

XINXUEGUAN

YISHENG

DE JIANKANG JIAOYU BOKE

林梓卿 编者

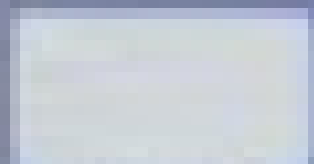
心血管 医生的健康教育博客

博文1: 清晨起床到10点左右,这段时间血压易明显升高,同时血液黏滞度升高,机体交感神经兴奋,是发生心血管疾病的高危时间段,被称为魔鬼时间。

博文2: 我们不能因为尿酸正常而立即否决掉痛风的诊断。痛风综合起来有这么几个特点,夜间急性发作;多单一关节;第一跖趾关节多见,可能局部皮肤脱屑,自行缓解。如此有型的发作,就算不是医生的你,也能毫不费力地诊断。

博文3: 作为糖尿病病人,掌握胰岛素的注射是非常重要的技能,许多病人曾经向我咨询过胰岛素的注射方法,在这里,我邀请一位工作人员为我们示范胰岛素的注射方法,谢谢她。

上海科学技术出版社



第1000期

心血管 医生

《中国心血管病报告2018》

【本刊讯】《中国心血管病报告2018》日前正式发布。报告指出，我国心血管病患病率持续上升，心脑血管疾病仍然是我国城乡居民的主要死因。

报告指出，我国心血管病患病率持续上升，心脑血管疾病仍然是我国城乡居民的主要死因。报告还指出，我国心血管病患病率持续上升，心脑血管疾病仍然是我国城乡居民的主要死因。

报告指出，我国心血管病患病率持续上升，心脑血管疾病仍然是我国城乡居民的主要死因。报告还指出，我国心血管病患病率持续上升，心脑血管疾病仍然是我国城乡居民的主要死因。

（续前）

心血管医生的健康教育博客

林梓卿 编著

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管医生的健康教育博客 / 林梓卿编著. — 上海:
上海科学技术出版社, 2012.9

ISBN 978-7-5478-1335-5

I. ①心… II. ①林… III. ①心脏血管疾病—防治
IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 113911 号

上海世纪出版股份有限公司
上海科学技术出版社 出版、发行

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

上海书刊印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/32 印张 9

字数: 180 千字

2012 年 9 月第 1 版

2012 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-1335-5/R·430

定价: 25.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向印刷厂联系调换

自序

我是一个普通的心血管内科医生，每天接触的都是患有心血管疾病的中老年病人。辛劳了一辈子后，他们把一生积蓄的大部分耗费在晚年的求医中，可是由于他们对疾病认识不够或者我们现行的医疗制度的缘故，以及一些经济利益驱动下的不良行为，导致很多老人往往花了钱又治不好病，饱受折磨。面对他们求助的眼神，我一直有一个梦想，希望能建立一个平台，倾我所学，尽我所能，开展心血管疾病及相关疾病的普及教育工作，打击黑心的伪医学和所谓的“养生学”，让老人们在求医的过程中少走弯路，少花不必要的钱，得到最满意最人性化的治疗效果，让我们的社会少些类似于张悟本这样的所谓“养生大师”。于是我于2009年8月15日在新浪开通了心血管及其相关疾病健康教育博客。我力求用口语化的语言讲述专业知识，每天讲一点，有时是诊断方面的，有时是治疗方案的选择，有时是饮食调养，有时是医疗费用和伪医学问题，都是每天病人问到我的，是大家最关心的

问题,希望能对大家有所帮助。

这期间有过欢欣和喜悦,有过沮丧和迟疑,但是网友们一路上鼓舞我、鞭策我,让我能一路前行,直至今天。在一些网友的建议下,同时为了更好地为大家服务,我将博客中的内容集结成书,出版发行,希望更多的人能从中获益,这个工作得到了上海科学技术出版社的支持,感谢他们对科普工作的支持和帮助。

文章中可能会引用网络上的一些图片或者文字,我会尽量标出处,未标出处的基本来自本医疗中心病例资料,在此谨向背后的原创作者以及提供病例资料的病人朋友们表示感谢,让我们共同促进健康科普。也希望更多的同行参与到健康科普中,相信我,这是一项非常有益的工作,无论于人于己。

林梓卿

目 录

高血压——最为常见的心血管疾病·····	001
高血压介绍·····	001
什么是血压·····	001
血压的 24 小时变化 ·····	002
高血压的判定·····	002
高血压的病因·····	004
高血压的高危因素·····	005
为什么要治疗高血压·····	005
常用的降压药物·····	007
血管紧张素转换酶抑制剂(普利类)——心血管疾病	
治疗的基石·····	008
钙离子拮抗剂(地平类)——最友好的降压药物·····	010
地平类药物不良反应——老三样:头痛、心悸、脚肿 ·····	011
各有千秋的几种长效钙离子拮抗剂:拜新同、络活喜、 波依定、乐息平 ·····	012
血管紧张素受体拮抗剂(沙坦类)·····	015
几种沙坦类药物的比较·····	017
利尿剂·····	020
β 受体阻滞剂(洛尔类) ·····	023

不被推荐的降压药物	025
α 受体阻滞剂	025
罗布麻茶	026
北京降压 0 号	028
高血压药物治疗的原则	029
联合用药	030
使用长效药物；使用 24 小时有效的药物	032
血压达标	033
病人朋友关心的几个问题	037
降压药物何时服用为好？	037
夜间服用降压药有危险吗？	038
血压不高了还要吃药吗？	039
我的血压太低吗？	042
什么是正常的血压波动？	044
如何避免体位性低血压？	046
什么时候需要动态血压监测呢？	048
谈谈冠心病	051
什么是冠心病——为什么有这么奇怪的名字	051
冠心病的常见临床类型	053
心绞痛	053
心肌梗死	056
冠心病其他类型	060
猝死	060
隐匿型冠心病	061
心律失常和心力衰竭型	062
冠状动脉造影——冠心病诊断的金标准	063
冠状动脉造影概述	063

冠状动脉造影的并发症·····	065
冠心病介入治疗的问题·····	069
我需要介入治疗吗? ·····	069
稳定的冠心病病人需要支架治疗吗? ·····	071
关于冠脉支架的几个热点问题·····	073
支架是怎么放进去的,是不是要开胸手术? ·····	073
支架放在血管里面会不会脱落,以后要不要拿出来? ·····	074
支架是什么材料做的,会不会过敏? ·····	074
放了支架是不是就彻底解决问题了,没事了? ·····	075
到底多大程度的狭窄需要放支架呢,是不是医生说 了算? ·····	075
听说放了支架后要多服用药物,药费如何? ·····	077
什么是药物支架,它和普通支架有什么不同? ·····	079
支架术后服用阿司匹林和氯吡格雷要注意哪些? ·····	080
冠心病的药物治疗·····	081
冠心病的一级预防和二级预防·····	082
阿司匹林之一:冠心病的必备药 ·····	082
阿司匹林之二:能否预防冠心病 ·····	084
阿司匹林之三:胃肠道副作用 ·····	086
阿司匹林之四:其他的不良反应 ·····	089
β 受体阻滞剂之一:除非有禁忌,必须服用·····	090
β 受体阻滞剂之二:短期效果 ·····	091
β 受体阻滞剂之三:长期疗效 ·····	092
β 受体阻滞剂之四:注意事项 ·····	093
β 受体阻滞剂之五:最常用的倍他乐克 ·····	094
β 受体阻滞剂之六:比索洛尔和卡维地洛 ·····	096

β 受体阻滞剂之七——副作用：体位性低血压	098
β 受体阻滞剂之八——副作用：心率减慢和对支气管 的影响	099
β 受体阻滞剂之九——副作用：对外周血管的影响	100
更年期女性与冠心病	102
热门的高脂血症	105
高脂血症的基本知识	105
高脂血症的危害	107
高脂血症的治疗	108
血脂水平高到什么程度需要治疗	108
怎么治疗	110
降血脂药物需不需要长期服用	111
常用的他汀类药物	112
洛伐他汀和血脂康	114
辛伐他汀	115
普伐他汀和氟伐他汀	118
阿托伐他汀	119
瑞舒伐他汀	120
他汀类药物的副作用	122
肝脏损害	122
肌病之一	124
肌病之二	126
谈谈其他的血脂成分——甘油三酯	127
谈谈其他的血脂成分——脂蛋白 a、载脂蛋白 B、载脂 蛋白 A I	129
房颤——必须高度重视的心律失常	132
什么是房颤	132

危险的房颤·····	134
易致心力衰竭·····	134
使脑卒中概率明显增高·····	135
房颤的治疗·····	136
原发性房颤和阵发性房颤：尽量转为正常心律·····	137
持续性房颤和永久性房颤：不易转为正常心律，评估 后定治疗方法·····	139
持续性房颤和永久性房颤的治疗之控制心室率·····	141
持续性房颤和永久性房颤病人的起搏器指征·····	143
如何预防房颤的并发症——脑中风·····	146
阿司匹林——勉为其难，仅仅适用于脑卒中低危人群 ·····	146
华法林之一——让心内科医生又爱又恨·····	147
华法林之二——作用机制和使用方法·····	149
华法林之三——病人如何配合医生用药·····	151
室性早搏——最受关注的一种心律失常·····	153
室性早搏的变化莫测、难以识别·····	153
病毒性心肌炎导致的室性早搏的处理·····	155
室性早搏中的高危分子·····	156
病毒性心肌炎和扩张型心肌病·····	158
病毒性心肌炎·····	158
扩张型心肌病·····	160
什么是扩张型心肌病·····	160
扩张型心肌病的诊断·····	162
扩张型心肌病的治疗——任重而道远·····	164
心脏彩超检查·····	167
心脏彩超可以看到什么·····	167

心脏彩超在高血压病人中的应用——左室肥厚·····	169
心脏彩超在冠心病诊断中的应用·····	171
室壁节段性运动障碍·····	171
符合心肌梗死后超声图像改变·····	172
常见心脏彩超报告·····	173
二尖瓣(或三尖瓣、主动脉瓣等)轻度反流或者轻度二	
尖瓣(或三尖瓣、主动脉瓣)关闭不全有问题吗? ·····	174
心脏彩超报告心脏收缩功能正常为何还会出现心衰?	
·····	175
舒张功能下降,左室顺应性下降 ·····	176
老年退行性心脏瓣膜病·····	178
学看心电图——不难·····	181
几种常见的心电图表现·····	181
心电图诊断 ST 段抬高心肌梗死: 最为快速而准确 ·····	183
心电图诊断非 ST 段抬高心肌梗死和心绞痛 ·····	184
常见心电图报告解释·····	185
窦性心律、窦性心律不齐、电轴左偏/右偏 ·····	186
窦性心动过缓·····	187
窦性心动过速、顺/逆钟向转位·····	188
早搏·····	190
ST-T 改变与心肌缺血 ·····	191
右束支传导阻滞和左束支传导阻滞——良恶相反的一	
对双胞胎·····	193
关于心脏起搏器·····	196
心脏起搏器概述·····	196
两种单腔起搏器·····	198
双腔起搏器·····	201

我需要安装心脏起搏器吗?	203
病窦综合征的起搏器植入指征——症状决定一切	203
我需要安装心脏起搏器吗——关于窦房结变时性 不良	205
房室传导阻滞起搏器植入指征——阻滞程度决定植入 与否	207
谈谈二尖瓣脱垂	214
二尖瓣脱垂——偏爱高高瘦瘦的淑女	214
二尖瓣脱垂有害身体吗?	215
二尖瓣脱垂综合征	216
什么时候需要手术治疗?	218
心力衰竭——心血管疾病的最后战场	221
心力衰竭之一——早期防治,心力衰竭分期	222
心力衰竭之二——心功能几级是什么意思	224
心血管事件的风险评估与心血管疾病的急救	227
心血管事件的风险评估	227
心血管疾病的高危因素	227
给自己算个命:评估我10年内心血管疾病的风险	229
心血管疾病急救	232
心绞痛急救	232
家人血压突然明显升高,我该怎么办?	234
无奈的黑色幽默:“伟大”的糖尿病	237
糖尿病——冠心病的等危症	238
为什么是“糖尿”——奇怪名字的由来	239
糖尿病的两种常见类型(1型和2型糖尿病)	240
糖尿病的诊断	241
糖尿病前期	243

糖尿病的治疗：控制血糖和预防并发症	244
口服降糖药——磺脲类	245
口服降糖药——弥老弥坚的二甲双胍	246
口服降糖药——拜糖平，以糖制糖的另类降糖药	247
胰岛素——不必忌讳，该出手时就出手	249
痛风——古老的疾病“焕发青春”	257
痛风和尿酸	258
痛风急性发作——来去如风的急性关节炎	258
痛风稳定期的治疗——痛定思痛，不能好了伤疤忘了疼	260
如何降低血尿酸	261
避免痛风诱因	263
小苏打，作用可不小	263
打击伪医学——所谓的心功能、微循环、骨质疏松、血液黏 滞度检测	265
心理健康才是真的健康——大家来关心心理疾病	268
跋	270

高血压——最为常见的心血管疾病

高血压介绍



什么是血压

要知道什么是高血压,就要知道什么是血压,血压就是血液在血管内流动时对血管壁的冲击力,心脏一缩一张,血液泵入血管中,就像海浪拍打着海滩,这个海浪拍打到海滩上的压力就是血压。血压就像潮水涨落一样有高有低。当心脏收缩时,心脏将血液泵进血管,血管壁受到较大的冲击力,如海浪冲过来一般,这时测到的压力就是收缩压,也就是老百姓说的高压。在心脏舒张时,血管壁受到的压力减轻,如海浪退下去一般,这时测到的压力较低,叫作舒张压,也就是低压。我们医生用“收缩压(高压)/舒张压(低压)”这样的方式来记录血压,如果您的病历中血压记录是 160/90 mmHg(毫米汞柱),那么就表示您的收缩压是 160 mmHg(毫米汞柱),舒张压是 90 mmHg(毫米汞柱)。在血压计中还有一种单位,就是千帕,即 1 000 帕斯卡,符号是 kPa,1 千帕 $\approx$ 7.5 毫米汞柱。不过这个千帕的单位现在临床上用得不多,有些电子血压计上还有这个单位,大家记住这个方便

换算。如果自己买血压计,记得叫营业员帮你设置为使用毫米汞柱的。

血压的 24 小时变化

每个人的血压不是一个刻板的数值,可以说,每时每刻都在变化中。当你情绪激动,活动增多时,心跳加快,心脏收缩增强,血压自然就上升了;当你处于休息、安静或睡眠状态中,心跳减慢,心脏收缩力降低,血压自然就下来了,这是机体为了适应不同的环境变化而做出的调整 and 适应。所以说正常情况下血压是波动的。有些病人总希望他的血压就是在 120/70 毫米汞柱这个所谓的最理想水平,愿望是良好的,但只是不符合自然界规律的一厢情愿。设想一下,如果某人的血压一直固定在 120/90 毫米汞柱这个数值而不变化,他是无法适应自然界的。

正常人的血压在 24 小时内有一定的变化规律,在 1 日当中,有两个高峰:一是清晨起床到上午 10 时左右,血压明显升高,同时血液黏滞度升高,机体交感神经兴奋,是发生心血管疾病的高危时间段,常常被称为魔鬼时间。二是下午 3 时到 5 时左右。同时一日当中有一个低谷,位于睡眠当中(图 1)。整个曲线表现为一个双峰单谷的勺子的形状,就像一把炒菜的勺子。

有些高血压病人,不仅血压整体水平升高,而且血压的这种 24 小时变化规律消失,甚至完全相反,例如出现夜间血压明显升高,这些就属不正常的表现。

高血压的判定

对高血压判定标准的认识有一段很长的历史。在以前的教

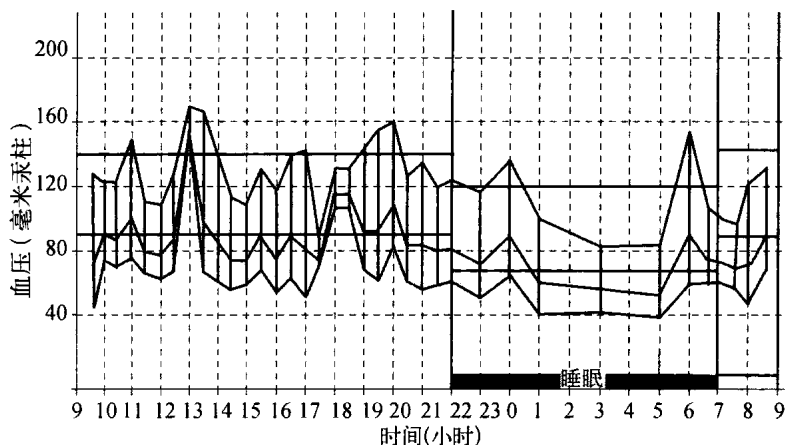


图1 人体24小时血压波动——勺型曲线

教科书中,认为血压超过160/90毫米汞柱才算是异常,对于一个血压是150/80毫米汞柱的病人认为不需要降压处理,现在发现这种看法是错误的,因为在人群中跟踪调查发现,血压超过140/90毫米汞柱的人,以后发生心脑血管疾病的概率明显增加,而且血压越高,概率越大。因此,目前“收缩压 ≥ 140 毫米汞柱及(或)舒张压 ≥ 90 毫米汞柱”被国际上公认为高血压的诊断标准。在高血压的判定上须注意,要在安静休息5分钟以上,在你放松的情况下测量血压,如果在3次不同的时间测量都超过140/90毫米汞柱,可以判定为高血压。各种入学或单位体检时,我们经常见到有些年轻人血压轻度升高,超过140/90毫米汞柱,对于这种情况,既不要急匆匆地下高血压的诊断,也不可毫不理睬,正确的做法是放松心情,在不同的时间再测量几次后再下判定,如果仍然无法判断,可以选择24小时动态血压监测或定期监测。

那么这个140/90毫米汞柱的数值是不是就一定正确呢?