

广西壮族自治区卫生健康委员会 广西壮族自治区中医药管理局 文件

桂中医药医发〔2024〕11号

自治区卫生健康委 自治区中医药局关于印发 2024年广西康复领域腰痛（腰椎间盘突出 突出症）和中风病（脑卒中） 中西医康复诊疗方案 （试行）的通知

各市卫生健康委、中医药局，各区直医疗机构：

为规范开展康复相关专业的诊疗活动，结合广西康复领域临床实际情况，自治区卫生健康委和自治区中医药局共同组织专家制定了腰痛（腰椎间盘突出症）、中风病（脑卒中）2个中西医康复诊疗方案。现印发给你们，供各医疗机构参考使用。

- 附件：1.腰痛（腰椎间盘突出症）中西医康复诊疗方案（试行）
2.中风病（脑卒中）中西医康复诊疗方案（试行）



2024年6月28日

（此件公开发布）

附件1

腰痛（腰椎间盘突出症）中西医康复 诊疗方案（试行）

一、范围

本方案提出了腰痛的定义，明确了诊断、分型、治疗方法，主要适用于腰椎间盘突出症的康复治疗。

二、定义

（一）中医病名：腰痛（TCD编码：A17.42）又称腰脊痛，是以腰脊或脊旁部位疼痛为主症的疾病，有急性和慢性之分。急性腰痛病程较短，腰部多拘急疼痛、刺痛，脊柱两旁常有明显的按压痛；慢性腰痛病程较长，时作时止，腰部多隐痛或酸痛。

（二）西医病名：腰椎间盘突出症（lumbar disc herniation, LDH）（ICD-10编码为M51.202）是指腰椎间盘突出发生退行性改变后，在外力作用下，纤维环部分或全部破裂，单独或者连同髓核、软骨终板向外突出，刺激或压迫窦椎神经和神经根引起的以腰腿痛为主要症状的一种病变，易于反复发作。

三、病因病机

腰痛的发生主要因外邪侵袭、跌仆闪挫引起经脉受阻，气血不畅，或年老体虚，肾气亏虚，腰府失养。气血阻滞，瘀血

留着，痹阻经脉，气血不通，亦可发为腰痛。

腰痛的基本病机为经脉痹阻，腰府失养。外感腰痛由外邪痹阻经脉，气血运行不畅所致。寒为阴邪，其性收引，郁遏卫阳，凝滞营阴，以致腰府气血不通；湿邪侵袭，其性黏滞，留着筋骨肌肉，闭阻气血，阳气不运，以致肌肉筋脉拘急而痛；感受热邪，常与湿合，或湿蕴生热而滞于腰府，经脉不畅而生腰痛。内伤腰痛多因肾之精气亏虚，腰府失养。偏于阴虚则腰府不得濡养，偏于阳虚则腰府不得温煦，故发生腰痛。内外二因，相互影响，风、寒、湿、热诸邪，常因肾虚而乘袭，痹阻经脉，发生腰痛。

四、临床表现

（一）临床症状。

1.腰痛：腰痛常为首发症状。疼痛一般在腰骶部，大多为酸胀痛，可放射到臀部，反复发作，久坐、久站或劳累后加重，休息后缓解。

2.下肢疼痛：下肢放射性疼痛，站立、行走、打喷嚏或咳嗽时症状加重，卧床休息可缓解，严重者可伴相应神经分布区域感觉异常或麻木。大部分LDH发生在L4/5和L5/S1，可导致坐骨神经痛，出现下肢后外侧放射性疼痛。少数高位LDH可使L2~L4神经根受累，引起股神经痛，出现腹股沟区或下肢前内侧疼痛。放射痛的肢体多为一侧，极少数病人可表现为双下肢症状。

3.马尾神经症状：中央型椎间盘巨大突出、脱垂或游离椎间盘组织可压迫马尾神经，出现双下肢及会阴部疼痛、感觉减退或麻木，甚至大小便功能障碍。

（二）体征。

1.一般体征：腰椎侧凸，跛行。腰部活动受限，以前屈受限为主。病变椎间盘的患侧椎旁常有压痛，压迫时可诱发远端放射性不适。

2.特殊体征：①直腿抬高试验及加强试验：L4/5 和 L5/S1 椎间盘突出压迫神经，直腿抬高试验及加强试验常呈阳性。②股神经牵拉试验：股神经牵拉试验阳性常提示 L2~L4 神经根受累。

3.神经系统表现：①感觉障碍：受累脊神经根会出现相应支配区感觉异常，早期多表现为皮肤感觉过敏，继而出现麻木、刺痛及感觉减退。②肌力下降：受累神经根支配的肌肉可有不同程度的肌力减退，病程长者可出现肌萎缩。L5 神经根受累时，踝及趾背伸力下降。S1 神经根受累时，趾及足跖屈力下降。③反射异常：膝反射减弱或消失提示 L4 神经根受压；踝反射减弱或消失表示 S1 神经根受压；如马尾神经受压，为肛门括约肌张力下降及肛门反射减弱或消失。

五、检查

（一）体格检查：直腿抬高试验及加强试验，屈颈试验，腓神经压迫试验，股神经牵拉试验，跟臀试验，梨状肌紧张试

验等。

(二) 辅助检查: X 射线检查、CT 检查、MRI 检查、神经电生理检查等。

(三) 量表评价。

1. 疼痛评估: 采用视觉模拟评分量表 (visual analogue scale, VAS)、数字评价量表 (numerical rating scale, NRS) 等。

2. 功能障碍评估: 采用 Oswestry 功能障碍指数问卷表 (Oswestry disability index, ODI)、Roland-Morris 功能障碍调查表 (Roland -morris disability questionnaire, RMDQ) 等。

3. 心理情感评估: 采用情绪认知类量表如焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS)、医院焦虑抑郁量表 (hospital anxiety and depression scale, HADS)、汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton depression scale, HAMD)、恐惧回避心理问卷 (fear-avoidance beliefs questionnaire, FABQ) 等。

4. 生活质量评估: 采用健康状况 SF36 (36-item Short-form, SF-36)、匹兹堡睡眠质量指数 (Pittsburgh sleep quality index, PSQI) 等。

六、诊断

(一) 中医诊断。

1. 寒湿证: 腰部冷痛重着, 转侧不利, 静卧病痛不减, 寒冷或阴雨天加重。舌质淡, 苔白, 脉沉而迟缓。

2. 湿热证: 腰部疼痛, 重着而热, 暑湿阴雨天气加重, 活动

后或可减轻，身体困重，小便短赤。舌质红，苔黄腻，脉濡数或弦数。

3.瘀血证：腰痛如刺，痛有定处，痛处拒按，日轻夜重，轻者俯仰不便，重者不能转侧。舌质暗紫，或有瘀斑，脉涩。部分患者有跌仆闪挫病史。

4.肾虚证：①肾阴虚：腰部隐隐作痛，酸软无力，缠绵不愈，心烦少寐，口燥咽干，面色潮红，手足心热。舌红少苔，脉弦细数。②肾阳虚：腰部隐隐作痛，酸软无力，缠绵不愈，局部发凉，喜温喜按，遇劳更甚，卧则减轻，常反复发作，面色㿔白，肢冷畏寒。舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

（二）西医诊断。

典型的腰椎间盘突出症，根据病史、症状、体征以及在 X 线平片上相应节段有椎间盘退行性改变者即可做出初步诊断，结合 CT、MRI 等检查，能准确做出病变间隙、突出方向、突出物大小、神经受压情况的诊断。

七、治疗

（一）中医治疗。

1.辨证论治中药内服。

（1）寒湿证。

治法：散寒除湿，温经通络。

推荐方药：甘姜苓术汤加减。

干姜、甘草、茯苓、白术、桂枝、苍术等。

（2）湿热证。

治法：清热利湿，舒筋通络。

推荐方药：四妙丸加减。

黄柏、苍术、薏苡仁、防己、萆薢、络石藤、牛膝等。

（3）瘀血证。

治法：活血化瘀，理气通络。

推荐方药：身痛逐瘀汤、抵挡汤加减。

当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、没药、土鳖虫、水蛭、牛膝等。

（4）肾虚证。

治法：补肾益精。

推荐方药：肾阴虚适用左归丸加减。

熟地黄、山茱萸、山药、枸杞子、龟甲胶等。

肾阳虚适用右归丸加减。

制附子、肉桂、杜仲、菟丝子、熟地黄、山茱萸、山药、枸杞子等。

2. 中医外治疗法。

（1）普通针刺。

以足太阳经、足少阳经、足阳明经穴及阿是穴为主。主穴取腰阳关、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞等穴位。若下肢痛沿足太阳经放射，加环跳、秩边、承扶、殷门、委中、承山、昆仑等穴位；若沿足少阳经放射，加环跳、风市、膝阳关、阳

陵泉、阳辅、悬钟、足临泣等穴位；若出现两经混合，则配穴交替针刺。取穴可随证加减。

疗程：每日1~2次，一般7~14日为一个疗程。

（2）针刀疗法。

取俯卧位，根据患者病情选择治疗部位，标记操作部位，针柄与脊柱纵轴方向一致，刀体垂直于皮肤，先快速刺入皮下，松解皮肤、浅筋膜，再松解肌肉层，最后逐层深入缓慢匀速推到小关节骨面，刀锋先向外移动，寻找关节间隙，沿关节间隙切开小关节囊3~5刀，即松解关节腔。

疗程：每周1~2次，一般3~4周为一个疗程。

（3）灸法。

取俯卧位，运用艾绒等材料或药物，点燃后在腰部穴位或痛点进行熏熨，达到防病治病目的。可根据病情选择直接灸、间接灸、艾条灸、温针灸、温灸器灸等。取穴可参照普通针刺，随证加减。

疗程：每日1~2次，一般7~14日为一个疗程。

（4）推拿疗法。

使用按、揉等手法放松患者腰部肌肉，推、拿、滚等手法操作于患者的两侧腰肌及痛点，并依次治疗患者的臀部、大腿、小腿和足部，可重复数次。

疗程：每日1次，一般7~14日为一个疗程。

（5）手指点穴。

对肾俞、大肠俞、关元俞、气海俞、风市、委中、阳陵泉、足三里、承山、昆仑、太溪等穴位进行点按，可重复数次。

疗程：每日1~2次，一般7~14日为一个疗程。

(6) 中药烫熨。

参考烫熨方：吴茱萸60g，白芥子60g，莱菔子60g，菟丝子60g，生盐1000g。

用上药混合置锅内炒热，至生盐变黄色为止，用布包热熨患处，施治时应注意热度，避免烫伤，若过热可裹上数层布垫，反复使用。其他不同烫熨中药方可根据病情合理使用。

疗程：每日1~2次，一般7~10日为一个疗程。

(7) 穴位贴敷。

根据病症选方配穴，将药物贴敷于命门、关元、肾俞、脾俞、阿是穴等穴位。急性期用活血止痛类药物，缓解期用散寒止痛、温经通络类药物。

疗程：每日1次，一般7~10日为一个疗程。

(8) 拔罐疗法。

取俯卧位，取大肠俞、肾俞、腰夹脊穴、环跳、承山、委中、风市、秩边等穴位。可根据病情选择合适的体位和拔罐方法。

疗程：隔日1次。急性疼痛治疗至痊愈为止，慢性疼痛一般7~10次为一个疗程。

(9) 牵引治疗。

取卧位，在腰髋部缚好骨盆牵引带后，每侧各用 10~15kg 重量做牵引。可根据不同牵引设备的操作说明进行操作。

疗程：每日 1~2 次，一般 7~10 日为一个疗程。

（10）其他疗法。

经皮内热针骨骼肌松解术、关节错缝术、导引功法治疗、中医正骨、穴位埋线、药棒穴位按摩、穴位注射、电针、中药涂擦、中药熏洗、刮痧疗法、壮医经筋疗法等。

（二）西医治疗。

1. 药物治疗。

可使用非甾体类抗炎药、肌肉松弛剂、脱水剂、激素类药物、营养神经类药物及镇静剂对症治疗。

2. 手术治疗。

（1）出现腰腿痛症状严重，反复发作，经半年以上非手术治疗无效，且病情逐渐加重，影响工作和生活者，应采取手术治疗。

（2）出现马尾神经综合征，括约肌功能障碍者，应采取手术治疗，必要时按急诊手术进行。

（3）有明显神经受累表现者，应采取手术治疗。

（三）康复治疗。

根据患者病情，可选用个性化康复治疗方案。

1. 非手术康复治疗。

（1）运动治疗。

①徒手运动疗法：包括运动控制训练、核心稳定训练、方向特异性训练、麦肯基（McKenzie）疗法、麦特兰德（Maitland）松动术及身心训练的瑜伽、太极等。运动前后要放松，以解除肌肉紧张，运动时穿着宜宽松舒适，动作力求柔和缓慢，应循序渐进、持之以恒。

②器械运动训练：可选用不稳定踏板、康复训练球、弹性阻力带、各种平衡训练仪、大型脊柱主动康复测试与训练工作站等设备。

③悬吊运动治疗系统：悬吊运动治疗包括诊断和治疗系统。诊断系统可测定神经肌肉控制能力。治疗系统以闭合链运动为主，可激活和训练局部稳定肌。

（2）物理因子治疗。

临床包括但不限于以下治疗方式：

①经皮神经电刺激。

一般将电极置于痛区、运动点、扳机点、穴位、病灶同节段的脊柱旁，也可沿着周围神经走向、病灶上方节段、病灶对侧同节段放置，选择相应频率治疗。

疗程：每日1次，一般10~14日为一个疗程。

②中频脉冲电疗法。

将电极板放置在发生病变椎体间隙的两侧秩边、承扶、委中、阳陵泉等穴位或痛点，选择相应频率治疗。

疗程：每日1次，一般7~14日为一个疗程。

③高频电疗法。

常用超短波、短波及微波等。治疗剂量在急性期选择无热量，亚急性、慢性期选择微热量或者温热量。

疗程：每日 1 次，一般 10~14 日为一个疗程。

④超声波疗法。

取俯卧位，选择连续模式，频率为 1MHz，剂量为 0.8~1.5W/cm²。局部痛点涂抹耦合剂，将探头置于痛点处，采用移动法，移动速度为 2~3cm/s，在治疗部位缓慢往返或回旋移动。

疗程：每日 1~2 次，一般 5~10 日为一个疗程。

⑤冲击波疗法。

通过触诊，标记出腰背部扳机点。涂抹耦合剂以增加冲击波向组织的传导。选择适当的参数，对皮肤的压力为轻度到中度。可根据不同的冲击波设备操作说明进行操作。

疗程：每周 1~2 次，一般 3~5 次一个疗程。

（3）心理治疗及认知行为疗法。

对于慢性疼痛，可针对其存在的抑郁焦虑问题进行心理辅导及康复知识教育，促使其心理状况改善，缓解疼痛；也可采用认知行为疗法，通过直接针对个体相关心理、身体、生活方式障碍，以个体化方式进行康复。

（4）其他治疗。

肌骨超声引导下注射治疗技术、封闭、富血小板血浆治疗（Platelet-rich plasma, PRP）、矫形支具等。

2.术后康复。

术后康复应在康复评定后，根据评定结果合理进行。术后康复的开始时间与手术方式有关，术后早期应在保证手术部位稳定及不影响愈合的前提下进行维持性康复训练，其中微创手术患者可早期进行呼吸训练、上下肢训练，避免引起腰椎屈伸或旋转的运动。

（四）注意事项。

进行治疗操作前与患者充分沟通，熟练掌握各项操作程序，及时评估操作反应，预防意外情况的发生。如发生不良事件，按相应规范流程处理。

八、个人调护

（一）养成正确的姿势习惯：保持正确的坐姿、站姿、卧姿及弯腰、取物、携带重物的姿势等，及时纠正不良姿势，避免久坐、久站。

（二）养成良好的生活习惯：健康饮食，适当锻炼，控制体重，劳逸结合。

（三）正确选择床垫：以中等硬度为首选。

（四）注意病后调养：注意卧床休息与适当功能训练相结合，避免受凉，树立战胜疾病的信心。

中风病（脑卒中）中西医康复诊疗方案 （试行）

一、范围

本方案提出了中风病的定义，明确了诊断、分型、治疗方法，主要适用于中风病的康复治疗。

二、定义

（一）中医病名：中风病（TCD 编码：A07.01.01）是以半身不遂、肌肤不仁、口舌歪斜、言语不利，甚则突然昏仆、不省人事为主症的疾病，因其发病骤然，变化迅速，故名中风，又称卒中。

（二）西医病名：脑卒中又称脑血管意外（ICD-10 编码：I60-I69），分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中，指突然发生的、由脑血管疾病引起的局限性或全脑功能障碍，持续时间超过 24 小时或引起死亡的临床综合征，临床包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血。

三、病因病机

（一）中医病因病机。

该病的基本病机为阴阳失调，气血逆乱。病位在脑，与心、肝、脾、肾关系密切。气血不足或肝肾阴虚是致病之本，风、火、痰、瘀是发病之标，加之烦劳、恼怒或醉酒饱食等诱因，

阴阳严重失调，气血逆乱，清窍失养而致中风。根据中风病位深浅、病情轻重的不同，可分为中经络和中脏腑，其中中经络一般无神志改变，表现为不经昏仆而突然发生口舌歪斜、言语不利、半身不遂、偏身麻木等；中脏腑则表现为突然神志昏蒙或神志恍惚、口舌歪斜、舌强语蹇或不语、半身不遂、偏身麻木等。

（二）西医病因。

缺血性脑卒中病因常用比较类肝素药物治疗急性缺血性脑卒中试验(the trial of org 10172 in acute stroke treatment, TOAST)分型，分为大动脉粥样硬化型、心源性栓塞型、小动脉闭塞型、其他病因型（除以上3种明确病因的分型外，其他少见病因，如血凝障碍性疾病、血液成分改变、各种原因血管炎、血管畸形、结缔组织病、夹层动脉瘤等所致的脑梗死）、不明原因型。

出血性脑卒中常见病因是高血压合并细小动脉硬化、脑动静脉畸形、动脉瘤等。

四、临床表现

根据脑损伤的部位、范围和性质不同，在临床可表现为：

（一）运动功能障碍：表现为肌力、关节活动度、肌张力异常等。

（二）感觉障碍：表现为浅感觉、深感觉、复合感觉等障碍。

（三）言语功能障碍：表现为语言障碍、言语障碍等。

(四) 认知功能障碍：表现为记忆力障碍、注意力障碍、定向力障碍、执行功能障碍、知觉障碍等。

(五) 吞咽功能障碍：表现为饮水呛咳、吞咽困难等。

(六) 日常生活能力障碍：表现为个人卫生自理能力、体位转移能力、行走及乘坐交通工具能力、交流能力、社会认知能力下降等。

(七) 心理障碍：表现为感觉、知觉、记忆、思维、想象和性格等多个方面的功能障碍。

(八) 其他功能障碍：如心肺功能障碍、二便障碍、性功能障碍等。

五、检查

(一) 专科检查：包括一般检查，意识状态、精神状态和高级皮质功能检查，脑神经检查，运动系统检查，感觉系统检查，反射检查，脑膜刺激征、自主神经系统检查等。

(二) 辅助检查。

1.影像学及超声检查：CT、CTA、MRI、MRA、DSA、颈部血管彩超、经颅多普勒（TCD）等检查。

2.实验室检查：血常规、凝血功能、肝肾功能、血脂、电解质、心肌酶学、空腹血糖、餐后2小时血糖、糖化血红蛋白、同型半胱氨酸、抗磷脂抗体等检查。

3.其他检查：可疑存在心源性脑栓塞的患者可行心电图、动态心电图、动态血压及心脏彩超等检查。

六、诊断

(一) 中医诊断。

根据病程时间，可分为急性期（发病后2周以内，中脏腑可至1个月）、恢复期（急性期后至6个月）和后遗症期（6个月以上）。急性期根据病情程度，可分为中经络和中脏腑。

1. 中经络。

(1) 风痰入络证：半身不遂，口舌歪斜，言语不利，肌肤不仁。平素头晕、目眩。舌质暗淡，舌苔白腻，脉弦滑。

(2) 风阳上扰证：半身不遂，肌肤不仁，口舌歪斜，言语蹇涩。平素急躁易怒，头痛，眩晕耳鸣，面红耳赤，口苦咽干，尿赤，便干。舌质红或绛红，舌苔薄黄，脉弦有力。

(3) 阴虚风动证：半身不遂，肌肤不仁，口舌歪斜，舌强语蹇。平素头晕头痛，耳鸣目眩，急躁易怒，少眠多梦。舌质红绛或暗红，苔少，脉细弦或细弦数。

2. 中脏腑。

(1) 痰热腑实证：突然昏仆，不省人事，口舌歪斜，舌强语蹇或不语，肢体强急，痰多而黏，伴腹胀，便秘。舌红或绛，苔黄腻，脉弦滑。

(2) 痰火瘀闭证：突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，大小便闭，肢体强痉，面赤身热，躁扰不宁。舌红，苔黄厚腻，脉弦滑而数。

(3) 痰浊瘀闭证：突然神昏嗜睡，半身不遂，牙关紧闭，

肢体强痉，大小便闭，面白唇暗，静卧不烦，四肢逆冷，痰涎壅盛。舌质暗淡，苔白腻，脉沉滑或缓。

(4) 元气衰败证：神昏，面色苍白，目合口张，肢体软瘫，二便失禁，鼻鼾息微，肢冷汗多。舌淡紫或萎缩，苔白腻，脉细弱或脉微欲绝。

3.恢复期和后遗症期。

中风病急性期经积极治疗，神志渐清，痰火渐平，风退瘀除，饮食稍进，渐入恢复期。

(1) 风痰阻络证：半身不遂，偏身麻木，口舌歪斜，舌强语蹇或不语，头晕目眩。舌质暗红，舌苔白腻，脉弦滑或涩。

(2) 气虚络瘀证：半身不遂，偏身麻木，肢软无力，口舌歪斜，舌强语蹇或不语，面色萎黄。舌质暗淡或有瘀斑，舌苔薄白，脉细涩或细弱。

(3) 肝肾阴虚证：半身不遂，偏身麻木，患肢僵硬拘挛变形，或肢体肌肉萎缩，口舌歪斜，舌强语蹇或不语。舌质红，舌苔少，脉沉细。

(二) 西医诊断。

根据发病的年龄、起病急骤、发病前的诱因、临床表现、影像学检查等，排除其他疾病，可明确诊断。临床常分为急性期、恢复期及后遗症期，依据美国国立卫生研究院卒中量表（National institute of health stroke scale, NIHSS）进行病情程度划分。

七、康复评定

根据患者不同的功能障碍，选用不同的评定量表进行评定，完成初期评定、中期评定、末期评定。初期评定应在入院后尽快完成，中期评定在治疗过程中择期完成，末期评定在出院前最后一次康复评定。如出现中风病康复疑难病例，应尽快启动康复疑难病例评定会，具体执行方案详见附件。

（一）运动功能评定。

常用评定方法包括 Brunnstrom 偏瘫功能评定、Fugl-Meyer 评定、上田敏评定量表、改良 Ashworth 分级评定、徒手肌力评定、关节活动范围测定、肢体长度和维度测量、步态分析、平衡功能检测等。

（二）感觉功能评定。

包括轻触觉、痛觉、深感觉、复合感觉等。

（三）语言与言语功能评定。

常用评定方法包括汉语标准失语症检查表、汉语失语症成套测验（aphasia battery in Chinese, ABC）、汉语构音障碍评定法等。

（四）认知功能评定。

常用评定方法包括简易精神量表（mini-mental state examination, MMSE）、蒙特利尔认知评定量表（Montreal cognitive assessment, MoCA）、韦氏记忆量表、注意功能评定、知觉障碍评定等。

（五）意识状态评定。

常用的评定方法包括格拉斯哥昏迷评分法（Glasgow coma scale, GCS）、昏迷恢复量表—修订版（coma recovery scale-revised, CRS-R）、全面无反应评分量表（full outline of unresponsiveness, FOUR）、神经电生理检查等。

（六）吞咽功能评定。

常用评定方法包括临床吞咽功能评定、洼田饮水试验、容积-黏度吞咽测试（volume-viscosity swallow test, V-VST）、吞咽造影检查（videofluoroscopic swallowing study, VFSS）、纤维喉镜吞咽功能评估（fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, FEES）等。

（七）心肺功能评定。

常用评定方法包括监测生命体征（包含心率、呼吸、血压及血氧饱和度监测）、血气分析、肺功能检测、心脏彩超、运动心肺试验、呼吸功能徒手评定等。

（八）心理情感评定。

常用评定方法包括汉密尔顿抑郁量表（Hamilton depression scale, HAMD）、汉密尔顿焦虑量表（Hamilton anxiety scale, HAMA）、抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS）、焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）等。

（九）日常生活能力评定。

常用评定方法包括 Barthel 指数或改良 Barthel 指数评分量表

(modified Barthel index, MBI)、Katz 指数评定、Frenchay 活动指数等。

(十) 二便功能评定。

常用评定方法包括肛门反射、肠道动力及肛门直肠功能评定、尿流动力学检测、泌尿系统彩超、膀胱残余尿量测定、盆底电生理检查等。

(十一) 电生理诊断。

包括肌电图、神经传导速度、各种水平的诱发电位等。

八、治疗方案

(一) 中医治疗。

1. 辨证论治中药内服。

(1) 中经络。

① 风痰入络证。

治法：息风化痰，活血通络。

推荐方药：半夏白术天麻汤加减。

法半夏、茯苓、陈皮、炙甘草、白术、桃仁、红花、香附、天麻、生姜、大枣等。

② 风阳上扰证。

治法：清肝泻火，息风潜阳。

推荐方药：天麻钩藤饮加减。

天麻、钩藤、珍珠母、石决明、桑叶、菊花、夏枯草、黄芩、栀子、牛膝等。

③阴虚风动证。

治法：滋养肝肾，潜阳息风。

推荐方药：镇肝息风汤加减。

天麻、钩藤、白芍、天冬、玄参、枸杞子、牡蛎、龟甲、赭石、牛膝、当归等。

(2) 中脏腑。

①痰热腑实证。

治法：通腑泄热，息风化痰。

推荐方药：桃仁承气汤加减。

桃仁、大黄、芒硝、枳实、胆南星、黄芩、瓜蒌、红花、牡丹皮、牛膝等。

②痰火瘀闭证。

治法：息风清火，豁痰开窍。

推荐方药：羚角钩藤汤加减。

水牛角、钩藤、珍珠母、石决明、胆南星、法半夏、天竺黄、黄连、石菖蒲、郁金等。

③痰浊瘀闭证。

治法：化痰息风，宣郁开窍。

推荐方药：涤痰汤加减。

法半夏、茯苓、橘红、竹茹、郁金、丹参、石菖蒲、胆南星、僵蚕等。

④元气衰败证。

治法：回阳救逆，益气固脱。

推荐方药：参附汤合生脉散加减。

人参、制附子、干姜、五味子、山茱萸等。

（3）恢复期和后遗症期。

①风痰阻络证。

治法：搜风化痰，行瘀通络。

推荐方药 1：解语丹加减。

天麻、胆南星、天竺黄、法半夏、陈皮、地龙、僵蚕、全蝎、远志、石菖蒲、桑枝、丹参、红花等。

推荐方药 2：温胆汤加减。

法半夏、陈皮、枳实、竹茹、生姜、炙甘草、茯苓、地龙、川芎、土鳖虫等。

②气虚络瘀证。

治法：益气养血，化瘀通络。

推荐方药：补阳还五汤加减。

黄芪、当归、川芎、桃仁、地龙、赤芍、红花等。

③肝肾阴虚证。

治法：滋养肝肾，潜阳息风。

推荐方药：左归丸合地黄饮子加减。

生地黄、制何首乌、枸杞子、山茱萸、麦冬、石斛、当归、鸡血藤等。

2. 中医外治疗法。

(1) 针刺疗法。

①普通针刺。

体针：可选用肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪等穴位。

腹针：可选用中脘、下脘、气海、关元、滑肉门（患）、上风湿点（患）、外陵（患）、下风湿点（患）等穴位。

取穴可随证加减。

疗程：每日1~2次，一般10~15日为一个疗程。

②电针疗法：可选用百会、风池、肩髃、太溪穴、合谷、内关、足三里、阳陵泉、阴陵泉、三阴交等穴位。取穴可随证加减。

疗程：每日1~2次，一般10~15日为一个疗程。

③其他针法：根据患者病情，可选用醒脑开窍针法、黄帝内针、耳针、靳三针、针刀疗法等。

(2) 灸法。

①温针灸：将针刺与艾灸相结合，毫针留针时在针柄上置以艾绒（或艾条段）施灸，通过针体将热力传入穴位以达到治疗目的。可选用百会、神庭、劳宫、少府、少商、内关、心俞、肺俞、曲池、合谷、肩髃、外关、血海、三阴交等穴位。取穴可随证加减。

②直接灸、隔物灸、艾箱灸、药物灸等：可选用中脘、下脘、气海、关元、足三里、曲池等穴位。取穴可随证加减。

疗程：每日 1~2 次，一般 10~15 日为一个疗程。

(3) 推拿疗法。

采用一指禅推法、运法、推法、揉法、擦法、点按法及拔法等手法，可选取头面、胸腹、腰背及四肢等作为操作部位，以两侧膀胱经、足少阳胆经、足阳明胃经及阿是穴为主穴，辨证取穴。

疗程：每日 1~2 次，一般 15 日为一个疗程。

(4) 手指点穴。

取穴：主穴可选风池、天突、地仓、迎香、神门、太渊、劳宫、尺泽、手三里、肩髃、肩髃、阳陵泉、足三里、三阴交、委中、阴陵泉、丰隆等穴位。取穴可随证加减。

疗程：每日 1~2 次，一般 10~15 日为一个疗程。

(5) 关节粘连传统松解术。

运用放松、弹拨、关节摇转等手法，行关节粘连处松解治疗。

疗程：每日 1~2 次，一般 15 日为一个疗程。

(6) 中药穴位贴敷疗法。

根据辨证选择合适的方药，推荐取穴：命门、膏肓、肾俞、脾俞、胃俞、胆俞、肺俞、肝俞等穴位。取穴可随证加减。

疗程：每日 1 次，一般 10~15 日为一个疗程。

(7) 烫熨疗法。

用加热的中药烫熨包，在患者背部、四肢关节等部位进行

烫熨、滚动、摩擦等，达到舒经通络、温经散寒等功效。

疗程：每日 1~2 次，一般 10~15 日为一个疗程。

（8）其他中医外治法。

可通过辨证，使用内热针疗法、药棒穴位按摩、穴位注射、埋线治疗、埋针治疗、耳穴压豆、拔罐疗法、中药涂擦治疗、中药熏洗治疗、壮医经筋疗法、传统功法治疗等。

（二）西医治疗。

缺血性脑卒中治疗包括溶栓治疗、取栓治疗、抗血小板聚集治疗、调脂稳斑、神经保护治疗、手术治疗等。

出血性脑卒中治疗包括脱水降颅压、调控血压，特殊情况也可使用止血药物治疗、手术治疗、介入治疗及对症治疗等。常见并发症及合并症按常规治疗。

（三）康复治疗。

一般生命体征稳定、神经功能缺损症状稳定 48 小时后，尽早开展康复治疗。根据患者各种不同的功能障碍，可选用个性化康复治疗方案。

1.运动功能障碍康复。

（1）早期可以良肢位摆放、定时体位变换、维持关节活动度训练等为主。

（2）运动治疗：主要治疗技术包括体位转移技术、关节活动度训练技术、肌力及肌肉耐力训练技术、肌肉牵伸技术、平衡及协调功能训练技术、牵引技术等。

(3) 神经生理发育疗法：主要治疗技术包括 Bobath 技术、Brunnstrom 技术、Rood 技术、PNF 技术等。

(4) 运动控制：包括主要为运动再学习疗法、强制性使用、镜像治疗等。

(5) 作业治疗：包括日常生活活动训练、治疗性作业活动、手及上肢功能训练、改良与适应技术等。

(6) 物理因子治疗：包括直流电治疗、神经肌肉电刺激治疗、低频脉冲电治疗、中频脉冲电治疗、高频脉冲电治疗、磁振、电子生物反馈疗法、超声波治疗等。

(7) 辅具治疗：包括助行器、自助具、矫形器、3D 打印矫形器等。

2. 感觉功能障碍康复。

(1) 浅感觉训练：可采用多种感觉刺激疗法，包括触觉刺激、温度刺激及对皮肤的轻叩、挤压、牵拉肌肉等。

(2) 深感觉训练：治疗以改善关节位置觉及运动觉为主。早期可进行良肢位训练（增加患侧卧位时间，体位转换时加强对患肢的注意）、患肢关节负重训练、手法挤压训练、PNF 训练等，后期可进行平衡训练、视觉生物反馈训练等。

(3) 其他：复合感觉训练等。

3. 语言功能障碍康复。

包括失语症的治疗、构音障碍的治疗、双语和多语失语的治疗、非言语交流方式的利用和训练、口吃训练等。

4.认知功能障碍康复。

(1) 认知功能训练：包括认知知觉功能障碍训练、注意力训练、记忆力训练、定向力训练、逻辑思维训练、执行功能和问题解决能力训练、肢体活动训练、心理想象、基于计算机的认知训练等。

(2) 神经调控技术：包括经颅磁刺激 (transcranial magnetic stimulation, TMS) 和经颅直流电刺激 (Transcranial direct current stimulation, tDCS) 等。

(3) 高压氧疗法。

5.意识障碍康复。

(1) 多感官刺激治疗：包括听觉、视觉、嗅觉、触觉、本体感觉和环境刺激等。

(2) 运动治疗：包括良肢位摆放、体位转换、关节肌肉牵伸挤压、维持扩大关节活动度、电动起立床训练等。

(3) 神经调控技术：包括 TMS、tDCS 等。

(4) 高压氧疗法。

6.吞咽功能障碍康复。

吞咽功能障碍的治疗可采用以下方法进行综合治疗。

(1) 感觉训练：包括温度觉刺激、口腔刷擦刺激技术、振动棒感觉训练、K 点刺激、深层咽肌神经刺激疗法、嗅觉刺激、味觉刺激、气脉冲感觉刺激等。

(2) 运动训练：包括头颈部训练、下颌训练、面颊及唇部

训练、舌训练、腭咽闭合训练等。

(3) 气道保护手法：包括声门上吞咽法、超声门上吞咽法、用力吞咽法、门德尔松吞咽法等。

(4) 代偿策略：姿势治疗。

(5) 直接摄食训练。

(6) 球囊扩张技术。

(7) 食物的选择与调配。

(8) 营养方式改变：对于不能安全、有效进食的脑卒中患者，应考虑改变营养方式，建立营养目标，根据病情制订个体化的治疗方案。

(9) 吞咽说话瓣膜技术：用于改善气管切开患者的吞咽和说话功能。

(10) 物理因子治疗：包括神经肌肉电刺激治疗、直流电治疗、电子生物反馈治疗、低周波治疗、低频脉冲电治疗等。

(11) 其他：如超声引导下唾液腺肉毒素注射可改善脑卒中吞咽障碍患者的流涎症状，环咽肌肉毒素注射可改善环咽肌弛缓症。

7. 心肺功能障碍康复。

(1) 心功能障碍康复。

包括翻身训练、Fowler体位、床椅转移、被动/主动关节活动及肢体训练、被动/主动床边或坐位下肢单车训练、有氧耐力运动、辅助下站立→自主站立→步行训练、日常生活活动训练

等。

(2) 肺功能障碍康复。

包括体位训练、气道廓清技术、呼吸训练、咳嗽训练、运动训练等。

(3) 物理因子治疗。

包括神经肌肉电刺激、气压治疗（排除深静脉栓塞）、膈肌电刺激、机械辅助排痰等。

8.日常生活能力障碍康复。

包括基本性的日常生活活动（Basic activities of daily living, BADL）和工具性的日常生活活动（Instrumental activities of daily living, IADL）的训练。

9.二便功能康复。

包括间歇性导尿技术、骶神经刺激、膀胱生物反馈电刺激、盆底肌磁刺激技术、盆底肌训练、直肠功能训练、生活方式调整等。

10.心理功能障碍康复。

包括支持性心理治疗、行为疗法、认知疗法、社会技能训练等。

11.脑卒中后特殊临床问题的处理。

(1) 肩手综合征。

①预防：包括良肢位摆放、维持关节活动度、保护性体位和姿势、避免患侧输液。

②治疗：包括抬高患侧上肢、腕关节背屈、肩部肌群及肩胛带运动康复训练、物理因子治疗（低频脉冲电治疗、中频脉冲电治疗、高频脉冲电治疗、干扰电疗法、空气波压力治疗、超声波治疗、磁振热、蜡疗等）、超声引导下肩胛上神经阻滞及肩关节注射皮质类固醇、徒手淋巴引流技术、中药冷热交替浸泡、肌肉效贴扎、缠线疗法等，必要时使用止痛药物。

（2）肌痉挛。

①运动疗法：主要治疗技术包括 Bobath 技术、Brunnstrom 技术、Rood 技术及 PNF 技术等。

②物理因子治疗：包括生物反馈疗法、功能性电刺激、热疗、冷疗、体外冲击波等。

③超声引导下局部肌肉进行肉毒毒素靶向注射治疗。

④辅具治疗：包括佩戴支具、矫形器等。

⑤手术治疗：保守治疗无效的严重痉挛和肌腱挛缩，可采用外科手术方法进行治疗，包括肌腱延长术、肌腱转移术和肌腱切断术等。

（3）下肢深静脉血栓形成（Deep vein thrombosis, DVT）。

①DVT 评定：完善血浆 D-二聚体测定及下肢血管彩超检查；当患者疑诊 DVT 时，可应用临床预测评分（改良 Wells 评分）进行风险评估。

②防治：对于筛查不存在 DVT 的患者，需常规积极进行 DVT 预防，去除诱发血栓的基本因素，予弹力袜、肢体气压、

运动康复等治疗。当患者诊断 DVT 时，排除抗凝禁忌症后，应尽早开始规范抗凝治疗，如有抗凝禁忌，必要时可接受下腔静脉滤器植入治疗。

九、个人调护

（一）养成良好生活方式：低盐低脂饮食，戒烟戒酒，控制体重，适量有氧运动。

（二）避免诱发因素：定期筛查脑卒中的危险因素，避免过度用力、过度劳累、长期熬夜等。

（三）遵照医嘱，配合诊疗：脑卒中是慢性病，长期规范药物治疗，可降低脑卒中的复发风险。

（四）加强康复锻炼：每日适当强度的康复训练，有助于改善各项功能障碍，防止出现废用综合征。

（五）加强心理调护：调整心态，积极乐观，保持情绪稳定。

附录

中风病康复疑难病例评定会规范化执行方案

本方案旨在明确和规范中风病康复疑难病例功能障碍的康复评定流程，为患者制定个性化、科学化的康复治疗方​​案，以改善患者的各种功能障碍，提高生活质量，预防并发症。

一、范围

本方案明确了中风病康复疑难病例评定会规范化流程，主要适用于各级各类医疗机构的康复医学科等。

二、定义

(一) 中风病 (TCD 编码: A07.01.01): 是以半身不遂、肌肤不仁、口舌歪斜、言语不利, 甚则突然昏仆、不省人事为主症的疾病, 因其发病骤然, 变化迅速, 故名中风, 又称卒中。

(二) 中风病康复疑难病例: 包含基础疾病多 (合并两个及以上系统疾病), 病情重且复杂, 康复风险较高的病例; 以及康复治疗效果欠佳, 近期目标未实现, 进入平台期的病例。

(三) 康复评定: 是对病、伤、残患者的功能状况及其水平进行定性和定量描述, 并对其结果做出合理解释的过程。通过收集患者的病史和相关信息, 使用客观的方法有效和准确地评定功能障碍的种类、性质、部位、范围、严重程度、预后以及制订康复计划和评定疗效的过程。康复评定分为临床评定

(clinical evaluation) 和功能评定 (functional evaluation) 两个部分。

(四) 康复协作组: 康复医学是一门多学科性的专业, 在康复评定过程中常常需要多个专业的人员参与, 组成康复协作组 (rehabilitation team) 对患者进行康复评定、治疗、训练和教育, 以争取最大的康复效果。

(五) 康复评定会: 由康复医师负责组织的、针对某一患者具体的功能障碍和康复计划进行讨论的康复协作组会议。在康复评定会上, 康复医师介绍该患者的病情和一般功能状况, 物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、临床心理学家、假肢和矫形器师、康复护士等从不同专业角度报告评定结果, 并提出康复计划, 包括治疗目标、治疗方案及注意事项, 最后由康复医师总结康复协作组成员的意见, 形成一个完整的康复计划。

三、评定时机

当患者及家属康复意愿未能实现, 出现中风病康复疑难病例时, 启动评定会流程。

四、评定流程

(一) 确定讨论目的和范围。

当近期目标未能完成时, 由主管医师提出讨论, 由上级医师或科主任主持, 启动康复疑难病例讨论评定会, 并在当天通知相关人员在 3 日内完成评定会各项准备工作。

在康复疑难病例讨论评定会召开前, 确定本次讨论范围,

明确病例讨论目的，围绕疑难病例的康复诊疗方案进行讨论，同时对此类康复疑难病例的共性问题进行总结和分析。

（二）参与人员。

包括康复医学科医生、治疗师、护士、患者家属或陪护人员等，必要时邀请多个相关学科专业人员参加。

（三）资料准备。

在康复疑难病例讨论开始之前，需要收集患者的病历资料。由主管医师将患者病历资料、相关辅助检查、临床用药情况等资料整理汇总，制作成 PPT 及病情介绍，发放给参与的医务人员。各治疗组收到主管医师会诊单后应及时做好相关评定，由主管治疗师收集患者初评、中评视频资料及康复训练视频等，制作成 PPT 及康复治疗方

（四）召开评定会。

首先，在病房进行医、技、护协同查房，随后开展讨论。在讨论过程中，主管医生汇报病情，提出康复诊疗过程中出现的问题，参与人员根据主管医生汇报和查房情况进行讨论分析，提出自己的观点和建议。会议内容包括梳理康复评估与治疗方面的不足，预判康复过程中可能出现的问题，提出解决办法等，最终达成共识，修订康复目标，形成下一步康复诊疗方案。

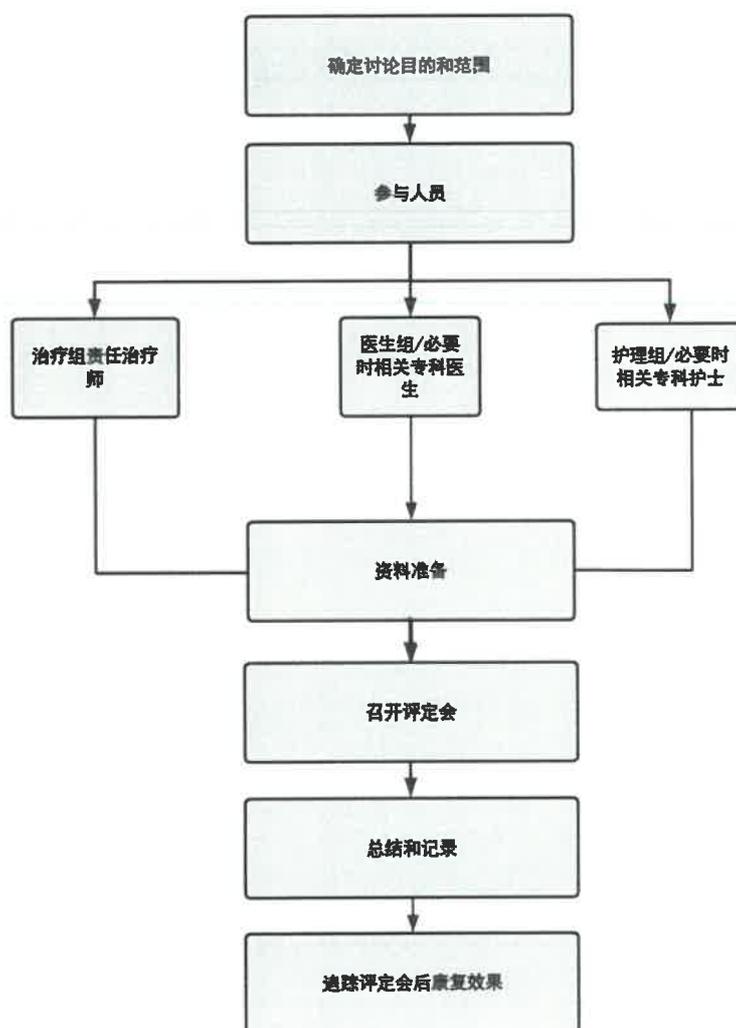
（五）总结和记录。

讨论结束后，由主持人就讨论过程和结果进行总结。总结内容包括对患者病情的进一步评估、对康复诊疗方案的修订和

完善、对康复治疗效果的预判等。由主管医师就形成的下一步康复诊疗方案告知患者家属及陪护，取得理解及配合。同时，将讨论结果记录在病历中，作为后续治疗和康复进展工作的参考。

(六) 追踪评定会后康复效果。

定期组织人员进行康复效果评价，必要时进一步完善康复诊疗方案，直至达到康复目标。



中风病康复疑难病例评定会流程图

六、评定会注意事项

评定过程中要遵循伦理原则，保护患者隐私，尊重患者意愿。评定结果要与患者及其家属进行充分沟通，确保康复治疗计划的可行性和有效性。

抄送：自治区医保局。

广西壮族自治区中医药管理局办公室

2024年7月3日印发
