

脑卒中康复治疗的基本观点和实施

黄如训¹

急性脑血管病,尤其是脑卒中,以其高患病率、高死亡率、高致残率备受各方的关注。近三十年来,神经科学的迅猛发展,尤其是影像学、分子生物学等技术在脑血管病诊治中的应用,加深了对脑卒中病理机制的认识,提高了诊断水平,并拓宽了治疗的领域。然而,在临床治疗上(尤其是脑血管病的急性期)仍有许多疑难问题,至今尚未形成一种公认的、普遍适用的疗法。尽管经过多方面的努力,脑卒中的死亡率有所下降,但致残率依然甚高,成为人类致残的主要原因。大量的研究和长期临床实践证明,康复治疗对减少脑卒中的致残有重要作用,是效果好又安全的方法,此点已成为大家的共识。

国外早已重视脑卒中的康复,经过长期的临床实践,开创了不少新方法,并编制出多种“指南”,有很强的指导性和实用性,使康复更加规范,满足了客观需求。另外,日益重视并不断加强采取多种措施,展开全方位的研究,更加凸现康复在脑卒中治疗中的地位。我国脑卒中康复起步较晚,经过努力,近年来有迅速发展,但与国外相比仍存在较大差距。因此,必须结合我国的实际,虚心学习先进经验,分析存在的问题,深入研究,开拓符合客观又具有特色的我国脑卒中康复新局面。

长期的临床实践证明,采用何种具体方案,必须依据疾病的客观实际,进行辩证的分析,采用针对性强的措施,才能获得良好的效果。已往的实验研究,尤其是在脑保护方面,积累了大量的资料,尽管不断有新发现,但仍然未能摆脱“动物实验有效,临床未能证实”的尴尬局面。深入分析这种现状,结合临床观察和实验研究,使我们深刻体会到,在脑卒中的临床和实验研究中,尤其是卒中治疗方面,必须树立明确的基本观点,才能不断提高认识水平,指导实践,获得良好的效果。

1 脑卒中康复治疗的基本观点

1.1 脑卒中的治疗需遵循个体化治疗原则

脑卒中可有多种病因及病理机制,卒中灶的部位、大小及侧支循环代偿能力等也有个体差异,造成了脑功能损害程度不一及临床表现复杂多样。因此,脑卒中不是单一疾病,更非综合征,而是包括不同的病因、病理损害、临床表现及转归的一大类疾病的总称。另外,临床药理研究反复证实,机体与治疗药物或疗法的相互作用,表现出同一种治疗在不同患者之间的效果很不一致,基因多态性成为个体疗效差异的重要原因之一。由此可见,在进行治疗时,不可能通用一个模式,必须根据病因、病理、临床表现等具体情况,对每个患者采用针对性强的方案及措施,才有可能取得较好的效果。在临床实践时,特别要注意下列几个方面:

1.1.1 分型治疗:脑卒中有多种不同的临床病理类型,治疗时应注意分型。最重要的是梗死灶或水肿的部位、大小等,如大的梗死或水肿与腔隙梗死或小量出血,其治疗方案及措施

都有显著不同。

1.1.2 分期治疗:任何一种脑卒中均有病理损害的动态过程,主要是形态结构改变及病理生理变化,有一个明确的变动过程,成为分期治疗的依据或基础。溶栓时间窗是最典型的代表,事实上其他方法也均存在治疗的最佳时点,因而,治疗时窗可能更为确切,是分期治疗的核心。

1.1.3 病因治疗:去除病因是十分重要的治疗,应重视对因施治。多数卒中的病因不易根除,但也有查到原因而取得良效的,如螺旋体脑动脉炎所致的脑梗死,只有用特异性的青霉素治疗,才能控制疾病发展,最终恢复功能。

1.1.4 治疗重点的转换:人体是一个复杂的系统,各器官间密切相关。内脏功能的完整,为保持正常脑功能提供重要基础。因此,在脑卒中整个治疗过程中,必须注意内脏功能的良好稳定,治疗重心需随个体脑及内脏的变化而转移。

这个基本观点,必须贯彻于脑卒中治疗的全过程,因此,在进行康复治疗时,同样也应该根据病因、病理、临床表现等具体情况,对每例患者采用针对性强的方案及措施。

1.2 良好的脑血循环是所有治疗的基础,必须贯穿全程

脑结构复杂,代谢活跃,但缺乏能量储备,要维持正常生理功能,要求有稳定的血循环。在脑部疾患时应重视保持良好的脑血循环,在脑血管疾病(尤其脑卒中)中此点表现更为突出,是基于下列缘由:

血管的损害:引致卒中的病因均可损害脑血管,如动脉硬化、动脉瘤、动静脉畸形、动脉炎等,都存在累及脑血管结构的病变。最常见的高血压尚可出现小血管稀疏,糖尿病的脑微血管病变,以及血液成分或血流动力学改变致脑血管功能受损等,均可引起脑血循环障碍,即卒中前存在脑血循环受损,成为治疗中的重要环节。

卒中时脑血循环障碍:卒中发生后出现一系列脑血管结构及病理生理的变化。在受累责任血管区域内,闭塞或痉挛动脉的下游血管损害,以及卒中灶周围的微循环受损,均可导致严重的缺血性损伤,是卒中的病理核心,成为治疗的靶点。血管再通复流、缓解动脉痉挛、减轻再灌注的血管损伤、改善侧支循环和微循环等措施,成为治疗的重心。卒中病灶的镜区及远隔区,也常有相应的局部血流灌注减少,而卒中后脑血流自动调节功能障碍,更是加剧脑缺血的重要因素。此外,严重卒中继发的脑水肿及颅内高压,也可减低脑血流量。由此可见,卒中时除病灶或责任血管区域的严重血循环损害,尚存在其他部位的缺血,为减轻缺血性损伤,应改善全脑的血循环。

总之,脑卒中急性期,有明显的脑血循环障碍,是治疗的主要目标,也是救治的核心。另外,患者进入恢复期后,由于

¹ 中山大学附属第一医院神经科,广州,510080

作者简介:黄如训,教授,博士生导师,主任医师

收稿日期:2006-12-20

原有的脑血管基础病变未能完全改善,甚至病因或病理损害因素尚未能彻底消除或控制,脑血循环功能尚未恢复正常,因此在康复全过程中,应保持良好的脑血循环。适宜的脑灌注压是良好脑血循环的基础。良好的脑血流灌注压是维持正常脑血循环的前提和基础,因此,灌注压在脑卒中的治疗中是十分重要的。脑卒中患者常存在不同程度的脑血流自动调节功能障碍,使脑血流灌注压较难稳定,而目前对灌注压检测手段非常有限,临床大多通过血压来推测,故血压调控成为维持脑血循环的重要措施,可以说调控血压是最重要且有效的治疗,一切康复措施都应不影响血压及脑灌注压的稳定。

2 脑卒中康复治疗的辩证实施

脑卒中的病因、发病机制、病理、临床等的复杂性,在治疗上有众多的方法,然而,具体实施时还必须根据患者的临床病理情况,深入分析,选用针对性强的措施,才能取得良好效果。客观事实说明,在脑卒中的治疗(包括康复)过程中,必须有正确观点指导并在临床实践时辩证实施。

2.1 重视治疗的作用靶点、机制、时窗

目前应用于临床的方法甚多,但疗效不一,其中重要原因是这些措施对侧支循环(尤其是脑卒中灶的微循环)的影响,以及在不同临床病理类型中的作用大小等,缺乏可靠的判断。我们应加强这些方面的观察和研究,以便科学的评价这些治疗措施,使治疗更具针对性和主动性。同时,必须加强研究康复治疗的神经机制,尤其是大脑结构和功能变化的机制,才能较好地指导实践,提高疗效。

脑部结构功能损害同康复紧密关联的是神经可塑性,涉及再生、重组、替代等多种机制。我们必须考虑卒中类型、脑损害程度及机制,来选择利于神经功能恢复的康复措施。对不同卒中类型采用针对性强的方法,才能取得最佳效果。此外,与溶栓治疗有明确的时间窗一样,各种治疗方法也存在使用的最佳时机。在进行康复时,也应注意疾病处于哪个阶段,何时介入及用哪种措施,才是最合理的,即康复也应注意治疗时窗。由此可见,进行康复时应依据患者客观情况,特别注意治疗的靶点、作用机制、治疗时窗等来选用紧密相关的方法,才能有更好的效果。

2.2 在实施中需处理好几个关系

目前卒中的许多治疗都强调遵循有循证医学支持的“指南”或规范化的方案,在康复治疗中也必须重视。在实施过程

中要注意处理好下列几个的关系。

2.2.1 处理好群体与个体的关系:“指南”所依据的大多数临床试验(包括有循证医学依据)是反映群体的结果,有重要的指导作用。然而在日常医疗工作中是面对每个具体患者,要达到最有效的实施,必须进行辩证思维,来制订符合客观实际、及时、针对性强的个体化方案。

2.2.2 处理好效益与安全的关系:任何一种治疗都有其发挥作用的主要机制、靶点,优势与局限性,尤其是效益与安全存在较大的差异,在实施时认真权衡利弊。重视选择良好效果的疗法,更要注意安全性及防止或减少副作用,严格掌握适应证及禁忌证。

2.2.3 处理好原则性与灵活性的关系:“规范化”主要是就总体方案而言,在具体实施时则需根据客观实际来灵活应用。如卒中单元需因地制宜,视条件、设备及技术水平而定,其核心是用较好的组织措施、整合或优化医疗资源,及时地实施针对性强的个体化治疗。同样,在面对每位患者时,常因病情变化,如内脏功能障碍或者并发症的情况来改变治疗重心或程序,这就显示了灵活性的重要。

2.2.4 处理好遵循规范与积极探索的关系:“指南”在总体起指导、规范化的作用,应严格遵循。在临床实施中,还应注意观察、探索,如方案制订及选择、疗程、效果等随病因、年龄、内脏功能状态、临床病理类型而有差异,需不断积累资料,总结经验,作为补充修改“指南”的依据。

总之,在脑卒中康复治疗中必须有基本观点进行指导,而具体实施时,要理念清,盲点少,多思考,重视实践,不断总结经验,才能提高水平。

参考文献

- [1] 黄如训,陶玉倩.重视脑卒中后脑微循环的保护[J].中国神经精神疾病杂志,1998,24(6):379.
- [2] 黄如训,张艳,方燕南,等.大鼠脑梗死后运动功能可塑性物质基础及发生机制[J].中华医学杂志,2000,80(10):769—772.
- [3] 黄如训.应重视缺血性脑卒中的个体化治疗[J].中华医学杂志,2000,80(2):87—88.
- [4] 黄如训,郭玉璞.脑卒中分型分期治疗(建议草案)[J].中国神经精神疾病杂志,2001,27(1):73—75.
- [5] 黄如训.脑梗死治疗的基本观点、原则及方法[J].中华老年多器官疾病杂志,2004,3(4):248—250.
- [6] 黄如训.卒中康复“指南”的解读与思考[J].国际脑血管病杂志,2006,14(1):3—4.