

心臟衰竭藥物治療新概念

◎基隆長庚藥劑科藥師 陳佳亮

● 前言

心臟衰竭有相當高的死亡率與再住院率，當病人病情加劇或反覆發作時，使用利尿劑雖能緩解肺積水與呼吸困難等症狀，但如果沒有進行標準心臟衰竭用藥的治療，心臟功能會越來越差，生活品質也會逐漸惡化至無法自理，造成病人痛苦、家人辛苦與醫療費用增加等問題。

以心臟超音波測量左心室的射出分率，可用來分類心臟衰竭。當射出分率 $\leq 40\%$ 時，為射出分率低下；當射出分率 $\geq 50\%$ 為射出分率正常；而射出分率介於 $40\sim 49\%$ 之間，為射出分率輕度異常；當射出分率 $\leq 40\%$ ，經過治療後 $\geq 50\%$ ，則為射出分率改善。針對不同射出分率的心臟衰竭，有不同的藥物治療建議。

心臟衰竭最常見症狀為呼吸困難、四肢水腫與疲倦，當臨床症狀緩解或暫時無症狀時，病人可能以為這個病好了，也就無意願長期規律服用標準藥物，尤其當看到藥袋上標示適應症為高血壓或第二型糖尿病，可能副作用包括血壓過低或心跳過慢時，病人心中可能會有疑惑：我血壓與心跳一直都很正常甚至用藥後偏低，血糖也正常沒有糖尿病的問題，我為什麼要吃這些藥物呢？於是產生排斥心理，進而降低服藥意願。

心臟衰竭可能導致心臟結構與功能惡化，若未給予標準治療藥物，並從低劑量慢慢調到最適劑量，心臟結構與功能就沒辦法逐漸復原改善，因此許多病人雖然血壓正常或些微偏低，仍需持續給予相關藥物，不可任意變更

或停用。

心臟衰竭藥物治療目的主要為：降低死亡率、預防心臟衰竭反覆住院、改善臨床症狀、維持心臟功能與生活品質。

● 藥物治療

左心室射出分率低下的心臟衰竭主要治療藥物，可分為 4 大類：

一、血管張力素相關藥物

這類藥物有三種，只能擇一使用：

1. 血管張力素轉化酶抑制劑（ACEI）

此類藥物可降低血管張力素濃度、擴張血管、降低血壓、改善心臟結構及功能，副作用為乾咳與血鉀上升。若服用此藥物後持續乾咳，可向醫師反應並評估是否調整藥物。

2. 血管張力素受體阻斷劑（ARB）

此類藥物與 ACEI 作用相似，但較少乾咳副作用。

3. 血管張力素受體－腦啡肽酶抑制劑（ARNI）

此類藥物屬於進階類藥物，對於嚴重的心臟衰竭病人需與醫師討論是否使用。由於 ACEI/ARB/ARNI 藥物均可能導致高血

鉀，飲食須注意鉀含量，並定期追蹤血中鉀離子及腎功能。

二、乙型交感神經阻斷劑（ β -blocker）

此類藥物可降低交感神經活性，減緩心跳與血壓，降低心臟肌肉耗氧量與心律不整發生頻率，讓心臟功能進步。此類藥物使用有可能導致心跳過慢，常常感覺頭暈，甚至頻跌倒時，可再請醫師評估適當使用劑量。

三、礦物性皮質素／醛固酮受體阻斷劑（MRA）

此類藥物可減少心臟纖維化，也有降血壓與輕度利尿效果，但用藥期間需持續監測血中鉀離子與腎功能。

四、第 2 型鈉 - 葡萄糖共同轉運蛋白抑制劑（SGLT-2i）

此類藥物原先用於治療第二型糖尿病，藉由抑制近端腎小管中葡萄糖與鈉的再吸收，達到排糖、排鈉、利尿、降血壓與降低心臟負荷作用。近期臨床試驗顯示，不論是否合併糖尿病，均可降低心臟衰竭族群心血管死亡率與再住院率，能同時治療射出分率低下至正常之心臟衰竭。自 2022 年開始，健保開放這類藥物

用於非糖尿病但射出分率 $\leq 40\%$ 之心臟衰竭病人，自 2025 年 3 月起，射出分率 41~49% 之心臟衰竭病人也放寬使用。病人是否適合使用 SGLT-2i，需與醫師討論，服藥期間若有噁心、嘔吐、腹痛、呼吸急促、生殖器會陰或周圍組織出現壓痛紅腫伴有發燒、身體不適及排尿不適等症狀，或預計接受重大手術，均應向醫師反應。

血管張力素類藥物 (ACEI、ARB、ARNI 擇一使用)、乙型交感神經阻斷劑、MRA 與 SGLT-2i 等 4 大類藥物併用已證實能有效改善左心室射出分率低下心臟衰竭死亡率與再住院率。當病

人臨床症狀不穩定，無法耐受血管張力素類藥物與乙型交感神經阻斷劑，則可能以血管擴張劑 hydralazine 合併硝酸鹽類藥物 isosorbide dinitrate 與竇房結抑制劑替代治療。同時應注意，隨著心臟功能的變化，許多原先長期服用的藥物也許應該考慮調整甚至避免使用，例如部分抗心律不整藥物、降血糖藥物與非類固醇消炎止痛藥。若病人有額外服用藥物的需求，甚至有計畫懷孕或處於懷孕狀態，均應與醫師討論並調整藥物。

● 結論

隨著醫療進步，心臟衰竭已證實能藉由藥物獲得有效治療。當被診斷心臟衰竭時，需配合醫療團隊積極治療並規律用藥，不可覺得身體都沒有異狀就自行停藥，才能避免心臟功能反覆惡化，並維持甚至改善既有生活品質。🏡

