

缺血性脑卒中急性期的血压管理

郑发仁, 李玲, 万照宇

(中国人民解放军第44医院 神经内科, 贵州 贵阳 550009)

[摘要] 目的: 探讨缺血性脑卒中急性期降压治疗对神经功能恢复的影响。方法: 将入选的123例急性缺血性脑卒中患者随机分成降压组与未降压组, 观察两组患者入院时及入院第14天时的神经功能缺损程度, 并评估入院第14天时日常生活依赖指数。结果: 入院第14天时, 神经功能缺损程度与入院时比较, 两组患者均呈降低趋势($P < 0.05$), 但降压组神经功能改善更明显($P < 0.05$); 日常生活能力优于未降压组($P < 0.05$)。结论: 对缺血性脑卒中急性期给予合理降压治疗, 有利于神经功能恢复及日常生活能力提高。

[关键词] 脑梗塞; 高血压; 血压监测; 预后

[中图分类号] R743.33, R453 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)05-0543-02

脑卒中是人群致死的三大主因之一, 其急性期(一般指2周内)的血压管理是治疗中重要环节, 但目前还不规范, 为此临床随机对照观察了123例脑卒中患者血压管理与预后的关系, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机观察2011年3月~2012年10月入院的缺血性脑卒中患者, 对符合入选条件者告知相应的治疗措施及相关医疗风险, 患者知情同意并签字。入选123例患者, 包括既往患高血压患者(脑卒中前多数患者接受降压治疗)和无高血压患者, 脑卒中后血压均显著升高, 随机分成降压组62例, 男38例, 女24例, 年龄(58.3 ± 7.5)岁, 发病时间(20.6 ± 6.2)h, 有高血压病史者79.2%; 未降压组61例, 男36例, 女25例, 年龄(56.4 ± 8.7)岁, 发病时间(21.6 ± 5.6)h, 有高血压病史者76.8%。两组患者在年龄、性别、发病时间、既往高血压病史患者比例差异均无统计学意义($P > 0.05$)。入选标准:(1)符合1995年全国第四届脑血管病学术会议制订的各类脑血管病诊断标准, 有神经系统定位体征, 并经头颅CT和(或)MRI证实;(2)发病48h内入院;(3)收缩压(SBP)180~220 mmHg, 舒张压(DBP) ≥ 80 mmHg;(4)无降压禁忌证;(5)住院时间不少于14 d。排除标准:(1)无症状性脑梗死及短暂性脑缺血发作(TIA);(2)出血性脑卒中及死亡患者;(3)应用溶栓或微创治疗者;(4)深度昏迷者;(5)顽固高血压者;(6)有脑血管狭窄、严重心力衰竭、心肌梗死、不稳定型心绞痛、主动脉夹层形成者。

痛、主动脉夹层形成者。

1.2 方法 两组患者入院后依病情给予降颅内压、抗血小板聚集、脑保护、防治并发症、对症支持及康复等综合治疗。对入院时收缩压 $\geq 180/100$ mmHg的患者, 降压组于入院当天实施降压治疗, 使24 h内SBP降低10%~15%, 入院第7天时血压降至140/90 mmHg以下, 但SBP不得低于120 mmHg, DBP不得低于80 mmHg。第14天内血压维持在此水平, 降压药物主要为血管紧张素转换酶抑制剂、利尿剂、钙离子拮抗剂等单用或联合用药; 未降压组不予降压治疗。

1.3 观察指标 (1)患者入院时及入院第14天时采用美国国立卫生院脑卒中量表(NIHSS)进行神经功能缺损评分, 计算入院第14天时减少的NIHSS百分数。入院第14天时减少的NIHSS% = (入院时NIHSS - 入院第14天时NIHSS) / 入院时NIHSS $\times 100\%$ 。(2)患者入院第14天时的生活能力采用巴氏指数评定量表(BI)评估, 残损程度越大对日常生活能力的影响越严重, 按其依赖程度分为: 独立为100, 轻度依赖为75~95, 中度依赖为50~70, 重度依赖为25~45, 完全依赖为0~20。

1.4 统计学方法 计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$), 采用t检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 多个样本均数采用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者入院时收缩压、舒张压差异均无统计

学意义($P > 0.05$);入院第14天时,与未降压组比较,降压组神经功能改善更明显($P < 0.05$);入院第14天时BI比较,降压组高于未降压组($P < 0.05$),日常生活能力优于未降压组。见表1。

表1 两组患者的血压、减少的NIHSS%及巴氏指数比较($\bar{x} \pm s$)

Tab.1 Comparison of blood pressure, reduction of NIHSS% and Barthel indexes between two groups of patients

项目	降压组	未降压组
<i>n</i>	62	61
入院时SBP(mmHg)	177.2 ± 13.6	175.8 ± 15.3
DBP(mmHg)	94.2 ± 11.6	92.3 ± 12.7
入院第14天时减少的NIHSS(%)	63.7 ± 11.4 ⁽¹⁾	45.6 ± 10.9
BI	73.1 ± 12.1 ⁽¹⁾	54.7 ± 11.2

⁽¹⁾与未降压组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

缺血性脑卒中又称脑梗死,是指各种原因所致脑部血液循环障碍,导致脑组织缺血、缺氧性坏死,出现相应神经功能缺损,具有较高发病率、死亡率和致残率^[1-2]。高血压是脑卒中最重要危险因素之一,降压治疗能减少脑卒中复发及心脑血管事件的发生^[3]。因此,决定缺血性卒中治疗成败的关键是卒中急性期的血压管理。在本组资料中,降压组脑卒中后血压高于180/100 mmHg的患者,于入院当天给予适当降压治疗后,与不降压组比较,神经功能改善明显,生活依赖程度更低。

无论有无高血压病史,60%以上的脑卒中患者可出现急性高血压反应,可能是机体对缺血的脑组织的应激反应,它可增加侧支循环的血流量,是有利的自我调节^[4-5]。然而过高血压可明显增加梗死区出血、梗死区周围水肿进展、颅内出血再发及出现其他心血管并发症等事件的风险^[6]。Castillo等^[7]发现,入院24h的平均收缩压>180 mmHg,每增加10 mmHg神经功能恶化危险增加40%;收缩压<180 mmHg每降低10 mmHg神经功能恶化危险增加6%。卒中患者的临床结局与发病后血压的水平有着密切关系,适当的降压治疗已成专家共识^[8]。

有资料显示,越早到达医院就诊的患者预后越差,原因可能是,病情越重患者就诊越早^[9]。本组患者卒中后24h内入院者比例相对较少,降压组

(20.6 ± 6.2)h、未降压组(21.6 ± 5.6)h,患者预后相对理想,原因可能是本组患者病情相对较轻,可能会产生一定程度上的样本偏倚。

血压管理是脑卒中急性期一个十分敏感而关键的问题,既要防止血压急剧升高超过自我调节的限度,造成大脑及其他靶器官的损害(特别是心脏),增加致残率、死亡率,又要防止血压过低神经功能恶化,应根据血压变化的起因采取相应的治疗措施,遵循缓慢、平稳、个性化的降压原则,使血压维持在病前原有的稍高水平,以保证卒中发作后良好的脑灌注。

4 参考文献

- [1] 贾建平. 神经病学(第6版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 175.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组,缺血性脑卒中二级预防指南撰写组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南[J]. 中华神经科杂志, 2010(2): 154-160.
- [3] 王增武,刘力生,龚兰生,等. 降压治疗与脑卒中二级预防:脑卒中降压治疗研究[J]. 中华高血压杂志, 2010(4): 329-334.
- [4] Qureshi AI, Ezzeddine MA, Nasar A, et al. Prevalence of elevated blood pressure in 563704 adult patients with stroke presenting to the ED in the United States[J]. Am J Emerg Med, 2007(1): 32-38.
- [5] 李瑞华,刘磊,王则颖,等. 缺血性脑卒中早期神经功能恶化与血压的关系[J]. 中华高血压杂志, 2011(5): 422-424.
- [6] 王大力,林楠,彭延波,等. 脑梗死急性降压治疗对预后的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013(4): 75.
- [7] Castillo J, Leira R, Garcia MM, et al. Blood pressure decrease during the acute phase of ischemic stroke is associated with brain injury and poor stroke outcome[J]. Stroke, 2004(2): 520-526.
- [8] 杜万良,栾璟煜,王春育,等. 美国缺血性卒中和短暂性脑缺血发作患者卒中预防指南[J]. 中国卒中杂志, 2011(1): 56.
- [9] Wei JW, Heeley EL, Wang JG, et al. Comparison of recovery patterns and prognostic indicators for ischemic and hemorrhagic stroke in China: the China QUEST (Quality Evaluation of Stroke Care and Treatment) Registry Study[J]. Stroke, 2010(41): 1877-1883.

(2013-05-06收稿,2013-06-21修回)

编辑:文箬颖