

保持良好生活习惯， 关注身体发出的求救信号

■马丽萍

一到冬季，“猝死”一词频频出现在大众眼中。鲜活的生命在分秒间消逝，不免让人感慨世事难料。但事实上，猝死不分年龄，人人都应警惕。当一件件令人扼腕的事件发生时，大众也应拉响预防警报，保持良好的生活习惯，时刻关注自己身体发出的求救信号。

大部分猝死有迹可循，预防是关键

猝死，指病人在发病后 6 小时内自然发生、出乎意料的死亡。猝死中约 80% 是心源性猝死，心源性猝死是以意识丧失为特征的、由心脏原因引起的突然死亡，是猝死的罪魁祸首。

心源性猝死者常常生前就有基础心脏病，或一些隐匿的心脏问题。据推测，我国每年有 54.4 万心源性猝死发生，即每分钟就有一名心源性猝死者。猝死看似突发，实则大部分有迹可循，因此预防是关键。

预防猝死牢记：一查、二诊、三习惯，不骄不躁保健康。

1.一查，即定期体格检查。健康体检可以在无症状时早发现部分疾病，但体检并不能发现所有病症。体检正常，不代表不会猝死。

2.二诊，即身体不适时不要硬撑，及时就诊。尤其是活动或劳累后出现胸闷、胸痛或腹痛等，休息后好转的人；明显心慌，伴头晕或双眼发黑的人；突发短暂意识丧失，很快恢复的人；不明原因疲乏的人。这些人群都应及时到医院就诊。

3.三习惯，即要保持良好的生活习惯。戒烟限酒，避免暴饮暴食，保持情绪稳定，保证充足的睡眠，适度运动，做到劳逸结合。如压力过大、持续熬夜、缺乏锻炼、吸烟、过量嗜酒，过度兴奋或悲伤等都可能诱发猝死。

4.不骄不躁保健康，重要的是一个“稳”字，特别要重视预防运动性猝死。为了健康的身体，我们需要运动，但必须要科学运动，保持良好心态，才能保证健康生活。

健身运动前，要认识自身的身体状况，运动应循序渐进，量力而行。拒绝高强度过量运动。运动中出现不适症状如心慌、头晕、头痛、胸闷、胸痛、腹痛等应立即停止运动并休息。运动前保证热身，运动后做缓冲动作如拉伸等。雾霾天尽量不要进行户外运动。遇感冒、腹泻等要休息，



不要运动。熬夜后不要做剧烈运动。切记：运动是一种放松，但不能代替睡眠和休息，不要让我们的身体在精神和体力上连轴转。

对于进行高强度长时程的运动，在运动前需要进行心血管疾病筛查。运动前要保证睡眠及身体状态良好；运动前要充分热身；运动中及时补充能量如运动饮料等；运动中出现不适立即中止运动，不要硬撑。要知道，马拉松赛的最后 3 公里是猝死的高发点，所以要尽量避免最后拼命冲刺。运动后不要立即停下来，应做一些缓冲动作。

适度运动有利于身体健康，但过量运动很危险，对一般人来说最大运动心率=（220-年龄）×0.8。

5.冬季是心脑血管疾病高发的时节，也是猝死高发季。寒冷是猝死的手推手，在寒冷刺激下，血管收缩，心脏负担加重。因此冬季御寒保暖很重要，出门要戴帽子、围巾，注意脚部、前胸后背的保暖等。室外健身运动要注意戴帽子及着装合理搭配，如里面穿速干衣，中间穿保暖服，最外面穿防风衣等。

抓住“黄金4分钟”， 学会急救挽救生命

心源性猝死若得不到及时救治，4 到 6 分钟脑细胞就会开始出现不可

逆的损害，因此在心源性猝死的抢救中有“黄金 4 分钟”之说。作为第一目击者尽快识别和进行有效的心肺复苏（CPR）是病人存活的关键。

CPR 应该是生活必备技能，您的援手可以使得心源性猝死病人增加 2 到 3 倍生存机会。

早识别早呼救

作为第一目击者，首先应确认现场环境安全（您不能在马路中间救人），然后拍打病人双肩并大声呼喊“你怎么了？”

如果病人无反应，应立即呼叫其他人帮助拨打 120，并要求携带自动体外除颤仪（AED）。

之后检查病人是否有呼吸，如果无呼吸或呼吸极慢仅为喘息，立即开始就地抢救，这个检查时间应在 10 秒内完成。

及时有效 CPR

立即将病人平放在硬质的地板上，施救者跪于病人一侧，双手叠加，手掌放在病人胸部正中的两乳头之间的胸骨上，借助上半身的重量，垂直向下用力，双上臂肘关节不要弯曲。

压下后使得胸廓下移 5 到 6 厘米，然后让胸廓完全回弹，保证压下与回弹时间基本相同。按压速度每分钟 100-120 次，减少按压停顿，停顿时间不能超过 10 秒钟。

如果您接受过 CPR 的培训，可以按压 30 次后，将病人头部后仰，打开气道，捏紧鼻孔，用嘴包住病人的嘴，匀速向内吹气 2 次，之后再次开始胸外按压。以 30 次胸外按压，给 2 次人工通气的比例周而复始地进行 CPR，直到专业救援人员到达。

尽早除颤

AED 是现场急救的除颤仪，简单、易于操作，非专业人员稍加培训即可使用。一旦获取 AED，立即按照 AED 语音提示进行除颤。

打开电源，贴电极片在病人胸壁上（按电极片上图片显示部位贴放），之后 AED 会自动分析心律，此时所有人都不要碰触病人，分析后如果语音提示除颤，则再次提醒所有人不要碰触病人，按下除颤键完成除颤。除颤后立即开始 CPR。如果语音提示不需要除颤，则立即开始 CPR。AED 每 2 分钟分析一次心律，判断是否需要除颤，在分析或除颤后继续 CPR，直到专业救援人员到达。

人人关注，预防猝死；全民学会 CPR 和 AED 技能，您拯救的那个人可能就是您所爱的人。生命是一条流淌的河，只要河水流淌，理想就不会破灭。

【作者为海军军医大学第一附属医院（上海长海医院）心内科主任医师、长海临床教学中心主任】

求医问药

你有医学健康疑问，我们邀请医学专家来解答。

ley@whb.cn

问 冬天如何与糖尿病相处

答

周筠佳
上海市第一康复医院神经康复科主治医师

冬季来临，因血糖上升或因糖尿病并发症发作而进医院的患者明显增加，这与很多糖尿病患者不注意冬季保健有关。这段时间，若想与糖尿病和谐共处，一定要做到以下几点：

改变不良饮食习惯

在冬季，人的机体为了御寒需要储备一些能量，不少人会胃口大开。而吃得更多并不利于糖尿病患者血糖的控制，总量是一道警戒线，不能超过，因此要合理调整饮食结构，控制蛋白质、脂肪、糖分摄入。同时，糖尿病患者一般每天活动两次、每次 30 分钟，这有利于血糖的下降。

勤于检测血糖

糖尿病患者要注意血糖的监测，监控血糖是否升高，每周应自测 4 到 5 次（空腹及三餐后血糖）。如血糖突然出现异常，应及时到医院做全面检查，避免高血糖并发症的发生。

适量的体育运动

糖尿病患者建议每天活动两次、每次大约 30 分钟左右，中午和晚上饭后时

间为佳，注意运动的强度，避免太多或太强的运动，这会导致血液循环加快，引起低血糖症。

合并有心肺疾病的患者，应避免剧烈的体育运动。

经常晒太阳

晒太阳可以改善血液循环，特别是糖尿病合并骨质疏松的患者，经常晒太阳有利于对钙的吸收，一定程度上改善骨质疏松。

保持情绪稳定

过度的喜、怒、悲，都与糖尿病有着密切的内在联系，会使体内的升糖激素水平升高，促使肝脏中的糖源释放进入血液，从而导致病情加重或降低治疗效果。所以糖尿病患者要保持情绪稳定。

注意保暖，预防感染

冬季，糖尿病最常见的并发症就是呼吸道感染，由于气温骤降易造成呼吸道黏膜抵抗力下降等，糖尿病患者比常人更容易发生。因此，患者应注意避免受凉。

问 防控近视家长可以做什么

答

张春娣
上海市奉贤区中心医院眼科副主任医师

随着电子产品的普及和近距离用眼的增多，目前我国近视发病呈低龄化、发病率高、发展速度快的特点，刚入小学甚至幼儿园的孩子就已近视甚至是中高度近视的情况屡见不鲜。可惜，有些家长认为，孩子近视后只需佩戴一副眼镜，将来做个激光手术便万事大吉。

事实上，这种想法是非常天真，不可取的。

2018 年，我国儿童青少年总体近视率 53.6%，其中 6 岁以下儿童 14.5%，小学生 36.0%，初中生 71.6%，高中生 81.0%，其中高度近视占 20%。

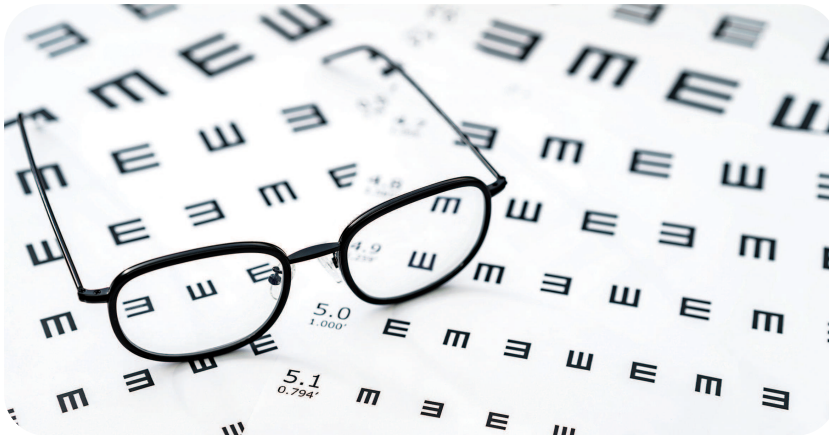
近视度数大于等于 600 度为高度近视，儿童的近视不可逆转，也无法停止。就是说，小孩子一旦近视后，一般会以每年 50 至 75 度的速度增加，若期间得不到合理控制，成人后很可能会成为一名高度近视患者。

高度近视者由于眼轴增长，眼球形态发生了改变，埋下了罹患更多眼病的

隐患。由于视网膜变薄，高度近视患者可能发生视网膜裂孔、变性、黄斑中心凹下的新生血管，后者发生出血或演变为瘢痕后可造成不可逆的视力损害；由于晶状体营养受到影响从而使发生白内障的风险增高；高度近视合并开角型青光眼的几率高于普通人群。这些危害使得高度近视不容小觑。同时，高度近视也是第二位不可逆性致盲性眼病。

对于高度近视患者来说，手术成功就代表“一劳永逸”了吗？很遗憾，答案是否定的。手术仅能改变患者的屈光状态，使其不戴眼镜也能看清，但并不能逆转眼轴和眼球的形态。与高度近视相关的白内障、青光眼及视网膜疾病在术后仍然可能发生。

近视不仅是学校和家庭应当关心的问题，同时也是全社会共同关注的问题。近视防控关键在于预防与控制并重，要降低近视发病率，同时要降低高度近视的发病率及预防处理高度近视并发症。



问 如何诊治慢性咳嗽？

答

邱忠民
同济大学附属同济医院呼吸与危重症医学科主任医师

慢性咳嗽是常见的临床症状，病因繁多且涉及面广。因此，明确咳嗽的病因，精准治疗尤为重要。

如何诊治慢性咳嗽？

慢性咳嗽的诊治首先需要在认真询问病史、细致体格检查和选择适当辅助检查的基础上，建立慢性咳嗽病因的初步诊断，然后经相应针对性治疗来证实或排除诊断，最终确定病因并解除咳嗽症状。

第 1 种流程：先全面检查，后针对性治疗

根据引起慢性咳嗽的各种病因进行全面的辅助检查，如鼻鼻窦 X 线片、肺通气功能、支气管舒张或激发试验、诱导痰细胞分析、呼出气一氧化氮检测、食管阻抗-pH 监测、纤维支气管镜和胸部 CT 等，依据检查结果结合病史建立可能的病因诊断。再进行相应的病因治疗，如咳嗽缓解或消失就证实诊断，治疗失败则排除诊断。

“先全面检查，后针对性治疗”流程的优点是能迅速明确病因，取得疗效的诊治时间较短，但费用较昂贵，且假阳性检查结果会对病因诊断造成干扰，导致过多虚假病因诊断。

第 2 种流程：边检查，边治疗

“边检查，边治疗”即综合分析患者的病史、症状和体征，考虑咳嗽病因的可能性，优先对可能性最大的某一病因进行辅助检查，建立临床诊断，通过观察患者的治疗反应明确或排除该病因。然后再对慢性咳嗽的其他病因进行

检查治疗，直至所有病因明确并控制咳嗽。该流程每步选择的辅助检查目标性强，医疗总花费相对较少，但如果初始诊断不正确，需进行随后所有的诊疗步骤，可能要更长时间才能控制咳嗽。

慢性咳嗽的最常见病因有哪些特点？

1.临床表现

咳嗽可能是哮喘的唯一症状，主要为长期顽固性干咳，常常在吸入刺激性气味、冷空气、接触变应原、运动或上呼吸道感染后诱发，部分患者没有任何诱因。多在夜间或凌晨加剧，有的患者发作有一定的季节性，以春秋季节为多。患者就诊时多已经采用止咳化痰药和抗生素治疗过一段时间，几乎没有疗效，应用糖皮质激素、抗过敏药物、茶碱类则可缓解。

2.发病人群

儿童发病率较高，已发现 30% 以上的儿童干咳与咳嗽变异性哮喘有关。在成人中，咳嗽变异性哮喘发病年龄比典型哮喘更高，约有 13% 患者年龄大于 50 岁，又以中年女性较为多见。

3.体征

虽然慢性咳嗽也可产生支气管痉挛，但多发生在末梢的细小支气管或短暂性痉挛，因此体检时听不到或很少听到哮喘音。

4.过敏病史

患者本身可有较明确的过敏性疾病史，如过敏性鼻炎、湿疹等。部分患者可追溯到家族过敏史。

本版图片：视觉中国

肿瘤治疗每一步都不可逆， 万不能病急乱投医

■袁振刚

当患者拿到一纸报告，得知自己罹患肿瘤，许多人的第一反应是：“开掉它。”但是，如果肿瘤发现的时候已经是中晚期，甚至发现转移，开刀也许并非最好的选择。放疗、化疗、介入治疗、靶向治疗、免疫治疗等一系列不同的治疗方法摆在患者面前，像一条条通向未知的岔路口，一念之差就是天差地别。

切掉的器官不能装回去，打进去的化疗不能倒出来。所以，做任何决定都要谨慎。肿瘤治疗的每一步都如履薄冰，在不可逆的治疗开始之前，如果能对患者的疾病有精准的诊断，进行规范的治疗，并在治疗全过程中根据患者的个体情况及时调整、更新治疗方案，可能直接改变患者的命运。

精准诊断是肝胆肿瘤 个体化治疗的基础

东方肝胆外科医院的肿瘤科成立时间不长，从 2015 年开始起步，仅有五年时间。但是这五年，对于晚期肝胆肿瘤患者而言，是划时代的五年。随着基础研究的深入，各类靶向药、免疫治疗药物纷纷出现，改变了肝胆肿瘤的治疗格局，让医生有更多手段干预疾病、延长患者的生存期。

大众通常认为肝癌是一种癌。事实上，肝癌是一系列癌。包括肝细胞肝癌、肝内胆管癌、混合型肝癌等许多种完全不同的肿瘤。胆道肿瘤同样如此，除了腺癌还有腺鳞癌、肉瘤样癌、乳头状胆管癌等。

不同的肿瘤类型、不同的分期，



它的治疗措施和预后都是不一样的。目前肿瘤科 30% 至 40% 的患者为胆道肿瘤，因此精确的诊断至关重要，也是救治能否取得成功的第一步。

肿瘤治疗的最终追求是让患者活着。做到精准诊断后，规范治疗是提高患者生存率的保障。即使是同一种肿瘤，落到每个具体的患者身上，可能合适的治疗方案是不一样的，都有一定的规范和标准操作。

比如，同样是结直肠癌肝转移患者，有的需要先做肝脏肿瘤切除手术，有的先切除肠道肿瘤，有的先进行新辅助化疗，使得肿瘤缩小再进行手术。医生不能“依样画葫芦”，所有的病人都一样治，而是要根据病人的具体情况给出专业的治疗方案。

肿瘤科医生的基本功就是精准诊断以及治疗过程中对疗效的判断。他们需要精确掌握各种药物的特点、用法、用量，并根据患者的具体情况及时调整。比如，对于一些恶性肿瘤肝

转移病例实行新辅助治疗，在手术前给他化疗，一方面让肿瘤缩小，为外科医生创造手术条件，同时减少患者的创伤；另一方面是了解肿瘤的生物行为。如果肿瘤在化疗过程中持续进展，那么医生可能就要寻找手术以外的方式，因为这种情况下即便手术切除，也很容易再复发。

治癌方式越来越多，患 者生存期将进一步延长

随着对肝胆肿瘤的研究越来越深入，近年来，医学界逐渐认识到，除了手术以外，包括靶向治疗、免疫治疗在内的综合治疗手段很可能会引领未来肝胆肿瘤的进一步突破。

2017 年以前，肝癌的靶向药物只有一个，胆道肿瘤除了手术基本束手无策。而现在，在治疗手段上已经逐渐有“百花齐放”的态势。有了新的药物和先进的诊疗理念，医生就

有了更多的“弹药”。但是能不能用好这些“弹药”，让它们合理地发挥最大的作用，为病人制定全程个体化诊疗策略必不可少。

以胆道肿瘤为例，如果完全不化疗的话，胆道肿瘤的生存期大约在 4 到 5 个月，如果经过普通化疗，一般能达到 6 到 7 个月，精心化疗大概能达到 11 到 12 个月，而经过规范化系统治疗的胆道肿瘤生存期能达到 15 到 18 个月。

研究发现，30% 至 40% 的胆道肿瘤患者能找到不同的靶点，可以进行靶向治疗，这也能大大延长患者的生存期。未来，随着胆道肿瘤的靶向药物越来越多，“靶向+化疗”、“靶向+免疫”等的组合也会越来越多，患者的生存期将可能得到进一步延长。

为了给患者更加专业和规范的诊疗，由东方肝胆外科医院肿瘤内科、肝外科、胆道外科、影像科、介入科、放疗科、内镜科、病理科的专家组成的肝胆肿瘤多学科专家联合门诊（MDT）共同承担起为疑难患者精准诊疗的重任。面对肿瘤范围相对比较广，侵犯范围比较广的复杂病例，他们从各自的专业领域入手，寻求共识，为患者制定合理的、更规范化的治疗方案。

当然，医生在制定个性化诊疗方案时，也要从多方面进行考虑，首先要充分考虑患者的病情和身体耐受情况；其次是要充分考虑什么样的药物组合才能发挥最大的作用。另外，药物可及性和药物经济学等因素也要考虑进去。

（作者为上海东方肝胆外科医院肿瘤科主任）