

芒种忙麦上场 闷湿热心易伤 专家观点:炎夏来临 积极预防心肌梗死

胸闷、出冷汗、乏力 中暑还是心梗?

◆ 张筱琳

在芒种节气,天气潮湿闷热,很容易诱发心血管系统疾病。因为闷热的天气可使心率加快、血压升高、心肌耗氧量增加,导致心肌梗死、心衰加重、严重不稳定性心绞痛、高血压危象等心血管急症发生。

张雅君教授解释,部分急性心肌梗死表现与中暑的先兆症状有些相似,人们应注意区别,谨防发生混淆,耽误救治时机。中暑病人早期会出现头痛、头晕、气短、多汗等症状;急性心肌梗死的主要症状是胸前部疼痛,同时伴有全身不适,如冷汗、面色苍白、乏力、恐惧、恶心呕吐、濒死感等。先兆中暑和轻度中暑病人迅速转移到阴凉通风的地方休息后,再配合其他消暑措施,病人病情会很快好转;而急性心肌梗死的症状一般会持续不缓解或反复发作,这时就必须到医院诊治。

有调查显示,心梗猝死病人与天气等外因有一定关联。天气闷热使人容易感到疲劳,特别是青壮年,长期处于紧张的工作和竞争的压力下,生活、饮食不规律,睡眠时间相对不足,一部分人看起来身强力壮,其实已经处在亚健康状态,一旦出现过度劳累等情况,就容易诱发心脏意外事件。再者,闷热的天气常使人心情烦躁、焦躁不安、心火旺盛,加上昼长夜短,如果睡眠质量不好,工作劳累却缺乏休息,都会成为心肌梗死的诱因。而对于本身就有心血管疾病的人来说,在这种潮湿闷热的环境下,尤其要警惕心梗的发生。

心绞痛发作时间、周期、程度 预示心梗的发生

就凶险程度而言,没有任何一种疾病能

“芒种忙,麦上场”,芒种意味着麦穗满粒,需在雨季前抢收,也意味着天气逐渐闷热、蚊虫渐多。上海远大心胸医院张雅君教授提醒,心肌梗死并非只在冬季容易发作,夏季亦是发病的危险期。人体在夏季出汗较多,血液黏稠度上升,血小板聚集,极易诱发心肌梗死,这一事实往往被人忽视。

与急性心肌梗塞相比。心肌梗塞是由于供应心肌血液的冠状动脉突然闭塞,导致心肌血液供应中断,心肌坏死,出现严重的心律失常引起心脏功能的突然丧失,出现猝死。目前,冠心病死亡率是国内疾病死亡率之首。

大多数人会因其突如其来、不可预知的发病特点而心生畏惧,其实许多病人在心梗发作前几天,身体会出现某些先兆症状,即心梗前状态,但这些征兆有时不易与不稳定性心绞痛相区别。稳定性心绞痛:发作持续时间一般不超过15分钟,经休息或舌下含服硝酸甘油可得到缓解;不稳定性心绞痛:心绞痛发作频繁、程度加重、时间延长,经休息或含药不能缓解,发作时疼痛性质也和正常心绞痛发作有所不同,如伴有咽部异物感、肩或上腹痛、胃酸上涌等。此外,过去无心绞痛史的病人,突然出现心绞痛,并伴有胸闷、心慌、气短等症状时,也应该引起警惕。

与稳定性心绞痛相比,不稳定性心绞痛的疼痛更强,持续时间更长,较低的活动量就可诱发,大约30%的不稳定性心绞痛病人在发作后3个月内可能发生心肌梗死。一旦发生心梗,首先要镇静,就地坐下休息,并含服硝酸甘油,如果家中备有氧气袋,应立即给患者吸氧。同时家属应立刻拨打急救电话。

芒种季节多雨、闷热 心梗患者该怎么吃药?

正常人的冠状动脉是内壁光滑的血管腔,但是在一些患有高血压、糖尿病、血脂胆固醇升高、吸烟、过量饮酒、精神压力大、缺乏运动、超重等危险因素的人群中,冠状动脉的内皮细胞易受到损伤,使得血液中的脂质成分沉积在动脉壁的内膜下,逐渐演变成动脉硬化斑块。

急性心肌梗死的发生,90%是冠状动脉粥样硬化病变处,或其附近有血栓形成而发生的冠状动脉阻塞。很多患者的认识有误区,认为夏季气温升高,血管扩张,不容易形成血栓并发生堵塞,可以减少所服用药的药量。这种误区常使有些患者因减药或不规律用药诱发心肌梗死发作,酿成悲剧。

心梗患者应该严格按照医嘱用药,并应定期复查,调整用药。张雅君教授继续补充说,到了夏季,心梗发作几率增加,应及时去医院做相关检查,以确定是否需要调整用药及药量,切不可自行盲目调药或增减药量。外出时也要随身携带硝酸甘油或亚硝酸异戊酯等抗心绞痛药物。

专家简介



张雅君 主任医师,教授,从事临床工作三十余年,专攻心血管专业。上海远大心胸医院VIP中心主任,原交通大学附属同仁医院特需中心主任。上海医学会心血管专业委员会委员。中国远程医学学会心脏监护专业委员会委员。参加国家九五高血压课题研究,完成先心病、冠心病研究的多项课题,多次获科技进步奖,发表医学论文30余篇。

别把黄斑前膜当老花

◆ 吴瑞莲

随着智能手机和移动互联网应用普及,大叔大妈也成为新潮的手机一族。不过,视力基础不佳与手机久视疲劳使这些上了年纪的老人也闹出了不少笑话。此前,长沙张大妈因老眼昏花误认为自己充值了20万的手机话费而焦急失措,最后发现自己是错买了理财产品,弄得家里人互相埋怨争执多日。事后张大妈第一时间去医院配镜,经诊断,罹患了黄斑前膜。对此,著名眼科专家张淳博士提示,其实许多眼病都会引起视力下降,看东西模糊。老年人总希望通过配镜解决视觉问题,可能反而错失了找出眼疾“真凶”的最佳治疗时机。

医技只为患者保驾护航

张淳博士解释说,目前,黄斑前膜的手术方式借助了广泛应用于眼底疾病的微创玻璃体切割技术——利用玻璃体切割头将微小的镊子送入眼底黄斑区的视网膜上方,剥除纤维膜。他解释说,黄斑前膜手术需要玻璃透明无色的薄膜,因而这是对医者精力、体力和专注度的要求都非常高。高倍显微镜下的剥离术,稍有不慎就可能破坏下层的视网膜,所以技术非常关键。此外,内界膜接近人眼的黄斑区,针对部分内界膜易碎或粘连黄斑点的患者就需要更多的耐心和毅力了。

近来,同时罹患白内障和黄斑前膜的老年患者日渐增多,张淳博士表示:“对于复杂眼病的联合手术,时间长短就决定了患者的恢复情况。这就形成了一个良性循环。医者的技术越成熟,手术的时间就越短,患者的恢复就越快,并发症越少,不用再被术后的角膜水肿及出血所困扰。”

对于黄斑前膜手术,如今普遍的技术是在内界膜上使用色素对其进行染色,便于纤维膜的分辨与剥离。张博士却提醒,此类应用于患者眼部的染色剂虽然是医用的,但仍然存在着一定的毒素,这种毒素可能会损害患者的视网膜。医疗设备可以提供良好的显微效果,却无法省去染色这一步骤。医生之所以需要精进医术的目的就在于此。医技成熟的眼科医生可以熟练地在不加任何染色剂的情况下,剥除其透明纤维膜。

张淳博士指出,黄斑前膜的恢复并非立竿见影。术后患者的黄斑水肿通常需要一定的时间才可完全吸收。因而术后复查实时观测黄斑水肿情况十分重要。在光学相干断层扫描技术OCT的帮助下,患者可以清楚地了解自己黄斑部的水肿吸收情况,同时也便于医生对黄斑前膜的恢复做判断。

一旦出现视物变形须“备受关注”

据了解,老年人许多眼病的前期表症都有相似的地方。比如,老花眼和黄斑前膜都会导致视力下降和视物模糊的症状,让真正罹患黄斑前膜的患者产生自己是老花眼的错觉。张淳博士介绍说,老花眼是一种生理现象,随着年龄增长,老年人的眼部肌肉的调节能力也随之减退,导致变焦能力降低。因此,老年人由于影像投射在视网膜时无法完全聚焦,看东西就会变得模糊不清。

与老花眼相较,黄斑前膜则是眼底黄斑区的病理性问题。张淳说,黄斑前膜是指黄斑区靠近视网膜的无血管纤维组织膜,这一位置的纤维组织膜就会导致患者出现了视物模糊的症状。

该如何区分这两者呢?张淳博士认为:“任何累及黄斑部的病变都会引起中心视力的明显下降、视物色暗、复视、变形等症状,黄斑前膜也不例外。”张淳指出,以老年人为主体的黄斑前膜多是由玻璃体后脱离所导致的,这是因为眼底玻璃体后脱离的发生非常符合老年性玻璃体变化的规律。而眼部黄斑疾病一旦晚治或不治,都会使黄斑区的功能无法得到很好的恢复,发展到后期导致失明。

张淳提醒,由黄斑前膜引起的视物变形比黄斑区的其他病变都更为典型。当然,更为重要的是进行专业的眼检查,如通过光学相干断层扫描技术(OCT)等诊疗检查手段,才能真正确定是否罹患了黄斑前膜。

黄斑前膜手术宜早不宜迟

张博士指出,目前临床上对于黄斑前膜的治疗时间一直存在争议。手术与否取决于患者症状、视力下降程度、视力要求、是否伴随眼部其他疾病、年龄以及对侧眼情况等的不可测因素让治疗时间趋于不明朗化。

张博士说,现在依然存在“提倡晚做手术风险小”的观念存在。这种观念认为,过早实施手术,纤维膜剥离难度高,手术失败率也会相应增加。于是便出现了这样一种恶性循环。即病人会因手术失败率高而对手术敬而远之,推迟接受手术的时间。错过了黄斑前膜的最佳治疗时机,最终使手术效果更下一成。

“在我看来,黄斑前膜手术宜早不宜迟。”张淳博士建议,手术早做对患者有好处。但是晚一些做,医生的压力会比较大。手术指症不应以医生的压力大小为标准,而应以患者为出发点,才是一名医者应该做的。“因此我认为,视力处于0.3至0.7之间的黄斑前膜患者一旦出现了视物变形,就必须实施手术,剥离纤维膜。”

新民健康推出 免费眼科专家咨询号

即日起,新民健康工作室特别推出“免费送专家咨询号”活动,本期将分别送出30名眼底病专家张淳博士咨询号,有需求的读者可拨打新民健康会员服务中心热线021-33190919(10:00-17:00),或发送短信“专家+姓名+联系方式”至18917328756报名参与。

专家简介



张淳 副主任医师
擅长:出血性、缺血性及增殖性眼底疾病的精确诊疗及激光手术;各种疑难眼底疾病、复杂白内障、疑难玻璃体视网膜;黄斑裂孔及黄斑前膜的手术治疗以及超声乳化、玻璃体切割联合性手术;青光眼、黄斑变性等复杂眼底手术;严重性眼外伤的临床救治。