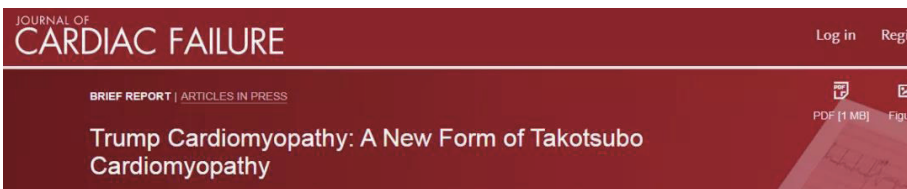


“特朗普”心肌病：一种政治相关的心脏病

▲河北省人民医院老年科 郭艺芳



近日, *Journal of Cardiac Failure* 杂志报道了 1 例特殊类型心肌病, 将其命名为“特朗普心肌病 (Trump Cardiomyopathy)”。(Journal of Cardiac Failure 6 月 30 日在线版)

文章指出, Takotsubo 心肌病是血管造影没有明显冠状动脉狭窄的情况下, 由应激引起的左心室心尖部气球样变。该病可以伴

有与心梗相似的症状和心肌标记物改变。

常见的触发事件包括: 失去亲人、心理创伤和急性焦虑等。其机制可能涉及儿茶酚胺水平激增, 导致冠状动脉血管痉挛和心肌组织缺血缺氧。

此病可伴发严重并发症, 如心衰、心源性休克、血栓栓塞和心室破裂。

导致胸痛的心理原因

有很多种。在美国, 越来越多的心理健康专家发现了一个共同的压力来源——政治。精神病学家称之为“特朗普焦虑症”, 描述了一种与当前国内政治相关的恐惧和焦虑现象。

该文描述了一名心脏病急性发作的患者, 他因政治事件而情绪失控, 进而发展成应激性心肌病。

典型病例

患者, 男性, 84 岁, 有高血压、高脂血症、肺栓塞和冠状动脉疾病病史, 因胸痛后疼痛到急诊室就诊。

症状发作时他正在收看特朗普总统弹劾听证会的电视报道。自述看新闻过程中变得“极度不安和颤抖”, 并突然出现胸部不适。患者否认同时出现的其他精神因素, 如家庭、经济或社会上的不幸。于症状发作 30 min 内就医。

心电图图示前壁 ST 段抬高。急诊血管造影

显示非阻塞性 3 支冠状动脉疾病伴弥漫性心尖运动减退。左前降支有 10%~20% 血流伴轻度钙化; 左回旋支有 10% 的血流, 右冠状动脉远端有 50% 的狭窄。超声心动图显示左室射血分数为 25%~30%, 伴有室壁运动异常、心尖运动减退, 提示应激性心肌病。

2 年半以前的超声心动图显示, 患者左心室射血分数和室壁运动正常。介入检查后其症状消失。药物治疗如下:

赖诺普利、卡维地洛、阿司匹林和普伐他汀。出院 106 d 后复诊, 超声心动图显示左心室射血分数恢复正常。

该患者可能是首例因政治性因素导致的应激性心肌病的病例报道。此前曾有“特朗普焦虑症”的病例报道, 该病例提示与政治相关的心理因素可能会导致更为严重的心脏损害, 所以“特朗普焦虑症”应该被列入 Takotsubo 心肌病的潜在诱因。

中国成人 2 型糖尿病糖化血红蛋白专家共识发布

警惕！低血糖要命

天津泰达医院内科杨宁医生在其公众号里讲了这样 1 例患者：一位从郊县紧急转运而来的患者在脑外科抢救，60 余岁的年龄因低血糖而昏迷，差点丢了性命。其就诊记录中显示，在发生低血糖昏迷时血糖为 2.4 mmol/L。在昏迷之前，长期服用二甲双胍、格列本脲和格列齐特缓释片。后两种磺脲类降糖药，叠加在一起，引发了严重低血糖。

该病例并非个案，中国的糖尿病规范化诊疗之路还很长。近期，《中国成人 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白控制目标及达标策略专家共识》公布。共识指出，老年患者接受强化降糖治疗使低血糖的风险明显增加，而低血糖对老年糖尿病患者的危害可以用一句话来概括：“辛苦控制糖尿病几十年，一次严重低血糖就全玩完。”

老年人血糖控制标准放宽

共识强调，老年糖尿病的年龄界限为 ≥ 60 岁，老年糖尿病的 HbA_{1c} 控制目标宜个体化：

1、对于身体相对健康的老年糖尿病患者，比如合并的慢性疾病较少，身体状态较好，认知功能完整，有较长的预期寿命，可以考虑将 HbA_{1c} 控制到 $<7.5\%$ 。

2、身体相对健康的老年糖尿病患者，若正在使用增加低血糖风险的药物，HbA_{1c} 不宜低于 7.0% 。

3、健康中度受损的老年糖尿病患者，合并多种慢性疾病，有 2 项以上的日常活动能力受损，或有轻到中度的认知功能障碍，有中等长度的预期寿命，低血糖风险较高，跌倒风险高，HbA_{1c} 目标值可放宽至 $\leq 8.0\%$ 。

4、健康中度受损的老年糖尿病患者，合并多种慢性疾病，有 2 项以上的日常活动能力受损，或有轻到中度的认知功能障碍，如正在使用增加低血糖风险的药物（如胰岛素或胰岛素促泌剂），HbA_{1c} 不宜低于 7.5% 。

5、健康状态较差的老年糖尿病患者（如各种慢性疾病的终末期、长期需要他人照护等），预期寿命有限，治疗获益不确定，HbA_{1c} 目标值可进一步放宽至 $\leq 9.0\%$ 。

6、健康状态较差的老年糖尿病患者（如各种慢性疾病的终末期、长期需要他人照护等），如正在使用增加低血糖风险的药物（如胰岛素或胰岛素促泌剂，如上述），HbA_{1c} 不宜低于 8.0% 。

7、合并阿尔茨海默病的老年糖尿病患者或独居的老年糖尿病患者，若预期寿命较长，糖化血红蛋白可控制在 7.5% 左右；若预期寿命 <5 年，HbA_{1c} 可控制在 $<9.0\%$ 。

合并心血管病者 建议使用两类降糖新药

共识建议将二甲双胍作为糖尿病患者单药治疗的首选， α -糖苷酶抑制剂或胰岛素促泌剂作为单药治疗的备选。

进行联合治疗时，建议根据患者是否合并动脉粥样硬化性心血管疾病、心力衰竭或慢性肾脏疾病进行分层。

如患者合并心血管病，建议在具备条件的情况下联合有心血管获益证据的胰高糖素样肽-1 受体激动剂

（GLP-1RA）或钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂（SGLT2i）。

如患者合并慢性肾脏疾病，建议联合用药时在条件允许的情况下首选有肾脏获益证据的 SGLT2i，在患者不能使用 SGLT2i 时，可选择有肾脏获益证据的 GLP-1RA。如患者合并心力衰竭，建议在条件允许时选择 SGLT2i。

严格控制血糖证据缺乏

共识指出，目前缺乏 HbA_{1c} $\leq 6.5\%$ 能给一般成年人糖尿病患者带来大血管和微血管益处的高质量循证医学研究证据。

反之，将一般成年人糖尿病患者 HbA_{1c} 的控制目标降至 $\leq 6.5\%$ ，会导致低血糖等不良事件风险增加，占用的医疗资源增多的证据层出不穷。

欧洲《缺血性非阻塞性冠状动脉疾病专家共识》发布 缺血但无狭窄 诊治也需讲策略

临床中存在心肌缺血的症状和体征，但检查其冠脉狭窄程度 $<50\%$ ，即没有阻塞性冠状动脉疾病，被称为缺血性非阻塞性冠状动脉疾病（INOCA）。7 月 6 日，欧洲发布了《缺血性非阻塞性冠状动脉疾病专家共识》，对缺血但无严重狭窄的患者进行了定义，并提供了诊断和治疗方面的指导建议。

无创评估与有创评估

心肌缺血的无创评估分

两步：（1）患者评估：包括缺血症状、病史（包括危险因素在内）、体格检查等，如存在令人信服的持续心肌缺血病史，心电图无法诊断或正常，转诊至心内科。

（2）无创检查：进行功能影像学检查和（或）冠脉 CT。功能影像学检查包括：运动耐力测试、经胸多普勒超声心动图、心肌造影超声心动图、心肌灌注显像、正电子发射断层扫描、心脏磁共振成像。

有创评估包括 3

步：（1）冠状动脉造影，测左室舒张末期压力；（2）冠脉导丝和腺苷试验。如 FFR >0.8 、CFR <2.0 、IMR ≥ 25 ，提示存在冠脉微血管功能障碍，如 FFR >0.8 、CFR ≥ 2.0 、IMR <25 ，则无微血管功能障碍。（3）检查血管反应性（乙酰胆碱试验），这一步可评估 INOCA 的

三种亚型：新外膜血管痉挛性心绞痛、微血管性心绞痛和上述两种心绞痛同时存在。

治疗尚需积累证据

除进行生活方式干预与危险因素控制外，共识重点介绍了抗心绞痛药物治疗方法。INOCA 有不同的亚型，因此针对其心绞痛症状的治疗充满挑战，目前缺乏坚实的随机研究证据。

第一、血管痉挛性心绞痛患者，应首选钙拮抗剂，其次是硝酸酯类药物，如果症状持续存在，应考虑应用尼可地尔。

第二、冠脉血流储备降低和（或）微循环阻力指数升高的微血管性心绞痛患者，初始治疗应考虑用 β 受体阻滞剂，其次是钙拮抗剂。如果症状持续存在，可考虑应用尼可地尔、雷诺嗪或增强型体外反搏（EECP）。

第三、存在微血管痉挛的微血管性心绞痛患者，初始治疗应选择钙拮抗剂，其次可考虑用雷诺嗪和增强型体外反搏。

第四、应用低剂量三环类抗抑郁药，可能有助于减轻心绞痛。



关联
阅读
全文