

中西医结合守护心血管健康

▲暨南大学附属第一医院潮汕医院 卢少辉

“我爸昨晚又胸口发闷，吓得我半夜急诊挂了个心内科。”“医生说高血压要终身吃药，可我同事吃中药调理三个月就正常了！”“中药到底能不能治心血管病？”“西医是科学，中医是玄学？”听起来是不是很熟悉？心血管疾病，这个“隐形杀手”，如今几乎每个家庭都有人中招。而中西医结合在其中的角色，也常常成为饭后热议的焦点。

今天，我们就来聊聊，如何通过中西医结合的方式，真正守护我们的心血管健康。

心血管病，比你想象的更“心机”

在中国，每5个成年人中就有1人患有心血管疾病。它不像感冒那样来得迅猛直接，反而经常“悄无声息”，直到有一天你突然胸口一闷，以为只是没吃早饭；你体检时发现血脂爆表、血压飙升，却平时一点感觉都没有；或者你邻居昨天还在楼下跳广场舞，今天却因为心肌梗死进了ICU。

心血管病，就像一只披着隐身斗篷的“老狐狸”，慢慢地掏空你的健康底线，最后猛地给你一击。

西医的“精准打击”

在心血管疾病的治疗上，西医

当然功不可没。它就像一支现代化军队，武器齐全，火力强大，反应迅速。高血压，有降压药（如氨氯地平、缬沙坦）；冠心病，有支架手术、阿司匹林抗血小板；高血脂，有他汀类药物降脂；心衰，有利尿剂、β受体阻滞剂等。西医强调“靶点治疗”和“指标控制”，比如把你的血压控制在140/90mmHg以下，把血脂降到理想范围，把心率调回节奏。但问题是，“指标正常”不等于“身体健康”。很多人吃了几年药，指标看起来不错，但仍然乏力、头晕、气短、手脚冰凉；有的甚至还出现了药物副作用，比如咳嗽、乏力、肝功能异常。

中医的“温情调理”

中医治疗不像西医那么“快准狠”，它讲究的是整体调理、标本兼治。在中医眼中，心血管病的根本不是一个“数值出了问题”，而是身体“阴阳失衡、气血失调、痰瘀阻络”。中医的药物和方法，虽不一定立竿见影，却擅长“润物细无声”，从根上“养正驱邪”。中医更注重人的“整体状态”，不会把你当成一个“血压机器”或“胆固醇容器”，而是关注你为何失衡、如何恢复。

真实案例分享

我有个患者老李，65岁，十年前查出高血压，吃降压药吃得很乖，血压控制得不错。但就是一活动就喘；老觉得胸口堵得慌；一年总感冒四五次。后来我给他加用了“补气活血、化痰通络”的中药，配合艾灸足三里、膻中穴，三个月后精神明显好转；活动耐力提高；血压药量还减了半片。他自己感慨：“以前是靠药活着，现在是身体自己‘会调节’了。”

别让“心病”变“心碎”

心血管病，其实不像你想象得那么可怕。真正可怕的，是我们不重视、不调整、不坚持。你每天早起坚持散步十分钟，就是在为心脏加分；你晚饭少吃一口重油重盐，就是给血管减负；你每次不生气少发火，就是对血压的温柔对待；你愿意接受中西医结合的调理方案，就是给自己的未来一份稳稳的健康保障。别让心血管成为你生活的“拖油瓶”，而是通过“科学+调养+坚持”，把它变成你健康的“守护盾”。从现在开始，爱你的“心”，别让它再吃苦。

结核筛查：不同人群检测方法指南

▲安徽省胸科医院临检中心 柳叶

结核病由结核分枝杆菌引起，可侵袭肺部、骨骼等多个器官。我国每年新发结核病患者约80万，30%的患者因未及时筛查延误治疗，导致传播或加重。结核筛查是早期发现感染的关键，能阻断疾病进展，避免家庭聚集性传播。以下针对不同人群提供科学检测方案。

筛查的核心价值：从“被动治疗”到“主动防控”

结核分枝杆菌感染后，5%~10%的人会发生活动性结核病。筛查重要性体现在三方面：

个人层面 潜伏感染者早期发现并治疗，发病风险降低60%~90%；

公共卫生层面 每发现1例并规范治疗，可减少10~15人感染；

特殊群体保护 儿童、老人等早期筛查能避免结核性脑膜炎、骨结核等重症。

世界卫生组织数据显示，实施全员筛查的地区，结核病发病率5年内可降23%。主动筛查是低成本高效防控手段，能显著减少重症病例发生。

普通人群：基础筛查筑牢健康屏障

普通人群感染风险较低，建议“初筛+复筛”：
常规体检筛查 15~65岁每2~3年一次（此频率基于普通人群感染风险和疾病进展速度设定）：首选：结核菌素皮肤试验（PPD），注射后48~72小时观察，硬结≥5mm为阳性，可初步判断感染情况；辅助：胸部X线排除肺部早期病灶。

症状触发筛查 出现持续咳嗽≥2周、痰中带血等症状，立即检查：痰涂片：连续3次检测，判断传染性；胸部CT：比X线敏感，能清晰发现5mm以下微小病灶。

高危人群：精准检测阻断传播链

以下人群感染风险是普通人的5~10倍，需每年筛查：

密切接触者与职业暴露人群 包括患者家属、医护人员等。

推荐：γ-干扰素释放试验（IGRA），准确率90%以上，不受卡介苗影响；

频率：首次接触后要立即筛查，3个月复筛，跟踪1年。

免疫力低下群体 涵盖艾滋病、糖尿病等患者。

方案：IGRA+胸部CT。此类人群进展为活动性结核概率是普通人的20~30倍，每6个月筛查；

注意：艾滋病患者CD4<200个/μL时，建议痰培养防漏诊。

学校与集体生活人群 中小學生、监狱服刑人员等。

筛查：PPD初筛，阳性者做胸部X线和IGRA确认；

应对：出现1例，同宿舍、同班全员筛查，72小时内完成评估。

筛查后处理：阳性结果的科学应对

筛查阳性不等于患病，需要分级处理。

潜伏感染（PPD或IGRA阳性，无症状） 可在医务人员指导下进行为期3个月的异烟肼联合利福平预防性治疗；

疑似活动性结核（影像或痰检异常） 转定点医院，痰培养或分子检测确诊并治疗；

假阳性 PPD在卡介苗接种者中可能假阳性，结合IGRA和症状判断。

结核筛查是动态健康管理。不同人群按感染风险选检测方法，才能“早发现、早干预”。一次规范筛查，能为个人健康和社会公共卫生安全构筑坚实的防疫屏障。

胸痛不一定是心脏病！教你快速区分4种危险胸痛

▲新疆医科大学第四附属医院心内三科 李秀芬 龚鹏飞

胸痛是日常生活中常见的不适症状，从肌肉拉伤到致命疾病都可能引发。很多人一出现胸痛就联想到心脏病，但实际上，胸痛的诱因复杂多样。及时区分危险胸痛与普通胸痛，能为抢救争取黄金时间。以下4种危险胸痛需重点警惕，掌握它们的典型特征可快速识别。

急性心肌梗死：压榨样疼痛伴濒死感

急性心肌梗死因冠状动脉阻塞导致心肌缺血坏死，属于致命性胸痛，死亡率随延误时间增加而上升。

其典型表现为胸骨后或左胸部压榨样疼痛，像一块巨石压在胸口，可放射至左肩、左臂内侧甚至下颌部。疼痛通常突然发作，持续时间超过30分钟，休息或含服硝酸甘油无法缓解。同时可能伴随出汗、呼吸困难、恶心呕吐，部分老人或糖尿病患者会出现“无痛性心梗”，仅表现为胸闷、乏力，需格外注意。

出现疑似症状应立即拨打120，保持平卧休息，若有条件可测量血压，血压正常时可含服硝酸甘油（每5分钟1片，最多3片）。

主动脉夹层：撕裂样剧痛如“刀割”

主动脉夹层是主动脉内膜破裂，血液进入血管壁中层形成夹层，发病急、进展快，48小时内死亡率高达50%。

这类胸痛的核心特征是突发撕裂样或刀割样剧痛，多位于胸骨正中，可向背部、腹部放射，疼痛一开始就达到顶峰，患者常形容“这辈子最痛的一次”。部分患者会出现血压异常（一侧肢体血压明显降低）、肢体麻木等症状。

主动脉夹层需绝对卧床，避免用力（如咳嗽、排便），立即拨打120前往有血管外科的医院。切勿自行服用止痛药，以免掩盖病情。

肺栓塞：胸痛伴“喘不上气”

肺栓塞是肺动脉被血栓堵塞所致，常见于长期卧床、手术后或肿瘤患者，严重时可导致呼吸心跳骤停。

其胸痛多为刺痛或钝痛，深呼吸时疼痛加重，同时伴随突发呼吸困难、咳嗽（可能带血）、头晕等症状。患者常感到“空气不够用”，即使安静休息也气短，部分人会现下肢肿胀（提示血栓来源）。怀疑肺栓塞时，应保持半坐位（减

轻呼吸困难），避免活动（防止血栓脱落），立即就医。CTA（CT血管造影）是确诊的关键检查。

张力性气胸：胸痛+呼吸困难快速加重

张力性气胸常由脏层胸膜引起，气体在胸腔内积聚压迫肺组织，多见于青壮年或有肺气肿的老人。

典型表现为突发一侧胸痛，像被针扎一样，随后迅速出现呼吸困难，且越来越严重。患者常被压迫采取患侧卧位，嘴唇发紫，胸部隆起（患侧呼吸运动减弱）。若不及时处理，会因呼吸循环衰竭危及生命。

出现上述症状需立即就医，急诊胸片可快速确诊。现场急救可暂时用粗针头在患侧锁骨中线第二肋间穿刺排气（需专业人员操作），为后续治疗争取时间。

区分危险胸痛可记住“3个关键点”：一是疼痛是否突然发作且程度剧烈；二是是否伴随呼吸困难、大汗、意识模糊等全身症状；三是休息后是否无缓解或持续加重。普通胸痛（如肌肉拉伤、肋软骨炎）多与动作相关（如转身、按压时疼痛加重），持续时间短，无全身症状。