

淺談缺血性心臟病

陳福壽內兒科診所 陳福壽醫師

心臟病是我國國民十大死因之一，冠狀動脈疾病就是其中最常見的一種，所謂冠心病，就是心臟表面的冠狀動脈產生粥狀硬化所造成的疾病，在台灣罹患此病的人數正逐年增加，更值得注意的是，連現在的年輕人都容易得到冠心病，故不能忽視之。

一、狹心症診斷的認定：

1. 病史是診斷狹心病的方法之一，胸痛應包括疼痛的發生時機、方式、頻率、時間的長短，以及位置。有無傳射轉移。痛的誘發原因，緩解因素，有無合併其他症狀如頭暈、盜汗、氣喘或嘔吐等。
2. 狹心症不一定是以胸痛表現，有可能胸悶、壓迫感、灼熱感等。
3. 發生的位置不一定在前胸，不是點狀，亦不會有壓痛，有些病人可能以傳射轉移部位的疼痛，發生在左肩、左臂、左肩胛骨，頸部或下

顎，左手指。

4. 狹心症的表現有的不以胸痛來表現，而以呼吸困難、氣喘或盜汗來表現。

二、誘發原因：

如貧血，控制不良之高血壓，甲狀腺毒症，頻脈性心律不整，控制不佳之心衰竭及心臟瓣膜症等。

三、狹心症之檢查：

1. 靜態心電圖檢查：
 - i. 所有懷疑狹心症病人都應做靜態EKG。
 - ii 單張靜態EKG若正常，並不能排除冠心病，而一張異常的EKG則有助於臨床上診斷狹心症，此外有異常EKG的人則有較差的預後。
 - iii 一系列的EKG可能較有臨床意義。
 - iv 狹心症發作時，不一定出現異常的EKG。

2. 運動心電圖檢查：

- i運動EKG有助於冠心病之診斷及預後分類，所有臨床上懷疑狹心症病人在適合情況下，得檢查運動EKG。
 - ii當病人接受運動EKG檢查時，應在正常的服藥下完成，但做為初始診斷時，為避免降低檢查之敏感度，應停藥但要以舌下硝酸甘油片備用。
 - iii病人有無糖尿病或女性是否停經，或有無服用女性激素等，都會影響檢查與結果的判讀。
 - iv哪些病人不適合做運動心電圖檢查呢？如下列：不穩定型狹心病，危及生命之心律不整，心臟衰竭，高度房室傳導阻礙，急性心肌炎或心包膜炎，重度主動脈瓣狹窄或肥厚性阻塞性心肌病變，未控制好的高血壓等。
3. 核子醫學掃描，心肌灌注造影。(myocardial perfusion imaging)
 4. 心導管檢查(Cardiac Catheterization)、冠狀動脈攝影(CAG)、P.C.I(percutaneous coronary intervention)
 5. 64slice C.T.螺旋電腦斷層檢查，Angiography of Coronary artery；此種檢查不需穿刺動脈，只需靜脈注射顯影劑，可有效顯出冠狀動脈狹窄與否以及狹窄程度。

四、冠狀動脈硬化危險因子的處理：

1. 血脂肪(包括膽固醇及三酸甘油酯)
 - i所有狹心症患者，都應測Cholesterol及Triglyceride，包括低密度及高密度脂蛋白，心血管疾病的高危險群將因降低過高的膽固醇及三酸甘油酯而獲益。
 - ii血脂正常值：膽固醇<200mg/dl；三酸甘油酯<150mg/dl；高密度脂蛋白>40mg/dl；低密度脂蛋白<130mg/dl
2. 血壓：用降壓劑治療到正常範圍內之冠心病患者，可使主要心血管發病率事件降低30%。
3. 戒煙：吸煙者比不吸煙者易患狹心症，戒煙或許不一定能改善症狀，但它卻能降低狹心症的死亡率。
4. 運動：在能力許可範圍內，適度地做一些有氧運動，可以改善心肌灌流量，冠狀動脈血管量及最高運動負荷量。
5. 減輕體重：體重過重者，應藉運動、降低飲食熱量攝取，而非以藥物方法來減重。理想體重(Kg)=22×身高平方(公尺平方)，BMI(Body mass index)身體質量指數=體重(公斤)/身高(公尺平方)=22，成人BMI值之理想範圍：18.2→23.9；肥胖>27；理想體重範圍為正負10%，腰圍異常值：男生>90公分；女生>80公分。根據BMI：輕度肥胖：27≤BMI<30，中度肥胖：30≤BMI<35，重度肥胖：BMI≥35

6. 職業：狹心症病人應考慮其工作性質，最好是負擔輕的工作，一些職業駕駛、飛行員、船員等特殊職業，在法律上有限制。

五、藥物治療：

所有藥物治療、應注意、禁忌、副作用以及其他藥物交互影響作用。

1. 預防性治療：建議病人必須每日服用Aspirin 75-300mg。因為Aspirin可在高危險群病人中，降低後續血管疾病事件的發生率，但對於Aspirin過敏或無法忍受者，則建議改用其他抗血小板凝集藥物。
2. 早期的症狀治療：對於症狀輕的患者可使其症狀減少。
 - i.胸痛發生時或足以導致狹心症發作的活動時，可服用舌下硝化甘油含片(NTG)，或護心貼片。
 - ii.如病人對舌下製劑反應不佳時，可使用口服製劑。
3. 症狀加重時藥物治療：
 - i.乙型阻斷劑：狹心症病人都應考慮使用乙型阻斷劑來治療，病人不能突然停藥，如果停藥，應慢慢減量再停藥，對於有心肌梗塞的病人，用乙型阻斷劑可降低死亡率。高血壓的病人服用它，比較不會發生血管意外，即使發生心肌梗塞，死亡率也會降低。
 - ii.鈣離子阻斷劑：當病人對乙型阻斷劑耐受性不良時，應考慮用鈣離子

阻斷劑，但應盡量選用不增加心跳速率者。

- iii.硝酸鹽製劑：口服持續釋放型硝酸鹽長效製劑每日1次與短效製劑每日2到3次是一樣效果的。硝酸鹽製劑貼片對狹心症也有效，但其劑量及使用期間很重要。高劑量貼片間歇性使用比持續性使用有效，硝酸鹽貼片製劑每次給藥量至少10mg。
 - iv.血管收縮素轉換酶抑制劑(ACEI)
 - v.ARB製劑，血管收縮素II接受器阻斷劑。
4. 合併使用：當單一種抗狹心症藥物不足以控制症狀時，可考慮加入第二或第三種藥物，選用時可考慮病患是否合併有高血壓、陳舊性心肌梗塞..等等。

六、藥物以外的治療方法：

包括心導管介入性治療，例如經皮冠狀動脈氣球擴張術，雷射或旋轉磨除粥狀硬化術，冠狀動脈支架置放術(Stent)，以及冠狀動脈繞道手術(CABG)等。

七、結論：

冠心病治療的目的是減輕患者的症狀，降低死亡率，或心肌梗塞的危險，提高生活品質和延長生命，主要治療方式為：藥物治療，經皮冠狀動脈介入性治療(PCI)和冠狀動脈繞道手術(CABG)，有三支血管病變和左心室

功能不良者(左心室射血分數小於50%者)，若合併有惡性心律不整或糖尿病者則建議使用CABG。降血壓，調整血脂，乙型阻斷劑及抗血小板凝聚劑

等藥物的治療是冠心症治療的基石，可以使患者發生突發性不良心血管事件的危險性降低至最大程度。



2009年高雄市醫師節大會，陳福壽醫師行醫四十年資深醫師受獎，與楊月香夫人合照留念。