



阳春三月，春暖花开。在扑面而来的春天气息中，迎来了3月8日国际妇女节。联合国发布了2023年国际妇女节的主题：“人人享有数字化：创新和技术促进性别平等”。在我国，随着国家基本公共卫生服务项目的推进，极大促进了医疗卫生服务的可及性及公平性，而围绕女性群体的母婴保护、生殖健康、“两癌”筛查防治等也取得了重大进展。在这个全球女性的共同节日里，《医师报》特别策划了关爱女性健康的专题报道，围绕女性冠心病、内分泌疾病诊疗，生育力保护，以及“两癌”防治要点等展开讨论与解读。

扫一扫
关联阅读全文扫一扫
关联阅读全文

《女性冠状动脉性心脏病诊治的中国专家共识》解读 女性冠心病诊疗需兼顾特殊性

▲北京大学第一医院老年病内科主任 刘梅林



刘梅林 教授

冠心病是女性致死、致残的重要原因。女性冠心病的危险因素、病理生理特点、临床表现、防治策略具有特殊性，患者知晓率及社会关注度较男性低。近年来，女性冠心病的患病率呈上升趋势，防控面临严峻挑战。

女性冠心病合并疾病更多

女性冠心病的心血管危险因素包括高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖等传统危险因素，以及妊娠、避孕药、多囊卵巢综合征等性别特异性危险因素。

女性冠心病发病年龄较男性延迟，随着年龄增长患病率升高，绝经后冠心病发病率明显增加。女性急性冠脉综合征（ACS）患者年龄偏大、心血管危险因素及并发症更多，院内死亡率较男性高。ST段抬高型心肌梗死

（STEMI）多中心注册数据显示，女性STEMI患者平均年龄为66.1岁，男性为59.9岁。冠心病女性合并疾病较男性多，低体重、营养不良、贫血、疲劳衰弱状态及精神心理疾病更多见。

与男性相比，女性心理应激性心肌缺血更常见（31%与16%）。胸痛是女性冠心病最常见的症状，女性ACS患者80%以上表现为胸骨后疼痛、压迫、紧缩或不适感，同时常伴有多种症状。

急性心梗（AMI）女性发生严重并发症的风险较高，入院时Killip分级更高，更易出现急性并发症，出血、需要输血治疗的患者比例更高，住院时间更长，再发心梗、死亡率高于男性AMI患者。

此外，应激性心肌病（TTS）临床表现与ACS相似，仅从症状难以鉴别，常通过冠脉造影及左心室造影进行明确，在女性急性胸痛患者中应予以关注。

兼顾共性与女性特点进行诊治

慢性冠脉综合征（CCS）药物治疗 女性冠心病患者应早期识别、积极干预、控制危险因素，以改善预后、降低猝死风险。建议在健康生活方式基础上给予药物治疗，包括抗血小板药物、β受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂、调脂药物，应兼顾共性和女性特点进行诊治。

合并房颤的CCS女性，CHA₂DS₂-VASc评分≥2分时应考虑抗凝治疗，CHA₂DS₂-VASc评分≥3分时需长期抗凝治疗，优先选择新型口服抗凝药。

女性服用相同剂量的阿司匹林、β受体阻滞剂或他汀类药物比男性血浆浓度高，更易出现药物不良反应，女性抗栓治疗比男性更易发生出血并发症。女性交感神经活性通常高于男性，静息心率和心率变异性大于男性，对β受体阻滞剂更为敏感。

ACS治疗 尽管女性ACS患者可从早期血运重建及二级预防治疗中获益，但接受指南指导的药物治疗和冠脉血运重建的比例低、治疗延迟多。女性早期介入治疗的获益与危险分层相关，STEMI患者首选急诊经皮

冠脉介入治疗（PCI）再灌注治疗，建议高危非ST段抬高ACS（NSTEMI-ACS）女性患者考虑早期PCI治疗，低危患者首选药物治疗。

ACS女性常见自发性冠脉夹层（SCAD），需行冠脉造影、冠脉腔内影像学及功能学检查确定是否进行血运重建治疗。研究显示，介入治疗不改善SCAD患者近期及远期预后，首选药物保守治疗，若患者血液动力学不稳定或持续胸痛不能缓解，可考虑行血运重建；SCAD再发缺血性事件风险高，需密切随访。

妊娠期/哺乳期女性治疗需权衡胎儿安全

妊娠期/哺乳期女性患者的冠心病治疗需兼顾母体疗效和胎儿发育的安全性。妊娠人群ACS相对少见，冠脉疾病占产妇心血管死亡的20%。相比未孕同龄女性，妊娠女性AMI风险增加3~4

倍。高龄妊娠女性冠脉疾病风险增加，年龄每增加1岁，心梗风险增加20%。

妊娠期冠脉疾病多为妊娠相关的SCAD（43%）、冠脉痉挛（18%）以及冠脉血栓栓塞（17%）。

绝经后女性心血管病患病率增高

女性雌激素水平与动脉粥样硬化性心血管病的发生和发展相关，绝经后女性心血管病的患病率和病死率增加。研究

显示，绝经早期补充雌激素治疗（MHT）可降低冠心病死亡率，但增加深静脉血栓、卒中或乳腺癌风险，不推荐MHT用

于冠心病一级预防和二级预防。45岁以前绝经女性的心血管病、骨质疏松症风险较高，建议使用MHT治疗。

远离“糖尿病”

▲同济大学医学院肥胖研究所 邹大进

对于爱美女性而言，肥胖的危害不仅是失去了美妙身姿，还与多种疾病密切相关，糖尿病便是其一。

《中国居民营养与慢性病状况报告（2020年）》显示，我国近一半成年人和1/5儿童超重或肥胖，已成为世界上超重或肥胖人数最多的国家。防控肥胖已迫在眉睫。



邹大进 教授

个体化精准防治 每个患者都独一无二

近年来，国内外糖尿病治疗指南均提出“以患者为中心”的管理策略，越来越多的临床研究和实践证实，每一位2型糖尿病患者都独一无二，医生在制定治疗策略时要根据就诊者的具体情况具体分析。

一方面，治疗目标不一样。比如当治疗方案包含容易引起低血糖的药物时，糖化血红蛋白可确定在7.5%，不必一律控制在7%以下；当治疗方案不含容易引起低血糖风险的药物时，如二甲双胍或二肽基肽酶-4抑制剂，钠-葡萄糖协

同转运蛋白-2抑制剂或胰高糖素样肽-1受体激动剂，糖化血红蛋白应管理得更严格，控制在6.5%以下。

另一方面，糖化血红蛋白的控制程度取决于年龄。80岁以上的高龄老人对低血糖特别敏感，糖化血红蛋白7.5%就属于“合格”。但对于三四十岁的中年人，糖化血红蛋白要控制在6.5%以下。

此外，“糖妈妈”在妊娠期的治疗也不同于普通患者。在孕期要改用注射胰岛素，其他药物均不适用于孕期。

源头治理 制定适宜方案

与城镇治水同理，血糖控制也需要从高血糖的源头治理。

最新研究提示，细分2型糖尿病患者高血糖的原因，按照空腹C肽水平进行2型糖尿病的亚型分类：空腹C肽低于1.0 ng/ml，是胰岛素分泌不足型，需及时补充胰岛素治疗；

空腹C肽超过2.5 ng/ml，为胰岛素抵抗型，需减肥和应用胰岛素增敏剂；空腹C肽在1.1~2.4 ng/ml之间，为肠促胰素分泌不足型，需补充肠促胰素类药物才能有效改善血糖。

为了明确“源头”，确定适宜方案，患者应配合完成相关检查，同时评估体质指数。

“五驾”齐驱 从现在开始

药物仅是糖尿病“五驾马车”的重要组成部分之一，生活方式干预、血糖监测、糖尿病知识宣教，以及定期随访复查同等重要。此外，还要新“五驾马车”（血糖、血压、血脂、体重达标及戒烟）齐驱才能遏制糖尿病进展。

目前临床上糖尿病患病率已显露出老年患者和年轻患者“两头翘”的现象，且发病年龄越小，并发症危害越大。可见，任何年龄都不具备2型糖尿病“豁免权”。因此，从现在开始，

请记住健康管控号码：

13080-7-18-24-0

血压：低于130/80 mmHg；

血糖：糖化血红蛋白一般低于7%；

血脂：低密度脂蛋白胆固醇

低于1.8 mmol/L；

体质指数：低于24 kg/m²；

吸烟：为零（立即戒烟）。

重视预防保健，学会减压，定时就餐，合理饮食，适当运动，保证良好的睡眠质量。远离糖尿病，共享健康生活。