

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΥΠΕΡΤΑΣΗ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΛΕΟΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΝΟΥΣΗ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΟΥΛΑΛΑ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	15
2. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	19
2.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	19
2.3 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ.....	20
2.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.....	21
2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	24
2.5.1 ΔΥΣΚΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.....	25
2.5.2 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.....	25
2.5.3 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ.....	26
2.5.4 ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	28
2.5.5 ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	29
2.5.6 ΜΕΓΑΛΕΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ.....	30
2.5.7 ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.....	31
2.6 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ,ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗΣ,ΚΑΡΩΤΙΔΕΣ.....	32

2.6.1	ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	32
2.6.2	ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗΣ	33
2.6.3	ΚΑΡΩΤΙΔΕΣ	34
2.6.4	ΝΕΦΡΟΣ	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.	ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	36
3.1	ΝΕΦΡΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ.....	36
3.2	ΣΥΣΤΗΜΑ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

4.1	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	38
4.2	Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ.....	40
4.3	Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	41
4.4	ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	42
4.5	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ Α.Π.....	43
4.5.1	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΟΧΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ.....	43
4.6	ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	46
4.7	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

5.1	ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ.....	49
5.2	ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	51

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ Α.Π ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

5.3	ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ	
-----	---------------------------------	--

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ.....	52
5.4 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ.....	53
5.4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	53
5.4.2 ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ-ΕΚΚΛΑΜΨΙΑ.....	54
5.4.3 ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ	55
5.5 ΠΑΡΟΔΙΚΗ Η ΟΨΙΜΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.....	56
5.6 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	56
5.7 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΟΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ

6.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ	59
6.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	59
6.3 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	60
6.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	61
6.5 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΡΟΥΤΙΝΑΣ	64
6.6 ΗΚΓ	65
6.7 ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ	66
6.8 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ Α.Π	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	68
7.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	68
7.3 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	71
7.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ	72
7.4.1 ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΑΤΟΣ	72
7.4.2 ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΑΛΑΤΟΣ	73

7.4.3	ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	73
7.4.4	ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.....	74
7.5	ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	75
7.5.1	ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ.....	75
7.5.2	ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ.....	76
7.6	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΑ ΚΑΛΙΟΥ	78
7.7	ΔΙΑΙΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	78
7.8	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	80
7.9	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	82
7.9.1	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠ ΟΨΙΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ	83
7.9.2	ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ	84
7.10	ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	85
	• ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ	
	• ΒΗΤΑ-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ	
	• ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΔΙΑΥΛΩΝ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ	
	• ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ACE	
	• ΑΛΦΑ-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ	
	• ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΑ	
	• ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ	
7.11	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	89
7.12	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ-ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	90
	ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	
7.13	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	92
7.14	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΟΞΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ Α.Π	93

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	96
8.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	96
8.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	97
8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	98
8.3.1 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	102
8.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΣΥΓΓΕΝΩΝ.....	103
8.4.1 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ.....	103
8.4.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	104
8.5 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΕΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ Α.Π;	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΣΤΑΔΙΑ	109
I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1η	111
II. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2η.....	118

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	128
----------------	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	131
----------------	-----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	132
---------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	133
----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί έναν απ' τους καλύτερα μελετημένους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Τις τελευταίες δεκαετίες, σειρά μεγάλων επιδημιολογικών ερευνών και κλινικών μελετών παρέμβασης μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής ή και φαρμακευτικής αγωγής, έχουν τεκμηριώσει το βαθμό του κινδύνου που συνεπάγεται η υπέρταση και έχουν προσδιορίσει το μέγεθος του προσδοκώμενου οφέλους από την επαναφορά της πίεσης στα επίπεδα που έχουν οριστεί ως θεραπευτικός στόχος. Ωστόσο, οι γνώσεις αυτές δεν γίνονται πάντοτε κτήμα του κλινικού γιατρού και ειδικότερα του γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας, που αποτελεί το μέσο με το οποίο μπορεί να επιτευχθεί η αναμενόμενη από τον έλεγχο της υπέρτασης ελάττωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, στο μεμονωμένο άρρωστο και σε επίπεδο πληθυσμού.

Οι εκθέσεις των ειδικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχουν αυτονόητη αξία, αφού συντάσσονται από επιτροπές ειδικών ικανών να συλλέξουν, να αξιολογήσουν και να παρουσιάσουν με διεξοδικό τρόπο τα αποτελέσματα της έρευνας που έχει πραγματοποιηθεί στον αντίστοιχο κάθε φορά τομέα.

Τα τελευταία αυτά επιτεύγματα και οι δυνατότητες που προσφέρονται στην κλινική πράξη αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία αναπτύσσονται οι κύριοι στόχοι της θεραπείας. Δηλαδή:

1. Πρόληψη ή ακόμα και η αναστροφή της αγγειακής βλάβης, και
2. Η μείωση του αυξημένου φορτίου έργου της καρδιάς με επακόλουθο την υποστροφή της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια Επιτροπή Ειδικών για τον Έλεγχο της Υπέρτασης (Expert Committee on Hypertension Control) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) συνεδρίασε στη Γενεύη απ' τις 24 μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 1994. Εκ μέρους του Γενικού Διευθυντή, ο Dr D.E. Barmes, Αναπληρωτής Διευθυντής του Τομέα Μη Μεταδοτικών Νόσων, κήρυξε την έναρξη των εργασιών της Επιτροπής. Τόνισε ότι η υπέρταση, αποτελώντας τη συνηθέστερη καρδιαγγειακή διαταραχή, συνιστά μείζονα πρόκληση για τη δημόσια υγεία σε κοινωνίες που βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο από κοινωνικοοικονομική και επιδημιολογική άποψη. Είναι ένας από τους μείζονες παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 20-50% της συνολικής θνησιμότητας.

Ο ΠΟΥ ασχολείται με την υπέρταση από τη δεκαετία 1950 — 1960. Η Επιτροπή Ειδικών για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα και την Υπέρταση, που συνήλθε τον Οκτώβριο του 1958 στη Γενεύη, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην ταξινόμηση και τα κριτήρια διάγνωσης της υπέρτασης. Μια μεταγενέστερη Επιτροπή Ειδικών συνεδρίασε στη Γενεύη τον Οκτώβριο του 1961. Περιέγραψε τα στάδια της υπέρτασης, αλλά οι συστάσεις της περιορίστηκαν στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξέλιξης των συνεπειών της υπέρτασης (δευτερογενή πρόληψη). Μια τρίτη Επιτροπή Ειδικών συνεδρίασε στη Γενεύη το Μάρτιο του 1978 και ασχολήθηκε με την επιδημιολογία, την πρόληψη και τον έλεγχο της υπέρτασης.

Οι κύριοι στόχοι αυτής της έκθεσης είναι η καθιέρωση του ελέγχου της υπέρτασης ως μέρους των προγραμμάτων περιορισμού του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου, η επικέντρωση της προσοχής στην πληθυσμιακή προσέγγιση της πρωτογενούς πρόληψης της υπέρτασης και η σύνοψη των κατάλληλων κλινικών προσεγγίσεων και τρόπων αντιμετώπισης του υπερτασικού ασθενούς. Η έκθεση δίνει, επίσης, έμφαση στη σπουδαιότητα της

συστολικής αρτηριακής πίεσης και επεκτείνει τις συστάσεις για τον έλεγχο της υπέρτασης στους ηλικιωμένους. Η αντίληψη της σχέσης αποτελεσματικότητας και κόστους σε συνάρτηση με την πρόληψη και την αντιμετώπιση εισάγεται με σκοπό τη διευκόλυνση της επιλογής των κατάλληλων στρατηγικών ανάλογα με τα διάφορα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το 2003 διάφορα σώματα ειδικών, όπως η ευρωπαϊκή εταιρία υπέρτασης - ευρωπαϊκή εταιρία καρδιολογίας, η αμερικανική εθνική επιτροπή για την υπέρταση, ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας – διεθνής εταιρία υπέρτασης, η βρετανική και η канаδική εταιρία υπέρτασης κ.α., δημοσίευσαν νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση.

Η υπέρταση είναι εξίσου συχνή στη χώρα μας όσο και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες και αφορά περίπου το 25% του πληθυσμού των ενηλίκων. Τα ποσοστά αναγνώρισης, θεραπείας και ρύθμισης της υπέρτασης στη χώρα μας (σχήμα 1) είναι παρόμοια με αντίστοιχα ερευνών σε πληθυσμούς άλλων αναπτυγμένων χωρών. Πολλοί αγνοούν ότι έχουν αυξημένη πίεση, αλλά και από αυτούς που το γνωρίζουν λίγοι επιτυγχάνουν χωρίς θεραπεία ικανοποιητική ρύθμιση. Το ποσοστό καλής ρύθμισης, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό δεν ξεπερνά το 20-25%.

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχουν μεγάλα περιθώρια τόσο για τη μείωση των περιπτώσεων αδιάγνωστων υπερτασικών στη χώρα μας, όσο και για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση τους.

ΥΠΟ ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΟΙ 22%	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΟΙ 37%
ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟΙ		ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟΙ ΧΩΡΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

30%	11%
-----	-----





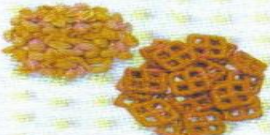



Στις πρόσφατες Εθνικές Αμερικανικές οδηγίες για την υπέρταση τιμές αρτηριακής πίεσης 120-139/80-89 mmHg χαρακτηρίζονται ως «προυπέρταση», επειδή συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης συγκριτικά με χαμηλότερες τιμές πίεσης υιοθέτηση του όρου αυτού που αφορά μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού, στοχεύει στην ευρύτερη εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέσων για την καθυστέρηση της εμφάνισης της υπέρτασης και στη στενότερη παρακολούθηση για την έγκαιρη έναρξη θεραπείας.

Μειώστε το αλάτι στη διατροφή

Έχει βρεθεί ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της υπέρτασης και της κατανάλωσης αλατιού. Ο μέτριος περιορισμός του αλατιού στη διατροφή μας αποδεδειγμένα μειώνει την αρτηριακή πίεση και οι άνθρωποι που έχουν την τάση να παρουσιάζουν υψηλή πίεση, είναι πολύ πιθανόν να την επιδεινώνουν τρώγοντας αλατισμένες τροφές. Το αλάτι στη διατροφή εμφανίζεται κατά βάση σε δύο μορφές: το αλάτι που προσθέτετε ενώ μαγειρεύετε ή χρησιμοποιείτε στο τραπέζι, και το αλάτι που υπάρχει ήδη στις τροφές, συνήθως στις επεξεργασμένες. Για να μειώσετε σημαντικά την κατανάλωση αλατιού, μπορείτε να κάνετε τα εξής.

Περιορισμένη ή καθόλου χρήση αλατιού στο μαγείρεμα ή στο τραπέζι. Στο μαγείρεμα και στο τραπέζι να αρωματίζετε και να δίνετε γεύση στο φαγητό με μπαχαρικά, λεμόνι, ξίδι και μυρωδικά

Μαγειρεύετε το ρύζι και τα μακαρόνια χωρίς αλάτι. Προσέξτε τη χρήση έτοιμων ζυμαρικών και ρυζιού, γιατί συνήθως έχουν πρόσθετο αλάτι.

Ποσότητα αλατος που περιέχεται σε επιλεγμένα τρόφιμα			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	ΑΛΑΤΙ (ΓΡΑΜΜ.) ΑΝΑ 100 ΓΡΑΜΜ.	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	ΑΛΑΤΙ (ΓΡΑΜΜ.) ΑΝΑ 100 ΓΡΑΜΜ.
ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΓΙΑ ΠΡΩΙΝΟ 	0,4-0,9	ΜΟΣΧΑΡΙΣΙΑ ΜΠΙΦΤΕΚΙΑ 	0,3-0,6
ΨΩΜΙ ΟΛΙΚΟΥ ΑΛΕΥΡΟΥ 	0,4-0,7	ΜΠΕΪΚΟΝ 	0,8-1,4
ΛΑΜΥΡΑ ΣΝΑΚ 	0,5-1,0	ΛΑΧΑΝΙΚΑ ΣΕ ΚΟΝΣΕΡΒΑ 	0,3-0,7
ΛΟΥΚΑΝΙΚΑ 	0,8-1,2	ΦΡΕΣΚΑ ΦΡΟΥΤΑ 	0,1-0,2

Σύμφωνα με έρευνα του Ντιρκ Τάουμπερτ και των συνεργατών του βρέθηκε πως ένα μικρό κομματάκι μαύρη σοκολάτα την ημέρα είναι αρκετό για να ελαττωθεί η αρτηριακή πίεση δίχως να αυξηθεί το σωματικό βάρος ή να επηρεαστούν τα επίπεδα χοληστερόλης και σακχάρου στο αίμα, σύμφωνα με μία νέα, μικρή γερμανική μελέτη, που δημοσιεύεται στην «Επιθεώρηση της Αμερικανικής-Ιατρικής Εταιρείας».

Τις καρδιοπροστατευτικές ιδιότητες της μαύρης σοκολάτας έχουν καταδείξει και προγενέστερες επιστημονικές μελέτες, αλλά οι επιστήμονες ανησυχούσαν ότι η ζάχαρη, τα λίπη και οι θερμίδες που περιέχει μπορεί να ακυρώσουν κάθε καλό που κάνει στην υγεία.

Όπως όμως, τώρα διαπίστωσαν, μόλις 6,8 γραμμάρια σοκολάτα την ημέρα, τα οποία περιέχουν 30 θερμίδες όλες κι όλες, μπορούν να ελαττώσουν την αρτηριακή πίεση, δίχως να αυξηθεί το σωματικό βάρος ή να υπάρξουν άλλες παρενέργειες. Ο Ντιρκ Τάουμπερτ και οι συνεργάτες του γράφουν πως η μαύρη σοκολάτα είναι πλούσια σε πολυφαινόλες.

Οι πολυφαινόλες είναι μία ομάδα φυσικών χημικών ουσιών, οι οποίες πιστεύεται ότι παρέχουν πολλά οφέλη στην υγεία.

Οι ερευνητές παρακολούθησαν από τον Ιανουάριο 2005 έως τον Δεκέμβριο 2006 44 εθελοντές, ηλικίας 56 έως 73 ετών, οι οποίοι έπασχαν μόνο από υπέρταση και κανένα άλλο πρόβλημα υγείας.

Οι εθελοντές χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, η μία εκ των οποίων έτρωγε ένα κομματάκι μαύρη σοκολάτα που περιείχε 30 mg πολυφαινολών και η άλλη ένα κομματάκι λευκή σοκολάτα δίχως πολυφαινόλες.

Έπειτα από 18 εβδομάδες, όσοι εθελοντές έτρωγαν μαύρη σοκολάτα παρουσίασαν μείωση της συστολικής τους πίεσης (ο μεγάλος αριθμός στην μέτρηση) κατά 0,3 βαθμούς (ή 3 mmHg) και της διαστολικής (ο μικρός αριθμός στην μέτρηση) κατά 0,2 βαθμούς (ή 2 mmHg).

Το σωματικό βάρος, τα επίπεδα χοληστερόλης και το σάκχαρο (γλυκόζη) στο αίμα τους παρέμειναν αναλλοίωτα.

«Με την πρώτη ματιά, η μείωση μοιάζει πολύ μικρή, αλλά συνοδεύεται από ελάττωση κατά 5% του κινδύνου θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια, όπως το έμφραγμα και το εγκεφαλικό», δήλωσε ο Δρ Τάουμπερτ.

Η σοκολάτα που χορηγήθηκε στους εθελοντές «ήταν η φθηνότερη που βρήκαμε στο σούπερ μάρκετ», πρόσθεσε. «Περιείχε 50% κακάο, αλλά πιστεύουμε ότι όποια περιέχει κακάο από 40% και πάνω θα είναι ωφέλιμη». Υπολογίζεται ότι περισσότερο από το 20% των ενηλίκων έχει υπέρταση, ότι ένας στους τρεις από αυτούς δεν το γνωρίζει και από αυτούς που το γνωρίζουν, μόνον οι λιγότεροι από τους μισούς προσπαθούν να την αντιμετωπίσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από την κεντρική αντλία, την καρδιά, από σύστημα αγωγών που διανέμουν και συλλέγουν το αίμα (τις αρτηρίες και φλέβες) και από ένα εκτεταμένο δίκτυο λεπτών αγγείων (τριχοειδή αγγεία) που επιτρέπουν την γρήγορη ανταλλαγή ουσιών ανάμεσα στους ιστούς και το αίμα και από το λεμφικό σύστημα.

Η καρδιά αποτελείται στην ουσία από 2 αντλίες που λειτουργούν σε σειρά. Η δεξιά καρδιά στέλνει το αίμα στους πνεύμονες για να πάρει O_2 και να αποβάλλει CO_2 (πνευμονική κυκλοφορία) εάν η αριστερή καρδιά στέλνει το αίμα σε όλα τα άλλα όργανα του σώματος για την τροφοδότηση και ομοιόσταση των ιστών(συστηματική κυκλοφορία). (Μουτσόπουλος-Εμμανουηλ,1991)

Η ροή του αίματος προς μία μόνο κατεύθυνση χωρίς παλινδρομήσεις επιτυγχάνεται με κατάλληλη διάταξη βαλβιδικών μηχανισμών ενώ η κατά ώσεις εξώθησή του από την καρδιά μετατρέπεται σε συνεχή ροή στην περιφέρεια χάρη στις ελαστικές ιδιότητες των μεγάλων αρτηριακών κλάδων και τις υψηλές αντιστάσεις των αρτηριδίων. Για την ρύθμιση της κυκλοφορίας λειτουργούν πολύπλοκοί μηχανισμοί που συντονίζουν τα διάφορα όργανα του κυκλοφορικού συστήματος. Είναι φανερό πως βλαπτικές επιδράσεις σε ένα σημείο της κυκλοφορίας θα προκαλέσουν διαταραχές στην λειτουργία και θα κινητοποιήσουν αντιρροπιστικούς μηχανισμούς σε ολόκληρο το σύστημα. (Μουτσόπουλος- Εμμανουηλ,1991)

Η καρδιά προμηθεύει στο αρτηριακό σύστημα μια ποσότητα αίματος. Οι αρτηρίες χρησιμεύουν σαν αγωγοί μέσα στους οποίους το αίμα φτάνει στα περιφερικά αρτηρίδια και τα τριχοειδή. Στα τριχοειδή λόγω των πολύ λεπτών τοιχωμάτων τους γίνεται η ανταλλαγή O_2 , θρεπτικών ουσιών και προϊόντων του μεταβολισμού. Αφού περάσει το αίμα από τα τριχοειδή συλλέγεται από τα φλεβίδια και διοχετεύεται στο φλεβικό δίκτυο για να οδηγηθεί πίσω στην καρδιά.

Η υφή του τοιχώματος των αρτηριών μεταβάλλεται ανάλογα με την απόσταση τους από την καρδιά. Η κυριότερη μεταβολή αφορά τη σχετική υπερίσχυση των ελαστικών ή των μυϊκών στοιχείων. Δηλαδή ενώ η αορτή αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από ελαστικό ιστό οι μικρές αρτηρίες και τα αρτηρίδια διαθέτουν παχύ μυϊκό. Οι διαφορές στην κατασκευή έχουν σχέση με τον τρόπο λειτουργίας των αρτηριών στα διάφορα τμήματα του κυκλοφορικού συστήματος.



Τα τοιχώματα των μεγάλων αρτηριών εμφανίζουν μεγάλη αντοχή και ελαστικότητα και γι' αυτό έχουν την ικανότητα να ανθίστανται στην μεγάλη πίεση την οποία υπόκεινται. Επιπλέον τα ελαστικά τοιχώματα εναποθηκεύουν κατά την διάρκεια του χρόνου διοχέτευσης μέρος της συστολικής ενέργειας της καρδιάς και τη μετατρέπουν σε διάταση την οποία πάλι μετατρέπουν σε κινητική ενέργεια κατά τη διάρκεια της καρδιακής παύλας.(Φερτακης,1996)

Η αορτή λόγω των ελαστικών της τοιχωμάτων λειτουργεί ως θάλαμος συμπίεσης. Απορροφά και αμβλύνει την απότομη συστολική ώση καθώς διοχετεύει το αίμα προς τις μικρότερες αρτηρίες με ομοιόμορφη πίεση, ταχύτητα και ρυθμό.

Στις μικρές αρτηρίες η συστολή και η χάλαση του μυϊκού τοιχώματος βρίσκεται υπό τον έλεγχο χημικών και νευρικών παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες ρυθμίζουν την διοχέτευση αίματος προς τους διάφορους ιστούς

ανάλογα με τις ανάγκες τους. Σε αυτές τις αρτηρίες η κυκλοφορία του αίματος οφείλεται στη συστολή της καρδιάς και πολύ λίγο στα τοιχώματα τους. Αντίθετα οι μυϊκές ίνες των αρτηριδίων αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης του αίματος καθώς και για τη ρύθμιση του διοχετευμένου αίματος στις διάφορες περιοχές.(Houssay,1981)

2. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ

Καρδιακή παροχή είναι η ποσότητα του αίματος που εξωθείται από την αριστερή κοιλία στην αορτή στη μονάδα του χρόνου. Σε φυσιολογικά ενήλικα άτομα σε κατάσταση ηρεμίας η καρδιακή παροχή είναι περίπου 5 λίτρα ανά λεπτό. Επειδή η καρδιακή παροχή κυμαίνεται ανάλογα με το μέγεθος του σώματος για σκοπούς σύγκρισης μεταξύ ατόμων με διαφορετικό μέγεθος σώματος έχει καθιερωθεί η έννοια του καρδιακού δείκτη διαιρώντας την καρδιακή παροχή με το εμβαδόν της επιφάνειας σώματος. Ο φυσιολογικός καρδιακός δείκτης σε ενήλικα άτομα είναι περίπου 3 λίτρα ανά λεπτό ανά τετραγωνικό μέτρο. Η καρδιακή παροχή υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας τον όγκο παλμού της αριστερής κοιλίας επί την καρδιακή συχνότητα. Η καρδιακή παροχή εξαρτάται κυρίως από την μεταβολική δραστηριότητα του οργανισμού. Όσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη των ιστών σε O_2 και θρεπτικά στοιχεία τόσο μεγαλύτερη θα είναι η καρδιακή παροχή. Οι μεταβολές αυτές επιτυγχάνονται κυρίως με μεταβολές στην καρδιακή συχνότητα και με σχετικά μικρές μεταβολές του όγκου παλμού.

Ο καρδιακός κύκλος έχει 4 φάσεις λειτουργίας της καρδιάς οι οποίες ολοκληρώνονται σε λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο. Οι φάσεις αυτές είναι:

- Φάση σύσπασης
- Φάση εξώθησης της συστολής και φάση χάλασης
- Φάση πλήρωσης της διαστολής(Lippert,1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

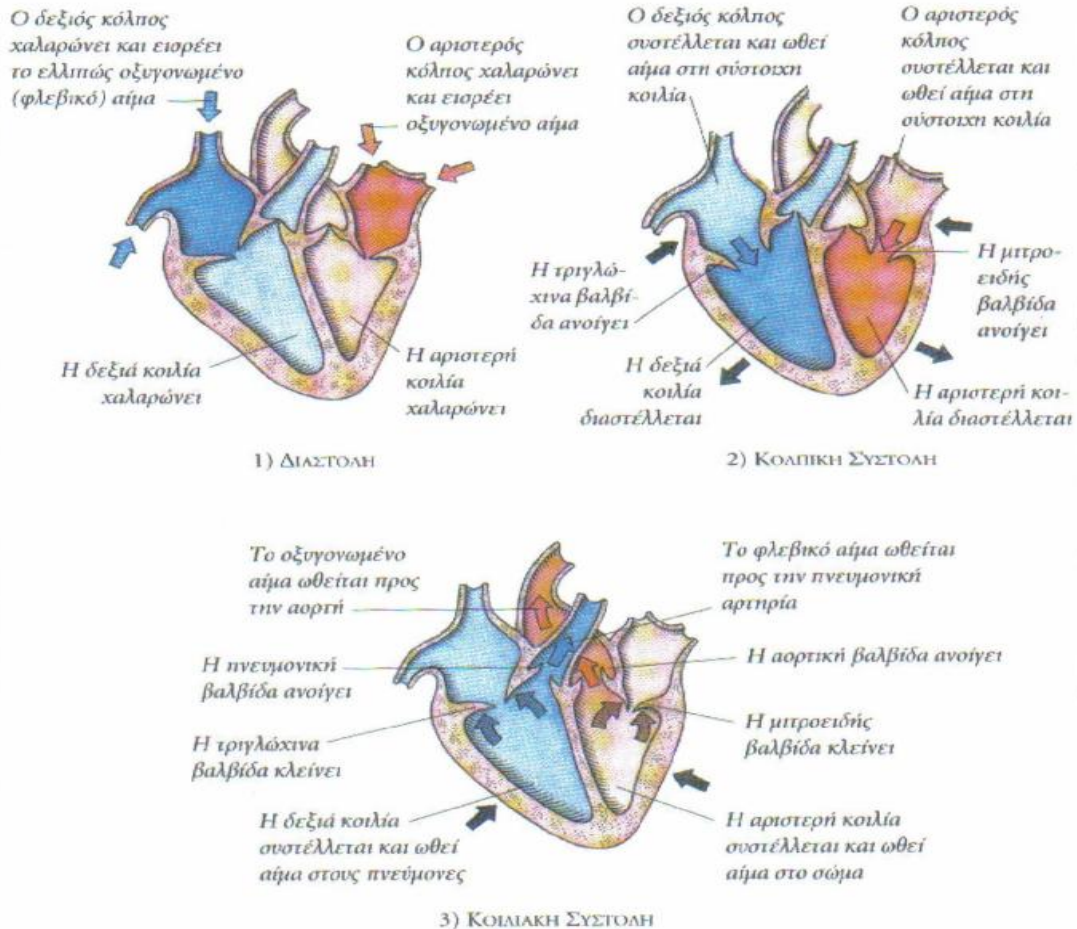
2.2 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ο ορισμός της υπέρτασης είναι δύσκολος και, κατ' ανάγκη, αυθαίρετος. Πρώτος ο Sir George Pickering διατύπωσε την άποψη ότι η κατανομή της αρτηριακής πίεσης στον πληθυσμό είναι συνεχής ως κωδωνοειδής καμπύλη, χωρίς να υπάρχει πραγματική διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην «κανονική πίεση» και την «υπέρταση». Υπάρχει επίσης μια άμεση συσχέτιση ανάμεσα στον καρδιαγγειακό κίνδυνο και την αρτηριακή πίεση: όσο υψηλότερη είναι η πίεση, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για αγγειακά επεισόδια και στεφανιαία συμβάντα. Συνεπώς, ο διαχωρισμός ανάμεσα στην «κανονική πίεση» και την «υπέρταση» μόνο θεωρητικά μπορεί να οριστεί: οι Evans & Rose όρισαν την υπέρταση ως το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης στο οποίο η διάγνωση και η θεραπεία κάνουν περισσότερο καλό από όσο κακό. Το επίπεδο αυτό μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με κλινικές μελέτες παρέμβασης, που αναδεικνύουν τα οφέλη από την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης. (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ,2005)

Υπέρταση είναι αυξημένη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση του αίματος που συνοδεύεται από φυσιολογική καρδιακή παροχή και γενική αύξηση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο υπερτασικό πρέπει η αύξηση της αρτηριακής πίεσεως του αίματος να αφορά την διαστολική. Στις περιπτώσεις που η αύξηση της αρτηριακής πίεσεως παρατηρείται κατά διαστήματα ή περιορίζεται μόνο στη συστολική τότε μιλάμε για ασταθή αρτηριακή υπέρταση. (ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ,2000)

Η αλληλουχία που δημιουργεί έναν καρδιακό παλμό

Η αλληλουχία του καρδιακού παλμού έχει τρεις φάσεις – τη διαστολή, την κοιλιακή συστολή και την κοιλιακή συστολή. Ο συγχρονισμός των φάσεων αυτών πρέπει να διατηρείται με ακρίβεια, ανεξάρτητα από το πόσο αργά ή γρήγορα πάλλεται η καρδιά.

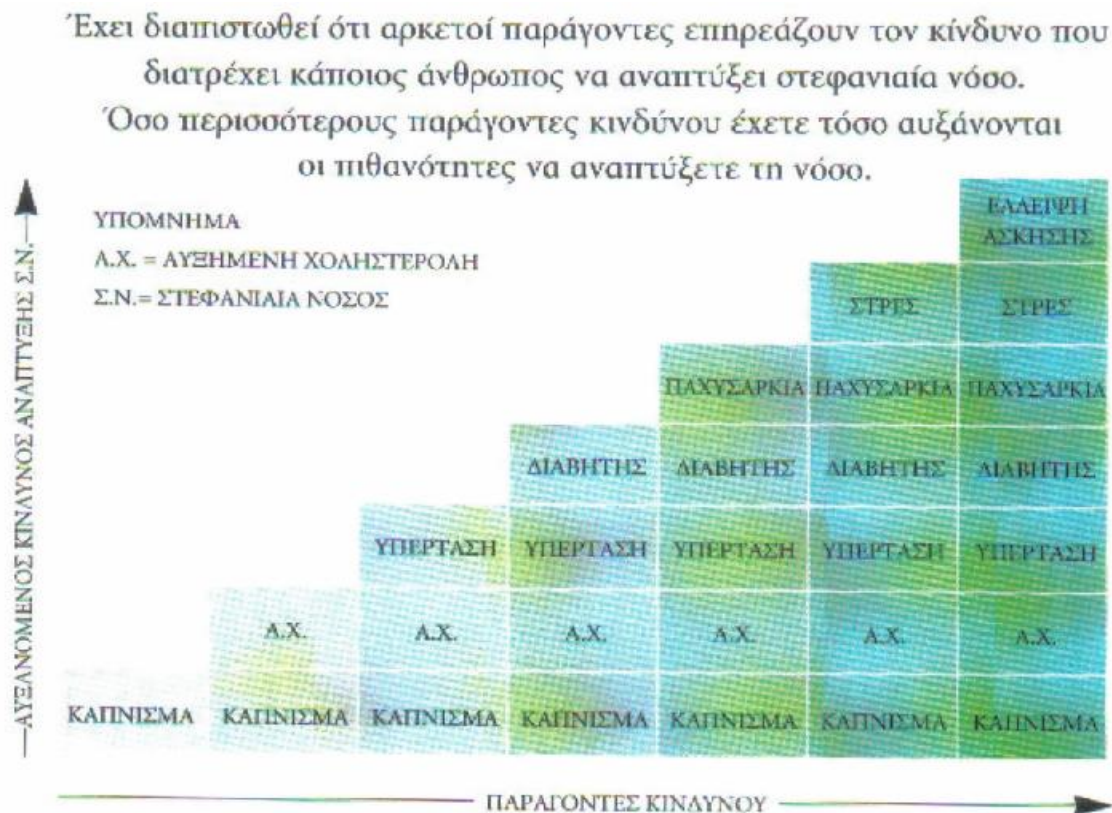


2.3 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Η υπέρταση είναι ένας από πολλούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Όταν το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης μόλις υπερβαίνει το όριο που διαχωρίζει τα άτομα με κανονική πίεση από τους υπερτασικούς, η παρουσία ενός ή περισσότερων απ' τους άλλους παράγοντες μπορεί να είναι περισσότερο καθοριστική για τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής, ιδίως ως προς την πρόκληση στεφανιαίου επεισοδίου, απ' όσο η αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Δοθέντος ότι το απόλυτο όφελος από τη θεραπεία της υπέρτασης καθορίζεται από τον απόλυτο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο καθέννας απ'

αυτούς τους παράγοντες πρέπει να εκτιμάται πριν από την απόφαση για θεραπεία. (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ 2005)



(ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ 2000)

2.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Συσκευές και μέθοδοι

Η αρτηριακή πίεση μετριέται γενικά έμμεσα, με τη χρήση υδραργυρικού πιεσόμετρου και της ακροαστικής μεθόδου.

Πριν από τη μέτρηση, ο ασθενής πρέπει να καθίσει επί αρκετά λεπτά μέσα σε ήσυχο δωμάτιο, σε κάθισμα που του στηρίζει άνετα την πλάτη. Οι μύες του βραχίονα πρέπει να είναι χαλαροί και το αντιβράχιο να υποστηρίζεται με τον ωλένιο βόθρο στο ύψος της καρδιάς (τέταρτο μεσοπλεύριο διάστημα). Η αρτηριακή πίεση μπορεί, επίσης, να μετρηθεί με το άτομο πλαγιασμένο ή όρθιο,

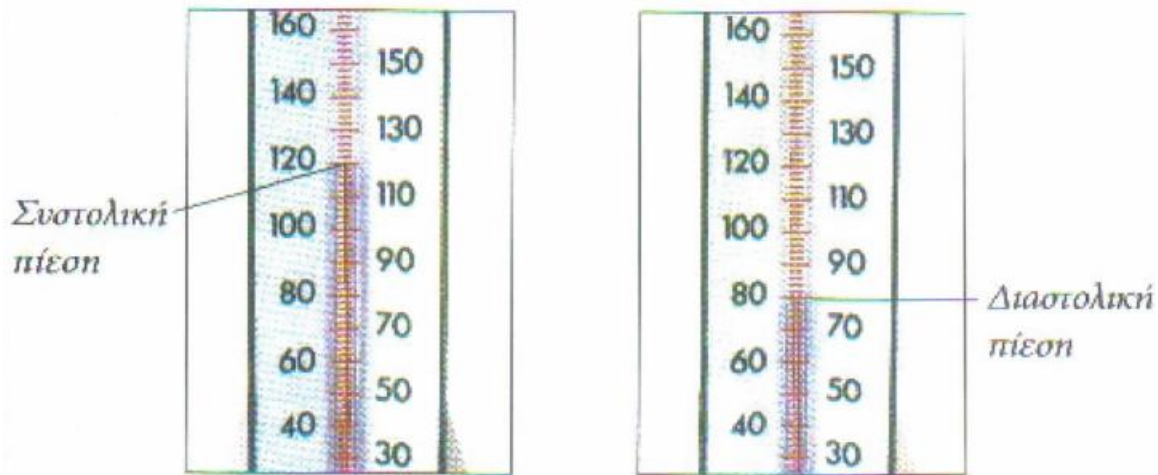
με την προϋπόθεση ότι ο βραχίονας θα υποστηρίζεται στο ύψος της καρδιάς. Ο άρρωστος δεν πρέπει να φορά ρούχα με μανίκια που σφίγγουν. Μια περιχειρίδα κατάλληλου μεγέθους τοποθετείται ομοιόμορφα γύρω από το γυμνό βραχίονα. (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ 2005) Η πίεση κατά την οποία ακούγονται για πρώτη φορά οι ήχοι είναι η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ). Η διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) είναι η πίεση στο σημείο όπου οι ήχοι εξαφανίζονται. Οι περισσότερες μεγάλες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει αυτό το σημείο, δηλαδή την εξαφάνιση των ήχων, για τον ορισμό της ΔΑΠ. Η συστολική και η διαστολική πίεση πρέπει να μετρούνται τουλάχιστον δύο φορές μέσα σε περίοδο τουλάχιστον τριών λεπτών. Καταγράφονται και οι δύο μετρήσεις και υπολογίζεται ο μέσος όρος για τη συστολική και τη διαστολική πίεση. Συνιστάται επίσης, κατά την πρώτη επίσκεψη, να μετριέται η πίεση του ασθενούς και στα δύο χέρια, σε καθιστή και σε όρθια θέση. Αν υπάρχει υποψία για ορθοστατική υπόταση, καθώς και στους ηλικιωμένους, όπου η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι συνηθέστερη, η πίεση πρέπει να μετριέται τακτικά, στην όρθια θέση.

(ΠΑΝΑΓΟΥΛΗΣ 2006)



Τα ανώτερα όρια της φυσιολογικής συστολικής αρτηριακής πίεσης του αίματος κυμαίνονται ανάλογα με την ηλικία.

Δύο μετρήσεις καταγράφονται, όταν λαμβάνεται η αρτηριακή πίεση. Η συστολική πίεση είναι ο μεγαλύτερος αριθμός και η διαστολική πίεση ο μικρότερος.



Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΥΤΗ ΔΕΙΧΝΕΙ 120/80

Για την ηλικία των 40 ετών :Α.Π. 150mmHg

Για την ηλικία των 60 ετών :Α.Π. 170mmHg και για τη διαστολική πίεση ως ανώτερο φυσιολογικό όριο για τα άτομα μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούνται 100mmHg.(ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ 2002)

2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση διακρίνεται σε :

1. Ιδιοπαθή ή πρωτοπαθή της οποίας η αιτιολογία συνήθως είναι άγνωστη και αποτελεί το 90% περίπου των περιπτώσεων της υπέρτασης και
2. Δευτεροπαθή της οποίας η αιτιολογία είναι γνωστή, είναι δηλαδή, επακόλουθο των καταστάσεων που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της διακρίνεται σε:

- Ήπια μορφή
- Βαριά μορφή
- Μέτρια κακοήθους μορφή
- Κακοήθους μορφή (ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, 2002)

Πίνακας : Ταξινόμηση της υπέρτασης ανάλογα με το ύψος της αρτηριακής πίεσης

	Συστολική και διαστολική πίεση (ΣΑΠ και ΔΑΠ), mmHg	
Κανονική πίεση	<140 (<18,7) ΣΑΠ	και <90 (<12,0) ΔΑΠ
Ήπια υπέρταση	140 - 180 (18,7 - 24,0) ΣΑΠ	ή 90 - 105 (12,0 - 14,0) ΔΑΠ
Υποομάδα: οριακή	140 - 160 (18,7 - 21,3) ΣΑΠ	ή 90 - 95 (12,0 - 12,7) ΔΑΠ
Μέτρια και σοβαρή υπέρταση	>180 (>24,0) ΣΑΠ	ή >105 (>14,0) ΔΑΠ
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση	>140 (18,7) ΣΑΠ	<90 (<12,0) ΔΑΠ
Υποομάδα: οριακή	140 - 160 (18,7 - 21,3) ΣΑΠ	και <90 (< 12,0) ΔΑΠ

Ο κίνδυνος πρέπει να υποδεικνύεται με την αναφορά των πραγματικών τιμών ΣΑΠ και ΔΑΠ (Μουντοκαλακης, 2005)

2.5.1 ΔΥΣΚΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Ως ανθεκτική υπέρταση ορίζεται η υπέρταση όταν δεν επιτυγχάνεται ρύθμιση της πίεσης, παρά την ταυτόχρονη χορήγηση πλήρους δοσολογίας τριών διαφορετικών κατηγοριών φαρμάκων, εκ των οποίων η μία είναι διουρητικά. Αίτια αποτυχίας της θεραπείας κατά σειρά συχνότητας είναι η κακή συνεργασιμότητα των αρρώστων, η ανεπαρκής δοσολογία, η ακατάλληλη

χρήση των διουρητικών (π.χ. θειαζίδες μέρα παρά μέρα ή σε αρρώστους με κρεατινίνη >3 mg/dl), η συγχορήγηση φαρμάκων με υπερτασική δράση (μη στεροειδή αντιφλεγμονώ-δη, συμπαθητικομιμητικά, κορτικοειδή, κ.α.) και σπανιότερα, η δευτεροπαθής υπέρταση. Υπερτασικά άτομα με δυσκολία στην ρύθμιση πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικά ιατρεία. (Ελληνική εταιρία,2005)

2.5.2 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Οι περιπτώσεις στις οποίες χρειάζεται επείγουσα παρέμβαση για την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης είναι σπάνιες. Πρόκειται για περιπτώσεις μεγάλης αύξησης της αρτηριακής πίεσης σε συνδυασμό με οξεία βλάβη οργάνου-στόχου που επιβάλλουν άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο και επείγουσα χορήγηση φαρμάκων (έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ρήξη διαχωριστικού ανευρύσματος αορτής, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, εκλαμψία, κακοήθης υπέρταση, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια).(Τρικας,1997)

Στις συνήθεις περιπτώσεις ανόδου της αρτηριακής πίεσης που δεν συνδυάζεται με οξεία βλάβη οργάνου-στόχου ("αιχμές" υπέρτασης), η επείγουσα παρέμβαση για τη μείωση της πίεσης δεν έχει νόημα. Αντίθετα, είναι δυνητικά επικίνδυνα, επειδή η μεγάλη και απότομη μείωση της πίεσης μπορεί να προκαλέσει ισχαιμικό εγκεφαλικό ή καρδιακό επεισόδιο λόγω απότομης ελάττωσης της αιμάτωσης των αντίστοιχων οργάνων. Με την έννοια αυτή ο όρος "υπερτασική κρίση" πρέπει να καταργηθεί γιατί παραπέμπει στην αναγκαιότητα άμεσης παρέμβασης που, εκτός από τις λίγες περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, δεν υφίσταται. Η εξαιρετικά δημοφιλής πρακτική της υπογλώσσιας χορήγησης δισκίων νιφεδιπί-νης, νιτροδών ή καπτοπρίλης σε άτομα με "αιχμές" υπέρτασης πρέπει άμεσα να καταργηθεί και να αντικατασταθεί από την ψύχραιμη προσπάθεια μακροχρόνιας ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης. (Ελληνική εταιρία,2005)

2.5.3 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ <<ΛΕΥΚΗΣ ΜΠΛΟΥΖΑΣ>>

Αν και αρκετό συχνό και ευρέως γνωστό το φαινόμενο της υπέρτασης <<λευκής μπλούζας>> συχνά δεν προσεγγίζεται σωστά. Ως αποτέλεσμα σε μερικές περιπτώσεις συνταγογραφείται θεραπεία χωρίς να χρειάζεται ή ακόμα χειρότερα δεν χορηγείται θεραπεία σε περιπτώσεις που επιβάλλεται. Στις Η.Π.Α το 2002, εγκρίθηκε για πρώτη φορά περιορισμένη κάλυψη του κόστους της 24^{ης} καταγραφής μόνο για περιπτώσεις αρρώστων με πιθανή υπέρταση <<λευκής μπλούζας>>.

Υπέρταση <<λευκής μπλούζας>> παρατηρείται σε περίπου 10-20% των αρρώστων με αυξημένη πίεση στο ιατρείο. Δεδομένα από το κέντρο υπέρτασης της Γ΄ Παθολογικής κλινικής του πανεπιστημίου Αθηνών έδειξαν ότι το φαινόμενο παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 15% των ατόμων που προσέρχονται στο ιατρείο λόγω αυξημένης αρτηριακής πίεσης. Πρόκειται για άτομα με αυξημένη πίεση σε επανειλημμένες επισκέψεις στο ιατρείο ενώ εκτός ιατρείου η πίεση είναι φυσιολογική. (Στεργίου, 2004)

<<Αντίδραση λευκής μπλούζας>> είναι διαφορετική έννοια που υποδηλώνει κλινικά σημαντική διαφορά μεταξύ πίεσης στο γραφείο και πίεσης στο σπίτι ή μέσης πίεσης του 24ώρου ανεξάρτητα από το επίπεδο της πίεσης. Η <<αντίδραση λευκής μπλούζας>> είναι συχνή και σε υπερτασικά άτομα (15-25%) ακόμα και όταν υποβάλλονται σε φαρμακευτική θεραπεία και μπορεί να οδηγήσει σε υπερθεραπεία. Μελέτες στο κέντρο υπέρτασης έδειξε παρόμοια συχνότητα <<αντίδραση λευκής μπλούζας>> σε αρρώστους με ή χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία. Το φαινόμενο αυτό είναι συχνότερο στους ηλικιωμένους, στις γυναίκες και σε άτομα με συστολική υπέρταση. Τα άτομα με <<αντίδραση λευκής μπλούζας>> δεν είναι περισσότερο αγχώδη από όσο τα συνήθη υπερτασικά άτομα και η αύξηση της πίεσης τους στο ιατρείο δεν

συνοδεύεται από ταχυκαρδία. Ως εκ τούτου μοναδικός τρόπος διάγνωσης είναι η μέτρηση της πίεσης εκτός ιατρείου.

Η τρέχουσα άποψη είναι ότι τα άτομα με <<αντίδραση λευκής μπλούζας>> δεν χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία υπό την προϋπόθεση ότι δεν έχουν ενδείξεις προσβολής οργάνων και διατρέχουν μικρό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Τονίζεται ότι τα άτομα αυτά δεν θεωρούνται νορμοτασικά, αλλά έχουν αυξημένη πιθανότητα εγκατάστασης υπέρτασης στο μέλλον. Γι' αυτό αν δεν υποβάλλονται σε θεραπεία πρέπει να αντιμετωπίζονται με μη φαρμακολογικά μέσα και να παρακολουθούνται 1-2 φορές το χρόνο με μετρήσεις της πίεσης στο ιατρείο και εκτός ιατρείου.(στεργίου,2004)

2.5.4 ΒΛΑΒΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

ΚΑΡΔΙΑ

Οι καρδιακές επιπλοκές της υπέρτασης αναφέρονται συχνά ως «υπερτασική καρδιοπάθεια». Ωστόσο, οι επιπλοκές αυτές είναι πολλαπλές,

σχετίζονται με την αυξημένη πίεση κατά διαφορετικούς τρόπους και μπορεί να επηρεάζονται διαφορετικά από τα αντιυπερ-τασικά φάρμακα. Γι' αυτό, είναι προτιμότερο να μη χρησιμοποιείται ένας ασαφής γενικός όρος, αλλά να αναφέρεται ξεχωριστά κάθε μια από αυτές τις επιπλοκές.(Fisher)

ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Από παλιά, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας θεωρείται επιπλοκή της υπέρτασης. Αρχικά μελετήθηκε νεκροτομικά, στη συνέχεια ακτινολογικά και τέλος η ηλεκτροκαρδιογραφική της εικόνα τεκμηριώθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου ή τουλάχιστον ως δείκτης επιπρόσθετου κινδύνου σε ασθενείς με υπέρταση. Ο κίνδυνος είναι σημαντικά μεγαλύτερος όταν υπάρχει το καλούμενο "strain" (μεταβολές του διαστήματος ST και του κύματος T), από όσο όταν υπάρχουν απλώς μεταβολές «δυναμικών» (υψηλά R και βαθιά S) και, συνολικά, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας είναι ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης καρδιαγγειακού επεισοδίου από όσο άλλοι αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου. Το υπερηχογράφημα επιτρέπει την ειδική και ευαίσθητη εκτίμηση της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. Η μάζα της αριστερής κοιλίας (συντά μετά από διόρθωση ως προς τη μάζα του σώματος) μπορεί να υπολογιστεί από το πάχος του μεσοκοιλιακού και του οπισθίου τοιχώματος και τη διάμετρο της αριστερής κοιλίας στο τέλος της διαστολής και μπορούν να μελετηθούν και άλλες μεταβολές της γεωμετρίας της καρδιάς. Αν και τα διαθέσιμα κλινικά δεδομένα παρακολούθησης ασθενών με υπερτροφία της αριστερής κοιλίας σε υπερηχογράφημα αφορούν σχετικά σύντομη διάρκεια, υποδηλώνουν ότι ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά επεισόδια αυξάνει ανάλογα με τη βαρύτητα της υπερτροφίας. Δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί αν ο αυξημένος κίνδυνος οφείλεται στην αυξημένη μάζα του μυοκαρδίου, τη συνοδό αύξηση του κολλαγόνου του μυοκαρδίου (ίνωση) ή τις σύνοδες μεταβολές της στεφανιαίας κυκλοφορίας. Η θεραπεία της υπέρτασης μπορεί να υποστρέψει την υπερτροφία της αριστερής

κοιλίας χωρίς να παραβιάσει τη συστολική λειτουργία, συνδυάζεται δε με βελτίωση της διαστολικής λειτουργίας. Παραμένει να αποδειχθεί αν με τη θεραπεία εξουδετερώνεται και ο κίνδυνος που οφείλεται στην υπερτροφία της αριστερής κοιλίας (Zanchetti, Sleight, Birkenhager,1993).

2.5.5 ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μετρήσεις με την τεχνική Doppler της ροής διά της μιτροειδούς στην αριστερή κοιλία κατά τη διαστολή, έχουν δείξει ότι ο λόγος της ταχύτητας μέγιστης ροής κατά τη συστολή των κόλπων (κύμα Α) προς την αντίστοιχη τιμή κατά την πρώιμη διαστολική φάση ταχείας πλήρωσης (κύμα Ε) είναι συχνά αυξημένος σε υπερτασικά συγκριτικά με νορμοτασικά άτομα, ακόμα και όταν δεν υπάρχουν άλλες δομικές ή λειτουργικές διαταραχές. Δεν υπάρχει ακόμα ένδειξη για το ότι η μεμονωμένη διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας στην υπέρταση και η υποστροφή της με τη θεραπεία, έχουν κλινική σημασία(Karlan,2005)

2.5.6 ΜΕΓΑΛΕΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΕΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ

Αθηροσκληρυντικές πλάκες ανευρίσκονται συχνά στις επικαρδιακές στεφανιαίες αρτηρίες υπερτασικών ατόμων, ιδίως σε όσους συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου για αρτηριοσκλήρυνση, δηλαδή αυξημένα επίπεδα λιπιδίων πλάσματος και κάπνισμα. Η πρόληψη ή η αντιμετώπιση της

στεφανιαίας αρτηριοσκλήρυνσης δεν πρέπει να περιορίζονται στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Η δραστική παρέμβαση και στους άλλους παράγοντες κινδύνου είναι απαραίτητη. Σε περιπτώσεις ήπιας υπέρτασης, η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου από όσο η μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Υπάρχουν, ωστόσο, συσσωρευόμενες ενδείξεις για το ότι σε ασθενείς με υπέρταση οι στεφανιαίες εφεδρείες (η μέγιστη δυνατή αύξηση της στεφανιαίας ροής) είναι συχνά μειωμένες κατά 30— 40%, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν στενωτικές βλάβες στις επικάρδιες στεφανιαίες αρτηρίες. Βιοψίες μυοκαρδίου έχουν δείξει ότι η μείωση των στεφανιαίων εφεδρειών οφείλεται σε δομικές μάλλον παρά σε αμιγώς λειτουργικές μεταβολές των μικρών στεφανιαίων αρτηριών (αρτηριών αντίστασης). Είναι γνωστό ότι η συχνότητα του εμφράγματος του μυοκαρδίου και του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου είναι αυξημένες σε ασθενείς με υπέρταση. Δεν έχει όμως ακόμα διευκρινιστεί τι ποσοστό αυτής της αύξησης οφείλεται σε αθηροσκληρωτικές πλάκες των μεγάλων στεφανιαίων αρτηριών, σε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, σε ίνωση του μυοκαρδίου ή σε νόσο των μικρών στεφανιαίων αρτηριών. (Μουντοκαλακης,1998)

2.5.7 ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αν και η συστολική λειτουργία συχνά δεν επηρεάζεται στην υπέρταση, η μη θεραπευόμενη υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Έτσι, πριν ανακαλυφθεί και εφαρμοστεί ευρέως η αντιυπερτασική

θεραπεία, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ήταν μια από τις συχνότερες επιπλοκές της υπέρτασης. Η προοδευτική διάταση της αριστερής κοιλίας σε συνδυασμό με στεφανιαία αθηροσκλήρυνση ή με νόσο των μικρών στεφανιαίων αρτηριών σηματοδοτούν την ανάπτυξη της καρδιακής ανεπάρκειας. Μετα-ανάλυση των ελεγχόμενων κλινικών μελετών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που αφορούν ηλικιωμένους υπερτασικούς, έδειξαν ότι η αντιυπερτασική θεραπεία μειώνει την επίπτωση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας περίπου κατά 50%.

Η ανάπτυξη συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας σε υπερτασικούς ασθενείς εξαρτάται επίσης και από άλλους παράγοντες κινδύνου. Η πρόληψη ή η διόρθωση των επιπρόσθετων αυτών παραγόντων κινδύνου μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Οι μαύροι υπερτασικοί ασθενείς είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με μηχανισμό που δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς. Σε υπερτασικούς ασθενείς της Αφρικής έχει περιγραφεί μια μορφή διατατικής μυοκαρδιοπάθειας, που χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια και των δύο κοιλιών. Σε μερικές περιπτώσεις υπερτασικών ασθενών, μπορεί να παρατηρηθεί αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια με μικρό μέγεθος καρδιάς και βαριά διαστολική δυσλειτουργία.(Buctman,2000)

2.6 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗΣ, ΚΑΡΩΤΙΑΔΕΣ

2.6.1 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η σχέση μεταξύ επίπτωσης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και αρτηριακής πίεσης είναι συνεχής και η γραμμή συσχέτισης χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα μεγάλη κλίση. Όλοι οι τύποι εγκεφαλικών επεισοδίων [αιμορραγικών, μαλακυντικών (lacunar) και θρομβωτικών] σχετίζονται με την υπέρταση. Η αντιυπερτασική θεραπεία έχει δείξει ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση της επίπτωσης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, αφού η μείωση της διαστολικής πίεσης κατά 5—6 mmHg (0,67—0,8 kPa) συνεπάγεται μείωση της επίπτωσης κατά περίπου 40% . Η χοληστερόλη του πλάσματος δεν συσχετίζεται τόσο στενά με τον κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο όσο η υπέρταση, αλλά το κάπνισμα, ο διαβήτης και η παχυσαρκία είναι δείκτες πρόβλεψης (predictors). Τα επεισόδια διαλείπουσας ισχαιμίας εγκεφάλου σχετίζονται επίσης με την υπέρταση και επιπλέον είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό τα επεισόδια αυτά μπορούν να προληφθούν με την αντιυπερτασική θεραπεία. Ωστόσο, μελέτες παρέμβασης έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μετά από επεισόδιο διαλείπουσας ισχαιμίας εγκεφάλου, μπορεί να μειωθεί με την αντιθρομβωτική θεραπεία. Η αγγειακή/αρτηριοσκληρυντική (vascular) άνοια αποτελεί επίσης συχνή συνέπεια της υπέρτασης στον πληθυσμό πολλών χωρών, ακόμα και όταν είναι λιγότερο συνήθεις άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. αυξημένα επίπεδα λιπιδίων πλάσματος). (Μουντοκαλακης, 1998)

Παρά τις σημαντικές τεχνολογικές εξελίξεις στη μελέτη της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου (απεικόνιση με υπολογιστική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, διακρανιακό υπερηχογράφημα με Dop-pler κ.λπ.), αρκετά ερωτηματικά που αφορούν την εγκεφαλική βλάβη και την υπέρταση παραμένουν αδιευκρίνιστα:

- Όλοι οι τύποι εγκεφαλικού επεισοδίου μπορούν να προληφθούν εξίσου με την αντιυπερτασική θεραπεία και ειδικότερα οι αιμορραγικές και οι μαλακυντικές βλάβες ανταποκρίνονται καλύτερα από όσο τα έμφρακτα;

- Ποια είναι η κλινική σημασία των βλαβών της λευκής ουσίας που παρατηρούνται στην υπέρταση;
- Μπορεί η αντιυπερτασική θεραπεία να μειώσει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης αγγειακής άνοιας;
- Είναι η αντιυπερτασική θεραπεία εξίσου αποτελεσματική στην πρόληψη δεύτερου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου όσο και στην πρωτογενή πρόληψη;
- Υπάρχει θεραπευτικό «παράθυρο» στην πρώιμη φάση του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου;(Παπαδημητρίου Μ.)

(Μουντοκαλάκης,1998)

2.6.2 ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΗΣ



Η εξέταση του βυθού των οφθαλμών θεωρείται κλασική μέθοδος για την εκτίμηση της προσβολής οργάνων-στόχων σε ασθενείς με υπέρταση. Αν και η ταξινόμηση των Keith, Wagener και Barker έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα, τις τρεις τελευταίες δεκαετίες αποδίδεται μικρότερη σημασία στις ελάχιστονες αγγειακές βλάβες, όπως είναι αυτές που ορίζονται ως βαθμός I και II, επειδή η απλή πάχυνση των αρτηριών του αμφιβληστροειδούς σχετίζεται στενότερα με την ηλικία από όσο με την αρτηριακή πίεση .(Φερτακης,1996)

2.6.3 ΚΑΡΩΤΙΔΕΣ

Η καλά αναγνωρισμένη αύξηση του επιπολασμού των αθηροσκληρυντικών επιπλοκών σε ασθενείς με υπέρταση σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση αθηροσκληρυντικών βλαβών των καρωτίδων, κυρίως στην περιοχή του διχασμού. Είναι γνωστό ότι οι βαριές στενώσεις των καρωτίδων αποτελούν συχνή αιτία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και ότι οι εξελκωμένες πλάκες μπορεί να αποτελούν πηγές εμβόλων, που προκαλούν ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια ή επεισόδια διαλείπουσας ισχαιμίας εγκεφάλου. Η μορφολογία των καρωτίδων, η παρουσία πλακών, η φύση τους και ο ρυθμός ανάπτυξης τους, καθώς και η έκταση των στενώσεων, μπορούν σήμερα να μελετηθούν με αναίμακτες τεχνικές (υπερηχογράφημα και Doppler), που έχουν αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό τις αιματηρές αγγειογραφικές τεχνικές. (Μουντοκαλακης,1998)

2.6.4 ΝΕΦΡΟΣ

Ο νεφρός αποτελεί σημαντικό όργανο-στόχο της υπέρτασης. Η βαριά και η κακοήθης (επιταχυνόμενη) υπέρταση οδηγούν συχνά σε νεφρική ανεπάρκεια μέσα σε διάστημα λίγων ετών, κυρίως μέσω ινιδοειδούς νέκρωσης των μικρών νεφρικών αρτηριών. Σε λιγότερο βαριές κατηγορίες υπέρτασης, όπως αυτές που επικρατούν σήμερα, η νεφρική βλάβη από αρτηριοσκλήρυνση είναι μάλλον ήπια και αναπτύσσεται με βραδύτερο ρυθμό.

Της εμφάνισης νεφρικής βλάβης από υπέρταση συχνά προηγείται λευκωματουρία. Ως λευκωματουρία ορίζεται η νεφρική απέκκριση πάνω από 300 mg λευκώματος ανά 24ωρο. Την τελευταία δεκα-ετία, ο όρος μικρολευκωματινουρία χρησιμοποιείται για τον ορισμό της παθολογικά αυξημένης νεφρικής απέκκρισης λευκωματίνης (30 — 300 mg ανά 24ωρο), που δεν συνοδεύεται από λευκωματουρία μετρήσιμη με τις συνήθεις εργαστηριακές μεθόδους. Η λευκωματουρία έχει αποδειχθεί ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου θνησιμότητας για όλα τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μείωση της λευκωματουρίας μπορεί να επιτευχθεί με την αποτελεσματική μείωση της αρτηριακής

πίεσης. Αν και η αντιυπερτασική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τη νεφρική λειτουργία σε ασθενείς με βαριά υπέρταση και επιταχυνόμενη επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας, πιο πρόσφατες μελέτες παρέμβασης σε ασθενείς με ήπια και μέτρια υπέρταση έδειξαν μικρό μόνο όφελος ως προς τη νεφρική λειτουργία, παρά τη γνωστή μείωση της επίπτωσης των εγκεφαλικών επεισοδίων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι, στην ήπια υπέρταση, η νεφρική νόσος εξελίσσεται τόσο αργά, ώστε να μην μπορεί να αναγνωριστεί ως σημαντική μέσα στη σχετικά μικρή διάρκεια μιας ελεγχόμενης μελέτης. Παρόλα αυτά, η υπέρταση εξακολουθεί να είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες νεφρικής νόσου, που ευθύνεται για το 15—20% όλων των αιτίων νεφρικής ανεπάρκειας στον πληθυσμό των ΗΠΑ και για το 33% στους μαύρους των ΗΠΑ (Μουντοκαλακης,1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η ανάπτυξη της υπέρτασης εξαρτάται από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στη γενετική προδιάθεση και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο τρόπος με τον οποίο συμβαίνει αυτή η αλληλεπίδραση εξακολουθεί να παραμένει ατελώς κατανοητός. Είναι, ωστόσο, γνωστό ότι η υπέρταση συνοδεύεται από λειτουργικές μεταβολές του συμπαθητικού (αδρενεργικού) νευρικού συστήματος, των νεφρών, του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης και άλλων χημικών μηχανισμών. Η υπέρταση τότε συνεπάγεται ποικίλες δομικές μεταβολές του καρδιαγγειακού συστήματος, που αφενός ενισχύουν τα υπερτασικά ερεθίσματα και αφετέρου αποτελούν το έναυσμα για την πρόκληση καρδιαγγειακής βλάβης. (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ 2005)

3.1 ΝΕΦΡΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Νεφρικοί μηχανισμοί έχουν συχνά ενοχοποιηθεί για την παθογένεια της υπέρτασης, είτε μέσω μεταβολών της σχέσης πίεσης νατριούρησης, που οδηγούν σε κατακράτηση νατρίου, είτε μέσω μεταβολών της ελευθέρωσης παραγόντων υπερτασικών (όπως η ρενίνη) ή υποτασικών (όπως οι προσταγλανδίνες και η μυελολιπίνη (medul-lipin)). (Kearney, Whelton κ.α, 2004)

3.2 Σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης

Το σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης διαδραματίζει μείζονα ρόλο στο φυσιολογικό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και του ισοζυγίου νατρίου. Συμμετέχει σε αξιόλογο βαθμό στην ανάπτυξη της νεφρογενούς υπέρτασης και ενδεχομένως συμβάλλει στην παθογένεια της ιδιοπαθούς υπέρτασης. Η δράση

του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης σε καρδιακό, αγγειακό και νεφρικό επίπεδο προάγεται μέσω της παραγωγής ή ενεργοποίησης διαφόρων αυξητικών παραγόντων και αγγειοδραστικών ουσιών, που προκαλούν περαιτέρω αγγειοσύσπαση και διεγείρουν κύτταρα σε υπερτροφία. (ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

4.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση είναι πιο συχνή στις μεγάλες ηλικίες, κυρίως σε πληθυσμούς που καταναλώνουν πολύ αλάτι, και γι' αυτό η ηλικία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν καθορίζεται η συχνότητα της υπέρτασης. Οι προεμμηνόπαυσικές γυναίκες τείνουν να έχουν χαμηλότερη αρτηριακή πίεση από εκείνη των ανδρών της ίδιας ηλικίας, αν και η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων γίνεται λιγότερο εμφανής έπειτα από το 50ό έτος ζωής.

Αυτό οφείλεται στο ότι πριν από την εμμηνόπαυση οι γυναίκες είναι σχετικά προστατευμένες από τη στεφανιαία νόσο από τις γυναικείες ορμόνες του φύλου, τα οιστρογόνα. Τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται μετά την εμμηνόπαυση και οι γυναίκες αρχίζουν να αναπτύσσουν στεφανιαία νόσο με την ίδια συχνότητα που αναπτύσσουν και οι άνδρες. Κάθε διαχωριστική γραμμή μεταξύ της θεωρούμενης υψηλής πίεσης και της θεωρούμενης φυσιολογικής πρέπει να είναι απολύτως ξεκάθαρη. Έτσι, η πίεση 140/80 mmHg σημαίνει ελαφρώς χειρότερη πρόγνωση *air'* όση η πίεση 130/70 mmHg *επιπλοκών*». (ΚΟΥΤΑΛΑΣ, 1993)

Σύμφωνα με τον καθηγητή παθολογίας του Α.Π.Θ Χρύσανθο Ζαμπούλη στη διάρκεια επιστημονικής εκδήλωσης με θέμα <<Αντιμετωπίζοντας την πρόκληση της υπέρτασης το 2007>> που διοργάνωσε στη Θεσσαλονίκη η Ελληνική εταιρία μελέτης της υπέρτασης, ένα νέο αντιυπερτασικό φάρμακο που κυκλοφόρησε στην Ελλάδα βοήθησε 9 στους 10 ασθενείς να ρυθμίσουν την αρτηριακή υπέρταση. Το νέο φάρμακο συνδυάζει σε ένα δισκίο την αλμοδιπίνη και τη βαλσαρίνη, το σκεύασμα έχει αποδείξει σημαντική αποτελεσματικότητα σε κλινικές μελέτες που έγιναν σε περισσότερους από 5000 ασθενείς.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγαν Έλληνες γιατροί σε 417 γυναίκες παρατήρησαν ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι συχνότερες στις γυναίκες που πάσχουν από υψηλή πίεση σε σύγκριση με τις γυναίκες που παρουσιάζουν κανονική. Επίσης, διαπίστωσαν ότι μεταξύ των γυναικών με ιδιοπαθή υπέρταση το ποσοστό αυτών, με σεξουαλικές δυσλειτουργίες ήταν περισσότερο από διπλάσιο απ' ότι εκείνο στις γυναίκες με φυσιολογική πίεση. Τα συμπεράσματα αυτά είναι σημαντικά διότι παρά το γεγονός ότι η υψηλή πίεση προσβάλλει το 20% του πληθυσμού και είναι γνωστός παράγοντας που προκαλεί σεξουαλικές δυσλειτουργίες στους άνδρες εν τούτοις δεν υπήρχαν μέχρι σήμερα στοιχεία που τεκμηριώνουν τη σχέση υπέρτασης και δυσκολιών στο σεξ για τις γυναίκες. Οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην ενδιαφέρουσα έρευνα που προέρχεται από την Ελλάδα ήταν ηλικίας από 31 έως 60. οι 216 έπασχαν από υψηλή πίεση ενώ οι 201 είχαν κανονική.

Σύμφωνα με έρευνα Ελλήνων γιατρών, βρέθηκαν τα εξής ενδιαφέροντα αποτελέσματα:

- Μεταξύ των γυναικών με υψηλή πίεση οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες ήταν συχνότερες σε αυτές που η αντιμετώπιση της υπέρτασης ήταν ανεπαρκής.
- Τα προβλήματα του σεξ αυξάνονταν με την αύξηση της ηλικίας των γυναικών, δηλαδή :
 - 1.στις γυναίκες 31-40 ετών 21,2% (1 στις 5)
 - 2.στις γυναίκες 41-50 ετών 37,7%(σχεδόν 2 στις 5)
 - 3.στις γυναίκες 51-60 ετών 56,8%(σχεδόν 3 στις 5)

Σύμφωνα με μελέτη επιστημόνων του Χάρβαρντ όπου δημοσιεύτηκε στην <<Αμερικανική Επιθεώρηση Κλινικής Διατροφής >> και ανέλυσαν τα στοιχεία από 40000 εθελόντριες καλό θα ήταν για την υγεία της καρδιάς και της πίεσης να αντικαθιστούμε τα επεξεργασμένα δημητριακά με ολικής αλέσεως. Αναλύοντας τα στοιχεία από περίπου 30000 γυναίκες διαπίστωσαν ότι όσες

έτρωγαν τα περισσότερα μη επεξεργασμένα δημητριακά διέτρεχαν μειωμένο κίνδυνο να αναπτύξουν υπέρταση μέσα στην επόμενη δεκαετία.(Kaplan,2005)

4.2 Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Από αρτηριακή υπέρταση, ένα από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αγγειοεγκεφαλικές προσβολές, περιφερικής αρτηριοπάθειας, νεφρική ανεπάρκεια και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πάσχει το 20% του πληθυσμού στην δύση. Η πάθηση αυτή είναι υπεύθυνη για τις πολλές επισκέψεις στα ιατρεία και την αναγραφή περισσότερων συνταγών από κάθε άλλη νόσο και αποτελεί ένα τεράστιο κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα.

Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται με την ηλικία. Για παράδειγμα στην επιδημιολογική μελέτη NHANES III, αναφέρθηκε ότι το 24% του αμερικανικού ενήλικου πληθυσμού είχε υπέρταση, ποσοστό που αντιπροσωπεύει 43 εκατομμύρια άτομα. Στις Η.Π.Α σύμφωνα με τα δεδομένα της μελέτης NHANES 50 εκατομμύρια Αμερικανοί φαίνεται να πάσχουν από υπέρταση('88-'91), ενώ περίπου το 20% του συνολικού πληθυσμού των Η.Π.Α έχει υπέρταση σε δεδομένη χρονική στιγμή.(Kearney,Whelton κ.α,2004)

Στις Η.Π.Α μόνο, η υπέρταση ευθύνεται για πάνω από 1,25 εκατομμύρια στεφανιαία επεισόδια και 0,5 εκατομμύρια εγκεφαλικά επεισόδια το χρόνο. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι παγκοσμίως η κυριότερη αιτία θανάτου, καθώς υπολογίζεται ότι το ένα τέταρτο των θανάτων οφείλονται στις καρδιοπάθειες. Αυξήσεις του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβάντων που σχετίζονται με την υπέρταση σε άτομα ηλικίας 35-64 ετών. Έχει αποδειχθεί επίσης ότι κάθε 1mmHg αύξησης της συστολικής αρτηριακής πίεσης σχετίζεται με κατά 1% αύξηση του κινδύνου θανάτου.

Με δεδομένα της Π.Ο.Υ στον αναπτυγμένο κόσμο υπολογίζεται 600 εκατομμύρια άνθρωποι να πάσχουν από υπέρταση και μόνο 12,5% να την ρυθμίζουν αποτελεσματικά.

Η επίπτωση της υπέρτασης αυξάνει με την ηλικία με μεγαλύτερες τιμές 23% για τις γυναίκες ηλικίας 55-64 ετών και 22% για τους άνδρες ηλικίας 65-74 ετών. Στο σύνολο των ατόμων που περιέλαβε η μελέτη Framingham ποσοστό 65-75% άνω των 65 ετών είχαν συστολική πίεση. Η μελέτη EuroAspire της Ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρίας έδειξε περίπου ότι το 30% από τα άτομα με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που εισήχθησαν στην μελέτη και είχαν υπέρταση δεν λάμβαναν καμία θεραπεία, ενώ μόνο το 25% εξ αυτών με υπέρταση και τη νόσο είχαν ρυθμισμένες τιμές αρτηριακής πίεσης. Η Ελλάδα βρισκόταν κοντά στο μέσο όρο και των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών της μελέτης. (www.medis.gr)

4.3 Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν σταθερά αναγνωρίσει την ύπαρξη μιας σημαντικής και ανεξάρτητης σχέσης ανάμεσα στην αυξημένη αρτηριακή πίεση και σε ποικίλες παθήσεις και ειδικότερα στη στεφανιαία καρδιακή νόσο, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και τη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας.

Σε παρακολούθηση 34 ετών της πληθυσμιακής ομάδας της Μελέτης του Framingham (Framingham Heart Study), ο κίνδυνος για καρδιακή ανεπάρκεια ήταν 2-4 φορές υψηλότερος για εκείνους που αντιστοιχούσαν στην υψηλότερη εκατοστιαία θέση κατανομής των αρτηριακών πιέσεων, από όσο για εκείνους που αντιστοιχούσαν στην κατώτερη θέση. Στην πληθυσμιακή ομάδα προκαταρκτικού ελέγχου (screening cohort) της MRFIT, η παρακολούθηση επί 15,3 έτη, έδειξε διορθωμένο ως προς πολλαπλές συσχετίσεις κίνδυνο (covariate-adjusted risk) για τελική νεφρική νόσο 1,65 (όρια αξιοπιστίας 95% 1,57-1,76) αντιστοίχως προς την αύξηση της ΣΑΠ κατά 10 mmHg (1,33 kPa) πάνω από τη βασική τιμή. (ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ 2005)

Η συσχέτιση μεταξύ αρτηριακής πίεσης και καρδιαγγειακής νόσου έχει διαπιστωθεί κατ' επανάληψη σε μεγάλες περιγραφικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί και στα δύο φύλα και σε ποικίλους πληθυσμούς. Ο κίνδυνος αυξάνει

προοδευτικά με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, χωρίς ένδειξη για την ύπαρξη ορίου («κατωφλίου») ως προς τον κίνδυνο ή συσχέτισης του τύπου της καμπύλης. Αυτή η συνέχεια της κατανομής του κινδύνου κάνει αυθαίρετο τον ορισμό του σημείου διάκρισης μεταξύ νορμοτασικών και υπερτασικών ατόμων. (ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ,1995) (ΚΟΥΤΑΛΑΣ, 1993)

4.4 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ - ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η γενετική παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της υπέρτασης. Αφού η υπέρταση συχνά ακολουθεί τη μεταμόσχευση νεφρού υποψήφια γονίδια έχουν αναζητηθεί και βρεθεί σε νεφρά αρουραίων και ανθρώπων. Ένας καλά αναγνωρισμένος μηχανισμός που επηρεάζει την πίεση είναι η αδυναμία του νεφρού να χρησιμοποιήσει το νάτριο *in vivo*. Ο ίδιος μηχανισμός βρίσκεται σε μεμονωμένα νεφρά των γενετικά υπερτασικών αρουραίων. Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτόν τον μηχανισμό εμφανίζουν υψηλή πίεση και χαρακτηρίζονται ως <<ευαίσθητοι στο αλάτι>>. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με διαγνωσμένη υπέρταση είναι <<ευαίσθητοι στο αλάτι>>. (Diet genetics and hypertension)

Οι κυριότεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες που συντείνουν στην αύξηση της πίεσης είναι η διαίτα, η παχυσαρκία, η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση που παγκόσμια επικράτησε να αναφέρεται ως stress, η καθιστική ζωή. Άτομα με ένα ή δύο πρώτου βαθμού υπερτασικούς συγγενείς έχουν πιθανότητα να γίνουν υπερτασικοί 2,5 έως 4 φορές συχνότερα, αντίστοιχα προς αυτούς που δεν έχουν γενετικό υπόστρωμα. Αλλιώς η γενετική συμμετοχή στη διαμόρφωση της πίεσης ενός ατόμου κυμαίνεται από 25-60%.

4.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ Α.Π

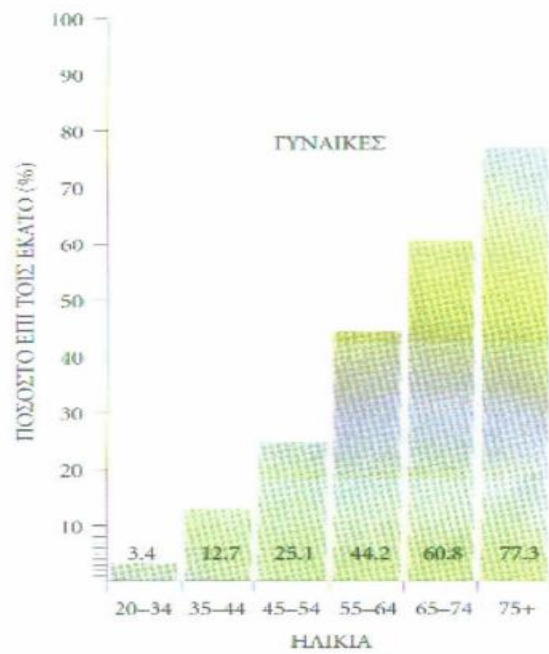
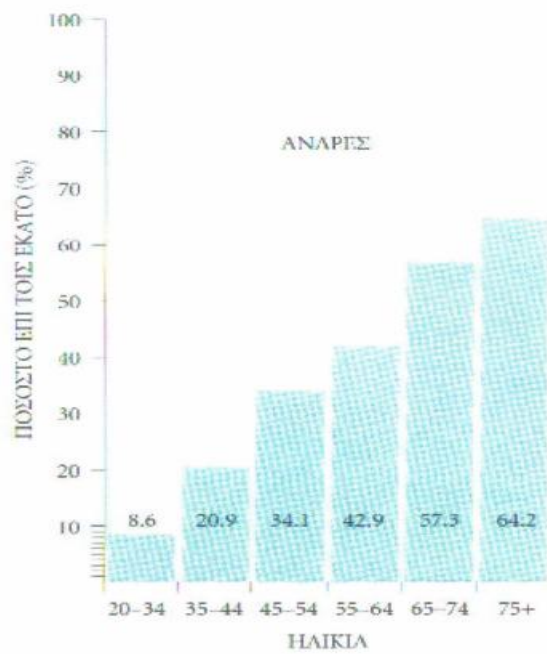
4.5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΟΧΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΕΙΝΑΙ:

1. Η κληρονομικότητα, η διατροφή και η επίδραση του περιβάλλοντος.
2. Ψυχογενείς: Έχει πειραματικά αποδειχθεί ότι ο σπασμός των αρτηριολίων που παρατηρείται στην αρτηριακή υπέρταση μπορεί να οφείλεται σε ψυχογενή αίτια.
3. Νευρογενείς : Η σπουδαιότητα της αντανακλαστικής ρυθμίσεως της αρτηριακής πίεσης μέσω των τασεοϋποδοχέων του καρωτιδικού κόλπου κάνει πιθανή την άποψη ότι οι διαταραχές αυτού του αντανακλαστικού είναι δυνατόν να ευθύνονται για την εμφάνιση υπέρτασης.
4. Τα επινεφρίδια συμμετέχουν στο μηχανισμό εμφανίσεως της Α.Π με έκκριση δεσοξυκορτικοστερόνης
5. Οι νεφροί
6. Η υπόφυση
7. Η₂O και ηλεκτρολύτες
8. Ηλικία(ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, 2002)
9. ΦΥΛΟ: Στην παιδική ηλικία, οι διαφορές αρτηριακής πίεσης ανάμεσα στα δύο φύλα είναι πολύ μικρές. Ωστόσο, από την εφηβεία και μετά οι άνδρες τείνουν να έχουν υψηλότερες πιέσεις, κατά μέσο όρο. Αυτή η διαφορά είναι πιο έκδηλη στους ενήλικους νεαρής και μέσης ηλικίας. Στις μεγαλύτερες ηλικίες οι διαφορές γίνονται μικρότερες ή και αντιστρέφονται. Αν και οι μεταβολές αυτές στις μεγαλύτερες ηλικίες οφείλονται εν μέρει στη μεγαλύτερη θνησιμότητα των μεσήλικων ανδρών με υψηλή αρτηριακή πίεση, η συμβολή των μετεμμηνοπαυσιακών αλλαγών στις γυναίκες φαίνεται επίσης πιθανή. Σε εξέλιξη βρίσκονται μελέτες για την εκτίμηση της ενδεχόμενης προστατευτικής επίδρασης της θεραπείας υποκατάστασης με

οιστρογόνα στην όψιμη σχετική αύξηση της αρτηριακής πίεσης στις γυναίκες.

10.ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Πληθυσμικές μελέτες έχουν σταθερά αποκαλύψει υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε κοινότητες μαύρων από όσο σε άλλες εθνικές ομάδες. Η εθνικότητα μπορεί να επηρεάζει τη σχέση ηλικίας και αρτηριακής πίεσης, όπως δείχνει η τάση για προοδευτικά υψηλότερες πιέσεις με την ηλικία στους μαύρους Αμερικανούς Αφρικανικής καταγωγής από όσο στους λευκούς. Η μέση διαφορά της αρτηριακής πίεσης ανάμεσα στις δύο ομάδες κυμαίνεται από ελαφρώς χαμηλότερη από 5 mmHg (0,67 kPa) κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής σε περίπου 20 mmHg (2,67 kPa) κατά την έκτη. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι μαύροι Αμερικανοί Αφρικανικής καταγωγής έχουν υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης από όσο οι μαύροι Αφρικανοί, γεγονός δηλωτικό της περιβαλλοντικής ενίσχυσης μιας εθνικής προδιάθεσης. Ο ρόλος της εθνικότητας, ανεξάρτητα από περιβαλλοντικούς παράγοντες, χρειάζεται να διασαφηνιστεί σε άλλες εθνικές ομάδες σε χώρες με εθνική ανομοιογένεια.

Τα διαγράμματα που ακολουθούν, απεικονίζουν την υπέρταση σε άτομα ηλικίας άνω των 20 ετών, αναλόγως με το φύλο τους, Είναι εμφανής η αυξανόμενη συχνότητα της υπέρτασης, καθώς αυξάνεται η ηλικία.



11.Εμβρυική ζωή κα νηπιακή ηλικία

12.Κεντρική παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο

13.Διατροφικοί παράγοντες :χλωριούχο νάτριο, κάλιο, άλλα μικροδιατροφικά στοιχεία

14.Οινόπνευμα

15.Σωματική δραστηριότητα .(ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ, 1995)

(ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ 2005)

4.6 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού της υπέρτασης εξαρτάται από το όριο αρτηριακής πίεσης που χρησιμοποιείται. Δοθέντος του ότι υπάρχει συνεχής σχέση ανάμεσα στην αρτηριακή πίεση και τον κίνδυνο επιπλοκών, η απόφαση ως προς το ποιος είναι άρρωστος και ποιος υγιής είναι αυθαίρετη. Ωστόσο, οι πληθυσμικές έρευνες που παρέχουν εκτιμήσεις του επιπολασμού της υπέρτασης αποτελούν χρήσιμο δείκτη του μεγέθους του προβλήματος. Κατά την εκτίμηση του επιπολασμού της υπέρτασης, θα πρέπει να περιλαμβάνονται και τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για υπέρταση κατά το χρόνο της έρευνας, ανεξάρτητα από τις τρέχουσες τιμές της αρτηριακής τους πίεσης. (Buctman,2000)

Υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία για τις εκτιμήσεις του επιπολασμού της υπέρτασης σε διάφορα μέρη του κόσμου. Η σύγκριση των εκτιμήσεων αυτών μεταξύ τους πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή, επειδή μπορεί να μην έχουν προτυποποιηθεί διαφορές στον ορισμό της υπέρτασης, τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της, τους παρατηρητές και την ηλικιακή διαστρωμάτωση των πληθυσμών που έχουν μελετηθεί. Επιπλέον, μερικές εκτιμήσεις βασίζονται σε μελέτες που χρησιμοποιούν μίας φορές μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, με τις οποίες υπερεκτιμάται ο επιπολασμός της υπέρτασης, αφού μέρος των ατόμων που παρουσιάζουν υψηλές τιμές αναμένεται ότι θα επιστρέψουν στα νορμοτασικά όρια σε μεταγενέστερες μετρήσεις. Αν και οι τυχαίες αυτές μετρήσεις προβλέπουν, ως ένα βαθμό, το μελλοντικό κίνδυνο, οι εκτιμήσεις επιπολασμού πρέπει κανονικά να βασίζονται σε έρευνες στις οποίες χρησιμοποιούνται επανειλημμένες μετρήσεις, τουλάχιστον σε μερικά αντιπροσωπευτικά δείγματα. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζονται ακριβέστερες εκτιμήσεις του προβλήματος της κλινικώς σημαντικής υπέρτασης και

αποφεύγονται τα προβλήματα από το λανθασμένο χαρακτηρισμό ατόμων ως υπερτασικών.(Μουντοκαλακης,1998)

Παρά τους περιορισμούς αυτούς, εκτιμήσεις επιπολασμού από διάφορα μέρη του κόσμου δείχνουν ότι η αρτηριακή υπέρταση είναι σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με παγκόσμιες διαστάσεις. Όταν χρησιμοποιούνται ως όρια οι τιμές των 160 mmHg (21,3 kPa) ΣΑΠ και 95 mmHg (12,7 kPa) ΔΑΠ, ο επιπολασμός της υπέρτασης αναφέρεται ως κυμαινόμενος μεταξύ 10% και 20% σε πολλούς πληθυσμούς. Με όρια διαχωρισμού τις τιμές 140 mmHg (18,7 kPa) ΣΑΠ και 90 mmHg (12,0 kPa) ΔΑΠ, ο επιπολασμός αναμένεται να είναι ακόμα μεγαλύτερος. Ο επιπολασμός της υπέρτασης αυξάνει με την ηλικία και δείχνει σχετική υπεροχή στους άνδρες πριν από την ηλικία των 50 ετών. Έχει παρατηρηθεί κάποια γεωγραφική ανομοιογένεια, με μεγαλύτερο επιπολασμό στις βιομηχανικές χώρες από όσο στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες. Σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες έχουν αναφερθεί διαφορές ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές, με μεγαλύτερο επιπολασμό στις αστικές κοινότητες. Σε μερικές χώρες έχουν αναφερθεί εθνικές διαφορές, όπως είναι η μεγαλύτερη επίπτωση στους μαύρους από όσο στους λευκούς.

Μέσα στην ίδια περιοχή ή ακόμα και μέσα στην ίδια χώρα, είναι χρήσιμο να αναζητούνται ξεχωριστά δεδομένα για τον επιπολασμό της υπέρτασης σε διάφορες εθνικές και γεωγραφικές ομάδες, προκειμένου να διευκολύνεται η εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου και παρακολούθησης.(Μουντοκαλακης,1998)

4.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση είναι μία από τις πιο σοβαρές παθήσεις που προκαλεί το θάνατο όπως ο καρκίνος. Διαφέρει από τον καρκίνο στο ότι η υπέρταση είναι δυνατόν να θεραπευθεί με φάρμακα πλήρως. Επί μη εγκαίρου θεραπείας, είναι δυνατόν να επιπλακεί με:

- Εγκεφαλική αιμορραγία
- Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια
- Βλάβη των νεφρών
- Στεφανιαία νόσο.

Οι μελέτες θεραπείας της υπέρτασης έδειξαν ότι ενώ η ρύθμιση της υπέρτασης ελαττώνει την συχνότητα των εγκεφαλικών επεισοδίων, δεν ελαττώνει όμως τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου.(κουνης ,2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

5.1 ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

Δεν υπάρχουν προοπτικές μελέτες παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους. Κατά συνέπεια, για τις περιπτώσεις αυτές ο ορισμός της υπέρτασης βασίζεται σε επιδημιολογικά δεδομένα. Σύμφωνα με την έκθεση της ομάδας εργασίας για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης στα παιδιά η υπέρταση στους νέους ορίζεται ως μέση τιμή συστολικής και/ή διαστολικής πίεσης, σε τουλάχιστον τρία στιγμιότυπα, ίση ή μεγαλύτερη από την 95η εκατοστιαία θέση κατανομής των τιμών πιέσεων στην αντίστοιχη ηλικία.

Σε μερικούς εφήβους και σε νέους ενηλίκους μπορεί να παρατηρηθεί μεμονωμένη συστολική υπέρταση, η οποία έχει διαφορετικό παθογενετικό μηχανισμό από αυτή των ηλικιωμένων (υπερκινητική κυκλοφορία και όχι μειωμένη αρτηριακή ενδοτικότητα).

Όπως και στους ενηλίκους, για την ακριβή εκτίμηση της πίεσης στα παιδιά απαιτούνται επανειλημμένες μετρήσεις με την κατάλληλη συσκευή. Πρέπει να χρησιμοποιείται η πλατύτερη περιχειρίδα που περιβάλλει άνετα το βραχίονα χωρίς να καλύπτει τον ωλένιο βόθρο. Στα παιδιά, ο ήχος Korotkoff IV παρέχει την ακριβέστερη ένδειξη για τη διαστολική πίεση, επειδή ο αρτηριακός ήχος μπορεί να ακούγεται μέχρις ότου η πίεση μέσα στον αεροθάλαμο φθάσει στο μηδέν. Στα βρέφη, όπου η αξιοπιστία των μετρήσεων με την ακροαστική μέθοδο είναι αβέβαιη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ηλεκτρονική συσκευή με

τεχνική Doppler. Είναι σημαντικό, πριν να μετρηθεί η πίεση, να εξοικειωθεί το παιδί με τον εξεταστή και να εξασφαλιστεί ήσυχο περιβάλλον. Ο επιπολασμός της υπέρτασης στα παιδιά είναι τουλάχιστον 1% και αυξάνει στους εφήβους. Οι γιατροί που εξετάζουν παιδιά και εφήβους πρέπει να ενθαρρύνονται να τους μετρούν την πίεση, ιδίως όταν υπάρχει ιστορικό υπέρτασης στην οικογένεια, επειδή είναι γνωστό ότι στην υπέρταση υπάρχει κληρονομική προδιάθεση.(Μουντοκαλακης,1998)

Όσο μεγαλύτερη είναι η αρτηριακή πίεση και όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα της δευτεροπαθούς υπέρτασης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να αξιολογείται η παρουσία παραγόντων κινδύνου για δευτεροπαθή υπέρταση, συμπεριλαμβανομένων του οικογενειακού ιστορικού, της παχυσαρκίας, της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας. Στους εφήβους, η χρήση οινόπνευματος, κοκαΐνης και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως πιθανό αίτιο αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Οι εργαστηριακές εξετάσεις στις μικρές ηλικίες είναι γενικά παρόμοιες με αυτές που συνιστώνται για τους ενηλίκους. Ωστόσο, στα παιδιά ο έλεγχος για την αποκάλυψη περιπτώσεων δευτεροπαθούς υπέρτασης πρέπει να είναι πολύ πιο προσεκτικός.

Η υποκείμενη αιτία, η βαρύτητα και οι επιπλοκές της υπέρτασης στα παιδιά θα καθορίσουν την έκταση και το είδος της απαιτούμενης παρέμβασης. Η θεραπεία πρέπει να μειώσει την πίεση χωρίς να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες που μειώνουν τη συνεργασιμότητα και επηρεάζουν τη φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη. Η αρχική θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την αλλαγή του τρόπου ζωής, που μπορεί από μόνη της να μην επαρκεί όταν η υπέρταση είναι βαριά ή όταν υπάρχει προφανής αιτία που δεν σχετίζεται με τον τρόπο ζωής.(Στεργίου,2004)

Η μείωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκα παιδιά συχνά μειώνει την αρτηριακή πίεση. Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει συνήθως να επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις αρτηριακής πίεσης πάνω από την 99η

εκατοστιαία θέση ή όταν υπάρχει σημαντική αύξηση της πίεσης που δεν απαντά ικανοποιητικά στην αλλαγή του τρόπου ζωής ή που συνοδεύεται από προσβολή οργάνων-στόχων. Τα αντιυπερτασικά φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται στους ενηλίκους είναι αποτελεσματικά και στους νέους. Δεν υπάρχουν ενδείξεις για το ότι η ήπια μεμονωμένη συστολική υπέρταση των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων χρειάζεται θεραπεία πέραν της αλλαγής του τρόπου ζωής. Αυτή καθεαυτή η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, όταν δεν συνοδεύεται από επιπλοκές, δεν πρέπει να αποτελεί λόγο αποκλεισμού ασυμπτωματικών παιδιών και εφήβων από τη συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες, πολύ περισσότερο όταν είναι γνωστό ότι η ισοτονική άσκηση μπορεί να προλάβει ή να καταπολεμήσει την υπέρταση.(Παπαδημητρίου Μ.)

5.2 ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Διαφορές στη ρύθμιση της πίεσης και την έκβαση μεταξύ των δύο φύλων

Οι μεγάλες, μακροχρόνιες κλινικές μελέτες φαρμακευτικής παρέμβασης που περιλάμβαναν άνδρες και γυναίκες, δεν έδειξαν σαφείς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην ανταπόκριση της αρτηριακής πίεσης στη θεραπεία και στην έκβαση. Επειδή στις γυναίκες μέσης ηλικίας η συχνότητα των καρδιαγγειακών επεισοδίων είναι σημαντικά μικρότερη από όσο στους άνδρες, οι μελέτες αυτές έχουν περιορισμένη ισχύ στο να διακρίνουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς το όφελος από τη θεραπεία. Επιπλέον, οι μελέτες αυτές δεν είχαν σχεδιαστεί κατάλληλα, ώστε να μελετήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στις γυναίκες. Έτσι, η μη σαφής κατάδειξη οφέλους απ' τη θεραπεία με βάση την αναδρομική ανάλυση των αποτελεσμάτων υποομάδων, δεν μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτυχία της θεραπείας στο να ωφελήσει. Πρόσφατες μελέτες σε ηλικιωμένους έδειξαν ότι η τακτική αντιμετώπιση της υπέρτασης πρέπει να είναι ίδια τόσο στους άνδρες, όσο και στις

γυναίκες. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες στο θέμα αυτό.(Μουντοκαλάκης,1998)

5.3 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Προοπτικές ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης (με περιεκτικότητα τουλάχιστον 50 οιστρογόνου) προκαλεί σαφή αύξηση της συστολικής και λιγότερο της διαστολικής αρτηριακής πίεσης σε όλες σχεδόν τις γυναίκες . Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Ο μηχανισμός αύξησης της πίεσης δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Με τη διακοπή των αντισυλληπτικών παρατηρείται κατά κανόνα μείωση της πίεσης μέσα σε διάστημα που μπορεί να φθάσει τους έξι ή και περισσότερους μήνες. Δεν είναι γνωστό αν ορμονικά αντισυλληπτικά δισκία με μικρότερη περιεκτικότητα σε οιστρογόνα ή που περιέχουν μόνο προγεστερόνη έχουν παρόμοια επίδραση στην αρτηριακή πίεση. Στις υπερτασικές γυναίκες πρέπει να προτείνονται εναλλακτικές μέθοδοι αντισύλληψης, επειδή τα αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και μέσω άλλων μηχανισμών.

Η ορμονική υποκατάσταση χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης των γυναικών μετά την εμμηνόπαυση. Υπάρχουν ενδείξεις για το ότι η θεραπεία υποκατάστασης μόνο με οιστρογόνα μειώνει τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου, ενώ οι πληροφορίες για το συνδυασμό οιστρογόνων-προγεστερόνης είναι λιγότερες. Ο συνδυασμός αυτός χορηγείται συνήθως σε γυναίκες που δεν έχουν υποστεί υστερεκτομή, με σκοπό

την προστασία από τον καρκίνο της μήτρας. Η ορμονική υποκατάσταση δεν αντενδείκνυται στις γυναίκες με υπέρταση, αλλά η πίεση πρέπει να παρακολουθείται τακτικά, επειδή δεν είναι ακόμα σαφές αν μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της σε μερικές περιπτώσεις.(www.novartis.gr,2006)

5.4 ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

" Η υπέρταση της κύησης, για την οποία χρησιμοποιούνται και οι όροι τοξιναιμία της κύησης, προεκλαμψία και εκλαμψία, είναι η σημαντικότερη αιτία πρώιμης ή περιγεννητικής θνησιμότητας και ευθύνεται για ποσοστό 20—33% των θανάτων γυναικών στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Νεογνά μητέρων με υπέρταση και λευκωματουρία κατά την τελική φάση της εγκυμοσύνης, έχουν μειωμένη ανάπτυξη και αυξημένο κίνδυνο να γεννηθούν νεκρά ή να πεθάνουν κατά τη νεογνική περίοδο. Η επίπτωση της νόσου ποικίλλει ευρέως στις διάφορες μελέτες. Οι περισσότερες πληροφορίες προέρχονται από μελέτες νοσοκομείων που δεν είναι αντιπροσωπευτικές του γενικού πληθυσμού. Φαίνεται ότι κάτω από 5% των κυήσεων επιπλέκονται με κλινικώς σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης.(αθανασιαδης,1995)

5.4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.

Η υπέρταση της κύησης ορίζεται με βάση τη μέτρηση της διαστολικής πίεσης με πιεσόμετρο και τη χρήση του ήχου IV του Korotkoff. Η αρτηριακή πίεση μετριέται σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση και με κλίση 15—30° από το οριζόντιο επίπεδο (η προτιμητέα θέση), προκειμένου να μειωθεί η επίδραση των αιμοδυναμικών μεταβολών που συνεπάγεται η κύηση. Για τη διάγνωση της υπέρτασης απαιτούνται τιμές αρτηριακής πίεσης 90 mmHg (12 kPa) ή μεγαλύτερες, σε δύο διαδοχικές μετρήσεις, με μεσοδιάστημα τουλάχιστον

τεσσάρων ωρών, ή 100 mmHg (13,3 kPa) ή μεγαλύτερες σε μία μόνο μέτρηση. Επειδή κατά την κύηση οι τιμές της διαστολικής πίεσης είναι περίπου κατά 10 mmHg (1,33 kPa) χαμηλότερες από τις αντίστοιχες τιμές εκτός εγκυμοσύνης, η διαστολική πίεση πάνω από 85 mmHg (11,3 kPa) πρέπει να θεωρείται παθολογική.

Η ταξινόμηση της υπέρτασης της κύησης σε τέσσερις κατηγορίες βασίζεται στα κλινικά ευρήματα και την παρουσία ή μη λευκωματουρίας:

- Προεκλαμψία/εκλαμψία
- Χρόνια υπέρταση οποιασδήποτε αιτίας
- Χρόνια υπέρταση με επιπρόσθετη προεκλαμψία/εκλαμψία
- Παροδική ή όψιμη υπέρταση.(Μουντοκαλάκης,1998)

5.4.2 ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ-ΕΚΛΑΜΨΙΑ.

Η προεκλαμψία και η εκλαμψία χαρακτηρίζονται από υπέρταση με λευκωματουρία (> 300 mg/ημέρα) και, σε μερικές περιπτώσεις, διαταραχές της πήξης ή της ηπατικής λειτουργίας ή και των δύο. Το οίδημα δεν θεωρείται πλέον ως κριτήριο για τη διάγνωση. Η προεκλαμψία-εκλαμψία συμβαίνει συνήθως στην πρώτη εγκυμοσύνη μετά την 20ή εβδομάδα και συχνότερα κοντά στο τέλος της κύησης. Η προεκλαμψία μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα, χωρίς προειδοποίηση, σε εκλαμψία με σπασμούς. Η διαφορική διάγνωση της ήπιας από τη βαριά προεκλαμψία μπορεί να είναι επικίνδυνα παραπλανητική, επειδή το 1/4 των γυναικών με εκλαμψία παρουσιάζουν εκδηλώσεις «ήπιας» νόσου και μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης, πριν εμφανίσουν σπασμούς.

Η προφυλακτική χρήση μικρών δόσεων ασπιρίνης βασίζεται στη θεωρία της διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ της σύνθεσης αγ-γειοσυσπαστικών και αγγειοδιασταλτικών προσταγλανδινών, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε

τακτική βάση μέχρις ότου υπάρξουν διαθέσιμες πολλές μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες που βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη.(πλεσσας, 1998)

Γυναίκες με πιθανή εκλαμψία πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο. Αν η προεκλαμψία ή η βαριά υπέρταση διαπιστωθούν μετά την 36η εβδομάδα, η θεραπεία πρώτης επιλογής είναι η απομάκρυνση του εμβρύου από τη μήτρα. Αν τα προβλήματα εμφανιστούν νωρίτερα, η απομάκρυνση του εμβρύου μπορεί να καθυστερήσει, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, κάτω από στενή παρακολούθηση. Αν υπάρχουν ενδείξεις βαριάς νόσου (ιδίως όταν υπάρχει θρομβοπενία ή διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας) ή σημεία ή συμπτώματα επερχόμενης εκλαμψίας, η απομάκρυνση του εμβρύου από τη μήτρα είναι η θεραπεία εκλογής ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης

Σε οξεία, βαριά υπέρταση με διαστολική πίεση ίση ή μεγαλύτερη από 105 mmHg (14,0 kPa) σε προεκλαμψία ή εκλαμψία, ενδείκνυται η ενδοφλέβια χορήγηση υδραλαζίνης με σκοπό την προοδευτική μείωση της διαστολικής πίεσης σε 90—100 mmHg (12,0—13,3 kPa). Το θειικό μαγνήσιο παραμένει η θεραπεία εκλογής για την πρόληψη των σπασμών της εκλαμψίας.(βρετανική ιατρική εταιρία,2000)

5.4.3 ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.

Η διάγνωση της χρόνιας υπέρτασης βασίζεται σε ενδείξεις αύξησης της αρτηριακής πίεσης πριν από την εγκυμοσύνη ή πριν από την 20ή εβδομάδα της κύησης. Η μέγιστη πλειονότητα των ασθενών αυτής της κατηγορίας έχει ήπια ή μέτρια ανεπίπλεκτη υπέρταση και καλοήθη εξέλιξη της κύησης. Η φαρμακευτική θεραπεία της χρόνιας υπέρτασης της κύησης εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο αντιγνώμιας. Αν η διαστολική πίεση είναι πάνω από 95 mmHg (12,7 kPa), η μεθυλντόπα και οι β-αποκλειστές είναι τα ασφαλέστερα φάρμακα, αν και οι β-αποκλειστές μπορεί να επιβραδύνουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Τα διουρητικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν προσωρινά όταν η πίεση ελέγχεται δύσκολα. Δεν ενδείκνυται περιορισμός της πρόσληψης νατρίου. Ο

κλινοστατισμός μπορεί να είναι χρήσιμος. Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αντενδείκνυνται λόγω σοβαρών επιπλοκών, δυνητικά θανατηφόρων για το έμβρυο ή το νεογνό. Όλα τα ανεπαρκώς μελετημένα αντιυπερτασικά φάρμακα αντενδείκνυνται κατά την κύηση. Σε περιπτώσεις ανεπαρκώς ελεγχόμενης πίεσης, η ασφάλεια της μητέρας έχει προτεραιότητα έναντι της ασφάλειας του εμβρύου και η υπέρταση πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως και όταν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη, αν αποτύχει η πιο πάνω φαρμακευτική θεραπεία. Η προεκλαμψία ή η εκλαμψία σε έδαφος χρόνιας υπέρτασης πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.(Μουντοκαλάκης,1998)

5.5 ΠΑΡΟΔΙΚΗ Η ΟΨΙΜΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από εμφάνιση υπέρτασης κατά το τελικό στάδιο της κύησης ή στην αρχή της λοχείας και ακολουθείται από μείωση της πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα στο πρώτο δεκαήμερο από την απομάκρυνση του εμβρύου από τη μήτρα. Η μακροχρόνια παρακολούθηση των γυναικών με υπέρταση της κύησης είναι επιβεβλημένη, επειδή σημαντικό ποσοστό από αυτές θα εμφανίσουν στο μέλλον ιδιοπαθή υπέρταση.

5.6 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Η υπέρταση είναι συχνότερη σε άτομα πάνω από 65 ετών, μεταξύ των οποίων είναι ιδιαίτερα συχνή η μεμονωμένη συστολική υπέρταση. Σε ηλικιωμένους με σκληρυμένες βραχιόνιες αρτηρίες μερικές φορές φορές παρατηρείται ψευδοϋπέρταση, επειδή η περιχειρίδα του πιεσόμετρου δεν μπορεί να προκαλέσει σύμπτωση των τοιχωμάτων της αρτηρίας, με αποτέλεσμα πλασματικά αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης. Η απότομη εμφάνιση υπέρτασης στους ηλικιωμένους υποδηλώνει την παρουσία αρτηριοσκληρωτικής στένωσης νεφρικής αρτηρίας.

Σε απόλυτους αριθμούς, η υπέρταση είναι πολύ ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακό επεισόδιο στους ηλικιωμένους από όσο στα

νεότερα άτομα. Στις αναπτυγμένες χώρες, ο κίνδυνος μείζονος καρδιαγγειακού επεισοδίου στα επόμενα 10 χρόνια κυμαίνεται από 1% σε άτομα 25—34 ετών μέχρι πάνω από 30% σε άτομα 65—74 ετών. Κατ' αντιστοιχία, πολυάριθμες μελέτες παρέμβασης έχουν δείξει ότι το απόλυτο όφελος από την αντιυπερτασική θεραπεία είναι ιδιαίτερα μεγάλο στους ηλικιωμένους. (Ippert, 1993)

Πέραν των αποτελεσμάτων της μελέτης European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly που έδειξαν σαφές όφελος από την αντιυπερτασική θεραπεία, τα αποτελέσματα τριών προοπτικών ελεγχόμενων με εικονικό φάρμακο μελετών παρέμβασης σε ηλικιωμένους υπερτασικούς έδειξαν σημαντική μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Στη μελέτη SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly) εξετάστηκε η αξία της αντιυπερτασικής θεραπείας σε άνδρες και γυναίκες πάνω από 60 ετών με μεμονωμένη συστολική υπέρταση, δηλαδή συστολική 160 — 219 mmHg (21,3 — 29,2 kPa) και διαστολική κάτω από 90 mmHg (12,0 kPa). Παρατηρήθηκε πολύ σημαντική μείωση των θανατηφόρων και μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών επεισοδίων, με μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (περίπου κατά 20—25%) τουλάχιστον όσο και σε νεαρά άτομα ή άτομα μέσης ηλικίας. Επιπλέον, επειδή η επίπτωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων είναι μεγάλη στους ηλικιωμένους, η ίδια σχετική μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο απόλυτο όφελος στους αρρώστους αυτούς συγκριτικά με τους αρρώστους μικρότερης ηλικίας. (βαρσαμης, 1995)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης STOP-Hypertension, σημαντικά οφέλη προκύπτουν και από τη θεραπεία των υπερηλικών (80 ετών και πάνω). Στην ηλικία, όμως, αυτή τα φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή, ιδίως όταν συγχωρηθούν άλλα φάρμακα για συνυπάρχοντα νοσήματα. Πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να αποφεύγονται η απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης και η ορθοστατική υπόταση στους ηλικιωμένους

ασθενείς. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι η αυξημένη αρτηριακή πίεση στους ηλικιωμένους συχνά ρυθμίζεται με μικρές δόσεις φαρμάκων. Με αυτές τις προϋποθέσεις, οι ίδιες γενικές οδηγίες φαρμακοθεραπείας ισχύουν στους ηλικιωμένους όπως και στους νεαρούς ή μέσης ηλικίας ασθενείς . Ωστόσο, η υπέρταση πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα στα πλαίσια της γενικής κατάστασης, επειδή οι ηλικιωμένοι συχνά παρουσιάζουν και άλλα μη καρδιαγγειακά νοσήματα.(diet genetics and hypertension,1997)

5.7 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η συνύπαρξη υπέρτασης και μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη είναι συχνή. Άρρωστοι που πάσχουν και απ' τις δύο αυτές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε καρδιαγγειακές και νεφρικές επιπλοκές. Κατά συνέπεια, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και της δυσλιπιδαιμίας και η διακοπή του καπνίσματος έχουν ιδιαίτερη σημασία. Σε αρρώστους με αρχόμενη διαβητική νεφροπάθεια, αντιυπερτασική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται όταν η συστολική πίεση είναι πάνω από 130 mmHg (17,3 kPa) και η διαστολική πάνω από 85 mmHg (11,3 kPa).(fisher)

Η αλλαγή του τρόπου ζωής είναι χρήσιμη για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, της δυσλιπιδαιμίας και της υπέρτασης, που συχνά παρατηρούνται σε παχύσαρκους αρρώστους με αντίσταση στην ινσουλίνη. Το σύνδρομο της αντίστασης στην ινσουλίνη, που χαρακτηρίζεται από υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, υπερινσουλιναιμία, δυσανεξία στη γλυκόζη και συχνά, παχυσαρκία κεντρικού τύπου, σχετίζεται στενά με το μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Η ευαισθησία στην ινσουλίνη μπορεί να βελτιωθεί με τη μείωση του σωματικού βάρους και τη σωματική άσκηση. Η σχέση ανάμεσα στην αντίσταση στην ινσουλίνη, τη δυσανεξία γλυκόζης και την αρτηριακή πίεση είναι δυνατό να διαπιστωθεί και σε παιδιά με φυσιολογική αρτηριακή πίεση και ενδέχεται να είναι κληρονομική. Κανένα αντιυπερτασικό φάρμακο δεν έχει απόλυτη

αντένδειξη στους διαβητικούς, αλλά η θεραπεία με μερικά από αυτά χρειάζεται προσοχή. Ειδικότερα, τα διουρητικά και οι β-αποκλειστές μπορεί να επιδεινώσουν τη δυσανεξία στη γλυκόζη, ενώ η δεύτερη κατηγορία φαρμάκων καλύπτει τα συμπτώματα υπογλυκαιμίας και καθυστερεί την ανάνηψη απ' αυτήν.(Μουντοκαλάκης,1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

6.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Παράγοντες στον τρόπο ζωής του αρρώστου που μπορεί να έχουν σχέση με υπέρταση.
- Ηλικία πρώτης εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης.
- Νεφρικές καρδιαγγειακές ενδοκρινικές παθήσεις.
- Παράπονα αρρώστου για: απότομη ελάττωση ή αύξηση του βάρους του σώματος, πολουρία, νυκτερινή ούρηση, πονοκέφαλο, δύσπνοια, αίσθημα κόπωσης, σθηθαγχικούς πόνους, αίσθημα παλμών, επίσταξη, ευερεθιστότητα, μείωση μνήμης.(Σαχίνη-καρδαση,Πάνου,)

6.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα υπέρτασικά άτομα παραμένουν συνήθως επί μακρού ασυμπτωματικά και η ανεύρεση αυξημένης αρτηριακής πίεσης είναι τυχαία σε εξέταση ρουτίνας έως όταν βέβαια η Α.Π. ανέλθει σε πολύ υψηλά επίπεδα ή εμφανιστούν επιπλοκές από την καρδιά, ΚΝΣ ή νεφρούς.

Ο πονοκέφαλος θεωρείται ως το πιο συχνό και ενοχλητικό σύμπτωμα. Μερικοί το αποδίδουν στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης ενώ άλλοι το

θεωρούν μη ειδικό σύμπτωμα και η συχνότερη ανεύρεσή του μεταξύ των υπερτασικών οφείλεται στη συχνότερη αναζήτηση του από τον θεράποντα γιατρό.

- Κλασικά, εντοπίζεται στην ινιακή χώρα, έχει σφυγμώδη χαρακτήρα, εμφανίζεται συνήθως με την αφύπνιση και υποχωρεί με την κινητοποίηση κατά την διάρκεια της μέρας. Σε μερικούς ασθενείς μπορεί ο χαρακτήρας του να είναι συσφιγκτικός, μη σφυγμώδης δίκην κράνους ή να εμφανίζει κροταφική κατανομή. (Σαχίνη-καρδαση, Πάνου,)

Συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα αν και ασταθή εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ των υπερτασικών. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν χαρακτηριστικό εξέρυθρο πρόσωπο, ανώμαλη εφίδρωση και μια ποικιλία άλλων συμπτωμάτων, όπως: θόλωση της όρασης, αστάθεια βαδίσματος, καταστολή, αϋπνία, νωθρότητα και μείωση της libido. Το αίσθημα ζάλης απαντάται σε ποσοστό 30% μεταξύ υπερτασικών ασθενών. Ο ίλιγγος απαντά ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιωμένων υπερτασικών ατόμων και εμφανίζεται κατά προβολές ή ως μόνιμο σύμπτωμα, επιδεινούμενος με τις μεταβολές της θέσης ή τις κινήσεις του ασθενούς. (Παπαδαμητρίου Μ.)

6.3 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- **ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ:** Η ερυθρότητα προσώπου δείχνει αγγειοκινητική αστάθεια αν και παρόμοιο προσωπίο μπορεί να παρουσιάζει ο χρόνιος αλκοολισμός. Ερυθρότητα προσώπου με υποκύανη συχνή απόχρωση χαρακτηρίζει μερικούς ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση και σχετική πολυερυθραιμία. Ασθενείς με υψηλή ρενίνη μπορεί να έχουν μαυριδερή εμφάνιση και να εμφανίζουν ακροκυάνωση. Παχυσαρκία και γενικά ο τύπος αυτής απαντά στο σύνδρομο X του Reaven. Επίσης, μεγάλος κορμός με

μεγαλύτερα άνω άκρα σε σχέση με τα κάτω και μυϊκή υπερτροφία παρατηρείται μερικές φορές σε στένωση του ισθμού της αορτής.

Το σύνδρομο Cushing πιθανολογείται όταν διαπιστώνεται παχυσαρκία κεντρικού τύπου και πανσελινοειδές προσωπείο, μετωπιαία φαλάκρα, ατροφικά άκρα με ανώμαλες ραβδώσεις, ατροφικό δέρμα, αυτόματες εκχυμώσεις. Ο υποθυρεοειδισμός και η ακρομεγαλία αναγνωρίζονται εύκολα σαν αίτια υπέρτασης. Υπενθυμίζεται 'ότι το 50% των ασθενών με ακρομεγαλία εμφανίζουν υπέρταση.(κουταλας,1993)

Πολλαπλή νευροϊνωμάτωση και δερματικές κηλίδες χρώματος cafe-au-lait υποδηλώνουν οικογενή βάση πιθανής συσχέτισης με φαιοχρωματοκύτωμα. Βλεννογόνα νευρώματα μπορεί να συνδυάζονται με άλλα στοιχεία του συνδρόμου της πολλαπλής ενδοκρινικής αδενοϊματώδης με υπέρταση. Στους υπερτασικούς ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια διαπιστώνεται μερικές φορές στο δέρμα και στους βλεννογόνους ωχρότητα και ανευρίσκονται οιδήματα στα βλέφαρα και συρριμική αναπνοή.

Πιο συχνά ωστόσο οι υπερτασικοί ασθενείς δεν διακρίνονται κατά την επισκόπηση από τα υγιή άτομα με φυσιολογική πίεση.

- ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: Κατά την αρχική εκτίμηση των πρωτοδιαγνωσθέντων υπερτασικών ατόμων χρειάζονται τουλάχιστον 3 διαδοχικές μετρήσεις της Α.Π με μεσοδιαστήματα μιας ή δύο εβδομάδων για την αναγνώριση του χαρακτήρα και της σοβαρότητας συτής.

- ΒΥΘΟΣΚΟΠΗΣΗ: Η εξέταση του βυθού παρέχει: α) άμεση εξέταση της βλάβης οργάνου-στόχου, β) άμεση εκτίμηση της σοβαρότητας και διάρκειας της υπέρτασης και γ) προσδιορίζει το επείγον της θεραπείας.(Παπαδημητριου Μ.)

6.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- Η σχολαστική λήψη οικογενειακού και ατομικού ιστορικού είναι απαραίτητη σε όλα τα άτομα με αυξημένη πίεση, όπως και η προσεκτική κλινική εξέταση με σκοπό την ανίχνευση συμπτωμάτων ή σημείων δευτεροπαθούς υπέρτασης ή βλάβης οργάνων-στόχων. Η βυθοσκόπηση είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις μεγάλης αύξησης της πίεσης για τον αποκλεισμό της κακοήθους υπέρτασης, αλλά και σε νέα άτομα για τη διαπίστωση πρώιμων αρτηριοσκληρωτικών βλαβών.

- Στις περισσότερες περιπτώσεις οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις είναι: σάκχαρο, ολική, HDL και LDL χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, κάλιο και ασβέστιο ορού, αιματοκρίτης, γενική εξέταση ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ειδικότερες εξετάσεις χρειάζονται σε αρρώστους με πιθανή καρδιαγγειακή νόσο ή όταν υπάρχει υποψία δευτεροπαθούς υπέρτασης. Εξετάσεις για την αποκάλυψη ασυμπτωματικής βλάβης οργάνων-στόχων (υπερηχογράφημα καρδιάς, καρωτίδων, μέτρηση μικρολευκωματινουρίας) είναι χρήσιμες κυρίως σε περιπτώσεις με αμφιβολία για την αναγκαιότητα της θεραπείας (π.χ. οριακές τιμές πίεσης ή υπέρταση λευκής μπλούζας).(φερτακης,1996)

- Η γενική αίματος και η T.K.E.

- Επίσημη αναιμία : μπορεί να συνδέεται με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

- Πολυκυτταραιμία : μπορεί να συνδέεται με χρόνια πνευμονοπάθεια και αλκοολισμό , αλλά και αυτή η Α.Υ ιδιαίτερα στους καπνιστές ευθύνεται για κάποιο βαθμό πολυκυτταραιμίας.

- Μακροκυτταρική αναιμία : δυνατόν να συνυπάρχει με τον αλκοολισμό.

- Αιμολυτική αναιμία : είναι δυνατή στην κακοήθη υπέρταση

- Η γενική ούρων

- Λευκωματουρία συμβαίνει σε διάφορους τύπους νεφρικής βλάβης.

- Αιματουρία συμβαίνει σε πολλές ενδογενείς νεφρικές ανωμαλίες συνδεδεμένες με υπέρταση.

- Σακχαροουρία παρατηρείται στον σακχαρώδη διαβήτη.
- Μικροσκοπική αναζήτηση των διαφόρων τύπων κυλίνδρων , πυοσφαιρίων , μικροοργανισμών , λευκοκυττάρων.

Καλλιέργεια ούρων : συνιστάται σε λοιμώξεις του ουροποιητικού. Ανάπτυξη μικροοργανισμών στην καλλιέργεια χωρίς παράλληλη αύξηση των λευκοκυττάρων δεν σημαίνει λοίμωξη. Αντίθετα αφθονία λευκοκυττάρων στα ούρα χωρίς ανάπτυξη καλλιεργείων μπορεί να συμβαίνει στην νεφρική φυματίωση.

- Το ειδικό βάρος των ούρων : αντικατοπτρίζει συχνά την ικανότητα συμπύκνωσης και τον βαθμό της λειτουργικής κατάστασης των νεφρών.(κουταλας,1993)

- Οι βιοχημικές εξετάσεις

- Αύξηση της ουρίας και κρεατινίνης : σημαίνει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας όπου ο βαθμός της συμβαδίζει με τον βαθμό αύξησης τους.

- Το νάτριο του ορού μπορεί να παρουσιάζει διάφορες μεταβολές όπως:

1. Στην κακοήθη υπέρταση και την βαριά χρόνια ανεπάρκεια μπορεί το νάτριο να είναι χαμηλό από την ανάπτυξη δευτεροπαθούς αλδοστερονισμού.

2. Αντίθετα στον πρωτοπαθή αλδοστερονισμό τείνει να είναι υψηλό.

3. Τα διουρητικά κατά την χρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσουν Υπονατρίαμια.

-Το Κάλιο του ορού: Οι συνηθέστερες αιτίες υποκαλιαιμίας είναι η χρόνια θεραπεία με διουρητικά και ειδικά θειαζίδες. Ενώ υπερκαλιαιμία μπορεί να συμβαίνει :

A. Στην οξεία και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

B. Στην θεραπεία πασχόντων από νεφρική ανεπάρκεια με καλιοσυντηρητικά φάρμακα.

- Το ασβέστιο του ορού : Η Α.Υ. είναι παρούσα σε περισσότερο από το 60% των περιπτώσεων του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.
- Τα λιπίδια του ορού εξετάζονται με προσοχή διότι η υπερλιπιδαιμία είναι ένας πρωτεύων παράγων κινδύνου για στεφανιαία νόσο ανεξάρτητα από την αυξημένη αρτηριακή πίεση.
- Υπερουρικαιμία διαπιστώνεται στο 40% περίπου των μη θεραπευμένων πασχόντων από ιδιοπαθή υπέρταση ακόμη και όταν η νεφρική τους λειτουργία είναι φυσιολογική.(Ελληνική εταιρία μελέτης υπέρτασης,2005)

6.5 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΡΟΥΤΙΝΑ

Όλοι οι άνθρωποι με αυξημένη αρτηριακή πίεση χρειάζονται μία απλή ανάλυση ούρων, μία απλή εξέταση αίματος και ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ο γιατρός ζητάει, πάντως, πρώτα τον ασθενή και, αν χρειασθεί, του δίνει συμβουλές για απώλεια βάρους, διότι είναι πιθανόν να μειωθεί με αυτόν τον τρόπο η πίεση του. Στη συνέχεια, ο γιατρός προχωρά στην κλινική εξέταση ελέγχοντας την καρδιά, τον θώρακα, την περιοχή της κοιλιάς και τον σφυγμό του ασθενούς στα πόδια. Το είδος της βλάβης στην καρδιά που ονομάζεται καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί κατακράτηση υγρών, η οποία οδηγεί σε συσσώρευση υγρού στους πνεύμονες κάτι που μπορεί να γίνει αντιληπτό κατά την εξέταση με το στηθοσκόπιο.

Οι βλάβες στους νεφρούς είναι δυνατόν να διαγνωσθούν μόνον με αναλύσεις αίματος και ούρων . Αν η υπέρταση σας είναι πολύ σοβαρή, ο

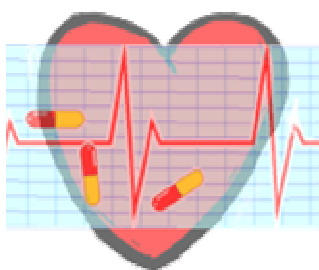
γιατρός πιθανόν θα χρησιμοποιήσει ένα ιατρικό εργαλείο που ονομάζεται οφθαλμοσκόπιο για να ελέγξει το πίσω μέρος των ματιών σας τον αμφιβληστροειδή χιτώνα) και να αξιολογήσει την κατάσταση των μικροσκοπικών αιμοφόρων αγγείων. Στην ήπια υπέρταση, τα αγγεία αυτά παρουσιάζουν ελάχιστες αλλοιώσεις, ενώ στη σοβαρή μπορεί να παρατηρηθούν αιμορραγίες στον αμφιβληστροειδή και βλάβες που αποκαλούνται βαμβακόμορφες κηλίδες και είναι εξοιδηματικές κηλίδες του χιτώνα. (βρετανική εταιρία, 2000)

Ύστερα από την κλινική εξέταση, πιθανόν θα σας ζητηθεί να δώσετε λίγα ούρα για ανάλυση. Αν εντοπισθεί σάκχαρο στα ούρα, αυξάνονται οι πιθανότητες να πάσχετε από διαβήτη. Αν εντοπισθούν πρωτεΐνες, ενδέχεται να πάσχετε από κάποιο είδος νεφροπάθειας.

Θα υποβληθείτε ακόμη σε εξετάσεις αίματος, για να μετρηθούν τα επίπεδα χοληστερόλης και να ελεγχθεί η νεφρική λειτουργία σας. Αν οι νεφροί δεν λειτουργούν ομαλά, τα επίπεδα της ουρίας και της κρεατινίνης θα είναι αυξημένα. Θα μετρηθούν ακόμη τα επίπεδα νατρίου και καλίου. Αυτά δεν είναι φυσιολογικά στους ασθενείς των οποίων η υπέρταση οφείλεται σε κατακράτηση νατρίου λόγω ύπαρξης ενός μικρού καλοήθους όγκου στο επινεφρίδιο. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται σύνδρομο του Κον. (βρετανική εταιρία, 2000)

(κουταλάς, 1993)

6.6 ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ



Το ηλεκτροκαρδιογράφημα έχει διπλό σκοπό. Πρώτον, μπορεί να αποτελέσει έμμεσο δείκτη του μεγέθους της καρδιάς. Όταν η αρτηριακή πίεση είναι πολύ υψηλή, η

καρδιά διογκώνεται για να αντιμετωπίσει :ο αυξημένο φορτίο, και αυτό οδηγεί σε αυξημένα δυναμικά στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και είναι πολύ σημαντική. Όταν διαπιστώνεται ότι ένας ασθενής πάσχει από αυτήν, η ανάγκη για αντιυπερτασική θεραπεία καθίσταται επείγουσα, διότι υποδηλώνει ότι ο καρδιακός μυς καταπονείται υπερβολικά, προσπαθώντας να ωθήσει σε όλο το σώμα αίμα με αυξημένη πίεση.

Ο δεύτερος λόγος που γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα, είναι διότι αποκαλύπτει αλλοιώσεις χαρακτηριστικές σε περίπτωση στένωσης ή απόφραξης των στεφανιαίων αρτηριών. Οι αλλοιώσεις αυτές ονομάζονται ισχαιμικές και παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς οι οποίοι αναπτύσ

σουν πόνο στο στήθος κατά τη σωματική καταπόνηση (στηθάγχη). Ακόμα και αν ποτέ δεν είχατε συμπτώματα στηθάγχης ή λόγους να πιστεύετε ότι έχετε πάθει έμφραγμα, το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να αποκαλύψει σημαντικές; ισχαιμικές αλλοιώσεις, οι οποίες πρέπει να καταγραφούν.(ΚΟΥΤΑΛΑΣ, 1993)

6.7 ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Στις περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαία μια πιο ακριβής εκτίμηση των επιπτώσεων της Α.Υ. στην ανατομική και λειτουργική κατάσταση της αριστεράς κοιλίας η ηχοκαρδιογραφία αποτελεί μια εξαιρετική μέθοδο.

-Η υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας είναι δυνατόν να διαγνωστεί και από το πρωιμότερο ακόμη στάδιο της που χαρακτηρίζεται από πάχυνση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και του πλησίον με αυτό κατώτερου τοιχώματος, μέχρι τις πλέον σοβαρές μορφές της υπερτροφίας και της διάτασης.

-Η λειτουργικότης επίσης της αριστεράς κοιλίας είναι δυνατόν να εκτιμηθεί με τη χρησιμοποίηση των γνωστών δεικτών που καθορίζουν όλες τις

μεταβολές της από την αρχική μείωση της ενδοτικότητας , την διαστολική δυσλειτουργία , την συστολική δυσλειτουργία μέχρι και την μείωση του κλάσματος εξώθησης και της καρδιακής παροχής.

(μουντοκαλακης 2005)

(Αθανασιάδης, 1995)

(μαλγαρινου-κωνσταντινιδου, 2002)

6.8 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

1. Νέοι , ηλικίας κάτω των 45 ετών με σοβαρή Α.Υ
2. Επιμένουσα σοβαρή Α.Υ
3. Α.Υ ανθεκτική σε συνδυασμό τριών φαρμάκων
4. Α.Υ με απότομη έναρξη ή επιδείνωση
5. Παιδιά με Α.Υ
6. Σοβαρή Α.Υ με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό
7. Παρουσία υπερτασικών επιπλοκών
8. Υπερτασικές γυναίκες που πρόκειται να τεκνοποιήσουν
9. Διαπίστωση σημείων και ευρημάτων ετέρας πάθησης συνδεδεμένης με Α.Υ όπως : α) Εκ των νεφρών β) Εκ των επινεφριδίων
10. Ευρήματα ενδεικτικά κακοήθους φάσης της Α.Υ

- Προσδιορισμός στο πλάσμα
- Υπερηχογράφημα νεφρών
- Αξονική τομογραφία νεφρών και επινεφριδίων
- Σπινθηρογράφημα νεφρών και ραδιοϊσοτοπικό νεφρόγραμμα
- Ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία
- Αρτηριογραφία των νεφρών
- Προσδιορισμός της ρενίνης

- α) στο περιφερικό αίμα
- β) μέτρηση της ρενίνης των νεφρικών φλεβών
- γ) προσδιορισμός της ρενίνης με ταυτόχρονο μέτρηση του νατρίου των ούρων και της αλδοστερόνης και του καλίου του πλάσματος
- Δοκιμασία καπτοπρίλης χρησιμοποιείται ευρέως για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ ιδιοπαθούς και νεφρικής υπέρτασης
- Βιοψία νεφρών
- Α\Θ η ακτινολογική εκτίμηση του μεγέθους της καρδιάς δεν είναι τόσο εύκολη ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της μεγαλοκαρδιάς. Ο καρδιοθωρακικός δείκτης πρέπει να μετράτε σε κάθε νέα ακτινογραφία και να συγκρίνεται με τους προηγούμενους
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα : Το Η.Κ.Γ παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τον αντίκτυπο της αυξημένης Α.Π στην καρδιά.
Ανωμαλίες του Η.Κ.Γ είναι:
 - Διφασικό έπαρμα P στις απαγωγές V1 και V2
 - Υψηλά επάρματα R στην απαγωγή AVL .
 - Στις προκάρδιες απαγωγές :R στην V5 ή V6 + S στην V1 περισσότερο από 35 χιλ.μ.(ΚΟΥΤΑΛΑΣ, 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η διαγνωστική αντιμετώπιση του ασθενούς πρέπει να στοχεύει:

- Στην επιβεβαίωση αυξημένων επιπέδων αρτηριακής πίεσεως σε επανειλημμένες μετρήσεις.
- Στην εκτίμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου συνύπαρξη δηλ. και άλλων προδιαθεσικών παραγόντων όπως καπνίσματος, υπερλιπιδαιμίας, παχυσαρκίας, υπερβολικού stress, κληρονομικότητας, έλλειψης σωματικής άσκησης.

- Στην εκτίμηση της πιθανής βλάβης σε όργανα στόχους που η παρατεταμένη αύξηση της πίεσεως προκαλεί.
- Στην ανεύρεση της πιθανής αιτίας που προκαλεί την υπέρταση. (αθανασιαδης,1995)

7.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η υπέρταση είναι ένα πολυσήμαντο πρόβλημα που ανάγεται τόσο σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο όσο και σε ατομικό επίπεδο. Στο κοινωνικό επίπεδο, σημαντικό ρόλο παίζει η ενημέρωση του πληθυσμού, η προτροπή σε αλλαγή του τρόπου και των συνηθειών της καθημερινότητας, η προτροπή σε προληπτική φροντίδα με τη βοήθεια και καλή εκπαίδευση του κατάλληλου υγειονομικού προσωπικού.

Σε ατομικό επίπεδο η αντιμετώπιση της υπέρτασης διακρίνεται σε φαρμακευτική και μη φαρμακευτική.

Η απόφαση δια την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να στηρίζεται στο επίπεδο της διακύμανσης της συστολικής ς και διαστολικής πίεσεως και στην εκτίμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

Σε περίπτωση μέτριας και σοβαρής υπερτάσεως όπως έχουν ταξινομηθεί από την Παγκόσμια Επιτροπή Υπερτάσεως υπάρχει πλήρης ομοφωνία δια την άμεσο έναρξη φαρμακευτικής αγωγής ακόμα και επί απουσίας άλλων παραγόντων κινδύνου.

Ακόμα και σ' αυτόν τον τομέα η φύση έχει δώσει τις πρώτες ύλες δια την σύνθεση των υπερτασικών φαρμάκων.

Η πρώτη γραμμή φαρμακευτικής αντιμετώπισης αποτελείται από 5 κατηγορίες φαρμάκων.

- Τα διουρητικά,
- οι β-αναστολείς,
- οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (α-MEA)

Ο πρώτος α-MEA απομονώθηκε από το δηλητήριο του βραζιλιάνικου φιδιού *Bothrops jaracaca* το 1965
ανταγωνιστές ασβεστίου
α-αναστολείς

Άλλες ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην υπέρταση είναι τα κεντρικώς δρώντα (με κύριο εκπρόσωπο την κλονιδίνη) και τα περιφερικώς δρώντα συμπαθητικολυτικά (με κύριο εκπρόσωπο την ρεζερπίνη αλκαλοειδές παράγωγο του φυτού *Rauwolfia serpentina*). (kearney,whelton,2004)

Κατά την εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην χρονιότητα της νόσου και επομένως στη συνέπεια της δια βίου λήψης των φαρμάκων από την πλευρά του ασθενούς.

Ο προβληματισμός που δημιουργείται αφορά τη φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική αντιμετώπιση ενός μεγάλου ποσοστού πληθυσμού που υπάγεται στην ήπια υπέρταση. Και ο προβληματισμός αυτός έχει τόσο ατομικές όσο και κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Στην Αμερική π.χ. που υπάρχει ένας ενθουσιασμός υπέρ της επιθετικής αντιμετώπισης με χρόνια χορήγηση φαρμάκων, ακόμα και δια την ήπια υπέρταση, δημιουργήθηκαν εκατομμύρια χρόνια ασυμπτωματικών ασθενών και η υπέρταση αναδείχθηκε ως η πιο πολυέξοδη ασθένεια. Από την άλλη, η τόσο ευρεία υπερκατανάλωση φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρες ή σοβαρές επιπλοκές (όπως η αλόγιστος χρήση διουρητικών μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρες καρδιακές αρρυθμίες), ώστε να ανατρέψει το όφελος της μείωσης του καρδιαγγειακού θανάτου όπως έχει καταδειχθεί από μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες.(buctman,2000)

Στηριζόμενοι στα προβλήματα της ανωτέρω επιθετικής πολιτικής δια την ήπια υπέρταση οι επικριτές της θεωρούν ότι το όριο της διάγνωσης δεν σηματοδοτεί κατ' ανάγκη και το όριο για την θεραπεία, ούτε είναι φρόνιμο να πυροβολούμε ό,τι αποκλίνει ελαφρά από τα φυσιολογικά όρια. Αντί των

φαρμάκων προτείνουν σαν μια μη φαρμακευτική αντιμετώπιση την προτροπή του ατόμου

- στην μείωση του σωματικού βάρους κυρίως σε συνδυασμό με
 - την άσκηση
 - τον περιορισμό της λήψης αλατιού
 - την αλλαγή διαιτητικών συνηθειών στην κατανάλωση τροφών
 - απαλλαγμένων από συντηρητικά, λίπη καθώς και στον τρόπο παρασκευής τους
 - στη μείωση του άγχους
 - στην αποφυγή αλόγιστης κατανάλωσης αλκοόλ

Ευνοϊκή επίδραση μπορεί να έχουν φυτικά παρασκευάσματα καλίου, μαγνησίου, λάδι ψαριών και το σκόρδο.

Η πολιτική αυτή της μη φαρμακευτικής αγωγής έχει το πλεονέκτημα :

- Να μην αισθάνεται το άτομο ότι νοσεί
- Να στρέψει την προσοχή του ατόμου στην υγιεινή φροντίδα του εαυτού του ενάντια στις αρνητικές δια την υγεία του συνθήκες της εποχής του
- Τέλος, έχει το πλεονέκτημα μιας πιο οικολογικής απάντησης σε μια νόσο, η οποία έχει συντηρήσει τεράστιες φαρμακευτικές βιομηχανίες με συνέπεια επιβάρυνση σε οικονομικό κόστος και ρύπανση του περιβάλλοντος. (www.ypertasi-rokas.gr)

7.3 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στόχος της θεραπείας πρέπει να είναι η μεγαλύτερη ανεκτή ελάττωση της αρτηριακής πίεσης. Αποτελέσματα από επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής, κάτω από τα «φυσιολογικά» όρια μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικών και στεφανιαίων επεισοδίων. Η ασφάλεια της μείωσης της αρτηριακής πίεσης ακόμη και σε ασθενείς με αρκετά χαμηλά αρχικά επίπεδα, υποδηλώνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε ασθενείς με καρδιακή

ανεπάρκεια ή ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (αΜΕΑ) ή β-αποκλειστές μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου. Ασθενείς της μελέτης SHEP με μέσα επίπεδα αρχικής διαστολικής πίεσης 77 mmHg (10,3 kPa), ωφελήθηκαν ουσιαστικά από την περαιτέρω μείωση της αρτηριακής τους πίεσης.(μουντοκαλακης 2005) (αθανασιαδης, 1995)

- Σε όλα τα υπερτασικά άτομα η πίεση που επιδιώκεται με τη θεραπεία (πίεση-στόχος) είναι < 140/90 mmHg ή και χαμηλότερη αν είναι ανεκτό.
« Στους υπερτασικούς >65 ετών η πίεση-στόχος επίσης είναι < 140/90 mmHg.
- Στους διαβητικούς και τους νεφροπαθείς ο στόχος είναι χαμηλότερος (< 130/80 mmHg).
- Παράλληλα, πρέπει να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και οι άλλοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (κάπνισμα, υπερχοληστεριναιμία, διαβήτης, κλπ). (αθανασιαδης, 1995)

7.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η θεραπεία της υπέρτασης χωρίς τη βοήθεια φαρμάκων αποκαλείται και «μη φαρμακολογική» μείωση της αρτηριακής πίεσης, και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική. Γενικά, συνίσταται σε σχετικά άμεσες αλλαγές στη διατροφή και στον τρόπο ζωής, τις οποίες μπορείτε να κάνετε ακολουθώντας τις συμβουλές τον γιατρού σας. Πιθανόν να διαπιστώσετε ότι ορισμένες αλλαγές εφαρμόζονται πιο δύσκολα από άλλες.

Όσο και αν δυσκολευθείτε να κάνετε τις αναγκαίες τροποποιήσεις, πραγματικά αξίζει τον κόπο η προσπάθεια, διότι αν επιτύχετε η αρτηριακή σας πίεση θα επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα δίχως να χρειασθείτε φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν αρκετοί τρόποι για να βοηθήσετε αποτελεσματικά τον εαυτό σας.(ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, 2000)

7.4.1 ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΆΛΑΤΟΣ

Ο γιατρός σας είναι πιθανόν να σας συστήσει να μειώσετε το αλάτι που καταναλώνετε. Σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η μέση πρόσληψη άλατος ισούται με 10 γραμμάρια την ημέρα στους άνδρες και με 6-7 γραμμάρια την ημέρα στις γυναίκες, Εντούτοις , πολλοί άνθρωποι καταναλώνουν τις μισές από αυτές τις ποσότητες και η αρτηριακή τους πίεση είναι χαμηλότερη. Από την ποσότητα άλατος που καταναλώνεται καθημερινά, μόνο το ένα γραμμάριο προστίθεται κατά την προετοιμασία του φαγητού ή στο πιάτο. Το υπόλοιπο προέρχεται από επεξεργασμένες κυρίως τροφές, όπως τα χάμπουργκερ, οι πίτες, λουκάνικα, τα αλμυρά σνακ, οι τροφές σε κονσέρβα, τα δημητριακά για πρωινό και το ψωμί.

Για να είναι νόστιμο το φαγητό που μαγειρεύετε, μπορείτε να προσθέσετε μπαχαρικά.(ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ 2005)

7.4.2 ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΆΛΑΤΟΣ

Στο εμπόριο διατίθενται πλέον αρκετά υποκατάστατα άλατος. Αυτά περιέχουν λιγότερο χλωριούχο νάτριο και περισσότερο χλωριούχο. Να θυμάστε ότι το θαλασσινό αλάτι, το ορυκτό αλάτι και το «φυσικό» αλάτι δεν είναι υποκατάστατα άλατος, αλλά κανονικό αλάτι (δηλαδή χλωριούχο νάτριο). Να χρησιμοποιείτε τα υποκατάστατα άλατος με προσοχή, εάν παίρνετε κάποιο φάρμακο που μειώνει το κάλιο (όπως η αμιλορίδη) ή αν οι νεφροί σας δεν

λειτουργούν ομαλά, διότι μπορεί να έχετε ήδη υψηλά επίπεδα καλίου.(τρικας,1997)

7.4.3 ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Για κάθε κιλό που χάνετε η αρτηριακή σας πίεση μειώνεται κατά 1 χιλιοστό της στήλης υδραργύρου (mmHg). Αν, συνεπώς, η πίεση σας είναι ελαφρώς αυξημένη, μπορεί να επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα εάν χάσετε 8-10 κιλά. Αυτό, πάντως, δεν είναι εύκολη υπόθεση, εκτός και αν έχετε τις κατάλληλες οδηγίες και ισχυρό κίνητρο, ενώ) όσον αφορά τη διαίτα σας πρέπει να λαμβάνετε υπόψη την ανάγκη για μείωση της κατανάλωσης άλατος. (πλεσσας, 1998)



7.4.4 ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Η μεγάλη σημασία της απώλειας βάρους έγκειται στο γεγονός ότι η ωφελιμότητα της δεν περιορίζεται μόνο στην αριθμητική μείωση της Α.Π. Η

δίαιτα λίγων θερμίδων όταν συνοδεύεται και από σωστή διατροφή επιτυγχάνει και την εξουδετέρωση άλλων παραγόντων κινδύνου.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να είναι οι ακόλουθες:

1. Η δίαιτα να είναι χαμηλού περιεχομένου σε χοληστερίνη
2. Να συνοδεύεται από περιορισμένη κατανάλωση άλατος
3. Να απογορεύεται αυστηρά η χρήση απισχναντικών δισκίων, διότι είναι δυνατόν να ανεβάσουν την Α.Π.
4. Η απώλεια βάρους να γίνεται προοδευτικά. Οι απισχναντικές δίαιτες που συνοδεύονται από εντυπωσιακή ταχεία πτώση του βάρους, όταν διακοπούν, και ο ασθενής επανέλθει στην κανονική δίαιτα, το βάρος του σώματος έχει την τάση να επανέλθει στα προ της δίαιτας επίπεδα.
5. Στόχος της διαιτητικής θεραπείας πρέπει να είναι απώλεια 1 κιλού την εβδομάδα. Η διαιτητική αυτή αγωγή πρέπει να συνεχίζεται για πολλούς μήνες.
6. Τις οδηγίες της διαιτητικής αγωγής να τις δίνει διαιτολόγος. Έχει αποδειχθεί ότι οι διαιτολόγοι πείθουν καλύτερα τους ασθενείς. Πρέπει βέβαια γιατρός και διαιτολόγος να συνεργάζονται στο είδος της δίαιτας.

(Βαρσαμής, 1995)

7.5 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που δείχνουν ότι η κατανάλωση μέτριων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών μειώνει την αρτηριακή πίεση, και πιθανόν δεν θα χρειασθεί να «κόψετε» εντελώς το αλκοόλ.

Μία μονάδα αναλογεί σε 250 ml μπίρας ή σε ένα ποτηράκι κρασί . Να αποφεύγετε την υπερκατανάλωση αλκοόλ, διότι ενδέχεται να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα καλά νέα είναι ότι ένα ή δύο ποτά την ημέρα μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου(ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, 2000)
(www.pubmed.com. 2001)

7.5.1 ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Το 1915 για πρώτη φορά παρατηρείται ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και Α.Π. Έχει διαπιστωθεί ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άμεσα με αυξημένη συχνότητα υπέρτασης.

Η μελέτη Kaiser-Permanente στην οποία εξετάστηκαν 80.000 άτομα είναι ίσως μία από τις περισσότερο εμπειριστατωμένες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο θέμα αυτό. Σ' αυτή έγινε προσαρμογή των δεδομένων ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το βάρος σώματος, το κάπνισμα κλπ. Στην μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι αποχή από το αλκοόλ οδηγεί και σε ομαλοποίηση της Α.Π.

Σε όλες τις εργασίες που ακολούθησαν κοινή διαπίστωση ήταν ότι η υπερβολική κατανάλωση συνδέεται άμεσα με την υπέρταση και με την αύξηση των τιμών των τριγλυκεριδίων και της LDL-χοληστερίνης ενώ ο περιορισμός του αλκοόλ μειώνει το μέγεθος της Α.Π.

Μήνυμα των εργασιών αυτών ήταν ότι η βλαπτική δράση του αλκοόλ στην Α.Π. είναι αναστρέψιμη, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι δεν έχει επέλθει ήδη βλάβη στα όργανα στόχους.(www.pubmed.gr)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ-ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ο χρόνιος αλκοολισμός συνδέεται με την νοσηρότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων κυρίως λόγω της υπερινσουλιναϊμίας, της αυξημένης δραστηριότητας του συμπαθητικού και της έμμεσης αθηροσκληρυντικής δράσης που ασκεί μέσω της υπερλιπιδαιμίας και της παχυσαρκίας.

7.5.2 ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

A. Προβλήματα κατά τη λήψη του ιστορικού:

Η λήψη πληροφοριών σχετικά με την χρήση οινοπνευματωδών, από τον ίδιο τον ασθενή είναι εξαιρετικά δύσκολη. Ο αλκοολικός ασθενής έχει μία ιδιαίτερη ψυχοσύνθεση, κατά συνέπεια είναι δύσκολος και στη συνεργασία του. Στις περιπτώσεις αυτές σκόπιμο θα ήταν να εφαρμόζουμε τις ακόλουθες οδηγίες:

1. Διασταυρώστε το ιστορικό, αν αυτό είναι δυνατόν, με τους συγγενείς του ασθενούς.

2. Μη ρωτάτε απλώς να σας απαντήσει μονολεκτικά "αν πίνει ή δεν πίνει". Ζητήστε να σας περιγράψει τι ήπια και πόσο ήπια την περασμένη εβδομάδα.

3. Μελετήστε τις εργαστηριακές εξετάσεις που αποτελούν έμμεσα ευρήματα χρόνιου αλκοολισμού, και συγκεκριμένα α) την γ-GT και τις ηπατικές δοκιμασίες β) τα τριγλυκερίδια αίματος γ) τον μέσο όγκο ερυθρών (MCV) και δ) το ουρικό οξύ αίματος.

B. Οδηγίες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ

1. Η μικρή κατανάλωση αλκοόλ δεν επιβαρύνει την υπέρταση. Η συνολική εβδομαδιαία κατανάλωση δεν πρέπει να υπερβαίνει συνολικά για τους άνδρες: τα 3 λίτρα μύρας ή τρία μπουκάλια κρασί ή το 1/3 λίτρο οινοπνευματούχων. Για τις γυναίκες η κατανάλωση αυτή πρέπει να περιορίζεται στο ήμισυ περίπου των όσων αναφέρθηκαν. (βρετανική ιατρική εταιρία)

Η JNCT-93 προτείνει ότι η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ πρέπει να είναι μικρότερη της 1 oz αιθανόλης την ημέρα και ειδικότερα λιγότερο από 2 oz ουίσκι ή 8 oz κρασιού ή 24 oz μύρας.

Να τονίζεται ότι τα αναφερόμενα δεν συνιστώνται, αλλά απλώς είναι η μέγιστη συνολική ποσότητα που η κατανάλωση τους δεν θα επιβαρύνει συνήθως την Α.Π.

2. Προϋπόθεση των ανωτέρω είναι ότι οι οδηγίες αυτές ισχύουν, εφόσον ο ασθενής δεν πάσχει από νοσήματα (όπως π.χ. ηπατική ανεπάρκεια κ.α.) στα οποία η κατανάλωση των οινοπνευματωδών απαγορεύεται απόλυτα.

3. Άτομα που υπήρξαν αλκοολικοί στο παρελθόν πρέπει να απέχουν τελείως, διότι αν τους επιτραπεί η περιορισμένη χρήση αλκοόλ, εύκολα μπορεί να επιστρέψουν στις παλαιές τους συνήθειες.

4. Υπερτασικοί με σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού έχουν ανάγκη ψυχιατρικής υποστηρίξεως.

5. Να επισημαίνεται στα παχύσαρκα άτομα ότι, έστω και αυτή η περιορισμένη χρήση αλκοόλ αυξάνει τις ημερήσιες προσλαμβανόμενες θερμίδες.

6. Αν δεν πίνει καθόλου, μη τον συμβουλεύετε να πίνει λιγάκι για να του κατέβει η πίεση (!) Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα ευρήματα αυτά δεν έχουν τεκμηριωθεί. Ζουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο απ'ότι οι χώρες της Βορείου Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής. Η διαφορά αυτή αποδίδεται στο διαφορετικό διαιτολόγιο.

Η "Μεσογειακού τύπου δίαιτα" συγκριτικά με τη δίαιτα των λαών της Βορείου Ευρώπης χαρακτηρίζεται από λιγότερο κρέας και γαλακτοκομικά προϊόντα. Τα γεύματα είναι πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (όπως το ελαιόλαδο) και περιλαμβάνουν άφθονα λαχανικά, όσπρια και ψάρια.

Στον Ελληνικό πληθυσμό υπάρχει μία τάση ανόδου των επιπέδων χοληστερίνης και αυτό δημιουργήθηκε τα τελευταία χρόνια λόγω αλλαγής του διαιτολογίου των Ελλήνων και του τρόπου ζωής. Δεδομένου ότι η νόσος έχει

μακρά περίοδο "επώσεως" και τα αποτελέσματα δεν είναι έκδηλα ακόμα, πρέπει να αρχίσει συστηματική προσπάθεια για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου και ιδιαίτερα της χοληστερίνης, διότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις βαίνει παράλληλα με την αύξηση της χοληστερίνης.

Στις χώρες της Άπω Ανατολής όπου χρησιμοποιούν συχνά σόγια αντί για ζωϊκή πρωτεΐνη, οι μέσες τιμές των λιπιδίων του αίματος είναι χαμηλότερες από εκείνες των λαών της Βορείου Αμερικής. Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι η αντικατάσταση της ζωϊκής πρωτεΐνης με σόγια οδήγησε σε ελάττωση της τιμής της χοληστερίνης κατά 25%. (Ελληνική Εταιρεία μελέτης Υπέρτασης 2005)

7.6 Συμπληρώματα Καλίου

Παρ' όλο που υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αυξημένες ποσότητες καλίου στη διατροφή μειώνουν την αρτηριακή πίεση, δεν πρέπει να παίρνετε συμπληρώματα καλίου υπό μορφή αλάτων ή δισκίων. Αντί αυτών, πρέπει να αυξήσετε την ποσότητα καλίου στη διατροφή σας καταναλώνοντας περισσότερα φρέσκα φρούτα και λαχανικά και μειώνοντας ταυτόχρονα την πρόσληψη άλατος από επεξεργασμένες τροφές.

7.7 Δίαιτα χαμηλής χοληστερίνης και υπέρταση

Είναι αποδεδειγμένο ότι αν η δίαιτα χαμηλής χοληστερίνης συνοδεύεται και από περιορισμό του αλκοόλ, διακοπή του καπνίσματος, περιορισμό του άγχους και φυσικές ασκήσεις, θα μειώσει όχι μόνο τα επίπεδα της χοληστερίνης αλλά και της αρτηριακής πίεσεως. (Ελληνική Εταιρεία μελέτης Υπέρτασης 2005)

Η παχυσαρκία αποτελεί τον ισχυρότερο προδιαθεσικό παράγοντα υπερλιπιδαιμίας. Η παχυσαρκία συνδέεται με την υπερινσουλιναίμια που αυτή με τη σειρά της προάγει την σύνθεση των τριγλυκεριδίων στο ήπαρ και των

VLDL. Η απώλεια βάρους συμβάλλει στη σταθερή και μόνιμο επάνοδο των λιπιδίων του αίματος στα φυσιολογικά όρια, εντός βραχύτατου χρονικού διαστήματος. Έχει παρατηρηθεί ότι απώλεια τριών κιλών συνοδεύεται από αύξηση της HDL κατά 1,2 mg/dl.

Η μείωση του σωματικού βάρους δεν αποτελεί το μοναδικό θεραπευτικό μέτρο για τη μείωση της χοληστερίνης. Η ειδική αντιλιπιδαιμική διαίτα είναι, εκ των ουκ άνευ, στην αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας.

Υπάρχουν δεδομένα από τις Σκανδιναβικές χώρες ότι η αντικατάσταση των λιπαρών οξέων από πολυακόρεστα, στην καθημερινή διαίτα οδηγεί σε μείωση της Α.Π. Τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν σε άλλες μελέτες. Η διαίτα με πολυακόρεστα λιπαρά οξέα έχει γενικότερα επωφελή αποτελέσματα δεν έχει αποδειχθεί όμως ότι επιδρά άμεσα στην Α.Π.

Επιθυμητά :	< 5,2 mmol/L (< 200 mg/dl)
Οριακά :	5,2 - 6,4 mmol/L (200 - 247 mg/dl;
Παθολογικά :	6,5 - 7,8 mmol/L (248 - 300 mg/dl]
Υψηλού κινδύνου :	> 7,8 mmol/L (> 300 mg/dl)

Πίνακας: Όρια φυσιολογικής και παθολογικής χοληστερίνης σύμφωνα με τις οδηγίες της British Hypertension Society.

7.8 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Είναι γνωστό ότι η νικοτίνη δρα βλαπτικά στα αγγεία και προάγει την αγγειοσκλήρυνση. Το κάπνισμα επιδρά επίσης και σε αυτόν τον ίδιο τον μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών, αυξάνοντας την χοληστερίνη και μειώνοντας την HDL. Η επίδραση του καπνίσματος στον μεταβολισμό των λιπιδίων αποδίδεται στην ενεργοποίηση της δραστηριότητας των ενζύμων λιποπρωτεϊνική λιπάση (LP) και ηπατική τριγλυκεριδική λιπάση (LPL) που αυξάνουν τον καταβολισμό των VLDL και IDL σε LDL και οδηγούν σε μειωμένη συγκέντρωση της HDL-χοληστερίνης του αίματος.

Άλλοι πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί που προάγουν την αγγειοσκλήρυνση είναι και η διέγερση των επινεφριδίων από τη νικοτίνη και η αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών. Το κάπνισμα έχει και άμεση επιβλαβή δράση στη καρδιά, τούτο δε, οφείλεται στην απ' ευθείας δράση στο μυοκάρδιο διότι προκαλεί αυξημένη διεγερσιμότητα της καρδιάς και αρρυθμία. (www.incardiology.gr)

- **Επιδρά το κάπνισμα στο μέγεθος της Α.Π;**

Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι μετά από το κάπνισμα δύο τσιγάρων η συστολική και η διαστολική Α.Π. αυξάνεται κατά 10 και 8 mmHg αντίστοιχα για ένα χρονικό διάστημα 15 λεπτών. Υποθέσανε ότι κάπνισμα 40 τσιγάρων την ημέρα ενδεχομένως αντιστοιχεί με παροδική μικρή αύξηση της Α.Π. συνολικής χρονικής διάρκειας 5 ωρών περίπου ημερησίως.

Δεν υπάρχουν όμως ερευνητικά δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το τσιγάρο έχει άμεση και μόνιμη επίδραση στην Α.Π. Ούτε ότι η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί και σε μείωση της Α.Π. (Βαρσαμής 1995).

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

1. Στον υπερτασικό ασθενή πρέπει να εξηγείται ότι η διακοπή του καπνίσματος, δεν έχει σκοπό τη μείωση της Α.Π. αλλά την εξουδετέρωση ενός σοβαρού προδιαθεσικού παράγοντα για καρδιαγγειακή πάθηση.

2. Πρέπει να γίνει αντιληπτό στους καπνιστές ότι η ταυτόχρονη δράση των δύο αυτών παραγόντων κινδύνου δεν αυξάνει απλώς τις πιθανότητες επιπλοκών των καρδιαγγειακών παθήσεων αλλά τους πολλαπλασιάζει.

3. Ένα αισιόδοξο μήνυμα της Framingham study προς τους καπνιστές είναι ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρδιακού επεισοδίου κατά 50% ανεξάρτητα για πόσο χρόνο κάπνιζε στο παρελθόν.(βρετανική ιατρική εταιρία,2000)

7.9 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

- Το όνομα τους και για ποιο λόγο τα παίρνουμε.
- Την ακριβή δοσολογία τους.
- Τις πιθανές παρενέργειες και πώς να αντιδράσουμε.
- Αν είναι ασφαλείς η λήψη των φαρμάκων αυτών , σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα που θα τύχει να παίρνουμε για άλλους λόγους.
- Αν πρέπει ταυτόχρονα με τη λήψη τους να αποφεύγουμε κάποια φαγητά , να πίνουμε αλκοόλ η να οδηγούμε. (ΠΑΝΑΓΟΥΛΗΣ, 2006)

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλοί έχουν τη λανθασμένη εντύπωση ότι πρέπει να παίρνουν αντιυπερτασικά φάρμακα για λίγο καιρό, σαν να παίρνουν αντιβιοτικά, και ότι μετά θα μπορέσουν να τα ξεχάσουν όλα. Αυτή είναι μία εξαιρετικά επικίνδυνη παρανόηση, διότι αν σταματήσετε τα φάρμακα, θα αυξηθεί σημαντικά ο κίνδυνος εμφράγματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ωστόσο, αν η υπέρταση σας ήταν εξ αρχής ήπια και αν δεν χρειαζόσασταν παρά ένα δισκίο την ημέρα για να την ρυθμίζετε, είναι πιθανόν να μπορέσετε να σταματήσετε τη θεραπεία αρκεί να έχετε υιοθετήσει μία διατροφή φτωχή σε αλάτι, να έχετε χάσει βάρος, να ασκείστε περισσότερο και να έχετε μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ. Ακόμα, πάντως, και με αυτές τις προϋποθέσεις, οι μισοί από τους ασθενείς ξαναρχίζουν κάποια στιγμή τη θεραπεία. Αν ο γιατρός σας συμφωνήσει να διακόψετε τη λήψη φαρμάκων, θα σας υποβάλλει τακτικά σε τσεκ άπ στην αρχή μία φορά τον μήνα και μετά μία φορά κάθε 3 μήνες. Είναι πολύ πιθανόν η πίεση σας να αυξηθεί και πάλι, οπότε θα πρέπει να ξαναπάρετε φάρμακα. Οι ασθενείς που χρειάζονται διπλή φαρμακευτική θεραπεία για να ρυθμίσουν την αρτηριακή τους πίεση, είναι εξαι-

ρετικά απίθανο να μπορέσουν να διακόψουν τη λήψη φαρμάκων. Όσον αφορά τους ασθενείς με δύσκολα ρυθμιζόμενη υπέρταση, που χρειάζονται τριπλή ή τετραπλή θεραπεία, υπάρχουν ενδείξεις ότι με το πέρασμα του χρόνου η πίεση τους ρυθμίζεται ευκολότερα, οπότε μπορούν να μειώσουν τον αριθμό των φαρμάκων που παίρνουν.

Είναι πολύ εύκολο να πείσετε τον εαυτό σας ότι δεν τα χρειάζεστε, διότι αισθάνεστε καλύτερα και δεν έχετε συμπτώματα. Αν, όμως, κάνετε κάτι τέτοιο, μπορεί μια ημέρα να βρεθείτε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός νοσοκομείου έχοντας αναπτύξει κάποια από τις επιπλοκές της υπέρτασης, όπως έμφραγμα ή εγκεφαλικό. (ΚΟΥΤΑΛΑΣ, 1993)

7.9.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠ' ΟΨΗ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ

Προϋπόθεση 1η: Εκτίμηση του μεγέθους των βλαβών στα όργανα στόχους της υπέρτασης. Η ενδεχόμενη νεφρική βλάβη ή η στεφανιαία ανεπάρκεια θα καθορίσει ένα διαφορετικό τρόπο θεραπείας.

Προϋπόθεση 2η: Αξιολόγηση των άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως την παχυσαρκία, την υπερχοληστεριναιμία, τον σακχαρώδη διαβήτη, την υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας κλπ.

Το επιβαρυσμένο κληρονομικό (καρδιακό επεισόδιο από συγγενή πρώτου βαθμού σε ηλικία μικρότερη των 60 χρόνων) και το κάπνισμα αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου και δεν καθορίζουν το είδος του αντιυπερτασικού φαρμάκου που θα χορηγηθεί.

Προϋπόθεση 3η: Αξιολόγηση τυχόν συνυπαρχόντων νοσημάτων που δεν έχουν σχέση με την υπέρταση. Επί παραδείγματι αν διαπιστωθεί χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αντενδείκνυται η χορήγηση β-ανασταλτών, ενώ

αντίθετα τα ίδια φάρμακα μπορεί να έχουν επωφελή αποτελέσματα αν συνυπάρχει υπερθυρεοειδισμός.

Προϋπόθεση 4η: Εκτίμηση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του υπερτασικού ασθενούς. Η ηλικία, η φυλή, το επάγγελμα, η προσωπικότητα του και η συμμόρφωση στη θεραπεία (compliance) παίζουν σημαντικό ρόλο στο είδος του φαρμάκου που θα χορηγηθεί.

Προϋπόθεση 5η: Η ποιότητα ζωής του ασθενούς και το οικονομικό κόστος του φαρμάκου.

Αφού ληφθούν υπόψη όλοι αυτοί οι παράγοντες χαρτογραφείται το "υπερτασικό προφίλ" του ασθενούς και καθορίζεται το είδος της αντιυπερτασικής αγωγής και εξατομικεύεται σωστά η θεραπεία. (Ελληνική Εταιρεία μελέτης Υπέρτασης 2005)

7.9.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΥ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥ

Η επιλογή του αντιυπερτασικού βασίζεται συνήθως στην προσωπική εμπειρία που έχει ο θεράπων γιατρός για κάποια συγκεκριμένα και γνωστά του φάρμακα, και στις επιρροές που δέχεται από τη διαφημιστική προβολή του φαρμάκου.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία εντυπωσιακή αύξηση κυκλοφορίας νέων αντιυπερτασικών φαρμάκων. Η τεράστια αυτή ποικιλία δίνει τη δυνατότητα στον θεράποντα γιατρό να επιλέξει το κατάλληλο σκεύασμα.

Παρ'όλα αυτά, η υπέρταση στους περισσότερους υπερτασικούς εξακολουθεί να μην ελέγχεται ικανοποιητικά. Οφείλεται αυτό στον κακό τρόπο χρήσεως των φαρμάκων εκ μέρους των ασθενών; ή μήπως στη μη σωστή θεραπευτική επιλογή εκ μέρους του θεράποντος γιατρού. (Βαρσαμης 1995).

7.10 ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της υπέρτασης

Τα κύρια φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της υπέρτασης χωρίζονται σε επτά κύριες κατηγορίες, που παρατίθενται στη συνέχεια. Για περισσότερες πληροφορίες γύρω από κάθε κατηγορία, βλ. σελ. 67-75.

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ (ΟΜΑΔΑ ΤΩΝ ΘΕΙΑΖΙΔΩΝ)	βενδροφλουαζίδη, χλωροθειαζίδη, χλωροθαλιδόνη, κυκλοπενθειαζίδη, υδροχλωροθειαζίδη, ινδαπαμίδη, μεφρουσίδη, μετολαζόνη, πολυθειαζίδη, ξιπαμίδη
ΒΗΤΑ-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ	υδροχλωρική κελιπρολόλη, υδροχλωρική εσομόλολη, υδροχλωρική λαβεταλόλη, τρυγική μετοπρολόλη, ναδολόλη, υδροχλωρική οξπρενολόλη, πινδολόλη, υδροχλωρική σσταλόλη, μηλεϊνική τιμολόλη
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΔΙΑΥΛΩΝ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ	φαινυλοσοουλφονική αμλοδιπίνη, υδροχλωρική διλτιαζέμη, φελοδιπίνη, ισραδιπίνη, λασιδιπίνη, υδροχλωρική λερκανιδιπίνη, υδροχλωρική νικαρδιπίνη, νιφεδιπίνη, νισολδιπίνη, υδροχλωρική βεραπαμίλη
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ACE	καπτοπρίλη, κιλαζαπρίλη, μηλεϊνική εναλαπρίλη, φουσινοπρίλη, λισινοπρίλη, υδροχλωρική μεξιπρίλη, περινδοπρίλη, κιναπρίλη, ραμιπρίλη, τρανδολαπρίλη
ΑΛΦΑ-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ	δοξαζοσίνη, υδροχλωρική φαινοξυβενζαμίνη, ινδοραμίνη, μεθανοσοουλφονική φαιντολαμίνη, πραζοσίνη, τεραζοσίνη
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΡΑΣΕΩΣ ΦΑΡΜΑΚΑ	υδροχλωρική κλονιδίνη, μεθυλντόπα, μοξονιδίνη
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ	ιρβεσαρτάνη, καλιούχος λοσαρτάνη, βαλοσαρτάνη

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΩΝ ΘΕΙΑΖΙΔΩΝ

Τα φάρμακα αυτά δρουν διαστέλλοντας τα αιμοφόρα αγγεία, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αρτηριακή πίεση. Επιπλέον, βοηθούν τους νεφρούς να αποβάλλουν τις περιττές ποσότητες άλατος και νερού, γεγονός που μειώνει

τον όγκο του αίματος που κυκλοφορεί στο σώμα και καταπραΰνει την πίεση στο κυκλοφορικό σύστημα.

Πέρα από την αποβολή ούρων, τείνουν να χαλαρώνουν τα μεσαίου μεγέθους αρτηρίδια, γεγονός που επίσης συμβάλλει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Τα πρώτα χρόνια, οι θειαζίδες χρησιμοποιούνται σε πολύ μεγάλες δόσεις. Τώρα πια, όμως, έχει αποδειχθεί ότι είναι καλύτερο να παίρνουν οι ασθενείς τη μικρότερη δυνατή δόση, αφού τους παρέχει το ίδιο όφελος. Οι υψηλότερες δόσεις δεν είναι πιο αποτελεσματικές στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η πρόκληση ουρικής αρθρίτιδας (ποδάγρας) ή διαβήτη.(κουταλας,1993)

ΒΗΤΑ-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν τη δράση της νοραδρεναλίνης, η οποία προετοιμάζει τον οργανισμό για επείγουσες καταστάσεις. Αυτές οι πανίσχυρες χημικές ουσίες διαστέλλουν ορισμένα αιμοφόρα αγγεία και συστέλλουν άλλα, ρυθμίζοντας τη ροή αίματος σε ζωτικά όργανα, όπως η καρδιά. Επιταχύνουν επίσης την καρδιακή λειτουργία, κάνοντας την καρδιά να ωθεί το αίμα με μεγαλύτερη δύναμη.

Οι βήτα-αναστολείς εμποδίζουν όλους αυτούς τους μηχανισμούς και επιβραδύνουν την καρδιακή λειτουργία, μειώνοντας τη δύναμη συσπάσεώς της και, κατ' επέκταση, την αρτηριακή πίεση. Εντούτοις, προκαλούν επίσης συστολή στην αεροφόρο οδό και έτσι δεν μπορούν να χορηγηθούν σε ασθενείς με άσθμα.

Επιπλέον, πιθανόν να κάνουν τα χέρια και τα πόδια να είναι κρύα, επειδή μειώνουν την παροχή αίματος από την καρδιά.(ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ- ΠΑΝΟΥ, 2004)

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΔΙΑΥΛΩΝ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ

Οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου εμποδίζουν τη δράση του ασβεστίου στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων των αρτηριδίων. Η παρεμπόδιση της δράσης του ασβεστίου έχει ως αποτέλεσμα τη διαστολή των αγγείων και τη μείωση της πίεσης. Το πρόβλημα είναι ότι η διαστολή αφορά όλα τα αρτηρίδια του σώματος: τα αρτηρίδια του εγκεφάλου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε πονοκεφάλους· τα αρτηρίδια του προσώπου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε έξαψη· και τα αρτηρίδια των ποδιών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε οίδημα των αστραγάλων. Ένας άλλος αναστολέας των διαύλων ασβεστίου (βεραπαμίλη) μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα I και ενδέχεται να αποδειχθεί επικίνδυνος σε ορισμένες μορφές στεφανιαίας νόσου.

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ACE

Οι αναστολείς του ACE (ενζύμου μετατροπής της αγγειοτασίνης) εμποδίζουν την ενεργοποίηση της ορμόνης αγγειοτασίνη II από τις δυο πρόδρομες ουσίες της, τη ρενίνη (ή νεφρίνη) και την αγγειοτασίνη I. Επειδή η αγγειοτασίνη II συστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία, οι αναστολείς του ACE διαστέλλουν αποτελεσματικά τα αιμοφόρα αγγεία, οδηγώντας σε μείωση της αρτηριακής πίεσης. Τα φάρμακα αυτά όχι μόνο μειώνουν την πίεση, αλλά προστατεύουν και τους νεφρούς των ασθενών με διαβήτη και υπέρταση. Προσφάτως, διαπιστώθηκε ότι επιβραδύνουν και την έναρξη των βλαβών στους αμφιβληστροειδείς χιτώνες. Η άλλη σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια των αναστολέων του ACE είναι ότι προκαλούν ξηρό, ερεθιστικό βήχα στο 10% περίπου των ανδρών και στο 20% των γυναικών που τους παίρνουν. (ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ, 1995)

ΑΛΦΑ-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν τη δράση της αδρεναλίνης στις μυϊκές ίνες που επιστρώνουν τα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων. Λόγω αυτής της δράσης, οι άλφα-αναστολείς ενδέχεται να προκαλέσουν ζάλη, ιδίως όταν ο ασθενής σηκώνεται απότομα, αλλά πέρα από αυτήν έχουν λιγοστές άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι άλφα-αναστολείς δεν μειώνουν μόνον την πίεση, αλλά δρουν και σε άλλα όργανα του σώματος. Έχει διαπιστωθεί ότι χαλαρώνουν την ουροδόχο κύστη και αυτό είναι χρήσιμο για τους ηλικιωμένους άνδρες με διογκωμένο προστάτη, οι οποίοι παρουσιάζουν δυσκολίες κατά την ούρηση. Στις γυναίκες, όμως, προκαλούν μερικές φορές ακράτεια ούρων σε συνθήκες πίεσης. Το πρόβλημα αυτό αναστρέφεται μόλις σταματήσει η λήψη τους.

ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΡΑΣΕΩΣ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα φάρμακα αυτά δρουν στο τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει την αρτηριακή πίεση, αλλά σπανίως χρησιμοποιούνται πλέον. Παρ' όλο που είναι ασφαλή, τείνουν να προκαλούν κόπωση, λήθαργο, ακόμα και κατάθλιψη, κυρίως σε μεγάλες δόσεις.

Τα νεότερα φάρμακα, που δρουν με διαφορετικούς τρόπους, έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι εξίσου ασφαλή.(ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ-ΠΑΝΟΥ, 2004)

ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ

Τα φάρμακα αυτά δρουν με παρόμοιο με τους αναστολείς του ACE τρόπο, με τη διαφορά ότι δεσμεύουν τους υποδοχείς της αγγειοτασίνης II αντί να εμποδίζουν την ενεργοποίησή της. Για τον λόγο αυτό, έχουν πιο ειδική

επίδραση στην αρτηριακή πίεση και δεν προκαλούν ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ο βήχας.(ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, 2000)

7.11 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- Οι προτεινόμενοι διπλοί συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων είναι:
 - θειαζιδικό διουρητικό με αναστολέα ΜΕΑ, ανταγωνιστή της αγγειοτασίνης ή β-αποκλειστή,
 - ανταγωνιστής ασβεστίου της ομάδας των διυδροπυριδινών με β-αποκλειστή,
 - ανταγωνιστής ασβεστίου με αναστολέα ΜΕΑ ή ανταγωνιστή της αγγειοτασίνης,
 - ανταγωνιστής ασβεστίου με θειαζιδικό διουρητικό.
- Άλλοι συνδυασμοί μπορεί να χρησιμοποιηθούν αλλά είναι λιγότερο αποτελεσματικοί. Ο συνδυασμός μη διυδροπυριδινών ανταγωνιστών ασβεστίου και β-απο-κλειστών πρέπει να αποφεύγεται, λόγω της κοινής αρνητικής δράσης των φαρμάκων αυτών στην καρδιακή αγωγιμότητα. Επιπλέον, ο συνδυασμός αναστολέα ΜΕΑ με καλιοσυντηρητικό διουρητικό πρέπει να αποφεύγεται λόγω του κινδύνου υπερκαλιαιμίας (εκτός περιπτώσεων με υποκαλιαιμία υπό αναστολέα ΜΕΑ και θειαζιδικό διουρητικό). (Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης 2005)

7.12 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ -ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Στα υπερτασικά άτομα συχνά συνυπάρχουν παθήσεις που επιβάλλουν την επιλογή συγκεκριμένης κατηγορίας αντιυπερτασικών φαρμάκων. Οι βασικοί κανόνες της εξατομικευμένης αντιυπερτασικής θεραπείας και οι κύριες απόλυτες ενδείξεις των φαρμάκων φαίνονται πιο κάτω:

Καρδιακή ανεπάρκεια

Οι αναστολείς ΜΕΑ, οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης βελτιώνουν την πρόγνωση.

Μετά από έμφραγμα

Οι β-αποκλειστές και οι αναστολείς ΜΕΑ βελτιώνουν την πρόγνωση. Ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης χορηγούνται όταν οι αναστολείς ΜΕΑ δεν είναι καλά ανεκτοί.

Στηθάγχη

Οι β-αποκλειστές είναι φάρμακα πρώτης επιλογής. Εναλλακτικά χρησιμοποιούνται ανταγωνιστές ασβεστίου μακράς δράσης.

Σακχαρώδης διαβήτης

Όλες οι κατηγορίες φαρμάκων πρώτης γραμμής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές παρά τις θεωρητικές υποθέσεις περί της υπεροχής συγκεκριμένων κατηγοριών.

Νεφρική Βλάβη

Τόσο στη διαβητική όσο και στη μη διαβητική νεφροπάθεια οι αναστολές ΜΕΑ και οι ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτασίνης καθυστερούν την επιδείνωση της νεφρικής βλάβης. Κατά την αρχική χορήγηση των φαρμάκων αυτών είναι αναμενόμενη μικρή αύξηση της κρεατινίνης του ορού (μέχρι 30% της βασικής τιμής) που δεν αποτελεί λόγο διακοπής της θεραπείας. Όταν η κρεατινίνη του ορού είναι >2,5-3 mg/dl τα θειαζιδικά διουρητικά δεν δρουν και αντί γι' αυτά χορηγούνται διουρητικά της αγκύλης (φουροσεμίδα).

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Η μείωση της πίεσης στην οξεία φάση του επεισοδίου μπορεί να επιδεινώσει τη νευρολογική συνδρομή. Αν η πίεση παραμένει σταθερά πάνω από 200/120 mmHg επιχειρείται προσεκτική και σταδιακή μείωση, αλλά όχι κάτω από 160/110 mmHg. Μετά την οξεία φάση η αποτελεσματική μείωση της πίεσης με συνδυασμό αναστολέα ΜΕΑ και διουρητικού μειώνει τον κίνδυνο νέου επεισοδίου.

Υπερτροφία αριστερής κοιλίας

Η άριστη ρύθμιση της πίεσης έχει την κύρια σημασία για την υποστροφή της υπερτροφίας. Θεραπεία με βάση έναν ανταγωνιστή της αγγειοτασίνης είναι αποτελεσματικότερη από αυτή με βάση έναν β-αποκλειστή τόσο στην υποστροφή της υπερτροφίας όσο και στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Ηλικιωμένοι

Οι οδηγίες για φαρμακοθεραπεία και η πίεση-στόχος δεν διαφέρουν στους ηλικιωμένους. Συνιστάται έναρξη θεραπείας με μικρές δόσεις και ενίσχυση της προοδευτικά με παρακολούθηση της πίεσης και σε όρθια θέση για την αποφυγή ορθοστατικής υπότασης. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται συνδυασμός φαρμάκων όπως και στους νεότερους υπερτασικούς.

Στη μεμονωμένη συστολική υπέρταση η θεραπεία με βάση διουρητικό ή ανταγωνιστή ασβεστίου (διϋδροπυριδίνη) βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση.

Παιδιά και έφηβοι

Η υπέρταση στα παιδιά είναι συχνότερη από όσο πιστευόταν παλαιότερα, ιδίως στους εφήβους στους οποίους συνήθως υποδηλώνει πρόωπη εγκατάσταση ιδιοπαθούς υπέρτασης. Στα μικρά παιδιά η δευτεροπαθής υπέρταση (κυρίως νεφροπαρεγχυματική ή νεφραγγειακή υπέρταση ή ισθμική στένωση αορτής) είναι συχνή, ενώ μετά το τέλος της πρώτης δεκαετίας η ιδιοπαθής υπέρταση είναι η συχνότερη αιτία. Ως υπέρταση θεωρείται πίεση $>95^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση για την αντίστοιχη ηλικία, το φύλο και το ύψος. Όπως και στους ενηλίκους, η διάγνωση βασίζεται σε επανειλημμένες μετρήσεις της πίεσης και τη χρήση των ήχων I και V για τη συστολική και τη διαστολική αντίστοιχα. Σε επιβεβαιωμένη υπέρταση που δεν ρυθμίζεται με μη φαρμακευτικά μέσα γίνεται προσεκτική χορήγηση φαρμάκων όπως στους ενηλίκους, αλλά συνήθως σε μικρότερες δόσεις. Ο έλεγχος και οι θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να κατευθύνονται από εξειδικευμένα κέντρα. (Εθνικό Συνταγολόγιο 2000)

7.13 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

A. Στην υπερτασική κρίση η αγωγή πρέπει να χορηγείται παρεντερικά μια και ο στόχος είναι η γρήγορη και ελεγχόμενη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

B. Ο στόχος της θεραπείας είναι να μειωθεί η αρτηριακή πίεση(MΑΠ) κατά 25%.

Γ .Η ενδοφλέβια έγχυση προτιμάται της εφ' άπαξ χορήγησης γιατί επιτρέπει συνεχή έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.

7.14 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΟΞΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Α. Η οξεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης μπορεί να αντιμετωπισθεί με αγωγή από το στόμα χωρίς ο ασθενής να εισαχθεί στο νοσοκομείο και να επανεξετασθεί μέσα σε 24ώρες.

Β. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η νιφεπιδίνη από το στόμα η από υπογλώσσια και κλωνιδίνη από το στόμα.

Γ. Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία είναι η κατοπρίλη, Προπανόλη η μετοπρολόλη, η φουροσεμίδα και η πραζοσίνη.

ΠΙΝΑΚΑΣ : ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ

Αρτηριακή πίεση (mmHg)

Παράγοντες κινδύνου	Βαθμίδα 1 (ήπια υπέρταση)	Βαθμίδα 2 (μέτρια υπέρταση)	Βαθμίδα 3 και (σοβαρή υπέρταση)
ατομικό αναμνηστικό	Σ.Α.Π. 140-159 ή υπέρταση) Σ.Α.Π. υπέρταση)	Σ.Α.Π. υπέρταση) Σ.Α.Π. υπέρταση)	Σ.Α.Π. υπέρταση) Σ.Α.Π. υπέρταση)
Δ.Α.Π. 90-99	160-179 ή Δ.Α.Π. >ή= 180 ή Δ.Α.Π.		
100-109	> 110		
Όχι παράγοντες κινδύνου	ΜΙΚΡΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ		
1-2 παράγοντες κινδύνου	ΜΕΤΡΙΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ		
3 ή περισσότεροι παράγοντες κινδύνου	ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ		
σακχαρώδης διαβήτης		ΚΙΝΔΥΝΟΣ ή βλάβη οργάνων στόχων ή	

Συνοδά νοσήματα ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

1. Σ. Α. Π.=Συστολική αρτηριακή πίεση

2. Δ.Α.Π.= διαστολική αρτηριακή πίεση

ΠΙΝΑΚΑΣ: ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ

Πολύ υψηλός

Υψηλός

Μέτριος

Μικρός

Έναρξη	Έναρξη	Παρακολούθηση της Α.Π. και άλλων παραγόντων	Παρακολούθηση της Α.Π και άλλων παραγόντων
Φάρμα	φάρμα		
κευτικής	κευτικής		
αγωγής	αγωγής	κινδύνου για 3-6 μήνες	κινδύνου για 3-6 μήνες
		Εάν	Εάν
		Σ.Α.Π:>150 ή Σ.Α.Π:	Σ.Α.Π1:>150 ή Σ.Α.Π:
		Δ.Α.Π:>95 <150 ή	Δ.Α.Π2:>95 <150
			ή
		Έναρξη Δ.Α.Π:	Έναρξη
			Δ.Α.Π:
		φαρμακευτικής <95	φαρμακευτικής<95
		Αγωγής	αγωγής
		Παρακολούθηση	Παρακολούθηση
		Α.Π.	Α.Π.

1. Σ. Α.Π = Συστολική αρτηριακή πίεση

2. Δ.Α.Π .= Διαστολική αρτηριακή πίεση

(ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, 2001)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

8.1 ΓΕΝΙΚΑ

1. Ιστορικό υγείας

α. Παράγοντες στον τρόπο ζωής του αρρώστου που μπορεί να έχουν σχέση με υπέρταση.

β. Ηλικία πρώτης εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης.

γ. Νεφρικές, καρδιαγγειακές, ενδοκρινικές παθήσεις.

δ. Παράπονα αρρώστου για: απότομη ελάττωση ή αύξηση του βάρους του σώματος, πολουρία, νυκτερινή ούρηση, πονοκέφαλο, δύσπνοια, αίσθημα κόπωσης, στηθαγχικούς πόνους, αίσθημα παλμών, επίσταξη, ευερεθιστότητα, μείωση μνήμης

2. Φυσική εκτίμηση

α. Η πίεση του αίματος λαμβάνεται και από τους δύο βραχίονες στην ύπτια και

όρθια θέση. Γίνονται πολλές μετρήσεις για μία ως δύο ώρες, για πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Συστολική αρτηριακή πίεση πάνω από 140 mmHg και διαστολική πάνω από 90 mmHg, μόνιμα

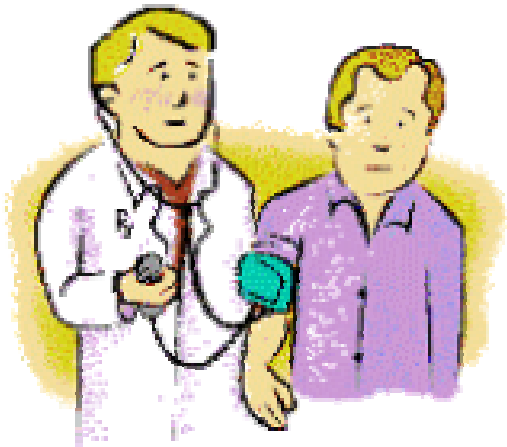
β. Η οφθαλμοσκοπική εξέταση μπορεί να δείχνει αλλοιώσεις των αγγείων του αμφιβληστροειδούς. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για ομιχλώδη όραση

γ. Έντονος πονοκέφαλος συνοδευόμενος από ναυτία και εμετούς, ειδικά το πρωί. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2004)

8.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Ελλιπής διακίνηση O_2 (καρδιακή ανεπάρκεια, δύσπνοια, βλάβη του τοιχώματος των αγγείων)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι)
3. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο, δυνητικά (καρδιακή ανεπάρκεια, κακή νεφρική λειτουργία, έμετοι)
4. Προβλήματα απέκκρισης (κακή νεφρική λειτουργία)
5. Μείωση δραστηριοτήτων (αίσθημα κόπωσης, απώλεια βάρους)
6. Μείωση άνεσης (πονοκέφαλος, δύσπνοια, πολυουρία, νυχτουρία)
7. Πόνος, αγωνία
8. Προβλήματα από αλλαγή σωματικού ειδώλου (αν η υποκείμενη πάθηση είναι σύνδρομο Cushing)
9. Κίνδυνοι από κακή λειτουργία του εγκεφάλου
10. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.(Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2004)
10. Κίνδυνοι επιπλοκών
11. Κίνδυνοι από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής θεραπείας
12. Κίνδυνοι από αποσυντονισμό, εξαιτίας κακής λειτουργίας του εγκεφάλου
13. Δυσκολίες στη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα.(Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2004)

8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



1. Γενικά μέτρα σε ατομική βάση, ανάλογα με την πίεση του αίματος, την έκταση της αγγειακής βλάβης και του αν η υπέρταση είναι ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής
 - α. Μείωση βάρους σώματος (απαραίτητη αν ο αρρώστος είναι παχύσαρκος)
 - β. Υπονατριούχος διαίτα (2 g νατρίου περίπου τη μέρα)
 - γ. Έναρξη τακτικής φυσικής άσκησης
 - δ. Χορήγηση ηρεμιστικών, όπως βαρβιτουρικών και βενζοδιαζεπινών
 - ε . Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος και περιόδων ανάπαυσης
 - στ. Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του αρρώστου κάτω από τις ίδιες συνθήκες, κάθε μέρα
 - ζ. Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία επιπλοκών από τον εγκέφαλο, όπως σύγχυση, ευερεθιστότητα, λήθαργο, αποπροσανατολισμό, εμετούς. Προσοχή σε παράπονα για πονοκέφαλο, δυσκολία στην όραση και ναυτία

η. Λήψη προστατευτικών μέτρων, αν ο άρρωστος παρουσιάσει σπασμούς (καλυμμένοι προφυλακτήρες, χαλαρά ρούχα, αντισπασμωδικά φάρμακα)

θ. Αποφυγή αντιδράσεων και δραστηριοτήτων που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση, όπως συγκινησιακές διαταραχές και μεταβολές στις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες

ι. Σερβίρισμα φαγητού σε μικρές ποσότητες και συχνά. Λήψη υγρών σε μικρές ποσότητες κάθε φορά.

ια. Συζήτηση με τον άρρωστο, ακρόαση των προβλημάτων του και εξασφάλιση υποστήριξης, όταν είναι απαραίτητο

ιβ. Στενή παρακολούθηση, κλινική και εργαστηριακή, για έγκαιρη διαπίστωση παρενεργειών από τη φαρμακευτική θεραπεία

2. Κατάρτιση σχεδίου διδασκαλίας και αποκατάστασης

α. Εξήγηση της φύσης της υπέρτασης, των κινδύνων που συνεπάγεται για τον εγκέφαλο, την καρδιά και τους νεφρούς, ότι είναι μια κατάσταση που δεν θεραπεύεται, μπορεί όμως να ελέγχεται και επομένως αποτελεί ένα διά βίου πρόβλημα για τον άρρωστο (ιδιοπαθής υπέρταση).

β. Εξήγηση ώστε να κατανοήσει ο άρρωστος ότι είναι απαραίτητη η σχολαστική συμμόρφωση του με το θεραπευτικό σχήμα που θα του δοθεί και ότι είναι επιτακτική η τακτική παρακολούθηση του από το γιατρό.

γ. Τρόπο λήψης και αναγραφής της αρτηριακής του πίεσης στο σπίτι και ίσως στην εργασία του και τις τιμές για τις οποίες πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.

δ. Εξήγηση των διαιτητικών περιορισμών και των πινάκων των φτωχών σε νάτριο τροφών.

ε. Εξήγηση γιατί δεν πρέπει να παίρνει μεγάλες ποσότητες υγρών σε μικρό χρόνο.

στ. Τρόπους αποφυγής των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία:

α. Να σηκώνεται αργά στην κατακόρυφη θέση, για αποφυγή ζάλης.

ζ. Να ξαναγυρίζει στην οριζόντια θέση, αν αισθάνεται τάση για λιποθυμία.

η. Να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν αγγειοδιαστολή: ζεστό μπάνιο, ζεστός καιρός, εμπύρετη κατάσταση, λήψη αλκοόλ.

θ. Εξήγηση της ανάγκης να αναπτύξει ενδιαφέροντα γι' αυτόν, χόμπι και ένα πρόγραμμα μέτριας άσκησης. (Σαχινη-Καρδαση, Πανου 2004)

2. Φαρμακευτική Θεραπεία

Είναι ο πιο ειδικός τύπος παρέμβασης για τον υπερτασικό άρρωστο. Εφόσον κάθε άρρωστος αντιδρά διαφορετικά στη φαρμακευτική αγωγή, είναι απαραίτητη στενή παρακολούθηση του για εκτίμηση των αποτελεσμάτων και των παρενεργειών των φαρμάκων, ώστε, αν χρειαστεί, να αλλάξει το σχήμα. Όσοι έχουν ελαφρά υπέρταση μπορεί να χρειάζονται μόνο ένα διουρητικό, ενώ εκείνοι που πάσχουν από υπέρταση βαριάς μορφής, παίρνουν διουρητικά σε συνδυασμό με αγγειοδιασταλτικά.

Το φαρμακευτικό σχήμα της κλιμακωτής φροντίδας (stepped care), είναι μια προσέγγιση κατά την οποία αρχικά χορηγείται ένα διουρητικό και αξιολογείται η απόκριση του αρρώστου. Έτσι, αυξάνεται ή μειώνεται η δόση ή προσθέτεται νέο φάρμακο, ενώ συνεχίζεται η εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου.

α. Διουρητικά:

- Θείαζιδες
- Καλιοσυντηρητικά διουρητικά (σπειρονολακτόνη).
- Διουρητικά αγκύλης (Edecrin, Lasix).

β. Αγγειοδιασταλτικά:

- Ρεζερπίνη.
- Κλονιδίνη.
- Γαγγλιοπληγικά.
- Γουανεθιδίνη, βεθανιδίνη, δεβριζοκινίνη.
- Αναστολείς T1DV α-αδρενεργικών υποδοχέων, όπως η φαινοξυβενζαμίνη.

- Υδραλαζίνη.
- Παργυλίνη.
- Νιτροττριωσικό νάτριο.
- Διαζοξίδη.
- α-μεθυλ-Dopa.

3. Συμπαθεκτομή

Γίνεται για αποκλεισμό της πορείας των ώσεων του συμπαθητικού στο τοίχωμα των αγγείων, σε περιπτώσεις αρρώστων που δεν μπορούν να ανεχθούν την φαρμακευτική θεραπεία. Οι επιπλοκές της συμπαθεκτομής είναι:

- ορθοστατική υπόταση
- Νευρίτιδα
- Αδυναμία εκσπερμάτισης στους άνδρες
- Απουσία εφίδρωση στις περιοχές όπου διακόπτετε η συμπαθητική νεύρωση

4. κατάρτιση σχεδίου διδασκαλίας και αποκατάστασης

Προηγουμένως είναι απαραίτητα:

A. η αναγνώριση των παραγόντων που επηρεάζουν τα συμπτώματα αρρώστου με ιδιοπαθή υπέρταση

B. η εκτίμηση της ικανότητας συμώρφωσης του αρρώστου με το θεραπευτικό σχήμα

Γ. η εκτίμηση του βαθμού βοήθειας που μπορούν να δώσουν στον άρρωστο μέλη τις οικογένειας του

8.3.1 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Μείωση της αρτηριακής πίεσεως του αίματος σε επίπεδα που δεν εμποδίζεται η καλή λειτουργία του οργανισμού και δεν δημιουργούνται προϋποθέσεις εμφανίσεως επιπλοκών.

2. Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει και αποδεχθεί το πρόβλημα του και τον τρόπο αντιμετώπισεως του.(Μαλγαρινου,2002)

3. Βελτίωση της αιματικής άρδευσης των ιστών

4. Υποβοήθηση του έργου της καρδιάς

5. Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών

6. Βοήθεια για συμμόρφωση του αρρώστου με το θεραπευτικό σχήμα.

7. Μείωση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα συμβατά με την άριστη λειτουργία του οργανισμού και για πρόληψη επιπλοκών

8. Διόρθωση υποκείμενης παθολογίας (δευτεροπαθής υπέρταση)

9. Διόρθωση ανισοζυγίων, αν υπάρχουν

10. Βοήθεια αρρώστου να κατανοήσει τη φύση της κατάστασης του, καθώς και το θεραπευτικό σχήμα και να συμμορφωθεί με αυτό.(Σαχινη Καρδαση-Πανου 2004)

8.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ – ΣΥΓΓΕΝΩΝ

8.4.1 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

1. Να αποκτήσουν βασικές γνώσεις για την ΑΠ και την ΑΥ του αίματος.
2. Να διορθώσει λανθασμένες αντιλήψεις που ίσως έχει για την αρρώστια του.
3. Να τον βοηθήσει να κατανοήσει την πραγματικότητα της αρρώστιας, ότι ενώ είναι δυνατόν να ελεγχθεί, όμως δεν θεραπεύεται.
4. Να τον βοηθήσει να εξωτερικεύσει σκέψεις ώστε να διαλύσει φόβους και ένοχα αισθήματα για την ΑΥ του.
5. Να τον βοηθήσει να κατανοήσει την ανάγκη για ορισμένες αλλαγές στον τρόπο της ζωής του και να καταλάβει γιατί οι αλλαγές αυτές πρέπει να συνεχιστούν έστω κι αν τα συμπτώματα της αρρώστιας του έχουν υποχωρήσει.

Για να επιτύχει η εκπαίδευση του αρρώστου και των μελών της οικογένειας του πρέπει να βοηθήσουν όλοι και το πρόγραμμα να γίνεται σε ήρεμο περιβάλλον και απαλλαγμένο από ερεθίσματα που προκαλούν φόβο. Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον ο άρρωστος μας θα μπορέσει να μιλήσει για τους φόβους του, πως αισθάνεται την αρρώστια του και θα μάθουμε τι ξέρει γι' αυτή. Ακόμη, για να επηρεάσει η εκπαίδευση τη ζωή του αρρώστου, οι πληροφορίες πρέπει να του δοθούν με τρόπο που θα τις δέσει και θα τις ενσωματώσει στον τρόπο της ζωής του.

Το πρόγραμμα διδασκαλίας, που αναπτύσσεται στη συνέχεια, είναι διαμορφωμένο να χρησιμοποιηθεί από νοσηλεύτριες που εργάζονται με αρρώστους οι οποίοι πρόσφατα ανακάλυψαν ότι έχουν υπέρταση. (μαλαγαρινου)

8.4.2 ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ο άρρωστος πρέπει να αποκτήσει γενικές γνώσεις για την αρτηριακή πίεση του αίματος. Να εκτιμηθούν οι γνώσεις με ερωτήσεις, όπως αν γνωρίζει τα φυσιολογικά επίπεδα της ΑΠ και την έννοια της συστολικής και διαστολικής πίεσεως.

Να δοθούν στον άρρωστο πληροφορίες, χρησιμοποιώντας εποπτικά μέσα:

- Δώστε τον ορισμό της ΑΠ δηλαδή «ΑΠ είναι η ασκούμενη πίεση στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών, ενώ το αίμα ρέει στις αρτηρίες».
- Δώστε 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 ψηλάφηση του καρδιακού παλμού κατά την ώρα που λαμβάνετε την αρτηριακή πίεση». «Ο μεγαλύτερος αριθμός στην αναγραφή της ΑΠ».

Φυσιολογικά η συστολική πίεση είναι χαμηλότερη των 140 mm Hg.

- Δώστε τον ορισμό της διαστολικής πίεσεως του αίματος: «Η χαμηλότερη πίεση στις αρτηρίες όταν η καρδιά βρίσκεται σε διαστολή και γεμίζει».

«Ο τελευταίος ήχος ή η τελευταία ψηλάφηση του καρδιακού παλμού την ώρα που λαμβάνετε την ΑΠ». «Ο μικρότερος αριθμός στην αναγραφή της ΑΠ». Φυσιολογικά η διαστολική πίεση είναι χαμηλότερη των 100 mm Hg.

Να βεβαιωθείτε αν ο άρρωστος κατανόησε αυτά που του είπατε:

- Ρωτήστε τον άρρωστο να σας πει την έννοια της ΑΠ, τη διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής ΑΠ.

- Επιδείξτε στον άρρωστο γραμμένη φυσιολογική και μη φυσιολογική συστολική και διαστολική ΑΠ.

- Ρωτήστε τον να καθορίσει τη συστολική και τη διαστολική ΑΠ και να σας πει αν είναι φυσιολογικές ή παθολογικές οι τιμές.

Να κάνετε εφαρμογή των γνώσεων χρησιμοποιώντας σφυγμομανόμετρο και στηθοσκόπιο.

- Πάρτε την ΑΠ του αρρώστου, χωρίς να του πείτε πόση έχει.

- Πάρτε εκ νέου την ΑΠ του αρρώστου, λέγοντας να χρησιμοποιήσει στηθοσκόπιο για να ακούσει τον ήχο της πίεσεως του αίματος στο αγγείο (η νοσηλεύτρια ελέγχει την περιδέση του χεριού, εκτός αν ο άρρωστος γνωρίζει πως να περιδένει το χέρι).

- Λέτε στον άρρωστο να αναγράψει την ΑΠ.

- Εκτιμήστε την ακρίβεια της ΑΠ που αναγράφηκε. Επαινέστε τον άρρωστο αν την έγραψε σωστά. Αν είναι λάθος η αναγραφή επαναλάβετε τα αναφερόμενα στις πιο πάνω παραγράφους.

- Ρωτήστε τον άρρωστο να σας πει αν η ΑΠ που έγραψε βρίσκεται στα φυσιολογικά ή παθολογικά όρια.

- Ρωτήστε τον άρρωστο να σας πει τα ανώτερα όρια της φυσιολογικής συστολικής και διαστολικής ΑΠ.

Να διορθώσετε λανθασμένες πληροφορίες. Εξηγήστε τυχόν λάθη ή κενά στις γνώσεις. (Βαρσαμής 1995)

8.5 ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΕΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

1. Να αξιολογηθούν τα αισθήματα και η εντύπωση που σχημάτισε για την υπέρταση, υποβάλλοντας του τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Τι σημαίνει γι' αυτόν το γεγονός ότι έχει υπέρταση και τι σχέση έχει η υπέρταση με την υγεία του και τον τρόπο της ζωής του;

- Τι νομίζει ότι μπορεί να του προκάλεσε υπέρταση;
- Τι έχει ακούσει για την υπέρταση από άλλες πηγές;

2. Να συζητήσετε τα αισθήματα του αρρώστου και την εντύπωση που σχημάτισε για την υπέρταση, να διορθώσετε οποιαδήποτε λανθασμένη πληροφορία για την υπέρταση, να συζητήσετε τυχόν ένοχα συναισθήματα του αρρώστου για την εμφάνιση της υπερτάσεως και να συζητήσετε τους φόβους του που συσχετίζονται με το να έχει κανείς υπέρταση. Να αξιολογήσετε τις γνώσεις του αρρώστου κάνοντας του ερωτήσεις, να σας πει τι γνωρίζει για την υπέρταση σε σχέση με τα ακόλουθα (μη επανέλθετε σε θέματα που συζητήθηκαν στο 1ο και 2ο μέρος):

- Ορισμός της υπερτάσεως.
 - Αίτια της υπερτάσεως.
 - Επικίνδυνοι παράγοντες υπεύθυνοι για την υπέρταση.
 - Βασική παθολογία υπερτάσεως.
 - Συμπτώματα υπερτάσεως.
 - Όψιμες επιπλοκές υπερτάσεως.
 - Απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής για τον έλεγχο της υπερτάσεως.
- Να δώσετε πληροφορίες (χωρίς να επανέρχεστε σε θέματα που συζητήθηκαν στο 3ο μέρος).
- Δώστε τον ορισμό της ΑΠ και επαναλάβετε την αναγραφή της στον ενήλικο (ΑΠ μεγαλύτερη από 140/90 mm Hg).(μουντοκαλακης 1998)
 - Εξηγήστε ότι υπέρταση και υψηλή ΑΠ είναι το ίδιο πράγμα. Υπέρταση δεν εννοούμε ότι ένα άτομο έχει μεγάλη δύναμη. Τα ειδικά αίτια της υπερτάσεως δεν είναι γνωστά στα 90-95% των πασχόντων.
 - Εντοπίστε ένα επικίνδυνο παράγοντα για ένα άτομο που μπορεί να το οδηγήσει στην υπέρταση. Τέτοιοι δε είναι:
 - Παχυσαρκία
 - Σακχαρώδης διαβήτης
 - Μεγάλη ηλικία

- Κατάχρηση του αλατιού
- Η φυλή (μαύρη).
- Βοηθήστε το άτομο να βρει τους υπεύθυνους γι' αυτόν παράγοντες για την υπάρχουσα υπέρταση.
- Περιγράψτε τη στοιχειώδη παθολογία όταν σμικρύνεται ο αυλός των μικρών αρτηριών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση στα μικρά αγγεία και να δυσκολεύεται η καρδιά να στείλει το αίμα στην περιφέρεια μέσα από αυτά. Τότε οι αρτηρίες χάνουν την ελαστικότητά τους και είναι εύθραυστες ή στενεύουν τόσο πολύ που το αίμα δεν μπορεί να περάσει από αυτές.(μαλγαρινου,1980)
- Εξηγήστε ότι συχνά ενώ δεν υπάρχουν συμπτώματα, υπάρχει η βλάβη. Το γεγονός ότι υπάρχουν συμπτώματα, αυτό δεν είναι ενδεικτικό ότι είναι υψηλή η πίεση του αίματος.
- Συζητήστε τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές στο άτομο με υπέρταση που δεν είναι υπό παρακολούθηση: από την καρδιά, τον εγκέφαλο, τα νεφρά και τα μάτια. Ο αυλός των αρτηριών στενεύει, το αίμα κυκλοφορεί δύσκολα, η καρδιά αναγκάζεται να εργασθεί με ένταση για να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού με αποτέλεσμα να υποστεί κάμψη.
- Τονίστε την ανάγκη για βασικές αλλαγές στον τρόπο ζωής, ώστε να ελεγχθεί η υπέρταση, όπως διατήρηση ιδεώδους βάρους σώματος, περιορισμός του αλατιού, άσκηση καθημερινή για 30' τουλάχιστον, εκμάθηση τρόπου για νευρομυική χάλαση και για να περιορίζεται η ένταση στην καθημερινή ζωή, απαγορεύεται το κάπνισμα και τα οινόπνευματώδη, απαγορεύεται η χρησιμοποίηση φαρμάκων που ανεβάζουν την ΑΠ Συνεχίζετε τον έλεγχο της ΑΠ κατά περιόδους έστω κι αν δεν είστε κάτω από φαρμακευτική αγωγή, διατηρήστε την επαφή σας με τον γιατρό, ιδιαίτερα όταν είστε σε φαρμακευτική αγωγή.

3. Να ελέγξετε τις γνώσεις που απόκτησε ο άρρωστος ζητώντας του να επαναλάβει τα θέματα που συζητήθηκαν στο 4ο μέρος.

4. Να διορθώσετε τυχόν λάθη ή κενά σημεία γνώσεων. Επαναλάβετε πληροφορίες του 4ου μέρους, αν χρειάζεται.

5. Να απαντήσετε στις ερωτήσεις του αρρώστου ή να του κάνετε εσείς ερωτήσεις, αν το κρίνετε σκόπιμο, για την υπέρταση που ο άρρωστος θέλει να ξέρει ή να συζητήσει.

6. Προσπαθήστε:

- Να βοηθήσετε τον άρρωστο και την οικογένεια του να αποφασίσουν τυχόν επιβεβλημένες αλλαγές στον τρόπο ζωής του που θα τον βοηθήσουν να ελέγξει την ΑΠ.
- Να παρατηρείτε τις αλλαγές του τρόπου ζωής που από κοινού συμφωνήσατε.
- Να πάρει ο άρρωστος γραπτές οδηγίες και κατευθύνσεις για ό,τι αποφασίσατε μαζί.

7. Προγραμματίστε να επισκεφτείτε τον άρρωστο σας για να εκτιμήσετε την πρόοδο του, δίνοντας χρόνο να συζητήσετε με περισσότερες λεπτομέρειες τα προβλήματα που αντιμετώπισε στην προσπάθεια του να αλλάξει τρόπο ζωής.

Έρευνες έφεραν σε φως ότι άτομα που είχαν τη βοήθεια υπηρεσιών υγείας για το πρόβλημα τους και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, μπόρεσαν να διατηρήσουν υπό έλεγχο το πρόβλημα τους. (Μαλγαρινου,1980)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΣΤΑΔΙΑ

Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

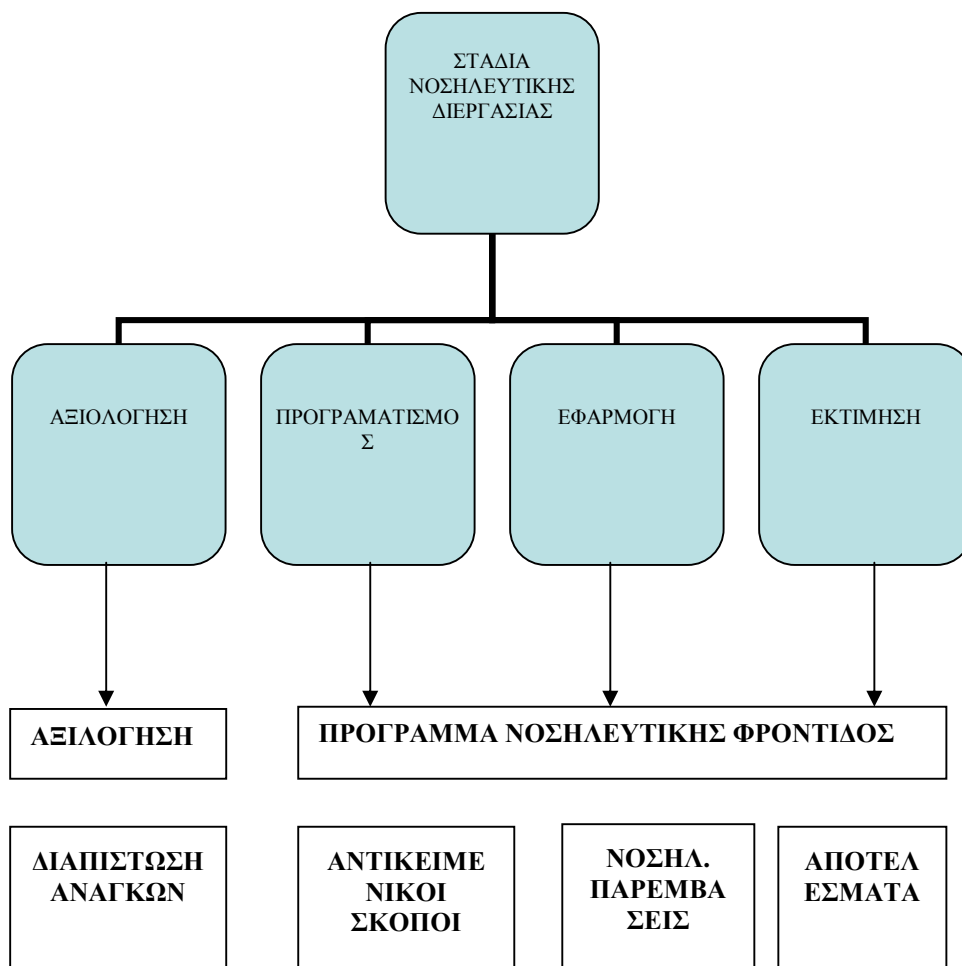
Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.(κυριακίδου,2005)

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με την διαφοράν ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό την διάγνωση και την θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην

κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από ένα αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους.

Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με την Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Η ανάλυση της Νοσηλευτικής Διεργασίας θα γίνει με βάση την κατεύθυνση του ΠΟΥ.(Κυριακίδου,2005)



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Ο κ Κ.Α είναι κάτοικος Πατρών. Είναι πατέρας ενός παιδιού πάσχει από υπέρταση και λαμβάνει αντιπερτασικά φάρμακα.

Ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία του Αγ. Ανδρέα, παραπονούμενος για κεφαλαλγία, ήπια ζάλη και αίσθημα αστάθειας .Εξετάστηκε και η α.π του ήταν 190/110mmHg. Επίσης παρατηρήθηκε η αύξηση του σωματικού του βάρους. Ο ασθενής εισήλθε σε κλινική και τέθηκε υπό παρακολούθηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤ Α –ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΟΣ
<p>1. Αρτηριακή πίεση 190/110mmHg.</p>	<p>Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η άμεση μείωση της αρτηριακής πίεσης σε 120/90mmHg σε 3 ώρες , επίπεδο συμβατό με την ομαλή λειτουργία του οργανισμού,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθούν αντιυπερτασικά φάρμακα • Θα γίνει μέτρηση Α.Π ανά ώρα • Θα τεθεί ανοιχτή ενδοφλέβια γραμμή στον άρρωστο • Θα ελεγχθεί η διατροφή του 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός • Σύστησε αντιυπερτασική αγωγή 1 tab micardis 80mg 1 tab Novarsc 5mg • Τέθηκε ανοιχτή φλέβα • Έγινε μέτρηση της Α.Π κάθε 1 ώρα. 	<p>Η πίεση του μειώθηκε ικανοποιητικά.</p>

		σου		
		<ul style="list-style-type: none">• Θα χορηγηθούν διουρητικά φάρμακα• Υπονατριούχος διαίτα	<ul style="list-style-type: none">• Σερβίραμε στον άρρωστο υπονατριούχο διαίτα	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
2. Κεφαλαλγία	Εξάλειψη της κεφαλαλγίας μέσα σε 2 ώρες	<ul style="list-style-type: none"> • Θα εξασφαλισθεί ήρεμο περιβάλλον • Θα γίνει ψυχολογική τόνωση του ασθενούς • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή • Θα γίνει μέτρηση ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση με χαλαρό φωτισμό και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες • Συζητήσαμε με τον ασθενή για το τι τον απασχολούσε • Ενημερώθηκε ο γιατρός και σύστησε φαρμακευτική αγωγή 	Μετά από 2 ώρες ο άρρωστος ανακουφίστηκε από την κεφαλαλγία και ένιωσε άνετα

			<ul style="list-style-type: none">• Χορηγήθηκε 1 tab panadol αναβράζον σε μέσο ποτηρι νερό• Έγινε μέτρηση ζωτικών σημείων	
--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
<p>3. Ήπια ζάλη</p> <p>4. Αίσθημα αστάθειας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη ζάλης μέσα στις επόμενες 4 ώρες και ανακούφιση του αρρώστου • Έγκαιρη διαπίστωση τυχόν επιπλοκών 	<ul style="list-style-type: none"> • Θα παρακολουθήσουμε τον άρρωστο για τυχόν επιπλοκές και συμπτώματα • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθεί φαρμακευτική θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός • Σύστησε την χορήγηση 1 tab vasexten 20mg (αναστολέα ασβεστίου) 1 tab lasix 40mg • Παρακολουθούμε τον άρρωστο για έγκαιρη διαπίστωση παρενεργειών από την φαρμακευτική αγωγή και για σημεία επιπλοκών όπως 	<p>Μέσα σε 4 ώρες ο ασθενής είναι ήρεμος χωρίς ζάλη και δεν παρατηρήθηκαν σημεία επιπλοκής</p>

			λήθαργο, αποπροσανατολισμό, δυσκολία στην όραση.	
--	--	--	--	--

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Ο Μ.Ν είναι 53 χρονών, είναι πατέρας 3 παιδιών, είναι υπερτασικός και λαμβάνει θεραπεία. Κατά την διάρκεια της δουλειάς του αισθάνθηκε προκάρδιο άλγος, κεφαλαλγία και ένιωθε δύσπνοια καθώς και υπερευαισθησία. Μεταφέρθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Αγ. Ανδρέα όπου κρίθηκε απαραίτητο να γίνει η εισαγωγή του σε κλινική και η παρακολούθηση της κατάστασης του.

Ο ασθενής εισήλθε σε κλινική και τέθηκε υπό παρακολούθηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
1. Αρτηριακή πίεση 180/90 mmHg	Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η άμεση μείωση της αρτηριακής πίεσης σε 120/80mmHg σε 4 ώρες , επίπεδο συμβατό με την ομαλή λειτουργία του οργανισμού,	<ul style="list-style-type: none"> • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθούν αντιυπερτασικά φάρμακα • Θα γίνει μέτρηση Α.Π ανά ώρα • Θα τεθεί ανοιχτή ενδοφλέβια γραμμή στον άρρωστο • Θα χορηγηθούν 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός • Σύστησε αντιυπερτασική αγωγή 1 tab micardis 80mg • Τέθηκε ανοιχτή φλέβα • Έγινε μέτρηση της Α.Π κάθε 1 ώρα και των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες. 	Η αρτηριακή πίεση του μεσα σε 4 ώρες μειώθηκε ικανοποιητικά.

		διουρητικά φάρμακα		
--	--	-----------------------	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
<p>2. Προκάρδιο άλγος και εμφανή ανησυχία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του πόνου μέσα σε 1 ώρα. • Ηθική συμπαράσταση ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθούν ηρεμιστικά φάρμακα • Θα γίνει ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός • Σύστησε την χορήγηση IV Iamp Romidon • Έγινε το ΗΚΓ το οποίο δεν παρουσίασε ευρήματα • Πλησιάσαμε τον ασθενή και τον βοηθήσαμε να μιλήσει και να αποβάλλει το 	<p>Το προκάρδιο άλγος σε μια ώρα υποχώρησε και ύστερα από την παρέμβαση του νοσηλευτή ο ασθενής είναι εμφανές ότι ηρέμησε και άρχισε να σκέφτεται πιο ψύχραιμα.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Θα συζητήσουμε με τον άρρωστο για τους φόβους του.	άγχος του.	
--	--	--	------------	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
3. Κεφαλαλγία	Εξάλειψη της κεφαλαλγίας μέσα σε 3 ώρες	<ul style="list-style-type: none"> • Θα εξασφαλισθεί ήρεμο περιβάλλον • Θα γίνει ψυχολογική τόνωση του ασθενούς • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή • Θα γίνει μέτρηση ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση με χαλαρό φωτισμό και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες • Συζητήσαμε με τον ασθενή για το τι τον απασχολούσε • Ενημερώθηκε ο γιατρός και σύστησε φαρμακευτική αγωγή 	Μετά από 2 ώρες ο άρρωστος ανακουφίστηκε από την κεφαλαλγία και ένιωσε άνετα

			<ul style="list-style-type: none">• Χορηγήθηκε 1 tab panadol αναβράζον σε μέσο ποτηρι νερό• Έγινε μέτρηση ζωτικών σημείων	
--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
4. Δύσπνοια	<ul style="list-style-type: none"> • Να αποκατασταθεί η φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία • Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα της δύσκολης και κοπιαστικής αναπνοής 	<ul style="list-style-type: none"> • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα χορηγηθεί O₂ με νεφελοποιητή • Θα τοποθετηθεί ο άρρωστος σε ανάρροπη θέση • Θα διατηρηθεί κατάλληλο και ήρεμο περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός και σύστησε φαρμακευτική αγωγή • Χορηγήθηκε στον ασθενή Sol Berovent 0,5% • Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρροπη θέση • Διατηρείται το περιβάλλον του ασθενούς δροσερό και καθαρό 	<p>Αποκαταστάθηκε η λειτουργία της αναπνοής</p> <p>Ο ασθενής αναπνέει φυσιολογικά και αισθάνεται καλύτερα</p> <p>Ο ασθενής απαλλάχτηκε από τα ενοχλητικά συμπτώματα της εργώδους αναπνοής.</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Θα αποφευχθούν δύσπεπτες τροφές και τροφές που δημιουργούν αέρια για να μην πιέζουν το διάφραγμα• Θα προφυλάξουμε τον ασθενή από άσκοπη προσπάθεια• Θα περιορίσουμε τις ανάγκες του οργανισμού σε O₂• Θα γίνει η διατήρηση της φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.	<ul style="list-style-type: none">• Χορηγήθηκε κατάλληλο διαιτολόγιο με εύπεπτες τροφές• Ο ασθενής προφυλάσσεται από άσκοπες κινήσεις• Παρακολουθείται η κένωση του εντέρου	
--	--	--	---	--

--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ – ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ ΟΣ
5. Υπερευαισθησία σε όλα τα ερεθίσματα	Πρόληψη ή καταστολή εκλαπτικών παροξυσμών	<ul style="list-style-type: none"> • Θα ενημερωθεί ο γιατρός • Θα γίνει παρακολούθηση Ζ.Σ ανά 8ωρο και Α.Π ανά 3ωρο. • Θα χορηγηθεί υπονατριούχος διαίτα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός και σύστησε διατήρηση ανοιχτής φλέβας • Σερβίρουμε στον άρρωστο άναλο διαίτα 	Επιτεύχθηκε η μη εμφάνιση επιπλοκών

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1) Πότε πρέπει να μετράμε την πίεση;



Ακόμα και όταν αισθανόμαστε υγιείς, είναι πολύ σημαντικό να ελέγχουμε την αρτηριακή μας πίεση. Αν η πίεση δεν ξεπερνά τα 140/90 mmHg και είμαστε ελεύθεροι από τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου, πρέπει να τη μετρήσουμε πάλι σε ένα χρόνο. Σε άλλες περιπτώσεις τη μετράμε συχνότερα και συμβουλευόμαστε το γιατρό. Στις μεγάλες

ηλικίες συστολική πίεση έως και 160 mmHg θεωρείται ανεκτή.

2) Τι πρέπει να κάνουμε για να ελέγξουμε την αρτηριακή πίεση και να προστατέψουμε τον εαυτό μας από σοβαρά καρδιαγγειακά προβλήματα;

Δύο είναι οι σημαντικές προτεραιότητες:

1. Η ανάγκη να βοηθήσουμε τον εαυτό μας έχοντας πάντοτε υπόψη ότι ακόμα και αν έχουμε ήπια υπέρταση, είμαστε ευπρόσβλητοι σε σοβαρές ασθένειες που αφορούν την καρδιά και τα αγγεία μας.
2. Το καθήκον να ακολουθούμε πιστά τις συστάσεις και τις συμβουλές του γιατρού μας, όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, τη διαίτα και τα άλλα θεραπευτικά μέτρα.
3. Ποιος από τους παράγοντες κινδύνου είναι σημαντικότερος;

Όλοι θα πρέπει να θεωρηθούν σημαντικοί, γιατί βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και επομένως η παρουσία του ενός επιδεινώνει κάποιον άλλο. Βέβαια ισχύει το ότι όσο περισσότερους συγκεντρώνουμε, τόσο πιο πολύ κινδυνεύουμε.

4) Ποιος τύπος φαρμάκου είναι κατάλληλος για μας;

Αν έχουμε υπέρταση, το ποιο ή ποια φάρμακα θα μας χορηγηθούν, εξαρτάται όχι μόνο από το ύψος της αρτηριακής πίεσης, αλλά και από τη γενικότερη κατάσταση της υγείας μας και άλλους παράγοντες. Η δόση μπορεί να αυξηθεί ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποιο άλλο φάρμακο, αν η μείωση της αρτηριακής πίεσης δεν μπορεί να φτάσει στα επιθυμητά επίπεδα ή αν εμφανιστούν σοβαρές παρενέργειες του φαρμάκου. Επίσης, μπορεί να προστεθεί στην αγωγή και δεύτερο ή ακόμα και τρίτο φάρμακο για να επιτευχθεί ο στόχος.

5) Τι συμβαίνει όταν ξεχνάμε να πάρουμε τα φάρμακα μας;

Όταν γίνει διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, εκείνο που συνήθως συμβαίνει είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης μέσα σε διάστημα ημερών ή λίγων εβδομάδων. Παραλείποντας μόνο ένα χάπι δεν θα προκληθούν σημαντικές επιπτώσεις, εκτός αν αυτό γίνεται συστηματικά. Εκείνο που έχει σημασία είναι, αν παραλειφθεί μια δόση να μη ληφθεί την επόμενη μέρα διπλάσια δόση για να καλυφθεί το .. χαμένο έδαφος. Πρέπει να τονιστεί ότι η χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να είναι σταθερή και καθημερινή. Είναι λάθος η τροποποίηση των φαρμάκων ή των δόσεων, επειδή η πίεση βρέθηκε αυξημένη ή ελαττωμένη σε τυχαία μέτρηση. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση φαρμάκων που δρουν γρήγορα, όπως τα υπογλώσσια, γιατί προκαλούν απότομη και μεγάλη πτώση της πίεσης, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα

και σε καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος από την υπέρταση είναι μακροχρόνιος και όχι στιγμιαίος.

Μερικά φάρμακα προκαλούν "αντανακλαστική" αύξηση της αρτηριακής πίεσης μια ή δυο μέρες μετά την απότομη διακοπή τους. Γι' αυτό το λόγο, πριν γίνει οποιαδήποτε αναγκαία διακοπή κάποιου φαρμάκου, πρέπει να το γνωρίζει ο γιατρός μας.

6)Τι πρέπει να ξέρουμε για τα φάρμακα;

Όταν χρησιμοποιούμε φάρμακα για την υπέρταση ή για άλλο λόγο πρέπει να ξέρουμε:

- ▶ Το όνομα τους και για ποιο λόγο τα παίρνουμε.
- ▶ Την ακριβή δοσολογία τους (την ποσότητα και τη συχνότητα).
- ▶ Τις πιθανές παρενέργειες και πώς να αντιδράσουμε αν εμφανιστούν.
- ▶ Αν είναι ασφαλής η λήψη των φαρμάκων αυτών, σε συνδυασμό με άλλα

φάρμακα που θα τύχει να πάρουμε για άλλους λόγους.

- ▶ Αν πρέπει ταυτόχρονα με τη λήψη τους να αποφεύγουμε κάποια φαγητά,
να πίνουμε αλκοόλ ή να οδηγούμε.(ΠΑΝΑΓΟΥΛΗΣ 2006).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αρτηριακή πίεση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας. Αφορά περίπου το 20% του πληθυσμού των ενηλίκων στις περισσότερες χώρες. Είναι ένας από τους μείζονες παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή θνησιμότητα.

Η υπέρταση είναι η αύξηση της συστολικής πίεσης άνω των 140mmHg και της διαστολικής άνω των 90mmHg. Παράγοντες που επηρεάζουν την ΑΠ είναι η ηλικία, το φύλο, εθνικότητα κ.α. Η αυξημένη ΑΠ δεν προκαλεί συμπτώματα, τα συμπτώματα όταν υπάρχουν οφείλονται στις επιπλοκές που συνήθως επέρχονται μετά από χρόνια.

Η διάγνωση βασίζεται αποκλειστικά στην μέτρηση της ΑΠ, στην λήψη ιστορικού και στον έλεγχο εργαστηριακών εξετάσεων. Η υπέρταση προσβάλλει διάφορες ομάδες πληθυσμού καθώς και διάφορα όργανα.

Η θεραπεία της υπέρτασης βασίζεται σε μη φαρμακευτική θεραπεία όπως μείωση σωματικού βάρους, μείωση κατανάλωσης αλατος, μείωση αλκοόλ. Σε θεραπεία με φάρμακα η οποία περιλαμβάνει την λήψη κατάλληλου αντιυπερτασικού φαρμάκου ή συνδυασμό αυτών.

Σύμφωνα με τους ιατρούς αλλά και διάφορες έρευνες που έχουν γίνει η υπέρταση είναι μια σοβαρή νόσος η οποία μπορεί να θεραπευτεί και να έχουμε τιμές της ΑΠ σε φυσιολογικά επίπεδα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά, η υπέρταση είναι πολύ συχνό πρόβλημα που επηρεάζει ένα στους τέσσερις ενήλικες, και έχει σοβαρές επιπλοκές που μπορούν να προληφθούν με τη σωστή θεραπεία. Οι επιπλοκές της υπέρτασης δημιουργούνται όταν η πίεση παραμένει αυξημένη και κάτω από συνθήκες ηρεμίας για μήνες και χρόνια, και όχι από επεισοδιακές αυξήσεις που συμβαίνουν σε όλους σε συνθήκες έντασης ή σωματικής κόπωσης.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη εκεί που η αλλαγή συνηθειών δεν αρκεί, και μπορεί να προλάβει ή ακόμα και να αναιρέσει επιπτώσεις της πίεσης, όπως η υπερτροφία της καρδιάς. Η χρήση των αντιυπερτασικών φαρμάκων δεν προκαλεί εθισμό και η καθυστέρηση της θεραπείας δεν έχει κανένα όφελος. Αντίθετα έγκαιρη θεραπεία μπορεί να ελέγξει την πίεση πιο εύκολα με λιγότερα φάρμακα. Φάρμακα για την πίεση υπάρχουν διαφόρων κατηγοριών και ο ιατρός επιλέγει τα κατάλληλα λαμβάνοντας υπ ' όψιν τα ιδιαίτερα προβλήματα του κάθε ασθενή. Γενικά, όμως, η τάση είναι να χρησιμοποιούνται μικρότερες δόσεις με συνδυασμό φαρμάκων αντί μεγάλες δόσεις ενός μόνο φαρμάκου.

Και το πιο σημαντικό: Βοηθάμε τον εαυτό μας, για να ζήσουμε περισσότερα χρόνια υγιείς.

ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΦΟΒΟΜΑΣΤΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ!

ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η ιδιοπαθής υπέρταση, ο διαβήτης και μια σειρά άλλων σοβαρών καταστάσεων, φαίνεται πως συνδέονται και δεν είναι τυχαία η κοινή τους εμφάνιση στα θηλαστικά, σύμφωνα με νεότερη μελέτη ερευνητών βιομηχανικών του πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας στο Σαν Ντιέγκο. Οι επιστήμονες εντόπισαν το σχετικό μηχανισμό σε πειραματόζωα και είδαν ότι η χρήση ενός κοινού φαρμάκου το οποίο έχει αναπτυχθεί για άλλους σκοπούς, μπόρεσε να καταστείλει το μηχανισμό σε ένα αυθορμήτως υπερτασικό ποντίκι. Τα ποντίκια αυτά είναι πειραματόζωα που έχουν συγκεκριμένη γραμμή καταγωγής και που αποτελούν το ειδικό ζωικό μοντέλο στο οποίο μελετώνται οι καρδιαγγειακές παθήσεις και όσες μεταβολικές νόσοι συνδέονται με αυτές. Σύμφωνα με όσα δημοσιεύουν οι ερευνητές Φρανκ Ντελάνο και Γκερτ Σμιντ- Σόνμπάιν, η εργασία τους είχε ως στόχο να αντιμετωπίσει την υπέρταση και το πρώιμο διαβητικό στάδιο της ινσουλινο-αντοχής. Το στοιχείο που καθοδήγησε την έρευνα των δύο επιστημόνων, ήταν ο εντοπισμός υψηλών ποσοστών πρωτεάσης - ενός ενζύμου που διασπά τις πρωτεΐνες- τα οποία δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με συνήθεις διαδικασίες.

Ακολουθώντας την πρωτεάση είδαν ότι η λειτουργία της όχι μόνο "έσπρωχνε" την πίεση ψηλότερα, αλλά οδηγούσε σε ινσουλινο-αντοχή, λόγω της δέσμευσης των σχετικών υποδοχέων στα κύτταρα, όπως και σε ανοσοκαταστολή, λόγω της δέσμευσης λευκοκυτταρικών υποδοχέων, βασικών στην αντιμετώπιση λοιμώξεων. Όλα οδηγούσαν στην ύπαρξη ενός και μόνου μηχανισμού που εξηγεί πολλές και διάφορες κυτταρικές δυσλειτουργίες που συναντάμε στα υπερτασικά ποντίκια και επίσης

έδειχναν ότι ένας αντίστοιχος μηχανισμός είναι πιθανό να δρα στους ανθρώπους που πάσχουν ταυτόχρονα από υπέρταση, διαβήτη και άλλες μεταβολικές νόσους. Ήταν το προφανές επόμενο βήμα - μετά τον εντοπισμό της πρωτεάσης- να εξετάσουν αν θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της νόσου αντιμετωπίζοντας τη δράση της. Κατέφυγαν σε ένα γνωστό και οικονομικό αντιβιοτικό ευρέως φάσματος, τη δοξυκυκλίνη, η οποία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση βακτηριακών λοιμώξεων από τους γιατρούς, αλλά πολλές φορές, στα εργαστήρια, σε πειραματικές δοκιμές, χρησιμοποιείται για το μπλοκάρισμα της λειτουργίας συγκεκριμένης πρωτεάσης στα SHR. Το αντιβιοτικό δόθηκε στα πειραματόζωα με το νερό και μέσα σε λίγες εβδομάδες τα SHR παρουσίαζαν φυσιολογική πίεση και καμία μεταβολική νόσο. Οι δύο ερευνητές θεωρούν ότι τα αποτελέσματα της μελέτης τους ανοίγουν ένα μεγάλο, νέο ερευνητικό πεδίο, αυτό του τρόπου δράσης μεταξύ υπέρτασης και διαβήτη στον άνθρωπο και κυρίως του τρόπου με τον οποίο ο περιορισμός της δράσης της πρωτεάσης στα φυσιολογικά μέτρα, μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά για τα συγκεκριμένα σύνδρομα και παθήσεις. Σύμφωνα με τον καθηγητή του πανεπιστημίου της Ιντιάνα, Γκλεν Μπόλεν, τα οφέλη από τη μελέτη και όσα αποδείχθηκαν για τη οξυκυκλίνη δεν θα περιοριστούν στους υπέρτασικούς αλλά θα επεκταθούν και στους παχύσαρκους, μια ομάδα ασθενών η οποία διαρκώς αυξάνεται και βάλλεται ιδιαίτερα από το διαβήτη.(Γητας Μίλτος, Τρίτη 8 Ιουλίου 2008)

Η υπέρταση βλάπτει τη σεξουαλική ζωή

Η αιτία της κακής ή υποτονικής σεξουαλικής ζωής σας μπορεί να είναι η συχνά χωρίς άλλα συμπτώματα- αυξημένη πίεσή σας. Η υπέρταση τριπλασιάζει τις πιθανότητες στυτικής δυσλειτουργίας και ένας στους τρεις πενήνταρηδες με αυξημένη πίεση αντιμετωπίζει προβλήματα στη σεξουαλική ζωή του. «Η αυξημένη αρτηριακή πίεση, μόνη της ή σε συνδυασμό με την ηλικία, το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ, τον σακχαρώδη διαβήτη και την αυξημένη χοληστερόλη, συμβάλλει σημαντικά στην πρόκληση στυτικής δυσλειτουργίας», εξηγεί ο κ. Κωνσταντίνος Τσιούφης, λέκτορας της Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, υπεύθυνος της Μονάδας Υπέρτασης στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών. «Ενώ έως τη δεκαετία του 1980 επικρατούσε η άποψη ότι η στυτική δυσλειτουργία οφείλεται κυρίως σε ψυχικά αίτια, σήμερα πιστεύουμε πως σε ποσοστό άνω του 80% οφείλεται σε αγγειακά αίτια, που σχετίζονται με τη δυσλειτουργία ενδοθηλίου και την αθηρωμάτωση των αρτηριών του πέους. Σε νεαρά άτομα με περιστασιακή στυτική δυσλειτουργία τα ψυχικά αίτια είναι πιο συνήθη, αλλά σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πρωτεύοντα ρόλο κατέχουν τα αγγειακά».

Ο «μηχανισμός» των διαταραχών

Η σχέση υπέρτασης και διαταραχών στη σεξουαλική λειτουργία έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. «Η αυξημένη αρτηριακή πίεση έχει βρεθεί ότι τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης στυτικής δυσλειτουργίας», λέει ο κ. Τσιούφης. Υπολογίζεται ότι 1 στους 3 υπερτασικούς άνδρες άνω των 50 ετών παρουσιάζει κάποιο βαθμό στυτικής δυσλειτουργίας. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο γεγονός ότι η αυξημένη αρτηριακή πίεση προκαλεί δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και προάγει την αθηρωμάτωση σε ολόκληρο το αρτηριακό δένδρο του ανθρώπινου σώματος, φυσικά και στις αρτηρίες του πέους. Η στύση είναι «αιμοδυναμικό» φαινόμενο, για την επίτευξή της οποίας- εκτός από τον σεξουαλικό ερεθισμό- απαραίτητη είναι η απελευθέρωση ενός αγγειοδιασταλτικού μορίου, του μονοξειδίου του αζώτου, από τα ενδοθηλιακά κύτταρα. Αυτό το μόριο- μέσω μιας σειράς αντιδράσεων- οδηγεί στη χάλαση των λείων μυϊκών κυττάρων του πέους με αποτέλεσμα τη διάταση των πεϊκών αρτηριών, τη μεγάλη συσσώρευση αίματος στα σηραγγώδη σώματα του πέους, την τοπική αύξηση της ενδοσηραγγώδους πίεσεως (που φθάνει έως τα 100 mmHg) και- ως τελικό αποτέλεσμα- τη στύση. «Επομένως, για να επιτευχθεί ικανοποιητική στύση απαιτείται κανονική λειτουργία του ενδοθηλίου για επαρκή διάταση των αρτηριών του πέους. Αν υπάρχει δυσλειτουργία του

ενδοθηλίου, όπως συμβαίνει με την επίδραση της αυξημένης πίεσης, δεν παράγεται αυτό το μονοξείδιο του αζώτου σε επαρκή ποσότητα και δεν χαλαρώνουν επαρκώς οι μύες του πέους για να γεμίσουν με αίμα, με συνέπεια τη μη ικανοποιητική στύση».

«Καμπανάκι» για έμφραγμα

Η εμφάνιση λοιπόν στυτικής δυσλειτουργίας στον υπερτασικό άνδρα σημαίνει δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και παρουσία αθηρωμάτωσης. Συχνά, οι διαταραχές στη σεξουαλική ζωή προηγούνται των καρδιολογικών προβλημάτων και κρούουν έγκαιρα τον κώδωνα κινδύνου. «Οι κλινικές εκδηλώσεις της αθηρωμάτωσης από τα διάφορα όργανα δεν εμφανίζονται ταυτόχρονα», επισημαίνει ο κ. Τσιούφης. «Αν λάβουμε υπ' όψιν ότι οι πείκες αρτηρίες έχουν πολύ μικρότερο μέγεθος (1-2 χιλιοστά) από τις στεφανιαίες (3-4 χιλιοστά) ή τις αρτηρίες των ποδιών (6-8 χιλιοστά), γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να εκδηλωθεί χρονικά πολύ νωρίτερα από αντίστοιχες διαταραχές στις στεφανιαίες αρτηρίες (στηθάγχη) ή στις αρτηρίες των ποδιών (διαλείπουσα χωλότητα)». Σε πρώιμο στάδιο, το ίδιο αθηρωματικό φορτίο που προκαλεί στυτική δυσλειτουργία, είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσει σημαντική στένωση στις στεφανιαίες αρτηρίες και τις αρτηρίες του εγκεφάλου και των κάτω άκρων. Με την πρόοδο όμως της αθηρωματικής νόσου, προσβάλλονται και αυτές οι μεγαλύτερες αρτηρίες με αντίστοιχες κλινικές εκδηλώσεις.

«Μελέτες σε ασθενείς με αγγειογραφικώς επιβεβαιωμένη στεφανιαία νόσο έδειξαν υψηλό ποσοστό στυτικής δυσλειτουργίας, σοβαρού βαθμού σχεδόν στις μισές περιπτώσεις», μας πληροφορεί ο κ. Τσιούφης. «Βρέθηκε μάλιστα στην πλειονότητα των εξετασθέντων ότι η εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας προηγήθηκε της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (κατά 38 μήνες, κατά μέσο όρο)». Πολλές τέτοιες μελέτες υποστήριξαν ότι η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελεί πρώιμη κλινική εκδήλωση διάχυτης και υποκλινικής (δηλαδή, χωρίς συμπτώματα) αγγειακής νόσου. «Σήμερα θεωρούμε ότι η επίπτωση στυτικής δυσλειτουργίας είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αντίστροφα, εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας σε άνδρα χωρίς καρδιολογικό ιστορικό πιθανώς να αποτελεί δείκτη υποκλινικής στεφανιαίας νόσου», προειδοποιεί ο κ. Τσιούφης.

Ο ασθενής, ιδίως ο υπερτασικός, πρέπει λοιπόν να ερωτάται από τον γιατρό για τη σεξουαλική λειτουργία του στο πλαίσιο εκτίμησης του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. «Οι ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία πρέπει να θεωρούνται υψηλού κινδύνου για μελλοντική εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και να αντιμετωπίζονται επιθετικότερα, όχι

μόνο με ρύθμιση της πίεσης αλλά και με χαμηλή χοληστερόλη, διακοπή καπνίσματος, μείωση σωματικού βάρους και τακτική άσκηση», τονίζει ο κ. Τσιούφης.

Οι συνέπειες των αντιυπερτασικών φαρμάκων

Μερικές φορές, η στυτική δυσλειτουργία στον υπερτασικό άνδρα αποδίδεται στην αντιυπερτασική αγωγή που λαμβάνει (ως παρενέργειά της), με αποτέλεσμα είτε να μην παίρνει αυτός πάντοτε τα φάρμακά του είτε να τα διακόπτει. «Εν τούτοις, η συσχέτιση της στυτικής δυσλειτουργίας με τα αντιυπερτασικά φάρμακα δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς με σχετικές μελέτες», λέει ο κ. Τσιούφης.

«Πάντως, κάποιες μελέτες δείχνουν συσχέτιση της στυτικής δυσλειτουργίας με τη λήψη διουρητικών ή β-αναστολέων. Αντίθετα, δεν ενοχοποιούνται οι άλλες κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων, όπως οι αναστολείς ασβεστίου, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης και οι αναστολείς των AT1 υποδοχέων της αγγειοτασίνης. Μάλιστα, οι τελευταίοι έχουν δείξει (σε περιορισμένο αριθμό μελετών) ότι πιθανώς να βελτιώνουν τη στυτική λειτουργία».

Πολλές φορές, η τροποποίηση της αντιυπερτασικής αγωγής- με την αποφυγή διουρητικών και β-αναστολέων- συμβάλλει στη βελτίωση της στυτικής λειτουργίας του υπερτασικού άνδρα. «Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, η βελτίωση του τρόπου ζωής του- επί το υγιεινότερο- και η κατάλληλη αντιυπερτασική αγωγή, συνήθως είναι αρκετές στις περισσότερες περιπτώσεις για τη λύση του προβλήματος της στυτικής δυσλειτουργίας», συνιστά ο γιατρός.

Πότε επιτρέπεται η χορήγηση βιάγκρα στους υπερτασικούς

Οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης (ένζυμο που εμπλέκεται στη διαδικασία χάλασης των λείων μυϊκών ινών του πέους προκειμένου να επιτευχθεί στύση) αποτελούν τη σύγχρονη φαρμακευτική αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας, με απλά χάπια από το στόμα. «Είναι θεραπεία πρώτης επιλογής, αποτελεσματική και γενικώς καλά ανεκτή ακόμη και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, βέβαια και στους υπερτασικούς», διαβεβαιώνει ο κ. Τσιούφης. «Αγωγή με τέτοια φάρμακα (σιλδεναφίλη, βαρντεναφίλη, τανταλαφίλη) βελτίωσε τη στυτική λειτουργία σε υπερτασικούς ή στεφανιαίους ασθενείς (που δεν ελάμβαναν νιτρώδη) σε ποσοστό 70% έναντι 20% του placebo».

Η αλληλεπίδραση

Επιτρέπεται όμως να παίρνει κανείς ταυτόχρονα φάρμακα για την πίεση και το σεξ; «Δεν υπάρχει κίνδυνος από τη συγχορήγηση φαρμάκων για τη στυτική δυσλειτουργία και αντιυπερτασικών φαρμάκων, όπως οι β αναστολείς, αναστολείς ασβεστίου, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου ή αναστολείς των υποδοχέων αγγειοτασίνης, διουρητικών ή ασπιρίνης», απαντά ο κ. Τσιούφης. «Τα φάρμακα για τη στυτική δυσλειτουργία, λόγω αγγειοδιαστολής, προκαλούν μικρή πτώση της πίεσης (έως 8-10 mmHg της συστολικής και έως 5-6 mmHg της διαστολικής), με τη μέγιστη υποτασική δράση τους να εκδηλώνεται μία ώρα από τη χορήγηση και με επιστροφή στις αρχικές τιμές πίεσης τέσσερις ώρες μετά τη χορήγηση».

Πότε απαγορεύεται

Προσοχή, όμως! Απόλυτη αντένδειξη για τη χορήγηση φαρμάκων για τη στυτική δυσλειτουργία αποτελεί η λήψη νιτρωδών φαρμάκων σε οποιαδήποτε μορφή τους (χάπι, δερματικό patch). Η ταυτόχρονη λήψη προκαλεί σημαντική πτώση της πίεσης, με συνοδά συμπτώματα (κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία) ή πρόκληση καρδιακών επεισοδίων. Επιπλέον, η χορήγηση νιτρωδών πρέπει να αποφεύγεται για τουλάχιστον 24 ώρες μετά τη λήψη φαρμάκων για τη στυτική δυσλειτουργία και, εφόσον αυτή απαιτείται, γίνεται υπό την εντατική ιατρική παρακολούθηση του αρρώστου. «Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται και στην περίπτωση των υπερτασικών ασθενών που λαμβάνουν α-αναστολείς και έχουν ανάγκη συγχορήγησης φαρμάκων για τη στυτική δυσλειτουργία», συμβουλεύει ο κ. Τσιούφης. «Οι α-αναστολείς αν και έχουν αντιυπερτασική δράση, σήμερα δεν χρησιμοποιούνται ευρέως, παρά μόνο εάν υπάρχουν ειδικοί λόγοι (όπως, π.χ., υπερτροφία προστάτη). Καλό είναι να αποφεύγεται η ταυτόχρονη λήψη των “θαυματουργών” χαπιών».(Κατσανοπουλου,21/8/08)

ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

ΜΑΡΙΑ ΠΡΟΔΡΟΜΙΤΗ ειδικευόμενη Καρδιολογίας Καρδιολογική Κλινική Τζάνειου Νοσοκομείου Διευθυντής: επ. καθηγητής Στέφανος Φούσας, 11/03/08

Οι υπερτασικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν ένα από τα πιο σύνθετα ιατρικά προβλήματα τόσο γιατί δεν εμφανίζουν ομοιογένεια στη γενετική, βιοχημική και λειτουργική εκδήλωσή τους όσο και γιατί αποτελούν την κύρια αιτία νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επιπλέκουν δε το 8-10% όλων των κυήσεων.

Η αρτηριακή υπέρταση διακρίνεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: χρόνια υπέρταση, υπέρταση της κύησης και προεκλαμψία-εκλαμψία. Στη χρόνια υπέρταση (1-5% των κυήσεων) η υπέρταση προηγείται της εγκυμοσύνης και υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης υπάρχουν πριν από την 20ή εβδομάδα. Μπορεί επίσης να διαγνωστεί και αναδρομικά, όταν η αρτηριακή πίεση δεν επανέλθει σε φυσιολογικές τιμές μέσα σε 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Όταν η υπέρταση ξεκινά μετά την 20ή εβδομάδα ή αίρεται μέχρι την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό, τότε χαρακτηρίζεται υπέρταση της κύησης (που προκαλείται δηλαδή από την ίδια την εγκυμοσύνη).

Η προεκλαμψία είναι ένα συγκεκριμένο σύνδρομο της εγκυμοσύνης - συνήθως μετά τις 20 εβδομάδες - και πρόκειται για νέα εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης, που ωστόσο συνοδεύεται από οίδημα (πρήξιμο, δηλαδή, κυρίως στα πόδια) και από απώλεια λευκώματος στα ούρα (πρωτεϊνουρία). Πολύ πιθανή είναι και όταν η αύξηση της αρτηριακής πίεσης συνοδεύεται από κεφαλαλγία, θόλωση της όρασης, δύσπνοια και κοιλιακό άλγος ή από άλλες παθολογικές εργαστηριακές εξετάσεις (ειδικά χαμηλά αιμοπετάλια ή παθολογικά ηπατικά ένζυμα), ενώ η γενική ούρων είναι φυσιολογική. Τέλος, στην εκλαμψία (αποτελεί μια μικρή μειονότητα των κυήσεων, περίπου 1 στους 1.000 τοκετούς) εμφανίζονται και μυοκλονικοί σπασμοί σε γυναίκα με συμπτώματα προεκλαμψίας μέσα σε 10 ημέρες από τον τοκετό και χωρίς υποκείμενη νευρολογική νόσο.

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί σχετικά με την παθογένεια της

νόσου. Χωρίς σαφή τεκμηρίωση αναφέρονται δυσλειτουργία ορμονών, ιόντων ή και ειδικές γενετικές ανωμαλίες. Στα γενικά μέτρα πρόληψης ανήκουν ο περιορισμός της πρόσληψης ζωικής πρωτεΐνης, άλατος και θερμίδων. Η χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών, όπως βιταμίνης E, A και ασκορβικού οξέος, ασπιρίνης, συμπληρωμάτων ψευδαργύρου, μαγνησίου και ασβεστίου, δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι ωφελεί.

Η εγκυμονούσα με υπέρταση, ωστόσο, έχει οπωσδήποτε ανάγκη ανάπαυσης, τακτικής ιατρικής παρακολούθησης και καταγραφής κλινικών σημείων και συμπτωμάτων. Συχνά επίσης απαιτείται εργαστηριακή παρακολούθηση του αίματος και των ούρων, καθώς και της εμβρυϊκής αύξησης. Στόχος είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα που να μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης οξέων επιπλοκών για τη μητέρα και το έμβρυο, επιτυγχάνοντας παράλληλα την ικανοποιητική αιμάτωση και κατ' επέκταση οξυγόνωση του εμβρύου. Η πιο επικίνδυνη επιπλοκή για τη μητέρα είναι η εμφάνιση ενδοκράνιας αιμορραγίας και για το έμβρυο η αποκόλληση του πλακούντα, που δυνητικά οδηγεί σε εμβρυϊκό θάνατο.

Έτσι, πολλοί συμφωνούν ότι στη μέτρια υπέρταση (διαστολική πίεση 90-110mmHg) δεν πρέπει να χορηγείται άμεσα φαρμακευτική θεραπεία, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις που η συστολική αρτηριακή πίεση υπερβαίνει τα 150-160mmHg και/ή η διαστολική αρτηριακή πίεση υπερβαίνει τα 110mmHg. Θεραπεία χορηγούμε επίσης όταν η διαστολική αρτηριακή πίεση λαμβάνει τιμές άνω των 95mmHg και ταυτόχρονα εμφανίζεται νεφροπάθεια. Σημειώνεται ότι τα αντιυπερτασικά φάρμακα δεν φαίνεται να τροποποιούν την πορεία της προεκλαμψίας, αλλά προστατεύουν τη μητέρα από πιθανές αγγειακές εγκεφαλικές επιπλοκές. Η έκβαση της εγκυμοσύνης συνήθως είναι ευνοϊκή σε περιστατικά με παροδική αρτηριακή υπέρταση.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΜΙΚΟΣ, M.Med.Sci κλινικός διαιτολόγος -
διατροφολόγος, Πανεπιστημίου Γλασκόβης, MSc Healthcare
Manager, Πανεπιστημίου Αθηνών, 11/03/08**

Πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία ανανέωσε τις οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Ιδιαίτερη αναφορά χρίζουν οι συστάσεις για την αλλαγή του συνολικότερου τρόπου ζωής, μια και ο στόχος των καινούργιων οδηγιών είναι η μείωση της αρτηριακής

υπέρτασης, ο έλεγχος των άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και το κυριότερο: η μείωση του αριθμού και των δόσεων των αντιυπερτασικών φαρμάκων που ίσως να χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν.

Επτά απλές θεωρητικά οδηγίες είναι αυτές που πρέπει να έχουν κατά νου οι ασθενείς: 1) διακοπή του καπνίσματος, 2) μείωση του βάρους αν είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, 3) μετριασμός στην κατανάλωση του αλκοόλ, 4) στροφή προς τη φυσική δραστηριότητα, 5) μείωση της πρόσληψης του διαιτητικού άλατος (προσοχή εδώ στις κρυφές πηγές αλατιού) και 6) αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, με 7) ταυτόχρονη μείωση στην πρόσληψη ολικού και κορεσμένου διατροφικού λίπους.

Το αλκοόλ

Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ έχει δείχθει από πολλές μελέτες πως σχετίζεται με μειωμένη θνησιμότητα σε σχέση με εκείνους που δεν έπιναν καθόλου. Τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και ιδιαίτερα οι «αιφνίδιες εκρήξεις κατανάλωσης αλκοόλ» έχουν σχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εγκεφαλικού επεισοδίου. Ως μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ νοείται η καθημερινή κατανάλωση άνω των 5 ποτών. Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός πως το αλκοόλ ελαττώνει την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής, κάτι όμως που ευτυχώς είναι αναστρέψιμο με την ελάττωση της κατανάλωσής του. Οι υπερτασικοί ασθενείς παροτρύνονται να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ στα 20-30 γρ. αιθανόλης οι άντρες και 10-20 γρ. οι γυναίκες.

Το αλάτι

Ακολουθεί η κατανάλωση άλατος, η οποία συμβάλλει στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Οι πολυάριθμες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές καταδεικνύουν πως η μείωση του άλατος από αρχική κατανάλωση 10 γρ. χλωριούχου νατρίου (μαγειρικό αλάτι)/ημέρα στη μισή ποσότητα μπορούν να ελαττώσουν κατά μέσο όρο την αρτηριακή πίεση κατά 4 - 6 mm της στήλης υδραργύρου. Χαρακτηριστικό όμως είναι πως η μείωση του διαιτητικού άλατος μπορεί να αποδώσει τα μέγιστα όταν συνδυάζεται με ένα γενικότερα υγιεινό τρόπο διατροφής. Τα ευεργετικά αποτελέσματά της δεν μπορεί να είναι τέτοια ώστε να μειωθούν ο αριθμός και οι δόσεις των αντιυπερτασικών φαρμάκων που χορηγούνται στον ασθενή. Προσοχή λοιπόν στο προστιθέμενο αλάτι στο φαγητό και στα επεξεργασμένα τρόφιμα που είναι πλούσια σε αλάτι (π.χ. παστά ψάρια και κρέατα, αλλαντικά, φαγητό από ταχυφαγεία, κύβοι μαγειρέματος, γαριδάκια, πατατάκια, αλατισμένοι ξηροί καρποί). Στο σημείο αυτό πρέπει να ξεκαθαριστεί πως η αυξημένη πρόσληψη άλατος μπορεί να αποτελέσει αιτία ανθεκτικής σε φαρμακευτική αγωγή υπέρτασης και πως είναι τελικά προτιμότερο τα φαγητά να μαγειρεύονται από αγνά υλικά πλούσια σε κάλιο, όπως τα λαχανικά, τα φασολάκια, οι μπάμιες. Η πρόσληψη φρούτων πρέπει επίσης να είναι επαρκής, δηλαδή 2-3 διαφορετικά φρούτα/ημέρα. Η γενική οδηγία για το αλάτι λοιπόν

είναι γύρω στα 4 γρ./ημέρα ή καλύτερα μικρότερη των 5 γρ./ημέρα.

Το κάλιο

Οι διατροφικές συστάσεις όμως δεν σταματούν εδώ. Ο ρόλος του προαναφερόμενου καλίου είναι σημαντικός και η δίαιτα DASH (διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και σε γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλών λιπαρών, με ταυτόχρονα χαμηλά επίπεδα διαιτητικής χοληστερόλης, κορεσμένων και συνολικών λιπαρών) αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διατροφής για μια πλούσια πρόσληψη καλίου. Οι μελέτες έχουν δείξει πως ο συγκεκριμένος τρόπος διατροφής έχει αντιυπερτασική δράση. Λόγος επίσης γίνεται για τη χορήγηση συμπληρωμάτων ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, αλλά αυτά φαίνεται πως έχουν αντιυπερτασική δράση μόνο όταν χορηγούνται σε δόσεις μεγαλύτερες των 3 γρ./ημέρα. Οι ενδείξεις για τις διαιτητικές φυτικές ίνες και για τα συμπληρώματα ασβεστίου και μαγνησίου ακόμα δεν είναι επαρκείς για να συστηθούν αυτά στους υπερτασικούς ασθενείς. Συνοπτικά, οι υπερτασικοί παροτρύνονται να καταναλώνουν 4-5 μερίδες φρούτων και λαχανικών καθημερινά, να καταναλώνουν συχνά ψάρι και να μειώσουν τη διαιτητική πρόσληψη χοληστερόλης και κορεσμένων λιπαρών. Η εκπαίδευσή τους από εξειδικευμένους διαιτολόγους κρίνεται χρήσιμη με βάση τις καινούργιες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.

Η επίσης συνιστώμενη απώλεια βάρους για υπέρβαρους ή παχύσαρκους υπερτασικούς ασθενείς έρχεται να ενισχύσει τον καθοριστικό ρόλο του διαιτολόγου στην αντιμετώπιση του υπερτασικού ασθενή. Τα δεδομένα είναι ξεκάθαρα. Το σωματικό βάρος σχετίζεται άμεσα με την αρτηριακή πίεση. Η περίσσεια σωματικού λίπους προδιαθέτει για αυξημένη πίεση και υπέρταση. Αντίστροφα, η μείωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς μείωσε την αρτηριακή τους πίεση και είχε ευεργετική δράση στα επίπεδα σακχάρου τους, στην ινσουλινοαντίσταση, στην υπερλιπιδαιμία και στην αποφρακτική υπνική άπνοια. Για κάθε 5 κιλά απώλεια β24 December 2005άρους αναμένεται περίπου μείωση της συστολικής και διαστολικής πίεσης κατά 4,4 και 3,6 mm της στήλης υδραργύρου αντίστοιχα. Όσο μεγαλύτερη η απώλεια βάρους τόσο μεγαλύτερη και η πτώση της πίεσης, ενώ η μέτρια απώλεια βάρους, με ή χωρίς περιορισμό άλατος, μπορεί ακόμα και να προλάβει την εμφάνιση της υπέρτασης σε υπέρβαρα άτομα με επίπεδα πίεσης στα ανώτατα φυσιολογικά όρια. Κάτι τέτοιο μπορεί να μειώσει ή ακόμα και να εξαλείψει τη φαρμακευτική αγωγή σε τέτοιες περιπτώσεις. Τέλος, επειδή οι μεσήλικοι εμφανίζουν αυξητική τάση του σωματικού βάρους, ακόμα και η σταθεροποίησή του αποτελεί στόχο προς επιδίωξη.

Η άσκηση

Τέλος, από τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας δεν θα

μπορούσε να απουσιάζει η φυσική δραστηριότητα. Η έλλειψή της αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη καρδιαγγειακής θνησιμότητας ανεξάρτητα από την ύπαρξη υπέρτασης ή άλλων παραγόντων κινδύνου. Φαίνεται λοιπόν πως η έντονη αεροβική άσκηση μειώνει τη συστολική και διαστολική πίεση ηρεμίας κατά 3 και 2,4 mm της στήλης υδραργύρου αντίστοιχα, με μεγαλύτερες μειώσεις να παρατηρούνται στους υπερτασικούς ασθενείς. Ακόμα και μέτριου βαθμού σωματική άσκηση φαίνεται να μειώνει την πίεση, το σωματικό βάρος και λίπος, την περιφέρεια μέσης (δείκτης συσσώρευσης ενδοκοιλιακού λίπους) και να αυξάνει την καλή χοληστερίνη και την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Από την άλλη πλευρά, η άσκηση αντίστασης φαίνεται να μειώνει τη συστολική και διαστολική πίεση ηρεμίας κατά 3,5 και 3,2 mm της στήλης υδραργύρου αντίστοιχα. Έτσι, όσοι δεν ασκούνται και διάγουν βίο καθιστικό παροτρύνονται να ασκούνται 30-45 λεπτά ημερησίως. Το είδος της άσκησης πρέπει να είναι πρωτεύοντος άσκηση αύξησης αντοχής, δηλαδή περπάτημα, τζόκινγκ, κολύμβηση, η οποία θα συμπληρώνεται από ασκήσεις αντίστασης. Ιδιαίτερη προσοχή όμως και εκτίμηση θα πρέπει να γίνει στο ποιος και πόσο μπορεί να ασκηθεί. Η μεγάλης έντασης ανύψωση βαρών δεν ενδείκνυται, ενώ οι υπερτασικοί ασθενείς καλό είναι να αποφεύγουν τις ακραίες ασκήσεις φυσικής δραστηριότητας. Περισσότερες λεπτομέρειες θα πρέπει να αναζητηθούν από τον εξειδικευμένο εκπαιδευτή.

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν, οι καινούργιες υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες της Καρδιολογικής Εταιρείας για την υπέρταση προσπαθούν να λάβουν υπόψη τους όλα τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα και να ωθήσουν τον πληθυσμό σε έναν υγιεινότερο τρόπο ζωής. Προτρέπουν όλους μας να μην καπνίζουμε, να τρώμε περισσότερα φρούτα, λαχανικά, ψάρια και λιγότερο αλάτι, ζωικά και κορεσμένα λίπη. Όλα αυτά πάντα μέσα στο πλαίσιο ενός δραστήριου τρόπου ζωής, με μισή ώρα ελεγχόμενης άσκησης κάθε μέρα. Έτσι, θα πετύχουμε ένα όσο το δυνατόν καλύτερο σωματικό βάρος και ποσοστό λίπους και αρτηρίες που δεν θα καταπονούνται από την υψηλή πίεση του αίματος που κυκλοφορεί μέσα τους.

Το ακόλουθο κείμενο έχει σκοπό να ενημερώσει για τα αποτελέσματα Ιατρικής έρευνας που ολοκληρώθηκε στο Όρεγκον των ΗΠΑ.

Η έρευνα ασχολήθηκε με τα οφέλη που αποκόμισε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων με υπέρταση, ασκούμενοι περπατώντας ξυπόλυτοι σε μονοπάτι στρωμένο με βότσαλα, εκμεταλλευόμενοι την ανάγλυφη επιφάνεια του, ώστε να διεγείρουν τα σημεία δακτυλοπίεσης στα πόδια τους. (Η Ελληνική Ιατρική Κοινότητα ανακοίνωσε την ύπαρξη 3.500.000

υπερτασικών Ελλήνων το 2005, αποτέλεσμα καταγραφής που διενήργησε. Το φαινόμενο έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στους κατοίκους των δυτικών πόλεων). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η συγκεκριμένη άσκηση έδρασε με τρόπο ωφέλιμο για τους ασκούμενους, μειώνοντας εντυπωσιακά την πίεσή τους, βελτιώνοντας παράλληλα την ισορροπία των ηλικιωμένων ατόμων (όφελος για την αποφυγή καταγμάτων) το οποίο (η αστάθεια), σύμφωνα με τελευταίες έρευνες σχετίζεται και, με την νόσο του Αλτσχάιμερ. Τα αποτελέσματα κοινοποιήθηκαν τον Ιούλιο του 2005 στα ΜΜΕ των ΗΠΑ (TIMES, ABC, NBC, New York Times, CNN κ.α). Η άνοιξη (αίθριος καιρός) και οι απέραντες παραλίες της Ελλάδας (βότσαλα-ανάγλυφη επιφάνεια) μπορούν να αποδειχθούν σπουδαίοι σύμμαχοι των ηλικιωμένων ατόμων, το μόνο που λείπει είναι η ενημέρωση για τα επιστημονικά αποδεδειγμένα οφέλη της συγκεκριμένης διαδικασίας άσκησης.

Ιστορικά

Το 1960 οι Μπράτινγκαμ (Ποδίατρος) και Μπίκαν (Φυσιολόγος) προβληματίστηκαν με την πιθανή επιρροή της βάδισης σε ομοιόμορφες (λείες) επιφάνειες, με την αναπτυσσόμενη επιδημία της υπέρτασης, των κισσών και της φλεβικής θρόμβωσης. Για να επιβεβαιώσουν τον προβληματισμό τους, ζήτησαν από 65 υπαλλήλους γραφείου και εργάτες εργοστασίου να περπατήσουν σε ανάγλυφη επιφάνεια για διάστημα μερικών εβδομάδων. Αυτή η απλή παρέμβαση αποδείχτηκε μέγιστης ωφέλειας για τους συμμετέχοντες στην έρευνα ενεργοποιώντας κινητικά, μυϊκές ομάδες που σε ομαλές επιφάνειες δεν δραστηριοποιούνταν, με αποτέλεσμα να αντλείται αίμα από τα πόδια των ανθρώπων στις καρδιές τους, αποτρέποντας την στάση του αίματος στα αγγεία των πελμάτων και ποδιών.(The American Geriatrics Society, 24 December 2005)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασιάδης Δ. (1995) , *Αρτηριακή Υπέρταση Διάγνωση Και Θεραπεία*, Αθήνα: Παρισιανος
- Αθανάτου Ε.(2000), *Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές& Ειδικές Νοσηλείες*, Αθήνα,
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ιατρικής-Τομέας Παθολογίας, Παπαδημητρίου Μαρία, *Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 2^{ος}*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Βαρσαμης Ε.(1995), *Παθολόγος Καρδιολόγος*, Αθήνα: Παρισιανου
- Βρετανική Ιατρική Εταιρία,(2000) *Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός:Αρτηριακή Πίεση*, Αθήνα: Λαμπράκη Ελληνικά Γράμματα,
- Buctman R.,(2000) <<Υπέρταση Όλα Όσα Πρέπει Για Να Την Αντιμετωπίσετε>> Αθήνα: Χρυσή Πέννα,
- *Diet Genetics And Hypertension*, (1997) Georgetown University Medical Center, Dept Of Medicine, Washington, D.C 2007, Usa
- *Εθνικό Συνταγολόγιο 2000*, Αθήνα : Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

- Fisher G., *Harrison's Principles Of Internal Medicine, Hypertensive Vascular Disease* 16h Edition
- Houssay B.,(1981), *Η Φυσιολογία Του Ανθρώπου*, Τόμος Πρώτος, Αθήνα : Παρισσιανος
- Kaplan,(2005), <<*Systemic Hypertension: Mechanisms And Diagnosis In Braun Wald's Heart Disease*, Philadelphia: Saunders
- Kearney P.,M. Whelton,M. Reynolds's, K. Whelton, Paul K, <<*Journal Of Hypertension*>>, January 2004
- Κουνης Ν., (2003)<<*Διαλέξεις Παθολογίας Ιι*>> , Πάτρα
- Κουτάλας Α(1993) , *Η Θεραπεία Της Αρτηριακής Υπέρτασης*, Αθήνα: Βήτα
- Κυριακίδου Ε. (2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Αθήνα : Ταβιθα
- Lippert H.,*Ανατομική*, Αθήνα: Παρισσιανος
- Μαλγαρινου Μ.Α- Κωνσταντινιδου Σ.Φ(2002) , *Νοσηλευτική: Παθολογική-Χειρουργική*, Αθήνα : Ταβιθα
- Μαλγαρινου Μ,(1980) *Η Αδελφή Διδάσκει Τον Άρρωστο Με Βηματοδότη*, Αθήνα
- Μουντοκαλακης Δ.(2005) , *Υπέρταση: Διάγνωση-Πρόληψη-Θεραπεία*, Αθήνα :Βητα
- Μουντοκαλακης Δ.(2000) , *Τι Είναι Υπέρταση Και Πως Μπορούμε Να Την Αντιμετωπίσουμε*, Αθήνα :Βητα
- Μουτσοπουλος Μ, Εμμανουήλ Σ(1991), *Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας*, Αθήνα :Λίτσας
- Πλεσσας Σ. (1998), *Διαιτητική Του Ανθρώπου*, Αθήνα: Φαρμακον-Τύπος
- Pinneo R,(1979) *The Cardiovascular System*, Macgraw-Jill. Handbook Of Clinical Nursing, New York
- Zanchelli A, Sleight P, Birlenhager W(1991), *Evaluation Of Organ Damage In Hypertension*, Journal Of Hypertension

- Σαχινη-Καρδαση Α., Πάνου Μ.(2004) , *Παθολογική Και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Αθήνα :Βητα
- Τρικας Α.,(1997) <<Υπερτασική Κρίση>>, Αθήνα :Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση,
- Φερτάκης Α(1996), *Επίτομη Εσωτερική Παθολογία*, Αθήνα:Πασχαλιδης
- Στεργίου Σ., *Αρτηριακή Υπερταση, 24^η Καταγραφή Τησα* Τομος13,Ιανουαριος-Αυγουστος 2004,Τευχη 1-2
- Κατσανοπουλου Μ., 21/8/08, Τα Νέα Άρθρο: *Η Υπέρταση Σκοτώνει Τον Έρωτα*
- Προδρομιτη Μ., *Υπέρταση Στην Κόηση*, 11/03/08, Ελευθεροτυπία
- Παπαμικος Β., *Διατροφή Και Υπέρταση*, 11/03/08, Ελευθεροτυπία
- Issue 2531 Of New Scientist Magazine,24 December 2005,Page 52 Jags 2005 , The American Geriatrics Society

INTERNET:

- [Www.Novartis.Gr](http://www.novartis.gr), Παναγουλης Χ (2006), *Μαθαίνοντας Να Ζούμε Με Την Υπέρταση*
- [Www.Ypertasi-Rokas.Gr](http://www.ypertasi-rokas.gr), Ρόκας(2008) Καρδιολόγος *Θεραπευτική Αντιμετώπιση Της Υπέρτασης*
- [Www.Incardiology.Gr](http://www.incardiology.gr), *Αρτηριακή Υπέρταση*, 14-11-2007
- [Www.Pubmed.Com](http://www.pubmed.com), *Hypertension*, (2001)
- [Www.Medis.Gr](http://www.medis.gr), Ομάδα Εργασίας Επιδημιολογίας Της Ελληνικής Εταιρίας Της Αθηρωσκληρωσης,Άρθρο Dr. Χρήστου Πιτσαβου, 20/08/08
- [Www.Elais.Gr](http://www.elais.gr) , *Αρτηριακή Πιεση*,2008
- [Www.Newsnow.Gr](http://www.newsnow.gr), Γητας Μ, 08/07/08, Ηλεκτρονική Εφημερίδα

