



成大醫院新聞稿

日期：103.02.26

網址：<http://www.hosp.ncku.edu.tw>

電話：06-2353535 轉 2011

國立成功大學醫學院附設醫院第 1280 次記者會

姓名：李政翰

學歷：國立臺灣大學醫學院醫學系

國立成功大學醫學院臨床藥學與藥學生物科技研究所博士

經歷：奇美醫院內科部住院醫師 (2000/9-2001/6)

成大醫院內科部住院醫師 (2001/7-2003/7)

成大醫院心臟科研究員 (2003/8-2005/7)

成大醫院斗六分院心臟內科主治醫師(2005/8 至 2007/8)

日本 Sekishinkai Sayama Hospital 心導管室研究員(2008/7~2008/8)

中華民國心臟醫學會幹事 (2005/9 至 2009/8)

成大醫學院醫學系臨床講師 (2006/9 至 2010/7)

現任：成大醫院心臟內科主治醫師

衛生福利部臺南醫院兼任心臟內科醫師

成大醫學院醫學系助理教授

臺灣介入性心臟學會周邊介入委員會委員

專長：心導管術、周邊動脈整型術、腎動脈整型術、頸動脈支架置放術、

主動脈瓣和僧帽瓣狹窄擴張術

講題：頸動脈阻塞之治療

頸動脈阻塞之治療

頸動脈是供應腦部血流的重要來源，總頸動脈二分為內外頸動脈之後，內頸動脈在顱內更進一步分支為前及中大腦動脈，負責大腦前 2/3 之血液循環。頸動脈狹窄成因是膽固醇斑塊沉積，如有斑塊剝落，是造成腦部缺血引起中風的重要原因。據統計高達八成的中風為缺血性腦梗塞，其中約有 30%即導因於頸動脈狹窄。長期患有高血壓、糖尿病、高血脂、心臟血管疾病及有家族相關病史者皆為頸動脈狹窄症之高危險群，而男性的罹病率較高。

頸動脈狹窄在臨床上可能出現症狀與無症狀兩種；症狀性頸動脈狹窄是指在近半年內曾發生過缺血性腦血管症狀。頸動脈狹窄程度愈高，發生缺血性腦中風的危險性也愈大。暫時性腦缺血其實就是嚴重腦中風前兆的警訊性輕度中風；常見的臨床徵象包括突發性的嘴歪眼斜、言語障礙、單側臉部或軀體麻木或無力、單眼暫時性黑矇等。在評估頸動脈狹窄的檢查方面，血管超音波具有操作便利、非侵入性的優點，在有心血管疾病的高危險群患者做初步篩檢或術後追蹤可考慮選擇。此外，如超音波無法提供清楚影像或顱內血管狹窄時，利用電

腦斷層或核磁共振血管攝影，亦可提供相當高的診斷率。

目前對於頸動脈狹窄的治療方式，簡介如下：

藥物治療:通常用於輔助性的療法，但口服抗血小板藥物或抗凝血劑並無法溶解動脈內膜硬化斑塊。對於無症狀的嚴重頸動脈狹窄，雖然無充足證據顯示口服抗血小板藥物能預防中風，但國內外專家仍建議應使用 **aspirin**。對於其他會加重頸動脈粥狀硬化進行的危險因子，包括高血壓、高血脂、抽煙等，也應積極控制。

國外之無症狀的頸動脈粥狀硬化研究對無症狀頸動脈狹窄為 60-99%的 5 年追蹤，僅以內科治療，每年腦中風發生率約為 2~3%。而在有症狀性高度頸動脈狹窄，予以抗血小板藥物治療，兩年內仍有 20-25%的中風發生率;因此，台灣腦中風學會的頸動脈粥狀硬化狹窄共識小組建議現今以血管成型術併支架置放或頸動脈內膜切除術來治療頸動脈狹窄。

頸動脈內膜切除術：手術清除血管阻塞是傳統的治療方式，對嚴重症狀性頸動脈狹窄的預後有明顯助益。病患需接受全身麻醉，患有心肺功能異常、頸部曾接受放射線治療、頸動脈狹窄部位過高或過低、對側頸動脈堵塞者有較高的風險。

頸動脈支架置放術：血管整型術及支架放置可暢通血管增加血流量，亦可使內膜沉積之硬化斑塊表面平滑，防止血栓形成及剝落。目前國外臨床文獻顯示，頸動脈支架置放術之治療成效不亞於傳統內膜切除手術，且有較低的顱神經損傷及傷口感染率。經評估不適合開刀及全身麻醉者，可考慮施行此項治療。

可考慮使用於病患無法接受內膜切除手術治療、內膜切除手術治療後頸動脈再狹窄、經放射治療頸動脈狹窄者、合併有顱內遠端狹窄、因頸動脈剝離致頸動脈狹窄、合併偽動脈瘤、合併對側頸動脈阻塞而需要心臟手術等。對於有下列情形則不適合接受頸動脈支架置放術，包括頸動脈狹窄合併有管腔內血栓、導管或支架無法安全地到達與通過頸動脈狹窄處、嚴重彎曲的主動脈弓、合併有顱內血管畸形、不適合血管攝影（如造影劑過敏）等。

最後強調預防頸動脈狹窄及腦中風需從健康的生活型態落實，對於會加重動脈粥狀硬化進行的危險因子，如高血壓、高血脂、糖尿病等，也應積極控制。建議高危險群民眾應定期接受頸動脈超音波篩檢，若有臨床懷疑症狀應及早至神經科接受診治，以達到腦中風預防更勝於治療的目標。