

教你应对心力衰竭

◎南江县人民医院 孙 昕

心力衰竭，是一种常见且严重的心血管疾病，不仅严重影响患者的生活质量，还可能危及生命。下面带你了解心力衰竭的高危人群、症状和科学应对措施。

6类高危人群

高血压患者：高血压，也就是血压长时间高于正常水平，是心衰的最大帮凶。统计数据显示，约有一半的心衰患者曾经患过高血压。高血压会使心脏为了克服血管的狭窄和阻力不断用力，长此以往，心肌变厚、变硬，最终心脏不能有效泵血。

冠心病患者：冠心病是由血管粥样硬化造成血管狭窄或阻塞，导致心肌部分缺血、缺氧。这类人如果发生过心肌梗死，心肌组织受到破坏，心脏弹性变差，容易发展为心衰。

糖尿病患者：糖尿病患者血糖控制不好，会影响血管和心肌的健康。因为高血糖会损伤血管内皮，促进血管堵塞，减少心肌供血。

肥胖和缺乏运动者：肥胖不仅容易导致高血压、糖尿病，而且会增加心脏负担。机体脂肪组织增多，会导致血容量和心输出量需求增加，长期如此易引发心肌肥厚、心室扩张及收缩/舒张功能下降。缺乏运动同样危险，有研究显示，久坐不动的人群发生冠心病和心衰的风险增加80%以上。

高龄人群：随着年龄增长，心血管系统逐渐退化，血管弹性下降，血压容易升高，心肌逐渐变硬。统计数据显示，65岁以上的老人，心衰的发生率比年轻人高出10倍。

有家族史或遗传倾向者：如果家庭中有人患过心血管疾病，比如父母有高血压、冠心病、早发性心脏病等，那么自身患心衰的风险也会增加。

5种典型症状

呼吸困难：呼吸困难是心力衰竭极具代表性的典型症状，尤其在体力活动后或夜间平卧休息时，症状表现尤为突出。患

者常感觉呼吸短促、气息急促，甚至伴随咳嗽，病情加剧时还会发出哮鸣音，严重影响生活质量。

水肿：心力衰竭发生时，患者心脏泵血功能显著减弱，致使体内多余液体难以顺畅排出。这些滞留的液体逐渐在脚踝、腿部、腹部等部位积聚，引发明显的肿胀现象，严重影响患者生活质量。

疲劳和体力下降：心力衰竭患者常被极度疲劳所困，即便只是进行一些轻微的体力活动，也会迅速感到力不从心、疲惫不堪。这种挥之不去的疲惫感，对他们的日常生活与活动能力造成了极大的影响。

心悸和不规则心跳：当心脏功能受损，无法有效维持正常的心律节奏时，心力衰竭患者往往会明显感觉到心跳变得不规则，时而快速、时而缓慢，或伴有明显的心悸感，这些异常症状令患者十分不适。

体重增加：心力衰竭时患者体内液体代谢失衡，液体潴留现象显著，这会导致体重在短时间内出现迅速且明显的增加。这一变化不仅是病情进展的信号，也提醒患者需密切关注并及时就医。

3种防控措施

药物治疗：目前，心衰治疗已进入新四联时代，血管紧张素受体脑啡肽酶

抑制剂、β受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、钠-葡萄糖协同转运蛋白抑制剂，药物联合使用，能从多方面保护心脏、逆转心肌重构、改善预后。患者需严格遵医嘱服药，切勿因症状缓解而自行停药，同时留意药物不良反应，与医生沟通调整方案。

生活方式管理：心衰患者要严格限盐限水，每日食盐摄入量控制在3克以内，避免水钠潴留加重水肿和心脏负担，每日液体总摄入量需根据病情遵医嘱控制；饮食以清淡、易消化、优质蛋白为主，少食多餐，避免暴饮暴食加重心脏负荷；合理休息与运动，急性期以卧床休息与相应的治疗为主，后续在医生指导下进行散步、太极拳等低强度运动，循序渐进恢复体力，避免过度劳累，戒烟戒酒，保持大便通畅，避免用力排便诱发心衰加重。

定期复查：患者需每日监测体重、尿量，若短期内体重快速增加、尿量减少、水肿加重，提示心衰可能急性加重，需及时就医，定期到医院复查心脏超声、心衰标志物、肝肾功能等指标调整治疗方案，对于药物治疗效果不佳的重症心衰患者，可利用心脏再同步化治疗、植入式心律转复除颤器、心室辅助装置，甚至心脏移植等手段，挽救生命、改善生活质量。☺

打破对开颅手术的恐惧，读懂神经外科的守护逻辑

◎大英县人民医院 朱 兴

提到开颅手术，多数人第一反应是心生恐惧，直接把它和高风险、剧烈痛苦绑定在一起。实际上，开颅手术只是神经外科针对复杂病情的常规治疗选择之一，主要目的是解除病变对神经系统的压迫，帮神经恢复正常功能，完全没必要对其过度忧心。

神经外科，不只是做开颅手术

人体的大脑、脊髓、脑神经、周围神经，共同构成了指挥全身运转的核心系统，神经外科的核心使命就是守护这套系统的健康。它不像普通科室只聚焦单一器官，而是围绕整个神经系统开展诊疗，小到轻微的外周神经压迫，大到复杂的颅内肿瘤、高危脑血管病变，全部都在它的诊疗覆盖范围内。

颅内病变诊疗：这是神经外科最常

见的业务领域，涵盖各类影响大脑健康的疾病。颅内肿瘤无论良性还是恶性，都会持续压迫脑组织、干扰神经正常功能，神经外科医生会通过手术精准切除肿瘤，彻底解除压迫，同时尽可能保留周边正常脑组织的功能。脑血管疾病发病急、致死致残风险高，医生会通过手术快速清除血肿、开通堵塞的血管，第一时间阻止病情恶化，把神经损伤降到最低。除此之外，颅内感染、脑积水等特殊疾病，也需要神经外科介入，通过专业手段控制感染、引流多余积水，帮大脑恢复正常的内环境。

脊髓与周围神经病变诊疗：脊髓是连接大脑和全身的信号枢纽，周围神经负责传递感觉和运动指令，这类部位的病变会直接干扰肢体活动、破坏正常感觉功能。神经外科可诊治的脊髓病变包括脊髓肿瘤、脊髓损伤、脊髓空洞症等，发生脊

髓损伤后，医生会通过手术固定受损节段、解除压迫，再配合后续规范康复，帮患者尽可能恢复肢体活动能力。针对引发剧烈疼痛、肌肉抽搐、肢体麻木的周围神经病变，医生可以通过微创操作解除神经卡压、修复受损神经，快速缓解患者的痛苦，逐步恢复神经正常功能。

开颅手术早已不再“大刀阔斧”

很多人对开颅手术的印象还停留在创伤大、风险高的旧认知里，实际上随着现代医学技术迭代，开颅手术的精准度已经实现了质的飞跃。

现在的开颅手术是先通过多模态术前检查完成毫米级精准定位，术中借助手术显微镜、神经导航等专业设备，能最大限度避开正常脑组织和关键神经，大幅降低不必要的创伤。手术前医生会全面评估患者的全身状态，定制完全适配病情的个性化手术方案，术后还有专业的神经外科护理团队全程跟进照护，帮患者平稳度过恢复期，完全不需要过度恐惧。

绝大多数人不知道，现在神经外科的微创治疗已经成为很多疾病的首选方案，具备创伤小、恢复快、并发症少的显著优势。针对高血压脑出血，可通过

微创穿刺引流术，完全不需要开颅，仅用一根细小的穿刺针就能把淤积的血肿引流出来，快速缓解脑组织压迫；针对体积较小的颅内肿瘤、脑血管畸形，可通过血管内介入治疗，借助纤细的导管把药物或栓塞材料直接送达病变位置，精准完成治疗。这些微创方式既能彻底解决病灶，又能最大程度降低对身体的损伤，让患者更快回归正常生活。

面对神经系统相关疾病，完全没必要过度恐慌，更不要盲目抵触开颅手术。当你频繁出现不明原因的头痛头晕、肢体麻木、言语不清、视力骤降等异常信号时，第一时间前往医院就诊，明确是否需要神经外科干预。就诊时主动和医生沟通，把症状出现的时间、持续时长、变化细节完整告知，配合完成相关检查，充分了解病情和可选治疗方案。无论最终选择开颅手术还是微创治疗，都可以信任医生的专业判断，严格遵医嘱完成术前准备和术后照护，术后积极配合康复训练，规律作息避免熬夜和过度劳累，按时完成复查，就能最大程度恢复神经功能，守护好身体的“指挥中枢”。☺

从 CTA 到精准治疗：影像如何指导支架决策

◎吉林市中心医院 糕红艳

门诊中常有患者拿着冠状动脉CTA报告单询问：血管狭窄70%是不是必须放支架？这个问题背后是医学命题：我们依据什么决定放不放支架？精准医疗时代，影像学早已不局限于回答“堵没堵”，而是深入判断“堵得有多危险”和“该怎么处理”。从CTA初筛到支架植入决策，影像指引介入医生确定最佳路径，这是技术进步，更是临床思维从“看图说话”向“功能评估”“风险分层”的深刻转变。

第一关：CTA不只是看“堵没堵”

很多人将CTA简单理解为“给心脏血管拍张照”，看哪里堵了。实际它的价值不止显示解剖结构，成功的CTA检查能提供冠脉斑块信息，既显示血管狭窄程度，也可通过斑块密度初步判断性质，低密度伴正性重构的斑块不稳定，高密度钙化斑块相对稳定。因此，CTA在支架决策中的第一重作用是筛选，将症状典型、解剖结构复杂或斑块高危的患者，筛出进入下一

步有创评估；为症状不典型且斑块稳定的患者，避免不必要的导管检查。

第二关：生理学评估给狭窄“称重”

然而，解剖上的狭窄并不等同于功能上的缺血。狭窄引发的危害与病变位置、血管条件相关，这正是单纯依靠CTA无法解决的难题。此时，影像指导需要深入到“生理学”层面。通过基于CTA数据重建的血流储备分数（CT-FFR）技术，我们无须额外注射药物，也无须进入导管室，就能在电脑上模拟计算出狭窄导致的功能性缺血严重程度。这项技术为支架决策提供了一个相对客观的“标尺”：当CT-FFR数值低于特定阈值时，意味着狭窄已经对远端血流产生了实质性影响，植入支架的理由也就更加充分。

第三关：介入影像即手术台上的“火眼金睛”

患者进入导管室手术实操阶段后，影像主角从CTA转为冠状动脉造影，但造影

的二维重叠影像有时会掩盖病变的真实面目，这时，血管内超声（IVUS）和光学相干断层扫描（OCT）等腔内影像技术便登场了。它们就像医生伸入血管内部的“显微镜”，能够精确测量血管的真实直径、斑块负荷程度以及钙化环的厚度。这些信息对于支架决策至关重要：我们该选择多大直径的支架？支架的长度是否足够完全覆盖病变？是否需要预先进行旋磨处理钙化？这些问题的答案，都潜藏在腔内影像所揭示的细节之中，它确保了治疗策略的“量体裁衣”。

第四关：从“做不做”到“怎么做”的策略转换

影像的指导作用，在支架植入策略的选择上体现得尤为明显，对于位于血管分叉处的病变，造影往往只能显示一个模糊的影像，而IVUS或OCT却能清晰展示分支开口的斑块分布情况，从而指导术者是选择简单的单支架技术，还是更为复杂的双支架术式。再比如，对于急性心肌梗死的患者，OCT能够帮助鉴别梗死的原因到底是斑块破裂、斑块侵蚀还是钙化结节，这三种情况的处理策略截然不同，斑块侵蚀或许可以免于支架植入，仅通过抗栓药物治疗，这是影像指导带来的治疗理念革新。影像为我们提供了做出最优选择的底

气，让支架植入不再是“一刀切”的流水线作业。

第五关：验证与优化，让效果“看得见”

支架释放完毕，造影显示血流恢复，手术是否就宣告结束了？在精准影像时代，这只是完成了第一步。术者会再次使用腔内影像工具进行“术后验证”：支架是否完全贴壁？支架边缘有无夹层或血肿？支架是否实现了充分的膨胀？这些细微的异常在造影上可能毫无踪迹，却是未来发生支架内再狭窄或血栓形成的潜在隐患。一旦发现贴壁不良或膨胀不全，术者会立即使用高压球囊进行后扩张，将隐患消弭于无形。从这个意义上说，影像不仅是术前决策的“导航仪”，更是术中质控的“检测仪”，它确保支架的物理性能被最大化地转化为患者的临床获益。

归根结底，所有先进影像技术都服务于患者，影像提供客观数据，最终决策须回归患者临床症状、整体健康状况和个人意愿，影像将病理生理过程可可视化，医生将图像转化为治疗方案。从CTA初筛到生理学评估，再到腔内影像优化，影像指导下的支架决策，正是从模糊到清晰、从经验到精准的医学进化之路。☺