

Hypertenzní krize

Hypertenzní krize (HK) je stav poškození orgánů extrémně zvýšeným krevním tlakem.^[1] Většinou se jedná o hodnoty **systolického tlaku nad 220 mmHg** a/nebo **diastolického nad 120 mmHg**. Příznaky poškození mozku, kardiovaskulárního aparátu, cév očního pozadí eventuálně ledvin, definují bezprostředně život ohrožující stav, neboli emergentní hypertenzní stav. zdroj (<https://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2010/04/07.pdf>)

Epidemiologie a etiologie

Hypertenzní krize vzniká buď jako komplikace chronické **neléčené** nebo **špatně léčené primární hypertenze** nebo jako **komplikace sekundární hypertenze**. Častěji hypertenzní krize vzniká jakožto komplikace sekundární hypertenze. Jelikož ale 90–95 % hypertoniků trpí hypertenzí primární, v celkovém měřítku je nejčastější příčinou hypertenzní krize právě ona^[2].

Klinické příznaky

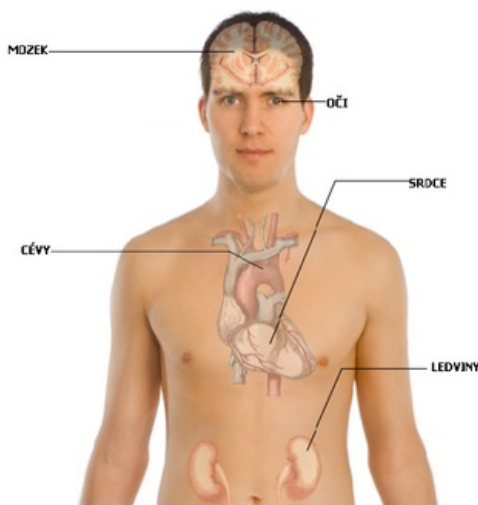
Klinicky se hypertenzní krize může manifestovat příznaky:

- **kardiovaskulárními**: akutní aortální disekce, akutní levostranné srdeční selhání, akutní IM, nestabilní AP;
- **renálními**: akutní renální selhání;
- **cerebrovaskulárními**: hypertenzní encefalopatie, intracerebrální krvácení, subarachnoidální krvácení;
- **očními**: hypertenzní neuroretinopatie^[2].

Závažnost

Ke stanovení závažnosti hypertenzní krize jsou důležité:

1. **aktuální hodnoty krevního tlaku**;
2. **původní hodnoty krevního tlaku**;
3. **rychlost zvýšení** (za jak dlouho se krevní tlak zvýšil z původních hodnot na hodnoty aktuální).



Tyto orgány mohou být v rámci HK významně poškozeny

Zvýšení krevního tlaku z hodnot 150/90 mmHg na hodnoty 210/130 mmHg u hypertonika nelze srovnávat se zvýšením krevního tlaku na stejné hodnoty u původně normotenzní mladé dívky, ke kterému navíc došlo za zcela jinou časovou jednotku.

Na základě klinické manifestace hypertenzní krize rozlišujeme **stavy emergentní** a **stavy urgentní**.

Emergentní x Urgentní

Emergentní stav bezprostředně ohrožuje život pacienta. Hrozí zde akutní orgánové selhání! Mezi emergentní stavy řadíme:

- hypertenzní encefalopatii,
- hypertenzi s akutním levostranným srdečním selháním,
- hypertenzi s akutním koronárním syndromem,
- hypertenzi u disekce aorty,
- hypertenzi u subarachnoidálního krvácení a cévní mozkové příhody,
- hypertenzi u feochromocytomu,
- eklampsii a preeklampsii^[3].

Urgentní stav je sice vážný stav, ale pacienta na životě bezprostředně neohrožuje. Mezi urgentní stavy řadíme:

- akcelerovanou hypertenzi,
- hypertenzi u srdečního selhání,
- vzestup TK u panické ataky,
- perioperační hypertenzi,
- hypertenzi s pokročilou retinopatií,
- hypertenzi po podání psychoaktivních látek (kokain, pervitin)^[3].

Léčba

Principem léčby hypertenzní krize je snížení krevního tlaku na bezpečné hodnoty. V první hodině se snažíme docílit poklesu krevního tlaku na hodnotu **160-150/110-100 mmHg**, event. **o 20-25 % výchozí hodnoty** v hypertenzní krizi.^[3] Jako **první pomoc** se v terénu či ambulanci podává krátce působící inhibitor ACE – **kaptopril v dávce 12,5-50 mg**, popřípadě se kombinuje s diuretikem^[4].

- V případě primární hypertenze pak následuje převedení pacienta na trvalou antihypertenzní léčbu.
- V případě sekundární hypertenze (respektive podezření na sekundární hypertenzi) je třeba pacienta odeslat do specializovaného centra a zde se pokusit o kauzální terapii.

Snížení krevního tlaku by nemělo být příliš prudké a masivní, mohlo by totiž vést k **hypoperfúzi** mozku a myokardu, **křečím**, **slepotě** nebo **indukci arytmie**.

Urgentní stavy vyžadují hospitalizaci na interním oddělení, některé stavy lze řešit i ambulantně. K léčbě používáme **perorální antihypertenziva** (parenterální antihypertenziva nasazujeme až při neúčinnosti perorálních). Krevní tlak snižujeme pozvolna (24–48 hodin).

Emergetní stavy vyžadují hospitalizaci na jednotce intenzivní péče s monitorací životních funkcí. K léčbě používáme **parenterální antihypertenziva**, podáváme je nejlépe v i.v. infúzi (infúzní pumpa)^[1].

Hypertenzní krize - emergentní stavy	Doporučená léčba ^[3]
První pomoc v terénu či ambulanci	captopril 25-50 mg nebo labetalol 100-200 mg p.o. ^[4]
HK při AKS	nitráty s esmololem (či jiný beta-blokátor), ev. s urapidilem
HK při akutním levostranném srdečním selhání	nitráty a furosemid (výjimečně enalaprilát)
HK při disekce aorty	co nejrychlejší snížení sTK pod 100-120 mmHg nitráty s beta-blokátory, ev. další antihypertenziva
HK při hypertenzní encefalopatii	urapidil
HK při intrakraniálním krvácení	nitroprusid sodný, labetalol ^[4]
HK při subarachnoidálním krvácení	nimodipin
HK u feochromocytomu	urapidil, i.v. nitráty
HK u preklampsie, eklampsie	methyldopa nebo labetalol i.v.
HK při renální insuficienci	urapidil, furosemid

Odkazy

Související články

- Hypertenzní krize (akutní stavy ve vnitřním lékařství)
- Arteriální hypertenze
- Antihypertenziva
- Vyšetření endoteliálního poškození
- Ischemická choroba srdeční
- Chronická ischemická choroba dolních končetin
- Infarkt myokardu

Reference

1. WIDIMSKÝ, Jiří, et al. Hypertenze. 3. Praha : Triton, 2008. 706 s. ISBN 978-80-7387-077-5
2. ASCHERMANN, Michael, et al. Kardiologie. 1. Praha : Galén, 2004. 1540 s. ISBN 80-7262-290-0
3. WIDIMSKÝ JR., Jiří, et al. *Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze - verze 2017. Doporučení České společnosti pro hypertenzi*. Hypertenze & kardiovaskulární prevence. Supplementum, 2018. Dostupný také z WWW: <<http://www.hypertension.cz/sqlcache/widimsky-1-hypertenze-kv-prevence-2018.pdf>>. ISSN 1805-4129
4. WIDIMSKÝ JR., Jiří, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007 : Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Cor et Vasa. 2008, 50, 1, s. K5-K22. Dostupný také z WWW: <http://www.e-corevasa.cz/casopis/data_view?id=186>. ISSN 0010-8650

Použitá literatura

- DÍTĚ, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vydání. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-496-6.
- BALL, Christopher M, et al. *Akutní medicína do kapsy*. 1. vydání. Praha : Grada, 2004. 208 s. ISBN 80-247-0928-7.

