

老年人突发胸痛要分清心梗和心绞痛,护理急救一步到位

梁小青 刘晓燕 黄敏 重庆市武隆区人民医院

胸痛是老年人常见的危急症状,背后可能隐藏着心绞痛、心肌梗死等致命疾病,二者救治时机和方式差异极大,误判或延误处理可能危及生命。掌握心梗与心绞痛的区分方法,以及正确的护理和急救措施,对老年人及其照护者而言至关重要。日常需警惕胸痛信号,科学应对才能为生命保驾护航。

1.分清心梗与心绞痛的核心差异

1.1 疼痛诱因不同。心绞痛的疼痛多由明确诱因引发,常见的有体力活动,比如老年人快速行走、爬楼梯、搬重物等增加心脏负荷的动作;情绪激动,如与人争执、过度兴奋或悲伤;饱餐后血液集中到胃肠道,心脏供血相对不足,也可能诱发心绞痛,部分老年人还可能在寒冷刺激、吸烟后出现症状。这些诱因导致心肌暂时性缺血缺氧,进而引发疼痛,去除诱因后症状多可缓解。

1.2 疼痛持续时间不同。心绞痛的疼痛持续时间较短,通常为3—5分钟,一般不超过15分钟。老年人发作时,疼痛多呈阵发性,休息或含服硝酸甘油等药物后,多数在1—2分钟内就能得到缓解,不会出现长时间的持续性疼痛。而心肌梗死的疼痛持续时间更长,通常超过30分钟,甚至可达数小时,且休息或含服硝酸甘油后无法缓解,疼痛会持续加重,这是因为心梗是冠状动脉完全堵塞,心肌细胞发生持续性缺血缺氧,若不及时开通血管,会导致心肌梗坏死。

1.3 疼痛程度与伴随症状不同。心绞痛的疼痛程度相对较轻,多为压榨样、紧缩样疼痛,或有闷胀、烧灼感,老年人可能描述为“胸口发闷、发紧”,疼痛范围多在胸骨后,可向左肩、左臂、颈部、下颌部放射。伴随症状较少,可能仅有轻微的出汗、气短。心肌梗死的疼痛程度更为剧烈,呈压榨性、窒息性或濒死感,老年人常难以忍受,疼痛范围更广,除上述放射部位外,还可能波及上腹部。伴随症状更明显,常见大汗淋漓、呼吸困难、恶心呕吐、头晕头痛,部分老年人还会出现濒死感、意识模糊等症状。

2.老年人突发胸痛的护理急救措施

磁共振胆道水成像为何无需造影剂

蒙海明 梧州市红十字会医院

在医学影像检查中,“造影剂”似乎是显影的“标配”——无论是CT增强扫描还是传统胆道造影,都需要通过注射或口服造影剂,让病灶或管道系统在影像上更清晰。但磁共振胆道水成像(MRCP)却打破了这一常规,无需任何造影剂,就能清晰呈现胆道系统的“全貌”。这一“无创显影术”背后,藏着怎样的医学原理?

一、MRCP的核心原理:“以水为墨”,捕捉胆道信号

要理解MRCP无需造影剂的原因,首先要明确它的成像逻辑与传统检查完全不同。MRCP 全称为“磁共振胰胆管成像”,本质是磁共振成像(MRI)技术的“特殊应用模式”,其核心秘诀在于“精准捕捉水分子信号,同时抑制其他组织信号”。人体胆道系统(包括胆囊、胆管、胰管)是天然的“液体储存通道”——正常情况下,胆道内会持续分泌胆汁,胰管内则有胰液,这些液体的主要成分就是水。而MRI技术的优势之一,就是能通过调整脉冲序列,对不同组织中的水分子产生差异化信号,当医生选择“重T2加权序列”作为MRCP的成像基础时,会出现两个关键效果:

1.胆道内水分子“高亮显影”:重T2加权序列对液体的信号敏感度极高,胆道内的胆汁、胰液中的水分子会被“放大信号”,在影像上呈现为明亮的“白色管道”,就像给胆道系统“打了光”;

2.周围组织“信号沉默”:同时,该序列会主动抑制肝脏、胰腺、肠道等实质性组织的信号,让这些组织在影像上呈现为深色的“背景”。一明一暗的对比下,胆道系统的走行、管径、是否有狭窄或结石,都会清晰地“凸显”出来,完全无需额外添加造影剂。

二、对比传统造影:为何MRCP能“舍弃”造影剂?

传统胆道检查(如经皮肝穿刺胆道造影PTC、内镜逆行胰胆管造影ERCP)之所以依赖造影剂,核心是因为这些技术需要“借助X线显影”——X线对软组织的分辨能力弱,必须通过注射含碘造影剂,让胆道系统在X线下形成“高密度影像”才能被观察。但这种方式不仅有创伤(需穿刺或插管),还存在造影剂过敏、肾损伤的风险。而MRCP(依靠MRI的技术优势,从根本上摆脱了对X线和造影剂的依赖:一方面,MRI无需X线就能实现多参数成像,

2.1 突发胸痛时的即时护理。当老年人突发胸痛,无论判断为心绞痛还是心梗,首先要立即让其停止所有活动,原地坐下或躺下休息,避免走动加重心脏负担。若处于站立状态,需缓慢搀扶坐下,防止因疼痛或头晕摔倒受伤。立即解开老年人的衣领、腰带,保持呼吸道通畅,避免衣物过紧影响呼吸。注意保持环境安静,减少人员围观和嘈杂声刺激,避免老年人情绪进一步激动。若老年人有随身携带的氧气袋,可立即为其吸氧,缓解心肌缺氧症状。

2.2 针对性急救操作。若判断为心绞痛,且老年人随身携带硝酸甘油,可在其舌下含服1片,含服后让其保持静坐或静卧状态,观察症状是否缓解,若无效不可随意加大剂量或频繁含服。若判断为心肌梗死,或无法明确区分但疼痛持续不缓解,严禁自行用药,需立即采取下一步急救措施。无论症状轻重,都不可让老年人自行驾车前往医院,也不可等待家属自行送医,避免途中延误救治时机。

2.3 急救呼叫与现场配合。发现老年人突发胸痛,在做好即时护理的同时需立即拨打120急救电话,拨打时要清晰说明患者性别、年龄、所在位置、胸痛症状、持续时间以及是否有高血压、糖尿病等既往病史,保持电话畅通,以便急救人员联系。挂断电话后,留在老年人身边全程陪护,密切观察其意识、呼吸、脉搏情况,若老年人出现意识丧失、呼吸停止,需立即进行心肺复苏,直到急救人员到达。在等待急救人员时,不要随意移动老年人的身体,尤其是不要摇晃或试图唤醒昏迷的老年人。

结语:老年人突发胸痛绝非小事,分清心梗与心绞痛是科学应对的前提,规范的护理和急救措施则是挽救生命的关键。照护者需牢记上述区分要点和急救步骤,在突发情况时保持冷静、操作规范。建议老年人定期进行心脏健康检查,控制基础疾病,减少胸痛发作风险。日常加强健康教育,让更多人掌握相关知识,才能为老年人的生命健康筑牢第一道防线,避免因误判或延误处理造成不可挽回的后果。

通过序列调整即可区分液体与固体组织;另一方面,胆道内天然存在的胆汁本身就是“最佳对比剂”——其含水量高达97%以上,完全能满足MRCP的显影需求。这种“以生理液体为对比”的模式,既避免了造影剂带来的风险,又实现了无创检查,尤其适合肝肾肾功能不全、造影剂过敏的患者。

三、MRCP的优势与适用场景:无造影剂也能“精准诊断”

尽管无需造影剂,MRCP的诊断能力却毫不逊色,甚至在某些场景下更具优势:它能清晰显示胆管树的全貌,包括肝内胆管、肝外胆管、胆囊及胰管的细微结构,对胆管结石、胆管狭窄、胆道肿瘤、先天性胆道畸形等疾病的检出率可达90%以上。例如,对于直径仅2—3毫米的胆管小结石,MRCP能通过“高亮胆道中的低信号充盈缺损”精准识别,而传统检查可能因结石隐匿而漏诊。此外,MRCP还能结合常规MRI序列,同时观察肝脏、胰腺等周围器官的情况,为疾病诊断提供更全面的信息。比如在诊断胆管癌时,MRCP可显示胆管梗阻的部位和范围,而常规MRI能进一步观察肿瘤的大小、浸润深度及是否有转移,两者结合实现“一站式诊断”。

四、误区澄清:MRCP无需造影剂,是否意味着“完全无风险”?

需要注意的是,MRCP无需造影剂,不代表它没有检查禁忌。由于依赖MRI技术,体内有金属植入物(如心脏起搏器、金属内固定板)、幽闭恐惧症患者无法进行MRCP检查;此外,严重呼吸功能不全、无法配合屏气的患者,可能因呼吸运动导致影像模糊,影响诊断效果。但相比传统造影检查,MRCP的安全性已大幅提升,检查后无需等待造影剂代谢,患者可正常生活。

总之,磁共振胆道水成像之所以无需造影剂,本质是借助MRI技术的“液体显影优势”,将胆道内天然存在的胆汁转化为“内置对比剂”,实现了“无创、安全、精准”的胆道成像。这种“以生理液体为核心”的成像思路,不仅是医学技术的创新,更体现了“以人为本”的诊疗理念。在保证诊断准确性的同时,最大限度降低患者的检查风险和痛苦,成为胆道疾病诊断的重要手段。

心力衰竭早期预警信号

杨丽霞 北海市人民医院

一、为什么要重视心力衰竭的早期信号?

心力衰竭不是“心脏突然停跳”,而是心脏泵血能力慢慢下降的慢性病,就像“水泵”逐渐失去动力,无法满足身体对血液的需求。很多人觉得心力衰竭离自己很远,其实高血压、冠心病、糖尿病患者都是高危人群。更关键的是,心力衰竭早期症状很隐蔽,容易被当成“老毛病”或“累了”,等到出现严重胸闷、呼吸困难时,病情往往已经加重。掌握早期预警信号,能在心脏功能还能挽回时及时干预,大大降低治疗难度,避免发展成难治性心衰,所以不管是高危人群还是普通人,都该读懂这些“身体警报”。

二、早期信号一:活动后气短,休息才缓解

很多人运动后会喘气,但心力衰竭的早期气短有明显特点。平时能轻松完成的事,比如爬3层楼、快走10分钟,突然变得吃力,必须停下来大口喘气,休息5—10分钟后才慢慢缓解。这是因为心脏泵血能力下降后,身体活动时需要更多血液,心脏却“供不上”,导致肺部血液淤积,氧气交换受影响,就会出现气短。比如有些老人以前能帮着买菜、做饭,突然发现逛菜市场走几步就喘得厉害,只能坐在路边休息;还有上班族爬楼梯时,以前不觉得累,现在却要中途停下好几次。这种“活动耐量下降”的表现,是心力衰竭最早出现的信号之一,别误以为是“年龄大了”或“缺乏锻炼”,尤其是有高血压、冠心病的人,一定要警惕。

三、早期信号二:夜间憋醒,必须坐起来呼吸

睡觉时突然被憋醒,感觉胸口发闷、呼吸费劲,必须坐起来或靠在床头才能舒服些,甚至需要打开窗户透气。这种“夜间阵发性呼吸困难”,是心力衰竭的典型早期信号。这是因为平躺时血液更容易回流到心脏,心脏本来泵血能力就弱,回流的血液增多会加重负担,导致肺部积水,进而影响呼吸。有些患者会说“晚上睡觉不能平躺,一平躺就喘”,只能垫两个枕头靠着睡;还有人会在凌晨2—3点突然醒来,觉得喉咙发紧、喘不上气,坐起来几分钟后才好转。这种情况很容易被当成“哮喘”或“支气管炎”,但如果本身有心脏基础病,更可能是心力衰竭的早期表现,一定要及时检查。

四、早期信号三:下肢水肿,按压有凹陷

早上起床发现脚踝、小腿变粗,用手指按压皮肤会出现一个小凹陷,几秒甚至十几秒才能恢复。这种“下肢水肿”,也是心力衰竭的常见早期信号。心脏泵血能力下降时,静脉血液回流受阻,血液会淤积在身体下垂部位,比如脚踝、小腿,导致组织水肿。和“久坐后的水肿”不同,心力衰竭引起的水肿有两个特点:一是按压凹陷恢复慢,二是休息后也不会完全消失,比如晚上睡一觉,早上水肿可能减轻,但到了下午又会加重,甚至连鞋子都穿不上。有些患者还会发现袜子脚踝处有明显勒痕,皮肤发亮。如果同时伴有气短、乏力,别只想着“肾功能不好”,要考虑心脏的问题。

五、早期信号四:莫名疲劳,总觉得没力气

没干什么重活,却总觉得全身乏力、精神差,连穿衣、洗漱都觉得累,想躺着不动。这种“不明原因的疲劳”,容易被忽视,却是心力衰竭的早期信号。因为心脏泵血不足,身体各器官得不到足够的血液和氧气,肌肉、大脑等都会“缺氧缺能量”,自然会觉得疲惫。如有些退休老人以前喜欢下棋、遛弯,突然变得不想出门,坐在沙发上也觉得没力气;还有中年人工作时注意力不集中,稍微加班就累得头晕眼花。这种疲劳和“熬夜累”“干活累”不一样,休息后也难以缓解,甚至会随着时间推移越来越明显。如果同时有其他心脏相关症状,一定要及时就医,别当成“亚健康”来调理。

六、发现信号后该怎么做?做好这两步

如果出现以上一种或多种信号,尤其是本身有高血压、冠心病、糖尿病的人,第一步要及时去医院相关科室就诊,做心脏超声、抽血查BNP(脑钠肽)等检查,这些检查能准确判断心脏功能是否下降,排查是否为心力衰竭。别自己吃药或拖延,早期干预用的药物副作用小,还能保护心脏功能,避免病情加重。第二步要调整生活方式,比如控制盐的摄入,每天不超过5克,避免吃咸菜、腌肉等重盐食物,减少身体水肿;少喝水,尤其是已经出现水肿、气短的人,每天饮水量控制在1500毫升以内;避免剧烈运动,选择散步、太极拳等温和的运动,每次20—30分钟即可;同时要严格控制血压、血糖,按时吃基础病的药,减少对心脏的进一步伤害。总之,心力衰竭的早期信号虽然隐蔽,但只要细心观察就能发现。这些信号不是“小毛病”,而是心脏发出的“求救信号”,早发现、早检查、早干预,才能守护好心脏健康,避免发展成严重心衰。

胸心外科患者如何科学进行呼吸训练?

熊婧 重庆市璧山区人民医院

胸心外科手术(如肺癌、食管癌、心脏手术等)会对肺部和胸廓造成一定损伤,术后容易出现咳嗽无力、痰液淤积、胸闷气短等问题,严重时还可能引发肺部感染及肺不张。而科学的呼吸训练,就像给肺部“做康复操”,能增强肺功能、促进排痰、减轻不适,是术后康复的关键一步。不管是术前准备还是术后恢复,练这些简单动作,都能让康复之路更顺畅。

术前术后呼吸训练的核心作用:(1)为手术“储备”肺功能:术前1—2周开始训练,能增强呼吸肌力量,提高肺部的通气 and 换气能力,让身体更耐受手术创伤,减少术后并发症风险。(2)帮肺部“快速复工”:术后肺部需要重新扩张,呼吸训练能帮助排出手术中残留的气体和痰液,预防肺不张和感染,还能缓解胸闷、气短等不适,让肺功能尽快恢复到术前水平。

对于胸心外科患者来说,必学的3种基础呼吸训练操作有哪些?(1)腹式呼吸训练:这是所有训练的基础,能锻炼膈肌,让呼吸更深、更有效。具体操作为:患者可坐着、躺着或站着,身体放松,双手分别放在胸口和腹部。用鼻子缓慢吸气,感受腹部像气球一样鼓起,胸口尽量不动;屏住呼吸2—3秒,再用嘴巴慢慢呼气,腹部自然收缩,呼气时间要比吸气长(通常为2/1或者3/1)。每天3—4次,每次10—15分钟,熟练后可增加时长。若躺着练时,可在膝盖下方垫个枕头,让身体更放松。(2)缩唇呼吸训练:能减慢呼气速度,增加气道压力,防止气道塌陷,特别适合术后感觉胸闷、呼气无力患者。具体操作为:患者可保持坐姿或站姿,身体微微前倾。用鼻子深吸一口气,然后像吹蜡烛一样,嘴唇缩成“吹口哨”的形状,缓慢、均匀地呼气,尽量把气体排尽。每次练习10—15分钟,每天2—3次,可结合腹式呼吸一起做。当呼气时能感受到气流缓慢流出,胸闷感会明显减轻。(3)有效咳嗽训练:术后痰液淤积容易引发感染,正确的咳嗽能高效排痰,还能减轻疼痛。具体操作为:先做3—5次腹式呼吸,让肺部充分扩张。深吸一口气,屏住呼吸2—3秒,身体微微前倾,用腹部发力,用力咳嗽2—3声,把痰液咳出来。咳嗽时可双手按住伤口两侧,轻轻加压,减轻伤口牵拉疼痛;如果痰液黏稠,可先喝少量温水稀释。每天3—4次,感觉有痰时可随时练。

进阶训练:此训练措施可在术后恢复中后期可尝试,当基础训练熟练后,可逐步增加难度,进一步强化肺功能。(1)呼吸训练器辅助训练:医院或药店可购买简易呼吸训练器,能直观看到呼吸深度,训练更有针对性。具体措施为:含住训练器的咬嘴,用鼻子深吸一口气,尽量让训练器内的小球升起并保持3—5秒,再慢慢呼气。每天2—3次,每次10分钟,逐渐增加吸气力度和时间。(2)吹气球训练:该方法简单方便,能有效锻炼呼吸肌力量,帮助肺部扩张。具体措施:取一个新气球,深吸一口气后,用嘴巴慢慢向气球内吹气,尽量把气球吹大,保持2—3秒后松开。每天2次,每次吹5—10个,根据体力逐渐增加数量。但是吹气时不要过度用力,避免引起头晕。

胸心外科患者的呼吸训练,没有复杂的动作,关键在于“坚持”和“规范”。术前打好基础,术后耐心练习,肺部功能会慢慢恢复,胸闷气短、咳嗽咳痰等问题也会逐渐减轻。记住,每一次深呼吸,都是在为康复“添砖加瓦”,跟着节奏练,就能早日恢复顺畅呼吸!

经期护理避坑指南,告别痛经和瘙痒烦恼

叶娟娟 重庆市武隆区人民医院

经期是女性生理周期中的特殊阶段,盆腔充血、免疫力下降等生理变化,让痛经、外阴瘙痒成为不少女性的困扰。其实很多不适并非“正常现象”,而是源于护理中的错误操作。作为长期深耕临床的妇科护士,今天就为大家梳理经期护理的核心要点,避开常见误区,帮你平稳度过特殊时期。

1.科学应对痛经,避开缓解误区

1.1 拒绝盲目热敷,选对方式才有效。很多女性痛经时会直接用热水袋热敷小腹,但盲目热敷可能加重不适。若痛经是宫寒、经血排出不畅导致,热敷需控制温度在40—45℃,用毛巾包裹热水袋避免烫伤,热敷时间每次15—20分钟,可配合轻轻揉按小腹促进经血排出;若为炎症引发的痛经,热敷会加速盆腔充血,反而加重疼痛,这类情况需及时就医排查病因,不可依赖热敷缓解。同时要注意,经期热敷仅能缓解不适,不能替代药物治疗,疼痛剧烈时需在医生指导下用药。

1.2 调整饮食结构,远离“痛经期禁忌”。经期饮食不当是诱发或加重痛经的重要因素,需严格避开生冷、辛辣刺激性食物。生冷食物会刺激胃肠道血管收缩,影响盆腔血液循环,导致经血排出受阻、痛经加剧,即使夏季也应避免冰饮、冰淇淋、生鱼片等;辛辣食物会刺激盆腔充血,加重下腹坠胀疼痛,同时可能引发肠胃不适。建议多吃温热、易消化的食物,如小米粥、热汤面、红枣桂圆粥等,补充优质蛋白和维生素,同时适量饮水,保持大便通畅,减少盆腔压迫。

1.3 合理规划运动,避免“久坐不动”或“过度运动”。经期运动需把握“适度”原则,久坐不动会导致盆腔血液循环不畅,加重痛经和盆腔淤血,建议每1—2小时起身活动5—10分钟,做简单的拉伸、散步等温和运动;但过度运动如长跑、跳绳、高强度健身等,会刺激子宫收缩,引发或加重痛经,还可能导致经血量增多、经期延长。对于无严重痛经的女性,经期可进行散步、瑜伽等低强度运动,促进血液循环,缓解不适;痛经严重者则以休息为主,待疼痛缓解后再适度活动。

2.规范外阴护理,杜绝瘙痒隐患

2.1 选对卫生用品,避开“劣质陷阱”。卫生用品的选择直接关系到外阴健康,不少瘙痒问题源于使用了劣质或不合适的卫生巾、护垫。建议选择正规品牌、无香精、无荧光剂的纯棉卫生用品,纯棉材质透气性好、亲肤性强,能减少对外阴皮肤的刺激;避免使用化纤材质、香味浓郁的卫生用品,这类产品透气性差,香精成分可能引发过敏,导致外阴瘙痒。同时要注意查看卫生用品的生产日期和保质期,过期产品可能滋生细菌,使用后易引发外阴炎。

2.2 掌握正确清洁方式,拒绝“过度清洁”或“不清洁”。经期外阴易沾染经血,若清洁不当易滋生细菌,引发瘙痒。正确的清洁方式是:每天用温水从前向后清洗外阴,无需使用妇科洗液,过度使用洗液会破坏外阴自身的菌群平衡,导致阴道抵抗力下降,引发炎症;清洗时避免盆浴,经期宫颈口微张,盆浴会让污水进入阴道、宫腔,增加感染风险,建议采用淋浴。便后擦拭也需遵循“从前向后”的原则,避免将肛门周围的细菌带到外阴。

2.3 及时更换卫生用品,避免“细菌滋生温床”。经血是细菌大量繁殖的“温床”,若长时间不更换卫生用品,会让外阴处于潮湿、污染的环境中,引发瘙痒甚至炎症。建议白天每2—3小时更换一次卫生巾,经血量多时需缩短更换时间;夜间使用夜用加长款卫生用品,睡前更换一次,避免夜间经血侧漏或长时间沾染外阴。更换卫生用品前需洗净双手,避免手上的细菌污染卫生用品和外阴,更换后可适当通风,保持外阴干燥。

结语:经期护理的核心是“顺应生理、规避误区”,痛经和瘙痒并非无法避免,关键在于掌握科学的护理方法。希望通过以上科普,能帮助女性朋友们避开经期护理的“坑”,建立正确的护理习惯。如果出现持续性剧烈痛经、经血量异常、外阴瘙痒难忍等情况,切勿自行处理,应及时就医检查,排除器质性疾病的可能。呵护经期健康,就是呵护自身整体健康,愿每一位女性都能平稳、舒适地度过每个特殊时期。