# 高血压脑出血的发病机制及手术方式

□桂学宝 和县人民医院神经外科

**一、高血压脑出血的发病机制**

高血压脑出血是指因长期高血压导致脑内血管破裂引起的出血性疾病。其发病机制主要包括以下几个方面：

1.**血压波动大**：长期高血压会导致血管弹性下降，当血压突然升高时，如情绪激动、剧烈运动等情况下，血管无法承受过高的压力，容易破裂出血。

2.**血管壁受损**：高血压持续作用于血管壁，使其受到机械性损伤，内皮细胞功能障碍，通透性增加。受损的血管壁更容易发生破裂，引发脑出血。

3.**微小动脉瘤形成**：在高血压的影响下，血管壁局部薄弱处会膨出形成微小动脉瘤。这些动脉瘤壁薄，在血压波动时极易破裂，导致脑出血。

4.**脑动脉硬化**：高血压促使脑动脉发生粥样硬化，使血管管腔狭窄、血流不畅。硬化的血管脆性增加，容易破裂出血。

5.**凝血功能异常**：高血压可能影响机体的凝血机制，导致血液处于高凝状态或凝血功能障碍，从而增加出血风险。

**二、高血压脑出血的手术方式**

高血压脑出血的手术方式多样，医生会根据患者的具体情况（如出血量、出血位置、患者身体状况等）选择最适合的手术方法。以下是一些常见的手术方式：

1.**开颅血肿清除术**：是一种传统的手术方式，适用于大量脑出血、脑疝形成等情况。医生会在颅骨上开一个较大的口子，进入颅内清除血肿并止血。这种手术方式创伤较大，但清除血肿彻底。

2.**小骨窗开颅血肿清除术**：是一种微创手术方式，适用于中等量脑出血、患者一般情况较好等情况。医生会在颅骨上开一个较小的口子，通过显微镜或神经内镜清除血肿。相较于传统开颅手术，小骨窗开颅血肿清除术具有创伤小、术后恢复快等优点。

3.**神经内镜辅助下血肿清除术**：是一种新兴的手术方式，同样适用于中等量脑出血、患者一般情况较好等情况。医生在显微镜或神经内镜的辅助下清除血肿，具有创伤小、恢复快等优点。

4.**立体定向血肿抽吸引流术**：是一种通过立体定向技术将引流管插入颅内血肿腔，将血肿抽出的手术方式。这种手术方式适用于少量脑出血、患者一般情况较差等情况。其优点是创伤小，对脑组织损伤小，但清除血肿可能不如开颅手术彻底。

5.**神经导航辅助下微创手术**：是一种将神经导航技术与微创手术相结合的手术方式，可以更加准确地清除颅内血肿，减少手术创伤。这种手术方式适用于各种类型的脑出血，具有高精度、低创伤的特点。

**三、高血压脑出血的预防方法**

1.**定期测量**：建议高血压患者定期测量血压，以了解血压状况。

2.**遵医嘱用药**：对于已经确诊的高血压患者，应遵医嘱按时服用降压药物，保持血压稳定。

3.**低盐低脂**：饮食应以清淡、低盐、低脂为主，减少盐分的摄入，避免高脂肪、高胆固醇食物。

4.**适量饮水**：保持身体水分平衡，有助于血液流通。

5.**戒烟**：吸烟会导致血压升高，增加脑出血的风险，因此应尽早戒烟。

6.**限酒**：过量饮酒同样会对血管造成损害，建议限制酒精摄入。

7.**合理饮食**：通过控制饮食，减少高热量食物的摄入，避免肥胖。

8.**保持舒畅心情**：情绪激动会导致血压升高，增加脑出血的风险。因此，建议保持心情舒畅，避免过度焦虑、抑郁等不良情绪。

**四、高血压脑出血的手术方式该如何选择？**

1.大量出血：

当大脑半球出血量超过30ml，或小脑的出血量超过10ml时，可能需要考虑开颅手术，如大骨瓣开颅血肿清除术，以迅速清除血肿，减轻脑组织压迫。

2.中等量出血：

对于中等量脑出血，可以考虑小骨窗开颅血肿清除术或神经内镜辅助下血肿清除术。这两种手术方式创伤相对较小，对脑组织的损伤也较小，有利于患者术后恢复。

3.少量出血：

对于少量脑出血，立体定向血肿抽吸引流术可能是一个更好的选择。这种手术方式通过立体定向技术精确定位血肿位置，然后插入引流管将血肿抽出，创伤小，恢复快。

4.出血位置

出血位置也是选择手术方式的重要因素。不同部位的出血可能对手术方式和手术难度产生不同影响。例如，对于脑干附近或深部脑组织的出血，手术难度可能较大，需要更精细的手术操作。此时，神经内镜或立体定向等微创手术方式可能更为适合。

5.患者身体状况

患者的身体状况也是选择手术方式时需要考虑的重要因素。对于年龄较大、身体状况较差的患者，可能需要选择创伤更小、恢复更快的手术方式，如立体定向血肿抽吸引流术或神经内镜辅助下血肿清除术。而对于年轻、身体状况较好的患者，可以考虑开颅手术等更彻底的清除血肿的方式。

总之，高血压脑出血的手术方式需要根据患者的具体情况进行选择，医生会根据患者的病情、身体状况等因素制定个体化的治疗方案。同时，高血压患者应积极控制血压，定期监测血压和进行体检，以预防脑出血的发生。

# 焦虑抑郁共病怎么办？双管齐下的护理干预策略

□黄磊 安徽省荣军医院

焦虑和抑郁是现代社会中常见的两种心理疾病，它们不仅影响个体的情绪和行为，还可能对身体健康造成严重影响。当一个人同时患有焦虑和抑郁时，这种情况被称为焦虑抑郁共病。焦虑抑郁共病的患者往往面临更复杂的治疗挑战，因此需要双管齐下的护理干预策略来应对。

**一、认识焦虑抑郁共病**

焦虑抑郁共病是指个体同时存在焦虑症状和抑郁症状，它们可以是同时出现，也可以是先后出现。焦虑症状可能包括紧张、不安、过度担忧、恐慌发作等，而抑郁症状则可能包括持续的悲伤情绪、兴趣或愉悦感丧失、疲劳、睡眠障碍、食欲改变等。焦虑抑郁共病的患者往往在情绪调节、认知功能、社交能力等方面都存在困难。

**二、双管齐下的护理干预策略**

1.**药物治疗**

药物治疗是焦虑抑郁共病患者护理干预的重要组成部分。通常，抗抑郁药物和抗焦虑药物会联合使用，以达到更好的治疗效果。选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）和5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）是治疗焦虑抑郁共病的常用药物。医生会根据患者的具体情况来调整药物种类和剂量。

2.**心理治疗**

心理治疗是焦虑抑郁共病护理干预的另一重要方面。认知行为疗法（CBT）是治疗焦虑和抑郁最有效的心理治疗方法之一。CBT帮助患者识别和改变负面思维模式，学习应对技巧，从而改善情绪和行为。此外，心理治疗还包括支持性心理治疗、人际治疗（IPT）等，旨在帮助患者建立良好的人际关系，提高生活质量。

3.**生活方式的调整**

生活方式的调整对于焦虑抑郁共病患者同样重要。规律的作息时间、均衡的饮食、适量的运动、充足的睡眠以及避免酒精和药物滥用都是有益的。此外，患者可以尝试放松技巧，如深呼吸、瑜伽、冥想等，以减轻焦虑和抑郁的症状。

4.**社会支持**

社会支持对于焦虑抑郁共病患者来说是不可或缺的。家庭成员、朋友和同事的理解和支持可以显著改善患者的心理状态。参与支持小组或社区活动，与经历相似的人交流，可以减少孤独感，增强应对疾病的信心。

**三、护理干预的实施**

1.个性化护理计划的重要性

每位焦虑抑郁共病患者的情况都是独特的，因此需要制订个性化的护理计划。护理人员应与患者密切合作，了解其需求和偏好，制订出切实可行的治疗方案。这包括评估患者的心理状态、生活习惯、家庭背景以及社会支持系统等多方面因素，从而为患者量身定制最适合的护理方案。通过个性化的护理计划，可以更好地满足患者的个体需求，提高治疗效果，帮助患者更快地恢复健康。

2.多学科团队合作的必要性

焦虑抑郁共病的治疗需要多学科团队的合作。这包括精神科医生、心理治疗师、护士、营养师、运动康复师等。团队成员应共同评估患者状况，制订综合治疗计划，并定期评估治疗效果。通过多学科团队的合作，可以全面地关注患者的身心健康，从不同角度提供专业支持。精神科医生负责药物治疗，心理治疗师提供心理疏导，护士负责日常护理，营养师制订合理的饮食计划，运动康复师指导患者进行适当的运动，共同为患者的康复努力。

3.持续监测和评估的重要性

焦虑抑郁共病的治疗是一个长期过程，需要持续监测和评估。护理人员应定期与患者沟通，了解其症状变化，调整治疗方案，确保治疗的有效性和安全性。通过持续的监测和评估，可以及时发现患者病情的变化，及时调整治疗方案，避免病情恶化。同时，持续的评估也有助于了解治疗效果，为后续治疗提供参考。护理人员应密切关注患者的生理和心理变化，及时与患者沟通，提供必要的支持和帮助。

**四、总结**

焦虑抑郁共病的治疗需要综合性的护理干预策略，包括药物治疗、心理治疗、生活方式调整和社会支持。通过个性化护理计划、多学科团队合作以及持续的监测和评估，可以有效改善焦虑抑郁共病患者的生活质量，帮助他们走向康复之路。对于患者和护理人员来说，了解焦虑抑郁共病的特点，掌握有效的护理干预方法，是实现这一目标的关键。

多维度提升患者满意度：

# 护理服务质量改进的10个实用策略

□程娟 马鞍山市中医院护理部

在医疗体系中，护理服务是患者就医体验的重要组成部分。优质的护理服务不仅能促进患者康复，还能显著提升患者的满意度。以下是10个实用策略，从多维度助力护理服务质量的改进。

**一、优化沟通技巧**

1、**倾听患者需求**：护士应主动倾听患者及其家属的诉求，通过眼神交流、点头等方式表达关注，让患者感受到被重视。

2、**清晰准确地传达信息**：使用通俗易懂的语言向患者解释病情、治疗方案和护理措施，避免使用过于专业的术语。

3、**定期沟通反馈**：建立每日沟通机制，护士主动向患者反馈病情变化、治疗进展等情况。

**二、个性化护理服务**

1、**了解患者背景**：在护理过程中，护士应深入了解患者的年龄、性别、文化程度、生活习惯、心理状态等背景信息。

2、**制订护理计划**：根据患者的具体情况，制订个性化的护理计划。

3、**关注患者心理需求**：护士不仅要关注患者的生理健康，还要重视其心理健康。

**三、提升专业技能**

1、**持续学习与培训**：护理团队应定期参加专业培训课程，学习最新的护理知识和技能。例如，学习新的伤口护理技术、急救技能等，确保在护理工作中能够运用先进的方法。

2、**技能考核与评估**：建立严格的技能考核机制，定期对护士的专业技能进行评估。对于考核不合格的护士，安排针对性的培训和辅导，直至达到标准。

**四、优化护理环境**

1、**病房整洁与舒适**：保持病房的整洁、通风良好，定期更换床单、被套，确保患者有一个舒适的休息环境。病房内可适当摆放绿植，增添生机。

2、**降低噪音干扰**：采取措施降低病房内的噪音，如限制探视人数和时间，提醒家属保持安静。

3、**合理布局护理设施**：病房内的护理设施（如输液架、呼叫器等）要合理布局，方便患者使用。

**五、加强护理安全管理**

1、**严格执行查对制度**：在给药、输液、注射等护理操作中，护士要严格执行“三查七对”制度，确保患者安全。

2、**预防护理并发症**：护士要熟悉常见护理并发症的发生原因和预防措施。例如，对于长期卧床的患者，定期翻身，预防压疮的发生。

3、**安全教育与培训**：定期对护士进行护理安全教育和培训，提高护士的安全意识。同时，向患者及家属宣传安全知识，如正确使用呼叫器、防止跌倒等。

**六、提高护理效率**

1、**合理安排护理工作**：护士长根据患者的病情和护理需求，合理安排护理人员的工作任务。

2、**运用护理信息系统**：借助护理信息系统，护士可以快速记录患者信息、查询护理计划等，减少手工记录的时间，提高工作效率。同时，系统能够自动生成护理报表，方便护士长进行管理和评估。

3、**优化护理流程**：对现有的护理流程进行梳理和优化，去除不必要的环节，简化操作流程。

**七、增强团队协作**

1、**建立良好的团队氛围**：护理团队内部要建立良好的沟通和协作机制，营造积极向上的团队氛围。护士之间相互支持、相互帮助，共同解决护理工作中遇到的问题。

2、**明确团队成员职责**：明确每个护士的职责范围，避免出现工作推诿现象。同时，鼓励护士在完成本职工作后，主动协助其他同事，提高团队整体工作效率。

**八、关注患者隐私保护**

1、**尊重患者隐私空间**：在护理过程中，护士要尊重患者的隐私空间。例如，在为患者进行身体检查或治疗时，使用屏风遮挡，避免无关人员进入病房。

2、**保护患者个人信息**：护士要严格遵守患者信息保密制度，不得随意泄露患者的个人信息。在使用护理信息系统时，确保登录账号的安全，防止患者信息被窃取。

**九、开展患者满意度调查**

1、**设计科学的调查问卷**：设计涵盖护理服务各个方面（如护士态度、护理技能、病房环境等）的满意度调查问卷。问卷应采用简单易懂的语言，方便患者填写。

2、**定期收集与分析数据**：定期开展患者满意度调查，收集患者的意见和建议。

3、**反馈与改进**：将患者满意度调查结果反馈给护理团队，针对问题制订改进措施，并及时向患者及家属通报改进情况。通过持续改进，不断提高护理服务质量。

**十、积极应对患者投诉**

1、**建立投诉处理机制**：医院应建立完善的患者投诉处理机制，明确投诉处理流程和责任人。

2、**及时调查与处理**：对患者的投诉进行及时调查核实，分析投诉原因，制订合理的处理方案。在处理过程中，要与患者保持沟通，让患者了解处理进度和结果。

3、**总结经验与教训**：将患者投诉作为护理服务质量改进的重要契机，对投诉事件进行总结分析，找出护理工作中存在的问题和薄弱环节，采取措施加以改进，避免类似投诉再次发生。

通过以上10个实用策略的实施，护理服务质量可以从多维度得到提升，从而有效提高患者的满意度。护理团队应持续关注患者需求，不断优化护理服务，为患者提供更加优质、安全、舒适的护理体验。

# 糖尿病如何悄悄侵害你的身体？

□张炎 安徽医科大学第一附属医院东城院区（肥东县人民医院）老年医学科

一提到糖尿病，很多人想到的就是可怕，但是可怕的是这种病往往都是“温柔”的，它不以突发、剧烈的方式出现，而是一直在你体内“潜伏着”。当我们发现的时候已经“晚了”，它在我们的身体潜伏、生长了好多年，在身体表象上慢慢开始显现。其实，糖尿病真不“温柔”。它并不会立马表现出有什么异常，但在一点一滴中，对我们的身体产生腐蚀作用。那么糖尿病到底如何腐蚀我们的身体呢？

**一、糖尿病的基本“身份”**

首先是认识糖尿病：顾名思义，糖尿病就是糖在身体里出现了问题。正常人体内，食物中的糖会被吸收并转化为葡萄糖，再经过胰岛素的作用输送到细胞中，提供能量。而对于糖尿病患者来说，无论是胰岛素不够，还是细胞对胰岛素有了耐药性，糖都被滞留在了体内，就造成了血糖异常升高。

在症状表现上，糖尿病早期时容易被人们忽视，可能会有多饮多尿、体重变化等情况，这些症状往往不易引起重视。等到糖尿病进入中期或晚期时，身体各个系统出现被糖尿病侵害后的表现。

**二、悄悄侵害血管——糖尿病的心血管危害**

很多人总以为糖尿病只会影响心血管，实际上，糖尿病会引起血糖长期升高，而高血糖是影响心血管健康的“隐形杀手”。长期高血糖使得血管中的血液黏稠，血管壁失去弹性，导致血管受损。最后引起血液流动困难，心脏负担加重，而更加容易患上冠心病、脑梗等疾病。

文献显示，糖尿病患者心血管疾病的发病率是无糖尿病者的2～4倍，很多糖尿病患者并非直接死于心脏疾病，但心脏病的发生往往是糖尿病全身状况急剧恶化、糖尿病并发症加速发展的“凶手”。

**三、眼睛的“暗影”——糖尿病引发视网膜病变**

眼睛（特别是视网膜）是糖尿病侵袭的“重灾区”。高血糖使眼睛的血管（特别是眼底微血管）遭受损害，眼底微血管会破裂、堵塞，视网膜失去氧气和营养后导致功能受损，进而引发视力模糊、失明。

糖尿病视网膜病变是一种慢性进行性眼病，发病初期没有明显症状，直到患者视力出现严重障碍时，才发现糖尿病已悄悄影响了眼睛。此时，眼底病变已经无法逆转。所以，定期眼部检查对于糖尿病患者相当重要。

**四、肾脏的无声衰竭——糖尿病肾病**

糖尿病会毁坏肾脏，引发肾病。糖尿病肾病（糖尿病性肾病）是糖尿病最常见的并发症之一。糖尿病长期引起肾脏小血管损害，使肾脏的小血管丧失正常过滤能力，出现尿蛋白，并逐渐发展为肾功能衰竭。

糖尿病肾病的发病初期症状不明显，通常在肾功能损伤较重时才表现为水肿、尿量少、恶心等症状。当病情进展至末期时，就需借助透析才能维持生存。所以，糖尿病患者应该定期进行尿检，以便早发现肾脏问题，防患于未然。

**五、神经的悄然损伤——糖尿病神经病变**

同样值得重视的是神经系统的损害。高血糖可以直接破坏神经系统，特别是对下肢神经的损害。糖尿病的神经病变是一种进行性、进展性的慢性疾病，其早期症状往往表现为脚或手发麻、有麻木感、针扎样疼痛，甚至是轻微的疼痛。晚上感觉更明显，容易误认为是因疲劳或睡眠姿势欠佳造成的。

但随着病情的进展，神经损害进一步加重，会引发疼痛、感觉缺失、肌肉无力等，甚至造成足溃疡、足坏疽等一系列并发症。而糖尿病足患者保持足部清洁，定期对足部健康状况进行查检，则可以有效避免神经病及神经病并发症的发生。

**六、糖尿病如何预防？**

糖尿病是一种破坏性强且隐蔽性高的疾病，对高危人群的前期防控和控制尤为重要，规律的膳食、有规律的运动、维持合理的身体质量等才是控制血糖水平的关键举措。同时，对于存在高风险因素的人员，定期进行血糖检测，早发现、早控制是预防和有效降低糖尿病及并发症的重要措施。

另一方面，糖尿病患者必须遵医嘱进行药物治疗并监测血糖情况。如果早期控制了血糖，很多并发症是可防可治的。

**总结**

糖尿病不仅仅是血糖的问题，它对人体的各种器官和系统损害都是潜移默化的，可能引发各种致盲眼疾，心血管事件，肾病，脑卒中等。所以糖尿病不仅需治而且需防。用正确的生活方式，定期体检，才能及时发现潜在问题，将糖尿病对人体的“暗袭”遏制在早期可逆阶段。愿大家从现在起关注自身血糖，呵护身体健康。

健康园地

揭秘房颤：

# 房颤心电图特性及鉴别诊断

□陈伟 安徽省第二人民医院心电科

在日常生活中，你有没有感受到心脏总是怦怦乱跳，忽快忽慢，经常胸闷、心慌，这些症状都可能是房颤的信号。今天向大家介绍什么是房颤，讲解如何解读房颤动态心电图检查的报告单上的数据与指标，希望能够为大家提供帮助。

**1、什么是房颤？**

房颤是心房颤动的简称，是一种特征为心房不协调活动造成的快速型心律失常，在各类心律失常中属于常见的一种。房颤患者常出现心跳不规则、呼吸急促、胸部不适等症状，需尽早接受有效诊疗。根据2023年美国ACC和AHA所发表的《心房颤动诊断与治疗指南》，房颤可分为阵发性房颤（持续时间≤7天）、持续性房颤（持续时间＞7天）、永久性房颤（持续时间＞1年）。

**2、心电图在房颤诊断中的作用**

心电图是一种快速有效的检查手段，也是房颤的诊断“金标准”。检查医师可以通过常规心电图检查来观察到房颤特征波形，以做出准确的判断。针对阵发性房颤患者，检查医师可进行动态心电图检查，捕捉到房颤发作时的心电图表现，从而提升房颤的检出率。针对持续性房颤患者，动态心电图检查能够记录患者24小时的心室率变化、有无长RR间期等情况，为后续的临床治疗提供可靠参考。

**3、房颤心电图的核心特征**

3.1P波消失与颤动波（f波）

正常窦性P波消失，代之以形态各异、大小不等的f波，f波的频率在350～600次/分之间。按照f波振幅可分为粗颤和细颤，粗颤是指f波振幅＞0.1mV，多见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄等器质性病变；而细颤是指f波振幅≤0.1mV，多见于慢性房颤等。

3.2心室律绝对不齐

RR间期完全不规则，这是心房颤动的典型心电图特征之一。导致这一现象的主要机制在于，心房形成的激动信号在经过房室结传导时，受到房室结的生理不应期、隐匿性传导等多种因素的影响，以致下传心室的激动时间不一致。在某些情况下，若是心电图上f波不够明显，或是由于心室率过快而隐匿了f波的特征，可通过两个不同时段的心电图进行纵向对比来明确诊断。

3.3 心室率分类

心室率分类主要有以下三种：慢室率心房颤动：心室率<60次/分；正常心室率房颤：心室率为60-100次/分；快室率心房颤动：心室率>100次/分。

3.4QRS波群形态

大部分情况下QRS波形态正常（时限＜0.12秒），但若是合并以下情况会出现异常：其一，室内差异性传导：表现为右束支阻滞图形（V1导联呈rsR‘型），多见于长-短周期序列后。其二，预激综合征：QRS波起始部位可见δ波，且心室率常＞180次/分。其三，束支传导阻滞：左或是右束支阻滞图形，需要和室速鉴别。其四，不纯性房颤与心房扑动-颤动：当心电图同时出现f波和F波时，提示心房内有多源性折返。

**4、房颤心电图的鉴别诊断要点**

4.1宽QRS波的鉴别

当房颤伴随宽QRS波（时限≥0.12秒）时，需要着重考量以下三种可能性：其一，室内差异性传导：多见于长-短RR周期后，即Ashman现象，主要特征为右束支阻滞图形（V1导联呈rsR’型），起始向量与正常QRS相同，且无固定联律间期，QRS形态会出现变化。其二，室性早搏或是室性心动过速：表现为固定的联律间期，可能呈现二联律或三联律。QRS波电轴一般位于“无人区”，即电轴极度偏移，V1导联多为单相或双相R波（R>R‘），QRS时限大多超过0.14秒，且形态与既往记录的室早相同。其三，预激综合征合并房颤：心室率极快，通常>180次/分，QRS起始部可见δ波。若是在窦性心律时已存在预激图形（PR间期<0.12秒，QRS增宽），则更为支持该诊断。

4.2房颤合并房室阻滞

二度房室阻滞：心室率均值＜50次/分，长RR间期（＞1.5秒）出现≥3次，且在长间歇后出现交界性或室性逸搏。

完全性房室阻滞：心室率匀齐、缓慢，心室率约为30～50次/分，QRS波形态主要取决于逸搏起源点。

4.3房颤合并心肌梗死

因为房颤中的f波可能掩盖ST段改变，所以在诊断合并心肌缺血或是心肌梗死时需保持谨慎的态度。建议动态观察ST段变化趋势，并结合肌钙蛋白、CK-MB等心肌酶谱指标进行综合判断，以减少漏诊，提高检查的准确率。