

A hipertónia kezelése sürgősségi állapotokban

A hipertóniás sürgősségi állapotok kialakulása nem köthető egy bizonyos vérnyomásértékhez, függ a beteg életkorától és a társbetegségektől.

Két fő fogalom:

- hipertóniás sürgősségi állapot (urgency): a jelentős (akár a hipertóniás krízisben mérthez hasonló mértékű, vagy azt meghaladó) vérnyomás emelkedést nem kíséri akut célszervkárosodás;

- hipertóniás krízis (emergency): a jelentős mértékű akut vérnyomás-emelkedést hevenyen kialakult életveszélyes célszervkárosodás kíséri: cerebrovascularis károsodás, akut coronaria szindróma, aortadisszekció, akut keringési (rendszerint bal szívfél) elégtelenség, tüdőödéma, akut veseelégtelenség, heveny artériás vérzés, eclampsia.

Etiológia

A sürgősségi állapotokat kiválthatja a hipertónia progressziója, gyógyszerelhagyás, gyógyszer/egyéb szer abúzus, időjárási frontok változása, de összefüggésben lehetnek szekunder hipertóniával is.

Dinamikusan változó klinikai szindróma képében jelentkezhetnek, kialakulásukat és súlyosságukat három tényező kölcsönhatása határozza meg: az érintett érrendszer/szervek állapota, az aktuális vérnyomásemelkedés nagysága és a vérnyomás-emelkedés gyorsasága.

Tünettan

Enyhébb esetben: tünetmentes, vagy fejfájás, orrvérzés, pszichomotoros agitáltság.

Súlyos esetben: nehézlégzés, mellkasi fájdalom, hányás, látászavar, paresis ill. plegia, tenebrositas ill. eszméletvesztés.

Diagnózis

- Anamnézis: gyógyszer/kábítószerszedés, az antihipertenzív szerek kihagyása, régóta fennálló hipertónia, előrehaladott vesebetegség, meglévő egyéb betegségek és ezek fennálló tünetei.

- Fizikális vizsgálat: mindkét karon ismételten meg kell mérni a vérnyomást. A perifériás pulzus tapintása mindkét karon és lábon (hiánya vagy késése dissectio aortae-ra utalhat) hozzájárulhat a pontosabb diagnózishoz. Fontos a célszervkárosodások tüneteinek felismerése és célirányos vizsgálata: mellkasi fájdalom, dyspnoe, tüdőödéma, változó mentális státusz, profúz fejfájás, neurológiai göctünetek, paralysis vagy paraesthesia, hematuria, hipertenzív retinopathia, látászavar.

- EKG: balkamra-hypertrophia, strain, ischaemia, myocardialis infarctus, tüdőembólia, ritmuszavarok elkülönítése
- Laboratóriumi vizsgálatok: vizeletvizsgálat (haematuria, haemoglobinuria, proteinuria), vérkép, szérum elektrolitok, karbamid- és kreatinin meghatározása
- Képzővizsgálatok (echokardiográfia, CT, MRI): segít a cardiomegalia, akut billentyűelégtelenség, aorta aneurysma, aortadissectio, pulmonalis nyomásfokozódás, cerebralis elváltozások (vérzés, lágyulás) megállapításában.

1. Hipertóniás sürgősségi állapot (urgency)

Az akut életveszéllyel nem járó hipertenzív sürgősségi állapot nem mindig igényel kórházi felvételt, de mindenképpen a kórházi sürgősségi centrumba küldendő. Itt döntenek el, hogy a beteget helyben figyelik-e meg, és állapotának rendezése után hazabocsátják-e, vagy kórházi osztályra /intenzív osztályra veszik-e fel.

Vérnyomáscsökkentési cél: az első két órában a középvérnyomás maximum 25%-os csökkentése, majd az első 24 órában újabb 25%-os csökkentés javasolt.

Ha a vérnyomás 6 óra alatt sem csökken a kiindulási érték 20%-ával, és a beteg állapota nem javul, akkor a beteget hospitalizálni kell. Fokozott figyelmet érdemelnek az ismert ischaemiás szívbetegek és a cerebrovascularis betegségben szenvedők.

Ambulanter alkalmazható gyógyszerek: captopril tabletta 12,5mg vagy 25mg szétrágva, lenyelve, sublingualis nitroglycerin, urapidil injectio iv., verapamil injectio iv. (lassan!), csak folyadékretentio esetén furosemid injectio iv.

2. Hipertóniás krízis

Hipertóniás krízis esetén a kezelést a diagnózis felállítása után haladéktalanul, még a beteg otthonában meg kell kezdeni, mert a gyors beavatkozás életmentő lehet és a szállítási traumát is csökkentheti. A beteg minden esetben kórházi felvételre kerül.

A magas vérnyomás azonnali (de kontrollált mértékű) csökkentése szükséges a megkezdett helyszíni ellátást követően intézményi körülmények között az intenzív terápiás egységben, többparaméteres, adott esetben invazív monitorozással, intravénásan adott gyógyszerekkel (nitroprussid-Na, nitroglycerin, enalapril, isradipin, nicardipin, urapidil, esmolol, metoprolol, labetalol), annak megakadályozására, hogy a célszervkárosodás mértéke tovább növekedjék. A célvérnyomásérték a kiindulási értéknél kb. 20-25%-kal kisebb a kezelés első két órájában, további óvatos csökkentéssel a következő időszakban.

2.1. *Akut balkamra-elégtelenség* esetén első lépcsőben morfium, oxigén, nitroglycerin, kacsdiuretikum választandó, nem kellő antihypertenzív hatás esetén urapidil is adható. Noninvazív vagy invazív lélegeztetés (PEEP, pozitív kilégzésvégi nyomás) során szoros vérnyomáskontroll szükséges a fokozatosan (jelentősen) csökkentett jobbszívfél-beáramlás okozta hipotenzio elkerülésére.

2.2. *Akut aorta-disszekció* esetén elsődleges a gyors vérnyomáscsökkentés, a systolés célérték <100 Hgmm. A reflex tachycardia kivédésére kombinált, β -blokkoló, majd nem, vagy kevésbé tachycardizáló vasodilatátor kezelés ajánlott (nitroglycerin, nitroprussid-Na, esmolol, metoprolol, vagy labetalol).

2.3. *Ischaemiás stroke* esetén a klinikai vizsgálatok nem igazolták a vérnyomáscsökkentés jótékony hatását: sem a mortalitás, sem a tartósan megmaradó funkcionális károsodás (pl. bénulás) mértéke nem csökken a vérnyomáscsökkentő kezelés hatására.

A vérnyomás fokozatos csökkentése csak abban az esetben indokolt, ha a vérnyomás extrém magas (> 220/120 Hgmm), ekkor javasolható az antihipertenzív terápia a vérnyomás csökkentésére az első 24 órában 15%-kal.

Az alkalmazandó gyógyszereket a beteg mindenkorai klinikai állapota, egyéb rizikófaktorai és társbetegségei szabják meg. Ha a betegnek ischaemiás stroke-ja van és thrombolyticus kezelésre alkalmas, akkor a vérnyomás 160 Hgmm-ig csökkentendő a thrombolysist követő vérzés kockázatának csökkentésére. Kivételt képez, ha a betegnek gyorsan kialakuló szívelégtelensége, vagy aortadisszekciója is keletkezik, mert ebben az esetben a vérnyomást a jelzettnél gyorsabban és nagyobb mértékben kell csökkenteni. A gyors és jelentős vérnyomáscsökkentés azonban növelheti a definitív agykárosodás nagyságát. A vérnyomás csökkentésére, ha az szükségessé válik, intravénásan, infúzióban adható szerek, nitroprussid-Na, labetalol, nicardipin, enalapril, urapidil. A vérnyomás gyakori ellenőrzése és az egyéb életfunkciók kontrollálása szükséges.

2.4. *Haemorrhagiás stroke* esetén a vérnyomást akkor csökkentjük, ha a systolés érték >180 Hgmm, vagy az artériás középnyomás 130 Hgmm fölött van, és nincsenek emelkedett intracranialis nyomásértékre utaló tünetek. Kórházi körülmények között a vérnyomás csökkentése – 5 percenkénti vérnyomás mérések mellett – folyamatos intravénás infúzióban adott gyógyszerekkel javasolt. Az újabb vizsgálatok bizonyították, hogy a vérnyomás csökkentése (140 Hgmm systolés értékre) biztonságos, és csökkentheti az agyi károsodás mértékét, s hamarabb vezethet restitúcióhoz.

2.5. *Akut veseelégtelenség* esetén a hipertónia kezelésére elsődlegesen urapidil, verapamil választható, kacsdiuretikumot az oligo-anuria áttörésére kontraindikáció hiányában alkalmazhatunk. Az akut vesepótló kezeléssel – ha egyéb sürgető indikáció (pl. ionzavar, uralhatatlan hypervolaemia, acidózis) nincs – néhány óráig várhatunk.

2.6. *Phaeochromocytoma* okozta hipertóniás krízis intravénás kezelésére az α -1 és α -2 receptorokat egyaránt blokkoló fentolamin, később a kombinált α - β -blokkoló szer (labetalol) alkalmazható. α -blokkoló nélkül β -blokkolót adni ellenjavallt, mert után a β -2 receptorok indukálta vasodilatáció kiesése tovább emeli a vérnyomást az α -adrenerg vasoconstrictio jelenlétében. Ha a vérnyomás megfelelő szintre került, a tachycardia csökkentésére a fenntartó α -adrenoceptor-blokád (ekkor már orálisan is adható fenoxibenzamin) kiegészítésére kardioszelektív (bisoprolol, retard metoprolol) vagy α -receptorokra is ható β -blokkoló szer (carevedilol) is alkalmazható.

2.7. *Terhességi eclampsia* esetében a terhesség mielőbbi befejezéséig a vérnyomás csökkentésére elsősorban MgSO₄ adandó iv. bolusban (4 g telítő adag), majd infúzióban (1-2 g/h fenntartó dózis), ez kiegészíthető urapidillel. Fenyegető vagy kialakult görcsroham esetén görcsgátlóként diazepam is alkalmazható i.v. (5 mg), de ekkor fennáll a légzésdepresszió lehetősége a magzatban is.