

慢阻肺患者请牢记：药不能停！

“好了‘疮疤’要记得疼！”“药可千万不能停！”针对慢性阻塞性肺疾病的治疗策略，复旦大学附属华东医院呼吸科主任医师朱惠莉教授开门见山亮出观点。

从定义看，慢性阻塞性肺疾病是一种气流受限为特征的肺部疾病，气流受限不完全可逆，呈进行性发展，主要累及肺部，也有全身炎症反应。其中蕴含两大要点，正能量方面是，肺功能经人力有减缓恶化的可能；负能量则是，一旦肺功能受损若不加干预将进行性下降。对此朱惠莉教授指出，临床实践证明，慢性阻塞性肺疾病患者每急性发作一次，肺功能的衰减又加重一些，那些受损的肺组织，再生的可能性微乎其微，需要依靠剩余的正常肺组织维持人体正常呼吸功能。朱惠莉教授忠告每一位慢阻肺病人，患病不可怕，不懂得如何控制病情并延缓其进展才可怕，随着疾病加重，治疗越发棘手，现有的医疗技术和手段终将无法满足维持生命的需求。

故而，慢阻肺的长期治疗策略以减少和预防急性加重为目标，具体实施离不开患者良好的依从性。也就是说患者要做到戒烟（包括减少二手烟吸入），按时接种流感和肺炎疫苗，掌握药物吸入装置正确使用，理解吸入长效支气管舒张剂或联合应用吸入激素以及使用PDE-4拮抗剂的必要性。

朱惠莉教授进一步解释，药物在稳定期不能随意停用。一般根据疾病的严重程度，给予相应的规范治疗，如没有出现明显的药物不良反应或病情恶化，则应维持长期的规律治疗，从而减少急性加重的频

率和严重程度，提高运动耐力和生活质量。如今的药物吸入装置愈来愈人性化，新一代软雾吸入装置吸入气道药物剂量高，口腔沉积率低。

朱惠莉教授特别强调自我康复的重要性。康复治疗对进行性气流受限、严重呼吸困难而很少活动的慢阻肺患者，可以改善其活动能力，提高生命质量，这是慢阻肺已明确的一项重要治疗措施。康复治疗主要指呼吸生理治疗、骨骼肌锻炼、营养支持、心理治疗和接受普及教育等各个方面。

呼吸生理治疗包括帮助患者咳嗽，促进分泌物清除；患者要学会进行腹式呼吸和缩唇呼吸，及避免快速浅表呼吸。肌肉锻炼有全身性运动和呼吸肌锻炼，全身运动包括步行、扩胸运动、上肢上举动作等。营养支持的要求应达到理想体重，适量补充优质蛋白、新鲜蔬果和脂肪，同时避免摄入高碳水化合物，以免产生过多二氧化碳。患者的营养状况需要提高，才能与正规的治疗协同配合。朱惠莉教授提醒，没有证据证明食疗在改善肺功能方面有效，枇杷、荸荠、罗汉果、梨等食材具有清热润肺的效用，但不可盲目依赖，规范的药物治疗才是慢阻肺长期康复的基石。

朱惠莉教授重申，慢阻肺是一种终身疾病需长期用药，无论患者处于病程的哪个阶段，正确的药物治疗才是根本，可以减轻慢阻肺患者的症状，减少急性发作的风险和急性发作的频率，并且可以改善患者的健康状况和运动耐量，从而提高生活质量。

魏立



六字诀养生功 干预肺系疾病

六字诀养生功是我国古代流传下来的一种养生方法，为吐纳法。它是通过腹式呼吸及缩唇呼吸，口呼或默念“嘘、呵、呼、咽、吹、嘻”等六个字音及摩腹动作，以调理脏腑，祛除病邪，预防疾病，保健强身的一种以呼吸为主的锻炼方法。六字诀养生功主要功效是：宽胸理气（肺），养肝、补心、健脾、补肺、益肾、调理三焦。它的最大特点是：强化人体内部的组织机能，通过呼吸导引，充分诱发和调动脏腑的潜在能力来抵抗疾病的侵袭，防止随着年龄的增长而出现的过早衰老。

六字诀养生功不是人人能做的，有适宜人群，也有禁忌症和适应症，功法的动作要求也需规范统一才有效果。

王振伟（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院呼吸内科副主任医师）

向心衰“亮剑”——心脏再同步治疗

病例故事

65岁的王先生半年前开始活动后气促，走2楼就气喘吁吁，夜间睡觉时经常因呼吸困难难醒，被迫在床上坐着呼吸，不能平卧。到医院就诊后经过心脏超声检查，发现心脏扩大，心脏射血分数（医学上称为EF值）为25%。医生诊断老王罹患了心力衰竭。医生说，老王的寿命活过5年的可能性不超过50%。

心力衰竭是怎么回事？真的那么可怕吗？

重度心衰好比心脏癌症

大家知道，心脏的主要功能有两个：射出血液和接受血液。当心脏收缩功能下降时，它便不能射出足够的血液满足身体的需要，同时也不能接受正常回流到心脏的血液，此时的心脏就发生了心力衰竭。患者便会产生全身供血不足的表现，如乏力、消瘦、皮肤苍白和少尿等；另一方面，由于心脏不能接受回流到心脏的血液，就会出现活动后气急、咳嗽和夜间端坐呼吸等。

它是几乎所有心脏疾病发展到终末期时最终的一个临床表现。医学上常用EF值表示心力衰竭的严重程度。EF<50%时通常认为存在心力衰竭。当EF<35%时称为重度心力衰竭。医学研究发现，EF<35%的患者年死亡率为20%左右。癌症是一个大家都觉得非常严重的疾病，“谈癌色变”。与身体其他器官相比，心脏极少罹患癌症。重度心力衰竭就相当于心脏的癌症，实际上，它比癌症5年生

存期还要短。因此，心力衰竭的确是一个很严重的疾病。

心衰治疗添利器

针对心衰的治疗由药物治疗和非药物治疗两部分组成。常用的药物包括：利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)/血管紧张素受体拮抗剂(ARB)、β-受体阻断剂、“强心”药物以及其他减轻心脏负担的药物如硝酸酯类药物等。非药物治疗包括针对心衰病因的治疗(如瓣膜病患者需要外科更换或修补瓣膜、心肌缺血者可以行血运重建手术)、心脏移植、植入除颤器(ICD)和心脏再同步治疗等。

心脏再同步治疗(CRT)即植入三腔起搏器。顾名思义，“三腔”心脏起搏器就是起搏三个心腔。通过皮下埋置的脉冲发生器发放起搏脉冲同时激动左心室和右心室，让左、右两心室同时收缩而使其工作同步化。它对于伴有心脏收缩活动不同步的部分心衰患者是一个里程碑式的新的治疗方法，近十几年开始使用并取得了非常显著的临床疗效，能够改善心衰症状并降低死亡率。

被确诊为胃食管反流病，并经过正规的PPI治疗（常用于抑制胃酸的质子泵抑制剂）8周后烧心反流的症状仍未缓解，患者就要考虑按难治性胃食管反流病的治疗方案医治，必要时通过腹腔镜手术来解除病痛。

胃食管反流病的根本原因是位于食管交界的屏障功能薄弱导致胃酸反流进入食道甚至口腔和呼吸道引起烧心、反流、胸痛以及肺炎、哮喘等一系列典型或不典型的症状，甚至有一小部分可能最终发展为食道癌。

在诊断了胃食管反流病后，病人先应该按照消化内科医生的建议接受规范的PPI治疗。同时，病人也应该了解到除了质子泵抑制剂外，还有一项治疗胃食管反流病的“利器”——抗反流手术，而对于存在食管裂孔疝、食道括约肌明显薄弱的病人、或是使用PPI效果不佳的病人，手术无疑是更好的选择。随着腹腔镜技术的引进，手术创伤进一步减小，更使腹腔镜手术成为治疗胃食管反流病的“金标准”。

这种抗反流手术针对的是反流病的根本——抗反流屏障薄弱，即通过手术在胃食管交界的薄弱处构建一个“围脖”，从而在根本上堵住了反流的通路；另一个特点是可同时修补胃食管反流病的“帮凶”食管裂孔疝，实现“一箭双雕”。

因此，难治性胃食管反流病患者经过充分的病情评估，接受手术治疗，有望重拾健康，摆脱反流病的困扰。仇明

科普活动

4月16日上午8:30开始，上海长征医院普外科在肾内科大楼六楼第2教室（凤阳路415号）举行胃食管反流病科普咨询活动，由普外三科主任、中华医学会外科分会内镜和腹腔镜外科学组副组长仇明教授领衔现场解答胃食管反流病患者的咨询。

腹腔镜手术成为难治性反流病治疗『金标准』

消除下肢静脉曲张靠医术更靠自己

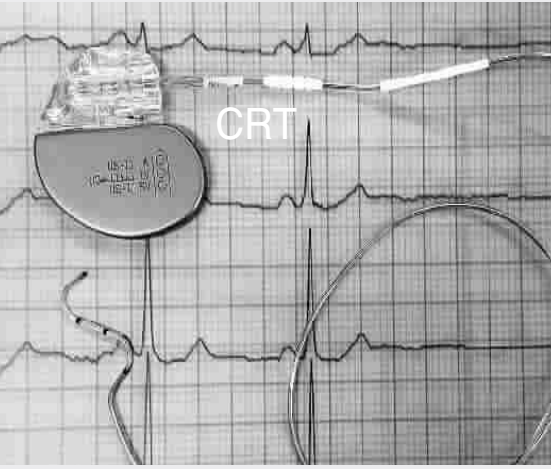
不可否认，手术承担着治疗下肢静脉曲张的重要责任，而真正拉开患者之间差距的却是术后康复，尤其是术后3个月内的康复与护理。

下肢静脉曲张已成为一种常见病、多发病，其发病率逐年升高。据统计，下肢静脉曲张在我国的发病率约为14%，且随年龄增长，人群发病率逐渐增高。该疾病的发生主要由于大隐静脉返流或穿支静脉功能不全引起。目前，微创治疗下肢浅静脉曲张已成为主流发展趋势，主要包括腔内激光治疗术、硬化剂注射疗法、微波、电凝等。微创与传统手术相比较，术后腿部的外观及效果明显改善。为进一步发挥下肢静脉曲张微创手术的优势，减少术后并发症发生，使患者在手术后能够迅速恢复到日常生活和工作中，术后3个月内的康复保健就显得尤为重要。

首先，术后3个月内避免剧烈运动，避免长时间的静坐、站立、行走或提（扛）重物。坚持适当的活动，如散步、慢走等，可从事日常家务劳动。其次，休息和睡觉时应将患肢抬高25°-35°，高于心脏，这样可以促进下肢的血液循环；坐位时不要双膝交叉过久，防止复发。再次，饮食方面没有特别忌口，无外乎新鲜蔬果、足够的优质蛋白、多吃含纤维素丰富的食物等，有一项必须牢记：适当控制体重，避免肥胖。因为肥胖者大量的脂肪组织挤压血管，导致血流减慢，破坏静脉瓣膜，从而诱发静脉曲张。此外，术后1个月内不得浸泡患肢、游泳或浴缸洗澡，避免引起腿部穿刺部位感染。养成温水洗脚的习惯，水温不可过高，忌用冷水洗脚，用温水洗脚能消除疲劳，有利于睡眠，更能活血化淤，防止下肢静脉淤血。

手术后的居家治疗上还有三个要点：一是用药；二是静脉功能锻炼；三是穿弹力袜。出院后遵医嘱口服血管活性药物及消肿药物。根据医生的指导进行静脉功能锻炼，循序渐进，量力而行，可以增加血管壁的弹性，促进血液回流，减轻下肢静脉的压力。建议患者选择尺寸合适的医用梯度弹力袜，维持手术后腿部相对压力，能起到积极的对症治疗作用。

张琦（上海交通大学附属第六人民医院普外科副主任护师） 本版图片 TP



三腔起搏器通常分为两种，即“CRTP”和“CRTD”。前者指不具有自动复律除颤（即ICD）功能的普通CRT，后者指具有ICD功能的CRT。CRTD除了能纠正心衰外，尚能够预防心源性猝死。实际上，EF<35%的心衰患者都是心源性猝死的高危人群，都必须植入ICD来预防。

适用者植入成功率高

不是所有心衰患者都适合三腔起搏器治疗。如上述，只有存在心脏收缩活动不协调的心衰患者才有再同步治疗的必要。实际上，适合CRT治疗者只占心衰患者人群的30%左右。这点与心衰的药物治疗不同，后者通常适用于所有心衰患者。

植入三腔起搏器属于微创手术，通常比植入普通心脏起搏器要复杂些，主要复杂在左心室导线的植入方面。中山医院年植入CRT近两百台，左室导线植入成功率约95%以上。手术时间约2小时左右，局部麻醉，术后1-2天即可出院。当然，出院后还是需要坚持服用治疗心衰的药物。

宿燕岗（复旦大学附属中山医院心内科主任医师）