



21 世纪

健康新概念丛书

新家庭医疗保健

JIATING YILIAO BAOJIAN

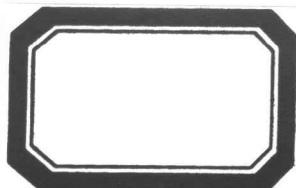
许政刚 主编



- 权威 + 实用
- 一位随处可见的家庭医生
- 一部可随时查阅的家用医疗宝典



人民日报出版社



爱如

21 世纪
健康新概念丛书

新

家庭医疗保健

主编 许政刚

编委 许政刚 贾晓佩 李淑云

闫桂环 胡亚丽 钱淑清

陈敬芳 郭淑珍 韩 杰

江苏工业学院图书馆
藏书章



人民日报出版社

图书在版编目(CIP)数据

21 世纪健康新概念丛书·新家庭医疗保健/许政刚 主编.

-北京:人民日报出版社,2003.10

ISBN 7-80153-740-8

I .2... II . 许... III.保健 - 普及读物 IV.R161-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 087089 号

书 名:21 世纪健康新概念丛书·新家庭医疗保健

主 编:许政刚

责任编辑:紫 藤

装帧设计:吴本泓 + 马丽娜

出版发行:人民日报出版社(北京金台西路 2 号,邮编:100733)

经 销:新华书店

印 刷:安阳市华豫印刷厂

开 本:787×1000 1/16

字 数:1860 千字

印 张:218

印 数:5000 册

印 次:2005 年 2 月 第 1 次印刷

书 号:ISBN 7-80153-740-8/Z·044

全套定价:228.00 元(本册定价:16.50 元)

前 言

面对社会不断进步,生活节奏加快,社会环境的应激因素对于疾病发生发展的作用将更为明显。传统的“生物医学”模式受到了挑战,取而代之的是“生物心理社会医学”模式。这一模式不仅着眼于疾病的器质因素,还应该重视疾病的心理和社会因素。

针对当今医学模式的改变,医学扩展到不仅要用药物和手术来治疗病人,还要用真诚的关怀来治疗病人。这种关怀体现为高超的技能、耐心体贴的服务,此外,还应该包括耐心的宣教工作,把卫生知识交给病人,让病人了解疾病的发病机理以及防治的办法,更应该知道护理的要点,这样才有利于防治和康复。

我院各级领导以及医生护士一直重视对病人的宣教工作,各科门诊及病房都写了不少宣教资料,由于密切联系医疗实践,紧密结合病人的真实思想,所以深得病人的欢迎,健康报曾对我院病房及门诊的卫生宣传工作作了系统介绍,为了让更多的病人看到宣教资料,我院护理部又组织各科医护对各种常见病,从疾病的防治和护理,重新进行撰写,系统成册,以利阅读。

要在一本小册当中对所有各科的常见病都作介绍,既要全面,又要简洁,并非易事,我们尽量做了努力,肯定尚有不妥之处,敬请广大读者提出批评意见。

北京同仁医院 许政刚

目 录

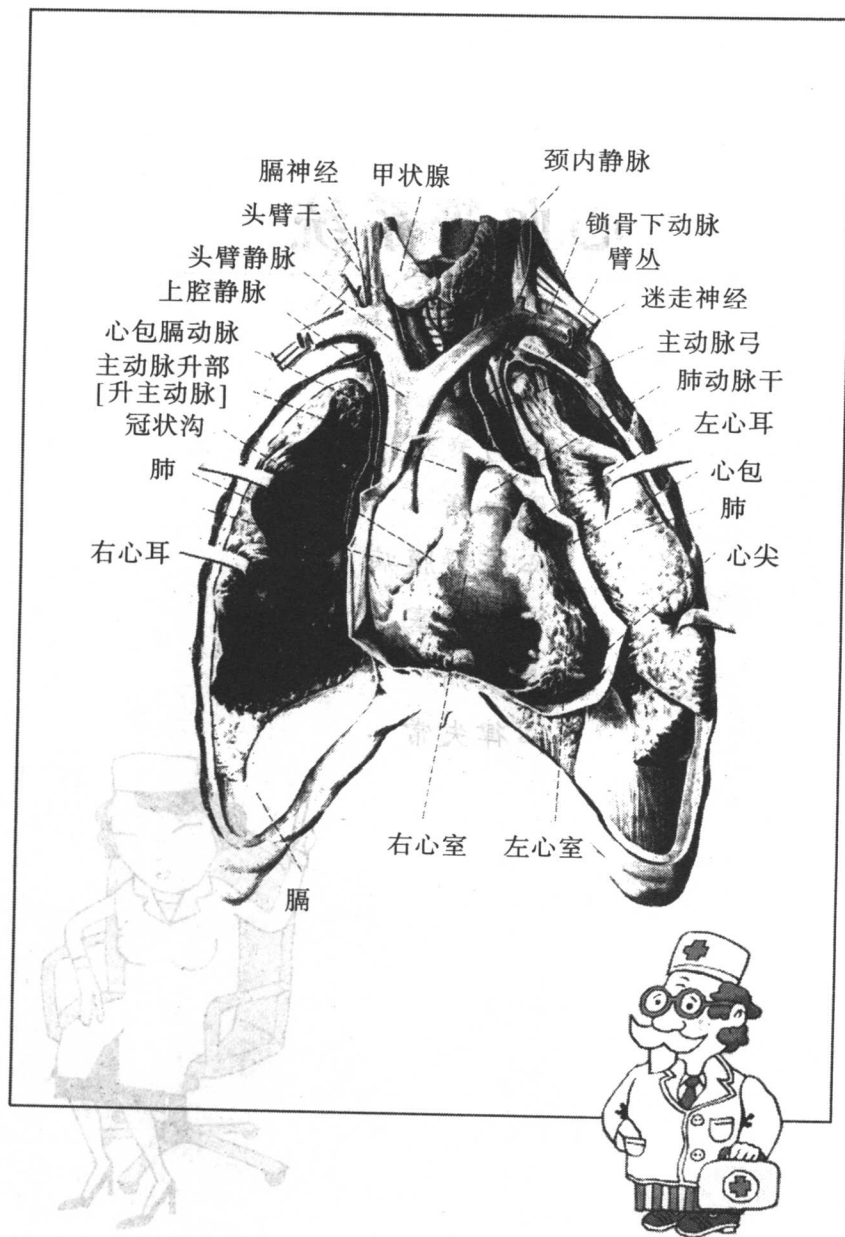
一 心血管系统	(1)	前列腺增生症	(58)
高血压	(3)	输尿管结石	(62)
心力衰竭	(4)	五 代谢内分泌血液系统	(65)
高血脂	(9)	糖尿病	(67)
心脏瓣膜病	(12)	肥胖症	(69)
心肌梗塞	(13)	甲状腺功能亢进症	(71)
心绞痛	(15)	甲状腺功能减低	(73)
附:经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)		缺铁性贫血	(75)
.....	(15)	白血病	(77)
心律失常	(17)	淋巴瘤	(80)
附:射频消融术(RFCA)	(18)	六 普通外科	(83)
二 呼吸系统	(19)	急性乳房炎	(85)
感冒	(21)	乳腺癌	(86)
慢性支气管炎	(21)	阑尾炎	(90)
哮喘	(23)	肠梗阻	(93)
肺炎	(25)	下肢静脉曲张	(95)
肺心病	(26)	疝	(96)
胸膜炎	(28)	痔	(97)
支气管肺癌	(28)	肛裂	(99)
肺结核	(29)	七 骨 科	(101)
三 消化系统	(31)	骨折	(103)
胃十二指肠溃疡	(33)	肩周炎	(105)
胃炎	(36)	颈椎病	(106)
病毒性乙型肝炎	(37)	腰间盘突出症	(109)
胆结石	(40)	骨关节炎	(111)
急性胰腺炎	(42)	痛风	(113)
习惯性便秘	(45)	骨质疏松	(115)
结肠癌	(47)	八 神经内科	(117)
四 泌尿系统	(51)	脑梗塞	(119)
急性肾小球肾炎	(53)	脑出血	(121)
肾盂肾炎	(54)	癫痫	(122)
肾功能衰竭	(56)	老年痴呆(阿耳茨海默病)	(123)

精神分裂症	(124)	感染性角膜炎/角膜溃疡	(171)
慢性疲劳综合征	(125)	青光眼	(174)
抑郁症	(125)	白内障	(175)
九 妇 产 科	(127)	视网膜脱离	(178)
不孕症	(129)	十三 耳鼻喉科	(179)
宫颈糜烂	(130)	慢性化脓性中耳炎	(181)
阴道炎	(131)	耳聋	(183)
念珠菌性阴道炎	(132)	梅尼埃病	(186)
老年性阴道炎	(133)	慢性鼻窦炎	(188)
急性盆腔炎	(134)	鼻息肉	(191)
产褥感染	(135)	喉炎	(192)
子宫颈癌	(136)	扁桃体炎	(193)
恶性卵巢肿瘤	(138)	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	(196)
功能失调性子宫出血	(139)	十四 口腔科	(201)
子宫内膜异位症	(141)	龋齿	(203)
更年期综合征	(142)	牙周病	(205)
十 儿 科	(145)	颞下颌关节紊乱综合征	(206)
猩红热	(147)	十五 神经外科	(209)
麻疹	(147)	颅脑损伤	(211)
流行性腮腺炎	(148)	脑积水	(214)
水痘	(149)	脑膜瘤	(217)
幼儿急疹	(150)	垂体腺瘤	(220)
小儿佝偻病	(150)	听神经瘤	(222)
婴幼儿腹泻	(151)	星形细胞瘤	(224)
十一 皮肤科	(153)	颅咽管瘤	(225)
湿疹	(155)	视神经损伤	(227)
接触性皮炎	(156)	脊髓肿瘤	(228)
荨麻疹	(158)	脑动静脉畸形	(230)
淋病	(161)	颅内动脉瘤	(232)
艾滋病	(165)	十六 常见病非处方用药指南	(235)
十二 眼 科	(167)	附:常用化验值及相关临床意义	(262)
屈光不正	(169)		
结膜炎	(170)		

心血管系统

- 高血压
- 心力衰竭
- 高血脂
- 心脏瓣膜病
- 心肌梗塞
- 心绞痛
- 心律失常





· 高 血 压 ·

高血压是指动脉血压超过正常值的异常情况。1999年世界卫生组织规定：

- 高血压是收缩压 ≥ 140 毫米汞柱和/或舒张压 ≥ 90 毫米汞柱。
- 高正常血压是收缩压在 139 ~ 121 毫米汞柱和/或舒张压在 89 ~ 81 毫米汞柱,也就是血压偏高了。
- 理想血压是收缩压 < 120 毫米汞柱和舒张压 < 80 毫米汞柱。

病因及诱因：

高血压病因未明,可能与年龄、职业、环境、家族遗传、食盐量及体重因素有关。一般认为高级神经中枢功能失调在发病中占主导地位,而体液内分泌因素及肾脏等也参与了发病过程。

检查与诊断：

定期检查血压是早期诊断高血压的主要途经。对于可疑对象应多日多次测血压,然后得出结论。

在做出高血压病的诊断时,必须排除由于其他疾病所致的症状性高血压。最常见的引起血压增高的疾病有:肾脏疾病如肾小球肾炎、多囊肾、肾结核等肾实质性病变以及肾动脉狭窄等肾血管病变;内分泌疾病:如嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症等;大动脉疾病及颅脑疾病。

降压药治疗要点：

(一) 利尿剂:其作用主要是抑制肾小管对钠和水的再吸收,使血容量减少,心输出量降低,血压下降。常用药物有:双氢克尿塞、速尿、氨苯喋啶、安体舒通。

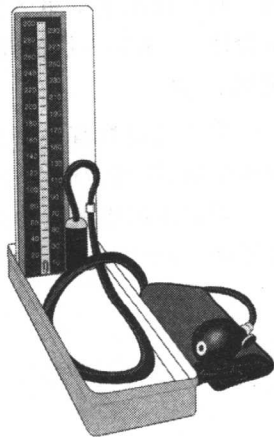
(二) 交感神经抑制剂:其作用主要是通过抑制或阻滞交感神经系统不同部位而引起降压作用。

(三) 肾上腺能受体阻滞剂:其作用为阻断心脏 β -受体,降低心输出量和肾素活性从而降低血压。

(四) 血管扩张剂:主要通过直接松弛血管平滑肌,降低周围阻力而起降压作用。

(五) 钙阻滞剂:其作用为阻滞钙离子进入平滑肌细胞,抑制血管平滑肌收缩而降低血压。

(六) 选择性肾素—血管紧张素系统干扰药:其作用主要为抑制将血管紧张素 I 转换为血管紧张素 II 的转换酶,减少血管紧张素 II 的产生而降低血压。



护理要点:

(一) 了解病人的思想和工作情况,合理安排工作和休息,防止过度紧张和疲劳,以松弛长期紧张的精神状态。

(二) 严格控制盐的摄入量,以免增加血容量。减少胆固醇类食物摄入,并提倡适当的体育活动,如:做操、散步、太极拳等,以控制体重,调节植物神经系统功能。

(三) 制定治疗措施,并向病人及家属说明坚持长期服药的重要性,以取得病人的配合。

(四) 对有心、脑、肾并发症患者应严密观察血压波动情况、详细记录出入量,症状的变化,及时通知医生,调整用药。对高血压危象患者要监测其呼吸、心率、血压、神志等生命体征,做好一切抢救准备。

预防保健:

要广泛宣教有关高血压病的知识,对健康人应当合理安排生活,注意劳逸结合,定期检查血压,尤其是对有高血压家族史的人应当注意定期检查。

对高血压患者应劝其接受治疗,并应坚持长期服药。在医务人员的指导下,适当进行体育锻炼,防止体重超重,减少盐的摄入,以防止出现心、脑、肾的并发症。

(李春梅、张洁)



·心力衰竭·

心衰是指心脏功能不能适应机体在各种不同情况下对氧和代谢的需求,或者是指在足够静脉回流时,心输出量仍相对低于机体代谢的需要。心衰可能出现于休息时,也可能出现于过度活动时。

心衰的原因可归纳如下:

(一) 心肌收缩力降低:可因各种原因的心肌疾病所致,如冠心病、心肌病、心肌炎、心肌变性疾病等。

(二) 心脏负荷加重:收缩期负荷加重,如主动脉或肺动脉瓣狭窄、高血压病、各种病因所致的肺动脉高压等;舒张期负荷加重,如心瓣膜关闭不全,先天性心脏病所致的左右心室、心房之间的分流等。

(三) 心室舒张期顺应性减低,如心室肥厚等。



诱发原因：

- (一)各种感染,尤其肺部感染最为重要。
- (二)过重的体力劳动和情绪激动。
- (三)严重的心律失常,使心排血量下降。
- (四)妊娠和分娩。
- (五)严重贫血和大量出血。
- (六)其他:输血量过多或过快、钠盐摄入过多、肺梗塞等。

临床表现：

(一)左心功能不全的表现:由于左心收缩力减弱,左心室排血功能障碍,临床表现主要是由于肺循环淤血、肺水肿所致。

●呼吸困难:为左心功能不全最早出现的症状。开始多在较重体力劳动时出现,休息后可好转。随着左心功能不全的加重,呼吸困难可在较轻体力劳动即出现,并可出现夜间阵发性呼吸困难,此为左心功能不全的典型表现。严重左心功能不全时可出现端坐呼吸。

●心肺体征:左心室可增大,心尖部可闻舒张期奔马率,心率增快,两肺底可闻及湿罗音,有时伴有哮鸣音,罗音分布位置可随体位改变而改变。

●其他体征:患者常取半卧位或端坐位,口唇紫绀,脉搏常可成交替脉。

(二)右心功能不全的表现:主要是由于体循环静脉充血及水肿所引起的。

1. 上腹部胀满:是右心功能不全的早期症状,常可伴有食欲不振、恶心、呕吐及上腹部压痛。其原因是肝充血及肿大,胃肠道充血所致。

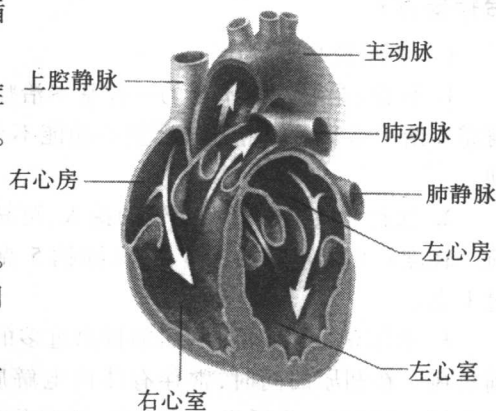
2. 体征:

(1)颈静脉怒张:显示体循环静脉压增高。在腹部肿大肝脏上加压可使颈静脉怒张更为明显,称为肝颈回流征阳性。

(2)肝脏肿大及压痛:肝肿大常发生于皮下水肿之前,伴有上腹部饱胀不适及压痛,是右心功能不全的一个重要表现。长期的肝充血肿大可发展为心源性肝硬化。

(3)水肿:是右心功能不全较晚期的表现。水肿开始出现在身体最低的部位,起床活动患者,水肿从两足、踝部开始,卧床患者从腰骶部开始。严重右心功能不全者可呈全身水肿,并伴有胸、腹水。胸水多出现在右侧,亦可在双侧。其发生原因可能是由于胸膜的毛细血管内压力增高,液体由血管漏入胸膜腔内所致。腹水则由于腹腔内体静脉压及门静脉压增高引起。

(4)紫绀:在口唇及四肢末梢较明显,严重的左、右心功能不全均可产生。其原因为外周体循环充血,血红蛋白中的氧被组织大量摄取,同时血红蛋白在肺中又不能得到充分氧合,致使血中还原血红蛋白含量增高($>5\text{g/dl}$)所致。



(5) 右心室增大或全心增大:心浊音界向两侧扩大,剑突下可见明显搏动,提示右心室增大。

(三) 全心功能不全的表现:

心功能不全早期常是一侧性的(左心或右心),临床多见先为左心功能不全进一步发展可导致右心功能不全,从而出现全心功能不全。此时即同时具有左、右心功能不全的临床表现;亦可以某一侧心功能不全表现为主。左心功能不全肺充血的临床表现可因右心功能不全的发生而减轻。

诊断要点:

慢性心功能不全的诊断主要依据:

- (一) 心脏病的体征,主要是心脏增大;
- (二) 肺部充血的症状和体征;
- (三) 外周体循环系统充血的症状和体征;
- (四) 其他辅助检查和指标。

左心功能不全应与支气管哮喘发作相鉴别,即心源性哮喘与肺性哮喘的鉴别。右心功能不全应与心包疾患、肝硬变、肾病综合征相鉴别。

治疗要点:

(一) 减轻心脏负荷:

1. 休息:是心功能不全的一种基本治疗。体力和精神休息,降低心脏的负担,并可按病情需要给予适当的镇静剂。严重心功能不全者应卧床休息,病情好转后,应鼓励病人尽早活动。

2. 饮食:低钠饮食,控制钠的摄入,可减轻体液潴留,降低心脏的负荷。轻度心功能不全的患者,每日限钠 5 克以下,严重者限钠每日不超过 1 克。

3. 利尿剂应用:通过利尿剂排出过多的钠盐和水分,可减轻心脏的前负荷。在利尿的同时,常伴有体内电解质的排出,容易出现低血钾、低血钠,又可进一步诱发心律失常、洋地黄中毒,亦可使心功能不全加重。常用利尿剂有:

(1) 排钾利尿剂

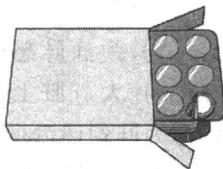
a 噻嗪类:常用双氢克尿塞,每日 50 ~ 100mg,环戊氯噻嗪,每次 0.25 ~ 0.5mg,每日三次;氯噻酮,每次 0.1g,每日三次。

b 利尿酸和速尿:作用较强的利尿剂,二者均有可能引起低钾、低钠、低氯血症,并可引起低血容量。利尿酸静注每次 25mg,稀释在 20ml 葡萄糖液中缓注(10 分钟左右);速尿静注每次 20 ~ 40mg,经稀释后缓慢注入,口服速尿每次 20 ~ 40mg,每日两次。

长期或大量使用排钾利尿剂时,应注意补钾,防止出现低血钾。

(2) 保钾利尿剂:具有排钠储钾作用。

a 安体舒通(螺旋内酯):为醛固酮拮抗剂,利尿作用较弱,常与噻嗪类药合用以防低血



钾症。常用剂量为每次 20mg, 每日三次。

b 氨苯喋啶: 常与噻嗪类利尿剂合用, 常用量为每次 50mg, 每日三次。

4. 血管扩张剂的应用: 心功能不全时, 心脏的前、后负荷增加, 使用血管扩张剂可减轻心脏负荷, 降低心肌耗氧量, 降低心室舒张期末压, 增加心搏出量, 使心功能得到改善。常用血管扩张剂有:

(1) 降低前负荷为主的药物, 以扩张小静脉为主, 药物有:

a 硝酸甘油, 口服每次 0.5 ~ 0.6mg, 舌下含化, 可重复使用; 静脉滴注以 10ug/分开始, 根据病情逐渐加量。

b 消心痛, 每次 5mg, 每 2 小时一次或每日 3—4 次, 口服或舌下含化。

(2) 降低后负荷为主的药物: 以扩张小动脉为主, 药物有: 苄胺唑啉(酚妥拉明)、肼苯哒嗪、哌唑嗪、巯甲丙脯酸。

(3) 同时降低前后负荷的药物: 可同时扩张小动脉和小静脉, 常用药物有硝普钠, 剂量开始从 5 ~ 10ug/分, 根据病情逐渐增加剂量至 100ug/分。本药不能长期应用, 以免发生氰化物中毒, 对肾功能不全者应慎用。静脉滴注时应避光使用。

(二) 加强心肌收缩力:

洋地黄的应用: 可加强心肌收缩力, 减慢心率, 增加心搏出量, 从而改善各器官的充血情况, 使心脏回缩, 改善心功能不全患者的血液动力学变化。

1. 适应症: 各种心脏病所致的心功能不全、室上性阵发性心动过速、伴快速心室率的心房颤动及扑动等。

2. 禁忌症: 洋地黄药物过敏及中毒为绝对禁忌症。预激综合征伴心房颤动或扑动发作、室性心动过速、房室传导阻滞、肥厚性梗阻型心肌病等一般不宜使用。

当患者体内洋地黄药物浓度蓄积到一定量时能取得最好的疗效, 此时的用药量称为有效治疗量。随后每日应给予一定量的药物以补充每日代谢排泄所丢失的药量以维持疗效, 此种药量称为维持量。洋地黄类药物的治疗量和维持量的个体差异很大, 在同一个病人的不同时期亦有差别, 因此必须对用药量作随时调整。

3. 洋地黄制剂的毒性反应: 洋地黄的治疗量与中毒量很接近, 容易中毒。此外, 当心肌有严重损害(如急性心肌炎、急性心肌梗塞时)、低血钾、严重缺氧(如肺源性心脏病)及肝、肾功能减退时更容易发生洋地黄中毒。常见毒性反应有:

(1) 胃肠道反应, 表现为食欲不振、恶心及呕吐等;

(2) 神经系统反应, 有头痛、头晕、视觉改变等;

(3) 心脏方面反应, 可引起各种心律失常, 多见有室性期外收缩(甚至形成二联律)、室上性心动过速伴有房室传导阻滞、房室传导阻滞等;

(4) 洋地黄过敏反应, 很少见。

4. 洋地黄中毒的处理:

(1) 停用洋地黄类药物;

(2) 补充钾盐, 可口服或静脉滴注氯化钾;

(3) 停药排钾利尿剂;

(4) 纠正心律失常,除可用氯化钾外,可用苯妥英钠或利多卡因治疗室性期前收缩及其他室性心律失常。心动过缓时可用阿托品治疗。

(三) 防治各种诱发心功能不全的因素,以免再发生心力衰竭。

(四) 治疗原有的心脏病,如风湿性心脏病伴有心肌炎者,应积极控制风湿性心肌炎,冠心病患者应积极改善冠状动脉供血等。

护理措施:

(一) 病情观察:注意 观察心率、心律、紫绀、肺底湿罗音、颈静脉怒张、肝肿大、下肢浮肿、尿量等变化。在治疗及护理后病情有否好转,有无新的征象,并及时与医生取得联系。

(二) 休息:是减轻心脏负担的有效措施,应根据病人心功能不全的程度适当安排。病室内要保持安静,空气新鲜,冬天应注意保暖。一般病人可采取平卧位或高枕卧位,对严重心功能不全病人应采取半卧位或坐位。对心功能一级(即代偿期)病人,可不限制日常一般活动,但应避免过重体力活动。心功能二级者可进行一般日常活动,需注意增加休息。心功能三级者应限制日常活动,以卧床休息为主。心功能四级者则应绝对卧床休息,病情好转后逐渐增加活动量。

(三) 饮食护理:控制钠盐摄入,说服病人并使其理解限钠的重要性,以取得病人配合,一般轻者控制在每日 5g 以下,重者在 1g 以下。其他含钠药物及食物均应严格控制,如调味品、味精、啤酒、汽水等均不宜食用。在限钠期间应多食维生素,增加食欲。

(四) 吸氧:一般采用低流量持续吸氧,流量为 2~4L/分,常用鼻导管给氧法,注意导管插入的深度,随时清除鼻腔分泌物,保持鼻导管通畅。密切观察病人的口唇及末梢紫绀情况,及时调整给氧流量。

怎样使用氧气枕头?

氧气枕头如图所示,具体使用方法为:

●将注满氧气的枕头接上湿化瓶,再接上一次性鼻塞;

●用符合卫生标准的棉签清洗鼻孔;

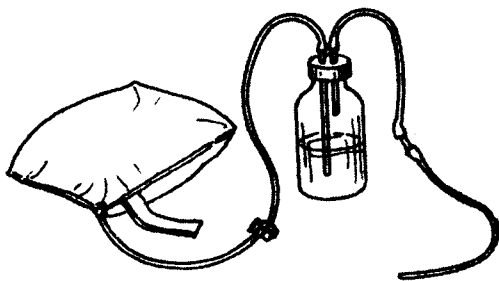
●调节好流量后,将鼻塞适度地插入一侧鼻孔,以患者感觉舒服为宜。

(五) 用药护理:

1. 应用强心药物:常用为洋地黄类,要加强
对药物反应的观察,注意洋地黄的毒性反应,一旦
出现恶心、呕吐、心律失常等情况应及时通知医生并
采取措施。对服用洋地黄的病人应注意:

(1) 严格按时间、按剂量服用;

(2) 服洋地黄前必须数脉率,成人应不低于每分钟 60 次为宜;



(3) 密切观察洋地黄治疗效果,有效指征为心功能不全的症状和体征改善,心房纤颤的心室率减慢,肝脏缩小,尿量增加,体重下降,食欲改善等;

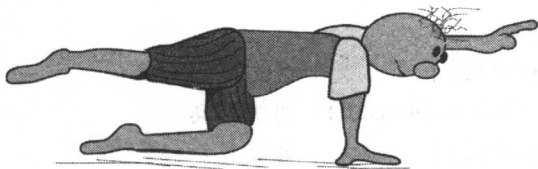
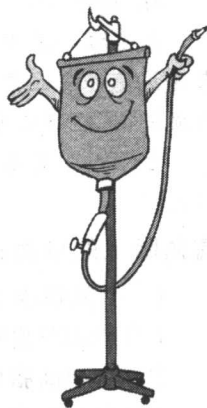
(4) 应用洋地黄后心衰症状未减轻反而加重者,应仔细寻找其原因,如服药是否按时按量、口服后有无呕吐等,并向医生报告以便采取相应措施。

2. 血管扩张剂的应用:使用该类药物应注意病人血压、出入量,使用硝普钠时应注意避光静滴,药物暴露后4小时左右其效价降低,应废弃换用新药。长期服用巯甲基丙脯酸的病人应注意肾功能及血钾增高,应定期检查肾功能及血电解质。初用血管扩张剂患者可出现血压下降,故应密切监测病人血压变化,在血容量不足的病人尤甚。

3. 利尿剂的应用:应准确记录病人的出入量及体重,防止因大量利尿剂而出现电解质紊乱、失盐低钠综合征,患者失钠可出现乏力、疲倦、恶心呕吐、淡漠、血压下降、尿少等,严重可神志不清。大量服用噻嗪类利尿剂可导致低血钾。应用利尿剂最好在早上或上午使用,以免夜间因用药后尿量过多而影响休息。严重水肿患者使用肌肉注射时,应先用手指压迫注射部位,再从压迫处进行深部注射,否则药物注入水肿腔内而不发生疗效。

4. 控制静脉途径输液,如必须静脉给药时应控制输液总量及滴注速度,避免造成血容量增加过多过快而诱发心力衰竭加重。

(六) 卫生宣传:向病人及家属介绍疾病常识,使之能主动配合医疗,消除焦虑情绪,且能做到自我护理,以促进疾病治疗效果。



七、预防保健:

心功能不全的病人出院后常易中断门诊随访及常规服药,并忽视钠盐的控制因而导致心衰复发,如心衰多次发作,预后极差。应教育病人继续适当控制钠盐摄入,定期门诊随访,讲明继续服用洋地黄或其他扩血管药物的重要性和必要性。帮助病人合理安排生活、活动量,增强体质。对生育期妇女做好计划生育的宣传工作十分重要。

(李春梅、王静)

· 高 血 脂 ·

高血脂:正常人的血脂在一定范围内保持动态平衡。我国正常人群空腹时血脂及脂蛋白含量为:

- 1 总胆固醇 3.37—6.22mmol/L(130—240mg/dl),其中胆固醇占 70% 左右。
- 2 甘油三酯 0.68—1.47mmol/L(60—130mg/dl)。
- 3 磷脂 1.42—2.71mmol/L(110—210mg/dl)。
- 4 未脂化脂肪酸 0.2—0.6mmol/L(200—600mg/dl)。
- 5 β 脂蛋白 2—3.7mmol/L(200—370mg/dl)。

当空腹血浆中胆固醇及/或甘油三酯浓度过正常上限,即可诊断为高脂血症。由于血脂浓度易受许多因素影响,如饮食、大量饮酒、情绪激动、精神紧张、月经前期、妊娠等等,因此必须强调,空腹血脂持续高于正常水平诊断才可成立。

由于血脂是与血浆蛋白结合,以脂蛋白的形式运输的,所以,高脂蛋白血症也意味着高脂血症。

高脂血症的分类:

(一) 从临床上,可以简单地分为以下四类:

- 1 高胆固醇血症:血清总胆固醇水平增高。
- 2 混合型高脂血症:血清总胆固醇与甘油三酯水平均增高。
- 3 高甘油三酯血症:血清甘油三酯水平增高。
- 4 低高密度脂蛋白血症:血清 HDL—C 水平减低。

(二) 按病因高脂血症可分为:

- 1 原发性高脂血症
- 2 继发性高脂血症:常见的病因为:糖尿病、甲状腺机能低下、肾病综合症。

高脂血症的诊断:

血清 TC:(总胆固醇)

- | | |
|-------------------------------|------|
| 5.20mmol/L(200mg/dl) 以下 | 合适范围 |
| 5.23—5.69mmol/L(201—219mg/dl) | 边缘升高 |
| 5.72mmol/L(220mg/dl) 以上 | 升高 |

血清 LDL—C:(低密度脂蛋白)

- | | |
|-------------------------------|------|
| 3.12mmol/L(120mg/dl) 以下 | 合适范围 |
| 3.15—3.61mmol/L(121—139mg/dl) | 边缘升高 |
| 3.64mmol/L(140mg/dl) 以上 | 升高 |

血清 HDL—C:(高密度脂蛋白)

- | | |
|------------------------|------|
| 1.04mmol/L(40mg/dl) 以上 | 合适范围 |
| 0.91mmol/L(35mg/dl) 以下 | 减低 |

血清 TG:(甘油三酯)

- | | |
|-------------------------|------|
| 1.70mmol/L(150mg/dl) 以下 | 合适范围 |
| 1.70mmol/L(150mg/dl) 以上 | 升高 |

高脂血症的治疗原则:

(一) 可分为非药物和药物措施

1 非药物治疗措施:包括饮食和其他生活方式的调节,用于预防血脂过高,也是高脂血症治疗的基础。

(1) 饮食调节:适用于预防和治疗的对象。

目的:保持合适的体重,降低过高的血脂,兼顾其他不健康的饮食结构,如限制食盐量。

方式:控制总热量;减低脂肪,尤其胆固醇和饱和脂肪酸的摄入量;适当增加蛋白质和碳水化合物的比例;减少饮酒或戒烈性酒。

(2) 其他非药物治疗措施:包括运动锻炼和戒烟。在降压药物治疗中注意噻嗪类利尿药可能增高 TC 与 LDL—C 或 TG, β 阻滞剂可能增高 TG 和降低 HDL—C。钙拮抗剂和 ACE I 对血脂影响少。

2 药物治疗措施:

(1) 一级预防:适用于不能进行饮食及非调脂药治疗或治疗后疗效不满意的对象,以 TC 与 LDL—C 水平为判断基础。

a 无冠心病危险因素者:TC > 6.24mmol/L (240mg/d), LDL—C > 4.16mmol/L (160mg/dl)

b 有冠心病危险因素者:TC > 5.72mmol/L (220mg/dl), LDL—C > 3.64mmol/L (140mg/dl)

(2) 二级预防:

TC > 5.20mmol/L (200mg/dl), LDL—C > 3.12mmol/L (120mg/dl)

(二) 可选药物种类和用法:

HMG—CoA 还原酶抑制剂(他汀类):

洛伐他汀, 10—80mg 每晚一次或每天分两次口服;

辛伐他汀, 5—40mg 每晚一次口服;

普伐他汀, 10—40mg 每晚一次口服;

氟伐他汀, 10—40mg 每晚一次口服。

胆酸隔置剂:

考来烯酸, 4—24g 每晚一次或每天分两次口服;

考来替哌, 5~20g 每晚一次或每天分两次口服。

贝丁酸类:

非诺贝特, 100mg 每天三次或微粒型 200mg 每天一次口服;

苯扎贝特, 200mg 每天三次或缓释型 400mg 每天一次口服;

吉非罗齐, 300mg 每天三次或 600mg 每天两次, 或缓释型 900mg 每天一次口服。

烟酸类:

烟酸, 100mg 每天三次渐增至 1~3g/天口服;阿西莫斯, 250mg 每天 1—3 次口服。



四、预防保健:

合理的饮食结构和科学的锻炼方法,是预防高脂血症的最佳途径。合理饮食对矫正脂代谢紊乱,控制体重有重要作用。I 型高脂蛋白血症,应严格限制脂肪;II 型严格限制糖类,脂肪热卡占食物总热卡的 30~45%,并增加多种不饱和脂肪酸的量(如植物油);III 型亦应