

心臟衰竭整合照護

一位 44 歲年輕男性於夏日午後，勤奮整理家務，期間因口渴難耐，暢飲 6000ml 冰涼礦泉水，當日傍晚，突然通體不適、乾咳、呼吸困難，本想臥床休息，不料躺下後症狀加劇，遂因症狀持續惡化，當晚緊急就醫檢查與治療。經檢查顯示該年輕男性心臟嚴重擴大，合併肺部積水，心臟超音檢查顯示嚴重心臟衰竭（左心室射出分率 24%；理想值>60%）。經藥物調理病患症狀趨緩後，轉診至本院後續治療。經心導管檢查證實心臟衰竭之主因為慢性冠狀動脈阻塞。血管造影顯示左主冠狀動脈與近端左前降支瀰漫性狹窄，並於左前降支中段呈慢性全阻塞(圖 A)。綜合討論與「醫病共享決策」後，該年輕男性最後接受複雜冠狀動脈血管介入治療，將藥物塗層支架置放於病灶部位後，重建前降支冠狀動脈血流(圖 B)。介入治療後，透過「心臟衰竭照護團隊」協助，配合衛福部中央健保署推動心臟衰竭「全民健康保險急性後期整合照護計畫」，提供跨專業團隊整合照護後，該年輕男性逐漸恢復健康，並回歸工作與社會。

心臟衰竭是嚴重心臟疾病的共同最終表現，受影響之病患常有積水、呼吸困難、食慾不振等症狀，甚至影響肝功能與腎功能。根據文獻統計，臺灣心臟衰竭盛行率約為 1.1%，心臟衰竭新發生率為

每年每 10 萬人口 240~254 人。這意味著，目前臺灣共計有近 26 萬名心衰患者，同時全臺每天有 150 餘位患者被新診斷為心臟衰竭。目前心臟衰竭被醫界認為是存活率低於多數癌症的疾病，根據估計平均每 5 年，約有一半的心臟衰竭患者會病逝。嚴重心臟衰竭之病患最終治療手段為心臟移植，但現行心臟移植的相關規定僅允許符合資格之心臟衰竭患者列為移植等候名單中。同時依據「財團法人器官捐贈移植登錄中心」公布數據顯示，每年約有 200 位病患持續等待心臟移植，但每年僅有 10% 可成功受贈心臟，而約有 20~30% 患者因等不到適當之捐贈者而過世。在有限的心臟捐贈資源的框架下，如何運用現有可行的醫療以穩定與改善心臟衰竭患者狀況，實為更迫切與至關重要。

心臟衰竭臨床表現

心臟衰竭患者常有呼吸困難、胸悶、心悸、咳嗽、疲倦、嗜睡、下肢水腫、腹脹、噁心、食慾不振運動或是耐受力下降等狀況。

診斷心臟衰竭

完善與精準的治療有賴於正確的疾病診斷，而心臟衰竭診斷評估應包含心臟衰竭致病病因診斷、心臟衰竭嚴重度評估與心臟衰竭惡化因子診斷，依據相關的臨床診斷與評估提供個人化的治療計畫。

心臟衰竭的治療

心臟衰竭致病病因治療：

常見心臟衰竭致病病因包括心肌病變、瓣膜性心臟病、缺血性心臟病、先天性心臟病與心肌炎等。部分心臟衰竭致病病因若施予適時的介入處理，可除去致病主因，改變心臟衰竭進展，加速心臟恢復。例如病因為缺血性心臟病，可施予心導管支架置放或冠狀動脈繞道手術治療。若為瓣膜性心臟病，針對主動脈瓣狹窄可施予外科主動脈瓣膜置換術或經導管微創主動脈瓣置換手術；若為二尖瓣膜逆流，可施予外科二尖瓣膜置換術、外科二尖瓣膜修補術或導管二尖瓣膜修補手術等。

心臟衰竭藥物治療：

歐美醫學治療指引建議之心臟衰竭用藥包括血管收縮素轉化酶抑制劑、血管張力素受體拮抗劑、血管張力素受體-腦啡肽酶抑制劑、乙型交感神經受體阻斷劑、礦物性皮質素阻斷劑與第二型鈉-葡萄糖轉運蛋白抑制劑。藥物的選用當考量每位患者之心臟衰竭病況，給予適當搭配與調整。

心臟衰竭非藥物治療：

依據不同的心臟衰竭病況，在特殊條件下經評估可考慮植入式心律去顫器、心室再同步化治療、人工心臟與心臟移植等介入治療方式。

心臟衰竭的照護

根據歐美醫學治療指引建議，心臟衰竭患者應接受完整與廣泛的醫療評估與治療，配合以病人為中心之整合醫療團隊照護規劃，提供心臟衰竭患者衛生教育、後續居家照護及技巧指導、共病診療、營養評估與建議、心肺復健、心理扶持與潛在新型心臟衰竭治療選擇並結合轉介社會資源服務，讓整合醫療照護團隊與病患攜手度過艱困的心臟衰竭治療過程。

臺灣多數醫院皆編制心臟衰竭照護團隊，並配合衛福部中央健保署於 2017 年推動之「全民健康保險急性後期整合照護計畫」，針對心臟衰竭患者施予急性後期整合性照護，於其出院後 6 個月內，提供門診模式之整合照護。而臺大醫院更提供「心臟衰竭急性後期整合照護之延伸遠距照護計畫」，針對有持續照護需求之心臟衰竭患者，於政府「全民健康保險急性後期整合照護計畫」終止後，透過「臺大醫院遠距照護中心」無縫銜接所需之持續整合照護，避免心臟衰竭患者面臨頓失所依窘境。

結論

心臟衰竭為末期心血管疾病之最終表現，伴隨著反覆惡化之臨床表現、高再住院率與死亡率風險。對此醫學研究持續推演，於藥物治療、非藥物治療與照護上近年已有諸多突破性的發展。在心臟衰竭意識提升的同時，期待能做到前期預防、早期診斷與積極治療，透過整合照護概念，共同防治心臟衰竭。

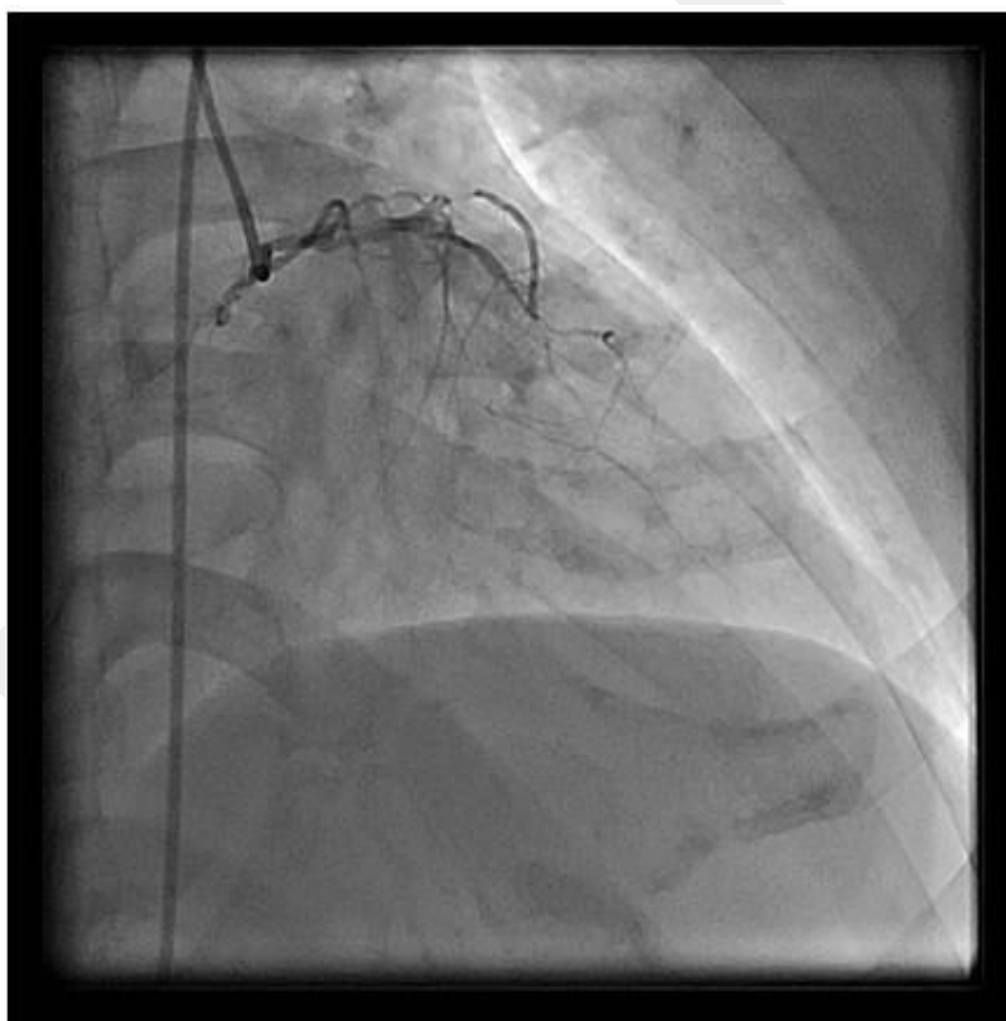


圖 A 血管造影顯示左主冠狀動脈與近端左前降支瀰漫性狹窄，並於左前降支中段呈慢性全阻塞



圖 B 複雜冠狀動脈血管介入治療，藥物塗層支架置放於病灶部位
後，重建前降支冠狀動脈血流

內科部主治醫師 陳盈憲