

急性前循环脑梗死降血压治疗的临床效果观察

徐 燕 吴月菊^{通讯作者}

滨海县人民医院神经内科 江苏盐城 224500

【摘要】目的 分析急性前循环脑梗死患者实施降血压治疗的效果及作用。**方法** 以 2022.03-2023.03 时间段内的 58 例急性前循环脑梗死为分析参数, 将其以数字表法展开随机参照组、观察组设定, 各组参数样本 29 例前者行常规治疗, 后者行降血压治疗, 就血压水平(舒张压、收缩压)、神经功能缺损(NIHSS)指标组间分析。**结果** 治疗前, 血压水平组间分析数据差别小($P>0.05$); 治疗后, 血压值均下降, 且观察组下降幅度更为显著($P<0.05$)。治疗前, NIHSS 值组间分析相接近($P>0.05$), 治疗后, 在实验组有更低表现水平($P<0.05$)。**结论** 急性前循环脑梗死患者实施基础治疗的同时加以降血压有着显著效果, 可减轻神经功能缺损状况, 值得借鉴。

【关键词】 急性前循环脑梗死; 降血压治疗; 神经功能缺损; 血压水平

【中图分类号】 R743.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 09-014-02

脑梗死作为临床中较为常见且多发的疾病类型, 有着相对较高致死、致残率, 对患者的生命安全产生较为威胁。脑梗死患者大多为前循环梗死, 只有少部分为后循环梗死, 早期的后循环梗死较难判断, 且治疗效果相对较差, 有相关资料表明^[1], 规范开展降压治疗, 可降低脑梗死患者的复发风险。但有部分研究显示脑梗死急性期部分患者血压水平增高, 但患者于 24 小时内可自行下降血压, 此状况的发生机制尚无统一说法。基于此, 通过纳入 58 例急性前循环脑梗死患者探讨实施常规治疗时加以降血压治疗的临床效果, 相关资料汇总如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2022.03-2023.03 时间段内的 58 例急性前循环脑梗死为分析参数, 将其以数字表法展开随机参照组、观察组设定, 各组参数样本 29 例。各组详情为: 参照组男性计有 15 例, 分配占比 51.72% (15/29), 女性计有 14 例, 分配占比 48.28% (14/29), 年龄区域 42-77 岁, 均数值求取为 (59.53±3.35) 岁, 病程值 1-2d, 均数求取 (1.51±0.25) d; 观察组男性计有 16 例, 分配占比 55.17% (16/29), 女性计有 13 例, 分配占比 44.83% (13/29), 年龄区域 43-48 岁, 均数值求取 (50.39±3.55) 岁, 病程值 1-2d, 均数值求取为 (1.47±0.19) d。就患者基础信息比对无区别 $P>0.05$, 可比对。

1.2 方法

参照组: 常规治疗, 即: 予以患者抗血小板药物、他汀类药物、神经保护、对症治疗等, 同时予以患者康复指导。

若患者存在冠心病、糖尿病等需予以其针对治疗。

观察组: 降血压治疗, 即: 患者于发病的 48h 后予以降血压药物治疗, 选用药物为苯磺酸氨氯地平片 (规格: 5mg*14 片, 片剂, 批准文号: 国药准字 H20113235, 生产厂家: 国药容生制药有限公司), 口服 5mg, 或者是缬沙坦胶囊 (规格: 80mg*28 粒, 胶囊剂, 批准文号: 国药准字 H20030777, 生产厂家: 天大药业有限公司) 口服 80mg, 上述药物每日服用 1 次。但若患者在发病前服用相关降压药物, 可维持其原本的降压方案。

1.3 观察指标

1.3.1 血压水平

于治疗前后对患者的血压水平展开测定, 纳入项目有: 舒张压评测值、收缩压评测值, 就测定均数展开比对。

1.3.2 神经功能缺损

于治疗前后以美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)^[2] 开展患者的神经功能评估, 总分限定 0-42 分, 值越高说明其神经功能越差。

1.4 统计学分析

数据参数录入 spss25.0 实施分析, 计数参数表述、检验为: n (%)、 χ^2 , 计量参数表述、检验为: ($\bar{x}\pm s$)、 t , 组间有意义可参照: $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 血压水平

经治疗前测定血压水平值差别较小 $P>0.05$; 经治疗后测定均改善, 且观察组值低 $P<0.05$, 见表 1。

表 1: 血压水平比对 ($n=29$, $\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别 / 时间	舒张压		收缩压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	100.23±5.59	92.53±5.24	153.25±5.77	141.47±5.59
观察组	100.11±5.74	81.47±5.18	152.74±5.55	130.21±5.55
T	0.058	5.843	0.295	5.472
P	0.473	0.000	0.385	0.0000

2.2 NIHSS

经治疗前评估 NIHSS 值组间相似 $P>0.05$; 治疗后经测定以观察组值低 $P<0.05$, 见表 2。

3 讨论

人体的血压水平受到内环境及外环境影响, 脑梗死患者

的血压水平升高, 现阶段并无统一说法, 高血压病仅为诱导因素, 脑梗死的应激反应、并发颅高压、恶心呕吐、疼痛、尿潴留、缺氧紧张、焦虑、睡眠障碍、交感神经系统激活等均可导致继发性增高血压出现。临床有相关研究资料显示^[3], 脑梗死

(下转第 16 页)

表 1: 调查急诊科护理人员的护理安全知识、护理安全行为、护理安全态度情况 (n=30)

问卷评分	评分范围 (分)	平均得分 (分)
护理安全知识	1 ~ 21 分	15.37 ± 1.01
护理安全行为	7 ~ 28 分	11.59 ± 0.78
护理安全态度	7 ~ 28 分	18.79 ± 1.54

2.2 调查不同工龄急诊科护理人员的护理安全知行评分

调查结果显示, 工龄 < 1 年的急诊科护理人员的护理安全知行评分 (35.14 ± 1.28) 分, 工龄 ≥ 1 年且 < 3 年的急诊科护理人员的护理安全知行评分 (39.25 ± 2.15) 分, 工龄 ≥ 3 年且 < 5 年的急诊科护理人员的护理安全知行评分 (49.58 ± 3.05) 分, 工龄 ≥ 5 年的急诊科护理人员的护理安全知行评分 (55.59 ± 4.17) 分, 工龄越高的急诊科护理人员, 其护理安全知行评分越高。见表 2。

表 2: 调查不同工龄急诊科护理人员的护理安全知行评分 (n=30)

工龄	急诊科护理人员 (例)	平均得分 (分)
< 1 年	2	35.14 ± 1.28
≥ 1 年且 < 3 年	8	39.25 ± 2.15
≥ 3 年且 < 5 年	3	49.58 ± 3.05
≥ 5 年	17	55.59 ± 4.17

2.3 调查急诊科护理人员的护理安全影响因素情况

30 名急诊科护理人员的护理安全影响因素情况评估处于中等水平, 各维度评分得分排序情况为护士素质与能力因素 (3.32 ± 0.35) 分 > 组织管理因素 (2.79 ± 0.21) 分 > 护理工作内部环境因素 (2.38 ± 0.18) 分 > 临床工作环境因素 (2.05 ± 0.11) 分。见表 3。

表 3: 调查急诊科护理人员的护理安全影响因素情况 (n=30)

急诊科护理人员岗位胜任力情况	评分 (分)	排序
护理工作内部环境因素	2.38 ± 0.18	3
临床工作环境因素	2.05 ± 0.11	4
护士素质与能力因素	3.32 ± 0.35	1
组织管理因素	2.79 ± 0.21	2

3 讨论

急诊科的患者就诊率较高, 患者发病急, 创伤严重程度不一, 不安全事件发生风险较高, 生命质量受到不同程度的威胁^[5]。针对急诊科患者而言, 规范化的护理安全管理, 有

助于病情尽快得到控制, 并改善远期预后, 但若护理管理不当的情况下, 可增加死亡风险, 需要引起临床重视^[6]。因此, 本文了解急诊科护理人员护理安全影响因素的现状、认识状况。

调查发现, ① 30 名急诊科护理人员的护理安全态度评分最高, 护理安全知识评分一般, 护理安全行为评分最低。说明, 急诊科护理人员对护理安全的态度端正, 但知识、行为方面相对较为欠缺。② 护理安全影响因素最主要与护士素质与能力相关, 因此, 若要提高急诊科护理安全水平, 则首先要重视提高护士的素质与能力。③ 分析不同工龄急诊科护理人员的护理安全知行评分发现, 工龄越高的急诊科护理人员, 其护理安全认识水平越高。这主要是因为, 高工龄的急诊科护理人员由于长期工作经验的积累, 护理安全态度、行为和知识储备更佳, 对护理安全的认知程度更高, 也提示科室需对低工龄护理人员加强急诊科护理安全管理相关培训^[7]。

综上所述, 急诊科护理人员整体存在护理安全知行水平不高的问题, 工龄越高的急诊科护理人员, 其护理安全认识水平越高。护理安全影响因素最主要与护士素质与能力因素相关。需要加强护理人员的护理安全管理, 以改善急诊科护理人员对护理安全影响因素的认识状况。

参考文献:

- [1] 王翠萍, 王娅楠, 臧真燕. 急诊科护士护理不良事件上报态度现状及影响因素研究 [J]. 全科护理, 2021, 19(30):4300-4303.
- [2] 贾艳娟. 急诊危重症患者护理安全影响因素分析与护理对策研究 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(27):104-105.
- [3] 李旭峰. 探讨急诊危重症患者护理安全影响因素及临床护理对策 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(02):249-250.
- [4] 李元元. 影响急诊外科危重症患者护理安全影响因素及护理对策研究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(32):78+81.
- [5] 张炜. 急诊危重症患者护理安全影响因素分析及护理要点探讨 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(10):138+164.
- [6] 李传娇. 在急诊科护理中急诊分诊安全管理结合风险管理对护理质量的影响 [J]. 中国社区医师, 2019, 35(18):177+179.
- [7] 周秀春, 黄瑾瑜, 李晓玲. 急诊危重症患者护理安全影响因素分析及护理对策 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(05):140+142.

(上接第 14 页)

患者在发病的 48 小时内予以多种降压药治疗, 其血压水平难以降低, 部分患者血压水平恢复正常, 易导致神经功能缺损, 加重病情状况, 分析与血压降低后的缺血半月带血流减少有一定关系。

此次研究分析予患者发病的 48h 后实施降压治疗有一定效果, 分析结果显示: 治疗后测定患者的舒张压、收缩压、NIHSS 均有明显改善, 且观察组有更佳值表现 $P < 0.05$ 。究其原因: 脑梗死急性期出现血压增高可能是机体的保护方式, 促进局灶性脑缺血损伤的减轻, 从而挽救缺血半暗带的脑组织, 强力进行降压可能导致侧支循环开放不良以及缺血区域的灌注减少, 促进脑组织的缺血、缺氧状况加重, 增加梗死面积, 恶化病情, 因此在对患者实施对症治疗, 联合降压治疗可促进急性前循环脑梗死患者的预后质量改善, 稳定其血压水平的同时, 减轻神经功能缺损程度。

总之, 急性前循环脑梗死患者予以降血压治疗, 其临床

效果明显, 但需把握用药时间, 保证治疗开展的有效性。

参考文献:

- [1] 李又佳, 罗宋宝, 丁琼, 等. 急性前循环脑梗死降血压治疗研究 [J]. 心脑血管病防治, 2021, 21(2):184-187.
- [2] 黄渊炳, 吴志林, 李双涛, 等. 超时间窗急性前循环脑梗死患者血管内治疗的临床分析 [J]. 广州医学院学报, 2019, 047(004):50-54.
- [3] 倪晨斐, 李成, 徐静艳. 醒脑开窍针刺法联合西医治疗急性前循环脑梗死的短期疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2022, 031(002):323-326.

表 2: NIHSS 比对 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
参照组	29	22.32 ± 3.32	15.35 ± 3.23
观察组	29	23.15 ± 3.28	7.14 ± 3.11
T	—	0.959	9.872
P	—	0.158	0.000