



科学防范心源性猝死 重视日常健康管理

中山大学附属第六医院 张婷婷 陈子滢 张源泉 吕竹

明确高危人群 正视猝死内因

心源性猝死可发生于任何年龄,均需加强防范。世界卫生组织(WHO)将猝死定义为症状出现后6小时内死亡,心源性猝死通常指症状出现1小时内死亡,发病以内因为主。有心血管疾病家族史、高血压、高血脂症、高血糖或长期吸烟的人群,均为高危人群,合并危

险因素越多,发病风险越高,若不及时干预,猝死风险将显著升高。心源性猝死并非年轻人发病率更高,“年轻化”更多是因其更受舆论关注。高危人群若叠加熬夜、过劳、突然剧烈运动、情绪剧烈波动、短期内大量吸烟酗酒等诱因,极易诱发猝死。

“冰冻三尺,非一日之寒。”任何突发都是危险因素长期积累所致,只有做好日常健康管理、及时监测并干预异常,才能有效防范风险。陈俊格建议,40岁以上人群,尤其是合并高血压、糖尿病、高血脂,长期吸烟、熬夜,或有早发心脏病家族史者,应重点完成以下精准体检项目。

血管“压力测试”方面,颈动脉超声是评估全身动脉硬化度的重要窗口,无创简便,性价比比高,颈动脉出现斑块,提示心脑血管大概率也存在斑块;脉搏波传导速度与踝臂指数可精准测量血管僵硬程度,血管越硬、血压波动越大,猝死风险越高,其数值增长也是高血压靶器官损害的早期表现。

两项易被忽视的血液指标需重点关注,同型半胱氨酸是独立于“三高”的血管损伤因子,指标过高会损伤血管内皮,增加血栓风险,显著升高者需在医生指导下干预;脂蛋白a与遗传密切相关,即便日常血脂正常,该指标升高也会大幅增加心脑血管风险,需进一步排查家族性高脂血症,强化可控危险因素管理。

女性群体有特殊警惕事项,40岁以上女性绝经后雌激素水平下降,血管保护作用消失,心血管风险急剧上升,甚至超过同龄男性;女性心梗症状多不典型,常表现为后背痛、肩胛骨痛、极度疲劳、上腹部不适伴出冷汗,易被忽视,体检除常规心脏检查外,建议加做心脏超声检查。

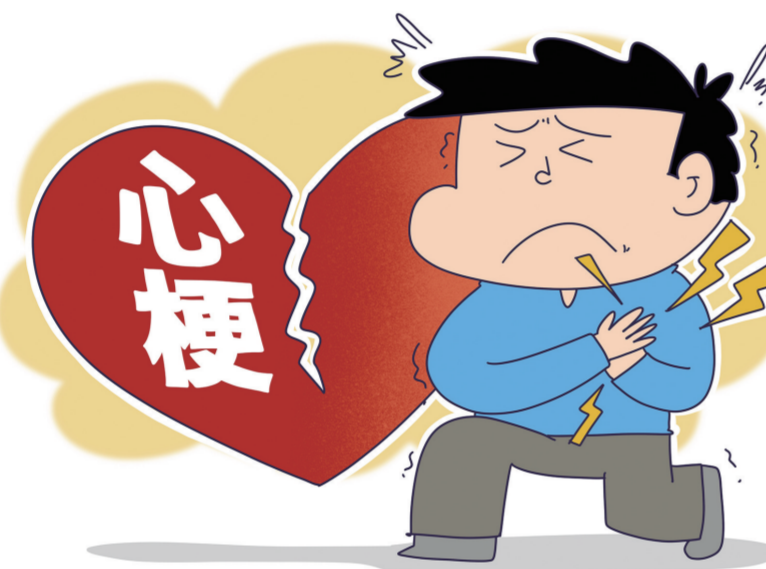
识别预警信号 掌握急救要点

心源性猝死的预警表现多样,出现以下症状需立即就医:一是突发胸部压迫感或疼痛,休息后超过10分钟不缓解,应高度警惕急性心肌梗死;二是运动前后出现心慌、心跳漏跳或心跳过快,症状持续较久或伴有头晕、眼前发黑,需及时完善心电图检查,排查急性心律失常;三是运动前后持续呼吸困难、气短超过30分钟,或伴随喉间发紧、声音嘶哑,需警惕心功能不全;四是出现头晕、出汗、口唇发紫,或运动后疲劳感超过24小时仍不缓解,均应及时排查心血管异常。

胸痛持续超过10分钟;立即拨打120,送往具备心脏介入治疗资质的医院,切勿自行驾车;患者保持静卧放松,可舌下含服硝酸甘油;发病120分钟为黄金救治期,切勿延误;心梗后需遵医嘱长期用药,定期复查,坚持低盐低脂饮食,严格戒烟限酒,保持中等强度运动以促进心脏康复。

运动时若无明显诱因突然晕厥倒地,多为心跳骤停,应立即实施心肺复苏,把握抢救“黄金六分钟”。掌握基础心肺复苏技能,对提高抢救成功率至关重要。

欧阳茂指出,急性心肌梗死是冠状动脉突然闭塞,导致心肌快速坏死的心血管急危重症。时间就是心肌,越早开通闭塞血管,越能挽救患者生命。急性心梗处理原则为:出现胸痛立即拨打120送医。具体要点:突发胸痛伴大汗、呼吸困难、头晕、低血压,或疼痛放射至左肩左



做好日常监控 警惕身体异常

日常健康监测要做好三点,一是全天候监测血压,家中备上臂式血压计,重点监测清晨血压,超过135/85mmHg提示风险偏高;二是频繁胸闷气短者监测血氧饱和度,低于94%或活动后骤降需及时就医;三是近一个月出现活动后胸骨后发紧、烧灼感,不明原因牙痛、嗓子发紧,尤其是伴出汗,或夜间突然憋醒、需要坐起才能缓解,应立即前往心内科就诊,无需等待年度体检。

产后腰痛难忍?

4个居家动作轻松缓解

广州医科大学附属第三医院 张迅恺

抱娃喂奶几分钟,臀部便酸胀难忍;劳累一天后想放松躺下,起身时腰部僵硬不已……产后宝妈因长时间抱娃或坐卧姿势不当,常出现下腰部、骨盆区域疼痛,这类疼痛多为骶髂关节痛。为帮助宝妈缓解困扰,广州医科大学附属第三医院康复医学科主任医师刘震、主管治疗师谢泽良设计了4个实用的居家康复动作,助力宝妈应对产后相关疼痛。



胸口顶住宝妈腿部,宝妈同时用膝盖向家人方向发力对抗,保持10秒后放松,重复3~5次。

动作一:臀肌放松

缓解骶髂关节痛的首要步骤是放松臀部及骨盆周边肌肉,为后续康复动作打好基础,以下3种方式可根据实际情况选择:

家人协助按摩:家人轻柔按压宝妈骨盆周边肌肉,单侧操作2~3分钟,以体感舒适为宜,避免用力过度。

泡沫轴辅助放松:将泡沫轴置于臀部下方,借助泡沫轴的支撑力按压臀部肌肉,实现放松目的。

泡沫轴自我滚动:平躺时将泡沫轴垫于臀部,通过身体轻微上下滚动,完成臀部肌肉自我放松。

动作二:臀肌拉伸

该动作需家人协助完成。家人双手环抱宝妈一侧大腿,在宝妈配合完成小腿转动后,缓慢向前牵拉按压,直至宝妈感受到疼痛、不适或明显牵拉感时,保持10秒后放松,重复5~10次,具体次数可根据自身耐受度调整。

动作三:臀肌激活

在动作二的基础上,进行臀肌对抗训练,以增强臀肌力量。保持动作二的最大牵拉范围不变,家人用

动作四:骨盆前倾调整

产后长期“葛优躺”、抱娃时不自觉挺肚子等不良姿势,易导致骨盆前倾,进而加重骶髂关节痛。该动作可有效调整骨盆状态,分为以下2种操作方式:

自我操作:双膝弯曲并拢,双手环抱膝盖,缓慢向胸口方向牵拉按压,保持5秒后放松,重复20次,每日1~2组。

家人协助操作:家人左手按压宝妈双膝,右手托住臀部后侧向上滚动推送,保持5秒后放松,重复20次,每日1~2组。

产后康复关乎宝妈的健康与生活质量,掌握科学的居家训练方法,能有效应对骶髂关节痛。不妨将这些动作分享给家人,携手开启舒适的产后康复之旅。

温馨提示

锻炼需因人而异,要注意力度轻柔、循序渐进,若出现不适请立即停止。若疼痛持续无缓解,建议及时就医,由专业医生制定个性化康复方案。

警惕特纳综合征背后的听力危机

别让孩子“听”不见未来

中山大学孙逸仙纪念医院 房诗婷 黄艳



咽鼓管角度减小与管径狭窄,正是其功能障碍的重要危险因素。

雌激素保护作用缺失。雌激素对内耳毛细胞健康和听觉神经的正常功能有着重要保护作用,而TS患儿因普遍存在雌激素缺乏的问题,导致内耳毛细胞受损,进而引发感音神经性听力损失。该团队对87名12岁以下TS患儿进行了长期随访(中位随访35个月),首次通过前瞻性队列研究证实了雌激素缺乏与TS患儿听力损失之间的密切关系,雌激素缺乏的患儿听力损失的发生率是雌激素正常患儿的近3倍(HR:2.65,1.30~5.38),且雌激素是听力损失的独立危险因素,对听力损失的影响在低频听力上更为显著。

临床干预:

构建全方位听力防护网

定期筛查,早期干预。TS患儿需遵循规范做好听力定期筛查与早期干预,所有确诊患儿应立即接受包含耳部形态学、听力学评估在内的耳鼻喉科专科检查;出现耳痛、耳漏、耳闷塞感或听力下降等伴随听力下降的患儿,建议每4~6个月复查1次;无相关症状的患儿,每年需进行1次听力学及耳内镜检查。

科学治疗,分级管理。针对不同类型耳部病变,需采取个体化对应治疗方案,复发急性中耳炎患儿可考虑使用抗生素及鼓膜切开引流;分泌性中耳炎患儿伴有听力下降、学习困难或语言发育迟缓,建议行鼓膜置管术和(或)腺样体切除术,必要时佩戴助听器;持续性耳漏且伴听力下降的患儿,需警惕慢性化脓性中耳炎或胆脂瘤,应及时进行手术探查。

把握“黄金干预期”。团队对54名12岁及以上TS患儿的分析显示,在12岁后早期开始接受雌激素替代治疗(ERT)的患儿,听力明显优于未接受治疗的同龄患儿,15~17岁年龄段接受ERT治疗的患儿双耳听力阈值显著低于未治疗组,且接受雌激素替代治疗的患儿每年听力下降速度明显减慢。因此,TS患儿在青春期早期启动雌激素替代治疗,不仅有助于青春期发育,还有助于听力保护。

特别提示。生长激素是TS患儿促进身高增长的重要手段,但需注意其可能引发的颅骨发育不平衡,在少数情况下可引起脑膜膨出,从而导致脑脊液耳漏。建议家长在患儿接受生长激素治疗期间,定期至儿童医学中心、耳鼻喉科随访;若出现耳部流血、听力突降等异常,需立即就医。

无影灯下的“安全防线”

麻醉医生如何守护十大高风险患者

中山市广济医院 王华

手术台是与生命博弈的战场,麻醉医生是守护生命的守门人。他们既要又要手术营造无痛、松弛、平稳的条件,又要全程预警、精准处置,筑牢患者生命防线。面对以下十大高风险患者,每一次麻醉都是一场精密的生命护航。现代麻醉技术与人文关怀的深度融合,正是麻醉医生守护安全的坚实底气。

麻醉团队实施全流程精细化管理:术前优化气道方案,术中精准计算药量,强化呼吸监测,术后定制个体化镇痛与康复计划,以专业操作化解肥胖相关风险。

致命性吸入性肺炎。麻醉团队严守安全底线,优化应急处置流程:采用快速序贯诱导联合环状软骨按压(Sellick手法),或实施清醒气管插管,最短时间内完成插管,阻断反流通道,为急救抢救筑牢安全防线。

麻醉团队坚持技术与人文并重:术前心理疏导、温和安抚,缓解焦虑恐惧;必要时适度镇静防护,在保障安全的前提下,让诊疗更有温度。

孕产妇麻醉需兼顾母婴安全。妊娠生理改变易致气道水肿、胃排空延迟,仰卧位可诱发低血压综合征;同时需规避对胎儿不利的药物。

特纳综合征(Turner syndrome,TS)是因X染色体完全或部分缺失所导致的先天性疾病,约每2500名活产女婴中就有1人受到影响。大众对该病的认知多聚焦于身材矮小与卵巢发育不良,却常忽视伴随的听力隐患。研究显示,TS患儿听力损失发生率显著高于普通儿童,若未及时发现,听力会随着年龄增长逐渐下降,严重影响孩子语言发育、学习和社交。

困难气道患者: 守护呼吸第一道关卡

无法快速建立有效通气,是麻醉最危急的突发状况之一,严重时可能导致缺氧、脑损伤甚至死亡。小下颌、短颈、巨舌、肥胖(BMI>35)、颈部活动受限、强直性脊柱炎,以及外伤、感染、肿瘤导致的气道变形,均会大幅增加气管插管难度。麻醉团队坚持术前精准评估、预案前置,借助影像学、喉镜检查预判困难程度,备好喉罩、纤维支气管镜、环甲膜穿刺套件等应急设备,必要时实施清醒气管插管,在保留自主呼吸的前提下建立气道,从源头规避致命风险。

老年衰弱患者: 维持机能稳态

高龄患者多伴随器官功能生理性衰退,心肺储备下降、肝肾功能减弱、药物代谢减慢,且常合并高血压、糖尿病、慢阻肺、脑血管病等基础病,术后谵妄、认知障碍风险显著升高。麻醉方案以温和、减量、器官保护为核心:优先选择区域阻滞麻醉,减少全麻药用量,避免深麻醉;同时严密监测体温、血糖、电解质,术后加强认知康复,为老年患者搭建安全屏障。

肝肾功能不全患者: 规避药物蓄积

肝脏是药物代谢中枢,肾脏是主要排泄通道。肝肾功能受损时,麻醉药蓄积中毒,凝血功能紊乱还会增加手术出血风险。麻醉医生坚持精准选药、个体化减量:优先选择不经肝肾代谢的药物,根据脏器功能调整剂量,术中强化凝血、肝肾功能监测,术后优化镇痛方案,避免进一步损伤。

妊娠期患者: 守护母婴双重安全

孕产妇麻醉需兼顾母婴安全。妊娠生理改变易致气道水肿、胃排空延迟,仰卧位可诱发低血压综合征;同时需规避对胎儿不利的药物。麻醉方案坚守母婴安全原则:优先选择椎管内麻醉,禁用致畸药物,术中合理调整体位、严密监测循环,既保手术顺利,更护母子平安。麻醉医生的职责是通过全面术前评估、精准术中管理、严密术后监护,最大限度降低风险。从超声引导下的精准阻滞,到靶控输注的药物微调,再到加速康复外科(ERAS)理念的应用,现代麻醉学已为高风险患者搭建起坚实安全防线。

流行病学调查: 超三分之一患儿存在听力损失

中山大学孙逸仙纪念医院耳鼻喉科与儿童医学中心联合研究团队对71例TS患儿开展系统听力学调查,结果显示:12岁以上患儿中分泌性中耳炎的发生率高达38%,总体听力损失率达35.2%,显著高于同龄健康儿童;同时,合并先天性心脏病、肾脏疾病或甲状腺疾病等系统性疾病的患儿,其听力损失风险进一步升高。

病因解析:

两大核心因素致听力受损

咽鼓管结构异常。咽鼓管是连接中耳和鼻咽部的“通气阀门”,帮助中耳保持正常的气压平衡和排出分泌物。TS患儿因先天发育异常,咽鼓管往往更平、更窄,通气和引流功能明显受限,导致中耳积液和反复中耳炎,引起传导性听力损失。研究团队联合开展的颞骨高分辨率CT影像学研究,首次揭示了患儿咽鼓管的先天性结构异常特征,其咽鼓管角度更平,如同排水管道坡度不足,易导致分泌物滞留,各段管径也显著变窄,最窄处仅0.14cm,约60%的患儿存在咽鼓管功能障碍,而

小儿患者: 精准施治与温情呵护

小儿尤其是早产儿、新生儿,代偿能力极弱,循环、呼吸易受麻醉药抑制,药量需按体重、体表面积精准核算。加之体温调节能力差,术中易低体温,早产儿术后可能发生呼吸暂停。

精神疾病或无法配合患者: 安全与人文兼顾

躁狂、痴呆、意识障碍等患者无法配合区域麻醉,多需全身麻醉,而诱导期躁动会增加误吸、气道损伤风险。

严重心血管疾病患者: 稳控生命体征

麻醉药物对循环的抑制,可能加重心脏负担。近期心梗(<6个月)、不稳定型心绞痛、重度主动脉瓣狭窄、难以控制的高血压或低血压,均为麻醉高危隐患。

麻醉医生兼具技术与温情: 精准配药、选用儿科专用器械、全程温控、严密监护,以细致与耐心保障手术安全。

药物过敏或恶性高热患者: 防范罕见急症

恶性高热是麻醉罕见但极凶险的遗传性急症,吸入麻醉药、succinylcholine等可诱发,表现为肌肉强直、高热、酸中毒、高钾血症,救治不及时死亡率极高。药物过敏则可能突发过敏性休克。防范关键在于术前识别、提前备战:询问过敏史、家族史,为高危患者备好特效药丹曲林及急救设备;术中一旦出现异常立即启动急救流程,消除风险隐患。

肥胖患者: 破解叠加风险

肥胖患者麻醉风险呈叠加效应:气道解剖变异提升插管难度;肺容量减小、通气阻力大,术中术后易低氧;脂溶性麻醉药蓄积,延长苏醒、增加呼吸抑制风险。BMI>40的重度肥胖患者,属麻醉极高危人群。

急诊饱胃患者: 严防反流误吸

创伤、肠梗阻、孕产妇等急诊患者多未禁食,全麻诱导时易发生反流误吸,引

