

# 我有穩定性心絞痛

## 需不需要接受心導管治療？

### 決策輔助工具摘要表

科別	心臟內外科
主題類別	6. 循環系統
決策類型	治療
關鍵字	心絞痛、冠心症、心導管檢查、支架置放手術、氣球擴張術
適用病人條件	<p>醫師臨床診斷為穩定性心絞痛，需要與您討論治療的方式。您可以根據您的症狀，來判斷您心絞痛的分級：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
可供選擇決策方案	藥物治療+維持健康生活型態,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
使用場所	病房
執行者	醫師、護理師
開發團隊、機構	醫病共享決策推廣計畫-心絞痛工作小組
輔助工具研發過程說明	<p>一、界定範圍：</p> <p>定義決策題目及適用對象的原因</p> <p>穩定性心絞痛的病人，透過改變生活形態並接受藥物治療，可以降低其心臟病發作及死亡的機會，並減輕心絞痛的症狀。但當心絞痛症狀影響病人日常活動，可以考慮加上氣球擴張術或支架治療，來幫助改善症狀。雖然氣球擴張術或放置支架不會減少心臟病發作及死亡的機會，但可能會幫助病人維持較好的日常活動功能。然而氣球擴張術或支架屬於侵入性治療，可能產生相關副作用及風險，因此需要病人了解其利弊後思考評估其自身的偏好，跟醫師共同討論出其適合的治療方式。</p> <p>二、需求調查：</p>

# 我有穩定性心絞痛

## 需不需要接受心導管治療？

### 決策輔助工具摘要表

本次更新，醫療人員方面，透過問卷收集臨床人員使用 104 年版心絞痛 PDA 之回饋，對於決策輔助表中的選項及圖像、敘述呈現提出建議。

病人方面，透過文獻蒐集，彙整出心絞痛病人於治療相關可能在意的事情有(1)藥物副作用與手術副作用的比較(2)長期服用藥物的不方便(3)手術對症狀緩解的成效(4)照顧者的負擔(5)他人經驗(6)年紀過大是否不能進行血管成型術。

以上內容均已包含於 PDA 中，而藥物與手術副作用的比較，則因無論是否進行手術，均需要服用藥物，因此無法做比較；另外，年齡對於血管成型術的影響並不大，故僅於背景資訊中做說明。

#### 三、實證資料：

對於心導管檢查的副作用，依照目前所獲實證資料更新(1)手術死亡率(2)傷口的血腫(3)導管相關中風率(4)再狹窄率，以上資料。

目前的證據顯示，穩定型心絞痛的病患，使用心導管手術治療，並沒有高品質的證據顯示可以確實地降低病患的死亡率，心血管死亡率，未來心肌梗塞的機率，及再次接受手術的機率，並且我們也沒有高品質的證據證實心導管手術確實可以改善病患的心絞痛症狀。但是如果是高風險患者，那麼心導管手術治療可能有所助益。

#### 四、測試與修訂：

本次更新過程中，於初稿修訂後，以問卷方式進行醫療人員及民眾  $\alpha$  test。由醫療人員回饋

醫療人員部份，總共回收醫療人員問卷 13 份，民眾問卷 12 份。

醫療人員部份就可理解度及專業適切度評分，各段落平均得分為 3.72，以滿分 4 分計算，得分百分比為 93%；在幫助和實用程度上得分百分比平均為 85%；偏頗度的部份，8%認為偏向心導管治療、8%認為偏向藥物及生活型態、69%認為沒有偏頗、15%未回饋

民眾部份就每段落可理解程度評分，各段落平均得分為 3.28，以滿分 4 分計算，得分百分比為 82%；偏頗度的部份，其中 67%回饋沒有偏頗，33%未回饋

#### 五、利益衝突聲明、製作日期、資金來源：

本決策輔助工具為財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會承接衛生福利部

「104 年度醫病共享決策推廣計畫」項下開發，並於「107 年度醫病共享決

# 我有穩定性心絞痛

## 需不需要接受心導管治療？

### 決策輔助工具摘要表

策推廣計畫」項下更新，資金來源為前述兩項計畫之計畫經費編列，最終更新日期為 107 年 11 月 12 日。

六、更新策略：

本決策輔助工具於 105 年度開發，維持每 2 年檢視最新實證並評估更新，並已於 107 年度完成更新。

#### 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. 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.
4. 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.
5. 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.