

# 養和之道



ISSUE

66

2022年5月號

今期專題

## 腦神經科



歡迎掃描QR Code，  
下載今期《養和之道》。



優先檢查  
及治療

Priority assessment  
and treatment

腦神經科及  
腦外科醫生  
24小時候召

Neurologists and  
neurosurgeons available  
on **24-hour** basis

養和

中風急救  
急治療  
ASAP

跨部門  
一條龍服務

Cross-disciplinary  
service

套餐收費  
有預算

Budget effectively with  
package pricing

急性中風診斷及治療服務  
Acute Stroke Activation Programme

如發現中風徵狀，應立即到醫院求助！

Seek immediate medical attention if you suspect any stroke symptoms!



言語不清、有表達困難  
Speech difficulties



面部表情不對稱  
Facial drooping on one side



一邊手腳無力  
Limb weakness on one side



立即求診  
Call for emergency

急性中風黃金3小時 Acute Stroke Golden 3 hours

血栓溶解治療在急性中風症狀出現後3小時內施行最為有效

Thrombolytic therapy is most effective if given within 3 hours from the onset of acute stroke symptoms



黃金3小時熱線 Golden 3 Hours Hotline

**2835 8602** 24小時門診部  
24-hour Outpatient Service

非緊急查詢 General Enquiry

**2835 7689** 養和腦神經內科中心  
HKSH Neurology Centre

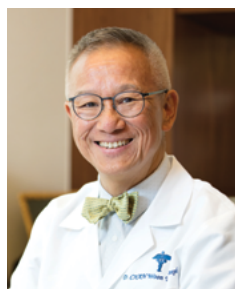


養和醫院

Hong Kong Sanatorium & Hospital

[www.hksh-hospital.com](http://www.hksh-hospital.com)

A member of HKSH Medical Group



人腦結構複雜，主宰人體所有重要機能，一旦受損，對患者的認知、活動及自理能力都有深遠影響。不少腦部疾病成因不明，徵狀多樣，有賴相關專科醫生的臨床經驗及仔細診斷，方能對症下藥，有效改善病情，延緩退化。

鑑於近年本地對腦神經科及腦外科服務需求甚殷，集團於2021年成立臨床腦神經科學中心。中心包括腦神經內科中心及腦神經外科中心，由跨專科醫護團隊主理，致力提供優質、先進的診斷、治療及護理服務。今期《養和之道》特意邀請養和家庭醫學專科醫生及一眾腦神經科專科醫生，淺談面癱、柏金遜症、偏頭痛、中風及腦瘤症等常見腦內科情況，分享最新診斷及治療發展，期望能夠提高公眾認知，必要時可以及早求醫，達致最佳療效。

如欲瀏覽《養和之道》或訂閱下期電子版，歡迎前往 <http://www.hksh-hospital.com/pnewsletter>。



陳煥堂醫生

養和醫療集團首席醫療總監  
養和醫院副院長

## 今期專題： 腦神經科



02 面癱與貝爾氏麻痺症



04 柏金遜症的個人化治療

08 戰勝偏頭痛

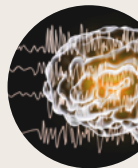
準確診斷 適當服藥



10 淺談腦中風

談笑用兵 保持警惕

12 腦瘤症與腦瘤發作



## 醫生札記

16 老人與橙



## 養和資訊

17 「養和醫療聯手抗疫  
守護民康」網頁

養和醫療集團第三年獲頒  
「商界展關懷」標誌  
養和醫院第三年獲頒10年Plus  
「同心展關懷」標誌

《養和快問快答》  
助你解答專科問題



養和醫療  
YouTube頻道  
正式推出

歡迎大家訂閱頻道、  
觀看短片及與好友分享！

SUBSCRIBE

養和醫療 HKSH Medical Group

# 面癱與 貝爾氏麻痺症



姚綺旗醫生

駐院醫生  
家庭醫學專科醫生

遇上突如其來的單邊面癱，大多數人都會馬上聯想起中風。其實單邊的面癱和中風沒有必然的關係：這是一種面神經發炎，炎症的原因尚未清楚，很有可能是由病毒感染而起，如唇皰疹(單純皰疹)病毒或水痘(帶狀皰疹)病毒。

病毒潛伏在神經根中，一旦重新激活便可引致面部神經發炎。蘇格蘭人查爾斯·貝爾(Charles Bell)是最先描述這種疾病的醫生，故將此情況命名為「貝爾氏麻痺症(Bell's palsy)」。任何人都有可能患上貝爾氏麻痺症，在糖尿病患者和孕婦當中更為常見。

## 什麼是面神經？

## 貝爾氏麻痺症的症狀是什麼？

面部肌肉是由兩側的面部神經(第七腦神經)所控制。面部神經從腦部衍生出來，經過耳朵下方頭骨中的一個小隧道，再分裂成許多分支，以控制微笑、皺眉等面部小肌肉和閉合眼瞼的肌肉，以及傳遞舌頭上的味覺。

一般患者會出現一側面部肌肉虛弱，如只有半邊面能微笑、飲料和唾液從嘴邊溢出、無法閉上眼瞼而導致流淚或乾眼、無法皺眉、無法鼓腮和說話時發音不清。這些症狀通常會於幾小時至幾天內迅速發展，具體臨床症狀取決於受影響的神經分支。大多數病人的面部並無或只有輕微痛楚，但有些病人會感到耳朵附近有些疼痛，這可能會持續數天。部分患者會對響亮的聲音特別敏感，或覺得正常的聲音聽起來比平時響亮，亦有病人表示受影響一側的舌頭失去味覺。



## 會是其他疾病導致面癱嗎？會是中風嗎？

一旦面癱出現，很多人都誤以為是中風，但兩者其實有著微妙的差異。中風通常會引起一些附加症狀，如單邊身體乏力或麻木，亦只影響患者下半邊面的活動，而前額肌肉不受影響，患者仍能抬額皺眉。其他較為罕見的面癱原因包括頭部受傷、腦部腫瘤、腮腺腫瘤、結節病和萊姆病等。

一般情況下，醫生會透過問症和身體檢查去排查其他原因。如有需要，可能要安排進一步檢查，以確定和排查其他原因，如成像檢查、肌電圖和抽血化驗等。肌電圖可輔助診斷，能夠評估嚴重度和預測往後的恢復情況。

## 貝爾氏麻痺症有何治療方法？

大部分病人即使不進行治療，仍有可能完全或部分康復。為進一步提高完全康復的機會，醫生一般會建議藥物治療，處方一個療程的類固醇口服藥，有助減輕炎症。在症狀開始後七十二小時內開始服藥，效果會更為理想。短期療程中使用類固醇，很少出現嚴重副作用；如個案嚴重，醫生會考慮額外處方抗病毒藥物。

病人如無法完全閤上眼瞼，角膜會有受損的風險。此外，淚腺可能因無法正常工作，使眼睛變得乾燥並造成傷害，而治療就能保持眼睛濕潤。為潤滑眼睛，醫生一般會建議病人白天使用眼藥水，晚間則用眼藥膏，以及選用保護眼睛的眼墊或護目鏡，並於睡覺時把眼睛上蓋和下蓋貼在一起。

## 復原狀況及後續治療

即使不進行治療，大部分病人（約七成）也會在三至六個月內復原。接受類固醇藥物治療，能增加完全康復機會（約百份之八十至八十五）。最主要影響復原的因素包括面部肌肉虛弱的嚴重程度，小部分病人會有某種程度的永久性面部虛弱。

少數患者的面部虛弱如未能完全恢復，可考慮向專科醫生查詢，商討接受進一步治療，包括物理療法、肉毒桿菌毒素注射或其他美容手術。

# 帕金森症的個人化治療



李頌基醫生

腦神經內科中心主任

腦神經科名譽顧問醫生

腦神經科專科醫生

帕金森症是一種慢性腦神經系統退化病，發病年齡大多數是在六十歲後。典型病徵主要是活動功能障礙，各種徵狀的比重、對日常生活的影響程度、病情發展速度、以至對藥物治療的反應都因人而異。因此醫生需要對病人的情況作全面評估，才能提供適切的個人化治療。

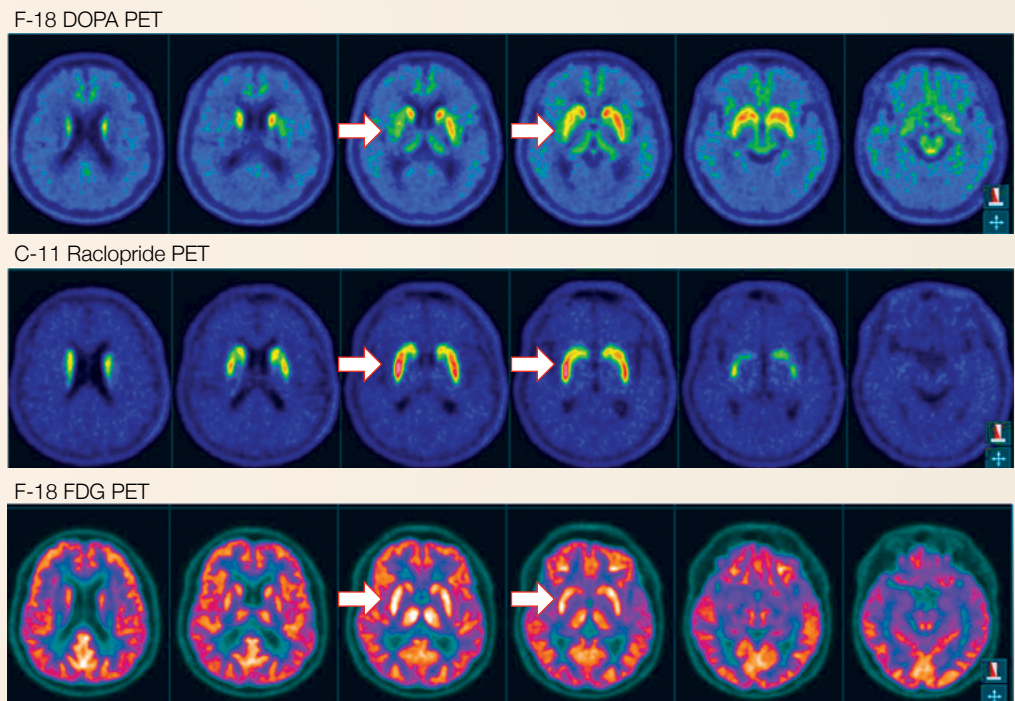
## 病因及徵狀

帕金森症的病因是患者腦幹黑質區細胞逐漸失去製造多巴胺的功能，導致身軀及四肢活動能力出現障礙。患者四肢力量雖沒有減低，但會因肢體張力增加以致動作緩慢，平衡反應能力減退。常見徵狀包括面部表情生硬、嘴角滲出唾液、說話聲綫單調柔弱，以及手部活動如寫字、用筷子進食、扣鈕等動作靈活程度倒退等。下肢活動障礙會導致走路時腳掌拖行、碎步、起步及轉彎困難、容易失平衡而跌倒等。

另一個常見徵狀是肢體抖震，在靜止狀態或情緒緊張時較為明顯。大多數患者初期主要是一邊肢體出現徵狀，程度不太顯著；但隨著腦細胞退化程度逐漸加深，兩邊肢體都會受到影響，日常活動以至自理能力都漸趨困難。

帕金森症患者的腦部除多巴胺外，其他神經傳導物質如血清素、去甲腎上腺素等亦會出現減退現象，引起一些較常為人忽略的「非活動功能障礙」。這些徵狀包括焦慮及情緒低落、疲憊及失去動力、嗅覺減退、腸胃功能障礙、性功能障礙、睡眠活動障礙等。它們未必會減低患者的活動能力，但對生活質素及自信有相當影響，應予以正視，提供治療紓緩。

另有少部分病人除有帕金森症徵狀外，還會出現其他神經系統功能障礙，如眼球活動障礙、運動共濟及平衡功能失調、認知功能障礙、肌張力障礙或痙攣、體位性低血壓等。這些「非典型帕金森症」或「帕金森附加症候群」的患者，腦部退化範圍較廣，對藥物治療的反應亦不理想。



一名 66 歲男性帕金森症患者的腦部正電子電腦掃描影像，其左手出現震顫徵狀

## 臨床檢查配合造影診斷 排除徵狀相似情況

帕金森症患者如出現典型徵狀，主要是透過腦神經科醫生的臨床評估作診斷。其中一個要點是排除藥物導致的帕金森症候群，特別是一些精神科藥物及止暈止嘔藥。至於較年輕出現病徵的病人，則要考慮因遺傳或職業因素導致體內積聚如銅、錳等重金屬或其他毒素的可能。

初診時醫生一般會建議進行腦部電腦掃描或磁力共振掃描，主要是排除腦部腫瘤、積水或瘀血導致出現帕金森症相似徵狀。以上腦部掃描並不能確定帕金森症的診斷；對於一些較年輕發病或病徵不典型的患者，可考慮進行多巴胺正電子掃描。

## 服藥有助延緩徵狀及改善自理能力

帕金森症成因不明，到現時為止未有藥物可減慢病情進度。現有藥物主要是用作紓緩徵狀，改善活動及自理能力。藥效較為顯著者主要是左旋多巴及多巴胺受體激動劑。其他藥物包括單胺氧化酶抑制劑及金剛胺，可作輔助治療。此外，抗膽鹼劑亦有助紓緩部分病人的抖震徵狀。

由於帕金森症患者大多為年長人士，較容易出現藥物副作用，因此處方藥物時必須謹慎，宜從低劑量開始，並留意患者的治療效果及接受性。藥物較常見的副作用包括腸胃不適、低血壓、疲憊或暈眩、衝動控制障礙，甚至神志混亂。另一方面，長期服用高劑量左旋多巴有機會引起肌肉痙攣或不自主活動，以及活動能力隨機性「開關」等現象。因此，治療原則是針對每位患者的不同徵狀及日常生活需要，處方最低劑量而有足夠療效的藥物。

## 坦然面對長期病患 培養良好生活習慣

鑑於帕金森症是長期病患，患者必須採取坦然及積極的心態面對病情。最重要是養成定時適量運動的習慣，有助維持活動能力及延遲提升藥量的需要。較常採用的運動包括拉筋、步行、太極、瑜伽等。主要原則是習慣正確活動模式，例如提點自己要挺直身軀、踏步時雙腳提離地面、雙手要維持擺動、轉換姿勢及轉彎時要放慢速度等。

對於已出現明顯活動障礙的患者，在物理治療師輔導下進行運動，可確保身體姿勢正確及減低跌倒受傷的風險。至於有嚴重活動困難及跌倒風險較高的患者，則需採用適當的輔助器材，並由照顧者從旁協助。

除了堅持運動外，帕金森症患者亦應養成良好生活習慣，注意飲食及作息時間。確保吸收足夠水份及多吃高纖維食物，有助保持腸道暢通。

活動能力障礙有機會導致跌倒受傷，故此要確保身體有足夠鈣質及維生素D，以維持骨骼健康。如懷疑自己出現骨質疏鬆，應由相關專科醫生進行評估及治療。若睡眠質素欠佳，亦宜作詳細評估確定原因，再接受適當治療。





## 因應退化程度調整治療方案 改善活動能力

在確診帕金森症數年後，患者會因腦部細胞退化程度加劇，出現語言、吞嚥及活動能力困難。藥物療效亦變得不如理想，出現如藥效不能持續、不自主肢體活動及活動能力隨機性「開關」等現象。要幫助這些患者克服活動障礙，醫生需要針對他們用藥時間及身體活動情況進行詳細分析，希望找出較理想的治療方案，例如加重藥物劑量、縮短用藥相隔時間、調節用藥與進食相隔時間、使用COMT抑制劑以提高多巴胺藥效等等。

此外，因應有不同藥效需要的患者，可採用水溶性快速生效藥物或緩釋藥物，以穩定藥效，改善活動能力。帕金森症患者亦應根據他們的活動能力周期，安排日常生活所需活動。至於病情較重、對藥物反應難以掌握的患者，可考慮進行評估，了解自己是否適合深層腦部刺激療法(DBS)或聚焦超聲波等治療。最近香港亦引入經顱磁刺激治療(TMS)，部分病情較重的帕金森症患者經治療後再配合物理治療，對改善活動能力有事半功倍的效果。

總括而言，帕金森症是一種長期病症，患者的病情及生活需求因人而異。主診醫生需要為患者耐心分析，以找出較理想的治療方案。同時患者亦要積極面對病情，盡量維持活動能力，寄望日後醫學界研發更有效的治療方法。



# 戰勝偏頭痛

## 準確診斷 適當服藥



蔡德康醫生

腦神經內科中心主任  
腦神經科名譽顧問醫生  
腦神經科專科醫生

偏頭痛屬原發性頭痛，並非其他疾病引致。它雖屬腦功能障礙，但腦部造影檢查大多未有發現任何異常。

頭痛絕非等閒，過度依賴止痛藥更隨時適得其反。患者必須及早求醫，對症下藥，方能有效控制，讓患者重拾正常生活。

### 頭痛可大可少 必須準確診斷 對症下藥

根據世衛於2016年進行的全球疾病負擔研究(Global Burden of Disease Study 2016)，偏頭痛是全球導致失能(Disability)的第二大原因。即使不會致命，患者亦往往因劇痛而無法上班，嚴重影響生活質素。

要有效治療偏頭痛，必須準確診斷，繼而處方合適藥物，減低發作密度及舒緩痛楚。



## 止痛藥愈食愈多 隨時痛上加痛

病人平日可藉調整生活習慣，如保持充足睡眠、減少生活壓力、少食會誘發頭痛的食物等，以改善情況。醫生亦會按病情處方不同止痛藥：如情況輕微，撲熱息痛(Paracetamol)一般足以止痛；若痛楚嚴重，環氧合酶-2(COX-2)等新一代非類固醇抗發炎藥(NASIDs)更能有效止痛，對胃部影響亦較少。

偏頭痛一般可維持一至三天。如服藥後頭痛未見舒緩，又或一開始便感覺會出現嚴重急性偏頭痛，可按醫生處方服用Ergot或Triptan類藥物，止痛效果更快、更顯著。

經常頭痛，止痛藥有機會愈食愈多，甚至過量。服藥過量是指每周逾三日、每日服用超過四粒撲熱息痛或超過一粒Ergot類或Triptan類藥物，情況持續三個月或以上。這樣有機會誘發藥物過度使用頭痛(Analgesic Overuse Headache)，嚴重者更會演化為慢性偏頭痛：病人每月至少有十五日出現頭痛情況，嚴重影響工作能力及生活質素。

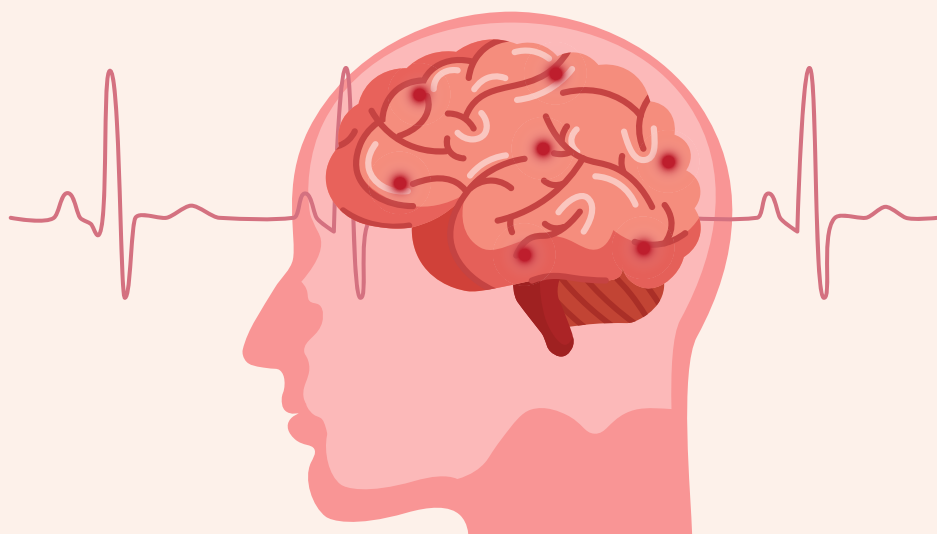
## 改服預防頭痛藥物 有效控制頭痛 改善生活質素

即使情況未嚴重至慢性偏頭痛，患者亦應盡量減少倚賴止痛藥，並開始服用預防頭痛藥物。一旦病人每月逾四日出現偏頭痛，或每月超過一日因頭痛而請假，醫生會按病人情況，考慮開始處方預防頭痛藥物，可以減少頭痛發作次數及嚴重程度。

現時常用預防頭痛藥物包括 $\beta$ 受體阻斷劑(Beta-blockers)、抗抑鬱藥及抗癲癇藥。專治偏頭痛的藥物近年陸續面世，主要針對抑鈣基因相關胜肽(CGRP)因子，亦能有效快速解除急性偏頭痛。

臨床證實，藥物有助將逾八成患者的頭痛次數及程度降至可接受水平，由慢性逐部改善至偶發性情況，有效減低頭痛對日常工作及生活的影響，讓患者重拾正常生活。

病人一般只需服用預防頭痛藥物約一至兩年。如情況得到控制，即使往後偶有復發，只要無礙日常生活及工作，便可停服預防頭痛藥物，重新服用適量止痛藥。



# 淺談腦中風

## 談笑用兵 保持警惕



吳炳榮醫生

腦神經科名譽顧問醫生  
腦神經科專科醫生

中風是嚴重腦科疾病，不單是香港第四大殺手，也是導致成人永久傷殘的最常見原因。每四個成年人之中，就有一位會罹患中風，是最常見的一種腦科急症疾病。

約八成中風成因是血管栓塞：如果一條主幹腦血管出現栓塞，每分鐘便會有約二百萬腦細胞會壞死，因此時間是治療急性中風的關鍵（“Time is Brain”）。

香港中風基金多年來一直推廣「談笑用兵」口訣，教育公眾認識中風的徵狀。「談」是指談話時口齒不清，表達有困難；「笑」是指笑起來嘴歪，面部表情不對稱；「用」是指一邊手腳突然無力或麻痺，不聽使喚。一旦發現自己或身邊有人出現以上其中一種症狀，便要馬上找救「兵」求醫。

「黃金三小時」的概念，是希望當病人出現「談」、「笑」、「用」的徵狀後，第一時間前往醫院接受評估和治療：因為溶栓劑的治療效果是愈早愈好。雖然對部分大血管栓塞中風的病人而言，其治療窗期限可以較長；但要獲得最好的療效，病人仍應在病發後馬上趕往醫院。

鑑於約兩成初期輕症病人的中風情況會在七十二小時內轉差，所以即使中風徵狀輕微，也不可掉以輕心，必須及早評估和適切治療。

## 留意「小中風」徵狀 及早治療

「小中風」病人於三個月內罹患中風的機會可高達兩成，這是一個重要的危險訊號。由於中風病徵會於一小時內完全消失，病者到達醫院門診時大多已無徵狀，臨床檢查也找不出任何異樣。

如病人能清楚交代病情，尤其是本身有三高（即高血壓、高血糖或高膽固醇）問題，就必須緊急治理他們的「小中風」。近年臨床研究顯示，若「小中風」或輕微中風患者在病發初期接受雙血小板抑制劑治療，可有效減少低中風復發的風險，增加完全康復的機會。

## 頭痛成因繁多

### 須仔細診斷 對症下藥

頭痛是中風病人的常見徵狀，如頭痛是突然新發且劇烈，有如五雷轟頂般（Thunderclap Headache），便應馬上接受腦部掃描，以確定是否出現蛛網膜下腔出血。其他可能的腦科疾病診斷，如可逆性腦血管收縮性候群（Reversible Vasoconstrictive Syndrome），則需再作深入檢查方能確診。

很多有頭暈的病人都擔心自己中風，然而頭暈的病因繁多：中風引起的頭暈，大多令病人感覺天旋地轉（Vertigo），同時持續的時間較長，很多時會令病者有強烈噁心、嘔吐和步履不穩等情況。頭暈較多由後腦中風引起，經詳細臨床檢查，有機會找到伴隨的視野缺損，或腦幹及小腦功能失調的徵狀，達至正確診斷。

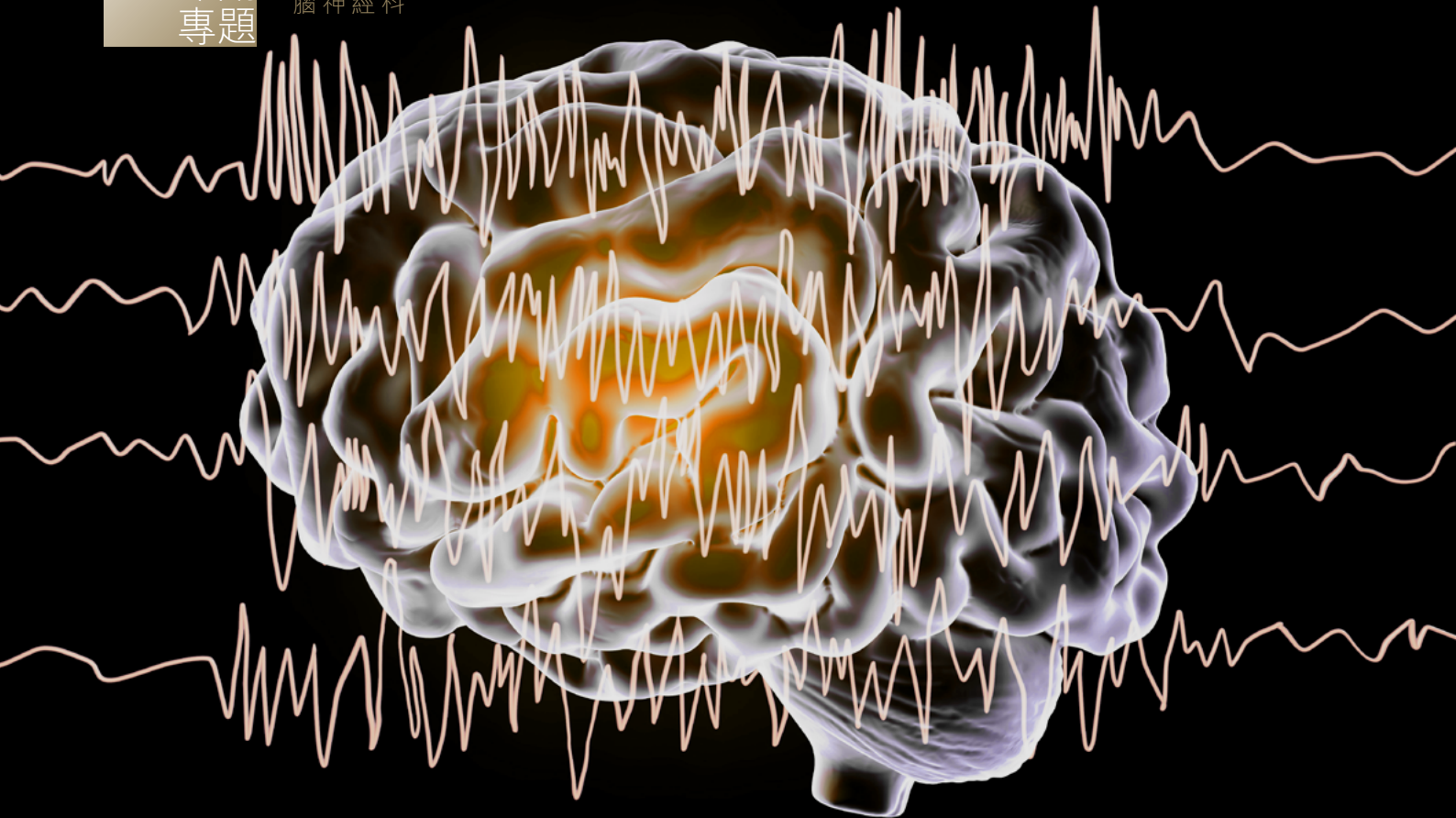
## 掌握重要臨床資訊

### 有助準確診斷及適當治療

其他中風徵狀包括失語（Dysphasia）、失用症（Apraxia）、嗜睡或精神混亂等，則取決於腦部受影響位置及範圍，此外亦有很多中風疑似症（Stroke Mimics），最重要的是排除低血糖症，尤其是糖尿或酗酒病人。一些比較複雜的病症，如局灶性腦癇發作後的偏癱，偏頭痛起病時的運動性先兆（Motor Aura）等，即使是經驗豐富的腦神經科專科醫生，有時亦未必能夠即時作出正確診斷。

要得到正確診斷，需要考慮病者的病史，以及是否有中風高危因素，即三高、吸煙及心房纖顫等，再加上驗血報告和腦部掃描。醫生會根據其掌握的資料，權衡各樣治療方案的利害關係，在不耽誤時間的情況下，為病人提供最適當的治理。

養和早於2016年開始提供廿四小時溶栓治療（IV Thrombolysis）服務，提高缺血性中風病人的痊癒機會。去年更推出中風急救治療 ASAP 2.0 計劃，加強團隊間的合作，令更多合適中風病人接受溶栓治療和血管內介入治療（Endovascular Thrombectomy），進一步提升康復的機會。



# 腦癇症與腦癇發作



**邵家樂醫生**

腦神經科名譽顧問醫生

腦神經科專科醫生

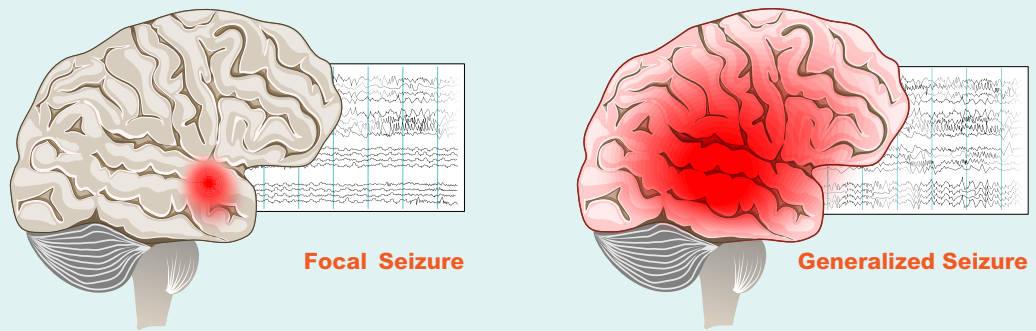
腦癇症(Epilepsy)是一種常見慢性神經系統疾病，全球受影響人數超過五千萬，估計每二十人當中，便有一人在一生中曾經腦癇發作。據研究估算，香港約有七萬人患有腦癇症<sup>1</sup>。一旦腦癇發作或患上腦癇症，對病人的自身安全、日常生活、人際關係，以至駕駛等事宜，都有深遠影響。

人類的大腦皮質由數十億個細胞組成。在正常情況下，大腦細胞會透過電波接收及發放訊息。腦癇症患者的腦部會不時「放電」或出現不正常的電波活動，短暫干擾腦部運作，以致腦癇發作。

腦癇發作可影響腦部不同部位，導致各種情況，如身體抽動及顫抖、失去意識或感覺異常等。患者不論清醒還是熟睡時，都有機會腦癇發作，一般維持數秒至數分鐘。

## 腦癇發作分類

腦癇發作主要分為兩大類，即局部腦癇發作(Focal Seizure)及全腦性腦癇發作(Generalized Seizure)。



局部腦癇發作源於腦部某部位釋放異常電波，病人會出現肢體重複抽搐，或感覺異常，期間其意識可能保持清醒或變得模糊。

全腦性腦癇發作是指異常電波同時影響兩邊腦部。以強直陣攣發作(Tonic-clonic Seizure)為例，患者會四肢僵硬，繼而全身抖動。肢體抖動期間，病人或會瞪眼、咬舌、無法控制膀胱或腸道，事後亦有可能出現頭痛、疲倦或思緒混亂等情況，並對發作沒甚印象。另一例子是失神發作(Absence Seizure)，期間患者或面目呆滯，眼瞼抽搐。

一些患者在發作前或會出現種種奇怪的先兆(Aura)，如看見各式奇型怪狀、聽到一些聲音、胃部不適，或有一種似曾相識的感覺(Déjà Vu)。

腦癇發作或由一些可逆轉的生理狀況引起，如酒精戒斷、低血糖、其他新陳代謝異常或感染。某些情況如昏厥、肌肉問題或心理狀況，即使並非腦部異常活動所致，亦有可能引發類似腦癇發作的症狀，這些情況稱為「非腦癇發作(Non-epileptic Seizure)」。

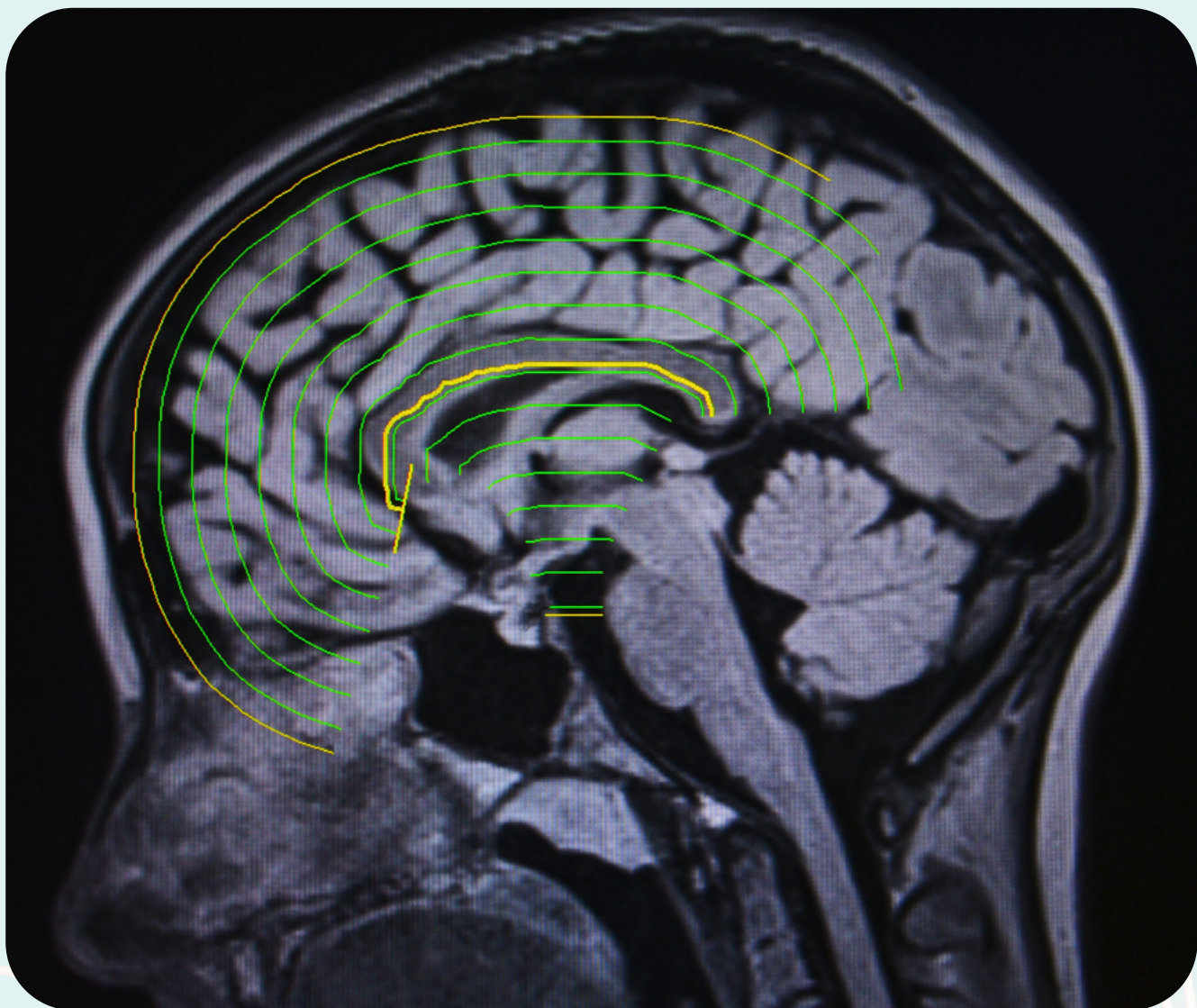
## 什麼是腦癇症？

腦癇症患者容易重複發作。倘若相隔廿四小時出現兩次或以上的非誘發性腦癇發作、單次發作且復發機會甚高，又或出現腦癇綜合症，一般可確診為腦癇症。任何腦部創傷都可導致腦癇症，如中風、腦腫瘤、細菌感染或腦損傷，惟近半個案即使幾經檢查，仍無法確定成因。

## 診斷腦癇症

醫生會先盡可能獲取有關腦癇發作的資訊。患者未必知悉自己曾經發作或記憶模糊，故此旁人的描述 (Bystander History) 尤其重要。除病歷以外，其他關乎發作的誘因或警號、初始症狀及發作情況 (包括發作時正進行的活動、肢體有否異常郁動、任何相關特徵及恢復知覺需時多久) 等資料，都有助醫生準確判斷。

醫生亦會視乎臨床需要，為病人進行詳細的身體檢查，包括血液測試、腦電圖、腦部造影、腰椎穿刺等，仔細尋找腦癇發作成因。





## 病人一旦腦癇發作，如何是好？

如見有人強直陣攣發作兼神智不清，應將病人帶到安全地方側躺。千萬不要強行張開病人口部並塞入硬物，亦不應嘗試餵服口服藥物。正確做法是解開病人衣領，觀察呼吸是否正常，然後一直陪伴在側，直至病人甦醒。

大部分發作都會自行停止，病人會慢慢恢復過來。如病人在十五分鐘內未見好轉、發作時受傷或呼吸困難，應立即送院治療。

## 治療腦癇發作

一旦確診患上腦癇症，醫生會處方防發作藥物（即抗癲癇藥），減低日後發作的機會。藥物選擇視乎發作類型、患者性別、年齡及其他生理狀況而定。一般而言，逾半數病人服用單一抗癲癇藥後再無發作，亦有病人需藥物組合治療，以發揮最佳防發作效果。近八成腦癇症患者服藥後不曾發作。

絕大部分抗癲癇藥會令人頭暈、有睡意或精神難以集中。降低初始劑量再慢慢調整，有助紓緩以上情況。一旦皮膚出疹、抑鬱、萌生自殘或傷害他人的想法，強烈建議立即求醫。

## 與腦癇症共存

腦癇症雖伴隨患者終身，但只要有效控制發作情況，大部分人都可以重拾正常生活。一如其他慢性疾病，腦癇症患者必須定時服藥，平日要作息有序，戒酒之餘更需要充足睡眠，減少情緒波動，盡量避免高風險活動。患者亦可以為自己準備一本「腦癇日誌（Seizure Diary）」，以便求診時告知醫生腦癇發作情況，以及服藥後有何副作用。

與醫生緊密合作，定時服藥，是有效控制病情、重拾美滿人生的關鍵。如要服用新藥，或任何有關生育、運動或駕駛事宜，事前都應諮詢醫生意見。

---

註：

1. Fong GC, Kwan P, Hui AC, Lui CH, Fong JK, Wong V. An epidemiological study of epilepsy in Hong Kong SAR, China. *Seizure*. 2008 Jul;17(5):457-64. doi: 10.1016/j.seizure.2007.12.005. Epub 2008 Feb 7. PMID: 18261935.



# 老人與橙

八十歲的伯伯和婆婆前來覆診。一如既往，那半頁紙的病歷，寫有包括腦退化(Dementia)、老人抑鬱(Depression)等情況。

看了兩分鐘，婆婆從袋裏拿出小紙張：看來她已準備了很多問題，恐怕今天要遲點用餐...

一連串問題後，婆婆不好意思地問我「mg(毫克)」同「gm(克)」如何區分。原來她想幫伯伯跟從腎病人餐單(Renal Diet)，要量一下50gm橙的份量。

我跟兩位長者談了片刻，得知伯伯曾當過教師，教體育及聖經。現在他行路要用拐杖，腎臟功能亦轉差，要服用十多種藥物之餘又要戒口，了無人生樂趣。

我跟他們談及聖經，亦說起他昔日教學的種種趣事。此時伯伯愈談愈興起，人漸漸生猛起來，在旁的婆婆看見他說得興高采烈，亦頓時釋懷，答應伯伯日後可以吃多一點水果。這刻伯伯面露笑容，眼角泛起一點淚光。

診症完畢，我不肯定伯伯的腎功能會否好轉；但我深信，他的老人抑鬱指數一定下降。

想到自己，一旦已屆風燭殘年，我希望我的摯親不用為我太操心，不用為我磅橙。

只須給我多一點關心，跟我交談多幾句，就足夠了。



黃佩茵醫生

風濕病科專科醫生

## 「養和醫療聯手抗疫 守護民康」網頁



自新冠疫情以來，養和醫療一直緊守崗位，為病人提供適切的醫療服務，並於四月推出「養和醫療聯手抗疫 守護民康」網頁，讓各界更了解養和在疫情下的工作，包括如何支援公營醫療、防疫措施及設備、科研及學術交流，以及公眾教育等。



歡迎瀏覽網頁：

<https://www.hksh.com/unite-in-covid19-fight>

## 養和醫療集團第三年獲頒「商界展關懷」標誌 養和醫院第三年獲頒10年Plus「同心展關懷」標誌

養和醫療集團及養和醫院分別獲香港社會服務聯會頒發「商界展關懷」標誌及10年Plus「同心展關懷」標誌，以表揚養和在關懷社群、關心員工及愛護環境三方面所作出的努力及貢獻。



## 《養和快問快答》

### 助你解答專科問題

養和推出《養和快問快答》頻道，由養和醫生或專業醫護人士講解不同專科常見疑問，藉以提高公眾人士對自我健康的關注。有關影片除會上載到醫院網頁及YouTube頻道，亦會定期於養和手機App發布，歡迎瀏覽。



📱 手機應用程式



📺 YouTube頻道



🖱️ 醫院網頁



養和醫療應用程式 HKSH Mobile App

下載 · 註冊 · 核證 **3步** 完成

隨身攜帶個人醫療紀錄

Download · Register · Validate

**3 steps** to access your medical records at fingertips



1

下載「養和醫療」App  
Download  
HKSH Mobile App



2

註冊帳戶  
Register your account

3

到任何一間門診中心核證帳戶  
Validate your account at  
any of the Outpatient Centres



成功啟用「我的報告」!  
Successful activation of  
"My Report"!

養和醫療App涵蓋近20項醫療報告及出院摘要，可於報告發出後7至14天內於手機查閱及下載。

HKSH Mobile App covers nearly 20 report types and discharge summary which will be available in 7 - 14 days after issuance.

養和醫療 HKSH