



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：林永煬 理事長
地址：臺北市北投區石牌路二段201號
中正16樓神經內科
劃撥帳戶：19965678
電話：(02)2871-7416
協會信箱：tsacay@strokecare.org.tw
創刊日期：96年6月10號

展望

理事長的話

◎台灣腦中風病友協會/理事長/林永煬

2006年由胡漢華教授領銜與多位前輩共同努力下創立「台灣腦中風病友協會」，胡教授為首任理事長，至今2019年已邁入第13年，如以十二生肖為一個時間單位，台灣腦中風病友協會已完第一輪的社會貢獻使命。

「台灣腦中風病友協會」在臺北榮總創立，經過三軍總醫院，台北醫學大學的傳承，如今再度由榮總接手。回顧胡漢華教授、彭家勛教授及胡朝榮教授等前任理事長的用心帶領，林少瑜護理長、尹居浩主任、陳龍主任等歷屆秘書長及工作團隊的兢兢業業努力下，不但讓「台灣腦中風病友協會」善盡眾人期許的社會責任，更藉此平台向世界發聲。本會曾集結過去幾年為病友所努力的成果，於2015年報名在新加坡舉辦的「國際病友健康促進聯盟」國際競賽，當次主題為：「Working Together with One Voice, Partners in Patient Health」，經過激烈評比，「台灣腦中風病友協會」以『聯心力、廣播種、抗中風』的主題贏得大會成就獎，肯定協會過去多年為病友服務的努力。

身處當今變化極端快速的時代，「台灣腦中風病友協會」必然有其肩負的使命，過去12年來所推動的各項活動，如：每年舉辦世界中風日在台灣的活動、基礎中風照護人員訓練班、為臺北市公車單位駕駛朋友特別開辦「預防腦中風重要性」的巡迴衛教講座、參加香港APSC病友支持團體會議、台灣北中南腦中風病友座談會、受邀廣播電台(電視)宣導預防中風的議題……等，念茲在茲，冀望提升腦中風的醫護品質。

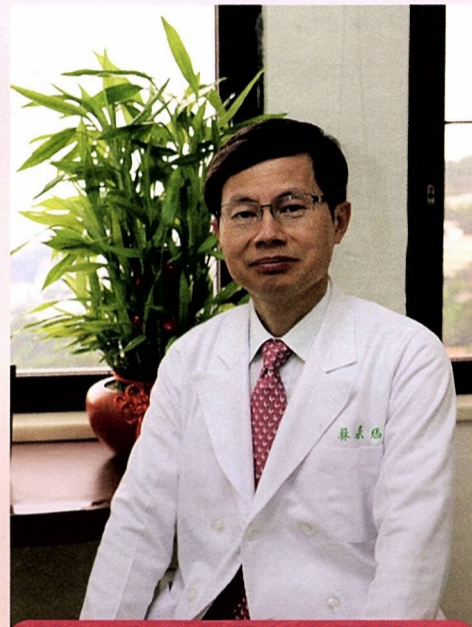
近年來病友或家屬在本會網站提出的問題，都是與腦中風之預防、醫療、照護等息息相關的疑問，將這些在網站留言板留下的問題歸 整理後，編成了「腦中風100 問」，希望藉由發生於中風病友身上的真實問題，能貼切傳達防治中風的保健知識。本會亦特別彙集復健治療過程中病人或照顧者經常會遇到的問題，在協會網站提供正確合理的解答或是諮詢的管道

，冀望能有效減少病人以及照顧者摸索或詢問的時間消耗。並依不同復健領域發生的常見問題分 編纂，提供中風病友的共鳴與認同。

「腦中風護理指導手冊」的出版，則提供病人身處在不良的身體功能和不足的社會支持情況下，彙整適宜

護理措施，指導家屬或專業看護人員增進照顧的技巧，俾便執行日常照顧活動。針對家有臥病老年人、長期臥床病患，更是不可或缺，給予長期慢性病患妥善的照料，提供資訊落實居家照護目標。

本人有幸接任第五屆理事長，深刻理解未來責任重大，邀請紀乃方秘書長及 體工作團隊一起戮力合作，期望未來在腦中風防治知識的社會推廣、腦中風長照相關議題的政策溝通、腦中風慢性照護技能及心靈的教導協助等方面努力，減低腦中風對病友、家庭、及社會的龐大傷害與負擔。



第五屆理事長林永煬醫師

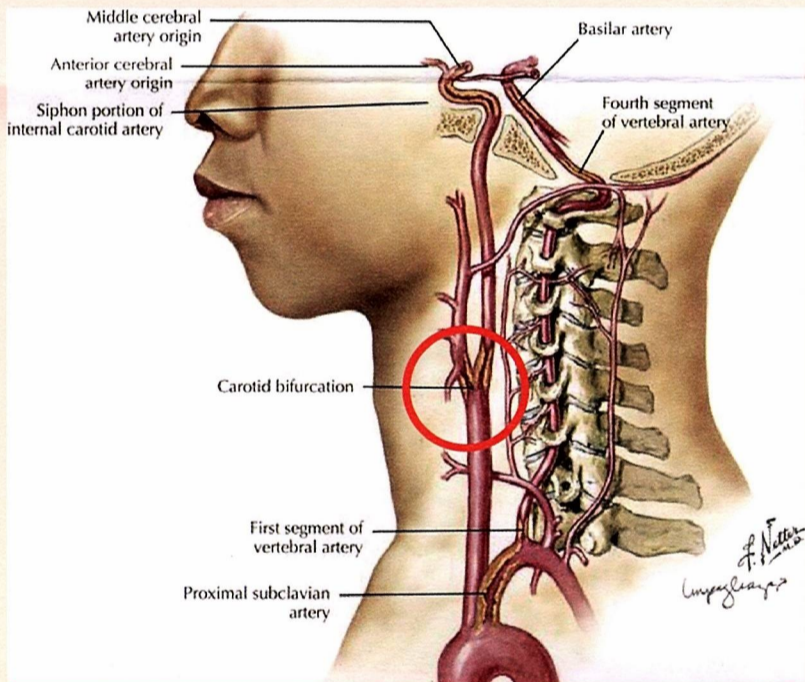


前任胡理事長（左）正式交接新任林理事長

頸動脈狹窄 和腦中風

◎臺北榮總/重症醫學部/部主任/林永煬

根據統計，頸動脈嚴重狹窄是造成缺血性中風的主要原因之一，約佔所有缺血性腦中風的1/4。頸動脈狹窄好發於頸動脈分叉處(見圖一)。因頸動脈血管嚴重狹窄而發生中風者分為二個部份，一部份是事前毫無預警，也就是沒有任何症狀而突然發生的，而這些患者中有30-40%在四年內可能會因中風而死亡；另有一部份則會出現中風前兆的症狀，未來發生中風的機會更高。只要有嚴重頸動脈狹窄，其發生中風的機率，都較一般人高，在就醫檢查後，若發現頸動脈狹窄達血管直徑的60%，此時就需要考慮做積極的治療以預防中風的發生。



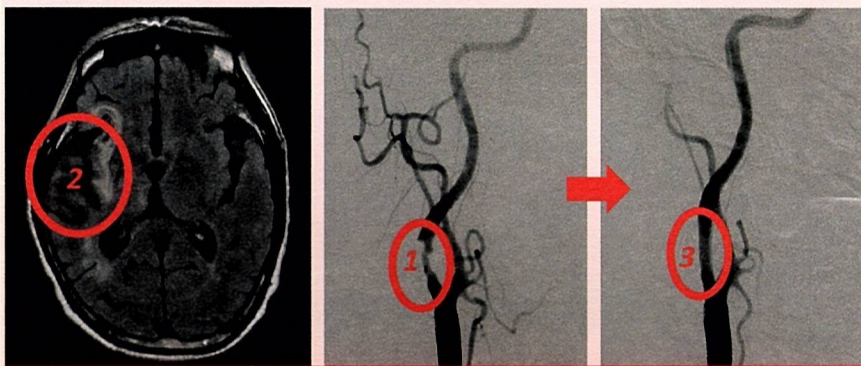
圖一：頸動脈分叉(圓圈處)是頸動脈狹窄好發的位置

所以我們建議60歲以上的老人，如有高血壓、糖尿病、抽煙、高血脂這些中風的危險因子，應在定期健康檢查中，加入超音波做頭頸部血管篩檢，當有異常現象發生時，再以磁振造影等檢查做更進一步確認，以預防重於治療的方式來看待腦中風。

針對頸動脈狹窄，第一線的治療是生活型態的改善(增加運動，減少不健康的飲食習慣)，以及藥物治療(血壓，血糖，膽固醇，抗血小板藥物)。但如果病人已經發生中風，而且確認中風是因頸動脈狹窄造成，則應考慮頸動脈內膜切除手術(carotid endarterectomy, CEA)以及頸動脈支架置放(carotid artery stenting, CAS)等兩種頸動脈血流重建治療。

頸動脈內膜切除手術需要全身麻醉，神經外科醫生在頸部做切口後，找到頸動脈，暫時鉗夾住其上下游血管後，切開動脈並把內膜與狹窄處的斑塊移除，再予以縫合，有時會使用人工血管補塊讓血管管徑增大，然後再放開鉗夾處恢復血流。

頸動脈支架置放術，是由受過訓練的放射科或神經內外科、甚至心臟內科醫師執行，通常可以不必全身麻醉，醫師從股動脈處將導管伸至頸動脈處，將狹窄處用氣球撐大，然後置入支架維持血管通暢(見圖二)。



圖二：75歲病患，右側頸動脈狹窄(紅圈1)造成右腦中風(紅圈2)，經過頸動脈支架手術後恢復暢通(紅圈3)。

相較於藥物治療，頸動脈內膜切除手術可以使同側嚴重或致命中風的危險由13.1%降至2.5%，接受手術的病人比只接受藥物治療的病人有更低的再度中風機率。

依照「美國心臟/中風醫學會」以及「台灣腦中風學會」建議的治療指引，對於有腦缺血症狀或是輕微中風的患者，若患病大腦的頸動脈經影像檢查證實有70%以上的狹窄，則建議接受頸動脈內膜切除手術，若有其他因素不接受手術，頸動脈支架置放術也是可以考慮的選項。

頸動脈支架置放術在治療短期內發生中風的機會比頸動脈內膜切除手術高。但若病人因為高齡，心臟功能不佳，全身麻醉風險大，而導致頸動脈內膜切除手術的風險升高，則可考慮支架置放。以美國的統計資料而言，頸動脈狹窄病人接受血流重建治療的患者中，約有八成是接受頸動脈內膜切除手術，而只有約兩成病患接受頸動脈支架置放；但在台灣則恰好相反，有九成以上的病患選擇進行頸動脈支架置放。

頸動脈狹窄的病人，應當接受有經驗的神經內外科醫師評估，根據病人的身體狀況、醫師的經驗以及現今的診治標準來評估病人適合接受何種治療，改善並嚴格監控中風的危險因子。



預防心房顫動造成的腦中風

◎臺北榮總/神經醫學中心/腦血管科/主治醫師/紀乃方

心房顫動是臨床上最常見的心律不整疾患，年齡愈大發生率愈高，自行把脈檢測如果發現心跳不規則，就很可能是心房顫動。

正常心跳每分鐘60至110下，且跳動頻率規則。心房顫動患者心跳數可能高達每分鐘130至150下，且每跳強弱不一、會造成左心房收縮不佳，血液滯留在左心房内形成血栓。當血栓剝落進入左心室，隨血液移動到身體各處，就會引發器官血管栓塞，腦血管栓塞(中風)就是心房顫動最嚴重的後果。心房顫動引發的中風，往往沒有前兆，突然病發，幾分鐘內即出現症狀如語言及知覺障礙、半身麻痺等，如果沒有適當的預防性藥物治療，再發率非常高。因為心房顫動引起的中風常是腦部主要動脈栓塞，因此失能狀況比較嚴重，住院治療時間較長，死亡率較高。

如果CHA₂DS₂-VASc Score的分數在男性2分以上，女性3分以上，則發生中風的風險較高，高度建議要使用口服抗凝血劑防止中風。而如果CHA₂DS₂-VASc Score的分數在男性1分，女性2分，仍可考慮使用口服抗凝血藥物，但是要和醫師討論以衡量利弊得失。而CHA₂DS₂-VASc Score的分數在男性0分，女性1分，則不必使用抗凝藥物。

如何預防心房顫動造成腦中風

45歲以上的民衆建議要每年定期健康檢查，每年至少要作一次心電圖以確認是否有心房顫動。若已經發生過中風的病人，醫師會建議用更積極的方法去確認是否有心房顫動，例如隨身二十四小時心電圖監測器(Holter monitor)，或是長時間(數週)穿戴型裝置去偵測是否有偶發的心房顫動。在某些病人，心房顫動並不是持續出現，而是每天只出現一段時間，或數天只出現一次。所以在這「陣發性心房顫動」病人，需要長時間的機器監測才能確定診斷。

針對心房顫動患者並合併高中風危險性的病人(CHA₂DS₂-VASc Score的分數在男性2分以上，女性3分以上)，建議適當使用抗凝血藥物預防中風或 身性血管栓塞。目前已有四種新型口服抗凝血藥物：Rivaroxaban(拜瑞妥)、Dabigatran(普栓達)、Apixaban(艾必克凝)，以及Edoxaban(里先安)，使用方便，有效，且安 性顯著較過去使用傳統口服抗凝血藥物warfarin(華法林)高。使用口服抗凝血劑可有效降低腦中風風險達64%，因此強烈建議心房顫動病人使用。

但新型口服抗凝藥物不能使用在裝置人工心臟瓣膜的患者，因此這 患者只能使用傳統口服抗凝血藥物(warfarin)。使用warfarin的患者需注意要維持抽血的INR數值(凝血指數)在2.0~3.0之間。但病況因人而異，醫師會按個人年齡、病史及相關危險因子等將療效目標範圍調高或調低。

心房顫動的疾病風險

心房顫動造成中風的危險性，可以用CHA₂DS₂-VASc Score估計，詳細的分數計算方法如下。

- 心衰竭 (Congestive heart failure) **+1**
- 高血壓 (Hypertension) **+1**
- 年齡 (Age)：75歲以上 **+2**
- 糖尿病 (Diabetes mellitus) **+1**
- 中風病史 (Stroke) **+2**
- 中風以外的血管疾病史(Vascular disease) **+1**
- 年齡 (Age)：65-74歲 **+1**
- 性別 (Sex category)：女性 **+1**

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	每年的中風風險%	CHA ₂ DS ₂ -VASc score	每年的中風風險%
0	0	5	6.7
1	1.3	6	9.8
2	2.2	7	9.6
3	3.2	8	12.5
4	4.0	9	15.2



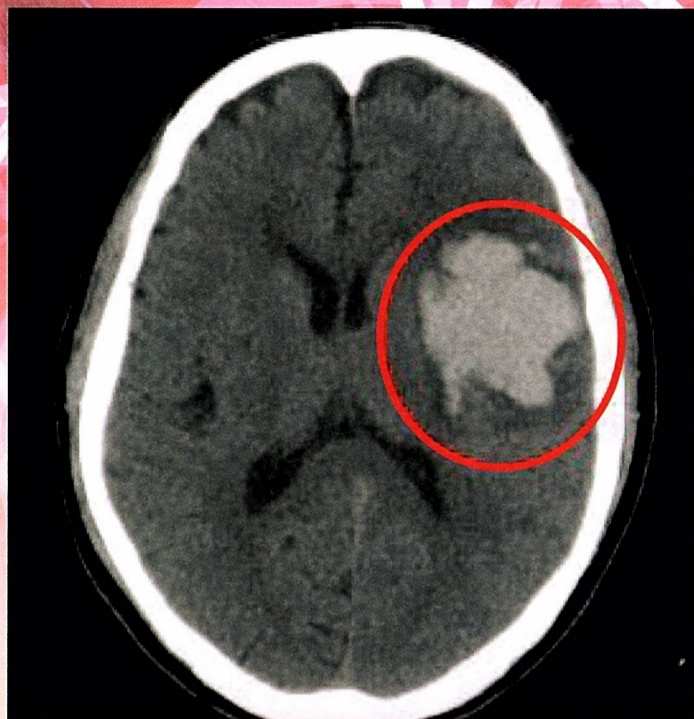
腦溢血

◎臺北榮總/神經醫學中心/
腦血管科主治醫師兼中風加護中心主任/許立奇

陳先生，年約五十多歲，身體還算硬朗，過去並無任何慢性疾病的病史，只有最近幾年來，因為血壓不穩定，被診斷出有高血壓的情況，但他不以為意，並未規則地服用降血壓藥物，故血壓一直在160-180毫米水銀柱之間。直到一天早上，突然發生右邊手腳不聽使喚，身體無法保持平衡，一直向右偏去，說話也變得不清不楚。家人趕緊送他到醫院的急診室去就醫。經過一連串檢查，包括電腦斷層，才發現原來陳先生右側小腦有一個血塊，即俗稱的「腦溢血」、「血管斷了」。才會導致王先生的症狀。經住院治療，狀況穩定後便出院，以後便不敢不遵照醫生的指示，按時服藥以控制高血壓。

臨床上，似陳先生的案例並不在少數。近幾年來，腦血管疾病已成台灣地區死亡原因的第二名，每年約有一萬多人死於腦血管疾病，即腦中風。腦中風分為兩大：一、阻塞性腦中風，即腦血管被血栓堵住了，造成腦部的血液供應不足而導致中風發生，此約占有腦中風的7-8成。另一種即如陳先生所患的，為腦血管破裂導致腦內出血，約占有腦中風的2成。

腦溢血發生的原因有很多，包括血管異常、抽菸、喝酒等，都可造成血管破裂出血。不過長期高血壓，尤其是控制不良之高血壓，為腦溢血最主要的



腦出血(紅圈處)是由於腦血管破裂導致血塊佔據並壓迫正常的腦組織

原因，其它少見的原因包括腦內血管異常(如動靜脈畸型，血管瘤等)血液凝結異常，腦瘤合併出血等。高血壓病人，由於血管長期處於高壓力狀態，以致血管壁變得比較脆弱，失去彈性，故容易破裂，造成出血，尤其是那些直接從腦內大動脈分枝出去的分枝小動脈，最容易破裂引起症狀。高血壓性腦溢血常發生於基底核，視丘，小腦，橋腦及大腦白質。發作情形通常為急性(數分鐘內)或亞急性(數十分鐘)發作。發作時，可能伴隨有頭痛、噁心、嘔吐等，尤其是大面積的出血，其它症狀包括一側手腳無力，應覺異常。如病變在小腦，則會產生如陳先生一樣的不協調情況。如腦幹(橋腦)出血，則可能導致重度昏迷。診斷上，電腦斷層是最方便的利器，血塊在斷層上表現的是高密度病灶，很容易與正常的腦組織區別，至於治療方面，目前並無特殊的藥物治療，對於有腦水腫的病人，在急性期時，可以適時給予降腦壓藥物。部份病人由於血塊過大，壓迫到周遭之正常組織時，可以考慮施行頭顱減壓手術，清除部分血塊，以降低腦水腫的壓力。不過，最重要的還是預防，尤其是中風的危險因子，如高血壓等，如能好好控制，便能降低中風的發生了。

感謝捐款名單

107.12.11~108.3.20
※依筆畫順序排序

姓名	金額	姓名	金額
吳淑麗 女士	1,000	陳俊清 先生	600
周郁慈 女士	1,000	陳綠窗 女士	2,000
林義華 先生	200	劉因心 女士	1,000
林蘇蕙璣 女士	100,000	蔡怡琪 女士	600
柏昱丞 先生	200	蔡政憲 先生	1,000
洪鈴 女士	1,000	鄭富榮 先生	250
夏弘智 先生	1,000	蕭源盛 先生	500
孫莉蕤 女士	1,350	賴玉珠 女士	500
孫黃素英 女士	500		
總計		112,700	

劃撥帳戶：19965678

歡迎訂閱本協會電子報

歡迎訂閱本會電子報，掃一下旁邊的QRcode即可進入協會電子報資訊頁面喔！
台灣腦中風病友協會歡迎訂閱電子報：
網址：www.strokecare.org.tw
部落格：strokecare2013.blogspot.tw
手機請點選網路版



歡迎來投稿

凡投稿即贈「中風100問」一書