



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：周中興 理事長
地址：台北市內湖區成功路二段325號
三軍總醫院醫療大樓六樓神經科部
劃撥帳戶：19965678
電話：(02)8792-4857
協會信箱：tsa20060928@gmail.com
創刊日期：96年6月10號



腦中風的 針灸治療



◎馬偕醫院/中醫部/林詩荏醫師

腦中風是一種常見且嚴重的神經系統疾病，會對病人的生活品質和日常生活功能造成巨大影響。除了現代醫學的常規治療外，中醫療法中的針灸治療也被廣泛應用於中風病人的康復過程中。針灸是中醫治療的重要組成部分，已有數千年的歷史。通常，針灸治療的過程中會使用一次性不銹鋼細針，刺入身體的特殊部位-穴道，在特定的深度和方向上進行刺激，對人體內的氣血循環做調節，以達到治療和康復的效果。

針灸治療適應症

1. 恢復運動功能：針灸能夠幫助恢復運動功能，改善肌肉無力、痙攣和協調問題。透過刺激特定的穴位，針灸可以促進肌肉收縮和放鬆，改善運動控制和協調能力。
2. 改善語言障礙：部分中風後會出現語言障礙，針灸則可以促進語言能力的恢復。通過刺激與語言相關的穴位，促進大腦區域的神經再生和功能重建，改善語言表達和理解能力，也可減輕吞嚥困難、降低噎咳的發生機率。
3. 減少感覺異常：中風病人可能出現感覺過度敏感或失去感覺的問題。針灸可以調節神經系統，改善感覺異常，提高皮膚、肌肉和神經的感知能力。
4. 情緒症狀緩解：中風不僅對身體功能帶來影響，還可能導致情緒困擾，如焦慮和抑鬱。針灸可以調節中樞神經系統，緩解情緒壓力，提升心理健康。

介入治療的時機

針灸治療的時機非常重要。一般而言，中風後的早期恢復期是進行針灸治療的最佳時間。在這個時期，中風病人的大腦可塑性較高，組織修復和功能恢復的潛力較大。早期針灸治療可以促進血液循環，改善局部營養供應，加速損傷部位的修復和功能恢復。然而，即使是中風後的慢性期，針灸治療仍然可以為病人提供助益，改善功能障礙並提高生活質量。

治療的持續時間

針灸治療的療程持續時間因個人情況而異，並不是一次治療即可見效，需要進行多次治療。一般而言，針灸治療的效果會隨著療程的進行而逐漸增加。每次治療的間隔視病人情況而定，可以是急性期的每周二到三次或慢性期的每一兩周一次。

副作用

針灸治療的副作用相對較少且輕微。合格的中醫師進行針灸治療通常是安全的，且不會引起明顯的不良反應。偶爾可能出現輕微的瘀血或局部疼痛，但這些反應通常是暫時的並能自行消退。重要的是，選擇專業、合格的中醫師進行治療，並在治療過程中與醫生密切合作，確保針灸治療的安全性和有效性。

針灸治療是一種安全有效的中風治療選擇。它可以改善運動功能、語言能力和情緒狀態，幫助中風患者重建獨立生活。無論是早期恢復期還是慢性期，針灸治療都可以為中風病人提供助益。如果您是中風患者，請與您的醫生討論針灸治療的適用性，尋找專業的中醫師來進行治療。針灸將成為您回復健康旅程中的有力助手，幫助您重新獲得健康和生活的快樂。

活動預告

樂來越健康

腦中風病友慈善音樂會

2023年7月15日(週六)
18:30-21:00 (18:10開放報到)



林詩荏



趙儀安



周可勤

活動地點

臺北松菸誠品表演廳
台北市信義區菸廠路88號B1

活動流程

18:30-19:00 中風衛教及病友分享
19:15-21:00 音樂會

售票資訊

票價 500/800元

購票請洽 年代售票網 或 四大超商



台灣腦中風病友協會



台灣腦中風病友協會



演委曲

活動諮詢免費專線 0800-789-858

主辦單位：台灣腦中風病友協會 協辦單位：財團法人中風基金會

贊助單位：聯群生醫藥股份有限公司、尊信藥品股份有限公司、健群生醫藥股份有限公司、遠東醫藥股份有限公司、canofi 義諾洋行有限公司



淺談男女性別差異 對於腦中風症狀之影響

前言

◎馬偕醫院/神經內科/崔百青醫師

腦中風就是腦血管疾病，主要是因為腦部血流受阻礙，導致無法供應腦部細胞氧氣需求，進而發生腦部功能障礙，造成手腳無力、說話不清等症狀。腦中風是造成全球人口死亡與失能的主要原因，根據衛生福利部111年十大死因統計，腦血管疾病是國人的第五大死因，111年奪走一萬兩千多人的寶貴生命(表一)。再進一步觀察男女的十大死因順序，腦血管疾病是男性的第五大死因，而在女性是第六大死因(表二)。

在111年的十大死因死亡年齡中位數統計表中，因腦血管疾病而死亡的人口年齡中位數是80歲，其中男性死亡人口年齡中位數是75歲，而女性死亡人口年齡中位數是83歲，由此可知女性中風病人年紀較男性中風病人大。

一般來說，男性的中風風險高於女性，而年紀越大，中風發生率也隨之提高。但因為女性平均壽命較長，80歲以上女性中風的比例超過男性，且因為全球人口老化的趨勢，許多統計資料顯示每年新增的中風個案超過一半以上都是女性。由於女性中風病人年紀比較老，合併的慢性疾病多，中風前失能程度可能比較明顯，所以中風嚴重程度較高，也比較容易留下後遺症及殘障失能的狀況。

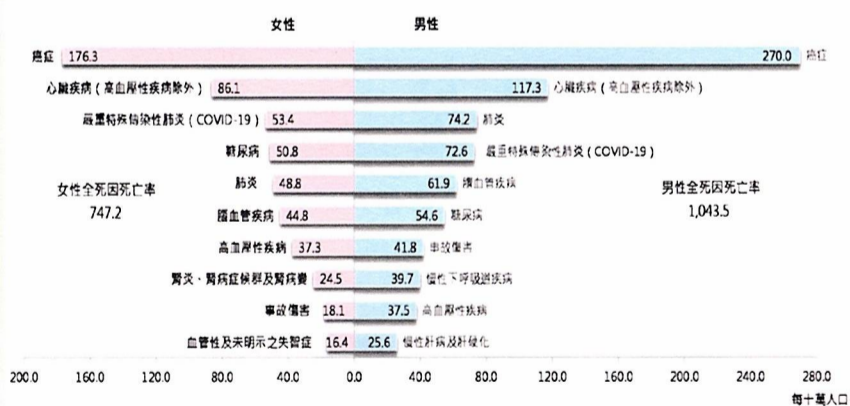
表一、111年十大死因死亡人數及死亡率

順位	所有死亡原因	死亡人數(人)		死亡率(每十萬人口)		標準化死亡率(每十萬人口)	
		111年	較上年增減%	111年	較上年增減%	111年	較上年增減%
		208,438	13.2	893.8	13.9	443.9	9.5
1	癌症	51,927	0.5	222.7	1.2	116.0	-1.8
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	23,668	8.3	101.5	9.0	47.8	4.8
3	嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)	14,667	1,536.9	62.9	1,547.4	28.6	1,365.5
4	肺炎	14,320	5.7	61.4	6.4	26.3	3.8
5	腦血管疾病	12,416	1.9	53.2	2.6	25.1	-0.3
6	糖尿病	12,289	7.3	52.7	8.0	24.7	3.7
7	高血壓性疾病	8,720	10.6	37.4	11.3	16.3	7.2
8	事故傷害	6,953	2.6	29.8	3.3	20.0	0.2
9	慢性下呼吸道疾病	6,494	4.1	27.8	4.8	11.8	1.6
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	5,813	6.3	24.9	6.9	11.3	3.5

中風症狀在性別上的差異

在之前多篇研究裡提到，女性中風患者比起男性更常表現出非典型或是非局部的腦中風症狀，像是頭痛、意識改變、昏迷、全身無力、疲倦等，或是一些非腦神經的症狀像是胸痛和心悸等。舉例來說，一篇美國的納入461位中風患者的研究中提到，52%的女性至少有一個非典型中風症狀，男性則是44%，而造成差異的主要原因是女性患者有較高比例的意識改變。另一篇美國的收了449位中風患者的回溯性研究文章顯示，女性比男性更可能出現全身無力、疲倦和意識改變。另一篇澳洲的納入1316位中風患者的前瞻性研究指出，常見的中風症狀在男性和女性的盛行率很類似，但是失去意識和失禁比較常在女性患者出現。然而，這些研究並沒有針對共病症、精神科疾病、和較差的中風前失能程度等因素去做研究結果的校正，而這些因素可能在女性比較常見，或是跟非典型中風症狀更有相關性。

表二、111年兩性十大死因死亡率



在一篇2022年納入60篇文章的系統性文獻回顧及統合分析的研究顯示，女性中風患者比起男性更常出現頭痛、意識改變(GCS score ≤ 14)和昏迷(GCS score ≤ 8)。除此之外，在一些局部腦神經症狀的表現上也有顯著的性別差異，像是講話不清楚和眩暈比較常在女性中風患者出現，而肢體乏力或半側肢體乏力、複視、和其他局部視覺障礙比較常在男性中風患者出現。然而，顯著的異質性限制了這些研究結果的可靠程度，且大部分的研究可能都有收案的偏差，現階段也缺乏高品質的研究，所以在研究結果的判讀上需要更為謹慎。

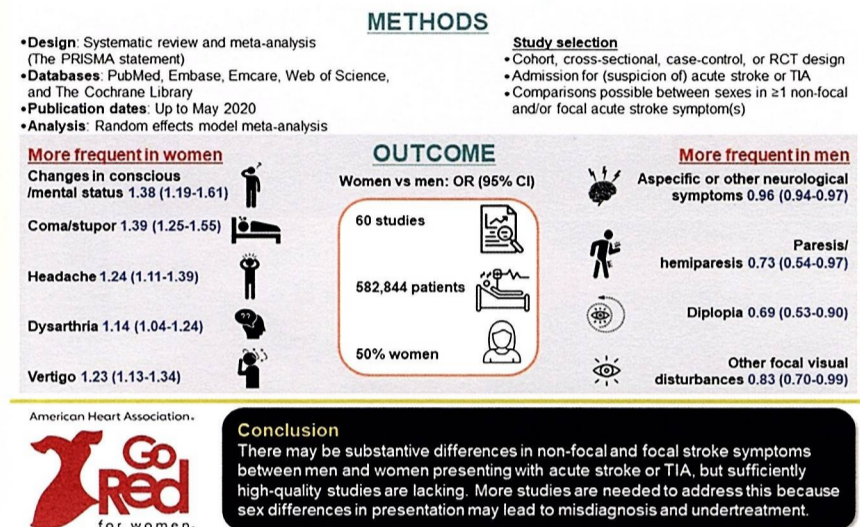
表三、111年十大死因死亡年齡中位數

順位	死亡原因	單位：歲					
		111年			較110年增減歲數		
		合計	男	女	合計	男	女
	所有死因	78	74	82	1	1	1
1	癌症	70	69	72	-	-	-
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	80	75	85	-	1	1
3	嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)	82	80	84	10	8	10
4	肺炎	85	83	86	-	-	-
5	腦血管疾病	80	75	83	-	-1	-
6	糖尿病	79	75	82	-	1	-
7	高血壓性疾病	84	80	87	-	1	-
8	事故傷害	65	62	72	1	1	2
9	慢性下呼吸道疾病	84	83	87	-	-1	1
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	81	79	83	-	-	-



然而，非典型或不常見的腦中風症狀容易讓人誤判，進而導致檢查和治療的延遲。在之前的多篇研究文獻顯示，女性中風患者被誤診的比例比男性高。女性中風患者有較高的誤診率可能有部分原因是女性的非典型或不常見的中風症狀比男性患者多。除此之外，性別的共病症差異可能也會影響臨床診斷。在之前一篇DOUBT (Diagnosis of Uncertain Origin Benign Transient Events)研究中指出，在有短暫或是輕微中風症狀的時候，女性患者比起男性更有可能提到偏頭痛病史(女性33%，男性17%)和近期的壓力事件(女性19%，男性12%)，而此兩種情況都會降低臨床醫師對中風的警覺性。

Sex differences in presentation of stroke: a systematic review and meta-analysis



女性中風患者比起男性可能較多出現不典型或不常見的腦中風症狀，這對於緊急救護技術員(EMT)來說是很有挑戰性的，

因為緊急救護技術員在醫院外的救護現場只能用簡易的診斷工具來判斷。像是一篇美國的研究指出，在3787位被緊急救護系統轉送的病患中，只有30%的女性患者有正確診斷為中風(男性患者有35%)。因此，應該要提醒教導臨床醫療人員以及緊急救護技術員，來避免錯誤診斷的發生。

中風症狀性別差異的可能原因

有一些可能的機轉來解釋中風症狀在性別上的差異：

- (1)心源栓塞性腦中風和蛛網膜下腔出血比較常發生在女性。
- (2)神經生物學在性別的差異應該要被考慮進去。舉例來說，女性可能對於腦梗塞區周邊的去極化(perい-infarction depolarizations)比較敏感所以導致頭痛。
- (3)女性通常在中風時的年齡比較老，且伴隨更多的慢性疾病。失智症、憂鬱症和社會心理的壓力在女性的盛行率比較高，也會影響中風症狀的表現。
- (4)有一個研究提到女性患者比較有可能被診斷為中風的模仿疾病(stroke mimics)，像是偏頭痛、癲癇、或其他精神方面的疾病，而這可能是因為臨床醫師對於性別的偏見。

結語

女性中風患者比起男性更常表現出非典型或是非局部的腦中風症狀，像是頭痛、意識改變、全身無力、疲倦等。然而，中風症狀在性別上的絕對差異是小的，而且中風患者常表現出一群相關的症狀。因此臨床醫師要提高警覺，並建立標準化的診斷流程，來提升腦中風的正確診斷。

劃時代治療 溶栓、取栓救大腦

馬偕醫院/神經內科/黃勇評醫師

似曾相似的場景

急診的傍晚，如同菜市場般的吵雜...

護理師：「這裡是急診檢傷，call stroke !!!」

「60歲陳姓男性，在吃飯的時候突然倒下，右手右腳無力，無法說話，血壓180/105...。」

10分鐘後，急診外焦急的家屬們圍著嚴肅的醫師，聽著病情解說。

醫師：「請問是陳xx的家屬嗎？我是神經科醫師，您先生是阻塞性中風，塞到左側中大腦動脈，因為送來的及時，在4.5小時內建議施打血栓溶解劑，另外因為有看到明確的血管阻塞，另外可以考慮動脈取栓術...。」

家屬A：「醫師！有最好的藥都給我爸打...！」

家屬B：「動脈取栓術是什麼？有危險嗎？...」

家屬們情緒激動地七嘴八舌.....。

似曾相似的場景，每天都在急診上演。依據衛福部統計，民國110年國人十大死因，腦血管疾病仍高居第四。此外，因為腦神經的不可恢復性，腦中風常留下許多後遺症，因此也成為國人慢性傷殘最重要的原因。有三分之一的病人留下重度傷殘，另外三分之一則會留下中度傷殘的後遺症。

第一步：靜脈血栓溶解劑(rt-PA)

腦中風依照其原理機轉的不同，可分為出血性腦中風(俗稱的腦溢血)與缺血性腦中風(俗稱的腦梗塞)。出血性腦中風基本上是以開刀與控制血壓為主軸進行治療，而缺血性腦中風在沒有靜脈溶栓的年代，則只能以藥物進行保守的治療。但自從血栓溶解劑問世之後，一切都有了不一樣的治療策略。自從我國衛福部於2002年通過

經靜脈血栓溶解劑(rt-PA)治療3小時內的急性缺血性中風以來，相較於保守治療，每位患者多出約30%的血管再通率，若以每年新中風3萬人的數字來算，每年約拯救2000位病人於重度傷殘之間。而隨著藥物治療的日益熟悉，黃金3小時的標準治療也有條件的放寬到4.5小時，年齡也不再具有顯著上限，以嘉惠更多的病人。

腦中風治療方式

靜脈溶栓 (IV-tPA)

缺血性腦中風初發病
及早施打 IV-tPA (最好 <3 小時，至多 4.5 小時)
3 個月後有 7/3 機會完全復原
或只有輕微功能缺損
有效降低失能的風險

您可以這樣做：接受醫師建議 選擇 IV-tPA 治療

腦中風治療方式

動脈取栓 (IA)

若確認缺血性腦中風是因 特定大血管阻塞
醫師將可採取動脈取栓來搶救腦細胞
黃金治療時間倍增！
早發現 早治療 後遺症少

動脈支架取栓

劃時代的第二步：動脈取栓術

雖然有了血栓溶解劑讓急性腦梗塞的治療向前邁進一大步，但某些特殊狀況仍讓治療力有未逮，例如腦梗塞症狀超過4.5小時、打了血栓溶解劑後仍無起色等等。而隨著醫療技術與器材的演進，現在多了一個新的選擇：動脈取栓術。動脈取栓術(簡稱取栓)顧名思義是透過動脈，將塞住血管的血栓予以取出。在2012年以前，礙於醫療技術的未知與醫療器材的精密度的不足，並未能夠取得令人滿意的結果，但在2015年後的動脈取栓術有了大幅度的突破。接受取栓者，能夠達到將近80%的血管再通率，日後失能與死亡的風險也比較低。因此在接連5篇的大型國際期刊發表類似的結論後，健保署於2016年開始，將動脈取栓術納入治療急性腦梗塞的給付範圍。

(接續第四版)

誰適合動脈取栓

到院前：認識缺血性腦中風的徵狀，盡快就醫

如此亮眼的治療方式，勢必會成為民眾詢問的項目，但並不是每位病人都適合接受動脈取栓術。如同血栓溶解劑的治療需要排除一些會造成重大出血併發症的族群，動脈取栓術也需要經過篩選，來減少後續因嚴重出血而死亡的風險。而在這之前，更重要的是，什麼樣的症狀算中風了？不是一般電視劇演出的頭暈、頭痛、手麻、脖子緊的非特異性症狀，中風的症狀，通常是突發性的單側手腳無力，伴隨臉歪、嘴斜、口齒不清或伴隨著意識障礙和嘔吐嗆咳。在國外有行之有年的FAST口訣，而在國內，介紹兩個由腦中風學會與衛福部聯合推廣的簡單實用口訣，幫助民眾記憶，分別是臨微不亂與微笑舉手、說你好、快打119。兩個口訣都力求在發現症狀時，盡量不耽擱，由119救護車，趕快送到醫院。因為不論什麼類型的腦中風，最重要的影響因素，就是時間。唯有在時間之內由119送至能夠處理的責任醫院，才有機會藉由影像儀器的檢查，判斷是否能接受靜脈溶栓/動脈取栓。若超過時間窗，除了增加出血的風險外，縱使打通，也會因為腦細胞已經缺氧壞死，造成日後較差的預後與較高的死亡風險。



到院後：到院檢查，提供病史，盡早決定治療計畫

到達醫院後，醫院會盡可能的加速檢查流程，並讓符合條件的病人盡早接受治療。台灣的醫療發達便利，造就病人可能在A醫院看心臟科，在B醫院看神經科，然後在C醫院看腎臟科的臨床狀況，這時，家屬平時幫忙紀錄使用的藥物就相對重要。靜脈溶栓治療中有排除正在服用抗凝血藥物者，因使用抗凝血藥物的病人會提高使用靜脈溶栓後出血的風險，除此之外，接受靜脈溶栓造成出血的風險約6%上下。

動脈取栓術則只要符合適應症的情況下，並無絕對地排除條件。目前依照衛福部規定，只要符合重度缺血性中風症狀、有明確的大血管阻塞並且中風發生的時間前循環在8小時內或後循環在24小時內，最後經取栓醫師判斷適合取栓，均可接受動脈取栓術。但因為符合適應症的病人通常臨床狀況較差，時間已超出靜脈溶栓的治療時間、已經接受靜脈溶栓治療症狀仍未改善、或接受動脈取栓術時會額外增加的出血風險等各種不利因素，都會提高家屬決定的難度。另外在某些特殊的情況下，也可能出現自費治療的選項，因而導致治療時間的延誤與因為自費治療而導致對治療成效的過度期待。因此與治療醫師充分討論，參考醫師所預期的成效，並且儘速決定，才能給予較合適的治療。

邀請加入

「心腦血管疾病防治之健康識能推動計畫」

112年度本會承辦衛福部國民健康署「心腦血管疾病防治之健康識能推動計畫」，針對腦中風8大危險因子進行推廣，若您為111年9月新中風的病友或您有40歲以上、一及二

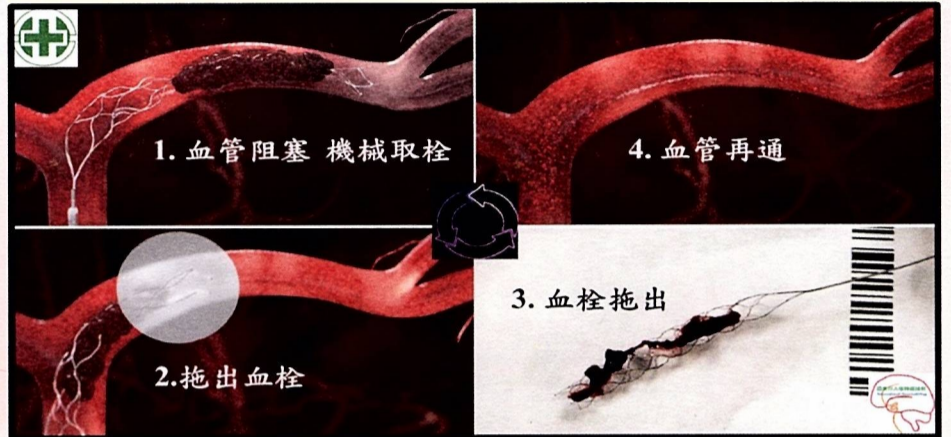
等親家屬，竭誠邀請您加入本計畫，掃描QRcode填寫問卷並完成前後測，即可獲得禮券台幣200元。



取栓的流程

動脈取栓手術類似心導管治療，取栓手術進行時，會依照手術的難易度、病人意識配合的程度以及臨床的狀況，選擇全身麻醉或局部麻醉。一般導管從鼠蹊部的總髂動脈進入，繞過主動脈弓後進入血栓阻塞的主幹道，並針對血栓阻塞的位置進行取栓的手術。取栓的方式因血栓的位置、血栓的大小、血栓可能組成，採用抽吸(penumbra)、支架(stent)或混和(solubra)的方式，爭取在最短的時間內達到血管再通的目的。

取栓示意圖



結論

隨著醫學的日新月異，以前無法積極治療的腦梗塞，多了靜脈溶栓和動脈取栓的治療可供選擇，並藉由這些治療策略，讓更多的病人免於中重度傷殘的餘生。但治療有其極限，仍舊有部分的病人無法避免傷殘與後續漫長的復健治療。此外，腦梗塞的發生，不會是單一的事件，而是代表這後面的動脈硬化、心房顫動、三高等更根本性的疾病，也暗示著其他一系列的相關疾病，如心肌梗塞、周邊血管阻塞等急症。因此平時預防勝於治療，嚴格管理三高，控制心血管風險因子，治療心房顫動，按照風險程度按時服用抗血小板或抗凝血的藥物；疾病發生時辨別症狀，盡速就醫，才是治療的不二法門。

感謝 捐款名單 112.4/1~ 112.6/10

※依筆畫順序排序

姓名	金額	姓名	金額
吳翊瑛 女士	1,500	黃豐富 先生	25,000
洪 鈴 女士	1,000	蔡怡琪 女士	600
陳俊清 先生	600	蔡國章 先生	600
陳柏源 先生	3,000	戴瑞玉 女士	400
陳韋誠 先生	666	鍾淑芬 女士	2,000
陳傑民 先生	200	釋光融 法師	2,000
無名氏	6,000		
總 計		43,566	

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