

Varför tas inte blodtrycket rutinmässigt i sittande i Sverige?

Överbehandling av falsk hypertoni skulle kunna undvikas

I Sverige tas blodtrycket rutinmässigt i liggande efter en stunds vila, medan man i många andra länder rekommenderar att ta det i sittande [1]. Då man nu allt oftare propagerar för att man skall behandla höga blodtryck till allt lägre värden finns det anledning att uppmärksamma att äldre patienter tyvärr ofta överbehandlas på grund av att blodtrycket endast registreras i liggande.

Författare

BENGT FAGRELL

professor, överläkare, institutionen för medicin, K2, enheten för internmedicin, Karolinska institutet, vid divisionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

II Det normala sympatikuspåslaget till kärlsystemet blir med åren allt trögare, och inte så få äldre utvecklar härigenom en successivt tilltagande postural hypotension av asympatikoton karaktär. När dessa patienter sitter eller står sjunker blodtrycket ofta markant åtminstone under den första minuten, och det kan ta åtskilliga minuter innan deras sympatikustonus är fullt aktiverat. Hjärtats slagvolym och den intratorakala blodvolymen minskar också signifikant i sittande jämfört med liggande [3].

Vasokonstriktionen i benen kan kvarstå

När personen har varit uppe några timmar och sedan lägger sig kvarstår den då aktiverade vasokonstriktionen i benen under längre eller kortare tid, varför patienterna i liggande kan få ett så kallat förhöjt blodtryck. Blodtrycket i liggande kan hos dessa patienter ibland vara klart förhöjt med värden upp till 180/110, medan värdena i sittande eller stående är låga [2]. Dessa patienter skall naturligtvis inte behandlas med antihypertensiva medel.

Vid medicinska akutvårdsavdelningen (MAVA) på Karolinska sjukhuset vårdades under år 1999 femtiosju patienter med diagnoserna yrsel, svimning, ortostatisk reaktion eller hypotoni, vilket alltså motsvarar ungefär en patient i veckan. En stor del av dessa patienter hade behandling för högt blodtryck, och flera av dem visade sig ha blodtryck lägre än 120/80 mmHg i sittande, medan deras blodtryck i liggande uppvisade värden över 160/100 mmHg.

Dessa patienter har enligt min upp-

Yr i bollen – nej tack!

fattning inte hypertoni och skall således inte behandlas med blodtryckssänkande medel då risken för fallskador i så fall blir avsevärd.

Två fallbeskrivningar

Här redovisas ett par exempel från min egen verksamhet som belyser problematiken. Vid penetration av anamnes hos en 68-årig kvinna, som eftervårdades för en collum femoris-fraktur, visade det sig att patienten ramlat och ådragit sig fem (sic!) olika frakturer under två års tid. Hon stod på behandling med betablockerare och diuretika för »hypertoni«. I liggande hade patienten 180/105 mmHg och i sittande 85/60 mmHg! Efter utsättning av blodtrycksmediciner och kompressionsbehandling av benen försvann patientens svåra yrsel och falltendens momentant!

Fick diagnosen psykos med agorafobi

En annan patient hade fått diagnosen psykos med agorafobi på grund av att

hon inte kunde stå i bussköer eller gå över stora torg eftersom hon då blev svimfärdig. I själva verket hade denna kvinna en asympatikoton ortostatism med blodtryck i liggande på 160–180/100–110 mmHg och icke mätbart tryck i stående! Med hjälp av G-dräkt och Orstanorm blev denna patient helt fri från sina »symtom« av »psykos och agorafobi« [2]!

Mät i sittande, åtminstone första gången
Dessa båda fall belyser med all önskvärd tydlighet hur angeläget det är att kontrollera blodtrycket i olika kroppslägen. Jag anser att man i Sverige, liksom i många andra länder, borde ändra den rutinmässiga blodtryckstagningen i liggande till sittande, åtminstone den första gången man mäter blodtrycket på en person.

Är blodtrycket »normalt« i sittande så föreligger inte hypertoni. Är trycket förhöjt i sittande bör patienten utredas enligt gällande riktlinjer för att se om en verklig hypertoni föreligger eller ej [4].

När man fastslagit att en postural eller ortostatisk tendens inte föreligger, utan konstaterat att patienten verkligen har en hypertoni, bör blodtrycket tas i både liggande efter en stunds vila och i stående.

För närvarande går det dock tyvärr allt för många, främst äldre, patienter i sjukvården som är överbehandlede för

Då mer än hälften av svenska män och kvinnor över 55 år har ett diastoliskt blodtryck som ligger över 90 mmHg måste man vara säcker på att man verkligen behandlar en reell hypertoni och inte en falsk sådan.

BILD: BENGT FAGRELL

en falsk hypertoni beroende på att blodtrycket endast tagits i liggande. Att en sådan överbehandling verkligen föreligger är verifierat i många studier [5-8].

Genom att rutinmässigt mäta blodtrycket i sittande reducerar man risken för överbehandling av dessa patienter, som verkligen inte behöver någon anti-hypertensiv terapi. Då mer än hälften av svenska män och kvinnor över 55 år har ett diastoliskt blodtryck som ligger över 90 mmHg måste man vara säker på att man verkligen behandlar en reell hypertoni och inte en falsk sådan [1].

Förslag till rekommendation

Min rekommendation skulle vara följande:

- Vid första blodtrycksmätningen mäts trycket först i sittande.
 - Vid tryck (i bägge armarna!) <140/90 behövs ingen ytterligare mätning.
 - Vid tryck >140/90 mäts trycket i liggande efter en stunds vila, och i sittande och stående. Trycket skall sedan mätas på detta sätt vid flera tillfällen, helst vid olika tidpunkter på dagen, för att konstatera om fastlagda kriterier för hypertoni verkligen är uppfyllda [1, 4].
- Vid kontroll av patienter med reell hypertoni:
 - Välj liggande eller sittande för ruttkontrollen.
 - Mät av och till trycket även i stående för att motverka risk för överbehandling.

Referenser

1. SBU. Måttligt förhöjt blodtryck. SBU-rapport nr 121. Stockholm: SBU, 1994.
2. Fagrell B, Sallmander U, Lindning av nedre extremiteterna – effektivt hjälpmedel i fall av idiopatisk hypotension. Läkartidningen 1972; 69: 2720-1.
3. Buhre W, Weyland A, Buhre K, Kazmaier S, Mursche K, Schmidt M et al. Effects of sitting position on the distribution of blood volume in patients undergoing neurosurgical procedures. Br J Anaesth 2000; 84: 354-7.
4. Behandling av hypertoni hos äldre. Läke-medelsverket 1993; 1: 5.
5. Waeber B, Scherrer U, Petrillo A, Bidiville J, Nussberger J, Waeber G et al. Are some hypertensive patients overtreated? A prospective study of ambulatory blood pressure recording. Lancet 1987; 2: 732-4.
6. Furberg CD, Berglund G, Manolio TA, Psaty BM. Overtreatment and undertreatment of hypertension. J Intern Med 1994; 235: 387-97.
7. Myers MG, Reeves RA, Oh PI, Joyner CD. Overtreatment of hypertension in community? Am J Hypertens 1996; 9: 419-25.
8. Mallion JM, Mouret S, Baguet JP, Maitre A, Quesada JL, De Gaudemaris R. Ambulatory blood pressure variation in normotensive subjects in relation to the sitting or standing position. Blood Press Monit 2000; 5: 169-73.

»Hälsopeng« skulle inte fungera utanför storstäderna

En ledare i Läkartidningen (41/00, sidan 4537) signerad Anders Mil-ton, som behandlade morgondagens vårdstruktur, har initierat ett debattinlägg av Håkan Eriksson och medarbetare (46/00, sidorna 5368-71).

Författare

ACKE HALLÉN

f d chefläkare, medicinkliniken, Säfle.

»'Hälsopeng' ger patienterna möjlighet att rösta med fötterna« lyder rubriken på artikeln. Det gäller ett förslag om att ge svenska folket en hälsopeng, som ger individen frihet att själv välja var han eller hon vill köpa sin sjukvård i ett utbud av privata och »offentliga« vårdgivare.

De privata sjukvårdsproducenterna skulle då representeras av etablerade, och av en statlig myndighet auktoriserade, bolag. Parallellt dras med de skolorna och Skolverket.

Organisationsförändring är kungsordet

Incitantet till dessa tankar om ett systemskifte i den svenska sjukvården föds givetvis ur de ökande svårigheter landstingen har idag att tillfredsställa allmänhetens sjukvårdsbehov. Ökande köbildningar, stressade sjukvårdarbete-re, stigande rekryteringsproblem av kvalificerad personal osv möter landstingen axiomatiskt med radikala organisationsförändringar – ett sedan antiken vanligt förfaringsätt när det kniper. Nu är kungsordet centralisering. Allmänheten är alltför väl medveten om vad som pågår.

Självklarheter presenteras som nyheter

I diskussionen om orsakerna till sjukvårdens dilemma finns en tendens att framhäva självklarheter som något helt nytt. Krav på gott omhändertagande, ökad spetskompetens, informationsbehov, medicinsk utveckling, kostnadseffektivitet, bättre arbetsmiljö, ökat patientinflytande m m, m m svarar ju mot behov som alltid varit närvarande i sjukvården och som också genererat ett ständigt pågående förändringsarbete. Det vet ju alla som arbetat i vården några år. Därmed inte sagt att inte nya problem dyker upp som pockar på sin lösning.

Peka på konkreta orsaker

Är det inte vettigt ändå att i första hand peka på de enkla men helt avgörande faktorer som står för huvuddelen av dagens bekymmersamma situation?

Allt fler äldre och multipelt sjuka patienter i förening med allt omfångs-

rikare arbete runt varje patient – ökade diagnostiska och terapeutiska möjligheter i förening med ökade dokumentationskrav och andra pålagor – kräver fler högutbildade sjukvårdsarbetare. Det kostar pengar. Om man i det läget i stället stryker tilldelningen av slantar, vilket skett under ett antal år nu, går det på tok. Det behöver man inte vara nobelpristagare för att begripa.

Men även om mer offentliga medel tillförs – just nu en nödvändighet för att skapa andrum – kommer avståndet fortsätta att öka mellan samhällets ekonomiska kapacitet och de medicinska möjligheter som ökad kunskap ger. Det borde människorna i vårt land få veta eftersom detta förhållande rymmer den stora problematiken i framtidens sjukvård.

Området är komplicerat och mycket vittomfattande. Sjukvårdens finansiering och produktion ingår som betydelsefulla element. Därför är diskussionen därom nödvändig och det är viktigt att den debatten hålls levande.

Angriper monopolsituationen

I förslaget från Håkan Eriksson och medarbetare går man till angrepp mot monopolsituationen i svensk sjukvård. Många har pekat på bristerna i landstingens fögderi, och alla skall veta att det brister rejält på sina ställen. Med en från skattemedel utdelad individuell sjukpeng skulle gemene man kunna köpa sin sjukvård hos den producent av flera, som

Man utgår från ett tyvärr alltför vanligt antagande, nämligen att man kan sätta likhetstecken mellan sjukvård på landet och i storstad.