

瓣膜术后抗凝避坑指南：精准用药 定期随访 规避风险

淮北矿工总医院心胸外科 田甜

心脏瓣膜病是临床常见的心脏疾病，多数由风湿性炎症损伤心脏瓣膜引发，其中二尖瓣最易受累，主动脉瓣发病概率次之。流行病学数据显示，我国心脏瓣膜病发病率较高，也一直受到社会各界的重视。心脏瓣膜置换术是治疗该病的标准方式，可恢复瓣膜正常功能、减轻心脏负荷，帮助患者重回正常生活。不过，术后人工瓣膜表面容易形成血栓，若未能及时开展抗凝管理，不仅会损害人工瓣膜功能，还可能引发栓塞，最终影响患者的整体预后。本文将为您详细解读心脏瓣膜置换术后用药及相关风险。

1. 心脏瓣膜置换术后用药管理

术后一般口服华法林钠片开展抗凝治疗。为什么术后需要服用抗凝药物？植入体内的人工瓣膜对于心脏而言属于外来异物，血液容易在瓣膜表面及周边发生凝固，形成血栓并影响瓣膜正常功能。血栓一旦脱落，还会引发血管栓塞，若堵塞脑血管，轻则导致偏瘫、留下终身残疾，重则直接危及生命。若抗凝药物服用剂量不足，会显著提升血

栓形成概率，进而诱发瓣膜功能异常或血管栓塞相关并发症。华法林属于双香豆素类衍生物，是由R-型与S-型两种活性不同的对映异构体混合构成的消旋体，在抑制血栓生成、减少并发症方面起到重要作用。该药物性价比高且抗凝效果稳定，目前依旧是心脏瓣膜置换术后首选的抗凝药物。

接受生物瓣膜置换的患者，通常要坚持半年的抗凝治疗；而进行机械瓣膜置换的患者，则需要终身抗凝，每日按时服用华法林，若无特殊情况，不可随意停药。

同时患者还需定期复查凝血酶原时间(PT)。现阶段临床普遍依据国际标准化比值(INR)调整抗凝药物用量，健康人群的INR 正常范围为0.8~1.2，瓣膜置换术后患者需将指标维持在2.0~3.0。当INR 低于2.0时，可将华法林剂量增加1/4至1/2片；INR 高于3.0时，则减少1/4至1/2片；若INR 超过3.5，需暂停服药，并及时到医院就诊。

此外，关于饮食方面，银杏、大蒜等部分食材能够干扰体内药物代谢过程、

抑制血小板活化，进而升高出血风险。但阿司匹林与氯吡格雷的抗血小板药作用较强，日常普通食物对这类药物的药效干扰程度相对有限。只要长期保持饮食结构稳定，便无需担忧食物大幅改变药物疗效。

酒精是需要格外规避的特殊品类。抗凝治疗人群自身出血风险本就高于普通人群，过量饮酒会损伤消化道黏膜，极易诱发消化道大出血，且该类出血止血难度偏高。再加上阿司匹林本身会破坏胃部黏膜屏障，因此服药期间严禁饮酒。

2. 术后复查建议

接受心脏瓣膜置换手术后，身体会出现一些正常表现，也可能伴随各类危险信号。机械瓣膜具备优异的长期耐用性，是我国65岁以下心脏瓣膜手术患者的首选植入瓣膜，但患者术后需终身接受抗凝干预。而生物瓣膜置换术后早期，同样存在一定的血栓栓塞风险。因此，临床中无论采用哪种瓣膜置换方式，术后开展规范化抗凝管理都尤为关键，对保障患者术后安全与康复预

后具有重要价值。学会辨别异常症状、按时返院复查，能够有效守护心脏健康，降低不良事件发生风险。

出现以下任意一种情况，需及时到医院就诊，或是联系主治医生：

- (1)突发心悸、气促、胸痛，且症状持续数分钟未能缓解。
- (2)身体任意部位发生感染。
- (3)人工瓣膜启闭声突然改变或消失，同时伴随心率异常。
- (4)体重短期内异常快速增加，或是下肢、踝部出现水肿。
- (5)出现不明原因的发热。

在此提醒，植入人工机械瓣膜的患者，胸部可听到心脏搏动时瓣膜发出的金属滴答声，这属于正常现象，无需过度紧张。

建议瓣膜置换术后患者，在出院后3个月、6个月及1年分别返院复查，检查项目主要包括心电图、超声心动图、胸部X线片等。术后满1年以后，仍建议每1~2年开展一次系统性随访复查，持续评估人工瓣膜功能与心脏功能情况。

3. 正确看待华法林用药风险

华法林存在明显的用药特点，它的治疗窗较窄，不同患者的用药剂量差异较大，剂量把控不当，无论是偏高还是偏低，都可能引发严重不良事件。新型口服抗凝药物无法替代华法林的临床作用。现阶段，针对瓣膜性房颤以及机械瓣膜置换术后患者的抗凝治疗，华法林仍具备不可替代的临床地位。

华法林临床给药的核心原则，是依据患者的目标INR 值开展个体化剂量调整。在INR 目标范围方面，多数患者的临床标准控制区间为2.0~3.0。结合人群特征与出血风险差异，有研究提出，我国西南地区人群可将INR 控制在1.8~2.5，以此降低出血风险。

华法林的维持剂量无固定标准，需根据患者后续INR 的动态监测结果灵活调整，保障抗凝效果稳定、安全。作为患者则必须严格遵从医嘱服药，服用华法林期间需严格遵守以下注意事项：

- (1)规律服药：严格按照医嘱规定

的剂量和时间规律服药，可通过设置闹钟、使用七日药盒等方式提醒自己，避免出现漏服。

(2)精准监测：按时采血监测凝血酶原时间(PT)与国际标准化比值(INR)，并妥善记录检测结果，可填写至专用的华法林用药管理记录表中。

(3)稳定作息饮食：保持日常饮食与生活习惯的稳定，避免作息、饮食大幅波动。

(4)及时报备异常：身体出现不适症状、或轻微外伤后出现止血困难的情况，需及时告知医师。

(5)主动告知病史：就诊时主动告知医师自身正在使用的所有药物，若后续出现停药、减量等用药方案变动，需及时告知医师。

心脏瓣膜置换术后的康复核心，不在于手术的成功，而在于长期规范的抗凝管理与随访监测。华法林风险可控、疗效确切，患者只要谨遵医嘱、科学用药、规律复查、规避禁忌，就能有效远离血栓与出血风险，长期维持心脏健康，回归正常生活。

胆囊炎：被低估的“小器官大麻烦”

淮北市人民医院肝胆外科 李恩荣

在人体的消化系统里，胆囊一直很低调。它躲在肝脏下面，平时安安静静地储存胆汁，等你吃了油腻食物再出来帮忙。正因为存在感不强，很多人直到右上腹痛得坐立难安，才第一次意识到它的重要性。胆囊炎(cholecystitis)是临床最常见的外科疾病之一，根据发病急缓与病程进展，可分为急性胆囊炎(acute cholecystitis, AC)和慢性胆囊炎(chronic cholecystitis, CC)。二者名称相近，但发病特点、临床症状和危害程度截然不同。

一、急性与慢性胆囊炎，有什么区别？

急性胆囊炎通常来势汹汹，是由于胆囊管梗阻、化学性刺激和细菌感染等引起的胆囊急性炎症性病变。患者可能突然出现右上腹剧烈疼痛，疼痛可向右肩、肩胛骨甚至后背放射，常伴随恶心、呕吐、食欲下降，夜间或饱餐后尤为明显。这种情况，多数与胆囊结石有关。胆囊收缩时，结石掉进胆囊颈部或胆囊管，胆汁排出受阻，胆囊内压力迅速升高，胆囊壁充血、水肿，疼痛自然升级。

慢性胆囊炎显得更“耐心”。慢性胆囊炎是胆囊慢性炎症性病变，症状往往较轻，进展缓慢，多表现为右上腹隐痛、胀闷不适，吃了油腻食物后更明显。有些患者会伴随嗝气、腹胀、尿色加深等表现。疼痛不一定剧烈，却反复出现，容易被忽视。需要注意的是，绝大多数慢性胆囊炎患者同时存在胆囊结石。

二、胆囊炎如果拖着不管，会有什么后果？

胆囊炎发作后若处理不及时，风险并不低。

短期内，胆囊反复炎症刺激可能导致胆囊穿孔，胆汁进入腹腔后可引起胆汁性腹膜炎；炎症还可能波及周围组织，形成胆囊周围脓肿，严重时甚至诱发肝脓肿。

从长远看，胆囊长期反复发炎，可能与周围器官发生粘连、穿透，形成胆囊与肠道或胆管之间的异常通道。这类并发症处理复杂，生活质量也会明显下降。

三、胆囊炎是如何确诊的？

在门诊中，医生通常会结合症状和影像学检查进行判断。

1.腹部彩超检查方便、价格相对亲民，是急性胆囊炎的首选影像学检查手段，可发现胆囊壁增厚、胆囊结石等改变。

2.腹部CT不作为急性胆囊炎的常规检查方法，当腹部症状不典型或超声不能明确诊断时，可行腹部CT扫描，以提供更全面信息。CT对慢性胆囊炎的诊断价值与腹部超声相似，能较好地显示胆囊壁增厚，有助于评估病情严重程度。

3.MRI和磁共振胆胰管成像(MRCP)：MRI可用于鉴别急性和慢性胆囊炎，在评估胆囊壁纤维化、胆囊缺血、胆囊周围肝组织水肿、胆囊周围脂肪堆积等方面优于CT，适合复杂或疑难病例。

四、得了胆囊炎，该怎么治疗？

胆囊炎治疗遵循个体化、分层治疗原则，根据急慢性分型、病情轻重、患者身体状况制定方案。

急性胆囊炎在发病早期、炎症较轻时，腹腔镜微创手术是常见选择，创伤小、恢复快。若病情较重或存在高风险因素，医生可能先采取保守治疗或胆囊引流，待炎症控制后再评估手术时机。

慢性胆囊炎症状较轻、对生活影响不大的患者，可在医生指导下使用抗炎、利胆类药物，并配合饮食调整。反复发作、疼痛明显、影响生活和工作的患者，通常需要考虑外科手术，以免病情持续进展。

五、护理同样重要，别只盯着手术和药物

很多人一提胆囊炎，只关心用药和手术，却忽略了护理的重要性。临床治疗之外，科学规范的全程护理，是缓解症状、加速康复、预防胆囊炎复发的关键，不可或缺。

1.疼痛护理：别硬扛。胆囊炎疼痛与进食、体位密切相关。急性发作期应充分休息，避免剧烈活动，对患者的疼痛不适合给予理解和同情，疼痛明显时，应及时告知医护人员，在医生指导下使用解痉镇痛药物。疼痛变化本身，也是判断病情的重要信号。

2.饮食护理：给胆囊减负。饮食管理贯穿治疗全过程。急性期多需暂时禁食或进食清淡流质饮食，让胆囊充分休息；恢复期逐步过渡到低脂饮食；稳定期长期坚持少油、少量多餐，避免暴饮暴食。

3.术前与术后护理：细节决定恢复速度。需要手术的患者，术前应配合完成皮肤准备、呼吸功能训练、戒烟、避免感冒，有助于减少术后并发症。术后护理重点包括生命体征观察、早期活动、循序恢复饮食以及保持伤口清洁干燥。一旦出现腹痛加重、发热、伤口异常渗液，应及时处理。

4.居家护理：防复发靠长期管理。出院后仍需保持规律饮食，控制体重，避免长期高脂饮食。定期复查胆囊超声，关注胆囊壁、结石或息肉变化，是预防问题升级的重要手段。

六、胆囊炎会发展成胆囊癌吗？

胆囊癌属于胆道系统中较常见的恶性肿瘤，早期症状不明显。研究发现，胆囊结石、慢性胆囊炎、胆囊息肉样病变等，都会增加胆囊癌的发生风险。长期、反复的炎症刺激，可能引起胆囊黏膜异常改变。

对于胆囊炎反复发作、胆囊壁明显增厚、胆囊息肉直径超过1厘米的患者，及早评估和规范处理，有助于降低癌变风险。

胆囊不大，脾气却不小。胆囊炎绝非无关紧要的小毛病，疼痛出现时及时就医，症状缓解后定期随访，饮食上少给它“添堵”，比任何偏方都靠谱。认真对待胆囊炎，往往能少走很多弯路。

抗凝药不是“万能药”！房颤护理中，出血风险如何精准防控？

利辛县人民医院 张翠翠

房颤，作为临床最常见的持续性心律失常，被称为“沉默的杀手”——它不仅会导致心悸、胸闷等不适，更危险的是会使血液在心房内淤积形成血栓，血栓脱落可能引发脑卒中、肺栓塞等致命并发症。而抗凝药，作为房颤血栓预防的核心药物，却常常被患者误解为“一吃就安”的万能药。事实上，抗凝治疗是一把“双刃剑”，在抑制血栓形成的同时，也会增加出血风险，轻则出现牙龈出血，重则引发颅内出血，危及生命。

要做好出血风险防控，首先要明确：为何抗凝药会增加出血风险？这就要从抗凝药的作用机制说起。抗凝药的核心作用，就是抑制凝血因子的活性，延缓血液凝固、打破血栓形成的链条。但凝血功能是人体自身的“保护机制”，负责伤口止血、防止失血过多，抗凝药相当于“削弱”了这种保护能力。

更需要警惕的是，不同患者的出血风险差异巨大，并非所有房颤患者使用抗凝药后，出血风险都处于同一水平。临床中，年龄、基础疾病、用药史、生活习惯等，都会成为

影响出血风险的关键因素。比如，75岁以上的老年患者，血管弹性下降、凝血功能生理性减退，且常合并多种基础疾病，出血风险会显著高于年轻患者；同时服用阿司匹林、布洛芬等非甾体抗炎药，或氯吡格雷等抗血小板药物的患者，两种药物的“抗凝+抗血小板”作用叠加，出血风险会成倍增加。

精准防控出血风险，首先是“精准评估”——在使用抗凝药前，必须由医生完成出血风险与血栓风险的双重评估，只有当血栓风险大于出血风险时，才适合启动抗凝治疗，这是防控出血的前提。目前，临床常用HAS-BLED评分评估出血风险，评分项目包括高血压、肝肾功不全、卒中病史、出血病史、年龄≥65岁、糖尿病、饮酒或服用抗血小板药物等，根据评分结果，将患者分为低、中、高出血风险等级。

其次，“规范用药”是防控出血风险的核心，也是患者最容易忽视的环节。很多房颤患者认为，只要按时吃药就万事大吉，却不知用药剂量、用药时间、药物调整等，都会直接影响出血风险。一方面，抗凝

药的剂量需严格遵循医嘱，不可自行增减。另一方面，“日常监测与自我观察”是及时发现出血隐患的关键，也是家庭护理的重要内容。房颤患者在服用抗凝药期间，需学会观察自身是否出现出血迹象，重点关注以下几类情况：皮肤是否出现不明原因的瘀斑、瘀点，或伤口止血时间明显延长；口腔是否频繁出现牙龈出血，刷牙时出血量增多；消化道是否出现黑便、柏油样便，或出现恶心、呕吐、呕血。这些可能是颅内出血的信号，需立即就医。

除了自我观察，定期复查也必不可少。服用华法林的患者，因药物治疗窗较窄，容易受食物、其他药物影响，需定期复查凝血功能(INR)，根据检查结果调整用药剂量，将INR控制在合适范围(通常为2.0~3.0)；服用新型口服抗凝药的患者，虽无需常规监测凝血功能，但需定期复查肾功能，尤其是合并肝肾功不全的患者，需根据肾功能情况调整剂量，避免药物蓄积导致出血风险升高。

房颤患者在服用抗凝药期间，需注意以下几点：

失眠切勿拖延不治——哪些情况需要前往睡眠专科就诊

安徽省宿州市第二人民医院睡眠障碍科 陈长浩

生活中部分人对失眠存在认知误区，认为只是短期睡不好、无需干预，依靠自身调节就能恢复。事实上，偶尔一次的睡眠波动属于正常生理现象，但是长期拖延失眠问题，会持续打乱人体神经、内分泌和情绪平衡，形成恶性循环。当失眠超出自我调节范围，影响到身心状态和日常生活时，及时到睡眠专科就诊才是阻止病情加重的有效方式。

一、出现这些失眠症状，务必就诊睡眠专科

1.睡眠障碍持续发作，形成顽固性失眠

失眠状态每周发作三次及以上，持续时间超过三个月，符合慢性失眠临床诊断标准，是就医的指征。这类人每晚入睡潜伏期超过30分钟，夜间频繁醒来，醒来后难以再次入睡，早醒时间较常规起床时间早两小时以上，每天总睡眠时间少于6小时。长期处于该状态，大脑不能完成深度休息和代谢修复，自我调节能力会持续下降，失眠会从偶发症状变成慢性睡眠障碍，拖延越久，后续治疗周期越长。

2.日间功能严重受损，无法正常维系

睡眠不足带来的损耗会直接投射到日间状态，出现持续性的躯体疲乏、注意力涣散、记忆力明显减退等问

题。工作、学习中频繁出错，反应速度变慢，思维迟钝，不能专注完成基础任务；日常行动中容易疲劳、头晕乏力，甚至出现站立不稳、心慌气短等躯体不适。同时会伴随社交意愿减退、行为动力下降，严重影响工作效率、生活质量、人际关系。器质性、功能性损伤不能通过休息补偿来缓解。

3. 伴随躯体不适与异常精神状态

长期失眠会引发全身连锁反应，频繁出现头痛、颈椎酸痛、胸闷心悸、肠胃紊乱等躯体症状，检查无明确器质性病变，本质是睡眠障碍引起自主神经功能紊乱。同时会出现情绪控制能力下降、莫名烦躁、焦虑紧绷、低落消沉等状态，部分人会出现过度思虑、夜间惶恐、睡前紧张等问题，进而产生睡眠焦虑与睡眠恐惧，对睡眠产生强烈恐惧心理，形成越怕失眠越睡不着的恶性循环。此时需要专科介入打破病态循环。

二、作息紊乱：失眠反复发作的核心生理根源

作息是调控人体昼夜生物钟的核心，不规律的作息习惯会直接摧毁人体昼夜节律，这是失眠反复的基础原因。人体有固定的生物钟，依靠昼夜交替、作息规律调节褪黑素分泌、神经兴奋度和新陈代谢。长期熬夜、

昼夜颠倒、作息浮动过大，会造成生物钟彻底紊乱，褪黑素分泌时段错乱、分泌量不足，夜间大脑不能进入休眠状态，日间中枢神经兴奋性偏低、精神萎靡。除此之外，睡前不良习惯还会加重睡眠损伤。睡前长时间刷手机、看电子屏幕，蓝光会抑制褪黑素合成，使大脑一直处于高唤醒状态；睡前暴饮暴食，饮用浓茶、咖啡、功能性饮料，会刺激肠胃和交感神经，造成身体亢奋。

三、情绪失衡：失眠久治不愈的关键心理根源

临床中多数慢性失眠均与心理问题高度绑定，长期负面情绪、心理压力是失眠迁延不愈、反复发作的重要诱因。相较于作息问题，情绪失衡更难通过自我调节修复。

1. 焦虑情绪催生睡前过度思虑

当代人群生活压力、工作压力、精神压力长期累积，会形成持续性隐性焦虑。夜间入睡后，外界的干扰变少，大脑会不断地回放生活中的琐事、未完成任务、未知的担忧，陷入过度的状态之中，大脑神经一直处于紧张的状态中，无法进入睡眠。

2. 负面情绪引发睡眠浅、易觉醒

长期压抑、低落、烦躁、抑郁等负面情绪，会使大脑皮层长时间处于异常半激活状态，不能进入深度睡眠。

这类人群即使能够入睡，也多是浅睡眠状态，睡眠质量极差，夜间极易惊醒，醒后伴有心慌、压抑、烦躁等情绪，不能再次入睡。情绪郁结不能得到宣泄，睡眠就会一直处在不稳定的状态，形成长期失眠。

3. 睡眠恐惧心理加重失眠循环

长期失眠的人群会形成严重的睡眠心理阴影，产生睡前焦虑、恐惧失眠的病态心理。每到夜晚入睡时，就会下意识地担心自己睡不着，过分关注睡眠状态，反复纠结入睡的进度。心理暗示会不断刺激神经兴奋，直接导致入睡失败。越失眠越恐惧，越恐惧越睡不着，形成依靠自我调节难以突破的病理闭环，使失眠反复发作，难以根治。

失眠绝非单纯的“睡不好”，而是作息紊乱、情绪失衡共同引发的综合性睡眠障碍，属于可防、可治的临床疾病。短期生理性失眠可通过调整作息、舒缓情绪自行改善，但当出现持续性睡眠异常、日间功能受损、顽固躯体及情绪不适时，切勿盲目拖延、硬扛调理。及时前往睡眠专科就诊，通过专业评估明确病因、精准干预，同时规避作息误区、疏导负面情绪，才能彻底打破失眠恶性循环，修复睡眠功能，回归健康规律的睡眠状态，守护身心双重健康。