

西醫篇

預防猝死

冠心病高危險群治療需知

文／心臟內科 主治醫師 白培英

冬天一到，溫度慢慢下降，在這樣的季節，心血管疾病患者也漸漸增多。從民國94年及95年台灣地區十大死因的排行榜，我們可以發現所有的心血管疾病，包括冠狀動脈心臟病（以下簡稱冠心病）、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性心臟病，都在男性或女性十大死因之列，約占國人死因的四分之一以上。

根據統計，全世界大約有三分之一的人口未來可能會死於心血管疾病，而所有造成猝死的原因中，冠心病高居首位。事實上，冠心病早已是台灣最常見的心臟病。

動脈硬化是冠心病的根源 多種慢性病都是危險因子

治療冠心病最主要的目的有二：一是減輕症狀，改善生活品質；二是經由預防心肌梗塞來延長壽命。冠心病的形成要從動脈粥狀硬化說起，冠狀動脈硬化的過程雖然看似緩慢且與年齡老化有關，但進展速度會因身體狀況而改變，例如吸煙、高血脂、高血壓、糖尿病等因素，都會加速動脈的硬化，使原本穩定的硬化斑塊逐漸轉變為不穩定的斑塊。最後，不論是因為硬化斑塊結構脆弱而自發性的產生裂痕，或是因為血管內血流突然加壓於管壁造成損傷，硬化斑塊的破裂和血管內膜的傷口都會啟動凝血機制，吸引血小板附著、凝集而形成血栓。當血栓塞住血管管腔，阻斷血流，不穩定心絞痛或急性心肌梗塞將隨之而來。

糖尿病、慢性腎臟病、高血壓、抽菸、高膽固醇血症、肥胖以及有早發性心血管疾病的家族病史（罹患心血管疾病的年齡，男性親屬小於55歲、女性親屬小於65歲），都是冠心病的危險因子，尤其糖尿病或慢性腎臟病患者，在醫學上已被視為等同有了冠心病的存在。一般而言，糖尿病人罹患冠心病，發生心血管疾病的死亡率比非糖尿病患者高，特別是女性糖尿病患者合併心血管疾病，死亡率常常是非糖尿病患者的3倍。

冠心病症狀男女不太相同 女性常疏於警覺延誤治療

典型的冠心病症狀如下：

活動時出現心絞痛，覺得胸悶、胸痛、盜汗或喘不過氣，通常在運動的當下、情緒劇烈變化或飽餐一頓之後，這些症狀更加明顯。大多數病人經過休息，症狀就會改善。

女性在停經前受到女性荷爾蒙的保護，較少罹患冠心病，但在停經後，罹患冠心病的機率就會逐年增加，而且增加的速度比男性還要快。通常，女性出現冠心病症狀的年齡平均比男性晚10年左右，臨床表徵也與男性不太相同，特別是一些非典型症狀，包括上腹部不適，下巴或頸部的緊縮感，噁心、無力、疲倦、虛弱等等，在女性更容易出現。然而，女性病人往往以為這是過度疲勞、腸胃不適、肌肉神經痛或情緒困擾所致，因而延誤治療的時機。並且，冠心病在首次發作時，男性病人多以心肌梗塞為主要表現，女性病人則多以心絞痛來表現。

醫師診斷冠心病，除了要看病人有無典型症狀，還要根據心電圖檢查結果，如果檢查時適逢病人的心絞痛或心肌梗塞發作，這時候的心肌酶類升高也是非常有用的線索。以上三個線索只要符合兩個以上，我們就會強烈懷疑病人可能有急性冠心症。

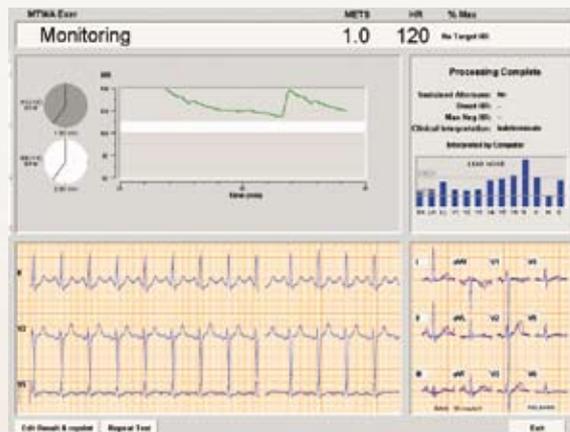
冠心病患者猝死風險多高 微伏T波分析儀一測便知

冠心病高危險群猝死的機率很高，在報章雜誌上就常常出現冠心病病人猝死的報導，

因此這類患者必須提高警覺。對於冠心病高危險群，傳統的壓迫性檢查當然可以看出心臟缺氧的情況，但是借助更新更精密的儀器進行壓迫性測試，不僅可以判斷病人的心臟是否缺氧，更可以找出哪些人有猝死的危險。



微伏T波分析儀（白培英提供）



猝死是指一個健康者在穩定的情形下，從發生症狀到死亡不超過6小時。大致上，猝死與心臟有關，而在可能造成猝死的心臟疾病中，又以冠心病占最大宗。以心肌梗塞為例，心肌梗塞患者在發作的第一天甚至於第一個小時，就可能出現致命性的心律不整，從有症狀到死亡通常不超過一個小時。

至於哪些人要小心猝死呢？其實任何人都有的危險，特別是有心臟缺氧或心室心律不整病史的患者，包括鬱血性心衰竭、早發性心室收縮，或者家族有遺傳性猝死、冠狀動脈疾病家族史等，都不能大意。

本院新引進的微伏T波分析儀是心電圖的一種，它會分析每一次心跳至下一個心跳之間T波微量的變化，在心電圖上交替和交互分析，依數據進程而描繪出危險曲線圖。藉著這種輕鬆且非侵入性的方式進行篩檢，醫師可以確認病患發生猝死的機率究竟有多高。依我們的臨床經驗，大部分受試者如果檢測結果是正常的，可確保在未來12至24個月內不會猝死。

這種檢查的方式如同運動心電圖，護士或技術員將特殊的心電圖貼片貼於受檢者的胸前和背部，心電圖貼片連接心電圖擴大器和微伏T波系統，受檢者跑8至10分鐘後，機器便會收集休息時、運動時和恢復期所有的數據，自動進行分析，而在收集微伏T波訊息的過程中，受檢者的心跳將持續增加，約莫持續7分鐘。

本院是中部地區唯一擁有微伏T波分析儀的醫療院所，健保尚未給付，病患須自費受檢，費用約6000元。檢測冠心病血管病灶最新的利器則是64切電腦斷層攝影掃瞄（詳見中國醫訊第51期）。

治療急性冠心病多管齊下 飲食運動的配合也很重要

過去治療急性心肌梗塞以使用溶解血栓藥物為主，但近10年來，利用氣球擴張術和裝置血管支架來打通血管，已成為標準治療方式。氣球擴張術可以在心臟肌肉尚未完全壞死的12小時內，減少梗塞範圍及降低心臟功能受損程度，而且越早打通血管，救活的心臟肌肉越多，病人將來的預後也越好。臨床追蹤的證據顯示，接受緊急氣球擴張術及裝置血管支架的患者，血管未來再度梗塞

的發生率和死亡率都顯著降低。當然，術後若能長期服用藥物，包括以阿斯匹靈預防血栓；以statin類的降血脂藥物降低壞膽固醇，使斑塊穩定；確實戒菸，好好控制高血壓和糖尿病，減少對硬化斑塊的刺激，更能有效預防不穩定心絞痛或急性心肌梗塞的再發生。

冠心病患者在飲食方面要注意，每一種食物都有它特殊的營養價值，日常應攝取多樣化的食物，也就是均衡飲食不偏食，每天至少5份蔬果，多吃全穀類和高纖食物，適當補充含維他命B群和維他命E、C的食物，少吃鹽，限制高膽固醇、高脂肪酸和反式脂肪類食物的攝取。此外，偶而淺酌，對心臟有好處，但切記喝酒不能過量。

運動也有利心臟健康，有氧運動如快走、慢跑、游泳、騎腳踏車、韻律操等，可以改善心肺及肌肉耐力，打太極拳也是很不錯的運動。每周運動3至5次。每次運動包含熱身、運動、緩和三階段，熱身3-5分鐘，運動時間20-60分鐘，緩和操大約3-5分鐘，只要持之以恆，就會看出成效。

搶救冠心病患的兩大準則 及時打通血管按醫囑服藥

然而，即使在醫療發達的歐美國家，仍有半數至三分之一的急性心肌梗塞病人未能獲得適當的治療，最主要的原因是患者發病時未能及時就醫，出院後又沒有遵從醫囑持續服藥追蹤，台灣的情況也差不多。

許多心臟科醫師犧牲睡眠，日以繼夜的輪班值勤，為的就是要提供病患最及時的治療。然而，如果只用氣球擴張術來撐開患者狹窄或堵塞的血管是不夠的，不但有造成動

脈硬化斑塊碎裂、動脈管壁內層剝落甚至急性崩塌之虞，擴張後的血管，傷口結疤，血管容易攣縮，再狹窄的比例在術後半年甚至高達5成。這種情況直到血管支架發明後才大幅改善。

塗藥血管支架的優點雖多 但治療選擇應視病情而定

西元2000年，接受「經皮冠狀動脈氣球擴張術」的病人數是接受外科繞道手術者的3倍以上，其中8成裝了血管支架。雖然血管支架的效果比單純的氣球擴張好，但仍有3成左右的病人，由於傷口結疤，內膜增厚，血管在術後半年還是會再度狹窄。2003年，塗藥支架上市後，有了新的突破。塗藥支架是在傳統支架塗上可以抑制細胞增生的藥物，藉此減少血管內手術傷口的疤痕組織增生，使血管再狹窄率降到一成以下，如今在美國幾乎已取代了傳統的非塗藥支架。至於各種不同的塗藥支架以何者為優，迄無定論。

2006年9月，有學者報告指出，使用塗藥支架雖然可以大幅減少血管再狹窄率，但是裝置塗藥支架與裝置傳統支架的患者相比，前者在裝置一年後，確有少許血栓發生，可能引起心肌梗塞或死亡。至於晚期血栓因何發生，多數研究顯示似乎和過早停用兩種抗血小板藥物有關，然而持續使用兩種抗血小板藥物，是否會引起較多的出血併發症，也有待觀察。不過在目前看來，使用塗藥支架的效益遠超過晚期血栓和死亡的安全疑慮，所以只要是美國食品藥物管理局已核准的適應症，使用塗藥支架還是安全的。

綜上所述，冠心病或狹心症患者若有嚴重的心絞痛症狀，用藥治療效果不彰；或是症狀雖不嚴重，但運動心電圖或核子醫學掃描等檢查顯示有大範圍的心肌嚴重缺氧；抑或血管攝影顯示冠狀動脈血管近端的重要部位有嚴重狹窄者，氣球擴張術和裝置支架是外科繞道手術外的另一選擇。患者適合裝置支架或適合外科繞道手術，要視個別狀況而定，不能一概而論。但無論如何，經過長期追蹤，接受積極手術治療的患者，死亡率和急性心肌梗塞的發生率，都比只用內科藥物治療者為低。只是對於病情較為穩定的冠心病或狹心症患者而言，因為影響預後的因素很多，單靠裝置支架，能否預防心肌梗塞，延長壽命，問題就複雜多了。

醫學不斷求進步，為的是讓病人「不但活得更久，還要活得更好」，每一項創新的科技或藥物治療，出發點都是善意的，但也都要通過時間的考驗才能得到清楚的定位。持平的說，如果迷信科技，以為裝了最新最貴的支架就能一勞永逸，不用吃藥，不用保養，就能長命百歲，那是不可能的；但若以為「心臟裝支架，不會更長壽」，沒必要裝支架，也是以偏概全的說法。

所以，治療急性心肌梗塞最重要的課題應是如何將最適當的治療及時給予最需要的病人，所謂適當的治療包括「把握黃金時間打通血管」和「持續的藥物治療」。這不光是醫療系統單方面的責任，還牽涉到醫學資訊傳播和病人、家屬的教育，這些都需要大家一起努力。🌱