

心絞痛

洪明銳（基隆長庚醫院 心臟內科醫師）

本文部份內容已於 News98電台9月12日晚上播出

曾崑元：各位聽眾晚安，我是國泰綜合醫院分子醫學科曾崑元醫師。今天我們邀請基隆長庚醫院心臟內科洪明銳醫師來到節目中，討論的主題是「心絞痛（angina pectoris）」，特別是心絞痛分類中的「冠狀動脈痙攣性心絞痛」。請洪醫師先為我們解釋一下什麼是心絞痛？

洪明銳：「心絞痛」就是血液從冠狀動脈輸送到心臟時流量不夠產生的一種症狀，大部份的原因就是大家所熟知的冠狀動脈粥狀硬化。

曾：心絞痛的表現症狀就是胸痛嗎？

洪：是。

曾：胸痛不一定就是心絞痛吧？

洪：對，胸痛不等於心絞痛。

曾：請洪醫師解釋一下「胸痛」和「心絞痛」這二者的差別。

洪：「心絞痛」的意思就是當身體在用力或走樓

梯、爬坡等造成心跳加快，需要更多血流量的時候，血液無法供應心臟肌肉所產生的疼痛感，或甚至會有胸悶的感覺，但只要休息就會改善，這就是典型的心絞痛。至於胸痛，是比如說呼吸會痛，或胸部單一定點的壓痛，或是會從前胸痛到背後，這種狀況的疼痛大部份都不是心絞痛。

曾：也就是說心絞痛大部份就是心臟缺氧造成的疼痛。那麼心絞痛的特徵有哪些？

洪：通常心絞痛發作時，會覺得在左胸前有一塊區域悶悶的、痛痛的，呼吸困難，但沒辦法指出是哪一點疼痛。它是一塊區域的疼痛，休息就會改善。

曾：所以心絞痛只要休息一下就會消失嗎？

洪：會緩解。

曾：心絞痛是血管栓塞引起的嗎？

洪：是冠狀動脈阻塞引起的血流不足，如果完全塞住就是心肌梗塞，沒有完全塞住就是心絞痛。

曾：那是什麼東西塞住冠狀動脈？

洪：大部份都是斑塊。例如動脈粥狀硬化的斑塊，

通訊作者：洪明銳 醫師
電話：886-2-2431-3131 ext 3168
傳真：886-2-2433-5342
地址：基隆市麥金路222號
電子郵件：hmj1447@cgmh.org.tw

再加上血液中的血小板凝集成的斑塊。

曾：怎麼會有斑塊產生呢？

洪：斑塊是動脈粥狀硬化所產生的。比如說有些人抽煙、患有高血壓、糖尿病或是膽固醇過高，就容易因為脂肪沉積形成動脈粥狀硬化的斑塊貼在血管壁上，如果貼得愈多，血管直徑就愈來愈小，血流量就愈來愈少，就愈容易出現症狀。

曾：冠狀動脈會有斑塊，其它動脈也會有這種斑塊嗎？

洪：對，有可能。像是頸動脈、腦血管動脈或是腎動脈都有可能，而且是經年累月形成的。

曾：我們常聽到頸動脈斑塊剝落下來變成中風，就是這個意思嗎？

洪：對。

曾：那麼冠狀動脈的斑塊也會這樣剝落下來嗎？

洪：會。

曾：斑塊剝落下來是怎麼樣的情形？

洪：斑塊一旦破裂或是剝落下來，就像有個傷口，我們體內就會產生一個機轉，想去把它蓋起來，會吸引血小板過去，血小板愈積愈多，就會把整個冠狀動脈的內徑塞住，如果塞住的情況太厲害或完全堵塞就會產生心肌梗塞。

曾：那麼洪醫師今天特別要談的「痙攣性心絞痛」，又是怎麼一回事呢？

洪：本來看起來可能是一條正常的血管，可是在某種情況下整條血管收縮，血流過不去，最嚴重的時候

可能血管會百分之百收縮，整個血流都過不去，很像心肌梗塞的樣子，這就是「痙攣性心絞痛」。大部份病人平常血管收縮到百分之五、六十或是七、八十的時候，血液減少了，就會產生心絞痛，而這種痙攣性的心絞痛大部份都是半夜的時候發生，大約是半夜零點到早上十點的時候，病人會痛醒，全身冒汗，可能就會跑去掛急診，但是到急診室的時候可能已經緩解了，所以有時候心電圖不一定看得出來，這是比較特殊的症狀。

曾：您之前講的心絞痛狀況是因為斑塊塞住血管，現在這種「痙攣性心絞痛」的情形是血管本身沒有斑塊或其它東西卡住塞住，只是產生痙攣。哪一種比較常見？

洪：斑塊塞住的比較常見，大概佔百分之八、九十。

曾：除了我們一般聽到的心絞痛，另外由痙攣性所造成的大概佔多少？

洪：大概佔百分之十到二十。

曾：這兩種的疼痛感是否不一樣？

洪：疼痛的感覺是類似的，都是心絞痛。

曾：那不同的地方在哪裡？是發生的時間嗎？

洪：對。痙攣性的心絞痛大部份好發在半夜零點到十點，可是一般的心絞痛都是發生在走樓梯、跑步、爬坡、用力或是生氣的時候，這是因為斑塊塞住了導致血流過不去，這種心絞痛跟一般發生在半夜的痙攣性心絞痛比較不一樣。

曾：您剛有提到的斑塊性心絞痛是動脈粥狀硬化，



跟三高、肥胖都有關係，那麼痙攣性心絞痛是跟什麼有關係？

洪：痙攣性心絞痛目前的研究是跟抽煙最有關係。跟膽固醇、糖尿病、高血壓，倒是沒有那麼強烈的相關性。

曾：我們一般認為碰到冷的情況會抽筋，所以痙攣性心絞痛也跟溫度有關係嗎？

洪：有，有些人在季節交換的時候特別容易發作，冬天也比較容易發作。

曾：若在晚上睡覺時發作，這也跟氣溫有關係嗎？

洪：晚上睡覺本來應該是處於很輕鬆、全身都很放鬆的時候，但是這些病人的血管很敏感，可能在作夢或是晚上空氣比較冷的時候，血管就縮住，縮得太厲害就會痛到醒來。

曾：在作夢中發生，那是跟夢的內容有關係嗎？

洪：不曉得，目前研究還沒那麼深。

曾：一般不是說作夢的時候眼球跳動比較快嗎？大多是在這個時候發作嗎？

洪：對，是在快速動眼期（rapid eye movement; REM）的時候發作。

曾：假設病人有心絞痛，他自己怎麼判斷是哪一種？

洪：其實很難，病人只能陳述症狀給醫師聽，醫師就是要傾聽病人的症狀，仔細分析。通常我們在遇到病患有這樣症狀的時候，其實大概能確定他是心絞痛，只是當下無法確定是因斑塊還是抽筋痙攣引起的心絞痛，所以我們就要做各種檢查去鑑別診斷。因此

病人只知道自己不舒服、胸悶，很難知道是哪一種心絞痛。

曾：發作時會胸痛、胸悶，然後到了急診做心電圖時卻又好好的。醫師會覺得他好像沒事卻跑來急診室。

洪：對，這種病人其實很辛苦。有時候半夜跑來，急診室醫師做了檢查之後卻又說沒有怎樣，因此有些病人會很焦慮，畢竟他不會無緣無故這麼辛苦半夜跑來急診。今天在這邊有機會可以把這個疾病介紹給各位聽眾，希望大家認識這個疾病。

曾：請洪醫師再幫我們整理一下關於痙攣性心絞痛的幾個重點。

洪：「痙攣性心絞痛」這個疾病在台灣的平均發作年齡大概是六十歲左右，它跟一般的病不一樣，並不是因用力、走樓梯、爬坡的時候才會心絞痛，大部份是在休息時發作。至於什麼時候休息？就是半夜的時候。目前研究指出最常見的危險因子就是抽煙，一般的檢查都沒辦法診斷出來，運動心電圖跟核子醫學掃描也不容易診斷這個病，只能在心導管室做一些誘發試驗，看病人的血管會不會抽筋。因為正常血管是不會抽筋的，如果我們確定有血管抽筋的時候，就應該給病人吃適當的藥物。最適當的藥物是鈣離子阻斷劑，加上常見的硝酸甘油，病人如果接受正確治療，目前效果是很好的。

曾：「核子醫學掃描」是什麼樣的檢查？

洪：我們會用一種放射性的元素加一些藥物打進體內，讓周邊血管放鬆，看看血管是否有狹窄的狀況。如果血管太狹窄功能性就不夠，透過影像就可以看出哪邊有問題。

曾：所以說核子醫學掃描可以看到冠狀動脈是否過於狹窄。但是造成狹窄的原因是因斑塊或是痙攣所引起的卻無法得知？

洪：對，不一定能知道。

曾：如果不能知道原因的話，接下來要怎麼做？

洪：可能要做心導管去確認缺血的原因是什麼。就是一般的心導管，現在比較常見的是從手的血管去做。

曾：就是把脈的地方嗎？

洪：對，把脈那個地方的動脈叫「橈動脈」。做心導管的時候會打一些局部的麻藥，放導管進去檢查，整個過程大概三十分鐘，如果有特別狹窄的地方就針對該處治療，看是吃藥還是放支架，像前總統李登輝先生就是如此。如果沒有特別狹窄，但是臨床症狀很像，也可透過核子醫學掃描看到哪邊有缺血，就可得知那部份的血管是動態的狹窄，而不是靜態固定的狹窄。我們會在心導管做一些誘發的檢查，看血管是不是會抽筋，正常的血管是不會抽筋的。

曾：洪醫師您剛提到一個名詞「動態的狹窄」，這是痙攣的意思嗎？

洪：對，就是痙攣的意思。

曾：放支架的用意是什麼？

洪：放支架就是讓它把斑塊擠扁，讓血管的內徑撐大，當病患在爬坡、走樓梯的時候血流量才會足夠。

曾：冠狀動脈是因為有斑塊在管壁上，使管腔變窄，因此要做一個管子在裡面硬把它撐開。

洪：對，就像隧道那樣子。

曾：痙攣性的心絞痛就不能這樣做吧？

洪：不建議這樣做。日本甚至認為放支架對痙攣性的心絞痛這種病是禁忌。所以這種病應該要有適當的診斷之後再給予適當的治療，而診斷就是要靠心臟科醫師很有耐心的傾聽病人的症狀，才能了解病徵。

曾：您剛提到「禁忌」這個字眼，意思是做了心導管比不做還糟糕是嗎？

洪：對。心絞痛不是一定都要裝支架，如果是痙攣性引起的心絞痛是不能裝支架的。

曾：這樣的話，醫師的診斷就很重要。

洪：是，診斷非常重要。

曾：您可不可以舉個例子，有沒有碰到任何觸及禁忌的例子？

洪：我們先講幾個個案，稍微有趣一點的。第一個是一位二十幾歲的年輕人，他每次來急診室的原因都是胸痛，心電圖看起來就好像是心肌梗塞，可是做心導管看起來血管並沒有狹窄，而是像抽筋的樣子；後來做誘發試驗，他的確是血管抽筋，但最後我們發現他有藥物成癮的情形，也就是吸食安非他命，於是我們建議他戒除安非他命，再給予適當的藥物。不過後來他因為吸食安非他命被關進去了。五年之後，他已戒掉了安非他命，但他又覺得怪怪的，自動來要求追蹤，但檢查結果發現整個血管變得比以前更健康了。這個個案告訴我們，非法的藥物會誘發血管產生變化，會讓血管抽筋。

曾：安非他命這類毒品比我們想像中造成的傷害還大。

洪：對，毒癮甚至會造成猝死。

曾：不管什麼原因，如果血管痙攣情況太厲害，血管收縮到某種程度，會讓血流完全中斷，產生心肌梗塞。

洪：對，沒有錯。

曾：那有可能致命嗎？

洪：會，有可能產生心律不整，常常發生病人都還來不及送到醫院就過世了。我再講一個個案，這位病人在某大醫院做過五次心導管，主治醫師有懷疑他是痙攣性的心絞痛，但因為這種病在台灣的認知還沒有那麼普遍，所以這位病人很辛苦，常常因為胸悶就跑急診做心導管，可是都沒有得到適當的治療。後來因緣際會他遇到我，我看了他的心電圖，做了心導管，跟他說這是痙攣性心絞痛，然後給予適當的藥物，吃藥時間也改成睡前吃，病人因此得到很大的改善。他在急診室的心電圖看起來很像是心肌梗塞，還好他提早來醫院，因為他有這個認知，只要不舒服就來急診，不像有些病人會忍，想說看看情況等一下再去醫院，但有可能就突然發生血流過不去，心臟肌肉缺氧壞死，產生心律不整，甚至會猝死、暴斃。

曾：您剛提到那位病人做了五次心導管，在您的經驗裡面五次是最多的嗎？

洪：是，所以才會記得那麼清楚。因為他反問我為什麼那家醫院沒有診斷出來？我就跟他說明這個病在台灣還沒有足夠的認識，但是這種病的治療很重要，於是我們鼓勵他好好接受治療。以前的醫師跟他說他不能出國，可能會猝死，但經過適當的治療，他現在也能出國遊玩，生活型態也都改變了。

曾：心絞痛做心導管通常需要做幾次？

洪：假如有適當診斷的話，通常是做一到兩次心導

管，之後再給予適當的藥物治療就可以了。如果還有症狀再接著做，其實沒有什麼限制，但是如果同一個疾病反覆做心導管，卻都診斷不出病因，血管看起來也沒有特別異樣之處，這樣就會變成浪費醫療資源。

曾：那您可否建議，如果做過幾次之後還是有問題的話，就要強烈懷疑是否為痙攣性心絞痛呢？

洪：只要做兩次以上，症狀仍持續存在，且心導管沒辦法解釋病患的病情時，就要考慮是動態的狹窄。如果做心導管時病患沒有抽筋、沒有痙攣，就要用適當的方法去證實他有痙攣，然後適當的給予藥物治療。

曾：在治療方面這兩者一樣嗎？

洪：不一樣。一般傳統的斑塊就像大家所熟知的前總統李登輝先生的案例，他就是在血管裡放支架，然後給予適當的藥物，比如說阿斯匹靈或是保栓通、降膽固醇藥物，而且血壓跟血糖都要控制得很好，這是粥狀硬化、斑塊硬化引起的心絞痛的治療。而如果是痙攣性引起的心絞痛，就要用不同的藥物，比如說第一首選就是鈣離子阻斷劑，這個心臟科醫師都知道。一般心臟科病人最常聽到藥物就是「脈優」，這也是國內最常用的高血壓用藥。這兩種狀況的用藥，再加上我們所熟知的「硝酸甘油」，在急性發作時含在舌下，可讓血管擴張，緩解冠狀動脈痙攣。一個小罐子裡裝的可能就是救命仙丹，它們可能就是危急時的救星。

曾：所以這兩種心絞痛的治療方式只有硝酸甘油是共同的，其它的藥物都不一樣？

洪：對，是完全不一樣的。

曾：如果診斷錯誤的話，用藥就完全不一樣了？

洪：是，診斷很重要，我們醫師的責任就是有義務幫病人作正確的診斷。

聽眾：我家裡有位女性長輩今年七十八歲，醫師講的狀況她好像都有，她在家裡無預警的昏倒過兩次，然後又醒來了，最近大概每個禮拜都會發生一次心絞痛的狀況，在醫院做過核磁共振、超音波，血管檢查都很正常。請問接下來該怎麼做？再到哪一家醫院檢查比較好？是不是要特別跟醫師說要檢查痙攣性心絞痛？

洪：若有暈倒的狀況，要先排除心律不整的可能。心臟科方面，如果超音波檢查都已經排除掉一些警戒性的問題，比如說腫瘤塞住血流而造成的暈厥。如果這些都檢查過了，心臟血管也都正常，也沒有心律不整的問題，在心臟科還可以考慮的就是痙攣性的心絞痛沒有錯，因為有些病人的痙攣性心絞痛是以暈厥來表現。至於為什麼會暈厥？因為冠狀動脈裡面有一條右冠狀動脈，它有一條血管支配心臟的傳導系統，若產生痙攣會讓它缺氧，然後血液流不過去就會發生暈厥。但在暈厥的那段時間心臟是沒有跳動的，或是跳得很慢，這是一個鑑別診斷。至於要到哪一家醫院再做檢查這個問題，我倒覺得家屬可以先提痙攣性心絞痛這個議題跟醫師討論，再由醫師用適當的方法去診斷。

聽眾：大概半年前，我發生過兩、三次在早上五點多時因為心絞痛而痛醒。三年前我的三高指數都特別高，糖尿病、高血壓、血脂指數都超過一千，這兩年有運動所以指數控制在四百左右。我前一陣子有去診所做心血管斷層掃描，心血管狀況非常良好。我剛剛聽醫師描述，我的狀況感覺上就是痙攣性心絞痛，因為都在凌晨五、六點時發生，不知道我接下來要怎麼去追蹤？或是做哪些後續觀察？

洪：請問您有抽煙嗎？

聽眾：很少，幾乎沒有。

洪：那麼儘量不要吸到二手菸，因為二手菸跟抽菸是一樣的。再來就是要做檢查，不要一開始就做心導管，因為這是一種侵入性的檢查。如果您的心絞痛狀況還是持續發生，可以每年追蹤做運動心電圖或是核子醫學掃描，如果這兩項中有一項發現有陽性缺血反應的時候，再跟醫師慎重的討論是不是要進一步做心導管檢查。因為我們發現有一些痙攣性心絞痛的病人也會慢慢進展成動脈粥狀硬化的情形，這個過程是慢慢在進行的，所以如果常見心絞痛情形，能夠提早確定的話就可以提早吃藥，提早做診斷或治療，也才能預防血管不要一直痙攣而產生變化。

聽眾：我是盲胞，今年74歲，我頭部有做過核磁共振，檢查說是血管狹窄，目前我有在服用抗凝血藥，也就是阿斯匹靈，另外還有保護心臟的藥，因為醫師說我的心臟跳動太慢所以有缺氧情形產生。我走路慢慢的，爬樓梯也不會喘，這個抗凝血的藥吃了將近半年，好像也沒有什麼改善，我只有左邊的頭部、耳朵上面會麻，其它沒有特別不舒服的地方。我去年七月有做過一次頭部的核磁共振，也有做過兩次電腦斷層掃描。這些藥到底要繼續吃，還是該再做進一步的檢查？

洪：您說的狀況都是發生在頭部嗎？

聽眾：對，都是頭部。

洪：頭部問題跟痙攣性心絞痛不是同一回事。您說的阿斯匹靈抗凝血劑，那是通血路的，原則上醫師說您血管狹窄，吃這個藥比較不會中風、心肌梗塞，是有益處的。但是您的症狀如果還是持續，可能可以參考第二位醫師的意見，再做其它的檢查，看看血管是不是有惡化或是血流不足的情形，因為用的藥會不太一樣。至於您說的保護心臟的藥，那是可以保護心臟沒有錯，但因為我沒有看到您本人，所以頭部的情況

可能需要腦神經科的醫師幫您鑑定一下會比較好。

聽眾：我在上班接近中午的時候會胸悶、呼吸困難，這樣是心絞痛嗎？

洪：您胸悶的時候有沒有正在做什麼事？

聽眾：都是正在工作。

洪：有沒有拿重物、爬坡、走樓梯？

聽眾：沒有。

洪：原則上您這種情況叫做「不典型的胸痛」。一般典型的胸痛就是剛才說的心臟在快速跳動時血流不夠，那才叫做心絞痛。您這個情形叫胸悶、胸痛，若是做過一般的檢查發現身體沒有什麼太大問題之後，就可以考慮做運動心電圖，或加上核子醫學掃描去確定您的心血管有沒有問題。您的情形不是典型的心絞痛，是不典型的胸痛、胸悶。

聽眾：剛聽醫師說如果是痙攣性心絞痛的話，要馬上吃鈣離子阻斷劑。請問一下痙攣性心絞痛是跟鈣離子有關係嗎？在日常飲食上是不是有任何相關的注意事項？

洪：那個藥的名字是「鈣離子阻斷劑」。因為鈣離子會進入我們的血管肌肉裡，造成收縮，而鈣離子阻斷劑能抑制鈣離子的流動，讓血管不要收縮。在平常飲食上只要不抽煙、不要熬夜、不要讓自己太累、不要吸到二手煙，大概這樣就夠了。飲食部份因為目前沒有實證醫學可以證明哪種飲食可以預防痙攣性心絞痛，所以吃鈣片是沒有用的。

曾：在一般情況下，很多人會從名詞上望文生義，我可以了解為什麼會有這樣的問題。像您剛提到鈣離子阻斷劑，而現在大眾又經常聽到吃鈣片、喝牛奶之類的，所以您基本上是澄清了這兩者根本沒關聯，就

這點而言是否可以再講一次，因為很多人會被這名詞搞混。

洪：「鈣離子阻斷劑」也是治療高血壓的一種用藥，它的作用就是抑制鈣離子進入血管平滑肌，防止產生血管收縮，所以也有降壓的效果，這是抑制鈣離子的功能，這個名稱跟一般飲食的鈣是沒有相關性的。

曾：所以不必因此而特別補充鈣片？

洪：不用。目前有一些臨床的研究，長期吃太多鈣片反而容易造成血管的鈣化。因為年紀愈來愈長，血管本來就容易鈣化，如果補充鈣片太多的話反而會造成血管鈣化。

曾：另外剛剛也有聽眾問了關於三酸甘油酯過高的問題，這和痙攣性心絞痛有關嗎？

洪：大家都會想說痙攣性心絞痛是不是和膽固醇、血脂肪有關係，但其實這個病只和抽煙有關，和糖尿病、高血壓、血脂肪都沒有關係。三酸甘油酯過高，一般來講是代謝出了問題，尤其可能跟喝酒或者是血糖的代謝有關，它本身對於痙攣性心絞痛並不是一個促進因子，它們彼此之間沒有關聯性。但三酸甘油酯過高的話，還是建議儘量不要喝酒、少喝含糖飲料以控制血糖、油炸的不要吃，跟痙攣性心絞痛倒是沒有特別相關。

曾：那麼是跟斑塊有關嗎？

洪：跟斑塊有關的是膽固醇，三酸甘油酯比較沒有關係。

聽眾：我今年52歲，做血液透析差不多三年，體重接近110公斤，但沒有三高的問題，只是最近一直會

有不定期的胸痛。在碰觸胸肌或腋下的時候，都有一種非常不舒服的疼痛；有時候走累了也會有點疼痛。跟內科醫師描述後，他覺得不像心臟病，他說心臟病會悶痛。我也去榮總做過檢查，但那時血壓很低，在做核子醫學掃描的時候沒打血管擴張劑，等於沒做。我想請問真正胸痛的定義是指壓迫的痛？還是只要任何一種左胸的疼痛都可被懷疑是心絞痛？

洪：您是洗腎病患，的確是高危險群。因為洗腎病患的血管容易鈣化，容易產生血管功能不良。一般在醫學上被懷疑是心絞痛的胸痛方式，大部份是區塊性的，像石頭壓著，會喘不過氣來，接著就會有痛的感覺，如果在痛的時候會冒冷汗那就更像了。您剛說會有壓痛感，大部份可能是筋骨或肌膜發炎的疼痛，可以觀察看看走路或是呼吸的時候會不會痛，如果吸氣會痛，就是肌肉被撐開的痛，那就不是心絞痛；或是有定點的痛，那也不是心絞痛，可以藉此做區分。

曾：像這位聽眾的情形，一般人都會懷疑是心絞痛。

洪：心絞痛是沒有定點，壓也不會痛的。如果可以摸到肌肉會痛，那就不太像心絞痛。

聽眾：我今年60歲，今天下午去捐血，量血壓時發覺左手跟右手差30，捐血中心小姐說這樣就不能捐血。請問兩手的血壓差這麼多，是不是有什麼潛在的疾病？為什麼不能捐血？那兩手血壓差距的範圍是多少才算正常？

洪：兩手血壓其實都不太一樣，但是如果在30毫米汞柱以內是正常的。如果差距是30以上就要強烈懷疑上臂的血管是不是有地方太狹窄，造成兩手血壓落差這麼大。至於不能捐血的原因是為了您的安全著想，因為捐血會讓血液從身體裡跑出來，血壓低的那隻手有可能會有血流不夠的情形，怕您發生危險。

聽眾：我有二間瓣脫垂的問題，平常量血壓比較低，舒張壓大概50至60，收縮壓大概90至100，很容易疲倦，幾個月前發生過幾次特殊狀況，包含了很想喘一口氣；講話的時候常常好像有東西堵在喉嚨裡，甚至有時候講電話都講不完，不得不掛斷；有時候又會有幾秒鐘短暫的昏眩，但是很快又會回神；有時候心臟會有定點的痛，但有時候又會麻；背部也有點痛；當有什麼事情要做時就會覺得呼吸比較急促，不曉得這是不是心臟的狀況出問題？

洪：如果是二間瓣脫垂的病患，的確有時候會有胸痛、胸悶的情況。聽您描述的狀況，當想要做什麼的時候會覺得胸悶，感覺上您是不是工作壓力有點大？好像自己會給自己很大的壓力。一般來講心絞痛不是這樣的表現，您這樣有點像壓力型的胸悶、胸痛，跟一般的心絞痛是不太一樣的。

聽眾：我本身是業務，之前做健康檢查時，報告上寫「心電圖異常」。想請問心電圖異常是指心臟有部份的壞死嗎？有沒有辦法可以恢復？還是說有沒有辦法可以防止這種狀況？

洪：所謂的「心電圖異常」，這是一個大名詞，通常是指電腦顯示您的心臟發現異常，但還是要進一步仔細檢查看看才能知道問題所在。很多病人轉介到我們心臟科門診之後，經過詳細的病史詢問及醫學檢查，再做一次心電圖，發現其實有一部份病患是屬於神經傳導阻滯這種病，這是在正常可容許範圍內的異常，並沒有關係。其實我覺得您可能得跟心臟科門診再確認一次，看要不要再進一步做心電圖，甚至做24小時心電圖、超音波，確定您的心臟沒有結構性的問題。如果心電圖異常是輕度的，他們會要您不用擔心，他們會從心電圖判斷您的異常是不是真正需要接受治療，或是有無可能危及生命。

聽眾：我好久沒量血壓，最近量出來是88。剛開始在外面量只有60幾，回家量是50幾，脈博在外面量大概是60幾不到70。我這樣的血壓會不會太低？會不會有什麼影響？

洪：您的血壓在正常血壓數值範圍中是偏低的，但是還要看看您有沒有其它症狀才能判斷。有的人血壓一輩子都是這麼低，所以應該恭喜您不會有高血壓的問題。您的心跳一分鐘60幾下是可以接受的，因為在心臟科中對於心跳速率正常範圍的定義是每分鐘50至100下，當然也要看您的身體狀況而定。有些運動員的心跳都很慢，像以前打網球的柏格，他每分鐘心跳都只有三、四十，他是運動員，還是活得好好的，所以不用擔心。

曾：非常謝謝基隆長庚醫院心臟內科洪明銳醫師幫我們介紹心絞痛。我們今天節目進行到這裡，感謝大家的收聽，我們下次再會！



生物醫學

BIOMEDICINE JOURNAL