

主编 刘丽华 万何琴

中风的 康复治疗与 家庭护理



介绍康复治疗措施、家庭护理要点
帮助中风患者早日康复

ZHONGFENG
DE KANGFU ZHILIAO YU
JIATING HULI



中国医药科技出版社

中风的康复治疗与

家庭护理

主 编 刘丽华 万何琴
副主编 殷 琼 刘庆华 宋丽良
编 委 王 莉 杨 薇 夏 雯 汪 鉴
徐 浩 沈 晶 詹志丹 方 芳
周婷婷 张 晶 焦玉珠 黄 培
郑 俊 邓 薇



中国医药科技出版社

中风康复指南

内 容 提 要

本书共分 14 章, 系统、简要介绍了中风的临床表现、中风的病因病机及中风的危险因素, 重点介绍了中风的康复治疗和家庭护理知识, 所介绍的康复和护理方法具体、切实可行。全书深入浅出、简明实用、通俗易懂, 适合于中风患者家属、护工及临床护士阅读参考, 为中风患者的康复提供全面的指导。

图书在版编目 (CIP) 数据

中风的康复治疗与家庭护理/刘丽华, 万何琴主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2009. 4

ISBN 978 - 7 - 5067 - 4183 - 5

I. 中… II. ①刘…②万… III. ①中风—康复②中风—护理
IV. R743. 309 R473. 74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 034949 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cspyp.cn

规格 958 × 650mm 1/16

印张 21

字数 326 千字

印数 1 - 5000

版次 2009 年 4 月第 1 版

印次 2009 年 4 月第 1 次印刷

印刷 北京市松源印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 4183 - 5

定价 32.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

前 言

中风是神经系统的常见病，是一组发病率高、病死率高，致使大多数存活者遗留不同程度生理、心理和社会功能障碍的疾病。幸存者中约 3/4 均有不同程度的劳动能力丧失，重度致残率占 40% 以上。死亡率约占所有疾病的 10%，是目前人类疾病三大死亡原因之一，二次卒中更可导致严重残疾或致死。

随着社会的飞速发展和居民素质的不断提高，人们的健康保健意识在不断地加强。特别是中风患者，由于致残率极高，易给社会带来负担，给患者带来巨大心理压力，因此在提高他们生活质量方面显得尤为重要。

近年来，有关康复治疗的文献已不少，为凸显目前中西医结合的特点、临床实际疗效以及家庭实用的现状，我们遵循康复医学的发展方向，根据中西医结合的保健特点，特编写了此书。

本书共分十四章，深入浅出地介绍了中风的临床表现、病因、病机、危险因素，并详细介绍了中风的康复治疗及护理、中医养生以及家庭康复保健等知识。全书内容丰富，资料翔实，融合古今中西医之精髓，为中风患者全面了解中风疾病的防、治、调、护提供依据及措施。

该书深入浅出、简明实用，科学性与实用性相结合，能为广大患者提供简单易行的康复指导，亦能为医务工作者临床工作给予借鉴。

在本书付梓之际，我们诚挚地感谢所有关怀本书的专家和同道们给予的鼓励与帮助。

由于作者水平有限，不妥及错漏之处在所难免，敬请读者不吝指正。

武汉市中西医结合医院 刘丽华
2008 年 10 月

目 录

第一章 概论	1
第一节 中风的基本知识	1
第二节 康复的基本知识	2
第三节 中风患者的家庭护理	5
第二章 中风的临床表现	7
第一节 缺血性中风	7
第二节 出血性中风	15
第三章 中风的病因病机	21
第一节 中风的病因病机理论渊源及研究现状	21
第二节 中风的病因	25
第三节 中风的病机	26
第四节 缺血性中风的病因病机	29
第五节 出血性中风的病因病机	32
第四章 中风的危险因素	35
第一节 不可控制的危险因素	35
第二节 可控制的危险因素	37
第五章 康复治疗的理论基础	43
第一节 中风康复的神经病理基础	43
第二节 功能训练的基本原理	49
第三节 中风康复治疗技术的基本理论	50
第六章 中风的康复护理治疗	61
第一节 中风的康复护理	61

第二节	中风的物理疗法	71
第三节	日常生活活动 (ADL) 训练	82
第四节	中国传统康复疗法	90
第七章	中风急性期的康复治疗	124
第一节	概述	124
第二节	中风急性期的康复治疗	124
第三节	中风早期进食功能训练	133
第四节	传统康复疗法在中风急性期的运用	134
第八章	中风急性期的护理	140
第一节	脑出血的护理	140
第二节	蛛网膜下腔出血的护理	143
第三节	脑梗死的护理	147
第四节	短暂性脑缺血发作的护理	149
第五节	中风昏迷的护理	150
第六节	中风急性期的辨证施护	155
第九章	中风恢复期和后遗症期的康复治疗	160
第一节	概述	160
第二节	中风恢复期的康复治疗	161
第三节	中风后遗症期的康复治疗	168
第四节	共济失调的康复治疗	172
第五节	传统康复疗法在中风恢复期和后遗症期的应用	175
第十章	中风恢复期和后遗症期的护理	186
第一节	中风恢复期的护理	186
第二节	中风后遗症期的护理	197
第十一章	中风的食疗	211
第一节	食疗的优点及分类	211
第二节	中风患者饮食的一般原则	212
第三节	中风患者的营养治疗	214
第四节	中风患者的食疗选方	217

第十二章 中风的预防	235
第一节 中风的个人预防	235
第二节 中风的人群预防	245
第三节 中风的中医预防	246
第十三章 中风的日常保健	248
第一节 正确测量血压	248
第二节 日常生活保健	251
第三节 气功疗法	261
第四节 中风四时养生	269
第五节 中老年患者的保健	272
第十四章 中风的家庭护理	278
第一节 舒适的居家环境	278
第二节 常用药物常识	281
第三节 家庭日常生活护理	294
第四节 中风患者健康小百科	306
第五节 中风患者的应急预案	319
参考文献	322

第一章 概 论

第一节 中风的基本知识

中风是祖国传统医学对急性脑血管病的诊断名称，是指以口眼喎斜、语言不利、半身不遂，甚至突然昏仆、不省人事为特征的病症。因其起病急骤，变化迅速，与自然界“风性善行而数变”的特征相似，故取名为“中风”。因中风是一种急性起病、迅速出现局限性或弥漫性脑功能缺失的脑血管病，又可称为“脑卒中”，属于发病率高、死亡率高、致残率高的所谓“三高”疾病。常分为缺血性中风、出血性中风和混合性中风，其中缺血性中风包括脑梗死和短暂性脑缺血发作（TIA）；出血性中风包括脑出血和蛛网膜下腔出血；混合性中风是同时或相继出现脑出血和梗死的新鲜脑血管病灶，临床上比较少见。

《黄帝内经》（以下简称《内经》）是我国现存医学文献中最早的一部典籍，成书于战国时期，包括《素问》和《灵枢》两个部分，它总结了春秋战国以前的医学理论和医疗护理经验。关于中风的记载始于《内经》，该书有关篇章对中风发病的不同表现和阶段以及病因，均有较为详细的记载，并明确指出了中风的病位在头部。至汉代张仲景《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》对中风有了较为详尽准确的定义：“夫风之为病当半身不遂或但臂不遂者，此为痹。脉微而数，中风使然。”随着西方医学的深入，近代张伯龙、张山雷、张锡纯等著名医家继承前人经验，并结合西医学知识来探讨中风发病机制，开中西医汇通之先河。他们的“肝阳化风，气血并逆，直冲犯脑”的观念，阐明了中风的主要原因，至此对中风的认识和治疗日臻完善。

由血管疾病引起的脑损伤是各国严重的社会问题，中风已成为世界人口的第二大死因，仅次于缺血性心脏病。2006年北京市居民死因调查：脑血管病高居首位，远超心脏病和恶性肿瘤。2007年武汉市居民死因调查：武汉城区死亡人数为2.52万余人，其中25.58%死于恶性肿瘤，24.65%死于脑血管疾病，14.29%死于心血管病。武汉4个远程区

共死亡居民 1.45 万余人，死因前三位是脑血管疾病（占 27.08%）、恶性肿瘤（占 24.9%）、心血管疾病（占 14.55%）。

从流行病学调查数据推算得出，我国每年新发中风约 200 万，每年死于中风约 150 万，在存活的 600 万至 700 万中风患者中有 75% 的患者留有不同程度的残疾，5 年内复发率高达 41%。在我国每 15 秒钟有一个新发病例，每 21 秒钟就有一人死于中风，每年造成的各种直接和间接经济损失高达数百亿元。如果不加以控制，预计到 2020 年中风患者将会增加 1 倍。据了解，从 2007 年 11 月 20 日开始，每年的这一天将被确定为中国“卒中教育日”。

中风是对整个人格最严重的摧残之一，既是对患者直接的严重打击，也给家庭带来了不良的后果。由此看来，中风的预防、康复及家庭护理等显得尤为重要，引起了国内外学者的高度重视，越来越多的患者、患者家属及朋友参与到这项工作中来。

随着社会的发展，医学科学的进步，医疗技术的革新，诊断水平及治疗水平的提高，康复医学的日趋成熟，康复护理步入家庭，基本上建立起治疗中风的完整体系，使中风的发病率、死亡率、致残率、再发率有所下降，使中风患者能够更快更好地回归社会而达到生活自理的能力。

第二节 康复的基本知识

一、康复的定义

康复（rehabilitation）一词最早来源于中世纪的拉丁语，有“重新获得能力”、“复原”、“恢复原来的良好状态”、“恢复原来的地位、权利、身份、财产、名誉、健康及正常生活”之意。在第一次世界大战中，康复首次具有“对身心残疾者进行治疗，使其重返社会”的含义。到了第二次世界大战，“康复”的用法才确定下来。现代医学领域的康复是指功能的复原。从“rehabilitation”一词的词源及演变过程，说明该词的含义不仅局限于伤残人的生理功能恢复，而是全部的生存权利的恢复，即与正常人享有同等的权利。

随着社会的发展，康复事业有了长足的进步。除了应用医学、教育、社会和职业措施外，人们还通过医学心理学、康复工程学等措施改善了残疾者的功能。为了使残疾人能够重返社会，对残疾者本人及其家

属的权利给予了充分的尊重,也对全社会的参与提出了更高的要求。WHO(世界卫生组织)分别在1969年、1981年及20世纪90年代根据当时的社会条件及环境对康复进行了不同的定义。目前,康复的最新定义是:“康复是指综合协调地应用各种措施,最大限度地恢复和发展病、伤残者的身体、心理、社会、职业、娱乐、教育和周围环境相适应方面的潜能。”

二、康复护理学

康复护理学是随着康复医学的发展而逐渐发展起来的一门专科护理技术,是康复医学的重要组成部分,是在总的康复治疗计划实施过程中为达到躯体、精神、社会 and 职业的全面康复目标,紧密配合康复医师和其他专业康复人员的工作,对康复对象进行一般基础护理和各种专门功能训练,预防继发性残疾,减轻残疾的影响,以达到最大限度的功能改善和重返社会。

康复护理学涉及到护理与康复两个专业,是为了适应康复治疗的需要,从基础护理中发展起来的,它与基础护理既有联系又有区别。

(一) 康复护理与基础护理的相同点

康复护理首先应完成生活上的护理和有关基础的医疗措施,即基础护理的内容;其次是准确执行康复医嘱,按照康复医生的处方实施护理操作是完成康复治疗计划的保证;第三是严密观察患者的病情和残疾的动态变化,及时向康复医生反映。

(二) 康复护理与基础护理的不同点

1. 护理对象 基础护理的对象是患者,包括急、慢性患者及晚期患者(临终护理);而康复护理的对象是各种功能障碍者,在现代社会中尤其是那些伤残人士、慢性患者及老年病患者,护理对象较基础护理相对狭窄。

2. 护理目的 由于康复护理的对象是各种功能障碍者,因此,除了要达到与基础护理相同的目的,即减轻患者病痛和促进健康外,更重要的目的是要充分挖掘患者体内的潜能,最大限度地恢复所丧失的功能,增强生活自理能力,改善或提高生活质量。这与基础护理的目的虽然一致,但其内涵更具体,更丰富。

3. 护理模式 基础护理中,患者一般是被动的接受护理,缺乏主动

参与的动机,属于“替代护理”模式;而康复护理强调的是患者自己积极参与并主动完成各项日常生活活动,护士的作用主要是指导及监督,并在必要时给予适当的帮助,即护士给予最少的帮助,患者尽最大的努力去完成各项活动。患者由被动接受转为主动参与,是一种“自我护理”模式。“自我护理”、“主动参与”是康复护理的核心。

4. 护理方法及手段 除了基础护理中的一些方法及手段外,康复护理更注重通过各种功能训练、日常生活活动训练等来提高或改善患者的功能水平。

5. 护患关系 康复护理中,护士与患者接触的时间比基础护理要长得多,护士的言行举止对患者的影响更大,因此护患关系显得更为重要。实践证明,良好、融洽的护患关系是做好康复护理的重要保证。

6. 病房管理 康复病房不但是治疗疾病的场所,也是进行某些功能训练的地方。因此,对设施和环境的要求与一般病房也有所不同。康复病房的各种设施应以病残者的需要为标准,如门要稍宽,病房内空间要大,方便轮椅的活动;病床的高度要与轮椅相等,以便能完成床与轮椅之间的相互转移;有条件时要配置卫生间,内设保护装置如扶手,且洗漱设备稍低于一般高度;尽量鼓励患者多活动,多与其他病友交流。

三、康复护理内容

1. 基础护理 康复护理中的基础护理与临床其他科室的护理内容相同,即完成执行医嘱、晨晚间护理等。

2. 功能训练 功能训练是康复护理的重要内容,康复护士要学习和掌握有关功能训练的基本技术和方法,配合康复医生和治疗师对伤残者进行功能评定和功能训练。功能训练一般包括肢体功能和日常生活能力训练两个方面,前者重点是运动功能,如卧床患者正确体位的摆放、关节的被动活动、体位转移、步行训练等等;后者包括自己更衣、进餐、洗漱、大小便控制等方面的训练指导。

3. 预防并发症 预防并发症的发生是体现康复护理效果的主要方面。由于患者卧床时间较长,压疮、关节挛缩和畸形、大小便失禁等各种并发症的预防及护理尤为重要。

4. 心理护理 康复护士对已发生的各种心理障碍和异常行为要进行耐心细致的心理疏导和支持,帮助患者重新认识自我价值,鼓励其面对现实,重新安排今后的生活。

第三节 中风患者的家庭护理

家庭护理是以家庭为服务对象,以家庭护理理论为指导,以护理程序为工作方法,护士与家庭共同参与,确保家庭健康的一系列护理活动。其目的是促进和保护家庭健康,维护家庭稳定,预防家庭成员发生疾病,帮助家庭成员治疗护理和适应疾病,以发挥家庭最大的健康潜能。

中风患者一般经过一段时间的医院治疗后,常会回到家中疗养,在家中要接受相应的医疗及护理协助,以帮助其在家中有一个良好的需要环境。

一、中风患者家庭护理的意义

(1) 能够提供患者安全而熟悉的社会心理环境,患者可以在自己熟悉的家庭环境中修养,有家人陪伴,饮食及其他的日常生活较为个性化,拥有个人的尊严及选择的自由,可以承担一些力所能及的家务,提高日常生活能力,增加个人的生活价值感。

(2) 患者可以学会自我护理及照顾,避免长期住院增加交叉感染的机会。

(3) 减轻因为住院而造成的经济负担,并能减少家人在医院、工作地及家庭之间的奔波劳苦。

(4) 由于有家庭护理服务,缩短了患者的住院天数,提高了医院床位的周转率。

人们常说:生命在于运动。我们也知道“流水不腐,户枢不蠹”的道理,但是在临床上不少中风患者却没有认识到这个问题。自认为好不容易保住性命,得好好休养;也有的觉得锻炼辛苦,体力消耗太大,敷衍一下了事,结果是生活质量显著下降。还有一部分人缺乏对疾病相关知识的认识,或没有听从医务人员的指导而盲目锻炼,结果适得其反,对身体造成了伤害。其实,在整个患病过程中,家属能对中风患者的锻炼起到很好的辅助和促进作用,而收到事半功倍的效果。因此,中风患者的康复锻炼除了要发挥自身的主观能动性外,同时也需要患者家属的密切配合。

二、家庭护理在中风患者康复过程中的重要作用

(1) 中风患者最渴望的就是能够独立做事、生活自理,这样不仅

能提高其生活质量，也可延长寿命。所以患者家属一定要记住：帮助患者学会独立做事、生活自理，远比他（她）做事更重要。

(2) 对中风患者的家庭护理，一定要同时具备两个要点：一是爱心、耐心；二是讲究科学。

(3) 中风患者的康复是全方位的。患者因为疾病而减少了与社会的接触和交流，这时家属一定要设法尽可能地与之沟通，帮助患者解除思想负担，摆脱烦恼，积极进行康复锻炼，创造一个舒适、安静、方便的休养环境，包括客观环境和主观环境。客观环境是尽可能地按照患者喜好的风格，在不违背中风患者家居布置的基本要领下进行合理布置；主观环境是指与家人融洽相处，气氛和谐，这是对患者更好的情感支持，这种作用不亚于任何物质性的治疗与营养。作为患者的家属，千万不要轻视对患者生活起居的科学安排与照顾。

(4) 中风后患者心理改变非常复杂，抑郁、焦虑等情感障碍很普遍，但也和个人的性格和家庭环境有关系。性格豁达乐观及家庭积极支持者，容易较快达到适应期，走出情感障碍的阴影，尽快尽可能地康复。

(5) 作为中风患者的家属亲友，我们应该掌握科学的中风康复护理方法，用心去理解、关爱、体贴、帮助和护理患者，让患者生活在温馨、欢乐、祥和的环境中，树立康复的信心和正确的人生观，积极走上健康之路。

“善不积不足以成德，恶不积不足以灭身。”患者家属应牢记此训，常怀仁心，常行善举，为患者的康复创造良好的家庭环境。

中风患者家属应掌握科学的中风康复护理方法，用心去理解、关爱、体贴、帮助和护理患者，让患者生活在温馨、欢乐、祥和的环境中，树立康复的信心和正确的人生观，积极走上健康之路。

中风患者家属应掌握科学的中风康复护理方法

中风患者家属应掌握科学的中风康复护理方法，用心去理解、关爱、体贴、帮助和护理患者，让患者生活在温馨、欢乐、祥和的环境中，树立康复的信心和正确的人生观，积极走上健康之路。

脑血管病是常见病、多发病，严重者可危及生命。脑血管病的发病率高，死亡率高，致残率高。脑血管病的发病与年龄、性别、种族、遗传、环境、生活习惯等多种因素有关。脑血管病的发病机制复杂，目前尚不完全清楚。脑血管病的临床表现多样，可根据受累血管的部位和范围进行分类。

第二章 中风的临床表现

中风，又称脑卒中，是指由于脑血管病变引起的急性脑功能障碍。中风的临床表现多样，可根据受累血管的部位和范围进行分类。中风的发病率高，死亡率高，致残率高。中风的发病与年龄、性别、种族、遗传、环境、生活习惯等多种因素有关。中风的发病机制复杂，目前尚不完全清楚。

第一节 缺血性中风

一、短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作（TIA）是指由于某种因素造成的脑动脉一过性或短暂性供血障碍，导致相应供血区局灶性神经功能缺损或视网膜功能障碍。TIA的临床表现多样，可根据受累血管的部位和范围进行分类。TIA的发病率高，死亡率高，致残率高。TIA的发病与年龄、性别、种族、遗传、环境、生活习惯等多种因素有关。TIA的发病机制复杂，目前尚不完全清楚。

(1) TIA 好发于 50 ~ 70 岁，男多于女，患者多伴有高血压、动脉粥样硬化、心脏病、糖尿病和血脂异常等脑血管病的危险因素。

(2) 起病突然，迅速出现局灶性神经系统或视网膜的功能缺损，持续数分钟至数小时，15 分钟达高峰，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的症状和体征。

(3) 反复发作，每次发作时的症状基本相似。一般每周发作 1 ~ 2 次，最多每天 12 ~ 20 次，也有的终身只发作 1 次。

(4) 颈内动脉系统 TIA 最常见的症状是对侧发作性的肢体单瘫、面瘫或偏瘫。其他的症状还有对侧单肢或偏身麻木；同侧单眼一过性黑蒙或失明，对侧偏瘫及感觉障碍（眼动脉交叉瘫）；同侧 Horner 征，对侧偏瘫（Horner 征交叉瘫）；对侧同向性偏盲（大脑中 - 后动脉皮质支分水岭区缺血 - 枕交界区受累所致）；优势半球受累还可出现失语。

(5) 椎 - 基底动脉系统 TIA 最常见的症状是眩晕、恶心和呕吐，大多数不伴有耳鸣，为脑干前庭系统缺血的表现。少数伴有耳鸣，是内听动脉缺血的症状。脑干网状结构缺血可引起跌倒发作，表现为突然出现双下肢无力而倒地，但可随即自行站起，整个过程中意识清楚。脑干和小脑缺血可引起下列症状，包括复视（眼外肌麻痹）、交叉性感觉障碍（延髓背外侧综合征，Wallenberg 综合征）、眼震、交叉性瘫痪（Weber、Millard - Gubler、Foville 和 Jackson 综合征）、吞咽困难和构音障碍（真性或假性球麻痹）、共济失调及平衡障碍（小脑或小脑 - 脑干

联系纤维损害)、意识障碍(脑干网状结构受损)等。大脑后动脉缺血致枕叶视皮层受累可出现一侧或两侧视力障碍或视野缺损。

(6) 除上述常见症状外,颈内动脉系统及椎-基底动脉系统 TIA 还可表现有精神症状、意识障碍、半侧舞蹈样发作或偏身投掷、短暂性全面遗忘症(TGA)等。TGA 是一种突然起病的一过性记忆丧失,伴时间、空间定向力障碍,无意识障碍,患者的自知力存在,较复杂的皮层高级活动如书写、计算力和对话等保留完整,无神经系统其他的异常表现,症状持续数分钟或数小时后缓解,大多不超过 24 小时,遗留有完全或部分的对发作期事件的遗忘(颞叶、海马等部位的缺血所致)。

二、脑梗死

脑梗死又称缺血性脑卒中,是指各种原因引起的脑部血液供应障碍,使局部脑组织发生不可逆性损害,导致脑组织缺血、缺氧性坏死。目前临床常用的分型方法是按发病机制,将脑梗死分为动脉粥样硬化性血栓性脑梗死、栓塞性脑梗死、腔隙性脑梗死及分水岭梗死等。

(一) 动脉粥样硬化性血栓性脑梗死

动脉粥样硬化性血栓性脑梗死通常指脑动脉的主干或其皮质支动脉粥样硬化及各类动脉炎等血管病变,导致血管的管腔狭窄或闭塞进而导致血栓形成,造成脑局部供血区血流中断,发生脑组织缺血、缺氧、软化坏死,出现相应的神经系统症状和体征。临床表现为瘫痪、失语等突然发生的局灶性神经功能缺失。在各种类型中风中发病率最高,约占全部中风的 70% 左右。以中老年人多见,病前有脑梗死的危险因素,如高血压、糖尿病、冠心病及血脂异常等。常在安静状态下或睡眠中起病,约 1/3 患者的前驱症状表现为反复出现短暂性脑缺血发作(TIA)。

脑梗死的临床表现主要取决于梗死灶的部位、大小及侧支循环的完善程度,具体不同动脉闭塞时的临床表现如下:

1. 颈内动脉血栓形成 好发部位以颈动脉窦及颈内外动脉分叉处最常见,其次为虹吸部。临床表现差异较大,如有良好的侧支循环,可不出现任何临床症状,尤其是颈内动脉血栓形成发展较慢时。如侧支循环不良,则可出现临床症状,首先受累的是大脑中动脉供血区,大脑前动脉供血区甚少出现临床症状。最常见的临床表现为对侧上下肢不同程度的瘫痪、感觉障碍;对侧同向偏盲;主侧半球病变常伴有失语、失算、失读、失写等言语障碍;如眼动脉受累,则可有特征性的同侧视力

丧失,同侧 Horner 征。检查可发现患侧颈动脉搏动减弱或消失,局部有收缩期杂音,同侧视网膜动脉压下降,多普勒超声及颈动脉造影异常。少数患者颈内动脉主干发生管腔严重狭窄或闭塞,使一侧大脑半球缺血导致严重脑水肿,严重时可发生海马沟回疝,表现为病灶同侧眼裂变小,瞳孔散大,眼球外展位,病灶对侧上、下肢瘫痪,患者处于深昏迷,呼吸障碍,如不及时抢救则于短时间内死亡。

2. 大脑中动脉血栓形成 是脑血栓形成最常见的部位,临床表现取决于血栓形成发生在该动脉的哪一段。

(1) 大脑中动脉主干 表现为病灶对侧上下肢瘫痪、感觉障碍和(或)同向偏盲,即“三偏”综合征。偏瘫的特点是上下肢程度相同。主侧半球受累尚伴有失语、失算、失读、失写等障碍。由于该动脉供血范围较大,故发生血栓时脑梗死面积较大。少数病例可因脑水肿导致颅内压增高,甚至发生脑疝而致死。

(2) 大脑中动脉皮层支 偏瘫及偏身感觉障碍以面部及下肢为重,优势半球病变可有失语、失读和失用等。

(3) 大脑中动脉深穿支 表现为上下肢程度均等或以上肢为主的偏瘫,对侧偏身感觉障碍,可伴有偏盲、失语等。

3. 大脑前动脉血栓形成 比较少见,除表现为病灶对侧上、下肢瘫痪和感觉障碍外,还可出现精神症状及大、小便障碍。

(1) 大脑前动脉主干 出现病灶对侧上下肢瘫痪和感觉障碍,以下肢为重,皮层感觉障碍及深感觉障碍重于浅感觉障碍;可伴有额叶性共济失调、尿潴留及精神障碍,如反应迟钝、表情淡漠、情绪不易控制、欣快、夸大、人格改变及痴呆等,还有强握反射及摸索动作等;优势半球受累可有运动性失语。

(2) 大脑前动脉皮层支 表现为病灶对侧上、下肢瘫痪和感觉障碍,以下肢为重;可伴有尿潴留及精神障碍;优势半球受累尚伴有运动性失语。

(3) 大脑前动脉深穿支 表现为病灶对侧面舌瘫及上肢轻瘫,并以近端为重,有的可有不随意运动及额叶性共济失调。

4. 脉络膜前动脉血栓形成 出现一过性或较轻的对侧偏瘫,下肢重于面舌,而对侧深浅感觉障碍及对侧偏盲则较持久。

5. 大脑后动脉血栓形成 比较少见,仅占全部脑梗死的3%左右。

(1) 大脑后动脉深穿支 出现以下综合征:①丘脑综合征:受累血管为其后外侧支丘脑膝状体及丘脑穿通动脉。表现为对侧深浅感觉减

退或消失；丘脑自发性疼痛；一过性轻偏瘫；对侧轻度共济失调；舞蹈样或手足徐动征。②双侧丘脑旁正中综合征：丘脑旁正中区由前丘脑下丘脑旁正中动脉供血，后者发源于大脑后动脉与后交通动脉之间，有时该动脉双侧共干，一旦形成血栓可引起双侧丘脑旁正中区梗死。其临床表现为急性起病，短暂昏迷，继而为高度嗜睡状态、反应迟钝、定向错误、对环境感知障碍、Korsakoff 遗忘综合征和垂直注视麻痹。③Weber 综合征：表现为动眼神经交叉瘫。④Claude 综合征：表现为同侧动眼神经麻痹，对侧小脑性共济失调。⑤Parinaud 综合征：表现为双眼上视不能、会聚不能、瞳孔对光反射消失、瞳孔散大。

(2) 大脑后动脉皮层支 常表现为急性发作的记忆缺失和视野缺损。部分患者先出现短暂精神错乱，后出现记忆缺失。以近记忆缺失为明显，远记忆保留，此为颞叶内侧海马结构梗死所致。视野缺损与枕叶梗死有关，引起对侧同向偏盲，但有黄斑回避现象。如双侧大脑后动脉血栓形成则引起皮层盲，双眼视力丧失，但瞳孔对光反应保存，个别患者有时对自己失明全然不知，甚至坚决否认，虚构自己想象的视觉印象，此即为 Anton 综合征（否认失明综合征）。

6. 椎动脉血栓形成 椎动脉及其不同分支的血栓形成可引起以下几种临床综合征：

(1) 延髓内侧综合征 延髓内侧综合征是椎动脉或其分支、脊前动脉分支或基底动脉下部分支供应区缺血的表现。可出现病变同侧周围性舌下神经麻痹，对侧上、下肢瘫痪（不包括面肌、上肢瘫痪明显）及上半身的触觉、振动觉、位置觉障碍。

(2) 延髓背外侧综合征 延髓背外侧综合征是小脑后下动脉、椎动脉或椎动脉小分支及基底动脉下部分支血栓形成所致。患者可表现为突然眩晕、恶心、呕吐，继而出现吞咽困难、饮水呛咳、声音嘶哑等。主要体征为同侧面部的对侧半身痛温觉减退，软腭及声带麻痹，咽反射迟钝或消失；Homer 综合征以及同侧上、下肢共济失调等。患者站立时易向患侧倾倒，眼球可出现水平性震颤。

(3) 延髓半侧综合征或称延髓内外侧联合综合征 由于椎动脉闭塞造成，为上述两种综合征，即延髓内侧综合征和延髓背外侧综合征的部分或全部症状表现。

7. 基底动脉血栓形成 基底动脉分支血栓最常累及的部位是旁中央支供血的桥脑基底部分与中线两侧。其临床表现较重且复杂，以交叉性瘫痪为主要临床特征，临床上主要有以下几种情况：