

Léčba hypertenze u starších osob

Marie Rajnochová

FN Ostrava

Sdělení zahrnuje obecnou problematiku výskytu hypertenze u starších osob, diagnostiku a příznivé účinky léčby. Je uvedena také kazuistika s využitím klasifikačního systému NANDA.

Klíčová slova: rozvoj vaskulární hypertenze, vyšetřovací metody, režimová opatření, farmakoterapie, kazuistika.

Treatment of hypertension in the elderly

The article deals with general issues concerning hypertension in the elderly as well as with the diagnosis, beneficial effects of treatment and a case report using the NANDA classification system.

Key words: development of vascular hypertension, examination methods, pharmacotherapy, case report.

Interní Med. 2011; 13(5): 219–220

Na následky vysokého krevního tlaku zemře na celém světě sedm milionů lidí ročně, každý třetí dospělý v ČR má vysoký krevní tlak. Převažují muži nad ženami. Jde o nejčastější onemocnění kardiovaskulárního systému. Odhadem je u nás kolem dvou milionů osob takto nemocných, což se stává velkým zdravotním problémem. Následkem vysokého krevního tlaku vznikají onemocnění srdce, mozku a ledvin. Neléčený krevní tlak je pojítkem, které vede k závažným komplikacím, jako jsou infarkty myokardu, cévní mozkové příhody, selhání ledvin a obecně urychlení aterosklerotického procesu vůbec. Nelze opomenout ani ekonomickou náročnost léčby.

Zvýšené hodnoty tlaku u starších osob a výskyt hypertenze nejsou přirozeným důsledkem stárnutí, jedná se většinou o primární hypertenzi, ale může jít i o její sekundární formu.

Cílem léčby je nejen snížit krevní tlak, ale hlavně dosáhnout jeho normalizace, tj. snížení pod hodnotu 140/90 mm Hg, a to jak u systolicko-diastolické, tak i u izolované systolické hypertenze. Současně se snažíme ovlivnit a zpomalit rozvoj vaskulárních komplikací hypertenze.

V diagnostice se opíráme o opakované a časté měření tlaku. Tonometr musí být odzkoušený, certifikovaný, stále více se doporučuje dle evropské legislativy restriktce rtuťových tonometrů a využití poloautomatických nebo automatických přístrojů. Podmínkou je správná velikost manžety přiložené na paži. Je nutno změřit obvod paže. Do 33 cm se volí šíře manžety 12 cm, v rozpětí 33–41 cm manžeta, nad 41 cm 18 cm.

Digitální přístroje měřící krevní tlak na zápěstí se pro svou nepřesnost nedoporučují. Hodnota tlaku kolísá, proto provádíme měření

tříkrát a vezme se průměr z druhé a třetí hodnoty. U automatických přístrojů dochází k samohodnocení validity měření, vypočítají průměr a hodnotu zaznamenají. U starších nemocných nebo při zahajování léčby se doporučuje měření krevního tlaku nejen vsedě, ale i vestoje k odhalení ortostatické hypertenze. Měření tlaku provádíme v klidu, ne ve vypjatých situacích či stresu, nedoporučuje se kouření, pití černé kávy a alkoholu a po požití léků na hypertenzi ani cvičení. Měření provádíme na obou končetinách, dále pak na té paži, kde byl naměřen vyšší tlak. Manžetu dáváme na paži ve stejném místě v úrovni srdce. Měříme vždy 3x s časovým odstupem minimálně 3 minut a hodnotí se průměr 2.–3. měření.

K vyloučení dalších onemocnění se doplňuje vyšetření EKG, tlakový Holter, ECHO, popřípadě ultrazvukové vyšetření ledvin, eventuálně vyšetření izotopy.

Léčba

Příznivý účinek antihypertenzní léčby se ukázal jak u mírné, tak i pokročilé hypertenze i izolované systolické hypertenze a hypertenze ve vyšším věku. U všech typů hypertenze platí režimová nefarmakologická léčba.

Při výběru antihypertenziv je nutné přihlížet k závažnosti hypertenze, k věku nemocného,

k orgánovým komplikacím a k přítomnosti přídatných onemocnění.

Monoterapie není tak účinná, proto se využívá dvoj, troj i více kombinační léčba antihypertenziv, betablokátorů, diuretik, inhibitory ACE a další.

Účinná léčba hypertenze významně přispívá ke snížení kardiovaskulární i cerebrovaskulární mortality, zpomaluje pokles renálních funkcí u diabetické nefropatie i nediabetických nefropatií, příznivě ovlivňuje i mikroalbuminurii a proteinurii.

Cílem léčby hypertenze není jen pouhé snížení hypertenze, ale i snížení celkového kardiovaskulárního rizika intervencí všech dalších rizikových faktorů, především hyperlipoproteinemie, diabetes mellitus, obezity, metabolického syndromu.

Jejich komplexní ovlivnění by se mělo odrazit ve snížení celkové kardiovaskulární morbidity a mortality i ve zlepšení celkového zdravotního stavu obyvatelstva.

Příznivý dopad léčby hypertenze u starších osob nelze zcela zevšeobecňovat, u těch, kteří mají další závažná onemocnění, je nutné vždy individuálně zvážit možný přínos léčby.

Léčba hypertenze představuje těžkou účinnou prevenci vzniku srdečního selhání, vede ke snížení

Tabulka 2. Specifika léčby hypertenze u starších osob

- V úvodu podáváme vždy menší dávky léků – krevní tlak snižujeme pomalu a u nemocných po CMP nepodáváme léky vedoucí k poklesu krevního tlaku ve stoje, např. deprezolin, dilatrend apod.
- Léky působící 24 hod.
- Nezapomínat na laboratorní kontroly
- Přihlížet i k dalším onemocněním
- Využívat kombinace antihypertenziv
- Spojit nefarmakologickou i farmakologickou léčbu
- Snažíme se omezit počet tablet na minimum

Tabulka 1. Zanechání kouření

- Snížení tělesné hmotnosti u osob s nadváhou a obezitou
- Dostatečná tělesná aktivita s ohledem na věk i přidružená onemocnění
- Snížení nadměrné konzumace alkoholu
- Omezení příjmu soli do 5–6 g/den
- Zvýšení konzumace zeleniny, snížení celkového příjmu tuků, zejména nasycených
- Omezení léků podporujících retenci sodíku – nesteroidní antirevmatika

rizika CMP, léčba systolické hypertenze zpomaluje progresi aterosklerotických stenóz karotid.

Cílové hodnoty krevního tlaku u starších osob bez ICHS a diabetu jsou <140/90 mm Hg.

Měření krevního tlaku doma by se mělo co nejvíce rozšířit, ovšem za předpokladu, že bude prováděno ověřenými měřiči krevního tlaku na paži. Umožní vyloučit hypertenzi bílého pláště, která se u starších pacientů vyskytuje častěji. Navíc domácí kontroly tlaku zlepšují adheenci – poctivost dodržování léčebného režimu, zahrnují vůli užívat léky přesně tak, jak lékař předepsal. Ne vždy pacientům tato vůle vydrží, hlavně tehdy, když se cítí dobře a hodnoty tlaku se drží, mívají tendenci léky přestat užívat.

KAZUISTIKA

Žena, 53 let, byla hospitalizována na naší klinice pro neléčenou hypertenzi. Byla přijata na službě pro nevolnost, bolesti na hrudi a bolesti hlavy.

Lékařské diagnózy: dekompenzovaná hypertenze, s přechodnou neurologickou symptomatologií, diabetes 2. typu bez terapie.

Ošetřovatelská anamnéza: Žena byla při vědomí, spolupracující, ale rozrušená, bez významného handicapu a pomůcek, se zajištěným žilním vstupem na periférii s RZP, soběstačná, TK 200/100, BMI 27,6 (nadváha), přiznala vysazení léků.

První den hospitalizace byla pacientce na oddělení podána infuze na snížení krevního tlaku, monitorovány fyziologické funkce, hodnoty glykemie, hodnoty kardioselektivních enzymů, opakovaně měřena EKG křivka.

Stanovené ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest

Cíl

- Zmírnění bolesti
- Odstranění bolesti

Intervence

- Založen záznam o sledování bolesti
- Sledování účinků podávané léčby
- Sledování psychického stavu nemocné

Riziko pádu

Cíl

- Předcházet vzniku komplikací
- Zajistit signalizaci na dosah
- Zajistit doprovod při chůzi
- Vhodně upravit okolí pacientky

Riziko dekompenzace diabetu – hypo/hyperglykemie

Cíl

- Předcházet komplikacím
- Sledování stravování

Riziko deficitu tělesných tekutin

Cíl

- Dostatečná hydratace – adekvátní diuréza, dobrý kožní turgor, vlhké sliznice

Riziko infekce

Cíl

- Pacientka nebude ohrožena infekční komplikací

Deficit znalostí o poskytované zdravotní péči

Cíl

- Při propuštění bude mít dostatek informací potřebných pro domácí léčbu
- Dostatek znalostí a dovedností i v průběhu poskytování zdravotní péče

Již v průběhu podávané léčby dochází ke zmírnění bolestí hlavy, tlak klesá k doporučené hodnotě lékařem 170/100 mm Hg. Sledují se hodnoty glykemie – a pro zvýšené hodnoty aplikován inzulin dle ordinace lékaře. Hodnoty se upravují, na EKG zatím bez známek akutního IM.

Druhý den nemocná přiznala, že přestala užívat léky, cítila se dobře. Když ale začala chodit do práce, zvýšila tělesnou aktivitu, měla nepravidelnou a nevyváženou stravu, objevily se potíže – bolesti hlavy, nauzea, bolesti na hrudi.

Ted' je ale již bez bolestí hlavy i na hrudi, krevní tlak po ranní medikaci již opět s klesající tendencí 140/80, laboratorně-kardio-

selektivní enzymy negativní, glykemie ještě zvýšená, proto stále podávána inzulinoterapie. EKG křivka bez vývoje, na monitoru bez arytmií. Stravu jí beze zbytku, dietní chyby nedělá.

Třetí až pátý den došlo ke stabilizaci tlaku 120/80, nemocná byla navrátna původní terapie – betablokátor, inhibitory ACE, diuretikum, kalciový blokátor, dle neurologa antiagregační terapie, převedena na inzulinoterapii. Doporučený tlak při nastavené léčbě v domácím prostředí by neměl překračovat trvale hodnoty nad 140/80.

Byla zajištěna edukace nutriční terapeutkou a edukační sestrou pro aplikaci inzulinu pomocí inzulinového pera. Aplikace zatím 4x denně. Nemocná byly předány i informativní písemné brožury, včetně jídelníčku. Znovu byla edukována o nutnosti dodržování užívání předepsané medikace a doporučeno, aby si koupila ověřený tlakoměr na měření tlaku doma. Edukována o postupu při měření krevního tlaku v domácím prostředí a sledování hodnot. Byla jí doporučena časná kontrola u diabetologa vzhledem k inzulinoterapii, taktéž kontrola u praktického lékaře.

V odpoledních hodinách odjela domů. Při loučení nás ujistila, že už nechce podobnou příhodu opět prožít, a proto udělá maximum.

Stanovené ošetřovatelské diagnózy byly postupně vyřešeny a ukončeny, rozhodující pro další osud nemocné bude opravdu to, jak dodrží léčebný režim, se kterým byla seznámena nejenom během hospitalizace, ale i při odchodu domů.

Literatura

1. Widimský J, a kol. Hypertenze. Triton, Praha 2002.

Článek přijat redakcí: 28. 2. 2011

Článek přijat k publikaci: 21. 3. 2011

Marie Rajnochová

Čs. exilu 479/9

70800 Ostrava Poruba

marie.rajnochova@fnspo.cz

