

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

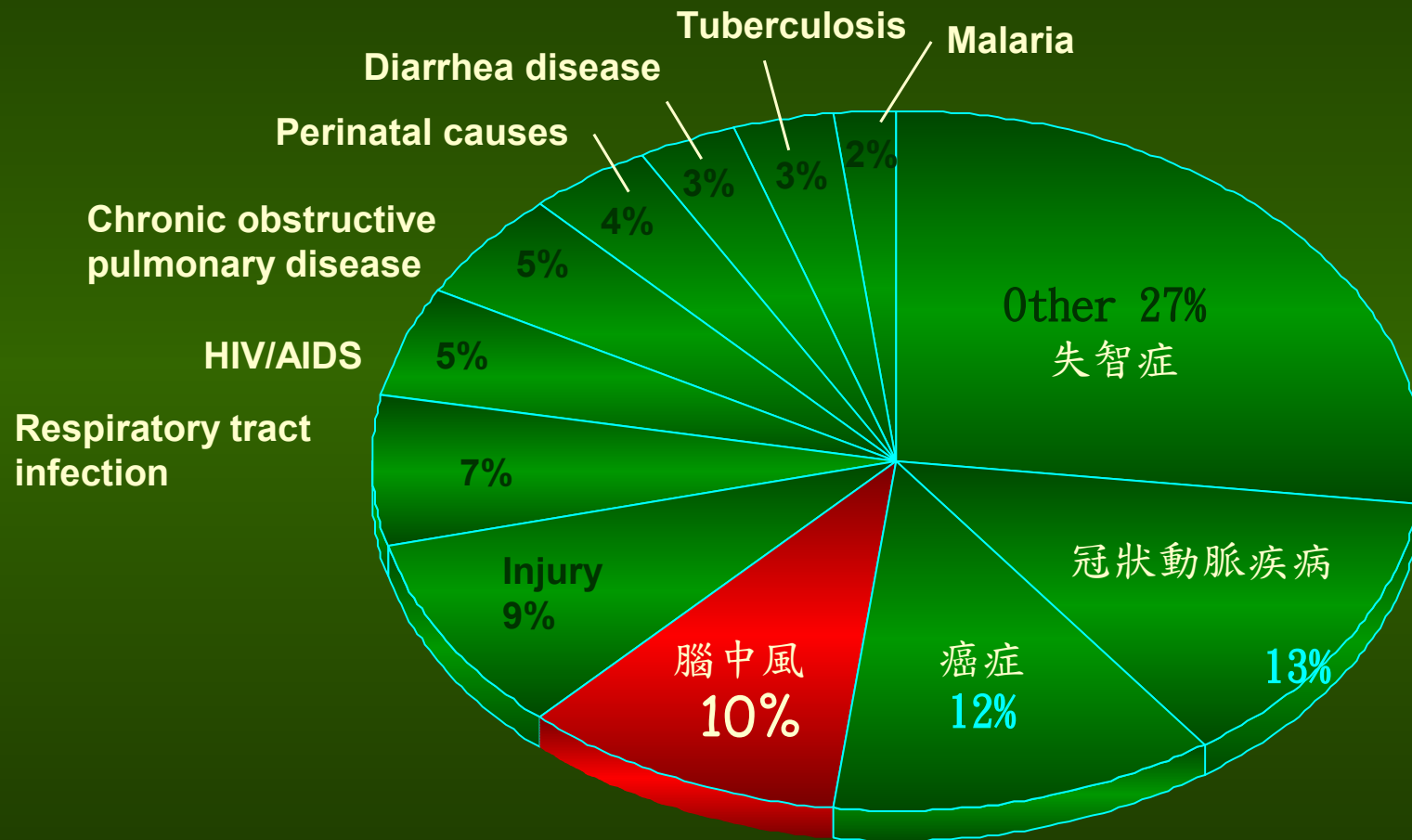
台灣每年約有 8 萬人發生中風，每年因中風死亡約一萬人
存活的病人約有一半變成重度殘障
對個人是很不幸的重大疾病，並成為家庭長期照護的沉重負擔，
也帶來社會嚴重的經濟損失。

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/mm³。

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？

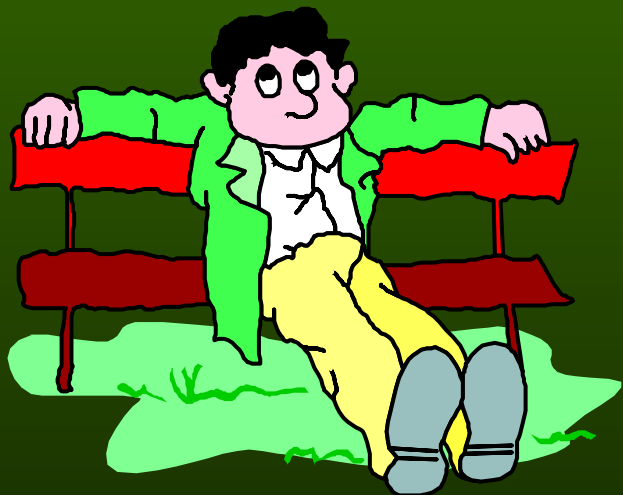
- ◆ 尿液檢查：蛋白尿、糖尿
- ◆ 驗血：腎功能、血糖、糖化血色素 (HbA1C)、血脂脂肪指標
- ◆ 心電圖（或胸部X光）
- ◆ 已知有腎功能不佳者：24小時尿液分析
- ◆ 已知有心臟疾病者：心臟超音波

（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。