

黃金陣容

# 多科匯整 腦血管團隊待命

針對病人個別需求，擬出符合病人最大利益的治療方針



為提供民眾最完整的治療，雙和醫院整合性腦血管疾病中心102年1月22日正式成立，整合相關資源，可視患者的個別疾病特性，擬定最適切的治療方針。

### 導管介入 爭取時間

整合性腦血管疾病中心由陳啟仁副院長領軍，整合神經內科、神經外科、放射治療等團隊，並邀請國際著名的神經放射介入專家、加州大學爾灣分校前放射科主任蔡芳洋教授擔任顧問，藉由整合性的團隊醫療，提高腦部治療的成效。

在腦血管疾病中，腦中風佔大多數，其中又以阻塞性腦中風為大宗。腦中風必須在症狀發生時給予快速且積極的治療，如果能在發病3小時內接受緊急處置，可增加病人的恢復機會。

但令人遺憾的是，腦中風患者送醫時大多已超過3小時，以致接受靜脈血栓溶解劑的比例嚴重偏低。有鑒於此，雙和醫院成立的整合性腦血管疾病中心，加入動脈血栓溶解治療，將黃金3小時延長為6小時。

雙和醫院陳啟仁副院長指出，在血管攝影的協助下，從大腿內側放入導管，導管再延伸至腦中風的位置，利用汽球疏通血塊，必要時放置血管支架，以幫助病患打通腦血管。

整合性腦血管疾病中心整合神經內科、神經外科與影像醫學部的資源，當腦中風患者送醫時，藉由靜

脈血栓溶解劑，或加入動脈血栓溶解治療，可給予即時的搶救。若有腦壓升高等需要手術時，則有外科醫師隨時提供醫療，藉由全方位的介入，提供患者最適切的協助。

### 整合醫療 降低威脅

陳副院長指出，不同科別有各自的優勢，也都可針對病情提供治療，但何種治療方式最佳，並沒有定論。整合性的概念即是整合相關醫療資源，針對病人的個別需求，在評估適應症與併發症，甚至參考國外的研究報告後，選擇最適切的治療方式。

除了中風，包括動脈瘤、動靜脈畸形等等，病人也可在不同科別的醫療選擇下，接受侵襲性最小、效益最高的治療方式。

以整合性的團隊提供患者全方位的醫療服務外，雙和醫院整合性腦血管疾病中心也將進行腦血管導管內治療的人員訓練，期望有更多新血能完成相關訓練，使用微導管技術、各類醫學影像導引，以治療各類中樞神經系統血管相關疾病。

整合性腦血管疾病中心 主治項目	急性缺血性中風	硬腦膜動靜脈瘻管栓塞
	腦和脊髓腫瘤術前栓塞	血管瘤栓塞
	腦動脈瘤栓塞	流鼻血治療
	腦動靜脈畸形栓塞	小兒腦血管畸形栓塞
	腦動脈和腦內支架置放	脊髓血管畸形栓塞
	診斷腦和脊髓血管造影	外傷性腦血管受傷
	視網膜中央動脈和靜脈血栓通	

# 影像診斷 延長中風搶救時間

時間不再是採取治療的唯一標準，但儘早求診仍是上策

文◎神經科 陳龍醫師

中風是國人十大死因第3位，且是成年人失能的主要原因，是健保支出的第2位。由臺灣腦中風登錄的資料可看到，梗塞性腦中風病患占全部登錄人數的74%，加上暫時性腦缺血(6.7%)，共有80%以上的中風病人是因血管阻塞而住院治療。

傳統抗血小板或抗血栓藥物是治療及預防梗塞性中風的首選用藥。2002年台灣正式使用血栓溶解劑治療急性缺血性腦中風。病患必須在發病3小時內接受血栓溶解治療，但只有不到三分之一的病患康復到正常的功能。

## 動脈血栓溶解提高預後

靜脈血栓溶解治療必須在腦中風發生的3小時之內使用，而且對於部分梗塞性中風病人及大血管阻塞的病人，再灌通率都不甚理想。

動脈血栓溶解治療已經獲得證實，其再灌通率比靜脈血栓溶解治療來得高。動脈血栓溶解治療可以配合氣球擴張術、支架置放及血栓抽吸術，增加再灌通率，並降低出血等併發症的發生。

但動脈血栓溶解治療須使用的技術、人力及設備，相對於靜脈血栓溶解治療較多，並非一般醫院可以提供。(編按：雙和醫院整合性腦血管中心提供動脈血栓溶解治療)

動脈血栓溶解治療可延長中風搶救的黃金期，且隨著導管的進步，時間也可望加長。

2010年底，衛生署批准「彼娜波-紐諾顯內匯入」系統，此導管可將阻塞性中風的治療時間延長到8小

時。臨床研究指出，「彼娜波-紐諾顯內匯入」系統的血管再灌流率可高達百分之88。唯此系統目前健保不給付。

另外，新的動脈內治療導管，如Solitarie，可以獲得更好的血管再暢通率，及更少的併發症。


## 參考影像決定治療方針

隨著影像診斷技術的進步，未來急性梗塞性中風的治療會以腦組織灌流量等參數，決定發病超過3小時以上的個案，是否接受靜脈或動脈血栓溶解治療。

中藥萃取物用於急性期的神經保護劑，已進入人體實驗階段，可望改善無法接受血栓溶解治療病人的預後。

在臺灣腦中風登錄資料，80%的急性梗塞性腦中風病人中，到院就醫時間高達5.5小時，其中只有8.84%的病患接受靜脈血栓溶解治療。不論科技如何進步，儘早發現症狀並立即就醫，才是開啟中風良好預後之鑰。


一旦有臉歪、手軟、講話大舌頭等症狀時，應立即記下發生的時間，且即刻送醫，把握黃金治療3小時，以降低中風帶來的遺憾。



**醫師簡介**

專長：腦中風急性治療、腦血管超音波及自律神經功能檢查、一般神經科疾病。社區衛教介入、就醫行為、健康知能、質性研究

神經科醫師 陳龍 門診：週二、三上午／週五下午／週三晚上



動脈血栓溶解治療前，右側內頸動脈堵塞。

接受動脈血栓溶解後，仍有一處嚴重狹窄。

置放支架，打通原本的血管狹窄處。

# 陳啟仁 致力影像提高醫療力

加入導管治療，延長腦中風搶救期，嘉惠患者



「從這一側看，好像沒有穿過血管，但從另一側看，其實已經穿過去了！」即使眼前沒有任何影像，但雙和醫院陳啟仁副院長談到醫學影像卻活靈活現，彷彿所有的照片都在他眼前，甚至從這些單純的影像就可以看到立體的器官。

## 直擊影像 加強治療

長期致力影像醫學，陳副院長認為，影像的進步讓醫師可以直接看到身體組織的變化，有助於後續治療，而他對影像醫學的投入，也讓他獲得去年第一屆新北市醫療公益獎的殊榮。

腦中風是國人十大死因的第二位，就算沒有威脅生命，也可能影響活動功能等，若能及早治療，可以避免組織受到嚴重的傷害。陳副院長表示，從影像可以看到血流灌注，觀察血管影像，直接評估病兆，改變過去單純以時間來切割治療方式的選擇，而是視病人的個別情形，選擇最符合其需求的醫療。

陳副院長早期曾選擇神經內科為執業科別，後來因聽到有關影像的課程，對於影像深為著迷，毅然決定轉戰影像醫學科。「我的文字能力不行，影像概念比較好」，陳副院長認為自己的右腦比較發達，對圖像認知的能力較強。在過去影像技術有限的情況時，陳副院長即可從平面或是二度空間的影像，串連想像

立體空間的影像。

此次陳副院長獲得醫療公益獎的肯定，主要是因為他整合並主持雙和醫院腦血管疾病治療團隊，以最先進的診斷儀器、最完善的神經血管成像軟體、最精良的神經內外及導管治療專業團隊，積極投入腦中風的創新與整合性的診斷和微創導管治療。

## 中風治療 導管介入

陳副院長執行急性腦中風微創導管手術，改變以往的治療流程。過去，靜脈血栓溶解治療必須在中風3小時內進行，但合併靜動脈血栓溶解治療則可將治療時間延長至6小時，且使用汽球及支架血栓搗碎或血管整型術，可以減少出血的機會，已有許多患者受惠。

並參與衛生署補助的腦中風新藥治療臨床試驗，利用黃耆多醣注射劑減少細胞損壞，輔助中風後神經功能恢復。且與國外合作研發新腦血流動力學軟體，進行缺血性腦中風病人接受再灌注治療的研究。

多方面著力下，陳副院長致力於減少腦血管疾病的發生率、死亡率與後遺症，降低個人、家庭、社會及國家的醫療照顧支出負擔。

此外，陳副院長領導雙和醫院影像醫學部建立具前瞻性，且全台唯一的輻射劑量管控機制，以及電腦斷層當地參考水平，提供臨床即時的輻射資訊，減少病人不必要的輻射暴露機會，提供低輻射暴露的「關懷、專業、安全」的就醫環境。



## 陳啟仁 副院長 小檔案

學歷：臺北醫學院醫學系  
加州大學舊金山分校神經放射線科  
現職：雙和醫院副院長  
雙和醫院影像醫學部主任  
臺北醫學大學醫學系專任教授  
教育部部定教授

經歷：林口長庚紀念醫院神經內科住院醫師  
台灣大學附設醫院放射線科住院醫師及總醫師  
高雄市民生醫院放射診斷科主任  
奇美醫學中心放射診斷科主治醫師  
林口長庚紀念醫院放射診斷科副教授級主治醫師  
義大醫院放射醫學部主任  
國泰綜合醫院放射線科兼高階醫學影像健檢中心主任

健康文章內文主要提供民眾降低對疾病因不了解產生之不安和恐懼，但不可取代實際的醫療行為，所以身體如有不適請您前往醫院就醫治療。