



JIATING KANGFU YU HULI XILIE

家庭康复与护理系列

脑卒中

家庭用药、配餐与护理

周宏珍 张晓梅 主 编

全小明 邝惠冰 副主编



化学工业出版社





JIATING KANGFU YU HULI XILIE

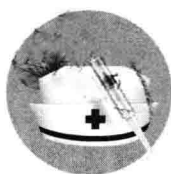
家庭康复与护理系列

脑卒中

家庭用药、配餐与护理

周宏珍 张晓梅 主 编

全小明 邝惠冰 副主编



化学工业出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

脑卒中家庭用药、配餐与护理/周宏珍, 张晓梅主编. —北京: 化学工业出版社, 2014. 5

(家庭康复与护理系列)

ISBN 978-7-122-19882-2

I. ①脑… II. ①周…②张… III. ①脑血管疾病-
药物疗法②脑血管疾病-食物疗法③脑血管疾病-护理
IV. ①R743. 05②R247. 1③R473. 74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 035876 号

责任编辑: 傅四周

文字编辑: 赵爱萍

责任校对: 陶燕华

装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社 (北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 刷: 北京云浩印刷有限责任公司

装 订: 三河市前程装订厂

710mm×1000mm 1/16 印张 12 字数 229 千字 2014 年 6 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 35.00 元

版权所有 违者必究

编写人员名单

主 编 周宏珍 张晓梅

副主编 全小明 邝惠冰

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

陈 琼	南方医科大学南方医院
陈晓珊	广东省人民医院
邓逃生	南方医科大学南方医院
何咏群	广州中医药大学第一附属医院
邝惠冰	广东省人民医院
李少芳	广东省人民医院
梁 丽	南方医科大学南方医院
梁玉婷	南方医科大学南方医院
廖 黎	南方医科大学南方医院
罗冬华	南方医科大学南方医院
彭 娟	南方医科大学南方医院
全小明	广州中医药大学第一附属医院
史琳娜	南方医科大学南方医院
宋慧锋	广州中医药大学第一附属医院
谭庙琴	南方医科大学南方医院
吴 蓓	广州中医药大学第一附属医院
张 力	南方医科大学南方医院
张钦缔	南方医科大学南方医院
张文静	广东省人民医院
张晓梅	南方医科大学南方医院
周宏珍	南方医科大学南方医院

审 校 史琳娜



前言

脑卒中是指急性脑循环障碍导致局限性或弥漫性脑功能缺损的临床事件，通常包括脑出血、脑梗死、蛛网膜下腔出血。在我国，脑卒中已成为当今严重危害中老年人生命与健康的主要公共卫生问题。脑卒中还是重要的致残疾病，据统计，在存活的脑卒中患者中，约有 3/4 的患者存在不同程度的丧失劳动能力情况，这些患者均需要长期的家庭治疗与护理。因此，笔者组织相关专家编写《脑卒中家庭用药、配餐与护理》一书，对脑卒中的家庭用药、配餐与护理等各方面问题进行详细介绍，以满足脑卒中患者及其家属对相关知识的需求。本书语言简练，图文并茂，深入浅出，通俗易懂，便于广大患者及家属领会和掌握。

本书共分四章。第一章详细介绍了脑卒中的概念、临床类型、功能障碍、发病因素以及预防，让大家全面认识脑卒中；第二章详细介绍了脑卒中家庭常用西药、中药、用药注意事项以及用药禁忌，以正确地指导脑卒中患者家庭用药；第三章详细介绍了脑卒中家庭配餐，以指导脑卒中患者科学饮食；第四章详细介绍了家庭康复护理技术、常见并发症的预防、心理护理以及血压和血糖的自我检测，以指导患者及家属进行更专业的家庭护理。

由于编写时间仓促，水平有限，疏漏之处在所难免，恳请读者批评指正。

周宏珍
2014 年 3 月



目录

第一章 ○ 认识脑卒中	1
第一节 什么是脑卒中	1
一、脑部的血液供应	1
二、脑部代谢的特点	2
三、脑血流量的调节	2
四、脑卒中的病因	2
五、脑卒中的危险因素	2
六、脑卒中高危患者筛查与干预	3
七、脑卒中的预警症状	4
八、脑卒中的家庭急救方法	4
九、脑卒中急救常见的错误方法	5
十、脑卒中的认识误区	5
第二节 脑卒中的临床类型及症状	7
一、短暂性脑缺血发作	7
二、脑梗死	8
三、脑出血	9
四、蛛网膜下腔出血	10
第三节 脑卒中常见的功能障碍	11
一、意识障碍	11
二、认知障碍	13
三、视听语言障碍	13
四、运动障碍	14
五、吞咽障碍	15

六、尿便障碍	16
第四节 易导致脑卒中发生的其他疾病	18
一、高血压病	18
二、高脂血症	20
三、糖尿病	22
四、其他	23
第五节 易导致脑卒中的其他发病因素	23
一、气候	23
二、年龄	24
三、性别	24
四、遗传	25
五、饮食生活习惯	25
六、运动与锻炼	26
七、肥胖与体脂分布	27
八、其他	28
第六节 脑卒中的预防	29
一、一级预防	29
二、二级预防	34
三、三级预防	36

第二章 ○ 脑卒中家庭用药 **38**

第一节 脑卒中常用西药	38
一、神经、血管用药	38
二、抗血小板、抗凝药	42
三、控制血压药	44
四、控制血脂药	48
五、控制血糖药	50
第二节 脑卒中常用中药	56
一、醒脑开窍类	56
二、活血化瘀类	58
三、息风通络类	61
四、镇静安神类	63
第三节 用药注意事项	63

一、如何识别药物	63
二、如何保存药物	65
三、家庭服药方法	66
四、给药时间	69
五、正确使用外用药	72
六、药物不良反应	73
第四节 脑卒中患者用药禁忌	75

第三章 ○ 脑卒中家庭配餐 **77**

第一节 脑卒中患者的科学饮食	77
一、脑卒中患者的饮食原则	77
二、脑卒中患者的饮食宜忌	81
三、脑卒中患者合理的饮食习惯	83
四、对脑卒中患者有益的食物	85
第二节 脑卒中配餐食谱	86
一、脑卒中保健食谱	86
二、脑卒中保健菜谱	92
三、脑卒中保健汤羹谱	113
四、脑卒中保健粥谱	117
五、脑卒中茶疗谱	124

第四章 ○ 脑卒中家庭护理 **126**

第一节 脑卒中患者的康复护理	126
一、床上、椅上的训练	126
二、关节活动度维持训练	133
三、日常生活能力的训练	140
四、常用的康复护理用具	147
第二节 脑卒中患者常见并发症的预防和康复护理	153
一、肩痛	153
二、压疮	157
三、便秘	161
四、尿便失禁	163
第三节 脑卒中患者的心理护理	167

一、脑卒中患者的心理变化	167
二、脑卒中患者的心理状态分析	168
三、脑卒中患者的心理康复护理	169
第四节 血压的自我检测	170
第五节 血糖的自我检测	174

参考文献	180
-------------------	------------

第一章

认识脑卒中

第一节 什么是脑卒中

脑卒中，俗称中风，是一组急性脑循环障碍所致的局限或全面性脑功能缺损综合征，包括缺血性脑卒中和出血性脑卒中两大类。缺血性脑卒中即脑梗死；出血性脑卒中包括脑出血和蛛网膜下腔出血。脑卒中具有发病率高、致残率高、死亡率高和复发率高等特点。2008年公布的我国居民第三次死因抽样调查结果显示，脑血管病已成为我国国民第一位的死亡原因。世界卫生组织相关研究表明，我国脑卒中发生率正以每年 8.7% 的速率上升，发病者约 30% 死亡，70% 的存活者有偏瘫、失语等残障。脑卒中严重危害着人民群众的生命健康和生活质量，给患者及其家庭和社会带来沉重的负担，已经成为我国重大的公共卫生问题。

一、脑部的血液供应

脑部的血液供应由颈内动脉系统和椎-基底动脉系统组成，两者之间由 Willis 环连通。

1. 颈内动脉系统

又称前循环，颈内动脉有五个重要分支，包括眼动脉、后交通动脉、脉络膜前动脉、大脑前动脉和大脑中动脉。这些动脉主要供应眼部和大脑半球前 3/5 部分的血液。

2. 椎-基底动脉系统

又称后循环，两侧椎动脉经枕骨大孔入颅后汇合成为基底动脉，供给大脑半球后 2/5 的血液。椎-基底动脉在颅内依次分出小脑下后动脉、小脑下前动脉、脑桥动脉、内听动脉、小脑上动脉等。

3. 脑底动脉环

又称 Willis 环，由前交通动脉、两侧大脑前动脉、颈内动脉、后交通动脉与大脑后动脉组成。当此环内某一处血管狭窄或闭塞时，可通过此环调节血液供

应，对大脑的血液供应发挥着重要作用。

二、脑部代谢的特点

脑是人体中最重要和最精密的生命器官，功能复杂，不但为生命中枢所在，而且也控制和调节全身各系统，使之成为一个有机整体，因此其代谢十分旺盛，在任何环境下都需要丰富的能量。成人脑的平均重量约为 1400 克，占体重的 2%~3%，而脑血流量却占全身血流量的 15%~20%。脑组织几乎无葡萄糖和糖原的储备，需要血液循环连续地供应所需的氧和葡萄糖，这足以说明脑血液循环的重要性。

三、脑血流量的调节

脑血管具有自动调节功能，脑血液供应在平均动脉压 60~160 毫米汞柱范围变化时仍可维持恒定。血压升高时，小动脉管腔内压力增高，小动脉收缩，血流量减少；血压下降时，小动脉管腔扩张，血流量增加。但当超越自行调节范围或脑血管发生病变时，自动调节功能受到损害，脑血流量随血压升降而增减。

四、脑卒中的病因

1. 血管壁病变

如动脉粥样硬化、动脉炎（钩端螺旋体、风湿、结核、梅毒等）、发育异常（先天性脑动脉瘤、脑动静脉畸形）、外伤等引起血管壁变厚、变性致血管腔形成斑块、狭窄、闭塞等，其中以动脉硬化最多见。

2. 血液流变学异常及血液成分改变

血液黏滞度增高，如高脂血症、高糖血症、高蛋白血症、白血病、红细胞增多症等；凝血机制异常，如血小板减少性紫癜、血友病、应用抗凝剂、弥散性血管内凝血（DIC）等；妊娠、产后及术后也可出现高凝状态。

3. 血流动力学改变

如高血压、低血压以及心脏功能障碍等。

4. 其他

如颈椎病、肿瘤等压迫邻近大血管，影响供血；颅外形成的各种栓子（如空气、脂肪、肿瘤等）引起脑栓塞。

五、脑卒中的危险因素

脑卒中的危险因素非常复杂，分为可干预和不可干预两类。可干预的危险因素包括高血压病、高脂血症、糖尿病、房颤、其他心脏疾病、无症状性颈动脉狭

窄、不合理的饮食和营养过剩、吸烟、饮酒过量、缺乏体力活动、高同型半胱氨酸血症、绝经后激素疗法、口服避孕药、肥胖等。不可干预的危险因素包括年龄、性别、低出生体重、种族、遗传因素（家族史）等。

六、脑卒中高危患者筛查与干预

脑卒中筛查与干预的流程是根据脑卒中的危险因素，按照规范的标准将脑卒中高危人群筛查出来，并针对可干预危险因素给予适宜的治疗和严格的健康教育，预防脑卒中的发生或复发，如图 1-1 所示。筛查的人群为既往有脑卒中、短暂性脑缺血发作（TIA）病史者或者 40 岁以上脑卒中风险评估 ≥ 3 分的高危人群。脑卒中风险评估包括以下 8 项，每一项得 1 分：

- ① 高血压病史（ ≥ 140 毫米汞柱/90 毫米汞柱），或正在服用降压药；
- ② 房颤或心瓣膜病；
- ③ 吸烟；
- ④ 血脂异常或未知；
- ⑤ 糖尿病；
- ⑥ 很少进行体育活动（体育锻炼的标准是每周锻炼 ≥ 3 次、每次 ≥ 30 分钟、持续时间超过 1 年。从事农业体力劳动可视为有体育活动）；
- ⑦ 明显超重或肥胖（BMI ≥ 26 千克/米²）；
- ⑧ 有脑卒中家族史。

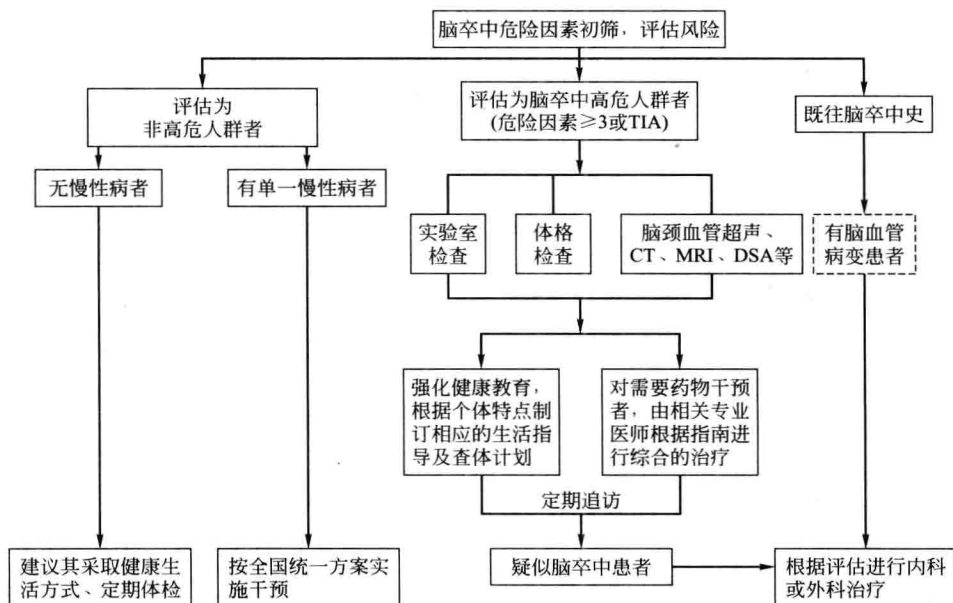


图 1-1 脑卒中筛查与干预流程

七、脑卒中的预警症状

脑卒中治疗强调一个就医时机，正常脑组织在缺血3小时后就可能出现不可逆变化，6小时后则缺血脑细胞出现坏死。如果脑梗死的病人在3~6小时内施以溶解血栓治疗，就可能在脑细胞没有出现完全梗死之前，恢复氧供和血供，从而恢复全部或部分功能，这是目前唯一行之有效的治疗方案。而脑卒中的早期症状往往没有受到患者或家属的重视而没有紧急送医院，最终延误了治疗。因此，认识脑卒中的早期症状有非常重要的意义。脑卒中的早期症状如下。

- (1) 头晕，特别是突然感到眩晕。
- (2) 肢体麻木，突然感到一侧面部或手脚麻木，有的为舌麻、唇麻。
- (3) 暂时性吐字不清或讲话不灵。
- (4) 肢体无力或活动不灵。
- (5) 与平时不同的头痛。
- (6) 不明原因突然跌倒或晕倒。
- (7) 短暂意识丧失或个性和智力的突然变化。
- (8) 全身明显乏力，肢体软弱无力。
- (9) 恶心呕吐或血压波动。
- (10) 整天昏昏欲睡，处于嗜睡状态。或频频打呵欠。
- (11) 一侧或某一侧肢体不自主地抽动。
- (12) 双眼突感一时看不清眼前出现的事物。

这些症状有时单独出现一个，有时同时出现多个。持续时间可能短到几秒，但不论时间长短，只要发生以上预警症状就应立即拨打急救电话“120”，紧急送到有条件的医院救治。千万不要先找家人商量，或者以为过一会儿就没事了，或者有现在不太稳定等好一点再去等拖延时间的想法，这样只会耽误诊治，对患者没有任何益处。即使是晚上，也要尽快到医院看急诊，不能拖到第二天。

八、脑卒中的家庭急救方法

当发现家人突发脑卒中时，第一步抢救处理是非常重要的环节，处理是否及时、得当，影响着患者的预后。正确的做法如下。

- (1) 求救 保持镇静，迅速拨打急救电话120，寻求帮助，必要时不要放下电话，询问并听从医生指导进行处理。
- (2) 安置患者 将患者抬至床上，注意不要将患者拉起或扶起，以免加重病情；最好2~3人同时搬抬，一人抬肩，一人托腰臀部，一人抬腿，头部略抬高。
- (3) 保持呼吸道畅通 取出假牙；有呕吐或昏迷者，将头偏向一侧，便于口腔黏液或呕吐物流出；将患者的衣领解开，如患者气急，咽喉部有痰液，可将橡胶管一头插入患者咽喉部，另一头用力吸出阻塞物。

(4) 抽搐的处理 患者有抽搐时，可用两根竹筷缠上软布塞入上下齿之间，防止其舌被咬伤。

(5) 避光 可将窗帘拉上，避免强光刺激。

(6) 有条件者可吸氧。

(7) 转运途中避免头部震动，患者担架的褥垫以厚软为宜，注意给患者保暖，防止受凉；头部要有专人保护，以减少行车中的摇晃和震动。

(8) 在没有明确诊断之前，切勿擅自做主给患者服用止血剂、安宫牛黄丸或其他药物。

(9) 如果患者是清醒的，应注意安慰患者，缓解其紧张情绪。宜保持镇静，切勿慌乱，不要悲哭或呼唤患者，避免造成患者的心理压力。

(10) 密切观察病情变化，经常呼唤患者，以了解意识情况。对躁动不安的患者，要加强保护，防止意外损伤。

(11) 应争取尽快到达医院，最好在发病 3 小时之内。

九、脑卒中急救常见的错误方法

1. 惊慌失措

缺乏对脑卒中的认识，遇到紧急情况时或惊叫、或悲哭，茫然不知所措。

2. 野蛮搬运

有的患者家属为“抓紧时间”抱起或背起患者就往医院跑，殊不知这样的运送方式往往会加重病情。

3. 错误应对

只顾及喊人回来帮忙，或忙着把患者搬上床，或给患者喂水、饮料等。

4. 舍近求远

脑卒中患者的早期处理必须分秒必争，有的家属只想到有名气的医院而延误了抢救时间。掌握正确的应急措施对减少并发症、维持生命体征、防止病情恶化、争取时间进一步救治等十分重要。

十、脑卒中的认识误区

1. 每年春秋输两次液会预防脑卒中

目前还没有科学研究来证明这种输液预防的方法是有效的。单靠短期静点 1~2 种药物是不能起到预防作用的，及时治疗相关疾病（高血压病、心脏病、糖尿病、高脂血症、肥胖等）和改变不良生活方式（吸烟、酗酒等）才是预防脑卒中的有效措施。

2. 脑卒中发病突然，无法预防

脑卒中发病前大多会有一次到多次的短暂脑缺血发作（俗称小脑卒中），表

现为突然发生的单眼或双眼看不清东西，面部或单侧肢体麻木、无力，说话不清楚，剧烈头痛等症状，一般发作仅持续几分钟便消失，极易被患者忽略。一旦出现上述先兆，常预示着大脑卒中的来临，必须积极到医院求治，不可延误。

3. 青年人不必担心会得脑卒中

虽然脑卒中的主要患病人群是中老年人，临床资料显示 2/3 以上的脑卒中首次发病者是 60 岁以上的老年人，但这并不能说明年轻人就可高枕无忧。现在，脑卒中已经出现“年轻化”的趋势。年轻人患脑卒中的危险因素除了高血压病、酗酒、吸烟、夜生活过度、高脂肪饮食外，还有代谢异常（如高同型半胱氨酸血症）、血液病、心脏疾病、先天性疾病、免疫系统疾病等因素。因此，纠正不健康的生活方式，积极查找并治疗原发病是青年人远离脑卒中的关键。

4. 血压正常或偏低者不会得脑卒中

很多人都知道高血压病患者容易得脑卒中，高血压病是脑出血和脑梗死的重要危险因素，但不是唯一的危险因素。脑动脉硬化患者由于脑血管管腔变得狭窄，以及其他一些危险因素存在，即使血压正常或偏低也同样会得脑卒中，只是要比高血压病患者得脑卒中的概率低一些而已。

5. 血压高时服药、血压正常时就可以停药

很多患者在应用降压药治疗一段时间后，血压降到正常就立即停药。结果停药后血压又升高，还要再使用药物降压，这种间断和不规律的治疗不但造成血压较大幅度的波动，而且加重了动脉硬化和心、脑、肾等器官的损害。正确的服药方法是血压降到目标范围后，在医生的指导下坚持服药。应注重平稳控制血压，减少血压大幅波动。

6. 瘦人不会得脑卒中

与胖人相比较，瘦人得脑卒中的概率相对低一些，但绝对不可因此而放松警惕。因为瘦人也可以患高血压病、高脂血症、糖尿病、动脉硬化等疾病，这些都是引起脑卒中的危险因素。

7. 血压降得越低越好

一些高血压病患者在得知血压高后，往往很着急，希望能很快将血压降下来，这种想法是错误的。血压降得过快、过低会使人感到头晕、乏力。高血压病患者应将血压控制在低于 140 毫米汞柱/90 毫米汞柱，合并糖尿病和肾脏病的患者降压目标以低于 130 毫米汞柱/80 毫米汞柱为宜。但对于合并脑血管狭窄的高血压病患者，为保持充足的脑部供血，应将血压维持在相对高一些的水平。脑血管狭窄程度较重时，如果将血压降得过低，会加重大脑缺血，发生脑梗死。所以对高血压的治疗应根据患者实际情况将血压控制在合理的水平。

8. 脑血管狭窄都可以用支架治疗

对于严重的血管狭窄，内科治疗往往束手无策，而血管内支架治疗以其肯定

的临床疗效已在国内迅速开展。专家指出：并非所有的脑血管狭窄患者都需要血管内支架治疗。是否实施支架治疗，医生会根据脑血管狭窄患者的脑血流情况、病情特点，以及衡量支架治疗对患者的好处与风险综合分析后做出判断。对有症状的轻、中度脑血管狭窄患者应首选正规内科药物治疗，内科治疗无效时再考虑血管内支架治疗。盲目的支架治疗只能给患者及家属带来不必要的经济负担和心理压力，因此对支架治疗应持慎重态度。

9. 脑卒中治愈后不会复发

脑卒中治愈后仅仅是临床症状消失，其病理基础如高血压病、糖尿病、动脉硬化等仍然存在，其复发率可达 25%。因此，脑卒中恢复后一定要继续治疗原发病，加强自我保健，并定期复查，警惕和防止复发。



第二节 脑卒中的临床类型及症状

一、短暂性脑缺血发作

1. 概述

短暂性脑缺血发作（TIA）是由颅内动脉病变致脑动脉一过性供血不足引起的短暂性、局灶性脑或视网膜功能障碍，表现为供血区神经功能缺失的症状和体征。症状一般持续 10~15 分钟，多在 1 小时内恢复，最长不超过 24 小时，不遗留神经功能缺损症状，影像学检查（CT、MRI）无责任病灶，但可反复发作。

TIA 是脑卒中中，尤其是缺血性脑卒中最重要危险因素。我国 TIA 的年人群患病率为 180/10 万，男女之比约为 3:1，发病率随年龄的增长而增高。短暂性脑缺血发作虽然症状轻，常被患者所忽视，但是在防治脑卒中的工作中，及早诊断和正确处理短暂性脑缺血发作已被普遍认为是一个关键性的重要环节。这种发作如未经适当的治疗而任其自然发展，则约有 1/3 的患者在数年内有发生完全性脑梗死的可能；约有 1/3 经历长期的反复发作而损害脑的功能；亦有 1/3 可能出现自然的缓解。因此医生们往往把短暂性脑缺血发作看成是脑卒中的先兆或危险信号。需对短暂性脑缺血发作提高警惕，及早接受治疗。

2. 临床特点

- (1) 50~70 岁中老年人多见，男性多于女性。
- (2) 多伴有高血压病、高脂血症、动脉粥样硬化、糖尿病和心脏病等脑血管疾病的高危因素。
- (3) 突发局灶性脑或视网膜功能障碍，持续时间短暂，多在 1 小时内恢复，

最多不超过 24 小时，不遗留神经功能缺损症状。

(4) 可反复发作，且每次发作表现相似。

3. 临床表现

(1) 短暂性单眼盲 又称发作性黑朦，短暂的单眼失明是颈内动脉分支眼动脉缺血的特征性症状。

(2) 颈动脉系统 TIA 以偏侧肢体或单肢发作性轻瘫最常见，通常以上肢和面部较重；主侧半球的颈动脉系统缺血可表现为失语、偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲。

(3) 椎-基底动脉系统 TIA 常见症状有眩晕、共济失调、复视、构音障碍、吞咽困难、交叉性或双侧肢体瘫痪。还可以出现猝倒症：表现为转头或仰头时，双下肢无力而跌倒，常可很快自行站起而无意识丧失。

二、脑梗死

1. 概述

脑梗死又称缺血性脑卒中，占全部脑卒中的 60%~80%。是指局部脑组织因血液循环障碍，缺血、缺氧而发生的软化坏死。主要是由于供应脑部血液的动脉出现粥样硬化和血栓形成，使管腔狭窄甚至闭塞，导致局灶性急性脑供血不足而发病；也有因异常物体（固体、液体、气体）沿血液循环进入脑动脉或供应脑血液循环的颈部动脉，造成血流阻断或血流量骤减而产生相应支配区域脑组织软化坏死。前者称为动脉硬化性血栓形成性脑梗死，后者称为脑栓塞。

2. 脑血栓形成

脑血栓形成是缺血性脑卒中的一种，60 岁以上多发，约占脑卒中半数，特别是患有动脉粥样硬化者更容易发生。本病常由于血管壁本身病变引起，致使血管狭窄或闭塞，从而使血管供血区受阻或中断，脑组织缺血、缺氧、软化、坏死而发病。

脑血栓形成一般起病缓慢，从发病至病情发展到高峰，需数十个小时至数天，常在睡眠中或安静时发生。一些患者往往睡前没有任何先兆症状，晨醒时发现偏瘫或失语，可能与休息时血压偏低、血流缓慢有关。但也有一些在白天发病的患者，常有头昏、肢体麻木无力及短暂性脑缺血发作等前驱症状。脑血栓形成可发生在任何一段脑血管内，其死亡率较脑出血低，而且由于梗死灶周围可以建立侧支循环，大多数患者在一定时间内神经功能有不同程度的恢复。但大面积脑梗死由于脑组织损害较重，病死率和致残率较高，常死于上消化道出血和肾功能衰竭等并发症。

3. 脑栓塞

脑血管被血流所带来的栓子阻塞而引起的急性脑血管病叫脑栓塞。本病可发