



# 手護之愛

台灣腦中風病友協會會訊

發行單位：台灣腦中風病友協會  
 發行人：胡漢華 理事長  
 文字編輯：精采公關  
 美術編輯：ICE LIN  
 地址：台北市北投區石牌路二段201號台北榮民總醫院  
 中正樓十六樓神經內科417室  
 劃撥帳戶：19965678  
 電話：02-28712121分機3183  
 傳真：02-28739241  
 協會網址：www.strokecare.org.tw  
 協會信箱：tsacay@strokecare.org.tw

## 腦中風的先兆

文 ◎胡漢華理事長

腦中風通常分兩大類；阻塞性腦中風及出血性腦中風。如何預防腦中風？我們通常分為三個時期：第一個是尚無症狀；第二個是已有預兆；第三個是已經發生中風了。今天我們先談第二個時期腦中風的先兆。

缺血性中風會有警訊嗎？若有該怎麼辦？在醫學上有個專有名詞，叫「暫時性的缺血發作(TIA)」，是病人突然半邊身體麻木、無力或是突然有一隻眼睛看不見，或是天旋地轉，看東西有兩個影子，講話不清楚，但這些症狀通常半個小時到一天內就會消失，我們稱作暫時性的缺血發作，這就是一個警訊。也許有的病人很高興，中風的症狀很快的就好了，但在臨床的意義上，值得高興的是能得到警告。所以要特別注意須提早處理。以上是缺血性中風的先兆。

出血性中風有沒有先兆呢？出血性中風比較沒有先兆，但出血性中風發生

前，病人通常是有情緒上的波動，不是太興奮，就是太沮喪。所以人到中老年情緒上和生活上要特別注意讓情緒平穩，尤其喝酒勿過量，情況可能會好一點。

另外要提到的是大血管動脈瘤破裂的出血性中風是有警訊的，有時小小的出血會造成頭部劇痛、頸部僵直，此時要靠病人和醫師的警覺，做神經檢查或腰椎穿刺，看看腦脊液有無血液，或做電腦斷層(CT scan)、核磁共振(MRA)檢查，就知道病人有無動脈瘤，若發現後就要用手術把動脈瘤夾住，就算治癒了。所以動脈瘤的警兆，就是要注意其一點點的小破裂所產生之症狀及徵兆。

預防腦中風最好的方法，就是從小培養正確的觀念，要適度的運動，適度的休息，樂觀的人生觀，飲食方面多吃蔬菜等纖維質高的食物，適度攝取脂肪，避免煙酒，家族中若有高血壓、心臟病、中風、糖尿病者，更須從小注意建立健康的生活模式。

## 急性冠心症停藥風險高

文 ◎台大醫院 心臟內科主任 曾春典醫師

### 掌握自身用藥 遠離復發危機

根據衛生署統計，國內每天約有33人死於心臟病，因此心臟病的治療照護實在不容輕忽。對心臟病患的治療，主要是根據臨床狀況而分為高或低危險群，冠狀動脈狹窄程度達到血管直徑70%以上為高危險群，需要接受介入性治療，通常採取氣球擴張術或血管支架置放術；低危險群則持續觀察追蹤，施予藥物治療。

在急性冠心症的藥物治療方面，除了抗心肌缺氧藥物、抗凝血酵素藥物、以及血栓溶解劑外，目前一般以抗血小板藥物像是Aspirin(阿斯匹靈)合併Ticlopidine或是Clopidogrel(保栓通)來抑制血小板的凝集作用，以避免血栓形成阻塞血管，預防心肌梗塞的發生。

心肌梗塞發作時常是非常突然的，當動脈變窄的部分瞬間被血塊完全阻塞，降低心臟輸血能力，在短短的20-30分鐘內，就可能導致心肌細胞因缺氧而壞死，而後續併

發的疾病如心律不整等，都是造成死亡的危險原因。

過去很多門診病患一旦病狀解除，就會拒絕吃藥與治療，認為自己痊癒了，再復發機率應該很小。美國醫學會期刊(JAMA)在今年2月發表了一篇最新的研究報告，不論是接受藥物或是介入性治療的急性冠心症患者，停用Clopidogrel(保栓通)後的前90天內，比停藥後91到180天有更高的心臟病復發或死亡的危險。這是由於停藥將使血管內的血栓形成持續演進，因此持續用藥是有效控制心血管疾病的一大重點。

根據國際大型的臨床實驗，急性冠心症患者不論有無進行介入性治療，長期使用Clopidogrel(保栓通)可以降低發生心肌梗塞等缺血事件的發生。目前包括ACC/AHA以及ESC等國際治療準也都建議應至少使用12個月以上。

不過，目前健保對於裝置心臟支架的病患，術後只給付Aspirin(阿斯匹靈)合併

clopidogrel(保栓通)3個月，對於已發作之急性冠心症(不穩定性心絞痛和心肌梗塞)的病人，則可給付阿斯匹靈合併clopidogrel(保栓通)使用9個月。

持續使用抗血小板藥物對於預防心血管疾病的復發相當重要，除了一般使用的Aspirin(阿斯匹靈)外，由於Clopidogrel(保栓通)的藥價較高，目前健保給付對此藥物仍有限制，常造成病患因為費用考量而自行決定停藥。對於不在給付範圍內，或覺得給付時間太短的病人，建議跟心臟科醫師討論是否需要長期使用，沒有經過醫師的專業評估，不可隨便自行停藥。





# 腦中風的檢驗

文◎翁興裕醫師

## 主要檢驗儀器

### 一、電腦斷層掃描

顯示腦部病變與相關血管的影像技術日新月異，大大改善了中風病人的臨床診斷；電腦斷層掃描(CT scan)，對顯示與定位腦出血、出血性梗塞(hemorrhagic infarct)、蜘蛛膜下腔出(subarachnoid hemorrhage)、動脈瘤(aneurysm)周邊血塊、腦梗塞的壞死區域、動靜脈畸形(arteriovenous malformation)、及腦室異常，都相當準確，但對純粹腦梗塞的病，則可能在發病數小時後才能顯現梗塞的區域。

### 二、磁振造影

磁振造影(magnetic resonance imaging, MRI)除可顯示以上的病灶，還可以顯示血管的血流、血鐵質(hemosiderin)與鐵色素、梗塞性的壞死、及神經膠樣變性(gliosis)，在這兩者之中，磁振造影特別利於檢視大腦深部及後腦窩的小病灶(此區域在電腦斷層下，影像易被週遭的骨骼干擾)；此外也能比電腦斷層更早診斷出早期梗塞性病灶(以diffusion-weighted技術，在數分鐘之內即可看出)。

## 輔助性檢查

### 一、杜普勒超音波血流檢查

可顯示大血管的部份，包括頸動脈(carotid artery)與基底脊椎動脈(basilar and vertebral arteries)的動脈硬化斑塊(atheromatous plaques)與狹窄的情況等。

### 二、穿顱性杜普勒檢查

目前此檢查已達到相當程度的準確，藉此可以檢視威力氏環(circle of Willis)主要血管的阻塞或痙攣。

### 三、血管攝影

現今利用影像處理的技術，可以更精確地找出大血管的狹窄或阻塞、動脈瘤、動靜脈畸型、及其他如動脈炎等血管疾病。

### 四、磁振血管攝影與磁振靜脈攝影

可用來檢視顱內的大動脈與大靜脈，並且沒有輻射線，安全性較高；但對較小的血管，準確度不如血管攝影。現在還有新的電腦斷層技術，稱為螺旋電腦斷層(Spiral CT)，可提供更好的影像解析度，可媲美傳統的血管攝影。

### 五、腰椎穿刺

可顯示血液是否已進入蜘蛛膜下腔(由動脈瘤、動靜脈畸形出血、高血壓性腦出血、以及出血性梗塞產生)。腦梗塞的個案，腦脊髓液(cerebrospinal fluid)是澄清透明的，但若血液進入蜘蛛膜下腔，則腦脊髓液可能呈現橙黃或紅色，甚至出現血塊。通常腦脊髓液中的蛋白質會稍微升高(約50到80mg/dL，少數會超過100mg/dL)；在剛中風前幾天，可能會有多型核淋巴球(polymorphonuclear leukocyte)約3到8個每立方毫米(3-8/mm<sup>3</sup>)，少數的個案可能會有暫時性的白血球增多症，約400到1000個每立方毫米。

### 六、腦波

這種檢查的好處是最簡單方便又便宜，可以評估腦中風的所在半球及約略位置。它可以用來區分大血管或小血管的阻塞；因為深部小血管阻塞，多半不會造成腦波的異常。

### 七、常規性的血液檢查

如血液中的血糖、三酸甘油酯(triglyceride)、膽固醇(cholesterol)、血球等，皆應檢測，以了解病人是否有任何危險因子。在年輕的病人，還應排除病人有無其他先天性、免疫性、或者凝血功能方面疾病，應視情況加驗抗細胞核抗體(anti-nuclear antibody, ANA)、抗磷脂抗體(anti-phospholipid antibody)、纖維蛋白原(fibrinogen)、蛋白質C與S(protein C & S)等。

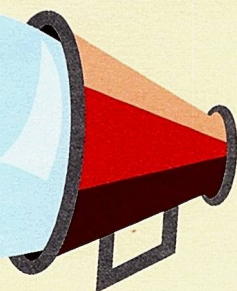
## 歡迎病友或其家屬 踴躍投稿本園地



凡投稿本園地之讀者將贈送由台視文化出版之「中風防治與居家照護」一書，本書為台北榮民總醫院神經血管科主任兼陽明大學合聘教授胡漢華醫師統籌策劃，腦中風防治中心醫療團隊所著，乃醫護人員的心血提供，歡迎病友及其家屬提供個人經歷及心得分享，以達互相交流之意。

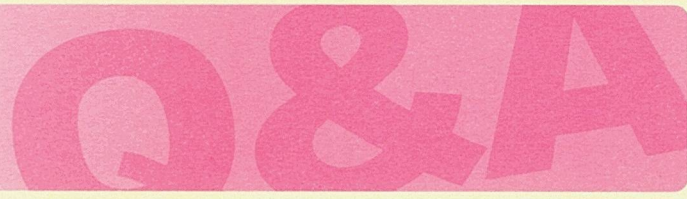
## 歡迎加入台灣腦中風病友協會

台灣腦中風病友協會為提供更完整的諮詢與服務給需要幫助的朋友，竭誠希望結合眾人的力量參與響應。凡對中風防治與關懷有熱誠的朋友，台灣腦中風病友協會歡迎您的加入。  
洽詢專線 (02) 2871-3232 轉分機 3183。





# 中風Q&A



**Q：中風的類型有哪些？**

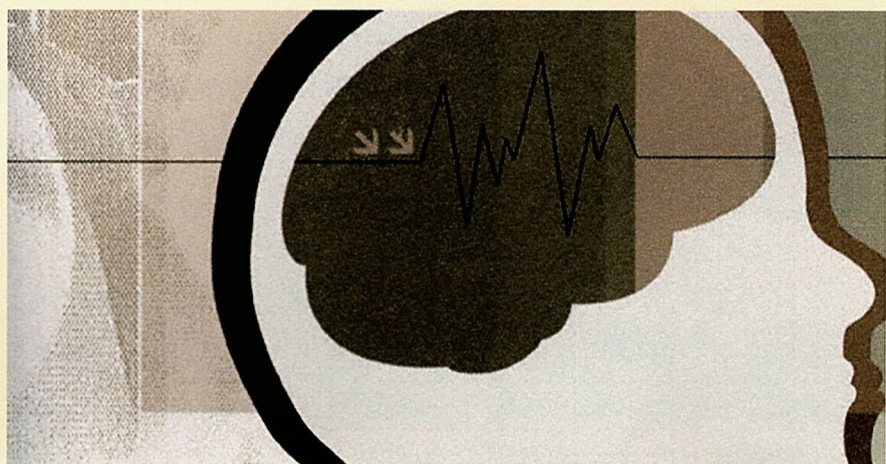
**A：**中風是指腦血管或腦循環出現異常，導致腦部組織受到傷害所造成的各種臨床表現，其原因有很多。中風原因中，較常見的是腦動脈阻塞或腦動脈破裂，分別會造成腦梗塞(缺血性中風)與腦出血(出血性中風，又稱為腦溢血)。

**Q：腦梗塞－缺血性腦中風的原因？**

**A：**造成「腦血管阻塞」的原因很多，較常見的是腦血管動脈硬化導致的血管阻塞；其次是來自心臟或大血管的血栓將下游腦部血管堵住所造成；較少見的原因則包括許多先天或後天的血液與血管的疾病或傷害，以及免疫系統疾病，最終造成腦血管堵塞或局部腦血流不足而發生缺血性中風。也有些中風是局部腦血流不足所致，通常發生於血管系統末端所供血之腦組織，不一定會有動脈狹窄，常因全身血壓不夠造成血管系統末端缺血，造成的腦梗塞稱為血流動力型中風。

**Q：腦血管阻塞常見的原因？**

- A：**
1. 動脈硬化併血栓形成。
  2. 來自其他部位血栓子造成阻塞(尤其是心臟與大動脈)。
  3. 動脈內膜剝離(常因外力造成)。
  4. 放射治療後動脈病變。
  5. 血液異常凝集。
  6. 動脈炎(常因藥物濫用，腦部感染，或免疫病造成)。
  7. 先天動脈疾病(如霧霧病，馬方氏症候群等)。



## 睡眠時間不夠多 中風機率3倍多

你常因為工作壓力或是長期熬夜而導致睡眠不足嗎？  
那你要小心了，因為除了長期憂鬱的心理及壓力以外，「睡眠不足」也是罹患中風的危險因子之一，長時間睡眠時間低於4小時或多於9小時的人，較容易罹患腦中風或心肌梗塞，機率也比一般人高。

因為夜間應該休息的交感神經無法得到休息，對心臟負擔也會較大，容易導致心血管疾病。所以，睡得不多不少，剛剛好最好！

### 活動快訊

活動名稱：台灣腦中風病友協會民眾衛教講座  
 講座主題：與醫師面對面「血管保健321」遠離中風心臟病  
 活動時間：97年6月6日(五) 15:00~16:30 民眾衛教講座  
 (講座內容豐富實用，歡迎一般民眾踴躍參加)  
 出席醫師：台北榮總總醫院神經內科主治醫師 陳昌明 醫師  
 台北榮民總醫院心臟內科主治醫師 陳肇文 醫師  
 地點：台北榮民總醫院中正樓13樓會議室  
 (台北市石牌路二段201號13樓)

..... 參加講座即可獲得精美贈品一份!! .....

為提供更多中風相關資訊，台灣腦中風病友協會網站已正式成立，  
 網址為：[www.strokecare.org.tw](http://www.strokecare.org.tw)  
 如有任何問題，也歡迎寄信至協會服務信箱：  
[tsacay@strokecare.org.tw](mailto:tsacay@strokecare.org.tw)

**Q：腦出血－出血性腦中風的原因？**

**A：**「出血性中風」的成因也有許多，最常發生的是腦部小血管微小動脈瘤破裂所造成(往往因小動脈硬化病變導致血管壁受損而發生微小動脈瘤，常與長期高血壓有關)，這類腦出血好發於(但不限於)大腦深部之基底核或視丘，橋腦或小腦等處。

**Q：腦出血常見的原因？**

- A：**
1. 高血壓(常因微小動脈瘤破裂造成)。
  2. 腦部小動脈硬化破裂。
  3. 腦部類澱粉病變之動脈破裂。
  4. 腦動靜脈血管畸形或瘻管破裂。
  5. 腦動脈瘤破裂。
  6. 腦靜脈瘤破裂。
  7. 出血性疾病(藥物或本身疾病造成)。
  8. 先天腦血管病變(如：霧霧病)。
  9. 梗塞性出血(動脈阻塞後造成腦梗塞，其後血管破裂出血，常見於栓塞型中風)。
  10. 其他原因(如：腦灌流過高症候群，為腦血管支架置入術後或內膜切除術後之併發症)。



# 比我年輕 卻更慢的人

文◎谷宗元

中風後，一切都改變了，許許多多的興趣及遊山玩水的戶外活動，都成了不易完成的夢想，甚至日常生活中的食、衣、住、行都困難重重，常有行不得之苦的鬱悶。當然，中風人較一般正常人容易陷入自怨自艾、自憐...等種種心理因素的情境中，以此心態來面對現實的生活，說實在，大部分的人都會將自己關在狹窄的有限空間，從窗內望向窗外，距離雖短，跨出那一步卻是何其的艱難，說是就此在象牙塔終此一生並不為過。

俗話說：「人比人，氣死人。」而我自己就在兩年前中風後，兩隻腳似已被命運安排在象牙塔的門檻內，那種內心的苦悶、掙扎，真得只有過來人才知道。

十月的某一天，我因定期要去榮總拿藥，像昔日一樣的在人群中，我小心翼翼的左躲右閃走向捷運站。因時值中午順便在路邊的餃子館吃中餐，在點了一碗麵及小菜，又拿了一些衛生紙以備後用，此時才注意到同桌的對面，有一位年輕人一直對

著我瞧。本不以為意，但禁不住好奇的問他，才明白他因為拿不到衛生紙及其他香料用，才以眼神向我求助。我立即二話不說將這兩樣東西一起放到他面前，他笑著以不甚清楚的口吻對我說謝謝。接著我看到他以不聽使喚的手，像困在泥沼中似的處理著他面前的食物。他點的也是一盤水餃及小菜，這時我才發現他原來是一位先天性腦性麻痺的患者，即便吃一口餃子或夾一口小菜送到口中，都非常困難才能勉強完成，偶爾食物還會因手的不穩定而掉到地上。反觀我自己只不過比正常人慢一點才吃完食物而已，而他卻整整比我晚了20多分鐘才能吃完這一點點的食物。時間在他身上似乎走的特別慢，慢到你覺得呼吸也變慢了。

此時此刻，我心中卻無比的汗顏，因為對他而言，我已踏踏實實的幸福過了50多年的歲月，未來或許還有改善的機會。而他呢？唉！已經30多年都是如此，甚至未來也好不到哪去。心中升起一股無名的傷痛，自己實在是不知足啊！我的生活機能雖也處處受到限制，可是我還能清楚表達我的語言，步伐雖不穩，也能去我想去的地方，右手雖動作蹣跚，左手也還能寫字、吃飯，跟朋友聊天也能順暢的一來一往，若知哪裏有新的中風相關研究，我仍想躍躍一試，只希望改善我的現況，我還能與「機會」握手，而他呢？這位動作言行比我更慢的人，難怪古人言「人不知足，天棄之。」

各位中風的朋友們，只要你注意，其實周圍有許多人、許多事都是我們的鏡子，要知足啊！來為你、我一起加油吧！

## 照顧腦中風病人之體驗談

文◎慧敏

才五十二歲的先生，卻發生了急性腦中風。

### 清楚的陳述病情並與醫生配合

從有徵兆開始求醫檢查，至不幸中風住院療傷前後四個月時間，對整個家庭來說其影響非同小可。以下是我的一些體驗，願與大家分享。

### 了解腦中風常識的重要性

由於對腦中風常識的缺乏，先生雖於腦中風發生之前，已有一些徵兆產生。從去年的七月中旬，發生首次的眼前一片黑及步伐的不穩，幾乎無法行走的短暫現象，雖立即消失，但到八月下旬進而發生“複視”現象的產生，此時意識到“事態嚴重”而趕緊就醫。之後，由於開始慢慢的接觸，才對腦中風有些許的了解。先生很幸運的是，他是屬於20%內的先有徵兆而提前就醫的類型。但不幸的是，未能及早做“支架”之治療，而是以服用抗凝血藥物為治療，並指示需服用半年方能生效。當藥物服用一個多星期後，先生自覺情況未改善而找尋第二家醫院就醫，希望能找出治療之方針。但不幸的是，未等到就醫就發生了第一次的中風而不自覺，有三、五分鐘的時間是空白一片渾然不知，之後就一直覺得很累。

當先生至第二家私人醫院就診時，醫生一聽到他的描述，當場就希望先生能住院接受治療。此時知道他的病情已非同小可，先生雖住院接受治療卻一直想出院與家人團聚，因而誤導醫師對他的診療，並且隱瞞病情及未簽同意書，故無法針對先生做較具危險性之檢查。之後因腦部缺氧而產生昏睡，當時的狀況非常令人擔心，故於九月下旬轉入榮總住院，接受為期兩個月的治療。之後，我與先生以醫院為家，接受醫生為先生所做的一連串檢查，並做“支架”以解決腦部因阻塞所造成的傷害。

### 家人的支持，——以正面的角度來協助病人

因傷害已造成，故必須於手術後開始進行一連串的復健工作。接下來我想談的是，做為一位病人家屬，在事情已發生後，除了在旁照顧生活起居外，應如何對待病人以避免因一時的言行不慎，而在心理上造成傷害。家人為了不想讓先生過於擔心他的身體狀況而憂心氣餒，故對他的病情皆刻意輕描淡寫。尤其是病人最親近、最信任的家屬，絕對需克服心理上的障礙，絕不可因病人的狀況而氣餒，不要小看輕輕的一聲嘆息，其殺傷力皆有可能打擊到病人的信心。



病人家屬最重要的是對待病人的態度，應是“既溫柔且堅強”，面帶微笑的去做每一件事情，不可不耐煩，應以病人為中心。其實在這個節骨眼上，若有宗教信仰其助力是蠻大的。凡事雖不能太悲觀，但有時認命其實也不壞，因為認命所以能接受那個困境，既接受這樣的困境，也就不會唉聲嘆氣，相信在“接受”的狀況之下，也就能“歡喜”的去做每件事情，相對病人在正向、和諧的環境下，不就能好好的療傷，不是嗎？

現在先生已逐漸康復中，感謝台北榮總腦神經內科醫療團隊的悉心照顧，家人的援助，以及孩子們的體諒(因媽媽要照顧爸爸，所以一切日常生活皆須自己打理)。也因此次的事件，孩子們更懂得體諒、互相照顧，著實成長不少，他們也因此的困境而視為是自己的修行，不卑不亢而勇敢的面對。