

高温天气警惕“热中风”——夏季脑卒中科普常识

健康提醒

相信很多人都有一個固有認知,覺得腦卒中也就是我們常說的中風(急性腦血管病,包括脑梗死和腦出血),只在寒冷的冬春季高發。其實在臨床工作中,我們發現高溫的夏季,同樣是腦卒中的高發時段。夏季持續高溫、悶熱酷暑的環境,很容易誘發“熱中風”。很多家庭會把頭暈、乏力、惡心的症狀簡單當成中暑,從而忽視了腦血管的危險信號,耽誤了最佳救治時機。今天我就和大家通俗地講一講夏季高溫腦卒中的相關知識,希望每個人都能提高警惕。

夏季之所以容易突發中風,最核心的原因就是高溫天氣對我們全身血管的持續刺激。天氣炎熱時,人體會大量出汗,很多人喝水不及時、不主動,身體就會處於隱性脫水狀態。水分大量流失後,血液會變得黏稠,血流速度變慢,很容易在腦血管中形成血栓,最終堵塞血管,引發缺

血性腦卒中。

除此之外,夏天大家頻繁在高溫室外和低溫空調房來回切換,溫差刺激是傷血管的一大元凶。室內外溫差過大,會讓腦血管反復收縮、擴張,血管壓力忽高忽低,對於本身就動脈硬化、血管彈性差的人群來說,很容易導致血管斑塊脫落、血管破裂等,既可能引發脑梗,也可能誘發腦出血。同時,悶熱的天氣容易讓人煩躁失眠、情緒波動大,這些都會導致血壓不穩定,進一步增加腦卒中的發病風險。

結合臨床觀察,有幾類人群是夏季“熱中風”的重點高危對象,一定要重點防護。首先是高血壓、糖尿病、高血脂、房顫等慢性病患者,這也是腦卒中最高危的群體。很多患者覺得夏天天氣熱,血壓較冬季偏低,就自行停藥或減藥,這其實是非常危險的行為,極易造成血壓反彈等情況,誘發腦血管意外。其次是65歲以上的老年人,血管老化、體溫調節能力弱、補水意識差,也是夏季中風的主要發病人群。

另外,長期戶外高溫作業的外賣騎手、環衛工人等,長期熬夜、久坐不動、飲食重油重鹽的年輕人,還曾經發生過腦血管疾病的人群,都是高危對象,夏季千萬不能

掉以輕心。

生活中最容易出现误区,就是把“热中风”和普通中暑混为一谈,这两种情况有相似症状,但危害和处理方式完全不同。普通中暑大多是全身症状,主要表现为浑身出汗、体温升高、头晕乏力、恶心想吐,大部分轻症患者只要及时降温、补水、休息,短时间内就能明显好转。

而夏季脑卒中也就是“热中风”的典型特点是单侧身体出现异常,很少出现全身性的乏力。大家一定要记住简单好记的中风识别口诀:看脸、抬手、说话。看脸部,是否出现口角歪斜、左右脸不对称;抬双手,平躺或站立平举双臂,是否有单侧手臂无力、抬不起来;听说话,是否口齿不清、言语含糊。除此之外,突发剧烈头痛、单侧手脚麻木、走路不稳、嗜睡昏睡等,都是中风的紧急信号,出现任意一条,都绝对不能当成普通中暑。

大家要清楚,脑血管堵塞后,脑细胞几分钟就会开始不可逆坏死。脑卒中救治有着严格的黄金时间,发病6小时内是溶栓、取栓的最佳窗口,救治越及时,致残、致死率越低,后遗症也越轻。如果身边有人突发疑似中风症状,请第一时间拨打120,不要拖延。等待救援时,让患者平躺,解开衣

领腰带、保持呼吸通畅,不要随意摇晃患者、不要喂水喂药、不要盲目按摩,避免加重病情,等待专业急救人员处置即可。

想要平安度过酷暑,远离“热中风”,日常预防远比治疗更重要。接下来给大家分享几点实用的防护方法。

- 科学补水:少量多次喝温水,出汗多补淡盐水,老人起夜小口饮水,忌冰水、浓茶。
- 巧用空调:温度设26℃,勿直吹头颈,进出冷热环境稍作过渡。
- 按时用药:慢性病患者不可私自停药,定期监测血压、血糖,指标异常及时就医。
- 作息饮食:低盐清淡饮食,少生冷;睡足不熬夜,稳住情绪防血压起伏。
- 适度锻炼:选择清晨、傍晚运动,大汗后别马上冲冷水澡、吹冷风。

总而言之,夏季高温不是简单的闷热难受,更是看不见的脑血管“危险期”。“热中风”虽起病急、危害大,但可防、可控。不管是老年人,还是作息不规律的年轻人,都要重视夏季血管养护。牢记识别症状,做好日常防护,早预防、早发现、早就医,才能最大程度远离脑卒中,守护好自己和家人的健康。 (滁州市第一人民医院 戴文)

老年高血压人群服用降压药的注意事项

健康知识

高血压是困扰我国半数以上老年人的慢性疾病。与年轻人高血压不同,老年人血管弹性变差、硬化程度高,血管缓冲能力大幅下降,长期处于偏高血压状态,身体已形成适应性。若短期内快速、大幅度降压,会导致心、脑、肾等重要脏器供血不足,引发头晕、乏力、眼前发黑,严重时可诱发脑梗死、心肌缺血。老年高血压用药首要核心原则是平稳降压、循序渐进,切忌极速降压。数据显示,60岁以上患者中45%存在用药不当。如何让降压药真正“治病”而不是“致病”?结合临床药学专业经验,下面为老年高血压人群梳理科学、安全的降压用药注意事项,助力老年人平稳控压、规避用药风险。

首先认清老年高血压的“特殊特点”

老年高血压有三大特点:一是单纯收缩期高血压多见,收缩压(高压)明显升高,舒张压(低压)正常甚至偏低,脉压差增大。二是血压波动像“过山车”,清晨和夜间容易骤升。三是老年人常合并糖尿病、

冠心病等多种疾病,肝肾功能减退,药物代谢变慢,不良反应风险更高。这些特点决定了老年高血压的用药不能照搬年轻人的方案。

四大用药原则,条条是“底线”

原则一:小剂量起步,缓慢调整。老年人对降压药更敏感,初始用药应从最小有效剂量开始。比如说明书推荐常规剂量,老年人可能只需半片。调整药物时一般需要4~8周逐步达到目标值,强行快速降压会导致心、脑、肾等重要器官供血不足。原则二:优先选长效药。像氨氯地平、缬沙坦这类药物,每天只需吃一次,药效平稳维持24小时。相比之下,硝苯地平普通片等短效药作用时间短,容易导致血压波动。原则三:联合用药优于单药加量。当一种药物效果不佳时,不要盲目加量,而应在医生指导下搭配两种不同类型药物。超过70%的高血压需要两种或更多降压药联用才能有效控制。原则四:个体化选药。没有放之四海而皆准的“神药”,合并糖尿病患者适合对肾脏有保护作用的ARB类;合并冠心病者β受体阻滞剂可能更合适。

降压目标:因人而异,不是越低越好

根据2025年《国家基层高血压防治管理指南》:80岁以下患者建议降至130/80mmHg以下;80岁及以上高龄患者建

议先降至150/90mmHg以下,如能耐受再进一步降至140/90mmHg以下。需要特别提醒:不要过度担心舒张压偏低,只要没有不适症状,老年人对偏低的舒张压耐受性良好,治疗中重点关注收缩压达标即可。

五类常用药,各有各的“特点”

- 钙通道阻滞剂(如氨氯地平):控压效果强,适合单纯收缩期高血压。注意可能引起脚踝水肿、面部发红,可告知医生调整。
- ACEI类(如依那普利):保护心肾,但10%~20%的人会出现干咳。若咳嗽影响生活,可在医生指导下换成ARB类。
- ARB类(如缬沙坦):副作用更少,尤其适合不能耐受干咳的患者。用药期间需监测血钾。
- 利尿剂(如呋达帕胺):适合合并水肿者,但可能引起低钾血症一出现乏力、腿抽筋需及时检查电解质。注意:沙坦类与普利类不能同服。
- β受体阻滞剂(如美托洛尔):适合合并冠心病的患者,但可能引起心跳过慢、手脚发凉,哮喘患者需谨慎用。

常见“雷区”,一个都别踩

- 凭感觉调药,无症状就停药。“头不晕、眼不花,血压就没事”是最常见的认知误区。血压正常是药物起效的标志,不是

停药信号。擅自停药后血压反弹,对血管的损伤比持续高血压更严重。

- 追求快速降压。曾有老人为快速控压将硝苯地平加倍,导致血压骤降、意识模糊。降压需循序渐进。
- 忽视药物“打架”。老年患者平均服药4~6种。感冒药中的伪麻黄碱会升高血压;布洛芬等止痛药会减弱降压药效果。就诊时一定要主动告知医生正在服用的所有药物。
- 服药时间方法随意。利尿剂宜晨服,避免夜间起夜;缓释片、肠溶片不能掰开吃,否则会破坏药效。

安全用药“护身符”

自己做好“用药记录”:写清药名、剂量、次数、时间,复诊时带上。定期监测:在家规律自测血压并记录,按时复诊查肝肾功能、电解质。善用工具:分装药盒防漏服,手机闹钟设提醒。家人多关心:协助提醒、分药、观察反应。

老年高血压用药的核心是安全优先、平稳为主、个体化适配、规律坚持。老年人切勿跟风他人用药、切勿凭体感判断血压、切勿擅自调整药量。遵循专业医护人员指导,规范用药、科学监测、健康养护,才能有效控制血压,减少并发症,控制高血压是场持久战,科学用药,才能安享健康晚年。

(来安县人民医院 王锦黎)

肠镜肠道准备不合格有哪些危害?如何指导患者正确清肠?

健康科普

肠镜检查是筛查、诊断结直肠息肉、炎症、肿瘤等肠道疾病的“金标准”,而清晰的肠道视野是检查精准度的核心前提。肠道准备就是通过饮食调整、服用清肠药物,清空肠道内粪便、残渣的过程。在临床消化内镜护理工作中发现,不少患者因认知不足、操作不当等问题,导致肠道准备不合格,不仅影响检查效果,还会带来诸多隐患。下面详细讲解肠道准备不合格的危害,并普及科学规范的清肠方法,助力患者顺利完成肠镜检查。

但很多患者不理解:为什么检查前要“又饿又拉”折腾一整天?简单说,肠道准备就像大扫除——不把垃圾清干净,再好的“侦察兵”也看不清。

清肠不合格,后果有多严重

1.病变漏诊,耽误最佳治疗时机。粪便残渣遮挡黏膜,息肉、早期肿瘤可能被完全掩盖。临床数据显示,清肠不彻底时息肉和早期肿瘤漏诊率升高30%~50%。早期结直肠癌治愈率超90%,一旦拖到晚期则不足10%。

2.增加操作风险,可能导致并发症。视野不清时医生操作困难,肠道擦伤、出血甚至肠穿孔风险显著上升。

3.检查白做,花钱又受罪。肠道准备不合格,检查可能中途停止或结果不可靠,患者需重新预约、重新清肠、再做一次。

4.误诊或延误治疗。粪渣可能被误认为息肉导致不必要的活检;取活检时若取到残渣而非病变组织,可能把早期癌误判为良性。

怎样才算肠道准备合格

医生用波士顿肠道准备评分(BBPS)判断:结肠分三段,每段0~3分,总分≥6分才算合格。患者自己判断很简单——最后排出的液体像清水或淡黄色茶水一样透明、无渣无粪块,就说明清干净了。

如何正确指导患者清肠

护理要点如下:

第一步:饮食控制(检查前1~3天)

普通患者检查前1天开始低渣半流质饮食。便秘、老年人建议提前3天过渡。

可以吃:白粥、烂面条、蒸蛋羹、馒头、豆腐、清蒸鱼肉。

禁止吃:蔬菜、水果(尤其是火龙果、西瓜等带籽水果)、粗粮、坚果、海带、木耳、深色食物及牛奶豆浆。检查前晚8点后禁食。

第二步:正确服用泻药(最关键)

以最常用的复方聚乙二醇电解质散为例。

分次服用:检查前一晚服一半(2袋+2000ml温水),检查当天提前4~6小时服另一半。

喝法:每10~15分钟喝250ml(约1杯),1.5~2小时内喝完,边喝边慢走、顺时针轻揉腹部促进蠕动。

口感调节:可冷藏后服用或加无色运动饮料调味;用吸管喝可减少苦味接触。

应对恶心:放慢速度、暂停15~20分钟再继续,呕吐超过一半药量需及时联系护士。

第三步:判断清肠效果

患者每次排便后观察:清水样或淡黄色透明液体、无渣即为合格。若仍有浑浊黄水或粪渣,立即联系医护人员。

第四步:特殊人群针对性指导

老年人(65岁以上):肠道蠕动慢,建议提前3天低渣饮食;喝泻药时注意防脱水,监测血压血糖。

糖尿病患者:检查当天暂停服用降糖药或胰岛素,随身携带糖果防低血糖。

便秘患者:提前2~3天遵医嘱用乳果糖等缓泻剂辅助。

高血压患者:检查当天早晨用少量水照常服降压药。

服用抗凝药者(阿司匹林、华法林等):提前告知医生,评估是否需要停药。

肠道准备是肠镜检查成功的关键,直接决定检查的准确性和安全性。肠道准备不合格,轻则白受罪、重则耽误病情。作为护理人员,要用通俗易懂的语言反复强调清肠的重要性,耐心指导每个步骤,尤其关注老年、便秘、糖尿病等高风险人群,帮助患者一次成功、查得清楚、查得安心。

(滁州市第一人民医院 车利亚)

健康关注

对于很多经历过外科手术的患者来说,术后被医生和护士反复叮嘱最多的一句话,可能就是“多勾勾脚、绷绷脚”。这个看似微不足道的小动作,在普外科护理中,做好相关干预是预防下肢深静脉血栓(DVT)这个极其凶险的术后并发症的关键。

认识“沉默杀手”:下肢深静脉血栓

想要有效预防血栓,首先要认清这位术后“沉默杀手”的真面目。下肢深静脉血栓是指血液在下肢深部静脉内异常凝堵,堵塞血管管腔,导致静脉血液回流障碍的一种血管疾病。普外科患者是该病症的高发人群,腹部手术、疝气手术、胃肠手术、肝胆手术等各类常规手术,都会对患者身体造成双重影响。一方面,手术创伤会激活人体凝血系统,使血液处于高凝状态,血液黏稠度大幅升高;另一方面,术后麻醉药效未完全消退、伤口疼痛、卧床制动等因素,会导致下肢肌肉长期处于松弛状态,腿部血液流速大幅减慢,血液瘀滞在静脉血管中,极易凝结形成血栓。静脉血栓栓塞症(VTE)已被认为是继心肌梗死和脑卒中后第三常见的致死性血管疾病,致死率高达28%~33%。

手术是诱发DVT的高危因素。术后患者往往需要长时间卧床,下肢肌肉处于松弛状态,肌肉对静脉血管的“挤压”作用减弱甚至消失,导致下肢血液流速显著减慢。加上手术创伤会激活人体的凝血系统,使血液处于高凝状态,三者结合,极易形成血栓。骨科大手术后若未采取有效预防措施,DVT发生率可达40%~60%。普外科腹部、盆腔手术后同样属于高发人群。

什么是踝泵运动

踝泵运动,就是通过主动活动踝关节,让小腿肌肉规律性地收缩与舒张,从而像“泵”一样促进下肢血液和淋巴液回流的一种康复运动技术。小腿肌肉被称为人体的“第二心脏”,踝泵运动就是激活这个“第二心脏”最直接有效的方式。

踝泵运动为什么能预防血栓

踝泵运动预防血栓的核心机制,在于其强大的“肌肉泵”作用和“血流冲刷”效应。

肌肉泵作用:当勾脚尖(背屈)时,小腿前侧肌肉收缩,挤压深层静脉;当绷脚尖(跖屈)时,小腿后侧肌肉强力收缩。这种交替收缩产生的压力远高于静息状态下的静脉压,足以对抗重力,将下肢的静脉血“挤”回心脏。

血流冲刷作用:肌肉挤压血管时,会使血流在血管内形成小漩涡,冲刷血管壁,有效减少血液中血小板和凝血因子的沉积与聚集。淋巴回流与消肿:踝泵运动还能促进淋巴液回流,帮助消除术下肢肿胀。

研究显示,规律的踝泵运动可使下肢静脉血液流速提高30%以上。对于围手术期患者,正确执行能将血栓风险降低10%~15%,并有效缩短住院时间。

如何正确进行踝泵运动

掌握正确的动作要领,是确保效果和的前提。

- 准备姿势:采取平卧位效果最佳。双下肢自然伸直放松,将注意力集中在脚踝。
- 第一步:踝关节背伸(勾脚尖),缓慢、尽力地向上勾起脚尖,让脚尖朝向自己,达到最大幅度后保持5~10秒。
- 第二步:踝关节跖屈(绷脚尖),缓慢、尽力地向下踩脚尖,像踩汽车油门一样,达到最大幅度后同样保持5~10秒。
- 第三步:踝关节环绕,以踝关节为中心,脚趾带动整个脚做360°的缓慢环绕动作。

运动频率:以上“一勾、一绷、一环绕”为一组。建议每天进行3~4次,每次做20~30组。也可以化整为零,在清醒状态下每小时做5~10分钟。记住口诀:“一屈二伸三环绕,预防血栓效果好”。

注意事项与禁忌人群

踝泵运动虽好,但并非人人适用,操作不当也可能带来风险。循序渐进:刚开始练习时,活动幅度和频率要由小到大,以不引起明显疼痛和疲劳为原则。动作要缓慢、匀速,避免猛甩或憋气。疼痛即止:如果在运动中出现腿部剧烈疼痛,应立即停止运动并告知医护人员。警惕危险信号:如果已经出现单侧腿部突然肿胀、疼痛、皮温升高、皮肤发红等症状,严禁再进行踝泵运动,应立即制动并就医,这很可能已经是血栓形成的征兆。

绝对禁忌:踝关节骨折未固定、踝关节不稳、下肢深静脉血栓急性期以及刚做完下肢神经血管修复术的患者,严禁进行踝泵运动。总而言之,下肢深静脉血栓的隐匿性和危害性不容忽视,术后制动是血栓形成的核心诱因。对于普外科术后患者而言,踝泵运动是成本最低、安全性最高、操作性最强的预防手段。患者及家属需摒弃“术后就要绝对静养”的误区,熟练掌握标准操作方法,坚持规律运动,配合科学的术后护理,主动规避“沉默杀手”的威胁,为自身术后快速康复、安全康复保驾护航。在临床护理中,医护人员也会持续做好健康宣教与指导,让踝泵运动落地落实,助力每一位患者平安度过术后恢复期。踝泵运动是一项简单、经济、高效的术后康复手段。它不需要任何器械,不受场地限制,是普外科术后患者预防“沉默杀手”——下肢深静脉血栓的第一道防线。

(滁州市第一人民医院 许清)

手术后的「沉默杀手」——如何踝泵运动预防下肢深静脉血栓

投稿邮箱:czrb9012@163.com