



衛生防護中心
Centre for Health Protection

非傳染病直擊

二零一三年十月

健康貼士

要認識中風
不但要了解中風的成因及其主要風險因素，亦要熟知中風的警號，盡早尋求治療以拯救生命，減少疾病對身體造成的殘障，以及達至更佳的治療效果。

預防中風

中風是指供應腦部某部份的血液中斷而導致腦細胞受損害的一個嚴重醫學狀況。中風的原因可以是由於腦血管的血栓阻礙腦部的血液流通（稱為缺血性中風），或因為血管破裂以致輸往腦部的血液中斷（稱為出血性中風）。當氧氣和營養不能透過血液輸送到腦部，腦細胞會壞死，導致身體出現不同程度的殘障（例如肢體無力、說話或理解言語出現困難），甚至是死亡。短暫缺血性中風（又稱「小中風」）的成因與中風相近，是由於腦部的血液供應因血栓短暫性的出現而受阻，但短暫缺血性中風的症狀（例如面部或肢體麻痺、言語不清或視力模糊）通常持續少於 24 小時。雖然短暫缺血性中風一般不會對腦部造成永久性損害，但會增加及後中風的機會。在出現短暫缺血性中風的患者當中，有 5.2% 的人會在發病後七日內中風¹；而在所有曾經出現短暫缺血性中風的患者中，最終經歷中風的人數達 40%²。

中風是一個全球性的公共衛生課題。在二零零五年，估計全球共有 1 600 萬宗首發中風個案。在缺乏額外的整體人口介入性措施下，全球的首發中風個案預料將於二零一五年增加至 1 800 萬宗，並於二零二零年進一步遞增至 2 300 萬宗³。中風同時是全球主要的死亡原因之一。據二零一零年全球疾病負擔研究報告，全球死於中風的人數由一九九零年的約 466 萬人上升至二零一零年的 587 萬人，其間數目增幅達 26.0%（表一）。在過去二十年，中風是僅次於缺血性心臟病的第二大死因⁴。於成年人中，中風亦是導致永久殘障的重要原因，對患者以及其家人和照顧者造成影響。一項跟進中風存活病人情況的人口研究顯示，於中風後的五年期間，有三分之二的病人出現一些神經功能缺損和殘障，22.5% 的病人患上癡呆症（又稱認知障礙症），20% 的病人則再度中風及 15% 的病人需入住院舍⁵。

表一：一九九零年及二零一零年綜合全球所有年齡和性別的中風死亡人數

	人數 ('000)		在該時段內的百分率變動
	1990	2010	
腦血管疾病（中風）	4 660.4	5 874.2	增加26.0%
• 缺血性中風	2 241.1	2 835.4	增加26.5%
• 出血性中風及其他非缺血性中風	2 419.4	3 038.8	增加25.6%

資料來源：二零一零年全球疾病負擔研究。

本期內容

預防中風	1
數據摘要	6
二零一三年世界 關注日	8

本刊物由衛生署
衛生防護中心
監測及流行病學處出版

香港灣仔皇后大道東
213號胡忠大廈18樓
<http://www.chp.gov.hk>

版權所有



衛生署
Department of Health

中風的風險因素

任何年齡、性別或種族的人隨時都有中風的可能。然而，某些風險因素（不論是可改變或不可改變的因素）會增加患上中風的機會。而且，風險因素越多，中風的風險也越大。好消息是，大多數風險因素都是可改變的。

不可改變的風險因素

年紀增長是患上中風最重要的不可改變風險因素。年齡超過 55 歲的人士，患中風的機會每十年增加一倍⁶。就全球而言，男性中風的情況較女性普遍⁷。此外，若家族中有人曾經中風，個人的患病風險亦會增加約 30%⁶。至於種族方面，黑人和某些西班牙/拉丁美洲裔的美國人比白人較多患上中風⁶。一項最近的系統性回顧顯示，華人的整體中風率以及出現腦內出血（一種出血性的中風）的比率較白種人稍高⁸。

可改變的風險因素

流行病學研究顯示，一些行為和生物醫學方面的風險因素，可增加中風風險（方格一）。根據 INTERSTROKE 研究（一項標準化病例對照研究，探索有關已知和新發現的潛在的中風風險因素對中風的負擔，當中共涉及來自 22 個國家 6 000 名參與者）發現，全球約 90% 的中風風險可歸因於十項可改變的風險因素。這些風險因素包括：高血壓、吸煙、中央肥胖、不健康的飲食、缺乏體能活動、糖尿病、飲酒過量、心臟問題（例如心房纖顫）、不理想的血液膽固醇比例和心理壓力（例如抑鬱症）⁹。

方格一：中風的主要可改變風險因素

血壓上升 — 血壓上升是導致中風最主要的風險因素。與血壓水平正常人士比較，有前期高血壓（即收縮壓處於120至139毫米水銀柱之間，或舒張壓處於80至89毫米水銀柱之間）的人士，患上中風的機會增加55%¹⁰。

吸煙 — 吸煙會令血壓上升，破壞血管，增加血液的濃度和令血液容易凝固，以及減少血液可攜帶到腦部的氧氣。與不吸煙者比較，吸煙人士中風的風險高出 51%。吸煙的數量愈多，中風的風險愈高。每日吸煙少於 10 支的人士，患中風的風險會增加 37%；每日吸煙 10 至 20 支的人士，中風的風險會增加 45%；而每日吸煙超過 20 支的人士，中風風險則增加 82%¹¹。

體重超標 — 超重和肥胖可能會導致高血壓、糖尿病和心臟病，而這些疾病都是中風的重要風險因素。相較於體重正常人士，超重和肥胖人士患缺血性中風的風險分別高出 22% 及 64%¹²。腰圍與臀圍比例是中央肥胖的指標之一。同樣地，腰臀比例愈高，患上中風的風險亦愈高。相較於腰臀比例屬於最低三分位組別的人士，處於中間及最高三分位組別的人士患中風的風險分別高出 42% 和 65%⁹。

方格一：中風的主要可改變風險因素(續)

不健康飲食 — 某些飲食習慣和中風風險的上升有關聯性。舉例說，以紅肉、加工處理肉類或所有肉類（即包括紅肉與加工處理的肉類）的消耗量作比較，消耗量屬最高組別人士較消耗量屬最低組別的人士患中風的風險分別高出 9%、14% 和 15%。劑量與反應的分析結果顯示，以每日肉類消耗量計，每增加食用 100 克紅肉、50 克加工處理肉類及 100 克所有肉類，患上中風的風險會分別增加 13%、11% 和 10%¹³。高鹽分的飲食常會導致高血壓，從而增加中風的機會。相較鹽分攝取量較低的人士，攝取較多鹽分的人士患上中風的風險增加 23%¹⁴。此外，以豬油煮食亦會令中風的風險增加 66%⁹。

缺乏體能運動 — 缺乏體能運動增加患高血壓、肥胖、糖尿病和心臟病的風險。相較於體能活躍的人士，缺乏體能運動的人士患缺血性中風的風險高出約 1.5 倍¹⁵。

糖尿病 — 血液中的糖份過高會破壞血管，使血管壁硬化和變得狹窄（稱為動脈粥樣硬化症），因此，糖尿病會增加中風的風險。此外，糖尿病亦增加動脈中脂肪積聚的風險，阻礙腦部的氧氣輸送。糖尿病患者的缺血性中風風險是非患者的二至三倍¹⁶。

飲酒過量 — 不論任何種類的酒精飲品，過量飲用都會令血壓上升，從而誘發中風。相較於不飲酒人士，飲酒過量的人士（即每天飲用多於 60 克酒精飲品）患出血性中風及缺血性中風的風險分別高出 118% 和 69%¹⁷。

心臟病 — 心臟病，例如心律不正（心房纖顫）、冠心病和慢性心臟衰竭，都會導致血液積聚於心臟，形成血栓，因而阻礙腦部的血液輸送。舉例說，心房纖顫的患者中風的機會是非患者的 5 倍¹⁷，冠心病或慢性心臟衰竭的患者的中風機會則是非患者的約二至四倍^{18,19}。

不理想的血液膽固醇比例 — 膽固醇水平與中風的關係較為複雜，因為其相互關係會因膽固醇和中風種類而有所差異。非高密度至高密度脂蛋白比例屬最高三分之一的人士患上缺血性中風的風險，較處於最低三分之一的人士高出 47%⁹。

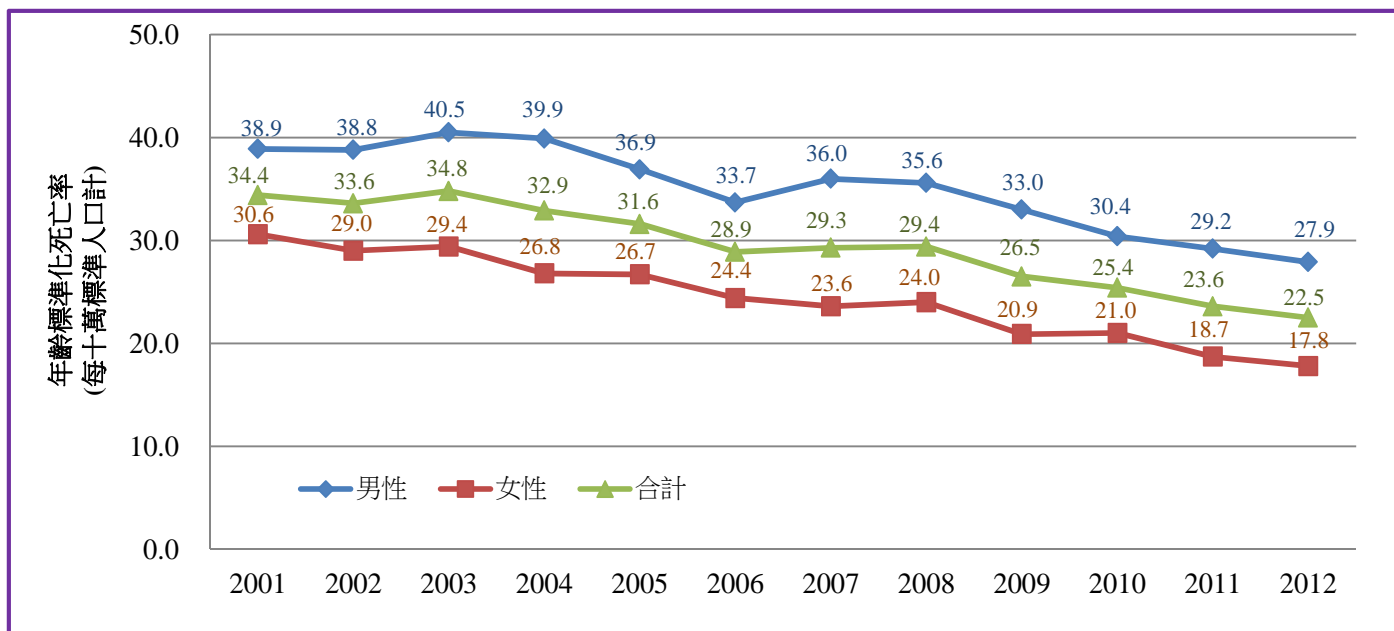
心理壓力 — 心理壓力大與血壓上升、糖尿病、高血液膽固醇，以及一些高危行為（包括吸煙及過量飲酒）有關，因而增加患上中風的機會。舉例說，曾患抑鬱症的人士比沒有此病歷的人士患上中風的風險增加 34%²⁰，而心理壓力則令中風的風險增加 30%⁹。

本地情況

中風對香港構成重要的疾病負擔，縱使本港的年齡標準化中風死亡率（每十萬人計）由二零零一年的 34.4 宗下降至二零一二年的 22.5 宗（圖一），而這個數字亦較全球比率（以二零一零年為例，每十萬標準人口佔 88.4 宗⁴）為低。在二零一二年，因中風導致的登記死亡個案有 3 276 宗（即佔所有登記死亡個案的 7.5%）²¹，為本港第四大常見的死因。一項由政府統計處於二零一一年十月至二零一二年一月進行的住戶統計調查顯示，約 40 300 名人士（即全港不包括外籍家庭傭工的陸上非住院人口的 0.6%）曾被西醫診斷為中風

患者²²。此外，一項利用香港醫院管理局醫療記錄的研究發現，本港年齡在 35 歲及以上人口的中風發病個案數字，在一九九九年至二零零七年期間，首次出現缺血性中風的男女發病個案（每十萬人計）分別為 270.7 宗和 204.5 宗，而相應的首次出現出血性中風的男女發病個案則為 80.5 宗及 44.5 宗²³。一項較早期的研究顯示，於一九九八至二零零一年期間，估計香港華裔兒童的中風發病率為每十萬兒童年當中有 2.1 宗個案，這個比率遠較歐洲的數字為低，亦稍低於北美的數字²⁴。

圖一：二零零一年至二零一二年按性別劃分的腦血管疾病年齡標準化死亡率



資料來源：衛生署及政府統計處。

認識中風及其預防方法

要認識中風不但要了解中風的成因及其主要風險因素，亦要熟知中風包括短暫缺血性中風的警號（方格二），盡早尋求治療以拯救生命，減少疾病對身體造成的殘障，以及達至更佳的治疗效果。然而，有海外研究發現，大約有 70% 的病人未能正確辨識到自己出現短暫缺血性中風或輕微中風，而有 30% 的病人則延誤求醫達 24 小時以上²⁵。當病人出現中風的徵狀，只有 30% 至 60% 的病人於建議的三小時內求醫²⁶。造成這些延誤的常見原因包括病人及其他目擊者（如家人及朋友）未能辨認出短暫缺血性中風或中風的典型病徵；患者害怕面對中風的後果或不了解及時求醫的重要性²⁵⁻²⁷。事實上，時間是治療中風的關鍵：病人愈早注意到中風的病徵和尋求適當的醫治，治療的效果愈佳。因此，若你認為自己或其他人可能出現中風徵狀，立即停止手上工作，尋求緊急醫療協助。請緊記，任何延誤都可以致命。

方格二：中風和短暫缺血性中風的警兆

- 臉部或手腳突然感到麻痺，特別是只發生在身體的一邊
- 突然意識混亂，說話或理解出現困難
- 單眼或雙眼忽然出現視力問題
- 走路突然不穩，感到暈眩，失去平衡或協調能力
- 無故出現突發性的劇烈頭痛

預防中風方面，研究發現奉行健康生活模式可減低中風的風險。此外，個人的健康生活習慣愈多，更有效保護個人以免中風²⁸。以下是一些健腦以及減低中風風險的提示：

不要吸煙。吸煙人士應明白到只要戒煙就可即時並顯著地減低患上中風的風險。若有需要尋求免費意見及協助，可致電衛生署綜合戒煙熱線 1833 183 或瀏覽控煙辦公室的網頁 <http://www.tco.gov.hk/cindex.html> 及免費下載「戒煙達人」的 iPhone 或 Android 戒煙應用程式。

維持理想的體重及腰圍。亞洲成年人的體重指數 (BMI) 應維持在介乎 18.5 至 22.9 之間。不論體重指數多少，亞洲成年男士的腰圍應保持在 90 厘米（約 36 吋）以下，而亞洲成年女士的腰圍則應保持在 80 厘米（約 32 吋）以下。

奉行多蔬果及適量全穀類的均衡飲食習慣。有綜合分析顯示中風風險和水果及纖維素攝取之間呈劑量反應關係。每日每進食多一份水果，中風的風險可減少 11%²⁹，而每日每攝取多十克的纖維素，中風的風險會相應減少 12%³⁰。此外，應避免進食及飲用高鹽、高糖、高脂及高膽固醇的食物和飲品。以成年人來說，每天應攝取少於 5 克鹽（約一標準茶匙），而兒童的鹽分攝取量應較成年人少，並視乎其體型、年齡和能量需要而定³¹。成年人應避免飲用酒精飲品。

保持活躍，避免久坐。體能活動量高的人士患中風或死於中風的風險相較體能活動量低的人士低 27%³²。據世界衛生組織建議，成年人一星期應做最少 150 分鐘中等強度或 75 分鐘劇烈強度，或程度與之相若的體能活動。兒童及青年人則應該每日進行最少 60 分鐘中等強度至劇烈強度的體能活動³³。

保持血壓，血糖及血液中的膽固醇於理想水平。一般來說，健康成年人的收縮壓和舒張壓應分別維持於 120 毫米及 80 毫米以下；空腹血糖應維持在低於每公升 5.6 毫摩爾水平；而血液中的總膽固醇則應維持在低於每公升 5.2 毫摩爾水平。

妥善控制高血壓、糖尿病、高膽固醇症、心臟病及其他健康的情況。如患病，應積極照料自己，並遵從專業醫護人員訂下的治療計劃。

透過健康的方法去處理負面情緒，如練習太極、瑜伽或深呼吸的技巧。

如欲知道更多關於健康生活的資料，請瀏覽衛生署中央健教組的網頁：<http://www.cheu.gov.hk>，或致電 24 小時健康熱線 2833 0111。



數據摘要

中風是一種需要留院治療的緊急醫療狀況。在二零一二年，公立和私家醫院共錄得超過 25 700 宗因中風導致的住院病人出院及死亡個案。一般來說，男士因中風導致的住院病人出院及死亡的比率（每十萬人口 421.3 宗）比女性的相關數字（每十萬人口 306.0 宗）為高。此外，該比率隨年齡增長而大幅上升，由年齡 24 歲及以下人士的每十萬人口錄得 12.2 宗，上升至 65 歲及以上人士當中錄得的 1 805.1 宗³⁴。

二零一二年按性別及年齡組別劃分，在公立和私家醫院中因中風導致的住院病人出院和死亡個案數字及比率

年齡組別	男性		女性		總計	
	個案數字	比率 [#]	個案數字	比率 [#]	個案數字	比率 [#]
24歲及以下	109	12.6	97	11.7	206	12.2
25至44歲	562	60.4	405	31.0	967	43.3
45至64歲	4 370	404.8	2 491	213.0	6 861	305.1
65歲及以上	8 976	1 968.4	8 719	1 663.0	17 695	1 805.1
總計	14 017	421.3	11 712	306.0	25 729	359.6

註：[#]該年齡組別中每十萬人口計。

資料來源：醫院管理局、衛生署及政府統計處。

參考資料

- Giles MF, Rothwell PM. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2007;6:1063-72.
- Transient Ischemic Attack (TIA). Centennial, CO: National Stroke Association; 2011.
- Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 2007;6:182-7.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
- Feigin V.L., Barker-Collo S, Parag V, et al. Auckland Stroke Outcomes Study. Part 1: Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5 years poststroke. *Neurology* 2010; 75(18):1597-607.
- Stroke Risk Factors. Centennial, CO: National Stroke Association.
- Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke* 2009;40:1082-90.
- Tsai CF, Thomas B, Sudlow CL. Epidemiology of stroke and its subtypes in Chinese vs white populations: A systematic review. *Neurology* 2013;81:264-72.
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;376:112-23.
- Lee M, Saver JL, Chang B, et al. Presence of baseline prehypertension and risk of incident stroke: a meta-analysis. *Neurology* 2011;77:1330-7.
- Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989;298:789-94.
- Strazzullo P, D'Elia L, Cairella G, et al. Excess body weight and incidence of stroke: meta-analysis of prospective studies with 2 million participants. *Stroke* 2010;41:e418-26.
- Chen GC, Lv DB, Pang Z, et al. Red and processed meat consumption and risk of stroke: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 2013;67:91-5.
- Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, et al. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2009;339:b4567.
- MacKay J, Mensah GA. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Banerjee C, Moon YP, Paik MC, et al. Duration of diabetes and risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Study. *Stroke* 2012;43:1212-7.
- Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA* 2003;289:579-88.
- Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke* 1991;22:983-8.
- Haeusler KG, Laufs U, Endres M. Chronic heart failure and ischemic stroke. *Stroke* 2011;42:2977-82.
- Dong JY, Zhang YH, Tong J, et al. Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Stroke* 2012;43:32-7.
- 香港特別行政區：衛生署及政府統計處。二零零一年至二零一二年死亡數字。
- 香港特別行政區：政府統計處。二零一三年。主題性住戶統計調查第50號報告書：香港居民的健康狀況。
- Chau PH, Woo J, Goggins WB, et al. Trends in stroke incidence in Hong Kong differ by stroke subtype. *Cerebrovasc Dis* 2011;31:138-46.
- Chung B, Wong V. Pediatric stroke among Hong Kong Chinese subjects. *Pediatrics* 2004;114:e206-12.
- Chandratheva A, Lasserson DS, Geraghty OC, et al. Population-based study of behavior immediately after transient ischemic attack and minor stroke in 1000 consecutive patients: lessons for public education. *Stroke* 2010;41:1108-14.
- Moloczij N, McPherson KM, Smith JF, et al. Help-seeking at the time of stroke: stroke survivors' perspectives on their decisions. *Health Soc Care Community* 2008;16:501-10.
- Mackintosh JE, Murtagh MJ, Rodgers H, et al. Why people do, or do not, immediately contact emergency medical services following the onset of acute stroke: qualitative interview study. *PLoS One* 2012;7:e46124.
- Zhang Y, Tuomilehto J, Jousilahti P, et al. Lifestyle factors on the risks of ischemic and hemorrhagic stroke. *Arch Intern Med* 2011;171:1811-8.
- Dauchet L, Amouyel P, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of stroke: a meta-analysis of cohort studies. *Neurology* 2005;65:1193-7.
- Chen GC, Lv DB, Pang Z, et al. Dietary fiber intake and stroke risk: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr* 2013;67:96-100.
- Guideline: Sodium Intake for Adults and Children. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke* 2003;34:2475-81.
- Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 香港特別行政區：醫院管理局、衛生署及政府統計處。二零一二年住院病人數字。



每年的十月二十九日，定為**世界中風關注日**，由世界中風組織發起，目的是呼籲大眾關注中風是導致全球傷殘及死亡的主因之一，以及強調中風的預防方法。

二零一三年世界中風關注日會沿用二零一二年的主題「**因為我在乎...**」，作為活動的口號。

選擇這個口號是因為它適用於任何文化和情景。

一般人對於中風仍然存在不少謬誤和錯見。主辦單位希望透過這個口號釐清大眾對這疾病的誤解，例如中風只會在晚年發生。

此外，照顧者以及患者的家人和好友，與其他提供前線支援服務的醫護人員一樣，都是這個活動的重要角色。這個活動會表揚他們對患者的付出，而照顧者更是中風病人與大眾之間的重要渠道，因為他們掌握有關中風的第一手資料，對於大眾能正確認識這個疾病有莫大的幫助。

想知道更多關於二零一三年世界中風關注日以及相關活動的資料，請瀏覽 <http://www.worldstrokecampaign.org/2012/About/Pages/WorldStrokeDay2013.aspx>。

主編
程卓端醫生

委員

傅玉清醫生	吳國保醫生
龔健恆醫生	雲永綺女士
劉天慧醫生	尹慧珍博士
李元浩先生	黃詩瑤醫生

非傳染病直擊 旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。如有任何意見或疑問，請聯絡我們，

電郵是 so_dp3@dh.gov.hk。