

技术·思维

# 冠心病患者的行为管理

□姚瑞

近年来,我国心血管病患病率仍处于持续上升阶段,心血管病死亡率仍居首位,大约每5例死亡病例中就有2例死于心血管病。心血管病死亡率、发病率及患病率持续增长,已经给我们带来沉重的社会及经济负担。对于确诊的冠心病患者,正确的行为管理可以降低冠心病的致死率和致残率,改善生存和生活质量。具体来说,冠心病的行为管理主要包括3个方面:一是合理规范用药;二是心血管危险因素的综合防控;三是治疗性生活方式改变。

## 心血管危险因素的综合防控

**改善预后的药物**

长期使用他汀类药物。

**抗血小板的药物**

若无禁忌证,冠心病患者应坚持长期服用阿司匹林(75毫克/天~150毫克/天)进行治疗。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PCI(经皮冠状动脉介入术)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。

**2.ACEI(血管紧张素转化酶抑制剂)和ARB(血管紧张素II受体拮抗剂)**

绝大多数慢性冠心病患者能够得益于ACEI的长期治疗,但得益程度与患者的危险程度有关。对于无症状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,服用ACEI治疗获益更多。因此,专家建议,若无禁忌证,冠心病患者应将长期服用ACEI作为二级预防。具有适应证但不能耐受ACEI治疗的患者,可服用ARB类药物。

**3.β受体阻滞剂**

β受体阻滞剂同时兼有抗缺血及改善预后的作用。尽管目前对于心肌梗死或者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,但仍建议:若无禁忌证,冠心病患者应长期应用β受体阻滞剂,作为二级预防。

**ST段抬高型心肌梗死或非ST段抬高型ACS患者**,如果在急性期因禁忌证不能使用,则在出院前应再次进行评估,尽量应用β受体阻滞剂,以改善预后,并根据患者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(心率小于50次/分),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频发的风险。

**4.他汀类药物**

除有效降低TC(血清总胆固醇)及LDL-C(低密度脂蛋白胆固醇)水平,他汀类药物治疗还有延缓斑块进展,使斑块稳定和抗炎等作用。若无禁忌证,可

### 社会、心理因素管理

对于冠心病患者,宜认真甄别其是否合并抑郁、焦虑、严重失眠等心理障碍。如果有相关指征,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LDL-C水平控制在一个合理的范围。降低LDL-C水平的药物主要包括他汀类药物、依折麦布等。饮食治疗和改善生活方式是血脂异常治疗的基础措施。此外,无论是否选择药物进行调脂治疗,患者都要坚持控制饮食和改善生活方式。

### 血压管理

如果冠心病患者血压大于或等于140/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),在进行生活方式调整的同时,考

### 体重管理

对于体重超标的冠心病患者,建议通过锻炼、限制热量的摄入和运动控制体重,目标体重指数为18.5~24.9。减重治疗的起始目标为体重较基线下降5%~10%,如果成功,患者可尝试进一步减重。

### 戒烟

吸烟可明显增加心肌梗死的发生风险。

吸烟会导致血管内膜受损、破裂,促进动脉粥样硬化的发生和发展,使血液中的血凝块更易形成,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烟。

### 酒精管理

酒精对心血管系统的影响,医学界尚有争议,故不推荐冠心病患者饮酒。

### 适当的体力劳动和体育锻炼

参加一定的体力劳动和体育活动,对预防肥胖、锻炼循环系统的功能和调整血脂代谢均有益处。冠心病患者体力活动量应根据本人身体情况、体力活动习惯和心功能状态确定,以不过多增加心脏负担和不引起不适感为原则。体育活动要循序渐进,不宜勉强做剧烈运动,提倡慢跑、散步、打太极拳、做保健操等放松性中等强度运动。建议冠心病患者在增加日常锻炼强度的基础上,每周至少5天进行30分钟~60分钟中等强度的有氧锻炼,以增强心肺功能。

**运动时的禁忌:**清晨运动;剧烈运动;运动前后情绪激动;饱餐后运动;心绞痛频繁发作、心律失常明显、高血压病严重时运动;运动后马上洗热水澡;运动后吸烟。

### 合理安排工作和生活

生活要有规律,保持乐观、愉快的情绪,避免过度劳累和情绪激动,注意劳逸结合。大部分冠心病患者经过积极治疗,可以从事正常工作,包括可以开始工作、恢复正常的家庭生活;少数病情较重患者,谨慎医嘱,调整工作和生活。要戒烟,限制饮酒。

## 治疗性生活方式改变

### 情绪管理

心理因素对冠心病患者有很大的影响。实际上,冠心病患者的情绪管理贯穿冠心病全程管理的始终。通常来说,心脏病对患者及家属都是一种严重打击,突发事件给患者的生活带来巨大变化,迫使患者调整生活状态。经常出现躯体不适使患者出现焦虑、抑郁症状,大大影响患者的康复。因此,要尽早识别患者的精神心理问题,并给予对症处理。

### 睡眠管理

冠心病与睡眠障碍关系密切。荟萃分析发现,在调整年龄和各种心血管危险因素后,入睡困难与冠心病发病的相对危险度为1.47~3.9。相关研究结果显示,失眠(小于6小时)和睡眠过多(大于9小时)是年龄小于35岁、无心脏病史的成年人发生冠心病的独立危险因素,也是冠心病患者发生抑郁的标志之一。在睡眠管理过程中,建议遵循以下治疗原则:1.综合治疗。躯体治疗结合心理治疗。2.镇静安眠药治疗要短程、足量、足疗程。3.个性化治疗。根据患者的年龄、过去的疗效、患者的药物治疗意愿和对治疗药物的选择、耐受性及治疗费用等,选择合适药物进行治疗。4.选择

### 符合适应证的处方药物

开始治疗前,要让患者对药物的起效、疗程、可能的不良反应知情,告诉患者要避免医瞩。

### 合理膳食、控制体重

饮食和营养对冠心病的发生、发展及预后有重要的影响。应避免经常吃过多的动物性脂肪和含胆固醇较高的食物,如肥肉、动物内脏等,以及猪肉、蛋黄、蟹黄、奶油及奶制品、椰子油、可可脂等。食用低胆固醇、低动物脂肪食物,如鱼、肉、鸡肉、瘦肉、豆制品等,主张多食用富含维生素C(如新鲜蔬菜、瓜果)和植物蛋白(如豆制品)的食物,尽量以植物油为食用油。控制好体重,尽可能维持体重指数18.5~24.9。

**建议:**每天摄入蔬菜300克~500克,水果200克~400克,谷类250克~400克,鱼、禽、肉、蛋125克~225克(鱼虾类50~100克,畜禽肉50克~75克,蛋类25克~50克),相当于鲜奶300克的奶类及奶制品和相当于30克~50克的大豆及豆制品。食用油小于25克,每日饮水量至少1200毫升;减少钠盐摄入,在现有水平的基础上先下降30%,逐步达到每天食盐摄入量控制在5克以内;增加钾盐摄入,每天钾盐摄入量大于4.7克。

### 适当的体力劳动和体育锻炼

参加一定的体力劳动和体育活动,对预防肥胖、锻炼循环系统的功能和调整血脂代谢均有益处。冠心病患者体力活动量应根据本人身体情况、体力活动习惯和心功能状态确定,以不过多增加心脏负担和不引起不适感为原则。体育活动要循序渐进,不宜勉强做剧烈运动,提倡慢跑、散步、打太极拳、做保健操等放松性中等强度运动。建议冠心病患者在增加日常锻炼强度的基础上,每周至少5天进行30分钟~60分钟中等强度的有氧锻炼,以增强心肺功能。

**运动时的禁忌:**清晨运动;剧烈运动;运动前后情绪激动;饱餐后运动;心绞痛频繁发作、心律失常明显、高血压病严重时运动;运动后马上洗热水澡;运动后吸烟。

### 合理安排工作和生活

生活要有规律,保持乐观、愉快的情绪,避免过度劳累和情绪激动,注意劳逸结合。大部分冠心病患者经过积极治疗,可以从事正常工作,包括可以开始工作、恢复正常的家庭生活;少数病情较重患者,谨慎医嘱,调整工作和生活。要戒烟,限制饮酒。

## 临床提醒

### 病例

57岁的李女士,1周前无明显诱因出现右侧肢体麻木,轻微运动后症状减轻,未重视。4月9日,早上6时左右起床上厕所时,她感觉自己右侧胳膊和腿都没劲,同时头晕得厉害,恶心、呕吐,遂到郑州大学第二附属医院就诊。

李女士患高血压病多年,长期口服阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀、依那普利、氨氯地平,但血压控制效果欠佳。3年前,她曾患脑梗死,住院对症处理后,在症状缓解后出院。

李女士感觉头晕加重,肢体无力也加重。

主任医师刘春岭根据患者的神经系统检查结果,初步诊断为急性脑梗死。患者做头颅弥散加权成像(DWI)。DWI结果阴性,立刻溶栓还是继续观察?

综合各种检查结果和临床症状,征得患者家属同意后,刘春岭立即对患者进行静脉溶栓。

患者溶栓前:右上肢肌力为Ⅲ级,右下肢肌力为Ⅲ级,弱;NIHSS评分(美国国立卫生研究院卒中量表):5分。

患者溶栓后:右上肢肌力为Ⅳ级,右下肢肌力为Ⅳ级;NIHSS评分:3分。

在静脉溶栓结束后,李女士右侧肢体无力症状明显减轻。李女士及家属看到希望之后非常高兴。溶栓后第二天,李女士的头晕症状慢慢缓解,可自行站立,手可持物,快速转头时头晕,持续数秒后缓解,无恶心、呕吐症状。

3周后,李女士康复,出院。

### 总结

头颅DWI作为一项能够检测活体组织内水分子扩散运动的无创方法,可用于超早期急性缺血性卒中的诊断。一项非选择急性缺血性卒中研究发现,DWI诊断急性脑梗死的敏感度为90%、特异度为97%;但是,单纯依靠DWI结果阴性而排除脑梗死,容易造成误诊。

2017年,一项Meta(用于比较和综合分析同一科学问题研究结果的统计学方法)研究结果显示,DWI阴性患者的急性缺血性卒中发病率为6.8%。头颅DWI对诊断后循环梗死的敏感性仅为88%。

导致DWI结果假阴性的可能因素有责任病灶较小、MRI(磁共振)扫描层较厚,以及MRI扫描距患者发病时间太短等。

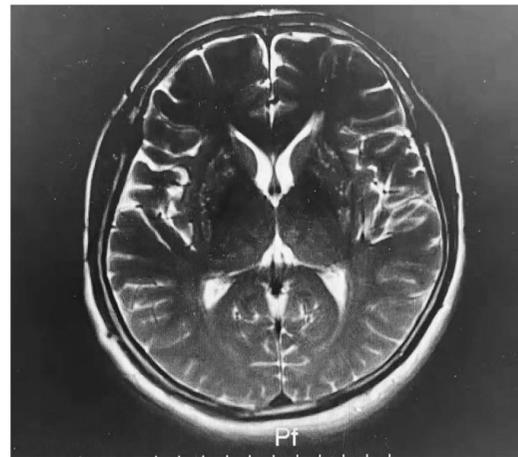
临床医生应认识到,目前,DWI诊断急性缺血性卒中的局限性,对于在发病时间窗以内的急性脑梗死患者,即使DWI显示为阴性,在充分评估后也应采取积极的治疗措施,以免错过溶栓和血管内取栓治疗的机会,给患者造成无法弥补的损失。

临床医生要根据患者的临床表现,如肢体无力、头晕、呕吐等进行判断,然后制定正确的治疗方案。

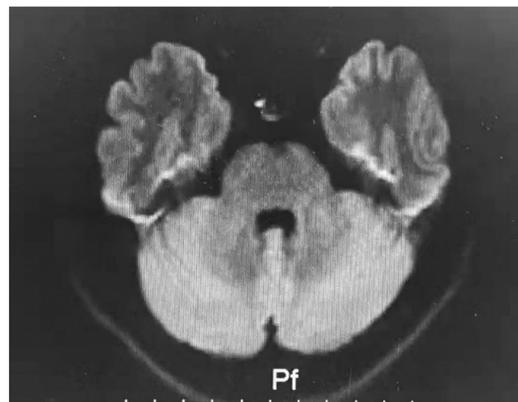
(作者供职于郑州大学第二附属医院)

# DWI阴性,溶栓还是观察

□负利杰 文/图



影像图1



影像图2

## 临床笔记

# 小儿狭窄性腱鞘炎的诊治

□张海洋 宋翠平

小儿狭窄性腱鞘炎多见于拇指,是小儿常见的拇指指间关节活动受限、屈曲畸形,又称拇指狭窄性腱鞘炎、“扳机指”。小儿狭窄性腱鞘炎多在出生后数月或1岁以后发现,单侧多见。

目前,对于小儿狭窄性腱鞘炎的病因,医学界尚未达成共识,可能与先天性遗传因素或后天因素导致的创伤、炎症等有关;但是,多数专家、学者不再认同小儿狭窄性腱鞘炎为先天性疾病这一观点,而认为这是一种获得性疾病。

小儿狭窄性腱鞘炎发病率较高。说是腱鞘炎,但它并不是我们常见的细菌感染引起的疾病,故应用抗生素治疗无效。很多医院由于没有专门的小儿外

科或手足外科,使医务人员对该病认识不足,加上儿童这一群体的特殊性,经常导致误诊、误治,造成患儿拇指关节功能障碍。

### 诊断

1.家长偶然发现患儿(拇)物不稳。  
2.观察患儿拇指处于屈曲状态,不能主动伸直,家长辅助被动伸直时可感觉到弹响(“咯嘣”一下)。病情严重的患儿,被动活动后拇指仍不能伸直。  
3.拇指掌指关节掌侧可触及一个绿豆大小的硬结,可伴有压痛。

### 治疗

1.保守治疗 不能把成人的

治疗经验简单地套用到儿童上。由于儿童有很大的可塑性,对于症状较轻、可被动伸直的患儿可采取功能锻炼、小夹板固定、针灸、推拿等治疗方法。比如,家长经常帮助孩子活动拇指,被动伸直,纠正弯曲的状态。不活动的时候,在医生的指导下用小夹板固定拇指,使拇指保持伸直位,注意松紧合适,避免拇指缺血。

保守治疗创伤小,但疗程较长,需要家长有耐心。经过以上保守治疗后,部分患儿可痊愈。

2.手术治疗 也有专家认为,小儿狭窄性腱鞘炎保守治疗效果差。如果超过半年不能进行有效治疗,指间关节长期屈曲

位置固定将导致关节囊、掌板、相关韧带的屈曲挛缩畸形;超过1年,神经、血管、骨质的正常发育将会受到影响。因此,一旦确诊,应当积极手术。由于小儿生长发育较快,如果发现不及时或治疗不及时,则手指的正常发育可能受到影响,严重时可能造成手指畸形及功能障碍。因此,对于保守治疗效果差的患儿,手术宜早不宜迟。

手术治疗的方式有传统腱鞘松解术、经皮环线切割术、针刀治疗等。对于症状较重、不能被动伸直、保守治疗无效的,可在1岁6个月以后进行手术治疗。在掌指关节掌侧横纹处做一个小切口,将腱鞘纵行完全切开,充分松解,术中避免损

伤血管及神经。手术切口小,沿横纹的切口几乎不留瘢痕,治疗效果明显。患儿术后短期内仍需要进行功能锻炼,避免因术区粘连引起复发。

### 家长教育

家长在注意儿童认知发育的同时,也要密切观察孩子的身体发育情况。当发现孩子有手指疼痛或活动受限等可疑的小儿狭窄性腱鞘炎症状时,一定要去医院的小儿外科、小儿骨科或手足外科就诊,早诊断、早治疗,以免延误治疗时机,引起手指关节功能障碍,影响孩子日后的学习和生活。

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

## 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》《医学检验》《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。

**联系人:**贾领珍  
**电话:**(0371)85967002  
**投稿邮箱:**337852179@qq.com  
**邮编:**450046  
**地址:**郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)