

冠狀動脈心臟病的經心導管治療：藥物塗層支架台大經驗

台大醫院雲林分院副院長 黃瑞仁副教授

心臟的動脈血管稱為冠狀動脈，左邊血管由一約 1.5 至 2 公分長的左主幹動脈 (Left main trunk) 分為左前降枝及左迴旋枝，加上右冠狀動脈，共有三條主要的冠狀動脈。動脈粥狀硬化引起冠狀動脈狹窄，一般以狹窄 50% 以上認為有臨床上意義的病變，狹窄 70% 以上需要加以治療，以避免心肌梗塞或心臟猝死症的發生。冠狀動脈心臟病因其嚴重度不同，可分為單枝血管、雙枝血管、三條血管及左主幹枝病變，其每年死亡率約為 2%、4%、6%、8-10%，可見冠狀動脈心臟病的可怕。

冠狀動脈狹窄臨床上可能出現穩定型心絞痛、不穩定型心絞痛、急性心肌梗塞、無症狀性心肌缺氧、冠狀動脈攣縮及心臟猝死症等不同類型，治療可以心導管介入性治療或心臟外科繞道手術等方法來改善冠狀動脈血流，減輕病患心絞痛或呼吸困難等症狀，增加病患運動耐受能力及延長病患的生命。至於以內科或外科方式治療較佳，需與心臟科醫師充份討論，在很難決定時，我個人相當贊同尋求“第二意見”作為參考。

經心導管的介入性治療，包括氣球擴張術、支架置放、動脈粥狀瘤切除術及雷射等方法，其危險性約為 0.5% 至 1%，外科繞道手術危險性約為 3% 至 5%。經心導管介入性治療最大的好處是病患不需全身麻醉，疼痛少，住院日較短，手術治療時間約 30 分至 2 小時，其最大缺點是術後 3 至 6 個月發生的“再狹窄”，需要再一次的心導管治療。平均而言，冠狀動脈狹窄病變單以氣球擴張術治療，再狹窄機率約為 30% 至 40%，以一般血管支架治療再狹窄率降至 20% 左右。自 2003 年 10 月起台灣上市的“藥物塗層支架”可使再狹窄率降為 5% 左右。目前台灣健保給付，氣球擴張術病患不用額外自付差額 (除非是用附有刀片的氣球來治療特殊狹窄病變，需自付 24,000 左右)；一般血管支架在一定的條件下，每人每年可支付 3 個支架，如不符合條件，一個支架需自付 3 至 4 萬左右的費用；藥物塗層支架目前均不給付，一個支架需自付 72,000 至 124,000 左右。

外科繞道手術的血管，也會再阻塞，一般而言，以動脈作為繞道手術的血管，10 年的暢通率可達 90% 以上，以大腿的隱靜脈作為繞道手術血管，每年的再阻塞率約為 5%。因此不管是經心導管的內科治療或外科開心手術治療，術後保養包括清淡飲食及定時運動、戒煙、控制血壓、血糖及血脂肪，均是非常重要的。台大醫院自 2003 年 10 月開始置放 Cypher (Sirolimus-eluting stent)，2004 年 2 月開始置放 Taxus (Paclitaxel-eluting stent) 至 2005 年 1 月底止，共有 121 位病患接受 207 個 Cypher 支架，464 位病患接受 701 個 Taxus 支架，每位病患接受約 1.7 個支架置放，平均年齡 64.5 ± 11.2 歲，男女比為 3.8 比 1，支架長度以 24 至 32 毫米居多，直徑以 3.0 毫米最多，長期追蹤至 2005 年 8 月底止有 14 位 (2.4%) 病患死亡，14 位 (2.4%) 發生非致命性心肌梗塞，68 位 (11.4%) 病患需介入性處置血管再治療手術 (Target Vessel Revascularization, TVR)，而 Cypher 與 Taxus 無統計上差異。