“六氣傷人，因人而化，陰虛體質最易化燥，燥固為燥，即濕亦化為燥；陽虛體質最易化濕，濕固為濕，即燥亦必挾濕”。

中風病的類化或從化是一般規律：素體陰虛陽盛者，機能相對亢奮，病邪作



用機體多從熱化，表現為陽類證；素體陽虛陰盛者，機體機能相對減弱，病邪作用機體多從寒化，表現為陰類證。近代學者任應秋認為^[23]“陰虛與陽虛實為中風辨證的兩大關鍵”。值得注意的是，中國“十五”攻關專案《中風病急性期綜合治療方案研究》^[16]提出：“出血中風急性期辨證分陰類證、陽類證兩大類”，其辨證標準為：（1）陽類證：大多為陽盛之體，兼有眩暈頭痛，口苦咽乾，面赤身熱，或氣粗口臭，煩燥失眠，尿赤便秘，甚則躁擾不寧，舌質紅或紅絳，舌苔薄黃或黃膩，脈弦數或滑數。治法：清熱、平肝、化瘀、滌痰、通腑、醒（腦）神。（2）陰類證：大多陰盛之體，兼有頭暈目眩，面白唇暗，靜臥不煩，痰濁壅盛，舌質暗或淡，舌苔薄白或白膩，脈弦細或滑。治法：溫陽、益氣、化瘀、滌痰、通腑、醒（腦）神。

我們臨床觀察發現，中風素體陽盛者，多發為陽類證，其病機：本虛為肝腎不足（陰虛），標實為風、火（熱）、痰、瘀、毒（包括腑實），乃風火痰瘀熱毒交阻腦髓、閉阻神竅；素體陰盛者，多發為陰類證，其病機：本虛為氣／陽不足，標實為風、痰（濕）、瘀、毒，總屬風痰（濕）瘀毒膠結，閉阻腦絡清竅。而中經絡、中臟腑是病邪不同程度的表現。中風病分陰證陽證為綱辨治，理論依據充分，符合臨床實際，臨證可執簡駁繁，對中風辨證現代化、客觀化、標準化、藥證對應、中風病證的實質研究等均有重複應用的價質。

4.2. 治療方法探討

雖然現代諸多學者提出了各種不同的中風病機新論。但是，納起來不外乎“虛、風、火、痰、氣、瘀、毒”七端，它們間互為因果、交互、逐步遞進轉化，使得中風病在不同發展階段，形成諸多不同的病理變化，如風火相煽、痰火熾盛、毒損腦絡、瘀熱阻竅、腑實痰熱、瘀血生風、氣血失調、邪實正虛等。所以中風的病理是一個多環節、多因素、多途徑損傷的級聯反應，在中風病的治療中，僅靠一法、一方難以奏效，因此，必須針對不同的病理階段、不同的病機特點，在急則治其標，緩則治其本，或標本兼治的治療原則下，內治與外治結合，口服、灌腸、針灸及靜脈用藥結合，從多環節、多層次、多途徑施治達到治療目的。

在臨床體會中整個發病過程中痰瘀多貫穿於發病始終，化瘀滌痰是基本治法。腑氣不通是急性期的重要證候，通腑法應用宜早。而出血性腦中風和缺血性腦中風在臨床治療的不同是出血性腦中風急性期多屬陽類證；缺血性腦中風急性期多屬陰類證，中風病分陰證陽證為綱辨治，操作簡易，符合臨床實際。

- （1）陽類證：大多為陽盛之體，症狀：眩暈頭痛，口苦咽乾，面赤身熱，氣粗口臭，煩燥失眠，尿赤便秘，甚則躁擾不寧，舌質紅或紅絳，舌苔薄黃或黃膩，脈弦數或滑數。



治法：清熱、平肝、化瘀、滌痰、通腑、醒（腦）神。

方劑：安宮牛黃丸、黃連解毒湯、大柴胡湯、加味大承氣湯、加味增液承氣湯、加味三黃瀉心湯、至寶丹、羚羊角湯、侯氏黑散、風引湯、加味乳沒四物湯。

藥物：菊花、夏枯草、石決明、柴胡、黃芩、黃連、大黃、芒硝、蕃瀉葉、梔子、黃柏、蒲公英、丹皮、薄荷、竹瀝、天竺黃、石菖蒲、僵蠶、羚羊角粉（另沖）、龜甲、白芍、蟬衣、瓜蒌、萊菔子、制半夏、膽南星、陳皮、厚樸、枳實、茯苓、葶藶子、赤芍、紅花、桃仁、當歸尾、川芎、丹參。

(2) 陰類證：大多陰盛之體，症狀：頭暈目眩，面白唇暗，靜臥不煩，痰濁壅盛，舌質暗或淡，舌苔薄白或白膩，脈弦細或滑。

治法：溫陽、益氣、化瘀、滌痰、通腑、醒（腦）神。

方劑：參附湯、麻黃附子細辛湯、補陽還五湯、十全大補湯、滌痰湯、蘇合香丸、黃芪五物湯、《婦人良方》生脈散、大定風珠。

藥物：人參、制附子、幹薑、肉桂、石菖蒲、龜甲、黃芪、黨參、當歸、萊菔子、制半夏、膽南星、陳皮、厚樸、葶藶子、茯苓、巴戟天、肉蓯蓉、赤芍、紅花、桃仁、當歸、當歸尾、大黃、芒硝、蕃瀉葉。

臨床觀察發現，中風病患也不全然陰類證或陽類證，或許兩者兼夾，主次不同，臨床須詳辨陰陽主次，抓住主要矛盾，辨證選方用藥，依然可以迅速藥證應對掌控病情。

結論

1. 中風病是中醫學對“急性腦血管疾病”的統稱，過去習慣以“中經絡”、“中臟腑”來作辨證和治療依據。應用現代醫療儀器電腦斷層（CT）、核磁共振（MRI）檢查中風病，已確診損傷的部位在腦部，並不在肢體經絡；即使症狀輕微，其病徵都確立在腦部，系屬中樞神經系統疾病，非周邊神經系統病變，所以以病位探討所有“中風病”都應屬“中臟腑”之腦髓病變。
2. 現代醫學已十分清晰明白中風病之病位與病理，突破了傳統中醫的認識，所以應更新中經絡、中臟腑之模糊思維，促使中醫藥之臨床醫療與實驗研究更符合國際水平，使中醫中風病的實證醫療與研究更透明化，得以明確而清楚的推展。
3. 中風病分陰證陽證為綱辨治，臨證可執簡駁繁，對中風辨證現代化及標準化、



藥證對應、臨床的可重複性、病證的研究有實用價值。

參考文獻

- [1] 張伯與主編，中醫內科學，知音出版社，1989年10月。452，458。
- [2] 施純仁主編，腦、神經外科學，臺灣商務印書館發行，1994，10月，336。
- [3] 曾欽元、曾歧元等編譯，Robbins病理學疾病的基礎，合記圖書出版社2005年1月發行。1313。
- [4] 鄭淑鎂，大柴胡湯證與急性高顱內壓之證象比較研究，2007，41-42。
- [5] 南征，國醫大師 任繼學 臨床經驗實錄，2011，165-169。
- [6] 王康鋒，張洪斌，中風病外風說探討[J]，山東中醫藥大學學報，2005，29(2)：102-104。
- [7] 李澎濤，王永炎，黃啓福，“毒損腦絡”病機假說的形成及其理論與實踐意義[J]，北京中醫藥大學學報，2001，24(1)：1-6。
- [8] 魏江磊，中風熱毒論[J]，北京中醫藥大學學報，2003，26(1)：7。
- [9] 周仲瑛，出血性中風（瘀熱阻竅證）證治的研究[J]，中醫藥學刊，2002，20(6)：709-711。
- [10] 丁元慶，盧尚齡，調氣爲主治療急性中風經驗[J]，山東中醫藥大學學報，2000，24(1)：43-44。
- [11] 陶根魚，杜曉泉，益氣活血法在缺血性中風病中的地位[J]，陝西中醫學院學報，1998，21(3)：1。
- [12] 王永炎主編，中醫內科學，上海：上海科學技術出版社，1996·124-131。
- [13] 劉昭純，馬月香，關於建立“瘀血生風”概念的思考[J]，山東中醫雜誌，2001，20(1):5。
- [14] 南景禎，論“痰阻血瘀”在中風發病與治療中的地位[J]，中醫藥學報，1982，13(2)：16。
- [15] 李軍，張學文教授，論顱腦水瘀證治[J]，中國中醫急症，1993，2(5)：209。
- [16] 鄭國慶，黃培新，中風病辨治陰陽爲綱源流[J]，中華醫史雜誌，2003，33(4):227-230。
- [17] 張苗海，中風外風說的沿革與疏風類方藥在中風治療中的應用[J]，中國中醫基礎醫學雜誌，1998，4(2)：15。
- [18] 樓永和，通腑瀉熱法在治療出血性腦卒中的應用[J]，天津中醫，1994，11(4)：18-19。
- [19] 戴高中，關於活血化瘀治療腦出血急性期有關問題的思考[J]，江蘇中醫，2001，22(7)：3-5。



- [20] 原金隆，解毒法治療腦中風急性期機理探討[J]，中國中醫急症2000，9(4)：164-165。
- [21] 吳延林，急性腦出血早期中西醫治療對患者康復的影響[J]，中國中西醫結合雜誌，1996，16(1)：21-22。
- [22] 楊宏勇，腦出血急性期陽閉證中醫論治的思路及方法探析[J]，中國中醫急症，2009，18(4)：564。
- [23] 劉強，王維澎選輯，名老中醫醫話，重慶：科學文獻出版社重慶分社，1985，85-88。