

■ 技术·思维

心动过速性心肌病的诊治

□高路

心动过速性心肌病(TIC)是一种可逆性心肌病。

TIC是各种持续性或反复发作的快速心律失常导致的心脏结构和功能障碍,进而导致心力衰竭的一类特殊类型的心肌病。

- 临床特点**
- 1.TIC的临床表现无特异性,心功能不全者常伴明显的心悸。
 - 2.发病年龄:任何年龄均可发生,多见于青壮年男性。
 - 3.出现时间:心动过速后几周~20年(与对心动过速耐受的程度有关)。
 - 4.心肌病的发生高度依赖心率。
 - 5.心动过速终止后,心功能能够逆转为TIC的重要特征,但不是所有患者都能逆转。能不能逆转,与心动过速类型、心室率、心动过速持续时间、基础心脏病、药物治疗及其他治疗有关。
 - 6.恢复时间:通常心功能在

恢复窦性心律或控制心室率后1周内改善,4周~6周改善较大,6个月~8个月内进一步改善。

- 辅助检查**
- 1.心电图和动态心电图是首选的无创检查手段。
 - 2.超声心动图有助于诊断心脏结构异常,结果常显示左心室增大,LVEF(左心室射血分数)及室壁应变率降低,左心室收缩末期及舒张末期容积增大。
 - 3.TIC患者的胸片可显示心影增大、肺淤血。
 - 4.磁共振延迟增强扫描对TIC也有重要的诊断价值。
 - 5.心肌活检是目前TIC诊断与鉴别诊断的新手段。

诊断

TIC的诊断为排除性诊断,当出现其他原因不能解释的左心室收缩功能障碍伴持续性心动过速时需要考虑其存在。临床上诊断TIC,应注意以下几点:

- 1.心动过速发作前左心室功

能正常,在有效的抗心律失常治疗后心室功能得到改善。

2.在频繁或持续性心动过速发作后左心室功能进行性下降,并排除其他导致心功能减退的因素。

3.TIC可发生在各个年龄段,多见于青壮年男性。心动过速类型主要为反复发作或持续发作的室上性心动过速,如房颤、房速等。

4.心律失常被治愈或获控制后心功能改善。部分患者在长期快速心律失常获控制后心功能未改善不能排除TIC存在的可能性,因为心动过速诱发的心肌损害也可发展至不可逆阶段。

5.有器质性心脏病或心力衰竭的患者长期发生心动过速,不能排除TIC的诊断。根据发生心室收缩功能障碍伴持续性心动过速和心力衰竭的时间顺序,速时需要考虑其存在。临床上诊断TIC,应注意以下几点:

- 1.心动过速发作前左心室功

能正常,在有效的抗心律失常治疗后心室功能得到改善。

2.在频繁或持续性心动过速发作后左心室功能进行性下降,并排除其他导致心功能减退的因素。

3.TIC可发生在各个年龄段,多见于青壮年男性。心动过速类型主要为反复发作或持续发作的室上性心动过速,如房颤、房速等。

4.心律失常被治愈或获控制后心功能改善。部分患者在长期快速心律失常获控制后心功能未改善不能排除TIC存在的可能性,因为心动过速诱发的心肌损害也可发展至不可逆阶段。

5.有器质性心脏病或心力衰竭的患者长期发生心动过速,不能排除TIC的诊断。根据发生心室收缩功能障碍伴持续性心动过速和心力衰竭的时间顺序,速时需要考虑其存在。临床上诊断TIC,应注意以下几点:

1.心动过速发作前左心室功

■ 心灵驿站

孩子得了睡行症 家长要怎么做

□王淑贤

“大夫,我儿子诺诺(化名)得了睡行症,他才10岁啊!”。

一天,一位女士带着孩子来医院就诊,还没坐稳就迫不及待地说。

据孩子的母亲讲,一个月前,一天夜里12点多,她听到儿童房里有声音,以为孩子没睡,就推开门催促孩子睡觉,结果被眼前的景象吓了一跳:儿子诺诺正闭着眼睛在房间里来回走动,脸上毫无表情,手上还拿着整天爱不释手的金箍棒……

诺诺到底怎么啦?

其实,诺诺得的是睡行症,俗称梦游。中国1%~16%的人曾出现过睡行症,常在儿童期发病,6岁~12岁时发病率最高。睡行症常在入睡后的前1/3阶段

发作,发作时患者的意识状态发生改变,睡眠和觉醒现象同时存在。常见表现为患者从睡眠中起来,睁(闭)眼漫无目的地走走去,走得慢且能避开障碍物,有时手上还拿一些器具,甚至喃喃自语。

为什么会得睡行症?

目前,医学上仍无法明确解释睡行症的发病原因,但最常见的有以下3种:

- 1.遗传因素:若父母、兄弟姐妹曾患睡行症,则个体发病率会比普通人高10倍。
- 2.食物及药物因素:醉酒及服用某些镇静催眠药、神经松弛剂、神经兴奋剂或抗组胺药等药物。
- 3.睡眠因素:长期睡眠不足、

睡眠不规律、压力性失眠等。

4.疾病因素:心律失常、发热、哮喘、癫痫等疾病均可引起睡行症。患者要积极治疗原发病。当原发病缓解或消失后,患者的睡行症会缓解或消失。

评估是否患睡行症,可以参考以下几点:

- 1.在睡眠前1/3阶段,出现睡眠中起床行走的行为。
- 2.患者表情呆板,对他人的刺激基本上没反应,也很难被唤醒。
- 3.清醒时,患者大都不能回忆发病时所发生的一切,甚至否认做梦,且患者的心理活动与行为无异常。

要不要叫醒患者?

睡行症患者发病时,对外界

刺激没有反应,容易被绊倒,发生摔伤。因此,引导患者回到床上是最好的选择。但大多数情况下,患者不听指挥、不接受保护。专业意见是:与患者保持安全距离,可大声叫醒患者,但不要摇醒患者。

当家长发现孩子患行症时,该如何做?

- 1.当发现孩子患睡行症时,不在孩子面前谈论其病情的严重性及发病经过,以免增加孩子的紧张、焦虑及恐惧情绪。
- 2.若发作的次数少,一般无须治疗,但发作时家长应注意看护,防止意外发生。一般随着年龄的增长,症状会逐渐减少,最后缓解或消失。
- 3.若发作频繁,需要及时到

■ 科普专家话健康

关注学生结核病防控

□张杜芹

16岁的小刘是一名高中生。自去年冬季开始,他经常咳嗽,时轻时重。今年春季开学以来,他一直咳嗽、低热、食欲不振、浑身乏力,上课时没有精神。家人带他到医院就诊。经过检查,他被确诊为肺结核,伴轻度贫血及营养不良,需要住院接受抗结核治疗。

结核病是一种什么病?

结核病是结核杆菌侵入人体引起的一种慢性病,以肺结核最为常见,其他部位(如颈淋巴、脑膜、腹膜、肠、皮肤、骨骼)也可继发感染。当肺结核患者咳嗽、打喷嚏或大声说话时,大量含有结

核杆菌的微小飞沫被排放至空气中,他人一旦吸入,就有可能被感染。另外,肺结核患者随地吐痰,痰液干燥后会随风扬起,导致含有结核杆菌的尘埃悬浮于空气中,他人吸入后也可能被感染。一般来说,被结核杆菌感染并不一定会患结核病,只有当机体抵抗力下降时,才会发病。研究表明,一个未经治疗的传染性肺结核患者一年中可以感染10个~15个健康人,感染结核杆菌后发展为结核病患者的概率为10%。

学生尤其是住校生为什么容易得肺结核?有哪些症状后要高度警惕?

学校是人员高度集中场所,同学们在一起学习、生活,接触密切;同学们正处于青春发育阶段,生长发育快、机体的免疫功能尚不完善;学习负担重、压力大,经常熬夜,饮食不合理,体育锻炼不够;对结核病防治知识了解少,自我保护意识差,一旦出现传染源,极易在学生中引起传播和流行。如果咳嗽、咯痰2周以上或痰中带血丝等,要提高警惕,立即去当地的结核病防治机构或定点医院检查。

确诊肺结核后应怎么办?

学生出现肺结核可疑症状后到医院就诊,应将自己的真实信

息告诉医生;被诊断为肺结核后,应当主动向学校报告,以便其他同学尽快进行筛查,切不可对学校隐瞒病情、带病上课,造成校内更大的感染和流行。经过规范治疗,确认没有传染性后方可返校。

得了肺结核能治好吗?

肺结核并不可怕,只要坚持早期、联合、适量、规律和全程的治疗原则,使用国家制定的统一标准化治疗方案,经过6个月~8个月的规范治疗,绝大部分患者是可以治愈的。另外,经医生明确诊断纳入国家结核病治疗管理系统后,可享受国家的减免政策。如果不规范用药,容易产生

耐药性,导致治愈难度增加,治疗费用高,社会危害大。

如何预防和控制结核病?

建立良好的个人卫生习惯,不随地吐痰,咳嗽、打喷嚏时遮掩口鼻,必要时戴口罩;出现肺结核可疑症状或被诊断为肺结核后,应当主动向学校报告,不隐瞒病情、不带病上课;教室和寝室等公共场所要勤开窗多通风,保持空气流通,注意环境干净整洁;保证充足的睡眠,合理膳食,加强体育锻炼,提高身体抵抗力。

(作者为河南省健康科普专家,供职于濮阳市疾病预防控制中心)

感染性疾病在临床上较为常见,如何快速准确地确定感染类型,及时为患者提供有效治疗,非常重要。近年来,随着血液化验新项目的出现,相较于过去单一依靠白细胞(WBC)进行检验,手段丰富了不少,像C反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、血清淀粉样蛋白A(SAA)都是近年来出现的炎症指标,对鉴别感染性疾病是由细菌引起的还是由病毒引起的,价值更大。

产生部位

WBC由骨髓多能干细胞分化而来;CRP主要由肝细胞合成;PCT来源于甲状腺滤泡旁细胞,当机体发生感染时,尤其是受到细菌内毒素刺激时,几乎所有实体组织均可合成;SAA是由肝细胞合成的急性时相蛋白。

临床特点

发生细菌感染时,WBC总数升高,同时中性粒细胞增加,病毒感染时WBC一般无明显升高,甚至减少,以淋巴细胞升高为主;CRP在细菌感染时升高,约30%在病毒感染时也是升高的;PCT在细菌感染时,特别是受到细菌内毒素刺激时显著升高,发生病毒感染时一般不升高;SAA是病毒感染早期最灵敏的指标之一,在病毒感染及细菌感染时均可升高,特别是在呼吸道感染和手足口病毒感染初期均明显升高,细菌感染时不升高或略有升高,并且在感染治疗有效后下降速度快。

浓度变化

WBC在机体感染后数小时内数量显著变化;CRP在机体感染后上升期6小时~8小时内升高,平台期为12小时~24小时,半衰期为18小时;在发生内源性细菌全身感染后,2小时~3小时即可检测到PCT,12小时~24小时浓度达到高峰,局部感染一般不升高;SAA在机体感染后3小时~6小时明显升高,半衰期为50分钟,上升幅度大。

常见组合

WBC正常+CRP正常,可能是非细菌感染,依靠经验治疗;WBC正常+CRP升高,提示细菌或病毒感染可能,进行抗生素治疗,但病毒感染治疗无效;WBC正常+CRP正常+SAA升高,存在病毒感染的可能,抗病毒治疗;WBC升高+SAA升高+CRP升高,存在细菌感染可能,升高幅度与感染程度正相关,适合抗生素治疗;WBC升高+CRP升高+PCT升高,存在全身严重的细菌感染可能。

临床应用

WBC较早应用于临床,是感染性疾病诊断的重要指标。WBC总数及中性粒细胞升高,常提示细菌感染;WBC总数无明显升高或降低,淋巴细胞升高,提示病毒感染可能,同时WBC检验还用于血液病的诊断;CRP一般在感染后6小时升高,1天~2天达到峰值,其升高幅度与感染程度正相关,部分病毒感染时CRP不升高;临床医生用抗生素对感染性疾病进行治疗时,可以对其浓度进行动态检测,相对其临床表现来说,CRP能更早地提示并发症的出现并对治疗效果进行评判。PCT临床应用专家共识指出,脓毒症患者的PCT水平明显高于非脓毒症患者,并且PCT升高对细菌感染导致的脓毒症特异性很高,可作为鉴别脓毒症和严重细菌感染的生物学指标;SAA最大的价值是对病毒感染的鉴别,可作为病毒感染的敏感指标。在急性细菌感染早期,SAA上升早、幅度大,检测优势明显;在病毒感染中,SAA显著升高,其升高程度与其他指标联合应用,弥补了当前一些炎症检测项目不能提示病毒感染的不足,SAA阴性基本上可排除病毒感染。

(作者供职于河南省肿瘤医院检验科)

影像学新技术在脑部病变中的应用

□孔凡武

近年来,影像学技术日新月异。影像学技术是用于辅助诊断的重要技术,属于临床影像学的范畴。各种影像设备不断更新换代,新技术不断应用于临床,大大提高了疾病的早期检出率、定性诊断率及预后评估率,在很大程度上影响了临床治疗方案的选择及患者的预后和长期生存质量。了解神经影像学新技术的优点和缺点,对合理选择检查手段、指导患者治疗有重要意义。

影像学检查,尤其是头颅CT和MRI(磁共振)检查,在脑部病变的诊断中发挥着极其重要的作用。

一、CT技术

CT平扫是中枢神经系统最常见的检查方法,它主要用于发现病变与定位诊断,尤其是对肿瘤内钙化、超急性出血及肿瘤累及的骨质结构改变具有优势;增强CT检查为定性诊断提供客观依据。随着技术的更新换代,灌注CT与CTA(CT血管造影术)等广泛应用于临床,提升了CT在中枢神经系统方面的应用价值。

二、MRI技术

MRI成像新技术,如弥散加权成像(DWI)、灌注加权成像(PWI)、波谱分析和代谢物浓度测定等功能成像技术的开发,不但能显示病变的形态学改变,而且能反映组织器官的功能性变化,甚至可提供肿瘤学的代谢状况和动态的肿瘤病理学方面的定量信息。CT作为脑部病变检查中首选的影像学技术,能确立和

血液检查中几个炎症指标对感染性疾病的诊断价值

□陈光意

感染性疾病在临床上较为常见,如何快速准确地确定感染类型,及时为患者提供有效治疗,非常重要。近年来,随着血液化验新项目的出现,相较于过去单一依靠白细胞(WBC)进行检验,手段丰富了不少,像C反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、血清淀粉样蛋白A(SAA)都是近年来出现的炎症指标,对鉴别感染性疾病是由细菌引起的还是由病毒引起的,价值更大。

WBC由骨髓多能干细胞分化而来;CRP主要由肝细胞合成;PCT来源于甲状腺滤泡旁细胞,当机体发生感染时,尤其是受到细菌内毒素刺激时,几乎所有实体组织均可合成;SAA是由肝细胞合成的急性时相蛋白。

临床特点

发生细菌感染时,WBC总数升高,同时中性粒细胞增加,病毒感染时WBC一般无明显升高,甚至减少,以淋巴细胞升高为主;CRP在细菌感染时升高,约30%在病毒感染时也是升高的;PCT在细菌感染时,特别是受到细菌内毒素刺激时显著升高,发生病毒感染时一般不升高;SAA是病毒感染早期最灵敏的指标之一,在病毒感染及细菌感染时均可升高,特别是在呼吸道感染和手足口病毒感染初期均明显升高,细菌感染时不升高或略有升高,并且在感染治疗有效后下降速度快。

浓度变化

WBC在机体感染后数小时内数量显著变化;CRP在机体感染后上升期6小时~8小时内升高,平台期为12小时~24小时,半衰期为18小时;在发生内源性细菌全身感染后,2小时~3小时即可检测到PCT,12小时~24小时浓度达到高峰,局部感染一般不升高;SAA在机体感染后3小时~6小时明显升高,半衰期为50分钟,上升幅度大。

常见组合

WBC正常+CRP正常,可能是非细菌感染,依靠经验治疗;WBC正常+CRP升高,提示细菌或病毒感染可能,进行抗生素治疗,但病毒感染治疗无效;WBC正常+CRP正常+SAA升高,存在病毒感染的可能,抗病毒治疗;WBC升高+SAA升高+CRP升高,存在细菌感染可能,升高幅度与感染程度正相关,适合抗生素治疗;WBC升高+CRP升高+PCT升高,存在全身严重的细菌感染可能。

临床应用

WBC较早应用于临床,是感染性疾病诊断的重要指标。WBC总数及中性粒细胞升高,常提示细菌感染;WBC总数无明显升高或降低,淋巴细胞升高,提示病毒感染可能,同时WBC检验还用于血液病的诊断;CRP一般在感染后6小时升高,1天~2天达到峰值,其升高幅度与感染程度正相关,部分病毒感染时CRP不升高;临床医生用抗生素对感染性疾病进行治疗时,可以对其浓度进行动态检测,相对其临床表现来说,CRP能更早地提示并发症的出现并对治疗效果进行评判。PCT临床应用专家共识指出,脓毒症患者的PCT水平明显高于非脓毒症患者,并且PCT升高对细菌感染导致的脓毒症特异性很高,可作为鉴别脓毒症和严重细菌感染的生物学指标;SAA最大的价值是对病毒感染的鉴别,可作为病毒感染的敏感指标。在急性细菌感染早期,SAA上升早、幅度大,检测优势明显;在病毒感染中,SAA显著升高,其升高程度与其他指标联合应用,弥补了当前一些炎症检测项目不能提示病毒感染的不足,SAA阴性基本上可排除病毒感染。

影像学技术是用于辅助诊断的重要技术,属于临床影像学的范畴。各种影像设备不断更新换代,新技术不断应用于临床,大大提高了疾病的早期检出率、定性诊断率及预后评估率,在很大程度上影响了临床治疗方案的选择及患者的预后和长期生存质量。了解神经影像学新技术的优点和缺点,对合理选择检查手段、指导患者治疗有重要意义。影像学检查,尤其是头颅CT和MRI(磁共振)检查,在脑部病变的诊断中发挥着极其重要的作用。

(作者供职于商丘市中医医院磁共振室)

哪些生活习惯会导致腹主动脉瘤

□郭嘉城 张格

近年来,在全球范围内,腹主动脉瘤的发病率呈上升趋势。在我国,随着人口老龄化的加剧、饮食结构和生活习惯的改变,腹主动脉瘤的发生率也呈逐年上升趋势。

腹主动脉瘤的致病因素和危险因素较为复杂,目前尚未完全探明,已明确的部分涉及遗传因素、生活习惯、先天因素及代谢因素等。在中青年群体中,腹主动脉瘤多由创伤与感染因素损伤腹主动脉壁的完整性,引起节段性抗张强度降低所导致。医学文献表明,在普通人群中,女性腹主动脉瘤的患病率较低,而男性比女性有更高的患病率,有腹主动脉瘤家族史的人群患病率更高。高龄人群腹主动脉瘤的发病率更高,因为动脉壁弹力纤维的半衰期是60年,在60岁左右时,与年轻群体相比,其动脉壁中的弹力纤维钙化、降

解和断裂明显增多,大约一半弹力纤维出现衰退,动脉壁的抗张强度因此显著降低。高血脂、高血糖、尿酸等代谢因素也是腹主动脉瘤的危险因素。目前的研究认为,动脉粥样硬化与腹主动脉瘤的发生发展最为密切,有多种动脉粥样硬化危险因素的女性及女性更易发生腹主动脉瘤,而动脉粥样硬化的形成又与高血脂与高血糖等代谢紊乱密切相关。

此外,研究表明,糖尿病会降低动脉壁的修复能力,使动脉壁难以抵挡各种致病因子造成的组织损伤。因此,55岁以上的人群要严格控制脂肪摄入,常进食低糖、低脂食品,有助于降低动脉粥样硬化和糖尿病的发病率,进而降低腹主动脉瘤的发病率。

一些不良的生活习惯也可能导致腹主动脉瘤的发生发

展。其中,吸烟是公认的与腹主动脉瘤的严重程度和进展相关的最强危险因素。烟草制品中的尼古丁等通过相关途径可诱导金属蛋白酶合成并导致动脉粥样硬化和扩张,而水果或蔬菜中的某些成分可以通过抑制金属蛋白酶减轻动脉损伤。吸烟人群更容易得腹主动脉瘤,目前吸烟者的患病风险几乎是从不吸烟者的5倍。研究表明,每日吸烟量大和长吸烟年限的人群腹主动脉瘤发病率更高,而戒烟会降低吸烟人群患腹主动脉瘤的概率。因此,长期吸烟及每天20支以上者要严格控制、及早戒烟。摄入动物脂肪过多会导致高脂血症,无论是胆固醇还是甘油三酯升高均能通过促进动脉粥样硬化和炎症的方式损伤主动脉壁,促进腹主动脉瘤的发生和发展。糖分摄入过多也会影响主动脉壁的结构和功能。过

量饮酒也是腹主动脉瘤的高风险因素,通过控制饮酒量或者戒酒可能会降低风险。

此外,缺乏锻炼、超重、精神压力大、熬夜等能增加患腹主动脉瘤的风险,这可能与潜在的促进动脉粥样硬化、炎症、高血压等疾病风险升高相关。高纤维摄入可有效降低患病风险。具体而言,水果、坚果、蔬菜、谷物等植物性食物富含纤维,增加摄入可以降低患腹主动脉瘤的风险。体育锻炼、规律的睡眠作息、良好的情

绪状态等与该病的风险降低相关。

综上所述,吸烟(尤其是长期大量吸烟)、动物脂肪摄入过多、糖分摄入过多、熬夜、精神压力大、缺乏锻炼、膳食纤维摄入过少等不良生活习惯与腹主动脉瘤的发生发展密切相关,而及时纠正上述不良习惯可有效降低腹主动脉瘤发生发展的概率。

(作者供职于郑州大学第一附属医院心血管内科)

