

# 胸痛未必是心梗 更加要命是夹层

冬季来临,气温骤降,长海医院的急诊室收治了很多“胸痛”的病人,其中有不少人误以为自己是心梗发作,可是自己以前也没有心脏疾病啊,怎么会痛得直不起腰来了呢?那么,是不是所有的“胸痛”都是急性心梗呢?并非如此!

## 不“出名”却“致命”的疾病—— 主动脉夹层

主动脉是体内的一根大动脉,承担了体内大部分组织器官的血供,是名副其实的“生命主干道”。主动脉壁由内膜、中膜和外膜组成。正常情况下,这三层膜像“三夹板”一样紧密地结合在一起,在某些意外刺激下(例如血压过高、血管壁受到外伤或自身病变),内膜就会破裂,血流由破损处冲入主动脉壁的中层。高速、高压的血流像刀刀般将“三夹板”从中间劈开,造成主动脉中层分离。分离过程中,病人会感到剧烈的撕裂样的疼痛,甚至产生濒死感。夹层可以沿主动脉方向一直向下延续,疼痛会从胸部开始,一直延续到背部、腰部和腹部。分离的中层内很快形成一个新的管腔,医生称之为“假腔”,原来血液流动的主动脉血管就称为“真腔”。

由于主动脉的中膜被撕开,假腔的外壁只剩下薄薄一层外膜,因此主动脉夹层形成以后,最致命的是管壁的破裂——外膜若顶不住汹涌的血流,则血管之破裂犹如江河决堤一般。动脉的血流本就速度极快,外膜破裂后血液更是肆意喷涌,病人几分钟内即死亡。如果管腔没有破裂,主动脉夹层仍会引起其他次生灾害,如真腔堵塞:当假腔内的压力超过真腔以后,真腔会被逐步压扁,直至完全堵塞。主动脉是供应全身血液的主要通道,无论堵塞在哪里,都极其危险,轻则致命,重则致残。

除非医生做出“夹层较为稳定”的诊断,大多数确诊的患者均需要进行手术治疗。未经治疗的主动脉夹层死亡风险很高,在疾病发作的第一个24小时有非常高的死亡风险,每过一小时死亡率增加1%,75%未得到治疗的升主动脉夹层患者在2个星期内死亡,其危害性不容小觑。而经过积极治疗的胸主动脉夹层患者30天



生存率为90%。

## 极易与心梗混淆的表现—— 胸痛

由于人们对急性心肌梗死比较熟悉,一旦出现胸部剧烈疼痛时,通常首先想到心梗的可能,甚至接诊的医生也往往会“先入为主”,按心梗救治。然而,主动脉夹层与心梗是两种完全不同的疾病,症状却极为相似,如大汗淋漓、胸部剧痛乃至休克。为了避免判断错误导致病情延误,需注意鉴别以下几点:

- 第一,病史。夹层病人发病前很少有胸痛症状,而心梗病人多半有过心绞痛发作的历史。
- 第二,血压。除非血管彻底破裂出血,一般夹层病人发病时血压反而会升高,而心梗病人在发病前若有高血压,发病时血压会降低。
- 第三,疼痛过程。夹层病人的胸痛症状一出现即达到顶峰,不加重或减轻,而心梗病人的胸痛剧烈而持久,随着时间流逝疼痛逐渐加重。
- 第四,疼痛部位。夹层病人的胸痛主要在胸背部,而心梗病人的胸痛主要在前胸。

第五,疼痛性质。夹层的胸痛主要为撕裂样疼痛,心梗病人的胸痛一般为闷痛。

第六,心电图诊断。夹层病人的心电图没有心梗的典型表现。

## 治疗方式的转换—— 从巨创到微创

上世纪90年代,腔内血管外科技术的出现使主动脉夹层的微创治疗成为可能。几十年来,在血管外科医疗创新团队的不懈努力下,微创手术领域被不断开拓,腔内血管外科技术和设备不断进步,胸、腹主动脉夹层的诊治模式,早已从传统巨创手术转向腔内微创治疗。手术时,医生利用穿刺针、导管将带支架的人工血管注入主动脉。当人工血管到达病变部位后,将其从导管内释放,使人工血管固定于病变主动脉两端,封住血管内的“伤口”,血流即从支架腔内流过,假腔也逐渐萎缩。由以往的“从外到内,打开来看”到如今的“由内而外,伸进去治”,微创手术的创新性可见一斑。

微创手术的魅力不仅体现于手术的过程中。手术结束后,病人当晚就能吃东西,第二天就可以下床活动筋骨。手术的并发症和死亡率也明显降低。许多患有多种慢性病,无法忍耐传统巨创手术的高龄病人也得到了治愈的机会。

## 日常生活中的预防—— 健康的生活习惯

虽然微创手术创伤小、愈合快、疗效好,但我们仍然提倡疾病以预防为主。因此读者若有以下几种情况,请高度重视。

**高血压** 患有高血压的朋友,应在医生指导下坚持合理的药物治疗,将血压稳定控制在正常范围,保持健康的生活方式,避免过度疲劳和情绪激动。情绪波动大的人血压波动也大,长期血压高的人本来血管壁僵硬,血压波动明显,加之情绪因素,血压波动更大,高压的突然增高将会使本已脆弱的血管壁破损,容易引起夹层。

**酗酒** 醉酒以后人会睡得很深,会打呼噜,导致呼吸不畅,血液中的氧含量下降,进而导致血管收缩,血压升高,清晨起床时血压往往是最高,此时最容易导致血管壁的损伤,继而发生夹层。

**马凡氏综合征** 这是一种遗传性疾病,患者应定期体检,避免剧烈运动,必要时及时手术,预防主动脉夹层的发生。

**景在平(主任) 冯睿(副主任)**(第二军医大学附属长海医院血管外科) 本版图片 TP



知“心”话

冥想让内心获得平静

年关将至,是不是忽然发现各方压力扑面而来?压力一大,很多人就开始焦虑,一旦开始焦虑,就更没法安心做事,恶性循环。缓解压力的方法多种多样,今天就来介绍一个随时随地都可以做的——冥想。

经常有人问,冥想和发呆到底有什么区别?简单的说,发呆时注意力涣散、无目的,而冥想时则注意力高度集中,有目的。

那么,冥想到底是什么?冥想是一种改变意识的形式,它通过获得深度宁静状态而增强对内心的察觉,对身体、情绪和想法的察觉,目标是停止意识对外的一切活动,而达到忘我之境。

首先,观察呼吸。初学者一般很难把注意力高度集中起来,观察呼吸就是很好的训练注意力的方法。先找到让自己最放松的坐姿,慢慢闭上眼睛,随着一呼一吸在心里默念:“呼气”——“吸气”——“呼气”……觉察自己的呼吸,不要让它们因为关注变得不自然,感受它们在身体内流淌。

当自己可以把注意力集中到呼吸上一段时间后,就可以慢慢开始观察身体的感受。专注于这份感觉,为它们命名,与它们联结。记得在这个阶段里,无论体验到什么,依然要保持感受呼吸。

完成以上两个阶段后,就可以进而观察自己的情绪了。可能一瞬间,会有很多情绪涌来,烦躁、悲伤、寂寞、恐惧……不要因为感受到这些就误以为自己打断了冥想,其实依然在冥想中,自己所感受到的一切都是沿途的一部分。承认这种情绪,找到它们的起源,不需要对抗它们,它们源自内心,与它们共处是很重要的释放和修行。

情绪升起又消散,接下来便需要观察自己的想法。想法往往会在比如烦躁、不安等情绪后出现。观察自己的想法久了,你就会慢慢知道自己的大脑是如何思考的,自己的思维模式又是如何形成的,你是更擅长听从内心的声音,还是会被思维所桎梏。

冥想是一根魔杖,引导你进入内心的宝地。合理运用它,你不仅仅会获得压力的释放,还会感受到活在当下的美妙,甚至能获得对自己的思维、身体、情绪等方面细致入微的觉察力。在你最忙碌、最焦虑、最疲惫的时候,不妨试试这根魔杖,在你敞开心之后,它会给予你意想不到的馈赠。

**竺映波**(同济大学附属第十人民医院心理科博士)

# 反歧视、宽容与接纳才是防艾更好的对策

今年的12月1日是第28个世界艾滋病日。今年活动主题是“行动起来,向‘零’艾滋迈进”。据统计,从2008年到2014年间,全国每年新发现的HIV/AIDS病例增加不到2倍,但同期新发现的职业为学生的病例却上升将近4倍。而这些青年学生病例约80%是通过男男性行为感染的。自2014启动以来,“美好青春我做主”红丝带健康大使青春校园行活动已走进20余所高校。在向青年学生传播防艾反歧视知识和理念上,该活动发挥了重要的宣教作用。

歧视源于对艾滋病的无知和偏见。日常生活和工作接触,不会传染艾滋病,我们大可不必因为害怕感染而与感染者隔绝。歧视只会使感染者迫于压力,将自己隐藏得更深,更难以发现和接受治疗。这对于控制艾滋病是非常不利的。我们的敌人是艾滋病,不是艾滋病病毒感染者,

不管是什么原因导致感染,HIV感染者与其他病人一样,需要的是人们和社会给予公正对待和帮助。

上海公共卫生临床治疗中心主任卢洪洲介绍,一个艾滋病病毒新发感染的20岁年轻人,如果尽早开始并坚持有效治疗,他的预期寿命与正常人的差不多。近年来,艾滋病治疗科研领域取得重大突破,多种高效抗病毒药物相继问世,使艾滋病从一个极高死亡率的“超级癌症”变成如同高血压、糖尿病一样可控的慢性病,但是艾滋病抗病毒治疗的效果都是建立在病人养成长期良好的服药依从性的基础上的,病人仍需忍受药物不良反应,以及长期服药的不便。

上海市疾病预防控制中心主任吴凡则认为,宽容与接纳是阻断HIV传播的良药。防艾反歧视,尤其是要教育和引导全社会善待艾滋病



人,用关爱取代冷漠,用宽容消除歧视,用爱心播撒阳光,营造一个没有歧视的和谐社会,让艾滋病人与我们一起共享幸福生活。 柏豫

# 帕金森病“去伪存真”

又有抑郁等精神症状、嗅觉减退、便秘、睡眠障碍。

帕金森病往往是年老体弱者,头昏、头晕、乏力、失眠、便秘等很常见,容易把这些症状与帕金森病混在一起。帕金森病一般没有头昏头晕,对有头昏头晕症状的患者首先要测血压。长期失眠、做恶梦也是帕金森病的症状,但一般出现在帕金森病运动症状之前。帕金森病伴有便秘,是由于排便肌肉乏力所致,所以大便不一定干结,这与一般的便秘有所区别。患者长期服用帕金森病药物后,往往会出现运动障碍并发症,并且成为患者主要临

床表现和致残的重要原因。运动障碍并发症包括症状波动、异动症、开关现象和冻结现象。

中晚期患者往往把这些运动障碍并发症误认为帕金森病固有症状,自我加大药物剂量,哪料想运动障碍并发症越来越重,结果形成恶性循环,异动严重时甚至在床上手舞足蹈打滚。所以一定要对这些症状进行具体分析。

近年来,脑起搏器作为一种“电子药”,被认为是继上世纪60年代发明左旋多巴后帕金森病治疗的第二个里程碑,目前越来越多

的患者选择了这种治疗。有脑起搏器植入的患者表现更为复杂,可能有三种成分组成,一是帕金森病固有症状,二是药物副作用或运动障碍并发症,三是刺激的副作用。临床上只有分清其成分,才能对症处理。

**胡小吾**(第二军医大学帕金森病专病诊治中心、长海医院神经外科教授)

## 科普活动

12月6日上午8:30开始,第二军医大学帕金森病专病诊治中心在锦雪苑酒店(翔殷路631号)举办“第二届帕金森病DBS(脑起搏器)关注者上海活动”。胡小吾教授帕金森病治疗团队将开展DBS科普讲座、公益咨询等。欢迎帕金森病友参加。