

健康教育

抓住心搏骤停抢救的“黄金4分钟”

健康科普

心搏骤停,是指由于各种原因导致的心脏搏动突然停止,瞬间丧失了收缩、舒张功能,导致以脑为代表的全身组织器官供血、供氧完全中断。

对于呼吸、心搏骤停的伤病员来说,最佳抢救时间窗口是“黄金4分钟”。如果能在现场给予及时的徒手心肺复苏,并配合AED的使用,可大大提高抢救成功率。

实施心肺复苏,可即刻建立人工循环

目睹他人发生心搏骤停,该如何施救?

第一步,确保现场环境安全。

立即评估现场环境是否安全,确保施救者、被施救者及周围其他人的安全。如果环境有危险,应迅速排除危险或转移到安全地带。

第二步,判断被施救者是否需要进行心肺复苏。

1.通过轻拍双肩,分别在两侧耳旁大声呼唤、询问,判断被施救者有无反应、是否意识丧失。

2.用5至10秒的时间,通过观察其胸部有无起伏,判断有无呼吸。

如果被施救者既无反应又无呼吸,即可确认为心搏骤停,需要实施心肺复苏。

第三步,立即拨打“120”急救电话,请人帮忙尽快就近取来AED。

一旦发现有人突然倒地,通过检查发现其无意识、无呼吸(或呈叹息样呼吸),施救者应该立即向周围人求助,包括快速拨打“120”急救电话、取来距离事发地点最近的AED。

第四步,胸外心脏按压。

施救者将右手掌心对准被施救者胸部正中、两乳头连线中点,左手叠压在右手手掌背上,双手十指相扣,掌根重叠,手指翘起,双上肢伸直,上半身前倾,利用身体的重量垂直向下按压患者的胸廓,确保按压深度为5至6厘米,按压频率为每分钟100至120次。

第五步,开放气道。

当呼吸、心搏骤停后,全身肌张力下降,包括咽部与舌肌肌张力下降,导致舌后坠,造成气道梗阻。施救者可将一只



在现场给予及时的徒手心肺复苏,并配合AED的使用,可大大提高心搏骤停抢救成功率。(资料图片)

手的小鱼际部位放置在被施救者前额并向下压;另一只手的示指(又称“食指”)和中指并拢,放在被施救者颈部(俗称“下巴”)并向上提,使其颈部抬起,通常使被施救者下颌角和耳垂的连线与水平面垂直。

注意,如有迹象提示被施救者可能存在脊柱损伤,则不应采用仰头举颌法,需要改为双手抬颌法开放气道。

第六步,口对口人工呼吸。

施救者用一只手的拇指和示指捏住被施救者的鼻翼,用自己的双层把被施救者的嘴完全包住,向被施救者嘴里吹气2次,每次吹气的时间要维持在1秒左右,吹气时应见被施救者胸廓隆起,但要避免过度通气。吹气完毕,施救者松开被施救者的鼻翼,让其被动呼出气体。

注意,施救者应先对被施救者实施30次连续心脏按压,再进行2次人工呼吸。在条件许可的情况下,可以使用布巾或其他物品来遮盖被施救者的口唇,以避免直接接触。

心肺复苏成功的表现:被施救者出现自主呼吸;瞳孔由大变小,眼球有转动;面色由发绀转为红润;可以说话;四肢、头部可以自主活动;施救者可以扪及被施救者颈动脉或者其他大动脉搏动。

尽早使用AED,把握黄金抢救时机

AED是一种便携式、易于操作、专为

现场急救设计、经内置电脑分析判断伤病员是否需要电除颤,若符合指征则自动给予电除颤的急救设备。

心脏正常跳动时,呈有规律的收缩和舒张,以排出血液和回流血液。

当心搏骤停时,最常见的致命性心律失常是室性纤维性颤动(室颤)。此时,心室肌会出现快速或微弱地收缩,不协调地快速乱颤,使得心脏丧失了泵血功能,导致脉搏和血压消失,心、脑等器官和周围组织的血流灌注完全中断,危及生命。

胸外心脏按压虽能为伤病员重要器官提供暂时的供血,但很难让其恢复自主心跳。在符合指征的情况下尽早使用AED进行电除颤,可以极大提升伤病员的抢救成功率。

据统计,80%以上的心搏骤停都是因心脏室颤造成的,在这种情况下,室颤唯一有效的抢救方法就是电除颤。

如果能在发生心搏骤停1分钟内,立即实施心肺复苏和用AED开展急救,抢救成功率可高达90%,每延误1分钟,抢救成功率下降10%。

由此可见,把握AED的黄金使用时机,是提高抢救成功率的核心要点。

掌握AED使用步骤

第一步,开机。

拿到AED,打开盖子,按下电源键,随后按照语音及图片提示操作。

第二步,贴电极片。

根据AED机身以及电极板的图示为被施救者贴上电极片(注意位置准确),并将电极片的插头插入AED主机的插孔中。若其胸部有水或汗水,需快速擦干,再贴电极片。

第三步,分析心律。

确保无人接触被施救者,等待AED的心律分析结果以确定被施救者是否需要电除颤。

第四步,放电除颤。

如果AED根据心律分析判断被施救者需要进行除颤,则AED会通过语音发出操作提示。施救者在得到“除颤”的指示后,需等待AED充电,并确保所有人不接触被施救者,随后按照提示按下“电击”按键除颤。

电除颤完成后,应继续对被施救者进行5个周期的心肺复苏(约2分钟),之后遵循AED的语音提示操作。如果AED提示被施救者不需要进行电除颤,则施救者应继续为其实施心肺复苏。

第五步,循环操作。

每2分钟AED会自动重新分析心律,重复步骤三、步骤四,直至被施救者恢复自主呼吸和心跳,或专业救援人员到达现场。

注意:不同AED的使用方法可能稍有不同,施救者可按照语音提示及图示操作。

(赵金川)

蚊蝇会传播多种疾病

蚊子、苍蝇、老鼠、蟑螂等病媒生物能直接或间接传播多种疾病,可引起人群感染,导致疾病的传播和流行,造成感染人群发病甚至死亡。

蚊子可以传播疟疾、乙脑、登革热、寨卡病毒病等疾病。

保持环境卫生,消除蚊子孳生地。蚊幼虫生活在水中,要清理环境中的各类积水,无法清理的积水可定期投放杀蚊幼剂。

根据情况选用纱门、纱窗、蚊帐、蚊香、杀虫剂、驱避剂等防蚊灭蚊用品,防止蚊子叮咬,预防蚊传疾病。

苍蝇可以传播霍乱、痢疾、伤寒等消化道疾病。

搞好环境卫生,管理好垃圾、粪便、污物,消除苍蝇孳生地,可有效控制苍蝇数量。不乱丢垃圾、生活垃圾袋装化,不随地大小便、处理好宠物粪便等,可有效减少苍蝇孳生。安装纱门、纱窗、防蝇门帘等防蝇设施,切断侵入途径。保管好食物,防止苍蝇叮爬。

优先使用苍蝇拍、灭蝇灯、粘蝇纸(带、绳)等物理方法灭蝇。

老鼠可以传播鼠疫、流行性出血热、钩端螺旋体病等多种疾病。

搞好环境卫生,减少老鼠的藏身之地;安装防鼠门、防鼠网、封堵孔洞等。同时,保管好食物,减少老鼠对食物的污染。

杀灭老鼠可以使用鼠夹、鼠笼、粘鼠板等捕鼠工具,还可使用安全、高效的药物灭鼠。要注意灭鼠药的保管和使用方法,防止人畜中毒。

蟑螂可以携带痢疾、伤寒等多种病原菌,其排泄物与尸体中的蛋白可诱发人的过敏性鼻炎和哮喘。

蟑螂多生活在温暖、潮湿、食物丰富的环境中,保持室内干燥、清洁,可以减少蟑螂的孳生。要将食物密闭存放,餐具冲洗干净,炉灶保持清洁,及时清理餐厨垃圾。

可以使用杀蟑饵剂等药物或粘蟑纸杀灭蟑螂。

(小建)



保持环境卫生,消除蚊子孳生地。(资料图片)

下期刊登预告:

《健康教育》将在下期刊登中国公民“健康素养”66条第15条解读——“不加工、不食用病死禽畜。不猎捕、不买卖、不接触、不食用野生动物”,敬请关注。

禁烟控烟 健康你我

如何科学防控鼻病毒

近期,感冒患者增多,门诊流感样病例中鼻病毒检测阳性率有所上升,在南方个别省份甚至超过呼吸道合胞病毒,仅次于流感病毒。这表明当前除流感病毒外,鼻病毒是导致呼吸道症状的主要病原体之一。那么,什么是鼻病毒?感染后症状像不像流感?怎么预防?何时需要就医?接下来,让我们一起了解鼻病毒。

认识鼻病毒

鼻病毒并非新型冠状病毒,1956年就被发现,因适宜在鼻腔环境生存而得名,是常见呼吸道病原体。

鼻病毒已知型别超170种,其传播能力较强,主要通过飞沫传播(接触患者咳嗽或打喷嚏产生的飞沫)和接触传播(触摸污染物后摸口鼻)。

症状特点

鼻病毒感染潜伏期为1至3天,全人群易感,学龄儿童检出率高;与流感、呼吸道合胞病毒感染相比,特点是上呼吸道症状突出(如鼻塞、流鼻涕、咽痛),全身症状轻微。

成人多低热或无热,伴轻微咳嗽;儿童更易发热,婴幼儿可能因鼻塞拒奶,部分出现呕吐、腹泻等消化道症状。

特殊人群需警惕

多数健康人感染后7至10天可自愈。特殊人群(婴幼儿、老人、免疫力低下者)需警惕,可能引发下呼吸道感染,或诱发哮喘、慢阻肺病急性发作。出现持续发热超3天、精神萎靡、气促胸闷、婴幼儿脱水等情况,需及时就医。

科学防控

目前无鼻病毒特效药及疫苗,要科学防控:

1.日常预防:勤洗手(肥皂/洗手液+流动水,搓洗20秒),常通风,减少接触患者,不共用个人物品,做好家庭清洁(高频接触表面用75%酒精或含氯消毒剂,如84消毒液,进行清洁。擦拭后无需用清水再擦,静置3至5分钟即可生效,每日1至2次),增强抵抗力(多吃新鲜果蔬,规律作息不熬夜,每周进行3次快走或慢跑等温和运动)。

2.居家护理:多休息,补水,鼻塞用生理盐水/海水喷鼻,保持室内湿度50%至60%,低热优先物理降温。

3.感染者防护:咳嗽或打喷嚏时用纸巾捂口鼻,及时处理分泌物,与家人分餐,佩戴口罩,避免交叉感染。

冬春季是呼吸道传染病高发季,鼻病毒感染常见,可控可防。记住核心口诀——“多休息、多喝水、勤通风、少传染”,降低感染风险;即便感染,通过科学护理多数人可顺利好转。(郭计)



肺动脉高压,不是高血压!

漫说健康

李女士,34岁。1年前,李女士在某次感冒后开始出现活动时胸闷、气短、声音嘶哑等症状。此后,她的活动耐力逐渐下降,并且在剧烈运动后反复多次出现晕厥,数分钟后可自行清醒。超声心动图提示其肺动脉收缩压为90mmHg,医生建议她住院行右心导管检查,以明确肺动脉高压的诊断。李女士感到疑惑,肺动脉高压听起来与高血压很相似,这是为什么?

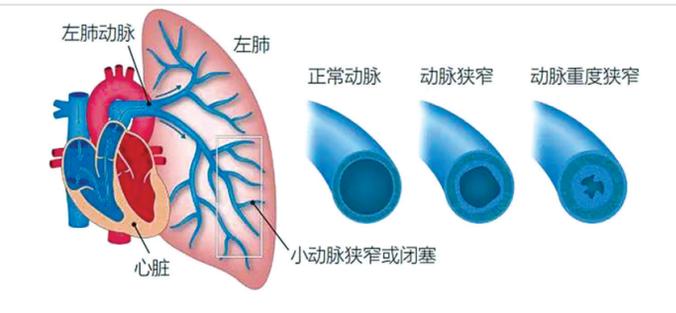
肺动脉高压是怎么回事

心脏有左右之分,左心室射出的血液供应大脑、肝脏、心脏和肾脏等脏器,主要目的是给这些器官提供氧和养分;右心室射出的血液则进入肺。两者各司其职,一个将富含氧气的动脉血泵入主动脉,随全身血液循环为人的组织器官提供氧气和营养;一个则将回流至右心房的血液泵入肺血管到达肺脏,让人体吸入的氧和血液中的血红蛋白结合,之后血液将携带的氧输送到全身各处。

由于肺的体积和血管数量明显小于全身,且肺循环的路程显著短于体循环,故右心给肺提供血液时所需的压力也比较低。因此,对于初次诊断为肺动脉高压的患者,应进行全面系统的检查,以寻找病因,并根据病因选择相应的治疗。

如何测量肺动脉压力

我们常说的高血压是指体循环的血压高,可以用血压计测量。肺动脉高压,不是高血压!肺动脉在胸腔内,不能直接用一个简单的办法测量,可用超声心动图进行估算。



肺血管狭窄示意图。

因和诊治相对复杂,牵涉科室广,常见于心血管内科、呼吸科、风湿免疫科、心脏外科、血液科等。

心脏病和肺脏疾病导致的肺动脉高压最常见,如心力衰竭、心脏瓣膜病、先天性心脏病和肺慢性阻塞性肺疾病、肺气肿、睡眠呼吸暂停综合征、慢性肺栓塞等。还有一些是结缔组织病、血吸虫病、遗传性肺动脉高压和原因不明的肺动脉高压。

总之,造成肺动脉高压的原因十分复杂。因此,对于初次诊断为肺动脉高压的患者,应进行全面系统的检查,以寻找病因,并根据病因选择相应的治疗。

但真正直接的方法,要从外面插一个导管到肺动脉里,才能测到肺动脉的压力。这个方法叫右心导管检查,是诊断肺动脉高压的“金标准”。其测定的肺动脉平均压大于20mmHg,可诊断为肺动脉高压。

仅根据超声心动图诊断肺动脉高压不准确。超声心动图通过计算三尖瓣反流速率来估测肺动脉收缩压,从而对肺动脉高压进行初步筛查。但超声心动图测量的肺动脉收缩压仅为估算值,存在高估或低估的可能。还需要综合分析超声心动图上是否有其他肺动脉高压的表现,并结合患者的具体情况(如是否存在肺动脉高压的危险因素:家族史、用药史、毒物接触史,以及结缔组织病、先天性心脏病、肺栓塞、基础心肺疾病史等)、临床症状、心电图和胸部X线片等资料进行全面评估。若肺动脉高压的可能性较高,则需要进一步确诊;若可能性较低,则需要排查其他原因或进行随访观察。切忌仅根据超声

心动图的结果盲目使用改善肺动脉高压的药物。

如何治疗肺动脉高压

肺动脉高压在临床上分为五类,不同类型的肺动脉高压治疗方法不同。

第一类是动脉性肺动脉高压(PAH),由肺小动脉自身病变引起,常见于年轻女性,可能与基因突变、结缔组织病或某些药物有关。第二类是左心疾病(如心力衰竭或瓣膜病等)引起的肺动脉高压,多见于老年人。第三类是慢性肺部疾病(如慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化等)或长期缺氧所致的肺动脉高压。第四类是慢性血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH),由肺动脉血栓堵塞引起,是唯一可能通过手术治愈的类型。第五类则病因复杂,可能与血液病、代谢性疾病等有关。

大多数肺动脉高压患者可以找到可治疗的病因,积极治疗病因可预防和延缓肺动脉高压的进展,甚至使肺动脉压力恢复正常。

对于第一类肺动脉高压,在治疗病因的同时,应根据肺动脉高压的危险分层和心肺合并症的情况,给予靶向药物治疗,并定期随访以调整治疗方案,尽早达到并维持在低危状态。对于第二类和第三类肺动脉高压,治疗重点在于心肺疾病本身,而肺血管阻力明显升高的患者需要转诊到专业的肺血管中心进行个体化治疗。第四类肺动脉高压可通过外科手术、介入治疗和药物治疗相结合的方法,达到缓解疾病的目的。第五类的肺动脉高压较为罕见,以治疗病因为主。

(仁卫 文图)