我有穩定性心絞痛需不需要接受心導管治療？

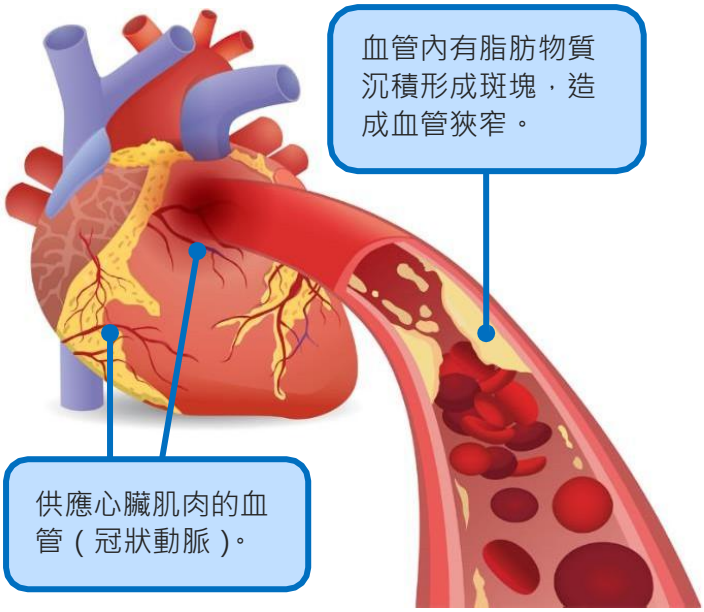
【前言】

當醫師診斷您為穩定性心絞痛，您應該要改變生活形態並接受藥物治療。這不但會降低心臟病發作及死亡的機會，也會減輕心絞痛的症狀。可是當心絞痛症狀影響您的日常活動，您可以考慮再加上心導管治療的血管內氣球擴張術或支架治療。這雖不會減少心臟病發作及死亡的機會，但可能會使您維持較好的日常活動功能。不過氣球擴張術或支架屬於侵入性治療，可能會有相關副作用及風險，因此需要您仔細的思考評估，跟醫師共同討論出最適合您的治療方式。

【適用對象 / 適用狀況】

經醫師診斷為穩定性心絞痛，過去未曾接受過心導管治療或是冠狀動脈繞道術，需要與您一起討論治療的方式。

【疾病或健康議題簡介】



● **什麼是心絞痛?**

心絞痛是導因於供應心臟肌肉的血管有脂肪物質沉積而形成斑塊。此斑塊造成血管狹窄，因此輸送到心臟肌肉的血流會變少，臨床上可能會引起胸口悶、痛等症狀，尤其在運動時症狀會更明顯。心絞痛會增加您心臟病發作(心肌梗塞)和猝死的機會。

心絞痛可以是”穩定性”或”不穩定性”。”不穩定性”是指平常的症狀有所改變，例如:發作的次數、嚴重程度、時間或是發作的原因。”不穩定性”心絞痛有較高風險造成心臟病發作(心肌梗塞)，使得心臟肌肉損傷，甚至死亡。需要立即到醫院接受醫療處置。

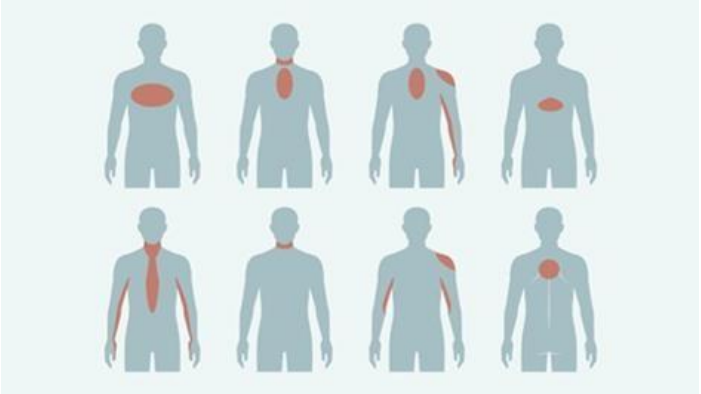
更新日期： 115 年10月07日

- **心絞痛會有那些症狀?**

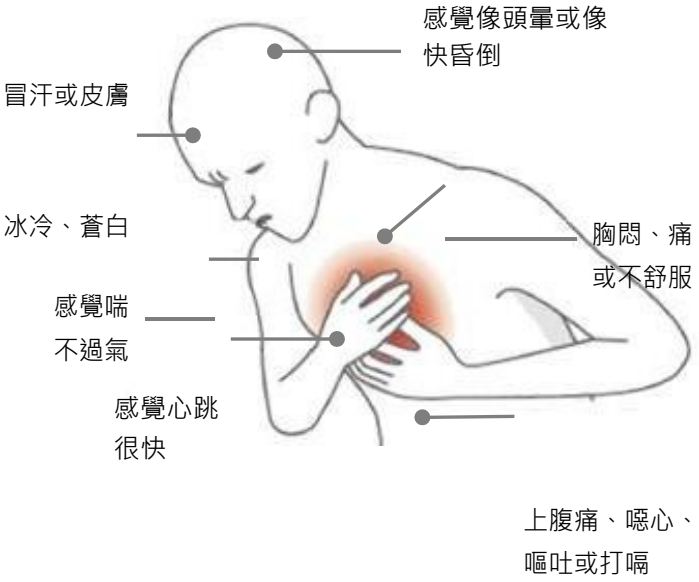
心絞痛可能第一次出現症狀就是心臟病發作(心肌梗塞)。心絞痛不舒服的症狀在運動時比較會發生，最常見的症狀是胸部不舒服或是感覺到呼吸喘。老人及女性的症狀可能會比較輕微或不典型。

典型心絞痛發作時您可能會感到：

- 胸口緊繃或沉重
- 胸口出現擠壓感、壓迫感或燒灼感
- 一隻手臂或雙手臂、單 (或雙) 肩、背部、脖頸、頷 (下巴) 不適



心絞痛或心臟病發作(心肌梗塞)可能不舒服的位置



心絞痛或心臟病發作的常見症狀

- 除了胸口不舒服外，還可能有以下症狀：

1. 呼吸短促
2. 上腹部痛、噁心、嘔吐、打嗝
3. 冒冷汗、皮膚蒼白
4. 感覺心臟跳動過快
5. 感覺頭昏

您可以根據您的症狀，來判斷您心絞痛的分級：[1]

第一級：一般的日常活動不會發生心絞痛症狀，例如走路或爬樓梯。症狀只會發生於費力、快速或長時間的工作或休閒運動。

第二級：一般的日常活動會稍微受到限制。

症狀僅發生於：快速走路或爬樓梯、走上坡、用餐後走路或爬樓梯、寒冷或有風的環境、情緒壓力下走路或爬樓梯、或僅發生於睡醒後數小時。

可以用正常的步伐或速度走路超過兩個路口或超過一層樓的樓梯。

第三級：一般的日常活動會明顯受到限制。

僅能用正常的步伐或速度走路超過或兩個路口，或一層樓的樓梯。

第四級：身體動一下就會有不舒服症狀。甚至休息時可能也會有不舒服症狀。

更新日期： 115 年10月07日

【醫療選項簡介】

主要治療穩定性心絞痛的方式：

要減輕心絞痛不舒服的症狀、降低心臟病發作及死亡的機會就必須要有健康的生活型態，並配合定期服用藥物。氣球擴張術或放置支架則對於治療心絞痛不舒服的症狀可能有較好的效果。

- **藥物治療及維持健康生活型態：**

1. 您可以做幾件事來降低您發生心肌梗塞及死亡的風險
   (1) 如果您有抽菸，請戒菸
   (2) 多食用蔬菜水果，減少食用肉類及含脂量高食物
   (3) 每星期盡量天天都有走路或運動
   (4) 維持適當體重*

*可參考 BMI 指數：
BMI = 體重(公斤) / 身高 ^{2}(公尺)
亞洲人的 BMI
- 過輕：< 18.5
- 標準：18.5 至 22.9
- 過重：> 23

(根據世界衛生組織西太平洋地區辦事處標準)

2. 藥物：

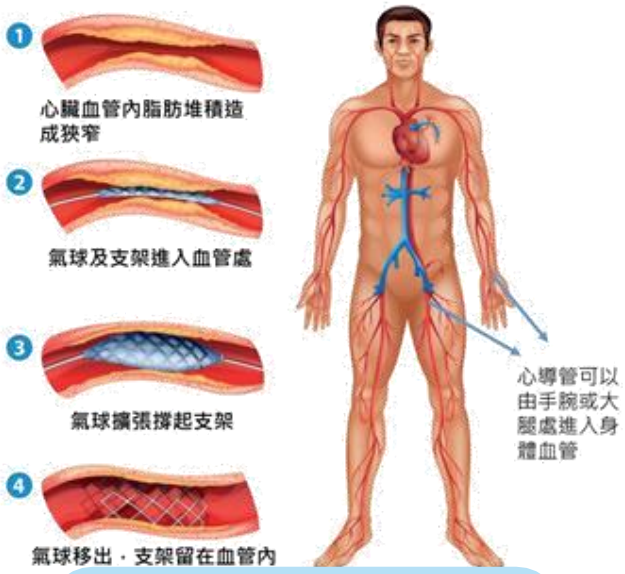
   藥物可以降低您心肌梗塞的風險，並能讓您活得更久。但是您必須每天依照醫囑服用這些藥物。您的醫師可能開立的藥物包括：

   (1) 降低膽固醇的藥物，例如史他汀類 (statins)
   (2) 降低血壓的藥物
   (3) 阿斯匹靈(Aspirin)或其他藥物來協助預防血栓

   如果您有因為冠心症而產生胸口不舒服，醫師也可能給您緩解的藥物，這些藥物包括”硝化甘油”，“乙型阻斷劑”或其他藥物。

- **氣球擴張術或放置支架：**

1. 醫師會將末端有氣球的細塑膠管置入手腕或大腿處的動脈，沿著血管進入心臟中阻塞的血管，並用氣球撐開阻塞的地方，在符合適應症或特殊情形下，會再將一個細小的網狀支架留置在血管處以保持血管通暢(如右圖)。術後需住院觀察數天，且仍需定期服用藥物及保持良好生活型態。
2. 如果心導管檢查發現您無法或不合適進行支架置放，醫師會再與您討論接續的治療方案。



氣球擴張術及放置支架

【您目前比較想要選擇的方式是】

□藥物治療及維持健康生活型態

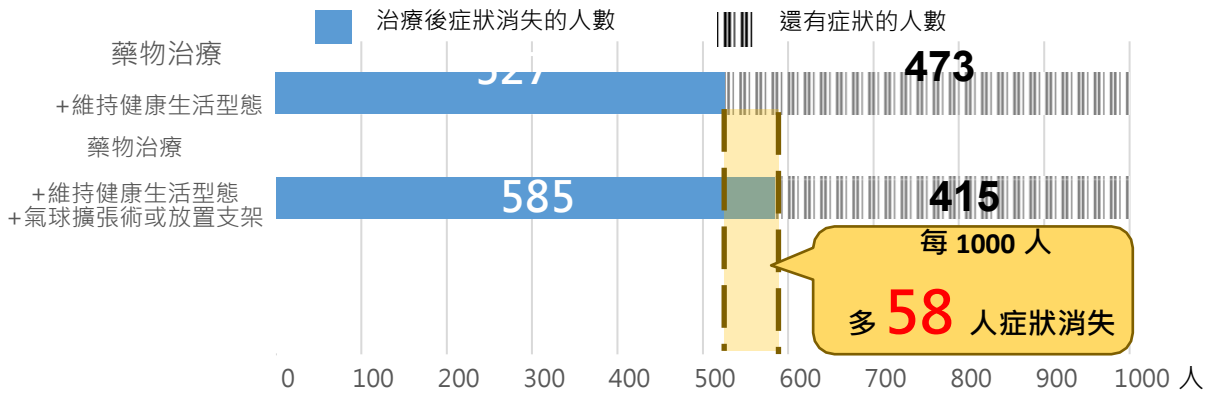
□藥物治療及維持生活型態改變，再加上氣球擴張術或放置支架

□目前還不清楚

更新日期： 115 年10月07日

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、選項的比較

	A. 藥物治療+維持健康生活型態	B. 藥物治療+維持健康生活型態，再加上氣球擴張術或放置支架
治療方式	1. 依照醫療團隊的建議每日定期服用藥物。 2. 養成並維持健康的生活型態，包括: 飲食、戒菸、減重、運動...。	1. 依照醫療團隊的建議每日定期服用藥物。 2. 養成並維持健康的生活型態，包括: 飲食、戒菸、減重、運動...。 3. **需住院2 至5 天進行氣球擴張術或放置支架**。 4. 支架選用相關資訊可向您的醫療人員諮詢。
症狀的改善 [2-5]	每 1,000 位病患，有 527 位症狀消失。	每 1,000 位病人，有 585 位症狀消失。
	 ※每 1,000 人中使用藥物治療+維持健康生活型態，再加上氣球擴張術或放置支架者的人，比使用藥物治療+維持健康生活型態者多 58 人症狀消失。	
副作用 [6]	沒有手術相關的副作用。	手術相關副作用相當少見 1. 手術死亡：每 1,000 位病人，有 6 位 2. 傷口的血腫：每 1,000 位病人，有 5 位 3. 導管相關中風：每 1,000 位病人，將近有2 位 4. 再狹窄： 手術後可能會因為血管內皮增生，而造成血管再次狹窄。接續處置要視病人的臨床狀況再決定。 副作用發生的機會風險會隨年齡及相關慢性疾病而增加。
經濟考量	門診費用	門診加住院費用(部分特殊支架需自費，醫療人員會與您做進一步的討論)。
病人舒適性	不需住院	需住院 2 至 5 天，若從大腿股動脈進行，術後可能需平躺 6 小時。
長期存活率／死亡率	無明顯差異	

更新日期： 115 年10月07日

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼? 以及在意的程度為何？

請填寫下列考量因素優先順序(0-4，0 代表完全不在意，4 代表非常在意)

考量因素	完全不在意	在意程度 ⟷			非常在意
較好生活品質	0	1	2	3	4
手術的風險與後遺症	0	1	2	3	4
須住院 2-5 天	0	1	2	3	4
醫療費用	0	1	2	3	4
其他：	0	1	2	3	4

步驟三、對於上面提供的資訊，您是否已經了解了呢？

1. 穩定性心絞痛病人只要能維持生活型態改變及藥物治療，不管有沒有加上氣球擴張術或放置支架，都能有效降低心臟血管疾病死亡率。	□對 □不對 □不確定
2. 氣球擴張術或放置支架併發症，如腦中風、心肌梗塞或死亡的風險是很高的。	□對 □不對 □不確定
3. 接受氣球擴張術或放置支架手術後，可改善病人的生活品質。	□對 □不對 □不確定
4. 接受心導管檢查及支架置放手術後，就可以不用服用藥物。	□對 □不對 □不確定
5. 定期服用藥物及維持健康的生活型態是治療穩定性心絞痛最重要的治療。	□對 □不對 □不確定

更新日期： 115 年10月07日

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：（下列擇一）

□ 藥物治療+維持健康的生活型態

□ 藥物治療+維持健康的生活型態，再加上氣球擴張術或放置支架

□ 不進行任何治療，原因：_____

_____

我目前還無法決定

□ 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。

□ 我想要再與其他人（包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...）討論我的決定。

□ 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：_____

_____

瞭解更多資訊及資源：

醫病共享決策平台https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

參考文獻：

1. Campeau L. Grading of angina pectoris. Circulation 1976;54:5223.
2. Pursnani S, Korley F, Gopaul R, Kanade P, Chandra N, Shaw RE, Bangalore S. Percutaneous coronary intervention versus optimal medical therapy in stable coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Circ Cardiovasc Interv 2012; 5(4): 476-490.
3. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, Knudtson M, Dada M, Casperson P, Harris CL, Chaitman BR, Shaw L, Gosselin G, Nawaz S, Title LM, Gau G, Blaustein AS, Booth DC, Bates ER, Spertus JA, Berman DS, Mancini GB, Weintraub WS, Group CTR. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007; 356(15): 1503-1516.
4. Bangalore S, Pursnani S, Kumar S, Bagos PG. Percutaneous coronary intervention versus optimal medical therapy for prevention of spontaneous myocardial infarction in subjects with stable ischemic heart disease. Circulation 2013; 127(7): 769-781.
5. Sripal Bangalore, David J. Maron, Gregg W. Stone, and Judith S. Hochman. Routine Revascularization versus Initial Medical Therapy for Stable Ischemic Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048194
6. Dehmer G, Weaver D, Roe M, et al: A contemporary view of diagnostic cardiac catheterization and percutaneous coronary intervention in the United States. J Am Coll Cardiol 2012;60:2017-31.

【版本】2020年第三版，更新日期：2025.10. 07

【經費來源】本工具由衛生福利部「醫病共享決策推廣計畫」項下經費支應。經費來源及研發團隊成員與此工具相關醫療選項沒有利益衝突、經濟利益或贊助關係。

【研發團隊】2016年第一版：召集人 葉森洲 / 執行團隊 王宗曦、王英偉、石崇良、余忠仁、吳宜蓁、李文領、李宜恭、周幸生、周柏青、林宏榮、侯文萱、徐圭璋、翁文能、梁蕙雯、許榮城、陳厚全、黃閔照、廖熏香、劉俊傑、潘延健、譚家偉 (依姓名筆劃排序) 游育岑、吳碧娟、張靜怡

2018年第二版：李文領、李宜恭、侯文萱、紀景琪、陳可欣、陳祖裕、廖熏香、劉人瑋、劉建良、鄭浩民、謝育整 (依姓名筆劃排序) 羅恒廉、吳碧娟、許競允

2020年第三版：李宜恭、侯文萱、郭寶仁、陳可欣、陳祖裕、廖熏香、劉人瑋、劉建良、鄭浩民、謝育整 (依姓名筆劃排序) 陳嘉珮、王郁涵、許競允