

高血压慢病管理，远离心脑血管急症

北海市卫生学校附属医院 张琳

不少高血压患者觉得该病不痛不痒，没有头晕不适就置之不理，服药也断断续续。但长期失控的高血压会持续损伤全身血管，极易诱发脑梗、脑出血、心梗、肾衰等危重疾病。临床数据显示，七成以上心脑血管重症，根源都是高血压缺乏规范管理。降压并非短期任务，而是终身系统化养护，做好全流程管控，才能降低急症风险。本文梳理高血压危害、管控误区、自测规范、分级管理与应急方法，指导患者科学养护血管。

一、忽视高血压管理，全身器官持续受损

血管如同全身脏器的供血管道，长期高压会持续冲刷血管内壁，造成内皮破损、脂质斑块堆积，血管变硬变脆。一旦斑块脱落或血管破裂，就会引发危重急症。

脑部：诱发脑梗死、脑出血，轻则半身瘫痪失语，重则猝死；心脏：加重心脏负荷，引发冠心病、急性心梗、心力衰竭；肾脏：高压损伤肾小动脉，逐步发展为高血压肾病、尿毒症；眼底：眼底血管破裂出血，造成视力下降甚

至永久性失明。

高血压无明显早期症状，被称为“无声杀手”，等到身体出现明显不适时，靶器官损伤大多已不可逆，因此长期规范慢病管理至关重要。

二、大众常见高血压管理误区

1. 无症状不用吃药：误以为无不适感血压就正常；风险：高压持续侵蚀心脑血管，损伤悄无声息。2. 血压正常就停药：错把血压平稳当成高血压痊愈；风险：血压剧烈反弹，诱发脑出血、心梗。3. 只吃药不调生活：认为服药可抵消烟酒、高盐危害；风险：药效降低，血压长期不达标。4. 保健品替代降压药：轻信保健品能根治高血压；风险：血压居高不下，延误正规治疗。5. 偶尔测一次血压即可：单次正常就判定全天稳定；风险：漏检早晚血压高峰，忽视波动风险。

三、标准化居家血压自测指南

精准监测是慢病管理的基础，错误测量会误导用药调整，严格遵循以下规范：1. 测量准备：静坐休息5分钟，半小时内不运动、不抽烟、不喝咖啡浓茶，排空膀胱；2. 测量姿势：背靠

座椅、双脚平放地面，上臂与心脏保持同一水平；3. 测量频次：每日早晚各1次，晨起服药前、睡前分别测量，每次测2遍，间隔1分钟取平均值；4. 数据留存：记录日期、时间、数值、当日情绪与作息，复诊时带给医生参考。

健康控制标准：普通高血压人群血压控制在130/80mmHg以内；高龄老人可遵医嘱适当放宽标准，切勿自行对比调整用药。

四、高血压终身慢病综合管理完整方案

1. 药物管理：遵医嘱规律服药
高血压属于终身慢性疾病，无法彻底断根。降压药仅能稳定血压，擅自停药、减药、换药会造成血压剧烈反弹。固定时间服药，出现头晕、乏力等不适及时复诊，由医生调整方案，禁止自行增减药量。
2. 饮食管理：严格控盐控脂
每日食盐摄入量不超过5g，远离咸菜、腌肉、酱料、加工零食；多摄入新鲜果蔬、全谷物、优质蛋白，减少肥肉、动物内脏、油炸食品。严格戒烟，限制酒精摄入，烟酒会直接造成血管

收缩、血压骤升。

3. 作息与情绪管理

长期熬夜、暴怒焦虑会刺激交感神经，引发血压飙升。每日保证7小时左右睡眠，遇事放平心态，减少大喜大悲、长期精神紧绷，稳定血管调节功能。

4. 运动与体重管理

优先选择快走、太极、慢跑等温和有氧运动，每周3-5次，每次30分钟；杜绝短跑、负重深蹲等剧烈运动。超重人群逐步减重，减轻血管长期承压，辅助平稳降压。

5. 定期复查与并发症筛查

血压控制平稳者每3个月复诊一次；波动较大人群每月监测随访。每年完善血糖、血脂、肾功能、心电图、颈动脉彩超检查，提前筛查血管斑块、脏器损伤，早干预防急症。

五、血压突发升高应急处理办法

居家测得血压明显升高时，不要慌张加服药物。立刻平躺静坐休息，平复情绪，20分钟后复测。若伴随剧烈头痛、胸闷胸痛、视物模糊、一侧肢体麻木，提示高危急症信号，马上拨打120等待救治，避免自行走动加重病情。血压平稳，血管才能长久健康，从根源远离脑梗、心梗等致命急症，守护中老年长期生活质量，安稳度过晚年。

卒中后康复护理：科学照护，助患者重返正常生活

梧州市红十字会医院 梁溪元

卒中俗称“中风”是居民残疾的主要原因之一。省卫健委数据显示，我省每年新发卒中患者超5万人，70%-80%会出现肢体障碍、语言不清、吞咽困难等问题。科学康复护理能让80%患者6个月内实现生活自理，甚至重返岗位，掌握正确方法对患者回归正常生活至关重要。

一、抓住“黄金康复期”

卒中康复有“黄金窗口期”：发病后3个月内神经可塑性强，恢复最快；6个月内仍属有效康复期，超6个月恢复减缓但仍有改善空间。贵州部分偏远患者因交通或认知不足错过黄金期，建议生命体征平稳、意识清醒、症状不进展后进行康复；在医院可用专业设备训练，回乡镇或农村后，家属可在医生指导下开展基础护理，如简单肢体活动、语言训练，避免长期卧床致肌肉萎缩、关节僵硬。

二、家庭康复：做好“三大基础照护”

1. 肢体功能护理

卧床期1-2周：每日2-3次被动活动，包括肩关节外展、肘膝屈伸、踝关节旋转，每个动作10-15次，动

作轻柔防关节损伤；每2小时翻身，瘫痪侧肢体下垫软枕，保持功能位（如手腕90°弯曲、腿部稍弯）。

恢复期2周后：引导患者用健侧手辅助瘫痪侧抓握毛巾、水杯；在旁搀扶练习床边坐起、站立；用助行器慢走。山区家庭可在楼梯旁装扶手，注意台阶高度不宜过高。

2. 语言功能护理

约30%患者有语言障碍，家属需耐心引导：

基础训练：从“啊”“爸”等单音节词开始，每日练15-20分钟；用卡片展示“碗”“手机”等物品，引导患者说名称，患者不会可先示范。

交流训练：语速慢、声音清，用手势辅助（如问“想喝水吗？”时做端杯动作）；不打断催促患者，可用方言沟通减少压力，再过渡到普通话。

3. 吞咽功能护理

吞咽困难是卒中患者的常见问题，若护理不当可能导致误吸、肺炎，甚至窒息，需做好饮食管理：

饮食选择：根据患者吞咽能力调整食物性状，初期可选择米糊、藕粉、菜泥等糊状食物，避免食用汤类、坚

果、黏性食物（如汤圆）；若患者吞咽能力有所改善，可过渡到软饭、煮烂的面条、切碎的蔬菜等半流质食物。贵州人喜欢吃辣、吃酸，康复期患者饮食需清淡，避免辛辣刺激食物，防止刺激咽喉引发不适。

进食方式：让患者采取坐位或半坐位（床头抬高30°-45°）进食，进食时要小口慢喂，每喂一口后让患者吞咽2-3次，确保食物完全咽下；喂完后让患者保持坐位30分钟，避免立即躺下，防止食物反流。若患者使用鼻饲管，需注意鼻饲液的温度（38℃-40℃）和速度，每次鼻饲量不超过200ml，间隔2小时以上。

三、避开康复误区

多休息少活动：“静养”易致肌肉萎缩、血栓，病情稳定后需尽早康复，卧床期也要被动活动。

过度训练：强迫患者做超能力训练（如瘫痪初期长时间站立），易致疲劳、关节损伤，需循序渐进，以患者不疲劳为宜。

忽视心理护理：患者易焦虑抑郁，家属需多关心，讲康复成功案例、陪散步，帮其树立信心。

依赖保健品：部分农村家属信“保健品治后遗症”，忽视正规康复，需明确保健品无法替代训练。

四、结合贵州地域：做好长期管理

利用本地资源：联系乡镇卫生院或社区卫生服务中心，让医生定期上门评估调整方案；通过“家庭医生签约服务”预约康复指导。

改造居家环境：常活动区域（卫生间、卧室、楼梯）装扶手，地面铺防滑垫（防雨天潮湿滑倒）；常用物品放患者健侧手易取处。

关注天气：多雨多雾天注意保暖防血压波动，雨天少外出，外出穿防滑鞋并家属陪同。

卒中康复需耐心坚持，掌握科学方法、抓住黄金期，多数患者能逐步恢复自理能力，重新融入家庭社会。康复无“捷径”，每一次科学训练与细心照护，都在为患者“正常生活”铺路。

五、结束语

卒中康复之路漫长，从卧床到站立、说话，进步离不开科学照护与陪伴。贵州地域条件虽给康复带来挑战，但抓住黄金期、做好照护、避开误区、结合本地资源，为患者打造康复。每一次关怀都是搭建重返生活的阶梯，愿患者重拾信心，回归精彩。

无痛分娩全解析：真的不痛？有没有副作用？

云南省昭通市第一人民医院产科 王武春

分娩疼痛是孕产妇自然分娩过程中面临的主要生理与心理挑战，因剧烈疼痛导致的产程延长、宫缩乏力、产后焦虑等问题，不仅影响分娩体验，还可能增加剖宫产率。

近年来无痛分娩技术在产科临床的应用率逐步提升，成为缓解分娩疼痛的核心手段，但大众对该技术仍存在诸多认知偏差，本文从镇痛原理、实际镇痛效果、潜在副作用及应对措施等方面进行全面解析，为临床科学知识普及和孕产妇分娩选择提供参考。

一、什么是无痛分娩？

无痛分娩的医学名称为“分娩镇痛”，核心原理是通过药物性或非药物性手段，阻断或减轻分娩过程中子宫收缩、宫颈扩张引发的疼痛信号传导，同时保留产妇产自主宫缩和产力，不影响自然分娩进程。

临床中以药物性分娩镇痛为主，非药物性方式多作为辅助手段。非药物性方式包括物理镇痛、导乐陪伴分娩、水中分娩、呼吸镇痛法等，镇痛效果相对温和，适合疼痛耐受度较高、产程进展顺利的孕产妇，多作为辅助镇痛。

目前应用最广泛、镇痛效果最确切的是椎管内阻滞分娩镇痛，由专业的麻醉医生在孕产妇椎间隙进行穿刺，将一根细细的导管置入硬膜外腔，通过导管持续将低浓度、小剂量的镇痛药物缓慢泵入椎管内，阻断分娩时子宫收缩和产道扩张带来的痛觉神经传导，从而达到镇痛效果。

二、分娩镇痛并非绝对“无痛”，而是“减痛”

大众认知中的“无痛”是绝对无疼痛感，但临床无痛分娩的目标是将分娩疼痛从重度降至轻度，让产妇能

清晰地感知宫缩节奏，自主配合产程用力，而非完全消除疼痛。可缓解腰腹部持续性坠痛、宫缩阵发性剧痛，能正常休息、进食，有效避免因疼痛导致的体力消耗，部分孕产妇会在宫口全开、进入第二产程时，根据产力需要，由医生适当调整药物剂量，让疼痛感知轻度恢复，以更好地配合屏气用力，缩短产程。

三、分娩镇痛有哪些潜在副作用？

无痛分娩的药物为低浓度、小剂量专用镇痛剂，且直接作用于局部神经，进入母体血液循环并通过胎盘的药量极少，对母体和胎儿的影响极低，临床中出现的副作用多为轻微、暂时性，无长期不良影响。

其中母体低血压、头晕是椎管内阻滞最常见的暂时性副作用，因药物导致外周血管扩张，血容量暂时重新分布引发，医生会在操作前为孕产妇

补充液体，操作后采取左侧卧位，监测血压变化，若出现低血压，可快速静脉补液或使用小剂量升压药物，症状数分钟内即可缓解。

部分孕产妇会在穿刺后出现穿刺部位轻微酸胀，并非大众认为的“产后腰痛”，多因穿刺时局部软组织轻微损伤所致，经局部热敷、休息后，1-3天内可自行缓解。

少数孕产妇因疼痛缓解后胃肠功能暂时调整，或药物轻微刺激，会出现恶心、呕吐，指导孕产妇采取头偏一侧卧位，避免呕吐发生窒息，必要时给予止吐药物，症状可快速改善。

总而言之，无痛分娩是一项经过临床多年验证成熟、安全的产科镇痛技术，核心价值是在保证母体和胎儿安全的前提下，将分娩疼痛控制在可耐受范围，改善孕产妇的分娩体验，降低因疼痛导致的不良分娩结局。