

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕ.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ"

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

του: Σπουδαστού Κάρμαν Νικολάου

Υπεύθυνος Καθηγητής

Δημητρίου. Α. Μιχαήλ

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα, Απρίλιος '89

APR 1964	12136
RECEIVED	

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Αποφάσισα να διαλέξω σαν θέμα της πτυχιακής μου την υπέρταση, διότι κατέχει σήμερα την πρώτη θέση στην νοσολογία των πληθυσμών του Δυτικού Κόσμου (ποσοστό υπερτασικών 18%). Βρίσκεται δε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, τόσο από καθαρά επιστημονικής, όσο και από κοινωνικοοικονομικής άποψης.

Αν και η παροχή φροντίδων υγείας στα εξωτερικά ιατρεία ή νοσηλευτικά ιδρύματα, προς τους υπερτασικούς είναι καθημερινή πράξη, η Ελληνική Νοσηλευτική, αλλά και ιατρική βιβλιογραφία είναι αρκετά φτωχή πάνω στο θέμα.

Με την εργασία αυτή δεν σκοπεύω να καλύψω αυτό το κενό, αυτό ξεφεύγει από τον σκοπό μιάς πτυχιακής, απλώς κάνω μιά αναφορά στις πρόσφατες εξελίξεις καθώς και ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής αντιμετώπισης ασθενών.

Εδώ θα ήθελα να ευχαριστήσω τον ιατρό Κο Δημητρίου, για την βοήθεια που μου πρόσφερε, τους κους Παυλίδη Θυμ. και Τολλό Δημ. για τη βιβλιογραφία που μου έδωσαν καθώς επίσης τις θερμές μου ευχαριστίες στην δακτυλογράφο Μεγαλούδη Μαρία για την εξαιρετη εργασία της.

Τέλος, θα επιθυμούσα η εξεταστική επιτροπή να κρίνει με επιεικεία το πόνημα αυτό που γράφτηκε από έναν σαφώς άπειρο σπουδαστή.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1ο Μέρος. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- I. Στοιχεία φυσιολογίας.
- I.ι. Γενικά περί της ΑΠ.
- I.ιι. Έλεγχος-ρύθμιση της ΑΠ.
- I.ιιι. Αιμοδυναμική μελέτη της υπέρτασης
- II. Ορισμός της Αρτηριακής Υπέρτασης
- III. Ιστορία της Νόσου
- IV. Επιδημιολογία, επιβαρυντικοί παράγοντες
- V. Μορφές-Ταξινόμηση της ΑΥ.
- VI. Κλινική εξέταση-Εργαστηριακές Εξετάσεις
- VII. Θεραπεία της ΑΥ
- VIII. Πρόγνωση-Επιπλοκές της ΑΥ

2ο Μέρος. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- α. Μέτρηση της ΑΠ
- β. Διδασκαλία υπερτασικού ασθενή
- γ. Χορήγηση φαρμάκων

3ο Μέρος. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

1ο περιστατικό :

2ο περιστατικό :

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπέρταση όπως έχω προαναφέρει προσελκύει το ενδιαφέρον πολλών ιατρικών ειδικοτήτων διότι αποτελεί τον σοβαρότερο αιτιολογικό παράγοντα για την στεφανιαία νόσο, κύρια αιτία καρδιακής συγκοπής, νεφρικής ανεπάρκειας και εγκεφαλικού επεισοδίου.

Παρ' ότι η υπέρταση συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτών των νόσων, η διάγνωση και η θεραπεία της έχουν συχνά παραμεληθεί από τους γιατρούς και τους ασθενείς.

Τρεις παράγοντες έχουν συμβάλει σ' αυτό:

- α) η αιτιολογία της δυσλειτουργίας δεν έχει κατανοηθεί αρκετά
- β) η θεραπεία είναι εφ' όρου ζωής
- γ) η νόσος είναι συνήθως ασυμπτωματική μέχρι να εμφανιστούν επιπλοκές

1ο Μέροσ. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ

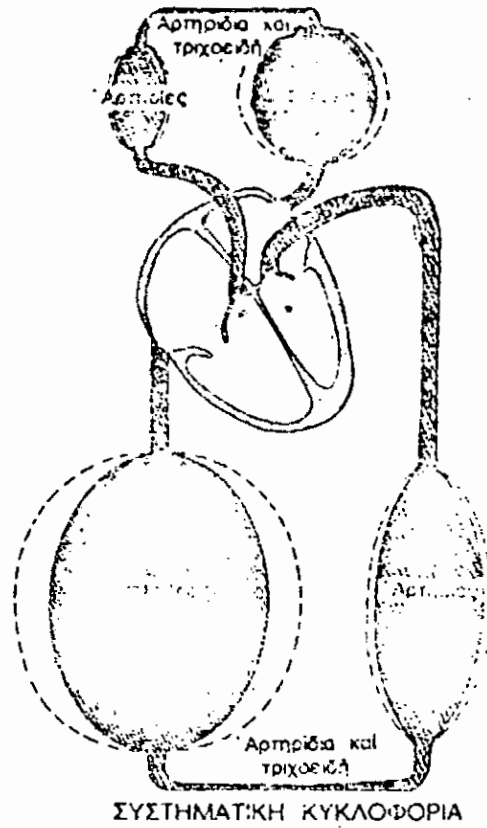
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ι. ΓΕΝΙΚΑ περί της ΑΠ.

Γιά να καταλάβουμε την παθογένεια της νόσου καλύτερα, πρέπει εν συντομία να περιγράψω τους μηχανισμούς που διαθέτει ο οργανισμός για να διατηρεί την αρτηριακή πίεση σταθερή.

Το καρδιαγγειακό σύστημα είναι ένα κλειστό υδραυλικό κύκλωμα. Αποτελείται από μία κεντρική αντλία και αγωγούς διανομής και επιστροφής του αίματος.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ



ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Εικ. 1. Το κλειστό σύστημα της καρδιαγγειακής κυκλοφορίας.

Στην Εικ. 1 βλέπουμε το γενικό σχήμα της κυκλοφορίας του αίματος, με τις δύο κύριες υποδιαιρέσεις της, τη συστηματική και την πνευμονική κυκλοφορία. Οι αρτηρίες και οι φλέβες και των δύο υποδιαιρέσεων απεικονίζονται ως ενιαίος χώρος που μπορεί να διαταθεί. Σ' όλα τα μεγάλα αγγεία κυκλοφορίας το αίμα ρέει χωρίς να συναντά καμμία σχεδόν αντίσταση, ενώ στ' αρτηρίδια και τα τριχοειδή υπάρχουν σημαντικές αντιστάσεις.

Γιά να μπορέσει η καρδιά να προωθήσει το αίμα υπερνικώντας την αντίσταση αυτών των μικρών αγγείων, το κατευθύνει προς τις αρτηρίες με μία "πύεση".

Ο όρος πίεση του αίματος σημαίνει στην πραγματικότητα, τη δύναμη που εξασκείται από το αίμα, σε κάθε μονάδα επιφάνειας του αγγειακού τοιχώματος. Η πίεση του αίματος μετριέται σχεδόν πάντα σε χιλιοστόμετρα στήλης υδραργύρου (mmHg) γιατί σ' όλη την ιστορία της φυσιολογίας σαν βασικό πρότυπο για την μέτρηση της πίεσης, χρησιμοποιήθηκε το υδραργυρικό μανόμετρο. Όταν λέμε ότι η πίεση σε ένα αγγείο είναι 50mmHg, εννοούμε ότι η δύναμη που εξασκείται πάνω σ' αυτό είναι ικανή να ανυψώσει μιά στήλη υδραργύρου, ως τα 50 χιλιοστά.

Στην καθημερινή πράξη μετρούμε δύο πιέσεις, την συστολική (MAXIMA) και την διαστολική (MINIMA). Για την καλύτερη κατανόηση της φυσιολογίας της πίεσης, εισάγουμε ένα νέο μέγεθος, την μέση αρτηριακή πίεση, που ορίζεται ως ο μέσος όρος της πίεσης κάθε καρδιακού κύκλου.

Κατά προσέγγιση ισούται με το άθροισμα της διαστολικής συν το 1/3 της διαφοράς συστολικής, με τον της διαστολικής πίεσης. Π.χ. σε ένα άτομο με συστολική πίεση 140mmHg και διαστολική 90, η Μ.Α.Π. $= 90 + \frac{140 - 90}{3} = 90 + 17 = 107\text{mmHg}$

Η πίεση σε κάποιο σημείο του συστήματος εξαρτάται από την χωρητικότητα του εξεταζομένου κλάδου και από τον όγκο αίματος, που καλείται να περάσει από αυτόν. Είναι φανερό ότι η πίεση δεν είναι σταθερή σ' όλη την έκταση του συστήματος, διότι τότε δεν θα είχαμε κίνηση του αίματος.

Υπάρχει όμως η δυνατότητα να διορθωθεί οποιαδήποτε διαταραχή πίεσης, στην περιοχή των κύριων αισθητηρίων μηχανισμών (αορτικό τόξο και κλάδοι του).

Απόλυτη σταθερότητα στην πίεση επιτυγχάνουμε κατά την διάρκεια της νάρκωσης (βασική πίεση). Όταν όμως ο άνθρωπος βρίσκεται σε γρήγορη και κάτω από την επήρεια ψυχικών και εξωτερικών επιδράσεων, η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) αυξάνεται κατά 10-25% πάνω από την βασική. Οι συνηθισμένες διακυμάνσεις επομένως της Α.Π. προέρχονται από επεμβάσεις του περιβάλλοντος και των ανώτερων εγκεφαλικών κέντρων, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί αυξημένη αιμάτωση ορισμένων περιοχών.

ii. ΕΛΕΓΧΟΣ . ΡΥΘΜΙΣΗ της Α.Π.

Γιά να εξασφαλιστεί η επαρκής αιμάτωση όλων των ιστών του οργανισμού απαιτείται η διατήρηση της Α.Π. σε ορισμένα στενά όρια. Η κυκλοφορία διαθέτει διάφορα συστήματα ελέγχου της Α.Π.: τα οποία σχετιζόμενα μεταξύ τους επιτελούν τον πιο πάνω σκοπό.

Υπάρχουν δύο τύποι -υστημάτων ελέγχου της Α.Π.

α) Μηχανισμοί γρήγορου (ταχέος) ελέγχου της Α.Π.

Οι πρώτοι δεν θα μας απασχολήσουν ιδιαίτερα εδώ, ονομαστικά δε είναι οι εξής:

- i) το σύστημα των τασεουποδοχέων
- ii) η ισχαιμική αντίδραση του ΚΝΣ
- iii) ο αγγειοσυσταλτικός μηχανισμός αδρεναλίνης-νοραδρεναλίνης
- iv) ο αγγειοσυσταλτικός μηχανισμός ρενίνης-αγγειοτενσίνης.
- v) ο μηχανισμός μετακίνησης υγρών από τα τριχοειδή.

Οι πέντε παραπάνω μηχανισμοί με εξαίρεση τον μηχανισμό-ρενίνης αγγειοτενσίνης, ενεργοποιούνται πλήρως σε μικρό χρονικό διάστημα, ένα λεπτό ως λίγες ώρες, έχουν όμως την τάση να προσαρμόζονται σε οποιαδήποτε επίπεδα πίεσης, φυσιολογικά ή μη, έχουν εκτεθεί, με αποτέλεσμα να χάνουν την λειτουργικότητά τους.

Θα αναπτύξω τον μηχανισμό ρενίνης-αγγειοτενσίνης διότι όπως θα δούμε παρακάτω παίζει ένα ρόλο και στην μακροχρόνια ρύθμιση της πίεσης και σε ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις για την υπέρταση.

Όταν ελαττώνεται η αιματική ροή στον νεφρό, ορισμένα ενδοτοιχωματικά κύτταρα των προσαγωγών αρτηριδίων εκκρίνουν ένα ένδυμα την ρενίνη. Η ρενίνη διασπά μια πρωτεΐνη, με όνομα υποστρώμα ρενίνης και απελευθερώνει ένα δεκαπεπτίδιο, την αγγειοτενσίνη I. Μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα απ' τον σχηματισμό της, αποσπώνται απ' αυτήν δύο αμινοξέα και σχηματίζεται το οκταπεπτίδιο αγγειοτενσίνη II. Η αγγειοτενσίνη II μένει στην κυκλοφορία για διάστημα περίπου ενός λεπτού, διότι αδρανοποιείται σύντομα από διάφορα ένζυμα.

Η αγγειοτενσίνη II είναι μία από τις ισχυρότερες γνωστές αγγειοσυσταλτικές ουσίες. Εκτός από την αγγειοσυσταλτική της δράση, δρα στους νεφρούς προκαλώντας κατακράτηση Νατρίου, προκαλώντας αύξηση της Α.Π. του αίματος.

Το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης εμφανίζει την μέγιστη ευαισθησία σε τιμές Μ.Α.Π. μεταξύ 6-100mmHg, απαιτεί δε χρόνο ενεργοποίησης γύρω στα 20 λεπτά.

β) Μηχανισμοί μακροπρόθεσμου ελέγχου της πίεσης.

Το κύριο σύστημα ελέγχου της πίεσης είναι το σύστημα νεφρού-υγρών σώματος, επειδή εμφανίζει μεγάλη μακροχρόνια ισχύ.

Σύμφωνα μ' αυτό η αύξηση της Α.Π. προκαλεί μεγάλη αύξηση της ταχύτητας με την οποία οι νεφροί αποβάλλουν νερό και νάτριο, φαινόμενο που ονομάζεται διούρηση και νατριούρηση από πίεση, αντίστοιχα. Η αύξηση της πίεσης προκαλεί απώλεια σημαντικού όγκου εξωκυττάριου υγρού, που έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του αίματος και κατά συνέπεια την ελάττωση της Α.Π.

Το σύστημα νεφρού-υγρών σώματος έχει αυξημένη αποτελεσματικότητα απ' τη δράση τεσσάρων ακόμη παραγόντων.

α) απ' το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης.

β) ρύθμιση της έκκρισης αλδοστερόνης απ' τον φλοιό των επινεφριδίων, η μείωση της εκκρινόμενης αλδοστερόνης προκαλεί ελάττωση της επαναρρόφησης νατρίου στους νεφρούς.

γ) ρύθμιση των ώσεων του συμπαθητικού προς τους νεφρούς.

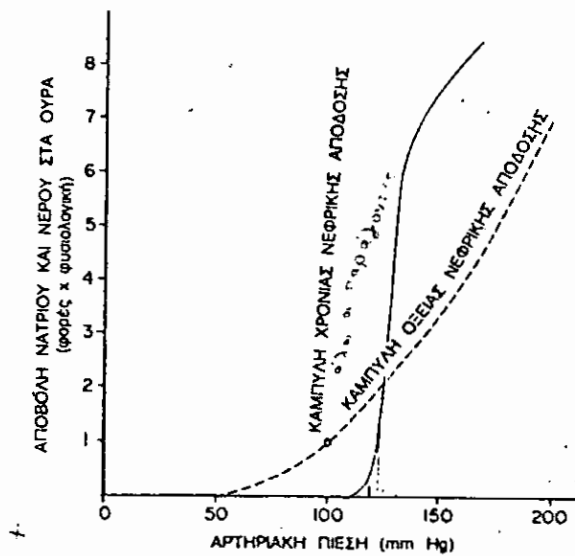
Η δράση του συμπαθητικού προκαλεί μείωση της ούρησης.

δ) μηχανισμός προσταγλαδινών (P.G.A και P.G.E) -αντιδιουρητικής ορμόνης ADH.

Μιά αύξηση της Μ.Α.Π πάνω από τα φυσιολογικά όρια 100 έως 160 mmHg προκαλεί έκκριση προσταγλαδινών. Οι προσταγλαδίνες δρουν στους νεφρούς προάγοντας την διούρηση άμεσα, αλλά και έμμεσα δρώντας στην αντιδιουρητική ορμόνη ADH , αναστέ-
λοντας την έκκρισή της.

Ειδικό χαρακτηριστικό αυτού του μηχανισμού ελέγχου της πίεσης είναι η ικανότητα του να επαναφέρει την αρτηριακή πίεση στα απολύτως φυσιολογικά επίπεδα και όχι απλά και μόνο να την ελαττώνει.

Στην Εικ. 2 18-3 (203) γίνεται μία σύγκριση της καμπύλης της νεφρικής απόδοσης, όταν έχουν ενεργοποιηθεί όλοι οι παράγοντες, που επηρεάζουν την παραγωγή ούρων, σε σχέση με την καμπύλη της νεφρικής απόδοσης, όταν δρα μόνο ο μηχανισμός νεφρού - υγρών σώματος.



ΙΙΙ. ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Σαν αιμοδυναμική μεταβλητή η πίεση εξαρτάται από την ποσότητα του αίματος που χορηγείται από την αντλία και από τις λεγόμενες περιφερικές αντιστάσεις ας δούμε πως.

Η ποσότητα του αίματος που θα περάσει από ένα αγγείο σε δεδομένη χρονική στιγμή δίνεται από την ακόλουθη εξίσωση, γνωστή ως νόμος του Poiseuille.

$$Q = \frac{\pi \cdot \Delta P \cdot r^4}{8 \cdot n l} \quad (1)$$

Όπου Q είναι η ταχύτητα της αιματικής ροής, ΔP η διαφορά πίεσης στα άκρα του αγγείου, r η ακτίνα, n η γλοιότητα του αίματος και l το μήκος του αγγείου.

Η εξίσωση (1) μετασχηματίζεται ως εξής:

$$\Delta P = Q \frac{8 \cdot n l}{\pi r^4} \quad (2)$$

Το σύνολο της αιματικής ροής Q ανά λεπτό, το ονομάζουμε καρδιακή παροχή, το δε κλάσμα $\frac{8 \cdot n l}{\pi r^4}$, περιφερικές αντιστάσεις. Η πίεση λοιπόν είναι ανάλογη με την καρδιακή παροχή και τις περιφερικές αντιστάσεις.

Όπως βλέπουμε από την εξίσωση (2) η ακτίνα του αγγείου παίζει σημαντικό ρόλο στον ποσοτικό προσδιορισμό της πίεσης, διότι εμφανίζεται υπερυψωμένη στην τέταρτη δύναμη.

Μιά ελάττωση κατά 5% της ακτίνας μιάς αρτηρίας, με διάμετρο 2 mm, προκαλεί ελάττωση της τοπικής αιματικής ροής, κατά 18%, για να διατηρηθεί δε η αιματική ροή στα αρχικά επίπεδα απαιτείται η αύξηση της πίεσης κατά 18% περίπου, όταν οι υπόλοιποι παράμετροι μένουν σταθεροί.

Συνηθισμένο αίτιο της υπέρτασης είναι η αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων.

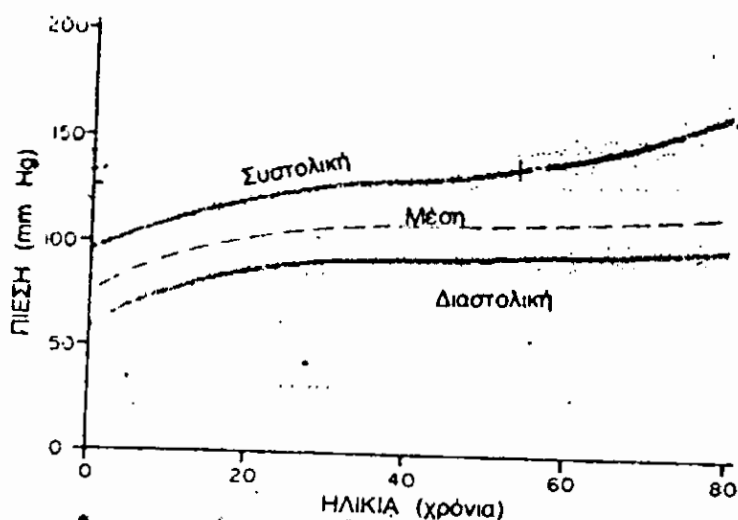
II. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Α.Υ. είναι η πάθηση κατά την οποία η πίεση του αίματος είναι υψηλότερη απ' το φυσιολογικό και ξεπερνάει το απαραίτητο όριο για την επαρκή αιμάτωση όλων των οργάνων και περιοχών του σώματος.

Ο ορισμός της υπέρτασης, όπως διατυπώνεται, είναι θεωρητικά ακριβής, κατά την εφαρμογή του όμως στην πράξη διαπιστώνεται ότι τα χρησιμοποιούμενα κριτήρια δεν παρέχουν εγγυήσεις ασφαλούς διάγνωσης της νόσου, σε ένα μεγάλο αριθμό ατόμων.

Αυτό συμβαίνει διότι:

- α) εμφανίζεται ανακρίβεια στις μετρήσεις της Α.Π. , έχει παρατηρηθεί μία διαφορά της τάξης των 15-17 mmHg , ανάλογα με τον γιατρό και την εξοικειωσή του με τους ήχους.
- β) επειδή η νόσος αποτελεί ποσοτική μεταβολή της υγείας, δεν υπάρχει ένα αυστηρό όριο πέρα από το οποίο θα θεωρείται παθολογική η Α.Π. περίπου σαν να αναζητείται το όριο, πέρα από το όριο η χροιά του δέρματος θα αποτελεί παθολογικό στοιχείο.



Εικ. 17-1. Μεταβολές της συστολικής, της διαστολικής και της μέσης αρτηριακής πίεσης με την ηλικία. Οι σκιασμένες περιοχές αντιπροσωπεύουν τις φυσιολογικές διακυμάνσεις.

Στην Εικ. 3 παρουσιάζονται οι τυπικές συστολικές, διαστολικές και μέσες Α.Π. απ' τη γέννηση, ως την ηλικία των 80 ετών.

Στην εικόνα αυτή μπορεί κανένας να δει ότι η συστολική πίεση του υγιούς εναρού ενήλικου κυμαίνεται γύρω στα 120 mmHg και η διαστολική γύρω στα 80 mmHg, ή όπως αλλιώς λέγεται η Α.Π. του είναι 120/80.

III. ΙΣΤΟΡΙΑ

Για πρώτη φορά ο Bright το 1836 προσπαθώντας να ερμηνεύσει την παρουσία αριστερής κοιλιακής υπερτροφίας, σε νεκρούς που δεν οφειλόταν ωστόσο σε καρδιπάθεια, έκανε λόγο για το σύνδρομο "λευκωματούριλα-οίδημα". Σταθμός στην πορεία της νόσου είναι η επινόηση και η χρήση του πρώτου σφυγομανομέτρου από τον Riva-Rocci στα 1896, ενώ ο Nikolai Korotkoff το 1905 ανακάλυψε και εφάρμοσε την ακροαστική μέθοδο μέτρησης της Α.Π. η οποία εφαρμόζεται έως σήμερα.

Η ανακάλυψη της ρενίνης το 1898 απ' τους Tigerstedt και Bergman και τα πειράματα του Φυσιολόγου Goldblatt το 1934 με τους νεφρούς σκύλων μαζί με την ανακάλυψη της αγγειοτενσίνης το 1935 απ' τον Page , αποτέλεσαν σταθμούς για την πορεία των γνώσεών μας για τη νόσο.

IV. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α. Πρωτοπαθής υπέρταση

Η αυξημένη Α.Π. είναι ένα βιολογικό χαρακτηριστικό του ενός πέμτου (1/5) περίπου των κατοίκων της γης.

Η οργή προκαλεί εκκένωση αδρεναλίνης και έχει ήδη επιβεβαιωθεί ότι η αδρεναλίνη προκαλεί πολύ σημαντικότερη υπέρταση σε ήδη υπερτασικά άτομα απ' ό,τι σε φυσιολογικά (νορμοτασιακά) άτομα.

Σύμφωνα με την έρευνα του Βόρντ, οι 48 βρίσκονταν σε κατάσταση ψυχικής πίεσης, ενώ από 107 νορμοτασιακά άτομα μόνο 4 βρίσκονταν σε τέτοια κατάσταση.

Η εφαρμογή ασκήσεων γιόγκα, σε μία ομάδα υπερτασικών, είχε σαν αποτέλεσμα των βελτίωση του ενός τρίτου 1/3 των ασθενών μέσα σε λίγους μήνες.

Η υπεύθυνη εργασία φαίνεται να έχει δυσμενή επίδραση στην Α.Π., όπως επίσης και η βαρεία εργασία.

Σε άτομα άνω των 45 ετών, η υπέρταση είναι συχνότερη σε ανύπανδρους άνδρες, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για τις γυναίκες. Συνήθως μετά από πολλούς τοκετούς, οι γυναίκες γίνονται υπερτασικές. Ειδικά οι γυναίκες που εμφάνισαν τοξιναιμία κατά την κύηση, έχουν πολύ κακή πρόγνωση, ενώ επτά 7 φορές αυξημένη θνησιμότητα απ' την προσδοκούμενη.

Δεν φαίνεται να υπάρχει φυλετική συσχέτιση με την νόσο. Παχυσαρκία και αρτηριακή υπέρταση βρίσκονται σε σταθερή αλληλοσυσχέτιση, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 60 ετών.

Σε άτομα με βάρος σώματος ανώτερο κατά 10% απ' το φυσιολογικό η αναλογία των υπερτασικών ανέρχεται σε 60% σε σύγκριση με το 20% που προανέφερα.

Εξάλλου ελάττωση του βάρους κατά 7-10 κ. έχει σημαντικά αποτελέσματα. Η κατάχρηση του οινοπνεύματος αποτελεί έναν άλλο επιβαρυντικό στην Α.Υ. παράγοντα.

β) Οι επιβαρυντικοί παράγοντες της δευτεροπαθούς υπερτάσεως είναι κατά σειρά συχνότητας, η στένωση του αγγείου, σύνδρομο Cushing, η λήψη αμφεταμινών, αντισυλληπτικών, οιστρογόνων, στεροειδών, το φαιοχρωμοκύτωμα, ο πρωτοπαθής αλδοστερονισμός και παθήσεις του νεφρικού παρεγχύματος όπως χρόνια πυελονεφρίτιδα, συμφορητική νεφρική νόσο, διαβητική νεφροπάθεια και ινώδη πολυκυστική νόσο.

Η εμφάνιση Α.Υ. σε νέα άτομα είναι σχεδόν πάντοτε δευτεροπαθής.

γ. ΜΟΡΦΕΣ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ενας αρδός διαχωρισμός γίνεται μεταξύ της ιδιοπαθούς υπέρτασης, τα αίτια της οποίας δεν γνωρίζουμε και της δευτεροπαθούς υπέρτασης, τα αίτια της οποίας ανέφερα παραπάνω.

Άλλος διαχωρισμός είναι αυτός που πρότεινε ο Dickering (1972) έχει δε ως εξής:

Α. ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (αύξηση της συστολικής πίεσης μόνο)

1. Υπέρταση που οφείλεται:

α) Βραδυκαρδία, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγής.

β) Ανυπάρκεια αορτής

γ) Σοβαρή αναιμία

δ) Πυρετό

II. Υπέρταση που οφείλεται στην ακαμψία της αορτής και των μεγάλων κλάδων της.

- α) Εκφύλιση του μέσου χιτώνα της αορτής, σε διαβήτη
- β) Αυξημένη πάχυνση του τοιχώματος της αορτής, σε αθηρωμάτωση

B. ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ταξινομηση κατά το είδος.

- 1) Ιδιοπαθή υπέρταση
- 2) Δευτεροπαθή υπέρταση, απότοκη γνωστής νόσου
 - α) Από παθήσεις των νεφρών και της αποχετευτικής οδού
 - β) Διαβήτη
 - γ) Νόσους του κολλαγόνου
 - δ) Φαιοχρωμοκύτωμα
 - ε) Σύνδρομο Cushing
 - στ) Πρωτοπαθή αλδοστερονισμό

II) Ταξινόμηση κατά βαθμό

- α) Ηπια
- β) Βαρεία

VI. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η φυσική εξέταση επικεντρώνεται στην μέτρηση του βάρους, τη βυθοσκοπηση, την εκτίμηση του θυρεοειδούς, την προσεκτική καρδιοπνευμονική εξέταση και την εκτίμηση της περιφερικής αιμάτωσης. Το τελευταίο περιλαμβάνει μετρήσεις πιέσεων χεριών και ποδιών με ταυτόχρονη ακρόαση των σφυγμών της κερκιδικής και της μοριαίας αρτηρίας.

Επίσης κοιλιακή ψηλάφηση και ακρόαση. Μιά πλήρης νευρολογική εξέταση κρίνεται απαραίτητη.

Έχουν εκδηλωθεί πολλές διαφωνίες σχετικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να γίνονται σε έναν υπέρτασικό ασθενή.

Οι περισσότερες συμφωνούν ότι είναι απαραίτητες οι εξής εξετάσεις: γενική αίματος και ούρων, κάλιο, κρεατινίνη, χοληστερίνη και ουρικό οξύ ορού και ένα Ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ορισμένοι συμπληρώνουν τις παραπάνω εξετάσεις με μία ακτινογραφία των νεφρών και μία εξέταση καμπύλης ανοχής στη γλυκόζη. Για τους περισσότερους ασθενείς οι παραπάνω εξετάσεις αρκούν για την αξιολόγηση και διάγνωση της νόσου.

Υπέρτασικοί νεώτεροι των 35, διότι έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών σε ασθενείς με οξεία εισβολή της νόσου που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς υπέρτασης, άτομα με κακοήγη υπέρταση που έχουν υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και οι ασθενείς που δεν απαντούν στην συνηθισμένη θεραπεία. Χρειάζονται ειδικές εξετάσεις, όπως scanning νεφρού, μέτρηση ουρικής μετανεφρίνης.

VII. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τις εργασίες της Επιτροπής για την Διάγνωση, Αξιολόγηση και Θεραπεία της Α.Π. (Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure Report 1984).

Ακολουθεί ο παρακάτω πίνακας:

ΜΕΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ

(mm Hg)

120	105-119	90-104	90
Αξιολόγησε και θεράπευσε αμέ- σως.	Θεράπευσε	Αρχική θεραπεία εκτός και αν υπάρ- χουν αντενδείξεις.	Επαναμέτρηση Α.Π. σε ετήσια βάση.

Σε ορισμένους ασθενείς πρέπει να προταθούν ρυθμίσεις στη διατροφή και τον τρόπο ζωής, πριν να ξεκινήσουμε φαρμακευτική θεραπεία ή να συνδιαστούν οι ρυθμίσεις με τη φαρμακευτική αγωγή.

Η προσπάθεια αξίζει σε άτομα με σταθερή διαστολική πίεση μεταξύ 90-100 mm Hg που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, εμφανή σημεία καρδιαγγειακής νόσου και δείχνουν ενεργητικά. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συμβουλεύει μόνο παρακολούθηση γι' αυτήν την κατηγορία και προτείνει ξεκίνημα της φαρμακευτικής αγωγής μόνο αν η διαστολική πίεση ξεπερνά τα 95 mm Hg.

Φάρμακα που χορηγούνται είναι τα διούρητικά, συμπαθολυτικά, αγγειοδιασταλτικά, παράγοντες που δεσμεύουν τον μετατροπέα της αγγειοτενσίνης I, αναστολείς εισόδου του ασβεστίου με διάφορες μορφές και δοσολογίες, μόνα ή σε συνδιασμό μεταξύ τους.

VIII. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ Α.Υ.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα συνδέονται ποσοτικά με το ύψος της Α.Π. δηλ. όσο υψηλότερη είναι η Α.Π. τόσο μικρότερο το προσδόκιμο της επιβίωσης. Από στατιστικά δεδομέ-

να Ασφαλ. Εταιριών βλέπουμε ότι ασθενείς με Α.Π. πάνω από 150/100, χωρίς θεραπεία έδειξαν θνησιμότητα 325% εκείνης των συνηθισμένων ασφαλισμένων.

Ατομα με κακοήθη υπέρταση, που δεν υποβάλλονται σε συστηματική θεραπεία, σπάνια ζουν πάνω από πέντε χρόνια, αλλά και μετά τα δύο πρώτα χρόνια, μόνο ένα 15% από τους υπερτασικούς επιζούν.

Ατομα με βαρεία έως μέτρια υπέρταση, χωρίς θεραπεία, έχουν πεντετή επιβίωση 25-50%.

Η πρόγνωση βελτιώνεται δραματικά με φαρμακευτική θεραπεία σε άτομα με μέτρια υπέρταση, η θνησιμότητα μετά πενταετία δεν ξεπερνά το 15%.

Τα πιο συνηθισμένα αίτια θανάτου των υπερτασικών είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (50%), τα εγκεφαλικά επεισόδια (25%) και οι καρδιαγγειακές νόσοι (6%), για τα πρώτα 2-3 χρόνια. Μετά τα 5 έτη, οι καρδιαγγειακές νόσοι, ιδίως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, καταλαμβάνουν την πρώτη θέση, με δεύτερα τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η Α.Υ. και οι επιπλοκές της αποτελούν σήμερα σήμερα μεγάλο ιατρο-κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα. Υπολογίζεται ότι το 15-20% του ενήλικου πληθυσμού των ΗΠΑ πάσχει από Α.Υ. (Bock 1971) και περισσότεροι απ' τους μισούς

έχουν σαφή σημεία υπερτασικής καρδιοπάθειας, με την έννοια της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας.

α. Επιπλοκές από την καρδιά

Σε πειραματόζωα έχει αποδειχτεί ότι η παρατεταμένη σύσπαση των αρτηδίων και η υπέρταση προκαλεί σκληρυντική και νεκρωτικές αλλοιώσεις στα αγγεία. Οι αλλαγές αυτές στα τοιχώματα των αρτηριών ιδιαίτερα των στεφανιαίων, προκαλούν τη δημιουργία αθηρωμάτων, οδηγώντας συνήθως σε ανεπάρκεια της στεφανιαίας κυκλοφορίας. Ειδικά το έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε αντίθεση με την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, δεν δείχνει να επηρεάζεται από τη θεραπεία.

β. Επιπλοκές απ' το Νευρικό Σύστημα

Είναι συχνά μεταξύ των υπερτασικών τα οξέα εγκεφαλικά επεισόδια. Οφείλονται κατά κανόνα σε εγκεφαλικό έμφρακτο ή εγκεφαλική αιμορραγία.

ι) Το εγκεφαλικό έμφρακτο συνήθως δημιουργείται λόγω εμβολής από τοιχωματικό θρόμβο ή αθηρωματικό υλικό.

Λόγω της στένωσης των αγγείων παρατηρείται απιβράδυνση, στροβιλώδη ροή και υπερπηκτικότητα του αίματος, παράγοντες που μειώνουν την εγκεφαλική παροχή.

Η φυσιολογική εγκεφαλική αιμάτωση είναι 45ml/min για 100 εγκεφαλικής ουσίας, η πτώση της κάτω από 30ml επιφέρει εγκεφαλική ισχαιμία.

ιι) Οι εγκεφαλικές αιμορραγίες αποδίδονται συνήθως σε ρήξη προϋπάρχουσας (συγγενούς) αγγειακής ανωμαλίας, λόγω αιφνίδιας αύξησης της Α.Π. μετά από stress ή άσκηση.

Ευτυχώς η θεραπεία της Α.Υ. φαίνεται να είναι βασικός παράγοντας για την προφύλαξη από εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια.

γ. Επιπλοκές από τους νεφρούς.

Η διάγνωση νεφρικής πάθησης σε υπερτασικό ασθενή δε σημαίνει ότι η υπέρταση συνδέεται αιτιολογικά με τη νεφρική πάθηση. Μπορεί να συνυπάρχουν και οι δύο και να είναι άσχετες μεταξύ τους ή η νεφρική πάθηση να είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της υπέρτασης.

Η κακοήθης υπέρταση ενοχοποιείται κυρίως για την ανάπτυξη νεφρικής ανεπάρκειας, ενώ αυτή είναι σπάνια σε καλοήγη υπέρταση.

Η υψηλή πίεση που άσκειται στα τοιχώματα των αρτηριδίων της νεφρικής συσκευής (προσαγωγά αρτηρίδια, πειραματικό δίκτυο) προκαλεί αρχικά εκφύλιση και προοδευτικά νέκρωση και ανάπτυξη ινώδους ιστού. Τελικό αποτέλεσμα είναι η απώλεια της ικανότητας για διήθηση και επαναρρόφηση απ' την νεφρική συσκευή, ανάπτυξη δηλαδή νεφρικής ανεπάρκειας.

Η βρευνα του Fremingham (Kannel 1976) έχει αναγνωρίζει πέντε απλές παραμέτρους που προβλέπουν με ακρίβεια τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών επιπλοκών. Αυτές είναι : η Α.Π., η χολιστερόλη αίματος, το κάπνισμα, το τεστ ανοχής γλυκόζης και ΗΚΓφικά ευρήματα αριστερής υπερτροφίας κατόπιν κοπώσεως.

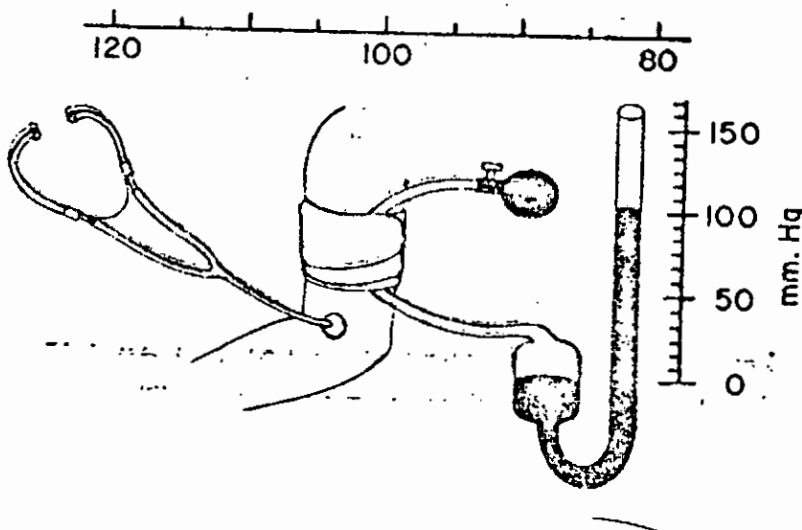
2ο ΜΕΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με υπέρταση παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις που οφείλονται ι) στην μορφή της (ιδιοπαθής- δευτεροπαθής) ιι) στον βαθμό που εμφανίζεται (ελαφριά, βαρεια, κακοήθη) ιιι) στην ύπαρξη τυχόν επιπλοκών ή παράλληλων νόσων ή όχι και τέλος ιν) στον βαθμό συνεργασίας και ενεργοποίησης που δείχνει ο ασθενής για την καταστασή του.

Σαν αποτέλεσμα των τεσσάρων αυτών παραγόντων που προανέφερα είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη η κατάστρωση ενός τυποποιημένου πλάνου για την υπερτασική αντιμετώπιση του υπερτασικού ασθενούς. Αυτή διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο, είναι δηλαδή εξατομικευμένη και συνήθως εαρτάται από την ιατρική αντιμετώπιση.

Σ' αυτό το σημείο θα αναφέρω ορισμένα βασικά σημεία και συμβουλές που έχουν γενική ισχύ.

α. Η μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης (Α.Π.)



Η μέθοδος μέτρησης της Α.Π. του αίματος, που δίνει τιμές απόλυτης ακρίβειας είναι η άμεση μέτρηση με υδραργυρικό μανόμετρο. Προυποθέτει όμως εισαγωγή καθετήρα στην αρτηρία και είναι φανερό ότι είναι αδύνατη, όταν πρόκειται για καθημερινή μέτρηση της πίεσης των αρρώστων.

Η έμεση μέθοδος μέτρησης που εφαρμόζεται σήμερα είναι η ακροαστική.

Στην αρτηρία του αγκωνιαίου βόθρου τοποθετείται η κάψα στηθοσκοπίου, ενώ γύρω από τον βραχίονα φουσκώνεται ο αεροθάλαμος του μανομέτρου.

Η πίεση του αεροθαλάμου ανεβάζεται στην αρχή αρκετά πάνω απ' τη συστολική πίεση. Η βραχιόνια αρτηρία μένει συμπιεσμένη και δεν υπάρχει αιματική ροή κάτω από το σημείο της περισφυξης με αποτέλεσμα να μην ακούγεται κανένας ήχος.

Στη συνέχεια η πίεση του αεροθαλάμου βαθμιαία μειώνεται. Αμέσως μόλις η πίεση αυτή γίνεται μικρότερη από τη συστολική, και κάθε φορά που η συστολική φτάνει στο υψηλότερο σημείο της, περνά αίμα μέσα από την αρτηρία των αγκωνιαίου βόθρου, η διέοδος του αίματος προκαλεί την παραγωγή χτύπων. Οι χτύποι αυτοί ονομάζονται ήχοι του Korotkoff. Μόλις ακουστεί ο πρώτος ήχος η πίεση που δείχνει το μανόμετρο, του είναι συνδεδεμένο με τον αεροθάλαμο, είναι περίπου ίση με την συστολική. Οι ήχοι αλλάζουν ποιότητα, ενώ μειώνεται η πίεση του αεροθαλάμου και γίνονται περισσότερο τραχείς ενώ βαθμιαία εξασθενούν.

Στο σημείο που ακούγεται ο τελευταίος ήχος, η πύεση που δείχνει το μανόμετρο, είναι περίπου ίση με την διαστολική.

Η μέτρηση πρέπει να γίνεται και στα δύο χέρια συνήθως γίνονται δύο διαδοχικές μετρήσεις και καταγράφεται ο μέσος όρος τους.

Απαραίτητα μέτρα ορθής τεχνικής είναι : ι) το ικανό εύρος και μήκος (40εκ.) της περιχειρίδας και του αεροθαλάμου της, το μήκος του αεροθαλάμου πρέπει να ισούται τουλάχιστον με τα $\frac{2}{3}$ της διαμέτρου του βραχίονα ιι) η στενή εφαρμογή της περιχειρίδας ιιι) η πλήρη κένωση της πριν από κάθε μέτρηση ιν) η περιχειρίδα βρίσκεται στο ίδιο ύψος με την καρδιά.

Η μέτρηση της Α.Π, γίνεται όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση, διότι σε όρθια θέση η συστολική βρίσκεται μικρότερη, ενώ η διαστολική υψηλότερη από τις τιμές που παίρνουμε στην ύπτια θέση.

Δεν προβαίνουμε στη μέτρηση της πύεσης ατόμου μετά από σωματική άσκηση και γεύμα, ενώ τις πρώτες πρωινές ώρες, φυσιολογικά βρίσκεται ελαττωμένη κατά 10-30 mmHg.

Πολλές τυχαίες μετρήσεις σε κακές συνθήκες περιβάλλοντος είναι απατηλά υψηλές. Είναι σοβαρό λάθος εκ μέρους του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού να ονομάζει αυτά τα άτομα υπερτασικά και να βάζει σ' αυτούς φόβους για πιθανά καρδιακά ή εγκεφαλικά επεισόδια, με αποτέλεσμα την καταρράκωση του ηθικού τους.

β. Διδασκαλία υπερτασικού ασθενή.

Η διδασκαλία ενός υπερτασικού ασθενή και των συγγενών του έχει σα στόχο να τον βοηθήσει να αποδεχτεί τη νόσο του, να ακολουθήσει την προτεινόμενη θεραπεία, κυρίως όμως να τον βοηθήσει ώστε να πάρει το θέμα της υγείας στα χέρια του.

Έχουν εντοπιστεί ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι σε συνδιασμό με την φαρμακευτική θεραπεία πετυχαίνουν καλύτερο έλεγχο της Α.Π. στα επιθυμητά όρια.

ι) Ο ρόλος των ηλεκτρολυτών στη δίαιτα. Σύμφωνα με τα στοιχεία ενός προγράμματος κατά της υπέρτασης (Hypertension Detection and Follow up Programm) ένα 70% των ήπιων υπερτασικών, που ακολουθούσαν πιστά τη φαρμακευτική αγωγή και ελάμβαναν δίαιτα πλούσια σε κάλιο και φτωχή σε Νάτριο, μπορούσαν να μείνουν χωρίς φαρμακευτική θεραπεία μετά την λήξη της.

ιι) Η μείωση του σωματικού βάρους κατά 8-10% περίπου έχει δείξει όχι μόνον ελάττωση της Α.Π. αλλά επίσης μιά μείωση της μάζας της αριστερής κοιλίας.

ιιι) Διαρκώς επιβεβαιούμενες αποδείξεις έχουμε ότι η συστηματική άσκηση, σε συνδιασμό με ελάττωση του σωματικού βάρους μπορούν να μειώσουν την Α.Π. σε υπερτασικούς με ήπια ή οριακή κυρίως υπέρταση. Σύμφωνα με μιά έρευνα του 1984 (Blair, Goodyear et al) η καλή φυσική κατάσταση φαίνεται να δρα προληπτικά στη δημιουργία της υπέρτασης.

ιν) Πάνω απ' όλα όμως απαιτείται η ενημέρωση του ασθενή, πάνω στην παθοφυσιολογία, θρεπεία και επιπλοκές της νόσου.

Με απλά κατανοητά λόγια, ώστε να εξασφαλίσουμε την συνεργασία του. Στο εμπόριο κυκλοφορούν σφυγμομανόμετρα για το σπίτι, η προτροπή για αγορά καθώς και η διδασκαλία της σωστής χρήσης τους είναι καθήκον της νοσηλεύτριας.

Στις ΗΠΑ οι ασφαλιστικές εταιρείες αποφάσισαν το 1984 να μειώσουν τα ασφάλιστρα σε υπερτασικούς που κατάφεραν να διατηρήσουν υπό έλεγχο την πιεσή τους για ένα μακροχρόνιο διάστημα, σαν πρόσθετο κίνητρο για την ενεργοποίηση των υπερτασικών.

Λόγω της εκτεταμένης διάδοσης της νόσου δεν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα αποδοχής της από τους ασθενείς, είναι όμως πολύ πιθανόν να παραμεληθεί η λήψη των φαρμάκων ιδίως στα αρχικά στάδια, τα οποία είναι πρακτικά ασυμπτωματικά. Έχει μεγάλη σημασία η φαρμακευτική αγωγή να είναι απλή, δηλ., όσο το δυνατόν λιγότερα φάρμακα, λιγότερες φορές την ημέρα. Μιά υπενθύμιση των επιπλοκών της νόσου είναι αρκετή για την συμμόρφωση των ασθενών σχετικά με την αγωγή τους.

γ. Χορήγηση φαρμάκων

Έχει διαπιστωθεί ότι ένας σημαντικός αριθμός υπερτασικών απαντά θετικά σε μία αλλαγή του τρόπου, ζωής, χωρίς την λήψη φαρμάκων, την εφαρμογή δηλαδή των τεσσάρων παραγόντων που προανέφερα. Ένας άλλος όμως αριθμός δεν δείχνει να επηρεάζεται από αυτά, και εμφανίζεται επιτακτική η ανάγκη της φαρμακευτικής αγωγής.

Από τα παραπάνω μπορούμε σε λίγες γραμμές να συνοψίσουμε αυτά που πρέπει να μην ξεχνάει ο-η νοσηλεύτρια, σχετικά με την αντιμετώπιση της υπέρτασης.

- Σκοπός της αντιυπερτασικής θεραπείας είναι η πρόληψη των επιπλοκών από την αυξημένη πίεση, οι οποίες επιπλοκές εξάλλου ελαττώνουν τη διάρκεια της ζωής.

- Σε ελαφριά υπέρταση πρέπει να σταθμιστούν οι συνέπειες της χρησιμοποίησεως φαρμάκων έναντι της δίαιτας, της άσκησης και της ηρεμίας. Δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι τα αντιυπερτασικά φάρμακα δρουν αντικαθιστώντας μία αιμοδυναμική ανωμαλία με μία άλλη π.χ. οι αναστολείς των Β-υποδοχέων προκαλούν υπόταση, βραδυκαρδία, και αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων.

- Χρειάζεται αυξημένη προσοχή στην χορήγηση διουρητικών, που είναι κοινά αντιυπερτασικά φάρμακα σε

α) καρδιοπαθείς που λαμβάνουν δακτυλίτιδα, διότι προκαλείται αυξημένη ευερεθιστότητα στο μυοκάρδιο.

β) διαβητικούς, διότι συχνά παρατηρείται απορρύθμιση του ήδη ρυθμισμένου διαβήτη.

γ) ψυχοπαθείς που λαμβάνουν φάρμακα που περιέχουν λίθιο, διότι αυξάνει τα επίπεδα του λίθιου στο αίμα, το λίθιο είναι πολύ τοξικό για τον οργανισμό.

- Όταν χορηγούμε ισχυρά αντιυπερτασικά φάρμακα, με άμεση δράση, όπως το νιτροπρωσσικό άλας (Nipride IV) ή η διαβοξιμόδη (Hyperstat IV) σε ηλικιωμένα άτομα ή άτομα που έχουν συστολική μόνο υπέρταση, απαιτείται αυξημένη προσοχή διότι μπορεί να κατέλθει και η διαστολική πίεση σε τρία επίπεδα ώστε να ελαττωθεί η εγκεφαλική αιματική παροχή.

Βο ΜΕΡΟΣ , ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στις 24-3-89 και ώρα 4.30 π.μ. εισήλθε στην Παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, γυναίκα 76 ετών καλής θρέψης και γενικής κατάστασης. Κατά την εισαγωγή μετρήθηκε ΑΠ 210/115mmHg, είχε δε 96 σφύξεις ανά λεπτό, θερμοκρασία 37,4°C και ζύγιζε 69kg.

Εμφάνισε 4 περίπου ώρες πριν την εισαγωγή της ζάλη, η οποία εξελίχτηκε σε αδυναμία του αριστερού χεριού και μούδιασμα του μισού προσώπου (αριστερά). Κατά την μεταφορά της έκανε δύο τροφώδεις εμέτους.

Σύμφωνα με τα όσα μας είπε η ίδια και η συνοδός της (κόρη) είχε εμφανίσει προ 5ετίας περίπου κολπική μαρμαρυγή, ενώ γνωρίζει ότι είναι υπερτασική εδώ και 15 χρόνια περίπου.

Λαμβάνει tabl. Digoxin, Aldonet και caps. Adalat 5. Από το οικογενειακό ιστορικό βλέπουμε ότι η μητέρα της όπως και ο αδελφός της έχουν πεθάνει από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ τα παιδιά, δύο κόρες 47 και 49 ετών δεν έχουν υπέρταση.

Κατά την Ιατρική εξέταση βρέθηκε καρδιακός παλμός άρρυθμος και συχνός. Η αισθητικότητα είναι μειωμένη στο πρόσωπο αριστερά αντιδρούσε σε ελαφρά ερεθίσματα. Επικοινωνούσε με δυσκολία λόγω δυσαρθρίας πιθανόν και πάρεσης του προσωπικού. Βάδιζε με βοήθεια.

Στις 25-3-89 και ώρα 5π.μ. περίπου επιδεινώθηκε η νευρο-
λογική της εικόνα, έπεσε σε κωματώδη κατάσταση. Διατηρήθηκε
σε κωματώδη κατάσταση μέχρι τις 30-3- οπότε και στις 3.30 π.μ.
απεβίωσε. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε εκτεταμένο αι-
μάτωμα στον κακό λοβό, ενώ το ΗΚΓ έδειξε διαταραχές
κολποκοιλιακής αγωγής.

Πρόβλημα

Σκοπός

Κίνδυνος επιδείνωσης της εγκεφαλικού επεισοδίου και φλέβια χορήγηση ορού 24-3 έως 30.3 σε επίπεδο πρόληψη νέου.

Παρέμβαση

Τοποθέτηση φαρμάκου - Η Α.Π. διατηρήθηκε σ' όλο χρόνο αυτού του εγκεφαλικού επεισοδίου και φλέβια χορήγηση ορού 24-3 έως 30.3 σε επίπεδο πρόληψη νέου. γλυκόζης 5% και φαρμάκων: Manitol 250 170/110-100/mm Hg, ο δε θάλασσο για προαγωγή της διούρησης Catapressan από κοιλιακή μαρμαρυγή που δεν Digoxin 1/tamp x3 ανατάχθη με απινίδωση.

Decadron 1/2 amp x 4

Παρακολούθηση και αναγραφή των Ζ.Σ. ανά 3ωρο.

Διαταραχή θρεπτικού ισοζυγίου καθώς και υγρών-ηλεκτρολύτων.

Χορήγηση ενδοφλεβίως ορού φυσιολογικού 1200cc ημερησίως συν γλυκόζης 5% 500 cc ημερησίως.

Τοποθέτηση ουροκαθετήρα για εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας, μέτρηση προσλαμβανόμενων υγρών. Μόλις

Ελαττώθηκε το βάρος της ασθενούς από 69 Κ. σε 65 Κ. Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στις τιμές των ηλεκτρολύτων Κ,Να.

γιά λήψη αίματος και αποστολή του στα εργαστήρια για έλεγχο ηλεκτρολυτών και ανάλογος εμπλουτισμός στον ορό.
Δίαιτα φτωχή σε Νάτριο, όχι πάνω από 25γρ. ημερησίως. Βοήθεια κατά τη σίτιση του ασθενούς. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα όταν η ασθενής έπεσε σε κωματώδη κατάσταση σίτιση από αυτόν, συχνή καθαριότητα αυτού.

Κίνδυνος νόσησης Προστασία Ιδιαίτερη προσοχή στους χειρισμούς, αλλαγή ου-
από ενδονοσοκομειακή, από λοίμωξη, ροσυλλέκτη ανά δωρο και ουροκαθετήρα ανά φάνισε σημεία λοί-
λοίμωξη. έγκαιρη δια- διήμερο. Καθαριότητα στοματικής κοιλότητας μωξης.
γνωσή της. από εκκρίσεις και υπολείματα του γεύματος.

Κάλυψη με χημειοθεραπευτικό φάρμακο kem-
cetin inj 1f1 x4. Τρίωρη θερμομέτρηση. Εξέφρασε την ικανο-
Μειωμένη ικανό- Ικανοποίηση Βοήθεια προς την ασθενή για εκτέλεση της πόληση για αυτές τις
τητα για αυτοφρο- των καθημερινών αναγκών άκρων. Πλύσιμο δοντιών χτένισμα και στρώσιμο περιποιήσεις.
ντίδα. της. του κρεββατιού. Αερισμός του θαλάμου. Στα γεύ-
ματα: τοποθέτηση του φαγητού που πρέπει να
μασηθεί στη δεξιά πλευρά του στόματος.

Μειωμένη αντίληψη
κυρίως λόγω παρά-
λειψης προσώπου.
Ψυχολογικό πρόβλη-
μα λόγω ελαττώσε-
ως των ικανοτήτων
της ασθενούς.
Πρόληψη δυσαρέσκειας
εκ μέρους της ασθενούς.
Ανακούφιση απ' τη νευ-
ρική κατάσταση, ανύψωση του
ηθικού.
Τοποθέτηση της τηλεοράσεως, του φαγητού
του κουδουνιού στο δεξιό πλάγιο της ασ-
θενούς, προσέγγιση από το δεξιό μέρος.
Προσέγγιση με φιλική διάθεση και συζήτη-
ση κατά την διάρκεια εκτέλεσης κάθε νο-
σηλείας. Να δίνεται η ευκαιρεία να λέει
τις απορίες της. Εντονη επιδοκιμασία
σε κάθε επιτυχία σ' ότι αφορά την αυτο-
φροντίδα της.

2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στις 1/4/89 και ώρα 2π.μ. προσκομίστηκε στα εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, ασθενής Β.Γ. άρσεν 76 ετών με ασθενοφόρο του ΚΑΒ. Ο ασθενής εμφάνιζε αγωνιώδες προσώ-
πειο, έντονη εφίδρωση και, αφρώδη ροδόχροη απόχρεμψη και κατέβαλε προσπάθεια για να αναπνεύσει. Η Α.Π. του βρέθηκε 240/120 mmHg οι σφύξεις 110/1' ενώ είχε θερμοκρασία 37,6°C, ζύγιζε δε 77.1/2 Kg.

Ο εφημερεύων ιατρός αντιμετώπισε την κατάσταση του σαν πνευμονικό οίδημα, προέβη σε αφαίμαξη 500cc αίματος.

Χορήγησε 5amp. Lassix I.V. για άμεση προαγωγή της διούρησης και 1 amp. Theophylline για επιβοήθηση της αναπνευστικής λει-
τουργίας. Στην επόμενη μέτρηση της Α.Π. μετά 20' βρέθηκε τιμή 175/100mm Hg , ενώ άρχισαν να υποχωρούν τα συνοδά συμπτώματα.

Εγινε εισαγωγή του ασθενούς στην Καρδιολογική κλινική στις 3 π.μ. περίπου. Από τον ίδιο και τον συνοδό του, γυναίκα του μαθαί-
νουμε ότι αν και γνωρίζει ότι είναι υπερτασικός, εδώ και μια πενταετία περίπου, δεν λαμβάνει συστηματική θεραπεία, παρά μόνο όταν νοιώθει ζαλάδες, θάμβος όρασης κ.λ.π. Απέφερε εισαγωγή προ δεκατετίας σε Νοσοκομείο Αναπνευστικών παθήσεων στην Αθήνα, γι' αυτό δε θεωρήθηκε σκόπιμο να χορηγηθεί μορφίνη για την αντιμετώ-
πιση του πνευμονικού οιδήματος. Εγινε ΗΚΓ και έδειξε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, έκτακτες συστολές και ταχυκαρδία.

Ο ασθενής εξήλθε στις 4/4/89 και ώρα 12.30 π.μ. αφού του έγιναν ιδιαίτερες συστάσεις για να λαμβάνει τη θεραπεία του σε κανονικά διαστήματα.

Κίνδυνος Ρύθμιση της Α.Π: Αφαίμαξη 500cc αίματος, χορήγηση 5amp. Μετά ημίωρο Α.Π ελαττώ- για την ζωή ενίσχυση της καρδιάς Lassix I.V. τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και θηκε σε 180/100mmHg του αρρώστου. διακής λειτουργο- ορού για διατήρηση φλέβας. χορήγηση δακτύ- για και αποκατά- τυλίτιδας, lamp. digoxin IV χορήγηση O₂ σταση της αναπνο- 5-6lt/l.

ής σε μικρό χρονι-
κό διάστημα.

Ανησυχία, Ανακούφιση από Τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση Στις 5π.μ. ο ασθενής δύσπνοια. τις δυσχέρειες, (γωνία 45°) Περιορισμός των αναγκών σε O₂ δεν είχε πλέον συμπτωματολο- μέσα σε μία ώρα με περιορισμό των κινήσεων. Ψυχολογική υ- για πνευμονικού οιδήματος. περίπου.

ποστήριξη στον ασθενή, ζωνη λήψη ζωτικών σημείων με ιδιαίτερη προσοχή στο βήθος και την συχνότητα των αναπνοών.

Βήχας, αφρώ- Ανακούφιση απ' χορήγηση βρογχοδιασταλτικών (θεοφυλλίνη) Κατά την παραμονή του δεν δη απόχρε- τα προβλήματα, για την χαλάρωση του βρογχοσπασμού και την εμφάνισε κυάνωση. μψη. σε μ'νιμη βάση. μείωση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσης.

Κυάνωση Επαναφορά της φυσι-χορήγησ O₂ με συσκευή αναπνοής διαλείπουσας κής χροιάς του δέρ-θετικής πίεσης. Συχνός έλεγχος των δακτύλων ματος και των βλεν.και των χειλιών για τυχόν εμφάνιση κυάνωσης.

Πρόβλημα

Διαταραχή θρεπτικού
ισοζυγίου υγρών-
ηλεκτρολυτών

Σκοπός

Αποκατάσταση και
διατήρησή τους.

Παρέμβαση

Τοποθέτηση κάθετjρα κύστης,
συχνή αλλαγή ουροσυλλέκτη,
μέτρηση προσλαμβανομένων υ-
γρών, κατόπιν ενημέρωσης του
ασθενή, και αποβαλλομένων. Ζύ-
γιση 2 φορές την μέρα. Ρύθμιση
του διαιτολόγιου σε συνενόηση
με τον διαιτολόγο. Διαίτα φτωχή
σε Νάτριο, όχι πάνω από 2 γρ.
Μετά τις 2/4 ο ασθενής να σηκώ-
νεται. Λήψη δειγμάτων αίματος για
μάτρηση Κ, Να, ουρίας.

Αξιολόγηση

Ο ασθενής έχασε
2 Κ. στις 4 ημέρες που
έμεινε στην κλινική, ενώ
εμφάνισε σημεία αφυδάτω-
σης.