

五年存活率约50% 心衰危害 我们重视不够

心衰是各种心脏疾病的终末阶段,被称为心脏病最后的“战场”。
随着社会发展,医学技术进步,人均寿命延长,心衰人群越来越庞大。
厦门大学附属心血管病医院(简称厦心)心内五科主任戴翠莲教授介绍,过去10年,成人
心衰发病率由0.9%增至1.3%。有研究表明,心衰患者5年存活率约50%,和一些恶性肿瘤相
当,但其危害尚未引起足够重视,严重影响了患者生活质量。

什么是心衰

心力衰竭(简称“心衰”)是各种心脏疾病的严重表现或晚期阶段。心脏就像一个“水泵”,不停地通过动脉把血液输送到全身,同时接受静脉从周围组织脏器输
送回心脏的血液。

心脏泵血功能衰退,输出血液不能满足身体代谢需要(射血功能下降);器官和组织中的血液也不能顺利回流到心脏,导致身体其他组织淤血肿胀,可能出现呼吸
困难、乏力、水肿等心衰表现。

哪些症状是心衰预警信号

- 呼吸困难:**这是左心衰竭最早和最常见的症状。
- 乏力、运动能力下降:**心衰患者经常并且早期就可以出现疲乏无力、运动能力下降等症状。
- 水肿:**与肾脏引起的浮肿不同,心衰引起的水肿多先见于身



体低垂的部位,比如下肢。下肢水肿多于傍晚出现或加重,休息一夜后可减轻或消失。部分患者还会出现胸腹腔积液。

咳嗽和咳痰:心衰患者常常出现咳嗽、咳白色黏痰或泡沫痰,严重者可表现为咳粉红色泡沫痰或血痰,多与呼吸困难并存。

其他:心衰患者还可有食欲不振、腹胀、肝区痛、失眠、心慌等不特异的症状。

心衰患者要注意什么

患者要改变生活方式,戒除不良嗜好,包括吸烟、饮酒、药物

依赖等。要尽快就诊于心衰专科,由专科医生开具治疗症状及改善预后的药物。

需要定期回到门诊随访,向医生陈述近期的自我感觉变化。由医生根据患者近期状况进行个体化调整。

严重心衰患者摄入液体量限制在每天1.5~2.0升,有助于减轻症状并缓解肺淤血。

心衰加重期患者应该卧床休息。临床情况改善后,在不引起不适的情况下,鼓励患者适度活动,以防止肌肉废用性萎缩。

心衰患者还要避免以下情况:过度劳累和体力活动;情绪激动和精神紧张;感冒、呼吸道及其他各种感染;饮食不当,未控制水量,食物偏咸;不遵从医嘱,擅自停药、减量;未经专科医生同意擅自加用其他药物。

戴翠莲教授表示,近年来心衰治疗取得长足进步,药物规范治疗能让患者极大获益。

喜伤心 这是真的

中医认为,喜伤心,是指过分高兴或兴奋,会影响到我们的心脏。

近年来有研究发现,由于生活中的好事情,如中大奖、结婚、过生日、朋友聚会等而过于开心,会诱发一种类似心梗的疾病,有人称之为“开心综合征”。

这种“开心综合征”实际属于应激性心肌病的一种类型。

应激性心肌病的临床表现类似于心梗,超声或造影表现为一过性的心尖部室壁运动异常,呈气球样变。此前认为,该病多在悲伤或愤怒等强烈的负面情绪应激下出现,故又被称为“心碎综合征”。

5月4日,一项覆盖德国、意大利、西班牙的多中心注册研究显示,在所有的应激性心肌病中,近四成是由于情绪应激诱发的,其中由大喜诱发的“开心综合征”占4%,即1.5%的应激性心肌病是“开心综合征”。

与“心碎综合征”患者相比,“开心综合征”患者中男士比例较高,非典型的非心尖气球样变也明显增多。

该研究还发现,从统计学数据上看,“开心综合征”、“心碎综合征”患者的短期和长期预后相似。

研究一共纳入2482例应激性心肌病患者,36.7%由情绪应激诱发,其中4.1%是“开心综合征”。

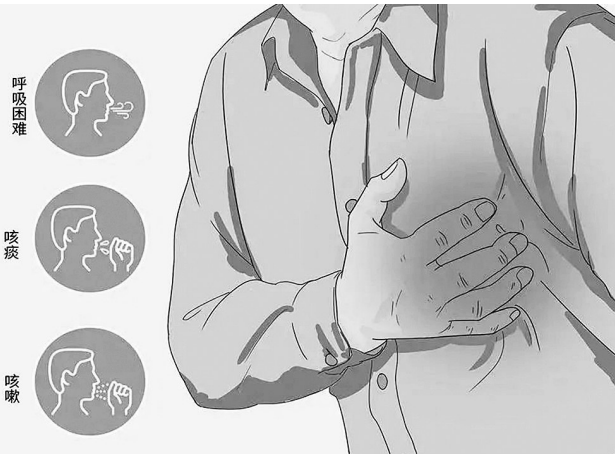
“心碎综合征”患者和“开心综合征”患者的平均年龄均约70岁。

“开心综合征”患者中男士占18.9%,而“心碎综合征”患者中男士仅占5.0%。

另外,“开心综合征”患者中心尖不呈现气球样病变的患者占27.0%,高于“心碎综合征”患者(12.5%)。

在死亡、肺水肿、心源性休克、中风等住院并发症方面,“开心综合征”患者和“心碎综合征”患者的发生率相似(8.1% vs 12.3%)。

对于确诊的应激性心肌病患者,出院宣教非常重要,一方面要告知患者按时服药,定期随诊,另一方面也要强调避免因相同原因再次诱发。
(阜外说心脏)



链接

心衰护理门诊

近日,厦心在全省率先推出心衰护理门诊。
作为首批中国心衰中心之一,厦心2018年就开设了心衰专病门诊。继在本地区率先开设心衰门诊之后,今年9月,厦心又在全省率先推出心衰护理门诊,对出院的心衰病人或门诊病人进行随访、宣教、评估,开展呼吸功能康复,并联合康复门诊开展肢体功能康复。

厦心作为首批中国心脏康复中心,对门诊及住院心衰患者积极开展心脏康复训练,显著降低再住院率和死亡率。此外,厦心通过科普宣教、生活方式指导、早期治疗等方式,帮助患者避免发展成心衰或延缓心衰进展。

(本报综合厦门大学附属心血管病医院、健康中国)

心脏术后 改善营养可促进恢复

国内外研究表明,积极的营养治疗可以改善外科手术患者的营养状态,促进术后恢复,缩短住院时间,减少术后并发症和死亡率。
口服营养补充(ONS)是指在日常膳食基础上因特定医疗目的补充规定的食品,主要包括各种类型肠内营养制剂。
多国营养学会指南均推荐在术前如果普通饮食无法满足热量和蛋白质需求,应当首选ONS补

充营养;术后早期恢复经口进食也是安全的,且对术后恢复至关重要。
肠内营养是通过管饲方式向胃肠道输注各种肠内营养制剂,适用于有一定消化道功能但无法经口饮食的患者。目前普遍认为使用肠内营养对于术后血流动力学不稳定的患者不利,因其可能影响心输出量,引起严重胃肠道并发症如肠道缺血。

心脏外科患者由于胃肠道不耐受和容量限制等因素,常规肠内营养通常只能提供约60%甚至更少的推荐摄入热量。
对心脏外科患者而言,高热量肠内营养策略可能是一种有前途的肠内营养应用策略,但仍需进一步大规模临床研究,以明确其对短期及长期预后的临床意义。
当肠内营养被视为禁忌或者不能满足热量和蛋白质营养需求

时,必须考虑肠外营养,特别是在有营养不良或有营养不良风险的患者中尤为重要。
外营养可分为全量肠内营养(TPN)和补充肠内营养(SPN)。
初步证据表明,肠内营养+SPN为ICU住院时间长的心脏手术患者提供充足的热量和蛋白质,促进心脏手术后的恢复和改善结果,但仍需进一步大规模临床研究验证。
(《中国循环杂志》)