



手護之愛

台灣腦中風病友協會會訊

搜尋 <http://www.strokecare.org.tw/>

發行單位：台灣腦中風病友協會
 發行人：胡漢華 理事長
 地址：台北市北投區石牌路二段201號 台北榮民總醫院
 中正樓16樓神經內科417室
 劃撥帳戶：19965678
 電話：(02)2874-9507 傳真：(02)2873-9241
 協會信箱：tsacay@strokecare.org.tw
 創刊日期：96年6月10號

急性腦大動脈阻塞導致

之缺血性腦中風的急救

◎國立陽明大學教授/台北榮總放射線部神經放射線科醫師/ 鄧木火

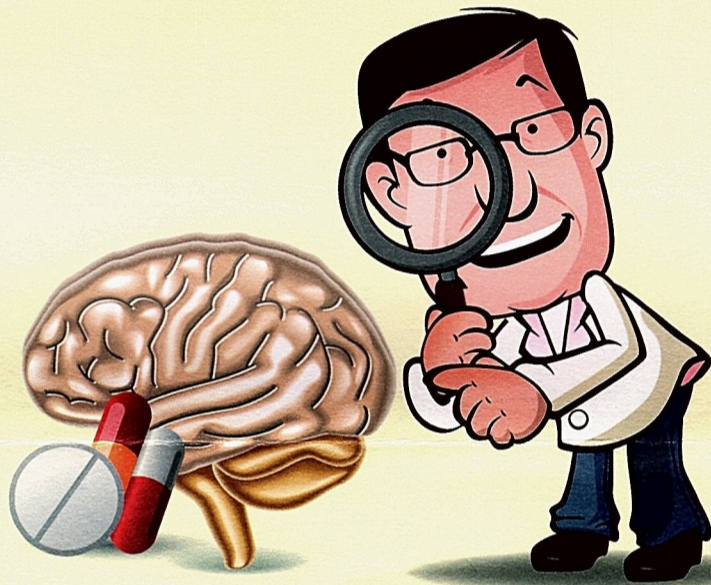
<<動脈內機械式去栓系統>>

時間等於救腦機會：腦動脈阻塞後之幾個小時內，中風壞死區域會隨時間而增加，神經學缺損也漸加重。急性缺血性腦中風愈早開始打通阻塞之動脈，最後留下之神經缺陷會越少。因此一旦疑似中風，應分秒必爭地緊急到醫院。

對動脈阻塞導致之急性中風(腦卒中)可以使用靜脈內注射溶栓劑rt-PA治療(溶栓治療)或由動脈放導管做介入治療。由動脈放導管做介入治療包括由動脈導管注入溶栓劑例如urokinase或rt-PA、動脈導管使用機械式去栓系統、血管擴張術和置放支架等。

根據2007年一篇對過去53篇動脈阻塞導致之急性中風之治療研究包含2066病患治療之結果所整理報告(stroke 38:967-973)發現如下:動脈打通者58.1%的人預後良好，不能打通動脈者則只有24.8%的人預後良好。如果能在6小時內打通者50.9%的人預後良好。動脈阻塞之急性中風死亡率在動脈打通者為14%，未打通者高達42%。因此病人的預後主要決定於是否能早期打通動脈。使用靜脈內注射溶栓劑rt-PA治療可以很快開始啟動治療，因此有其價值。經評估後，如果符合適應症，即可以由靜脈注射溶栓劑打通阻塞動脈。

由靜脈注射溶栓劑只有少於一半的病患的動脈阻塞可以被打通。對於靜脈注射藥物還無法打通阻塞動脈者，如果經評估病情會持續變壞，可以考慮由動脈導管來打通阻塞動脈。由動脈放導管注入溶栓劑或合併靜脈注射溶栓劑可以打通大約2/3病患的動脈阻塞，如能由動脈導管使用機械式去栓系統可以打通大約4/5甚至到100%病患的動脈阻塞，詳細數字請見下表。



有時動脈本身有狹窄，使用溶栓劑或將血栓取出仍無法解決問題，就需要併用動脈內使用血管擴張術和置放支架來治療。因此只由靜脈治療動脈阻塞所產生之急性中風對大動脈的阻塞可能是不夠的。

衛生署去年開始允許進用機械式去栓(彼娜波 Penumbra System)系統，可以在腦中風時緊急將動脈內的血栓抽出，使血管暢通，讓腦子重新獲得供血。在國外另有將顱內動脈取出之支架，等可以進入國內使用後，急性腦大動脈阻塞導致之缺血性腦中風的急救就有比較多的選擇。使用機械式去栓術的好處是

- ① 可以在比較短的時間內打通阻塞動脈，因此可以減少中風範圍之擴散；
- ② 可以不用溶栓藥物或減少使用溶栓藥物，因此可以減少因溶栓藥物所產生的腦出血危險。對溶栓藥物使用有禁忌的病人也可以使用機械式去栓術。
- ③ 對於已經使用靜脈注射溶栓劑後無法打通血管者可以使用機械式去栓系統加速打通動脈。

治療前的影像學評估很重要，這包括：① 區別是出血性還是非出血性的中風；② 是否大動脈的阻塞(可以用電腦斷層血管成像術、或者使用磁共振造影血管成像術檢查)；③ 有多少腦已經梗塞壞死(梗死)，多少腦還會在幾個小時內再發生中風而壞死(可以用腦灌注檢查評估)。

只有在大動脈的阻塞，例如大腦中動脈近端之主幹。內頸動脈、主要的椎動脈、基底動脈才需要由動脈導管做介入治療。遠端小血管的阻塞用靜脈注射溶栓劑就可以了，因此治療前用腦斷層血管成像術、或

治療方法



阻塞動脈打通率

一般動脈 內頸動脈

未用打通治療-自發性動脈復通	24.1%	
靜脈注射溶栓劑	46.2%	14%
動脈注射溶栓劑	63.2%	49%
靜脈注射溶栓劑後再做動脈導管注射溶栓劑	67.5%	61%
動脈導管使用機械式去栓系統	83.6%	78%



者使用磁振造影血管成像術檢查是很有幫助的。如果梗死區域已經相當大，即使動脈打通預後也不好，另外梗死區域大者也比較容易再發生腦出血，這時就不需要打通阻塞的動脈。如果預估會壞死的腦已經壞死，幾乎沒有腦會在幾個小時內再中風壞死，也不需要緊急做動脈導管介入治療，因此腦灌流檢查也是很有用的檢查。

動脈內介入治療需要空出雙平面之動脈攝影機器房間，動員神經放射線介入治療醫師、放射線技術人員、麻醉醫師與技術人員、護理人員等，因此成本較靜脈注射溶栓劑為高。雙平面之動脈攝影機器，能做動脈內介入治療的神經放射線介入治療醫師不是所有醫院都有，這在醫療先進國家也一樣。比較理想的是各區域有能做動脈內介入治療的中風中心。目前政府的政策是讓中風能做到普及化的民衆照顧，因此只能推廣靜脈注射溶栓治療，國內的中風中心沒有要求需要能做動脈內介入治療的技術與人員。

機械式去栓系統之技術與材料健保未給付，現在只能對願意自費要求的使用者提供這項服務。另外，打通動脈不代表中風患者一定能恢復正常，越晚打通，恢復之機會越小，而且太晚打通者因出血而病情變壞之機會越高。

由靜脈注射溶栓劑打通阻塞動脈是一個比較簡單的方法，只要做過電腦斷層檢查，經醫師評估符合適應症且無禁忌症就可以使用。但靜脈注射溶栓藥物後只有少於一半的病患的動脈阻塞可以打通。如果急性

中風患者可能要做動脈內介入治療且有意願自付機械式去栓系統，最好直接到能做動脈內介入治療的醫院，並且要求對靜脈注射溶栓藥物與動脈內機械式去栓系統使用可能性之評估。

電腦斷層動脈圖



左圖為治療前之電腦斷層動脈圖，其右側內頸動脈及右側大腦中動脈阻塞導致整個右大腦無供血。右圖為治療後第3天之電腦斷層動脈圖顯示在右側內頸動脈及大腦中動脈已經暢通，腦供血恢復正常。我們比較治療前後，可以看到治療前(左圖)血管少了一條。這是內頸動脈及右側大腦中動脈都有血塊阻塞的病例，如果沒有使用機械式去栓系統是不可能將動脈打通的。



SpringTrack 眼動新視界

阿春眼動看護

先進眼球追蹤科技，溝通障礙者的福音！
不再侷限身體障礙，盡情享受溝通樂趣！

提升生活品質 找到生命的力量

海梅五年前確診為漸凍人，隨著病情發展逐漸無法口說和手動，失去溝通的能力，因此在病床上總是以淚洗面、胡思亂想。
使用阿春眼動看護後，她終於可以輕鬆的和家人朋好友藉由簡訊email溝通感情，找到生命的力量。



適用對象

漸凍人 (ALS/MND)	肌肉萎縮症 (MD)
多發性硬化症 (MS)	脊髓損傷 (SCI)
小腦萎縮症 (SCA)	帕金森氏症 (PD)
腦性麻痺 (CP)	腦幹中風 (CVA)

意識清楚、眼球動作正常者，皆可使用阿春眼動看護，提高生活自主能力。



動動眼 就能拼字發音
收發email 傳送簡訊?

不用滑鼠或鍵盤

阿春眼動看護採用先進的瞳孔移動辨識技術，使用者只需觀看螢幕，系統即可判別所注視的位置，透過凝視或眨眼就可操作電腦。



溝通表達 多媒體娛樂 網路運用



眼動築夢 歡迎試用

目前或將來可能有言語困難或四肢活動能力有限的溝通障礙者
請立即撥打電話或email聯繫 免付費電話：0800-275-680 服務電話：(02)8227-5680 Email：spring@uteczone.com.tw

阿春眼動看護 收尋

眼動看護



剛中風我能做什麼?

急性加護住院期的復健治療

◎台北榮民總醫院復健醫學中心物理治療師 / 許書旋

依照國外的急性腦中風照顧指引，對於腦中風病患的復健照顧要從中風的第一天就開始。急性期的復健主要的目的是在避免併發症的發生與促進功能的恢復。中風後的第1週是屬於病情相對較不穩定的急性期，在這個時期的病患有些意識還不太清醒，絕大多數的病患都要靠照顧者來執行日常生活的活動。所以，在急性期避免因臥床所造成的併發症顯得格外重要。中風後常見的併發症包括：褥瘡、關節攣縮、關節疼痛、肺炎等等。併發症的發生會阻礙後續復健的進行與功能的恢復，照顧者可在治療師的指導下藉由正確的擺位、被動關節活動與翻身等技巧來避免大部份的併發症發生。

上肢則用枕頭將手臂完全支撐住像環抱枕頭的姿勢，要注意不要將肩關節過度往前拉易導致肩關節脫位或肩關節疼痛。③ 患側躺時要避免體重正壓在肩關節處造成疼痛，在翻身前將肩胛骨先略為前移，並將手臂擺在略為外開掌心朝上的姿勢。患側下肢可擺在小腿略微彎曲的姿勢，如果病患因肩關節疼痛無法被擺在這個姿勢可以先擺在四分之一躺姿來代替。

一、翻身

腦中風後大約有八成以上的病患會有肢體癱瘓無力的現象，因此病患往往無法自行活動。為了避免褥瘡的發生、痰液的堆積與增加病患患側肢體的感覺刺激促進恢復，通常建議至少每2小時就要翻身一次，即是使用氣墊床或脂肪墊的患者也要每2小時轉換姿勢。不論是翻到那一側，照顧者要站在病患要翻過去的那一邊，並在翻身前先預留好翻身的空間，以避免患者有掉落床下的安全顧慮。翻身時照顧者要避免拉扯病患的患側手而是扶住患側肩胛上背部協助翻身，以避免發身肩關節脫位或疼痛。

二、擺位

病患在急性期臥床的時間較長，左右側躺與平躺的姿勢都是必要的（除非醫師因病患病情需要禁止躺在某一姿勢）。擺位時有幾點事項需要注意：① 平躺時要用枕頭將頭頸部支撐好避免頭部過度後仰，影響下顎的開合與口水的吞嚥。平躺時患側的上肢可以用一個枕頭墊在下方，維持上肢略為外展的姿勢，手掌部分可用捲起的毛巾或手部副木維持姿勢。下肢的部分可利用枕頭墊在骨盆與大腿外側以避免下肢過度外轉，並可利用枕頭、被子或垂足板固定踝關節避免垂足。如果病患有肢體水腫時可以利用枕頭將肢段墊高，遠端的手、足部墊的比近心端高以利血液回流。② 健側躺時患側下肢用枕頭擺在略微彎曲的姿勢，

三、被動關節活動



固定近端關節，並支托遠端關節，以平穩緩慢溫和的動作來執行

被動關節活動除了可以避免關節攣縮維持關節活動度外，還可以減低病患因臥床不動所造成的肌肉疼痛、靜脈血栓、與增加患側肢體的感覺輸入。由於每位患者的病況不同，為避免不正確的被動關節活動所導致的關節軟組織損傷甚至骨折，最好經過物理治療師的指導後再進行。執行被動關節活動時要固定近端關節，並支托遠端關節，以平穩緩慢溫和的動作來執行，不是動作越大或越痛越有效。如果病患會感覺疼痛，請先在不痛的範圍內小幅度活動並請物理治療師檢查疼痛的原因。執行被動關節活動時如果可以請病患跟著一起做或跟著想像動作以利恢復。另外，照顧者在執行被動關節活動時請先調整好適合自己的病床高度避免過度彎腰。

四、姿位引流與拍痰

拍痰時要避開腎臟、脊椎與肩胛骨等部位，每個位置拍3到5分鐘。如果病患的血小板過低（小於50000）或骨質過於疏鬆，醫師會囑咐不可拍痰，可以利用擺位在側躺或半側躺等姿勢，同樣可以達到讓痰液排出的效果。

五、下床與輪椅轉位

腦中風後在病況的許可下，應該鼓勵病患儘早下床活動。下床的第一步是要讓病患由平躺坐起。由於腦中風病患在急性期常有血壓不穩定的現象，病患最好採取漸進式的下床方式，先搖高床頭慢慢適應沒有任何暈眩不舒服現象再坐到床邊，起床後也要先在床邊坐幾分鐘習慣直立姿勢，避免姿勢性低血壓。如果病患在急性期的血壓太高，超過180毫米汞柱或不在醫師允許的範圍內，請先不要下床。如果下床時會產生嚴重暈眩不適或坐姿血壓和平躺時相比低20毫米汞柱以上，請立即讓病患平躺休息，通知醫護人員。下床前先將病床高度降低讓患者在坐姿時盡量可以雙腳著地在轉位到輪椅上。在移位至輪椅時有幾點注意事項：①在病患下床前要先將輪椅放置在病患的健側，和病床呈45度夾角，並將輪椅固定好。②在移位時照顧者可以經由病患腋下用二手環繞住病患的軀幹並捉住病患的褲腰帶，兩腳固定患側下肢協助站立轉身到輪椅。如果病患的患側上肢無力偏癱，請「勿」讓病患健側手抓患側手環繞住照顧者的脖子，因為此動作會造成肩關節疼痛影響後續復健。③當病患坐在輪椅上後要用枕頭將患側上肢支撐好避免肩關節因重力過度拉扯，如果患側下肢會往內或往外倒也要用小毛巾或枕頭等物品固定維持好的姿勢。



▶▶▶▶ 採取漸進式的下床方式



六、病室環境的安排

腦中風後病患常出現忽略患側肢體或環境的現象，藉由病室環境的安排與利用一些照顧上的小技巧可以改善此一現象。病患常用的物品放置在患側邊讓病患可以轉頭或翻身到患側邊拿取。照顧者在幫忙梳洗、進食或家屬在跟病患說話時盡量都站在患側邊以增加病患對患側的注意。在病患床頭搖高坐起時可利用枕頭或床板將患側上肢墊高讓病患可以看到自己的患側肢體。



「保栓通」防偽包裝辨識聲明

本公司為確保民眾用藥安全，推出有可變色雷射防偽標籤之新包裝，該辨識重點請參考下圖說明。

產品正面(新舊包裝不變)



原包裝 產品背面

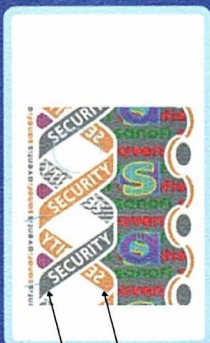


新包裝 產品背面

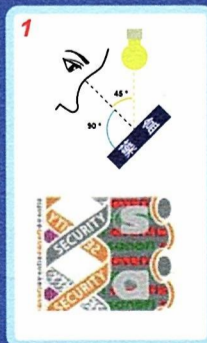


雷射防偽標籤

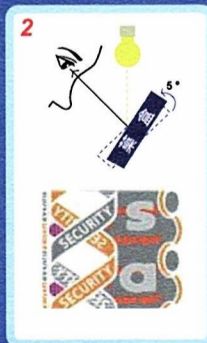
辨識3步驟



鋁線 銅線
材質由銅線、鋁線組成
上有"SECURITY"字樣



1 正視的時候，會顯示
sanofi aventis



2 將產品稍微向上轉動：
會顯示 S 和 A



3 將產品稍微向下翻轉：
S會變成 a；a會變成 S

請注意！須由醫師處方用藥，必須經由醫師診治，開具處方箋，才能由藥事人員憑處方箋調劑供應藥品。「藥」即是「毒」，請勿透過非法管道如網路或地攤等自行購買服用，以免危害健康，販賣及製造偽藥者觸犯刑法，請民眾踴躍檢舉不法。

Plavix
Clopidogrel 75mg
保栓通

sanofi aventis
賽諾菲安萬特股份有限公司
105台北市復興北路337號12樓
TEL: 02-2717-2100 FAX: 02-2719-8188

Bristol-Myers Squibb Company
台灣必治妥藥業股份有限公司
105台北市復興北路156號4樓
TEL: 02-2758-1234 FAX: 02-2768-2633