

# 冠状动脉疾病心导管检查及介入性治疗说明书

## 一、什么是心导管检查？

心导管检查是先在穿刺部位施行局部麻醉，再从鼠蹊部的股动脉或前臂的桡动脉插入一条细长的管子，注入显影剂作心脏腔室与大血管或冠状动脉摄影，来评估心脏血管病变及构造之异常及心脏腔室与血管压力测量、血氧饱和度分析。

## 二、那些人需接受心导管检查？

怀疑或确定有冠状动脉疾病，经适当药物治疗之后情况未有改善，或临床症状恶化等病人。

## 三、心导管检查术的目的为何？

1. 确定疾病诊断并评估其严重度与预后。
2. 选择最适当的治療方法（如药物治疗、气球扩张术、置放支架等介入治疗或外科手术等）以改善病人症状。

## 四、心导管检查及介入性治疗可能发生的并发症和处理方式：

检查中除局部麻醉时伤口会有轻微胀痛感觉，及注射显影剂时全身发热外，大部分病人不会有太大不适之感觉。若穿刺部位在股动脉时于做完心导管检查后须卧床休息数小时，此时因卧床较久有些人会有腰酸背痛的感觉；若穿刺部位在手部，术后即可下床活动。诊断检查完毕后，主治医师会解释心脏血管阻塞状况，并说明治疗选项（药物、气球扩张术、绕道手术等）。若选择气球扩张术，且获得病人及家属同意后，医师会马上进行气球扩张术治疗，过程大约一个半小时左右（少数困难的状况可能需要更久）。有些病人则因血管病变不适合实施气球扩张术治疗，需会诊心脏外科，安排冠状动脉绕道手术。心导管检查及介入性治疗有时会发生并发症，甚至危及生命，但死亡率很低，心导管检查约为千分之一，气球扩张术约为

1% ~2%左右。心导管检查主要的并发症包括中风、心肌梗塞、置放导管

处局部血肿、恶性心律不整、血管剥离、心包膜填塞、气胸、血胸、敏感体质导致之过敏或休克、肾功能恶化等。这些合并症的发生与否主要与病

人病情的严重度及病人特异体质有绝对关系。高风险群病人，如心脏衰竭、急性冠心病、肾功能不良、特殊冠状动脉血管情况（如左主干狭窄、血管过度钙化、过度广泛的狭窄情况等），风险则会显著提高。在心导管检查及实施介入性治疗过程中，医师及所有医疗团队会竭尽所能去治疗好病人的病痛及预防合并症之发生，万一发生合并症导致病人生命危急时，需立即为病人施以紧急救治，甚至紧急之心脏外科手术，以稳定生命迹象，届时希望病人暨其家人能予以谅解与支持。

## 五、什么是血管支架？

为一种金属制的网状支撑物，1980年代中期开始发展，至1993年才有第一个美国FDA许可的产品，此后产品发展非常迅速，目前约有接近100种冠状动脉支架产品上市，有各种不同之大小及型式。金属支架套于气球上，穿过狭窄病变处后，将气球涨大，之后气球放气取出，支架即置放于该处，经数周至数月后，血管内皮细胞会生长盖过支架表面，在此之前病人需服用两种抗血栓药物（阿司匹林 Aspirin，保栓通 Plavix）来避免血管内血栓形成，服用期间为6个月（传统金属支架）到1年（涂药支架，超过3个月的部分健保不给付，须自费）不等。

### 1. 血管支架与气球扩张术的差异？

支架的使用可减少许多因实施冠状动脉血管扩张术造成之并发症，包括血管突然塌陷或剥离，而需紧急实施冠状动脉绕道手术。支架也可以在血管愈合过程中维持血管通畅。但不论使用气球导管扩张术或冠状动脉支架，仍有相当比例的病人发生再阻塞的状况。其中单纯使用气球导管扩张术的病人六个月内之再阻塞率约30~50%，如果病人的血管病变长度较短，或是病灶是位于较大口径的血管，则使用传统金属支架可将再阻塞率降至20~30%，但若是病人本身有糖尿病，或病灶在较小的血管或血管分叉处，则尽管已使用传统金属支架，其再阻塞率仍有30~60%，此时则可考虑涂药支架，进一步减少再阻塞机会至10%以下。

### 2. 什么是涂药的血管支架？

涂药支架【目前健保不给付】显然将成为未来心血管疾病介入性疗法的主流，涂药支架可以有效降低血管再狭窄发生之机会，且临床实验结果不断的证实其安全性与有效性。涂药的血管支架售价约为传统金属支架的2-3倍（目前约5-6万）。由于涂药的血管支架抑制血管内组织过度增生导致的再阻塞，所以血管内皮细胞生长盖过支架会比较缓慢，必须服用两种抗血栓药物以避免血管内血栓形成，服用期间需长达一年，病人切勿自行轻易停药。由于同时使用2种抗血栓药物时间较长，对于胃部刺激性稍大，胃溃疡发生风险也较高，部份病人(约7%)甚至引起胃出血，病人可考虑自费先使用胃溃疡治疗药物来预防。