



## 心肌梗塞病人的照護及三段預防

行政院衛生署台中醫院  
家庭醫學科 陳禹超 醫師

### ☆ 前 言

心肌梗塞的病人在出院後往往回到基層醫師的門診以繼續追蹤或治療，這些病人通常併有高脂血症、糖尿病、高血壓等其他疾病或種種的危險因子，其再次發生心肌梗塞的機會約為常人的 5 至 7 倍且無性別的差異。如何給予適當的照護，評估其危險因子，改變其生活形態，進而預防再次的心肌梗塞遂成為基層醫師重要的課題。本文以基層醫師的立場及預防醫學的觀點來探討心肌梗塞病人的照護並預防再次的心肌梗塞。

### ☆ 現況及問題

許多研究都顯示心臟復健及多方面的生活形態介入確實可以降低再發性心肌梗塞的死亡率，然而最近完成的研究卻讓人相信，多數心臟病人的危險因子並無得到適當的處理。如 1998 年 Flanagan 等人以 1015 位小於 75 歲的冠心病個案做研究，顯示約有 20% 的病人其高血壓沒有得到適當的控制，對高脂血症的追蹤不到 30%，而 Aspirin 只有不到 60% 的病人在使用。英國於 1994 年針對 24 所醫學中心 2400 位病人做調查，發現對冠心病人的病歷紀錄及危險因子的控制遠低於理想的水平。歐美國家對心臟復健的病人訂有一套準則但確實遵守的病人並不多。醫師缺乏主動參與，接受評鑑的更在少數。1999 年 Jolly 等人的研究認為心臟病的預防性照護其困難不在於心臟病的復健工作而在病人對危險因子缺乏主動的認知。

### ☆ 出院初期的照護

要完成周全的照護並避免再次心肌梗塞，完整的心臟病史必不可少。除個人基本資料外，尚應包括：

- (1) 心肌梗塞的日期，位置、有無心衰竭的現象、心臟功能及 Killip 分級。
- (2) 住院的基本檢查結果：包括血色素、鈉離子，鉀離子、肌酸酐、血糖、血脂肪，胸部放射線檢查、心電圖及心臟超音波的各项結果。
- (3) 住院的處理：如有無使用血栓溶解藥物？是否有接受 PTCA, Stent, 或 CABGS 等。

在心臟病發作後多久使用？其他的合併症：如高血壓、糖尿病、高脂血症等等。其他如出院藥物及是否有預約回診？等均需作詳盡的紀錄。至於病人在出院初期生活中常見的問題可處理如下：

- (1) 開車：心肌梗塞後一個月內禁止開車。
- (2) 工作：視病人的工作量及復原的狀況而定，一般而言，病人可在 6 至 8 週間恢復工作，回去工作前建議病人先完成運動心電圖的檢查並與病人詳盡討論其病情。
- (3) 性行為：完成運動心電圖後，若病人可以接受中度的運動且無任何不適的症狀則性行

為應無危險。性行為增加心臟的負荷是不爭的事實，然而，性行為時最大的心博數約為每分鐘 130 次，這種心博數在快走時便可達到。告訴病人，若以正常的速度上下 10 階的樓梯而無異狀，則可進行正常的性行為。詳盡的告知可以減輕病人的焦慮並增加生活品質。

- (4) 吸煙：冠心病人的最有效處置就是戒煙，縱然在每次門診中只有數分鐘的時間介入此項問題，效果仍不容忽視。
- (5) 喝酒：雖然適度的飲酒可以預防冠心病但應避免過量飲酒。
- (6) 渡假：在沒有完成詳盡的檢查前，不建議病人搭飛機或到國外旅行。大部分的運動心電圖會安排在心肌梗塞後的 6 至 8 週間完成。
- (7) 運動：大部分的病人在病房中就已開始輕度的復健，病人可在 4 至 6 周間逐漸增加其活動量至發病前的水準。如果病人以前不常運動，可鼓勵病人走路並每週增加其距離。病人應避免過冷或過熱的天候。身體若有不適，可暫停運動，狀況穩定後從低運動量重新開始。運動設計要強調有彈性，趣味，富變化並納入病人的日常生活中。適度的運動如每週三次，每次快走 20 分鐘，根據研究指出，可降低死亡率 25%左右。
- (8) 荷爾蒙補充治療：荷爾蒙補充治療對心臟血管系統的影響尚未有一致的定論，然而，目前多數專家均建議心肌梗塞後的病人應繼續或開始荷爾蒙補充治療。

#### ☆ 臨床症狀的處理

心肌梗塞的病人在臨床照護上常見的症狀包括胸痛、呼吸急促及心悸，應小心的作鑑別診斷。

- (1) 胸痛：心肌梗塞後的病人並不常出現胸痛症狀，若有胸痛必需會診心臟科醫師並作進一步的檢查。病人的出院藥物中多半有 Aspirin 及 Beta blockers，此時可依照病人的病情加上口服的硝酸類藥物及鈣離子阻斷劑。所有還會胸痛的病人都要給予硝酸甘油舌下含片並明確告知其用法。
- (2) 呼吸急促：心肌梗塞後的病人若出現呼吸急促的現象意味著左心室功能不良，此時必需安排心臟超音波做進一步的確認。此類病人在等待檢查的時候，即需給予 ACEI 及利尿劑。
- (3) 心悸：通常病人主訴心悸時必須要確定病人的心悸是否是因為焦慮而產生的正常心博或是不定期偶發性的收縮，這些症狀並不需要特殊處理，但是若病人出現眩暈或會致命的心律不整(life-threatening arrhythmia)時則必需緊急轉診。

#### ☆ 三段預防

研究顯示基層醫師對冠心病預防的唯一有效方法就在於門診的預防工作。預防性的醫療工作其內容包括危險因子評估，生活形態的諮詢及支持，正確的使用藥物以控制危險因子。研究同時指出有計畫，系統的追蹤病情確實可以減少心肌梗塞再發的危險性。

## ☆ 危險因子的控制與評估

較之於初級預防，心肌梗塞病人的三段預防有更嚴謹的標準。其中首重 LDL 的控制，嚴格的控制 LDL 約可降低三分之一心肌梗塞的機會。美國國家膽固醇教育計劃(NCEP)建議此類病人的控制目標為 100 mg/dL 以下，而在 LDL 大於 130 mg/dL 則考慮藥物介入。需要注意的是:LDL 的測量必需於心肌梗塞症狀出現的十二小時內完成，因為研究報告指出心肌梗塞十二小時後，LDL 開始下降，所以，病人若無法於十二小時內完成檢測，則必需延至六個星期後再測。另一危險因子為 HDL 小於 35 mg/dL，大型流行病學研究顯示，每增加 1 mg/dL 的 HDL，會使男性降低 2%罹患 CHD 的風險，而女性可降低 3%的風險。中性脂肪與心臟病的關係目前雖不明確，但對三段預防而言，許多專家仍建議將其控制在 200 mg/dL 以下。(附表一)

此外糖尿病也常構成另一類的危險因子，糖尿病的脂質異常以中性脂肪酸升高和 HDL 下降為主，其 LDL 的分子結構較小、較緻密、且更易氧化而在血管壁上形成脂肪斑，美國糖尿病醫學會即建議將此類病人的中性脂肪酸作更嚴格的控制 在 150 mg/dL 以下。

另一與脂質幾乎同樣重要的危險因子為吸煙，戒煙一至二年，心肌梗塞的機會就大幅度的降低至與常人無異。

## ☆ 生活形態的改變(飲食；體重控制；運動)

心肌梗塞的病人根據美國國家膽固醇教育計畫(NCEP)的建議應採用 STEP II 的飲食，其中把膽固醇攝取量由初級預防的每天 300mg/dL 更積極的控制 在每天 200mg/dL 以下而飽和脂肪酸必須小於總熱量的 7%。除了定期的追蹤膽固醇值外，也要注意病人的遵醫囑性(Compliance)，一般而言，生活形態的改變要在 6 個月以上才能看到效果。此段期間，藥物的輔助愈顯重要。同時病人也應增加蔬菜及水果的攝取，主要的原因是這些食物中富含抗氧化的維生素以阻止 LDL 被氧化。另外維生素 C 及維生素 E 因有抗氧化的效果一直備受矚目，然而目前的研究並未證實這些維生素的使用有預防再次心肌梗塞效果。最近的報告顯示 homocysteine 的高濃度與冠心病有關，而每日 1mg 葉酸可以適度的控制 homocysteine。

肥胖的病人易造成膽固醇及中性脂肪上升，尤其是中央肥胖型更易出現胰島素抗性症候群，也有更高的心臟病危險。病人必須控制熱量的攝取，使 BMI 值小於 25Kg/m<sup>2</sup> (附表一)。

運動會增加心血管的適應性，所以心肌梗塞的病人仍建議作適度的運動。然而，其運動量必須按照心臟的功能做個人化的調整。病情未穩定的病人宜有醫護人員陪同。逐漸的於四至六週間恢復至發病前的水準。

## ☆ 預防藥物

美國心臟醫學會建議使用於心肌梗塞後的預防性藥物除降血脂藥物外包括抗血小板或抗血栓藥物，ACEI，Beta blockers，雌性激素及一般的降血壓藥物。原則上，病人必須使用 Aspirin 及 Blockers。若有左心室功能受損的情形，則要加上 ACEI。

## ☆ 門診追蹤

病人必須在門診定期追蹤其高血壓及高脂血症，病情若無其他的變化，每年尚要對個案做

年度的檢討。年度的檢討項目應包括生活形態的改善，危險因子的控制，生活功能，精神狀態(如焦慮或憂鬱)，臨床症狀，目前用藥，同時找出需進一步作轉診或檢察的個案。

## ☆ 結 論

心肌梗塞的病人因其高再發率及死亡率使其後的三段預防工作愈顯重要。除了出院初期完善的照護外，病人的膽固醇控制，營養的攝取，生活形態的改變等等較之於初級預防的標準都更為嚴謹，此時基層醫師應與病人及其家屬維持良好的醫病關係並給予長期的心理支持。某些危險因子雖無法量化，血糖、血脂、血壓等等卻可經由長期的追蹤及藥物控制而獲致理想的結果並進而降低心肌梗塞再發生的可能性。周延、全面、長期、預防性的照護將是預防再發性心肌梗塞的最有效方法。

## ☆ 後 記

預防再次發生的心肌梗塞在英文文獻中均譯為 secondary prevention，然而在我國目前的三段五級的預防原則中實屬於第三段中的第四級，其定義為：適當治療以遏止疾病的惡化並避免進一步的併發和續發的疾病。(家庭醫學 2000：334)。本文採取是項定義。