血管健康專欄

腦溢血手術時機

◎文/鄭均洵 神經外科主治醫師

認識腦中風的重要性

腦中風居台灣十大死因第三位，每年每十萬人中有 180 位中風病患，發生中風後也有不同的預後，但中風病患的治療耗時費力，除龐大醫療費用造成經濟負擔外，存留後遺症長期復健也讓病患及家屬心力交瘁，由此可見預防及治療此病是如此重要，近年來許多醫院應政府的要求成立『中風中心』，民眾對中風這種疾病的瞭解是當今一門重要課題。

腦細胞的功能

腦細胞無法再生，腦細胞受傷死亡後就永遠無法回復，一個人出生後腦細胞約一百億個，3歲時神經膠質細胞穩定後，腦細胞就不會再增加，而且每天以5-10萬細胞死亡的速度進行，如果這時候有顱內細胞增加時，往往是長腦瘤才會增加細胞數；腦細胞有如分工精緻的棒球隊，每個部位各司其職，如投手、補手、一壘手、二壘手、三壘手、游擊手、左外野手、中外野手、右外野手，如果一壘手喪失時，就沒有人去守此管區，絕不會由別區來取代（只有小腦半球會左右邊彼此支援），但一壘沒防守時，只是球賽比較不精彩，但仍然可以進行，可是如果沒有投手沒有補手時，人生的球賽也就完全停止；壘手或野手喪失如同腦部某功能區（如運動區）受傷，造成某些肢體無力、不協調，但經適當治療包括：手術、藥物、復健，則會有進步的機會，但投補手受傷時，結果就完全不同，病患會呈昏迷、植物人、甚至血壓、心跳無法維持而死亡。

腦溢血的分類及預防

出血性腦中風約占所有中風個案之三成，依出血部位大略再細分成以下五類：1. 蒼白核，2. 視丘核，3. 皮質下，4. 橋腦，5. 小腦，當然能防範於未然是最好，如血壓控制於理想範圍，定期量血壓，適當運動，情緒不要過大起伏，有家族史者，更應小心，有時出血也要考慮有潛在病因，例如腦瘤、動脈瘤、動靜脈畸形，也應一併處理，避免再度復發。

腦溢血是否要開刀治療？

腦出血是否以手術方式進行有許多考量的方向，手術目的是降低腦壓，因為腦細胞位於顱骨內，是一個密閉的空間，提供腦有良好的保護功

能，如果此密閉空間內硬塞入其他東西時（如腦溢血的血塊），除了原部位的腦間質被破壞外（任何一部位的腦間質都有其功能，也就如先前的比喻棒球隊守備區域），因腦壓上升，連帶造成非出血區域有血液灌流減少的困境，也就是腦壓上升，此時除了出血區域出問題之外，沒出血區域也因循環灌流不足受到影響，所以手術的目的是降低腦壓。

開刀畢竟是有風險的，如麻醉、傷口感染、手術後照顧……，手術本身一定會經過正常腦組織，因為血塊本身都包埋在正常腦組織中，也就是神經外科醫師不可能在沒破壞正常腦組織的情況下，而將血塊移出，但為了救命、救其它沒出血腦細胞的灌流，有時也會不得不進行手術。

如果血塊過大，昏迷指數小於8分（正常人昏迷指數15分）時，可以手術移除血塊的區域為：基底核、皮質下區域、小腦半球，大腦部位血塊容積大於50毫升，小腦部分大於15毫升，有時年輕中風病患因腦部沒萎縮，緩衝區少，容積小於以上容積數量時，但昏迷指數不好，也應手術；反之，老年人有時血塊大於以上容積，但昏迷指數不差，相對手術風險過大，也可選擇以藥物、復健為主。除此之外有些風險過大也不應考慮手術，如大腦出血而病患昏迷指數低於5分，因預後不好，小腦除外，有時小腦出血，即使昏迷指數只有最低的3分時，有時也應開刀。

開刀以顯微鏡來移除血塊，近年來也有其他工具來移除血塊，如內視鏡、立體定位儀探針抽吸術，本院兼具以上所有的治療工具，提供病患最適合的治療。符合上述條件，有時神經外科醫師會不開刀有以下情況：病患健康狀況不佳，如有凝血機轉不佳、血友病、血小板數量不足、心肺功能不佳、麻醉風險過大、長期臥床、或經醫師詳細解釋家屬有足夠能力瞭解開刀優缺點但仍執意不開刀時。

針對丘腦出血，因部位過深，且常合併腦室內出血合併水腦症，臨床上常以腦室外引流來治療，如引流量持續超過100毫升，於一週後進行腦室腹腔引流手術；至於腦幹中風，由於部位過深，且周圍屬重要結構不應破壞，故其治療以內科療法為主。

以上粗淺將腦溢血介紹給各位，如有不清楚的地方，民眾應與醫師接觸，深入瞭解，才能擁有健康的人生。（本電子報內所有血管健康專欄皆摘自本中心血管醫學防治季刊。）