

# 神经康复病例分析

Case Studies in Neurological Rehabilitation

原著 Tarek A.-Z. K. Gaber

主审 王茂斌

主译 毕 胜

014034532

R741.09

04

# 神经康复病例分析

Case Studies in Neurological Rehabilitation

原著 Tarek A.-Z. K. Gaber

主审 王茂斌

主译 毕胜

副主译 崔利华 张缨

译者 (按姓氏笔画排序)

万春晓 杨宇琦 肖琳 高飞



R741.09  
04



北航

C1715008

人民卫生出版社

Case Studies in Neurological Rehabilitation (978-0-521-69716-3) by T.A.-Z.K. Gaber, first published by Cambridge University Press 2008

All rights reserved.

This **simplified Chinese** edition for the People's Republic of China is published by arrangement with the Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom.

© Cambridge University Press & **People's Medical Publishing House** 2014

This book is in copyright. No reproduction of any part may take place without the written permission of Cambridge University Press and **People's Medical Publishing House**.

This edition is for sale in the People's Republic of China (excluding Hong Kong SAR, Macau SAR and Taiwan Province) only.

此版本仅限在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门特别行政区及台湾地区)销售。

图字:01-2012-1748

图书在版编目(CIP)数据

神经康复病例分析/(英)戈伯(Gaber, T.)著;毕胜译. —北京:

人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-18448-9

I. ①神… II. ①戈… ②毕… III. ①神经系统疾病-康复医学-病案 IV. ①R741.09

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第010460号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

## 神经康复病例分析

主 译: 毕 胜

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 6 字数: 156 千字

版 次: 2014 年 3 月第 1 版 2014 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18448-9/R · 18449

定 价: 32.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

## 序

我们从事神经康复医疗工作的医师最为关心的问题是临床性的神经康复问题。由毕胜教授主译、人民卫生出版社出版的 Tarek A.-Z.K.Gaber 原著 *Case Studies in Neurological Rehabilitation* 为我们提供了一些思路和启发。我认为,首先它强调了早期“临床康复”的概念。它提倡早期实施“联合诊疗”的模式,即临床医生与 1~2 个康复小组内的相关成员同时看一个病人。也就是说在急性期,是临床治疗工作和康复医疗工作密切结合的,而不是“分离”的。因此在其后的篇章中有大量的药物、手术处理意见和相应的康复处理建议同时存在。这与我国目前大型综合医院康复医学学科的做法几乎是一样的,即建立起完整的康复医疗服务体系:在大型综合医院中,康复处理工作应当从病情稳定 48~72 小时、患者还在临床科室(神经内科、神经外科、神经 ICU 等)时就开始。进一步稳定后,病情较重但有恢复潜力的患者转到康复医学学科或康复医院;没有恢复潜力的患者转到长期照顾单位(如护理院、老年养护院等);而病情较轻的患者就进入社区或回家。第二,书中第二部分着重介绍了脑外伤的问题,这是因为作者的国家中脑外伤作为病因明显多于脑卒中;而在我国,脑卒中的发生率、死亡率、致残率远远高于脑外伤。但这两者所致康复中的医学问题却又比较相近,因此书中的相关内容还是很有参考价值的。第三,以后各篇章所讨论的问题,就是神经康复中的稳定期、恢复期甚至后遗症期最为常见的问题了,这些都很有参考价值。第四,本书第三部分列出了许多“神经康复练习题”,这对于初学者掌握最基本的知识十分重要。虽然患者的“个体化”使得几乎没有两个患者的所有医学相关的参数完全相同,

一切“照搬”可能并不会取得康好的医疗-康复效果,但是有些基本原则和处理是相同的。临床医疗和康复工作既需要基础的理论-技术支持,也需要足够的临床实际经验,二者缺一不可。第五,作者强调了康复医学中“多科学”、“跨科学”和“交叉学科”的重要性,这些在英国著名的剑桥大学倡导的临床神经康复原则,是值得我们好好学习的。

但愿在新的十年中,神经康复学能获得巨大的发展!

王茂斌

2014年1月于北京

# 前 言

在剑桥进行专业康复医学培训时,我一直在努力寻找一本适用于处理神经康复科常见病例的参考书。我发现很多优秀的巨著和一些手册虽然内容丰富,但多以诊断神经疾病的难题或是介绍一般性的康复知识为主,很少从医学角度对神经疾病康复提出全面的、规范的综合治疗管理方案。

我想从书中了解的主要是两个方面的:一是我见到的病例的医学处理方案;其次是对康复小组成员负责的其他的功能障碍有一个总体了解,比如心理的、身体的或是交流方面的障碍。

这本书就是尝试阐述这些常见的情况。它不是在神经康复机构中常见的那种涵盖全部或大部分情况的综合性图书,但我希望它包含常见而又困难的问题。本书采用介绍病史的表述形式。这些病例不存在诊断问题,主要目的是建立一种讨论神经康复复杂病例的场景。我认为康复医学应该是以这样的方式来学习,所以我尽可能选择非特异的病例,以便在讨论中能涉及更多普遍性问题。正像英国电视节目《全景》中讲的那样:新闻背后有一个故事,故事背后是一个问题。因而这本书的宗旨就是:病例背后有一个故事,故事背后是一个问题。

这本书还包括了 50 道练习题,我用这种方法来展现前面病例讨论中没能涵盖的一些重要的临床方案。这些题目与欧洲及北美医师执业考试题目的形式基本相似,希望备考者能从中获益。

这本书主要适用于神经病学及康复医学的学生和专业人士,但我也希望神经康复小组的所有成员都觉得有用。我尽量用简单的方法来阐述医学问题,以便让未经医学训练的人员也

能更容易地理解讨论的内容。

我尽力避免在每个病例后面列出冗长的参考文献。大多数最新的文章在 PubMed(生物医学文献数据库)、Google Scholar(谷歌学术搜索)等互联网上都可以找到,且本书出版时,可能又有更具创新性的文章发表了。因此本书每个病例后只列了两到三种用于完善病例信息的文献。

对于有些情况,如额叶认知功能障碍或脑桥髓鞘溶解的患者,由于很难找到相关的随机对照研究指导其康复,书中的建议是基于现有文献以及作者本人和提供病例的英国医师的经验提出的。为使本书适用于世界各地,我尽可能地避免援引英国法律,但少数情况下还是提及了,如精神卫生部分,我想类似的争论在大多数社会和民族都会存在。

我要感谢我的许多同事和朋友, Ashraf Azer、Janet Blakeley、Barry Clift、Salem Madi、Carolyn McAllister、Russell Sheldrick 和 Arah Wilkinson, 他们为本书提供了丰富的病例和宝贵的意见。我还要感谢 Jai Kulkarni 和 Sue Comish 对书稿进行了复审;感谢我的妻子 Solveig 对手稿进行的筹备工作;感谢出版人 Richard Marley, 在整个工作中提供了大量的帮助。

## 目 录

## 第一部分 临床康复

## 第一章 康复会诊

## 第二章 康复单元

## 第二部分 病例分析

## 第三章 脑外伤康复中的医学问题

## 脑外伤后的癫痫

## 单纯疱疹病毒性脑炎后的激越

## 脑外伤后的垂体功能减退

## 脑外伤后的焦虑

## 蛛网膜下腔出血后的脑积水

## 脑损伤后自主神经功能的损害

## 闭锁综合征

## 注意力障碍的药物治疗

## 脑桥中央髓鞘溶解症的康复

## 额叶功能的评定

## 有攻击行为的患者

## 第四章 进展性神经疾病

## 多发性硬化伴有共济失调

## 亨廷顿病的精神症状

## 迪谢内型肌营养不良的成年患者

## 帕金森病患者反复发生的误吸

## 第五章 制动所致的医学并发症

1

2

4

7

8

9

12

15

19

22

25

28

30

33

36

40

43

44

47

50

53

57

7



血栓栓塞	57
压疮	64
异位骨化	67
<b>第六章 神经康复中的矫形术</b>	<b>70</b>
继发性脊柱侧弯	71
脊髓灰质炎后综合征	74
夏科关节病	78
<b>第七章 伦理与法医学的冲突</b>	<b>81</b>
一个徘徊的患者	82
慢性疲劳综合征患者的服务保障	84
<b>第八章 慢性疼痛</b>	<b>88</b>
中枢性疼痛综合征	88
复合区域疼痛综合征	91
脑卒中后肩痛	94
<b>第九章 病因不明的功能障碍</b>	<b>98</b>
转换综合征	98
多发性硬化的躯体化症状	101
补充和替代医学	104
<b>第十章 痉挛的治疗</b>	<b>107</b>
痉挛性马蹄足内翻畸形的治疗	107
全身严重痉挛的治疗	110
<b>第十一章 康复治疗的通气支持</b>	<b>114</b>
吉兰-巴雷综合征的人工通气	114
膈肌瘫痪	117
<b>第十二章 括约肌功能障碍</b>	<b>119</b>
肉毒杆菌毒素治疗神经源性膀胱	119
脊髓损伤后胃肠功能障碍	122
<b>第十三章 交流障碍</b>	<b>126</b>
表达性失语	126
杂乱性失语	130

---

运动功能减退性构音障碍	132
第十四章 感觉障碍	135
皮质盲	135
视空间忽略	138
第十五章 独立生活处方	142
运动处方	142
职业康复	145
驾驶评估	148
<b>第三部分 神经康复练习题</b>	151
选择题	152
选择题答案	171
索引	178



# 康复会诊

## 康复会诊

康复工作中,临床医师除了对疾病做出诊断和处理,更要对病人进行综合评估。大多数神经损伤病人都有复杂的问题,可能涉及诸如医疗、生理、心理、精神卫生、交流、吞咽、括约肌、组织活力、器械、社会、经济及其他可能很隐秘但很重要的问题。多数康复小组的成员都把精力集中在与自己有关问题的处理上,而对其他障碍的影响及各种障碍结合产生的新问题较少关注。例如,一个表现为跌倒的多发性硬化病人可能同时有膀胱病变,表现为尿频和尿急,并伴有视野缺陷,因而在急着上厕所时摔倒。

康复医师应该是以广阔的视角观察病人。康复医师应该有能力强评价所有相关的问题,并运用其他技师/医师基本治疗原则的知识为患者确定合适的训练,不断对康复进展进行总结,最终确定治疗目标。

康复医师应当与小组内其他成员始终保持接触,这样可以避免冗长的文字工作和误解,特别重要的是,避免了在实现治疗目标中可能产生的分歧。有些医生采用“联合诊疗”模式,即临床医生和一到两个小组内相关成员同时看一个病人。我个人认为这种方式很好,能有效地利用时间和资源。一个因无力和痉挛导致步态异常的病人可以同时接受临床医生和物理治疗师的指导。治疗计划可由医生和病人共同协商制定。当一项措施例如肉毒杆菌注射提出后,就可以即刻决定注射哪块肌肉以及注射后的物理治疗方案,不会出现延误或误解。

这种服务模式在普通医院的临床服务系统中是很难办到的,因为由家庭医生转诊来的病人都被自动分配到有空床位的

科室中。依我的经验,在康复医院内转诊病人并不是病人的主要来源。让家庭医生来决定病人应该就诊哪个科室、是否需要药物治疗是很不公平的。更合理的方法是鼓励家庭医生将病人送至神经康复小组,由康复小组成员来确定病人需要就诊哪些科室。多数病人可能不需要专业的药物康复介入,部分病人需要康复会诊来确定病情。有经验的小组成员会先对病人进行初步评价并将结果提供给康复小组。某些特定疾病的病人由于病情表现复杂而必须进行综合评价。如脑损伤患者,无论是外伤性还是继发于其他如脑炎之类的疾病,常表现为复杂的生理和认知问题,需要全面的治疗;脊髓损伤病人常常很年轻,在原发疾病的同时可能还有很多心理、社会及就业问题需要解决。其他情况如多发性硬化患者可能也需要这样的处理。脑中风和脊柱裂患者可能每年都需要一次这样的评价。他们面对的很多隐袭起病的细微问题有可能导致长期的大问题,如慢性疼痛综合征或肾衰竭。专业的评价能让这些问题尽早被发现。

医学上难以解释的情况如转换综合征、假性癫痫发作或慢性疲劳综合征的处理,理论上也属于神经康复的范畴。这些疾病复杂,处理困难,需要很好的康复协调努力,应有一到两个主要医生作为患者动力、支持和信息的来源。

这种服务模式的好处是它减少了常规的后续医疗处理,为新病人和需要积极医学处理的病人提供空间。当这些初始的联合医疗处理结束后,就可以形成一份综合的行动计划并分发给相关的治疗师、病人或护理者。这些处理计划可以作为未来评价的基础,由病人的所有治疗师共同评价康复目标。如果出现新的医疗问题,或根据医学评价出现新的复杂问题,病人可以重新回到临床医生那里接受治疗。

有些病人因行动不便,无法到医院就诊,需要上门服务。同样的道理,治疗者联合上门服务比内科医生单纯就医疗问题上门获益更多。康复小组可借此机会了解病人的心理社会需求,以便能为其制定恰当的治疗方案。

## 第二章

# 康复单元

大多数神经康复单元在脑损伤、脊髓损伤或卒中等急性神经损伤后接收病人。标准的操作是在患者临床病情稳定、表现为有很好的康复潜能时开始。临床病情稳定是患者接受住院康复治疗的必要条件,这不仅是因为要确定病人是否能够接受治疗,也是因为康复小组的成员对于处理急性和复杂变化的临床问题缺乏经验。不同的康复单元内人员不同,位置不同,理论也不同,有些单元主要接收早期神经损伤的病人,有些则接收急性期过后的病人。在脑外伤、脑炎或蛛网膜下腔出血等神经损伤的急性期,康复需要较单一,主要包括气管切口处理,维持关节活动度范围,早期癫痫处理,以及创伤后记忆力下降过程中认知和行为障碍的处理。团队成员具有处理这些急性期问题的专业知识、充足人员、强化药物治疗以及能确保即刻药物治疗和手术支持的空间都至关重要。急性期后康复的单元可能不需要强化的药物治疗,但需要其他设备,包括经设计的大型治疗场地、作业治疗用的厨房或能够评价患者出院前独立生活能力的小型公寓房间。

在英国曼彻斯特,神经康复分地区设计和组织,以便病人在急性期、急性期后及慢性期都能得到相应的康复治疗。分区神经科学单元的基地位于索尔福德市的霍普医院,医院的急性神经康复病房是神经科学单元的基地组成部分。这个病房接收所有神经损伤类型的急性期病人,包括脑损伤或硬膜下出血、蛛网膜下腔出血或脑肿瘤等疾病手术干预后的病人。这个急性康复

单元为 300 万曼彻斯特居民服务。当患者病情稳定时,他/她们就被转至下一级(中型)康复单元,共有 4 家,分别位于威根、斯托克波特、罗奇代尔和曼彻斯特市中心。1 个急性康复单元基地和 4 家中型康复单元形成较为完备的服务网络,负责病人的临床管理、结局评估和资源筹措。尽管某些社区康复和转运衔接方面还有不尽如人意之处,但这种分区服务的模式为曼彻斯特居民提供了良好的神经康复服务。

慢性神经系统疾病如多发性硬化或帕金森病患者是神经康复单元的重要病源。这些病人既有直接从家里入院的,也有因为骨折、感染或原发神经病变进展导致全身情况恶化进入急性神经康复病房治疗后转院而来。中型神经康复单元内常常同时有急性期后的病人和慢性神经康复期的病人。

病人入院后应尽早向其介绍有关康复的基础知识和思想理念。康复医学中有关制定目标、支持病人独立生活、员工要具备跨学科知识等概念,远比仅仅是对病人单纯进行基础照料更为重要,如果患者要能够完全投入到康复过程中,他就应该理解掌握这些概念。例如,患者接受了跨学科工作的理论后明白,对于清洗、穿衣、转移和进食的指导都是物理治疗和作业治疗中非常重要的部分,继而他/她就不会对正式治疗部分的长短和频率感到失望。制定明确的目标可以让患者理解自己取得的进展,也可以让他们在周末或晚上等没有正规治疗的时候仍关注自己需要的功能训练任务。

康复的时间可以从几周到几个月,患者经常会出现情绪低落和想家。对离家进行早期评估能减轻这种情绪。我们还发现“活动协调人”可以明显增加患者的愉悦、改善患者的情绪。活动协调人与病人在一起的时间很多,他们可以及时发现病人出现的细微的人际问题、行为问题、乃至焦虑等情绪问题。我们小组的活动协调人非常重要,小组会议和病例讨论中活动协调人提的意见很有价值,增强了小组成员对患者情绪或其他重要问题的判断力。在患者刚刚出院的困难时期,活动协调人可以

通过提供院外服务来帮助感情脆弱的病人,减轻潜在的社会孤立感。

对很多病人来讲,从康复单元出院意味着康复治疗的最终结果,残存的障碍将伴随他们可怕的未来,因而很难再为进一步康复而努力。社区康复项目应与患者深入讨论以使他们对未来重拾信心。有些病人可能拒绝出院,因为他们觉得继续住院还有希望进一步康复。向患者表明不再有进展的方法之一是,设定一个恰当的目标,让他们在特定时间段内达到这个目标。如果不能达到设定的目标,就表明无法继续进展。例如,一个无法达到坐位平衡的病人是不可能达到与转移相关的更多目标的。

有些病人可能很想出院,但他们因未达到出院目标而暂时不能出院。这些病人应该尽早确认并制定家庭改造和器械供应计划。这种与出院相关的问题应该是病例会议日程中的固定项目,康复小组的成员应该运用他们的专业知识预测患者出院时的功能能力,并尽快开始将出院计划付诸实践。



