



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

振興醫院急性後期照護簡介

©振興醫院/神經內科腦中風中心/賴達昌醫師

急性後期照護介紹與作業方式

中央健保局於102年公告急性後期照護(Post-acute care, 簡稱PAC)試辦計劃後，以腦血管疾病優先辦理。振興醫院神經內科於103年1月開始實施腦中風疾病的急性後期照顧(Post-acute care, PAC)。本院為主責醫院，辦理實施急性後期照護治療，結合上游醫院有三軍總醫院、馬偕紀念醫院、臺北榮民總醫院、臺大醫院等，將病人轉到本院繼續治療。我們也可以把病人留在本院繼續做PAC治療，也可以下轉到下游醫院：如台北市立關渡醫院、宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院、三軍總醫院松山分院等做PAC治療。中央健保局核准本院神經內科腦中風中心急性後期照護床位為「固定床位」共8床，4床為兩人床，其它4床為健保床。

作業流程

1. 進PAC計劃前須先把(1)病情(2)modified Rankin Scale(mRS)的分數，評定是否可以做急性後期照護計劃治療。
2. PAC的治療是藥物和復健的治療。若有其他疾病發生就不能做發生疾病的檢查和治療，須跳出PAC計畫，不得再回PAC計畫做治療。
3. 進入本院做PAC治療時，會先做四項評估後就可做復健治療，共42天。到第3週時須再做評估，第六週前再做評估後把評估資料送中央健保局審核，以決定後續是否繼續做下一階段的急性後期照護計劃治療。
4. 若是中央健保局審核通過後，就可繼續做PAC治療，最多再做42天，總共最多可做84天約3個月，以健保署核准天數為主。

內科與復健治療

本院還有許多優點，也可以做許多優良的醫療，如優良醫療環境、心理建設、內科治療、護理照顧。腦中風病房的設置如：

1. 床都是電動床方便照顧病人。
2. 整個寬敞的走廊都有扶手可以協助病人練習行走復健。
3. 病房還有「站立床」讓病人練習站立。
4. 設置腳踏輪訓練下肢肌力。

振興醫院復健科有50年的復健治療經驗，有龐大陣容的復健人員，含復健科醫師、各種專業復健治療師、語言治療師及復健設施及全國唯一的一家醫院有兩座水療池，可以讓所有病人改善神經功能和生活品質。



振興醫院由賴達昌主任(前排右4)帶領之腦中風中心醫護團隊



振興醫院 神經內科 腦中風中心簡介

◎振興醫院/神經內科腦中風中心/賴達昌醫師

設立宗旨

振興醫院神經內科腦中風中心奉核准成立於民國97年2月27日。主要宗旨是提高腦中風疾病的醫療品質和水準，減少病人的病痛，降低疾病的死亡率，減少國家和民衆的負擔。

腦中風中心團隊及陣容

腦中風中心治療腦中風疾病的主軸是神經內科醫師和科內所有同仁，還有需要醫院內其他專科醫師和院內專業同仁一起面對疾病，解決病人的疾病。病人出現急性神經症狀到達醫院急診室時，神經內科主治醫師接獲急診室的通知時會立即前往急診室處理病人。

院內其他單位如急診部、放射線部、神經外科、心臟科、復健部、精神部、社區醫學部、中醫部、營養治療科、高壓氧科、居家護理科、社會服務科、腦中風加護病房、腦中風病房等單位一起努力來面對疾病。

腦中風疾病處置

腦中風是一種很複雜的急性疾病，神經內科要分別面對3小時、4.5小時、6小時、8小時內到的病人及8小時以後到的病人，都有不同的應對措施和不同的治療方法。

病人到達急診室，急診科醫師與神經內科主治醫師的會立即幫病人快速檢查，包含：

1. 神經檢查
2. 檢驗多項抽血檢查
3. 胸部X光
4. 心電圖
5. 頭部電腦斷層或含血管攝影檢查



如果頭部電腦斷層攝影報告是腦出血，就會立刻會診神經外科主治醫師，更進一步檢查病人是否有動脈瘤、動靜脈畸形或腫瘤出血情形或立刻手術處理。

溶栓(r-TPA)治療及動脈機械取栓

若是病人在出現急性神經症狀出現的3小時內到達急診室，急診科醫師與神經內科主治醫師會立即幫病人快速檢查，且頭部電腦斷層攝影報告沒有出血，確定為腦梗塞後，便立即依照程序做溶栓(r-TPA)治療，必須在3小時內實施完成治療。

若是病人在出現急性神經症狀且在3-4.5小時內到達急診室，依病人狀況尚可時，亦可實施溶栓(r-TPA)治療。若是溶栓(r-TPA)治療效果不佳，亦可實施動脈機械取栓，本院取栓儀器新穎安全。

本院的醫療設備

本院的設備新穎，有許多高階的優良醫療儀器設備和環境，如高階3T磁共振造影儀器、高階電腦斷層攝影儀器、新進高階血管攝影儀器、新進超音波腦血管攝影儀器及腦波儀器。

腦中風中心醫療環境及設備

寬敞的腦中風中心病房，電動式床位上下床方便，醫療環境和床位、良好的心理建設、優良內科藥治療、溫馨的護理照顧。硬體設備為：

1. 床都是電動床方便照顧病人。
2. 整個寬敞的走廊都有扶手可以協助病人練習行走復健。
3. 病房還有站立床讓病人練習站立。
4. 還有腳踏輪訓練下肢肌力。

復健團隊、環境和設備

振興醫院復健科有50年復健治療經驗，有龐大陣容的復健人員，包含復健科醫師、各種專業復健治療師、語言治療師及復健設施，及全國唯一的一家醫院設有兩座水療池，可以讓所有病人改善神經功能和生活品質。



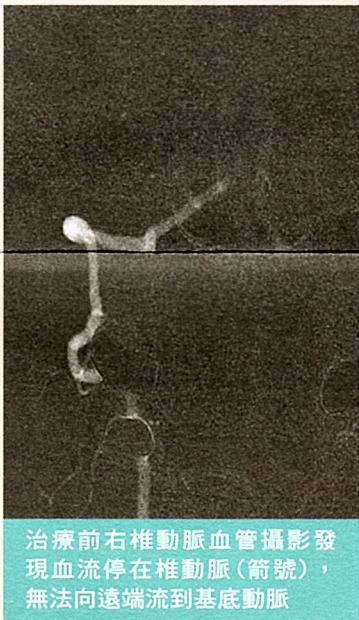
大血管阻塞導致之 急性缺血性腦中風



急性缺血性中風的治療在台灣最近十年有長足的進步，主要歸功於靜脈溶栓的推展，和最近五年的動脈取栓材料技術的發展。

目前急性中風病人要儘早到醫院，如果能夠3小時內完成靜脈溶栓評估，對符合適應症者醫院會給病人做靜脈溶栓。但若是大動脈阻塞導致急性中風且符合動脈取栓適應症者，醫院會接著安排動脈取栓。

振興醫院最早的動脈取栓是在2014年9月，一位46歲女性有頭暈症狀，大約經過一天變嚴重到閉鎖症候群(意識清醒，但除眼睛外全身隨意肌全部癱瘓，導致病人不能動、不能自主說話)。經過電腦斷層血管成像術確認為顱內的基底動脈阻塞後，立即進行取栓術。術後病人開始可以發出聲音，左側手腳可以稍微動，語言在第七天恢復到流利的程度。約半年後病人痊癒回到原來的工作崗位。



治療前右椎動脈血管攝影發現血流停在椎動脈(箭號)，無法向遠端流到基底動脈



取栓術後的椎動脈(箭號)和基底動脈(箭號)都恢復暢通

急性中風動脈取栓如果符合下列條件可以向健保署申報取栓特材：(1)神經學檢查NIHSS評分在8到30間(8以下中風程度較輕，30以上中風程度較嚴重)；(2)前循環的頸動脈系統阻塞，中風發作8小時內進行取栓；(3)後循環的椎動脈或基底動脈系統阻塞，在中風發作24小時內進行取栓。

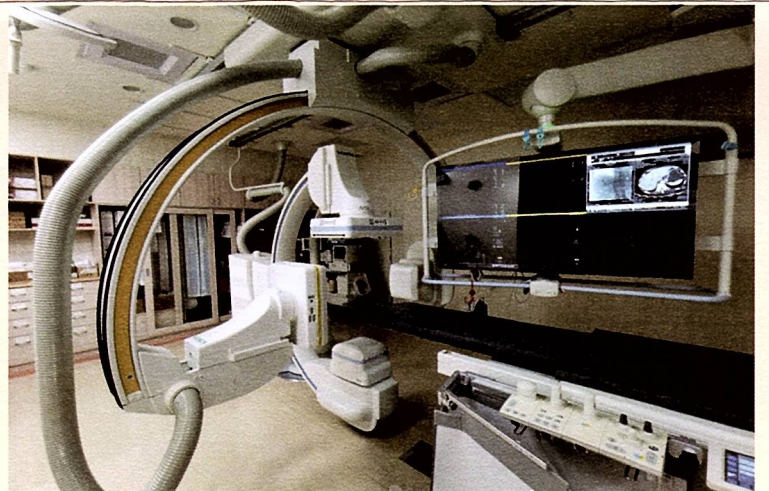
動脈取栓時需要多團隊配合，例如急診室快速評估安排必要檢查(包括電腦斷層檢查排除腦出血、電腦斷層血管成像術)，放射師儘速完成電腦斷層有關檢查，神經內科專家做NIHSS神經學評估。如中風時間符合健保規範，NIHSS是8到30間，介入治療醫師會接到通知。啟動動脈取栓治療前介入治療醫師需要確認動脈阻塞部位、NIHSS分數，和確認麻醉科醫師麻醉師麻醉時間。啟動治療時要通知血管攝影放射師、護理師、影像醫學部相關醫師(如住院醫師，第二位主治醫師)立即準備。

。治療簡介。

◎振興醫院/影像醫學部/鄧木火醫師

世界上有許多國家已經將前循環中風的動脈取栓評估延長到24小時內，但前循環健保給付仍然規定在中風發作8小時內。因此中風發作8小時後，如果有意願自費做動脈取栓者，在病人到達急診室後，可以主動要求評估做動脈取栓的可行性。目前超過6小時的急性中風是否適合做動脈取栓的評估主要是做進一步的影學學檢查「腦灌注檢查」，可以用電腦斷層或磁振造影。「腦灌注檢查」通常需要從靜脈注射對比劑。

不是所有大動脈阻塞者接受動脈取栓後都有很好的結果，例如：(1)動脈彎曲太嚴重，或動脈結構的問題，取栓支架或導管無法快速送到動脈阻塞的位置做取栓動作；(2)病人缺血部位的腦中風壞死擴大太快，缺血的腦在打通動脈前已經大多壞死；(3)心臟再次產生血栓，血栓從心臟流到腦動脈，產生新的動脈阻塞；(4)原有的動脈狹窄需要自費的擴張術囊球導管或支架，但家屬不同意，或因病人血管結構的問題技術上有困難。



雖然在24小時內發生的動脈阻塞，經評估後有些人可以做動脈取栓打通血管，但是中風後等越久則腦壞死的範圍會越大。腦壞死的範圍太大時，血管打通也沒有幫助。根據過去的研究，每晚半小時沒有打通動脈，治療後就少十分之一的病人可以得到好預後。中風後儘早到達醫院急診室，是中風病人的家屬及朋友讓病人有機會提早康復的最重要步驟。



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囉！

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





中風物理治療介紹

◎ 振興醫院/復健醫學部主任/劉復康/物理治療長/葉娟君



物理治療中風復健是指對病患進行肢體動作誘發、肌耐力、平衡感與步態訓練，教導患者回歸日常功能，減輕照護者負擔，進而提昇其生活品質。

其治療項目如下：

● 懸吊紅繩：

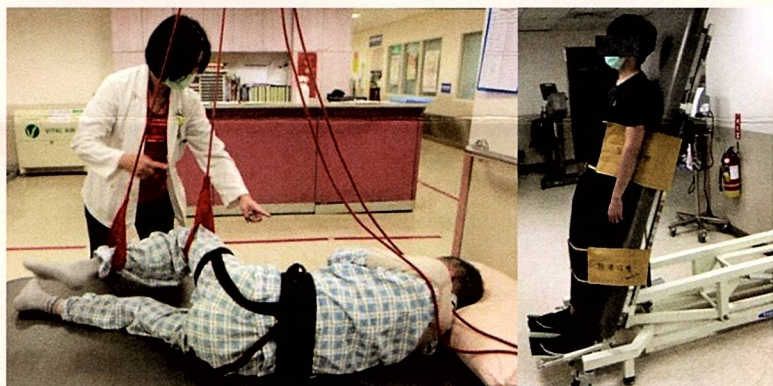
中風初期，由於肢體活動能力尚未恢復，懸吊系統可以支撐肢體的重量，在非抗重力的情形下，減低活動難度，進而誘發出初步動作。

● 徒手動作誘發：

治療師利用徒手技巧，指導患者做墊上運動，帶出患者的主動動作、降低張力與肌肉拉筋。

● 傾斜床：

在安全無虞的狀況下，讓病患及早能有患側下肢承重和踩地的感覺，藉由感覺回饋刺激關節內受器，促進肢體動作恢復，以利日後站立能力的建立，也能減少因長期臥床而產生的姿勢性低血壓問題。



懸吊紅繩誘發動作

傾斜床

● 平衡訓練：

治療師教導患者坐姿、站姿的動靜態平衡，並透過姿勢矯正及調整，讓病患學習如何穩定軀幹，如何轉移位、坐到站立的技术，治療室有穩定的欄杆，給予病患訓練時輔助。



徒手動作誘發

● 肌耐力訓練：

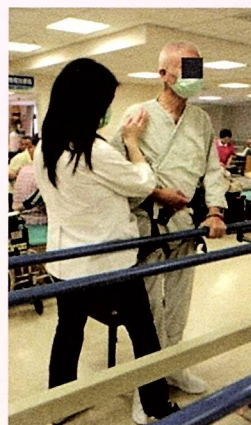
漸進的訓練肢體的肌耐力和動作的控制，利用彈力帶、沙包等，增加活動的阻力和負荷量。

● 主、被動機器訓練：

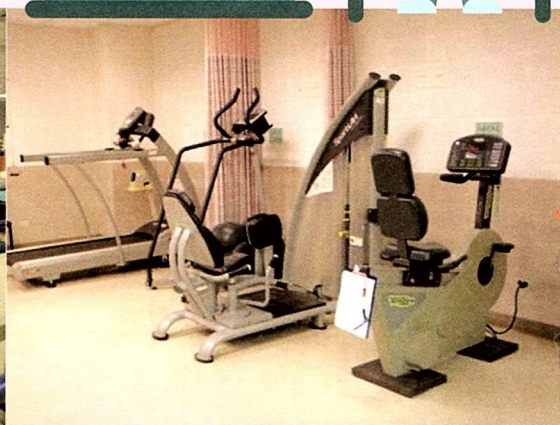
治療室內有手腳運動器、腳踏車、踢板、髖關節運動機，踏步機等，訓練不同肌群，加強動作能力的恢復。



坐姿動態平衡訓練



站姿平衡訓練



主、被動機器訓練

● 輔具評估與建議：

患者平衡與動作能力建立後，治療師會依病患動作的能力給予專業建議，例如：如何選擇合適的輔具，並教導患者行走與步態訓練。

● 步態與生活功能的訓練：

行走、上下樓梯、跨越障礙物、蹲站等，以協助患者逐步恢復自理能力，促進患者的社會互動、早日回歸生活。



輔具建議與步態訓練



跨越障礙物訓練

感謝 捐款名單

109.3/1~109.5/31

| 姓名 | 金額 | 姓名 | 金額 |
|--------|-------|--------|-------|
| 周郁慈 女士 | 1,000 | 游祿稚 女士 | 200 |
| 林翰萬 先生 | 300 | 楊千慧 女士 | 1,000 |
| 洪 鈴 女士 | 1,000 | 蔡怡琪 女士 | 600 |
| 許保民 先生 | 2,000 | 蔡國章 先生 | 600 |
| 陳俊清 先生 | 600 | 賴玉珠 女士 | 400 |
| 曾勝義 先生 | 300 | | |

總計 \$ 8,000

劃撥帳戶：19965678

※ 依姓氏筆畫順序排序