

哪些人易发生恶性心律失常

□霍灵思

恶性心律失常是指在短时间内引起血流动力学障碍,导致患者晕厥甚至猝死的心律失常。那么,哪些人容易发生恶性心律失常?恶性心律失常的治疗和护理方法有哪些呢?

恶性心律失常的易发人群

一般来说,快速性恶性心律失常好发于两类患者。一是有结构性心脏病的患者。包括目前或曾经发生过心肌梗死、心脏收缩功能不佳的患者;曾经被诊断为心肌病的患者,如扩张性心肌病、肥厚性心肌病等。二是有遗传性离子通道疾病的患者。遗传性离子通道疾病的特点是,一家人中往往有多个患者,发病时年龄通常都比较小。

慢性心律失常一般都是逐渐进展的,年纪较大的患者比较

容易发生,尤其是本来就存在窦性心动过缓和房室传导阻滞的患者,一定要当心心跳骤停和高度房室传导阻滞的发生。此外,还要定期去医院检查心电图和动态心电图。

恶性心律失常的治疗方法

恶性心律失常的治疗方法主要包括药物治疗、植入式心脏除颤器和射频消融术。

药物治疗 除了针对病因(冠心病、心功能不全)的治疗之外,心内科医生还会开具降低恶性心律失常发生的药物,但是药物治疗的效果因人而异。仅通过药物治疗,部分患者仍有再次发作的可能性,其结果往往是致命的。而且有的药物副作用较大,因此要限制它们的使用。

ICD(植入式心脏除颤器)和

AED(自动体外除颤器)一样,它可以自动识别室性心动过速、心室颤动并进行电击终止。ICD与AED的不同之处有三点:第一,它是植入在体内的仪器,无须任何人进行操作,完全可以自动识别和自动处理;第二,它可以作为起搏器来工作,对恶性缓慢性心律失常(如窦性停搏)亦有治疗作用;第三,它也可以作为一个植入式的动态心电图进行长期心电图监护和记录工作,当患者恶性心律失常发作时,其心电图都可以被ICD记录,并由医生进行分析,拟定下一步治疗方案。它的外形和起搏器相似,但稍大一些。植入方式和起搏器相似,即通过静脉将具备除颤+起搏功能的导线头端固定于心室内,尾端连接脉冲发生器埋藏在皮下囊袋内。目

前国际上通用的指南建议,所有发生过恶性心律失常的器质性心脏病或离子通道病的患者均应该植入ICD;有些患者虽未发生过恶性心律失常,但心功能极差,也应该植入ICD,以预防可能出现的恶性事件。

射频消融术 与室上性心动过速一样,室速和室颤也与电活动的紊乱相关。不同的是,室上性心动过速患者绝大多数的心脏是正常的,恶性室性心律失常的患者,则往往存在大片严重损坏和已经死亡变成液痕的心室肌,这些不规则的液痕和严重受损的心肌,会造成混乱的心室内电传导顺序。在射频消融手术中,医生通过检测心室内的瘢痕区域和异常电活动区域,推測到可能的电活动路径,然后通过消融对相

关区域的心肌进行改良,消除可能造成紊乱电传导的因素。

恶性心律失常患者的日常护理

心律失常患者要注意休息,轻者可适当活动,严重者一定要选择卧床静养,室内光线一般不宜过强,并保持安静的环境。严重的心律失常的患者更应注意避免噪音。

心律失常患者应避免喜、怒、忧、思等精神刺激,家属要多安慰和鼓励患者,使之配合治疗,以利于康复。喘息且不能平卧的心律失常患者,应该用被褥垫高背部或采用半卧位。另外,应为心律失常患者制定个性化的食谱,要少食多餐,以半流质、清淡、易吸收的食物为主。

(作者供职于许昌市中心医院心脏重症监护室)

常见脑血管病的影像学诊断

□白娜娜

脑血管病是指先天性脑血管发育异常,以及脑动脉、静脉系统破裂或闭塞,从而导致脑出血、蛛网膜下腔出血或脑梗死。影像学在脑血管病诊断方面发挥着重要作用。

脑出血

超急性期 CT(计算机层析成像)高密度影;T1WI(反应组织纵向弛豫差别)呈等或略低信号,T2WI(反应组织横向弛豫差别)呈高信号。

急性期 CT高密度影;T1WI呈等信号,T2WI呈低信号。

亚急性期 CT密度影逐渐减低与脑实质相仿,T1WI、T2WI呈高信号。

慢性期 CT囊性病灶,可见钙化;T2WI呈高信号,血肿周围被低信号含铁血黄素包绕。

脑梗死

超急性期 CT及核磁共振呈阴性,DWI(弥散加权成像)呈明显高信号。

急性期 CT低密度区,核磁为长T1长T2异常信号,DWI呈较明显高信号。

亚急性期 CT为累及灰白质的楔形或三角形低密度区,核磁可伴出血,DWI呈明显高信号,占位效应显著,CT增强扫描可见强化。

慢性期 脑软化,脑萎缩。
特殊类型脑梗死

腔隙性脑梗死 CT平扫呈圆形、椭圆形、斑点状低密度影,病灶直径多在15毫米以内。常有脑白质疏松和脑萎缩,病灶新旧不一。核磁共振为小点、片状或小条状长T1、长T2信号,边缘模糊。在核磁共振液体衰减反转恢复序列影像上呈高信号,显示更明显。弥散加权影像上高信号,在表现弥散系数图上相应区域呈低ADC值(表观弥散系数)。

丘脑旁正中动脉梗死 这类疾病在CT检查中经常被遗漏,中脑“V”字征是累及中脑的患者较为典型的特征表现。

静脉性脑梗死 核磁共振影像表现与硬膜窦内血栓、静脉回流受阻造成的继发性脑实质改变有关。

颅内动脉瘤

I型 囊壁无血栓动脉瘤,呈稍高密度影,多位于基底动脉环周围,边缘清晰。CT增强扫描,呈均匀性增强。

II型 部分血栓动脉瘤,平扫时,其中央可见高密度区,为内含血液的瘤腔,周围为等密度附壁血栓,增强后强化的囊壁和中心高密度的血流隔以等密度的血栓,被称为“靶征”。

III型 完全血栓动脉瘤,等密度,可有血栓内钙化或瘤壁的弧线状钙化。

颅内动脉瘤的MRI检查影像呈瘤状低信号影。动脉瘤内血栓信号多样,新鲜血栓呈高信号,机化血栓、钙化、含铁血黄素呈低信号。

动静脉畸形

CT平扫显示脑质内线团样等密度灶,可有钙化,灶间为正常脑组织或萎缩软化脑组织,也可合并出血,无并发症时灶周无水肿和占位。MRI平扫和增强CT可直接见到畸形血管团和供血动脉引流静脉丛,行CTA(CT血管造影)和DSA(数字减影血管造影)检查时显示较为直观。

(作者供职于河南科技大学第一附属医院影像中心)

CT检查的优缺点及应用范围

□佟梓滨

日常生活中,有的人表面看起来很正常,体检也没有发现问题,但却时常感到身体不适,究竟是哪里出了问题呢?这时候,就需要“硬核技术”——CT(计算机层析成像)登场了。

什么是CT

CT是指通过运用X线束对于患者身体某一部位层面实施扫描检查,并通过探测器将透过该层面的X射线接收,随之将其转变成可见光,通过光电转换进一步使其成为电信号,然后再利用模拟数字转换器将其转换为数字,最后输入电脑中进行处理。CT检查能够清晰地显示出应用常规X线检查时无法显示出的病

CT检查的优点

CT检查较为方便,且检查速度快,安全性也较高,患者在检查中不需要移动身体便能够完成检查。

CT检查与传统X线平片相比,能够避免影像重叠的情况。CT检查的图像更清晰,尤其能够帮助明确患者的解剖结构关系,对于肿瘤病灶等病变的显示情况更好。

CT检查的密度分辨率较高,能够直接显示患者的器官情况及病变情况。

CT检查中的图像源自吸收系数进行的转换,也可以完成图像处理,从而对图像密度、

灰度等进行调节,有助于对组织和病变情况进行观察。

CT检查的缺点

CT检查是通过X射线成像的,因此会产生一定的辐射影响。CT检查可能无法发现形态比较接近的正常组织与病变组织,从而造成误诊或漏诊。CT检查在对脑干和小脑病变的检查中显示效果欠佳。

CT检查在对空腔脏器及早期黏膜病变进行观察时效果并不理想。CT检查对于软骨及韧带的显像能力相对较差。

CT可以查出哪些疾病

神经系统病变 CT检查在神经系统病变患者的诊断中有良好效果,例如,颅脑外伤、脑

肿瘤以及脑梗死等疾病。特别是对于急性脑出血疾病,如脑动脉瘤、高血压性脑出血、动脉瘤和蛛网膜下腔出血等疾病的诊断中具有较高的应用价值。

心血管系统病变 心包肿瘤、心包积液等疾病均可应用CT检查进行诊断,尤其可以使用增强CT扫描来提升诊断准确度,例如,对于急性主动脉夹层患者、动脉瘤患者来说,应用增强CT扫描甚至可以进行定性诊断。

腹部器官病变 腹部实质性器官,如肾脏、肝脏、胰腺、胆囊以及脾脏等,通过CT检查都可以清晰地显示出来。同时,

对于创伤、肿瘤和感染情况等也可实现清晰显示。

盆腔脏器病变 由于盆腔器官之间存在着大量的脂肪间隔,因此,通过CT检查可以发现肿瘤病灶对相邻组织产生的影响。尤其是在卵巢、子宫、前列腺、宫颈以及直肠等部位的肿瘤疾病诊断中,均有较高的应用价值。

骨骼及关节病变 对于骨骼病变、肌肉细小有病变来说,应用CT检查可取得良好的诊断效果。结构比较复杂的骨和骨关节,如胸锁关节、脊椎等,都可应用CT检查。

(作者供职于南阳市中心医院CT影像诊断科)

慢性心力衰竭患者的自我保健

□员丽婷

心脏好比我们身体里的一台泵,将抽上来的血液源源不断地推向全身各脏器,并输送氧气和营养物质。而一旦这个泵无法把血液抽上来,或者没办法把血液泵出去,那么身体就会缺血、缺氧,这时心力衰竭(以下简称心衰)就发生了。心衰一旦发生,将难以彻底治愈,要想减少心衰发作,必须要做好日常保健。

按医嘱正确服药

药物治疗是维持病情稳定、降低不良心血管事件风险的关键措施。切不可擅自停药、减药,以免病情反复或加重。若其病情有变化,应及时

就诊,不要自行改变药物治疗方案。

合理饮食,限水限盐

心衰患者没有绝对不能吃的食物,但要注意膳食平衡,蔬菜、水果、肉、蛋、主食均衡摄入。建议每日液体摄入量小于2升,重度心衰患者每日摄入水分应不超过1.5升。这里所说的液体,包括直接饮用的水和食物中的水分。慢性心衰患者饮水过多而尿量较少时,很容易引起心衰发作。一天中食盐的摄入量应控制在4克~6克,心衰发作时,可适当减少食盐摄入量。

合理运动,量力而行

中重度慢性心衰患者应注意休息,尤其是轻微活动就有气急的患者,应多卧床休息。待心衰症状稳定后,再循序渐进地增加活动量,以不引起症状、不感到疲惫为宜。等病情进一步好转后,可根据自身耐受情况适当进行运动锻炼,可以选择散步、骑自行车、打太极拳等,切记要量力而行。

自我监测病情

监测体重 体重增加是反映液体滞留的可靠指标,建议慢性心衰患者每天晨起排空膀胱后测量体重,通过体重变化

及早发现液体滞留。如果体重在一周内增加2公斤~3公斤,应考虑隐性水肿,无论有无不适症状,均应及时就诊。

监测血压、心率 每天至少测量一次,并做好相关记录,以便在复诊时让医生更好地了解患者的近期病情,同时可以作为医生调整用药的重要依据。若出现疲乏加重、运动耐力降低、静息心率增加至15~20次/分、活动后气急加重、水肿(尤其下肢)再现、体重增加等情况,很可能提示病情加重,需及时就诊。

避免不良情况 避免劳累过度,减少体力活动;避免精神

紧张、情绪激动;避免感冒、呼吸道感染,尤其是在换季时,应特别注意防寒保暖。

定期随访

慢性心衰患者在药物治疗期间,需要定期到医院随访评估。初期建议每2周~4周一次,病情平稳的患者可延长至3个月~6个月一次。

此外,家人的支持也很重要。要鼓励患者按时服药,帮助患者调节饮食,督促患者监测日常指标,关心患者情绪变化,积极参与患者的日常生活管理。

(作者供职于许昌市中心医院冠心病重症监护室)

痛风的危害和日常管理方法

□董菁

痛风是一种常见但常被低估的代谢性疾病,它不仅会导致关节疼痛和肿胀,还会对肾脏、心血管系统等重要器官造成伤害。今天,我们来聊一聊痛风对身体的危害以及如何管理痛风,以帮助痛风患者提高生活质量,减少并发症的发生。

什么是痛风

痛风是一种与血尿酸升高密切相关的疾病。尿酸是人体嘌呤代谢的产物,正常情况下,尿酸的产生量和排出量处于平衡状态,当嘌呤代谢紊乱和尿酸排泄减少时,血液中的尿酸水平会升高,导致尿酸盐晶体在关节滑膜、软组织及肾脏等处沉积,引起关节、肾脏、心血管等组织损伤和功能异常,从而引发痛风。

痛风的危害

关节 痛风最常累及的关节是足第一跖趾关节,表现为局部红肿热痛,疼痛往往非常剧烈,难以忍受。痛风还可累及其他关节,包括趾趾关节、踝关节、膝关节、肘关节、腕关节等,使患者活动受限,生活质量下降。

第一跖趾关节 这是痛风最常见的受累关节。痛风性关节炎急性发作时,此关节可出现红、肿、热和极度剧烈的疼痛。患者常常难以忍受这种疼痛,甚

至连轻微的触碰都可能引发极大的不适。这种疼痛通常在夜间发作,数小时内疼痛可达高峰,症状持续数小时到数天,一般小于2周。

其他关节 痛风不仅限于第一跖趾关节,也会累及其他关节。这些关节受到尿酸晶体的侵害,会导致类似的疼痛、红肿和肿胀症状。患者可能会感到这些关节活动受限,关节功能明显受损。

慢性关节损伤 如果痛风未得到及时有效治疗,反复发作的疼痛和炎症可能会导致关节慢性损伤。这些损伤最终可能导致慢性关节炎、骨质破坏、关节畸形及关节功能障碍,严重影响患者的生活质量。

痛风石 在一些痛风患者身上,尿酸晶体沉积在关节周围的肌腱、腱鞘及皮下,形成被叫做“痛风瘤”的小结节。这些结节通常出现在耳垂、肘部、手指和膝盖等部位,可能会造成疼痛和外观上的影响,严重时会影响关节的活动。

肾脏 长期尿酸高且未得到控制的痛风患者,往往会出现肾功能受损,表现为尿酸性肾结石、肾功能不全等,尿酸高可致肾脏受损,肾功能不全又影响尿酸排

泄,如不及时干预,甚至可发展至终末期肾病。

心血管 痛风患者往往有肥胖、高血压病、高血脂症等疾病,同时,尿酸高会刺激血管壁导致动脉粥样硬化,这些均可加重心肌缺血,增加心血管事件的发生率。

痛风的科学管理

首先,在生活方式上,可通过控制饮食,限制饮酒,增加饮水,控制体重,适当运动,规律作息来缓解痛风。

控制饮食 控制饮食是痛风患者最基本的生活方式管理方法。痛风患者应该尽量避免高嘌呤食物的摄入,如肝脏、肾脏、海鲜、浓肉汤等。对于肉类食物的选择,痛风患者可以食用鸡肉、鸭肉等禽肉,尽量避免或减少食用肥肉和动物内脏等高脂肪、高嘌呤的食物。在蔬菜和水果方面,痛风患者应该多食用富含纤维的新鲜蔬菜和水果,但应注意避免食用含高果糖的水果,如荔枝、龙眼等。

限制饮酒 饮酒会使尿酸水平升高,增加痛风的风险。因此,痛风患者应该尽量避免饮酒,或是在饮酒后及时采取措施来降低尿酸水平。

多饮水 多饮水,避免饮用果

糖饮料,保证每日尿量大于2000毫升。有冠心病的患者需在专业医生的指导下饮水。

控制体重,适当运动 减重,尤其要减腹部。建议每天进行30分钟以上的中等强度有氧运动,如快走、游泳、骑单车等。

规律作息 保持良好的作息习惯可以减少身体疲劳和精神压力,有助于预防痛风发作。

其次,痛风患者往往需要使用药物来降低尿酸水平,减少痛风发作。以下是一些常用的药物及使用方法:

非甾体抗炎药 主要用于缓解痛风引起的疼痛和肿胀。常用药物包括依托考昔、洛索洛芬钠、咪唑美辛等。

秋水仙碱 可抑制炎症细胞释放炎性因子,减轻痛风引起的疼痛和肿胀。应在急性发作早期使用。

糖皮质激素 严重的急性痛风患者可以使用糖皮质激素来缓解疼痛和减轻炎症反应。常用药物为口服泼尼松龙或肌肉注射复方倍他米松等。

降尿酸药物 降尿酸药物可以帮助降低尿酸水平,预防痛风发作。常用药物包括苯溴马隆等促进尿酸排泄的药物,以及别嘌醇、非布司他等抑制尿酸合成的

药物。

上述药物均应在医生指导下使用,不可随意调整药物剂量或自行停药,特别是在痛风急性发作期,要注意不良反应及药物间的相互作用。

最后,痛风患者需要定期进行身体检查,以便及时了解尿酸水平、肾脏功能等情况,以预防并发症的发生。以下是一些需要定期检查的项目:

尿酸检测 定期进行尿酸检测可以帮助了解患者尿酸水平,判断尿酸控制是否达标。

肾功能检查 痛风患者往往有肾功能受损现象,这会影响到某些痛风药物的使用,因此,肾功能检查是必要的。建议痛风患者定期检查血肌酐、尿素氮等指标。

心血管检查 痛风患者往往伴有心血管疾病。因此,进行心血管检查是必要的。

关节X线检查 关节X线检查可以帮助了解关节病变的情况,判断病情的严重程度。

总之,痛风是一种常见的慢性病,患者需要了解痛风可能给身体带来的危害,及时采取科学的管理措施,控制病情进展,预防并发症的发生。

(作者供职于运城市中心医院全科医学科)

口服降糖药的用药时间

□蒋丹丹

近年来,我国糖尿病患病率显著增加,多数糖尿病患者需终生用药。不同种类的口服降糖药作用机制不同,起效时间不同,最佳服用时间也有所不同。按时服药不仅有效发挥口服降糖药的疗效,而且能最大程度地降低药物副作用。

二甲双胍

目前,临床上使用的双胍类药物主要为盐酸二甲双胍。双胍类药物的主要药理作用是,通过减少肝脏葡萄糖的输出和改善外周胰岛素抵抗而降低血糖。

二甲双胍的剂型包括二甲双胍普通片、二甲双胍缓释片或胶囊、二甲双胍肠溶片或胶囊。此外,还有二甲双胍与其他口服降糖药组成的复方制剂。

普通片型和肠溶片型吸收速度较快,建议早、中、晚各一次;缓释片建议每日一次。普通片剂可直接在胃里被溶解,对胃的刺激性比较大,建议饭后或与饭同服。缓释剂型对胃部刺激较小,饭前、饭时或饭后服用均可,肠溶片建议在饭后服用。

磺脲类药物 包括格列吡嗪、格列齐特、格列喹酮等。磺脲类药物通过刺激胰岛细胞分泌胰岛素降低血糖,建议饭前30分钟服用,待食物到达小肠开始被消化吸收时,药物恰能有效促进胰岛素分泌,充分发挥降糖作用。

格列奈类药物 包括瑞格列奈、那格列奈等,作用于胰岛β细胞,

刺激胰岛素分泌。此类药物起效快,作用时间短,餐前半小时或进餐后给药可能会引起低血糖,故应在餐前5分钟~20分钟口服。

α-葡萄糖苷酶抑制剂 包括阿卡波糖、伏格列波糖,可在餐前1分钟服用或者与第一口食物一起服用。此类药物主要作用于小肠内竞争性抑制糖苷水解酶,从而延迟和减少小肠内碳水化合物分解为葡萄糖,使餐后血糖幅度下降。

与第一口食物同时嚼服效果最佳,且膳食中含有一定的碳水化合物(如大米、面粉等)时才能发挥作用。如果在餐后或饭前服用,则起不到降糖效果。

噻唑烷二酮类药物 包括罗格列酮、吡格列酮等,能增加组织细胞受体对胰岛素的敏感性,使葡萄糖尽快地被利用,降低血糖。降糖作用可维持24小时,每日仅需服药一次,一般适宜在清晨空腹时服用。

二肽基肽酶-IV抑制剂 包括西格列汀、沙格列汀、维格列汀、利格列汀和阿格列汀,该类药通过抑制二肽基肽酶-IV而减少胰高血糖素样肽-1在体内的失活,使内源性胰高血糖素样肽-1水平升高,增加胰岛素分泌,抑制胰高血糖素分泌。此类药物服药时间不受进餐影响,可在一天中的任何时间、与食物同时或分开服用,建议在每天的固定时间服用。

(作者供职于河南省人民医院药学部)