

Greining, meðferð og eftirlit háþrýstings

Rafn
Benediktsson

Höfundur er prófessor,
læknadeild Háskóla
Íslands, innkirtla- og
efnaskiptasjúkdómadeild
Landspítala

rafn@hi.is



Háþrýstingur er sterkur áhættuþáttur nýrna-, heila- og hjartasjúkdóma og er talinn eitt af stærri heilbrigðisvandamálum vestrænna þjóða. Háþrýstingur er af mörgum talinn vangreindur og slæga meðhöndlaður með tilheyrandi afleiðingum. Háþrýstingur fylgir gjarnan öðrum kvillum sem með réttu eða röngu eru taldir til lífsstílsvandamála, svo sem offitu og sykursýki. Því þarf sífellt stærri hópur meðhöndlun og kostnaður við heilbrigðisþjónustu vegna háþrýstings fer hratt vaxandi í flestum vestrænum löndum. Kostnaðurinn eykst vegna tækniframfara og aukins frambóðs á lyfjum, öðrum vörum og þjónustu, en aukinn kostnað má einnig rekja til þeirrar eðlilegu óskar hvers einstaklings, að hans meðferð og þjónusta sé nútímaleg og sú besta mögulega á hverjum tíma. Undir þessar óskir og væntingar er tekið í íslenskri löggjöf um réttindi sjúklinga.

En hvað er til ráða? Þó það hljómi mót-sagnakennt er ein möguleg lausn sú að auka aðgengi að tækni sem hingað til hefur verið fremur dýr og kallast ferliþrýstingsmæling (*ambulatory blood pressure monitoring*). Þessi tækni felur í sér sjálfvirka mælingu á blóðþrýstingi á um 30 mínútna fresti í sólarhring í venjulegu umhverfi viðkomandi. Alkunna er að um fimmtungur fólks hefur falska hækkun á blóðþrýstingi (*white coat hypertension*) í nálægð heilbrigðisstarfsmanns og nokkru lægra hlutfall falskt lágan blóðþrýsting (*masked hypertension*). Með ferliþrýstingsmælingu fæst því með skjótum hætti nákvæmari mynd en ella af raunverulegu blóðþrýstingsálagi. Það hefur sýnt sig að niðurstöðurnar sem fást með þessum aðferðum hafa miklu betri samsvörun við endapunkta eða fylgikvilla háþrýstings heldur en hefðbundnar stofu-

mælingar. Þessi aðferð gefur einnig kost á mun meira öryggi (nákvæmni) í greiningu háþrýstings og þar með skynsamlegri nýtingu lyfja en annars væri.

Þessi tækni er reyndar meira en 20 ára gömul, en hefur ekki orðið eins útbreidd og búast mátti við í upphafi. Það snýst um kostnað en líka það að þær íhlutunnarrannsóknir sem liggja til grundvallar háþrýstingsmeðferð byggja á hefðbundnu líkani stofulækninga. Það urðu þó vatnaskil í sögu þessarar tækni í ágúst 2011 þegar nýjar breskar leiðbeiningar um greiningu og meðferð háþrýstings litu dagsins ljós.¹ Þarna var í fyrsta sinn mælt með því að allir sem greindust með háþrýsting á stofu læknis, fengju það staðfest með ferliþrýstingsmælingu. Helstu rökin voru þau að aukin nákvæmni í greiningu minnkaði lyfjakostnaður. Þessi ráðlegging er þó umdeild og ljóst er að breska heilsuhagfræði er ekki hægt að yfirfæra beint til annarra landa.

Hvernig er þessum málum háttað hér? Staðreyndin er sú að þessi tækni er ekki nægilega aðgengileg. Við erum hér eftirbátar annarra eins og í svo mörgu öðru er snýr að heilbrigðisþjónustu. Þar hefur opinbera kerfið oft verið dragbitur á framfarir. Umfjöllun um lækna og afstaða til þeirra hér á landi dregur úr áhuga frumkvöðla og hæfileikafólks á að starfa hér (og beinlínis hrekur það burtu). Annað dæmi er vanbúinn og svífaseinn Landspítali þegar kemur að nýjungum eða eðlilegri endurnýjun tækja á flestum sviðum. Þriðja dæmið er hið hálfopinbera kerfi sjálfstætt starfandi sérfræðinga sem til skamms tíma var læst í áratuga gamla samninga um úrelt læknisverk; kerfi sem greiddi fyrir þjónustu í metratáli með litlu tilliti til innihalds eða gæða þjónustunnar. Og oft hvarflar að manni að einkunnarorð Sjúkratrygginga Íslands hljóti að vera: *nei*.

Það er því sérstaklega ánægjulegt að í þessu tölublaði *Læknablaðsins*² greini þrjár heilsugæslustöðvar frá reynslu sinni af ferliþrýstingsmælingum. Heilsugæslan skýtur þarna Landspítalanum og einkastofum sérfræðinga ref fyrir rass og á lof skilið. Í fyrstu, án verklagsreglna eða klínískra leiðbeininga, má búast við mun á notkunarmynstri starfsstöðva. Þetta sýnir sig en aðferðin var notuð til greiningar

háþrýstings í 42% tilfella á Selfossi en 59% í Kópavogi. Það er einnig athyglisvert að afleiðingar ferliþrýstingsmælingar voru mjög breytilegar eftir stöðum. Engin breyting varð á meðferð í 14-41% tilfella. Hér má án efa ná fram markvissari notkun tækjanna. Mesta eftirvæntingu vakti þó að í 36% tilfella við greiningu háþrýstings varð niðurstaðan sú að ekki þurfti lyfjameðferð!

Sé tækjakosturinn rýr má stytta sér leið með hefðbundinni nálgun³ en til þess að færa greiningu og meðferð háþrýstings á næsta stig þarf í grundvallaratriðum nýja hugsun um hvernig eftirliti langvinnra sjúkdóma á að vera háttað á Íslandi. Er ekki kominn tími til að efla sjúklinginn til ábyrgðar, hann taki þátt og stýri meira sjálfur meðferðinni. Mjög margir eiga orðið sinn heimablóðþrýstingsmæli sem nýta má.⁴ Og hvers vegna ættum við ekki að fara að óskum skjólstaðinganna um nútímaleg samskipti gegnum tölvur? Þarf alltaf að hitta lækni? Þetta eru allt aðferðir sem hafa borið árangur erlendis og því er þess að vænta hér.⁵ Að lokum verður kaupandi þjónustunnar að hlusta á hugmyndir fagfólks og vera sveigjanlegri í því hvaða þjónustu hann er tilbúinn að greiða sanngarnt verð fyrir.

Heimildir

1. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) CG127. Clinical management of primary hypertension in adults. 2011. publications.nice.org.uk/hypertension-cg127-febrúar-2012.
2. Ógmundsdóttir IK, Sigurgeirsson ER, Guðjónsson SV, Sigurðsson EL. Notkun sólarhringsblóðþrýstingsmælinga í heilsugæslu. *Læknablaðið* 2012; 98: 143-7.
3. Benediktsson R, Padfield PL. Maximizing the benefit of treatment in mild hypertension: three simple steps to improve diagnostic accuracy. *QJM* 2004; 97: 15-20.
4. Pickering TG, White WB, Giles TD, Black HR, Izzo JL, Materson BJ, et al. When and how to use self (home) and ambulatory blood pressure monitoring. *J Am Soc Hypertens* 2010; 4: 56-61.
5. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, Fishman PA, Catz SL, Carlson J, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, Web communication, and pharmacist care on hypertension control: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299: 2857-67.

Diagnosis and Management of Hypertension

Rafn Benediktsson, Professor of Medicine, University of Iceland, Department of Endocrinology and Metabolism, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland