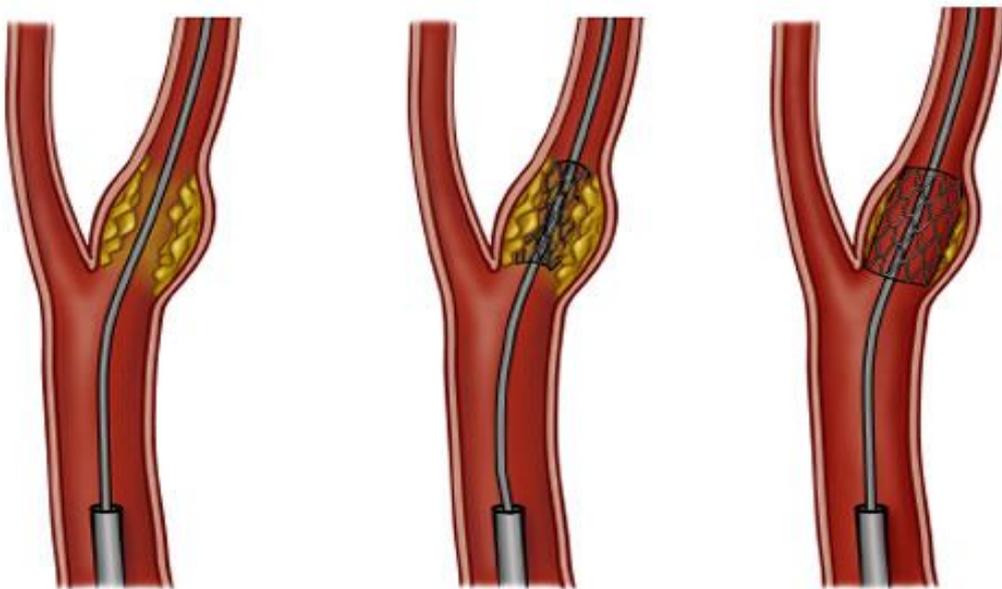


認識頸動脈支架置放術



長庚醫療財團法人 編印

壹、支架置放術的定義

頸動脈支架是一種高科技環狀金屬網，由放射診斷科、神經內外科或心臟內外科醫師藉由X光導引下，置放在血管狹窄處，擴張狹窄的血管，使血管暢通，頸動脈支架一旦置入血管後會被新生的血管內膜覆蓋，故不需取出。

貳、目的

可降低中風的發生。

參、適應症

- 一、無法接受頸動脈內膜切除術。
- 二、內膜切除術治療後，再次發生頸動脈狹窄。
- 三、經放射治療導致頭頸部動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。
- 四、合併有顱內血管之遠端狹窄。
- 五、因頸動脈或椎動脈內膜剝離、纖維肌肉異常導致之頸動脈狹窄。
- 六、合併有動脈瘤。
- 七、合併對側頸動脈阻塞而需要心臟手術。
- 八、嚴重心肺疾病，不適合全身麻醉下執行頸動脈內膜切除之外科手術。

肆、頸動脈支架置放過程

執行局部麻醉後，將導管由鼠蹊部的股動脈或手部的橈骨動脈進入，上行至狹窄的頸椎動脈處，接著把頸動脈支架外面的鞘管移去，一層薄薄的金屬支架網便會貼在血管內壁，執行時需先使用氣球擴張術將血管擴張，再放置支架，使血管內徑變大，讓血液的流通更順暢。

置放頸動脈支架過程中會使用血栓保護裝置，降低置放過程中風的危險。血栓保護裝置(圖一)指進行支架置放時，先將類似雨傘的濾網放到頸動脈遠端，再置放支架及擴張血管時，若附著於動脈硬化上的血栓脫落，就會被此傘狀濾網攔住，降低因血栓掉落隨血流入腦內血管造成中風的機會。支架置放完成後，將傘狀濾網連同所攔住的血栓，一併移除。在統計上，若未使用傘狀濾網時，執行頸動脈支架置放術約有 3~6%的中風危險性，搭配使用(圖二)支架保護裝置，中風危險性可降至 1~2%。



圖一 血栓保護裝置



圖二 頸動脈支架

伍、常見併發症

- 一、腦部過度灌注症候群之機率約<1%，如：頭痛、噁心、嘔吐或出血。
- 二、心搏過緩及低血壓。
- 三、血管痙攣。
- 四、動脈支架塌陷、變形、移位。
- 五、動脈支架再次狹窄之機率約 3~5%。
- 六、缺血性腦中風之機率約 3~6%。

陸、頸動脈支架置放術注意事項

一、術前

- (一)術前醫師會依病人狀況合併給予 2 種預防性抗血小板藥物。
- (二)術前需禁食 6~8 小時，避免因麻醉藥物導致噁心及嘔吐，造成吸入性肺炎之危險性。
- (三)治療當天早晨依醫囑給予靜脈注射，需要時會放置導尿管。
- (四)治療當天取下假牙、手錶及飾物。

二、術後

- (一)在腦中風觀察室或加護病房密切觀察 1 至 3 天。
- (二)若由鼠蹊部檢查後，需絕對臥床平躺 6~8 小時，在穿刺部位以砂袋壓迫止血 4 小時，絕對不可下床，穿刺部位的肢體不可彎曲或抬高(腳趾可適度活動)，保持伸直，以免牽扯傷口造成出血，待醫護人員確認沒有出血，才可移除砂袋。
- (三)若穿刺部位使用新型止血器止血者需絕對臥床四小時，止血後，可採 45 度坐姿休息，於傷口癒合前，需抬腿、伸腿及咳嗽時，請適當按住傷口，以免傷口裂開。
- (四)術後 6 小時可去除膠帶及紗布，以優碘消毒傷口，注意傷口有無紅、腫、滲血等情形，3 天內保持傷口乾燥及清潔，以防傷口感染。
- (五)支架置入側之頸部應避免按摩或劇烈旋轉頸部活動，避免壓迫治療側的頸部。
- (六)術後三個月內或依醫師指示持續使用抗血小板藥物，並由醫師視狀況調整劑量。

柒、居家照護注意事項

一、穿刺處照護

- (一)檢查後穿刺傷口應保持乾燥清潔。
- (二)穿刺部位會稍微的瘀青與腫脹，這種現象是正常的，約 1~2 週會逐漸消褪。
- (三)出院後若發現穿刺部位有發熱、疼痛或麻刺感等不適症狀，請立即回診。

二、支架置入側之頸部應避免按摩，執行穿刺者，治療後一個月內避免提重物及劇烈運動，保持情緒穩定、避免過度緊張、興奮及情緒波動過大。

三、儘早戒菸及酒，養成良好生活習慣。

四、支架置放後依醫師指示需長期配合服用藥物，及定期做頸動脈超音波，必要時需再次進行血管攝影檢查或磁共振造影檢查，原則上應半年追蹤一次，如有發生短暫頭暈、眼前發黑、肢體無力等疑似腦中風等症狀，須立即回診。

捌、建議看診科別：心臟內科、腦神經內科、腦神經外科

玖、諮詢服務電話

基隆院區 (02)24313131 轉 2036、2037

土城醫院 (02)22630588 轉 2256

林口院區 (03)3281200 轉 3915、3916

嘉義院區 (05)3621000 轉 3151、3152

高雄院區 (07)7317123 轉 2364、2891

本著作非經著作權人同意，不得轉載、翻印或轉售。

著作權人：長庚醫療財團法人

長庚醫療財團法人 N624 10.1×21.5cm 2021 年

<http://www.cgmh.org.tw>

