

出國報告（考察）

歐洲心臟學會年會考察心得

服務機關：衛生福利部彰化醫院

姓名職稱：主治醫師何東錦

派赴國家：英國倫敦

出國期間：1040827-1040902

報告日期：1041202

摘要

歐洲心臟學會一直是執牛耳的角色，帶領著全世界的心臟權威往前衝。因此，藉由此國際會議可以了解到目前全世界最新的知識、最高端的技術。歐洲心臟學會治療指引一直是全世界治療心臟疾病時引為根據最重要的文獻之一。此次更新的治療指引最重要的是非 ST 節上升型心肌梗塞患者之治療指引。根據此次的建議，主要有 10 大項的改變：首先心臟超音波的角色加重。學會建議在第一時間亦即患者在急診時即應趕快施行心臟超音波排除急性併發症及了解心臟狀況。其次關於胸痛的診斷 過去幾年來皆採行 3 小時診斷法。今年因診斷技術的進步，各醫院幾乎都已採購高敏感度檢測儀，學會建議可以改為 1 小時診斷法以提高診斷效率。其次關於和實行心導管手術治療議題部分，學會建議是患者當時狀況而定，最緊急的部分包括患者呈現心因性休克，血型動力學不穩定，心臟破裂或產生致死性心律不整等。上述情況建議要在 2 小時內做心臟介入性治療。或是無介入設備的醫院應立即轉院至可行心導管的醫院立即處理。其次高危險型病患包括心電圖持續變化，持續胸痛，或是心肌沒有變化的患者建議 24 小時內處理即可。若是該醫療院所無心導管設備則應於 24 小時內轉院至適合醫院作進一步處置。最後是包括糖尿病、腎臟病、心衰竭患者、之前有狹心症、心肌梗塞或之前曾施行心導管的患者則於 72 小時內施行即可。另外，指引內這次亦討論到從何處施行心導管？從繞動脈或是股動脈？根據指引的建議 從手橈動脈可以減少出血率，減少許多併發症進而降低死亡率，故強烈建議應從橈動脈來施行手術。至於應使用何種支架呢？根據新進幾篇研究證實 塗藥支架好處 即再狹窄率等皆遠優於一般支架，故學會建議應使用新一代塗藥支架來取代傳統的一般支架。此外，到底是行心導管好或是開心行繞道手術好呢？現場亦有許多爭辯。目前是建議應該針對糖尿病患、腎功能不佳患者，血管狀況不佳、左主動脈狹窄、SYNTAX 分數高的病患應先會診心臟外科，先行討論整合再與家屬討論得到共識後再決定型血管整形術或是繞道手術。至於主動脈幫浦則不建議常規使用。藥物部分建議醫入急診抗血小板藥物 降血脂藥物即應立即用上。甚至需要使用一輩子。最後在心房顫動的患者原本已經使用抗凝血劑者，學會建議應 3 種藥物併用。高出血危險族群建議 3 種併用 1 個月後改回 2 者併用，抗凝血劑併抗血小板製劑。使用至少一年改回單使用抗凝血劑。出血低危險群則 3 種併用 6 個月後才改 2 種併用至一年。參與國際性大型會議，可以在第一時間獲取目前最新最先進的知識技術 對我們臨床治療患者的能力可以大大的提升。可以幫助我們瞭解先進國家目前研究的方向 重點。對我們擬定策略及未來發展方向上有很大的幫助。建議應該多開放名額機會讓更多的 公職 醫師有機會去接觸國外的新知以提升公立醫院的競爭力。

目次

1. 目的.....	4
2. 過程.....	4
3. 心得與建議.....	5

目的

醫學在這幾年進步的很快，尤其在心臟科領域。包括影像醫學的進步，診斷技術的提升，心導管技術進步更是飛快，包括在美國、歐洲、日本都不斷有新的技術工具等推出。在心臟科領域，歐洲心臟學會一直是執牛耳的角色，帶領著全世界的心臟權威往前衝。因此，參與此一國際盛事一直是我輩希望提升自己專業能力一個最佳的機會。藉由此國際會議可以了解到目前全世界最新的知識、最高端的技術、聽到大師的現場指導等，對我輩的專業能力將可以有實質的提升。

過程

職於 8 月 27 日啓程前往英國倫敦後，倫敦不像之前的想像，一個浪漫美麗的城市，暑假理論上像在台灣天天都是超過 32 度以上的高溫，倫敦卻是只有 10 多度的低溫還飄著毛毛細雨。絲毫沒有浪漫的感覺。隔天清早隨即趕往大會會場，結果倫敦的地鐵是有營業時間的，早上 7 點半左右才來第一班車，我因為想趕第一堂課 7 點 40 分的，一大早 6 點出頭出去趕地鐵，結果發現地鐵站鐵門還沒開，問附近行人也沒有個確切答案，只好站在外面枯等，天又好冷，當時有點異鄉孤單的感覺。等到了會場的地鐵站才發現人山人海，整個車站滿滿都是人。據了解從世界各地來朝聖參與此次國際會議的心臟科專家超過 3 萬 5 千人。會場在倫敦市郊的一座國際會議中心。好大的場地，橫跨 2 個地鐵站。據說可容納 10 萬人在內同時開會。

此次歐洲心臟年會涵蓋的議題很廣，會議場地很多，可能同時有超過 30 個會議同時進行。職無法在同一時間參與各項議題，僅挑幾項作整理報告

歐洲心臟學會治療指引一直是全世界治療心臟疾病時引為根據最重要的文獻之一。此次更新的治療指引最重要的是非 ST 節上升型心肌梗塞患者之治療指引。根據此次的建議，主要有 10 大項的改變：首先心臟超音波的角色加重。學會建議在第一時間亦即患者在急診時即應趕快施行心臟超音波排除急性併發症及了解心臟狀況。其次關於胸痛的診斷 過去幾年來皆採行 3 小時診斷法。今年因診斷技術的進步，各醫院幾乎都已採購高敏感度檢測儀，學會建議可以改為 1 小時診斷法以提高診斷效率。其次關於和實行心導管手術治療議題部分，學會建議是患者當時狀況而定，最緊急的部分包括患者呈現心因性休克，血型動力學不穩定，心臟破裂或產生致死性心律不整等。上述情況建議要在 2 小時內做心臟介入性治療。或是無介入設備的醫院應立即轉院至可行心導管的醫院立即處理。其次高危險型病患包括心電圖持續變化，持續胸痛，或是心肌沒有變化的患者建議 24 小時內處理即可。若是該醫療院所無心導管設備則應於 24 小時內轉院至適合醫院作進一步處置。最後是包括糖尿病、腎臟病、心衰竭患者、之前有狹心症、心肌梗塞或之前曾施行心導管的患者則於 72 小時內施行即可。另外，指引內這次亦討論到從何處施行心導管？從髖動脈或是股動脈？根據指引的建議 從手橈動脈可以減少出血

率，減少許多併發症進而降低死亡率，故強烈建議應從橈動脈來施行手術。至於應使用何種支架呢？根據新進幾篇研究證實 塗藥支架好處 即再狹窄率等皆遠優於一般支架，故學會建議應使用新一代塗藥支架來取代傳統的一般支架。此外，到底是行心導管好或是開心行繞道手術好呢？現場亦有許多爭辯。目前是建議應該針對糖尿病患、腎功能不佳患者，血管狀況不佳、左主動脈狹窄、SYNTAX 分數高的病患應先會診心臟外科，先行討論整合再與家屬討論得到共識後再決定型血管整形術或是繞道手術。至於主動脈幫浦則不建議常規使用。藥物部分建議醫入急診抗血小板藥物 降血脂藥物即應立即用上。甚至需要使用一輩子。最後在心房顫動的患者原本已經使用抗凝血劑者，學會建議應 3 種藥物併用。高出血危險族群建議 3 種併用 1 個月後改回 2 者併用，抗凝血劑併抗血小板製劑。使用至少一年改回單使用抗凝血劑。出血低危險群則 3 種併用 6 個月後才改 2 種併用至一年。

另外關於肺栓塞高危險群患者亦建議及時行再灌注治療，施打溶血栓藥物或甚至手術治療。中度危險性患者則行抗凝血藥物治療。關於糖尿病這次會議亦多有討論：糖尿病易引起急慢性心衰竭，住院率、死亡率亦遠高於非糖尿病患者。故控制好 3 高 尤其是血糖的控制是刻不容緩的。

心得與建議

參與國際性大型會議，可以在第一時間獲取目前最新最先進的知識技術 對我們臨床治療患者的能力可以大大的提升。對整體的 醫療有非常大的幫助。也更開闊我們的視野，可以幫助我們瞭解先進國家目前研究的方向 重點。對我們擬定策略及未來發展方向上有很大的幫助。建議應該多開放名額機會讓更多的 公職 醫師有機會去接觸國外的新知 以提升公立醫院的競爭力。