



# 走出溺水误区 预防悲剧发生

在ICU，见过太多因溺水被送来的患者。有些人幸运地获救并康复，但更多的人留下了严重的脑损伤，甚至永远失去了生命。而这一切，往往在短短的几分钟内，发生在看似平静的水里。溺水，离我们并不遥远，尤其是在炎热的夏季。作为一名重症医学科医生，今天我想和大家聊聊溺水这个“沉默杀手”的真相、溺水急救的关键步骤，以及如何预防溺水悲剧发生。

## 一、破除误区：溺水远非你想的那样

误区一：溺水者会大声呼救和拼命挥手

真相（重症视角）：影视剧误导了我们！真实的溺水往往是无声和快速的。溺水者本能反应是挣扎着将口鼻露出水面来呼吸，无法呼救。溺水者的手臂通常是向下或向两侧拍打，试图将自己“推”起来，而不是向上挥手。溺水者看起来可能只是在“踩水”或头向后仰、嘴巴张开在水面，眼神空洞或紧闭。这个过程通常只

有20~60秒。在ICU接收的患者中，很多都是因为旁人未察觉其溺水而延误了救援。

误区二：只有不会游泳的人才会溺水

真相：会游泳的人同样面临风险！抽筋、疲劳、突发疾病（如癫痫、心脏病）、水流突变、低温、误入深水区、呛水恐慌等都可能溺水。而且，过度自信往往是危险的开始。

误区三：溺水后只要救上来咳出水就没事了

真相（重症视角）：这大错特错，即使当时看起来没事，也必须立即就医！“干性溺水”（喉痉挛窒息）和继发性溺水（呛入的水损伤肺组织，导致后续数小时甚至24~72小时内出现进行性呼吸衰竭）虽然发生率不高，但极其危险。肺部损伤、缺氧导致的脑损伤可能在后续才显现。在ICU，我们处理过不少起初似乎没事，几小时后却因严重呼吸窘迫或脑水肿被送来的病例。

误区四：倒挂控水来急救  
真相（重症视角）：这是非

常危险且无效的做法，应绝对禁止！倒挂控水不仅延误了心肺复苏的黄金时间，还可能导致胃内容物反流误吸，造成更严重的窒息和肺部感染（吸入性肺炎）。

## 二、溺水发生的致命机制：时间窗极短

水进入气道→刺激喉部痉挛→水进入肺部→破坏肺表面活性物质，肺泡塌陷，气体交换障碍→严重缺氧。

核心强调：大脑对缺氧极度敏感！常温下，心跳、呼吸停止4~6分钟，脑细胞开始发生不可逆损伤；超过10分钟，存活几率极低，即使存活，也有严重神经功能缺损，风险极高。

结论：溺水黄金救援时间只有4~6分钟，每一秒都关乎生死和预后质量。

## 三、生死时速：现场急救的黄金法则

1.原则：安全第一，快速呼救，尽早进行心肺复苏！

2.特别提醒：不要浪费时间控水！心肺复苏术本身就能帮助

排出部分气道液体。如果你是专业人员，可以只进行按压，持续有效的按压是维持大脑和心脏最低血流供应的关键，比人工呼吸更重要，尤其是在单人施救时。

## 四、重症视角：溺水后的漫长挑战

溺水患者送入ICU后面临的主要问题：1.严重缺氧性脑损伤：这是影响预后的最关键因素，可能导致昏迷、癫痫、认知功能障碍、运动障碍等。2.急性呼吸窘迫综合征：肺部严重损伤，需要呼吸机支持，甚至需要体外膜肺氧合（ECMO）。3.吸入性肺炎：继发感染风险高。4.多器官功能障碍：心脏、肾脏、肝脏等可能因缺氧、缺血受损。5.低体温：冷水溺水可能带来低体温，虽有一定保护作用，但也带来复温挑战和心律失常风险。

## 五、预防：最好的“急救”是在岸上

1.学习游泳并掌握基本的水中安全技能和自救知识。

2.永远不要独自游泳，尤

其儿童必须有成人全程、近距离、不分心（不玩手机）的监护。“一臂距离”是监护原则。

3.选择有救生员的正规游泳场所，下水前了解水域情况（深度、水流、潜在危险），避免在饮酒、服药后或身体不适时下水。

4.正确使用合格救生衣，进行水上活动时务必穿戴。

5.明确告知儿童不能靠近危险水域（池塘、河沟、水库等）。

在ICU，我们深切体会到，现场及时、有效的心肺复苏，是溺水者能活着到达医院，以及后续神经功能恢复好的决定性因素之一。它为后续的重症治疗赢得了宝贵的时间和机会。在ICU，我们竭尽全力与死神争夺生命；但面对溺水，我们最希望的是，永远不要在病床上看到因延误或错误急救而送来、本可避免悲剧的患者。生命只有一次，安全警钟长鸣，愿大家都能平安享受亲水之乐。

（柳州市人民医院重症医学科 陈国瑜）

# 渗出性多形性红斑的病因与防治

渗出性多形性红斑是一种急性、自限性、免疫介导性疾病，表现为皮肤或黏膜的特征性靶形皮损，可伴有口腔、生殖器和眼部黏膜的糜烂或水泡。那么，渗出性多形性红斑有些什么症状？又该如何治疗？

## 一、渗出性多形性红斑的病因

此病病因复杂，药物、慢性感染、食物及物理因素（如寒冷、日光、放射线等）均可引起。某些疾病，如风湿热、结缔组织病、恶性肿瘤等，也可出现多形性红斑样皮损。

## 二、渗出性多形性红斑的症状

渗出性多形性红斑可分为轻症和重症。轻症一般无黏膜受累，或仅有轻度黏膜病变而无全身症状。重症者存在重度黏膜病变，病情进展迅速，皮损为水肿性鲜红色或暗红色虹膜样红斑或瘀斑，常迅速扩大，相互融合，其上出现水泡、大疱或血疱，尼氏

征阳性，皮损可突然泛发全身，可伴有发热、关节痛等系统性症状，内脏器官受损严重，可并发坏死性胰腺炎、肝肾功能损害，也可继发感染引起血流感染、脓毒症而导致死亡，病死率可达15%~25%。

## 三、渗出性多形性红斑的发病机制

此病发病机制尚不清楚，但认为与多种因素相关，90%由感染引起，主要见于单纯疱疹病毒1型感染，偶见单纯疱疹病毒2型感染，其次为肺炎支原体感染，尤其在儿童患者中多见。少见病原如：其他疱疹类病毒（巨细胞病毒、EB病毒）、细小病毒B19、腺病毒、肠道病毒、丙肝病毒、沙门氏菌、结核分枝杆菌等。不到10%的渗出性多形性红斑由药物引起，主要由非甾体类抗炎药、抗癫痫药及抗生素引起。能引起渗出性多形性红斑的常见抗生素，有磺胺类、青霉素

类、大环内酯类、四环素类等。疫苗接种亦可引起渗出性多形性红斑，但较少见，如麻疹-流行性腮腺炎-风疹疫苗、天花、丙肝、流脑、肺炎链球菌、水痘、流感、流感嗜血杆菌疫苗。

自身免疫性疾病如炎症性肠病亦可引起渗出性多形性红斑。持续性或难治性多形性红斑可由恶性疾病如肾癌、胃癌、白血病及淋巴瘤引起，但十分罕见。

## 四、渗出性多形性红斑的临床表现

渗出性多形性红斑多累及儿童、青年女性，春秋季节易发病，病程呈自限性，但常复发。起病急，前驱症状可有发热、畏寒、头痛、四肢乏力、关节及肌肉酸痛。皮损呈多形性，可有红斑、斑丘疹、丘疹、水泡、大疱、紫癜和风团等，根据皮损形态不同分为红斑-丘疹型、水泡-大疱型及重症型。

1.皮肤损害：病初为粉红色或红色斑丘疹，部分伴烧灼感或痒感，3~5天后逐渐形成特征性的靶形红斑样皮损。部分皮损不典型者表现为边界不清、不规则、颜色深浅不一的红斑。皮损起初主要分布在四肢末端，尤其在肢体的伸侧面，呈向心性分布，躯干皮损较四肢少，手心、

足心也可累及。通常不留瘢痕，但可遗留色素沉着。

2.黏膜损害：约25%~60%的患者可出现单个或多个黏膜部位受累，其中70%为口腔黏膜受累，25%累及生殖器黏膜，17%存在眼部受累。黏膜损伤多表现为水肿、浅表溃疡、伪膜伴剧烈疼痛，常影响进食。眼部受累可导致视力受损。

## 五、渗出性多形性红斑的治疗方法

1.对症治疗。包括休息、补充营养，对不能经口进食者可给予静脉输液，保持内环境、水、电解质平衡。可酌情口服抗组胺药。

2.局部治疗。注意皮肤清洁、护理，黏膜修复。有渗出糜烂时可用生理盐水、康复新液湿敷，无糜烂处可外用炉甘石洗剂，局部破溃者可外用莫匹罗星、夫西地酸等预防感染。口腔黏膜损害可予碳酸氢钠加强口腔护理，眼部黏膜损害需积极进行眼部护理，防止眼睑粘连和失明。

3.病因治疗。对于考虑药物引起者，需停用可疑药物。对于考虑肺炎支原体感染引起者，可用阿奇霉素抗支原体感染治疗。对于考虑单纯疱疹病毒感染，口服阿昔洛韦可能可以减轻黏膜

受累的严重程度及持续时间，但没有证据表明抗病毒治疗可缩短病程。对于难治性、复发性或重症的渗出性多形性红斑，可给予全身性糖皮质激素、免疫抑制剂。

## 六、如何预防渗出性多形性红斑

1.预防感染：认真做好刷牙、漱口、洗鼻等个人卫生。

2.疫苗接种：在渗出性多形性红斑的治疗过程中，若需要使用激素，在激素使用过程中不适合进行疫苗接种，疾病缓解期可以考虑接种灭活疫苗。

3.皮肤护理：禁用碱性过强的肥皂清洁皮肤，宜用偏酸或中性肥皂；最好用温水洗脸，勿用各类化妆品；剪指甲切勿过短，防止损伤指甲周围皮肤；加强四肢皮肤保暖，禁用冷水，避免接触冰雪或暴露在低温下，防止雷诺现象发生。

4.注意运动：急性期建议卧床休息，注意保持良好的姿势和关节功能位置，避免剧烈运动。

5.注意饮食：进食优质蛋白、低脂肪、低糖、富含维生素的食物，避免食用鱼虾等易过敏食物。

（广州市妇女儿童医疗中心 柳州医院儿童过敏风湿免疫肾脏病区 曾晓玲）

推动健康知识普及 提高全民健康素养

健康科普

指导单位：柳州市卫生健康委员会 主办单位：柳州日报社  
稿件投递：2971813915@qq.com 电话：13977219936