



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：彭家勛 理事長
 地址：臺北市內湖區成功路二段325號
 三軍總醫院醫療大樓6樓神經科部
 劃撥帳戶：19965678
 電話：(02)8792-8692 傳真：(02)8792-8692
 協會信箱：tsacay@strokecare.org.tw
 創刊日期：96年6月10號

藥物品質



民眾用藥 停看聽

STOP!

◎台灣腦中風病友協會秘書長/尹居浩

台灣民眾才剛經歷過一波波黑心食品風暴，近來又爆出了問題藥品，且風波持續擴大，其中不乏知名藥廠，藥物品質已經亮了紅燈。衛福部食藥署五年來所推動的藥廠PIC/S、GMP認證仍然出現漏洞，部分藥廠為了利潤考量，因此鋌而走險添加工業級原料，工業級原料與藥用級相比，品質純度低，不管含重金屬與否，民眾用藥安全已受到影響。

藥物品質安全究竟有多重要？其衍生的臨床問題，輕則無效，重則可能因為無法達到或超過身體內的藥物濃度，造成病情的延誤或產生不良反應與藥物間的交互作用，而增加治療的困難度。近日茶飲風暴，民眾人心惶惶，深怕自己在不知不覺中吃下了過多對人體有害的物質，相關商品或廠商因而下架；反觀藥物的良劣，原本用來治療的處方，因為品質不佳或添加不良的原料，造成更大的傷害，民眾是否更應該正視自身用藥品質的權益？

由藥品的製程來看這個問題，原廠擁有製造藥品的專利權；但是，只要專利權保護時間一過，其他藥廠也可依原廠藥申請專利時所公開的資訊，產製相同主成分的藥品，這種藥品就叫做「學名藥」。衛福部對藥廠製造學名藥，一直都有相關規定，簡單來說，只要成分相同，加上嚴格把關檢驗、科學實證效力相當，理論上原廠藥與學名藥沒有太大的差別。但學名藥製作過程是否正確與嚴謹？製作出來的藥劑是否夠一直保持「穩定」？能不能具有和原廠藥相同的品質與效用？除了主管機關的審核外，藥廠本身確實也應該嚴格自我檢視。

理論上學名藥主成分都一樣，藥效應該一樣才對。但是一顆藥的製成，關鍵技術不是只有主成分而已。舉例來說就像金蘭、味全、萬家香、丸莊等廠牌的醬油，主成分都是醬油，但添加物跟製程不同，製造出來的味道不同，品質和價格就會不同。每家藥廠都有自己的製藥技術，都跟主成分無關，其中還包括每間藥廠添加的賦形劑也不同，後者會影響藥品的崩散及溶離，影響藥物在人體內的吸收。藥物的品質也是一分錢一分貨，如同我們買巧克力糖一樣，支付兩元買一顆糖，店家不可能主動提供一顆二十

元的高品質巧克力，口感上當然有很大的差異。何況藥物治病，完全不能憑著個人喜好，而是非常專業的選擇。

神經內科中，常見癲癇、鎮靜劑、安眠藥與預防再中風的抗血小板或抗凝血等用藥，這些都應該注意其藥物的品質，尤其腦中風屬於較危急且嚴重的疾病，控制不好可能引發中風復發，因此更需特別重視。舉例而言，目前臨床上針對缺血性中風或心肌梗塞的病人，都需規律服用抗血小板劑，如阿斯匹靈及clopidogrel這類藥物為代表。以藥物品質而言，原廠藥有完整的臨床研究數據，廣泛於各國臨床上使用，藥物品質及疾病控制效力具一定水準。國外針對clopidogrel做研究，發現18個學名藥中，竟然高達50%的學名藥不符合有效成分含量之標準。另外，2014年美國紐約西奈山醫學中心發表的文章顯示，改用clopidogrel學名藥三個月後，支架栓塞發生率比過去三年使用原廠藥期間高出3倍以上。

現今民眾就醫自主意識抬頭，學名藥並非不能用，但藥廠合格與否、製作流程的嚴謹度與品質的穩定性，政府除了初期的審查把關外，應長期持續的追蹤，民眾也應該瞭解自身服用的藥品，避免因品質不佳的藥物，反造成生命的損害。

活動預告

主題：2015世界中風日-中風照護Go! Go! Go!

時間：104年10月24日(星期六)上午09:00~12:00

地點：國父紀念館中山公園廣場
 (台北市信義區仁愛路四段505號)

主辦單位：台灣腦中風病友協會
 台灣腦中風學會

承辦單位：三軍總醫院神經科
 腦中風中心及護理部



專欄

腦中風後的健康維護

◀◀我的經驗分享▶▶

◎病友/陳茂隆

▶▶前言

自進入公司服務後，辦公室與現場兩邊工作，偶與友打球，不亦樂乎。每年之健康檢查，對於逐漸升高的血壓，體重亦增，肥胖有加，自認時常運動，大餐如常，平安無事，不以為意。不知不覺邁入耳順之年，終於在退休前4年，老天終於提出「小中風」的警告。

93年4月初，晨起時，突然感到天眩地轉，乾嘔發寒，冷汗直冒，極端不適，無法起床，家人火速送醫，經一番檢查，血壓偏高（收縮壓超過150mmHg），體重85公斤（BMI29），醫生判斷為「腦部短暫性缺血TIA」。即動脈供應腦部血液循環時，突然發生阻（栓）塞，使腦部相對部位的細胞，缺乏氧氣與養分，導致該部位所司的功能暫時減退，一旦阻塞沖散或溶解時，供血恢復正常，腦部功能也就恢復，此為常稱的『小中風』。除按時服藥控制外，身體已發出嚴重的警告了。

▶▶中風之重

小中風來得快去得急，大多只持續5~20分鐘，而且會在24小時恢復，常常不以為意。事實上，非身體沒事，而是亮起了紅燈。根據統計：20%小中風患者在發作後1年內，會發生嚴重腦中風，5年內則為30%。又據台南奇美醫院醫生研究發現，將近10%小中風患者在發作後第1個星期內，會發生腦中風，特別是男性大動脈粥狀硬化的人，發生腦中風的機率，是一般人的5倍。

中風之後，因而行動不便，要用拐杖行走，或依賴親人照顧扶持，甚至半身不遂，從此輪椅相伴終身，身心都難以接受。

1. 中風後，10個有2個恢復原有的活動力。
2. 中風後，10個有5個需要家屬協助照顧。
3. 中風後，10個有7個無法再從事原有工作。

醫生說降低中風的風險是有辦法的，如改變生活習慣與飲食，多運動，控制好血壓、血糖、血脂，肥胖。多為常談的保健養生方法，在未有切身之痛前，往往聽聽就算了，僅供參考而已。

▶▶挑戰肥胖

為了避免短期內，再次中風（恐半身麻痺，自己不便，又累親人），除了乖乖按時服藥外。在家人的鼓勵下，首先對自己可掌控的肥胖因素，進行挑戰，制定目標，依品管方式，全力以赴。

計畫：

體重降低至70公斤（合意體重：男性身高公分減100，女性減110，或自定）。

執行：

1. 飲食控制，計算吃下食物的總熱量，扣除運動或勞動消耗熱量後，有餘則體重增，反之則瘦。
2. 保持運動，戶樞不蠹，流水不腐。不論是打球或走路，每日平均維持30分鐘以上的運動時間。
3. 彈性管理，無法推辭之應酬，坦然參加，惟少吃少喝些，餐後多走幾圈，務必消耗多餘的熱量。

追蹤：

未達目標（理想減重每週少0.5公斤），是多吃還是少動，提出改善對策。

考核：

認真執行改善項目，達成目標而後已。

每餐前，以1公斤範圍的小秤，稱入口食物的重量，記錄每日體重、步行數及運動時數，製成表格，每月比較，經過一段的努力，終於在2年後，減為72公斤，目前亦維持在70至72公斤（MBI在24至25之間），強差人意，繼續努力維持之。

▶▶健康維護

羅馬不是一天造成的，腦中風雖然是突然發作的疾病，事實上，誘使其發病的危險因素卻是累積在體內多年，設法消除或控制這些因素，以降低發病的風險。

1. 高年齡層：無法改變的事實，認真學習做個優質的老人。
2. 高血壓：腦中風患者中，高血壓佔70%以上。只要降低收縮壓10mmHg，舒張壓5-6mmHg，就能降低缺血性中風之40%。養成早晚量測血壓的習慣。
3. 高血脂、血糖偏高：定期抽血監測。
4. 生活改善：不抽菸，少酒，每餐7-8分飽，續維持多年的運動習慣，每日步行要求7,000步以上。自93年發生小中風後，迄103年底為止，累計已走3,892萬餘步，平均每日約9,900步。

此外，多吸收相關醫學訊息或聽專題演講，注意身體狀況，希望《中風》不再敲門。

▶▶結語

遵守醫生建言，為了將來生活的品質，不拖累家人，加上自己決心，只要改變生活習慣與飲食，多運動，控制體重，按時服藥，記錄比較，定期回診，遠離中風，未來還是有多采多姿的美夢。

莫讓餘暉空流去

當使晚霞照人間



馬偕醫院

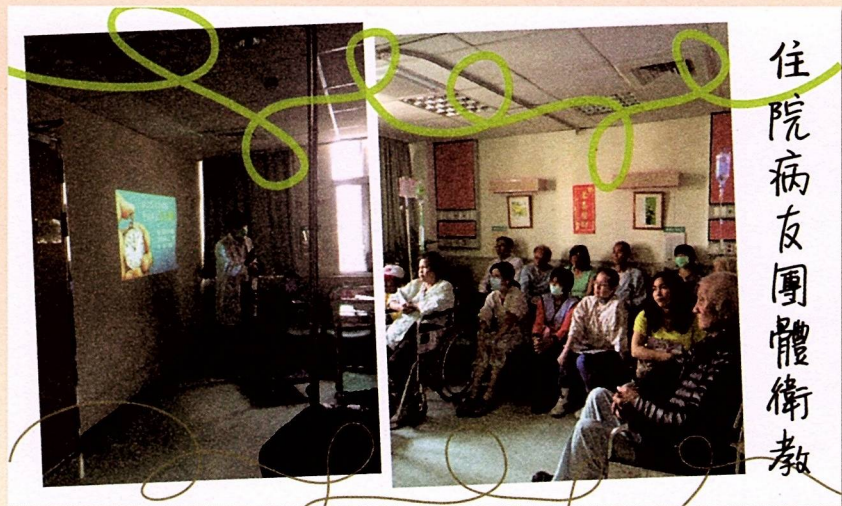
衛教活動報導

◎編輯採訪/馬偕醫院分會腦中風中心

腦中風是一種來得突然到讓人措手不及的疾病，嚴重的話甚至會危及生命、家人亦連帶受累，是萬萬輕忽不得的健康殺手。由於不良飲食習慣及生活型態，導致中風病人日益增加且其年齡也有越來越年輕之趨勢，據統計資料顯示，腦血管疾病為102年國人主要死因之第3位。如何使中風病人能獲得適切的治療與照護，提升缺血性中風患者的照護品質，一直是本中心努力的目標。

在擔任腦中風個案管理師以來，其相關業務多如天上繁星，此時此刻撇開行政工作不談，“衛教”是一大重點！活動的目的、要如何辦理、辦理的方式、如何使活動多樣化、如何吸引病友家屬及一般民衆參加..每每都是對自己的考驗。

馬偕醫院有北淡二院區，鑑於腦中風病人多集中住院於淡水院區的考量之下，二院區衛教內容及重點將勢必有所不同。淡水院區著重於住院中的相關衛教，如：甚麼是腦中風、這次為何會中風住院、其危險因子、住院期間的護理指導、飲食重點、復健活動注意事項及出院後照護...等，講師則由神經科主治醫師、病房護理師、營養師...等執行，希望藉由住院中的各類講座使病人及其家屬能獲得相關訊息及病友間相互支持的力量。（下圖）



住院病友團體衛教

反觀台北院區多為出院後返診的病人，衛教對象及內容也與淡水院區不同，目的也將推回發生腦中風前的防治衛教，然而在狹窄的候診區真能使到院病人得到些甚麼卻又不會影響診間的安寧？此時地點的選擇著實得好好拿捏；在腦中風團隊討論熱烈討論下，台北院區的衛教講座將以“預防醫學”為主軸，地點選在空間寬敞的一樓大廳，對象則為所有到院病友、民衆及院內同工，每次講座主題則以預防腦中風為主，再依季節、特殊節慶或社會時事相關邀請營養師、藥師及物理治療師共同參與，並備有多項健康小常識的有獎徵答，使衛教講座變的有益健康、又添趣味，參與民衆何樂而不為？如此便可使衛教活動真正達到宣導效果。



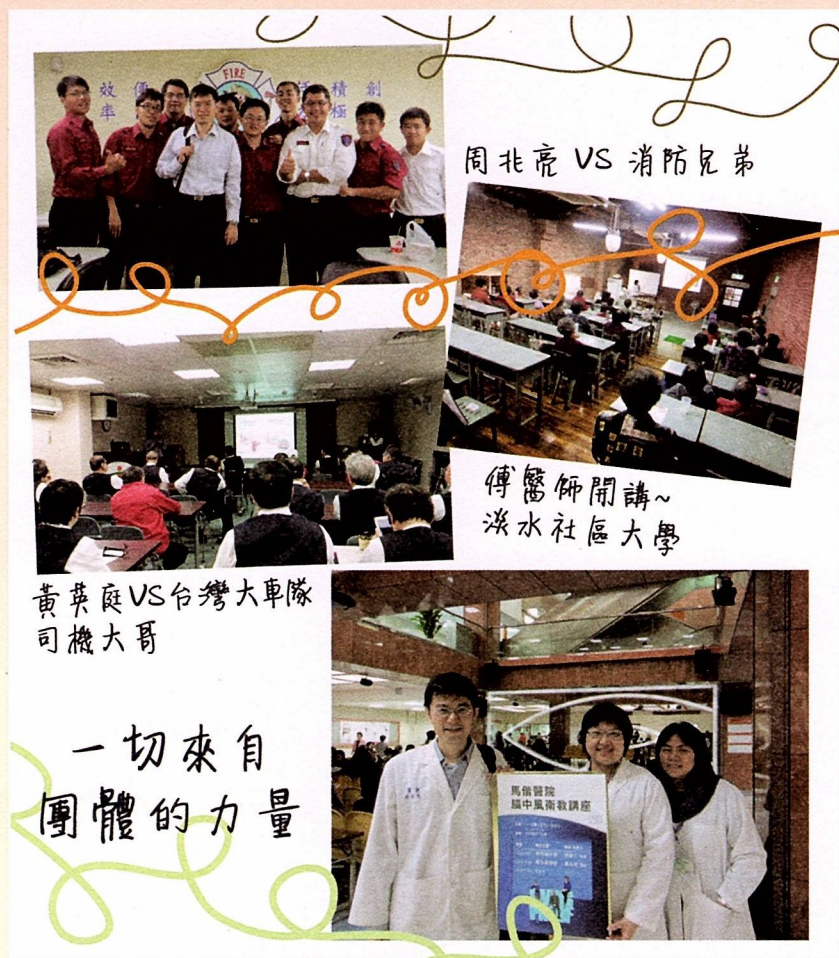
主治醫師下海當志工

再冷都要仔細聆聽勤做筆記

跟著物理治療老師努力做運動

每場的衛教活動因參與者的背景不同，從小朋友到八、九十歲的長輩、從不識字至高等教育者、從主動參與者至被迫參與者、從台語至濃濃外省腔...，在在都影響到整個衛教流程；如何引起參與者的興趣使融入其中，進而接受一場有效的衛教活動，需要更多的巧思與帶動，藉由共同的生活語言與生活經驗最能啟動人心，此時全靠講師功力，尤其預防腦中風部份在傅維仁醫師帶領的團隊下，各個均是資深主治醫師主講，常常可在台下聽到民衆驕傲又開心地說“這是我的醫生”！

至於走入民衆深耕社區，馬偕醫院腦中風中心也是汲汲不懈、積極參與，舉凡教會、社區、警備、消防及機關團體都有我們的身影；無非是希望藉由各個點能連結成一張預防腦中風防治網；使腦中風疾病發生率降低，腦中風患者能在最短時間內，得到適切的診治及處置，降低腦中風所帶來的殘障失能與死亡率，更期許能改善病人預後，提升腦中風發生後的生活品質。並以我們腦中風中心的目標持續邁進。



周北亮 VS 消防兄弟

傅醫師開講~淡水社區大學

黃英庭VS台灣大車隊司機大哥

一切來自團體的力量

醫 學 新 知

專

欄

◎編輯部

在缺血性腦中風的治療上，臨床常遇到反覆中風的案例，大部分都是不愛惜自己，對醫囑順從性低的病人為主，一次小中風不當一回事，不再定期追蹤和服藥，接下來就是短時間內中風不斷，導致更嚴重的併發症甚至只能臥床動彈不得。根據最新的國際醫藥期刊研究結果，把握中風急性期的黃金治療時段，給予適當的藥物並配合醫囑，可以降低中風的復發機率。

缺血性腦中風病人在中風急性期治療後，仍有3成會持續惡化，且一旦曾中風，不管程度多輕微，再度中風機率是一般人的10倍。中風急性期傳統治療只給予阿斯匹靈或Clopidogrel(如:保栓通)「單方」抗血小板藥物。最新刊登於國際知名醫藥期刊NEJM的研究結果，以及美國最新的中風治療指引都建議，經醫師臨床評估後，對於適當的中風病患，可在急性期使用阿斯匹靈加上Clopidogrel(如:保栓通)「雙重」抗血小板藥物，以降低3個月內中風的復發機率。唯目前健保並未給付此種治療模式，病人僅須短期自費使用21天到90天。

使用「雙重」抗血小板藥物，仍有胃腸出血或潰瘍的可能性，但根據臨床上的使用經驗，短期使用「雙重」抗血小板藥物治療，病人發生這類副作用的機率並不高。根據研究，只有合併兩種抗血小板藥物長期使用3個月以上才會提高出血風險。



復健專欄

應該如何避免病人於中風後所產生的後續併發症，如疼痛，僵硬感，關節角度受到限制？

壓瘡：

◎編輯部

其最主要的原因，乃患者於某個擺位過久，導致身體的某一部位受到壓迫，通常發生在患者身體的骨突處，例如薦骨及尾骨處（仰臥）、腳跟處（仰臥）、腳踝外側（側臥）、股骨大轉子（側臥）等等。因此不建議患者長時間維持在同一個姿勢擺位下，應1~2小時必須變換姿勢，最多不超過2小時。必要時可在壓力點周邊擺放減壓物品如氣墊或人工脂肪墊。

關節攣縮：

肢體癱瘓之後，因肌力不足或肌肉不正常張力過強，皆會產生關節僵硬，或疼痛，更甚者會造成關節攣縮現象，因此於日常生活中持續的給予被動、輔助主動或者主動的關節活動，是不可或缺的，建議每日各個關節活動至少三十下，細節方法可請教治療師。同時在仰睡姿式時也不可給予腳部太多壓力以避免腳踝下壓變形。

肩關節半脫位：

因肩部肌肉因癱軟無力，無法拉住肱骨頭，呈半脫位的情形，一般而言，此類狀況，不一定會伴隨肩關節疼痛，只要肌力恢復前有適當的擺位或者利用托肩帶預防惡化即可，此時並要特別避免拉扯患側肢體，並依循治療師的指導做相關的治療，其肌力增加後或是肌肉張力產生後將會慢慢的獲得改善。

肩手症候群：

因自律神經失調，使得患側上肢的紅腫熱痛，微血管塌陷和缺血導致連續性的疼痛，且不論是穿衣、風吹…只要輕微的觸摸或活動皆會產生劇烈的疼痛，此種情形較難治療且會影響復健進度，建議找專業醫療人員以減輕症狀。

水腫：

因為患者偏癱側固定不動，使得肢體腫脹難消，如果患者肢體略可自行活動應鼓勵病患常常活動，如果患者不能自主活動，可利用遠端肢體抬高過心臟，或增加被動關節活動運動來加以改善。

感謝

104年
03/11

104年
06/15

捐款名單

(按姓氏筆劃排序)

姓 名	捐款金額
王士華 先生	500
王統堯 先生	750
王傳壽 先生	1,000
余淑敏 女士	1,000
吳淑麗 女士	1,000
李學能 先生	6,000
周宜璋 先生	1,000
林信吉 先生	2,000
林美岑 女士	750
林祖湫 先生	500
林瑞筠 女士	500
林義華 先生	200
施美月 女士	10,000
洪 鈴 女士	4,000
夏漢容 先生	5,000
張中訓 先生	2,000
張春戩 先生	500
梁再添 先生	2,000
陳林吉 先生	500
陳紀璿 先生	500
彭家勛 先生	5,000
程道平 先生	1,000
賀熊美黛 女士	5,000
黃美卿 女士	200
黃鳳嬌 女士	500
蔡孔如明 女士	200,000
蔡政憲 先生	2,000
蔡崇禾 女士	100,000
謝明維 先生	1,000
顏慶芳 女士	4,000
總 計	358,400