

## 医·前沿

### 微山县人民医院院前院内急救再提速

# 构建全天候县域高效“生命链”

■本报通讯员 焦裕如 相建宇

一位患者因“突发胸闷、胸痛伴大汗1小时”到微山县留庄镇卫生院胸痛门诊就诊,值班医生立即给患者做心电图,并上传至微山县人民医院心电图诊断中心,心电图室医生判读为“急性下壁心肌梗死”,同时,微山县人民医院心内科会诊医师线上指导急救,决定通过急救点的“120”转入县人民医院胸痛中心救治。生命至上,分秒必争。县人民医院院前急救系统与院内绿色通道立即同步启动,胸痛中心介入团队20分钟集结完毕,在导管室等候。急诊绿色通道证实,患者是因右冠脉闭塞而引起急性下壁心肌梗死,专家们马上进行手术开通血管,堵塞血管恢复畅通,患者症状得到有效缓解,转危为安。

这是微山县人民医院院前、院内一体成功紧急救治众多案例的一个缩影。该院倾力打造集远程心电一张网、“120”急救点、胸痛中心三位一体的院前院内急救体系,真正实现了院前急救与院内抢救的“无缝隙”“零时差”衔接。

### 24小时精准远程判读“心电一张网”极速救治

微山县人民医院心电远程会诊中心提供24小时实时、高效、精准的心电判读,并指导开展危重症患者救治,把患者和基层医疗机构、县医院紧密连接在一起,让数据多跑路、患者少跑腿。

自2023年微山县人民医院“心电一张网”建设以来,向基层医疗机构免费发放50台远程心电设备,无偿诊断心电图3万余份,筛查出心肌梗死、严重心律失常患者千余人,大幅缩短了急性心梗、恶性心律失常患者的救治时间,提高了救治率。“心电一张网”共覆盖50个乡镇卫生院及卫生室,远程心电会诊系统共诊断病例2万余例,其中危重例2000余例,包含急性心肌梗死400余例,搭建起区域“救命”高速平台。

### 快速转运分秒必争 合理布局“120”急救点

微山县湖域面积大,南北狭长100多公里,各乡镇驻地分散。特殊的地理特征,空

间分布,决定了湖区群众看病就医难免“舟车劳顿”,十分不便。

微山县卫生健康局以微山县人民医院为“龙头”,不断推进“县域医共体”建设。2022年1月,在湖西设置“120”急救点,将院前急救前置,首站在张楼镇卫生院,结束湖西常年不通“120”的历史,并陆续在韩庄镇、昭阳街道、留庄镇设置4个急救点,打造“城市15分钟急救黄金圈”,弥补急救“盲点”。

此外,微山县人民医院依托县域急救资源优势,创新改造湖上“120”急救艇,配备了除颤仪、心电监护仪、应急供氧器等急救设备,建立起水陆医疗急救联动处置的新模式,满足微山湖周边区域突发疾病快速处置需求,进一步提升湖上应急救援和转运能力。

### 专业会诊快速启动 设立胸痛中心、胸痛救治单元

微山县人民医院胸痛中心是通过整合急诊科院前、院内急救、心内科、介入医学科、心电图室、“120”、重症医学科、影像中心、医共体成员单位等资源组建的急性胸痛救治团队。胸痛中心不断完善胸痛急症的“绿色通道”建设,并建立了胸痛救治微信群,基层医

院接诊病人后,将心电图等检查结果上传到微信群或者心电会诊平台,专家确定为心梗后,一键启动急救电话,介入小组、导管室提前做好术前准备,立即将患者转运至县人民医院,视紧急情况可以“双绕”至导管室直接开展手术,大幅缩短了救治时间,并且实施了“先救治、后收费”制度,挽救了大量急性心肌梗死患者的生命,获得了广泛好评。

自2019年通过胸痛中心认证以来,微山县人民医院历经4年多的不懈努力,通过在16个乡镇医院建设胸痛救治单元,胸痛患者识别和救治能力得到极大的提升,越来越多的急性心梗患者得到了及时救治,介入治疗时间不断提前。急性心梗患者的救治成功时间缩短至平均70分钟,最短为22分钟,充分发挥了胸痛中心的优势,为患者赢得了黄金救治时间。目前中心已全部独立开展急性心梗急诊介入手术,全面担负起微山县急性胸痛病人的救治工作,特别是急性心梗的规范化救治工作,步入了新的发展阶段。

与时间赛跑,争分夺秒;同死神较量,救死扶伤。微山县人民医院三位一体的院前、院内急救体系,让急性心梗患者得到快速及时的救治,争分夺秒挽回了一个个家庭的希望。

## 济宁市第一人民医院 急救知识进社区 生命守护在身边



## 科普园地

# 如何应对高血压

■济宁医学院附属医院 张程征

根据《中国居民营养与慢性病状况报告2020》《中国心血管健康与疾病报告2022》显示,我国成年人高血压患病率达27.5%,高血压患病人数约2.45亿,但高血压患者知晓率仅51.6%,约一半的高血压患者不知道自己身体内潜伏着一个“隐形杀手”。

### 1. 高血压诊断、达标标准

中国现行的高血压诊断标准是收缩压 $\geq 140$ mmHg或舒张压 $\geq 90$ mmHg,正常血压标准是收缩压 $\leq 120$ mmHg且舒张压 $\leq 80$ mmHg。中间10-20mmHg的空隙即灰色地带,一旦进入建议每3个月监测1次血压。不同年龄、有无并发症血压达标标准不同,无并发症65岁以下 $< 130/80$ mmHg,65岁至80岁首要目标 $< 150/90$ mmHg,终极目标 $< 140/90$ mmHg,80岁以上 $150/90$ mmHg即可。当高血压合并冠心病、糖尿病或肾脏病时,需严格控制在130/80mmHg以下。

### 2. 怎样测量血压?

推荐使用经国际标准认证的上臂式电子血压计在家中测量,可避免“白大衣高血压”。测前半小时不吸烟、饮酒或喝咖啡,至少休息5分钟,测量时坐位双脚放松保持安静,袖带在上臂与心脏处于同一水平,两臂取血压较高一侧。高血压患者每天测量2次,早晚各1次,分别是晨起排尿后早餐服药前,及晚餐后睡觉前。如血压波动较大,增至每天4次。

### 3. 血压高不难受,不吃药行吗?

许多患者存在这样误区:“我血压高但不难受,不耽误吃睡,不吃药是为避免药物依赖。”实际上,血压一旦超标,无论有无症状,对人体的伤害就已启动,不吃药相当于在通往器官损害的路上天天“裸奔”,不是降压药救了您,是您离不开药。有患者

服药却从不监测血压,实际远未达标。治疗不是以吃药为目的,血压达标预防并发症才是目的。失去早期有效防治时机,后果无异于温水煮青蛙,量变发展成质变为时已晚,是对自己和家人的不负责任。

### 4. 吃药后血压降到正常可以停药吗?

高血压是持续存在的病理生理状态,如果把血压比作漂浮在水面的葫芦,降压药就是按着葫芦的那只手,把葫芦摁到水平面下,但不能把葫芦拿走,手一松又会浮起来。所以说,高血压只能控制不能根治,需终生服药。

### 5. 降压药需要经常更换吗?

高血压服药是一成不变还是需要更换,这取决于用药后血压水平和身体反应。目前天气转暖,小动脉扩张,血压会有下降,这时需要减药避免低血压,而秋冬季节气温下降小动脉收缩,血压会不同程度升高,需要增加药物剂量或联合用药。另一种情况是,对药物副作用不能耐受,如使用普利类药物导致常见的干咳,这时需调整用药。以上情况,建议咨询专科医师,不建议自行调药。

### 6. 收缩压高、舒张压低怎么办?

单纯收缩期高血压在老年患者中很常见,舒张压低,甚至脉压差 $> 100$ mmHg。年龄越大脉压差越大,这是大动脉粥样硬化的结果,是机体老化不可逆的生理现象。没有一种降压药能做到只降收缩压不降舒张压,只能尽量兼顾二者平衡,选用长效温和药物如氨氯地平、非洛地平缓释片等,不能只降收缩压而不顾舒张压,这样会影响心脑血管供血。

### 7. 限盐、补钾对高血压的影响

世界卫生组织建议成人每日摄入钠盐应少于5g,摄入钾至少3.5g。科学研究已证实高钠饮食与高血压直接相关。鲁西南地区偏咸偏重口味的饮食习

惯,让不少人每天摄入的钠盐量要比人体需要的高出十几倍。为限制钠盐摄入,近年来开始提倡低钠盐,是将25%左右的氯化钠替换成氯化钾,不仅减少了钠的摄入,加入的钾离子还带来促钠排泄、降收缩压、降低心血管事件的好处。不过,高钾饮食并非人人适用,心衰或肾功能不全病人肾排钾功能减退,易发生高钾血症甚至威胁生命。但对大多数肾功能健全的人,不会因此引起高血钾。

### 8. 保健品可替代降压药吗?

保健品宣称精华成分、不伤肝肾、无毒副作用,再加一个神秘药名,满足了患者求医问药的心理和情感需求,令不少人趋之若鹜。这里教您一个鉴别方法:说明书标示药物化学成分或经循证医学研究副作用记录详实,基本是良心药;凡是副作用不详或没有副作用的,不是良心药。事实上,绝大多数保健品拿不出这样的证据,也不可能替代降压药,建议去正规医院、正规渠道购买降压药。

### 9. 在家血压突然升高怎么办?

高血压患者在家中如果出现头晕、头痛、视物模糊、恶心、呕吐,或胸痛、憋喘等症状,立即自测血压,如血压升高 $> 180/120$ mmHg,称高血压急症或危象。顾名思义,危险急需立即把血压降下来。在家能最快起效的,是舌下含化快速降压药。首先推荐硝苯地平片(心痛定)嚼碎舌下含化,降压效果强,起效快,持续时间短。其次是降压效果稍弱的卡托普利(开博通)含化。如合并胸痛、大汗、呼吸困难,应舌下含服硝酸甘油降压同时缓解心绞痛。含服快速降压药要求在15分钟至30分钟内达到第一阶梯降压目标,即把血压降至 $180/120$ mmHg以下,但不要低于 $160/100$ mmHg。此时如症状缓解,可继续家中规律服用降压药,待血压慢慢恢复至正常。如采取以上措施血压仍高于 $180/120$ mmHg,或症状持续不缓解甚至加重,应拨打“120”到医院就诊。

## 提升管理效能 畅通沟通桥梁

### 曲阜市人民医院创新包保管理机制

■本报通讯员 宋春凤

为进一步提升医院管理效能,强化职能科室在“高效、闭环、服务”三方面的意识,曲阜市人民医院全面践行“天天一线工作法”,并正式出台《职能科室联系包保临床医技科室管理办法》,有效打通职能后勤部门服务临床医技科室的“最后一公里”。

此次推出的包保制度采用“1+1+1”模式,即每个临床医技科室配备1名职能科室包保人和1名包保领导。联系包保工作分为决策督导、问题解决、挖掘亮点、收集职工诉求等方面的内容。这一模式将确保督导工作深入彻底,问题解决及时到位,从而构建出一个高效闭环的服务体系。

在决策督导方面,医院重点关注各项重点工作的推进情况、运营指标的完成情况,以及患者满意度的提升。通过深入一线,及时收集反馈,确保医院工作得到有效落实。

在问题解决环节,医院坚持把临床一线的困难带上来,把解决的方法送下去。通过闭环管理,确保问题得到及时有效解决,从而提升临床医技科室的工作效率和服务质量。

医院积极挖掘一线科室的工作亮点,并通过全院推广学习,营造比学赶超的良好氛围。这不仅有助于提升整个医院的服务水平,还能促进各科室之间的交流与合作。

该院院长孔令军表示,联系包保工作将成为医院各项工作推进的载体,搭建起职能科室和临床医技科室之间的沟通桥梁,协调学科建设、后勤保障、流程优化、资源调配、矛盾化解等事项,继而促使职能科室工作作风有改进、协调能力有提高,临床医技科室服务内涵有拓展、竞争实力有提升。

通过创新包保管理机制的实施,医院管理效能和服务质量得到不断提升,努力为患者提供更加优质、高效的医疗服务。

## 济宁市公共卫生医疗中心 成功开展一例保留器官功能 胰腺中段切除术

本报济宁讯(通讯员 刘峰 文旭)济宁市公共卫生医疗中心肝胆外科团队近日成功开展一例保留器官功能的胰腺中段切除术,在切除患者胰腺肿瘤的同时,保留了正常的胰腺体尾部,避免了患者大量胰腺组织切除后出现胰腺内、外分泌功能不足的风险。

据悉,患者为中年女性,因“查体发现胰腺囊实性肿物10天”就诊。CT显示,该患者胰腺颈部有一直径约5厘米囊实性肿物,边缘“蛋壳样”钙化,实质未见明显强化。患者在其他医院咨询,均建议行胰腺体尾部切除术。济宁市公共卫生医疗中心肝胆外科副主任医师马建博士看过病人资料后,综合评估患者病情。认为患者年轻,既往无慢性病史,肿瘤考虑良性或低度恶性,且胰腺体尾部体积较大,切除胰腺体尾部后可能继发胰腺内、外分泌功能不足,出现顽固性腹泻和糖尿病,长期生活质量差。根据病人特点,马建博士团队认为,如果能够行保留胰腺体尾部的胰腺中段切除术,将能大大降低术后胰腺内、外分泌功能不全的风险,确保患者良好生活。因该手术方式复杂,经过与患者家属详细沟通,术前充分准备,成功为患者施行胰腺中段切除术。术中病理提示良性病变,发现胰腺体尾部主胰管较细,仅有1毫米,给予行套入式胰-空肠吻合术。术后患者恢复良好,饮食正常,血糖正常,切口拆线后出院。患者术后1个月复查,恢复良好,各项指标均正常。

**广联医药**  
咱老百姓身边的放心药店

## 浅谈体检中的“幽门螺旋杆菌感染”

■滕州市中心人民医院 邓延梅 方娟 李曙晖

随着生活水平的提高,体检越来越普及。今天我们浅谈一下体检中关于幽门螺旋杆菌感染的情况。体检报告中,我们可以看到幽门螺旋杆菌抗体、碳14呼气试验、碳13呼气试验,它们代表着什么意思呢?

这些都是针对幽门螺旋杆菌感染的检查。幽门螺旋杆菌属于革兰阴性菌,呈螺旋状,由瑞典学者从胃黏膜标本培养中发现。2017年10月27日,世界卫生组织首次将幽门螺旋杆菌收录在一类致癌物清单中。幽门螺旋杆菌感染是胃癌的致病因素之一,幽门螺旋杆菌感染后亦可出现消化性溃疡、幽门螺旋杆菌相关性消化不良、胃黏膜相关淋巴瘤等。所以,现在的消化科医生会让有胃部不适的患者检查幽门螺旋杆菌,体检中幽门螺旋杆菌检测也是一项重要的检查项目。

那么,幽门螺旋杆菌抗体、碳14呼气试验、碳13呼气试验有什么区别呢?幽门螺旋杆菌抗体检查是通过抽血化验,检测幽门螺

旋杆菌免疫球蛋白G抗体的检查。当幽门螺旋杆菌抗体阳性时,表明机体感染或感染过幽门螺旋杆菌,所以,幽门螺旋杆菌抗体阳性不能判定是现症感染还是既往感染。既往感染的人群是不需要治疗的,根治幽门螺旋杆菌的治疗仅针对现症感染的人群。怎么判断是否为现症感染呢?碳14呼气试验、碳13呼气试验结果阳性,均代表现症感染,呼气试验是检测幽门螺旋杆菌的非创伤性检查的“金”标准。碳14呼气试验、碳13呼气试验的区别在于尿素标记不同,碳14呼气试验使用碳14标记,碳13呼气试验使用碳13标记,检查过程基本相同。碳14呼气试验有一定辐射,多适用于成年人,但不适用于孕妇及儿童。碳13呼气试验副作用较少,适用于老年人、儿童及孕妇等人群。

呼气检查时推荐空腹或空腹4小时以上,近一周内避免服用抗生素及PPI制剂,检查结果准确性高。呼气试验阳性的人群,建议行根治幽门螺旋杆菌治疗,目前采用的是4联疗法,强烈建议患者接受规范治疗,避免幽门螺旋杆菌耐药率升高。