

心脏病的临床特征与综合防治研究

刘思玲

通辽市科尔沁区第四人民医院，内蒙古通辽市，028000；

摘要：心脏病作为全球范围内发病率和死亡率最高的慢性疾病之一，已成为威胁人类健康的重大公共卫生问题。本文系统阐述了心脏病的主要类型、临床特征、致病因素及当前的防治策略，旨在为临床实践和公众健康管理提供参考。研究表明，心脏病的发生发展与遗传、生活方式、环境等多因素密切相关，早期筛查、规范治疗与健康干预是降低其危害的关键。

关键字：心脏病类型；致病因素；防治；研究

DOI：10.69979/3029-2808.25.12.046

引言

心脏病 (Cardiovascular Diseases, CVD) 是一类以心脏和血管功能异常为核心的疾病统称，包括冠心病、心力衰竭、心律失常、先天性心脏病等多个亚型。据世界卫生组织统计，2021 年全球因心脏病死亡的人数达 1 790 万，占总死亡人数的 31%，其中近半数死于冠心病。在我国，随着人口老龄化、生活方式转变及城镇化进程加快，心脏病发病率呈持续上升趋势，2023 年国家心血管病中心数据显示，我国心血管病患者已达 3.3 亿，且发病年龄逐渐年轻化。因此，深入了解心脏病的病理机制、临床特点及防治方法，对提高公众健康水平具有重要意义。

1 心脏病的主要类型及临床特征

1.1 冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病 (简称冠心病) 是最常见的心脏病类型，因冠状动脉粥样硬化导致血管狭窄或阻塞，心肌缺血缺氧引发症状。

1.1.1 临床特征

典型症状为心绞痛，表现为胸骨后压榨性疼痛，可放射至心前区、左肩或下颌，常在劳累、情绪激动后诱发，休息或含服硝酸甘油后缓解。严重时可导致心肌梗死，出现持续性剧烈胸痛、大汗、恶心呕吐，甚至休克、心律失常。

1.1.2 分型

包括稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病和猝死，其中心肌梗死是最危急的类型，若不及时治疗，死亡率极高。

1.2 心力衰竭

心力衰竭 (简称心衰) 是各种心脏疾病的终末阶段，因心肌收缩或舒张功能障碍，导致心输出量不能满足机体代谢需求。

1.2.1 临床特征

主要表现为呼吸困难 (劳力性呼吸困难、夜间阵发

性呼吸困难)、乏力、水肿 (下肢水肿、腹水、胸水) 等。根据左心室射血分数 (LVEF) 可分为射血分数降低型心衰 (HFrEF, $LVEF < 40\%$)、射血分数保留型心衰 (HFpEF, $LVEF \geq 50\%$) 和射血分数中间型心衰 (HFmrEF, $40\% \leq LVEF < 50\%$)。

1.2.2 诱因

感染、心律失常、过度劳累、情绪激动、电解质紊乱等均可诱发或加重心衰。

1.3 心律失常

心律失常指心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度或激动次序异常，可分为快速性心律失常 (如房颤、室上速) 和缓慢性心律失常 (如房室传导阻滞)。

临床特征：常见症状包括心悸、头晕、乏力，严重时出现晕厥、阿斯综合征，甚至猝死。其中，心房颤动 (房颤) 是最常见的持续性心律失常，易导致血栓形成，增加脑卒中风险 (房颤患者卒中风险是正常人的 5 倍)。

1.4 先天性心脏病

先天性心脏病 (简称先心病) 是胎儿期心脏及大血管发育异常所致的先天性畸形，发病率约为 0.8%~1%。

1.4.1 常见类型

包括房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、法洛四联症等。

1.4.2 临床特征

轻者可无症状，重者在婴幼儿期即出现紫绀、呼吸急促、生长发育迟缓，若不及时手术治疗，易并发肺动脉高压、心力衰竭，影响生活质量和寿命。

2 心脏病的致病因素

2.1 不可控因素

2.1.1 遗传因素

家族史是重要风险指标，如冠心病患者一级亲属发病风险较普通人群高 2~3 倍；某些单基因遗传病 (如长 QT 综合征) 可直接导致心律失常。

2.1.2 年龄与性别

心脏病发病率随年龄增长显著升高,男性45岁后、女性绝经后发病风险大幅增加,女性绝经前因雌激素保护,发病率低于男性。

2.2 可控因素

2.2.1 高血压

长期高血压可损伤血管内皮,加速动脉粥样硬化,是冠心病、心衰的主要危险因素,收缩压每升高20mmHg,心脏病死亡风险增加50%。

2.2.2 高血脂

低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)升高是动脉粥样硬化的核心诱因,LDL-C每降低1mmol/L,冠心病风险降低20%~25%。

2.2.3 糖尿病

糖尿病患者心脏病发病风险是非糖尿病人群的2~4倍,且症状更隐匿,预后更差。

2.2.4 不良生活方式

①吸烟:烟草中的尼古丁可损伤血管内皮,降低HDL-C,增加血栓风险,吸烟者冠心病发病率是不吸烟者的2~4倍。

②饮食:高盐、高脂、高糖饮食易导致高血压、肥胖及代谢紊乱,增加心脏病风险。

③缺乏运动:久坐不动会降低心肺功能,导致肥胖、胰岛素抵抗,每周运动不足150分钟者发病风险显著升高。

④肥胖: BMI $\geq 28\text{kg/m}^2$ 者心脏病风险是正常体重者的1.5~2倍,尤其是腹型肥胖(腰围男性 $\geq 90\text{cm}$ 、女性 $\geq 85\text{cm}$)危害更大。

3 心脏病的诊断与治疗

3.1 诊断方法

3.1.1 影像学检查

心电图(ECG):基础检查,可诊断心律失常、心肌缺血及心肌梗死(如ST段抬高)。

①心脏超声:评估心脏结构与功能,测定LVEF,是心衰、先心病的重要诊断依据。

②冠状动脉造影:冠心病诊断“金标准”,可明确血管狭窄部位及程度,指导介入治疗。

③心脏磁共振(CMR):精准评估心肌组织特性,用于心肌病、心肌梗死的鉴别诊断。

3.1.2 实验室检查

①心肌酶谱:肌钙蛋白(cTnI/cTnT)是心肌梗死的特异性指标,发病后3~6小时升高,持续10~14天。

②血脂、血糖、肝肾功能:评估危险因素及治疗安全性。

3.1.3 其他检查

动态心电图(Holter)可捕捉24小时心律失常,运动负荷试验用于隐匿性冠心病的筛查。

3.2 治疗策略

3.2.1 药物治疗

①冠心病:抗血小板药物(阿司匹林、氯吡格雷)、他汀类药物(阿托伐他汀、瑞舒伐他汀)、 β 受体阻滞剂(美托洛尔)、硝酸酯类药物等,以改善心肌供血、稳定斑块。

②心衰:利尿剂(呋塞米)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂,构成“金三角”治疗方案,可降低死亡率。

③心律失常:抗心律失常药物(胺碘酮、普罗帕酮)、抗凝药物(华法林、新型口服抗凝药)用于房颤血栓预防。

3.2.2 介入与手术治疗

①冠心病:经皮冠状动脉介入治疗(PCI,支架植入)可快速开通阻塞血管,适用于急性心肌梗死;冠状动脉旁路移植术(CABG,搭桥手术)用于多支血管病变患者。

②先心病:微创介入封堵术(适用于房间隔缺损、室间隔缺损)或开胸手术,多数患者可通过早期手术治愈。

③心律失常:心脏电复律用于纠正房颤、室速;心脏起搏器用于缓慢性心律失常;埋藏式心脏转复除颤器(ICD)用于猝死高风险患者。

④心脏康复:包括运动训练、饮食指导、心理干预等,可改善患者心功能,降低再住院率,是心脏病治疗的重要组成部分。

3.2.3 生活方式改变

生活方式改变是心脏病治疗的基础且贯穿全程的策略,其核心在于通过科学干预降低危险因素,延缓病情进展,契合国内“预防为主、防治结合”的心血管疾病管理理念。饮食调整需遵循《中国居民膳食指南(2022)》中针对心血管健康的建议,控制钠盐摄入,每日食盐量不超过5克,减少腌制食品、加工肉类等高盐食物;增加膳食纤维摄入,多食用全谷物、新鲜蔬果,如燕麦、菠菜、蓝莓等,这类食物中的不饱和脂肪酸与植物化学物可调节血脂、改善血管弹性。脂肪摄入需优化结构,优先选择橄榄油、坚果等富含不饱和脂肪酸的食物,限制动物内脏、油炸食品等饱和脂肪与反式脂肪的摄入,避免血脂异常加重动脉粥样硬化。

运动干预需结合患者病情与体能状况制定个性化方案,稳定性冠心病患者可采用“有氧运动+抗阻训练”的组合模式,如每周进行150分钟中等强度有氧运动(快走、慢跑、骑自行车等),搭配2~3次弹力带抗阻训练,增强心肌收缩力与外周血管适应性;心力衰竭患者需在

医护人员指导下开展低强度运动，如床边踏步、缓慢散步，避免过度劳累诱发心衰加重。

3.2.4 手术治疗

手术治疗是中重度心脏病患者的重要干预手段，国内临床已形成成熟的手术技术体系与分级诊疗模式，可根据疾病类型与严重程度选择适配方案。冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）患者若冠状动脉狭窄程度超过 70% 且药物治疗效果不佳，需开展经皮冠状动脉介入治疗（PCI），通过导管将支架植入狭窄血管，恢复心肌供血。国内 PCI 技术已实现全面国产化，药物涂层支架的应用可降低术后再次狭窄率，2023 年全国 PCI 手术量超 120 万例，基层医院通过“胸痛中心”建设，实现了急性心肌梗死患者的快速转运与手术干预，Door-to-Balloon（门-球）时间中位数控制在 60 分钟以内，达到国际先进水平。

3.2.5 康复理疗

康复理疗是心脏病患者术后恢复与长期管理的重要组成部分，国内临床已构建“急性期-恢复期-维持期”三级康复体系，通过多学科协作改善患者心功能与生活质量。急性期康复在医院心内科或心脏重症监护室（CCU）开展，针对术后患者（如 PCI、心脏搭桥术后），在生命体征稳定后即开始早期活动，如床上翻身、坐起、床边站立，配合呼吸训练（腹式呼吸、缩唇呼吸）改善肺功能，预防肺部感染与下肢深静脉血栓，此阶段康复由护士与康复师共同指导，每日评估患者耐受度，调整活动强度。

恢复期康复在心脏康复中心进行，通常术后 1-3 个月开展，采用“运动训练+心理干预+健康教育”的综合模式。运动训练以心肺运动试验（CPET）为基础，根据患者最大摄氧量制定个体化运动处方，如采用功率自行车、跑步机进行有氧运动，搭配呼吸肌训练器增强呼吸肌力；心理干预通过放松训练（如渐进式肌肉放松、正念冥想）缓解患者术后焦虑、抑郁情绪，国内部分医院引入虚拟现实（VR）技术，让患者在虚拟自然场景中进行放松训练，提升干预效果；健康教育聚焦用药指导（如抗凝药服用注意事项、β受体阻滞剂的心率监测）、症状自我管理（如识别心绞痛发作信号），帮助患者建立疾病管理意识。

4 心脏病的预防与管理

4.1 一级预防

针对未发病人群，通过控制危险因素降低发病风险：

①健康饮食：减少钠盐（每日≤5g）、饱和脂肪酸摄入，增加蔬菜（每日 300~500g）、水果、全谷物、优质蛋白（鱼、禽、豆类）摄入，每周至少吃 2 次鱼类。

②规律运动：每周进行 150 分钟中等强度有氧运动

（快走、慢跑、游泳等），或 75 分钟高强度运动，配合每周 2 次抗阻训练。

③戒烟限酒：彻底戒烟，避免二手烟；男性每日酒精摄入量≤25g，女性≤15g。

④控制体重：将 BMI 维持在 18.5~23.9kg/m²，腰围控制在男性<90cm、女性<85cm。

⑤定期体检：40 岁以上人群每年检测血压、血脂、血糖，早期发现异常并干预。

4.2 二级预防

针对心脏病患者，防止病情进展及复发：

①规范用药：严格遵医嘱服用药物，不可擅自停药或调整剂量，如冠心病患者需长期服用阿司匹林和他汀类药物。

②定期随访：每 3~6 个月复查心电图、心脏超声、肝肾功能等，及时调整治疗方案。

③避免诱因：预防感染、保持情绪稳定、避免过度劳累，心衰患者需控制液体摄入。

④心理支持：心脏病患者易出现焦虑、抑郁，家人及医护人员应给予心理疏导，必要时进行专业干预。

5 结论与展望

心脏病是一类多因素影响的复杂疾病，其防治需要个体、医疗系统及社会的共同努力。目前，随着医疗技术的进步，心脏病的诊断精度和治疗效果已显著提升，如新型抗心衰药物（SGLT2 抑制剂）、可吸收支架、心脏再同步化治疗（CRT）等技术的应用，为患者带来了更多获益。但同时，我们也面临着年轻化、慢性病共病（如高血压、糖尿病合并心脏病）等挑战。

未来，应进一步加强公众健康教育，推广健康生活方式；完善心血管疾病筛查网络，实现早诊早治；推动精准医疗发展，基于基因检测和大数据制定个体化治疗方案。通过多维度、多层次的综合干预，有望降低心脏病的发病率和死亡率，提高全民心血管健康水平。

参考文献

- [1] 王明航, 李建生, 余学庆, 等. 慢性肺源性心脏病中医常见证候临床调查研究[C]//第三届中医药现代化国际科技大会. 2010.
- [2] 李志坤, 陈德英, 李福章, 等. 冠状动脉粥样硬化性心脏病临床特征及其影响因素分析[J]. 中国心血管病研究, 2015(4 期): 343-345. DOI: 10.3969/j.issn.1672-5301.2015.04.013.
- [3] 杨绍星. 高海拔地区慢性阻塞性肺疾病合并慢性肺源性心脏病急性加重期中医实证证素与临床特征的关联分析[D]. 青海大学, 2022.