

【Symposium 11-1】

Management of CAD in Patients with CKD

慢性腎臟病人冠狀動脈心臟病的處置

Shu-Han Lin

林姝含

Division of Cardiology, Shin Kong Wu Ho-Su Memorial Hospital

新光醫院

慢性腎臟病（CKD）的病患，實屬發生冠狀動脈疾病（CAD）以及相關急性心血管事件的高風險群。然而，CKD的病患在診斷CAD、藥物治療、手術或導管治療，皆可能會面臨一些特殊的考慮和困境。

以診斷為例，急性冠心症的診斷需要配合症狀、心電圖、抽血檢驗心肌酵素的變化的綜合評估，然而在CKD的族群中，冠心病的症狀常常非典型，這使得冠狀動脈疾病的診斷變得更加挑戰性。此外，Troponin等心肌酵素主要通過腎臟排泄，因此在腎功能受損的患者中，心肌標記物的清除可能變緩慢，導致其在血液中的濃度升高。這可能使得單純根據標準參考範圍來評估心肌損傷變得更加複雜。同時，CKD患者通常有多種合併症，如慢性發炎、慢性心肌損傷等，這些疾病本身也可能導致心肌酵素的升高，增加了解釋急性檢測結果的複雜性。在慢性冠心病（chronic coronary syndrome）中，傳統上常常使用的冠狀動脈電腦斷層以及核子醫學心肌灌注掃描，也可能因為慢性腎臟病的存在，造成檢查風險的增加，或是干擾檢查結果。

在藥物使用方面，抗血小板藥物（包含阿斯匹靈及 potent P2Y₁₂ inhibitors）為預防CAD事件的主軸，然而CKD患者常伴隨著出血風險的增加，使用抗血小板藥物可能進一步提高出血的風險。這尤其在較嚴重的CKD患者中更為突顯。儘管如此，CKD患者身上可能因為尿毒症狀態，或是長期慢性發炎，導致血小板功能異常，增加血小板反應（platelet reactivity），可能導致血栓形成的風險增加。因此，在急性冠心症發生後，或是接受心導管支架置放治療後，什麼是抗血小板藥物的最佳選擇，包含簡短雙抗藥物的使用時間，或是在P2Y₁₂ inhibitors選擇使用 ticagrelor、prasugrel 或是 clopidogrel，值得討論。另外，膽固醇的控制為冠狀動脈疾病風險管理最重要的一環，但在CKD的族群中，低密度膽固醇往往不高，而 statin 類藥物在CKD的族群證據也較為薄弱，甚至在較嚴重的腎功能損害情況下，可能存在一些對 statin 藥物使用的安全性疑慮。

最後，嚴重冠狀動脈疾病或是急性冠心症的治療，往往包含再灌流（revascularization）治療，包含心導管或冠狀動脈繞道手術。前者伴隨顯影劑使用增加腎損傷的風險，後者則伴隨術後急性腎損傷以及術中重大心血管事件的風險。長期而言，CKD的病患無論接受哪一種再灌流治療，預後皆比非CKD的族群差。以支架置放為例，CKD所面臨的支架內再狹窄的風險較高。因此，在CKD的病患身上，究竟該如何在心導管、冠狀動脈繞道手術、藥物治療間做選擇，往往需要個別化的討論，也仰賴更多的研究佐證。

