



阜外医院院报

2017年10月23日 第122期
内部资料 免费交流

地址：北京市西城区北礼士路167号 邮编：100037
电话：(010) 68314466/88398866
网址：www.fuwai.com/www.fuwaihospital.org



阜外医院官方微信



阜外医院官方微博



阜外医院官方APP

导 读

心律失常概述(二)

[详见2版]

宝宝先心病就得动大手术？费用还不菲？
秋季吃蟹好时节，三高人群要慎吃

[详见3版]

达比加群酯用药指导

[详见4版]

特别关注 TEBIEGUANZHU

我国冠脉介入发展的主流是健康的， 但规范介入技术是永恒的主题



近日，网络上有关胡大一教授和高润霖院士关于我国支架“滥用”的争论，是某些媒体将两人在不同场合下的发言“拼接”的结果。

起因是前不久，在国家卫生计生委医政医管局召开的医疗质量宣传媒体见面会上，高院士介绍了介入质控中心2016年发布的统计数据。

根据这一数据，全国冠脉介入例数66万多例，较2015年增加17.4%，介入治疗数量仅次于美国，居全世界第二位。平均每例患者使用1.5枚支架，急性心肌梗死病例占24%，手术相关死亡率低于千分之三。

高院士认为，这些数据表明我国冠脉介入治疗快速发展，质量也达国际水平，介入治疗的发展主流是健康的。但在如此快速发展的情况下，面对这么庞大的病人群体，不可能尽善尽美。胡大一教授指出的几个问题，比如对少数药物治疗不足的稳定型心绞痛、冠状动脉临界狭窄的患者给予支架植入，以及对搭桥可能获益更大的患者给予介入治疗等，这在临床上一定程度地存在着。

去年国家心血管病中心已经公布了《中国冠状动脉血运重建适宜性标准的建议》，建议各级介入质控机构对介入适应症予以监测，并按适宜性标准予以客观评价，得出适应证选择适宜程度的确切数据。在今后的工作中，应进一步规范冠脉介入技术的使用，使我国介入治疗更加健康稳步发展，迈上新的台阶。

■ 转自《中国循环杂志》

榜样力量 BANGYANGLIANG

“全国卫生计生系统先进工作者” 王旭 用善良而淡然的心 敬佑生命



先天性心脏畸形目前仍是我国新生儿的首位出生缺陷，全国每年有近20万患儿需要接受手术治疗。手术之后，等待这些本就孱弱的孩子们的是漫长而充满风险的术后恢复过程，需要在监护室里经过医护人员日以继夜的监护和调整，逐渐脱离各种机械、药物的辅助，手术方算成功。先心病术后监护工作由于它的特殊性并不为人们所熟悉，却是当之无愧、不可或缺的幕后英雄。

王旭从她参加工作的第一天起，就一头扎在小儿术后ICU，二十几年如一日，始终工作在先心病孩子们的床旁。儿科不好做，孩子小，各个器官都未发育成熟，情况复杂又多变，医生要付出更多的耐心去安抚家长的焦虑心情，她常对同事说：“家长托付给我的不仅仅是一个咿呀学语的孩子，而是几个家庭的未来，我们手掌大权啊。”王旭勤勤恳恳、踏踏实实，针对新生儿、婴幼儿和重症复杂先心病术后监护的重点及难点问题，经过长期实践与摸索，建立了针对不同年龄、不同病种、不同术后危重情况的一整套行之有效的术后监护及治疗策略，明显降低了新生儿和重症复杂先心病的术后死亡率，使各类危重症患儿围术期的抢救成功率逐年提高。王旭也从小姑娘成长为科主任、学科带头人。在她的带领下，阜外医院小儿心脏外科术后监护水平不仅多年来保持国内第一，而且达到或接近了国际最高水平。

王旭非常注重年轻医生的培养，她说

能来到阜外医院工作的都是“好苗子”，“我一个人、我们一个医院难以应对这么多患儿的治疗，通过规范化培训，让我国先心病术后监护事业的后继人才层出不穷，是我义不容辞的责任”。她特别注重医疗文件质量的提高和技术考核制度的强化，无论多忙，每天亲自带领下级医师、学生十几次教学查房，正因如此才建立起国内最大的一支优秀的小儿心脏外科术后监护队伍。在她的领导下，团队荣获“全国青年文明号”，并多次被评为院级优秀集体。

“我的家是由爸爸、儿子和王医生组成的。”儿子在作文里写道，王旭总是笑着说：“儿子一不留神就长成了小伙子！”可她在医院却有一双“显微镜”般的眼睛，患儿任何微小细节的病情变化都能及时敏锐地发现。自己儿子生病了，她却告诉家人给用点儿退烧药挺挺看。这时的她已连续十几天在病房关注一个术后危重的患儿。患儿康复了，她才想起了自己儿子。她爱人说：“有时候真挺生气的，但看到她那么

累，看到那么多患儿茁壮成长，自己也挺自豪的。跟王旭在一起，学会了很多技能，既当爸又当妈，还能给王大夫的儿子治病。”在她的时间表里，没有上下班之分，没有白天黑夜之分，更没有什么节假日之分。夜里10点多，正在回家路上，接到病房一个电话，调头就往医院跑；凌晨刚刚躺下，手机响起，爬起来就又赶回病房。身为女儿、妈妈、妻子，她都不及格，但作为小儿术后ICU的大家长、患儿的“王妈妈”，她却是满分。

王旭总是笑盈盈的，她说买的漂亮衣服都没机会穿，穿的最多的是这身“阜外紫”ICU特制工作服，其实心里最喜欢的也还是这身。“作为一名术后ICU医生，虽然不像外科大夫那样被掌声和光环所笼罩，但实际上是确保外科手术最终成功的重要组成部分，没有我们的悉心观察与正确处理，就没有患儿最终的康复，做医生要有颗善良而淡然的心。”

■ 党委办公室

第20个“全国高血压日” DIERSHIGUANGUOGAOXUEYARI

如何早期发现、确诊高血压？

小鹊，我爸是单位组织体检才发现他有高血压的，如果不去体检的话根本不知道。



好多人都是这样。大多数高血压患者通常没有症状，很多患者根本不知道自己血压高，是体检或偶尔测量血压时才发现血压高，所以高血压被称为“无声杀手”。有些患者是在发生了心脏病、脑卒中、肾功能衰竭需要透析时才了解自己的血压高。

怎样才能早发现高血压呢？



建议正常血压成人每两年至少测量一次血压。还有我们去各个医院看病，医生给您测血压的时候千万不要抵触，各级医疗机构有首诊测血压制度，到医疗机构就诊，不管看什么病，均要测量血压，以便早发现、早治疗高血压。

难怪我上次感冒发烧一去医院医生也给我测血压呢。那自己在生活中怎么辨别自己有没有高血压呢？



如果发现自己有头晕、头痛、眼花、耳鸣、失眠、心慌、气促、胸闷、肥胖、睡眠打鼾、乏力、记忆力减退、肢体无力或麻痹、夜尿增多、泡沫尿等症状，提示可能有血压高，要尽快去医院看看。



■ 国家心血管病中心

心术
XINSHU

心律失常概述(二)

<<上接121期第2版《心律失常概述(一)》>>

11、什么叫窦性心动过速？它是心律失常病吗？

窦性心动过速简称窦速，是指起源于窦房结区域的心动过速。因为正常人在静息状态下，窦房结一般发放55~100次/分的心跳。因此大家都习惯于这个心率，不会觉得难受；而一旦突破这个范围，则会觉得心慌、气短。

那么窦性心动过速是心律失常病吗？回答是绝大多数情况下是正常的。要知道任何人都发生过窦速。比如体育运动中都会心跳加速，甚至在身体并未起搏而是在等待发令枪响时心跳就已经很快了。这是由于交感神经对窦房结进行了加速调节。如果窦房结丧失了这种加速的能力，那就是真的有病了。但另一方面，无论何种原因，只要心跳加速超过了平素范围，人就会感到胸憋闷、气短、气喘、头有点晕、双腿乏力。但几乎所有人都会认为跑步后的心慌、气短是病态，因为这是生活常识。而一旦在非运动、静息状态下发生这种心动过速，许多人就会怀疑是否心脏有病了。实际上，窦速大多数是良性的，是受到交感神经刺激或其它器官疾病（如甲状腺功能亢进）引起的。医生大多会给患者开拮抗交感神经的药，如美托洛尔（倍他乐克）、阿替洛尔、比索洛尔等，并嘱其注意睡眠之类的安慰，因为窦速确实不需过度关注。

12、什么叫窦性心动过缓？它是心律失常病吗？

窦性心动过缓简称窦缓，是指窦房结发出的心跳指令不足50~55次/分。正常人在睡眠时都会出现心动过缓，有时只有30次/分。这是睡眠时迷走神经张力增高调节的，是人类在长期进化过程中得来的一种调节功能。人们经过后天的努力运动锻炼也会使平时的心跳慢于同年龄的人。因为此时心跳尽管慢，但每次心跳泵出去的血液量要远大于常人，总的泵血量足够供人体使用。而如果持续长时间心跳太慢，不足50~55次/分，尤其在运动时都不能迅速调整到90次/分以上，则心脏的泵血量就供不上人体使用，人就会感到胸憋闷、气短、腿软、乏力、头晕，严重者会摔倒。久而久之，心脏会逐渐变大，出现所谓的“心动过缓型心脏扩大”。此时就是真正的窦房结有病变了，严重者需植入心脏起搏器。

13、什么叫窦性心律不齐？它是心律失常病吗？

窦性心律不齐简称窦不齐，是窦房结发出的起搏信号不规整引起的。它是良性的，不是心律失常病。儿童和少年几乎全部有窦不齐。成年人在深吸气时

心率也会减慢，呼气时心率也会加快，如果此时做心电图检查也会提示窦不齐，因此它是正常的心律调节，不是病态的。

14、什么是窦房传导阻滞？

窦房传导阻滞简称窦房阻滞，是指窦房结起搏功能正常，心房、心室功能也完全正常，但由于窦房结周围出现纤维化病变，使得起搏信号不能顺利地传导到心房和心室，心跳仍会很慢，造成的症状与窦缓是一样的。此时患者本人只是感觉心脏跳动缓慢，并不知道传导阻滞这回事，传导阻滞是经过心电图或24小时动态心电图（Holter）才能发现的。这种窦房结到心房之间的传导障碍称为“窦房阻滞”。因为病变也发生在窦房结周围，所以也划归病态窦房结综合征，简称病窦综合征。

15、什么叫慢-快综合征？

简单讲，慢-快综合征就是心跳忽快忽慢，慢的时候只有30~40次/分，快的时候能达到130~200次/分。之所以出现这种情况，多数是因为窦房结有病变了，致使平素心率就很慢，对心房异位起搏点的控制丧失，久而久之就会合并心房快速而紊乱的心跳，最常见的就是心房颤动（简称房颤），其次也有心房扑动（简称房扑）。多数患者可耐受很多年的心动过缓，而一旦出现快速房颤时则完全不能耐受，表现为突然的胸憋、气短、大汗、头晕甚至晕厥，往往在夜间心率太慢时发作。致使很多情况下，误以为是心绞痛发作。

此时治疗上会出现矛盾，医生由于顾虑心跳过慢而不敢对快速的心跳加以用药治疗。因为药物大多有一定的持续时间，如果快速心跳被治住了，转为心跳过慢时，则担心心率会更慢。因此在急诊时往往会先用一些作用时间短、代谢快的药物，如毛花苷C（西地兰）以缓解症状。长期则需植入心脏起搏器，在起搏器保驾下可放心大胆地使用长效抗心动过速药来压制快速心跳。

由于病因大多是窦房结有病变，先有长期的心跳慢，然后才有心跳突然变快，因此叫作“慢-快综合征”，它划归为“病窦综合征”范围。

16、什么叫快-慢综合征？

所谓“快-慢综合征”同“慢-快综合征”一样也是心跳忽快忽慢。只不过是平素心跳并不慢，只是突然发生心

跳快，在快速心跳结束时突然慢，甚至有几秒钟的不跳。这种情况并不是窦房结病变引起的，窦房结至多也只能是功能不全或功能低下。这是快速心率对窦房结功能的压制导致在快速心率终止后窦房结不能及时起搏所致。因为是先有快然后才有慢，所以称为“快-慢综合征”。可见在这种情况下应该先治疗快。无论用药还是做导管射频消融治疗，只要控制住快速心跳，就可预防随后的心跳慢。如果任由快速心率反复发作，那么窦房结功能最终会被压制的愈来愈低。与“慢-快综合征”相同，需行起搏器治疗。将快-慢与慢-快综合征区别开来对年轻患者非常有意义，可避免很早就植入永久心脏起搏器。

17、什么叫病态窦房结综合征？

病态窦房结综合征简称病窦综合征，是窦房结功能低下或窦房结病变造成的心跳太慢。正常窦房结静息时发出55~100次/分的起搏信号，夜间可达到最低30次/分，在运动或激动等交感兴奋时可迅速达到150~170次/分。如果因为病变使窦房结在静息时发放的心跳指令持续不足50次/分，运动或兴奋时也达不到90次/分，这就证实是窦房结有实质性病变。除此以外，窦房阻滞、慢-快综合征和多年的快-慢综合征也划归为“病窦综合征”。因为不管什么原因，只要造成持久的心跳太慢，人就会感到胸部压抑、憋闷，一旦出现头晕、眼前发黑，就需要植入永久心脏起搏器了。

18、什么是房性心动过速？

房性心动过速简称房速，是指起源于心房的心动过速。现在心内电生理检查相当完善和先进，可将房速的确切起源部位找到，因此命名也多了起来。起源于左心房叫左房房速，起源于右心房叫右房房速，起源于心耳又叫心耳房速。另外临床常说的心房扑动和心房颤动也属于广义的房性心动过速。但一般都将二者单独列出来诊断，这样使诊断更明确。

19、什么是心动过速的“耐受”现象？耐受现象有益处吗？

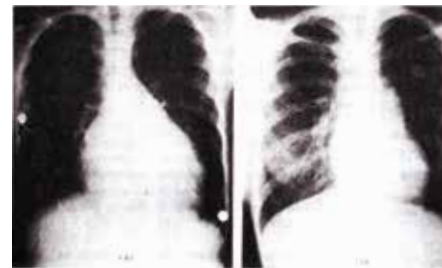
许多心动过速尤其房性心动过速患者在开始时一般会引起心慌、胸闷、乏力感觉，但到一定时候又会出现“耐

受”现象，既感觉不那么难受甚至无感觉了，尤其对儿童和年轻人更易“耐受”。房扑和房颤也同样存在“耐受”现象。“耐受”实际上是心脏和神经对心动过速的适应现象。此时心动过速并没有减慢或停止，其对心脏结构和功能的损害照样存在。

耐受现象会麻痹患者及家属，贻误就诊时间。比如许多房颤患者直到偏瘫后到神经内科就诊时才发现是房颤形成的小血栓栓塞所致。就是患者对房颤发生“耐受反应”，从思想上疏忽大意、生活上未能节制、治疗上未能及时救治造成的。

20、什么叫心动过速性心肌病？

耐受现象在心动过速中普遍存在，在房性心动过速中更明显。尤其在儿童和青少年中危害性更大。因为小孩的耐受性更强，又不懂得及时、准确诉说病情（如许多学龄前儿童在心动过速发作时只会诉说“肚子疼”），家长工作忙，观察得不仔细，如果所接触的首诊医生专业性又不足，种种原因导致心动过速持续存在，使心脏逐渐扩大，以致出现所谓“心动过速性心肌病”。即心脏大如足球，直到出现心力衰竭（简称心衰）了——即稍活动就气喘、夜间不能平卧了才来就诊。此时心动过速和心脏扩大同时并存，在诊断上又会造成困惑。很多医院因为同类病例见得少，往往会先诊断“心肌炎后遗症”或“心肌炎”。对于是先有心动过速还是先有心肌病的争论，就像“先有鸡还是先有蛋”的争论。经验不足的医生认为心动过速是在心肌病或心肌炎基础上得的，建议患者做冠脉造影和心脏移植。而目前专业的电生理医生都会首先考虑是长期的心动过速引起的心动过速性心肌病。此时只需做仔细的心内电生理检查就会找到房速的病灶，并用射频消融的方法很轻易就可根治，然后坚持用药，心脏大多数逐渐恢复正常，避免心脏移植。



一名17岁男孩因行动时喘憋于外院拍胸片（左图）示“全心扩大”而诊断“心肌炎后遗症，扩张性心肌病”。入院后发现合并“持续性房性心动过速”，因此怀疑是“心动过速性心肌病”，并行导管射频消融术。术后3个月复查胸片（右图），心脏大小完全恢复正常。提示根本不是“心肌炎后遗症”和“扩张性心肌病”。

(未完待续)

■ 国家心血管病中心



宝宝先心病就得动大手术？费用还不菲？



当宝宝确诊为需要手术，家长们又开始了新的疑惑：
治疗宝宝先心病都有哪些手术方式呢？
宝宝先心病手术的治疗效果好吗？
宝宝手术的预后怎么样？
给宝宝做先心病手术要不要花很多钱啊？

其实，在给先心病宝宝选择手术方式的问题上，是比较复杂的。
这是因为先心病里面包括有简单先心病与复杂先心病，而二者之中又包含着很多类别，不同类别的先心病，选择的手术方式也会不一样。

简单先心病手术以根治为主

简单先心病手术如房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉狭窄等，一般

的治疗手段都是直接以根治手术为主。

复杂先心病可能需要分期进行

相对简单先心病来说，复杂先心病的手术治疗显得复杂。
复杂的先心病，病种组合起来就可能上百种，而每种所对应的手术方式也会不一样。
一般来说，复杂先心病的治疗与医生手术技术及宝宝病情严重有关系，有的宝宝可能不能做根治手术，有的需要等长大一点才能做，有的需要先做一个手术，等宝宝长大了，各方面条件具备了，再做根治手术。

因此，复杂先心病的手术较为复杂，在临床的应用上，手术方式可以概括为以下几种：

1、姑息手术
姑息手术是相对于根治手术来说的，类型主要包括体—肺动脉分流术、中心分流术、肺动脉环缩术、腔静脉—肺动脉分流术（Fontan类手术）和房间隔造口术等。
并非说不直接根治就代表不好，姑息手术在一些患有严重或复杂先心病的宝宝的治疗中，有着不可替代的作用。
对于一些体质极度衰弱、病变严重影响血流动力学等耐不住根治手术的宝宝来说，姑息手术可以改善临床症状，为根治手术创造条件。

所以，姑息手术也被称为过渡手术，在术后半年或1年之内密切随诊、复查，选择合适的时机进行二期手术。

2、分期手术
分期手术是指需要分成多期进行的手术。

具体是针对目前的病况下，尚不能根治而采取的手术方式——是以改善血流动力学，缓解和控制病情，为下一步的根治先心病创造有利条件。

一般来说，第一期的手术多半是在先

心病的整个治疗过程中，主要是为了第二期及第三期手术做准备。

如对于肺动脉发育极差或者肺动脉闭锁又或者肺动脉狭小的宝宝，可以在第一期使用体肺分流手术，第二期再根据肺动脉发育情况实行根治手术。

介入手术or开胸手术

在先心病手术中，一般分为介入手术和开胸手术两种。

1、介入手术
介入手术指的是利用现代高科技手段进行的一种治疗方式，一般来说指的是通过非外科的途径，比如说可以通过外周血管，将封堵器（一种介入型医疗器械）塞到心脏里面去；又或者可以经过外周血管，使用球囊（另一种介入型医疗器械）进行心脏内结构的扩张。

介入手术的优点在于没有大的手术切口，一般是通过超声引导下进行，相对来说会减少一些对体外皮肤的创伤。

但介入手术也有一些缺点，比如说，当需要将某些医疗器械（如含有金属成分的封堵器或封堵伞等）放置到体内，这种医疗器械将会陪伴宝宝一生。

尽管就目前的资料来说，还没有发现这些含有金属的医疗器械会对身体造成异常的影响，但这个还需要进一步的跟踪调查。

因为在临床中，有一些放置封堵器后的病人，出现了阵发性的头疼，或者是内膜覆盖不完全导致的血栓，又或者是基础的残留物导致的局部组织侵蚀等。

但瑕不掩瑜，介入手术还是受到许多人的追捧，毕竟切口较小。

2、开胸手术
开胸手术一般适用于所有的先心病治疗，这时候对比介入手术来说，切口可能就大了一点。

不同的手术有不同的切口方式，如有经胸骨正中切口、常规切口、胸骨正中小切口、经右侧的前外切口等，而我们最近做的是经腋下的小切口。

其实殊途同归，最终还是需要给心脏

做治疗，只不过是切口的大小不同。

小切口更美观

关于先心病手术上的切口选择，这取决于医生的经验水平与手术水平。
好比能在纸上写字的不一定能在大米上写字，能在大米上写字的不一定能在小米上写字，在纸上写字的人是不能去评测在小米上写字的人到底写得好不好，这包含的是经验问题，当然也是有技术的问题。

有的医生可能需要在大的切口下完成手术，因为大的切口对于他来说会更加得心应手，觉得会更加安全；

而有的医生经验较丰富，在手术的操作上没有什么困难，因此可以在更小的切口与更快捷的路径上完成整个手术。

总的来说，在医生的经验水平与手术水平允许的前提下，尽量选择小切口，尤其是对于女宝宝来说！因为小切口的创伤较小，且能满足术后美观的要求，如果需要延长切口处理复杂情况也可轻松实现。

对于先心病手术，爸爸妈妈还会问

1、宝宝的术后生活如何？

如果在最佳的治疗时间内，让先心病宝宝接受了对应的手术治疗，成功并且没有其它并发症的话，这对于疾病的预后（发展过程和后果预测）是非常理想的，宝宝以后的生活质量与正常人相当。

阜外医院可以说是国内治疗先心病后并发症发病率最低的医院了，在国际上拥有一定的权威地位，是宝宝先心病治疗的不错选择。

2、手术费用高吗？

一般来说，如动脉导管手术等简单的先心病手术，大概需要2万元左右，而其它简单性先心病的话，5万元以内也就可以搞定了。

对于复杂的先心病手术来说，费用可能在10~20万元之间，这需要根据宝宝具体情况与医生开出的治疗方案而定。

■ 花中东



秋季吃蟹好时节，三高人群要慎吃



菊黄蟹肥，又到了吃螃蟹的好季节，肉肥膏黄味美的大闸蟹当然不能错过。那么，美味的大闸蟹的营养如何？适不适合三高人群食用呢？

蟹肉的蛋白质含量高达18.9%，脂肪含量则只有0.9%。大闸蟹80%的蛋白质都在蟹肉中，而且蟹肉蛋白质中含有多种必需脂肪酸，是非常好的优质蛋白质的来源。蟹肉还有比较丰富的矿物质，如锌、铁、铜和磷等，对于补充矿物质也还是不错的。

总的来说，蟹肉是一种高蛋白、同时含有丰富的多不饱和脂肪酸的肉类，还是比较健康的。但蛋白质进入人体内经消化分解，合成脂肪和糖，常食也会导致体内血脂和血糖含量增高。

吃大闸蟹，很多人最喜欢吃的就是其中的蟹黄蟹膏。蟹黄蟹膏到底是什么呢？

蟹黄是母螃蟹体内的卵巢和消化腺。

母蟹中橘红色一粒粒比较硬的是蟹黄，黄色的同样也是肝胰腺，蟹黄是雌性的卵巢。这个季节吃的大闸蟹基本是繁殖季节，蟹黄体积变大、呈鲜艳的橘黄色恰好代表母蟹的性腺已经成熟，这种蟹黄一般更好吃。

蟹膏是雄蟹精囊的精液与器官的集合。蟹膏自然状态为青白色半透明果冻状液体，煮熟后，为半透明、粘粘的、还会有点腻的胶质。雄性大闸蟹的内脏中蛋白质含量为12.5%，脂肪含量则为20.2%，大闸蟹90%以上的脂肪都储存在内脏中。所以，我们平时吃的蟹膏有很多脂肪，这也是蟹膏独特风味口感的主要原因。

大闸蟹是高胆固醇食品，对于有心血管疾病的朋友来说，应该少吃或者不吃为妙。蟹黄里含有大量的胆固醇，一般人每天胆固醇的摄入量最好不要超过300毫克，而每100克蟹肉中含胆固醇235毫克，每100

克蟹黄中含胆固醇460毫克。因此，吃一只中等大小的大闸蟹，一天的胆固醇摄入量就已经超标。

高血压、冠心病、高脂血症患者原本就是心绞痛、心肌梗死、中风等心血管疾病的高危人群，因此就更有必要控制每天高胆固醇食物的进食量。少吃动物内脏、蟹黄、蟹膏等高脂食物，多吃水果蔬菜，控制食盐的摄入量，每天保持一定的运动量。

■ 罗彤

用药指南
YONGYAOZHINAN

达比加群酯用药指导



达比加群酯是一种什么药？

达比加群酯是一种口服抗凝药，使血液不易凝结，可以称为“血液稀释剂”，用于预防成人房颤患者的卒中和全身性栓塞。



为什么要服用达比加群酯？

心房颤动（简称房颤）时，由于心房的收缩功能丧失，血液易在心房内淤滞而容易形成血栓，如果血栓脱落则会随着血液流至全身各处，从而引起脑栓塞、肢体动脉栓塞、内脏动脉栓塞等，严重者可能导致偏瘫甚至危及生命。

达比加群酯可以降低体内血栓形成的几率，从而降低脑卒中和其它栓塞的风险。



应用达比加群酯需不需要常规监测凝血指标？ 在哪些特殊情况下需要监测？

达比加群酯治疗窗宽，不需要常规监测凝血指标，而在个别情况下（严重出血或出血高危患者、怀疑服药过量、怀疑有药物相互作用、需要急诊手术）可监测相关凝血指标，但华法林常规监测的INR值不能体现达比加群酯的抗凝活性。



应用达比加群酯是否需要监测其它指标？

肾功能减退、高龄的患者可能使达比加群酯的清除减少，出血风险增加。开始达比加群酯治疗前，所有患者应评估肾功能。怀疑有慢性失血、出血风险高的患者需要定期检测血常规。



服用达比加群酯之前，应该告诉医生哪些情况？

- 是否有肾脏疾病
- 是否有过出血问题或胃溃疡
- 目前服用的具体药物



如何服用达比加群酯？

- 可空腹或随食物服用，应使用一整杯水整粒送服，请勿弄破、咀嚼或将药物颗粒从胶囊中倒出；如果服药后胃部不适，可以与食物同时服用；
- 推荐达比加群酯每日服用2次，早晚各一次，尽量相隔12小时（比如早7点、晚7点）。如果您漏服一剂，若距下次用药时间大于6小时，可以把漏服的1粒补上，如果距下次用药不足6小时，请勿补服；
- 如果您服用了过量的达比加群酯，请前往附近的急诊就诊或者给医生打电话；
- 未得到医师的许可不能自行停药，停药可增加发生血栓的风险。



如何储存达比加群酯？

- 为防止胶囊受潮，请在服药前临时将胶囊从原包装中取出，而不要提前将胶囊取出放入药盒里；
- 室温下贮存药物，放在儿童接触不到的地方。



哪些人群禁用达比加群酯？

- 重度肾功能不全（CrCl<30ml/min）患者；
- 临床上显著的活动性出血；
- 有显著大出血风险的疾病或状况，如目前或近期发生消化性溃疡，近期做过脑、脊髓或眼部手术等；
- 人工心脏瓣膜置换术后需要抗凝的患者。

达比加群酯有何不良反应？发生不良反应该如何处理？

①达比加群酯可能会增加出血风险，因为它具有降低血液凝固的能力。服用期间可能更容易出现瘀伤，可能需要更长的时间出血才能停止。

如果您出现任何这些出血征象或症状，请立即就诊：

- 意外出血或出血持续很长一段时间，如牙龈异常出血、经常发生鼻出血、月经出血量多于正常情况
- 严重或无法控制的出血
- 粉红或棕色尿
- 红色或黑色便（柏油样）
- 不明原因的瘀伤或瘀伤增大
- 咳血
- 呕血或呕吐物为咖啡渣样
- 意外疼痛、肿胀或关节疼痛
- 头痛、感到眩晕或无力

如果您有以下某种情况，您出血的风险可能会增加：

- 75岁以上
- 有肾脏问题
- 近期有胃部/肠道出血，或有胃溃疡
- 服用其它增加出血风险的药物，包括华法林、阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、普拉格雷、肝素类、长期服用非甾体类抗炎药
- 有某些肾脏问题，同时合并服用决奈达隆或酮康唑

②胃肠道不良反应，如消化不良、腹部疼痛、腹部不适或烧灼感。处理：可采取下列方法减少消化道症状，如：一整杯水服药、与食物同时服用等；如果仍不能耐受腹部症状，可就诊治疗。

③少见的不良反应如过敏反应，过敏性反应症状包括荨麻疹、皮疹和瘙痒。如果症状严重，请立即就诊。

达比加群酯与其它药物合用需要注意什么？

某些药物与达比加群酯合用可能会增加出血风险，如华法林、阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛等抗凝抗血小板药物，以及胺碘酮、酮康唑、布洛芬等；还有一些药物会降低该药的疗效，如卡马西平、利福平、苯妥英等。如果需要增加或减少其它药物，请先咨询您的医生确定是否与该药存在相互作用；

就诊时请您将正在服用的所有药物（西药、中成药、中草药）、营养品、保健品等书面列出，告知医生或药师。

孕妇及哺乳期妇女可否应用达比加群酯？

怀孕或计划怀孕的女性，在服用达比加群酯之前应告知医生这一情况，因为尚不了解该药是否会影响胎儿。哺乳或计划哺乳的女性也应在服用达比加群酯之前应告知医生这一情况，因为不了解达比加群酯是否进入乳汁。

用药期间注意事项有哪些？

- 无论何时何地就诊时都应告知医生您正在服用达比加群酯；
- 在接受任何手术或有创操作前，应提前跟医生沟通，确定是否需要暂时停药，何时停药，以及何时可以重新开始服用达比加群酯；
- 如需更换其它抗凝药物，需要在医生的指导下进行；
- 用药期间注意避免可能导致受伤的运动或活动，避免跌倒；若您不慎摔倒或受伤，尤其头部受到撞击，您需要尽快到医院就诊；
- 建议使用软毛牙刷、上蜡的牙线、电动剃须刀，尽量避免使用牙签，小心使用指甲刀和利器。

■ 药剂科