

搶救急性腦中風的新療法～ 介入性動脈機械取栓療法

林口長庚急重症神經外科主治醫師 王以舟

「這裡有急性中風發作的病人」
「請立刻推到急救區，啟動急性腦中風治療小組。」

急診室內醫師、忙碌穿梭的護理師呼喊著，一旁的同仁立刻熟練的靜脈注射、抽血、通知電腦斷層檢查室待命。

時間就是搶救腦組織的機會，在血管阻塞後，腦損傷的部位會隨時間而擴大，因此「爭取時間、搶救中風」成了現在醫療的首重救治原則。

● 腦中風的病因與治療

腦中風有兩種，當腦或頸部血管阻塞造成血流不暢稱為缺血性中風；另一種是血管破裂造成出血則為出血性中風。除了血管阻塞原因、位置外，有無充足側枝循環也與治療結果有關；患者若具豐富的側枝循環，發生缺血的比例會降低些！也因為側枝循環對於患者預後極為重要，我們在急診的 CTA 影像檢查（電腦斷層血管攝影）特別注意這一因素，作為決定病人後續治療的關鍵因素。

一般出血性中風發生率較低，嚴重者必要時在第一時間安排神經外科進行緊急移除血塊手術，以止血救命為優先，目前國內各大醫學中心都具備第一

時間處理此類病人的能力。反觀缺血性中風，雖佔所有中風的八成，但症狀嚴重的比例較低，早期幾乎沒有特別有效的療法！直到 1996 年，美國 FDA 開放靜脈注射血栓溶解劑（r-TPA），2002 年衛生當局陸續核准此治療的適應症，我們才首次對急性腦中風有明確療效的藥物。

既然出現具療效的藥，是不是缺血性中風從此就可以根治了呢？遺憾的是要使用這類藥物，必須在發病 2.5 小時內到達醫院；一旦超過時間或是由沒有受過專業訓練的神經內科醫師評估，很可能造成出血的併發症，反而加重了病情！

因為前述靜脈注射血栓溶解劑的侷限，神經科醫師也從心臟科醫師治療急性冠狀動脈疾病得到啟發，採用微創口，介入性治療的方式，嘗試把血栓移除或把血管打通。早於 90 年代開始使用溶栓藥物，在阻塞腦動脈血管的血栓周圍施打，不過始終無法避免腦出血的併發症，且溶通血栓的比例也不高，因此並未廣泛採用。

後來隨著醫療技術的進步，由 2013 2015 年開始，國際上陸續傳出令人振奮的治療結果，2015 年更有超過五組團隊

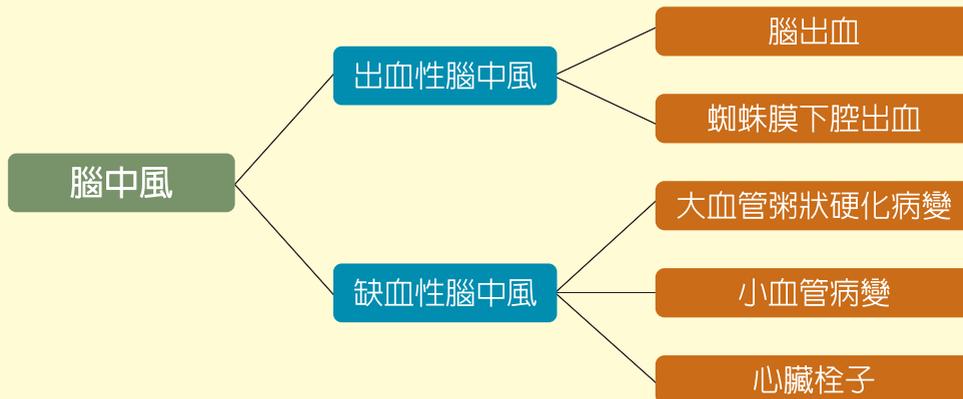
發佈非常正向的臨床試驗報告，美國與歐洲的醫界立刻更新中風治療準則，正式把介入性動脈機械取栓法列為中重度急性中風的標準療法，進一步擴展神經科醫師對缺血性腦中風的治療能力。

● 介入性動脈機械取栓療法

類似心臟科心導管檢查與治療，介入性動脈機械取栓也是採用導管技術，經由非常小的微創口置入導管，再由動脈網路導引至阻塞的腦血管前端。如果是血栓堵住血管，我們將以取栓支架或吸栓導管取出血栓；如果是動脈粥樣硬化造成的堵塞，我們會採用心臟科慣用

的球囊導管或支架，以球囊或支架擴張的方式打通阻塞的血管。當血管暢通後，病人會在神經加護病房觀察數日，等狀況穩定後送至加護病房觀察或接受復健治療，有的病人甚至完全恢復而不需復健。

以目前我們的治療經驗，發現影響病人預後的最重要因素就是側枝循環的好壞，其次才是中風時間的長短。因此病人若能於發病第一時間送到具完備治療能力的醫學中心，及早接受完整的臨床與影像評估，由經驗豐富的團隊治療，才能獲得最佳的治癒機會。☺



▲ 腦中風的病因概圖



▲ 側枝循環與治療效果關係