

老年性高血压与低血压的临床护理

庞梅 付玲

(山东省鱼台县妇幼保健院 鱼台 272300)

关键词 高血压 低血压 老年人 护理

中图分类号 R 473.5

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0074-01

随着人民生活水平的日益提高,老年心血管病的发病率越来越高。在日常的护理工作中,我们对老年性心血管的发病特点及日常的护理作出如下总结:

1 老年人高血压

1.1 注意血压的波动性 老年人的压力感受器敏感性减退,反应变慢,使心率的变异性降低,无论 SBP、DBP,还是脉压的波动性,均比年轻患者大,尤其是 SBP。因此,对老年人应该注意血压的多次测量。

1.2 注意体位性低血压 体位性低血压即收缩压立位比卧位下降超过 20mmHg,故应在患者平卧 10min 时或变为立位 1min 和 5min 时测血压。立位时血压降低在高血压病人更为明显,尤其在老年高血压病人及在降压治疗过程中其发生率可达 1/3,并常伴有头晕症状,可发生突然摔倒,而出现不良后果。据观察,有的患者收缩压,卧、立位差 90 mmHg,舒张压差 40mmHg。这种情况对于降压药物的选择和确定目标血压有指导意义。为避免体位性低血压的发生,不要使用能加重体位性低血压的药物如哌唑嗪、苄心定、甲基多巴等。尤应避免这些药物与利尿剂合用,还应避免在短时间的大幅度降低。

1.3 注意假性高血压 间接测压可高估血压值。老年人硬化的动脉难以被水银柱或血压计的气囊所阻断,故可得出较实际高的血压读数,据报道,老年人直接与间接血压读数可差 30mmHg 以上。如果发现老年人血压的读数很高,又无靶器官受累,应怀疑为假性高血压。采用简易 osler 试验可辅估诊断,即测量时给气囊充气,使压力超出收缩压 20mmHg,如这时明显地触摸到僵硬的桡动脉为阳性,肯定诊断须做动脉内

直接测压。这类患者对降压的耐受性差,可出现较严重的症状及并发症。

此外老年高血压还有如下特点:(1) 对治疗反应个体差异大,高血压并发卒中和心脏意外较多。(2) 以收缩期高血压最为多见,随着年龄的增长,老年人的主动脉发生硬化,成为近于无弹性的血管,心脏射血时,主动脉不能充分扩张,动脉系统内骤增的血容量得不到缓冲而导致收缩压升高。(3) 多是无症状性高血压,其终末器官损害并发症常见,且多无症状,如心肌缺血和脑缺血。所以,对高血压老年患者还应注意个体差异。

2 老年人低血压

老年人低血压与高血压一样,均具有重要的临床意义。主要有无症状性低血压、症状性低血压、体位性低血压 3 种类型。在护理时应注意以下几点:(1) 睡眠时采用头高脚低位,床板应与地面呈 20 度以上斜度,以便降低肾动脉压,利用肾素的脉释放和有效循环量的增加;(2) 夜尿使用床旁便器;(3) 体位转换不宜过速;(4) 宜在浴室铺胶垫,浴水不易过热,浴时不宜过长;(5) 进餐时,不宜过快、不宜过饱;(6) 避免高空或其它的危险作业;(7) 尽量避免长期卧床、长久站立和过度运动,少用灌肠通便法;(8) 病人一旦出现晕厥前驱症状,应就地躺倒,医护人员就地采取救护措施。

3 结语

老年性的高血压和低血压的出现情况不同,地区的不同,应采取不同的救护措施,提高生命生存的机率。做到早发现、早救护、早治疗,防止其它并发症的发生。

(收稿日期: 2004 -09 -23)

(上接第 67 页) 术前应及时配好血型血交叉,并备足血液制品;(2) 建立多条输液通路和深静脉置管、快速扩容,以维持最低有效循环灌注压,尽可能不用或少用任何缩血管活性药,否则会进一步加重微循环障碍;(3) 若血源未能及时到位,可输注大量平衡液,5%~10%低分子右旋糖酐、血定安,以维持有效的组织脏器灌注压;(4) 根据血压、心率、末梢循环和尿量,及时调整输液输血、心细胞悬液的量、速度和晶胶比,必要时适当用血管活性药物和强心利尿药,如测定 CVP 和动脉内压更有意义;(5) 合并有颅脑损伤的患者,其治疗原则即要纠正循环休克状况,又要降低颅内压,预防脑缺血。

3.5 早期治疗结合,降低围手术期并发症 众所周知,此类病人术后最严重的并发症为感染、急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征、急性肾功能衰竭、多脏器功能障碍等,死亡率极高。因此,笔者认为 不能满足于手术要求麻醉和维持生命体征的平稳,更要兼顾整个围手术期,积极做到术后并发症,术

前术中防。体会有:(1) 手术开始前使用足量广谱抗生素,以抵御微生物的入侵;(2) 早期足量使用糖皮质激素,有助于消炎、消肿、抗休克增强机体耐受力;(3) 根据各项监测及时纠正酸碱和水电解质紊乱,维持内环境稳定;(4) 彻底吸尽呼吸道分泌物,消除抑制呼吸的诸因素;(5) 保护肾功能,发现无尿应尽早使用利尿剂。保护功能的关键是尽快恢复循环血容量,满足肾灌注,缩短低血压期,而不靠使用大量利尿剂或多巴胺等药,否则将事倍功半,甚至加快肾功能障碍的发生。10 例病人的成功救治证实系列措施是有效可行的。

参考文献

[1]梁继河.创伤性失血性休克的复苏进展[J].中国危重病急救医学, 1999,7(7): 444-447
[2]巫培康.四肢辗轧离断伤合并创伤失血性休克的治疗[J].广东医学, 2000,21(12): 1 067

(收稿日期: 2004 - 12 -14)