

封面故事

刀鋒

藏情

臺中慈濟醫院

外科特色醫療

相對於器官全切除，複雜棘手的肝癌、胃癌手術，  
有如與腫瘤的長時間耐力賽，  
在在考驗肝膽胃胰中心醫師的細心、耐心和精準度，  
及為著病人好的一分柔情。

腹腔溫熱化療，提供殲滅胃癌、  
大腸癌與卵巢癌等癌細胞擴散腹腔的治療方式；  
小傷口二尖瓣修補術，成功保全病人生命，  
也保全其一生的生活品質；  
減重手術，除了助肥胖病人修復自信，  
也被證實可有效緩解糖尿病……

臺中慈院肝膽胃胰中心、  
心臟血管外科中心、  
代謝及減重中心，  
本著為病人治療的初心，  
呈現外科團隊的特色醫療……



文、攝影／曾秀英

審定／余政展 臺中慈濟醫院外科部主任  
謝世榮 臺中慈濟醫院心臟血管外科中心主任  
李旻憲 臺中慈濟醫院代謝及減重中心主任

奧妙的人體像自成系統的小宇宙，不同器官各司其職完美運作，有些小狀況需要藥物介入，簡單維修注意保養即可，當內科療法成效不佳，有時就得靠醫療重裝備恢復秩序。而一個醫院的外科素質，直接反映醫院整體醫療能力，臺中慈濟醫院的目標就是打造中區首屈一指的外科團隊。

外科醫師與疾病正面對決，拿著手術刀出入人體，有如帶兵打仗的將軍，臨床上，面對人體複雜精細的構造，有時像掌握音符節奏的交響樂指揮家舉重若輕，有時卻得抱持在烽火漫天下拆除炸彈般的戰戰兢兢，不論是快刀斬亂麻，或是慢工出細活，與病人攜手挑戰病魔，都是醫者仁心經驗累積的心血。

## 「盡可能保留」的手術 除肝腫瘤現生機

癌症長居國人死因排名首位，外科手術完整的切除廓清，是治癒許多癌症的第一選擇。面對彷彿沒有機會的罹癌病人，臺中慈濟醫院外科部主任余政展總是以專業思維抽絲剝繭，幫他們量身打造最適合的治療方案，為病人找出一線生機。

秀蘭阿嬤有慢性 C 型肝炎病史，八十一歲了，定期回診追蹤時意外發現肝腫瘤，詢問多家醫院都說已經不能開刀。余主任推敲電腦斷層檢查報告，發現原因是阿嬤的肝腫瘤病灶位於下腔大靜脈旁邊，被下腔大靜脈、中肝靜脈、



肝腫瘤術後回診，臺中慈濟醫院外科部余政展主任檢查病人恢復情形。

右肝靜脈、門靜脈包圍，以肝臟手術來講，位於大血管旁邊的腫瘤，等於是一個死角，手術切除出血風險很高，困難度在肝癌切除手術中數一數二。

但秀蘭阿嬤如果不手術，癌細胞勢必迅速侵犯血管、心臟，造成不可逆的後果，余主任考量病人雖然年事已高，但已沒有什麼其他選擇，儘管必須面臨戰戰兢兢的手術過程，但「開刀卻是最合理的選擇」。

余政展說，這類病人的手術常規，會切除大塊肝臟便於處理腫瘤，但對超過八十歲的病人來說，「這個方式的手術太大」，為利於病人恢復，除了盡量保留肝腫瘤旁邊的肝臟組織外，也要盡量保留所有血管，這雖然要耗費更多時間但仍在所不惜，手術路徑從血管間的間隙進去，剝出被腫瘤壓得變形的下腔靜脈，再穿過旁邊的兩條肝靜脈、門靜脈等重重包圍的血管，終於到達被包膜完整包覆的腫瘤。腫瘤切除後，秀蘭阿嬤完全痊癒，追蹤兩年均無復發跡象。

### 以病人為中心 不畏艱難

余政展另一位病人是卅歲女性，有B型肝炎病史，追蹤時意外在胰尾發現六公分囊狀腫瘤，雖然良性腫瘤對生命的威脅沒有那麼大，不必做到多器官切除，但為保留病人血管、器官功能的考量，手術過程比切除器官還要難上加難。

余主任表示，傳統的胰尾切除手術會



電腦斷層檢查顯示，肝腫瘤被大血管包圍，手術切除出血風險很高，困難度在肝癌切除手術中數一數二。圖片提供／余政展

切除整個脾臟，隨著技術改良，不但可以微創手術切除腫瘤，還能保留脾臟。但若腫瘤愈大，保留機會愈低，根據臨床經驗，五公分以上的胰尾囊狀腫瘤，保留脾臟的機會僅有三成，主要原因是血管被侵犯保留不易，病人腫瘤已達六公分，保留器官難度更高。

為了保留病人的脾臟，減少影響血液代謝、免疫功能等後遺症，余主任決定採取困難耗時的「微創脾臟保留、胰尾切除術」。

手術進行中，除了得動作輕柔對待脾臟靜脈，以免流血導致保留血管失敗外，最辛苦的是找出脾臟動靜脈，很有耐心的慢慢把一整條血管組織剝下來，跟腫瘤分開，以完整保留脾臟。術後病理報告結果，這個腫瘤是黏液性囊狀腫瘤，屬於癌前病變，幸好及早處理。

## 零點零一公分的堅持 九小時剝離腫瘤

五十歲的康哥，肝癌復發，標靶藥物無效，腫瘤大到壓迫人體最大的血管——下腔大靜脈，並已侵犯胰臟，「腫瘤跟大血管就像被三秒膠黏住一樣」，余政展抱持「拆炸彈」的決心，零點零一公分慢慢剝離腫瘤，前後花九個小時完成切除，幫病人找回活下去的機會。

余政展表示，「下腔靜脈」是收集下肢、骨盆和腹部的靜脈血管，術中一旦破裂通常很嚴重，這種狀況十分棘手，必須仔細思考，要不要繼續走下去？病人腫瘤跟血管彼此的沾黏太嚴重，繼續手術有可能會大量的出血，將形成一場大災難，若一旦放棄努力，病人也許就此萬劫不復。

對余主任來說，「癌細胞有如違章建築，不該長的東西就要把它拆除；但是切除腫瘤癌細胞，卻不像拆違章建築那麼單純，有時像拆炸彈，一旦剪錯線隨



肝腫瘤跟大血管像被三秒膠黏在一起，需耐心仔細地一點一點進行剝離，手術耗時。圖片提供／余政展

時沒了性命。關乎人命的手術室裡，醫護團隊壓力總在臨界點。」

複雜棘手的手術，在在考驗醫師的細心、耐心和精準度。余政展主任以無比的毅力進行手術，這邊不行再換個角度，前後反反覆覆的嘗試，全程花了近九個小時，終於完成手術，術後病人體內已無肉眼可見腫瘤，後續接受輔助性放射線治療，病情穩定，將近兩年均無再發。

## 腹腔溫熱化療中心 打擊擴散的癌細胞

遇到外科無力處理的情形，又該怎麼辦呢？余主任說，臺中慈濟醫院成立「腹腔溫熱化療中心」為胃癌、大腸癌與卵巢癌等癌細胞在腹腔擴散的病人提供新的治療方式與機會。

五十六歲男性，胃癌已出現廣泛的淋巴轉移、後腹腔主動脈旁淋巴轉移，過去被認為再手術也無濟於事的末期病人，採用「腹腔溫熱化療」治療策略，手術切除肉眼可見病灶，再以慎選化療藥物加熱浸泡在腹腔內，殲滅肉眼看不見的病灶，更直接且徹底的清除殘存癌細胞，以達到最好治療目的。

臺中慈濟醫院「腹腔溫熱化療中心」團隊的成員包括：一般外科、大腸直腸外科、婦產科與血液腫瘤科、影像醫學科及加護病房醫師，個案管理師等人。「腹腔灌注」方式，接續在手術後立刻進行，讓腹腔內腫瘤浸泡在化療藥物一到兩小時，經加熱到攝氏四十二度左



臺中慈院「腹腔溫熱化療中心」團隊，左起：外科部主任余政展、大腸直腸科主任邱建銘、腹腔溫熱化療中心主任方佳偉、血液腫瘤科主任李典錕、影像醫學部副主任劉家成。



於手術室進行腹腔溫熱化療。圖片提供／臺中慈院

右，能大幅提升腹腔轉移細胞內的藥物濃度，相較一般靜脈注射或口服藥物，取得更加明顯的治療效果。

余政展主任指出，臺灣大約四成胃癌病人一診斷確認就是第四期，大部分以腹腔擴散轉移表現，這類病人預後普遍不佳，一般靜脈注射化療藥物無法對付轉移腹腔的癌細胞，醫學研究報告指出，接受溫熱化療病人的存活率比沒有做的多一倍以上，尤其大腸癌腹腔轉移病人，以前五年存活率不到兩成，多做了溫熱化療，五年存活率接近四成。

### 心臟瓣膜修補術 守護生命一舉兩得

肝膽胃胰中心、心臟血管外科中心、代謝及減重中心是臺中慈院外科團隊極具特色的三個中心，心臟血管外科中心由謝世榮主任領軍，謝主任專精「小傷口二尖瓣修補術」，成功的瓣膜修補術除保全病人生命，也將對其一生的生活品質產生重大影響。

四十二歲的阿潭，兵役體檢時被發現罹患「先天性心室中隔缺損」，之後長期在南部一家醫學中心定期追蹤及服藥控制，去年（二〇一八）發燒三週、呼吸喘就醫並住院治療，心臟超音波檢查確定診斷為「心室中隔缺損併感染性心內膜炎」，先天加上後天的心臟疾病，醫療的腳步被迫加速進行。

抗生素治療六週後，阿潭的症狀原已獲改善，但兩個月後再追蹤，竟已



「二尖瓣閉鎖不全」的治療分為置換與修補兩種，相較於置換瓣膜，心臟血管中心謝世榮主任會盡可能修補瓣膜，即使會花上較長的時間。

出現「二尖瓣前葉附有贅生物」，以及中至重度二尖瓣閉鎖不全。「二尖瓣前葉附有贅生物」淺顯的說法是病人二尖瓣被細菌性心內膜炎吃掉部分組織，二尖瓣上附有大型細菌菌落形成的贅生物，一旦贅生物剝落隨著血液流進血管裡，可能導致血管塞住引起血栓症，增加腦中風、心肌梗塞、腸壞死或腎衰竭等全身重要器官的損害危機，等於心臟上多了一個不定時炸彈。治療時間不容等待，當時的醫師建議手術「置換瓣膜」。

為求慎重，阿潭前後到北部其他醫學中心詢問第二意見，而後來到臺中慈院，心臟血管外科主任謝世榮是惟一提出「修補瓣膜」的醫師。

## 還是自己的二尖瓣最好用

謝世榮指出，「二尖瓣閉鎖不全」治療分為置換與修補兩種。其中置換瓣膜分金屬與生物性兩種材質，金屬材質可用卅年以上，缺點是抗凝血劑要吃一輩子，生物瓣膜雖然不必吃抗凝血劑，卻有使用年限問題，生物瓣膜使用十年以上，損壞速度很快，平均約使用十二年到十五年，年紀漸長後得接受再開一次心臟手術的風險。

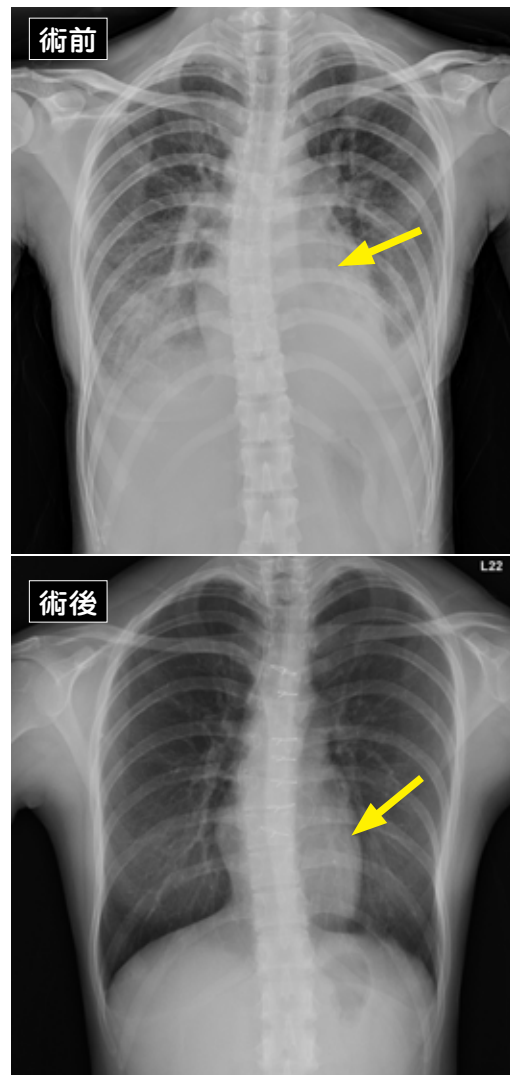
對謝世榮而言，只要原本的瓣膜構造是好的，治療「二尖瓣閉鎖不全」首選，當然是保留自己的瓣膜最好，經過修補的瓣膜，依統計資料顯示，耐用性不比金屬差，甚至更好，而且術後不必吃抗凝血劑，可以擁有更好的生活品質。

阿潭的瓣膜部分組織已經被破壞卻要進行修補，同時還要治療心內膜炎引發的二尖瓣閉鎖不全，確實是相當困難的手術，謝世榮主任以豐富的經驗，最後成功以一次開心手術完成「心室中隔缺損」及「二尖瓣修補」兩項治療，解決阿潭先天與後天的兩種「心病」，讓正值中壯年的他仍能擁有可期待的新生活。

謝世榮主任補充，「二尖瓣」是心臟裡的一個門，維持人體血液單向流動的構造，心臟放鬆時門打開，讓肺裡的血液流到心臟，心臟收縮時門關起來，避免逆流造成血液循環異常。「二尖瓣閉鎖不全」是指「瓣膜關不緊」造成血液

逆流，年輕人常見病因是先天心臟有異常，如心室中隔缺損容易產生瓣膜的細菌感染，必須透過心臟外科手術給予有效治療。

年長者二尖瓣閉鎖不全以退化為主，從原本的二尖瓣脫垂慢慢退化，門關



胸部 X 光圖，術前可見因心內膜炎引發二尖瓣逆流與肺水腫，箭頭所指處顯示心臟變大，下方白色部分為肺積水。術後：箭頭處可見心臟恢復正常大小。圖片提供／謝世榮



不緊、血液逆流，為避免嚴重的二尖瓣閉鎖不全導致血液逆流愈來愈嚴重演變成心臟肥大甚至心臟衰竭，建議及早手術。

## 代謝及減重中心 助恢復健康自信

臺中慈院的代謝及減重中心團隊，榮獲二〇一八年 SNQ 標章優良減重及代謝手術中心認證，也是臺中慈濟醫院外科部特色醫療之一。

信哥現在被稱為中年大叔了，身高一百五十六公分，記得年輕時當兵退伍是五十五公斤的標準身材，擔任主廚工作這麼些年，體重一路飆升，當體重突破九十公斤時，靠吃減肥藥一度瘦了廿公斤，停藥後隨即復胖且很快直達一百一十四公斤，超大T恤穿到五個L、腰圍四十八吋，愈來愈沒有自信的他，決定嘗試手術一勞永逸。

評估過程系列檢查，糖化血色素、總膽固醇、三酸甘油酯等相關數據全都超過標準，BMI（身體質量指數）四十六，靠藥物控制高血壓達廿年，全都是健康警訊。李旻憲主任以腹腔鏡胃袖狀手術切除信哥部分胃部，搭配飲食控制，五個月後健康減重到八十六公斤，BMI 降為卅五，高血糖與高血壓雙雙獲得緩解，糖化血色素、總膽固醇、三酸甘油酯等相關數據也有大幅改善。大叔自信滿滿，訂定體重七十五公斤目標，誓言重現當年俊俏模樣。

代謝及減重外科主任李旻憲指出，過



信哥（右）減重穿上寬鬆的舊褲子，感恩臺中慈濟醫院代謝及減重中心主任李旻憲，讓他找回自信。

去用來治療肥胖的減重手術，被證實可有效緩解糖尿病；二〇一一年胃繞道手術被世界糖尿病醫學會納入最新的肥胖及糖尿病有效治療方式之一。

李主任表示，臺中慈院代謝及減重中心團隊十年執行二千多例病人中，約四百位有第二型糖尿病。分析發現，手術後約有九成病人，不再需要服用任何藥物或注射胰島素，達到緩解。研究顯示，病人施行代謝手術後體重降低、改變腸胃道賀爾蒙分泌以及胰島素抗性下降，提升敏感性，進而緩解因肥胖引起的糖尿病。

「目前盛行的代謝手術包括：胃縮小及胃繞道手術，都是美國合法認可的代謝手術，平均約可減輕超重體重的百分之七十五。」李旻憲主任進一步說明，胃縮小手術又稱為胃袖狀切除手術，利用腹腔鏡以縱切方式將胃袖狀部分切除，保留三分之一的胃，容量約保留一百西西，經限制食量及去除飢餓感來達到減輕體重的效果。胃繞道手術也是以腹腔鏡將胃分成大胃和小胃兩個部分，小胃容量約卅西西，以限制食量，並將部分小腸繞道，達到減少吸收的效果。

適合手術對象以 BMI（身體質量指數）為主要依據，將其他併發症列入考量，包括：BMI 大於四十，或是 BMI 大於卅五並伴隨因肥胖引起的糖尿病、高血壓、痛風及高尿酸血症、高血脂或睡眠呼吸中止症候群等併發症，以及 BMI 大於卅且伴隨糖尿病。年齡限定介於十四到六十五歲，可接受全身麻醉者。

臺中慈濟醫院外科團隊朝小傷口的微創術式發展，不斷提升專業能力與治療品質，就是為了病人盡早恢復健康，再擁美好人生。

臺中慈院外科部特色醫療團隊成員左起：賴惠鈴專科護理師、陳碩儒營養師、心臟血管外科謝世榮主任、曾惠娟專科護理師、余政展部長、陳巧宜營養師、代謝與減重中心李旻憲主任、楊雅茹專科護理師。攝影／賴廷翰



# 護肝 定期檢查

文／林志明 臺中慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師 攝影／曾秀英

## 肝病三部曲 「沉默」的肝臟需定期檢查

流行病學統計顯示，肝癌在全球癌症發生率第六名，是全球癌症死亡率第二名，每年有七十四萬人死於肝癌，九成肝癌病人都從肝硬化進展而來，正是所謂的「肝病三部曲」——從長期慢性的肝臟發炎，發展成肝硬化，再長出肝癌。

肝硬化是長期、慢性的肝臟發炎，持續的發炎破壞肝臟組織，當組織被破壞太嚴重超過本身修復能力，纖維化組織會取代正常肝組織，久而久之便形成肝硬化，具象的肝硬化表面是苦瓜狀的凸起，內部則如天然菜瓜布的纖維化。

肝癌必須與肝硬化一起討論，共同危險因子主要是B型及C型肝炎病毒，這部分占百分之九十；其他少部分包括：酒精、藥物、黃麴毒素（發霉食物）和自體免疫疾病。近年代謝疾病如：慢性脂肪肝炎引起的肝病三部曲，比例也不斷增加。

醫療進步的今天，肝癌還有如此高的罹患率，原因是肝臟的「沉默」特性——早期肝癌沒有症狀，就像裡面爛掉的蘋果，外表根本看不出來。很多病人到了肝硬化的階段還是沒有症狀，肝癌



腫瘤長在肝臟表面，常見的臨床症狀是上腹脹痛感，如果長在肝臟裡面，症狀可能就不明顯。一直到出現嚴重併發症如：食道靜脈曲張吐血、腹水腹脹吃不下等等，就醫才知道事態嚴重。

肝癌到晚期時可能會出現包括：疲倦、食欲不振、體重減輕、消瘦無力、下肢水腫、腹水、黃疸、皮膚搔癢等症狀，甚至腫瘤破裂引起腹內出血、休克。

由於肝臟沒有神經，罹患肝病的病人大部分沒有自覺，也沒有特殊症狀，早期發現肝癌的最好的方法就是定期追蹤檢查。肝癌篩檢第一線工具是腹部超音

波影像、抽血檢驗胎兒蛋白 (AFP)，一旦發現異常，進一步透過肝臟 CT 電腦斷層、肝臟核磁共振掃描 (MRI) 或組織切片確診。

### 愈早發現肝癌治療 選擇愈多、預後愈好

治療肝癌第一步要先確認癌症分期，再根據分期訂定適合病人的治療方式，愈早發現、癌症期別愈前面，能有的醫療選擇愈多，治療效果愈佳；可以採單一療法，甚至合併多種療法。有機會治癒肝癌的方法包括：外科手術切除、換肝，必須考量腫瘤大小、數目、位置，判斷腫瘤是不是能完全切乾淨或燒乾淨，還要考量肝功能是否夠用，換肝則必須考量時機與來源。另外還有內科電燒手術（肝癌射頻消融術）。

其他治療方式包括：1. 肝動脈栓塞術或肝動脈化療術；2. 放射腫瘤治療；3. 標靶藥物治療：直接阻斷癌細胞生長與修復、中止腫瘤血管新生，幫助免疫系統摧毀癌細胞；4. 免疫藥物療法：讓免疫細胞不被癌細胞點穴，強化自身免疫細胞，直接殺死癌細胞。免疫藥物療法目前仍適用於晚期肝癌治療，但某些病人反應良好，甚至可以完全消除腫瘤或控制癌細胞生長。

肝癌的診斷與治療技術日新月異，治療技術的進步與免疫療法的出現，替肝癌患者帶來新的曙光與希望。切勿聽信坊間偏方，或因擔心害怕而拒絕接受正統治療，錯失治療機會，與醫師配合，選擇最佳的治療方式，只要有心去做，就沒有什麼是不可能。

### 肝癌小檔案

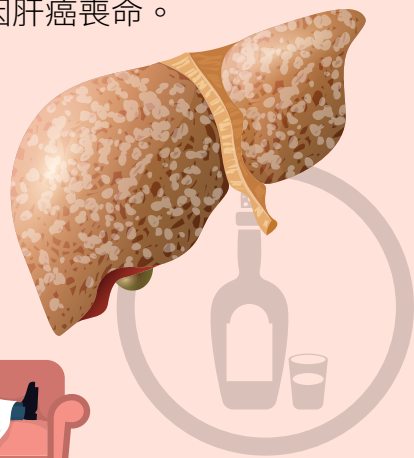
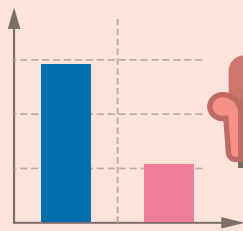
臺灣每年約 1 萬 1 千人罹患肝癌，約 8 千人死於肝癌。

臺灣平均每天約有 31 人得肝癌、23 人因肝癌喪命。

約 5 千人死於慢性肝病與肝硬化。

死亡年齡平均年齡為 65 歲。

男性肝癌患者人數為女性的二至三倍。



# 內視鏡黏膜下切除術 治早期胃癌

文／蔡松茂 臺中慈濟醫院肝膽腸胃科主治醫師

四十六歲的陳先生自費接受健康檢查，在照胃鏡時除證實幽門桿菌感染外，並意外發現胃部有微凸泛紅病灶，切片化驗報告出爐後確診為胃癌，陳先生平日僅偶有上腹不適，對於胃癌悄悄找上門感到十分驚訝。

陳先生後來到臺中慈濟醫院腸胃科門診接受詳細檢查，腸胃科團隊評估陳先生的胃癌應為早期胃癌。經討論過後，陳先生同意接受經胃鏡執行的「內視鏡黏膜下切除術」治療。陳先生術後第四天即順利出院，不僅肚皮完全無傷口，更順利保留全胃。

術後病理報告確定為早期胃癌（第一期，癌細胞僅侵犯黏膜層），病灶大小約三點五公分 x 三點零公分。病理檢查癌細胞已完全被刮除。陳先生於術後也接受幽門桿菌三合一治療根除幽門桿菌。陳先生已於後持續追蹤超過兩年八個月，目前完全保持健康狀態。

## 什麼是早期胃癌？

人體的消化道其實像三明治一樣有分層，通常消化道的癌細胞大都由最表淺的黏膜層「發跡」，接下來逐步「扎



根」至黏膜下層，一路往下貫穿至肌肉層及漿膜層。同時，當癌細胞深入黏膜下層深部時，也會開始蔓延至胃外的淋巴結。早期胃癌指的是癌細胞仍在黏膜層及表淺黏膜下層，尚未擴散至淋巴結的階段。

## 早期胃癌有什麼症狀？

因為癌細胞搞破壞的程度尚未嚴重，此時大部分的患者都沒有特別不適。當癌細胞壯大時，才會開始有上腹痛、食欲減退、解黑便、嘔吐、體重下降等症狀。

## 早期胃癌如何治療？

傳統上，外科開刀切除部分胃或全胃加上淋巴清除是標準的治療方式。而治療的另一選項就是消化道「內視鏡黏膜下切除術」。

### 什麼是內視鏡黏膜下切除術？

前文提到，當癌細胞初發生時，尚未有淋巴擴散的機會，我們可以利用胃鏡進入胃的內部，使用內視鏡電刀，將病變部分沿著黏膜下層刮除，猶如將表皮發霉的水蜜桃削皮一樣，此時果肉仍是完整。而外科開刀則是像將水蜜桃切塊一樣，切掉果皮加果肉。

### 什麼樣的情況不適合做內視鏡黏膜下切除術？

當醫療團隊經由電腦斷層及內視鏡超音波檢查後，評估癌細胞已侵入深部黏膜下層或更深的肌肉層及漿膜層時，或有淋巴轉移的跡象時，則不適合做內視鏡黏膜下切除術。就好像發霉處已經深入果肉了，此時只削皮是削不乾淨的。

### 接受內視鏡黏膜下切除術治療，還要注意什麼？

當醫師將病灶用內視鏡黏膜下切除術刮下後，檢體會送至病理科化驗，在顯微鏡底下觀察癌細胞的範圍及深度，若判別結果告訴我們病灶尚未根除，或病灶本身有高度的淋巴轉移機率，患者仍須回過頭來接受傳統外科開刀，以絕後患。

當病理檢驗報告顯示已達到根治時，患者則需定期回診追蹤接受胃鏡檢查，因為會罹患胃癌的胃部通常不太健康，會處於萎縮性胃炎或腸化生不良等易有癌前病變的階段，所以仍需定期追蹤，以利早期發現早期治療。

### 如何避免罹患胃癌？

胃癌的發生與生活習慣及幽門桿菌感染息息相關，喜好醃漬類、加工類及高鹽食物，以及抽菸喝酒等習慣，都是胃癌的高危險族群。另若檢查出幽門桿菌感染，也應接受除菌治療，以降低將來發生胃癌的機會。



上圖為胃鏡檢查有微凸泛紅的病灶，後經病理切片證實為胃癌。下圖為經內視鏡黏膜下切除術，病灶已刮除，胃部仍完整保留。

# 冠心病年輕化 篩檢避遺憾

文／林茂仁 臺中慈濟醫院心臟內科主任

應酬忙碌又有菸癮的大老板，嚴重胸悶、胸痛長達數月，稍走一下就很喘、胸很悶，被家人強迫掛急診，檢查結果讓他為之傻眼——三條冠狀動脈已有兩條百分百阻塞。住院進一步檢查，又是令人震驚的訊息——糖尿病、高血脂、高血壓，從未想過的「三高」一次全中，再拖下去可能導致心臟衰竭，或引發心律不整猝死。這位病人年僅卅五歲。

另一位心肌梗塞病人更年輕，才廿四歲，患有第一型糖尿病，長期控制，某一日突然胸痛發作，經抽血、X光、心電圖檢查，診斷出心臟左前血管中段阻塞住院。

以上兩個案例，經放支架打通血管治療，躲過了死神的追擊，現已恢復健康。

心血管疾病多年位居國人十大死因前三名，研究顯示，現代人飲食習慣改變，普遍攝取過多脂肪、過高熱量，加上工作壓力、缺乏運動等因素，罹患「冠狀動脈心臟病」的平均年齡有逐年下降趨勢，但廿、卅幾歲就心肌梗塞，確實讓心臟內科醫師引為警訊。

正常心臟位於胸腔內、胸骨後，約拳頭般大小，健康人體每天心跳約十萬



林茂仁主任發現心血管病疾有年輕化的趨勢，尤其是心肌梗塞，提醒民眾可進行預防性檢查。

次，打出八千公升以上血液，流經全身各處，廿四小時為維持人體正常運作而努力不懈。環繞在心臟表面的冠狀動脈有三條分支，是供應心臟氧氣和養分的重要血管，任何一條冠狀動脈出現狹窄或阻塞，就會造成心臟氧氣及養分供給受阻，導致心肌缺氧，抑制心肌收縮，使心臟無法搏出正常量血液，不穩定的心肌細胞影響控制心律傳導系統，就可能引起心衰竭或心律不整的猝死。

「冠狀動脈心臟病」統稱為「冠心病」。多數冠心病病人沒有明顯慢性症狀，有些人第一次發病就出現急性心肌梗塞，嚴重的甚至猝死。「心肌梗塞」的

發生，最早來自於膽固醇沉積造成斑塊形成「冠狀動脈狹窄」，稱之為「粥狀動脈硬化」，當已形成的斑塊撕裂或破裂後造成血液凝集，形成血栓阻塞冠狀動脈，造成心臟缺氧，稱為「冠狀動脈栓塞」，心肌缺乏氧氣與營養供應，從起初的心絞痛到更嚴重的心肌損傷或死亡的「急性冠心病」，也就是「心肌梗塞」。

預防因冠心病發生不可挽回的憾事，可透過多種方式篩檢，包括：一、靜態心電圖，二、運動心電圖，三、核子醫學檢查，四、心臟電腦斷層掃描（分為六十四切、二百五十六切、六百四十切）。

### 六百四十切電腦斷層掃描儀 篩檢冠心病的理想工具

其中，六百四十切電腦斷層掃描儀（簡稱 CTA），是篩檢心臟冠狀動脈疾病的理想工具。最大的優點是大幅減少顯影劑的使用量以及降低放射線曝射劑量、縮短患者檢查的掃描時間並提高檢查成功率、大幅改善心臟血管影像品質且提升診斷準確度，為患者提供更快、更安全、更準確診斷。

所謂的六百四十切，其中「切」數代表斷層掃描儀器上的偵測探頭轉一圈可得到的切面圖像張數，六百四十切電腦斷層每轉一圈可得到六十四切十倍圖像資料。探頭的寬度覆蓋範圍由原先的三點二公分增加到十六公分，以心臟平均大小為十二至十三公分來看，掃描一圈

就可以得到足夠的資料，大幅降低受檢者的輻射曝露時間與顯影劑使用量。掃描時間縮減至零點二七五秒，掃描厚度精細達零點五毫米，再加上其他軟硬體與電腦計算功能的進步，一圈掃描瞬間即能攝取心臟整個器官的三維圖像，閉氣時間可以縮短。

罹患冠心病的危險因子包括：高血壓、高血脂症、糖尿病與抽菸。健保署傳統健檢是四十歲以上開始，男性超過四十五歲，女性超過五十五歲應注意健檢。如有家族史男性一等親小於五十五歲，女性小於六十五歲發病，或 BMI（身體質量指數）大於、等於卅，已知膽固醇、血糖偏高，即使還沒有到卅五歲，為健康著想也可以自費檢查。🌱



臺中慈濟醫院的六百四十切電腦斷層掃描儀（CTA），是篩檢心臟冠狀動脈疾病的理想工具，優點是大幅減少顯影劑使用量、降低放射線曝射劑量、縮短掃描時間，提供更快、更安全、更準確的診斷結果。