

中风病(脑血管病)中医诊疗方案

中风病是由于阴阳失调，气血逆乱，致脑脉痹阻或血溢脑脉之外引起的以突然昏仆、不省人事、半身不遂、口眼歪斜，或不经昏仆，仅以半身不遂，口舌歪斜，言语不利，偏身麻木为主要表现的一种病症。相当于现代医学脑血管病，主要包括脑梗死和脑出血。本方案是在我科参加国家中医药管理局“十一五”康复重点专科中风病诊疗方案验证的基础上，并结合科室治疗中风病的特色、优势和研究成果的基础上不断优化形成的。

一、诊断

(一) 中医诊断标准

1. 疾病诊断

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。

2. 证候诊断

(1) 肝阳暴亢：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) 风痰阻络：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇，肢体麻木或手足拘急，头晕目眩。舌苔白腻或黄腻，脉弦滑。

(3) 痰热腑实：半身不遂，舌强不语，口舌歪斜，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。

(4) 气虚血瘀：半身不遂，肢体软弱，偏身麻木，舌歪语蹇，手足肿胀，面色淡白，气短乏力，心悸自汗。舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉细缓或细涩。

(5) 阴虚风动：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。舌红或暗淡，苔少或光剥，脉细弦或数。

(6) 瘀血阻络：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇，善忘，肢体麻木或手足震颤。舌暗苔白腻或黄腻，舌底筋脉曲张，脉涩。

(二) 西医诊断标准

参照 2005 年中国卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指南（试行）》进行诊断。

二、治疗方案

(一) 急性期

急性期是指发病两周以内。

1. 康复评定

选择的量表包括意识状态的评定《Glasgow 昏迷量表》和美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)。如果发现存在抑郁以及运动、感觉、认知、交流和吞咽功能缺损，由来自康复治疗小组的相应医师进行评定。

2. 康复方案

患者生命体征稳定后即可介入康复治疗。进行床上良肢位的摆放、被动运动、早期床上活动（包括翻身、床上移动、床边坐起、桥式运动）、保持坐位姿势等康复训练。避免患侧肢体输液，预防和纠正单

侧忽略和视野缺陷。

在药物使用时不排除同时发挥传统康复方法的优势，可在心电监护下进行针刺、指针、鼻饲中药等治疗。

向患者及家属进行健康宣教，使其正确的认识疾病，了解疾病发生的原因、可能造成的功能障碍以及预后情况；对患者及家属进行相关健康教育，有效地预防跌倒。

（二）软瘫期

1. 康复评定

运动功能评定首选 Brunnstrom 评价法、Fugl—Meyer 量表，日常生活活动能力评定首选 Barthel 指数量表。此外，根据患者的功能障碍情况选择相关评定内容，如认知功能的评定包括失认症、失用症评定等；在康复训练中还应了解患者的心肺功能，避免过度疲劳，必要时可进行心肺功能评定。进行肌力评定时须注意防止评定的姿势和方法引发痉挛的出现。

2. 康复方案

此期相当于 Brunnstrom 偏瘫功能分级的 I ~ II 级。其功能特点为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利用各种方法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。

（1）巨刺法

本期的传统康复治疗首选巨刺法即健侧取穴的方法，利用健侧经

气,在针刺刺激下调动患侧经络中残存之真气,共同驱除同经之邪气,使瘫侧受损的功能得以恢复,潜在的运动能力得以发挥。这种刺激健侧的方法实际上是利用中风后偏瘫早期低位中枢控制的联合反应,共同运动通过健侧用力收缩来使患侧肌张力提高。具体选穴、操作方法如下:

[基本穴位]:选取健侧上、下肢阳明经腧穴。如手三里、外关、合谷、梁丘、足三里、解溪。

[操作方法]:选用1.5寸30号毫针直刺,按对穴连接电针仪(上海G-6805型),采用低频5HZ连续波,输出强度以患者耐受为度,刺激20分钟。

(2) 关键功能机电针刺法:根据患者的运动障碍情况,选取相应关键功能肌上的穴位,运用电针刺法,提高关键肌的神经兴奋性,恢复“短路”的神经冲动,让患侧肢体进行模拟正常运动的肌肉活动,并逐渐恢复主动运动,从而达到良好的康复效果。

[基本穴位]:根据患者的运动障碍情况,上肢关键肌为三角肌、肱二头肌、肱三头肌、腕背伸肌、指屈肌、指伸肌上选取肩髃、肩髃、臂臑、曲池、外关、手三里、劳宫、后溪,在屈髋肌(髂腰肌)、伸膝肌(股四头肌)、踝背伸肌(胫前肌)、伸趾肌(趾长伸肌)、踝跖屈肌(腓肠肌、比目鱼肌)上选取穴位,取髀关、伏兔、血海、梁丘、足三里、上巨虚、委中、承山、太冲、涌泉,

[操作方法]:患者取仰卧位,穴位消毒后采用0.30mm×40mm华佗牌针灸针进行针刺治疗,依据患者关键肌功能情况选用不同穴位对。

采用 G6805-2A 华谊牌电针仪，电压峰值设置为 6V，使用频率 15Hz 断续波模式，电流刺激强度范围为 0~10mA，以患者能够耐受为度，密切观察患者反应，留针 40min。2 组均每天治疗 1 次，每周 5 次，4 周一疗程。

(3) 传统手法

首选叩击法或拍法作用于患侧，叩击或拍打时手掌应尽量放柔软，慢拍快提，顺序从下到上，频率约 100 次/分钟，以皮肤发热潮红为度。若伴有患侧上肢肿胀，可选用滚法治疗，顺序从下到上。

注意：各关节特别是肩关节、腕关节不宜使用拔伸法、扳法、抖法，以免造成韧带、肌肉损伤，甚至引起关节脱位。

(4) 功能训练

1) 维持正确体位：软瘫期积极维持床上正确体位。同时坐位或站立时应注意支持偏瘫侧上肢，尽量避免牵拉肩关节。

2) 被动活动：若病人不能作主动活动，应尽早进行各关节被动活动训练。在进行训练时，训练时手法应在无痛范围内进行。对于已经出现有关节疼痛的病人，训练前可作热敷等止痛治疗。注意保护肩关节、髋关节。

3) 床上训练：只要病人神志清醒，生命体征稳定，应及早指导病人进行床上的主动性活动训练，包括翻身、床上移动、床边坐起、桥式运动等等。

4) 器械训练：早期站床训练、下肢智能反馈训练、主被动训练。

5) 物理因子治疗：低频脉冲电刺激，蜡疗等。

6) 作业治疗: ①这一时期作业治疗的主要目的在于配合运动治疗、物理因子治疗等其他手段提高患者躯体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如穿脱衣、穿袜子等,恢复一定的自理能力,从而建立和增强回归家庭、重返社会的信心。②床轮椅转移训练、轮椅坐位平衡训练、姿势调整训练。③肩关节半脱位处理:坐位保持是患肘屈曲垫软枕,肩胛带被动外展、内收、主动耸肩,手掌部各个方向挤压训练。④肩手综合征处理:毛线向心性缠绕手指,手指被动屈伸、指间肌牵伸、毛刷刺激手部。

7) 悬吊推拿运动技术

悬吊推拿运动技术是治疗师借助悬吊诊疗系统,对患者进行系统评估后,将传统推拿手法和现代生物力学相结合进行辨证施治,是对传统推拿的优化。属于中医特色康复诊疗技术。

运用悬吊推拿运动技术子技术悬吊循经弹拨技术,作用于患者肢体,疏通经络、改善气血循环。

运用悬吊推拿运动技术子技术神经肌肉激活技术,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。

(三) 痉挛期

1. 康复评定

分别运用改良 Ashworth 量表、Brunnstrom 评价法、Fugl-Meyer

量表和 Barthel Index 量表评定患者肌张力、肢体运动功能和日常生活活动能力的改善情况。

2. 康复方案

此期相当于 Brunnstrom 偏瘫功能评价的 III~IV 阶段。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。

(1) 针刺以“拮抗肌取穴”为基本原则。

[穴位]: 上肢取肩髃、肩中(位于肩臂三角肌之中央, 当后臂肱骨之外侧, 去肩骨缝 2.5 寸)、手三里、外关、合谷; 下肢取三皇穴(相当于脾经的阴陵泉、漏谷、三阴交)。

[操作]: 常规操作。

(2) 痉挛肌硬结点放血拔罐法

[穴位]: 根据患者的具体情况, 选上肢(上臂、前臂)、下肢病理点即肌张力增高的屈肌、触诊最硬处或胸大肌止点触诊最硬处。每次治疗上下肢分别选取 2~3 个硬结点。

[操作]: 常规消毒, 用三棱针在硬结点点刺 4 下, 随后给予抽气式拔罐, 留罐 5 min。每部位出血量控制在 2mL 以内。操作完毕按压放血点 5min。手指痉挛者, 加四缝点刺放血。可于刺络拔罐治疗后行针刺治疗。

(3) 传统手法治疗: 不同的肌群部位采用不同的手法, 可以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。

1) 弹拨法

上肢：弹拨肱二头肌、肱桡肌、肱骨内上髁的肌腱附着处，以酸胀为度，每处 1~2 分钟，可以缓解优势侧的肌痉挛。

下肢：弹拨内收肌、股四头肌、小腿三头肌肌腱附着处，拇指深按肌腱，酸胀为度，每处 1~2 分钟，可以缓解优势侧的肌痉挛。

2) 擦法

上肢：用快速掌擦法擦上肢的后侧（相当于肱三头肌和前臂伸肌肌群），每处 1~2 分钟，频率为 120 次/分钟左右，局部发热为度。

下肢：用快速掌擦法擦大腿的后侧和外侧（相当于绳肌和阔筋膜张肌）、小腿前面（小腿前肌群），每处 1~2 分钟，频率为 120 次/分钟左右，局部发热为度。

3) 运动关节法

上肢：缓慢伸肘、伸腕和伸指关节后屈肘、屈腕和屈指关节，1~2 分钟。

下肢：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。

(4) 中药外治：活血伸筋搽剂外用（院内制剂）

[使用方法]：将活血伸筋搽剂涂抹于痉挛肌群，2 周一个疗程。

[注意事项]：皮肤过敏、破损者禁用。

(5) 功能训练：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。

1) 抗痉挛手法：内容包括良肢位的摆放、抗痉挛模式(RIP)训练、

关节活动度的保持以及痉挛肌肉的静态牵张等。针对痉挛可采用牵拉、挤压、快速摩擦等方法来降低患者上肢的肌张力。

2) 感觉刺激: 根据 Rood 技术, 可以通过各种感觉刺激抑制痉挛, 如轻轻地压缩关节, 在肌腱附着点上加压, 用坚定的轻的压力对后支配的皮表 (脊旁肌的皮表) 进行推摩, 持续的牵张, 缓慢地将患者从仰或俯卧位翻到侧卧位, 中温刺激, 不感觉热的局部温浴, 热湿敷等。

3) 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。

4) 作业疗法:

①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。进行如持球、持棒等动作进行针对协同运动的练习。此外, 还可选择抗痉挛的支具, 其中常用支具有针对手指屈曲、腕掌屈曲痉挛的分指板、充气压力夹板。抑制痉挛的注意事项: 避免急速的、过度用力的动作。避免做对手的抓握功能要求较高的动作。避免过度使用健侧手。②日常生活活动训练、生活辅助具及自助具的使用, 借助生活辅助器具及自助具学会日常生活活动的自理方法和技巧, 如: 进食时使用手柄加粗的匙、穿袜时使用穿袜自助具、如厕时使用助起式便器等。③新技术的应用, 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。

5) 物理因子治疗: 应用中医诊疗设备磁振热治疗仪缓解肌肉痉

挛，促进分离运动，20 分钟/次，1 次/日。

6) 悬吊推拿运动技术

运用设备悬吊痉挛肢体，手法弹拨痉挛肌肉，降低肌张力，改善气血循环。运用悬吊推拿运动技术改善弱链接，改善肌痉挛，促进分离运动，抑制异常模式。

(四) 相对恢复期

1. 康复评定

此期评定的重点是日常生活活动能力，可应用 Barthel 指数进行评定。可采用 Fugl-Meyer 量表评定患者运动功能。以便及时了解患者存在的障碍，调整康复计划和方法，为患者回到家庭和社区做好准备。心理和认知功能的评定可根据患者的情况加以选择应用。

2. 康复方案

本期相对恢复期相当于 Brunnstrom 偏瘫功能评价的 V~VI 阶段。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由运动，甚至能进行协调的单关节运动。治疗上应在继续训练患者肌力肌耐力的基础上，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。

(1) 运动疗法：在继续训练患者肌力肌耐力的基础上，以提高身体的协调性和日常生活活动能力为主要原则。训练内容有提高协调性、速度的作业治疗和增强肌力、肌耐力的运动治疗。继续运用悬吊推拿运动技术强化核心，改善弱链接，提高机体运动能力，提高步行

能力。

(2) 作业疗法:

1) 包括训练手指抓握及精细操作的活动: 利手交换训练, 可根据患者病后 3 个月患手的功能状态, 也应根据患者的需求而定, 尤其应考虑患者的职业; 文字书写能力训练, 当脑卒中患者的书写能力出现障碍时, 治疗者应该设法建立一系列有助于恢复、提高书写能力的治疗方案。

2) 感觉障碍的恢复训练: ①利用坐位时患侧上肢支撑体重的方法, 达到同时训练运动功能和感觉功能的目的。在支撑手掌的下面, 可以替换放置一些手感、质地不同的材料。②将制作的一些木块、木棒, 在其周围分别缠绕一层各种不同的材料, 指导患者拿放。③患侧手指伸展平放在桌面上, 向各方向滑动。④在一个平阔的容器内放入细沙/米粒/豆粒等, 指导患者用手指在细沙上写字、随意画一些图案, 然后抹掉重来, 如此多次反复。

3) 针对患侧忽视和身体非对称姿势、动作的治疗措施: ①治疗者或家属在对患者进行治疗或护理的时候, 应尽量从患侧接近患者, 增加患者认知自身患侧的机会。②在日常生活中, 应注意始终将患侧上肢置于患者自己的视野之内, 而且尽量保持与健侧相同的肢位。③多做健侧手带动患侧手及上肢的自助性活动。

4) 生活技巧训练

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。

5) 特色疗法—小组训练, 包括小组前访谈、小组开展、小组后访谈

(3) 在进行功能训练的同时, 可适当配合针灸、推拿等传统康复方法, 以达到协同提高肌力、解除功能训练后肌疲劳的目的。

1) 按照“治痿独取阳明”理论选穴、针刺。

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

针刺操作: 常规操作选用 1.5 寸 30 号毫针直刺, 按对穴连接电针仪(上海 G-6805 型), 采用低频 5HZ 连续波, 输出强度以患者耐受为度, 刺激 20 分钟。

2) 推拿取穴与操作: 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。①按揉上肢的肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷, 每个穴位约 0.5 分钟, 每次持续用力 3~5 秒钟。下肢按揉髀关、风市、伏兔、血海、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑、太溪、太冲穴, 每穴约 0.5 分钟, 每次持续用力 3~5 秒钟。1 次/日, 10 次为一疗程。②沿手足三阳经、三阴经的循行部位, 自上

而下拿上下肢，手法操作 3~5 分钟，1 次/日，10 次为一疗程。③双手夹住肢体从近端往远端搓动，重复 10 遍。④运动关节类手法：一手托肘，一手握腕，做肩关节的前屈、后伸、外展、内收及旋转动作，2-3 分钟；双手配合做肘关节、腕关节、各指间关节的屈伸活动，2-3 分钟。一手扶膝，一手握踝，做髋关节的前屈、后伸、外展、内收及旋转动作，2-3 分钟；膝关节、踝关节的屈伸活动，2-3 分钟。手法操作 1 次/日，10 次为一疗程。

（五）辨证选择口服中药汤剂或中成药

1. 肝阳暴亢证

治法：平肝熄风，理气通络

方药：镇肝熄风汤加减。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

中成药：牛黄清心丸。

2. 风痰阻络证

治法：熄风化痰，理气通络

方药：癫狂梦醒汤加减：桃仁，柴胡，香附，木通，赤芍，半夏，大腹皮，青皮，陈皮，桑皮，川芎，苏子，甘草。

中成药：半夏天麻丸。

3. 痰热腑实证

治法：通腑化痰，活血通络

方药：三化汤加减：生大黄、枳实、厚朴、羌活、全瓜蒌、半夏、防风、桃仁泥、钩藤、元明粉。

中成药：大柴胡颗粒。

4. 气虚血瘀证

治法：熄风化痰，理气通络

方药：补阳还五汤加减：黄芪、当归、地龙、川芎、赤芍、桃、红花、木瓜。

中成药：通心络胶囊（片）。

5. 阴虚风动证

治法：滋阴益肾，柔肝息风

方药：地黄饮子加减：熟地、肉苁蓉、巴戟天、山萸肉、石斛、麦冬、茯苓、附子、肉桂、菖蒲、远志、薄荷、生姜、大枣。

注：该方药经过剂型改良，已经获得国家级发明专利。（一种治疗脑血管病及急性脊髓炎的药物）

中成药：复方苁蓉益智胶囊。

6. 瘀血阻络证

治法：祛瘀通络，活血熄风

方药：活血熄风汤加减：当归、川芎、炒白芍、丹参、黄芪、黄精、天麻、怀牛膝。

注：本方为专科学术带头人刘昭纯教授在“瘀血生风”内风病机新理论的基础上，结合多年临床经验总结出的治疗中风病-瘀血阻络证的有效方剂。

中成药：血府逐瘀胶囊或血府逐瘀口服液。

三、并发症的康复治疗

（一）肩痛

1. 康复评定

肩痛是中风患者常见的并发症。患侧肩和上肢的肌张力异常与处置不当、肩关节粘连性改变、肩关节半脱位、肩-手综合征等多种因素均是导致肩痛的原因。肩痛的存在阻碍了中风患者功能恢复和整体康复进程,从而影响了其生活质量,康复评定采用疼痛视觉模拟指数量表进行。

2. 康复方案

（1）预防：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；早期在作肩关节被动运动时关节活动度应在 90-120 度。

（2）治疗：对已发生肩痛的患者,可采用以下方法处理：

1) 早期活动：肩关节早期活动可以防止因制动引起的关节粘连性病变,但应注意不适当的活动可以引起关节周围软组织损伤和肩痛。

2) 浮针：选择在病痛点的上、下、左、右四个方向。

3) 理疗及局部外敷：应用中医蜡疗方法配合活血伸筋搽剂外用是指通过蜡疗的温热作用促进活血伸筋搽剂透皮吸收,进而达到缓解局部疼痛的实用治疗技术。该成果由山东中医药大学第二附属医院研究研发,是康复中心的特色疗法之一,其中,活血伸筋搽剂为院内制剂,便携式蜡疗袋已获省自然科学基金的支持。20-30 分钟/次,1 次/日,20 次一疗程。

4) 悬吊推拿运动技术, 一次治疗 40min, 1 次/日, 5 次/周, 连续治疗 4 周为一疗程。

对于肩手综合征引起的肩痛, 还可采取缠指法: 用直径约 1~2mm 的绳子从远端向近端缠绕患手每一手指及手掌至腕关节, 然后再一一解开绳子, 可每天重复进行。其机理是通过向心性的挤压促进血液循环。

对于肩带痉挛引起的疼痛还可采用肩带松弛法治疗: 治疗师先把一只手放在患侧胸大肌部位, 另一只手放在肩胛骨下角, 双手夹紧, 上下左右活动肩胛骨; 治疗师再将一只手放在患肩前部, 另一只手放在肩胛骨脊柱缘近下角部, 按住肩胛骨, 用力向上、向外、向前方持续牵拉。做完上述治疗后, 再以滚法、揉法从患侧远端向近端治疗。2 次/日, 每次 20 分钟。

科室对肩痛患者广泛推广应用本专科国家级发明专利“上肢托吊式病号服”, 对该病取得了明显的预防和治疗作用。

(二) 吞咽功能障碍

1. 康复评定

依据《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识》(2017 年版) 评定由筛查开始, 初步判断是否存在吞咽障碍及其风险程度, 如果有或高度怀疑有风险, 则做进一步的临床功能评估(床旁检查)和(或)仪器检查。

(1) 筛查方法包括:

1) 洼天俊夫饮水试验: 常温下让患者饮用温水 30ml, 在无呛咳

的情况下，一次吞下，连续两次，记录最短一次时间。也可将饮水实验与脉搏血氧饱和度监测联合应用。

2) 反复唾液吞咽测试：被检查者采取坐位，卧床时采取放松体位。检查者将手指放在被检查者的喉结及舌骨处，让其尽量快速反复吞咽，观察 30 s 内喉结及舌骨随着吞咽运动越过手指，向前上方移动再复位的次数。高龄患者做 3 次即可。

3) 改良饮水试验:采用饮用 3ml 水筛查,降低因筛查带来的误吸风险。可在饮水试验前实施。

4) 染料测试:适用于气管切开患者筛查有无误吸的方法,利用蓝色/绿色食用染料进行测试。

(2) 临床功能评估(床旁检查),筛选出需要进一步进行仪器检查的患者。

1) 口颜面功能评估:包括唇、下颌、软腭、舌等与吞咽有关的解剖结构的检查,包括组织结构的完整性、对称性、感觉敏感度、运动功能,以及咀嚼肌的力量。

2) 吞咽相关反射功能:包括吞咽反射、咽反射、咳嗽反射。

3) 喉功能评估:包括音质/音量的变化,发音控制/范围,主动的咳嗽/喉部的清理,喉上抬能力。

4) 床旁进食评估:给予不同食物(不同质和量)的吞咽测试。

(3) 仪器检查

吞咽造影检查(VFSS)和软式喉内窥镜吞咽功能检查(FEES)是确定吞咽障碍的金标准。VFSS 和 FEES 各有所长,可选择性的应用,有条

件的单位推荐二者结合应用, 优势互补。

(4) 吞咽功能障碍结局评测 (才藤 7 级评价法)

2. 康复方案

(1) 针灸

[穴位]: 上廉泉

[操作]: 选用 2 寸 30 号毫针由上廉泉穴向舌根部透刺 1.2~1.5 寸 (以患者感舌根部酸胀感, 并以手示意为度), 再提退针分别向金津、玉液方向斜刺 1.2~1.5 寸, 针感要求同上, 针毕不留针。

[穴位]: 天突

[操作]: 病人取坐位或者卧床病人去枕平卧, 嘱病人平稳呼吸, 头稍后仰 10° 左右, 用 0.3 mm×127 mm 芒针先垂直皮肤面方向刺入 12~15 mm, 后针尖调转方向向下紧贴胸骨柄内侧缘直刺 100~120 mm, 以咽喉部有异物感为宜, 并在 30~50mm 范围内提插捻转 9 次, 每日 1 次, 6 次/周, 4 周一疗程。

(2) 吞咽功能训练: 吞咽功能训练包括间接治疗训练和直接治疗训练 (又称为代偿性治疗)。间接治疗包括口面和下颌的运动训练、舌的运动训练、冷刺激、呼吸与构音训练、咳嗽训练、声门上吞咽训练, 门德尔松手法, Shaker' 训练, 神经肌肉电刺激, 重复经颅磁刺激。直接治疗包含饮食器具, 食物性状, 进食体位三方面的选择, 以及如何采用特定的吞咽方法去除滞留在咽部的食物残渣。每日一次, 两周为一疗程。

(3) 特色技术: 1) 间歇经口至食管管饲胃肠营养法; 2) 改良

的球囊扩张术

（三）言语障碍

详见《中风后言语障碍中医诊疗方案》部分。

（四）认知功能障碍

详见《痴呆病（中风后认知功能障碍）中医诊疗方案》部分。

（五）情志障碍

1. 康复评定：心理测量量表包括自评量表和他评量表。自评量表为来访者/患者在医生指导语指导下进行的自我评定，作为心理状态的筛查依据。他评量表是由专科医生、治疗师实施的心理评定，具有诊断参考意义。其中①必查项目：自评量表，Zung 焦虑抑郁自评量表（SAS/SDS）；他评量表，汉密尔顿焦虑量表（HAMA）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD），医院用焦虑抑郁量表（HADS），广泛性焦虑量表（GAD—7）、抑郁症筛查量表（PHQ-9），等。以上量表任选一套进行临床测量。②选择性检查，阿森斯失眠量表（Athens Insomnia Scale, AIS）；失眠严重程度指数（Insomnia Severity Index, ISI）；匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI）；脑卒中专用生活质量量表（SS-QOL）；中医健康量表（Health Scale of Traditional Chinese Medicine, HSTCM）

2. 康复方案

（1）特色技术：五音调神法

五音调神法是指根据中医辨证的结果，在对应的五行音乐中选取恰当的调式进行聆听，在此环境中以改良开天门手法进行头面点穴松

弛治疗，再取督脉要穴、施以调神针法，以达宁心调神、安神定志的目的。每日1次，每次30分钟，14次为1疗程。

移空技术：移空技术是中医传统调神功法与现代的心理治疗技术中的催眠、绘画与认知行为疗法相结合的中医身心治疗技术。以中国传统功法中的“存想”和“入静”技术为核心操作内容，由医生/治疗师指导来访者充分运用意识的想象功能，先将所需要解决的心理障碍、心身疾患的症状象征性物化、并放入为其量身打造的承载物中，然后在不同的心理距离反复移动置放了象征物的承载物，使二者在移运的过程中逐渐变化乃至消失，从而缓解或消除症状及其影响。不仅治疗继发于病痛症状的心理障碍，对单纯的心理障碍也具有适用性。每周2次，2周为1疗程。

调神针法：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）。

名中医经验方：山东省名老中医刘昭纯教授：患者情志不畅，肝气郁结，进而累及脾土，耗伤心气，故常表现为焦虑、烦躁、失眠、情绪低沉、悲观失望，对周围的一切事物失去兴趣等。当以疏肝理气，健脾和胃，养心安神为基本原则。形成了基本方（理肝解郁汤）：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。再据证随证加减用药，对辨病与辨证相结合。以郁证为主时急则治其标，先以本方加减治疗。情志病缓解后，再回归中风本病治疗。

（2）物理因子疗法

物理因子治疗是指应用天然或人工物理因子的物理能，如声、光、电、磁等，通过神经、体液、内分泌等生理调节机制作用于人体，以达到预防和治疗疾病的方法。重复经颅磁刺激（RTMS）即是通过磁刺

激改善睡眠及心理状态的物理治疗技术。

本治疗技术是在人头颅特定部位给予重复的相应频率的磁刺激，抑制/平衡局部和功能相关的远隔皮层功能，实现皮层功能区域性重建，且显著影响对脑内神经递质的分泌及其传递、不同脑区内多种受体包括 5-羟色胺等受体及调节神经元兴奋性的基因表达，可单独或联合药物迅速阻断失眠。每日 1 次，14 次为 1 疗程。

（30 药物治疗

药物治疗参照《卒中后抑郁临床实践的中国专家共识》、《中国抑郁障碍防治指南（2015）》等相关内容。

（4）现代心理治疗

认知行为与沙盘治疗：沙盘治疗是让来访者在有细沙的特制箱子里随意摆放组合玩具来再现其多维的现实生活，使来访者的无意识整合到意识中，是一种从人的心理层面来促进人格变化的心理治疗方法。认知行为疗法是用心理学技术改变患者对疾病认识的偏差，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代之，以消除或纠正其适应不良的情绪和行为。

二者结合，用沙盘突破患者心理阻抗，发现问题。用正确认知取代错误认知，并落实到日常行为及康复训练上。可与作业治疗相结合，每日 1 次，14 次为 1 疗程。

（六）心肺康复

1. 呼吸训练

目标：改善通气，减轻患者气促感；增加咳嗽机制效益；改善胸廓活动度，建立有效呼吸模式

内容：

（1）缩唇呼吸 通过增加气道阻力，防止气道过早闭合，从而

减少残气量。

(2) 呼吸控制 让患者放松颈肩部以及上胸廓，并鼓励多利用下胸廓及腹部的运动来呼吸，从而减少呼吸频率，降低气促感。

(3) 气道廓清技术 主动循环呼吸技术

(4) 改善胸廓顺应 深呼吸训练 呼吸操训练

2. 肌肉放松训练

(1) 主要放松肌：股四头肌、胸大肌、胸锁乳突肌、肋间内外肌。

(2) 采用放松方法：按摩、理疗

(3) 放松效果评价：患者放松后心率较放松前降低 10-20 次，血氧饱和度提高到 95%以上

3. 有氧训练

(1) 运动强度：轻中度患者按照平板测试中最大强度的 60%逐步过渡到 80%。较重患者按照患者可耐受最大运动量行有氧训练

(2) 运动频率：30-40 分钟/次。一周 3-5 次

(3) 根据患者个人喜好采用跑步机或踏车、上肢液阻等进行有氧训练。

4. 阻抗训练 训练的重点是下肢

(1) 方法：目标肌群以下肢的肌肉功能训练为主，涉及全身大肌肉群。

(2) 强度：采用 1RM 值法，由 50%1RM 逐渐过渡到 80%1RM。

(3) 频率：一周 2-3 次，每次 5-8 组，每组重复 8 次-10 次。直至患者可以连续完成 15 次当前负荷量时候，再增加 10%1RM。直至 80%1RM 值并维持。

(七) 便秘：

1. 康复治疗，包括低桥式运动，盆底肌力训练术（缩肛运动），排便意识训练，腹部按摩，以上这些训练方法，在患者身体条件允许

的情况下，都应该尽早开始进行，根据患者的情况，可以选择由康复治疗师、陪护、家属帮助完成，或者患者自身训练等不同的方式。在这个基础上，配合药物治疗一般都可以取得很好的疗效。

2. 名老中医经验方，根据患者的年龄大小、体质强弱、发病久近，大便型质，临床常见为三种类型：

基本方 1：麻子仁汤（寒下法）

加减：丹参 30、虎杖 30、生白术 30、莱菔子 30（湿热兼瘀血）

基本方 2：附子大黄细辛汤（温通法）

加减：合苓桂术甘汤、黄芪、刘寄奴（寒湿重，兼有小便不利）

基本方 3：大柴胡汤（疏肝法）

加减：合半夏泻心汤、葛根芩连汤等（湿热重、血糖高）

（八）重视脾胃功能在偏瘫康复中的重要作用

卒中后患者往往伴随着脾胃功能低下，食欲低下，影响患者的功能训练，根据中医的整体康复观、功能康复观，在康复治疗的过程中，重视加强或恢复脏腑组织功能，提高康复疗效

（九）化痰益智汤治疗卒中后认知障碍

中医认为，卒中后认知障碍多属于“痴呆”范畴，由于气血亏损痰阻血瘀所致，病位在脑，精气亏损是其本，风火痰瘀是其标，本虚标实，脑络瘀塞，髓海失养，清窍不明，灵机失用，出现各种表现。

四、中风病护理

1. 基础护理：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. 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)肝肾阴虚：调节睡眠起居时间规律，鼓励听轻音乐，保持心情舒畅。饮食以补阴滋养肝肾为主，药膳方：百合山药粥。

(2)脾肾两虚：多予户外活动，常晒太阳，多鼓励患者参与娱乐活动。饮食以补肾健脾为主。药膳方：山药枸杞粥

(3)痰浊蒙窍：多沟通了解患者心理变化，采取适当安抚技巧避免患者情绪躁动。饮食上以健脾化浊为主。药膳方：山药苡米粥。

(4)瘀血内阻：观察患者的情绪变化和日常饮食，避免情志刺激，勿惊恐忧郁，防止复中。饮食以活血化瘀为主。药膳方：黄芪桂枝粥。

3. 情志护理

护理人员主动关心患者，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。

4. 安全护理

由于合并认知功能障碍,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。

5. 对于吞咽障碍的患者进行营养管理：对预计 4 周内不能自主进食的患者经皮内镜下胃造瘘术(PEG)比长期鼻饲(NG)更好。吞咽康复的主要目标是让患者从管饲逐步过渡到经口喂养,在这一过渡过程中,需对患者经口摄入量进行严格记录以充分判断患者是否可以经口摄入足够的能量及营养素。当经口进食不能满足患者机体营养需求时,推荐实施口服营养补充(ONS),使用 ONS 可帮助准确计算营养摄入量,同时确保吞咽功能障碍患者的充分营养、功能恢复。ONS 应用至患者吞咽功能恢复、能够正常饮食,通过日常膳食摄入以达到营养物质的目标量时再停用。

6. 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，指导照顾者掌握与痴呆患者交流的方法，以减轻其心理压力。

7. 康复护理：

- (1) 加强良肢位摆放，预防肩关节半脱位和肢体痉挛；
- (2) 给与患者气压治疗，预防血栓形成，减轻局部肿胀。
- (3) 早期不能下床患者给予主被动蹬车治疗，改善关节活动度，防止肌肉萎缩。

8. 中医特色技术：

- (1) 循经灸：具有温经通络、活血化瘀、扶正祛邪的作用。
- (2) 中药药熨：具有温经通络、散寒止痛、祛瘀消肿的作用。

五、疗效评价

(一) 评价标准

中医整体疗效评定参照“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：症状及体征消失，基本能独立生活。
2. 好转：症状及体征好转，能扶杖行动，或基本生活能自理。
3. 未愈：症状及体征无变化。

(二) 评价方法

包括：运动功能评价、日常生活活动能力评价、言语评价、吞咽评价、心理情绪评价、疼痛评价、认知评价，具体评价方法的选择诊疗方案中第二、第三部分内容。

六、中医治疗难点

中风病康复的主要难点包括手功能障碍、足下垂、痉挛等，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）手功能障碍

脑卒中患者的康复治疗已经取得了较大的进展，但由于手多进行精细运动，神经支配复杂，脑卒中后偏瘫手功能的恢复效果一直不太理想。有资料显示如果卒中发病超过6个月，患者手的随意运动功能仍没有恢复，则该手的运动功能恢复预后不良。由于手功能与日常生活能力(ADL)密切相关，直接影响患者及家庭的生活质量。因此，偏瘫手功能障碍的康复已经成为脑卒中后偏瘫康复的难点和重点。

（二）足下垂

中风后引起的足下垂是肢体瘫痪的表现之一，也是制约步态及步行能力的重要因素。长期以来足下垂的治疗一直是临床治疗的难题，应充分重视足下垂的预防和治疗。

（三）痉挛

中风后痉挛的问题一直是阻碍中风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。尽早打破痉挛模式对于中风患者的康复至关重要。目前临床上很难找出一个比较理想的痉挛的治疗方法。

七、针对难点的解决措施

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解决思路：

（一）基于偏瘫手功能恢复的中医康复方案研究

在诊疗方案梳理、文献研究、专家咨询以及结合课题组前期研究、临床应用基础上，制定促进偏瘫手功能恢复的中医康复方案。充分利用学术平台，依托专科协作组对所制定的方案加以临床验证，并运用多种量化评价方法评价其疗效，最终确立促偏瘫手功能恢复的中医康复方案。相关的课题已经启动，如“脑卒中恢复及后遗症期中医康复治疗效果的系统评价研究”获得山东省中医药科研计划的资助。

（二）进行中风后足下垂治疗中医康复方案研究

对历代医家治疗足下垂的经验、理论进行研究、整理，丰富方案的内容，提出中风后足下垂的中医康复方案草案。组织专家进行研讨、论证，在广泛征求意见的基础上，形成中风后足下垂的的中医康复方案，并以此方案为工作依据，引用康复医学的评价标准，组织专科协作组对制定的方案进行前瞻、对照的临床研究工作。

（三）开展中医康复治疗偏瘫痉挛状态的研究

收集整理与中风病康复治疗方法相关的文献资料，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系统评价，找出最佳治疗方案，目前我科室已经研制院内制剂“活血伸筋搽剂”应用于临床