



為什麼健檢報告沒有紅字 血管還是會塞住？

制定個人專屬的血脂控制計畫

文 / 黃世圻

國泰綜合醫院心血管中心主治醫師

凌晨的導管室，冰冷的儀器聲規律跳動著。69歲的陳先生因為嚴重的急性心肌梗塞，剛從生死關頭被拉回來。在轉送加護病房的路上，陳先生虛弱地吐出心底最深的困惑：「醫師，我每年都準時健檢，報告一張紅字都沒有，也不抽菸，為什麼血管說塞就塞？」

心血管塞住的元兇-低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)

膽固醇不溶於水，必須搭乘名為「脂蛋白（Lipoprotein）」的運送車才能移動。其中，低密度脂蛋白（LDL）是最惡名昭彰的司機，當它載著膽固醇（LDL-C）在全身巡航時，會穿過血管內皮並滯留在裡面，進而變成發炎顆粒，被巨噬細胞吃掉形成泡沫細胞，經年累月，就會在血管上形成斑塊，運氣好慢慢變厚，血管慢慢狹窄，出現胸悶胸痛，但若斑塊破裂，引起緊急血栓，就是致命的心肌梗塞！

因此，LDL-C已被證實是粥狀動脈硬化的必要事件，更是造成心肌梗塞的第一危險因子。

那我把LDL-C都控制在標準以下不就好了嗎？

很多人拿到報告，看到LDL-C數值是黑字（<130mg/dL）就鬆了一口氣。但標準值只是門檻。血管斑塊的累積，除了看數值的高低，更取決於「暴露時間」。即使數值正常，暴露時間夠長，血管阻塞風險依然存在。美國心臟病學會雜誌(JACC)學會提出「累積時間x LDL-C」公式，若>5000(如LDL維持125mg/dL 40年以上)，每十年心肌梗塞的機率會翻倍，而最新的2026年美國心臟協會(AHA)血脂治療指引更指出，血脂的控制標準，不再只看單一次的抽血結果，而是強調「個人化」的治療目標。

血脂的標準是哪裡

我們心臟科的參考書有一句話，「The lower, faster, the better.」指出LDL-C越低越好，降越快越好。但達標因人而異，我們會根據性別、年齡、當前血脂數值等等眾多因素，估算10年發生心血管事件機率，區分成低中高風險：

- 低風險的病人若LDL-C低於160，可以考慮進行生活作息調整。
- 高風險病人，建議要控制在低於70。
- 有糖尿病，慢性腎病，初始LDL-C高於190，或是已經有過心血管疾病史的病人，必須更加嚴格，低於100是基本，最好能低於70或55。
- 若兩年內發生血管重複阻塞，更積極的歐洲治療指引甚至指出建議控制在低於40。

因此看到報告時，別只找紅字，請諮詢你的心臟科醫師，了解自己的血脂目標。

只看LDL-C足夠嗎？

我們已知危險因子對於血脂肪控制目標很重要，因此完整的危險因子評估就是重中之重。在一些中度風險的灰色地帶，2026年美國血脂指引指出，冠狀動脈鈣化積分(CAC)，可以提供詳細風險資訊，若為中度風險，但CAC=0，可以延緩藥物治療並於3-7年重複評

估，但若CAC>1甚至是>300，就表示冠狀動脈已發生鈣化，需要積極控制血脂肪。

三酸甘油酯(TG)也是心血管風險增強因子，>150也需要小心應對。而近期，脂蛋白a[Lipoprotein(a), Lp(a)]，被證實是心血管另一個更恐怖的殺手，他是更具殺傷力的LDL，對心血管有獨立的致病性，更麻煩的是，它由基因驅動，不受日常生活，飲食影響，建議每人一生驗一次，了解自己的風險分級。

我有風險，該怎麼辦

日常作息可以稍微加強，多樣化植物性降脂飲食是一種透過攝取多種具降脂作用的食物來降低膽固醇的飲食策略，以堅果、黃豆蛋白、粘性纖維（如燕麥、大麥）以及富含植物固醇組合，可降低LDL-C約26mg/dL。

史他汀類 (Statins)作為治療高血脂的第一線用藥，可以抑制肝內膽固醇生成，是歷史最悠久，效果最強，證據力最強的藥物，所有其他的用藥都是建立在和statin並用的基礎之上，但也有肌肉酸痛的明顯的副作用。這時就可以選擇較新的Bempedoic Acid作為替代，提供21%-25%左右的降脂肪效果。

膽固醇吸收抑制劑 (Ezetimibe)，作為常見的第二線，可以抑制腸胃吸收膽固醇，提供額外約25%降血脂能力。

PCSK9抑制劑是走和statin不同的另一條代謝路徑，可以增加肝臟回收LDL-C的數量，其中包含單株抗體和siRNA針劑藥物，可以降低LDL-C約50%，且可雙週或半年施打一次，方便效果又好，是新興的高端藥物選擇。

針對心血管疾病，降低LDL-C已經不是醫療，而是預防科學，現在科技帶來許多的檢查及治療新選擇，能將心血管風險降至最低。別讓健檢報告停留在沒紅字的表面，歡迎大家帶著檢查結果來心臟科諮詢，守護通暢人生。