

安全生产监督管理与执法全书

医疗卫生常识

(二)

主编：韩 问

吉林摄影出版社

图书在版编目(CIP)数据

安全生产监督管理与执法全书/韩问主编. - 长春:
吉林摄影出版社, 2005.1
ISBN 7-80606-774-4
. 安... . 韩... . 企业管理-安全生产-监
督管理-中国 . X931

安全生产监督管理与执法全书·医疗卫生常识

作 者: 韩问

排版设计: 盛世文化传播(北京)有限公司

出版发行: 吉林摄影出版社

社 址: 长春市人民大街124号

邮政编码: 130021

印 刷: 北京通成印刷厂

开 本: 880×1230mm 1/32

总印张: 218.75 字数: 3 200千字

版 次: 2005年1月第一版

2005年1月第一次印刷

印 数: 1-500册

书 号: ISBN 7-80606-774-4/X.227

总定价: 700.00 本册定价: 20.00

目 录

中年男性警惕冠心病猝死.....	1
冠心病与心律失常	2
冠心病与心律衰竭	4
吸烟是患冠心病的主要危险因素	9
饮食习惯与冠心病有何关系	12
肥胖与冠心病有何关系	15
如何警惕中青年人的猝死.....	19
睡眠过多或不足女性更易患心脏病.....	21
消极心理会引发冠心病	24
预防冠心病应从何时开始.....	28
人到中年应谨防冠心病侵袭最好一年体检一次 ..	29
冠心病的一级预防	32
冠心病的二级预防	33
告诉您能预防冠心病的食物	35
海鱼 ~ 心脏卫士.....	36
蔬菜水果 ~ 健身强心佳品.....	36
多吃绿叶菜补充维生素 B 预防心脏病.....	38
维生素 D 对冠心病有预防作用.....	39
红葡萄酒能防止冠心病的科学依据.....	41
拒绝吸烟及不良饮食减少心脏疾病的发病率.....	42
吃橘子可预防冠心病和动脉硬化	44
多食用谷类和水果纤维减少冠心病发作.....	45

按摩防治冠心病.....	46
科学锻炼预防冠心病.....	47
饮食可防冠心病.....	49
冠状动脉造影是怎么回事.....	53
冠心病征兆自测.....	54
心脏病主要症状.....	55
冠心病有哪些临床表现.....	56
心肌梗塞的临床表现有哪些.....	57
隐性冠心病诊断.....	58
急性心肌梗塞诊断.....	58
心肌硬化诊断.....	60
冠心病患者的运动处方.....	62
冠心病食疗法.....	65
如何选择冠心病治疗方案.....	67
搭桥手术是怎么回事.....	68
阿斯匹林治疗心脏病有重大突破.....	70
冠心病、心绞痛应如何防治.....	72
冠心病病人应正确使用急救盒.....	75
急性心肌梗塞如何自救.....	76
冠心病人的自我调养.....	77
我国冠心病治疗成功引入先进的涂层支架技术 ..	79
喝好三杯“安全水”.....	81
心脏性猝死的现场急救.....	82
什么是肿瘤.....	87
什么是肉瘤.....	88
什么是癌.....	89

什么是癌细胞转移	89
什么因素影响癌症转移	90
女性如何通过自查发现肿瘤	92
何谓癌前病变	93
从中医角度界定癌病因	97
快节奏生活是癌症的诱因	98
生物性致癌因素都有哪些	101
哪些物理因素可以引起癌症	102
癌症如何治疗	102
给肿瘤病人 6 大忠告	105
探望病人别乱问	110
肿瘤患者化疗时应注意些什么	112
扶正培本法治疗肿瘤的中药	113
活血化瘀法治疗肿瘤的中药	114
常见癌症的早期十大信号	114
癌症康复期五个方面	117
胃癌早期信号和预防	118
肺癌早期信号和预防	118
儿童孤独症的行为特征	119
酸性食物吃出小儿孤独症	121
孤独症患者往往聪明非常	122
孤独症即“理解他人能力”弱	124
性激素决定男孩孤独症多	125
孤独症儿童在幼儿园有哪些表现	126
儿童孤独症的概念	127
儿童孤独症的治疗	133

孤独症诊断标准.....	134
幼儿(18 月以上)孤独症筛查量表.....	136
儿童孤独症的诊断标准	138
孤独的孤独症	141
“电视孤独症”的防治	155
什么是结核病	173
肺结核的临床表现	174
感染了就会得结核病吗	175
肺结核可以治愈吗	176
肺结核、肺炎、肺癌如何区别.....	177
肺结核活动期能否结婚	180
结核病与儿童	182
结核病的传染性.....	186
结核菌是如何传播的.....	186
结核病早防是关键	187
结核病的发生和发展.....	189
肺结核的诊断方法	190
卡介苗接种的目的和对象.....	193
肺结核外科治疗	195

中年男性警惕冠心病猝死

日常生活中应注意以下几个方面：

饮食结构要合理

平时少吃胆固醇高和辛辣刺激性食物，多吃含维生素C多的如蔬菜、豆类、豆制品等食物；炒菜用植物油，少放些盐，口味不宜过重，清淡为好。

养成良好生活习惯

尤其要少喝酒，不吸烟，烟中的一氧化碳会大大降低血红蛋白的携氧能力，容易造成心肌缺氧；饮酒多可使血压升高，增加心脏负担。

控制体重

超过标准体重20%的为肥胖，平时应控制饮食，减少数量，适当提高的体育锻炼。

定期检查身体

尤其是有胸闷、憋气，心前区不适，肩背部疼痛等症状时，应尽快去医院检查。

保持乐观

特别是遇到不顺心事时，避免急躁，发怒。

过度疲劳当心猝死！

一个人经常加班、熬夜、休息不好，时间长了就会导致焦虑、失眠、记忆力减退、精神抑郁，甚至引发抑郁症和精神分裂症。如果这种疲劳持续 6 个月或更长时间，身体就可能会出现低烧、咽喉肿痛、注意力下降、记忆力减退等症状。而且，非常严重的长期性疲劳很可能就是其他病症的先兆。人们常说的“过劳死”实际是长期过度的劳累，引发人体心衰、肺衰、肾衰、心肌梗、脑溢血等病症造成的猝死。这种猝死的死因主要是冠心病、主动脉瘤、心瓣膜病、心肌病和脑出血，与一般猝死没什么不同。只不过这些病的潜在性使过劳者忽略，以至酿成严重后果。但若没有过度劳累这个诱因，猝死可能就不会发生。

冠心病与心律失常

心律失常是最常见的心血管病，又是好多种心血管病的主要表现形式。冠心病中的心律失常是指心律失常是冠心病的主要临床表现。所以，凡 40 岁以上的患者，发生了不能用其他疾病解释的严重的心律失常，就可确诊为冠心病。冠心病的心律失常与其他疾病引起的心律失常，既有相同表现，也有不同之处。以心律失常为主要表现的冠心病，多不伴有其他心脏病。但所有心血管病均可出现各种不同的心律失常。

所以不能认为心律失常都是冠心病。

冠心病的心律失常，有以下几种：

早搏患者感到心跳出现间歇现象。早搏是最常见的心律失常，几乎所有心脏病都可能发生早搏。但其他疾病和正常健康人也可能出现早搏。冠心病的早搏可从以下现象中作出诊断：年龄在 40 岁以上，检查时发现频发早搏而无明显自觉症状；患者自感心悸及心跳间歇，做心电图检查时发现频发早搏并有缺血样改变；同时有动脉粥样硬化现象。冠心病早搏，多数是由于冠状动脉粥样硬化引起心肌不同程度的缺血所造成的。早搏，有时候也可是隐性冠心病的一种表现形式。

心房颤动是一种心跳绝对不规整的现象。凡 40 岁以上的患者，出现心房颤动而又无其他原因者，可诊断为冠心病。近来研究发现，引起心房颤动的原因是多方面的，有少数是功能性的，确无器质性心脏病。多种心脏病均可引起心房颤动。反复发作性心房颤动，又无明显的器质性改变，心房颤动不发作时和正常健康人一样者，多为隐匿性预激综合征。以心房颤动为主要表现的冠心病，多由隐性冠心病发展而来。开始先有房性早搏，进一步发展为频发早搏及心房颤动，此时心电图可出现缺血样改变。患者出现心悸、

胸闷、憋气；由于心房失去规律性运动，心脏的排血量减少，冠状动脉的血流量减少，促使冠心病进一步发展加重，可导致心力衰竭。

缓慢型心律失常是一种心跳减慢的现象。典型代表是“病窦综合征”。病窦综合征的主要原因是冠心病，而且也是冠心病的一种表现形式。不少冠心病患者，因心跳减慢而就医。病窦综合征的诊断主要靠心电图。符合病窦综合征的心电图，其中多数原因是冠心病。所以，凡 40 岁以上的病窦综合征病人，如无其他原因，可诊断为冠心病。病窦综合征的基本症状是：心率缓慢，心脏排血量减少引起组织器官缺血。病人出现心悸、乏力、记忆力下降，如心脏停跳时间过长，可引起晕厥或近似晕厥的现象，严重者可突然死亡。

传导阻滞冠心病单纯表现传导阻滞者较为少见，多是同时伴有冠心病其他方面的症状。冠心病可表现为各种传导阻滞。凡 40 岁以上的患者，无其他原因，心电图表现为二度 Ⅱ型以上的房室传导阻滞或心室内出现双支阻滞，可诊断为冠心病。

冠心病与心律衰竭

冠心病的心力衰竭，多发生于心绞痛、心肌梗塞时，或发生于心律失常之后；也可由隐性冠心病发展

而来。有时心力衰竭是冠心病的主要表现，当出现心力衰竭时，才发现冠心病的存在。

患冠心病时，由于心肌缺血使心脏收缩功能减退；以往曾发生过心肌梗塞而丧失了大量的心脏功能；心肌梗塞遗留下来的心室壁瘤，使心室收缩不协调；冠心病引起的心动过缓、心动过速以及心房颤动等，均可引起心力衰竭。另外，冠心病患者也可由心外因素，如各种原因造成的失血量过多，静脉输血或输液速度过快而诱发心力衰竭。

冠心病人的心力衰竭，一般先出现左心衰竭，进一步发展成右心衰竭，尔后形成全心衰竭。

病人先是感到呼吸困难，表现呼吸短促，呼吸时费力。呼吸困难的症状是由轻到重逐渐发展的。刚开始时，感到乏力，自觉体力下降，对以往能轻松完成的体力活动，现在做起来感到吃力，发生心悸、气促，甚至不能胜任。以后在做轻的体力活动时也感到气力不足，出现气喘。阵发性夜间呼吸困难，是左心衰竭的一种特征性表现。在白天无明显感觉，睡眠后一两个小时即发病，轻者因胸闷感到呼吸困难被憋醒，促使患者坐起来呼吸才感到舒适；有时坐起来即出现频发的咳嗽或哮喘样呼吸，并咳出泡沫样痰，过 10 多分钟之后开始逐渐缓解，也可长达半小时以上才缓

解,之后才能再次入睡。有的患者一夜可被憋醒数次,持久不能入睡。之所以会出现以上现象,是由于睡眠后迷走神经兴奋性增强,使冠状动脉收缩,减少了对心肌的供血所致。另外,睡眠时身体平卧。体内的血液重新分布,下肢的血液减少,肺部的血液增多,加重了肺瘀血。同时,平卧时肺活量也相应减少。所以,清醒后坐起来能缓解。如将枕头垫高或采取半卧位睡觉,这一现象可减轻。如果肺瘀血进一步发展,患者即使坐起来也不能缓解。说明已经发展为肺水肿。

端坐呼吸是左心衰竭的严重表现。持续坐位,由于重力的关系,可减少回心血量,减轻肺内瘀血,改善呼吸。如心功能改善,肺瘀血减轻,患者即可平卧入睡。有时因肺瘀血严重,往往合并支气管粘膜充血,咳嗽时小血管破裂,可出现咯血现象。此时患者除了有冠心病的体征外,还会出现左心室扩大、发绀、心率快,并可听到舒张早期奔马律,双肺底部可听到湿性罗音及哮鸣音。

病人的右心衰竭是从左心衰竭发展而来。右心衰竭时,由于内脏瘀血,可引起内脏功能性改变,如消化道瘀血,可引起食欲不振、腹胀、恶心、呕吐;肾瘀血可引起肾功能减退;肝瘀血可使肝肿大,肝功能损害,进而发展为心源性肝硬化。

肝脏肿大是右心衰竭的早期体征，可发生在下肢出现水肿之前。肝区出现痛感，但压痛不明显，肝功能可有不同程度的损害。

颈静脉充盈，也叫颈静脉怒张，是体静脉压的反应，也是右心衰竭的重要体征。在坐位或半卧位时都能看到颈静脉充盈，而且右侧比左侧明显。如果用手掌持续按压肝脏半分钟，则颈静脉充盈会更加明显，称为肝颈返流征阳性，是诊断右心衰竭的重要依据。

病人出现水肿，多是从轻到重逐渐发展的。如果皮下组织聚集较多的水分，即可出现凹陷性水肿。说明水分已超过原来体重的10%。水肿多发生在身体的下垂部位，如双侧腿脚踝部、胫前内侧等。卧床的病人，大腿内侧和骶部明显。严重时可发展为全身性水肿，并出现胸水或腹水等。

病人出现右心扩大，心尖部位可听到舒张早期奔马律及功能性三尖瓣收缩性杂音。

如果拍一张X胸片，则可发现由于肺动脉、肺静脉压升高，肺血管扩张，在胸片上显示肺门阴影扩大，密度增加，肺纹理加深；由于瘀血、水肿、渗出，肺视野出现云雾状阴影，开始在肺门附近，之后则发展为扇形向周围扩大，并出现胸腔积液。

引起冠心病发病的危险因素

(1)年龄与性别:40岁后冠心病发病率升高,女性绝经期前发病率低于男性,绝经期后与男性相等。

(2)高脂血症:除年龄外,脂质代谢紊乱是冠心病最重要预测因素。总胆固醇(TC)和低密度脂蛋白胆固醇(LDLC)水平和冠心病事件的危险性之间存在着密切的关系。LDLC水平每升高1%,则患冠心病的危险性增加2-3%。甘油三酯(TG)是冠心病的独立预测因子,往往伴有低HDL和糖耐量异常,后两者也是冠心病的危险因素。

(3)高血压:高血压与冠状动脉粥样硬化的形成和发展关系密切。收缩期血压比舒张期血压更能预测冠心病事件。140-149mmhg的收缩期血压比90-94mmhg的舒张期血压更能增加冠心病死亡的危险。

(4)吸烟:吸烟是冠心病的重要危险因素,是最可避免的死亡原因。冠心病与吸烟之间存在着明显的用量-反应关系。

(5)糖尿病:冠心病是未成年糖尿病患者首要的死因,冠心病占糖尿病病人所有死亡原因和住院率的近80%。

(6)肥胖症:已明确为冠心病的首要危险因素,可增加冠心病死亡率。肥胖被定义为体重指数($BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身高平方 (m}^2\text{)}$) 在男性 ≥ 27.8 , 女性

≥ 27.3 .BMI 与 TC, TG 增高, HDL-C 下降呈正相关。

(7)久坐生活方式:不爱运动的人冠心病的发生和死亡危险性将翻一倍。

(8)尚有遗传,饮酒,环境因素等。

吸烟是患冠心病的主要危险因素

我国流行病学调查资料表明,大量吸烟比不吸烟者的冠心病发病率高 2-6 倍以上,心绞痛发生率高 3-6 倍以上。美国、英国、加拿大和瑞典,对 1200 万人的观察结果表明,男性中吸烟者的总死亡率、心血管病的发病率和死亡率比不吸烟者增加 1.6 倍,吸烟者致死性和非致死性心肌梗塞的相对危险性较不吸烟者高 2.3 倍。吸烟在许多工业化国家被认为是导致冠心病的主要危险因素,这是因为烟草燃烧时释放的烟雾中含有 3800 多种已知的化学物质,其中包括一氧化碳、尼古丁等生物碱、胺类、腈类、醇类、酚类、烷类、醛类、重金属元素等,它们有多种生物学作用,对人体造成多种危害。与冠心病有关的化学物质有 10 余种,能激惹和加重冠心病发病的主要成分是尼古丁和一氧化碳。

尼古丁,又称烟碱,是主要的成瘾源,吸入纸烟烟雾中的尼古丁只需 7.5 秒就可以到达大脑,使吸烟者感到一种轻松愉快的感觉,它可使中枢神经系统先

兴奋后抑制。尼古丁作用于交感神经系统，使心跳加快，血压升高。刺激肾上腺，促使其释放更多的儿茶酚胺，从而增加心肌的应激性和心率，引起血管收缩和血压升高；同时促进血小板的粘附和纤维蛋白含量增加，有利于血栓形成，从而堵塞小动脉。因此，尼古丁对心脏的刺激作用使心脏的负荷增加，心肌耗氧量增加，造成动脉壁和心肌缺氧。尼古丁还可刺激心脏的传导系统，诱发心动过速和其它类型的心律失常。还可使血中胆固醇水平升高，HDL 水平下降。

一氧化碳(CO):是一种无色无味的气体，它与血红蛋白的亲合力比氧气高 250 倍，当人们吸入较多的 CO 时，它与血红蛋白结合形成大量的碳合血红蛋白，而氧合血红蛋白大大减少。不吸烟的正常人体内碳合血红蛋白浓度大约为 0.5% ,而吸烟严重者体内的碳合血红蛋白高达 15%~20%，也就是说，有 15%~20%的血红蛋白丧失了输送 O₂ 的功能，从而导致动脉壁缺氧，使动脉壁水肿，促进脂质渗入和沉着，促发动脉粥样硬化。

特别严重的是，吸烟能诱发冠状动脉痉挛，使冠状动脉中的血流减慢，血流量减少，血液的粘稠度增加，导致心肌缺氧，甚至引起心肌梗塞。

冠心病发生意外的危险因素有哪些

冠心病是冠状动脉粥样硬化导致冠状动脉狭窄，闭塞，引起心肌缺血性疾病，称冠状动脉粥样硬化性心脏病，简称“冠心病”。冠状动脉狭窄到70%-75%时，才会表现出劳累后心绞痛，狭窄到90%以上，静息时就有缺血表现。

90%以上的缺血性心脏病是由于冠状动脉粥样硬化引起的，占死亡原因的首位。冠心病的易患因素基本与动脉硬化相同，除此之外，还有许多导致冠心病突然发生意外(急性心肌梗塞，猝死，急性冠状动脉机能不全)的危险因素：

(1)情绪过分激动。包括喜，怒，哀，乐，惊，思，恐，它们可使神经内分泌紊乱，大量释放肾上腺素，儿茶酚胺，氧自由基等有害物质，造成冠脉血管收缩，心律失常，面色苍白，出冷汗，血压升高，过度冠脉收缩，可因心肌严重缺血而致血压过低。

(2)饱餐。因胃扩张，引起冠状动脉痉挛，肌供血不足，又使横膈抬高，压迫心脏，导致心肌缺血，诱发冠心病发作。

(3)酗酒。可使冠状动脉收缩，还可引起房室传导阻滞。

(4)吸烟。大量的尼古丁之类的有毒物质可使冠状动脉痉挛，加重心肌缺血。

(5)加速或剧烈运动。原已有冠状动脉狭窄的患者，如果再做加速奔跑或其他剧烈运动，会使心肌的血氧供求失去平衡，心肌供血严重不足，诱发病情发作。

(6)脱水。由于高温，炎热天气，大量出汗，或者饮食不洁引起腹泻，均易导致脱水，使含有电解质的水分大量丧失，致使血容量不足，血液浓缩，粘滞度增加，容易诱发心肌梗塞。

(7)负重。冠心病患者手提或肩扛重物，易诱发疾病。已有临床病人私自外出负重而发生猝死的病例。

饮食习惯与冠心病有何关系

不好的饮食习惯和不合理的膳食结构与“现代病”的发生密切相关。据大规模的人群调查表明，不合理的膳食结构和继发性载脂蛋白异常是引起动脉粥样硬化的重要因素。

1912年俄国学者给家兔喂养高胆固醇食物，造成实验性动脉粥样硬化动物模型。结果发现，建立模型过程中，先有血脂的异常升高，继之发生动脉粥样硬化病变，这说明不良的饮食习惯可以导致脂质代谢紊乱，从而形成动脉粥样硬化，导致冠心病的发生。

40年前，美国冠心病的发病率和死亡率一度曾上

升很快，自 60 年代以后，冠心病的发病率和残废率却有大幅度的下降。究其原因，多数学者认为，主要归功于生活方式的改善，即减少胆固醇的摄入和控制吸烟等，从而降低了发生冠心病的危险因素。但在我国，随着生活水平的提高，由于膳食结构的不合理、吸烟等易患因素的影响，冠心病的发病率和残废率呈逐年上升的趋势。大量流行病学调查资料表明，饮食习惯与冠心病之间有密切关系，平素食高胆固醇食物的人，冠心病的发病率明显升高。

引起动脉粥样硬化的因素有哪些

(1)高血压:动脉粥样硬化(“AS”)者 70% 以上合并有高血压，如在高血脂基础上更易得冠心病，高血压的血液湍流对动脉内膜也有损伤作用。

(2)高脂血症:世界各国研究说明，高胆固醇，高甘油三酯(尤其是高胆固醇)与“AS”，冠心病有肯定的关系。高胆固醇加高甘油三酯，比同龄正常人冠心病发病率高 3 倍。

(3)吸烟:可使冠状动脉痉挛，不论主动吸烟者及长期被动吸烟者，均可促使动脉粥样硬化发展。据英美等四国调查 1.2 亿人，发现吸烟者比不吸烟者冠心病发病率和死亡率高 1.6 倍。德国学者报告，年龄在 50 岁以下的心肌梗塞者，80% 以上都是过度吸烟者。

(4)糖尿病:常伴有胆固醇增高,冠心病发病率为45%-75%,比正常男性高1倍,女性高2-3倍。

(5)肥胖:肯定会影响“AS”,因肥胖易伴发高血压,糖尿病,增加心脏负担,升高有害的低密度脂蛋白胆固醇(LDL),降低有益的高密度蛋白胆固醇(HDL),这些都是“AS”的易患因素。

(6)体力活动少:长期从事紧张的脑力劳动,静坐工作,缺少体力活动,会促使“AS”的发展,勤于体力劳动的人要比懒于劳动者少患冠心病。适度体力活动会增加HDL,减轻体重,降低血压,增加心脏功能。

(7)精神、性格因素:精神紧张,忧郁也易患动脉粥样硬化。A型性格有较强的进取心,竞争不息,时间上有紧迫感,B型性格各方面比较轻松。A型性格虽与冠心病发病率无关,但一旦心肌梗塞,其死亡率较高。

(8)饮食习惯:“AS”,冠心病又称“富贵病”,常与营养过剩有关,过量饮用含糖饮料,会使过剩血糖通过肝转化为脂肪。过量饮酒也易患冠心病。

(9)遗传:“AS”,冠心病如有家庭史者与遗传有一定关系,但目前医学界意见尚不一致。

(10)年龄:“AS”也发现于年轻人,但随年龄增长而以不同速度加重。

(11)内分泌因素:女性在更年期前发生“AS”与冠心病少于男性,更年期后逐年增多。目前部分学者主张适当补充些雌激素类的药物,可减少女性冠心病的发生。

肥胖与冠心病有何关系

流行病学调查说明,肥胖也是导致冠心病发病的独立危险因素之一。据美国有地区调查表明,肥胖者要比消瘦者的冠心病发病率高出2-2.5倍。凡体重超出了标准的20%即称为肥胖。目前一些医学家提出以体重指数[BMI=体重(kg)/身高(m)²]来判断身体肥胖的程度更为合理,正常BMI介于20-25,>25为肥胖,>40为病态肥胖。目前已知,肥胖者体内脂肪过多分布在内脏者更容易引起心血管疾病。可以用腰-臀比例来测算,腰围与臀围之比男性>0.9,女性>0.8提示内脏脂肪组织过多。它的增多与高血压,高甘油三酯血症的发病和高密度脂蛋白的水平减低有关。此外,肥胖还可影响代谢,包括降低胰岛素的敏感性,产生高胰岛素血症,糖耐量降低,高胆固醇血症等多种冠心病危险因素,所以,凡BMI>25,腰-臀比例超出以上数值者,应适当增加体育锻炼和节制饮食,若能将体重控制在正常范围内,则发生冠心病的危险性可减少35%-45%。

血脂与冠心病 冠心病叫冠状动脉粥样硬化性心脏病。冠状动脉是专门给心脏供血的动脉，由于过多脂肪沉积，造成动脉硬化，使血流受阻，引起心脏缺血，发生一系列症状，即冠心病。高血脂是引起冠心病的重要危险因素之一。调节血脂是防治冠心病最基本疗法。

生活方式与冠心病有何关系

冠心病是中、老年人的常见病、多发病，是中年以上人心血管疾病死亡的最主要原因之一。

冠心病与生活方式有着密切的关系。

1. 饮食习惯与冠心病

进食过多动物性脂肪或富含胆固醇的食物，即以荤为主，而粗粮的摄入量很少，精白糖的摄入却很多，其饮食特点是高能、高脂肪、高胆固醇，这种饮食习惯好发高血脂和动脉粥样硬化。

2. 吸烟与冠心病

吸烟对心血管的不良影响在于一氧化碳和尼古丁的毒性，他们可使血管收缩、血压增高、心率增快、心脏负担加重，同时还可以使心肌易于激惹，诱发心律失常。当出现严重心律失常如心室纤颤时，则可导致猝死。吸烟越多，对心脏的损害愈严重。

3. 饮酒与冠心病

过量饮酒和长期嗜酒，可使心脏发生脂肪变化，减低心脏的弹性和收缩力，血管壁脂肪物质堆积，管腔变窄，管壁不光滑等变化。如果长期大量喝啤酒，会使心脏扩大，产生“啤酒心”。大量酗酒或长期饮酒还可引起酒精性心肌炎。晚期心脏病人饮酒，易促使心功能代偿失常，引起心力衰竭。

4. 心理情绪与冠心病

病人的喜、怒、忧、思、悲、恐、惊这七种精神情态超出正常的范围，长期精神刺激或突然受到剧烈精神创伤，就会发生疾病，特别是在情绪波动时容易诱发心绞痛。所以那些“急性子”的A型性格特征的人，易患高血压、冠心病。

5. 运动与冠心病

很少活动的人，血脂容易在血管壁沉积，易患心血管病，也容易引起冠心病。

高血压病与冠心病

高血压病对心脏血管的损害主要表现为对冠状动脉的损害，心脏其他的细小动脉很少受累。研究认为，由于血压增高，冠状动脉血管扩张，刺激血管内层下平滑肌细胞增生，使动脉壁强力蛋白、胶原蛋白

及黏多糖增多，减少了对动脉壁上胆固醇等物质的清除。粥样硬化后的冠状动脉，管腔狭窄，主要由冠状动脉供血的心脏血流遂减少，不能满足心脏做功时对供血、供氧的要求，于是形成了大家所熟悉的冠心病，或称为缺血性心脏病。

高血压心脏病的治疗目标是什么？

高血压对心脏的损害主要为心肌肥厚和冠状动脉改变，高血压的预后与所并发的心脏病变严重程度密切相关，高血压心脏病的主要治疗目标是逆转心肌肥大及冠状动脉的病变。资料显示 75% 的心力衰竭是由高血压心脏病所致。因此，对这类高血压患者应区别治疗：

(1) 对于未发生高血压心脏病的患者可行常规抗高血压治疗。

(2) 对合并无症状性高血压左心室肥厚的高血压患者，当其血流动力学代偿尚好时主要是预防心力衰竭的发生。

(3) 血管造影冠状动脉异常的高血压患者，在进行抗高血压治疗的同时可行冠脉搭桥术等重建血管的治疗，并增加抗冠心病治疗。

(4) 血管造影未见冠状动脉异常的高血压患者，

如其有静息心电图异常或运动心电图耐量异常，或合并心绞痛，应行逆转高血压心肌肥大的治疗，同时可增加抗心绞痛的治疗。

(5)当出现左心室偏心性肥厚、左心室功能受损时，应当注意心力衰竭的发生，此时应进行抗心力衰竭的治疗。

高血压心脏病的发生主要是由于血压的长期升高，因此在药物治疗的同时要注意休息，避免劳累，参加适当的工作和体育锻炼，避免其他能引起心脏负荷加重的原因。继发性高血压患者在进行有效的抗高血压治疗的同时要注意对原发疾病的治疗。总的来说，高血压心脏病的治疗原则是：在未发生心脏病时应进行有效的降压治疗，当发生心力衰竭后，应积极治疗心力衰竭和控制血压，防止其他并发症的发生。高血压心脏病治愈的标准是：血压控制在正常范围内，同时心脏功能恢复至正常范围。

如何警惕中青年人的猝死

世界卫生组织把发病后 6 小时内死亡者定为猝死。据统计，猝死在死亡中占了 15%-30%，猝死者以 10-19 岁和 30-39 岁最多。猝死的原因也很多，可以有心脏病如冠心病，神经系统疾病如中风，消化系统疾病如急性坏死性出血性胰腺炎，呼吸系统疾病如

及梗塞等。各种心脏疾病是猝死的主要原因，在心脏猝死中有一半以上为冠心病引起，并且猝死已成为冠心病的一种类型。

猝死型冠心病以隆冬为好发季节，病人以中青年为主，在家，工作地点或公共场所中突然发病，心脏骤停而迅速死亡，半数病人生前无症状。目前认为这类病人心脏骤停的发生是由于在动脉粥样硬化的基础上发生冠状动脉痉挛，心肌急性缺血造成局部电生理紊乱，引起暂时严重心律失常所致。由于猝死往往可随时随地发生，因此对猝死病因的预防尤为重要。首先是一级预防，即防止产生及清除各种冠心病的危险因素，以防止冠心病发生。冠心病的主要危险因素有高血压，高脂血症，糖尿病，吸烟，应引起警惕，同时应加强对中青年人群的心脏普查工作。其次是二级预防，对已确诊的冠心病患者采取预防冠心病进一步恶化的一切措施，包括药物，手术等。医务人员应对冠心病病人及时进行治疗，特别是对有可能演变为心脏骤停的心律失常要及时发现，及时应用合适的药物进行控制及治疗。冠心病患者应遵照医嘱，适当调整饮食结构，作息习惯，定时服药，对症状加重或新出现的变化要及时就医，以防病情恶化。同时积极普及心脏复苏知识，使基层医务人员及群众都能掌握这

一措施，以使病人能在第一时间得到救护，为医务人员的工作争取必不可少的时间。近年来，一些发达国家和地区猝死的死亡率明显降低，约 30% 的病人因得到及时救治而成功地复苏。因此，普及心脏复苏知识对救治这类病人具有重大意义。

睡眠过多或不足女性更易患心脏病

一项新的研究认为，与每天睡眠 8 小时的女性相比，睡眠过多或不足的女性更易患心脏病。该研究报告称，睡眠过多为何会导致冠状动脉心脏病的原因尚不清楚。如果睡眠不足，此前的研究已经显示可能会导致高血压。1986 年，研究人员对 71000 名美国女护士进行了问卷式调查，研究人员让她们回答了有关睡眠习惯的问题。当时，她们没有患心脏病。10 年后，研究人员共发现 934 人患了心脏病，其中有 271 人死亡。除了打鼾、吸烟和体质指数等因素外，研究人员发现，与每天睡眠 8 小时的女性相比，每天睡眠时间 5 个小时以下的女性患心脏病的危险会增加 45%，睡眠时间为 6 小时和 7 小时的女性患心脏病的危险分别增加 18% 和 9%，而睡眠时间超过 9 个小时的女性患心脏病的危险会增加 38%。

过度劳累会引发心脏病

英国和日本科研机构共同进行的一项最新研究成果显示，长时间地工作，休息和睡眠不足是人类健康的最大杀手，会引发心脏病等突发性疾病。

即将出版的医学杂志《职业与环境医药》上刊登了这份研究报告。报告说：“每周工作 60 个小时以上、长期睡眠不足的人，心脏病发作的机率可能是普通人的两倍。”“连续两晚睡眠时间少于 5 小时，心脏病发作的可能性比正常状态高出一至两倍。”

这项研究成果是专家们针对约 700 名 40 岁至 76 岁的男子进行了为期两年的调查后做出的。其中 260 名男子曾有过一次心脏病发作史，另外 445 名男子心脏健康。研究人员对他们的工作、休息、睡眠、生活状况、体重、饮食、血压、胆固醇和糖尿病等各方面的情况进行了详细地询问和跟踪调查。

为此，专家们建议，正常良好的作息状态是每周最多工作不超过 40 个小时。那些工作压力大的人应更注意休息和放松。

性格与冠心病有关系吗？

美国心脏病专家弗里德曼和罗森曼等人，在进行冠心病的心理和生理研究中发现，冠心病与心理--社

会因素密切相关。1974 他们合著了《A 型性格和你的心脏》一书，书中把人的性格分为 A、B 两种类型。A 型性格的人，生活节奏快，做事匆忙，往往一事未干完，又去于另一件事，或几件事一起干。这种人好胜，竞争心强，不怕困难，勇于进取。A 型性格的人，性格外向，锋芒毕露，说话急速有力，易急躁，易怒，好激动，不能容忍自己看不惯的事情。这种人，对自己漠不关心，不知道休息和照料自己，不会享受生活的乐趣，整天使自己处于“紧张状态”。而 B 型性格的人恰恰相反，他们不争强好斗，没有竞争的压力；办事往往慢条斯理，不慌不忙，工作有主见，不易受外界的干扰。紧张工作后能愉快地休息，拿得起放得下，能自己宽慰自己，消除各种烦恼。

两位心脏病专家分析的结论是：具有 A 型性格的人最容易患冠心病、高血压神经官能症；而 B 型性格的人患冠心病的就很少。流行病学前瞻性研究也指出：型性格的人通常伴有较多的其他危险因素，如高血压、高血脂、糖尿病等。即除去其他危险因素，A 型性格的人冠心病的发病率也比 B 型性格的人高 2 倍。为了进一步研究 A 型性格的人的行为是怎样影响心脏的，弗里德曼和罗森曼又进行一系列生理学和生物化学的实验。他们选择了一些 A 型性格和 B 型性格的人，

围在一张桌子旁边，在桌上放着一瓶上等的法国白兰地酒。然后医生提出问题，如果谁能在 15 分钟内第一个正确地回答问题，这瓶酒就属于谁。结果是：A 型性格的人特别认真，显得非常紧张和兴奋，B 型性格的人十分轻松、平静。当宣布 A 型性格者获胜时，他们往往兴高采烈，手舞足蹈；若说他们回答得不对时，他们就十分气恼，甚至争论得面红耳赤；而 B 型性格的人对此则泰然自若，十分坦然。这时，对参加实验的人进行各种检查，结果发现 A 型性格的人血压升高，心跳加快，血压上升，血浆中肾上腺素和去甲肾上腺素的含量均比实验前有明显的升高，并且迟迟不能恢复常态；而 B 型性格的人的这些指标则变化不大。

研究证明，正是由于 A 型性格的行为表现，促使心脏负担加重，增加心肌的耗氧量，引起心肌的缺氧；而且促使血浆中甘油三酯、胆固醇的升高，增加血液黏度，从而加速冠状动脉粥样硬化的形成。这些因素的长时间的作，就成了冠心病的病理基础。这也就是 A 型性格的人为什么比 B 型性格的人容易患冠心病的原因。

消极心理会引发冠心病

不要对消极情绪无所谓，它可是会致命的。近日，卫生部门公布了一项调查结果，对 200 名 46 - 55 岁

的中年人进行了长达一年的研究表明，消极的心理情绪如抑郁、焦虑和愤恨等，均会对心脏造成损害，特别会引起冠心病。

这项调查测试的心理要素包括抑郁心情、焦虑、悲观情绪、胡思乱想以及注意力不集中等，结果表明，这些因素每上升1分，患心脏病的危险就增加5个百分点。

医学专家分析，在那些带有消极情绪的人身上，可发现较高的炎症蛋白含量，这种连续的、涉及整个心脏系统的炎症状况对引发冠心病有重要影响。

东方医院院长刘中民介绍，人的心跳速率能够根据外界的变化呈有规律的波动，那些带有消极情绪的人会使心脏的这种有规律的变化减少，从而对心脏系统产生压力。

46 - 55岁是人一生中较为特殊的年龄段，处在这个年龄段的人，精神负担和经济负担都很重，健康长期处于“透支”的状态，加之消极情绪，极会引起心血管系统疾病，特别是冠心病。

为此，心脑血管专家提醒，人们应积极调节自己的情绪，特别是那些长期带有消极情绪的中年人，更应学会调节情绪。

冠心病一半是误诊

我国心脑血管疾病作为第一大致死病因，其患病率及患病人数自然“无病可比”。中老年人患冠心病似乎都已不是什么稀奇事。然而，前不久记者为一读者咨询有关心脏搭桥手术，和北京大学人民医院心内科许俊堂副教授聊天时竟然无意中听到惊人信息：在门诊，当作冠心病长期接受治疗的患者竟约有一半是误诊！

为探个究竟，记者随即连续拨通了北京协和医院心内科副主任严晓伟及北京阜外心血管病医院陈纪林教授的电话，也都得到了非常肯定的回答。严晓伟副主任甚至还作了补充：“严格地说，这不能叫误诊，误诊是将此病诊断为彼病。这应叫诊断错误。”

据了解，这种情况大量存在于许多地方医院，似是而非的症状，但凡年轻人便诊断为心肌炎，年老者就是冠心病。其实，他们中的很大一部分人患的只是心脏神经官能症。造成这一情况，有医生的原因，也有患者自身的原因。

诊断冠心病最有效的办法首先是仔细问诊；对于无法确诊或有怀疑的病人，可先行运动试验，若运动试验为阳性，应采用冠状动脉造影(简称冠造)。“由

于冠造是一种侵入性的检查，可以直观心脏血管狭窄的情况，所以可说是诊断冠心病的金标准。”严晓伟副主任这样介绍。国家二级医院一般都可以进行这项检查，但一些卫生站、卫生所可能就不具备这种条件了。

一个人总以为自己有某种大病，这种主观概念带来的消极影响不言而喻。那么，当你在了解了上述情况后，也许你该赶紧去条件好的大医院好好检查一次，没准儿你的“冠心病”；就是一例“冤假错案”呢！

冠心病发病年龄趋年轻

原先仅是中老年人才患的冠心病，如今发病年龄有年轻化的趋势。记者昨天从市医学会了解到，现在35岁以下的青年人群患冠心病的比例在不断上升，最小的患者只有20岁。

同济大学附属东方医院院长刘中民教授昨天告诉记者，有统计资料显示，本市冠心病发病率有逐年增高的趋势，目前为十万分之二十，且青年人群的比例在不断上升，迄今，医院接诊的最年轻冠心病患者只有20岁。由于冠心病发病前没有丝毫预兆，一些病人要不是抢救及时，后果不堪设想。

据介绍，冠心病发病率上升与人们生活节奏加快、精神压力大、学业紧张等因素有很大关系。此外，高热量、高脂肪食品在人们食谱中比重的增加，不科学的膳食安排，也是引发冠心病的一个主要原因。为防止冠心病向年轻人侵袭，医学专家指出，人们一定要增强自我保健意识，学会适时放松与调节自己，平时注意科学的膳食搭配，同时加强定期体检，做到早发现早治疗，以免悲剧发生。

预防冠心病应从何时开始

冠心病的病因是动脉粥样硬化，而这一发展过程始于儿童时期，经过一个漫长的无症状的潜伏期，至成年时方出现明显的临床表现，这些病变在早期是可逆的，进入晚期后则成为不可逆的变化。因此，预防冠心病的最佳时期，应是在儿童时期。预防的重点为：

(1)合理膳食，避免肥胖。对于不断生长发育的儿童，应在供给足够的蛋白质、维生素、矿物质、纤维素及所需热量的基础上，避免过多的脂肪和甜食。在膳食的安排上，要提倡多吃植物油，少吃动物油，口味清淡，不多食盐，荤素同食，蔬菜、水果缺一不可。

(2)经常锻炼，增强体质。让儿童每天都有一定量的体力活动，体格锻炼和体育运动，这样不仅可以

增加能量消耗，调整身体的能量平衡，防止肥胖，而且可以促进心血管功能，增强心肌收缩力，降低血管紧张度，使冠状动脉扩张，高血压下降，也可使血甘油三酯及血液粘稠度下降。这些对预防冠心病及高血压病都十分有利。

(3)预防高血压的发生。因为血压升高是冠心病发病的独立危险因素，高血压和冠心病的关系是因果关系，所以在孩提时期就应注意预防高血压，尤其是那些家庭中有高血压患者的孩子。要对中小學生定期测量血压，若血压处于百分位上限，则应给予卫生保健方面的指导，包括减轻体重，增加体力活动，改善膳食结构，减少食盐摄入量，增加钙摄入量。

(4)防止吸烟的危害。目前，儿童被动吸烟的情况十分普遍，更令人不安的是一些学生模仿大人，偷偷地吸烟，成为新一代烟民。为此，我们必须加强卫生宣教，并采取一些必要的措施，以免下一代受到吸烟的危害。

人到中年应谨防冠心病侵袭最好一年体检一次

心脑血管疾病是当今世界上公认的头号公共性致死性疾病，而冠心病是心脑血管病中较常见的一种疾病。冠心病到底是一种什么样的疾病、是什么因素

导致的、人们该如何预防呢？带着这些疑惑，记者采访了曾为中央领导人做过保健医生的深圳市人民医院心血管内科专家卓上智教授。

卓上智教授 1957 年毕业于武汉同济医科大学，是深圳最早能为病人安装心脏起搏器、最早采用电击复律来治疗预激综合症反复发作的专家。谈起冠心病的防治，在临床工作多年的卓教授如数家珍。他告诉记者，心脑血管疾病对人的健康影响很大，因此从儿童时代就要注意预防，如控制好体重，不要过于肥胖，坚持锻炼，提高身体素质。他认为，冠心病是指供应心脏营养的血管冠状动脉发生粥样硬化而产生的管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧的心脏病。其发病原因主要有两方面：一是高血压、肥胖、糖尿病、高脂血症、吸烟、遗传等危险因素导致的；二是人们生活节奏紧张，工作压力过大，特别是长期从事脑力劳动的人易患冠心病。

冠心病在医学上可分为 5 种类型：

1、隐匿型，由于患者冠状动脉硬化程度较轻，在休息和轻度体力劳动时没有什么症状，但在例行做心电图检查或做运动试验等心功能检查时，能发现心肌缺血或受损伤的图型。

2、心绞痛，病人会突然胸闷，以胸骨后下三分

之一处疼痛为主，持续短暂，最长不超过 15 分钟，劳累后反复发作，多有诱发因素。

3、心肌梗塞，病人突然感觉胸闷、心慌、大汗淋漓，憋气，做心电图检查有明显心肌梗塞图形。症状为休克、低血压、心律失常、心功能不全等。

4、心力衰竭，患冠心病时间长或患急性心梗后，心脏代偿能力下降，病人出现乏力、精神差，稍加活动后就会心慌气喘、胸闷、心脑供血不足等症状及浮肿。

5、猝死型，从没有查出冠心病的人突然死亡。

卓教授认为，许多人特别是中年人，平时忙于工作，少于运动，家庭和工作压力又大，是患冠心病的高危人群，平时更注意提防冠心病，适当运动，控制饮食，特别要注意四低，即低盐、低糖、低脂(少吃猪油、肥肉、动物内脏、蛋黄及含胆固醇高的食物)、低刺激(不喝酒、不吃太酸太辣食物)。卓教授同时强调，人到中年定期体检很重要，尤其是 40 岁以上的人最好一年体检一次。如果突然变瘦，经常胸闷、憋气、心悸等，不要掉以轻心，一定要做内科检查。如怀疑有冠心病，除常规作心电图、胸部 X 光以外，还需加作心脏彩色超声波，平板运动试验，核医学心肌扫描，动态心电图的观察等等，必要时加作冠状动脉

造影。以便做到早期发现、早期预防、及时治疗。

冠心病的一级预防

冠心病的一级预防～即对危险因素的干预。公认的冠心病危险因素包括：男性，有过早患冠心病的家族史、吸烟、高血压、高密度脂蛋白胆固醇(HDL - C)浓度经重复测定仍 <0.9 毫摩/升(35 毫克/分升)、糖尿病，有明确的脑血管或周围血管阻塞的既往史，重度肥胖(超重 30%)。除性别与家族史外，其它危险因素都可以治疗或预防。

1、降低血压 血压升高、高胆固醇血症和吸烟被认为是冠心病最主要的三个危险因素。目前强调在抗高血压治疗时需同时注意控制其它危险因素，因为血压升高易伴有高血脂、高血糖、纤维蛋白原升高以及心电图不正常。

2、降低血清胆固醇 实验表明，只有维持较长时间的理想胆固醇水平，才能达到预防冠心病的发病或不加重冠心病的目的。建议主要通过非药物途径在人群中预防血脂升高。首先，应广泛开展卫生宣传。血清总胆固醇水平与冠心病有极显著的相关性。当总胆固醇在 $5.2 \sim 6.21$ 毫摩/升($200 \sim 239$ 毫克/分升)或(和)LDL - C 为 $3.4 \sim 4.1$ 毫摩/升($130 \sim 159$ 毫克/分升)时，可采取非药物的干预，总胆固醇 6.24 毫摩/

升(240毫克/分升)的高胆固醇血症者,应在医生指导下采取药物和非药物两种降脂措施。

3、宣传戒烟和劝阻不吸烟应采取各种措施向无烟社会迈进,例如,禁止青少年吸烟,提倡中年人戒烟,劝告老年人少吸或吸低毒烟等。

4、减肥主要是减少热量的摄入和增加运动量,超重和肥胖者应减少热量。但通过极低的热量摄入或完全饥饿以达到迅速减重的方法,是不可取的。

此外,因为冠状动脉粥样硬化始于儿童及青少年时期,故冠心病的预防应从儿童开始。重点应注意不使儿童过胖,预防血压升高及阻止儿童成为烟民。

冠心病的二级预防

冠心病的二级预防,包括对患者及其家属的卫生教育,对动脉粥样硬化危险因素采取针对性措施,防止冠状动脉病变进展,药物或手术防治心肌缺血、左室功能不全或严重心律失常,对再梗死或猝死高危险者尽量减少易患因素。

一、通过做好卫生宣传教育工作,使患者和家属对冠心病有所认识,在防治该病时给予积极的配合。

二、预防冠状动脉粥样硬化病变进一步发展或促其消退。

1、合理安排膳食。合理膳食以降低总脂肪、饱

和性脂肪和胆固醇摄入，体重超重者要限制总热量，如血脂水平明显异常，可选用血脂调节剂。

2、力劝吸烟者戒烟。吸烟可能诱发冠状动脉痉挛、血小板聚集，减低冠状动脉及侧支循环的储备能力，这些可使冠状动脉病变加重，易诱发再梗死。

3、参加体力活动和锻炼。

4、合并高血压病或糖尿病，应予以适当的控制。

三、抗血小板治疗。血小板在动脉粥样硬化形成的过程中，以及在冠状动脉痉挛、血栓形成所导致的心肌缺血、心肌梗死或猝死中都起着重要作用。阿司匹林是廉价易得的抗血小板制剂，副反应低，便于长期应用，尤对男性预防再梗死的作用很明显。

四、 β -肾上腺素能阻滞剂，目前认为是心肌梗死后二级预防的有效药物。它可以降低心率而降低心肌耗氧量，预防心肌缺血及预防猝死。

五、钙拮抗剂，对心绞痛治疗效果卓著，但应用于心肌梗死后二级预防效果较差。

六、抗心律失常药物， β -受体阻断剂和胺碘酮预防猝死初见疗效，但目前预防猝死的注意点已从延缓传导转向抗交感神经兴奋、抗颤作用和延长心肌不应期的药物。

七、心肌梗死后心绞痛的治疗，应在梗死后近期

采用上述多种药物联合治疗，病情稳定后争取做冠脉造影，据病变情况选择冠状动脉腔内成形术或冠状动脉旁路移植术。

八、心肌梗死合并有心力衰竭者预后较差，应作进一步检查明确引起心力衰竭的原因，以便考虑治疗对策。

冠心病心肌梗死后二级预防不仅能延长患者寿命，而且能提高生活质量和恢复工作能力，故应向每位患者积极宣传二级预防，从而有效地减少冠心病的病死率。

告诉您能预防冠心病的食物

冠心病系冠状动脉粥样硬化后心脏供血受障所致。其全称为冠状动脉粥样硬化性心脏病。由于冠状动脉管腔狭窄甚至闭塞，致使心肌血液供应减少，从而引发心律不齐、心绞痛、心肌梗死以及心力衰竭等现象。这种疾病的形成与内分泌、精神、神经、血液凝聚、遗传因素等有关，而饮食乃是至关重要的因素，长期摄入过多的动物脂肪和高胆固醇食物，是产生冠心病的危险因素。

改变饮食结构，合理调配饮食，可以控制甚至逆转动脉粥样硬化。

海洋鱼类、蔬菜、水果、豆类、橄榄油等都可以

有效地预防冠心病。

海鱼 ~ 心脏卫士

格陵兰西海岸的爱斯基摩人，以捕鱼为生，他们冠心病的发病率在全球最低，我国舟山群岛渔民的冠心病发病率也极少。

海鱼，尤其是沙丁鱼、大马哈鱼、金枪鱼、鲑鱼、鲟鱼等富含欧米茄 - 3 脂肪酸，这种特殊的脂肪酸可以使高密度脂蛋白胆固醇升高，使甘油三酯降低。它还能改善心肌功能，减少心律失常和心房纤维性颤动。冠心病患者，每周吃 3 次多脂肪的海鱼，每次 100 克左右，可有效控制病情，减少心肌梗死。

蔬菜水果 ~ 健身强心佳品

蔬菜和水果富含维生素 C、β-胡萝卜素，叶酸及其他一些抗氧化物质，从而使心血管系统得到有效保护。蔬菜和水果中所含的果胶类物质可有效结合胆固醇及脂肪，并将其排出体外，这对于防止动脉粥样硬化与冠心病具有重要意义。每天要吃 5 种蔬菜或水果，400 克至 500 克。可从以下蔬菜和水果中选取，蔬菜有苦瓜、苜蓿、菜花、绿菜花(西兰花)、圆白菜、油菜、萝卜、胡萝卜、菠菜、南瓜，水果有刺梨、猕猴桃、鲜枣、草莓、西瓜、苹果、香蕉、橘子、葡萄

等。

大蒜 ~ 血管清道夫

素有济世良药的大蒜，在防治心血管系统的疾病中有十分重要的作用。每天吃 3 瓣大蒜，经过一个月之后，可使血液中总胆固醇下降 10%，大蒜中至少有 6 种有效成分能减少肝脏合成胆固醇，它还能使高密度脂蛋白胆固醇升高。实验证明，患有严重动脉硬化的兔子，饲以大蒜后都有不同程度的减轻，有些动脉已经完全恢复正常，大蒜居然能使动脉粥样硬化产生逆转，实在太神奇了！

大豆 ~ 心脏的救星

大豆是动脉的救星，心脏的卫士，并非天方夜谭，研究证明，饮食中用大豆制品代替肉类与乳制品，3 个星期之后，血液中总胆固醇下降 21%，高密度脂蛋白胆固醇升高 15%，同时甘油三酯也相应下降，使动脉血管与心脏得到有效保护。大豆具有强大的抗氧化作用，保护细胞免受自由基的损害，从而能预防多种疾病。实验显示，饲以大豆的动物生命周期延长了 13%。

坚果 ~ 护心健身良品

这里有一则健康提示：每天适量进食一些坚果，如核桃、杏仁、榛子、花生、松子仁等可以防止心脏病。坚果富含抗氧化剂及单不饱和脂肪酸，可以降低血液中的总胆固醇，抑制低密度脂蛋白胆固醇的氧化过程。坚果大都富含维生素E，它能使老化的动脉血管重现活力。因食用高脂肪食物而产生动脉粥样硬化的猴子，饲以维生素E之后，动脉粥样硬化的程度逐渐减轻，甚至出现逆转。

多吃绿叶菜补充维生素B 预防心脏病

英国科学家最近的研究显示，每天补充一定量的维生素B或者摄入富含维生素B的食物有助于预防心脏病、中风以及血液凝结成块，对高危人群来说，情况尤其如此。维生素B在蔬菜绿叶中非常常见。

此前曾有研究表明，孕妇服用维生素B能降低分娩时婴儿的生理缺陷。但英国科学家的研究表明，维生素B的作用不止这些。它能够协助人体内的活性酶分解并清除血液中一种名为高半胱氨酸的物质，通过减少高半胱氨酸含量从而降低中风和心脏病的患病危险。

英国南部南安普敦总医院的戴维·沃德医生说：

“高半胱氨酸是心脏病和中风的致病原因之一，但我们能通过补充维生素 B 来减少患病风险。处在危险中的人们应该考虑采用这种方法。”

沃德和同事认为，每天摄入至少 0.8 毫克的维生素 B 就能将心脏病、血液凝结成块，中风的患病危险分别降低 16%、25%、25%。他们的研究成果刊登在最近一期《英国医学杂志》上。

维生素 D 对冠心病有预防作用

在 2002 年 4 月召开的美国心脏学会亚太科学论坛会议上，来自美国圣佛朗西斯科加利福尼亚大学和 VA 医学中心的 Varosy 博士报告说，他们最近完成的一项研究结果显示，65 岁以上的妇女服用维生素 D，其冠心病死亡危险较未服用者降低近 1/3。

Varosy 博士称，维生素 D 和钙均是治疗骨质疏松症的标准药物，以前的研究表明，血液中维生素 D 水平降低与心脏病发作危险增高相关，但迄今尚无研究证实补充维生素 D 能降低冠心病事件的发生危险。又因多种维生素片价廉而安全，对老年人尤其如此。为评估维生素 D 与冠心病死亡危险的关系，Varosy 博士及其同事进行了研究。

共有 9704 例 65 岁以上的老年妇女纳入骨质疏松骨折研究，其中 4272 例报告正在服用维生素 D。虽然

研究人员并未详细询问所服用维生素 D 的剂型和剂量，但他们推测大多数妇女每日服用含标准推荐剂量 400IU 的多种维生素片。

结果显示，在平均近 11 年的随访期间，有 420 例妇女死于冠心病。与未服用维生素 D 的妇女相比，服用者的冠心病死亡危险减少 31%。服用钙制剂对上述结果无影响；研究人员还对影响结果的可能因素进行了对照，如冠心病危险因素、补充钙剂、病人自述的健康状态、受教育程度及行为习惯(运动和吸烟)等。

Varosy 又说，简言之，他们所观察到的效益归因于口服维生素 D 而非补钙。维生素 D 既是一种维生素，也属激素范畴，是人体钙吸收最重要的调节因子。动脉粥样硬化是胆固醇和脂质沉积于动脉壁的结果，也常与钙化相关，后者是无机钙在动脉壁沉积而形成。许多研究证据表明，动脉钙化与骨质钙化的过程非常相似。早期研究提示，血液中维生素 D 水平降低在致冠心病的冠脉钙化中起一定作用。Browner 及其同事的研究首次发现患骨质疏松症的妇女死于心血管疾病的危险大于无骨质疏松症者。事实上，在有骨质疏松症的妇女，钙在其动脉壁的沉积率大于骨质正常的妇女。

Varosy 博士补充说,虽然目前对以上相关性尚无明确解释,但却是一个有希望的研究领域。导致骨骼钙丧失和动脉粥样硬化斑块钙沉积可能属于同一内分泌过程,但其机制目前尚不清楚。因为多种维生素片中的其他成份也可发挥有益作用,以上结果有待对不同剂量和类型维生素 D 的进一步对照研究加以证实。此外,未来研究还需评估以上结果是否在其他人群(如男性)亦同样存在,每天补充多大剂量的维生素 D 可对冠心病危险产生影响也是一个值得研究的课题。

Varosy 称,该项研究仅是第一步,在提倡应用维生素 D 治疗和预防冠心病之前尚有大量的工作要做。美国心脏学会并不推荐口服维生素或无机物制剂,健康人应从多样化饮食中获取以上营养物质。

红葡萄酒能防止冠心病的科学依据

人们知道葡萄酒(或至少生活在出产葡萄酒的地区)可以减少患冠心病的风险。红葡萄酒被普遍认为比白葡萄酒更有好处,尽管这一说法几乎没有证据。

现在,Corder 等人发现,红葡萄酒特有的成份也许真的有助于防止心脏病。红葡萄酒中所含的多酚能够强烈抑制 endothelin-1 的合成,后者是冠状动脉硬化症发病过程中可能涉及到的一种血管活性缩氨

酸。用同样的葡萄所酿制的白葡萄酒和玫瑰色葡萄酒没有这种效果。

拒绝吸烟及不良饮食减少心脏疾病的发病率

有关专家近日指出，尽管就目前情况来看，肥胖不能算是很严重的问题，但中国城市和农村的普遍西化现象却将会导致心脏疾病的流行，这些问题主要是由含有过多高脂食物的不良饮食习惯和吸烟所引起的。

对这一前景的预测是由麻省理工学院的中国和美国的流行病专家经过多天的讨论得出的。他们指出，中国应尽快采取措施对一些随经济现代化而来的不健康的生活习惯进行阻止甚至应该宣布它们非法。

“如果我们不尽快采取措施的话，今天的美国将成为明天的中国。所以我们要从我们的美国同事那里学习一些方法。”中华医学协会副会长季福华(音译)说。中华医学协会这次与哈佛医学院主办了为期一周的讨论会，共有来自两个国家的1000多名专家参加。

季先生说这次会议所集中的信息和建议将“被卫生部部长所借鉴”，部长这次也同样参加了讨论会。主办者说这次会议的参加者人数是近五十年来最多的一次。

一位波士顿大学的研究者威廉·卡诺在过去的五十年内调查研究了 5000 名麻萨诸塞州的居民并发现了与心脏病有关的潜藏危机因素。他指出中国也将有可能面临这样的问题。

卡诺先生说：“我们强调：要小心！西化所带来的一个不良后果就是健康问题。”

根据一位哈佛公共健康学院的流行病学教授徐西平(音译)所说，中国目前只有 10% 的人体重超过标准体重，1% 的人患肥胖症。虽然这一数字远远小于美国 25% 的肥胖率，但研究人员指出，中国目前出现了很令人担忧的现象，也就是中国人正在摄入越来越多的高脂肪食物，同时伴随着高血压发病率上升的迹象。

卡诺先生还指出，这些潜藏的危机同时伴随着吸烟现象～中国的 13 亿人口中有三分之一吸烟～表明中国正在向美国方向发展，在美国，每三十秒钟就会有人突发心肌梗塞。

由于卡诺先生的研究工作，很多的美国人已经戒烟，同时药物也被引入以降低高血压和血液中的胆固醇含量，心脏病和中风的发病率也降低了。

卡诺先生建议中国政府应该尽可能停止美式快餐店的进一步扩展，同时发展一种更健康的中国快餐

作为替代物。

季先生同时说，更多的改善公共健康的努力将着眼于吸烟。中国已经禁止在公共场所吸烟和张贴烟草广告，现在向未满十二岁的儿童销售香烟也是违法的。

中国预防医学会会长李黎明(音译)说，中国还将着手建立一个全国性的防治疾病中心，这一点是效仿美国的疾病防治中心。

吃橘子可预防冠心病和动脉硬化

日本研究人员对 6000 多人进行调查后发现，吃橘子的人患冠心病、高血压、糖尿病、痛风的比率比较低。

他们还发现，橘子等柑橘类水果的皮中所含的橙皮油素，具有抑制肝脏、食道、大肠及皮肤发生癌症的效果。

日本中医食疗研究会的专家认为，橘子富含维生素 C 与柠檬酸，前者具有美容作用，后者则具有消除疲劳的作用。如果把橘子内侧的薄皮一起吃下去，除维生素 C 外，还可摄取膳食纤维~果胶，它可以促进通便，并且可以降低胆固醇。

此外，橘皮痞可以加强毛细血管的硬度，降血压，扩张心脏的冠状动脉，因此可以说，橘子是预防冠心

病和动脉硬化的食品。

多食用谷类和水果纤维减少冠心病发作

美国明尼苏达大学研究人员说，饮食中增加谷类和水果纤维摄入量，有助于降低冠心病发作和死亡的风险。

在明尼苏达大学工作的佩雷拉和同事们，在最新出版的美国《内科学文献》上发表文章说，他们对在美国和欧洲国家 10 项研究的数据进行汇总分析后发现，每天通过饮食多摄入 10 克食物纤维，可使冠心病发作和死亡的风险分别降低 14% 和 27%。这一摄入量相当于每天至少吃 3 个苹果，据估计一个中等大小的苹果约含纤维 3 克。

佩雷拉等人共分析了约 33.5 万名成年人的数据，其中有 5249 名研究对象在 6 至 10 年的随访调查中冠心病发作，2011 名研究对象在调查期间因冠心病死亡。

研究人员说，此前虽然也有研究得出多摄入食物纤维会降低心脏病风险的结论，但不同来源的食物纤维摄入与心脏病之间的关系究竟如何却研究得很少。而新研究发现，摄入来源于谷类食品和水果的纤维降低冠心病死亡风险效果最明显，但来自蔬菜的纤维摄入与冠心病发病率和死亡率之间没什么关联。

按摩防治冠心病

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称，临床以心绞痛、心肌梗塞、心律不齐、心力衰竭、心脏扩大等病状为主，本病属中医胸痛、胸痹范畴，多为心阳不足，心脉淤滞所为，按摩疗法对防治冠心病有一定疗效，介绍如下：

压内关：以一手拇指指腹紧按另一前臂内侧的内关穴位(手腕横纹上二指处，两筋之间)，先向下按，再作向心性按压，两手交替进行。对心动过速者，手法由轻渐重，同时可配合震颤及轻揉；对心动过缓者，用强刺激手法。平时则可按住穴位，左右旋转各10次，然后紧压1分钟。心绞痛甚者，可加按心俞，膻中，以宽胸理气止痛；气急，胸闷者，可加按肺俞，定喘穴，以宣肺降气；脉微沉细者或慢性心衰浮肿者，可加按复溜，阴陵泉，以利水消肿；阳亢者可加按合谷，太冲穴，以平肝潜阳。

抹胸：以一手掌紧贴胸部由上向下按抹，两用手交替进行，按抹4×8次，按摩时不宜隔衣。

拍心：用右手掌或半握拳拍打心前区，拍打6×8次，拍打轻重以患者舒适能耐受为度。

在进行以上按摩时，要求腹式呼吸，思想集中，用意识引导按摩活动，并尽可能与呼吸相配合，每按

摩 1 次，1 月为 1 疗程，连续 3 个月。

长期以来，人们认为，只有依靠药物，才能减轻或缓解冠心病的症状，其实，按摩对冠心病患者症状的缓解和消除也有一定的作用。压内关对减轻胸闷，心前区不适和调整心律均有帮助，抹胸和拍心对于消除胸闷，胸痛均有一定效果。腹式呼吸时，横膈运动帮助改善胸腹腔血液循环，对心脏可起到按摩作用，从而改善心脏本身的营养和血供，对心电图也有一定的改善作用。此法操作简单方便，而无内服药的副作用，甚至可以在医师指导下作自我按摩，有兴趣者不妨一试。

科学锻炼预防冠心病

常言说：生命在于运动。参加一定的体力劳动和体育活动，对预防肥胖、锻炼循环系统的功能和调整血脂代谢均有裨益，是预防冠心病的一项积极措施。日本京都大学对心肌梗死、心绞痛、心脏手术后、有冠心病危险因素的 67 例患者采用了集体运动疗法，运动处方视患者个人状况而定，运动项目包括慢跑、步行、伸展运动、乒乓球、微型网球、郊游、滑雪等，以有氧运动为主。

平均随访 70 个月，经 201 铊心肌闪烁图确认 54.8% 的患者心肌灌注改善。

运动不仅能加速新陈代谢，增加脂质的氧化消耗，使血脂下降，减少和避免脂质沉积在血管内壁上，有利于防止动脉粥样硬化的产生。改善胰岛素抵抗。肥胖常常伴随着高血压、2型糖尿病和血脂异常，都是心血管疾病的危险因素，被称为胰岛素抵抗综合征。研究发现，肥胖的高血压患者体重减轻1kg，收缩压可降低2.5mmHg，舒张压可降低1.7mmHg。美国的一项研究也证实，每天用敏捷活泼的步伐行走1小时可使2型糖尿病的发生率降低一半。而且也使各脏器协调功能增强，消除忧虑，放松心情，使大脑更敏锐活跃，减轻神经的紧张疲劳，改善心脏血液灌注，增加冠状动脉的侧支循环，起到保护和改善心脏功能的作用。同时还可减肥，降压等等，好处不言自明。

但是运动不可过于盲目，科学锻炼要求，运动强度为运动时每分钟最大心率加年龄达到170-180。运动频率为每周3-5次，每次持续20-60分钟。根据身体情况、年龄、心脏功能状态来确定，以不过多增加心脏负担和不引起不适感觉为原则。运动的方式以进行需氧活动为宜，如散步、慢跑、慢骑自行车、打太极拳、做保健操等，尽量避免有闭气动作的活动，如举重等。活动与运动要循序渐进，要有规律性、持久性，不宜作剧烈活动。剧烈活动可引起各种心律失常。

如需做剧烈活动，凡 35 岁以上或有冠心病易患因素者，均应先做运动心电图。运动的速度以使心率不超过 210 减年龄即可，运动前应有 5~10 分钟的准备活动，可做一些有规律的重复的轻度活动，以使脉率逐渐增加至运动时的脉率，运动后也应有 5~10 分钟的恢复活动，以使四肢血液逐渐返回至中央循环。

饮食可防冠心病

荷兰研究人员发现，有规律地食用含有黄酮类食品的人，死于心肌梗死的可能性极小。黄酮是植物颜料，它富含于红茶、洋葱、绿叶菜、西红柿、苹果、红葡萄、荷叶、山楂等饮食中。研究者发现，日均食用含 29.9 毫克黄酮食品的冠心病病人，死于心脏病或心肌梗死发作的可能性比日均摄取 19 毫克黄酮食品的病人少 50%。红茶含黄酮最丰富。此外，用荷叶同山楂煎水代茶饮，也能预防冠心病的发生。

预防冠心病的营养素还有维生素 C，它具有加强血管弹性、韧性，减少脆性和防止出血等作用。

某些微量元素失调，可引发心血管疾病，例如铬和锰缺乏是动脉硬化的因素之一。红糖中含较多的铬。五谷中的糙米、小麦和黄豆，蔬菜中的胡萝卜、白萝卜、茄子、大白菜和扁豆含锰较多。

碘有防止脂质在动脉壁沉积的作用，因此，多吃

海带、海藻类对防治冠心病有一定的好处。

良好饮食习惯预防冠心病

采取正确的饮食结构并按一些简单易行的规则进食，可以大大降低患心血管病的危险。

意大利抗血栓联合会得出的结论是：多吃面包、面条和五谷杂粮，最好是全麦面粉制品；多吃水果蔬菜，最好生吃；多吃豆制品，少吃肉，多吃鱼；完全食用植物油；进食时配上葡萄酒，最好是红葡萄酒。

诊断冠心病的方法包括哪些内容？

随着现代科技的迅猛发展和医学科研工作者对冠心病的深入研究和探索，则诊断冠心病的方法日臻完善。最早人们主要是根据典型的临床表现(包括症状和体征)、心肌酶学检查和心电图特征来诊断冠心病心肌梗塞和冠状动脉供血不足的。近年来，发展了许多新的检查方法和技术，如放射性核素检查、超声心动图、冠状动脉造影、心血池显像等运用于冠心病的诊断。

(1)临床表现：主要包括症状和体征。心绞痛是冠心病的主要临床症状，根据心绞痛发作时的部位、性质、诱因、持续时间、缓解方式等特点和伴随症状及体征便可鉴别心绞痛和心肌梗塞，可以说，典型的症状和体征对冠心病心绞痛和心肌梗塞的诊断至关重要

要。

(2)心电图:心电图是冠心病诊断中最早、最常用和最基本的诊断方法。与其它诊断方法相比,心电图使用方便,易于普及,当患者病情变化时便可及时捕捉其变化情况,并能连续动态观察和进行各种负荷试验,以提高其诊断敏感性。无论是心绞痛或心肌梗塞,都有其典型的心电图变化,特别是对心律失常的诊断更有其临床价值,当然也存在着一定的局限性。

(3)心电图负荷试验:主要包括运动负荷试验和药物试验(如潘生丁、异丙肾试验等)。心电图是临床观察心肌缺血最常用的简易方法。当心绞痛发作时,心电图可以记录到心肌缺血的心电图异常表现。但许多冠心病患者尽管冠状动脉扩张的最大储备能力已经下降,通常静息状态下冠状动脉血流量仍可维持正常,无心肌缺血表现,心电图可以完全正常。为揭示减少或相对固定的血流量,可通过运动或其它方法,给心脏以负荷,诱发心肌缺血,进而证实心绞痛的存在。运动试验对于缺血性心律失常及心肌梗塞后的心功能评价也是必不可少的。

(4)动态心电图:是一种可以长时间连续记录并编辑分析心脏在活动 and 安静状态下心电图变化的方法。此技术于1947年由Holter首先运用于监测电话

动的研究，所以又称 Holter 监测。常规心电图只能记录静息状态短暂仅数十次心动周期的波形，而动态心电图于 24 小时内可连续记录多达 10 万次左右的心电信号，可提高对非持续性异位心律、尤其是对一过性心律失常及短暂的心肌缺血发作的检出率，因此扩大了心电图临床运用的范围，并且出现时间与病人的活动与症状相对应。

(5)核素心肌显像:根据病史，心电图检查不能排除心绞痛时可做此项检查。核素心肌显像可以显示缺血区、明确缺血的部位和范围大小。结合运动试验再显像，则可提高检出率。

(6)冠状动脉造影:是目前冠心病诊断的"金标准"。可以明确冠状动脉有无狭窄、狭窄的部位、程度、范围等，并可据此指导进一步治疗所应采取的措施。同时，进行左心室造影，可以对心功能进行评价。冠状动脉造影的主要指征为：

对内科治疗下心绞痛仍较重者，明确动脉病变情况以考虑旁路移植手术；

胸痛似心绞痛而不能确诊者。

(7)超声和血管内超声:心脏超声可以对心脏形态、室壁运动以及左心室功能进行检查，是目前最常用的检查手段之一。对室壁瘤、心腔内血栓、心脏破

裂、乳头肌功能等有重要的诊断价值。血管内超声可以明确冠状动脉内的管壁形态及狭窄程度，是一项很有发展前景的新技术。

(8) 心肌酶学检查：是急性心肌梗塞的诊断和鉴别诊断的重要手段之一。临床上根据血清酶浓度的序列变化和特异性同工酶的升高肯定性酶学改变便可明确诊断为急性心肌梗塞。

(9) 心血池显像：可用于观察心室壁收缩和舒张的动态影像，对于确定室壁运动及心功能有重要参考价值。

冠状动脉造影是怎么回事

冠状动脉是供应心肌血液的血管，有左、右 2 支，分别直接开口于主动脉根部的左、右主动脉窦内，由此开始向心脏表面延伸并不断分支进入心脏，由于血液与血管壁是同样不透光的，且与心脏重叠，所以血管腔内发生有粥样斑块或狭窄时，在普通 X 光下是无法看出来的。选择性冠状动脉造影就是利用特制定型的心导管经皮穿刺入下肢股动脉沿降主动脉逆行至升主动脉根部，分别将导管置于左、右冠脉口，在注射显影剂的同时行 X 光电影摄像或磁带录像，这样就可清楚地将整个左或右冠状动脉的主干及其分支的血管腔显示出来，可以了解血管有无狭窄病灶存在，

对病变部位，范围，严重程度，血管壁的情况等作出明确诊断，决定治疗方案(介入，手术或内科治疗)，还可用来判断疗效。这是一种较为安全可靠的有创诊断技术，现已越来越多地被临床所接受，曾一度被认为是诊断冠心病的“金标准”。但近年自冠脉内超声显像技术在临床应用以来，发现部分在冠脉造影中显示正常的血管段内超声显像可发现内膜增厚或斑块存在，所以目前认为冠脉内超声显像比冠脉造影更为敏感，但其检查费也更为昂贵，除非临床高度怀疑有冠心病(有众多危险因素、典型症状，心电图有异常改变)、而冠脉造影显示正常者，方可考虑做此项检查。

冠心病征兆自测

如果你曾经出现过以下症状，应该警惕是否是冠心病的征兆。

劳累或精神紧张时出现胸骨后或心前区疼痛，或紧缩样疼痛，并向左肩、左上臂放射，持续3-5分钟，休息后自行缓解。

体力活动时出现胸闷、心悸、气短，休息后自行缓解。

出现与运动有关的头痛、牙痛、腿痛。

饱餐、寒冷或看惊险片时出现胸痛、心悸者。

夜晚睡眠枕头低时，感到胸闷憋气，需要高枕卧位方感舒适；熟睡或白天平卧时突然胸痛、心悸、呼吸困难，需立即坐起或站立方能缓解者。

性生活或排便困难时出现心慌、胸闷、气急或胸痛不适者。

听到周围的锣鼓声或其他噪声便感到心慌、胸闷者。

反复出现脉搏不齐，不明原因心跳过速或过缓者。

心脏病主要症状

症状往往是诊断疾病的先导。心脏病亦如此，病人的感觉，也可为医生提供重要线索。但是，在实际生活中，把某些不相干的症状，与心脏病联系起来，是常有的事情。有不少人以为，心悸就是心脏病。其实，虽有心悸但心脏却是健康无恙的。因此，把心脏病症状说清楚，对唤起人们的注意和消除不必要的疑虑是必要的。

疲劳：是各种心脏病常有的症状。当心脏病使血液循环不畅，新陈代谢废物(主要是乳酸)即可积聚在组织内，刺激神经末梢，令人产生疲劳感。疲劳可轻可重，轻的可不在意，重的可妨碍工作。但心脏病疲劳没有特殊性，它与其它疾病所致的疲劳难以区分。

疼痛:心肌炎、心包炎、心律失常的病人均可感到胸部疼痛。最常见的是心绞痛。心绞痛往往以劳累、激动、饱餐为诱因突然发作,疼痛部位多在胸部正中,有压迫、灼热或挤压感,甚至是一种濒临死亡的窒息感,有的可放散在左肩、背及左上臂内侧。疼痛持续时间短,3~5分钟消失,最长不超过20分钟。

气短:气短是心脏病常见症状。最显著特点是劳力性气短和夜间阵发性呼吸困难。劳力气短就是气短与活动有关。心脏病入常说,我上二层楼都心慌、憋气,受不了;夜间阵发性呼吸困难即夜间睡卧不平,有时从梦中憋醒,端坐且喘息一会儿方可缓解。

紫绀:皮肤、粘膜、耳轮周围、口唇鼻周、指端发紫。

水肿:全身或下肢水肿,有时还会出现胸腔或腹腔的积水。

心悸:病人常感心悸,尤其在活动以后。但心悸在有其它疾病或没有病时也可发生,故心悸对诊断心脏病意义不大。

冠心病有哪些临床表现

临床常见胸闷、气短、心悸等可因一时性或持续性心肌缺血缺氧出现心绞痛。重者可因冠状动脉突然闭塞导致心肌缺血、坏死、形成心肌梗塞。心绞痛的

特点是阵发性心前区压榨性疼痛，主要位于胸骨后部，可放射至心前区与左上肢，常发生于劳累或兴奋时，饱餐或受凉后，持续数分钟，很少超过 15 分钟，伴有面色苍白，出冷汗，呼吸困难等。绞痛发生时心电图可出现 S-T 段下降，缓解后异常心电图可能恢复。

心肌梗塞的临床表现有哪些

心肌梗塞的症状随梗塞范围的大小、部位和原来心脏的功能情况等而轻重不同。

1、疼痛：疼痛是最先出现的症状，疼痛的部位、性质和放射区与心绞痛相似，但疼痛更持久更剧烈，可达数小时至数天，休息及口含硝酸甘油无效。

2、胃肠道症状：可伴有恶心、呕吐、上腹胀痛、肠胀气等。

3、全身症状：可有发热、心动过速、血白细胞增高及血沉增快等。体温一般在 38 左右，很少超过 39，持续约 1 周左右。

4、心律失常：常见的有室性早搏、室性心动过速、房室传导阻滞等。病人自觉心悸、乏力、头晕，严重者可出现昏厥。

5、低血压和休克：几乎所有的病人均有不同程度的血压下降，原有高血压者，血压可降至正常，但这并不是休克。休克时的表现为：血压（收缩压）低于 10、

64kpa,且有烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉快而细、大汗淋漓、尿量减少、神志迟钝甚至昏迷等。

6、心力衰竭:约占 1/3,表现为呼吸困难,咳、紫钳、烦躁等。

隐性冠心病诊断

隐性冠心病又称无症状性冠心病,患者虽有冠状动脉硬化,但病变较轻或者因心脏有较好的侧支循环,病人多无明显的临床症状,但在休息时有肯定的心肌缺血心电图表现,或在运动后心电图出现阳性表现,可以认为是早期冠心病,但此类病人可能突然转为心绞痛或心肌梗塞,个别病人也可能出现猝死,应早期诊断,早期治疗。

一、诊断要点

1 病人多有动脉硬化的易患因素。

2 静息状态,或运动后,或心脏负荷试验,心电图检查出现缺血性改变。

3 选择性冠状动脉造影,可以确立诊断。

4 放射性核素心骨显影,有心肌缺血性改变。

急性心肌梗塞诊断

心肌梗塞是在冠状动脉粥样硬化基础上,血管内血栓形成,或冠状动脉持续性痉挛,造成血管内闭塞,

使部分心肌发生严重缺血、坏死，而产生一系列严重的临床症状。以剧烈持续的胸骨后疼痛及典型的心电图变化为特征，常见出现心律失常，血压降低，休克，心力衰竭，不及时抢救常可发生死亡。本病男性多于女性，发生在40岁以上的人占87--96.5%。多数患者有心绞痛史，或见于吸烟、肥胖、糖尿病，高血压，或缺少体力劳动的人，每年冬、春季发病较多。

一、诊断要点

1、部分病人有精神紧张，情绪激动，过度劳累、用力、或饱餐等诱因。有相当多的人可无诱因，在睡眠或安静时发生。

2、突然出现胸骨后心前区剧烈疼痛，向左肩臂或其他处放射，疼痛持续在半小时以上，经休息或服硝酸甘油片无效，并伴有大汗淋漓，面色苍白，烦躁不安，气促或有恶心呕吐腹胀等。部分病人可表现疼痛不典型，如上腹部疼痛，颈部疼痛，或疼痛轻微、甚至无痛，常易误诊。

3、发热：多在24--48小时后出现，一般在38摄氏度左右，持续约一周。

4、常常有心率增快或减慢，心音减弱，出现奔马律及各种心律失常，双肺底常可听到湿性罗音，为心衰的早期症象，严重者可出现呼吸困难、紫绀、肺

水肿的表现，甚至出现低血压、休克。

5、化验检查，白细胞计数增高，可多达1--2万，中性粒细胞增多，血沉增快，血清谷草转氨酶(SGOT)、乳酸脱氢酶(LDH)、肌酸磷酸激酶(CPK)，均可增高，尤以CPK活性增高出现最早。

6、心电图检查，相应导联出现ST段弓背向上型抬高，ST-T融合成单向曲线，关有病理性Q波，R波减低或消失，相应部位ST段压低等表现。

心肌硬化诊断

本病是由于冠状动脉硬化，使心肌供血长期不足，以致心肌发生营养障碍与萎缩，纤维组织增生，造成心肌纤维化，硬化的心脏逐渐扩大，并发生心律失常与心力衰竭。

一、诊断要点

1、有动脉硬化的依据。

2、表现心脏扩大，心律失常，心力衰竭，可以除外其它原因引起的器质性心脏病。

3、心电图表现：ST段压低，T波低平或倒置，QT间期延长，QRS波群，电压低等。

4、选择性冠状动脉造影，可以确立诊断。

心电图及其对冠心病诊断的意义

心脏本身的生物电变化通过心脏周围的导电组

织和体液，反映到身体表面上来，使身体各部位在每一心动周期中也都发生有规律的电变化活动。将测量电极放置在人体表面的一定部位记录出来的心脏电变化曲线，就是目前临床上常规记录的心电图(用 ECG 表示)。正常心电图上的每个心动周期中出现的波形曲线改变是有规律的，国际上规定把这些波形分别称为 P 波、QRS 波、T 波，有时在 T 波后，还出现一个小的 U 波。此外，一个正常的心电图还包括 PR 间期(或 PQ 间期)、QT 间期、PR 段和 ST 段。P 波代表心房的除极波，QRS 波代表心室的除极波，T 波代表心室的复极波。PR 间期代表由窦房结产生的兴奋经由心房、房室交界和房室束到达心室，并引起心室开始兴奋所需的时间，QT 间期反映心室除极与复极过程总的时间，也代表心脏的电收缩时间，ST 段代表心室各部分已全部进入去极化状态，心室各部分之间没有电位差存在，曲线又恢复到基线水平。当心脏因缺血受损或坏死时，心电活动的变化能正确及时地反映在心电图上，表现在各个波形的异常变化和进行性演变过程，为医生提供诊断心律失常、心室肥厚、急性缺血、心肌梗塞等心脏疾病的可靠依据。

心电图对冠心病的诊断具体意义如下：

(1) 冠心病心律失常：心电图检查是诊断各型心

律失常的最有效方法，对心肌梗塞、心衰及心脏直视手术患者连续进行心电图观察，有助于及时发现并处理重要的心律失常，避免造成严重的后果。

(2) 冠状动脉供血不足：心电图对于冠状动脉供血不足具有较高的诊断价值。当心绞痛发作时，心电图可以出现缺血性 ST-T 改变。对于心绞痛症状不典型、且静息心电图无明显原发性缺血性 ST-T 改变的可疑冠心病患者，可以作心电图负荷试验诱发心肌缺血，以明确诊断。

(3) 冠心病心肌梗塞：在心肌梗塞的诊断上，心电图是必不可少的项目。临床上根据肯定性心电图改变一项，即可诊断为明确的心肌梗塞，病史可典型可不典型。以心电图为依据可以判断梗塞的部位、范围、程度和时期，推测有病变的冠状动脉分支及预后，为治疗提供重要的参考依据。

(4) 评价某些药物的治疗效果及毒副作用等。

冠心病患者的运动处方

冠心病是中老年人的常见病。因为至今没有什么特效药物可以治愈冠心病，所以对患者来说主要是如何改善症状、提高生活质量。康复治疗就是目前国际上推荐的有效方法。

冠心病康复是指通过积极主动的身体、心理、行

为和社会活动的训练，帮助患者缓解症状，改善心血管功能，提高生活质量。同时积极干预冠心病危险因素，减少再次发作的危险。

那么，哪些患者可以参加冠心病的康复运动呢？主要有以下几种：稳定型冠心病（包括陈旧性心肌梗死、稳定性心绞痛）、隐性冠心病、冠状动脉搭桥手术后、经皮冠状动脉球囊扩张术后的患者。

运动方式以有氧训练为主，包括步行、骑车、爬山、游泳、打门球、打乒乓球和羽毛球等。有节律的舞蹈、中国传统的拳操等也是合适的运动方式。

运动量是指运动时消耗的能量，是运动锻炼效果的关键指标。合适运动量的标志是：早晨起床时感觉舒适，无疲劳感。每周的运动总量应相当于步行 10~20 公里。运动量是由强度、时间和频率三个要素构成。判断运动强度是否合适最简单的方式是：运动时稍出汗，轻度呼吸加快但不影响对话。运动时间是指每次达到训练强度的时间，一般为 10~30 分钟。训练频率是指每周训练的次数，一般每周锻炼 3~5 次就可以了。

每次锻炼必须要三个阶段，即准备活动、训练活动和结束活动。准备活动又称为热身，活动强度比较小，其目的是充分活动各个关节、肌肉和韧带，也

使心血管系统得到准备。训练活动又分持续训练和间断训练，后者更适合冠心病患者。结束活动又称为整理，目的在于使高度活跃的心血管系统逐步恢复到安静状态，一般采用小强度放松性运动。准备活动和结束活动不充分是造成锻炼意外最常见的原因。

除此以外还应该注意：

1、要选择适当的运动，既能达到训练效果，又容易坚持。要避免竞技性运动。

2、只在感觉良好时运动。感冒或发热后要在症状和体征消失两天以上才能恢复运动。

3、注意周围环境因素对运动反应的影响，包括：寒冷和炎热气候要相对降低运动量和运动强度；穿戴宽松、舒适、透气的衣服和鞋袜；上坡时要减慢速度；饭后不做剧烈运动。

4、患者要根据个人能力，定期检查和修正运动处方，避免过度训练。药物治疗改变时，要调整运动方案。参加训练前应进行身体检查。

5、警惕症状。运动时如发现下列症状，应停止运动，及时就医：上身不适(包括胸、臂、颈或下颌，表现为酸痛、烧灼感、紧缩感或胀痛)、无力、气短、骨关节不适(关节痛或背痛)。

6、训练必须持之以恒。

冠心病食疗法

绿豆粥

【来源】《普济方》

【原料】绿豆适量北粳米 100 克

【制作】先将绿豆洗净，后以温水浸泡 2 小时，然后与粳米同入砂锅内，加水 1000 克，煮至豆烂米开汤稠。

【用法】每日 2~3 次顿服，夏季可当冷饮频食之。

【功效】清热解毒，解暑止渴，消肿，降脂。可预防动脉硬化；适用于冠心病、中暑、暑热烦渴、疮毒疔肿、食物中毒等。

【宜忌】脾胃虚寒腹泻者不宜食用，一般不宜冬季食用。

玉米粉粥

【来源】《食物疗法》

【原料】玉米粉粳米各适量

【制作】将玉米粉加适量冷水调和，将粳米粥煮沸后入玉米粉同煮为粥。

【用法】可供早晚餐温热服。

【功效】降脂，降压。对动脉硬化、冠心病、心

肌梗塞及血液循环障碍有一定的治疗作用；高脂血症病人常服也有效。

豆腐浆粥

【来源】《纲目拾遗》

【原料】豆浆汁 500 克粳米 50 克砂糖或细盐适量

【制作】将豆浆汁、粳米同入砂锅内，煮至粥稠，以表面有粥油为度，加入砂糖或细盐即可食用。

【用法】每日早晚餐，温热食。

【功效】补虚润燥。适用于动脉硬化、高血压、高脂血症、冠心病及一切体弱患者。

蜜饯山楂

【来源】《医钞类编》

【原料】生山楂 500 克蜂蜜 250 克

【制作】将生山楂洗净，去果柄、果核，放在铝锅内，加水适量，煎煮至七成熟烂、水将耗干时加入蜂蜜，再以小火煮熟透收汁即可。待冷，放入瓶罐中贮存备用。

【用法】每日 3 次，每次 15 ~ 30 克。

【功效】开胃，消食，活血化淤。适用于冠心病以及肉食不消腹泻。

菊花山楂茶

【来源】民间方

【原料】菊花生山楂各 15~20 克

【制作】水煎或开水冲浸。

【用法】每日 1 剂，代茶饮用。

【功效】健脾，消食，清热，降脂。适用于冠心病、高血压、高脂血症。

如何选择冠心病治疗方案

冠心病的治疗包括三个治疗方案，即药物治疗、心血管疾病诊疗中心介入治疗(PTCA 加支架)和心外科搭桥手术。药物治疗是最基本的治疗，任何病人一旦确诊，药物治疗要终身维持。但当药物治疗效果欠佳或无效时应尽早做冠脉造影，对冠脉病变作出详细的评价，然后根据病人的冠脉病变情况，结合病人的经济状况决定是否选择介入治疗和/或搭桥手术。介入治疗创伤小、恢复快，能迅速解决冠状动脉狭窄，缓解心肌缺血，改善生活质量，缺点是花费大、部分病人不适合做介入治疗、部分病人会出现扩开的血管再次出现狭窄。搭桥手术效果可靠，费用在 5 万元以内，但需开胸手术，创伤较大，恢复时间较长。

治疗冠心病的常用药物有哪几类？

治疗冠心病的药物很多，常用的主要有：

硝酸酯制剂:主要包括硝酸甘油、消心痛、5 - 单硝酸山梨醇、长效硝酸甘油制剂等。

肾上腺素能 受体阻滞剂(阻滞剂):常用的制剂有普萘洛尔、氧烯洛尔、烯丙洛尔、吲哚洛尔、美托洛尔、阿替洛尔、纳多洛尔。

钙通道阻滞剂:常用制剂有维拉帕米、硝苯地平、地尔硫卓、尼卡地平等。

抗血小板药物:如阿斯匹林、双嘧达莫、苯磺唑磺等。

调整血脂药物:如烟酸、普伐他汀、洛伐他汀、辛伐他汀等。

溶血栓药物:如华法令、肝素、尿激酶、链激酶等。

中医中药:以活血(常用丹参、红花、川芎、蒲黄、郁金等)和化瘀(常用苏合香丸、苏冰滴丸、宽胸丸、保心丸、麝香保心丸等)最为常用。

搭桥手术是怎么回事

大多数冠心病是动脉粥样硬化性管腔狭窄,致使心肌缺血,少数是因冠状动脉痉挛引起的。

“搭桥”术即冠状动脉旁路移植手术,目的是为病人重建病变冠状动脉的血流,恢复心肌血供。外科医生利用病人自身的血管(静脉或动脉,称桥血管)以

外科缝合技术，将阻塞远端通畅的冠状动脉连接到升主动脉上，使大动脉血液流经桥血管灌注到远端冠状动脉，让缺血的心肌重新获得血供，改善了心肌损伤。”搭桥”术需在低温体外循环下进行，目前国内常用 4 种方法：升主动脉大隐静脉(桥血管)冠状动脉，乳内动脉---冠状动脉，右胃网膜动脉---冠状动脉，动脉---冠状动脉。以第一种方法应用最广。

哪些病人需要做”搭桥”术呢？经常有心绞痛发作，经内科治疗不缓解者，应作冠状动脉造影，若主干或主要分支有 75% 以上狭窄，而远端通畅者，视为”搭桥”适应证。如左冠状动脉主干重度狭窄，则容易猝死，应急诊手术，平时无症状，但心电图有心肌缺血的隐性患者，经造影证实有明显狭窄后也应尽早手术。

绝大部分病人术后心绞痛缓解，心功能进步，心肌梗塞危险性降低，生活质量改善。

冠状动脉成形术(PTCA)

冠状动脉腔内成形术简称 PTCA 是治疗冠心病的一种有效方法。将冠状动脉扩张导管插入冠状动脉的狭窄或阻塞部位，对血管局部能有控制地压迫或撕裂，而造成整个血管壁或邻近血管段的损伤，起到扩

张血管作用。近 10 年来，PTCA 发展为世界范围内广为接受的治疗手段，并逐渐扩展到治疗众多的冠心病，安全性也在不断提高。

也可采用气囊的导管，在 X 光透视下将病人狭窄的冠状动脉内置一种特殊的金属支架(Stent)这种支架可以显著地减少冠状动脉的再狭窄及其它并发症。手术时病人只需局部麻醉，穿刺口小，手术后病人的心肌供血明显改善，心绞痛消失，第二天就可以下床活动。

方法：

在大腿根部穿刺股动脉(切口仅 1 - 2mm) 将特制球囊沿血管送到心脏冠状动脉狭窄位置进行扩张，有的病人需在冠状动脉狭窄处植入支架。

优点：

疗效好

不开刀，无疤痕

恢复快，2-3 天后可下床

阿斯匹林治疗心脏病有重大突破

据英国医疗部门近日发布的消息说，每天服用一种以阿司匹林为主要成分的药物，心脏病患者延长寿命的几率就会大大增加，其医疗费用也可大大减少。这可能是 20 年来在治疗心脏病方面取得的一项重大

突破。

传统药物阿司匹林可用以稀释血液和降低血栓，而已经获得使用许可的Clopidogrel则是另一种治疗血栓的药物，其市场销售名称为Plavix，以前发现单独使用这种药物时，其效果与阿司匹林相似。据称，把这两种药物配合使用可获得意想不到的效果。

在对来自 28 个国家的 2000 名病人的试验治疗表明，接受新疗法治疗之后，高危病人延长一年寿命的几率增加了 20%。参与这项研究的英国方面的负责人认为，接受这种治疗之后，成千上万的患者将能获得更高质量的生活，同时也将为英国每年减少 100 亿英镑心脏病医疗费用。

参与此项研究的英国伦敦皇家布朗普顿医院的心脏病专家马库斯·弗拉瑟认为，这种疗法简便易行，安全可靠。他说，这些研究结果表明上述疗法很可能是自 1980 年以来使用阿司匹林治疗心脏病的最重大突破。

20 年来，英国心脏病患者的死亡率一直占世界第一位。英国医疗部门说，采用这种新方法，每年可以挽救 4000 名病人的生命，并且可以防止 6000 人中风。目前，英国每年死于心脏病的人有 25 万，占有所有死亡人数的 40%，其中许多人从不到医院就诊。上述新

方法也许会给这些人带来福音。

冠心病、心绞痛应如何防治

心绞痛发作时治疗

(1)立即停止活动，安静休息。

(2)可使用作用较快的硝酸酯类制剂，如硝酸甘油片 0.3-0.6mg 含于舌下，1-2 分钟起作用。消心痛片 5-10mg，含于舌下，3-5 分钟起作用。

(3)必要时吸氧，也可考虑用镇静药。心绞痛缓解或已基本控制时，宜尽量去除或避免各种已知的诱发因素。一次进食不应过饱，禁用烟酒。重度心绞痛应予休息一段时间后，使用作用持久抗心绞痛如“心苏贴”及“心舒安”系列药物。

急性心肌梗塞及早发现，及时住院(一般不要留于家中处理)，并加强住院前的就地治疗，其原则是缩小梗塞范围，防治并发症，尤其是要防死。

(1)严格卧床休息，保持环境安静，防止不良刺激，解除病人焦虑紧张情绪，可适当给予安定等镇静药。

(2)吸氧，持续低流量，可用氧气袋鼻导管或鼻塞法。

(3)流汁饮食，少量多餐，易消化，无刺激，低盐，少脂肪，少产气为宜。

(4)保持大便通畅，便时避免用力，便秘者服用缓泻剂，如酚酞片。

(5)严禁烟酒，谢绝探视。

(6)加强护理，进食、漱洗、大小便等一切日常生活都需别人帮助进行，尽力减少或避免病人的体力活动。

(7)尽快解除胸痛，可肌注粟碱、杜冷丁，或口服、含服苏合香冰片滴丸、冠心速合丸、保心丸。

(8)防治心律失常，可选择多卡因肌注。

(9)尽快设法护送附近冠心病治疗新突破：药物释放支架 TAXUS。

中国冠心病(CAD)患者将跻身全球首批接受TAXUSTM紫杉醇药物释放冠状动脉支架疗法的病人之列。日前，医疗器械的领导生产厂商波士顿科学国际有限公司在中国市场首次投放TAXUSTM紫杉醇药物释放冠状动脉支架系统。

我国约有900万人患有冠状动脉疾病，每年大约有30万例死亡。对于这种疾病的治疗方法，有传统的冠脉搭桥手术，但对病人的侵入性、创伤性较大、成本较高、康复时间较长。侵入性小的介入治疗有球囊血管成形术，在血管成形术中，球囊在阻塞部位充盈，使阻塞处向血管壁挤压，从而使管腔扩大，改善

血流量。然而介入治疗也面临着血管再狭窄的问题，复杂病例可高达 50% 的再狭窄率。病人需再次接受手术以使动脉开放。

波士顿科学公司的药物释放支架覆盖有一种可向动脉血管壁提供药物紫杉醇的聚合物载体，紫杉醇通过多种途径抑制支架内平滑肌细胞过度增生而抑制再狭窄，聚合物载体粘附在支架上，置入后控制式逐步释放，使 TAXUSTM 支架成为具有突破性意义的药物释放支架。TAXUSTM 临床计划开始于 1997 年，该计划是旨在搜集波士顿科学公司专利所有的紫杉醇释放支架技术方面数据的一系列临床研究。其中 TAXUSTM 的实验结果是对 536 位病人进行的随机、双盲、多中心国际研究，证实了紫杉醇药物释放冠状动脉支架在降低狭窄率方面的安全性和有效性。

医院，根据病情分别进行处理。

预防冠心病，减少或防止心绞痛的发生或发作，已发生心绞痛或疑有冠心病的人，应积极治疗减少或避免心梗的发病率。亦可在选用“心舒安”系列药物的同时，酌情选用阿司匹林 75mg，每日服一次，或潘生丁 25-50mg，每日服 3 次，复方丹参片 3 片，每日服 2-3 次。以上这些防治方法在您来信详述病情后，我科大夫均可根据病情，予以详细的治疗方案及防治

方法与措施。

冠心病病人应正确使用急救盒

心绞痛是冠心病急性发作时最常见、最危险的症状，若不及时救治，会给患者带来生命危险。因此，冠心病病人应随身携带急救盒，并懂得正确使用，以防不测。

硝酸甘油片：心绞痛发作时、应立即停止活动，坐下或躺下休息，取出硝酸甘油片 1 片（每片 0.3~0.5 毫克）嚼碎后舌下含服，1 至 2 分钟后心绞痛即可缓解，药效可维持 30 分钟。此药能松弛血管平滑肌、使周围血管扩张、回心血量减少，从而减轻了心脏的负担，亦可促进侧支循环。如果 5 分钟后疼痛仍无缓解，可再含服 1 片。如数分钟后仍不见效，则应速请医生诊治或拨打 120 急救电话。硝酸甘油片不宜久藏，因其会由于受热、受潮或受光而变质，故患者应定期到医院领药。

亚硝酸异成脂：即急救盒内 2 支细小的玻璃瓶，每支 0.2 毫升。亚硝酸异成脂是冠心病急救药，在心绞痛持续情况下出现心慌、流汗、气短等心肌梗塞征兆时，可应急使用。此药具有强烈挥发性芳香气味、经神经刺激改变循环系统，使周围血管扩张，减轻心脏负担，同时使血流重新分布，可增加冠状动脉供血，

改善心肌缺氧状况。使用时将亚硝酸异成脂药瓶塞在手帕中捏碎后放在鼻前吸入,半分钟即可奏效。注意:此药绝不可同时使用 2 支。因为过急过量吸入,会使人体血管急剧扩张,血压迅速下降,从而导致低血压性休克,甚至造成猝死。

心痛定:不仅可治疗和预防心绞痛发作,而且具有抗心律失常作用。此药抗心绞痛的作用机理是通过抑制交感神经,使冠状动脉持续扩张,增加心脏血流量,减缓心率、降低血压、减弱心肌收缩力、减少心肌耗氧量等,从而使心绞痛得以缓解。用法是每次 1 至 2 片,每日 3 次,症状减轻后改为 1 片。

安定:在心绞痛发作时,如患者出现精神紧张、焦虑不安、失眠等情况可服用安定片,每日 3 次,每次 1 至 2 片,可以缓解症状,稳定情绪。

潘生丁:能扩张冠状动脉,增加冠状动脉血流量,增加心肌供氧量,并能抑制血小板聚集,防止血栓形成。每日 3 次,每次 25~30 毫克。

提示:冠心病发生急性心绞痛经保健盒治疗控制症状后,仍应及时到医院进行全面检查和治疗,以防发生意外。

急性心肌梗塞如何自救

急性心肌梗塞是心肌的缺血性坏死,通常是在有

冠状动脉粥样硬化基础上突发冠状动脉完全或次全阻塞，心肌供血中断持续 30 分钟以上，即可引起心肌不可逆性坏死。本病属冠心病中的严重类型。

在急性心肌梗塞病人中 约 2/3 病人有先驱症状。如发病前数周感觉乏力，胸部不适，活动时心悸气急，烦躁，心绞痛，尤以新发生的心绞痛或在原有心绞痛基础上症状加重者易发展成心肌梗塞。在上述症状者应尽快到医院就诊。另有 1/3 病人在发病前无先驱症状。急性心肌梗塞发作的最常见症状为胸骨后或心前区持续性胸痛，如持续 15 分钟以上仍不缓解，休息或含服硝酸甘油无效者，需警惕有心梗可能，应尽快就医。因为及时就医可使阻塞的血管再通（溶栓或作经皮穿刺冠脉内球囊扩张术），如能在心肌发生坏死前或坏死范围较小时进行血管再通术，可使部分心肌免于发生坏死，缩小梗塞面积。因此，心肌梗塞的抢救应是分秒必争，时间就是生命。

冠心病人的自我调养

冠心病是老年人的常见病，患者不应把全部希望寄托于医生的治疗，而应注意日常生活中的自我调养。

一、饮食调养：平日饮食宜清淡，尽量少食或避免高动物性脂肪、高胆固醇的食物，如肥肉、猪油、

动物内脏、蛋黄、乳酪、黄油等；平日烧菜尽可能用植物油，食盐宜少，糖也少吃；食物以素食及豆制品为主，即多食素菜、水果、豆制品等；蛋白质的补充可食用瘦肉、鱼肉和蛋类。

二、生活调理：要避免过度劳累和精神紧张。在日温差变化大时，注意保暖。起居应有规律，睡眠要充足，心境要平稳，万勿大喜大悲、忧愁郁闷。禁止吸烟饮酒。

三、控制体重：肥胖者要设法减肥，减少食物的总热能卡；不宜过多地饱食，并通过体力活动、锻炼来减轻体重，务使达到较理想水平。

四、温水浴疗：给左上肢做局部温水浴，水温从 37 开始，逐渐开始 42 ，使局部末梢血管和冠状动脉反射性扩张，改善冠脉循环。

五、上午吃药，下午锻炼。冠心病的流行病学调查资料表明，由心肌缺血和致命性心律失常引起的心脏病急发率和猝死率，以上午 6~12 时最高，尤其是睡醒后头 3 个小时心脏最容易“闹事”。专家们称这段时间为冠心病发病的“清晨峰”，可运用这一生物节律掌握用药时间。每天服用 1~2 次能缓解发作症状的药物，最好在清晨和午睡前服用。心脏活动的节律也为心脏病入选择锻炼时间提供了科学依据。即使

在常规生活状态下，上午6~12时心脏仍易出现缺血损伤和心律失常。那么，在这段时间进行能加重心脏负荷的体育运动显然不合适，所以对心脏病人来说，最适宜运动月~相对安全的锻炼时间是下午。一般来说，冠心病病人应做力所能及的体育强炼，如散步、体操、慢跑等，这样可增强心脑血管功能，增加冠状动脉血流和建立侧支循环。锻炼要循序渐进和持之以恒，切忌操之过急。

六、定期进行健康检查：特别注意有无高血压病、糖尿病等。这些病都是和冠心病的发生有密切关系的，一旦发现就应和医生密切联系，有针对性地选择药物治疗，以控制其进展。

我国冠心病治疗成功引入先进的涂层支架技术

接受冠心病介入治疗后，患者最大的健康风险是再狭窄发生。强生公司研制的雷帕霉素涂层支架(商品名“心扉”)自2000年开始临床试验以来，已有1000多例各国患者使用，我国也在一年前完成了首例手术。临床数据表明，“心扉”可以有效抑制冠心病介入治疗后血管再狭窄的发生，将术后再狭窄率降低至5%以下，成为冠心病介入治疗发展史上的重要里程碑。

记者从强生(中国)医疗器材有限公司举办的“关爱冠心病病人,开启“心”生之门”研讨会上获悉,在世界范围内,冠心病介入治疗已经有26年的应用历史,目前技术已趋成熟。仅2001年全球就进行冠心病介入治疗160万例。上世纪80年代,冠心病介入治疗技术进入我国,90年代开始逐渐为广大医护人员和病人所接受。2001年全国完成1.6万余例手术,是1999年的两倍,2002年约完成2.5万例。近几年每年完成的手术例数均以30-40%的速度增长。

完成我国首例应用雷帕霉素药物涂层支架(“心扉”)介入术的中国医学科学院阜外心血管病医院院长顾问高润霖教授介绍,当前应用最广泛的心血管介入治疗手段是冠脉支架置入术,通过一侧股动脉穿刺,将球囊插入体内,在X线透视监护下,将支架系统送达管状动脉狭窄部位后,在体外将球囊加压膨胀,使支架扩张释放,撑开狭窄的血管并将输送系统退出,血管弹性回缩产生的环形压力使支架附着牢固,保证了血管腔的畅通,解除心肌缺血,从而减少死亡和心肌梗死的发生。

“我们现在具有近1400名患者使用雷帕霉素涂层支架后的临床情况数据,是当今最全面的关于涂层支架的数据。”强生(中国)医疗器材有限公司市场部

经理赵亦伟先生说。“我们相信这些数据对中国的心血管介入技术的发展和临床普及有重大意义。”雷帕霉素药物涂层支架(“心扉”)今年4月已获得美国FDA批准,成为唯一在美国上市的涂层支架。

心脑血管疾病已成为我国第一的“健康杀手”,近年来其发病率和死亡率呈上升趋势,发病年龄降低。虽然介入技术日新月异,其疗效也已被大量临床试验结果所肯定,但很多患者对于这种新兴技术仍然缺乏了解,或心存顾虑,往往拒绝接受医生对其进行冠状动脉介入治疗的建议,错失了治疗的最佳时机。

“介入治疗比传统手术创伤小,术后复原快,进一步提高了疗效,但使用置入还是搭桥手术必须在进行冠状动脉造影后由医生决定。”高润霖教授说,“当前,我们急需进一步做好健康教育和科普宣传工作,使更多的公众掌握冠心病的表现和症状,以及预防和治疗的基本知识,从而全面提高我国心血管病的防治水平。”

喝好三杯“安全水”

冠心病是中老年人的一种常见病。冠心病病人晚间保健非常重要,除了晚餐应以清淡食物为主,吃七八成饱,夜间保持科学睡姿外,还需注意补足体内水分,最好喝上三杯水。

三杯安全水的饮用时间是有讲究的。第一杯是在睡前半小时喝的凉开水；由于脑血栓和心肌梗死多发于午夜2时左右，患者应在深夜醒来时饮下第二杯水，尤其是在出汗多的夏季或出现腹泻、呕吐症状时；第三杯水安排在清晨醒后喝，这杯水非常重要。专家认为，早晨是人体生理性血压升高的时刻，患者血小板活性增加，易形成血栓，血管壁上的脂肪沉积块松动脱落，加之患者睡了一夜的觉，排尿、皮肤蒸发及口鼻呼吸等均使不少水分流失，血液粘稠度于是增高，血液中易形成血栓。因此，起床后2~3小时内是冠心病的危险期，脑血栓、心绞痛、心肌梗死、病窦综合征等多在此时发生。所以，清晨醒来，稍加活动四肢，坐起身子后，及时喝上一杯凉开水，可稀释粘稠的血液，改善脏腑器官血液循环，防止病情发作，同时还有利于胃和肝肾代谢，增加胃肠蠕动，促进体内废物的排出。

心脏性猝死的现场急救

心脏性猝死发生突然，常常使人措手不及，所以专等医生来救和或送往医院去救，都会耽误最宝贵的抢救时机。分秒必争，时间就是生命的真实涵义，就是要立即开展现场急救。

心脏性猝死的过程大致是这样的：病人突然意识

丧失，有的出现抽搐；呼吸迅速变得不规则，呈叹息状，随之呼吸停止；这时脉搏摸不到，用耳朵贴在左胸前区也听不到心跳；病人两眼瞳孔随后很快散大，用手电光线照射也不见瞳孔缩小。

当出现上述情况后，在场的人要立即不失分秒地抢救。心脏发生心室纤颤时，利用电击除颤当然最为理想，但在现场是不可能这类抢救器械的。我们可以“赤手空拳”地除颤，手握空心拳头，在病人心前区捶击2次，如无反应，则可再捶击2-3次。对于刚刚发生室颤的心脏，胸前区播击有较好的除颤效果，可以使室颤消除而重新出现心脏跳动。必须注意，要及早采用，在用耳朵听不到心跳瞬息间的一分钟内，实施拳击除颤效果最好。

如果拳击后，仍然听不到心跳，就要改作胸外心脏挤压；呼吸停止者，再进行口对口吹气，以维持血液循环，恢复呼吸。

心脏挤压使心脏复跳。心脏停跳后，要使心脏恢复跳动以维持血液循环，最有效的急救方法就是心脏挤压。心脏挤压分胸内和胸外两种。剖开病人的胸腔，医生用手直接按捏那桃子形的心脏进行挤压，称为胸内心脏挤压；不打开胸腔，在病人胸廓外进行挤压，称为胸外心脏挤压，它应用最广，群众就地即能进行，

其作用与效果并不比胸内心脏挤压差，所以一般讲到心脏挤压，多系指胸外挤压。

心脏挤压比较普遍采用，还是近 20 年来的事情。其实 19 世纪有人在猫、狗的胸廓上挤压心脏部位，居然使刚刚停跳的心脏得以复跳，是当时并未引起人们重视。直到 1960 年，在病人身上进行，并配合以口对口吹气式的人工呼吸后，复苏效果很好，才被推广。

心脏深居胸廓内，在体外挤压，怎么能使它复跳呢？原来，心脏的前面是胸骨和肋骨，如果对胸骨施加压力，它能够下陷 3~4 厘米。心脏的后面是胸椎，心脏的外边有心包裹住，使它不易向两侧移动。所以，如果我们用双手在胸骨处施加较大的挤压力量，外力就能通过胸骨的下陷压挤心脏，达到使心脏被动收缩的目的。当挤压力量解除，也就是将双手突然放松，由于肋软骨的弹性，陷下的胸骨又恢复到原来位置，心脏不再受到挤压，同时胸廓容积增大，胸腔内负压增加，静脉血回流到舒张的心脏，心室又充盈了血液。然后，再挤压胸骨，如此反复进行，维持血液循环。

根据这个道理，我们在进行胸外心脏挤压时，病人应该是仰卧在硬板床上或地上，如睡在沙发床、棕床上，因背后是软物，达不到挤压的目的，必须移到

硬处，或在其背后垫一木板。救护人员的手，应放其胸骨下 1/2 处，这个部位相当于两乳头连线正中间。群众在现场操作中对此总结了两句话“中指对凹腔，当胸一手掌”。意思是把手的中指对着病人颈下的凹腔(相当于天突穴位)，手正中放在胸脯上，手掌根部正好是胸骨下段。如果病人是孩子或身体瘦弱者，用一只手挤压的力量即可；而对成人，则用双手重叠挤压的力量才能使胸骨下陷 3~4 厘米。挤压时，凭借救护人体重的力量，有节奏带冲击性地挤压，挤压与放松时间大致相等，以每分钟挤压 60 次为宜。心脏挤压时需做口对口吹气，心跳与呼吸是息息相关的，当心脏性猝死或其他原因引起的猝死，心跳停止后，呼吸很快也随之停止。由于呼吸、心跳常常是同时停止，因此在现场抢救中，必须对恢复心跳和呼吸都采取措施。

如果我们只做心脏挤压不做口对口吹气，那么血液循环虽可暂时维持，但流向身体各处的血液中并不含有氧气，组织细胞仍然得不到氧的供应；二氧化碳也无法被排出体外。

口对口吹气的方法很简单，就是救护人员的嘴对着病人的嘴吹气。在进行人工呼吸前，必须迅速做好准备，清除其口中的呕吐物、分泌物，使呼吸道畅通。

病人如有假牙也应取出，以免坠入气管。要松开衣领、裤带、紧裹的内衣、乳罩等，以免妨碍胸廓运动。

病人取仰卧位。但仅仅平卧还不能使呼吸道畅通，因为此时颈部仍有一个正常的生理弯度，头部呈向颈部脊柱屈曲，空气通道在会厌部明显狭窄；而舌部变松弛，便向后坠，使空气通道的狭窄更为严重。为了使呼吸道通畅，所以要使其头部尽量后仰，救护人员一手放于病人的颈下，另一手放其前额，造成将头部尽量后仰的姿势。准备工作做好后，救护人深吸一口气，紧对着病人的嘴吹入，造成其吸气；另一手将其鼻孔捏住，以免气体由鼻孔漏出。然后，救护人的嘴离开，将捏鼻的手放松，并用一手压其胸廓，以助呼气。就这样，一口一口有规律地吹气，每分钟吹12~15次。

吹气力量的大小，要依病人的具体情况而定。如病人身强体胖，救护人吹气的力量要大；如是儿童，吹气要小。一般以吹入气后，病人的胸廓略有隆起为度。

心脏挤压与口对口吹气应有节奏地进行，一般挤压4~5次，做1次吹气。如当时只有一人抢救，可先吹2口气，然后做8—10次挤压。抢救心脏病人时要用除颤器

现代的心脏除颤器多采用电感容器直流放电式电路，这种电路放电时间短，大约为几个毫秒(0.1%秒)，放电能量可达 400 焦耳。

除颤器在急救中消除心室纤颤时，由于此时心律已严重紊乱，所以无从考虑 R 波的同步问题。但作为心房除颤治疗扭转心律失常时，如果除颤器的电刺激落在心动周期的易激期中，这时正是心脏的舒张过程，容易引起心肌损害，产生心室纤颤等危险，所以必须采用 R 波同步技术，也就是应用心电图的 R 波来触发放电，这样就可以保证除颤的电刺激落在心电 R 波下降时的这段时间里，即心室绝对不应期上。

随着医学科学技术的发展，现在除颤器已发展成为一种重要的心脏病的治疗和急救设备。由于它具有简易、无毒和有效的特点，特别是在抢救某些猝死病人中的独特作用，所以在现代医学中具有广泛发展前途的。

什么是肿瘤

肿瘤是人体中正在发育的或成熟的正常细胞，在某些不良因素的长期作用下，某部的细胞群，出现的过度增生或异常分化而形成的新生物，在局部形成肿块。但它与正常的组织和细胞不同，不按正常细胞的新陈代谢规律生长，而变得不受约束和控制，不会正

常死亡，导致了细胞呈现异常的形态、功能和代谢，以致可以破坏正常的组织器官的结构并影响其功能。

恶性肿瘤细胞还能向周围浸润蔓延，甚至扩散转移到其他器官组织，继续成倍增生，造成对人体或生命极大的威胁。

什么是良性肿瘤

良性肿瘤是指机体内某些组织的细胞发生异常增殖，呈膨胀性生长，似吹气球样逐渐膨大，生长比较缓慢。由于瘤体不断增大，可挤压周围组织，但并不侵入邻近的正常组织内，瘤体多呈球形、结节状。周围常形成包膜，因此与正常组织分界明显，用手触摸，推之可移动，手术时容易切除干净，摘除不转移，很少有复发。

良性肿瘤对局部的器官、组织只有挤压和阻塞的作用，一般不破坏器官的结构和功能，也很少发生坏死和出血。手术切除后，经过病理学检查，可发现其组织分化程度好，肿瘤细胞与正常组织细胞相似，无核分裂或核分裂稀少，无病理核分裂现象。

什么是肉瘤

来源于间叶组织（包括结缔组织和肌肉）的恶性肿瘤称为“肉瘤”。多发生于皮肤、皮下、骨膜及长

骨两端。

纤维肉瘤生长迅速，肿瘤晚期常有坏死、出血、切面灰红色、质均匀细如生鱼肉状。骨肉瘤以青年人为多，好发于四肢长骨之两端，尤以股骨下端、胫骨上端及肱骨上端最多见。骨肉瘤发展迅速，病程短，开始在皮质内生长，可逐渐向骨髓腔发展，有时向外突破骨膜，侵入周围软组织，易引起病理性骨折。常见的还有平滑肌瘤、淋巴肉瘤、滑膜肉瘤等。早期即可发生血行转移。

什么是癌

医学上把来源于上皮组织的恶性肿瘤称为癌。发生于鳞状上皮细胞的叫鳞状上皮细胞癌，简称鳞癌。常发生在身体原有鳞状上皮覆盖的部位，如皮肤、口腔、唇、子宫颈、阴道、食管、喉、阴茎等处。发生于腺上皮细胞的叫腺癌。多见于胃、肠、乳腺、肝、甲状腺、唾液腺、支气管及子宫体等处。

人体的这些器官如有恶性肿瘤生长，则分别称为皮肤癌、胃癌、食管癌、肠癌等。癌多见于40岁以上的中老年人，从转移途径看，癌多经淋巴道转移。

什么是癌细胞转移

转移是指恶性瘤细胞从原发肿瘤灶脱落后，通过

各种途径抵达不相连续的部位，并继续生长形成新的同样性质的继发瘤。

淋巴道转移常见于各种癌，侵入淋巴管的癌细胞随淋巴首先到达局部淋巴结，继续发展可转移到邻近或远处淋巴结。如乳腺癌首先转移到同侧腋窝淋巴结，之后可转移到锁骨下和锁骨上淋巴结，甚至对侧腋窝淋巴结。

血道转移常见于各种肉瘤、内分泌癌和未分化癌，直接侵入血管或经淋巴管再入血管的瘤细胞随血流到达其他部位。最常见的转移部位是肺、脑、肝和骨。胃肠道癌常转移至肝和肺，乳腺癌、肾癌、骨肉瘤等常转移到肺，肺癌易转移至脑，前列腺癌易转移至骨。

种植转移从肿瘤表面脱落的瘤细胞在胸腔、腹腔和脑脊髓腔等处发生的种植性生长，由于重力的缘故，往往种植在这些空腔的下部，如肋膈角、直肠膀胱窝、颅底等处。

什么因素影响癌症转移

癌组织的分化程度：一般癌症的分化程度越低，浸润性越明显，转移发生也越早；

被转移器官的特点：癌症一般容易转移到血液供应丰富的器官，如骨骼、肝脏、肺、脑；

对原发癌的机械刺激:对恶性肿瘤所形成的癌肿,尤其是对血管丰富的肉瘤作过多的按摩及一些不必要的检查措施(如穿刺检查)可使癌细胞进入血液系统,有增加转移的危险;

机体的状态:病人的一般状况差,或者免疫功能低下,都能增加癌症转移的机会。

恶性肿瘤是如何分类的?

根据恶性肿瘤的细胞类型,分为癌和肉瘤两大类。

(1)癌分为以下三大类:

鳞状上皮癌:发生于皮肤、食管、肺、子宫颈、阴道、外阴、阴茎等部位。

腺癌:发生于消化管、肺、子宫体、乳腺、卵巢、前列腺、甲状腺、肝、肾、胰腺、胆囊等部位。

未分化癌:既不是鳞状上皮癌,也不是腺癌,是分化程度很低的一类癌。任何脏器或部位都可能发生。

(2)肉瘤是上皮细胞以外的细胞发生的恶性肿瘤。如构成胃肠道的肌肉细胞、构成骨、结缔组织、脉管、神经的纤维细胞发生的恶性肿瘤。血液内的白血病等也是肉瘤的一种,因此称为血液的恶性肿瘤。

癌症病人五年生存率是怎么回事

医学界为了统计癌症病人的存活率，比较各种治疗方法的优缺点，采用大部分患者预后比较明确的情况作为统计指标，这就是医生常说的五年生存率。

五年生存率系指某种肿瘤经过各种综合治疗后，生存五年以上的比例。用五年生存率表达有其一定的科学性。某种肿瘤经过治疗后，有一部分可能出现转移和复发，其中的一部分人可能因肿瘤进入晚期而去世。转移和复发大多生在根治术后三年之内，约占80%，少部分发生在根治术后五年之内，约占10%。所以，各种肿瘤根治术后五年内不复发，再次复发的机会就很少了，故常用五年生存率表示各种癌症的疗效。术后五年之内，一定要巩固治疗，定期检查，防止复发，即使有转移和复发也能及早治疗。另外，也有用三年生存率和十年生存率表示疗效的。

女性如何通过自查发现肿瘤

一是观血

即阴道出血，如月经增多，周期紊乱，绝经后出血，接触性出血等。常常由于宫颈或宫体发生肿瘤所致。当然，卵巢肿瘤也可因内分泌变化而表现月经紊乱和不正常出血。因此，除正常月经以外的出血都要

究其原因后而对症诊治。

二是观带

女性白带是指各种质与量的阴道分泌物。正常的白带是少量的白色略显粘稠的分泌物，随着月经周期其量和稀薄度会有轻微变化。但脓性白带、血性白带、米泔样白带、水样白带等都是不正常的。除脓性白带之外，血性白带应注意宫颈肿瘤，晚期宫颈癌可有米泔样或淘米水样白带。

三是自摸肿块

当肿瘤很小时自己是摸不到的。自己能摸到肿瘤说明肿瘤已经相当大了。在清晨，空腹排解完大小便，平卧于床，略弯双膝，放松腹部，用双手在下腹部接触，由轻浅到重深，肿物是可以发现的。

四是感觉疼痛

下腹部、腰背部、骶尾部疼痛，性交痛等。疼痛并不是肿瘤的早期症状。通常当肿瘤体积相当大，压迫或侵犯其他脏器时，才会引起疼痛。有时疼痛也是肿瘤的自我暴露，如肿瘤发生蒂扭转，破裂或变性等都会引起腹部疼痛。

何谓癌前病变

恶性肿瘤的发生是一个逐渐演变的过程，人体上某些器官的一些良性病变容易出现细胞异常增生，具

有恶性变化倾向，这些异常增生具有癌变倾向的病变称为癌前病变。

癌前病变是恶性肿瘤发生前的一个特殊阶段，并非所有癌前病变都会变成恶性肿瘤。常见的癌前病变有粘膜白斑、慢性宫颈炎、纤维囊性乳腺病、结肠多发性息肉病、慢性胃溃疡和萎缩性胃炎、慢性胆囊炎合并胆石症、结节性肝硬化、皮肤慢性溃疡、子宫内膜和支气管粘膜等处上皮非典型增生等。

何谓原位癌

原位癌是指上皮恶性肿瘤局限在皮肤或粘膜内，还未通过皮肤或粘膜下面的基底膜侵犯到周围组织。

癌症病变可发展成原位癌，如不加治疗，又可发展成浸润性癌。原位癌是癌的最早期，故又称为0期癌，此时如手术切除即可完全治愈。原位癌常见于子宫颈、皮肤、支气管、胃、前列腺和乳腺等部位。

我国常见的有哪十大恶性肿瘤？

癌症对人类健康和生命的威胁很大，它和心血管疾病已成为医学上的两大难关，是疾病导致死亡原因的头两位。

我国常见人类生命健康的恶性肿瘤有：肺癌、胃癌、食管癌、肠癌、肝癌、宫颈癌、乳腺癌、白血病、

恶性淋巴瘤、鼻咽癌等十大肿瘤。其中以肺癌、胃癌、食管癌、肝癌、乳腺癌、宫颈癌

最为多见，约占全部恶性肿瘤的 70% - 80%。

良性肿瘤与恶性肿瘤如何区别？

良性肿瘤与恶性肿瘤之间没有严格的界限，一般来讲有如下区别。

良性肿瘤

1. 成长特性：

(1) 生长方式：往往膨胀性或外生性生长。

(2) 生长速度：通常缓慢生长。

(3) 边界与包膜：边界清晰，常有包膜。

(4) 质地与色泽：质地与色泽接近正常组织。

(5) 侵袭性：一般不侵袭，少数局部侵袭。

(6) 转移性：不转移。

(7) 复发：完整切除，一般不复发。

2. 组织学特点：

(1) 分化与异型性：分化良好，无明显异型性。

(2) 排列与极性：排列规则，极性保持良好。

(3) 细胞数量：稀疏，较少。

(4) 核膜：通常较薄。

(5) 染色质：细腻，较少。

(6) 核仁：不增多，不变大。

(7)核分裂相:不易见到。

功能代谢:除分泌性肿瘤以外,一般代谢正常。

对机体影响:除生长在要害部位外,一般影响不大。

恶性肿瘤

1. 成长特性:

(1)生长方式:多为侵袭性生长。

(2)生长速度:生长较快,常无止境。

(3)边界与包膜:边界不清,常无包膜。

(4)质地与色泽:通常与正常组织差别较大。

(5)侵袭性:一般者有侵袭与蔓延现象。

(6)转移性:一般多有转移。

(7)复发:治疗不及时,常易复发。

2. 组织学特点:

(1)分化与异型性:分化不良,常有异型性。

(2)排列与极性:极性紊乱,排列不规则。

(3)细胞数量:丰富而致密。

(4)核膜:通增厚。

(5)染色质:通深染,增多。

(6)核仁:粗大,数量增多。

(7)核分裂相:核分裂增多,或出现不典型核分裂。

功能代谢:核酸代谢旺盛,酶谱改变,常产生异常代谢。

对机体影响:无论发生在何处,对机体影响很大,甚至导致人死亡。

注:浸润和转移是恶性肿瘤的最主要的特征。

从中医角度界定癌病因

1. 气滞血瘀:气血瘀滞、日久可生癌肿,历代文献指出,血随气行,血之阻滞凝结多由气行不畅引起,故血瘀多伴气滞,久之则成肿块。《医林改错》中指出:“肝腹结块,必在形之血”,说腹内肿块,多由血瘀所致,故活血化瘀法是治癌主要法则之一。

2. 痰湿聚结:脾主湿,脾虚则水湿失于健运。古人有“凡人身上、中、下有块者,多是痰”的论述。因此一些皮下肿物不痒,经久不消,多以消痰散结,化痰通络法治疗,而湿毒为患,则以祛湿解毒法治之。

3. 邪毒郁热:外受毒邪入侵,日久均能化热化火,内伤七情,亦能生火,火热伤气,烧灼脏腑,是为邪热火毒。毒蕴于内,日久必发。癌症病人多见热郁之证,如邪热嚣张,发为实热之证,表示肿瘤正在发展,属病进之象。如系病久体虚,瘀毒内陷则久治不愈,或形成阴疮恶疽,翻花溃烂,皮肉腐黑,由阳转阴,成为阴毒之邪。故清热解毒,滋阴降火为治阳证癌之

大法；而阴毒之邪则需温补托里，扶正祛邪以通经活络，调和气血。

4. 脏腑失调，气血亏虚：历代医籍指出，脏腑功能失调与肿瘤发病有关。如明代张景岳说：“脾胃不足及虚弱失调的人，多有积聚之病”。在恶性肿瘤病程中，由于病邪日久，耗精伤血，损及元气，面削形瘦，削骨而立，气血双亏。现今晚期肿瘤病人手术割治之后，大伤气阴，正气不支，多出现气阴两伤。正衰则邪盛，机体抗癌能力降低，往往促使癌瘤进一步扩散，这是晚期肿瘤治疗中一大问题，因此扶正祛邪，调理脏腑功能，是治疗恶性肿瘤的一个最常用法则。

快节奏生活是癌症的诱因

现代生活中，工作和学习上的长期紧张、工作和家庭中的人际关系的不协调、生活中的重大不幸是致癌的三个重要因素。

精神因素与人体免疫功能密切相关。人体免疫系统受神经和内分泌的双重调控，可以这样认为：刺激是由人的情绪影响大脑边缘系统、植物神经系统、内分泌系统、内脏器官而起作用。

精神抑郁等消极情绪作用于中枢神经系统，引起植物神经功能和内分泌功能的失调，使机体的免疫功能受到了抑制。由于机体间的平稳被打破，使细胞失

去正常的状态和功能，不断变异，产生了癌细胞。另一方面，减少体内抗体的产生，阻碍了淋巴细胞对癌细胞的识别和消灭，使癌细胞突破免疫系统的防御，过度地增殖，无限制地生长，形成癌肿。

精神因素对癌的发生、发展、扩散，起着非常重要的作用。这点已被动物实验所证实。用声光刺激动物，使之产生紧张、焦虑，结果动物的免疫系统的防御能力大大减弱，并诱发了以前潜伏在胸内的癌瘤。另一个实验是：在受到同样刺激的老鼠臀部种植的肿瘤细胞，很快就扩散到肺部和肠道。究其原因，正是这些恶劣的精神因素起到了“唤醒”沉睡的癌细胞的作用，使它得以“疯”长，肆无忌惮地吞噬着机体。

所以说不良情绪是癌细胞的活化剂。

常见癌症的诱因？

- 1、感染乙肝病毒的可诱发肝癌；
- 2、吸烟(每日超过 2 包,10 年以上)可诱发肺癌；
- 3、感染人乳头状病毒可诱发宫颈癌；
- 4、摄入过多的饱和脂肪可诱发肺癌与肠癌；
- 5、食物中叶酸摄入量不足可诱发宫颈癌；
- 6、酗酒可诱发咽喉癌；
- 7、滥用杀虫剂(如 DDT)可诱发乳腺癌；
- 8、食物中红肉(即牛肉、羊肉)摄入量过大，可

诱发结肠癌；

- 9、感染螺杆菌可诱发胃癌；
- 10、长期精神压力可诱发各种癌症；
- 11、食物中维生素 E 摄入不足可诱发结肠癌；
- 12、食物中维生素 C 摄入不足可诱发宫颈癌；
- 13、长期使用化学性染发剂可诱发淋巴瘤；
- 14、新鲜水果及蔬菜摄入不足可诱发肺癌；
- 15、过度肥胖可诱发结肠癌与乳腺癌；
- 16、碳水化合物摄入量不足可诱发结肠直肠癌；
- 17、被动吸烟(超过 22 年以上)可诱发肺癌与喉

癌；

- 18、长期摄入过多热量可诱发前列腺癌；
- 19、缺少锻炼(每周热量消耗少于 1000 卡)可诱

发结肠和直肠癌；

- 20、硒元素摄入量不足可诱发肺癌；
- 21、纤维素摄入不足可诱发结肠癌和直肠癌；
- 22、从未生育过的妇女易患乳腺癌；
- 23、食物中豆制品摄入量不足可诱发肺癌；
- 24、高龄产妇(头胎年龄超过 30 岁)易诱发乳腺

癌；

- 25、经常接触沥青者，易诱发皮肤癌；
- 26、经常接触煤焦油者，易患皮肤癌；

- 27、经常接触放射线者，易诱发肺癌与白血病；
- 28、高盐咸食者，易患胃癌；
- 29、经常在太阳下曝晒，可诱发皮肤癌。

生物性致癌因素都有哪些

生物性致癌因素包括病毒、细菌、寄生虫。

已经证明有 30 余种 150 余株病毒可以造成动物肿瘤。从动物致癌的实验中已经得到确切的结论。在实验动物身上，还能把肿瘤培养成功。病毒能引起人类肿瘤，如 EB 病毒与伯基特氏淋巴瘤和鼻咽癌有关，C 型 RNA 病毒与白血病有关。单纯疱疹病毒 型与子宫颈癌有关其致癌机理可能是病毒的遗传物质(DNA)嵌入到人体正常细胞的 DNA 中(称整合)，致使正常细胞发生畸变而导致癌的发生。

大约有十余种霉菌可能引起癌症，霉菌产生的毒素有很强的致癌或促癌作用，其中以黄曲霉素致癌能力最强，以白地霉菌毒素的促癌作用最强。黄曲霉素广泛存在于霉变的花生、玉米、大米、豆类食品中，可以诱发肝癌及肾、肺、胃、皮下组织的肿瘤。

临床观察表明，中华分支睾吸虫与原发性肝胆管癌的发生有关，动物实验也成功地诱发了肝胆管癌，其致病机理可能与虫体的机械刺激及虫体产生的有毒代谢产物有关。血吸虫病与大肠癌密切相关，原因

是血吸虫病在病人的大肠粘膜下产卵，局部形成卵包，刺激组织增生，诱发肠癌。

哪些物理因素可以引起癌症

慢性机械刺激、紫外线、放射性物质、烧伤等，都和癌症的发生有一定的关系。

由于义齿和龋齿的长期机械刺激，可以引起口腔和舌癌。人体体表长期接受阳光(紫外线)照射后，可以引起皮肤癌。男性生殖器包皮过长，易患阴茎癌；女性宫颈慢性炎症，易发生宫颈癌等，均和慢性刺激有一定的关系。放射性致癌物质的致癌作用，最明显的例子是日本长崎、广岛两地的原子弹受害者，白血病和皮肤癌的发病率明显地高于其它地区。实验证明，一次大剂量放射线照射后，常可诱发白血病。长期小剂量放射后，常可诱发肝癌、肺癌、乳腺癌以及其它软组织的恶性肿瘤。

癌症如何治疗

大部分癌症治疗和具体部位有直接关系，除手术切除外，以放疗和化疗为主。但三者各有所长，很多时候三者联合应用，以便提高生存率。

癌症术后如何锻炼？

癌症患者手术后适当的进行全身活动是必要的，

但要以身体状况允许为前提，因人而异。

术后如无禁忌症，病人应在 1~7 天后离床活动，即早期离床活动，可由家属搀扶在病房里走动，促进身体各部机能的恢复。

如果手术创伤较重，术后体力较差，不能下床时，可在床上做肢体运动和翻身动作。

如果身体恢复良好，可逐步加大运动量，变换锻炼内容，从散步、气功、太极拳到做操。

肿瘤患者如何服用中药？

1、用益气健脾法、养服生津法、温肾壮阳法或滋阴补血等补益方法时，一般所用的药物的药性比较平和，若服用无不适，不需特殊的观察与护理，可以长期服用。

2、服用活血化瘀药物如丹参、红花、三棱等，有出血倾向如牙龈出血、皮下出血或病灶局部有少量出血时，要慎用；服药后注意面色、神志、脉搏、呼吸、血压、月经的改变，肢体的温度，以及排泄物带血量，必要时留大便送检潜血。如有出血先兆症状，如胃癌病人有心慌、出冷汗，肺癌病人自觉胸闷、呼吸不畅，以及可能有腔血者要停用此类中药。

3、服用攻坚散结药如天南星、生半夏等，煎药时要先煎 1 小时以上，并口尝无麻辣感才可服用。服

药后有口麻、张口困难等症状，可急用姜汁 5 毫升，每 3 小时 1 次解之。

4、服用清热解毒的经如白花蛇草、半枝莲等，药性寒凉，易伤脾胃，以饭后两小时服为宜。若影响消化吸收，可适当减量，减少多次服用。

肿瘤患者放射治疗后应注意什么？

放疗后仍需要密切观察，继续进行中西医结合治疗，使生存期达到预期的目的。通常放疗后要做到：

(1) 定期随诊复查；

(2) 维持机体的生理功能；

(3) 保障营养，以易消化吸收的高蛋白、高维生素的饮食为主；

(4) 继续服中药或进行免疫疗法以提高机体免疫功能，防止转移和复发；

(5) 积极治疗放射副反应和后遗症；

(6) 注意照射局部的保护，如照射野的清洁，避免物理和化学刺激。同时对肿瘤所在的器官或照射时包括在内的正常器官或组织也要避免感染。照射过的部位，即使疑有局部复发，也不可轻易取活检，否则伤口不易愈合。特别要注意区别是复发还是放射反应，有时要经过一段时间，才能慎重作出诊断。

给肿瘤病人 6 大忠告

进肿瘤科别害怕

肿瘤病人第一次就诊非常重要，往往决定了今后诊疗的整体方向。北京军区总医院肿瘤科主任刘端祺告诉记者：“只要有怀疑，就先到肿瘤科，因为在所有疾病中，肿瘤是比较可怕的。只要排除了肿瘤，可以再心平气和地到别的科就诊。总之，每位患者都应建立起‘肿瘤意识’。”

很多患者惧怕肿瘤科，初诊时不愿意往肿瘤上想，不愿意看肿瘤科，其实，肿瘤是客观存在的，回避是没有用的。大家都有这样的经验，主动查体查出的肿瘤往往属于早期，有治愈的可能。如果拖延很久才去就诊，发现的极有可能是晚期了。刘端祺主任说，其实肿瘤病人应该知道真相，也应该自己调整自己。肿瘤科医生接诊的病人多，经验就多，专病专治，在肿瘤科得到的治疗更科学、更恰当。比如，同样是一台手术，可能许多外科医生的无菌手术做得很好、很漂亮，但肿瘤切除手术，更要求是“无瘤手术”，否则，切肿瘤的刀片就可能成为“瘤子种植器”。

在发达国家，一个患者患病后，会想方设法了解有关疾病的信息，通过这种有目的的强化学习，对所患疾病的了解一般可以达到医科大学一二年级学生

的水平。这样，看病时应该重点和医生说什么、准备什么、带哪些资料，都会有所准备，在与医生交流时，就容易沟通。

肿瘤不管你是否年轻

青年人工作、生活压力通常都比较大，对自己的身体状况不太在意，这往往会铸成难以挽回的大错。调查发现，青壮年肿瘤的发病率近年来在增高，所以青年人在就诊时一定要将自己所有的症状，哪怕是感觉不严重的，都要告诉医生，千万不要忽视，更不要隐瞒自己的病情。北京军区总医院肿瘤科副主任医师李红英给记者举了一个让人痛心的例子：一位26岁的年轻军人，两个月前发现自己右侧睾丸有一枣核大的肿块。当时因为忙于新兵训练，没有在意。一个月后声音嘶哑、嗓子疼，还以为可能是训练新兵喊口令累的，直到后来出现刺激性咳嗽，才去当地医院，但被诊断为咽炎，抗感染治疗两周后，病情加重。转院到北京军区总医院肿瘤科后发现，患者是睾丸癌，声音嘶哑，是由于肿瘤转移到颈部淋巴结压迫所致，咳嗽是因为出现了肺转移。

李红英大夫说，其实，患者在就诊时已经出现了睾丸肿块，后来又逐渐增大，等到了北京军区总医院，病灶直径已经有10厘米。如果能及早告诉医生，相

信这种疾病不难诊断。另外，睾丸癌是一种治疗效果很好的疾病，有彻底治愈的可能。而现在，这位年轻的小伙子，能否彻底根治还很难讲，因为治疗得太晚了。

就医别当游击队员

肿瘤患者或多或少都存在着病急乱投医的问题。他们往往只重视某方面的表现，而忽略了全身的治疗，惧怕手术，害怕伤了元气。很多患者宁肯相信虚假广告，也不接受放疗、化疗。

北京军区总医院肿瘤科主治医师张建伟告诉记者：“始终在同一家医院进行系统治疗的肿瘤患者太少了，往往是这家医院手术，那家放疗，再选一家化疗。更多的病人是到处打听，道听途说。其实，三甲医院的肿瘤科或三甲的肿瘤专科医院，都是可以系统完成肿瘤治疗的。在一家医院进行系统治疗，有利于医生对病人全身情况作比较全面的了解，有利于综合治疗。如果实在不能在一家医院完成，转院也是可以的。但是一定要注意在出院时尽量带齐病历资料、出院小结，没有原件，复印件也可以。这样在下一家医院继续治疗时，可以衔接得好些。”

别把谣言当事实

一旦选择了医院，选择了医生，患者就一定要充

分相信医生。刘端祺主任说：“由于一些患者对医生不信任，最后往往导致对疾病的不恰当治疗，最终吃亏的只能是病人。好多病人愿意与病友相互交流，这是件好事情，大家可以互相鼓励。但有些人也经常把一些不成熟的、不负责任的建议带给病友，把一些所谓的‘癌症治愈’的谣传当作事实传播。我们医生有时候很无奈：3个医生10天的工作往往抵不过旁边病人的一句话。”

北京军区总医院肿瘤科医生安妮表示，有些治疗方案也不是唯一的，有的病人拿着不知道在哪儿得到的治疗方案，偏要求另外的医生向那个方案靠拢，认为这才是“正确答案”。其实，每个医院都有严格的三级查房制度，病人治疗方案的确定，是要由几个医生共同制定的。如此“考”医生，耽误的是病情，损失的是病人。

张侠大夫认为，应该让患者及其家人多了解一些肿瘤的相关知识，一些病人不是死于肿瘤而是死于无知。与其自欺欺人，害怕知道病情，不如接受现实，面对现实，朝着最好的方向改变现实。她同时提到，网络是一种很好的信息传播工具，但一些专业网站知识更新很慢，甚至好多内容是从旧书上抄来的。了解一些相关知识是可取的，但不能全信。

主动比被动好

北京军区总医院肿瘤科主治医师刘慧龙告诉记者，病人心理、生理与病理是息息相关的，一些患者由于患了肿瘤而产生了比较严重的心理问题，病人因此与家人、医生关系紧张。其实，这时的病人最需要与医生、家人沟通，需要他们的帮助，树立战胜疾病的信心，这对提高生活质量是大有益处的。也有一些肿瘤晚期的病人，由于疼痛、躁动甚至衰竭，心里非常恐惧，这时，就不仅需要家人、肿瘤科医生的帮助，更需要心理医生的帮助。

在采访中，肿瘤科的医生们都表达了这样一种想法：医生非常欢迎患者主动了解病情，这种病人往往对治疗比较配合，无论是以后的病情发展还是治疗效果，都比被动接受治疗的病人要好些。但病人凭对疾病的一知半解，固执己见，则是非常不可取的。他们举了两个例子很有代表性：例一：

有一位患者家属从媒体上得知“CT会影响白细胞”后，坚决不同意为患者做检查。其实，CT检查不会对身体产生多大的伤害，即使有轻微“伤害”，与肿瘤对病人的威胁相比，孰轻孰重，还是很清楚的。

例二：一位肾癌术后11年、肺转移5年的患者，对自己的病情了解得很全面，非常配合治疗。医生想

与他的家人交代病情。他说：“我是病人，需要了解病情的是我，就跟我说吧。”

张侠大夫对患者亲属提出建议：知道周围的亲人患了肿瘤，不要只想到消极的一面，担惊受怕，怨天尤人，应该积极改变现状，了解该肿瘤的遗传性，遗传的可能性有多大，以提醒周围的其他亲人，尤其是有血缘关系的，要多加注意提防有类似表现，要及早诊治。

探望病人别乱问

如何探望才能有助于患者康复？探视病人，是为了安慰病人，要尽量将好消息带给病人，转移他对疾病的注意力。而一味地询问病情，只会加重恶性刺激。尤其是探视者不是专业人士，谈论病情还有可能误导病人。

探望病人时尽量不要询问病情，对肿瘤病人如此，对其他病人也是如此。许多人看望病人时，第一句话都是“你的病怎么样了”？这样做无异于揭疮疤，会加重病人对疾病的恐惧。其实，病人在医院住了一段时间，最希望了解一些外面的信息，要向病人多谈平时熟悉的工作、学习的情况，聊一些轻松的话题。

至于是否应该告诉患者实际病情，传统观点倾向于尽量向病人隐瞒病情。刘端祺主任说，如果患者文

化程度较高，性格比较豁达，可以告诉；如果患者特别小心眼，不能全告诉也不能全隐瞒，应该慢慢地告诉。比如一位胃癌患者，可以先告诉他患了溃疡，这个溃疡比较大，需要手术治疗，然后说手术发现可能有些是恶性的，但是恶性早期，如果做一些化疗可能更好。

肿瘤患者化疗会有哪些不良反应？

到目前为止，抗癌药物大多数缺乏选择性地杀伤癌细胞的作用，往往在杀伤癌细胞的同时，对正常的组织细胞产生一定影响和损伤，所以在产生治疗作用的同时，常伴有不同程度不良反应，常见的不良反应如下：

(1)即刻反应如过敏性休克、心律失常、注射部位疼痛。

(2)早期反应恶心呕吐、发热、食欲减退、腹痛等过敏反应、流感样综合征及膀胱炎等。

(3)中期反应出现骨髓抑制(多在1~3周内出现，亚硝脲类药物可推迟到4至6周出现)、白细胞及其它血细胞减少免疫功能受到抑制、皮肤和粘膜反应、口腔炎、腹泻、皮疹、脱发、末梢神经炎、神经反射消失，麻痹性肠梗阻以及肾脏毒性。

(4)延迟反应常有数月内出现，如皮肤色素沉着，

损伤人体重要器官或系统，如阿霉素引起心肌损害，平阳霉素引起肺纤维化，氨甲喋呤引起的肝毒性，顺氯氨铂引起肾毒性，内分泌方面的改变，如出现男性女性化，女性男性化，还有生殖功能障碍及致癌作用，致畸作用。

作为癌症患者，了解化疗药物的性能及使用时出现的不良反应是十分必要的，在化疗前，积极作好思想准备，保持良好的精神状态和营养状况，认真遵守医嘱，及时、准确、安全用药，密切观察病情变化，与医生保持经常联系，预防和减少不良反应，保证化疗的顺利进行，达到早日康复之目的。

肿瘤患者化疗时应注意些什么

(1)情绪安定。

(2)饮食适宜不少化疗药物使用时会有胃肠道反应，如食欲减退、恶心呕吐或腹泻等。因而在化疗期间患者进食宜适量，口味宜清淡，不要加重消化道的负担。

(3)配合注射不少化疗药物需静脉注射或点滴给药。其中有的药物不能溢出血管，否则会刺激正常组织引起局部炎症甚至溃烂，增加不必要的痛苦，因此，在护士作注射时或在滴注药物时，患者要尽量使注射部位少动，避免针头滑出血管。

(4)减少曝晒有的化疗部药物如氟脲嘧啶等，用药以后，患者的皮肤在一定时间内会对曝晒日光显得敏感，使皮肤色泽明显加深，因而，在用此类药物时不宜多晒太阳。

(5)避免受孕相当一部分抗肿瘤药物都具有致突变，致畸变的作用，对妊娠头三个月的影响尤为突出。

(6)预防感染化疗可引起白细胞尤其是粒细胞的减少，还可程度不等地抑制免疫功能，常在不知不觉中使病人对多种感染易感，需对此有所警惕。

(7)合理用药目前在不少肿瘤病人中存在中西药并举，种类过多的情况。由于药物种类多而造成不良反应，提倡肿瘤病人的用药不在多，贵在精而合理，在化疗期间尤其值得注意。

扶正培本法治疗肿瘤的中药

扶正培本法就是扶助正气，培植本源的治疗方法。扶正培本法的临床应用，主要是调节人体阴阳，气血、津液或脏腑功能的不平衡、以增强机体抗病能力，消除各种虚弱证候，达到强壮身体祛除病邪之目的。

提高细胞免疫功能，促进淋巴细胞转化的常用中药：黄精、紫河车、鸡血藤、黄芪、党参、女贞子、五味子、淫羊藿。

能增强体液免疫作用的常用中药:党参、黄芪、锁阳、附子、淫羊藿、菟丝子、黄精、龟板、玄参、麦冬、生地。

提高机体抗癌能力的常用中药;人参、白术、茯苓、银耳。

清热解毒法治疗肿瘤的中药

应用本法治疗肿瘤的该类药物有以下作用:

抗肿瘤作用:如山兰根、苦参、白花蛇舌草等。

提高抗癌药物及放疗、化疗效果,对抗其副作用:如由山兰根、夏枯草、全瓜蒌、黄芩、白术、丹参、薏苡仁、香橼组成的复方可增强抗癌药物作用。生地、虎杖、水牛角、玄参等能使因放疗、化疗所致的白细胞减少明显升高。

活血化瘀法治疗肿瘤的中药

活血化瘀药中全蝎,土鳖虫,水蛭,赤芍,川芎,红花,五灵脂,当归等一百余味中药,及由此为主组成的一百多个方剂,都有不同程度的抗癌作用。

常见癌症的早期十大信号

(1)吞咽食物时有硬噎感、疼痛、胸骨后闷胀不适、食管内有异物感或上腹部疼痛,是食管癌的首发信号。

(2) 上腹部疼痛

平时一向很好，逐渐发现胃部(相当于上腹部)不适或有疼痛，服止痛、止酸药物不能缓解，持续消化不良，此时应警惕胃癌的发生。

(3) 刺激性咳嗽，且久咳不愈或血痰

肺癌多生长在支气管壁，由于癌细胞的生长，破坏了正常组织结构，强烈刺激支气管，引起咳嗽。经抗生素、止咳药不能很好缓解，且逐渐加重，偶有血痰和胸痛发生。此种咳嗽常被认为是肺癌的早期信号。

(4) 乳房肿块

正常女性乳房，质地柔软。如果触摸到肿块，且年龄是 40 岁以上的女性，应考虑有乳腺癌的可能。

(5) 阴道异常出血

正常妇女的月经每月一次，平时不会出现阴道出血。如在性交后出血，可能是患宫颈癌的信号。性交后出血一般量不多，如果能引起注意，有可能发现早期宫颈癌。

(6) 鼻涕带血

鼻涕带血主要表现为鼻涕中带有少量的血丝，特别是晨起鼻涕带血，往往是鼻咽癌的重要信号，鼻咽癌除鼻涕带血外，还常有鼻塞，这是由于鼻咽癌肿块

压迫所致。如果癌症压迫耳咽管，还会出现耳鸣，所以，鼻涕带血、鼻塞、耳鸣、头痛特别是一侧性偏头痛，均是鼻咽癌发生的危险信号。

(7)腹痛、下坠、便血

凡是30岁以上的人出现腹部不适、隐痛、腹胀，大便习惯发生改变，有下坠感且大便带血，继而出现贫血，乏力、腹部摸到肿块，应考虑大肠癌的可能。其中沿结肠部位呈局限性、间歇性隐痛是大肠癌的第一个报警信号。下坠感明显伴有大便带血，则常是直肠癌的信号。

(8)右肋下痛

右肋下痛常被称为肝区痛，此部位痛常见于肝炎、胆囊炎、肝硬化、肝癌等。肝癌起病隐匿，发展迅速，有些患者右肋下痛持续几个月后才被确诊为肝癌。所以右肋下疼应视肝癌的信号。

(9)头痛、呕吐

头痛等多发生在早晨或晚上，常以前额、后枕部及两侧明显。呕吐与进食无关，往往随头痛的加剧而出现。头痛、呕吐是脑瘤的常见临床症状，应视为颅内肿瘤的危险信号。

(10)长期不明原因的发热

造血系统的癌症，如恶性淋巴瘤、白血病等，常

有发热现象。恶性淋巴瘤临床表现为无痛性进行性淋巴结肿大，在淋巴结肿大的同时，病人可出现发热、消瘦、贫血等症状。因此，长期原因不明的发热应疑是造血系统恶性肿瘤的信号。

癌症康复期五个方面

第一方面：要精神饱满、情绪乐观，生活安排得丰富多彩。这样可能争得与癌症斗争的胜利，如果精神上高度紧张，情感上过于脆弱，情绪易于波动等都会引起食寝不安、身体抗癌能力下降，导致病情恶化。

第二方面：要生活有规律，既不要卧床不起，也不要过度劳累，更不要随着性子来。规律的生活可使机体处于正常的工作状态，这样，肿瘤的复发、转移也就无机可乘。

第三方面：要注意调节饮食。癌症病人在康复期要设法增进食欲，饭菜要清口，荤素搭配，粗细搭配，粗细兼食，既不能单调乏味又不可以过于油腻，以易消化吸收为宜。进食时要环境轻松、心情愉快、不偏食、不过多忌食，更不要暴饮暴食。

第四方面：要积极治疗其它并发症，由于癌症病人一般体质较弱，往往伴有并发疾病，如上呼吸道感染、肺炎、肠炎、糖尿病、心脑血管疾病等，在康复期要进行积极治疗。

第五方面:要进行适当的体育锻炼。增强了体质也就自然增强了抗癌能力。病人可根据自身体质情况,选择散步、慢跑、打太极拳、习剑、游泳等活动项目,运动量以不感到疲劳为度。

胃癌早期信号和预防

胃癌早期信号:首先是胃部疼痛,病人经常感觉上腹不适、膨胀、有沉重感,服用一般胃药有可能缓解;其次是食欲不振、消瘦、乏力,这常是胃癌的首发症状;第三是经常有恶心和呕吐的现象出现;无胃病史的人一旦出现黑便应立即引起警惕,因为这也是胃癌早期的信号;此外,上腹深压痛常是早期胃癌的唯一体征。

预防对策:避免进食刺激性的食物和进食过饱,节制饮酒,防止暴饮暴食;少吃腌、熏、烤、油煎食品;经常食用含维生素C的新鲜蔬菜和水果;积极治疗胃溃疡及萎缩性胃炎。

肺癌早期信号和预防

肺癌早期表现:不明原因的刺激性干咳;伤风感冒后咳嗽持续不愈;突发痰中带血或少许鲜血丝;弥漫不固定的胸疼,或胸痛、背痛、肩痛、上腹痛等;固定部位反复发生肺炎。出现这些情况,应及时去医

院检查，明确诊断。

预防对策:男性应该戒烟，主动吸烟者患肺癌的危险性为不吸烟者的 20~30 倍，被动吸烟者可增加患肺癌危险性的 30%~50% ;女子应改善厨房油烟环境。此外，环保部门应加强对工业废气、汽车尾气及煤烟的处理净化力度。

肝癌早期信号和预防

肝癌早期症状:据流行病学调查，大约 90%的肝癌与乙型或丙型肝炎病毒感染有关。乙肝表面抗原阳性，“两对半”阳性，丙肝抗体阳性都是肝炎病毒感染的标志。

预防对策:对 35 岁以上乙肝表面抗原阳性，患慢性肝炎，肝硬化 5 年以上，直系亲属三代中有肝癌家族史的人每半年检测依次甲胎蛋白和肝脏 B 超，是早期发现肝癌的最有效方法。此外，注射

乙肝疫苗；输血时保证血液制品未被肝炎病毒感染。酒精也是引发肝癌的一大敌人，因此预防肝癌应戒酒。

儿童孤独症的行为特征

儿童孤独症又称儿童自闭症，与儿童感知、语言和思维、情感、动作以及社交等多个领域的心理活动

有关，属于发育障碍。很多国家对儿童孤独症的患病率进行调查，加拿大为万分之十，美国为万分之四，日本为万分之七。我国尚未进行流行病学调查，从有关临床病例的统计中发现：男性发病率高于女性，比例大约为 5.1 左右。调查研究发现一些有趣的现象：儿童孤独症患者的父母具有较高的社会经济地位；在孪生子女中，单卵孪生子中若有 1 个患孤独症，另一个的患病率高达 36% 左右，而双卵孪生子中却没有这种现象。这说明孤独症的发生与遗传有一定的关系。

最新医学研究发现，儿童患者脑中鸦片素含量过多，故常出现孤独、麻木症状和感情交流障碍等。到目前为止当前有多种病因学说，但究竟是什么原因引起的儿童孤独症，尚未明确。

儿童孤独症常见以下行为特征：

(1) 与周围人的情感交流受限，孤独症患儿不同程度地分不清亲人或陌生人，在与人交往过程中，不望对方的脸，回避眼光的接触。喜欢独处，一人玩反而自在，缺乏同情心。

(2) 保持固定生活模式：对生活环境要求刻板，家具的移动，以至饮食起居的改变都会引起他们情绪变化，比如：发怒或恐慌，有些患儿严重得甚至连吃饭时坐的位置、碗和筷放在什么地方，甚至上厕所用哪

个便池都不能改变。

(3)言语障碍，儿童孤独症患者多言，但领会能力低，常用词不当。发音不正，发出怪腔怪调。

(4)孤独症患者常坐不住，活动过度，以脚尖走路。他们的注意力分散，习惯东张西望，或作伸颈、装相等怪异姿势。

一般来说，具有以下三个基本特征，就可诊断为儿童孤独症：

(1)对人普遍缺乏情感反应，严重影响社会性相互作用；

(2)语词性和非语词性交往和想象性活动严重减少；

(3)刻板、重复或仪式性行为，严重约束生活活动。通过治疗，可减少行为症状、促进发育，常见的治疗方法有：游戏、拥抱、家庭、药物疗法等。

酸性食物吃出小儿孤独症

目前儿童孤独症患者呈增多趋势，国外有专家发现，儿童孤独症的发生和发展与过量食用“酸性食物”密切相关。儿童营养专家建议，儿童应该多吃绿色蔬菜和水果。

如今，家庭生活中高脂肪、高蛋白和高糖分的食物和营养品日渐增多，相当一部分独生子女，爱吃糖

果和巧克力等含糖量高的零食。过多的糖类摄入后在体内易形成酸性物质，过量食用后便会呈现“酸性体质”。而“酸性食物”对儿童孤独症的发生、发展有推波助澜的作用。不少孤独症的孩子常常表现为经常手足发凉，容易感冒，还有些孩子表现为经常哭闹不止，原因就是酸性体质在作怪。

营养专家提醒家长，儿童应多吃绿色蔬菜，如：菠菜、油菜、空心菜和香菜等；多吃凉性食物，利于生津止渴，除烦解暑，排毒通便。如：苦瓜、丝瓜、黄瓜、菜瓜和甜瓜等；番茄、芹菜、生菜和芦笋等凉性蔬菜；富含钾、钠、钙和镁等成分的杂粮和粗纤维食物；还有一些凉性水果，如西瓜、生梨等。

孤独症患者往往聪明非常

孤独症可以理解为儿童智力的不平衡发展，他们理解事物的能力远远强于理解他人的能力，这些人往往非常聪明，但由于欠缺理解他人感受和意图的能力，因此就像被迫生活在淡水中的海鱼一样，如果把他们放进适合的环境，他们会非常自如。患孤独症的男孩多过女孩，在美国 100 多万孤独症患者中男性占八成以上。

案例一：巴克劳是一个思维敏捷的孩子。今年才 13 岁的他堪称一名钢琴家，他对建筑艺术特别感兴

趣，还是电脑游戏高手兼填字高手。他记忆数字的能力堪比一部掌上电脑，而他在拆装机器方面也很有天分，在某些人忙着找开关在哪的当口，他就可以拆卸一台收音机或者一个手电筒了。

但是当一名女记者采访他时，却发现他有点不对劲。他坐在沙发上，翘着两脚，正忙着玩游戏机，头一抬也不抬。过了一会，他又丢下游戏机，开始吹肥皂泡，还跑到屋子外边大力敲窗户，但依然当这位记者透明。最后，他终于开口说话了，但是沟通并不顺利。他跟来访者说了句：“我要把你的衣服扒下来。”其实，他只是想表达希望这位记者脱下外套，并且他似乎觉得这样用词没什么不妥。

案例二：19岁的印度男孩苏特托·沙克拉巴提也很聪明，在建筑艺术方面很有天分。他能在很短的时间内用铅笔画出一幅很到位的建筑素描画——从莫斯科圆顶的教堂到伦敦的皇家阿尔伯特音乐厅，他都可以随手画来。他还擅长用积木垒出各种复杂的结构。还可以按正确顺序背出当地的14个地铁站。听到一个曲子，能够即兴重复哼出那个调子。然而，同样，当你来到他位于德里大学的家时，你也会发现一些异样的东西。他母亲告诉记者说，他的视觉能力很强，但是在表达自己时有困难。他说话都像在吼。

分析

二三十年前，医生或许诊断他们具有行为自控障碍，或者患有精神疾病。因为他们明明聪明到足以知道怎么做好，但还是坚持毫无礼貌的捣乱做法。

并非传统意义上的孤独症

然而，现在我们知道，他们只是拥有不同智力类型的人。这个世界上充斥着许多这样的人：他们发现研究不规则几何学比说几句话更容易，他们可以从胸透 X 光片上看到很细小的受损部位，但是却分不出傻笑和微笑的区别。

这些人中的大多数属于“孤独症”患者，但是却并非传统意义上的孤独症。传统意义上的孤独症是一种严重的神经紊乱，特征之一是童年早期大脑的迅速生长。许多孤独症患者都存在智障，需要接受医院的终身护理。

孤独症即“理解他人能力”弱

剑桥大学心理学家巴伦在新书《本质差别》中，将孤独症定义为两种智力类型的不平衡发展：一种是理解他人的能力（“移情型”，或称 E 型），一种是理解事物的能力（“系统型”，或称 S 型）。尽管我们大多数人同时具有这两种能力，但是研究显示，女性比男性在移情方面做得要好些，而男性则极擅长系统化

思维。

根据巴伦的说法，孤独症只是一个被夸大的男性思维版本——对建立在规则上的各种系统有极端的爱好，但同时却欠缺理解他人感受和意图的能力。如果科恩是对的，孤独症就不只是一种需要治愈的疾病，而是一种人们可以学习容纳和接受的智力类型。有时，甚至是上天所赐的礼物。

性激素决定男孩孤独症多

患孤独症的男孩多过女孩已不是一个秘密。在美国 100 多万孤独症患者中男性占 80% 还多。男孩的确比女孩更接近孤独症的型谱吗？研究发现，女婴看人脸的时间长过看玩具车等机械运动体的时间，而男孩却表现出截然相反的取向。到三岁时，在想象故事中人物的感受方面，小女孩比小男孩更在行。到 7 岁时，女孩比男孩更懂得分辨故事中人物的言行之对错。

不过，男性终生在空间思维和机械推理方面都具有优势。在美国 SAT（学业能力倾向测验，是美国大学招生时参考的一个考试标准）数学测验中得 700 多分的男生数是女生的两倍，而男性成为工程师的可能性是女性的四倍。

加州大学洛杉矶分校的一个实验很能说明问题：他们将 6 种玩具拿给猴子。研究发现，公猴喜欢男孩

爱玩的玩具：一个球和一部玩具车。母猴则更喜欢摆弄一个布娃娃和一个水壶。而两个性别倾向不明显的玩具（一本图画书和一只小狗公仔）得到了公猴和母猴的同样注意。这个发现表明，性激素可能在塑造我们身体的时候也在塑造大脑，让男性和女性各自倾向于不同的思维方式，即巴伦所谓的“E型”和“S型”。

孤独症儿童在幼儿园有哪些表现

孤独症的患儿进入幼儿园后，给教师的突出印象是他们独来独往，对幼儿园的规矩、老师的要求置若罔闻。他们不理解纪律是什么意思，不懂得应该约束自己的言行，听从老师的要求。如：老师在上课时，大多数孩子都能坐着听讲，并跟着老师的要求活动。而孤独症的儿童却常常离开位子，独自一人做自己的动作（如转圈、敲打东西等），或跑出教室。如老师让大家画苹果，在示教后，大多数小朋友都能按要求画出苹果的形狀，而孤独症儿童却只是在纸上乱涂乱画，或画自己喜欢画、习惯画的东西。由于社交障碍和智力障碍，他们不理解老师传授的知识，学不会老师教的歌谣、舞蹈。有的儿童多动不宁，有的好攻击，常无故打小朋友或打自己。他们不理解一般的道德观念，对老师的批评无动于衷，对老师的表扬也无愉悦的体验。故十分难于管理，需要老师特殊的关心和照

顾。

婴幼儿是自我中心的，当他们饿了，就要吃；困了，就要睡；想要什么马上就要得到，自控力是很差的。随着年龄的增长，儿童逐渐了解到一些事情不能随心所欲，必须遵守一定的规矩，如在生活习惯方面，应准时起床，准时就寝，按时饮食等。到3~4岁，特别是上幼儿园后，通过家长和老师的教育，逐渐懂得遵守集体规则和纪律，遵守社会道德规范，明白哪些事是可以做的，不可随心所欲地侵犯别人的利益或做集体、社会不允许做的事。通过奖赏、惩罚、讲道理等手段，使儿童逐步懂得评价自己的行为，知道哪些事做得好，能够得到老师和家长的表扬和奖赏，做了哪些事就会受到批评。明白“要这样做，不可那样做”的道理，用这些道理来评价自己的行为是对的还是错的，以此来约束自己不去做不该做的事，从而逐步学会控制自己的行为，遵守幼儿园的规章制度。儿童自控能力的发展，是意志发展的基础。在幼儿园，按照老师安排的课程，儿童通过上课，如画画、唱歌、跳舞、做游戏等，逐步获得知识。明白了这些，有孤独症的儿童就可以改变自己的行为。

儿童孤独症的概念

儿童孤独症(childhood autism)。最早由

Kanner(1943)描述此病。它是起病于婴幼儿期特有的、严重的精神障碍,属于广泛发育障碍中一种类型。本症基本特征是:起病于婴幼儿、极端孤僻、与人缺乏感情联系、言语障碍、刻板运动和对环境奇特的反应。病因未明,预后严重。

儿童孤独症患病率约为每1万人口中有4~5例,男性为多,男女之比至少为3~4:1。国内由陶国泰于1984年首次报道4例以来,许多地区如北京、上海、天津等均有病例报道,但本症在我国尚缺乏统一和大规模的流行病学调查研究。

儿童孤独症的病因和发病机理

孤独症的病因尚未明白,近年来的研究,认为可能与多种因素有关,主要有以下几个方面:

遗传因素:有研究显示,遗传因素是易患本症的素质。单卵双生儿孤独症的一致性为90%以上,双卵一致性为24%。本症患儿的同胞患孤独症较正常人高3~4倍,提示本症与遗传因素相关,但具体的遗传方式尚不明了。

脑器质性因素:本症患者有围生期损害史、脑电图异常、神经系统软体征以及癫痫发作较多见,少数病例CT头颅扫描提示脑室扩大;磁共振影像检查见

部分患儿小脑蚓部发育不全，故认为本症与中枢神经系统异常所致功能障碍有关。

神经生化因素:儿童行为与神经递质密切相关。有研究资料，认为中枢神经系统 5 - 羟色胺和(或)多巴胺活性下降。伴有下丘脑功能障碍则可产生孤独症。也有认为本症表现孤独、与别人建立不起感情等症状是因脑内啡呋类物质的神经递质作用异常所致。

认知缺陷因素:有人提出了认知功能与社会功能相关的学说，认为心理认知缺陷损害了孤独症患儿对他人精神状态的理解能力，导致社会交往能力的缺乏，甚至对待人就像对待无生命的物体，常错误理解别人有意识的行为。

多种病因:许多研究表明、孤独症常与某些疾病同时存在，如脆性 X 综合征、结节性硬化、肌营养不良、先天性风疹、苯丙酮尿症以及嘌呤代谢病等，故认为孤独症是一个多种病因的神经综合征。

由此可见，许多学者从不同的角度探讨孤独症的原因，也有少数做到某些生物学基础，但导致孤独症病因的性质，目前还不大清楚，有待研究阐明。

儿童孤独症的临床表现

大多数患儿起病于出生后 36 个月以内；部分病

例在 2~3 岁以内基本正常。但在 3 岁以后起病。临床特征为：

社会交往障碍：患儿表现极度孤独，对自己家庭的亲人以及周围人均缺乏情感联系、回避与他人目光接触，不与外界接触，对环境缺乏兴趣。亲抱或父母离开时都无所谓、情感反应冷淡、不与小伙伴一道玩。

言语交流障碍。言语发育延迟最为多见。婴儿嗯呀学语减少。常发出尖叫声或无意义的音节。言语理解能力障碍，缺少对讲话的反应，往往不能用语言交流，常模仿、重复别人简短的字句。部分患儿当语言发育后，言语交流越来越少，发音不清或有无意义的言语。

不正常的行为方式：常常表现为重复动作、刻板运动行为，异常的吃饭和睡眠姿势。日常生活方式及内容，要求维持原样不变，即使微小的变动，就会发脾气、哭闹。常有特殊的兴趣或迷恋，对人不感兴趣，却对某些无生命的物体表示异常的迷恋，如对瓶子盖。旋转的东西(如电风扇)、门锁等产生强烈的迷恋，经常反复地排列、堆砌或摆弄旋转物品。对电视的广告、气象报告特别感兴趣，对其他节目缺乏兴趣。部分患儿常常脚尖走路、行为怪异、情绪变化莫测。

感知觉反应异常：表现为对外界刺激反应迟钝或

发生过分敏感，有的近似“视而不见”和“听而不闻”的征象。反复自伤亦不表示痛苦、而对触痒却忍受不了。

智能障碍和其他损害：孤独症患者外貌一般无明显呆滞，但适应能力明显落后，生活不能自理，自我防卫功能减弱，约 75% 患儿智力低下（中度或重度为多）但由于语言和社会交往障碍，因而很难对孤独症患儿的智力作出准确的评估。有极少数患儿可表现在某一方面有特殊的才能，在幼儿期就具有对字、数和歌词、诗词等认识、背诵表现超常的机械记忆和推算能力，即所谓“白痴学者”（idiot - savant），其机制尚不清楚。约 25% 孤独症患者出现癫痫发作，多在少年期后首次发生癫痫。

儿童孤独症的预后和诊断标准

儿童孤独症是一种预后严重的慢性疾病，如至学龄期，表现有交往语言能力、智商在 70 以上者，预后则为好；如起病年龄早，至学龄期仍无交往性语言、智力严重低下、或伴有癫痫及明显脑器质损害基础者，预后则较为严重。总之，一般认为孤独症的预后是与智商水平、是否存在言语发育以及疾病的严重程度三个因素密切相关。

儿童孤独症的诊断标准，须符合下列 5 条：

1. 通常起病于 3 岁以内。
2. 接触交往障碍需具有下列中两项症状：
 - 不能用注视、表情、姿势或手势进行交往；
 - 不能与其他孩子建立伙伴关系；
 - 遇到挫折时，不会寻求支持或安慰。当别人遇到挫折时，也不会主动给予别人支持和安慰；
 - 不能对集体的欢乐产生共鸣。
3. 言语交往障碍需具备下列中两项症状：
 - 言语发育延迟或不发育，例如不会呀呀学语，可有以手势或其他形式代替言语交流的倾向；
 - 如有某种程度的言语功能，也缺乏主动的或持续的言语交流；
 - 刻板重复地使用某些语词，或别出心裁地使用某些语词；
 - 言语的声调、速度、节律、重音等方面的异常。
4. 兴趣和活动异常需具备下列症状之一：
 - 兴趣刻板、狭窄；
 - 对某种东西特别依恋；
 - 强迫性地进行某种特殊的仪式性行为。
 - 刻板重复的动作和姿势；
 - 对某些东西(例如玩具)的非主要特性特别感

兴趣(例如它们的气味、表面感觉和产生的噪声等) ;
对个人生活环境不愿或拒绝作任何的变动。

5. 排除儿童精神分裂症及婴儿痴呆。

本症须与下列疾病区别:

Heller 综合征(又称婴儿痴呆或瓦解性精神病)是一种衰退性障碍,一般在起病前有一个明确的正常的发育过程。多数于 2~4 岁起病,经数月,患儿完全丧失语言的功能,迅速发展为痴呆等特征可以区别。

儿童精神分裂症多起病于少年期,一般发育正常,智力正常,具有精神分裂症的基本症状,如情感、思维障碍、幻觉、妄想等,病程可自发波动或缓解以资鉴别。

精神发育迟滞是以不同程度的智力低下和适应能力缺陷为主要特征。轻、中度精神发育迟滞者,一般能保持合群交往参与集体活动,并可能接受训练、重度者多伴有先天畸形、外貌痴呆等征象,可与孤独症区别。

儿童孤独症的治疗

早期诊断、及时治疗非常关键,经过诊断评估和全面的医学、心理检查,诊断明确,应采取综合治疗措施,包括特殊教育训练,家庭治疗计划以及药物疗

法。

治疗的目标为减少孤独症行为症状、增强社会交往、促进正常发育。由教师以及父母对患儿进行特殊教育训练,包括生活习惯、言语运动技能的学习训练,矫正病态行为症状和其他不适应行为。家庭治疗计划包括行为和发育指导、必要的咨询,帮助父母学会照管和训练孤独症儿童的基本方法。

药物疗法以氟哌啶醇较为常用,3~7岁患儿,每日剂量1~6mg,分2-3次口服,可改善多动、退缩、刻板行为、攻击和自伤行为等。近年来,对本病药物疗法的临床研究较多,但无确切肯定的效果或意见不一,诸如氟苯丙胺(fenfluramnie)、大剂量维生素疗法、维生素B6与镁剂联合疗法、吗啡阻滞剂(如钠屈酮)治疗等。盐酸可乐定治疗孤独症,目前正在试用阶段。

孤独症诊断标准

1994年美国精神障碍诊断统计手册第四版(DSM-IV)孤独症诊断标准

1.在以下(1)、(2)、(3)三个项目中符合6条,其中在(1)项符合至少2条,在(2)和(3)项中至少符合1条。

(1)在社会交往方面存在质的缺损,表现为下列

中的至少两条：

1) 在诸如目光对视、面部表情、身体姿势和社交姿势等多种非语言交流行为方面存在显著缺损。

2) 不能建立适合其年龄水平的的伙伴关系。

3) 缺乏自发性地寻求与他人共享快乐、兴趣和成就的表现，例如不会向他人显示、携带或指向感兴趣的物品。

4) 与人的社会或感情交往缺乏，例如不会主动参与游戏活动，喜欢独自嬉玩。

(2) 在交往方面存在质的缺陷 表现为以下至少 1 条：

1) 口头语言发育延迟或完全缺乏，且并没有用其他交流形式例如身体姿势和哑语来代替的企图。

2) 在拥有充分语言能力的患者表现为缺乏主动发起或维持与他人对话的能力。

3) 语言刻板 and 重复或古怪语言。

4) 缺乏适合其年龄水平的装扮性游戏或模仿性游戏。

(3) 行为方式、兴趣和活动内容狭隘、重复和刻板，表现为以下至少 1 条：

1) 沉湎于一种或多种狭隘和刻板的兴趣中，在兴趣的强度或注意集中程度上是异常的。

2) 固执地执行某些特别的无意义的常规行为或仪式行为。

3) 刻板重复的装相行为，例如手的挥动、手指扑动或复杂的全身动作。

4) 持久地沉湎于物体的部件。

2. 在以下三个方面至少有一方面的功能发育迟滞或异常，而且起病在三岁以前。

(1) 社会交往

(2) 社交语言的运用

(3) 象征性或想象性游戏

3. 无法用 Rett 障碍或儿童瓦解性精神病解释。

孤独症的早期诊断较为困难，尤其在两岁以前，其原因包括：患儿的表现现在两岁以前可能尚不明显；多数家长认为孩子的行为异常和语言落后会随着年龄增大而好转；非儿童精神专业的医务人员对本病认识不足。因此对于婴幼儿行为异常和语言落后者，家长和儿童保健人员可以使用婴幼儿孤独症筛查量表 (Checklist for Autism in Toddlers, CHAT) 进行筛查，对可疑患儿应该转介到有关专业机构进一步确诊。

幼儿(18 月以上)孤独症筛查量表

给父母亲的几个问题：

1. 孩子曾经玩过“假装”游戏吗？例如用玩具

茶杯假装喝茶。

2. 您的孩子曾经用过食指去指他需要、喜欢或感兴趣的東西嗎？

3. 您的孩子对别的小朋友感兴趣嗎？

4. 您的孩子喜欢玩“躲猫猫”游戏嗎？

5. 您的孩子曾经拿过东西给你或向您显示什么东西嗎？

如果以上问题的答案有两个或更多是“不”，怀疑孤独症。

医生的观察：

1. 在诊室里，孩子与您有过目光接触嗎？

2. 吸引孩子的注意，然后指向房间对侧的一个有趣的玩具，说：“嘿，看，那里有一个小汽车(玩具名)”，观察孩子的面部表情，孩子有没有看你所指的玩具？

3. 吸引孩子的注意，然后给孩子一个玩具小茶杯和茶壶，对孩子说：“喝一杯茶吧”。观察孩子，看他有无假装倒茶喝茶等动作。(也可以用其他的玩具)。

4. 问孩子：“灯在那里？”或“把灯指给我看看”，孩子会用他的食指指灯嗎？

如果对以上四个问题的回答有两个或以上“没

有”或否认，怀疑孤独症。

儿童孤独症的诊断标准

孩子在三岁以前有下列表现吗？(在符合孩子实际情况的答案前划钩)

社会性

不能正确使用目光，表情，动作与人交流。

不能与同龄儿童游戏，交流。

不能与人进行情绪交往。(如不能将自己感兴趣的东西告诉别人，指给别人看)

语言

口语能力发展缓慢甚至完全没能口语能力，同时没有手势交流。(不包括以手势示意表达需求)

不能进行语言交流。

不能根据情景用语言进行描述。

不会模仿做角色游戏，如“过家家”。

动作

对某种特定的仪式性行为非常执着，如固定的路线，家具摆放固定的位置等。

有手部反复的动作。

对玩具的玩法不关心，只关心玩具的某种特征，

如汽车轱辘等。

孤独症孩子的分类

孤独症儿童被大家看成是一个独特的群体，这些儿童分为两类：

其中的一类孩子在教育时进步发展非常快，可以理解别人的语言，也可以表达自己，我们将他们称作可以用语言表达的孩子。

另一类孩子不能模仿语言，也不能表达，但可以通过形像语言，比如阅读和写作进行交流，表达自己的愿望。

需要关注的群体

孤独症也被称为自闭症。

有关部门的统计表明，在美国，10岁以下的孩子中，大约每150个人当中就有一个患有自闭症或相关障碍。

我国对孤独症的认识始于26年前，不过目前为止还没有完整的数据，广州中山三院儿童发育行为中心的邹小兵教授认为，世界范围内，孤独症的发病个案呈明显上升趋势，在中国也是如此。1980年代，发病率为1/10000；1990年代为1/1000；到了21世纪初上升到1/500。换言之，可能每500个孩子中，就有一个自闭症儿童。目前仅广州就有这样的孩子数万

人，而全国则有百万之多。

2001年，中国残联、卫生部、公安部在进行残疾儿童抽样调查中首次将儿童精神残疾列入调查范围，圈定0-6岁的6万名儿童为调查对象，得出的结论是，全国0-6岁儿童患精神残疾的约为10.4万人，每年新增精神残疾为1.5万人，其中孤独症列儿童精神残疾首位。

这是迄今为止惟一一次全国性关于孤独症的调查。

从事孤独症诊断治疗20多年的北京医科大学精神卫生研究所杨晓玲教授认为，保守地估计，孤独症在中国儿童中的发病率为万分之八。

杨教授指出，这只是在儿童中的发病数字。因为以前的残疾人调查从来没有把儿童精神残疾列入调查范围，加上对孤独症的认识不足，很多患有孤独症的儿童从来就没有被检测出来，几十年累积下来，这群人已经进入了成年。但是孤独症并不会因为患者渐渐长大而痊愈，多数人要延续终身。究竟有多少成年孤独症患者是谁也说不清的，他们一般被当作精神分裂或者智障对待。

杨晓玲说，中国有3亿儿童，但从事儿童精神卫生的专业人员却不到100人，也就是说100人在照顾

着 3 亿儿童的精神问题。对于一个精神科的的医生来说，一个上午看 6 个病人就已经很多了，但是这速度直接影响到医院的收益，在市场经济环境下，这些医生自己养活不了自己，科室也就自生自灭了。

孤独的孤独症

我国首度确认“孤独症”至今已有 26 年，第一批以“孤独”命名的患儿早已成年，在医治、培训等方面，这一特殊人群需要人们给予更多的关怀与帮助。

1978 年，9 岁的王伟被确诊为患有儿童孤独症。

26 年之后，在北京车公庄西大街的家里，王伟找到了自己的生存理由，他用一个方形的印章给一厚摞牛皮纸信封上盖着“印刷品”字样。他已经 35 岁，不再是个孩子了。

“星星的孩子”长大了

1943 年 美国儿童精神病医生 LeoKanner 的报告中说自己观察到一个 5 岁的男孩唐纳德的奇特症状：他旁若无人地生活在自己独有的世界里，他记忆力惊人，两岁半时就能流利背诵《圣经》23 节以及历届美国正副总统的名字，但却分不清你我，不能与人正常对话；他迷恋旋转的平锅和其他圆形物体，对周围物体的安放位置记忆清楚，但对位置的变动和生活中的

轻微变化却不能容忍。这一年，他报道了 11 名唐纳德式的孩子。他引用了“孤独”这个概念，把这些症状称为“情绪交往的孤独性障碍”及“婴儿孤独症”。

这是一种特殊的病，之所以特殊，是因为它在被发现后的几十年中，人类一直找不到导致疾病的病因，找不到有效的治疗方法。这些得病的孩子仿佛都经过上帝的遴选一样，一个个都异常的纯洁、漂亮。可是，他们却对这个世界上的一切缺乏应有的反应。

有视力却不愿和你对视，有语言却很难和你交流，有听力却总是充耳不闻，有行为却总与你的安排违背，人们无从解释，只好把这样的孩子叫作“星星的孩子”。

王伟是被贴上“孤独症”标签的第一个中国孩子。这是在人类发现这种疾病的 35 年之后。

35 岁的王伟身高超过 1.75 米，“星星的孩子”长大了。

咬不破孤独的茧子

一走进王伟的家，就听到王伟的声音，他在和我说话，他问我从哪里来。

我回答说从广安门来，他立即说出了我坐车的路线。

“广安门有深圳大厦。广安门有 743 路、748 路(公交车),743 路是 2001 年开通的,748 路也是 2001 年开通的,两广大街还开了 715 路。”眼前的王伟方头大脸,两只大大的耳朵支楞着,向前倾着身子和我说话,一连串的数字显出他惊人的记忆力。

十多分钟之后我才察觉出他的与众不同。他不停地问我住在广安门的哪个方向,和深圳大厦有多远,家里兄弟姐妹几个,出生年月日及出生在什么地方。或者不停地告诉我坐某一路公共车在什么地方倒车可以到达什么地方。

妈妈为了打断他,从沙发的靠背上拿下一个绒毛小猴:“尽废话,给,抱着小猴玩儿。”王伟立即收起倾向我的身体,抱着小猴孩子似的玩起来。

王伟长大了,但并没有走出孤独。

王伟现在的生活就是每天呆在家里帮妈妈在牛皮纸信封上盖章。妈妈说今天盖 50 个,他就十个一摞数出五摞来整整齐齐地摆好,一个一个地盖过。

牛皮纸信封是北京市孤独症儿童康复协会的,妈妈每天从协会带回来,盖好后第二天再带回去。1993 年,8 个孤独症孩子的家长因为痛苦和孤独而自发联合起来,进行互助式的自救,于是有了这个协会。11 年过去了,协会由八个家庭发展成 800 个家庭。王伟

的妈妈在协会里兼职给这 800 个家庭寄资料、寄书、联络，总有信封需要盖章。

做这样的事王伟可以做得很好。这也是王伟 35 岁生命中的仅有的一份“工作”。

协会主席杨晓玲教授认为王伟属于高功能的孤独症患者，有条件的话完全可以从事一些简单劳动，但社会上几乎不会提供这样的机会。

王伟在协会“工作”了 3 年。说是工作，协会并不付给王伟工资，但王伟妈妈认为这是让孩子走出孤独接触社会的绝好机会，所以每天不辞辛苦一大早挤 26 路到车公庄换乘 44 路到新街口再坐 331 路到北医六院。“王伟干得可好了。扫地，打水，在发票信封上盖章，帮我拎着东西到邮局寄。”

3 年的工作经历让王伟像变了一个人似的，亲戚们都说王伟爱和人说话了，活泼了——过去他的眼睛从来不和人对视，也不理人。对于这对母子来说，报酬并不重要，重要的是因为这个工作，社会敞开一道让他们进入的大门。

就像电影《雨人》里的主人公一样，王伟有着惊人的计算能力和记忆能力。大多数时候他性格温顺，生活能够自理并能做饭洗碗扫地，能够按大人的指令完成简单的工作。

王伟的妈妈交给记者一个计算器，王伟立即兴奋起来，三位数以内的乘法他不用纸笔做得比我按计算器还快，当我出到“ 96541×78654 ”时，他伸出一根特别修长的手指，放在眼前，目光从指缝里茫然地望过去，仿佛前面空空的墙上写满了算式。几秒钟后答案出来了，王伟告诉我是7593335814，和计算器上的结果一样。王伟还能推算日期，当我说出1996年3月28日时，他立即告诉我说那一天是星期四，并且告诉我1996年和1940年的日历是一样的。

王伟的妈妈告诉我，她听过一个叫蔡逸周的美籍华人的讲座，他有一个孤独症儿子，他的儿子有两份工作，每天早晨可以去超市里上货，下午到社区图书馆里将读者借阅的书收回书架，因为孩子的记忆力特别好，能够清楚地记得那一本图书原来在什么位置。

“这些事王伟都能干，但上哪里去找？”王伟的妈妈说，北京市有关部门有一个规定，要求每个单位解决一个残疾人饮食法防治孤独症

目前，我国人民在生活水平提高很快，粗粮正逐渐被细粮所代替，饮食精细化，食物类型亦在改变，高脂肪、高糖分、高蛋白膳食增多。尤其是相当一部分独生子女，糖果、巧克力等含糖量高的零食不断，更易于形成“酸性体质”。因此，在现代生活条件下，

不可忽视儿童孤独症的预防。婴儿应尽可能用母乳喂养，因为母乳中含有丰富的碱性矿物质，有益于孩子智力的发展，因而能预防儿童孤独症。独生子女应少吃糖，多吃蔬菜、水果、杂粮等“碱性食物”。

当然，防治儿童孤独症要采取综合性措施，除讲究膳食的“酸碱平衡”外，还要让孩子多参加各种锻炼，多参与社交和集体活动。切勿让孩子长期过“封闭式”的生活，以免形成孤僻性格而殃及孩子终生。一旦发现孩子出现类似儿童孤独症的表现，应及时请教医生，妥善施治，并进行有关诱导训练，在医生指导下服用富含多种矿物质之类的药物。

别让孩子吃出“孤独症”

目前，儿童中孤独症患者呈增多趋势，其典型特征是性情孤僻，有的表情淡漠，行为迟钝；有的表现为严重的语言障碍，不愿与人交往；有的怯懦恐惧，整日沉默寡言；还有的则非常敏感，情感易激动或暴怒、啼哭等。科学家新近发现：儿童孤独症的发生和发展过程与过量食用“酸性食物”密切相关。

对于儿童孤独症的病因，以前认为是由于脑部机能障碍及后天教育方式不当所致，也有人认为是父母对独生子女过分溺爱忽视家庭教育造成的。但科学家

认为，孩子过量食用“酸性食物”增加了儿童孤独症的发生和发展。如今，三高(高蛋白、高糖、高脂肪)的营养食品充斥餐桌，受到孩子的青睐，导致蔬菜、杂粮摄入偏少。许多科学研究已证明：过量食用高糖、高脂肪和动物性蛋白的酸性食品，易使体液酸化，呈现酸性体质。儿童时期正处于生长发育的关键阶段，医学研究证明，过食酸性食品，会渐进性地出现一系列症状——手足发凉，容易感冒，常哭闹不止，免疫力降低，严重者可殃及大脑功能，导致思维功能紊乱。可以说，酸性食品对儿童孤独症的发生发展起着推波助澜的作用。

为“防患于未然”，专家告诫：儿童应多食绿色蔬菜，如菠菜、油菜、空心菜、香菜等深色蔬菜。这些蔬菜最能为儿童提供适宜的维生素A。

被围困的青春

丁丁(化名)已经三年没有下过楼了。

北京天通苑的一座近150平米的大房子里，丁丁来来回回地奔跑着。尽管有一个很大的客厅，但对于身高1.89米、体重七八十公斤的丁丁来说，只要六七步就到了头。

丁丁家的客厅分成两个区域，一组皮沙发、一块

地毯、一个茶几为一个区域，一张书桌和一些书架为另一个区域。记者和丁丁的妈妈在沙发上聊天，丁丁的爸爸和一个学者围着书桌轻声地校对他们有关古代诗词的书稿，丁丁就在这之间的通道里奔跑，房间里充满了推拉阳台门的声音，头撞玻璃的声音，手拍打墙壁的声音和他嘴里发出的各种古怪声音，但大人们各做各的事，并不理会丁丁。

有时候丁丁就像一个政治家，激动而兴奋地进行着“政治演说”，他挥舞着手臂，几步冲过房间跨上阳台，头“哐哐”地撞着玻璃；有时候他又像一个蹦蹦跳跳去上学的小学生，嘴里“唱”着谁也听不懂的歌，从这间房子跳到那间房子，忽然之间跳到你跟前，露出璨然一笑，迅速地跑开，不知道他做出种种表现是不是为了引起大人的注意，或者把家当作运动场，宣泄掉身上撑得人难受的精力。

丁丁是一个 22 岁的孤独症患者。进入青春期后并发癫痫，从此他再也不肯出门了。北医六院的专家刘靖、杨晓玲研究指出，孤独症儿童进入青春期后会有多种并发症出现，其中多见的是癫痫，大约有 42% 的孤独症儿童会并发癫痫。

丁丁把癫痫叫作“头疼”，每当发作之前，他会停止跑跳，紧紧地蜷缩在床上等待痛苦的到来。“他

不是什么都不知道，他只是找不到一个正确的方法表达他的感受。”丁丁的妈妈说。而发作之后数日，丁丁都虚弱得难以恢复。

自从癫痫袭来之后，丁丁每次出去都极为紧张，妈妈认为丁丁有超过常人的自我保护意识，他不愿出门可能有他的道理，但丁丁原本就不多的外出快乐就不再有了。

丁丁的记性很好，妈妈说，每带他去一个地方，他都能记得，特别是有好吃食品的地方。他知道王府井百货大楼里有他爱吃的云片糕，崇文门新桥饭店三宝乐西餐厅有他爱吃的蛋糕。隔几天他就会对妈妈说：“丁丁过生日，丁丁过生日。”这就是说他又馋蛋糕了。

但他出门绝不能往东走，每当汽车拐向东时他就会尖叫。

妈妈也不再强迫丁丁出门，她说怎么舒服就让他怎么来吧，要不然他紧张大人也紧张，然后就是情绪焦躁一家人都不得安宁。

现在丁丁接触的人就是爸爸妈妈和一个小保姆，每天丁丁都要问爸爸妈妈外出的情况，“妈妈上班”，“天黑，妈妈上班”……他问的时候全部都使用陈述句，天黑是一天 24 小时的时间概念，代表明天妈妈

是否去上班，而且问一次就要问7次“天黑”——妈妈爸爸一周外出的情况。

外面的世界对于丁丁来说应该是存在的，只不过爸爸妈妈去而他不去。不管是谁晚上出去，只要没回来，丁丁都不肯睡。他要一直等到外出的人回家，上了床，全家的灯都关了之后，他把几间屋子都巡视一遍，才会上床去睡。

丁丁的父母都是不需要天天去坐班的文化人，他们自丁丁7岁被诊断为孤独症后，就再也没有一起出去过，他们轮流在家里陪着丁丁。3年前他们买了天通苑的大房子，为的就是让丁丁有跑动的空间。

北京星星雨教育研究所对其接触的全国500个孤独症儿童社会生长环境进行了研究，从一个方面反映了中国孤独症儿童的生存状况。

500个家庭所生活的社区、城市，完全缺乏能够提供指导孤独症的咨询机构及辅导机构，更没有帮助孩子走入社区、社会生活的机构，大多数的孩子不得不长期关在家里。而把进入青春期或者长大成人的孩子关起来不但难，而且显得更加残酷。

实际上丁丁基本上是在圈在家里长大的。到了该上学的年龄，爸爸带着他去培智学校，当看到学校的条件后，父亲又拽着孩子的手回来了：那样的学校不上

也罢，他觉得根本不可能对症下药地帮助自己的孩子。因此丁丁没有上过一天学。

22岁的丁丁不识字，他不奔跑的时候会安静下来画画，但他却从不留下自己的“作品”，画完之后便撕得粉碎。丁丁的妈妈从一本大字典里抽出两张画，那是趁丁丁不注意时藏起来的。画面有点像抽象派作品，一些浑圆的线条的组合，很神秘。

并非一个人的孤独

孤独症儿童会有什么样的成年生活，除了病情的轻、重外，杨晓玲教授认为更重要的依赖于确诊后的有效干预和训练以及社会的接纳程度、就学、就业的机会及法律保障。

但是社会给予他们的出路却相当狭窄。从上幼儿园，到上学，到就业，孤独症孩子都被以各种方式各种理由拒绝着。

有资料显示，目前中国孤独症患者的母亲基本上都是职业妇女，绝大多数家庭父亲一个人的收入不能养活全家，因为有了—一个患有孤独症的孩子，母亲反而必须工作。由于疾病和经济及心理的压力，相当多的家庭成员没有良好的心境，没有充足的精力、持久的耐心和信心面对孩子，只能消极而无奈地承受着。

尽管如此，家庭还必须承担养护、培训、教育的重担。我国的现实情况是，孤独症虽已经被列入了精神残疾的范畴，但社会对这类残疾人所做的还非常少。“一个家庭中有一个孤独症患者，这个家庭便陷入更大的孤独中。”杨晓玲教授说。

更糟糕的是，全国大多数省市医院还不能进行孤独症的诊断、治疗和康复训练。

理论上，进入学龄的孤独症儿童可以在正常学校跟班就读或者就读于为智障者专设的培智学校，但实际上两种途径往往都走不通。培智学校因为生源多学校少而难以进入，为了让孩子能上学，有的父母曾经辗转疏通达3个月之久，并且要进行试读——自身条件差的孩子达不到学校要求的，也会被拒绝。

而在一些中小城市，根本就没有培智学校。

王伟上的是正常学校，但小学一年级仅读了一个月，就被同学们用鞋带捆绑在厕所里达一个小时之久，踢得浑身都是伤，之后老师找到王伟的父母劝他退学。

老师和同学都无法理解王伟的行为：上课的时候他会突然站起来旁若无人地自己到操场上玩，或者执著于某件事不停地大声说。

学校认为这样的孩子是不能上学的。

一个孩子一旦被确诊为孤独症，就意味着被社会的拒绝和一个家庭痛苦的开始。

王伟的妈妈是北京实验小学的老师，她要求王伟跟着她上学。学校当时有规定，教工的孩子不能在本校读书。“我急了，不照顾孩子就要求调走，学校让我开了证明按照特殊情况处理，王伟就跟着我读完了小学。”

王伟有极快的速算能力，但更深的数学他就不能理解了，特别是语文的中心思想、句式分析，对他来说无异于天书。

有这样的一个差生就会影响一个班的成绩，从而影响整个学校在全区的成绩，王伟的妈妈每次考试之前都和出题的老师商量，提前把卷子带回家，让王伟把答案背下来。“就这样王伟才捞到个上学机会，至于进一步发掘潜能，根本连想都不敢想。”

“其实这样的孩子学什么并不重要，关键是让他能在学校里在人群中成长。”王伟的妈妈说。但外界并不足够宽容，社会还没有学会怎样对待孤独症患者。

园园(化名)在学校一直受到排挤，压力不仅仅来自不懂事的同学，还有老师、学生家长甚至是校长。园园的父亲在校园里曾被家长们围攻3个小时之久，

起因是其他家长对自己的孩子同园园一起读书不满，于是学校校长便出面劝其转校。

园园从小学到中学辗转了数间学校，打游击式地读了下来。

而进入正常学校跟班就读的孩子，无一例外地被要求和正常孩子一样行为处事。青岛大学方静老师的读小学四年级的孤独症儿子的作文写道：这学期我喜欢穿大鞋，同学们问“这是为什么呢？”因为上课时我偷偷做起了小动作，王老师严厉地说“坐正”，吓得我再也不敢动了。可是一动不动太难受了，我终于想出了个好办法。我每天穿着大鞋去上学，让脚趾头在里面动一动，王老师却看不见。

一位孤独症家长在国外看到的情况是，在大学的课堂里，孤独症患者坐在窗台上听课，而老师同学并不以为怪。

“星星雨”的统计不容乐观。500 百名患儿中，能够顺利进入小学的个案只有十几个，能够坚持上完小学的更是寥寥无几，进入中学的自然就少而又少，进入社会工作的几乎没有。

张浩是经过 9 年培智学校学习毕业的，他的出路也和没有上过学的丁丁差不多——回家关起来。现在他和丁丁一样在家里奔跑，他的家比丁丁家小多了，

他一会儿把自己撞在门上，一会儿把自己撞在墙壁或家具上，家里的窗户凡是能打开的都上了铁条。还有李力，一家人千辛万苦供他读完了职业学校，学的是烹调，但他也只能在家里做饭。

受围困的还有整个家庭。杨晓玲教授接触的患者家长，大都由于长期的精神压抑而产生了心理问题，他们抑郁、焦虑、孤独、放弃自我，情绪极不稳定，家庭也相继出现问题。

最让他们心焦的是孩子成人之后的出路，自己百年之后，孩子如何托付。有的家长很悲观，他们说等自己“走”的时候，也将这个孩子一起带走。

家与社会之间有一道高高的门坎，耸立在已经长大成人的孤独的孩子和孤独的家庭之间。

“电视孤独症”的防治

要严格控制儿童看电视的时间。尤其是学龄前儿童，每天看电视的时间最好不超过 0.5-1 小时。

要选择适合儿童看的电视节目。内容要和儿童的年龄相适应。适合儿童看的节目有动画片、木偶片、儿童文艺节目、知识小品、智力竞赛等节目。凡不适合儿童看的节目，家长应坚决不让孩子看。

家长自己要尽可能少看电视。家长中至少要有一人和孩子在一起，给他讲故事、玩游戏，转移他对

电视的注意。

孩子看电视时，家长应该陪着，给孩子解释电视节目中的某些适合孩子的内容，帮助孩子理解。之后，可以让孩子复述电视内容，培养孩子的分析、表达、记忆和判断是非的能力。

孤独症孩子需要希望

“我是一名小学教师，每天都在教育别人的孩子。可一想到自己的孩子，我就悲痛欲绝，心如刀绞……”这是一位孤独症患者的母亲写给南京市脑科医院儿童心理研究中心主任王民洁的信。像这样的求救信，王民洁收到过几百封。

患者终身成为家庭重负

目前全国有千分之一的儿童患有精神残疾，其中主要是孤独症。

儿童孤独症简称孤独症或自闭症，是发生于儿童早期的一种发育障碍，涉及感知觉、情感、语言、思维和动作与行为等多方面。患者活动刻板，行为异常，绝大多数智力低下，而这种发育障碍将终身陪伴患者。孤独症孩子约有一半不会讲话，或者讲话怪异，并且兴趣狭窄。如一天到晚拿着小汽车的轮子转啊转，对别的什么都不感兴趣，或者不知疲倦地重复问

一些简单而又古怪的问题，但答案必须是他心中的答案而不是常规答案(如问“今天星期几？”，不管事实是什么，答案必须是他认为的“星期一”或者“星期二”等)。

目前我国病情严重的孤独症患者约有65万左右，较轻的则约有500多万。轻重之分，在于患者经过训练后生活能否自理。一个患儿一生给一个家庭带来沉重的心理和经济负担。

教育机构杯水车薪

近几年来，南京市脑科医院儿童心理研究中心每年都有300多例来自全国各地的儿童孤独症患者前来就诊，但每年能被安排到该中心进行系统训练的只有48名，其他患儿只能排队等待来年或呆在家中。

“孤独症孩子，犹如天上的星星，孤独地闪着微弱的光芒。这些孩子若无机会接受特殊的教育训练，将成为终身残障。若他们能得到合理的教育和训练，绝大部分儿童会有不同程度改善。但社会对儿童孤独症的关注太少了，我们的培训班也只是杯水车薪，根本忙不过来。”王民洁说：“一期培训班需要3个月。4名医生兼老师，每期每人只能训练3个孩子，一年只能训练48名孩子。”王民洁说，孤独症孩子的教育

需要老师、家长、医生的紧密配合，还需要社会的普遍关注。虽然从 1994 年我国教育部门已开始逐步注意这一特殊群体的教育问题，但现有的教育培训机构多为民办机构，并且数量十分有限。这是孤独症患者家长们长期以来担忧和困扰的问题。

无奈接受孩子病情 却无法接受社会冷遇

在一次培训班上，记者采访了几位家长。对于孩子的病情，这些家长已经从无法接受到无奈接受，再到目前的刻苦学习训练患儿的方法，但他们心中有更多别人所不知道的痛楚。

孩子入学成难题。安徽芜湖的患者家长昂女士说：“7 岁的孩子喜欢在教室里跑来跑去，老师怎么讲也不听，已经被多所幼儿园拒收。目前只能让孩子呆在家中，我也辞职在家。真的希望老师多了解孤独症，对孩子多些关心。”部分患者家长自发组织了一些专为孤独症儿童设立的学校，如南京的“明心”孤独症康乐园。吴苏星是“明心”的创办者之一，也是一位孤独症患者的家长，她说，仅凭一人或几人的力量来关注孤独症儿童是远远不够的，目前该校也仅能容纳 10 多名儿童。

冷言冷语伤人心。江苏仪征的薛先生说，为了孩

子,他两年来已经在各地医院看过100多位主任医生,仅路费就花掉三四万元。“钱已经不在乎了,社会上的冷言冷语却让人受不了。”他说,为了给孩子看病,他不得不经常向单位请假,单位对此很不理解,对他经常冷眼相看,冷语相加。他理解单位,但单位不理解他,他没办法,现在只是厚着脸皮上班,维持着他那并不丰厚的工资收入。福利保障没跟上。很多家长表示,夫妻双方最好有一人专职在家照顾孩子,但任何一方辞职都很不现实,都会给家庭带来更严重的经济负担,关键是目前尚没有针对孤独症患者的福利保障。

专业研究机构太少。据南京市脑科医院儿童心理研究中心主任王民洁介绍,目前我国对儿童孤独症有研究的专业机构,除南京一家外,就是原北京医科大学精神卫生研究所(已并入北京大学),再无第三家。我国目前尚没有针对孤独症的全国性流行病学调查。

谁为他们点亮希望的灯?

很多家长表示,得知孩子是孤独症后,他们当中多数人曾想过和孩子一起去死。安徽一位家长曾经带着孩子来到了海边,看着孩子无知、无助又无邪的眼神,她放弃了跳海了却余生的念头。

接受采访的家长,很多并不愿意公开他们的姓

名，他们说：“如果社会不理解关心我们，就让我们默默承受这些痛苦吧。我们不想再遭受那些异样的眼光，毕竟我们还要生活，孩子还要成长。”

南京师范大学教育科学学院心理系讲师郗浩丽告诉记者，孤独症患者比聋哑儿童的比例要小得多，因此大规模建立专业学校不太现实，而将这些患者送到聋哑学校并不能进行针对性训练，医院门诊也不能顾及日常生活，所以建议设立一些介于学校教育和医疗门诊之间的机构，让家长能定期带孩子来进行比较专业的培训，帮助培养孩子的自理能力。这些机构的设立，肯定需要政府的扶持并给予相应的政策。

幼儿有孤独症倾向如何处理

父母亲如仅依据几项征兆就研判并认为自己的小孩患有自闭症，可能会流于太过主观，及不够专业。正确的做法还是应该要经过专家的鉴定。通常孤独症的孩子有以下几种行为特征：以自己为中心，很少与别人有眼神的接触，即使有，也是一瞥而过；常常无端地哭或笑；对于危险毫无警觉性，即使爬到高处也不怕；语言发展缓慢；有反复的手部动作、玩固定的东西，或一下子玩这个，一下子玩那个，却不和别人一起玩；对于某项特定事物的能力很强，对其它事物

的能力则很弱……等，有以上这些症状的孩子，就比较有可能是自闭症患者，但也并非绝对。

不要太早就替孩子扣上孤独症的帽子，因为有些正常的孩子看起来也会有点像患有孤独症，尤其是那些语言发展缓慢、视觉偏用者，由于他们是以眼睛来学习，喜欢东张西望、双手东摸西摸的，却不爱用耳朵去听，社交能力发展也不佳，这种孩子很可能会误认为孤独症儿童，笔者经常发现有不少这样被冤枉的例子。

因此当父母发现自己的孩子可能有此倾向时，首先应该立即去请教医生或专家做一分析与诊断，而不是自己乱下定论，同时要注意孩子学习能力的均衡发展，因为即使是孤独症的孩子，如果训练得当的话，他们的能力依然可以如同常人一般，在某些方面甚至超越常人。

目前孤独症教育失败之处，在于一般教育工作者皆没有深入了解孤独症孩童学习能力的状况，反去怪他们封闭自己，使师长无法教他；事实上，如果能够先分析及了解孤独症儿童的各项学习能力，然后在他们不理睬师长的情况下，引发出他们的动机与兴趣来，譬如刚开始可以从感觉动作(运动)教起，和他们一起拍拍球、跳跳绳、溜滑梯……等，师生建立起关

系后，就可以增加一些视觉方面的教学，而后再进到听觉、语文部分的训练。孤独症孩童的潜力依然是无限的，端看大人如何去教育与雕琢，所以千万不要轻言放弃！

儿童孤独症的教育和治疗

儿童孤独症的治疗采用以教育和训练为主、药物为辅的办法。在教育或训练过程中有三个原则：

对孩子行为宽容和理解；

异常行为的改变和变更；

特别能力的发现、培养和转化。训练应该以家庭为中心，同时注意充分利用社会资源，开办日间训练和教育机构，在对患儿训练的同时，也向家长传播有关知识，是目前孤独症教育和治疗的主要措施。

结构化教育

结构化教育是由美国北卡罗来那大学建立的一套专门针对孤独症儿童的教育方法，是在欧美国家获得最高评价的孤独症训练课程。该方法主要针对孤独症儿童在语言、交流、以及感知觉运动等方面所存在的缺陷有针对性地对孤独症儿童进行教育，核心是增进孤独症儿童对环境、对教育和训练内容的理解和服从。该课程根据孤独症儿童能力和行为的特点设计个

体化的训练内容；训练内容包含儿童模仿、粗细运动、知觉能力、认知、手眼协调、语言理解和表达、生活自理、社交以及情绪情感等各个方面。强调训练场地或家庭家具地特别布置、玩具及其有关物品的特别摆放；注重训练程序的安排和所谓的视觉提示；在教学方法上充分运用语言、身体姿势、提示、标签、图表、文字等各种方法增进儿童对训练内容的理解和掌握；同时运用行为强化原理和其他行为矫正技术帮助儿童克服异常行为，增加良好行为。课程可以在有关机构开展，也可在家庭中开展。

应用行为分析法

又称 ABA。1987 年 Lovaas 报道对一组 19 例孤独症儿童采用 ABA 疗法干预 2 年时间，结果有 9 例儿童基本恢复正常，其他儿童也有不同程度的好转，这一报道引起了轰动。其后许多研究者重复了 ABA，也获得了不同程度的成功。早期报道 ABA 对高功能孤独症有较好疗效，目前认为该疗法对各类广泛性发育障碍儿童均有很好的疗效。Lovaas 的研究对象主要是 3 岁左右的孤独症儿童，这是取得良好疗效的重要因素。但是目前认为即使对于较大的孤独症儿童，ABA 仍然有很高的应用价值。ABA 采用行为塑造原理，以

正性强化为主促进孤独症儿童各项能力发展。其核心部分是任务分解技术(discretetrialtherapy, DTT), 所谓 DTT 包括:

任务分解。

分解任务强化训练, 在一定的时间内只进行某分解任务的训练。

奖励(正性强化)任务的完成, 每完成一个分解任务都必须给予强化(reinforce), 强化物主要是食品、玩具和口头或身体姿势表扬, 强化随着进步逐渐隐退。

提示(prompt)和提示渐隐(fade), 根据儿童的发展情况给予不同程度的提示或帮助, 随着所学内容的熟练又逐渐减少提示和帮助。

间歇(intertrialinterval), 在两个分解任务训练之间需要短暂的休息。训练要求个体化、系统化、严格性、一致性、科学性。要保证治疗应该具有一定的强度, 每周 20~40h。每天 1~3 次, 每次 3h, 在 3h 内要求完成规定的任务。

药物治疗

由于有关孤独症的病因学和生化异常改变没有完全阐明, 到目前为止, 孤独症没有特效药物, 尤其对于核心的语言和交流障碍缺乏有效药物。但在其他

的行为控制方面药物治疗方面取得了进展。值得提出的是尚无证据表明神经营养药物对儿童孤独症有效。

1) 多动行为: 哌甲酯(利他林)对孤独症注意缺陷多动障碍效果良好, 副作用有可能加重刻板行为、自伤行为、退缩行为和导致过度激惹的发展; 可乐宁也用来治疗多动行为和儿童睡眠问题, 可乐宁有口服与贴剂, 贴剂对于拒绝吃药的孩子较好, 主要副作用有嗜睡和低血压; 胍法新是可乐宁的同类药, 嗜睡作用少;

2) 攻击行为: 氟哌啶醇可以用于治疗孤独症儿童的攻击行为, 也可以用于减少刻板行为、多动和自伤, 在某些孩子还可以增加发音和社会交往, 尽管氟哌啶醇可能对学习没有帮助, 但可以安静孩子而且没有镇静作用, 很遗憾的是该药引起锥体外系症状很多, 合并使用安坦、苯扎托品可以减少这种副作用。长期使用可引起迟发性运动障碍, 适合短期使用; 新型抗精神病类药物维思通和氯氮平使用可能更为安全, 副作用少些, 可以长期使用, 但是使用氯氮平要注意白细胞减少。其他治疗攻击行为的药物还有心得安、卡马西平、丙戊酸钠、丁螺环酮和锂剂。

3) 自伤行为: 上述治疗攻击行为药物可以治疗自伤行为, 此外合成阿片受体拮抗剂纳曲酮

(NALTREXONE)，也被用于治疗儿童自伤和攻击行为；纳曲酮还有中度改善多动和刻板行为作用。

4) 刻板僵直行为: 5 羟色胺重摄取抑制剂百忧解(Prozac)可治疗孤独症的重复刻板行为，三环抗抑郁药安那芬尼(氯丙米嗪, Anafranil)也可能有效，芬氟拉明(Fefluramine)由于较多副作用，包括多动、激动、食欲减退和失眠，现已经少用。

5) 抑郁: 在少年 PDD 病人尤其是 ASPERGER 综合征情绪障碍例如抑郁多见，三环抗抑郁药丙米嗪、去甲替林(NORTRIPTYLINE)和去甲丙米嗪(DESIPRAMINE)可能有用，百忧解也可使用，如果有躁狂，可使用锂剂。

6) 惊厥: 一般用卡马西平和丙戊酸钠。苯巴比妥、苯妥英由于引起多动和激惹而应该避免使用。

7) 睡眠障碍: 褪黑激素(MELATONIN)、丙米嗪(IMIPRAMINE)、水合氯醛、可乐宁

8) 其他药物: 分泌素、大剂量维生素 B6 合并镁剂、二甲基甘氨酸(Dimethylglycine)以及大剂量维生素 C 和叶酸等治疗在国外较为盛行，据称可以全面改善孤独症的语言和交流障碍。疗效尚不确切。

感觉统合训练

感觉统合治疗是由美国的爱尔丝创立，目前主要运用于儿童多动症和儿童学习障碍的治疗，也广泛运用于儿童孤独症的治疗，该疗法主要运用滑板、秋千、平衡木等游戏设施对儿童进行训练，根据报道和观察对于减少孤独症儿童的多动行为、增加语言等有较好的疗效。此外类似于感觉统合的疗法还包括音乐治疗、捏脊治疗、挤压疗法、拥抱治疗、触摸治疗等、感觉统合治疗可以在医院接受治疗，也可在家庭中创造条件进行。

听觉统合训练(AIT)

AIT 也是属于感觉统合治疗的一种。AIT 由法国耳鼻喉科医生布拉德医生建立，治疗步骤如下：

(1)检查外耳道，清除耵聍，这一步是很重要的。

(2)病人要接受 18 到 20 次的听力训练，每次 30 分钟。多数情况下，10 天一疗程，每天两次，可以连续进行，也可在中间休息 1-2 天。一般情况下必须遵照规定执行。

(3)病人所听的是经过加工的音乐，所谓加工音乐指随机删除了低频和高频的 CD 音乐，病人通过耳机听取音乐，频率的随机选择又叫调频

(MODULATION)。

(4)音量不要超过 85 分贝，根据病人的舒适度尽量用较低的音量或者中等度音量，85 分贝相当于在 5 英尺外听吸尘器的声音。同时应该强调的是病人对声音强度的知觉还取决于音调，因此调整音调也很重要。

(5)在治疗前、治疗中、治疗后都需要获得听力图。用治疗前和中期的听力图来调节听力治疗仪的声音过滤器，过滤器被用来选择病人听后感觉愉快的音频

(6)AIT 涉及听力学、行为分析和处理、教育问题、病人及家庭治疗后的咨询。最满意的结果的取得需要多学科团队共同参与，包括听力学、心理学、特殊教育、语言言语治疗学。

为了配合作好以上的教育和治疗，父母亲需要接受事实，克服心理不平衡状况并妥善处理孩子的教育与父母工作生活的关系。化爱心、耐心、恒心为动力，积极投入到孩子的教育、训练和治疗活动中去。记录孩子发育行为和治疗效果。和医生建立长期的咨询合作关系。

家有孤独症儿童家长该怎么办？

如果您的孩子 2 岁还不会说话，不爱与其他小朋

友玩，而且有一些较为怪异的行为，请注意孩子是否患有儿童孤独症。

孤独症是一种发病率较高的儿童发育障碍性疾病，主要表现为：

1. 交流障碍，儿童缺乏与他人的交流或交流技巧，总是独自玩耍。缺乏与亲人的目光对视，对父母亲缺乏特别的情感。

2 语言障碍，这是大多数自闭症儿童就诊的主要原因，孩子通常语言发育落后，不会说话或只会象鹦鹉学舌样说话。

3. 刻板行为如转圈、撕纸、玩开关、特别依恋某一物件、重复看电视广告等。

4. 智力落后，但有些儿童可以在记忆力、音乐等方面显得有高智商。

5. 多动、发脾气、攻击、自伤行为。

确诊孤独症，医生主要依靠对儿童行为的观察和病史询问，但为了排除其他的疾病，通常需要进行脑CT或SPECT、脑电图、染色体、脆性X染色体等检查，进行有关的心理测验和体格检查。

目前孤独症没有特效的药物疗法，也没有一种方法能够彻底治愈孤独症。但采用交流训练、语言训练、行为治疗、感觉统合训练和结构化教育，孤独症儿童

的预后可以有显著的改善。为配合治疗,父母亲需要:克服心理不平衡状况并妥善处理孩子的教育与父母工作生活的关系;化爱心、耐心、恒心为动力,积极投入孩子的教育、训练和治疗活动中去;准备一本孩子发育行为或治疗教育观察记录本,和医生建立长期的咨询合作关系。

教孤独症孩子的重要原则--让家长参与

在针对年龄小的孤独症孩子进行教育时,会发现孩子能模仿家长或老师的一些语言。

如果经过四个月的训练,孩子的进步非常快,也许再需要一、两年的训练就可以了;对于另一些进步不是很快的孩子,仅告诉家长还要有长期的训练这一点并不够,我们还要告诉他,孩子将来会有怎么样的变化。我们在教孩子要学的东西,也是家长要学习的东西。我们要与父母合作,因为教孩子时家长扮演着重要的角色。

家长要陪伴孩子的一生,在孩子的成长中,家长是孩子的导师,是在孩子的生活中起阡非常重要作用的人物。

行为心理学对幼儿孤独症的治疗

行为心理学在孤独症治疗中的应用及其良好效果,在学术界,患者及家庭,以及有些国家的政府主

管部门，均已得到广泛的认同。一般说来，对孤独症患者的行为疗法，可包括基于功能分析上的环境改造，效果调控，以及技能训练等。具体到孤独症儿童的治疗，除了上述这些方法以外，较为常用的疗法可概括为强化疗法，自然疗法，和团助疗法。

强化疗法是由美国加州大学洛杉矶校区的心理学教授洛瓦思博士在七十年代开始提倡，并在其后不断发展完善起来的。强化疗法已成为对孤独症儿童的综合治疗中的主要项目。就治疗形式而言，强化疗法采用的是治疗人员(一般是由专家指导下的大学生研究生或儿童的家长)与孤独症儿童的一对一的训练：因为每周治疗时间可长达30-40小时故有强化疗法之称。就治疗目标而言，一般可由与自闭症儿童的合作开始，由此进入到语言社交技能的训练，而后再进入到学校科目(如算术，写作)的范围。在治疗方法上经常使用的是离散单元教法，其特点是先由治疗人员结出一简短明确的指令让孤独症儿童作出一个单一性动作，孤独症儿童根据指令完成这一动作则立即给以预选的奖励。否则的话则由治疗人员给予适当的口头提示或必要的身体帮助，待其能自己完成该动作后再逐渐提示帮助。每一单元都应简短并与下一单元有一定的时间间隔。这是一种结构性较强的治疗方法。

自然疗法强调对孤独症儿童的训练应当在自然的教育环境和家庭环境中进行，并应尽量安排非残疾儿童加入到治疗过程中以起到示范与强化的作用。孤独症儿童不一定非要达到规定动作，只要其显示出交流意向或行为努力，就应给以充分的奖励。在治疗方法上，针对孤独症儿童一般缺乏行为动机的情况，治疗人员应充分运用情景教育的原则，尽量创造特定的客观情景以激励自闭症儿童说话交往，并使这种努力在自然结果中得到奖励与强化。如果说强化疗法是以帮助自闭症儿童学得具体技能见长的话，自然法则以提升自闭症儿童的主体性和行为的自然性而别树一帜。

图助疗法的提倡与普及是基于以下两个基本事实：

第一，大多数孤独症儿童都有严重的语言障碍，有些甚至达到失语的程度；

第二，孤独症儿童对于日常生活中的变化由于不能适应而反应强烈。针对第一方面的问题，美国德莱瓦州自闭症治疗中心的邦第博士，根据行为心理学的原理发展出一套图片交换沟通系统，旨在帮助有语言障碍的自闭症儿童学会用图片来表达他们的要求和思想。这一图片交换沟通系统包含由易而难的六个阶

段，治疗人员应根据每个自闭症儿童的特殊情况教其掌握几个或者所有阶段的技能。这些技能包括：给出图片以表达要求，获取图片以用于沟通。辨别不同的图片以用于不同的目的，使用图片组成句子。使用图片回答问题。以及自然地使用图片进行交流。为了加强图助疗法的效果，在初期对于自闭症儿童的训练以及在全部过程中治疗人员对自闭儿童沟通努力的统一反应，是两个必要的条件：在对自闭症儿童的治疗过程中。图片不仅可以用于帮助沟通，还可用于安排自闭症儿童的日常活动。如用不同图片的排列来显示作息表和特定时间的特定活动：其目的在于帮助自闭症儿童增加对未来事件的预测感和对自己生活的控制感，从而减少自闭症儿童常有的事物突变的感觉和由此产生的强烈负面的反应：这种干预方法在伦理和临床意义上，无疑都有可以称道之处。

什么是结核病

结核病是由结核杆菌感染引起的慢性传染病。结核菌可能侵入人体全身各种器官，但主要侵犯肺脏，称为肺结核病。结核病又称为癆病和‘白色瘟疫’，是一种古老的传染病，自有人类以来就有结核病。在历史上，它曾在全世界广泛流行，曾经是危害人类的主要杀手，夺去了数亿人的生命。1882年科霍发现了结

核病的病原菌为结核杆菌，但由于没有有效的治疗药物，仍然在全球广泛流行。自五十年代以来，不断发现有效的抗结核药物，使流行得到了一定的控制。

但是，近年来，由于不少国家对结核病的忽视，减少了财政投入、再加上人口的增长、流动人口的增加、艾滋病毒感染的传播。使结核病流行下降缓慢，有的国家和地区还有所回升。所以，世界卫生组织于1993年宣布全球结核病紧急状态，确定每年3月24日为世界防治结核病日。结核病还是因病致贫、因病返贫的主要疾病。结核病还是一种人畜共患传染病。结核病不仅是一个公共卫生问题，也是一个社会经济问题。控制工作任重道远。只要政府重视，加大投入、实施现代、科学的控制策略、长期、不间断地与之斗争，结核病是可以治愈和控制的疾病。

肺结核的临床表现

症状：呼吸道症状有咳嗽，咳痰，痰血或咯血。可有胸痛，胸闷或呼吸困难。咳痰量不多，有空洞时可较多，有时痰中有干酪样物，约1/3~1/2肺结核有痰血或咯血，多少不一，已稳定、痊愈者可因继发性支扩或钙化等导致咳血。咳嗽，咳痰，痰血或咯血2周以上，是筛选80%结核传染源的重要线索指征。一般肺结核无呼吸困难，大量胸水，自发气胸，或慢

纤维型肺结核及并发肺心，呼衰，心衰者常有呼吸困难。全身症状常有低热，盗汗，纳差，消瘦，乏力，女性月经不调等。

粟粒型及重症亚血播型肺结核病灶范围大的干酪肺炎和大片播散，大量胸水的胸膜炎，可有持续高热或弛张热型。

体征：病灶小或位置深者多无异常体征，范围大者可见患侧呼吸运动减弱，叩浊，呼吸音减弱或有支气管肺泡呼吸音。大量胸水可有一侧胸中下部叩诊浊音或实音。锁骨上下及肩胛间区的罗音，尤其是湿罗音往往有助于结核的诊断。上胸内陷，肋间变窄，气管纵隔向患侧移位均有提示诊断的意义。

感染了就会得结核病吗

结核菌主要通过呼吸道传播与传染。当排菌的肺结核病人咳嗽、打喷嚏、大声说话时，把大量含有结核菌的微小痰沫排放到空气中，健康人吸入含有结核菌的痰沫，即会受到感染。

那么感染上结核菌就会得结核病吗，记者带着这个问题采访了市结核防治所副所长、副主任医师韩志义。据介绍，感染和发病的过程受 2 个条件决定：即感染结核菌毒力的大小和身体抵抗力的因素。人体初次受到结核菌感染后，通常绝大多数人没有任何症

状，也不发生结核病，少数人在抵抗力降低时，可发生结核病。老年人、幼儿、青少年易患病，而慢性病人，孕产妇等抵抗力低下的人也需注意。艾滋病病毒感染者因免疫缺损，抵抗力持续下降，一旦感染结核菌极易发生结核病。

新生儿接种卡介苗可提高儿童对结核菌的特异性免疫力或抵抗力，可预防或减少儿童结核病的发生。养成良好的生活习惯，注意锻炼身体，平衡膳食对增加抵抗力非常必要。

肺结核可以治愈吗

本世纪三十年代之前，人类对于结核病是束手无策的，直到 1944 年以后，链霉素等抗结核药相继发现，结核病的治疗才有了划时代变化，疗效明显提高。但由于货源、经济等方面的原因，大多数肺结核患者仍然得不到治疗，因此肺结核是不治之症的阴影，曾长期笼罩在人们心头，人们害怕肺结核就象现在害怕癌症一样。1950 年异烟肼被发现以来，结核病的治疗发生了根本性的变化。该药具有药源广、价格低、毒性小、疗效高等优点，很快便在我国普遍使用，与链霉素，对氨柳酸纳联合治疗结核病，其疗效已提高到 90% 以上，从而彻底改变了结核病是不治之症的局面。现在以利福平为代表的治疗结核病的药物更臻完

善，只要人们能够提高对结核病认识，及时发现，正规治疗，其疗效可达 95% - 100%。结核病，这一危害人类健康数千年之久的古老疾病已经是“防有措施、治有办法”的普通疾病。

肺结核、肺炎、肺癌如何区别

在肺部的疾病中，肺结核、肺炎、肺部肿瘤这三类疾病是最常见的，在我们日常接触的病人里，这三种疾病的名字经常听见。可是在肺部的数百种疾病中，如何来分辨肺结核、肺炎和肺肿瘤，严格地说是很困难的，最后确定是那种疾病，还必须通过有关的检查才能最后肯定。比如：肺结核与肺炎的分辨到最后还得通过病原体即细菌学的检查，肺肿瘤，还有良性与恶性之分，恶性的要找到癌细胞，有时还要与良性肿瘤通过活组织或手术以后病理检查来鉴别，再说每一类疾病都有它们的特殊性。肺结核，有的病人在痰中找结核杆菌，查找了数十次始终未能找到；肺炎因细菌的型类不同，而可以有不同的肺炎，如葡萄球菌性肺炎、大肠杆菌性肺炎、绿脓杆菌性肺炎、链球菌性肺炎等等；肺癌又可因癌细胞的种类不同组织细胞不同而有不同的肺部良性肿瘤，如：肺错构瘤、炎性假瘤、肺脂肪瘤、肺畸胎瘤等等。再又如在同一个人肺部可以既有肺结核，又有肺炎，还有肿瘤，甚至同

一病人肺部可以存在两种癌症。这些都说明，对肺部疾病的诊断是有其复杂性的一面，有时显得非常困难。

某种疾病有什么样的症状，检查时有什么样的体征，但是到了具体的某个病人身上，就不一定有那么具体的体现和给你一定的阳性体征。我们大家知道呼吸系统疾病在最初所表现的症状可以大同小异，有发热(有的低热)、咳嗽、咳痰、胸痛、盗汗，有的甚至咳血，这时很难确定是哪一种肺病，尤其在疾病的早期诊断是比较困难的，如肺结核病人在有其他细菌感染时，也可以同时有肺炎的存在，这时病人不是低热了，而可以有高热、咳痰不会是白色泡沫痰，而可以有脓痰了。又如肺结核病人如果有肺癌的存在，那么，病人会日趋消瘦，肺结核的治疗会无济于事，因为这时候病人的主要矛盾是肺癌了，再如：结核性胸膜炎的病人如果有肺癌的存在，那么，我们胸腔穿刺抽胸水，不是象单纯渗出性胸膜炎的胸水长比较得慢，而且经抗痨治疗及胸腔穿刺抽液以后即慢慢会消失。而癌细胞侵犯胸膜以后发生的癌性胸水，大部分病人是血性胸水，而且生长非常快，今天穿刺抽水以后，二、三天后又会长出来。

痰中的结核菌检查、普通致病菌培养，以及痰中

脱落细胞的检查(即痰中癌细胞的检查)可帮助我们直接找到病原体。

胸部X光片:在胸片上我们可以发现病灶的形态、大小、范围、密度高低以及病变的部位与胸膜和纵隔、心脏的关系、病灶的内部结构等等。从而根据各种肺部疾病在胸片上表现的特征来判断它的性质,胸部的X线片可以有正位胸片、侧位胸片、斜位胸片、凸位胸片、断层胸片(现已很少拍摄大部分以CT代替了,但此检查比较经济,有时可以达到同样的检查目的),还可以根据医生设计的体位进行拍摄胸片。

胸腔穿刺检查:胸腔穿刺分肺穿刺和胸膜腔穿刺。可以帮助我们进行活组织检查,胸腔穿刺和肺穿刺还可以达到治疗目的,如肺脓样的穿刺抽脓并注入药物,渗出性胸膜炎的胸水抽吸,还可以注入药物等等。

纤维支气管镜检查,该项检查是纤维支气管镜直接由鼻腔插入深入气管支气管至肺段支气管进行直接观察发现病灶,也可以通过组织检查钳、夹取病灶部位的组织进行病理检查,也可以通过专用的刷子洗刷病灶部位,再将洗刷液进行检查,发现病原体或癌细胞,还能对某些肺病进行灌洗治疗,疏通小支气管和细支气管,通过支气管镜注入治疗药物,如有异物

进入气管支气管，还可以通过支气管镜用钳子夹出。

电子计算机体层扫描检查(即 CT):作用与胸部 X 线检查同,但它更精细、层次更多、分辨率更高,病灶位置更精确,如果检查时使用造影剂,那么图象就更清晰,便于我们对病变部位的立体观察和动态变化观察。开胸探查:这是需要胸外科医生密切配合,这项检查,不是任何肺病的病人都可以做的,否则病人不容易接受,医生也不会贸然动刀。

谈了上面这些,不为别的,而且当您的亲属、朋友、同事有时如果肺部的疾患不能最后确诊之时最好选择上述一种或几种检查方法进行检查,以期早日作出诊断,采取有效的措施进行治疗决不能任意拖延,坐失治疗的良机。

肺结核活动期能否结婚

肺结核是呼吸道传染病。肺结核活动期,病人有低烧、消瘦、乏力、食欲差、咳嗽等症状:以及血沉快,肺部检查有浸润或血性播散病灶,痰检查结核菌阳性。

在此期间病人需充分休息、及时治疗和增加营养,才能使病灶逐渐吸收好转。如果活动期结婚,会带来下面五方面的危害:

1. 此时结婚,会将病传染给对方。

2. 新婚时，情绪兴奋，过度疲劳，会使病情加重，尤其是女性病人。

3. 妊娠对肺结核不利，婚后怀孕，妊娠可使身体各脏器负担加重，早期妊娠反应可影响营养供应，随着胎儿长大母体营养需要量增多，更会降低抵抗力。

4. 分娩时肺结核也有影响，如产后腹压突然下降，肺部扩张，均可成为原来静止或愈合病灶复发的诱因。

5. 对优生有害，如抗痨药物链霉素等可通过胎盘引起胎儿中毒，以致新生儿耳聋或平衡失调。

基于以上的原因，处在肺结核活动期的男女青年不宜结婚。

目前有大量的抗痨特效药如链霉素、异烟肼、对氨柳酸钠、利福平等，可使大部分新发病患者经过一年到一年半治疗而痊愈，其复发率也很低。因此，患有肺结核的青年，应该早期治疗。一般在结核治愈后可以结婚。

小儿结核病一定都有低热吗？

小儿结核病是一种由结核杆菌引起的慢性传染病，一般初起多以发热为主要表现。发热为结核中毒的早期症状。

在小儿出现低热时，人们便首先想到的是结核

病。那么，小儿结核病的发热一概都是低热吗？其实并不尽然。

小儿结核病中最常见的是原发性肺结核。原发性肺结核起病多缓慢，初起一般仅有低热、轻咳、食欲不振等轻度结核中毒症状。但也有急性起病者，表现为突然高热，体温达 39 ~ 40 ，大约 2~3 周后转为低热，并有明显的结核中毒症状。

急性血行播散型肺结核多见于 3 岁以下的婴幼儿。多数起病较急，一般以突发高热为首先症状，伴有盗汗、食欲不振、咳嗽等。有的患儿持续高热不退或体温起伏不定，伴有明显的中毒症状，肝脾肿大。

结核性胸膜炎多表现为高热，约 1~3 周后转为低热，并伴有咳嗽、胸痛等症状。结核性脑膜炎起病多数较缓慢，表现为午后低热，伴有头痛、呕吐及脑膜刺激征。

总之，小儿各种结核病一般都有发热症状，但发热类型不同。应根据伴随症状和相应的理化检查结果做出诊断。

结核病与儿童

结核病是由结核菌引起，结核菌一旦被儿童吸入即可造成感染，首先在肺内形成炎症性原发病灶，继而胸内淋巴结肿大，进一步结核菌通过淋巴、血液循

环系统产生血行播散，与此同时人体可逐渐产生对结核菌的特异性抵抗力，多数儿童体内的大部分结核菌被抵抗力消灭，原发病灶逐渐痊愈，血行播散也被控制，仅留下少数潜伏病灶，受感染后体内潜伏病灶的少量结核菌可长期存在，在一生中任何时期抵抗力低下时，潜伏的结核菌可生长繁殖而进展为成人的续发性结核病，成为结核病新的传染源，引起新的传播。在原发感染过程中少数抵抗力差、感染严重的儿童可发生临床原发结核病，急性血行播散型结核病和结核性脑膜炎等严重疾病危及儿童健康和生命，因此保护儿童不受结核菌感染，其重要意义除防止儿童结核病，保护儿童健康外，同时也是从根本上控制结核病流行的重要关键。

儿童结核感染的传染源往往来自痰涂片阳性的成年肺结核病人，多数为家庭成员，如果儿童的母亲患有痰涂片阳性肺结核病，该儿童就有受感染的高度危险性，因为母婴间的接触非常密切，而儿童的防御机能和抵抗力又较差，如一位排菌肺结核母亲抱着正在哭闹(反复深呼吸动作)的婴幼儿，母亲剧烈咳嗽喷出大量带结核菌的飞沫核，很容易被婴幼儿吸入，感染危险性更大。

绝大多数受结核菌感染的儿童并不发展为结核

病，对这些健康、无症状的儿童，确定已受结核菌感染的唯一证据是结核菌试验呈阳性反应，感染结核菌儿童对结核菌素产生高度敏感性，经皮内注入结核菌素 72 小时测量注射部位皮肤硬结直径来判定反应的强弱，根据该儿童是否接种过卡介苗的不同的情况决定是否已受自然结核菌感染。结核菌素试验阳性并不能用来衡量身体的抵抗力，也不能提示是否存在结核病或结核病的范围和程度，只是表明身体感染了结核菌。

由于人类对结核菌存在天然的先天性抵抗力，因此多数儿童虽受结核菌感染，但未发展成临床结核病，然而也存在少数抵抗力差，感染严重的儿童发展成结核病。儿童结核病通常占有结合病的 5%~15%，5 岁以下儿童，更多的是 2 岁以下的婴儿，由于防御系统发育不成熟，产生的抵抗力不强，可发生全身播散性结核病、结核性脑膜炎，如不能及时诊断、治疗，可危及生命。由于患结核病儿童咳嗽、咳痰症状较少，难以获得细菌学的诊断依据，加之对结核菌的敏感性和反应性高，病变表现不典型，常有多发性浆膜炎、关节炎、泡疹性结膜炎、结节性红斑等过敏性表现和结核菌素试验强阳性反应，同时应特别重视传染源的接触史和发育不良、体重减轻等症状，儿童结核病如

能早期发现，及时合理正规治疗，效果是很好的。

结核病控制对儿童来说重在预防，关键是保护儿童免受结核菌的感染，既及时发现和彻底治愈传染源，痰涂片阳性肺结核病人绝大多数具有不同程度的症状，如咳嗽、咳痰、咯血、低热、乏力、盗汗等，应及时就诊，医生对结核病需有高度的警惕性进行及时检查，一旦确诊为肺结核病或怀疑肺结核要转至结核病防治机构进行治疗管理直至痊愈。对传染源家庭中的儿童接触者要进行结核菌素试验检查，如强阳性反应要进一步做胸部X线等检查，了解有无临床结核病灶，如未发现临床结核病应给予预防性治疗，以减少以后发生结核病的机会，家庭内应该经常通风，病人要养成良好的卫生习惯，如咳嗽时要用手帕捂嘴，不随地吐痰等。

如发现儿童结核病人，则其家庭成员应做预防性体检，及时发现家庭内结核病传染源，防止继续传染给其他儿童。

新生儿接种卡介苗，可以提高儿童对结核病的抵抗力，减少全身血行播散性结核和结核性脑膜炎的发生，但由于卡介苗保护力不够强，还不能完全防止结核病的发生。卡介苗初种成功后一般不必进行复种。

儿童生活规律，平衡合理的膳食，适当的户外活

动，有利于增强对结核病的抵抗力。

结核病的传染性

不是所有类型的结核病都具有传染性。也不是任何一个结核病人在其患病期间的住任何时候都具有传染性。

相对来看，肺结核病中的一些类型常常具有传染性，而肺外结核病(如骨结核病、脑膜结核等)则不具有传染性。由于肺脏与外界相通，在肺结核病发展、恶化或形成空洞时，病变中的结核菌大量繁殖，通过支气管排出体外，造成结核菌传播。这样的肺结核病人才具有传染性。但当病人治愈了，就不再成为传染源。衡量和判断病人是否具有传染性最简便和可靠的方法就是对病人的痰液作涂片染色，进行显微镜检查。如涂片检查发现抗酸杆菌阳性，则认为具有传染性，或称为“传染源”。传染性肺结核传染性最强的时间是在发现及治疗之前。所以应当重视早期发现和正确、及时治疗传染源。

结核菌是如何传播的

只有痰涂片抗酸杆菌阳性的肺结核病人才具有传染性，才是结核病的传染源。

在肺结核病变中或空洞中，存在大量繁殖的结核

菌。这些结核菌随着被破坏的肺组织和痰液，通过细支气管、支气管、大气管排出体外。含有大量结核菌的痰液，通过咳嗽、打喷嚏、大声说话等方式经鼻腔和口腔喷出体外，在空气中形成气雾(或称为飞沫)，较大的飞沫很快落在地面，而较小的飞沫很快蒸发成为含有结核菌的“微滴核”，并长时间悬浮在空气中。如果空气不流通，含菌的微滴核被健康人吸入肺泡，就可能引起感染。

由此看来，传染性的大小和传染源病人的病情严重性、排菌量的多少、咳嗽的频度、病人居住房子的通风情况及接触者的密切程度及抵抗力有关。以上称为“咳嗽传染”，是经科学试验验证的，是最主要的传播方式。也有可能通过随地吐痰形成的“尘埃传染”，但这是次要的传播方式。

结核病早防是关键

3月24日是“世界防治结核病日”，今年的主题是“控制结核病，让每一次呼吸更健康”。我国是世界卫生组织列出的全球22个结核病高负担国家之一，目前，我国的结核病形势依然不容乐观~

早发现、早治疗，对于结核病而言至关重要。与结核病患者密切接触者，长期应用皮质激素、免疫抑制剂等药物治疗者，过度劳累、营养不良者，糖尿病

患者等，均应定期体检，尤其当出现低热、乏力、盗汗等结核中毒症状时，更应及时到专科医院就诊。早期活动性病变中的结核菌，如能及时用药，则易被药物杀灭而达到彻底治愈。

联合用药可发挥药物的协同作用，增强疗效，减少耐药性产生。目前初治病例常用化疗方案为强化期4药联合(异烟肼、利福平、吡嗪酰胺加链霉素或乙胺丁醇)，巩固期2~3药联合(雷米封、利福平或加乙胺丁醇)。复治病例的联合方案中应选用至少两种或两种以上敏感药物，不可在原来的基础上只加用1种新药，否则可造成对多种药物产生耐药性。在整个疗程中，患者应定期复查，不漏用一次药物，更不可因临床症状好转而自行停药，严格遵医嘱完成规定疗程。

患了肺结核除了坚持用药、注意休息和体育锻炼外，还需要合理饮食与营养。肺结核病人一般不需要忌口，任何营养丰富的食物都可以吃，但吸烟对于气管、支气管及肺组织有不良刺激作用，而且还会影响药物的疗效。饮酒可使血管扩张，大量饮酒可导致咯血，因此，烟、酒对肺结核病人都是有害的，应绝对禁止。

结核病的发生和发展

结核菌首次侵入人体主要是通过呼吸道进入肺部并在此繁殖，称为“原发感染”。原发感染处形成原发病灶，结核菌从原发病灶中沿淋巴管进入到血流中，叫做“血行播散”。结核菌通过血行播散进入各脏器中，有的立即发病，发生严重的粟粒型结核病和结核性脑膜炎。有的结核菌潜伏在各种器官内，待机体免疫力下降时发病，称为“继发结核病”，也叫“内源性发病”。

但是，近年来证实，如果多次、大量感染结核菌，也能形成“外源性发病”。所以，积极发现并治愈传染源，减少结核菌传播的机会；经常保持室内通风换气；保持健康的身体、增强免疫力、新生儿要接种卡介苗。就可以减少感染和发病的机会。

肺结核的常见症状

与其它疾病一样，肺结核病的早期，由于病变小而没有明显症状。此外，即使有了症状，由于肺结核病的症状没有很明显的特点，病人和医生容易误认为得了别的病而忽略了肺结核病。

通过很多调查分析看，肺结核病的主要症状有：

咳嗽咳痰超过 3 周

咯血

发热或胸痛超过 3 周

有了上述症状后，就是一位“肺结核可疑症状者”，就应当想到自己是否患了肺结核病。最好先到结核病防治所或结核病专科医院检查。除了做胸部 X 线检查外，一定要作痰结核菌检查。因为检出结核菌就说明找到了病原体，就可以确诊。早期、正确的诊断是治愈肺结核病的首要条件。

肺结核的诊断方法

肺结核的诊断方法主要有：

一、痰结核菌检查：

(1)痰涂片检查。痰结核菌检查简便易行，准确性较高，痰中查出结核菌，就能确诊患了结核病。一般初次就诊要查三个痰标本，即夜间痰、清晨痰和即时痰。它虽然是诊断肺结核的“金指标”，但阳性率低是美中不足之处。

(2)痰结核菌培养，结果可信度高，并能做结核菌药敏试验，但需时 6-8 周，应用受到限制。

二、线检查

胸部 X 线检查不但可以早期发现结核病，而且可以确定病灶的部位、性质、范围，了解发病情况及用于治疗效果的判断，并且开展方便，病人乐于接受。胸部 CT 可以发现较小的或隐蔽部位的病变，可以弥

补一般 线检查的不足。

三、肺结核病免疫学诊断：

1、常用的有结核菌素纯蛋白衍化物(PPD)试验，该试验阳性是感染过结核菌的证据之一。

2、血中、痰中结核抗体检测阳性也有助于诊断。

3、严重肺结核患者可出现内分泌检查异常

4、BACTEC 法测结核分枝杆菌的代谢物，一般两周可分离出分枝杆菌，但菌量多少能影响阳性结果出现的天数。

5、聚合酶链反应(PCR)，特异性较差，优点是敏感性可达 98% ~ 100%。

四、其他检查

1、纤维支气管镜检查：可以直接观察或间接判断支气管、肺内病变，并且有活组织检查、灌洗、录像、拍摄气管内照片等功能，对于诊断和鉴别诊断特别有用。

2、胸腔镜和纵隔镜检查：均可用于观察胸腔、纵隔内肿大淋巴结，并可取出活组织检查以利诊断和鉴别诊断。

3、超声波检查：主要用于胸腔积液的诊断和鉴别诊断。

为何肺结核病人必须结核病防治机构就诊

为加强全国结核病疫情的管理，卫生部决定将肺结核病列为《中华人民共和国传染病防治法》乙类传染病管理。并要求，各级医疗卫生单位要将肺结核病可疑者和肺结核病人转至结核病防治机构进行统一的检查、督导化疗与管理。许多医院的医生和病人对此规定不理解，难道医院不能治疗结核病吗？

回答是肯定的。因为结核病的正规彻底治疗必须有 6 - 8 个月的疗程，且需要多种药物联合使用，才能彻底治愈。因此，世界卫生组织提出的现代结核病控制策略要求病人每次服药均要在医务人员的面视下服用(DOTS)，以保证尽可能地治愈所有的结核病人，减少结核病的传播。

而绝大多数结核病人首诊于综合医疗机构，综合医院因其本身的工作特点，很难形成医生与病人间的固定联系，难以实现对结核病人治疗全过程的督导管理，很多病人由于病情好转或药物副反应而私自停药，或由于经济原因等私自购买便宜的劣质药品，难以得到科学规范的治疗，滥用抗结核药品的结果是产生了大量耐药结核病人，增加了结核病的治疗难度。

另一方面，我国的大部分地市县都有健全的结核病防治专业机构，能够落实病人的全程督导化疗，因此我国提出了充分利用现有的基层结核病防治网络，

将结核病人归口到结核病防治机构统一治疗管理，以利于“DOTS策略”的实施。

因此，医院发现的肺结核病人和疑似结核病人应及时转至结防机构进行正规的治疗管理，各综合医院的领导和医务人员要从公共卫生的高度认识转诊的重要性，认真做好结核病转诊工作。同时病人要从自己和亲人的健康出发，及时到结核病防治专业机构进行正规的治疗和管理。

卡介苗接种的目的和对象

卡介苗是一种减毒、弱毒的活菌疫苗。通过人工的方法，使未受感染的人产生一次轻微感染，没有发病的危险，从而产生抵抗结核病的能力，减少结核病的发生。在结核病发病较高的地区，接种卡介苗在预防结核病，特别是可能危及儿童生命的严重类型结核病，如结核性脑膜炎、粟粒性结核病等方面具有相当明显的作用。

卡介苗接种的主要对象是新生婴幼儿。卡介苗接种被称为“出生第一针”，所以在产院、产科出生的新生儿一出生就应接种。如果出生时没有及时接种，在1岁以内一定要到当地结核病防治机构或其他卡介苗接种站去补种。

哪些人可以进行药物预防

对已经感染结核菌的人，给与抗结核药物来预防结核病的发生称为“药物预防”。在我国已经感染结核菌的人数已经达到 45%，因此广泛采用药物预防是不适宜的，但是对特殊人群或重点对象进行药物预防是非常必要的，这样可以减少结核病的发生。

药物预防的对象如下：

- 1) 人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者。
- 2) 与新诊断传染性肺结核病人有密切接触的结核菌素阳性幼儿和青少年。
- 3) 未接种卡介苗 5 岁以下儿童结核菌素试验阳性。
- 4) 结核菌素试验阳性的下述人员：糖尿病病人、矽肺病人、长期使用肾上腺皮质类固醇激素治疗者，接受免疫抑制疗法者。
- 5) X 线胸片有非活动性结核病变，而又没有接受过抗结核治疗的人。
- 6) 结素试验强阳性者。

艾滋病和结核病的关系

结核病是艾滋病患者的最常见的机会性感染病原和杀手，结核菌与艾滋病病毒(HIV)双重感染的致

死性极高，蔓延速度极快。HIV 病毒感染者，一旦与排菌的空洞性肺结核病人接触，就很容易感染结核，并迅速恶化、扩散。另外，因艾滋病人的免疫功能严重受损，也可使体内潜伏的结核杆菌重新活跃，大量繁殖，致使病灶恶化进而发病。

如果是结核病患者，感染 HIV 病毒后，也容易激发病毒大量增殖而发病。这是因为结核杆菌与 HIV 病毒都能破坏宿主淋巴细胞及巨噬细胞的免疫功能，造成人体细胞免疫功能降低。因此，HIV 感染者再感染结核杆菌后，结核病发病率较没有感染 HIV 毒者高 30 倍。

一般认为，一个 HIV 阴性者感染结核菌后，在他一生中有 10% 的机会发生结核病；而 HIV 阳性者，在一年中就有 10% 发病。

肺结核外科治疗

肺结核的外科治疗开始于 19 世纪晚期。20 世纪 40 年代出现有效抗结核药物(如链霉素、异菸肼等)，对手术指征和手术方法的选择，起了决定性作用。采用外科治疗的首要条件是病变通过内科治疗病情已经稳定，不再处于活动进展播散期，但是其中有些病变不可逆转恢复，需要采用外科手术切除病灶或用萎陷疗法促进愈合。必须明确，外科治疗是肺结核综合

疗法的一个组成部分，术前术后必须应用的有效抗结核药物配合治疗，同时增强病人的抵抗力，防止和减少手术并发症的发生。

一、肺切除术

(一)适应证

1. 肺结核空洞

厚壁空洞，内层有较厚的结核肉芽组织，外层有坚韧的纤维组织，不易闭合；

张力空洞，支气管内有肉芽组织阻塞，引流不畅；

巨大空洞，病变广泛，肺组织破坏较多，空洞周围纤维化并与胸膜粘连固定，不易闭合；

下叶空洞，萎陷疗法不能使其闭合。

2. 结核性球形病灶(结核球)大于2cm时干酪样病灶不易愈合，有时溶解液化成为空洞，故应切除。有时结核球难以与肺癌鉴别，或并发肺泡癌或瘢痕组织发生癌变，故应警惕及早作手术切除。

3. 毁损肺肺叶或一侧全肺毁损，有广泛的干酪病变、空洞、纤维化和支气管狭窄或扩张。肺功能已基本丧失，药物治疗难以奏效。且成为感染源，反复发生化脓菌或霉菌感染。

4. 结核性支气管狭窄或支气管扩张瘢痕狭窄可

造成肺段或肺叶不张。结核病灶及肺组织纤维化又可造成支气管扩张，继发感染，引起反复咳痰、咯血。

5. 反复或持续咯血经药物治疗无效，病情危急，经纤维支气管镜检查确定出血部位，可将出血病肺切除以挽救生命。

6. 其他适应证

久治不愈的慢性纤维干酪型肺结核，反复发作，病灶比较集中在某一肺叶内；

胸廓成形术后仍有排菌，如有条件可考虑切除治疗；

诊断不确定的肺部可疑块状阴影或原因不明的肺不张。

(二) 禁忌证

1. 肺结核正在扩展或处于活动期，全身症状重，血沉等基本指标不正常，或肺内其他部位出现新的浸润性病灶。

2. 一般情况和心肺代偿能力差。

3. 临床检查及肺功能测定提示病肺切除后将严重影响病人呼吸功能者。年龄大不是禁忌证，应根据生命重要脏器的功能决定手术。

4. 合并肺外其他脏器结核病，经过系统的抗结核治疗，病情仍在进展或恶化者。

(三)术前准备及术后处理

1. 由于多数病人已经长期应用多种、量大的抗结核药物治疗，因而需要详细询问、统计、分析后，定出初步手术时机和方案。有耐药性的病人，应采用新的抗结核药物作术前准备，必要时静脉滴注。

2. 痰菌阳性者应作支气管镜检，观察有无支气管内膜结核。有内膜结核者应继续抗结核治疗，直到控制稳定。

3. 术后继续抗结核治疗至少 6 ~ 12 个月。若肺切除后有胸内残腔，而余肺内尚有残留病灶，宜考虑同期或分期加作胸廓成形术。

(四)并发症

1. 支气管胸膜瘘结核病病人的发生率显然比非结核病患者为高。原因有：

支气管残端有内膜结核，致愈合不良；

残端有感染或胸膜腔感染浸蚀支气管残端，引起炎性水肿或缝线脱落致残端裂开；

支气管残端处理不当，如残端周围组织剥离过多致供血受损；或残端缝合后未妥善覆盖有活力的带蒂软组织促进愈合；或残端过长，致分泌物潴留感染；或术后残腔未妥善处理；或支气管残端闭合不良，致发生残端瘘。

若胸膜腔内有空气液平，经排液 10~14 天后仍持续存在，加上病人有发热、刺激性咳嗽，术侧在上卧位时加剧，咳出血性痰液，应疑及并发支气管胸膜瘘。向胸膜腔内注入美蓝液 1~2ml 后，如病人咳出蓝色痰液即可确诊。

瘘的处理取决于术后发生瘘的时间。早期可重新手术修补瘘口，先将残端解剖游离，将支气管口上的上皮去除干净，缝合新鲜的残端，再妥善包埋在附近的组织下。较晚者宜安置闭式引流，排空感染的胸膜腔内液体。若引流 4~6 周瘘口仍不闭合，需按慢性脓胸处理。

2. 顽固性含气残腔大都并不产生症状，此腔可保持无菌，可严密观察和采用药物治疗，经几个月逐渐消失。少数有呼吸困难、发热、咯血或持续肺泡漏气等征象，则需按支气管瘘处理。

3. 脓胸结核病肺切除后遗留的残腔易并发感染引起脓胸，其发病率远较非结核病者为高。诊治原则可参见脓胸章。

4. 结核播散若在术前能采用有效的抗结核药物作术前准备，严格掌握手术适应证和手术时机，特别是痰菌阴性者，本并发症并不多见。相反，痰菌阳性痰量多，活动性结核未能有效控制，加上麻醉技术、

术后排痰不佳以及并发支气管痿等因素，均可导致结核播散。

上述各并发症常互相影响，较少单独发生。故应注意结核病治疗的整体性，方能获得较好疗效。

二、胸廓成形术

胸廓成形术是将不同数目的肋骨节段行骨膜下切除，使该部分胸壁下陷后靠近纵隔，并使其下面的肺得到萎陷，因而是一种萎陷疗法。它的主要作用：

使病肺松弛和压缩，减小该部呼吸运动幅度，从而使病肺得到休息；

萎陷使空洞壁靠拢，消灭空腔，促进愈合；

压缩减缓该部分的血液和淋巴回流，减少毒素吸收，同时使局部缺氧，不利于结核菌繁殖。手术可一期或分期完成，根据病人一般情况以及所需切除肋骨的数目和范围而定。以避免一期手术创伤范围过大以及术后发生胸壁反常呼吸运动造成有害的生理变化。近 30 年来这种手术由于其治疗肺结核的局限性和术后并发脊柱畸形等缺点，同时肺切除术的普及且具有更满意的疗效，因而已很少采用。但对于一些不宜作肺切除术的病人，以及在无条件作开胸手术的基层单位，胸廓成形术仍不失为一种可供选择的外科疗法。此外，它还可为某些病人创造接受肺切除术的条

件。

(一)适应证

1. 上叶空洞，病人一般情况差不能耐受肺切除术者。

2. 上叶空洞，但中下叶亦有结核病灶。若作全肺切除术，则创伤太大，肺功能丧失过多；若仅作上叶切除术，术后中下肺叶可能代偿性膨胀，致残留病灶恶化。可同期或分期加作胸廓成形术。

3. 一侧广泛肺结核灶，痰菌阳性，药物治疗无效，一般情况差不能耐受全肺切除术，但支气管变化不严重者。

(二)禁忌证

1. 张力空洞、厚壁空洞以及位于中下叶或近纵隔处的空洞。

2. 结核性球形病灶或结核性支气管扩张。

3. 青少年病人，因本术术后可引起胸廓或脊柱明显畸形，应尽量避免施行。

胸廓成形术应自上而下分期切除肋骨，每次切除肋骨不超过 3~4 根，以减少反常呼吸运动。每期间隔约 3 周左右。每根肋骨切除的长度应后端包括胸椎横突，前端在第 1~3 肋应包括肋软骨，以下逐渐依次缩短，保留靠前面部分肋骨。切除肋骨的总数应超

过空洞以下二肋。每次手术后应加压包扎胸部，避免胸廓反常呼吸运动。

术前准备及术后处理基本上与肺切除术相同。一般可获得良好疗效。