

基层适宜技术

急性心肌梗死的诊断与治疗

急性心肌梗死是指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧引起的心肌坏死。在冠状动脉粥样硬化病变的基础上，发生斑块破裂、出血、血栓形成，导致冠状动脉急性闭塞，血流中断，使部分心肌因严重的持久性缺血而发生局部坏死。患者可出现剧烈而持久的胸痛、血清心肌损伤标志物增高及心电图进行性改变，并可发生心律失常、休克或心力衰竭，常危及生命。

常见病因

冠状动脉粥样硬化：急性心肌梗死最常见的病因。冠状动脉内膜脂质沉积、粥样硬化斑块形成，使血管腔狭窄。

冠状动脉痉挛：各种原因引起的冠状动脉痉挛，可使冠状动脉血流急剧减少甚至中断，引发心肌梗死。常见诱因包括吸烟、寒冷刺激、情绪激动等。

其他因素：如严重的心动过速、低血压、休克等，可能导致冠状动脉灌注不足；冠状动脉炎、先天性冠状动脉畸形等，也可能引发急性心肌梗死。此外，长期大量饮酒、过度劳累、肥胖、糖尿病、高血压、血脂异常等，都是急性心肌梗死的危险因素。

临床特点

症状：典型症状为突发胸骨后或心前区压榨性、闷痛、绞痛或窒息感，疼痛程度剧烈，持续时间较长，休息或含服硝酸甘油不能缓解。一部分患者疼痛会放射至肩背部、颈部、下颌、上肢等部位。此外，患者还可能伴有烦躁不安、出汗、恐惧、濒死感，部分患者可出现恶心、呕吐、上腹胀痛等胃肠道症状。

体征：患者多表现为痛苦面容，面色苍白，皮肤湿冷，心率增快或减慢，血压可正常、升高或

降低。如果患者发生心力衰竭或休克，可能出现相应的体征，如肺部湿啰音、血压下降、脉搏细速等。

诊断思路

急性心肌梗死的诊断，需要综合患者的症状、心电图表现和血清心肌坏死标志物检测结果，进行全面分析和判断。

症状评估：详细询问患者的病史，了解胸痛的性质、部位、持续时间、放射部位、伴随症状及缓解方式等。对于无诱因的突发胸痛后或心前区疼痛，憋闷或窒息感，持续时间较长，含服硝酸甘油不能缓解者，尤其是中老年人，应高度怀疑急性心肌梗死的可能。

1. 无诱因、长时间的缺血性胸痛，含服硝酸甘油不能缓解；2. 心电图显示2个以上相邻导联出现ST段单相曲线性抬高，多个导联出现明显缺血性ST段下移及T波倒置，新出现的完全性左束支传导阻滞；3. 血清心肌坏死标志物升高，超过正常值3倍及以上并有动态改变。符合上述3项即可诊断。

鉴别诊断：急性心肌梗死应与多种引起急性胸痛的疾病进行鉴别，如心绞痛、主动脉夹层、急性肺栓塞、气胸、急性心包炎等。通过详细询问病史、全面体格检查及必要的辅助检查，有助于明确诊断，避免误诊和漏诊。

治疗原则

急性心肌梗死的治疗原则是尽快恢复心肌的血流灌注，以挽救濒死的心肌，防止梗死面积扩大，保护和维持心脏功能，及时处理严重心律失常、泵衰竭和各种并发症，防止猝死，使患者能够渡过急性期，康复后保持尽可能多的有功能的心肌。

一般治疗

卧床休息：发病后绝对卧床休息，减少心肌耗氧量，降低心脏负荷。保持环境安静，减少探视，避免刺激。

吸氧：无并发症的患者，可以经鼻导管进行中高流量吸氧；有左心衰竭、肺水肿者，要通过面罩吸氧，必要时可采用无创正压通气或气管插管机械通气。

心电监护：持续心电监护，密切观察患者心率、血压和呼吸等变化，及时发现并处理心律失常、心力衰竭等并发症。

建立静脉通道：迅速建立静脉通道，以便及时用药和补充液体。

药物治疗

抗血小板治疗：无禁忌证者，应立即给予300毫克的肠溶阿司匹林和300毫克氯吡格雷进行咀嚼，或者替格瑞洛180毫克口服，以抑制血小板聚集，预防血栓进一步恶化。同时，给予患者低分子肝素钙或低分子量肝素钠进行皮下注射，加强抗凝治疗。

抗凝治疗：除了使用低分子量肝素外，进行介入治疗的患者，术中还需要使用普通肝素进行抗凝治疗；对于血栓负荷重或出血风险较低的患者，可以考虑使用比伐卢定等新型抗凝药物。

硝酸酯类药物：扩张冠状动脉，增加心肌供血，缓解心绞痛症状。患者可以口服硝酸甘油，有条件者可以静脉持续滴注，但是收缩压<90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)或心率<50次/分的患者禁用。

β受体阻滞剂：减慢心率，降低心肌耗氧量，减少心肌梗死面积，降低猝死率。无禁忌证的患者应尽早使用美托洛尔、比索洛尔等，应注意监测心率、血压和心

功能等。

血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)：改善心肌重构，降低心力衰竭发生率和死亡率。如卡托普利、培哚普利、氯沙坦等，应在发病24小时内开始使用，尤其是合并心力衰竭或左室功能不全的患者。

他汀类药物：降低血脂，稳定斑块，抗炎症，改善血管内皮功能。应尽早使用，如阿托伐他汀、瑞舒伐他汀等，以降低心血管事件发生风险。

再灌注治疗

经皮冠状动脉介入治疗(PCI)：目前治疗急性心肌梗死的首选方法，尤其是对于ST段抬高型心肌梗死。应尽快将患者送至有条件的医院，力争在发病90分钟内进行PCI，开通梗死的血管，恢复心肌血流灌注。PCI包括冠状动脉球囊扩张术、支架植入术等。

静脉溶栓治疗：对于不能及时进行PCI的患者，如果符合溶栓指征，应在发病后12小时内进行静脉溶栓治疗。常用的溶栓药物包括尿激酶、链激酶、重组组织纤溶酶原激活剂等。溶栓治疗可以使一部分患者的血管恢复通畅，但是存在出血等并发症风险，需要严格掌握适应证和禁忌证。

并发症的治疗

心律失常：急性心肌梗死常见并发症，可能导致严重后果。对于室性心律失常，如室性早搏、室性心动过速等，可以使用利多卡因、胺碘酮等药物治疗；对于心室颤动，应立即进行电除颤。对于缓慢型心律失常，如窦性心动过缓、房室传导阻滞等，可以使用阿托品、异丙肾上腺素等药物治疗，必要时安装临时心脏起搏器。

在当代社会，儿童青少年的健康状况备受关注。其中，高血压这一原本被认为是成年人专属的疾病，正逐渐在儿童青少年群体中“崭露头角”。儿童青少年高血压若未得到及时有效的控制，不仅会对生长发育造成影响，更会显著增加成年后患心脑血管疾病的风险。因此，科学合理的药物治疗，对于儿童青少年高血压患者至关重要。

儿童青少年高血压的药物治疗解析

刘荣梅

高血压治疗的根本目标是降低发生心脏、大脑、肾脏及血管并发症和死亡的危险。血压持续升高会对心脏、大脑、肾脏以及血管等重要器官和组织造成持续性的损害。例如，长期高血压会使心脏负荷增加，导致左心室肥厚，进而引发心力衰竭；对脑血管而言，高血压是脑卒中发生的重要危险因素，能够导致脑动脉粥样硬化、脑血管破裂出血等严重后果；高血压会损害肾小球和肾小管，逐渐发展为肾功能不全甚至肾衰竭；而血管在长期高压作用下，弹性下降，粥样硬化斑块形成风险增加，最终可能引发血管狭窄、阻塞等问题。

在改善生活方式的基础上，应根据高血压患者的总体风险评估给予降压药物，同时干预可纠正的危险因素、靶器官损害和并存的临床疾病，以取得最大的心血管获益。改善生活方式是治疗儿童青少年高血压的基础，包括合理膳食、适度运动、控制体重、保证睡眠、减少压力等。

儿童青少年高血压的药物治疗指征包括以下几个方面。

达到2级高血压：高血压的分级是根据血压值的高低来确定的。对于儿童青少年，不同年龄、性别和身高对应的血压标准有所不同。2级高血压意味着血压值显著高于正常范围，这种情况下，仅依靠生活方式干预往往难以将血压控制在理想水平。因此，需要及时启动药物治疗，以降低血压，减少对靶器官的进一步损害。

症状性高血压：症状性高血压是指由于高血压导致患者出现了一系列明显的症状，如头痛、头晕、视物模糊、心悸、胸闷等。这些症状表明高血压已经对身体造成了较为严重的影响，可能已经引起了脑部、眼部、心脏等器官的功能异常。如果不及时进行药物治疗，缓解症状并控制血压，可能会导致更严重的并发症，甚至危及生命。

继发性高血压：继发性高血压是指由其他明确病因引起的高血压，如肾脏疾病、内分泌疾病、心血管疾病，以及药物或毒物引起的高血压等。对于继发性高血压患者，在积极治疗原发性疾病的同时，启动降压药物治疗可以有效控制血压，减轻高血压对身体的不良影响，同时也有助于原发性疾病的治疗和康复。

伴有靶器官损害或糖尿病：当儿童青少年高血压患者已经出现靶器官损害，如左心室肥厚、微量白蛋白尿、颈动脉内膜增厚等，或者同时患有糖尿病时，表明病情较为严重。靶器官损害说明高血压已经对身体造成了实质性的损伤，而糖尿病会进一步加重血管和器官的病损风险。此时，启动药物治疗不仅是为了降低血压，更重要的是保护靶器官，减少并发症的发生风险，延缓疾病的进展。

坚持非药物治疗6个月血压无下降趋势者：对于一些高血压患者，在严格坚持非药物治疗6个月，如果血压仍然没有下降趋势，说明生活方式干预对其血压控制效果不佳，应及时启动药物治疗。

儿童青少年的身体处于生长发育阶段，对药物的耐受性和反应性与成年人有所不同。小剂量用药可以减少药物不良反应，避免因药物剂量过大对身体造成不良影响。单一用药便于观察药物的疗效和不良反应，有助于医生准确判断药物对患者的适用性。

采用单一药物小剂量治疗一段时间后，如果血压未能达到理想的控制目标，可以在医生的指导下逐渐增加药物剂量；但是，当药物剂量已经增加到最大有效剂量(足量)，血压仍然不达标时，就需要考虑联合用药或使用复方制剂。联合用药是指使用两种以上不同作用机制的降压药物，通过不同的途径降低血压，增强降压效果，同时还可以相互抵消或减少药物的不良反应。

由于儿童青少年的身体代谢速度较快，对药物的反应也存在个体差异。因此，在药物治疗过程中，需要定期评估血压控制情况，并根据实际情况调整药物治疗方案。一般建议每2周~4周调整一次药物剂量或种类，以便及时发现并进行调整，确保血压能够得到有效控制，同时减少药物不良反应。

每个儿童青少年高血压患者的病情和身体状况都是不同的。因此，药物治疗不能一概而论，需要结合患者的具体临床特点进行个体化给药。例如，对于合并有哮喘的高血压患者，应避免使用β受体阻滞剂，因为这类药物可能会诱发或加重哮喘发作；对于肾功能不全的患者，在选择降压药物时，需要考虑药物对肾脏的影响，避免使用可能会加重肾脏负担的药物。此外，医生还需要考虑患者的年龄、性别、体重、生活习惯等因素，制定最适合患者的药物治疗方案，以提高治疗效果，保障患者的健康。

(作者供职于阜外华中心血管病医院)

高血压健康科普

阜外华中心血管病医院主办



征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术，来稿要注重实操性，介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等；栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿，并提供宝贵的意见和建议。
邮箱: 5615865@qq.com 联系人: 朱忱飞
电话: 13783596707

本版药方需要在专业医生指导下使用

结核病治疗期间注意事项

张艳秋

结核病是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病，主要侵犯肺部，也可累及全身其他器官。结核病治疗周期长、药物副作用明显且具有传染性，对患者身心及生活质量影响显著。科学规范的治疗管理与生活方式至关重要。

规范用药

结核病治疗遵循“早期、规

律、全程、联合、适量”五大原则：早期治疗，可迅速控制病情；规律用药，维持有效血药浓度；全程治疗，确保彻底杀菌；联合用药，避免耐药性产生；适量用药，需要依据体重、肝肾功能调整剂量。患者每天要固定时间服药，漏服12小时内可补服，超过12小时则跳过。利福平可致尿液、汗液呈橙

红色，属于正常现象。抗结核药物可能引发肝功能异常、胃肠道反应、过敏、神经毒性及视神经炎等副作用，若出现黄疸、持续呕吐、视物模糊或四肢麻木，患者应立即停药并就医。此外，抗结核药物与抗凝药物、降糖药物等存在相互作用，使用其他药物前要咨询医生。

补充营养、适度运动、改善睡眠：结核病属于消耗性疾病，患者常出现营养不良、体重下降及贫血，要适当增加优质蛋白、维生素和矿物质的摄入量。运动需要分阶段调整：症状明显期，以卧床休息为主，可做深呼吸等轻度活动；缓解期，每天进行30分钟散步、打太极拳等中等强度运动；康

复期，可逐步增加慢跑、游泳等运动量，但是要避免疲劳。每天要保证8小时高质量睡眠，避免因熬夜降低免疫力。

阻断传播途径

结核病主要通过飞沫传播，治疗初期尤其是痰涂片抗酸染色阳性患者要隔离；单独居住，保持通风，咳嗽时用纸巾掩口鼻，外出佩戴医用外科口罩，个人物品专人专用并定期煮沸消毒。家属尤其是儿童、老年人及免疫力低下者要加强防护，若怀疑感染应及时就医。

树立战胜疾病的信心

结核病虽然为呼吸道传染病，但是经过规范治疗，治愈率超过90%。患者要主动学习疾病知

识，通过正规渠道获取信息，避免轻信谣言，与家人相互支持，保持乐观心态。

定期复查与随访管理

定期复查可以帮助医生及时调整治疗方案，随访有助于提高患者的服药依从性。患者可以使用服药记录卡，若无法按时服药，应及时寻求医生帮助。出现咯血、呼吸困难等征状时，患者要立即就医。

治疗结核病一般需要半年以上，需要患者、家属、医务人员及社会多方共同协作。科学规范治疗能够显著提高治愈率，携手践行全程管理，才能战胜结核病。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)

夏至时节话养生

赵虎雷

夏至的历史源远流长，早在公元前七世纪，先人采用土圭测日影，就确定了夏至。在古代，夏至被视为重要的节日，有“夏至大如年”的说法。在夏至这一天，古代帝王会率领文武百官举行隆重的祭祀仪式，以祈求风调雨顺、五谷丰登；民间也流传着丰富的习俗，如吃面、祭神祭祖……这些习俗不仅承载着深厚的文化底蕴，也反映了古人对自然的敬畏和对健康生活的追求。

夏至时节的中医学理论基础：从中医学理论来看，夏季对应五行中的火，与人的心密切相关。《黄帝内经·素问·四气调神大论》提出“夏三月，此谓蕃秀，天地气交，万物华实”，强调夏季是万物繁茂生长的季节，人体阳气也在此时达到鼎盛。夏至过后，阴气开始萌生，呈现“阳极生阴”的特点。此时，若不注重养生，极易导致阴阳失衡，引发各种疾病。心在五行属火，主血脉、藏神志，夏季养心尤为关键。同时，夏季气候炎热潮湿，易损伤脾胃阳气。因此，夏至养生要养心护脾、调和阴阳。

夏至养生的具体方法

饮食调养：清热祛湿、养心安神。夏至时节，气候炎热，人体出汗量较大，津液损耗大，且

湿气较重，饮食上应遵循清淡祛湿、养心安神的原則。

为养心安神，可适量食用一些红色食物，如红豆、红枣、樱桃等。红豆具有健脾利水、清热祛湿的功效，还能养心养血。此外，夏季人们应多补充水分，可饮用荷叶茶、百合粥等，既能解暑又能养心安神。但要注意避免食用过多生冷食物，以防损伤脾胃阳气。

起居作息：晚睡早起，重视午休。根据中医“顺应自然”的养生理念，夏至后，可适当晚睡早起。晚睡不宜超过23时，早起可在6时左右，以顺应自然界阳气的变化规律。但要保证充足的睡眠时间，中午应重视午休，时间以30分钟至1小时为宜。午休能够养心安神，使下午和晚上保持良好的精神状态，还有助于缓解疲劳，降低心脑血管疾病的发生风险。

同时，夏季使用空调要适度，室内外温差不宜过大，一般控制在5摄氏度~7摄氏度为

宜。避免长时间待在空调房间，以防风寒湿邪侵袭人体，引发感冒、关节疼痛等疾病。此外，要注意保持室内空气流通，经常开窗通风。

适度运动：动静结合，适度为宜。夏至运动应避免在烈日下进行，防止中暑。运动方式宜选择动静结合、较为舒缓的项目，如太极拳、瑜伽、散步等。太极拳动作缓慢柔和，能够调节气息，增强心肺功能，促进气血流通，达到调和阴阳的目的。瑜伽通过各种体式 and 呼吸法的练习，有助于放松身心、缓解压力。

情志调节：保持心态平和，戒躁戒怒。夏季气候炎热，容易使人心情烦躁，而心在志为喜，过度的情绪波动会影响心脏功能。因此，夏至时节要特别注重情志调节，保持心态平和，戒躁戒怒。可通过听舒缓的音乐、阅读书籍、练习书法等方式陶冶情操，放松心情。也可与家人朋友外出游玩，欣赏自然美景，以愉悦心情。遇到烦心事时，要学会

及时调整心态，保持乐观积极的情绪，做到“心静自然凉”。

夏至养生的注意事项

夏至时节，天气炎热，蚊虫滋生，要做好防蚊措施，避免蚊虫叮咬引发疾病。同时，要注意饮食卫生，防止食物中毒。由于夏至后气温高、湿度大，食物容易变质，应尽量食用新鲜食物，避免食用过期或变质的食品。此外，游泳是夏季常见的运动方式，但要选择卫生条件良好的场所，避免感染疾病。游泳前后要做好热身和放松运动，防止肌肉拉伤。

夏至是阴阳转换的重要节点，也是养生保健的关键时期。我们应深入理解中医“天人相应”的养生理念，从饮食、起居、运动、情志等方面进行科学调养，调和阴阳、养心护脾，以健康的身心状态迎接盛夏的到来。人们利用中医养生方法，将传统节气文化与现代生活相结合，为我们的健康提供有力保障。
(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

河南省卫生健康委宣传处指导 | 河南省健康中原服务保障中心主办