

成功抢救 94 岁高龄急性心梗患者

儋州人民医院胸痛中心高效有序展现“时间就是生命”的救治理念

商报全媒体讯（椰网/海拔新闻记者 黄桂风 通讯员 周圣涛）“医生，快救救我们家老人！他快不行了！”近日，儋州市人民医院（儋州市人民医院医疗集团总院）急诊科大门处，近二十名家属架着一位浑身大汗淋漓、人事不省的老人焦急呼救，一场与死神赛跑的紧急抢救随即展开。

被送来的是 94 岁的李爷爷（化名），1 天前胸部就曾出现胸前区压榨性疼痛，还伴有颈部放射痛，当时口服冠心病药物后症状稍有缓解，便未进一步就医。9 月 13 日 10 时左右，

胸痛再次发作且持续不缓解，大汗淋漓的他在当地医院做心电图提示心肌缺血，服用阿司匹林肠溶片和硫酸氢氯吡格雷片后，家属为求更好救治，便紧急将其转往儋州市人民医院。

李爷爷抵达后，儋州市人民医院胸痛中心立即启动应急预案，开通“绿色通道”。13 时 42 分，急诊科团队迅速为患者完善心电图检查，13 时 46 分检查结果回报：考虑急性下壁心肌梗死。此时患者病情危急，不仅年龄大、心率慢，还出现休克症状，生命体征极不稳定。13 时 56 分，胸痛中心

医护人员第一时间将病情详细告知家属，耐心解释紧急冠脉造影及 PCI 术（经皮冠状动脉介入治疗）的必要性。但出于对手术的担忧，家属们讨论了 35 分钟后才决定签字同意手术，这为后续抢救增加了难度。

14 时 52 分，在胸痛中心团队的护送下，李爷爷被紧急转运至导管室。由于李爷爷心率较慢，在正式开展介入手术前，团队为李爷爷先行实施临时起搏器植入术。心电监护仪显示起搏器工作正常，心率回升至约 70 次/分后，该院心血管内科主任医师唐

庆业在心血管内科负责人陈清华的指导下正式主刀开展介入手术。消毒、铺巾、麻醉、穿刺，经过一系列操作，冠脉造影结果显示：右冠状动脉近段完全闭塞，前向血流 TIMI 0 级——右冠正是此次心梗的“罪犯血管”。

虽然李爷爷年龄较大、基础疾病多，病情复杂，且术中出现 Runthrough 指引钢丝意外毁损及两次血压偏低的情况，但手术团队沉着应对，将意外一一化解。球囊扩张后，多角度复查显示 RCA 近中段血管成形良好，无血栓影、无夹层影，前向血流恢复至 TIMI 3 级，

手术顺利结束。

术后，李爷爷被安全转运至 CCU 病房继续监护治疗，目前生命体征平稳，胸痛症状已明显缓解。此次抢救，儋州市人民医院胸痛中心再次充分展现了“时间就是生命”的救治理念，从急诊接诊、检查诊断到手术干预，每一个环节都衔接紧密、高效有序。胸痛中心团队凭借丰富的临床经验、精湛的医疗技术和默契的团队协作，为老年急性心梗患者筑起了一道坚实的生命防线，也彰显了医院在胸痛急救领域的专业实力与责任担当。

健康 / 科普

心梗疾病防治常识

■上海交通大学医学院附属瑞金医院海南医院 山萌萌

《中国心血管健康与疾病报告》显示：30 岁以下心梗患者占比从 2015 年的 3.2% 飙升至 2023 年的 11.7%。认知的缺乏、生活的放纵，让越来越多的年轻人提前面临心梗疾病的威胁和困扰。

一、心梗为何会“盯上”年轻人？

心脏就像一个永不停歇的泵，而冠状动脉就是为这个泵输送燃料（血液和氧气）的生命管道，原本血管应该是光滑而有弹性的。冠心病，全称冠状动脉粥样硬化性心脏病，可以通俗地理解为这些管道因为“水垢”（动脉粥样硬化斑块）的沉积，变得越来越窄，甚至完全堵塞的过程。当管道彻底堵死，心肌细胞就会因缺血缺氧而坏死，这就是心肌梗死。

那么，是什么让年轻人的血管提前老化、堵塞？

1.“吃”出来的危机：长期高油、高盐、高糖的外卖饮食，导致血脂异常（尤其是“坏胆固醇”LDL-C 升高）、肥胖和糖尿病年轻化。这些多余的脂质就像垃圾一样沉积在血管内壁，形成斑块的“原材料”。

2.“熬”出来的衰竭：长期熬夜、睡眠不足会导致交感神经持续兴奋，血压升高、心率加快，炎症反应加剧，直接损伤血管内皮，给斑块形成创造条件。

3.“压”出来的崩溃：持续的精神压力和心理紧张，是心血管事件的强力“催化剂”。它会让身体分泌大量皮质醇和肾上腺素，引发血管痉挛、血压波动，甚至直接导致不稳定斑块破裂，形成血栓。

4.“抽”出来的伤害：吸烟和二手烟是血管的“头号毒药”。烟草中的尼古丁和一氧化碳会直接损伤血管内膜，加速动脉硬化，并促使血栓形成。

5.“懒”出来的堵塞：久坐、缺乏运动导致血液循环减慢，代谢异常，肥胖和“三高”问题雪上加霜。

更重要的是，年轻人往往自恃身体好，有恃无恐，缺乏健康体检意识，即便出现了早期症状和指标异常也容易忽视，不健康的生活方式日积月累，最终导致心脏不堪“重负”，酿成“血管风暴”。

二、如何识别心脏的求救信号？

识别心脏的求救信号，是挽回生命的关键一步。请记住，心梗的症状绝非只有“胸口疼”。

1. 典型症状（需警惕）：

胸部压榨性疼痛：这是最经典的信号，感觉像一块大石头压在胸骨后，伴有胸痛、胸闷、大汗、濒死感。疼痛可能放射到左肩、左上臂内侧、后背、颈部或下巴。

与活动相关：通常在体力活动、情绪激动时加重，休息后缓解，当然急性心梗时上述症状很可能是持续不缓解的。

2. 不典型症状（特别是女性和糖尿病患者）：

“上半身”的难以描述的不舒服：牙痛（但说不清具体哪颗牙）、喉咙发紧或咽部灼烧感、下颌酸胀。双肩、后背部、上肢尤其是左胳膊小指侧的酸胀、疼痛；

胃肠道症状：突如其来恶心、呕吐、腹胀、上腹痛，常被误认为“胃病”。

其他异常：极度疲劳、大量出汗、呼吸困难、头晕心悸。

黄金法则：如果出现从未有过的、突发性的、持续不缓解的严重不适，且部位在肚脐以上到下巴以下的广泛区域，都要高度怀疑心脏问题，需立即就医！

三、如果突发心梗该怎么急救？

心梗救治的黄金时间是发病后 120 分钟内。

1.立即停止活动：怀疑心梗时，立即原地休息，采取最舒适的体位（如半卧），绝对禁止剧烈活动、开车、上下楼，这会极大增加心脏负担，诱发猝死。

2.立刻拨打 120：清晰告知接线员“怀疑急性心梗”，准确说明地点和症状。救护车上专业的急救设备和人员，能在第一时间进行院前救治，并提前联系好医院导管室，开通绿色通道，实现“患者未到，信息先到”，无缝衔接抢救。

3.在医务人员指导下用药

硝酸甘油：如果身边备有，确定血压不低的情况下，可舌下含服 1 片。注意：血压偏低者禁用！特别提醒，千万不要随意吃止痛药，以免掩盖病情，干扰医生的准确判断。

4.保持镇定，等待救援：家属应保持冷静，陪伴患者，准备好医保卡、既往病历、常服药品清单等物品，等待救护人员到来。

四、康复阶段该如何保护心脏？

心脏支架或搭桥手术只是“疏通了一条路”，但全身的血管环境依然处于“易堵”状态，需终身服药，并且控制高血压、高血糖、高血脂、吸烟等这些危险因素。

1.切勿自行停药：

双联抗血小板药物（DAPT）：如阿司匹林+氯吡格雷/替格瑞洛。这是防止支架内形成新血栓的“保命药”，必须严格遵医嘱服满规定时间（通常至少 1 年），之后是否调整需由医生决定。因为这类药物的主要作用是抗血小板聚集，所以服药期间要注意观察有没有频繁牙龈出血，皮肤瘀斑、青紫，大便发黑等情况，特别是油样黑便，需警惕消化道出血，如果有上述情况要及时去医院就诊，由专业医生指导调整药物。

他汀类药物：不仅是降脂药，更是“稳斑”药。它能稳定斑块，对抗血管内皮损伤的炎症反应、防止斑块破裂，是冠心病治疗的基石，需要长期甚至终身服用，对于得过心梗的人，要控制低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C < 1.4mmol/L），如达不到上述标准在门诊随访时医生会连用其他降脂药维持其长期达标。

其他药物：控制血压、血糖的药物及冠心病二级预防的一些药物也需按时服用，有些药物能控制心率、保护心脏，改善长期预后。

2.心脏康复，重塑活力。心脏康复是一个综合计划，包括：

运动处方：在医生评估下，进行安全、科学、循序渐进的运动（如快走、慢跑、游泳），逐步改善心脏功能。

营养指导：遵循低盐、低脂、低糖、高纤维的“地中海饮食”模式。

心理支持：摆脱“心脏病”阴影，缓解焦虑抑郁，重拾生活信心。

戒烟限酒：减少心脏负担。

定期复查，监控病情，定期回医院复查血常规、血脂、血糖、血压、肝功能、肌酸激酶、心脏彩超等指标，让医生评估病情变化，及时调整治疗方案。

老年冠心病不典型胸痛，如何精准识别？

■海口市第四人民医院 李燕江

冠心病是老年人常见且严重影响健康的心血管疾病，胸痛是冠心病重要症状，但部分老年冠心病患者胸痛并不典型，增加早期诊断难度。若不能精准识别，则会延误治疗，危及生命。因此，了解精准识别方法对老年人及其家属至关重要。

一、认识冠心病和典型胸痛

1.什么是冠心病？
冠状动脉为心脏供血、供氧，保证其正常工作。当冠状动脉发生粥样硬化，血管壁形成斑块，导致血管狭窄或堵塞，心脏供血、供氧减少，影响心脏正常功能，即为冠心病。

2.典型胸痛表现

①疼痛部位：主要在胸部中央或左侧，可放射至肩部、手臂、颈部、下巴或背部。
②疼痛性质：多为压榨性、闷痛或紧缩感。
③发作情况：常在劳累、情绪激动、寒冷、饱餐等情况下发作，持续 3-5 分钟，很少超 15 分钟。休息或含服硝酸甘油后，可缓解。

二、老年冠心病不典型胸痛原因

1.生理机能衰退
随年龄增长，老年人身体各器官和系统功能衰退，心脏敏感性降低，对缺血缺氧反应不如年轻人强烈，从而使其在心肌缺血时出现不典型胸痛。

2.合并多种疾病

老年人常患多种疾病，易影响神经传导，掩盖冠心病典型症状，如糖尿病患者神经病变可导致痛觉减退，使其发生心肌缺血时无明显胸痛。

3.药物影响

如长期服用 β 受体阻滞剂等药物，会减轻胸痛程度，使症状不典型。

三、老年冠心病不典型胸痛常见表现

①胸痛部位不典型
①上腹部疼痛：表现为上腹部疼痛，但易被误认为是消化系统疾病，因心脏与上腹部神经支配有重叠，从而使心肌缺血疼痛信号传导至上腹部。

②颈部、肩部或背部疼痛：可出现在颈部、肩部、背部，胸部无明显疼痛，易被误诊为颈椎病、肩周炎、背部肌肉劳损等疾病。

③牙痛：少数患者会出现牙痛，多为一侧或两侧牙齿疼痛，部位不明确，服用止痛药效果不佳，是因为心脏神经与牙齿神经在大脑中有共同传导通路，使疼痛信号传导至牙齿部位。

2.疼痛性质不典型

①隐痛或刺痛：隐痛程度轻、持续时间长；刺痛尖锐、持续时间短，易被患者忽视。

②闷胀感或不快感：部分患者仅感胸部闷胀或不适，无明显疼痛，闷胀感可持续存在，活动后也可能加重，因症状不典型，所以患者难联想到是冠心病发作。

3.伴随症状不典型

①呼吸困难：部分患者发作时无胸痛，以呼吸困难为主，表现为呼吸急促、气短，活动后或夜间平卧时加重。

②乏力、头晕：表现为全身无力、活动耐力下降，甚至站立不稳、眼前发黑。

③心悸：患者自觉心跳加快、心慌，可能伴有胸闷、气短，可为持续性，也可为阵发性。

四、精准识别老年冠心病不典型胸痛方法

1.关注高危因素
①年龄和性别：年龄是冠心病重要危险因

素，男性 45 岁以上、女性 55 岁以上患冠心病风险较大。

②家族史：家族中有冠心病患者，尤其是直系亲属年轻时患冠心病。

③其他疾病史：患有高血压、糖尿病、高血脂、肥胖、吸烟等疾病或有不良生活习惯老年人。

2.详细了解症状特点

①发作诱因：了解不典型胸痛发作是否与劳累、情绪激动、寒冷、饱餐等因素有关。

②发作频率和持续时间：若症状频繁发作、持续时间延长或发作无规律，需引起重视。

③缓解方式：若休息或含服硝酸甘油后症状缓解，则多半是冠心病发作，但也有部分不典型胸痛患者对硝酸甘油反应不明显。

3.借助辅助检查

①心电图检查：胸痛发作时，心电图出现 ST 段改变、T 波倒置等异常，则提示心肌缺血。但部分老年患者发作时心电图也可能无明显异常，或平时心电图有基础病变影响判断。所以在必要时可进行动态心电图监测。

②心脏超声检查：可观察心脏结构和功能，了解心肌运动情况，有利于判断病情严重程度。

③冠状动脉造影：是诊断冠心病“金标准”，可直接显示冠状动脉狭窄程度和部位，对明确诊断及制定治疗方案意义重大。但属于有创检查，有一定风险，所以是非首选检查方式。

④其他检查：如心肌酶谱检查、心脏磁共振成像等。心肌酶谱检查可检测心肌损伤时释放到血液中酶水平，帮助判断是否存在心肌梗死；心脏 MRI 可更清晰显示心脏结构和功能，对诊断冠心病有一定价值。

五、老年冠心病不典型胸痛处理和预防

1.发作时处理

①立即休息：出现不典型胸痛时，立即停止活动，原地休息，以减轻心脏负担，缓解心肌缺血。

②放松心情：避免紧张、焦虑情绪，情绪激动易加重心脏负担，可通过深呼吸、放松肌肉等方式缓解紧张。

③含服药物：身边有硝酸甘油等药物时，立即含服。若含服后症状未缓解，可 5 分钟后再含一片，最多含 3 片。若症状仍未缓解，立即拨打 120。

2.平时预防

①健康生活方式：合理饮食，减少高脂肪、高胆固醇、高盐食物摄入，多吃蔬菜、水果、全谷类食物等，并适量运动，戒烟限酒。

②控制基础疾病：基础疾病老年人积极治疗，遵医嘱按时服药，定期测量血压、血糖、血脂等指标，使其控制在正常范围。

③定期体检：包括心电图、心脏超声等检查，以便早期发现冠心病迹象。有不典型胸痛症状时，及时就医并进一步检查诊断。

老年冠心病不典型胸痛识别复杂且重要，因其症状不典型，易误诊、漏诊，威胁老年人健康。了解其原因、表现，掌握识别方法，采取有效处理和预防措施，可提高对不典型胸痛认识，做到早发现、早诊断、早治疗，降低死亡率与致残率，提高老年人生活质量。希望老年人及其家属重视该问题，为老年人健康保驾护航。