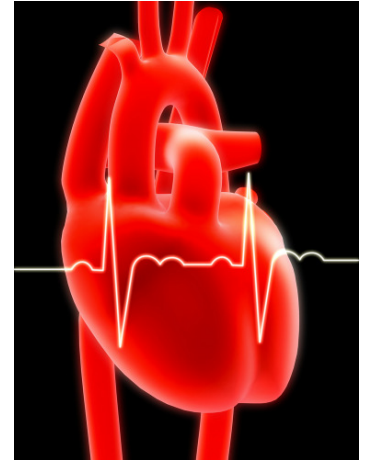


Hipertóniás krízisállapotok

Hipertóniás *vészhelyzetben* a célszervkárosodás megelőzése érdekében *azonnali* vérnyomáscsökkentés szükséges. Ilyenkor indokolt a beteg intézeti elhelyezése, és legtöbbször intravénás kezelés a választandó. A leggyakoribb ilyen klinikai képek:

- Hipertenzív encephalopathia
- Intracraniális vérzés
- Instabil angina pectoris
- Acut szívinfarktus
- Acut balszívfél elégtelenség tüdőoedemával
- Disszekáló aorta aneurysma
- Eclampsia



Hipertóniás *sürgősség* esetében a vérnyomás *néhány órán belüli* csökkentése a kívánatos, ilyen esetek például:

- Igen magas vérnyomás tünetek nélkül
- Hipertónia papillaoedemával
- Progrediáló célszerv-szövődmények
- Súlyos perioperatív magasvérnyomás

Ha nincsenek tünetek, és nem mutatkoznak a jelei új vagy progrediáló célszerv károsodásnak, akkor az emelkedett vérnyomás önmagában ritkán kíván sürgősségi ellátást. Nagyon fontos tudnunk azt, hogy egyénenként igen változó, hogy milyen magas vérnyomásértékek okoznak klinikai tüneteket.

Régen fennálló, súlyos magasvérnyomás-betegségben szenvedők sokszor extrém tenzióértékek mellett is panasz és tünetmentesek lehetnek. Ismertek olyan esetek, hogy 300/170 Hgmm-t meghaladó vérnyomás is tünetmentes volt, az extrém tenzióra véletlenül derült fény.

Ellenben fiatalokban, és különösen akkor, ha korábban a vérnyomás inkább alacsony volt, akár 160/100 Hgmm vérnyomás is súlyos tüneteket okozhat. Gondoljunk csak az eclampsiára, amikor terhésekben viszonylag nem túl magas tenzió mellett alakulnak ki a hipertenzív encephalopathia jellemző tünetei.

Hipertóniás krízis esetén a kezelés *kezdeti célja* az artériás középnyomás 25%-ot *nem* meghaladó csökkentése. Ezt az értéket néhány perc vagy maximum 2 óra alatt javasolt elérni. Az artériás középnyomást egyszerűen számíthatjuk, ha a diastolés vérnyomáshoz hozzáadjuk pulzusnyomás egyharmadát (a pulzusnyomás a systolés és diastolés értékek különbsége).

A további vérnyomáscsökkentés célja az artériás középnyomás 120 Hgmm körüli értéken történő stabilizálása (pl. 160/100 Hgmm). Elkerülendő a hirtelen és túlzott vérnyomásesést, ami agy, vese, vagy *koszorúér*-ischaemiát okozhat, elegendő a tenziót 2-6 órán belül a fenti értékre hozni.

Korábban széles körben használtak gyorsan ható sublingvális nifedipin készítményeket, de a gyakori szövődmények miatt ezt a hirtelen és kiszámíthatatlan vérnyomáseséssel járó módszert ma már nem alkalmazzuk. Habár a nifedipin felszívódása a száj nyálkahártyájáról nem gyors, az esetek többségében a páciens óhatatlanul nyelni szokott. A hipertenzív sürgősségi állapotokban a *relatív gyors* hatású készítmények alkalmazása javasolt, a kacsdiuretikumok, a bétablokkolók, az ACE-gátlók, az alfa-2-agonisták és a kalcium antagonisták számos képviselője megfelel ennek a kívánalomnak.

Koszorúér:

Koszorúereknek nevezzük a szívizomzat saját vérellátó hálózatát. Elzáródásakor szívinfarktus jöhet létre, ami a szívizomzat egy részének elhalását jelenti.

Fontos a beteg lefektetése, megnyugtatósa. 5-10 perc múlva történő vérnyomás-utánméréskor gyakran látjuk, hogy a korábban igen magasnak talált tenzió csaknem normalizálódott. Összegzésként megállapítható, hogy a régebben elterjedt agresszív megközelítés helyett a mai ajánlások hangsúlyozzák az óvatosságot és a fokozatosságot.

Dr. Andrassy Gábor

belgyógyász és kardiológus főorvos

Virányos Klinika

www.viranyosklinika.hu