



从紧急降压致脑梗死病例谈高血压病的管理

陈明俐 (慈利县苗市镇中心卫生院 湖南张家界 415812)

关键词: 高血压急症 紧急降压 高血压病管理

中图分类号: R544.1 文献标识码: A 文章编号: 1009-5187 (2017) 14-133-02

高血压急症和高血压亚急症曾被称为“高血压危象”,很多高血压急症和高血压亚急症是由患者服药依从性不好或治疗不足所导致,发生与患高血压病人群的管理和临床干预密切相关。

高血压急症

原发性或继发性高血压患者在某些诱因作用下,血压突然升高(一般 $>180/120\text{mmHg}$)同时伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现,血压水平的高低与急性靶器官损害的程度并非成正比。高血压急症包括高血压脑病、颅内出血(脑出血和蛛网膜下腔出血)、脑梗死、急性心力衰竭、肺水肿、急性冠脉综合症(不稳定心绞痛、急性非ST段抬高和ST段抬高型心肌梗死)、主动脉夹层动脉瘤、子痫等,另外,并发急性肺水肿、主动脉夹层动脉瘤、心肌梗死者,即使血压为中度升高,也视为高血压急症。妊娠期或某些急性肾小球肾炎患者,不伴有特别高的血压值,但如血压不及时控制在合理范围,会对脏器功能产生严重影响,甚至危及生命,处理过程中需要高度重视。

高血压亚急症

血压虽然显著升高,但不伴有靶器官损害,患者可以有血压明显升高造成的症状,如头痛、胸闷、鼻出血、烦躁不安等。

处理原则

对于高血压急症或亚急症,合理的做法是首先将血压降至相对安全的水平(一般情况下高血压急症患者血压可在24-48h内缓慢降至 $160/100\text{mmHg}$),最大程度地防止或减轻心、脑、肾等靶器官损害,保证生命安全。

典型病例报告

患者杨某某,女,66岁,家住偏远山区,就医不便,高血压确诊7年,时有头晕、头痛、颜面发红,偶有肢体麻木表现,间断服用依那普利、或尼群地平类药物,血压在 $220/120\text{mmHg}$ — $140/92\text{mmHg}$ 之间波动,未引起重视,于2015年8月12日上午9时步行来卫生院就诊,已停药12天诉头痛、头晕加重伴乏力6天,有高血压家族史。体查:BP: $220/116\text{mmHg}$,HR:86次/分钟,R:22次/分钟,双瞳孔3mm,等大等圆,光反射灵敏,伸舌居中,颈软,心率86次/分钟,无杂音,双肺呼吸音清,腹部平软,无压痛反跳痛,四肢肌力、肌张力正常,无病理征。心电图正常,建议住院观察,患者不同意,给予复方硝苯地平片10mg立刻含服,吲达帕胺2.5mg口服一次,再叮嘱以后硝苯地平片每日2次,每次10mg口服,吲达帕胺片2.5mg,每日1次口服,患者在卫生院服药后30分钟回家。4小时后,接到家属呼救电话,说病人言语不清,不能行走,急救车到患者家中接诊时家属代诉,患者回家后仅2小时又服用上2种降压药,无恶心、呕吐。此时患者意识尚清醒,说话含糊不清,查BP: $120/66\text{mmHg}$,心率92次/分钟,右侧肢体肌力2级,肌张力增强,病理征未引出。考虑服用降压药短时间降压过快致脑血管灌注不足后脑梗死,转送县人民医院做头部CT确诊并进一步治疗,后随访患者家属,县医院诊断脑梗死,7天后病情加重不治身亡。

小结

我们在临床上遇到高血压急症或亚急症的日益增多,在紧急处理的时候,病人或医生为追求效果,过快降压、过量服药或不合理的多药联用情况时有发生,往往造成了比高血压病更大的药源性伤害,紧急降压所发生不良心脑血管事件的机制可能涉及多方面,主要包括:1、重度高血压患者在短时间内血压迅速而显著下降、血流量明显减少;2、血流量重新分布,外周血管血流量增加而心脏与脑血管血流量相对减少。所以,高血压病患者的管理是防治的重中之重。

高血压病的管理

1、高血压知识的宣教。在门诊常常有人提出“我化验有贫血,怎么会有高血压,或不可能有高血压”、“我这么瘦小,不会有高血压”“我服好久的降压药了,最近几天没吃,看看好没”“我血压高,但没有任何症状,应该不需要吃药吧”等错误认识,这是因为我们接触农村居民的高血压患者中,文化素质稍低,医学知识缺乏,大多数患者对什么是高血压病,形成高血压的常见原因有哪些都不清楚,以为吃了一段时间降压药,血压正常了,所以高血压病就好了,以后不再服药和随访,或随意停药,随意加大剂量加服药次数。还有大部分患者复查血压的那几天是没有吃药的,是想看看服药高血压病好了没有,在我新调入卫生院工作的门诊大概花了3年的时间才改变大部分患者观念为:原发性高血压病是治不彻底的,服降压药是将血压降至理想值,而不是停药后看血压高不高。故个人总结宣教重点为:1、血压的概念及正常值;2、高血压病的概念;3、高血压病形成的常见原因;4、高血压病的危害和并发症;5、降血压的目的;6、降压药物的降压原理和途径。以上问题我常用通俗、易懂、易记的语句从专业的角度给患者解释。比如将血管比作水管,水压比作血压,心脏比作水泵,水管变硬,变细,就没有弹性压力当然就大了,水泵负荷自然增加,血管、血压、心脏亦然。而服用降压药就需要将血管扩张,改善血管弹性,减少血容量等手段达到效果,限制钠盐可减少血容量,利尿可减少血容量和心脏负荷等,我将米汤的稠稀比作血脂的高低,甚至将血脂显著升高的血样拿给病人看,血脂高了血就易凝聚、易堵塞血管导致脑梗塞,用生活中的例子说明病人就容易理解清楚了,这样才提高患者的治疗依从性。

2、改变高血压病人的生活方式即非药物治疗。在管理高血压患者时,责任医生建议患者保持健康的生活方式,包括:1、合理膳食,减少脂肪摄入,控制总热量;2、戒烟戒酒;3、体育运动、减轻体重;4、减轻精神压力,保持心理平衡。以上方式有明确的降压效果,特别是轻症患者可免受药物副作用和不良反应的困扰。

3、药物治疗。药物治疗的原则是个体化的综合治疗,以最佳的危险因素控制、最佳的药物选择、最佳的药物剂量和最佳药物联合在最佳的时间服用,从而达到高品质降压——全天24小时血压达标呈杓型。临床上常常遇到患者自行购买别人服用有效的药物,或者随意加量、减量、加药、停药。我们就要根据患者具体的病情给患者配药,如合并心力衰竭首选ACEI或ARB、利尿剂, β 受体阻滞剂;糖尿病首选ACEI或ARB;脑血管病后降压常用利尿剂、钙拮抗剂、ACEI或ARB;一般肾脏病选ACEI或ARB;难治性高血压选长效钙拮抗剂、利尿剂、ACEI或ARB;冠心病心绞痛选 β 受体阻滞剂或长效钙拮抗剂等,以小剂量开始、尽量使用长效药、必要时联合用药、个体化、维持治疗的原则,给患者讲清他本人的治疗方案和服药时间,得到患者的配合。

定期随访、体检和不定期随访

定期随访、体检和不定期随访是督查患者治疗依从性的主要措施。定期随访是对血压控制良好,无并发症的患者按公共卫生服务规范采用的管理方式,每年一次的免费体检也是对患者全身情况的检查,不定期随访则是对血压控制不佳,并发症多、年龄偏大的老年人的加强管理。随访的目的是加强与患者的沟通,督导病人及时服药、了解病人身体状况、督促病人体检、强调患者保持健康生活方式的必要性,对患者不正确的服药方式及时纠正,血压控制情况记入电子档案,提

(下转第138页)



例, 上消化道出血 1 例, 并发症发生率 16.67%, 研究组并发症发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2: 2 组日常生活能力与神经功能状况比较

组别	CSS 评分				ADL 评分			
	术前	术后 6 个月	t 值	P 值	术前	术后 6 个月	t 值	P 值
对照组	40.12±3.20	33.32±3.00	3.930	0.004	28.59±2.28	22.26±1.87	4.027	0.003
研究组	39.48±3.39	26.26±2.27	4.001	0.002	28.88±2.47	14.89±1.58	3.866	0.005
t 值	1.206	6.065			0.783	5.008		
P 值	0.810	0.000			1.127	0.000		

4 讨论

HICH 占急性脑血管病的 20%~30%, 其高致残率和致死率源于颅内血肿产生占位效应, 血肿急性膨胀压迫脑组织引起水肿, 导致颅内压升高, 进一步损伤脑组织。各种手术方式的目的是为了清除血肿, 降低颅内压, 改善脑组织缺血, 使损伤的脑神经及时获得恢复可能, 而手术方式的选择是影响患者神经功能恢复和生活质量的重要因素之一。HICH 的外科手术治疗术式较多, 目前学界已有大量的相关研究报道, 但至今仍未形成公认的最佳术式。目前常见的术式有传统的开颅血肿清除术, 以及近年兴起的微创术式, 包括微创穿刺引流术和神经内镜手术。但目前大量报道显示, 开颅血肿清除术的手术切口大, 术程时间较长, 术中出血较多, 并且较易出现术后颅内感染等手术并发症, 目前在临床中的应用已逐渐减少。而随着医学的发展和人们对医疗水平的要求逐渐提高, 微创的手术方式逐渐受到医生和患者的青

睐, 微创穿刺和神经内镜手术的应用逐渐增多。

综上所述, 神经内镜微创手术治疗高血压脑出血患者血肿清除率较高, 能够明显缩短手术时间, 创伤小, 患者术中失血量小, 能够明显改善患者神经功能, 促进预后恢复, 提高患者的生活能力, 具有广泛的应用前景, 是优质的手术方案。

参考文献

- [1] 高雅. 大脑中央前回计算神经影像解剖学及三维可视化 [D]. 蚌埠医学院, 2015.
- [2] 王连朝. 微创手术机器人视觉定位系统的研究 [D]. 武汉理工大学, 2006.
- [3] 刘仍利, 朱树干. 神经内镜的临床应用新进展 [J]. 国外医学·神经病学神经外科学分册, 2004, (05):414-417.

(上接第 133 页)

高患者治疗依从性从而达到稳定血压的目的。

讨论

近几年随着国家对公共卫生服务的投入不断加大, 乡镇卫生院对农村公共卫生服务工作的重视和加强, 体检发现由于农村居民生活习惯或饮食结构习惯等的改变, 居民发生慢性病如高血压, 糖尿病的发病人数不但攀升。但是大多数患病人群对高血压病的防治知识相对匮乏, 坚持服药治疗和随访等依从性差。由政府主导购买的公共卫生服

务的主旨是提高居民生活质量, 促进居民健康意识的提高和不良生活方式的改变, 逐步树立起自我管理理念; 可以减少主要健康危险因素, 预防和控制传染病及慢性病的发生和流行, 同时, 按以上方式管理好本区域内的高血压病等慢性病患者, 依托并与卫生院临床关联, 既是卫生院公共卫生工作的重点, 也是卫生院业务发展的契机!

参考文献

- [1] 人民卫生出版社, 全国高等学校教材供 8 年制及 7 年制临床医学等各专业用《内科学》2010 年 11 月第二版

(上接第 134 页)

[1] 史斌, 安静, 陈龙刚等. 人工膝关节置换术后疼痛影响因素的分析 [J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(7):993-997.

[2] Barash Paul, Cullen Bruce, Stonelting Robert. Clinical Anesthesiology, 2002, 44: 11-12.

[3] 林果为编. 现代临床流行病学 [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 2000:126-138.

[4] Beaussier M, Decors A, Tilleul P, et al. Desflurane improves the throughput of patients in the PACU. A cost-effectiveness comparison with isoflurane. Can J Anesth, 2002, 49: 339-346.

(上接第 135 页)

不良事件发生率之间无显著关系。此外, 观察组患者中, 接受抗凝治疗的患者其 NIHSS、mRS 评分改善比显著优于接受抗血小板治疗的患者 ($P < 0.05$), 而对照组患者中, 这一差异不显著 ($P > 0.05$), 提示 BNP 水平对于患者抗栓治疗方式的选择有一定的指导意义, 对于 BNP 在 912.5pg/mL 以上的患者而言, 抗凝治疗效果优于抗血小板治疗。

综上所述, BNP 水平的高低将直接影响到心房颤动合并脑梗死患者行急性期抗栓治疗的临床效果, 根据不同 BNP 水平范围选择合适的抗栓治疗, 是促进患者神经功能恢复、确保患者治疗有效率的关键。

参考文献

- [1] 刘帮健, 曲忠森, 赵玉武等. B 型钠尿肽对心房颤动合并脑

梗死急性期抗栓治疗选择的意义 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2017, 37(1):85-88.

[2] 谷松涛, 吴琦. B 型钠尿肽对次大面积肺血栓栓塞症危险分层、治疗及预后评估的临床意义 [J]. 天津医药, 2012, 40(2):114-117.

[3] 李会龙, 郝俊杰, 李刚等. 心房颤动合并脑梗死急性期抗血小板和抗凝治疗的比较 [J]. 中华脑科疾病与康复杂志 (电子版), 2015, 5(2):90-94.

[4] 张瑞雷, 宋兵, 王邦宁等. 老年非瓣膜心房颤动及合并脑梗死住院患者抗栓治疗调查 [J]. 中国临床保健杂志, 2014, (3):263-266.

[5] 罗羽慧, 崔坤, 梅霞等. 高龄老年心房颤动合并冠心病患者抗栓策略选择 [J]. 检验医学与临床, 2016, 13(12):1686-1688.

(上接第 136 页)

16%, 对照组患者术后并发症发生率为 40%, 观察组并发症发生率明显低于对照组。以上数据说明采用腹腔镜技术治疗胃肠外科急腹症, 能够取得良好的手术效果, 有助于缩短手术时间和手术切口, 有助于患者迅速恢复, 而且术后并发症发生率较低, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 屈鹏. 腹腔镜技术在胃肠外科急腹症患者中的应用评价 [J].

中国民康医学, 2015, 27(24):34-35.

[2] 刘贵疆. 腹腔镜技术在胃肠外科急腹症患者治疗中的效果分析 [J]. 中国民康医学, 2015(23):45-46.

[3] 谢宇. 胃肠外科急腹症患者应用腹腔镜技术治疗的研究 [J]. 医药, 2016(4):00013-00014.

[4] 杨振涛. 腹腔镜在普外科急腹症诊断与治疗中的临床应用价值 [J]. 中国社区医师, 2015(24):112-113.