

冠心病当心拖成心衰

成都西区医院心血管内科 刘良缘

不少人总觉得冠心病算不上严重问题,胸口发闷、一阵刺痛忍片刻就能缓解,不适感消失就彻底抛在脑后。心脏没法带着损伤勉强运转,各类损害会一点一点积攒下来。拿身体运转的动力来源打比方,冠心病就相当于供油管路慢慢变窄淤堵。早期只是供血跟不上消耗,任由情况持续发展,心肌会慢慢受损,心脏整体能力不断耗损,慢慢发展成心力衰竭,等同于整个动力系统彻底失灵。

心衰不会毫无征兆突然发作,大多是冠心病长期疏于管控一步步发展而来。认清心脏这种缓慢受损的过程,尽早干预控制病情,是所有冠心病患者都应该重视的事。

1. 冠心病,是如何一步步拖成心衰的?

(1) 长期缺血,让心肌慢慢“饿坏”。冠状动脉专门给心脏供血,血管内壁长出斑块、发生粥样硬化后管腔会慢慢变窄,心肌供血跟不上需求。心肌全程不停运转,没法像别的身體组织那样得到休整,轻微缺血不见得有明显痛感,心肌细胞却会慢慢受损、缺血变差。时间久了厚实有力的心肌逐步萎缩变薄,心脏泵血收缩的力道也会持续走低。

(2) 心脏被迫“超负荷加班”。身体供血跟不上需求时,心脏只能被迫跳得更快、发力更猛来补足缺口。机器内部零件出问题,常会超负荷运转撑住整体运作,道理和这个很相近。短时间这么撑着问题不大,一直超负荷工作会慢慢撑大心室,让心脏形态发生没法复原的改变。原本收缩有力的心脏泵慢慢变得松弛无力,状态如同磨损严重、运转疲软的老旧设备。

(3) 一次心梗,直接击穿心脏底线。冠心病最吓人的不是偶尔胸闷,血管里不稳的斑块突然破裂,常会引发急性心梗。心肌细胞坏死无法再生,心脏收缩功能会永久受损。很多人闯过心梗危险期,慢慢发展成心衰,心脏泵血能力变差后基本没法复原。

2. 最危险的不是症状,是你的“拖延心态”

(1) 无症状不代表无损伤。冠心病藏着很迷惑性,血管慢慢变窄,心肌持续超负荷运转,身体却不一定总觉得疼。不少人自我感受不错,自行

停药药物,日常也疏于调理。无症状只是身体勉强代偿,损害一直在慢慢加重,等到喘不上气、浮肿、浑身没劲,大多已经发展成心衰。

(2) 这些“小不适”都是心衰预警。心脏变差的信号,常常藏在日常小事里:以前爬楼轻松,现在走几步就喘;晚上睡觉容易憋闷,必须垫高枕头;双脚、脚踝莫名浮肿、晨起浑身疲惫。这些不起眼的表现,都是心脏泵血能力下降的早期提示,远比胸痛更常见、更隐蔽。

(3) 一旦拖成心衰,就是终身问题。冠心病处在相应阶段时,病情还有机会调控好转,可发展成心衰之后,心脏内部构造就再也无法复原。人会频繁胸闷喘不上气,稍微活动就难受,还容易引发心律失常、肺水肿、血栓这类凶险问题,日常状态变差,隐患会一直跟着人一辈子。

3. 做好这几件,彻底阻断冠心病变心衰

(1) 规律用药,不给斑块“长大机会”。冠心病治疗关键在于稳住血管斑块,避免血管堵得更厉害。降脂、抗血小板、调控血压血糖的药不能停了才想起吃,得长期规律服用保护心脏。断断续续自行停药很容易让病情加重,血管狭窄程度重的人尽早做手术疏通血管,减少心肌持续损伤。

(2) 定期复查,早发现心脏“疲劳信号”。心脏的衰退不会提前喊话,只能靠检查发现。每3到6个月的复查,借助心脏超声、各项功能指标监测,能看清心脏外形大小、收缩力度和整体供血情况。心功能一旦出现问题,及时调整用药方案,就能在心衰刚露头时控制住病情。

(3) 科学养护,不让心脏持续透支。清淡少油少盐吃饭,睡好休息,放平心态,日常多动,看着平常,对养护心脏格外管用。少熬夜别过度操劳,别动不动大动肝火,管好血压血糖血脂,心脏不用持续承压,劳损的心肌也能慢慢调养平复下来。

心衰基本不会凭空发作,大多是冠心病长期疏于调理、耽搁治疗慢慢发展出来的。冠心病本身能够管控稳住,真正害人的是没不舒服就不管、症状稍有缓解就自行停药的想法。好好遵医嘱治疗,日常细心养护,常留意心脏情况,就能护住心功能,防止小问题一步步恶化成重症。

走近心电图世界:读懂心脏的跳动语言

青岛市市立医院心电图室 张永红

心电图是医院常规体检的基础项目。绝大多数人拿到报告单之后,盯着密密麻麻高低错落的波形完全摸不着头脑,只会直奔末尾的诊断结果,很少有人愿意深究,这些弯绕的曲线,其实就是心脏跳动最直观的信号。它没有文字来写明身体状态,却可以完整留存心脏每一回收缩、舒张的细微改变,方便大夫快速发现心脏潜藏的各类异常状况。

不少人都抱着一个错误想法,觉得心电图的曲线,就是心脏实际跳动的模样,事实其实并非如此。我们肉眼没办法看见心脏内部微弱的生物电流,人体本身具备导电属性,心脏每完成一次搏动,心肌细胞都会产生极其微弱的电反应,电流顺着身体里的体液流转至全身各处。心电图仪器并不是直接拍摄心脏跳动的画面,核心功能是抓取、放大这些肉眼看不到的生物电信号,再将电信号的波动轨迹,转化成我们肉眼能够辨识的波形线条。直白来讲,心电图记录的是指挥心脏工作的电信号指令,心脏依靠这套电信号完成收缩、向外泵血的全过程,电信号稳定有序,心跳才能保持规律,一旦电信号发生紊乱,心跳节奏自然也会出现毛病。

标准的心电图图纸,横轴用来计算时间,纵轴代表电压数值,一组循环重复的完整波形,刚好对应心脏一次完整搏动,主要包含P波、QRS波群、T波三大组成部分。不用硬背晦涩的专业名词,顺着心脏运转的过程,就能轻松搞懂含义。最先出现的低矮小波为P波,代表左右心房开始收缩,把心房内留存的血液压入下方的心室,相当于心脏工作的预备蓄力阶段。紧随其后又高又尖的QRS波群,是整张图纸里最醒目的波形,对应心室快速收缩,也是心脏向外供血最关键的环节,心室强力收缩,才能把血液输送到全身各处脏器,维持人体日常的行动运转。末尾缓缓下降的T波,意味着心室舒张放松、回归初始状态,静待下一轮电信号到来,至此完成一次完整的心跳周期。

体检常规做的静态心电图,只能记录短短几十秒之内的心脏电活动,这也是很多人时常心慌、胸口发闷,做普通心电图却查不出问题的核心原因。这类临时发作的心脏不适感,大多属于短暂的心律不齐,如果发病时间刚好错过了检查的短短几分钟,异常信号就没办法被仪器记录。碰到这类情况,医生通常会建议佩戴24小时动态心电图设备,随身佩戴记录仪,日常吃饭、走动、睡觉都不受影响,全天候记录一整天的心跳状态,就算一天之内只零星出现几次异常搏动,也可以完整留存记录,能明显提高心律失常的查出概率。

日常心电图还有两个流传很广的错误认知,需要大家分清。第一种,认为心电图结果正常,就说明心脏完全没有健康隐患。心电图只针对心脏电活动进行检测,面对冠脉血管狭窄、轻微心肌供血不足、心脏脏器结构的实质性问题,很难做出精准判定。想要全方位排查冠心病、心脏瓣膜病变等问题,需要搭配心脏彩超、冠脉CT等其他检查项目共同判断。第二种,只要报告单标注轻微异常,就认定自己得了严重的心脏疾病。长期熬夜、身体过度疲惫、情绪剧烈激动、常喝浓茶浓咖啡,或是做检查时精神紧绷紧张,都容易造成临时的窦性心律不齐、早搏现象,这类属于生理性变化,基本不需要用药治疗,调整作息、平复情绪之后就能自行恢复,完全没必要过度焦虑。

心电图属于内科入门级检查,价格亲民、全程无创,没有辐射伤害,适用人群范围极广,新生儿和高齢老人都可以安心检查。这项看似简单的检查,是医生筛查心律失常、急性心梗、心衰等急症的首要手段。尤其是突发胸痛、心慌、头晕的患者,即刻完成心电图检查,可以快速锁定病灶根源,为后续急救争取充足的时间。

心脏日复一日不间断地跳动,不会主动表现出劳损与病变,心电图就相当于解读心脏状态的翻译工具。想要看懂这些波形曲线,并不需要掌握高深的医学专业知识,就能读懂心脏传递的健康提示。认真对待每一次心电图检查,读懂心跳无声传递的信号,就是我们养护心血管健康,简单又实在的办法。

老年人疼忍忍就过去了? 带状疱疹后神经痛的干预红线

义乌市稠江街道社区卫生服务中心综合病区 许烨萍

“年纪大了,有点疼正常,忍忍就过去了。”这句话在带状疱疹后神经痛(PHN)的老年患者里听得太多。可惜,神经痛不是风湿痛,也不是腰腿劳损,“忍”不仅换不来好转,反而会把急性痛拖成顽固的慢性痛,让后续治疗难上加难。搞清楚这条“干预红线”划在哪里,比吃多少止痛药都管用。

1. 先弄明白:带状疱疹的“疼”,为什么会赖着不走

带状疱疹是水痘-带状疱疹病毒“复活”引起的。年轻时得过水痘,病毒没走,而是躲进脊神经节里“冬眠”。年纪大了,免疫力垮了,病毒就沿着神经“跑”到皮肤上,搞出一片簇状水泡,这就是带状疱疹。多数人水泡结痂后就算翻篇了,但一部分人皮肤好了,疼却留了下来——这就是带状疱疹后神经痛。它的疼不是皮肤的问题,是神经本身出了问题。病毒攻击神经,造成神经纤维脱髓鞘、轴索损伤,神经信号乱传,大脑收到的全是“假警报”。更麻烦的是,疼久了,脊髓和大脑的痛觉中枢会被“重塑”,形成中枢敏化——本来轻轻一碰不该疼的,现在衣服蹭一下、风吹一下都钻心疼。这种“疼痛记忆”一旦定型,再想逆转就很难了。所以PHN的治疗逻辑不是“止住疼”,而是赶在中枢敏化定型前打断它,这就是“红线”存在的意义。

2. 四条“干预红线”,碰到了别再忍

第一条红线:皮疹好了,疼还拖着不消。水泡结痂脱落、皮肤长平了,局部的烧灼样、电击样、针刺样疼还在,甚至比原来还重——这是PHN最典型的信号。这时候别等“自己好”,该就疹疼痛科或神经内科了。

第二条红线:疼的性质变了,或出现“痛觉过敏”。普通的疱疹疼是持续灼痛,如果演变成阵发性电击、刀割、针刺,或者出现痛觉过敏——轻触皮肤、穿衣、盖被都能诱发剧疼,说明神经已经进入异常放电状态,单靠口服药很难压住,需要联合

神经阻滞、脉冲射频等介入手段。

第三条红线:疼到影响睡眠、情绪。能睡整觉的疼和半夜疼醒的疼,完全是两个量级。一旦疼到睡不着、白天烦躁、食欲差、不愿出门,说明疼痛已经在影响全身状态,老人容易出现焦虑抑郁、免疫力进一步下滑的恶性循环,必须系统干预,不能硬扛。

第四条红线:高龄、有基础病、出疹时疼得凶。这几类是PHN的高危人群:年龄越大风险越高,糖尿病、肿瘤、长期吃免疫抑制剂的人神经修复能力差,出疹时急性期疼痛剧烈、水泡范围大的,更容易遗留PHN。这类人从出疹第一天起就该规范抗病毒+镇痛,而不是等疱好了再看“疼不疼”。

3. 干预怎么做:抢时间比加药量重要

PHN的治疗是分层的。轻的用钙通道调节剂(如加巴喷丁、普瑞巴林)、外用利多卡因贴剂等,把异常放电电压压下去;中重度的,单靠口服药不够,要做神经阻滞——把药物打到受累神经周围,既消炎又阻断痛觉传导;更顽固的,可以用脉冲射频调控神经,不破坏神经组织,但能把异常放电“重置”。关键就一句:越早干预,手段越轻,效果越好。拖成中枢敏化之后,用药剂量翻倍、介入做两轮,老人也遭罪,性价比太低。

4. 预防比治疗更划算

带状疱疹疫苗是目前公认的PHN一级预防手段,50岁以上人群接种,能大幅降低发病和后遗症神经痛风险。出疹期规范用抗病毒药(72小时内上药效果最好)、急性期就把疼痛控制在轻中度,也能明显减少PHN发生率。对老人来说,这两件事比“疼了再治”划算得多。

最后说句实在的:老年人的疼从来不是“忍忍就过去”的小事。带状疱疹后神经痛的红线,划的不是“多疼才看病”,而是“别让疼有机会定居下来”。早点认账、早点找疼痛科,比什么都强。