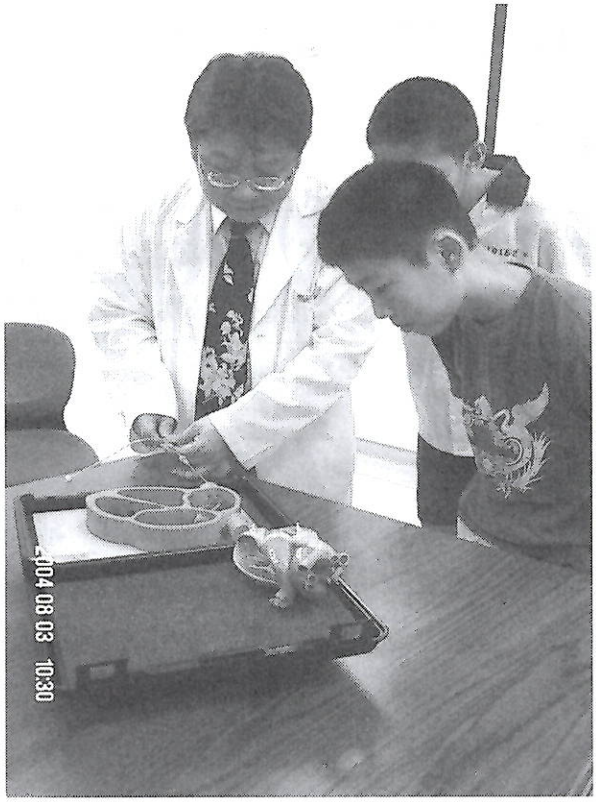
心房破洞最新療法，健保開始給付！

小兒心臟科 陳豐霖主任

定義

心房中膈是人體心臟中，心房部位的分膈板，胎兒期中，左右心房相通，出生後大都自行完全閉合，僅有少部分人(約每千人中有5-6人)尚存在細小的卵圓孔，發生少許左心房流到右心房的分流，但不易造成心臟負荷過度血流；如果心房中膈發生缺損產生破洞，我們稱為心房中膈缺損或簡稱房缺，會造成大量左心房含氧回左心室的血流，分流到右心房，造成右心房及右心室血流量過度負荷，導致右心擴大。



發生率

約占所有先天性心臟病5~10%，約每萬人中有八位，但台中學童篩檢竟發現每萬人中約17位，是過去統計的兩倍。先前的學童篩檢中未被診斷出來的房缺高達74%。

臨床症狀

發現年齡以學齡以後兒童居多，大都無臨床明顯症狀。臨床的表現，依據缺損大小導致右心過度負荷的血流量大小而定。女生較易罹患，約是男性的三倍，外觀上身材大都瘦高，左胸前區常較右胸隆突，造成不對稱胸廓。自覺症狀方面常表現如同二尖瓣脫垂患者，而有心悸、胸悶、呼吸困難、易流手汗、焦慮、緊張。青少年或成人則常以頭痛為表徵，而不易自覺疾病的存在。

醫師理學的發現，最常見的是心臟雜音，但發現率約僅有30%，藉由台中縣學童篩檢的經驗，可發現具大約1.5公分以上的缺損且右心擴大的房缺學童，高

達每千人中有 1.7 位，而女生是男生的 2.5 倍，僅有 26%是從小就被診斷出來的，其餘 74%則是藉由此次心臟篩檢才被發現的。

縱使破損幾乎整個心房中膈的大小，仍然可能完全無明顯症狀，病人較常見的自覺症狀在學童、青少年及成人僅是心悸、頭痛，而少有呼吸困難症狀。

分類

心房中膈缺損的位置，依心房中膈胚胎發育的組成，分為四型：(1)靜脈竇型(上腔或下腔靜脈處)。(2)繼發孔型。(3)原發孔型。(4)無頂蓋冠狀竇型心房中膈缺損，其中繼發孔型約 80%，靜脈竇型約 10%，原發孔型約 10%，較少見的是無頂蓋冠狀竇型。

自然病史

在嬰幼兒時期，大都完全無症狀，常因心臟有雜音而意外被發現，如果合併肺靜脈迴流異常，則會造成反覆呼吸道感染。學齡兒童以後，縱使大型心房中膈缺損，但常因無症狀而導致發生肺動脈高壓變化，如果造成嚴重的肺高壓，自然壽命可能只有四、五十歲，且易造成心房顫動、心律不整，形成血栓造成中風，早期發現、早期治療，可避免肺高壓的發生。

治療

內科治療主要在控制心臟衰竭，以防止肺高壓。根本的治療在於早期關閉心房缺損，以免發生肺動脈高壓和其他併發症。治療的時機以學齡前兒童最為理想。

除繼發孔型房缺外，因常併發其他的心臟畸型，而皆以外科手術為主，藉由介入性心導管的先進治療，繼發孔型的心房中膈缺損大都可藉由心導管栓塞閉合器完成治療。閉合器的類別分為多種，在國內以安普拉茲心房關閉器〈Amplatzer Septal Occluder〉為主，其為一種特殊性記憶鎳鈦合金〈Nickel-titanium〉金屬，編織成網狀，具有自發膨脹性能的雙面盤狀結構。封閉器兩個圓盤透過一個短腰連接，短腰的直徑與房缺大小一致，以封堵住房缺，藉由提供極度變形抵抗性質，以達到縮成直線裝入心導管，而到達左心房，再推出恢復原狀，而形成兩面飛盤般，中間硬梗則封堵住心房中膈缺損處，以避免脫位掉落。使用的適應症，以(1)右心血液負荷是左心的 1.5 倍以上、(2)體重 8 公斤以上 、(3)繼發孔型心

房缺損小於 2.5 公分以下為宜。手術中採全身麻醉，以便放置經食道的超音波監測，因此無痛，僅有鼠蹊部導管插入部位及喉嚨疼痛，一週內可消除，術後臥床 6-8 小時，即可恢復下床活動。術後一個月內，盡量避免近身的碰撞運動，一個月後即可恢復。使用此閉合器，在旅行中可通過金屬探測器檢查，也可接受MRI(核磁共振檢查)。

比較外科手術與安普拉茲關閉器的優缺點

類　型	安普拉茲關閉器	外科手術
優點	1. 無痛 2. 治療時間 2-3 小時 3. 適用繼發孔型 4. 無疤痕 5. 手術住院日 3 天，恢復期短約:1-3 天	1. 疼痛 2. 手術時間 4 小時 3. 適用任何類型房缺 4. 有疤痕 5. 手術住院 5-7 天 恢復期至少兩週

結論

有下列特徵者：常見心悸、胸悶、呼吸困難、易流手汗、焦慮、緊張、頭痛、身材瘦高，以女性居多，需特別留意心房中膈缺損，早期治療以避免肺高壓，對繼發孔型心房中膈缺損，免開刀且無痛的介入性心導管栓塞心房中膈缺損，使用安普拉茲關閉器是最簡單可行的方法。

根據學童篩檢的經驗，高達 70%以上的病人是目前理學檢查及心電圖尚無法完全診斷出來的，故需藉由心臟超音波檢查，會較易於診斷。