

TABELA 7-3 Kryteria kierowania na konsultacje – ciśnienie krwi

Wizyta	Skurczowe	Rozkurczowe	Zalecenia
Pierwsza	Poniżej 140	Poniżej 90	Prawidłowe: bez skierowania
	140–160	90–95	Graniczne: powtórzyć badanie
	160 lub powyżej	95 lub powyżej	Podwyższone: skierowanie
Druga	Poniżej 140	Poniżej 90	Prawidłowe: bez skierowania
	140–160	90–95	Graniczne: powtórzyć badanie
	160 lub powyżej	95 lub powyżej	Podwyższone: skierowanie

tętnicę ramieniową (po wewnętrznej stronie ręki, przy łokciu) i przyłożyć do niej końcówkę stetoskopu.

W miarę jak ciśnienie powietrza w mankiecie ulega obniżeniu, pierwsze dźwięki, jakie uda się usłyszeć, to delikatne stuknięcia. Jest to faza I dźwięków Korotkoffa – są one słyszalne zaraz po tym, jak poziom ciśnienia w mankiecie stanie się niższy niż ciśnienie skurczowe, co pozwoli na przepływ krwi przez tętnicę.

W miarę jak ciśnienie w mankiecie zostaje obniżone, wydłuża się czas przepływu krwi przez tętnicę, powodując najpierw dźwięk świszczący (faza II), po którym następują krótkie głośne dźwięki (faza III). Jeżeli ciśnienie nadal jest redukowane, słyszalny jest miękki, stłumiony odgłos „dmuchania” (faza IV), a przy dalszym spadku ciśnienia cały dźwięk zanika (faza V).

Ciśnienie skurczowe to moment, w którym pojawiają się pierwsze odgłosy stukania, dla co najmniej dwóch uderzeń serca (faza I). Zgodnie z broszurą AHA, najlepszym wskaźnikiem ciśnienia rozkurczowego jest moment pojawienia się przytłumionego odgłosu fazy IV. Jednakże są autorzy, którzy twierdzą, że właściwym kryterium dla określenia ciśnienia rozkurczowego jest faza V, czyli ustanie całego dźwięku.

Kryteria kierowania na dalsze konsultacje

Chociaż wielu lekarzy uważa, że podwyższone ciśnienie krwi jest stanem „normalnym” u starszych osób, Kannel, Gordon, i Schwartz [1971] przedstawili wyniki badań Framingham, z których wynika, że wyższe ciśnienie tętnicze jest potencjalnie bardziej szkodliwe w przypadku osób starszych niż ludzi młodych. Badania Framingham wykazały również, że wysokie ciśnienie skurczowe było bardziej powiązane z chorobą wieńcową serca, niż wysokie ciśnienie rozkurczowe, a samo wysokie ciśnienie skurczowe jako pojedynczy objaw stanowiło znaczący wskaźnik zawału i zastoinowej niewydolności serca.

W badaniach Framingham przyjęto następujące kryterium – ciśnienie krwi było uważane za prawidłowe, gdy ciśnienie skurczowe miało wartość poniżej 140 mm Hg, a rozkurczowe poniżej 90 mm Hg. Nadciśnienie stwierdzano przy ciśnieniu skurczowym 160 mm Hg lub wyższym i ciśnieniu rozkurczowym 95 mm Hg lub wyższym; pośrednie wartości ciśnienia uważane były za wartości graniczne. Zalecana procedura postępowania przewiduje kierowanie pacjentów na dalszą diagnostykę przy wartościach ciśnienia skurczowego równych 160 mm Hg lub wyższych i rozkur-

czowego 95 mm Hg lub wyższych, a także umawianie pacjentów z ciśnieniem granicznym (w zakresie 140–160 mm Hg oraz 90–95 mm Hg) na kolejne badanie kontrolne. Jeśli u pacjenta ponownie stwierdzone zostanie ciśnienie graniczne, specjalista musi zdecydować, czy skierować go na dalsze badania specjalistyczne lub umówić na następną wizytę kontrolną. Powyższe kryteria postępowania streszczono w tab. 7-3.

Leczenie nadciśnienia

Według Freisa [1974], dwa główne problemy w terapii nadciśnienia to (1) sprowadzanie pacjenta do lekarza i (2) przekonywanie go do kontynuowania terapii, którą rozpoczął. Dla pacjenta, u którego przed rozpoczęciem terapii nie występowały symptomy, właśnie „objawy” towarzyszące stosowaniu leków mogą być argumentem przemawiającym za przerwaniem leczenia, mimo że pozwalała ona na kontrolę ciśnienia. Ważnym aspektem terapii jest więc edukacja pacjenta.

Konwencjonalna terapia przeciwnadciśnieniowa opiera się na wykorzystaniu trzech grup środków farmaceutycznych: (1) środków moczopędnych, które redukcją ilość krwi poprzez zwiększenie wydalania sodu i wody; (2) środków rozszerzających naczynia o działaniu bezpośrednim, które redukcją oporność naczyń obwodowych poprzez działanie bezpośrednie na mięśnie gładkie naczyń i (3) blokerów współczulnych, które działają centralnie przez zmniejszenie aktywności współczulnej. W latach 90. XX w. wzrosła popularność blokerów kanałów wapniowych i inhibitorów ACE.

Niestety żaden z leków stosowanych w terapii nadciśnienia nie jest wolny od efektów ubocznych. Chyba najbardziej widocznym niepożądanym skutkiem stosowania tiazydowych środków moczopędnych jest nadmierna utrata potasu, powodująca uczucie znużenia i osłabienia (często sprawiająca, że pacjent czuje się gorzej niż przed rozpoczęciem terapii). Lekarze unikają tego problemu przez zalecenie zastępczej terapii potasowej opartej na lekach lub owocach, takich jak banany i pomarańcze, które są bogate w potas. Wśród innych możliwych działań niepożądanych terapii tiazydowymi środkami moczopędnymi wymienia się podwyższone stężenie glukozy we krwi, mdłości i arytmie serca.

Skuteczna terapia nadciśnienia wymaga dobrej komunikacji między lekarzem i pacjentem. Wilbur i Barrow [1974] sugerowali, aby lekarz przekazał każdemu pacjentowi następujące informacje:

1. Nadciśnienie jest głównym powodem udarów, niewydolności serca i niewydolności nerek.
2. Nadciśnienie jest „cichym zabójcą”: nie można na podstawie samopoczucia oceniać, czy zachodzi potrzeba zastosowania leków czy nie.
3. Nadciśnienie zazwyczaj jest chorobą na całe życie, która wymaga monitorowania ciśnienia krwi już do końca życia od momentu stwierdzenia, że jest ono podwyższone.
4. Codzienne przyjmowanie leków przeciwnadciśnieniowych daje potwierdzone korzyści.

BADANIA PRZEPROWADZANE PRZEZ TECHNIKA

Technicy optometryczni, wyszkoleni na 2-letnich kursach organizowanych przez wiele szkół optometrii, są w sta-