

误区一：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。单靠短期静点一两种药物是不能起到预防作用的，及时治疗相关疾病(高血压、心脏病、糖尿病、高血脂、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。

误区二：脑卒中发病突然，无法预防在脑卒中发病前往往有许多先兆，比如，脑卒中发病前大多会有一次到多次的短暂脑缺血发作(俗称小卒中)，发展为突然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，极易被病人忽略。一旦出现上述先兆，常预示着脑卒中的来临，必须积极到医院求治，不可延误。

误区三：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。年轻人脑卒中的危险因素除了高血压、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，以及积极查找原发病并治疗乃是青年人远离脑卒中的关键。

误区四：血压正常或偏低者不会得脑卒中很多人都知道高血压患者容易得脑卒中，高血压是脑出血和脑梗死的最重要危险因素，但不是唯一的危险因素。脑动脉硬化病人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，只是发病的几率要比高血压患者小得多。

误区五：血压高时服药、血压正常时就可以停药很多病人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，这种间断和无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对心脏、脑、肾脏等器官的损害。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。

误区六：血压降得越低越好一些高血压病人在得知血压高后，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。高血压病人应将血压控制在低于 140/90mmHg，合并糖尿病和肾脏病的病人降压目标以低于 130/80mmHg 为宜。但对于合并脑血管狭窄的高血压病人，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，会使本来就处于缺血状态的大脑进一步加重缺血，发生脑梗死。所以对高血压的治疗应根据病人的实际情况将血压控制在合理的水平。

误区七：脑血管狭窄都可以用支架治疗并非所有的脑血管狭窄病人都需要血管内支架治疗。对于是否实施支架治疗，医生会根据脑血管狭窄病人的脑血流情况、病情特点，以及衡量支架治疗对病人的好处与风险综合分析后做出判断。对有症状的轻、中度脑血管狭窄病人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病人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。

误区八：低剂量的阿司匹林能起到预防脑卒中的作用目前神经科门诊大部分的病人服用阿司匹林的治疗剂量偏低。用阿司匹林进行二级预防的剂量为 75-150mg/天，需要长期服用。如果每天的治疗剂量低于 75mg，对于多数人不能达到有效的抗血小板聚集、预防血栓的目的，而每日超过 150mg，不但不能增大其预防血栓作用，反而会增加其毒副作用。那么阿司匹林早上服用好还是晚上服用好呢？目前并没有关于阿司匹林早晚服用效果和不良反应的对照研究，从阿司匹林的药理机制方面看，早晨或晚间服用都可以。需要提醒的是，服用阿司匹林期间不可以吃吃停，因为只有每天坚持服用有效剂量的阿司匹林，才能抑制新生血小板的聚集功能，达到预防血栓的目的。

误区九：他汀类药物只是降血脂药，血脂达标后即可停用他汀类药物(如立普妥、辛伐他汀)不仅仅是降脂药，也是抗动脉粥样硬化的药物。抗动脉粥样硬化治疗需要长期服用他汀才能见效，若中途停药会导致粥样硬化斑块继续增长、斑块脱落或不稳定的斑块发生破裂，上述情况都会引发卒中再次发生。因此，如果没有其他禁忌症，一般他汀类药物应该长期坚持服用。

误区十：脑卒中治愈后不会再发脑卒中的特点之一就是容易复发，复发率可达 25%。所有脑卒中治愈后仅仅是临床症状消失，其病理基础——高血压、糖尿病或动脉硬化并没有治好。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。