

- konieczności zgłaszania wszelkich odczuwanych dolegliwości, w szczególności zaburzeń czucia, mrowienia, bólu, zmiany zabarwienia skóry;
- profilaktyka zakrzepicy poprzez stosowanie kompresjoterapii oraz wykonywanie ruchów zgięcia grzbietowego i podszwowego stóp obu kończyn dolnych;
- zapewnienie choremu wystarczającej ilości płynów do picia w celu wydalenia środka kontrastowego przez nerki, a w razie konieczności nawadnianie chorego drogą dożylną.

Zadania edukacyjne

Przed zabiegiem:

1. Poinformowanie chorego:

- o dostępie do naczyń wieńcowych i sposobie wykonania wybranej procedury zabiegowej (koronarografia, PTCA [percutaneous transluminal coronary angioplasty], implantowanie stentu), o zachowaniu w trakcie zabiegu, o dolegliwościach, które mogą się pojawić w trakcie zabiegu i po nim; uprzedzenie chorego o ryzyku związanym z zabiegiem i o możliwości interwencji kardiochirurgicznej w razie powikłań; wyjaśnienie celowości wykonywanych badań diagnostycznych i zabiegu PCI;
 - o tym, że w dniu zabiegu musi być na czczo;
 - o tym, że przed zabiegiem powinien skorzystać z toalety, ponieważ po zabiegu będzie to niemożliwe z powodu unieruchomienia, oraz o sposobach regulacji wypróżnień;
 - o tym, że zabieg jest wykonywany w pozycji leżącej po znieczuleniu miejscowym i że w trakcie zabiegu pacjent będzie przytomny;
 - o tym, że do tętnicy udowej zostanie wprowadzona koszulka naczyniowa, a przez nią cewniki, które umożliwią podanie kontrastu i uwidocznienie tętnic wieńcowych oraz umieszczenie drutu prowadzącego i balonu w miejscu zmienionej tętnicy wieńcowej;
 - o tym, że po zabiegu koszulka naczyniowa pozostanie w tętnicy przez 4–6 h (do czasu unormowania parametrów krzepnięcia krwi), a następnie zostanie usunięta przez lekarza, który w celu zatamowania krwawienia z nakłutej tętnicy będzie uciskał miejsce wkłucia przez 15–20 min, po czym założy opatrunek uciskowy, który po kilku godzinach zostanie poluzowany; opatrunek będzie usunięty następnego dnia, a miejsce wkłucia zabezpieczone innym jałowym opatrunkiem;
 - o tym, że do żyły obwodowej zostanie założona kaniula umożliwiająca podawanie leków i płynów infuzyjnych.
2. Ocena stopnia zrozumienia przez chorego przekazywanych mu informacji.
 3. Nauczanie chorego sposobu radzenia sobie ze stresem.

W trakcie zabiegu:

1. Współpraca z zespołem przeprowadzającym zabieg.
2. Wykonywanie poleceń lekarza w trakcie zabiegu.
3. Poinformowanie lekarza o wystąpieniu u chorego dolegliwości.

Po zabiegu:

1. Uświadomienie choremu konieczności:
 - przyjmowania zleconych przez lekarza leków antyplatekcyjnych, szczególnie po wszczępieniu stentu (metalowego i pokrywanego lekiem), ze względu na ryzyko zakrzepicy i zgonu;
 - powiadomienia lekarza prowadzącego o sposobie rewaskularyzacji mięśnia sercowego;
 - przestrzegania terminów wizyt lekarskich i wykonywania badań kontrolnych (np. kontroli morfologii krwi z rozmazem w przypadku leczenia antyplatekcyjnego, szczególnie tiklopidyną, ze względu na niepożądane działania leków);
 - unikania noszenia ciężkich przedmiotów i niepodejmowania dużego wysiłku fizycznego w 1. tyg. po zabiegu;
 - unikania przez kilka pierwszych dni po zabiegu gorących kąpielii (lepiej jest prysznic);
 - obserwowania miejsca nakłucia tętnicy pod kątem krwawienia, obrzęku, bólu; jeżeli chory zauważy niepokojące objawy lub będzie gorączkował, powinien skontaktować się natychmiast z lekarzem;
 - ograniczenia/wyeliminowania czynników ryzyka rozwoju miażdżycy, które podlegają modyfikacji.

1.6.3. Problemy pielęgnacyjne chorych i interwencje pielęgniarские



Problem pielęgnacyjny: Ból w klatce piersiowej podczas napełniania balonu w trakcie PTCA.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powikłań związanych z niedokrwieniem mięśnia sercowego.

Zadania pielęgniarki:

- Uspokojenie chorego, wyjaśnienie przyczyny odczuwanego bólu.
- Ocena charakteru i nasilenia bólu.
- Ocena stanu hemodynamicznego chorego, monitorowanie akcji serca, tętna i ciśnienia tętniczego krwi w trakcie zabiegu.
- Analiza zapisu EKG w trakcie bólu.

- Przygotowanie na zlecenie lekarza nitrogliceryny do wstrzyknięcia do naczyń wieńcowych i podłączenie tlenu.
- Zapewnienie choremu wsparcia emocjonalnego, obecność przy chorym.

Oczekiwane efekty:

- uzyskanie reperfuzji mięśnia sercowego;
- niewystępowanie w zapisie EKG cech niedotlenienia mięśnia sercowego.



Problem pielęgnacyjny: Wystąpienie reakcji wazowagalnej z powodu manipulacji w trakcie usuwania koszulki naczyniowej.

Cel opieki: Zapewnienie choremu bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego.

Zadania pielęgniarki:

- Ocena stanu hemodynamicznego chorego, monitorowanie akcji serca, tętna, ciśnienia tętniczego krwi i amplitudy ciśnienia tętna.
- Ocena stanu świadomości chorego.
- Ocena koloru, stanu wilgotności skóry i temperatury ciała.
- Zapewnienie choremu ciszy i spokoju, eliminowanie dolegliwości bólowych.
- Podanie zgodnie ze zleceniem lekarza atropiny w iniekcji dożylniej w dawce 0,5–2,0 mg i podłączenie płynów drogą dożylną.

Oczekiwane efekty:

- wyrównanie stanu hemodynamicznego;
- ustąpienie cech wago-tonii.



Problem pielęgnacyjny: Wystąpienie krwawienia z tętnicy udowej poddanej nakłuciu.

Cel opieki: Niedopuszczenie do nasilenia krwawienia, powstania krwiaka, tętniaka, tętniaka rzekomego, przetoki tętniczo-żylniej. Wczesne wykrycie objawów świadczących o hipotonii.

Zadania pielęgniarki:

1. Poinformowanie chorego:
 - o konieczności pozostania w pozycji leżącej na plecach (uniesienie głowy nie więcej niż 30°) z wyprostowaną kończyną po stronie poddanej interwencji;
 - o konieczności uciskania opatrunku w czasie kichania lub kaszlu.
2. Ocena miejsca kaniulacji i stopnia narastania krwawienia (przesiąkanie opatrunku, ból, tkliwość, obrzęk, ból brzucha lub okolicy pachwiny).
3. W sytuacji narastania krwawienia wezwanie lekarza, usunięcie opatrunku i zastosowanie ucisku na okolicę poddaną interwencji. Na zlecenie lekarza

podłączenie płynów dożylnych w celu wypełnienia łożyska naczyniowego, ewentualnie protaminy, jeżeli zachodzi taka potrzeba.

4. Monitorowanie parametrów życiowych co 15 min, następnie co 30 min i co 2 h aż do ustabilizowania się stanu klinicznego chorego.
5. Monitorowanie układu krzepnięcia (APTT, ACT).

Oczekiwane efekty:

- powrót do normy parametrów układu krzepnięcia;
- stopniowe ustępowanie krwawienia z tętnicy, bez następstw hemodynamicznych dla chorego.

1.6.4. Wskazówki pielęgnacyjno-edukacyjne dla chorych i ich rodzin

Poinformowanie chorego o:

- konieczności przestrzegania terminów wizyt lekarskich;
- zasadach prewencji wtórnej miażdżycy tętnic wieńcowych ze względu na ryzyko restenozy;
- postępowaniu w sytuacji ewentualnych dolegliwości.

1.6.5. Podsumowanie

Wprowadzenie PCI do praktyki klinicznej wpłynęło znacząco na wyniki leczenia choroby wieńcowej i poprawę jakości życia chorych. Jednak przezskórne interwencje wieńcowe ze względu na ich charakter inwazyjny są obciążone ryzykiem wczesnych i późnych powikłań. Pojawienie się przed zabiegiem, w jego trakcie i po nim problemów biopsychospołecznych wymaga współpracy całego zespołu terapeutycznego, jak również włączenia rodziny do opieki.

Piśmiennictwo

1. Brzostek T.: *Farmakoterapia związana z plastyką naczyń wieńcowych*. Kardiologia Polska, 2003, 59, 457–460.
2. De Marchena E., Ferreira A.C.: *Sekrety kardiologii interwencyjnej*. Urban & Partner, Wrocław 2006.
3. Gulanick M., Klopp A., Galanes S. i wsp.: *Nursing care plans*. Mosby-Year Book, Inc. 1994, 148–151.
4. Kobyłecki A., Kośmider M.: *Leczenie przeciwplytkowe w ostrych zespołach wieńcowych – uwagi praktyczne*. Kardiologia Oparta na Faktach, 2010, 2, 152–155.

5. Kochman J., Filipiak K.J.: *Prewencja restenozy po zabiegach angioplastyki wieńcowej*. *Terapia*, 2000, 1, 23–28.
6. Overstreet M.: *How do I care for a patient after PCI*. *Nursing*, 2004, 34, 2, 31.
7. *Prewencja wtórna u chorych na miażdżycę tętnic wieńcowych lub innych tętnic. Aktualizacja (2006) wytycznych American Heart Association i American College of Cardiology*. *Medycyna Praktyczna*, 2006, 5, 67–75.
8. *Przezskórne interwencje wieńcowe. Aktualne (2005) wytyczne European Society of Cardiology*. *Medycyna Praktyczna (Wydanie Specjalne)*, 2006, 1, 121–135.
9. Rdzanek H., Rdzanek A., Gołębiewski S. i wsp.: *Leczenie przeciwplytkowe przed, w trakcie i po interwencji wieńcowej*. *Terapia*, 2004, 51–59.
10. Wilczyńska J., Horszczaruk G.: *Postępowanie z chorymi po zabiegach rewaskularyzacji wieńcowej*. *Terapia*, 2000, 1, 18–21.
11. Wilczyńska J., Piątkowski R., Filipiak K.J. i wsp.: *Postępowanie po rewaskularyzacji wieńcowej – chorzy szczególnej troski*. *Terapia*, 2001, 9, 35–40.
12. Woods S.L., Sivarajan Froelicher E., Underhill Motzer S. i wsp.: *Cardiac Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.

1.7. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym

Katarzyna Łagoda

Nadciśnienie tętnicze jest najczęstszą chorobą układu krążenia. W badaniu NATPOL PLUS z 2002 r. stwierdzono, że na nadciśnienie tętnicze choruje ok. $\frac{1}{3}$ populacji polskiej. Rzadko występuje jako choroba izolowana. Nadciśnienie tętnicze może być pierwszym objawem chorób endokrynologicznych, takich jak: akromegalia (50%), guz chromochłonny nadnerczy (0,1–0,5%), hiperaldosteronizm (19%), nadczynność tarczycy (20–30%) lub niedoczynność tarczycy (15–30%), nadczynność przytarczyc (30–50%). Choroba ta występuje u 5% kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne, zwłaszcza u kobiet powyżej 35. rz., palących papierosy i ze współistniejącą otyłością. Zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży mogą ujawnić chorobę.

Istotną przyczyną nadciśnienia tętniczego są choroby nerek (8%): mięszkowe choroby nerek, np. nefropatia cukrzycowa, nefropatia polekowa, choroby kłębuszków nerkowych, nefropatie w kolagenozach; guzy nerek; zwężenie tętnicy nerkowej. Nadciśnienie tętnicze często występuje w przebiegu chorób układu nerwowego: neuropatii, wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, guzów mózgu, zapalenia mózgu, guzów rdzenia kręgowego, porfirii, zatrucia ołowiem. U otyłych mężczyzn nadciśnienie tętnicze występuje często z zespołem bezdechu sennego.

Tabela 1.15. Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego wg Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) z 2006 roku

Ciśnienie	Skurczowe (mmHg)	Rozkurczowe (mmHg)
Optymalne	< 120	< 80
Prawidłowe	120–129	80–84
Wysokie prawidłowe	130–139	85–89
I stopień nadciśnienia	140–159	90–99
II stopień nadciśnienia	160–179	100–109
III stopień nadciśnienia	> 180	> 110
Izolowane nadciśnienie skurczowe	> 140	< 90

1.7.1. Problemy zdrowotne chorych fizyczne i psychiczne

Nadciśnienie tętnicze często jest rozpoznawane przypadkowo. Przez wiele lat może mieć przebieg bezobjawowy. Pacjent może odczuwać bóle i zawroty

głowy, zaburzenia widzenia, kołatanie serca, duszność, senność i zmęczenie lub pobudzenie. Objawy te mogą świadczyć o rozwijających się powikłaniach narządowych. Choroba ta może prowadzić do uszkodzenia narządów wewnętrznych, np. przełomu nadciśnieniowego, tętniaka rozwarstwiającego aorty, udaru mózgu, upośledzenia czynności nerek, niewydolności serca, zawału mięśnia sercowego, zmian w naczyniach siatkówki oka, przyspieszenia rozwoju miażdżycy w tętnicach szyjnych, nerkowych i tętnicach kończyn dolnych oraz przerostu lewej komory serca.

1.7.2. Zadania pielęgniarki

Zadania diagnostyczne

Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego należy opierać na dokładnej i wnikliwej diagnostyce.

Szczegółowy wywiad powinien uwzględniać m.in.:

- odczuwane dolegliwości;
- czas trwania choroby;
- wywiad rodzinny;
- choroby współistniejące;
- stosowane leki hipotensyjne oraz leki dodatkowe;
- warunki pracy;
- umiejętność radzenia sobie ze stresem oraz styl życia.

Badanie przedmiotowe pacjenta obejmuje:

- pomiar ciśnienia tętniczego dokonywany kilkakrotnie o różnych porach dnia lub w czasie 24-godzinnej pomiaru ciśnienia tętniczego (ABPM – ambulatory blood pressure monitoring);
- ocenę BMI (Body Mass Index);
- ocenę dna oka;
- ocenę tętna na tętnicach szyjnych oraz stan ich wypełnienia;
- ocenę gruczołu tarczycowego;
- osłuchowe badanie pracy serca i EKG;
- osłuchowe badanie płuc;
- badanie jamy brzusznej;
- oglądanie kończyn dolnych pod kątem obrzęków, nietypowych szmerów w tętnicach udowych, zmian miażdżycowych, żyłaków i tętniaków.

Najczęściej wykonuje się takie badania laboratoryjne, jak morfologia krwi, OB, badanie ogólne moczu, oznaczanie we krwi stężenia sodu, potasu, kreatyniny, glukozy na czczo, oznaczanie lipidów (cholesterol całkowity, HDL, LDL i trójglicerydy).

Tabela 1.16. Wskazania do automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego wg Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

Znaczne dysproporcje między gabinetowymi pomiarami ciśnienia tętniczego
Podważenie nadciśnienia białego fartucha
Podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego w pomiarach gabinetowych przy niskim ryzyku sercowo-naczyniowym
Podważenie braku spadku ciśnienia tętniczego w nocy
Ocena spadku ciśnienia tętniczego w nocy
Podważenie oporności na leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego
Podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego w pomiarach gabinetowych w okresie ciąży
Ocena niedociśnienia tętniczego, zwłaszcza u chorych starszych lub z cukrzycą

Podczas pomiaru ciśnienia tętniczego należy pamiętać o **efekcie białego fartucha**. Polega on na tym, że wartości ciśnienia tętniczego mierzonego w placówce medycznej są znacznie wyższe niż wartości ciśnienia tętniczego mierzonego samodzielnie przez pacjenta w domu. Jest to na ogół spowodowane reakcją lękową i zdarza się u ok. 20% pacjentów.

W celu stwierdzenia istnienia hipotonii ortostatycznej pomiar ciśnienia tętniczego należy wykonać w pozycji leżącej oraz po pionizacji pacjenta. W różnicowaniu nadciśnienia tętniczego pierwotnego i wtórnego wykonuje się następujące badania: USG dopplerowskie tętnic nerkowych, MR (mózgu, rdzenia kręgowego, nerek i nadnerczy), angiografia tętnic (szyjnych, brzusznych, nerkowych, udowych i aorty).

Do zadań diagnostycznych pielęgniarki należy m.in.:

- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu talii i bioder.
- Określenie wskaźnika BMI i WHR.
- Pomiar ciśnienia tętniczego w pozycji siedzącej, leżącej i bezpośrednio po pionizacji pacjenta.
- Przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do badań diagnostycznych (EKG, EKG wysiłkowe, USG dopplerowskie naczyń kończyn dolnych, USG nerek, 24-godzinny zapis ciśnienia tętniczego).
- Rozpoznanie czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego związanych ze stylem życia (sposób odżywiania, radzenia ze stresem, spożycie soli, kofeiny, alkoholu, palenie tytoniu, choroby dodatkowe, przyjmowane leki).
- Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat choroby, przyczyn choroby, objawów, metod leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego, powikłań choroby, eliminacji czynników ryzyka, zalecanego sposobu odżywiania, postępowania w przypadku przełomu nadciśnieniowego.
- Ocena umiejętności pomiaru ciśnienia tętniczego, rejestrowania uzyskanych wyników oraz ich interpretacji.

- Ocena stopnia przestrzegania zaleceń dotyczących diety, aktywności fizycznej, przyjmowania leków hipotensyjnych, snu i wypoczynku, częstości pomiaru ciśnienia tętniczego oraz kontroli masy ciała.
- Ocena czynności poszczególnych narządów i tkanek, zwłaszcza w przypadku powikłań (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, stan świadomości, diureza, bilans płynów, obrzęki).
- Rozpoznanie stanów nagłych: krwotok podpajęczynówkowy lub wewnątrzczaszkowy, ostry tętniak rozwarstwiający aorty, zawał serca lub ostra niewydolność wieńcowa, przełom adrenergiczny, rzucawka lub ciężkie nadciśnienie w czasie ciąży, nadciśnienie złośliwe.
- Rozpoznanie czynnika wywołującego wzrost ciśnienia (np. silny ból, przerwanie leczenia nadciśnienia, alkoholizm, stres, palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta, stosowanie leków z grupy NLPZ [niesteroidowych leków przeciwzapalnych], glikokortykosteroidów, wysokich dawek kwasu acetylosalicylowego, doustnych środków antykoncepcyjnych, cyklosporyny, erytropoetyny, leków hamujących łąknienie, kofeiny, kokainy czy leków obkurczających błonę śluzową nosa).

Tabela 1.17. Najczęstsze błędy popełniane podczas pomiaru ciśnienia tętniczego

Przyczyny	Rodzaj błędu	Skutek błędu
Zależne od pacjenta	Wypicie kawy przed pomiarem ciśnienia tętniczego	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Wypalenie papierosa przed pomiarem ciśnienia tętniczego	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Wysiłek fizyczny przed pomiarem ciśnienia tętniczego	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Brak odpoczynku	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Przyjęcie leków mających wpływ na wartości ciśnienia tętniczego	Zawyżenie lub zniżenie wartości ciśnienia tętniczego
Zależne od osoby wykonującej pomiar	Zbyt mocne przyłożenie słuchawki	Brak V fazy Korotkowa
	Zbyt szybkie opróżnianie mankietu	Zniżenie wartości ciśnienia skurczowego
	Zbyt wolne opróżnianie mankietu	Wzrost wartości ciśnienia rozkurczowego
	Brak jednoczesnej oceny tętna	Zniżenie wartości ciśnienia skurczowego
	Błędne odczytanie wartości ciśnienia tętniczego	Zniżenie lub zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Brak podparcia kończyny w czasie pomiaru ciśnienia tętniczego	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
Zależne od aparatu	Ramię nie znajduje się na poziomie serca	Zniżenie lub zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Brak wyzerowania aparatu przed badaniem	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego
	Nieprawidłowo dobrany mankiety	Zawyżenie wartości ciśnienia tętniczego

- Obserwacja pacjenta pod kątem działań niepożądanych leków hipotensyjnych (tachykardia, kaszel, odwodnienie, zaparcia).
- Rozpoznanie objawów sugerujących stan zagrożenia życia (przełomu nadciśnieniowego): duszność, silny ból w klatce piersiowej, zaburzenia świadomości, silny ból głowy, nykturia, zaburzenia mowy.
- Ocena przyczyn nieprzebrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów (np. wysoki koszt terapii, objawy uboczne terapii, niezrozumienie zaleceń, zaburzenia pamięci, depresja, niedostateczna edukacja pacjenta, zbyt skomplikowany schemat leczenia, terapia lekami krótkodziałającymi i konieczność przyjmowania kilku dawek leku w ciągu doby).
- Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z nadciśnieniem tętniczym.

Zadania terapeutyczne

Celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest obniżenie wartości ciśnienia tętniczego, zmniejszenie zaburzeń metabolicznych, poprawa pracy serca i naczyń, niedopuszczenie do powikłań narządowych, zmniejszenie długoterminowego całkowitego ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych i zgonu z ich powodu. Zaleca się uzyskanie wartości co najmniej 140/90 mmHg, a u chorych z nadciśnieniem tętniczym i współistniejącą cukrzycą 130/80 mmHg. Należy jednak pamiętać, że uzyskanie wartości ciśnienia skurczowego < 140 mmHg może być bardzo trudne, zwłaszcza u osób starszych.

Wybierając leki, należy uwzględniać: wartości ciśnienia tętniczego, wiek, choroby współistniejące (cukrzyca, choroby serca, nerek, układu krążenia, zaburzenia przemiany lipidowej, zawał mięśnia sercowego i udar mózgu), objawy uszkodzeń narządowych i ciążę. Oprócz leków hipotensyjnych (moczopędnych, β -adrenolityków, inhibitorów konwertazy angiotensyny, blokerów kanałów wapniowych, β -blokerów, blokerów receptorów angiotensyny II) stosowane są: leki hamujące układ współczulny, leki rozszerzające tętnice, antagoniści receptorów imidazolanowych, leki hipolipemizujące (statyny), leki przeciwpłytkowe (kwas acetylosalicylowy).

Leczenie nadciśnienia tętniczego należy rozpocząć od wdrożenia metod niefarmakologicznych i edukacji pacjenta na temat zmiany stylu życia. W przypadku nadciśnienia tętniczego u kobiet w ciąży zalecenia terapii niefarmakologicznej są nieco inne niż rekomendowane w przebiegu nadciśnienia niezwiązanego z ciążą. W czasie ciąży zaleca się ograniczenie aktywności fizycznej, **nieograniczanie sodu** w pożywieniu i redukcję nadmiernej masy ciała. Natomiast stosowanie małych dawek kwasu acetylosalicylowego jest wskazane tylko u ciężarnych, u których wcześniej występowało zatrucie ciążowe.

Pacjenci z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego bez współistniejących powikłań narządowych i zagrażających incydentów sercowo-naczy-