

大中風？小中風？

◎高雄長庚神經內科主治醫師 陳偉熹

常常在急診或門診遇到驚惶失措的病友和家屬，焦慮地問：「究竟是大中風抑或是小中風？」。在媒體也看到受訪醫療人員宣稱「大中風」和「小中風」，大、小中風之觀念已經深植民心。

按照目前社會觀念，「大中風」是指在神經傷害症狀較嚴重、或在影像學上，其中風病變範圍較大者稱之，直覺上代表嚴重性較高；「小中風」指在神經傷害症狀較輕、或在影像學上，其中風病變範圍較小者，直覺上代表嚴重性較低。本文目的是解釋什麼是大中風、小中風，讓讀者了解其真正意義，避免受置入性行銷的醫療廣告所誤導。以下內容所稱中風是指缺血性中風之意思。

如同「血濁」一詞是代表血液有混稠可能有致病之觀念，最後反而變成一種疾病或致病因名稱，以目測其血液較不鮮紅、血清三酸甘油酯上升、甚至脖子痛皆變成「血濁」之診斷、原因及症狀。資訊錯誤傳達，又反覆在網路或口語相傳，讓社會民眾誤解日益加深，反而影響正確醫療行為。使用「大中風」和「小中風」之解釋，目的也是代表一種觀念，說明疾病之嚴重性，唯由於過度簡化亦被誤會及濫用。在說明前首先

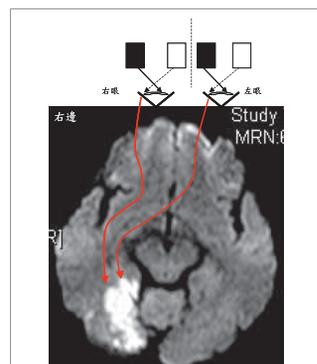
介紹四個神經相關之觀念：

一、神經分佈和密度

神經控制人體運動、感覺、視覺、語言及其他功能，神經數目受損愈多症狀則愈重，受損愈少症狀則愈輕。唯神經在腦部中每一個區域之分佈範圍並不相同，在大腦中廣泛分佈，至腦幹時則集中在小範圍。當同等傷害發生在大腦較腦幹為輕微些，概由於神經密度較低。

二、神經症狀

肢體癱瘓、臉嘴斜歪、走路癱倒等在外觀上即可察覺之症狀時，容易受到注意；反之則不易。例如一位工程師開車常常不小心在倒車時撞及左方路邊，後證實是後腦枕葉中風，影響範圍甚廣（圖一）。這些症狀並無影響五官、肢體、步態功能，雖然受



圖一 物件投影在對側之視網膜上，影像之訊號傳送至大腦後方之枕葉辨識。病友右後方枕葉中風（白色範圍處），故在右眼和左眼之左方物件皆無法經由視神經傳送抵達右側枕葉（紅色路線），故無法認識或判讀

損害之範圍頗大，仍然常被忽略。

三、神經血管支配

腦部前大半部分之大腦的血液，是由同側頸動脈供應；腦部後半部分之大腦、腦幹及小腦主要是由唯一的基底動脈（由雙側頸椎動脈匯合而成）所支配。當基底動脈阻塞時，將導致較多的腦部傷害。

血管在腦部依管徑分大、中和小型血管，大血管分出多條中血管，每一條中血管又分多條小血管，將血液供應不同部位。當某位置發生中風時，可能是所支配的小血管發生阻塞，亦可能是由於上游之中或大血管部分阻塞。所以，小範圍中風並不代表是只有小血管阻塞。（詳請參考高雄長庚紀念醫院腦中風中心網站 <http://www1.cgmh.org.tw/strokeshk>）

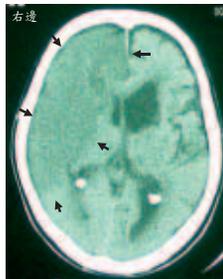
四、神經生命中樞

腦幹為人類生命中樞，諸如呼吸、體溫、心跳、血壓等，嚴重傷害可導致腦死。所以在腦幹中風時可能在初期只有輕微症狀，但是亦可能隱藏生命惡化之危險，需注意逐漸浮現的新症狀。

由上可知，神經症狀是告知有中風發生之可能，中風之損害主要視位置和血管阻塞部位而論，而恢復則視神經傷害之症狀和嚴重程度而定。

因此，對於「大中風」、「小中風」之困惑，正確之認識如下：

1. 神經傷害症狀較嚴重，多由於其中風病變範圍較大，其血管傷害多為較大管徑之



圖二 病友以左邊手指拿筷子較先前不靈活就醫，影像顯示右邊大腦大範圍梗塞中風（黑色箭號標示），右側大腦幾乎全部受損

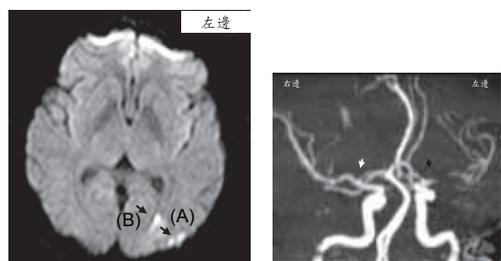
血管；但是神經傷害症狀較輕時，中風病變範圍並非完全較小（圖二），或其血管傷害屬於較小之血管（圖三）。雖然症狀較輕，亦必須了解其顱內、外血管狀態。

2. 神經傷害症狀輕微並非代表不會惡化，必須注意隨時浮現的新症狀。
3. 「暫時性缺血攻擊」是指病友之神經傷害症狀無論是嚴重和輕微，在24小時內完全康復稱之。由於迅速正常，一般誤為「小中風」。「暫時性缺血攻擊」佔所有缺血性中風的3成，雖然症狀快速復原，但是病友多數有大血管、心臟或其他病變，且在一年之內每10位病友再發生中風之機率为2~3人。正確之觀念應該是更積極地找出病因和接受預防性治療，減少再中風和殘障之風險。

4. 中風不分大或小，皆代表血管組織或身體有關生理已經產生病變。

中風無論大或小，必須遵守以下三步驟：

1. 立即就醫。
2. 確定病變位置和血管傷害部位。
3. 檢驗可能中風致病原因。



圖三 病友以右手指和右嘴角麻木就醫，左邊腦部梗塞範圍並不大（A）（黑色箭號標示），但其中腦動脈幾乎全部阻塞（B）（黑色箭號標示）；至於右側之中腦動脈有輕微硬化沒有阻塞（白色箭號標示）