

康复治疗

处方手册

◇主编 卓大宏



康复治疗 处方手册

主编 卓大宏

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

康复治疗处方手册/卓大宏主编. —北京:
人民卫生出版社, 2007. 8

ISBN 978-7-117-08642-4

I. 康… II. 卓… III. 康复医学-手册 IV. R49-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 050569 号

康复治疗处方手册

主 编: 卓大宏

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 14.5

字 数: 503 千字

版 次: 2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08642-4/R · 8643

定 价: 38.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

康复治疗处方手册

主 编 卓大宏

编 者 (以姓氏笔画为序)

- | | | | |
|-----|--------------|-----|--------------|
| 丁建新 | 中山大学附属第一医院 | 宋为群 | 首都医科大学宣武医院 |
| 王茂斌 | 首都医科大学宣武医院 | 庞 伟 | 佳木斯大学康复医学院 |
| 王善澄 | 上海市精神卫生中心 | 汪 诚 | 安徽医科大学第一附属医院 |
| 王荫华 | 北京大学附属第一医院 | 励建安 | 南京医科大学附属医院 |
| 王楚怀 | 中山大学附属第一医院 | 杨远滨 | 首都医科大学宣武医院 |
| 尹培达 | 中山大学附属第一医院 | 陆廷仁 | 上海第二医科大学瑞金医院 |
| 孙启良 | 北京中日友好医院 | 周谋望 | 北京大学附属第三医院 |
| 刘江生 | 福州协和医院 | 周维金 | 中国康复研究中心博爱医院 |
| 刘荣玉 | 安徽医科大学附属第一医院 | 周红俊 | 中国康复研究中心博爱医院 |
| 刘灼霖 | 中山大学附属第一医院 | 罗先正 | 北京友谊医院 |
| 李建军 | 中国康复研究中心博爱医院 | 岳寿伟 | 山东大学齐鲁医院 |
| 李胜利 | 中国康复研究中心博爱医院 | 卓大宏 | 中山大学附属第一医院 |
| 李晓捷 | 佳木斯大学康复医学院 | 胡永善 | 复旦大学华山医院 |
| 李奎成 | 广东省工伤康复中心 | 胡瑞萍 | 复旦大学华山医院 |
| 李 杰 | 广东省工伤康复中心 | 娄思权 | 北京大学附属第三医院 |
| 李智勇 | 中山大学附属第一医院 | 郭 艾 | 北京友谊医院 |
| 李 锋 | 北京大学附属第三医院 | 郭 兰 | 广东省人民医院 |
| 关 骅 | 中国康复研究中心博爱医院 | 郭险峰 | 北京积水潭医院 |
| 江 沁 | 中山大学附属第一医院 | 秦泗河 | 北京市朝阳区矫形外科医院 |
| 张志光 | 中山大学光华口腔医院 | 徐祖豫 | 中国康复研究中心博爱医院 |
| 张长杰 | 中南大学湘雅医院 | 唐 丹 | 广东省工伤康复中心 |
| 张光铂 | 北京中日友好医院 | 陶恩祥 | 中山大学附属第二医院 |
| 陈道莅 | 上海市第一人民医院 | 黄东锋 | 中山大学附属第一医院 |
| 陈德松 | 上海市第六人民医院 | 黄国志 | 南方医科大学珠江医院 |
| 陈旭红 | 广州市残疾人康复中心 | 崔寿昌 | 中国康复研究中心博爱医院 |
| 陈晓红 | 北京大学附属第一医院 | 曾庆余 | 汕头大学医学院 |
| 吴 毅 | 复旦大学华山医院 | 熊有正 | 广州医学院附属第二医院 |
| 邹小兵 | 中山大学附属第三医院 | 熊宗胜 | 中国康复研究中心博爱医院 |

前 言

康复治疗是一门实用的技术，它以身心功能障碍者为对象，以多种功能康复的疗法为手段，以恢复伤患者和残疾人的日常生活自理、学习、工作和社会生活的能力为目标，帮助他们改善身体素质、提高生活质量、重返社会生活主流。

我国现有 8596 万残疾人，占全国总人口比例 6.34%，此外，还有为数更多的、同样需要康复治疗的、有着各种功能障碍的老年病患者和其他慢性病患者。上述需要康复治疗的人群中大部分人是散处在城乡社区，甚至是偏远的山区、农村，到目前为止，他们还是很难得到应有的康复治疗的服务，原因是康复治疗的技术和服务还远远没有普及到基层。

我国政府提出，到 2015 年，全国每个需要康复的残疾人“人人享有康复服务”，政府又确定了社区的医疗卫生机构应当全面地执行“保健、预防、治疗、康复、健康教育、计划生育技术服务”六大任务。因应着这样的形势，我国的社区康复正在加速发展。

本书的编写和出版就是为了把常用的康复治疗技术普及到社区和基层而尽一点绵力，以适应在社区和基层发展康复治疗的需要。全书的编写力图贯彻以下几个原则：

实用性原则：选题以常见病、多发病为主，介绍了 101 种疾患实用的、容易推广的康复治疗方法，着重介绍具体的操作技术和治疗方式方法，易学易用。

少而精原则：每种疾患康复治疗处方所占篇幅（连同基础介绍和诊断、评估在内），少则 1 页（16 开本）、多则 2~3 页，且分固定栏目分类标示，力求内容精选，简明扼要，易查易找，方便使用者随时迅速查阅参考。

先进性原则：力求反映现代康复治疗学科的特点，体现“生物-心理-社会”现代医学模式，着重介绍各种身心功能训练、调整 and 适应的方法，包括运动疗法、物理因子疗法、作业疗法、心理-行为疗法、语言治疗、假肢、矫形器、辅助用具（康复工程）等各种康复疗法。

本书内容也体现了现代康复治疗“4E”的特点，即重视 Evaluation（评估）、Exercise（运动）、Education（教育）、Encouragement（鼓励）。功能评估是康复治疗的依据和基础，本书附有 30 套功能评估的量表或指数；运动疗法是最常用的重要的功能康复手段，本书除在正文内充分介绍适用的运动疗法外，还附录 23 套常用的医疗体操（图解）。此外，本书也十分重视对患者的健康教育，鼓励患者调整生活方式，提高自我康复意识和参与康复的主动性、积极性。

实效性原则：尽管循证治疗（evidence-based practice）的研究在康复医学中还仅处于起步阶段，足以引以为据的实证不多，然而，本书所介绍的治疗手段和方法，仍尽可能以实效为依据，我们的做法有两条，一是邀请对各该疾患丰富实际经验的专家撰写有关专题，根据其本人实践经验并参考国内外其他学者的经验加以介绍，去粗取精；二是引证国际上最新的有关循

证治疗的报告（如脑卒中康复治疗等），以供读者参考。

为了满足康复临床实际的需要，本书也介绍了在各种疾患康复治疗中药物的应用，以及随诊的原则和必要时转诊的安排；此外，在中国的康复治疗实践中，中医康复和饮食治疗也是人们重视的有效手段，在这方面我们也作了一些介绍，但资料还不多，有待以后再版时再作增补。

在本书的编撰中，我们一开始就受到了美国 Lippincott Williams & Wilkins 出版公司所出版的两本“临床速查”系列书籍的启发，即 MR. Dambro 主编的 Griffith's 5 Minute Clinical Consult (1997)（《格氏临床速查备考》）和 PD. Sponseller 主编的 The 5 Minute Orthopedic Consult (2001)（《骨科速查备考》）。这两本书简明精要、分栏编写的体裁引起了我们的兴趣；此外，在内容上我们也参考了这两本书介绍的其中一些临床经验。

编写出版面向社区、面向基层、面向全科医师、面向青年康复医务人员的实用康复治疗处方性质的工具书，这在我国还是第一次，我们缺乏经验，且限于水平，书内会有不足或不妥之处，请专家和读者多多提出意见和建议。

最后，我要感谢促成本书顺利出版的各方面的朋友，其中包括国内四十多位经验丰富的专家，感谢他们为本书撰写了专稿，贡献他们的学识、技术和经验；也感谢为本书绘制插图的刘鹏女士；并感谢人民卫生出版社大力支持本书的出版。

谨以此书献给工作在第一线的广大的康复医务人员（尤其是青年康复医师、康复治疗师），以及基层全科医师、社区康复人员！

主 编 卓大宏

于广州中山大学附属第一医院

目 录

骨科及创伤康复	1
颈椎病（神经根型）	1
颈椎病（脊髓型）	2
寰枢关节旋转脱位和半脱位	3
颈性眩晕	4
下颈椎压缩性骨折	7
下颈椎附件骨折	8
胸廓出口综合征	9
胸椎间盘及韧带损伤	11
腰椎压缩性骨折	12
腰椎间盘突出症	13
腰椎滑脱症	15
腰椎椎管狭窄症	17
腰肌劳损	19
急性腰肌损伤	21
梨状肌综合征	22
特发性脊柱侧凸	23
肩关节周围炎	25
网球肘（肱骨外上髁炎）	27
伸拇肌腱狭窄性腱鞘炎	28
手外伤	29
人工髋关节置换术	31
人工膝关节置换术	32
髌骨软骨病	33
胫骨结节骨软骨炎	34
胫骨疲劳性骨膜炎	35
跟腱炎	36
足跟痛	37
扁平足	38
股骨干骨折	39

胫腓骨骨折	40
肱骨干骨折	41
肘关节骨折	42
前臂骨折	43
柯雷 (Colles) 骨折	44
截肢	45
烧伤	47
神经科康复	49
脑卒中	49
脑卒中 (早期)	51
脑卒中 (恢复期)	52
颅脑损伤	53
持续性植物状态	55
脑震荡后遗症	56
帕金森病	57
脊髓损伤 (颈段)	60
脊髓损伤 (胸腰段)	62
脊髓灰质炎后遗症矫形手术后	64
脊髓灰质炎后远期综合征	65
格林-巴利 (吉兰-巴雷) 综合征	67
面神经麻痹	69
臂丛神经损伤	71
腕管综合征	73
肘管综合征	76
坐骨神经痛	77
不安腿综合征	78
紧张性头痛	79
带状疱疹后神经痛	81
复合区域疼痛综合征	82
进行性肌营养不良	83
步态异常	84
失语症	85
吞咽困难	87
慢性失眠	89
风湿科、心肺及代谢疾患康复	91
膝骨关节炎	91

髋骨关节炎	93
强直性脊柱炎	94
类风湿关节炎	96
痛风性关节炎	98
原发性纤维肌痛综合征	100
颞下颌关节紊乱病	102
原发性骨质疏松症	104
老年人摔倒	106
慢性阻塞性肺病	108
高血压病	111
冠心病	113
急性心肌梗死	116
冠状动脉旁路移植术后	118
冠心病介入术后	120
糖尿病	121
糖尿病足	123
肥胖症	125
慢性疲劳综合征	127
习惯性便秘	129
儿科康复	130
小儿脑性瘫痪	130
小儿脑性瘫痪（痉挛型、手足徐动型）	132
先天性肌性斜颈	134
分娩性臂丛神经麻痹	136
注意缺陷多动障碍	138
儿童孤独症谱系障碍（自闭症谱系障碍）	139
精神及智能障碍康复	141
抑郁症	141
焦虑症	142
精神发育迟滞	143
记忆障碍	145
老年性痴呆	147
精神分裂症	150
癌症康复及其他	152
乳腺癌	152

+++++ 目 录 +++++

鼻咽癌	153
痉挛	154
异位骨化	156
尿失禁	158
神经源性大肠功能障碍	160
压疮	162
附录一 常用功能评定量表/问卷/标准	163
附录二 运动治疗处方图解	185
中文索引	215
外文索引	219

骨科及创伤康复

颈椎病(神经根型)

基础介绍	康复治疗	康复治疗、转诊及其他
疾患描述 颈椎病是指因颈椎间盘退变本身及其继发性改变压迫或刺激了邻近组织,如神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等所引起的临床症状候群。神经根型颈椎病是由于颈椎间盘突出、骨赘形成等原因在椎间孔处刺激和压迫颈神经根所致。 患病率 本病在各型颈椎病中发病率最高,占60%~70%,是临床上最常见的类型。多见于30~50岁者,一般起病缓慢,男性多于女性一倍。 病因 ● 颈椎间盘突向侧方。 ● 椎体后缘骨赘形成。 ● 钩椎关节骨赘形成。 ● 后纵韧带局限性增生肥厚,突向椎间孔。 ● 劳损引起颈椎不稳。 ● 神经根袖处蛛网膜粘连。 症状及体征 ● 颈痛和颈部发僵,有些有肩部及肩胛骨内侧缘疼痛。 ● 上肢放射性疼痛或麻木,沿着受累神经根的走行和支配区放射。 ● 患侧上肢感觉沉重、握力减退。 ● 椎间孔挤压试验阳性。 ● 臂丛神经牵拉试验阳性。 ● 腱反射减弱或消失,无病理征。 ● 诊断要除外颈椎外病变如胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等。	牵引治疗 体位:坐位、卧位、半卧位。 牵引时间:间歇性、持续性。 牵引重量:轻重量(1~2kg),大重量(1/13~1/10体重)。 牵引方式:四头带颅骨牵引,充气式支架。 举例:取坐位,前屈20°,15%~20%体重重量牵引40~60s,放松10~20s,持续25min,达到上肢症状减轻或消失为佳,症状严重者可以25%~30%体重的牵引力进行间歇牵引。 运动治疗 患肢的肌力训练:对功能减退或萎缩的肌群应进行肌力测定和训练。 物理因子治疗 ● 直流电离子透入:电流强度0.05~0.2mA/cm²,15~20min,药物采用盐酸普鲁卡因、碘化钾等,一日1次,10~12次为一个疗程。 ● 石蜡疗法:一日1次,每次30min。 ● 经皮神经电刺激(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS):脉冲电流波宽0.1ms,间隙9.9ms,频率100Hz,单相方波,20~40min,一日1次,10次为一疗程。 ● 高频电疗:超短波、短波、微波。 心理治疗 治疗过程漫长,恢复缓慢,需要鼓励患者,使之有战胜疾病的信心。 作业治疗 个人生活自理与家务劳动活动:尽可能做到生活自理,并适当参加家务劳动,对患者的精神状态及其家庭和社会是十分有利的,但要注意避免手挽重物,肩负重物。	常用药物 ● 镇痛常用非甾体抗炎药(NSAID),如:吲哚美辛(消炎痛)、双氯芬酸(扶他林、戴芬)、美洛昔康(莫比可)等。 ● 神经营养药:维生素E、维生素B₁、维生素B₆、维生素B₁₂、甲钴胺(弥可保)等。 ● 外用药:颈痛灵、依托芬那酯(优迈霜)等。 ● 中药:根痛平、丹参片、强力天麻杜仲胶囊等。 康复辅助器械的使用 如上肢肌力显著下降,日常生活活动有困难时,可使用辅助器具。 预防 ● 纠正颈部不良姿势:正确的睡姿是仰卧位和左右侧卧位交替睡眠。 ● 选择合适枕头:枕头的厚度(上下径)在10~11cm为宜,枕于头后下的颈部。 ● 保持良好的工作和生活姿势:及时活动颈部,持续伏案工作不宜超过30min,间歇远视,配置高低适度的工作、学习台。 ● 增加工间休息。 ● 避免颈部外伤。 (姜思权 李 锋) 参考文献 1. 张卫华. 颈椎病的诊断与非手术治疗. 北京:人民军医出版社,2005,216-226. 2. 姜思权,张立. 颈椎病专家答疑——姜教授谈颈椎病. 北京:北京科学技术出版社,2002.

颈椎病(脊髓型)

基础介绍	物理治疗/作业治疗/ 心理治疗	药物治疗、康复工程、 转诊
疾患描述 颈椎病是指因颈椎间盘退变本身及其继发性改变压迫或刺激了邻近组织,如神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等所引起的临床症候群。脊髓型颈椎病是由于椎间盘突出、骨赘形成、后纵韧带黄韧带骨化等原因压迫脊髓所致。 患病率 较之神经根型少见,好发于40~60岁者,常为多节段发病,一般起病隐匿,缓慢发展,部分患者有外伤史。 病因 ● 颈椎间盘退变突出。 ● 椎体后缘骨赘形成。 ● 后纵韧带、黄韧带增生肥厚、骨化。 ● 发育性或退变性椎管狭窄。 ● 劳损引起颈椎节段性不稳。 症状及体征 ● 多由下肢无力、双腿发紧、抬步沉重开始,逐渐出现步态笨拙、下肢协调差、双足踩棉感。 ● 上肢症状出现一般略迟于下肢,手动作笨拙、细小动作失灵,有时有骨间肌麻痹,握拳伸掌速度慢。 ● 胸腹部束带感或负重感。 ● 严重者大小便失禁或尿潴留、四肢瘫痪(痉挛性瘫)。 ● 上下肢肌张力增高、四肢腱反射亢进、髌阵挛、踝阵挛阳性。 ● Babinski征、Chaddock征、Hoffmann征、Rossolimo征阳性。 ● 影像学:X线片可见椎间隙狭窄、骨赘形成,动力位示颈椎节段性不稳、相应平面项韧带骨化;MRI可直接观察脊髓和硬膜囊受压程度。 ● 脊髓功能评分见 p. 180	牵引治疗 对于早期的脊髓型颈椎病患者,脊髓造影无梗阻或部分梗阻者,在严密监测下是可以进行牵引的,必须是由有经验的医师来实施,部分患者能得到改善。若治疗后症状无改善或者出现加重,应及时终止牵引。 牵引方法举例:取卧位,以2~3kg牵引力,持续牵引1~2小时。 物理因子治疗 ● 红外线疗法:功率500W以上,灯距50~60cm;功率250~300W,灯距30~40cm,以患者有舒适的温热感为度,每次照射20~30min,一日1次,10~20次为一疗程。 ● 超短波疗法:常用大功率超短波,板状电容电极(14cm×20cm),治疗间距2~3cm,时间10~12min,一日1次,10~12次为一个疗程。 ● 微波疗法:采用圆形辐射电极照射颈部,辐射距离5~10cm,一日1次,每次10~15min。 心理治疗 治疗过程漫长,恢复缓慢,需要鼓励患者,使之有战胜疾病的信心。 作业治疗 生活自理与家务劳动活动:尽可能做到生活自理,并适当参加家务劳动,但要注意肩不负重,手不挽重物。 健康教育 四早(早就医,早诊断,早治疗,早康复)。 注意:避免颈部各种情况的外伤(包括交通事故、运动等)。	药物治疗 ● 非甾体抗炎药(NSAID):吲哚美辛(消炎痛)、双氯芬酸(扶他林、戴芬)、美洛昔康(莫比可)等。 ● 外用药:颈痛灵、依托芬那酯(优迈霜)等。 颈椎制动 如因颈部活动引发或加重脊髓压迫症状者,可用支具、围领、颈托、头颈胸石膏等制动。围领的制动范围小,难以达到确切的制动,颈托能达到70%的制动效果。 康复辅助器械的使用 手杖、轮椅、步行训练器具、下肢功能支架等,适用于有步行障碍者。 转诊 如经保守治疗,症状及功能障碍加重者,应及时转入脊柱外科进一步治疗。 (姜思权 李 锋) 参考文献 1. 张卫华. 颈椎病的诊断与非手术治疗. 北京:人民军医出版社, 2005, 216-226. 2. 侯树勋, 等. 脊柱外科学. 北京:人民军医出版社, 2005, 629-651. 3. 范振华, 周士枋. 实用康复医学. 南京:东南大学出版社, 1998, 642-647. 4. 姜思权, 张立. 颈椎病专家答疑——姜教授谈颈椎病. 北京:北京科学技术出版社, 2002.

寰枢关节旋转脱位和半脱位

基础介绍	物理治疗/药物治疗	健康教育及其他
疾患描述 寰枢关节旋转脱位和半脱位是指寰椎在枢椎上超过正常范围地旋转,损伤了翼状韧带和关节囊韧带后形成的一种旋转不稳的状态并引起眩晕、头痛、颈项活动受限等症状。 病因 ● 外伤、运动中头部运动过猛、车祸。 ● 扁桃体炎、急慢性咽炎、颌面部淋巴结炎。 ● 类风湿病、先天性寰枢关节畸形、寰枢韧带松弛。 症状及体征 ● 眩晕:50%以上的患者头晕明显。 ● 头痛、项痛:头痛以偏头痛、后头痛多见,项痛多位于枕部及其下方。 ● 颈项部活动受限,常偏向一侧。 ● 自主神经功能紊乱,常见类心血管病症状。 ● 颈髓受压症状:四肢麻木、肌力减退。 ● 斜颈,颈项部各向活动受限,压痛部位多位于偏斜的第2颈椎棘突旁。 X线诊断依据 寰齿前间隙增宽,两侧侧块与齿突间距不对称,枢椎棘突偏斜。	牵引治疗 卧位枕颌吊带牵引,颈椎处于中立位牵引。 牵引重量:成人2~3kg、儿童1.5~2kg,在牵引过程中可以摄片复查,根据复位情况适当调整牵引重量,应持续牵引2周,颈托固定不少于2个月。 理筋手法 采用轻柔的理筋手法,如点穴、揉按、拿捏、弹拨等治疗于颈背部,每天1次。 神经阻滞 ● C₂神经阻滞 进针点:乳突尖后下1.5cm。 方法:于进针点垂直进针,触及横突或横突旁椎板,进针方向略偏向后,注入地塞米松2mg加1%利多卡因2~4ml。 ● 枕大神经阻滞 进针点:在上项线距枕后结节外侧2.5cm处。 方法:于进针点垂直进针,达骨质,回吸无血,注入治疗药物。 脊髓脱水 注意水电解质平衡,20%甘露醇250ml,一日2次,连用3天;静脉滴注地塞米松5~10mg,连用3天。 常用药物 ● 非甾体类抗炎药:吲哚美辛(消炎痛)、双氯芬酸(扶他林、戴芬)、美洛昔康(莫比可)等。 ● 神经营养药:维生素E、维生素B₁、维生素B₆、维生素B₁₂、甲钴胺(弥可保)等。 ● 外用药:颈痛灵、依托芬那酯(优迈霜)等。	健康教育 纠正不良颈姿,卧位时,枕头勿太高或太低,应能托颈及头部。伏案工作时,桌椅高度应相称,避免颈部过度屈曲、前倾。避免头颈部长时间向一侧倾斜。改变半躺半靠、屈颈屈背阅读习惯。 预防 ● 纠正颈部不良姿势:正确的睡姿是仰卧位和左右侧卧位交替睡眠。 ● 选择合适枕头:枕头的厚度(上下径)在10~11cm为宜,枕于头后下的颈部。 ● 保持良好的工作和生活姿势:及时活动颈部,持续伏案工作不宜超过30min,间歇远视,配置高低适度的工作、学习台。 ● 避免颈部外伤。 (姜思权 李 锋) 参考文献 1. 周海涛,党耕町,王超.寰枢椎脱位与不稳定388例住院病例分析.中华骨科杂志,2001,21(4):218-221. 2. 闫明,党耕町,王超.寰枢关节脱位或不稳定.中华创伤杂志,2003,19(5):277-279. 3. 周秉文主编.颈肩痛.北京:人民卫生出版社,1998,335.

颈性眩晕

基础介绍	检查、诊断和功能测评	检查、诊断和功能测评
疾患描述 颈性眩晕是由于颈源性致病因素引起的以眩晕为主要表现的一类病症。颈性眩晕的诊断应有充分的临床资料证实眩晕源于颈部疾患而非其他病变，通常是建立在排除其他相关疾病的基础之上，应注意避免造成误诊或漏诊。 同病异名 ● 颈源性眩晕。 ● 椎动脉缺血综合征。 患病率（中国） 尚无确切数据，国内颈椎病患病率为 3.8%~17.6%，其中约有 50% 有颈性眩晕。 病因 病因及病理机制仍未完全明确，颈部病理因素所致椎-基底动脉供血不足、颈交感神经功能亢进及颈部本体感觉紊乱被认为是颈性眩晕发生的重要因素。 危险因素 ● 交感型颈椎病。 ● 椎动脉型颈椎病。 ● 环枢关节结构紊乱。 ● 基础疾病：高脂血症、高血压病、动脉粥样硬化、糖尿病。 ● 职业：长期伏案、案头工作、仰头工作（教师写黑板、建筑工、电工）。	症状与体征 ● 眩晕：为最突出的症状，可为旋转感、摇摆感、不稳感、浮动感、失定位感、昏沉感等，多于回头转颈、起床卧床、伸屈颈部等头颈体位改变时发生，有瞬息即逝、持续数秒，也有长达整天甚至数天，但多数持续时间较短，发作频率可一天数次至一年数次不等，轻重程度悬殊。 ● 头颈部症状：头痛、颈痛，以偏头痛、后头痛或项枕部痛、颈后痛为主，头面颈部感觉异常、颈僵硬感。 ● 交感神经亢进症状：恶心、呕吐、胸闷、心慌、出汗异常、失眠、多梦等。 ● 五官症状：如耳鸣、听力下降、鼻塞、咽痛、咽喉异物感、声音改变、视物模糊。 ● 脑缺血症状：记忆减退、共济失调、晕厥、猝倒。 体征 ● 颈活动受限、颈肌紧张。 ● 压痛：多在棘旁或风池穴附近。 ● 棘突偏歪征。 ● 旋（转）颈试验阳性、Romberg 氏征阳性。 影像学及实验室检查 ● X 线正侧位、张口位及动力位摄片：常可发现颈部的阳性影像征象，如椎间盘变性、骨质增生、生理弯曲度改变、椎体不稳、环枢关节结构紊乱等。 ● CT、MRI 及 MRA（磁共振血管造影）：可显示颈椎管断面大小、形态及横突孔有无异常，MRI 可观察脊髓、神经根、椎间盘病变，MRA 可显示椎动脉病变部位及其弯曲、扭转、狭窄、畸形等。	● 经颅多普勒超声（TCD）：可判断椎动脉供血情况。 ● 颈部 B 超：可显示双侧椎动脉情况。 ● 前庭功能检查及听力检查。 ● 平衡功能检查。 功能测评 可使用颈性眩晕症状与功能评估量表（参阅 p. 180）。

颈性眩晕(续)

运动治疗/物理因子治疗	运动治疗/物理因子治疗	作业治疗/心理行为治疗
运动治疗 ● 颈椎活动度练习 端坐位。头颈做前屈、后仰、左右旋转、左右侧倾方向的运动。要求动作平稳缓慢,充分用力,幅度尽量达到极限,运动到极限时保持2~3s再做下一个动作。每个动作重复8~10次。 ● 颈肩肌强化练习 (1) 端坐位,双手组指,用掌面分别置枕后、额前、分别抵抗颈后伸、前屈,持续对抗4~5s,重复8~10次。 (2) 端坐位,双手掌合置于头两侧颞部,抵抗颈两侧旋转、倾斜,持续对抗4~5s,重复8~10次。 (3) 端坐位,双手自然下垂于体侧,做耸肩动作,先左肩,再右肩,再两肩同时做,然后两肩同时做顺时针方向的旋转动作,再做逆时针方向的旋转动作。重复8~10次。 物理因子治疗 ● 直流电离子导入 使用直流感应电疗机,配20%钩藤离子导入液,按眼枕法常规操作,即50cm²辅助极(负极)放置枕部,钩藤眼垫两个放置眼部(正极),电流量:2~3mA,治疗时间每次20min,每天1次,两周为一疗程。 ● 超声波疗法 采用超声波在颈背移动法治疗,常用强度为0.8~1.2W/cm²,时间8~10min,每日1次,两周为一疗程。 ● 超短波疗法 使用大功率超短波,两块电极于颈部前后对置,急性期常用无热量或微热量,时间10~12min,	每日1次,慢性期可改为温热量,时间15min,每日1次,两周为一疗程。 牵引治疗 适用于有颈椎间盘突出症患者,一般多采用坐式,也可用卧式。如主要作用于下颈段,牵引角度可前倾15~30°,如主要作用于上颈段,则前倾角度应更小或垂直牵引。间歇牵引的重量可用其自身体重的10%~20%。持续牵引则应适当减轻。牵引时间以连续牵引20min,间歇牵引则20~30min为宜,每天1次,两周为一疗程。 手法治疗 根据确切的适应证,由有经验的、技术熟练的治疗师选用适当的手法进行治疗。 ● 中式手法:一般包括旋转复位手法及局部软组织按摩手法。 ● 西式手法:包括关节松动术,美国整脊手法及麦肯基诊疗技术。	生活方式的调整和改变 急性发作时宜卧床休息,24小时后应尽量起床活动。 ● 纠正日常生活中的不正确姿势或不良习惯,如长时间低头伏案,读书、写字姿势不端正,枕头高度及放置位置不合适,大幅度甩头。 ● 避免外伤,防止跌倒,尤其头颈部挥鞭样损伤,由于颈性眩晕的患者平衡功能和姿势调适往往有缺陷,在暗处或凹凸不平,有障碍物的地方行走容易跌倒,应注意避免(详细参考老年人摔倒p.106)。 ● 坚持颈椎体操的锻炼,锻炼具体方法和注意事项要征求医师或治疗师意见。 ● 控制会影响颈椎病或椎基底动脉供血不足的基础疾病,如高脂血症、高血压病、糖尿病。 ● 心理疏导,据统计,在所有眩晕患者中,约40%有心理障碍,尤其焦虑心态,或有恐惧和惊慌,应向患者解释眩晕的原因,并提示经过适当治疗,症状可以减轻,同时教会日常避免或减轻眩晕发作的方法。

颈性眩晕(续)

药物治疗	饮食治疗	康复工程、转诊及其他
药物治疗 急性发作期或症状较严重者,可选用前庭抑制剂、镇静剂及改善脑供血、调节脑细胞代谢、抗凝、降血黏度、调节自主神经等药物,非甾体类抗炎药也常选用。必要时可使用激素及脱水剂。如配合中药外洗内服,可有助于治疗。 ● 抗眩晕 (1) 西比灵 5~10mg, 1次/日。 (2) 敏使朗 6mg, 3次/日,或 12mg, 2次/日。 (3) 眩晕停 25~50mg, 3次/日。 (4) 安定 (10mg) 或非那根 (25~50mg)。 ● 止呕吐 (1) 吗丁啉 10mg, 3次/日。 (2) 胃复安 10mg, 2~3次/日。 ● 扩张血管及改善供血 (1) 地巴唑 10mg, 3次/日。 (2) 复方血栓通胶囊 2片, 3次/日。 (3) 都可喜 1片, 2次/日。 ● 神经营养药物 如维生素 B 族、弥可保、泛敏补、神经妥乐平、恩再适等的应用。 ● 中药的应用 强力天麻杜仲胶囊 2粒/次, 一日 2次。 ● 非甾体类抗炎药物 (颈部疼痛时用) (1) 芬必得 0.3g, 2次/日。 (2) 扶他林 25mg, 3次/日, 或缓释片 75mg, 1次/日。 (3) 莫比可 7.5mg, 1次/日。 (4) 非甾体类抗炎外用剂型的应用, 如扶他林乳胶、优迈霜、法斯通凝胶等。	饮食治疗 ● 丹参天麻炖猪脑: 丹参 30g, 天麻 12g, 三七末 3g, 猪脑 100g, 加水 2 碗炖服。 ● 龙眼肉大枣参芪汤 参见 p. 68 眩晕方。	康复工程、转诊及其他 辅助用具 ● 颈部疼痛乏力症状严重时可适当使用软性颈托。 ● 必要时使用拐杖有助于防止跌倒。 随诊 ● 一般可以每 3 个月复诊随访一次。 ● 由于眩晕的病因复杂, 包括耳性眩晕、高血压性眩晕、脑供血不足 (脑动脉硬化) 眩晕、自主神经失调性眩晕等。即使是颈性眩晕的患者, 也常合并有心脑血管疾患, 因此在确立颈性眩晕的诊断前, 以及在颈性眩晕的随诊过程中, 如有疑问, 应及时转科诊治。 (王楚怀) 参 考 文 献 1. 王楚怀, 卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究. 中国康复医学杂志, 1998, 13 (6): 245-247. 2. 卓大宏. 中国康复医学. 第 2 版. 北京: 华夏出版社, 2003, 1130-1145.

下颈椎压缩性骨折

基础介绍、检查、诊断、功能测评	运动治疗/物理因子治疗/作业治疗、心理、行为治疗	药物治疗、转诊
疾患描述 下颈椎压缩性骨折是指下段颈椎椎体前三分之二的骨皮质和骨松质因外力所致而受到破坏,并引起颈痛,颈椎活动受限等症状。 病因 ● 多为严重暴力直接、间接作用于脊柱所致。 ● 病理性骨折,部分病理性骨折患者可无明显病因,多见于老年女性严重骨质疏松患者、脊柱肿瘤患者、脊柱结核患者。 症状及体征 颈部疼痛,活动时加重;骨折处颈椎棘突叩击痛,椎旁软组织压痛,肌肉紧张;颈椎活动度受限。 影像学检查 ● X线片:椎体楔形变,骨皮质不连续。 ● CT:椎体前三分之二可见骨折线,椎管完整,脊髓硬膜囊未受压。 ● MRI:椎体骨折,硬膜囊未受压。 康复目标 骨折愈合,减轻长期卧床综合征,避免远期出现颈痛、颈椎曲度反张。	运动治疗 ● 大部分青壮年患者建议卧床治疗6~10周。卧床期间行颈椎围领保护制动,四肢肌肉主动训练、关节活动度(range of motion, ROM)维持训练,轴向翻身每2~4小时一次,以预防压疮。老年患者必须每天进行胸廓理疗3~5次(具体方法参阅p.109)。颈痛完全消失后,一般在伤后1周以后,开始颈部肌肉等长收缩训练。离床活动后进行颈部及四肢肌力增强训练。12周后可去除围领。 ● 根据骨科医生意见,部分不宜长期卧床的老年患者,可于伤后2~4周内颈椎围领保护下离床活动。 生活方式的调整及改变 ● 避免长时间低头工作,工作时每半小时进行颈部活动一次。 ● 日常生活:1年内卧硬板床,伤后3个月后逐渐去除围领。 ● 运动:游泳、散步、登山。 健康教育 告知患者远期可能出现慢性颈部痛。进行生活及工作方式的调整、颈部肌肉的适当锻炼,是防止长期颈痛的关键。	药物治疗 伤后1周内如疼痛剧烈、酌情口服镇痛药物。减轻急性期疼痛的最好手段是颈椎制动。 急性期使用降钙素喷鼻剂,每日1~2次,口服钙剂。 转诊 颈痛持续3个月以上,进行影像学检查确定有无脊柱不稳。如有确实的颈椎不稳定证据,建议考虑手术治疗的可能。 (关 骅 郭险峰) 参 考 文 献 1. 卓大宏. 中国康复医学. 第2版. 北京: 华夏出版社, 2003, 880-965. 2. Bridwell KH, Dewald RL. 脊柱外科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2002, 1591-1848.