



# 腎友週報

安慎、中慎、惠慎  
竹東、安新、怡仁

第 142 期

105 / 11 / 02

## 活動訊息

### 心血管季(10-12月)照護評比

心血管疾病 長期高居腎友住院/死亡的主要病因，腎友的水份控制良好與否，與心血管疾病的罹患風險息息相關，本季的腎友自我照護指標，將著重於病患的水份的控制。

理想的水份控制（也就是 2 天水份增加不超過乾體重 5%，3 天不超過乾體重 6%），不僅透析過程較不易發生不適（抽筋、血壓下降、胸悶），長期而言也較不會造成高血壓，心臟肥大，心血管疾病。

本次心血管季的自我照護指標，將每月統計腎友之水份控制，若每月透析次數有一半以上水份控制在理想範圍內(5%、6%)則達標，達標者將有機會抽獎獲得精美小禮。

## 醫療新知

### 晚期及末期腎臟病之心血管疾病的診斷與處置

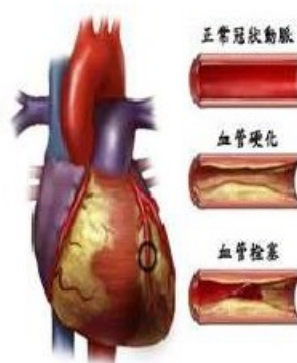
心血管疾病是晚期及末期腎臟病患者的主要死因，約佔所有透析患者的 53%，美國心臟協會雜誌 2016/8 月報導了晚期及末期腎臟病的診斷與處置，內容包含了冠狀

動脈疾病、充血性心臟衰竭、瓣膜性心臟病及肺動脈高壓，今天就討論冠狀動脈疾病。

晚期及末期腎臟病經常有共病症，如高血壓、糖尿病、高血

脂症、肥胖及抽煙等，使得冠狀動脈疾病的盛行率較一般族群高，據統計初期透析的發生率約為 38%，其風險比一般民眾多 5~20 倍，除了以上的傳統危險因子，當然跟透析相關的危險因子(如營養不良、貧血、鈣/磷/副甲狀腺、慢性發炎、氧化壓力及內皮細胞失常等)也絕對有關聯，

其中提到了透析病患特有血管鈣化(血管肌肉內層產生鈣化)，加重了血管阻塞的嚴重性，臨床上常常一出現的症狀就是急性冠心病(需緊急處理)，不像一般族群先出現典型的狹心症，嚴重性大有不同。



診斷心血管疾病可分：

#### 1. 非侵入性檢查：

如心電圖、心臟超音波、藥物負荷超音波、核子醫學檢查、核磁共振、正電子發射斷層掃描及電子束電腦斷層攝影及冠狀動脈鈣化積分等。根據美國國家腎臟基金會(KDOQI)的建議，糖尿病患者或高危險非糖尿病患者，其危險因子(包括冠狀動脈疾病過去病史、週邊動脈阻塞性疾病及心室功能(LVEF)  $\leq 40\%$ )，若  $\geq 3$  項，則應每年評估心血管疾病。

心電圖可以觀察心肌缺氧、梗塞及左右束支傳導阻滯等。

心臟超音波於適當的乾體重時，可以評估心室功能、心室壁動力及預測預後好壞。

藥物負荷超音波，可顯示局部缺血，預測心臟事件及全死亡率。

正子攝影影像，可評估心肌血流量及冠狀動脈流量，早期評估動脈粥狀硬化和微血管功能障礙，高危險病患可選擇電子束電腦斷層攝影，其檢測心血管疾病的敏感度較高，且受到的輻射遠較正電子發射斷層掃描還低。

## 2. 侵入性檢查：

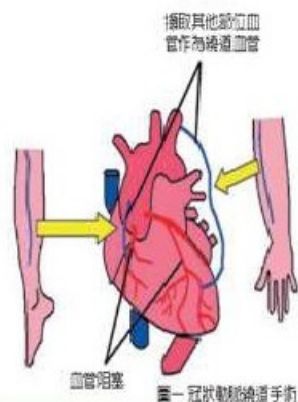
包括冠狀動脈血管攝影（心導管檢查）及血管重建。血管重建可分冠狀動脈繞道手術及經皮冠狀動脈腔內成形術（冠狀動脈氣球擴張術），比較如下：

根據觀察性研究顯示，末期腎臟病患者，無論接受何種治療方式，其長期結果差不多。

一項收集 13000 多例慢性腎病患者的回顧性分析發現，術後 3 個月，與冠狀動脈氣球擴張術組相比，冠狀動脈繞道手術組病情惡化至末期腎衰竭的風險更高，死亡率較高，但 6 個月時患者的存活率提高。

另依據美國國家腎臟基金會（KDOQI）的指引-左側冠狀動脈阻塞或三條血管 阻塞，建議接受預後較好的心臟繞道手術。

總之，選擇冠狀動脈繞道手術（CABG）或冠狀動脈氣球擴張術（PTCA）或藥物治療，取決於介入之心臟科醫師，腎臟科及心臟血管外科醫師等多專科專家的會診討論及患者整體狀況，並考慮證據的充分與否。



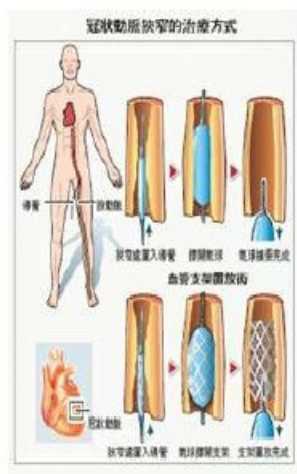
3. 冠狀動脈介入性治療(PCI)是指冠狀動脈氣球擴張術(PTCA)與支架置放術(stenting)兩種，而支架置放術又分塗藥支架(DES)及傳統支架(BMS)兩種，比

較如下：

慢性腎臟病患者，選擇何種類型的支架，臨床上仍是兩難，與腎功能正常的患者相比，再狹窄率明顯更高。

多項研究顯示，塗藥支架(DES)之血管重建率較低，然而，再狹窄風險仍高於腎功能正常者。

若 6-12 個月內計畫接受腎移植，則建議選用傳統支架(BMS)，以縮短使用抗凝血劑（抗血小板藥物）的時間。



目前有更多的新型塗藥支架，使用抗凝血劑的時間甚至可縮短至 1 個月。這種類型的支架，應該是末期腎臟病患者的理想選擇。

除了以上提到的治療方式，積極的內科藥物治療也是一種選擇，由於末期腎臟病患者的高再狹窄率，侵入性或單純內科療法的預後何者較優？需多專科專家的會診討論及患者整體狀況來決定。

4. 冠狀動脈氣球擴張術(PTCA)與支架置放術(stenting)後，通常要搭配抗凝血劑，目前最常用的藥物為阿司匹靈+保栓通，此二者藥要使用多久？

2014 年 ACC/SHA 指南建議，塗藥支架(DES)及傳統支架(BMS)置入 4~6 個月內，接受緊急非心臟外科手術的患者，除非出血的相對風險超過預防血栓形成的益處，否則應持續給予抗凝血劑。

如果手術延遲的風險超過塗藥支架(DES)血栓形成風險，抗凝血劑應至少持續 6 個月。

更重要的是 ACC/SHA 指南建議，抗凝血劑的使用時間，應由多學科團隊討論決定，權衡出血和支架內血栓形成的風險，視病狀況而定。

## 5. 心血管疾病處置的建議：

首先仔細的臨床病史、基本心電圖及透析後心臟超音波初步檢查。

若患者有多個心血管疾病的危險因子，則優先選擇用藥物負荷超音波或正電子發射斷層掃描或電子束電腦斷層攝影用於篩選心血管疾病存在與否，有糖尿病合併神經病變或微小血管病變，常出現陰性結果，需特別注意。

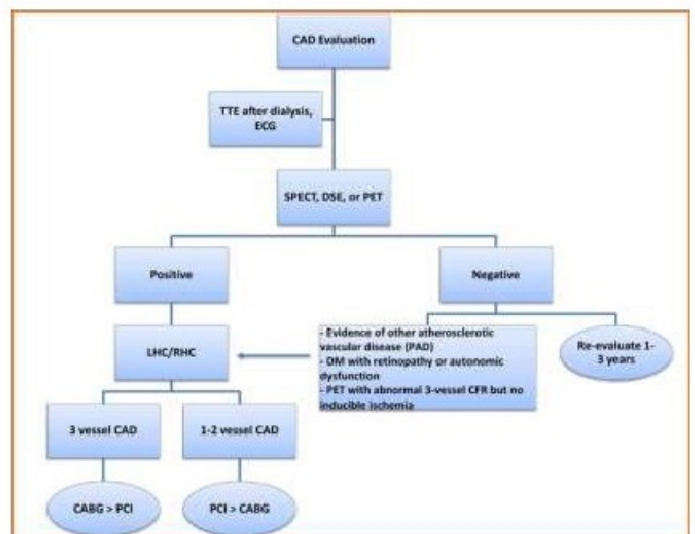
若患者有多個心血管疾病的危險因子 ( $\geq 3$  個危險因素：糖尿病早期心血管疾病，透析超過一年，左心室肥大，週邊動脈血管疾病，年齡  $> 60$  歲，吸煙，高血壓，高血脂症)，則應考慮進行進一步的影像檢查或心導管檢查，儘管初步的檢查結果是正常的。

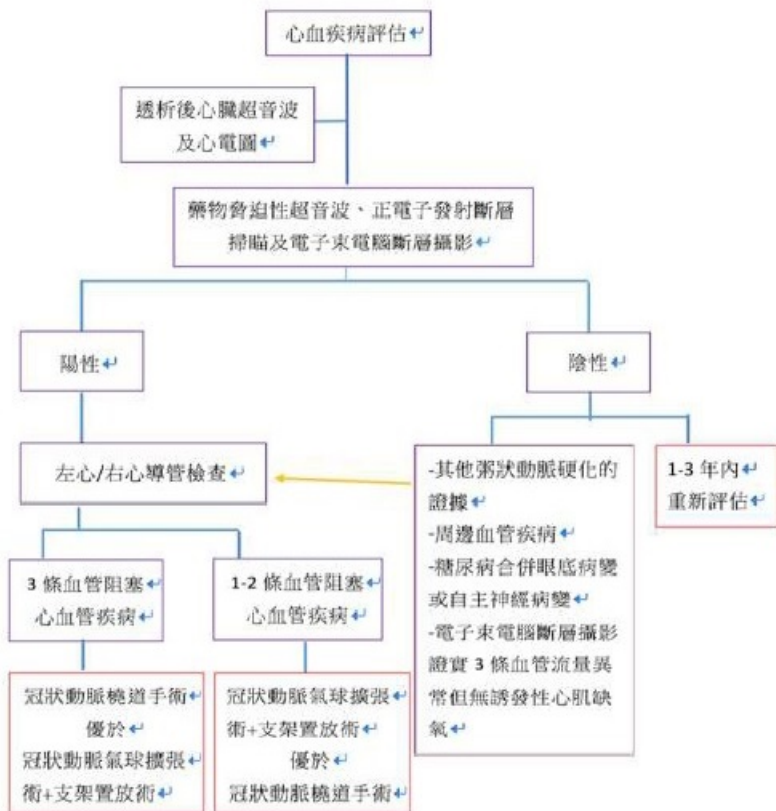
在高風險患者中建議每年重複評估，對低風險患者每 3 年重複評估一次。

初步的檢查結果有缺血證據的患者，應安排左心導管檢查以確定結果及預後，對 3 條血管阻塞的血管重建，要選擇冠狀動脈氣球擴張術(PTCA)+ 支架置放術(stenting)或冠狀動脈繞道手術，選擇放置塗藥支架(DES)及傳統支(BMS)，

前面已提過，雖然冠狀動脈繞道手術預後較好，最終還是由多學科團隊討論

及病患狀況而定。(參考下圖)





資料來源：新竹安慎診所洗腎室 林文雄醫師提供