

## 基层适宜技术

# 心律失常的诊疗与预防

心律失常是心脏冲动的起源、频率、节律、传导速度或激动次序异常的一组心血管疾病，是临床最常见的心血管疾病之一。正常窦性心律由窦房结主导，频率60次/分~100次/分、节律规整，保障心脏有序舒缩，当心脏电活动的产生或传导任何一个环节出现异常，即可引发心律失常。

心律失常可以分为两大类：快速性心律失常(含房性期前收缩、室性期前收缩、室上性心动过速、心房颤动、室性心动过速、心室颤动等)与缓慢性心律失常(有窦性心动过缓、病态窦房结综合征、房室传导阻滞等)。按发病机制可以分为冲动形成异常与冲动传导异常，用于指导精准治疗。

心律失常主要病因可以分为三类。一是器质性心脏病，是大多数心律失常的病理基础，其

中冠心病(尤其是急性心肌梗死)是恶性室性心律失常较为常见的病因，心肌缺血坏死可直接导致电活动不稳定；心肌病、心力衰竭、心脏瓣膜病、高血压性心脏病、心肌炎等，心肌结构异常、纤维化、心室重构均可破坏正常电传导通路。二是全身性可逆性因素，以低钾血症、高钾血症、低镁血症等电解质紊乱较为常见，可以直接影响心肌离子通道功能；此外，酸碱失衡、甲状腺功能异常、严重感染、药物中毒等，均可诱发疾病。三是诱发因素，多与交感神经激活相关，包括情绪剧烈波动、过度劳累、长期熬夜、过量摄入咖啡、浓茶、含酒精的饮品等，是急性发作的常见诱因。

心律失常临床表现差异较大，与类型、心室率、发作时长、基础功能等密切相关，轻者无任何症状，仅在体检时发现；重者可引发严重血流动力学障碍，甚至心源性猝死。快速性心律失常中，房性期前收缩和室性期前收缩较为常见，多表现为心悸、胸闷“停跳感”。阵发

性室上性心动过速的典型表现为突发突止的心悸。心房颤动的典型特征为第一心音强弱不等、心律绝对不齐、脉搏短绌，长期发作会显著增加血栓栓塞与心力衰竭的风险。室性心动过速、心室颤动多见于器质性心脏病患者，常伴头晕、黑蒙、晕厥，甚至猝死。缓慢性心律失常中，轻度心动过缓、低危传导阻滞多无明显症状。二度Ⅱ型以上的房室传导阻滞、病态窦房结综合征，因心室率显著下降、心排血量不足，可出现头晕、乏力、黑蒙、晕厥，严重时可能发生阿斯综合征甚至心脏骤停。

心律失常的诊断遵循“从无创到有创、从筛查到确诊、从定性到风险分层”的规范化思路，核心是明确类型、发病机制、基础病因与不良事件风险。第一步为病史采集与体格检查，详细询问发作诱因、频率、起止特点、伴随症状，完善既往病史、用药史采集；以心电图为核心，明确心率、心律、心音变化，评估血流动力学状态，完成初步判断。第二步为无创辅助检查，12导联体表心电图是诊断心律失常的首选检查，捕捉发作时心电图是确诊的关键。动态心电图可以捕捉间歇性、发作不频繁的心律

失常，明确症状与心电图异常的相关性；食管电生理检查可无创评估心脏传导功能，诱发并终止室上性心动过速。第三步为有创检查与病因确诊，心内电生理检查是诊断复杂心律失常的“金标准”，可以明确心律失常的起源与机制，指导射频消融治疗；同时需要完善心脏超声检查、血液生化检查等，明确基础病因。

心律失常治疗遵循“去除病因、终止急性发作、维持窦性心律、控制心室率、防治并发症、降低猝死风险”的原则，制定个体化治疗方案。病因与基础治疗是根本，包括纠正心肌缺血、管腔内血栓危险因素、治疗并发症、纠正电解质紊乱、停用致心律失常药物、改善生活方式等，可从源头上减少发作次数。

药物治疗是临床基础手段，常分为四大类：I类是钠通道阻滞剂，用于快速性心律失常；II类是β受体阻滞剂，为冠心病、心衰合并心律失常的一线用药；III类是广谱抗心律失常药胺碘酮，多用于房颤、室性心律失常；IV类是钙通道阻滞剂，主要用于室上性心律失常。

非药物治疗是根治与猝死预防的重要手段。心电复律、心脏电除颤常用治疗于阵发性

血流动力学障碍的快速性心律失常、心室颤动的紧急抢救措施；射频消融术是阵发性室上性心动过速、症状性房颤等的主要治疗方案，具有创伤小、治愈率高的特点；心脏起搏器植入术是症状性缓慢性心律失常的首选治疗方案，植入式心律转复除颤器可以有效预防恶性心律失常导致的心源性猝死。

心律失常预防分为一级预防与二级预防，主要为全周期心血管健康管理。一级预防针对无心律失常病史的人群，重点为危险因素管控，积极管理高血压病、糖尿病、高血脂症等基础疾病，戒烟限酒，规律作息，坚持适度运动，定期体检，早期干预心脏异常。二级预防针对已经发病的患者，重点为预防复发与不良事件，严格遵医嘱规范治疗，定期随访复查，避免自行调整药物。房颤患者要预防血栓栓塞，恶性心律失常的高危人群要强化猝死预防，规避诱发因素。

总之，心律失常是临床常见的血管疾病，早期识别、精准诊断、个体化治疗与全周期健康管理，是改善患者预后、降低不良事件风险的关键。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)



## 山茱萸的功效与应用

□刘旭

山茱萸为山茱萸科植物的干燥成熟果实，别名枣皮、肉内，是我国传统“药食同源”佳品，《神农本草经》将其列为“上品”，载其“主心下邪气寒热，温中，逐寒湿痹，去三虫，久服轻身”。其温和补益、适用范围广泛，是日常养生与临床调理的常用之品。本文结合传统中医药理论与现代研究，从药性、药食用法、禁忌证等方面系统解析，帮助人们了解山茱萸。

**药性解析**  
山茱萸酸涩微温，补涩兼优，归肝经、肾经；最显著特点是“补而不腻，涩而不滞”，兼具补益与固涩的双重功效，是调理肝肾亏虚、精气滑脱的核心药材之一。

酸味收敛固涩，涩味敛精止脱，微温之性温和滋养，不燥不寒，尤适用于肝肾阴虚、阴阳两虚者长期调理。归肝经、肾经使山茱萸的核心功效集中于滋养肝肾、固摄精气，既能改善肝肾亏虚所致的腰膝酸软、头晕耳鸣等症，又能缓解精气滑脱引发的自汗盗汗、遗精尿频等问题。

炮制对山茱萸的药性影响显著，主要分为生山茱萸与酒山茱萸：生山茱萸敛汗力较强，多用于自汗、盗汗等症；酒山茱萸借酒

力温通，滋补肝肾作用更强，适用于眩晕耳鸣、腰膝酸痛等症。需要注意，山茱萸的果核能滑精，与果肉的药效相反，应用时要彻底去核。

现代药理研究显示，山茱萸含马钱苷、莫诺苷等有效成分，具有调节免疫、抗氧化、降血糖等作用，与传统“补益固涩”功效高度契合，印证了其“药食同源”价值。

**药食用法**  
药用：药用多以煎服为主，常规用量6克~12克，大汗欲脱等危急情况可增至30克~40克，需要遵医嘱用药。山茱萸配伍灵活，核心围绕肝肾亏虚与精气滑脱：配伍熟地、山药，增强滋补肝肾功效(六味地黄丸核心配伍)，适用于肝肾阴虚；配伍黄芪、白术，敛汗固脱，适用于气虚自汗；配伍菟丝子、金樱子，固精缩尿，适用于肾气不固所致遗精尿频；配伍人参、附子，益气回阳，适用于体虚欲脱。此外，山茱萸也可入丸剂、散剂，长期调理。

食用：山茱萸口感酸中带涩，可以采取多种便捷方式融入饮食。

山茱萸粥：取山茱萸10克，粳米100克，白糖适量，同煮成粥调味即可；具补益肝肾、涩精止遗

功效，适用于肝肾不足者日常食用。

山茱萸茶饮：取山茱萸肉5克~8克，搭配枸杞子5克，菊花克，沸水冲泡10分钟后代茶饮；可滋补肝肾、明目益精，适用于久坐人群。

山茱萸炖鸡：取山茱萸肉15克，鸡肉500克，加生姜、葱、料酒等，砂锅炖煮至肉烂调味；能补益肝肾、强筋健骨，适用于产后、术后调养。

直接嚼服：新鲜山茱萸洗净去核后嚼食，每日不超过10克；富含有机酸，助力消化，胃酸过多者减量。

**禁忌证**  
山茱萸药性虽然温和，但是要辨证使用，明确山茱萸注意事项，避免误用导致不适。  
湿热内盛者慎用：山茱萸性温，会加重湿热滞留，需要先清利湿热再考虑使用。  
小便淋涩热痛者禁用：山茱萸的固涩作用会阻碍湿热排出，加重尿痛、尿频。

外感发热者禁用：山茱萸的收敛特性阻碍邪气外发，会使感冒发热迁延不愈。  
过敏体质者慎用：一部分人

对山茱萸的成分过敏，首次需要小剂量试用，观察无异常后再服用。

特殊人群：孕妇慎用山茱萸，孕早期过量服用山茱萸可能增加流产风险；哺乳期妇女、婴幼儿需要遵医嘱使用山茱萸；糖尿病患者需要控制山茱萸的用量。

**注意事项**  
控制剂量疗程：成年人山茱萸每日6克~15克，不超过20克，连续服用不超过4周，停药1周后再使用山茱萸；生山茱萸用量减半，不可长期连续服用。

避免不当配伍：桔梗、防风、山茱萸与西药配伍，需要避开磺胺类药物、氨基糖苷类药物等；山茱萸与降糖类药物、抗凝类药物同用时，需要间隔2小时。

饮食与储存：患者服用山茱萸期间饮食要清淡，忌寒凉辛辣、烟酒；干品山茱萸需要密封置于阴凉干燥处，如果发霉变质不能服用。

辨证使用：山茱萸的药性、食用都需要结合体质，应在中医师指导下进行，体质偏热、有实邪者慎用山茱萸。

山茱萸作为“药食同源”的佳品，以酸涩微温的药性、补涩兼优的功效，在临床与养生中占据重要地位。山茱萸药用可调理肝肾亏虚等症，食用可便捷滋养，适合长期养生。山茱萸要辨证使用，把控制剂量用法、规避禁忌，才能充分发挥其价值，让传统养生智慧助力现代健康。

(作者供职于南阳市疾病预防控制中心)

## 遗传性卵巢癌的遗传机制与预防措施

□常蕾

癌症是人类健康的重大挑战，全球范围内对癌症的研究、预防及治疗始终在持续推进。今天，我们将目光聚焦于一种具有家族“印记”的疾病——遗传性卵巢癌，它仅占卵巢癌总数的10%~15%，却因其明确的遗传背景，为预防和早期干预提供了独特的突破口。

自20世纪70年代以来，人们已经发现癌症具有家族聚集现象。国内有宋美龄女士先后于1967年确诊乳腺癌、1989年确诊卵巢癌，其父母、姐弟均因癌症去世；国外有喜剧演员吉尔达·拉德纳于1989年因卵巢癌逝世，其祖母、姑姑均患该病离世。与此同时，癌症家族聚集现象背后成因

的研究从未停歇。1974年，美国科学家玛丽·克莱尔·金通过对大量乳腺癌患者家族史的分析，预测约4%的家族成员可能携带致病基因；1990年，其团队利用连锁分析方法，将乳腺癌易感基因定位于人类17号染色体，并命名为BRCA1基因；1994年，马克·斯科尔尼克团队通过定位克隆技术，成功分离并鉴定出BRCA1基因，该基因在多个高风险家族中被检测到，证实其与乳腺癌和卵巢癌存在强相关性。此后，遗传性卵巢癌的研究进入飞速发展时期。1995年，BRCA2基因被发现；21世纪以来，林奇综合征、黑斑息肉综合征及其他遗传易感基因突变被先后识别。而遗传性

卵巢癌真正走入大众视野，离不开著名影星安吉丽娜·朱莉，她在发现自身有明显卵巢癌家族史且携带BRCA1基因突变后，毅然接受预防性卵巢切除术，这一举动引发全球对遗传性卵巢癌风险的广泛关注。

遗传性卵巢癌是一类涉及卵巢癌易感性增高的常染色体显性遗传综合征，可由胚系突变或体细胞突变所致。胚系突变存在于精子或卵子中，具有遗传性；体细胞突变发生于个体体细胞，不具有遗传性。主要类型包括：遗传性乳腺癌-卵巢癌综合征，主要由BRCA1、BRCA2基因突变引起，是遗传性卵巢癌最常见的类型；林奇综合征，与DNA(脱氧核糖核酸)错配修复基因(MMR)突变相关，不仅会增加卵巢癌风险，还与结肠癌、子宫内膜癌、胃癌、胰腺癌等多种肿瘤风险升高相关；其他遗传易感基因突变相关类型，如黑斑息肉综合征，与胚系STK11基因突变相关，发病年龄多为28岁左右，还有近年新发现的RAD51C、RAD51D或

BRIP1胚系突变等。

对于遗传性卵巢癌，及早进行遗传咨询是关键。若家族中有两位及以上直系亲属患有卵巢癌或乳腺癌，就应警惕遗传风险。基因检测是遗传咨询的核心工具，通过采集血液样本开展检测，目前主流为二代测序(NGS)技术，具有样本量需求少、敏感性高、速度快、成本相对较低的优势。该检测对两类人群尤为重要：一是患者本人，可用于指导治疗方案的制定及预后评估。二是无症状的患者家属，可通过“家系验证”，明确自身是否存在高危因素。

针对高风险人群，加强主动管理能有效降低发病风险，实现早期干预。一是强化监测。BRCA基因突变人群建议从25岁~30岁开始，每6个月接受妇科超声检查及糖类抗原125(CA125)检测；黑斑息肉综合征人群建议从18岁~20岁开始，每年进行妇科常规检查和超声检查；其他基因突变人群虽然未明确提及筛查的必要性，但是应关注自身健康状态，保持警惕。二

是预防干预。口服避孕药可降低普通风险人群卵巢癌风险可能有积极作用，但是对基因突变携带者的保护效果尚不明确；对于已经完成生育规划的女性，在慎重考虑手术时机、获益与风险、个人意愿等因素后，可以谨慎选择预防性双侧输卵管-卵巢切除术。三是生育力保存。年轻且有生育需求的基因突变携带者，可以尽早完成生育；或在确诊后请生殖医学专家会诊，探讨卵子或胚胎冷冻保存等可行性方案。

总之，遗传性卵巢癌并非必然，认识到风险的存在，正是现代医学赋予我们的预警能力。通过主动了解家族健康史，借助科学的基因检测与遗传咨询，高风险人群可以从“未知的担忧”转向“已知的管理”。在此，我们呼吁广大女性朋友：关注家族健康史，正视遗传风险，这不仅关爱自身，更是守护至亲血脉的未来。让我们用科学的力量，将遗传的“密码”转化为健康的“盾牌”，共同为女性生命健康护航。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

## 每周一练

(肺血栓栓塞症、呼吸衰竭)

一、患者为男性，50岁，进行性呼吸困难1年有余，查体：血压125/80毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)，P2>A2(肺动脉瓣听诊区第二心音大于主动脉瓣听诊区第二心音)，未闻及杂音，双下肢无水肿，胸部X线片显示肺动脉段膨隆，CTPA(CT肺血管造影)显示双肺动脉分支可见多处充盈缺损。最可能的诊断是

A.慢性肺血栓栓塞症  
B.结节性多动脉炎  
C.大动脉炎  
D.特发性肺动脉高压  
E.原发性系统性血管炎

二、患者为女性，42岁，双下肢水肿1个月有余，进行性呼吸困难半个月，2个月前因腰椎间盘突出症卧床休息。查体：血压120/80毫米汞柱，双肺呼吸音清，心率93次/分，P2>A2，超声心动图提示肺动脉高压。该患者呼吸困难的最可能原因是

A.左心衰竭  
B.慢性阻塞性肺疾病  
C.肺血栓栓塞症  
D.全心衰竭  
E.冠心病

三、发生肺血栓栓塞症时，应首先考虑溶栓的情况是

A.严重低氧血症  
B.剧烈胸痛  
C.持续低血压  
D.合并深静脉血栓形成

E.明显咯血  
四、最常并发Ⅱ型呼吸衰竭的是

A.胸膜炎  
B.肺结核  
C.肺炎  
D.慢性阻塞性肺疾病  
E.特发性肺动脉高压

五、肺弥散功能障碍最常出现

A.PaO<sub>2</sub>(动脉血氧分压)正常，PaCO<sub>2</sub>(动脉血二氧化碳分压)上升  
B.PaO<sub>2</sub>下降，PaCO<sub>2</sub>上升  
C.PaO<sub>2</sub>正常，PaCO<sub>2</sub>正常  
D.PaO<sub>2</sub>正常，PaCO<sub>2</sub>下降  
E.PaO<sub>2</sub>下降，PaCO<sub>2</sub>正常或下降

六、有关通气和血流比例，下列哪项是错误的

A.通气和血流比值大于0.8，导致无效通气  
B.肺泡通气量约为4升/分  
C.肺血流量约5升/分  
D.通气和血流比例失调可引起CO<sub>2</sub>(二氧化碳)滞留  
E.通气和血流比值小于0.8，形成动静脉分流

七、呼吸衰竭最主要的临床表现是

A.呼吸费力伴呼气缩短  
B.呼吸频率增快  
C.呼吸困难与发绀  
D.神经精神症状  
E.双肺有大量湿啰音

### 本期答案

一、A	二、C	三、C	四、D
五、E	六、D	七、C	

## 经验交流

# 痛风防治要点

□王明明

痛风的发生与日常饮食息息相关，长期高嘌呤饮食，不仅会诱发痛风性关节炎急性发作，带来剧烈的关节肿痛，还可能引发肥胖、高血脂、高血压、高血糖，甚至心脑血管病变、肾脏损伤等并发症。想要吃得舒心又能减少痛风发作，科学的饮食管理是关键。

首要原则是分级管控嘌呤摄入量。在日常生活中不要食用动物内脏、浓肉汤等高嘌呤食物，同时避免饮用白酒、黄酒、啤酒等酒类饮品。

酒精不仅会直接阻碍肾脏对尿酸的排泄，还会加速体内嘌呤分解并生成尿酸，即便是少量饮酒，也会大幅升高痛风急性发作的风险。中等含量的嘌呤食物，如禽畜肉、豆制品、菌菇类，可单次单品少量食用，避免叠加摄入而加重代谢负担。痛风急性发作期，需要

以低嘌呤饮食为主，多吃富含钾元素的食材(如新鲜的蔬菜、水果等)，调节体内酸碱环境，促进尿酸溶解与排出。控酸还有几个容易被忽视

的关键细节：肉类在烹饪前用冷水充分焯水，可以去除大部分水溶性嘌呤，有效降低嘌呤的总摄入量；同时，要避免含糖饮料、甜点中的果葡糖浆，这类隐形成分会加速尿酸合成，是很多痛风患者严格忌口仍频繁发作的重要诱因。此外，要避免暴饮暴食与过度节食，二者都会诱发尿酸剧烈波动。

保证每日足量饮水，每日尿量维持在2000毫升以上，通过尿液促进尿酸排出，减少尿酸盐结晶沉积。日常可以搭配温和的茶茶与食疗辅助控酸，代茶饮可选车前草10克或白茅根30克沸水冲泡频饮；食疗推荐带须芹菜加大米熬粥，或赤小豆、薏苡仁加大米熬粥，适合痛风患者饮用。萝卜、卷心菜、黄瓜、冬瓜等低嘌呤食材，均适合日常食用。基层医务人员可以根据患者情况指导搭配，帮助患者制定尿酸管控的饮食方案。(作者供职于河南省中医院)

## 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，来稿应注重实践操作，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

本版治疗方法需要在专业医生指导下应用



河南疾控CDC