

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2023;185:V205144

Gentagne blodtryksmålinger over en time – er det en god idé?

Kent Lodberg Christensen

Ugeskr Læger 2023;185:V205144

Hypertensionsbehandling er en af de hyppigste ydelser i almen praksis. Diskussionen af, hvordan blodtrykket skal og kan måles, synes aldrig at tage ende. Vores ældste kolleger minder os ofte om, at næsten alle studier, hvor man har dokumenteret effekten af antihypertensiv behandling, er lavet på basis af klinikmålinger. Forsøger man at drive sin patientbehandling vha. klinikblodtryksmåling, vil man desværre måle alt for høje blodtryk hos ca. 23% og alt for lave blodtryk hos ca. 10% af patienter [1]. Dette skyldes ofte white-coat-effekten eller det omvendte – maskering – hvilket giver betydelig risiko for fejlbehandling. Dertil kommer, at klinikblodtryk sjældent udføres som anbefalet med fem minutters hvile med påmonteret manchet før første måling. Vi har i et tidligere gennemført studie med 180 patienter set, at det gennemsnitlige klinikblodtryk i kardiologisk ambulatorium for > 75-årige ligger 42 mmHg højere end det gennemsnitlige blodtryk i dagtiden målt hjemme ved døgnblodtryk [2], og at klinikblodtryk derfor er en uegnet metode i en sygehusklinik. Det anbefales heller ikke længere til andet end screening for hypertension [3] samt i longitudinelle epidemiologiske studier som f.eks. Østerbrouundersøgelsen, hvor målet bl.a. har været at sammenligne forskellige kohorter over tid. Bedre og sikrere metoder bør anvendes til at styre behandlingen hos patienter, som har fået konstateret forhøjet blodtryk, og som er i behandling herfor. Store prognostiske undersøgelser har vist, at døgnblodtryk og hjemmeblodtryk giver et mere præcist udtryk for en patients hvileblodtryk og forudsiger den kardiovaskulære prognose med større præcision end klinikblodtryk.

Hvad så med hvilemålinger i klinikken – i venteværelset eller i et stille lokale? Som beskrevet i diskussionen i artiklen i nærværende nummer af Ugeskrift for Læger [4] har der været flere studier af emnet – både med gentagne automatiske målinger i klinikken og med forkortede døgnblodtryksmålinger. Stender & Stender fremviser data fra et lille, men velgennemført studie fra speciallægepraksis, hvor 98 patienter først sad med døgnblodtryksapparat i en time i venteværelset med målinger hvert sjette minut. Herefter blev det samme apparat programmeret til at måle hver time i et døgn. Det konkluderes, at der er en tæt sammenhæng mellem de to typer af hvilemålinger.

Det bemærkelsesværdige ved undersøgelsen er to ting. Figur 1 viser, at det tager ca. 20 minutter for patienter at falde til ro under automatiske målinger i venteværelset – med variation. Det betyder, at patienter, som henvises til specialklinik med problemet hypertension, gennemsnitligt kræver mere end fem minutters hvile, før de når deres hvileblodtryk. Stender & Stender så desuden relativt god overensstemmelse mellem døgnblodtryk og 1-times-blodtryk i Bland-Altman-plottet for middelblodtryk, dog kunne forskellen hos enkelte patienter være 20 mmHg. Det synes rimeligt at konkludere, at hvilemålinger udført over en halv time til en time kan være et alternativ, hvis både gentagne døgnblodtryksmålinger og hjemmemålinger ikke kan gennemføres sufficient og pålideligt.

Primært bør de metoder, som har den tungeste videnskabelige dokumentation (hjemme- og døgnblodtryk), anvendes til de fleste, mens hvilemålinger i venteværelset foreløbig bør reserveres til patienter, hvor hjemmeblodtryksmålinger ikke fungerer eller viser skæve resultater. Herved forstås kombinationen af målte høje hjemmeblodtryk og samtidig ortostatisk svimmelhed (symptomer på for lavt blodtryk). En ekstra fordel ved måling med lægens apparat i venteværelse eller roligt rum er, at det kan sidde fastmonteret på væggen, og at det kan være af bedre kvalitet end mange hjemmeblodtryksapparater er.

Forfatterne og deres mentorer bør lykønskes for at være kommet i mål med dette fine projekt i en privat speciallægepraksis. Resultaterne giver et skub i retning af etableringen af en ekstra brugbar og yderst praktisk metode til måling af vanskelige patienters hvileblodtryk – kærkomment og nødvendigt i det kliniske arbejde med denne tidvist komplekse patientgruppe.

Korrespondance *Kent Lodberg Christensen*, Blodtryksklinikken og Hjertesygdomme, Aarhus Universitetshospital. E-mail: kenchr@rm.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Omboni S, Aristizabal D, De la Sierra A et al. Hypertension types defined by clinic and ambulatory blood pressure in 14 143 patients referred to hypertension clinics worldwide. *J Hypertens.* 2016;34(11):2187-98.
2. Reinhard M, Poulsen PL, Christensen KL. Very poor agreement between routine outpatient clinic office and ambulatory blood pressure: time to improve an old hospital outpatient clinic routine? *Blood Press Monit.* 2016;21(6):340-344.
3. Dansk Cardiologisk Selskab. 27. Arteriel hypertension, 2022. <https://nbv.cardio.dk/hypertension> (10.02.2023).
4. Stender B, Stender J. Similar results with 1- and 24-hour ambulatory blood pressure measurement in elderly hypertensives. *Dan Med J.* 2023;70(4):A07220462.