

血压悄悄“爬高”有信号！小心这些不痛不痒的变化

邓婉妮 重庆大学附属三峡医院

很多人以为，高血压一定会头痛、头晕、心慌，甚至突然倒下。可现实中，真正危险的地方恰恰在于它常常没有明显不适，但是血压却已经在体内慢慢升高。不少患者是在体检时，或者因为别的疾病就医，才第一次发现血压早已超标。更遗憾的是，在此之前，身体其实已经发出过“提醒”，只是我们没当回事。

一、血压升高，身体真的一点感觉都没有吗？

严格来说，并不是完全没有信号，而是这些变化太轻、太常见、太像“小毛病”，容易被忽略。血压长期偏高时，血管会承受比正常更大的压力，心脏、肾脏、大脑等器官也会随之“超负荷运转”。这个过程通常是缓慢的，症状也就不明显、不典型。

二、这些“不痛不痒”的表现，可能和血压有关

(一)早上起床后容易头发沉、发胀。不少人早晨醒来，总觉得脑袋发闷，像被什么压着，但活动一会儿又好转，便以为是没睡好。其实，清晨是血压的一个高峰时段，如果起床后经常出现头部不适，尤其是中老年人，更应留意血压情况。

(二)稍微活动就气短、心跳加快。爬几层楼就喘、走快一点就心慌，很多人会归结为“体力下降”或“年纪大了”。但血压升高时，心脏需要更用力地泵血，长期下来，耐力下降、活动后不适，可能是身体在“喊累”。

(三)脖子僵硬、肩背发紧。不少高血压人群常年感觉颈部发紧、肩膀酸沉，按摩后暂时缓解，却反复出现。这并不只是姿势问题，血压波动可能影响颈部血管和神经的供血状态，从而带来不适。

(四)情绪更容易急躁、烦闷。血压不稳定时，大脑供血和神经调节会受到影响。有些人会发现自己变得更容易发火、坐立不安，甚至晚上睡眠变浅。这种改变往往被当成“压力大”，却忽略了血压的因素。

(五)夜间睡眠质量变差。入睡困难、半夜易醒、清晨醒得早，也可能和血压有关。尤其是夜间血压本该下降却没有下降的人群，更容易出现睡眠问题。

三、为什么高血压往往被发现时已经不轻了？

膝关节损伤，日常护理避坑指南

陈茂 重庆铜梁区中医院

膝关节是人体承重与活动的核心关节，日常损伤后若护理不当，易导致疼痛反复、恢复缓慢，甚至发展为慢性损伤。这篇科普文章将聚焦膝关节损伤后的日常护理误区，用通俗语言拆解“避坑要点”，帮你科学养护、加速恢复。

一、避坑指南一：警惕“过度休息”延缓康复进程

许多人在受伤后容易陷入“完全不动就是最好休息”的误区，误以为长期卧床或彻底停止一切活动有助于恢复。然而，过度休息可能导致膝关节周围肌肉出现萎缩、局部血液循环减慢，关节灵活度和功能也会随之下降。科学的做法应分为两个阶段：在急性期（通常是受伤后的48小时内），确实需以休息为主，严格避免跑、跳、深蹲等高强度动作；但48小时之后，应逐渐引入温和的康复活动，例如缓慢步行，或进行直腿抬高训练（具体方法为：仰卧位，双腿交替伸直并缓慢抬起，每组完成10次，每日进行2至3组）。这类活动既能有效锻炼股四头肌、增强膝关节稳定性，又不会给关节带来额外负担。

二、避坑指南二：避免“错误使用冷敷与热敷”加重伤势

冷敷和热敷是常见的自我护理方式，但其作用机制和适用时机截然不同，一旦混淆使用反而可能使症状恶化。在急性红肿疼痛期进行热敷，会使局部血管扩张，加剧组织肿胀；而在恢复阶段错误使用冷敷，则会抑制血液循环，延迟修复进程。正确的操作应为：受伤48小时内应多次冷敷，每次持续15至20分钟，每日可重复3至4次，以有效减轻肿胀与疼痛；48小时后可改用热敷，帮助促进血流、缓解周边肌肉紧张。需特别注意温度控制，防止造成皮肤冻伤或烫伤。

三、避坑指南三：避免“不当运动”导致二次损伤

很多人在康复期间因急于恢复运动能力，选择了强度过高或类型不合适的运动，这常常成为膝关节重复受伤的重要原因。应坚决避免进行如深蹲、频繁上下楼梯、跳绳、打篮球等对膝关节冲击较大的活动；推荐选择游泳、骑固定自行车等低冲击性的有氧

运动，并在锻炼时合理使用护膝以提供额外支持。无论进行何种运动，都必须充分做好事前热身（包括活动脚踝、膝关节及大腿肌群），运动结束后也要进行系统的拉伸，避免突然的发力或高强度扭转。

四、避坑指南四：纠正“不良身体姿态”持续损害膝关节

日常生活中不正确的坐姿、站姿及行走姿势，都会在不知不觉中持续对膝关节造成压力，阻碍其康复。建议采取以下正确姿势：坐时保持腰背挺直，膝关节自然弯曲约90°，避免翘二郎腿或长时间维持屈膝姿势（如久坐不动）；站立时应双脚与肩同宽，使体重均匀分布；走路时注意抬头挺胸，采用“脚跟先着地”的步态，避免贴脚或拖步行走；在搬重物时，务必弯曲膝盖和髋部，利用腿部力量抬起，而不是直接弯腰发力，以减轻膝关节的负荷。

五、避坑指南五：避开“乱用药/不就医”的误区

部分人受伤后自行涂抹活血药膏、服用止痛药，或觉得“小伤不用治”，拖延成慢性损伤。正确做法：疼痛难忍时，在医生指导下使用药物，避免过敏风险；若损伤后出现持续肿胀、疼痛超过1周、关节无法正常弯曲伸直，或走路时有“卡住”“不稳”的感觉，需及时就医检查（如X光、核磁共振），排除韧带撕裂、半月板损伤等问题，避免延误治疗。

六、避坑指南六：别忘“保暖+控重”的基础养护

膝关节缺乏肌肉和脂肪保护，受凉会加重疼痛；体重超标则会大幅增加关节承重压力。正确做法：日常注意膝关节保暖，避免直接吹空调或风扇，天气冷时佩戴护膝；超重或肥胖人群需合理减重，减少关节负担——研究表明，体重每减轻1公斤，膝关节承受的压力可减少4公斤。

膝关节损伤的恢复需要耐心，科学避开以上误区，配合温和锻炼和日常养护，才能逐步恢复关节功能。如果损伤情况较复杂，建议及时咨询骨科医生，制定个性化护理方案，切勿盲目自行护理。

至45°的体位管理，既可促进膈肌下降、改善通气功能，又能减少颅内血液回流阻力、降低颅内压，同时还能借助重力作用有效防止胃内容物反流导致的误吸，从多维度保障患者呼吸通畅与整体安全。

三、并发症防控：筑牢康复基础的“安全屏障”

颅内重症患者长期卧床，压疮、深静脉血栓、泌尿系统感染等并发症是康复路上的“拦路虎”，护理人员需构建全方位防控体系。在压疮预防上，采用气垫床分散身体压力，每2小时精准翻身，保持皮肤清洁干燥，对骨隆突部位重点防护；针对深静脉血栓，指导患者进行踝泵运动，配合弹力袜穿戴，必要时协助抗凝治疗，促进下肢血液循环；在泌尿系统护理中，严格按无菌操作规范进行导尿管护理，定期更换引流袋、清洁尿道口，从源头降低感染风险。同时，根据患者病情制定个性化营养方案，通过鼻饲等方式保障蛋白质、维生素等营养摄入，为身体恢复提供充足能量。

四、身心兼顾：注入康复希望的“温暖力量”

颅内重症护理从不只关注生理指标，更注重人文关怀对康复的助力。护理人员会保持NICU环境安静舒适，避免强光、噪音刺激，在操作时轻声安抚患者。即便患者意识不清，护理人员也会坚持日常呼吸、轻柔触摸，通过语言和肢体接触建立情感连接，缓解患者的恐惧与焦虑。同时，护理人员会定期与家人沟通病情，用通俗的语言解读治疗进展，指导家属通过视频、语音等方式远程陪伴，让患者感受到亲情温暖。这种身心兼顾的护理模式，为患者后续康复奠定了良好的心理基础。

颅内重症救治是一场与时间的赛跑，而专业的颅内重症护理就是这场赛跑中最坚实的后盾。从精准监测到气道守护，从并发症防控到人文关怀，护理人员用专业与坚守，在每一个细节中为患者筑牢生命防护线。正是这份沉甸甸的责任与付出，让无数神经重症患者重获新生，为他们点亮了康复的希望之光。

别让生命“梗”住！急性心肌梗死的快速识别与自救

谷君 重庆市巴南区人民医院

急性心肌梗死（简称“心梗”）是威胁我国居民生命健康的“头号杀手”，多为冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死，约50%的患者因错过黄金治疗时间而失去宝贵的生命。心梗治疗核心在于早识别、早呼救、早溶栓、早介入。那么，我们该如何快速识别、自救？

（一）心梗的快速识别

心梗的症状表现具有多样性，典型症状易识别，但非典型症状常被忽视，成为延误治疗的主要原因。

- 1.典型症状：胸骨后或左胸部的压榨性、紧缩性疼痛，疼痛持续时间>15min，且休息或舌下含服硝酸甘油后无法缓解，就像胸口压了一块石头。部分患者仅表现为放射部位疼痛，如：左肩、左臂、后背、下颌、颈部甚至上腹部等，同时伴大汗淋漓、呼吸困难、恶心呕吐等症状，部分患者甚至会出现强烈的濒死感。上述症状常见于中老年人、合并基础疾病者（如高血压、冠心病）。
- 2.非典型症状：部分老年女性、糖尿病患者可能无明显胸痛，仅表现为不明原因的呼吸困难、胸闷气短，或出现上腹部疼痛、牙痛、喉咙痛，易被误认为胃痛、牙周病或咽喉炎。还有少数患者会出现昏厥、意识模糊，多见于大面积心梗或合并心律失常患者。
- 3.心梗的先兆症状：约70%的患者在发病前1-2周出现心绞痛发作频率增加、疼痛时间及程度改变，或在休息时也出现胸痛等先兆症状，这与冠状动脉斑块不稳定有关，需及时前往医疗机构接受正规治疗。

（二）心梗的自救措施

心梗的黄金救治时间为发病后120min内，正确的自救措施能为后续治疗赢得宝贵时间，而错误的做法会加重病情。

- 1.立即停止活动：无论患者正在做什么，都应立即停止活动，就地休息，避免因紧张、焦虑或活动等因素，增加心脏耗氧量，加重心肌缺血。同时，当患者处于站立或行走状态、突发头晕、乏力可诱使其出现摔倒，产生二次伤害。
- 2.马上拨打120急救电话：拨打急救电话需详细说明患者主要症状、所在位置和联系方式，并保持电话处于畅通状态。急救人员会携带专业设备和药物赶赴现场，并提前通知医院做好急救准备。若患者或家属自行打车去医院，普通车辆可能因无法为心律失常、心跳骤停患者提供专业抢救，而延误救治时间。
- 3.保持呼吸通畅：若患者呼吸困难，可采取半卧位，垫高上半身，并解开衣领、腰带，松开紧身衣物，引导其缓慢深呼吸。若其出现呕吐，需将头部偏向一侧，避免窒息。
- 4.合理用药：若患者随身携带硝酸甘油，且无低血压、硝酸甘油过敏史，可指导患者舌下含服，若症状未在5min内缓解，可再次含服，且含服片数≤3片。若患者确认无药物过敏史、无活动性出血，可通过急救电话在临床医生正确指导下嚼服300mg阿司匹林。若患者相关症状不典型或存在其他疾病可能，切勿因盲目用药而影响病情。
- 5.警惕心脏骤停：约10%的心梗患者会出现意识丧失、呼吸停止、脉搏消失等心脏骤停表现，应立即对其实施胸外按压、人工呼吸，并要求按压频率、按压深度符合急救标准。

（三）心梗的预防

心梗的发生并非偶然，多为不良生活方式与高危因素共同作用的结果。因此，控制高危因素、培养健康生活习惯尤为必要。

- 1.控制基础疾病：慢性基础疾病患者需遵医嘱规律服药，将血压、血脂、血糖指标控制在正常范围内，并要求冠心病患者长期服用抗血小板、调脂药物。
- 2.培养健康生活习惯：每日睡眠时长控制在7-8h，戒烟限酒，正确调节生活、工作负担，坚持低盐、低脂、低糖饮食，规律进行快走、慢跑、游泳等中等强度有氧运动，合理控制体重，避免过度劳累。
- 3.保持良好心态与定期体检：长期不良情绪可导致血压升高，诱发斑块破裂，应合理调节情绪，正确应对生活、工作压力，并定期前往医疗机构开展心电图、心脏超声检查等，尤其是40岁以上、高血压、糖尿病、冠心病家族史的高危人群。

心梗并非不可防、不可治，只要掌握心梗典型与非典型症状，采取正确自救措施，并坚持长期预防，可有效避免生命“梗”住。

慢阻肺患者日常管理：从用药到康复锻炼

程江凤 中山市古镇人民医院

慢阻肺就像肺部被“慢性堵塞”，一旦确诊便需长期科学管理，唯有这样才能守住呼吸主动权，避免病情反复加重，日常管理的核心在于精准用药、科学锻炼，二者相辅相成，既缓解症状也提升生活质量，接下来为大家拆解具体方法，让慢阻肺管理不再无从下手。

1.用药管理：精准用药，不踩误区

1.1常用药物及使用技巧。慢阻肺常用药物主要分两类，使用方式和注意事项大不同，支气管扩张剂是基础药，像“气道扩音器”，能放松气道平滑肌，缓解胸闷、气短，吸入式支气管扩张剂（如沙丁胺醇气雾剂）使用时要注意“吸药-屏气-呼气”节奏，先深呼吸，将气雾剂对准口罩，按压的同时缓慢吸气，吸完后屏气5-10秒，再慢慢呼气，确保药物直达肺部，每次使用后记得漱口，避免口腔残留刺激黏膜。

吸入型糖皮质激素是慢阻肺患者稳定期治疗中用于控制气道炎症、预防未来风险（尤其是急性加重）的“治本”药物，需严格遵医嘱施用，不可自行增减剂量或停药，部分患者需联合用药，需明确施用顺序，先吸入支气管扩张剂，间隔5-10分钟再吸入激素，效果更为理想。

1.2用药常见误区规避。很多患者存在“症状好转就停药”的误区，这会引发气道炎症反复，加快肺功能下降，慢阻肺属慢性病，药物需长期规律施用，即便症状平稳，也需遵医嘱调整剂量，绝不可擅自停药，部分人认为“吸入药不如口服药管用”，实则吸入药直接作用肺部，起效快、副作用轻，为慢阻肺用药首选，掌握正确使用技巧，疗效远优于口服药，需定期复查药物有效期，气雾剂开封后建议3个月内用完，防止药物失效。

2.康复锻炼：科学运动，增强肺功

2.1呼吸训练：练出“高效呼吸法”。腹式呼吸是慢阻肺患者的核心呼吸训练，可替代低效胸式呼吸，提升通气效率，训练可取仰卧位或坐位，双手分置腹部与胸部，用鼻缓慢吸气，感受腹部隆起、胸部不动，吸气时长3-5秒，再用嘴缓慢呼气，嘴唇缩成“吹口哨”状，感受腹部凹陷，呼气时长6-8秒且呼气慢于吸气，每日练习3-4次，每次10-15分钟，逐步养成习惯。

缩唇呼吸可在日常活动中练习，走路、上下楼梯时均可进行，吸气用鼻，呼气时缩唇并控制呼气速度，能有效防止气道过早闭合，缓解气短症状，适合作为日常出行的辅助呼吸方式。

2.2体能锻炼：循序渐进不逞强。体能锻炼需结合自身状况，避免剧烈运动，优先选择低强度、长时间的有氧运动，病情稳定者可从慢走切入，每周3-5次，每次10-15分钟，速度以不引发胸闷气喘为宜，再逐步增加时长至30分钟，也可挑选太极拳、八段锦这类柔和运动，既能活动肢体关节，又能配合呼吸节奏，稳步提升身体耐力。

锻炼需避开雾霾、冷空气、油烟等刺激环境，优选室内或天气晴朗、空气清新时段开展，锻炼中若出现心慌、呼吸困难、口唇发绀等症状，需立即停止休息，必要时就医。上肢力量训练同样不容忽视，可借助举1-2公斤轻物、弹力带拉伸等方式锻炼上肢，增强呼吸辅助肌力量，让呼吸更顺畅。

3.辅助管理：细节护航，筑牢防线

3.1生活习惯调整。戒烟是慢阻肺管理的第一要务，涵盖主动与被动吸烟，戒烟后肺功能下降速度明显减慢，症状也会随之减轻，需注意保暖避免受凉感冒，感冒是慢阻肺急性加重的主要诱因，冬季适当增添衣物，外出佩戴口罩，饮食上多摄入高蛋白、高维生素食物，如瘦肉、鸡蛋、蔬菜、水果，增强体质，避免辛辣、油腻食物刺激呼吸道。

3.2定期监测与复查。日常可自备峰流速仪，定期监测肺功能并记录数值变化。若发现数值明显下降或症状加重，需及时就医。遵医嘱每3-6个月复查一次，医生会根据病情调整用药方案和锻炼计划，避免病情进展。患者要学会识别急性加重信号，如咳嗽加重、痰量增多、呼吸困难加剧等，出现这些症状需立即采取急救措施并就医。

结语：慢阻肺的日常管理是一场“持久战”，用药精准、锻炼科学、细节到位，才能让肺部保持良好状态，无需因疾病过度焦虑，只要养成规律管理习惯，积极配合治疗，就能有效控制症状，正常生活、适度活动，愿每一位慢阻肺患者都能守住顺畅呼吸，享受美好生活。

神内重症护理，筑牢生命防护线

李婷婷 重庆松山医院

脑出血、急性脑梗死、严重颅脑损伤……当这些凶险的神经重症突然降临，患者往往瞬间陷入意识模糊、生命垂危的境地。在神经内科重症监护室（NICU）这个与死神博弈的核心战场，专业的神内重症护理不仅是治疗的重要辅助，更是为患者筑牢的一道坚实生命防护线。神内重症患者病情变化快、并发症多、护理难度大，每一个护理细节都直接关系到救治效果与康复预后。今天，我们就深入了解神内重症护理如何为患者守护生命希望。

一、精准监测：捕捉病情变化的“预警雷达”

神内重症患者的病情犹如“过山车”，精准监测是及时干预的关键。患者进入NICU后，护理人员第一时间搭建全方位监测体系，除了常规的心率、血压、血氧饱和度监测，核心重点是颅内压监测——这是评估脑组织损伤程度的“生命线”。一旦颅内压升高，会加剧脑水肿和脑组织坏死，护理人员需通过专业监测设备实时追踪数值，哪怕微小波动也会高度警惕，立即协同医生采取脱水、脑室引流等紧急措施。同时，借助脑电监测评估脑功能状态，通过体温、血糖等指标调控，为治疗方案的动态调整提供精准数据支撑，筑牢病情预警的第一道防线。

二、气道管理：守护呼吸通畅的“关键关卡”

呼吸功能障碍是神内重症患者的常见现象，气道管理堪称护理工作的“重中之重”。多数患者因意识障碍无法自主排痰，痰液堵塞气道不仅会导致缺氧，还极易引发吸入性肺炎，加重病情。护理人员会严格遵循规范，每2小时为患者翻身、叩背，通过专业吸痰术及时清除气道分泌物，同时做好气道湿化，避免痰液干结。对于需要接受机械通气的患者，护理人员会依据医嘱和患者实际情况，精细调节呼吸机的潮气量、氧浓度、呼吸频率等参数，并持续监测患者的呼吸节律、血氧饱和度及胸廓起伏情况。定期进行气道内消毒和呼吸回路管理，以最大限度降低呼吸机相关性肺炎的发生风险。此外，通过将患者床头抬高30°