

# 認識頸動脈狹窄

林口長庚腦血管科主治醫師 劉濟弘  
林口長庚腦中風中心主任 李宗海校閱

**頸**動脈與椎動脈共同建構腦部血流的供應來源，總頸動脈由主動脈分出後再二分為內、外頸動脈，內頸動脈於顱內更進一步分為前大腦及中大腦動脈，供應大腦前三分之二的血液循環。根據統計，在國內每年約3-4萬名缺血性腦中風的病人之中，與頸動脈狹窄相關的中風約佔了10-20%。頸動脈狹窄的成因主要是粥狀硬化斑塊的沉積造成血管內膜的增厚而阻塞血管，或是因血栓剝落而造成栓塞性中風。臨床上，頸動脈狹窄分為症狀性與無症狀性兩種，症狀性頸動脈狹窄是指近日（180日）內在頸動脈狹窄側發生缺血性症狀，包含缺血性腦中風或暫時性腦缺血發作等。因病人是否屬於症狀性頸動脈狹窄，對於日後缺血性腦血管疾病的預防或進一步的處置建議有所不同，所以應個別考量。

頭頸部血管狹窄無法由一般的抽血得知。多數的血管疾病是藉由臨床醫師的理學檢查或影像學的檢查才能及早發現。頸動脈超音波檢查是最方便的非侵犯性診斷工具，可以看出部分頸部的血管狹窄程度及血流變化，缺點則是較不易偵測腦內血管的狹窄。電腦斷層血管造影或磁振血管造影則能看出大多數的頭頸部動脈狹窄，也是較沒有侵襲性的

檢查工具。研究顯示合併頸動脈超音波與磁振血管攝影兩項檢查，對於頸動脈狹窄能達到接近傳統的血管攝影檢查的準確度。當然，最精確的診斷工具還是傳統血管攝影檢查，缺點是較具侵犯性，且需在鼠蹊部留下一個穿刺傷口，潛在的危險性如出血或傷口感染，甚至有約0.5-1.0%機率導致腦中風；但傳統血管攝影依然是目前最主要的診斷標準，可分辨完全阻塞或嚴重狹窄。因此在上述兩項檢查不確定時，仍需進行傳統血管攝影檢查。

## ● 症狀性頸動脈狹窄的治療

### 一、藥物治療

抗血栓藥物依然是症狀性頸動脈狹窄必要的治療方式，但口服抗血栓藥物無法溶解動脈內膜硬化斑塊。根據統計，在症狀性高度頸動脈狹窄並接受抗血小板藥物治療的病人，兩年內仍然有約20-25%的中風發生率。

### 二、頸動脈內膜切除術

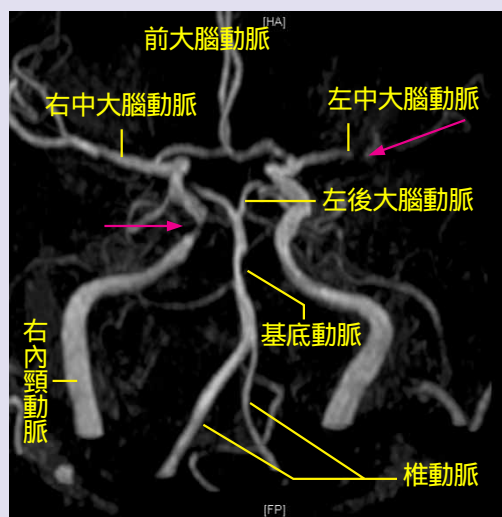
手術清除血管阻塞是傳統的介入性治療方式。對於嚴重症狀性頸動脈狹窄的治療，研究顯示頸動脈內膜切除術能顯著減少缺血性腦中風的發生。對於頸動脈狹窄超過70%的患者，相較於內科

治療，頸動脈內膜切除術治療後 2 年可降低 17% 的同側腦中風發生絕對危險性與 65% 的相對危險性，即每 6 位接受治療的頸動脈狹窄患者中可預防一人次腦中風的發生。因此對於症狀性頸動脈狹窄程度介於 70% 至 99% 之間且神經症狀不嚴重，若手術的重要併發症（腦中風與死亡）小於 6%，則可考慮以手術治療頸動脈狹窄。至於症狀性頸動脈狹窄為 50-69% 的病人，研究顯示治療後 5 年可降低 6.5% 的絕對危險性與 29% 的相對危險性。進一步分析顯示，對於男性、年齡 > 75 歲、剛發生缺血性腦中風（2 星期內）病人的助益較高。因此對於頸動脈狹窄為 50-69% 的病人，考慮使用頸動脈內膜切除術治療的條件必須包含較低的術中併發症（小於 3%）、男性或是近日發生同側大腦半球之缺血性腦中風。

### 三、頸動脈成型術併支架置放術

頸動脈成型術併支架置放術是近幾年的新治療模式，隨著置放技術與支架材質的進步，應是未來治療頸動脈狹窄的趨勢。但迄今為止，比較頸動脈支架置放術與頸動脈內膜切除術的臨床試驗，尚無法呈現頸動脈支架置放術的療效較好。

依據台灣腦中風學會「台灣腦中風治療指引」，現今以血管成型術併支架置放治療頸動脈狹窄建議使用於無法接受頸動脈內膜切除術治療、術後或放射治療後頸動脈再次狹窄、合併有顱內遠端血管狹窄等病人。有下列情形者則不適合接受頸動脈支架置放術，包括頸動脈狹窄合併有管腔內血栓、導管或支架不易安全地通過頸動脈狹窄處、合併有顱內血管畸形、或不適合血管攝影（如



▲經過磁振血管造影，可見患者腦部有白質變化，代表缺血（左圖）；箭頭標示處可見右內頸動脈與左中大腦動脈有局部狹窄（右圖）

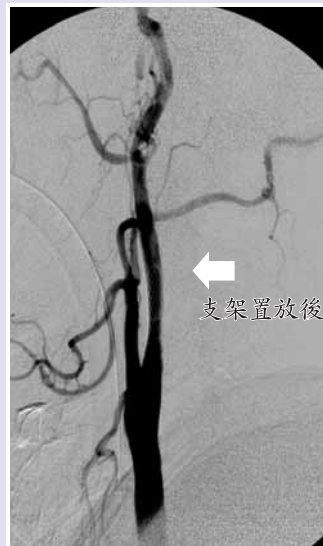
對顯影劑過敏)等。頸動脈支架置放治療之前、術中與術後應併用兩種抗血小板藥物，以防止術後血栓的形成。

### ● 無症狀性頸動脈狹窄的治療

目前臨床試驗尚未證實對於無症狀性頸動脈狹窄之預防腦中風的效果。以抗血小板藥物治療是否能減緩血管疾病的發生，迄今只有一個小規模的臨床試驗探討使用阿斯匹靈是否有效，結果無法顯示阿斯匹靈的使用可降低腦血管疾病的發生；但是此試驗的樣本數不夠多。因此對於無症狀性嚴重頸動脈狹窄，若是懷疑有可能增加心肌梗塞或腦中風危險性時，仍應考慮使用阿斯匹靈。對於其他會加重頸動脈粥狀硬化進行的危險因子，包括高血壓、高血脂、

抽菸等，也應積極控制。以頸動脈內膜切除術治療無症狀的嚴重頸動脈狹窄，最好選擇病人年齡小於 80 歲、頸動脈狹窄超過 80%、預期餘命大於 5 年、術中併發症小於 3% 的族群。血管成型術併支架置放迄今仍無臨床試驗證實使用於無症狀性的頸動脈狹窄的治療，故不建議於一般常規的使用，但可考慮使用於頸動脈狹窄超過 80% 而無法接受頸動脈內膜切除術治療者。

預防頸動脈狹窄及腦中風需從健康的生活型態落實，對於加重動脈粥狀硬化進行的危險因子（高血壓、高血脂、糖尿病等）更應積極控制。建議高危險群民眾可接受定期頸動脈超音波篩檢，若有臨床懷疑症狀應及早至神經科接受診治，以達成預防腦中風的目標。⊕



⊕ 患者接受傳統血管攝影評估，可見頸動脈局部狹窄（左圖）；經放置支架後已暢通（右圖）