



刘悦,陆彦青,唐强,等. 中风(脑卒中)中医康复指南[J]. 中医康复,2026,3(1):1-10.

LIU Y, LU Y Q, TANG Q, et al. Guidelines for Traditional Chinese Medicine Rehabilitation of Stroke (Cerebrovascular Accident)[J]. Traditional Chinese Medicine Rehabilitation,2026,3(1):1-10.

中风(脑卒中)中医康复指南*

刘悦¹, 陆彦青¹, 唐强², 杨珊莉³, 文希¹, 王瑜⁴, 马超⁵, 明康文⁶, 卢德健⁷,
杨君军⁸, 朱路文², 林志刚³, 王琳晶², 刘通¹, 邝伟川¹, 苏利梅¹, 唐明¹, 蔡科达¹,
唐宁¹, 张俊杰¹, 刘琨¹, 陈焯琳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/广州中医药大学第五临床医学院, 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. 福建中医药大学附属康复医院/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. 广州医科大学附属中医医院, 广东 广州 510130;

7. 镜湖医院, 澳门 999078;

8. 香港浸会大学, 香港 999077

中图分类号: R259; R743.3 / 文献标志码: A / 文章编号: 2097-3128(2026)01-0001-10 / DOI: 10.19787/j.issn.2097-3128.2026.01.001

【摘要】 脑卒中是脑血管阻塞或出血引起的脑血管病, 在中医学中属于“中风病”, 中医康复是改善其临床症状的有效方法之一。本指南基于国内外中西医康复方案及循证证据, 整合多项现行临床管理指南与专家共识, 形成了适用于中风病恢复期的中医康复指导方案。本指南系统阐述了中风病的中西医诊断标准、疾病分期与中医辨证分型, 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, 对规范中风病中医康复、提升康复疗效具有重要的临床指导意义。

【关键词】 中风; 脑卒中; 中医康复; 指南; 康复评定

Guidelines for Traditional Chinese Medicine Rehabilitation of Stroke (Cerebrovascular Accident)

LIU Yue¹, LU Yanqing¹, TANG Qiang², YANG Shanli³, WEN Xi¹, WANG Yu⁴, MA Chao⁵, MING Kangwen⁶, LU Dejian⁷,
YANG Junjun⁸, ZHU Luwen², LIN Zhigang³, WANG Linjing², LIU Tong¹, KUANG Weichuan¹, SU Limei¹, TANG Ming¹,
CAI Keda¹, TANG Ning¹, ZHANG Junjie¹, LIU Kun¹, 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/The Fifth Clinical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong 510095;

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

3. Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine/Fujian Provincial Rehabilitation Hospital, Fuzhou, Fujian 350003;

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

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

6. The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou, Guangdong 510130;

7. Kiang Wu Hospital, Macau 999078;

8. Hong Kong Baptist University, Hong Kong 999077

*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(GB-ALH202309); 广东省刘悦名中医工作室(粤中医办函[2023]108号)

Abstract Stroke is a cerebrovascular disease caused by cerebral vascular obstruction or hemorrhage, which belongs to "stroke disease" in traditional Chinese medicine (TCM). TCM rehabilitation is one of the effective methods to improve clinical symptoms. This guideline synthesizes global TCM and Western rehabilitation protocols with evidence-based research, incorporating multiple clinical management guidelines and expert consensus to establish a TCM rehabilitation protocol for stroke recovery. It systematically outlines diagnostic criteria, disease staging, and TCM syndrome differentiation in relation to Western medicine, while developing a multidimensional rehabilitation assessment framework. The guideline provides customized herbal treatment plans and TCM-specific rehabilitation therapies for various functional impairments, supported by efficacy evaluation tools. These contributions offer critical clinical guidance for standardizing TCM rehabilitation and enhancing therapeutic outcomes in stroke management.

Keywords stroke; cerebrovascular accident; TCM rehabilitation; guidelines; rehabilitation assessment

中风病的中医康复是中风患者回归家庭、社会的重要影响因素^[1-2],中医康复的诊疗指南和标准是指导临床实践及应用规范的重要模板,现有的中医康复指南、地区标准以及专家共识,涵盖了中风病的中医诊断、辨证分型及各类中医康复手段的适用场景和范围^[3-9],但目前仍缺乏国际影响力,缺乏统一性和认可度。因此,本指南在现有的中风病诊疗指南的基础上,整理国内外中医、西医及中医康复治疗中风病的方案及经验,借鉴循证医学方法,对中风病中医康复的临床研究、系统评价及回顾分析等循证证据进行分级及意见推荐,形成脑卒中的中医康复指南,对于规范使用中医康复手段、提高中风病康复效果具有重要意义。

《中风(脑卒中)中医康复指南》以中医康复手段的作用与优势发挥为基础,以充分实现中、西医康复手段治疗中风病患者功能障碍各自优势的最大化,以及中西医结合联合康复疗效的最优化为制订目标,结合中国卒中学会 2023 年发布的《中国脑血管病临床管理指南(第 2 版)》^[10]、国家卫生健康委员会发布的《中国脑卒中防治指导规范(2021 年版)》^[11]、中华中医药学会 2022 年发布的《脑梗死中医健康管理指南》^[12]、湖北省中西医结合学会康复医学专业委员会 2023 年发布的《脑卒中中西医结合康复诊疗方案湖北专家共识》^[13]以及中国中西医结合学会神经科专业委员会 2017 年发布的《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》^[14]等实践指南和方案,结合近年来国内外临床研究证据,进行证据分级和意见推荐,经过专家讨论,形成具有指导临床诊疗和康复实践意义的中风病中医康复指南。

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

本指南给出了中风(脑卒中)的诊断、康复评定、中医康复治疗方法和建议。

本指南适用于中风(脑卒中)恢复期中医康复治疗。

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

脑卒中(Stroke)是脑血管阻塞或出血引起的脑血管病,分为缺血性卒中^[15]和出血性卒中^[16],中医病名为中风病。

4 诊断

4.1 中医诊断及辨证分型^[4]

4.1.1 中医诊断

(1)以半身不遂、口舌歪斜、舌强言謇、偏身麻木,甚则神志恍惚、迷蒙、神昏、昏愦为主症。(2)发病急骤,有渐进发展过程;病前多有头晕头痛、肢体麻木等先兆。(3)常有年老体衰、劳倦内伤、嗜好烟酒、膏粱厚味等因素,每因恼怒、劳累、酗酒、感寒等诱发。(4)神经系统、脑脊液及血常规、眼底等检查,有条件者进行 CT、磁共振检查,可有异常表现。(5)应注意与痫病、厥证、痉病等鉴别。

4.1.2 中医辨证分型

4.1.2.1 痰瘀阻络证

主症：半身不遂，口舌歪斜，舌强语謇，偏身麻木，甚则神昏、昏愦。

舌脉：舌暗苔白腻，舌底脉络可见瘀斑，脉弦涩。

4.1.2.2 痰热内阻证

主症：半身不遂，口舌歪斜，口干口苦或口臭，甚则躁动不安。

舌脉：舌红苔黄腻，脉弦数。

4.1.2.3 风痰阻窍证

主症：半身不遂，肢体麻木，甚则神昏、口眼歪斜、舌强语謇或失语。

舌脉：舌红或黯淡，苔腻，脉弦或滑。

4.1.2.4 肝阳上亢证

主症：半身不遂，口眼歪斜，甚则神昏、头痛头胀、耳鸣目眩、失眠。

舌脉：舌红或绛，苔薄黄，脉弦有力。

4.1.2.5 肝风内动证

主症：半身不遂，口眼歪斜，甚则昏仆失语、不知人事，或眩晕、头痛、耳鸣、手足麻木、震颤，或为抽搐、瘈疝。

舌脉：舌红绛，少苔或无苔，脉弦数。

4.1.2.6 肝肾亏虚证

主症：半身不遂，口眼歪斜，或见舌强不语，或肢体肌肉萎缩，拘挛变形。

舌脉：舌红脉细，或舌淡红，脉沉细。

4.1.2.7 气血亏虚证

主症：半身不遂，口眼歪斜，面色苍白，唇甲色淡，形羸自汗，肌肤不仁。

舌脉：舌质淡，脉沉细。

4.1.2.8 气虚血瘀证

主症：半身不遂或偏身麻木，口眼歪斜，舌强语謇，气短乏力，面色萎黄。

舌脉：舌质暗淡，或伴瘀斑，苔薄白，脉细涩或细弦。

4.2 西医诊断及疾病分期^[9]

4.2.1 西医诊断

4.2.1.1 缺血性脑卒中(脑梗死)

(1)急性发病的局灶性神经功能缺失，少数可为全面性神经功能缺失；(2)头颅CT/MRI证实脑部相应梗死灶，或症状体征持续24 h以上，或

在24 h内导致死亡；(3)排除非缺血性病因。

4.2.1.2 出血性脑卒中(脑出血)

(1)突发局灶性神经功能缺失或头痛、呕吐、不同程度的意识障碍；(2)头颅CT/MRI显示脑内出血病灶；(3)排除其他病因导致的继发性或外伤性脑出血。

4.2.2 疾病分期

(1)急性期：发病2周以内；(2)恢复期：发病2周至1年；(3)后遗症期：发病1年以后。

5 康复评定

5.1 神经功能损害程度的评定

评定量表：美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)。

5.2 意识状态的评定

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)。

5.3 认知功能的评定

评定量表：简明精神状态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)。

5.4 抑郁的评定

评定量表：汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)。

5.5 言语-交流功能的评定

评定量表：北京医科大学汉语失语成套测验(Aphasia Battery of Chinese, ABC)。

5.6 运动功能的评定

脑卒中后的运动功能障碍是上运动神经元受损，使运动系统失去其高位中枢的控制，从而使原始的、被抑制的、皮层以下中枢的运动反射释放，导致肌张力增高，肌群间协调紊乱，引起运动模式异常。因此，脑卒中运动障碍的评定应以运动模式为主，而不能单纯应用肌力与关节活动度评估。一般先用布伦斯特伦(Brunnstrom)评测法作快速筛查，再用Fugl-Meyer评测法(Fugl-Meyer Assessment, FMA)作定量评价，再使用改良Ashworth法(Modified Ashworth Scale, MAS)作

为协同评估。

5.7 吞咽功能的评定

评估量表: 吞咽障碍程度评分(Video Fluoroscopic Swallowing Grading Scale, VGF)、吞咽功能分级标准、洼田饮水试验等。

5.8 日常生活活动能力的评定

评定量表: 改良 Barthel 指数(Modified Barthel Index, MBI) 和功能独立性测量(Functional Independence Measure, FIM)。

6 中医康复治疗

6.1 治疗原则

根据患者的发病时间、病因、发病机制、卒中类型、病情严重程度、基础疾病情况、脑血流储备功能和侧支循环状态等情况, 制定适合患者的最佳个体化治疗方案, 尽可能在生命体征平稳后安全启动卒中的二级预防, 并在病情稳定后根据具体情况进行个体化和全面的康复治疗。

6.2 药物治疗

6.2.1 中药辨证施治

6.2.1.1 痰瘀阻络证

选方: 方选化痰通络汤(临床协定方)。

药用: 法夏、橘红、枳壳、丹参、川芎、红花、远志、石菖蒲、茯神、党参、甘草。

6.2.1.2 痰热内阻证

选方: 黄连温胆汤(出自《六因条辨》)。

药用: 黄连、竹茹、枳实、法夏、橘红、甘草、生姜、茯苓。

6.2.1.3 风痰阻窍证

选方: 半夏白术天麻汤(出自《医学心悟》)。

药用: 法夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、甘草。

6.2.1.4 肝风内动证

选方: 镇肝熄风汤(出自《医学衷中参西录》)。

药用: 怀牛膝、代赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、生白芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草。

6.2.1.5 肝阳上亢证

选方: 天麻钩藤饮(出自《杂病证治新义》)。

药用: 天麻、栀子、黄芩、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神、川牛膝、钩藤、石决明。

6.2.1.6 肝肾亏虚证

选方: 六味地黄汤(出自《小儿药证直诀》)。

药用: 熟地、山茱萸、山药、丹皮、泽泻、茯苓。

6.2.1.7 气血亏虚证

选方: 八珍汤(出自《瑞竹堂经验方》)。

药用: 当归、川芎、白芍、熟地黄、党参、白术、茯苓、炙甘草。

6.2.1.8 气虚血瘀证

选方: 补阳还五汤(出自《医林改错》)。

药用: 黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁。

6.2.2 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, 如血栓通注射液、银杏二萜内酯、天麻素注射液等, 每个治疗周期通常为10~14天, 根据患者证型、病情的变化调整用药及疗程。

6.3 功能康复

6.3.1 肢体功能障碍

6.3.1.1 头皮针疗法^[17]

根据患者的实际症状, 可选用运动区(顶颞前斜线)、感觉区(顶颞后斜线), 同时可参考“焦氏头针”进行操作。

6.3.1.2 常规体针疗法^[18]

中经络者选用水沟、内关、三阴交、极泉、尺泽、委中等穴位; 中脏腑者选用水沟、内关、十宣等穴位。

6.3.1.3 分期针刺治疗

6.3.1.3.1 选穴

(1) 软瘫期(Brunnstrom 0~II期): 选用神经干附近的穴位, 如极泉、尺泽、手五里、内关、鼠蹊、委中等。(2) 痉挛期(Brunnstrom III~IV期): 患侧肩髃透臂臑、臑会透天井、髀关透伏兔、阳陵泉透悬钟。(3) 分离运动期(Brunnstrom V~VI期): 肩髃、臑会、八邪、环跳、髀关、太冲。

6.3.1.3.2 操作要点

(1) 软瘫期: 避开血管, 在相应穴位针刺得气后进行提插捻转、平补平泻, 诱发肌肉抽动, 以抽动3次为度。(2) 痉挛期: 两针以针尖相对的方向刺入, 得气后行提插平补平泻, 以肢体有酸麻胀痛针感为度。也可在关节附近行关刺法, 例如下肢足内翻较重, 可在大钟穴处贴近骨面进针, 随

后行捻转泻法,频率约120~150次/min,约10 s后出针;手腕屈曲内收、手指无法张开,可在内关穴处直刺两筋之间0.3~0.5寸,行捻转泻法,频率约120~150次/min,3~5 s后出针。(3)分离运动期:肩髃直刺或稍斜向外下方刺入1~1.5寸,得气后行提插捻转泻法,刺激量宜强,并可嘱患者同时尝试做肩关节外展动作;臑会直刺1~1.5寸,得气后行提插泻法,针感要求向肘部放射,行针时可令患者努力伸肘;八邪向手腕方向斜刺0.5~0.8寸,或直刺0.3~0.5寸,行轻巧的捻转泻法,产生强烈的酸胀感,并向手指末端放射;环跳深刺2~3寸,需刺过臀大肌,采用提插泻法,幅度大,针感达到下肢放射(如触电样麻感至足);髀关直刺1.5~2.5寸,得气后行提插泻法,使针感向上传达至腹部,向下放射至膝;太冲直刺0.5~0.8寸,或向涌泉方向斜刺1寸(透刺法),得气后行捻转泻法,行针时可同步活动患者踝关节,做背屈动作。

6.3.1.3.3 疗程

一般每日针刺1次,每周5~6次,每个疗程在2~4周。可根据患者的恢复情况调整治疗疗程。

6.3.1.4 火针疗法

6.3.1.4.1 选穴

(1)上肢功能障碍:合谷、曲池、手三里、肩髃、外关。(2)下肢功能障碍:足三里、阳陵泉、丰隆、解溪、环跳。(3)手功能障碍:后溪、中渚、八邪(手背指间缝纹端)。(4)肌张力低下:可配合华佗夹脊穴(颈胸段对应上肢,腰段对应下肢)。

6.3.1.4.2 操作流程

穴位消毒后,用酒精灯将针尖烧至红热(发白最佳),快速垂直刺入穴位0.2~0.5寸(根据肌肉厚度调整,手穴浅刺,四肢肌丰厚处可稍深),迅速出针。出血部位用干棉球按压,非出血部位轻揉针孔。

6.3.1.4.3 注意事项

(1)急性期肌张力过高者慎用,避免诱发肌痉挛。(2)针刺后24 h内针孔避免沾水,防止感染。

6.3.1.4.4 疗程

每周治疗2~3次,5~10次为1个疗程。

6.3.1.5 刺络放血疗法

6.3.1.5.1 选穴

(1)肩手综合征/感觉障碍:手三阴、三阳经井穴(少商、商阳、中冲、关冲、少冲、少泽),每次选2~3穴。(2)偏身感觉障碍:患侧十宣(指尖

端)、委中(腓窝静脉)、尺泽(肘窝静脉)。

6.3.1.5.2 操作步骤

(1)针具选择:三棱针或一次性采血针。(2)穴位或络脉处消毒,拍打局部至轻微充血;三棱针快速点刺0.1~0.2寸,挤压针孔至流出5~10滴暗红色血液(井穴出血量少,1~2滴即可)。

6.3.1.5.3 注意事项

严重贫血、凝血功能障碍者禁用,皮肤过敏、感染者慎用。

6.3.1.5.4 疗程

肩手综合征急性期每日或隔日1次,恢复期每周2次;余者每周1~2次。

6.3.1.6 浮针疗法

6.3.1.6.1 选穴

(1)上肢运动障碍:肱二头肌、肱三头肌、前臂伸肌群(对应痛点)。(2)肩手综合征:肩前、肩后肌群(三角肌前缘、冈下肌)、腕屈肌痛点。(3)下肢活动障碍:股四头肌、腓绳肌、胫前肌痛点。

6.3.1.6.2 操作步骤

(1)针具选择:专用浮针(软套管针,针尖长约0.5 cm,套管长25~50 mm)。(2)定位肌痛点,消毒后,持针与皮肤呈15°~25°角刺入皮下;沿皮下向前推进2~3 cm,抽出针芯,保留软套管;以套管为支点,用手指在针柄处做“扫散”动作(频率约100次/min),同时嘱患者主动活动患肢(如抬臂、握拳等“再灌注活动”);扫散2~3 min后,拔除套管,按压针孔。

6.3.1.6.3 疗程

每周2~3次,4次为1个疗程。

6.3.1.7 岐黄针疗法

6.3.1.7.1 选穴

(1)头部:百会、风池(双)。(2)上肢:肩髃、曲池、外关、合谷。(3)下肢:环跳、阳陵泉、足三里、解溪。

6.3.1.7.2 操作要点

(1)选用岐黄针具,采用“输刺法”“合谷刺法”,强调“轻、柔、缓”,得气后即出针。(2)进针深度、角度与常规针刺相同。

6.3.1.7.3 疗程

(1)发病1~2周:病情稳定后可开始治疗,隔日1次,每次选4~6穴,5次为1个疗程。(2)发病2周~6个月:每日或隔日1次,10次为1个疗程,间隔3~5天进行下一个疗程。(3)发病6个月以上:每周2~

3次,以巩固治疗,20次为1个疗程,间隔7天。

6.3.1.8 推拿疗法

6.3.1.8.1 头面部推拿操作

患者仰卧位,医者先用一指禅推法沿督脉从印堂推至神庭,往返5~6次,再沿阳明经从印堂沿眉弓至太阳,往返操作;然后按揉所选头面部穴位,如百会、神庭、头维、率谷等。每穴约1 min,以疏通头部经络气血。

6.3.1.8.2 上肢推拿操作

患者仰卧,医者先在上肢沿手三阳经使用滚法、按揉法,配合患肢的被动运动,约5~8 min。重点刺激曲池、内关、合谷等穴位。然后摇肩、肘、腕关节,搓、抖上肢,每穴约1 min,以调和上肢经络气血。

6.3.1.8.3 下肢推拿操作

患者仰卧,医者在下肢前侧、外侧、后侧沿足三阳经、足三阴经使用滚法、按揉法,配合下肢的被动运动。按揉足三里、三阴交、阳陵泉、委中等穴位。最后摇髋、膝、踝关节,搓、抖下肢。每穴约1 min,共8~10 min。

6.3.1.8.4 躯干推拿操作

选取艮位+兑位+乾位、乾位+坤位两组卦位进行推拿治疗。嘱患者排空膀胱,取仰卧位,双手自然放于身体两侧,双腿自然伸直,全身放松。操作者站立于患者左侧,双腿分开与肩同宽,双手掌相叠,用食指、中指、无名指为着力点,从脐壁向操作者端进行拨揉。推拿范围:艮位、乾位从脐壁至同侧髂前上棘,兑位从脐壁至左侧大横穴,坤位从脐壁至左侧肋缘。每卦位拨揉约4 min,每组卦位2次,按揉卦位的顺序为第一组艮位、兑位、乾位,第二组乾位、坤位。

6.3.1.8.5 疗程

中枢神经系统疾病推拿每周1~6次,每2~4周为1个疗程。

6.3.1.9 中医罐法治疗

6.3.1.9.1 上肢屈肌痉挛(肱二头肌、前臂屈肌)

(1)刺络拔罐:点刺肱二头肌肌腹、曲泽穴,留罐5 min。(2)走罐路径:肩髃→曲池→手三里(沿手阳明大肠经走行),往返12次。(3)闪罐重点:腕关节掌侧屈肌肌群(大陵、劳宫周围),闪罐15次。

6.3.1.9.2 下肢伸肌痉挛(小腿三头肌、股四头肌)

(1)刺络拔罐:点刺承山、委中穴,出血量5 mL。(2)走罐路径:承山→殷门→腰阳关(沿足太

阳膀胱经),往返15次。(3)闪罐重点:股四头肌前侧(伏兔、梁丘),闪罐12次。

6.3.1.9.3 疗程

每周2~4次。

6.3.2 昏迷促醒康复

6.3.2.1 昏迷促醒针法

6.3.2.1.1 选穴

百会、水沟、内关(双)、涌泉(双)、风池(双)、完骨(双)、天柱(双)。

6.3.2.1.2 操作要点

(1)水沟穴向鼻中隔方向斜刺0.5寸,强刺激手法致双目盈泪或眼球湿润为度。(2)内关、涌泉穴直刺1~1.5寸。③百会穴向前沿头皮刺0.5~1寸。④风池穴向对侧目内眦方向针刺1~1.5寸。⑤完骨、天柱直刺1~1.5寸,行捻转泻法。

6.3.2.1.3 疗程

每日1次,每次20~30 min,连续治疗6日后休息1日,2周为1个疗程。

6.3.2.2 大接经疗法

6.3.2.2.1 从阳引阴法(适用于实证、闭证)

(1)选穴:手阳明大肠经-商阳→足阳明胃经-厉兑→手太阳小肠经-少泽→足太阳膀胱经-至阴→手少阳三焦经-关冲→足少阳胆经-足窍阴(以上为阳经井穴)→手太阴肺经-少商→手厥阴心包经-中冲→手少阴心经-少冲→足太阴脾经-隐白→足厥阴肝经-大敦→足少阴肾经-涌泉(以上为阴经井穴)。

(2)操作:用三棱针点刺井穴,每穴出血1~2滴,以泄阳经实邪,引气入阴。手法宜强刺激,快速点刺。

6.3.2.2.2 从阴引阳法(适用于虚证、脱证)

(1)选穴:手太阴肺经-少商→手厥阴心包经-中冲→手少阴心经-少冲→足太阴脾经-隐白→足厥阴肝经-大敦→足少阴肾经-涌泉(以上为阴经井穴)→手阳明大肠经-商阳→足阳明胃经-厉兑→手太阳小肠经-少泽→足太阳膀胱经-至阴→手少阳三焦经-关冲→足少阳胆经-足窍阴(以上为阳经井穴)。

(2)操作:用毫针轻刺井穴,施捻转补法,不出血或少量出血。

6.3.2.2.3 疗程

一般每日针刺1~2次,10次为1个疗程,昏迷苏醒后可改为隔日1次。

6.3.2.3 交叉电项针

6.3.2.3.1 选穴

风池、供血(风池穴直下0.5寸,胸锁乳突肌后缘)、翳明(乳突后下方,胸锁乳突肌止点处,翳风穴后1寸)、风府。

6.3.2.3.2 操作

(1)风池/供血/翳明:针尖向对侧眼球方向斜刺1.5~2寸,避开颈动脉,得气后可见局部酸胀感向头面部放射。(2)风府:针尖向下颌方向缓慢刺入0.5~1寸,严禁向上深刺(避免损伤延髓),得气后可有枕部麻胀感。③电针连接:20 Hz疏密波,左侧风池→右侧供血,右侧风池→左侧供血(交叉连接,形成电流回路);风府可单独接负极(增强醒脑作用)。

6.3.2.3.3 疗程

一般每日针刺1次,每周5~6次,每个疗程在2~4周。

6.3.2.4 头皮针疗法

6.3.2.4.1 选穴

顶颞前斜线、额旁1线(双侧)。

6.3.2.4.2 操作方法

暴露头皮后,针尖刺入至头皮下或帽状腱膜下层,可依病情需要进行快速捻转手法或提插手法。

6.3.2.4.3 疗程

每日1次,每次留针20~30 min,周六日休息,2周为1个疗程。

6.3.2.5 耳穴压豆

6.3.2.5.1 选穴

脑干、神门、交感、心、皮质下。

6.3.2.5.2 操作方法

使用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,单耳贴压,每日用拇、食指腹按压耳穴。

6.3.2.5.3 疗程

每日按压3~5次,每次1~2 min,力度以轻微酸胀感为宜,3~5天更换对侧。若王不留行籽脱落、耳部皮肤发红或瘙痒,应及时取下,避免感染。

6.3.2.6 灸法治疗

6.3.2.6.1 选穴

百会、关元、气海、足三里、神阙、涌泉、曲池。

6.3.2.6.2 操作方法

将艾条燃着端对准应灸的腧穴,距离皮肤2~3 cm处施灸,以皮肤潮红为度。若患者意识障

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,以便调整施灸的距离和时间,从而防止烫伤。

6.3.2.6.3 疗程

连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.3.3 认知功能康复

6.3.3.1 普通针刺

6.3.3.1.1 选穴

(1)头皮针:四神针、智三针、脑三针。(2)体针:人中、内关、三阴交。

6.3.3.1.2 操作方法

(1)头皮针组穴:使用40 mm针灸针,垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以15°斜向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: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10 s。(3)内关:直刺0.8~1寸,提插捻转泻法,针感向肘部放射。(4)三阴交:向胫骨后缘斜刺1~1.5寸,提插补法,使针感沿下肢内侧上传。

6.3.3.1.3 疗程

连续治疗6天,休息1天,2周为1个疗程。

6.3.3.2 耳针

6.3.3.2.1 选穴

神门、脑、心、肾、皮质下、枕。

6.3.3.2.2 操作方法

(1)针刺:选用0.25 mm×13 mm毫针,耳廓常规消毒后,用左手固定耳廓,右手持针快速刺入所选穴位,深度以穿入软骨但不穿透对侧皮肤为度,得气后留针20~30 min,期间每10 min捻转1次,采用平补平泻法。(2)耳穴压豆:王不留行籽贴压,用胶布将王不留行籽固定于所选穴位,每日自行按压3~5次,每次每穴按压1~2 min,以有酸胀感为宜,3~5天更换1次,双耳交替进行。

6.3.3.2.3 疗程

每周治疗3~5次,10次为1个疗程。

6.3.3.3 穴位埋线

6.3.3.3.1 选穴

(1)主穴:内关、三阴交、太溪、足三里。(2)配穴:记忆力衰退显著配肾俞;注意力涣散、情绪烦躁配神门;精神萎靡、反应迟缓配气海。

6.3.3.3.2 操作方法

皮肤常规消毒后,取图钉型或麦粒型皮内

针,用镊子夹住针柄,将针尖对准穴位,垂直刺入皮内,然后用胶布固定针柄;留针时间为24~48 h,期间避免剧烈运动,防止针具脱落或感染。

6.3.3.3.3 疗程

每次选取2~3个穴位,交替使用,每周治疗2~3次,10次为1个疗程。

6.3.3.4 艾灸治疗

6.3.3.4.1 选穴

百会、关元、气海、足三里、肾俞、脾俞。

6.3.3.4.2 操作方法

(1)温和灸:将艾条的一端点燃,对准所选穴位,距离皮肤约2~3 cm进行熏烤,使患者局部有温热感而无灼痛为宜,每个穴位灸10~15 min,至皮肤红晕为度。(2)隔姜灸:取新鲜生姜切成约0.3 cm厚的薄片,中间用针刺数孔,置于穴位上,再将艾炷放在姜片上点燃,每穴灸3~5壮,至局部皮肤温热舒适、微微泛红为度。

6.3.3.4.3 疗程

每日1次,每周治疗5次,10次为1个疗程。艾灸时注意避免烫伤皮肤,保持室内空气流通。

6.3.4 失语症康复

6.3.4.1 常规针刺

6.3.4.1.1 选穴

(1)头皮针:百会、言语二区、言语三区。(2)体针:通里、内关、三阴交、舌三针。

6.3.4.1.2 操作要点

(1)百会、言语二区、言语三区暴露头皮后,针尖刺入至头皮下或帽状腱膜下层,平刺0.5~0.8寸,快速捻转手法或提插手法。②通里直刺0.5~0.8寸,捻转补法;内关直刺0.8~1寸,提插泻法。③三阴交直刺1~1.5寸,捻转补法(针感向足部传导为佳)。④廉泉为中点,旁开0.5寸各1针,针尖向舌根方向斜刺1~1.5寸,施提插捻转手法至舌体麻胀感。

6.3.4.1.3 疗程

每周1~6次,3周为1个疗程。

6.3.4.2 刺络放血

6.3.4.2.1 选穴

金津、玉液(舌系带两侧静脉),廉泉旁络脉。

6.3.4.2.2 操作要点

舌下放血时,嘱患者伸舌,点刺舌下静脉,出血量可稍多(10~20滴),注意避免损伤大血管。

6.3.4.2.3 疗程

每周1次,4次为1个疗程。

6.3.4.3 岐黄针疗法

6.3.4.3.1 选穴

风府、哑门、天突、人迎(双)、翳风(双)。

6.3.4.3.2 操作要点

每次选取1~2个穴位,使用岐黄针具直刺得气后即可拔针。

6.3.4.3.3 疗程

每周1~2次,2周为1个疗程。

6.3.5 吞咽障碍康复

6.3.5.1 针刺治疗

6.3.5.1.1 选穴

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

6.3.5.1.2 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。

6.3.5.1.3 疗程

每日1次,每次20~30 min,连续治疗5日,休息2日,2周为1个疗程。

6.3.5.2 耳针

6.3.5.2.1 选穴

(1)口腔期:口、舌、颊、颌。(2)咽期:咽喉、气管、肺。(3)食管期:神门、皮质下、脾、胃。

6.3.5.2.2 操作方法

(1)毫针针刺:耳廓常规消毒后,选用0.25 mm×13 mm毫针,用左手固定耳廓,右手持针快速刺入所选穴位,进针深度以穿入软骨但不穿透对侧皮肤为度,得气后留针20~30 min,期间每10 min捻转1次,采用平补平泻法。②耳穴压豆:用胶布将王不留行籽固定于所选穴位,嘱受治疗者每日自行按压3~5次,每次每穴按压1~2 min,以产生酸胀感为宜,2~3天更换1次,双耳交替进行。

6.3.5.2.3 疗程

(1)毫针针刺每周3~5次,10次为1个疗程。(2)王不留行籽贴压每周更换2次,4周为1个疗程。针刺时动作要轻柔,避免损伤耳廓;贴压期间若出现局部皮肤过敏,应及时取下并更换贴压部位。

6.3.5.3 推拿疗法

6.3.5.3.1 操作方法

(1)口腔期:患者取坐位或仰卧位,医者先以

拇指指腹轻揉面部的地仓、颊车、颧髎等穴位,每穴1~2 min,以酸胀感为度;用干净的纱布包裹拇指,伸入患者口腔内,轻轻按揉颊黏膜、牙龈及舌面,促进口腔内肌肉的运动和感觉恢复,每次3~5 min;用拇指和食指轻轻拿捏下颌关节周围肌肉,往返5~10次,缓解肌肉紧张。(2)咽期:用拇指指腹按揉风池、翳风穴,每穴2~3 min,以患者感觉局部酸胀、温热为宜;用食指和中指指腹沿颈部两侧的胸锁乳突肌自上而下轻轻拿捏,往返5~8次,放松颈部肌肉;拇指指腹轻揉咽喉部两侧,力度要轻柔,每次3~5 min,促进咽部肌肉的收缩和蠕动。(3)食管期:患者取仰卧位,医者用手掌顺时针方向揉按中脘、上脘穴,每穴3~5 min,力度由轻到重,以患者感觉腹部舒适、有温热感为度;拇指指腹按揉足三里、内关穴,每穴2~3 min,采用点按与揉动相结合的手法,以增强脾胃功能,促进食管蠕动。

6.3.5.3.2 疗程

每日1次,每次20~30 min,连续治疗5日,休息2日,2周为1个疗程。

6.3.5.3.3 注意事项

推拿时力度要适中,避免过度用力造成损伤。口腔内推拿前要做好手部消毒,防止感染;对于吞咽功能严重障碍的患者,推拿时要密切观察患者反应,防止出现呛咳、误吸等情况。

6.3.6 呼吸障碍康复

6.3.6.1 针刺疗法

6.3.6.1.1 选穴

(1)主穴:肺俞(双)、脾俞(双)、肾俞(双)、膻中、中脘、气海。(2)配穴:呼吸深度异常配中府(双)、天突、华盖;呼吸节律异常配风池(双)、风府、哑门、颈百劳(双);实证配大椎、定喘(双);虚证配气海、关元;咳嗽反射重塑配颈部C₂~C₆夹脊穴。

6.3.6.1.2 操作方法

(1)肺俞、脾俞:针尖朝向后正中中线斜刺0.5~0.8寸。(2)肾俞:直刺0.5~1寸。(3)膻中:向上平刺0.3~0.5寸。(4)中脘:直刺1~1.5寸。(5)气海:直刺1~1.5寸。(6)夹脊穴:直刺0.3~0.5寸。针刺得气后以捻转法为主施以平补平泻手法,捻转的幅度及频率适中,捻转的范围为2/3转,频率大约90次/min,每个穴位行针2 min后出针。

6.3.6.1.3 疗程

每日1次,周日休息,2周为1个疗程。

6.3.6.2 穴位贴敷

6.3.6.2.1 推荐药方

麻黄、葶苈子、白芥子、延胡索、甘遂、细辛、生姜。

6.3.6.2.2 选穴

(1)主穴:肺俞、膻中、大椎。(2)配穴:急性期配天突、丰隆、风门、定喘、阿是穴(啰音明显处);缓解期配足三里、神阙、脾俞、膏肓、关元、气海。

6.3.6.2.3 操作方法

贴敷部位使用75%酒精或碘伏常规消毒,然后取直径1 cm、高度0.5 cm左右的药膏贴于穴位上,用5 cm×5 cm(小儿可适当减小)的脱敏胶布固定。

6.3.6.2.4 疗程

每日1次,每次30 min,2周为1个疗程,一般进行2~4个疗程。

6.3.6.3 刮痧疗法

6.3.6.3.1 选穴

(1)主穴:大椎、陶道、身柱、神道、灵台、至阳、肺俞、心俞、膈俞、脾俞。(2)配穴:咳嗽明显者配天突、膻中;痰多者配丰隆、中脘。

6.3.6.3.2 操作方法

患者取俯卧位或坐位,暴露刮痧部位,在皮肤上涂抹适量刮痧油或润肤乳以减少摩擦。手持刮痧板(牛角板或玉石板为宜),以45°倾斜于皮肤表面,从上至下、由内向外单方向刮拭。刮拭大椎及背部督脉时,力度要适中,以出现潮红或紫红色痧痕为度。刮拭肺俞等膀胱经穴位时,可采用直线刮法,每个穴位周围刮拭3~5 min;天突穴采用点刮法,轻轻点压刮拭;膻中穴采用横向刮法;丰隆、中脘穴采用圆形刮法。

6.3.6.3.3 疗程

每周2~3次,5次为1个疗程,疗程间休息3~5天。

6.3.6.3.4 注意事项

刮拭时力度要均匀,避免用力过猛损伤皮肤;皮肤有破损、溃疡、出血倾向者禁用;刮痧后1 h内避免洗澡,保持皮肤清洁干燥;刮痧后患者应适当休息,多饮温开水,促进新陈代谢。

6.3.6.4 灸法治疗

6.3.6.4.1 选穴

(1)主穴:关元、气海、神阙、肺俞、足三里。(2)配穴:实证配大椎、曲池;虚证配命门、太溪;

咳嗽气喘配定喘、天突。

6.3.6.4.2 操作方法

(1)温和灸:将艾条点燃,距穴位皮肤2~3 cm处进行熏烤,使患者局部有温热感而无灼痛,每穴灸10~15 min,至皮肤红晕为度。(2)隔姜灸:取新鲜生姜切片,厚度约0.3 cm,中间用针刺数孔,置于穴位上,再将艾炷放在姜片上点燃,每穴灸3~5壮,更换艾炷时注意不要烫伤皮肤。(3)艾箱灸:将艾箱置于选定的穴位区域,箱内放入适量艾绒或艾条段,点燃后盖上箱盖,每次灸20~30 min。

6.3.6.4.3 疗程

每日1次,10次为1个疗程,疗程间休息2~3天。

7 疗效评价工具

可根据患者不同的入院时间和不同的功能障碍,选用不同的评价量表进行评价。

(1)意识障碍评价:Glasgow昏迷量表。

(2)运动功能评价:常用评价方法有肌力分级评测、改良Ashworth肌张力分级评定、关节活动度(ROM)评定、感觉功能测定、Holden步行功能分级、Brunnstorm偏瘫运动功能评定、Fugl-Meyer下肢平衡评定量表、日常生活活动能力(ADL)量表(Barthel指数)。

(3)抑郁情绪评价:汉密尔顿抑郁量表(HAMD)。

(4)吞咽功能评价:洼田饮水试验吞咽评定量表。

(5)言语功能评价:汉语标准失语症检查表。

(6)认知功能评价:MMSE简易智能精神状态检查量表。

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

参考文献

- [1] WANG YJ, LI ZX, GU HQ, et al. China Stroke Statistics: an update on the 2019 report from the National Center for Healthcare Quality Management in Neurological Diseases, China National Clinical Research Center for Neurological Diseases, the Chinese Stroke Association, National Center for Chronic and Non-communicable Disease Control and Prevention, Chinese Center for Disease Control and Prevention and Institute for Global Neuroscience and Stroke Collaborations[J]. Stroke and vascular neurology, 2022, 7(5): 415-450.
- [2] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2022 概要[J]. 中国循环杂志, 2023, 38(6): 583-612.
- [3] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9): 710-715.
- [4] 中风的诊断依据、证候分类、疗效评定-中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(10): 16.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性卒中早期血管内介入诊疗指南 2022[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(6): 565-580.
- [6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2022[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(10): 1071-1110.
- [7] 张通, 赵军, 白玉龙, 等. 中国脑血管病临床管理指南(节选版)——卒中康复管理[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(8): 823-831.
- [8] 章薇, 姜必丹, 李金香, 等. 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)[J]. 康复学报, 2021, 31(6): 437-447.
- [9] 中国吞咽障碍膳食营养管理专家共识组. 吞咽障碍膳食营养管理中国专家共识(2019版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(12): 881-888.
- [10] 中国卒中学会. 中国脑血管病临床管理指南[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [11] 国家卫生健康委脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治指导规范[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [12] 刘向哲, 白琛, 孙江燕, 等. 《脑梗死中医健康管理指南》制订与思考[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(12): 8-11.
- [13] 郑婵娟, 华强, 李思成, 等. 脑卒中中西医结合康复诊疗方案湖北专家共识[J]. 湖北中医杂志, 2023, 45(4): 60-66.
- [14] 中国中西医结合学会神经科专业委员会. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.
- [15] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [16] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.
- [17] 国家市场监督管理总局, 中国国家标准化管理委员会. 针灸技术操作规范 第2部分: 头针(GB/T 21709.2-2021)[S]. 北京: 中国标准出版社, 2021.
- [18] 杜元灏, 董勤. 针灸治疗学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2021.

(责任编辑: 吴伟梅 收稿日期: 2025-12-08)

格拉斯哥昏迷量表（GCS）

项目	得分细则	得分
睁眼	自发睁眼	4
	语言吩咐睁眼	3
	疼痛刺激睁眼	2
	无睁眼	1
语言	正常交谈	5
	言语错乱	4
	只能说出(不适当)单词	3
	只能发音	2
	无发音	1
运动	按吩咐动作	6
	对疼痛刺激定位反应	5
	对疼痛刺激屈曲反应	4
	异常屈曲(去皮层状态)	3
	异常伸展(去脑状态)	2
	无反应	1
注1：昏迷程度以E、V、M三者分数加总来评估，正常人的昏迷指数是满分15分，昏迷程度越重者的昏迷指数越低分。 注2：轻度昏迷：13分到14分。 中度昏迷：9分到12分。重度昏迷：3分到8分。 低于3分：因插管气切无法发声的重度昏迷者会有 2T 的评分。 将三类得分相加，即得到GCS评分。（最低3分，最高15分）。选评判时的最好反应计分。 注3：注意运动评分左侧右侧可能不同，用较高的分数进行评分。改良的GCS评分应记录最好反应/最差反应和左侧/右侧运动评分。		

肌力分级评测

上肢	评测标准	分级	下肢
	() 侧		
	无可测知的肌肉收缩	0	
	可触及肌肉有轻微收缩，但无关节运动	1	
	肌肉强有力收缩，但无关节运动	1+	
	去除肢体重力的影响，关节能活动到最大活动范围的 50%以上，但不能达到最大活动范围。	2-	
	去除肢体重力的影响，关节能活动到最大活动范围	2	
	去除肢体重力的影响，关节能活动到最大活动范围，如抗重力可活动到最大活动范围的 50%以下	2+	
	抗肢体本身重力，关节能活动到最大活动范围的 50%以上，但不能达到最大活动范围	3-	
	抗肢体本身重力，关节能活动到最大活动范围	3	
	抗肢体本身重力，关节能活动到最大活动范围，且能在运动终末可抗轻度阻力	3+	
	能抗比轻度稍大的阻力活动到最大活动范围	4-	
	能抗中度阻力活动到最大活动范围	4	
	能抗比中度稍大的阻力活动到最大活动范围	4+	
	能抗较充分阻力稍小的阻力活动到最大活动范围	5-	
	能抗充分阻力活动到最大活动范围	5	

改良 Ashworth 肌张力分级评定量表

上肢	评测标准	分级	下肢
	() 侧		
	无肌张力的增加	0	
	肌张力轻度增加，受累部分被动屈伸时，ROM 末端未出现突然的卡主。	1	
	肌张力轻度增加，被动屈伸时，在 ROM 后 50%范围内突然出现卡主，当继续把 ROM 检查到底时，始终有小的阻力。	1+	
	肌张力较明显增加，通过 ROM 的大部分时，阻力较明显的增加，但受累部分仍能较容易的移动。	2	
	肌张力严重增高，进行 PROM 检查有困难	3	
	僵直，受累部分不能屈伸	4	

关节活动度评定（ROM）

左 侧						部位	检查 项目	正常值（度）	右 侧					
末期		中期		初期					初期		中期		末期	
主动	被动	主动	被动	主动	被动				主动	被动	主动	被动	主动	被动
						肩	屈曲	～180						
							伸展	～50						
							内收	～45						
							外展	～180						
							内旋	～70						
							外旋	～90						
						肘	屈曲	～150						
							伸展	～0						
						前臂	旋前	～90						
							旋后	～90						
						腕	掌曲	～90						
							背伸	～70						
							桡偏	～25						
							尺偏	～55						
						颈	前屈	～45						
							后伸	～45						
							旋转	～60						
							侧屈	～45						
						躯干	屈曲	～80						
							伸展	～25						
							旋转	～45						
							侧屈	～35						
						髋	屈曲	～125						
							伸展	～15						
							内收	～30						
							外展	～45						
							内旋	～45						
							外旋	～45						
						膝	屈曲	～150						
							伸展	～0						
						踝	背屈	～20						
							跖屈	～45						
							内翻	～35						
							外翻	～20						

感觉功能评定

分类	检查方法	正常	减弱	消失	轻度敏感	显著敏感
浅感觉	温觉： 患者闭目，分别以冷水（5-10℃）和热水（40-50℃），交替接触患者皮肤，让其分辨。					
	触觉： 患者闭目，用棉签轻触其皮肤，询问有无感觉。					
	痛觉： 患者闭目，用大头针尖端轻刺皮肤，询问其有无疼痛感。两侧对比，近端和远端对比。					
本体感觉	位置觉： 令患者闭目，检查者将其肢体移动并停止在某种位置上，患者说出肢体所处的位置，或另一侧肢体模仿出相同的位置。					
	运动觉： 令患者闭目，检查者在一个较小的范围里被动活动患者的肢体，让患者说出肢体运动的方向，患者回答肢体活动的方向（“向上”或“向下”），或用对侧肢体进行模仿。					
	震动觉： 用每秒震动 128～256 次(Hz)的音叉柄端置于患者的骨隆起处，询问患者有无震动感，并注意震动感持续的时间，两侧对比。					
复合感觉	皮肤定位觉： 令患者闭目，用手轻触患者的皮肤，让患者用手指出被触及的部位。					
	两点辨别觉： 令患者闭目，采用棉签等物体沿所检查区域长轴刺激两点皮肤，患者回答感觉到 1 点或 2 点。					
	图形觉： 患者闭目，用棉签等物品在其皮肤上写数字或画图形，让患者说出所画内容。					
	实体觉： 患者闭目触摸真实物体，说出其大小形状等。					

日期：

Holden 步行功能分级

分级	评价标准	评测结果	日期
0 级：无功能	不能走需要轮椅或 2 人协助才能走		
1 级：需大量持续性的帮助	需使用双拐或 1 人连续不断地搀扶才能行走或保持平衡		
2 级：需少量帮助	能行走但平衡不佳，不安全，需 1 人在一旁给予持续或间断地接触身体的帮助或需使用膝-踝-足矫形器 (KAFO)、踝-足矫形器 (AFO)、单拐、手杖等以保持平衡或保持安全		
3 级：需监护或语言指导	能行走，但不正常或不够安全，需 1 人监护或用语言指导，但不接触身体。		
4 级：平地上独立	在平地上能独立行走，但在上下斜坡、在不平的地面上行走或上下楼梯时仍有困难，需要他人帮助或监护。		
5 级：完全独立	在任何地方能独立行走		

Brunnstorm 偏瘫运动功能评定

上肢		手	下肢	分级
迟缓，无任何运动		迟缓，无任何运动	迟缓，无任何运动	1 级
出现痉挛；出现联合反应，不引起关节运动的随意肌收缩。		联合反应，或轻微主动屈指	出现痉挛；出现联合反应，不引起关节运动的随意肌收缩。	2 级
痉挛加剧，可随意引起共同运动或其成分。屈肌异常运动模式达到高峰。		能全指屈曲，可作钩状抓握，但不能伸展，有时可由反射引起伸展。	痉挛加剧：1、随意引起共同运动或其成分。2、坐位和立位时髋、膝可屈曲。伸肌异常运动模式达到高峰	3 级
痉挛开始减弱，出现一些脱离共同运动模式的运动：1、手能置于腰后。2、上肢前屈 90°（肘伸展）。3、肩 0°肘屈 90°的情况下，前臂可旋前旋后。		能侧方抓握及拇指带动松开，手指能半随意、小范围的伸展。	痉挛开始减弱，开始脱离共同运动出现分离运动：1、坐位，足跟触地，踝能背屈。2、坐位时，足可向后滑动，使其背屈大于 0°。	4 级
痉挛减弱，共同运动进一步减弱，分离运动增强：1、上肢外展 90°（肘伸展，前臂旋前）。2、上肢前平举并上举过头（肘伸展）。3、肘呈伸展位，前臂能旋前旋后。		用手掌抓握，能握圆柱状及球形物，但不熟练，能随意全指伸开，但范围大小不等。	痉挛减弱，共同运动进一步减弱，分离运动增强：1、立位，髋伸展位能屈膝。2、立位，膝伸直，足稍向前踏出，踝能背屈。	5 级
痉挛基本消失，协调运动大致正常。V级动作的运动速度达健侧 2/3 以上。		能进行各种抓握；全范围的伸指；可进行单指活动，但比健侧稍差。	协调运动大致正常，下述运动速度达健侧 2/3 以上：1、立位，伸膝位髋外展。2、坐位，髋交替的内、外旋，并伴有踝内、外翻。	6 级
上肢	手	下肢	日期	

Fugl-Meyer 下肢平衡评定量表

评测内容	评测标准	评分
1.无支撑座位	0 分：不能保持坐位 1 分：能坐，但少于 5 分钟 2 分：能坚持坐 5 分钟以上	
2.健侧展翅反应	0 分：肩部无外展或肘关节无伸展 1 分：反应减弱 2 分：反应正常	
3.患侧展翅反应：	0 分：肩部无外展或肘关节无伸展 1 分：反应减弱 2 分：反应正常	
4.支撑下站立	0 分：不能站立 1 分：在他人的最大支撑下可站立 2 分：由他人稍给支撑即能站立 1 分钟	
5.无支撑站立	0 分：不能站立 1 分：在他人的最大支撑下可站立 2 分：由他人稍给支撑即能站立 1 分钟	
6.健侧站立	0 分：不能维持 1-2 秒 1 分：平衡站稳 4-9 秒 2 分：平衡站立超过 10 秒	
7.患侧站立	0 分：不能维持 1-2 秒 1 分：平衡站稳 4-9 秒 2 分：平衡站立超过 10 秒	
总分		
日期		

日常生活活动能力（ADL）量表（Barthel 指数）

评估项目	评分标准	得分
进食	10 分：可独立进食，无需他人帮助，能使用餐具正常进食。 5 分：需部分帮助，如需要他人协助切割食物、准备餐具等，但能自行进食。 0 分：完全依赖他人喂食。	
洗澡	5 分：能独立完成洗澡，包括洗澡过程中的擦身、冲洗等动作。 0 分：需要他人帮助洗澡。	
修饰	5 分：能独立完成洗脸、刷牙、刮脸、梳头中的一项或多项。 0 分：不能独立完成任何一项修饰活动，需他人协助。	
穿衣	10 分：能独立穿脱各类衣服，包括扣纽扣、拉拉链、系鞋带等，无需他人帮助。 5 分：需部分帮助，如需要他人协助系扣子、整理衣物等，但能自行穿脱大部分衣物。 0 分：完全依赖他人帮助穿衣。	
控制大便	10 分：能完全自主控制大便，无失禁情况。 5 分：偶尔有大便失禁，或需要借助药物、工具来控制大便。 0 分：完全大便失禁，无法自主控制。	
控制小便	10 分：能完全自主控制小便，无失禁情况。 5 分：偶尔有小便失禁，或需要借助导尿管等工具控制小便。 0 分：完全小便失禁，无法自主控制。	
如厕	10 分：能独立完成如厕过程，包括起身、坐下、擦拭、冲水等动作，无需他人帮助。 5 分：需部分帮助，如需要他人搀扶、协助使用卫生纸等，但能自行完成大部分如厕动作。 0 分：完全依赖他人帮助如厕。	
床椅转移	15 分：能独立、安全地完成床椅之间的转移，无需他人帮助。 10 分：需部分帮助，如需要他人搀扶、给予一定的助力等，但能自行完成大部分转移动作。 5 分：需极大帮助，如需要他人用较大力气协助才能完成转移。 0 分：完全依赖他人帮助转移，无法自行完成。	
平地行走	15 分：能独立在平地上行走至少 45 米，无需他人帮助，可使用辅助器具（如拐杖）。 10 分：需部分帮助，如需要他人搀扶、陪伴行走，但能自行行走一段距离。 5 分：只能借助轮椅移动，在平地上能独立操作轮椅前进、后退、转弯等。 0 分：完全依赖他人推动轮椅或无法移动。	
上下楼梯	10 分：能独立上下楼梯，可使用扶手，一步一步正常上下。 5 分：需部分帮助，如需要他人搀扶、给予一定的提示或助力，但能自行完成上下楼梯的大部分动作。 0 分：不能上下楼梯，完全依赖他人帮助。	
总分		
注1：<20分为极严重功能缺陷，生活完全需要依赖 ；20—40分为生活需要很大帮助；40—60分为生活需要部分帮助；>60分为生活基本自理。 注2：Barthel指数得分40分以上者康复治疗效益最大		

汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)

项目	评分标准	分数	得分
1. 抑郁情绪	只在问到时才诉述	1	
	在言语中自发表达	2	
	从表情、姿势、声音或欲哭中流露情绪	3	
	自发语言和非语言表达几乎完全表现为抑郁情绪	4	
2. 有罪感	责备自己，感到连累他人	1	
	认为自己犯了罪，反复思考过失错误	2	
	认为疾病是对错误的惩罚，或有罪恶妄想	3	
	罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉	4	
3. 自杀	觉得活着没有意义	1	
	希望自己死去，常想到与死有关的事	2	
	有消极观念（自杀念头）	3	
	有严重自杀行为	4	
4. 入睡困难	有时入睡困难（上床后半小时未入睡）	1	
	每晚均有入睡困难	2	
5. 睡眠不深	睡眠浅、多恶梦	1	
	半夜（12 点前）醒来（不含上厕所）	2	
6. 早醒	早醒（比平时早 1 小时），能重新入睡	1	
	早醒后无法重新入睡	2	
7. 工作和兴趣	提问时才诉述兴趣减退	1	
	自发表达对活动 / 工作失去兴趣，需强迫自己参与	2	
	活动时间减少，住院患者每天参与劳动 / 娱乐不满 3 小时	3	
	因疾病停止工作，不参加活动或需他人帮助完成日常事务	4	
8. 迟缓	精神检查中发现轻度迟缓	1	
	精神检查中发现明显迟缓	2	
	精神检查进行困难	3	
	完全不能回答问题（木僵）	4	
9. 激越	检查时表现有些心神不定	1	
	明显心神不定或小动作多	2	
	不能静坐，检查中曾站立	3	
	搓手、咬手指、扯头发、咬嘴唇	4	
10. 精神性焦虑	问到才诉述	1	
	自发表达焦虑	2	
	表情和言谈流露明显忧虑	3	
	明显惊恐	4	
11. 躯体性焦虑	轻度（口干、腹胀等生理症状）	1	
	中度，有肯定的上述症状	2	
	重度，症状严重影响生活或需处理	3	
	严重影响生活和活动	4	
12. 胃肠道症状	食欲减退，但能自行进食	1	
	进食需他人催促，或需用泻药 / 助消化药	2	
13. 全身症状	四肢、背部或颈部沉重感，背痛、头痛、肌肉疼痛、乏力或疲倦	1	
	上述症状明显	2	
14. 性症状	轻度（性欲减退、月经紊乱）	1	
	重度	2	
	不能肯定或不适合（不计入总分）	-	
15. 疑病	对身体过分关注	1	
	反复考虑健康问题	2	
	有疑病妄想	3	
	伴幻觉的疑病妄想	4	
16. 体重减轻	一周内体重减轻 1 斤以上	1	
	一周内体重减轻 2 斤以上	2	
17. 自知力	知道自己有病，表现为忧郁	0	
	知道自己有病，但归于其他原因（如伙食、环境等）	1	
	完全否认有病	2	
18. 日夜变化	先指出早晨 / 傍晚加重，再评分：轻度变化	1	
	重度变化	2	
19. 人格解体/现实解体	问到时才诉述非真实感或虚无感	1	
	自发诉述非真实感或虚无感	2	
	有虚无妄想	3	
	伴幻觉的虚无妄想	4	
20. 偏执症状	有猜疑	1	
	有关系观念	2	
	有关系妄想或被害妄想	3	
	伴有幻觉的关系妄想或被害妄想	4	
21. 强迫症状	问及时才诉述强迫思维 / 行为	1	
	自发诉述强迫思维 / 行为	2	

22. 能力减退感	仅于提问时引出主观体验	1	
	主动表示能力减退感	2	
	需鼓励、指导和安慰才能完成日常事务或个人卫生	3	
	穿衣、梳洗、进食等均需他人协助	4	
23. 绝望感	有时怀疑 “情况是否会好转”，解释后能接受	1	
	持续感到 “没有希望”，解释后能接受	2	
	对未来感到灰心、悲观和绝望，解释后不能排除	3	
	自动反复诉述 “我的病不会好了” 等	4	
24. 自卑感	仅在询问时诉述有自卑感（我不如他人）	1	
	自动诉述有自卑感（我不如他人）	2	
	主动诉述 “我一无是处” 或 “低人一等”	3	
	自卑感达妄想程度（如 “我是废物”）	4	
注：总分<8分：正常；8~20分：可能有抑郁症（轻度抑郁）；20~35分：肯定有抑郁症（中度抑郁）；>35分：严重抑郁症（重度抑郁）。			

汉密尔顿焦虑量表

评定项目	评定内容	得分
		无 轻 中 重 较重
1.焦虑心境	担心、担忧，感到有最坏的事情将要发生，容易激惹	0 1 2 3 4
2.紧张	紧张感、易疲劳、不能放松，情绪反应，易哭、颤抖、感到不安	0 1 2 3 4
3. 害怕	害怕黑暗、陌生人、一人独处、动物、乘车或旅行及人多的场合	0 1 2 3 4
4. 失眠	难以入睡、易醒、睡的不深、多梦、梦魇、夜惊、醒后感到疲倦	0 1 2 3 4
5. 认知功能	或称记忆、注意障碍。注意力不能集中，记忆力差	0 1 2 3 4
6. 抑郁心境	丧失兴趣、对以往爱好缺乏快感、抑郁、早醒、昼重夜轻	0 1 2 3 4
7. 躯体性焦虑（肌肉系统症状）	肌肉酸痛、活动不灵活、肌肉抽动。肢体抽动、牙齿打颤、声音发抖	0 1 2 3 4
8. 感觉系统症状	视物模糊、发冷发热、软弱无力感、浑身刺痛	0 1 2 3 4
9. 心血管系统症状	心动过速、心悸、胸痛、血管跳动感、昏倒感、心博脱漏	0 1 2 3 4
10. 呼吸系统症状	胸闷、窒息感、叹息、呼吸困难	0 1 2 3 4
11.胃肠道症状.	吞咽困难、嗝气、消化不良（进食后腹痛、胃部烧灼感；腹胀、恶心、胃部饱感）、肠动感、肠鸣、腹泻、体重减轻、便秘	0 1 2 3 4
12. 生殖泌尿系统症状	尿意频数、尿急、停经、性冷淡、过早射精、勃起不能、阳痿	0 1 2 3 4
13. 植物神经系统症状	口干、潮红、苍白、易出汗、易起“鸡皮疙瘩”、紧张性头痛、毛发竖起	0 1 2 3 4
14. 会谈时行为表现	（1）一般表现：紧张、不能松弛、忐忑不安、咬手指、紧紧握拳、摸弄手帕、面部肌肉抽动、不停顿足、手发抖、皱眉、表情僵硬、肌张力高、叹息样呼吸、面色苍白；（2）生理表现：吞咽、打嗝、安静时心率快、呼吸快（20次/分以上）、腱反射亢进、震颤、瞳孔放大、眼睑跳动、易出汗、眼球突出	0 1 2 3 4
注：总分超过 29 分，可能为严重焦虑；；超过 21 分，肯定有明显焦虑；；超过 14 分，肯定有焦虑；；超过 7 分，可能有焦虑；；如小于 7 分，没有焦虑症状。其中，躯体性焦虑：7～13 项；精神性焦虑：1～6 和 14		

洼田饮水试验吞咽评定量表

等级	标准	评估流程		
I	可一口喝完，无呛咳；	进食姿势：患者取坐位或 30°仰卧位。 首先，评估者让患者喝下 2-3 茶匙清水。如患者每口皆呛咳，则可判定洼田饮水试验 V 级。 如患者未发生呛咳或呛咳次数较少，则装 30ml 温水，嘱患者如往常一样饮用，注意观察患者饮水经过，并记录所用时间。		
II	分两次以上喝完，无呛咳；			
III	能一次喝完，但有呛咳；			
IV	分两次以上喝完，且有呛咳；			
V	常常呛住，难以全部喝完			
评估结果	初期	中期		末期
评估时间				
评估者				
注：I 级，若 5 秒内喝完，为正常；I 级超过 5 秒及 II 级为可疑吞咽障碍；III、IV、V 级则确定有吞咽障碍。				

汉语标准失语症检查表

姓名(男女)
发病日期
职业文化程度利手瘫痪侧:左右双
疾病诊断
CT/MRI 结果
语言诊断
检查日期检查所用时间时分
地址联系电话
言语症状总结
根据检查结果,总结记录言语症状,要注意以下各项:
1.运动性构音障碍
2.言语失用
3.探索行动
4.错语
5.无意义语
6.韵律
7.语法障碍
8.说话量
9.镜像文字
10.自己更正
11.持续记忆
12.愿望
13.易疲劳性
14.注意力

简易智能精神状态检查量表

项目		记录	评分
I 定向力 (10 分)	星期几		01
	几号		01
	几月		01
	什么季节		01
	哪一年		01
	省市		01
	区县		01
	街道或乡		01
	什么地方		01
	第几层楼		01
II 记忆力 (3 分)	皮球		01
	国旗		01
	树木		01
III 注意力和计算力 (5 分)	100-7		01
	-7		01
	-7		01
	-7		01
	-7		01
IV 回忆能力 (3 分)	皮球		01
	国旗		01
	树木		01
V 语言能力 (9 分)	命名能力		01
			01
	复述能力		01
	三步命令		01
			01
			01
	阅读能力		01
	书写能力		01
	结构能力		01
总分			01

功能性肺残疾评定分级量表

功能性肺残疾评定分级	
分级	功能能力
I	正常活动无明显受限，但用力时有呼吸困难，可就业。
II	基本 ADL 或平地行走无呼吸困难，上楼或爬坡时呼吸困难，通常限于坐位职业。
III	某些 ADL（如淋浴、穿衣）时呼吸困难，可以用自己的速度走一个街区，但跟不上同龄人，一般只能从事完全坐位的职业。
IV	部分 ADL 需要依靠他人，休息时无呼吸困难，但稍出力即有呼吸困难。
V	家居且卧床或坐在椅中，休息时也呼吸困难，大部分 ADL 依靠他人。

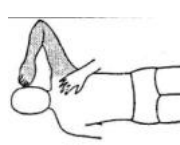
主观呼吸功能障碍分级量表

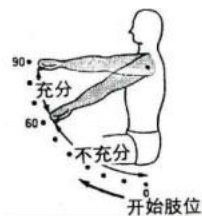
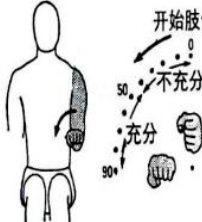
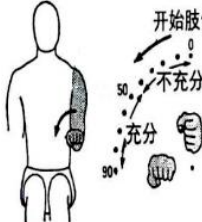
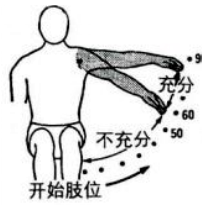
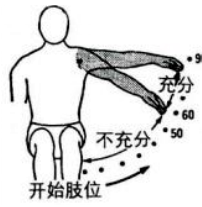
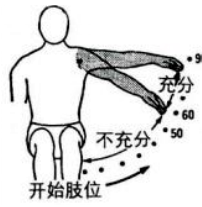
主观呼吸功能障碍分级	
分级	主观症状
0 级	虽存在不同程度的肺气肿，但活动如常人，对日常生活无影响、无气短。
1 级	一般劳动时出现气短。
2 级	平地步行不气短，速度较快或登楼、上坡时，同行的同龄健康人不觉气短而自己气短。
3 级	慢走不到百步即有气短。
4 级	讲话或穿衣等轻微活动时亦有气短。
5 级	安静时出现气短，无法平卧。

改良英国医学研究委员会呼吸困难量表

改良英国医学研究委员会呼吸困难量表分级(mMRC)	
分级	呼吸困难表现
I	我仅在费力运动时出现呼吸困难。
II	我平地快步行走或步行爬小坡时出现气短。
III	我由于气短，平地行走时比同龄人慢或需要停下来休息。
IV	我在平地行走 100 米左右或数分钟后需要停下来喘气。

偏瘫上肢功能评价记录表（上田敏式）

序号	体位	项目	开始肢位及检查动作		____侧			检查结果	布氏分期
1	仰卧位	联合反应（胸大肌）	开始肢位：患肢的指尖放于近耳处（屈肌共同运动型）。检查动作：使健肢从屈肘位伸展以对抗徒手阻力，此时，触知患侧胸大肌是否收缩		不充分（无）				I（ 0 ）
					充分（有）				II（1 2）
随意收缩(胸大肌)		开始肢位：同 1。检查动作：口令“将患侧手伸到对侧腰部”，触知胸大肌收缩		不充分（无）					
				充分（有）					
3		伸肌共同运动	开始肢位：同 1。检查动作：用与 2 相同的动作，观察手指尖移动到的部位（伸肌共同运动）		不可能				
					可能	不充分	耳-乳头		
充分	乳头-脐								
	完全伸展								
4		坐位	屈肌共同运动	开始肢位：将手放于健侧腰部（使肘尽量伸展，前臂旋前，伸肌共同运动型）。检查动作：口令“将患侧手拿到耳边”，观察指尖到达的部位		不可能			
	可能					不充分	0-脐		
							脐-乳头		
	充分					乳头以上			
与耳同高									

5	坐位	部分分离运动	将手转于背后，观察手是否达到背部脊柱正中 附近 5cm 以内，注意躯干不要有大的移动		不可能				IV (7 8)
					可能	不充分	达到体侧		
							过体侧但 不充分		
6	坐位	部分分离运动	上肢向前方水平上举（注意屈肘不超 20°，肩关 节的水平内收，外展保持在±10°以内）		不可能				
					可能	不充分	5—25°		
							充分	30—55°	
		部分分离运动	屈肘，前臂旋前（手掌向下）。将肘紧靠体侧不 要离开（靠不上者不合格），肘屈曲保持在 90°±10°的范围内		不充分	肘不靠体侧			
						靠体侧但前臂旋前			
					7	坐位	部分分离运动	屈肘，前臂旋前（手掌向下）。将肘紧靠体侧不 要离开（靠不上者不合格），肘屈曲保持在 90°±10°的范围内	
可旋前 5-45°									
		分离运动	伸肘位，将上肢向侧方水平外展。注意上肢水平 屈曲不得超出 20°，屈肘不超出 20°						
					旋前 90°				
					8	坐位	分离运动	伸肘位，将上肢向侧方水平外展。注意上肢水平 屈曲不得超出 20°，屈肘不超出 20°	
不充分	5-25°								
	充分	30-55°							
			分离运动	伸肘位，将上肢向侧方水平外展。注意上肢水平 屈曲不得超出 20°，屈肘不超出 20°		充分	60-85°		
	90°								

