滁州日報
2026年5月18日 星期一

三步操作,为心脏重启按下希望键

——AED,公共场所的“救命神器”

健康科普

在我国,每年约有55万人发生心源性猝死,其中超过80%发生在医院之外——家里、地铁站、运动场、办公室……当一个人的心脏骤停,大脑的供血供氧也随之中断。黄金救援时间只有短短4分钟。每延迟1分钟,生存率就下降7%~10%;10分钟后,抢救成功率几乎为零。然而,很多人并不知道:在公共场所的走廊、大厅或墙边,有一种橙白相间的小箱子,里面装着的正是能改写这个结局的“救命神器”——AED(自动体外除颤器)。它操作简单、全程语音提示,普通人经过简单学习就能上手。下面,我们就来认识一下AED,学会那关键的三步操作,为心脏重启按下希望键。

AED是什么,为什么它如此神奇

AED的全称是“自动体外除颤器”。你可以把它理解成一台“会说话的急救电脑”。当一个人发生心脏骤停时,最常见的原因是心室颤动——心脏不再规律收缩,而是像一袋蠕动的虫子一样胡乱抖动,无法泵出血液。AED能自动分析患者的心律,判断是否需要电击除颤。如果需要,它就会指导施救者按下电击按钮,让心脏重新恢复正常的节律。最关键的是:AED完全自动化、智能化。它会用清晰的语音告诉你每一步该怎么做,电极片上也画着粘贴位置的示意图。即使你从未接受过专业培训,只要打开它,就能在语音引导下完成急救。

黄金4分钟:心肺复苏与AED缺一不可

很多人知道心肺复苏(CPR),却不知道单独做心肺复苏的抢救成功率有限。数据显示,在公共场所发生的心脏骤停,仅做CPR的存活率约为10%~15%,而配合AED使用,存活率可提升至50%以上。CPR负责暂时维持大脑和心脏的血液供应,为心脏“争取时间”;AED则负责“一锤定音”,让心脏重新跳动。两者联手,才是真正的“救命组合”。

AED操作,人人都能成为生命守护者

当你看到有人倒地、无反应、无正常呼吸(只有濒死喘息也视为无呼吸)的时候,请立即执行以下步骤:

第一步:开机——听它的话

快速找到最近的AED,撕开箱子封条,取出设备。按下绿色开机键,或直接打开盖子(很多AED开盖即开机)。AED会立刻发出清晰的语音指令。这时候你不需要慌张,也不需要背诵任何流程,只需“听它的话”。

第二步:贴片

根据AED的提示,撕开电极片包装,按位置粘贴:一片贴在患者右胸上部(锁骨下方);另一片贴在左胸下部(腋前线第5肋间,即左乳头外侧)。

如果患者胸部有水或汗液,请快速擦干;如果胸部毛发过多,电极片包装内通常配有剃刀,可快速刮除。女性患者无需顾虑内衣,直接贴于裸露皮肤上即可。

特别注意,粘贴过程中,AED会自动分析心律,请不要触碰患者,并大声提醒周围人:“正在分析心律,请大家离开!”

第三步:电击——按下闪烁的按钮

如果AED判断需要电击,它会自动充电,并语音提示:“建议电击,请按下橙色(或红色)闪烁的按钮。”确保所有人没有接触患者(包括你自己),然后果断按下电击键。电击完成后,AED会提示:“电击已实施,请立即开始心肺复苏。”这时你要立刻进行胸外按压,直到AED下一次分析心律(通常2分钟后)。如果AED判断不需要电击,它会说“不建议电击,请继续心肺复苏”。这种情况可能是患者并非由室颤导致的心脏骤停,但你仍需持续按压,直到专业医护人员到达。

常见顾虑:普通人真的可以操作吗

很多人担心:“万一我按错了,把人电伤了怎么办?”请放心,AED的安全性极高。首先,它只在分析确认为室颤时才会允许电击,如果心律正常或已经停搏,它绝对不会发出电击。其次,即使误按了电击按钮,只要没有人接触患者,电流也只会通过电极片在患者胸壁形成回路,不会伤害旁人。还有法律层面,《民法典》第184条明确规定:“因自愿实施紧急救助行为造成受助人损害的,救助人不承担民事责任。”你出手救人,法律为你撑腰。

让AED真正“活”在公共场所

目前,我国许多城市的地铁站、机场、体育场馆、学校、商场已经逐步配备了AED。但仅有设备还不够,还需要更多人敢用、会用。下一次你在商场或地铁站看到那个贴着心形标志的橙白色小箱子,不妨停下脚步多看两眼:它的位置在哪?如何打开?语音提示是什么?哪怕花30秒熟悉一下,未来就可能挽救一条生命。心脏骤停可能发生在任何人身上,AED就是那把重启心脏的钥匙,而你,只需三步,就能成为那个按下希望键的人。

记住:开机、贴片、电击。听它的话,大胆去做。你按下的不是按钮,而是一个生命重新开始的心跳。

(凤阳县中医院 吴敬龙)

科学守护呼吸

——慢性阻塞性肺疾病稳定期管理问题解析

健康关注

慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)是由气道(支气管炎、细支气管炎)和/或肺泡(肺气肿)所致的以呼吸困难、咳嗽、咳痰、急性加重为典型症状,引起持续进行性加重的气流受限的慢性呼吸道疾病。除了咳嗽、咳痰和活动后呼吸困难等呼吸系统症状外,慢阻肺还常伴有体弱、焦虑和抑郁、营养不良、骨质疏松、肌肉萎缩和心血管疾病风险增加等全身表现。

许多人常年饱受慢阻肺折磨,并因此病或其并发症而过早死亡。急性加重尤其是频繁的急性加重不仅会加剧患者肺功能的丧失,还会导致呼吸困难难以缓解,活动耐力和生活质量显著下降,治疗难度大幅增加,对患者的生命健康和生活质量构成了严重威胁。

慢阻肺也是可预防和可治疗的疾病。吸烟、环境、遗传、肺发育异常等是慢阻肺的致病因素。作为慢性疾病,慢阻肺需要进行长期的管理,稳定期的康复管理对于延缓肺功能下降、减轻症状、提高运动耐力、改善生活质量至关重要。做好慢阻肺的稳定期管理,针对临床上病友们经常提出的几个问题,我来进行解答。

“反正已经得了慢阻肺了,戒烟也没啥意义了,也戒不掉,就不戒了吧。”很大一部分慢阻肺患者尽管知道自己患有这种疾病,但仍继续吸烟,这种行为会对疾病的预后和进展产生负面影响。戒烟对慢阻肺的自然病程影响最大,它还能改善日常症状,并降低病情加重的频率。任何人在任何年龄戒烟均可获益,且戒烟越早,持续时间越长,健康获益就越大。然而患有慢阻肺的吸烟者更容易抑郁或焦虑,这可能会导致戒烟失败。烟草依赖者戒烟可至戒烟门诊依靠专业化的戒烟干预,获取科学的戒烟指导和心理支持,提高戒烟成功率。

“喘重了、咳痰多了,到医院治疗后好多了,还要长期用药吗?”不少慢阻肺患者都会有这样的误区:只有急性加重的时候才需要用药,等到喘憋、咳嗽咳痰的症状缓解了,就可以把药停掉,长期用药既麻烦又费钱。实际上,慢阻肺是一种慢性进展性疾病,就算处于稳定期,患者的肺功能也在持续缓慢下降,医生会根据症状程度和病情恶化风险量身定制稳定期药物治疗方案,对于医嘱给予长期规律用药的患者,治疗可以缓解症状、延缓肺功能下降、减少急性加重的频率。慢阻肺患者需要定期到呼吸科门诊复诊,参与慢性病的管理并接受医生的治疗指导,需要长期用药的患者应遵循医嘱。

“医生建议长期使用吸入式药物,可吸完之后感觉没吸进去什么,该气喘还是气喘,算了,不用了。”慢阻肺的肺功能损害是不可逆的,稳定期治疗的目标是减轻症状、改善运动耐量和生活质量、延缓肺功能下降、防止急性加重,因此,简单地认为吸入药物后咳痰喘症状就应该消失,否则药物就无效,这种观点是不正确的。治疗慢阻肺的大多数药物都是吸入式的,受认知能力、手部灵活性和协调技能、所能达到的吸气流量、不同类型装置使用等因素的影响,老年人吸入器使用的技术不佳,可能会导致药物不能有效吸入从而影响治疗效果。在日常生活中,我们也时常会遇到个别老年人,在使用完医生开具的药物后,由于经济方面的原因,选择不告知子女继续购药事宜,而是自行停药。随意停药会导致症状迅速反弹,诱发急性加重,每次急性加重都会对肺功能造成不可逆的永久性损伤,增加死亡风险。所以,子女需多关注老年人日常的用药情况,务必向医生演示药物的使用方法,确保吸入技术准确无误,以保障药物能够有效吸入。此外,对于大部分需要长期吸入药物的患者而言,可在当地申请慢性病医保,政策层面已为慢阻肺患者提供了医疗保障。

“除了药物治疗之外,是否还有其他的治疗方式呢?日常生活中需要注意些什么?”肺康复对慢阻肺患者的益处颇为显著,能够改善患者的呼吸急促状况、缓解疲劳、改善情绪以及增强运动耐受力等。其涵盖呼吸生理治疗、肌肉训练、营养支持、精神治疗以及教育等方面。学习诸如缩唇呼吸、腹式呼吸等呼吸技巧,有助于呼吸肌的训练。认知行为疗法和身心干预(如正念疗法、瑜伽和放松)可减轻慢阻肺患者的焦虑和抑郁。此外慢阻肺患者要注意补充营养,保证热量和蛋白质、营养抗氧化剂补充剂(维生素C和E、锌和硒)等营养素的摄入。对于并发慢性呼吸衰竭的患者,可在医生的建议与指导下,进行家庭氧疗和无创呼吸机治疗。

“为了预防急性加重,是否需要接种疫苗呢?”答案是肯定的。呼吸道感染是引发慢性阻塞性肺疾病急性加重的首要因素。接种流感疫苗、肺炎球菌疫苗、呼吸道合胞病毒疫苗等,能够在一定程度上降低慢阻肺患者出现需住院治疗的下呼吸道感染等严重状况的几率。

此外,慢阻肺患者在日常生活中应做好自我监测,例如呼吸困难、咳嗽咳痰的变化情况,至少每年进行一次肺活量测定,建议配备指脉氧仪。慢阻肺稳定期的康复管理并非单一手段,而是一套“组合拳”,涵盖规范用药、坚持康复锻炼、接种疫苗、合理营养、氧疗(必要时)以及自我监测。只要秉持科学的管理方式,慢阻肺患者依旧能够拥有丰富多彩的生活。

【综合区域医疗中心蚌埠医院(蚌埠医科大学第二附属医院) 生海燕】

心跳“图谱”解密:ST-T改变到底咋回事

健康知识

心脏就像人体的“发动机”,每跳一下都会发出微弱的电信号。心电图检查方便又便宜,是排查心脏问题最常用的手段之一。很多人体检看到报告上写着“ST-T改变”,要么吓得不行,要么干脆不当回事。今天咱们就把ST-T和心脏健康的关系说清楚。

先搞懂啥是ST-T

一份标准心电图,就像心脏的“电信号日记”,里面有P波、QRS波、ST段、T波这些部分。ST段:相当于心室收缩结束、准备复极前的“中场休息”,正常时应该稳稳趴在基准线上,不高不低。T波:代表心室快速“充电”复极的过程,正常是圆钝的,方向和前面的QRS主波保持一致。只要影响到心肌供血、代谢,或者体内电解质失衡,ST段就可能抬高/压低,T波会变尖、变平或者倒过来,这些变化就叫“ST-T改变”。

ST-T改变,分为“生理性”和“病理性”

1.生理性改变:这种改变是暂时的,心脏本身没毛病,常见诱因就是咱们生活里的小问题,熬夜、情绪激动、剧烈运动、吃太饱、受凉等等。特点是大多没明显不舒服,顶多有点累;去掉这些诱因,过段时间复查就恢复正常了。比如体检前熬夜、刚跑完步就做检查,看到轻度ST-T改变别慌,调整作息1至2周再复查就行。

2.病理性改变:这种改变持续存在,甚至越来越明显,还可能伴着胸闷、胸痛、心慌、气短,提示心肌缺血或损伤了,常见问题有冠心病、急性心梗、心肌炎、心包炎、高钾血症等。注意单次、没症状的轻微改变可以先观察;但如果一直存在,还伴随不舒服,一定要去心内科查清楚原因。

三种典型ST-T变化

1.ST段抬高。弓背向上的抬高,大多是急性心梗或变异型心绞痛的信号,能帮医生快速判断梗死位置,抢在黄金时间里开通血管。凹面向上的抬高,常见于早期复极综合征或急性心包炎,虽然没那么紧急,但也要查心肌酶排除心梗。突然胸痛,还查出ST段抬高,一定要立刻打120!

2.ST段压低。水平型或下斜型压低,大多提示冠脉供血不足,常见于稳定型心绞痛、累出来的心肌缺血。如果压低一直存在,而且活动后胸闷、气短更严重,要尽快做冠脉CTA或造影,看看血管狭窄到什么程度了。

3.T波异常。T波高尖:常见于高钾血症或急性心梗超早期,必须立刻查血钾和心肌酶。T波低平/倒置:多是慢性心肌缺血、心肌炎、心肌病或高血压伤了心脏,提示心脏结构或功能已经有问题了,要长期复查、控制原发病。T波深倒置:风险更高,可能是肥厚型心肌病或Wellens综合征,往往提示冠脉前降支严重狭窄,得马上就医。

ST-T变化在临床上到底有啥用

ST-T变化不只是纸上的几条线,更是帮咱们快速揪出高危胸痛、排查隐藏心脏病的关键线索。就拿急诊来说,典型的ST段抬高一眼就能认出,大概率是急性心梗,能立刻启动抢救流程。但非ST段抬高的心梗就没这么“显眼”了,它可能只表现为ST段压低加上T波倒置,很容易被当成普通改变漏掉。还有咱们日常体检里,经常会碰到没任何不舒服的人,查出ST-T改变。这时候不能一刀切,得结合年龄,有没有高血压、糖尿病、高血脂,抽不抽烟这些情况,区分到底是熬夜、紧张造成的生理性改变,还是真的有问题,避免让大家白做一堆检查,也不能漏掉真正的心脏病。

动态心电图更是个好帮手,它能连续监测24小时,捕捉那些一过性的、活动后才出现的ST-T改变,比如变异型心绞痛、平时没感觉的心肌缺血,很多时候就靠它才能抓现行。

查出ST-T改变到底该怎么办

很多人看到报告上这几个字就慌了,其实不用怕,分情况处理就行。没任何不舒服,只是体检偶然发现:先别紧张,调整作息,别熬夜、别累着,1至2周后复查心电图,再做个心脏彩超,看看心脏结构有没有问题,很多时候复查就正常了。改变一直存在,还伴有胸闷、气短、心慌:这时候别拖,赶紧去心内科就诊,医生会给你查心肌酶、动态心电图、心脏超声,必要时做冠脉CTA或者造影,看看血管有没有狭窄。突然胸痛,心电图还显示ST段抬高:别犹豫,立刻打120去急诊!千万别自己开车去,急性心梗的黄金抢救时间不等人。以前就有心脏病,复查时发现ST-T和之前比明显不一样了:哪怕没不舒服,也建议及时找医生复诊,这可能是病情变化的信号,得早干预,别让它进展成严重问题。

ST段和T波,就像是心脏状态的“晴雨表”,心电图上这小小的变化,藏着心肌供血、损伤的关键信息。对心电科的人来说,把ST-T分析做准、做细,就是给临床递上最靠谱的线索;对普通人来说,看懂这些信号,不瞎焦虑也不硬扛,才是对自己心脏最好的保护。希望大家都能正确看待心电图报告,别让小小的ST-T改变,变成健康路上的“拦路虎”。

(滁州市第一人民医院 王继宏)

健康提醒

别等脑梗来了才后悔

——高血压才是真正元凶

身边查出高血压的人越来越多,上到花甲老人,下到中年群体,不少人体检发现血压超标,可真正把它当回事、认真管控的人却寥寥无几。尤其是步入中年后,人们日常负担繁重、生活作息不规律,即便清楚自身血压存在异常,却总以“忙”为借口,把医生的叮嘱抛在脑后,觉得身体没有不适就万事大吉,完全忽略了高血压对身体的持续侵蚀。

“不头晕不头疼,能吃能干活,血压高点不算病”,抱着这样的侥幸心理,大家依旧重油重盐、烟酒不离,降压药想吃就吃、不想吃就停,既不主动监测血压,也不定期复查。所有人都把高血压当成无关痛痒的小毛病,却不知这个看似温和的慢性病,正是毁掉无数家庭的“幕后黑手”。很多高血压患者,常年对血压异常放任不管,即便出现轻微的身体不适,也一味归咎于劳累、熬夜,不愿及时就医调整治疗方案,一步步给脑梗的发生埋下隐患。

走进医院神经内科病房,满眼都是残酷的现实:那些脑梗患者,十有七八都有多年高血压病史,且发病前从未好好控制血压。一场脑梗,不仅带来高昂的治疗费,更让全家陷入长期照料的疲惫中,幸福生活彻底被击碎。

无数医学研究和《中国高血压防治指南》明确证实:高血压是诱发脑梗的头号危险因素。高血压人群脑梗发病风险,是血压正常人的4-8倍,临床超70%的脑梗患者,都合并长期未控制的高血压。这个无声无息的慢性病,就是脑梗的真正元凶,等到发作再后悔,早已无力回天!

很多人不懂高血压为何会引发脑梗,用个通俗的比喻就能明白:人体血管就像家里的水管,血液是水流,血压就是水管压力。正常血压下,水流平稳,血管内壁光滑,血液能顺畅滋养大脑;可长期高压冲击,血管会慢慢磨损、老化、变硬,失去原有弹性。

血液里的油脂、胆固醇等垃圾,会趁机堆积在受损血管壁上,逐渐形成动脉粥样硬化斑块。随着斑块不断增厚、体积持续增大,脑部血管管腔会随之变得愈发狭窄,大脑供血严重不足;斑块受血压波动脱落,形成血栓堵住脑部细小血管,急性脑梗就此突发。

这个过程隐蔽又缓慢,几乎没有明显痛感,这也是高血压最可怕的地方——它是藏在体内的“定时炸弹”,悄悄吞噬血管健康,等察觉时,血管损伤早已不可逆。而且这种损伤是持续性的,即便后期开始控制血压,也无法让受损血管完全恢复,只能通过干预延缓病情恶化,足见早期控制血压的重要性。

脑梗发作前,身体早已发出多次求救信号,千万别视而不见:反复头晕头胀、后脑勺发紧,劳累、生气后症状加重;突然一边手脚发麻、没力气,东西抓不稳、走路往一边偏、说话也不清楚、嘴角歪斜、眼前一过性发黑;睡足时长却频繁打哈欠、记忆力骤降。尤其是症状几分钟就缓解,更要高度警惕!这就是“小中风”,是身体最后的警报:脑血管已严重受损,再不控压,重度脑梗随时会暴发!

远离脑梗没有捷径,稳定控制血压是唯一核心办法。高血压虽无法根治,但科学管控就能大幅降低发病风险,关键要做好这几点:

第一,降压药务必遵医嘱按时吃,严禁擅自停药减药。怕副作用、血压下降就停药,会导致血压剧烈波动,对血管的伤害远超高血压本身。普通人群血压要控制在140/90mmHg以下,老人、合并慢病人群需更严格,一切听从医生指导。切勿听信偏方、私自更换药物。

第二,严格限盐,远离隐形盐。每天食盐摄入量不超5克,咸菜、腊肉、加工零食、重口味调料通通少吃,清淡饮食是最基础的降压方式,同时多吃新鲜蔬果、粗粮,助力血管养护。

第三,戒烟戒酒、规律作息。烟酒直接损伤血管、加速斑块形成,熬夜、焦虑、生气会快速升高血压,每天保证7至8小时睡眠,保持心态平和,坚持快走、太极等温和运动,每周5次、每次30分钟,能有效养护血管,改善身体代谢。

第四,定期体检,每年查血脂、血糖、颈动脉超声。三高叠加会极速损伤血管,早发现、早干预,才能避免血管病变加重,平时在家也要养成每日监测血压的习惯,做好记录,方便医生掌握病情。

最后牢记:脑梗突发,4.5小时是黄金救治时间!一旦发现口角歪斜、单侧肢体抬不起、说话不清,立刻拨打120,送往卒中中心救治,切勿拖延、切勿自行喂水喂药,以免错过最佳救治时机,留下终身后遗症。

健康从来没有侥幸,血管也不会一直忍耐。高血压看似小事,却能在不经意间摧毁健康、拖累家人,一次疏忽、一次擅自停药、一顿高盐饮食,都可能压垮脆弱的血管。很多人总觉得意外离自己很远,可脑梗的发生,往往就在一次次的不在意之间。

预防脑梗并不难,难的是正视高血压、坚持做好日常管控。别等瘫痪在床才追悔莫及,别等家人操劳才幡然醒悟。

从现在起,认真管理血压,呵护血管健康,既是对自己负责,也是对家人守护。愿我们都能远离脑梗,拥有健康的身体、有质量的生活,守住平安,留住阖家幸福。

(明光市人民医院 高成圆)

投稿邮箱:czrb9012@163.com

本报地址:滁州市会峰大厦(会峰西路555号) 邮政编码:239000
电话:总编室:2182810 新闻编辑部:2182867(邮箱:czrbxwb@163.com) 专刊副刊部:2182835 时政新闻部:2182120 民生新闻部:2182806 经济新闻部:2182125 视觉影像部:2182825(邮箱:czbsyb@126.com)
新媒体部:2182130(邮箱:czrbxmt@126.com) 群工发行部:2182830 办公室:3025757 校对出版部:2182138 新闻研究室:2182809 广告中心:0550-2182812 广告许可证:皖滁工商广字002号 法律顾问:李家顺
全年订价:398元 新安传媒有限公司印刷