

新北市立土城醫院腦神經外科醫務特色～神經血管手術

◎新北市立土城醫院腦神經外科主任 謝博全



專長

頸動脈內膜剝離術、顱內外繞道手術、神經血管介入治療、顱內血管病灶手術治療、神經重症治療、小兒神經外科

68

歲的陳先生已有多年的糖尿病、高血壓、高血脂等慢性疾病，更從十年前第一次小中風開始，就反覆有著姿態性低血壓、頭暈目眩、手腳無力等症狀，至今已有3次就診送醫之中風病史，所幸都沒有留下太嚴重的後遺症，大致上的生活都還能自理。但這些年一系列的檢查發現，陳先生的右側內頸動脈竟有嚴重的動脈斑塊及高達80%的狹窄。經過仔細的術前評估和溝通，陳先生選擇了局部麻醉進行內頸動脈內膜剝離手術，術中無使用額外的神經監測設備，一週後即順利出院。

腦中風是個人人聞風喪膽的重症，當然隨著疾病嚴重度的不同，除了致死的風險外，更重要的是有很大一部分可能致殘的風險。以現今社會大眾對於長期照護的認知，中風可能帶來的後遺症跟社會成本負擔，更是讓「預防中風」這件事成為腦血管疾病治療最重要的一個核心概念跟目標。

在所有的缺血性中風中，大約有10～15%與頸部的大血管阻塞有關。顱外腦血管阻塞最常見的位置，是位在總頸動脈跟內頸動脈的交界處，延伸進近端的內頸動脈。對於已經產生症狀的缺血性中風病人，若合併內頸動脈中重度狹窄（50～60%以上），除非此次中風已經造成大片腦梗死，或是內頸動脈已經完

全阻塞，外科手術或是血管內介入性支架置放，在手術風險許可的情況下，對後續中風的預防都能提供一定的助益。

對外科手術來說，常見治療的目標是短段的血管狹窄，畢竟外科手術能夠暴露的頸部血管長度有限，特別當狹窄病灶延伸進顱底時，或形成連續病灶時，血管內支架置放就會是比較好的選擇。然而，頸動脈支架的置放，大都以經股動脈入路為主，支架輸送系統必須經過胸主動脈往總頸動脈的開口，對於某些年長病人，這樣的路徑通常因為血管老化過程造成的斑塊或鈣化而有時無法達成，而需要外科手術直接暴露血管。

不論何種治療，除了希望能夠增加血管管徑進而達到改善腦血流的目的外，更重要的是減少不穩定斑塊可能掉落漂至遠端顱內血管造成阻塞的機率，對頸動脈內膜切除術來說，手術能夠將血管內的垃圾（斑塊）不留一絲全部清除，自然風險降低。對頸動脈支架置放來說，除了需要使用氣球擴張術將

狹窄處血管撐大以外，更重要的是需要使用支架將撐開的斑塊「固定」在血管壁上，讓斑塊沒有機會掉落至管腔內。兩者還是有著根本治療機制上的差異。對於一些術前預期平均餘命較長的病人，頸動脈內膜切除手術雖然耗時較長，術後恢復較久，但長期的再狹窄率跟可能術中造成中風的風險都優於頸動脈支架置放。此外，大部分此類患者，都會需要長期的抗血小板藥物預防，而在頸動脈支架置放的前後，雙重抗血小板藥物預防已是目前大多數專家建議的常規，某些患者不適合或無法忍受抗血小板藥物的副作用時，也需要考慮使用手術來治療這類患者。

顱外大血管狹窄的治療經過這二、三十年的演進，對於哪些患者會因此受益已經有了很明確的定義，雖然大部分的患者需要的是藥物治療跟改變可調整的危險因子，但少部分需要外科或血管內介入治療的病人應該都能經治療後降低中風的風險。🔗

表一：頸動脈內膜剝離術與頸動脈支架置放術之比較

	頸動脈內膜剝離術 /Carotid Endarterectomy	頸動脈支架置放術 /Carotid Artery Stenting
目的	清除阻塞位置血栓	使用氣球打開狹窄段並使用支架固定血栓
風險	1~3% 中風機率；2% 心肌梗塞機率	3~5% 中風機率；1% 心肌梗塞機率
優點	圍手術期間中風機率及長時間再狹窄風險略低	圍手術期心肌梗塞 / 舌下 / 顏面 / 迷走等腦神經損傷之風險略低
缺點	傷口外觀；可能造成暫時的舌下 / 顏面 / 迷走等腦神經損傷，約 5~10%	長時間再狹窄風險略高，圍手術期中風機率略高