

網傳“逆天突破!! 澳洲治療中風新技術!!”之說明

鄧木火

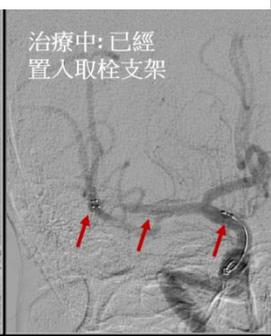
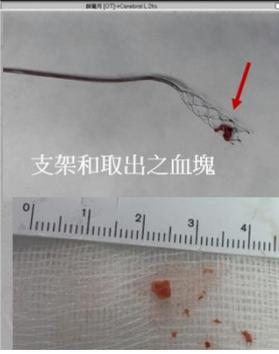
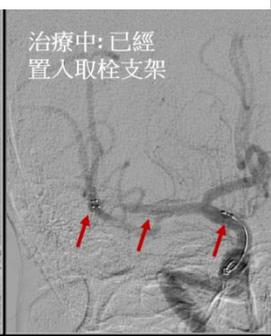
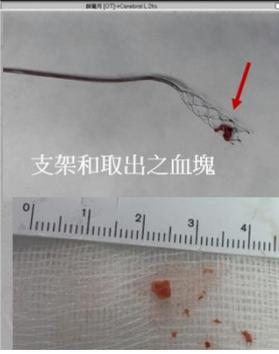
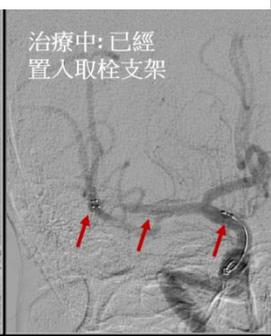
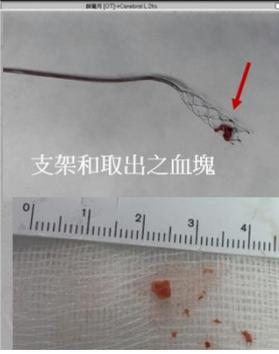
振興醫療財團法人振興醫院影像醫學部醫師

中華民國放射線專科醫師

中華民國神經放射線專科醫師

介入性神經血管內治療專長認證醫師

介入性神經血管內治療指導醫師認證醫師

<p>逆天突破!! 澳洲治療中風新技術!! 澳洲人將不再怕中風! 錯過"黃金治療時間"也能救! 清除血栓又快又徹底的黑科技到底是什麼?</p> <p>2017年7月3日</p> <p>http://weiwenku.net/d/101211274</p> <p>逆天突破!! 澳洲治療中... 澳洲領先技術，中風再也不可怕了!</p> 	<table border="1"><tr><td data-bbox="794 696 1082 1041"><p>血管攝影: 右側 大腦中動脈阻塞</p></td><td data-bbox="1082 696 1353 1041"><p>治療中: 已經 置入取栓支架</p></td></tr><tr><td data-bbox="794 1041 1082 1395"><p>支架和取出之血塊</p></td><td data-bbox="1082 1041 1353 1395"><p>取栓治療後: 大 腦已經恢復供血</p></td></tr></table>	<p>血管攝影: 右側 大腦中動脈阻塞</p> 	<p>治療中: 已經 置入取栓支架</p> 	<p>支架和取出之血塊</p> 	<p>取栓治療後: 大 腦已經恢復供血</p> 
<p>血管攝影: 右側 大腦中動脈阻塞</p> 	<p>治療中: 已經 置入取栓支架</p> 				
<p>支架和取出之血塊</p> 	<p>取栓治療後: 大 腦已經恢復供血</p> 				

基本上中風要儘早到醫院。對中風的個人來說，等越久則腦壞死的範圍會越大，可能救回而能自主行動的人就越少。腦壞死的範圍太大時血管打通也沒有用。網傳“逆天突破!! 澳洲治療中風新技術!!”文中所說的“錯過黃金時間也能救”這句話不是完全正確的。因此，健保對取栓支架給付規定為前循環中風發作 8 小時內，後循環發作 24 小時內治療，而且中風嚴重程度 NIHSS 要在 8 到 30 間。如果單純用取栓支架可以完成打通動脈，需要自付的款項不多。

上方右圖是振興醫院一個取栓例子，其左下方的支架就是取栓支架：病患晚上 22:00 發現左肢體無力而送來本院急診室。當時 mRS (改良 Rankin 量表) = 4, NIHSS=18; 23:20 神經內科醫師給予靜脈溶栓; 23:38 本人被通知做電腦斷層血管成像術評估，經確認動脈取栓可行。次日 00:20 啟動動脈取栓團隊，於 03:25 動脈恢復暢通，04:30 結束治療。美國 NIHSS 分數 (越少越好) 治療前為 18, 次日為 8, 第三天降到 4。mRS 由治療前之 4 在三個月追蹤時降到 1 (完全獨立生活)。NIHSS 以及 mRS 都顯示在治療後有明顯進步。

前循環中風發作超過 8 小時健保給付時間，怎麼辦？就像睡醒發現中風的缺血性中風一樣，可以用進一步的影像檢查來判斷是不是適合要做動脈內打通血管的手術 (請參考鄧木火編, 011 健康生活叢書, 健康文化事業股份有限公司發行之“腦血管及脊椎微創治療” P. 74-74, P.78-79)。

動脈取栓術需要團隊的通力合作，包括急診室第一時間檢傷分類、醫師診查、安排檢查，取栓時放射線科值班醫師、放射師、護理師，麻醉科醫師、麻醉護理師的協助，以及神經內科醫師取栓前後評估和照顧病患。本人感激大家的幫忙。

在 2015-2016 年，美、歐、韓先後公佈指引，建議急性缺血性腦中風如果符合靜脈溶栓之適應症者應先做靜脈溶栓治療。如為大動脈阻塞者，靜脈溶栓治療後要接著做動脈取栓。美、歐、韓指引建議動脈取栓術用在中風後 6 小時內能開始做治療的病人。超過 6 小時，或者不符合靜脈溶栓適應症者可以用進一步的影像學檢查 (如電腦斷層血管成像術，腦灌注檢查) 評估再決定是否適宜做動脈取栓。影像檢查評估主要的目的是要確定是供血到腦的主幹動脈阻塞所產生的缺血性腦中風，沒有出血，而且：1.腦壞死範圍還不大 (大腦中動脈供血區 1/3 以內，或者參考 ASPECT score); 2.動脈阻塞如果沒有打通時腦缺血的壞死區可能會繼續擴大; 3.中風的壞死區預估不會擴大太快以致打通動脈也來不及。

以下是我們對民眾的建議：

1. 急性中風就要快速到急診室，急診室會安排常規之電腦斷層檢查再會診相關醫師。如果是缺血性腦中風會找神經內科醫師評估。如果有可能是主幹動脈阻塞，神經內科醫師或急診室醫師會再安排進一步的影像學檢查，找神經放射專科醫師或中風取栓醫師再評估。
2. 急性中風有出血性和血管阻塞性。小動脈阻塞可以單獨用靜脈溶栓治療，只有主幹動脈阻塞所產生的缺血性腦中風才可能用下列二者之一治療：靜脈溶栓 + 動脈取栓，或者單獨用動脈取栓治療。
3. 民眾要知道 ” 動脈取栓術 ” 有可能讓主幹動脈阻塞的急性缺血性腦中風患者得到比較好的治療效果，但 ” 動脈取栓術 ” 也非神技，不能保證所有人都能復原（例如，進展太快的中風會來不及，已經定型的神經缺陷無法復原）。
4. 因為治療要與時間賽跑，一旦家人或者朋友發生急性中風以送到不會太遠的醫院為原則，要請醫師評估是否適宜做 “靜脈溶栓” 和 “動脈取栓”。有時這些治療的說明和溝通費時太久、家屬等太久或者等其他家屬一起來聽說明導致的時間拖延也可能影響救治的效果。
5. 如果前循環中風發作通過影像學評估，但無法在 8 小時內開始做動脈取栓，健保目前是不給付取栓支架的，因此這種情形不推薦影像學評估和動脈取栓。但是如果家屬很強烈要求，是可以自費評估和自費取栓治療。
6. 如果超過時間較久（例如中風次日以後），就不能用動脈取栓治療。這時可以用影像學評估看是否有可以做擴張術和放置支架的大血管嚴重狹窄，例如頸動脈狹窄，頸部或顱內動脈剝離以預防再發生中風。但是做擴張術和放置支架通常無法改善中風已經發生的神經缺陷。如果是大面積的中風在 3 週內做動脈介入治療手術可能有比較高的出血危險；但是頸動脈狹窄產生的小區域，或者是供血交界處不很大的中風則要儘早做擴張術和放置支

架, 以免演進成為大面積的腦中風。

中風後很多人要經過很長的時間後才逐漸恢復部分神經功能, 不少人無法完全恢復, 以致於生活品質不好, 對家庭成員也有很大的負擔。中風後請要快速送到醫院, 由醫師評估是否可以做靜脈溶栓, 或者做動脈取栓, 這樣比較有機會減少中風之嚴重度和提早恢復正常生活。