

# 腦中風

中國醫藥大學附設醫院

劉崇祥醫師

# 在台灣，中風可能是最主要的醫療負擔



在全世界，  
中風是造成死亡的第三原因  
中風是造成失能的第一原因  
中風也是造成失智症的主要原因

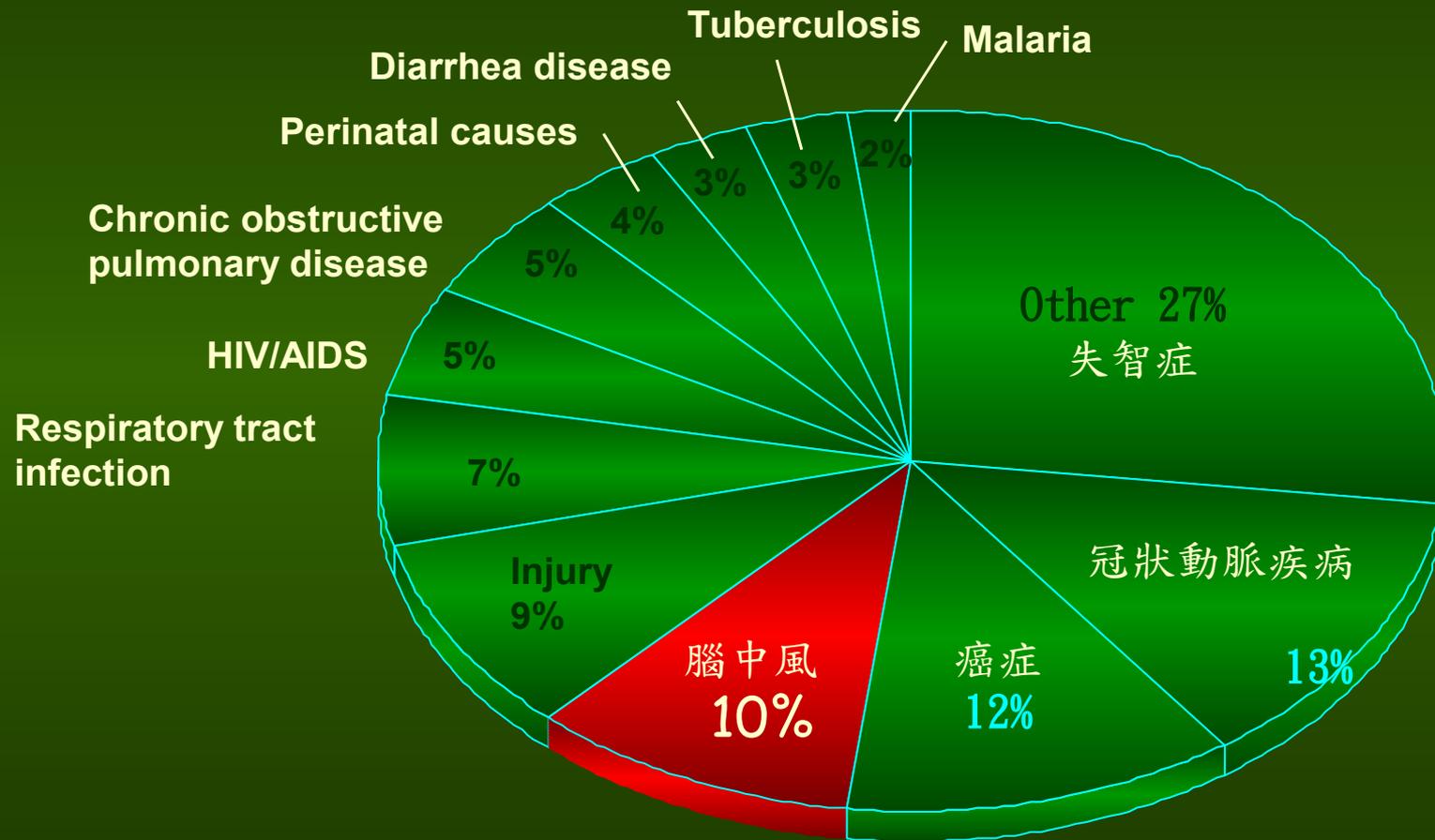
台灣每年約有 8 萬人發生中風，每年因中風死亡約一萬人  
存活的病人約有一半變成重度殘障  
對個人是很不幸的重大疾病，並成為家庭長期照護的沉重負擔，  
也帶來社會嚴重的經濟損失。

Leys D. Cerebrovascular Disease 2001: 11(suppl 2): 1-4..

Guillot F, Moulard O. Circulation 1998: 98(abstr suppl 1): 1421

今年腦中風學會出刊書籍 - 「堅持 VII : 臺灣腦中風的故事」

# 我們能夠逃脫中風的魔掌嗎？



Adapted from World Health Organization. Global Burden of Stroke. 2005.

中風是可治療的？ 但分秒必爭。

## Time Loss is Brain Loss

中風患者每延誤就醫一分鐘，就有一百九十萬個腦細胞死亡，  
這是首次有研究人員，對中風造成的腦細胞死亡速度提出估計。

洛杉磯加州大學神經學教授 Jeffrey L. Saver  
在美國心臟學會期刊「中風」發表報告，  
指出當血塊堵住動脈，  
缺氧的腦部就會以每秒三萬二千個神經元速度死亡，  
相當於每分鐘一百九十萬腦細胞。

## 每小時老化 3.6 年

腦部會損失一百四十億突觸（神經元軸突接合點），  
及十二公里長的神經纖維。

中風最常發生的前腦（平均有二百二十億神經元）  
血液中斷的腦細胞立刻死亡，  
每十二分鐘就有一塊豌豆大小的腦死亡；

中風者病情會迅速惡化  
發展通常費時約十小時。  
每小時老化 3.6 年

腦細胞實際死亡速度，仍令人震驚。

# 血栓溶解治療檢核表

## 一、收案條件（必須均為”是”）：

是 否

臨床懷疑是急性缺血性腦中風，中風時間明確在3小時內並已完成各項檢查。

腦部電腦斷層沒有顱內出血。

年齡在18-80歲。

## 二、排除條件（必須均為”否”）：

是 否

灌注本藥前，急性缺血性中風發作時間已超過3小時或症狀發作時間不明。

灌注本藥前，急性缺血性中風的症狀已迅速改善或症狀輕微。（NIHSS < 6分）

臨床（NIHSS > 25分）（電腦斷層大於1/3中大腦動脈灌流區之低密度變化）。

過去曾中風且合併糖尿病。

最近3個月內有中風病史或有嚴重性頭部創傷。

中風發作時併發癲癇。

病人正接受口服抗凝血劑如Warfarin（INR > 1.3）。

最近3個月內曾患胃腸道潰瘍。

中風發作前48個小時內使用heparin，目前病人aPTT值過高。

血小板數小於100,000/mm<sup>3</sup>。

活動性內出血。

顱內腫瘤、動靜脈畸形或血管瘤。

收縮壓 > 185mmHg 或舒張壓 > 110mmHg

血糖 < 50mg/dl 或 > 400mg/dl。

目前或過去6個月內有顯著的出血障礙、易出血體質。

中樞神經系統損害之病史（腫瘤、血管瘤、顱內或脊柱的手術）。

懷疑或經證實包括蜘蛛脈下腔出血之顱內出血或其病史。

嚴重且未被控制的動脈高血壓。

過去10天內曾動過大手術或有嚴重創傷

過久的或創傷性的心肺復甦術（超過2分鐘）、分娩 鎖骨下靜脈或頸靜脈穿刺。

嚴重肝病，包括肝衰竭、肝硬化、肝門脈高壓（食道靜脈曲張）及急性肝炎。

出血性視網膜病變，如糖尿病性或其他出血性眼疾。

細菌性心內膜炎、心包炎。急性胰臟炎。

動脈瘤靜 / 動脈畸型。易出血之腫瘤。

對本藥主要成分Actilyse 或賦型劑過敏者。

其他（未提到但會增加出血危險的狀況，如洗腎患者、嚴重心衰竭或身體太虛弱者）。

女 (68y) NIHSS:25

t-PA 63mg (0.9mg/kg)

來 ER 時 NIHSS:25 分 .

打藥後 NIHSS:19 分

24hr 後 F/U MRI 出血

Signed DNR

男 (66y) NIHSS:24

t-PA 58.5mg (0.9mg/kg)

來 ER 時 NIHSS:24 分 .

打藥後 NIHSS:17 分 .

上 ICU 時 vomiting 4 次 NIHSS:25 分

F/U CT 無出血

19hr 後 sudden apnea. CPR. Expired

# 如何與病人 溝通 說明

我們的目的：治療病人

資訊不對等

站在病人與家屬的立場想想

良好的溝通才有良好的治療效果

# 病患及家屬如何在二十分鐘內 了解中風

絕大部分的疾病不需要在二十分鐘之內立刻讓  
病患、家屬跟上醫師的腳步，  
理解疾病可能的走向，

進入緊急備戰狀態，

聯合跨領域軍種和平民百姓同心協力抵抗病魔

# 血路 道路

道路： 國道有 一高 二高 三高  
腦中風： 土石流 小林村 北二高 蘇花高

## 台灣土石流的成因

- 1/3 過度開發： 吃太多 抽菸  
高血壓、高血脂、糖尿病  
維修不力：運動太少
- 1/3 體質先天遺傳  
海島山高多風多雨
- 1/3 攔沙壩 擋土牆 藥物治療

因此大範圍的土石流：腦承受完全缺氧的時間不超過五分鐘，五年前義消在作陸空救難演習時，直昇機的氣流打翻救生艇，有人溺水在十分鐘後被救起，仍然造成腦死

# 腦中風

在進行腦中風的預防及治療之前  
首先要有正確的臨床診斷，  
沒有正確的診斷而盲目地給予治療，  
其效果可能適得其反。

你的智慧不能發生意外

預防腦中風

## 三位願意接受臨床試驗病人的故事

---

### 第一位病人：

兩位六十多歲的夫妻，共同照顧三位年近九十的長輩，妻子原是舞蹈老師，共同分擔家計，經歷這次急性缺血性中風，妻子倘若一病不起，丈夫一個人要照顧四個長期臥床的病人，龐大的壓力讓人情何以堪。

### 第二位病人：

今年年初患者於外院被診斷出罹患咽喉癌初期，經過多次放射線治療，主治醫師擔憂病人病況複雜，儘管因急性缺血性中風住院，但病患及家屬仍渴望積極治療。

---

## 三位願意接受臨床試驗病人的故事

### 第三位病人：

病人育有三子，長子已故，二子自高中畢業後疑似患有精神疾病現無法工作，目前三子收入為家中主要經濟來源。

但三子從事烤漆工作平均月收入約二萬多元，須扶養二位年邁父母及患有精神疾病的兄長。曾嘗試到戶籍地公所申請低收入戶，但公所回應不符合申請資格，原本病人撿拾回收物變賣來貼補家用，但如今因中風而住院，家中經濟來源減少，且多年未繳健保費，必然無力支付住院費用，經社工人員快速協助補辦健保，積欠四萬元的保費，病家要分二十四期才能償還。

# 三位願意接受臨床試驗病人的故事

## 第三位病人：

病人如果無法支付醫療費用，大有可能無法完成三個月的追蹤治療，如此一來勢必少一個可以分析的有用資料，人數一多，可以造成研究白費，

輕則研究無效，浪費資源，重則無法証實此方法對苦等二十年的病人族群是好是壞。

如果這是對病人有效的治療方法，卻被我們做成不能分析的結果，罪過大矣！

# 為什麼要認識高血壓？

血壓高者，罹患腦中風的機率增加 7-8 倍

血壓高者，罹患心臟衰竭的機率增加 5-7 倍

血壓高者，罹患冠狀動脈心臟病的機率增加 2.5-4 倍

高血壓與許多嚴重的慢性疾病有密切的相關。

## 高血壓病人要做哪些檢查？

- ◆ 尿液檢查：蛋白尿、糖尿
- ◆ 驗血：腎功能、血糖、糖化血色素 (HbA1C)、血脂脂肪指標
- ◆ 心電圖（或胸部X光）
- ◆ 已知有腎功能不佳者：24小時尿液分析
- ◆ 已知有心臟疾病者：心臟超音波

（了解高血壓的成因與程度）

# 高血壓的症狀



無形殺手！



起初常沒有症狀！

起始的症狀：  
頭暈、頭痛、頸部酸痛…

# 高血壓的治療

## 經常量血壓

請天天量血壓及記錄血壓，  
並將血壓紀錄帶來與醫師討論，  
否則醫師將無法幫您適當治療。

## 調整生活習慣

## 藥物治療

# 調整生活習慣

- 減少鈉鹽的攝取
- 減少膽固醇的攝取
- 戒菸戒酒
- 控制體重、避免肥胖
- 控制糖尿病
- 規律運動
- 保持心情愉快

# 預防腦中風的原則

多吃蔬菜，水果

多吃十字花科蔬菜

減少脂肪攝取量，避免肥胖

少吃醃，燻，燒，烤，油炸及硝化食物

不抽煙，少喝酒，多運動

# 方向要正確

請將所有藥物（包括西藥、中藥及健康食品）帶至門診。

其他醫院就診記錄請準備齊全

（門診紀錄、住院記錄、掃描 X 光片）。

每次回診需將上次藥物空袋及剩藥全部帶回門診。

# 治療及預防腦中風

須醫護人員及患者全面性努力及  
長期抗戰。

在診斷上須快速準確，在治療上  
須面面俱到，在預防上須醫師、  
病人、家屬、社工師、衛教及  
營養師的團隊合作。



## 沈君山第三次中風 媒體報導：好端端的，怎會再次中風

我第一次中風是六年多前一個星期六下午，下著毛毛雨的一個傍晚，自己拄了雨傘走進急診室報到。因為是週末，只有一個值班的見習醫生在，他看了一下，拿不定主意，說分不清是溢血還是栓塞，要觀察一下，讓我到一個小房間的病床上去休息，卻不知這一休息就休息了近二十個小時。當然不久家人也來了，但因為沒有經驗，既然醫生說觀察就只有觀察，到了第二天中午，手指腳趾漸漸全不能動了，才緊張起來。

中風後兩、三週，是最難熬的時刻，病情穩定了，也知道以後大概的生活限制，覺得像忽然掉進一個泥沼，而且以後一輩子都要陷在這個泥沼中，心裡非常恐慌不安，總想理出個頭緒來，就問主治的醫師，以後可能的變化。

醫師經歷多了，了解我這型凡事不弄清楚就不甘心的人，就老實地對我說，復健有空間，但也有極限，而且二次中風的或然率，要比一般人高，五年內大概有百分之五十的再發機會，主要看你自己。這些冰冷的話，他用非常誠懇的態度說出來，使我覺得他沒有騙我，沒有把我當傻瓜。

那我也得面對現實。生死的問題，我過去想過，也參加過一些安樂死之類的討論會，有一定的哲理認識，但那是「學術性」的，談的是別人的事，現在臨到自己身上，得落實的規畫一下，先想「死」，想了三條，寫成生命遺囑的法律形式，大意是：

「我確信如何處理個人之生命乃個人之基本權利，因此在因病或其他原因使本人身體受到傷害：

- 一， 此傷害使本人陷入長期痛苦而無法正常生活之狀態
- 二， 此狀態將無法復原
- 三， 維持延續生命對家人及社會造成沉重之負擔

在上述情形皆確定時，本人希以積極方式有尊嚴地走完人生，屆時或將尋求相關人士直接或間接的協助，以尋求生命之終止，為避免上述人士負擔道義上或法律上之責任，特此立遺囑。」

構想此遺囑時，我是以二度嚴重中風病人的情況做參考，在復健病房，每天都可見到這樣毫無尊嚴也沒有意義拖延著生命的病人。遺囑寫完後，分送給律師和有關親友。

這樣，把如何死規畫好了，心裡落實很多，就來處理如何生。那可複雜得多，單求生並不難，但要生得有生趣有生機卻不容易，著實過了兩、三年才調適過來。

**第二次中風忽然降臨，伸手去拿電話，手指卻不聽使喚，電話機在面前，就差那麼一點兒**

# Stroke : Brain Attack

這是一個會奪走我們至親好友的重症  
一個會如疾風迅雷 讓我們悲痛至極的重症

# 醫師的養成

須要歲月的歷練、切身的感受  
當你親身體驗病患的苦痛  
病患家屬的心路歷程  
你就開始會看這個病了

努力尋找所有可能改善的方法  
有朝一日你就會成為良醫

# 保健的原則

輕

食

走

路

調

息

喜悅

自己的健康  
不能授權

# 腦中風前的重要警訊

- 中風的症狀可能導致視聽、言語、運動、感覺、意識等五種障礙，只要出現其中一、二種，即可能是中風發作。
- 其相關症狀包括身體某一側（臉、手或腿）突然失去知覺、麻木或無力，
- 突然說話困難或無法表達自己的想法；
- 突然行走困難、步伐不穩、眩暈、身體失去平衡等。