

网红主播直播时突发脑出血离世 面对“颅内风暴”我们能做什么？

近日，39岁网红主播“王炸姐”在直播时突发剧烈头痛，并多次催促身边的助理“打120”，但送医后抢救仅11分钟就因脑出血不幸离世。前一秒还在与粉丝互动，后一秒就天人永隔，这突如其来的“颅内风暴”让无数人惋惜，也让脑出血这个医学名词再次敲响了警钟。

什么是脑出血

脑出血，通常指非创伤性脑内血管破裂，血液在脑实质内形成血肿，直接挤压和破坏周围的脑组织而引发一系列继发性脑损伤。脑出血发病急、进展快，如果出血量大，颅内压力会急剧升高，甚至迫使脑组织移位，形成致命的脑疝。即使抢救成功，仍有80%的患者遗留后遗症，给患者和家庭带来了沉重的负担。

识别脑出血六大警报

脑出血的症状取决于出血的部位和出血量，以下这些突发症状是最常见的警示信号：

- 炸裂样头痛** 头痛常是脑出血的首发症状，常位于出血一侧，颅内压增高时，疼痛可发展到整个头部。如出血部位为小脑或脑干，还可伴有头晕。
- 喷射状呕吐** 多为突发的、剧烈的喷射状呕吐，为颅高压引起。
- 一侧肢体无力** 突然出现一侧身体麻木或无力，如微笑时嘴角歪斜，平举双臂时一侧手臂下垂，走路时突然向一侧偏斜或摔倒。
- 言语障碍** 突然说不了话，或说话含糊不清，像嘴里

含了个汤圆，或听不懂别人在说什么。

- 意识模糊** 从精神萎靡、嗜睡，到突然烦躁不安、意识模糊，甚至昏迷。
- 视力问题** 突发视物模糊、看东西有重影（复视），或眼前出现固定的黑影（视野缺损）。

谁是背后的“元凶”

- 高血压** 长期未受控制的高血压是脑出血最常见、最主要的原因。持续高血压会让脑内的小动脉壁逐渐受损、变脆，当血压突然波动时，这些薄弱的地方就容易破裂。
- 脑血管畸形** 一些年轻人或青壮年发生脑出血，往往是因为先天存在的颅内动脉瘤或动静脉畸形，如同颅内的“不定时炸弹”。
- 血管老化与淀粉样变** 在老年人群中，脑内小血管壁可能沉积一种异常的淀粉样蛋白，使血管变脆、易破，称为脑淀粉样血管病，是导致老年人脑叶出血的常见原因。
- 其他因素** 包括血液病、过量使用抗凝药物或抗血小板药物、脑肿瘤以及严重的颅脑外伤等。



遇到脑出血，我们能做什么

- 立即拨打120** 不要犹豫，不要观察，清晰告诉接线员患者的症状（特别是意识不清、瞳孔异常、呼吸困难）和具体地点。
 - 保持正确体位** 让患者平卧，头部垫高15~30度，有助于降低颅内压，这是最重要的现场急救措施。立即将患者的头偏向一侧，防止呕吐物误吸入气管，同时解开衣领和腰带，取出假牙，保持呼吸道通畅。
 - 避免盲目用药和搬动** 千万不要给患者喂水、喂药，因此时的患者可能已经吞咽困难，盲目喂水喂药极易引起呛咳窒息。其次要尽量减少不必要的搬动，以免加重出血。
 - 密切观察** 记录症状开始的时间，观察患者的意识、呼吸和心跳。如果出现呼吸心跳停止，立即进行心肺复苏。
- 广东药科大学附属第一医院 神经内科 主任医师 洪铭范

急救车上的外科护理细节——静脉通路与疼痛管理

对于急救车上的外科患者而言，静脉通路是连接药物与患者身体的“生命输液管”，其建立的速度与规范度，直接决定急救措施能否及时落地，而疼痛管理既是人文关怀，也是稳定病情、保障急救的关键。

建立静脉通路的原则与细节

急救场景中，静脉通路建立需遵循“快、准、稳、安全”原则，核心细节有三点。

一是精准选择穿刺部位。因急救车空间有限、行驶颠簸，且患者多躁动伴肢体创伤，优先选手臂贵要静脉、肘正中静脉或腿部大隐静脉等外周大静脉。若患者休克，外周血管收缩，可选择颈外静脉等中心静脉补液扩容，同时避开血管瓣膜、硬化血管，提高穿刺成功率。

二是严格规范操作。医护人员先评估患者血管条件，在穿刺部位上方10~15厘米处捆扎止血带，嘱患者握拳充盈血管。以碘伏螺旋式消毒穿刺点，直径不小于8厘米，待自然干燥后穿刺。穿刺时稳、准、快，见回血后平行进针0.1~0.2厘米，固定针芯送入套管，松开止血带和调节器，确认输注顺畅、无红肿渗漏后，用无菌敷贴固定并标记穿刺时间。

三是做好全程看护。因车辆颠簸易致管路脱落、液体渗漏，医护人员需紧盯穿刺部位，异常时立即重新穿刺，同时根据病情调节输液速度，休克患者快速补液，心功能不全者控制速度，确保生命通道通畅。

外科急救疼痛管理“三步走”

外科急症患者多伴随剧烈疼痛，可能引发应激反应，导致血压、心率异常，加重病情。结合湖南省院前急救药物配备无止痛药的实际，急救车疼痛管理核心原则为“精准评估、多元舒缓、全程照护、病情联动”，全程通过非药物干预实现疼痛缓解与病情稳定。

第一步是快速精准评估。1~2分钟内完成，采用数字评分法让患者为疼痛打分（1~10分），无法清晰表达者，可通过皱眉、蜷缩等表情和肢体动作辅助判断，同时询问疼痛部位、性质，明确疼痛诱因、类型及应激风险，排除隐匿病情，优先干预生命体征异常的高风险患者，避免掩盖急腹症、内脏破裂等严重问题。

第二步是多元舒缓干预。根据疼痛程度实施针对性非药物措施，轻度疼痛（1~3分）以心理安抚、体位调整为主，指导患者腹式深呼吸、放松身体，缓解紧张焦虑对疼痛的放大效应；中重度疼痛（4分及以上）在心理干预基础上，配合物理舒缓，闭合性创伤冷敷、痉挛痛轻柔按摩、骨折做好牵引固定，所有操作轻柔且做好身体固定，适配车辆颠簸，同时用固定带、软质物资做好患者防护，保持车内安静，减少环境刺激。

第三步是全程照护与动态监测。医护人员每10分钟复评一次患者疼痛程度，观察患者意识状态及生命体征。疼痛未缓解时，先排查护理因素，再警惕病情变化，及时调整干预方案。全程安排专人陪伴，传递急救进展、告知核心病情，持续心理护理缓解患者恐惧焦虑，帮助其配合急救。患者送达医院后，做好疼痛护理信息无缝交接，为院内后续治疗提供参考。

急救车上的外科护理，每一个细节都关乎生命守护，静脉通路和疼痛管理相辅相成、缺一不可，医护人员应把控急救车上的每一个细节，为患者后续治疗争取宝贵时间，也让急救过程更有温度与力量，用专业与责任守护急症患者的生命安全。

湘乡市人民医院 喻东材

哪些体检项目必须空腹？

“体检前能喝水吗？”“我要禁食多长时间？”“早上可以吃药吗？”相信不少朋友体检前都有这样的疑问。其实，并非所有检查项目都要空腹，医学上的空腹指禁食8~16小时、禁水4~6小时，一般建议体检前一天晚8点后不再进食。

必须严格空腹的项目

- 空腹血糖** 进食后血糖会立刻升高，无法判断真实水平；
- 血脂四项** 吃油腻食物后，甘油三酯会暴增，需空腹10~12小时；
- 肝功能** 转氨酶等指标受饮食影响大，空腹检查才能确保结果的准确性；
- 腹部B超（肝胆胰脾）** 进食后，胆囊会排空变瘪，肝

脏和胰腺也会被肠胃气体遮挡，医生根本看不清；

- 胃镜、肠镜** 胃内有食物会遮挡镜头，无痛胃镜者还有窒息风险；肠镜检查除禁食外，还要做肠道准备；
- C13-尿素呼气试验** 必须禁食、禁饮、禁烟4小时以上。

可以不用空腹的项目

- 体格检查** 身高、体重、血压、内外科检查；
- 五官检查** 视力、耳鼻喉常规检查、口腔检查；
- 影像检查（除腹部外）** 普通CT、核磁、胸片等检查；
- 心脏相关检查** 心电图、心脏彩超、颈动脉彩超等；
- 妇科及泌尿系B超** 如子宫、卵巢、膀胱、前列腺的

检查，有时反而需要憋尿才看得清。

常见问题解答

- 一口水都不能喝吗** 尽量不喝。若要服用降压药等必需药物，可喝一小口白开水（不超过100毫升）。牛奶、豆浆、咖啡、饮料绝对不能喝。
 - 体检当天能吃药吗** 高血压、心脏病药物按时吃，少量水送服；糖尿病药物暂停服用，抽血后立即进食再服药，防低血糖。
 - 什么是最佳空腹时间** 空腹12~14小时最理想，时间太短，血脂血糖没有代谢完，时间太长会导致身体过度饥饿，反而影响结果。
- 河北省胸科医院 健康管理部 刘建芳