

Family Rehabilitation for Stroke Patients

中风病人的家庭康复

主编 祝璿珠

- 我国每年新发中风病人约250万
- 几乎每12秒即新发一位中风病人
- 现在中风后遗症病人约700万
- 中风病人需要体能和智能的训练
- 需要生理和心理的调整
- 需要家庭的“康复医疗”

上海科学技术文献出版社

中风病人的家庭康复

主 编 祝堪珠

副主编 江孙芳

编 者(按姓氏笔画排序)

王 健 江孙芳 闵云花 邹 健

寿 涓 周月明 周 容 祝堪珠

陶皓珣 戴豪良

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

中风病人的家庭康复/祝增珠主编. —上海: 上海科学技术文献出版社, 2009. 1

ISBN 978-7-5439-3747-5

I. 中… II. 祝… III. 中风-康复 IV. R743.309

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 180935 号

责任编辑: 何 蓉

封面设计: 汪伟俊

中风病人的家庭康复

主编 祝增珠 副主编 江孙芳

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市长乐路 746 号 邮政编码 200040)

全国新华书店经销

江苏昆山市亭林彩印厂印刷

*

开本 740×970 1/16 印张 9.25 字数 170 000

2009 年 1 月第 1 版 2009 年 1 月第 1 次印刷

印数: 1-5 000

ISBN 978-7-5439-3747-5

定价: 18.00 元

<http://www.sstlp.com>

序

据统计,我国每年新发中风病人约 250 万,几乎每 12 秒钟即发生 1 例中风病人。现存中风后遗症病人约 700 万人,几占我国人口数的 0.5%,而且每年还会有近百万的中风后遗症的新病例发生。这些病人的病情轻重不等,但重的居多,大多数病人需要得到家人及社会的照料与帮助。这些照料与帮助不仅仅在医药方面,更多的是在生活与心理等各个方面。

中风后遗症并无特效药物可以治疗,全靠逐步的体能和智能的训练,生理和心理的调适。这种治疗谓之“康复医疗”。中风病人的康复医疗是长期的,甚至是终身的,自然不可以在医院中进行到底。中风病人在医院中渡过了急性期,初步稳定了病情,便要“出院回家休养”了。所以中风病人康复医疗的主体是在家中、在社区进行的。康复医疗的任务必定毫无选择地落到了在社区工作的全科医师肩上。因此,全科医师必须很好地掌握关于中风的现代康复医学知识。而中风病人的居家照料、生活护理,则全赖家属张罗。因此,病人家属亦必须掌握相关的知识和技能。至于病人,如尚有阅读能力,了解有关中风康复知识,则对树立信心、战胜疾病大有裨益。

有鉴于此,复旦大学附属中山医院全科医学科主任祝墀珠教授组织科内资深全科医学医师通力合作写成这本《中风病人的家庭康复》。书分七章,全面介绍了关于中风的现代康复知识。其特点是以家庭康复为主线展开,则更适用于在社区工作的全科医师。同时在写作中更注意通俗,使病人的家属或有阅读能力的病人亦能看懂。不但能看懂而且能操作,则是本书实用性极强之特点。

中风一病发病率甚高,中风后遗症严重影响病人的生活质量。全科医学以给病人亲情照顾为己任,面对这样一个严重的疾病,全

科医师自然应该重视预防,但对于已经形成中风后遗症的病人,则更应该同其家属尽一切力量减轻其痛苦,促成其健康。祝教授等资深全科医学同仁,深感于此,在日常繁忙的医疗、教学科研工作之余,写成此书,为中风病人的康复竭尽其力,可敬可佩。

3年前,祝堉珠教授及中山医院全科同仁曾写就一本《心脏病人的家庭康复》,出版之后大受基层医院全科医师及病人家属欢迎。现祝教授又推出《中风病人的家庭康复》为前书之姐妹书,相信必受欢迎。我尚希望能有关癌症、糖尿病、“老慢支”之类常见病、多发病的此类图书出版。作者诸位固是辛苦,但也是功德无量之事。

中华医学会全科医学分会主任委员
复旦大学附属中山医院教授
杨秉辉

2008年12月

前言

中风,又称为脑卒中或脑血管意外,是大脑血液循环系统病变所致的脑功能障碍。中风按起因——脑血管阻塞还是破裂,可分为缺血性中风和出血性中风,其中大多数为缺血性中风。近几十年来,随着我国社会经济的不断发展和人民生活水平的提高,生活方式和饮食结构的改变,脑血管疾病的发病率明显增加,已成为我国人民死亡的主要原因之一。中风不但具有高发病率、高死亡率的特点,而且在存活下来的病人中仅少部分病人能完全回复正常功能,绝大多数病人都留有偏瘫、失语等后遗症,因而具有很高的致残率。这不仅给病人带来了生理心理上的创伤,也给家庭和社会造成严重的负担。因此,中风发生后如何进行早期康复和家庭护理,最大限度地预防伤残,是临床医护人员,尤其是工作在社区第一线的全科医师、康复医护人员、社区护士的重要任务之一,也是众多的病人及其家属所希望了解的。为此我们组织了具有丰富临床实践经验的全科医师撰写了这本小型参考书,以方便基层医务人员参考学习和中风病人及其家属阅读。

本书共分七章。首先对什么是中风以及中风危险因素进行了介绍,然后就如何从医院治疗过渡到家庭的康复护理、自我保健,从家庭环境布置到生理功能和心理状态恢复等各方面提出了诸多的康复方法。其中着重讨论了家庭康复时在日常生活中病人及其家属经常遇到的一些问题和解决方法,使本书既有一定的专业性,又有通俗易懂、实用易学的特点。

希望基层医务人员和广大群众能从本书中得益,在中风病人的家庭康复中起到一定的帮助作用,同时也为我国中风的防治和康复事业贡献一份力量。

复旦大学附属中山医院前任院长、中华医学会全科医学分会主任委员杨秉辉教授对本书给予了很大的关心和支持,并提出了许多宝贵意见,在此致以谢意。

由于本书编写时间仓促,加以编者水平有限,有不当之处恳请广大读者不吝指教。

祝增珠

2009年1月

001 / 第一章 什么是中风

- 第一节 中风的分类 002
- 第二节 中风的病因及其相关危险因素 006

013 / 第二章 出院计划

- 第一节 医院的准备 013
- 第二节 病人的思想准备 028
- 第三节 家属的思想准备 030
- 第四节 康复器材 033

036 / 第三章 家庭康复

- 第一节 日常生活 036
- 第二节 人际交往 043
- 第三节 肢体康复锻炼 046
- 第四节 心理康复 053

057 / 第四章 家庭支持

- 第一节 家庭环境布置 057
- 第二节 家庭护理 060
- 第三节 参加中风康复俱乐部 067

069 / 第五章 生活策略

第一节	中风的饮食管理	069
第二节	中风病人的饮食护理	076
第三节	排泄功能管理	079
第四节	中风病人的性生活	083

086 / 第六章 家庭康复中需注意的几个方面

第一节	从功能到认识能力的全面康复	086
第二节	药物的不良反应和毒性	099
第三节	感觉和认知失衡的处理	106
第四节	意外情况的应急处理	111

116 / 第七章 自我保健指南

第一节	康复的目的	116
第二节	掌握用药方法	119
第三节	如何从医护人员那里获得最好的 治疗和护理	121

128 / 第八章 中风的中医调养

第一节	中药	128
第二节	针刺	129
第三节	气功	130
第四节	中医饮食调养	136

什么是中风

中风的名称很多,又称为急性中风、脑血管意外、脑卒中。那么,中风为什么有这么多名称呢?这是随着传统医学和现代医学的发展而形成的。由于这个病来势较快,病势险恶,变化多端,犹如自然界的风一样“善行多变”,所以,古代医学家把这类病称为“中风”。而目前有些医师称此病为“卒中”,其中的“卒”即突然的意思,也是说这种病的发生较突然的意思。另外,这种病由于它的发生是脑血管出了毛病,因此,又叫脑血管意外。

中风是大脑血液循环系统病变所致的脑功能障碍。中风往往起病急、病情重,是严重的血管病,发病后约 $2/5$ 的病人死亡,其余多数留有各种后遗症,是常见的致死和致残原因之一,因此需要重点防治。那么为什么会发生中风呢?要回答这个问题,我们首先要对大脑及其血液循环有个大致的印象。

脑的形态大体上分为端脑、间脑、中脑、后脑(包括脑桥和小脑)以及延髓五个部分,端脑就是我们常说的大脑,其余部分除小脑外通常称为脑干。脑的功能非常复杂,脑干是控制呼吸、循环的生命中枢,因此脑干受损常常会危及病人的生命,小脑主管机体的平衡,因此小脑受损主要表现为平衡失常,肌张力、姿态控制和随意运动的不协调;覆盖在大脑最外面的一层是大脑皮质,是掌管人体各种功能的最高级中枢,分为多个功能区,如语言、感觉、运动等。在大脑皮质和皮质下的中枢之间有许多起联系作用的神经纤维,这些纤维绝大部分经过一个叫内囊的结构,所以虽然大脑的功能分得很散,而这些传导纤维相对较集中,当内囊区受损伤,会产生广泛的影响,病人半身的感觉运动功能丧失,还可伴有偏盲。

大脑的血液供应由两个系统组成,颈内动脉系统和椎-基底动脉系统。颈内动脉系统起自颈总动脉,有眼动脉、后交通动脉、脉络丛前动脉、大脑前动脉和大脑中动脉,供应眼球及大脑半球前 $2/3$ 和间脑的前部;椎-基底动脉系统起自锁骨下动脉,有小脑下前动脉、迷路动脉、脑桥动脉、小脑上动脉、大脑后动脉,主要供应大脑半球后 $1/3$ 及脑干、小脑、间脑后部。这两个系统发出的分支分两类——皮质支和中央支,前者营养

皮质及其下面的髓质,后者深入脑实质供应皮质下的核团和联络纤维。颈内动脉分支中最大最重要的一支是大脑中动脉,它先途经脑实质,再到大脑表面。在穿过脑实质时它分出许多细小的与主干垂直的中央支,供应包括内囊在内的深部脑组织;到大脑表面后分出数条皮质支供应大脑半球部分区域,该区域内有躯体运动、感觉和语言中枢。因此,大脑中动脉及其分支如果发生阻塞,对机体的功能有严重影响。左右大脑半球动脉之间和两个动脉系统之间互相连接,形成一个脑底动脉环。健全的脑底动脉环可以充分发挥其侧支循环的作用,沟通脑前、后、左、右的血液供应,因此在某一动脉逐渐闭塞时,在这些侧支循环的作用下可不出现临床症状。如动脉急性闭塞,侧支循环不良,心脏功能不全或血压明显降低时,就会发生脑局部缺血。

人脑的血液供应非常丰富,脑仅占体重的 $1/50$ 左右,安静状态时的脑血流量却为心输出量的 $1/5$ 。无论睡觉或觉醒,要维持正常成人的脑功能,每分钟须供应脑组织 $500\sim 600$ 毫升氧和 $75\sim 100$ 毫克葡萄糖。因此,每分钟约有 $1\,000$ 毫升富含氧和葡萄糖的循环血液流经脑。脑组织本身几乎没有能量贮存,需要连续地由血液供应氧和葡萄糖。若阻断脑血流循环 6 秒钟,神经代谢即受影响;阻断 2 分钟,脑电活动停止;阻断 5 分钟则开始发生脑组织损害。脑与身体其他器官不同,它的不同区域有不同的功能,所以几乎任何部位的损害均可引起症状,而不像肝、脾、肾等器官即使发生较大梗死,其余组织可代偿,整个器官的功能不受影响,因而不出现临床症状。当供应脑的血管发生病变,或由于颅内外其他因素的变化致使脑血流减少或中断造成脑缺血或缺氧时,可导致脑神经细胞的缺氧、水肿或坏死,在临床上出现相应的症状,这就是脑血管意外,通常称为中风。中风不是一个单一的疾病,而是一类疾病的总称。中风的表现取决于受累血管所供应的脑组织的功能及病变严重程度。

第一节 中风的分类

根据脑血管是阻塞还是破裂,中风可分两大类:缺血性中风和出血性中风。由各种原因造成血管突然阻塞,称为缺血性中风,包括短暂性脑缺血发作、脑梗死(脑血栓形成和脑栓塞)。由于脑血管破裂血液流入脑组织而引起的病变,称为出血性中风,包括脑出血和蛛网膜下隙出血。脑出血是脑实质内血管破裂,而大脑表面的血管破裂所致出血称为蛛网膜下隙出血,因为血液流入的这个腔隙称为蛛网膜下隙。下面我们就这几个疾病分别叙述。

一、短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作,简称 TIA(Transient Ischemic Arrest),又称小中风。是指短暂性脑血流供应不足所致的脑功能障碍,表现为突然发病,症状持续几分钟到几小时,在 24 小时内完全恢复,不留后遗症者。

TIA 的发病是由于某些原因使颅内小动脉管腔突然堵塞或缩小关闭,血流量降低,局部脑组织发生缺血,出现临床症状;但在脑组织出现不可逆性损伤之前,脑血管恢复通畅,脑组织缺血得到纠正,24 小时内临床症状完全消失。发生这种情况的可能机制是阻塞血管的栓子非常小,容易溶解消失或被血流冲入血管末梢,使症状缓解。这些小栓子的来源常常是大动脉粥样硬化斑块破裂后,沉积的血小板和胆固醇结晶脱落,包括颈内动脉和椎基底动脉斑块内的物质脱落非常容易随血流进入颅内,引起小动脉闭塞。另外椎-基底动脉有粥样硬化后使血管腔狭窄,而椎动脉行走在颈椎横突孔内,易受颈椎病和颈部活动的压迫及牵拉的影响,当颈部突然活动时可暂时性的阻断椎基底动脉的血供,造成一过性缺血。

发生缺血部位的脑组织常无特异的病理改变。可以在主动脉弓、颈动脉等处见到动脉粥样硬化斑块、狭窄等。

本病好发于中年以后,男性发病率约为女性的 2 倍。根据临床表现分为颈内动脉系统 TIA 和椎-基底动脉系统 TIA 两类,前者较后者多见。如累及颈内动脉系统,表现为一侧肢体的运动障碍和感觉麻木、异常等,还可有言语障碍,一侧视力丧失是颈内动脉系统 TIA 特有的表现;如累及椎-基底动脉系统,最常见的症状为眩晕,但很少同时有耳鸣,可伴视野缺损和复视,还可有平衡及协调运动障碍等。

TIA 本身的危害性较小,但约 1/3 的病人在 1 至 5 年内可发生脑梗死,发生心血管病的概率远远高于一般人群,颈内动脉系统 TIA 比椎基底动脉系统 TIA 更易发展为完全性中风。所以一般认为 TIA 是中风的重要危险因素和报警信号,因为 TIA 的发作说明全身血管已有了发生脑梗死的基础。所以 TIA 一旦发生,应高度重视。

二、脑血栓形成

又称动脉血栓形成性脑梗死,指由于脑动脉管壁发生病损,形成血栓,使管腔变窄甚至闭塞,引起局部脑组织坏死。它在各类中风中发病率最高,约占 70%。

引起脑血栓形成主要有三方面的因素,包括动脉管壁病损、血液成分改变、血流速度改变,而血管壁病损是最主要的。往往是动脉粥样硬化斑块破裂,使内膜下细胞暴露于血流。先是血小板黏附于此,形成一个附壁血栓,随后通过一系列反应,红细胞进一步在此黏聚,血栓越来越大,最后完全阻塞血管。并且还可能越过血管分叉处,把另

一支血管也堵住。因为血栓形成是一个逐渐发生的过程,假如在这过程中形成足以代偿血供的侧支循环,可以完全没有症状。如果发生较快,或代偿机制不是很好,就会发生脑缺血,一开始是较轻的脑供血不足的症状,随着脑血栓的发展,病情会进展。常见的好发部位有颅底大血管、大脑中动脉及其分支、基底动脉及颈内外动脉分叉处。

血管壁出现大量结缔组织,管腔内出现大量血小板、红细胞、纤维细胞。梗死灶在急性期中央区为坏死组织,周围是水肿区。后期坏死组织液化、吸收,形成囊腔。

一般发生于高龄。有些在睡梦中发病,醒来时发现半身肢体瘫痪;白天发病的人先有头晕、眩晕、肢体麻木无力,称为前驱症状,在数小时或2~3天内症状逐渐加重,然后趋于平稳。以后由于侧支循环的建立,梗死区周围的水肿消退,症状可逐渐减轻。有一部分病人如果血栓不断扩大,阻塞了供脑的动脉血管,症状由轻变重,脑组织会因缺氧而产生严重损伤,病人可有意识障碍,甚至死亡。

三、脑栓塞

是指来自身体其他部位的栓子沿血液循环进入脑动脉,阻塞脑血管,引起脑组织缺血坏死。各种不溶解于血液中的固体、液体或气体,如血凝块、脂肪滴、空气等称为栓子。

来源于心脏的栓子最多,所以一般分为心源性和心外源性。心源性栓子约占脑栓塞的60%~80%。各种心脏病都有产生栓子的可能,风湿性心脏病瓣膜赘生物及附壁血栓脱落最为常见;心内膜炎和心律失常的患者也常常有附壁血栓脱落;较少见的有心房黏液瘤、心肌病等。心外源性中动脉粥样硬化斑块、动脉炎、动脉瘤及其伴发的血栓形成是重要的栓子来源。栓子易于进入脑动脉,也会进入其他器官或四肢的血管,但由于大脑循环量大,脑动脉的侧支循环不易建立,加上脑组织对缺血敏感,使脑的栓塞多于其他部位。

栓子特别容易进入大脑中动脉的皮质支或中央支。可以在动脉管腔中发现各种性质的栓子。不少尸解病理找不到栓子,可能由于栓子很小,或已在生前或死后溶解、碎裂。梗死灶与脑血栓形成的病理结果相同。

脑栓塞有以下几个临床特征:①起病急骤,在各种中风中,以脑栓塞发病最快、最突然,常无任何前驱症状,并且症状很快达顶峰。②年龄、性别视病因而异,风湿性心脏病所致者以年龄较轻的女性为多;如栓子来源于动脉粥样硬化、冠心病、心肌梗死时,多见于中老年。③脑部症状多数表现为颈动脉系统,特别是大脑中动脉系统闭塞症状,为偏瘫、失语、偏盲、局限性癫痫发作,或偏身感觉障碍。④多数人可以在发病时查出原发疾病的病史、症状或体征。

预防本病的措施在于积极治疗可能发生栓塞的原发疾病。

四、脑出血

指原发于脑实质内的、非创伤性的出血,常形成大小不等的脑内血肿。脑出血患者往往见于有长期高血压史、脑动脉硬化的人,是死亡率和致残率极高的一种疾病。

正常动脉可承受 600 毫米汞柱(80 千帕)以上的压力而不致破裂。但与其他部位的动脉相比,脑动脉的管壁较薄。在长期高血压情况下小动脉发生硬化,一些经常承受高压的部位,如供应深部脑组织的穿通支,因与主干呈直角分出而承受较大的压力冲击,可形成微动脉瘤,当血压突然升高时易破裂造成脑出血。动脉粥样硬化有的也可波及小动脉,使管壁变形,动脉周围组织缺血、坏死,在血压升高时可破裂出血。

80%的脑出血灶位于内囊-基底节区,血液可破入脑室或蛛网膜下隙;另有 20%的脑出血原发于脑干和小脑。血肿随病期变化,可凝固、液化、囊腔形成。急性期血肿周围的脑组织水肿明显,可使大脑半球体积增大,向对侧移位形成脑疝并压迫脑干,常为脑出血致死的直接原因。

脑出血好发于 55 岁以上中老年人,男女相近。大多有高血压、头晕、头痛病史。常在情绪激动,活动用力时突然起病,出现昏迷、偏瘫、呕吐等。病情进展迅速,症状多在数小时内达到顶峰。少数病人的肢体瘫痪和意识障碍可在数小时至 1~2 天内进行性加重,最终偏瘫、昏迷。

脑出血的急性期死亡率虽高,但如能及时抢救、合理治疗、坚持康复训练,约有半数或更多的病人得以存活。预防脑出血的发生和再发,需在中风前后定期检查和治療各种中风危险因素,特别是及早发现和治疗高血压病。

五、蛛网膜下隙出血

是多种病因引起的一类出血性中风。

主要是位于颅内脑底部的先天性动脉瘤、动脉硬化性动脉瘤和脑表浅部动静脉畸形等血管病损日渐发展,在管壁极其薄弱处,血液可以渗漏,当血压突然升高时更易破裂、出血。血液流入蛛网膜下隙,刺激脑膜和血管,使脑动脉痉挛,严重时引起脑梗死或脑干缺血,使病情加重甚至死亡。

任何年龄均可发病,但多数在 30 岁以上。没有前驱症状,在用力或激动时突然发病,出现剧烈头痛、恶心、呕吐,这是血液刺激脑膜引起的。半数病人可有意识障碍,如脑干缺血,可出现脉搏、呼吸变慢,甚至突然呼吸停止而死亡。

动脉瘤破裂易在 2~4 周内复发,经血管造影检查适于手术者,应争取早日手术以

防再发。

第二节 中风的病因及其相关危险因素

导致中风最直接的原因就是脑血流中断。许多原因可以造成血管阻塞,除了一小部分是由于局限性的血管病变造成的,大部分是全身性血管病变或系统性疾病在脑部的表现。局部因素主要有先天性动脉瘤、动静脉畸形,或脑肿瘤、外伤等累及血管。全身性因素可分为血管因素、血液动力学因素、血液因素,其中血管因素是最主要的。

1. 血管因素 主要是动脉硬化,包括动脉粥样硬化和高血压性小动脉硬化,还有动脉炎、小动脉阻塞。动脉粥样硬化由多种原因造成,在后面中风的危险因素内我们会详述。

2. 血液动力学因素 主要是高血压和低血压。高血压可对脑内的小动脉产生额外的张力,引起血管膨胀和破裂。而低血压(主要是心跳骤停或大量出血时的血压剧烈下降)可造成严重的脑缺血或脑梗死。

3. 血液因素 当血液成分出现异常时,主要是血液中细胞增多使血液黏度增加,或红细胞减少(贫血)使血液输送氧减少。这些因素一般不会单独造成中风,而是在其他因素的基础上促使中风的发生。

国内、外流行病学调查表明,中风是一类严重威胁人类健康的常见病,是目前世界上导致人类死亡的三大主要疾病之一。中风不仅死亡率高,致残率也很高。一部分病人病情危重,经抢救脱险后遗有半身不遂、吞咽困难、失语或痴呆,给家庭和社会造成沉重的负担。中风对人的生活影响很大,一旦发生目前还没有很好的治疗方法。中风很大程度上是一种生活方式疾病,因此了解中风的危险因素,控制和改善这些危险因素,从而预防中风的发生是非常重要的。中风的危险因素主要有以下几个。

一、高血压

高血压是中风第一位的危险因素。为什么说高血压是中风的最危险因素?据报道,美国高血压患者脑梗死的发病率是正常人的2~3倍。日本是世界上中风发病率最高的国家,高血压病人患中风者是正常人的13.1倍。在我国,有报道80%的中风病人与高血压有关,其中86%的脑出血和71%的脑血栓形成者都有高血压病史。而没有症状的高血压,发生中风的机会是正常血压者的4倍。同时,研究中还发现,无论是收缩压还是舒张压升高,对中风的危险性都很大。收缩压>150毫米汞柱(19.4千

帕)者,发生中风的相对危险性,是收缩压 ≤ 150 毫米汞柱者的28.8倍。而舒张压 >90 毫米汞柱(12.0千帕)者是舒张压 ≤ 90 毫米汞柱者的19倍,这些都充分说明了高血压是中风的首要危险因素。有效地控制血压,可明显地降低中风的发病率。

高血压引起中风的机制,主要是由于加速脑动脉硬化所引起的。由于长期的高血压,可导致小动脉管壁发生病变,管腔变硬,内膜增厚,当脑血管管腔狭窄或闭塞时,可使脑组织缺血、缺氧。高血压还可引起细小动脉管壁透明样变性、纤维素样坏死,进而形成微小动脉瘤,当血压骤升时,可使这种已经变硬脆弱的血管破裂出血,从而发生脑出血。

二、低血压

血压低为什么也会引起中风?高血压能导致中风,已是人们所普遍掌握的常识,但低血压也能引起中风,却往往被忽视。实际上,低血压引起的中风并不少见。临床研究证明,过高的血压和过低的血压都会给血管带来损害。血压过高,脑血管充血,血管内压力显著升高,当超过血管所能耐受的程度时,就会破裂出血而发生脑出血。而血压过低,不能使血管正常扩张,循环血流量减少,脑血管痉挛,使脑组织缺血、缺氧。另外,血管压力过低,管腔相对狭窄,血流缓慢,血小板易于聚集,血黏度增高,而发生脑血栓形成。

我们在日常生活中,经常会遇到这种情况,一些人血压并不高,也没有高血压病史,睡前还是好好的,但当次日清晨醒来时,却突然发生口眼歪斜、偏瘫和失语。这是怎么回事呢?主要是因为夜间血压较白天更低,血流缓慢,血液中的血小板、胆固醇、三酰甘油(甘油三酯)及纤维蛋白等容易沉积,促使血凝块或血栓形成,易出现脑供血不足,以致造成血管阻塞,而发生中风。由此可见,低血压的人,特别是老年人,常有发生缺血性中风的可能。故应调节血压,使血压保持在正常范围内,以预防中风的发生。

三、糖尿病

糖尿病易引起中风,现已为人们所重视。据统计,有10%~30%的中风患者患有糖尿病。糖尿病患者发生患缺血性中风的概率是一般人的2.8倍。中风已成为糖尿病患者死亡的主要原因,死亡率高达12%~28%。

为什么糖尿病与中风的的关系那么密切呢?因为糖尿病是一种以糖代谢紊乱为主要表现的内分泌性疾病。主要是患者的胰岛 β 细胞分泌胰岛素绝对或相对不足,引起糖、脂肪和蛋白质代谢紊乱,不但可使血糖增高,而且还会使葡萄糖转化为脂肪。由于其脂肪过度氧化、分解为三酰甘油和游离脂肪酸,尤其是胆固醇增多显著,形成高血脂

症,加速了糖尿病病人的动脉硬化。有人报道,糖尿病病人动脉硬化的发生率是正常人的 10 倍,并且发生年龄早,病程进展快。糖尿病病人的血管病变主要位于脑动脉、冠状动脉和下肢动脉。由于动脉硬化,使动脉弹性减弱,动脉内膜粗糙,易造成血小板在动脉壁上附着,所以,容易发生脑血栓形成。

除了上述病理基础外,糖尿病病人的血液流变学异常,血液黏度增高,也是一个重要因素。糖尿病病人血浆脂蛋白浓度增加,血脂增高,红细胞异常,血小板黏附性聚集性增强,加上多尿引起人体内脱水等,均可造成血液黏度增高,使微血管内血流不畅或栓塞。此外,糖尿病病人激素调节功能异常,生长激素增多,使血小板聚集黏附性增强,胰高血糖素增多,纤维蛋白原增加,血液黏度增高,血流缓慢,这些均易导致脑血栓形成。

总之,糖尿病是发生中风的主要危险因素。所以,糖尿病病人应积极治疗,以预防中风发生。

四、心脏病

冠心病病人发生脑梗死者比无冠心病者高 5 倍;经心电图证实,右心室肥厚的病人,发生脑梗死的概率者比正常者高 9 倍;此外,风湿性心脏病、亚急性心内膜炎、细菌性心内膜炎、病毒性心肌病、心房纤颤、心力衰竭等心脏病,都能增加中风的发生率。

心脏病病人为什么易发生中风?由心脏病引起中风,主要通过两个途径:一是心脏自身的病变,如心脏瓣膜、心室壁及心室腔内的栓子,进入血液循环,阻塞了脑部血管造成脑栓塞;二是由于严重的冠心病、心功能不全等,导致心脏输出量减少,脑灌注不足,脑部缺血,发生脑血栓形成。

风湿性心脏病所致的心房纤颤是造成脑栓塞的主要原因,占 40%~90%,而且容易反复栓塞,两年内再发者占 30%。这是因为心房肌肉收缩不同步,血液淤积于心房内,易形成附壁血栓,一旦脱落即造成脑栓塞。心脏赘生物反复脱落,进入血液循环阻塞了脑部血管引起的。此外,亚急性心内膜炎、病毒性心肌炎等,心脏壁上的血栓脱落,随血液流动,进入大脑,阻塞了较细的脑血管,也容易发生脑栓塞。

冠心病引起中风的病因,主要由于冠状动脉硬化、血管狭窄、心脏缺血、心脏输出量减少,脑部血液相对不足,造成脑缺氧和血液动力学改变,形成脑血栓。

充血性心力衰竭病人发生中风,则是由于心排出量减少,脑灌注量降低,血液淤滞,容易形成血栓,而发生缺血性中风。

总之,心脏病容易引起中风,因此不容忽视,应加强原发病的治疗,以预防中风。

