中风病（脑梗死）恢复期中医诊疗方案

---潍坊市中医院脑病科2019.09修订

一、中西医病名诊断：

1、中医病名诊断：中风病TCD:BNG080。

2、西医病名诊断：脑梗死ICD-10:I63.900。

二、诊断

 （一）疾病诊断

 1．中医诊断：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。

 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

 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排除脑出血和其它病变。

 (5)脑CT或MRI有责任梗死病灶。

 （二）疾病分期

 1．急性期：发病2周以内。

 2：恢复期：发病2周至6个月。

 3，后遗症期：发病6个月以后。

 （三）证候诊断

 1．风痰瘀阻证：日眼歪斜，舌强语蹇或失语，半身不遂，肢体麻木、舌暗紫，苔滑腻，脉弦滑。

 2.气滞血瘀证：肢体偏枯不用，肢软无力，面色萎黄，舌质淡紫或有瘀斑，苔薄白，脉细涩或细弱。

 3.肝肾亏虚证；半身不遂，患肢僵硬，拘挛变形，舌强不语，或偏瘫，肢体肌肉萎缩，舌红脉细，或舌淡红，脉沉细。

三、治疗方案

 （一）根据中风病患者不同功能障碍采用不同的康复治疗方法。

 1．运动功能障碍

 (l)软瘫期：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功能训练

 运动治疗：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。若病人不能作主动活动，应尽早进行各关节被动活动训练。

 作业治疗：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，如使用单手技术的方法完成穿脱衣、穿袜子、进食、个人卫生等，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。

 对患者及其家属的宣教，尤其是良姿位的摆放，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取上肢活动训练方法，维持肩关节活动范围，避免日后肩部的并发症。

 ②巨刺法：即健侧取穴的方法。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，采用低频连续波，输出强度以患者耐受为度，刺激20分钟。

 ③头针：取顶颞前斜线，顶旁1线，顶旁2线；或采用于氏头穴丛刺针法，取项区、项前区。

 操作方法：采用长时间留针间断行针法，可留针3～4小时。一般选用28～30号毫针，常用1～1.5寸，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，每根针捻转1分钟，留针期间进行肢体的功能训练，开始每隔30分钟捻转1次，重复两次，然后每隔两小时捻转1次，直至出针。

 ④推拿治疗：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。

 ⑤物理因子治疗：神经肌肉电刺激疗法、功能性电刺激疗法、肌电生物反馈、针刺手法针疗仪、智能通络治疗仪、脑电仿生电刺激等均可选用。

 (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。

 ①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。

 运动治疗：

 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、快速摩擦等方法来降低患肢的肌张力；Rood技术感觉刺激，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。

 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二步促进患侧肢体的介离运动。

 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。

 作业治疗：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，还有充气压力夹板。指导患者将所学的动作应用于日常生活活动，如患侧上肢负重时健侧上肢的洗漱动作、转移动作（从床上坐起、从卧位坐起等）、进食时患侧手固定碗等。加强双上肢活动训练，促进患侧上肢功能改善，提高双上肢协调能力。

 ②针刺以“拮抗肌取穴’’为基本原则

上肢：手三里、外关（使手腕伸展或手指伸展）；

 天井、膈会（使肘部伸展，肘外旋）；

 肩髃、臂膈（使臂外展）；

下肢：阳陵泉、悬钟（使足背屈、踝外翻）；

 解溪、丘墟（使趾伸展、足背屈）；

 承扶、委中（使膝关节屈曲）； 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。

 ③麦粒灸：用麦粒大小艾灸施灸，一般做直接灸用。对于中风后肌张力高甚的患者，取十二井穴施麦粒灸法以降低肌张力。

 ④头针针刺取穴与操作方法同软瘫期。

 ⑤推拿治疗：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。

 弹拨法：弹拨肱二头肌、肱桡肌、肱骨内上髁、内收肌、股四头肌、小腿三头肌肌腱附着处，以酸胀为度，每处1～2分钟，可以缓解优势侧的肌痉挛。

 擦法：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）、大腿的的后侧和外侧（相当于腘绳肌和阔筋膜张肌）、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。

 运动关节法：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。

 ⑥物理因予治疗：神经肌肉电刺激疗法、功能性电刺激疗法、肌电生物反馈、针刺手法针疗仪、智能通络治疗仪、脑电仿生电刺激均可选用。

 (3)相对恢复期：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。

 ①功能训练：在继续训练患者肌力、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（训练活动与日常生活活动相结合，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）和增强肌力、耐力的运动治疗。

 ②针刺：可按照“治痿独取阳明”理论选穴。

 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。

 ③头针：针刺取穴与操作方法同软瘫期。

 ④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。

 2．语言功能障碍

 (1)语言功能训练

 首先区分失语症还是构音障碍。失语症主要表现听说读写障碍。针对这四方面障碍选择不同的训练内容。如Schuell刺激法改善听理解能力等。构音障碍的治疗目的是促进患者发声说话，改善构音器官的功能。如呼吸训练、发音训练等。

 (2)针刺治疗

 取穴：取顶颞后斜线下2/5、颞前线。

 操作方法：采用长时间留针间断行针法，可留针3～4小时。一般选用28-30号毫针，常用1～1.5寸，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，每根针捻转1分钟，留针期间进行语言功能训练，开始每隔30分钟捻转1次，重复两次，然后每隔两小时捻转1次，直至出针。

 上述针刺方法疗效欠佳者，可选用语门穴（位于舌尖部），施术前，患者须清洁口腔。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。

 3．吞咽功能障碍

 (1)功能训练：吞咽功能训练包括间接训练和直接训练。

 间接训练是针肘那些与摄食--吞咽活动有关的器官进行功能训练，包括①呼吸训练②颈部训练③唇部练习④舌肌和咀嚼肌训练法等，同时配合冰刺激、吞咽电刺激治疗仪刺激咽部肌群。

 直接训练则是食用食物同时并用体位、食物形态等代偿手段进行的训练，即摄食训练。

 (2)针刺治疗：以下两种方法均适用，根据临床实际选择适宜的针刺方法。

 ①上廉泉穴

 操作方法：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，得气后不留针。

 ②以项针及舌三针治疗为主，双侧的风池、天突、人迎、廉泉、舌三针、头针运动区的中下1/3。

 操作方法：风池：针向喉结方向进针1.5寸，胀感传至咽部。人迎：直刺1.5寸，取得窒息样针感为佳。舌三针：1.5寸针向咽部直刺，针感强烈。廉泉：当前正中线上，喉结上方，舌骨上缘凹陷处，取得窒息样针感为佳。余穴进针后以得气为度，依照辨证虚实进行补虚泻实操作。

 4．认知功能障碍

 (l)认知功能训练

 ①注意力训练：主要运用刺激--反应法。如从数字或字母中选择指定的符号及数字；图像或汉字的找不同，从电话号码本中找出需要的电话号码，从菜单或分类广告找到指定内容以提高注意的选择性；随治疗师口令转变两种不同的作业以提高注意的转移性等。

 ②记忆力训练：先将3～5张绘有日常生活中熟悉物品的图片卡放在患者面前，告诉患者每卡可以看5秒，看后将卡收去，让患者说出所看到的物品的名称，反复数次，成功后增加卡的数目；反复数次，成功后再增加卡片的行数。

 ③计算力训练：包括数字认识、数字游戏或作业等。

 ④视觉空间结构能力训练：如临摹各种平面与立体图形，拼七巧板，按图拼积木等。

 ⑤单侧忽略的训练：a视觉扫描训练：通过促进对忽略的视觉的搜索，来改善忽略。b交叉促进法：健侧上肢越过中线在患侧进行作业。C感觉输入法：对忽略侧进行深浅各种感觉输入刺激。

 (2)针刺治疗

 取穴：百会、四神聪、智三针（神庭及其左右本神穴）。

 操作方法：四神聪、百会、智三针进针0.8～1.0寸，捻转得气后留针30分钟，每隔10分钟行针一次。

 5．肩痛的治疗

 (l)预防：①良肢位的摆放；②早期在做肩关节被动运动时关节活动度应在90～120度；③防止不当运动损伤。

 (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：早期适当关节活动范围内的肩关节被动活动可防止因制动引起的关节粘连性病变。肌力达II级以上的病人督促其做主动运动。

 ②腕踝针：患侧取腕4、腕5为进针点，可长时间留针。留针期间可配合患侧肩关节被动活动等。

 ③对于肩手综合征引起的肩痛，还可采取缠指法、气压治疗等。因注意预防手肿及受损（避免腕关节屈曲、患侧输液、不当牵扯等）。

 ④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；治疗癖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。每天治疗2次，每次20分钟。

 ⑤对于肩关节半脱位引起的疼痛可采用肩吊带固定，肩胛骨姿势的矫正，电刺激兴奋肩关节周围肌等。

 ⑥物理因子治疗：低中频电疗、多频率微波治疗仪、阿是超声波治疗仪等。

 （二）辨证使用口服中药汤剂、中成药

 1．风痰瘀阻证

 治法：搜风化痰，化瘀通络。

 推荐方药：解语丹加减。天麻、胆星、天竺黄、半夏、陈皮、地龙、僵蚕、全蝎、远志、菖蒲、豨莶草、桑枝、鸡血藤、丹参、红花等。

 中成药：牛黄熄风胶囊。

2．气虚血瘀证

治法：益气养血，化瘀通络。

 推荐方药：补阳还五汤加减。黄芪、桃仁、红花、赤芍、归尾、川芎、地龙、牛膝等。

 中成药：益气熄风胶囊。

 3．肝肾亏虚证

 治法：滋养肝肾。

 推荐方药：左归丸合地黄饮子加减。干地黄、首乌、枸杞、山萸肉、麦冬、石斛、当归、鸡血藤等。

 中成药：养阴熄风胶囊。

 （三）静脉滴注中药注射液

 可选用具有活血化瘀作用的中药注射液静脉滴注。如：丹红注射液、丹参川芎嗪注射液、三七总皂苷注射液、灯盏细辛注射液等。

 （四）中药熏洗疗法

 根据病情需要选择克痉外洗方加减。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、生姜、芒硝、鸡血藤、千年健、肉桂、大黄等。

 熏洗过程中要注意温度的控制，以免烫伤。

 （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。可参照2010年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》。

 （六）护理

 1．良肢位的摆放。

 2．给药护理：中药汤剂一般宜温服，每日一剂，分2次服用。

 3．饮食调护：根据中风病中医证候进行。

 (1)风痰阻络证：宜食黑大豆粥、香菇藕片粥等清淡少油腻之品。

 (2)气虚血瘀证：宜食山药薏仁粥、黄芪粥、冬瓜白菜粥等益气、健脾通络之品。

 (3)肝肾亏虚证：宜食百合莲子薏仁粥、甲鱼汤、芹菜黄瓜汁等以滋养肝肾。

4．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。

四、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、简化Fugl-Meyer运动功能评分评价运动功能状况，改良Ashworth痉挛评定量表评价肌张力状况。

 2．言语功能恢复评价：采用中国康复研究中心汉语标准失语症检查表或构音障碍检查表。

 3．吞咽功能恢复评价：采用洼田饮水试验。

 4．认知功能恢复评价：采用蒙特利尔认知评估或MMSE评价。

 5．肩痛恢复评价：疼痛视觉模拟评分法。

 6．日常生活能力评价：采用改良酌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Brunnstrom分期、简化Fugl- Meyer、改良Ashvrorth痉挛评定量表、改良的Barthel指数量表、汉语标准失语症检查表或构音障碍检查表、洼田饮水试验、蒙特利尔认知评估、MMSE、疼痛视觉模拟评分法等进行评价。