

急救科普:心肺复苏操作指南与技术要点解析

现代急救医学已经证实,早期高质量的心肺复苏,可以将患者的生存率明显提高。这不仅仅是医疗专业人员应该掌握的技能,更是每个公民应当具备的基本生存能力。下面将从技术原理、操作步骤、注意事项等多个角度介绍心肺复苏的全流程知识,帮助读者完善急救知识。

心肺复苏的基本概念与生理学原理

心肺复苏(Cardiopulmonary Resuscitation,简称CPR)是一套通过人工方式维持循环和呼吸的急救技术。其核心原理是通过胸外按压形成人工循环,配合人工呼吸维持氧合,为心脏和大脑等重要器官提供最基本的血液和氧气供应。

胸外按压产生的机械力能够使心脏在舒张期和收缩期产生压力变化,这种变化虽然只有正常心输出量的25%至30%,但足以维持基本的冠状动脉和脑灌注。人工呼吸则通过正压通气使氧气进入肺部,完成气体交换。

最新的国际指南强调“高质量CPR”的概念,这包括足够的按压深度(5至6厘米)、适当的按压频率(100至120次/分钟)、充分的胸廓回弹以及最小化按压中断等关键要素。

心肺复苏前的现场评估与准备

实施心肺复苏前,必须进行系统性的现场评估。评估应从环境安全开始,快速扫描现场是否存在持续威胁,如触电风险、有毒气体、火灾隐患或交通危险等。在确保自身安全的前提下,才能展开后续救援行动。

接下来需要准确判断患者的意识状态。规范的评估

方法包括轻拍双肩和在双侧耳边大声呼唤。这里需要注意,摇晃患者身体可能造成二次伤害,特别是对于潜在脊柱损伤的患者。意识评估应该持续足够时间(建议5至10秒),避免因紧张而误判。

呼吸评估是识别心脏骤停的关键环节。现代急救指南强调识别“异常呼吸”的重要性,特别是叹息样呼吸(濒死呼吸)容易被误认为有效呼吸。正确的评估方法是采用“听、看、感觉”三要素:将耳朵靠近患者口鼻,听呼吸音;观察胸廓起伏;感受气流。评估时间应控制在10秒以内,过长的评估会导致按压延迟。

高质量心肺复苏的操作技术详解

1.胸外按压的技术要领

胸外按压是CPR最核心的环节,正确的按压位置位于胸骨中下段,具体定位方法是找到两侧乳头连线与胸骨交叉点或采用剑突上两横指等替代定位方法。

按压技术要求施救者采用标准姿势:双膝跪地,与肩同宽;上半身保持直立,双臂垂直于患者胸壁;掌根置于按压点,另一只手重叠其上,手指交叉上翘避免接触肋骨。按压时应使用整个上半身的力量,而非仅仅依靠手臂力量。

按压参数需要严格控制:频率保持在100至120次/分钟,深度达到5至6厘米。每次按压后必须确保胸廓完全回弹,否则会影响静脉回流。为避免疲劳导致的质量下降,建议每2分钟轮换施救者。

2.气道管理与人工呼吸技术

开放气道推荐使用“仰头举颏法”:一只手置于前额下压,另一只手食指和中指抬起下颌骨。注意避免过度伸展颈部,特别是怀疑颈椎损伤时。开放气道后应迅速检查口腔,清除可见异物,但切忌盲目用手指探查。

人工呼吸时,施救者需要捏住患者鼻翼,形成密封后给予平稳吹气。每次吹气持续约1秒,观察到胸廓隆起即可。指南建议按压与通气比为30:2,但针对未经培训的施救者,单纯胸外按压也是可以接受的替代方案。

3.心肺复苏的持续与终止标准

CPR需要持续进行,直到出现以下三种情况之一:患者恢复自主循环和呼吸;专业急救人员到达并接管抢救;持续复苏超过30分钟仍无生命迹象。在实际操作中,每5个循环(约2分钟)应重新评估患者状态,但评估时间不应超过10秒。

有效复苏的表现包括:面色由苍白转为红润;出现自主呼吸或肢体活动;可触及大动脉搏动。而瞳孔散大固定、无自主循环超过30分钟等情况则提示预后不良。需要强调的是,终止复苏的决定应该由专业医疗人员做出,第一目击者应持续施救直至交接。

每个人都有可能成为拯救生命的关键一环。掌握CPR技能不仅是对自身健康负责,更是社会责任感的体现。让我们从学习CPR开始,共同构建更安全的社会支持网络。

(马鞍山市急救中心 王丽)

注意!帕金森病不只是手抖——嗅觉减退、便秘、睡眠行为异常的预警价值

很多人提到帕金森病时,最先想到的是手抖、动作缓慢以及走路拖步。实际上,震颤只是部分患者较典型的外在表现,帕金森病真正的病理变化,往往在运动症状出现前已经开始。部分患者在确诊前数年,甚至十余年,便已经出现嗅觉减退、长期便秘以及睡眠行为异常等非运动症状,这些容易被忽视的改变,可能是神经系统发出的早期预警信号。

帕金森病是常见神经退行性疾病,其核心病理基础是中脑黑质多巴胺能神经元进行性变性,并且伴随α-突触核蛋白异常沉积。随着神经递质减少,患者会逐渐出现运动协调障碍。传统认知中,很多人将“手抖”视为确诊帕金森病的重要标志,但临床中并非所有患者都会出现明显震颤;也有部分患者早期以动作迟缓以及肢体僵硬为主要表现,故而仅凭手抖判断疾病,容易延误识别时机。

越来越多研究发现,帕金森病并不只是影响运动系统,而是累及全身多个神经网络的疾病。疾病早期,病理改变可能先出现在嗅觉通路、胃肠神经系统以及脑干睡眠调节区域,因而部分非运动症状出现时间明显早于肢体异常。由于这些表现缺乏特异性,部分患者会将其误认为是“年龄增长”“肠胃不好”或者“睡眠质量差”,从而未能及时前往神经内科评估。

嗅觉减退是较常见的早期表现之一。部分患者会逐渐发现自己闻不到饭菜香味,对香水、烟味以及花香等气味感知下降,有些患者甚至在数年前已经出现明显嗅觉迟钝,但本人并未重视。帕金森病相关嗅觉减退与感冒、鼻炎引起的暂时性嗅觉下降不同,这类症状通常进展较慢,并且持续时间较长,同时缺乏明显鼻部症状。研究认为,异常蛋白沉积可能先累及嗅球以及相关神经结构,故而嗅觉改变具有一定预警价值。

长期便秘同样需要引起关注。很多中老年人存在排便困难,但部分帕金森病患者的便秘出现时间较早,甚至早于运动症状数年。患者肠道蠕动减慢,排便次数减少,并且大便干结,部分人需要长期依赖泻药。由于肠道神经系统也会受到病理改变影响,胃肠动力下降会逐渐加重。部分研究提出,帕金森病异常蛋白可能最初来源于肠道神经系统,随后沿迷走神经向中枢扩散。虽然这一机制仍处于进一步研究阶段,但长期顽固性便秘与帕金森病之间的关系已经受到广泛关注。

睡眠行为异常也是值得警惕的重要信号。正常情况下,人进入快速眼动睡眠阶段后,骨骼肌会处于生理性松弛状态,因而不会真正“演绎梦境”。部分帕金森病高风险人群会出现快速眼动睡眠行为障碍,患者在睡眠中大喊、挥拳、踢腿,突然坐起,甚至从床上跌落。很多家属会形容患者“睡觉像打架一样”,部分患者还会因梦境激烈而出现伤人或自伤行为。这类异常往往在帕金森病正式确诊前多年已经存在,也提示脑干睡眠调节区域可能较早受到累及。

除上述表现外,部分患者还会出现焦虑、抑郁、疲劳、注意力下降、出汗异常以及体位性低血压等非运动症状。有些患者反复前往消化科、耳鼻喉科以及精神科就诊,但并未意识到这些问题可能与神经退行性疾病有关。尤其是中老年人,如果同时存在嗅觉减退、长期便秘以及睡眠行为异常,又伴随动作变慢、写字变小、表情减少以及走路摆臂减少等情况,患者更应提高警惕。

帕金森病早期运动症状并不总是典型。部分患者最初只是单侧上肢不灵活,扣纽扣速度变慢,写字逐渐变小,并且走路时一侧手臂摆动减少。还有部分患者会表现为肩颈疼痛以及肢体发紧,从而被误诊为颈椎病或关节问题。随着病情进展,动作迟缓会逐渐明显,翻身困

难、起步迟缓、面部表情减少以及声音变低等表现也会逐渐出现。此时再回顾病史,往往可以发现患者早期已经存在多年的非运动症状。

需要强调的是,并非所有嗅觉减退或者便秘患者都会发展为帕金森病。吸烟、鼻腔疾病、胃肠功能紊乱、饮食结构不合理以及长期精神压力等因素,也可能引起类似表现。患者不能因为出现某一种症状便过度焦虑,真正需要重视的情况,是多种预警信号长期并存,并且伴随逐渐加重的趋势。

目前帕金森病尚无法完全治愈,但早期识别有助于延缓功能恶化,并且提高生活质量。规范治疗能够明显改善运动症状,减轻僵硬以及迟缓,部分非运动症状也能够得到缓解。药物治疗仍是主要手段,患者还需要结合运动康复、营养管理以及心理干预等综合措施。规律运动对维持神经功能具有积极意义,步态训练、平衡训练以及拉伸运动等方式,均有助于改善活动能力。

很多人担心帕金森病会迅速进展,实际上疾病进程存在明显个体差异。部分患者在规范治疗后,能够长期维持较好生活状态。相比单纯关注“是否手抖”,提高对早期非运动症状的识别能力更加重要。很多患者在确诊前,身体已经通过嗅觉、肠道以及睡眠等多个系统发出提示,只是这些信号长期未受到重视。

随着人口老龄化加重,帕金森患病人数逐渐增加。公众对疾病的认识,也需要从“手抖”扩展到更多早期预警表现。长期存在不明原因嗅觉减退、顽固性便秘以及睡眠行为异常的人群,尤其伴随动作迟缓或者肢体僵硬时,应尽早前往神经内科进行专业评估。患者早期发现疾病并接受规范管理,有助于延缓疾病进展,同时也能够争取更长时间的功能稳定期。

(天长市人民医院 杨彩云)

得了「小肠气」怎么办?普外科专科医师为你解惑

腹股沟疝,民间俗称“小肠气”,是临床十分常见的外科疾病。在疝外科日常门诊中,经常有患者提出这样的疑问:腹股沟莫名长出包块是否为小肠气?疝气若无明显痛感是否需要治疗?做完手术会不会复发、是否会影响体力劳作?诸多疑惑让不少患者陷入纠结,也延误了规范诊疗时机。

在临床接诊中,各个年龄段人群均有可能患上小肠气,该病覆盖儿童、青壮年以及老年群体。目前大众对小肠气普遍存在认知误区,部分人群认为疝气不痛不痒无需干预,也有患者因惧怕手术一味拖延病情。为此,下面结合临床诊疗经验,介绍一下小肠气的发病特征、潜在风险以及科学诊疗方式,帮助大家正确应对疾病。

小肠气不是“气”,是腹壁破了个“洞”

很多人从字面意思误解小肠气,觉得是腹腔内部进入气体引发不适,这样的想法并不正确。人体腹部生长着厚实有力的腹壁肌肉组织,这层肌肉牢牢包裹护住体内各类脏器,起到固定防护内脏的关键作用。小肠气也就是腹股沟疝,发病根本原因在于腹壁组织出现薄弱区域或是形成缺损缺口,腹腔内部的小肠、网膜等内脏器官,会顺着腹壁破损薄弱位置向外凸起,最终在体表形成肉眼可见的肿块,原理和破损鼓包的轮胎十分相似。

典型表现,一看就懂

小肠气有着辨识度极高的典型发病表现,发病位置大多集中在大腿根部的腹股沟区域。男性患者发病后肿块有可能下坠进入阴囊内部,女性患者肿块基本停留在腹股沟处,日常可以根据身体变化自行初步判断病症,典型症状非常有特点。

1.可复性包块

站立、走路、咳嗽、打喷嚏、用力排便、干重活、久站劳累时,大腿根部会鼓起一个软软的包块,大小如红枣、鸡蛋甚至更大;平躺、休息、用手轻轻推揉后,包块能慢慢缩回去消失不见,这是疝气最标志性的特点。

2.坠胀、酸胀不适感

早期包块不大,平时不痛,但久站、走路多、劳累后,腹股沟或下腹部会有坠胀、隐痛、酸胀、异物感,休息后缓解,很多人误以为是“腰酸、肾虚、肌肉痛”。

3.包块增大,症状加重

倘若病情长期拖延没有干预治疗,腹壁缺损缺口会不断变大,体表肿块体积随之增长,脏器向外脱出的次数愈发频繁。男性患者肿块坠入阴囊后,会造成阴囊异常肿大,坠胀不适感显著加重,日常走路过程中还会产生摩擦异物感,行动受到明显影响。女性患者大多患上斜疝或者股疝,这类疝气肿块体积偏小,但出现脏器卡顿的风险更高,暗藏突发危险。

4.嵌顿危险信号(急症)

突然包块鼓出后推不回去,变硬、按压疼痛,伴随腹痛、恶心、呕吐、腹胀,这就是嵌顿疝,脏器被卡住,若长时间不处理,会出现肠缺血、坏死,危及生命。

简单区分:能推回去的多为普通疝气,推不回去且疼,一定要立刻就诊。

别拖延!小肠气拖久了风险很大

不少患者觉得“不痛就没事”,能忍就忍,这是非常危险的想法。

小肠气早期可能只是坠胀、轻微酸痛,不影响生活,但长期放任不管,会出现这些问题:包块越来越大,腹壁缺口越撑越大,脏器脱出更频繁,走路、做家务都受影响;嵌顿坏死风险,脏器卡在缺口回不去,形成嵌顿疝,会剧烈腹痛、呕吐,严重时肠坏死、穿孔,危及生命,尤其老年人风险极高;影响日常工作,长期坠胀疼痛,不敢用力、不敢久站,降低生活质量。简单来说,疝气没有自愈可能,越拖缺口越大,风险越高。

保守治疗只能缓解,手术才是根治办法

很多人问:能不能吃药、打针、戴疝气带治好?

明确告诉大家:药物无法修补腹壁缺损,只能缓解坠胀不适,不能根治疝气。

疝气带可以临时托住包块,适合身体差、暂时不能手术的高龄老人,但长期佩戴会增加腹壁粘连,反而增加后续手术难度。

生活中不少患者秉持不痛就无需医治的错误想法,身体出现轻微不适也选择强忍,这是对小肠气极为危险的认知。病症初期仅仅存在轻微坠胀酸痛,对日常起居影响较小,但任由病情持续发展,身体将会接连出现多重不良问题。腹壁缺损缺口会在脏器反复脱出挤压下不断扩大,脏器向外脱出变得愈发频繁,日常走路做家务等基础活动都会受到限制。脏器卡在破损处无法正常回纳,形成危险的嵌顿疝,患者会突发剧烈腹痛频繁呕吐,病情恶化后引发肠道穿孔坏死,老年患者身体机能偏弱,出现危重并发症的概率远高于其他人群。长期反复的酸胀坠痛,会让患者下意识不敢用力发力,无法长时间站立行走,日常活动处处受限,生活质量大幅下降。小肠气不存在自行痊愈的可能性,拖延时间越久腹壁损伤越严重,潜藏的发病风险也会随之不断升高。

目前滁州市各大医院常规开展的腹腔镜微创修补术是主流治疗方式,创伤小、疼痛轻、恢复快、复发率极低。通过补片修补腹壁缺口,从根源上解决问题,术后第二天即可下床,多数人一周左右恢复正常生活。

术后科学护理,降低复发,快速恢复

很多患者担心术后复发、不能干活,其实只要做好护理,完全可以正常生活、正常劳作。

术后1周:避免剧烈活动、久站久蹲,饮食清淡,保持大便通畅,避免用力排便。术后1个月:可正常散步、日常家务,避免重体力劳动、剧烈咳嗽、搬重物。术后3个月:腹壁补片完全融合稳定,可逐步恢复正常体力活动。

日常预防与居家小贴士

避免长期用力:减少剧烈咳嗽、便秘、频繁用力排便、重体力劳作。控制体重:肥胖会增加腹腔压力,加重疝气风险。适度锻炼:做温和运动,增强腹壁肌肉力量,减少复发。发现包块及时就医:一旦出现包块不能回纳、剧烈腹痛,立刻就诊。

小肠气看似是“小毛病”,实则暗藏大风险,不存在吃药自愈、拖一拖就好的情况。早期发现、及时规范手术,是最安全、最稳妥的选择。

如果发现腹股沟、大腿根部、肚脐旁有可复性包块、坠胀不适,不必恐慌,也不要拖延,尽早到疝外科专科就诊评估,选择合适治疗方案,才能远离疝气困扰,守护身体健康。

(全椒县人民医院 袁磊)

投稿邮箱:czrb9012@163.com

守护“胆汁仓库”:助您远离胆囊炎

在我们的身体里,肝脏下方“住”着一位默默无闻的伙伴——胆囊。它虽然小巧,却肩负着储存、浓缩胆汁,帮助消化脂肪的重要职责。然而,一旦它“发脾气”发炎,也就是我们常说的“胆囊炎”,就会带来剧烈的腹痛、发烧,甚至更严重的并发症。今天,我们就来深入了解如何通过科学的生活方式,守护好我们的胆囊。

认识胆囊炎:为何它会“发炎”

胆囊炎绝大多数(超过90%)与“胆囊结石”有关。我们可以把胆囊想象成一个“胆汁仓库”,而连接胆囊与消化道的管道(胆囊管)就是“运输通道”。

罪魁祸首:胆囊结石。当胆囊里的胆固醇过饱和,形成结石,这些小石头可能会堵塞“运输通道”。胆汁排不出去,淤积在胆囊内,浓度升高,便会刺激胆囊壁引发化学性炎症。同时,胆汁淤积也为细菌生长提供了温床,从而继发细菌感染,导致急性发作。

次要原因:无结石性胆囊炎。少数情况下,没有结石也会发病,多见于严重创伤、大手术、长期禁食、全身感染等导致胆囊供血不足或功能紊乱的情况。

急性胆囊炎发作的典型信号

剧烈右上腹疼痛:可能突然发作,持续不缓解,并可能放射到右肩背部。

恶心、呕吐:常与腹痛相伴发生。

发热、寒战:当发生细菌感染时,身体会出现应激反应。

墨菲氏征阳性:医生检查时,深吸气后按压右上腹会因疼痛而突然屏住呼吸。

如果急性胆囊炎反复发作或迁延不愈,就会转变为慢性胆囊炎,胆囊壁增厚、功能减退,长期伴随消化不良、腹胀等症状。

防大于治:五大核心预防策略

预防胆囊炎,关键在于从源头上减少胆囊结石的形成,并避免诱发其急性发作。

1.策略一:管住嘴——均衡饮食是基石

饮食是影响胆囊健康最直接的因素。控制脂肪摄入,而非完全拒绝:远离坏脂肪,严格限制油炸食品、肥肉、动物内脏、奶油制品等高胆固醇、高饱和和脂肪的食物,这些是形成胆固醇结石的主要原料;选择好脂肪,适量摄入富含不饱和脂肪酸的食物,如橄榄油、坚果、鳄梨、深海鱼(三文鱼、金枪鱼等),它们反而有益于胆固醇代谢。

增加膳食纤维摄入:多吃新鲜蔬菜、水果和全谷物(如燕麦、糙米、全麦面包)。膳食纤维可以结合肠道内的胆固醇,促进其排出,减少被重新吸收入胆汁的量。

优质蛋白质不可少:优先选择瘦肉、禽肉(去皮)、鱼虾、豆制品和低脂奶制品。

规律三餐,尤其要吃早餐:经过一夜的休息,胆囊内充满了胆汁。按时吃早餐,尤其是含有少量脂肪的早餐(如一个鸡蛋、一杯牛奶),能有效促使胆囊收缩,排出积攒了一夜的胆汁,防止其过度浓缩和淤积。长期不吃早餐是诱发胆囊结石的重要危险因素。

多喝水:保证每日充足的饮水量(建议1.5至2升),有助于稀释胆汁,促进其排泄。

2.策略二:迈开腿——保持健康体重

避免肥胖:肥胖是胆结石的高危因素。它会导致胆固醇合成增加,使胆汁中的胆固醇过饱和。

坚持规律运动:每周进行至少150分钟的中等强度有氧运动(如快走、慢跑、游泳、骑自行车),有助于控制体重、改善血脂代谢。

警惕快速减肥:切忌通过极低热量饮食或“网红减肥法”快速减重。快速减肥会导致肝脏大量动员脂肪,增加胆汁中胆固醇的分泌,反而极易形成结石。减重应循序渐进,每周减重0.5至1公斤为宜。

3.策略三:培养良好生活习惯

戒烟限酒:烟草和酒精都会对肝脏和胆囊功能造成不良影响。

保持心情愉悦:中医常讲“怒伤肝”,而肝胆相表里。长期精神紧张、情绪抑郁可能影响胆汁的正常排泄。

4.策略四:特定人群的针对性预防

女性朋友:由于雌激素会促进胆固醇分泌,女性(尤其是多次妊娠、使用口服避孕药或激素替代疗法的女性)患病风险更高,更需注意上述预防措施。

40岁以上人群:随着年龄增长,胆囊功能逐渐减退,发病率升高。

有家族史者:如果直系亲属有胆结石病史,也属于高危人群,应定期关注。

5.策略五:定期体检,及时发现

定期进行腹部B超检查是发现胆结石最简单、无创且准确的方法。即使没有任何症状,也建议在常规体检中加入该项目。如果发现了无症状的胆结石,应在医生指导下决定是定期观察还是预防性治疗,并严格遵循上述生活方式建议,以降低急性发作风险。

胆囊虽小,关乎健康。预防胆囊炎并非难事,其核心就是遵循一种均衡、规律、健康的生活方式。记住这句口诀:“饮食均衡控油腻,规律早餐多喝水,坚持运动体重稳”。从现在开始,用心守护好我身体里的这个“胆汁仓库”,让它持续为您的健康保驾护航!

(天长市中医院 周道春)