



## 心悸的評估、處理與轉介

曾文宏<sup>1</sup> 謝昌成<sup>2</sup> 簡振宇<sup>3</sup>

### 心悸的定義與別稱

心悸(palpitation)是一種病人主觀的感覺，描述心臟部位呈現用力、快速、或不規律地跳動。台語的描述為「抱心」、「嗶撲筊(phih8-3-phok8-4-chainn2)，意指心跳快速跳動」、「減跳一拍」、「重擊」。

### 心悸的原因

將近43%的心悸是心臟方面的原因所造成，31%則與心理因素有關。(表一)

### 病史評估

心律不整大多不會引發心悸，但評估心悸病人的首要原則，是找出可能會致命的心律不整。

一、症狀初始年紀：孩提時期與學齡時期開始，可能是間歇性上心室心搏

過速(paroxysmal supraventricular tachycardia)，例如心房頻脈(atrial tachycardia)或心房撲動(atrial flutter)。若從孩提時期開始，需考慮WPW症候群(Wolff-Parkinson-White syndrome)。若從老年期才開始有症狀，可能有心臟結構性問題。

二、心悸時的心跳速度：可以請病人用手指量出頻率；也可由醫師用手指示範測量。若快速且規則，可能為間歇性上心室心搏過速或心室頻脈(ventricular tachycardia, VT)；若快速且不規則，可能為心房震顫(atrial fibrillation)、心房撲動(atrial flutter)、心搏過速合併傳導阻滯(tachycardia with variable block)；也可能有慢速且規則或慢速且不規則的情形。

三、心悸的性質：心室上或心室早期收縮(supraventricular or ventricular premature contractions)，有的會有心臟要停的感覺，源自於早期收縮(premature contraction)後的心臟停頓，接著感到強烈收縮；若在頸部有重擊感(Pounding in the

1 大林慈濟醫院家庭醫學科兼任主治醫師

2 大林慈濟醫院家庭醫學科主治醫師

3 大林慈濟醫院心臟內科主治醫師

關鍵詞：palpitation, arrhythmia

通訊作者：謝昌成



表一 心悸的原因

心臟原因	成癮性藥物
任何心律不整	古柯鹼
瓣膜性心臟疾病	安非他命
心律節律器	咖啡因
心房黏液瘤	尼古丁
心肌病變	新陳代謝因素
心臟房室分流異常(如：心房或心室中膈缺損)	低血糖
心理因素	甲狀腺毒症
恐慌症	嗜鉻細胞瘤
廣泛性焦慮症	肥大細胞增生症(Mastocytosis)
身心症	高心輸出量狀態
憂鬱症	貧血
藥物	懷孕
擬交感神經藥(sympathomimetic agents)	佩吉特氏病(Paget's disease)
血管擴張劑(vasodilators)	發燒
抗膽鹼藥劑(anticholinergic drugs)	兒茶酚胺過剩(catecholamine excess)
乙型阻斷劑停藥(beta blocker withdrawal)	壓力
	運動

資料來源：Weber BE, Kapoor WN: Evaluation and outcomes of patients with

neck)，源自Canon A wave，又稱青蛙徵象(frog sign)，要想到房室節律脫節(atrioventricular dissociation)，導因於在三尖瓣與二尖瓣關閉時收縮，可能的病因有心室早期收縮(ventricular premature contractions)、三度或完全性房室傳導阻滯(third degree or complete heart block)、心室頻脈(VT)。

四、心悸開始到結束的型態：若隨機出現瞬間結束，可能為心室或心房早期收縮；若漸強開始漸弱結束，可能

為竇性頻脈(sinus tachycardia)；若突然出現一陣子突然結束，可能為上心室心搏過速或心室頻脈(supraventricular or ventricular tachycardia)。

五、姿勢對心悸的影響：姿勢變化產生或誘發，停止心律不整的話，可能猜測以間歇性上心室心搏過速為主。在平躺或左側睡時胸口發生間歇性的衝擊感(pounding)，可能是上心室或心室早期收縮，常在休息時心跳變慢而引發，且左側睡時因心



尖(apex)靠近胸壁，所以感覺特別清楚。和姿勢相關也要小心心臟內部的結構異常(例如心房黏液瘤)或鄰近結構的異常(例如縱膈腔腫塊)。

- 六、心悸時是否合併暈倒：若有暈厥(syncope)、幾近暈厥(presyncope)、頭暈(lightheadness)，第一個要想到心室頻脈(VT)。偶爾是因血管快速擴張，導致心跳變快但心輸出量變低，造成上心室心搏過速(supraventricular tachycardia)。
- 七、是否有心血管疾病，或為心血管疾病高危險群：容易因為心室心律不整(ventricular arrhythmias)導致心悸，且可能會合併心絞痛或喘。
- 八、是否有心因性心悸的線索：症狀常超過15分鐘、伴隨許多症狀、強調很嚴重、常跑急診。
- 九、是否有服用藥物或成癮性藥物。

### 理學檢查評估

在診間鮮少能遇到病人心悸正好發作，但理學檢查仍舊能提供心血管異常、心律不整相關的線索。

理學檢查的重點在於評估生命跡象、頸靜脈壓與其脈搏、胸部聽診。就心音方面，可注意是否規律、有無雜音(murmur)、和其他心音(extra sounds)，舉例來說：收縮中期咔嚓音(midsystolic click)，可能有二尖瓣脫垂(mitral valve

prolapse)。也可以請病人從坐著休息的狀態改成去走一走，看是否會誘發心悸產生。

### 十二導程心電圖(12-Lead ECG)

所有的心悸病人都應接受十二導程心電圖的評估。近六成的心悸不是由心臟因素造成，而心律不整的病也常是發作後才接受檢查，因此大多數病人都呈現正常心律。若出現一些異常，如P-R間期縮短(short PR interval)、 $\delta$ 波(delta wave)、Q波(Q wave)、Q-T間期延長(QT prolongation)等，可提供心臟因素相關的線索。當確認為持續性心室上或心室心律不整時(sustained supraventricular or ventricular arrhythmias)，即可進一步轉介給心臟內科醫師。

### 實驗室檢查(laboratory testing)

目前沒有任何實證指引(evidence-based guidelines)支持實驗室檢查的必要性。若病史或理學檢查懷疑貧血或甲狀腺功能亢進，可以安排相關實驗室檢查確認。

### 建議轉介給心臟內科醫師的時機

- 一、病史、理學檢查、心電圖評估後，偏向心律不整的病因，尤其是心悸時併有暈厥或幾近暈厥(presyncope)的



症狀。

- 二、對心悸的原因有高度焦慮的病人。
- 三、病人本身為心律不整的高危險族群、或有結構性心臟疾病。此外，若病人有心律不整、心因性死亡或暈厥的家族史，也被歸為高危險群。

### 治療

大部分心悸的病人沒有嚴重的心律不整或心臟結構性的問題。若病患對症狀感到十分困擾，可使用乙型阻斷劑(beta-blocker)。衛教病人找出去除可能的刺激物，例如酒精、菸品、或成癮性藥物。若為心理因素，可安排相關的認知治療或藥物治療。此外，可衛教病人追蹤症狀的技巧，例如當心悸症狀發生時，可用手指頭敲出心悸時的心律，供就診時參考。

### 結語

評估心悸病人的首要原則，是找出可能會致命的心律不整。透過病史詢問(症狀初始年紀、心悸時的心跳速度、心

悸的性質、開始到結束的型態、姿勢對症狀的影響、是否合併暈厥、是否有心血管疾病或心血管疾病高危險群)、理學檢查、十二導程心電圖等，可提供心律不整的線索。大多數非心臟疾病引發的心悸病人，預後很好但復發率高，治療的重點在於明確的解釋以及改善患者的生活品質。

### 參考資料

1. Zimetbaum P, Josephson ME: Evaluation of patients with palpitations. *N Engl J Med* 1998; 338:1369.
2. Mayou R, Sprigings D, Birkhead J, Price J: Characteristics of patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. *QJM* 2003; 96:115.
3. Brugada P, Gürsoy S, Brugada J, Andries E: Investigation of palpitations. *Lancet* 1993; 341:1254.
4. Leitch JW, Klein GJ, Yee R et al: Syncope associated with supraventricular tachycardia. An expression of tachycardia rate or vasomotor response? *Circulation* 1992; 85:1064.
5. Weber BE, Kapoor WN: Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med* 1996; 100:138.
6. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL et al: *Harrison Principles of Internal Medicine*. 18th ed. New York: McGraw-Hill. 2012: 295-6.