

ST 段抬高就一定是心梗吗?

博白县人民医院 何春玲

心电图是心血管疾病筛查、诊断的核心基础检查,ST 段异常抬高是报告中最常引发患者恐慌的结果之一,很多人第一反应就是得了急性心梗,甚至自行盲目服药、过度焦虑。实际上,ST 段抬高的诱因非常多元,准确区分生理性、良性病变和致命性急症,是避免恐慌、及时处置风险的关键。大家无需一看到结果就过度紧张,也不能轻视放任,要科学应对。

一、升高机制:心电信号的“异常波动”诱因多元

ST 段反映的是心肌除极完成至复极早期的电位状态,但凡能影响心肌细胞电活动、复极过程的因素,都可能导致 ST 段抬高,并非只有心梗引发的心肌坏死才会出现这类改变。这类异常的临床风险跨度极大,从完全无需处理的生理差异,到可短时间内致死的危重症都可能出现,这种异常部分是生理性的良性波动,无需特殊干预,部分是病理因素导致,需针对性处理,明确机制才能避免不必要的焦虑。

二、核心表现:不同诱因的“特征信号”差异明显

致命性病理改变最需警惕:以急性心梗为代表,ST 段多呈弓背向上型抬高,同时伴随持续压榨性胸痛、大汗、濒死感,休息或含服硝酸甘油无法缓解;普通病理性抬高次之,可见于心包炎、心肌炎、变异型心绞痛、肺栓塞、电解质紊乱(如高钾血症)、陈旧性心梗合并室壁瘤等疾病,多伴随发热、胸痛随呼吸加重、呼吸困难等不同症状;良性生理性抬高也很常见,即早期复极综合征,多见于健康年轻人,ST 段多呈凹面向上形态、抬高幅度小、长期随访无变化,没有任何不适症状,不会影响健康。

三、高危人群表现:警惕隐匿的“致命预警”

不同人群 ST 段抬高的风险等级差异明显。有高血压、高血脂、糖尿病、长期吸烟、冠心病家族史,以及长期作息紊乱、短期内有过度劳累、大量烟酒史的中青年人,ST 段抬高伴胸痛时心梗风险最高;老年人群、合并长期糖尿病的患者痛觉不敏感,心梗发作时可能没有明显胸痛,仅表现为乏力、

牙痛、上腹痛,极易被误认为普通不适延误救治;本身有结构性心脏病、免疫疾病的患者,ST 段抬高同时伴随下肢水肿、夜间呼吸困难,要警惕心肌炎、心包炎快速进展的风险。

四、初步鉴别:普通人可对照的自查要点

拿到异常报告可先通过 3 个核心要点初步评估:首先看既往史,之前体检心电图有没有长期存在的同款 ST 段抬高,还是首次发现异常;其次看症状,有没有持续 15 分钟以上不能缓解的胸痛、胸闷、大汗,还是完全没有不适;最后看发作诱因,异常是出现在剧烈运动、熬夜后,还是静息状态下无诱因出现。要注意自查仅能做初步提示,不能代替专业诊断。一旦是首次发现、伴随不适,尤其本身有基础病的人群,要及时到心血管科就诊,通过心肌酶、肌钙蛋白、心脏超声三项常规检查就能初步排查绝大多数急症风险,怀疑心梗时还需额外完善冠脉相关检查,避免延误病情。

五、规范干预:不同情况的处置原则

发现 ST 段抬高要先明确诱因再处置,切勿自行盲目用药。如果是长期存在、无任何不适的良性早期复极,无需特殊治疗,每年常规随访心电图即可;如果是心包炎、心肌炎等非心梗类病理因素导致的抬高,遵医嘱针对性抗炎、营养心肌治疗就能好转;如果高度怀疑急性心梗,要立刻停止活动、平卧休息,第一时间呼叫 120 急救,符合指征的要尽快通过溶栓或介入手术开通血管,绝对不要自行步行就医、拖延时间,也不要擅自大量反复含服硝酸甘油,避免血压骤降加重病情。有冠心病基础病的人群日常要规律服药,每 3-6 个月复查心电图,不要自行减停药物,避免诱发急性心血管事件。

结语:ST 段抬高并不等同于心梗,绝大多数良性抬高、非急症类抬高预后都很好。只要准确区分诱因,出现可疑急症信号第一时间就诊,配合医生完善检查、规范处理,既能避免不必要的焦虑,也能最大程度保障心血管安全。建议高危人群每年至少进行一次心脏评估,保持健康生活方式,戒烟限酒,控制体重,从源头降低心血管风险,守护心脏健康。

老年人头晕是脑血管问题还是药物副作用

普县中医医院 胡伟

家里老人说头晕,第一反应往往是“会不会脑梗了”,于是便会紧张地匆匆前往医院。待抵达医院进行一系列检查后,发现血管并没有严重问题,反倒发现每天吃的好几种药都可能让人犯晕。老年人头晕这一情况,背后的原因往往并非单一的,血管因素与药物因素如同两根缠绕在一起的绳子,需要梳理清楚,才能够依据具体症状进行有效治疗。

一、脑血管这根弦确实容易松

老年人的血管经过几十年的磨损,动脉粥样硬化使得血管壁逐渐变硬变窄,脑部供血难以满足需求,故而引发头晕症状。后循环缺血现象在老年人当中比较常见,表现为后脑勺发沉、转身时眼前发黑、走路不稳如同踩在棉花上,这些症状常常意味着椎基底动脉供血不足。更危险的信号是头晕突然发作,还伴有说话含糊不清或者一侧肢体麻木,这有可能是短暂性脑缺血发作,若不重视,再往前一步就是脑卒中。脑血管问题导致的头晕有一个特性,与体位联系紧密,躺下时症状会减轻,站立时症状会加重,这是因为重力作用使原本供应不足的血流更向下行。

二、药罐子里藏着头晕的“隐形推手”

老年人群中患有慢性疾病的情况比较普遍,常常需要同时服用多种药物,高血压药、降糖药、助眠药、抗抑郁药等。在这种多种药物同时服用的情况下,它们之间相互产生不良反应的可能性较大。例如,降压药若将血压降得过低,会使大脑供血不足,就如同大脑“喝不到水”一样,进而引发头晕症状,这其实是身体发出的一种警示信号。利尿剂会促使体内的钾和钠排出体外,一旦电解质紊乱,神经信号的传导就会出现差错,导致人感觉身体发飘。部分助眠药与抗抑郁药能抑制中枢神经,使人在白天时呈现出昏昏沉沉的状态,走路也会摇摇晃晃,而且在停药之后,头晕的症状反而会更加明显,这是因为身体已经适应了药物的抑制。另外,还有一种容易被忽视的情形,在新添加了某种药物之后才开始出现头晕症状,通过梳理时间线,基本上就能够确定引发头晕的“嫌疑药物”。

三、身体本身的“内部环境”也在拖后腿

除了血管、药物之外,老年人内耳前庭功能发生退化也是引发头晕的一个重要因素。良性阵发性位置性眩晕,实际上就是耳朵内部的“小石头”出现了错位现象,当老人一躺下或者一翻身的时候,就会感觉到天旋地转,这与脑血管方面并没有关联。贫血、低血糖、甲状腺功能异常等这些全身性问题同样能够造成头晕现象的出现,并且这些病症在老年人群中也是格外常见的。老年人颈椎功能发生退行性改变,出现颈椎增生、变形、退化等问题。颈椎增生会压迫周围神经和颈动脉,导致血管供血减少,大脑供血不足,引起头晕。只有将这些可能性逐一进行排除,才能够逐渐靠近事情的真相。

四、别自己猜,把药单和症状摊开给医生看

想要判断头晕的根源,单纯依靠猜测是毫无用处的。将当下正在服用的所有药物罗列出来,包括保健品,一并交给医生,让医生逐一审查是否有需要进行调整的情况。血压和心率在站立、躺下时都要各测量一次,将测量结果进行对比,查看是否存在体位性低血压。该做头颅磁共振、颈动脉超声、前庭功能检查的别省,因为前庭功能检查能够协助人们分辨清楚导致头晕的原因是出自耳朵方面还是脑子方面。要是怀疑头晕是由药物所引发的,那么在医生的指导下,逐渐减少药物剂量或者更换药物,千万别自己一子就把药停掉,否则出现的反弹效应可能会让人更加难受。

老年人头晕属于身体发出的一种复合信号,血管、药物、内耳、代谢等多种因素交织在一起,任何一个因素都不容忽视。弄清楚引发头晕的源头要急于吃药更重要,只有找到原因才能真正把晕劲儿按下去。

“久咳不愈”怎么办?先找准这五个元凶

四川省叙县人民医院 张永杰

咳嗽属于人体保护性反射,能够清除气道中的异物与分泌物。倘若咳嗽迁延三周以上、经久不消,原本的防御机制便会成为困扰:持续刺激咽喉、破坏睡眠质量,还易诱发滥用抗生素、过度焦虑等一系列问题。

对待慢性咳嗽,切忌盲目镇咳。此举如同遮蔽火警警报,却无视潜藏的火源。呼吸科临床普遍认为,慢性咳嗽并非独立疾病,病因错综复杂,需要抽丝剥茧逐一甄别。下文将解析久咳背后五大高发诱因,指引大家精准应对,避免在止咳药物与抗菌药之间徒劳尝试。

首位的头号嫌疑犯——上气道咳嗽综合征

上气道咳嗽综合征,也常被称为鼻后滴漏综合征。简单来说,是你的鼻腔或鼻窦在慢性炎症刺激下,分泌过多黏液,这些黏液倒流至咽喉部,如同羽毛般不断搔刮咳嗽感受器。患者常感觉喉咙后方有异物感,总想清嗓子,尤其在晨起或躺下时加重。许多人有鼻炎、鼻窦炎病史,却从未将咳嗽与之关联。解决这一问题的关键不在于止咳,而在于治鼻,使用生理盐水洗鼻、鼻用糖皮质激素喷雾,或针对过敏原进行控制,当鼻腔恢复通畅清爽,那股“倒流的瀑布”被截断,咳嗽自然会显著缓解。

第二大元凶——咳嗽变异性哮喘

它很狡猾,因为它几乎没有传统哮喘的胸闷气喘,唯一的表现就是顽固性干咳,尤其在夜间、凌晨或接触冷空气、烟雾、香水等刺激物后发作。它的本质是气道存在一种非特异性的高反应性,像一根过度敏感的琴弦,轻轻一碰就震颤不止。如果你做了胸片正常,抗生素无效,而止咳药只能暂时安抚,那就要高度警惕这一可能。确诊通常需要做肺功能检查,治疗上也不同于普通感染,核心是吸入性糖皮质激素或联合支气管舒张剂,以降低气道敏感度,而非依赖强力镇咳药。

第三位常被低估的角色——胃食管反流病

许多患者难以理解,胃里的酸水怎么会引发咳嗽?实际上,食管和胃管在解剖上毗邻而居,共同受迷走神经支配。当胃内容物反流至食管上段,甚至微量误吸入喉部,酸雾会直接刺激气道黏膜,

触发咳嗽反射,同时又通过神经反射让气管收缩。这类咳嗽多发生在餐后、平卧或弯腰时,常伴有烧心、反酸或口苦,相当一部分人仅为咳嗽,无消化道症状,即“无声反流”。调整生活方式是治疗基础,必要时需遵医嘱使用抑酸药和促胃动力药,切断这个“胃-气管环路”才是治本之策。

第四大元凶——嗜酸粒细胞性支气管炎

这是一种气道内嗜酸粒细胞异常增多的炎症状态,其表现几乎和咳嗽变异性哮喘一模一样,也是干咳为主,但肺功能检查却是正常的,气道反应性也不高。它的诊断依赖诱导痰细胞学检查,治疗上对吸入性糖皮质激素反应良好。之所以要把它单列出来,是因为它容易被误诊为普通支气管炎,从而反复使用抗生素,徒劳无功。因此,当咳嗽顽固且常规抗感染无效时,医生会评估是否需要做这项特殊检查,以精准区分这对“孪生兄弟”。

最后一个容易被忽视但临床上日渐增多的因素——药物性咳嗽

尤其指向一类常用的降压药——血管紧张素转换酶抑制剂,如依那普利、贝那普利等。这类药物会引发缓激肽在气道内积聚,直接刺激咳嗽中枢,发生率为 10%~20%。咳嗽特点是干咳无痰,多在服药后数周至数月出现,停药后 1~4 周逐渐消失。服用此类降压药出现慢性咳嗽,需和心内科医生沟通更换降压药,不可擅自停药或加用止咳药,那既无效又危险。

面对久咳不愈,我们最需要做的不是四处寻找“止咳神药”,而是像侦探一样,顺着线索寻找真正的病因。这五个元凶可能单独作案,也可能联手出击,比如鼻后滴漏合并胃食管反流,或哮喘合并嗜酸粒细胞炎。因此,就医时请详细记录咳嗽的时段、诱因、伴随症状及用药史,这对医生鉴别诊断至关重要。

总之,咳嗽是身体发出的求救信号,耐心倾听它、溯源它,远比粗暴压制它更接近康复的本质。如果你的咳嗽超过八周,建议前往呼吸专科,必要时联合耳鼻喉科、消化科共同诊治。找准元凶,对症下药,那恼人的咳嗽,终会还你一片清静的呼吸。