

心悸(palpitation)

心悸就是我們主觀上對心臟跳動的一種不適之感。做了劇烈運動之後，心跳便會自然加速，我們亦有稍感不適，但這種心悸是正常的。

心悸的主要成因如下：

(一)、過早搏動(Premature Contraction)

過早搏動又稱為期前收縮，是不正常的起搏點過早地發生衝動所引起(irregularly regular heart beats。)。這情況可發生於正常人，誘發原因包括：情緒激動、吸煙、飲酒、喝茶或咖啡等，亦可見於各種心臟病、心臟手術、心導管檢查、鉀、鈉等電解質紊亂，以及毛地黃、奎尼丁等藥物的過量情況。

過早搏動大多數是無症狀的，亦可有心悸、頭暈、心前胸部不適，或心臟有突然停頓感等。在無心臟病人中，這現象其實並無任何意義，在有心臟病的情況下，運動後心臟跳動明顯加快，而過早搏動的情況會明顯消失；在無心臟病的情況下，情形剛剛相反。如屬偶發而無自覺症狀者，一般不需治療，但應自我了解實際情況，以消除疑慮。若發生在有器質性的心臟病時，應可使用藥物治療。如是屬於因某些藥物，如毛地黃、奎尼丁等過量而引起的情況，應立即停止用藥，如有低鉀者應補充鉀鹽。有風濕性發熱的病者，如欲防止此病的復發，應該使用抗生素預防風濕熱復發，發作後應連續預防至少五年，或直至病者十八歲為止。

(二)、陣發性心動過速

陣發性心動過速是竇房結以外的節律點引起的一種陣發性、規則而快速的心律，可分為室上性陣發性心動過速(PSVT)和室性陣發性心動過速兩種(VT)。

1. 室上性陣發性心動過速 (PSVT)

PSVT是一種很常見的心律失常，常突然發作，突然停止，反覆發作，心動快速。患者多無器質性心臟病，但亦可能是因為心臟有一不正常的傳導束，引致預激綜合徵，在某些內外因素誘發之下而導致的。發病時的症狀包括：突然頭暈、心慌、胸悶氣促、呼吸困難、乏力、手指發麻發涼、血壓降低等。有部分患者會有小便明顯減少或突然增多等。病發時，心率會達每分鐘 160 或以上，心律絕對規整，心音增強，原有心臟雜音減弱、脈搏細弱，而血壓會下降。

a. 診斷

在診斷方面，最有功效的輔助測驗是心電圖。患者之心電圖有特殊表現，心率多為每分鐘 160 至 200 次，心率絕對規整。

b. 治療

在治療方面，在發作時可用各種興奮迷走神經的方法，例如 Valsalva 法、Muller 法，主要是用力呼氣或吸氣，刺激迷走神經。其他方法包括用冷物置於頸部兩側、按壓眼球、和按壓項動脈竇等。對於頑固的病例，可用靜脈注射和異搏定等。如用藥物無效，可用同步直流電復律術，成功率可達 90% 以上。

對那些有經常復發的傾向，並有異常之傳導組織，引致預激綜合徵者，可用一種新的手術：電生理高頻燒灼術，將不正常的傳導組織灼斷，便不會再復發了。

2. 陣發性室性心動過速(VT)

陣發性室性心動過速多發於有器質性心臟病，伴有心力衰竭或室性心律失常者之患者。臨床表現為心動過速突發突止、歷時數秒、數分鐘、數小時不等，偶有持續一至數日者。發作時突感頭暈、心慌、胸悶、氣短、呼吸困難、煩躁不安，有時可致昏厥。冠心病患者會引發心絞痛，病者面色蒼白或口唇紫紺，嚴重者血壓降低甚至發生休克、急性肺水腫。發作時心率在 180 至 200 次/分鐘，心律有不整的情況。心電圖檢查有很特殊的表現，可以確診。這是一種極為嚴重的心律失常，少數病人心動過速會迅速轉為心室顫動而死亡。

a. 治療

在處理方面，發作時可以拳捶擊心前胸部，偶然可會成功，但最好是用直流同步電復律，有迅速、可靠之效。亦可使用藥物治療或電生理高頻燒灼術，甚至植入體內去顫器。

(三)、心房纖顫(AF)

心房纖顫時心房失去規則活動而出現亂顫，有持久性和陣發性兩種。少數陣發性心房顫動者原因不明，而大部分患者有器質性疾病，例如：風濕性心臟病、冠心病、及甲狀腺功能亢進等。心房顫動時心室率常在 100 至 160 之間，節律完全不規則(irregularly irregular heart beats)。當心室律不太快時，病者可無自覺症狀；室率過快時，則可有心悸、頭暈胸悶、氣急等，常會引致心臟功能不全。有慢性心房顫動時，因為心房活動性不強，常會形成附在房壁上的血栓，血栓脫落有引致動脈栓塞。心電圖是診斷的最佳方法。圖內的 P 波消失，代以顫動波 F，F 波的頻率為每分鐘 350-600 次，其形態、振幅、間距均不相同。

a. 治療

在治療方面，最重要為病因治療，風濕性心臟病、冠心病、甲亢性心臟病、先天性心臟病、縮窄性心包炎等應接受適當的治療，治療後房顫可消失。持續性房顫的患者，如心室率較慢病狀不明顯者，並不需特殊用藥。室率快者可用乙型阻斷劑或鈣離子阻斷劑使心室率穩定；靜坐或入睡時心室率不低於每分鐘 60 次，平地活動時應在 70 至 80 次之間，上樓梯不超過 110 至 120 次。在某些情況之下，可用同步直流電復律術，而房顫伴心臟傳導阻滯者，須安裝永久性人工心律調節器。

(四)、房室傳導阻滯(AV block)

心臟的正常跳動需要電流的正常傳導，而傳導如受阻滯，會引致心跳減慢。房室傳導阻滯按其程度可分為三度：一度、二度和三度。房室傳導阻滯可是先天性的，而發於青少年時期的多是因為風濕熱及心肌炎，中年以上則以冠心病為較多見，藥物如毛地黃、奎尼丁等中毒亦可引致房室傳導阻滯。

一度房室傳導阻滯時，臨床上無明顯症狀體徵，二度阻滯時症狀多不明顯，雖然心臟跳動會較慢，並有心律不齊的現象(regularly irregular heart beats)。三度房室傳導阻滯患者常有心悸、眩暈甚至引起昏厥、心室率緩慢，每分鐘 20 至 40 次。心室率過低（低於 40 次）者，應考慮安裝人工心律調節器。

(五)、心血管疾病以外的原因引致心臟收縮力增強而引致心悸

心悸亦可因為心血管疾病以外的原因，引起心臟收縮力增強而引致。這些原因包括：甲狀腺功能亢進、貧血、發熱或感染、低血糖症，藥物如：腎上腺素及類似藥，氨茶鹼、Atropine、甲狀腺素等。

(六)、心臟神經官能症

心臟神經官能症：多見於女性，常有多種心臟方面的陳述，如心悸、胸悶、心前區隱痛、頭眩、失眠等。這是類似神經衰弱的表現，病者並無任何器質性心臟病變的證據，故治療方面，需要針對基本的神經症誘因。

參考文獻

1. ACC/AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the Adult: Executive summary. J Am Coll Cardiol 2001;38,2101-2113