

康健园



扫码关注新民康健园官方微信

本报专刊部主编 | 第 670 期 | 2018 年 1 月 8 日 星期一 责任编辑: 潘嘉毅 视觉设计: 戚黎明 编辑邮箱: pjy@xmwb.com.cn

“一管开心”皆大欢欣

主动脉瓣膜狭窄症微创技术打开“心门”



随着人们生活水平的提高,人口老龄化的加剧,我国人群中动脉硬化性疾病呈现逐年增长趋势,其中,主动脉瓣膜疾病也随着动脉硬化增加的趋势逐渐增高,特别是年过古稀的老年患者,心脏瓣膜尤其是主动脉瓣膜上累积了很多油脂,这些油脂逐渐钙化,形成动脉硬化斑块。在这些动脉硬化斑块的形成过程中,主动脉瓣膜的瓣叶逐渐变厚,瓣叶之间逐渐黏在一起,造成瓣叶即心脏的“主门”无法打开,这就是心脏主动脉瓣膜狭窄症。

足以让循环宕机的心脏病

正常人心脏主动脉的瓣膜打开的口径约 2.5 厘米,根据测量经验,很多心脏主动脉瓣膜严重狭窄的老年患者打开口径仅 4 毫米。“心门”从 2.5 厘米缩小到只有 4 毫米,就会出现“心脏里面憋死,心脏外面饿死”的严重情况。主要原因是,心门狭窄,血液泵不出来,心室内的压力就很高;由于压力很高,心脏就得更使劲收缩,才能让血液泵出去;越使劲收缩,压力就越高,心肌耗氧量就越大,这就是一个恶性循环,没几天就会发生心衰,也就是“心脏里面憋死”。

“心脏外面饿死”是指什么呢?在这个“心门”的外头,第一级供血是心脏的冠状动脉,一方面因为主动脉瓣膜狭窄,冠状动脉的供血不足,另一方面如上所述,心脏在使劲收缩、耗氧量增加,这样的供不应求更加剧了心衰的恶性进程。

冠状动脉往上第二级血供就是大脑血供。大脑的供血不足,患者就会出现“昏昏沉沉、迷迷糊糊,该睡的时候睡不着,不该睡的时候又不清醒”“有时候还突然晕厥”等一系列心源性大脑供血不足的症状。

第三级血供就是肺动脉和支气管动脉。支气管和肺部的供血不足,患者就感到“气接不上来”“有气无力”,这就是肺的功能不支持,呼吸和吸都没有力,出现气短、胸闷、气急等症状。

紧接着是肝胆胰脾胃肠道等整个消化系统血供不足。整个消化系统供血不足,患者食

欲不强,吃不了东西,“没有胃口”。不吃东西,就没有营养,更加供应不了能量。由此引发四肢乏力、体重下降、形体消瘦,逐渐失去活动力,最终陷入恶液质状态。

由此,患者从心功能不全到心衰、脑功能不全到脑衰、肺功能不全到肺衰、消化功能不全到消化功能衰竭等,总体呈现出“心脏里面憋死,心脏外面饿死”的一系列严重的临床综合征。

微创技术减少损伤重启循环

这些严重患者随时有死亡的可能,医学上称为“猝死”。统计结果表明,该类患者的年猝死率为 50.7%。由于较高的猝死率,患者容易产生“等死”的消极心态。这种病症,在微创术未发明以前,只能靠开大刀来救治,医学上叫做“开放手术心脏主动脉瓣膜换瓣术”。这种开大刀的手术,由于患者需要被全身麻醉、开胸、心脏停跳、低温、体外循环、大量输血,再剖开心脏、切掉老化受损的瓣膜,换上新的人工瓣膜,再缝合心脏,关胸,再到逐渐恢复心、肺、脑、胃肠、肾等脏器的功能,这一系列脏器功能恢复的过程还需要患者在重症监护病房住上一到三周才能完成。即使如此,能够顺利恢复,也算被幸运眷顾。这种创伤大、失血多、并发症又多又重的大手术使老年患者、家属和医生都不得不面对“前有虎狼、后有深渊”的艰难抉择。

在长海医院,血管外科心脏瓣膜病腔内微创诊治中心率先在国内研究“微创换瓣”新技

术,自从国内第一例球扩式心脏主动脉瓣膜腔内微创换瓣术完成,至今已有七年。这种“微创换瓣”一改原来开大刀导致患者创伤严重的情况,用局部麻醉代替全身麻醉,用穿刺针代替手术刀,不开胸、心脏不停跳、不用体外循环、不输血,把心脏瓣膜用一根很细的导管,从股动脉、颈动脉或者心尖导入到心脏主动脉原先病损的瓣膜处。也就是说,将原先病损的瓣膜当做“门框”,将新导入的瓣膜用球囊锚定在这个“门框”上,作为新“心门”,从而使患者严重狭窄到 4 毫米的“破心门”重新恢复到正常 2.5 厘米左右的“新心门”。原本“从此相思寢相远”,如今“便凭归框附诗筒”。

微创换瓣手术之后,患者“心脏里面憋死,心脏外面饿死”的状态立刻就能得到缓解,心脏获得了解放,能正常泵血,全身脏器的动脉也得到充分供血,这样,患者不仅立刻获救得到重生,还逐渐恢复了良好的生活质量:从原来的生活不能自理,微创换瓣之后,甚至可以承担一些轻度的家务劳动;从原来的心情阴郁,到内心阳光灿烂。神话故事中说爱神丘比特“一箭穿心”,而作为爱心使者,医生对这些老年患者实施的是微创的“一管开心”。

当然,我们并非要射穿患者的心脏,我们是用了一根很细的导管和微创的方法,打开了原先闭锁的“心门”。这样,患者的心“开”了,患者、家属和医生都“开心”了!

景在平(第六届全国道德模范提名奖获得者、上海长海医院心脏瓣膜疾病微创诊治中心、血管外科主任、教授)



前沿新探

《中国心血管病报告 2016》显示,我国心血管疾病患者人数已达 2.9 亿,且患病率正在持续上升。在所有类别致死原因中,心血管疾病的死亡率高居首位,远高于肿瘤及其他疾病的致死率。其中,急性心肌梗死的死亡率正快速上升,突如其来的急性胸痛,已成为心血管疾病患者最致命的威胁。

日前胸痛中心“全市模式”向全国范围推广启动仪式上,中国心血管健康联盟主席、中国科学院院士葛均波指出,胸痛中心将践行“全域覆盖、全民参与、全程管理”的理念,提升中国胸痛患者的救治成功率,助力实现健康中国。2018 年至 2020 年间,中国心血管健康联盟将在 10 个重点省份选择 20 个有代表的城市,探索符合当地特色的胸痛中心“全市模式”,为胸痛中心的广泛落地打下坚实的基础。

心血管疾病尤其是急性心肌梗死高发,对我国医疗机构的急救能力提出了严峻挑战。在过去的急救实践中,患者在就诊、转运、判断、启动等各个环节都存在延误现象,耽误了宝贵的救治时间,大量患者的救治需求无法得到有效满足。为了提升救治成功率,让患者享有更高质量的生命,建立科学的急性心脑血管疾病区域协同医疗救治体系势在必行。

胸痛中心的建设,是最大限度缩短早期救治时间、提高急性心脑血管疾病救治成功率中的关键一环。2017 年 11 月 1 日,国家卫计委正式印发《胸痛中心建设与管理指导原则(试行)》,将胸痛中心的建设提升到一个新高度。随着胸痛中心在各地逐步建成,以及“全市模式”的推广,一个新型的心血管防治体系的生态链将逐渐成形。 本报记者 潘嘉毅

胸痛中心『全市模式』期待升级

提升救治成功率



医护到家

2017 年 12 月 27 日 0 点整,美国医学杂志 JAMA (IF=44.405)在网站首页上以封面文章的形式在线发表了共同第一作者为我国学者的原创性论著——钙剂或维生素 D 补充和社区老年人骨折发生的相关性——一项系统评价和荟萃分析。该论文回顾了 51145 例患者后发现,无论补充钙剂、维生素 D 还是钙剂/维生素 D 联合补充均不能降低 50 岁以上居住在社区的中老年人骨折的发生率,甚至大剂量补充维生素 D 还增加了骨折发生的风险,因此不建议这些人群常规补充额外的钙剂/维生素 D。

到底能不能补钙、要不要补钙一下子就成为一个热点问题。补钙需要进行个体化的评价,能不能补钙因人而异,单纯地说要不要补钙都是不全面不正确的。其实要了解能否补钙,首先要知道钙在人体中是怎么被吸收的。无论钙片还是饮食中的钙都是首先经胃肠道吸收,进入血液形成血钙,再通过骨代

谢,把血钙进行钙盐沉积,形成骨骼。所以,血液中的钙量必须保持在一定水平,过多或者过少都不行。过量补钙,血液中的血钙含量过高,可导致高钙血症并会引起并发症,如肾结石、血管钙化等等。所以很多老年人盲目补钙,以为只要吃钙片就可以防治骨质疏松是错误的,并不存在钙补得越多,吸收得也越好这种情况。通常,年龄在 60 岁以上的老年人,

“啥?骨质疏松不用补钙了?”“这么多年钙和维生素 D 都白吃了?”“还能不能让我安心地吃点钙片了?”这两天很多人发出了这样的惊呼,感慨多年的传统观念被颠覆,甚至不少人直呼“毁三观”。起因就是 JAMA 上最新发表的一篇中国学者的文章。而补钙的真相是:补钙有个体差异,不能一概而论。

科学补钙因人而异



每天摄入 800 毫克的钙就行了。

我们提倡补钙要科学,主要做到以下几点:1. 补充钙质的同时需要补充一定量的维生素 D,它是促进身体吸收钙质的催化剂,这种维生素需要在阳光和皮肤的联合作用下才能产生,因此多晒晒太阳也能在一定程度上防治骨质疏松。一般来说,年轻人每周累计晒 40 分钟、老年人晒 60 分钟就能获得充足的维

生素 D。

2. 应当注意饮食中钙质的摄入,多吃富含钙质的食物比如牛奶、豆腐、虾皮、紫菜等,同时也可以全面补充微量元素。在婴儿期、青春期适当补充钙剂。

3. 适度运动预防骨质疏松。适当进行跑步、跳绳等有氧运动,通过肌肉舒缩刺激骨骼以增强骨骼质量和密度。运动能帮助提高钙吸收和保持骨密度。最有利于骨健康的项目是散步、慢跑、爬楼梯和跳舞,建议每周最少做两次有氧运动。而且坚持这种生活方式,才能尽量减少骨量流失,降低骨质疏松发生率。

4. 养成良好的生活方式,不要把碳酸饮料当水喝。吸烟、酗酒、高盐饮食、喝大量的咖啡、活动过少或过度运动等均是引发骨质疏松症的危险因素,要尽量避免。

科学补钙千万不能一概而论,要结合自身情况进行适当补钙,必要时还是要到医院请专家指导补钙,这样才能达到强身健体、预防骨质疏松的效果。

胡予(主任、教授) 沈继平(复旦大学附属中山医院老年科) 本版图片 TP