

房颤的识别与误区

□王琰溪

我国成年人房颤(简称房颤)患病率为1.59%,据此估算全国房颤患者已接近千万人。更令人担忧的是,房颤可使缺血性卒中的风险增加约5倍,我国每年由房颤导致的卒中患者数以万计。今天,我们就来聊聊这个“心跳乱如麻,却藏着中风炸弹”的疾病,帮您掌握识别与预防的关键知识。

什么是房颤

正常的心脏跳动,像一支训练有素的交响乐队。心脏里有一个叫“窦房结”的地方担任总指挥,它规律地发出电信号,指挥心脏一下一下跳动,每分钟60次~100次。房颤就是这支交响乐队“乱”了——总指挥被一群“捣乱分子”取代,左心房里的很多位置同时发出杂乱无章的电信号,导致心肌肌肉不规则地颤抖,跳得又快又乱。打个比方:正常心跳像节拍器“嗒-嗒-嗒”整齐划一,房颤时的跳动则像一盆黄豆倒进锅里“噼里啪啦”乱跳。这种不规则的跳动,医学上就叫房颤。

为什么房颤会引发中风

哪些人容易得房颤
中国成年人房颤的危险因素主要包括高龄、冠心病(心肌梗死)、高血压病、心力衰竭、瓣膜性心脏病以及肥胖等。其中,高血压病患者的房颤风险是无高血压病者的1.68倍,肥胖者的风险则达2倍之多。

此外,糖尿病、过量饮酒、睡眠呼吸暂停、过度劳累等,也是房颤的常见诱因。

最大的危害——中风

房颤患者的左心房失去了有效收缩,血液在心房内滞留、打转,容易形成血栓。这个血栓一旦脱落,就会随着血液流到大脑,把脑血管堵住,引起脑梗死(缺血性中风)。房颤引发的中风比其他原因的中风更严重——梗死面积更大,致死率更高,死亡率也更高。

如何预防房颤

第一招:早发现,识别房颤的“蛛丝马迹”

房颤并非人人都有明显的症状。常见信号:心悸(感觉心

脏“乱跳”或“漏拍”)、胸闷乏力、活动后心慌气短、偶尔眼前发黑或头晕。但是,一部分房颤患者没有任何症状。因此,在日常生活,人们要坚持定期体检,做心电图检查非常重要。

第二招:防中风——抗凝治疗是关键

房颤患者预防中风的有效方法是抗凝治疗。医生会根据评分系统来评估中风风险:评分 ≥ 2 分者,需要长期口服抗凝药物。目前,抗凝药物包括以下两大类:

新型口服抗凝药物:如利伐沙班、达比加群等,不需要频繁抽血化验,使用方便,出血风险相对较低,是大多数房颤患者的首选。

华法林:传统药物,需要定期抽血化验,监测凝血指标,在特定人群(如心脏瓣膜置换术后)中仍不可替代。

重要提醒:千万不要自己随意停药或减量!不少房颤患者觉得“没什么不舒服”就擅自停用抗凝药物,结果在停药后不久

突发中风。

第三招:恢复正常心跳——控制心室率或节律

房颤的治疗分为两种策略。心室率控制:通过药物治疗,让心室率保持在正常范围内,减轻症状。该方法适合年龄较大或无明显症状的患者。

节律控制:尝试把房颤恢复为正常心跳,可以通过药物复律、电复律或导管消融手术实现。

两种方案各有优点,医生会根据患者的实际情况制定个体化治疗方案。

有哪些误区

误区一:房颤不难受就不需要治疗。

房颤最大的风险在于中风,很多患者虽然没有明显症状,但是血栓可能早已在心房内悄然形成。

误区二:房颤就是冠心病。

房颤和冠心病是两种不同的心脏病,治疗方案不同。房颤的核心治疗是抗凝防中风,冠心病则是使用抗血小板药物。抗凝药物和抗血小板药物不能混

用。

误区三:吃抗凝药物容易出血,不如不吃。

抗凝药物的确有出血风险,但是对大多数房颤患者而言,预防中风的获益远远大于出血风险。医生会评估出血风险后制定个体化方案。

误区四:房颤手术治好了,就不用继续进行抗凝治疗了。

即便是通过导管消融成功恢复为正常心跳,部分患者的房颤仍有复发的可能,是否继续进行抗凝治疗,需要由医生重新评估,患者不能擅自停药。

如果您或家人有心慌、胸闷、心跳不规则等不适,应及时到医院做心电图检查。已经确诊房颤的患者,应遵照医嘱服药,切勿随意停药。

当出现剧烈胸痛、言语不清、一侧肢体麻木无力、口角歪斜或突发剧烈头痛时,患者应立即拨打120急救电话,这些可能是中风或心肌梗死的紧急信号。

(作者供职于南阳市中心医院心内科)

“四高共管”打破恶性循环

□田士磊

“四高”(高血压、高血糖、高血脂、高尿酸),就像绑在一条绳上的蚂蚱,它们之间互相影响、互为因果。“单打独斗”的治疗方式,效果往往事倍功半。“四高共管”的新理念,可以打破这个恶性循环。

“四高”为什么喜欢扎堆出现

要理解“四高共管”,首先得明白一个概念:代谢综合征。代谢综合征不是一种单一的疾病,而是一系列代谢紊乱问题的“总称”。它的根源,在很大程度上与胰岛素抵抗有关。

胰岛素抵抗是什么

正常情况下,胰岛素负责把血液里的葡萄糖“搬运”到细胞内。长期饮食不节、运动量不足、肥胖(尤其是肚子大)时,细胞对胰岛素就变得不敏感,不愿意接收葡萄糖了。为了把血糖降下来,胰腺只能拼命分泌更多的胰岛素,导致血液中胰岛素水平异常升高,这就是高胰岛素血症。高胰岛素血症会激活交感

神经系统,让血管收缩,同时促进肾脏对钠的重吸收,血容量增加,血压自然升高;胰岛素抵抗还会干扰脂肪代谢,导致甘油三酯升高、“好胆固醇”(高密度脂蛋白胆固醇)降低;胰岛素抵抗会影响肾脏排泄尿酸的能力,导致尿酸在体内堆积。

研究结果表明,三分之一的高血压患者合并高血脂;在糖尿病患者中,超过60%伴有高血压或高血脂,合并高尿酸的比例也相当惊人。

“四高共管”到底怎么管

如果说单项指标升高是“小火苗”,那么“四高”叠加就是一场大火,损害远不止相加,而是成倍放大。“四高共管”的核心是综合性、个体化的全程管理,不是简单地把药加在一起吃,而是从生活方式到用药,通盘考虑。

第一步:生活方式干预

饮食减盐减糖,低脂低嘌呤;每日食盐的总摄入量 < 5 克;少吃甜食、精米白面,可以选择全谷物、杂粮;减少红肉、动物内

脏、海鲜、浓肉汤的摄入量,这既是高脂食物也是高嘌呤来源;选择新鲜的蔬菜、低糖水果,以及豆制品、低脂奶等。

控制体重,尤其减掉肚子;肥胖是“四高”的重要推手。减重5%~10%,即可显著改善胰岛素敏感性,降低血压和尿酸。男性腰围 < 90 厘米,女性腰围 < 85 厘米。

适度运动:每周至少进行150分钟中等强度的有氧运动,以及2次抗阻训练。适度运动能直接降血糖、降血压、降血脂。但是,痛风急性期患者需要充分休息。

戒烟限酒,烟酒对“四高”都有明确的负面影响。酒精会导致血压和甘油三酯升高,啤酒所含嘌呤较高。酒精代谢产生的乳酸,还会抑制尿酸排泄。

第二步:药物治疗——既要有效,又要“五不打架”

很多患者担心“吃太多药伤身”。事实是,控制不好“四高”,对身体的伤害远大于药物的副

作用。

降血压药:普利类或沙坦类药物在降血压的同时,对血糖、血脂的影响较小,还能改善胰岛素抵抗,促进尿酸排泄,是糖尿病或代谢综合征患者的优选。某些利尿剂或 β 受体阻滞剂可能影响代谢,医生会根据患者的实际情况进行判断。

降血糖药:新型药物,如恩格列净和司美格鲁肽等,不仅降血糖,还能降血压、减重、护心肾、降尿酸。二甲双胍,仍是糖尿病患者的基础用药。

降脂药:他汀类药物是核心。患者摄入大剂量他汀类药物,可能会轻微升高血糖或尿酸,但是总体获益远大于风险,医生会指导患者从常规剂量开始使用。此外,一些常用中成药也可以联合使用,比如荷丹胶囊、血脂康等。

降尿酸药:别嘌醇、非布司他(抑制尿酸生成)或苯溴马隆(促进排泄)。部分降血压药和降血糖药本身就有降尿酸的作

用。

第三步:设定合理的控制目标
“四高”患者的控制目标通常比单纯一种更加严格:血压 < 130 毫米汞柱/80毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕);空腹血糖 < 7.0 毫摩尔/升;糖化血红蛋白 $< 7.0\%$;血脂:低密度脂蛋白胆固醇 < 1.4 毫摩尔/升,未合并心血管病但有糖尿病/高血压病者 < 1.8 毫摩尔/升;甘油三酯 < 1.7 毫摩尔/升;尿酸 < 360 微摩尔/升,若有痛风石或频繁发作,建议 < 300 微摩尔/升。

第四步:定期监测,打“持久战”

“四高”是慢性病,需要患者长期管理。患者应每3个月~6个月复查血糖、血脂、尿酸、肾功能、肾功能,每天或每周测血压(尤其是清晨),每月测一次心电图(空腹+餐后),每年做一次心电图检查、微量白蛋白检查、颈动脉超声检查。

(作者供职于新乡市原阳县蒋庄乡卫生院)

精准施策 筑牢信任 破解“疫苗犹豫”

□施礼威

“疫苗犹豫”并非简单的“拒绝疫苗”,而是公众在接种决策过程中存在的怀疑、观望与迟疑状态,其成因交织着认知偏差、信息误导、情感焦虑等因素。破解这一难题,科普不能停留在“单向灌输知识”的层面,而需要立足公众需求,精准对接顾虑点,构建“可信、易懂、共情”的传播体系。

本文从核心逻辑、具体策略与保障机制3个方面,梳理破解“疫苗犹豫”的科普路径。

找准根源:把握“疫苗犹豫”的三大核心诱因

科普的前提是“对症下药”,只有明确公众犹豫的核心原因,才能让传播内容直击痛点。当前“疫苗犹豫”的诱因主要集中在以下3类:

认知缺口 对疫苗的科学原理、保护效果、适用人群认知模糊,比如混淆“疫苗不良反应”与“疫苗危害”,不清楚不同疫苗的区别与接种优先级。

信息污染 社交媒体上流传的虚假信息(如“疫苗导致严重疾病”“接种疫苗无用”等)具有“强情绪、低门槛”的传播优势,容易替代权威信息,成为公众决策依据。

情感与信任焦虑 对疫苗研发流程的严谨性、接种机构的专业性存疑,或因身边人不

实的“接种负面经历”产生心理抵触,尤其是特殊人群(如老年人、孕妇、慢性病患者)的焦虑更为突出。这类负面情绪还会在亲友圈中相互传染,进一步放大抵触心理,让观望态度演变为集体性的接种迟疑。

精准破局:四大科普策略直击痛点

构建权威可信的信息源头,筑牢信任根基

信任是破解犹豫的核心,科普首先要解决“公众信谁”的问题。一方面,需要明确权威信息发布主体,由疾控中心(预防医学科学院)、临床专家、疫苗研发机构等专业力量牵头,建立“统一、持续”的信息发布渠道,比如开设官方科普专栏、定期举办专家直播答疑,避免多渠道信息混乱导致的信任稀释;另一方面,发布内容需要“透明化、具象化”,比如用通俗易懂的语言解读疫苗研发的临床试验阶段、安全性验证标准,公开疫苗不良反应的发生率、应对措施,用数据打破“未知恐惧”。例如,针对老年人群体,可以通过“专家+社区医生”联合科普的方式,增强信息的贴近性与可信度。

定制分层科普内容,匹配不同人群需求

不同群体的“犹豫点”差异

显著,通用化科普宣传难以奏效,需要推行“分层分类”的精准传播。针对儿童家长,应重点科普“儿童接种疫苗的必要性”“接种时间节点”“不良反应应对方法”等,可以搭配动画短片、亲子科普手册等形式;针对老年人,聚焦“疫苗对基础疾病的影响”“接种后的保护作用”等,用“身边案例”(如未接种老年人感染重症与接种老年人轻症对比等)增强说服力,同时简化信息表述,避免专业术语堆砌;针对孕妇、慢性病患者等特殊人群,需要联合产科、内科专家开展“一对一”精准咨询,结合个体健康状况给出个性化的接种建议,消除“担心接种影响健康”的核心顾虑。

创新传播形式,让科普“易懂、好记、可传播”

传统的“文字科普”传播效率低,难以广泛触达人群,需要借助多元化形式,降低认知门槛。

其一,善用可视化传播,将疫苗原理、接种流程、误区解读等内容转化为动画、漫画、短视频,比如用“病毒与疫苗的对抗”动画解释“疫苗如何产生抗体”,用“误区对照表”清晰区分“科学事实”与“虚假信息”。

其二,依托生活化场景传播,在社区卫生服务中心、

长效保障:构建“科普+服务”的协同体系

破解“疫苗犹豫”并非一蹴而就,需要建立长效机制,将科普与接种服务深度融合。一方面,优化接种服务体验,在接种点设置“科普咨询台”,安排专业人员现场解答疑问,接种后及时跟进回访,缓解公众的接种焦虑;另一方面,开展持续的科普跟踪,针对不同阶段的疫苗接种工作(如加强针接种、新疫苗推广等),动态更新科普内容,避免“一劳永逸”的科普模式。同时,加强对基层科普人员的培训,提升社区医生、网格员、志愿者的科普能力,让他们成为破解“疫苗犹豫”的“一线力量”。此外,还可定期开展线下科普讲座、健康义诊等活动,拉近与群众的距离,在面对面交流中化解误解,营造主动接种、科学防疫的良好氛围。

主动澄清谣言,切断虚假信息传播链条

虚假信息是“疫苗犹豫”的重要推手,科普需要兼具“正向传播”与“反向辟谣”的双重功能。一方面,建立“谣言快速响应机制”,针对社交媒体上流传的疫苗谣言,权威机构需要第一时间发布辟谣信息,明确指出谣言漏洞,并用科学依据佐证,同时联动平台方下架虚假信息,限制传播;另一方面,辟谣内容需要“接地气”,避免生硬说教,比如用“谣言与真相”对比图、“专家辟谣短视频”等形式,让公众快速识别虚假信息。例如,针对“接种疫苗会导致免疫力下降”的谣言,可以通过“专家解读+临床数据”说明疫苗的作用机制,明确“接种疫苗只会增强针对性免疫力,不会削弱整体免疫力”。

吸入性激素会不会上瘾

□陈海珠

在呼吸科门诊,我经常能遇到这样的患者:确诊哮喘、过敏性咳嗽或慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)后,医生开具了吸入性激素药物,患者却迟迟不愿意使用。患者的顾虑高度统一:长期吸入激素会不会上瘾?一旦用上激素药物就戒不掉吗?激素药物会不会产生依赖?其实,这是大家普遍存在的用药误区。

我们要分清两个完全不同的概念:药物成瘾和药物依赖,这是破除误区的关键。医学上的成瘾,是一种精神和生理的病态依赖,常见于毒品、部分镇静类药物,核心特征是用药后会产生愉悦、亢奋的快感,让人主动渴求、无法自控,停药后会出现烦躁、失眠、躯体酸痛等戒断反应,对身心造成严重损害。

临床上规范使用的吸入性糖皮质激素,完全不会让人成瘾。吸入性激素的核心作用是精准抗炎、抑制气道过敏反应,消除气道慢性炎症,全程不会产生任何愉悦感,不存在精神依赖的基础,自然谈不上上瘾。

很多人之所以觉得“吸了激素就戒不掉”,其实是混淆了疾病需求和药物上瘾。哮喘、慢阻肺这类呼吸系统疾病,本质是气道长期存在慢性炎症。这种炎症不同于细菌、病毒引发的急性炎症,无法通过短期用药根治,只能通过长期规范的抗炎治疗,控制炎症活跃度,避免气道反复受损、痉挛。

简单来说,不是药物让身体产生了依赖,而是气道炎症一直存在,需要药物持续控制,就像高血压患者需要长期吃降血压药,糖尿病患者需要长期吃控糖药一样,是疾病需要药物维持稳定,而非药物让人上瘾。如果患者擅自停药,气道慢性炎症会持续加重,导致咳嗽、喘息、胸闷反复发作,甚至诱发急性加重,这是病情复发,不是戒断反应。

还有不少担心吸入性激素会有全身副作用,害怕长期使用损伤身体。事实上,吸入性激素和口服、静脉输液的全身性激素有着天壤之别。吸入性制剂采用局部给药方式,药物通过口鼻直达气道病灶,局部药物浓度高,全身吸收量极低。患者使用常规剂量的吸入性激素,仅有微量的药物进入血液循环,不会出现全身性激素常见的肥胖、骨质疏松、免疫力大幅下降等副作用。

只要掌握正确的用药方法,用药后及时漱口、清洁口腔,还能进一步减少局部副作用,基本不会对身体造成不良影响。反之,因害怕上瘾擅自停药,导致病情反复甚至加重,气道会出现不可逆转的损伤,后期肺功能持续下降,反而得不偿失。

当然,这并不代表吸入性激素可以随意使用。任何药物都有适用范围和使用规范。因此,吸入性激素需要在医生指导下,根据患者病情,调整剂量和疗程。患者病情稳定后,医生会逐步减量、阶梯式停药。部分轻症患者,在炎症完全控制后,可以遵照医嘱顺利停药,不存在“终身绑定”的情况。

总而言之,吸入性激素无成瘾性、无精神依赖性,所谓“戒不掉”只是慢性气道疾病的治疗需求。大家无须过度恐慌,也不能擅自增减剂量、随意停药。只有遵照医嘱规范用药,才能有效控制呼吸系统疾病,保护肺功能。

(作者供职于广东省中医院珠海医院呼吸病科)

一粒药片在身体里的旅程

□彭靖仪

你有没有想过,感冒发热时吃下的那颗小药片,是如何从制药车间走进你的身体,最终缓解不适的?它看似普通,却藏着的一整套严谨的科学流程,从原料提纯到人体代谢,每一步都关乎用药安全与疗效。

药片的旅程始于洁净的制药车间,绝非简单的粉末压制。制药的第一步是原料甄选与提纯:药品生产企业会严格筛选原料药,剔除杂质、重金属及有害残留物,将有效药物成分提纯至符合国家药品标准的纯度要求。随后,根据药品处方,精准配比有效成分与填充剂、黏合剂、润滑剂等药用辅料。辅料是药片的“辅助功臣”:它们不仅能改善药粉的流动性与成型性,便于吞咽,还可以保护有效成分在加工和储存过程中不被破坏,降低药物对胃肠道的刺激性。

配比完成后,原料需要经过粉碎、过筛、混合工序,确保所有成分均匀分布,避免因含量不均导致局部药效过高或过低。接着,通过制粒、干燥、整粒处理,将细腻的药粉制成均匀的颗粒,防止药片在储存和运输中松散碎裂。最后,颗粒进入压片机压制成型,再经包衣、抛光、质检、包装。我们常见的白色或彩色包衣,不仅让药片外观整洁、便于区分,还能隔绝空气与湿气,延长药品有效期,掩盖药物的苦味,或通过特定包衣技术实现肠溶、缓释等定位/定时释放效果,避免药物在胃部被提前分解。药片全程在无菌、恒温、恒湿的条件下完成,每一道工序都配有精密检测,确保药品安全、有效、质量可控。

当包装完好的药片流入药店、医院,来到患者手中,属于它的人体之旅便正式开启。患者用温水送服药片后,药片会通过食

道快速进入胃部。温水送服不仅能帮助药片顺利下咽,还可以避免水温过高或过低影响药物的稳定性与崩解速度。需要注意的是,患者应避免用茶水、牛奶、碳酸饮料送服药物,以免其中成分与药物发生相互作用,降低药效甚至引发不良反应。

药片进入胃部后,胃酸会缓慢溶解药片外层包衣,释放出核心的药物成分。大部分药物成分会在胃部或小肠被黏膜吸收,进入毛细血管,汇入人体血液循环系统。血液如同“运输列车”,将药物成分输送至全身各处,精准抵达病灶部位。若是解热镇痛药、抗炎药,会通过调节体温中枢、抑制炎症介质释放,缓解发热与炎症反应;若是胃肠道用药,则可以作用于消化道黏膜,改善不适症状。

药物发挥作用的过程精准且靶向,主要针对病变部位发挥药理效应,对正常生理机能的干扰相对有限。发挥药效的药物成分并不会一直留在体内,剩余的原型药物及其代谢产物,会随血液循环进入肝脏、肾脏进行代谢与排泄,肝脏负责药物的生物转化(解毒),肾脏则过滤并排出代谢废物,最终通过尿液、粪便排出体外,通常不会在体内长期蓄积残留。

这场跨越生产车间与人体的旅程,处处藏着科学细节。因此,我们要树立安全用药意识,严格按照药品说明书或医嘱服药,不得擅自加量、减量或停药,不服用过期变质的药品。小小的一粒药片,承载着医药科技的严谨,也守护着每一个人的健康;读懂它的旅程,才能更好地科学用药,守护身体健康。

(作者供职于广东省茂名市职业病防治院/茂名市骨伤科医院药剂科)