

ЗҮРХ СУДАСНЫ ҮНДЭСНИЙ КОНФЕРЕНЦИ 2011

Зүрх судасны өвчний хяналт ба менежментийг сайжруулахад




Зүрх судасны төв, Алсын зайн Анагаах ухааны анхдагч төсөл
2011 оны 6 сарын 21-22.
Хаан Палас зочид буудал, Улаанбаатар хот



АРТЕРИЙН ГИПЕРТЕНЗИЙН ЭМНЭЛ ЗҮЙН УДИРДАМЖ

Х.Туяа

П.Н.Шестины нэрэмжит Төв
ЭМНЭЛЭГ



Үндэсний энэхүү удирдамжийг олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн, (ДЭМБ, Европын Холбооны Улсуудын болон Финлянд г.м) насанд хүрэгсдийн АГ-ийн орчин үеийн эмнэл зүйн удирдамжууд дээр тулгуурласан болно

Guidelines

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia, Co-Chairperson (Italy), Guy De Backer, Co-Chairperson (Belgium), Anna Dominiczak (UK), Renata Cifkova (Czech Republic), Robert Fagard (Belgium), Giuseppe Germano (Italy), Guido Grassi (Italy), Anthony M. Heagerty (UK), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Jean-Louis Lecerf (France), Krzysztof Narkiewicz (Poland), Luis Ruilope (Spain), Andrzej Walicki (Poland), Roland E. Schmieder (Germany), Harry A.J. Struik (Netherlands), Alberto Zanchetti (Italy)

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG): Alec Vahanian, Chair (France), Kenneth Dickson (United Kingdom), Raffaele De Caterina (Italy), Veronica Dean (France), Kenneth Dickson (Greece), Christian Funck-Brentano (France), Irene Hellemans (Netherlands), S. J. Pocock (France), Udo Sechtem (Germany), Sigmund Silber (Germany), Miroslav Vlachek (Czech Republic), José Luis Zamorano (Spain)



Translated in 17 out of the 27 EU countries
(500 millions inhabitants)

Downloaded > 10, 000 times from eshonline.org
(June 2009)

Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document

Giuseppe Mancia^a, Stéphane Laurent^b, Enrico Agabiti-Rosei^c,
Ettore Ambrosioni^d, Michel Burnier^e, Mark J. Caulfield^f, Renata Cifkova^g,
Denis Clément^h, Antonio Cocaⁱ, Anna Dominiczak^j, Serap Erdine^k,
Robert Fagard^l, Csaba Farsang^m, Guido Grassiⁿ, Hermann Haller^o,
Antony Heagerty^p, Sverre E. Kjeldsen^q, Wolfgang Kiowski^r, Jean Michel Mallion^s,
Athanasios Manolis^t, Krzysztof Narkiewicz^u, Peter Nilsson^v, Michael H. Olsen^w,
Karl Heinz Rahn^x, Josep Redon^y, José Rodicio^z, Luis Ruilope^{a1},
Roland E. Schmieder^{a2}, Harry A.J. Struijker-Boudier^{a3}, Pieter A. van Zwieten^{a4},
Margus Viigimaa^{a5} and Alberto Zanchetti^{a6}

Journal of Hypertension 2009, 27:000–000

Keywords: antihypertensive treatment, cardiovascular risk, guidelines, hypertension, organ damage

Abbreviations: ACE, angiotensin-converting enzyme; BP, blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; eGFR, estimated glomerular filtration rate; ESC, European Society of Cardiology; ESH, European Society of Hypertension; ET, endothelin; IMT, carotid intima-media thickness; JNC, Joint National Committee; LVH, left ventricular hypertrophy; LVM, left ventricular mass; PDE-5, phosphodiesterase-5; PPAR- γ , peroxisome proliferators-activated receptor- γ ; PWV, pulse wave velocity; SBP, systolic blood pressure; WHO, World Health Organization

Correspondence to Professor Giuseppe Mancia, Clinica Medica, University of Milan-Bicocca, San Gerardo Hospital, Via Pergolesi 33, 20052 Monza, Milan, Italy
Tel: +39 039 2333357; fax: +39 039 322274; e-mail: giuseppe.mancia@unimib.it

Professor Stéphane Laurent, Department of Pharmacology and INSERM U970, European Hospital Georges Pompidou, Paris Descartes University, 20 rue Leblanc 75015 Paris, France
Tel: +33 1 56 09 39 91; fax: +33 1 56 09 39 92;
e-mail: stephane.laurent@egp.ap-hop-paris.fr

Received 16 September 2009 Accepted 16 September 2009

Зорилго

- АГ-ийн талаархи хүн амын болон эрүүл мэндийн ажилтны мэдлэгийг дээшлүүлэн, эрт илрүүлэлтийг эрчимжүүлж, эмчилгээ, хяналтыг сайжруулах
- Хүн амд суурилсан АГ-ийн урьдчилан сэргийлэлтийг явуулж, ЗСӨ-нд өртөх эрсдэл, өвчлөл, нас баралтыг бууруулах.

АГ-ээс улбаалсан хөдөлмөрийн чадвар алдалт, эрт нас баралтаас сэргийлэхийн тулд өндөр эрсдэл бүхий АГ-тэй өвчтний илрүүлэлт, эмчилгээнд анхаарал хандуулахаас гадна нийт хүн амын АД-ын түвшинг бууруулахад чиглэсэн бодлого, үйл ажиллагааг явуулна.

Удирдамжийг хэрэглэгчид

- Ерөнхий мэргэжлийн эмч/ Өрхийн эмч
- Дотрын эмч
- Зүрхний эмч
- Бусад нарийн мэргэжлийн эмч ба энэ чиглэлээр ажиллаж буй төрийн ба төрийн бус байгууллага
- Үйлчлүүлэгч, өвчтөн



Боловсруулсан огноо: 2010

Шинэчлэх огноо: 2014

Удирдамжийн бүтэц

- Товч үгийн жагсаалт
- ОРШИЛ

Тойм

- А. ЕРӨНХИЙ (9 дэд бүлэг)
- Б. МЕНЕЖМЕНТИЙН АЛГОРИТМ
- В. ҮНЭЛГЭЭ БА МЕНЕЖМЕНТ (8 дэд бүлэг 31 хэсэг)
- НОМ ЗҮЙ
- ХАВСРАЛТ (5)



Оршил

Артерийн гипертензийн эмнэлзүйн тодорхойлолт

- Олон улсын удирдамжинд зааснаар хэдэн удаагийн (доод тал нь 4-6 удаа) хэмжилтээр СД 140 мм МУБ буюу түүнээс дээш, ДД 90 мм МУБ буюу түүнээс дээш хэмжээнд байхыг Артерийн Гипертензи гэнэ. Хэрэв даралт бууруулах эм ууж байгаа үед АД нь хэвийн хэмжээндээ байвал мөн л “Артерийн Гипертензи” - тэй гэж үзнэ. Оношийг даралт бууруулах эмэн эмчилгээ эхлэхийн өмнөх АД-ын түвшинг үндэслэж тавина.

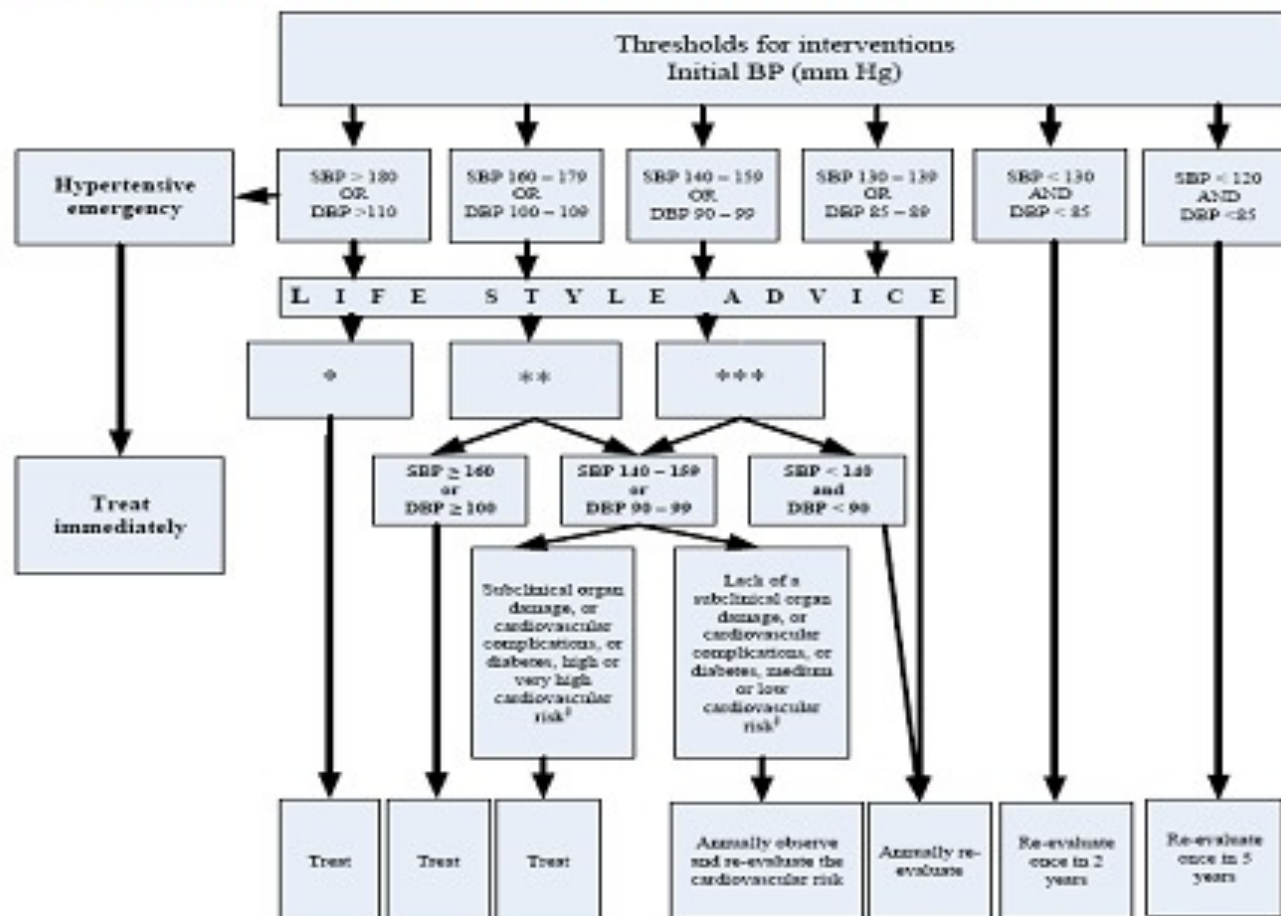
Ашигласан нэр томъёо

- Артерийн гипертензи
- Анхдагч гипертензи
- Хоёрдогч гипертензи
- Эмнэлгийн буюу “цагаан халаад”-ны гипертензи
- Далд буюу хуурамч гипертензи
- Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензи
- Хойшлуулшгүй эмчилгээт гипертензи
- Амбулаторийн буюу эмнэлгийн АД
- Гэрийн АД
- Хоногийн АД
- Пульсын даралт
- ЗСӨ-ний нийт эрсдэл
- Бодисын солилцооны хам шинж
- Бай эрхтэний гэмтэл

Тархвар зүйн мэдээлэл

- АГ-ийн тархалтын талаар олон улсын тоо баримтаас товч хэлбэрээр
- АГ-ийн тархалт Монголд: ХБӨ-ний эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын түвшинг тогтоох STEPS 2009 оны судалгааны дүнгээс

Б. МЕНЕЖМЕНТИЙН АЛГОРИТМ



* If no hypertensive urgency or hypertensive emergency was found, confirm in 1-2 weeks time, then treat.

** If cardiovascular complications are present, subclinical organ damage or diabetes, confirm in 3-4 weeks time, then treat. If those mentioned were not found, supervise and treat if BP remains $\geq 160/100$ mm Hg during 4-12 weeks based on clinical judgment.

*** If cardiovascular complications are present, subclinical organ damage or diabetes, confirm in 12 weeks time, then treat. If those mentioned were not found, monthly supervise BP and treat if the hypertension remains or if cardiovascular risk is high or very high.[§]

[§] Estimated risk according to the WHO/ISH risk prediction chart for WHO WPR.

Английн Гипертэнзийн Нийгэмлэгээс 2004 онд гаргасан загварчлалд ажлын хэсгээс Монголын нөхцөлд АГ-ийн эрт илрүүлэлтэд тохируулан зохицуулалт хийсэн болно.



В. Эмнэл зүйн үнэлэмж, менежмент

АГ-ийн ангилал

Ангилал	СД (мм м.у.б.)		ДД (мм м.у.б.)	Авах арга хэмжээ (анх удаа АД-аа хэмжүүлсэн өвчтөнд авах арга хэмжээ)
Хамгийн тохиромжтой	<120	ба	<80	Давтан хэмжилт (5 жилд)
Хэвийн	120-129	ба/эсвэл	80-84	Давтан хэмжилт (2 жилд)
Хэвийн дээд хязгаар	130-139	ба/эсвэл	85-89	Амьдралын хэв маяг өөрчлөх зөвлөгөө, давтан хэмжилт (1 жилд)
Нэгдүгээр үе*	140-159	ба/эсвэл	90-99	Амьдралын хэв маяг өөрчлөх зөвлөгөө, давтан хэмжилт (8 долоо хоногт)
Хоёрдугаар үе*	160-179	ба/эсвэл	100-109	Амьдралын хэв маяг өөрчлөх зөвлөгөө, давтан хэмжилт (3-4 долоо хоногт)
Гуравдугаар үе*	≥ 180	ба/эсвэл	≥ 110	Амьдралын хэв маяг өөрчлөх зөвлөгөө, давтан хэмжилт (1-2 долоо хоногт), хэрэв эрчимтэй, эсвэл яаралтай тусламж шаардвал яаралтай эмчлэх**
Систолийн гипертензи (СГ)	≥ 140	ба	<90	***

Жич: Өвчтний САД болон ДАД-ын даралт өөр өөр ангилалд хамаарах тохиолдолд аль дээд түвшнээр нь баримжаа авна.

* 2-3 удаагийн үзлэгээр, үзлэг тус бүрт хамгийн багадаа 2 удаа АД-ыг хэмжиж АГ-ийн үе шатыг тогтоох

** 1 удаагийн үзлэгээр АД-ыг хэд хэдэн удаа хэмжин түүний дунджид үндэслэх

*** САГ-ийг САД-ын түвшингийн дагуу ангилж, эмчилнэ


АД-ын түвшин эмнэлгийн, гэрийн болон хоногийн нөхцөлд хэмжсэн байдлаасаа хамаараад өөр байна

Хүснэгт 2. Янз бүрийн нөхцөлд АГ-ийг тодорхойлох АД-ын босго түвшин (мм МУБ)

	СД (мм МУБ)	ДД (мм МУБ)
• Эмнэлгийн	140	90
• Гэрийн	130–135	85
• Хоногийн		
– Дундаж	125-130	80
– Өдрийн	130–135	85
– Шөнийн	120	70

АГ-ийн эрт илрүүлэлт

- Насанд хүрэгчдийн АГ-ийн эрт илрүүлэлт гэдэг нь АД-ын ердийн хэмжилт юм.
- Энэ нь өртөг багатай бөгөөд насанд хүрсэн хүн бүр эрт илрүүлэлтэнд хамрагдах хэрэгтэй.
- АГ-ийг тодорхойлох стандарт арга бол механик сфигмоманометр болон бусад хатгалтгүй багажийг хэрэглэх явдал юм.

- 
- 18-аас дээш насны хүмүүс хууль, дүрмийн хүрээнд (цэрэгт явах, сургуульд элсэх, ажилд орох, эмэгтэйчүүдийн эрүүл ахуй, жолооны дамжаанд суралцах зэрэгт) болон тухайн хүний хүсэлтийн дагуу АД-ын түвшинг тодорхойлно.
 - Хэвийн АД-тай хүмүүсийн даралтыг 5 жил тутамд 1 удаа хэмжинэ. Харин 40-өөс дээш настай бол жил тутамд АД-аа заавал хэмжүүлнэ. Хэрэв АД хэвийн бус байвал хүснэгт 2-д (хяналт болон эмчилгээг багтаасан) заасны дагуу хэмжилтийг давтаж гипертензийг илрүүлнэ.

АГ- тэй өвчтөний үнэлгээ

- Оношлогоонд эмнэл зүйн өгүүлэмж, бодит үзлэг, лабораторийн болон бусад аргууд багтана.
- Зорилго нь АД-ын түвшинг тодорхойлох, мөн БЭГ, хавсарсан эмгэг болон хүндрэлүүдийг илрүүлэх замаар ЗСӨ-ний нийт эрсдэлийг тогтоох, АГ-ийн хоёрдогч шалтгаан, зарим өвөрмөц эмэнд эсрэг заалттай эсэхийг гаргах явдал юм. Залуу өвчтөний АД өндөр, хоруу явцтай байвал оношлогоог улам илүү дэлгэрэнгүй, нарийн хийх шаардлагатай

БЭГ-ийг илрүүлэх

- БЭГ-ийг илрүүлэх явдал нь ЗСӨ-ний эрсдэлийг тодорхойлоход ихээхэн ач холбогдолтой учраас оношлогоог сайн хийх.
 - Зүрх
 - Бөөр
 - Нүдний уг харах
 - Цусны судасны эмгэгийг илрүүлэх

ЗСӨ-ний эрсдэлийн үнэлгээний хүснэгтийг ДЭМБ-ын Номхон далайн бүсийн Б дэд бүсэд хамаарах орнууд, цусанд холестерин хэмжээг үзэх болон үзэх боломжгүй газарт хэрэглэнэ

- ДЭМБ/ОУГН-ийн ЗСӨ-ний эрсдлийн түвшинг тодорхойлох хүснэгтийг ашиглах заавар
- ЗСӨ-ний эрсдлийн түвшинг тодорхойлох хүснэгтийг хэрхэн ашиглах вэ?

В.6. АГ-ийн эмчилгээ

- ЗСӨ-ний нийт эрсдэлт хүчин зүйлийг бууруулах нь АГ-ийн эмчилгээний нэн тэргүүний зорилго байх ёстой. АД-ын түвшин өндөр байгаа бүх өвчтөнд амьдралын хэв маягийг өөрчлөх талаар дэлгэрэнгүй зөвлөгөө өгнө. Эмийн бус эмчилгээ үр дүнгүй тохиолдолд САД болон ДАД-ын түвшин, ЗСӨ-ний эрсдлийн түвшинг тодорхойлсны үндсэн дээр эмийн эмчилгээг эхэлнэ.




Амьдралын хэв маягийг өөрчлөх

- Амьдралын хэв маягийг хэрхэн өөрчлөх талаар эмийн эмчилгээ хийлгэдэг эсэхээс үл хамааран бүх өвчтөнд зөвлөнө.

ЭМЭН ЭМЧИЛГЭЭ

- АД буулгах эмийг дараахь үндсэн таван бүлэгт хуваадаг:
 - шээс хөөх,
 - ангиотензин хувиргагч ферментийг саатуулагч (АХФС),
 - кальцийн (Ca) антагонист,
 - ангиотензины рецепторийн антагонист (АР антагонист)
 - бета- хориглогч.



- **АД-ын түвшингээс хамаарч эмэн эмчилгээг эхлэх заалт:**

- ✓ АД-ыг бууруулах зорилтот түвшин
- ✓ Дан ба хавсарсан эмэн эмчилгээний харьцуулсан байдал
- ✓ Эмийн зохистой хослол
- ✓ Эм болон эмийн хослолыг сонгох зарчим
- ✓ АД буулгах эмийн зохистой сонголт
- ✓ АД буулгах эмийн туйлын болон харьцангуй эсрэг заалт
- ✓ Хавсарсан эрсдэлт хүчин зүйлсийн эмчилгээ



Өвөрмөц нөхцөлд илрэх АГ-ийн менежмент

- ✓ Хүндрэлгүй анхдагч гипертензи
- ✓ Өндөр настан
- ✓ Чихрийн шижин
- ✓ Бөөрний өвчин
- ✓ Тархи-судасны эмгэг
- ✓ Ухамсарт ухааны доройтол болон зөнөгөрөл
- ✓ Зүрхний титэм судасны өвчин ба зүрхний дутагдал
- ✓ Зүрхний дутагдал
- ✓ Тосгуурын мерцани


Өвөрмөц нөхцөлд илрэх АГ-ийн менежмент

- ✓ Бодисын солилцооны хам шинж
- ✓ Эмэгтэйчүүдийн гипертензи
- ✓ Жирэмсэн үеийн АГ
- ✓ Хоёрдогч гипертензи
- ✓ Тэсвэрлэг гипертензи
- ✓ Яаралтай тусламж шаардлагатай гипертензи
- ✓ Хоруу явцтай гипертензи



Артерийн гипертензитэй өвчтөний хяналт

- Гипертензитэй өвчтөний хяналтыг хийхдээ АД-ын түвшин, эмнэлзүйн илрэл, БЭГ болон бусад нөхцөлүүдийг харгалзана

- 
- Гипертензийн эмчилгээг насан туршид нь үргэлжлүүлэн хийнэ.

(хүснэгтэлж онцолсон)



Артерийн гипертензийн нэн яаралтай ба хойшлуулшгүй байдал эрүүл мэнд-нийгмийн тулгамдсан асуудал болох нь: өвчлөлийн байдал, гол шалтгаан

Тодорхойлолт

- **Гипертензийн хямрал** гэдэг нь АД ихэвчлэн 180/100 ммМУБ-аас дээш өндөрсөж, БЭГ болох гэж буй, эсвэл нэгэнт БЭГ-тэй бол түүний даамжралын шинж илрэхийг хэлнэ.
 - АГ-ийн хямралтай өвчтөнд АД хэлбэлзэлж, эмнэл зүйн янз бүрийн шинжүүд илрэх, БЭГ-тэй эсвэл БЭГ-гүй байж болно.
 - Эрт нотолгоо бол аюултай байдал, өөрөөр хэлбэл нэн яаралтай эмчилгээт гипертензийн үеийн судсаар хийдэг эмчилгээг, эсвэл эрчимт эмчилгээний тасагт яаралтай арга хэмжээг авах шаардлагатай тэр нөхцөлүүд юм.
 - Ихэнхи нэн яаралтай болон хйошлуулшгүй эмчилгээт гипертензээс урьдчилан сэрийлж болно. АГ-ийн I ба II үеийг эмчилгээ хангалтгүй, тохироогүй, үр дүнгүй байснаас ихэвчлэн шалтгаалдаг.

<http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/nephrology/hypertensive-crisis/#>

Тодорхойлолт

- Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензи - АД хэт өндөрсөж (ДД заримдаа >130 мм МУБ), БЭГ цочмогоор (эсвэл цочмог даамжралаар) илэрнэ.

Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензи

- Өвчтөний АД-ыг яаралтай буулгах хэрэгтэй. Энэ нь БЭГ цаашид нэмэгдэх, даамжралыг багасгана.
- Мэргэжлийн эмчийн хяналтанд яаралтай оруулж, эмнэлгийн нөхцөлд эмчлэх ба бүх эмчилгээг судсаар хийнэ.
- Өвчтний байдлыг үнэлэх ялангуяа БЭГ-ийн зэрэг, түүний даамжрал–нэн яаралтай эмчилгээт гипертензи эсэхийг тодорхойлох (АД-ын түвшин гол тодорхойлогч бус)

Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензи

Нэн яаралтай эмчилгээ шаардсан нөхцөлүүд:


- Гипертензийн энцефалопати
- Гипертензийн шалтгаант зүүн ховдлын дутагдал
- ЗШ бүхий АГ
- Зүрхний тогтворгүй бах бүхий АГ
- АГ ба гол судасны хуулрал
- Аалзавч бүрхүүлийн цус харвалттай хавсарсан хүнд хэлбэрийн АГ
- Феохромоцитоматай хавсарсан АГ-ийн хямрал
- Бөөрний даамжирсан дутагдал
- Нүдний торлог бүрхэвчийн цус харвалт, нэвчдэс хурах, харааны мэдрэлийн диск хавагнах
- Мэс заслын явцад АД ихсэх
- Хүнд хэлбэрийн эклампсийн өмнөх шат, эсвэл эклампси
- Цус задрал (гемолиз), Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх (ДВС)


Тодорхойлолт

- **Хойшлуулшгүй эмчилгээт гипертензи** гэдэг нь АД хэт өндөрсөх боловч БЭГ цочмогоор (эсвэл цочмог даамжралаар) илрэхгүй.
- Энэ үед илрэх гол шинжүүд: толгой өвдөх, амьсгаадах, хөлөөр хавагнах

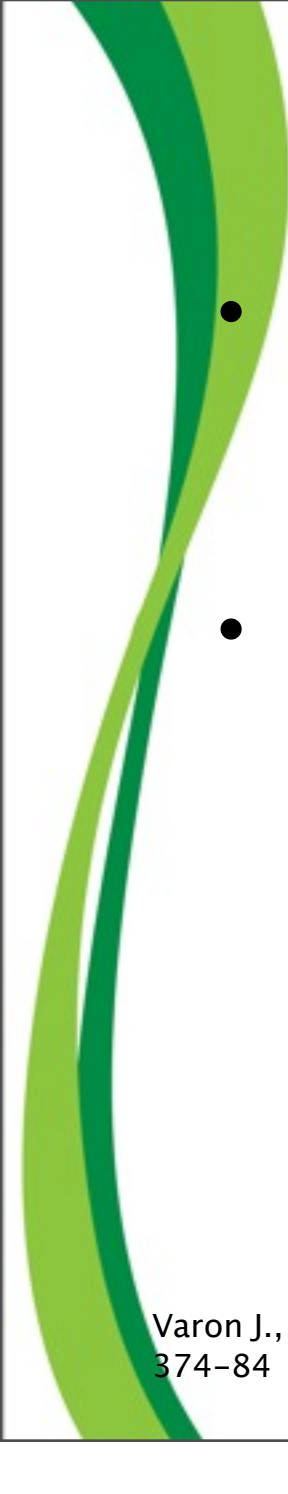
Тодорхойлолт


- АД-ыг аажим буулгах зорилгоор даралт буулгах эмийг уулгана.
- Хяналтыг 1-3 хоногийн турш хийнэ. АД-ыг огцом буулгаснаас цусны нэвчих чанарыг эрс багасгана.
- Олон тохиолдолд АД 180/110 мм МУБ-аас их болсон ч эмнэл зүйн ямар нэгэн шинжгүй, БЭГ-гүй байдаг.
- 2 эмийн хослолоор эмчилгээг эхлэх, эсвэл одоо хийж буй эмэн эмчилгээний дэглэмийг өөрчлөх
- Сэтгэлийн хөдлөл, эсвэл эмчилгээ таарахгүй байх нь гол шалтгаан юм.
- АД-ыг хэвийн түвшин хүртэл буулгах шаардлагагүй, ажиглалтын дараа эмнэлгээс гаргаад 3-7 хоног хянана.

- 
- **АГ-ийн аль хэлбэрийн үед гипертензийн хямрал тохиолдоно.**
 - Нийт тохиолдлын 20-25% нь хоёрдогч гипертензийн шалтгаантай (Ж нь: фиохромоцитома, бөөрний судасны эмгэг)
 - Тохирсон эмчилгээт анхдагч АГ-ийн үед 1%-иас бага тохиолдох

- 
- Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензийн өвчлөл ба нас баралт нь БЭГ-ийн зэрэг болон АД-ын түвшингээс хамаарна.
 - Эмийн зөв нийцэл ба АД-ыг сайн хянаж чадсан тохиолдолд нэн яаралтай эмчилгээт гипертензигээс амьд үлдэх хувь 70% орчим байна.

Aggarwal M., Khan I.A. Hypertensive crisis: hypertensive emergencies and urgencies. Cardiol. Clin., Feb 2006; 24(1):

- 
- Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензийн эмчилгээгүй тохиолдлын 79% нь нэг жилд нас барж байна.
 - 5 жилд амьд үлдэх магадлал 74%.

- 
- Нийт харвалтын 62%, ЗСӨ-ний цочмог тохиолдлуудын 49% нь АГ-ийн шалтгаантай байгааг ДЭМБ-ын судалгаанууд харуулж байна.

Guidelines Sub-Committee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. J. Hypertens., 1999; 17:151-183



**Нэн яаралтай болон хойшлуулшгүй
эмчилгээт гипертензийн
Эмнэлзүйн менежментийн
алгоритм**

Яаралтай тусламжийн баг

Яаралтай тусламжийн баг

- Зайлшгүй хийгдвэл зохих шинжилгээ:
 - ЗЦБ
 - O_2 -ийн ханамжийг хянах

Эрчимт эмчилгээний тасаг болон эмнэлгийн бусад тасгууд

- *АД болон БЭГ-ийг хяналтандаа оруулсаны дараа эмчилгээг АГ-ийн эмнэл зүйн удирдамжийн дагуу хийнэ*

Үнэлгээний сорил: АЛГОРИТМ

		Хүнд хэлбэрийн гипертензи (хойшлуулашгүй эмчилгээт)	
Үзүүлэлтүүд	Шинж тэмдэггүй	Шинж тэмдэгтэй	Нэн яаралтай эмчилгээт
АД (мм МУБ)	>180/110	>180/110	Ихэвчлэн >220/140
Шинж тэмдэг	Толгой өвдөх, сэтгэл зовинох; ихэвчлэн шинж тэмдэггүй	Толгой хүчтэй өвдөх, амьсгаадах	Амьсгаадах, цээжээр өвдөх, шөнө шээх, хэл ээдрэх, ядрах, ухаан санаа өөрчлөгдөх
Бодит үзлэг	БЭГ-гүй, ЗСӨ-ний эмнэл зүйн шинжгүй	БЭГ-тэй, ЗСӨ-ний эмнэл зүйн тогтмол шинжтэй,	Энцефалопати, уушигны хаван, бөөрний дутагдал, тархины судасны эмгэг, зүрхний ишеми
Эмчилгээ	1-3 цаг ажиглах, үр дүн сайтай эмийг нь өгөх, уухаар, тунг нэмэх	3-6 цаг ажиглах; АД бууруулах богино хугацаанд үйлчлэх эмийг уулгах, тохирсон тунг өгөх	Лабораторийн шинжилгээнд тулгуурлах, судсаар эмчилгээг эрчимт эмчилгээний өрөөнд хийх, АД-ыг хянах,
Төлөвлөгөө	3-7 хоног хянах, хэрэв өмнө хийсэн үнэлгээ байхгүй бол төлөвлөгөө гаргах	72 цагийн дотор хяналтын үнэлгээг хийх	Эрчимтийн тасагт хэвтүүлэх, эхний зорилго АД-ыг бууруулах, нэмэлт оношлогооны арга хэмжээ

<http://www.clevelandclinimed.com/medicalpubs/diseasemanagement/nephrology/hypertensive-crises/#>

Дүгнэлт

- Ихэнхи гипертензийн хямралаас сэргийлж болдог.
- Хойшлуулшгүй эмчилгээт гипертензи нь ихэвчлэн бай эрхтэний даамжирсан гэмтэлгүйгээр илэрдэг.
- Нэн яаралтай эмчилгээт гипертензи нь бай эрхтэний даамжирсан гэмтэлийн хүндрэлтэй хавсарсан байдаг.
- Зөвхөн АД-ын түвшин дангаараа тухайн явцыг тодорхойлохгүй. БЭГ-ийн байдлаар тодорхойлогдоно.



БАЯРЛАЛАА