

心脑血管疾病 诊疗指南与护理

XIN NAO XUE GUAN JI BING ZHEN BING ZHI NAN YU HU LI

主编：刘瑞霞 梁鸿雁 张士亮
王庆芳 王荣华 杨三强

中医古籍出版社

心脑血管疾病

诊疗指南与护理

中国医师协会全科医师分会 中国医师协会全科医师分会 中国医师协会全科医师分会

主编：刘国瑞 副主编：刘国瑞 刘国瑞

副主编：刘国瑞 副主编：刘国瑞

中国医师协会全科医师分会

心脑血管疾病诊病指南与护理

主 编：刘瑞霞 梁鸿雁 张士亮

王庆芳 王荣华 杨三强

副主编：王洪燕 吴军华 於德滋

张 洋 丁振学 金 涛

周文哲 包金丽 褚庆岱

中医古籍出版社

2008 • 北京

图书在版编目 (CIP) 数据

心脑血管疾病诊病指南与护理 / 刘瑞霞、梁鸿雁、张士亮著,
—北京: 中医古籍出版社, 2008. 8

(实用临床诊疗专家专著 / 李春峰总主编)

ISBN 978-7-80174-645-0

I. 心… II. ①刘…②梁…③张… III. ①心脑血管疾病—诊疗
②脑血管疾病—诊疗③心脑血管疾病—护理学④脑血管疾
病—护理学 IV. R54 R743 R473. 5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第 095283 号

心脑血管疾病诊病指南与护理

责任编辑: 刘 娟

出版发行: 中医古籍出版社

(北京东直门内南小街 16 号 邮编: 100700)

经 销: 新华书店

印 刷: 山东省济南市长清区灵岩印刷有限责任公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 128.75 (全 9 册) 本册印张: 15.5

字 数: 2325 千字 本册字数: 370 千字

版 次: 2008 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 500

书 号: ISBN 978-7-80174-645-0

定 价: 286.00 元 (全 9 册) 本册定价: 30.00 元

前 言

脑血管病和心血管病是严重危害人类生命健康的三大主要疾病(脑血管疾病、肿瘤、心血管疾病)之中占两大疾病。心脑血管疾病除致死率高外,由此引起的瘫痪、失语、痴呆等致残结果更成为现代社会家庭的沉重负担,无怪乎人们常说“人之百病莫大于中风”。

古人云:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸兵,不亦晚乎?”古人的精辟论述给现代人极大的启示,要降低脑血管病的发病率,关键在预防与治疗。

心脑血管病是我国中老年人群的常见病、多发病,近年来呈上升和低龄化趋势,农村地区也日益突出。心脑血管病的高发病率、高死亡率和高致残率不仅严重危害人民的健康和生活质量,同时也给国家及患者家庭带来沉重的医疗、经济和社会负担,是一个重要的公共卫生问题。

由于心脑血管疾病病因病理复杂,治疗多采用各种方法,中西医各有优势和不足。临床实践证明,中西医结合治疗心脑血管疾病,能扬长避短,优势互补,可缩短疗程,减少复发,巩固、提高疗效,改善患者的生活质量,并得到广大医务工作者和患者的认可。中西医结合治疗已经成为提高心脑血管疾病疗效最重要的方法之一。我国中西医结合上取得了许多新进展,积累了较多的经验。为了满足临床和社会的需要,我们从临床诊疗实际出发,结合多年临床实践,编写了《心脑血管疾病诊疗指南与护理》一书。尽量在每种疾病中寻求中西医治疗的结合“点”。在每种疾病后有中西医治疗述评,阐释在什么情况下应用中药、西药或应用中西医结合治疗的着眼点以及中西医治疗的现状、存在的问题和未来的研究方向。

本书适用于二、三级医院的内科医师、广大基层医务人员和预防保健工作者,同时对于心脑血管病患者和关注自己健康的人们也具有指导意义。

编 者

2008年5月

内容提要

本书共分3章，分为常见脑病，常见心病及其护理。脑病论述了脑梗死、短暂性脑缺血发作、脑出血、蛛网膜下腔出血、痴呆、癫痫、三叉神经痛、注意缺陷障碍、肝豆状核变性、脑炎、脑性瘫痪。心病讲述心力衰竭、心律失常、原发性高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、感染性心内膜炎、心包炎、心脏瓣膜病、高脂血症、原发性心肌病、及心脑血管疾病的护理。重点介绍中医、西医、中西医结合治疗的原则和方法、以及现代研究进展，尽力反映当代中西医结合的诊治水平。同时收集了近几年国内外新研制治疗心脑血管疾病的部分中西药，以及互联网上的心脑血管疾病信息资源。

本书内容新颖、资料翔实、重点突出、理论联系实际，临床实用性强。可供内科医师、医学院校师生和基层医务人员阅读参考。

目 录

第一章 常见脑病	1
第一节 脑梗死	1
第二节 短暂性脑缺血发作	11
第三节 脑出血	21
第四节 蛛网膜下腔出血	32
第五节 痴呆	41
第六节 癫痫	52
第七节 三叉神经痛	66
第八节 注意缺陷障碍	74
第九节 肝豆状核变性	80
第十节 脑炎	90
第十一节 脑性瘫痪	102
第二章 常见心病	112
第一节 心力衰竭	112
第二节 心律失常	126
第三节 原发性高血压	145
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	161
第五节 感染性心内膜炎	181
第六节 心包炎	189
第七节 心脏瓣膜病	196
第八节 高脂血症	205
第九节 心肌炎	215
第十节 原发性心肌病	224

第三章 护理	235
第一节 心悸	235
第二节 胸痹	237
第三节 痹证	240
第四节 痫证	242

第一章 常见脑病

第一节 脑梗死

脑梗死是指局部脑组织血流灌注减少或突然完全中断,造成一定范围内神经细胞、纤维、胶质以及血管等组织结构连续崩解破坏,而出现生理功能丧失,组织结构改变的病理过程。根据病因和病理的不同,脑梗死包括动脉粥样硬化性血栓性脑梗死、脑栓塞和腔隙性脑梗死。

脑血管病是人类死亡的第三位主要原因。据流行病学研究,在世界范围内脑血管病的患病率为150~200/10万,其中脑梗死发病率占75%,男性发病率和病死率均明显高于女性,脑梗死30天内的病死率为10%~30%。

脑梗死属于中医学的“中风”、“卒中”、“偏风”、“偏枯”等病证范畴。轻者为中经络,重者为中脏腑。

一、病因与发病机制

现代医学认为,引起脑梗死的根本原因是供应脑部血流的动脉发生病变,使脑组织局部血流量减少,以及侧支循环未能及时、充分的建立,使局部脑组织对血液的需求和供应之间的供不应求超过一定的限度所致。主要病因包括以下几个方面。

1. 血管病变

动脉粥样硬化和在动脉粥样硬化基础上发生的血栓形成以及高血压伴发的脑小动脉硬化是脑梗死的最常见原因。梗死灶多位于脑动脉的走行分叉处、狭窄处、迂回处、虹吸部等,且易发生较大的梗死。与高血压有关的脑中小动脉硬化梗死主要发生于脑深部穿通动脉,易引起腔隙性梗死。各种原因引起的动脉炎、动脉内膜炎导致的动脉狭窄,创伤引起的附壁血栓,血管发育异常,主动脉和颈部大动脉的夹层动脉瘤等,均易发生血栓。但血栓形成是否引起脑梗死取决于阻塞程度与远端侧支循环是否充足。

2. 血液成分的改变

动脉粥样硬化斑块处血管内膜粗糙,使血小板易于附着聚集,并且释放更多的5-羟色胺等化学物质;血液中胆固醇、脂蛋白及纤维蛋白原、血糖含量升高等均可使红细胞表面负电荷减少,导致血液黏稠度增加,血流速度减慢;白血病、红细胞增多症、严重贫血等可使血液凝聚性增高,这些均使血栓易于形成。

3. 血液动力学改变

血压改变是影响脑局部血流的重要因素。正常情况下,当平均动脉压在70~160mmHg范围内变化时,自身可以通过改变血管口径来代偿。但如平均动脉压下降至60mmHg,或高于180mmHg时,则血管舒张或收缩超过了脑血流自动调节的下限或上限,在血管本身存在病变的基础上,如管腔狭窄或血管硬化,自动调节功能失效,局部脑组织的血液供应即发生障碍。

4. 其他疾病的影响

如高血压、糖尿病等全身性疾病可使脑动脉粥样硬化加速、加重,易于发生脑梗死,又如偏头痛、高血压脑病、蛛网膜下腔出血等引起的脑血管痉挛,可发生血液流变学方面的改变,使脑组织血液供应发生障碍,易于发生梗死。

5. 其他

由于异常的固体、液体、气体沿血液循环进入脑动脉,造成血流阻塞,而产生脑梗死。栓子的来源分为心源性、非心源性及来源不明三大类。其中心源性栓塞是脑栓塞最常见的病因。特别是风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴心房纤维性颤动时,左心房壁血栓脱落最为多见。

二、病理改变

脑动脉栓塞发生后引起该处血管供应的脑组织发生梗死,可出现红色充血性梗死以及白色缺血性或混合性梗死。在形成缺血性脑梗死后出现管壁受损,而通透性增加。当血流恢复时,管壁受到血流的冲击,极易引起破裂出血,从而形成出血性损害,或者因管壁通透性的改变,红细胞也可渗出于血管外。约有50%~60%的脑栓塞性梗死为出血性的。镜检显示神经元、髓鞘及神经胶质有不同程度的分解,或者血管周围有出血。

三、中医对本病的认识

本病的病变部位在脑,且与心、肝、脾、肾关系密切。本病的发生,主要原因在于患者平素气血亏虚与心、肝、肾等脏阴阳失调,加之情志饮食失宜,或房劳耗气伤精,或外邪侵袭等诱因,以致气血运行受阻,血瘀滞络,肌肤失养,或阴亏于下,肝阳上扰,气血上逆,夹痰夹火,横窜经隧,蒙蔽清窍而成。

1. 正气不足,络脉空虚,内风扰动

中年以上,元气渐亏,或久病耗伤正气,气血不足,脑髓失养,气虚运血无力,血流不畅,脑脉瘀滞不通,阴血不足,阴不制阳,复加情志过极,使阴亏于下,阳亢于上,肝之阳气升而无制,阴不制阳亢而化风,风气内动,夹痰浊、瘀血上扰清窍,瘀滞脑脉,发为本病。

2. 劳伤过度,精亏体衰,阴阳失调

操劳过度,形神失养,阴血暗耗,虚阳化风上扰,或房劳过度耗伤肾

精，精亏血少，虚火上浮，阳气上涨，引动风阳，内风旋动，气火俱浮，迫血上涌，或夹痰浊瘀血上壅清窍，发为本病。

3. 饮食不节，聚湿成痰，痰浊阻闭

过食肥甘厚味，饮酒过度，都可使脾失健运，聚湿成痰，痰郁化热，蒙蔽清窍，阻滞经络；或肝阳素旺，横逆犯脾，脾运失司，内生痰浊；或肝火内炽，炼液成痰，肝火夹痰横窜经络，蒙蔽清窍，发为本病。

4. 情志郁怒，五志化火，气机失调

五志过极，心火暴盛，或暴怒伤肝，肝阳暴动，引动心火，风火相煽，气热郁逆，气血并走于上，发为本病。

5. 气候变化，诱发本病

素体气血失调，阴阳失衡，风火、痰瘀等致病因素伏藏于内，环境骤然变化，或气候突然变化可诱发本病。骤然寒冷，寒凝血瘀，阻滞脉道；或早春骤然转暖，厥阴风木主令，内应于肝，风阳暗动；或炎夏酷热，腠理发泄，津液耗伤，血虚液涸，血行不畅，也可发为本病。

四、临床表现

(一) 症状和体征

脑梗死的临床表现视其闭塞的血管而定。现将各脑动脉病变的表现分述如下。

1. 颈内动脉系统

(1) 颈内动脉

颈内动脉临床表现较为复杂多样，取决于侧支循环状况。颈内动脉卒中可无症状。

常见症状如下。

1) 病变对侧肢体有不同程度的瘫痪及感觉障碍或同向性偏盲，优势半球损害可有运动性失语，非优势半球可有体像障碍。

2) 症状性闭塞出现单眼一过性黑朦。

3) 检测病变侧颈动脉搏动减弱或消失。

(2) 大脑前动脉

大脑前动脉皮质支供应大脑内侧面前 3/4 的皮质，深支供应内囊前支和尾状核。

常见症状如下。

1) 皮质支闭塞出现病变对侧中枢性下肢运动及感觉障碍，对侧肢体短暂性共济失调，强握反射及精神症状。

2) 深支闭塞出现病变对侧中枢性面、舌瘫痪和上肢近端轻度瘫痪。

(3) 大脑中动脉

大脑中动脉皮质支供应大脑半球外侧面额、顶、颞叶。深支主要供应内

囊前 3/5。

常见症状如下。

1) 主干闭塞出现对侧中枢性面瘫、舌瘫、偏身感觉障碍和偏盲。若在优势半球, 会出现完全性失语症。在非优势半球出现体像障碍。

2) 皮质支闭塞出现的偏瘫及感觉障碍, 以面和上肢为重, 非优势半球可出现感觉忽略等体像障碍。

3) 深支闭塞出现上下肢程度一致的偏瘫, 一般无感觉障碍和偏盲。

2. 椎基底动脉系统

(1) 椎基底动脉

1) 基底动脉主干闭塞可引起脑干梗死, 出现四肢瘫痪、延髓麻痹、昏迷, 常迅速死亡。若脑桥基底部梗死时, 出现闭锁综合征。

2) 基底动脉个别分支闭塞, 出现与梗死部位相应的交叉性瘫痪, 构成不同的综合征。如脑桥支闭塞引起外展及面神经交叉瘫。内听动脉闭塞出现同侧突发性耳聋、耳鸣、眩晕等。

(2) 小脑动脉

小脑动脉主干闭塞可引起延髓外侧综合征, 是脑干梗死最常见类型, 导致眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤、同侧面部及对侧半身感觉障碍、小脑共济失调、饮水呛咳、吞咽困难和声音嘶哑。

(3) 大脑后动脉

大脑后动脉栓塞以栓子堵塞主干或分支为多见。主干闭塞引起对侧同向性偏盲, 上部视野损伤较重。中脑水平大脑后动脉起始处闭塞, 可引起垂直性凝视麻痹、动眼神经瘫痪眼球垂直性歪斜斜视; 丘脑膝状体动脉的穿通支阻塞出现丘脑综合征, 表现为对侧深感觉障碍、痛觉过度、轻度偏瘫, 后期可发生剧烈的偏侧自发疼痛、偏身舞动运动、共济失调等表现; 丘脑穿通支动脉闭塞产生病侧小脑性共济失调、意向性震颤、舞蹈样不自主运动及对侧感觉障碍; 远端分布区闭塞可表现皮质盲。

3. 腔隙区域

腔隙性梗死临床表现症状轻微或无症状。常见有 4 型。

1) 单纯运动障碍: 最常见。病灶见于内囊或中脑、脑桥腹侧的腔隙。对侧面、肩、腿呈不同程度瘫痪, 可有感觉症状, 一般不伴有失语、感觉障碍或视野缺损。

2) 单纯感觉性障碍: 病灶见于丘脑腔隙。表现为偏身感觉异常或丧失, 身体中线对侧一半的木钝、冷、热、麻刺感或大小、形态改变的错觉, 触摸该侧身体可能引起感觉过度。

3) 共济失调性偏侧轻瘫: 病灶多在对侧辐射冠汇集至内囊处或在脑桥基底部皮质脑桥通路受损, 表现为病变对侧的小脑性共济失调和运动缺损, 对侧

腿的轻瘫及上臂、手的共济障碍，下肢无力重于上肢无力。

(二) 实验室检查及其他检查

1. 头部CT检查

脑栓塞CT扫描诊断意义极大，早期检查可见栓塞的范围、部位，栓塞在CT片上早期表现为低密度阴影，在低密度缺血区域边缘可见高密度的水肿带或散在出血影。

2. 神经影像学检查

动脉硬化性脑梗死头颅CT扫描检查，于起病24小时内图像无改变，24~48小时后可见低密度病变区。发病后2~15日可见均匀片状或楔形的明显低密度灶，大面积脑梗死伴脑水肿和占位效应，出血性梗死呈混杂密度，应注意病后2~3周梗死吸收期，病灶水肿消失及吞噬细胞浸润可与脑组织等密度相似，在CT上难以分辨，成为“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的病变组织。但有时CT不能显示脑干、小脑的较小梗死灶。

MRI磁共振成像可较早期发现脑梗死，对CT未能发现的腔隙性梗死灶也可发现。脑干及小脑梗死、静脉窦血栓形成等，数小时即出现T₁低信号、T₂高信号病灶，出血梗死显示其中混杂T₁高信号。钆增强MRI较平扫敏感。功能性MRI弥散加权成像(DWI)可早期诊断缺血性卒中，发病2小时内即可显示缺血病变，为早期治疗提供重要信息。DSA可发现血管狭窄及闭塞部位，显示动脉炎、Moyamoya病、动脉瘤和动静脉畸形等。

3. 腰穿检查

腰穿检查只在不能做CT检查、临床又难以区别脑梗死与脑出血时进行，通常脑压及CSF常规正常。

4. 经颅多普勒(TCD)

经颅多普勒可发现颈动脉及颈内动脉狭窄、动脉粥样硬化斑或血栓形成。

5. 超声心动图检查

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。

五、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断要点

1. 动脉粥样硬化性血栓性脑梗死

- 1) 常于安静状态下发病。
- 2) 大多数发病时无明显头痛和呕吐。
- 3) 发病较缓慢，多逐渐进展或呈阶段性进展，多与脑动脉粥样硬化有关，也可见于动脉炎、血液病等。
- 4) 一般发病后1~2天内意识清楚或轻度障碍。
- 5) 有颈内动脉系统和(或)一基底动脉系统症状和体征。

6) 应作 CT 或 MRI 检查。

7) 腰穿脑脊液一般不含血。

2. 脑栓塞

1) 多为急骤起病。

2) 多数无前驱症状。

3) 一般意识清楚或有短暂意识障碍。

4) 有颈内动脉系统和(或)椎—基底动脉系统的症状和体征。

5) 腰穿脑脊液一般不含血, 若有红细胞可考虑出血性脑梗死。

6) 栓子的来源可为心源性或非心源性。也可同时伴有其他脏器、皮肤、黏膜等栓塞症。

3. 腔隙性脑梗死

1) 发病多由于高血压动脉硬化引起, 呈急性或亚急性起病。

2) 多无意识障碍。

3) 应进行 CT 和 MRI 检测, 以明确诊断。

4) 临床表现都不严重。较常见的为纯感觉型卒中、纯运动型轻偏瘫、共济失调型轻偏瘫、构音不全—手笨拙综合征或纯感觉运动型卒中等。

5) 腰穿脑脊液无红细胞。

(二) 鉴别诊断

1. 出血性脑卒中

约有 10% 左右的脑出血病人发病时意识清晰, 脑脊液不含血, 小量的脑实质内出血, 由于出血性周围的水肿带缓慢形成, 也可使局灶体征逐渐加重, 与脑梗死临床不易鉴别, CT 扫描显示高密度灶, 或 MRI 可明确诊断。

2. 颅内占位性病变

突然起病的慢性硬膜下血肿和部分脑脓肿、脑肿瘤等, 表现为局灶性神经功能缺失, 进行性加重时, 和进展性脑梗死很相似。但慢性硬膜下血肿多有外伤史, 脑血管造影对其诊断有决定意义。脑脓肿与脑肿瘤 CT 扫描、MRI 及 MRA 也不难鉴别。

3. 颅脑损伤

脑卒中发病过程中常突然摔倒而导致头面损伤。当患者有失语或意识障碍, 不能自述病史时, 需要鉴别的是因摔伤而致神经功能障碍, 还是因脑卒中后偏瘫而致摔跌。

4. 高血压脑病

高血压脑病可有偏瘫、头痛及意识不清, 但血压收缩压明显偏高, 常在 150~200mmHg 之间, 慢性高血压患者, 可能在 230~250/120~150mmHg 以上才会发病, 头痛、抽搐及意识障碍为高血压脑病的三联征。眼底检查常有视乳头水肿、视网膜出血及渗出, 降低血压后, 局灶神经损伤症状迅速恢复,

可做鉴别。

六、治疗

(一) 西医治疗

1. 急性期治疗

(1) 一般处理

卧床休息。注意保持呼吸道通畅，加强皮肤、口腔、呼吸道、排便护理，防止各种并发症。注意水电解质平衡，起病 24~48 小时后仍不能自行进食者，应予鼻饲流质饮食。

(2) 控制血压

应特别注意血压、血压轻中度升高而舒张压低于 100mmHg 时，不应急于将血压降至正常范围，应使其维持于比患者病前平日或患者年龄应有的稍高水平，以免血压过低而导致脑血流量锐减，使梗死发展恶化。必要时可加强补液或给予适当药物以升高血压。长期高血压者，宜将血压维持在 150~160/90~100mmHg。但如果血压显著升高或已引起严重合并症时，可用降压药。

(3) 增加脑血流，改善脑血流循环

1) 血液稀释疗法：血液稀释疗法起源于 20 世纪 60 年代，大量动物实验和临床研究证实血液稀释疗法能有效地增加急性缺血性卒中动物和病人的脑血流量，使脑梗死患者神经功能缺损得到改善。通过减低血黏度以改善脑血流，适用于腔隙梗死，因血液动力学因素引起的脑梗死和血黏度增高的病人。对伴发颅内大大动脉狭窄的脑梗死并不适用。对明显发病已超过 48 小时的脑梗死、混合性脑卒中、脑梗死伴心衰、肾衰竭的病人亦不适用。常用右旋糖酐 40 或淀粉代血浆(706 代血浆)500ml 静脉滴注，每日 1 次，8~10 天为 1 个疗程。

2) 血管活性药物：脑缺血破坏脑血管的自动调节，局部小动脉极度扩张，任何血管扩张剂已不能使缺血区小动脉进一步扩张，但正常区小动脉则可扩张，这样就有可能使脑血流从缺血区引向正常脑区——脑内偷漏，还有可能引起颅内压增高。目前多数学者对缺血性脑血管病应用血管扩张剂提出异议，扩血管治疗可用于急性缺血性卒中的超早期，尚未出现过度灌注综合征及脑水肿之前，发病 24 小时以内，或发病 2~3 周以后的恢复期，及慢性椎基底动脉供血不足等。常用罂粟碱 30~90mg 加入右旋糖酐 40 500ml 中静脉滴注。

(4) 抗脑水肿

缺血性脑血管病所致脑水肿为细胞毒性和血管源性脑水肿的混合型。在脑缺血早期， Na^+ 、 Ca^{2+} 流入细胞内，细胞间液中水也随之进入细胞，引起细胞毒性水肿。长时间缺血时组织酸中毒加重，血—脑脊液屏障破坏，发展成为血管源性水肿。但是，一般认为，脱水剂和类固醇都无助于脑梗死病人的

脑水肿,甚或有害。给予脱水剂后血浆渗透压提高而使血—脑脊液屏障完整的正常脑区发生脱水。在血—脑脊液屏障破坏的脑梗死区,脱水剂从血管内流散至病区脑组织,造成缺血区脑水肿加重。当病人因严重脑水肿而出现意识障碍或脑疝迹象时,可做经验治疗而给予短期积极脱水药物。常用20%甘露醇250ml快速静脉滴注,在密切观察下调节给药次数,同时补充利尿所损伤的液体和电解质,常规抬高头位 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

(5) 抗血栓疗法

1) 溶栓:链激酶及尿激酶在脑梗死的应用未被证实,仅限使用于起病后的极早期和缓慢进展性脑卒中,治疗中应注意出血并发症,疑有颅内出血、出血性疾病和持续高血压病人应禁用。常用尿激酶6万~30万U溶于右旋糖酐40或生理盐水中静脉滴注,每日1次。链激酶初剂量50万~100万U加入生理盐水100ml在半小时内静脉滴注;维持量为60万U溶于5%葡萄糖溶液250~500ml静脉滴注6小时左右,每日4次,24小时内持续用药,直到病情停止发展为止。防止过敏反应时可加入地塞米松1.25~2.5mg,静脉滴注,用药时间一般不超过7日,此外,亦有采用蛇毒制剂者。

2) 抗凝剂:应用于恶化性脑卒中的疗效并不肯定,部分学者仍主张用于椎—基底动脉系统的进展性梗死。治疗期间必须经常检测凝血酶原时间和凝血时间,还须备有维生素K、硫酸鱼精蛋白等对抗剂,以便出现出血并发症时能及时处理。凡有出血倾向、消化道活动性溃疡、脑出血、恶性高血压、脑手术后、严重肝、肾功能不全者禁用。急性期开始可静脉注射负荷剂量肝素4000~6000U,继之以静脉滴注,速度为每小时100U,3~5天后可开始口服华法林,首次剂量6~12mg,同时给予肝素与华法林至少5天,然后单用华法林,维持量2~6mg,每晚1次。原则上剂量调整应使凝血酶每晨所测凝血酶原时间为对照的1.5~2.5倍,凝血时间延长到20~30分钟,每一疗程不少于3~6月,病情稳定后逐渐减量,减药过程4~6周,不能突然停药,否则可引起“反跳”现象。

(6) 其他治疗

1) 脑代谢活化剂:如维生素C、三磷腺苷、鸟氨酸酮等,特别用于有意识障碍者。

2) 脑保护剂:主张超早期开始进行联合治疗。常用尼莫地平50ml,静脉滴注,每日1次,10天为1疗程;或20mg,口服,每日3次。氟桂利嗪5~10mg,口服,每晚1次,不超过2个月。甘露醇250ml,静脉滴注,每日1次。维生素E 100mg,口服,每日3次。维生素C 0.2g,口服,每日3次。

3) 神经营养药物:胞磷胆碱250~500mg加入5%葡萄糖溶液500ml内静脉滴注,每日1次,10~12天为1个疗程。

4) 高压氧舱疗法: 用2个大气压的高压氧舱治疗1.5~2小时, 每日1次, 10次为1个疗程, 对部分病人有一定疗效。

2. 恢复期治疗及预防

恢复期治疗的主要目的是促进神经功能的恢复, 应尽早使瘫痪肢体进行被动运动及锻炼, 选用血管扩张剂及抗血小板凝集药长期口服(如阿司匹林肠溶片、双嘧达莫等)。

预防的重点是加强对动脉硬化、高脂血症、高血压、糖尿病等疾病的预防, 特别对短暂性脑缺血发作者应积极治疗, 以降低脑梗死发病率。

(二) 中医辨证论治

脑卒中的病因病机十分复杂, 故其临床证候轻重不一, 缓急有别, 临床辨证时要审慎从事, 审病位、辨闭脱、查逆顺以知标本虚实, 审证求因, 审因论治。

1. 风痰瘀血, 痹阻脉络

临床表现: 半身不遂, 偏身麻木, 头晕目眩, 口舌喎斜, 言语謇涩或不语, 舌质暗, 苔白腻, 脉弦滑。

治法: 息风化痰通络。

方药: 涤痰汤合血府逐瘀汤加减。天麻10g, 钩藤30g(后下), 半夏10g, 陈皮10g, 川芎10g, 地龙10g, 桃仁10g, 红花10g。每日1剂, 水煎服。

临证加减: 风痰蕴而化热, 热象明显, 症见口苦、苔黄者, 加黄芩10g, 炒山栀10g; 痰迷心窍, 症见神识昏蒙者, 加服至宝丹; 瘀瘀内阻者, 症见偏身麻木重者, 加鸡血藤30g, 木瓜10g; 肝肾阴虚, 症见舌红少苔者, 加生地黄30g, 潼白蒺藜各10g, 白芍10g。

2. 痰热腑实, 风痰上扰

临床表现: 半身不遂, 言语謇涩, 偏身麻木, 口舌喎斜, 头晕目眩, 咳痰或多, 腹胀便秘, 舌质暗红, 苔黄或黄腻, 脉弦滑。

治法: 化痰通腑。

方药: 星蒺承气汤加减。生大黄10g(后下), 芒硝10g(冲服), 全瓜蒌30g, 胆南星10g。每日1剂, 水煎服。

临证加减: 热象明显者, 症见口苦、苔黄者, 加黄芩10g, 山栀10g; 年老体弱津亏, 症见大便干结者, 去芒硝, 加生地黄15g, 麦冬10g, 玄参10g; 瘀血内阻, 症见麻木, 舌有瘀点者, 可加入活血药如丹参30g, 赤芍15g, 鸡血藤20g; 痰热上蒙清窍, 症见神昏者, 加石菖蒲10g, 郁金10g。

3. 气虚血瘀, 脉络痹阻

临床表现: 半身不遂, 口舌喎斜, 言语謇涩或不语, 偏身麻木, 面色淡白, 气短乏力, 自汗出, 手足浮肿, 舌质暗淡, 苔薄白或白腻, 脉沉