



# 面对心脏骤停应该怎么做

2022年，一名年轻的研究生在球场上奔跑时突然倒下，再未醒来——心脏骤停这个无声的杀手，不分年龄、时间与地点，瞬间便能夺走一个鲜活的生命。

心脏骤停并非心脏病发作的简单同义词。心脏病发作多因血管堵塞、心肌缺血而疼痛如绞，患者通常意识尚存；而心脏骤停是心脏毫无征兆地骤然罢工，有效泵血瞬间停止，患者立刻倒地、意识全无、呼吸停止。

## 心脏骤停的致命机制

当心脏电活动陷入一片混乱风暴（如心室颤动）或完全沉寂（心脏停搏）时，血液循环随之崩溃。大脑缺氧超过6分钟，不可逆的损伤便已开始；超过10分钟，生存希望渺茫。

冰冷的数据显示：我国每年约有54.4万人经历院外心脏骤停，抢救成功率不足0.1%。

## 心脏骤停救援的4个步骤

心脏骤停的救援，是一场

刻不容缓的生命争夺战，其核心在于“早”——早识别、早呼救、早心肺复苏（CPR）、早除颤（AED）。

第一步：敏锐识别，抓住生机

判断意识：轻拍患者双肩，在耳边大声呼喊：“你怎么了？”全无反应者，危险系数高。

检查呼吸：观察患者胸腹部起伏状态，时间需5~10秒。无呼吸或仅有濒死叹息样呼吸（如同濒死的鱼在挣扎吸气），即是心脏骤停的明确警报。

第二步：紧急呼救，启动救援链

立即高喊：“快来人啊！有人晕倒了！”指定一人拨打120，务必清晰告知事发地点与患者状况。

指定另一人火速寻找最近的AED（自动体外除颤器），AED是逆转室颤的关键“神器”。

第三步：实施心肺复苏，徒手重启生命泵

正确按压位置：两乳头连

线中点（胸骨下半段）。

标准按压姿势：一手掌根紧贴定位点，另一手交叉重叠，十指相扣上翘，双臂与地面垂直，用整个上半身的力量向下压。

关键按压参数：

深度：成人至少5厘米，不超过6厘米（约半个手机高度）。

频率：每分钟100次至120次。

回弹：每次按压后让胸廓充分回弹，手不离胸。

持续：尽量减少中断，坚持按压直到专业救援人员赶来或患者恢复反应。

第四步：AED火速除颤，击碎死亡节律

AED送达后，立即开启电源。按图示贴好电极片（一片右上胸，一片左下胸外缘）。AED自动分析心律时，确保所有人不接触患者。

若建议除颤，再次确认无人接触患者后，按下闪烁的除颤按钮。除颤后不要等待，立刻恢复心肺复苏，AED会定期提示再次分析心律。

## 走出误区，勇敢施救

误区一：“我不是医生，不敢救。”

真相：旁观者实施心肺复苏可将患者生存率提升2-3倍！

误区二：“必须口对口进行人工呼吸。”

真相：单纯高质量胸外按压同样能救命，对未经培训者尤其推荐。若掌握技能，进行30次按压可配合2次人工呼吸。

误区三：“AED太复杂，我不会用。”

真相：AED专为公众设计，开机即可听语音指令，操作简单安全（仅对需除颤者放电）。

## 构筑生命之网，完善社会急救体系

AED的普及与地图化：呼吁在机场、地铁、商场、学校、社区广泛配置AED，并接入地图App（如微信、支付宝的“急救地图”功能），实现一键导航。

全民急救培训常态化：推

动急救课程进校园、进社区、进企业，让CPR+AED操作成为一项基本生活技能。

高效应急响应系统：推广120调度员电话指导CPR（MPDS系统），缩短急救反应时间。

识别心脏骤停、勇敢实施高质量CPR、熟练使用AED，这些不仅是技能，更是生命的火种。每一次有效按压，都是对死神的直接抵抗；每一次AED的及时启用，都可能重燃生命的火焰。从此刻开始，主动了解身边的AED位置，至少参与一次急救培训，将知识转化为守护的力量。

当无数个体汇聚成知晓急救知识、勇敢且能施救的群体，我们便共同编织了一张坚韧的“生命之网”。这张网，接住的不只是某个人的生命，更是整个社会对生命的敬意与担当。当心脏骤停的警报拉响时，愿我们都能挺身而出，为生命而战。

（柳州市人民医院急诊医学科 韦康）

# 肝占位的诊断与应对方法

王先生今年45岁，在一次常规体检的超声检查中，报告显示其肝右叶占位性病变。这个医学术语让他瞬间紧张起来——这是肿瘤吗？是良性的还是恶性的？需要立即治疗吗？事实上，随着医学影像技术的进步，肝占位的检出率越来越高。本文将系统解析肝占位的类型、影像特征、诊断流程和处理策略，帮助您科学认识这一常见问题。

肝占位性病变是指肝脏内存在局限性病变，通俗地说就是肝脏里长出“异常东西”，与周围正常肝实质形成对比。根据性质可分为良性占位和恶性占位，其中良性占位主要包括肝血管瘤、肝囊肿和肝腺瘤、局灶性结节性增生等；恶性占位主要包括肝细胞癌、胆管细胞癌以及肝转移瘤，最常见的是肝细胞癌。

## 如何诊断肝占位

有统计显示，约60%肝占位为体检时偶然发现，30%因相关症状就诊时检查发现，而10%在检查其他疾病时发现。体积较小的肝占位无明显症状，随着体积增大可能出现右上腹隐痛或不适，可伴有腹胀、食欲减退，压迫胆管，引起胆管梗阻时可有黄疸。若是恶性占位，患者体重会在短时间内下降。

肝占位通常需要影像学检查做出诊断，常规的影像学检查方法有B超、CT以及磁共振。

1. 由于无创、经济、可重复的优势，B超是肝占位的首选检查方法，可以初步判断占位性质，区分其囊实性。但B超所提供图像信息有限，若想获得更多的影像信息，得到更准确的诊断，就需要进一步做CT及

磁共振检查。

2. 常规的CT平扫可多平面显示肝占位位置大小、形态边缘及密度。由于不同的肝占位具有不同的血流动力学特征，增强CT可以很好地观察这些特征。此外能谱CT对于难以定性的肿瘤能够提供更多组织特性的信息。

3. 磁共振成像（MRI）有着软组织分辨率高、无辐射的优势，除了常规扫描，还能提供DWI、动态增强等特殊序列，对肝占位的鉴别诊断有较大价值。此外，对于CT难以确诊的肝细胞癌，MRI还可以通过注射肝特异性对比剂提高诊断准确性。

4. 除了影像学检查，实验室检查也能给医生提供临床信息辅助诊断。如肝功能检查能评估肝脏储备功能；不同的恶性肿瘤其相应的肿瘤标志物有不同程度升高，如肝细胞癌表现为AFP升高，胆管细胞癌表现为CA199升高，胃肠道肿瘤转移表现为CEA升高等。由于乙肝及丙肝病毒感染是肝癌的癌前病变，所以也会检查这些肝炎的病毒标志物。

5. 病理诊断是肝占位确诊

的金标准，常规需要通过穿刺活检。但肝占位选择穿刺应慎之又慎，如血管瘤含有丰富的血供，穿刺后易引起出血；恶性肿瘤（如肝癌）穿刺后可能导致肿瘤向穿刺路径蔓延。所以高度怀疑恶性的肝占位，临床上通常行手术切除后再进行活检。

## 如何应对肝占位

对于良性占位，多数患者要随访观察，有症状或并发症时才需治疗；如果确诊为恶性占位，需选择个体化治疗方案。

具体治疗方法主要包括手术治疗、介入治疗及药物治疗。肝切除术是早期肝癌的首选治疗方法；对于晚期肝功能衰竭者，有条件可进行肝移植；射频消融可用于小肝癌的根治性治疗。介入治疗是中晚期肝癌的主要治疗手段，常用的方法包括经动脉化疗栓塞和放射性栓塞，通过介入治疗缩小肿瘤体积后再行手术切除，是临床常用的治疗手段。对于药物治疗，除了基本的化疗方案，随着研究进展，靶向治疗和免疫治疗也开始普遍起来，因为对自身正常细胞损害小，

较常规化疗更受推崇。

不论良性还是恶性的肝占位，发现后仍需对患者进行监测与随访。良性占位6个月至12个月复查一次；恶性占位在治疗后的2年内，每3个月复查一次；对于高危人群，如乙肝、肝硬化患者，应每6个月进行随访，随访内容通常包括肝功能检查、肿瘤标志物、影像学检查等。

## 如何预防肝占位

良性占位往往不影响生活质量，但恶性占位仍需做好预防，尤以肝癌为甚。平时应接种乙肝疫苗，预防乙肝病毒感染，确诊慢性肝炎、肝硬化的患者需定期随访，规范治疗肝病，避免滥用药物，减轻肝脏负担。平时养成健康的生活方式，限酒、控制体重、避免食用霉变食物。

肝占位的诊断需要结合临床表现、影像学特征和实验室检查进行综合判断。发现肝占位不必过度恐慌，但也不能掉以轻心，建议携带完整检查资料到肝胆外科或肿瘤科就诊，由专业医生制订个体化诊疗方案。

（柳州市工人医院 钟炜）

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