

术前为什么要停用降压药利血平

□胡振侠

随着老龄化社会的到来和我国人民平均寿命的延长,以及中国医疗水平的长足进步,使得越来越多的老年患者得到了更好的医疗条件;但是,大多数老年患者合并高血压病、冠心病、糖尿病等内科疾病,而高血压病是麻醉科医师在日常临床工作中经常遇到的问题之一。我国高血压病的发病率为11.26%,患者总数约1亿人(并呈上升趋势)。高血压病患者术前需要加以治疗和控制,有研究结果表明:血压低于138/83毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)时,发生术中心血管事件的概率明显减少,故未控制的高血压病是麻醉手术的危险因素之一。

在日常临床麻醉工作中,我们经常会遇到患者平时服用利血平来控制血压。如果这些患者因病需要住院手术治疗,却在手术前一天麻醉访视时被麻醉医师告知:“您好,您这个手术明天怕是做不了,至少要等一周才可以手术!”患者及其家属表示不解:“医生,我们该做的检查都做了,结果也没啥太大的问题,血压平时控制得也可以,为啥明天不能做手术呢?这到底是怎么回事呢?”

那么术前到底需不需要停用利血平呢?我们先看专家们的意见:由中国心胸血管麻醉学会非心脏手术麻醉分会编写的《心脏

病患者非心脏手术围麻醉期中国专家临床管理共识(2020)》指出,服用以利血平为主的复方降压药患者手术当天停用即可。术中出现低血压,考虑使用直接血管收缩药物(如去氧肾上腺素等);由中华医学学会麻醉学分会起草的《麻醉前访视和评估专家共识(2020版)》指出,长期服用利血平降压的患者,建议术前7天停用以免引起术中顽固性低血压;由中国心胸血管麻醉学会编写的《围术期高血压病患者管理专家共识(2021)》指出,长期服用利血平的患者,建议术前7天停药并改用其他抗高血压病药物,以保证手术和麻醉安全。由此可见专家们的意见也不统一,难以指导临床决策,那么术前到底要不要停用利血平呢?今天我们就一起来聊聊这个麻醉手术中的“隐匿杀手”——利血平。

利血平是一种用于治疗高血压病的咪啉类生物碱药物,常和其他成分制作成复方制剂,目前常见的含有利血平的降压药物有:复方利血平、复方利血平氨苯蝶啶片、复方降压胶囊、降压片等。利血平可阻止肾上腺素能神经末梢内介质的贮存,通过耗竭周围交感神经末梢的肾上腺素和心、脑等组织的儿茶酚胺以及5-羟色胺,从而起到降压作用。它并不直接快速扩

张血管,而是通过调节体内神经递质水平逐步调控血压。因此,降压作用温和、缓慢而持久,静脉使用1小时后才出现明显的降压作用;肌肉注射4小时后,作用达高峰;口服1周后才出现降压作用,2周~3周作用达高峰。正是因为起效周期长,服用这类药物不能急于求成,不可自行随意加量,需要坚持服药,持续监测血压变化来评估实际疗效。

那么术前为什么要停用利血平呢?这是因为它独特的降压机制:利血平通过抑制机体去甲肾上腺素在囊泡中合成、再摄取回囊泡和促进去甲肾上腺素排出囊泡三重机制耗竭神经末梢中的儿茶酚胺,产生强大而持久的降压作用。但是也正因为如此,才让它成为那个可能导致术中顽固性低血压的“隐匿杀手”。在正常情况下,在手术过程中出血、麻醉药引起血管扩张和心肌抑制,导致患者血压下降时,身体会通过交感神经系统释放储存在囊泡中的去甲肾上腺素,快速升高血压,维持重要器官的供血。但是,长期服用利血平的患者因囊泡内缺乏去甲肾上腺素,术中就容易发生血压下降和心率减慢。更危险的是,此情况下使用多巴胺或麻黄碱等常用间接拟交感药的降压药来控制血压,比如美托洛尔、硝苯地平等等药物,这些药物(甚至无效),而肾上腺素、去甲肾

上腺素等直接作用的拟交感神经药物,则可能引起增敏效应和血压作用温和、缓慢而持久,静脉使用1小时后才出现明显的降压作用;肌肉注射4小时后,作用达高峰;口服1周后才出现降压作用,2周~3周作用达高峰。正是因为起效周期长,服用这类药物不能急于求成,不可自行随意加量,需要坚持服药,持续监测血压变化来评估实际疗效。

相信又有人会问:利血平停用多久才可以手术呢,停用利血平期间的血压怎么控制呢?长期服用利血平的高血压病患者,《围术期高血压病患者管理专家共识(2020版)》《麻醉前访视和评估专家共识(2020版)》均建议术前7天停用,以便让体内的儿茶酚胺充分恢复,避免术中发生顽固性低血压。为什么需要停药7天呢?这是因为利血平的半衰期为5天~7天,且其作用可持续数周。停药7天可确保体内药物浓度显著降低,部分恢复儿茶酚胺储备,从而改善术中对于升压药物的反应性,确保术中患者安全。患者停用利血平后不用担心,医生会根据实际情况更换其他类型的降压药来控制血压,比如美托洛尔、硝苯地平等等药物,这些药物术前无须停药,可以服用到手术

日当天早晨。那如果是急诊手术来不及停药怎么办呢?如果因急诊手术确实无法提前停药,您也无需担心,麻醉医生会采取特殊的应对策略:选择对血液循环影响较小的麻醉方案、避免椎管内麻醉(腰麻),以免引起广泛交感神经阻滞导致的血压骤降,同时术中会密切监测血压,必要时进行桡动脉穿刺置管有创动脉压连续监测、准备好直接作用的拟交感神经药(如去氧肾上腺素、去甲肾上腺素),并且小剂量分次给药,以维持术中生命体征平稳。

那么术前到底要不要停用利血平呢?根据《麻醉前访视和评估专家共识(2020版)》和《围术期高血压病患者管理专家共识(2021)》的建议,长期服用利血平降压的患者最好在术前7天停用利血平,待体内肾上腺素、儿茶酚胺等恢复,并同时改用其他抗高血压病药物控制血压平稳。但对于术前规律服用利血平且并无明显副作用表现的患者,需要根据患者并发症及所实施手术的风险等级进行评估,若手术创伤较大、预测血流动力学不稳定的患者还是建议停用1周;若手术创伤小且手术时间短、进行局麻或危急手术,术前可不停用。

(作者供职于首都医科大学附属北京友谊医院麻醉科)

糖浆剂知识知多少

□唐成焕

我们通常说的糖浆一般是指糖浆剂,即含有原料药物的浓蔗糖水溶液。因糖浆剂口感好,能掩盖药物不良气味,儿童更易接受;又因糖浆剂的高糖浓度能在呼吸道黏膜表面形成保护膜,减轻炎症对黏膜的刺激,缓解咳嗽;一些滋补类药物制成糖浆剂,便于服用和吸收。因此,糖浆剂最常见于儿童用药、止咳类药物和滋补类药物中。患者在服用糖浆剂时,有哪些注意事项,开封后该如何保存呢?

服用糖浆剂后多久可以喝水

一般来说,建议服用糖浆剂之后半小时左右再喝水比较合适。因为糖浆剂中的有效成分需要时间在咽部或胃肠道黏膜表面发挥作用,半小时后有有效成分已被吸收,此时喝水基本不会影响疗效,也能缓解服药后的不适。有些人觉得喝了糖浆剂之后口腔会有一些黏腻感,既然不能喝水,那漱口或者吃点儿东西总可以吧?这也是不建议的哦,因为漱口可能降低局部药物浓度,影响疗效;而进食可能改变胃肠道环境,影响药物

吸收,所以至少保持30分钟之后再喝水、漱口、吃东西,让药物充分发挥作用。

能否用热水送服糖浆剂

答案是不能。因为糖浆类药物通常依靠其黏度在咽喉或胃肠道局部形成保护膜,以发挥调理作用。热水会降低糖浆剂的黏度,破坏保护膜的形**成,从而**影响疗效。此外,部分妇科调理糖浆可能含有挥发油、活性成分等,高温可能导致这些成分挥发、分解或变性,使药物失去应有的功效。再者,热刺激还可能加重咽喉黏膜的充血水肿,反而易引发咳嗽。因此,正确的做法是直接服用糖浆剂,不需要额外用水送服;如果后续要喝水,也服用温水(30摄氏度~40摄氏度),避免过烫。

能否直接对着瓶口服用

答案也是不能的。一是直接对着瓶口喝难以精确控制药量,可能导致服用剂量不足或过量,影响治疗效果或增加不良反应风险;二是口腔中的细菌可能污染瓶口及药液,尤其糖浆剂含糖量高,易滋

生细菌,导致药液变质,影响药效和安全性。正确的做法应该是使用专用量杯,严格按照说明书或者医嘱的剂量倒出药液,再将瓶盖及瓶口擦拭干净,减少细菌滋生。

糖浆剂什么时候服用最合适

糖浆剂的最佳服用时间,因药物类型和作用特点不同而有所差异。**止咳类糖浆** 大多数情况下,建议饭后半小时至一小时服用。因为止咳糖浆中的糖分和部分药物成分(如氯化铵)可能刺激胃肠道,饭后服用可减少对胃的刺激。如果患者肠胃状况良好,也可选择饭前服用,但要与进食间隔一定时间(一般建议饭后15分钟~30分钟)。如果患者夜间咳嗽比较明显,则通常在咳嗽发作时或睡前服用效果较好。因为咳嗽发作时睡醒后,能及时减轻咳嗽症状,而睡前服用可减少夜间咳嗽,有利于休息。如果患者白天咳嗽明显,则按常规时间(饭后)规律服用,保持体内药物浓度稳定,持续缓解症状。

胃肠道疾病相关糖浆剂(如

肠炎宁糖浆、健脾糖浆) 一般建议在饭前服用,因为饭前胃内食物较少,药物能直接与胃黏膜接触,迅速起效,更好地发挥保护或助消化作用。

滋补类糖浆 大多数滋补类糖浆(如养血当归糖浆、肾宝糖浆等)建议在饭前30分钟或空腹时服用,避免食物对药物吸收的干扰,以更好地发挥滋补疗效。部分滋补类糖浆(如五味子糖浆)药性偏温或偏酸,对胃肠道有一定刺激,或患者本身脾胃虚弱,易出现胃部不适时,建议饭后半小时或饭后1小时~2小时服用。

不同厂家、不同配方的糖浆剂对服用时间可能有特定要求,部分糖浆剂说明书会明确标注“饭前”或“饭后”。因此,最终服用时间应以药品说明书或医生(药师)的指导为准。

糖浆剂开封后可以放置多久

开封后的糖浆剂不宜放置太久。一般来说,夏天存放时间不超过1个月,冬天存放时间不超过3个月。糖浆剂打开后,若短

时间内无法喝完,建议在包装上注明开封时间,以便在下次打开糖浆剂前清楚知道药物是否超过使用期限。再次服用时应充分摇晃瓶身,对着光线观察溶液是否依然澄清。如若出现大量气泡、絮状混悬物、沉淀物或变色、结晶时,则说明糖浆剂已变质,不能继续服用。

开封后的糖浆剂

放入冰箱能否延长保质期

糖浆剂不宜冷藏保存,因为糖浆剂含糖量非常高,通常不低于45%,药用糖浆含糖量一般在65%以上,在密封状态下无须冷藏就可以保存比较长的时间。如果储藏温度过低,反而会使糖浆中的饱和蔗糖溶液度降低,从而析出形成结晶,影响药品的稳定性、均衡性和有效性。故糖浆剂开瓶后常温储存即可,其最佳保存温度是10摄氏度~30摄氏度。大家要牢记,正确储存、精准用药,才能发挥药物应有的作用。

(作者供职于广西壮族自治区桂林市灵川县中医医院)

慢阻肺的长期规范管理之道

□肖文

在呼吸科门诊,不少慢性阻塞性肺疾病(以下简称慢阻肺)患者起初并未意识到自己的肺功能已经受到长期损伤。他们咳嗽、咯痰多年,快步行走或爬楼梯时总比别人吃力,却常把这些表现归于“年纪大了”或“抽烟留下的毛病”。直到一次感冒后突然喘憋加重,甚至需要住院治疗,才第一次真正认识这种疾病。

2024年9月,慢阻肺患者健康服务被纳入国家基本公共卫生服务。35岁及以上常住居民中的慢阻肺患者,可以在基层医疗卫生机构接受建档、随访、健康检查和分类干预。慢阻肺由此与高血压病、2型糖尿病一样,进入基层长期健康管理范围。

咳嗽、气短背后是逐渐缩小的“呼吸半径”

慢阻肺是一种常见的慢性呼吸系统疾病,以持续存在的气流受限为主要特征。长期吸烟、或者反复接触二手烟、粉尘、油烟和其他有害气体,可能导致气道和肺泡持续受到损伤,气道逐渐狭窄,肺泡弹性下降,呼气时部分空气不能顺利排出,患者甚至会感到气不够用,或者总有“气呼不尽”的感觉。

慢阻肺早期症状通常不重,可能只是晨起咳嗽、咯少量白痰,或者在快走、上坡和爬楼梯时出现气短。因为变化发生得缓慢,患者容易在不知不觉中适应病情,并主动减少活动。

以前可以步行去市场买菜,后来逐渐改由家人代劳;过去能

够一口气上楼,如今每上一层楼要停下来休息;原本每天外出散步,后来因为担心气喘,活动范围越来越小。这些看似“变懒”或“体力下降”的变化,可能正是肺功能减退的表现。

40岁及以上人群,尤其是长期吸烟、接触职业性粉尘或化学物质,或者存在慢性咳嗽、咯痰、活动后气短、反复下呼吸道感染的人,应重视肺功能检查。早期慢阻肺患者可以没有明显的症状,仅凭是否咳嗽,很难准确判断肺部情况。

症状减轻并不意味着疾病已经消失

目前,慢阻肺尚不能彻底治愈,已经发生的肺部结构损伤和肺功能下降通常也难以完全恢复。但不能根治,并不等于不能治疗,更不意味着治疗没有意义。临床上常见的误区是:咳嗽、喘憋明显时用药,症状减轻后便自行停药。这种做法类似于高血压病患者看到血压降下来,就认为疾病已经好了,擅自停用降压药。

慢阻肺患者经过治疗后不再明显气喘,往往说明药物正在发挥作用,并不代表气道狭窄和肺功能异常已经消失。长期规范治疗的目的,是减轻症状,维持活动能力,减少急性加重和住院次数,并尽可能延缓病情对日常生活的影响。

因此,对于慢阻肺患者而言,病情保持稳定本身就是一种治疗获益。患者不能只根据当天咳不

咳、喘不喘决定是否用药,而应按照医生制订的方案坚持治疗,并定期评估病情。

一次急性加重打击肺功能再难回到原点

慢阻肺的病程并非缓慢匀速下滑,而是在稳定期与急性加重期的交替中一步步恶化。呼吸道感染、受凉、空气污染甚至自行停药,都可能诱发急性加重。此时,患者会在短时间内出现气短显著加剧,咳嗽和咯痰明显增多,痰液颜色由白变黄或变绿,部分人还伴有发热、胸闷和乏力。

急性加重不仅是症状暂时重一些。一次较重的急性加重,可能对肺功能和全身状态造成额外打击;即使经过规范治疗,部分患者的体力和活动能力也难以恢复到加重前的水平。临床上,有这样的“台阶式下降”并不鲜见:有人住院前还能独自出门,出院后走一小段平路就需要停下来休息;有人原本可以自己洗澡、做饭,经历数次急性加重后,这些日常活动都需要他人帮助。

与急性加重密切相关的,还有住院风险增加和预后不良。因此,减少急性加重,是慢阻肺长期管理的核心目标之一,而这需要在病情稳定时就做好戒烟、规律用药、预防感染和定期随访,不能等到“喘不上气”才开始重视。

越怕喘越不动

可能越来越喘

活动后气短使不少患者本能地减少走动。短期看,少活动确实不容易喘;但长期不活动会使

肌肉力量和心肺耐力下降,同样的活动需要消耗更多的体能,最终形成“越喘越不敢动,越不动越容易喘”的循环。

病情稳定时,患者可在专业人员评估和指导下开展肺康复训练,如步行、骑车、打太极拳、适度力量训练和缩唇呼吸等。运动应从能够耐受的强度开始,循序渐进。肺康复训练不能替代药物治疗,但有助于改善活动耐力和生活自理能力。出现发热、胸痛或气喘明显加重时,应暂停锻炼并及时就医。

纳入基本公共卫生服务后慢阻肺应当怎样管理

戒烟并减少有害暴露 无论烟龄多长,戒烟都有益处。患者应尽量远离二手烟、厨房油烟、燃煤烟雾、职业性粉尘和刺激性气体;自行戒烟困难者,可寻求戒烟门诊或基层医务人员的帮助。

规律、正确地使用吸入性药物 维持治疗药物应按医嘱使用,不能只在气喘时临时吸入,也不能因症状减轻自行停药。吸入装置使用不当会影响疗效,复诊或随访时可请医务人员检查操作方法。

预防感染并保持良好营养 患者应注意手卫生和室内通风,并根据医生建议接种流感疫苗、肺炎球菌疫苗等。日常饮食应保证能量和优质蛋白质,出现明显消瘦、食欲下降或肌肉力量减弱时,应接受专业营养评估。

接受随访并关注肺功能 按照国家服务规范,基层医疗卫生机构应为确诊慢阻肺的患者每年

至少提供4次随访和1次健康检查,国家规范建议每年至少进行1次肺功能检测。医务人员随访时,慢阻肺患者应主动告知症状、活动能力、用药情况以及是否因病就诊或住院。纳入基本公共卫生服务并不意味着所有药品和检查均免费,具体内容可咨询当地基层医疗卫生机构。

识别急性加重信号 如果气短明显超过往常,咳嗽、咯痰突然增多,痰液颜色改变,或出现发热、胸闷、明显乏力,患者应及时就医;出现严重呼吸困难、口唇发紫、意识不清、不能完整说话或明显胸痛时,患者应立即寻求急救。

长期管理

守住未来的生活能力

慢阻肺长期管理的意义,不只是少咳几声,或者让一次气喘尽快缓解。它真正希望保住的,是患者今后的活动能力:能不能自己出门、买菜、上楼,能不能独立穿衣、洗澡,能不能继续参与家庭和社会生活。

慢阻肺目前尚不能根治,但通过戒烟、规范用药、肺康复、预防感染、定期随访和及时处理急性加重,可以改善症状,减少住院次数,并尽可能保持活动能力和生活质量。对于高危人群,应及时进行肺功能检查;对于已经确诊的患者,则要坚持治疗和随访。守住当下的稳定,也是在守住未来独立生活的可能。

[作者供职于北京市丰台区疾病预防控制中心(北京市丰台区卫生健康监督所)]

医院每天都会接诊很多脑血管急症患者,很多人发病前会出现半身麻木、舌头僵硬、说话含糊等先兆表现,但大多数患者与家属并未将其与脑出血联系起来,多认为是“血压高了”“累了”所致,选择在家休息。殊不知,正是这份不重视,可能让轻重变重症,甚至威胁生命!下面笔者就来介绍一下致命脑出血的常见征兆与先兆症状出现后的科学应对方法,希望可以帮助大家掌握保命知识。

致命脑出血:一定要看懂的先兆信号

很多人认为脑出血发作就是突然倒地不起,其实,很多脑出血患者发病前都有一定前驱表现,比如突发半身麻木、说话不清楚等。具体可总结为如下几点:

突发半身麻木、无力 无征兆的蹿腿手脚发麻、发沉、抬不起来,单侧面部、嘴角发麻,左右身体不对称。比如抬手费力,走不了直线等。

突然说话不清楚、言语混乱 吐字含糊,说不出想表达的话,或者答非所问、听不懂家人的话。

突发剧烈头痛、头晕呕吐 与常规头痛不同,脑出血头痛通常呈现突发炸裂样,且位置固定、持续加重,还会伴随天旋地转的头晕、恶心、喷射性呕吐,休息与止疼药无法缓解。

单侧视力降低,视物模糊 眼前突然有黑影、看不清东西,可能是眼底供血、视神经受压引发,要与疲劳用眼、老花眼进行区分。

意识模糊、嗜睡、性格异常 精神萎靡、嗜睡、反应迟钝,或者烦躁、胡言乱语,可能是病情快速进展、脑组织受压加重的表现。

致命脑出血的正确应对:关乎生死的每一步

立即暂停所有活动,原地静卧 立刻平躺,不要说话、走动或干活,绝对禁止活动、不可硬扛。保持身体平稳,轻微垫高头部,使脑部血流压力降低,以防血管继续破裂出血。一定不能拖拽、摇晃患者,以免血肿持续扩大。

即刻拨打120,一定不要在家拖延 只要是突发的单侧异常表现,不管症状轻重、有无缓解,都要第一时间拨打急救电话。脑出血“黄金救治时间”很短,尽早就诊、救治是降低病死率的适宜途径,一定不能抱有侥幸心理,盲目拖延。

正确摆放体位,保持呼吸道通畅 保持平躺,将头偏向一侧,将衣领、腰带解开。若呕吐,要及时将呕吐物清理干净,以免堵塞气道,引发窒息。全程保持安静,等待救援,家属不要呼喊、摇晃患者。

绝对禁止的操作 禁止喂水、喂药、喂食物,若患者昏迷、言语不清,喂食可能造成呛咳窒息;也不能自行开车就医,途中颠簸、体位变化都可能使出血加重,不要自行按摩手脚、热敷或针灸,以免加速血流波动、扩大血肿范围;也不能随意用活血药、降压药、偏方,以免盲目用药加重病情,耽误救治时机。

保持冷静,等待救援 无论患者还是家属,都要保持冷静,家属可以适当安抚患者情绪,避免其过于紧张、激动,导致血压骤升,加速血管破裂。

只要遇到突发单侧麻木、剧烈头痛、呕吐、言语不清、视物异常等症状,一定要立即静卧,及时拨打120,不随意挪动患者或用药,原地等待救援,以守护生命。

(作者供职于河南省人民医院神经外科)

感冒后心慌乏力警惕病毒性心肌炎

□宋厚峰

很多人都有这样的经历:感冒发热、喉咙痛、流鼻涕,熬了几天终于好转,却总觉得身体不对劲——稍微活动一下就心慌、气短,走几步路就累得不行,甚至胸口隐隐发闷。如果你或身边的人在感冒后出现这些表现,一定不要掉以轻心,因为这可能是病毒性心肌炎的早期信号。

什么是病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是指病毒感染引起的心肌炎症或弥漫性急性或慢性炎症病变。简单来说,就是引发流感等上呼吸道感染病毒,不仅攻击了呼吸道,还可能“顺带”侵犯了心脏肌肉。常见的致病病毒包括柯萨奇B组病毒、埃可病毒、流感病毒、腺病毒、疱疹病毒等。

为什么感冒后会诱发心肌炎

当人体感染病毒后,免疫系统会启动防御机制来清除病毒。但是,在少数情况下,免疫反应可能“过度激活”,在攻击病毒的同时也误伤了正常的心脏细胞。此外,部分病毒本身具有直接侵袭心肌细胞的能力,导致心肌细胞变性、坏死和炎症细胞浸润,进而影响心脏的泵血功能。

值得注意的是,心肌炎并非只发生于年老体弱者。恰恰相反,青壮年、既往身体健康的人群由于免疫反应过于强烈,反而可能成为高危人群。

警惕哪些症状

普通感冒通常在3天~7天内逐渐好转,而心肌炎的症状往往出现在感冒症状减轻后1周~3周内。需要高度警惕的临床表现包括以下几个方面:

心慌、心悸 感觉心跳不规律,突然加快或“漏了一拍”。

胸闷、胸痛 位于心前区或胸骨后,活动后加重。

不明原因的乏力 即使休息充足,仍感觉十分疲劳,日常活动耐力明显下降。

活动后气短、呼吸困难 爬两层楼梯就喘不上气。

下肢水肿或夜间不能平卧 提示可能出现心力衰竭。

儿童和青少年可能表现为食欲差、精神萎靡、腹痛、呕吐等非典型症状,容易被误诊为消化系统疾病。

病情有多严重

病毒性心肌炎的临床表现差异很大。轻型患者可能只有轻微的心慌和乏力,休息后可自行恢复;中型患者会出现明显的心功能受损表现;重型则可迅速发展为暴发性心肌炎,出现严重心律失常、心源性休克甚至猝死。暴发性心肌炎起病急骤,进展迅猛,死亡率较高,但若能及时诊断和积极治疗,大部分患者预后良好。

什么情况需要立即就医

如果你或家人在感冒恢复期出现以下任何一种情况,请尽快前往医院心内科或急诊科就诊:心慌、胸闷、胸痛持续不缓解;活动后呼吸困难;静息状态下也感到气短;不明原因的过度疲劳,严重影响日常生活;晕厥或眼前发黑;心动过速(安静状态下心率超过100次/分)或过慢(心率低于60次/分且伴有症状)。医生通常会安排心电图、心肌酶谱、心脏超声等检查来明确诊断。

如何预防

感冒后充分休息 这是最重要的一条。感冒期间及痊愈后1周~2周内,避免剧烈运动、熬夜、过度劳累。

及时就医 感冒症状较重或持续时间较长时,患者要及时就医规范治疗,不要硬扛。

注意观察 感冒后密切关注身体变化,尤其是心慌、乏力等非典型症状。

接种疫苗 每年及时接种流感疫苗可降低流感及其相关并发症(包括心肌炎)的风险。

感冒后心慌乏力,绝不是“想多了”或“身体虚”那么简单。病毒性心肌炎虽然总体发病率不高,但是一旦发生,可能带来严重后果。关键在于早识别、早就医、充分休息。

(作者供职于山东省枣庄市市中区祝桥镇中心卫生院)