

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

# T/QTMS

## 青海省藏医药学会团体标准

T/QTMS XXXX—XXXX

### 藏医萨滞布病（中风后遗症）临床诊疗指南

点击此处添加标准名称的英文译名

（征求意见稿）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

青海省藏医药学会 发布

征求意见稿

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由青海省藏医药学会心脑血管专业委员会提出并发布。

本文件由青海省藏医药学会归口。

本文件主要起草单位：青海省藏医院、西藏自治区藏医院、海南州藏医院。

本文件主要起草人：吉先才让、格桑平措、万玛太、普穷次仁、完玛仁青

本文件参与起草人及审阅专家：万玛太、万玛、万玛拉旦、格桑平措、普穷次仁、卓吉、仁青加、多吉才旦、关确多杰、完玛仁青、索南周杰、卡毛吉、尼玛才让、吾毛交、南卡卓玛、安代吉、昂措卓玛、普哇杰、张文卓、李小红、拉毛德吉、德格措、卓玛吉、娜仁才次

本文件中藏文翻译人：关确多杰

本文件为首次发布。

本文件的藏文翻译稿应等同采用。

征求意见稿

## 引 言

“脑中风”是亚洲头号杀手，其发病率、死亡率和致残率都相当高，是一类严重危害人类健康的疾病。在我国，它的发病率为185~219例/10万/年。发病随年龄增长，约72%的首次中风发作发生在65岁以上的老年人。患病率在每10万人口约有429~620例。以我国总人口12亿计算，则脑中风病人约有515~744万人，数字相当惊人。脑中风的死亡率为116~142例/10万/年，在不少地区为第一死因。脑中风后存活的病人，约60%~80%有不同程度的残疾，严重后遗症影响正常生活，而且有脑中风病史的病人，有1/4~3/4可能在2~5年内复发。藏医古籍记载萨滞布病以顿然昏倒、昏迷不醒，口舌歪斜、失语、肢体麻木等为主要症状，与现代医学的脑卒中（中风）后遗症症状类似，众多现代研究表明，藏医治疗萨滞布病主要以改善脑缺血、改善认知功能、改善循环、抗惊厥、降低血压、调节神经递质、调节生物光子等药理作用。近年来，随着萨滞布病研究的不断深入，藏医药治疗萨滞布病的疗效不断提高。尤其对脑中风后遗症的功能和言语康复，解除痉挛等防治方面具有一定的优势。有必要制订中风后遗症的藏医诊疗指南，提出诊断依据、防治措施，为藏医循证指南的制定与更新，提供科学方法学研究基础。

2011年第二期中国藏医药杂志发表了萨滞布病的诊疗指南（试行），2014年青海藏医药学会发布《藏医常见病临床诊疗指南（QHZYXXH-2014）》行业标准。藏医对中风诊疗方案的精准性、科学性、适应性等方面就有了新的进展和需求。本项目是国家重点研发计划中医药现代化研究专项《藏医治疗中风后遗症临床研究》（2018YFC1708001）课题，在国医大师尼玛大师和全国名老中医万玛太的指导下进行编纂，适用于各级藏医医院及基层医疗卫生机构的全科或专病医师实际应用，切实做好治疗和随访管理工作，积极推进中风病防治工作，主要内容包括藏医对中风及后遗症的认识、诊断标准、辨证分型、症状分级量化标准、防治措施，包括基础措施、药物干预和康复治疗。

本指南由青海省藏医药学会心脑血管专业委员会负责指导，分会成立了以万玛太、普穷次仁、格桑平措、万玛等为主要指导专家的藏医萨滞布病（中风后遗症）临床诊疗指南制修订专家总指导组。在专家的指导和督促下，指南工作组制订文献检索策略，遵循循证医学理念，综合历代文献、专家经验、现代文献证据以及临床真实世界研究为前提，筛选出符合纳排标准的高质量39篇文献，达到专家组共识，初步形成藏医萨滞布病（中风后遗症）临床诊疗指南。

2020年12月7-8日，邀请西藏、青海20名副高级职称医师在西宁召开“藏医治疗中风后遗症的临床诊疗指南”专家研讨会，组织同行专家，征求专家意见，课题组在综合专家建议基础上对《指南》进一步讨论和修改，对原标准中风后遗症藏医的主症进行客观区别，分为主症和次症。每个分型归属特征进行客观描述，以便更快区分诊断，形成了征求意见稿。于2021年5月13-14日，在拉萨组织专家，征求专家意见，依据专家意见进行了修订及优化，进行进一步客观量化的评价，重新整理其内容，规范了术语，使其进一步贴近临床实际和藏医理论规律，形成了送审稿。2021年9月9日，邀请中国民族医药学会藏医药分会标准化委召开2021论证会议，审议通过形成本《指南》予以立项。再次广泛征求意见，专家指导组审核，网上公开征求意见，并经过青海省藏医药学会组织专家审核组严格审查后，形成本指南。

# 藏医萨滞布病（中风后遗症）临床诊疗指南

## 1 范围

本文件规定了藏医萨滞布病（中风后遗症）临床的诊断、辨证和治疗。  
本文件适用于藏医萨滞布病（中风后遗症）临床的诊断和治疗。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

藏医常见病临床诊疗指南 QHZYYXH-2014

GB/T 40665.1-2021 中医四诊操作规范 第1部分：望诊

GB/T 40665.3-2021 中医四诊操作规范 第3部分：问诊

GB/T 40665.4-2021 中医四诊操作规范 第4部分：切诊

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### 萨滞布病

以突发昏扑、半身不遂、口眼歪斜、呿结不语等症状为主要特征的脑部黑白脉疾病。多因情绪激动，劳累、用力过度、过量饮酒等引起查隆紊乱，多发于中老年人。主要病机为三因与七要素失调，其查隆中坏血及培根粘性增多与隆的受阻，滞约而导致黑脉受损，累及白脉至内脉脑部损害，出现全身症状的疾病表现。

### 3.2 辨证诊断方法

#### 3.2.1 望诊

神识、表情、肢体活动、行走、肢体肿胀、身体湿冷与否、口舌歪斜、言语、吞咽发呛、眼脉胀粗与否、水平凝视功能、面肌、指甲焦黑与否、大小便等情况及，尿诊、舌诊。

#### 3.2.2 切诊

触诊身体部位肿胀与否，行脉诊术。隆脉如皮袋充满气球状，向上浮动，有时出现间歇；赤巴脉象浮数而紧；培根脉象沉弱而迟。

#### 3.2.3 问诊

病因及诱因偏盛或偏衰质性、患者居处、时序(发病季节)、禀性、年龄（幼、壮、老）、病位、昼夜（发病时刻依农历为主）、摄食时间（正在进食与消化后的发病时机）、饮食习俗、尿液等，饮食方面：饮食不规律、高热量、高海拔作业、重体力或暴晒、强光、强声接触、自发用药剂量过大等饮食起居诱发本病。既往有先天性心脏病、高血压病及糖尿病慢性病史，第一次发病与神识、肢体肌力及感觉、吞咽、言语等情况。

## 3.3 临床症状

### 3.3.1 主症

发病时主要以神志昏蒙、半身不遂、肢体麻木、口舌歪斜、哑结不语等症状为主。

### 3.3.2 次症

伴有头痛、头晕、眼脉怒张、咽喉发呛、呕吐、二便失禁等症状。发病前出现头晕，头痛、四肢麻木、无力等先兆症状，发病年龄多 $\geq 40$ 岁以上。

结合临床症状、诱发病因、先兆症状及年龄等可诊断萨滞布病。影像学检查(头颅CT或MRI以及血、尿、脑脊液等检查可协助诊断。)

## 4. 辨证分型

### 4.1 根据寒热理论结合临床症状进行辨证分型：

藏医萨病分火曜和水曜。

- a) 火曜中于右侧，舌之右侧短缩、身有高热，指甲焦黑；
- b) 水曜中于左侧，舌之左侧缩短，全身发凉，大小筋僵硬。

### 4.2 按证候特征辨证分型：

为隆性、赤巴性、培根性三型。

#### a) 隆型

隆性体质，病情反复发作，偏瘫肢体常见痉挛、抽搐，伴有头晕目眩，耳鸣，睡眠异常，多梦心悸，血压不稳，病情变异性较大，脉象虚缓，舌红苔薄白，尿色发白而泡沫大面多。

#### b) 赤巴型

赤巴性体质，发病突然，病情较重且发展较快，偏瘫肢体疼痛，有高血压病史且血压较高，面色潮红，头疼，失语，意识障碍，脉象洪大，舌苔黄厚，尿黄味重泡沫细小易散。

#### c) 培根型

培根性体质，发病迟缓，恢复较慢，体质肥胖，患侧麻木发凉，动作迟缓，动作笨、记忆减退，头晕嗜睡，患侧多呈迟缓性偏瘫，脉象迟缓，舌红而肥大、苔少色白，尿清如水，气少味淡泡沫细小。

### 4.3 根据内因及病机结合临床辨证分型：

分为查滞布和隆滞布（临床诊断依此型为主）；

## 5. 诊断要点

### 5.1 萨滞布病的藏医分型

#### 5.1.1 隆滞布

##### 5.1.1.1 病因

日常饮食油腻过度，致中老年人睡眠或静休时发病或伴其它疾病诱发，或有手术病史，先心病病史。

##### 5.1.1.2 临床诊断

隆滞布临床诊断包括：

- a) 身体一侧发病，舌头一侧短斜；
- b) 口角歪斜，时有半身麻木或无力；
- c) 时有神志不清，记忆力减退；
- d) 言语不清或困难、咽喉发呛；
- e) 以上症状波动不稳定，肢体麻木，半身瘫痪；
- f) 患者身体湿冷；

- g) 脉象弱沉，左右不齐；
- h) 尿液白黄色，轻微浑浊；
- i) 舌质红暗，舌苔薄白而粗糙；
- j) 影像学脑 CT 或 MRI 有梗死病灶。

出现 2 个以上症状符合即可诊断为隆滞布。

## 5.1.2 查滞布

### 5.1.2.1 病因

饮食不节，油腻及酒类饮食过度，剧烈运动或用力，暴晒，精神紧张或刺激，恐惧等，或有高血压病史、脑血管瘤或畸形，严重头痛病史。

### 5.1.2.2 临床症状

查滞布临床症状包括：

- a) 身体一侧发病，舌头一侧短斜；
- b) 突然剧烈头痛、头晕、呕吐，或出现不同程度的昏迷；
- c) 出现偏身麻木或半身不遂，大小便失禁；
- d) 瞳孔散大且不等大，口眼歪斜，呼吸困难；
- e) 靠近病患可嗅及牛角焦味；
- f) 脉诊：脉细而颤；
- g) 尿诊：尿象偏红，轻微浑浊，无花，易失蒸汽；
- h) 舌诊：舌质紫暗，舌质瘀斑瘀点，舌底脉络瘀张，舌苔厚而灰白；
- i) 影像学脑 CT 或 MRI 提示脑出血；

出现 2 个以上症状符合即可诊断为查滞布。

## 6. 疾病分期

### 6.1 急性期

发病2周以内，神志障碍者可延长至4周。

### 6.2 恢复期

发病后2周至6个月。

### 6.3 后遗症期

发病6个月以后。

## 7. 鉴别诊断

### 7.1 癫痫病

发作性神昏、肢体抽搐为主要表现，神昏时四肢抽搐、口吐涎沫，或出异样叫声、醒后如常人。萨滞布病常伴有半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩等。

### 7.2 昏厥症

以突然神昏、面色苍白、四肢厥冷为主症，但神昏时间一般短暂，移时苏醒，醒后无半身不遂、口舌歪斜、言语不利等症。

### 7.3 口僻

口眼歪斜为主症，表现为额纹消失，闭目不能，口角下垂，常耳后疼痛，并无半身不遂、口舌歪斜等症。不同年龄均可发病。

### 7.4 痿症

多表现为肢体痿软无力、肌肉萎缩为主要特征，一般起病缓慢，渐进加重少数患者亦可急性起病，但多表现为双侧肢体无力，与萨滞布之半身不遂不同。

## 8. 治疗方案及原则

### 8.1 藏医辨证论治

治疗萨滞布病实行辨证论治的方法，根据不同的临床症状进行分型、分期治疗，采用饮食、起居、口服藏药，外治疗法相结合。治疗初期以调和查隆（气血），化解血瘀、醒脑，预防水肿，后期以舒筋活脉、行通脉络的原则，服用藏药，同时配合放血、坛轮疗法、针灸、道斗疗法、涂擦疗法、力君疗法等疗法。

#### 8.1.1 萨滞布病（中风病）发病初期治疗

萨滞布病急性期出现神志不清或严重并发症时，应积极采取措施予以救治，病人处于昏迷时，采取内外兼顾之法，即外用熏药，内服藏药，结合放血治疗。

##### 8.1.1.1 辩证治则

###### a) 查滞布治则

依据疾病的总的治法，以调和查隆（气血），止血清血、清热、醒脑，预防水肿，疏通黑白脉，通经活络，内服药物疗法，外用药物疗法和非药物疗法等综合治疗方法。

###### b) 隆滞布治则

依据疾病的总的治法，以调和查隆（气血），化解血瘀、醒脑，预防水肿，疏通黑白脉，通经活络，内服药物疗法，外用药物疗法和非药物疗法等综合治疗方法。

##### 8.1.1.2 辩证治疗

###### a) 饮食治疗

清淡饮食。

###### b) 行为治疗

卧床静养。

###### c) 药物治疗

###### 推荐方药：

**查滞布：**七十味珍珠丸、二十五味珊瑚丸、二十四味沉香丸、如意珍宝+卡擦、八味红花止血散+藏红花卡擦+熊胆卡擦、五鹏丸、二十五味余甘子丸+卡擦、九味牛黄丸、八味檀香丸、八味主药散、六味能消散+大黄、二十五味大汤散、七珍汤、三果汤、白脉涂剂（软膏）、赤烱散等。

**隆滞布：**二十五味珊瑚丸、七十味珍珠丸、二十五味兔儿草丸、二十四味沉香丸、如意珍宝+卡擦、二十五味余甘子丸+卡擦、血清丸、五味余甘子散、八味主药散、十八味杜鹃丸、二十五味大汤散+卡擦、六味能消散+大黄，血骚普清散、三果汤+金鸡儿、鸭嘴花、余甘子，白脉涂剂（软膏）等；

###### d) 外治疗法

放血治疗。急性期行放血治疗，无需服用三果汤，没有特殊禁忌情况下，患者住院后完善相关诊查，无凝血功能障碍等的情况下及时行放血治疗。应取穴位为颈外静脉（仔逡）、金矛脉、银矛脉、额脉和卤门穴、指尖穴（均为静脉放血穴位）等视患者脉位情况而定。放血穴位处进行常规消毒，放血50~100毫升（根据患者的体质和病情增减定放血部位、次数及放血的量，但不宜超过200ML），术后包扎好伤口，双察有无出血情况。放血治疗起到减轻颅内压，醒脑开窍，防止脑水肿，活血降温，减轻或防止严重的后遗症作用。选人中穴、顶会穴、四心穴等位针刺外，刺十手指尖微量放血，3-4滴。

###### e) 并发症处理

痰多咳不出者，常规护理的同时应用排痰器排痰，鼻饲并服用藏药，雾化等措施；大便秘结者，内服藏药或建么兹；呕血、便血者，内服藏药；高热者，内服藏药、十指尖放血，物理降温。

## 8.1.2 恢复期和后遗症期治疗

### 8.1.2.1 软瘫期

相当于Brunnstrom偏瘫功能分级的I-II级。其功能特点为脑中风患者肢体失去控制能力，随意运动消失，肌张力低下，腱反射减弱或消失。软瘫期的治疗原则是提高肢体肌力和肌张力，诱发肢体的主动活动，及早进行床上的主动性活动训练。同时注意预防肿胀、肌肉萎缩、关节活动受限等并发症。

#### 8.1.2.1.1 治则

调和查隆（气血）、活血化瘀，清热、醒脑，预防水肿，疏通黑白脉。（外用药物疗法和非药物疗法等综合治疗方法。）

#### 8.1.2.1.2 药物治疗

推荐方药：七十味珍珠丸、二十味沉香丸、如意珍宝丸+卡擦、二十五味珊瑚丸、二十四味沉香丸、十八味杜鹃丸、二十五味余甘子丸+卡擦、七十味珊瑚丸、五鹏丸、萨热喜尊、五味石榴散、日轮散+卡擦、血骚普清散、十味血热散、十八味檀香丸、十一味斑蝥丸、二十七味斑蝥丸、二十五味兔儿草散、十味乳香散、六味锦鸡儿汤散+卡擦、十一味甘露散、六味能消散+卡擦、三十五味沉香丸、四味木香汤、三果汤+卡擦等。

#### a) 外治疗法

采用道斗疗法、涂擦疗法、针刺疗法、热敷疗法、力君疗法等疗法。

#### b) 饮食治疗

宜经常进食早地产的陈青稞炒制的热糌粑，宜饮开水、姜汤，宜进食羊肉、鱼肉、野牦牛肉等非腐变的肉，宜进食性温尤其性效轻糙的饮食，不要过饱过多，为了容易消化要少吃多餐。

#### c) 行为治疗

要适当保暖，在非潮湿的环境进行适当劳作，加强心理辅导和引导患者战胜疾病的信心和勇气，忌白天睡觉。

#### d) 力君疗法

**力君疗法主要包括：**

- 1) 神志清醒，生命体征稳定的患者，指导病人进行床上的主动性活动训练。若病人不能作主动活动，应尽早进行各关节被动活动训练。
- 2) 配合运动治疗、物理因子治疗等手段提高患者躯干及肢体的肌力和肌张力，使其尽快从卧床期过渡到离床期，并能独立地完成一部分的日常生活活动，从而建立和增强回归家庭、重返社会的信心。
- 3) 对患者及其家属的宣教，特别是良姿位的摆放，在床上坐位及轮椅坐位时将患侧上肢置于身前视野范围内，不处于抗重力的体位。指导患者完成自我辅助的双上肢活动训练方法，维持肩关节活动范围，避免日后肩部的并发症。

### 8.1.2.2 痉挛期

此期相当于Brunnstrom偏瘫功能分级的II~IV级。此期的功能特点为肌张力增高、腱反射亢进、随意运动时伴随共同运动的方式出现。治疗重点在于控制肌痉挛、促进分离运动的出现。

#### 8.1.2.2.1 行为治疗

力君疗法：（抑制协同运动模式，训练随意的运动，提高各关节的协调性和灵活性，帮助患者逐渐恢复分离运动。）

- a) 控制肌痉挛：内容包括良肢位的摆放；抗痉挛模式（RIP）训练；针对痉挛可采用牵拉、挤压、快速摩擦、藏医涂擦、热敷浴等方法来降低患肢的肌张力。
- b) 促进分离运动的出现：采用易化技术、运动再学习等训练进一步促进患侧肢体的分离运动。
- c) 治疗性训练：坐位平衡训练、站立位平衡训练、步行训练、上下楼梯训练等。
- d) 利用负重练习或在负重状态下的作业活动降低患侧上肢的肌痉挛。加强双上肢活动训练，促进患侧上肢功能改进，提高双上肢协调能力。
- e) 缓慢伸肘、伸腕和伸指关节后，屈肘、屈腕和屈指关节；缓慢屈髋、屈膝和背屈踝关节后伸髋、伸膝和跖屈踝关节，1~2分钟。

#### 8.1.2.2.2 药物治疗

推荐方药：七十味珍珠丸、二十味沉香丸、如意珍宝丸、二十五味珊瑚丸、二十四味沉香丸、十八味杜鹃丸、七十味珊瑚丸、二十五味余甘子丸、五鹏丸、萨热喜尊、五味石榴散、日轮散、血骚普清散、十味血热散、八味沉香散、十八味檀香丸、十一味班整丸、三十七味斑蝥丸、二十五味兔儿草散、十味乳香散、六味锦鸡儿汤散、三果汤、十一味甘露丸、六味能消散、七珍汤散、三味豆蔻散、黄宝散、十八味降香丸等。

#### 8.1.2.3 放血疗法

- a) 脉位放血：在内服药治疗过程中按照病人体质，可根据病情行放血疗法，放血前要服用三果汤，头部取额脉、金枪脉、银枪脉，上肢取如通脉和肺心合脉，下肢取内踝静脉，视脉位情况适量放血，失语者则取舌下左右脉微量适量放血。
- b) 穴位放血：令患者直立或扶起直立，选择委中穴或穴周显露血络，常规消毒，针刺（三棱针）血络5毫米，血流流出至自然停止，继而在放血部位拔罐，留罐5分钟，此时对曲泽穴、太阳穴及穴周显现的血络刺络放血。每穴出血量控制在10毫升以内。十宣、十二井穴每次选取2-3个穴，使每穴挤压出血3-5滴即可。每周治疗2次。
- c) 取穴：
  - 1) 太阳：在头部，眉梢与目外眦之间，向后约一横指的凹陷中。
  - 2) 曲泽：在肘前区，肘横纹上，肱二头肌肌腱的尺侧缘凹陷中。
  - 3) 委中：在膝后区，腘横纹中点。
  - 4) 十宣：在手指，十指尖端，距指甲游离缘0.1寸（指寸），左右共10穴。
  - 5) 十二井：包括少商、中冲、少冲、商阳、关冲、少泽。以上六井穴在手指末端，两侧共十二穴。隐白、大敦、涌泉、厉兑、足窍阴、至阴。以上六井穴在足趾末端，两侧共十二穴。
  - 6) 金津：在口腔内，舌下系两旁的静脉上，左侧为金津。
  - 7) 玉液：在口腔内，舌下系两旁的静脉上，右侧为玉液。

#### 8.1.2.4 坛轮疗法

首先将药物与芝麻油搅拌糊状（按药量可调整）；药物均匀涂抹到药罐当中，然后将其加热（温度体感45-55摄氏度）；期间选穴进行霍尔麦（药物荜茇散加肉豆蔻等）点穴加热5分钟，取纱布泡芝麻油蘸药，均匀盖到头部，后将制热药罐扣放于支架上，头部置于药罐内进行治疗，治疗时间20分钟，治疗1周，1次/日。

#### 8.1.2.5 热敷疗法

在配伍好的药物中加入青稞酒进行发酵，一周后发酵好的药物放入药袋内煎煮，煮好后，用布袋热蒸汽熏蒸患处，在上肢、大腿、小腿进行五味甘露热敷，使局部发热；每次20分钟，2次/日。

#### 8.1.2.6 道斗疗法

道斗疗法配合涂擦法，配伍相应的药物和陈酥油，混合后加热，擦上肢的后侧（相当于肱三头肌和前臂伸肌肌群）、大腿的后侧和外侧（相当于腓绳肌和阔筋膜张肌）、小腿前面（小腿前肌群），每处1~2分钟，频率为120次/分钟左右，使局部发热，通过隆穴、关节躯干，脉络的按摩调节肢体的寒凉的表证，消除寒湿、气血瘀滞等作用。

### 8.1.2.7 推拿疗法

不同的肌群部位采用不同的手法，能够调节患肢肌肉和神经功能，诱发正常运动模式的建立，有利于促进主动运动和分离运动的完成，提高整体功能的恢复，其弹拨肌腱附着处，以酸胀为度，缓解优势侧的肌痉挛。

### 8.1.2.8 针刺疗法

以“拮抗肌取穴”为基本原则：

- a) 上肢：手三里、外关（使手腕伸展或手指伸展）；
- b) 天井、臑会（使肘部伸展，肘外旋）；
- c) 肩髃、臂臑（使臂外展）；
- d) 下肢：阳陵泉、悬钟（使足背屈、踝外翻）；
- e) 解溪、丘墟（使趾伸展、足背屈）；
- f) 承扶、委中（使膝关节屈曲）；
- g) 风市、膝阳关（使髋外展）；

操作方法：患者取卧位，皮肤常规消毒后，以28~30号1.5~2寸针灸针进行针刺，得气后在针柄上连接脉冲针灸治疗仪，痉挛期采用疏密波，频率以100次/分钟为宜，刺激强度以患者能耐受为度，每次治疗20分钟，每日一次。

### 8.1.2.9 药浴疗法

藏医敷浴疗法：五味甘露水煮沸后将患肢放于盆上熏蒸15分钟，待药液温度下降后浸泡患肢，药液凉后需加热，肘、膝、肩关节可用药袋热敷，治疗1周，2次/日。

### 8.1.2.10 金针疗法

针刺百会穴取穴与操作方法。选取艾绒性状椰子大小放入白纸上，然后金针传入中间拉下针柄包在里面用手制成艾绒球置于金针尾部，穴位常规消毒后，用硬纸板垫在穴位上，再将金针刺于头部穴位，进入皮下0.3厘米后香火点燃艾绒，艾绒在燃烧过程中要控制好金针热度，避免大面积烫伤，治疗完成后在穴位上抹上盐和酥油搅拌物。

### 8.1.2.11 艾灸疗法

用艾灸施灸，一般做直接灸用，采取烤法。对于中风后肌张力高甚的患者，取穴实施灸法以降低肌张力。

### 8.1.2.12 饮食治疗

宜经常进食早地产的陈青稞炒制的热糌粑，宜饮开水、姜汤，宜进食羊肉、鱼肉、野牦牛肉等非腐变的肉，宜进食性温尤其性效轻糙的饮食，不要过饱过多，为了容易消化要少吃多餐。

### 8.1.2.3 恢复期

相当于Brunnstrom偏瘫功能分级的V~VI级。此期的功能特点为肌痉挛轻微甚至完全消失，能进行脱离协同模式的自主运动。治疗上应在继续训练患者肌力、耐力的基础上，加强身体协调性的训练和日常生活活动能力的培养，鼓励以小组训练的方式积极参与社会活动。如果放弃或减少功能锻炼，已有的功能极易退化。

#### 8.1.2.3.1 力君疗法

力君疗法包括：

- a) 继续训练患者肌力、耐力，提高身体的协调性和日常生活活动能力。为提高协调性、增加患侧上肢和手的使用量，减少废用对患侧上肢和手的影响，增强肌力、耐力的运动治疗。
- b) 在非潮湿的环境下，适当保暖并进行适当劳作，加强心理辅导、引导患者战胜疾病的信息和勇气，限制白天睡觉，用五味甘露散水泡手脚。

#### 8.1.2.3.2 药物治疗

推荐方药:七十味珍珠丸、二十味沉香丸、二十五味珊瑚丸、二十四味沉香丸、十八味杜鹃丸、七十味珊瑚丸、如意珍宝丸+卡擦、五鹏丸、五味石榴散、日轮散+卡擦、血骚普清散、十味血热散、十八味檀香丸、十一味斑蝥丸、三十七味斑蝥丸、二十五味兔儿草散、十味乳香散、二十五味余甘子丸、六味锦鸡儿汤散、十一味甘露丸、六味能消散、萨热喜尊、十八味降香丸等。

#### 8.1.2.3.3 针刺疗法

可按照“治痿”理论选穴。

针刺取穴：上肢：肩髃透极泉（下1寸）、臂臑、曲池、外关、手三里、合谷等。下肢：风市、伏兔、足三里、丰隆、解溪、阳陵泉、悬钟、三阴交、太冲等。

操作方法：常规操作。

金针疗法：针刺取穴与操作方法同软瘫期。

推拿治疗：采用运动关节类手法及按揉法、拿法、搓法等以防止关节挛缩、解除功能锻炼或针灸后的肌疲劳、增强本体感觉的刺激，促进运动模式的改变。

#### 8.1.2.3.4 外治疗法

a) 推荐：坛轮疗法、道斗疗法、针灸疗法、涂擦疗法、热敷疗法、足浴疗法、力君疗法等疗法进行疗程治疗，疗程结束进行灸疗（艾灸或金针疗法）。

b) 饮食治疗：宜进食性温易消化饮食，不要过饱过多，要少吃多餐。

#### 8.1.2.3.5 道斗治疗

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情，连续进行7天道斗治疗。

#### 8.1.2.3.6 坛轮治疗

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，待病情稳定即可进行7天坛轮疗法治疗。

#### 8.1.2.3.7 涂擦治疗

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，待病情稳定即可进行7天涂擦疗法治疗。

#### 8.1.2.3.8 力君疗法

根据病人体质、耐受程度在医师指导下，根据患者病情恢复程度，待病情稳定即可进行力君疗法治疗及康复治疗。良肢位摆放、为避免上、下肢肌紧张，采取曼哈疗法，改善平衡功能、抑制痉挛模式采取杂秀疗法、改善语言、吞咽功能障碍等。

#### 8.1.2.3.9 热敷疗法

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，待病情稳定即可进行7天热敷疗法治疗。

#### 8.1.2.3.10 灸疗疗法

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，待病情稳定即可进行3天灸疗治疗。

#### 8.1.2.3.11 金针疗法

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，待病情稳定即可进行3天灸疗治疗。

#### 8.1.2.3.12 放血疗法

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，按病情稳定程度及时进行放血治疗。吐字不清或语言障碍说不出话的患者，应取舌下左右脉放血，放血量根据病人体质和病情增减。

#### 8.1.2.3.13 药熏疗法

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，病情治疗过程中可进行药熏疗法。

#### 8.1.2.3.14 针灸疗法

根据病人体质、耐受程度配合药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，病情治疗过程中可进行针灸疗法。

#### 8.1.2.3.15 足浴疗法

根据病人体质、耐受程度配伍药物，并在医师指导下，根据患者病情恢复，待病情稳定即可进行7天足浴疗法治疗。

### 护理

### 参考文献

- [1]宇拓云丹公布《藏医四部医典》[M]西藏民族出版社2000年出版
- [2]项巴南杰智桑《说续注疏》[M]北京民族出版社2000年出版
- [3]尕玛俄勒旦增《医学利乐宝库》[M]北京民族出版社2005年出版
- [4]宫漫贡确槃德《零星秘诀集》[M]北京民族出版社2001年出版
- [5]贡智云丹尖措《临床札记·临床精粹》[M]北京民族出版社2006年出版
- [6]宫漫贡确德乐《藏医秘诀汇集》[M]民族出版社2001年出版
- [7]色克念聂多杰《千万舍利子》[M]北京民族出版社2013年出版
- [8]德司桑杰尖措《秘诀补遗·钥匙》北京民族出版社2007年出版
- [9]尕玛俄勒旦增《医学利乐新月》[M]北京民族出版社2005年出版
- [10]莲花生大师《莲花生医著汇集》[M]北京民族出版社2001年出版
- [11]土旦才让《中国藏医药大全》[M]西藏人民出版社2011年出版
- [12]金巴才昂《金巴四部医典注释》[M]北京民族出版社2012年出版
- [13]布群次仁《藏医中风诊疗方法》[N]西藏人民出版社2013年出版
- [14]青海省藏医院《藏医常见病临床诊疗指南》[M]青海人民出版社2014年出版
- [15]仁旺次仁藏医脑血管病理理论[M]中国藏学出版社2014年出版
- [16].王明强,任小巧,毛萌,郭慧娟,尼玛次仁,达瓦次仁,顿珠,祝日荣,郑丽娟.藏医《萨滞布病隆滞布型(缺血性脑梗塞)诊断量表》条目的初步构建[J].中医杂志,2016北京
- [17]拉巴次仁脑卒中疾病诊疗方法初探[M]西藏人民出版社2019年出版
- [18]山南市藏医医院百种常见病藏医诊疗方案[M]西藏人民出版社2020年出版
- [19]贡保东智基于文献与临床研究萨滞布病症研究[J]中国藏医药2020年
- [20]吉先才让基于文献与临床回顾性病例研究探讨建立萨滞布病(中风后遗症)分型诊断量表研究[J]雪域藏医药2022年

征求意见稿