

别让“不会”成为永别

——每个家长都应掌握的儿童心肺复苏(CPR)

日常生活中，我们经常会遇到这样的突发状况：孩子在泳池边突然安静下来、面色异常；又或者是在奔跑玩耍中突然倒地、呼唤不醒。这些看似遥远的意外，其实就潜伏在每个孩子的成长轨迹里。儿童心跳呼吸骤停后，黄金抢救时间仅4分钟，超过4分钟大脑会发生不可逆缺氧损伤，每延迟1分钟，存活率下降10%左右。

这段时间，救护车往往还在路上，能够第一时间伸出援手的，只可能是孩子身边的家长、老师或路人。结合工作实际，就儿童心肺复苏(CPR)这一关键急救技能，为广大家长和教育工作者对1岁以上儿童做一个简明实用的科普说明。

为什么儿童心肺复苏和成人截然不同

很多人以为心肺复苏就是“按胸口、吹口气”，对大人孩子都一样。但事实远非如此——儿童不是成人的“缩小版”，他们的解剖结构、生理代谢、心脏骤停的病因机制，与成人存在显著差异性。

绝大多数儿童心脏骤停起源于呼吸问题，而非心脏本身。溺水、窒息、气道异物梗阻、严重哮喘发作等，是导致儿童呼吸先停、继而心跳停止的主要凶凶。

正因为如此，儿童CPR人工通气远比成人关键，若缺少及时有效的人工通气，即便按压手法标准，全身血氧也会快速耗竭，大脑依旧会遭受严重缺氧损伤。

此外，儿童的胸廓顺应性、肋骨强度、心脏在胸腔内的相对位置都随年

龄变化，按压手法、深度、部位均有严格区分。正是这些“年龄敏感”的细节，决定了儿童CPR必须“量身定制”，而非简单照搬成人版本。

当然，由溺水等气道问题引起的心脏骤停本文不作阐述，自当别论。

儿科CPR实操“三步法”：每个家长都应烂熟于心的生命流程

当我们面对一个倒地昏迷的孩子时，究竟该怎样做？根据2025年AHA/AAP指南及我国《儿童心肺复苏专家共识》，普通人可遵循以下“三步法”。

第一步：快速判断与紧急呼救。轻拍孩子双肩，大声呼唤，同时观察胸腹部有无起伏。如果孩子无反应、无呼吸或仅有濒死样喘息，立即指定旁人拨打120并取来AED(自动体外除颤器)；若仅你一人在场，立即启动2分钟CPR，随后手机免提拨打120呼救，持续施救直至救援到达；多人在场：一人立即呼救取AED，一人即刻按压通气。

第二步：高质量胸外按压。将孩子仰卧于硬质地面，按压位置为胸骨下半段(两乳头连线中点)。对于儿童(1岁以上8岁以下)，用一只手掌根(力气小可用双手重叠)按压，深度约5厘米(或胸廓前后径的1/3)，频率每分钟100~120次，每次按压后让胸廓完全回弹，按压中断时间尽量小于10秒。按压时手臂垂直，用上半身力量下压。每按压30次后，立即进行2次人工呼吸，即30:2循环。

中南大学湘雅医院急诊科曹晓霞副主任护师表示，如有两人在场，可按照15:2循环进行，即一人按压15次后另一人给予2次人工呼吸；



若无法或不愿口对口，则持续进行单纯胸外按压，直到救援到达。

第三步：开放气道与有效通气。一手压额头、一手抬下巴，使头部后仰。捏住孩子鼻子，用口完全包住他的口，平稳吹气1秒，看到胸廓明显隆起即为有效，松开鼻让气体呼出，再吹第二次。吹气不要“猛灌”，以免胃胀气影响通气。30:2循环持续进行，直到孩子恢复自主呼吸或专业救援到达。若现场有AED，立即按语音提示使用——儿童优先使用儿科电极片。

最后要特别强调：2025年指南反复重申“最小化按压中断”原则——每一次按压停顿都应控制在10秒以内。中断时间越长，自主循环恢复概率越低。多人在场时每2分钟轮换按压者，轮换时间不超过5秒。很多家长担心“按断肋骨怎么办”，其实儿童肋骨柔韧，只要按压位置正确，骨折风险极低；即便发生，也远小于心脏停跳带来的死亡风险。

综上所述，多一个人掌握儿科CPR，就可能意味着在操场上、泳池边、餐桌旁，多一个孩子因你而重获新生。这份技能，值得你用一小时去学，用一生去铭记。(本文内容仅供参考，不作实操依据，情况瞬息有变，当以现场为准。)

浏阳市人民医院 瞿丹

窦性心律不齐是冠心病吗？

拿到体检心电图，不少人看到“窦性心律不齐”几个字心里直犯嘀咕：是不是心脏哪里出了问题？会不会是冠心病的前兆？很多人下意识地把它和心脏供血不足、血管堵塞联系起来，甚至因此辗转难眠。

下面，我们就从根源到表现，把这两者区分清楚，让您下次再看到这几个字时，不再盲目担心。

两种心脏问题，发病根源有差异

1. 窦性心律不齐：心脏“总指挥”节奏轻微波动。心脏跳动的起点是窦房结，它规律释放电信号带动心跳。窦性心律不齐，就是窦房结发放冲动快慢不均匀，仅属于心脏电节律的小波动。

最常见的是呼吸性窦性心律不齐，多见于青少年，吸气心跳加快、呼气心跳放缓，属于正常的生理现象；长期熬夜、焦虑、大量喝咖啡、饮酒，也会诱发一过性窦性心律不齐，心脏血管、心肌本身没有器质性损伤。

2. 冠心病：心脏供血血管出现堵塞病变

冠心病的病灶在冠状动脉。血管内壁长出脂质斑块，造成血管狭窄甚至闭塞，心肌得不到充足血液供氧，引发心肌缺血、缺氧，属于血管器质性病变。

如心绞痛、急性心肌梗死、缺血性心肌病，都属于冠心病范畴。心肌长期缺血，才有可能扰乱窦房结功能，继发出现心律失常。

两类病症的主要鉴别点

1. 发病机制不一样

单纯窦性心律不齐仅为起搏节律紊乱，冠脉血管通畅、心肌供血正常，不存在血管斑块、狭窄问题；

冠心病核心病变是冠脉粥样硬化，血管堵塞是根本，心律不齐大多是缺血带来的继发表现。

2. 身体感受不一样

多数窦性心律不齐人群没有任何不适，少数人仅偶尔轻微心慌，休息、调整作息后就能明显缓解，不会出现胸痛；

冠心病典型不适多在劳累、情绪激动后发作，胸口出现压榨闷痛感，痛感常会放射到肩膀、后背与下颌部位。

3. 心电图表现不一样

窦性心律不齐心电图仅表现心跳间隔长短不一，无ST段压低、T波倒置等心肌缺血波形；

冠心病患者心电图常会出现特征性缺血改变，想要明确血管狭窄程度，还需完善冠脉CT或冠脉造影检查。

特殊情况需警惕：二者有可能同时存在

中老年冠心病患者，心肌持续缺血会干扰窦房结正常工作，此时检查会同时查出窦性心律不齐与心肌缺血改变。

这里有简单分辨方法：若是年轻人、无三高、仅体检发现心律不齐，基本是生理性波动；若是45岁以上，伴随高血压、高血脂、吸烟，且活动后胸闷胸痛，就要警惕冠心病合并心律不齐，需进一步做血管筛查。

不同人群如何做好心脏防护

1. 单纯生理性窦性心律不齐：以生活调理为主

无需服用心脏药物，重点调整日常习惯：坚持早睡、避免长期熬夜，日常少喝浓茶、咖啡，尽量远离酒精饮品，学会舒缓压力，坚持慢跑、快走等温和有氧运动，每年常规复查心电图即可。

2. 冠心病合并窦性心律不齐：血管、心律同步管控

遵医嘱服用降脂、抗缺血等保护冠脉药物；同时根据心慌症状调整心律，日常严格控制血压、血糖、血脂，避免剧烈负重运动，定期复查动态心电图与血管相关指标。

人群不同，护心侧重点也要区分。青少年、无基础病年轻人，重点规避熬夜、过度焦虑、刺激性饮品，减少窦性心律不齐发作；45岁以上、有三高、家族心血管病史人群，除每年心电图筛查心律，还要定期监测血脂、完善冠脉筛查，预防血管斑块形成。

窦性心律不齐只是心脏起搏节律的轻微波动，冠心病是冠状动脉器质性病变，二者本质不同。拿到心电图报告后，大家不必自行对号入座、过度焦虑，应结合自身年龄、基础疾病、身体症状，前往心内科找医生综合解读，科学应对。

岳阳市中心医院 王佩

给“眼睛”也放个长假

暑期是中小學生难得的休整期，但现实中，多数孩子的假期被补习和作业填满，眼睛反而更疲劳。其实，暑假正是给“眼睛”放个长假、进行视力矫治的黄金时机。

儿童时期是视觉发育的关键期，斜视、弱视、近视等问题高发。其中，青少年近视多由视疲劳引发的假性近视发展而来。假性近视阶段眼轴未变，可通

过治疗恢复，而暑假时间充裕，便于使用阿托品、针灸或雾视疗法，并能减少用眼，效果最佳。对于真性近视、弱视和斜视，都需要散瞳验光，恢复期较长，暑期检查最为理想。

弱视治疗强调早发现、早干预，在医生指导和家长配合下，85%患儿可恢复正常视力。常见训练包括遮盖好眼、增视刺激、压抑疗法及家庭精细目力锻炼(如穿

珠、穿针等)，这些都可利用假期由父母陪伴完成。斜视则与近弱视相关，矫正后部分可改善，严重者需手术，也适合安排在假期。

需要强调的是，“给眼睛放假”不是闭眼不学，而是科学用眼：避免过强或过暗光线，不躺着或在晃动环境中阅读；每学习一段时间要远眺休息，晚间阅读不超过2小时，看电视控制在1小时左右。

白素菊