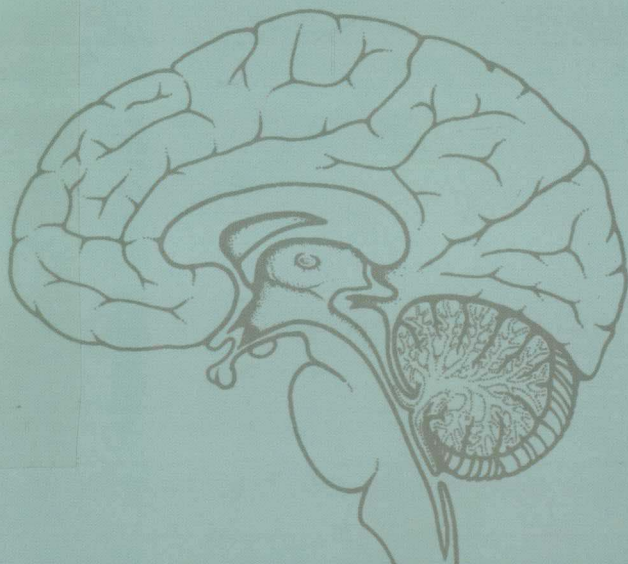


脑梗死患者 康复宜忌

孟昭泉 闫中瑞 主编



金盾出版社

脑梗死患者康复宜忌

主 编

孟昭泉 闫中瑞

副主编

韩 玮 郭 森 张国昌

编 著 者

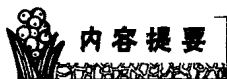
(以姓氏笔画为序)

王 丹 刘 洁 刘厚林

米亚南 庞 虎 李永涛

张国柱 孟现伟 孟靛靛

金 盾 出 版 社



本书简要介绍了脑梗死的基础知识,包括分类、病因及临床表现、辅助检查及诊断与鉴别诊断;详细介绍了脑梗死患者康复的日常生活宜忌、饮食宜忌、运动宜忌、中西医治疗宜忌及并发症的防治方法等。其内容通俗易懂,科学实用,图文并茂,是脑梗死患者及其家属的必备读物,也可供基层医务人员阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

脑梗死患者康复宜忌/孟昭泉,闫中瑞主编.--北京:金盾出版社,2012.1

ISBN 978-7-5082-7183-5

I. ①脑… II. ①孟…②闫… III. ①脑栓塞—康复 IV. ①R743.330.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 198549 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 83219215

传真:68276683 网址:www.jdcbs.cn

封面印刷:北京精美彩色印刷有限公司

正文印刷:北京三木印刷有限公司

装订:北京三木印刷有限公司

各地新华书店经销

开本:850×1168 1/32 印张:7.25 字数:181 千字

2012 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:1~8 000 册 定价:17.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前 言

新中国成立 60 余年来,我国人民的生活条件逐渐改善,卫生事业不断发展,传染病得到控制,婴儿死亡率下降,人民平均期望寿命明显增长。但由于生活方式的转变,脑梗死已逐渐成为常见病,给社会及家庭带来沉重负担。我国 1986~1990 年流行病学调查结果显示,脑梗死的患病率为 719~745.6/10 万,死亡率为 116~141.6/10 万。最近的统计显示,脑梗死已是死亡率最高的疾病,排在三大死亡疾病(脑梗死、心肌梗死、恶性肿瘤)之首。

我国政府对脑梗死的防治工作非常重视,卫生部先后在全国各地成立了脑梗死筛查和防治基地,为脑梗死的防治、康复及咨询提供了良好的条件,大大降低了脑梗死的死亡率及致残率。

近 20 年来,中西医结合诊治脑梗死技术有了飞速发展。我们也在长期的临床工作中采用中西医结合、寓康复于急救全过程的方法治疗脑梗死,获得了花钱少、见效快、存活后致残少、生活质量高的效果,取得了丰富的临床诊治经验。我们通过进社区义诊、咨询,向居民宣讲认识脑梗死的临床特点及表现,普及预防知识,让广大居民掌握一些脑梗死的防治方法,并协助社区医生及基层医院的相关医生采取必需的检查方法及正确的治疗措施等,业已收到良好的社会效益和经济效益。为此,我们组织了一批脑血管疾病专家,根据脑梗死康复的新理念,编

写了《脑梗死患者康复宜忌》一书。本书简要介绍了脑梗死的基础知识,包括分类、病因及临床表现、辅助检查及诊断和鉴别诊断;详细介绍了脑梗死患者康复的日常生活宜忌、饮食宜忌、运动宜忌、中西医治疗宜忌及并发症防治方法等。其内容通俗易懂、科学实用、图文并茂,是脑梗死患者及其家属的必备读物,也可供基层医务人员阅读参考。

由于编者水平所限,书中不足之处,敬请专家、同仁及广大读者赐教。

孟昭泉



一、基础知识

- (一)脑血栓形成的临床表现..... (1)
- (二)脑栓塞的临床表现..... (7)
- (三)腔隙性脑梗死的临床表现..... (8)
- (四)诊断与鉴别诊断 (10)

二、日常生活宜忌

- (一)日常生活调养 (13)
- (二)日常生活禁忌 (22)

三、饮食宜忌

- (一)饮食宜进 (23)
- (二)饮食禁忌 (48)

四、运动宜忌

- (一)适宜运动 (50)

(二)运动禁忌..... (124)

五、中西医治疗宜忌

(一)常用西药治疗..... (125)
(二)常用中医中药治疗..... (139)
(三)其他疗法..... (162)
(四)药物禁忌..... (174)

六、并发症治疗

(一)偏瘫肩痛..... (178)
(二)肩关节半脱位..... (182)
(三)肩手综合征..... (183)
(四)直立性低血压..... (183)
(五)深静脉血栓..... (184)
(六)肺部感染..... (184)
(七)泌尿系感染..... (187)
(八)压疮..... (189)
(九)痉挛和关节挛缩..... (191)
(十)骨质疏松..... (191)
(十一)血管性痴呆..... (195)

一、基础知识

脑梗死又称缺血性脑梗死,是指各种原因所致脑部血液供应障碍,导致脑组织缺血、缺氧性坏死,出现相应神经功能缺损。脑梗死是脑血管病的最常见类型,约占全部脑血管病的70%。通常依据脑梗死的发病机制和临床表现,分为脑血栓形成、脑栓塞、腔隙性脑梗死。

脑梗死的病因既有共性,不同类型之间又存在一定的差异。最常见的病因:脑血栓形成为动脉粥样硬化和动脉炎,脑栓塞为心源性和非心源性栓子,腔隙性脑梗死为高血压、动脉粥样硬化和微栓子等。

(一)脑血栓形成的临床表现

脑血栓形成是脑梗死最常见的类型,约占全部脑梗死的60%。是在各种原因引起的血管壁病变基础上,脑动脉主干或分支动脉管腔狭窄、闭塞或血栓形成,引起局部血流减少或供血中断,使脑组织缺血、缺氧性坏死,出现局灶性神经系统症状和体征。

1. 一般特点 动脉粥样硬化性脑梗死多见于中老年人,动脉炎性脑梗死以中青年人为多见。常在安静或睡眠中发病,部分病例有短暂性脑缺血发作前驱症状(如肢体麻木、无力等),局灶性体征多在发病后十余小时或1~2日达到高峰,临床表现取决于梗死灶的大小和部位。患者一般意识清楚,当发生基底动脉血栓或大面积脑梗死时,可出现意识障碍,甚至危及生命。

2. 不同脑血管闭塞的临床特点

(1)颈内动脉闭塞的表现:严重程度差异较大,主要取决于侧



支循环状况。颈内动脉闭塞常发生在颈内动脉分叉后,30%~40%的病例可无症状。症状性闭塞可出现单眼一过性黑矇,偶见永久性失明(视网膜动脉缺血)或 Horner 征(颈上交感神经节后纤维受损)。远端大脑中动脉血液供应不良,非优势半球受累可有体象障碍和同向性偏盲等,优势半球受累可伴失语症,非优势半球受累可有体象障碍。体检可闻及颈动脉搏动减弱或闻及血管杂音。

(2)大脑中动脉闭塞的表现

①主干闭塞。导致三偏症状,即病灶对侧偏瘫(包括中枢性面舌瘫和肢体瘫痪)、偏身感觉障碍及偏盲,伴头、眼向病灶侧凝视,优势半球受累出现完全性失语症,非优势半球受累出现体象障碍,患者可以出现意识障碍。主干闭塞相对少见,仅占大脑中动脉闭塞的2%~5%。

②皮质上闭塞

●上部分支闭塞。导致病灶对侧面部、上下肢瘫痪和感觉缺失,但下肢瘫痪较上肢轻,而且足部不受累,头、眼向病灶侧凝视程度轻,伴 Broca 失语(优势半球)和体象障碍(非优势半球),通常不伴意识障碍。

●下部分支闭塞。较少单独出现,导致对侧同向性上1/4视野缺损,伴 Wernicke 失语(优势半球)和急性意识模糊状态(非优势半球),无偏瘫。

③深穿支闭塞。最常见的是纹状体内囊梗死,表现为对侧中枢性均等性轻偏瘫、对侧偏身感觉障碍,可伴对侧同向性偏瘫偏盲。优势半球病变出现皮质下失语,常为底节性失语,表现自发性言语受限,音量小,语调低,持续时间短暂。

(3)大脑前动脉闭塞的表现

①分出前交通动脉前主干闭塞。可因对侧动脉的侧支循环代偿不出现症状,但当双侧动脉起源于同一个大脑前动脉主干时,就

会造成双侧大脑半球的前、内侧梗死,导致截瘫、二便失禁、意识缺失、运动性失语综合征和额叶梗死导致人格改变等。

②前交通动脉后大脑前动脉远端闭塞。导致对侧的足和下肢的感觉运动障碍,而上肢和肩部的瘫痪轻,面部和手部不受累。感觉丧失主要是辨别觉丧失,而有时不出现。可以出现尿失禁(旁中央小叶受损)、淡漠、反应迟钝、欣快和缄默等(额极与胼胝体受损),对侧出现强握及吸吮反射和痉挛性强直(额叶受损)。

③皮质支闭塞。导致对侧中枢性下肢瘫,可伴感觉障碍(胼周和胼缘动脉闭塞);对侧肢体短暂性共济失调、强握反射及精神症状(眶动脉及额极动脉闭塞)。

④深穿支闭塞。导致对侧中枢性面舌瘫、上肢近端轻瘫。

(4)大脑后动脉闭塞的表现:主干闭塞症状取决于侧支循环。

①单侧皮质支闭塞。引起对侧同向性偏瘫,上部视野较下部视野受累常见,黄斑区视力不受累(黄斑区的视皮质代表区为大脑中、后动脉双重供应)。优势半球受累可出现失读(伴或不伴失写)、命名性失语、失认等。

②双侧皮质支闭塞。可导致完全型皮质盲,有时伴有不成形的视幻觉、记忆受损(累及颞叶)、不能识别熟悉面孔(面容失认症)等。

③大脑后动脉起始段的脚尖支闭塞。可引起中脑中央和下丘脑综合征,包括垂直性凝视麻痹、昏睡,甚至昏迷;旁正中动脉综合征,主要表现是同侧动眼神经麻痹和对侧偏瘫,即 Weber 综合征(病变位于中脑基底部,动眼神经和皮质脊髓束受累);同侧动眼神经麻痹和对侧共济失调、震颤,即 Claude 综合征(病变位于中脑被盖部,动眼神经和结合臂);同侧动眼神经麻痹和对侧不自主运动和震颤,即 Bendikt 综合征(病变位于中脑被盖部,动眼神经、红核和结合臂)。

④大脑后动脉深穿支闭塞。丘脑穿通动脉闭塞产生红核丘脑

综合征,表现为病灶侧舞蹈样不自主运动、意向性震颤、小脑性共济失调和对侧偏身感觉障碍;丘脑膝状体动脉闭塞产生丘脑综合征(丘脑的感觉中继核团梗死),表现为对侧深感觉障碍、自发性疼痛、感觉过度、轻偏瘫、共济失调、手部痉挛和舞蹈-手足徐动症等。

(5)椎-基底动脉闭塞的表现:血栓性闭塞多发生于基底动脉中部,栓塞性通常发生在基底动脉尖。基底动脉或双侧椎动脉闭塞是危及生命的严重血管事件,引起脑干梗死,出现眩晕、呕吐、四肢瘫痪、共济失调、肺水肿、消化道出血、昏迷和高热等。脑桥病变出现针尖样瞳孔。

①闭锁综合征。基底动脉的脑桥支闭塞致双侧脑桥基底部梗死。

②脑桥腹外侧综合征。基底动脉短旋支闭塞,表现为同侧神经、展神经麻痹和对侧偏瘫。

③脑桥腹内侧综合征。基底动脉的旁中央支闭塞,同侧周围性面瘫、对侧偏瘫和双眼向病变同侧通向运动不能。

④基底动脉尖综合征。基底动脉间断分出小脑上动脉和大脑后动脉,闭塞后导致眼球运动障碍及瞳孔、觉醒和行为障碍,可伴有记忆力丧失、对侧偏盲或皮质盲。中老年梗死,突发意识障碍并较快恢复,出现瞳孔改变、动眼神经麻痹、垂直凝视麻痹,无明显运动和感觉障碍,影响到该综合征的可能,如有皮质盲或偏盲、严重记忆障碍更支持。CT及MRI显示双侧丘脑、枕叶、颞叶和中脑多发病灶可确诊。

⑤延髓背外侧综合征。由小脑后下动脉或椎动脉供应延髓外侧的分支动脉闭塞所致。

3. 特殊类型的脑梗死

(1)大面积脑梗死:通常由颈内动脉主干、大脑中动脉主干闭塞或皮质支完全性梗死所致,表现为病灶对侧完全性偏瘫、偏身感觉障碍及向病灶对侧凝视麻痹。病程呈进行性加重,易出现明显

的脑水肿和颅内压增高征象,甚至发生脑疝死亡。

(2)分水岭脑梗死(CWSI):是由相邻血管供应区交界处或分水岭区局部缺血导致,也称边缘带(border zone)脑梗死,多因血流动力学原因所致。典型病例发生于颈内动脉严重狭窄或闭塞伴血压降低时,亦可源于心源性或动脉源性栓塞。常呈梗死样发病,症状较轻,纠正病因后病情易得到有效控制。可分为以下类型。

①皮质前型。见大脑前、中动脉分水岭脑梗死,病灶位于额中回,可沿前后中央回上部带状走行,直达顶上小叶。表现以上肢为主,为主的偏瘫及偏身感觉障碍,伴有情感障碍、强握反射和局灶性癫痫,主侧病变还可出现经皮质运动性失语。

②皮质后型。见于大脑中、后动脉或大脑前、中、后动脉皮质支分水岭区梗死,病灶位于顶、枕、颞交界区。常见偏盲,下象限盲为主,可有皮质性感觉障碍,无偏瘫或偏瘫较轻。约50%病例有情感淡漠、记忆力减退或Gerstmann综合征(优势半球角回受损)。优势半球侧病变出现经皮质感觉性失语,非优势半球侧病变可见体象障碍。

③皮质下型。见于大脑前、中、后动脉皮质支与深穿支分水岭区梗死或大脑前动脉回返支(Heubner动脉)与大脑中动脉豆纹动脉分水岭区梗死,病灶位于大脑深部白质、壳核和尾状核等。表现为纯运动性轻偏瘫或感觉障碍、不自主运动等。

(3)出血性脑梗死:是由于脑梗死灶内的动脉自身滋养血管同时缺血,导致动脉血管壁损伤、坏死,在此基础上如果血管腔内血栓溶解或其侧支循环开放等原因使已损伤血管血流得到恢复,则血液会从破损的血管壁漏出,引发出血性脑梗死,常见于大面积脑梗死后。

(4)多发性脑梗死:指两个或两个以上不同供血系统血管闭塞引起的梗死,一般由反复多次发生脑梗死所致。

4. 脑血栓形成辅助检查

(1)血液检查和心电图检查:血液检查包括血常规、血流变、血生化(包括血脂、血糖、肾功能、电解质)。这些检查有利于发现脑梗死的危险因素,对鉴别诊断也有价值。

(2)神经影像学检查:可以直观显示脑梗死的范围、部位、血管分布、有无出血、病灶的新旧等。

①CT 检查。发病后应尽快进行 CT 检查,虽早期有时不能显示病灶,但对排除脑出血至关重要。多数病例发病 24 小时后逐渐显示低密度梗死灶,发病后 2~15 日可见均匀片状或楔形的明显低密度灶。大面积脑梗死有脑水肿和占位效应,出血性梗死呈混杂密度。病后 2~3 周为梗死吸收期,由于病灶水肿消失及吞噬细胞浸润可与正常周围脑组织等密度,CT 上难以分辨,称为“模糊效应”。增强扫描有诊断意义,梗死后 5~6 日出现增强现象,1~2 周最明显,约 90% 的梗死灶显示不均匀强化。头颅 CT 是最方便、快捷和常用的影像学检查手段,缺点是对脑干、小脑部位病灶及较小梗死灶分辨力较差。

②磁共振(MRI)检查。可清晰显示早期缺血性梗死及脑干、小脑梗死,静脉窦血栓形成等,梗死灶 T_1 呈低信号、 T_2 呈高信号,出血性梗死时 T_1 相有高信号混杂。MRI 弥散加权成像可早期显示缺血病变(发病 2 小时内),为早期治疗提供重要信息。

③血管造影包括。数字减影血管造影(DSA)、CT 血管造影(CTA)和磁共振血管造影(MRA)。可以发现血管狭窄、闭塞及其他血管病变,如动脉炎、脑底异常血管网病、动脉瘤和动静脉畸形等,可以为梗死的血管内治疗提供依据。

(3)腰穿检查:仅在无条件的情况下进行 CT 检查,临床又难以区别脑梗死与脑出血时进行,一般脑血栓形成的患者脑脊液(CSF)压力、常规及生化检查正常,但据此仍不能诊断为脑梗死。

(4)彩色多普勒血流仪(TCD):对评估颅内外血管狭窄、闭

一、基础知识

塞、痉挛或血管侧支循环建立情况有帮助,目前也有用于溶栓治疗监测。缺点为由于受血管周围软组织或颅骨干扰及操作人员技术水平影响,目前不能完全替代 DSA,只能用于高危患者筛查和定期血管病变监测,为进一步治疗提供依据。

(5)超声心动图检查:可发现心脏附壁血栓、心房黏液瘤和二尖瓣脱垂,对脑梗死不同类型间鉴别诊断有意义。

(二)脑栓塞的临床表现

脑栓塞是指各种栓子随血流进入颅内动脉使血管腔急性闭塞,引起相应供血区脑组织坏死及功能障碍,占脑梗死的 15%~20%。

1. 一般特点 脑栓塞可发生于任何年龄,以青壮年多见,多在活动中骤然发病,无前驱症状,局灶性神经体征在数秒至数分钟达到高峰,多表现为完全性梗死。大多数患者伴有风湿性心脏病、冠心病和严重心律失常等;或存在心脏手术、长骨骨折、血管内介入治疗等栓子来源病史。有些患者同时并发肺栓塞(气急、发绀、胸痛、咯血和胸膜摩擦音等)、肾栓塞(腰痛、血尿)、肠系膜栓塞(腹痛、便血等)和皮肤栓塞(出血点或淤血斑)等疾病表现。有无意识障碍取决于栓塞血管的大小和梗死的面积。

2. 血管栓塞的临床表现 不同部位血管栓塞会造成相应的血管闭塞综合征,详见脑血栓形成部分。与脑血栓形成相比,脑栓塞易导致多发性梗死,并容易复发和出血。病情波动大,病初严重,但因为血管的再通,部分病例临床症状可迅速缓解;有时因并发出血,临床症状可急剧恶化;有时因栓塞再发,稳定或一度好转的局灶性体征可再次加重。本病如因感染性栓子栓塞所致,并发颅内感染者,多病情危重。

3. 脑栓塞辅助检查

(1)CT 和 MRI 检查:可显示缺血性梗死或出血性梗死改变,合并出血性梗死高度支持脑栓塞诊断。CT 检查在发病后 24~48 小时可见病变部位呈低密度改变,发生出血性脑梗死时可见低密度梗死区出现 1 个或多个高密度影。磁共振血管造影(MRA)可发现颈动脉狭窄或闭塞。

(2)脑脊液检查:一般压力正常,压力增高提示大面积梗死,如非必要尽量避免行此项检查。出血性梗死脑脊液可呈血性或镜下红细胞;感染性脑栓塞如亚急性细菌性心内膜炎产生含细菌栓子,脑脊液中白细胞数明显增高,早期中性粒细胞为主,晚期淋巴细胞为主;脂肪栓塞脑脊液可见脂肪细胞。

(3)心电图检查:应常规检查,作为确定心肌梗死和心律失常的依据。脑栓塞作为心肌梗死首发症状并不少见,更需注意无症状性心肌梗死。超声心动图检查可证实是否存在心源性栓子,颈动脉超声检查可评价颈动脉管腔狭窄程度及动脉硬化斑块情况,对证实颈动脉源性栓塞有一定意义。

(三)腔隙性脑梗死的临床表现

腔隙性脑梗死是指大脑半球或脑干深部的小穿通动脉,在长期高血压基础上,血管壁发生病变,最终管腔闭塞,导致缺血性微梗死,缺血、坏死和液化的脑组织由吞噬细胞移走形成空腔,故称腔隙性脑梗死。主要累及脑的深部白质、基底节、丘脑和脑桥等部位,形成腔隙性梗死灶。部分病例的病灶位于脑的相对静息区,无明显的神经缺损症状,放射学检查或尸解时才得以证实,故称为静息性梗死或无症状性梗死。腔隙性脑梗死占全部脑梗死的 20%~30%。

1. 一般特点 本病多见于中老年患者,男性多于女性,50%

一、基础知识

以上的病例有高血压病史,突然或逐渐起病,出现偏瘫或偏身感觉障碍等局灶症状。通常症状较轻、体征单一、预后较好,一般无头痛、颅内高压和意识障碍表现,许多患者并不出现临床症状,而由头颅影像学检查发现。

2. 常见的腔隙综合征 Fisher 根据临床和病理学资料,将本病归纳为 21 种临床综合征,其中常见的有以下 5 种。

(1) 纯运动性轻偏瘫(PMH):是最常见类型(约占 60%),病变多位于对侧内囊、放射冠或脑桥。表现为对侧面部及上下肢大体相同程度轻偏瘫,无感觉、视觉障碍和皮质功能障碍(如失语等);若为脑干病变,不出现眩晕、耳鸣、眼震、复视及小脑性共济失调等。常突然发病,数小时内进展,许多患者遗留受累肢体的笨拙或缓慢运动。

(2) 纯感觉性梗死(PSS):较常见。特点是偏身感觉缺失,可伴感觉异常,如麻木、烧灼或沉重感、刺痛、僵硬感等;病变主要位于对侧丘脑腹后外侧核。

(3) 共济失调性轻偏瘫(AH):病变对侧轻偏瘫伴小脑性共济失调,偏瘫下肢重于上肢(足踝部明显),面部最轻,共济失调不能用无力来解释,可伴锥体束征。病变位于脑桥基底部分、内囊或皮质下白质。

(4) 构音障碍-手笨拙综合征(DCHS):约占 20%,起病突然,症状迅速达高峰,表现为构音障碍,吞咽困难,病变对侧中枢性面舌瘫、面瘫侧手无力和精细动作笨拙(书写时易发现),指鼻试验不准,轻度平衡障碍。病变位于脑桥基底部分、内囊前肢及膝部。

(5) 感觉运动性梗死(SMS):以偏身感觉障碍起病,再出现轻偏瘫,病灶位于丘脑腹后核及邻近内囊后肢,是丘脑膝状体动脉分支或脉络膜后动脉丘脑支闭塞所致。腔隙状态是本病反复发作引起多发性腔隙性梗死,累及双侧皮质脊髓束和皮质脑干束,出现严重精神障碍、认知功能下降、假性延髓性麻痹、双侧锥体束征、类帕

金森综合征和尿便失禁等。

3. 腔隙性脑梗死辅助检查

(1)CT:可见内囊基底节区、皮质下白质单个或多个圆形、卵圆形或长方形低密度灶,边界清晰,无占位效应。

(2)MRI:呈 T_1 低信号、 T_2 高信号,可较 CT 更为清楚地显示腔隙性脑梗死病灶。

(3)脑脊液和脑电图:常无阳性发现。

(四)诊断与鉴别诊断

1. 诊断要点

(1)发病年龄较大。

(2)可能有前驱的短暂性脑缺血发作史(TIA)。

(3)常有脑动脉硬化史。

(4)伴有高血压、冠心病及糖尿病。

(5)安静休息状态下发病多,常在晨间睡醒后发现症状。

(6)症状常在几小时或较长时间内逐渐加重。

(7)有偏瘫、失语、感觉障碍等局灶性的脑功能缺损。

(8)意识常保持清晰,多无明显头痛、呕吐、意识障碍及脑膜刺激等全脑症状。

(9)脑脊液正常可以考虑本病。

(10)脑 CT 或 MRI 可明确诊断。

(11)年轻者应需进一步查找动脉炎等其他少见的病因。

2. 鉴别诊断

(1)脑出血:起病更急,意识障碍较重,常有头痛、呕吐及脑膜刺激征,血压常明显升高,脑脊液为血性,且压力增高,脑 CT 示脑内高密度区(表 1)。