

走出热射病防治误区

■项楚涵 本报记者 李伟欣

健康话题

热射病指机体长时间暴露于热环境或进行高强度运动时,引起产热与散热失衡、体内热量过度积蓄,从而导致核心体温不可控升高(一般高于40℃)、中枢神经系统异常、严重凝血功能障碍、多器官功能障碍等危及生命的急性热致疾病。

科学认识热射病、了解热射病的现场急救流程,有助于提高热射病的预防和救治质量。本期,我们邀请全军热射病防治专家组组长宋青教授针对热射病现场救治误区进行解读,帮助战友们科学防治热射病。

误区一:只要身体素质好,就不会发生热射病。热射病的发生与多种因素有关,不能仅以身体素质来评估热射病的发病可能。

热射病的危险因素包括个体、环境和组织3个方面。个体因素包括既往疾病、前期用药、运动量过大、睡眠时间不足、脱水、超重或肥胖、热习服不足、穿衣过多等。环境因素包括高温或高湿环境、太阳直接照射等。组织因素包括作业过重且休息周期不足、作业时间选择不当、精神压力过大等。

建议官兵训练前注意自查,尽量避免可能引发热射病的风险因素(如睡眠不足、生病等)。组训者在高温高湿天气组织训练时,应做好热射病防范工作,如通过水雾降温、前臂浸泡降温等方法进行预防,还可以在训练场配备降温水浴盆、雾化扇风机等降温器材,并及时督促官兵补水补盐。

误区二:体温小于40℃说明不是热射病。有的战友误认为,体温高于40℃才是热射病。核心体温快速升高超过40℃,是评估热射病病情严重程度的重要指标,但不是热射病诊断的必须标准。核心体温是人体内部的器官温度,可使用直肠温度计进行测量。如果无条件测量直肠温度,可将测量的体温换算成直肠温度。日常所测的腋温、前额温、手腕温等体表温度(人体表面温度),通常比直肠温度低0.8℃~1℃。而且,受气温、风速、湿度等周围环境的影响,温差可能会更大。

如果在高温环境下训练或进行高强度体力活动时,出现高热症状,并伴中枢神经系统异常,首先考虑热射病,应立即进行现场急救。

误区三:没有意识不清不是热射病。意识不清是热射病发病的典型表现之一,但不是唯一表现。热射病引发的中枢神经系统异常,从轻度到重可以表现为头晕、疲劳、做出非理性行为、短暂失忆、情绪激动不受控制、癫痫发作、昏迷。如果训练过程中出现热射病的相关表现,应及时进行现场急救。

有的热射病患者在训练停止或短暂降温后,会出现间歇清醒,即语言表达能力、运动能力、感知能力等短暂



恢复正常。但此时患者依然处于危险状态,绝不可因暂时好转放松警惕并延迟治疗。

误区四:轻度中暑不会有危险。有的战友认为轻度中暑不严重,出现热射病预警信号(烫、晃、晕、乱)后不重视,甚至继续参加训练,这是十分危险的。

急性热致疾病是由于热环境或高强度体力活动而出现的一系列疾病,会持续进展,可分为轻度热致疾病(中暑)、中度热致疾病(热衰竭)和重度热致疾病(热射病)。如果发生中暑后不及时处理,随着体内热量蓄积,可进展为危及生命的热射病。因此,一旦发生中暑,应及时予以有效降温,不可在2小时内恢复训练,并尽快联系有救治经验的卫生人员处理。如情况逐步加重,应联系热射病防治专家及有救治能力的医院。

误区五:发生热射病后把体温降下来就行,和降温速度无关。快速有效降温是热射病现场处置的关键,可以避免中枢神经系统、肝脏等器官受损。在热射病的现场急救中,30分钟内把热射病患者的核心体温降到39℃以下,可以降低死亡率;若患者体温每分钟下降速度超过0.15℃(即10分钟下降1.5℃),可以最大限度提高患者的生存率。但如果患者被送到急诊时,肛温仍然高于40.5℃,死亡率会明显增加。因此,一旦发生热射病,应第一时间进行有效降温。

误区六:发生热射病后可以只用冰块冰敷降温,不需要进行冷水浸泡降温。冷水浸泡可以有效降低核心体温,是热射病患者降温的首选方法。冷水浸泡是将患者颈部以下完全浸泡在

2℃~20℃的冷水中,确保身体最大限度接触冷水。当怀疑患者发生热射病时,应立即让患者停止活动,移至阴凉通风处并脱衣,然后立即把患者浸泡在冷水里。官兵进行夏季训练时,可在训练场所配备冷水浸泡设备。如果没有冷水浸泡设备,也可因地制宜应用洗手槽、小溪、油布等设备进行冷水浸泡降温,或用凉凉床单加碎冰块包裹全身降温。

误区七:发生热射病后只需要降温,不需要补水补盐。一旦发生热射病,除有效降温外,还要及时补水补盐,否则不能改善低血容量休克、电解质紊乱、高温不降等情况。

补水补盐时,可根据患者意识状态选择不同的方式。如患者清醒,可口服补水补盐,建议每小时两袋(500ml/袋)。如意识不清,出现抽搐、躁动症状或使用了镇静药物,要建立两条静脉通路输入生理盐水。建议发病后第1小时生理盐水的输注量为3~4袋(500ml/袋)。如果存在低血压的情况,应立即输注0.5~1袋(500ml/袋)。需要注意的是,补液量应依据患者的心率、血压、尿量、出汗量等进行调整,如心率快、血压低、无尿少尿、出汗量大,可视情增加补液量。

误区八:发生热射病后应立即送医,不需要进行现场降温。热射病治疗应遵循“降温第一、转运第二”的原则。如果未达到降温目标而盲目选择后送,会错失最佳治疗时机。一旦发生热射病,应第一时间进行有效降温,并测量核心体温(建议每10分钟测量1次),争取在30分钟内使核心体温降到39℃以下。若超过30分钟,核心体温仍未降到39℃以

下,建议边降温边转运。若没有条件实施有效降温,需在发病后的5分钟内就近转运到具备降温条件的医疗机构。

误区九:热射病患者上了救护车后不需要再降温。有的人认为持续降温会对患者的身体造成损害,患者上了救护车后可以停止降温。其实,热射病患者体温下降后还有再次上升的可能,如果停止降温,患者的病情可能会再次加重。因此,转运途中不可停止对患者的降温措施,应在核心体温监测下持续进行降温,直至送到医院。转运途中可选择调低空调温度、降低患者体温(如用凉凉床单加碎冰块包裹全身、降温毯、冷水擦拭、扇风等方式)、补液等手段进行降温。

误区十:发生热射病后不需要监测生命体征。有的人认为热射病是体温升高导致的疾病,只需要关注体温变化,不用进行生命体征监测。事实上,热射病患者除体温升高外,还可能出现心跳骤停、血压测不出、呕吐后误吸等需要紧急处置的情况。因此,在热射病患者入院前,应持续监测核心体温、意识状态、心率、血压、呼吸、血氧饱和度及大小便情况等生命体征,否则可能会出现识别延误、分诊错误,把应收入重症监护室的重症患者分诊到其他科室,导致血液透析等治疗手段应用不及时,从而产生严重后果。监测过程中,建议依据上述生理指标建立表格、规范记录,以明确患者的病情变化,并依此给予相应的治疗措施。同时,及时与热射病防治专家组联系,便于调整紧急治疗方案。

节气与健康

夏至以后,天气炎热、雨水较多,人们易受暑邪、湿邪侵犯。因此,夏至时节应顺应季节气候的变化,做好防暑祛湿工作,避免引发疾病。

暑易耗气伤津。夏至之后,天气持续高温,若长时间在高温环境下活动,较容易出现脱水、中暑的情况。建议大家高温天气时尽量减少户外活动,避免因剧烈运动或出汗过多而损耗心气。天气炎热时,可借助自然风、风扇、空调等降温。

防暑同时要避免贪凉。中医认为,夏季为了散热,人的皮肤毛孔开泄,易感受风寒、风湿及湿邪之邪。如果夏季过度贪凉,如空调温度调得过低或长时间待在空调房中,易使寒气凝滞于身体里,导致身体气血运行受阻,较容易出现头痛、鼻塞、肌肉酸痛、腹痛腹泻等症状。因此,建议大家夏季合理使用空调和电扇。空调温度不要过低,最好保持在26℃左右,防止室内外温差过大;不要长时间对着空调口直吹,尤其是颈部、腰部、腹部、关节等易受寒邪侵袭的部位;使用空调时定期通风换气,建议每2~3个小时打开门窗换气1次,保持室内空气流动;大汗淋漓时不要立刻进入空调房间;不要长时间待在空调房中,晚上睡觉时及时关闭空调和风扇,同时注意腹部保暖,以免寒气入侵。

夏季空气湿度增加,若过度贪凉,汗液不能顺利排出,就会使湿气积聚在体内。脾喜燥恶湿。如果体内湿气过重,会影响脾胃健康,出现全身乏力、肢体困重、胸闷腹胀、食欲减退、腹泻、舌苔厚腻等表现。进食过于生冷的食物,会加重湿气。因此,夏季防湿需从日常饮食做起。建议大家夏季饮食以清淡、爽口、易消化为主,少食寒凉冰冷之物,多食具有祛暑益气、滋阴润肺、健脾利湿作用的食物,如山药、银耳、赤小豆、薏仁米、扁豆、冬瓜等。此外,一些当季水果有润肺生津的功效,也可适当食用。

中医认为芳香类的药物具有化解体内湿气的功效。平时的饮食中,还可适当添加一些辛香之品,如紫苏、花椒、陈皮、香菜、生姜等,以化解体内湿气,调节胃肠功能。

需要注意的是,即使是健脾利湿的食物,也不能过量食用,防止对身体

夏至已至, 防暑避湿是关键

造成不良影响。如大枣有健脾养胃、调中补土之效,但含糖量较高,糖尿病患者不宜过多食用;绿豆、冬瓜皮等,性味较寒凉,脾胃有寒的人(常表现为胃脘部冷痛、大便溏薄、爱喝热水,且喝水后能缓解症状)不适宜食用。

虽然夏季人们容易受湿邪影响,但每个人体质不同。如果体内无湿阻却大量食用利水渗湿的食物和药物,也会影响身体健康。因此,建议大家夏季根据自身情况合理饮食,适量食用各种食物,不要过度。



正确认识心脏瓣膜反流

■唐绪刚

健康讲座

心脏彩超是常见的心脏健康检查项目之一。有的战友进行心脏彩超检查后,检查报告提示存在心脏瓣膜(二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣、肺动脉瓣)反流,以为是得了心脏病,十分担心。在此,笔者总结了心脏瓣膜反流的相关知识,帮助大家科学认识和防治心脏瓣膜反流。

我们的心脏就像建在一起的四间“房子”,包括左心房、左心室、右心房、右心室。心脏瓣膜像修在“房子”之间的“门”,包括二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣和肺动脉瓣。其中,二尖瓣为左心房和左心室之间的瓣膜,三尖瓣为右心房和右心室之间的瓣膜,主动脉瓣为左心室和主动脉之间的瓣膜,肺动脉瓣为右心室和肺动脉之间的瓣膜。这些“门”只能朝一个方向开闭,以保证血液顺着一个方向流动。如果心脏内的这些“门”关闭不严,心脏收缩时血液会发生倒流,就形成了心脏瓣膜反流。

心脏瓣膜反流分为病理性反流和生理性反流两种情况。病理性反流指组织、器官发生了不正常的改变,也就是

“门”坏了导致的关闭不严。瓣膜本身出现病变,瓣环(固定瓣膜的软组织,呈环形)扩大了,牵拉瓣膜的乳头肌、腱索变长甚至断裂,都可能使瓣膜关闭不严,进而出现反流。

瓣膜本身出现病变相当于心脏瓣膜这扇“门”坏了。反复细菌(主要是A族乙型溶血性链球菌)感染,慢性炎症引起心脏瓣膜增厚、变硬、缩短、变形等,都可能使瓣膜发生病变。

瓣环扩大了相当于“门框”坏了。如果心脏本身扩大了(如发生扩张型心肌病、缺血性心肌病等)或动脉增宽,瓣环就会扩大,但瓣膜还是原来的大小。这就意味着“门框”变大了,“门”却没有变大,“门”自然就会关闭不严。

牵拉瓣膜的乳头肌、腱索变长甚至断裂相当于“门轴”“合页”“弹簧”等零件坏了。正常情况下,瓣膜开放、关闭时,都有心脏乳头肌(心室内形似锥体状的肌束)通过腱索牵拉着,使瓣膜正好关到合适的位置。如果牵拉瓣膜的乳头肌、腱索变长甚至断裂,那失去牵拉的瓣膜就会失去控制,这扇“门”就关闭不严了。

生理性反流指机体正常的功能变化,不存在组织、器官的病理性改变。有的心脏瓣膜在关闭时不会绝对严

合缝,会导致轻微反流。这种情况是正常的,一般不会产生明显不适,多发生于二尖瓣、三尖瓣、肺动脉瓣。

有的战友驻守高原时,会发生三尖瓣轻度反流的情况,但其三尖瓣瓣膜、瓣环、乳头肌、腱索等组织都是正常的。这主要是右心室压力升高所致。正常情况下,右心房的血液流入右心室,再从右心室流入肺。高原缺氧环境会使肺部血管收缩变细,导致右心室流入肺部的血液流动阻力增加。这种阻力在右心室逐渐累积,达到一定程度后便推动血液跨过三尖瓣反流回右心房。从高原返回平原后,高原缺氧刺激消失,肺部血管不再收缩变细,血液流动恢复正常,三尖瓣反流就会自动消失。

生理性的心脏瓣膜反流一般在轻度以内,病理性的心脏瓣膜反流一般在轻度以上,并伴有心脏本身结构形态及功能的异常。如果心脏瓣膜少量反流,不影响心脏工作、不影响心脏对全身组织器官的血流灌注,绝大多数是生理性的,不需要进行干预,定期(半年至一年)复查心脏彩超即可。如果心脏瓣膜反流程度超过轻度,达到中度甚至重度,就要进行专科检查,以明确原因,对症治疗。



巡诊到海岛

近日,联勤保障部队第967医院海岛医疗队开展医疗巡诊活动,为驻海岛官兵送医送药,进行健康宣教。图为医疗队员为官兵检查。

曹永政摄