

现 代 中 西 医 结 合



A MODERN PRACTICAL
HANDBOOK OF REHABILITATION OF DISEASES
AND SYMPTOMS WITH THE INTEGRATION OF TRADITIONAL
CHINESE AND WESTERN MEDICINE

实用病症康复 手册

□主编·朱克俭

□主审·李德新

□湖南科学技术出版社

HUNAN SCIENCE & TECHNOLOGY PRESS

现 代 中 西 医 结 合

实用病症康复 手册

□主编·朱克俭

□主审·李德新

□湖南科学技术出版社

现代中西医结合

实用病症康复手册

主 编：朱克俭

主 审：李德新

责任编辑：黄一九

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市湘雅路 280 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系：本社直销科 0731 - 4375808

印 刷：湖南省新华印刷二厂

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：邵阳市双坡岭

邮 编：422001

经 销：湖南省新华书店

出版日期：2002 年 4 月第 1 版第 1 次

开 本：850mm×1168mm 1/32

印 张：18.75

插 页：4

字 数：679000

书 号：ISBN 7 - 5357 - 3418 - 9/R·745

定 价：30.00 元

(版权所有·翻印必究)

《现代中西医结合·实用病症康复手册》

编委会名单

主 编 朱克俭

主 审 李德新

副主编 韩育明 邵湘宁 李福安 京小东

李建光 王庆国

编 委 (按姓氏笔画为序)

王文波 王风雷 王庆国 刘天舒

朱克俭 李福安 李建光 邵湘宁

京小东 邹 震 钟 颖 韩育明

前 言

随着世界科技和经济的飞速发展,人民生活水平不断提高,对健康概念的不断完善和对健康需求的日益提高,医学亦随之而完成了由生物模式向生物-心理-社会模式的转变,全面医学即应运而生。全面医学不仅要求医生防治疾病,而且要考虑患者存活后的机体、心理、社会、职业能力等多方面功能的恢复。所以,以功能障碍康复为核心的康复医学,与传统的预防医学、基础医学、临床医学一样,成为所有医师必须掌握的一门学科。国家和卫生部对康复医学非常重视,不仅将其列入国家的发展规划,并且颁布了《中国残疾人保障法》、《综合医院管理标准》、《康复中心建设标准》等有关文件,明确了残疾人应享有康复的权利及在二级、三级医院中必须设立康复科等,卫生部医政司还编制了康复医学行业规章《中国康复医学诊疗规范》。

康复医学作为一门新兴的学科,虽然只有数十年的历史,但其观念理论、治疗技术等的发展日新月异。近年来在康复理念方面突出的发展值得注意的有两个方面:一是不再局限于疾病后遗症所致运动与感觉功能障碍,而越来越涉及影响到患者生活质量方方面面;二是越来越认识到康复与治疗的相互关系,许多疾病不再将局限于治疗后再进行康复,而是将康复过程与治疗过程有机地结合在一起,这不但起到了减轻功能障碍的产生或减轻其程度的预防作用,二者的相辅相成,在一定程度上增强了治疗和康复的效应。理念的转变,使临床医学与康复医学相互渗透,给临床医师和康复科医师提出了更高的要求,临床医师不能再局限于治病救人,而必须综合考虑患者的功能康复问题;康复科医师也同样不能局限于疾病后遗症康复,而应注意治疗对康复的影响与康复的结合效应。

中医学有关康复的理论与方法源远流长。现存最早的医书《内经》中即有关于瘫痪、麻木、肌肉关节挛缩等康复治疗的记载；隋代巢元方的《诸病源候论》作为中国的一部医学全书，列举了诸病的养生方、导引法，并阐述了康复治疗的适应证和禁忌证等。中国历代很多医学著述均关注了康复治疗的内容。中医学独特的治疗与康复方法如食疗、太极拳、针灸、推拿等康复治疗方法对患者功能的恢复作用亦开始引起世界医学界的瞩目。尤其应当强调的是，中医学由于其理论与临床方法学上的特殊性，对于疾病的诊断和治疗主要着眼于患者整体病理状态及其外在反映即直接影响患者生活质量的症状体征，其治疗与康复常常难以截然分割。对于那些具有症状而从西医角度难以确诊疾病即所谓“亚健康状态”，以及从西医临床判断疾病已经痊愈或稳定、缓解而实际上患者机体功能症状未完全恢复，仍遗留或存在不同程度的临床症状，中医药的整体调治，常可收到较好的疗效，后者中医传统称为善后调理。

由上可知，中、西康复医学，无论在治疗理论或方法上，各有所长。二者的结合，是我国康复医学的特点和优势。有鉴于此，我们编纂了《现代中西医结合实用康复科手册》。

本书根据西医康复医学理念的转变和中医康复医学的特色，汇编了我国中、西医学康复诊疗技术与方法。针对不同疾病的特点，在处理西医临床诊疗与康复诊疗以及中医与西医康复诊疗关系方面作了一些探讨。全书正文分上下两篇。上篇主要介绍西医以功能障碍为主或常遗留功能障碍的常见疾病的诊断、康复指征和西医、中医康复方法。下篇介绍常见临床症状的康复方法，主要用于对与亚健康状态者及疾病的善后调理。附篇介绍了康复医学评定方法和中、西医常用康复治疗技术与方法。本书不仅对临床医学、康复医学工作者有较高的参考应用价值，而且也有助于广大病残患者了解当前康复治疗的新知识、新方法，从而更自觉地配合医师或自我进行康复治疗。

本书编写过程中，主要参考了《中国康复医学诊疗规范》、《现代康复医学诊疗手册》、《现代康复医学》等以及中、西医高等院校

教材和一些临床报道。由于篇幅限制，未能一一列举，在此一并致谢。由于作者学术水平与临床经验所限，书中错误和疏漏之处在所难免，敬请各位同道批评指正。

湖南省中医药研究院 朱克俭

2001年12月18日于长沙

目 录

上篇 常见疾病康复

急性脑血管病·····	(3)
颅脑外伤·····	(13)
脊髓灰质炎·····	(18)
帕金森病·····	(25)
脑性瘫痪·····	(34)
精神病·····	(41)
精神神经症·····	(46)
周围神经损伤·····	(54)
进行性肌营养不良症·····	(65)
运动神经元疾病·····	(70)
冠心病·····	(74)
心肌梗死·····	(81)
高血压病·····	(96)
心力衰竭·····	(109)
心肌炎·····	(116)
心律失常·····	(120)
心脏手术后·····	(126)
周围血管疾病·····	(132)
慢性阻塞性肺病·····	(136)
支气管哮喘·····	(144)
支气管扩张·····	(152)
病毒性肝炎·····	(158)
慢性胃炎·····	(164)
流行性感冒·····	(167)
糖尿病·····	(170)
肥胖·····	(176)
类风湿性关节炎·····	(185)

强直性脊柱炎·····	(195)
骨折和关节脱位·····	(198)
软组织损伤·····	(206)
颈椎病·····	(215)
肩关节周围炎·····	(223)
腰椎间盘突出症·····	(228)
烧伤·····	(234)
截肢后·····	(244)
前列腺炎·····	(248)
前列腺增生症·····	(257)
儿童听力及语言障碍·····	(265)
精神发育迟滞·····	(274)
白内障·····	(280)
三叉神经痛·····	(288)
牙本质过敏·····	(293)
慢性疼痛·····	(296)
恶性肿瘤·····	(307)
鼻咽癌·····	(309)
食管癌·····	(314)
肺癌·····	(318)
胃癌·····	(322)
原发性肝癌·····	(325)
直肠癌·····	(331)
子宫脱垂·····	(339)
下篇 常见症状康复	
畏风寒·····	(345)
低热·····	(346)
汗出异常·····	(348)
疲乏·····	(351)
少气·····	(353)
痉挛·····	(356)
嗜睡·····	(359)
烦躁·····	(360)
失眠·····	(362)
健忘·····	(365)

头昏·····	(367)
头痛·····	(370)
面色萎黄·····	(371)
面色苍白·····	(376)
口舌生疮·····	(378)
口渴·····	(381)
口淡·····	(381)
口咸·····	(386)
口苦·····	(388)
口腻·····	(389)
口甜·····	(391)
口酸·····	(392)
口辣·····	(393)
多唾·····	(395)
咳嗽·····	(397)
声音嘶哑·····	(400)
胸痛·····	(402)
心悸·····	(405)
上腹胀满·····	(407)
恶心·····	(410)
嘈杂·····	(413)
食欲不振·····	(416)
腹胀满·····	(419)
腹痛·····	(420)
腰痛·····	(423)
大便秘结·····	(425)
小便淋沥·····	(428)
尿频·····	(431)
阳痿·····	(433)
附录	
一、康复医学评定·····	(436)
肌力评定·····	(436)
关节活动功能评定·····	(411)
电诊断·····	(449)
日常生活活动能力评定·····	(463)

步态分析·····	(469)
平衡功能评定·····	(472)
协调功能评定·····	(477)
失语症的评定·····	(480)
心理测验·····	(483)
残疾评定·····	(488)
二、康复治疗技术与方法·····	(492)
物理疗法·····	(492)
运动疗法·····	(525)
作业疗法·····	(542)
心理疗法·····	(550)
言语矫治·····	(555)
中医康复疗法·····	(560)
康复护理·····	(581)

上 篇 常见疾病康复

急性脑血管病

急性脑血管病又称脑血管意外、脑卒中或中风,是指动脉系统病变引起的血管痉挛、闭塞或破裂,造成急性发展的脑局部循环障碍和以偏瘫为主的肢体功能损害。脑血管意外一般分为出血性中风(脑出血、蛛网膜下腔出血)和缺血性中风(脑血栓形成、脑栓塞)两大类。大多发生在中老年人,而今有越来越年轻的趋势,男性发病率高于女性,中国的城乡发病率为1.15%~3.09%,平均为1.82%;死亡率为1.35%,占神经系统死因中的75.7%,在全死因百分比中超过了恶性肿瘤和心脏病而居首位;致残率为86.5%。因此,对本病早预防、早治疗、早康复是极为重要的。

本病属于中医“中风”、“大厥”、“头痛”、“头风”、“风痲”、“偏枯”等病症范畴。

【诊断要点】

1. 脑出血:

- (1) 多发生于50~60岁的高血压病人。
- (2) 常于体力活动或情绪激动时发病。
- (3) 发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。
- (4) 可有视网膜出血或视神经盘水肿。
- (5) 病情发展迅速,常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。
- (6) 腰穿脑脊液多含血,压力增高。
- (7) CT检查发现高密度影。

2. 蛛网膜下腔出血:

- (1) 发病急骤,多无诱因。
- (2) 突然出现剧烈头痛、呕吐,可有视网膜出血或视神经盘水肿。
- (3) 一般意识清楚或有意识障碍,可伴有精神症状。
- (4) 颈部有抵抗感,多有脑膜刺激征,少数可伴颅神经及轻偏瘫等局灶体征。

- (5) 腰穿脑脊液呈血性,压力增高。

- (6) 脑血管造影可见脑动脉瘤或脑动静脉畸形。

- (7) CT检查发现脑池或侧池密度增高。

3. 脑血栓形成:

- (1) 年龄多在60岁以上。

- (2) 常于睡眠及安静状态下发病。
- (3) 既往有脑动脉硬化及短暂缺血发作史。
- (4) 大多数无明显头痛和呕吐。
- (5) 发病可较缓慢,多逐渐发展,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。

(6) 一般发病后1~2天内意识清楚或轻度障碍,而偏瘫、失语等症状比较明显。

(7) 有颈内动脉系统和/或椎-基底动脉系统症状与体征。

(8) 腰穿脑脊液清亮,压力正常。

(9) CT检查可显示低密度的梗死区。

4. 脑栓塞:

(1) 多见于20~40岁。

(2) 多数无急骤发病。

(3) 多数无前驱症状。

(4) 既往多伴有原发性心脏病、心房纤颤、心肌梗死、心内膜炎等病史。

(5) 一般意识清楚或有短暂性意识障碍。

(6) 有颈动脉系统和/或椎-基底动脉系统的症状和体征。

(7) 腰穿脑脊液一般不含血,压力稍高或正常。

(8) 起病后数秒钟或很快出现明显的局灶性神经症状。

(9) 栓子的来源可为心源性或非心源性,也可同时伴有其他脏器、皮肤、粘膜等栓塞症候。

(10) CT脑扫描可发现病灶部位密度降低。

【康复指征】

1. 脑出血5~7天且生命体征稳定或恢复期患者。

2. 蛛网膜下腔出血生命体征稳定,神经学症状不再发展48小时以上者。

3. 脑血栓形成和脑栓塞生命体征稳定,且病程在24小时以上者。

【西医康复】

1. 药物治疗:在急性脑血管病的康复过程中,药物治疗是必须的。

(1) 通用治疗:无论出血性中风还是缺血性中风,都有颅内压增高、血压增高的共同特点,一旦出现这些情况,就要降低颅内压、控制高血压,因此这两者加上脑代谢活化剂和对症处理,是所有急性脑血管病通用的治疗方法。

①降低颅内压:用于急性期患者。选20%甘露醇,125~250 mL/次,快速静脉滴注或静脉注射,每4~6小时1次。亦可加用呋塞米,20~60 mg/次,静脉注射,每6小时1次;或用地塞米松,10~20 mg/次,加入甘露醇液体中静脉滴注,连用5~7天。

②控制高血压：用于血压高于180/100 mmHg (24/13.3 kPa)者，可选用利血平，0.25~1 mg/次，肌肉注射，6~12个小时后可以重复1次。或用25%硫酸镁，10 mL/次，肌肉注射，每6~12小时1次。口服降压药的选择可以参考“原发性高血压”。

③神经代谢活化剂的应用：可选用胞磷胆碱0.25~1.0 g、细胞色素C 15~30 mg、吡拉西坦（脑复康）1.2~3.6 g、脑活素5~20 mL等。

④对症处理：如果出现呼吸道及泌尿系感染，可以选用青霉素320~480万U或氨苄西林6 g，加入0.9%氯化钠液250 mL中，静脉滴注，亦可用2%环丙沙星100 mL静脉滴注；出现上消化道出血者，可用西米替丁0.4 g/次，加5%葡萄糖氯化钠液100 mL，静脉滴注，用血凝酶（立止血），1~2 KU/次，肌肉注射；出现顽固性呃逆者，可选用甲氧氯普胺注射剂（胃复安），10 mL/次，肌肉注射。

(2)各类型脑血管病的治疗：急性脑血管病不同类型都有其各自的临床特点，因此在治疗上也有一定的差异。

①脑出血：急性期要注意止血，尤其在合并消化道出血或有凝血障碍的时候更有必要。可选用氨基己酸，10~24 g/日，加入5%葡萄糖液体中静脉滴注。

脑出血后第2天即开始出现脑水肿，3~5天最为明显，一般在1个月后逐渐消失，严重者在2个月后才完全消失，因此在脑出血发病3个月以内，禁止应用血管扩张剂、钙拮抗剂、抗血小板聚集剂和有扩张血管作用的降压药物。发病3~6个月以后，可以酌情选用血管扩张剂和钙拮抗剂，如己酮可可碱（300~600 mg/日）、尼麦角林（脑通，30 mg/日）、尼莫地平（60~90 mg/日）等。

②蛛网膜下腔出血：急性期，在通用治疗的基础上，还要进行以下治疗：

止血：可用氨基己酸，第1日首先用4~6 g，加入100 mL 0.9%氯化钠液中静脉滴注，15~30分钟滴完，以后持续静脉滴注1 g/小时，维持12~24个小时，以后静脉滴注24 g/日，连用7~10日后改用口服片剂。

解除脑血管痉挛：脑血管痉挛常见于发病后4~14天，病人可由意识清醒转为昏迷，或由昏迷转清醒后再转昏迷，伴不同程度的偏瘫、偏身感觉障碍、失语。可用异丙肾上腺素（2 mg/次）与利多卡因（2 g/次），分别用0.9%氯化钠液稀释后，同时从不同部位静脉滴注，1次/日。

③脑血栓形成：还要进行以下治疗：

血栓溶解疗法：限于超早期（发病6小时以内）及缓慢进展型中风。应用前必须经CT检查证实无出血灶，病人无出血素质，并宜监测出凝血时间、凝血酶原时间。可用巴曲酶，0.5 U/次，加入0.9%氯化钠液250 mL液体中，静脉滴注，1次/日，连用10~15日。

血液稀释疗法：用于无明显颅内压增高及心功能不全者，常用右旋糖酐40，500 mL/次，1次/日，静脉滴注。

血管扩张剂的应用：用于病变轻且无脑水肿的小梗死，或脑梗死发病3周以后脑水肿已消退者。可用丁洛地尔 200~400 mg 或罂粟碱 30~90 mg 或己酮可可碱 200~250 mg，用 0.9% 氯化钠液稀释后静脉滴注，1次/日。亦可用环扁桃酯（0.6~0.8 g/日）、倍他司汀（16~32 mg/日）、双氢麦角碱（3~6 mg/日）、长春胺（10~60 mg/日）、长春西汀（15 mg/日）。

钙拮抗剂：用于恢复期。选尼莫地平（60~90 mg/日）、尼卡地平（60~120 mg/日）、氟桂利嗪（5~10 mg/日）。

抗血小板聚集剂：选阿司匹林（25~50 mg/日）、双嘧达莫（150~300 mg/日）、苯磺唑酮（800 mg/日）、氯贝丁酯（2 g/日）等。

④脑栓塞：参照“脑血栓形成”。

2. 手术治疗：急性脑血管病可以进行手术治疗，但手术治疗有其明确的指征，并且需要较好的医疗条件和设备。

（1）脑出血：当年龄不很大，全身情况较好的病人，在下列情况下可以考虑手术治疗：①小脑出血>10 mL、直径>3 cm 的病人，小脑出血>20 mL 或有脑干受压征的病人；基底核出血与半球浅部白质内出血>50 mL，或颅内压明显增高有可能形成脑疝的病人；丘脑出血>10 mL，病情继续恶化病人，以上均可以选择性进行颅骨钻孔或开颅术。②脑出血后恢复缓慢，局灶体征日渐明显，辅助检查证实为较大颅内占位性血肿，有脑疝早期表现的病人，可以开颅清除血肿。③脑室出血的病人，可以行脑室体外引流术。

（2）蛛网膜下腔出血：在出现下列情况的时候可以考虑手术治疗：①颅内压明显增高有可能形成脑疝的病人，可以行脑室体外引流术。②其出血已经证实由动脉瘤所引起的病人，可行瘤颈夹闭术、孤立术、瘤壁加固术、瘤内填塞或凝固术等。③证实由脑血管畸形所引起的病人，可以手术全切除，或进行供血动脉结扎术、人工栓塞术、导管堵塞术等。④并发正常颅压性脑积水的病人，可以行脑室分流术。

（3）脑血栓形成：在出现以下情况的时候也可以考虑手术治疗：①大面积脑梗死病人，在内科治疗困难时，为了防治脑疝，可以行大骨瓣减压和坏死脑组织吸出术。②急性小脑梗死而出现明显肿胀及脑积水的病人，可以行脑室引流术或去除坏死组织以挽救生命。③恢复期或慢性期病人，在吸入氧气后症状、体征改善明显者，可试行颅内-颅外动脉吻合术或游离大网膜内移位术。

3. 分期运动康复：

（1）早期：脑血管病早期康复在生命体征基本稳定即可开始；即使输液、吸氧、鼻饲或手术后均非早期开始康复治疗的禁忌证。