

Невідкладна допомога при гіпертензивному кризі

Одеса 2020

Піцик Каріна

2 гр. 6 курс

Гіпертензивний криз (ГК) — це раптове значне підвищення АТ від базового рівня (нормального або підвищеного), яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи. Гіпертензивні кризи, як ускладнені, так і неускладнені, потребують надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів-мішеней.

КЛАСИФІКАЦІЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ КРИЗІВ

- **Рівень Артеріального Тиску не визначає поняття кризи.**

Ускладнений криз

(Hypertensive Emergencies)

Характеризуються гострим або прогресуючим враженням органів – мішеней, являють пряму загрозу для життя, вимагають негайного зниження АТ, протягом 1-2 год.

Неускладнений криз

(Hypertensive Urgencies)

Без ознак гострого або прогресуючого враження органів – мішеней, являють потенційну загрозу для життя, вимагають швидкого зниження АТ декілька годин – 24 год.

НЕУСКЛАДНЕНІ ГІПЕРТЕНЗИВНІ КРИЗИ

- Церебральний неускладнений криз;
- Гіпоталамічний пароксизм;
- Кардіальний неускладнений криз;
- Підвищення САД до 240 мм рт ст, або ДАТ до 140 мм рт ст.
- Значне підвищення АТ в ранній післяопераційний період



Ускладнені гіпертензивні кризи: Характер ускладнень

- Гострий коронарний синдром;
- Гостра лівошлуночкова недостатність;
- Інсульт;
- Гостра розшаровуюча аневризма аорти;
- Аритмії (пароксизми тахікардії, миготлива тахіаритмія, шлуночкові екстрасистולי висшої градаций);
- Еклампсія;
- Гостра гіпертензивна енцефалопатія;
- ГНН;

Транзиторна ішемічна атака

- Кровотеча (в т.ч. носова).



АЛГОРИТМ «ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ»

Ускладнений:

- гостре відшарування аорти; - гостре ІМ; - тяжка носова кровотеча; - гіпертонічна енцефалопатія; - ГПМК; - субарахноїдальний крововилив; - феохромоцитома; - черепно-мозгова травма; - ГЛШН

Швидке зниження АТ в межах години на 15–25 % під контролем АТ:

-ГІМ – див. алгоритм «Гострий коронарний синдром»;

- **гіпертонічна енцефалопатія** – фуросемід 1 % – 2–4 мл, магнію сульфат 25 % – 10 мл в/в;

- **ГЛШН** – гліцерилу тринітрат 0,5 мг в/в (іzosорбід динітрат 0,1 % – 10 мл в 200 мл розчин натрію хлориду 0,9 %), морфін 1 % – 1 мл в/в, фуросемід 1 % – 2–4 мл в/в, каптоприл+гідрохлортіазид 25–50 мг;

- **ГПМК, субарахноїдальний крововилив, травма черепа** – в залежності від цифр АТ – клонідін 0,01 % – 1 мл в/в, магнію сульфату 25 % – 10 мл в/в, каптоприл+гідрохлортіазид 25–50 мг, при наростанні набряку мозку – фу-росемід 1 % – 2 мл в/в;

-**носова кровотеча** – тампонада носа, в залежності від цифр АТ – клонідин 0,01 % – 1 мл в/в, сульфат магнію 25 % – 10 мл в/в, фуросе-мід 1 % – 2 мл в/в, каптоприл+гідрохлортіазид 25–50 мг (під язик)

-Екстрена доставка в стаціонар по профілю основного захворювання

АЛГОРИТМ «ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ»

Неускладнений (в залежності від типу гемодинаміки)

Гіпокінетичний :

Інгібітори АПФ (каптоприл + гідрохлортіазид 25–50 мг), при наявності ознак застою – сечогінні в/в (фуросемід 2 мл)

Гіперкінетичний:

β-блокатори (пропранолол 0,04 – 1–2 таб., або пропранолол 2–3 мг в/в)
інгібітори АПФ, клонідин 0,01 % – 1 мл в/в, при емоціональній лабільності
діазепам 0,25 % – 1–2 мл в/в

Гіпокінетичний:

при довготривалому лікуванні, відсутності ефекту від терапії – доставка в стаціонар

Гіперкінетичний:

амбулаторне лікування

Лікувальна тактика:

1. Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою. Хворим на ГК для зменшення навантаження на міокард необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самотійно пересуватись.

2. Забезпечити подачу кисню.

3. Забезпечити моніторування життєвих функцій та електрокардіограми.

4. Забезпечення венозного доступу.

Усім пацієнтам з ГК у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою .

Нейровегетативна форма кризу :

– Ніфедипін по 10 мг під язик всередину кожні 30 хв або клонідин 0,15 мг всередину, потім по 0,075 мг через 1 годину до ефекту, або поєднання цих препаратів.

При відсутності ефекту:

– Клонідин 0,1 мг внутрішньовенно повільно, поступово підвищуючи швидкість введення від 0,1 мкг/(кг/хв) до досягнення необхідного артеріального тиску.

При недостатньому ефекті – фуросемід 40 мг внутрішньовенно.

При емоційному напруженні зберігається додатково діазепам 5–10 мг всередину, внутрішньом'язово або внутрішньовенно.

При збереженні тахікардії – пропранолол 20–40 мг під язик або всередину.

Водно-сольова форма кризу:

- Фуросемід 40–80 мг всередину одноразово і ніфедипін по 10 мг під язик кожні 30 хв до ефекту або фуросемід 20 мг всередину одноразово і каптоприл+гідрохлортіазид 6,25 мг під язик або всередину, а потім 25 мг кожні 30–60 хв до ефекту. При недостатньому ефекті:

- Фуросемід 20–40 мг внутрішньовенно

При вираженій неврологічній симптоматиці може бути ефективно внутрішньовенне введення 240 мг теофіліну.

При судомній формі кризу:

- Діазепам 10–20 мг внутрішньовенно повільно до усунення судом,
додатково можна призначити магнію сульфат 2,5 г внутрішньовенно дуже повільно;
- Фуросемід 40–80 мг внутрішньовенно повільно.

При кризах, пов'язаних з раптовою відміною гіпотензивних засобів:

- Швидкодіючі лікарські форми відповідного гіпотензивного препарату
(клонідин 0,1 мг внутрішньовенно
або пропранолол 20–40 мг під язик,
або ніфедипін по 10 мг під язик).

Гіпертензивний криз

Гіпертензивний криз, ускладнений
геморагічним інсультом або
субарахноїдальним крововиливом:

Необхідна стабілізація АТ на рівні, що перевищує на 5–10 % мм рт. ст. звичний для хворого рівень АТ.

Для цього використовують повільне (протягом 7–10 хв і більше) внутрішньовенно введення магнію сульфату в дозі 1000–2500 мг (як виняток допустимо внутрішньом'язове введення препарату в теплому вигляді з подальшим прогріванням місця ін'єкції).

При наявності протипоказання до застосування магнію сульфату показаний : ніфедипін в дозі 5–20 мг під язик (розжувати), а при неможливості використовувати такий шлях введення (наприклад, при комі) бендазол внутрішньовенно (внутрішньом'язово) у дозі 30–40 мг

Гіпертензивний криз, ускладнений
ангінозним болем:

– Нітрогліцерин таблетки (краще аерозоль) 0,4–0,5 мг під язик і відразу 10 мг внутрішньовенно крапельно ; Обов'язково знеболювання – див. «Стенокардія»;
– При недостатньому ефекті – пропранолол 20–40 мг під язик.

При ускладненому перебігу – моніторувати життєво важливі функції (кардіомонітор, пульс-соксиметр). Госпіталізувати після можливої стабілізації стану.

Гіпертензивний криз, ускладнений набряком легень:

– Нітрогліцерин таблетки (краще аерозоль) 0,4–0,5 мг під язик і відразу 10 мг в 100 мл розчину натрію хлориду 0,9 % внутрішньовенно крапельно, збільшуючи швидкість з 25 мкг/хв до одержання ефекту;
– Фуросемід 40–80 мг внутрішньовенно повільно; – Оксигенотерапія.

Дякую за
увагу

