

冠狀動脈心臟病與慢性腎臟病

- ▶ 心血管疾病為慢性腎臟病死亡的主要原因之一，2003 年美國有一個研究有提到慢性腎臟病及尿蛋白均為冠狀動脈疾病的獨立危險因子。依照腎絲球過濾率分期(1-5)，級數越高，冠狀動脈疾病盛行率也越高；因此，評估心臟疾病存在是慢性腎臟病醫療照護重點之一。



急性冠心症是心血管疾病的急症，診斷和治療，需合併臨床症狀，心電圖異常，心臟酵素異常等進行綜合判斷。

- ▶ 危險因子

傳統危險因子為老年人，男性，高血壓，低密度膽固醇高脂症，糖尿病，抽菸，活動量少，停經，家族史有早發性心血管疾病與左心室肥大。對慢性腎臟病族群的心血管疾病診斷只考慮傳統危險因子而忽略非傳統危險因子的話，無法充分解釋慢性腎臟病人在心血管疾病的高危險性，甚至會低估它慢性腎臟病人發生心血管疾風險和嚴重度，所以也要考慮到非傳統危險因子。非傳統危險因子為蛋白尿，同胱胺酸(Homocysteine)，貧血，鈣磷代謝異常，體液超負荷，細胞氣

化壓力跟發炎程度, 營養不良與睡眠問題。

➤ 診斷

1. 心電圖：非特異性改變，左心室肥大，典型 ST-T 段上升或下降及 T 波呈倒置，或新發生的左側傳導阻礙，少數可能是正常的。
2. 心臟酵素：LDH、CK、CK-MB isoenzyme、Troponin (T、I)，若連續抽血 Troponin 值有動態性變化，須懷疑心肌梗塞的可能；但無論有無心肌缺氧，Troponin 升高表示病人短期或長期預後均較差。
3. 運動心電圖：因為靜態心電圖常呈現部分異常，再加上運動後的最高心跳常低於最大預測值 90% 以下，使得運動心電圖在診斷慢性腎臟病族群心血管疾病能力上略顯不足。
4. 心肌灌注掃描：心肌灌注掃描呈陽性者，心肌梗塞比率 (risk 2.73) 與心血管死亡率 (RR 2.92) 比較高。



5. 電子射束電腦斷層 (Electron Beam CT) 有效偵測到病人心臟冠狀動脈是否有鈣化情形，由於無法區分鈣化部位。

6. 電腦斷層血管攝影及核磁共振造影

7. 心導管檢查檢查冠狀動脈狹窄情況最直接、精確的方法，可在檢查同時進

行氣球擴張術或置放支架治療；心導管配合血管內超音波、光學同調斷層掃描術可進一步分析血管狹窄成因；但是，由於是侵入性檢查，可能的併發症及注射顯影劑可能造成的腎功能惡化，是腎病族群接受心導管檢查最大的隱憂。

► 四、處置

(一) 藥物治療：抗血小板藥物尚未罹患冠狀動脈心臟病的慢性腎臟病病人 (eGFR < 45 ml/min) 且併高血壓，建議服用每日 75 mg 低劑量 aspirin，可降低心血管不良事件發生率。罹患冠狀動脈心臟病而接受心導管的慢性腎臟病病人美國心臟學會建議放置支架後須聯合使用 Bokey(伯基) 與 clopidogrel(保栓通錠)共 12 個月。eGFR < 64 ml/min 毫升的慢性腎臟病的病人，罹患非 ST 節段上升型心肌梗塞後，接受九個月 clopidoprel 與 aspirin 雙重抗血小板療法，與單用低劑量 aspirin 效果相當。慢性腎臟病人不論服用 clopidoprel 或 aspirin，出血風險均較一般族群增加。

(二) 冠狀動脈繞道手術：心血管疾病是慢性腎臟病人死亡的重要因素，如何治療慢性腎臟病病人的冠心病存活率最有幫助？多數文獻顯示，無論腎臟受損程度為何，冠狀動脈繞道手術的長期存活率最佳，其次為心導管治療，單純藥物治療效果最差。慢性腎臟病人 eGFR 愈低，接受冠狀動脈繞道手術後死亡率愈高。傳統的 CABG 因需使用體外循環，故併發症較多，已逐

漸為不需體外循環的 CABG 所取代。而 70 多萬接受 CABG 案例研究也發現，不需體外循環的 CABG 不僅比傳統 CABG 在慢性腎臟病人有較佳存活率，術後接受透析治療比率也較低。CABG 繞道血管的選擇無論是否接受透析治療，使用內乳動脈較僅使用靜脈血管者院內死亡率較低、五年存活率較高但對接受血液透析病人則建議，儘量使用動靜脈瘻管對側之內乳動脈，以避免透析治療時發生冠脈竊血綜合症 coronary steal。

資料來源：安新診所洗腎室 戴秋霞醫師 提供