

دیابت و عوامل خطر



تازه‌های دیابت و فشار خون

مدرس:

دکتر مقصودی

عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی مراغه

تعریف دیابت:

دیابت شایعترین بیماری متابولیک و یک بیماری غیر واگیر است که شیوعی رو به افزایش دارد.

به طور کلی افزایش قند خون بیش از 126 را دیابت می گویند.

تشخیص دیابت:

- دونوبت قند پلاسمای خون ناشتا مساوی و بیشتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر
- قند پلاسمای خون وریدی 2 ساعت بعد از مصرف 75 میلی گرم گلوکز =ویا> از 200 باشد
- قند پلاسمای خون در هر زمان =ویا> از 200 باشد

دیابت شیرین / دیابت بی مزه

دیابت شیرین یک اختلال متابولیکی است که با عدم تحمل بدن نسبت به گلوکز مشخص میشود. دو نوع دیابت شیرین داریم:

- ✓ دیابت شیرین وابسته به انسولین (دیابت نوع 1)
- ✓ دیابت شیرین غیر وابسته به انسولین (دیابت نوع 2)



دیابت نوع 1:

✓ حدود 10 الی 15 درصد موارد را تشکیل می دهد.

✓ دیابت جوانی، بی ثبات، حساس و شکننده نامیده میشود.

✓

✓ معمولا قبل از سن 30 سالگی رخ میدهد.

✓ باعث لاغر و ضعیف شدن بیمار می شود.

✓ تولید داخلی انسولین یا کم است یا اصلا وجود ندارد بنابراین تزریق انسولین ضروری است.

علل بروز دیابت نوع 1:

- استعداد ژنتیکی (ارثی)
- اختلال‌ها و بیماری‌های سیستم ایمنی بدن (سیستم ایمنی بدن به اشتباه علیه سلول‌های سازنده‌ی انسولین موادی می‌سازد که این سلول‌ها را از بین می‌برد)
- بعضی ویروس‌ها
- فشارهای عصبی یا استرس‌ها (این موارد عامل دیابت نیستند ولی روی کنترل قند خون تاثیرگذار هستند)

علائم و نشانه‌های بیماری دیابت در نوع 1:

- تشنگی زیاد و نوشیدن آب بسیار (پرنوشی)

- گرسنگی (پر خوری)

- ادرار زیاد (پرادراری)

- خستگی زیاد

- کم شدن وزن بدن و لاغری

- تاری دید

درمان دیابت نوع 1:

● رژیم غذایی و محدود کردن انرژی (کالری) دریافتی

● فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم

● تزریق انسولین:

✳ بیماران روزانه یک یا چندنوبت انسولین را به صورت زیرجلدی به خود تزریق می کنند.

✳ این روش تزریق دردناک نیست.

✳ نکته‌ی مهمی که مصرف کنندگان انسولین لازم است بدانند احتمال کاهش شدید قندخون که به اصطلاح

هیپوگلیسمی نامیده می شود، متعاقب انسولین است

● آموزش و پایش دائمی قند خون

کتواسیدوز:

- سلول با سوزاندن چربی، انرژی مورد نیاز خود را به دست می آورد و البته مواد زائدی به نام کتون نیز تولید می شود. با افزایش مقدار کتون در بدن، وضعیتی به نام کتواسیدوز به وجود می آید.
- در دیابت نوع ۱ دیده می شود.

علائم کتواسیدوز:

- تشنگي
- خشکي دهان
- تکرر ادرار
- درد شکم
- در نهایت بیهوشي و اغما در بیمار رخمي دهد.

● کتواسیدوز يك اورژانس پزشکی است و در صورتی که به موقع درمان نشود، مرگ بیمار حتمی است.

● اصول کلی درمان کتواسیدوز شامل تجویز مایعات و انسولین است.

دیابت نوع 2 (دیابت شیرین غیر وابسته به انسولین):

✓ این نوع دیابت، دیابت خفیف یا دیابت بزرگسالی نیز نامیده میشود.

✓ معمولاً بعد از 40 سالگی رخ میدهد.

✓ مقدار ترشح انسولین طبیعی یا حتی زیاد است.

✓ سلولهای بدن حساسیت خود را نسبت به انسولین از دست می دهند و مقاومت به انسولین رخ می دهد.

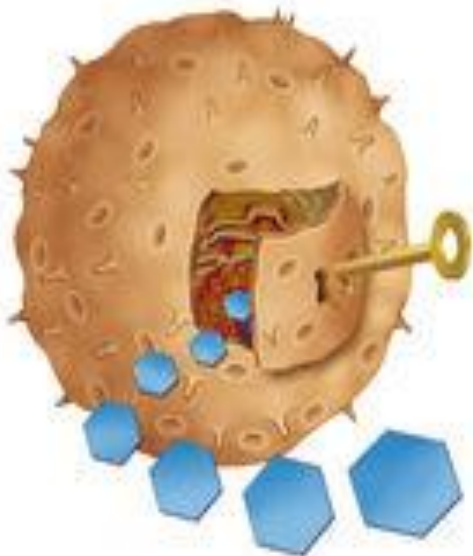


● در بیماران **دیابت نوع ۲** در اوایل بیماری به مقدار کافی یا حتی بیش از حد نیاز انسولین ساخته می‌شود؛ اما انسولین موجود در خون قادر به تسهیل ورود گلوکز(قند) به درون سلول‌ها نیست. در سطح تمام سلول‌های بدن گیرنده‌های انسولین قرار دارند. این گیرنده‌ها و انسولین نقش قفل و کلید را بازی می‌کنند، هنگامی که انسولین(کلید) به گیرنده‌ها(قفل) متصل می‌شود سلول‌ها به گلوکز اجازه‌ی ورود می‌دهند. در دیابت نوع ۲ **یا شکل انسولین تغییر کرده** و **یا گیرنده‌های سلول‌ها، انسولین را شناسایی نمی‌کنند** و بنابراین سلول اجازه‌ی ورود به گلوکز(قند) نمی‌دهد و در نتیجه مقدار قند در خون افزایش می‌یابد.

مقاومت به انسولین:

- عدم پاسخ‌دهی سلول‌ها به انسولین را **مقاومت به انسولین** می‌نامند. البته در برخی از مبتلایان به دیابت نوع ۲ نیز مقدار انسولین ساخته‌شده توسط سلول‌های لوزالمعده (پانکراس) کاهش می‌یابد.

- افزایش چربی در بدن باعث افزایش مقاومت به انسولین و بنابراین بالا رفتن قند خون می‌شود. به همین دلیل است که دیابت نوع 2 در بیش از نیمی از موارد با ورزش و رژیم غذایی - که باعث کاهش وزن می‌شود - درمان می‌گردد.



علل بروز دیابت نوع 2:

- استعداد ژنتیکی: در بروز دیابت نوع 2 بیش از دیابت نوع 1 نقش دارد.
- افزایش سن (سن بیش از 40 سال)
- عواملی از قبیل اضافه‌وزن و چاقی (مهم‌ترین عامل محیطی است) افراد چاق برای متابولیزه کردن غذایی که می‌خورند به انسولین بیشتر نیاز دارند، در نتیجه ناتوانی پانکراس در تولید انسولین اضافی، قند خون را بالا می‌برد.
- کم‌تحرکی یا عدم فعالیت بدنی (ورزش)
- چربی خون بالا
- فشارخون بالا

علائم و نشانه‌های بیماری دیابت در نوع 2:

- شایعترین علامت دیابت نوع 2 بی علامتی است. به یاد داشته باشید دیابت نوع 2 معمولاً علامت ندارد و یا علائم موجود غیر اختصاصی هستند. برخی از این علائم عبارتند از:
- احساس خستگی و بی‌حوصلگی
- گرسنگی
- تشنگی
- احساس سوزش و مورمور شدن در انگشتان دست و پا
- کاهش وزن
- ادرار شبانه
- اختلال در بینایی
- عفونت‌های مکرر (در پوست، لثه‌ها، مثانه و مجرای تناسلی)
- خارش پوست
- تأخیر در بهبود زخم‌ها و بریدگی‌ها
- تحریک پذیری

درمان دیابت نوع 2:

- رژیم غذایی و محدود کردن انرژی (کالری) دریافتی

- فعالیت بدنی و ورزش مداوم و منظم

- استفاده از داروهای کاهنده قند خون و در صورت نیاز استفاده از انسولین

- آموزش و پایش دائمی قند خون

کمای هیپراسمولار:

- کمای هیپراسمولار وضعیتی شبیه کتواسیدوز است که در افراد مسن مبتلا به دیابت نوع 2 رخ می‌دهد. افزایش قند خون و عدم دریافت مقدار کافی مایعات در مدت زمان طولانی به این وضعیت منجر می‌شود.
- در هر فرد مسن با اختلال هوشیاری باید به فکر این عارضه بود.

علل بروز کمای هیپراسمولار:

- عفونت‌ها شایع‌ترین علل بروز کمای هیپراسمولار هستند (عفونت‌های ریوی و ادراری)
- عدم مصرف قرص‌های کاهنده‌ی قند خون یا انسولین
- مصرف برخی داروها و عدم دسترسی کافی به آب، برخی دیگر از علل بروز این عارضه هستند.

علائم اصلي کمای هیپراسمولار:

- تشنگی و پرنوشي چندروزه
- علائم عصبي از اختلال هوشیاري تا اغماء
- افزایش حجم ادرار و علائم کم آبی بدن

دو اصطلاح مهم در مبحث دیابت:

➤ کاهش شدید قند خون : کاهش قند به کمتر از ۶۵ میلی گرم در صد میلی لیتر خون

➤ افزایش شدید قند خون: افزایش قند خون به مقدار بیش از ۲۴۰ میلی گرم در صد میلی لیتر خون

علائم کاهش شدید قند خون:

اضطراب و
تعریق

خواب آلودگی

افزایش ضربان قلب

ضعف پیش
رونده (گرسنگی)

تشنج و اغما

تاری دید
واختلال در تکلم

سر گیجه و لرزش
بدن

علل عمده کاهش قند خون:

➤ مصرف غذای ناکافی

➤ تحرک و فعالیت بیش از حد

➤ مصرف بیش از مقدار تجویز شده، داروهای پایین آورنده قند خون

در صورت کاهش قند خون باید:

✓ چند حبه قند مصرف کرد.

یا

✓ نصف لیوان آب میوه و یا نصف لیوان نوشیدنی های معمولی حاوی قند (شربت و...) استفاده کرد.

علائم افزایش شدید قند خون:

اختلال دید

ابتلا به برخی
عفونتها مخصوصا (عفونت
ادراری)

تشنگی بیش از حد

تکرر ادرار

زود عصبانی
شدن

کمای دیابتی

خواب آلودگی غیر
معمول

علل عمده افزایش قند خون:

✓ مصرف غذای بیش از حد

✓ کم تحرکی

✓ مصرف ناکافی دارو (انسولین یا قرصهای ضد دیابت)

✓ فشار روحی بیش از حد (استرس)

در صورت افزایش قند خون باید:

۱- استفاده از رژیم غذایی مناسب }
- کاهش حجم هر وعده غذایی
- افزایش تعداد وعده های غذایی

۲- ورزش یا فعالیت بدنی مداوم

۳- مصرف مرتب دارو

۴- اندازه گیری مرتب قند خون با فواصل زمانی توصیه شده توسط پزشک معالج

۵- مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی در صورت تشدید علائم

در کوتاه مدت کاهش قند خون خطرناکتر از افزایش آن است چون باعث ضعف پیشرونده، سرگیجه، تپش قلب و در نهایت تشنج و اغما و مرگ می شود.

عوارض زودرس دیابت:

- کتواسیدوز (در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ رخ می‌دهد)
- کمای هیپراسمولار (در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به وجود می‌آید)
- هیپوگلیسمی (در هر دو نوع دیابت ظاهر می‌شود)

عوارض دیررس دیابت:

❖ به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

● بیماری‌های عروق خونی بزرگ (عوارض ماکروواسکولار) عبارتند از:

1. عروق قلب (شریان‌های کرونر)

2. مغز

● بیماری‌های عروق خونی کوچک (عوارض میکروواسکولار) عبارتند از:

1. بیماری‌های چشمی (رتینوپاتی)

2. بیماری‌های کلیوی (نفروپاتی)

3. بیماری‌های دستگاه عصبی (نوروپاتی)

مهمترین عوامل خطر ساز

- ❖ پرخوری و عدم فعالیت بدنی که منجر به چاقی می‌شود
- ❖ استرس
- ❖ حاملگی
- ❖ وجود فرد دیابتیک در افراد درجه یک خانواده
- ❖ فشار خون بالا

درمان

- ❖ کاهش وزن
- ❖ رژیم غذایی نامناسب
- ❖ ورزش های منظم
- ❖ استفاده از داروهای پایین آورنده قند خون



دیابت بی مزه

دیابت بی مزه اختلالی درلوب خلفی هیپوفیز است که به علت کمبود وازوپرسین (ADH) یا هورمون ضدادراری ایجاد می شود.

اتیولوژی:

- ❖ نامعلوم
- ❖ ناهنجاری های هیپوتالاموس و هیپوفیز
- ❖ تخریب غدد توسط تومور، ضربه، عفونت، حوادث عروقی
- ❖ مصرف داروهایی مانند دیلاننن، لیتیم و الکل



اصول ده گانه مراقبت دیابت

- اصل اول: تشخیص بیماران دیابتی و پره دیابتی
- اصل دوم: پیشگیری یا به تاخیر انداختن تبدیل پره دیابت به دیابت
- اصل سوم: مراقبت جامع و بیمار محور دیابت
- اصل چهارم: ارایه آموزش خودمراقبتی برای بیماران دیابتی
- اصل پنجم: ترغیب تغییر شیوه زندگی در بیماران دیابتی

اصول ده گانه مراقبت دیابت

- اصل ششم: توجه به افزایش وزن و چاقی در مراقبت دیابت
- اصل هفتم: مراقبت فردی قندخون دیابتی ها
- اصل هشتم: کاهش خطرات متعدد بیماری های قلبی عروقی
- اصل نهم: کشف عوارض میکروواسکولار دیابتی و مراقبت موثر آنها
- اصل دهم: توجه به نیازهای گروه های خاص دیابتی

دارو های ضد دیابت - انسولین

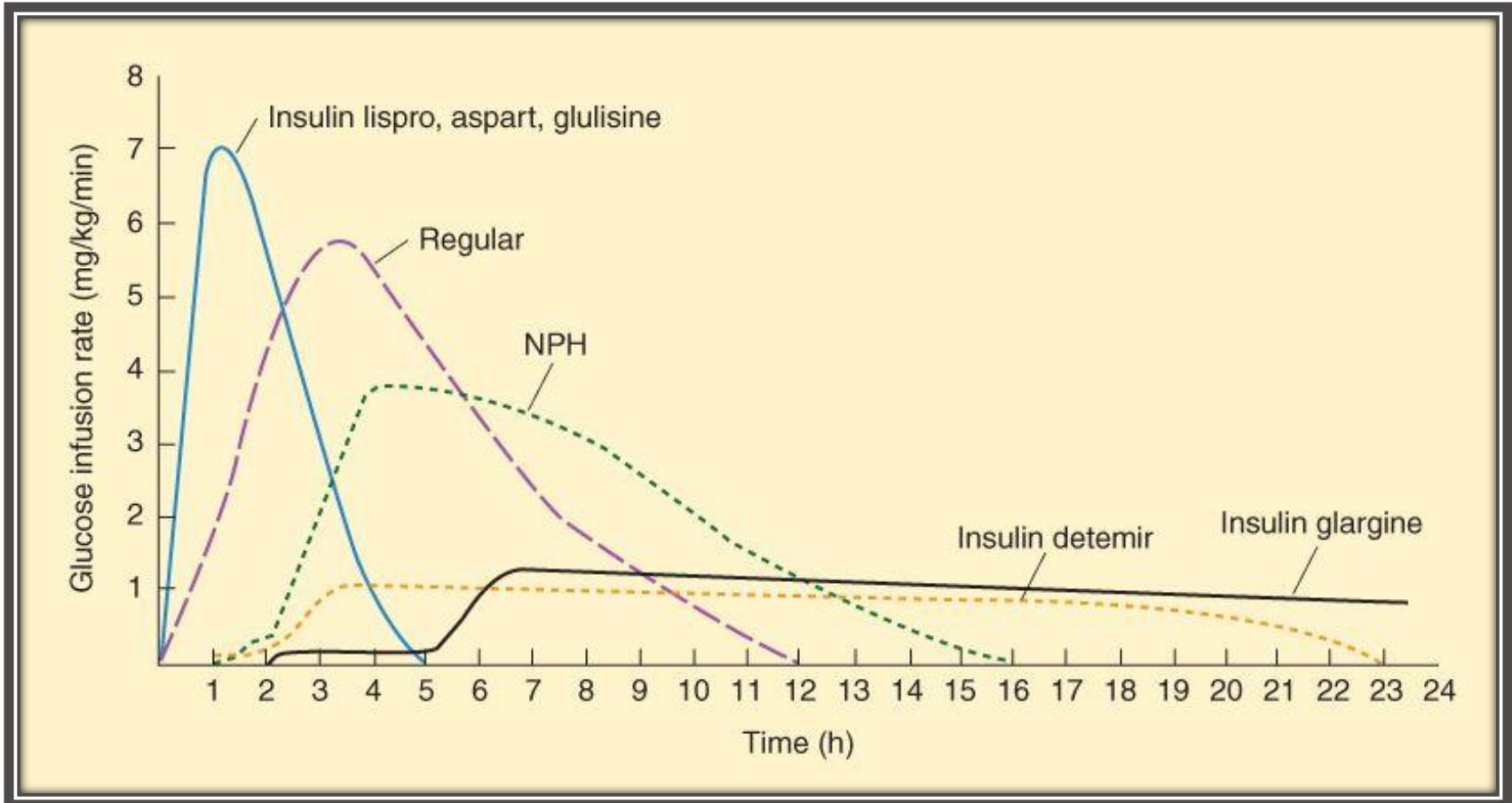
راه تزریق	ظاهر	طول اثر (ساعت)	پیک اثر (ساعت)	شروع اثر (ساعت)	فرآورده ها	نام دسته
SC, IV	شفاف	4-5	0.5-1.5	0.25	Lispro	شروع اثر سریع
SC, IV	شفاف	3-5	1-3	5-10 min	Aspart	
SC, IV	شفاف	5-7	2-4	0.5-1	Regular	کوتاه اثر
SC	کدر	24	6-14	1-2	NPH	متوسط اثر
SC	کدر	14	6-14	1-3	Lent	
SC	کدر	36	18-24	6	Ultralent	طولانی اثر
SC	شفاف	24	-	-	Glargine	

• گلارژین نباید با انسولین های دیگر مخلوط شده و یا وریدی تجویز شود

• شروع اثر: **IV>IM>SC**

• طول اثر: **SC>IM>IV**

مقایسه شروع و طول اثر انواع انسولین



دارو های ضد قند خوراکی

توضیحات	نام تجاری	نام دارو (ژنریک)	دسته دارویی
شروع با دوز کم، قبل از شروع غذا مصرف می شود	Glucoby	Acarbose	α -glucosidase inhibitor
	Glyset	Miglitol	
در بیماران با نارسایی کلیوی، قلبی-تنفسی و کبدی شدید مصرف نشود	Glucophage	Metformin	Biguanides
همراه غذا استفاده شود در صورت عدم مصرف وعده غذایی، دارو در آن وعده مصرف نشود	Prandin	Repaglinide	Meglitinides

دارو های ضد قند خوراکی

توضیحات	نام تجاری	نام دارو (ژنریک)	دسته دارویی
بیشترین عوارض (هیپوگلیسمی) نسبت به سایر سولفون اوره ها	Diabinese	Chlorpropamide	سولفونیل اوره نسل اول
احتمالا در بیماران با مشکل کلیوی، ایمن است.	Amaryl	Glimepride	سولفونیل اوره نسل دوم
دوز های بالاتر از 10 mg در روز به صورت منقسم استفاده شود نیم ساعت قبل از غذا مصرف شود	Daonil	Glyburide (Glibenclamide)	
-	Glucotrol	Glipizide	

دارو های ضد قند خوراکی

توضیحات	نام تجاری	نام دارو (ژنریک)	دسته دارویی
x	Avandia	Rosiglitazone	Tiazolidinediones
در نارسایی کلیوی تعدیل دوز نمی خواهد	Glutazone	Pioglitazone	

داروهایی که باعث تغییر غلظت قند خون می شوند

داروهایی که باعث کاهش قند خون می شوند	داروهایی که باعث افزایش قند خون می شوند
بتا بلوکر ها اتانول انسولین کینیدین سالیسیلات سولفونیل اوره ها	بتا بلوکر ها کورتیکواستروئید ها سیکلوسپورین دیورتیک ها OCPs فنی توئین تاکرولیموس

آیا بیماران دیابتی می توانند از بتا بلاکر ها استفاده نمایند؟

- بتا بلاکر ها می توانند هم باعث افت قند خون (مهار گلوکونئوژنز کبدی) و هم افزایش قند خون (مهار ترشح انسولین) شوند
- نکته قابل توجه در مصرف بتا بلوکر ها در بیماران دیابتی، ماسکه کردن علائم هیپوگلیسمی (تپش قلب، اضطراب و بی قراری) و به علت مهار گلوکونئوژنز کبدی، سرعت بهبود هیپوگلیسمی را به عقب می اندازد. پس بهتر است این دارو ها در بیماران دیابتی مصرف نشوند و در صورت اندیکاسیون مطلق (پیشگیری از حملات مجدد قلبی در بیماران با سابقه MI)، می توان از β_1 blockers استفاده نمود
- ACEI ها به علت اثرات نفروپروتکتیو و کاهش آلبومینوری دارو های انتخابی ضد فشار خون در بیماران دیابتی هستند

توصیه های رژیم

• رژیم غذایی برای هر بیمار بر اساس ارزیابی دیابت و تغذیه ای فرق می کند.

• چیزی به نام رژیم دیابتی وجود ندارد.

• دستورات غذایی که برای یک زندگی سالم برای افراد سالم به کار می رود در دیابتی ها هم صادق است.

• نوع رژیم غذایی ارتباط بسیار نزدیک با نوع درمان دارویی بیماران دارد.

• Consistency در میزان دریافت کربوهیدرات در وعده های غذایی بویژه در زمان بستری شدن در بیمارستان مهم است.



تازه‌های فشار خون

هایپرتانسیون

- شایع ترین بیماری مزمن در بزرگسالان
- به عنوان یک خطر اصلی برای مرگ زودرس، ناتوانی و یک اختلال با بار بیماری بالا
- به ازای هر ۲۰ میلی متر افزایش در فشار سیستولیک یا ۱۰ میلی متر در فشار دیاستولیک، خطر رویداد های قلبی، دوبرابر می شود.
- **تعریف انجمن هایپرتانسیون آمریکا و جامعه بین المللی هایپرتانسیون:** فشارخون سیستولیک ۱۴۰ یا بالاتر و دیاستولیک ۹۰ یا بالاتر بر اساس متوسط اندازه گیری جدا از هم و صحیح دوبار یا بیشتر طی یک تا چهار هفته توسط پرسنل مراقبت بهداشتی



هایپرتانسیون

- طبقه بندی فشارخون از نرمال تا مرحله دو هایپرتانسیون، بر اساس ارتباط مستقیم فشار سیستولیک و دیاستولیک با خطر عوارض ناشی از فشارخون بالا، مرگ و میر کلی و به طور کلی مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی



هایپر تانسیون

- مرگ و میر افراد مبتلا به فشارخون درمان شده و افراد با فشارخون نرمال، تفاوتی ندارد.
- فشار خون نرمال: فشار کمتر از ۱۲۰/۸۰
- پره هایپر تانسیون: ۱۲۰-۱۳۹ و ۸۰-۸۹
- شایع ترین هایپر تانسیون جهان در آمریکایی های آفریقایی تبار
- فشارخون اولیه یا اساسی: فشارخون بالا با علت ناشناخته-۹۵ درصد
- فشارخون ثانویه: فشارخون بالا با علت مشخص مثل بیماری مزمن کلیه، تنگی شریان ها و...-۵ درصد

هایپر تانسیون

- فشارخون حاملگی
- قاتل خاموش بخاطر بدون علامت بودن
- سیگار کشیدن باعث فشارخون بالا نمی شود (اگر عوارض را تشدید می کند).
- **عوارض هایپر تانسیون درمان نشده: MI-نارسایی کلیوی-نارسایی قلبی-سکته مغزی و اختلال بینایی**

Blood Pressure Stages

Blood Pressure Category

Systolic
mm Hg (upper #)

Diastolic
mm Hg (lower #)

Low blood pressure
(Hypotension)

less than 80

or

less than 60

Normal

80-120

and

60-80

Prehypertension

120-139

or

80-89

High Blood Pressure
(Hypertension Stage 1)

140-159

or

90-99

High Blood Pressure
(Hypertension Stage 2)

160 or higher

or

100 or higher

High Blood Pressure Crisis
(Seek Emergency Care)

higher than 180

or

higher than 110

Source: American Heart Association

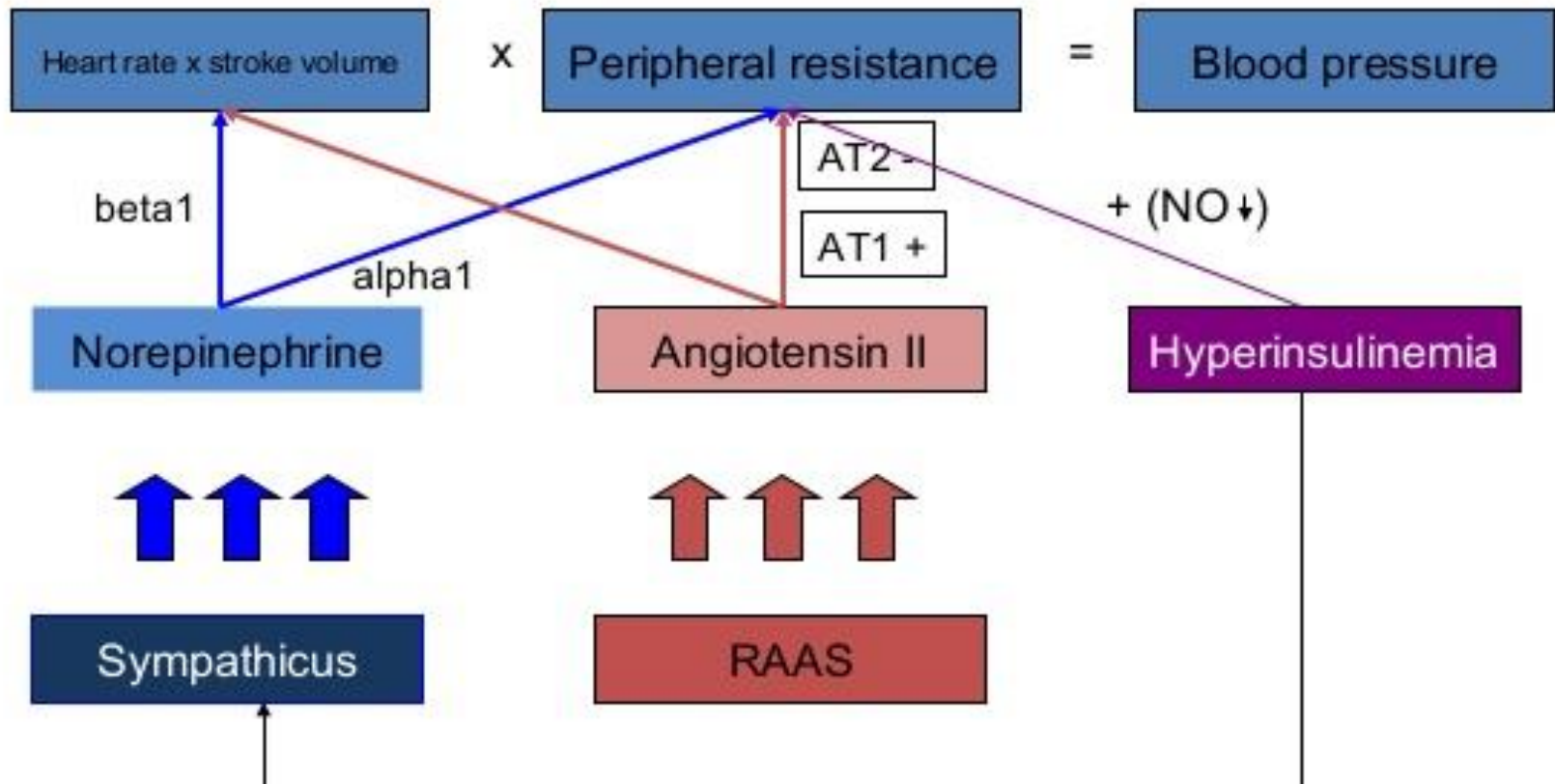
هایپرتانسیون

- **پاتوفیزیولوژی:** فشار خون حاصل ضرب برونده قلبی (ضربان در حجم ضربه ای) در مقاومت عروق محیطی-انتقال فشار انقباض قلب به خون < فشار خون به عروق-هایپرتانسیون می تواند ناشی از افزایش برون ده، تغییر در مقاومت عروق محیطی یا هر دو باشد-برای ایجاد هایپرتانسیون باید در برون ده و مقاومت عروق محیطی تغییری ایجاد شود یا در سیستم های کنترل کننده فشارخون-ژنتیک در ۳۰ تا ۷۰ درصد موارد
- **علل هایپرتانسیون:** افزایش فعالیت سمپاتیک-افزایش بازجذب آب و سدیم-افزایش فعالیت سیستم رنین آنژیوتانسین آلدوسترون-کاهش اتساع آرتریول ها-مقاومت به عملکرد انسولین و...

هایپرتانسیون

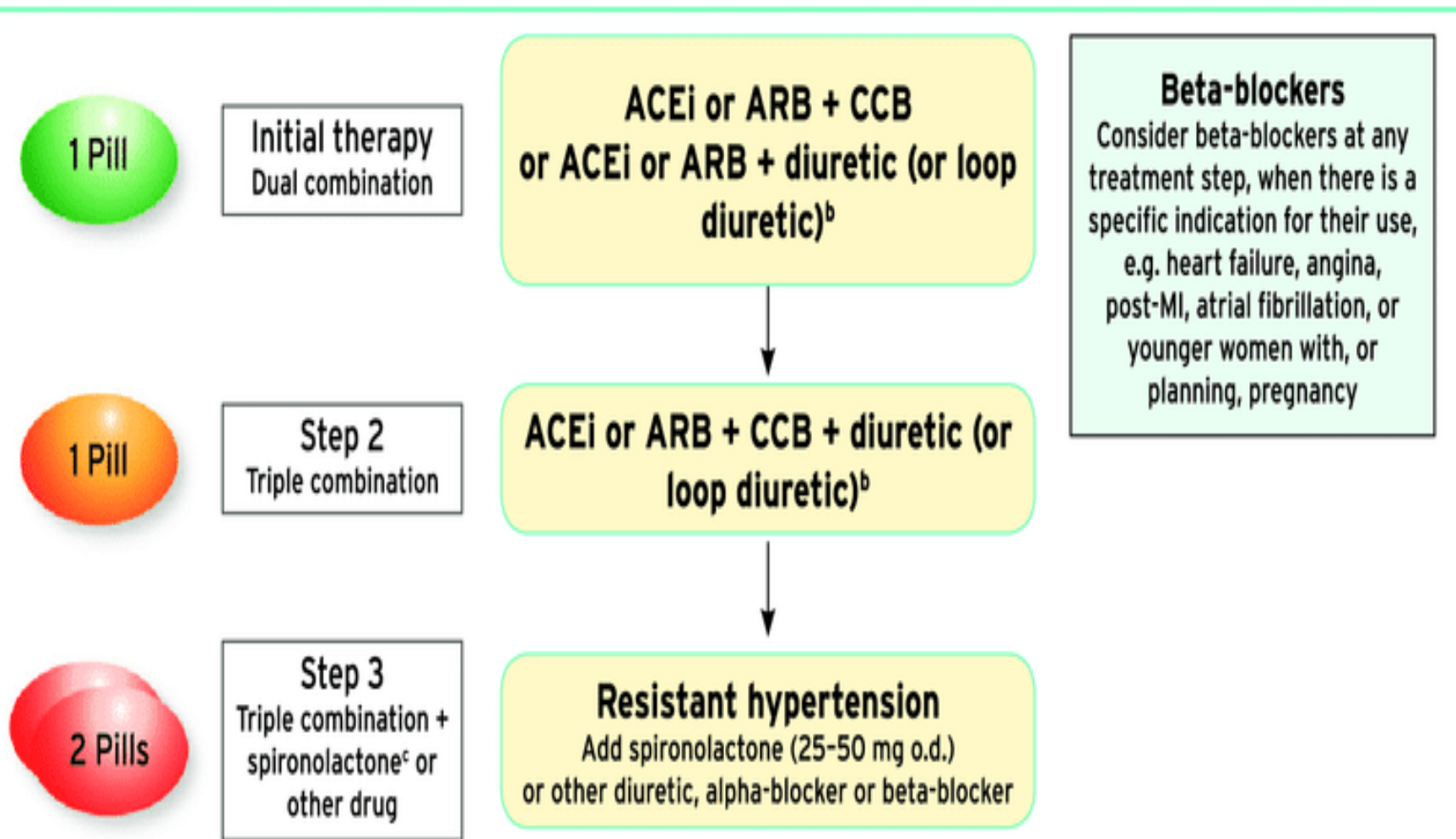
- **تغییرات کمک کننده به هایپرتانسیون در سالمندی:** آترواسکلروز-افزایش رسوب کلاژن-اتساع عروقی-اختلال عملکرد کلیه و...
- **تظاهرات بالینی:** اغلب بدون علامت-تغییرات شبکه‌به صورت خونریزی، تنگی آرتریول‌ها و نقاط پنبه‌ای-ادم پایی در موارد شدید-بیماری شریان کرونر و انفارکتوس-هایپرتروفی بطن چپ-افزایش اوره کراتینین-ناکچوری-سکته گذرای مغزی یا موارد شدید تر و...

Pathophysiology of Hypertension



هایپر تانسیون

- **بررسی و یافته های تشخیصی:** تاریخچه و معاینه-بررسی شبکه-مطالعات آزمایشگاهی مربوط به کلیه و...-نوار قلب-اکوکاردیوگرافی و...
- **عوامل خطر هایپر تانسیون:** اصلی: سن بیشتر از ۶۰-آمریکایی آفریقایی تبار-مصرف زیاد الکل-سابقه خانوادگی-مردان تا سن ۴۵ و زنان تا ۶۵-اضافه وزن-عادات غذایی ناسالم. احتمالی: تنباکو-استرس-آپنه خواب
- **تدابیر درمانی:** تعدیل شیوه زندگی-دارو ها مثل ACEIs-ARBs-بتابلاکر ها-CCBs-نیترات ها-دیورتیک ها و...
- **مداخلات پرستاری:** افزایش آگاهی-ارتقا تمایل به رژیم های درمانی-ارتقا سطح مراقبت در منزل-مراقبت های بعد از مصرف دارو-کنترل و درمان عوارض احتمال مانند آسیب به کلیه و..



A reduction in eGFR and rise in serum creatinine is expected in patients with CKD^a who receive BP-lowering therapy, especially in those treated with an ACEi or ARB but a rise in serum creatinine of >30% should prompt evaluation of the patient for possible renovascular disease.

بحران فشارخون بالا

- شامل اورژانس هایپرتانسیو و فوریت هایپرتانسیو

- فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۸۰ و دیاستولیک بیشتر از ۱۲۰

- ممکن است در بیماران تشخیص داده نشده یا قطع ناگهانی دارو رخ دهد.

- در اورژانس هایپرتانسیو باید فشارخون فوراً کاهش یابد اما نه الزاماً به کمتر از ۱۲۰/۹۰ (کاهش ۲۰ تا ۲۵ درصد میانگین فشارخون در ساعت اول و رسیدن به حدود ۱۶۰/۱۰۰ طی شش ساعت بعدی و سپس ادامه تا چند روز)

- بررسی باید مبتنی بر اختلال عملکرد حاد ارگان های هدف باشد.

بحران فشارخون بالا

- بررسی باید مبتنی بر اختلال عملکرد حاد ارگان های هدف باشد.
- بیماری های همراه با اورژانس هایپر تانسیو: هایپر تانسیون بارداری- انفارکتوس-آنوریسم شکافنده آئورت-خون ریزی داخل جمجمه
- استثنای درمانی، سکتة مغزی ایسکمیک (عدم کاهش) و دایسکشن آئورت (کاهش به زیر ۱۰۰)
- داروهای انتخابی: نیتروپروساید-نیکاردیپین-انالاپریل-نیتروگلیسرین

بحران فشارخون بالا

- فوریت هایپرتانسیو: فشارخون خیلی بالا اما بدون شواهدی از تهدید کننده بودن یا آسیب ارگان ها
- فشارخون بالا همراه با سردرد شدید، خونریزی از بینی یا اضطراب
- داروهای خوراکی در عرض ۲۴ تا ۴۸ ساعت مانند لابتالول-کاپتوپریل-کلونیدین
- کنترل دقیق وضعیت همودینامیک، فشارخون و قلبی عروقی
- در صورت افت سریع فشارخون، باید فوراً درمان شروع شود.

Hypertensive Crisis

- Patients with SBP >180 mm Hg or DBP >110 mm Hg



- Transitioning zone between hypertensive urgency and emergency that may not be readily detectable by clinical or laboratory/radiograph criteria
- In the perioperative environment, whereby patients are already hospitalized, the management of hypertensive crisis should likely be the same for both urgency and emergency

موفق باشيد

