



老年心血管病患者的合理用药秘籍

▲ 山东威海卫人民医院 金菲菲

老年群体中心血管病的发病率较高，这与其血脂、血压，以及动脉粥样硬化、先天原因等多种因素相关，尤其是随着我国生活水平的不断提升，患者饮食结构发生了明显的变化，导致心血管病发病率明显上升。

老年心血管病患者由于年事已高，除了心血管病往往还合并其他基础病，如呼吸系统疾病、糖尿病等，这些基础病基本上都依靠药物治疗，但老年患者用药随意、依从性不佳的现象普遍存在，用药不合理会直接影响治疗效果，甚至引发明显的不良反应，增加了用药风险。

降压药物

由于老年人年龄较大，动脉血管的扩张和弹性均逐渐降低，对压力感受器的敏感性也较差，这就导致机体的生理调节机能降

低，血压开始不稳定，所以老年患者降压治疗应依照用药原则合理用药。

首先，要遵循“从小到大”的原则，根据患者的耐受力来设定用药量，降低不良反应发生概率。其次，实行长效制剂，降低器官损害现象，每天保证使用 1 次。最后，采取联合用药方式，将血管紧张素转换酶抑制剂同利尿剂等进行联合应用。目前临床上常见的高血压治疗药物有以下几种。

β 受体阻滞剂 可有效降低患者心排血量，降低心率，防止心肌收缩，还可建立血脑屏障，转变中枢性血压调节机制，同时还可防止释放肾素血管紧张素，应用该药可有效达到降压目的。

利尿剂 降压作用稳定且较为温和，价格便宜，可用于心衰伴高血压和收缩期高血压患者，联合应用 β 受体阻滞剂后剂可有

效降低冠心病和卒中发病率。

钙拮抗剂 降压作用较好，降压幅度大。这类药物建议用于心绞痛、冠心病合并高血压和动脉硬化患者。对中重度高血压患者疗效较为明显。

血管紧张素转换酶抑制剂 降压作用安全、稳定，耐受较强，主要用于心衰、糖尿病、冠心病患者，不良反应多为干咳，肾动脉狭窄患者禁用。

血管紧张素 II 受体拮抗剂 主要有缬沙坦和氯沙坦，可同其他降压药一同使用。

降脂药物

目前，降脂治疗仍首选他汀类药物。在老年患者脂代谢与冠心病的分级预防中，他汀类药物可显著降低心血管事件发生率。绝大多数患者对他汀类药物的耐受性良好，其

不良反应多见于接受大剂量他汀类药物治疗者，常见不良反应为肝功能异常、肌痛、肌炎和横纹肌溶解等，长期服用他汀类药物有增加新发糖尿病的危险，但利大于弊。

强心类药物

包括非强心苷类和强心苷类两种，可有效增强患者心排血量，临床上以地高辛最常用。因为老年人身体机能较差，所以应依照正常量的 25%~50% 用药，缺血性心脏病患者慎用。

抗血小板聚集药物

血液黏稠患者罹患各类血栓类疾病的风险较高，因此应使用阿司匹林抗血小板的聚集，但是长期服用阿司匹林又可能引发出血类疾病，建议使用阿司匹林肠溶片。

康复的基本原则有哪些？

▲ 山东省聊城市中医医院 丁雯



康复治疗作为一门关注患者功能恢复、提高生活质量的综合性医学科学，一直以来都在不断探索和创新。康复治疗的基本原则包括早期介入、综合实施、主动参与和全程干预，这对于患者的康复过程具有至关重要的作用。

早期介入的重要性

早期介入的核心理念是在患者病程的早期阶段迅速而有针对性地应用康复措施，以最大程度地促进患者的康复过程。

第一，早期介入对于急危重症患者具有显著的意义。在这些病患中，时间往往是生死攸关的因素。通过在病程的早期采取积极而有针对性的康复干预，能够更好地控制病情的发展，减轻患者的痛苦，并最终提高其生存率。早期介入不仅仅是一种医学手段，更是对患者身体和心理状态的迅速支持，为其后续康复奠定坚实基础。

第二，早期介入关注康复治疗的全程。早期介入能够更好地预测患者的康复路径，制定更为合理的治疗计划，有助于在治疗过程中避免延误，确保康复措施在最佳的时机发挥作用。

综合实施的治疗手段

综合实施的主旨在于采用多种治疗手段和方法，全面提升患者的康复效果。

第一，药物与非药物治疗的综合应用是综合实施的基础。药物治疗能够通过调节生理功能、缓解症状，为患者提供迅速的康复支持。物理治疗、康复训练、心理

支持等非药物手段能够更全面地影响患者的康复过程，提高康复的整体效果。

第二，中医学注重整体观念和个体差异的综合治疗，与西医学的病因病机治疗相辅相成。通过中西医结合，康复治疗可以更全面、更精准地对患者进行诊断和干预，以期达到更好的治疗效果。

主动参与的促进作用

主动参与的作用不仅体现在治疗过程中，更在于患者的康复态度与效果。

第一，鼓励清醒患者积极参与具有深远的意义。通过对患者进行康复知识的普及，鼓励其在治疗中提出问题和建议，使患者成为康复过程的主体。

第二，安全前提下的主动参与策略能够有效提高治疗的积极性。通过让患者参与到一些相对简单而安全的康复活动中，有助于逐步提高其对康复的信心，从而更好地推动整个治疗进程。

全程干预的必要性

全程干预强调了在康复过程中的连续性和全面性，有助于患者更好地适应康复的长期性和复杂性，特别是对于神经系统病损或慢性疾患引起的功能障碍。

第一，对于绝大多数功能障碍，尤其是神经系统病损或慢性疾患造成的功能障碍，全程干预是必要的。这类患者需要更长时间的恢复过程，通过全程的康复计划，能够更好地贴合患者的康复路径，实现康复的渐进性和全面性。

第二，全程干预关注的不仅是功能的缺陷，更注重康复过程中的各种可能出现的问题。通过全程性的干预，能够及时调整康复计划，解决潜在的问题，确保患者在康复过程中能够得到全面的关爱和支持。

第三，对于少数功能障碍，如肌肉软组织急性损伤或某些痛症，全程干预同样具备必要性。通过全程性的康复管理，能够更好地维持患者的康复状态，降低康复后的复发风险。

如何降低急危重症患者院内转运护理风险

▲ 石河子大学第一附属医院 徐瑾媛

急危重症患者在院内通常在急诊科进行诊治，之后按照病情需要转运到相关辅助科室进行后续检查和治疗，转运过程看似短暂，实则危机四伏，如果处理不当，可能会导致病情突然变化，加速病情恶化。那么如何降低急危重症患者院内转移运用过程中的护理风险？

风险意识健康教育

落实风险意识健康教育至关重要，应提高急诊科相关医护人员实施医疗救助工作的责任心，定期对医护人员进行规范化理论培训和技能操作优化，促使医护人员掌握急危重症患者急诊救治的流程，以及在诊治期间存在的潜在病变先兆。同时，医护人员需要掌握心肺复苏、气管插管以及吸痰、供氧等救治操作流程，熟练掌握急救器械的使用规范。

危重患者分级转运

急危重症患者需要在转运过程中，遵循分级转运原则，按照患者生命体征和呼吸循环支持等指标综合分级，划分为Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级，配备符合等级的转运人员和装备。

Ⅰ级患者病情状况比较严重，随时有威胁生命危险的风险，在急诊采取相关治疗措施之后，生命体征还不稳定，测量 GCS 评分 < 9 分，需为患者建立人工气道并应用 2 种以上的药物，需要配置转运护士、主管医生、专科护士。配置物品包括：气管插管用品、微量输液或注射泵和移动电话。

Ⅱ级患者具有可能危及生命的临床风险，采取治疗后病情稳定程度较高，GCS 评分 9~12 分，需为患者进行人工气道支持，使用血管活性药物。转运期间需配置一名转运护士、一名值班医生，要使用便携式转运监护仪、便携式氧气袋、便携吸引装置、AED 和相关的急救药物。

Ⅲ级患者生命体征稳定程度较高，GCS 评分 >12 分，无需为患者建立人工气道支持和使用血管活性药物。只需要一名转运护士，负责低危险管道管理和病情病观察即可。需配备充足的氧源、指脉氧仪、简易呼吸器

及相关附件用物和急救药物。

转运流程

评估分级 转运前需对患者病情状况进行评估。确定需要转运后由急诊科护士测量患者的生命体征和相关指标，由主管医师共同分析评估急危重症患者转运的可行性。

沟通解释 转运前应向患者家属说明转运过程中的风险，做好风险告知事项。转运过程中可能会发生病情变化，需要签署知情同意书。

充分准备 准备抢救的医疗器械和药品，确保转运途中使用的器械性能良好。根据患者病情携带便捷式呼吸机、血氧饱和仪、氧气袋，以及多巴胺、肾上腺素、阿托品等急救药物。

转运前还需通知相关科室做好准备工作，针对急危重症患者优先进行检查，同时建立输液通路，便于大出血患者能够保持两条以上的静脉通路，保障患者安全。若患者出现昏迷，出发前要对患者气道情况进行评估，保持气道通畅，各项管路连接处必须紧密妥善固定，对于出现焦躁不安的患者给予约束，适当为患者注射镇静剂。

正常转运 转运过程中确保患者的安全，保证呼吸道通畅，护理人员站在患者的头部一侧，观察患者的病情变化。如果出现口腔内分泌物及时清除，观察各个导管是否有移位滑脱的现象。如出现紧急情况，就地进行救治。

总结评价 转运后到达交接科室，由护送人员与接收护理人员核对患者信息，将患者搬运至病床交代病情以及急诊处理救治方案。转运交接单接收之后，双方需要签字确认。

