

# 我有顱外頸動脈狹窄， 需要接受什麼治療？

## 前言:

台灣每年約有三萬人發生腦中風，為國人近年來十大死因第三或第四位，腦中風也是造成國人殘障最常見之原因，因頸動脈狹窄/堵塞而引發者則佔所有缺血性腦中風的 10%~20%。通常由動脈粥狀硬化造成，少部分可能因為動脈內膜發炎、剝離所引起的。

動脈粥狀硬化是因為血管壁上堆積了脂肪斑塊，大多因為沒有良好控制危險因子例如高血壓、糖尿病、高血脂、抽菸、飲食習慣不良、肥胖、未規律運動等等因素，造成血管內膜彈性變差，經年累月慢慢形成。當脂肪斑塊持續累積，使得動脈管徑愈來愈狹窄，甚至阻塞；而血管內壁的脂肪斑塊也可能剝落，暴露於血液中，引發血小板急速堆積，形成血栓，造成動脈管徑完全堵塞，而引發缺血性腦中風。如發現頸動脈狹窄，應盡早給予治療，以減少發生中風之風險。

## 疾病介紹:

頸動脈狹窄在臨床上可分為有症狀與無症狀兩種；症狀性頸動脈狹窄是指在半年內曾發生過缺血性腦中風症狀，如:單側臉部或肢體無力、麻木、口齒不清、步態不穩、暫時性單眼失明等短暫性或持續的症狀。台大醫院的腦中風登

錄顯示顱外頸動脈狹窄超過 50%的盛行率約為 12%，頸動脈狹窄程度愈高，發生缺血性腦中風的危險性也就愈大。

每 100 個有症狀性的頸動脈嚴重狹窄的病人，每年就會有 10-15 人會發生腦中風。無症狀性的頸動脈嚴重狹窄，雖然發生缺血性中風的危險相對較低，但每年也有 3%的發生率。

顱外頸動脈狹窄的處理方式，主要分為:積極藥物治療、支架放置與外科手術，外科手術包含血管內膜剝除術(endarterectomy)、顱外顱內介入繞道手術(EC-IC bypass)。

#### 治療方式介紹:

##### 1.控制危險因子、維持良好生活型態:

所有頸動脈病患皆建議積極調整生活作息與飲食習慣，包含戒菸、規律運動、飲食調整(地中海飲食、減少加工品攝取)、體重控制，目的是讓血管內動脈粥狀硬化斑塊不再繼續增厚，減少血管病變，以防止頸動脈狹窄更嚴重。

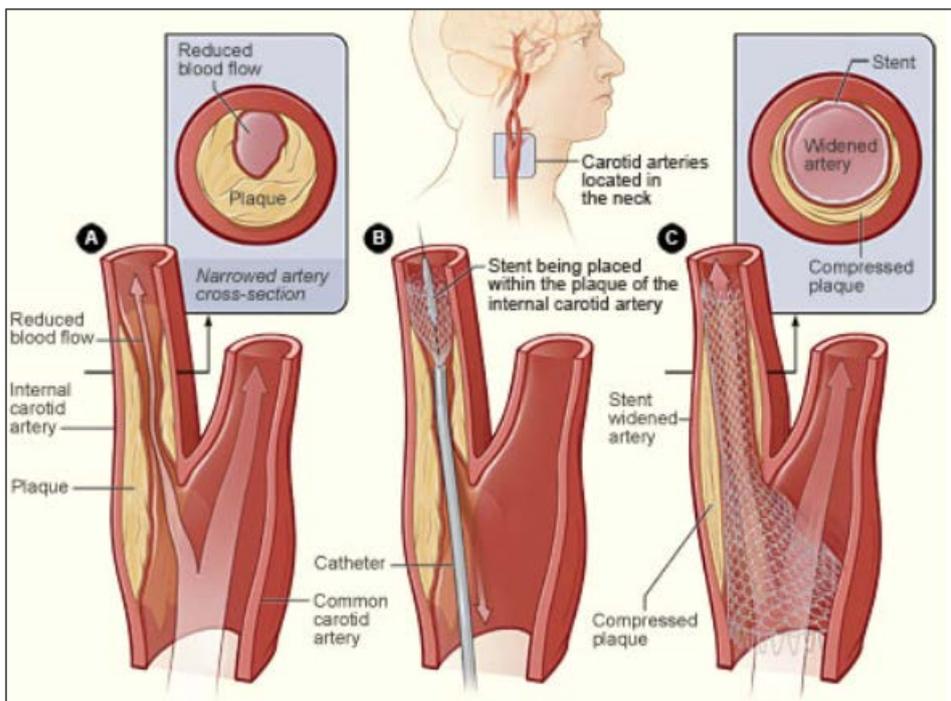
##### 2.積極藥物治療:

- ◆ 降血脂肪藥物：降低壞的膽固醇(LDL)。症狀性頸動脈狹窄，控制 LDL<70 mg/dL；無症狀頸動脈狹窄，控制 LDL<100mg/dL。
- ◆ 降血壓藥物：維持血管內膜彈性，血壓控制<140/90 mmHg。
- ◆ 抗血栓/抗血小板藥物：防止血栓形成，是頸動脈狹窄重要的治療方式，口服抗血栓/抗血小板藥物雖然無法溶解動脈內膜硬化斑塊，但是可維持血液通暢，降低阻塞風險，是重要的預防再次中風藥物。

### 3.介入性治療:

#### (1).頸動脈支架置放術:

屬於微創血管介入治療之一，局部麻醉即可執行，透過支架放置並於狹窄處撐開，達到重建血管通路；其步驟為：導管由鼠蹊部/頸部的動脈置入，推送至頸動脈附近。確認狹窄的部位及嚴重度，使用特殊的氣球導管將血管狹窄處撐大並放入支架，避免血管回彈，維持血管通暢。



(圖片來源:[https://surgery.ucsf.edu/procedure/carotid artery stenting](https://surgery.ucsf.edu/procedure/carotid%20artery%20stenting))

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，且有較低的神經損傷及手術部位血腫，術中發生心肌梗塞的機率也較低，但術中再中風的風險較高，是近年來較廣泛使用的治療模式，可有效降低病患腦中風的發生率，手術成功率約在 98%，約有 5% 的手術併發症。而進行頸動脈支架置放之手術前、術中、術後，須併用兩種抗血小板藥物，以防止術後血栓的形成。

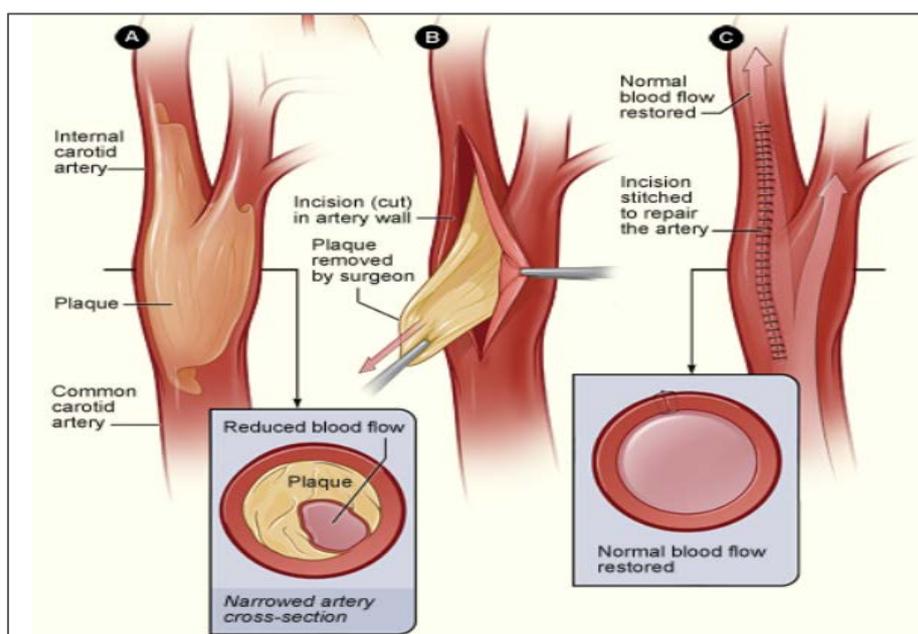
支架置放術執行後，血管再狹窄及再中風發生機率較頸動脈內膜切除手術高，特別是在大於 70 歲的族群，大多為輕微中風。嚴重致失能或死亡之中風及心肌梗塞的發生率與頸動脈內膜切除手術並無明顯差異。

健保頸動脈支架使用規範如下：

- i.無症狀的頸動脈狹窄大於 80%以上
- ii.有症狀的頸動脈狹窄大於 60%以上
- iii.放射線治療後之頭頸部動脈狹窄（含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈）
- iv.頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。
- v.因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。

## (2).頸動脈內膜切除術:

頸動脈內膜切除術是傳統手術治療方法，需全身麻醉進行，在頸動脈部位做一個切口，外科醫生從動脈中去除斑塊，再將血管縫合，有時會合併使用人工血管讓血管管徑增大。恢復通過此管路流向大腦的血流。



(圖片來源:<https://surgery.ucsf.edu/procedure/carotid-endarterectomy>)

國外研究顯示頸動脈內膜切除術能顯著減少缺血性腦中風的發生，對於頸動脈狹窄超過 70% 的患者，可有效降低同側腦中風風險，長期的再狹窄風險低，但術後傷口較大、恢復期較長、神經損傷或手術前後心肌梗塞的機會較高，大於 70% 狹窄的病患族群，約有 6% 的手術併發症(不包含近乎全阻塞的病患)。若於中風急性期 (<1 星期) 執行血管再通，頸動脈內膜切除術風險小於頸動脈支架置放術。

### (3). 顱外顱內介入繞道手術：

需要全身麻醉，在頸動脈或是中大腦動脈狹窄時，可選擇的手術選項之一，但預防再中風與降低死亡率的風險並未優於積極藥物治療，目前治療指引不建議常規執行，但在嚴重動脈狹窄且合併血行動力學不穩、反覆性中風的情況，狹窄位置為頸動脈內膜切除手術無法到達處，仍是可考慮的選項之一。

所有頸動脈狹窄病患，都建議控制危險因子，調整生活模式，並合併積極藥物治療，再考慮是否要合併介入性治療：小於 50% 的頸動脈狹窄，不建議合併介入性治療，手術風險大於好處；50-69% 的頸動脈狹窄，可考慮合併介入性治療，但好處並未大幅優於需要承擔的風險；大於 70% 的頸動脈狹窄，可考慮合併介入性治療，長期好處優於需要承擔的風險，但在中低中風風險的病患，積極藥物治療可以達到與介入性治療同等的療效。

## 步驟一、了解各選項的優缺點：

考慮/ 選項	介入性治療 頸動脈內膜切除術	介入性治療 頸動脈支架置放術	積極藥物治療
優點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.血管再狹窄率較低</li> <li>2.術中中風風險較低</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.局部麻醉</li> <li>2.傷口小</li> <li>3.神經損傷比例較低</li> <li>4.住院時間較短</li> <li>5.手術前後發生心肌梗塞機率較低</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.無手術風險</li> <li>2.中低中風風險族群，再中風率與合併介入性治療者相當</li> </ol>
缺點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.傷口較大且血腫比例較高</li> <li>2.術後傷口疼痛恢復較久</li> <li>3.術中心肌梗塞風險較高</li> <li>4.神經損傷比例較高</li> <li>5.全身麻醉風險</li> <li>6.住院時間較長</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.術前術後需使用雙重抗血小板藥物治療，有相對出血風險</li> <li>2.刺激頸動脈竇引起「迷走神經反射」導致暫時性心跳減慢和血壓下降</li> <li>4.入針處易產生血腫，術後需砂袋加壓</li> <li>5.術中中風風險較高</li> <li>6.血管再狹窄率較高</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.改善狹窄程度有限</li> <li>2.高中風風險者，再中風率較高</li> </ol>

## 步驟二、您選擇治療方式會在意的因素有什麼？以及您在意的程度多寡？

	非常在乎	在乎	普通	不在乎	非常不在乎
治療過程中的風險 (腦中風、心肌梗塞、死亡)					
治療後恢復時間及住院時間長短					
治療過程會不會痛					
治療過程麻醉的風險					
治療後再中風的機率					

步驟三、您對治療方式的認知有多少，請於下方欄位勾？

	是	否	不確定
1.我有頸動脈狹窄，接受介入性治療可以降低中風的再發生率。			
2.有症狀的嚴重頸動脈狹窄需要儘快做介入性治療。			
3.接受介入性治療後，可以不用服用藥物。			
4.定期服用藥物及改變飲食習慣，規律運動是預防頸動脈狹窄的方法。			
5.我的頸動脈狹窄 70% 以上，但是我沒有症狀，所以不用治療。			

步驟四、您現在確認好治療方式了嗎？

我決定選擇(下列擇一)

- 藥物治療
  - 頸動脈內膜切除手術
  - 頸動脈支架置放術
  - 我目前還無法決定
  - 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。
  - 我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者)討論我的決定。
  - 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：
- 

步驟五、執行過程滿意度

- 非常滿意
- 部分滿意
- 不滿意

