



彭家雄醫生

神經外科專科醫生

專業範圍：腦神經、腦血管及脊椎神經，

持牌運作數碼減影血管造影儀器施行內血管治療

中風管理的新概念與最新進展

對於腦血管意外的舊觀念，應該發生革命性的變化，尤其是在對逐漸惡化的神經系統和最終導致殘疾甚至死亡的命運的接受上。新的術語「大腦發作」意味中風並非偶然事件。就如同心臟病發作一樣，中風是可以預防、治療，甚至治癒的，並不會給患者帶來永久的神經系統缺陷。中風的治療方法與心臟病發作類似，未來患有急性缺血性中風的患者將面臨更少的痛苦。

時間就是關鍵

「中風」是指由血管問題引起的神經功能障礙的突然發作。中風主要有兩種類型：缺血性中風，佔西方國家所有中風的約87%（在香港約佔70%）；而出血性中風則佔剩餘的13%（在香港為30%）。然而，出血性中風的死亡率高於缺血性中風，佔所有中風死亡的30%以上。中風可以發生在任何年齡、種族或性別的人身上。在缺血性中風期間，大腦中的血管被阻塞，這會擾亂血液流動，阻礙氧氣到達受影響的腦區。缺氧的腦組織會進入「休克」狀態，不再正常運作，從而導致中風症狀出現。

急性缺血性中風（AIS）作為一種嚴重的醫療急症，唯有快速介入才能儘量減輕傷害。每分鐘未接受治療的大血管中風，會損失多達190萬個神經元（相當於每秒損失32,000個神經元，每小時損失1.2億個神經元），並失去140億個突觸和7.5英里的有髓纖維。值得注意的是，當治療延遲時，永久性神經損

傷的風險將持續增加。如果不及時治療，腦梗死會導致關鍵腦細胞的進一步死亡，降低治療的潛在效益，唯有及時治療才能增加良好恢復的機率。大約三小時後，腦細胞將遭受不可逆轉的損害，通常就會導致死亡。這就是為甚麼在中風發作後三小時內進行rtPA溶栓治療如此重要。時間確實是大腦的生命線。

基於這種時效性特徵，面對被稱為「腦部攻擊」的中風，通過篩查和控制風險因素來進行預防是最有效的治療策略。同時，提高對中風症狀的認識，並能迅速獲得緊急醫療服務，是改善病患預後的重要因素。值得慶幸的是，現今的神經介入技術能夠在長達八小時的黃金時間內，有效治療急性缺血性中風。

中風篩查與預防

在臨床篩查時，醫生會先透過問診了解患者對中風風險的自我評估，藉此掌握其對個人



改善飲食習慣、增加運動量、控制體重、戒除煙酒，都是預防中風之道。

健康狀況與家族病史的認知程度。篩查流程包括：

臨床評估

系統性追溯個人及家族病史，包含中風、糖尿病、高脂血症、高血壓與心臟病等慢性疾病史。

實驗室檢測

執行血糖代謝、脂質譜系、凝血功能及肝腎功能等生化指標分析。

影像學檢查

安排腦部磁共振成像（MRI）配合頸動脈與椎動脈影像評估。

延續篩查結果的應用，急性中風的管理及手術治療，牽涉到時間、地點、人物三大關鍵要素。時間：要確定症狀開始的具體時間，及時尋求急救；地點：在配備CT、MRI和血管造影設備的醫院接受評估與治療；人物：尋求能提供全面治療的血管神經外科醫生的幫助。而三小時內的藥物或介入治療攸關性命，也影響預後的成效。經臨床評估後，如無靜脈注射重組組織溶酶原激活劑（iv rtPA）禁忌，則可在Neuro-PCI不可用的情況下作為首選治療。臨床現實是，超過90%的急性缺血性中風患者因未能在症狀出現後兩小時內到達急診，或因CT誤診而無法受益於iv rtPA。因此必須充分告知患者風險與利益，並獲取知情同意。



在缺血性中風期間，大腦中的血管被阻塞，這會擾亂血液流動，阻礙氧氣到達受影響的腦區。

神經外科手術

iv rtPA引起的出血併發症手術

約6%的iv rtPA治療患者會發展為顱內出血，導致更嚴重的腦損傷。由於rtPA引起的出血傾向，救援神經外科手術會變得困難。儘管手術可能挽救生命，患者仍可能面臨嚴重殘疾或甚至昏迷的情況。

顱腦減壓手術：顱骨切除術 +/- 腦葉切除術

大範圍中風可引起顯著的腦水腫，並對周圍組織造成次級損傷。此現象主要發生於中大

腦動脈區域的中風，因此被稱為「惡性腦梗死」，因其預後不佳。雖可透過藥物減輕壓力，但部分患者需進行顱骨切除術（臨時手術去除顱骨）或腦葉切除術，以移除壞死的腦組織。此手術能顯著降低死亡風險，但多數倖存者仍會遺留殘疾。

總歸而言，中風的管理需要多方面的合作，包括風險篩查、早期識別和迅速治療。新的管理策略不僅能降低中風發生率，還能改善患者的預後，幫助患者更好地恢復生活。



中風80%是可預防的，主要通過控制風險因素來達成。生活方式上，建議改善飲食習慣、增加運動量、控制體重、戒除吸煙習慣，同時減少酒精攝取和避免藥物濫用。醫療方面，包括使用降壓藥物來控制血壓、調節膽固醇和血糖水平，對於心房顫動患者需進行抗凝劑治療，而曾經中風者需要接受抗血小板治療。至於結構性異常，例如頸動脈狹窄等情況，應轉介至血管神經外科評估是否需進行預防性手術治療。