

# 高血压患者如何进行自测血压

牟登虹

(成都市第八人民医院风湿免疫血液内科 四川 成都 610000)

【中图分类号】R743

【文献标识码】A

【文章编号】1674-1412(2021)09-0020-01

高血压是临床常见的慢性疾病,是诸多心脑血管疾病的重要危险因素。近年来,国内高血压发病率逐步升,严重降低了患者的生活质量。血压测量是观察血压指标、诊断高血压以及评估降压疗效的重要方式,现阶段主要有诊室血压、动态血压以及家庭血压三种方式,其中家庭血压监测已成为预防高血压的主要手段,高血压患者通过学习自测血压,可及时观察自身的血压动态,有助于医生制定针对性的治疗方案。

## 一、血压计如何选择?

气压表式血压计、水银柱式血压计、电子血压计是目前常用的血压计,建议可选用水银柱血压计,其有着较好的准确性及可靠性,在应用时需要保证水银足量,刻度管内的水银凸面处于刻度“0”上,完成使用后将开关关闭好,避免水银漏出,其弊端在于较重,不利于携带,同时要通过听诊器判断,听力不佳者则较难有效使用。而气压表式血压计主要通过表头的机械动作对血压度数进行呈现,其余部分和水银柱式血压计类似,但准确性与水银柱式血压计相比较弱,其优势为携带方便,操作简便,但维修比较困难,且刻度数字过小。电子血压计比较灵巧,便于携带,如果正确使用,能够达到水银柱血压计的准确性,但较易被周边噪音、袖带移动、摩擦声等其他因素影响,检测血压可能和实际水平有误差,需要免除干扰。

## 二、怎么检测血压?

在测量血压之前应当保持安静休息5~10分钟,行坐位或仰卧位,测量处的上肢保持裸露,肘部应和心脏处于同一水平,同时外展45度,袖带下侧需和肝横纹距离2~3厘米,避免过松或过紧。这时汞柱位置批示零,先用手触摸肱动脉搏动

后,可以将听诊器体件放在肘部肱动脉上,加压到动脉搏动音消退,之后升高20~30mmHg,并缓慢放气,维持汞柱下降速度达到每秒2mm,在听到第1个声音提示的压力值即为收缩压;持续放气减压,声音逐步加强后转为柔和,之后该音性质突变低沉,并迅速消失,消失时的压力值即为舒张压。气压表式血压计和水银柱式血压计检查方式类似,电子血压计同时是采取手腕或手指放置的方式,具体需结合所购买的血压计而定。

## 三、每日何时检测血压?

家庭自测血压值通常低于诊室测量的血压值,许多患者不清楚每日应该什么时间适合测量血压,大部分人的血压有着一定的昼夜节律性,也就是在白日活动状态时,血压处于较高水平,在夜间睡眠后,血压处于较低水平。通常血压在白天出现2个高峰期,即6~10时与16~18时,为此可以在不同时段检测血压指标,掌握一天中血压的最高值。目前对于血压自测还未有统一规定和标准,建议每周检测3天血压,每天早晚测量2次,每次测3遍,并取中间值;对于血压控制稳定者,可每月测1~3天;若有治疗计划调整或血压较为不稳定者,应每日坚持测量,持续观察2~4周。

## 四、结论

综上所述,通过定期自测血压水平,合理掌握自测血压的时间和方式,有助于较为客观地反映患者的血压水平以及用药疗效,可协助医生及时调节药物剂量,并根据血压水平决定是否需要更改治疗方案。患者在自测血压的过程中,若发现血压异常,则必须第一时间到正规医院就医,及时接受对症治疗。

# 你知道空鼻症吗?

林艳

(四川省交通运输厅公路局医院五官科 四川 成都 610000)

【中图分类号】R76

【文献标识码】A

【文章编号】1674-1412(2021)09-0020-02

鼻出血、鼻炎、变应性鼻炎、鼻窦炎都属于常见的鼻部疾病,对于上述疾病大家都或多或少有一定的了解,但是提起“空鼻症”,好多人可能都没有听说过这个名字。此外,有文献报道,空鼻症的自杀率比抑郁症自杀率还要高。那么到底什么是空鼻症?空鼻症是因为什么引起的?空鼻症如何缓解症状呢?本文将通过相关文献分析,对空鼻症有关知识予以分析。

## 一、什么是“空鼻症”?

空鼻综合征指的是鼻甲过分切除,引起的一种医源性并发症,其所产生的后果很严重,且难以医治。结合目前对空鼻症的研究,其存在较多的症状表现,比如鼻腔脓涕、嗅觉功能下降、鼻腔有血性分泌物、恶臭、鼻塞、鼻腔与鼻咽存在咽部干燥感,部分患者病情较严重,可出现窒息感。上述不同症状还会对患者的心理方面产生影响,如表现出烦躁不安、容易疲劳、焦虑、抑郁、精神无法集中等。常规的鼻腔检查能够看到鼻腔宽敞,表现出“筒状”。除了上述表现,空鼻症还会引起全身较多问题,如肺功能下降、胸闷、呼吸困难、生活能力下降、丧

失劳动力、浑身无力等,这些都是引起患者身心煎熬的原因,相应的较多患者因为无法长时间忍受这种疾病而选择自杀。

## 二、空鼻症为何如此严重?

空鼻症的发生与中鼻甲、下鼻甲切除手术操作有关。人体存在三个鼻甲,也就是上鼻甲、中鼻甲、下鼻甲。通常情况下,鼻部手术主要切除下鼻甲,正常的下鼻甲在人体有着重要作用,包括保证呼吸正常;对鼻腔在呼吸过程中产生阻力;对空气流量产生调控作用;能够对吸入的空气产生清洁过滤作用;有效控制吸入空气的温度与湿度,减少空气对鼻部产生的不良刺激。呼吸过程中,通过吸气,下鼻甲可对吸入空气产生引导作用,使其进入中鼻甲,完成对空气的温度与湿度调节。通俗地说,下鼻甲相当于过滤器、加湿器、空调。患者有鼻炎或者某些鼻部疾病需要手术治疗时,可能需要将部分或全部鼻甲切除。切除鼻甲后会影响到正常的功能发挥,比如干燥的空气、冷空气或者热空气在没有经过过滤与调节的情况下会直接进入肺部,出现一系列的临床症状表现,造成患者在生活中出

现不适感,增加肺部感染风险。鼻甲的存在相当于鼻腔中的“站岗士兵”,鼻甲切除后,鼻腔中的“士兵”没有了,这种情况下空荡荡的,空气等没有了处理,直接进入肺部,有种“长驱直入”的感觉,这也是叫“空鼻症”的原因。

### 三、“空鼻症”的可能原因有哪些?

结合当前关于“空鼻症”的研究,其可能的原因有:(1)上文中提到的鼻部手术中将下鼻甲切除,可能因为疾病需要切除范围较大,又或者因为医生操作经验不足造成下鼻甲切除范围过多,引起术后出现并发症,即“空鼻症”;(2)部分患者可因为后天疾病引起鼻腔黏膜出现萎缩或者引起骨质出现破坏,如特殊的鼻炎、萎缩性鼻炎等;(3)鼻腔自身结构出现异常,其中既有先天性原因,也有后天原因。目前而言,手术切除下鼻甲是引起“空鼻症”的主要原因。

### 四、如何缓解“空鼻症”症状?

“空鼻症”的危害极大,存在较多症状,据说空鼻症患者的感受就是“吸进去的空气类似于刀子”,让患者痛苦不堪,较多人因为不能承受痛苦而产生自杀心理与行动。为了缓解“空鼻症”的症状,可定期对鼻腔予以湿润处理,还可以通过带蒂腹直肌筋膜肋软骨片下鼻甲黏膜下填充术。当然,手术治疗仅限于理论研究,实际操作中会遇到各种问题,还需要不断加大研究。患者还可以通过棉球将一侧鼻孔堵住,通过单侧鼻孔呼吸,交替进行,可减轻症状;部分研究指出,“空鼻症”患者需要及时看心理医生,生活中培养兴趣爱好,转移注意力,避免思想、精力全部集中在鼻子上,这对缓解症状也有一定的效果。

通过上述对“空鼻症”的分析,存在鼻腔疾病时需要前往正规医院接受检查,对于鼻腔手术操作需要谨慎,可能的情况下选择保守治疗。当然,由此及彼,对于任何手术操作都需要明不断重视其风险研究,完善手术技术。

## 吞咽障碍的筛查

周会

(仪陇县人民医院新院区康复医学科 四川 南充 637676)

【中图分类号】R493

【文献标识码】A

【文章编号】1674-1412(2021)09-0021-01

吞咽作为人体的一项基本反射能力,通常可划分为认知环节、准备环节、口腔环节、咽期环节和食管环节五个阶段。据相关数据统计,独立生活的年龄超过60岁的老年人中,吞咽障碍发生概率为30%~35%之间。吞咽障碍容易对人体带来不利影响,使误吸概率、不良反应发生情况等进一步提升,若没有对其展开合理干预,容易形成终身吞咽功能障碍问题。所以,对吞咽障碍患者实施科学筛查十分重要。

### 一、吞咽障碍形成的根本原因

根据临床研究表明,吞咽障碍形成的根本原因主要包括疾病因素、结构异常因素、药物作用影响等。其中,疾病因素是指神经系统病症与呼吸系统病症,譬如患有中风、帕金森疾病、老年痴呆疾病,患者一旦被确诊为上述疾病,就容易增加吞咽障碍的发生概率。结构异常因素主要是指影响食管顺畅移动的病症,例如C3-C5骨质增生、口腔肿瘤、食管肿瘤、食管内压性憩室、颈椎关节炎等。药物影响是指患者服用会对自身吞咽肌肉功能控制的药物,以至于减少咽喉知觉的药物。

### 二、吞咽障碍筛查分析

吞咽障碍筛查主要包括初步筛查与进一步筛查。初步筛查可以将高危人群快速找出,但是难以明确是否存在吞咽障碍情况,需要对患者根据相关流程,展开进一步评估,吞咽障碍筛查部分需要交由临床医务工作者负责,进一步检查也应该交由专业临床医师完成。初步筛查需要对患者的症状进行观察,譬如是否有饮水呛咳、吞咽后咳嗽、食物残留、食物异物感、进食后声音低沉、进食后呼吸困难、气喘症状突然发作等情况,针对存在上述症状的患者,需展开进一步注田饮水试验、X线透视吞咽功能检验、标准吞咽功能评估等。

(1)注田饮水试验是一种十分典型的吞咽障碍床旁筛查评估方式,临床医师通过对患者喝30毫升水后反应情况进行观察,以便对患者展开吞咽障碍分级划分,其中,一级为无呛咳现象,一次性喝完;二级为无呛咳表现,分两次喝完;三级为一次喝完,但是有呛咳现象;四级为分为两次以上喝完,喝水期间有出现呛咳症状;五级为呛咳持续,无法全部喝完。但是此量化分级标本缺少客观的分级证据,因此项筛查较为简便,所以在临床吞咽障碍筛查中应用较为普遍。

(2)标准吞咽功能评估主要分为以下两点:一是展开临床检验,通过对患者的意识水平、头部与躯干的控制、呼吸、唇部闭合、软腭运动、自主咳嗽等情况进行检验观察。二是医务工作者让患者分别吞咽3次5毫升的水,如若没有出现明显异

常症状,可让患者持续饮用60毫升的水,以便医务工作者对患者喉运动、流口水、呛咳等异常情况进行观察。

(3)反复唾液吞咽测试是通过触诊喉结和舌骨上下运动水平,对随意性吞咽反射引发功能进行评估的方法。在操作过程中,临床医师把手指放在受检者喉结与舌骨位置,嘱咐受检者尽可能快速反复吞咽,根据吞咽运动,能触知喉结和舌骨越手指、向前上方移位,随后复位。对此种上下运动加以明确,下降时吞咽完成。触诊30秒,以此明确受检者的吞咽次数,年龄较大的受检者在30秒之内完成吞咽动作不能少于3次。

(4)容积-黏稠度测试也是临床常用的筛查手段,开始让患者吞咽糖浆稠度液体5毫升,对患者安全受损指标进行观察,如若在吞咽期间没有发生呛咳,需患者依次吞咽糖浆稠度液体10毫升、20毫升,在吞咽任何容积液体时有安全问题,则让患者吞咽布丁稠度半固体5毫升。上一环节安全吞咽后,让患者一次吞咽清水5毫升、10毫升、20毫升,对其吞咽过程进行观察,并在分别吞咽不同体积水时,患者如若出现吞咽困难的情况,需即刻停止吞水试验,直接让患者进入到布丁状稠度半固体吞咽评估环节,如若吞咽安全,需进入下一环节。让患者一次性吞咽布丁状稠度半固体5毫升、10毫升、20毫升,对其吞咽过程进行观察,如若患者在吞咽过程中出现吞咽困难的情况,需即可结束实验。

(5)EAT-10也是临床常用的评估方法,就是通过运用进食评估量表,条目内容主要涉及吞咽障碍症状、临床特征、心理情况、社交影响等方面,内有条目共有5个等级,满分为4分,而EAT-10分数越高说明吞咽障碍越严重。

(6)吞咽造影检查,此种检查方式就是在X线透视情况下,对患者的吞咽功能展开观察,以便了解患者在吞咽不同黏稠度、不同剂量造影剂包裹的食团情况。对患者正位与侧位成像展开观察,评估不同阶段吞咽情况,尤其对患者的舌部、软腭、咽喉部位解剖结构分析,与食团运送期间的全面观察,也就是吞咽造影检查的全部过程。

综上所述,吞咽障碍作为脑卒中疾病的多发性并发症,大约有20%~65%左右的脑卒中患者都会表现出一定程度的吞咽障碍。吞咽障碍一旦发生,不但使患者误吸概率进一步升高,还会影响患者的吮吸功能,使患者的生活品质受到影响。为了给吞咽障碍患者提供可靠的治疗方案,需注重吞咽障碍的筛查。