

把握脑梗死后的“黄金康复期”

文 / 陕西省兴平市人民医院 王引韩



关键词：脑梗死；黄金康复期；康复训练

脑梗死，即缺血性脑卒中，是一种高发病率、高致残率的脑血管疾病。脑梗死患者的预后与康复干预的时机及方式密切相关。临床研究指出，一般情况下，发病后3~6个月是神经功能恢复的“黄金期”。在此期间，大脑神经具备较强的可塑性与重塑能力，通过系统、科学的康复训练，并配合并发症管理与生活方式调整，多数患者的运动、语言、认知等功能障碍可获得显著改善，部分病情较轻者甚至有望恢复正常的生活能力。反之，若错过这一关键阶段，神经修复的速度将明显减慢，功能恢复的难度也会显著增加。

本文将从脑梗死后神经修复的生理机制入手，阐述“黄金康复期”的科学依据与核心价值，系统介绍该

阶段常采用的科学康复手段，并对常见认知误区加以澄清，旨在为患者及家属提供可操作的康复指导。

一、“黄金康复期”：神经修复的关键窗口

脑梗死发作时，脑血管的堵塞会导致脑组织缺血、缺氧，造成部分神经细胞坏死，进而引发肢体瘫痪、语言障碍、吞咽困难等问题。此时，许多患者与家属最关心的是：脑梗死发作后还能恢复正常吗？这一问题的答案，很大程度上取决于能否抓住发病后的“黄金康复期”。

从生理机制上看，脑梗死后的神经修复具有显著的“时间依赖性”。发病后的3个月内，坏死脑组织周围

的“缺血半暗带”区域仍存在修复潜力。同时，大脑会启动内在的代偿机制，未受损的神经细胞通过建立新的突触连接来部分替代受损的功能。这一过程被称为“神经功能重塑”。

需要注意的是，“黄金康复期”并非一个僵化的绝对期限。恢复窗口存在个体差异：对于病情较轻、基础状况较好的患者，“黄金康复期”可能达到6个月甚至更久；而对于重症患者（如大面积脑梗死或合并多种基础疾病），“黄金康复期”则可能缩短为1~2个月。

因此，时机至关重要。一旦患者病情经医生评估趋于稳定（通常在发病后48小时至1周内），就应立即在专业指导下启动康复计划，避免错过最佳时机。

二、“黄金康复期”的科学康复手段

“黄金康复期”的核心目标是针对性恢复受损功能，因此必须根据患者的具体功能障碍设计个性化康复方案。临床常用的康复手段通常分为四大类，分别为运动功能康复、语言与吞咽功能康复、认知功能康复、心理与生活方式干预。在康复过程中，应严格遵循循序渐进的科学原则。

1.运动功能康复：从“能活动”到“会运动”

运动障碍是脑梗死患者常见的问题，主要表现为肢体无力、僵硬、协调能力差（如走路画圈、无法抓握物品）。运动功能康复通常需要分以下三个阶段递进：

（1）被动运动阶段（病情稳定初期）

此时患者肢体尚无法自主活动，需在家属或康复治疗师的协助下进行被动训练。该阶段的核心目标是维持关节的灵活性，防止软组织粘连与挛缩，为后续的主动运动奠定基础。

主要方法包括：

- 关节活动度训练：活动肩、肘、腕、髋、膝、踝等关节，每个关节每组活动10~15次，每日完成3或4组。

- 肌肉按摩：对患侧肢体进行轻柔按摩，以促进血液循环。

（2）主动运动阶段（肢体出现微弱主动活动后）

当患者能够自主完成轻微动作（如抬手、屈膝）时，即可开始主动训练。此阶段的目标是在保障安全的前提下，逐步增强肌力、耐力和运动控制能力，从而提升身体的稳定性。

主要训练内容包括：

- 坐位平衡训练：从在床边或椅子上维持稳定坐姿开始，逐步尝试身体前倾、侧倾及转身，以提升躯干控制能力。

- 站立与重心转移训练：在康复师保护或助行器辅助下练习站立，从每次5分钟开始，逐步延长至30分钟，并练习在双下肢间平稳转移身体重心。

- 肢体活动训练：用健侧手辅助患侧手进行抓握练习，或练习患侧腿的屈伸动作。

【提示】训练需控制强度，避免过度疲劳。建议每日进行2或3次，每次总时长20~30分钟，具体可根据患者体力调整。

（3）协调与步态训练（可独立站立后）

该阶段的训练重点在于提升运动的协调性和行走能力，旨在帮助患者安全、有效地重获独立生活能力。

主要训练内容包括：

- 直线行走训练：沿直线行走，保持身体平衡。

- 上下楼梯训练：借助扶手，从单阶开始。

- 手部精细动作训练：进行扣纽扣、使用餐具、写字等与日常生活紧密相关的操作练习。

【提示】在此阶段，科学使用康复器械（如平衡杠、减重步态训练仪）可以有效增加训练的安全性与有效性。





2.语言与吞咽功能康复：针对性改善沟通与进食能力

部分脑梗死患者会出现失语症（表现为无法说话、说话含糊或理解障碍）和吞咽障碍（表现为进食呛咳、吞咽困难）。这两种功能障碍均需进行及时、专项的康复训练。

（1）语言康复训练

- 轻度失语患者：通过命名训练（识别物品并说出名称）、句子表达训练（从简单短句开始，如“我要喝水”）提升表达能力。

- 理解障碍患者：通过听从简单指令（如“举手”“闭眼”）增强理解能力。

【提示】训练需每日3次，每次15~20分钟。家属需耐心引导，多给予鼓励，避免患者因感到挫败而放弃。

（2）吞咽康复训练

吞咽康复必须在专业评估（常用“洼田饮水试验”等）和指导下进行，以确保安全，防止误吸导致肺炎。

- 轻度障碍者：可将食物处理为糊状、泥状或增稠液体，降低吞咽难度与呛咳风险。

- 中重度障碍者：可先通过冰刺激训练（用冰棉签刺激咽喉部，促进吞咽反射恢复）和空吞咽训练（反复做空咽动作，强化相关肌群）改善吞咽功能。

3.认知功能康复：改善记忆力与注意力

脑梗死可能损伤大脑的认知功能区，导致记忆力、注意力、执行力或判断力等多方面认知功能减退。认知康复训练通常遵循从基础认知训练到复杂应用训练的递进原则。

（1）基础训练

基础训练的目标是帮助患者恢复基础认知能力。常用方法包括：

- 记忆力训练：可使用记忆卡片（试着让患者记住卡片内容）、进行故事复述或利用日记辅助记忆。

- 注意力训练：从报纸中找出特定文字或听指令做动作。

【提示】每次10~15分钟，以降低疲劳感，保持训练积极性。

（2）复杂训练

复杂训练的目标是帮助患者将认知能力应用到实际生活中，提升独立生活能力。常用方法包括：

- 日常生活规划训练：计划每日活动、规划购物清单、管理简单财务等。

- 问题解决训练：围绕日常生活场景（如处理脏衣服），引导患者思考并规划解决方案的步骤。

4.心理与生活方式干预：为康复提供“软支撑”

心理问题与不良的生活方式均会直接影响康复进程，甚至增加疾病复发的风险。因此，这两方面的干预缺一不可。

(1)心理干预

家属应多与患者沟通，给予情感支持，避免患者因功能障碍而产生自卑心理。若患者出现明显抑郁情绪，应及时寻求心理医生帮助。必要时，可在专业医生的指导下，进行心理治疗以及合理的药物治疗，从而改善情绪，确保患者以积极的心态坚持康复。

(2)生活方式调整

严格控制血压、血糖、血脂。戒烟戒酒，避免高盐、高脂饮食，多吃蔬菜、水果、优质蛋白（如鱼类、豆制品）。保证充足睡眠，避免过度劳累。

三、常见认知误区

误区1：卧床休息更安全，等恢复好了再训练

部分家属认为脑梗死后患者身体虚弱，应多卧床休息，避免活动加重病情。实际上，长期卧床会导致肌肉萎缩、关节僵硬、血栓形成，反而会影响患者的恢复。如果患者生命体征平稳且无禁忌证（如脑出血风险），应尽早专业指导下开始康复治疗。早期活动是预防继发性损害、激发神经可塑性的关键。

误区2：只要多训练，就能快速恢复正常

部分患者和家属急于求成，自行盲目增加训练强度，进行超负荷训练。这种方式极易导致肌肉损伤、关节疼痛，甚至引发血压波动，增加脑梗死复发风险。科学的康复必须遵循循序渐进、适度、适量的原则，以训练后无明显疲劳、无疼痛为宜，切忌过度劳累。

误区3：康复只靠医院，回家后不用再管

许多患者将康复狭隘地理解为住院期间的短期治疗，出院后便中断训练。实际上，住院急性期康复仅是“打基础”，出院后漫长的恢复期才是功能巩固与提升的“主战场”。康复是一个持续数月甚至数年的过程，需要患者在家中长期坚持执行个性化方案，同时定期复查，由康复团队评估进展并调整计划。唯有如此，方能最大程度地实现功能恢复。

四、结语

脑梗死康复没有“终点”——即使过了“黄金康复期”，坚持科学的训练仍能带来一定改善，尽管其速度会相对放缓。因此，患者及家属需保持耐心，将康复训练融入日常生活。同时，必须严格控制高血压、糖尿病、高脂血症等基础疾病，并遵医嘱定期复查，以最大程度降低脑梗死的复发风险。

本文编辑：王佳昕

