

技术·思维

心房颤动的预防和治疗

□郑海军 王中明

心房颤动,简称房颤,是常见的心律失常之一,通俗来讲就是心房跳动得不规律了,心房各部分的心肌各自为政,杂乱无章地自行收缩,每分钟可以快到350次~600次,毫无规律可言且胡乱向心室发出指令,进而影响整个心脏的正常跳动。

房颤的高危因素

高血压病 高血压病是房颤患者最重要的危险因素。如果不能较好地控制血压,高血压病患者发生房颤的风险将会显著增加。其机制可能与左心房压力增高,心房间质纤维化和炎性细胞浸润有关。高血压病同样可预测导管消融术后的复发风险,但目前还没有足够的证据证明积极控制血压能够提高消融成功率。

糖尿病 糖尿病是与房颤经常共存的疾病,它可以使心房间质纤维化,传导缓慢,促使心房重构。研究表明,二甲双胍似乎可降低糖尿病患者

发生房颤及卒中的概率。肥胖 肥胖会导致显著的心房重构,是房颤发作以及导管消融术后复发的危险因素。体重指数每增加1,房颤发生率增加3%~7%,导管消融术后的复发率增加3.1%。

睡眠呼吸暂停 房颤患者中合并睡眠呼吸暂停的比例高达32%~39%。流行病学调查研究结果显示:房颤的发病和进展与睡眠呼吸暂停的严重程度呈正相关。睡眠呼吸暂停患者更易发生房颤的机制可能包括低氧血症、自主神经功能紊乱、高碳酸血症等。与普通房颤患者相

比,合并睡眠呼吸暂停的患者具有更多的肺静脉外触发灶,其导管消融术后复发率也更高。对合并睡眠呼吸暂停的房颤患者,应进行相应筛查。对于有治疗指征的患者,提倡使用睡眠呼吸机,给予正压通气。

酒精 酒精摄入是发生房颤、血栓栓塞事件以及导管消融术后复发的危险因素。饮酒越频繁,相应危险度越高。酒精毒性作用可导致心肌纤维化,进而形成左心房瘢痕和肺静脉外触发灶。

导管消融术后的患者,如果能有效进行包括限制酒精摄入量在内的危

险因素综合管理,可显著增加单次或多次消融成功率。因此,限制饮酒应是房颤患者管理的重要组成部分。

运动 运动量过少及过多均会增加房颤发作的风险,其机制可能与炎症反应、纤维化等相关。以静坐为主的生活方式使房颤发生率增加5倍,在此类患者中增加活动强度可降低其风险。而长时间的高强度耐力运动使房颤发生率增加5倍。此类患者通常以阵发性房颤为主,症状明显,同时会有心脏扩大、心室肥厚等结构性改变。室内室肥厚等结构性改变,可能对防治房颤有益。

房颤的治疗

房颤是临床上常见的心律失常之一。随着人口老龄化及人们生活方式的改变,房颤发病率及患病率逐年升高。欧洲心脏病学会(ESC)联合欧洲心胸外科协会(EACTS)发布的《2020年ESC房颤诊断与管理指南》汇总了近年来重要的房颤相关循证证据。

《2020年ESC房颤诊断与管理指南》以更为凝练的、结构化的、可操作性强的ABC房颤管理路径为核心指导,提出了“CC TO ABC”房颤诊疗管理方案(在确诊房颤、对房颤患者进行结构化个体评估的基础上,进行卒中预防、优化症状控制和合并症及危险因素管理三位一体的房颤综合管理)。

确诊房颤:在临床上,房颤诊断需要整张12导联心电图(10秒)记录到房颤,或单导联心电图记录≥30秒的房颤。

房颤评估:该指南提

出了“4S”评估策略,即对卒中风险、症状严重程度、房颤负荷和房颤基质进行个体化评估,全面掌握房颤特征,帮助制定治疗决策,有助于房颤患者的优化管理。

ABC管理路径—A 通过抗凝治疗预防卒中 在抗凝治疗适应证方面,着重强调除血栓栓塞低危患者外均需要接受抗凝治疗。在抗凝药物选择方面,推荐新型口服抗凝药物为首选药物。

对于接受维生素K拮抗剂治疗的房颤患者,若INR(国际标准化比值)达标情况不佳,推荐更换为新型口服抗凝药物。同时,栓塞风险与出血风险需要动态评估,从而及时调整抗凝策略。

对于初始评估卒中风险为低危的患者,4个月~6个月可能增加1个以上卒中危险因素,应在此时重新进行评估。对于出血风险高危的患者,需要积

极控制可改善的出血危险因素,同时进行更频繁的临床检测和随访。若患者无抗凝禁忌证,不能仅凭出血风险制定抗凝决策。

ABC管理路径—B 控制房颤症状,包括室率控制及节律控制 在长期节律控制方面,出于安全性的考虑,在开具处方药胺碘酮之前,可以先考虑其他抗心律失常药物。

导管消融是房颤节律控制的重要非药物治疗手段,在消融适应证方面,对药物治疗无效或不能耐受的持续性持续性房颤患者给予I类推荐。对于持续性房颤患者,应充分评估患者是否合并消融复发的危险因素,作为接受导管消融治疗的重要参考依据。

对于房颤合并心衰患者:1.高度怀疑心动过速心肌病,无论是否有相关症状,推荐进行导管消融,以逆转左心室功能障碍;2.房颤合并射血分数降低心

衰,可考虑进行房颤射频消融,以提高患者的生存率并降低心衰住院率。

ABC房颤管理路径—C 伴随疾病及心血管危险因素管理 越来越多的研究证据表明,不良生活方式和心血管伴随疾病与房颤发病率升高密切相关,而改善生活方式,控制危险因素可能降低房颤复发率、减少房颤负荷。

应将危险因素和伴随疾病的识别和管理作为房颤治疗的重要组成部分。在生活方式干预上,推荐房颤患者减重,避免过量饮酒和进行中高强度活动;在心血管危险因素方面,推荐房颤合并高血压病患者积极控制血压。

同时,该指南提出,对于接受导管消融的房颤患者,识别与控制围术期安全性影响因素以及术后复发危险因素同样重要,综合管理的理念应贯穿房颤治疗始终。

病例

患儿,男,10岁,1年前因外伤在当地医院住院期间进行尿常规检查,发现尿中有红细胞,间断服用保护肾脏药物;监测尿常规,可见红细胞在60个/微升~330个/微升之间波动。此次因出现肉眼血尿,患儿就诊于郑州大学第一附属医院郑东院区儿科二病区。

患儿入院后进行尿常规检查,结果提示:蛋白±,红细胞4768个/微升,白细胞12个/微升;尿红细胞形态分析:红细胞4390个/微升,正常红细胞占18%,异常红细胞占82%;24小时尿蛋白定量0.17克/升。随后患儿多次进行复查,尿常规检查结果均提示:红细胞增多,以异常红细胞为主。

一番检查做下来,医生发现患儿的主要问题

是血尿。那么,什么是血尿呢?

血尿知多少

血尿是指尿液中红细胞数超过正常水平,分为镜下血尿和肉眼血尿。需要注意的是,首先,尿液变红并不一定都是血尿,某些药物(如大黄、利福平、苯妥英钠、消炎痛、奎宁、酚酞、氯喹)及食物(蜂蜜、黑莓、甜菜、辣椒、红心火龙果)均会影响尿液颜色。其次,尿潜血阳性也不一定是血尿,如尿中存在游离血红蛋白、肌红蛋白和过氧化物酶等物质时可呈假阳性。引起血尿的原因有很多,如急性肾小球肾炎、薄基底膜肾病、IgA(免疫球蛋白A)肾病、Alport综合征(遗传性进行性肾炎)、尿路感染、过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、血友病、肿瘤等。引起血尿的原因这么多,那么这个孩子的病因是什么呢?

探索过程

患儿入院后进行血常规、凝血功能、肝肾功能、血脂、传染病、自身抗体谱及补体检查,结果均基本正常。尿培养未见细菌生长。泌尿系超声检查结果:双肾弥漫性回声改变。由于不能排除遗传性疾病,我们让患儿的父母均进行了尿常规检查。患儿父亲尿常规检查结果正常。患儿母亲尿常规检查结果提示:红细胞78个/微升。听力筛查结果提示:纯音听阈异常。眼科检查未见明显异常。患儿有肾脏及听力异常,其母有血尿,患儿究竟是什么病呢?

谜底揭晓

患儿血尿原因不明,又被发现有听力异常。与患儿家长反复沟通后,我们为患儿做了肾穿活检。4天后肾穿活检结果出来了:符合Alport综合征,建议进行基因检测,以进一步确诊。随后我们便送检患儿及其父母、姐姐的血标本进行全外显子基因测序。1个月后,基因检测结果提示:患儿存在1个与Alport综合征相关的可疑基因的变异(COL4A5:c.2395+1G>T),患儿母亲为杂合子,患儿父亲及姐姐未检出。自此,患儿血尿原因终于明确:Alport综合征。

什么是Alport综合征

Alport综合征又称遗传性进行性肾炎,发病率为1/10000~1/5000,临床主要表现为血尿、蛋白尿及进行性肾功能减退,部分患者可合并感音神经性耳聋、眼部异常、食管平滑肌瘤等,故又称眼耳肾综合征。该病是由编码肾小球基底膜IV型胶原不同α链的基因突变所致。其遗传方式有:X连锁显性遗传型、常染色体隐性遗传型、常染色体显性遗传型。不同遗传类型的临床表现及病情的严重程度不尽相同。

诊断Alport综合征,可依靠肾脏或皮肤活检及基因检测。其中,电镜下典型的肾小球基底膜改变是诊断该病的“金标准”。近年来随着基因检测技术的普及,医生可以为患者家庭提供确切的遗传学信息,服务于遗传咨询及产前诊断。例如X连锁显性遗传型,男性患者发病重且早,女性患者较轻;常染色体隐性遗传型,男女患者病情相差不大。该病可借助产前诊断基因分析手段,早期诊断,优生优育。

Alport综合征的治疗

由于Alport综合征是遗传性疾病,所以药物治疗不能根治该病,治疗的目的是控制尿蛋白,延缓发展至肾衰竭的进程。主要治疗药物有两类:血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI,如贝那普利等)、血管紧张素受体阻滞剂(ARB,如氯沙坦等)。需要注意的是,服用该类药物时避免同时摄入含钾量高的食物,如香蕉、莲藕、南瓜、榴梿和各种干果等。对于已进展至终末期肾脏病(尿毒症期)的患者,可考虑进行透析治疗或者肾移植。

由北京大学第一医院丁浩教授牵头的中国多中心Alport综合征新药早期临床试验(Ⅲ期)已如期开展,标志着中国与全球同步开展Alport综合征新药临床试验项目。如果该项研究成功,国内患者便可以像国外患者一样早日用到新药。

(作者供职于郑州大学第一附属医院儿童医院)

尿中出现红细胞 竟是遗传病

□王中华 张建华

房颤的危害

房颤分为阵发性房颤、持续性房颤、长程持续性房颤、永久性房颤。阵发性房颤是发作后7天内自行终止或于干预后终止的房颤。持续性房颤是持续时间超过7天的房颤。长程持续性房颤是持续时间超过1年的房颤。永久性房颤是医生和患者共同决定放弃恢复或维持窦性心律的一种类型,反映了患者和医生对于房颤的治疗态度,而不是房颤自身的病理生理特征,如果重新考虑节律控制,则按照长程持续性房颤处理。

房颤有以下危害:卒中及血栓栓塞 房颤增加脑梗塞及体循环栓塞的风险,其中脑梗塞风险是非房颤患者的4倍~5倍,且将导致近20%致死率和近60%致残率。发生体循环栓塞的常见部位依次为下肢、肠系膜及内脏、上肢,60%左右的患者需要介入治疗或外科手术干预。房颤引起的栓塞,95%的栓子来源于左心房。

心衰 心衰和房颤经常同时存在并互相促进,从而形成恶性循环。房颤使心衰的患病率增加3倍且加重心衰的症状;心衰是房颤的危险因素,严重的心衰也会增加房颤的心室率。

心肌梗死 房颤患者发生心肌梗死的风险增加2倍,其中既往有稳定型心绞痛、心脏瓣膜病、心衰、冠脉介入治疗史的患者发生率更高。

认知功能下降、痴呆 房颤增加认知功能下降、痴呆、血管性痴呆的风险,即使没有发生缺血性卒中,同样可以导致认知功能下降和海马体萎缩,考虑与长期心源性脑供血不足及极小血栓栓塞有关。对认知功能的影响主要表现在学习能力、记忆力和注意力几个方面。

肾功能损伤 肾功能不全不是房颤的危险因素,同时房颤患者中肾功能不全的风险也增加。

(作者供职于焦作市人民医院)

如何识别精神疾病

河南省精神病医院 邵秋静 赵峥

有神经症症状

青少年在工作及学习压力大时,往往诉说自己头痛、失眠、易疲劳、注意力不集中、情绪不稳、工作和学习能力下降等,进行自我调节却改善不明显,陷入痛苦之中。

情感改变

在日常生活中,我们经常见到很多人因一些事情出现“大喜大悲”的情绪。精神疾病患者的早期情绪变化有:情绪高涨,洋洋自得,趾高气扬,爱管闲事,说大话,夸夸其谈,做事有始无终,爱发脾气;或者情绪低落,郁郁寡欢,愁眉不展,唉声叹气,自卑自责,悲观厌世,甚至有自伤、自杀行为;或者情绪波动,焦虑紧张,与周围的人没有情感交流等;或者对镜自我欣赏,一个人待着的时候自言自语,无故哭笑等。

行为改变

在社会交往和日常生活中,我们对言行有一定的要求及规范,但精神疾病患者可能有奇怪的动作和行为,如动作增多,呆板重复,无目的性;或者举止缓慢,生活懒散,不能工作和料理家务;或者收集一些无意义的物品,甚至随身携带一些果皮、废纸等不必要的东西;或者反复洗手,反复检查门窗、煤气开关等。

敏感多疑

在现实生活中,我们可能偶尔也会存在错听或者注意力不集中的时候,但一般都能快速识别当前的形势。但是,有的人可能怀疑别人在讲自己的坏话,认为别人的一言一行、一举一动都是含沙射影,都是在针对他,甚至认为电视上、广播里、报纸上的内容也与他有关;有的人感到自己的同事、邻居甚至父母兄弟都在害他,恐惧不安,觉得周围的一切对他都不利等。这种人对自己的观念常坚信不疑,别人的劝说、解释不能改变他的观点。

我们应该对上述的各种变化进行纵向比较,即与患者过去的一贯表现进行比较,看患者的精神活动是否有明显改变;同时也要注意横向比较,即与大多数正常人的精神活动相比较,看是否有差别,看某种精神状态的时间是否超出一般限度。

我们必须明确患者的这些变化是否与现实环境相符,即应注意结合当事人的心理背景和当时的环境,对其精神活动进行具体分析和判断。

虽然每一种精神症状均有不同的表现,但还是一些共同的特点:1.症状的出现不受患者的控制;2.症状一旦出现,难以通过转移注意力等方法令其消失;3.症状的内容与周围客观环境不相称;4.症状往往

会给患者带来不同程度的痛苦和社会功能损害。

尤其要注意的是,人的精神活动是一个相互联系又相互制约的复杂过程,受多种因素的影响。异常的精神活动更加复杂,同样会受到个体和环境等多种因素的影响,这些影响因素包括性别、年龄、受教育程度、躯体状况、人格特征、社会地位、文化背景、生活环境等。因此,在检查和分析精神分裂症时,必须考虑到有关影响因素,以便具体情况具体分析。

最后,希望人们正视精神疾病问题,如果发现有一定言行的改变,应尽快到正规医院的精神科进行详细咨询与检查,以确定是否属于精神问题,或属于哪一种精神疾病,做到及时诊治。

患者切莫讳疾忌医,一厢情愿地把异常表现解释为受刺激、心眼小、想不开等,以免错过最佳治疗时机。

精神四科

精神四科拥有医务人员30人,其中硕士3人,主任医师、副主任医师4人,副主任护师1人,中级职称7人;研究方向为临床精神病学,承担着新乡医学院精神病学专业方向的本科生和研究教学任务及精神科住院医师规范化培训任务。

精神四科针对各种重症精神疾病(精神分裂症、情感性精神障碍、偏执性精神障碍、应激性精神障碍、器质性精神障碍等),为患者提供诊疗服务。

近年来,精神四科团队主持和参与厅级项目7项,编写专著2部,发表专业论文50余篇。

精神卫生之窗

协办单位:河南省精神病医院(新乡医学院二附院) 咨询电话:0373-3373990; 0373-3373894