

“银发专列”为何成为老年人出游“新宠”？

便捷方便的适老化设计、“车随人走、夜行日游”的旅行模式、丰富多彩的文娱活动……近年来，“银发专列”成为热词，越来越多银发族以饱满热情投身旅途中，奔向“诗与远方”。

“银发专列”为何突然“火热”？这种集“慢旅行、深体验”于一体的新型出游方式，将如何重构中国银发族的退休生活图景？

● 银发旅游列车火了

6月11日16时55分，载着720余人的“沈铁假日号”银发旅游专列从大连站始发，开启为期20日的新疆之旅。这趟列车途经辽宁、宁夏、甘肃、新疆等省份，游客们会游览新疆白沙湖、喀什古城、赛里木湖、天山天池、喀纳斯、火焰山等11个国家AAAAA级景区、11个AAAA级景区。

68岁的大连市民王丽娟已经第五次乘坐银发旅游专列了。“行程不赶，玩得很舒服，还能欣赏沿途风景，太适合我们老年人了。”王丽娟说，“这次我和邻居一起出来，还认识了很多新朋友，大家一起聊天、拍照，特别开心。”

银发旅游列车是主要针对老年客户开发、满足老年客户特定需求、以老年客户为主要群体开行的旅游列车，凭借其独有的乘坐环境和运行节奏，深受老年人喜爱。

2024年，铁路部门开行银发旅游列车1860列，创历史新高，运送旅客超100万人次。

今年1月，商务部、文化和旅游部、国铁集团等九单位联合发布《关于增开银发旅游列车 促进服务消费发展的行动计划》，明确提出到2027年，构建覆盖全国、线路多样、主题丰富、服务全面的银发旅游列车产品体系。

在政策支持下，一列列满载着银发游客的列车穿梭于祖国大江南北。

国铁成都局今年已开行前往贵州、云南、山东等地的多条线路旅游列车。截至目前，国铁沈阳局已累计开行“银发专列”403余列，通达国内外40余个市，累计接待游客15万人次。

“铁路+文旅”打造的移动文化名片，不仅丰富了人们的旅行体验，也为旅游业带来新的发展机遇。

京津冀携手粤港澳大湾区开行“京铁乐游”银发旅游列车，两地借助铁路银发旅游开展深度联动；今年暑

期，上铁国旅计划面向银发旅客推出“九华圣境—太平湖高铁三日游”“邂逅黔山万水—贵州高铁穿梭八日游”等精品旅游产品……

中国旅行社协会铁道旅游分会秘书长曾辉说：“目前，我国银发旅游列车线路已形成覆盖广泛、主题多元的服务网络。银发列车也已从‘交通载体’升级为‘消费引擎’，为银发经济注入新活力。”

● 聆听需求 “慢旅深游”

专家分析认为，聆听、尊重老年游客需求，是“银发专列”赢得老年群体青睐的关键。

“很多跟团游行程太紧张，每天都很疲惫；铁路的旅游专列行程安排很宽松，景点停留时间也充足，我们既能玩得高兴，又能休息得好。”55岁的大连旅客王建说。

记者走访了解到，相比传统的旅游方式，银发人群更喜欢行程相对宽松的旅行。“‘银发专列’大多采用‘车随人走、昼游夜行’的模式，行程节奏舒缓，能更好满足老年游客的出行需求。”上海铁路国际旅游（集团）有限公司副总经理杨春潮说。

同时，得益于我国密集发达的铁路网，旅游列车可以通达全国大部分旅游景区和城市，游客可以深度体验当地的景色与民俗。

“比如大连到新疆的旅游列车，可以把沿线的中卫、喀什、库尔勒、吐鲁番的景点都串联起来，在沿途技术条件具备的情况下可以安排停点。”沈阳铁道文旅集团旅游管理部部长李双龙说。

“银发列车”还根据老年群体需求进行了优化改造，兼具舒适性与适老化。

走进沈阳至阿尔山的“沈水之阳号”银发旅游专列，记者看到，列车卧铺采用加宽加厚设计，卫生间设置紧急呼叫按钮，洗手台配备防滑扶手。车上特别设置了医疗室，为老年人提供必要的医疗服务。同时，每节车厢还都有“惊喜”，分别设有娱乐室、阅读区、棋牌室、卡拉OK区等。

在国铁北京局开行的“京铁乐游”银发旅游列车上，餐车团队特别设计了“三控健康餐”（控盐、控



油、控糖）；杭州客运段则对“银发专列”班组开展礼仪话术、软卧服务、应急处置等方面培训，并组织人员前往五星级酒店学习“酒店式”客房服务。

● “开启新程”还应多措并举

据中国旅游研究院预测，到2025年底，中国出游率较高、旅游消费较多的低龄健康老年人将超过1亿人，银发旅游收入有望突破万亿元，银发旅游列车发展潜力巨大。

国铁集团提出，计划到2027年完成设计100条以上铁路银发旅游精品路线，打造160组银发旅游列车适老型专用车组，银发旅游列车开行规模达到2500列以上。

同时，业内人士也表示，我国银发旅游列车市场总体仍处起步阶段，列车数量和承运量占比相对较低，“开启新程”还应多措并举。

目前，沈阳市文旅部门正会同民政、商务、卫健、金融部门和国铁沈阳局集团，制定出台《沈阳市加强开办银发旅游列车促进服务消费的实施方案》，大力推动铁路银发旅游精品路线的开发，打造一批更具适老化、舒适化特点的银发旅游列车。

内蒙古财经大学科研处副处长李文龙表示，现阶段，银发旅游列车产品定位仍以大众化为主，要以银发旅游列车为抓手，提供品质型、舒适型、普惠型的多元产品，形成一批主题旅游列车品牌。

中国铁道旅行社集团有限公司旅游专列分公司副总经理闫蕾认为，针对银发群体设计旅游产品时必须做到精益求精，提前考虑到房、餐、车、游、购、娱等各方面的细节，不断改进基础配套和接待服务设施状况。

据新华社

健康讲堂

急性心肌梗死：生死时速中的生命保卫战

熊利明（桂林市人民医院）

一、致命的“心脏地震”：认识急性心肌梗死

急性心肌梗死（AMI）是冠状动脉急性闭塞导致心肌缺血坏死的危急重症，全球每3秒就有1人发病，我国每年超100万例，死亡率高达10%—30%。其本质是心脏的“供血供氧系统”（冠状动脉）突发故障，引发心肌细胞大面积缺血坏死。心肌细胞不可再生，坏死区域将永久丧失功能，导致心力衰竭、恶性心律失常等致命并发症。

病理机制：从斑块破裂到心脏“罢工”

1. 斑块破裂：随着年龄的增大以及一些基础疾病，如高血压、高血脂、吸烟等因使动脉粥样硬化，斑块形成，在一定的因素影响下，斑块破裂，触发血小板聚集形成血栓。

2. 血流中断：血栓完全堵塞冠状动脉，心肌细胞因缺血缺氧在20—30分钟内开始坏死。

3. 连锁反应：坏死心肌释放毒素，引发全身炎症反应、心源性休克甚至猝死。

二、警惕不典型症状的识别

1. 典型症状：胸痛的“红色警报”

压榨性胸痛：胸骨后或心前区持续性压痛感、烧灼感，常伴濒死感、冷汗、恶心呕吐。

放射痛：疼痛向左肩、背部、下颌、颈部放射，易误诊为关节痛或牙痛。

持续时间：超过15分钟未缓解，硝酸甘油无效（心绞痛通常5分钟内缓解）。

2. 高危人群的“伪装症状”

无痛性心梗：糖尿病患者、老年人及女性可能出现无痛性胸闷、呼吸困难、晕厥。

消化道症状：上腹痛、恶心呕吐（易误

诊为胃病）。

神经系统症状：突发头晕、乏力、意识模糊。

三、黄金120分钟：分秒必争的急救法则

1. 现场处置四步法

立即拨打120：明确告知“高危胸痛，疑是心梗”，优先送往具备介入治疗能力的胸痛中心。

绝对卧床：平卧或半卧位，减少心脏负荷，避免用力大小便，禁止自行活动或服药。

规范用药：

硝酸甘油：舌下含服1片（血压 $\geq 90/60$ mmHg适用），5分钟无效不再重复。

阿司匹林：300mg嚼服（排除出血风险），氯吡格雷300mg或替格瑞洛180mg（需医生指导）。

心肺复苏（CPR）：若患者意识丧失、无呼吸或仅有濒死喘息，立即心肺复苏：胸外按压（100—120次/分钟）+人工呼吸（30:2），有条件尽早使用除颤仪或AED除颤。

2. 送医禁忌

拒绝自驾：救护车配备除颤仪、急救药品及心电监护，可提前启动导管室准备。

慎用药物：未确诊前禁用吗啡、强心药，低血压患者禁用硝酸甘油。

四、生死时速：院内救治的关键窗口

1. 诊断“三剑客”

心电图：10分钟内完成12导联心电图，识别ST段抬高或压低，如心电图未典型的ST段抬高性心肌梗死，可以不用等酶

学结果，立即启动介入导管室准备急诊介入治疗。

心肌酶谱：肌钙蛋白（cTnI/cTnT）在2—4小时开始升高，6—8小时达峰。

超声心动图：评估室壁运动异常及心脏功能。

部分病人初次检查不能明确诊断，流程症状仍持续时，需半小时后复查心电图，酶学检查，动态观察其变化。

2. 再灌注治疗的“黄金双通道”

经皮冠状动脉介入（PCI）：发病12小时内（尤其前3小时）行支架植入，开通血管成功率 $>95\%$ ，可降低死亡率25%。

溶栓治疗：无法PCI时，12小时内使用尿激酶、阿替普酶溶栓，需在发病后3—6小时内进行。

转运至有介入条件的胸痛中心时间大于2小时的，无溶栓禁忌的，可先溶栓后再转。

3. 并发症防治

急性心肌梗死常并发心律失常，需及时予以相应处理：利多卡因控制室性早搏，胺碘酮转复房颤。

急性心肌梗死常并发心力衰竭：可予以利尿剂减轻肺水肿，血管活性药物维持血压。

急性心肌梗死常并发心源性休克：予以药物治疗不能纠正休克的患者可考虑主动脉内球囊反搏（IABP）辅助循环或ECMO支持。

五、防患未然：从生活方式到疾病管理

1. 一级预防：切断危险因素

控制“三高”：血压 $<140/90$ mmHg，LDL-C <1.8 mmol/L，空腹血糖 <7 mmol/L。

戒烟限酒：吸烟者心梗风险增加2—4倍，酒精摄入量男性 <25 g/天。

健康饮食：DASH饮食模式（低盐、低脂、高纤维），每日盐摄入 <5 g。

2. 二级预防：支架术后管理

双联抗血小板：阿司匹林+氯吡格雷/替格瑞洛至少12个月。

心脏康复：发病后1—3个月开始有氧运动（如步行、太极），每周3—5次，每次30分钟。

心理干预：焦虑抑郁筛查，必要时心理疏导或药物干预。

六、认知误区：这些做法正在致命

1. 盲目服用硝酸甘油：低血压、右室梗死患者禁用，可能引发严重低血压。

2. 强行喂水：昏迷患者误吸导致吸入性肺炎或窒息。

3. 迷信偏方：针刺放血、拍打肘窝等延误救治。

4. 忽视康复：支架术后停药导致再狭窄率高达30%。

七、结语：与死神争夺生命的每一分钟

急性心肌梗死救治是“团队作战”，从患者自救到120转运、急诊PCI、术后管理，每个环节都关乎生死。记住：胸痛不是小事，时间就是生命！