

## 头部内伤病（脑外伤后综合征）中医诊疗方案

头部内伤病是一种常见的外伤，相当于现代医学的脑外伤后综合征 Post-Traumatic Brain Syndrome, PTBS), 约占全身各部位损伤的20%左右, 其发生率仅次于四肢损伤, 占第二位, 而死亡率却居首位。本诊疗方案主要用于闭合性脑外伤的康复, 主要包括脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿后继发的脑缺血、缺氧后所出现的各种功能障碍。包括: 神经运动功能障碍、各种认知、行为和心理方面的障碍, 以及大脑综合能力障碍等。我科目前使用的诊疗方案是在结合科室治疗该病的特色、优势和研究成果的基础上不断优化而形成的。

### 一、诊断

#### (一) 中医诊断标准:

##### 1. 疾病诊断:

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/T001.9-94)”。

(1) 有头部外伤或间接外伤史。

(2) 伤后出现神志昏迷, 烦躁不宁, 头晕头痛, 恶心呕吐等症。

(3) 结合病史和体检情况、CT、磁共振检查可确定损伤部位及程度。

##### 2. 证候诊断:

#### (1) 昏愤期

1) 气机壅闭: 伤后短暂昏迷, 面色苍白, 目闭神软, 汗出肢冷。

苔薄腻，脉缓而弱。

2) 瘀停清窍：昏愤目闭，牙关紧闭，颈强呕吐，或出现中间清醒期后再度昏迷，或四肢痿软，或二便失禁。舌红苔腻，脉实徐缓。

3) 痰热上蒙：神昏不醒，高热烦躁，谵妄乱语，颈项强直，肢体抽搐，气息粗短，喉间痰鸣，二便不通或失禁，尿黄赤。舌红或绛，苔黄糙或腻，脉弦滑数。

4) 元神外脱：神志昏愤，瞳孔散大，气短息微，面色苍白，目合口开，身冷汗出，撒手遗尿。舌淡，脉虚数或细微。

## (2) 清醒期

由昏愤转清醒，头痛头晕，恶心呕吐，近事遗忘。怔忡难寐，或耳目失聪，失语难言，肢体痿软失用。舌淡苔薄，脉弦细。

## (3) 恢复期

1) 瘀阻脑络：伤后头痛，痛处固定，痛如锥刺，或伴头部青紫、瘀肿，心烦不寐。舌质紫暗有瘀点，脉弦涩。

2) 痰浊上蒙：头痛头晕，头重如裹，呆钝健忘，胸皖痞闷，或时作癫痫。舌胖，苔白腻或黄腻，脉濡滑。

3) 肝阳上扰：眩晕头痛，耳鸣耳聋，每因烦躁、恼怒而加重，面色潮红，少寐多梦，泛泛欲吐，口干苦，小便黄赤。苔黄，脉弦数。

4) 心脾两虚：伤后眩晕，神疲倦怠，怔忡惊悸，心神不安，面色萎黄，唇甲无华。舌淡，脉细弱。

5) 肾精不足：眩晕健忘，耳聋耳鸣，视物模糊，神疲乏力，腰膝酸软，或发脱齿摇，或失语，或肢体萎软不用。舌淡或红，脉沉细。

## （二）西医诊断标准

参照 2005 年中华医学会编著的《临床诊疗指南·物理医学与康复分册》进行诊断。

## 二、治疗方案

### （一）禁忌症与适应症

（参考《临床治疗指南·物理医学与康复医学指南》）

#### 1. 适应症：

无特殊禁忌的所有头部内伤病患者都是康复的对象。

#### 2. 禁忌症：

体温  $> 38^{\circ}\text{C}$ ，症状继续进展的患者，可以延迟开始进行康复的时间。

### （二）康复方案

#### 1. 昏愦期（早期康复治疗）

适用于生命体征相对稳定、但仍处于植物生存状态的患者。

##### （1）维持合理体位

颅脑外伤较严重时，常需较长时间的卧床，由于大脑皮层高级中枢的受损，会出现一些异常的姿势。异常的卧位姿势易加重患者运动功能的障碍，以致影响恢复期的运动功能康复。患者卧床时应注意保持肢体处于良好的功能位置，有利于预防压疮、关节挛缩和肌肉痉挛。

良肢位摆放，一般分为三种：①仰卧位：一般在头下放置软枕，患者臀部下方垫一小方枕，使患侧骨盆向前突，防止髋关节屈曲外旋。

②患侧卧位：患侧肩胛骨向前伸，肩关节前屈，肘关节伸展，手心向

上，患者下肢伸展，膝关节轻度屈曲。③健侧卧位：在患者躯干的前面和后面各垫一块高枕，以保持身体的稳定，患侧上肢充分前伸；肩关节屈曲约 100 度的位置，患侧上肢下方垫一高枕；患侧下肢的下方垫一长枕，防止踝关节出现内翻；髋关节和膝关节保持屈曲位。

(2) 功能训练：可用 Rood 技术诱发肌肉反应的感觉刺激方法，肢体被动运动和皮肤刺激对大脑有一定的刺激作用。可由治疗师或患者家属每天对患者四肢关节做被动运动，并且从肢体的远端至近端的皮肤进行刺激，刺激的方法可以用质地柔软的毛刷或牙刷轻轻地刷动。

### (3) 促醒治疗

#### 1) 感知觉刺激

知觉刺激可以从患者早期半昏睡状态或昏睡状态下就开始实施，一般可采用视觉、听觉、触觉等方面的刺激。

①视觉：让患者靠坐在床上或者坐在轮椅上，指导患者注意观察周围环境的人或物。

②听觉：利用铃铛、拨浪鼓等发声物体在各个方位发出声响，练习对听觉刺激的反应。

③ 触觉：以表浅感觉为例，利用粗糙或者细软等不同质地的布，在患者皮肤表面摩擦，指示患者指出摩擦的部位。

2) 肢体被动运动。如患者意识清醒，病情允许，可以指导患者进行自助被动肢体运动。

#### 3) 夹板和矫形器的使用

夹板和矫形器在早期阶段的使用主要用于：痉挛限制了患者功能

活动并造成 ADL 的依赖。存在关节活动受限。有发生软组织挛缩的可能。手和腕关节的夹板常用来在休息的时候维持其功能位和降低肌张力。夹板应该为 2 小时交替穿戴。

#### 4) 家属和陪护人员的教育

他们可以帮助患者进行感觉刺激，维持适当的床上姿势，并且参与关节活动训练。当患者清醒并能活动时，他们也参与到轮椅姿势、能够进食和 ADL 的训练过程之中。

#### 5) 针刺治疗：

以“醒脑开窍”针刺法结合刺血疗法或灸法治疗为主，配合中医诊疗设备针刺手法针疗仪。

治则：醒脑开窍；活血、益气通络。

主穴：内关，人中，三阴交，极泉，委中，尺泽。

辅穴：顶颞前斜线，智三针，风池，百会，十宣刺血，涌泉，神阙。

操作方法：

内关：直刺 0.5~1 寸，采用捻转提插结合泻法，施手法 1 分钟。

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

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

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

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

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

治疗时间：2 次/日，10 天为 1 疗程。

6) 人谈话：家属可选择 1-2 个患者喜欢和关心的话题，也可挑选讲故事、读报给患者听的形式唤起患者的记忆。

7) 肢体运动和皮肤刺激：肢体被动运动和皮肤刺激对大脑有一定的刺激作用。可由治疗师或患者家属每天对患者四肢关节做被动运动，并且从肢体的远端至近端的皮肤进行刺激，刺激的方法可以用质地柔软的毛刷或牙刷轻轻地刷动。

(4) 预防并发症：以呼吸系统感染、泌尿系统感染、压疮、下肢深静脉血栓形成和关节挛缩、肌肉萎缩等为常见。

1) 定时翻身、改换姿位。

2) 拍痰引流、保持呼吸道通畅。

3) 充气气垫，可有效预防压疮的发生。每日至少一次全身热水擦身，大小便后必须用热毛巾擦干净。

4) 尽早活动：一旦病人神志清醒，生命体征稳定，应指导和帮助病人尽早开始床上活动。包括深呼吸、肢体主动活动和躯体的翻动等。从床上活动过渡到坐位练习，再过渡到直立练习。

## 2. 清醒期

急性期过后，生命体征已稳定 1-2 周后，可以认为病情已稳定，

即可开始恢复期康复治疗。主要包括：运动功能训练、认知能力的提高和综合解决问题能力的改善。

### (1) 针刺治疗

恢复期患者常表现为神志异常，头痛、头昏、智力障碍、失眠、失语、吞咽障碍、肢体障碍和植物神经功能紊乱等患者。针刺治疗以“活血化瘀，益气通络，填精益髓”头针配合体针，结合放血疗法或灸法为主，配合中医诊疗设备针刺手法针疗仪。

治则：活血化瘀，益气通络，填精益髓。

#### 1) 头皮针：

头皮针部位：取顶颞前斜线、顶颞后斜线、颞前线、颞后线、枕上正中线、枕上旁线、枕下旁线、额中线、顶中线等。

头部穴位：取上星、前顶、后顶；

操作方法：头皮针沿头皮平刺1寸，迅速将针体推进至帽状腱膜下层，行小幅度高频率捻转补法2~5分钟。每次留针30分钟，1次/日，10次为1疗程。

#### 2) 体针：

取穴：项七针（风池、风府、完骨、天柱）、中脘、天枢、气海。

辨证加减：语言不利、失语者加金津、玉液、廉泉、哑门；面瘫者加四白、颊车、迎香；上肢拘挛者加合谷、后溪、极泉；下肢拘挛者加环跳、阳陵泉、申脉、维道、扶突等；若瞳孔放大，加睛明、球后、丝竹空、瞳子髎、正营等；吞咽困难者，加廉泉、风池、天牖、合谷等；反应迟钝者，加人中；情绪激动者，加大陵、神门；紧张恐

惧者，加志室、涌泉；若继发癫痫者，则加后溪、申脉、风府、腰俞等。

操作方法：体针以平补平泻针刺手法为主，应用中医诊疗设备针刺手法针疗仪，每次留针 30 分钟，1 次/日，10 次为 1 疗程。

### 3) 放血疗法：

取穴：太阳、曲泽、委中、大椎、腰阳关

操作方法：太阳、曲泽、委中、大椎、腰阳关点刺放血，出血适量，以达到祛瘀生新，活血通络的作用，1 次/7 日。

### 4) 灸疗：

取穴：神阙、中脘、天枢、气海、关元、督脉

操作方法：脐疗取自制配方贴敷于肚脐，艾灸神阙、中脘、天枢、气海、关元，每次 60 分钟，10 天为 1 个疗程。

同时在督脉上进行督灸，所用药物为自制配方，1 次/7 日。以达到益气通络，填精益髓的作用。

## (2) 悬吊推拿运动技术

运用悬吊推拿运动技术手法，作用于患者肢体，疏通经络、改善气血循环。

再利用悬吊推拿运动技术，进行躯干控制训练；作用于患侧，实行被动活动，维持关节活动度，防治关节粘连，提高肢体肌力及肌张力，诱发主动运动；作用于健侧，对健侧肢体施行最大抗阻运动，以诱发患侧主动运动。

## (3) 运动功能训练



头部内伤后运动功能方面的障碍通常表现为一侧或双侧的肢体瘫痪。运动基本功能的训练有恢复与增强肌力练习、改善关节活动度的练习、抗肌痉挛的训练、ADL 训练。

### 1) 恢复与增强肌力练习

肌力 0-1 级：采用被动运动、推拿和低频直流电刺激，以增加局部瘫痪肌肉区域的血供，减缓肌肉的萎缩。在相应穴位上做针灸治疗。

肌力 1-2 级：增加肌电生物反馈电刺激治疗。

肌力 3 级：继续采用肌电生物反馈电刺激法。

肌力 4 级：依靠肌肉的主动收缩练习来增强肌力。包括等张收缩或等张运动，等长收缩或等速收缩练习。

### 2) 改善关节活动度

包括主动运动、被动运动、助力运动、关节牵引和固定法等。

### 3) 抗肌痉挛练习

#### ①早期坐位与坐位平衡训练。

坐位角度逐步增加，开始不要太大，时间也不要太长。训练半坐位时宜同时保护患侧上肢因软瘫而引起的肩关节半脱位，将前臂以三角巾向颈部吊起，在无靠背能自行支撑时，可在坐稳后由四方推动病人，训练保持平衡而不倒下，此时即具有躯体平衡能力。

#### ②床上动作训练。

与坐位训练同时可进行床上动作训练，翻身、移动、搭桥与躯干活动等。

在翻身训练时，病人屈肘，用健手托住病手，将健腿插入病腿下

方，在躯干旋转同时，用健腿抬动病腿即可转向健侧。移动训练时，平卧，先将健足插向病足下方，用健足勾住患足向健足侧移动，同时用健足和肩支起臀部将下半身移向健侧，后再将头移向健侧。

搭桥运动训练，两下肢屈膝，由家人或工作人员扶持使两膝并拢，两脚心朝床面而立，另一人扶定膝部或拍打臀部，以后嘱病人抬起臀部，如此形成桥形，此动作可对抗肩退缩和上臂内旋，便于置入便盆，躯干活动训练，姿势同上，只不抬起臀部，然后左右摆动，当向左摆时，病人头、肩朝向右侧；向右摆时，头、肩朝向左。此种髋、肩反向活动有利于减轻躯干肌肉痉挛。

### ③站立及站立平衡训练

患肢负重训练：患者取坐位，双足平放于地面，双上肢 Botath 握手伸肘，肩充分前伸，躯干前倾，抬头，向前、向患侧方向触及目标物，将重心移至患侧下肢。

坐一站起训练：患者坐直，足尖于膝盖成一直线，上肢像上述负重训练，髋关节尽量屈曲，让重心从臀部慢慢转移到双足上而站立。

站立平衡训练：先站起立于床边，然后逐步进入扶持站立，平行杠间站立，让患者逐渐脱离支撑，重心移向患侧，训练患者的持重能力，能徒手站立后，在实施站立平衡训练，最后达到站立位的三级平衡。

### ④步行训练

恢复步行是康复治疗的基本目标之一。先进行扶持步行或平行杠内步行，再到徒手步行，改善步态的训练，重点是纠正划圈步态。

手杖和扶持下的步行：对不能回复独立步行或老年稳定性差的患者，可给与使用手杖的训练。

上、下楼梯的训练：正确的上下楼梯的训练方法是上楼先上健腿，后上患腿；下楼先下患腿，再下健腿。

实施针对性的训练：如站立相时，患腿负重能力差，在体重转换的过程中，患腿缺乏平衡反应的能力，应重点训练患腿的负重能力，如摆动相时，患腿不能很好的屈曲，应练习幅度较小的屈伸交替进行的患侧膝关节的独立运动，在摆动相时患膝能完成屈曲而向前迈步。

此时期也可采用 PNF 技术，PNF 技术是以人体发育学和神经生理学原理为基础，根据人类正常状态下日常生活的功能活动中常见的动作模式创立的。它强调多关节、多肌群参与的整体运动而不是单一肌肉的活动，增强了关节的运动性，稳定性，控制能力以及如何完成一复合动作的技巧，同时利用了运动觉，姿势感觉等刺激增强有关神经肌肉反应和促进相应肌肉收缩的锻炼方法。

#### （4）日常生活能力训练

包括穿衣、起居、进食和盥洗能力的训练，严重功能障碍的病人，需要配置一些支具才能完成进食和盥洗等工作。

##### 1) 进食动作

首先考虑改善患者上肢功能和手的抓握能力，在使用筷子受限的情况下再考虑用刀、叉、勺等替代。在针对患者机体进行功能训练的同时，设法对进食工具等进行改良，使其适应患者的需求，便于患者使用。

## 2) 更衣动作

首先应选用宽松、简单的衣物，以使他们能够更容易地学会穿衣的步骤，必要时可对现有的服装略加修改以帮助患者穿脱。如将纽扣换成挂钩、拉锁或尼龙搭扣，需要系皮带的裤子改成松紧口休闲式裤子等。

## 3) 移动动作

移动动作包括行走、床上的移动、床轮椅轮椅便器、浴缸、坐汽车等动作。在学习这些动作之前必须做好基本动作的训练，例如，床上起坐、搭桥动作、床上翻身、坐位保持等动作。另外，坐位平衡能力的获得是进行移动动作训练的先决条件。

## 4) 洗漱活动

洗漱动作包括每日例行的洗脸、刷牙、洗手、剪指甲、洗澡等动作。

## (5) 认知障碍的康复

### 1) 辨证施治：

肝肾阴虚，痰瘀阻络型：

中药汤剂：知柏地黄丸合转呆定智汤加减。

中成药：复方苳蓉益智胶囊、银杏叶片、灯盏花素片、华佗再造丸。

脾肾阳虚，痰瘀阻络型：

中药汤剂：还少丹合归脾汤加减。

中成药：可选用复方苳蓉益智胶囊、人参归脾丸、银杏叶片、灯

盏花素片、华佗再造丸。

痰瘀化热，上扰轻窍型：

中药汤剂：涤痰汤合黄连解毒汤加减。

中成药：牛黄清心丸、安脑丸、安宫牛黄丸、复方苻蓉益智胶囊。

肾精亏损，髓海不足型：

中药汤剂：补肾益髓汤加减。

中成药：复方苻蓉益智胶囊、安神补脑液、银杏叶片、灯盏花素片、华佗再造丸。

注：针刺治疗可参考急性期治疗。

2) 康复治疗：认知障碍主要表现在觉醒和注意障碍、学习和记忆障碍及问题解决能力障碍等。根据认知障碍的程度不同（RIA 分级标准），采用相应的治疗手段。

早期（II、III）：对患者进行以下感觉刺激：1. 给予视觉刺激，引起病人的关注并促进视觉跟踪。2. 向病人提供定位信息。3. 给予多感官刺激以促进听觉理解。4. 用带味道的冰棒对嘴唇进行触觉/味觉刺激。

中期（IV、V）：继续进行精心的环境改造以及从知觉、分辨力、组织能力、记忆、推理/问题解决等方面改善患者的认知能力。

后期（VI、VII）：增强患者在各种环境中的独立和适应能力，提高在中期各种功能的技巧，并应用于日常生活中。

① 基础认知功能障碍主要指记忆力和注意力障碍。

记忆能力训练：采用 PQRST 法。在记忆训练中可结合视听嗅触等

多种感觉途径来配合互相补偿，提高记忆能力。利用记忆辅助物：如在房间内悬挂大挂钟、大日历、大字书写每日活动等便于记忆。

注意力训练：选用猜测训练。即取两个透明玻璃杯和一个弹球，在患者注视下，治疗师将一透明玻璃杯扣在弹球上，让患者指出有弹球的杯子，反复数次，无误后就改用不透明的杯子，重复上述过程。

思维能力训练：采用读报纸、排列数字、物品分类法。如给患者一张列有 30 项物品名称的清单，并告知这 30 项物品都分别属几个大类（如食品、字典、衣服），要求患者给予分类。如不能进行，可给予帮助。回答正确后，再要求对上述清单中的某类物品进行更细的分类，如初步分为食品后，再细分是植物、肉、奶品等。

### ②高级认知功能障碍即执行功能障碍。

执行功能训练：a. 手部动作转换训练，比如切蛋糕、分蛋糕、洗外果、切水果等；b. 物品分类训练，要求患者将动物图片放进绿色盒子，水果图片放进红色盒子；c. 数字排列训练，对随机排列的数字 1~20 进行连线；d. 手动迷宫游戏，通过双手控制游戏盘面的高低使一颗钢珠沿盘面上所绘迷宫路线行走；

### ③认知功能技巧训练

认知功能技巧训练又名补偿技巧训练，目的是帮助患者找寻适当的方法或技巧，从而适应日常生活的要求。方法是训练患者使用或改良内在的策略或使用外在的辅助装置去处理日常生活问题。

内在方法包括不断复述、图示、分类/分组、精密化、网络模式、配对连接。

外在方法包括记事簿、电子工具、日历及时钟、标记。

#### (6) 感知障碍的治疗

包括失认症和失用症。康复训练的方法是采用反复多次的训练，通过给予患者特定的感觉刺激，使大脑对感觉输入产生较深影响，提高感知能力。

##### 1) 单侧视觉失认训练

教会患者对着镜子进行视觉扫描，转头向一侧看。利用粗糙布料、冰块刺激患者偏瘫侧。同时通过改变环境使患者注意力偏向偏瘫侧，如将电视机置于患者偏瘫侧。

##### 2) 视觉空间失认训练

首先让患者了解自己的缺陷，通过使用其他感觉，如触觉或缓慢地审视物体来进行代偿。同时对环境加以改造，如将衣服分类存放，每一抽屉中仅放几件衣服；在轮椅的刹车把上贴上色带；还可使用语言性提示和触摸，多次重复进行练习。

##### 3) 空间关系辨认训练

先练习患者与治疗师与物体之间的关系，再练习按要求摆放物品，并描述两种物品的不同位置。经过针对性的训练，患者的感觉功能将有改善。

#### (7) 新技术的应用

近年来，一些新的治疗技术应用于脑损伤患者的上肢功能训练并取得了一定的疗效，如限制性诱导运动疗法、运动想象疗法、镜像治疗、双侧训练技术、任务导向训练、虚拟现实技术、上肢机器人辅助

训练等。

#### (8) 治疗室患者异常情绪的处置

对于早期的患者治疗师要从容耐心，对患者做再介绍，说明治疗师的职责、患者目前的状况。如果患者情绪不稳定，应给患者充足表达感情的时间，使患者感到他的需求被治疗人员在用心聆听。当患者的混乱状况减轻、合作能力增强后，对其开始的治疗应在一个安静的环境中进行，而且要有至少一个家属在场。

#### (9) 言语功能障碍的治疗

头部内伤病的部分患者会出现失语或不完全失语。

##### 1) 针刺治疗

[穴位]：语门穴（位于舌尖部）

[操作]：施术前，患者须以药用牙膏清洁口腔。取仰卧位，医者立于患者面前，嘱患者伸舌。医者左手以消毒纱布固定患者舌中部，右手持 30 号 3 寸毫针由舌尖直刺，进针 2~2.5 寸至舌根部，以舌根部发胀并以手示意为度出针，出针时嘱患者大叫一声“啊”音。

不能耐受者亦可采用头皮针：取顶颞后斜线下 2/5、颞前线、从耳尖直上 1.5 厘米处，后引 4 厘米长的水平线进针 15°，刺入帽状筋膜下后快速捻转（不能提插），频率为 200~220 次/分，每隔 10 分钟连续捻针 1 分钟，可长时间留针。

2) 言语训练：失语症患者的言语障碍主要表现在听理解障碍、口语表达障碍、阅读障碍和书写障碍。在功能训练方面要坚持“听、说、读、写”四者并重，针对这四个方面障碍的程度不同选择不同的训练



内容。具体治疗项目如 A. Schuell 刺激法；B. 模块模型法；C. 认知加工法；D. 神经语言法；E. 强制诱导治疗；F. 旋律音调疗法；G. 计算机辅助治疗；H. 重复经颅磁刺激；I. 高压氧治疗；J. 低频脉冲言语治疗仪治疗等。（详细操作方法见失语症的中医康复诊疗方案）

#### (10) 心理与情志障碍治疗

1) 中药汤剂：醒神开郁、扶正固本，活血化瘀贯穿治疗始终。处方选用名老中医经验方理肝开郁汤加减应用，基本方：柴胡 10g、白芍 15g、枳壳 6g、白术 10g、茯苓 10g、炒枣仁 10g、郁金 10g、石菖蒲 10g、炙甘草 6g。全方具有醒神开郁、疏肝健脾的功效。

2) 心理治疗：言语认知障碍影响交流与理解能力者，无法完成心理评定，不建议心理治疗。

3) 五行音乐体感震动床治疗：使患者仰卧于特定治疗床上，根据中医辨证分型，对证选择宫商角徵羽五音，通过患者体感神经和听觉，达到松弛身心的目的。

4) 针刺治疗：在常规针刺基础，配穴并应用调神针法：穴取：百会、四神聪、神庭、本神（双）、印堂、四关（合谷、太冲）

#### (11) 心肺康复

头部内伤病心肺康复同中风病。

#### (12) 癫痫的处理

1) 中药汤剂：采用柴胡加龙骨牡蛎汤加减，药物：柴胡、黄芩、

党参、半夏、茯苓、桂枝、炒白术、炙甘草、生龙牡、大黄等。

2) 医院制剂: 强力镇痫丸、强力镇痫益智宁胶囊。

3) 服用卡马西平和丙戊酸等片剂。

### 3. 恢复期

适用于头部内伤病患者经过临床处理和正规的早期和清醒期的康复治疗后, 仍遗留有不同程度的功能障碍。

(1) 根据障碍评估情况康复治疗。

(2) 强化作业治疗, 重返社会。

#### 1) 生活能力的指导

日常生活能力的指导训练主要是出院以后的家庭生活技能, 包括进餐准备、洗衣、清洁、财务管理、家庭修理、社区购物等方面, 训练的地点可从医院扩展到其社区。患者出院前应由治疗师(或者是家属), 在自然环境中练习 IADL, 进行社区旅行、从银行或 ATM 存取款、坐公共交通工具、列购物清单并在商店购买等, 为患者重建生活技能提供机会。

#### 2) 社会心理的支持

这一阶段的目标主要是帮助患者重建职业和社会角色。作业治疗师帮助患者通过适应、代偿综合性再学习等手段接近这些目标, 还应帮助患者提高人际关系、自我表达、社会适应、时间管理和自控等方面的技能。

#### 3) 出院前计划

出院计划的组成包括: 家庭安全评估和环境改造、家属和陪护人员的

教育、职业再教育和工作技能的建议。

家庭安全和环境改造：如果患者出院回家，治疗师应进行家访，对家庭环境和家具设施进行评估，建议家庭环境所需改造的部分，以提高患者生活自理能力和安全性。

职业训练和工作技能的建议：治疗师根据患者目前身体状况和将来的工作环境，对患者进行工作能力强化训练、现场强化工作训练。训练内容主要包括工作模拟，工具模拟使用训练和工作行为训练。

(3) 矫形器和辅助器具的应用：根据需要配用矫形器、各种助行工具、轮椅、自助具等。

### 三、疗效评价

#### (一) 评价标准

整体疗效评定参照“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/T001.9-94)”

1. 治愈：神志清醒，症状消失或基本消失，能恢复日常工作。
2. 好转：神志清醒，症状改善，生活基本自理或部分自理。
3. 未愈：症状无改善。

#### (二) 评价方法

##### 1. 损伤程度评定：

采用格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS)评定患者有无昏迷及昏迷严重程度。定向力、遗忘检查，残疾分级量表评定功能状态及其随时间变化，见附表2。

##### 2. 认知功能障碍评定：

采用 MMSE、MOCA、NCSE 综合评价其总的认知水平及各个认知域（注意力、记忆力、思维、视空间等）的变化情况。

### 3. 言语障碍评定：

采用汉语标准失语症检查表——由北京大学第一医院高素荣等参考 BDAE 和 WAB 编制的汉语失语检查法(A B C)、由中国康复研究中心失语症检查(CRRCAE)法、汉语失语症心理语言评价、汉语失语症的计算机辅助评估等来评定失语症。

### 4. 运动障碍评定：

采用Brunnstrom六阶段运动功能评价法及Fugl-Meyer运动功能量表评定患者的运动功能和运动模式。采用改良 Ashworth 量表进行痉挛评定。

### 5. 日常生活活动能力障碍评定：

采用功能独立性测定量表（FIM）指数量表评定患者日常生活活动能力。

### 6. 结局预测：

采用格拉斯哥结局量表（Glasgow Outcome Scale, GOS），见附表 8。

## 四、中医治疗难点

头部内伤病康复的主要难点包括混合型失语、痉挛、认知障碍等，这些障碍严重制约着患者的肢体功能恢复，同时也是中医治疗的难点。

### （一）混合性失语影响治疗措施的实施

混合性失语由于所有语言功能均严重障碍，影响医患沟通，加上

部分病人舌体短缩不能伸出，无法准确采集病史，影响了辨证论治的效果。

## （二）痉挛影响运动功能的恢复

痉挛一直是阻碍头部内伤患者运动功能和日常生活能力恢复的难题。由于痉挛的出现和加重，限制患肢随意运动的能力，出现异常运动模式，甚至可能导致终身致残。目前临床上很难找出一个比较理想的痉挛的治疗方法。

## （三）认知障碍影响整体康复的效果

头部外伤患者度过急性期，无论患者本人、家属，还是康复医师、治疗师首先关注的往往是患者运动功能的恢复。而对认知障碍的诊断、康复的重要性所给予的关注常常不够。事实上，认知障碍是严重影响患者肢体功能康复的重要因素。

## 五、针对难点的中医治疗应对思路

针对以上这些难点，科室在综合多年临床经验、病例回顾、文献复习、学术交流的基础上提出了以下以下解决思路：

### （一）混合性失语

作为头部内伤病患者症状之一，其基本病机仍属阴阳失调，气血逆乱。但舌为心之窍，失语舌短不外虚实两端，虚则为肝肾阴虚，气血衰少，舌本失养；实则为痰浊或湿热闭阻心窍。针对以上状况，组织专家组优化辨证论治体系，制定以中药鼻饲、头针刺激、言语康复训练为主的系列措施，为形成临床实践指南提供临床依据。

### （二）痉挛

作为头部内伤病患者常见的并发症之一，痉挛属于中医学痉证范畴，目前尚缺少对此相关文献的系统整理，针对以上情况，收集整理与治疗头部内伤所致痉挛相关文献资料，正确运用循证医学的理念，对各种康复方法的研究进行循证医学的系统评价，找出最佳治疗方案。针对头部内伤所致痉挛，目前我科室开展多项治疗，并已经进入临床观察阶段。主要包括：1. 院内制剂“活血伸筋搽剂”配合蜡疗：缓解痉挛肌群张力；2. 督灸：缓解腰背肌痉挛；3. 脐疗：缓解腹肌痉挛；4. 五音疗法：缓解全身痉挛。

### （三）认知障碍

中医学对认知障碍的早期干预关注不够，对其病情演变也缺乏系统研究。古代文献对卒中后认知障碍的症状、病因、病机只有散在的描述。根据文献论述，卒中后认知障碍属于中医学的“善忘”“痴证”“愚痴”“痴呆”“呆病”“文痴”等范畴。

我们在临床实践中发现认知障碍是个发展的过程，不同时期的主要表现也不尽相同。早期阶段疾病初起，多为实多虚少，以痰瘀阻窍，阴虚阳亢为特点；中期阶段，疾病迁延，耗伤正气，虚实并见，以痰瘀阻窍与肝肾不足并重为其特点；晚期阶段，虚多实少，以肾精亏损，髓海不足为其特点。因此对于不同时期症候特征的正确认识才能够正确的指导临床的辨证用药，才能充分体现中医药治疗的优势。目前已开展了中药辨证施治，针刺治疗，康复训练综合疗法，为形成临床实践指南提供临床依据。