



刘悦,文希,唐强,等. 颅脑损伤(头部内伤)中医康复指南[J]. 中医康复,2026,3(3):1-8.

LIU Y, WEN X, TANG Q, et al. Guidelines for Traditional Chinese Medicine Rehabilitation of Traumatic Brain Injury (Internal Head Injury)[J]. Traditional Chinese Medicine Rehabilitation,2026,3(1):1-8.

颅脑损伤(头部内伤)中医康复指南*

刘悦¹,文希¹,唐强²,杨珊莉³,王瑜⁴,马超⁵,陆彦青¹,卢德健⁶,杨君军⁷,朱路文²,林志刚³,明康文⁸,王琳晶²,刘通¹,刘琨¹,邱伟川¹,苏利梅¹,唐明¹,蔡科达¹,唐宁¹,张俊杰¹,陈烯琳¹,张觉予¹,蔡伟彬¹,郑焕驰¹,吴融¹,广东省中医药学会

1.广东省第二中医院/广东省中医药工程技术研究院,广东 广州 510095;

2.黑龙江中医药大学附属第二医院,黑龙江 哈尔滨 150001;

3.福建省康复医院,福建 福州 350003;

4.中国中医科学院针灸研究所,北京 100700;

5.中山大学孙逸仙纪念医院,广东 广州 510120;

6.镜湖医院,澳门 999078;

7.香港浸会大学,香港 999077;

8.广州医科大学附属中医医院,广东 广州 510130

中图分类号:R651.15 / 文献标志码:A / 文章编号:2097-3128(2026)03-0001-08 / DOI:10.19787/j.issn.2097-3128.2026.03.001

[摘要] 颅脑损伤(Traumatic Brain Injury, TBI)是一种由创伤暴力引起的脑损伤,会导致神经组织的破坏,引起神经功能障碍。本指南基于国内外颅脑损伤的经典康复方案与临床实践经验,整合多项现行临床管理指南与专家共识,形成了适用于颅脑损伤病情稳定患者的中医康复诊疗方案。本指南系统阐述了颅脑损伤中西医及中医证候的诊断标准,建立了多维度的康复评定体系,提供了对应证型的中药治疗方案和各类功能障碍的中医特色康复疗法,并配套了疗效评价工具,对规范颅脑损伤中医康复、提升康复疗效具有重要的临床指导意义。

[关键词] 颅脑损伤;头部内伤;中医康复;指南;康复评定

Guidelines for Traditional Chinese Medicine Rehabilitation of Traumatic Brain Injury (Internal Head Injury)

LIU Yue¹, WEN Xi¹, TANG Qiang², YANG Shanli³, WANG Yu⁴, MA Chao⁵, LU Yanqing¹, LU Dejian⁶, YANG Junjun⁷, ZHU Luwen², LIN Zhigang³, MING Kangwen⁸, WANG Linjing², LIU Tong¹, LIU Kun¹, KUANG Weichuan¹, SU Limei¹, TANG Ming¹, CAI Keda¹, TANG Ning¹, ZHANG Junjie¹, CHEN Xilin¹, ZHANG Jueyu¹, CAI Weibin¹, ZHENG Huanchi¹, WU Rong¹, Guangdong Provincial Association of Chinese Medicine

1. Guangdong Provincial Second Hospital of Traditional Chinese Medicine/Guangdong Provincial Engineering Technology Research Institute of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510095 Guangdong, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150001 Heilongjiang, China;

3. Fujian Provincial Rehabilitation Hospital, Fuzhou 350003 Fujian, China;

4. Institute of Acupuncture and Moxibustion, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China;

5. Sun Yat-Sen Memorial Hospital, Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510120 Guangdong, China;

6. Kiang Wu Hospital, Macau 999078, China;

7. Hong Kong Baptist University, Hong Kong 999077, China;

8. The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510130 Guangdong, China

*基金项目:广东省基础与应用基础研究基金项目(2023A1515220116);粤港澳大湾区生命健康创新区科技成果转化专项基金资助项目(GBALH202309);广东省刘悦名中医工作室(粤中医办函(2023)108号)

Abstract Traumatic Brain Injury (TBI) is a type of brain damage caused by violent trauma, which leads to the destruction of neural tissues and results in neurological dysfunction. Based on classic rehabilitation protocols and clinical practice experience of TBI both domestically and internationally, this guideline incorporates multiple current clinical management guidelines and expert consensuses, and establishes a traditional Chinese medicine (TCM) rehabilitation and treatment protocol for TBI patients with stable conditions. It systematically outlines the diagnostic criteria for TBI in Western medicine and TCM syndromes, establishes a multidimensional rehabilitation assessment system, provides herbal medicine treatment regimens corresponding to syndrome types and TCM-characteristic rehabilitation therapies for various dysfunctions, and is equipped with efficacy evaluation tools. It possesses important clinical guiding significance for standardizing TCM rehabilitation of TBI and improving rehabilitation efficacy.

Keywords traumatic brain injury; internal head injury; TCM rehabilitation; guidelines; rehabilitation assessment

颅脑损伤(Traumatic Brain Injury, TBI)作为一种由创伤暴力引发的脑损伤,易导致神经功能障碍,严重影响患者生活质量,其康复诊疗一直是临床关注的重点^[1-2]。在中医理论中,对于颅脑损伤尚没有明确的命名,采用“头部内伤病”命名者居多^[3]。目前,国内外针对颅脑损伤中医康复的临床诊疗缺乏统一、规范的标准与指南,致使中医康复疗法在临床应用中存在操作不统一、疗效不稳定等问题。

《颅脑损伤(头部内伤)中医康复指南》以中医康复疗法在颅脑损伤康复中的独特优势为核心支撑,以实现康复疗效最优化为核心目标,在国家中医药管理局发布的《头部内伤病(颅脑损伤)临床路径和诊疗方案(2016版)》基础上,系统整合中医药治疗颅脑损伤的经典康复方案与临床实践经验,严格借鉴循证医学方法,全面梳理并分析颅脑损伤相关的现代临床研究文献及古籍文献,进行意见推荐,经多轮专家论证与讨论,最终形成具有指导颅脑损伤中医康复的临床实践指南。本指南对于规范使用中医康复疗法、提高颅脑损伤的康复疗效具有重要作用。

本指南按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本指南的某些内容可能涉及专利;本指南的发布机构不承担识别专利的责任。

本指南由广东省第二中医院(广东省中医药工程技术研究院)提出,由广东省中医药学会归口。

1 范围

本指南提供了颅脑损伤(头部内伤)的诊断、康复评定、中医康复方案和疗效评价工具。

本指南适用于颅脑损伤(头部内伤)病情稳定患者的中医康复诊疗。

2 规范性引用文件

本指南没有规范性引用文件。

3 术语和定义

颅脑损伤(Traumatic Brain Injury, TBI)是一种由创伤暴力引起的脑损伤,可直接导致神经组织的破坏,引起神经功能障碍。

4 诊断

4.1 中医诊断

4.1.1 中医疾病诊断标准

(1)有头部外伤或间接外伤史;(2)伤后出现神志昏迷,烦躁不宁,头晕头痛,恶心呕吐等症状;(3)结合病史和体征、CT、磁共振检查可确定损伤部位及程度。

4.1.2 中医证候诊断标准

4.1.2.1 瘀阻脑络证

主症:伤后头痛,痛处固定,痛如锥刺,或神志不清,伴头部青紫、瘀肿,或伴肢体乏力。

次症:心烦不寐。

舌、脉象:舌质紫暗,有瘀点,苔薄白,脉弦涩。

4.1.2.2 痰瘀滞络证

主症:伤后头痛头晕,或神识不清,神情恍惚,或手舞足蹈,或时作癫痫,口舌歪斜或短胖,言语不利,舌强语謇,口角流涎。

次症:伴肢体乏力,或伴肢体僵直。

舌、脉象:舌质黯,苔厚腻,脉弦滑或涩。

4.1.2.3 肝阳上扰证

主症:眩晕头痛,耳鸣耳聋,每因烦躁、恼怒而加重,面色潮红,少寐多梦,泛泛欲吐。

次症:口干苦,小便黄赤。

舌、脉象:舌红,苔黄,脉弦数。

4.1.2.4 心脾两虚证

主症:伤后眩晕,神疲倦怠,怔忡惊悸,心神不安,或昏愤。

次症:面色萎黄,肢倦乏力,唇甲无华。

舌、脉象:舌淡,苔薄白,脉细弱。

4.1.2.5 肾精不足证

主症:眩晕健忘,耳聋耳鸣,视物模糊,神疲乏力,腰膝酸软。

次症:或昏迷不醒,或发脱齿摇,或失语,或肢体萎软不用。

舌、脉象:舌淡或红,苔薄白,脉沉细。

4.1.2.6 痰热内阻证

主症:头痛,肢体乏力或拘挛,甚至神昏,发热咳嗽,胸膈满闷。

次症:咯黄稠痰或痰中带血,甚则呼吸迫促,胸胁作痛。

舌、脉象:舌红,苔黄腻,脉滑数。

4.1.2.7 痰浊上蒙证

主症:头痛头晕,头重如裹,呆钝健忘,胸脘痞闷。

次症:或神识不清,或时作癫痫。

舌、脉象:舌胖,苔白腻或黄腻,脉濡滑。

4.2 西医诊断

4.2.1 原发性颅脑损伤

创伤暴力当时造成的颅脑损伤,如头皮伤、颅骨骨折、脑震荡、脑挫裂伤等。

4.2.2 继发性颅脑损伤

致伤后一段时间逐步形成的脑损伤,如颅内血肿、脑水肿等。

4.3 疾病分期

颅脑损伤一般分为3期。(1)急性期:发病2周以内;(2)恢复期:发病2周后至发病1年以内;(3)后遗症期:发病1年以后。

5 康复评定

5.1 意识状态评定

评定量表:格拉斯哥昏迷量表(Glasgow Coma Scale, GCS)、昏迷恢复量表-修订版(Coma Recovery Scale-Revised, CRS-R)。

5.2 运动功能评定

评定方法:Brunnstrom量表评定法、简化Fugl-Meyer评定法、上田敏偏瘫功能评定法、运动功能

评定法、改良Ashworth分级评定法、徒手肌力评定法、步态分析法。

5.3 认知功能评定

评定量表:简明精神状态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)。

5.4 吞咽功能评定

评定量表:洼田饮水试验、吞咽障碍的程度评分(Video Fluoroscopic Swallowing Grading Scale, VGF)。

检查:电视透视吞咽功能检查(Video Fluoroscopic Swallowing Study, VFSS)、纤维喉镜吞咽功能检查(Flexible Endoscopic Evaluation Swallowing, FEES)。

5.5 言语功能评定

评定量表:失语症筛查表、北京大学医学部汉语失语症成套测验(Aphasia Battery in Chinese, ABC)、西方失语症成套测验(Western Aphasia Battery, WAB)等。

5.6 呼吸功能评定

评定量表:功能性肺残疾评定、改良英国医学研究委员会呼吸困难量表分级(mMRC)、主观呼吸功能障碍分级、肺功能评定等。

5.7 精神心理评定

评定量表:汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)。

5.8 日常生活能力评定

评定量表:改良Barthel指数量表(Modified Barthel Index, MBI)。

6 中医康复方案

6.1 治疗原则

6.1.1 早期介入原则

通过中医的早期介入,可在颅脑损伤后黄金康复期内最大限度促进神经功能恢复,降低致残率,改善患者生活质量。

6.1.2 个体化治疗原则

根据患者发病时间、病因、发病机制、病情严

重程度、伴发的基础疾病等情况,制定适合患者的最佳个体化治疗方案。

6.2 中药汤剂内服

6.2.1 瘀阻脑络证

治法:祛瘀生新,通窍活络。

处方:血府逐瘀汤(《医林改错》)加减。

用药:当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、甘草、桔梗、川芎、牛膝。

6.2.2 痰瘀滞络证

治法:涤痰祛瘀,通络开窍。

处方:涤痰汤(《景岳全书》)合通窍活血汤(《医林改错》)加减。

用药:僵蚕、礞石、石菖蒲、胆南星、郁金、赤芍、桃仁、红花。

6.2.3 肝阳上扰证

治法:镇肝熄风,滋阴潜阳。

处方:天麻钩藤饮(《杂病证治新义》)加减。

用药:天麻、钩藤、生石决明、川牛膝、黄芩、山栀子、夏枯草。

6.2.4 心脾两虚证

治法:健脾养心,调畅气机。

处方:归脾汤(《济生方》)加减。

用药:白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草。

6.2.5 肾精不足证

治法:补益肾精,充养脑髓。

处方:六味地黄丸(《小儿药证直诀》)加减。

用药:熟地黄、山药、山萸肉、茯苓、丹皮、泽泻。

6.2.6 痰热内阻证

治法:清热化痰,通络止痛。

处方:黄连温胆汤(《六因条辨》)加减。

用药:黄连、竹茹、枳实、法半夏、橘红、甘草、生姜、茯苓。

6.2.7 痰浊上蒙证

治法:健脾燥湿,化痰降逆。

处方:半夏白术天麻汤(《医学心悟》)加减。

用药:半夏、天麻、白术、茯苓、橘红、甘草、生姜、大枣。

6.3 中成药治疗

在选用中药汤剂的基础上,可以按照辨证论治原则根据药品说明书选用相应中成药,如丹参注射液^[4]、血塞通注射液^[5]、丹红注射液^[6]、银杏达莫注射液^[7]、醒脑静注射液^[8]、血必净注射液^[9]、参

附注射液^[10]、清开灵注射液等^[11],每个治疗周期通常在10~14天,根据患者证型、病情的变化调整用药及疗程。

6.4 功能康复

6.4.1 意识障碍康复

6.4.1.1 回阳醒神针法

(1)取穴:百会、水沟、内关(双)、涌泉(双)。

(2)操作方法:水沟穴向鼻中隔方向斜刺入0.5寸,用强刺激手法,以双目盈泪或眼球湿润为度;内关、涌泉穴直刺1~1.5寸;百会穴向前沿头皮刺0.5~1寸。

(3)疗程:每天1次,每次20~30 min,连续治疗5天,休息2天,2周为1个疗程。

6.4.1.2 促醒针法

(1)取穴:风池(双)、完骨(双)、天柱(双)、哑门、风府为主穴;水沟、四神聪、智三针、颞三针、内关(双)、百会、极泉(患侧)、委中(患侧)、曲池(患侧)、三阴交(患侧)、足三里(患侧)为配穴。

(2)操作方法:内关用捻转泻法持续运针1~3 min,水沟捻转360°滞针后用雀啄泻法,以眼球湿润为度并出针,风池向对侧风池透刺,完骨、天柱、哑门、风府用捻转泻法直刺1~1.5寸。风池、完骨、天柱、四神聪行针后连接电针,选用疏密波。其余穴位常规进针得气后捻转行针约30 s,捻转频率约200次/min。

(3)疗程:每天1次,每次留针20~30 min,周六日休息,2周为1个疗程。

6.4.1.3 头皮针

(1)取穴:顶颞前斜线、额旁1线(双侧)。

(2)操作方法:暴露头皮后,针尖刺入头皮下或帽状腱膜下层。可依病情需要进行快速捻转或提插。

(3)疗程:每天1次,每次留针20~30 min,周六日休息,2周为1个疗程。

6.4.1.4 耳穴压豆

(1)取穴:脑干、神门、交感、心、皮质下。

(2)操作方法:用75%酒精消毒耳廓,将粘有王不留行籽的5 mm×5 mm胶布贴于上述耳穴上,并每日用拇、食指腹按压3~5 min。

(3)疗程:每天1次,每次一耳,左右耳交替,2周为1个疗程。

6.4.1.5 灸法治疗

(1)取穴:百会、关元、气海、足三里、神阙、涌泉、曲池。

(2)操作方法:将艾条燃着端对准应灸的腧穴上距离皮肤2~3 cm处施灸,以皮肤潮红为度。因患者意识障碍,术者需将食、中两指张开平放在施灸部位两侧,通过术者的手指来感知患者局部受热程度,以便随时调整施灸的距离和时间,从而防止烫伤。

(3)疗程:连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.2 运动障碍康复

6.4.2.1 针刺疗法

肢体功能障碍患者进行Brunnstrom分期,包括:软瘫期(Brunnstrom I期)、痉挛期(Brunnstrom II~IV期)、分离运动期(Brunnstrom V~VI期)。根据不同分期选择相应穴位及针刺手法(头针不分期)。患侧肢体上、下肢Brunnstrom分期不一致时,依据上、下肢不同分期选择针刺方法。

6.4.2.1.1 软瘫期

(1)要点:以偏瘫侧神经干刺激为主,故选取神经干附近穴位,以诱发肌肉抽动,抽动3次为度。

(2)取穴:①头针采用双侧顶颞前斜线。②上肢选取极泉、肱中、尺泽、曲泽、内关、鱼际、手五里、合谷。③下肢选取环跳、鼠蹊、委中、足三里、三阴交、照海。④体位选取卧位,患侧上肢呈外旋、外展位,手臂自然伸直;患侧下肢自然伸直,膝下垫高约35 cm,使膝关节弯曲,呈中立位。

(3)操作方法:①头针使用40 mm针灸针,垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以15°的针刺方向沿皮轻微、快速、不捻转刺入30 mm,得气后捻转平补平泻,频率为180~200次/min。②体针以神经干刺激疗法为主。上肢穴位均使用40 mm针灸针,极泉、尺泽、内关垂直刺入,得气后行提插平补平泻,以患者肢体有抽动感为度,频率为60~90次/min;合谷向三间方向,行提插手法,以食指、拇指抽动感为度,频率为60~90次/min。下肢环跳、鼠蹊使用75 mm针灸针,委中、足三里、三阴交、照海均使用40 mm针灸针,各穴均垂直刺入,得气后行提插平补平泻,以肢体有抽动感为度,频率为60~90次/min,每10 min行针1次,每次行针2 min,共留针30 min。

(4)疗程:连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.2.1.2 痉挛期

(1)要点:根据肢体痉挛模式,选取肌力偏弱一方的拮抗肌附近穴位,并两两配对成为穴组,利

用穴组双向互相透刺的方法加强刺激量,增强拮抗肌肌力。同时利用电针时脉冲电流与穴组结合发挥最大效能,进而达到改变痉挛模式的目的。其中,上肢的肌痉挛模式表现为肩胛骨内收回缩、肘关节屈曲、前臂外旋以及腕关节掌屈和手指的屈曲;下肢的肌痉挛模式表现为髋关节外旋、膝关节伸直、足下垂、足内翻。

(2)取穴:①头针采用双侧顶颞前斜线。②上肢选取肩髃透臂臑、臂臑透天井、四渎透外关、偏历透阳溪、后溪透合谷。③下肢选取承扶透委阳、殷门透委中、阳陵泉透悬钟、足三里透丰隆、丘墟透照海。④体位采用仰卧位。

(3)操作方法:①头针使用40 mm针灸针,垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以15°的针刺方向沿皮轻微、快速、不捻转刺入30 mm,得气后捻转平补平泻,频率为180~200次/min。②体针以透刺法为主。透刺时与皮肤呈15°~30°的针刺方向进针并透向设定穴位,其中透刺穴组均为两穴相互透刺,可使用40 mm或75 mm针灸针,即从肩髃进针,向臂臑方向透刺一针,且从臂臑进针,向肩髃方向透刺另一针,两针对透。得气后行提插平补平泻,以肢体有酸麻胀痛针感为度,每10 min行针1次,每次行针2 min,共留针30 min。

(4)疗程:连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.2.1.3 分离运动期

(1)要点:主要改善关节灵活性及精细动作,选取关节附近穴位为主,主要为肩肘腕指关节和髋膝踝指关节。在每个关节附近取3个穴位,其中2个为阳经穴位、1个为阴经穴位,以“二阳一阴”穴组体现引阳调气,动阳舒筋,进而达到通利关节、强筋通脉的目的。

(2)取穴:①头针采用双侧顶颞前斜线。②上肢选取肩髃、肩髃、肩前、天井、曲池、曲泽、阳溪、阳池、大陵、合谷、后溪、八邪。③下肢选取环跳、髀关、阴廉、梁丘、血海、阳陵泉、解溪、丘墟、太溪、太冲、陷谷、足临泣。④体位采用仰卧位。

(3)操作方法:①头针使用40 mm针灸针,垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以15°的针刺方向沿皮轻微、快速、不捻转刺入30 mm,得气后捻转平补平泻,频率为180~200次/min。②体针以常规针刺法为主,使用40 mm针灸针,针刺得气后行提插捻转平补平泻,留针30 min,每10 min行针1次。

(4)疗程:连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.2.2 推拿疗法

(1)四肢部:上肢从大椎穴至手指方向,揉、滚、捏、拿、点按主要伸肌和屈肌及重要穴位,重点刺激极泉、曲池、手三里、外关、合谷等。下肢从腰部至足趾连拍6次,并按、点、揉重要穴位,如冲门、血海、足三里、三阴交、太冲、解溪等。

(2)项背部:患者俯卧,沿脊柱两侧,用掌根揉法、滚法由上至下,重点在厥阴俞、膏肓、心俞、肝俞、肾俞等穴位,配合手指点穴手法。其后用大鱼际揉法沿督脉从大椎揉至尾骨末端,偏阴虚者自上至下,偏阳虚者自下而上。

(3)疗程:连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.2.3 火针疗法

(1)取穴:①肩部选取肩髃、肩髃、合谷、外关。②肘部选取曲池、尺泽、外关、合谷。③腕部选取阳池、外关、阳溪、腕骨。④背脊选取水沟、身柱、命门、腰阳关。⑤踝部选取申脉、照海、昆仑、解溪。

(2)操作方法:细号火针针刺,行快针法。火针温度以白炽为度,右手执笔式持针直刺。针刺深度2~5分许。

(3)疗程:隔天1次,2周为1个疗程。

6.4.2.4 耳穴压豆

(1)取穴:①上肢障碍选取神门、交感、皮质下、肝、脾、肾;肩、肘、腕、指。②下肢障碍选取髌、膝、踝、趾。

(2)操作方法:用75%酒精消毒耳廓,将粘有王不留行籽的5 mm×5 mm胶布贴于上述耳穴上,并每日用拇、食指腹按压3~5 min。

(3)疗程:每天1次,每次一耳,左右耳交替,2周为1个疗程。

6.4.3 认知障碍康复

6.4.3.1 针刺疗法

(1)取穴:①头针采用双侧顶颞前斜线、四神针、智三针、脑三针。②体针选取人中、三阴交、内关。③体位采用仰卧位。

(2)操作方法:①头针使用40 mm针灸针,垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以15°的针刺方向沿皮轻微、快速、不捻转刺入30 mm,得气后捻转平补平泻,频率为180~200次/min。②人中穴向鼻中隔斜刺0.3~0.5寸,行重雀啄法(以眼球湿润或流泪为度),持续捻转约10 s。内关穴直刺0.8~1

寸,提插捻转泻法;三阴交向胫骨后缘斜刺1~1.5寸,提插补法;留针30 min,每10 min行针1次。

(3)疗程:连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.3.2 耳穴压豆

(1)取穴:神门、交感、皮质下、心、肝、脾、肾。

(2)操作方法:用75%酒精消毒耳廓,将粘有王不留行籽的5 mm×5 mm的胶布贴于上述耳穴上,并每日用拇、食指腹按压3~5 min。

(3)疗程:每天1次,每次一耳,左右耳交替,2周为1个疗程。

6.4.3.3 皮内针

(1)取穴:①第一组取双侧蠡沟(肝经)、大钟(肾经)、丰隆(胃经)、神门(心经)、间使(心包经)。②第二组取双侧太溪(肾经)、灵道(心经)、后溪(小肠经)、肾俞(膀胱经)、肝俞(膀胱经)。

(2)操作方法:穴位局部用75%酒精消毒,取皮内针,垂直刺入穴位皮下,针柄留于皮肤外,用3 mm×3 mm医用胶布固定。留针期间嘱患者每天自行按压3~4次,每次1~2 min,以局部有酸胀感为宜。每周更换一组穴位,两组交替进行。

(3)疗程:2周为1个疗程。

6.4.4 吞咽障碍康复

6.4.4.1 针刺疗法

(1)取穴:①口腔期取廉泉、地仓、颊车、承浆、颧髎、金津、玉液。②咽期取廉泉、夹廉泉、风池、翳风、咽后壁。③食管期取足三里、中脘、上脘、内关等。

(2)操作方法:结合各个穴位特性,常规进针后依据证型行补泻手法,每5 min行针1次,留针30 min。

(3)疗程:每天1次,每次20~30 min,连续治疗5天,休息2天,2周为1个疗程。

6.4.4.2 耳穴压豆

(1)取穴:神门、脑干、皮质下、咽喉、食道、脾、胃。

(2)操作方法:用75%酒精消毒耳廓,将粘有王不留行籽的5 mm×5 mm胶布贴于上述耳穴上,并每日用拇、食指腹按压3~5 min。

(3)疗程:每天1次,每次一耳,左右耳交替,2周为1个疗程。

6.4.4.3 推拿疗法

(1)口腔及咽喉部:患者取坐位或半卧位,医者戴无菌手套,用拇指指腹轻揉下颌部肌肉(咬

肌、颞肌)1~2 min,缓解咀嚼肌紧张。以食指、中指指腹按揉颊车、地仓穴,每穴1 min,力度适中以酸胀为度。轻捏患者舌体(从舌尖至舌根部),往返操作1 min,刺激舌肌运动。对舌体僵硬者,用指腹做舌面环形按摩,提高舌体灵活度。

(2)颈部及上胸部:取风池、翳风、廉泉、人迎穴,用拇指点按每穴1 min,力度由轻至重,激发经气。用小鱼际沿颈前正中线(喉结至胸骨上窝)做上下揉法2 min,配合轻提喉部皮肤,改善咽喉部肌肉张力。沿锁骨上窝至胸骨柄做掌根推法1 min,促进气道通畅。

(3)疗程:每天1次,连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.4.5 言语障碍康复

6.4.5.1 针刺疗法

(1)取穴:风府、哑门、风池、廉泉、翳风等。

(2)操作方法:廉泉深刺,针尖朝向咽部,加电针刺激治疗;风池向对侧风池透刺,翳风、哑门、风府捻转泻法直刺1~1.5寸;并可配合构音障碍训练、言语训练等。

(3)疗程:每天1次,留针20~30 min,连续治疗5天,休息2天,2周为1个疗程。

6.4.5.2 耳穴压豆

(1)取穴:心、肺、咽喉、舌、皮质下、脑干。

(2)操作方法:用75%酒精消毒耳廓,将粘有王不留行籽的5 mm×5 mm胶布贴于上述耳穴上,并每日用拇、食指腹按压3~5 min,按压时以耳廓轻微胀痛为度,同步做伸舌、鼓腮等动作。

(3)疗程:每天1次,每次一耳,左右耳交替,2周为1个疗程。

6.4.5.3 推拿疗法

(1)面部:以颊车、地仓为重点,用拇指指腹按揉2~3 min,力度由轻至重,以患者耐受为度。配合掌根揉法沿下颌骨至颧骨方向往返操作,促进面部肌肉放松。

(2)口腔部:戴无菌手套后,用食指指腹轻揉舌面(从舌尖至舌根部)、舌两侧及舌下系带处,各1~2 min。对于牙关紧闭者,用拇指与食指轻柔牵拉面颊肌肉,配合颞下颌关节被动运动。

(3)颈部:选取风池、翳风、廉泉穴,用拇指点按各1 min,以酸胀感为度。用小鱼际沿颈前正中线从下颌至胸骨上窝揉法操作2 min,改善局部血液循环。

(4)疗程:每天1次,连续治疗6天,休息1天,

2周为1个疗程。

6.4.6 呼吸障碍康复

6.4.6.1 针刺疗法

(1)取穴:①主穴选取肺俞(双)、脾俞(双)、肾俞(双)、膻中、中脘、气海。②配穴:呼吸深度异常加双中府、天突、华盖;呼吸节律异常加双风池、风府、哑门、双颈百劳;实证加大椎、双定喘;虚证加气海、关元。

(2)操作方法:针刺肺俞、脾俞时,针尖朝向后正中线斜刺0.5~0.8寸,肾俞直刺0.5~1寸。然后取平卧位,向上平刺膻中穴0.3~0.5寸,中脘穴直刺1~1.5寸,气海穴直刺1~1.5寸。针刺得气后,以捻转法为主施以平补平泻手法,捻转的幅度以及频率适中,捻转的范围为2/3转,频率大约为90次/min,每个穴位行针2 min后出针。

(3)疗程:每天1次,周日休息,2周为1个疗程。

6.4.6.2 穴位贴敷

(1)药方:麻黄、葶苈子、白芥子、延胡索、甘遂、细辛、生姜。

(2)取穴:①基础穴选取肺俞、膻中、大椎。②加减穴:急性期取天突、丰隆、风门、定喘、阿是穴(啰音明显处);缓解期取足三里、神阙、脾俞、膏肓、关元、气海。

(3)贴敷方法:先将贴敷部位用75%乙醇或碘伏常规消毒,然后取直径1 cm、高度0.5 cm左右的药膏,将药物贴于穴位上,用5 cm×5 cm(小儿患者可适当减小)的脱敏胶布固定。

(4)疗程:每天1次,每次30 min,2周为1个疗程。

6.4.6.3 灸法治疗

(1)取穴:肺俞(双)、膻中、气海、足三里(双)、膏肓(双)。

(2)操作方法:①温和灸方法是将艾条点燃后置于灸盒中,对准上述穴位,距离皮肤3~5 cm,以局部温热无灼痛为宜,每穴灸10~15 min。②隔姜灸方法是取新鲜生姜切片(厚约0.3 cm,穿刺数孔),覆盖于膻中、气海穴上,将艾炷置于姜片上点燃,每穴灸3~5壮,以局部皮肤潮红为度。

(3)疗程:每天1次,周日休息,2周为1个疗程。

6.5 其他中医治疗

6.5.1 穴位贴敷

(1)取穴:①呃逆选取中脘、涌泉、足三里;药物选用丁香、吴茱萸、半夏、陈皮。②头痛选取太阳、风池、合谷;药物选用白芷、葛根、川芎、延胡

索。③便秘选取关元、神阙、天枢、足三里、上巨虚;药物选用厚朴、吴茱萸、生姜、枳实、莱菔子。

(2)操作方法:将贴敷部位用75%乙醇或碘伏常规消毒,取直径1 cm、高度0.5 cm左右的药膏,将药物贴于穴位上,用5 cm×5 cm(小儿患者可适当减小)的脱敏胶布固定。

(3)疗程:每天1次,每次30 min,2周为一疗程。

6.5.2 耳穴压豆

(1)取穴:①精神异常选取脑、神门、心、肝、皮质下。②睡眠障碍选取神门、交感、心、肾、枕。③头痛选取枕、颞、额、神门、皮质下。

(2)操作方法:用75%酒精消毒耳廓,将粘有王不留行籽的5 mm×5 mm胶布贴于上述耳穴上,并每日用拇、食指腹按压3~5 min,按压时以耳廓轻微胀痛为度,同步做伸舌、鼓腮等动作。

(3)疗程:每天1次,每次一耳,左右耳交替,2周为1个疗程。

6.5.3 穴位注射

在中医辨证施治理论指导下,可辨证采用中药穴位注射及中西结合使用西药穴位注射,选用针剂推荐如下:①瘀血阻滞者,可选用丹参注射液(或丹红注射液)等,取穴选梁丘、血海、膈俞,每穴1~2 mL。②素体亏虚者,可选用黄芪注射液(或生脉注射液)等,取穴选足三里、三阴交,每穴1~2 mL。③中西结合则可依据患者不同功能障碍选用甲钴胺注射液、注射用鼠神经生长因子、甲氧氯普胺注射液等,配合功能障碍取穴。

7 疗效评价工具

可根据患者不同的入院时间和功能障碍,选用不同的评价量表进行评价。

(1)意识障碍评价:格拉斯哥昏迷量表(Glasgow Coma Scale, GCS)。

(2)认知功能评价:简易智能精神状态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)。

(3)言语功能评价:北京大学医学部汉语标准失语症检查表(Aphasia Battery in Chinese, ABC)。

(4)吞咽功能评价:洼田饮水试验吞咽功能评定量表。

(5)运动功能评价:Brunnstrom运动功能恢复分期、简化Fugl-Meyer运动功能评分评价运动功能状况、改良Ashworth痉挛评定量表评价肌张力状况。

(6)平衡功能评价:常用评定方法包括 Berg

平衡评定。

(7)呼吸功能评定:常用评定方法包括功能性肺残疾评定、改良英国医学研究委员会呼吸困难量表分级(mMRC)、主观呼吸功能障碍分级、肺功能评定。

(8)精神心理评定:常用评定方法包括汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)。

(9)日常生活活动能力评价:改良 Barthel 指数量表(Modified Barthel Index, MBI)。

参考文献

- [1] ZHONG H, FENG Y, SHEN J, et al. Global Burden of Traumatic Brain Injury in 204 Countries and Territories From 1990 to 2021[J]. *Am J Prev Med*, 2025, 68(4): 754-763.
- [2] GBD 2016 TRAUMATIC BRAIN INJURY AND SPINAL CORD INJURY COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: asystematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. *Lancet Neurol*, 2019, 18(1): 56-87.
- [3] 范小璇,赵晓平,张毅,等.颅脑损伤相关疾病中医病名的规范性[J]. *西部中医药*, 2016, 29(7): 54-57.
- [4] 徐规化,张鹏远,王晗.复方丹参注射液联合亚低温对中重度颅脑损伤患者术后脑血管痉挛及预后的影响[J]. *哈尔滨医药*, 2018, 38(1): 24-26.
- [5] 闫传真.血塞通联合西药对颅脑损伤后GCS、ICP、GOS影响的临床观察[D]. *辽宁中医药大学*, 2015.
- [6] 马冰,徐志伟,张广,等.亚低温联合复方丹红注射液治疗重型颅脑损伤临床疗效及对患者血清β-EP、sICAM-1、MBP水平的影响[J]. *临床心身疾病杂志*, 2018, 24(03): 109-111, 127.
- [7] 余国峰.银杏达莫注射液联合鼠神经生长因子治疗重型急性颅脑损伤的临床研究[C]//浙江省医学会神经科学分会.2020年浙江省神经外科学学术大会论文汇编, 2020: 41.
- [8] 宋凯.醒脑静注射液治疗重型颅脑损伤对患者神经功能及预后的影响[J]. *现代诊断与治疗*, 2025, 36(9): 1296-1298.
- [9] 邓石荣,陈桂,石家杰,等.血必净联合亚低温治疗重型颅脑损伤的临床效果[J]. *临床合理用药杂志*, 2022, 15(23): 165-168.
- [10] 邴岳,马丽丽.参附注射液治疗重型颅脑损伤随机对照试验meta分析[J]. *全科医学临床与教育*, 2021, 19(12): 1072-1075, 1153.
- [11] 甘泉,熊宗武,钟传富.清开灵注射液联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性重型颅脑损伤的效果及对神经功能和氧化应激的影响[J]. *临床合理用药*, 2024, 17(30): 43-46.

(责任编辑:吴伟梅 收稿日期:2025-12-08)