

防范脑出血，这些信号要当心

某知名主持人因急性脑出血离世，令人惋惜，也让“脑出血”这个凶险的疾病再次走进大众视野。很多人觉得脑出血是老年病，但脑出血年轻化风险不容忽视。脑出血是什么？哪类人患病风险高？有什么预警信号？

北京大学人民医院神经内科主任、北京大学神经病学系主任、主任医师刘尊敬介绍，脑出血俗称脑溢血，属于脑卒中（中风）中致死、致残率极高的出血性卒中，主要病理是颅内血管破裂，血液溢出压迫、损伤脑组织，发病急、救治窗口期极短。从临床分型来看，脑出血主要分为两大类，症状与诱因各有差异。

第一类为脑实质出血，是大众最熟知的脑出血类型，高发于大脑基底节区域。高血压是其首要诱因，长期血压控制不达标、波动过大，会持续损伤脑内细血管，导致血管壁脆弱破裂。除此之外，吸烟、血糖异常、年龄增长引发的动脉硬化，以及先天性脑血管畸形，都会提升发病风险，其中脑血管畸形可通过脑部影像检查提前筛查，通过微创介入手术有效干预。同时，脑血管淀粉样变性、血液系统疾病、长期服用抗凝抗血小板药物等，也会诱发此类出血。脑血管淀粉样变性多见于老年人群，出血多集中在脑叶皮层下；而凝血功能障碍、血小板减少等血液病，以及房颤、血管狭窄患者长期服药，会削弱血管凝血、止血能力，增加出血概率。



为提升市民脑卒中防治知识知晓率，倡导健康生活方式，合肥市医护人员开展公益宣传，讲解卒中症状及预防、急救、康复等科学知识。（资料图片）

第二类为蛛网膜下腔出血，出血位置在大脑表层，最主要诱因是颅内动脉瘤破裂，发病时痛感极强。

脑出血的发作并非毫无征兆，有相对明确的高发人群。结合临床数据来看，以下几类人群属于脑出血高危群体：

血压控制不佳人群。这是脑出血的首要高危群体。长期高血压、血压频繁波动、擅自增减降压药，会持续侵蚀脑内血管壁，是诱发脑实质出血的关键原因。临床判断血压控制合格的标准为，动态监测下一天内约70%时间的血压达标。单次血压小幅

波动无需过度干预，切勿凭单次血压数值自行调药。

先天脑血管异常人群。患有颅内动脉瘤、脑动静脉畸形、烟雾病等脑血管结构问题的人群，即便无高血压、无明显不适，也存在突发脑出血风险。这类脑血管结构问题，是中青年发病的主要诱因之一，可通过专业脑血管影像检查提前排查干预。

基础病与特殊用药人群。血糖异常、动脉硬化、血液系统疾病患者，血管耐受度、凝血功能较弱，出血风险更高；长期服用华法林、阿司匹林、氯吡格雷等抗凝抗血小板药物的

人群，需定期监测凝血指标，规避出血隐患。

存在家族聚集风险人群。直系亲属有高血压，后代有高血压的概率更高，如果血压不控制好，则诱发脑出血的概率会显著升高，需提前做好筛查与防控。

生活方式不良的中青年群体。当下脑出血年轻化趋势显著，年轻人如果长期熬夜、精神压力过大、作息紊乱、滥用药物、情绪剧烈波动，叠加轻微血管隐患，极易诱发急性脑出血。

脑出血多为急性突发，病情进展极快，延误救治会造成不可逆的脑组织损伤，如出现突发异常头痛、喷射性呕吐、精神萎靡、肢体无力、口齿不清、视物模糊等症状，切勿忽视，要及时就诊。

专家提醒，一旦出现相关症状，立刻拨打120，不要自行吃药、不要挪动病人。将患者放平（平卧），头部偏向一侧，保证呼吸道通畅，安抚患者情绪；精准记录发病时间，优先等待专业医护转运，仅极近距离可谨慎自行送医。

脑出血虽致死、致残率高，但并非不能预防。绝大多数脑出血的突发风险，都可以通过科学的生活管理、定期筛查和规范的慢性病管控有效规避。无论是中老年人，还是长期压力大、熬夜的年轻人，都要重视脑血管健康。早筛查、控基础病、识别预警信号，是防范悲剧的关键。

（据人民日报）

急性上呼吸道感染与流行性感冒差异探析

每到换季时节，鼻塞、咽痛、发烧的情况就多了起来。很多人只要出现咽痛流涕、浑身乏力，便笼统称之为“感冒”，自行服药处理。

殊不知，临床上，急性上呼吸道感染与流行性感冒并不是同一回事，二者发病原因、症状特点、治疗方案存在明显区别。若混淆用药，不仅无法快速缓解不适，还可能延误病情。读懂二者差异，选对处理方式，才是科学应对呼吸道疾病的关键。

病原与发病特征

急性上呼吸道感染简称“上感”，是以鼻腔、咽、喉部急性炎症为表现的一组疾病。本病70%～80%由病毒感染引起，仅有20%～30%来源于细菌。发病不受年龄、地域限制，免疫低下人群更容易患病，整体病程短，大多具备自限性。但该病发病率高，特殊人群可能出现严重并发症，并且存在一定传染性，需要正确识别与处理。

能够诱发上感的病毒多达200种，鼻病毒、冠状病毒、腺病毒最为常见；细菌感染以溶血性链球菌居首位，其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌等。淋雨受凉、过度劳累会削弱呼吸道防御能力，促使疾病发生。成年人每年大约发生2～4次上感，学龄前儿童每年可达4～8

次。上感分为普通感冒、急性病毒性咽炎和喉炎、急性疱疹性咽峡炎、急性咽结膜炎、急性细菌性咽—扁桃体炎五类。普通感冒以鼻塞、流清涕、咽痛等局部症状为主，全身症状轻微；只有急性细菌性咽—扁桃体炎存在明显脓性分泌物、高热，提示细菌感染。

流行性感冒是流感病毒导致的急性呼吸道感染病，病原体分别为甲、乙、丙型流感病毒。甲型流感病毒极易发生抗原变异，可以引发大范围流行；乙型、丙型流感变异程度低，多为局部散发。流感潜伏期1～3天，存在明显流行暴发特征，和常年散发的普通上感形成鲜明区别。

症状与处置方案

从症状层面对比——普通上感局部症状突出，打喷嚏、鼻塞、流涕、咽痛表现明显，可低热或者无发热，全身酸痛乏力较轻；流感全身中毒症状占据主导，起病急骤，突发高热、头痛、周身肌肉酸痛、乏力十分显著，鼻塞流涕这类鼻咽局部症状反而较轻，还可以出现胃肠型、肺炎型、中毒型等特殊分型，重症病例可快速进展为急性呼吸窘迫综合征，风险更高。

治疗原则是二者最核心的区分点。普通上感目前没有特效抗病毒

药物，若无发热、免疫功能正常、病程超过两天，无需使用抗病毒药物，多休息、多饮水、保持室内通风。鼻黏膜充血明显可选用伪麻黄碱缓解鼻塞；发热疼痛可使用对乙酰氨基酚、布洛芬，但需要注意的是，儿童及哮喘患者应避免使用阿司匹林。同样需要注意的是，16岁以下需谨慎用左氧氟沙星等喹诺酮类药物。免疫缺陷人群若患流感，可早期使用奥司他韦、利巴韦林。中成药可辨证选用，起到改善症状、缩短病程的辅助效果。

流感治疗则有着明确的时间窗口——抗病毒药物需要在发病48小时以内使用，其中，奥司他韦作为神经氨酸酶抑制剂，可以抑制流感病毒复制，减轻症状、减少重症并发症，是治疗流感的常用药。流感患者首先落实隔离措施，配合退热、止咳等对症处理；抗生素仅用于流感后继发细菌感染的情况，流感病毒本身无法被抗生素杀灭。重症流感患者还要加强支持治疗，密切监测脏器功能，必要时给予呼吸支持。接种流感疫苗，能够减轻感染之后的病情严重程度。

鉴别与防护策略

除流感、上感之外，临床还需要把打喷嚏、流鼻涕和其他常见疾病鉴别开来。比如，突发连续喷嚏、鼻

痒、鼻塞和大量清涕，无发热，且咳嗽较少，可能是由于接触螨虫、灰尘、动物皮毛、低温等刺激因素导致的过敏性鼻炎，属于过敏性疾病，抗生索、抗病毒药均无效，需要抗过敏治疗；急性气管—支气管炎则以咳嗽咳痰为主，鼻部症状较轻，白血细胞计数可升高，X线胸片常见肺纹理增强，需结合检查判断是否启用抗生素。

预防，永远优于纠结选哪一种药物。规律锻炼、均衡营养、避免受凉劳累，是降低上感发病概率最有效的方式。流感流行季节，年老体弱人群外出佩戴口罩，减少密闭公共场所停留时间，可以降低流感感染风险。

总的来说，记住三条原则：普通上感以对症休养为主，不盲目使用抗病毒药、抗生素；流感需把握48小时抗病毒治疗时机，及时就诊；鼻塞流涕症状还需排除过敏性鼻炎、急性气管—支气管炎，避免误诊误治。分清上感、流感以及相似呼吸道疾病，选择对应的处理方案，才能科学、稳妥守护呼吸道健康。

安徽省胸科医院结核五科 王文楠



胸痛别硬扛！当心错过心梗急救时间

心脏永久受损，即使保住生命，日常活动也会持续受限。

心梗各类类型与隐匿信号

胸部核心不适感。胸骨后出现压榨样、紧缩样疼痛，感觉像有重物压在胸腔里，疼痛超过15分钟，休息、深呼吸不能缓解，疼痛会反复加重。部分体感为胸腔闷胀、灼热，无尖锐刺痛，刺痛基本不属于心梗典型表现。

疼痛放射区域。胸口不适会向外扩散，向上蔓延到下颌、后颈，向两侧蔓延到肩膀、上臂，向左后背、上腹部传递，少数只出现下颌、上腹疼痛，无明显胸口异常，极易和胃病、肩周炎混淆。

伴随全身异常反应。胸痛同时伴有大汗淋漓、皮肤湿冷、呼吸急促、憋气、不能平卧；突然出现恶心、呕吐、四肢无力、意识模糊、心跳紊乱，这些并发症状出现时，表示心肌缺血程度已经非常严重。

分步骤执行标准急救操作

立刻停止所有活动，保持舒适体位。察觉胸痛立刻停止行走、劳作、运动，原地缓慢坐下或半躺，背部靠支撑物，解开领口、腰带，减少胸腔压迫，禁止走动、爬楼、自行车前往医院，身体活动会增加心脏耗氧量，加

快心肌坏死。

即刻拨打急救专线，清晰说明关键信息。拿起手机拨打120，准确告知自身位置、全部不适感、不适开始时间，主动说明自身高血压、高血脂、糖尿病等基础病史，不挂断电话，听从调度人员现场指导。拒绝自行打车、私家车绕行就医，急救车辆配备心电图监护、急救药物，途中提前传输检查结果，缩短院内救治准备时间。

规范使用急救药物，规避错误操作。无阿司匹林过敏史、无活动性出血病史，嚼碎300毫克阿司匹林；舌下含服硝酸甘油前需测量血压，当血压数值偏低时不能服用。禁止自行服用多种不明保健品、活血类中成药，以免加重心脏负担。

全程保持意识清醒，做好心肺复苏准备。保持呼吸道通畅，意识丧失时触摸颈动脉无搏动，立即进行胸外按压和人工呼吸，持续操作直到急救人员到达，中断按压会直接中断全身供血，加重脑和心肌损伤。

极易踩坑的救治认知误区

误区一：痛感轻微就无需就医。疼痛强度和心肌梗塞严重程度没有对应关系，即使血管完全闭塞也会出现轻微胸闷，痛感微弱并不表示心肌损伤较轻，拖延会不断扩

大坏死范围。

误区二：胸痛缓解代表病症痊愈。血管短暂痉挛可以暂时恢复少量供血，胸痛短暂减轻，不代表堵塞完全解除，短暂舒适是假象，后续会快速复发加重，此时前往医院仍有很高的救治价值。

误区三：等待家人陪同再就医。心肌损伤速度以分钟计算，等待陪同会消耗宝贵黄金救治时间，独自发病时优先呼叫急救，家人可直接赶往医院汇合，无需等待身边有人再求助。

科学干预可防范心梗突发

稳定血压、血糖、血脂三项指标，定期复查血管相关指标，遵医嘱长期服用控制药物，不擅自停药、减药；每日适度温和运动，避免高强度熬夜、持续负重劳作；减少高油、高糖、高盐食物摄入，控制烟酒接触；换季、气温骤降时做好保暖，低温会收缩血管，增加冠脉堵塞发病概率。

总之，心肌损伤不可逆，120分钟黄金救治窗口无法重新获得，主动求助出现的第一时间放弃忍耐、主动求助，完整识别全部发病信号、规范开展现场急救，可以最大程度保全心脏功能。

安徽省宿州市立医院急诊内科 陈培

长期带瘤生存的智慧与管理

曾几何时“肿瘤”二字简直就和“绝症”划等号，人们对它的认知局限在“要么治好，要么死掉”的二元对立中，但因医学技术的迅猛进步，尤其是靶向治疗、免疫治疗等精准医疗方式的突破，这一态势正被全然改写——越来越多的肿瘤已非“急性致命病”，而是慢慢演变为可持久管控的“慢性病”，犹如高血压、糖尿病一般，患者能借助科学管理达成长期带瘤生存，维持较高的生活质量。此种转变不单期望患者家属与医务人员共同探寻一套新的生存智慧与管控方案，更重塑了肿瘤治疗的理念。

“慢性病化”的理念转变

肿瘤之所以能进入“慢性病”阶段，其精髓在于医学认知的升级及治疗技术的迭代，曾经治疗肿瘤的核心目标是“斩草除根”，借由手术、放疗、化疗之类的手段尽量消灭全部癌细胞，但此种“地毯式轰炸”一般会给正常细胞造成严重损害，很难对付晚期肿瘤的普遍转移，现今医学界慢慢意识到癌细胞有极为强烈的异质性与适应性，彻底歼灭它们并不是唯一且最佳的抉择。

“慢性病化”的核心逻辑是把肿瘤视作一种“没法彻底根除但能持久管控”的疾病，其治疗目标从“根治”转变为“延缓病情进展缓解症状，维持生活质量”，这一转变的背后是靶向治疗、免疫治疗等精准医疗技术的支撑，靶向药能像“导弹”一样精准攻击癌细胞的既定靶点，在杀灭癌细胞的同时，缩减对正常组织的损伤。免疫治疗系经由激活人体自身之免疫系统，使免疫细胞会主动识别并清除癌细胞，达成长期抑制病情之成效，此种治疗理念的革新使晚期肺癌乳腺癌结直肠癌等几种肿瘤患者的生存期大幅延长，带瘤生存变为常态。

带瘤生存的科学基础

持久带瘤生存绝非“被动等待”，而是建立于精准治疗及个体化方案基础之上的科学抉择，精准治疗的精髓在于“对症下药”，而“对症”的前提是对肿瘤的精准认知，医生借基因检测、免疫组化等先进技术，能清晰知晓患者肿瘤的基因突变类别、病理特性、免疫状态等核心讯息，为患者相



科学鼻饲，为慢重症患者续航生命力

在ICU里，有一类特殊的重症患者：他们已经度过最危险的急性生死关口，却因严重感染、多器官损伤、长期昏迷、重大创伤等问题，陷入长达数周甚至数月的缓慢恢复期，医学上称之为慢重症患者。这类患者大多无法自主进食、长期卧床、身体消耗极大、抵抗力薄弱。对他们而言，吃饭不再是日常小事，而是重要的治疗环节。

规范的鼻饲肠内营养，就是帮助慢重症患者稳住身体、抵御感染、慢慢康复的“生命营养餐”。很多家属对鼻饲存在误解，觉得“插管子受罪”“鼻饲只是简单喂饭”。今天，我们用通俗实用的科普，带大家看懂慢重症患者的鼻饲营养。

人体肠道不仅是消化器官，更是重要的免疫屏障。慢重症患者长期卧床、意识不清、吞咽无力，无法正常经口进食，身体持续处于高消耗、低储备状态。如果营养跟不上，会快速出现肌肉流失、低蛋白血症、免疫力下降，反复发生肺部感染、压疮、肠道紊乱等问题，陷入“越虚弱、越感染、越难恢复”的恶性循环。有研究显示，重症患者的营养不良发生率高达30%～50%，直接导致住院时间延长和并发症显著增加。

很多家属认为打营养针（肠外营养）更省事，但大量循证医学证据表明，只要肠道有功能，就应该优先使用肠内营养。鼻饲通过鼻胃管或鼻肠管将特制的营养液直接输送到胃肠道，具有不可替代的优势。

当患者出现这些情况，医生和护士会尽早开展鼻饲营养支持：昏迷、镇静、意识不清，无法自主咀嚼和吞咽；吞咽功能差，经口进食容易呛咳、误吸，风险极高；进食量严重不足，无法维持身体基本需求；长期卧床、重度消瘦，存在明显营养不良。

若患者出现完全肠梗阻、消化道大出血、严重顽固性呕吐腹胀、生命体征极不稳定等情况，会暂时停用肠内营养，待肠道条件好转后再逐步恢复鼻饲。

鼻饲主要有以下两种路径，医生会根据患者具体情况进行选择。

一是鼻胃管（胃内喂养）。这是最常用的首选方式，管道从鼻腔经食道到达胃部，操作相对简便，适合大多数需要营养支持的患者。

二是鼻空肠管（幽门后喂养）。管道更细，需要穿过胃到达空肠（小肠），主要适用于“胃喂养不耐受”的患者，比如存在

配最恰当的治疗规划。

比如同样是晚期肺癌患者，若测定出EGFR基因突变，那么就能选用EGFR靶向药，若测定出ALK融合突变，则可选用ALK抑制剂，若不存在明确的驱动基因突变，那么或许更适合选用免疫治疗或化疗与免疫治疗相联合的手段，此种个体化治疗方案能尽力起到治疗效果，降低无效治疗引发的副作用，为患者持久带瘤生存打下基础。此外，治疗过程中的动态监测十分重要，医生会定时借助影像学检查、血液肿瘤标识物测定等手段评定治疗成效，参照病情变化适时修正治疗方案，防止耐药性引起的病情进展，正是肿瘤患者在带瘤状态下凭借这种“精准测定—精准用药—动态调整”的闭环管理，达成了病情平稳甚至持久无进展生存。

带瘤生存的日常管理

持久带瘤生存不但需在医疗层面展开精确治疗，且还离不开患者日常的科学管理，饮食与运动当作生活模式的关键因素，对维持患者的体力水平增进其免疫力及改良总体生活质量来说有关键的意义，在饮食方面肿瘤患者应遵守“少刺激、易消化、均衡营养”的原则，保证蛋白质、维生素、矿物质的定量摄入——适量摄入优质蛋白如鱼、肉、蛋、奶、豆制品有益于修复身体损伤，强化免疫力；多吃新鲜蔬菜与水果补充膳食纤维及抗氧化物质，减弱炎症反应，规避高油高糖高盐类食物及辛辣刺激性食物，减少对身体的负荷，另得依照治疗的阶段来对饮食予以调节，比如说在化疗的过程中要是催生了恶心、呕吐之类的胃肠道反应，那么就能挑选清淡的、呈流质状态的食物，要少食多餐。

在运动领域恰当的体育运动会切实改进肿瘤病患的体力情形，舒缓焦虑强化免疫能力，患者可参照自身身体状况挑选温和的运动形式，诸如散步、太极拳、瑜伽、慢跑等，缓慢地增进运动强度与时间，防止过度劳累，需留意的是运动得在医生评定安全后展开，要是出现头晕乏力疼痛等不适得即刻停止休息。并发病防控也是日常管理重点，肿瘤患者在治疗和带瘤生存过程中也许会出现疼痛、感染、血栓、营养不良等并发症，患者应适时向医生反馈身体不适，遵医嘱展开专门处置如规范运用止痛药、预防感染、定期检测凝血功能等，以防止并发症影响病情平稳和生活质量。

安庆市第二人民医院肿瘤科 方正华



鼻饲的最终目的不是一直插管喂养，而是帮助患者恢复进食能力。随着病情逐渐平稳、意识好转、吞咽功能恢复，医护团队会循序渐进减少鼻饲量，训练患者少量经口进食，从“管饲为主、口饲为辅”平稳过渡到完全自主进食，最终拔除营养管。

科学规范的鼻饲营养，能保护脏器功能、增强免疫力、减少并发症、缩短康复周期。作为家属，理解这根“营养桥”的意义，配合医护团队做好体位管理与管道维护，就是对亲人最有力的支持。

合肥市第二人民医院重症医学科 张梅丽