

高血压急症处理指南

高血压是世界范围内常见的慢性病，随着现代社会节奏的加快和生活压力的增大，高血压的发病率逐年上升。当高血压急症发生时，血压上升速度非常快，幅度非常大，会对人体造成严重的危害。高血压急症常常伴有心脏、脑血管等重要器官的损害，如果处理不及时，就会造成脑卒中、心力衰竭等致命性疾病，因此了解高血压急症的处理方法，对急诊护士和患者来说都是十分重要的。

高血压急症的定义与危害

高血压急症是指血压短时间内迅速升高，一般收缩压超过180mmHg或舒张压超过120mmHg，伴有靶器官损害。高血压急性加重(即血压升高但是没有明显的靶器官损害)不同于高血压急症，高血压急症需要立即治疗。

高血压急症会引发多种并发症，最常见的包括：

1. 脑卒中：血管破裂导致脑出血或血栓堵塞导致缺血性卒中。
2. 急性心力衰竭：心脏负担过重，导致心脏功能急剧下降。
3. 急性肾功能衰竭：肾脏血流供应不足，导致肾功能受损。
4. 主动脉夹层：大血管壁撕裂，导致出血并可能致命。

高血压急症的临床表现

高血压急症的症状通常与血压迅速升高和靶器官损伤有关。患者可能出现以下表现：

1. 剧烈头痛和恶心：由于脑血流改变，头部血管压力增大，导致剧烈头痛。
2. 视力模糊：高血压可能导致眼底出血或视网膜水肿，影响视力。

3. 胸痛或气短：心脏受到高压影响，可能发生胸痛或急性心力衰竭。
4. 呼吸急促、浮肿：心脏未能有效泵血，可能出现肺部水肿和气短。
5. 意识模糊或昏迷：严重的高血压急症可能导致大脑供血不足，进而影响意识。

这些症状大多和血压升高的速度、血压升高的程度、个人的健康状况、是否伴有其他器官的损害等有密切关系。急诊护士要根据这些症状来判断患者的病情，采取相应的处理措施。

高血压急症的急诊护理策略

高血压急症处理的核心就是控制血压升高幅度与速度，避免急剧降压造成脑、心、肾等重要器官供血不足。急诊护士在处理高血压急症时需要掌握以下几点：

1. 快速评估和监测
 - 一旦患者血压明显升高，并伴有相关症状，急诊护士应立即对患者进行全面的评估，监测以下指标：
 - (1)反复测量血压：保证数据准确，确定是否达到急症标准(收缩压大于180mmHg或舒张压大于120mmHg)。
 - (2)心电图监测：检查是否有心脏损伤或心律失常的表现。
 - (3)神经系统检查：评估患者意识状态、瞳孔反应、运动能力等神经体征，检查是否有脑卒中的迹象。
 - (4)呼吸监测：检查患者是否出现呼吸急促或气喘等肺部症状。

2. 逐步降压，不可急于求成
对于高血压急症患者来说，降压的目标就是几个小时内逐渐降低血压，避免降压过快引起低血压、器官灌注不足。急诊护士按照医生的医嘱使用口服或者静脉给药的方式为患者进行降压治疗。常用的药物有以下几种，具体根据病情选择使用：

- (1)硝普钠：一种强效血管扩张药物，适用于需要迅速降低血压的患者。
 - (2)乌拉地尔：通过扩张血管降低血压，适用于高血压急症。与其他药物相比，它对心率的影响较小，安全性相对较高。
 - (3)拉贝洛尔：适合用来控制血压，尤其在合并心脏病时，拉贝洛尔是一个有效的选择。
- 降压的过程中需严密监测血压，并根据具体器官损害类型调整策略，在2-6小时内将血压降至安全范围，后续逐步达到目标值。
3. 维持血压稳定
降压药物的使用要根据患者反应来调节。急诊护士在控制血压的同时，还要保证血流灌注的稳定，避免血压突然变化所造成的反向损害。急诊护士在高血压急症治疗中还要注意观察患者其他生命体征，尤其是血压、心率、呼吸、意识状态等。
 - (1)心率、心律，确保没有发生严重的心律失常。
 - (2)血氧饱和度，确保患者未出现严重的呼吸困难。

(3)排尿量和肾功能，特别是在使用利尿剂类药物时。

4. 患者舒适与情绪管理
高血压急症患者常常因为症状剧烈而焦虑或者惊恐。急诊护士应通过语言安慰、适当的体位改变来使患者放松，减轻患者的精神负担。患者可取半坐位或者舒适的卧位，深呼吸等使自己放松的方法，禁止剧烈运动。

急诊护士应对高血压急症的注意事项

急诊护理不单是药物的使用和监测，急诊护士还要注意患者的心理疏导、生活指导。以下是一些注意事项：

1. 患者教育：向患者及家属解释高血压急症的危害，强调日常高血压的管理，预防高血压急症的再次发生。
 2. 预防并发症：注意急诊治疗过程中可能出现的并发症，如药物过量、低血压、心律不齐等，应及时处理。
 3. 协调医生和其它医护人员：在治疗过程中急诊护士要与医生密切配合，保证所有的治疗措施能够及时到位，减少延误。
- 高血压急症属于急诊科常见的紧急情况之一，及时有效的降压处理对于减少靶器官损伤十分重要。急诊护士的角色不仅仅只是对药物进行管理，血压进行监测，还要对患者进行情绪安抚以及对全身状况的观察。处理高血压急症时，逐步降压、保持稳定的血压、合理调整治疗方案、综合的护理措施都可以帮助患者度过危险期，降低急症引起的后续风险。掌握这些科学的降压方法，将会给更多的患者的生命安全提供保障。
(宿州市立医院急诊内科 赵娜娜)

“医生，我做胃镜时好像做了个清晰的梦。”在无痛胃镜苏醒室里，常有患者这样讲述。一个清晰的梦境“闯入”本应无知无觉的麻醉过程，难免让人心生疑虑：全麻状态为什么会做梦？这是麻醉出问题了吗？会不会影响检查效果？本文将从专业的角度，科学解析这一现象。

无痛胃镜全麻和手术全麻的区别

无痛胃镜的静脉全麻与手术全麻本质同类，但“浅麻醉”和“短效性”是其核心特点，也是做梦的关键前提。其流程简单：静脉注射短效全麻药(如丙泊酚)，30秒—1分钟起效，5—15分钟完成检查，术后10—30分钟即可苏醒。手术全麻需深度麻醉以耐受创伤，时间长可达数小时；而无痛胃镜全麻只需抑制意识、感知和恶心反射，短效药物能确保快速恢复。这也是苏醒后能记起梦境的原因。

麻醉不是“大脑关机”，而是“状态调控”

全麻的本质是“可逆的中枢神经系统抑制”，大脑并未完全关机，只是部分功能被选择性抑制。短效全麻药会增强抑制性神经递质活性，减弱兴奋性神经递质作用，让大脑进入低活跃状态：负责意识、感知的大脑皮层被抑制，患者无法感知操作刺激。但负责基本生命活动的脑干，以及与情绪、梦境相关的边缘系统(海马体、杏仁核等)仍低功率运行，这正是梦境产生的生理基础。

全麻苏醒后记得梦境的3个原因

1. 梦境的产生与留存，核心是浅麻醉/苏醒过渡期的大脑活动、记忆功能的阶段性恢复，以及个体差异的影响。
2. 梦境温床：浅麻醉期或苏醒过渡期，麻醉是动态过程，无痛胃镜的浅麻醉维持阶段，边缘系统等区域仍有神经活动，可能产生类似睡眠中快速眼动期的电活动，形成梦境。更常见的是苏醒过渡期，药物浓度下降，意识功能未完全恢复，但边缘系统先活跃，会加工身体内源性信号(如轻微腹痛、饥饿)和外界残留信号(如苏醒室声音)，形成梦境素材。比如部分患者梦到被追赶，可能就与胃部的轻微不适有关。
3. 记忆留存：麻醉末期记忆功能部分恢复。全麻对记忆的抑制是分阶段的，深麻醉期无法形成外显记忆。苏醒过渡期，药物抑制解除，短期记忆功能先于意识恢复，此时的梦境相关神经活动会被加工成短期记忆，苏醒后就能清晰回忆。这也是很多人梦境“没做完”的原因——意识完全恢复时梦境被打断，回忆多为零散片段。

3. 个体差异：年龄、情绪、睡眠状态影响。年轻人和儿童大脑神经活跃，药物代谢快，更易做梦并记住。术前紧张焦虑者，边缘系统敏感性高，易产生压力相关梦境，记忆也更清晰。术前睡眠不足者，大脑可能出现“补偿性睡眠活动”，做梦概率更高。老年人则因神经活动平缓、记忆抑制持续久，记得做梦的比例较低。

科学解析无痛胃镜后的梦境

科学解答常见疑虑

1. 全麻做梦=麻醉失败？不是。麻醉成功的核心是“无意识、无痛苦、生命体征稳定”，做梦是正常大脑活动，反而可能是苏醒良好的表现。只有检查中出现疼痛、反抗等行为，才可能是麻醉深度不足。
2. 做梦会影响检查准确性吗？不会。检查准确性取决于医生对黏膜的观察，患者麻醉后身体放松，反而利于医生操作。梦境是大脑内部活动，不影响胃部生理状态和医生判断。
3. 梦境有特殊含义吗？没有。梦境是大脑对生理信号和情绪的随机加工，如梦到吃东西可能与术前禁食有关，无需过度解读。
4. 全麻会伤大脑吗？不会。全麻药物作用可逆，不破坏脑细胞，梦境是大脑恢复的正常现象，不会造成长期伤害。

轻松做好无痛胃镜的实用建议

1. 术前充分沟通：告知医生失眠、焦虑史、基础疾病等，方便医生调整麻醉方案。
2. 保证充足睡眠：术前避免熬夜，若紧张失眠，可在医生指导下服用少量镇静药物。
3. 调整心态：充分了解检查流程，通过听音乐等转移注意力，减少恐惧。
4. 遵守术前禁忌：空腹6小时以上，不饮酒吸烟。苏醒后头晕、乏力是正常现象，应休息后再离开。24小时内不驾车、不操作机械，饮食以清淡流质为主。

无痛胃镜全麻苏醒后做梦，是浅麻醉期或苏醒过渡期的正常神经活动，既不是麻醉失败信号，也不代表大脑受损，反而能反映麻醉平稳、大脑快速恢复。了解这一原理，相信大家今后都能坦然面对。无痛胃镜是安全舒适的胃部筛查方式，相比纠结是否做梦，更应重视术前准备和术后护理，关注胃部健康才是关键。这场“苏醒后的梦境回忆”，不过是健康守护之旅的一个小插曲。
(阜阳市人民医院 钮勇)



中医外治法在肿瘤症状管理中的妙用

化疗、放疗、靶向治疗等现代医学手段虽能有效控制肿瘤，却也常伴随着恶心呕吐、疲乏无力、疼痛、骨髓抑制等一系列副作用，严重影响患者的生活质量与治疗信心。近年来，中医外治法以其“安全、温和、整体调节”的特点，逐渐成为肿瘤症状管理中不可或缺的辅助手段。其中，艾灸与穴位贴敷因其操作简便、患者接受度高、临床效果明确，得到了广泛应用。

中医认为，肿瘤的发生、发展与人体“正气不足、阴阳失调、气血瘀滞”密切相关。而放化疗等治疗手段在攻邪的同时，易损伤脾胃、耗伤气血，导致或加重“虚”与“瘀”的状态。而中医外治法可通过皮肤、穴位局部给药或刺激，减轻口服药物对胃肠的负担。不仅缓解单一症状，更能调和气血、平衡阴阳，改善全身状态。温和的物理刺激有助于放松心情，缓解焦虑、失眠等心理症状。与西医治疗配合，可减轻副作用、增强机体耐受，助力治疗顺利完成。

艾灸疗法是以艾叶制成艾条或艾炷，点燃后借其温热与药力刺激穴位或病痛部位，达到温经散寒、活血通络、扶阳固本的效果。现代研究显示，艾灸产生的近红外辐射可深入皮下组织，促进局部血液循环，调节神经-内分泌-免疫网络，激发人体自愈能力。对于化疗后恶心呕吐患者，可使用艾灸盒固定艾条，距皮肤2—3厘米，于内关穴、足三里穴、中脘穴灸10—15分钟。以患者感觉温热舒适为度，每日1次，化疗前后均可进行。为辅助患者缓解癌痛，可于阿是穴、命门、肾俞穴进行隔姜灸或艾盒灸，疼痛区域可温和回旋灸，每次20—30分钟。局部皮肤需完好，避免在骨转移处直接重灸，疼痛急性发作期应结合药物镇痛。此外，患者每周可在大椎、膈俞、脾俞等穴位施灸2—3次，每次10—15分钟，可以帮助患者提升免疫力，改善骨髓抑制。需注意在白细胞或血小板过低时，应缩短灸治时间，其间需留意观察皮肤反应。艾灸后，若局部皮肤出现微红，属正常反应；若出现水

疱，应及时消毒处理。此外，灸后2小时内避免洗澡，注意保暖；并鼓励患者饮温水，忌食生冷、油腻食物。当患者处于高热、感染急性期、具有出血倾向、皮肤破损、癩痕、过敏处禁止艾灸，阴虚火旺者慎用。对于孕妇腰腹部禁灸。

穴位贴敷疗法则是将中药粉末用介质如醋、蜂蜜、姜汁等调成糊状，贴敷于特定穴位，通过皮肤渗透、经络传导，达到调节脏腑、活血止痛、解毒透邪的作用。该方法药物作用温和持久，尤其适合胃肠功能弱、口服药物困难的患者。取适量姜末、半夏粉、吴茱萸粉等，用醋调匀成药糊置于敷贴中心，贴于内关、神阙，保留4—6小时，每日1次，可有效预防与缓解化疗后恶心呕吐症状。化疗前1天开始使用效果更佳。可与耳穴压豆配合增强止呕效果。用活血化瘀类中药如川芎、延胡索粉，用黄酒或蜂蜜调制，贴敷于疼痛最明显处或阿是穴、涌泉、合谷等相应穴位，每日1次，每次4—8小时，可用于缓解癌性疼痛。对于皮肤敏感者先在周围

试贴，避免长时间贴敷同一部位。取大黄粉、芒硝、枳实等药材，用蜂蜜调成膏状，睡前贴敷于神阙、天枢，晨起取下，敷后可配合顺时针腹部按摩，促进肠蠕动，连续3—5天，可有效改善便秘与腹胀。需注意在进行贴敷前检查局部皮肤是否完整、有无皮疹或过敏，贴敷期间密切观察患者反应，皮肤溃瘍、湿疹、重度过敏者禁用；孕妇慎用腰腹部穴位。贴敷后若局部出现皮肤色素沉着、潮红、微痒、轻微红肿等反应，可自然吸收，无需特殊处理；部分患者可能会出现范围较大、程度较重的皮肤红斑、水疱、瘙痒应立即停药，进行对症处理；极少数过敏体质者，对某种贴敷药物出现全身性皮肤过敏反应，应及时到医院就诊。

中医外治法不是奇迹疗法，但它提供了一种温和、整体、贴近自然的照护思路。在肿瘤治疗的漫长道路上，艾灸的一缕温热、贴敷的一方药膏，或许不能根治疾病，却能实实在在减轻患者痛苦、改善舒适度、增强康复信心。希望这份来自临床护理实践的指南，能为正在经历治疗艰辛的患者与家庭带来一丝暖意，也为同行提供一份可以借鉴的照护思路。
(金寨县中医医院 袁清)

社会主义核心价值观

富强 民主 文明 和谐
自由 平等 公正 法治
爱国 敬业 诚信 友善

