

心脏骤停黄金四分钟,你知道吗

□ 广西国际壮医医院急诊科 王 冰 唐华民 唐运宽

在当今发展迅速的社会中,我们的生活节奏加快,过劳、激动、暴饮暴食等行为习惯已经成为我们的日常,也是猝死的诱发原因。发生人群一般是老年人,还有一些习惯性吸烟者,患有高血压、高血脂病的患者等,他们都容易发生心肌梗死,严重的会导致心脏骤停甚至是猝死。

什么是猝死

是指外表健康或非预期死亡的人在因内或无外因的作用下,突然和意外地发生非暴力性死亡。通俗地说,就是平常健康人,或者病情基本稳定的人,突然出现心跳、呼吸骤停,叫做猝死。世界卫生组织把从发病到呼吸心跳停止在6小时内死亡的病例,定为猝死。猝死的原因绝大多数为冠状动脉硬化性心脏病(简称冠心病)急性发作所致。冠心病引起的猝死有70%发生在院外。

猝死的病人,神志丧失、颈动脉波动消失,自主呼吸停止,双侧瞳孔散大。

黄金四分钟与心肺复苏术

心脏骤停的病人,由于呼吸心跳停止,导致全身的供血、供氧不足,使细胞发生不可逆的损伤。在四分钟之内,立刻开始有效的抢救措施,抢救的概率会增大。在正常室温下,心脏骤停4分钟后脑细胞就会出现不可逆转的损害,如果时间在10分钟以上,即使病人抢救过来,也可能成为植物人,甚至是脑死亡。对于心脏骤停的患者,4分钟内进行复苏可能有半数概率被救活,即称“黄金4分钟”。

黄金四分钟最常见的抢救手法就是徒手心肺复苏术。徒手心肺复苏术(CPR)是一种抢救技术,其并不单是医护人员的专利,也是广大群众应该熟悉和掌握的一种急救术。

徒手心肺复苏术主要应用于心脏骤停的病人。表现为突然神志丧失、颈动脉搏动消失、自主呼吸停止、双侧瞳孔散大等。施治时,让病人仰卧于地上或木板上,头上不垫枕头及其他物品,这是心肺复苏术的正确体位,如果病人俯卧,应将其翻转为仰卧位,手法要轻柔,特别要注意头颈部,一定不能用力过大。如果病人躺在松软的床上,背部要垫上木板。

心肺复苏术通常包括胸外按压与人工呼吸,胸外按压通常都是按压胸骨的下半部分,按压的幅度一般是5~6厘米,按压的频率至少要超过100次/分钟。按压30次之后,再进行2次的人工呼吸,每次的人工呼吸都要看到有胸廓起伏才算有效,由此交替进行。

心肺复苏术施治常识

判断神志:意识不清醒,呼叫无反应,手掐人中、合谷穴无反应、双侧瞳孔散大,可以断定患者神志丧失。轻拍伤病者肩部(或面部),并在其耳边大声呼唤以试其反应。

开通气道:仰头举颌(颈)法,先清理口腔异物(呕吐物、血块等)去掉假牙,一手食指、中指置于下颌处,抬起下颌,使头后仰,一手托颈后,头后仰的程度以下颌和耳垂的连线与地面垂

直为宜,后仰不要过度。

判断呼吸:一看二听三感觉。

看:胸部或腹部有无起伏。

听:口、鼻有无呼吸声音。

感觉:口鼻有无气流溢出。

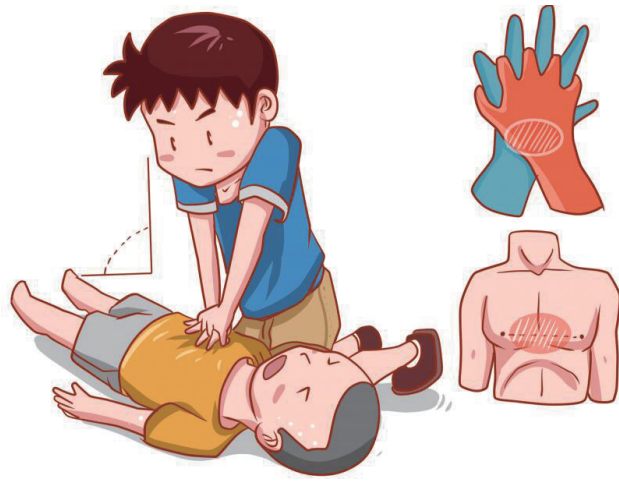
高声呼救:伤病者对轻拍、呼唤无反应,表明其已丧失意识,立即在原地高声呼救,若有他人,先拨打急救电话,后参与共同现场抢救。

口对口人工呼吸:放在前额的拇指和食指捏紧鼻孔,将口包住病人的口,先深呼吸一口,然后吹2次气,吹气时不要用力过猛。吹气后,病人胸部有起伏说明人工呼吸有效。如颈动脉搏动消失,即可以认定心跳停止(颈动脉位置在喉结旁2~3厘米处)。

心外按压:前胸正中,胸骨下1/2处。每分钟60~100次。3~5厘米。一手掌放于胸骨下1/2处,手掌与胸骨平行,另一手重叠在手背上,两手指交叉抬起,脱离胸壁,双肩绷直,双肩垂直在胸骨上方正中,以肩、臂力量向下按压。

注意事项:心外按压要不间断进行;垂直用力向下,不要左右摆动;向下按压和放松时间均等;放松时手掌也不要离开胸壁;如呼吸、心跳停止,人工呼吸、心外按压时要同时进行;吹气时,停止按压。心外按压时不要吹气,两者可轮换进行。

一人施救时,按15:2的比例进行,即先吹两口气,然后胸外心脏按压15次。周而复始,直至有人接替为止。二人施救时,按5:1的比例进行,即一人吹一口气,一人心外按压5次。吹气的时候,停止按压。心外按



压时不要吹气,两者可轮换进行。直至专业急救人员赶到为止,自救互救的同时急呼120。

如何使用自动除颤仪(AED)

相对人工的手动按压,AED对紧急救治更有帮助。那么如何使用AED呢?

1. AED到达后,请露出胸部并按照指示贴上电极垫。取下倒地者身上的金属以避免任何突起,如心脏起搏器;如果胸口是湿的,请迅速擦掉水渍后贴上电极垫。

2. 根据AED的语音指令操作。AED正在分析心电图时,请按照语音指示并远离已经倒地者(如果有人接触到身体,可能无法正确执行心电图的分析)。

3. 当AED的语音指令表明需要电击时,请确保没有人碰到倒地者的身体。

4. 按下按钮进行电击。

5. 电击后,在连接着AED电极贴的情况下立即重新进行

心脏按压。

6. 两分钟后,AED将自动确定是否再次施加电击并发出语音指令。

7. 等待救护车到达。

此外,心肌梗死抢救成功有三个关键环节:

1. 此环节掌握在患者自己手里,也是最关键的一关。一旦出现胸痛等心肌梗死症状应立刻停止任何活动,立即拨打120。

2. 是指急救中心迅速出动救护车,将患者快速运往有相关救治能力的医院。

3. 则是患者来到医院后,急诊科、心内科等相关科室医生迅速诊治,争取在90分钟内完成冠脉球囊扩张,以保证及时可靠地进行再灌注治疗,提高梗死血管再通率,改善患者临床症状,尽最大可能缩小心肌梗死面积,挽救濒死心肌,以提高患者救治成功率,降低患者病死率。



小龙虾与横纹肌溶解症

随着夏季的来临,又到了吃小龙虾的季节,谁能拒绝小龙虾的诱惑呢?麻辣、十三香、蒜蓉、油焖……想想都流口水。吃虾一直爽,一直吃一直爽……但是,吃虾停不下来的后果可能是致命的。这绝对不是危言耸听,近年来媒体报道多例进食小龙虾引起横纹肌溶解症。夏季以来,急诊科也不时地收治过因吃小龙虾引发急症的患者。这让众多喜爱小龙虾的食客犯了难,横纹肌溶解症到底是个什么病?吃小龙虾真的会引起横纹肌溶解吗?还能不能愉快地吃小龙虾啦?别着急,现在为大家说一说小龙虾和横纹肌溶解症的故事。

什么是横纹肌溶解

横纹肌溶解症一般指横纹肌溶解综合征(rhabdomyolysis, RM),是指因某些病因导致横纹肌细胞损伤,横纹肌细胞内的物质(如肌红蛋白、肌酸激酶及一些小分子物质等)释放到细胞外液及血液循环当中,进而引起的一组综合性临床症状。小分子物质从细胞内出来以后,可能会引起机体一系列的反应,导致其他器官功能衰竭,出现休克,甚



至死亡。比如大量肌红蛋白堵塞肾小管,可导致急性肾小管坏死,少尿、无尿而引起急性肾衰竭;比如细胞内大量的钾离子到血液中以后导致高血钾,可以直接导致心搏骤停。

临床中,横纹肌溶解症患者通常会有肌肉疼痛、水肿及四肢无力等感受,可伴有发热、乏力等情况,可见尿液颜色改变,出现“酱油尿”,严重时会出现少尿或无尿等症状。

不是所有人都适合吃小龙虾,小龙虾是一种高蛋白食物,容易引起异种蛋

白反应。不少人由于贪吃小龙虾,身上布满小红斑,奇痒难耐,严重时还伴有痛风发作。此外,进食小龙虾后大量饮酒、严重感染、中暑、高热或长期低温、缺氧或缺血、过敏反应、过度运动、合用他汀类降脂药以及环孢素、苯丙胺类兴奋剂等诱因进食小龙虾后导致的横纹肌溶解综合征情况,我们又称“龙虾病”或“哈夫病”。

应该如何食用小龙虾

同其他水产一样,小龙虾具有很高的营养价值,虾肉含有8种人体所需的必需氨基酸,氨基酸组成优于普通肉类,所含脂肪酸中多不饱和脂肪酸占比大,维生素A、D、K等脂溶性维生素含量也较高,还含有钙、磷、铁、锌、锰等微量元素,具有高蛋白、低脂、低碳水的特点。另外,小龙虾还含有一定量的虾青素,具有抗氧化、保护心血管等作用,其食用价值是值得肯定的。不仅如此,小龙虾肉质鲜嫩,风味独特,如此美食岂能不吃?

提醒大家,吃小龙虾可以,不过要遵循几个原则。

1. 不要过季:小龙虾作为时令性食物,一般上市季节是4月至7月。

2. 不要过量:小龙虾属于高蛋白食物,对于尿酸较高、过敏人群,食用大量小龙虾会增加痛风、过敏的风险。

3. 不要吃虾头和虾黄:虾头很容易吸附蓄积重金属、毒素和细菌等,因此虾头和虾黄尽量不要吃。

4. 一定要煮透:小龙虾是肺吸虫的第二中间宿主,若未煮熟煮透,或采用烤、炒、腌等形式烹饪,食用后就有可能感染肺吸虫病。因此,制作和烹饪小龙虾时,一定要刷洗干净,高温烹饪10分钟左右,煮熟煮透后再食用。如果是存放在冰箱里的小龙虾,煮的时间要更长。

需要注意的是食用小龙虾后出现肌肉疼痛、乏力、尿色改变等不适症状,一定要及时就医以免延误病情。

过敏体质人群及既往哈夫病患者,支气管炎、哮喘等疾病患者,痛风患者或者尿酸高的人群,肾脏病及高血压患者及婴幼儿等人群,不建议食用小龙虾。

(广西国际壮医医院急诊科 班志红副主任医师)