

逆天突破～澳洲治療中風新技術 台灣現狀說明

作者：振興醫院影像醫學部 鄧木火教授

2017年9月25日

台灣健保對神經學評估 NIHSS 在 8-30 間的前循環（頸動脈系統）中風發作 8 小時內，後循環（椎動脈系統）中風發作 24 小時內的中風有給付該文所說明的取栓支架。但部分材料尚未給付，也未考量技術、人員、機器等成本（2017/08 現狀）。由於健保給付不足，其他大部分醫院吸收，要靠現有能做取栓的介入治療醫師和醫事同仁的工作熱誠來維繫服務。

在 2015-2016 年，美、歐、韓先後公布指引，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。

我們過去對於睡醒時發現的主幹動脈阻塞導致的缺血性中風，由於不知道真正中風的發生時間，多年來我個人只要被會診，通常是用進一步的影像檢查，來判斷是不是要做動脈內打通血管的手術。

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，腦壞死的範圍太大時血管打通也沒有幫助。對急性中風的病人族群來說，等越久可能救回而能自主行動的人就越少。該文中所說的「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前循環中風發作要 8 小時內，後循環在發作 24 小時內治療。中風太嚴重者（臨床神經學評估 NIHSS >30）不給付取栓支架。

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（看還有沒有側副循環）。

我們對民眾的建議：

1. 急性中風分出血性和血管阻塞性，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。
2. 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。
3. 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，導致時間拖延也可能影響救治的效果。

4. 健保對 NIHSS 8-30 的前循環 (頸動脈系統) 中風發作 8 小時內，後循環 (椎動脈系統) 中風發作 24 小時內的中風會給付取栓支架的費用。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。
5. 如果前循環中風發作 8-24 小時，經過影像學評估可以做動脈取栓時，健保目前是沒有給付取栓支架的。
6. 中風要看那一科？急性中風就到急診室，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，找神經放射科醫師或中風取栓醫師再評估。