

心肌梗塞患者再遇腦中風，北醫附醫疾速取栓，力爭急救黃金時間

一名年約 40 歲的外籍病人於 2023 年底因心肌梗塞在街頭昏倒，到院前失去呼吸心跳（OHCA），經臺北醫學大學附設醫院搶救後康復出院，兩週後又因急性腦中風再度送進急診。腦中風治療團隊迅速於 20 分鐘內完成血栓溶解劑治療及動脈取栓手術，病人成功在 2 個月內挺過兩次生死關卡。

北醫附醫施俊明院長表示，本院積極精進急重難罕的核心醫療能力，包括腦、心、肺、肝、腎等重要器官的相關疾病處置都是團隊精進的重點。此次在急診醫學科、重症醫學科、心臟外科、神經內科及影像醫學部的通力合作下，讓病人在最短時間內完成治療，生活恢復自理，不但展現急重症照護能力，亦充分體現北醫附醫跨團隊整合照護的優勢。

外科部副主任暨心臟外科許傳智醫師指出，心肌梗塞是最常見的心臟急症之一，每年近 1.8 萬人因急性心肌梗塞就醫，其中有 3~4 成病人到院前死亡，治療時間是左右病人生死的關鍵。以此位外籍病人為例，到院前已經 OHCA，經緊急搶救並裝上葉克膜，順利完成冠狀動脈繞道手術。

【右圖：北醫附醫施俊明院長】



重症醫學科黎書亮主任表示，嚴重心肺衰竭病人使用葉克膜是標準且常見的治療之一，可替病人爭取更多的治療時間，但也可能引發血栓、感染、嚴重敗血病等併發症，重症照護團隊時時刻刻面臨挑戰。此次病人在葉克膜的支持下完成冠狀動脈繞道手術，入院後 20 天移除葉克膜，翌日成功脫離呼吸器，並在住院 25 天後轉出加護病房，1 個月後康復出院。

不料，病人出院 2 週後突然出現左側無力現象，20 分鐘內緊急送至北醫附醫急診，醫療團隊評估為重度中風（美國國家衛生研究院腦中風量表 NIHSS>20），快速啟動急性缺血性中風療程，先施以血栓溶解劑治療，並透過電腦斷層確認病人為顱內大血管阻塞，同時召集動脈取栓團隊，將導管從鼠蹊部穿刺置入，成功吸出血栓並打通血管，手術過程在 20 分鐘內完成。病人術後恢復良好，生活功能可自理，目前已返回母國。【右圖：北醫附醫透過電腦斷層確認病人為顱內大血管阻塞，同時召集動脈取栓團隊，成功吸出血栓並打通血管】



病人先後歷經心肌梗塞、缺血性腦中風的急重症考驗，神經內科李薰華主任解釋，缺血性腦中風與心肌梗塞均為血管疾病，心肌梗塞是心臟血管阻塞，缺血性中風是腦血管阻塞。根據研究，病人若有缺血性心臟病或冠狀動脈疾病，發生缺血性腦中風的機率較一般人高出 2~5 倍；若病人年輕就出現缺血性中風的症狀，也要特別注意是否有心臟相關的疾病。而心肌梗塞與中風互為高風險因子，也都面臨「黃金治療時間」的挑戰，民眾若有胸悶、胸痛或突然出現臉部歪斜、語言困難等症狀，都應盡速就醫。

影像醫學部鄭碩仁主任表示，與心肌梗塞相比，缺血性腦中風雖然立即性死亡風險較低，但治療速度會直接影響病人預後。以腦部取栓來說，應盡量在 2 小時內完成，手術時間越長，風險越高，病人預後也越差。國內外平均腦部取栓大約為 30~60 分鐘內完成，北醫附醫團隊此次在 20 分鐘內就完成取栓手術，病人預後十分良好。

北醫附醫腦中風治療團隊由神經內科、神經外科、急診醫學科、影像醫學部等科別聯手組成，每年啟動約 100 次，根據病人狀況，其中約有 2~3 成的中風病人可以接受動脈取栓治療。根據統計，血管打通率達 80% 以上，108 到 111 年間接受動脈取栓的急性中風病患，3 個月後能生活自理比率約 40%。

另外，北醫附醫自 2019 年啟用大腦血流灌注影像之人工智慧影像輔助判讀系統（RAPID），將術前評估時間大幅縮短，有效延長中風的黃金治療時間，由 6 小時延長至 16 小時，大幅改善病人預後。健保自 2023 年 11 月 1 日放寬急性缺血性腦中風取栓術執行時間到 24 小時，但須經影像評估確認適合接受取栓治療。根據動脈取栓的試驗（DEFUSE 3）結果顯示，若是缺血範圍為中風壞死範圍的 1.8 倍，中風壞死範圍小於 70ml，取栓成效較好。

李薰華主任提醒，心肌梗塞與腦中風都屬於血管疾病，包括代謝症候群或是有高血壓、高血糖及高血脂等三高困擾的病人，都是心肌梗塞與腦中風的高風險族群；提醒民眾平日保持健康生活，高風險族群應定期檢測血壓、血糖和血脂等危險因子，並進行頸動脈及顱內血管超音波追蹤，遠離心血管及腦血管疾病的風險。【下圖：北醫附醫急診醫學科、重症醫學科、心臟外科、神經內科及影像醫學部跨團隊通力合作，讓病人 2 個月內挺過兩次生死關卡】

