



猝死因事发突然常引起人们关注,很多人认为猝死是“毫无征兆”的突然降临,其实,身体早已向我们释放了信号。现实中,“胸闷就是心梗”“急救就是按胸口”“只有老人才会猝死”等说法广为流传,真假难辨。本期《求证》邀请权威专家,为您厘清误区,掌握关键时刻的“救命法则”。

猝死前并非“毫无征兆”

本报记者 张添怡



寒冷、用力排便等,但不同病因有各自的特异性诱因和病史基础。心源性猝死多见于有冠心病、心律失常(早搏、房颤等)、心衰等病史的人群。

脑源性猝死常与高血压、脑梗、脑出血等病史相关。肺源性猝死往往发生在下肢深静脉血栓脱落导致肺栓塞、哮喘持续状态、气胸等情况下,患者可能有长期卧床、术后、长途久坐经历,或有明确哮喘病史,或身材瘦高等。

误区3: 高危人群都一样,都是老人、有基础病的人

孙宏志:三类猝死的高危人群各有侧重,年轻人也不能掉以轻心。心源性:以中老年人为主,多有冠心病、心梗、心衰、心肌病病史;年轻人中的熬夜族、运动员、心肌炎后、肥胖者也属于高危人群。脑源性:各年龄段均可发生,高血压是最核心的危险因素,其次为脑动脉瘤、脑血管畸形、糖尿病、吸烟等。肺源性:长期卧床、术后、骨折、长途久坐(经济舱综合征)、下肢静脉曲张、哮喘患者等。

误区4: 急救都一样,按胸口就行

孙宏志:急救本质是保循环、保氧,但不同病因的侧重点有所不同,统一标准急救流程是通用基础。统一标准急救步骤,全世界通用:
1. 拍肩呼喊,判断意识。若无反应且无呼吸,立即平躺。
2. 立即拨打120,急救中心可通过电话或视频指导现场人员进行心肺复苏。
3. 胸外按压:按压两乳头连线中点,深度5-6厘米,频率每分钟100-120次。
4. 有AED(自动体外除颤器)马上使用,听从语音提示。

5. 保持气道通畅,将患者置于侧卧位,防止呕吐物窒息。不同病因的急救侧重点:
心源性猝死:CPR(心肺复苏)+AED效果最好。
脑源性猝死:不能乱搬动、禁喂水、禁抬人中、禁晃动头部。
肺源性猝死:保持通气、吸氧、侧卧位防窒息。

误区5: 只有剧烈胸痛才需要警惕,轻微不适没事

孙宏志:这是重要的常见误区。部分猝死前兆并不典型,尤其是糖尿病患者、老年人和女性。糖尿病患者可能因神经病变而出现“无痛性心梗”,仅表现为乏力、恶心、出冷汗、上腹不适;老年人可能仅表现为意识模糊、精神萎靡;女性心梗前兆可能以背痛、下颌痛、极度疲劳为主。凡是近期出现不明原因的胸闷、气短、乏力、上腹不适,尤其是活动后加重、休息后缓解,都应引起重视,及时就医。

误区6: 做过体检没问题,就不会猝死

孙宏志:常规体检未必能发现潜在的致命风险,如隐匿性冠心病、某些致命性心律失常(如长QT综合征、Brugada综合征)、未破裂的脑动脉瘤、下肢深静脉血栓等。高危人群应在医生指导下增加针对性检查。有冠心病家族史、长期吸烟、高血压、糖尿病患者,可考虑冠脉CTA;有不明原因晕厥史或猝死家族史者,需做24小时动态心电图或心脏电生理检查;有脑血管病家族史、长期高血压控制不佳者,可考虑头颅MRA排查动脉瘤。

总预防原则

孙宏志:猝死可防可筛,公众不必恐慌也不可忽视。核心预防措施包括以下几点:
控制好“三高”:血压、血糖、血脂达标。
养成良好生活习惯:不熬夜、不久坐,长途出行每1小时起身活动,避免过度运动,保持情绪稳定,避免突然用力。
科学看待风险:规律体检,控制慢性病,学会CPR和AED使用。总而言之,猝死并非全无征兆,也非“命中注定”。与自己的身体做朋友,读懂它发出的每一个信号,关键时刻就能多一分生机。



扫描二维码,关注“彩练新闻·科教卫频道”更多信息

本期专家

孙宏志 吉林大学第二医院急诊与重症医学中心副主任,教研室主任,副主任医师,硕士生导师。现任中国医师协会心脏重症分会镇痛镇静和营养支持学组委员、中国中西医结合学会灾害医学专业委员会委员、中国中医药研究促进会急诊分会常务理事、中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会委员、中国心肺复苏吉林培训专家委员会副主任委员。

什么是猝死

孙宏志:猝死是指各种原因引起的、急性症状出现后1小时以内发生的非预期死亡。患者外表看似健康,或死亡出乎预期。其中,心源性猝死占比最高,达70%-80%,其次为脑源性猝死、肺源性猝死。猝死具有快速、自然、非预期的特点,但并非“命中注定”。

误区1: 征兆都差不多,胸闷=心梗,头晕=脑梗

孙宏志:不同病因的猝死,征兆各有特征,需要精准识别。心源性猝死,即心脏“停电”。它的典型征兆是突发压榨样胸骨后疼痛,向肩背部放射,伴有濒死感、大汗淋漓,疼痛多持续超过15分钟。可概括为“12315”——“1”疼、“2”汗、“3”疼痛大于15分钟。

脑源性猝死,即脑“堵死”或“爆管”。它的典型征兆为肢体偏瘫、口角歪斜、说话不清,突发剧烈头痛,喷射状呕吐,意识迅速模糊甚至昏迷,颈项强直(脖子硬)。可概括为“120”——“1”是看口角是否歪斜、“2”是查两侧肢体活动是否正常、“0”是聆听言语是否障碍。

肺源性猝死,即肺“堵死”或“罢工”。它的典型征兆是突发呼吸困难,胸痛,咯血,口唇发紫,突然晕厥。可概括为“123”——“1”憋、“2”痛、“3”晕厥。

区分要点:先胸痛或晕厥,多为心源性猝死征兆;先剧烈头痛或偏瘫,多为脑源性猝死征兆;先喘不上气、口唇发紫,多为肺源性猝死征兆。

误区2: 诱因都一样,都是累的、气的

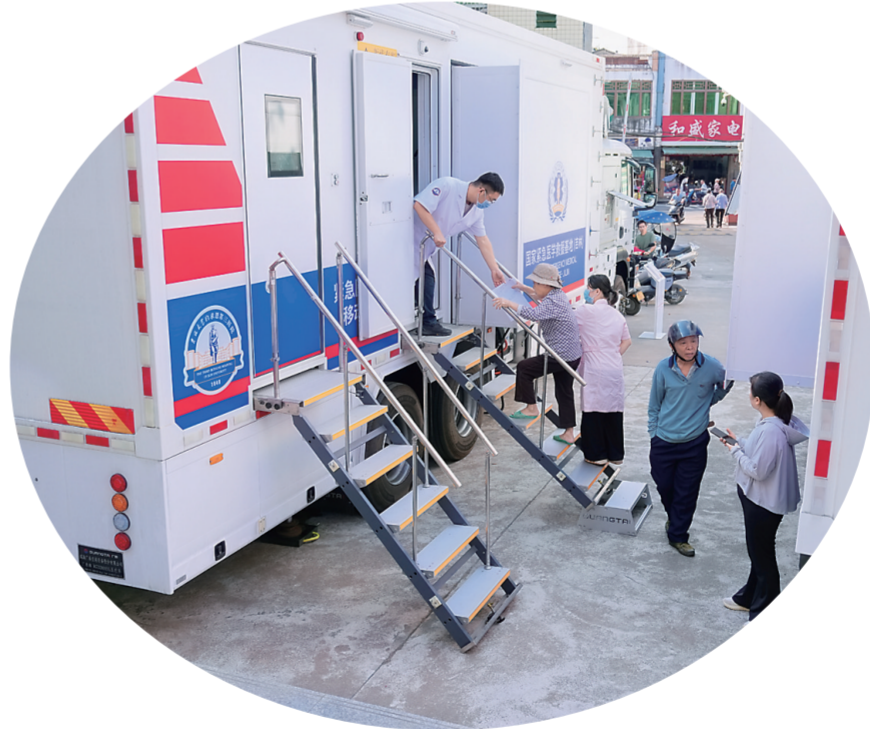
孙宏志:三者共性诱因包括劳累、熬夜、情绪激动、暴饮暴食、



博鳌亚洲论坛

2026年年会期间,吉林大学中日联谊医院组建巡回医疗队,携移动CT车、移动检验车等设备奔赴海南省琼海市各乡镇村开展巡回医疗,从会场定点值守到全域流动守护,以专业担当筑牢医疗保障防线,用优质服务守护群众健康。

(图片由吉大中日联谊医院提供)



用专业与爱心 传递中医药文化

本报讯(记者张添怡)近日,吉林省中医药文化宣传教育基地(长春健康职业学院)暨手牵手公益志愿者服务中心共建活动正式启动。此次活动以“传中医文化、扬雷锋精神、争做时代新人”为主题,将中医药文化传播与公益志愿服务深度融合,以实际行动传递雷锋精神,用专业与爱心传递中医药文化魅力。

日前,省中医药管理局公布了14家吉林省中医药文化宣传教育基地,长春健康职业学院位列其中。此次基地的正式启动,标志着该校在中医药文化传承与推广方面迈出坚实一步。

活动现场,长春健康职业学院雷锋社团同步成立。学校将以共建中医药文化宣传基地和公益志愿服务中心为契机,搭建起中医药文化传播与公益服务的新平台,依托学校的专业师资与实训资源,开展药食同源科普、中医适宜技术演示、健康体检服务等系列活动,让中医药文化走出校园、走进社区、走近群众。

启动仪式上,现场开展了丰富多彩的中医药文化体验活动。与会嘉宾和师生共同参与了“可食用的中药与中药炮制”、日常保健穴位讲解、中药香囊制作以及中医适宜技术体验、骨密度检测、糖尿病风险筛查、中医诊疗等互动项目,在1个小时的沉浸式体验中,切身感受了中医药文化的独特魅力。

据介绍,学校作为深耕健康职业教育的院校,始终以传承和弘扬中医药文化为己任,将中医药文化融入人才培养、社会服务的全过程。此次与手牵手公益志愿服务中心深度合作,实现了“专业优势+公益资源+青春力量”的有机融合,既是学校深化产教融合、拓展社会服务功能的创新实践,也是推动中医药文化普及、助力全民健康事业发展的有益探索。

镜下“绣花”闯险关 妙手撑开“呼吸门”

吉大一院成功救治复杂性气道狭窄患者

长期卧床无法活动,再加上气管切开创伤的反复刺激,她的气管瘢痕挛缩,已形成重度狭窄。即使平静躺着也呼吸急促,胸口像压着块巨石。到了夜里,她更是不敢深睡,每一次痰液涌上喉咙,都像是一次生死的倒计时,生怕一口气没上来就会窒息。脸憋得发紫,嘴唇干裂,连一句完整的话都说不出来,这样的日子,让她和家人都陷入了绝望。

走投无路之际,家属抱着最后一丝希望,将她辗转送到了吉大一院呼吸与危重症医学科。

“硬骨头”。谷月教授接诊后,迅速通过影像和查体评估病情,眉头紧锁,但眼神坚定。传统的治疗方案在此刻都成了“死胡同”:单纯的球囊扩张和电切等方式,只能管一时,复发率极高,可能让李红陷入反复手术的痛苦循环;而传统金属支架,又会刺激肉芽组织进一步增生,让狭窄雪上加霜。为了给李红搏一条生路,谷月教授带领团队连夜研讨,最终决定给她置入沙漏型硅酮支架。这种支架组织相容性好、支撑力强,既能撑通气道,又能远期取出。

手术当天,第二手术室内,空气仿佛凝固了。多学科协作团队严阵

以待,每一个眼神都透着严肃与紧张。麻醉师精准给药,迅速建立通气保障,为手术赢得了宝贵的时间窗口。

紧接着,是一场与死神的“极限挑战”。谷月教授手持硬质支气管镜,缓缓送入李红气道。镜下的景象比预想的更加凶险:声门下气管严重扭曲,瘢痕组织死死堵在通道,最狭窄处仅存一道缝隙,手术稍有不慎,就可能致气道破裂大出血。

“稳住,慢一点,精准。”谷月教授屏气凝神,凭借丰富经验和精湛技术,小心翼翼地拓宽气道。她的动作细致得如同“绣花”,每一次推进、每一次扩张,都精准无误。一旁的团队

成员紧盯屏幕,在狭小的操作空间里,稳稳将特制的硅酮支架送达预定位置并顺利释放。

随着支架顺利展开,原本塌陷闭塞的气道瞬间被重新撑开。监护仪上,李红的血氧饱和度迅速回升至正常水平,手术成功!手术室内医护人员紧绷的神经终于松弛下来,相视一笑,那是跨越生死的欣慰。

术后,李红被送回病房疗养。当她深吸进第一口新鲜空气时,胸口的压迫感、喉咙的刺痛感瞬间消散,憋喘感彻底消失,甚至能安稳地平卧休息了。“不闷了,不疼了,终于能好好喘气了。”她紧紧握住医护人员的手沙哑地说,泪水夺眶而出。

从命悬一线到转危为安,这场手术不仅将李红从窒息边缘拉回,更展现了吉大一院呼吸介入团队精湛的技术与多学科协作的强大实力。医者仁心,在毫厘之间与死神博弈,用精湛的技艺和坚守的信念,为每一位身处绝境的“李红”,撑起了一片可以自由呼吸的蓝天。

本报讯(记者华雪)“能把空气吸进肺里的感觉,真好!”近日,在吉林大学第一医院呼吸与危重症医学科的病房里,刚脱离危险的李红(化名)轻抚着颈部细细的创口,声音虽轻,却满是劫后余生的颤抖。谁能想到,一场突如其来的车祸、一次为保命紧急实施的气管切开术,竟让她陷入了长达数月的呼吸炼狱;而谷月教授带领的呼吸介入团队,仅凭一把硬质支气管镜,在毫厘之间精准操作,成功为她置入沙漏型硅酮支架,硬生生撑开了那道濒临关闭的“呼吸之门”。

故事的开头,是一声刺耳的撞击。数月前,李红遭遇严重车祸,颅脑及全身多发性损伤,生命垂危。在当时救治医院抢救室里,为了维持她的呼吸,医生紧急实施了气管切开术。一根导管穿过颈部,成为她与死神之间唯一的“生命线”。虽然生命奇迹般地保住了,但谁也没料到,这场“救命手术”竟会埋下致命的隐患。出院后,噩梦才真正开始。由于