

中風有先兆？ 準確診症與及早治療缺一不可

根據政府資料顯示，中風是香港第4大疾病殺手，每年平均導致超過3,000人死亡。中風醫學名稱是「大腦血管疾病」，因腦部血管阻塞或爆裂所導致。面對這無聲無息的殺手，萬一不幸患上該如何是好？

中風無聲突襲 出現症狀馬上治療

中風一般可分為出血性、缺血性及小中風。腦神經外科專科彭家雄醫生解釋，缺血性中風意即「塞血管」，是指頸部或腦部的血管出現阻塞，香港7成中風個案屬於此類。病人或會覺得輕微暈眩，或臉部、手部麻痺，若不馬上處理，一兩日後會變得乏力和臉歪，失去知覺；出血性中風俗稱「爆血管」，一般是大血管、動脈瘤或先天性不正常的血管爆裂，佔香港中風個案當中3成。這類中風毫無先兆，病人可能突然感到頭痛和不清醒，繼而不省人事；小中風則可以是缺血或出血性疾病，病情相對輕微，甚至24小時後自動痊癒，但隨時再次發作引起大中風。

為方便病人牢記，坊間會以「談笑用兵」來簡單辨識中風症狀。「談」是指左腦支配的言語區域，若病人出現說話不清、詞不達意的情況，家人應特別留意；「笑」牽涉腦幹第7條運動神經負責控制的臉部肌肉，若病人笑起來兩邊嘴唇不對稱或臉歪，中風警號便響起；「用」是病人運用手腳時，出現一邊身體麻痺無力的現象；「兵」則指若出現以上問題，應當馬上找「救兵」送院接受治療。然而「談笑用兵」尚未包括暈眩、記性變差等其他中風症狀，即使病人未見「談」、「笑」、「用」三方面出現問題，亦不等於安然無恙。中風症狀多不勝數，單以臉歪為例，腦幹中風可能出現相關症狀，而過濾性病毒入侵同樣可



■腦神經外科專科彭家雄醫生提醒，「談笑用兵」尚未包括暈眩、記性變差等其他中風症狀，即使未見「談」、「笑」、「用」出現問題，亦不等於安然無恙。

影響臉部神經，單靠臉歪來判斷中風隨時斷錯症，大家有任何懷疑應儘快求醫。

任何年齡皆可以是高危一族

有指患「三高」（高血壓、高血脂、高血糖）者是中風高危一族，但不少年輕病人根本沒有「三高」問題。其實「三高」不過是眾多風險因素之一，其餘包括先天性動靜脈畸形血管瘤，這類病人即使沒有家族病史都有可能中風。而吸煙會加速心和腦血管的退化，造成血管堵塞或出現動脈瘤而令血管壁變薄，容易爆裂。另外缺乏睡眠影響腦部陰陽平衡，亦容易誘發中風。部分年輕病人即使定時運動、飲食

健康，也可能在運動時拉傷頸部血管，出現「血管撕裂及閉塞」。

送院急救時，醫生會先觀察病人是否清醒，確保呼吸及脈搏順暢。不少人或聽過「黃金3小時」的概念，意思是在中風發病3小時內送院並安排注射溶血針，溶血針可疏通血管和挽救尚未壞死的腦細胞，減低傷殘的機會。彭家雄醫生進一步說明，這個醫療模式已有10多年歷史，但它不是所有中風病人的解藥，只適合用來治療缺血性中風病人，相反出血性中風病人再接受溶血針注射會令出血更嚴重；此外若病人有血管撕裂情況，傷及頸部到腦部的血管，注射溶血針可能會令傷口擴大、出血反而加重病況。

以彭家雄醫生的經驗，生理鹽水在臨床上反而比溶血劑更常用，透過注射生理鹽水提高血壓令血液暢通，繼而疏通血管阻塞的位置。若中風影響範圍較大，並涉及較大血管，就需要接受俗稱「通波仔」的通血管手術。目前不少懷

疑中風個案只用電腦掃描協助診症，無法及早檢查出腦幹的缺血性中風，有機會耽延黃金治療時間。即使是小中風病人都應接受磁力共振檢查，儘早找出問題對症下藥。現時的磁力共振無須配合顯影劑使用，亦可檢查到有否先天及後天性腦血管或頸血管病變，對中風的準確診症與及早治療起重要作用。

安宮牛黃丸可醫中風？

近年不少人對安宮牛黃丸趨之若鶩，認為此藥可助通血管，減低中風機會。基於中風可分出血性及缺血性，若病人患的是出血性中風，再服食安宮牛黃丸只會加劇溶血，令出血更嚴重。即使屬缺血性中風，亦只有助微絲血管通血，若缺血地方為頸血管及腦的大動脈，這類藥物亦於事無補。



■現時的磁力共振無須配合顯影劑使用，亦可檢查到有否先天及後天性腦血管或頸血管病變，對中風的準確診症與及早治療起重要作用。

中風的治療及提防再度中風

當患者中風後，壞死的腦細胞會擠壓腦部其他部位，一旦壓迫到聯繫大腦與脊椎的腦幹更會併發致命危機。中風的手術及治療視乎病人中風的類型而定，合宜的治療加上積極復康、調節生活習慣，才能避免再次中風。

釐清中風類型才能對症治療

對於中風後的治療彭家雄醫生表示，透過電腦掃描、血管鏡、磁力共振等檢查釐清病況後，除了視乎病人屬於出血性或缺血性中風來治療外，還要衡量嚴重程度，病況輕微的固然不需要手術，但中風程度太嚴重的一樣不宜手術。比如病人因延遲治療進入了深度昏迷、中風情況嚴重損壞神經，格拉斯哥昏迷量表（Glasgow Coma Scale）跌至8分以下甚至3分、5分時，手術搶救即使能保住性命，病人也可能淪為植物人或重度傷殘。

在治療上，缺血性中風必須儘快暢通血管避免細胞壞死，保守治療方面在3至4.5小時

內可注射靜脈血栓溶解劑，如果是接受導管的內血管治療手術，則必須在6至8小時內進行。至於輕微的出血性中風，保守治療包括服用降腦壓的藥物並控制血壓，或是給予水分來平衡電解質。而因出血性中風導致手腳癱瘓、昏迷的病人，可以做顯微鏡微創手術來減低顱內壓，讓腦組織腫脹的地方往外釋放，又或者以立體定位置入喉管將血塊吸出。透過藥物、手術的治療，希望將病人中風後致殘的程度降低，當然也有部分幸運兒完全得到康復而未留下後遺症。據彭家雄醫生的臨床觀察，缺血性中風若能把握時間儘快治療，病人的生存率、痊癒率一般比出血性中風高。



■為治療中風並避免再次中風，病人要視情況服用降膽固醇或降血壓藥，日常生活也要積極戒除煙酒，控制血壓、糖尿及膽固醇指數。

為治療中風並避免再次中風，病人要視情況服用降膽固醇或降血壓藥。若病人可承受抗凝血風險，醫生通常會為心房顫動或心源性栓塞病人處方抗凝血藥。若缺血性中風病人並不是因心源性栓塞引起，可用阿士匹靈等的抗血小板藥物為預防藥物。另外日常生活也要積極戒除煙酒，控制血壓、糖尿及膽固醇指數。

中風後常出現言語及吞嚥障礙

中風最讓人擔憂的是，多數人即使病情受控仍要面對或輕或重的後遺症，尤其以言語及吞嚥障礙最常見。當中風位置在左半邊腦部時，病人右半邊身軀會受到影響，加上人體主要語言控制中心在大腦的左半邊，因此也會有溝通或表達上的困難，大腦語言中樞受到損傷會造成語言障礙，導致失語症或運動性言語障礙。失語症常見情況是，能說出某個物品的用途但說不出名稱，更有可能將刀說成叉；而運動性言語障礙是神經肌肉受損造成構音器官不協調，表現為發音不準、咬字不清。中風致使腦神經受損，也有機會引發讀寫障礙、構音障礙、失用症（說話時無法控制雙唇、舌頭、臉頰）。此外因記憶力、專注力、解難能力、學習能力、思考能力等受損，亦會導致認知溝通障礙。

至於吞嚥困難，是因病人在協調和控制口腔肌運動上出現問題，說話時控制不了口腔肌（雙唇、舌頭、臉頰）的活動，因此將食物吞進氣管引致噎咽或呼吸困難，嚴重者會導致肺炎及窒息。言語治療師與專科醫生會提供特別的吞嚥X光造影檢查（VFSS）或內窺鏡吞嚥檢查（FEES），作深入綜合吞嚥評估，藉由報告了解情況後再為病人制定個別的治疗計劃，比如適量肌肉訓練或改善食物的濃稠度，以慢慢改善吞嚥能力。

要預防中風必須作息定時，保持心境平和；均衡飲食，多菜少肉；做適量運動，維持理想體重；戒煙戒酒，定期接受身體檢查；患有三

高、睡眠窒息症、心房顫動等慢性疾病應及早求醫，中風康復者應遵循醫囑覆診及用藥。如此才能遠離中風，並避免二度中風。

冬天將至， 冬天中風的機率真的較高？

入冬後中風患者便開始增加，但誘發中風的不是氣溫高低，而是溫差變化的大小。突然由冷變熱或是急速由熱變冷都在挑戰人體調適能力，人體對環境變化的調適力又會隨年齡老化或本身有心腦血管疾病而減弱，遇到氣溫劇變時血壓、心跳便跟着起伏。如果平時血壓控制不佳，身體無法適應突如其來的忽冷忽熱，血壓便易失控而大大提升中風的機會。另外若膽固醇積聚頸部血管，隨便按摩頸部或啪頸也可能因膽固醇積聚物游移腦部而致中風。

傳聞中風可「放血」急救， 是真是假？

坊間有傳以指頭放血作為中風的急救措施，極少部分有效案例可能是缺血性中風，病人在篤手指瞬間因疼痛使得血壓飆高，繼而將阻塞部位打通；相反的，如果是出血性中風，血壓基於篤手指的痛楚飆升得更高時，反會加劇出血的狀況。所以一旦有中風跡象，最穩當的作法是儘快送醫，切勿自行急救或服藥，以免耽誤救援時間，造成腦部神經更嚴重的損害。