缺血性腦中風的初級與次級預防

◎基隆長庚神經內科主治醫師　黃俞華
◎基隆長庚神經內科主任　彭宗義校閱

根據衛生福利部資料顯示，近年來國人十大死因中，腦血管疾病年年高居前三名，而 2012 年因腦血管疾病死亡的比例更占所有總死亡人數的 7.3%。腦血管疾病造成神經學缺損，導致存活者殘障及生活失能，是家庭社會的一大負擔。因此我們必需重視腦血管疾病的危險因子及了解如何預防，以減少其發生。腦血管疾病可簡略分為缺血性腦中風與出血性腦中風：

● **缺血性腦中風：**顱內或頸動脈血管病變，血管被血液內的雜質或血塊阻塞，導致腦組織功能損壞。在台灣，住院的急性腦中風當中，約 70%為缺血性腦中風，此類腦中風的病因非常多樣性，包含血管粥狀硬化梗塞、心源性腦栓塞、非粥狀硬化血管疾病（含凝血疾病及血管炎等）。

● **出血性腦中風：**腦血管破裂，形成血塊壓迫腦組織，導致腦組織壞死。常見原因多為高血壓控制不良、血管異常、凝血功能疾病等。

缺血性腦中風的初級預防

根據 2009 及 2014 更新版本美國心臟科醫學會腦中風初級預防指引，危險因子可以區分成三大類：

一、不易改變的危險因子

年紀（男性大於 45 歲，女性大於 55 歲）、性別（統計上 65 歲前男性中風機率略高於女性。但女性第一次腦中風年齡較男性高，且死亡率較高。）、種族以及家族史。

二、經由生活形態調整可改變的危險因子

如肥胖、抽菸、喝酒、缺乏運動、高膽固醇飲食等。建議民眾改變生活習慣、體重控制及規律運動。運動有助於降低腦中風的風險。建議健康成人至少每週要有 3　4 天、每次 40 分鐘的中強度有氧運動。

此外增加蔬菜、水果、高纖維食物的攝取，足夠的穀物和低脂乳類、節制地攝取肉類和甜食及限制鹽分等飲食策略，以及戒除吸菸、酗酒的習慣。過重（BMI 25-29 kg/m2）和肥胖（BMI > 30 kg/m2）的人進行減重，皆可有效降低中風發生機會。

三、經由醫療介入可改變的危險因子

如高血壓、糖尿病、高血脂、心律

不整、頸動脈狹窄等。此類疾病與發生中風或其他心血管疾病之風險有連續性關係，只要好好控制，可有效預防初次或再次中風。在此我們會詳細一一說明須注意的重點。

A. 高血壓

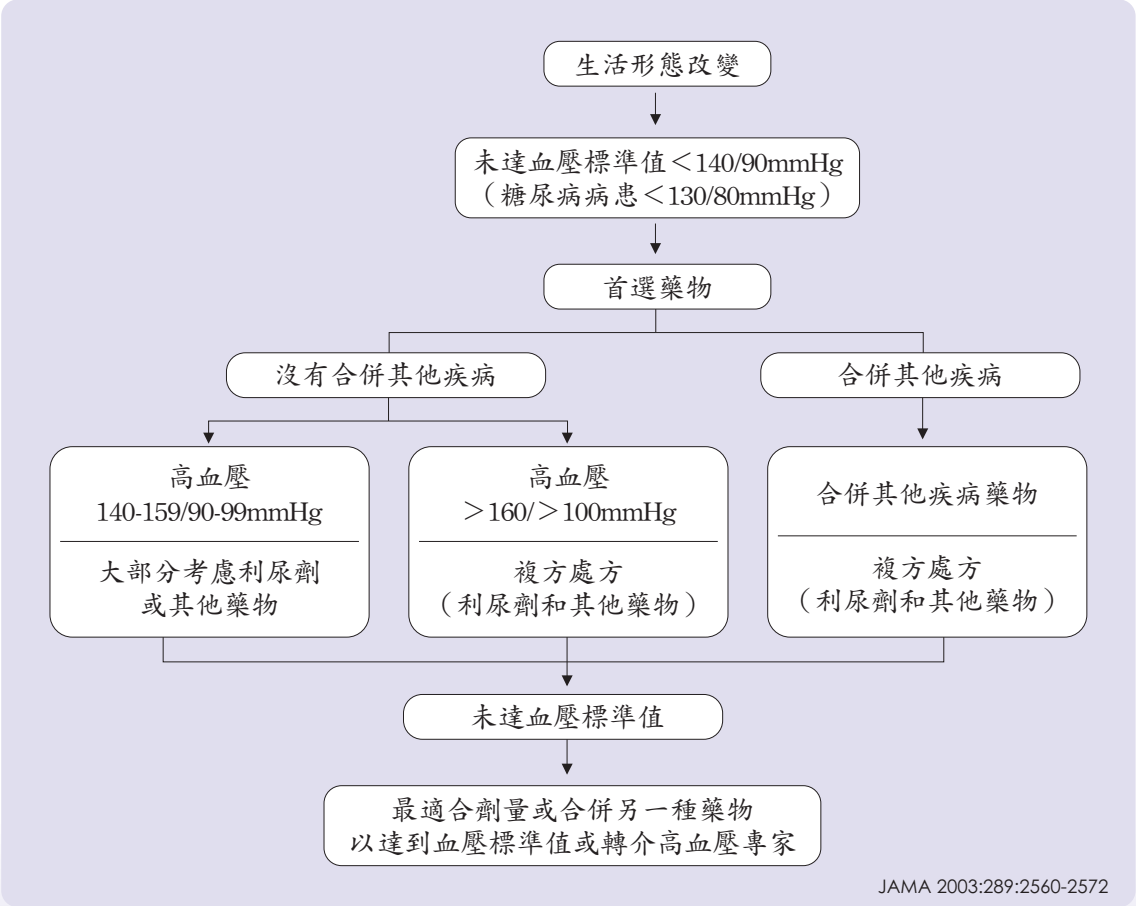
長期高血壓之治療，建議血壓應控制在 140/90mmHg 之下，有糖尿病危險因子之病人，血壓宜控制在 130/80mmHg 之下；但控制高血壓時，應注意若病人有頸動脈或基底動脈狹窄，需隨著病人之耐受度調整，血壓略比理想值高尚可接受。（見圖一：治療高血壓流程）

B. 糖尿病

第 2 型糖尿病人如果沒有好好控制血糖，長期可能罹患微小血管併發症，如視網膜、腎臟及周邊神經病變，且中風的機會約會增加 2　3 倍。建議病人除了調整生活型態之外，定時口服降血糖藥物或注射胰島素，將血糖盡量控制在正常範圍，最好糖化血色素（HbA1c）在 7%以下。

C. 心臟病

若病人有心臟瓣膜疾病或是心律不整，容易在心臟內形成血管栓子，若經由血液循環阻塞腦部血管，將會造成嚴



圖一：治療高血壓流程（圖片來源：台灣腦中風防治指引 2008）

重中風。此類病人需定期在專科醫師的指示下服用藥物治療，可顯著降低中風發生的比率。

D. 血脂異常

血脂異常包含好幾個部分，血液中總膽固醇、三酸甘油脂、低密度膽固醇（壞膽固醇）過高，或是高密度膽固醇（好膽固醇）過低，都可能加速動脈硬化，增加心血管疾病與腦血管疾病的發生。許多研究已經證實，經降低膽固醇的治療後，顯著減少血管疾病發生。

在此強調健康飲食與運動的重要，大部分血脂肪異常的病人可因調整飲食與適量運動而控制，若仍無法達到理想值，再加上藥物治療，臨床上多使用 statin 的藥物治療；但須注意部分降血脂的藥物副作用可能造成病人輕度肌肉疼痛無力，嚴重者甚至會橫紋肌溶解，服藥病人須定期追蹤。若副作用產生，應在醫師指示下調整藥物。

E. 頸動脈狹窄

頸動脈位於頸部側面中央，左右各一，供應腦組織前 2/3 部分的血液。若是頸動脈狹窄，會大大增加中風機會。對於頸動脈狹窄（狹窄程度>50%）的病人，每年應該規則接受頸動脈超音波檢查以追蹤狹窄狀況。

若是無症狀的頸動脈狹窄大於 80% 以上，或有症狀（指在最近 180 日內發生過頸動脈狹窄側的缺血性腦血管症狀）的頸動脈狹窄大於 60%以上、或放射線治療後之頭頸部動脈狹窄，除了藥物治療之外，應該考慮更積極的治療方式，包括「頸動脈內膜切除手術」或「頸動脈成型術併支架置放」。治療方式須接受醫師詳細評估後再處置。

缺血性腦中風的次級預防內科治療

最後一部分我們來討論「抗栓塞藥物」。預防腦中風除了從調整生活或嚴格控制危險因子著手之外，抗栓塞藥物更是扮演舉足輕重的角色。此類藥物包含抗血小板劑以及抗凝血劑兩大類。大部分的病人使用抗血小板劑即可，某些特殊病人須使用抗凝血劑，以下一一說明。

一、抗血小板劑

主要是抑制血小板的凝集，防止血管栓塞。常用的抗血小板劑有以下幾種：

A. Aspirin（阿斯匹靈）

阿斯匹靈為臨床上最廣泛運用來預防血管梗塞的抗血小板劑。成人劑量每天為 50　325 毫克，一般使用每日 100 毫克來預防中風及心肌梗塞，大部分病人使用後疾病效果良好且耐受度也不錯。但須注意部分病人對水楊酸有過敏體質或是可能有腸胃道不適、胃潰瘍、出血等副作用。

B. Aggrenox（腦康平）

此為結合 Aspirin 25 毫克加上緩釋長效型 Dipyridamole 200 毫克的複方藥物。根據研究結果顯示，合併使用阿斯匹靈（25 毫克）和長效 Dipyridamole（200 毫克）一天兩次，比單獨使用阿斯匹靈或單獨使用長效 Dipyridamole 明顯有

效。但須注意頭痛以及姿勢性低血壓、眩暈、昏倒或腸胃道不適等副作用。通常建議作為無法使用Aspirin患者的用藥選擇。

C. Clopidogrel（保栓通）

亦為血小板凝集抑制劑，根據研究，此類藥物在預防血管栓塞上較阿斯匹靈佳。但因目前健保規定僅能使用在對阿斯匹靈過敏、或一年內胃鏡檢查證實有消化道潰瘍的患者方能使用，且藥費較高昂，臨床上多為二線用藥。

二、抗凝血劑

主要是抑制凝血功能，防止血液凝固，此類藥物通常用於心律不整或心臟瓣膜疾病等特殊病人，用來血管栓塞預防。

目前臨床上最常使用，且許多研究證實其療效之口服抗凝血劑為 Warfarin（Coumadin 可邁丁）。此藥物臨床歷史悠久，且若維持穩定血液中藥物濃度，基本上很安全。但因每位病人使用劑量反應不同、治療範圍較狹窄，且本藥物會與許多藥物跟食物交互作用，病人須定期抽血追蹤藥物濃度。請病人務必遵從醫師指示服藥，定期回診。

抗凝血劑藥物的安全性以及便利性，一直是醫師重視及不斷討論的議題。目前臨床有許多新型抗凝血劑上市：Rivaroxaban（Xarelto）和 Dabigatran（Pradaxa）、Apixaban（Eliquis），提供治療上更多的選擇。不管是新藥或老藥，每種藥物都有其治療效果與副作用，臨床醫師會考慮病人整體狀況及其他合併的疾病決定使用何種藥物，希望病人能跟醫師好好討論互相配合，期待醫病雙贏。

缺血性腦中風的次級預防外科手術治療及血管內支架置放術

一、外科手術治療　頸動脈內膜切除手術

由專業的腦神經外科醫師執行，經全身麻醉後，將頸動脈血管切開再將阻塞的粥狀斑塊切除，稱為動脈內膜切除術。

二、血管內支架置放術　頸動脈成型術併支架置放

由放射科專科醫師或神經放射科專科醫師施行，經局部皮膚麻醉後，如同心導管術一樣由腹股溝針穿刺股動脈置入導管，經腹主動脈到達頸動脈，將血管支架置放在狹窄處，再用汽球擴張使血管變大。血管支架的使用，提供患者開刀外的另一個選擇。

以上兩種次級預防方式，因侵入性較高，病人須承擔的治療風險也較高。所以執行前，除了要有經驗的手術醫師之外，需要有訓練有素的腦中風醫療團隊（神經內、外科、心血管介入性專科醫師、放射科等）進行審慎的評估。

其實無論是健康生活型態以及依循醫師處方按時服藥好好控制慢性病，都是為了保護自己免於腦中風的威脅。期待民眾都能了解正確的觀念及注意自己的身體狀況，對自己的健康負責，減少腦中風帶來的遺憾。