

# 高血压患者体位性低血压的应对

不少高血压患者有过这样的经历：躺着降压药，蹲起或晨起时突然头晕、眼前发黑，甚至差点跌倒，这很可能是“体位性低血压”找上门。高血压患者既要控制好血压，又要防体位性低血压发作，稍不注意就可能引发意外。

## 高血压患者为啥更怕体位性低血压

高血压患者血管调节能力本就较弱，加上降压药影响，体位性低血压风险比普通高30%，且危害更大。

1. 血压波动剧烈：日常需控压在<130/80mmHg，体位变化时若骤降至90/60mmHg以下，大脑缺血更快，跌倒风险高，还可能诱发心绞痛、脑梗。
2. 易陷入用药误区：部分患者误将头晕当作“降压不足”，自行加服降压药，反而加重体位性低血压，形成恶性循环。
3. 药物叠加风险高：多数患者需长期服用1~2种降压药(如硝苯地平、缬沙坦)，部分药物会扩张血管，联合利尿剂时，因血容量减少，风险更高。

## 三件事兼顾控压与防晕

### 一、降压药这样吃，减少风险

1. 不自行调整换药：若晨起、蹲起频繁头晕，别擅自加药或停药，记录头晕时间(如服药后1~2小时)、频率，复诊时告知医生。可能需调整方案，如长效药改早晚分次服用，或换用对体位血压影响小的药物(如ARB类)。

分娩是女性生命中独特的旅程，从规律宫缩开始到胎儿娩出，整个过程被称为产程。这段旅程中，身体会经历一系列复杂而有序的变化，每个阶段都有其关键节点。了解这些节点，能帮助产妇更好地配合医护人员，减少紧张与恐惧，让分娩过程更顺利。

### 产程开始的信号

产程开始前，身体会发出一些信号，提示分娩即将来临。

1. 规律宫缩：最初可能是不规律的腹部紧绷感，随后逐渐变得规律，间隔时间越来越短，强度越来越强，每次持续时间延长，这是子宫开始收缩、推动产程的标志。
2. 见红：阴道出现少量血性分泌物，这是宫颈开始扩张，宫颈内口附近的胎膜与子宫壁分离所致，通常在宫缩开始前或同时出现。
3. 破水：包裹胎儿的胎膜破裂，羊水从阴道流出，可能是大量涌出，也可能是少量持续渗漏。无论是否出现宫缩，破水后都需及时就医，避免感染风险。

### 第一产程：宫颈扩张的“攻坚期”

第一产程是从规律宫缩开始到宫颈口完全打开的阶段，是产程中时间最长的阶段，身体会完成“开指”的关键变化。

1. 宫缩的推进作用：随着宫缩逐渐增强，子宫宫颈慢慢展平、扩张，也就是常说的“开指”。初期宫缩可能较弱，随着产程进展，宫缩强度和频率增加，疼痛感会逐渐明显。
2. 产妇的配合要点：产妇可通过深呼吸或缓慢呼气来缓解宫缩痛；在宫缩间歇期尽量休息，保存体力；适当下床走动或变换体位，有助于宫颈扩张和胎头下降；及时排尿，避免膀胱充盈影响宫缩和胎头下降。

2. 避开睡前服药：除非医嘱，否则睡前吃降压药，夜间血压本就低，晨起体位变化时更易骤降。建议晨起30分钟服药，或按“早7点、晚7点”分次服药。

3. 警惕利尿剂影响：若服用呋塞米等利尿剂，需格外留意蹲起动作。每天测体重，1周内减重超2公斤，及时告知医生调整。

### 二、血压这样测，早发现

1. 测量方法：每天早晚各测量1次，先卧床测卧位血压，按“慢三步”起身(躺→坐30秒→站1分钟)，再测站立血压。
2. 判断标准：站立后收缩压比卧位降≥20mmHg，或舒张压降≥10mmHg，就是体位性低血压信号，需调整降压方案。
3. 做好记录：用笔记本记录每次卧位、站立血压值，复诊时供医生参考。

### 三、生活细节这样调

1. 起身更缓，遵循“慢三步”：晨起先靠枕躺30秒，无不适再坐起；坐起后双脚垂床边触地，停留1分钟(比普通人多30秒)，可活动脚踝促循环；扶支撑物缓慢站起，站稳后等30秒再走动；高危场景(服药后1~2小时、蹲厕后、洗澡后)起身更要慢。
2. 饮食：低盐不极端，补水要及时。每天盐摄入量不高于2克(半啤酒瓶盖)，过度限盐易致血容量不足，可用葱姜蒜调味；每天喝1500~2000毫升温水，服利尿剂或天热出汗多时，及时补水防血压骤降；晨起服降压药前，先喝温粥或吃片面包，避免空腹服药加重头晕。

### 头晕袭来这样做

1. 立即稳住身体：扶椅子、墙或扶手，无支撑则慢慢蹲、坐或平躺(头部稍低)，别强行站立，通常1~2分钟缓解。
2. 缓解后缓慢起身：头晕消失后，保持蹲坐1~2分钟，再按“慢三步”站起，站稳停留30秒无不适再活动。
3. 临时监测血压：若有血压计，缓解后测卧位、站立血压，站立血压低于90/60mmHg，当天停服降压药，次日咨询医生。
4. 出现以下情况必须就医：头晕每周超2次，或每次超1分钟；头晕伴胸痛、心慌、肢体麻木；因头晕跌倒，有皮肤擦伤、关节疼痛。

### 做好“平衡”，血压又稳又安全

高血压患者应对体位性低血压，核心是平衡。控压达目标，同时减少体位血压波动，避免“控住高血压，栽在低血压”。牢记三点：药不乱调(底线)，起身要慢(关键)，血压常测(监测“眼睛”)。若有疑问，别凭感觉，及时找医生，找到“控压”与“防晕”的最佳平衡点，即可让血压稳定，安全生活。

(六安市人民医院心内科 管媛媛)

# 轻松应对分娩通关之旅

3. 胎心与宫口监测：医护人员会定期监测胎心率，了解胎儿在宫内的状态；通过内检查看宫颈扩张情况，判断产程进展，这些监测能确保母婴安全。

### 第二产程：胎儿娩出的“冲刺期”

当宫颈口完全打开，就进入了第二产程，这是胎儿娩出的关键阶段。

1. 宫缩与“向下用力”：此时宫缩依然强烈，且会伴随一种自然的“向下用力”感，就像排便时的用力感。产妇需在宫缩来临时，按照医护人员的指导，双手抓住产床扶手，深吸一口气后屏住，向下用力，宫缩间歇期则放松休息。
2. 胎头下降与娩出：随着每次用力，胎头会逐渐下降，压迫会阴部，出现胀痛感。当胎头露出阴道口时，医护人员会指导产妇“哈气”，避免用力过猛造成会阴撕裂；随后在宫缩推动和适当用力下，胎头、肩膀依次娩出，接着整个胎儿顺利降生。
3. 情绪与体力管理：第二产程需要集中体力，产妇要保持冷静，听从医护人员的指导，不要因疼痛或紧张而胡乱用力，以免消耗体力或增加会阴损伤风险。

### 第三产程：胎盘娩出的“收尾期”

胎儿娩出后，并非整个分娩过程结束，还需要完成胎盘娩出，这就是第三产程。

1. 胎盘剥离与娩出：胎儿娩出后，子宫会继续收

缩，促使胎盘从子宫壁剥离。此时产妇可能会感到轻微宫缩，医护人员会轻轻牵拉脐带，协助胎盘娩出。胎盘娩出后，医护人员会检查其完整性，确保没有残留。

2. 产后观察与处理：胎盘娩出后，医护人员会检查会阴是否有裂伤，必要时进行缝合；同时观察子宫收缩情况和阴道出血量，预防产后出血。产妇此时可以放松休息，感受与新生儿第一次亲密接触的温暖。

### 产程中护士与产妇的配合

产程的顺利进展，离不开产妇与医护人员的默契配合。

1. 听从专业指导：医护人员会根据产程进展给予具体指导，产妇积极配合能有效缩短产程，减少风险。
  2. 及时沟通感受：产妇若感到异常不适、头晕、视物模糊等，要及时告知医护人员，以便及时排查原因。
  3. 家属的支持作用：家属在旁的鼓励和安抚能缓解产妇的紧张情绪，帮助传递信息、递送食物或水，成为产妇的“精神支柱”。
- 从“开指”到“娩出”，产程中的每个节点都是身体为迎接新生命做的精密准备。了解这些节点，能让产妇在分娩时更有底气。过程中可能会有疼痛和挑战，但只要积极配合医护人员，就能顺利度过这段特殊的旅程，感受生命诞生的力量！
- (芜湖市妇幼保健计划生育服务中心<芜湖市妇幼保健院>产科 高滢)

高油高盐饮食、久坐少动等因素，让冠心病发病率上升且趋年轻化。据《中国心血管健康与疾病报告2023》，我国患者超1100万人。生活中，爬楼梯、情绪激动时胸口发紧、莫名胸痛等“小不适”，可能是血管堵塞预警。冠脉造影术作为判断血管堵塞的“金标准”，常被医生推荐，为诊疗提供精准依据。以下将从5个核心维度解答冠脉造影术关键问题，助你科学了解。

### 心脏血管堵塞前的“报警信号”

心脏血管(冠状动脉)如同给心脏“供能”的管道，一旦被动脉硬化斑块堵塞，身体会发出明显预警。

1. 典型信号：活动时(如爬楼梯、快走)出现胸痛、胸闷，休息几分钟后缓解，这是早期心绞痛的表现。
2. 不典型信号：情绪激动时胸口发紧、莫名乏力，甚至夜间睡觉时突然憋醒、需坐起呼吸。

当胸痛超20分钟不缓解、伴大汗恶心，可能是急性心梗，需立即就医；常规心电图、心脏彩超仅能初步检查心脏功能，难查血管堵塞，若有上述症状且检查模糊，需靠冠脉造影术明确病因。

### 冠脉造影术是怎么操作的？

冠脉造影术并不复杂，全程只需15~30分钟，属于微创检查，操作过程类似给血管“拍动态视频”。

1. 穿刺准备：医生优先选择手腕处的桡动脉(少数情况选大腿根股动脉)，消毒后打局部麻醉(仅轻微胀痛，类似普通打针)。
2. 导管输送：将细如发丝的导管，通过穿刺点送入冠状动脉开口处。
3. 造影剂注射：往导管内注射含碘造影剂，同时用X线透视设备实时捕捉影像，造影剂随血液流动时，能清晰显示血管的走行、管腔狭窄，以及堵塞的位置和程度。
4. 术后恢复：桡动脉穿刺者，术后用压迫器按压4~6小时即可下床活动，恢复快、出血风险低，无需长时间卧床。

### 做冠脉造影会不会伤身体？

做冠脉造影，多数人不会感到明显疼痛，且安全性较高，可从3点了解：

1. 疼痛程度：穿刺时打麻药，仅轻微胀痛(类似抽血)；推注造影剂时可能有短暂全身发热感(持续十几秒)，无剧烈疼痛。
2. 整体安全性：冠脉造影技术成

熟超数十年，国内大医院广泛开展。常见穿刺部位肿青，几天可自行消退，极少数情况下可能出现严重并发症(如血管损伤、低血压)，但医院均有应急措施。

3. 关于“伤肾”：肾功能正常者，术后多喝水即可排出；肾功能不全者，医生会提前评估，选低剂量造影剂或输液保护肾脏，无需过度担心。

### 冠脉造影术适用于哪些情况？

是否需要做冠脉造影，需医生结合病情判断。当出现以下4类情况，建议及时评估。

1. 心绞痛频繁发作，或胸痛症状加重(如疼痛时间变长、疼痛范围扩大)，常规药物无法缓解。
2. 心电图、心脏彩超等检查提示“明显心肌缺血”，但无法确定是否由血管堵塞引起，或病因不明。
3. 急性心肌梗死发作时，需紧急做造影明确堵塞血管位置，为后续放支架、开通血管争取时间(黄金救治时间内做造影，能大幅降低心梗后遗症风险)。

4. 曾做过冠脉支架或搭桥手术，术后再次出现胸痛、胸闷，怀疑血管再次狭窄或堵塞，需复查血管情况。

### 冠脉造影术前术后注意事项

1. 选对医院：优先选有心血管专科的正规医院，医生经验足、设备全。
  2. 术前沟通：告知医生过敏史(尤其碘过敏)、基础病及用药，长期服抗凝药需遵医嘱调整。
  3. 术后护理：手腕穿刺者术后1~2天内不提重物、不用臂沾水，渗血或手臂麻及时联系医生。
  4. 长期护心：无论检查结果如何，需控油盐、多吃蔬果、戒烟限酒，适量运动如散步、太极拳，每周3~5次，每次30分钟，做好血压血糖血脂管理。
- 心脏是“生命泵”，血管堵没堵不能凭“感觉”。冠脉造影术像给血管“做体检”，早发现、早干预才能护好心脏。若你或家人有胸口不适，别硬扛，及时就医评估是否需做造影。
- (六安市人民医院心内科 刘洋)

