

2016 / 01 / 26

搶救急性腦中風的新療法—介入性動脈機械取栓療法

林口長庚紀念醫院 急重症神經外科 王以舟醫師

「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。」急診室內醫師呼喊著忙碌穿梭的護理師，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增加，因此『爭取時間、搶救中風』成了現在醫療的首重就治原則。

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、位置及有無充足側枝循環與治療結果有關，具豐富的側枝循環，發生缺血的比率會降低些！也因為側枝循環對於一個病人預後極為重要，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，作為決定病患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患的能力。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小時內到醫院，否則超過時間窗或是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，神經科醫生也從心臟科醫生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結果非常正向的臨床試驗，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生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，病患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，有的病患甚至完全恢復而不需復健。

以目前我們的治療經驗，我們發現影響病患癒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。因此病患若能於發病第一時間送到具完備治療能力的醫學中心，接受完整的臨床與影像評估，才能獲得最佳的治癒機會。