

急性缺血型腦中風的治療

中風可以分為兩種型式：一種是因為腦內出血而造成的，稱之為出血型中風；另一種則是因為腦內的血管阻塞所致，稱之為缺血型中風。缺血型的中風，或有人稱之為腦梗塞，既然是因為腦血管阻塞所致，儘速將阻塞的血管打通，似乎是一個合理的想法。而在實際的醫學臨床試驗上，血栓溶解治療術，也是迄今唯一非侵入性，可有效治療急性腦梗塞的一種方式。所謂血栓溶解治療術，就是將能溶解血塊的藥物，注射入人體內，然後將阻塞在腦血管裡的血塊溶解掉，恢復腦血管的暢通。美國的食品藥物管理局在 1996 年准許使用這種藥物，即 rt-PA，來治療急性缺血型腦中風；在國內，健保局也在 2004 年元月起，同意給付以 rt-PA 來治療急性缺血型腦中風病患的費用，但是必須專案申請。在使用這類藥物來治療缺血型中風時，必需注意到以下三個原則：

- 一、用藥的時機必須是在三~四.五小時以內：根據研究的結果顯示，超過建議給藥的時間之後，不僅血栓溶解治療的成效會變差，在治療之後，產生出血的併發症的危險也增大。所以為了有效治療急性腦中風，建議民眾一旦發現中風症狀，應儘速就醫。
- 二、病況必需符合用藥的規定：血栓溶解治療術並非百分之百安全，其危險性是會發生出血的併發症。所以對於中風的症狀輕微，或是已經在恢復中的中風病患並不建議使用。病況過於嚴重的病患，腦組織的損害範圍較大，使用溶解血栓的藥物時，出血的機會也會增加。病患本身若有外傷，或身體原本就有一些疾病不宜使用血栓溶解劑時，原則上都不該使用。這方面，在臨床醫學的實際應用上，已有一套完整的評估方式，家屬宜聽取醫師的建議，依據規定使用血栓溶解的藥物，以策安全。
- 三、同意治療也要了解治療：血栓溶解術的目的是在儘速打通被血塊阻塞了的血管，但是對於已經因為缺血而壞死的腦細胞，並不具有起死回生的效果，所

以患者在治療之後，仍會具有中風的症狀。讓腦血流恢復通暢的好處是，可以避免中風的症狀繼續惡化，病患日後復原的情況會比較好。然而，治療本身具有的出血危險性約有百分之六，是家屬在同意治療時，最需要瞭解的一點。

預防腦中風

一般民眾會擔心自己是否會發生中風，因而有時會有人到醫院裡來詢問醫師，想知道自己將來會不會發生中風，或者可不可以吃一些藥物來預防中風。其實，對於從來沒有發生過中風的健康人，醫師並不會建議使用阿斯匹靈等藥物來預防中風，但會建議他以多運動，控制血壓，血糖及降低血脂肪等方式來預防中風的發生。換句話說，一般所謂的“用藥物來預防腦中風”，其實是指“預防腦中風的再發”。發生腦中風之後，病患要服用藥物的目的，並不是為了讓已經損害的腦組織能好得更快，而是為了不要再次發生腦中風。

對於缺血型的腦中風，其中有一大部份是與大血管發生嚴重的動脈硬化有關。對於這一群病人，使用抗血小板凝集劑，是目前治療上的主要藥物。這一類的藥物，包括阿斯匹靈，Ticlopidine 及 Clopidogrel。阿斯匹靈在國內使用的方式，多半採用每日 100 毫克的劑量，大約可以降低百分之二十至百分之二十五再發生中風的機會。Clopidogrel(商品名為 Plavix) 是另一種比較不具腸胃副作用的選擇，其預防中風再發的效果與阿斯匹靈相近，但兩者價格相距甚大，健保在給付規定上，仍以阿斯匹靈為第一線用藥；對無法使用阿斯匹靈的病患才建議使用 Clopidogrel。原則上，也以使用一種抗血小板的藥物為原則，一般情況下並不常合併使用兩種以上的抗血小板凝集劑。

如果發生嚴重動脈硬化的血管是內頸動脈，其狹窄程度超過 70%，而且又造成同側大腦半球的輕微中風，這時候可以考慮手術或是放置支架來治療。支架放置術是近年來治療內頸動脈狹窄的一種新趨勢。目前放置頸動脈支架已經獲得健保給付。

一般人的語言功能是由左側大腦來負責，所以當左側大腦發生中風時，會讓一個人失去語言及溝通能力，病人在中風前可以很輕易的完成日常生活所需的溝通，而活躍於各種不同的社會生活中，中風後，卻可能連每天例行生活中極簡單的問題都無法回答，這對一個人或其家庭都是很大的打擊，病人必須要經過一段長時間的調適以及積極參與復健。

一、失語症的評估：

失語症候群依命名、會話流暢度、聽覺理解和複誦四方面的障礙差異分成不同類別，當患者主要以表達能力受損來表現時，稱之為布洛克式失語症，而當患者主要以聽覺理解受損狀況為主時，則稱之為維尼克式失語症或感覺型失語症，而當病人表達能力及聽覺理解能力都受損時，則稱做全失型失語症。

二、失語症的預後：

患者因中風而發生失語症，這種情況是可恢復的，失語症的恢復過程中，大部分的病患語言各層面都會有改善，但每個層面進步的程度不盡相同，根據以前的研究發現(1)聽覺理解進步比口語表達多(2)聽覺理解恢復比閱讀理解好，口語恢復比前兩者差，而書寫能力又比口語差(3)最先恢復的模仿能力，如仿說、仿寫(4)比較簡短的口語輸入和輸出作業恢復較快。失語症病患的症候群也會隨病程恢復狀況而改變，通常是由急性期的失語症類型轉換為比較不嚴重、程度較輕的失語症後群。

(一) 自發性的恢復

失語症的病患不管有沒有接受治療，有些進步是自發性的，前三個月潛力是最明顯，一般將病發後的前六個月視為自發性恢復期。自發性恢復期過後，更進一步的復原原則需仰賴治療成效。

(二) 影響預後的因素

(1)發病年齡：年齡越輕者預後越好，大部分的調查顯示，在六十歲以下發病者其預後比六十歲以上才發病者預後佳。

(2)病因：單處腦血管病變比多處腦血管預後好；出血性中風比其他血

管病變的中風預後要差。

- (3)病變部位、範圍：病變部位和範圍會影響失語症的復原,如果是相同部位,則範圍越大預後越差。
- (4)失語症類型、嚴重度：失語症的類型也與預後有關,如名稱性失語症和傳導性失語症預候較佳。
- (5)病發至治療時距：從病發至開始接受語言治療相隔時間的長短,也是影響預後的因素之一。
- (6)治療時間、密集度：每次治療時間較長、治療次數較密集的病患,其獲益量比治療時間短、治療次數少的病人為多。
- (7)腦側化、健康狀況：慣用左手的失語症患者,其復原比慣用右手的失語症患者快。
- (8)非語言行為：學習動機強、性格開朗、樂觀、容易相處的病患,其治療效果較佳。
- (9)性別、教育程度、智商、語言能力、職業、社經地位等因素：對預後的影響尚無一致性的研究結果。

三、失語症的治療

治療失語症的目的是要增進病患的語言理解和表達能力,包括聽覺理解、閱讀理解、口語表達、書寫表達,以及有意義的手勢動作;增進病患溝通自己的思想和感覺的能力;協助病患調適溝通障礙導致的心理及情緒問題,治療內容應配合病患日常溝通需求,以達功能性溝通的目標。

治療原則~

- (一) 越早開始越好
- (二) 由易入難循序漸進
- (三) 調整刺激出現速率
- (四) 教材配合病患的需要
- (五) 多鼓勵讚賞,避免矯正錯誤

- (六) 每次治療多安排多樣化作業
- (七) 給予多反映的刺激
- (八) 適當的治療密集度
- (九) 病患伴隨多重溝通障礙時
- (十) 治療師的態度要合宜