

一周接诊3名年轻心梗患者

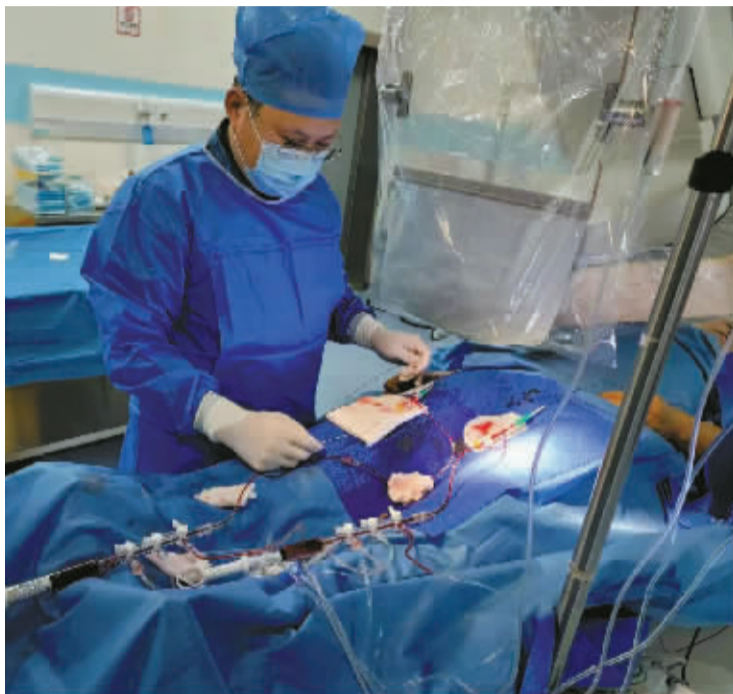
医生:他们有这些共同的危险因素

秋天的凉意才刚刚“冒头”，宁波市中医院的急性心肌梗死患者就开始多了起来。虽说老年人是心梗的“主力”，但年轻人的比例却在增加。过去的一周，该院心病科（心内科）主任张明亮连续接诊了3例年轻心梗患者。

“都不到40岁，有共同的危险因素，比如作息不规律、熬夜、抽烟喝酒、吃夜宵、缺乏运动、肥胖等。”张明亮说。

临床数据显示，我国每年死于心肌梗死的患者超过100万，45岁以下人群急性心梗的发病率呈逐年上升趋势。年轻人发生心梗时，病情往往会比老年人更危重：他们心肌需氧量较大，一旦发生心梗，通常起病急骤、症状凶险、早期猝死率较高。

为什么心梗会盯上年轻人？怎么样才能不漏诊？心梗前都有哪些征兆？



张明亮在手术中。

1 打算回家的小伙被医生喊住

吴先生（化姓）今年35岁，身高176厘米，体重85公斤。10月中旬的一天凌晨，他因胸闷胸痛持续4个小时无法缓解，捂着胸口来到宁波市中医院心内科就诊。当时他脸上冒出豆大的汗珠，一直嚷着“痛死了痛死了，受不了了”。从他的症状来看，医生判断有心肌缺血，存在急性心梗的可能，于是马上为他安排一系列检查。

一般来说，心电图提示ST段抬

高或T波高尖，通常提示心肌损伤或心肌缺血，但吴先生的心电图检查报告却“风平浪静”。吴先生虽觉得诧异，但绷紧的心瞬间放松了下来。正在他打算回家休息时，该院心内科主任张明亮主任医师把他叫住了。

张明亮是宁波市中医院2022年引进的心内科专家，擅长冠脉介入、心内科常见病及急危重症的诊治。他从业将近20年，在黑龙江老

家工作时一年要做1000多台各类心血管介入手术。见的患者多了，他也练就了一双“火眼金睛”。“你整个人状态不好，建议你接受冠脉造影积极观察治疗。”在张明亮的劝说下，吴先生改变主意，接受了冠脉造影，结果真的发现一条血管存在严重狭窄。支架置入后，吴先生的胸闷症状立刻得到缓解。“晚半个小时可能就有生命危险，如果他决意回家，后果不堪设想。”

2 冠状动脉造影是金标准

“还好我听了张医生的建议，及时做冠脉造影，捡回一条命！”“劫”后重生的吴先生出院后感慨万千，恍如隔世。但他心头一直有一个疑问：为什么心电图“照”不出我的心梗？

“急性心肌梗死是指在冠状动脉病变的基础上，因冠状动脉供血急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地缺血导致心肌坏死。”张明亮说，血管阻塞后，心肌30分钟左右开始坏死，6小时-8小时左右完全坏死。在这期间，越早打开阻塞

的血管，存活的心肌就越多。

在门急诊中，也有一些像吴先生一样，有胸痛症状但心电图显示正常的急性心梗患者。他解释，胸痛极有可能是心肌缺血的信号，很多早期心梗患者心电图并无明显异常。“常规心电图是一种即时性的检查，心血管疾病瞬息变化，前一分钟和后一分钟都有可能发生很大改变。”

有经验的心内科医生，通过体征可大致判断患者是否存在心梗可能。“急性心梗患者通常会胸闷气

短，伴有明显的乏力，大汗淋漓，感觉像低血糖犯了。”张明亮说，如果在心肌没有坏死之前，只是缺血状态，一般人的表现以胸闷和气短乏力为主。“同时，因为心脏供血不好，患者的脸色不好，有的人表现为脸色发白，有的人表现为脸色发黄。”他补充，也有一部分患者在胸闷的同时，伴有胳膊痛、肩背部不适。“当然，最终还是要看冠状动脉造影结果，冠脉造影是检查急性心梗患者心血管状况的金标准。”

3 千万要注意这些征兆

就在吴先生就诊的前几天，一位37岁和39岁的男子也突发胸闷、浑身不适，被紧急送到宁波市中医院急诊。所幸，经过紧急手术、置入支架，两人也都逃过一劫。

“这3名年轻患者有很多共同点，比如肥胖、有吸烟史、生活作息不规律等。”张明亮介绍，与中老年心梗患者不同，年轻人发生急性心肌梗死的危险因素排序是：吸烟、肥胖、男性、家族性高胆固醇血症、冠心病家族史。

张明亮提醒，很多人觉得心肌

梗死是突然发作的，其实还是有征兆的，只不过是很多人没有重视心梗前的身体提醒，导致最终发生急性心梗，甚至发生猝死。那么，平时我们该如何避免心梗的发生？

他建议，首先，要重视心绞痛发作。大部分的急性心梗病人在发病前一两天或更长时间有早期预警信号，包括疲乏、胸闷、心绞痛频发、呼吸困难，并伴有恶心、呕吐、大汗等。心绞痛的发作可能就是心梗的前兆，如果不积极进行治疗，有可能下一步就发展为心梗。当医生建议住

院观察时，一定要听取医生的建议，不要自作主张。

其次，要加强预防。平时保持健康的饮食习惯，远离烟酒，坚持运动，控制好体重，不熬夜，预防“三高”疾病，控制好血压，血糖，血脂。

最后，要坚持用药。有高血压、糖尿病、冠心病的人群，一定要按照医嘱规律用药，定期复查各项指标。对于疑似急性心梗患者，要及时送医院，“时间就是生命，越早开通血管，获益越大。”

记者 庞锦燕
通讯员 陈君艳 文/摄

巨大肿瘤“锁喉” 陷入昏迷 多学科联合手术 成功切除

颈部巨大甲状腺肿瘤压迫气管，导致气道狭窄，引发昏迷，这样的遭遇让市民林女士（化名）差点没命。好在经过医生的手术治疗，最终转危为安。

不久前，林女士因胸闷气促、双下肢水肿，前往宁波大学附属第一医院外滩院区心血管内科就诊，被诊断为急性心力衰竭、肺动脉高压、肺心病。医生究其原因，原来是颈部的巨大甲状腺肿瘤压迫气管，导致气道狭窄，引发一系列并发症。

由于病情严重，林女士被马上送入重症监护室接受了强心、利尿、抗感染等一系列治疗，但病情并无明显好转，治疗进入瓶颈期。经过重症医学科、耳鼻喉科、心内科、麻醉科、甲乳外科等多学科会诊，专家们认为，尽管患者病情严重，仍处于昏迷状态，但为了患者的一线生机，应尽快为患者安排手术治疗。

随后，甲乳外科张春旭副主任医师对林女士进行了详细的术前检查，重症医学科对她进行了基础病情的治疗和生命体征的维持，麻醉科则为她进行了详细的术前评估与术前准备。

几天后，在各科的通力合作下，张春旭团队为林女士进行了双侧甲状腺巨大肿瘤切除术，手术不仅完整切除了双侧直径10多厘米的巨大甲状腺肿瘤，同时完好保留了双侧喉返神经及甲状旁腺。考虑长期甲状腺肿物压迫气管，短时间拔管可能出现气道塌陷引起窒息，手术的最后，耳鼻喉科医生还协助对林女士进行了气管切开，以保证她呼吸通畅。

在各科医护人员的共同努力下，林女士终于解除了颈部巨大肿物的压迫，呼吸衰竭症状得到有效改善，精神一天天好转，最后从重症监护室转到了康复病房。林女士家属没想到手术效果这么好，非常高兴，患者本人虽然因为气管插管的存在，无法言语，但不时拱手感谢医护人员。

张春旭介绍，巨大甲状腺肿是指甲状腺肿大Ⅲ度以上或质量100克以上、甲状腺最大直径大于8厘米者。巨大甲状腺肿常压迫气管和喉返神经，此类患者的手术难度和并发症发生率明显高于常规颈部甲状腺手术。“这次手术的成功，也展现了我们多学科团队在处理复杂、疑难甲状腺手术技术上的先进水平。”

记者 吴正彬
通讯员 庞赞 刘佳静