

**1 • United Kingdom • UK English**

Instructions for Use
**TECHNIQUE OF MEASUREMENT**
**1) Application of the compression cuff**
Blood pressure is generally recorded in the arm with the patient in a sitting or recumbent position. The doctor should arrange his/her desk and chair or examining table so the patient's *right arm* is always and inevitably presented for recording of the blood pressure. The arm should be abducted, slightly flexed, and supported by a smooth, firm surface. The artery over which the blood pressure is to be recorded should be at a level with the heart. *It is not necessary for the sphygmomanometer to be at heart level.*

The deflated compression cuff is applied evenly and snugly, but without constriction, around the right arm. The lower edge of the cuff should be 2.5 cm above the point at which the receiver of the stethoscope is to be placed.

**2) Palpatory Method**

The radial or popliteal pulse is palpated and the rate and rhythm are noted. The compression cuff is then inflated to about 30 mm Hg above the pressure at which the radial pulse disappears. (When the cuff is inflated, it should not bulge nor become displaced.) The cuff is then deflated at a rate of 2 to 3 mm Hg per heartbeat. The level of pressure at which the pulse in the radial artery returns is noted and recorded as the systolic arterial blood pressure. The diastolic blood pressure is difficult to measure by palpation and is not generally determined by this method.

**3) Auscultatory Method**

After the systolic blood pressure has been determined by the palpatory method, the blood pressure is then determined by auscultation over the artery at a point below the compression cuff, which has remained on the arm. The artery is first palpated, and then the receiver of the stethoscope is applied lightly but snugly over it to produce an airtight seal. The receiver must not come into contact with the patient's clothing nor with the compression cuff. The compression cuff is then inflated rapidly to about 30 mm Hg above the systolic pressure as previously determined by the palpatory method. The cuff is then deflated at a rate of 2 to 3 mm Hg per heartbeat. While the physician is watching the meniscus of the mercury column (or the aneroid pointer), the pressure at which characteristic changes in the Korotkoff sounds occur is noted. From the changes in the quality of these sounds, the *systolic and diastolic* blood pressures are determined.

**The systolic blood pressure**

The pressure within the compression cuff indicated by the level of the mercury column (or aneroid pointer) at the moment the Korotkoff sounds are first heard, represents the systolic blood pressure. This is the start of Phase 1 which begins with faint, clear and rhythmic tapping or thumping sounds that gradually increase in intensity.

**The diastolic blood pressure**

The pressure within the compression cuff indicated by the level of the mercury column (or aneroid pointer) at the moment the sound suddenly becomes muffled, represents the *first diastolic pressure* (beginning of Phase 4). The *second diastolic pressure* is the pressure within the compression cuff at the moment the sounds finally disappear (beginning of Phase 5).

**7 • Suomi • Suomen Kieli**

Käyttöohjeet
**MITTAUSTEKNIIKKA**
**1) Mansetin käyttäminen**
Verenpainemittaan tavallisesti käsivarresta potilaan istuessa tai oltessa lepotasossa. Lääkärit usein järkevät työpöytänsä tai tuolinsa taustakäymppötyksi siten, että potilaan oikea *käsivarsi* on aina hyvin ehtä vereneipään mieltausta varten. Käsitartta tulee pitää ojennettuna, kuitenkin hieman koukistettuna ja tuettuna pehmeällä, tukevalla alustalla. Valitsem, josta vereneipää halutaan mitata, tulee olla noin sydämen korkeudella. *Manometrin ei tarvitse olla sydämen korkeudella.*

Tyhjennetty mansetti asetetaan oikean käsivarren ympäröi tasaisesti ja tiivistä, mutta ei liian tiukalle. Mansetin alareunan tulee olla 2,5 cm sen kohdan ympäruelelle, johon stetoskoopin anturi asetetaan.

**2) Mittaaminen tunnustelemalla käsin**

Käsin tunnustelemalla mitataan ranne- tai polvitaipeen valtimon pulssi ja kirjoitetaan ylös tajuus ja rytmi. Mansettiin pumpataan tämän jälkeen ilmaa noin 30 mmHg:tä yli sen paineeseen, jonka kohdalla valtimopulssi katoaa. (Mansetin ei tule pullistua liiaksi eikä siirtyä paikaltaan, kun sen painetta nostetaan.) Mansetin painetta nostetaan tämän jälkeen nopeudella 2-3 mmHg sydämenlyöntiä kohden. Sitten kirjoitetaan ylös painetaso, jolle valtimopulssi pataa, ja tallennetaan se valtimon systoliseksi verenpaineksi. Diastolinen verneipään on vaikea mitata tunnustelemalla käsin eikä sitä yleensä määritetä tällä menetelmällä.

**3) Mittaaminen kuuntelemalla**

Sen jälkeen, kun systolinen verneipään on määritetty tunnustelemalla käsin, verneipään määritetään kuuntelemalla stetoskoopilla mansetin alapuolelta olevasta käsivarren valtimon vapasta kohdasta. Valtimoa tunnusteleaan ensin käsin ja tämän jälkeen stetoskoopin anturi asetetaan kevyesti mutta kuitenkin tiivistä sen päälle, josta saadaan tuotettua ilmatiivis kontakti. Anturi ei saa koskettaa potilaan vaatekussia eikä mansettin. Mansetin painetta nostetaan tämän jälkeen noin 30 mmHg verran aiemmin tunnustelemetelmällä määritetyn systolisen verneipäänen alapuolelle. Mansetin painetta päästetään tämän jälkeen nopeudella 2-3 mmHg sydämenlyöntiä kohden. Samalla kun lääkäri tarkkailee elohopeamittarin asteikkoa (tai aneroidimittarin osoitinta), kirjoitetaan muistiin paine, josta Korotkoffin äänten luonne muuttuu. *Systolinen ja diastolinen* verneipään määritetään kyseisten äänten laadun muutosten perusteella.

**Systolinen verneipään**

Systolinen verneipään on se mansetin paine, joka näkyy elohopeamittarissa (tai aneroidimittarissa) Korotkoffin äänten ilmaantumishetkellä. Tämä merkitsee vaiheen 1 alkamista. Se alkaa heinoisella, selvällä ja rytmisellä naputtavalla tai jyskyttävällä äänellä, jonka intensiteetti lisääntyy vähitellen.

**Diastolinen verneipään**

*Ensimmäinen diastolinen verneipään* on se mansetin paine, joka näkyy elohopeamittarissa (tai aneroidimittarissa) sillä hetkellä, kun äänet muuttuvat yhtäkkiä vaikeiksi (vaihe 4alkaa). *Toinen diastolinen verneipään* on mansetin paine sillä hetkellä, kun äänet katoavat lopullisesti (vaihe 5 alkaa).

**2 • България • Български език**

Употреба за употреба
**МЕТОД НА ИЗМЕРВАНЕ**

**1) Приложението на маншета**

Кръвното налягане се обикновено се отчита на ръката, като пациента е в седящо или легнато положение. Лекарят трябва да организира бюрото и стола си или леглото за прегледа така че *дясната ръка* на пациента винаги да бъде удобно разположена за измерване на кръвното налягане. Ръката трябва да бъде изнесена настрана, леко свита в лактя и подпряна на гладка и твърда повърхност. Артерията на която кръвното налягане ще бъде измервано трябва да бъде на нивото на сърцето. *Не е необходимо манометра да е на нивото на сърцето.*

Ненамониратй маншет се поставя равномерно и плътно, но не прекалено стегнато на дясната ръка. Доиният край на маншета трябва да бъде 2,5 cm над мястото където фуниката (мембраната) на стетоскопа ще бъде положена.

**2) Палпаторен метод**

Радиалният или попитеален пулс се палира и се отбелязват честотата и ритъма. Маншетът се напомпа до около 30 mm Hg над налягането при което радиалният пулс изчезва. (Напомненият маншет не трябва да стърчи или да се измества). След това маншетът се изпуска със скорост от 2 до 3 mm Hg на всеки удар на сърцето. Нивото на налягането при което пулса в радиалната артерия се появява отново се отчита като систолно артериално кръвно налягане. Диастолното кръвно налягане е трудно да се измери с палпация и обикновено не се измерва с този метод.

**3) Аускулаторен метод**

След като систолното кръвно налягане се определи с палпаторния метод, кръвното налягане след това се определя чрез аускулация на артерията в точна точка надясно край на маншета, докато е все още на ръката. Артерията първо се палира, и след това фуниката (мембраната) на стетоскопа се поставя леко, но плътно върху нея за да се образува херметично прилеване. Мембраната на стетоскопа не трябва да се допира до дърехте на пациента или до маншета. След това маншета се напомпа бързо до около 30 mm Hg над систолното налягане, предварително определено от палпаторния метод. След това маншета се изпуска със скорост от 2 до 3 mm Hg на всеки удар на сърцето. Наблюдавайки скалата на живачния стълб (или на aneroidната стрелка) лекарят отбелязва налягането при които се появяват характерните промени в тоновете на Коротков. *Систолното и диастолното* кръвно налягане се отчитат по промяната на качеството на тези тонове.

**Систолно кръвно налягане**

Налягането в маншета, указано от нивото на живачния стълб (или aneroidната стрелка) в момента на появяване на тоновете на Коротков представлява систолното кръвно налягане. Това е началото на фаза 1, която започва с появяването на слаби, ясно и ритмични пулсации или тупкащи тонове които постепенно повишават интензитета си.

**Диастолно кръвно налягане**

Налягането в маншета, указано от нивото на живачния стълб (или aneroidната стрелка) в момента, в който тоновете внезапно заглъхват представлява *първото диастолно* кръвно налягане (началото на фаза 4). *Второто диастолно* кръвно налягане е налягането(натиска) в маншета в момента в който тоновете окончателно изчезват (началото на фаза 5).

**8 • France/Luxembourg • Français**

Mode d'emploi
**TECHNIQUE DE MESURE**
**1) Application du brassard pneumatique**
La pression artérielle est généralement prise sur le bras, le patient étant en position assise ou inclinée. Le médecin doit disposer son bureau et sa chaise, ou la table d'examen, de sorte que la *bras droit* du patient est toujours automatiquement présenté pour le relevé de la pression artérielle. Le bras doit être éloigné du corps, légèrement courbé et soutenu par une surface lisse et ferme. L'artère sur laquelle la pression artérielle doit être relevée doit être au même niveau que le cœur. *Il n'est pas nécessaire que le manomètre soit au niveau du cœur.*

Le brassard pneumatique dégonflé est ajusté autour du bras droit, de façon uniforme et serré mais sans constriction. Le bord inférieur du brassard doit être à 2,5 cm au-dessus du point où le pavillon du stéthoscope sera placé.

**2) Méthode palpatoire**

Le pouls radial ou poplité est palpé puis la fréquence et le rythme sont notés. Le brassard pneumatique est alors gonflé à environ 30 mm Hg au-dessus de la pression à laquelle le pouls radial disparaît. (Une fois gonflé, le brassard ne doit pas être bombé ou se déplacer.) Le brassard est ensuite dégonflé à un taux de 2 à 3 mm Hg par battement de cœur. Le niveau de pression auquel le pouls de l'artère radiale revient est relevé et noté comme étant la tension artérielle systolique. Il est difficile de mesurer la tension artérielle systolique par palpation et cette méthode n'est généralement pas utilisée.

**3) Méthode auscultatoire**

Une fois que la tension artérielle systolique a été déterminée par la méthode palpatoire, la pression artérielle est mesurée par auscultation sur l'artère, à un point situé en dessous du brassard pneumatique qui a été maintenu sur le bras. L'artère est d'abord palpée, puis le pavillon du stéthoscope est appliqué légèrement mais fermement au-dessus de l'artère, de sorte à produire un contact hermétique à l'air. Le pavillon ne doit pas entrer en contact avec les vêtements du patient ni avec le brassard. Le brassard pneumatique est alors gonflé rapidement à environ 30 mm Hg au-dessus de la pression systolique préalablement déterminée par la méthode palpatoire. Le brassard est ensuite dégonflé à un taux de 2 à 3 mm Hg par battement de cœur. Tandis que le médecin observe le ménisque de la colonne de mercure (ou le pointeur anéroïde), la pression à laquelle le changement caractéristique des bruits de Korotkoff survient est notée. Selon le changement de la nature de ces bruits, les pressions artérielles *systolique* et *diastolique* sont déterminées.

**La tension artérielle systolique**

La pression à l'intérieur du brassard pneumatique indiquée par le niveau de la colonne de mercure (ou le pointeur anéroïde) au moment où les bruits de Korotkoff sont entendus pour la première fois représente la tension artérielle systolique. C'est le début de la Phase 1 qui commence avec des bruits faibles, clairs et répétitifs qui augmentent progressivement en intensité.

**La tension artérielle diastolique**

La pression à l'intérieur du brassard pneumatique indiquée par le niveau de la colonne de mercure (ou le pointeur anéroïde) au moment où les bruits de Korotkoff deviennent soudainement étouffés, représente la *première tension artérielle diastolique* (début de la Phase 4). La *second tension artérielle diastolique* est la pression à l'intérieur du brassard au moment où les bruits finissent par disparaître (début de la Phase 5).

**3 • Hrvatska • Hrvatski**

Naputak za uporabu

**TEHNIKE MJERENJA**

**1) Uporaba manžete za nadlaktnicu**

Mjerenje krvnog tlaka se obično vrši na rući pacijenta u sjedećem ili ležećem položaju. Liječnik treba postaviti svoj radii stol i stolica ili stol za pregled tako da *desna ruka* pacijenta uvijek i neminovno dostupna za mjerenje krvnog tlaka. Ruka treba biti malo odmaknuta od tijela, lako savijena i na glatkoj i čvrstoj podlozi. Arterija na kojoj se mjeri krvni tlak treba biti u ravniini sa srcem. *Nije potrebno da tlakomjer bude u istoj ravini sa srcem.*

Manžeta se treba dobro i ravnomjerno oviti oko nadlaktice desne ruke, ali bez previše stezanja. Donji rub manžete treba biti 2,5 cm iznad dijela u kome će biti smješten prijemnik stetoskopa.

**2) Palpatorna metoda**

Radijalni ili poplitealni puls se pregleda opiravajem te se bilježi broj i ritam otkucaja srca. Manžeta se zatim ispunjava zrakom do otprilike 30 mm Hg iznad tlaka gdje radijalni puls prestaje. (Kada je manžeta napuhnuta, ne smije se ispušiti niti pomaknuti s mjesta.) Zatim se zrak iz manžete postepeno ispušta brzinom od 2 do 3 mm Hg po otkucaju srca. Kada se ponovo počne osjećati puls u radijalnoj arteriji, tada se dobiva sistolički krvni tlak. Dijastolički krvni tlak je teško mjeriti palpacijom, te se obično ovom metodom i ne određuje.

**3) Auskultativna metoda**

Nakon što je sistolički krvni tlak određen palpatornom metodom, krvni tlak se potom određuje auskultacijom preko arterije na mjestu ispod manžete koja je ostala na rući. Prvo je arteriju potrebno oprati, a nakon toga prijemnik stetoskopa treba lagano pritisnuti na arteriju da bi se stvorilo nepropusljivo brtvlno za rak. Prijemnik stetoskopa ne smije doći u dodir niti s odjećom pacijenta niti sa manžetom. Zatim je potrebno manžetu brzo napuhnuti zrakom do oko 30 mm Hg iznad sistoličkog pritiska koji je prethodno određeno palpatornom metodom. Nakon toga se iz manžete postepeno ispušta zrak brzinom od 2 do 3 mm Hg po otkucaju srca. Dok liječnik prati brzinsko izmjenjivanje tlaka (ili kazaljku na metalnog tlakomjeru bez žive), uočava se tlak pri kojem se pojavljuju karakteristične promjene Korotkovejvih šumova. *Sistolički i dijastolički* krvni tlakovi se određuju prema promjeni kvalitete ovih šumova.

**Sistolički krvni tlak**

Tlak u manžeti indiciran nivoom žive u stubu tlakomjeru (ili kazaljkom metalnog tlakomjera), pri kojem se čuju prvi Korotkovejvi šumovi predstavlja sistolički tlak. Ovo je početak prve faze koja počinje s jedva primjetnim, jasnim i ritmičnim otkucajima ili jakim šumovima čiji se intenzitet postepeno povećavaju.

**Dijastolički krvni tlak**

Tlak u manžeti indiciran nivoom žive u stubu tlakomjera (ili kazaljkom metalnog tlakomjera) u trenutku kada šum iznenada postane prigušen, predstavlja *prvi dijastolički krvni tlak* (početak četvrtre faze). *Drugi dijastolički tlak* je tlak u manžeti kada svi šumovi napokon prestanu (početak pete faze).

**9 • Deutschland/Luxemburg • Deutsch**

Gebrauchsanweisung
**MESSVERFAHREN**
**1 – Anlegen der Manschette**
Die Arterienarterie wird im Allgemeinen am Arm des sitzenden oder liegenden Patienten gemessen. Der Arzt sollte seinen Tisch und Sessel bzw. den Untersuchungstisch so anordnen, dass der *rechte Arm* des Patienten stets unbekindert zur Blutdruckmessung bereit ist. Der Arm sollte vom Körper weggestreckt und leicht gebeugt sein und auf einer kalten, festen Unterlage aufliegen. Die Arterie, an der der Blutdruck gemessen wird, sollte auf Herzhöhe sein. Das Manometer *braucht hingegen nicht auf Herzhöhe zu sein.*

Die unaufgeblasene Manschette wird gleichmäßig und fest, aber ohne einzuengen, um den rechten Arm angelegt. Die untere Kante der Manschette sollte 2,5 cm oberhalb der Stelle sein, an der das Bruststück des Stethoskops aufgesetzt wird.

**2 – Palpation**

Der Radialis- oder Poplitealpus wird abgetastet und Frequenz und Rhythmus aufgezeichnet. Anschließend wird die Manschette auf ca. 30 mm Hg über dem Druck aufgeblasen, bei dem der Radialispuls verschwindet. (Wenn die Manschette aufgeblasen wird, sollte sie sich weder aufbauschen noch bewegen.) Der Manschettedruck wird anschließend von 2 bis 3 mm Hg pro Herzschlag abgelassen. Der Druck, bei dem der Puls in der Arteria radialis zurückkehrt, wird abgelesen und als systolischer Blutdruck aufgezeichnet. Der diastolische Blutdruck ist durch Palpation schwer zu messen und wird normalerweise nicht auf diese Weise bestimmt.

**3 – Auskultation**

Nach Bestimmung des systolischen Blutdrucks durch Palpation wird der Blutdruck durch Auskultation über der Arterie an einer Stelle unterhalb der auf dem Arm verbleibenden Manschette gemessen. Zunächst wird die Arterie abgeklopft, dann wird das Bruststück des Stethoskops leicht, aber dicht auf die Arterie gelegt, so dass eine luftdichte Verbindung entsteht. Das Bruststück darf weder die Kleidung des Patienten noch die Manschette berühren. Danach wird die Manschette rasch auf ca. 30 mm Hg über den zuvor durch Palpation bestimmten systolischen Druck aufgeblasen. Anschließend wird der Manschettedruck um 2 bis 3 mm Hg pro Herzschlag abgelassen. Während der Arzt den Meniskus der Quecksilbersäule (oder den Aneroïd-Zeiger) beobachtet, wird der Druck, bei dem die charakteristische Veränderung des Korotkoff-Tons stattfindet, festgehalten. Anhand der Veränderung der Qualität dieses Tons wird der *systolische und diastolische* Blutdruck bestimmt.

**Der systolische Blutdruck**

Der innerhalb der Manschette durch die Höhe der Quecksilbersäule (oder den Aneroïd-Zeiger) angezeigte Blutdruck zum Zeitpunkt der ersten Wahrnehmung des Korotkoff-Tons ist der systolische Blutdruck. Dies ist der Anfang der Phase 1, welche mit einem schwachen, jedoch klaren und rhythmischen Klopfen oder Hämmern beginnt, das allmählich an Intensität gewinnt.

**Der diastolische Blutdruck**

Der innerhalb der Manschette durch die Höhe der Quecksilbersäule (oder den Aneroïd-Zeiger) in dem Augenblick gemessene Blutdruck, in dem der Ton plötzlich dumpf wird, ist der *erste diastolische Druck* (Beginn der Phase 4). Der *zweite diastolische Druck* ist der Druck in der Manschette in dem Augenblick, in dem der Ton endgültig verschwindet (Beginn der Phase 5).

**4 • Česká Republika • Čeština**

Návod k použití

**TECHNIKA MĚŘENÍ**

**1) Aplikace kompresní manžety**

Měření tlaku se zpravidla provádí na paži, přičemž pacient sedí nebo leží. Lékař musí stát a ždílní nebo lehátko nastaví tak, aby byla k měření připravena vždy *pravá paže*. Paži je třeba odhnutou, mírně ohnout a opřít o hladký a pevný povrch. Tepna, na níž bude měřít tlak, musí být ve stejné výšce jako srdce. *Tonometr ve stejné výšce být nemusí.*

Vypuštěná kompresní manžeta se aplikuje na pravou paži – rovnoměrně a tak, aby dobře seděla, ale nesmí skrít. Dolní okraj manžety má být 2,5 cm nad umístěním stetoskopu.

**2) Palpační metoda**

Kontrolujte palpací radiální nebo popliteální tep, rychlost a rytmus. Poté nafoukněte kompresní manžetu na tlak asi o 30 mm Hg vyšší než tlak, při kterém zmizí radiální tep. (Jakmile je manžeta nafouknuta, neměla by se vyboulit ani posouvat.) Manžetu poté vypouštějte rychlostí 2) 3 mm Hg na srdeční úder. Zaznamenajte tlak, při kterém se tep v radiální tepě znovu objeví, a to jako systolický tepenný tlak. Diastolický tlak se palpací měří obtížně a zpravidla není touto metodou zjišťován.

**3) Poslechová metoda**

Pro stanovení systolického tlaku palpací stanovte krevní tlak poslechem na tepné pod kompresní manžetou, která zůstala na paži. Tepnu nejprve vyhledajte i poté zlehka aplikujte hlavici stetoskopu tak, aby dobře seděla a těsnila. Hlavice se nesmí dostat do kontaktu s kompresní manžetou ani obličejem pacienta. Poté nafoukněte kompresní manžetu na tlak asi o 30 mm Hg vyšší než systolický tlak dříve zjištěný palpací metodou. Manžetu poté vypouštějte rychlostí 2) 3 mm Hg na srdeční úder. Za sledování rtuťového sloupce (nebo ručičky tlakoměru), zaznamenajte tlak, při kterém se charakteristicky změní Korotkovovy ozvy. Ze změn v kvalitě ozvů se stanoví *systolický a diastolický* krvní tlak.

**Systolický tlak**
Tlak v kompresní manžetě signalizovaný rtuťovým sloupcem (nebo ručičkou tlakoměru) v okamžiku, kdy se poprvé objeví Korotkovovy ozvy, je systolický krevní tlak. To je počátek 1. fáze, která začíná slabým, jasným a rytmickým „tukáním“ nebo bušením, které postupně silní.

**Diastolický tlak**

Tlak v kompresní manžetě signalizovaný rtuťovým sloupcem (nebo ručičkou tlakoměru) v okamžiku, kdy se ozvy náhle ztlumí, je *první diastolický tlak* (počátek 4. fáze). *Druhý diastolický tlak* je tlak kompresní manžety, při němž zvuk definitivně vymizí (začátek 5. fáze).

**5 • Danmark • Dansk**

Brugsanvisning

**TEKNIK VED MÅLING**

**1) Anbringelse af trykmanchetten**

Krevittilak se zpravidla registreres almindeligvis i armen med patienten i en siddende eller tilbagelænet stilling. Lægen bør arrangere sit skrivebord samt stolen eller undersøgleslejet således at patientens *højre arm* altid er uvægerligt lagges frem til registrering af trykmanchetten. Armen bør være fort lidt ud til siden, let bøjet og understøttet af en glat, fast overflade. Den arterie, over hvilken blodtrykket skal registreres, bør være i niveau med hjertet. *Det er ikke nødvendigt, at manometret er i niveau med hjertet.*

Den tømte trykmanchet bringes ligeligt og tætsluttende, men uden strammng omkring den højre arm. Manchettens nedre kant bør være 2,5 cm over det punkt, hvor stetoskopets modtager skal placeres.

**2) Palpatorkiske metode**

Den radiale eller popliteale puls palpéres, og frekvensen og rytmen noteres. Trykmanchetten pustes derefter op til omkring 30 mm Hg over det tryk, hvor radialispulsen forsvinder. (Når manchetten er pustet op, må den hverken bule ud eller forskubbe sig.) Manchetten tømmes derefter med en hastighed på 2 til 3 mm Hg pr. hjerteslag. Trykniveauet, hvor pulsen i radialisarterien vender tilbage, noteres og registreres som det systoliske, arterielle blodtryk. Det diastoliske blodtryk er vanskeligt at måle ved palpation og bestemmes almindeligvis ikke ved denne metode.

**3) Auskultatoriske metode**

Efter at det systoliske blodtryk er bestemt ved den palpatorkiske metode, bestemmes blodtrykket derefter ved auskultation over artieren på et punkt under trykmanchetten, der er forblevet på armen. Først palpéres artieren, og derefter anbringes stetoskopets modtager let, men tætsluttende, for at frembringe en lufttæt forsegling. Modtageren må hverken komme i kontakt med patientens beklædning eller med trykmanchetten. Trykmanchetten pustes derefter hurtigt op til omkring 30 mm Hg over det systoliske tryk, der tidligere blev bestemt ved den palpatorkiske metode. Manchetten tømmes derefter med en hastighed på 2 til 3 mm Hg pr. hjerteslag. Mens lægen holder øje med kviksølvsløjens menisk (eller den aneroïde viser), noteres det tryk, hvor karakteristiske ændringer i Korotkoff-lydene bemærkes. Ud fra ændringerne i kvaliteten af disse lyde bestemmes det *systoliske og diastoliske* blodtryk.

**Det systoliske blodtryk**

Trykket inden for trykmanchetten indikeret ved niveauet i kviksølvsløjlen (eller den aneroïde viser) i det øjeblik, hvor Korotkoff-lyden først høres, repræsenterer det systoliske blodtryk. Dette er starten af fase 1, der begynder med svage, klare og rytmiske, bankende eller dunkende lyde, der gradvis øges i intensitet.

**Det diastoliske blodtryk**

Trykket inden for trykmanchetten indikeret ved niveauet i kviksølvsløjlen (eller den aneroïde viser) i det øjeblik, hvor lyden pludselig bliver dækket, repræsenterer det *første diastoliske tryk* (begyndelsen af fase 4). *Det andet diastoliske tryk* er trykket inden for trykmanchetten i det øjeblik, hvor lydene forsvinder endeligt (begyndelsen af fase 5).

**6 • Eesti • Eesti Keel**

Kasutusjuhised

**MÕÕTMISTEHNIIKA**

**1) Manseti kolahasetamine**

Vererõhku mõõdetakse tavaliselt õlavarelt ja mõõtmise ajal patsient istub või on pikali. Arst peab oma laua ja tooli või üritungula paigutama nii, et vererõhu mõõtmiseks eranditult alati kättesaadav patsiendi *parempoolse õlavare*. Käsi peab oema kehast eemal, kergelt painutatud ja toetuma siledale ning tugevale pinnale. Arter, mille kohalt vererõhku mõõdetakse, peab paiknema südamega samal tasandil. *Manomõõteri ei pea paiknema südameatasandil.*

Õhust tühjakslastud mansetti tuleb asetada ühtlaselt ja liubavalt, kuid pitsitamata, ümber parema õlavare. Manseti alumine serv peab asuma 2,5 cm kõrgemal punktist, kuhu asetatakse stetoskoobi otsik.

**2) Palpeerimismeetod**

Palpeeritakse radiaalipuls või pulss põlveõndlas ja märgitakse üles pulsiaegused ning rütm. Seejärel pumbatakse mansett täis rõhuni, mis on ligikaudu 30 mmHg kõrgem rõhust, mille juures radiaalipuls kaob. (Kui mansett on täispuhutud, ei tohi see kummuda ega kohalt liukuda.) Seejärel lastakse mansett õhust tühjaks kiirusega 2-3 mmHg südamelöögi kohta. Rõhuniat, mille juures ilmnevad jälle radiaalipulsilöögid, märgitakse üles süstoolse arteriaalse vererõhuna. Diastoolset vererõhku on raske palpeerides mõõta ja seda ei määratleta tavaliselt selle meetodi abil.

**3) Auskultatsioonimeetod**

Pirast seda, kui süstoolne vererõhk on palpeerimismeetodil kindlaks tehtud, tehakse vererõhk kindlaks ka stetoskoobi abil, asetades stetoskoobi otsiku arterile punktile, mis on õlavare ümber oleva manseti all. Esmalt palpeeritakse arter ja seejärel asetatakse stetoskoobi otsik arterile kergelt, kuid liubavalt, et tekitada õhukindlat ühendust. Stetoskoobi otsik ei too puutada vastu patsiendi riideid ega mansetti. Seejärel pumbatakse mansett täis rõhuni, mis on ligikaudu 30 mmHg kõrgem süstoolsest rõhust, mis sai eelnevalt määratletud palpeerimismeetodil. Seejärel lastakse mansett õhust tühjaks kiirusega 2-3 mmHg südamelöögi kohta. Arst jälgib elavhõbedasamba ülemist pinda (või aneroidosuti) ja üles märgitakse rõhk, mille juures tekib muutus Korotkoffi toonide. Nende toonide kvaliteedit muutuste alusel määratakse *süstoolne ja diastoolne* bloddruk.

**Süstoolne vererõhk**

Mansetis olev rõhk, millele elavhõbedasamba tasand (või aneroidosuti) osutab hetkel, mil Korotkoffi toonid esimesena kuuluvad on, on süstoolne vererõhk. See on 1. faasi algus, mis algab nõrga, selge ja rütmilise koputusena või tümpsuvalte toonidena, mille intensiivsus järk-järgult suureneb.

**Diastoolne vererõhk**

<p><b>13</b> • <b>Éire</b> • <b>Gaeilge</b></p>	<p><b>14</b> • <b>Italia</b> • <b>Italiano</b></p>	<p><b>15</b> • <b>Latvija</b> • <b>Latviešu</b></p>	<p><b>16</b> • <b>Lietuva</b> • <b>Lietuvių Kalba</b></p>	<p><b>17</b> • <b>Malta</b> • <b>Malti</b></p>	<p><b>18</b> • <b>Norge</b> • <b>Norsk</b></p>	<p><b>19</b> • <b>Polska</b> • <b>Język Polski</b></p>	<p><b>20</b> • <b>Portugal</b> • <b>Português</b></p>
---	--	---	---	--	--	--	---

Teoracha maidir lena Úsáid

**TEICNICÍ TOIMHÁIS**

1 – **A cufa combhrú** a chur i bhfearas

Is ghléas í ar an goid mairbh den ghéag a thomhaistear an brí fola agus is ina shuí nó ina lúf a bhíonn an t-ohar lena linn. Ba cheart don dochtúir a dheas agus a chathair nó a bhord scríodáiche a chur i dreo ionsaí gur **f** *an ghéag dheas* a shinteir chuige i gceán chun an brí fola a thomhas. Ba cheart an ghéag a thógáil, í a acld beagán, agus féachaint chuige go nbiomh taos mín daingean fíúthi. Ba cheart go mbeadh an t-artaire, ar a ceo a chionn a thomhaistear an brí fola, ar son leibhéal leis an gceol. *Ní gá go mbeadh an mainneádear ar aon leibhéal leis an gceol.*

Cúirtear an cufa combhrú traioite thart ar an ghéag dheas go cothrom seascar, ach ní bíodh sé ré-théann. Íl bhorla éicneáil focharach an chufa a bheith 2.5 cm taobh thuas den áit ar a leagfar glacadóir an steiteascóip.

2 – **Modh Láimhsithe**

Déantar an chúise ghaithach nó an chúise íosaiceadach a láimhsú agus glactar nóid de ráta agus rithim na cúise. Déantar an cufa combhrú a théannadh ansin go thart ar 30 mm Hg nóis airde ná an brú nua i-míonn an chúise ghaithach as. (Nuair a dhéantar an cufa a théannadh, níor cheart go dtiocfaidh boiscé air nó go mbeogaí as a áit é.) Déantar an cufa a throadheathú ansin ag ráta 2 go 3 mm Hg i ghaithch gan buille den chóir. Déantar leibhéal an bhrí nua a bhílléamh buille na cúise san artaire gathach a nóid agus a tháifeadadh mar is ar an gcúise seo a thomhaistear an brí fola agus an t-úsáid. Bíom an brí fola diastólach deacair a thomhas le modh an láimhsithe agus ní ar an dóigh seo a thomhaistear é, de ghnáth.

3 – **Modh Éiteach**

Tar éis an brí fola síostólach a thomhas ar an modh láimhsithe, déantar an brí fola a dhearbú ansin trí éiteascas os cionn an artaire ag pointe fola bhun an chufa combhrú (bíonn sé fós ar an ngéag mar a raibh sé). Déantar an t-artaire a láimhsú i dtús báire, agus ansin leagtar glacadóir an steiteascóip go héadrom ach go réidh seascar anuas air chun séala aerdhíonach a chruthú. Níor cheart go mbeainfeadh an glacadóir le héadach an othair ná leis an geua combhrú. Déantar an cufa combhrú a théannadh fola luas ansin go thart ar 30 mm Hg nóis airde ná an brí síostólach mar a bhí nuair a thomhaishead roimhe sin é ar an modh láimhsithe. Déantar an cufa a throadheathú ansin ag ráta 2 go 3 mm Hg in aghaidh gach buille den chóir. Agus an dochtóir ag faire ar mheinisceas chúlón an mhearcair (nó an phointeoir anaróidigh), déantar an brú ag a dtarlaíonn sainthruithe ar fuaimneanna Korotkoff a nóitáil. Is é de thoradh na n-athruithe ar cháiliócht na bhfuaimneanna seo a aimsítear an brí fola *síostólach* agus *diastólach*.

**An brí fola síostólach**

Is ionann an brí taobh istigh den chufa combhrú a léirítear trí leibhéal chúlón an mhearcair (nó an phointeora anaróidigh) agus an nóiméad a chloisítear na fuaimneanna Korotkoff don eadad uair, agus an brí fola síostólach. Is é seo tús Fázi 1, céim a thosaíonn le fuaimneán buíll – iad lag, soléir agus rithimíúil – fuaimneanna a tháinig i ndéine de réir a chéile.

**An brí fola diastólach**

Is ionann an brí taobh istigh den chufa combhrú a léirítear trí leibhéal chúlón an mhearcair (nó an phointeora anaróidigh) agus an nóiméad a éiríonn an fluaim plúicta go tobann, agus an *chéad bhrí fola diastólach* (tús Céim 4). *Is é an dara brí diastólach* ná an brí taobh istigh den chufa combhrú agus an nóiméad a imíonn na fuaimneanna as ar fad (tús Céim 5).

<p><b>21</b> • <b>România</b> • <b>Română</b></p>	<p><b>22</b> • <b>Ср̀п̀и́ја /Srbija</b> • <b>Српски/srpski</b></p>	<p><b>23</b> • <b>Slovensko</b> • <b>Slovenčina</b></p>	<p><b>24</b> • <b>Slovenija</b> • <b>Slovensščina</b></p>	<p><b>25</b> • <b>España</b> • <b>Español/Castellano</b></p>	<p><b>26</b> • <b>Sverige</b> • <b>Svenska</b></p>	<p><b>27</b> • <b>Nederland</b> • <b>Nederlands</b></p>	<p><b>28</b> • <b>Türkiye</b> • <b>Türkçe</b></p>
---	--	---	---	--	--	---	---

Instrucțiuni de utilizare

**TEHNICA DE MĂSURARE**

1) **Aplicarea manșonului de compresie**

Tensiunea arterială se măsoară în general din braț cu pacientul în poziție așezat sau culcat. Medicul trebuie să-și aranjeze biroul și scaunul sau masa de examinare astfel încât *brațul drept* al pacientului să poată fi întoarcerea și inevitabil prezent pentru măsurarea tensiunii arteriale. Brațul trebuie îndepărtat de corp, îndoit ușor și sprijinit pe o suprafață netedă și stabilă. Artera din care se măsură tensiunea arterială trebuie să fie la același nivel cu inima. *Nu este necesar ca manometrul să se aște la nivelul inimii.*

Manșonul de compresie degonflat se aplică uniform și fix, dar fără a strânge. În jurul brațului drept, Marginea inferioară a manșonului trebuie să se afle cu 2,5 cm deasupra punctului în care va fi plasat receptorul stetoscopului.

2) **Metoda de palpare**

Se palpează pulsul radial sau popliteu și se notează frecvența și ritmul. Manșonul de compresie este apoi gonflat la aproximativ 30 mm Hg peste tensiunea la care dispare pulsul radial. (Când manșonul este gonflat, acesta nu trebuie să prezinte umflături sau să se deplaseze.) Manșonul este apoi degonflat la o rată de 2 și 3 mm Hg per contracție cardiacă. Nivelul tensiunii la care pulsul din artera radială revine este notat și înregistrat ca tensiune arterială sistolică. Tensiunea arterială diastolică este dificil de măsurat prin palpare și nu este în general determinată prin această metodă.

3) **Metoda de auscultare**

După măsurarea tensiunii arteriale sistolice prin metoda de palpare, tensiunea arterială este apoi determinată prin auscultare de a-lungul arterei într-un punct de sub manșonul de compresie care a rămas pe braț. Artera este mai întâi palpată, ar apoi receptorul stetoscopului se aplică ușor, dar fix, peste acest punct pentru a asigura o contactare a aer completă. Receptorul nu trebuie să intre în contact cu îmbrăcămintea pacientului sau cu manșonul de compresie. Manșonul de compresie este apoi gonflat rapid până la aproximativ 30 mm Hg peste tensiunea arterială sistolică determinată anterior prin metoda de palpare. Manșonul este apoi degonflat la o rată de 2 și 3 mm Hg per contracție cardiacă. În timp ce medicul urmărește tensiunea coloanei de mercur (sau indicatorul aneroid), se notează când tensiunea la care se produc modificările caracteristice ale sunetelor Korotkoff. Pe baza modificărilor calității acestor sunete, se determină tensiunea arterială *sistolică* și *diastolică*.

**Tensiunea arterială sistolică**

Tensiunea arterială din interiorul manșonului de compresie indicată de nivelul coloanei de mercur (sau de indicatorul aneroid) în momentul emiterii pentru prima dată a sunetelor Korotkoff reprezintă tensiunea arterială sistolică (maximală). Acesta este începutul Fazei 1 care se declanșează prin sunete de lovituri ușoare sau zgornete înăbușite slabe, clare și ritmice care cresc gradat în intensitate.

**Tensiunea arterială diastolică**

Tensiunea arterială din interiorul manșonului de compresie indicată de nivelul coloanei de mercur (sau de indicatorul aneroid) în momentul în care sunetul devine brusc înăbușit reprezintă *prima tensiune arterială diastolică (minimă)* (începutul Fazei 4). *Cea de-a doua tensiune arterială diastolică* este tensiunea din interiorul manșonului de compresie în momentul în care sunetele dispar cu totul (începutul Fazei 5).

Lietošana instrukcija

**MĒRĪŠANĀS METODIKA**

1) **Kompresijas manšetes uzlikšana**

Ar presēšanas aparātu mēra uz augšdelma, pacientam sēžot vai esot pieaugušs. Ārstam savu galdu un krēslu vai izmeklēšanas galdu vajadzētu iekārtot tā, lai pacients asinsspiediena mērīšanai vienmēr neizbēgami *sluobo* laktā. Rokai jābūt atvirzītai no ķermeņa, viegli saliekta un atbalstīta uz gludas, stingras virsmas. Artērijai, uz kuras tiks mērīts asinsspiediens, jābūt sirds līmenī. *Manometram nav obligāti jābūt sirds līmenī.*

Kompresijas manšete, no kuras izlaista gaiss, līdzeni ir pieguļoši jāpieliek ar labo roku, tālāks nespējot. Manšetes zemkājai malai vajadzētu atrasties 2,5 cm virs vietas, kur tiks pielikta stetoskopa uzvērējplūte.

2) **Palpācija**

Palpē radiālo vai paaeles pulsū un atzīmē tā ātrumu un ritmu. Pēc tam kompresijas manšeti piepūš apmēram līdz 30 mm Hg virs tā spiediena, kurā radiālais pulss pazūd. (Piepūš manšeti nedrīkst pārdiētīs nelīdzenu, un tā nedrīkst pārvietoties.) Pēc tam no manšetes tiek izlaists gaiss ar ātrumu 2 līdz 3 mm Hg uz vienu sirdspukstu. Atzīmē, kādā spiediena līmenī pulss radijālajā artērijā atjaunojas, un to reģistrē kā sistolisko arteriālo asinsspiedieni. Diastolisko asinsspiedienu mēir ar palpāciju ir grūti, un parasti ar šo metodi to nenoteic.

3) **Auskultācija**

Kad ar palpāciju noteikts sistoliskais asinsspiediens, asinsspiedienu noteic ar auskultāciju virs artērijas zem kompresijas manšetes, kas atstāta uz rokas. Vispirms artēriju palpē, un pēc tam uz tās viegli, taču pieguļoši (lai rastos hermētisks slēgums) uzliek stetoskopa uzvērējplūti. Pilnvne nedrīkst saskarties ne ar pacienta drēbēm, ne ar kompresijas manšeti. Pēc tam kompresijas manšeti ātri piepūš apmēram līdz 30 mm Hg virs sistoliskā spiediena līmeņa, ko iepriekš konstatēja ar palpāciju. Pēc tam no manšetes izlaiž gaisu ar ātrumu 2 līdz 3 mm Hg uz vienu sirdspukstu. Kamēr ārstš vēro dzīvšdabā stabili (vai aneroīda barometra butiņa), tiek reģistrēts, kādā spiedienā notiek raksturīgās Korotkova skaņu pārmājas. Pēc šīm skaņu kvalitātes pārmaiņām noteic *sistolisko un diastolisko asinsspiedienu.*

**Sistoliskais asinsspiediens**

Sistoliskais asinsspiediens ir tas spiediens kompresijas manšetē, ko dzīvšdabā stabīgi (vai aneroīda barometra butiņa) norāda brīdī, kad pirmo reizi saskaļausmas Korotkova skaņas. Tas ir 1. fāzes sākmūs, kas sākas ar vāju, skaidru un ritmisku klauvēšanu vai pukstiem, kuru intensitāte pakāpeniski rāpās.

**Diastoliskais asinsspiediens**

*Pirmās diastoliskās spiediens* (4. fāzes sākmua) ir tas spiediens kompresijas manšetē, ko dzīvšdabā stabīgi (vai aneroīda barometra butiņa) norāda brīdī, kad skaņa pēkšņi kļūst slāpsta.

*Otrās diastoliskās spiediens* ir spiediens kompresijas manšetē tajā brīdī, kad skaņas beidzot pazūd (5. fāzes sākmūs).

Slēgis uzspaudziamosje manžetēje, kurj rodo gysvidabrio stulpeļio aukštis (arba aneroīdo rodykle) tuo momento, kai pasigirsta Korotkovo garsai, yra sistoliss kraupšpūdis. Tai – 1 fāzes pradžia; yra fāzes prasieda silpnāis, aiskāiss ir ritmiskāis barbenimā ar dūsius dūžius pirmānenāizāis garsais, kuris palāipsnūti stiprēja.

Slēgis uzspaudziamosje manžetēje, kurj rodo gysvidabrio stulpeļio aukštis (arba aneroīdo rodykle) tuo momento, kai garsas staiga nuslopta, yra *pirmās diastoliss kraupšpūdis* (4 fāzes pradžia). *Antrāiss diastoliss kraupšpūdis* – tai slēgis uzspaudziamosje manžetēje tuo momento, kai garsai visāikkāi išnyksta (5 fāzes pradžia).

<p><b>21</b> • <b>România</b> • <b>Română</b></p>	<p><b>22</b> • <b>Ср̀п̀и́ја /Srbija</b> • <b>Српски/srpski</b></p>	<p><b>23</b> • <b>Slovensko</b> • <b>Slovenčina</b></p>	<p><b>24</b> • <b>Slovenija</b> • <b>Slovensščina</b></p>	<p><b>25</b> • <b>España</b> • <b>Español/Castellano</b></p>	<p><b>26</b> • <b>Sverige</b> • <b>Svenska</b></p>	<p><b>27</b> • <b>Nederland</b> • <b>Nederlands</b></p>	<p><b>28</b> • <b>Türkiye</b> • <b>Türkçe</b></p>
---	--	---	---	--	--	---	---

Návod na použitie

**TEHNIKA MERANJA**

1) **Naměstitev kompresijske manšete**

Krvni tlak se zvičajne merja v ramene, keď pacient sedí alebo leží. Zdravnik naj svojo mru v stol ali preiskovalno mizo postavi tako, da je bolnikova *desna* ruka vedno na razpolago za merjenje krvnega tlaka. Roka mora biti iztegnjena, rahlo upognjena. Podpirati jo mora gladka in tiva površina. Arterija, prek katere se bo meril krvni tlak, naj bo v višini srca. *Ni treba, da je manometer v višini srca.*

Prazna kompresijska manšeta se namesti enakomerno in udobno, vendar brez stiskanja okrog desne roke. Spodnji rok manšete naj bo 2,5 cm nad točko, na katero boste postavili sprejemnik stetoskopa.

2) **Metoda s palpācio**

Nahmatā sa radiālājī alebo popliteālājī pulzā zāznamajā sa srodovā frekvencia rāytums. Kompresnā manžeta je potom nafūktāta o približni 30 mmHg nad tlakū, pri ktorom radiālājī pulzā zmizne. (Keč je manžeta nafūktāta, nemala by sa vydvātāt/āni posīvāt). Manžeta sa potom sfūkje rīchlostū 2 až 3 mmHg na jeden pulz. Hladina tlaka, pri ktorej sa pulz v radiālējī artērijī obnovi, sa pozncā a je zāznamajānā oā systolickējī artēriālājī krvnējī tlak. Diastolickējī krvnējī tlak je fāžkē merāt' hmatat a zvičajne sa tūto metodūn nezisťuje.

3) **Posluchovā metodā**

Po zistení systolického krvného tlaku palpācnou metódou sa ďalej krvný tlak zisťuje posluchovou metódou na tepne v bode pod kompresnou manžetou, ktorá zostane na ramene. Tepna je najprv nahmataná, a slúchadlo stetoskopu je na ňu fňahka, no pevne prilžené, a udobno namiestnené sprejemník stetoskopa, da ustvarie tesnenie, neprehodno za zrak. Sprejemník ne sme biti v styku z bolnikovými obľáčiami lí s kompresjio manšeto. Nato kompresjio manšeto hitro naplnite za približno 30 mmHg več od systolického tlaku, ki ste ga prej došloz o približne 30 mmHg nad systolický tlak, ktorý už bol zistený palpācnou metódou. Manžeta sa potom sfukuje rīchlostū 2 až 3 mmHg na jeden pulz. Zatiaľ ňo lekār sleduje vrchol ortuťového stlpa (alebo ručičku aneroidu), zāznamā sa tlak, pri ktorom vznikājū charakteristickē zmeny Korotkovových zvukov. *Systolickē a diastolickē krvnējī tlak* je zistený podľa zmien v kvalite týchto zvukov.

**Systolický krvný tlak**

Tlak v kompresnej manžete indikovaný hladinou ortuťového stlpa (alebo ručičkou aneroidu) v okamihu prvého začutia Korotkovových zvukov predstavuje systolický krvný tlak. Toto je začiatok fázy 1, ktorá sa začína slabými, jasnými a rytmickými zvukmi klepotu alebo buchotí, ktoré sa postupne zosilňujú.

Tlak v kompresnej manžete indikovaný hladinou ortuťového stlpa (alebo ručičkou aneroidu) v okamihu, keď zvuk náhle začne byť tmeňy, predstavuje *prvý diastolický tlak* (začiatok fázy 4). *Druhý diastolický tlak* je tlak v kompresnej manžete v trenutku, ko zvoki dokončo nezignie (začetek 5. faze).

Naudojimo instrukcijas

**MATAVIMO BŪDAS**

1) **Uzspaudziamosje manžetēs uzdeģimas**

Ar presēšanas aparātu mēra uz augšdelma, pacientam sēžot vai esot pieaugušs. Ārstam savu galdu un krēslu vai izmeklēšanas galdu vajadzētu iekārtot tā, lai pacients asinsspiediena mērīšanai vienmēr neizbēgami *biepētāli* slāpēt. Rokai jābūt atvirzītai no ķermeņa, viegli saliekta un atbalstīta uz gludas, stingras virsmas. Artērijai, uz kuras tiks mērīts asinsspiediens, jābūt sirds līmenī. *Manometram nav obligāti jābūt sirds līmenī.*

Kompresijas manšete, is kuras izleistas oras, uzdedātam arī definēs rankos toļygiāri ir glaudzāji, tačūau nesverzātin. Apatiniss manšetes krasāras turi bōti 2,5 cm virš tos vietas, prie kuras bus priglaudzāma stetoskopu galvute.

2) **Palpācijas metodas**

Apčūipiāmas radiālāiss arba pakinklāiss artērijos pulsas, uzspūdziamos dažniss ir ritmas. Tada uzvēržiamoj manžetē pripūdziamā tik, kad slēģis būtu mažādaug 30 mm Hg aukštēss uz slēģi kuriam esant išnyksta radiālāiss artērijos pulsas. (Pripūdziamoj manžetē, ji neturi išpūstīti ar pasinklītājū.) Paskūi is manžetes leidziamas oras – po 2–3 mm Hg sulģ kiekvienū širdspūkstū. Uzřikšojamos slēģis, kuriam esant vel pajaučiamas radiālāiss artērijos pulsas, ir šis dydis užřikšojamos kaip sistoliss artērijos kraupšpūdis. Diastoliss kraupšpūdis sunko išmatuojū palpācijas būdu, todēl jam išmatuojū šis metodas paprastai netakomas.

3) **Auskultācijas metodas**

Palpācijas metodu išmatavj sistolājī kraupšpūdj, kraupšpūdis matuojāmas auskultācijas būdu ties artērija taške, esānciamē žemāu uzspaudziamos manžetes, kurj lieka užmataut anr rankos. Pirmāusia apčūipiāma artērija, paskūi prie tos vietus nespīriai, tačūau glaudzāji, pripūdziamā stetoskopu galvute, kad tarp galvutes ir odo neliktū oro. Galvute neturi liestis nei su pacientu drabuzāiss, nei su uzspaudziamāja manžete. Tada uzspūdziamoj manžetē labai greitai pripūdziamā, kad slēģis mažādaug 30 mm Hg viršūjū sistolājī kraupšpūdj, jau prie tam išmatuojū palpācijas metodu. Paskūi is manžetes leidziamas oras – po 2–3 mm Hg sulģ kiekvienū širdspūdstū. Gydojotiss stēbi išģaibusj gysvidabrio slēģio dūžius. Gydojotiss artēriju Korotkovo garsū pōcājiā. Remianis šjū garsū pōdbūzjō pōcājiāss nustatomas *sistoliss ir diastoliss kraupšpūdis.*

**Sistoliss kraupšpūdis**

Slēģis uzspaudziamosje manžetēje, kurj rodo gysvidabrio stulpeļio aukštis (arba aneroīdo rodykle) tuo momento, kai pasigirsta Korotkovo garsai, yra sistoliss kraupšpūdis. Tai – 1 fāzes pradžia; yra fāzes prasieda silpnāis, aiskāiss ir ritmiskāis barbenimā ar dūsius dūžius pirmānenāizāis garsais, kuris palāipsnūti stiprēja.

**Diastoliss kraupšpūdis**

Slēgis uzspaudziamosje manžetēje, kurj rodo gysvidabrio stulpeļio aukštis (arba aneroīdo rodykle) tuo momento, kai garsas staiga nuslopta, yra *pirmās diastoliss kraupšpūdis* (4 fāzes pradžia). *Antrāiss diastoliss kraupšpūdis* – tai slēgis uzspaudziamosje manžetēje tuo momento, kai garsai visāikkāi išnyksta (5 fāzes pradžia).

Struzzjonijet għall-Użu

**TEKNIKA GĦAL JEJLI**

1) **Applikazzjoni tal-*compression cuff***

L-*compression cuff* taddem generalment tigi kalkkulara mid-driegħ bil-paġant jirregolajha jew l-prozzjoni minidmola. L-tabb jgħandju birringa l-bank u-siġġu jew il-medja ta' l-*examinazzjoni biex il-driegħ il-limni tal-paġant ikun dejjem u inevitabilmente ippressat għal jeff tal-pressjoni tad-dem. Id-driegħ għandu jinqaħad, jinfletta fil w-ku jgħopqogħ fuq mekġ lixx u sod. L-arterja li fuqha ser tkun imkeġja l-pressjoni tad-dem għandha tkun fl-livell mal-qab. *Mħux meħtieġ li l-manometru jkun mal-livell tal-qab.**

Il-*compression cuff* immettż jgħ applikat b'mod ugħwali u komdu, mingħajr ma jkun restrittiv, mdwar id-driegħ tal-limn. It-tarf l-isfel tal-*cuff* għandu jkun 2,5 cm 'il fuq mill-punt fejn se jipgogħa r-riċevutur ta' l-istetoskopju.

2) **Metodu tal-Taġġifs**

Il-polz radjalj jgħ popliteali hu magħfus u r-rata u r-ritmu huma nnutati. Il-*compression cuff* jinfetħ sa mdwar 30 mm Hg 'il fuq mill-pressjoni li fuq il-polz radjalj jiparixxi. (Meta l-*cuff* jinfetħ, dan m'għandux issir bħal boċċa jgħ jicċaqalq. Il-*cuff* wara jgħimmett b'rata ta' 2 sa 3 mm Hg għal kul tabħta tal-qab. Il-livell tal-pressjoni fi l-fil l-polz fl-arterja radjalj jirritorna huma nutat u mkeġja bħala l-pressjoni sistolika artērijal tad-dem. Il-pressjoni diastolika tad-dem hi diffiċli li tikejjeġ bil-taġġifs u generalment m'għid determinata b'dan il-mod.

3) **Metodu Awskultatorju**

Wara li l-pressjoni sistolika tad-dem tkun giet iddeterminata bil-metodu tal-taġġifs, il-pressjoni tad-dem hi stabilizzata b'awskulazzjoni fuq l-arterja f'punt taħt il-*compression cuff*, li jibqgħ fuq id-driegħ. L-arterja l-ewwel tigi magħfusa, u wara r-riċevutur ta' l-istetoskopju hu applikat b'leggerezza imma b'mod komdu fuqha biex jinholoq sigill li minni ma tgħaddix arja. Ir-riċevitur m'għandux jigi l'kuntatt mal-*hwejġ tal-paġant* u lanqas mal-*compression cuff*. Wara il-*compression cuff* jinfetħ lanqas sa mdwar 30 mm Hg fuq il-pressjoni sistolika kif stabilitt minn qabel bil-metodu tal-taġġifs. Il-*cuff* jgħimmett b'rata ta' 2 sa 3 mm Hg għal kul tabħta tal-qab. Waq li t-tabb ikun qed josserva l-meniskus tal-kolonna tal-merkurju (jew l-*aneroīd pointer*), il-pressjoni li fuqha jseħhu l-bidliet karatteristiki fil-hwejjes Korotkoff tigi nutata. Mill-bidliet fil-kwalità ta' dawn il-hwejjes, tigi stabilizzata l-pressjoni *sistolika u diastolika* tad-dem.

**Il-pessjoni sistolika tad-dem**

Il-pessjoni fil-*hdan il-compression cuff* indikata mil-livell tal-kolonna tal-merkurju (jew l-*aneroīd pointer*) fil-mument li jinstemgħu l-ewwel hwejjes Korotkoff, tirrappreżenta l-pessjoni sistolika tad-dem. Din hija l-bidu tal-Fazi 1 li tbdā bil-hwejjes, b'libbji, carri, u ritmiċi ta' "tappit jew tabbit li gradwalment jiddu fl-intensità.

**Il-pessjoni diastolika tad-dem**

Il-pessjoni fil-*hdan il-compression cuff* indikata mil-livell tal-kolonna tal-merkurju (jew l-*aneroīd pointer*) fil-mument li l-hwejjes na jibqgħux carri, tirrappreżenta l-*ewwel pressjoni diastolika* (bidu ta' Fazi 4). *It-tieni pressjoni diastolika* hija l-pessjoni fil-*hdan il-compression cuff* fil-mument li l-hwejjes jispicew (bidu ta' Fazi 5).

<p><b>21</b> • <b>España</b> • <b>Español/Castellano</b></p>	<p><b>22</b> • <b>Sverige</b> • <b>Svenska</b></p>	<p><b>23</b> • <b>Nederland</b> • <b>Nederlands</b></p>	<p><b>24</b> • <b>Türkiye</b> • <b>Türkçe</b></p>
--	--	---	---

Instrucciones de uso

**TECNICA DE MEDICIÓN**

1) **Aplicación del brazalete de compresión**

Krvni tlak se zvičajne merja v ramene, keď pacient sediteno o o posición recostada. El médico deberá organizar su mesa y silla o la cama de forma que sea el *braco derecho* el que está colocado siempre y de forma inevitable para la medición de la presión arterial. El brazo deberá estar separado del cuerpo, ligeramente flexionado y apoyado sobre una superficie suave y firme. La arteria sobre la cual debe medirse la presión arterial deberá estar al mismo nivel que el corazón. *No es necesario que el manómetro se encuentre al mismo nivel que el corazón.*

El brazalete de compresión se coloca desinflado de forma uniforme y ajustado, pero sin apretar, alrededor del brazo derecho. El borde inferior del brazalete debe quedar 2,5 cm por encima del punto en el que debe colocarse el receptor del estetoscopio.

2) **Método mediante palpación**

Se palpa el pulso radial o popliteal y se observa la frecuencia y el ritmo. A continuación se infla el brazalete de compresión hasta alcanzar aproximadamente 30 mm Hg, por encima de cuya presión desaparece el pulso radial. (Cuando el brazalete está inflado, no debería moverse o tener protuberancias.) Seguidamente, el brazalete se desinfla a una velocidad de 2 a 3 mm Hg por latido del corazón. Se observa el nivel de presión a la que vuelve el pulso en la arteria radial y se registra como presión arterial sistólica. Resulta difícil medir la presión arterial diastólica mediante palpaciones y por lo general no se determina siguiendo este método.

3) **Método de auscultación**

Una vez que se ha determinado la presión arterial sistólica mediante el método de palpación, se determina cuál es la presión arterial mediante la auscultación de la arteria en un