



心導管二三事

我放的支架沒有塗藥， 為何還要自己花錢？（上）

撰文◎心臟內科主治醫師 李宣澤

心臟支架有哪些種類？為何會有費用上的差異？且讓我們一起來瞭解吧！

文章開始之前，我們要明確一件事情：這裡的花錢指的是「為支架支付的額外的開銷」，住院時病房的費用、醫師執行心導管的技術費用，並不在我們的討論範圍之內（實際上這些費用大多數也都由健保幫忙付掉了）。而要回答「明明放的是沒有塗藥的支架，卻還是要額外為支架支付費用」這個問題，我們要先從心臟支架的分類來談起，並簡單敘述不同種類的支架的價格，以及在什麼情況之下，健保會幫我們付支架的費用，而什麼時候又不會。

常用的支架（stent）分兩種：沒塗藥、有塗藥

首先，常見的心臟支架分兩種：沒有塗藥的金屬支架，和有塗藥的金屬支架。另外有一種可吸收的支架因為比較貴，也比較少用，暫且不提。

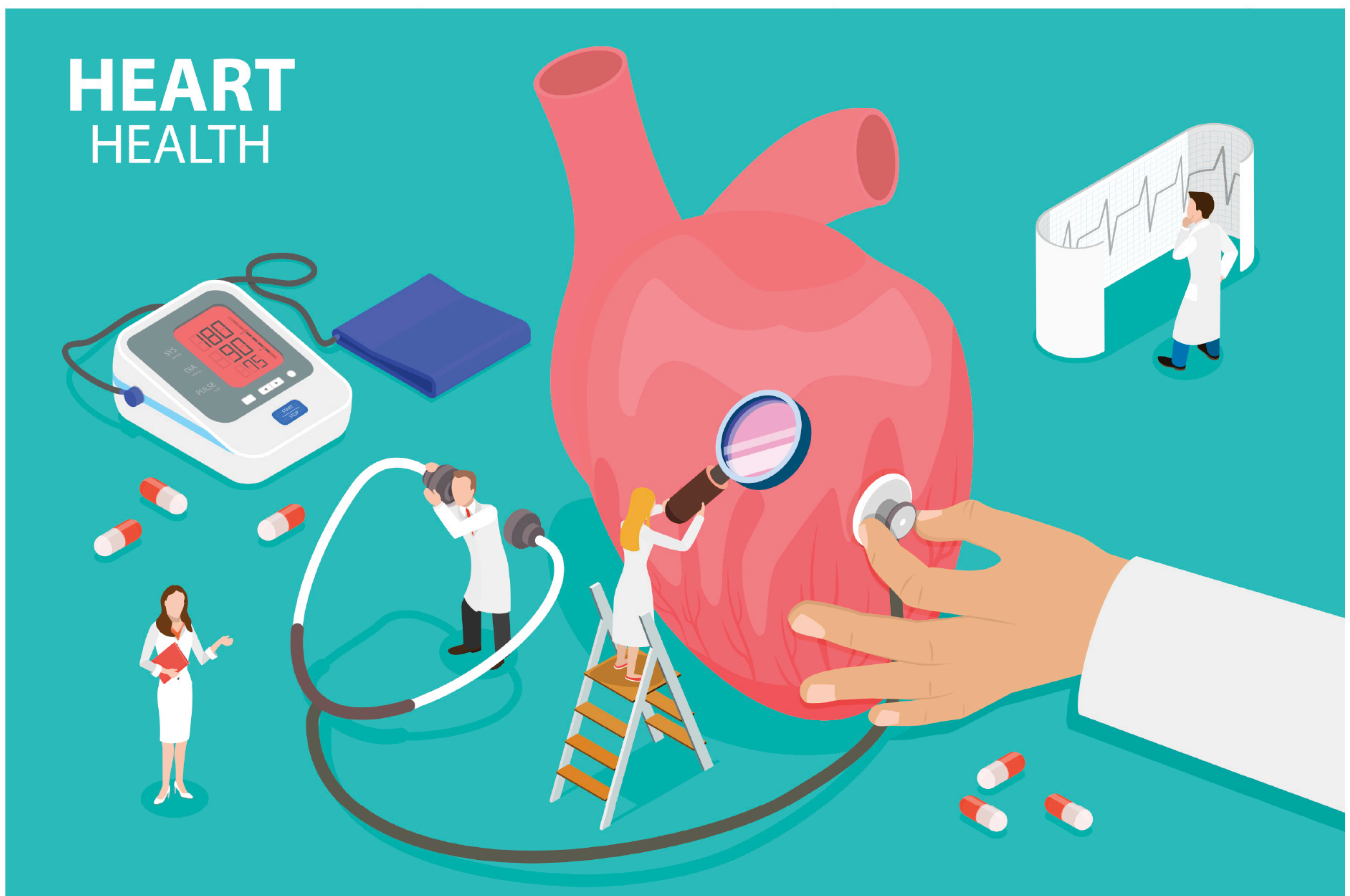
有些醫師在解釋的時候會把沒有塗藥的金屬支架叫作「健保支架」，而有塗藥的金屬支架叫作「自費支架」，其實這是不精確的。因為並不是沒有塗藥的支架就一定是由健保買單。

為了方便，我們暫時把沒有塗藥的金屬支架簡稱為「普通支架」，而有塗藥的支架簡稱為「塗藥支架」，這樣會比較好理解一些。

兩種常用的支架，有何差別？

其實剛放進身體裡面的時候，有塗藥跟沒塗藥的金屬支架效果幾乎沒有差別，兩者都能把血管撐開，讓血流流通，減少血管管壁回彈或血管破裂的機會。

但是，一年後，普通支架裡面發生狹窄的機率大概在 20%；而塗藥支架的機率可以壓到 5% 以下。三年後，放普通支架的病人，大概有一半血管都會再度狹窄，甚



至再次發生心絞痛而需要再做心導管；而放塗藥支架的人，通常有八成以上血流都還是通暢的。

可以說，塗藥支架可以讓病人撐比較久，有比較大的機會不用短時間之內再做一次心導管將血管打通。也因此，通常比較年輕的病人，我們會比較推薦放有塗藥的金屬支架。

聽起來塗藥支架比較好對吧？那兩種支架的價格差多少呢？

普通支架，一支的價格大概在新臺幣 15,000 元上下，每家醫院會有一些落差；而塗藥支架，各家廠牌的價格在 60,000 到 80,000 元不等，每間醫院實際的價錢也有差異。

以一般的心導管來說，我們在照完相、確定血管有超過 70% 的狹窄之後，就會跟病人或者家屬討論要放哪一種支架。那是不是如果我要放普通的支架，我就是付 15,000 元，或

者放塗藥支架，就是付 60,000 到 80,000 元？其實不一定，因為這取決於您是否「符合健保給付的規則」來決定。

放支架要花多少錢？ 要看是否符合健保規範而定

因為我們有加入全民健保，所以每次就醫的時候，有很多費用其實是健保幫我們付掉的，例如：在診所洗一次牙，實際上的金額可能上千元，但因為洗牙這個項目符合健保規範，所以我們其實只付了掛號費而已，洗牙的「技術費」和「耗材費」是國家幫我們出的。

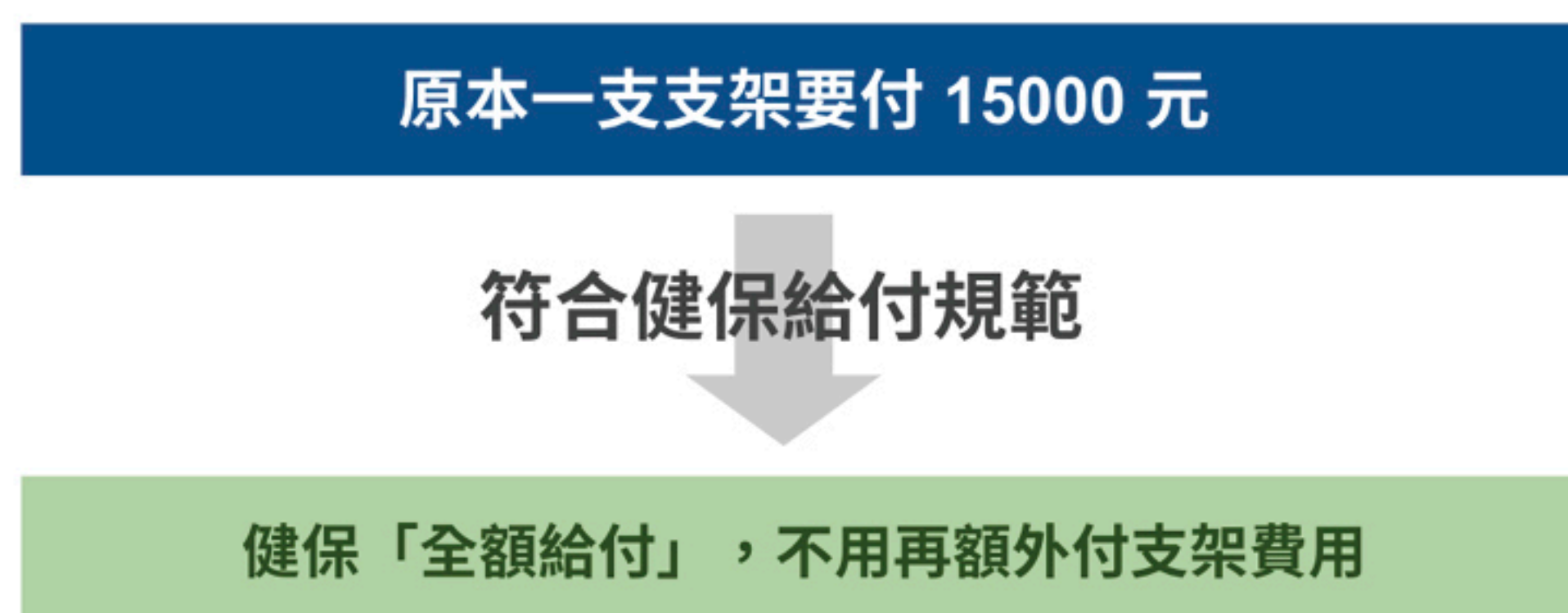
同理，放支架這件事情，如果符合規範的話，健保也會幫我們出錢，那到底如何計算？金額又是多少呢？

符合規範的人，每一支支架，健保會幫我們付「一支普通支架的錢」——也就是說，

如果您放的是普通支架，這 15,000 元就是國家買單，這稱為「全額給付」；如果是放塗藥支架，就是把那一支塗藥支架的金額，扣掉一支普通支架的金額，讓我們只需要付剩下來的部分——國家付錢的部分叫作「差額給付」，而我們自己付錢的叫作「差額負擔」或者「自付差額」，如下圖。

情境一：「全額給付」

credit: 李宣澤醫師



情境二：部分給付 + 自付差額

credit: 李宣澤醫師



所以不是普通支架都由健保付錢，塗藥支架就全部自費。

換句話說，如果我放的是塗藥支架，並且符合健保規範，一支支架要付的就是「60,000 元到 80,000 元減掉 15,000 元」，最後要付的錢就是「45,000 元到 65,000 元」，而這就稱作「自付差額」或「差額負擔」，而那 15,000 元便被稱為「部分給付」。

健保給付金額，要視病況而定

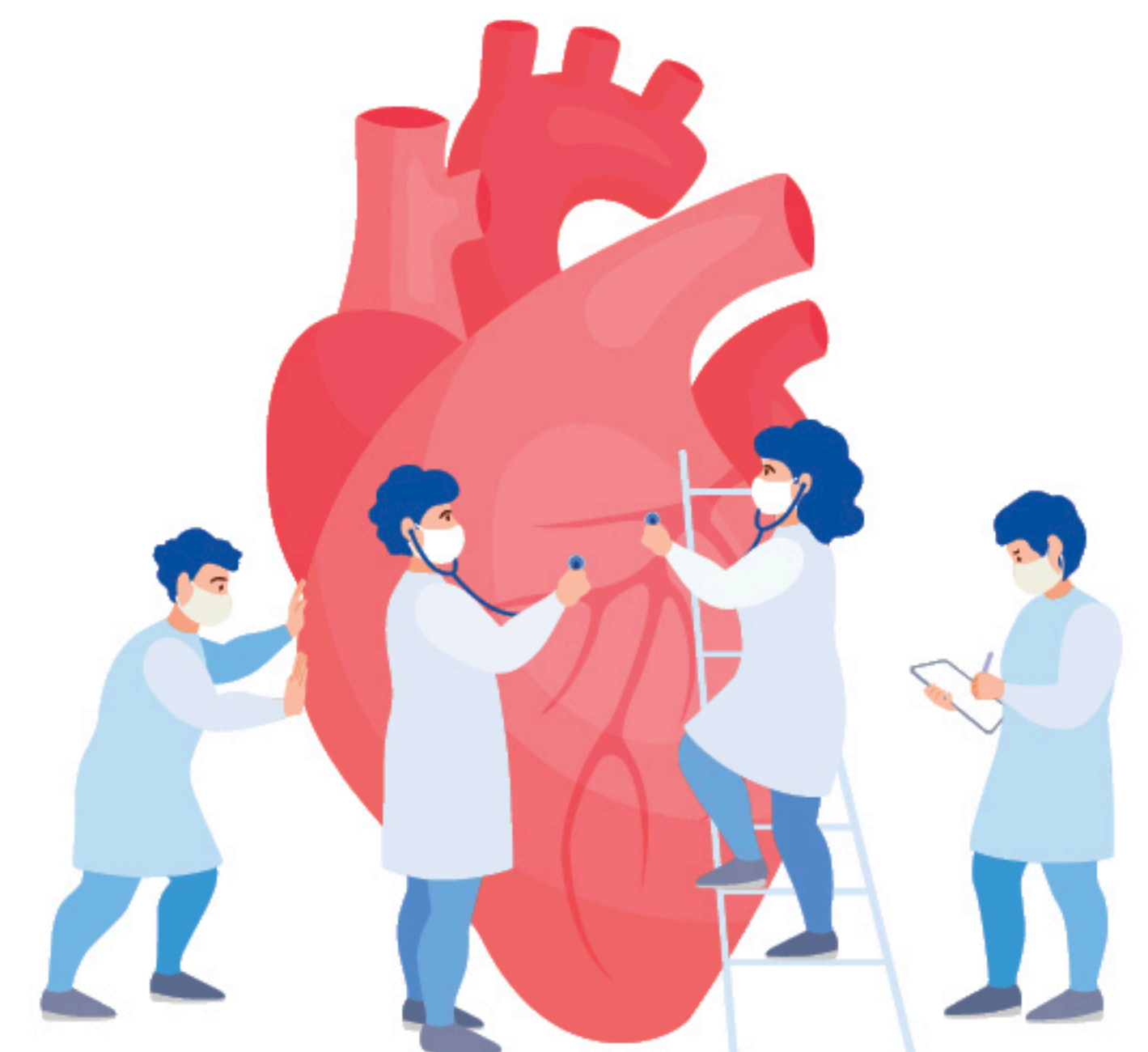
既然符合規範，健保會幫我們付錢，那有沒有可能不符合健保規範，導致不管有沒有放塗藥的金屬支架，我們都要自己付全額呢？有的，只是目前的醫師，都會盡量做好病人和病灶的選擇，以避免民眾多花冤枉錢。但現實並不是總是這麼理想的，也存在著一切循規蹈矩，最後民眾還是得全額自費支架的情況——即使放的是普通支架。

有哪些可能性呢？大致可以分成兩類——有些病人在做心導管之前，就已經確定會符合健保規範，但有些人是必須心導管做到一半，血管整形已經開始了才能確定。

手術前，已可知符合標準

首先，在做心導管之前，就會知道符合健保給付標準的人有哪些呢？例如：

- 病人是因為心肌梗塞，從急診被送進來執行緊急心導管。這種病人因為屬於緊急事件，所以符合健保規範。



- 我們供應心臟的血管分為 3 條，右邊 1 條，左邊 2 條，而左邊兩條血管有一個共同源頭，稱為「左主冠狀動脈」。這條動脈是心臟的命根子，一旦塞住病人可能就直接死掉了！因此如果這條左主冠狀動脈有超過 50% 的狹窄，病人也符合健保的給付標準。
- 病人的血管 100% 完全塞住，並且預期超過兩個月，已經有從其他地方來救他的血管了，這種情況我們醫學上稱為 Chronic total occlusion (CTO)，這種血管我們把它撐開之後，放支架也會符合健保給付標準。

以上這些情況，都屬於在我們打完顯影劑、照完相，在拿出氣球把血管打通之前，就已經知道病人可以符合健保幫忙付錢的例子。

手術過程中，才知是否符合標準

另一方面，也有些病人，是我們在用氣球把血管撐開打開之前，並不能確定他會不會符合健保給付規範。

例如：健保局有規定要放支架的狹窄部位，必須「狹窄超過 70%，直徑超過 2.5mm，並且在使用氣球用正常壓力撐開之後，狹窄依然超過 50%」才能符合健保給付規範——講白話一點，就是血管必須「夠大條」、「塞得夠嚴重」、而且還「很頑固，只用氣球撐開效果不好」，這樣的情況下放支架，健保才會幫忙出錢。

可是若我的血管夠大條、也塞得夠嚴重，但偏偏用氣球撐開之後就幾乎看不到狹窄了，血流也很通暢，這個時候如果我決定要放支


架，可能就沒辦法符合健保給付的規範，造成我們必須全額自費支架的錢，無論支架有沒有塗藥。

選擇不放支架，可行嗎？

那如果我不想多花錢，就只是用氣球把血管撐開之後，不放支架，直接結束手術行不行呢？嚴格來講沒有不行，但是不好。

因為，只用氣球把血管撐開而沒有放支架，根據研究，血管再次塞住的機率大概在 30-50%，一旦血管塞住，心導管就白做了；更不用說撐開過的血管可能會比原本脆弱，甚至已經有了些微小的裂傷，即使當下沒事，病人回到病房之後血管一瞬間突然塞住，直接要了病人的命也並不是不可能！

因此，在當今醫療常規下，「用氣球撐開之後接著放支架」幾乎可以說是標準流程——除非血管直徑太小，或者血管太硬導致氣球沒辦法很好的打開。

如果覺得以上說明有點複雜，也建議您可以諮詢心臟科醫師：「是不是有什麼原因讓我（或親友）不符合健保的規範，以致於我必須全額自費？」相信醫師會為您詳細解答。 



作者介紹

李宣澤 心臟內科主治醫師

專長：心電圖報告判讀（12 導程心電圖、運動心電圖、24 小時心電圖）、心血管疾病病史詢問與理學檢查、冠狀動脈血管與心臟攝影、經皮冠狀動脈介入手術、心臟超音波檢查。