

脑卒中的康复评定和治疗

缪鸿石 朱镛连 主编

华夏出版社

脑卒中的康复评定和治疗

缪鸿石 朱镛连 主编

华夏出版社

图书在版编目(CIP)数据

脑卒中的康复评定和治疗/缪鸿石,朱镛连主编. - 北京:华夏出版社,1996.8

ISBN 7-5080-1042-6

I. 脑… II. ①缪… ②朱… III. ①中风-医学康复-鉴定-标准②中风-治疗 IV. R743.3²⁷³¹

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 16282 号

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里4号 邮编:100028)

新华书店经销

中国建筑工业出版社印刷厂印刷

850×1168毫米32开本 7.75印张 187千字 插页1

1996年8月北京第1版 1996年9月北京第1次印刷

印数1-3500册

ISBN 7-5080-1042-6/R·208

定价:19.50元

本版图书凡印刷、装订错误,可及时向我社发行部调换

主 编 缪鸿石 朱镛连
副主 编 吴弦光 方定华 纪树荣
编 者 (以姓氏笔划为序):

王荫华	王 刚	方定华	田 鸿
朱镛连	纪树荣	吴弦光	陈海波
陈立嘉	陈小梅	李胜利	李 响
周维金	恽晓平	黄永禧	缪鸿石

序

现代康复医学自二战后在世界范围内得到迅速发展,七十年代末,始正式介绍入我国。由学习至理解至融会贯通,从幼稚走向成熟,从百家争鸣式的自发参与到规范、系统的组织化工作,是学科成熟、发展的一般规律。康复医学在我国也正处于这样的转折时期,如何制定统一的康复诊断、评定标准,如何规范形式各异的康复治疗手段,针对国情建章立矩,针对国情选择、推广适宜技术,是一项艰巨复杂的系统工程,也正是我国康复医学事业目前发展亟待解决的核心问题。

中国康复研究中心作为国家级康复科学研究基地,拟利用与其它兄弟单位联合开展颈内动脉系脑卒中早期康复研究的机会,根据国际上的和我们近十年的经验,提出该病种的康复评定、治疗方案,很可能有助于规范、量化、澄清康复实践工作中的许多具体问题。

一套标准,一种规范的确立,最终需要业内人士公认。因此,诚请各兄弟单位及有关专家、学者对本书内容坦诚批评,不吝指正。《诗经》云:“如切如磋,如琢如磨”,真诚希望康复界的朋友能这样一种治学方式下,交流互助,共同推进事业发展!

中国康复研究中心 主任

汤小泉

1996年7月18日

编者的话

脑卒中是常见多发病之一,死亡率很高,现已成为我国城市中死亡率最高的病种。患者得病后,即使存活也将遗留不同程度的残疾,往往给家庭和社会带来沉重的负担。但如脑卒中后及时采取正确的康复措施,后果将明显地不同。据世界卫生组织(WHO)1989年发表的资料,脑卒中患者经正规康复后,第一年末,日常生活能自理者高达60%;在复杂活动中需要帮助者仅占20%;需较多帮助者占15%;完全依靠帮助者只占5%。另外在工作年龄的患者中,在第一年末有30%的患者可以恢复工作。由此可知康复与否后果是大不相同的,早康复与晚康复效果也完全不同。但目前国内对于正规的康复方法了解尚不够多,因此常使患者得不到及时的康复,也无从取得应有的效果。

本书是准备在国内进行多单位协作研究颈内动脉系脑卒中的早期康复时,为了统一评定和治疗方法而编写的资料。书中以不大的篇幅集中介绍先进、有效和实用的颈内动脉系脑卒中早期康复中的评定和治疗的方法。编写时除考虑了先进性、有效性和实用性以外,尚考虑到将来脑卒中早期康复在我国的普及。在评定部分,不涉及大型复杂的仪器,而集中选用公认的、效度和信度都合乎要求的量表。至于PET, SPECT, MRI, FMRI, CT, BEAM, MEP, P₃₀₀等较复杂的评定,有条件的单位尽可在此基础上增加。在治疗方面,密切结合发病高的颈内动脉系脑卒中的主要障碍

——偏瘫、失语和认知障碍进行叙述,使之能应用在大多数患者身上。因此所选材料切合国情,绝大部分既适用于城市大医院,也适合于二级综合医院,其中许多内容在有条件的社区也可应用。

本书适用于康复医生,各种康复治疗人员,神经康复医生,神经科医生和希望了解脑卒中康复的其他专业的医务人员与社区康复的培训和指导人员。

上述就是我们编写本书的宗旨,但到底能否达到上述要求,尚希读者评估。由于编写时间较为仓促,错漏在所难免,敬请广大读者指正。

另在本书中引用了一些其他学者和专家的著作和资料,在此一并致谢!

中国康复研究中心康复医学教授

兼中心高级技术顾问

中华医学会物理医学与康复学会

第三届主任委员

缪鸿石

1996年7月18日

目 录

1.	脑卒中的康复评定.....	(1)
1.1	诊断要点和诊断标准.....	(1)
1.1.1	脑梗塞(动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞).....	(1)
1.1.2	脑出血.....	(2)
1.1.3	蛛网膜下腔出血.....	(4)
1.2	常见临床表现及其病损部位.....	(6)
1.3	躯体功能的评定.....	(8)
1.3.1	运动功能的评定.....	(8)
1.3.2	感觉功能的评定	(16)
1.3.3	反射的评定	(19)
1.3.4	平衡功能的评定	(21)
1.3.5	日常生活活动能力等的评定	(22)
1.4	精神功能的评定	(41)
1.4.1	昏迷和脑损伤严重程度的评定	(41)
1.4.2	严重认知障碍的评定	(42)
1.4.3	非痴呆性认知障碍的评定	(45)
1.4.4	知觉障碍的评定	(71)
1.4.5	情绪的评定	(78)
1.5	言语功能的评定	(83)
1.5.1	西方失语成套测验	(83)
1.5.2	北京医科大学汉语失语成套测验	(94)

1.5.3	北京医院汉语失语症检查法·····	(113)
1.5.4	失语症严重程度的评定·····	(123)
1.5.5	构音障碍的评定·····	(124)
1.6	社会功能的评定·····	(136)
1.6.1	社会生活能力的评定·····	(137)
1.6.2	就业能力的评定·····	(138)
1.6.3	生活质量的评定·····	(140)
1.7	脑卒中病损的综合评定·····	(141)
1.7.1	临床神经功能缺损程度评分·····	(141)
1.7.2	脑卒中病损评估量表·····	(144)
1.8	病情严重程度的评定·····	(148)
1.9	合并症的评定·····	(149)
1.9.1	肩关节半脱位的评定·····	(149)
1.9.2	肩手综合症的评定·····	(149)
1.10	上下肢功能恢复的预测·····	(150)
1.10.1	上肢功能恢复的预测·····	(150)
1.10.2	下肢步行能力恢复的预测·····	(151)
1.11	疗效的评定·····	(152)
1.11.1	临床疗效的评定·····	(152)
1.11.2	康复效率的评定·····	(153)
1.12	结局和残疾的评定·····	(153)
1.13	评定纪录总表·····	(154)
1.14	患者一般状况的记录·····	(156)
2.	脑卒中的康复治疗 ·····	(158)
2.1	药物及手术治疗·····	(159)
2.1.1	急性期治疗·····	(159)
2.1.2	恢复期治疗·····	(161)
2.2	早期康复措施·····	(162)

2.2.1	早期康复开始的时间·····	(162)
2.2.2	早期康复的措施·····	(162)
2.3	运动功能的恢复训练·····	(165)
2.3.1	Bobath 疗法 ·····	(166)
2.3.2	运动再学习方法·····	(181)
2.3.3	针灸疗法·····	(198)
2.3.4	辅助器具的应用·····	(200)
2.4	其他日常生活活动能力的训练·····	(205)
2.4.1	利用轮椅的转移·····	(205)
2.4.2	更衣·····	(207)
2.4.3	单手操作及有关的自助具·····	(210)
2.5	言语障碍的康复·····	(211)
2.5.1	失语症的 Schuell 刺激疗法 ·····	(211)
2.5.2	构音障碍的功能恢复训练·····	(217)
2.5.3	交流画板·····	(220)
2.6	非痴呆性认知功能障碍的康复训练·····	(220)
2.6.1	注意障碍的功能恢复训练·····	(220)
2.6.2	记忆障碍的功能恢复训练·····	(223)
2.6.3	思维障碍的功能恢复训练·····	(226)
2.7	知觉障碍的康复训练·····	(229)
2.7.1	失认症的康复训练·····	(229)
2.7.2	失用症的康复训练·····	(230)
2.8	情绪障碍的康复·····	(232)
2.8.1	抑郁·····	(232)
2.8.2	焦虑·····	(234)
2.9	合并症的康复·····	(235)
2.9.1	肩关节半脱位·····	(236)
2.9.2	肩手综合征·····	(237)

1. 脑卒中的康复评定

1.1 诊断要点和诊断标准

根据 1995 年全国第四次脑血管病学术会议提出的分类,脑卒中属脑血管病十大类中的第三类。在脑卒中项下,又分为脑梗塞、脑出血、蛛网膜下腔出血三大亚类。在诊断要点方面,此处采用全国第四次脑血管病学术会议的提议;在诊断标准方面,采用 1982 年国际神经系关联病及卒中协会的标准。

1.1.1. 脑梗塞(动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞)

(1) 诊断要点

- ①常于安静状态下发病。
- ②大多数无明显头痛和呕吐。
- ③发病可较缓慢,多逐渐进展,或呈阶段性进行,多与脑动脉粥样硬化有关,也可见于动脉炎、血液病等。
- ④一般发病后 1~2 天内意识清楚或轻度障碍。
- ⑤有颈内动脉系统和/或椎-基底动脉系统症状和体征。
- ⑥腰穿脑脊液一般不应含血。

⑦鉴别诊断困难时如有条件可作 MRI 或 CT 检查。

(2) 诊断标准(国际神经系关联病及卒中协会, 1982)

①具备下列一项以上神经症状或体征, 且至少持续 24 小时

A. 意识障碍。

B. 视力、视野障碍。

C. 轻瘫或偏瘫, 或两侧瘫痪(尤其于脑干损害时)。

D. 偏侧感觉障碍。

E. 言语障碍。

F. 吞咽困难。

G. 运动失调。

②脑脊液无色、透明。

③至少可见下列一项以上辅助检查的阳性改变:

A. CT 扫描可提示脑水肿、脑缺血病变的低密度区域, 而无出血性改变。

B. 脑血管造影发现一支或一支以上主干动脉高度狭窄或闭塞改变。

C. 脑扫描提示脑梗塞而除外脑肿瘤。

诊断标准 确定诊断: 完全具备第①~③项(倘已行第②项检查时); 高度可能: 具备第①、②项及第③项之 C。

1.1.2 脑出血

(1) 诊断要点

脑出血好发部位为壳核、丘脑、尾状核头部、中脑、桥脑、小脑、皮质下白质即脑叶、脑室及其他。主要是高血压性脑出血, 也包括

其它病因的非外伤性脑内出血。高血压性脑出血的诊断要点如下：

- ①常于全力活动或情绪激动时发病。
- ②发作时常有反复呕吐、头痛、和血压升高。
- ③病情进展迅速，常出现意识障碍、偏瘫和其它神经系统局灶症状。
- ④多有高血压病史。
- ⑤腰穿脑脊液多含血和压力增高(其中 20% 左右可不含血)。
- ⑥脑超声波检查多有中线波移位。
- ⑦鉴别诊断有困难时若有条件可作 CT 检查。

(2) 诊断标准(国际神经系关联病及卒中协会, 1982)

- ①CT 扫描可见颅内血肿。
- ②具备下列一项以上神经症状或体征, 且至少持续 24 小时:
 - A. 意识障碍。
 - B. 视力、视野障碍。
 - C. 偏瘫或轻偏瘫, 或二侧瘫痪(尤其于脑干损害时)。
 - D. 偏侧感觉障碍。
 - E. 言语障碍。
 - F. 吞咽困难。
 - G. 运动失调。
 - H. 突然剧烈头痛。
- ③血性或黄色脑脊液。
- ④脑血管造影可见不伴有脑动脉瘤、动静脉畸形的无血管性占位像。

判断 确定诊断: 具备第①项或完全具备第②至④项; 高度可能: 完全具备第②项中的 A~H 加第③项。

1.1.3 蛛网膜下腔出血

(1) 诊断要点

蛛网膜下腔出血主要是指先天性脑动脉瘤破裂、脑血管畸形和脑动脉硬化出血等引起：

- ①发病急骤。
- ②常伴剧烈头痛、呕吐。
- ③一般意识清楚或有意识障碍，可伴有精神症状。
- ④多有脑膜刺激征，少数可伴有颅神经及轻偏瘫等局灶体征。
- ⑤腰穿脑脊液呈血性。
- ⑥脑血管造影可帮助明确病因。
- ⑦有条件时可进行 CT 检查。

(2) 诊断标准(国际神经系关联病及卒中协会，1982)

①脑血管造影可见脑动脉瘤或脑动静脉畸形等可导致出血的疾病(动脉瘤或动静脉畸形附近存在血肿或血管痉挛)。

②CT 于大脑外侧裂、大脑半球间裂、脑底池、脑室内存在动脉瘤破裂引起的血肿。

③在发病后数分钟至数小时内，出现下列二项以上的改变：

- A. 起病或入院时高度头痛。
- B. 意识障碍。
- C. 脑膜刺激征。
- D. 玻璃体下(视网膜前)出血。
- E. 偏瘫。

④血性或黄色脑脊液。

判断 确定诊断:具备第①或②项,或第①和③项;高度可能:完全具备第③、④项。

(缪鸿石 周维金 王 刚)

附:观察病例的选择标准和分组要求

由于研究对象是颈内动脉系脑卒中患者的早期康复,故所选病例应以此为 准,至于 TIA 和 RIND,由于前者为一过性而无明显后遗症状;后者症状虽持续 24 小时但多在 3 周内消失而难于判断究属自发恢复还是康复的效果,因此对 TIA 者不宜入选;对 RIND,由于早期难以区别,留在最后总结时再依情况剔除。

不宜入选的病例有:①椎基底动脉系统脑卒中;②采用过溶栓治疗的患者(如选入应注明);③脑出血手术后的患者;④年令>80;⑤痴呆。

将患者分为治疗组时,应采用随机分组的方法。如无法随机分组,则治疗组和对照组患者的病情严重程度(按临床神经功能缺损评分)、既往史和伴发病的评分均应无统计差异。既往史和伴发病的评分见表 1-1-1 和 1-1-2:

表 1-1-1 既往史的评分

1. 以下各项各积 1 分: 年龄在 50~59 岁;吸烟;慢性气管炎;偶发期前收缩;坐位生活,无规律的体育活动;高盐食物;长期饮酒史;高脂食物;家族卒中史;口服避孕药史。
2. 以下各积 2 分: 年龄在 60~69 岁;糖尿病史;高血压病史;心绞痛史;反复支气管感染史;长期大量饮酒史;TIA 史(1~2 次)。
3. 以下各积 3 分: 年龄 70~79 岁;TIA 史(3 次以上或有一次持续超过 3 小时);持续血压高于 180/100mmHg,肺心病史。
4. 以下积 4 分: 年龄 80 岁以上。

表 1-1-2 伴发病的评分

1. 以下各项积 1 分: 肥胖;偶发期前收缩;血脂 1~2 项增高;轻度气管炎。

2. 以下各项积 2 分:

高血压;心脏扩大,心肌肥厚;期前收缩(<5 次/分);血脂三项增高;发烧 37.5°C 上下,不超过 3 天;颈部杂音。

3. 以下各积 3 分:

频发期前收缩(>15 次/分);心电 ST-T 改变;高血糖;CT 有双侧病灶;健侧锥体束征;发烧 38°C 或以上超过 3 天;消化道出血(黑便)。

4. 以下各积 4 分:

心梗;痴呆;假性球麻痹;肾功能不全;心衰;支气管肺炎持续一周以上;肺水肿;房颤;消化道出血(呕血)。

另外治疗组和对照组的基本药物治疗应按下述统一:

(1)脑出血:

用药物控制脑水肿为主,具体为:

20%甘露醇 250ml 静滴,每 6-8 小时一次,或 10%甘露醇 500ml 静滴,每日 1-2 次。

(2)脑梗塞:

以药物处理脑水肿及稀释扩容为主。

①处理脑水肿同脑出血

②706 代血浆或低分子右旋酐 500ml 静滴,每日一次。复方丹参或川芎嗪、维脑路通,复方丹参 16ml 加入 706 代血浆 500ml 内,每日一次。

上述均以 14 天为一疗程,每一组病例均以治疗一疗程为限。

脑梗塞病例下列药物不用:溶栓药物、扩张血管药物。

(方定华)

1.2 常见临床表现及其病损部位

大脑中动脉(MCA)区梗塞时的临床症状及其相应病损部位见

表 1-2-1:

表 1-2-1 大脑中动脉区梗塞的临床表现及其相应损伤部位

临床表现	相应脑病损部位
对侧脸及上下肢瘫痪	躯体运动区中的脸、上下肢区及其下降至放射冠纤维
对侧脸及上下肢感觉障碍 (浅、深感觉、两点分辨觉、实体觉、触觉定位、压觉、皮肤图象觉)	躯体、脸、臂、腿感觉与丘脑顶叶投射
运动性失语	主半球 Broca 区及其邻近运动区
感觉性失语	主半球颞上回后部(Wernicke 区)及颞顶区
传导性失语	主半球外侧裂上部弓状束、颞上回后部、缘上回与岛盖区
命名性失语	主半球语言区不同部位,无特异定位,角回受损稍多
完全性失语	主半球 Broca 与 Wernicke 等区,广泛性损伤
经皮质运动性失语	主半球 Broca 区的前或上部,或额中回中后部或额上回
经皮质感觉性失语	主半球后部、顶、颞 MCA 与 PCA* 分水岭带或后颞顶结合区
经皮质混合性失语	主半球除外侧裂周区外的 ACA** 与 MCA 与 PCA 分水岭带广泛性损伤
失读失写症	主半球角回
额叶失读	主半球额下回后部
失写	主半球额中回、上顶叶、外侧裂周区后部或尾状核和内囊
意念运动性失用	主半球缘上回或弓状束、运动区前皮质、胼胝体前部
意念性失用	主半球顶叶后部或缘上回或胼胝体
结构性失用	非主半球顶、枕交界处
肢体运动性失用	运动区前或顶叶皮质损伤
穿衣失用	非主半球顶叶
空间关系失认、形状综合不能、疾病失认、半侧躯体失认、单侧忽略、左侧外界失认、视协调失真、半侧视野内定位不准、距离判断障碍、视错觉	通常为非主半球顶叶损伤,而有定位记忆丧失,偶尔在主半球病损也可发生
同向偏盲(常为上 1/4 同向象限偏盲)	位于第二颞回中的视放射
向对侧凝视麻痹(或向对侧凝视)	额叶第二后部及其向下投射纤维破坏,向对侧凝视则为刺激病灶
视动眼震障碍或消失	缘上回或角回
对侧肢体共济失调	顶叶、颞叶
纯运动性偏瘫	内囊后肢上部与邻近放射冠
镜像运动(mirror movements)	病变部位不清
癫痫发作	额叶、颞叶病损及其刺激性病灶