

健康关注

别把“肺动脉高压”误认亚健康

●韩雪松 贾一新

肺动脉高压并非罕见病

肺动脉高压(PAH)并非传统认知中的高血压。高血压表现为全身动脉压力升高。而肺动脉高压是肺血管床(指肺动脉、毛细血管网及肺静脉共同构成的血管网络,是肺部血液循环的核心)结构和(或)功能改变,导致肺动脉压力异常增高,相当于肺血管系统长期承受“高压锅”般的压力负荷。这种异常压力迫使右心室以超常功率泵血,最终导致右心室肥厚、扩张直至衰竭,这一过程如同“水泵长期超负荷运转后彻底损毁”。

十几年前,肺动脉高压曾因诊断手段匮乏被贴上“罕见绝症”的标签,被视为进展迅速、预后极差的致命疾病。如今,得益于三大医学技术的突破,极大地改善了高患病与高漏诊并存的现状。一是心脏超声的普及;床旁超声可通过三尖瓣反流速度估算肺动脉压,成为筛查的“第一道关卡”;二是右心导管检查下沉:作为诊断的金标准,这项技术已从省级医院延伸到部分市级中心;三是诊断标准迭代:2022年,ESC(欧洲心脏病学会)指南将静息肺动脉平均压≥20mmHg(原标准 25mmHg)纳入诊断,让更多早期患者被成功识别。

全球流行病学数据显示,约1%的成年人患有不同程度的肺动脉高压,而65岁以上人群的患病率高达10%。以此估算,中国肺动脉高压患者或超过1400万。

2001年,首个肺动脉高压靶向药波生坦问世,至今全球已有十余种靶向药获批。在配合规范化管理的基础上,肺动脉高压已从过去的“绝症”转变为可治疗、需长期管理的慢性疾病。不少患者的病情得以控制,生存期显著延长,疾病管理模式转向“可干预的慢性病”。

出现“蓝嘴唇”需格外留意

肺动脉高压具有隐匿进展的特点。发病早期往往缺乏明显的自觉症状,即便已导致右心室肥厚和慢性高压型肺源性心脏病,患者也可能没有显著不适。随着病情进展,患者的症状会逐渐加重,包括气急、乏力、呼吸困难、咯血、心悸和声音嘶哑等。从临床经验来看,应高度警惕以下3种症状。

1. 活动后呼吸困难 通常这是最早出现的症状,比如,表现为“爬两层楼就喘不过气”“平地走路都气短”等。随着病情进展,这种气短感也可能在休息时出现。

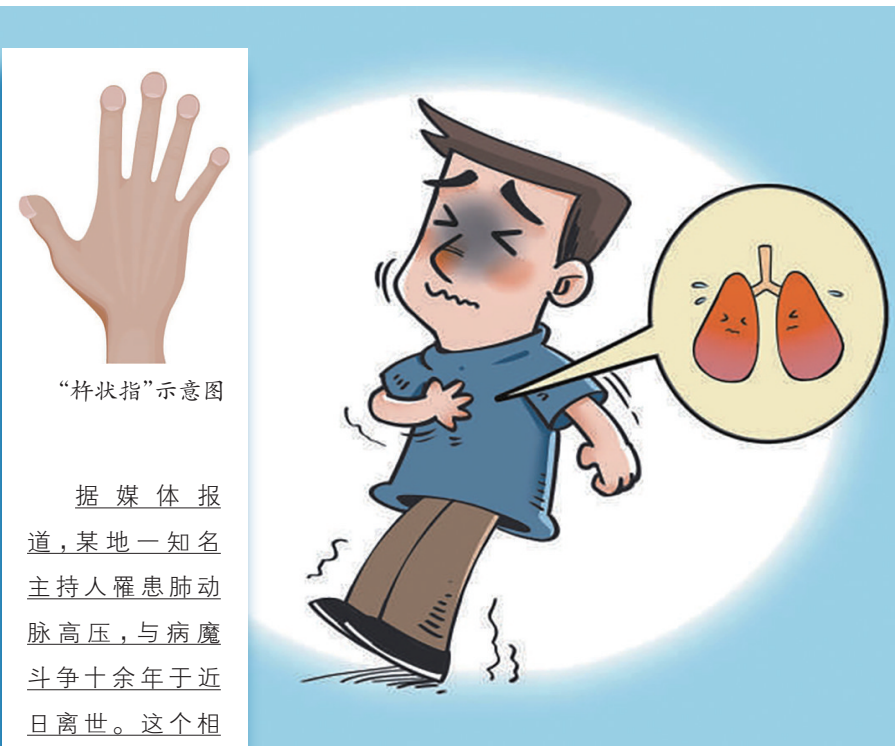
2. 胸痛与晕厥 病情发展导致右心室肥厚,会使心肌供血相对不足,引发类似心绞痛的压榨感;而脑供血骤降导致的晕厥,往往是病情进入终末期的信号。

3. 出现“蓝嘴唇”与“杵状指” 肺动脉高压会影响血液通过肺部的正常氧合过程,当血氧饱和度明显下降时,嘴唇、甲床会呈现紫蓝色。手指因长期缺氧会出现末端增生膨大,形如鼓槌。

此外,由于肺动脉高压的症状表现多样,患者还可能出现脉搏加快或心悸、踝关节、腿部和腹部肿胀,以及体重减轻、脱发、月经不规则或停经等。

尤其需要注意的是,肺动脉高压的早期症状常与日常疲劳高度重叠,常被误认为是亚健康的表现,因而不受重视,导致大部分患者确诊时已是中晚期。

患有结缔组织病(如系统性红斑狼疮、硬皮病)、先天性心脏病、门静脉高压、HIV感染等,有药物/毒物接触史(如某些减肥药、精神类药物安非他命),有肺动脉高压家族史等,均为肺动脉高压的诱发因素。



“杵状指”示意图

据媒体报道,某地一知名主持人罹患肺动脉高压,与病魔斗争十余年于近日离世。这个相对陌生的疾病名称,引起了人们的广泛关注。随着近年来检出率上升,肺动脉高压已不再被视为罕见病,而是一种致死率极高的慢性疾病。那么,肺动脉高压与高血压有何区别?它为什么被称为“心肺系统的癌症”?这种在早期易被误认为是亚健康的疾病,该如何防治?

专家特别提醒,妊娠期血容量增加、心输出量骤升,会使肺动脉高压患者的死亡率飙升。欧洲心脏病学会明确警示:肺动脉高压患者妊娠等同于“拿生命赌博”,需采用高效避孕。在《中国肺动脉高压诊断与治疗指南(2021版)》中,同样推荐处于育龄期的肺动脉高压女性患者避孕。

被称作“心肺系统的癌症”

肺动脉高压在临床上被称为“心肺系统的癌症”,其病情的复杂性和治疗的难度可见一斑。除了前文提到的病情进展隐匿,不易察觉之外,还有几个方面的原因。

致死率与恶性肿瘤比肩 未经治疗的肺动脉高压患者平均生存期仅2—3年,与晚期肝癌、胰腺癌相似。2019年美国胸科学会(ATS)的数据显示,肺动脉高压导致的右心衰竭死亡率占所有心血管死亡的1.2%,且死亡过程往往伴随严重缺氧和器

官衰竭,晚期患者需24小时高流量吸氧,但仍然无法缓解解绀(血液中还原血红蛋白增多使皮肤和黏膜呈青紫色改变),生存质量堪比终末期癌症患者。

类似“带瘤生存”的治疗困局 肺动脉高压的核心难题在于肺血管的“不可逆重塑”——血管平滑肌细胞异常增殖、管腔纤维化狭窄,如同水管被水泥逐步堵塞。现有药物虽能扩张血管、延缓细胞异常增殖,但无法逆转已形成的器质性损伤。以内皮素受体拮抗剂为例,其作用类似给拥堵的血管开临时车道,但无法清除已经沉积的“路面障碍”。这种“控制而非根治”的模式,与癌症治疗中的“靶向维持治疗”高度相似。

对生活质量有严重影响 肺动脉高压患者的6分钟步行距离常<300米(正常>450米),有的患者从卧室走到厨房就需休息。患者的活动耐力显著下降,日常活动受限,长期处于缺氧状态,生活质量极低,焦虑的发生率也会显著升高,整体生活状态类似癌症患者。

另外,肺动脉高压与一些疾病容易混淆,要注意鉴别。

普通心血管疾病 如冠心病、高血压性心脏病主要影响的是左心系统,症状包括典型心绞痛(胸骨后压榨痛)、左心衰表现(夜间阵发性呼吸困难、咳粉红色泡沫痰)。患者可通过冠脉造影、心肌酶谱等检查明确病情。

严重慢性肺部疾病 如慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化可因缺氧导致肺动脉高压(继发性肺动脉高压)。患者有明确慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难等病史,需通过肺功能、胸部CT等明确基础肺病及缺氧程度,优先治疗肺病和纠正缺氧。

系统性红斑狼疮等结缔组织病 这类疾病本身可引起多系统损害,如皮疹、关节炎、肾损害等。系统性红斑狼疮患者是肺动脉高压的高危人群,通常先有蝶形红斑、关节畸形、关节痛、蛋白尿、皮疹等风湿免疫病表现。

不过,肺动脉高压患者的确同时存在其他疾病,需通过右心导管检查(测定肺血管阻力)明确是“原发性”还是“继发性”。

多手段防治肺动脉高压

在预防上,肺动脉高压首先要远离风险源。药物警戒:避免使用成分不明的“减肥药”;使用某些化疗药要做好监测,因其有可能诱发肺动脉高压。职业防护:油漆工、煤矿工人等需定期监测肺功能,因长期接触苯、矽尘可损伤肺血管。感染控制:如HIV感染者需尽早启动抗病毒治疗。

其次是高危人群定期筛查。结缔组织病患者每6—12个月进行心脏超声检查(估测肺动脉压);先心病术后患者即使畸形矫正,也需终身随访肺动脉压,因部分患者会出现“迟发性肺动脉高压”;有家族史人群建议每年进行右心导管检查,BMPR2基因突变携带者可考虑服用肺动脉高压靶向药进行预防。

在治疗上,基础治疗是稳住心功能的“基石”,如利尿剂可减轻水肿;抗凝治疗可降低肺血管内血栓风险。靶向药物能直击肺血管病变,如内皮素受体拮抗剂可降低肺血管阻力;前列环素类药物虽可能引发头痛、腹泻等副作用,却是重症患者的“救命药”。中高危患者则应尽早启动“双药联合”,遵循“机制互补”原则,如“前列环素类+利奥西呱”可增强血管扩张效应。

延缓疾病进展也很重要。血氧饱和度和低者需长期家庭氧疗;BMI>28者需控制体重,避免因肥胖增加肺血管负荷;肺动脉高压患者应避免前往高海拔地区,缺氧环境可能诱发病情急性加重。

手术干预是拯救终末期患者生命的希望。目前临床上主要有3种手术方式:房间隔造口术通过在心房之间制造小缺损(4—6mm),减轻右心负荷,改善缺氧症状,适用于药物治疗无效的终末期患者的姑息治疗;肺血栓内膜剥脱术(PEA)适用于慢性血栓栓塞性肺动脉高压;肺移植是终末期患者的唯一根治手段,但供体短缺和排斥反应仍是两大挑战。

对于稳定期肺动脉高压患者而言,可进行低强度有氧运动(如散步、游泳);每日2次腹式呼吸练习以增强膈肌功能,改善缺氧症状,同时,严格定期随访。

日常生活中,大家需对“蓝嘴唇”“活动性气短”等隐匿症状提高警惕,了解疾病风险因素,关注身体异常信号,高危人群主动筛查、确诊患者严格遵医嘱治疗和管理,是应对肺动脉高压的关键。

(据《北京日报》)

健康服务

天天啃菜叶能否压制高血脂

●汪芳

“我很少吃肥肉,炒菜的油也不多。”“水果蔬菜就是我的主食,我吃饭饭都很少。”“我现在顿顿吃素,血脂应该不会高了吧?”“我的血脂偏高,以后不能吃油、吃肉了吗?”……这是我在门诊上听到关于高血脂最多的疑问。简单归纳总结后,发现不少人存在一个误区,认为只要多吃素、少吃油,血脂就不会高了,甚至觉得坚持吃素还能够降血脂。

单靠吃素拯救不了高血脂

过多摄入脂肪确实容易导致热量过剩,久而久之带来高血糖、高血脂等问题,所以少吃点儿肯定是有益的。

长期吃素的人必然远离肉类食物,意味着胆固醇的摄入量大大减少;另外,素食如蔬菜、水果、全谷物、豆类等富含膳食纤维,降低了人体对胆固醇的吸收,并促进肠道蠕动和排便。综合来看,吃素在调节血脂方面确实发挥了积极作用。

需要注意的是,单纯吃素并不能完全解决高血脂的问题。首先,人体内的胆固醇只有20%—30%是从摄入的食物中获取,其余70%—80%则由我们自己合成,所以“吃素”在理论上最多也只能减少20%—30%的胆固醇升高。其次,甘油三酯确实跟吃进去的主食、甜食等高热食物密切相关,但是也有20%—30%的比例是由自身合成的。

脂肪绝非洪水猛兽

如前文所述,吃素只是改善高血脂的一个方面,起的是辅助作用,否则药学家们就不用苦心孤诣地去研制降脂药了。

不可忽视的一点是,长期吃素可能存在营养不良的风险。正如很多人对“胆固醇”存有偏见一样,闻及“脂肪”也是各种芥蒂。然而脂肪绝非“洪水猛兽”,是人体所必需的营养素之一。肉类食物含有大量营养成分——优质蛋白质、维生素A、维生素B、维生素D以及多种矿物元素等,其中一些是素食中不具备的。

怎么吃才是关键

从化学角度讲,脂肪是由“甘油”和“脂肪酸”构成的。不同的脂肪酸对健康的影响也不同,因此吃多吃少是有讲究的。

最好不吃“反式脂肪酸”较多的食物 这会增加心脑血管病风险。如人造黄油、起酥油、高温油炸、反复煎炸的食物等。

尽量少吃“饱和脂肪酸”较多的食物 摄入过多增加血胆固醇水平。如肥肉、腊肉、奶油、椰子油等,以及那些室温下是固体的油脂。

正常吃“多不饱和脂肪酸”较多的食物 对健康有益。鱼肉是富含多不饱和脂肪酸的食物之一,以及坚果、花生油、大豆油等,合理搭配有助于身体健康。

警惕那些脂肪爆表的“素食”

市面上很多所谓的素食食品,只是看上去素,实则添加了不少糖分、植物油和添加剂,其热量和脂肪含量并不低。另外,单纯油脂少而糖分多的食品,进入体内后可转化为甘油三酯,吃多了同样会增加高血脂的风险。

因此,降血脂单纯依赖素食并不科学,也远远不够,应当在保证鱼、肉、蛋、奶摄入均衡,营养充足的情况下,增加膳食纤维的摄入,如全谷物、蔬菜、水果和豆类等,然后再配合适量运动,才能取得较好的成效。(据《北京青年报》)

夏季老人锻炼谨记“五要点”

●赵宝椿

时间别太早

夏天早晨6点钟之前空气湿度大,污染物不容易散开,建议晨练等到6点半之后开始,太阳出来一会儿,空气更清新。中午到下午2点钟这段时间,太阳毒辣、紫外线强,尽量别在太阳底下运动,容易晒伤。如果一定要出门,需找有树荫的地方,记得戴上帽子、太阳镜,穿透气的防晒衣。

强度需减半

天热时,老人运动强度需减一减。判断运动是否合适,有个简单的办法:锻炼时能说话,但没法唱歌,说明强度差不多。比如平时快走速度比较快,夏天就要放慢一些;打太极拳、练八段锦时,中途多歇几次。如果锻炼时出了很多汗,觉得头晕、心慌,就要立即停下,到阴凉地方休息,喝点淡盐水。

喝水要足量

运动前半小时,先喝上一杯水(300—500毫升),别等渴了再喝水。如果在外锻炼超过半小时,要随身带瓶水,每20分钟左右喝几口,小口喝别猛灌。要是运动时间长,喝点带盐分的水或者淡椰汁,补补流失的电解质。锻炼结束后,先歇一会儿再喝水,别一下子喝太多,给心脏减轻点负担。

练完有禁忌

刚刚锻炼完别马上喝冰饮料、吃冰淇淋,太冰的食品会刺激肠胃,容易导致腹痛和腹泻。也别立刻冲冷水澡,皮肤发热时遇冷,毛孔会立即收缩,体内的热气散不出来,有可能会引发疾病。正确的做法:用干毛巾擦干身上的汗,等心跳平稳了(大概15分钟后),再用温水洗个澡。结束运动后,别立即坐下,要慢慢走几步,活动四肢,拉伸一下腿和胳膊,防止发生晕厥。

优选轻运动

夏天适合做一些不太剧烈,但能散热的轻运动。游泳是个好选择,水里凉快,但老人游泳一定要有人陪伴,千万别单独下水。如果不方便游泳,在小区里散散步(走慢点,3—4公里/小时),或者打打太极拳、练练八段锦也不错。老年人尽量别去登山、爬楼梯,这些运动有容易损伤膝关节。穿衣服要选浅色、透气的,比如含棉和化纤混纺的运动服,别穿不透气的材质。鞋子选底软、防滑的,户外锻炼时最好戴上护膝和防晒袖套。

注意 有高血压、心脏病的老年人,运动前要先测量血压和心率。如果血压太高(超过150/90毫米汞柱),或者心跳太快(超过100次/分钟),别擅自锻炼,要在医生指导下开展适合自己的健身活动。出门时,要带上常用的急救药,比如硝酸甘油片,手机里保存好家人的电话,别独自一人去偏僻的地方锻炼。(据《家庭医生报》)

糖尿病饮食管理可采用“彩虹餐盘”原则

●王雪芹



智慧监测 现代监测技术正在重塑糖尿病管理范式,为患者提供更加便捷、准确的监测手段。连续血糖监测系统(CGM)可每5分钟生成一个数据点,72小时绘制出完整的血糖波动地图。结合

AI分析软件,能自动识别“黎明现象”“苏木杰反应”等特殊波动。

精准用药 药物治疗是糖尿病管理的重要手段,需要建立时空精准给药体系。二甲双胍应在餐中服用以减少胃肠

糖尿病被称为“甜蜜的杀手”,其管理过程如同驾驭马车穿越漫长旅程。在社区自我管理的实践中,“五驾马车”协同发力,为患者构建起健康守护网。这五个维度不是简单的并列关系,而是相互渗透、环环相扣的生命支持系统。

均衡营养 糖尿病饮食管理是患者关注的重点,很多人容易陷入“这不能吃,那不能吃”的误区,导致饮食结构单一,营养失衡。科学的饮食管理需要建立科学的营养密码体系。采用“彩虹餐盘”原则,每餐包含红(番茄)、黄(玉米)、绿(青菜)、白(豆腐)、黑(木耳)五色食材,确保每日摄入12种以上食物。掌握碳水化合物交换法时,用电子秤精确计量主食,建立个体化升糖指数档案。

适量运动 打造个性化运动方案需要根据患者的年龄、身体状况、习惯等因素进行综合考虑。将每周运动分解为“3+2”模式:3次有氧运动(如快走、游泳),2次抗阻训练(如弹力带练习、深蹲)。引入“运动药效学”概念,发现下午4—6时运动对血糖调控效果最佳,运动后1小时胰岛素敏感性提升40%。