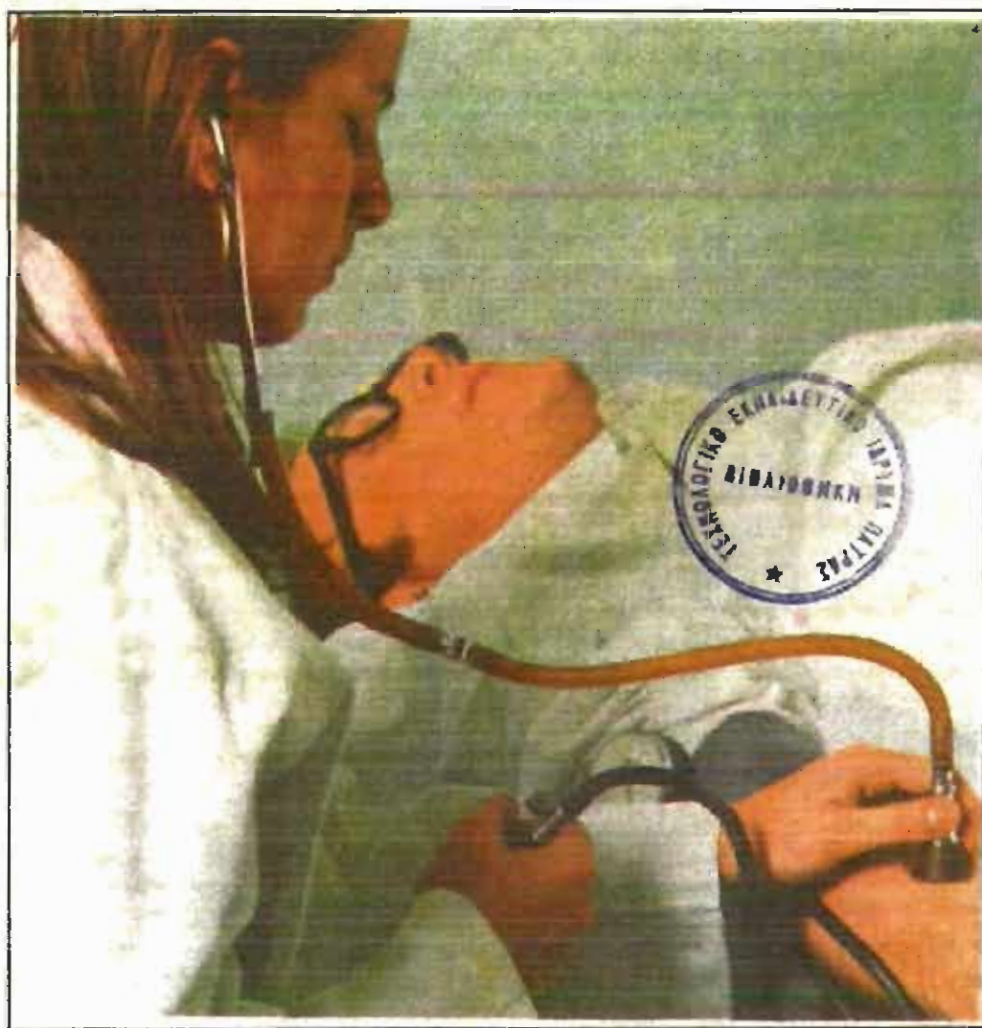


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

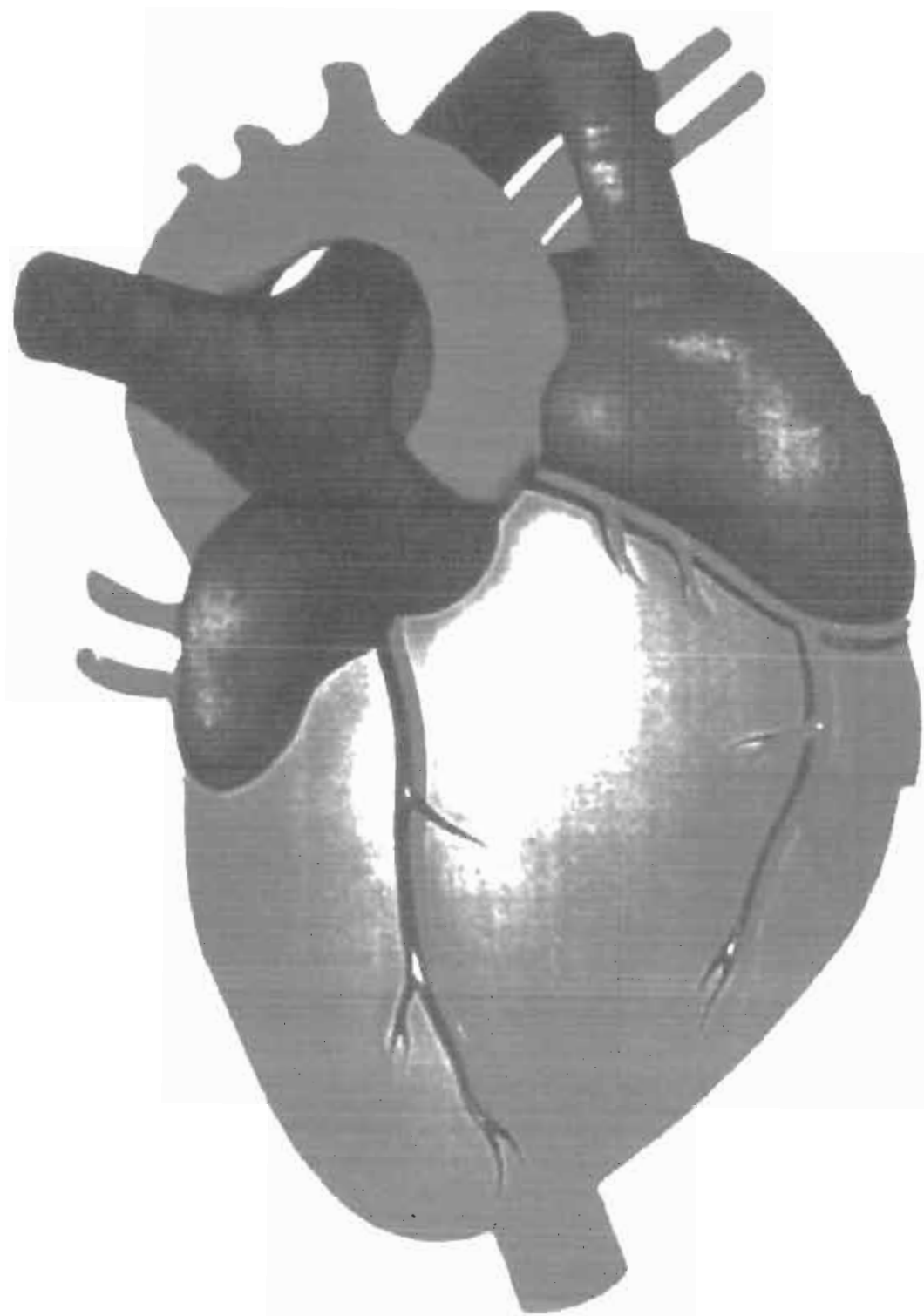


ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Dr. ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΚΑΚΑΓΙΑΝΝΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1997

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2414
----------------------	------



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	8
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	24
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	40
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	44
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	48
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	51
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	58
ΕΠΠΛΟΚΕΣ	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	63
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX	65
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	65

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	80
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	84
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ- ΤΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ	84

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι	86
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ	86
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V	88
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	88
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V	97
ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	97
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I	101
Ο ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΤΗ	101
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι	104
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	104
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι	105
ΥΛΙΚΟ	105
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι	106
ΜΕΘΟΛΟΣ	106
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V	108
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	108
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V	135
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	135
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I	137
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	137
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V Ι Ι	139
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	141
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	144

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ένα «αγκάθι» για τον σημερινό άνθρωπο. Οι διάφορες έρευνες και στατιστικές μελέτες, φέρνουν συνεχώς στο φως ότι αυτά κρατούν τη σκυτάλη και διεκδικούν την πρωτιά από όλα τα άλλα.

Ανάμεσα τους, εξέχουσα θέση κατέχει η αρτηριακή υπέρταση. Αρκεί να αναφέρουμε

ότι στη χώρα μας 1 και $\frac{1}{2}$ εκατομ. ατόμων βαδίζουν και διαβιούν μεταξύ τους με αρτηριακή υπέρταση, ενώ γενικά 15-20 εκατομ. ατόμων έχουν αρτηριακή υπέρταση σε κάθε 100 εκατομ. πληθυσμού.

Για ένα μικρό ποσοστό η αιτιολογία είναι γνωστή, (10% περίπου), ενώ για το υπόλοιπο είναι άγνωστη, (ιδιοπαθής υπέρταση), πολύπλοκοι μηχανισμοί περιπλέκονται και συμβάλλουν στην αύξηση της Α.Π.

Όλα αυτά θα έπρεπε να μας προβληματίζουν. Αν σήμερα δεν συγκαταλεγόμαστε στα θύματα, αύριο μπορεί να είμαστε στη λίστα τα επόμενα θύματα αυτού του σιωπηλού εχθρού.

Πρέπει να προλάβουμε και αν όχι, να αντιμετωπίσουμε την αρτηριακή υπέρταση. Οι επιπτώσεις αυτής είναι συχνά τραγικές τόσο για τον ασθενή, όσο για το περιβάλλον του και την κοινωνία. Κατά τη γνώμη μας λοιπόν η καταπολέμηση της αρτηριακής υπέρτασης είναι ανάγκη πρώτου μεγέθους.

Όλα αυτά αποτέλεσαν σαν αιτία να επιλέξουμε την Α.Π. για μελέτη μέσα από το μεγάλο αυτό φάσμα των θεμάτων.

Προσπαθήσαμε να βρούμε όσα γινόταν περισσότερα γύρω από το θέμα. Αν πούμε ότι εξαντλήθηκε θα ήταν εγωιστικό.

Θα θέλαμε λοιπόν να ζητήσουμε την επειική κρίση των αναγνωστών για τις γραφικές και επιστημονικές ατέλειες και ελλείψεις.

Πριν κλείσουμε θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε:

- Όλους εκείνους, που χρησιμοποιήσαμε τα επιστημονικά τους συγγράμματα
- Τον καθηγητή μας, Νικόλαο Κούνη για την πολύτιμη συνεργασία του,
- Τους φίλους μας και συμφοιτητές μας που μας βοήθησαν με τη συμπαράστασή τους και την προσκόμιση πληροφοριών.
- Τέλος την οικογένειά μας για την κατανόηση και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι πάθηση του κυκλοφοριακού συστήματος και ανήκει στις κληρονομικές παθήσεις.

Τι είναι όμως υπέρταση, που καθημερινά ακούμε τους συναθρώπους μας να λένε; Ποια τα προβλήματα που τους προκαλεί αυτή η πάθηση; Ποιες οι δυσκολίες που συναντούν στην αντιμετώπισή της; Ποια η αγωγή που πρέπει να ακολουθήσουν;

Η εργασία αυτή αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει: Την ανατομία και φυσιολογία του κυκλοφορικού συστήματος στο οποίο συναντάμε την πάθηση. Τον ορισμό και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές της αρτηριακής πίεσης και που η ανύψωσή τους έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία της υπέρτασης.

Τον ορισμό της υπέρτασης, παράγοντες αιτιολογικούς και προδιαθεσικούς που συντελούν στην δημιουργία της καθώς και την παθογένεια της νόσου. Τέλος στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται: οι επιπλοκές της υπέρτασης, οι διαγνωστικές εξετάσεις, η θεραπεία καθώς και η πρόγνωση με αρκετά στατιστικά στοιχεία.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

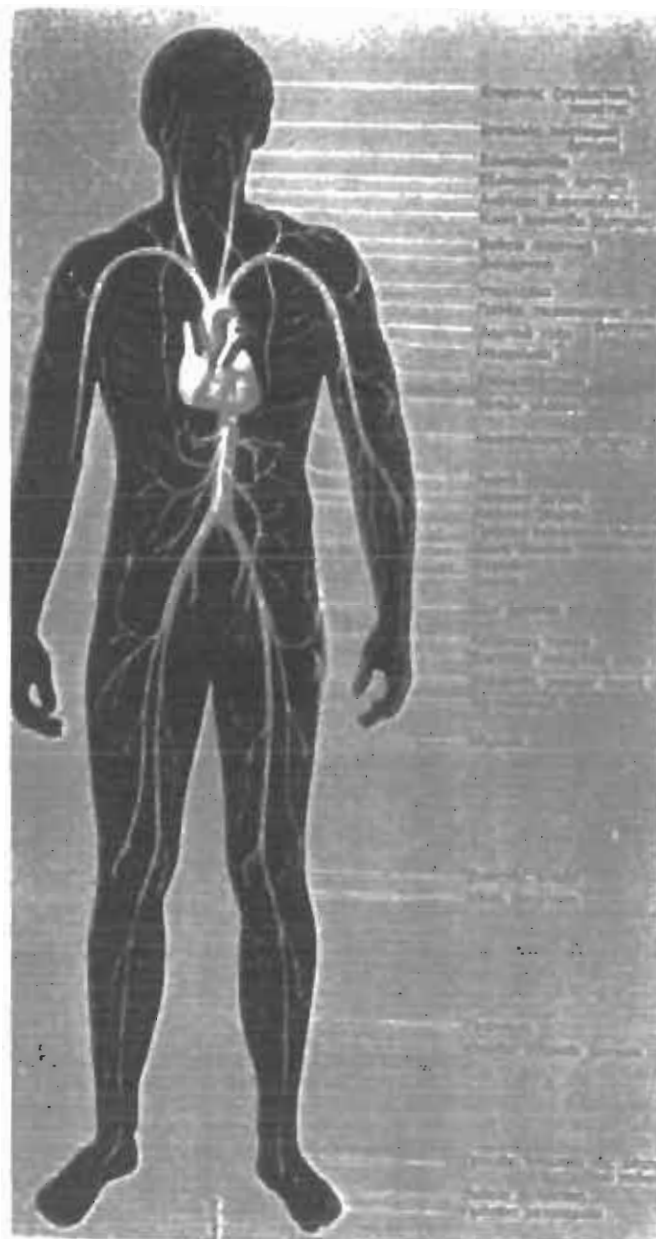
Τα κύτταρα του οργανισμού για να επιτελέσουν τις λειτουργίες τους και να διατηρηθούν στη ζωή, χρειάζονται οξυγόνο (O_2) και θρεπτικές ουσίες. Ο εφοδιασμός αυτός γίνεται με το αίμα, το οποίο ταυτόχρονα παραλαμβάνει από τα κύτταρα και τα προϊόντα του μεταβολισμού (τοξικές ουσίες και CO_2) Για να επιτελέσει τον προορισμό του στο αίμα πρέπει να κυκλοφορεί συνεχώς στα αιμοφόρα αγγεία (αρτηρίες - φλέβες). Την ώθηση να κυκλοφορήσει το αίμα δίνει η καρδιά που λειτουργεί έτσι σαν αντλία.

Η καρδιά μαζί με τα αγγεία αποτελούν το κυκλοφορικό ή καρδιαγγειακό μας σύστημα.

Το καρδιαγγειακό σύστημα είναι κλειστό σύστημα κυκλοφορίας. Το αίμα περιορίζεται στην καρδιά και στα αγγεία από τα οποία δεν εξέρχεται παρά μόνον αν υποστεί βλάβη ένα αγγείο. Το καρδιαγγειακό σύστημα είναι επίσης διπλό σύστημα κυκλοφορίας. Από λειτουργικής πλευράς η καρδιά μπορεί να θεωρηθεί ως διπλό όργανο το οποίο εξυπηρετεί το κύκλωμα της πνευμονικής ή μικρής κυκλοφορίας και το κύκλωμα της σωματικής ή μεγάλης κυκλοφορίας.

Στη μικρή κυκλοφορία το αίμα φέρεται με τις πνευμονικές αρτηρίες στους πνεύμονες και επιστρέφει με τις πνευμονικές φλέβες στην καρδιά.

Στην μεγάλη κυκλοφορία το αίμα φέρεται με την αορτή και τους κλάδους της σε όλα τα μέρη του σώματος και επιστρέφει στην καρδιά με την άνω και κάτω κοίλη φλέβα και με τις καρδιακές φλέβες.

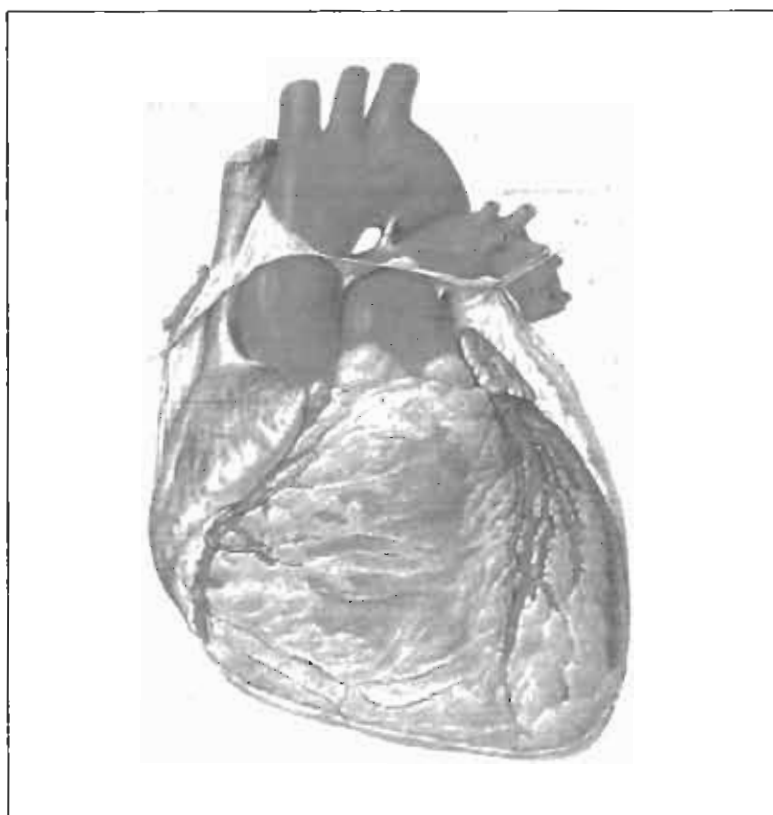


Εικόνα 1. Σχηματική παράσταση του κυκλοφορικού συστήματος του ανθρώπου.

1.1. Ανατομία καρδιάς και αγγείων

Η καρδιά είναι το κεντρικό όργανο της κυκλοφορίας του αίματος, έχει κωνικό σχήμα και μαζί με τον περικαρδιακό σάκκο που την περιβάλλει βρίσκεται στο κέντρο του θώρακα λίγο αριστερότερα από τη μέση γραμμή.

Διακρίνονται τρεις επιφάνειες: η πρόσθια, η κάτω και η οπίσθια επιφάνεια. Στην πρόσθια επιφάνεια, η καρδιά καλύπτεται από το στέρνο και τους χόνδρους της 3^{ης}, 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς. Η κάτω επιφάνεια επικάθεται στο διάφραγμα. Η κορυφή της καρδιάς αντιστοιχεί στο 5^ο μεσοπλεύριο διάστημα.



Εικόνα 2.

Το μέγεθος της εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, την ποσότητα του επικάρδιου λίπους, καθώς επίσης και από το έργο που αυτή έχει να επιτελέσει. Κατά μέσο όρο έχει μήκος 98 εκατοστά, πλάτος 105 χιλιοστά, περιφέρεια 230 χιλιοστά και βάρος 275gr.

Η θέση της καρδιάς ποικίλει ανάλογα με την σωματική διάπλαση και την αναπνοή του ασθενή. Στην εισπνοή και σε υψηλά και αδύναμα άτομα η καρδιά παίρνει μια περισσότερο κατακόρυφη θέση, ενώ στα παχύσαρκα και σε εκπνοή παίρνει περισσότερο οριζόντια θέση.

Η μυική στιβάδα της καρδιάς λέγεται μυοκάρδιο. Εσωτερικά επενδύεται από το ενδοκάρδιο και εξωτερικά περιβάλλεται από το περικάρδιο.

Αποτελείται από 4 κοιλότητες, το δεξιό κόλπο και τη δεξιά κοιλία, τον αριστερό κόλπο και την αριστερή κοιλία.

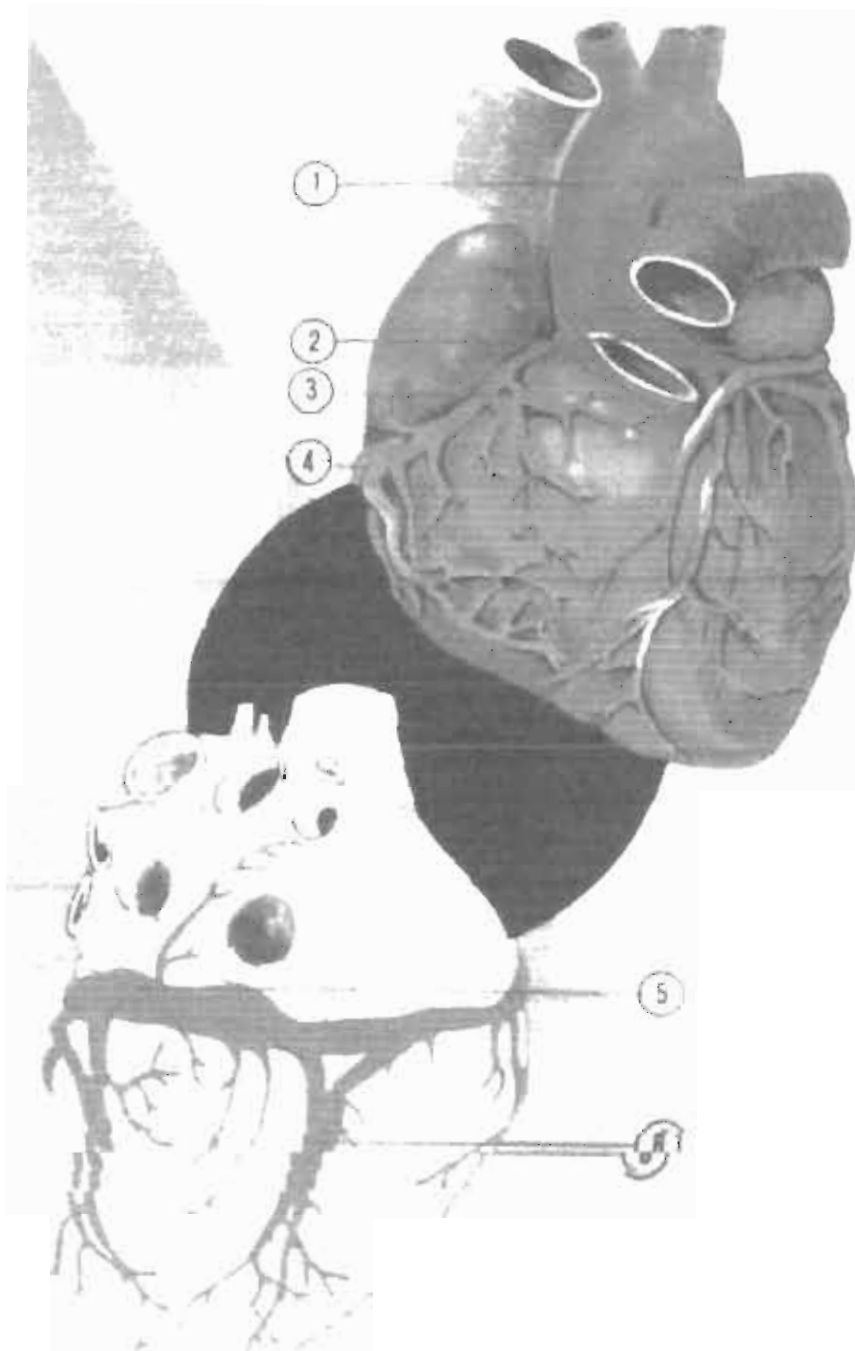


Εικόνα 3. 1) αν κοίλη φλέβα, 2) δεξιός κόλπος, 3) τριγλώχις βαλβίδα, 4) τενοντώδεις χορδές, 5) Θηλοειδής μυς σε τομή, 6) Δεξιά κοιλία, 7) ενδοκοιλιακό διάφραγμα, 8) πνευμονικές φλέβες, 9) δεξιός κόλπος, 10) μητροειδής βαλβίδα, 11) θηλοειδής μυς, 12) αριστερή κοιλία, 13) αορτική βαλβίδα, 14) αορτή

Οι δύο κοιλίες συγκοινωνούν με τους αντίστοιχους κόλπους με τα δύο κολποκοιλιακά στόμια. Το αριστερό κολποκοιλιακό στόμιο φέρει την μιτροειδή ή διγλώχινα, ενώ το δεξί φέρει την τριγλώχινα. Στον αριστερό κόλπο υπάρχουν τα τέσσερα στόμια των πνευμονικών φλεβών και στο δεξιό κόλπο υπάρχουν τα στόμια των δύο κοίλων φλεβών και της στεφανιαίας φλέβας.

Η αριστερή κοιλία συγκοινωνεί με την αορτή με το αορτικό στόμιο, που φέρει τις μηννοειδείς βαλβίδες και η δεξιά κοιλία φέρει το στόμιο της πνευμονικής αρτηρίας.

Η οξυγόνωση του τοιχώματος της καρδιάς εξασφαλίζεται με τις δύο στεφανιαίες αρτηρίες που εκφύονται από την αρχή της αορτής.



Εικόνα 4. Η καρδιά τροφοδοτείται από δύο αρτηρίες που αρχίζουν από την αορτή (1) την αριστερή στεφανιαία αρτηρία (2) και τη δεξιά. Το φλεβικό αίμα περνάει από τις εμπρόσθιες καρδιακές φλέβες, (4) και οπίσθιες (5) και από το στεφανιαίο κόλπο.

Η αριστερή στεφανιαία είναι συνήθως πιο μεγάλη από τη δεξιά και γι' αυτό και η πιο σπουδαία. Χωρίζεται λίγο μετά την αρχή της σε δύο κλάδους μεγάλους: την κατερχόμενη ανώτερη αρτηρία και την περιστροφική αρτηρία. Γι' αυτόν τον πρόωρο χωρισμό της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας στους δύο αυτούς κλάδους οι στεφανιαίες, από λειτουργικής πλευράς μπορούν να θεωρηθούν τρεις.

Είναι σαφές ότι αν μια ή περισσότερες στεφανιαίες ασθενήσουν και εξαιτίας αυτής της ασθένειας η εσωτερική διάμετρος της αρτηρίας στενέψει ή κλείσει τελείως, το μέρος της καρδιάς που δεν παίρνει τις ευεργετικές ουσίες και το οξυγόνο, όχι μόνο δεν μπορεί να εκτελέσει το έργο του, αλλά υποφέρει πολύ και μπορεί να νεκρωθεί.

Η καρδιά χτυπάει 6-7 φορές το λεπτό σε υγιείς ενήλικες, δηλαδή συστέλλεται και διαστέλλεται. Όταν συστέλλεται ο καρδιακός μυς το αίμα εκτοξεύεται από την αριστερή κοιλία οξυγονωμένο σε όλα τα μέρη του σώματος και από τη δεξιά ακάθαρτη για να καθαριστεί με την οξυγόνωση. Τα αγγεία με τα οποία το αίμα κυκλοφορεί στο σώμα είναι τα εξής:

Αρτηρίες - Σύστημα αυξημένης πίεσης

Αρτηρίδια

Τριχοειδή - Ανταλλαγή προϊόντων

Φλεβίδια

Φλέβες - Σύστημα χαμηλής πίεσης

Οι αρτηρίες είναι τα αγγεία που οδηγούν το αίμα από την καρδιά, σε όλο το σώμα. Λόγω της πίεσης του αίματος που δέχονται το τοίχωμα τους είναι παχύ και ισχυρό και αποτελείται από τρεις χιτώνες.

α. Τον εξωτερικό ή πρόσδετο χιτώνα που συνδέει το αγγείο με τον περιβάλλοντα ιστό και αποτελείται από συνδετικό ιστό.

β. Το μέσο ή μυϊκό χιτώνα που αποτελείται από ελικοειδώς και κυκλικά φερόμενες λείες μυϊκές ίνες και από δίκτυο ελαστικών ινών. Από τον χιτώνα αυτό εξαρτάται το εύρος και η δύναμη του αγγείου.

γ. Τον έσω χιτώνα ή ενδοθήλιο, που αποτελείται από ένα στρώμα από πεπλατυσμένα ενδοθηλιακά κύτταρα, που περιβάλλονται από αραιό συνδετικό ιστό. Έτσι δημιουργείται μια λεία επιφάνεια ιδανική, πάνω στην οποία γλιστρά το αίμα.

Οι αρτηρίες τρέφονται μέσω άλλων, πολύ μικρών αγγείων που εισέρχονται στο τοίχωμα από τους περιβάλλοντες ιστούς. Νευρώνονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Οι αρτηρίες διακλαδίζονται στους ιστούς και χωρίζονται σε ολοένα και μικρότερες στο εύρος αρτηρίες. Αρχικά εμφανίζεται ο έξω χιτώνας.

Ο μέσος χιτώνας γίνεται λεπτότερος και μετά από υποδιαίρεσεις μεταπίπτουν στις τριχοειδείς αρτηρίες, τα αρτηρίδια, διαμέσου 20-40μm.

Ο μέσος χιτώνας αυτών, αποτελείται από ένα - δύο κανονικούς κυκλικούς στοιχείους λείων μυϊκών ινών και που στη συνέχεια μεταπίπτουν στα τριχοειδή που αποτελούνται από ένα και μόνο στρώμα ενδοθηλιακών κυττάρων, έχουν δε διάμετρο από 5-15 μm.

Από τον αυλό τους μπορούν να περνούν συγχρόνως ένα έως δύο ερυθρά αιμοσφαίρια. Τα τριχοειδή εξυπηρετούν την ανταλλαγή των αερίων και ουσιών μεταξύ του αίματος και των ιστών. Το μήκος των τριχοειδών είναι αρκετές χιλιάδες χιλιόμετρα. Από τα τελικά άκρα των τριχοειδών, αρχίζουν τα φλεβίδια. Το τοίχωμα τους περιέχει ανώμαλα κατανεμημένες μυϊκές ίνες οι οποίες ρυθμίζουν τον αυλό των αγγείων. Τα φλεβίδια συννεώνονται και σχηματίζουν τις φλέβες. Το τοίχωμα τους αποτελείται από τρεις χιτώνες, όπως των αρτηριών, με τη διαφορά ο μέσος χιτώνας είναι πολύ λεπτότερος από αυτό των αρτηριών.

Ο λόγος είναι ότι δε χρειάζεται ισχυρός μυϊκός χιτώνας γιατί η πίεση στις φλέβες είναι χαμηλή. Οι μικρές και μέσου μεγέθους φλέβες έχουν πολυάριθμες βαλβίδες.

Οι βαλβίδες μονές ή ανά δύο, είναι θύλακοι που σχηματίζονται από αναδιπλώσεις του έσω χιτώνα και ανοίγουν προς την κατεύθυνση της καρδιάς. Συνήθως κάθε μέσου μεγέθους αρτηρία συνοδεύεται από δύο φλέβες (δορυφορικές) που συνδέονται με το αρτηριακό τοίχωμα με συνδετικό ιστό.

1.2. Φυσιολογία κυκλοφορικού συστήματος

Το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από την καρδιά τα μεγάλα αγγεία, τις αρτηρίες, τα τριχοειδή και τις φλέβες. Όλα μαζί λειτουργούν σαν ένα ενοποιημένο κυκλοφορικό σύστημα και τροφοδοτούν τον οργανισμό με επαρκή ποσά αίματος για τις μεταβολικές του ανάγκες στη διάρκεια φυσιολογικής δραστηριότητας ή στην ηρεμία ή και στην διάρκεια φορτίσεως.

Σε ηρεμία ο φυσιολογικός μεταβολικός ρυθμός μετρούμενος σε κατανάλωση οξυγόνου είναι 250ml/min περίπου.

Η μεταφορά του οξυγόνου είναι ο καταλληλότερος γενικός δείκτης της καρδιαγγειακής λειτουργίας αλλά εξίσου ζωτικές λειτουργίες αποτελούν και η απέκκριση του CO₂, η μεταφορά θρεπτικών ουσιών, και η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.

Ο μηχανισμός της καρδιακής λειτουργίας είναι ο παρακάτω: Στην καρδιά υπάρχει ένα κέντρο στο δεξιό κόλπο, όπου γίνεται το πρώτο ερέθισμα και στη συνέχεια μεταδίδεται διαμέσου των νευρικών ινών σε όλη την καρδιά. Αφού μεταδοθεί ο ερεθισμός και με τη συστολή αδειάσουν οι κόλποι, εισρέει αίμα διαμέσου των κοίλων φλεβών από τη γενική κυκλοφορία στο δεξιό κόλπο και διαμέσου των πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο, από την μικρότερη κυκλοφορία και διαστέλλονται βαθμιαία.

Όταν γεμίζουν συστέλλονται και προωθούν το αίμα στις κοιλίες.

Έτσι το κλειστό αυτό κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται ουσιαστικά από δύο κυκλώματα αγγείων που συνδέονται μεταξύ τους «εν σειρά».

Τα δύο αυτά κυκλώματα είναι:

Η μεγάλη ή σωματική κυκλοφορία

Η μικρή ή πνευμονική κυκλοφορία

Η σύνδεση μεταξύ τους «εν σειρά» σημαίνει ότι όλη η ποσότητα του αίματος που κυκλοφορεί στη μονάδα του χρόνου μέσα στα αγγεία της μεγάλης κυκλοφορίας υποχρεώνεται στη συνέχεια να περάσει από το

τέλος του κυκλώματος της στα αγγεία της μικρής κυκλοφορίας για να συναντήσει πάλι την αρχή της μεγάλης κυκλοφορίας. Η διαφορά μεταξύ μικρής και μεγάλης κυκλοφορίας είναι: από τη μικρή κυκλοφορία περνάει υποχρεωτικά το συνολικό ποσό του αίματος που κυκλοφορεί, ενώ στη μεγάλη κυκλοφορία το αίμα κατανέμεται στα διάφορα παρακυκλώματα της, που τροφοδοτούν τα συστήματα και όργανά του σώματος.

Η καρδιά η οποία παρεμβάλλεται μεταξύ μικρής και μεγάλης κυκλοφορίας λειτουργεί σαν μια βαλβιδική αντλία, με κυρίως καταθλιπτική λειτουργία, που είναι υπεύθυνη για τη συνεχή παραγωγή έργου με το οποίο εξασφαλίζεται η ροή του αίματος στα αγγεία.

Από πλευράς λειτουργικής μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για δύο αντλίες: την δεξιά και την αριστερή καρδιά. Από αυτές, η δεξιά εξυπηρετεί τη μικρή κυκλοφορία και η αριστερή τη μεγάλη. Η αριστερή καρδιά εξωθεί το αίμα από την αριστερή της κοιλία στην αορτή που διακλαδίζεται σε πολλές αρτηρίες για τα διάφορα συστήματα και όργανα του σώματος.

Κάθε μεγάλη αρτηρία διακλαδίζεται συνέχεια σε μικρότερες και καταλήγει τελικά σε έναν μεγάλο αριθμό αρτηριολίων και τριχοειδικών αγγείων. Από αυτά το αίμα έρχεται στα φλεβίδια και τις μικρές φλέβες που προοδευτικά ενώνονται σε μεγαλύτερες για να καταλήξουν στις δύο μεγάλες κοίλες φλέβες που μεταφέρουν το αίμα στο δεξιό κόλπο της καρδιάς.

Η δεξιά καρδιά, εξωθεί το αίμα από τη δεξιά της κοιλία στην πνευμονική αρτηρία που μετά από συνεχείς διακλαδώσεις σε μικρότερα αγγεία σχηματίζει το πυκνό δίκτυο των πνευμονικών τριχοειδών. Την συνέχεια των πνευμονικών τριχοειδών αποτελούν οι μικρές πνευμονικές φλέβες που ενώνονται βαθμιαία σε μεγαλύτερες μέχρι να καταλήξουν σε 4 πνευμονικές φλέβες που μεταφέρουν το αίμα της πνευμονικής κυκλοφορίας στον αριστερό κόλπο και από εκεί στην αριστερή κοιλία της καρδιάς.

1.3. Αρτηριακή πίεση

Αρτηριακή πίεση καλείται η πίεση που εξασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών στο τέλος του χρόνου εξώθησης (συστολική ή μέγιστη πίεση) και στο τέλος του χρόνου διαστολής (διαστολική ή ελάχιστη πίεση).

Η τιμή της Α.Π. είναι ανάλογη:

Της καρδιακής παροχής

Του τόνου των αρτηριών (χάλαση η σύσπαση μέσου χιτώνα)

Της αντίστασης που συναντά το αίμα όταν εκτοξεύεται στην περιφέρεια).

Τα ανώτερα φυσιολογικά όρια της συστολικής πίεσης είναι για τα παιδιά περίπου 100mmHg, για τους ενήλικες από 140-150mmHg, ενώ στους ηλικιωμένους, συστολικές πιέσεις 160-170 mmHg δεν θεωρούνται υπέρταση.

Η Α.Π. αυξάνεται με την ηλικία προοδευτικά ιδιαίτερα στις κοινωνίες με σύγχρονο τρόπο ζωής. Καταβάλλεται συνεχώς μέσα στις αρτηρίες λόγω του τρόπου εξώθησης του αίματος από την αριστερή κοιλία, αλλά μεταβάλλεται και από άτομο σε άτομο και κατά τη διάρκεια του 24ώρου.

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω αντιλαμβάνεται κανείς, ότι είναι δύσκολο να καθοριστούν φυσιολογικά όρια πίεσης.

Έτσι σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας προτείνεται σαν φυσιολογική αρτηριακή πίεση η τιμή 140-90mmHg.

Οριακή υπέρταση: Είναι η πίεση εκείνη με συστολικό σκέλος 140-150 mmHg

Ήπια υπέρταση: Είναι η πίεση με διαστολικό σκέλος 90-104 mmHg

Μέτρια υπέρταση: Είναι η πίεση με διαστολικό σκέλος 105-114 mmHg

Βαρεία υπέρταση: Είναι η πίεση με διαστολικό σκέλος πέρα των 114 mmHg

Κακοήθης υπέρταση: Αποτελεί το 2% των περιπτώσεων υπέρτασης και χαρακτηρίζεται από διαστολική πίεση κάτω από 130 mmHg ως και οίδημα θηλής του οφθαλμού με διανοητική σύγχυση.

Παράγοντες που επηρεάζουν την Α.Π.

Η θέση του σώματος, φυσιολογικά η συστολική πίεση είναι ελαφρώς μικρότερη και η διαστολική μεγαλύτερη στην όρθια παρά στην ύπτια θέση του σώματος.

Η άσκηση. Στη σωματική προσπάθεια αυξάνεται η συστολική πίεση

Το πλούσιο γεύμα προκαλεί αύξηση της συστολικής πίεσεως

Κύκλοι του 24ώρου. Κατά τη διάρκεια του 24ώρου η συστολική πίεση μπορεί να παρουσιάζει διαφορές μέχρι 20-40mmHg. Η μικρότερη πίεση συνήθως παρατηρείται τις πρωϊνές ώρες και η μεγαλύτερη το βράδυ.

Εποχή του έτους. Λόγω της απώλειας άλατος και υγρών με τους ιδρώτες, η πίεση ελαττώνεται το θέρος.

Η ηλικία. Σε αναλογία μεγαλύτερη των 2/3 του πληθυσμού παρατηρείται προοδευτικά αύξηση της συστολικής και λιγότερο της διαστολικής.

Βάρος του σώματος. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι είναι υπερτασικοί.

Το σημείο προσδιορισμού της πίεσης. Η συστολική πίεση σε ύπια θέση είναι κατά 5-10mmHg υψηλότερη στα κάτω άκρα από όσο στα άνω άκρα.

Στην όρθια θέση η διαφορά αυτή γίνεται μεγαλύτερη, εντούτοις παρά την αύξηση της συστολικής πίεσης, η μέση Α.Π. ελαττώνεται προς την περιφέρεια.

1.3.1. Σύντομη Ιστορική Ανασκόπηση

Η πίεση του αρτηριακού αίματος μπόρεσε να μετρηθεί όταν ο Sciorione Rina - Rocci, τελειοποίησε μια παλιότερη έκδοση του σύγχρονου σφυγμανόμετρο το 1896. Ο Stephen Hales άγγλος κληρικός, ήταν ο πρώτος που μέτρησε άμεσα την πίεση του αίματος σε μια φορά

το 1733 και διάφοροι ερευνητές χρησιμοποιώντας υδραργυρικά μανόμετρα μέτρησαν την πίεση του αίματος με διάφορους τρόπους το 19^ο αιώνα.

Ο Richard Bright (1789-1838), στη διάρκεια της κλασσικής του μελέτης πάνω στην νόσο που φέρει το όνομά του, συμπέρανε ότι, η αριστερή κοιλία με παχύ τοίχωμα ή διαταμένη αορτή και η αρτηριοπάθεια, πιθανά να οφείλονται σε αυξημένη αντίσταση στη ροή του αίματος στα αιμοφόρα αγγεία, αλλά δεν είχε μέθοδο να μετρήσει την πίεση του αίματος.

Τα πρώτα σφυγμανόμετρα

Στο γύρισμα του αιώνα, ο Recklinghausen παρατήρησε τα γευδώς υψηλά επίπεδα της πίεσης του αίματος (ιδιαίτερα σε παχύσαρκα άτομα) που ήταν δυνατό να προκύψουν χρησιμοποιώντας στενές περιχειρίδες, όπως εκείνες που χρησιμοποιούσε ο Rina - Rocci. Η κλασσική περιχειρίδα 12,5cm που χρησιμοποιείται σήμερα, οφείλει την προέλευση της στις έρευνες του Recklinghausen.

Ο Korotkoff το 1905 περιέγραψε τους 5 ήχους που ακούγονταν πάνω από τη βραχιόνιο αρτηρία, περιφερικά της περιχειρίδας, καθώς ελαττώνεται η πίεση στο σφυγμανόμετρο:

Φάση I: τον απότομο οξύ ήχο, καθώς η πίεση πέφτει κάτω ακριβώς από τη συστολική

Φάση II: Παρατεταμένο δυνατότερο ήχο με χροιά φυσήματος

Φάση III: Δυνατό σαφή ήχο με ένα ελαφρό μόνο φύσημα

Φάση IV: Απότομη εξασθένηση των ήχων, που σύμφωνα με μερικούς αντιπροσωπεύει η διαστολική πίεση.

Φάση V: πλήρης εξαφάνιση των ήχων που για τις Η.Π.Α αντανακλά συνήθως τη διαστολική πίεση.

Ο Maehomed (1879 περίπου) ήταν ο πρώτος που απόδειξε ότι νεφρικά και καρδιακά νοσήματα ήταν επιπλοκές της υπέρτασης σε μερικούς ασθενείς.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι πάθηση του κυκλοφορικού συστήματος και ανήκει στις κληρονομικές παθήσεις. Τι είναι όμως η υπέρταση που καθημερινά ακούμε τους συνανθρώπους μας να λένε τα προβλήματα που τους προκαλεί αυτή η πάθηση και τις δυσκολίες που συναντούν στην αντιμετώπισή της;

Αρτηριακή υπέρταση: είναι η παθολογική αύξηση της Α.Π. στην μεγάλη κυκλοφορία πάνω από τα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Είναι δύσκολο να καθοριστούν όρια μεταξύ φυσιολογικής Α.Π. και υπέρτασης. Παρατηρήσεις έδειξαν ότι, όταν το ύψος της Α.Π. υπερβεί ορισμένο επίπεδο, αυξάνουν οι δυσμενείς επιπτώσεις της στον οργανισμό, δηλαδή αυξάνει η νοσηρότητα και η θνητότητα.

Σύμφωνα με αυτές τις παρατηρήσεις η παγκόσμια οργάνωση υγείας προτείνει τους όρους:

Φυσιολογική Α.Π. < 140/90mmHg (συστολική - διαστολική)

Οριακή υπέρταση 140-160/90-95mmHg

Μόνιμη υπέρταση 160-90 mmHg

Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο υπέρτασικό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, το φύλο, αλλά και άλλοι παράγοντες όπως η παχυσαρκία, η φυλή, η μυχική ηρεμία κλπ. Είναι γνωστό ότι η Α.Π. έχει

τάση να αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και μάλιστα διαφορετικά στα δύο φύλα.

2.1. Ταξινόμηση - Αιτιολογία

Η ταξινόμηση της υπέρτασης μπορεί να γίνει ανάλογα:

1. Με το είδος. α. Συστολική β. Διαστολική
2. Με το βαθμό. α. Καλοήθης β. Κακοήθης
3. Με την αιτία. α. Πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής. β. Δευτεροπαθής

Πιο χρήσιμη ταξινόμηση από πλευράς παθοφυσιολογίας είναι αυτή που βασίζεται στην αιτιολογία.

A. Πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής υπέρταση

Σε ποσοστό 80-85% η υπέρταση είναι αγνώστου αιτιολογίας και ονομάζεται πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής. Στην πρωτοπαθή υπέρταση υπάρχει έντονη κληρονομική συσχέτιση. Αν π.χ. ένας από τους γονείς πάσχει από υπέρταση είναι βέβαιο ότι ένα τουλάχιστον από τα παιδιά μιας πολυπληθούς οικογένειας θα εμφανίσει την πάθηση, ενώ αν πάσχουν και οι δύο γονείς τότε τα περισσότερα από τα παιδιά θα προσβληθούν από αυτή.

Εκτός από τα παραπάνω πάντως φαίνεται πως στη γέννηση της ιδιοπαθούς υπέρτασης σημαντικό ρόλο παίζουν ορισμένοι εξωτερικοί παράγοντες όπως: παχυσαρκία, οικογενειακά ή επαγγελματικά προβλήματα, επανειλημμένα stress (στους κατοίκους των πόλεων

συχνότερη από των αγροτικών περιοχών), ακατάστατη ζωή, απουσία σωματικής άσκησης, η χρήση αλκοόλης και η μαύρη φυλή.

Έτσι στους λευκούς ενήλικες της USA παρατηρείται σε ποσοστό 10-15% και στους μαύρους ενήλικες σε ποσοστό 20-30%. Άτομα με ροπή προς υπέρταση παρουσιάζουν αγγειακή αστάθεια, υπερβολικές αντιδράσεις σε φάρμακα και νικοτίνη, όχι σπάνια σακχαρώδη διαβήτη, πολυκυτταραιμία και μυχογενή πολυουρία.

Λόγω αυτών η ιδιοπαθής υπέρταση θεωρείται σήμερα ως σύνθετο φαινόμενο, από διαταραχές των αγγειοκινητικών κέντρων του μέσου εγκεφάλου, της υπόφυσης και του (πάντα υπερτροφικού) φλοιού των επινεφριδίων.

B. Δευτεροπαθής υπέρταση

Η δευτεροπαθής υπέρταση οφείλεται ή συνοδεύει ορισμένες παθήσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, κατά ένα μέρος τουλάχιστον, είναι γνωστός ο μηχανισμός που προκαλεί την αυξημένη Α.Π.

Τα αίτια που προκαλούν δευτεροπαθή υπέρταση φαίνονται στον (πίνακα 1).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Νεφρικά<ol style="list-style-type: none">α. Στένωση νεφρικής αρτηρίαςβ. Νοσήματα του νεφρικού παρεγχύματος2. Ορμονικά<ol style="list-style-type: none">α. Φαιοχρωμοκύττωμα |
|---|

- β. Πρωτοπαθής αλδοστερινισμός N.Conn
- γ. Νόσος Cushing
- δ. Ακρομεγαλία
3. Ισθμική στένωση της αορτής
4. Ιδιοπαθής πολυκυτταραιμία
5. Τοξιναιμία της κύησης
6. Οξεία διαλείπουσα πορφυρία
7. Ομοιομόσχευμα αορτικής βαλβίδας
8. Παθήσεις του Κ.Ν.Σ.

Πίνακας 1. Αίτια Δευτεροπαθούς Υπέρτασης

1. Νεφρική Υπέρταση

Πολλές είναι οι παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν νεφρική βλάβη, η οποία μπορεί να έχει σαν συνέπεια την αρτηριακή υπέρταση. Αυτή η βλάβη των νεφρών μπορεί να αφορά το αγγειακό δίκτυο, το παρέγχυμα ή και τα δύο. Νεφρικές παθήσεις που προκαλούν Α.Π. είναι:

α. Παθήσεις που προσβάλλουν τα μαλπιγιανά σωμάτια

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται νοσήματα από την οξεία μαλπιγιονεφρίτιδα, την αμυλοείδωση των νεφρών μέχρι την οξώδη περιαρτηρίτιδα. Στα παραπάνω νοσήματα η αρτηριακή υπέρταση οφείλεται στην εκφύλιση και νέκρωση των μαλπιγιανών σωματείων.

β. Πυελονεφρίτιδα. Είναι φλεγμονή της πυέλου του νεφρού χωρίς προσβολή του νεφρικού ιστού. Μπορεί να επεκταθεί και στο νεφρικό παρέγχυμα. Η συνηθέστερη αιτία είναι το κολοβακτηρίδιο το οποίο από τις κατώτερες οδούς φέρεται προς τους ουρητήρες και στη συνέχεια προς τους νεφρούς. Τα συμπτώματα είναι πυρετός, πόνος στην οσφύ, δυσουρία και στη χρόνια μορφή, υπέρταση και νεφρική ανεπάρκεια.

γ. Στένωση νεφρικής αρτηρίας. Αυτή οφείλεται συνήθως στην αθηρωμάτωση των νεφρικών αρτηριών, ή και της αορτής στο σημείο που εκφύονται οι αρτηρίες αυτές. Στένωση της νεφρικής αρτηρίας μπορεί επίσης να προκληθεί από υπερτροφία του τοιχώματος της ή και από εξωτερική πίεση. Η στένωση είναι συνήθως μονόπλευρη και αφορά κυρίως το σημείο εκφύσεως της αρτηρίας, μπορεί όμως να είναι αμφοτερόπλευρη ή και να αφορά περιφεριακότερα σημεία και κλάδους της.

δ. Σπειραματονεφρίτιδα. Είναι φλεγμονή του αγγειώδους σπειράματος και των ουροφόρων σωληναρίων και μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Η οξεία σπειραματονεφρίτιδα εμφανίζεται μετά από στρεπτοκοκκική φλεγμονή και είναι πιο συχνή στα παιδιά και στους νεαρούς ενήλικες. Η νόσος εισβάλλει απότομα με κεφαλαλγίες, πόνους στην οσφύ, ή την κοιλιά, εμέτους και εμφάνιση οιδήματος του προσώπου που αρχίζει συνήθως γύρω από τα μάτια και ιδίως τις πρωϊνές ώρες, ενώ εξαφανίζεται το βράδυ. Από τα ούρα σταθερά ευρήματα αποτελούν η ολιγουρία, η αιματουρία, η λευκωματουρία καθώς και η παρουσία κυλίνδρων. Η υπέρταση που παρατηρείται συχνότερα στους ενήλικες,

είναι μέτριας βαρύτητας και χαρακτηρίζεται κυρίως από αύξηση της συστολικής πίεσης (160-170mmHg).

Η υπέρταση και το οίδημα οφείλονται στην κατακράτηση άλατος και νερού, λόγω της μειωμένης σπειραματικής διήθησης και της αυξημένης επαναρρόφησης του NaCl από τα ουροφόρα σωληνάρια.

Η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα αποτελεί συνήθως συνέχεια της οξείας που δεν έχει θεραπευτεί. Στα πρώιμα στάδια της νόσου ανευρίσκονται αύξηση της Α.Π. και παθολογικά ευρήματα από τα ούρα (λευκωματουρία, αιματουρία, κύλινδροι). Η πρόγνωση είναι καλή στην οξεία φάση σε αντίθεση με τη χρόνια που καταλήγει σε χρόνια ουραιμία από την οποία, πεθαίνει ο άρρωστος εκτός εάν ο θάνατος συμβεί από εγκεφαλική αιμορραγία.

ε. Φυματίωση του νεφρού. Εδώ η υπέρταση οφείλεται στην ίνωση που ακολουθεί την φυματίωση και προκαλεί διαταραχές της κυκλοφορία και ισχαιμίας του νεφρού.

στ. Νεφρίτιδα από ακτινοβολία. Η αρτηριακή υπέρταση στην περίπτωση αυτή οφείλεται στη διαταραχή της μεταβολικής λειτουργίας του νεφρού και στη νέκρωση του αρτηριακού δικτύου και των μαλπιγιανών σωμάτων.

ζ. Όγκοι νεφρών. Η υπέρταση που εμφανίζεται στους όγκους οφείλεται πιθανώς στην ισχαιμία που προκαλείται ή στις ουσίες που αυτοί παράγουν.

2. Επινεφριδική Υπέρταση

α. Φαιοχρωμοκύττωμα. Καλοήθης όγκος της μυελώδους μοίρας των επινεφριδίων, που εκκρίνει μεγάλες ποσότητες κατεχολαμινών και προκαλεί υπέρταση, υπεργλυκαιμία και αύξηση του μεταβολισμού. Η αυξημένη έκκριση των κατεχολαμινών γίνεται στην αρχή με παροξυσμούς διάρκειας λίγων λεπτών ή κυρτών, στη συνέχεια όμως γίνεται μόνιμη. Οι άρρωστοι καταλαμβάνονται απότομα από ζάλη, ανησυχία, ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών.

Συχνά εμφανίζεται έντονος στηθαγχικός πόνος ή έντονη κεφαλαλγία και η Α.Π. φτάνει μέχρι 300 mmHg η συστολική και 160 mmHg η διαστολική. Συνυπάρχει έντονη εφίδρωση, ωχρότητα προσώπου και υπεργλυκαιμία με σακχαρουρία.

β. Νόσος Cushing. Παθολογική διαταραχή με υπερπαραγωγή κορτιζόνης από τα επινεφρίδια. Είναι σχετικά σπάνια πάθηση που προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες. Οφείλεται σε αδένωμα ή υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων ή σε όγκο της υποφύσεως που προκαλεί αυξημένη έκκριση αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης της υποφύσεως. Είναι δυνατόν επίσης να εμφανιστεί μετά από παρατεταμένη θεραπεία με μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών. Η νόσος έχει χαρακτηριστική κλινική εικόνα με τα εξής σημεία:

- Αυξημένη εναπόθεση λίπους στον κορμό και το πρόσωπο, που μοιάζει με σελήνη, από όπου και η ονομασία σεληνοειδές προσωπείο που έρχεται σε αντίθεση με τα άκρα που είναι λεπτά και ατροφικά.

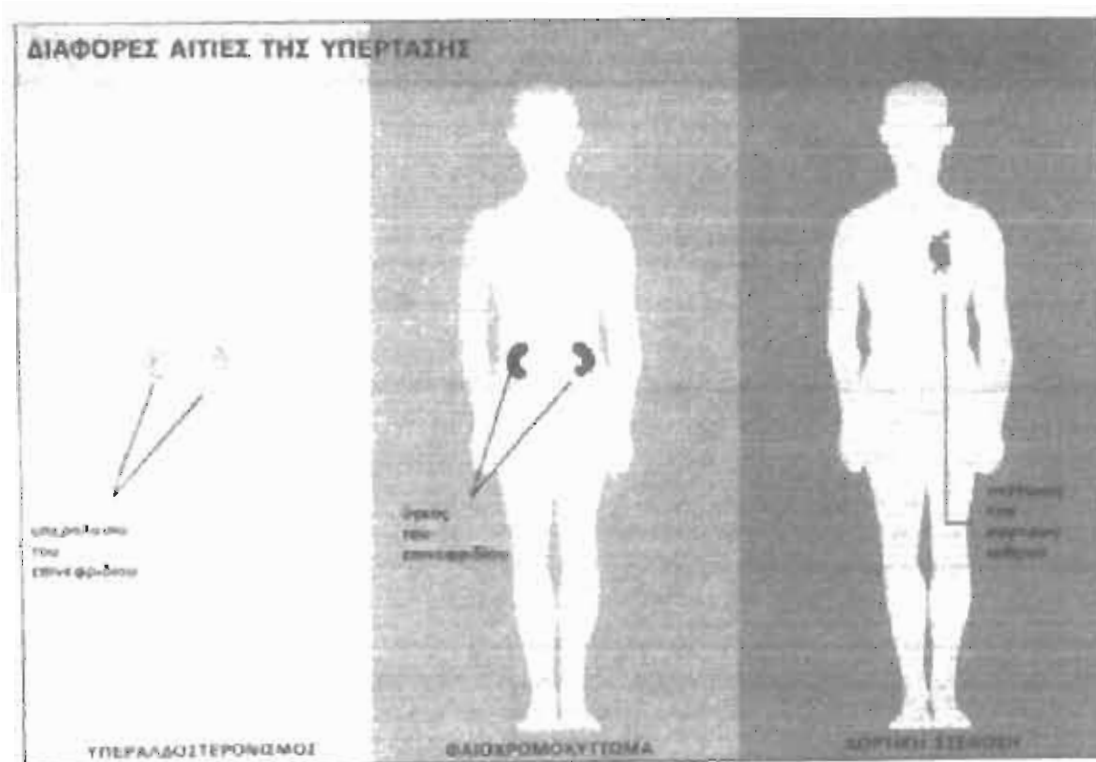
- Ιώδεις γραμμώσεις του δέρματος, στην κοιλιά και στους γλουτούς.
- Η αυξημένη έκκριση αλατοκορτικοειδών προκαλεί υπέρταση, διαταραχές των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας, ενώ η αυξημένη έκκριση υδροκορτιζόνης προκαλεί και υπεργλυκαιμία.
- Μπορεί να εμφανιστεί επίσης οστεοπόρωση, κύφωση ή καθίζηση σπονδύλου.
- Στις γυναίκες εμφανίζεται αμηνόρροια και σημεία αρρενοποίησης.

γ. Πρωτοπαθής υπεραλδοστερινισμός: Οφείλεται σε αυξημένη έκκριση αλδοστερόνης από αδένωμα ή υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων χαρακτηριστικό γνώρισμα της πάθησης είναι η υπερβολική απώλεια καλίου στα ούρα που ευθύνεται για την μυϊκή αδυναμία, την πολυουρία και τη δίψα που έχει ο άρρωστος. Υπάρχει επίσης αλκάλωση που οδηγεί σε τετανία και παραισθήσεις. Υπέρταση είναι δυνατόν να παρουσιαστεί εξαιτίας της υπερέκκρισης της αλδοστερόνης που διαταράσσει τόσο το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών, όσο και των υγρών του αίματος και της αύξησης του όγκου αίματος.

3. Στένωση του ισθμού της αορτής

Στη στένωση του ισθμού της αορτής η Α.Π. είναι αυξημένη στα άνω άκρα και στο κεφάλι. Αρχικά για την υπέρταση που υπάρχει στο επάνω μισό του σώματος, ευθύνεται το ότι το αίμα διοχετεύεται μέσα σε μικρότερο από το φυσιολογικό αγγειακό δέντρο. Αργότερα όμως ευθύνονται και άλλοι παράγοντες για το ύψος της Α.Π. που είναι:

- Τα αρτηριόλια που υπερτρέφονται προοδευτικά και η αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων.
- Η προσαρμογή του ρυθμιστικού ρόλου των τασεϋποδοχέων σε υψηλό επίπεδο πίεσης.
- Η μειωμένη παραγωγή υπερτασιογόνων ουσιών.
- Η επιδείνωση της συστολικής υπέρτασης λόγω της απώλειας της ελαστικότητας των τοιχωμάτων του αγγειακού δικτύου.



Εικόνα 5.

4. Υπέρταση στην εγκυμοσύνη

Η υπέρταση που εμφανίζεται στην εγκυμοσύνη οφείλεται στην τοξιναιμία ή σε επιδείνωση Α.Υ. που προϋπήρχε. Η τοξιναιμία της

κύψης εμφανίζεται σαν προεκλαμγία ή εκλαμγία σε αναλογία 2% περίπου των κυήσεων κατά την διάρκεια του τελευταίου τριμήνου. Ο παθογενετικός μηχανισμός της τοξιναιμίας της κυήσεως δεν έχει διευκρινιστεί καλά, υποστηρίζεται όμως ότι στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαίνει σπασμός των αγγείων του πλακούντος και μειωμένη παροχή αίματος.

Έτσι η ισχαιμία που δημιουργείται στον πλακούντα θεωρείται υπεύθυνη για την παραγωγή μιας τοξικής και υπερτασιογόνου ουσίας, η οποία καθώς εισέρχεται στο αίμα προκαλεί γενικευμένη σύσπαση των αρτηριολίων και έτσι έχουμε την κλινική εικόνα της τοξιναιμίας.

Όλες οι διαταραχές που παρατηρούνται στην τοξιναιμία της κυήσεως προέρχονται από την κατακράτηση νατρίου και τη γενικευμένη αγγειοσύσπαση των αρτηριολίων και έτσι έχουμε την κλινική εικόνα της τοξιναιμίας.

Χαρακτηριστική είναι η διαπίστωση σπασμού των αγγείων του βυθού των οφθαλμών χωρίς να συνυπάρχουν ευρήματα αμφιβληστροειδοπάθειας και η λευκωματουρία.

Η διάγνωση της τοξιναιμίας είναι συνήθως εύκολη και στηρίζεται στην αγγειοσύσπαση του βυθού των οφθαλμών και την εμφάνιση οιδήματος, αρτηριακής υπέρτασης και λευκωματουρίας.

Όπως αναφέρθηκε πριν η ταξινόμηση της υπέρτασης μπορεί να γίνει και ανάλογα με το είδος ή και βαθμό.

Συστολική υπέρταση

Η συστολική υπέρταση είναι κλινική οντότητα που ξεχωρίζει από την διαστολική αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Δεν πρέπει να θεωρείται σαν βέβαιο ότι κάθε συστολική υπέρταση σε άτομα προχωρημένης ηλικίας οφείλεται υποχρεωτικά σε αρτηριοσκλήρυνση της αορτής, παρόλο που η τελευταία αποτελεί τη συχνότερη αιτία.

Ποικίλα σύνδρομα υψηλής παροχής είναι δυνατό να συνοδεύονται από συστολική υπέρταση (πίνακας 2). Στα σύνδρομα αυτά περιλαμβάνονται η αναιμία, η θυρεοτοξίκωση, οι τροφοπενικές καταστάσεις και το αρτηριοφλεβικό συρίγγιο.

1. Καταστάσεις υψηλής παροχής
 - α. Αναιμία
 - β. Θυρεοτοξίκωση
 - γ. Beri -Beri
 - δ. Αρτηριοφλεβικό ανεύρισμα
 - ε. Υπερκινητικό καρδιακό σύνδρομο
2. Αύξηση του όγκου παλμού της καρδιάς
 - α. Ανεπάρκεια αορτής
3. Μηχανική στένωση ισθμού αορτής
4. Ελάττωση της ελαστικότητας των αρτηριών: Αθηροσκλήρυνση.

Πίνακας 2: Αιτιολογία της συστολικής υπέρτασης.

Η συγκαλυμμένη θυρεοτοξίκωση μπορεί να διαφύγει στα μεγάλης ηλικίας άτομα. Οι κλινικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από αύξηση του όγκου παλμού και συνοδό συστολική υπέρταση περιλαμβάνουν τον πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και την ανεπάρκεια της αορτής.

Καλοήθης υπέρταση

- Ήπια μορφή.

Στην ήπια μορφή δεν υπάρχουν συμπτώματα. Η συστολική είναι συνήθως 150-180 mmHg και η διαστολική 90-110 mmHg.

- Μέτρια καλοήθης.

Στη μέτρια καλοήθη υπάρχουν ελαφρά συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες και αδιαθεσία. Η συστολική πίεση είναι 170-220 mmHg και η διαστολική 100-120 mmHg. Από τη βυθοσκόπηση προκύπτει στένωση των αρτηριολιών και ενδείξεις σπασμού τους. Μπορεί το Η.Κ.Γ να δείχνει υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Μερικές φορές ίσως οι νεφροί να παρουσιάζουν κάποια διαταραχή στη λειτουργία τους.

Κακοήθης υπέρταση

- Ορισμός: Σοβαρού βαθμού υπέρταση, (Διαστολική >130 mmHg) που εκδηλώνεται κλινικά με την παρουσία οιδήματος της οπτικής θηλής (βαθμός IV αμφιβληστροειδοπάθειας) και συνήθως λευκωματουρία και παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από ινιδοειδή νέκρωση των νεφρικών αρτηριολιών. Μπορεί να επιλέξει την υπέρταση οποιασδήποτε

αιτιολογίας εκτός από την στένωση του ισθμού της αορτής (γιατί τα νεφρικά αγγεία βρίσκονται σε χαμηλή πίεση).

-Το υπόστρωμα της νόσου: Σοβαρού βαθμού υπέρταση (συνήθως με διαστολική πίεση πάνω από 130 mmHg) που συνοδεύεται από νέκρωση των αρτηριολιών του νεφρού. Υπάρχει έτσι οξεία και επιδεινούμενη νεφρική βλάβη και δημιουργείται φαύλος κύκλος.

-Σημεία: Οίδημα οπτικής θηλής και αμφιβλοστροειδική αιμορραγία με εξιδρώματα, λευκωματουρία, καρδιακή ανεπάρκεια.

-Επιπλοκές: Πονοκέφαλος, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλική αιμορραγία, διαταραχές της όρασης.

-Πρόγνωση: Χωρίς θεραπεία, οι περισσότεροι από τους αρρώστους πεθαίνουν ένα χρόνο μετά τη διάγνωση και σχεδόν όλοι σε δύο χρόνια.

Αρτηριακή Υπέρταση Ενηλίκων

Η ιδιοπαθής αρτηριακή υπέρταση συνήθως εκδηλώνεται μεταξύ του 20ου και του 50ου έτους, αν και πολύ συχνά εκδηλώνεται και νωρίτερα.

Μια μεγάλη έρευνα σε 5.557 υγιή άτομα ηλικίας μεταξύ 65 και 106 ετών απεκάλυψε ότι μετά τα 65 η Α.Π. δεν εμφανίζει συνεχή αύξηση με την πάροδο των ετών όπως συμβαίνει στις μικρότερες ηλικίες.

Από τα ευρήματα της έρευνας αυτής προέκυψε ότι τιμές της Α.Π. πάνω από τα 160/100 mmHg, πρέπει να θεωρούνται παθολογικές στους άντρες προχωρημένης ηλικίας και τιμές πάνω από 170/90 mmHg, πρέπει να θεωρούνται παθολογικές στις γυναίκες προχωρημένης ηλικίας.

Η Π.Ο.Υ. συνιστά ότι στους ενήλικες τιμές 140/90 ως 160/95 mmHg πρέπει να θεωρούνται τιμές οριακής υπέρτασης. Η οριακή υπέρταση στις γυναίκες είναι πιο συχνή στην ηλικία της εμμηνόπαυσης από 50 μέχρι 54 ετών που ίσως οι διαταραχές της περιόδου αυτής έχουν σχέση με την εκδήλωση της νόσου.

Τα ανώτερα όρια της φυσιολογικής συστολικής αρτηριακής πίεσεως κυμαίνονται ανάλογα με την ηλικία. Για την ηλικία των 20 ετών το όριο είναι 140 mmHg, για την ηλικία των 40 ετών 150 mmHg και για την ηλικία των 60 ετών 170mmHg. Για τη διαστολική πίεση, ως ανώτερο φυσιολογικό όριο για τα άτομα μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούνται τα 100mmHg.

2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Για την εκδήλωση όμως κάθε ασθένειας, υπάρχει πάντα κάποια αιτία, που άλλοτε μας δίνεται η δυνατότητα να την εντοπίσουμε και άλλοτε όχι. Στο θέμα της υπέρτασης είδαμε να γίνεται λόγος για δευτεροπαθή και ιδιοπαθή υπέρταση δηλαδή λόγος όροι που ερμηνεύουν αντίστοιχα την ύπαρξη και την έλλειψη γνωστής αιτιολογίας. Και εφόσον η ιδιοπαθής υπέρταση αποκλείει την ύπαρξη γνωστής αιτιολογίας, σαφώς ενισχύει την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων. Οι παράγοντες λοιπόν που συμβάλλουν στην εκδήλωση της (ιδιοπαθούς) υπέρτασης είναι κυρίως οι εξής:

- Κληρονομικότητα. Ορισμένοι θεωρούν ότι η ρύθμιση της Α.Π. επηρεάζεται από κληρονομικούς παράγοντες σε ποσοστό μέχρι 60%. Άλλοι διαχωρίζουν τον πληθυσμό σε δύο ομάδες.

Σε αυτούς που είναι στιγματισμένοι γενετικά να αναπτύξουν στη μέση ηλικία υπέρταση και στους άλλους, που είναι απαλλαγμένοι από αυτή.

- Περιβάλλον. Το περιβάλλον θεωρείται ότι παίζει πιο σημαντικό ρόλο από την κληρονομικότητα στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της ιδιοπαθούς υπέρτασης. Αυτό γίνεται πιο φανερό από:

α. Η Α.Π. διατηρείται σε πιο γηλά επίπεδα στους κατοίκους των πόλεων παρά των επαρχιών.

β. Το ύψος της Α.Π. συσχετίζεται με το ανεβασμένο βιοτικό επίπεδο και οικονομικό με την ευρύτερη μόρφωση, με τα εξειδικευμένα επαγγέλματα.



Εικόνα 6. Η υπέρταση είναι η πιο διαδομένη πάθηση στον κόσμο και βρίσκεται σε συνεχή αύξηση.

- Ηλικία. Η ηλικία συσχετίζεται με το ύψος της Α.Π. καθώς και με την ιδιοπαθή υπέρταση κυρίως στις κοινωνίες δυτικού τύπου.

- Παχυσαρκία. Η Παχυσαρκία, χαρακτηριστικό της σύγχρονης κοινωνίας που υπερσιτίζεται, μεταξύ των άλλων δυσμενών επιπτώσεων συνοδεύεται και από μεγάλη συχνότητα ιδιοπαθούς υπέρτασης.

- NaCl. Η γεύση που προσδίδει το αλάτι στις τροφές, καθώς και η ανάγκη χρησιμοποίησης του, αποτελούν συνήθεια σε πολλά άτομα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αυξημένη πρόσληψη οδηγεί στην αύξηση της Α.Π.

- Οινόπνευμα. Η υπερβολική ή και η μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει την Α.Π. σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στο Birmingham της Αγγλίας.

- Κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν συχνότερα υψηλή Α.Π. Πιθανός μηχανισμός είναι η αγγειοσυσπασση που προκαλεί η νικοτίνη και οι άλλες ουσίες του καπνού.

- Μέταλλα. Το κάδμιο, ο μιντάργυρος και ο μόλυβδος θεωρούνται ότι πιθανόν έχουν σχέση με την Α.Π. Άτομα που εκτίθενται για μεγάλο χρονικό διάστημα στο κάδμιο παρουσιάζουν μεγάλη ποσότητα καδμίου στα νεφρά καθώς και αυξημένη Α.Π.

- Αντισυλληπτικά δισκία. Τα φάρμακα αυτά αυξάνουν τη συστολική αρτηριακή πίεση σε όλες τις γυναίκες που τα χρησιμοποιούν, αλλά 5% εμφανίζουν τυπική υπέρταση, συνήθως από μακρά χρησιμοποίηση (ενός έτους). Εδώ η υπέρταση είναι ήπια ως μέτρια υποχωρεί δε αργά (μέσα σε 2-3 μήνες) μετά τη διακοπή των φαρμάκων αυτών. Φαίνεται ότι τα οιστρογόνα που περιέχονται στα δισκία αυτά είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση της υπέρτασης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αρτηριακή πίεση είναι φυσιολογική αν οι δύο παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται, δηλαδή η καρδιακή παροχή (π.χ. σωματική κόπωση) ελαττώνονται οι αντιστάσεις και αντίστροφα. Αρτηριακή υπέρταση εμφανίζεται επειδή αυξάνονται οι περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις και ενίοτε η καρδιακή παροχή.

Οι περιφερικές αντιστάσεις δεν υποχωρούν ούτε κατά τη σωματική κόπωση, οπότε λόγω αυξήσεως της καρδιακής παροχής παρατηρείται υπέρμετρη αύξηση της Α.Π.

Σε νεαρά υπερκινητικά άτομα με υπέρταση, η καρδιακή παροχή μπορεί να είναι αυξημένη και να συνδυάζεται με φυσιολογική αγγειακή αντίσταση.

Για την αύξηση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων έχουν ενοχοποιηθεί ο αυξημένος τόνος του συμπαθητικού, η ευαισθησία των λείων μυικών ινών του αρτηριακού τοιχώματος στο νάτριο και ιδίως το σύστημα ρενίνης - αγγειοτασίνης - αλδοστερόνης.

Η ρενίνη είναι ένα ένζυμο που παράγεται στους νεφρούς και κυκλοφορεί στο πλάσμα. Αυτή επιδρά σε μια ουσία του ήπατος που είναι α2-σφαιρίνη, το αγγειοτασινογόνο, και το μετατρέπει σε αγγειοτασίνη Ι.

Η τελευταία ενεργοποιείται σε δραστική πιεσογόνο αγγειοτασίνη II με την επίδραση ενός μετατρεπτικού ενζύμου, που παράγεται στα ενδοθηλιακά κύτταρα.

Η αγγειοτασίνη II προκαλεί αγγειοσύσπαση και κατά δεύτερο λόγο οδηγεί σε αύξηση της έκκρισης της αλδοστερόνης των επινεφριδίων με την οποία κατακρατούνται νάτριο και νερό στους νεφρούς.

Τα τελευταία χρόνια ανακαλύφθηκαν αντιυπερτασικά φάρμακα, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης I σε αγγειοτασίνη II, με τα οποία επιτυγχάνεται ελάττωση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων και αύξηση της διούρησης. Η ανεύρεση αυξημένης ρενίνης στο αίμα αποτελεί ένδειξη ότι η υπέρταση είναι νεφρογενής.

Αυτό που είναι βασικό και πρέπει να γνωρίζουμε για να κατανοήσουμε την παθογένεια της υπέρτασης, είναι οι μηχανισμοί ρύθμισης της Α.Π. Πρόκειται για μια σειρά πολύπλοκων μηχανισμών, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- Οι τασεΰποδοχείς του καρωτιδικού κόλπου και του αορτικού τόξου, οι οποίοι όταν αυξάνεται η Α.Π. προκαλούν επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού και διεύρυνση των περιφερικών αγγείων με αποτέλεσμα την ελάττωση της Α.Π.

- Το σύστημα των χημειούποδοχέων των καρωτιδικών και αορτικών αγγείων, το οποίο σε περίπτωση πτώσης της Α.Π. προκαλεί αγγειοσύσπαση με αποτέλεσμα την άνοδό της.

- Το κεντρικό νευρικό σύστημα, το οποίο σε μεγάλη πτώση της Α.Π. με ισχαιμία του εγκεφάλου, προκαλεί ενίσχυση της καρδιακής λειτουργίας και σύσπαση των αρτηριδίων.

- Το σύστημα ρενίνης - αγγειοτασίνης - αλδοστερόνης το οποίο δραστηριοποιείται σε περίπτωση πτώσης της Α.Π. που έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της αιμάτωσης του νεφρού.

Το σύστημα αυτό προκαλεί απευθείας αγγειοσύσπαση, αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού συστήματος και αύξηση της κατακράτησης του νατρίου και του νερού.

- Ο μηχανισμός εξαγγείωσης υγρών από τα τριχοειδή ο οποίος κινητοποιείται σε άνοδο της Α.Π.

Εκτός από αυτούς τους ενδογενείς παράγοντες υπάρχουν και κάποιοι άλλοι εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την Α.Π..

Η μόνιμη υπέρταση μετατρέπει την αρχικά αναστρέψιμη στένωση των αρτηριδίων σε μόνιμη με την πάχυνση του έσω χιτώνα, στην υπετροφία των μυϊκών χιτώνων και την καλοειδή εκφύλιση που προκαλεί.

Στην κακοήδη υπέρταση, η νέκρωση των αρτηριδίων εμφανίζεται πρώιμα και είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση της οξείας νεφρικής υπέρτασης.

Οι εκδηλώσεις που κυριαρχούν στην υπέρταση οφείλονται στην υπετροφία και την ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας καθώς και στις εκτεταμένες βλάβες των αρτηριδίων και των αρτηριών.

Η υπέρταση επιταχύνει την εμφάνιση αθηροσκλήρωσης των στεφανιαίων και των εγκεφαλικών αρτηριών τα δε συνήδη επακόλουθα είναι έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιμορραγία ή και θρόμβωση των εγκεφαλικών αγγείων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η αρτηριακή υπέρταση είναι νόσος πολύ συχνή, προσβάλλει άνδρες και γυναίκες με ιδιαίτερο επιπολασμό στις μεγάλες ηλικίες.

Διατρέχει συνήθως ασυμπτωματικά και προκαλεί μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης στους πάσχοντες με επιπτώσεις στα όργανα στόχους όπως, καρδιά, εγκέφαλο, οφθαλμούς, νεφρούς. Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι ένα άτομο 35 ετών με Α.Π. $> 130 / 90$ mmHg θα χάσει 4 χρόνια ζωής σε σχέση με άλλο της ίδιας ηλικίας με Α.Π. $< 130 / 90$ mmHg.

Για τους παραπάνω λόγους βρίσκονται σε εξέλιξη σήμερα πολλές επιδημιολογικές μελέτες σχετικές με την υπέρταση σ' όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στην Ευρώπη. Συσχετισμός υπάρχει με τους εξής παράγοντες:

Φύλο

Η Α.Π. σχετίζεται άμεσα με το φύλο. Μέχρι την ηλικία των 50 ετών είναι χαμηλότερη στις γυναίκες κυρίως η συστολική Α.Π. από αυτή των ανδρών. Στις μεγαλύτερες ηλικίες φθάνει ή ξεπερνάει εκείνη των ανδρών. Τα παραπάνω δεδομένα πιθανό να έχουν ορμονική εξάρτηση.

Παχυσαρκία

Η συμμετοχή της παχυσαρκίας στην Α.Π. είναι φανερή σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες. Βέβαια υπάρχουν πολλές περιπτώσεις παχυσάρκων χωρίς Α.Π. αυτό όμως δε σημαίνει ότι δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση της Α.Π. με την παχυσαρκία.

Στη μελέτη της πόλης Framingham διαπιστώθηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα είχαν υψηλότερη Α.Π. από τα λεπτόσωμα της ίδιας ηλικίας και φύλου.

Επίσης σε παχύσαρκες γυναίκες της Αθήνας που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σε σχέση με το δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ. > 27 Kgr) διαπιστώθηκε ότι οι παχύσαρκες είχαν υπέρταση σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Έρευνα σε σπουδαστές κολλεγίων καθώς και σε εφήβους έδειξε συσχέτιση του ύψους της Α.Π. με την παχυσαρκία. Επίσης η μελέτη της Georgia των Η.Π.Α. επιβεβαιώνει τα παραπάνω δεδομένα.

Ηλικία

Η Α.Π. αυξάνεται με την ηλικία.

Η μεγαλύτερη άνοδος συμβαίνει μέχρι την ηλικία των 20 ετών που αυξάνει η συστολική αρτηριακή πίεση περίπου 40 mmHg.

Άνοδο θα έχουμε και στη δεκαετία των 40 ετών. Στις μεγάλες ηλικίες έχουμε άνοδο της συστολικής χωρίς σαφή άνοδο της διαστολικής, φαινόμενο που αποδίδεται στην αθηροσκλήρωση και συνεπώς μειωμένη διατασιμότητα της αορτής.

Στη «Μελέτη των Αθηνών» της θεραπευτικής κλινικής του πανεπιστημίου Αθηνών, που εξετάσθηκαν αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού, παρατηρούμε ότι η Α.Π. ενώ ξεκινάει στη βρεφική ηλικία γύρω στα 80 / 50 mmHg φθάνει στην ηλικία των 15 ετών στα 120 / 70 mmHg, άνω των 50 ετών 135 / 80 mmHg και στη συνέχεια παρουσιάζει άνοδο για να φθάσει περί τα 150 / 85 mmHg στην ηλικία των 70.

Επίσης σε διαχρονική μελέτη σε παιδιά ηλικίας 5 ετών βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό, αυτά που έχουν αυξημένη Α.Π. στην πρώτη μέτρηση εξακολουθούσαν και μετά την πάροδο αρκετών ετών να έχουν αυξημένη Α.Π.

Σε αμερικανική μελέτη παρατηρείται άνοδος της Α.Π. με την ηλικία εφ' όσον υπάρχει και ο παράγων της αύξησης του βάρους.

Σε Ινδιάνους δε βρέθηκε συσχέτιση ηλικίας και ύψους Α.Π.

Κληρονομικότητα

Ο Zippel παρατήρησε ότι τα παιδιά υπερτασικών γονέων είχαν μεγαλύτερες τιμές Α.Π. από εκείνα των νορμοτασικών. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι οι οικογένειες δεν υφίστανται μόνο την επίδραση της κληρονομικότητας αλλά και πλήθους άλλων παραγόντων, όπως είναι το περιβάλλον και η διατροφή.

Εργασίες σε οικογένειες και υιοθετημένα και φυσικά παιδιά καθώς και σε διδύμους και πιο συγκεκριμένα σε μονοζυγώτες, παρουσιάζουν σαφή συσχέτιση κληρονομικότητας και υπέρτασης.

NaCl

Πληθυσμοί με μεγάλη κατανάλωση NaCl έχουν υψηλότερη Α.Π. από αυτούς που προσλαμβάνουν μικρότερες ποσότητες.

Στη «Μελέτη των Αθηνών» βρέθηκε ότι τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλατιού έχουν μεγαλύτερη Α.Π.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι οι Βόρειοι Ιάπωνες που καταναλώνουν γύρω στα 24 gr αλατιού ημερησίως, έχουν σημαντικά υψηλότερη Α.Π. από τους Νότιους Ιάπωνες που καταναλώνουν γύρω στα 14 gr.

Οι Ινδιάνοι της Ν. Αμερικής που καταναλώνουν με τη διατροφή τους μικρή ποσότητα αλατιού έχουν συστολική πίεση μικρότερη των 120 mmHg. Ενδιαφέρον επίσης είναι ότι δεν παρουσιάζουν αύξηση της Α.Π. με την ηλικία.

Περιβάλλον

Ερευνητικές εργασίες σε κατοίκους πόλεων και υπαίθρου δείχνουν περισσότερους θανάτους από υπέρταση στους κατοίκους των πόλεων.

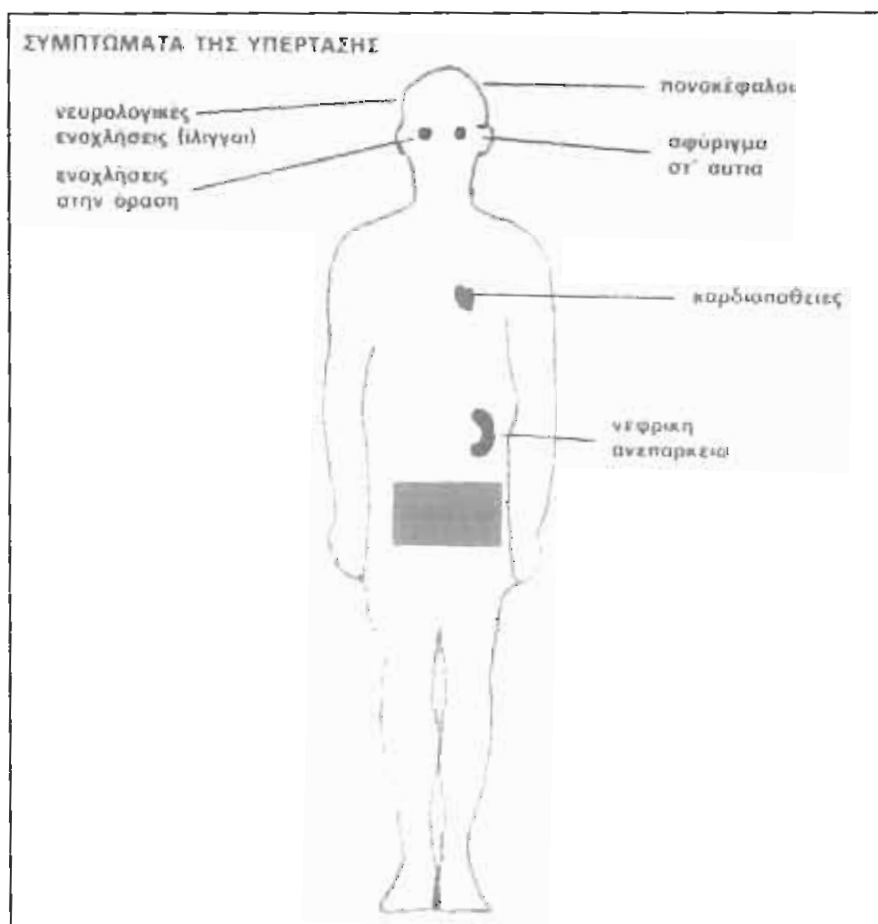
Επίσης άτομα που το περιβάλλον, τους υποχρεώνει να ζουν σε συνθήκες συνεχούς υπέρτασης όπως οι ελεγκτές εναερίου κυκλοφορίας και οι στρατιώτες στον πόλεμο, εμφανίζουν συχνότερα υπέρταση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Όπως ήδη γνωρίζουμε, η υπέρταση είναι πάθηση του κυκλοφορικού συστήματος.

Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται διακρίνονται σε αυτά με τα οποία αφορούν βλάβες των παρακάτω οργάνων: καρδιά, εγκέφαλο, νεφρά, οφθαλμούς, περιφερικές αρτηρίες.



Εικόνα 7.

Τα οργανικά συμπτώματα είναι διαφορετικά και για κάθε είδος υπέρτασης. Στην ήπια υπέρταση δεν υπάρχουν συμπτώματα. Στην μέτρια καλοήθη μορφή υπάρχουν συνήθως ελαφρά συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες μικρής έντασης και αδιαθεσία. Χαρακτηριστικές είναι οι κεφαλαλγίες που εμφανίζονται το πρωί στη βαριά υπέρταση και οι οποίες εντοπίζονται κάτω από την ινιακή χώρα, αλλά υποχωρούν στη διάρκεια της ημέρας.

Ακόμη συχνά συμπτώματα είναι η δύσπνοια, η νυχτερινή συχνοουρία, η ζαλάδα, η κακοαδιαθεσία, οι εμβοές στα αυτιά.

Στην κακοήθη υπέρταση που είναι και η χειρότερη μορφή έχουμε σοβαρές διαταραχές της όρασης, έντονες κεφαλαλγίες, μυϊκά άλγη και αδυναμία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, αίσθημα βάρους στο κεφάλι και δύσπνοια.

Στην καρδιά η αριστερή κοιλία αναγκάζεται να αυξήσει το έργο της για να υπερνικήσει την αυξημένη αγγειακή αντίσταση του κυκλοφορικού συστήματος και η ενέργεια αυτή οδηγεί συχνά σε παροξυσμικές κρίσεις νυκτερινής δύσπνοιας και σε καρδιακό άσθμα που μπορεί να συνοδεύεται από συμπτώματα χρόνιας ανεπάρκειας της αριστερής κοιλίας.

Η προσβολή του εγκεφάλου προκαλεί βαριά κεφαλαλγία, σύγχυση, κώμα, σπασμούς, θόλωση της όρασης, παροδικά νευρολογικά σημεία, ναυτία και έμετο. Ο μηχανισμός που τα προκαλεί είναι μάλλον η οξεία συμφόρηση των τριχοειδών και δυϊδρωση υγρών, με παραγωγή εγκεφαλικού οιδήματος.

Από τα νεφρά μπορεί να έχουμε ελάχιστα συμπτώματα επειδή η προσβολή τους γίνεται προοδευτικά, μερικές φορές όμως μπορεί να παρατηρηθούν νυκτουρία και αιματουρία.

Η αρτηριοπάθεια των περιφερικών αρτηριών προκαλεί συνήθως διαλείπουσα χωλότητα. Όταν το τελικό τμήμα της αορτής υποστεί στένωση ή απόφραξη, παρατηρείται πόνος στους γλουτούς και τα κάτω μέρη της ράχης κατά τη βάρδιση και ανικανότητα στους άνδρες.

Στους ασθενείς με φαιοχρωμοκύττωμα που εκκρίνει μεγάλες ποσότητες κατεχολαμινών, εμφανίζεται μόνιμη υπέρταση. Έτσι συμβαίνουν περιοδικές κρίσεις άλγους, εφίδρωσης, ωχρότητας, τρόμου, ναυτίας και εμέτου που διαρκεί από λίγα λεπτά μέχρι και μερικές ώρες. Η Α.Π. εμφανίζει σημαντική αύξηση που μπορεί να έχει σαν συνέχεια πνευμονικό οίδημα και ανάπτυξη στηθάγχης.

Εκτός από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχει και μια άλλη ομάδα συμπτωμάτων που αφορούν την ψυχική σφαίρα. Αυτά δε γίνονται αντιληπτά από τον άρρωστο, αλλά από τα άτομα του περιβάλλοντός του.

Ο υπερτασικός άρρωστος διακρίνεται για τη νευρικότητά του και το άλγος που τον διακατέχει σ' όλες σχεδόν τις δραστηριότητές του. Δεν ανέχεται εύκολα τις πιέσεις που του ασκεί το περιβάλλον του, όπως επίσης δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε μια δύσκολη κατάσταση. Μόνιμα ανησυχεί για το αν η πίεσή του είναι φυσιολογική, με αποτέλεσμα να χάνει την ψυχική του ηρεμία και με τη στάση του να συμβάλλει περισσότερο στην αύξηση παρά στη διατήρηση της πίεσής του σε φυσιολογικά όρια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην αρτηριακή υπέρταση το κύριο διαγνωστικό πρόβλημα είναι η ανακάλυψη της νόσου που προκάλεσε την υπέρταση. Όσο νεώτερο είναι το άτομο, τόσο πιθανότερο είναι το ενδεχόμενο να πάσχει από δευτεροπαθή υπέρταση. Στα παιδιά η υπέρταση είναι πάντα δευτεροπαθής.

Για τη διάγνωση και εκτίμηση του βαθμού της υπέρτασης σημαντικές πληροφορίες δίνουν:

- A. Η προσεκτική λήψη ιστορικού
- B. Η αντικειμενική εξέταση
- Γ. Οι εργαστηριακές εξετάσεις.

Η διάγνωση λοιπόν βασίζεται σε αυτές τις τρεις διαδικασίες τις οποίες θα δούμε παρακάτω.

A. Η Προσεκτική Λήψη του Ιστορικού

Αναζητούνται παράγοντες στον τρόπο ζωής του αρρώστου που μπορεί να έχουν σχέση με την υπέρταση όπως:

1. Ηλικία. Η ιδιοπαθής υπέρταση εμφανίζεται σε ηλικία 20-50 ετών. Κάτω των 20 ετών η υπέρταση οφείλεται σε σπειραματονεφρίτιδα, πυελονεφρίτιδα, στένωση του ισθμού της αορτής ή στένωση της νεφρικής αρτηρίας.

2. Οικογενειακό ιστορικό. Δίνουν πολύ συχνά οι πάσχοντες από ιδιοπαθή υπέρταση.

3. Νεφρικές λοιμώξεις. Κυστικές ενοχλήσεις που είχε ο άρρωστος στο παρελθόν και που συνοδεύονται από συχνουρία, αιματουρία, δυσουρία θέτουν υποψίες για πυελονεφρίτιδα ή σπειραματονεφρίτιδα.

4. Τα αντισυλληπτικά φάρμακα μερικές φορές προκαλούν υπέρταση που υποχωρεί με τη διακοπή τους.

5. Η μυϊκή αδυναμία σε συνδυασμό με τη νυκτερινή πολυουρία και πολυδιγία συνηγεί για πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό.

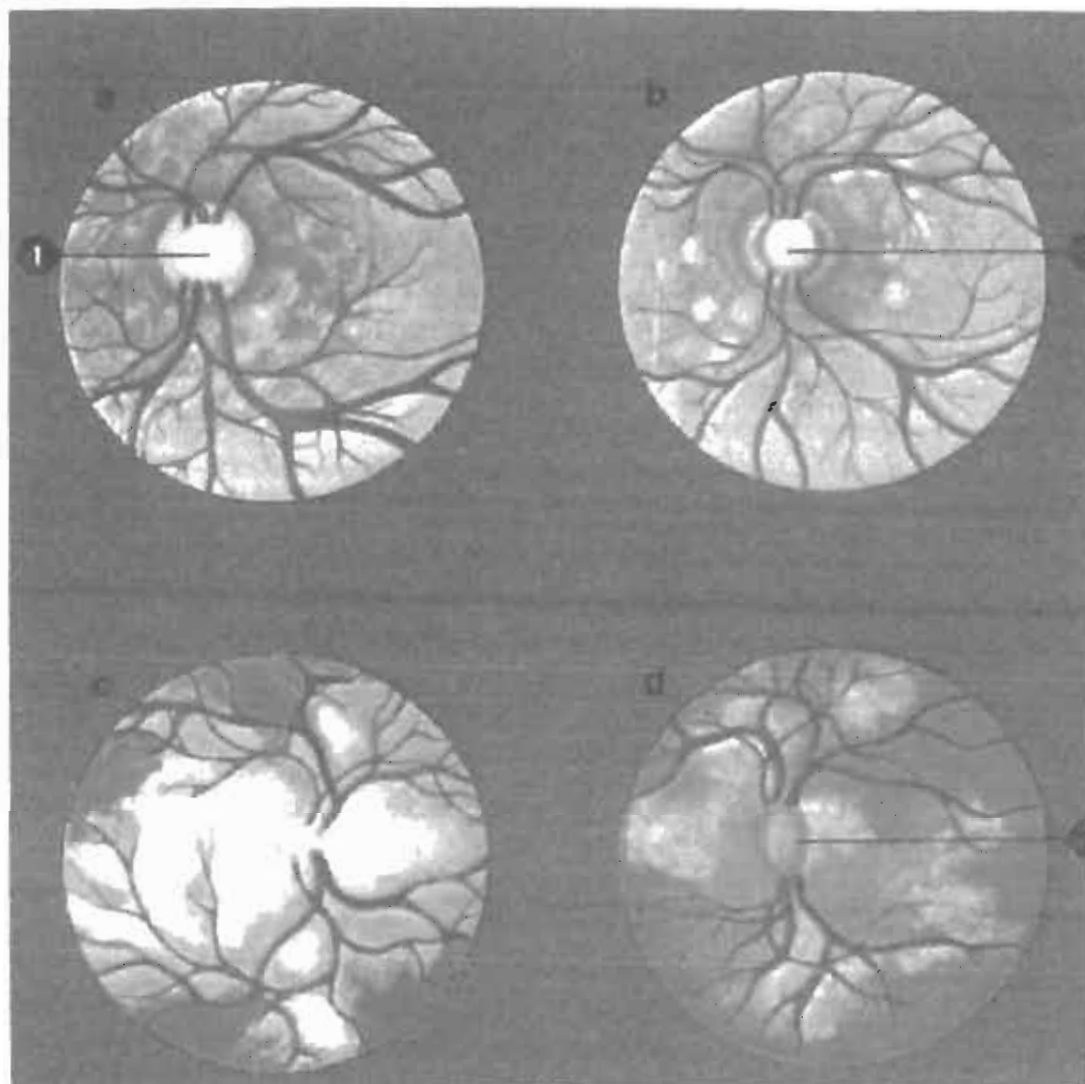
6. Αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους.

7. Μείωση της μνήμης, πονοκέφαλο, στηθαγχικό πόνο.

B. Αντικειμενική Εξέταση

1. Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να παρατηρείται κατά διαστήματα ή σταθερά σε οποιαδήποτε ημέρα και ώρα. Για να τεθεί η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης πρέπει να γίνονται 4-6 μετρήσεις σε δύο ιατρικές επισκέψεις (2-3 μετρήσεις σε κάθε εξέταση) και να λαμβάνεται υπ' όψη η μέση τιμή. Υπέρταση υπάρχει όταν βρεθεί διαστολική αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη από 90 mmHg (διαστολική υπέρταση) και σε άτομα ηλικίας 30 ετών η μεγαλύτερη, συστολική αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη από 140 mmHg (συστολική υπέρταση). Η πίεση πρέπει να ληφθεί και από τους δύο βραχίονες στην ύπτια και όρθια θέση.

2. Η οφθαλμοσκοπική εξέταση μπορεί να δείχνει αλλοιώσεις των αγγείων του αμφιβληστροειδούς.



Εικόνα 8. Η βυθοσκόπηση του ματιού μπορεί να φανερώσει την παρουσία ορισμένων σοβαρών παθήσεων (Α) - φυσιολογικός βυθός του ματιού στον οποίο φαίνεται η οπτική κόρη (1). (Β) Βυθός του ματιού σε μια περίπτωση εγκυμοσύνης: φαίνεται ο σπασμός των αρτηριών του αμφιβληστροειδή, που καθορίζει ενοχλήσεις στην όραση (C) - Βυθός του ματιού στην ενδοκρανιακή υπέρταση: δεν είναι ορατή η οπτική κόρη (D) βυθός του ματιού σε μια περίπτωση νεφρίτιδας.

Βαθμός I: Παρατηρούνται μετρίου βαθμού αλλοιώσεις στη διάμετρο του αυλού των αρτηριών (στένωση-σκλήρυνση).

Βαθμός II: χαρακτηρίζεται από μέτρια έως έντονη σκλήρυνση των αρτηριολίων. Οι αρτηρίες παρουσιάζουν ελικοειδή πορεία, είναι σκληρές και πιέζουν τις φλέβες με τις οποίες διασταυρώνονται. Το χρώμα του βυθού είναι ωχρότερο του φυσιολογικού.

Βαθμός III: Όπως και στο βαθμό II επιπλέον παρουσιάζονται εξιδρώματα και αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες με αποτέλεσμα τη μείωση της όρασης.

Βαθμός IV: Όπως και στο βαθμό III επιπλέον υπάρχει και οίδημα οπτικής θήλης.

Ο άρρωστος επίσης μπορεί να παραπονιέται για ομιχλώδη όραση.

3. Σφυγμομέτρηση. Πρέπει να γίνει άμεση, αμφοτερόπλευρη σύγκριση του σφυγμού των καρωτίδων, της κερκιδικής, μηριαίας, ιγνιακής και ραχιαίας του κάτω άκρου αρτηρίας και να αναζητηθεί η παρουσία ή η απουσία φυσημάτων στα μεγάλα αγγεία, στα οποία πρέπει να περιλαμβάνονται, η κοιλιακή αορτή και οι λαγόνιες αρτηρίες.

Η Α.Π. πρέπει να μετριέται τόσο στα άνω όσο και στα κάτω άκρα.

4. Εγκέφαλος. Μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία νευρολογικών υπολλειμμάτων εγκεφαλικών θρομβώσεων ή και αιμορραγίες που να κυμαίνονται από μόνο θετικό Babinski μέχρι ημιπληγία ή ημιανομία.

5. ΗΚΓ. Με το ΗΚΓ. μπορεί να εκτιμηθεί ο βαθμός της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας, παρατηρούνται επίσης σημεία της νόσου των στεφανιαίων αρτηριών με διαταραχές της αγωγής και εμφανή κύματα Q. Στον αλδοστερονισμό και τη νόσο του Cushing, το διάστημα Q-T

επιμηκύνεται, ενώ το διάστημα S-T μπορεί να εμφανίσει πτώση (υποκαλιαμρία).

6. Ακτινογραφία. Η ακτινογραφία του θώρακα μπορεί να αποκαλύψει οδόντωση των πλευρών και το μικρό αορτικό τόξο της στενώσεως του ισθμού της αορτής και να καθορίσει το μέγεθος της καρδιάς.

7. Παρεγχυματική νόσος του νεφρού. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει όψη ουραιμική. Οι πολυκυστικοί νεφροί εμφανίζουν μεγάλο μέγεθος και υηλαφούνται εύκολα.

Γ. Εργαστηριακές εξετάσεις

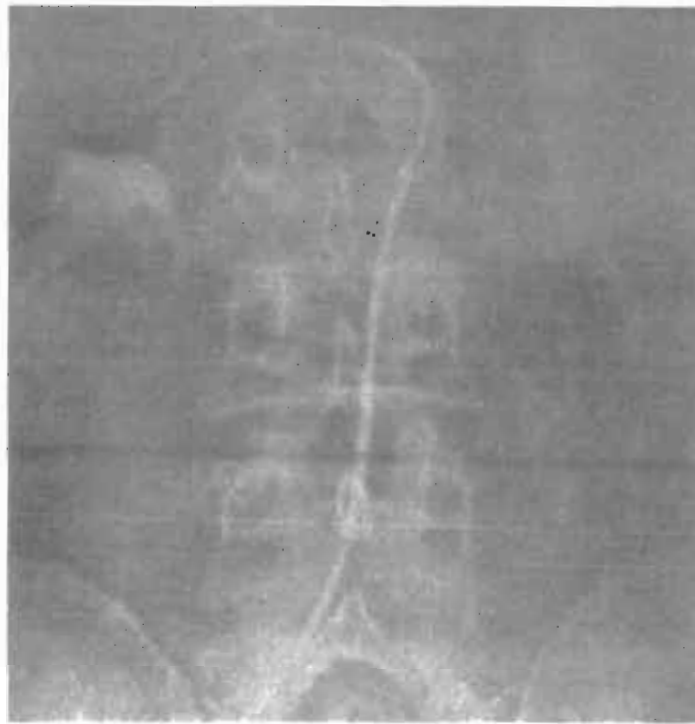
Επειδή η υπέρταση στο 80-85% είναι ιδιοπαθής οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι συνήθως αρνητικές. Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η πλήρης μελέτη για τις πολυάριθμες αιτίες της δευτεροπαθούς υπέρτασης περιλαμβάνει μακρά σειρά εξετάσεων συχνά δαπανηρών, δύσκολων και αιματηρών έχει ως πρακτικό αποτέλεσμα η πλήρης μελέτη να γίνεται εκλεκτικά στους λίγους ασθενείς που υπάρχει κλινική υποψία κάποιας αιτίας π.χ. φαιοχρωμοκύττωμα.

Στις ειδικές αυτές εξετάσεις περιλαμβάνονται:

1. Η αρτηριογραφία των νεφρών. Γίνεται έκχυση σκιεράς ουσίας μέσα στην αορτή κοντά στα στόμια των νεφρικών αρτηριών ή και μέσα σ' αυτά με καθετηριασμό.

Έτσι ελέγχονται τυχόν ανωμαλίες του αυλού και της διαδρομής των αρτηριών και των κλάδων τους μέσα στο νεφρικό παρέγχυμα. Η αρτηριογραφία των νεφρών είναι απαραίτητη και η πιο ειδική εξέταση

για τη διάγνωση της στένωσης της νεφρικής αρτηρίας και των κλάδων της, των νεφρικών εμφράκτων, των όγκων και των κύστεων των νεφρών.



Εικόνα 9. Αρτηριογραφία διαλεκτική νεφρών που δείχνει την παρουσία ενός όγκου στην κορυφή ενός νεφρού.

2. Η ενδοφλέβια πνευλογραφία παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για το σχετικό μέγεθος του νεφρού, το ρυθμό της εμφανίσεως και της εξαφανίσεως της ακτινοσκιεράς ουσίας, την παρεκτόπιση του νεφρού, την παρουσία κωλύματος και πνελονεφρίτιδας και δίνει τη διαγνωστική σφραγίδα στην περίπτωση της ύπαρξης πολυκυστικής νόσου.

3. Η αζονική υπολογιστική τομογραφία χρησιμεύει στον καθορισμό της θέσης και του μεγέθους όγκων των επινεφριδίων.

4. Το σπινθηρογράφημα των νεφρών με ραδιοϊσότοπα. Σκιαγραφείται ο υγιής νεφρικός ιστός και ξεχωρίζει από περιοχές που καταλαμβάνονται από όγκους, κύστες.

5. Ο προσδιορισμός των κατεχολαμινών και των μεταβολιτών τους όπως το βανυλυμανδελικό οξύ στα ούρα και στο αίμα για τη διάγνωση του φαιοχρωμοκυττώματος.

6. Ο προσδιορισμός της αλδοστερόνης στα ούρα. Στην περίπτωση πρωτοπαδούς υπεραλδοστερινισμού το ποσό της αλδοστερίνης που απεκκρίνεται στα ούρα είναι αυξημένο.

7. Ο προσδιορισμός της δραστηριότητας της ρενίνης του πλάσματος. Η ρενίνη αυξάνεται σε στένωση νεφρικής αρτηρίας και σε άλλες παθήσεις που προκαλούν δευτεροπαθή υπέρταση.

8. Προσδιορισμός των 17 - οξυκορτικοστεροειδών στα ούρα. Στο σύνδρομο Cushing το ποσό των απεκκρινόμενων 17 οξυκορτικοστεροειδών αυξάνεται σημαντικά μετά από ενδομυϊκή χορήγηση A.C.T.H.

Τέλος αν τα ειδικά αίτια έχουν αποκλειστεί συνιστάται η περιοδική οφθαλμοσκοπική εξέταση και η εκτίμηση της καταστάσεως της καρδιάς και των νεφρών με Η.Κ.Γ., ακτινογραφία θώρακα, ουρία και κρεατινίνη ορού για έλεγχο της λειτουργίας των νεφρών, ανάλυση ούρων για περιορισμό του ειδικού βάρους των ούρων και της περιεκτικότητάς τους σε λεύκωμα και εξέταση ορού αίματος για επίπεδα νατρίου, χλωρίου και καλίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να υπάρχει για πολλά χρόνια (10-15) χωρίς ιδιαίτερα ενοχλήματα. Τα κυριότερα όμως συμπτώματα της παθήσεως οφείλονται στις επιπλοκές της και αφορούν τέσσερα κυρίως όργανα: την καρδιά, τον εγκέφαλο, τους νεφρούς και τους οφθαλμούς. Συνήθως οι επιπλοκές αυτές γίνονται φανερές 15-20 χρόνια μετά την εγκατάσταση της αρτηριακής υπέρτασης.

Αγγεία - Αρτηριοπάθειες

Η αυξημένη Α.Π. φαίνεται να είναι υπεύθυνη για την επιδείνωση και ταχεία εξέλιξη των αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων στους υπερτασικούς καθώς και για τη δημιουργία ανευρίσματος της αορτής.

Καρδιά

Οι αυξημένες περιφερικές αντιστάσεις αυξάνουν υπερβολικά το έργο της καρδιάς η οποία υπερτρέφεται. Με τον καιρό η αριστερή κοιλία διατείνεται και τελικά προκαλείται κάμψη και εγκατάσταση αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας. Η σκλήρυνση των στεφανιαίων και οι αυξημένες απαιτήσεις σε οξυγόνο του υπερτροφικού καρδιακού μυός οδηγούν σε στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η υπερτροφία και η δυσλειτουργία του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας παρατηρούνται κυρίως στους ασθενείς με υπέρταση χωρίς επιπλοκές με τη βοήθεια της ηχοκαρδιογραφίας.

Όταν εμφανιστούν τέτοιες φανερές ανωμαλίες, ο κίνδυνος στηθαγχικού επεισοδίου αυξάνεται έντονα. Η σχέση ανάμεσα στην υπέρταση και στη στηθάγχη μπορεί να μην είναι εμφανής, οπωσδήποτε όμως υπάρχει. Μελέτες αναφέρουν ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι συχνότερο στους υπερτασικούς σε σύγκριση με αυτούς που έχουν φυσιολογική πίεση.

Επίσης η αναλογία των μυοκαρδιακών εμφράκτων που δεν ανακαλύπτεται κλινικά αλλά που εξακριβώνεται μόνο με το Η.Κ.Γ. είναι δύο φορές υψηλότερη στους υπερτασικούς.

Μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου η υπέρταση μπορεί να μειωθεί και να μην επιστρέφει ποτέ στα προηγούμενα επίπεδα. Στους 58 υπερτασικούς που έπαθαν έμφραγμα, οι 37 είχαν ξανά φυσιολογική πίεση μετά το επεισόδιο και παρέμεινε φυσιολογική μέχρι οκτώ εβδομάδες. Όσοι όμως απ' αυτούς ξανά έπαθαν έμφραγμα και η πίεσή τους πάλι ελαττώθηκε είχαν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας που οφειλόταν προφανώς στην επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας. Από την άλλη, αν η υπέρταση επιμένει τότε και πάλι αναφέρεται μεγάλος κίνδυνος θανάτου.

Νεφροί

Η πιο συνηθισμένη αιτία της σταδιακής νεφρικής ανεπάρκειας είναι η υπέρταση. Η νεφροσκλήρυνση που συνυπάρχει με αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος στον ορό παρουσιάζεται στο 1/3 των υπερτασικών που δεν ακολουθούν κάποια θεραπευτική αγωγή. Τα επίπεδα ενός λυσοσωματικού ενζύμιου, της Ν - ακετυλοβήτα - D - γλυκοζαμινιδάσης

συχνά είναι αυξημένα στον ορό και στα ούρα των αρρώστων με βαρεία υπέρταση. Επίσης εμφανίζεται λευκωματουρία. Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στους νεφρούς και την υπέρταση δεν είναι σαφώς καθορισμένη. Αρχικά οι νεφροπάθειες μπορεί να προκαλέσουν υπέρταση. Παρόλο που η κακή νεφρική λειτουργία δεν είναι φανερή κλινικά είναι το πιο βασικό αίτιο που οδηγεί στην υπέρταση και ο βαθμός της νεφροπάθειας είναι βαθειά συνδεδεμένος με την πρόγνωση.

Η αντιυπερτασική θεραπεία μπορεί να προστατεύει τους νεφρούς και να επιτρέπει σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια να ζήσουν για πολλά χρόνια.

Οφθαλμοί

Από τους οφθαλμούς εμφανίζεται στένωση των αρτηριών, αιμορραγίες του βυθού και οίδημα της θηλής του οπτικού νεύρου.

Οι επιπλοκές από τους οφθαλμούς δημιουργούν προβλήματα στην όραση, όπως ομιχλώδη όραση ή ακόμα και απώλειά της. Οι αλλοιώσεις αυτές επιβάλλουν την τακτική παρακολούθησης του αρρώστου, ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω βλάβες των οφθαλμών.

Κ.Ν.Σ. Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Η εγκεφαλική αιμορραγία, η θρόμβωση και η υπαραχνοειδής αιμορραγία είναι συχνότερες σε υπερτασικούς ασθενείς.

Εγκεφαλική θρόμβωση

Είναι κατάσταση παρόμοια με τη θρόμβωση των στεφανιαίων. Η μακροχρόνια θεραπεία για την πτώση της πίεσης μειώνει τον κίνδυνο

εγκεφαλικού επεισοδίου. Αυτό υποθέτει ότι η πλειονότητα των εγκεφαλικών επεισοδίων από υπέρταση οφείλονται σε αιμορραγία και πιθανώς σε σχηματισμό μικροανευρυσμάτων.

Υπερτασική κρίση

Υπερτασική κρίση, συνοπτικά, χαρακτηρίζεται η αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης και διατηρήσή της σε υψηλό επίπεδο που να απειλεί τη ζωή του ανθρώπου. Μερικοί θεωρούν σαν υπερτασική κρίση την αύξηση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης πάνω από 140mmHg ενώ άλλοι ίση και πάνω από 130 mmHg. Είναι όμως δυνατό το επίπεδο της διαστολικής αρτηριακής πίεσεως να διατηρείται χαμηλότερα και να απειλεί τη ζωή του ανθρώπου πράγμα που επιβάλλει την άμεση αντιμετώπιση της. Εκδήλωση υπερτασικής κρίσης είναι δυνατό να εμφανιστεί σε όλες τις μορφές υπέρτασης και μπορεί να συνοδεύεται από διάφορες νοσηρές καταστάσεις όπως:

- Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Οξεία στεφανιαία ανεπάρκεια
- Διαχωριστικό ανεύρισμα αορτής
- Φαιοχρωμοκύττωμα
- Εγκεφαλική κάκωση
- Λήψη συμπαθητικομιμητικών φαρμάκων ή αμινών από ασθενείς που παίρνουν αναστολείς των Μ.Α.Ο.

- Βαρεία επίσταση
- Μετεγχειρητική αιμορραγία από ράμματα αγγείων
- Κακοήδη υπέρταση
- Υπέρταση μετά την απότομη διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων (φαινόμενο αναπήδησης)
- Χειρουργική αντικατάσταση των στεφανιαίων αγγείων
- Βαρεία υπέρταση ασθενών που έχουν ανάγκη άμεσης χειρουργικής επέμβασης
- Μετεγχειρητική υπέρταση
- Βαρεία υπέρταση μετά από μεταμόσχευση νεφρών
- Βαρεία εγκαύματα

Κλινική εικόνα υπερτασικής κρίσης

Α.Π. → Διαστολική > 140mmHg

Κ.Ν.Σ.→ κεφαλαλγία, συγχυτική κατάσταση, διεγέρσεις, σπασμοί, κώμα

Βυδός→ Αιμορραγίες, εξιδρώματα, οίδημα οπτικής θηλής

Πεπτικό → Ναυτία, έμετος

Καρδιά → υπερτροφία, κάμψη αριστεράς κοιλίας

Νεφροί → Ολιγουρία, ουραιμία

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I I I

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο χρόνος επιβίωσης των υπερτασικών ασθενών από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση, ποικίλλει από μήνες μέχρι και 30 ή και περισσότερα χρόνια.

Απο επιδημιολογικές μελέτες προκύπτει ότι η πρόγνωση επηρεάζεται από:

1. Το ύψος της Α.Π. Η πρόγνωση είναι χειρότερη στα άτομα που εμφανίζουν αρκετά υψηλή πίεση και μάλιστα στα νεώτερα από αυτά.

2. Το φύλο. Για κάθε δεδομένη υψηλή αρτηριακή πίεση σε άτομα της αυτής ηλικίας οι γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση από τους άνδρες.

Παράγοντες που επιβαρύνουν την πρόγνωση είναι:

1. Ο τύπος της υπέρτασης, Η συνεχής υπέρταση επιβαρύνει την πρόγνωση περισσότερο από την ασταθή υπέρταση.

2. Η ύπαρξη ηλεκτροκαρδιογραφικών και ακτινολογικών σημείων υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας

3. Η ανεύρεση αλλοιώσεων στο βυθό των οφθαλμών 2^{ου} και ιδίως 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού.

4. Η ύπαρξη λευκωματουρίας και γενικά ευρημάτων βλάβης στη νεφρική λειτουργία

5. Η συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη

6. Η εμφάνιση επιπλοκών. Αυτές αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα επιβάρυνσης της πρόγνωσης και μείωσης του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης των υπερτασικών ασθενών. (Κακοήθης υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Χ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόγνωση της αρτηριακής υπέρτασης έχει βελτιωθεί σημαντικά με την υγιεινοδιαιτητική φαρμακευτική αγωγή. Έτσι η καρδιακή ανεπάρκεια συχνή θανατηφόρα επιπλοκή, σχεδόν εξουδετερώνεται με την αντιυπερτασική θεραπεία. Επίσης σημαντική βελτίωση έχει επιτευχθεί και στην πρόληψη εγκεφαλικών αγγειακών επεισοδίων και τη διατήρηση ικανοποιητικής νεφρικής λειτουργίας. Το στηθαγχικό σύνδρομο συνήθως υποχωρεί με την αντιυπερτασική θεραπεία, όμως υπάρχουν αμφιβολίες εάν η επίπτωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο επηρεάζονται ευνοϊκά με αυτή την αγωγή.

Κανόνες θεραπείας. Αντικειμενικός σκοπός είναι η επάνοδος της Α.Π. κατά το δυνατόν στα φυσιολογικά όρια, θεραπεύονται αμφότερες συστολική και διαστολική υπέρταση, ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, και ιδεώδες θα ήταν αν η Α.Π. διατηρείται φυσιολογική καθόλη τη διάρκεια του 24ώρου.

Η θεραπεία της υπέρτασης πρέπει να είναι συνεχής και συνήθως διά βίου. Η εκλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος, γίνεται με βάση την κατάσταση του ατόμου, τη δυνατότητα να το ακολουθήσει και να έχει όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες. Εδώ λαμβάνονται υπόψη:

- Η σοβαρότητα της υπέρτασης

- Διανοπτικό επίπεδο του ατόμου
- Μορφωτικό επίπεδο του ατόμου
- Οικονομική κατάσταση
- Φύλο
- Ηλικία

Κατά τη θεραπεία πρέπει να μετριέται τακτικά η Α.Π. 2 ή 3 φορές την εβδομάδα σε καθιστή θέση και ενίοτε σε οριζόνια και όρθια θέση. Στην όρθια θέση λαμβάνεται πάντοτε η Α.Π. όταν χορηγούνται ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ορθοστατική υπόταση και όταν αναφέρεται ζάλη, ιδίως στην όρθια στάση και μάλιστα κατά του θερινούς μήνες, όταν συντρέχουν λόγοι εφίδρωσης και αφυδάτωσης.

Με την παρακολούθηση του υπερτασικού ασθενούς η θεραπεία εξατομικεύεται όχι μόνο από πλευράς είδους και δόσεως φαρμάκων, αλλά και λεπτομερειών υγιεινοδιατροφικής αγωγής και ψυχικής ισορροπίας που αποδεικνύεται ότι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην πίεση. Π.χ. ένα ευσυγκίνητο άτομο, που παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις της Α.Π. κατά την διάρκεια του 24ώρου, ωφελείται με αποφυγή ορισμένων ερεθισμάτων της καθημερινής ζωής κατάλληλη ψυχοθεραπεία και χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων. Βέβαια διαφορετική είναι η αντιμετώπιση άλλων μορφών υπέρτασης.

Γενικότερα η θεραπεία της υπέρτασης περιλαμβάνει:

- Την υγιεινοδιατροφική αγωγή

- Φαρμακευτική θεραπεία
- Χειρουργική θεραπεία (όπου υπάρχουν ενδείξεις)
- Συμπαδεκτομή

Φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αγωγή αυτή είναι

- Διουρητικά
- β- αποκλειστές
- Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου
- Ανταγωνιστές του Ca^{++}
- α- αποκλειστές
- Άμεσα δρώντα αγγειοδιασταλτικά (υδραλαζίνη - μινοξιδίλη - διαζοξειδή)
- Αντιαδρενεργικά φάρμακα με κεντρική δράση (κλοκιδίνη, α-μεθυλτοπά)
- Αντιαδρενεργικά φάρμακα με περιφερική δράση (ρεσερπίνη)
- Άλλα φάρμακα: κετανσερίνη, αγωνιστές δοπαμίνης

Επιλογή του αντιυπερτασικού φαρμάκου

Η επιλογή του φαρμάκου γίνεται κατά κανόνα εμπειρικά. Είναι όμως δυνατό να γίνει μετά από τον προσδιορισμό του όγκου του πλάσματος..

Με βάση τον όγκο του πλάσματος οι υπερτασικοί χαρακτηρίζονται ως υπερτασικοί με αυξημένο, με φυσιολογικό ή με μειωμένο όγκο πλάσματος. Στις δύο πρώτες κατηγορίες δηλ. με αυξημένο και με φυσιολογικό όγκο πλάσματος θεωρείται ως φάρμακο εκλογής το διουρητικό. Αντίθετα στους υπερτασικούς με μειωμένο όγκο πλάσματος δε χορηγείται διουρητικό φάρμακο τουλάχιστον στην αρχή της αγωγής.

Ένας άλλος τρόπος επιλογής φαρμάκων είναι το επίπεδο της διαστολικής Α.Π. Σε υπέρταση με διαστολική Α.Π. πάνω από 105mmHg δε θεωρείται ότι το διουρητικό αποτελεί το φάρμακο εκλογής. Στην καθημερινή ιατρική πράξη, όταν η υπέρταση είναι βαρεία, χορηγούνται είτε οι αναστολείς του μετατραπτικού ενζύμου της αγγειοστασίνης, είτε αδρενολυτικά φάρμακα. Η δόση ανέρχεται στα ανώτερα επιτρεπόμενα όρια ως π.χ. για την καπτοπρίλη 150-200 χιλ/24ωρο. Εάν η υπέρταση μετά από 1-2 μήνες δεν έχει ρυθμιστεί χορηγείται είτε διουρητικό, είτε αγγειοδιασταλτικό. Η δόση του δεύτερου φαρμάκου πρέπει να είναι μικρή και σταδιακά μπορεί να αυξηθεί εάν αυτό είναι αναγκαίο για την καλύτερη ρύθμιση της υπέρτασης.

Η φαρμακευτική αγωγή της μέτριας βαρύτητας υπέρτασης περιλαμβάνει διουρητικά, αναστολείς του μετατραπτικού ενζύμου της αγγειοστασίνης, αδρενολυτικά και ανταγωνιστές του ασβεστίου.

Εάν η υπέρταση είναι ήπιας μορφής η αντιμετώπιση αρχίζει με διουρητικό φάρμακο ή αναστολείς του μετατραπτικού ενζύμου της αγγειοστασίνης ή αδρενολυτικό. Η δόση αρχικά πρέπει να είναι μικρή και μετά 1-2 μήνες αυξάνεται σταδιακά. Εάν η υπέρταση δε ρυθμίζεται

μετά τη χορήγηση της όλης επιτρεπόμενης δόσης ενός από τα φάρμακα που αναφέρθηκαν μπορεί να χορηγηθεί δεύτερο φάρμακο. Η δόση του δεύτερου αυτού φαρμάκου πρέπει να είναι μικρή στην αρχή και σταδιακά μπορεί να αυξηθεί.

Διουρητικά

Τα διουρητικά είναι φάρμακα που αυξάνουν την απέκκριση υγρών από τους νεφρούς και προκαλούν έτσι αποσυμφόρηση της κυκλοφορίας. Η δράση τους αποδίδεται στην αυξημένη απέκκριση νατρίου από τα ουροφόρα σωληνάρια το οποίο στη συνέχεια συμπαρασύρει με την έξοδό του και νερό.

Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των παθήσεων που χαρακτηρίζονται από κατακράτηση νατρίου, υγρών και οίδημα όπως η καρδιακή ανεπάρκεια η στη θεραπεία της υπέρτασης με σκοπό την αυξημένη απέκκριση νατρίου και νερού και την ελάττωση του όγκου του πλάσματος και τελικά των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων. Η σημαντική απώλεια νατρίου που προκαλείται από τα διουρητικά συνοδεύεται από απώλεια καλίου, μεγίστου βαθμού, ιδιαίτερα αν χορηγείται και δακτυλίτιδα.

Η ελάττωση του όγκου του αίματος, που προκαλείται από οποιοδήποτε διουρητικό, έχει σαν συνέπεια τον περιορισμό της αιματώσεως του νεφρού με αύξηση της κρεατινίνης του ορού ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Η αύξηση της κρεατινίνης του ορού είναι συνήθως αναστρέψιμη, οι ενδείξεις όμως είναι ξεκαθαρισμένες για τις

μακροπρόθεσμες συνέπειες και την αναστρεψιμότητα αυτής της αύξησης σε ηλικιωμένα άτομα.

Τα λεγόμενα «διουρητικά της αγκύλης» είναι περισσότερο αποτελεσματικά σε περιπτώσεις νεφρικής ανεπάρκειας. Για την προφύλαξη από την υποκαλιαιμία, ορισμένες αυθεντίες προτείνουν την προσθήκη φαρμάκων για την κατακράτηση του καλίου, όπως είναι η σπειρονολακτόνη 25mg 3 φορές / ημέρα.

Παρενέργειες→ υποκαλιαιμία, επιβάρυνση διαβήτη ή υπερουριχαιμίας, κατακράτηση λιθίου, αύξηση λιπιδίων στο αίμα.

Σκευάσματα→ χλωρουδαλιδόνη (Hygroton) 50 mg Φουροσεμίδη (Lasix).

B - αναστολείς

α. Τρόπος δράσης: Μείωση καρδιακής παροχής, αγγειοδιαστολή μέσω κεντρικής δράσης, μείωση ρενίνης

β. Παρενέργειες: Δεν ενδείκνυται η χορήγηση τους σε αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια, διαταραχές καρδιακής αγωγιμότητας (κολποκοιλιακός αποκλεισμός). Σε διαβητικούς μπορεί να καλύγουν την κλινική εκδήλωση υπογλυκαιμίας. Αμβλύνουν την εικόνα πνευμονικού οιδήματος. Συνδυασμός με βεραπαμίλη αντενδείκνυται.

Καπτοπρίλη (Capoten)

Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου

- Μηχανισμός

Παράγοντας που αναστέλλει τον σχηματισμό αγγειοτασίνης II από την αγγειοτασίνη I, όπως είναι ο αναστολέας του μετατροπτικού ενζύμου καπτοπρίλη, ελαττώνει τις αγγειακές αντιστάσεις, αναστέλλοντας έτσι την υπερτασική δράση της αγγειοτασίνης II και ελαττώνοντας έτσι την Α.Π. Η χορηγούμενη από το στόμα καπτοπρίλη έχει προκαλέσει αποτελεσματική ελάττωση της Α.Π. σε υπερτασικούς ασθενείς ανεξάρτητα από τα αρχικά επίπεδα της ρενίνης του πλάσματος, αν και η ενέργεια της είναι περισσότερο αποτελεσματική στις περιπτώσεις όπου η ρενίνη του πλάσματος είναι αυξημένη. Η καπτοπρίλη έχει το πλεονέκτημα ότι αυξάνει τη σπειραματική διήθηση.

- Ενδείξεις

Σε βαριά και μέτρια υπέρταση

- Δόση

Η αρχική δόση είναι 25mg 3 φορές/ημέρα. Μπορεί να αυξηθεί μέχρι και 50mg 3 φορές την ημέρα σε 1 με 2 εβδομάδες εάν επιτευχθεί το δευτερό αποτέλεσμα. Μπορούμε να αυξήσουμε και περισσότερο από 50 σε συνδυασμό με ένα διουρητικό. Η δόση διατηρήσεως κυμαίνεται μεταξύ 25 και 150mg 3 φορές / ημέρα. Ανώτατη ημερήσια δόση είναι 450mg.

- Παρενέργειες.

Εξάνθημα, κνίδωση, αλλαγή της γεύσης

Καρδιαγγειακό: Παχυσαρκία, θωρακικός πόνος, ερυθρότητα, αίσθημα παλμών, στηθάγχη.

Γαστρεντερικό: Ναυτία, διάρροια, πεπτικό έλκος

Κ.Ν.Σ.: Ζάλη, δυσφορία, αϋπνία

Αίμα: ηωσινοφιλία, ουδετεροπενία

Νεφρά: Ολιγουρία, πολυουρία, πρωτεϊνουρία, νεφρική ανεπάρκεια.

Άλλες: Ξηροστομία, δύσπνοια

- Αλληλεπιδράσεις

Η υποτασική δράση της καπτοπρίλης αυξάνεται από τα διουρητικά και άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα και από αυστηρό περιορισμό του νατρίου της τροφής. Τα επίπεδα του καλίου μπορεί να αυξηθούν αν χορηγηθεί η καπτοπρίλη μαζί με διουρητικά που εξοικονομούν κάλιο.

Ανταγωνιστές του Ca^{++}

Τα φάρμακα αυτά αποδείχθηκαν ικανοποιητικώς δραστικά στη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης. Οι ανταγωνιστές του Ca^{++} βεραπαμίλη, Νιφεδιπίνη, Διλτιαζέμη, χαρακτηρίζονται ως φάρμακα «πρώτης γενιάς»

- Πλεονεκτήματα

Οι ανταγωνιστές του Ca^{++} πλεονεκτούν έναντι άλλων κατηγοριών αντιυπερτασικών (β-αναστολείς, διουρητικά) στα εξής:

1. Δεν προκαλούν καμιά σοβαρή μεταβολική διαταραχή. Έτσι δεν μεταβάλλουν τα λιπίδια του αίματος, ούτε το σάκχαρο ακόμη και στους

διαβητικούς, ενώ δεν προκαλούν αύξηση αλλά αντίθετα αλάττωση του ουρικού οξέος.

2. Δεν προκαλούν βρογχόσπασμο ούτε αγγειοσύσπασση αλλά αντίθετα αγγειοδιαστολή. Συνεπώς οι ανταγωνιστές του Ca^{++} μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε υπερτασικούς με σχετικά μεταβολικά νοσήματα ή με ιστορικό βρογχόσπασμου - άσθματος, περιφερικής αρτηριοπάθειας ή στεφανιαίας ανεπάρκειας

3. Οι ανταγωνιστές του Ca^{++} , σε μακρόχρονη χορήγηση επιβραδύνουν ή αναστέλλουν την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας που προκλήθηκε από την υπέρταση, ενώ επιφέρουν ύφεση και των αλλοιώσεων του αγγειακού τοιχώματος που προκλήθηκε από την υπέρταση, διαμέσου αναστολής ή επιβραδύνσεως υπερβολικής εναποθέσεων αλάτων Ca στο τοίχωμα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες (πίνακας)

Πίνακας 3

Ανεπιθύμητες ενέργειες των ανταγωνιστών του ασβεστίου

Φάρμακο	Παρενέργειες	Συχνότητα (%)
Βεραπαμιλι ISOPTIN 80mg 240 mg	Δυσκοιλιότητα	30
	Ερυθρ. Προσώπου	9
	Ζάλη	6
	Κεφαλαλγία	8
	κ-κ αποκλεισμός	1
Νιφεδιπίνη Macogel	Οίδημα σφηρών	15
	Ευδρ. Προσώπου	12

	Ζάλη	3
	Κεφαλαλγία	6
	Ναυτία	4
	Ταχυκαρδία	15
Διλτιαζέμν	Δυσκοιλιότητα	22
Tildiemy	Ερυθρ. Προσώπου	1
	Ναυτία	3
	Κεφαλαλγία	2
	Οίδημα Σφυρών	2

Αγγειοδιασταλτικά

α. Τρόπος δράσης: Πρόκληση περιφερικής αγγειοδιαστολής με τοπική δράση στα αγγεία.

β. Παρενέργειες: ταχυκαρδία, αύξηση καρδιακής παροχής, επιδείνωση στεφανιαίας νόσου, σύνδρομο λύκου, ορδοστατική υπόταση.

γ. Σκευάσματα: διυδραλαζίνη (Nepresol) 25mg Μινοξιδίλη

Συμπαθητικολυτικά

Ια-μεθυνοπά

α. Τρόπος δράσης: Οδηγεί σε σύνδεση μεδυλ-νοραδρεναλίνης που δρα σαν ψευδομεταβιαστής στις απολήξεις του συμπαθητικού (κυρίως κεντρική δράση). Δεν επιδεινώνει την νεφρική αιμάτωση

β. Παρενέργειες: Ορδοστατική υπόταση, δετική coombs, τοξική ηπατίτιδα, γαλακτόροια, ανικανότητα, κατάθλιψη, κατακράτηση Na, υπνηλία.

γ. Σκευάσματα: Aldomet 250 & 500mg

II. Ρεσερπίνη

α. Τρόπος δράσης: Αδειάζει τα κυστίδια των νευρικών απολήξεων από την νοραδρεναλίνη (κυρίως περιφερική δράση).

β. Παρενέργειες: Κατάθλιξη, βραδυκαρδία, γαστρεντερικές διαταραχές

γ. Σκευάσματα. Ρεσερπίνη (Serpasil), Ρεσερπίνη χλωροδαλιδόνη (Hygroton - Reserpine).

III. Κλονιδίνη

α. Τρόπος δράσης: Κεντρική καταστολή του συμπαθητικού

β. Παρενέργειες: Επιδείνωση γωρίωσης. (προσοχή: σε απότομη διακοπή του φαρμάκου παρατηρείται αξιόλογη αύξηση της πίεσης - rebound).

γ. Σκευάσματα: (Catapresan (0,15mg).

Θεραπεία σε επείγουσες περιπτώσεις υπέρτασης

Άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση απαιτείται σε υπερτασική κρίση με εγκεφαλοπάθεια ή οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ή σε τοξιναιμία της κύησης. Κύριο θεραπευτικό μέλημα σε όλες τις περιπτώσεις είναι η μείωση της πίεσης. Το καταλληλότερο ίσως φάρμακο είναι το νιτροπρωσικό νάτριο σε iv στάγδην έγχυση 0,1mg/Kg/min και κατά δεύτερο λόγο η διαζοξίδη σε iv χορήγηση 200-300mg εντός 5-15min.

Επίσης η α-μεθυλντόπα 0,250 - 1g iv, η κλονιδίνη 0,15, 0,30mg iv ή im μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα. Κατά τη χορήγηση οποιουδήποτε από τα παραπάνω φάρμακα το αποτέλεσμα είναι καλύτερο εάν δίνονται συγχρόνως και διουρητικά ταχείας ενέργειας όπως η φουροσεμίδη. Εάν η κατάσταση του ασθενούς δεν είναι κρίσιμη τότε αντιμετωπίζεται επιτυχώς με im χορήγηση ρεζεπίνης 1-3mg κάθε 4-12 ώρες σε συνδυασμό με iv ή im χορήγηση φουροσεμίδης 40-80mg κάθε 4-8 ώρες.

Χειρουργική θεραπεία

Σε ένα ποσοστό 5-10% η υπέρταση οφείλεται σε ειδικές παθήσεις και ιάται η βελτιώνεται με τη χειρουργική θεραπεία αυτών. Τέτοιες παθήσεις είναι η στένωση του ισθμού της αορτής ετερόπλευρη νεφροπάθεια (υδρονέφρωση κ.α.), αποφρακτική πάθηση της νεφρικής αρτηρία, (στένωση, εμβολή κ.α.), το φαιοχρωμοκύττωμα, το σύνδρομο Cushing, ο πρωτοπαθής υπεραλδοστερινισμός, υπερθυροειδισμός, όγκοι εγκεφάλου κ.α.

Σε περίπτωση αποφρακτικής πάθησης της νεφρικής αρτηρίας γίνεται επέμβαση επαναγγείωσης και αποκατάστασης της αιμάτωσης του νεφρού, σπανίως δε αφαιρείται ο νεφρός όταν ο τύπος της αρτηριακής πάθησης δεν προσφέρεται γενικά για επαναγγείωση.

Συμπαθεκτομή

Γίνεται για τον αποκλεισμό της πορείας των ώσεως του συμπαθητικού στο τοίχωμα των αγγείων, σε περιπτώσεις αρρώστων που δεν μπορούν

να ανεχτούν τη φαρμακευτική θεραπεία. Οι επιπλοκές της συμπαδεκτομής είναι: α) Ορδοστατική υπόταση, β) νευρίτιδα, γ) αδυναμία εκσπερμάτωσης στους άνδρες και δ) απουσία εφίδρωσης στις περιπτώσεις που διακόπτεται η συμπαθητική νεύρωση.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι για την εκτέλεση και την επιτυχία ενός θεραπευτικού προγράμματος και σε συνδυασμό με την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη δίνει άριστα αποτελέσματα, με την προϋπόθεση ότι παρέχεται από άτομα με επιστημονική κατάρτιση, προγραμματισμό και υπευθυνότητα.

Πραγματικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην περίθαλψη του αρρώστου είναι τέτοιος που απαιτεί γνώσεις παρατηρητικότητα, ενεργητικότητα, όρεξη και ψυχική δύναμη.

Όταν υπάρχουν τα εφόδια αυτά τότε η νοσηλεύτρια - της είναι άξιοι συνεργάτες και χρήσιμοι οδηγοί για το γιατρό, που κάνει τη διάγνωση. Επομένως για να είναι ουσιαστική η συμβολή της νοσηλεύτριας - τη στην επιτυχία του θεραπευτικού προγράμματος, πέρα από τις βασικές γνώσεις που πρέπει να έχει πάνω στην πάθηση του αρρώστου που νοσηλεύει και την αντίληψη και κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, θα πρέπει να θέτει αντικειμενικούς σκοπούς στην νοσηλευτική φροντίδα και να αξιολογεί τα αποτελέσματα. Μετά από αυτή τη μικρή εισαγωγή για τη γενική νοσηλευτική φροντίδα, θα περάσουμε να δούμε το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η νοσηλευτική φροντίδα του υπερτασικού αρρώστου.

Ο υπερτασικός άρρωστος είναι περιπατητικός και μπορεί να καλύπτει μόνος του τις ατομικές του ανάγκες. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν χρειάζεται τη βοήθειά μας.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας ενός υπερτασικού είναι:

1. Λήψη γενικών μέτρων, ανάλογα με τη μορφή της υπέρτασης και την κατάσταση του αρρώστου.
2. Τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και συστηματική παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση αντιδράσεων
3. Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της υπέρτασης και νοσηλευτική φροντίδα αυτών
4. Τόνωση του ηθικού και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
5. Ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του σχετικά με την υπέρταση και την αντιμετώπιση της.
6. Οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας και εκπαίδευσης
7. Πρόληψη αρτηριακής υπέρτασης
8. Ο υπερτασικός στην κοινότητα και ο ρόλος της νοσηλεύτριας - τη

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι εξετάσεις των νεφρών είναι οι πιο κουραστικές και χρειάζονται την σχετική προετοιμασία που θα αναφερθεί παρακάτω, ενώ οι υπόλοιπες εξετάσεις είναι πιο απλές και το μόνο μας μέλημα είναι η ενημέρωση του αρρώστου.

Οι εξετάσεις των νεφρών για τη διάγνωση της υπέρτασης όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο VI είναι οι εξής:

- Απλή ακτινογραφία νεφρών
- Ενδοφλέβια πυελογραφία
- Αξονική υπολογιστική τομογραφία
- Σπινθηρογράφημα νεφρών με ραδιοϊσότοπα
- Νεφρική αρτηριογραφία

Διαγνωστικές εξετάσεις	Νοσηλευτικές ανάγκες	Νοσηλευτικά μέτρα
<ul style="list-style-type: none">• Ακτινογραφία νεφρών	<ol style="list-style-type: none">1. Ενημερώνουμε τον άρρωστο2. Φροντίζουμε για την κένωση του εντερικού σωλήνα, που πρέπει να απαλλαγεί όσο γίνεται περισσότερο από τα αέρια	<ul style="list-style-type: none">• Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το είδος της εξέτασης• Χορηγούμε τροφή χωρίς υπολλείματα (ρύζι, κοτόπουλο, μπιφτέκι κλπ)• Χορηγούμε ένα

		<p>ελλαιώδες καθαρτικό από το στόμα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για το δείπνο του δίνουμε μόνο τσάι ή χαμομήλι με μια ή δύο φρυγανιές. Επίσης του συνιστούμε σε περίπτωση δίγας να αποφύγει τα ζαχαρούχα ποτά επειδή αυτά συμβάλλουν στην δημιουργία αερίων. • Το πρωί της ημέρας της εξέτασης θα μείνει νηστικός
<ul style="list-style-type: none"> • Ενδοφλέβια πυελογραφία 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώνουμε τον άρρωστο 2. Φροντίζουμε για την κένωση του εντερικού σωλήνα. 3. Φροντίζουμε για την έγκαιρη προμήθεια του σκευάσματος (UROGRAPHIN) από το φαρμακείο. 4. Το σκεύασμα που θα χρησιμοποιηθεί ενδέχεται να παρουσιάσει ο άρρωστο αναφυλακτικά συμπτώματα κατά ή 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το είδος της εξέτασης έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε τη συνεργασία του • Παίρνουμε τα ίδια μέτρα όπως στην ακτινογραφία • Ενεργούμε εγκαίρως για την προμήθεια του σκευάσματος • Φροντίζουμε να υπάρχουν τα κατάλληλα εργαλεία για την iv χορήγηση εκ των

	<p>μετά τη χορήγηση του.</p> <p>5. Η εξέταση αυτή επειδή κουράζει τον άρρωστο και διαρκεί κάποιο χρονικό διάστημα μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα</p> <p>6. Αν ο άρρωστος έχει πει πολλά υγρά θα έχει πολλά ούρα και η σκιερή ουσία θα αποβληθεί αραιωμένη με αποτέλεσμα ασθενή με αποτέλεσμα ασθενή σκιαγράφηση που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.</p>	<p>προτέρων ώστε να αποφευχθούν ταλαιπωρίες ή και αναβολές από έλλειψη προνοητικότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προηγείται τεστ ευαισθησίας • Λήψη Ζ.Σ. κατά τη διάρκεια της χορήγησης • Προσπαθούμε καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης να βρισκόμαστε κοντά στον άρρωστο για την ηθική τόνωση και την πρόληψη τυχόν παρενεργειών • Περιορίζουμε τα υγρά από την προηγούμενη μέρα
<ul style="list-style-type: none"> • Νεφρική τομογραφία 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώνουμε τον άρρωστο 2. Απαλλάσσουμε τον εντερικό σωλήνα από αέρια 	<ul style="list-style-type: none"> • Η προετοιμασία είναι η ίδια όπως και στην απλή ακτινογραφία • Συχνή λήψη Ζ.Σ. και παρακολούθηση μετά την εκτέλεση της τομογραφίας
<ul style="list-style-type: none"> • Σπινθηρογράφημα 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Πρέπει να γνωρίζουμε το σκοπό που επιδιώκουν αυτές 	<ul style="list-style-type: none"> • Μένουμε κοντά στον άρρωστο κατά τη διάρκεια της εξέτασης

	<p>οι εξετάσεις και την Τεχνική της εκτελέσεως τους</p> <p>2. Ο άρρωστος αισθάνεται φόβο και αγωνία στην παρουσία τόσων αγνώστων και ποικίλων μηχανημάτων</p>	<p>και τον ενημερώνουμε για τη χρησιμότητα των μηχανημάτων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθούμε τον άρρωστο, μετά την εξέταση για τυχόν αδιαθεσία
<ul style="list-style-type: none"> • Νεφρική αρτηρογραφία 	<p>1. Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι η σχετική προετοιμασία του εντέρου όπως στην απλή ακτινογραφία των νεφρών δεν είναι απαραίτητη.</p> <p>2. Ο άρρωστος πρέπει να είναι ενημερωμένος για την διεξαγωγή της εξέτασης</p> <p>3. Το σε παρακεντήσεως πρέπει να είναι πλήρες και καλά αποστειρωμένο</p> <p>4. Το φάρμακο μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες στον άρρωστο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνουμε σχετικά τον άρρωστο έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε τη συνεργασία του • Λήψη συχνή Ζ.Σ. μετά την εξέταση. Επίσης προσπαθούμε να εξασφαλίσουμε στον άρρωστο περιβάλλον ανάπαυσης και ηρεμίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΤΟΝΩΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ

Ο υπερτασικός άρρωστος που βρίσκεται στο νοσοκομείο δικαιολογημένα αισθάνεται φόβο και ανησυχία για την εξέλιξη της κατάστασης του. Το ξένο περιβάλλον του νοσοκομείου κάνει πιο έντονα τα αισθήματα αυτά. Ο άρρωστος χρειάζεται συχνή παρακολούθηση. Πρέπει να του φερόμαστε διακριτικά και ευγενικά έτσι ώστε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του.

Προσπαθούμε να τον πλησιάσουμε και να κάνουμε υπομονή στις ιδιοτροπίες του, γιατί ως γνωστόν η κάθε πάθηση κάνει τον άρρωστο να ανέχεται δύσκολα κάποια πράγματα.

Είναι χρέος μας να σταθούμε κοντά στον άρρωστο και να ακούσουμε προσεκτικά κάθε τι που έχει να μας πει. Δεν έχει σημασία αν δεν έχει σχέση με την πάθηση του. Αυτό ίσως είναι το καλύτερο. Η συζήτηση σε φυσιολογικό τόνο για άσχετα θέματα, λύνει το άγχος και μειώνει την ένταση. Ο άρρωστος που βρίσκεται στο νοσοκομείο έχει να αντιμετωπίσει, πέρα από την πραγματική αιτία που τον ανάγκασε να εισαχθεί και τα διαπροσωπικά του προβλήματα. Έχει να αντιμετωπίσει τον ίδιο τον εαυτό του, την αποδοχή της κατάστασης, την αλλαγή της ζωής του.

Είναι πολύ σημαντικό να απασχολείται ο άρρωστος κατά τη διάρκεια παραμονής του στο χώρο αυτό. Είναι περιπατητικός και επομένως είναι δύσκολο γι' αυτόν να περνά την ημέρα του στο κρεβάτι χωρίς να έχει τίποτα να κάνει. Έτσι ανάλογα με την ηλικία του, τα ενδιαφέροντα του, το πνευματικό του επίπεδο μπορούμε να συστήσουμε στον άρρωστο κάποιο βιβλίο ή να συζητήσουμε μαζί του οτιδήποτε τον ξεκουράζει. Η ψυχική ηρεμία και η ασφάλεια του αρρώστου είναι σημαντικός παράγοντας για την αποκατάσταση της υγείας του και την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Εκτός από την επικοινωνία και την συμπαράσταση του νοσηλευτικού προσωπικού, χρειάζεται και η ενημέρωση του αρρώστου για την πάθηση του με τρόπο απλό και κατανοητό ώστε να αποδεχθεί το πρόβλημα του και τον τρόπο αντιμετώπισής του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

Είναι πολύ βασικό ο υπερτασικός άρρωστος για να αποδεχτεί την πάθησή του, να είναι ενημερωμένος γι' αυτήν και τον τρόπο αντιμετώπισής της.

Δεν φτάνει όμως αυτό. Αυτό που παίζει επίσης σημαντικό ρόλο είναι η ενημέρωση της οικογένειας του.

Όλα τα μέλη της οικογένειας πρέπει να βοηθήσουν ώστε το περιβάλλον να διατηρείται ήρεμο, απαλλαγμένο από ερεθίσματα που προκαλούν φόβο. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον ο άρρωστος θα μπορέσει να μιλήσει για τους φόβους του και πως αισθάνεται για την αρρώστια του. Και είναι πολύ σημαντικό (για να έχουμε αποτέλεσμα) να έχει κατανοήσει ο υπερτασικός άρρωστος τι είναι αρτηριακή υπέρταση, τι μπορεί να κάνει για να την μειώσει και τόσα άλλα γύρω από αυτό.

Έτσι στην ενημέρωση του αρρώστου κύριοι αντικειμενικοί μας σκοποί είναι οι εξής:

- Να αποκτήσει αυτός και η οικογένειά του βασικές γνώσεις για την Α.Π. και την Α.Υ. του αίματος.

- Να τον βοηθήσουμε να κατανοήσει την πραγματικότητα της αρρώστιας ότι ενώ είναι δυνατόν να ελεγχθεί, όμως δεν θεραπεύεται.
- Να τον βοηθήσουμε να εξωτερικεύσει σκέψεις ώστε να διαλύσει φόβους και ένοχα συναισθήματα για την Α.Υ.
- Να τον βοηθήσουμε να κατανοήσει την ανάγκη για ορισμένες αλλαγές στον τρόπο της ζωής του και να καταλάβει γιατί οι αλλαγές αυτές πρέπει να συνεχιστούν έστω και αν τα συμπτώματα της αρρώστιας έχουν υποχωρήσει.

Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα υπερτασικά άτομα έχουν ιδιαίτερη προσωπικότητα.

Χαρακτηρίζονται ως άτομα συμβιβάσιμα και συνεργάσιμα που ζουν με το άγχος της ανασφάλειας τους από το φόβο μη δημιουργήσουν δυσαρέσκεια στο οικογενειακό ή το επαγγελματικό περιβάλλον τους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η διδασκαλία και η εκπαίδευση αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην προσπάθεια για τη ρύθμιση της υπέρτασης. Η νοσηλεύτρια - της θα πρέπει να διδάξουν τον ασθενή τους ότι έχει σχέση με τη νόσο του.

Μόνο αν μάθει, αν κατανοήσει την πραγματικότητα της νόσου θα μπορέσει να συνεργαστεί αποτελεσματικά. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ο ασυμπτωματικός ασθενής διότι δε νοιώθει την ανάγκη να συνεργαστεί. Πρέπει να τονιστεί ότι η υπέρταση είναι δυνατόν να ελεγχθεί όμως δε θεραπεύεται.

Πρόγραμμα διδασκαλίας

1. Ο άρρωστος πρέπει να αποκτήσει γενικές γνώσεις για την Α.Π. του αίματος. Γνώσεις οι οποίες πρέπει να εκτιμηθούν με ερωτήσεις όπως: «Τι είναι αρτηριακή πίεση, ποιος ο ορισμός της συστολικής και ποιος της διαστολικής πίεσεως, ποιες οι φυσιολογικές τιμές της πίεσεως»
2. Οι πληροφορίες αυτές θα δωθούν στον άρρωστο με εποπτικά μέσα απλά και κατανοητά όπως:
 - Δίνουμε τον ορισμό της Α.Π. δηλαδή: Α.Π. είναι η ασκούμενη πίεση στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών, ενώ το αίμα ρέει στις αρτηρίες.

- Δίνουμε τον ορισμό της συστολικής πίεσεως του αίματος: Η μεγαλύτερη πίεση στις αρτηρίες κατά την ώρα που η καρδιά συστέλλεται και στέλνει το αίμα στην περιφέρεια. Ο πρώτος ήχος ή η ηγλάφηση του καρδιακού παλμού κατά την ώρα που λαμβάνει η Α.Π.

Ο μεγαλύτερος αριθμός στην αναγραφή της Α.Π. Φυσιολογικά η συστολική πίεση είναι χαμηλότερη των 140 mmHg και η διαστολική των 100 mmHg.

Δίνουμε τον ορισμό της διαστολικής πίεσεως του αίματος:

α) Η χαμηλότερη πίεση στις αρτηρίες όταν η καρδιά βρίσκεται σε διαστολή και γεμίζει

β) Ο τελευταίος ήχος ή η τελευταία ηγλάφηση του καρδιακού παλμού την ώρα που λαμβάνετε η Α.Π.

γ) Ο μικρότερος αριθμός στην αναγραφή της Α.Π.

3. Στη συνέχεια πρέπει να βεβαιωθούμε αν κατανόησε αυτά που του είπαμε:

- Ρωτάμε τον άρρωστο να μας πει την έννοια της Α.Π. τη διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής
- Δείχνουμε στον άρρωστο γραμμένη παθολογική και φυσιολογική συστολική και διαστολική Α.Π.
- Τον ρωτάμε να καθορίσει τη συστολική και διαστολική Α.Π. και να μας πει αν είναι φυσιολογικές ή παθολογικές οι τιμές.

4. Εφόσον βεβαιωθούμε ότι ο άρρωστος κατανόησε το μέρος περνάμε στην εφαρμογή των γνώσεων χρησιμοποιώντας σφυγμομανόμετρο και στηθοσκόπιο.

- Παίρνουμε την Α.Π. του αρρώστου χωρίς να του πούμε πόση έχει
- Παίρνουμε εκ νέου την Α.Π του αρρώστου λέγοντας του να χρησιμοποιήσει στηθοσκόπιο για να ακούει τον ήχο της πίεσεως του αίματος στο αγγείο.
- Λέμε στον άρρωστο να αναγράψει την Α.Π.
- Εκτιμούμε την ακρίβεια της Α.Π που γράφτηκε
- Ρωτάμε τον άρρωστο να μας πει αν η Α.Π. που έγραψε είναι στα φυσιολογικά ή παθολογικά όρια
- Ρωτάμε τον άρρωστο να μας πει τα ανώτερα όρια της φυσιολογικής συστολικής και διαστολικής Α.Π.
- Διορθώνουμε τις λανθασμένες πληροφορίες. Εξηγούμε τυχόν λάθη η κενά και επαναλαμβάνουμε αν χρειάζεται. Ο υπερτασικός άρρωστος θα πρέπει επίσης να κατανοήσει ότι είναι αναγκαίες οι αλλαγές που θα γίνουν στη ζωή του και αφορούν:

1. Τρόπους αποφυγής των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία:

- Να σηκώνεται αργά στην κατακόρυφη θέση για αποφυγή ζάλης.
- Να ξαναγυρίζει στην οριζόντια θέση, αν αισθάνεται λιποθυμία

- Να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν αγγειοδιαστολή: ζεστό μπάνιο, ζεστός καιρός, εμπύρετη κατάσταση, λήψη αλκοόλης.
2. Ακριβής τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και αντιμετώπιση (πρόληψη) των επιπλοκών από τη θεραπεία.
 3. Υγειονομική αγωγή

Η αγωγή αυτή περιλαμβάνει τροποποίηση ατομικών και διατροφικών συνθηκών. Ειδικότερα, συνίσταται:

Περιορισμός άλατος:

Το αλάτι θεωρείται γενεσιουργό αίτιο στη δημιουργία της υπέρτασως, σύμφωνα με τα εξής δεδομένα:

1. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι σε πρωτόγονους λαούς η συχνότητα της υπέρτασως ήταν ευθέως ανάλογη της ποσότητας άλατος που καταλάωναν καθημερινά.
2. Αιμοδυναμικές πειραματικές μελέτες έδειξαν ότι αύξηση του ενδαγγειακού όγκου οδηγεί μακροχρόνια στην πρόκληση υπέρτασως. Είναι γνωστό ότι η αύξηση του ενδαγγειακού όγκου εξαρτάται από την κατακράτηση NaCl και τη νεφρική λειτουργία
3. Προοπτικού τύπου μελέτες έδειξαν ότι δίαιτα μειωμένου άλατος οδηγεί σε ελάττωση της Α.Π. Συγκεκριμένα δίαιτα περιέχουσα 1.600 με 2.300 mg NaCl είχε ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συστολικής πίεσως κατά 9 με 15 mmHg και της διαστολικής κατά 16 mmHg. Έτσι πρέπει να αποφεύγονται γεύματα πλούσια σε NaCl όπως είναι τα διατηρούμενα με συντηρητικά υγρά (κονσέρβες).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι 100 gr σπαράγγια συντηρητικά περιέχουν 2 gr νατρίου. Η άναλος δίαιτα δεν συνιστάται εάν επηρεάζει αισθητά την ποιότητα της ζωής γιατί η υπέρταση είναι χρόνια και ανίατη νόσος και συνήθως οι άρρωστοι δεν συμμορφώνονται σε αυτή.

Πέρα από αυτό υπάρχουν υπερτάσεις που ρυθμίζονται καλύτερα χωρίς άναλο δίαιτα όπως είναι η υπέρταση με πυελονεφρίτιδα με κυστική νόσο των νεφρών και γενικά όταν υπάρχει απώλεια νατρίου από τους νεφρούς. Οποσδήποτε όμως πρέπει να αποφεύγεται η επιπρόσθετη χρήση μαγειρικού άλατος η χρήση δηλ. του επιτραπέζιου άλατος. Σε μελέτη που έγινε βρέθηκε ότι η προσθήκη επιτραπέζιου άλατος στο παρασκευασμένο φαγητό συνοδευόταν με αυξημένη την αρτηριακή πίεση σε σύγκριση με παρόμοιο πληθυσμό που έτρωγε το φαγητό του όπως ήταν παρασκευασμένο.

Ένας αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου της δίαιτας μειωμένου άλατος είναι η καθημερινή μέτρηση της ποσότητας νατρίου των νυκτερινών ούρων. Στόχος της αγωγής αυτής πρέπει να είναι η ελάττωση της τιμής του νατρίου ούρων στα 2/3 περίπου της αρχικής τιμής.

Απώλεια Βάρους

Η συχνότητα της υπερτάσεως στα υπέρβαρα άτομα είναι πολύ μεγαλύτερη εκείνης των ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Η υπέρταση των παχύσαρκων ατόμων σχετίζεται με την πρόσληψη νατρίου και η νατριοευαισθησία οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων μεταξύ των

οποίων η υπερινσουλιναίμια, ο υπεραλδοστερονισμός και η αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος παίζουν σημαντικό ρόλο. Ανασκόπηση έξι προοπτικών μελετών έδειξε ότι μέση απώλεια βάρους 11,7 Kg συνοδεύεται με ελάττωση της αρτηριακής πίεσεως 20,7mmHg.

Είδος διατροφής

Γεύματα πλούσια σε φυτικές άπεπτες ίνες και πτωχά σε κορεσμένα λίπη θεωρούνται ότι δρουν ευεργητικά και είναι δυνατόν να μειώσουν την Α.Π. Π.χ. η χορήγηση ιχθυελαίου σε μεγάλες ποσότητες οδηγεί σε ελάττωση της Α.Π. Γενικά στους υπερτασικούς συνιστάται δίαιτα μειωμένης χοληστερίνης.

Κατανάλωση οινοπνευματωδών και καφέ

Η μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα υπερτάσεως. Η μέτρια όμως κατανάλωση οινοπνευματωδών (2-3 ποτήρια κρασί την ημέρα) δεν προδιαθέτει σε υπέρταση. Η μεγάλη κατανάλωση καφέ οδηγεί σε μικρή αύξηση της πίεσεως. Έτσι επιβάλλεται η αποφυγή του καπνίσματος και η ελάττωση ή και διακοπή χρήσης οινοπνευματωδών ποτών.

Σωματικές ασκήσεις και αντιμετώπιση άγχους

Η έντονη σωματική και ψυχική καταπόνηση, το αίσθημα υπερβολικής ευθύνης, η ακανόνιστη διαβίωση και ο ανεπαρκής ύπνος πρέπει να αποφεύγονται, πρέπει επίσης να αποφεύγεται η καθιστική ζωή ενώ θεωρείται απαραίτητη η συμμετρία σε αθλητικές δραστηριότητες.

Σε τυχαίο δείγμα ενηλίκων Αθηναίων που διέθετε 2 ώρες κάθε εβδομάδα από τον ελεύθερο χρόνο του για άθληση, κολύμπι, ποδηλασία κλπ βρέθηκε να έχει χαμηλότερη αρτηριακή πίεση συγκριτικά με άλλο που δε συμμετείχε σε τέτοιου είδους δραστηριότητες. Συγχρόνως οι αθλητικές αυτές δραστηριότητες είχαν επηρεάσει ευμενώς τη χοληστερίνη και τον αθηρωματικό δείκτη.

Διαιτολόγιο

Για την εφαρμογή ενός νατριούχου διαιτολογίου και συνήθως υπονατριούχου είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τα τρόφιμα και τις τροφές που έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε νάτριο σύμφωνα με τον πίνακα που ακολουθεί:

Τροφές πλούσιες σε νάτριο

Παστά, καπνιστά	3-5gr νατρίου στα εκατό
Αλλαντικά	1-5 »
Κονσέρβες	0,5-1 »
Τυριά	0,5-1 »
Ψωμί πλήρες	0,5-1 »

Τροφές φτωχές σε νάτριο

Ζυμαρικά χωρίς αλάτι	
Πατάτες	»
Ρύζι	»

Φρέσκα λαχανικά (φασολάκια, αρακάς, κουκιά χωρίς αλάτι).

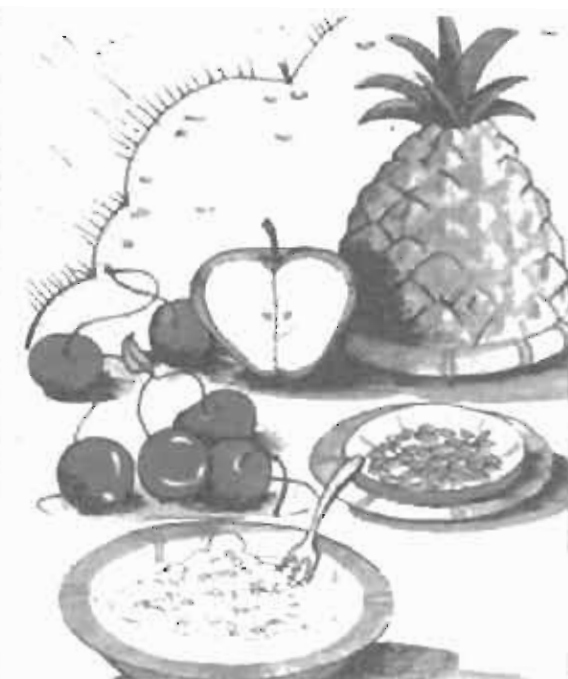
Ένας πρακτικός τρόπος εφαρμογής υπονατριούχου διαιτολογίου είναι να μειώνουμε προοδευτικά την κατανάλωση νατρίου ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης με τη:

- Αποφυγή χρησιμοποίησης αλατιού στην διάρκεια του γεύματος
- Αποφυγή χρησιμοποίησης αλμυρών τροφών
- Αποφυγή χρησιμοποίησης αλατιού σε μεγάλες ποσότητες στο μαγείρεμα
- Χρησιμοποίηση τροφίμων ειδικά παρασκευασμένων χωρίς αλάτι όπως άναλο γάλα, βούτυρο και γωμί.

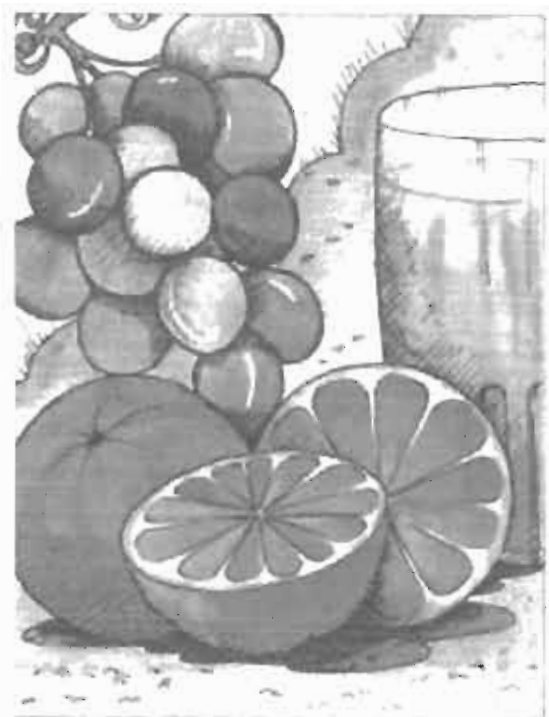
Ακολουθεί ένα αρκετά παραστατικό διαιτολόγιο



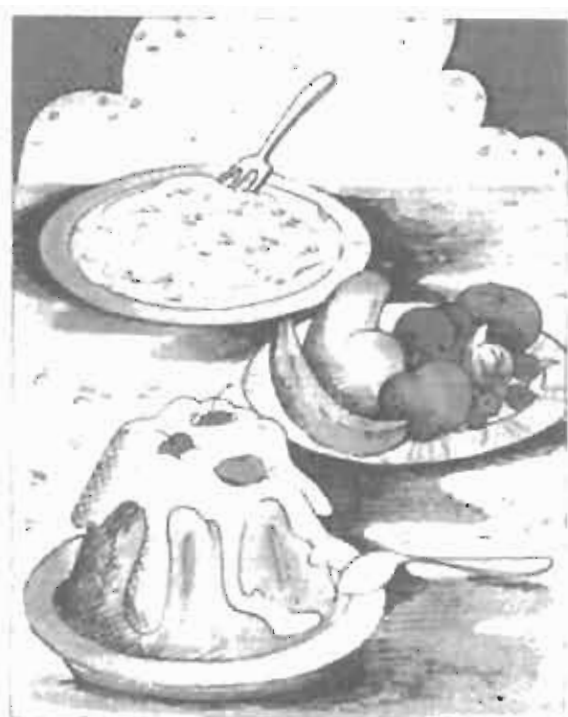
ΚΟΛΛΑΤΙΟ



ΓΥΦΑ



ΚΟΦΕΛΜΑΤΙΝΟ



ΔΕΨΙΝΟ

Εικόνα 10.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η νοσηλευτική δεν αποβλέπει μονάχα στη νοσηλεία, στην εκπαίδευση και καθοδήγηση του ατόμου, ώστε να επιτύχει και να διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας αλλά έχει σκοπό ακόμη, να βοηθήσει εκείνον που βρίσκεται σε ένα στάδιο υψηλού κινδύνου δηλ. σε προσωρινή κατάσταση, να αποφύγει την ανάπτυξη μιας ασθένειας.

Βασική προϋπόθεση στην επιτυχή εκτέλεση του έργου αυτού είναι να διαθέτει η νοσηλεύτρια - της γνώσεις υψηλού επιπέδου, καθώς επίσης και εμπειρία. Αυτό σημαίνει:

- Να είναι ενημερωμένη - ος για τους παράγοντες κινδύνου
- Να είναι ικανή - ος στην αναγνώριση των ενδείξεων για την ύπαρξη προβλήματος υγείας
- Να είναι ικανή - ος για κάποιο βαθμό διαφορετικής διάγνωσης
- Να είναι ενήμερη - ος γύρω από τις υπάρχουσες πηγές βοήθειας και τους τομείς παραπομπής
- Να έχουν γνώσεις γύρω από την ψυχοσύνδεση των ατόμων της κοινότητας και του τρόπου αναπτύξεως διαπροσωπικών σχέσεων με τα μέλη της κοινότητας

- Να αναπτύσσουν κατά τρόπο αποτελεσματικό τις ικανότητες τους στον τομέα της συνεργασίας με την ομάδα
- Να ενδιαφέρονται για την έρευνα και επιδημιολογία, ώστε να μπορούν να σχεδιάσουν και να προγραμματίζουν,
- Να είναι ολοκληρωμένη η προσέγγιση τους τόσο στον τομέα της πρόληψης όσο και στον τομέα της φροντίδας.

Έχοντας λοιπόν όλες αυτές τις ικανότητες και εφαρμόζοντας επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες, προερχόμενες τόσο από τη νοσηλευτική επιστήμη, όσο και από τη δημόσια υγιεινή, συμβάλλει, στην πραγματοποίηση μιας προσπάθειας (με σεμινάρια, εκδηλώσεις, εκπομπές, έντυπα) για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των ατόμων, γύρω από το πρόβλημα της Αρτηριακής Υπέρτασης.

Η προσπάθεια αυτή είναι προτιμότερο να ξεκινάει από μικρή ηλικία και συγκεκριμένα από την σχολική ηλικία κατά την οποία το παιδί αφ' ενός μεν είναι εκτεθειμένο σε πολλές βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος με μειωμένες δυνατότητες αυτοπροστασίας, αφ' ετέρου δε υιοθετεί πολύ εύκολα αντιλήψεις και διαμορφώνει συνήθειες οι οποίες μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της μετέπειτα υγείας του. Η συνήθεια π.χ. του καπνίσματος (προδιαθεσικός παράγοντας ανάπτυξης της αρτηριακής υπέρτασης) που ξεκινάει συνήθως και εδραιώνεται στην ηλικία των 15-20 χρόνων, έχει διαπιστωθεί ότι αντιμετωπίζεται καλύτερα στην ηλικία αυτή παρά σε μεγαλύτερη, εφόσον είναι πιο εύκολο να πεισθεί ένας νέος να μην αρχίσει το κάπνισμα,

παρά να μπορέσει ένας καπνιστής να διακόψει τη συνήθεια αυτή έστω και αν το επιθυμεί.

Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τις διατροφικές συνήθειες. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει υιοθετήσει ένα σχήμα διατροφής το οποίο έχει θεωρηθεί υπεύθυνο για μια σειρά από αρρώστιες του κυκλοφορικού συστήματος. Ύστερα λοιπόν από όλα αυτά καλείται η νοσηλεύτρια - της στα πλαίσια της υγιεινής και σε συνεργασία με το γιατρό να εφαρμόσει πρόγραμμα διδασκαλίας στα άτομα, σχετικά με τη διατροφή, διατύπωση των βασικών αρχών διατροφής και σχεδιασμό διαιτητικού σχήματος με βάση τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα να διεξάγει γενική έρευνα στον πληθυσμό για την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών και γνώσεων των ατόμων, να μιλήσει για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος, να διοργανώσει αντικαπνιστική εκστρατεία στα άτομα και να κάνει μέτρηση της Α.Π. Ακόμη μπορεί να εφαρμόσει κατ' οίκον επισκέψεις. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία να δει η Νοσηλεύτρια - της τα άτομα μέσα στο φυσικό τους περιβάλλον να ανιχνεύσει τυχόν προβλήματα υπερτάσεως στην οικογένεια να κατευθύνει και να παραπέμψει τα άτομα για συγκεκριμένες εξετάσεις. Τους δίνεται ακόμα η ευκαιρία να διαφωτίσουν τα μέλη της οικογένειας σχετικά με την υπέρταση, τα προβλήματα που δημιουργεί, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης της.

Η νοσηλεύτρια - της μπορεί επίσης να ασκήσει πρόληψη στα πλαίσια της βιομηχανικής υγιεινής οργανώνοντας ομιλίες σε μια ομάδα εργατών σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τη συχνότητα τους και

επιμορφώνοντας τους στην έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και στη λήψη διορθωτικών θεραπευτικών μέτρων.

Ακόμα μπορεί να τους ενθαρρύνει στην κατάλληλη χρήση των υπηρεσιών υγείας και να τους πληροφορήσει γύρω από τα νέα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, των τρόπων χρησιμοποίησής τους και τα περιοριστικά τους μέτρα.

Στην επιδίωξη όμως όλων των παραπάνω ένα μεγάλο εμπόδιο που απαντάται συχνά είναι η δυσπιστία του κοινού ιδιαίτερα αυτών που αντιδρούν καθώς νοιώθουν ότι γίνεται παρέμβαση στην προσωπική τους ελευθερία.

Μια άλλη δυσκολία είναι η έλλειψη πειστικών στοιχείων ως προς την δετικότητα εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων. Στο σημείο όμως αυτό, έχει το λόγο η έρευνα γύρω από τα θέματα ασθένεια και θάνατος λόγω της εφαρμογής των μέτρων. Η ανακοίνωση των στατιστικών στοιχείων και η διαφάνεια, είναι μέσα που μπορεί να πείσουν τα άτομα για την αλλαγή συμπεριφοράς τους και διατήρηση της υγείας τους σε σταθερά πλαίσια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I

Ο ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΤΗ

Το σπουδαιότερο μέρος της εργασίας της κοινοτικής νοσηλεύτριας - τη αποτελούν οι κατ' οίκον επισκέψεις οι οποίες διενεργούνται αφού πρώτα συμβουλευτούν το οικογενειακό και ατομικό δελτίο ατόμου που πρόκειται να επισκεφτούν.

Στις επισκέψεις αυτές η νοσηλεύτρια-της κατορθώνουν με τις γνώσεις τη συμπεριφορά τους και την αυστηρή τήρηση της επαγγελματικής εχεμύθειας να αποκτήσουν την εμπιστοσύνη όχι μόνο του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του και να γίνουν πολύτιμοι σύμβουλοι και βοηθοί τους στις δύσκολες στιγμές.

Παρακολουθούν λοιπόν το υπερτασικό άτομο κάνοντας συχνές μετρήσεις της Α.Π. και μεριμνούν ώστε να εφαρμοστούν σωστά οι ιατρικές οδηγίες. Επισημαίνουν στον ασθενή την ανάγκη του περιοδικού ελέγχου της κατάστασέως του και της αλλαγής των διαιτητικών συνηθειών. Ειδικότερα διδάσκεται η οικογένεια και κυρίως η νοικοκυρά στην υιοθέτηση νέου τρόπου μαγειρέματος κατά τον οποίο θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αλατιού καθώς επίσης και οι λιπαρές τροφές, οι οποίες ως γνωστόν έχουν μεγάλη θερμιδική αξία.

Τονίζεται επίσης, τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια, ο ρόλος της παχυσαρκίας στην ανάπτυξη της αρτηριακής υπέρτασης καθώς και άλλων καρδιαγγειακών νόσων γενικότερα και επισημαίνεται

η ανάγκη μείωσης του σωματικού βάρους, σε περίπτωση που το άτομο είναι παχύσαρκο ή υπέρβαρο. Τέλος παρακολουθούν την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής και φροντίζουν για την πρόληψη επιπλοκών από την ασθένεια.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες και στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει έχει αποδειχθεί ότι τα καρδιακά νοσήματα αποτελούν μια από τις πιο σοβαρές παθήσεις της εποχής μας. Ανάμεσά τους εξέχουσα θέση κατέχει η Α.Υ. γι' αυτό το λόγο λοιπόν, επιλέξαμε το συγκεκριμένο θέμα με σκοπό να επιβεβαιώσουμε τα ήδη γνωστά αίτια της Α.Υ. και να διαπιστώσουμε την ύπαρξη τυχόν νέων παραγόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΥΛΙΚΟ

Το υλικό μας αποτέλεσαν ενήλικες ασθενείς οι οποίοι επιλέχθηκαν:

Από τα:

1. Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
2. Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
3. Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Πατρών
4. Κέντρο Υγείας Χαλανδρίτσας
5. Κέντρο Υγείας Κάτω Αχαΐας

Ο τρόπος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων έγινε με τρόπο εντελώς τυχαίο

Από τους 160 ασθενείς που επιλέχθηκαν δέχτηκαν να ενταχθούν στη μελέτη οι 100. Οι υπόλοιποι 60 αρνήθηκαν χρησιμοποιώντας διάφορες προφάσεις που σαν αιτία είχαν είτε την δυσπιστία τους απέναντι στους φοιτητές-τριες της νοσηλευτικής, είτε τα πολύπλοκα και σοβαρά προβλήματα υγείας που είχαν τους έκαναν μη ανεκτικούς και μη συνεργάσιμους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Μ Ε Θ Ο Δ Ο Σ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 100 άτομα.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Ο αριθμός των ερωτηθέντων ανέρχεται στους 100. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες

ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων, αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων.

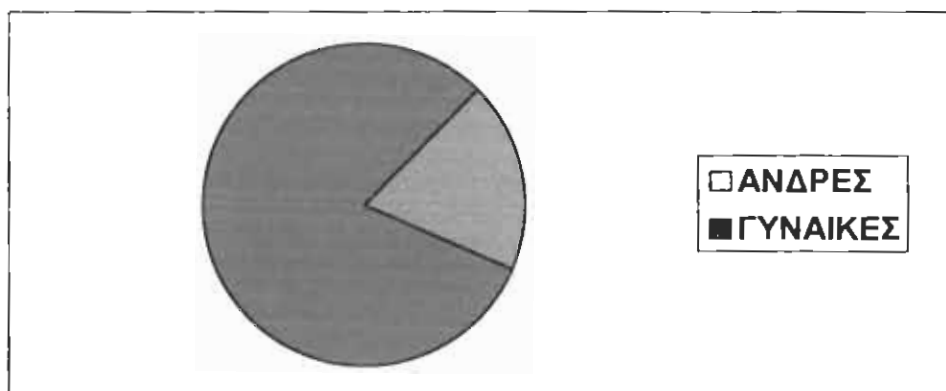
Παρακάτω παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΑΣ	54	54
ΓΥΝΑΙΚΑ	46	46

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες .

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το φύλο τους

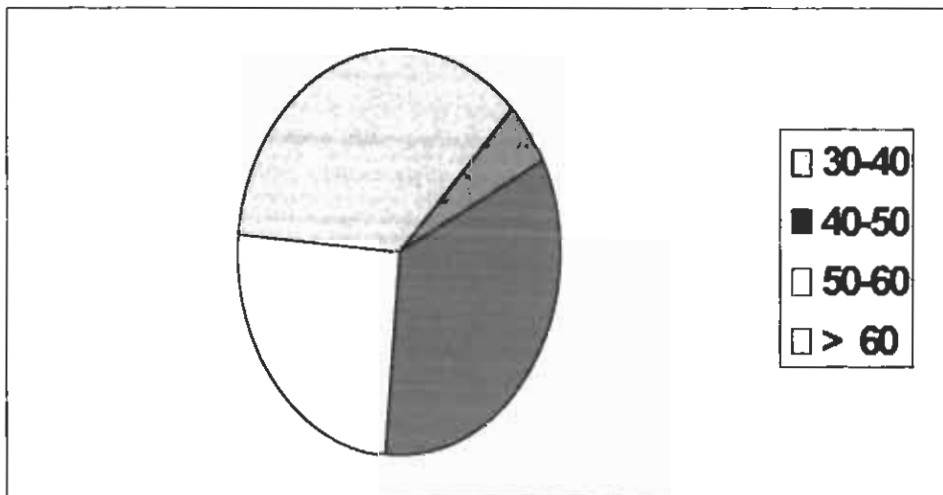


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
30-40	5	5
40-50	34	34
50-60	25	25
> 60	36	36

Το μεγαλύτερο ποσοστό αντιπροσωπεύει ηλικίες μεγαλύτερες των 50 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την ηλικία .

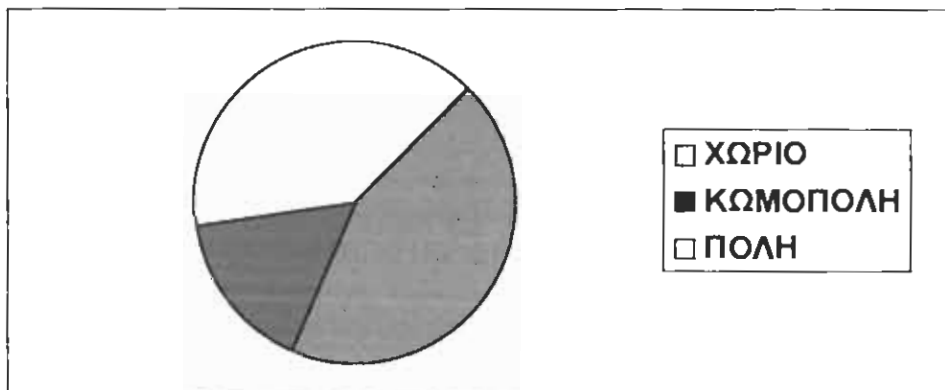


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την κατοικία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΧΩΡΙΟ	44	44
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	16	16
ΠΟΛΗ	40	40

Οι περισσότεροι ζούσαν σε πόλεις

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 υπερτασικών ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία

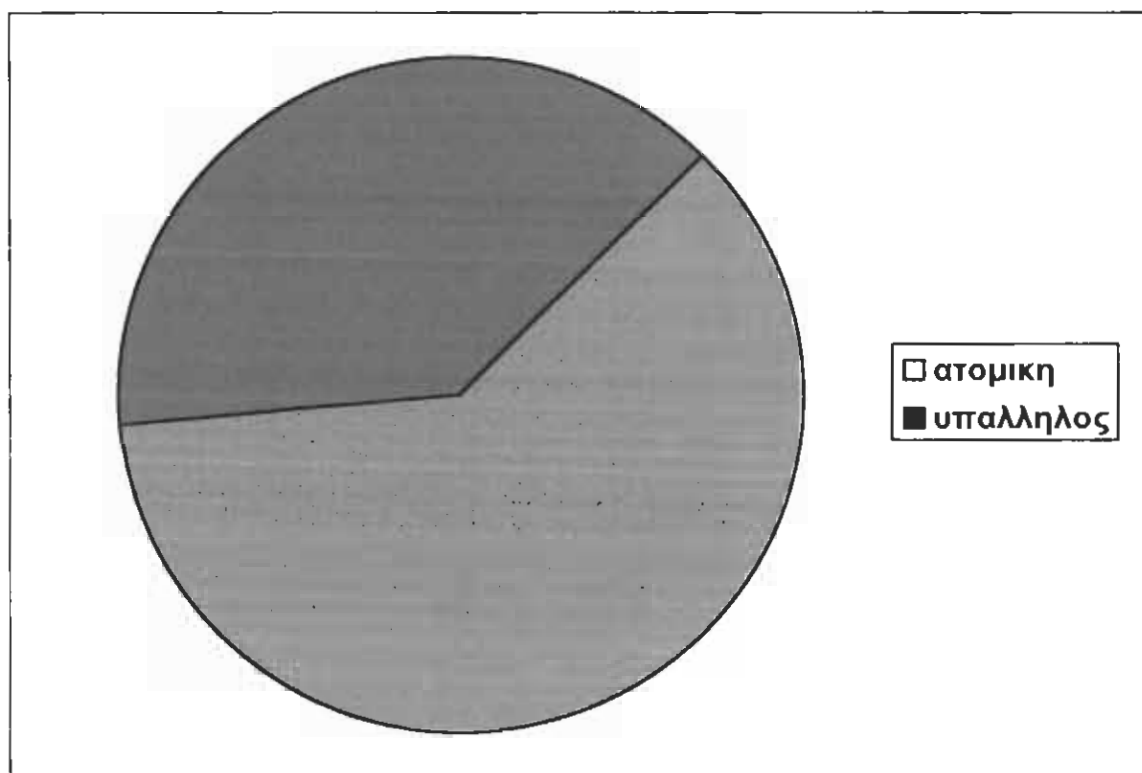


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την εργασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΤΟΜΙΚΗ	61	61
ΥΠΑΛΛΗΛΙΚΗ	39	39

Η πλειοψηφία αντιπροσωπεύει όχι υπαλλήλους

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την εργασία.

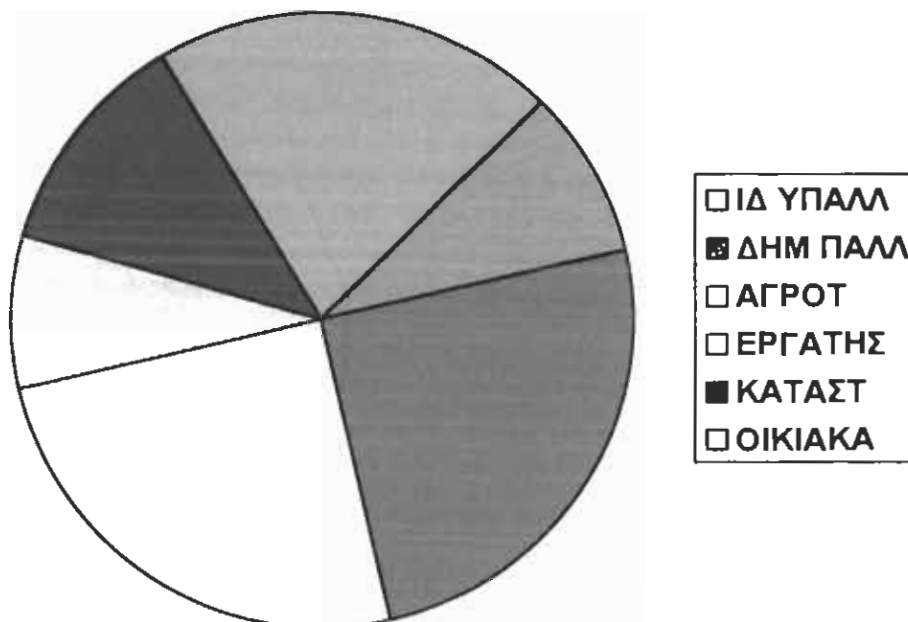


ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τον τύπο εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	9	9
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛ	25	25
ΑΓΡΟΤΗΣ	25	25
ΕΡΓΑΤΗΣ	8	8
ΚΑΤΑΣΤΙΜΑΤΑΡ	12	12
ΟΙΚΙΑΚΑ	21	21

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν δημόσιοι υπάλληλοι ή αγρότες.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την εργασία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τις ώρες εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
8 ώρες	57	57
10 ώρες	18	18
12 ώρες	9	9
14 ώρες	16	16

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζόταν 8 ώρες την ημέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το πότε εργάζονταν (ημέρα-νύχτα).

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΗΜΕΡΑ	74	74
ΝΥΧΤΑ	26	26

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζόταν ημέρα

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με τον τόπο εργασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΗ	62	62
ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧ	38	38

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζόταν στην πόλη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την μόρφωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	8	8
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	52	52
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	9	9
ΛΥΚΕΙΟ	16	16
ΤΕΙ-ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜ	15	15

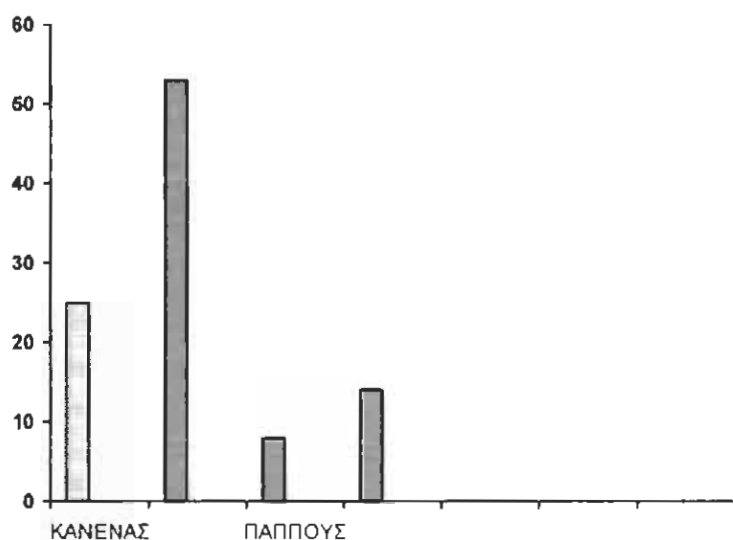
Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν κατώτερης εκπαίδευσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών στην ερώτηση για το ιστορικό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΝΕΝΑΣ - ΕΛΕΥΘΕΡΟ	25	25
ΓΟΝΕΙΣ	53	53
ΠΑΠΠΟΥΣ-ΓΙΑΓΙΑ	8	8
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	14	14

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχαν υπερτασικούς γονείς

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το ιστορικό τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το πως έμαθαν για την υπέρτασή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΔΙΟΣ	16	16
ΙΑΤΡΟΣ	37	37
ΤΥΧΑΙΑ	47	47

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό τυχαία πληροφορήθηκε για την υπέρτασή του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την δραστηριότητα πριν την υπέρταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	7	7
ΗΠΙΑ	58	58
ΒΑΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	35	35

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε ήπια δραστηριότητα κατά την αποχή του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το βάρος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
40 - 60 Kg	10	10
60 - 80	52	52
80 - 100	38	38

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε βάρος από 60 έως 80 κιλά

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το ύψος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
150 -160 cm	22	22
160 -170	44	44
170 - 180	31	31
> 180	3	3

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε ύψος μικρότερο από 170 cm.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το κάπνισμα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΧΙ	50	50
ΝΑΙ	50	50

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 - 5	4	4
5 - 10	5	5
10 - 20	9	9
20 - 40	18	18
> 40	7	7

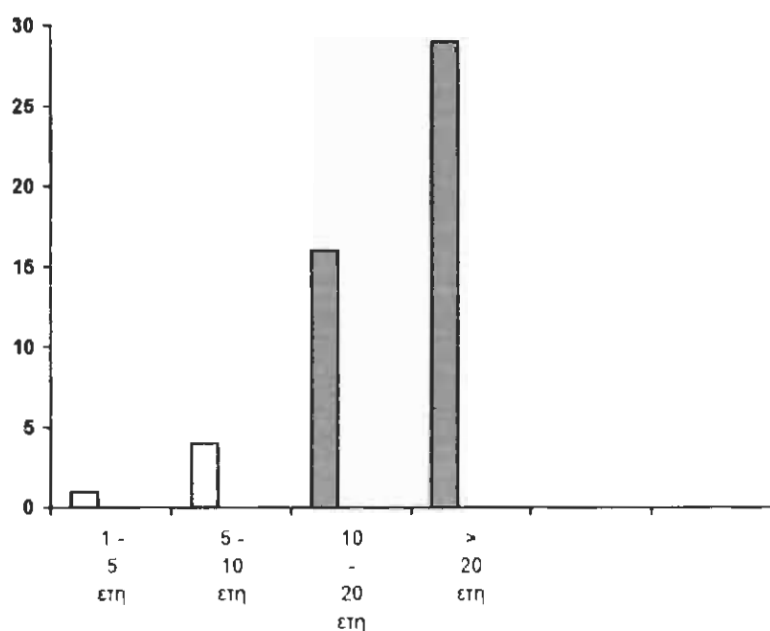
Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό καπνίζει πάνω από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα !

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών στην ερώτηση για το διάστημα που καπνίζουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1- 5 ετη	1	1
5 - 10	4	4
10 -20	16	16
> 20	29	29

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων καπνίζουν περισσότερο από 20 έτη

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τα έτη που καπνίζουν



ΠΙΝΑΚΑΣ 18 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την ηλικία έναρξης καπνίσματος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
10 - 20 ετών	17	17
20 -30	31	31
30 - 40	2	2

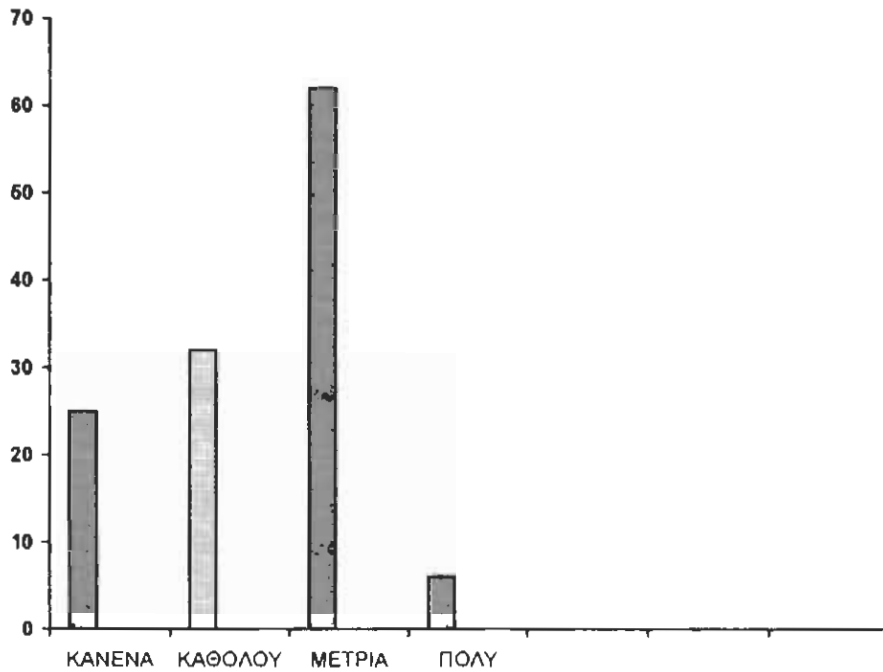
Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό άρχισε το κάπνισμα σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών στην ερώτηση για την κατανάλωση οινοπνεύματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	32	32
ΜΕΤΡΙΑ	62	62
ΠΟΛΥ	6	6

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κάνουν μέτρια κατανάλωση αλκοόλ

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το αλκοόλ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 20 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών στην ερώτηση για το ποτό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΝΑ ΠΟΤΗΡΙ	15	15
ΔΥΟ	30	30
ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΔΥΟ	2	2

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχαν μέτρια κατανάλωση της τάξεως των 2 ποτηριών την ημέρα

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το είδος του οινοπνεύματος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΠΥΡΑ	36	36
ΚΡΑΣΙ	31	31
ΟΥΙΣΚΥ	20	20
ΒΟΤΚΑ	1	1
ΑΛΛΟ	12	12

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την κατανάλωση καφέ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	11	11
1 ΦΛΥΤΖΑΝΙ	32	32
2	46	46
3	11	11

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει 2 φλυτζάνια καφέ την ημέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το είδος του καφέ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΦΡΑΓΠΕ	28	28
ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ	71	71
ΑΛΛΟΣ	1	1

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το άγχος στην εργασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	5	5
ΛΙΓΟ	56	56
ΠΟΛΥ	39	39

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε άγχος στην εργασία του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΗΣΥΧΟ	61	61
ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	39	39

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό έζησε σε ήσυχο οικογενειακό περιβάλλον.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 : Κατανομή των απαντήσεων 46 ερωτηθέντων υπερτασικών γυναικών σε σχέση με την χρήση αντισυλληπτικών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	11	23
ΟΧΙ	35	76

Η πλειοψηφία των γυναικών δεν χρησιμοποίησε αντισυλληπτικά

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : Κατανομή των απαντήσεων 46 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με το διάστημα χρήσης αντισυλληπτικών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
6 μήνες	1	2
1 έτος	1	2
5 έτη	2	4
7 έτη	2	4
8 έτη	2	4
10 έτη	3	7

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την κατανάλωση λιπαρών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	15	15
3 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜ	49	49
1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔ	34	34
ΠΟΤΕ	2	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την κατανάλωση δημητριακών και λαχανικών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	17	17
3 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜ	48	48
1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔ	34	34
ΠΟΤΕ	1	1

Όπως φαίνεται η πλειοψηφία καταναλώνει αρκετά συχνά δημητριακά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τις μετακινήσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	59	59
ΜΕ ΤΑ ΠΟΔΙΑ	41	41

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τα χιλιόμετρα που βαδίζουν καθημερινά

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0.5 Km	9	9
1 Km	19	19
> 1 Km	72	72

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την κατανάλωση κρέατος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	17	17
3 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜ	63	63
1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔΟΜ	10	10
ΠΟΤΕ	0	0

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει κρέας 3 φορές την εβδομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την κατανάλωση γαριών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	0	0
3 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜ	20	20
1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔΟΜ	78	78
ΠΟΤΕ	2	2

Όπως φαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει γάρι μια φορά την εβδομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τις ώρες ύπνου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
6 - 8 ώρες	85	85
> 8	15	15

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με τον τρόπο παρασκευής των φαγητών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΒΡΑΣΤΑ	66	66
ΨΗΤΑ	81	81
ΤΗΓΑΝΗΤΑ	83	83
ΜΕ ΚΑΡΙΚΕΥΜΑΤ	55	55

ΠΙΝΑΚΑΣ 36 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την συχνότητα των γευμάτων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΩΙ	75	75
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	98	98
ΒΡΑΔΥ	93	93
ΑΛΛΟ	11	11

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την κατανάλωση αλατιού.

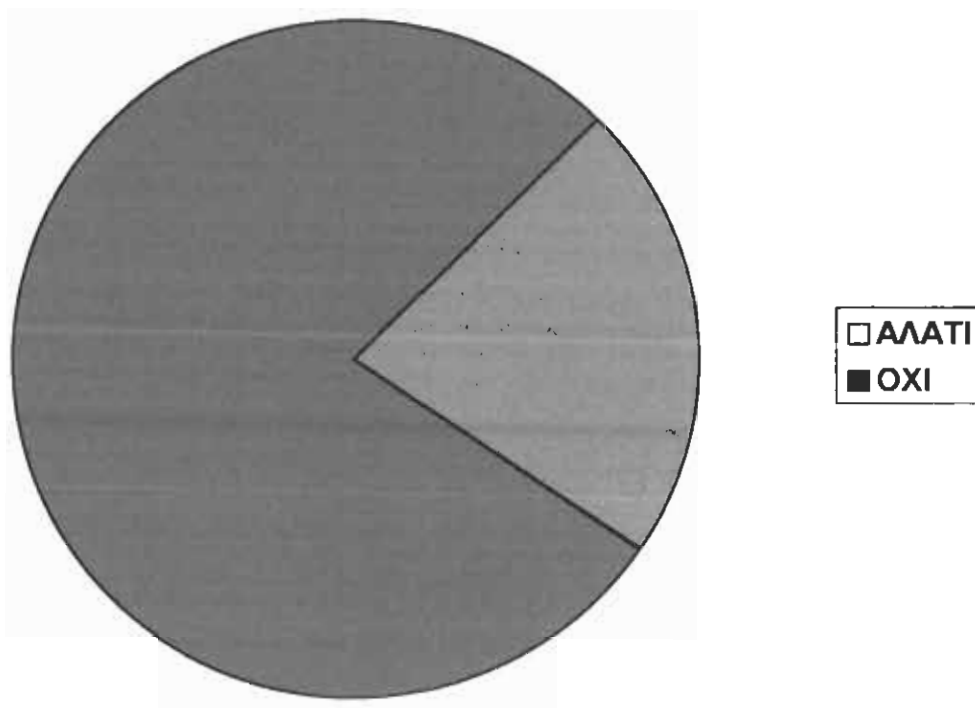
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΙΚΡΗ	28	28
ΜΕΤΡΙΑ	58	58
ΑΦΘΟΝΗ	14	14

Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό είχε μέτρια κατανάλωση αλατιού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπέρτασικών σε σχέση με την επιπλέον κατανάλωση αλατιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΛΑΤΙ	22	22
ΟΧΙ	78	78

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με το αλάτι.



ΠΙΝΑΚΑΣ 39 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την χρήση ζάχαρης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΜΙΚΡΗ	55	55
ΜΕΤΡΙΑ	33	33
ΑΦΘΟΝΗ	11	11

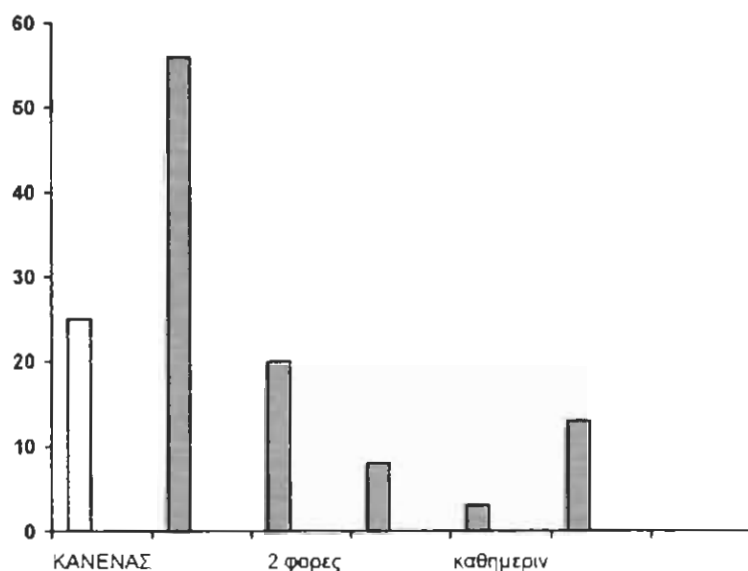
Όπως φαίνεται χαρακτηριστικά το μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιεί μέτριες ποσότητες ζάχαρης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών στην ερώτηση για την κατανάλωση αυγών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔΟΜ	56	56
2 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜ	20	20
3 ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜ	8	8
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3	3
ΠΟΤΕ	13	13

Η κατανάλωση αυγών στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν είναι μεγάλη.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών σε σχέση με την κατανάλωση αυγών.

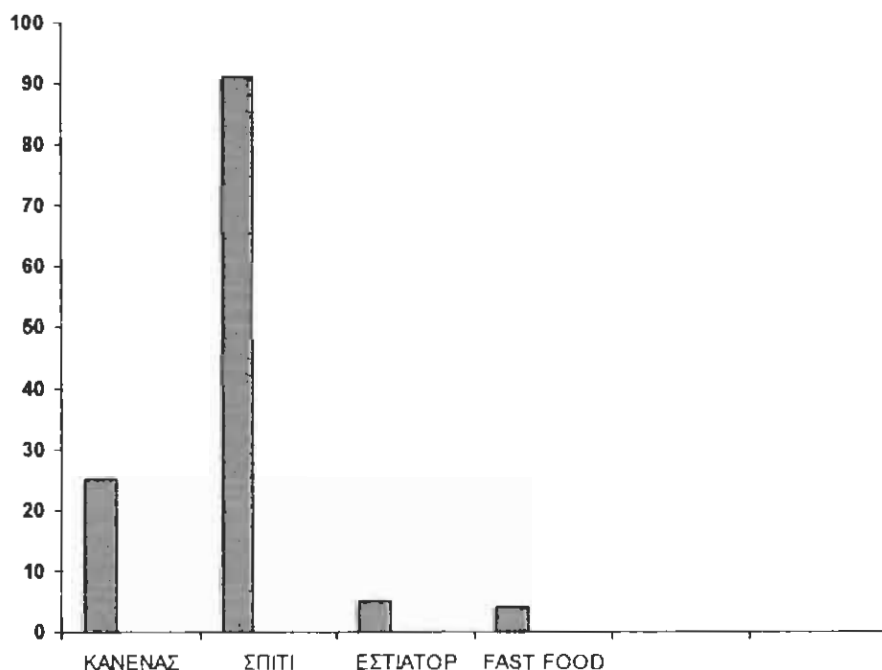


ΠΙΝΑΚΑΣ 41 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών στην ερώτηση για τον τόπο κατασκευής των φαγητών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΠΙΤΙ	91	91
ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ	5	5
FAST FOOD	4	4

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων τρώει στο σπίτι

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών για τον τόπο διατροφής



ΠΙΝΑΚΑΣ 42 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων υπερτασικών στην ερώτηση για το ιστορικό ασθενειών τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΙΑΒΗΤ ΝΕΦΡΟΠΑΘ	1	1
ΧΡΟΝ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟ	1	1
ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΟΣ ΝΕΦΡ	3	3
ΜΕΤΑΜΟΣΧ ΝΕΦΡΟΥ	1	1
ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ	1	1

Σε όλα τα παραπάνω αποτελέσματα το επίπεδο του στατιστικού σφάλματος ήταν μικρότερο του 0.0001.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της ερευνητικής αυτής εργασίας προκύπτει ότι, ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων ήταν μεγαλύτερο των 50 ετών.

Από την έρευνά μας επίσης διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των υπερτασικών ζει σε πόλεις.

Το δείγμα επίσης του πληθυσμού που μελετήσαμε δουλεύει σε ατομικές εργασίες οι περισσότεροι άνθρωποι του δείγματος εργάζονται 8 ώρες ημερησίως και είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Όσον αφορά τον παράγοντα κληρονομικότητα επιβεβαιώνεται μέσα από την ερευνητική μας μελέτη ότι τα περισσότερα άτομα είχαν υπερτασικούς γονείς. Η γενετική προδιάθεση στην υπέρταση άλλωστε επιβεβαιώνεται από τα πειραματόζωα. Και στην παθολογία του ανθρώπου η θεωρία μιας κληρονομικής μετάδοσης της υπέρτασης στηρίζεται στη μελέτη οικογενειών, υπερτασικών και ομοζυγωτικών διδύμων, υπερτασικών ατόμων που ζουν σε διαφορετικό περιβάλλον.

Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης είναι το κάπνισμα. Από την έρευνα μας παρατηρήθηκε ότι σημαντικό ποσοστό του δείγματος που ρωτήθηκε, κάπνιζε περισσότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα και μάλιστα άρχισε να καπνίζει σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών. Όπως άλλωστε είναι αποδεδειγμένο από έρευνες, πιθανός μηχανισμός της αύξησης της Α.Π. είναι η

αγγειοσύσπαση που προκαλεί η νικοτίνη και οι άλλες ουσίες του καπνού.

Όσον αφορά τον πληθυσμό του δείγματος που μελετήσαμε, η κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης ήταν μέτρια ώστε να μην θεωρηθεί ότι για το συγκεκριμένο δείγμα αποτελεί σημαντικό ενοχοποιητικό παράγοντα εμφάνισης της αρτηριακής υπέρτασης.

Ένας άλλος σοβαρός παράγοντας που σχετίζεται με την αύξηση της Α.Π. είναι το άγχος. Στην έρευνά μας έχει αποδειχθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού κυριαρχείται από άγχος όσον αφορά τον τομέα της εργασίας.

Αντίθετα οι διατροφικές συνήθειες ενώ γνωρίζουμε πολύ καλά ότι αποτελούν σημαντικό παράγοντα Α.Υ., στο συγκεκριμένο ποσοστό δείγματος δεν εμφανίζεται ιδιαίτερο διαιτολογικό πρόβλημα ώστε να επιβαρύνεται η αρτηριακή πίεση.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι για την επιτυχή αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης στους ενήλικες είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται μακροχρόνια στρατηγική αντιμετώπιση της νόσου και να υπάρχει σωστή και πλήρης ενημέρωση των ατόμων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Ανακεφαλαιώνοντας τα συμπεράσματα της εργασίας αυτής θα προσπαθήσουμε να προτείνουμε μερικές προτάσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση της αρτηριακή υπέρτασης στην περιοχή μας.

- Θα πρέπει να γίνει προσπάθεια ώστε όσοι ασχολούνται με την αντιμετώπιση της Α.Υ να αποκτήσουν την αναγκαία υλικοτεχνική υποδομή και το αναγκαίο νοσηλευτικό προσωπικό. Η απουσία αυτών των δύο μπορεί να οδηγήσει σε πλημμελή διάγνωση και πλημμελή παρακολούθηση της Α.Υ. σε μακροχρόνια τάση με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων.
- Θα πρέπει να γίνει ενημερωτική καμπάνια στους γιατρούς που ασχολούνται στην καθημερινή κλινική πράξη με την αντιμετώπιση της Α.Υ και των προβλημάτων που προκαλούνται από αυτή.
- Επίσης η σωστή και πλήρης ενημέρωση του πληθυσμού όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες της Α.Υ αποτελεί, τον ακρογωνιαίο λίθο για την πρόληψή της.
- Σαν ερευνητική ομάδα λοιπόν θέλουμε να εισηγηθούμε και έχουμε το δικαίωμα από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, όλα τα υπερτασικά ιατρεία να απασχολούν ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό

- Ακόμα κατά τα γνώμη μας οι νοσηλευτικές σχολές πρέπει να προσανατολίσουν ένα τμήμα της εκπαίδευσής τους προς την κατεύθυνση παραγωγής νοσηλευτικού προσωπικού με υψηλή εξειδίκευση στην αντιμετώπιση Α.Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της προσέγγισης προς την Α.Υ. (όσο βέβαια γινόταν περισσότερο) θα θέλαμε να τονίσουμε μερικά κύρια σημεία, τα οποία καλό θα ήταν να διατηρηθούν στη μνήμη μας.

Η αρτηριακή υπέρταση είναι πάθηση του αγγειακού συστήματος και διακρίνεται σε δύο ομάδες ανάλογα και με την αιτία που την προκαλεί, σε ιδιοπαθή και δευτεροπαθή υπέρταση.

Σαν προδιαθεσικοί παράγοντες ενοχοποιούνται, η παχυσαρκία, η ηλικία, η κληρονομικότητα, το περιβάλλον, NaCl, το κάπνισμα, το άγχος και το οινόπνευμα κ..α

Πρόκειται βέβαια για μια πάθηση αρκετά ύπουλη που μπορεί να υπάρχει για χρόνια χωρίς συμπτώματα.

Η διάγνωση γίνεται με την εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων (που είναι πολύ σημαντικές) και με την προσεκτική αντικειμενική εξέταση καθώς και τη λήψη ιστορικού.

Αναφερόμενοι στη μελέτη που διεκπεραιώσαμε, 100 άτομα με Α.Υ εκ των οποίων 54 άνδρες και 46 γυναίκες ηλικίας άνω των 30 ετών, εξετάστηκαν σε σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης, το μορφωτικό τους επίπεδο, τις διατροφικές τους συνήθειες και τις συνθήκες εργασίας. Τα άτομα επιλέχθηκαν από νοσοκομεία και κέντρα υγείας του νομού Αχαΐας. Στους ασθενείς υποβλήθηκαν 42 ερωτήσεις σύμφωνα με τις

οποίες διαμορφώθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας που κάναμε. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα μας σε δείγμα 100 ατόμων πρωτεύοντα ενοχοποιητικό ρόλο στην εμφάνιση Α.Υ. κατέχουν: η κληρονομικότητα, το κάπνισμα και το άγχος στην εργασία. Τέλος νέοι παράγοντες που να συντελούν στην εμφάνιση Α.Υ σύμφωνα με το δείγμα της έρευνας μας δε βρέθηκαν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμοπούλου Π.Α. - Λαζαρίδη Α. Εταιρεία Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, «Σύγχρονα Ιατρικά θέματα και πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη», Εκδόσεις Γρηγ. Παρισσιανού, Αθήνα 1988, σελ. 37-38, 41, 43-44.
2. Chatton, K, «Σύγχρονη διαγνωστική θεραπευτική», Α' τόμος, 1985, σελ. 292-293, 297, 300
3. Γίτσιου, Κ.Θ., «Νοσολογία», Αθήνα 1985, σελ. 65-66, 98, 250-251, 252-253.
4. Hurst, N. «Η καρδιά» τόμος Γ', Ιατρικές εκδόσεις Μαχαών, Αθήνα σελ. 1792-1793, 1819.
5. Κανέλλου Ε., «Φυσιολογία», Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1988, σελ. 164-165
6. Κοκκίνου, Δ.Φ. «Καρδιολογική θεραπευτική», Επιστημ. Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισσιανού, Αθήνα 1980, σελ. 152
7. Κολοβού, Χ., «Η καρδιά», υδρόγειος, Μ' τόμος, 1982, σελ.11.
8. Μαλγαρινού, Μ.Α. - Γουλιά Ε., «Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1988, σελ. 118, 120-124.
9. Μαλγαρινού, Μ.Α, - Κωνσταντινίδου, Σ.Φ., «Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική» Β' τόμος, Μέρος 1^ο. Εκδόσεις «Ταβιθά». Αθήνα 1989. Σελ. 16, 18, 41, 43-48, 77-79, 226-227, 231-234, 236-238, 266-267
10. Οικονόμου, Ξ.Π., «Ειδικές δίαιτες», Αθήνα 1988, σελ. 16,47.

11. Ouerzier, Claus, «Συστηματική της εσωτερικής παθολογίας», επιστ. Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανού, Αθήνα 1989, σελ. 56-57, 61.
12. Read, A.E. Rarrit, D.W, Lauhgton, H.R., «Σύγχρονη Παθολογία», Ιατρ. Εκδόσεις Λίτσας, 1984, σελ. 346-347, 349
13. Σακελαρίου, Τ: «Διερεύνηση της Α.Π σε αντιπροσωπευτικό πληθυσμό δείγμα ενηλίκων Αθηναίων», Διδακτορική διατριβή πανεπιστημίου Αθηνών, 1982.
14. Σαχίνη, Κ.Α, - Πάνου Μ, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 2^{ος}/μέρος Α, Εκδ. Βήτα, Αθήνα 1988, σελ. 313-314
15. Sokołow, M., Mcloy M.B., «Κλινική καρδιολογία» Ιατρ. Εκδόσεις Πασχαλίδη, 1985, σελ. 1, 13-14, 303-304.
16. Στέφα Μ., «Καρδιολογική Νοσηλευτική», Αθήνα 1992, σελ. 15-16, 26-27, 270, 274-275.
17. Τούτουζα Π., «Καρδιολογία», Επιστ. Εκδ. Γρηγ. Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1987, σελ. 369-372, 375-376, 380.
18. Υγεία, «Οδηγός Υγιεινής», τόμος Ε', 1989, σελ. 772, 814-815, 820-821.
19. Φερτάκη, - Θεοδωροπούλου, «Παθολογική φυσιολογία», εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1990, σελ. 205-206, 208.
20. Χανιώτη Ι.Φ., «Παθολογία», Ιατρ. Εκδ. Λίτσας, 1990, σελ. 83, 87-89.

ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Αρτηριακή Υπέρταση, Τόμος Ι, τεύχος Ι, Ιανουάριος 1992, σελ. 4,13
2. Ελληνική Ιατρική, Τόμος 56, τεύχος 2, 1990, σελ. 923
3. Ελληνική Ιατρική, Τόμος 57, τεύχος 2, Μάιος 1991, σελ. 274

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

1. Φύλλο

- α. Άρρεν
- β. Θήλυ

2. Ηλικία

3. Τόπος κατοικίας

- α. Χωριό
- β. Κωμόπολη
- γ. Πόλη

4. Είδος εργασίας

- α. Ατομική εργασία
- β. Υπαλληλική εργασία

5. Τύπος εργασίας

- α. Ιδιωτικός υπάλληλος
- β. Δημόσιος υπάλληλος
- γ. Αγρότης
- δ. Εργάτης
- ε. Καταστηματάρχης
- στ. Άλλο

6. **Συνολικές ώρες εργασίας**
7. **Εργάζεστε;**
- α. Νύχτα
 - β. Ημέρα
8. **Τόπος εργασίας**
- α. Αγροτική περιοχή
 - β. Πόλη
9. **Μορφωτικό επίπεδο**
- α. Αγράμματος
 - β. Δημοτικό
 - γ. Γυμνάσιο
 - δ. Λύκειο
 - ε. ΤΕΙ - Πανεπιστήμιο
10. **Οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης**
- α. Κανένας
 - β. Γονείς
 - γ. Παππούς - γιαγιά
 - δ. Άλλοι συγγενείς
11. **Πως έμαδες ότι είσαι υπερτασικός;**
- α. Με δική σου πρωτοβουλία
 - β. Με πληροφορίες από το γιατρό
 - γ. Τυχαία

12. Φυσική δραστηριότητα πριν γίνει υπερτασικός;

- α. Καθόλου
- β. Ήπια δραστηριότητα
- γ. Βαριά εργασία

13. Βάρος

14. Ύψος

15. Καπνίζεις;

- α. Ναι
- β. Όχι

16. Εάν ναι πόσα τσιγάρα καπνίζεις την ημέρα

- α. 1-5 τσιγάρα
- β. 5-10 τσιγάρα
- γ. 10-20 τσιγάρα
- δ. 1-2 πακέτα
- ε. περισσότερα από δύο πακέτα

17. Χρονικό διάστημα που καπνίζεις

- α. 1-5 χρόνια
- β. 5-10 χρόνια
- γ. 10-20 χρόνια
- δ. Περισσότερα από 20 χρόνια

18. Ηλικία που άρχισες να καπνίζεις;

- α. 10-20 χρονών
- β. 20-30 χρονών
- γ. 30-40 χρονών

19. Κατανάλωση οινοπνεύματος

- α. Καθόλου
- β. Μέτρια
- γ. Πολύ

20. Αν ΝΑΙ πόσα ποτήρια ημερησίως;

21. Είδος οινοπνεύματος που καταναλώνεις

- α. Μπίρα
- β. Κρασί
- γ. Ουίσκι
- δ. Βότκα
- ε. Κάποιο άλλο

22. Κατανάλωση καφέ

- α. Καθόλου
- β. 1 φλυτζάνι
- γ. 2 φλυτζάνια
- δ. περισσότερα από 3

23. Αν ΝΑΙ τι είδους καφέ καταναλώνεις:

24. **Άγχος στην εργασία**

- α. Καθόλου
- β. Λίγο
- γ. Πάρα πολύ

25. **Οικογενειακό περιβάλλον**

- α. Ήσυχο - ήρεμο
- β. Με προβλήματα

26. **Κατανάλωση αντισυλληπτικών δισκίων στο παρελθόν ή τώρα;**

- α. Ναι
- β. Όχι

27. **Εάν Ναι για πόσο χρονικό διάστημα;**

28. **Κατανάλωση λιπαρών**

- α. Κάθε μέρα
- β. 3 φορές την εβδομάδα
- γ. 1 φορά την εβδομάδα
- δ. Ποτέ

29. **Κατανάλωση δημητριακών και λαχανικών**

- α. Κάθε μέρα
- β. 3 φορές την εβδομάδα
- γ. 1 φορά την εβδομάδα
- δ. Ποτέ

30. Πηγαίνεις στην αγορά ή εργασία με:

- α. Αυτοκίνητο
- β. Με τα πόδια

31. Πόσα χιλιόμετρα βαδίζει κάθε μέρα;

32. Κατανάλωση κρέατος

- α. Κάθε μέρα
- β. 3 φορές την εβδομάδα
- γ. 1 φορά την εβδομάδα
- δ. Ποτέ

33. Κατανάλωση γαριών

- α. Κάθε μέρα
- β. 3 φορές την εβδομάδα
- γ. 1 φορά την εβδομάδα
- δ. Ποτέ

34. Ώρες ύπνου

35. Τρόπος παρασκευής φαγητών

- α. Βραστά
- β. Ψητά
- γ. Τηγανητά
- δ. Με καρυκεύματα

36. Πόσες φορές την ημέρα παίρνεις γεύμα

- α. Πρωί
- β. Μεσημέρι
- γ. Βράδυ
- δ. Άλλο

37. Κατανάλωση αλατιού

- α. Μικρή
- β. Μέτρια
- γ. Αφθονη

38. Σε κάθε φαγητό προσθέτεις αλάτι;

- α. Ναι
- β. Όχι

39. Κατανάλωση ζάχαρης

- α. Μικρή
- β. Μέτρια
- γ. Αφθονη

40. Κατανάλωση αυγών

- α. 1 φορά την εβδομάδα
- β. 2 φορές την εβδομάδα
- γ. 3 φορές την εβδομάδα
- δ. Ημερησίως
- ε. Ποτέ

41. Παρασκευή φαγητών

- α. Στο σπίτι
- β. Στο εστιατόριο
- γ. Στο fast - food

42. Ιστορικό ασθενειών

A) Νεφρικές παθήσεις

- 1. Χρόνια πυελονεφρίτιδα
- 2. Διαβητική νεφροπάθεια
- 3. Χρόνια σπειραματονεφρίτιδα
- 4. Πολυκυστικός νεφρός
- 5. Υδρονέφρωση
- 6. Στένωση νεφρικής αρτηρίας
- 7. Εμβολή νεφρικής αρτηρίας
- 8. Ουρική αρθρίτιδα
- 9. Αμυλοείδωση
- 10. Μεταμόσχευση νεφρού
- 11. Νεφροπάθεια από αναλγητικά

B) Ενδοκρινικές παθήσεις

- 1. Φαιοχρωμοκύττωμα
- 2. Πρωτοπαθής αλδοστερινισμός
- 3. Νόσος Cushing

