

生命急刹车 “猝死”可防可控

猝死离我们有多近

2022年《中国心血管健康与疾病报告》显示,我国每年猝死人数高达54.4万,平均每分钟就有1人倒下。猝死人群中,43%是18~39岁的青壮年。程序员、医护、外卖骑手等高强度职业已成重灾区。80%的猝死发生在医院外,抢救成功率不足1%。但约70%的猝死存在明确预警信号,科学预防可显著降低风险。本文将从高危因素、预警信号、急救技能、生活方式四方面,构建防猝死的“四重防线”。

猝死,是蓄谋已久的爆发

1. 猝死的三大元凶

心源性猝死,占80%,主要为心室颤动/心肌梗死,冠心病、遗传性心律失常为基础疾病脑源性猝死,占15%,主要为脑出血/大面积脑梗死,高血压、脑血管畸形为基础病因肺源性猝死,占5%,主要为肺栓塞/哮喘持续状态,长期久坐、慢阻肺患者为高危人群。

2. 猝死的“导火索”

极端疲劳:连续熬夜后交感神经过度兴奋,诱发恶性心律失常;

剧烈运动:马拉松等无氧运动导致心脏负荷骤增;

情绪剧烈波动:愤怒或极度悲伤使血压飙升,血管破裂风险增加5倍;

温度骤变:冬季清晨寒冷刺激诱发血管痉挛,夏季脱水导致血液黏稠。

预警信号

1. 心源性预警

胸痛:压榨性疼痛持续>15分钟,含服硝酸甘油无效;

心悸:突发心跳加速(>150次/分)或漏跳感,伴眼前发黑;

异常乏力:日常活动(如爬2层楼)即出现呼吸困难、冷汗。

2. 脑源性预警

剧烈头痛:描述为“一生中最严重的头痛”,可能伴随呕吐;

肢体失控:突然单侧肢体无力、口角歪斜、言语含糊。

3. 肺源性预警

不明原因呼吸困难:静息状态下呼吸频率>30次/分;

咯血:痰中带血丝,尤其长期卧床或肿瘤患者。

急救黄金4分钟 需紧急做的三件事

1. 识别猝死

突然倒地,意识丧失,呼吸停止或呈喘息样呼吸,大动脉(颈动脉/股动脉)搏动消失。

2. 立即启动生存链,提高全民心肺复苏和使用AED能力

(1)呼救:指定现场某人拨打120并取AED(自动体外除颤器);(2)立即胸外按压:位置:两乳头连线中点;频率:100~120次/分钟;深度:5~6厘米(成人);(3)早期除颤:AED到达后立即使用,按语音提示操作。

3. 避免“致命错误”

不要摇晃患者或掐人中;未确认心跳停止前禁止胸外按压;除非气道阻塞,否则不要进行海姆立克急救。

预防猝死,从生活方式到科技干预

1. 心脏健康管理

筛查“隐性冠心病”:积极戒烟、限酒,管控自己的血压、血糖、血脂及体重,有胸部不适,动态复查心电图,必要时做冠脉CTA。

基因检测:有猝死家族史者排查长QT综合征、Brugada综合征等遗传性疾病。

2. 压力与睡眠管理

管控压力,保障充分睡眠。

3. 运动安全准则

强度控制:运动时心率不超过 $(220-\text{年龄})\times 0.8$;

热身原则:寒冷环境下热身时间延长至20分钟;

高危人群运动禁忌:肥厚型心肌病患者禁止竞技性运动。

科技防猝死,这些设备能救命

可穿戴设备:Apple Watch的心房颤动预警功能已获FDA认证;

高危人群,可以植入ICD。

猝死不是宿命,而是可防可控的疾病

每一次猝死背后,都有数次被忽视的预警信号和可纠正的危险因素。从今天起,请做到:学会识别身体警报,掌握急救技能,每年做一次心血管深度筛查。记住:对健康的敬畏,才是对生命最好的投资。

[作者:谢芳彬 三明市宁化县总医院 急诊科(心血管专业)、心血管内科 副主任医师]

吞咽困难别忽视 警惕贲门失弛缓症

吃饭本是享受时刻,可75岁的李大爷却被折磨了整整10年。他间断出现吞咽困难,吃个馒头、米饭都得就着汤水往下送。起初因害怕去医院,一直拖着没就诊,谁料症状越来越严重。2个月前,吃饭对他来说就像一场“战斗”,食物堵在胸口下不去,只能喝点稀粥、汤羹,还常伴有呕吐、胸痛,体重骤降15公斤。李大爷一度以为自己得了绝症,直到去医院检查才知道,原来“罪魁祸首”不是肿瘤,而是贲门失弛缓症。

什么是贲门失弛缓症

贲门失弛缓症是一种良性的食管动力障碍性疾病。食管体部的肌肉收缩变得无效、紊乱,就像“罢工的传输带”,而贲门这个“阀门”也无法正常松弛打开,恰似“拧不开的瓶盖”。这样一来,食物就只能堆积在食管里,时间一长,食管腔被撑得越来越大,患者可出现胸痛、呕吐、反流等不适症状,严重者甚至会因反流引发咽炎、鼻炎、龋齿、哮喘、吸入性肺炎等。目前医学界

还没完全搞清楚它的病因,推测可能与自身免疫、病毒感染、遗传因素等有关。

如何辨别贲门失弛缓症

详细问诊和体格检查:医生通过询问进食困难的具体表现,同时结合体格检查,初步判断是贲门失弛缓症,还是其他疾病引起的吞咽困难。

完善相关检查

1)食管钡剂造影:典型表现为贲门狭窄的部位呈现“鸟嘴样”狭窄,食管扩张呈“S”形,这是诊断的首选方法。

2)胃镜检查:可以直接观察食管和贲门的情况,看看有没有食管或贲门肿瘤、炎症等结构性病变。典型表现包括食管扩张、食物潴留、贲门紧闭等。

3)食管高分辨率测压:诊断贲门失弛缓症的“金标准”。根据测压结果,可将贲门失弛缓症分为3种类型:Ⅰ型(经典型)、Ⅱ型(食管紧缩型)、Ⅲ型(痉挛型)。

贲门失弛缓症的治疗策略

治疗原则:目前还没有根治

贲门失弛缓症的手段,所有的治疗方法都是为了让贲门“打开”。根据患者的年龄、身体状况、疾病分型,以及当地医院的技术条件等,进而制定出最适合患者的个性化方案。

治疗方式

药物治疗:比如硝酸异山梨酯、硝苯地平,可以暂时让贲门的平滑肌松弛下来。见效快但疗效短暂,长期效果有限,适合高龄体弱或暂时不能接受其他治疗者。

内镜下肉毒素注射:肉毒素会阻断神经信号,让肌肉暂时麻痹、松弛。操作相对简单,但它的疗效不太持久,之后可能需要再次注射。

球囊扩张术:利用扩张的球囊使贲门括约肌的部分肌纤维撕裂,降低贲门的张力。但它有食管穿孔的风险,而且可能需要多次扩张。

腹腔镜Heller肌切开术+胃底折叠术:外科经典术式,联合胃底折叠术可减少反流,尤其适合Ⅰ、Ⅱ型患者。创伤相对较

大,恢复期较长。

经口内镜下肌切开术(PO-EM):为一线治疗方案,尤其是对Ⅲ型患者。创伤小且疗效持久,患者恢复得也快。不过,它可能会出现食管穿孔、纵隔感染、出血、术后胃食管反流等情况。

情绪管理:焦虑抑郁可诱发或加重贲门失弛缓症,需保持心情舒畅、情绪稳定。

贲门失弛缓症不是绝症,若有吞咽困难应尽早就诊。随着医疗技术的不断进步,未来肯定会有更优化、更有效的治疗策略。只要积极配合治疗,相信病友能早日摆脱“难以下咽”的困扰,重新享受美食带来的快乐!

[作者:许雪峰 福州大学附属省立医院 消化内科 主治医师 福建省科技创新联合基金(项目编号:2023Y9296和2023Y9327)]