ГОСУДАРСТВЕННОЕ

БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

«ВОЛГОДОНСКОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

КУРСОВАЯ РАБОТА

На тему: «Сестринская деятельность при гипертонической болезни»

Дисциплина: ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Работу выполнила:

Усачёва Ольга Сергеевна

курса группы А3 СД

Руководитель:

Криволапова Наталья Леонидовна

Волгодонск 2014г

Содержание

гипертонический клинический криз сестринская

Введение

Гипертоническая болезнь

Клиника

Причины

Факторы риска

Причины возникновения гипертонических кризов

Лечение гипертонической болезни

Сестринская деятельность при гипертонической болезни

Заключение

Приложения

Введение

Актуальность проблемы гипертонической болезни (ГБ) для современной медицины объясняется широкой распространенностью заболевания, отсутствием эффективных методов лечения, ранним развитием тяжелых осложнений и смертности от них.

Гипертоническая болезнь (ГБ) (греч hyper + tonos напряжение) - распространённая болезнь неясной этиологии. <http://dic.academic.ru>

Распространённость ГБ в развитых странах высока, причём она выше у жителей крупных городов, чем среди сельского населения. С возрастом частота ГБ увеличивается, и у лиц старше 40 лет достигает 20-25% при относительно равномерном распределении среди мужчин и женщин. Но у мужчин заболевание имеет более тяжелое течение; в частности они имеют большую склонность к заболеванию атеросклерозом венечных сосудов сердца - стенокардией и инфарктом миокарда.

Гипертоническая болезнь способствует более быстрому развитию и тяжелому течению атеросклероза и возникновению опасных для жизни осложнений. Наряду с атеросклерозом гипертония является одной из самых частых причин преждевременной смертности молодого трудоспособного населения.

Одной из виновниц потери трудоспособности, смертности и прогрессирования других заболеваний, имеющихся у человека, является гипертоническая болезнь 2 степени.

Почему-то в нашей стране нет тенденции к выявлению артериальной гипертензии на первой стадии своего развития. Население настолько безразлично относится к этому, что отказывается от систематического приема препаратов. Особенно, если нет никаких тягостных проявлений, которые бы нарушали их жизнедеятельность. За помощью обращаются, когда действительно становится плохо. Это приводит к кризовому течению гипертонии со склонностью к молниеносным повышениям цифр давления до критических показателей. Таким образом, болезнь, минуя вторую стадию, переходит с первой в третью, которая проявляется опаснейшими осложнениями - инфарктом и инсультом. Это и вывело вторую степень гипертонической болезни на особый уровень в кардиологии.

Гипертоническая болезнь - распространенное во всем цивилизованном мире заболевание сердечно-сосудистой системы. Это самая человеческая из всех болезней. Она характерна в первую очередь для тех людей, которые ведут очень насыщенный, напряженный, эмоциональный образ жизни. Распространенность АГ составляет 15-25%, а у лиц старше 65 лет она превышает 50% У пациентов с АГ выявлено повышение общей смертности в 2-5 раз, а смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - в 2-3 раза.

Возрастной фактор и половая принадлежность определяют повышенный риск развития гипертонический болезни у мужчин. В возрасте 20-30 лет гипертония развивается у 9,4% мужчин, после 40 лет - у 35%, а после 60-65 лет - уже у 50%. В возрастной группе до 40 лет гипертоническая болезнь чаще встречается у мужчин, в поле старшем возрасте соотношение изменяется в пользу женщин. Это обусловлено более высоким показателем мужской преждевременной смертности в среднем возрасте от осложнений гипертонической болезни, а также менопаузальными изменениями в женском организме. В настоящее время все чаще гипертоническая болезнь выявляется у людей в молодом и зрелом возрасте.

Нейрогенное происхождение гипертонической болезни в подавляющем большинстве случаев (за исключением симптоматических гипертоний) в настоящее время сомнений не вызывает Ее возникновение связано со стабильным перенапряжением нервной системы в результате либо действия факторов стрессорного, «ударного» характера, либо при длительном воздействии не очень интенсивных повреждающих агентов. Это и психогенные стрессы семейного, бытового, производственного характера, интоксикации и другие отрицательные факторы цивилизации, неправильный режим жизни (постоянное переутомление, недостаточный отдых и сон, резко сниженная физическая активность), диетический дисбаланс.В интервале 20 - 49 лет у мужчин и женщин распространенность артериальной гипертонии с возрастом увеличивается одинаково, в возрастном диапазоне 40 - 69 лет показатель у мужчин изменяется мало (32,8 - 41,1%), а у женщин он продолжает стремительно увеличиваться по сравнению с возрастной группой 40 - 49 лет: вдвое в 50 - 59 лет (34,7%) и втрое - в 60 - 69 лет (57,6%). Начинаясь как результат невроза (одно из его проявлений ), гипертоническая болезнь в своем развитии быстро приводит к разнообразным нарушениям, поражениям функции многих органов(органы-мишени), в том числе и сердечно-сосудистой системы . В связи с этим терапия этого заболевания должна быть многофакторной,Так, обнаружено, что снижение АД на 5-6 мм рт.ст. уменьшает вероятность возникновения инсульта на 50%, ИБС - на 14%.

Целью данной курсовой работы является изучить сестринскую деятельность при гипертонической болезни.

Задачи курсовой работы:

проанализировать роль медсестры в лечении и профилактики гипертонической болезни;

изучить уровень проблемы пациента с диагнозом гипертоническая болезнь;

провести сравнительный анализ литературных данных.

Объект исследования: сестринская деятельность при заболеваемости терапевтического профиля.

Предмет исследования: сестринская деятельность при гипертонической болезни.

Гипертоническая болезнь

Гипертоническая болезнь - патология сердечно-сосудистого аппарата, развивающаяся в результате дисфункции высших центров сосудистой регуляции, нейрогуморального и почечного механизмов и ведущая к артериальной гипертензии, функциональным и органическим изменениям сердца, центральной нервной системы и почек.

Основными проявлениями её являются:

повышенное артериальное давление в частом сочетании с регионарными, главным образом церебральными, расстройствами сосудистого тонуса;

стадийность в развитии симптомов;

выраженная зависимость течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления при отсутствии видимой причинной связи болезни с первичным органическим повреждением каких-либо органов или систем.

Последнее обстоятельство отличает ГБ от так называемых симптоматических, или вторичных, артериальных гипертензий.

Клиника

Гипертоническую болезнь классифицируют по ряду признаков: причинам подъема АД, поражению органов мишеней, по уровню АД, по течению и т. д.

По этиологическому принципу различают: эссенциальную (первичную) и вторичную (симптоматическую) артериальную гипертензию.

По характеру течения гипертоническая болезнь может иметь доброкачественное (медленно прогрессирующее) или злокачественное (быстро прогрессирующее) течение.

Наибольшее практическое значение представляет уровень и стабильность АД. В зависимости от уровня различают:

Оптимальное АД - < 120/80 мм рт. ст.

Нормальное АД - 120-129 /84 мм рт. ст.

Погранично нормальное АД - 130-139/85-89 мм рт. ст.

Артериальную гипертензию I степени - 140-159/90-99 мм рт. ст.

Артериальную гипертензию II степени - 160-179/100-109 мм рт. ст.

Артериальную гипертензию III степени - более 180/110 мм рт. ст.

По уровню диастолического АД выделяют варианты гипертонической болезни:

Легкого течения - диастолическое АД< 100 мм рт. ст.

Умеренного течения - диастолическое АД от 100 до 115 мм рт. ст.

Тяжелого течения - диастолическое АД > 115 мм рт. ст.

Доброкачественная, медленно прогрессирующая гипертоническая болезнь в зависимости от поражения органов-мишеней и развития ассоциированных (сопутствующих) состояний проходит три стадии:

Стадия I (мягкой и умеренной гипертонии) - АД неустойчиво, колеблется в течение суток от 140/90 до 160-179/95-114 мм рт. ст., гипертонические кризы возникают редко, протекают нетяжело. Признаки органического поражения ЦНС и внутренних органов отсутствуют.

Стадия II (тяжелой гипертонии) - АД в пределах 180-209/115-124 мм рт. ст., типичны гипертонические кризы. Объективно (при физикальном, лабораторном исследовании, эхокардиографии, электрокардиографии, рентгенографии) регистрируется сужение артерий сетчатки, микроальбуминурия, повышение креатинина в плазме крови, гипертрофия левого желудочка, преходящая ишемия головного мозга.

Стадия III (очень тяжелой гипертонии) - АД от 200-300/125-129 мм рт. ст. и выше, часто развиваются тяжелые гипертонические кризы <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_cardiology/hypertensive-crisis>. Повреждающее действие гипертензии вызывает явления гипертонической энцефалопатии, левожелудочковой недостаточности, развитиетромбозов <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_phlebology/thrombosis> мозговых сосудов, геморрагий и отека зрительного нерва, расслаивающей аневризмы сосудов, нефроангиосклероза, почечной недостаточности <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_urology/chronic\_renal\_failure> и т. д.

В начальных стадиях заболевания пациенты жалоб, как правило, не предъявляют, и длительное время больной может не знать о повышении АД. Однако уже в этот период появляются такие неспецифические жалобы, как быстрая утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности, слабость, бессонница, головокружение и т. д. И именно с этими жалобами чаще всего больной впервые обращается к врачу:

Головные боли в затылочной области; по утрам или к концу рабочего дня “тяжелая голова”. Обычно боли усиливаются в горизонтальном положении и ослабевают после ходьбы. Часто боли сопровождаются головокружением и шумом в ушах.

Боли в области сердца. Повышение АД связано с усилением работы сердца (для преодоления возросшего сопротивления) и в результате возникает диссоциация между потребностями и возможностями миокарда. Помимо стенокардитических, боли в сердце могут быть по типу кардиалгии - длительные тупые боли в области верхушки сердца.

Мелькание мушек перед глазами, пелена, мелькание молний. Происхождение их связано со спазмом артериол сетчатки. Могут наблюдаться кровоизлияния в сетчатку, что ведет к потере зрения.

Присутствуют симптомы нарушения нервной системы, которые могут проявляться псевдоневротическим синдромом: быстрая утомляемость, снижение работоспособности, ослабление памяти, раздражительность, слабость, аффективная лабильность, преобладание тревожных настроений и ипохондрических опасений. Они могут приобретать фобический характер.

Часто указанные выше явления проявляются при изменении уровня АД, но бывают далеко не у всех больных - многие не испытывают вообще никаких неприятных ощущений и артериальная гипертензия обнаруживается случайно.

Для определения величины АД на бытовом уровне уже более ста лет используют метод Короткова. Сам Коротков писал, что его метод (именно сам метод, а не прибор для измерения!) не является точным и абсолютно достоверным. Погрешность метода такова, что можно говорить лишь о приблизительных цифрах. Из-за этого часто имеет место гипердиагностика. Существуют точные и сложные методы определения АД, но они недоступны для бытового использования и применяются в специализированных клиниках. Всем обратившимся к нам гипертоникам мы определяем АД высокоточным методом эхокардиографии. АД рекомендуется измерять натощак, в положении лежа и физиологического покоя три раза подряд. Более достоверным считается минимальный результат из трех измерений. Нормальным считают АД до 140 / 90 мм рт. ст. Все, что выше требует до обследования и, возможно, лечения.

Варианты течения гипертонической болезни разнообразны и зависят от уровня повышения АД и от задействованности органов-мишеней.

В дальнейшем присоединяется одышка при быстрой ходьбе, беге, нагрузке, подъеме в лестницу.

Артериальное давление стойко выше 140-160/90-95 мм рт ст. (или 19-21/ 12 гПа). Отмечается потливость, покраснение лица, ознобоподобный тремор, онемение пальцев ног и рук, типичны тупые длительные боли в области сердца.

При задержке жидкости наблюдается отечность рук («симптом кольца» - сложно снять с пальца кольцо), лица, одутловатость век, скованность.

У пациентов с гипертонической болезнью отмечается пелена, мелькание мушек и молний перед глазами, что связано со спазмом сосудов в сетчатке глаз; наблюдается прогрессирующее снижение зрения, кровоизлияния в сетчатку могут вызвать полную потерю зрения.

Причины

По общепринятым в нашей стране (Г.Ф. Ланг и др.) и широко распространенным за рубежом представлениям, основным фактором, обусловливающим развитие Г. б., является острое или длительное эмоциональное перенапряжение (см. Эмоциональный стресс). В пользу этого представления свидетельствует большая распространенность Г. б. среди лиц, занятых трудом, требующим длительного и сильного психоэмоционального напряжения, а также среди населения крупных городов с присущим им ускоренным темпом жизни и обилием психических раздражителей. Пока неясно, почему воздействие этих факторов в одних случаях приводит к развитию Г. б., а в других к иным формам патологии.

Предполагают, что имеют значение определенные врожденные и приобретенные особенности организма (вт.ч. и особенности личности), а также некоторые воздействия внешней среды, предрасполагающие к развитию Г. б. Хотя Г. б. нельзя отнести к чисто наследственным заболеваниям, наследственное предрасположение к ее возникновению существует. Отмечено, например, что среди родственников больных, страдающих Г. б., частота этого заболевания выше, чем среди населения в целом. В 70-80-х гг.установлено также, что проницаемость клеточных мембран для электролитов у больных Г. б. изменена,причем это носит наследственный характер. Имеют значение и особенности функций эндокринной системы.Отмечено, что возникновение Г. б. нередко сопряжено с периодами гормональных перестроек, что особенно проявляется при Г. б., впервые возникающей у женщин в период климакса. Не исключено, что увеличение частоты Г. б. с возрастом находится в какой-то связи с возрастными изменениями гормонального статуса,хотя повышению АД <http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\_medicine/1406> в пожилом возрасте могут способствовать и другие причины, особенно развивающийся атеросклероз сосудов мозга и почек, снижение депрессорной функции барорецепторов аорты исинокаротидной зоны. Считать Г. б. болезнью старения нельзя, т.к. даже у глубоких стариков АД в большинстве случаев нормально, а нередко и понижено.

В целом представления об этиологии Г. б. носят характер гипотез, поэтому мнение экспертов комитета ВОЗо принадлежности Г. б. к заболеваниям неустановленной этиологии остается обоснованным.

В патогенезе Г. б. ведущим является нарушение высшей нервной деятельности, первоначально возникающее под влиянием внешних раздражителей и в дальнейшем приводящее к стойкому возбуждению вегетативных прессорных центров, что и вызывает повышение АД.

Факторы риска

Ведущую роль в развитии гипертонической болезни играет нарушение регуляторной деятельности высших отделов ЦНС, контролирующих работу внутренних органов, в т. ч. сердечно-сосудистой системы.

К основным факторам риска заболевания гипертонической болезни относят:

часто повторяющиеся нервные перенапряжения, длительные и сильные волнения, частые нервные потрясения;

излишнее напряжение, связанное с интеллектуальной деятельностью, работой по ночам, влиянием вибрации и шума;

повышенное употребление соли, вызывающее спазм артерий и задержку жидкости. Доказано, что потребление в сутки > 5 г соли существенно повышает риск развития гипертонии, особенно, если имеется наследственная предрасположенность;

наследственность, отягощенная по гипертонической болезни, играет существенную роль в ее развитии у ближайших родственников (родителей, сестер, братьев). Вероятность развития гипертонической болезни существенно возрастает при наличии гипертензии у 2-х и более близких родственников;

способствуют развитию гипертонической болезни и взаимоподдерживают друг друга артериальная гипертензия в сочетании с заболеваниями надпочечников, щитовидной железы, почек, сахарным диабетом, атеросклерозом, ожирением <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_endocrinology/obesity>, хроническими инфекциями (тонзиллит);

у женщин риск развития гипертонической болезни возрастает в климактерическом периоде в связи с гормональным дисбалансом и обострением эмоциональных и нервных реакций. 60% женщин заболевают гипертонической болезнью именно в период климакса.

чрезвычайно благоприятствуют развитию гипертонической болезни алкоголизм и курение;

нерациональный режим питания;

лишний вес;

гиподинамия;

неблагополучная экология.

Причины возникновения гипертонических кризов

Если гипертонию не лечить активно в I степени, она непременно перейдет во II, а затем и в III степень своего течения. Если вы будете упорно продолжать делать вид, что ничего страшного не происходит и в этом случае, дело, скорее всего, закончится гипертоническим кризом.

Гипертонические кризы при отсутствии правильного лечения будут повторяться, что в конце концов может завершиться инфарктом или инсультом. Другого результата тому, кто не отнесется с полной серьезностью к лечению гипертонической болезни, увы, ожидать не приходится.

Острые и значительные подъемы артериального давления, которые часто сопровождаются сильной загрудинной болью, отдающей в руку и под лопатку, а также головными болями и головокружениями, называются гипертоническими кризами. Во время таких кризов человек может временно потерять сознание, речь и даже подвижность в одной из конечностей.

Такие приступы рано или поздно начинаются практически у любого больного гипертонией при отсутствии соответствующего лечения. У некоторых же больных они следуют один за другим через короткие промежутки времени.

Что вызывает гипертонические кризы? Прежде всего: сильные отрицательные эмоции и психотравмирующие ситуации. Затем - упорное нежелание соблюдать строгую диету, употребление чересчур соленой пищи. И наконец, гипертонический криз может начаться в результате резкой смены погоды, особенно часто это происходит весной и осенью. Кризы могут сопутствовать острым инфекционным заболеваниям, что случается весьма часто у людей пожилых, которые любые болезни переносят тяжело.

Чаще всего кризы возникают ночью или во второй половине дня. Некоторые люди заранее чувствуют приближение приступа, хотя у большинства больных они случаются внезапно.

Лечение гипертонической болезни

При лечении гипертонической болезни важно не только снижение АД, но также коррекция и максимально возможное снижение риска осложнений. Полностью излечить гипертоническую болезнь невозможно, но вполне реально остановить ее развитие и уменьшить частоту возникновения кризов.

Гипертоническая болезнь требует объединения усилий пациента и врача для достижения общей цели. При любой стадии гипертонии необходимо:

Соблюдать диету с повышенным потреблением калия и магния, ограничением потребления поваренной соли;

Прекратить или резко ограничить прием алкоголя и курение;

Избавиться от лишнего веса;

Повысить физическую активность: полезно заниматься плаванием, лечебной физкультурой, совершать пешеходные прогулки;

Систематически и длительно принимать назначенные препараты под контролем АД и динамическим наблюдением кардиолога.

При гипертонической болезни назначают гипотензивные средства, угнетающие вазомоторную активность и тормозящие синтез норадреналина, диуретики, β-адреноблокаторы, дезагреганты, гиполипидемические и гипогликемические, седативные препараты.

Подбор медикаментозной терапии осуществляют строго индивидуально с учетом всего спектра факторов риска, уровня АД, наличия сопутствующих заболеваний и поражения органов-мишеней.

Критериями эффективности лечения гипертонической болезни является достижение:

краткосрочных целей: максимального снижения АД до уровня хорошей переносимости;

среденесрочных целей: предупреждения развития или прогрессирования изменений со стороны органов-мишеней;

долгосрочных целей: профилактика сердечно-сосудистых и др. осложнений и продление жизни пациента.

Диета: ограничение поваренной соли, полезно уменьшить вес при излишней полноте. Больным назначается стол N 1О.

Режим: Перевод на односменную работу; регламент труда - исключить ночные дежурства и т.д.; улучшение и рационализация условий труда; режим отдыха (полноценный сон, отдых после работы); борьба с гиподинамией - больше двигаться.

Общие принципы лечения ГБ

а) Точно установить природу артериальной гипертензии.

б) В ряде случаев гипертоническая болезнь может протекать бессимптомно.

в) Всем больным с артериальной гипертензией вне зависимости от наличия симптомов показана терапия гипотензивными средствами. При снижении АД во время лечения самочувствие иногда может ухудшаться, поэтому важно правильно выбрать темп снижения давления с учетом возраста больного, длительности артериальной гипертонии, наличия или отсутствия сосудистых расстройств. При отсутствии сосудистых осложнений, в молодом возрасте АД снижают до нормального уровня быстро. В пожилом возрасте снижение проводят до субнормального уровня, то есть до опасной зоны.

г) При применении гипотензивной терапии может возникнуть синдром отмены, иногда даже по типу гипертонического криза, поэтому необходима длительная непрерывная терапия гипотензивными средствами. Только при длительной терапии возможно излечение. Однако существуют сомнения в необходимости непрерывной терапии, предлагается курсовое лечение. Ленинградская терапевтическая школа и большинство зарубежных ученых считают необходимым непрерывное лечение.

д) Терапия должна проводиться с точки зрения патогенеза заболевания. Учитывая необходимость патогенетического лечения, терапия должна быть комплексной или комбинированной, так как необходимо воздействовать на различные звенья патогенеза.

Гипотензивная терапия

. Антиадренергические средства преимущественно центрального действия:

Допегит (альдомет, альфа-метил-дофа), таб. по О,25 \* 4 раза в день.

Гемитон (клофелин, катапресан) таб. О,О75 мг производное имидазолина. Применять по О,О75 мг \* 3 р.

. Постганглионарные адреноблокаторы

а) Группа гуанетидина

Октадин (изобарин, исмелин, гуанетидина сульфат) О,О25. В первые дни лечения целесообразно назначать малые дозы (25 мг.сут) во избежание ортостатических осложнений. Далее дозу постепенно увеличивают.

б) Группа раувольфии (нейролептики центрального действия)

Резерпин (рауседил), ампулы по 1,О и 2,5 мг, таб О,1 и О,25 мг. Начинают лечение с О,1-О,25 мг/сут, постепенно доводя дозу до О,3-О,5 мг/сут.

Раунатин (раувазан) таб. О,ОО2.

.Бета-адреноблокаторы. Блокада бета-адренорецепторов сопровождается уменьшением ЧСС, величины ударного объема и секреции ренина. Механизм действия основан на конкурентной блокаде рецепторов и на стабилизации мембран по типу местных анестетиков.

Анаприлин (пропанол, индерал, обзидан) О,О1 и О,О4. Начальная доза 6О-8О мг/сут, далее увеличивают до 2ОО мг/сут.

Окспренолол (Транзикор) таб. О,О2. Препараты назначаются энтерально, действие проявляется через 3О мин, максимум через 2-3 часа.

Бета-адреноблокаторы противопоказаны при бронхиальной астме, бронхитах, при сопутствующей сердечной недостаточности, язвенной болезни и при ряде хронических заболеваний кишечника. Осторожно назначать при исходной брадикардии и нарушениях ритма. Оптимально сочетание с салуретиками и моторными спазмолитическими средствами.

.Мочегонные средства: наиболее обоснованным при гипертонической болезни является применение натрийуретических препаратов (салуретиков).

Гипотиазид (дихлотиазид) таб. О,О25 и О,1.

Фуросемид (лазикс) таб.О,О4ж ампулы 1% - 2,О мл. Действие после приема начинается в среднем через 3О мин. Особенно быстро препарат действует при в/в введении - через 3-4 мин.

Клопамид (бринальдикс) таб. О,О2, механизм действия тот же; но в отличие от фуросемида, обладает более длительным действием - до 2О часов.

Триамтерен (птерофен) капсулы по О,О5. Эффект быстрый, через 15-2О мин, сохраняется 2-6 часов.

Спиронолактон (верошпирон, альдактон) таб. О,О25. Применять только в сочетании с салуретиками, по 75-13О мг/сут, курсами по 4-8 недель.

.Миотропные средства

Апрессин (гидрализин) таб. О,О1 и О,О25. Начинают с доз 1О-2О мг \* 3 раза в день, далее разовую дозу увеличивают до 2О-5О мг.

Дибазол таб. О,О4 и О,О2; амп. 1% - 1 мл.

Папаверин О,О4 и О,О2; амп. 2% - 2,О.

.Сильно действующие вазодиляторы, синтезированные в последние годы:

Миноксидил (празозин) О,ОО1.

Диазоксид (гиперстад) 5О мг.

Нитропруссид Натрия амп. 5О мг.

Депрессин: гипотиазид 1О мг + резерпин О,1 мг + дибазол О,О2 + нембутал О,25.

Лечение гипертонических кризов:

Обязательна госпитализация.

Дибазол 1% до 1О,О в/в, эффект через 15-2О мин.

Рауседил 1 мг в/м или медленно в/в на изотоническом растворе.

Лазикс 1% до 4,О в/в, эффект через 3-4 мин.

Многим больным помогают нейролептики:

Аминазин 2,5% 1,О в/м.

Дроперидол О,25% до 4 мл в/м или в/в медленно: по 2 мл в 2О мл 4О% глюкозы.

При отсутствии эффекта назначают ганглиоблокаторы:

Пентамин 5% 1,О в/м или в/в капельно! иметь под рукой

Бензогексоний 2,5% 1,О в/м!

мезатон.

Необходимо следить, чтобы снижение АД не было очень резким, что может привести к коронарной или цереброваскулярной недостаточности.

Гемитон О,О1% О,1 в/м или медленно в/в на 2О мл изотонического раствора (max через 2О-3О мин).

Допегит (при затяжных кризах!) внутрь до 2,О г в сутки.

Тропафен 1% 1,О на 2О мл изотонического раствора в/в медленно или в/м при симатоадреналовых кризах.

Нитропруссид Натрия О,1 на глюкозе в/в капельно.

При симптомах энцефалопатии, связанной с отеком мозга:

Магния Сульфат 25% 1О,О в/м.

Осмодиуретики:

О% р-р Маннитола в изотоническом растворе.

Хлорид кальция 1О% 5,О в/в - при остановке дыхания от введения магнезии.

При сердечной форме:

Папаверин; бета-адреноблокаторы (анаприлин О,1% 1,О);

рауседил 1 мг в/м или в/в медленно;

ганглиоблокаторы - в крайнем случае! Арфонад - для создания управляемой гипотонии, эффект “на кончике иглы”. Применять только в стационаре.

При отеке легких с апоплексическим вариантом:

Кровопускание лучший метод - до 5ОО мл. Обязательно пунктировать вену толстой иглой, так как при этом резко повышена коагуляционная способность крови.

Дозы гипотензивных препаратов:1% 4 ml; Lasix 4,О ml, Benzogexonii 2,5% 1,О; 5% 1,О; Clophelini О,ОО1 1,О в/в медленно;

Рhenotolamini 5 mg в/в струйно; Diasoxidi в/в капельно, Isoptini О,25 2,О коринфар 2О мг под язык.

Сестринская деятельность при гипертонической болезни

Существенная роль на всех этапах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики гипертонической болезни отведена медицинской сестре. Медицинская сестра должна знать основные жалобы и симптомы при гипертонической болезни, принципы лечения и профилактики заболевания, основные принципы восстановления нарушения функций и профилактики осложнений, уметь осуществлять уход за пациентом. Необходимо чётко знать симптомы застойных явлений в малом круге кровообращения: одышка, цианоз; в большом круге кровообращения: тахикардия, отеки, тяжесть в правом подреберье, асцит. Медицинская сестра должна обладать умениями и навыками по лечению, оказанию неотложной помощи, реабилитации и наблюдению за пациентом.

Медицинская сестра начинает свою работу с обследования пациента, выявления наличия симптомов заболевания и выявления сестринских диагнозов. <Смолева Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. 2006г. Феникс>

На основе жалоб медицинская сестра выявляет следующие проблемы пациента:

А. Существующие (настоящие):

головные боли;

головокружения;

нарушение сна;

раздражительность;

отсутствие обязательного чередования труда и отдыха;

отсутствие соблюдения малосолевой диеты;

отсутствие постоянного приема лекарственных препаратов;

недостаток знаний о факторах, способствующих повышению АД.

Б. Потенциальные;

риск развития гипертонического криза;

риск развития острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения;

раннее ухудшение зрения;

риск развития хронической почечной недостаточности.

Далее медицинская сестра собирает анамнез жизни пациента для выявления факторов риска:

. Расспрос пациента об условиях профессиональной деятельности, о взаимоотношениях в семье и с коллегами на работе.

. Расспрос пациента о наличии гипертонической болезни у ближайших родственников.

. Исследование особенностей питания пациента.

. Расспрос пациента о вредных привычках:

курение (что курит, количество сигарет или папирос в сутки);

употребление алкоголя (как часто и в каком количестве).

. Расспрос пациента о приеме лекарственных препаратов: какие медикаменты принимает, частота, регулярность их приема и переносимость (энап, атенолол. клофелин и др.).

. Расспрос пациента о жалобах на момент обследования.

Следующий шаг - это осмотр пациента как часть объективного исследования для постановки сестринского диагноза:

цвет кожных покровов;

наличие цианоза;

положение в постели;

исследование пульса:

измерение артериального давления.

После определения проблем пациента медицинская сестра планирует следующие вмешательства:

. Провести беседу с пациентом/семьей о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли (не выше 4-6 г/сут).

. Убедить пациента в необходимости щадящего режима дня (улучшение служебных и домашних условий, возможное изменение условий работы, характера отдыха и т. п.).

. Обеспечить пациенту достаточный сон. разъяснить условия, способствующие сну: проветривание помещения, недопустимость приема пищи непосредственно перед сном, нежелательность просмотра тревожащих телепередач. При необходимости проконсультироваться с врачом о назначении успокаивающих или снотворных препаратов.

. Обучить пациента приемам релаксации для снятия напряжения и тревоги.

. Информировать пациента о влиянии курения и алкоголя на уровень артериального давления.

. Информировать пациента о действии лекарственных препаратов. назначенных лечащим врачом, убедить его в необходимости систематического и длительного их приема только в назначенных дозах и их сочетаний с приемом пищи.

. Провести беседу о возможных осложнениях гипертонической болезни, указать на их причины.

. Контролировать массу тела пациента, соблюдение режима и диеты.

. Проводить контроль передаваемых продуктов родственниками или другими близкими людьми у стационарных пациентов.

. Обучить пациента (семью):

определять частоту пульса; измерять артериальное давление;

распознавать начальные симптомы гипертонического криза;

оказывать доврачебную помощь при этом.

Итак, проведя анализ литературных данных мы изучили уровень проблемы гипертонической болезни и нашли пути их решения. Узнали роль медсестринской деятельности при лечении, реабилитации и профилактики гипертонической болезни.

Заключение

Гипертоническая болезнь является распространённым заболеванием среди населения старше 50 лет. Поэтому важно знать о её симптомах каждому человеку вне зависимости от пола и возраста. А так же немало важны знания о том, как предупредить гипертоническую болезнь. Для этого каждый человек должен уделять внимание своему здоровью, исключить по возможности все факторы риска гипертонической болезни. Исключить вредные привычки. Следить за собственным рационом питания. Уделять внимание режиму труда и отдыха, заниматься спортом. Большая роль отведена медицинской сестре в качестве профилактики гипертонической болезни. Медсестра может рассказать о профилактике и предупредить пациента о возможных осложнениях заболевания. Она также может проконтролировать выполнение всех назначений врача и рекомендаций при лечении в лечебном учреждении. Но медсестра не способна вести здоровый образ жизни за пациента. Профилактика заболевания в основе своей лежит на совести человека, его культурном развитии и ценностях.

Приложение 1



Приложение 2



Приложение 3

Таблица факторов риска и клинических состояний при гипертонии 

Приложение 4



Приложение 5

Основные звенья патогенеза гипертонической болезни

