

# 心脏起搏器迎来 6.0 时代 植入起搏器后 能做核磁共振检查



除了治疗心动过缓以外,心脏起搏器还可运用于治疗心跳过快及心力衰竭等疾病。植入型心律转复除颤器(ICD)能全天候及时终止可致命的室性心动过速和心室颤动,有效预防心脏性猝死;而心脏再同步化疗法(CRT)是一种三腔(右心房+左心室+右心室)起搏器,通过优化心房-心室和左室-右室的起搏间期,使心脏协调收缩,从而治疗心衰,并能降低心衰患者的死亡率。

## 合并其他心脏问题仍需规范治疗

大多数情况下起搏器是为那些心率过慢而引起不适的人准备的,心脏停跳3秒以上或心率经常

低于40次,尤其是出现眼前发黑、突然晕倒的患者,应该植入起搏器。宿燕岗教授指出,植入心脏起搏器只是针对一种心脏问题,如心动过缓,如果病人同时合并冠心病、高血压等时仍需要针对这些基础心血管疾病进行治疗。

## “解禁”核磁共振检查

宿燕岗教授介绍,植入了起搏器的人完全可以像正常健康人一样生活,能够安全出入各种带有辐射的环境,如微波环境、拨打手机、机场车站安检、乘坐磁浮列车等,但如需接受MRI检查,则成为绝对禁忌证。这是因为传统起搏器和电极导线原有的材料和结构工艺在强磁场中会出现诸如发热、异常

感知和起搏等现象,严重的可致电极头端发热灼烧心肌导致穿孔或使起搏感知异常导致的恶性心律失常,可致患者死亡。而核磁共振恰恰是通过强磁场对人体进行扫描诊断。

医学科技的进步带动了起搏器的一次次革新。现在通过对包括材料和工艺在内的一系列技术的改进,有了可以接受MRI的起搏器和导线,被称为核磁共振兼容型起搏器。有了这种起搏器,患者在植入后就可以有条件地安全接受MRI检查。

MRI已被越来越多地应用到临床诊断中,尤其在退行性病变、软组织损伤、脑卒中、肿瘤等领域已获得了广泛认同并被列为了诊断的金标准。植入起搏器的多为中老年患者,是上述疾病的高发人群尤其可能需要MRI检查,所以患者对核磁共振兼容型起搏器的需求越来越迫切,这也注定了核磁共振兼容是未来起搏器的趋势。

中山医院心脏内科在葛均波院士的带领下,由宿燕岗教授领导的心脏起搏器小组年植入量已超过1000台,拥有丰富的经验和专业技术,软、硬件俱全,在国内外均享有很高声誉。魏立

68岁的王先生因心跳太慢,窦性心动过缓低于每分钟40次,必须安装心脏起搏器来恢复和维持正常的窦性心律。但是他同时还伴有其他慢性疾病,不能排除未来接受核磁共振检查的可能性。好在心脏起搏器进入了核磁共振兼容型起搏器时代。日前中山医院心脏内科宿燕岗教授为王先生植入了由百多力公司研制的全身核磁共振兼容型起搏器。该起搏器相比传统起搏器除了核磁共振兼容外,还在体积和其他功能上都更胜一筹,在植入方法上与传统起搏器并无二致,手术取得圆满成功。将来王先生就可以安全地接受核磁共振检查。

复旦大学附属中山医院心脏内科宿燕岗教授介绍,全国每年新增7万多例心动过缓、传导阻滞的病人靠心脏起搏器维持心跳维系生命。心脏起搏器技术至今已已有60余年,历经了无感知起搏器、单腔有感知起搏器、双腔有感知起搏器、频率应答起搏器、远程监测+频率应答起搏器、核磁共振兼容型起搏器等多次技术飞跃,现在是全新升级的“心脏起搏器6.0时代”——核磁共振兼容型起搏器。

## “快慢通吃”的常规方案

心脏起搏器是一种植入于体内的电子治疗仪器,很小、很轻,它时刻监控人体的心跳,必要时可以发出电刺激信号,以保证心脏按正常节律跳动,达到治疗由于某些心律失常(主要是缓慢性心律失常)所致的心脏停止跳动的目的。常见的起搏器分为单腔、双腔和三腔起搏器。



知“心”话

对于强迫症有许多流言,比方说微信上出现未读标志一定要立马点开;摆放东西非常讲究位置,总是要放得整整齐齐;饭后饭碗里必须一粒米不剩;旧纸币往往要马上用掉……以上这些表现究竟是不是强迫症,强迫症到底又是怎样的呢?下面就让我们揭开“强迫症”的神秘面纱。

强迫症是一种以强迫观念和强迫行为为主要特征的神经症性障碍。强迫观念是反复出现的持久的想法、冲动或画面,这些观念往往是闯入性的,常能引起人们的焦虑。强迫行为是反复出现的动作(如强迫洗手、排序、检查)或思维化的强迫行为(如祈祷、计数、默念等),人们常感到不得不去执行强迫行为以减轻强迫观念带来的焦虑。

有流行病学调查显示,强迫症患病率约为2.5%,可以说,在日常生活中并不罕见。发病年龄范围从青春早期到成年早期,且男性(一般发生在13-15岁)较女性(一般发生在20-24岁)发病更早。

强迫症的发展通常是循序渐进的,但也有急性发病的报道。许多患者在寻求治疗以前已经患病好多年。强迫症患者通常会与一般功能损害有关,比如工作中断或婚姻破裂。

抑郁、焦虑、恐惧回避、过分担心往往与强迫症伴随发生。有研究表明,在强迫症患者中,单纯恐惧症的终生发病率约为30%,社会恐惧症为20%,惊恐障碍为15%。约有30%的强迫症患者符合大部分抑郁症的标准,还发现约40%的患者患有睡眠障碍。已有研究发现了强迫症和饮食失调之间的关系。大约10%的女性强迫症患者有神经性厌食症的病史,同时超过33%的贪食症者有强迫症病史。多发性抽动症和运动性抽搐似乎也与强迫症共病。

有时,普通人会发现强迫症很难界定,如强迫症和“细致严谨”容易混淆。“细致严谨”无疑是一种优秀的品质,但我们说凡事都要有个“度”,只要这种“细致严谨”把控在一定范围内,那它便是我们成功的法宝,但如果超过了这个“度”,事事苛求,力求完美,以致影响正常工作、生活,那就要引起注意了,必要时找精神科医生咨询诊治。

患上强迫症不等于“被判无期徒刑”,只要对症下药,积极配合治疗,强迫症患者便能使自己的机能维持在正常状态下,继续工作、生活。张骋姣 王建玉 范青 张海音(上海市精神卫生中心临床心理科强迫症特色专科)

「细致严谨」过度就会变成强迫症吗?

# 发现异物误吸应及时送医

每逢节庆,气道异物、咽部异物和食管异物的急诊病人总会有小幅增加。据复旦大学附属耳鼻喉科医院急诊科统计,从2月7日零时至2月8日上午十一时,共收治气道异物3例、食道异物100例。

急诊科主任林岳鑫指出,在已收治的气道、食道异物患者中,儿童和成人都有,大多是鱼刺、坚果造成。意外发生的情境往往是孩童之间玩闹嬉戏,家长疏于看护,当

孩子突然发生呛咳、剧烈的阵咳、涕泪横流时,家长才意识到了气道误吸。如果异物较小,刺激性不大,或异物经气管进入支气管内,则可在一段时间内,表现为咳嗽和憋气的症状很轻微,甚至消失,出现或长或短的无症状期,常常迷惑家长,疏于带孩子到医院诊治。其实,异物可嵌顿在一侧支气管内,久而久之,被肉芽组织或纤维组织包裹,造成支气管阻塞易引

起继发感染。长时间的气管异物,有类似化脓性气管炎的临床表现,如咳嗽带血、肺不张或肺气肿,引起呼吸困难和缺氧等。

林岳鑫主任强调,气管异物停留越久危害越大,因此,幼儿有明确的气管异物病史,无论症状轻重,家长不能存有侥幸心理,应紧急送幼儿到医院治疗,以避免或减少发生窒息和其他并发症的机会。因为幼儿气管异物自然咳出的机会很少,医院仪器设备齐全,专业技术成熟,手段方法多样,用喉镜或气管镜能很快取出异物。

为了预防幼儿气管异物的发生,要避免幼儿在吃东西时哭闹、嬉笑、跑跳,吃饭要细嚼慢咽。同时不要给幼儿吃腰果、花生、瓜子等不易咀嚼的食物,更不要强迫喂食,这些都容易造成幼儿气管异物。另外在幼儿的活动范围内应避免存放小物品,如小纽扣、图钉等,防止出现误食意外。

林岳鑫主任指出,和气道异物

一样,凡有异物存留咽部和食道,也应及时取出异物,时间越长局部炎症反应就越大,不仅妨碍镜下观察也妨碍异物取出。尽早取出异物不仅可减轻病人痛苦,也可防止并发症的产生和发展。

食管异物是指因饮食不慎,误咽异物,如鱼刺、骨片或脱落的假牙等,异物可暂时停留或嵌顿于食管。常表现为食管异物感、吞咽困难、胸骨后疼痛等。严重者可能造成食管壁、纵膈脓肿、穿破大血管甚至危及生命,一经确诊需立即处理。

传统的吞饭团、喝醋、海姆立克急救法都不可擅用,这些方法只会使异物嵌入组织深部,或不幸嵌顿在声门部位引起窒息,也给医生取出异物增加困难。患者需要做的是保持情绪淡定,立即前往医院急诊交由医生处理。林岳鑫主任建议老年人在进食时,无论汤圆、红烧肉、果冻、八宝饭、春卷,都要小口小口吃,带核的食物先去核再吃。

异物误吸直接危及生命安全,因此大家应充分认识其危害性,积极预防远胜于急救治疗。乔阔 本版图片 TP



# 阿司匹林,饭前吃还是饭后吃?

阿司匹林是许多人日常生活中经常服用的药物,但到底是饭前吃还是饭后吃的问题,患者经常会不同的“医学专家”的不同的指导弄得不知所措,有的说饭后吃,因为饭前吃对胃肠道有刺激;有的说饭前吃,有利于药物的吸收。那么,到底什么因素决定药物是饭前还是饭后吃呢?

从药学的角度来说,决定一个药物到底是饭前吃还是饭后吃,取决于3个因素:

(1)食物是否影响药物的吸收速度和吸收程度。比如食物可以使卡托普利的吸收量减少近50%,所以卡托普利要饭前服用,或者饭后

两小时服用;再比如左甲状腺素钠(优甲乐)的吸收容易受到食物中的铁、钙等离子的影响,所以必须早晨空腹(即经过一个晚上的肠道清空后的清晨状态)服用。

(2)药物对胃是否有明显的刺激作用。比如补钙的碳酸钙在胃酸作用下,可以产生二氧化碳,反而会刺激胃酸分泌,导致胃胀和胃痛,所以应该在饭后服用;治疗贫血的补铁剂(如富马酸亚铁)对胃肠道的刺激也很大,一般选择餐后服用。

(3)具有特定治疗目的的药物

有特定的服药时间。胃酸分泌的高峰是在进食后的30分钟至1小时。抑制胃酸分泌的药物奥美拉唑镁,服用后在肠道中被吸收入血,再随血液循环分布到胃壁细胞中,发挥抑制胃壁细胞的排酸系统,减少胃酸的生成,这些过程需要一定的时间。所以,饭前服用奥美拉唑等质子泵抑制剂,可以很好地抑制进餐后的胃酸分泌。

目前最常使用的“阿司匹林”是肠溶型,通过这种“肠溶”技术,使得包裹在“肠溶衣”里面的阿司匹林在

胃的酸性条件下不被溶解出来,而只有在肠道的碱性条件下,肠溶衣才被破坏和溶解,释放阿司匹林。这既减轻了对胃的刺激,也方便阿司匹林在肠道中的吸收。所以,肠溶阿司匹林(或阿司匹林肠溶片)一定要在饭前服用,这样不会刺激胃,也有利于其在肠道中溶解和吸收;相反,肠溶阿司匹林餐后服用却能增加对胃的刺激。

在特殊情况下,如行急诊PCI(支架植入)术前或术后,医生为了让大剂量阿司匹林尽快吸收,迅速

发挥抗血小板聚集的疗效,会让患者将肠溶阿司匹林在口中嚼碎后吞服。这种特殊的用法,必须在医生的指导下使用,但不是常规的服用方法,也需要警惕患者是否有胃溃疡的禁忌。

根据《临床用药须知》《国家处方集》(儿童版)等多项临床指南,外科手术病人术前7天停用阿司匹林。但仍有可能术中、术后大出血,可输新鲜血小板以帮助止血。一旦因阿司匹林引起的出血,应该首先考虑输血小板,此时输血小板是最合适的对症治疗。宋丹琳(同济大学附属上海市同济医院药剂科药师)