

什麼是中風？

當腦血管有阻塞、或腦動脈破裂而影響了腦中血液的輸送和腦中需要的氧氣，接而引起腦細胞壞死。腦細胞壞死後，也就造成身體或部份身體功能控制的喪失或受損。中風可造成癱瘓麻痺、肌肉衰弱、失去感覺、言語障礙、記憶喪失、辨別能力問題、吞嚥困難、視覺認知和準確問題、昏迷、甚至死亡。

中風有多普遍呢？

根據美國疾病和防預中心報告、每年有超過七十九萬五千美國人受到中風影響、這其中又有接近十三萬人死亡。

中風的普通常見症狀有那些？

1. 突然性面部、手臂、和腿的麻痺。
2. 突然性糊塗、說話困難、和困難明白言語對話。
3. 突發性無法用單眼或雙眼看東西。
4. 突然性困難行走,暈眩、失去平衡, 失去配合協調。
5. 沒有原因的突發性巨裂頭痛

如何確診中風？

一般由醫療專業人員確診。醫生可經由 CT 和 MRI 來決定中風的發生和它的嚴重程度性。

中風後會造成那些創傷？

因為神經系統的機能，一般在腦一邊承受的創傷，會影響到身體另一邊的功能。這些在中風後的後遺症可包括：

1. 肢體傷害 (physical deficit):

像是肌肉衰弱或麻痺癱瘓，一般是單邊形成。也就是說，比如左腦中風，會影響到右邊肢體殘障。這些傷害會讓中風者在日常生活活動運作上產生困難。這其中包括：走路、穿衣、洗澡、餵食、使用用具、上廁所等等。中風後的肢體創傷也常承受疼痛、疲憊、肌肉張力和強度喪失、以及平衡方向感的衰退。

2. 感覺傷害 (sensory deficit):

根據腦部創傷的區域和涉及部份，中風可造成個人在感覺上減低敏感度、或過度敏感。有的曾經

驗感覺上的交錯、甚至無法辨識感覺、失去在空間的方向感。有的病人會對肢體創傷邊減低認知。連帶的、在視覺上也會有視野領域的部份喪失。這些都會影響到病人的方向和平衡感。也造成在安全識別上的危機。

3. 語言溝通障礙 (communication deficit):

左腦創傷是典型引起的失語症。包括理解上的困難、說話困難、閱讀困難、書寫困難。其他尚有、口齒不清、語言失用症等。這些障礙均有不同的特性。它們的症狀和嚴重程度會因腦創傷受損程度和區域範圍而定。一有的病人也會有人與人社交溝通上的困難。好比對話中的角色輪替、如何保持相同話題的專注力等。

失語症的一些常見現象有如：

前腦創傷：可造成言語不流暢、支離片斷的破碎語言。一般可理解基本詞彙字句。

後腦創傷：則有可能是用流利速度和聲調的言語，但病人有可能會在語言中使用不合宜字或詞句，甚至自創無意義的字句。病人一般有理解上的困難。

一般失語症病人也可能帶有以下其他至少一項的症狀：

在口語方面：

- 。無法說出想說的字
- 。用其他相關的字替代了真正要說的字
- 。發錯了音
- 。自創字和詞彙
- 。困難將字或詞彙組合形成句子
- 。在流暢句子中、無法區分無意義的自成字眼和真正用字

在理解方面：

- 。錯誤理解對方所言，特別是當對方快速說話和使用長句子
- 。在有噪音干擾的環境或在多人以上的交談狀下，呈現理解上的困難
- 。容易誤解笑話，無法理解非直接式的用語，無法了解引用詞語。

在閱讀和寫作上：

- 。無法閱讀表格、書籍、手冊，或其他資料
- 。無法拼音、組合字句、詞句，書寫句子
- 。困難了解和數字相關概念

如何促進和失語症病人溝通技巧？

1. 在和病人說話前，先得到病人的注意力

2. 維持和病人的視覺注意力，注意病人的肢體語言和手勢運用
3. 減少降低環境噪音吵雜
4. 維持你的說話音量在正常範圍內。不要有意提高音量。除非有需要。
5. 維持簡短會話溝通。但和成人病患，不可用兒童式對話方式。
6. 精簡句型結構、使用重點字句。
7. 放慢說話速度。
8. 給予病人足夠時間反應說話。切勿替病人說、或替他說完他要說的話。
9. 可借用繪畫、手勢、寫字、和臉部表情來幫助語言表達。
10. 對有嚴重語言障礙者，鼓勵使用圖片、繪畫、拼音、手勢、和書寫，甚至其他高科技工具，像電腦，來表達自我意見和需求。
11. 多使用"是"和"不是"問句來確認病人的意思。減少使用開放抽象式問句。
12. 鼓勵病人嚐試練習說話。不要對錯誤過份強調。不要堅持每一個字都要正確完美發音。
13. 鼓勵病人參與正常的日常活動。
14. 鼓勵病人獨立、避免過份保護，以致病人無法達到康復目標。

4. 認知障礙 (cognitive deficit):

在這一領域涉及的範圍包括：注意力、觀察力、方向、記憶、問題解決能力、合理原因判斷、安全辨別、自我啟動、和再學習能力等。一般認知障礙發生在中風造成的右腦半葉。受損程度不一。輕者可能在吵雜環境中無法專心。重者則可能完全喪失溝通能力。

將近 35%-44%的中風生存者，在中風後承受認知障礙。其中又有近 1/3 的病人有長期性的認知障礙。

認知性障礙可以單獨發生。它也可以和其它語言障礙共同存在。

現象：

病人有認知障礙者，一般會表現出：

1. 有困難參與會話交流。有程度上的理解困難。無法即時對話。口齒可能不清。沒法完全有效的表達自己的意思和想法。
2. 他們也有可能在溝通上表達上，沒法做出正常合理的決定。甚至有困難記住自己以往的經驗和說過的對話。
3. 病人有時會在應對上和社交態度上有不適宜的舉止。也有可能在言談中忽視別人的感覺。
4. 他們也會有困難明白指令、或說明，困難理解會議、電影、電視、甚至廣播。
5. 有的人有閱讀和寫作上的困難。這些均會影響到他們的工作、學習、社交、甚至過去喜愛的嗜好。

如何協助認知障礙的病人？

1. 讓病人有足夠的時間去了解你所說的。等待大概一分鐘後再重覆你所說的。
2. 給予精簡的資訊。把要傳遞的訊息分成小段、一步步指令。
3. 當病人有一邊忽視，訓練時要在病人弱勢邊，以提高病人注意力。但在表達重要資訊時，則要

在病人的強側，以確定病人得到完整資訊。

4. 寫下重要的指示和資訊，鼓勵病人自己寫下這些重要的資訊。

5. 和提供病人資訊的對方確定資訊的正確性。有記憶障礙的病人、即使有流利言語，也有可能會有錯誤的溝通理解。

6. 對病人清楚溝通。勿提高聲量和聲調。不要對病人用孩童式的對話。

5. 情緒創傷 (emotional deficit):

可包括在情緒上不合宜的展現和變化無常。有些病人會有無端的大笑、哭泣。這些現象可在康復初期觀察到。中風病患也更常對喪失自主獨立的能力產生挫敗。這也會間而導致生氣和沮喪。

6. 吞嚥障礙 (Dysphagia):

中風患者有吞嚥障礙的是非常普遍。有一半以上的病人在中風後都馬上面臨吞嚥障礙的困難。它涉及到吞嚥時、肌肉運作的強力、速度、配合等等。中風可影響到所有涉及吞嚥肌肉的運動、而導致吃食物和喝流質時的困難和危險性。輕者可引起營養及水分吸收不足、引起健康危機和後遺症。重者則可造成噎嚥和吸入性肺炎，接而導致死亡。

一般吞嚥障礙涉及到 3 個階段：口腔吞嚥障礙、咽喉吞嚥障礙、及食道吞嚥障礙。

口腔吞嚥障礙：

含括牙齒咀嚼能力、口腔結構健康、嘴唇和舌頭運動和敏感度、口腔肌肉運作控制和推動食物組合能力等等。是否面部有癱瘓而引起口腔一邊食物堆積？是否面部弱邊有流口水？食物自弱邊嘴角落散？

咽喉吞嚥障礙：

我們的喉部基本來說有兩個主要的開口：一個是呼吸道通到肺。一個是食道通到胃。

當食物到達了咽喉吞嚥的階段，呼吸道會完全鎖緊，食物及流質則導入食道。如果呼吸道無法閉緊、或者關閉遲緩，食物和液體則進入呼吸道、沈入肺部、形成吸入性肺炎、甚至因肺發炎而死亡。

至於食道吞嚥障礙：一般常見如胃逆流和其他病理狀況。則由醫生診斷後，採取藥物治療或手術。

一般口腔和咽喉吞嚥障礙症狀：

- 。在進食和喝流質時，有咳嗽和噎嚥現象。
- 。感覺食物卡在喉嚨。
- 。進食很慢、而且要特別用力使勁兒。
- 。自嘴邊、嘴脣流口水和掉食物。
- 。在進食中和吞嚥後，聲音變不清楚，像喉嚨卡痰，有東西未吞完。

- 。覺得殘餘食物留在口中一方側邊，而且感官感覺度不夠。
- 。感覺上，在吃喝用餐呼，要不停的清喉嚨。
- 。發燒。
- 。食物和液體自鼻子流出。

安全的吞嚥注意事項：

1. 進食時，坐直，最好是 90 度。
2. 降低用餐環境吵雜噪音和控制。
3. 避免頭向後傾。
4. 確定食物完全咀嚼。
5. 放慢速度。
6. 小口量。一次一口。
7. 每口完全吞嚥後、再進食第二口。
8. 固體食物和流質食物交替進食。
9. 運用多次吞嚥來完全吞完口中和喉部殘積食物。
10. 病人不清醒或非常疲憊時，勿餵食。
11. 飯後上半身坐直至少三十分鐘才可平躺。

評估和復健治療：

一般由語言病理治療師、也是吞嚥治療師來負責。評估可藉由床邊臨床診斷、或嚴重者由吞嚥顯影 X-光來測試。依據評估結果，來決定現階段最合適安全的固體食物質地、和液體食物濃稠度。接而、進行復健。如短期無法自己口中進食者，則可能建議暫用鼻咽管。而長期不可能康復者，則有可能安裝胃導管、或建議安寧照顧等其他醫療照顧方法。