Карагандинский Государственный Медицинский Университет
симуляционный курс по неотложным состояниям

Тема: ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ

Выполнили : ст. 5-057 ОМ

Алибекова Д.М.

Курманкулова А.Ж.

Караганда – 2016 г.

Гипертензивный криз

---клинический синдром, характеризующийся внезапным повышением артериального давления, появлением симптомов нарушения функции жизненно важных органов или реальным риском их развития, а также нейровегетативными расстройствами

Классификации ГК

осложненный

неосложненный

Развитие клиники (А.Л. Мясников)
- 1 тип
- 2 тип

Клинические проявления (А.П.Голиков)
- Кардиальный

-острая сердечная недостаточность;

-инфаркт миокарда, острый коронарный синдром.

-Острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.

Острая почечная недостаточность.

Острая ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку глаза

церебральный

острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт, субарахноидальное , кровоизлияние)

Клинические проявления (М.С.Кушаковский)
- Нейровегетативный
- Водно-солевой
- С гипертензивной энцефалопатией (судорожный)

Тип гемодинамики
- Гиперкинетический
- Гипокинетический
- Эукинетический

Патогенез (Н.А.Ратнер)
- Адреналовый
- Норадреналовый

Для нейровегетативной формы гипертензивного криза характерно:

-внезапное начало;

-преимущественное повышение систолического давления с увеличением пульсового;

-озноб; возбуждение; чувство страха, раздражительность;

-гиперемия и влажность кожных покровов;

-жажда;

-головная боль;

-тошнота;

-расстройства зрения в виде «мушек» или пелены перед глазами;

-тахикардия;

-в конце криза- учащенное, обильное мочеиспускание с выделением светлой мочи.

При водно-солевой форме гипертензивного криза отмечаются:

-менее острое начало;

-преимущественное повышение диастолического давления с уменьшением пульсового;

-сонливость, вялость.

-бледность;

-отечность;

-головная боль;

-тошнота, рвота;

-парестезии;

-кратковременные слабость в конечностях, гемипарезы, афазия, диплопия.

При судорожной форме гипертензивного криза наблюдаются:

-резкое повышение систолического и диастолического давления;

-психомоторное возбуждение;

-интенсивная головная боль; головокружение;

-тошнота, многократная рвота;

-тяжелые расстройства зрения

-преходящая слепота, двоение в глазах и др.

-потеря сознания;

-клонико-тонические судороги.

Диагностические критерии осложненного гипертензивного криза:

-относительно внезапное начало;

-индивидуально высокий уровень артериального давления (диастолическое

артериальное давление превышает 120-130 мм.рт.ст.);

-наличие признаков нарушения функции центральной нервной системы, энцефалопатии с общемозговой (интенсивные головные боли диффузного характера, ощущение шума в голове, тошнота, рвота, ухудшение зрения.

-нейровегетативные расстройства (жажда, сухость во рту, ощущение внутренней дрожи, серцебиение, ознобоподобный тремор, гипергидроз);

-кардиальная дисфункция различной степени выраженности с субъективными и объективными проявлениями;

- выраженные офтальмологические признаки (субъективные признаки и изменения глазного дна резко выраженное спазмирование артериол, расширение вену, отек соска зрительного нерва, кровоизлияния, отслойка сетчатки);впервые возникшие или усугубившиеся нарушения функции почек

Диагностический алгоритм:

-Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания

(возбуждение, оглушенность, без сознания), дыхания (наличие тахипноэ);

-Визуальная оценка: а) положения больного (лежит, сидит, ортопноэ); б) цвета кожных покровов (бледные, гиперемия, цианоз) и влажности в) сосудов шеи (набухание вен, видимая пульсация); г) наличие периферических отеков.

-Исследование пульса (правильный, неправильный), измерение ЧСС (тахикардия, брадикардия).

-Измерение АД на обеих руках каждые 15-30 мин.

-Перкуссия: наличие увеличения границ относительной сердечной тупости влево.

-Пальпация: оценка верхушечного толчка, его локализации.

-Аускультация сердца: оценка тонов, наличие шумов, акцента и расщепления II

тона над аортой.

-Аускультация аорты (подозрение на расслоение аорты или

разрыв аневризмы) и почечных артерий (подозрение на их стеноз).

-Аускультация легких: наличие влажных разнокалиберных хрипов с обеих сторон.

-Уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки; оценка диуреза.

Исследование неврологического статуса: снижение уровня сознания, дефекты поля зрения, дисфагия, нарушение двигательных функций в конечностях, нарушение статики и походки, недержание мочи.

-Регистрация ЭКГ в 12 отведениях: оценка ритма, ЧСС, проводимости, наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии и инфаркта миокарда

Тактика Лечения

Высокое АД

Нет признаков поражения органов-мишеней или бессимптомное повышение САД ≥ 220 мм рт. ст. и/или ДАД
≥ 120 мм рт.

Неосложненый (жизненеугрожающий)

Пероральные гипотензивные препараты

Постепенное снижение АД течение 2-6 часов с последующим подбором постоянной гипотензивной терапии

Есть признаки поражения Органов-мишеней

Осложненный (жизнеугрожающий)

Парентеральные гипотензивные препараты

Быстрое снижение АД
В течение 30-120 мин на 15-25%.
В течение 2-6 ч уровень АД 160/100 мм.рт.ст. Далее пероральные препараты

Осложненный гипертензивный криз:

-санация дыхательных путей;

-оксигенотерапия;

-венозный доступ;

-лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору гипотензивных препаратов;

-антигипертензивную терапию проводят парентеральными препаратами;

-снижение АД быстрое (на15-20% от исходного в течение часа, затем за 2-6 часов до 160 и 100 мм рт.ст.(возможен переход на пероральные лекарственные средства).

Гипертензивный криз, осложненный острым инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом:

-нитроглицерин 0,5 мг сублингвально (0,4 мг, или 1 доза), при необходимости повторяют каждые 5-10 минут, или внутривенно 10 мл 0,1% раствора на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно (2-4 капли в минуту) под контролем АД и ЧСС

-пропранолол (неселективный β -адреноблокатор)- внутривенно струйно медленно вводят 1 мл 0,1% раствора (1мг), возможно повторить туже дозу через 3 -5 минут до достижения ЧСС 60 в минуту под контролем АД и ЭКГ; максимальная общая доза 10 мг;

В случае сохранения высоких цифр АД:

*эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида

*морфин (наркотический анальгетик) 1 мл 1% раствора развести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить внутривенно дробно по 4-10 мл (или 2-5мг) каждые 5-15 минут до устранения болевого синдрома и одышки.

*варфарин 2,5 мг,или ацетилсалициловая кислота -разжевать 160-325 мг с целью улучшения прогноза

Гипертензивный криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью:

*эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида

*фуросемид внутривенно 20-100 мг

Гипертензивный криз, осложненный острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты:

*пропранолол (неселективный β-адреноблокатор) внутривенно медленно вводят в начальной дозе 1 мл 0,1% раствора (1мг), возможно повторить туже дозу через 3-5 минут до достижения ЧСС 60 в минуту под контролем АД и ЭКГ; максимальная общая доза 10 мг;

*нитроглицерин внутривенно 10 мл 0,1% раствора на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно (2 -4 капли в минуту) и вводить с начальной скоростью 1 мл/мин (1-2 капли в минуту). Скорость введения можно увеличивать каждые 5 мин на 2-3 капли в зависимости от реакции больного

*если β-адерноблокаторы противопоказаны, то верапамил внутривенно болюсно за 2-4 мин 2,5 -5 мг (0,25% -1-2 мл) с возможным повторным введением 5-10 мг через 15-30 мин.

* Для купирования болевого синдрома -морфин (наркотический анальгетик) 1 мл 1% раствора развести 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводить внутривенно дробно по 4-10 мл (или 2-5мг) каждые 5-15 минут до устранения болевого синдрома.

Гипертензивный криз, осложненный гипертензивной энцефалопатией:

*эналаприлат (ингибитор АПФ) 0,625-1,250 мг внутривенно медленно в

течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

*при судорожном синдроме -диазепам внутривенно в начальной дозе 10-20 мг, в последующем, при необходимости -20 мг внутримышечно или внутривенно капельно.

Гипертензивный криз, осложненный острым нарушением мозгового кровообращения или субарахноидальным кровотечением:

*эналаприлат (ингибитор АПФ)0,625-1,250 мг внутривенно медленно в течение 5 минут, предварительно развести в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида

Гипертензивный криз, осложненный преэклампсией или эклампсией:

*магния сульфат внутривенно при помощи инфузионного насоса должна быть введена ударная доза лекарства в количестве 4 г за 5-10 минут, а в дальнейшем -по 1 г/час в течение 24 часов после последнего приступа. Рецидивирующие приступы следует лечить либо болюсом в 2г сульфата магния, либо путем увеличения темпа вливания до 1.5 или 2.0 г/час

*нифедипин (блокаторы кальциевых каналов II типа, дигидропиридины) -сублингвально 10-20 мг

Гипертензивный криз, осложненный острым гломерулонефритом:

*нифедипин 10-40 мг внутрь

*фуросемид 80-100 мг

Профилактические мероприятия

-исключение работы, связанной с нервными перегрузками;

-отказ от курения и приема алкогольныхнапитков;

-регулярный прием лекарственных препаратов, предписанных лечащим врачом;

-регулярный самостоятельный контроль артериального давления (суточноемониторирование АД).

-периодические консультации (раз в полгода) у врача-кардиолога

Госпитализация в стационар показана при:

- При любом осложненном ГК
- впервые выявленном неосложненном ГК
- у больных с неясным генезом АГ,
- некупирующимся ГК,
- повторных кризах,
- при настойчивой просьбе пациента

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Диагностические критерии на стационарном уровне:

-Жалобы и анамнез:

-Физикальное обследование

-Лабораторные исследования:

*ОАК (эритроцитоз, повышенный гематокрит);

*биохимические показатели (повышенный уровень липопротеидов высокой и низкой плотности, гиперхолестериемия).

-Инструментальные исследования:

*ЭКГ в 12 отведениях наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии миокарда.

Дата Время	Самочувствие (жалобы)	АД	Частота пульса	Препарат	Рекомендовано

Рекомендации

Правило №1. Обратите внимание на характер питания.

Необходимо увеличить потребление:

- продуктов, богатых солями калия - урюк, фасоль, отруби, морская капуста, чернослив, изюм, томаты, свекла, виноград, абрикосы, персики, смородина, укроп, петрушка
- овощей, фруктов, ягод, клюквы, гороха, проросших зерен пшеницы и овса, орехов, семян подсолнечника
- нежирных сортов мяса и птицы
- молока и молочных продуктов с низким содержанием жира, творога
- рыбы и морепродуктов.

Необходимо ограничить потребление:

- поваренной соли до 5г (чайная ложка без верха) в сутки и продуктов, содержащих ее в большом количестве - колбасы, копчености, сыр
- жирных сортов мяса, сливочного масла, сахара, мучных и кондитерских изделий, сладких напитков, конфет
- жидкости до 1,5 л в сутки, исключить крепкий чай, кофе, газированные и алкогольные напитки.

Правило №2. Обратите внимание на свой вес.

Правило №3. Стремитесь повысить повседневную двигательную активность.

Правило №4. Научитесь противостоять стрессовым ситуациям.

Правило №5. Старайтесь полноценно отдыхать.

Правило №6. Необходимо избавиться от вредных привычек.

Правило №8. Необходимо пройти обучение в Школе для пациентов с артериальной гипертонией.

Правило №9. Строго следуйте всем советам врача.