

读懂冠心病早期的5个信号

□李丹丹

冠心病的早期信号往往不按“常理”出现——很多人认为心脏问题一定会表现为胸口剧痛，但实际上，有15%~20%的冠心病患者发作时根本没有典型的心前区疼痛，症状反而以伪装的形式出现。读懂心脏发出的异常信号，早一天识别，就少一分风险。今天，我们就来揭开冠心病早期最容易被忽视的5个伪装信号。

什么是冠心病

冠心病的学名是冠状动脉粥样硬化性心脏病。冠状动脉是为心脏供血的血管。粥样硬化是指血管内壁像生锈的水管一样形成“锈瘤”(即斑块)。当斑块越来越大，管腔变得狭窄甚至完全阻塞时，流向心脏的血液供应不足，导致心肌缺血缺氧而出现不适症状。冠心病本质上是心脏的供血血管发生老化和堵塞的疾病。早期识别并进行妥善处理，可在关键时刻挽救生命。

为什么要警惕冠心病

很多人都存在这样的误区：觉

得今天身体没有异常，明天就肯定不会发生心肌梗死，这种想法是危险的。冠心病的危险因素主要有四大类：高血压、糖尿病、高血脂症以及吸烟。这些危险因素在发病早期往往没有明显症状。但就在你毫无察觉的时候，血管内的斑块在不停地生长。更值得关注的是，目前，冠心病早已不再是老年人的专属疾病。

怎么识别心脏发出的5个信号

不少人对于冠心病的典型症状都有所了解：一般在体力活动或情绪激动后，会出现胸骨后压榨样疼痛，并伴随胸闷气短，通常休息数分钟后就能缓解。但接下来要讲的这5个信号，反而更容易被忽视，我将它们总结为“上下左右”记忆法，方便大家记忆：

信号1：牙痛

冠心病引发的牙痛通常表现为为一侧或双侧牙床疼痛，患者往往无法明确指出具体疼痛的牙齿，牙龈也不会出现红肿症状。约30%的冠心病患者会出现这类异位疼痛，

除牙痛外还可表现为头痛、胳膊痛、咽喉痛、耳朵痛等。如果经过口腔科检查未发现异常，且自身存在高血压、糖尿病等，建议前往心内科进行排查。

信号2：胃部不适

部分冠心病患者会感觉上腹部疼痛，并伴随恶心、饱胀感，这很容易被误诊为胃炎或消化不良。这种不适通常在劳累或情绪激动时发作，休息后可得到缓解。如果你在消化科就诊没查出病因，不妨做个心电图排查一下心脏问题。

信号3：左侧肩膀或手臂酸痛

冠心病引发的不适感会沿神经放射到身体其他部位，其中最常见的放射位置就是左肩、左臂内侧，甚至左手无名指。很多患者会误以为为不适是肩周炎或颈椎病引起的，盲目按摩、推拿，反而浪费了宝贵的救治时间。

信号4：咽喉部有异物感

部分患者并不会感觉到明显胸痛，只觉得喉咙里像卡了什么东

西，或颈部发紧、透气不畅。如果这种不适和体力活动相关——比如爬楼梯时就出现，停下休息后就缓解，就要高度警惕冠心病的可能。

信号5：浑身没劲，莫名大汗，活动后喘不上气

老年人和糖尿病患者尤其需要警惕这种情况。这类人群神经痛觉敏感度往往较低，因此不会出现明显的胸痛症状，反而会表现为突发的不明原因极度乏力、大汗淋漓。这在医学上属于心功能不全的早期表现，是心脏供血能力不足发出的警报。

常见误区——“3个陷阱”不要踩

误区1：没有胸痛，就肯定不是冠心病

约有五分之一的冠心病患者发作时，不会以胸痛作为首要表现。请不要用“有没有痛感”作为判断标准，而应该以“是否和活动、情绪相关的任何不适”来判断。

误区2：心电图正常，就代表心脏没有问题

这是非常高发的认知误区。普通静息心电图只有在心肌发生明显缺血时才显示异常。当早期冠状动脉狭窄还没有造成持续性缺血时，心电图很可能显示一切正常，只有动态心电图和负荷试验，才能捕捉到部分早期冠心病的信号。

误区3：平时只是有点儿不舒服，扛一扛就过去了

在硬扛的背后，血管内的斑块可能已经从稳定转为不稳定，甚至突然破裂，一旦出现这种情况，就不是扛一扛就能解决的事了，而是直接关系到生命的危急情况。

总而言之，控制好血压、血糖、血脂，戒烟限酒，保持低盐、低脂饮食，坚持适度规律运动，能有效预防冠心病。如果确诊冠心病，请务必及时就医，采取预防或干预措施，保障心脏健康。

【作者供职于河南科技大学第一附属医院CCU(冠心病监护病房)】

手术室里为什么那么冷

□滑艳焕

走进手术室，大多数人都会立刻感受到一股明显的凉意，不少经历过手术的患者对此都印象深刻，甚至感到疑惑：为什么手术室要把温度调得这么低？其实手术室要把温度设置并不是随意决定的，而是兼顾无菌防控、医护操作需求的科学选择。患者会觉得格外寒冷，和手术中的自身身体状态、环境因素密切相关。不过不用过度担心，临床工作中，医护人员会通过专业手段，在维持手术室低温环境的同时，为患者做好充分的保温措施。

手术室的温度设定有着明确的临床依据，是平衡多方需求后得出的科学结果。国内权威指南明确规定，成人手术中，手术室温度不得低于21摄氏度，儿科手术室温度则不得低于23摄氏度。临床实操中，手术室最常用的温度范围为20摄氏度~23摄氏度，部分特殊手术也会根据手术类型，将室温动态调整至24摄氏度~26摄氏度。

首先，这一温度区间的设定是为了适配手术室的层流送风环境。为保障手术室无菌条件，医院会采用高效过滤的层流送风系统加速空气对流，既能减少细菌滋生、降低手术部位的感染风险，也能维持手术室空气清新流通。其次，医护人员在手术中需要长时间站立，且包裹严实的无菌手术衣会让身体积热，较低的室温能让医护人员保持舒适体感，避免因高温出汗影响操作精

准度，这也是保障手术顺利推进的重要细节。相同室温下，患者往往比医护人员更易感到寒冷，甚至会出现体温下降的情况，这是多种因素共同作用的结果，其中麻醉的影响最为关键。全身麻醉或区域阻滞麻醉会暂时抑制人体的体温调节中枢，使身体无法正常调节产热与散热，同时还会造成外周血管扩张，身体核心区域的热量向体表扩散，导致核心体温快速下降。加上手术中为充分暴露手术视野，患者需要大面积裸露皮肤，室温与皮肤存在的温差会让身体快速散热，而手术室的层流送风环境会进一步加快散热过程，让患者的冷感更加强烈。此外，手术中输注的液体、血制品多为室温或低温冷藏保存。临床数据显示，成人每输入1单位4摄氏度的血液或2升室温液体，核心体温就会下降约1摄氏度，大量低温液体输入也会造成身体热量快速流失。

需要注意的是，手术室的温度并非固定不变。在临床实践中，医护人员会在维持低温环境的同时，通过复合保温策略平衡手术环境要求与患者体温保护的需求，避免低体温影响术后恢复。围手术期会全程为患者做好被动保温，例如使用保温毯、覆盖非手术区域以减少皮肤暴露；若患者体温降至36摄氏度以下，会立即启动主动保温，优先选择充气加温的方式为患者补充热量。同时，手术中需要输注超过1000毫升的液体及冷藏血制品时，会提前将其加热至37摄氏度左右，从源头减少热量流失。在做好患者主动保温的前提下，医护人员还会根据实际情况调整手术室温度，在满足无菌要求和操作需求的同时，最大限度降低患者的冷感。

【作者供职于山东省聊城市东昌府区妇幼保健院】

中医调护“老慢支”

□张文君

“老慢支”也就是老年慢性支气管炎，是中老年人的常见病、多发病，以长期反复咳嗽、咳痰、喘息为主要临床表现。不少患者都有这样的困惑：为什么“老慢支”总是反复发作？从中医的角度来看，“老慢支”反复发作并非单纯的肺部问题，该病以正气亏虚，也就是肺、脾、肾三脏虚弱为本，痰浊伏肺为“病根”，再加上卫外不固，容易受到外邪侵袭，最终形成“虚一痰一瘀”的恶性循环，导致咳嗽迁延不愈、反复发作。只有掌握科学的调护方法，才能从源头上减少发作，稳定病情。

中医认为，久病必虚，“老慢支”患者长期咳嗽，最先损伤肺气，导致肺虚失于宣降，津液凝结成痰，形成伏痰；肺虚又会导致卫外不固，就像人体的“防护屏障”受损，稍有风寒、雾霾等刺激，就会诱发伏痰，出现咳嗽加重。同时，痰堵在气道会阻碍气机，气血运行不畅形成血瘀，痰与瘀相互纠缠，进一步堵塞肺络，让咳嗽更难缓解。久而久之，肺虚还会累及脾和肾：脾虚运化失常，会产生更多痰湿，加重肺部负担；肾虚则无法纳气，易出现气短喘促等情况。

中医调护的原则是“辨证施治、标本兼顾”，既要针对性化解痰瘀、缓解咳嗽症状，也要着力补益肺、脾、肾三脏正气，从源头上打破恶性循环，减少病情反复。临床中需结合患者的具体证型，制定个性化治疗方案，精准适配不同患者的病情特点。肺脾肾虚证者可选用六君子汤合黄芪汤加减，或辅以太子参、西洋参、麦冬、五味子、白芍、炙甘草等药，起到润肺化痰的作用。

“老慢支”的调护是一个长期过程，切忌急于求成。中医调护的精髓在于从源头上补益正气、清除伏痰、疏通瘀阻，打破“虚一痰一瘀”的恶性循环。只要遵循辨证调护原则，结合药物、外治、运动和日常养护，就能有效减少“老慢支”发作频次，缓解咳嗽症状。

【作者供职于山东省潍坊市昌乐县妇幼保健院】

颈椎病的筛查方法与康复训练技巧

□陈敏

随着“低头族”日益增多，颈椎病已逐渐普遍化，成为困扰现代人的“头号难题”。早期筛查能及时发现问题，科学康复训练可有效缓解不适、预防病情加重。本文将为大家详细讲解颈椎病的筛查方法与康复训练技巧，助您轻松守护颈椎健康。

颈椎病的快速筛查

颈椎病的筛查分为自查和专业检查。日常可通过简单自查初步判断，若出现异常，需及时就医进行专业检查，避免延误病情。

日常自查

看症状：是否经常出现颈部酸痛、僵硬，且久坐后加重；是否有手臂麻木、指尖发麻症状；是否伴有头晕、头痛、恶心症状，且转头时症状明显加重；是否出现视物模糊、耳鸣等症状。这些症状都是颈椎病的常见信号。

做动作：缓慢做低头、抬头

等动作，若某个动作引发颈肩部疼痛或手臂麻木，说明颈椎可能存在劳损或病变；尝试将手臂高举过头顶，若手臂麻木缓解，大概率与颈椎压迫神经有关。

触压检查：用手指轻轻按压颈前部肌肉，若有明显压痛、硬结，且按压时疼痛放射至手臂，需警惕颈椎问题，可能是由肌肉紧张或神经受压导致。

专业检查

若自查发现异常，建议及时到骨科或康复科就诊。常见的专业检查包括：颈椎X线片，可查看颈椎生理曲度是否变直、椎间隙是否狭窄；颈椎CT(计算机断层成像)，能清晰显示颈椎骨质增生、椎间盘突出情况；颈椎核磁共振(MRI)，可明确神经、脊髓是否受压，精准判断颈椎病的类型和严重程度。

科学康复训练

康复训练的核心是放松紧

张肌肉、增强颈椎稳定性，需遵循“温和、循序渐进”的原则，避免剧烈运动加重颈椎负担。以下训练适合轻度颈椎病患者、颈椎劳损人群。严重颈椎病患者需在医生的指导下进行。

基础放松训练

颈部拉伸：坐直，双肩放松，慢慢将头倾向一侧，保持15秒~30秒，感受对侧颈部拉伸感，再缓慢回到中间，换另一侧，重复3次~5次，力度以轻微酸胀为宜。

肩部放松：坐直，双手自然下垂，然后缓慢将双肩向上耸起，停留5秒，再缓慢放下，重复10次~15次；也可双手交叉抱住双肩，轻轻前后转动，放松肩颈连接处肌肉。

热敷辅助：训练前用热水袋或热毛巾热敷颈肩部10分钟，促进血液循环，缓解肌肉僵硬。

核心强化训练

靠墙站立：后背靠墙，头部、

肩部、臀部紧贴墙面，下巴微收，让后脑勺轻轻靠在墙上，保持1分钟，可锻炼颈部肌肉，改善颈椎生理曲度。

米字操：坐直，以头顶为笔尖，缓慢做“米”字动作，每个方向停留5秒，重复5次~8次。

肌肉等长收缩：坐直，双手放在后脑勺，轻轻向前用力，头部向后对抗，保持10秒，放松5秒，重复10次，再将双手放在额头前，轻轻向后用力，头部向前对抗，重复10次，可增强颈部肌肉力量，稳定颈椎。

康复注意事项

训练时若出现剧烈疼痛、头晕、手臂麻木加重，应立即停止训练，及时就医；避免长时间低头、久坐；选择高度合适的枕头，避免趴着睡觉。康复训练需长期坚持，不可急于求成。

【作者供职于新疆维吾尔自治区人民医院】

发现慢性萎缩性胃炎，如何干预

□谭晓龙

很多朋友看到胃镜报告上的慢性萎缩性胃炎，了解到它属于癌前病变后异常紧张。其实，从萎缩性胃炎发展到胃癌需要很长时间，我们有充足的时间在癌前阶段进行有效干预。核心的干预策略可以概括为：精准评估、根除病因、分层管理、必要时切除。

第一步：精准评估，明确风险等级

并非所有的萎缩性胃炎都一样危险。干预的第一步，是完成规范的病理活检和胃镜下风险分层。

规范活检：医生会在胃窦、胃体等部位取样送病理，用于评估萎缩和肠化(指胃黏膜细胞变成类似肠道的细胞)的严重程度和范围。

风险分层：根据病理结果及胃镜下表现，可将病情分为高危和低危。高危情况包括：重度萎缩或肠化，萎缩范围广泛，或者评分系统提示为Ⅲ期或Ⅳ期。低危情况通常为轻度且局限于胃窦部位的萎缩。

第二步：基础干预，人人必行

无论风险高低，以下两项基础干预措施都是所有患者的核心任务。

根除幽门螺杆菌：幽门螺杆菌是导致萎缩性胃炎和胃癌的主要元凶。一旦发现感染，所有伴有萎缩或肠化的患者均应接受规范的四联疗法，这是阻断“胃炎—萎缩—肠化—癌变”这一链条最基本、最有效的手段。

改变生活方式：饮食方面减少高盐、腌制食物的摄入，增加新鲜蔬菜和水果的摄入。同时，立即戒烟。

第三步：分级随访，动态监测

医生会根据患者的疾病风险等级，制定个体化的胃镜随访方案。高危患者建议每3年完成一次高质量胃镜检查；低危患者通常无需进行常规定期监测。若患者合并胃癌家族史，建议每年进行一次高质量胃镜检查。

第四步：处理癌变，内镜切除

如果病理报告上出现低级别上皮内瘤变或高级别上皮内瘤变，其癌变风险较单纯的萎缩/肠化更接近早期癌变。处理原则如下：

可见病灶：若胃镜检查下能看到明确的异常区域，首选内镜下完整剥离。此方法既能彻底切除病变，又能获取准确的病理诊断。

不可见病灶：若复查高质量胃镜后仍找不到明确病变，需让有经验的内镜专家进行评估。

术后随访：病变切除后，高级别上皮内瘤变者建议每6个月复查胃镜；低级别上皮内瘤变者建议每年复查胃镜，随访至少持续5年。

第五步：中医药辅助，特定人群适用

部分符合条件的老年人可在专科医生评估后，考虑将中医药作为辅助干预手段。例如，中成药胃复春适用于病理表现为萎缩性肠化和/或低级别上皮内瘤变者；若为高级别上皮内瘤变，应先完成内镜下切除，再考虑使用中成药。部分中药复方研究显示可改善萎缩与肠化，但需在规范西医治疗的基础上使用。

发现慢性萎缩性胃炎不必恐慌，可通过规范的胃镜+活检完成风险分层，然后根除幽门螺杆菌并改变生活方式。一旦出现上皮内瘤变，应及时进行内镜下切除。中医药可在特定阶段作为辅助治疗手段。这样能最大程度降低胃癌发生风险。

【作者供职于山东省滨州医学院附属医院】

多囊卵巢综合征是一种常见的内分泌代谢紊乱性疾病。提起它，人们常联想到肥胖、月经不规律与不孕等。事实上，该疾病对健康的影响远不止于此，其潜藏的远期风险涉及多个系统，需引起足够重视。

多囊卵巢综合征的核心特征包括排卵功能障碍、高雄激素血症和卵巢多囊样改变。这些特征不仅影响生殖系统，还会通过内分泌紊乱引发一系列代谢和心血管问题。临床数据显示，近半数多囊卵巢综合征患者存在胰岛素抵抗，它是诸多远期风险的重要根源，它如同一个潜在的“炸弹”，随时间推移逐渐显现危害。

代谢综合征是多囊卵巢综合征患者面临的主要远期风险之一。胰岛素抵抗会导致血糖调节异常，显著增加2型糖尿病的风险。同时，胰岛素抵抗还会引起血脂代谢紊乱，表现为甘

油三酯升高、高密度脂蛋白胆固醇降低。这种异常会加速动脉粥样硬化进程，为心血管疾病埋下隐患。

多囊卵巢综合征患者的心血管疾病风险会显著升高。除了血脂异常，该群体还常伴有高血压、中心性肥胖等心血管危险因素。长期内分泌紊乱会损伤血管内皮功能，导致动脉硬化、血管壁增厚，从而增加冠心病、心肌梗死及脑卒中的发病风险。研究表明，多囊卵巢综合征患者发生心血管疾病的时间较普通人群提前，且病情进展更为迅速。

子宫内膜健康问题亦不容忽视。由于长期无排卵或稀发排卵，子宫内膜缺乏孕激素的保护，持续受到雌激素的刺激，容易引发子宫内膜增生，若不及时干预，可能进一步发展为子宫内

膜癌。

对骨骼健康的影响同样值得关注。虽然多囊卵巢综合征患者体内的雌激素水平可能正常或偏高，但胰岛素抵抗等因素会间接影响骨代谢。年轻患者可能暂时未出现明显问题，但随着年龄增长，骨量流失速度加快，骨质疏松和骨折的风险会显著增加。

多囊卵巢综合征还可能对心理健康产生长期影响。月经不规律、生育困难等问题会给患者带来巨大的心理压力，容易引发焦虑、抑郁等情绪障碍。长期心理问题又会反过来影响内分泌系统，形成恶性循环，加重病情进展，同时降低患者的生活质量和治疗依从性。

面对这些远期风险，早期干预和长期管理至关重要。生活方式调整是基础，包括坚持低热

警惕烧伤合并吸入性损伤

□米文欣

发生火灾、爆炸意外时，很多人只关注皮肤创面，却忽略了一种看不见、进展快、致死率极高的隐匿伤害——烧伤合并吸入性损伤。临床数据显示，近半数烧伤死亡病例并非死于皮肤创面损伤，而是源于这种隐蔽的呼吸道、肺实质损伤。不同于直观的烧伤患者的“沉默杀手”。

烧伤合并吸入性损伤，俗称呼吸道烧伤，是指火灾、密闭空间爆炸事故中，人体同时遭受皮肤热力烧伤，以及高温气流、烟雾粉尘、有毒化学气体引发的呼吸道、肺实质损伤。不同于直观的烧伤患者，这种损伤发生在呼吸道，早期症状极具迷惑性，容易被忽视，从而错过最佳救治时机。

该病之所以凶险且隐匿，是因为其拥有双重损伤机制。一

方面，高温热气、火焰会直接灼伤口鼻、咽喉、气管黏膜，造成黏膜充血、水肿、糜烂，短时间内就可能引发气道狭窄、堵塞，导致窒息。另一方面，塑料制品、木材等燃烧产生的有毒气体会被吸入肺部，引发化学性损伤，破坏肺部换气功能，造成全身缺氧，诱发呼吸衰竭、多器官损伤。这种损伤往往滞后发作，隐蔽性强。

掌握早期识别信号，是规避致命风险的关键。在火灾、密闭空间烧伤事故后，无论皮肤烧伤面积大小，只要出现相关迹象，均需高度警惕吸入性损伤。典型预警表现包括：口鼻黏膜发黑、鼻腔及口腔内有烟灰及炭末残留；声音嘶哑、咽喉肿痛、干咳不止，伴胸闷闷、气短、呼吸急促；出现头晕、乏力、意识模糊等

缺氧症状，严重时会出现喘息、口唇发紫。头面部烧伤、在密闭空间被困、有张口呼吸逃生史的患者，是高危人群，即便初期无明显不适，也绝对不能掉以轻心。

日常生活中，大家需牢记科学急救原则，规避错误操作。火灾逃生时，切勿大喊大叫，避免吸入大量高温烟雾和有毒气体，应使用湿毛巾捂住口鼻、弯腰低头，快速撤离密闭空间。意外受伤后，很多人只顾着冲洗、包扎皮肤创面，却忽视呼吸状态，这是极大的误区。正确做法是：第一时间脱离危险环境，保持呼吸

通畅，解开衣领、腰带，平躺休息，切勿随意走动、剧烈活动；立即吸氧，禁食禁水，防止呛咳窒息；无论创面轻重，只要存在烟雾吸入史，必须第一时间前往医

院排查吸入性损伤。

临床救治中，轻度吸入性损伤无需对症处理，氧疗抗炎即可恢复，但中重度吸入性损伤会快速引发气道水肿、肺部感染等，病情进展极快，需及时通过气管插管、机械通气等专业手段干预。若延误救治，短短数小时就可能引起气道阻塞、呼吸衰竭，危及生命。

烧伤合并吸入性损伤的可怕之处在于剧烈疼痛，而在于隐匿性和滞后性。看得见的烧伤可妥善处理，看不见的损伤仍可能悄然致命。在此提醒大家，遭遇烧伤意外时，切勿只关注皮肤创面，务必先排查呼吸道损伤。早识别、早警惕、早救治，能有效规避这一致命隐患。

【作者供职于山东省济南市济阳区中医医院】