



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：tsa20060928@gmail.com

創刊日期：96年6月10號



◎臺北市立萬芳醫院/
睡眠中心主任暨神經內科醫師/黃志善

睡眠呼吸中止症

您睡覺時會打呼嗎？感覺怎樣都睡不飽嗎？常常打瞌睡嗎？若有上述症狀，很可能是罹患了「睡眠呼吸中止症」(sleep apnea)喔！請盡快接受睡眠檢查，以便及早治療。

顧名思義，「睡眠呼吸中止症」，就是在睡眠當中，會有一陣一陣呼吸停止的情形。其中又分為「阻塞型」(Obstructive Apnea, OSA)和「中樞型」(Central Apnea, CSA)，另外也有兩種混合型(Mixed Apnea)。「阻塞型」較為常見，約占90%，主要是因為睡眠時呼吸道有阻塞，所以會有打呼的現象，震耳欲聾的打呼聲中間穿插著間歇性的呼吸暫時停止。原因通常跟天生體質的呼吸道結構有關，例如下顎後縮、舌頭後倒等，再加上年紀增長後咽喉部的軟組織鬆弛，或者肥胖造成的軟組織肥厚，就容易在睡眠時造成呼吸道阻塞。另一種「中樞型」較為少見，通常跟腦病變有關，例如腦中風、腫瘤等造成的呼吸驅動力下降。

這種間歇性的呼吸暫停，會導致血氧濃度下降，此時腦為了提醒自己再呼吸，會產生一種睡眠覺醒，雖然患者不一定自覺有醒來，但睡眠品質便會經常處在淺睡的狀態，甚至片段地睡醒醒。因此，患者常會覺得自己睡醒時沒有睡飽的感覺，昏昏沉沉的，甚至會頭痛、或者喉嚨感覺口乾舌燥。整天的精神疲倦，注意力不能集中，常不自主打瞌睡，例如在上課、開會、看電視電影、甚至是開車、或工作時睡著，以至於發生工安意外危險。在睡眠時因為呼吸道阻塞或淺睡，可能造成伴隨的相關症狀，包括有：入睡時會覺得胸悶或呼吸困難、胃食道胃酸逆流、常做惡夢、突然驚醒、噎咳、以及頻尿夜尿等症狀。

「睡眠呼吸中止症」對於健康的長期影響，最廣為人道的莫過於「心血管疾病」了。因為淺睡無法充分休息而造成交感神經處在過於亢奮狀態，常引起高血壓、代謝症候群等疾病，再加上長期以來細胞缺氧造成的自由基傷害，容易引起心肌梗塞、腦中風、認知功能障礙等後遺症。



睡眠中心主任暨神經內科醫師/黃志善



關於「睡眠呼吸中止症」的診斷，需要透過「睡眠多項生理檢查」(Polysomnography, PSG)蒐集睡眠過程的腦波圖、口鼻呼吸氣流、血氧飽和度、鼾聲、肌電圖等資訊。其診斷標準，根據美國睡眠醫學學會(AASM)的定義，當患者的腦波處於睡眠狀態時，若偵測到有持續10秒鐘以上的呼吸氣流振幅下降90%以上，即可記錄為一次呼吸中止(apnea)。若偵測到有持續10秒鐘以上的呼吸氣流振幅下降30%以上，並伴隨血氧濃度下降3%、或者伴隨腦波圖有睡眠覺醒(arousal)現象，則可記錄為一次淺呼吸(hypopnea)。由此兩項數值加總，計算而得每小時睡眠呼吸障礙事件的次數，稱為AHI數值(apnea-hypopnea index)。正常人的AHI為未滿5次。若為5次以上、未滿15次，為輕度睡眠呼吸中止；若為15次以上、未滿30次，為中度睡眠呼吸中止；若為30次以上，則為重度睡眠呼吸中止。

「睡眠呼吸中止症」的治療策略，會根據其疾病嚴重度而定。針對中重度、或是輕度但有症狀的患者，會建議積極治療。目前改善效果最快且最佳的是「正壓呼吸器」(continuous positive airway pressure, CPAP)，在睡眠時配戴於口鼻，提供患者呼吸道一個正向壓力，防止阻塞。但受限於其配戴時的舒適度，並非所有人都能接受。在使用前需要由專業的睡眠技師先做壓力檢定(titration)，找尋最適合的壓力。若是壓力不夠則達不到效果，若是壓力過大則造成不適。目前呼吸器的種類愈來愈推陳出新，有些機種可以將打入的空氣加熱或潮濕，較不會有刺激或鼻塞的感覺。也有些機種有吐氣降壓或者根據患者呼吸停止的程度做自動調壓的功能，配戴起來較為舒適。其他的治療方式尚有「止鼾牙套」，配合減重，較適合嚴重度較輕的患者。手術治療則較適合呼吸道結構異常，或是使用正壓呼吸器效果不佳或無法耐受者。



腦中風病人 吞嚥障礙 & 口腔衛教

◎佳樂美健康事業股份有限公司/營養師/曾姿瑤

吞嚥障礙是腦中風病人常見的症狀，一旦吞嚥功能受損，將造成病人無法正常飲食、營養不良、易有吸入情形常導致肺炎等問題外，嚴重者甚至將危及其生命安全。

首先來認識什麼是吞嚥障礙？

吞嚥障礙是指因機能、構造上或心理的原因造成進食時食物不易咀嚼、下嚥或是容易哽噎；吃東西時經過的任何一個部位(口、咽、食道)發生了問題，而無法順利的進食。

一個完整的攝食吞嚥過程包含了以下五個階段：

一、先行期：

看到食物的那一瞬間，就已經包含在攝食吞嚥的過程，這時除了視覺外，嗅覺、觸覺、聽覺等感官都同時在運作，再加上過去飲食的經驗，來感受正要享受的食物的性質，包括硬度、味道、溫度等，並以此決定食量、食用部位及食用方式。

二、準備期：

將食物放進嘴巴，開始進行咀嚼、磨碎食物，然後把食物嚼爛直到形成食團，以致可以讓食物順利吞嚥至食道。

三、口腔期：

舌頭做出往上往後的動作，將食團送到咽部，正常的人大約在1~1.5秒內完成這個動作。

四、咽腔期：

這個階段吞嚥反射會啟動，將食團進入咽喉並送入食道，神經肌肉會產生一系列協調的動作，如：生門緊閉，停止呼吸，喉頭向上向前提升，會厭軟骨往前移動蓋住氣管入口，避免食物進入呼吸道，保護我們不會發生噎咳。

五、食道期：

食團會進入食道，經蠕動後被送到胃的階段。

以上五個階段當中，任何一個階段出現異常即被視為攝食吞嚥障礙。

在臨床上常見中風後吞嚥障礙病人的症狀包括：流口水、喉部異物感、吃食時間變長、吃飯食物掉滿桌、口中食物殘留進、進食後聲音改變、進食過程易噎咳等。**只要符合其中一樣就有可能是吞嚥障礙。**(如右上圖呈現)



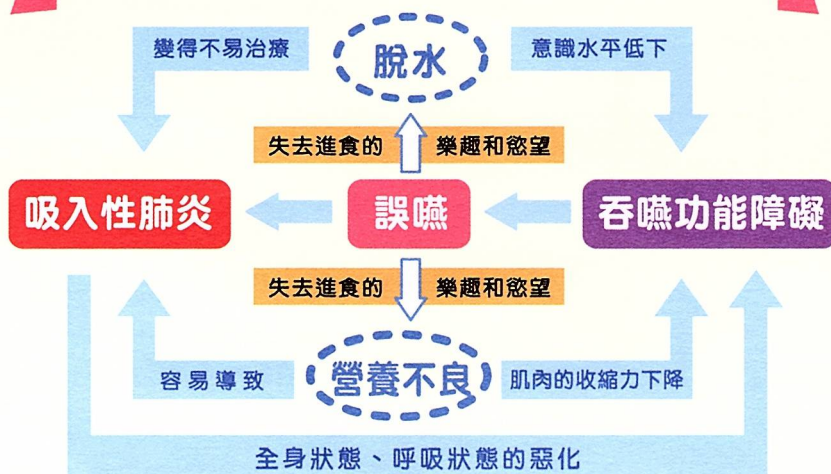
老年人常見的吞嚥障礙特徵



攝食吞嚥障礙的病人，會產生的一連串惡性循環影響：

包括誤嚥產生的吸入性肺炎，不斷的反覆發燒...等症狀，進而失去進食的樂趣和慾望，變得不喜歡喝水而造成脫水現象，吃不下東西而造成營養不良，慢慢得會形成全身肌肉的收縮力下降，意識水平降底，仍至全身狀態、呼吸狀態的惡化，嚴重者甚至將危及其生命安全。(如下圖呈現)

攝食吞嚥障礙所產生的惡性循環



在臨床上，常見的吞嚥障礙評估有下列方法：

一、吞嚥困難篩檢

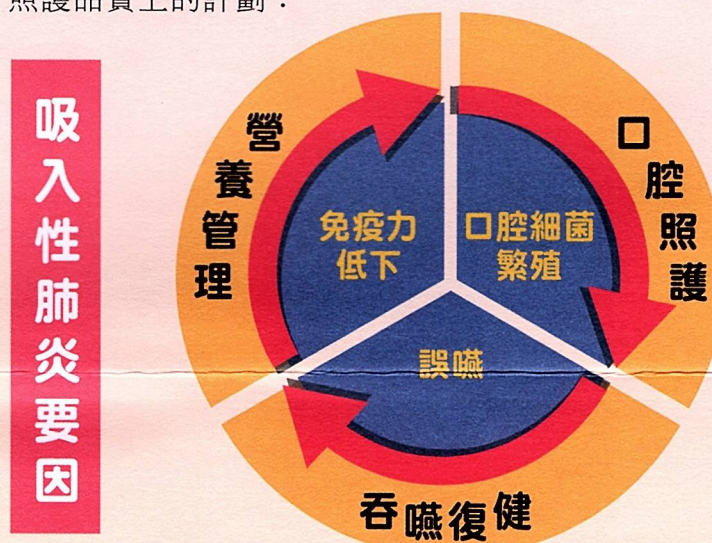
1. EAT-10：進食評估問卷調查工具
2. 3OZ. WATER SWALLOW TEST：90ml喝水測試
3. GUSS(GUGGING SWALLOW)：吞嚥功能評估表
4. TOR-BSST(TORONTO BEDSIDE SWALLOWING SCREENING TEST)：多倫多床旁吞嚥篩查

二、吞嚥儀器檢查：由放射學檢驗

1. 螢光吞嚥攝影檢查(VFS)標準評估
2. 吞嚥內視鏡檢查(FEES)

來確認病人是否有吸入(ASPIRATION)現象，以及產生吸入的原因！

想要預防和降低吸入性肺炎發生，可以從以下三個方面（口腔照護、吞嚥復健、營養管理）進行照護品質上的計劃：



一般來講在口腔上的照護分為二大功能：

1. **口腔清潔**：降低口腔細菌繁殖、預防齲齒、牙周病等口腔疾病。
2. **口腔機能促進**：進行健口操的運動，除了可以加強咀嚼肌群的力量、強化吞嚥功效，還能預防吸入性肺炎，同時促進唾液分泌。健口操的運動包括臉頰、臉頰、舌頭的體操、發音練習、唾液腺的按摩及吞嚥的練習。

在攝食吞嚥障礙的營養照護上，通常會由營養師來提供食物調整的介入計劃，目的在提供個案適當的營養與液體的攝取，防止營養不良與脫水，同時也提供幫助病人易於吞嚥的食物（例如：在液體中加入增稠劑，調製不同質地稠度，可以防止誤吸入至氣管與嗆咳）。



安全吞嚥的三個撇步：



最後，跟大家分享很值得我們借鏡的一個數字，臺灣的插鼻胃管率是日本的5倍，常見的原因是急性的醫療處置，因後續沒有跨專業團隊的協同合作，以及整套系統吞嚥訓練和口腔衛教，並搭配攝食吞嚥障礙的營養照護餐食，因而錯失了病人移除鼻胃管的黃金時期，未來有機會再為各位讀者分享一系列日本成功的經驗和做法！



活動訊息公告

治療你的腦
感動你的心

2019 世界中風日

中風防治公益走跑

06:30-09:00 路跑

09:00-13:00 園遊會

活動地點：台北市花博公園花海廣場

地址：臺北市中山區玉門街1號

交通資訊

搭乘捷運/

搭乘淡水線至捷運圓山站，下車後從1號出口出站。

搭乘公車/

● 21、28、208、247、42、542、677、紅2、紅33、紅34(假日行駛)、紅50 至【捷運圓山站(玉門街)】

● 246、208、542、紅33、紅34(假日行駛)、218至【中山足球場站】(停靠民族東路)

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



感謝 捐款名單

108.3/21~108.6/20

姓名	金額	姓名	金額
吳劉純妹 女士	210	陳俊清 先生	600
周宜璋 先生	500	陳秋香 女士	5,000
東森人身保險代理人股份有限公司	30萬	黃美卿 女士	300
孫莉蓁 女士	500	蔡怡琪 女士	600
總計		\$ 307,710	

※ 依筆畫順序排序

劃撥帳戶：19965678

腦中風

◎臺北市立萬芳醫院/神經內科/個案管理師/劉雅婷

個案管理師的大小事

話說我和神經內科的結緣源自護專時代，內外實習過後跟同學說以後絕對不走有關神經內科的領域，感覺這是一門難懂艱深(隨時需要評估病人意識狀態及肌力)且病人恢復步調(身體偏癱後之復健治療)非常緩慢的科系，但往往這麼認為時奇妙的緣份就此發生；我畢業後面試時是神經內科病房護理長，她說目前妳想去的單位(兒科)沒職缺，要不要先來我的病房試試看照顧病人啊！我剛出社會，想說先賺錢憑著一樣是在照顧病人只是大小差別的想法，我認為我應該可以的。開始走進神經內科的領域，在神內專科病房照護著腦中風病患，學習急性腦中風病患的照護過程，面對於病人的失能、變化詭譎的病情及家屬殷殷期盼病人生活功能恢復的壓力下，有感想為他們多做一點事情的感受下。1998年，本院成立「腦中風防治中心」任務編組，當時很榮幸能轉任腦中風個案管理師一職，一晃眼之間也已邁入第10個年頭了。

回想起中心創立之初，我沒有可依循的前例，只能憑著「腦中風中心評鑑草案」，與神經內科主任共同摸索開始，對於腦中風病人從入院該如何照顧及家屬衛教、出院準備、出院後的追蹤及諮詢、個案資料收集及登錄，定期相關照護指標檢討和腦中風臨床路徑流程再改善…等。歷經醫學中心評鑑、JCI評鑑、緊急醫療重度級認證、腦中風疾病認證的無止盡評鑑下，及不斷的修正流程、相關照護ISO文件，我們終於建立了讓腦中風病人可相信及放心的團隊。在團隊內成員不斷的溝通與磨合的過程中，和跨單位的同事們，從互相推責任的態度到只要是對腦中風病人好的理念下，從步調各異到撇開各自成見，一同為病人權益及安全建立起完整且順暢的腦中風照護過程中，除病人受益外，我也從中學習良多。

在醫院，準備有關腦中風條文的評鑑為腦中風個案管理師的重要工作，這是一項相當繁雜且忙碌的工程，除了原來個管的例行性工作外，還增加了很多的文書作業及溝通協調工作，同樣是要呈現腦中風治療的成效，卻是使用不同的公式來計算，往往需耗費許多時間及心神去準備，這時我自嘲就像是一位會計人員，

需要做多份不同的帳本來應付不同稽查。加上醫療資訊的不整合，有些時候必須仰賴人工撈取及計算，讓我更覺得自己又像是研究助理般的角色。

由衷期盼醫策會

能整合各式評鑑條文，且建制

共同的資訊平台，建議邀請真正參與的各家醫院個管師一同討論，將相關腦中風指標統一公式定義，有共同一致性的標準一同學習並稽核，這樣才能真實呈現數據的正確性，間接可減少個管師花費在統計上的時間及錯誤率，讓個管師多一些時間來幫助更多腦中風病人的照護。

腦中風個管師的業務繁雜且包羅萬象，除要有熟悉的臨床照護技能外，需理解和熟悉專業的知識，具備良好的溝通使團隊能有效率的運作；還要有思考規劃的技能，判斷出腦中風病人的情況，及瞭解照顧者和病人、地緣性之間的因素，可運用資源有哪些？及該如何協助腦中風團隊來達成病人出院後安置的課題，根據所面臨的現狀配合國家衛生政策，推動衛生福利部急性後期腦中風照護品質計畫(Post-Acute Care)、衛生福利部居家復能多元計畫及長照2.0計劃，協助家屬解決出院後照護問題。

腦中風病人有各種不同程度失能情形，在臨床上當病人倒下來那一刻，我們看到了個案家屬的不安、慌亂、害怕及擔憂，一天2,200元的自費看護費、免部分負擔後的復健治療費、伙食費、醫療費...等，家屬們的壓力可想而知，不論在急性期、慢性期，照顧人力及復健治療的問題始終是最主要的，在經濟與照顧人力的權衡下。這時候的我，個管師角色又化為如同保險業者或是房仲，不斷的介入評估了解其意願運用醫療決策共享，依據照顧者的地點遠近或家屬意願考量，轉介合適之醫院繼續復健；又或者連結長照服務採居家復能使其恢復日常生活功能。

套句主任說的：「只要是為病人好的事，去做就對了！」期望我能更發揮腦中風個案管理師的角色，雖然無法立即降低病人的失能，但能在他們面對這場戰役時，給予充分的臨床照護經驗及專業諮詢；並藉由多數的案例分享，讓他們的下一步決定能少走一些不必要的途徑。希望帶著我滿滿的熱忱及陽光般的笑容，繼續在腦中風個管師的執業上再一個十年。



個案管理師/劉雅婷

