

技术·思维

冠心病的心血管危险因素防控和用药

□姚瑞

心血管危险因素的综合防控

社会心理因素管理

对于冠心病患者,要甄别其是否合并抑郁、焦虑、严重失眠等心理障碍。如有心理障碍,建议进行心理治疗或药物治疗。

血脂管理

对于冠心病患者,若无禁忌证,无论血脂水平如何,都应给予他汀类药物治疗,使低密度脂蛋白胆固醇控制在一个合理的水平。降低低密度脂蛋白胆固醇的药物主要包括他汀类药物、PCSK9抑制剂(一种降脂药物)等。调脂治疗的目

标为低密度脂蛋白胆固醇低于1.8毫摩尔/升;超高危患者的目标是低密度脂蛋白胆固醇低于1.4毫摩尔/升或较基线水平降低幅度大于或等于50%。改善生活方式是血脂异常治疗的基础措施。

血压管理

如果冠心病患者的血压等于或高于140/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),在调整生活方式的同时,考虑使用降压药物。生活方式调整包括控制体重,适量运动,少饮酒,限盐,多吃新鲜的

蔬菜、水果,低脂饮食,避免过度劳累等。降压药物应根据患者的具体情况选择,建议包括ACEI(血管紧张素转化酶抑制剂)或ARB(血管紧张素II受体拮抗剂)和/或β受体阻滞剂,治疗目标为血压低于140/90毫米汞柱。

血糖管理

对于糖尿病病程较短、预期寿命较长的冠心病患者,建议糖化血红蛋白的目标值等于或低于7%。对于年龄较大、糖尿病病程较长、存在低血糖高危因素的患者,糖化血

红蛋白的目标值应低于7.5%或8%。对于慢性疾病终末期患者,如NYHA(美国纽约心脏病协会)心功能Ⅲ级~Ⅳ级、终末期肾脏病、恶性肿瘤伴转移、中重度认知功能障碍等,糖化血红蛋白的控制目标可适当放宽,低于8.5%。

体重管理

对于体重超标的冠心病患者,建议通过限制热量摄入、适量运动等控制体重,身体质量指数可保持在18.5~24.9之间。减重治疗的起始目标为体重较基线下降5%~10%,如果成功,可尝试进一步

减重。

戒烟

吸烟可明显增加发生心肌梗死的风险。

吸烟会使血管内膜受损、破裂,促进动脉粥样硬化的发生和发展,使血凝块更易形成,易产生血压一过性增高,并且能使“好胆固醇”——高密度脂蛋白胆固醇减少。因此,冠心病患者应该严格戒烟,避免被动吸烟,必要时可借助药物戒断。

酒精管理

酒精对心血管系统的影响尚有争议,故不推荐饮酒。

要用药规范

抗心肌缺血的药物

硝酸酯类药物

舌下含服或喷雾用硝酸甘油仅作为心绞痛发作时缓解症状的药物,也可在运动前数分钟使用,以减少或避免心绞痛发作。长效硝酸酯类药物可用于减少心绞痛发作的频率,降低心绞痛发作的程度,并可能增加运动耐量。

硝酸酯类药物与β受体阻滞剂联合应用,可以增强抗心肌缺血作用,并抵消心率增快的不良反应。

β受体阻滞剂

β受体阻滞剂同时有抗心肌缺血及改善预后的双重作用。尽管目前对于无心肌梗死或者ACS(急性冠状动脉综合征)病史且左心室功能正常的冠心病患者,β受体阻滞剂应用的推荐趋于保守,但是仍建议若无禁忌证,冠心病患者应长期使用。维拉帕米能减慢房室传导速度,常用于伴有心房颤动或心房扑动的心绞痛患者。

对于ST段(心室复极的初始阶段)抬高型心肌梗死或非ST段抬高型ACS患者,若在急性期因禁忌证不能使用β受体阻滞剂,则在出院前应再次评估,尽量使用β受体阻滞剂以改善预后,并根据他们的耐受情况确定个体化的治疗剂量。推荐使用无内在拟交感活性的β受体阻滞剂。需要注意的是,若用药后患者出现有症状的严重心动过缓(心率低于50次/分钟),应减量或暂停用药,而非停药,否则易导致心率反射性增加,有引起心肌缺血或心绞痛症状频发的风险。

钙离子拮抗剂

钙离子拮抗剂分为二氢吡啶类钙离子拮抗剂及非二氢吡啶类钙离子拮抗剂。

对变异型心绞痛或以冠状动脉痉挛为主的心绞痛,钙离子拮抗剂是一线治疗药物。维拉帕米能减慢房室传导速度,常用于伴有心房颤动或心房扑动的心绞痛患者。

维拉帕米不适用于已有严重心动过缓、高度房室传导阻滞和病态窦房结综合征的患者。稳定型心绞痛合并心力衰竭患者必须应用长效钙离子拮抗剂时,可选择氨氯地平或非洛地平。

β受体阻滞剂和长效钙离子拮抗剂联合应用,比单一一种药物更有效。两种药物联合应用时,β受体阻滞剂还可减轻二氢吡啶类钙离子拮抗剂引起的反射性心动过速。非二氢吡啶类钙离子拮抗剂可作为对β受体阻滞剂有禁忌证患者的替代治疗药物。需要注意的是,非二氢吡啶类钙离子拮抗剂和β受体阻滞剂联合应用,能使房室传导阻滞和心肌收缩力的减弱更明显,故不适用于老年人、已有心动过缓或左心室功能不良的患者。

其他药物

曲美他嗪可与β受体阻滞剂联合应用,也可作为传统治疗药物不

能耐受时的替代治疗药物。尼可地尔可预防心绞痛的发生,长期应用可改善心绞痛症状。

改善预后的药物

抗血小板聚集药物

若无禁忌证,冠心病患者均应长期使用阿司匹林(75毫克/天~150毫克/天)。因存在禁忌证或不能耐受而不能服用阿司匹林者,可用氯吡格雷(75毫克/天)替代。接受经皮冠状动脉介入治疗的患者,联合应用阿司匹林和氯吡格雷或者替格瑞洛至少12个月。

ACEI和ARB

大多数慢性冠心病患者都能够从ACEI的长期治疗中获益,但获益程度与患者的病情有关。对于无症状的左心室收缩功能异常、慢性心力衰竭和心肌梗死后的高危慢性冠心病患者以及合并高血压病、糖尿病等疾病的冠心病患者,长期服用ACEI治疗获益更多。因此,建议若无禁忌

证,冠心病患者应长期服用ACEI。具有适应证但不能耐受ACEI治疗的患者,可应用ARB。

β受体阻滞剂

β受体阻滞剂的应用方法同上。

他汀类药物

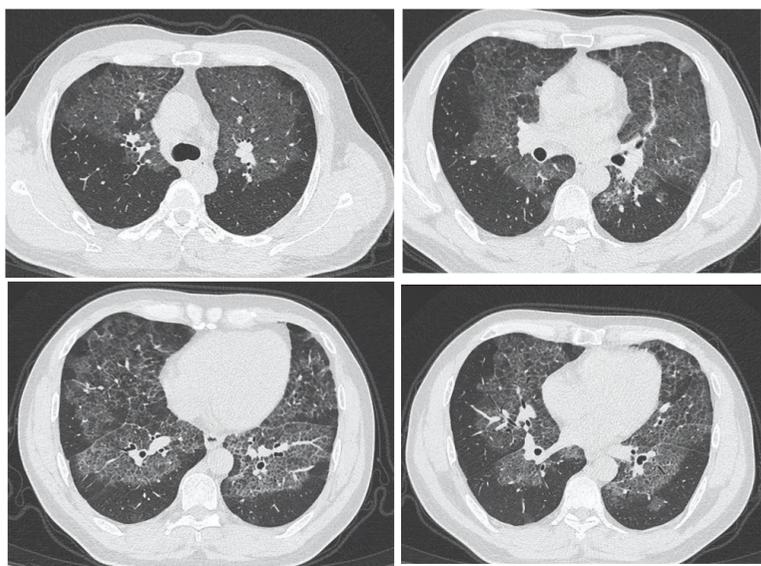
除可有效降低总胆固醇及低密度脂蛋白胆固醇水平,他汀类药物还可延缓斑块进展,使斑块稳定。若无禁忌证,可长期使用他汀类药物。

在药物治疗的过程中,要注意:1.严格按照医生处方服药,不可自行减药或停药。2.定期复诊,评估治疗效果,要按照医生的建议进行血常规、肝功能、血压、血糖等检查。3.他汀类药物的安全性良好,不可盲目停药。4.降压/降脂/降糖药应长期服用。5.不能用保健品替代药物。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

对一例肺泡蛋白沉积症的诊断和治疗

□侯聪霞 文/图



影像图

临床病例

李先生2年前无明显诱因出现胸闷、劳累后气喘,休息后可缓解,遂未引起重视,没有到医院进行治疗。10天前,李先生受凉后出现咳嗽、咯痰症状,胸闷、气喘加重,至当地医院就诊。他的胸部CT(计算机断层成像)检查结果提示:双肺弥漫性磨玻璃影。李先生在当地医院治疗

7天,效果不明显,2天前出现夜间胸闷加重且不能平卧,无发热,无咯血,遂紧急来到河南省胸科医院就诊。

在河南省胸科医院,李先生以“双肺间质性肺炎,呼吸衰竭”为诊断被收治于呼吸与危重症医学科一病区。

在李先生入院后,医生立即安排吸氧,以改善李先生的胸闷、气喘症状,并在支气管镜

下盲检取病理。左下肺盲检检出炎性肺组织。特殊染色检测结果:糖原染色(+)。李先生被明确诊断为肺泡蛋白沉积症。

在为李先生完善相关检查和评估全麻风险后,医生给李先生做了支气管镜下全肺灌洗术。术后,李先生的胸闷、气喘症状明显改善。李先生出院后,需要进行粒细

胞-巨噬细胞集落刺激因子(GM-CSF)雾化吸入治疗。

临床解析

肺泡蛋白沉积症是一种罕见的肺间质性疾病,起病隐匿,临床表现缺乏特异性,易被误诊。

肺泡蛋白沉积症在亚洲国家分布广泛。严重时,肺泡蛋白沉积症会引起肺泡通气功能障碍,甚至呼吸衰竭。

对于肺泡蛋白沉积症,诊断的“金标准”是组织学检查发现肺泡内有糖原染色阳性的蛋白质样沉积物,结合阿利辛蓝染色阴性及HE染色(苏木精-伊红染色)阴性等排除其他能引起糖原染色阳性的疾病。

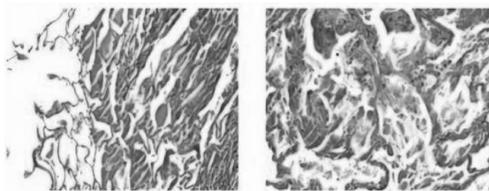
诊断方法:要确诊肺泡蛋白沉积症,可以进行支气管镜检查及支气管镜下全肺灌洗术。进行支气管镜检查时,可发现肺泡腔内充满絮状或雾状无结构嗜伊红染色蛋白质,糖原染色阳性;进行支气管镜下全肺灌洗术

时,灌洗液呈乳白色、浑浊。常用的组织学检查手段包括支气管镜肺活检、外科肺活检(开胸肺活检和电视胸腔镜辅助下肺活检)。

治疗方法:包括支持性氧疗、全肺灌洗术、GM-CSF雾化吸入治疗、利妥昔单抗治疗、血浆置换治疗、肺移植术等。首选治疗方法是全肺灌洗术。目前,全肺灌洗术是肺泡蛋白沉积症最经典的治疗方法,对各种类型的肺泡蛋白沉积症均有效果,总体有效率在60%以上。

需要注意的是,GM-CSF信号通路异常、肺泡巨噬细胞数量或功能异常引起肺表面活性物质清除障碍是肺泡蛋白沉积症的重要发病机制。由于肺泡蛋白沉积症缺乏特异性临床表现和实验室检查结果,因此糖原染色对肺泡蛋白沉积症的诊断有重要价值。

(作者供职于河南省胸科医院)



镜检图

不建议患活动性肺结核的女性怀孕

肺结核是慢性消耗性传染病。肺结核患者在治疗的过程中需要充足的营养供给。如果肺结核患者在治疗期间怀孕,除了需要承担自身所需的营养供给,还需要承担胎儿所需的营养供给,不仅不利于自己康复,还会对胎儿的生长发育造成极大影响。

肺结核的治疗不同于普通肺部感染的治疗,用药复杂并且疗程很长,要持续6个月~9个月,甚至1年~2年。异烟肼、利福平、乙胺丁醇等是常用的一线抗结核药物,现已证实其在临床常规剂量下对胎儿无致畸作用,但是会引起孕妇肝功能损害,对胎儿的生长发育极为不利。链霉素对听神经和肾脏有毒性作用,可引起胎儿先天性耳聋和泌尿系统畸形。

女性活动性肺结核患者怀孕以后,会出现自主神经调节失调、内分泌紊乱、肺充血、甲状腺功能亢进、血液中的胆固醇增高等,均有利于结核分枝杆菌在肺内生长、繁殖,使病情恶化,对孕妇的进一步治疗和胎儿的生长发育都不利。

患活动性肺结核的女性怀孕了怎么办

如果得的是血行播散型肺结核,建议终止妊娠。通常情况下,患血行播散型肺结核的女性患者怀孕后,病情都比较严重,胎儿会提高她们的代谢水平,加重她们的缺氧症状,甚至会出现呼吸衰竭,这时应用激素或其他抢救性药物对胎儿会产生不良影响,故建议终止妊娠。人工受孕患者是血行播散型肺结核高危人群,需要予以重点关注。

囊胚着床后至孕12周,是药物的致畸期。孕12周以后,药物的致畸作用减弱,但对生殖系统、神经系统的影响还会存在。因此,在整个孕期,应当在专业医师的指导下选择比较安全的药物,避免使用容易致畸的药物。需要注意的是,尽量避免使用注射类的抗结核药物。

多数学者认为,肺结核并非终止妊娠的指征,但有以下情况建议终止妊娠:1.严重肺结核伴有肺功能减低,不能耐受继续怀孕及分娩者。2.活动性肺结核需要及时进行治疗,考虑药物对胎儿的不良影响难以避免者。3.合并其他系统疾病不能继续怀孕者。4.艾滋病毒合并肺结核怀孕者。5.有产科“终止妊娠”的指征者。

患活动性肺结核的孕妇会传染孩子吗

病情不严重的女性肺结核患者在怀孕期间基本不会通过母婴传播使胎儿感染结核分枝杆菌。肺结核是一种由结核分枝杆菌引起的呼吸系统传染病,主要传染源为痰中带菌的肺结核患者。结核分枝杆菌的主要传播途径是经空气传播。当肺结核患者咳嗽、打喷嚏、大笑和唱歌时,可把含有结核分枝杆菌的飞沫播散到空气中,并可停留数小时,若被他人吸入则可引起感染。此外,饮用带菌牛奶会发生经消化道感染。

病情严重的女性肺结核患者怀孕后,结核分枝杆菌可以通过血液垂直传播,结核分枝杆菌会通过胎盘进入胎儿体内,从而引起先天性肺结核。女性肺结核患者产后要及时与新生儿隔离,从而降低新生儿感染结核分枝杆菌的概率。

患活动性肺结核的女性可以哺乳吗

一项2016年的研究指出,还没有婴儿从乳汁中感染结核分枝杆菌的报道。该研究的作者进一步指出,少量抗结核药物会进入乳汁,哺乳期妇女要在摄入异烟肼至少1小时后进行母乳喂养。

建议患肺结核的女性不要怀孕,应该等到病情稳定、没有并发症、停药一年后身体的抵抗力恢复了再怀孕。

孕产妇一旦怀疑有肺结核,应该进行相关检查,以明确诊断。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)

结核病防治论坛



征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:

言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话: 16799911313

投稿邮箱: 337852179@qq.com

地址: 郑州市金水东路与博学路交叉口东南角省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室