

心脏“阀门”失灵？久拖不治或成大隐患

定期进行超声检查，是心脏瓣膜病早诊早治“金标准”

记者 秦聪聪
实习生 李晨阳 济南报道

轻度病变多无症状 别忽视气喘、憋气等信号

“在心脏外科领域的各种心脏病中，心脏瓣膜病的发生率和手术量在2023年已跃居首位。”李红昕介绍，心脏有四个核心“阀门”：二尖瓣、主动脉瓣（左心系统，负责全身供血）和三尖瓣、肺动脉瓣（右心系统），它们的正常启闭，保证血流朝着正确的方向流动，对于心脏的正常运转起着核心作用。

然而，这些瓣膜的病变往往“悄无声息”，轻度狭窄或反流时几乎无症状，多在体检超声中偶然发现。但中度以上病变会逐渐显露踪迹，需格外警惕。

据介绍，左心瓣膜（二尖瓣、主动脉瓣）出问题时，典型的是与呼吸相关的症状——活动后气短、憋气、心慌，比如爬楼时比以前容易累、平地快走时需频繁停下喘气。部分患者会出现夜间阵发性呼吸困难，即睡着后突然因憋气惊醒、坐起后才能缓解。这些症状源于瓣膜故障导致的全身供血、供氧不足，容易被误认为“老慢支”或“体力下降”。

右心瓣膜（三尖瓣、肺动脉瓣）病变的症状出现较晚，主要表现为下肢水肿（按压脚踝会凹陷）、腹胀（肝淤血所致），严重时出现腹水。值得注意的是，单纯右心瓣膜病较少见，多是左心瓣膜病变的“后遗症”，因此发现下肢肿胀时，别只查肾，更要排查心脏。

李红昕强调，定期心脏超声检查，是早期发现的“金标准”，尤其是60岁以上人群、高血压患者、有风湿病史者。

需要注意的是，出现诸如体力降低、活动力下降、气喘、憋气、下肢肿胀等症状时，不要总认为是肺出现了问题，要去做一下心脏检查。

临床中，经胸超声心动图（TTE）检查可确诊心脏瓣膜病，除此以外，经食管超声心动图（TEE）检查和血管内超声，能更



准确、清晰发现，还可以作为介入治疗的引导工具。其他诊断工具还有心脏强化CT（CTA）检查和心脏磁共振（MRI）检查，为特殊的诊疗提供依据，如TAVR手术、TPVR手术等。

后天性瓣膜病 久拖不治或成大隐患

李红昕介绍，心脏瓣膜病的病因可分为先天性与后天性，其中，后天性心脏瓣膜病与人们的生活习惯和健康状况密切相关。

退行性心脏瓣膜病是由瓣膜退化引起的，多见于老年人。随着年龄增长，瓣膜如同老化的橡胶圈，逐渐变脆、脱垂，甚至腱索断裂，导致关闭不全。高血压是重要诱因——长期高压会让瓣膜“关门”时受力过大，加速磨损。

退行性瓣膜病是最常见的“老年病”，风湿性瓣膜病则是由链球菌感染引发的“自身攻击”，多见于寒冷潮湿地区。患感冒、扁桃体炎后，免疫系统误将心脏瓣膜当成“外敌”，反复攻击导致瓣叶增厚、粘连，最终导致狭窄或关闭不全。

感染性心内膜炎是细菌“侵

蚀”瓣膜的结果，口腔炎症（如蛀牙、牙龈炎）、皮肤感染等都是“源头”。细菌随血液到达心脏，在瓣膜上繁殖形成赘生物，破坏瓣膜结构，严重时可致瓣膜穿孔。

缺血性瓣膜病属于冠心病的并发症，冠状动脉狭窄导致心肌缺血，进而损伤瓣膜附着的乳头肌，引发二尖瓣关闭不全。

功能性瓣膜病并非瓣膜本身病变，而是“门框变大”——房颤或扩张性心肌病导致心房、心室扩大，瓣环随之扩张，瓣膜无法完全闭合，出现“漏风”现象。

总体来说，针对性预防可降低心脏瓣膜病的发生风险，包括控制血压、防治呼吸道感染、重视口腔健康、管理房颤和冠心病。此外，戒烟限酒、规律运动能增强免疫力，减少瓣膜受损概率。

李红昕提醒，心脏瓣膜病若不及时治疗，最严重的并发症就是心功能不全，甚至心衰，继而引发肝、肾功能不全；还可以引发心脏房室扩大、肺动脉高压、感染性心内膜炎、心房颤动等并发症。

有数据显示，未经治疗的重度瓣膜病，5年的生存率可低于50%（如症状性主动脉瓣狭窄）。

治疗手段个体化 修复与置换各有讲究

李红昕说，心脏瓣膜病的治疗并非“一刀切”，需根据病变类型、严重程度及患者体质综合选择，核心目标是恢复瓣膜功能，阻止心衰进展。

“无论狭窄还是反流，轻症都不需要治疗。对于中、重度病变患者，有三种治疗方式：药物、手术和介入治疗。”李红昕坦言，心脏瓣膜病属于心脏的“机械故障”，药物主要用于一些不能耐受心脏手术或手术后患者的维持治疗，通过手术或微创介入的方式，可以修复瓣膜或置换瓣膜。

据介绍，心脏瓣膜病的手术治疗分“修复”与“置换”两类。修复术如同“补门”，保留自身瓣膜，通过整形、加固瓣环等方式恢复功能，适合瓣膜质地较好的年轻患者、退行性病变者。术后只需短期抗凝，患者生活质量高。置换术则是“换门”，用人工瓣膜替代受损瓣膜。

至于瓣膜材料的选择，李红昕介绍，机械瓣耐用，可终身使用，但需终生服用华法林，需定期监测凝血指标，避免出血或血栓；生物瓣无需终生抗凝，但寿命为10-15年，更适合60岁以上、出血风险高者。

除了年龄外，医生还要综合考虑一些其他因素，比如年轻患者有生育要求的，可选择生物瓣；有出血疾病或验血条件差、自律性不强的人，宜选择生物瓣。

微创介入治疗是近年备受关注的新技术，如经导管主动脉瓣置换术（TAVR），通过导管将新瓣膜“送”到病变位置，无需开胸，创伤小、恢复快，适合70岁以上高龄、基础病多（如糖尿病、慢阻肺）无法耐受开胸手术者。因此，年轻患者、多个瓣膜病变、有合并畸形者，选择开胸手术更合理。

“选择什么样的手术方式，还是要根据患者的病情、年龄、风险程度和手术的复杂程度综合决定。”李红昕说。

最近，高温天气频现，一些防暑中成药成了很多人的家中必备药品。藿香正气水、十滴水……市面上的防暑中成药种类繁多，各有适用范围，用错了反而可能加重中暑症状。

藿香正气水： 最适合“空调感冒”

藿香正气水的主要成分有苍术、陈皮、厚朴、白芷、茯苓、大腹皮、生半夏、甘草浸膏、广藿香油、紫苏叶油等，解表化湿、理气和中。首先强调的是，藿香正气水并不用于预防中暑，中暑后，藿香正气水也要慎重服用，否则可能会加重病情。

它适用于外感风寒、内伤湿滞或夏伤暑湿所致的感冒，表现为头痛昏重、无汗恶寒、脘腹胀痛、呕吐泄泻等。比如在炎热天气里，因贪凉吹空调、吃冷饮导致受凉，出现头昏像裹了湿毛巾、胸口闷得慌，胃里翻江倒海般胀痛时，可选用藿香正气水。

藿香正气水中含有乙醇（酒精），服用后不得驾驶机、车、船，从事高空作业、机械作业及操作精密仪器；对乙醇过敏者禁用，儿童、孕妇、哺乳期妇女及年老体弱者应在医师指导下服用。

保济丸： 专门应对“桑拿天”

保济丸由钩藤、菊花、蒺藜、厚朴、木香、苍术、天花粉、广藿香、葛根、化橘红、白芷、薏苡仁、稻芽、神曲、薄荷、茯苓等组成。具有解表、祛湿、和中的作用，尤其适合平时怕热、动不动就上火、喝水不解渴的“夏季体质”。

它更侧重于治疗暑湿引起的恶心呕吐、腹痛腹泻、肠胃不适等，适合外出旅行时携带，可应对因水土不服、暑湿侵袭导致的肠胃问题。保济丸性偏寒凉，脾胃虚寒者不宜长期服用；孕妇忌服，哺乳期妇女、儿童及年老体弱者需在指导下使用。

十滴水： 适用中暑引起的胃肠不适

十滴水的主要成分有樟脑、干姜、大黄、小茴香、肉桂、辣椒、桉油等，具有健胃、祛暑的功效。适用于因中暑而引起的头晕、恶心、腹痛、胃肠不适等，多为短期急性中暑症状，如在高温环境下长时间劳作后出现不适。孕妇忌服，驾驶员、高空作业者慎用。

对于严重中暑患者，特别是出现高热、意识模糊等症状时，必须尽快给患者降温，并立即送医，上述药物替代不了专业救治。

这些常用防暑药，你用对了吗

冬病夏治，“三伏贴”养生攻略来了

记者 焦守广 济南报道

现代人普遍喜食生冷水果、喜爱空调房。尤其是今年夏天酷热难耐，因此，虚寒性疾病越来越多，比如过敏性鼻炎、过敏性咳嗽、虚寒性腹泻等等。山东省中医院儿科主治医师焦阳介绍，三伏是一年中最热的时节，也是一年之中补充阳气最佳的时节，正是“驱寒固本，冬病夏治”时。

《黄帝内经》曰：“夫四时阴阳者，万物之根本也。所以圣人春夏养阳，秋冬养阴。”特别是三伏天，暑气逼人，更应注意阳气的培养和补充。此时使用辛散温

通的药物贴敷特定穴位，能激发正气，达到未病先防，减少或防止冬病的发生。

2025年“三伏贴”贴敷时间：

头伏：7月20日-7月29日

中伏：7月30日-8月8日

末伏：8月9日-8月18日

加强贴：8月19日-8月28日

根据中医理论，每伏第一天是开穴的日子，此时贴敷疗法效果最佳。需要提醒大家的是，三伏贴并不限于这几天，三伏期间是一年中阳气最盛的时期，每个时间点的用药效果都会不错。如

果错过头伏，在中伏、末伏都可以贴敷。只要是在三伏期间贴敷，治疗都有效果。部分外地患者可以选择邮寄，三伏贴包附带贴敷膏药、敷贴及教学视频。

三伏贴贴敷注意事项

1. 贴敷前清洁皮肤，局部皮肤有破损、皮炎者不宜贴敷。发热、咳嗽急性期、皮肤敏感者不宜贴敷。

2. 药物刺激穴位致局部皮肤出现轻微灼热、红晕、瘙痒等属于正常现象，可不予处理，疼痛可涂抹紫草油缓解；贴敷时间

为2-4小时，6岁以下儿童适当缩短时间，如皮肤灼热疼痛明显，应立即取下药贴，用清水清洁局部皮肤。

3. 贴敷后如皮肤出现红肿、水疱，应穿着柔软衣服，避免摩擦、搔抓水疱，以防破损，如水疱破损应及时至医院就诊，由医生处理，禁止自己挑破。

4. 贴敷当日应避免洗澡。

5. 贴敷当日贴药部位不宜用肥皂等刺激性清洁用品擦洗。贴敷期间禁食生冷油腻、海鲜、辛辣刺激性食物，宜清淡饮食。

6. 贴敷期间避免剧烈活动，减少出汗。

据生命时报