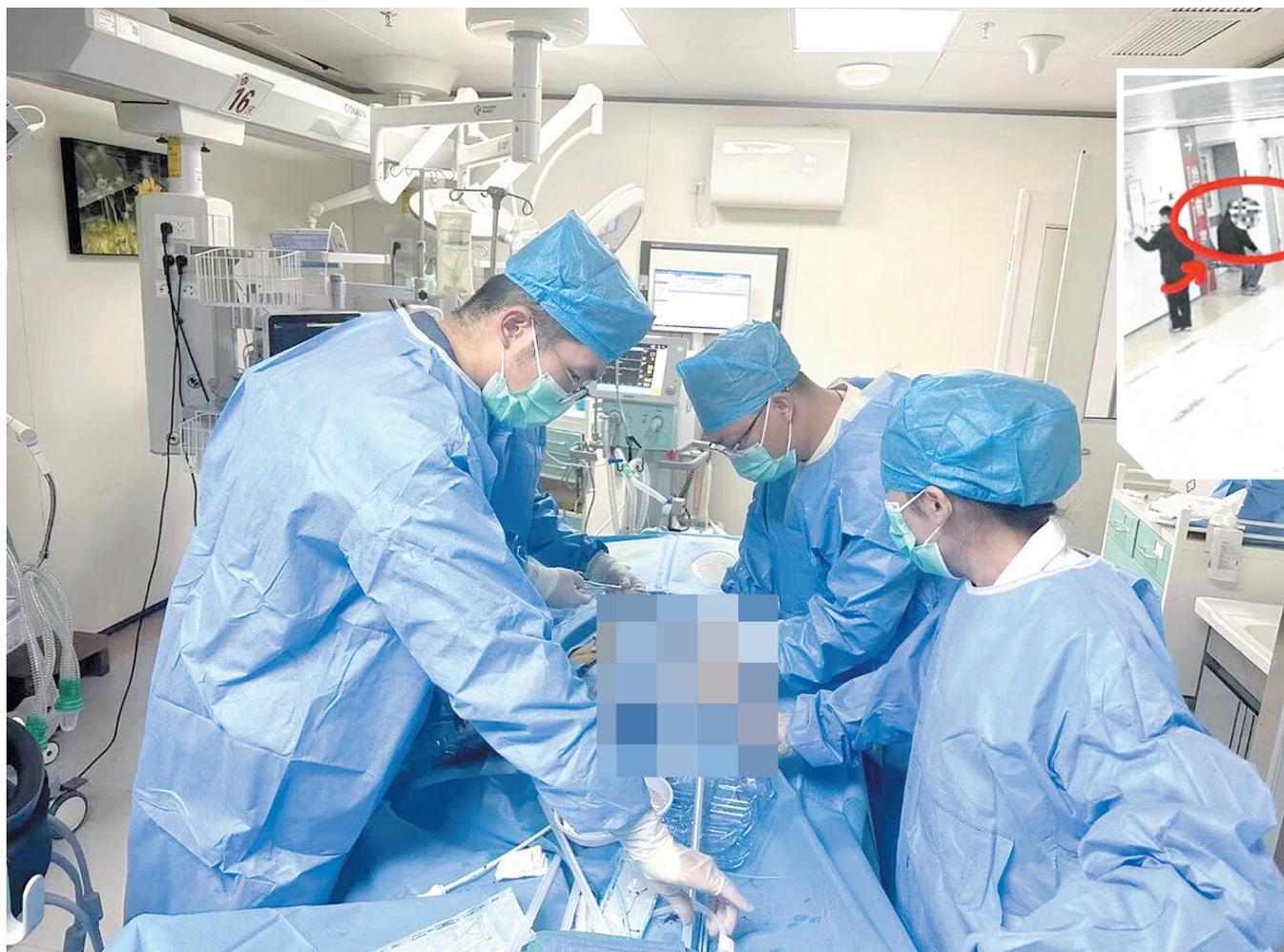


从胸痛到心跳骤停仅半小时

“80后”男子突然倒在抢救室门口，医生启用“人工心肺”抢回一命



本报通讯员 钱小蕾 孙卉
本报记者 杨冷
图片由江苏大学附属医院提供

“我去挂号，你在这坐着等我啊。”就在妻子转身去挂号的几秒钟后，男子便一头栽倒在了抢救室门口。这是去年12月18日晚发生在江苏大学附属医院急诊大厅的惊险一幕。

男子倒地后，呼吸及心跳骤停，心肺复苏、电除颤轮番上阵，室颤仍反复发作，血压也毫无起色，危急时刻，ECMO（体外膜肺氧合）紧急启动，这台“人工心肺”一接上，立刻接替他的心脏和肺“上岗”，硬生生抢出了黄金救治时间。

据了解，去年12月以来，心肌梗死发病率明显升高，江大附院急诊中心平均日收治2至3名心梗患者。

43岁男子就医时心跳骤停倒地

43岁的韩鹏（化名）正值壮年，平时身体还算不错，鲜少和医院“打交道”。去年12月18日晚，他和往常一样下班、回家、吃饭，直到晚上8点左右，一阵剧烈的胸痛毫无征兆地袭来，痛感紧接着蔓延到了左肩，不一会，已经疼得直冒冷汗。

妻子见状，连忙带他赶往江大附院。监控显示，8点35分，韩鹏和妻子到

达急诊中心，此时的韩鹏手捂胸口，但仍能自如行走。妻子让其坐在抢救室门口的椅子上休息，自己则去分诊台挂号。就在妻子转身的几秒钟后，韩鹏便从椅子上头栽了下去，晕倒在地。急诊中心医护人员见状，立即将韩鹏送入抢救室展开施救。

“患者呼吸心跳骤停、双手抽搐、双眼上翻，进入抢救室后立即实施心肺复苏，其间仍发作心律失常，多次电除颤后恢复心跳，但室颤仍反复出现，血压仅40/12毫米汞柱。”急诊内科主任张建国表示，患者再次呼吸心跳骤停的可能性极大，这种情况下无法进行心脏介入手术。

在传统抢救手段已经进入极限的情况下，团队决定运用VA-ECMO（静脉-动脉体外膜肺氧合）抢出救治窗口。

ECMO小组上演“极限救援”

“快，来任务了！”8点41分，张建国主任在急诊中心ECMO救治小组微信群里发起了“集结号”，刚刚下班到家的急诊内科主治医师宋旭、副护士长许磊看到群里的“集结号”，没有片刻犹豫，立即赶回医院。

仅10余分钟，ECMO小组就已整装到位，这支训练有素的队伍无缝衔接、分工明确：ECMO置管、气管插管、深静脉

置管、ECMO管道预冲……每一个步骤都紧张有序、精准高效。从启动ECMO准备工作到设备成功运转，全程仅用时不到20分钟。

当机器发出平稳的嗡鸣，监护仪上的数值渐渐回升，血氧饱和度和血压逐步趋于稳定，这台“人工心肺”，为后续明确病因、开展针对性治疗争取了宝贵的时机。

在ECMO的支持下，患者接受急诊冠脉造影，提示左前降支95%狭窄伴血栓影，左回旋支远段70%狭窄，右冠状动脉近段及中段60%狭窄。因考虑到此时行经皮冠脉介入术，有再次心跳骤停的风险，经与家属商榷，在其情况好转后再行手术。12月31日，病情基本平稳的韩鹏从急诊重症监护室转入心内科，并接受了介入手术，术后恢复顺利，现已出院。

冬季心梗高发 如何识别危险因素？

张建国介绍说，冬季气温较低，血管收缩痉挛，心肌耗氧量增加，是急性心梗的高发时段。近一个月以来，急诊收治的心梗患者数量明显增加，平均每天达到2至3名。这些患者大多有高血压、高血糖、高血脂即“三高”等基础病，或长期存在熬夜、抽烟等不良生活习惯。韩鹏日常血压超标，但从未进行正规治疗，血

压长期失控，最终导致心梗发作。

胸部疼痛或憋闷是心梗最典型的症状，多为胸骨后或心前区压榨样、紧缩样疼痛，持续不缓解，部分人还会出现“不典型胸痛”，表现为上腹部疼痛，容易误以为是胃痛。痛感不仅局限在胸口，还可能蔓延到左肩、左臂、后背、颈部、下颌，甚至牙齿，比如韩鹏出现的左肩痛，就是常见的放射痛表现。老年人、糖尿病患者等群体，心梗发作时可能没有明显胸痛，仅表现为胸闷、气短、意识模糊，这种情况更危险，容易延误救治。

心梗的黄金抢救时间是120分钟，出现上述任何症状，切勿抱有“忍忍就好”的侥幸心理，应立即前往医院救治。