

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της Υπέρτασης της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης και της Αμερικανικής Εταιρείας Υπέρτασης ISH/ASH

Σ. Αντωνόπουλος, Π. Μιστυλής

Β' Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

Για πρώτη φορά δημοσιεύονται κοινές νέες απλουστευμένες κατευθυντήριες οδηγίες της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης (ISH) και της Αμερικανικής Εταιρείας Υπέρτασης (ASH)¹. Το 2003, τόσο η ISH² σε συνεργασία με τον WHO² όσο και η JNC73 δημοσίευσαν τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης και από τότε η ιατρική κοινότητα ανέμενε τις νεώτερες οδηγίες τους με ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης (ESH)⁴ και της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC)⁴. Αναμφισβήτητα η εμφανέστερη διαφορά μεταξύ των ASH/ISH και ESH/ESC κατευθυντηρίων οδηγιών είναι η έκταση τους μόνο 13 σελίδες για τις πρώτες και 76 σελίδες για τις δευτέρες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίπου το ένα τρίτο των ενηλίκων στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου και αναπτυσσόμενου κόσμου εμφανίζει υπέρταση.

- Η υπέρταση είναι η πιο συνηθισμένη χρόνια πάθηση που αντιμετωπίζεται από γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Οι περισσότεροι ασθενείς με υπέρταση εμφανίζουν και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη, οικογενειακό ιστορικό πρώιμων καρδιαγγειακών επεισοδίων, παχυσαρκία και κάπνισμα.
- Λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς με υπέρταση εμφανίζουν επαρκώς ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ των επιπέδων αρτηριακής πίεσης και του κινδύνου καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επεισοδίων, όπως και νεφροπάθειας.
- Ο κίνδυνος των παθήσεων αυτών είναι μικρότερος όταν η αρτηριακή πίεση είναι περίπου 115/75 mm Hg

- Για τιμή ΑΠ μεγαλύτερης του 115/75 mm Hg, για κάθε αύξηση 20 mm Hg της Σ.Α.Π ή 10 mm Hg της Δ.Α.Π ο κίνδυνος καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επεισοδίων διπλασιάζεται.
- Ο υψηλός επιπολασμός της υπέρτασης οφείλεται αφενός στην αυξημένη ηλικία του πληθυσμού μας και τον αυξανόμενο επιπολασμό της παχυσαρκίας, τόσο στον αναπτυσσόμενο όσο και στον ανεπτυγμένο κόσμο. Η υψηλή πρόσληψη αλατιού αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα.
- Ο βασικός κίνδυνος συνδέεται με την αυξημένη Σ.Α.Π. Μετά την ηλικία των 50 ή 60 ετών, η Δ.Α.Π μπορεί να αρχίσει να μειώνεται, ωστόσο η Σ.Α.Π εξακολουθεί να αυξάνεται καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής.

ΠΩΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ;

- Οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν την διάγνωση της υπέρτασης όταν η Σ.Α.Π του ασθενούς είναι μεγαλύτερη ή ίση με 140 mm Hg ή η ΔΑΠ είναι μεγαλύτερη ή ίση με 90 mmHg, ή και τα δύο σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Η ΣΑΠ είναι πολύ σημαντική και αποτελεί τη βάση για τη διάγνωση στην πλειονότητα των ασθενών.
- Οι τιμές αυτές ισχύουν για ενήλικους άνω των 18 ετών, παρότι για ασθενείς 80 ετών και άνω η ΣΑΠ έως 150 mm Hg είναι πλέον αποδεκτή.
- Ο θεραπευτικός στόχος της υπέρτασης είναι να μειώσει την αρτηριακή πίεση σε επίπεδα κάτω από τις τιμές που χρησιμοποιούνται για την τεκμηρίωση της διάγνωσης.
- Οι ορισμοί αυτοί στηρίζονται στα αποτελέσματα μεγάλων κλινικών μελετών που καταδεικνύουν τα οφέλη της θεραπείας ασθενών με αυτά τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Παρότι η αρτηριακή πίεση σε επίπεδο 115/75 mm Hg είναι ιδανική, δεν υπάρχουν ενδείξεις που να δικαιολογούν την θεραπεία της υπέρτασης σε τόσο χαμηλό επίπεδο.
- Δεν διαθέτουμε επαρκείς πληροφορίες για νεότερους ενήλικες (18-55 ετών) ώστε να γνωρίζουμε εάν επωφελούνται από τον καθορισμό της υπέρτασης σε επίπεδο μικρότερο από 140/90 mmHg (π.χ. 130/80 mm Hg). Έτσι, οι κατευθυντήριες οδηγίες τείνουν να υιοθετούν την τιμή 140/90 mm Hg για όλους τους ενήλικες (έως 80 ετών). Ο στόχος χαμηλότερης αρτηριακής πίεσης μπορεί να αξιολογηθεί για νέους ενήλικες, με την προϋπόθεση ότι η θεραπεία είναι καλά ανεκτή.
- Ορισμένες πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν διαγνωστικές τιμές 130/80 mm Hg για ασθενείς με διαβήτη ή χρόνια νεφροπάθεια. Ωστόσο, τα κλινικά οφέλη αυτού του χαμηλότερου στόχου δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ Α.Π

	ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ	ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	<120 mmHg	<80 mmHg
ΠΡΟΥΠΕΡΤΑΣΗ	120-139 mmHg	80-89 mmHg
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ I	140-159 mmHg	90-99 mmHg
ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟΥ II	≥ 160 mmHg	≥ 100 mmHg

ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Ιδιοπαθής υπέρταση

- Περίπου το 95% των ενηλίκων με υψηλή αρτηριακή πίεση εμφανίζουν ιδιοπαθή υπέρταση
- Τα αίτια της ιδιοπαθούς υπέρτασης δεν είναι γνωστά, παρότι αναφέρονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση.
- Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την υπερβολική πρόσληψη αλατιού, την παχυσαρκία και ενδεχομένως την καθιστική ζωή.
- Ορισμένοι γενετικοί παράγοντες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν υψηλή δραστηριότητα του συστήματος ρενίνης- αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καθώς και την ευαισθησία στην επίδραση διαιτητικού άλατος στην αρτηριακή πίεση.
- Μία άλλη συνήθης αιτία της υπέρτασης είναι η αγγειακή σκλήρεια, η οποία προκαλεί την μεμονωμένη συστολική υπέρταση και απαντάται κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Δευτεροπαθής υπέρταση

- Η δευτεροπαθής υπέρταση αφορά σχεδόν το 5% του συνόλου του περιστατικών υπέρτασης, όπου η αιτία της υψηλής αρτηριακής πίεσης μπορεί να εντοπιστεί και μερικές φορές να θεραπευθεί.
- Οι κύριοι τύποι δευτεροπαθούς υπέρτασης είναι η χρόνια νεφροπάθεια, η πολυκυστική νόσος των νεφρών, η στένωση της νεφρικής αρτηρίας, ο υπεραλδοστερονισμός, το φαιοχρωμοκύτωμα, νόσοι θυρεοειδούς και η υπνική άπνοια.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Η αρτηριακή πίεση μπορεί να μετρηθεί είτε με ένα κλασικό πιεσόμετρο με τη χρήση στηθοσκοπίου είτε με τη βοήθεια μίας αυτόματης ηλεκτρονικής συσκευής. Η ηλεκτρονική συσκευή

-εάν είναι διαθέσιμη- είναι προτιμότερη διότι παρέχει περισσότερο αναπαραγώγιμα αποτελέσματα σε σχέση με την παραδοσιακή μέθοδο.

- Τα πιεσόμετρα που εφαρμόζουν στο δάχτυλο ή τον καρπό είναι συχνά ανακριβή και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται.
- Είναι σημαντικό να βεβαιωθείτε ότι χρησιμοποιείτε το σωστό μέγεθος περιχειρίδος.
- Στην αρχική αξιολόγηση, η αρτηριακή πίεση πρέπει να μετρηθεί και στα δύο άκρα. Εάν οι μετρήσεις είναι διαφορετικές, τότε το άκρο με την υψηλότερη τιμή θα πρέπει να χρησιμοποιείται στο εξής για τις μετρήσεις.
- Η αρτηριακή πίεση πρέπει να μετριέται αφού οι ασθενείς έχουν ουρήσει. Οι ασθενείς πρέπει να είναι καθιστοί με την πλάτη τους υποστηριζόμενη και τα πόδια τους να ακουμπούν στο έδαφος και να είναι στην ίδια θέση για 5 λεπτά.
- Το χέρι του ασθενούς που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση θα πρέπει να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με την καρδιά και να είναι άνετα ακουμπισμένο στο τραπέζι.
- Είναι προτιμότερο να γίνονται 2 μετρήσεις, με 1-2 λεπτά διαφορά, και να χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των μετρήσεων αυτών.
- Επίσης, είναι χρήσιμο να μετράται και η αρτηριακή πίεση σε όρθια θέση (συνήθως μετά από 1 και ύστερα μετά από 3 λεπτά) ιδίως σε ηλικιωμένους και διαβητικούς ασθενείς.
- Σε γενικές γραμμές, η διάγνωση της υπέρτασης πρέπει να επιβεβαιώνεται και από μία πρόσθετη επίσκεψη, συνήθως 1-4 εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη. Και στις δύο περιπτώσεις, η Σ.Α.Π πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με 140 mmHg ή η Δ.Α.Π πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με 90 mmHg ή και τα δύο προκειμένου να γίνει η διάγνωση της υπέρτασης.
- Εάν η αρτηριακή πίεση είναι πολύ υψηλή (π.χ. η Σ.Α.Π μεγαλύτερη ή ίση με 180 mm Hg), η διάγνωση και-ανάλογα με την περίπτωση- η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει άμεσα.
- Για τους γιατρούς και το προσωπικό που δεν είναι εξειδικευμένοι στην μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται κατάλληλη εκπαίδευση για την εκτέλεση αυτής της πολύ σημαντικής τεχνικής.
- Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στο σπίτι μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Συχνά, η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί έναν μόνο από τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου που απαιτούν προσοχή.
- Η αρχική αξιολόγηση του ασθενούς με υπέρταση απαιτεί μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, το ιατρικό ιστορικό συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού ιστορικού, τη φυσική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις και διάφορα περαιτέρω διαγνωστικά τεστ.

Ιστορικό

- Ρωτήστε τον ασθενή για παλαιότερα καρδιαγγειακά επεισόδια, διότι συχνά υποδηλώνουν σημαντικές πιθανότητες μελλοντικών επεισοδίων που ενδέχεται να επηρεάσουν την επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής για την θεραπεία της υπέρτασης και θα χρειαστούν πιο επιθετική φαρμακευτική αγωγή για όλους τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Επιπλέον, ρωτήστε τους ασθενείς εάν έχουν διαγνωσθεί στο παρελθόν με υπέρταση και σε αυτή την περίπτωση πώς αντέδρασε ο οργανισμός τους στη φαρμακευτική αγωγή που έλαβαν.

Ατομικό αναμνηστικό

Αγγειακά εγκεφαλικά ή παροδικά ισχαιμικά επεισόδια ή άνοια. Γιατί είναι σημαντικά αυτά τα στοιχεία; Για ασθενείς με αυτά τα επεισόδια στο παρελθόν, μπορεί να είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν συγκεκριμένα φάρμακα στην αγωγή τους, για παράδειγμα αναστολείς των υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου και διουρητικά, καθώς και υπολιπιδαιμικά φάρμακα (στατίνες) αλλά και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα.

Η στεφανιαία νόσος, συμπεριλαμβανομένου εμφράγματος του μυοκαρδίου, στηθάγχης και επέμβασης επαναγγείωσης. Γιατί είναι σημαντικά αυτά τα στοιχεία; Κάποια φάρμακα είναι προτιμότερα από άλλα, για παράδειγμα β αποκλειστές, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, στατίνες και αντιαιμοπεταλειακοί παράγοντες (ασπιρίνη).

Καρδιακή ανεπάρκεια ή συμπτώματα που υποδηλώνουν δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Γιατί είναι σημαντικά αυτά τα στοιχεία; Ορισμένα φάρμακα είναι προτιμότερα από άλλα, συμπεριλαμβανοντας αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, β αποκλειστές, διουρητικά και σπιρονολακτόνη.

Χρόνια νεφροπάθεια. Γιατί είναι σημαντικά αυτά τα στοιχεία; Ορισμένα φάρμακα είναι προτιμότερα, όπως για παράδειγμα αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ή αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης (παρότι οι δύο αυτές κατηγορίες φαρμάκων δεν πρέπει να χορηγούνται συνδυαστικά), στατίνες και διουρητικά (μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν διουρητικά αγκύλης εάν το εκτιμώμενο ποσοστό σπειραματικής διήθησης είναι κάτω από 30 ml/min/1.732) και ο θεραπευτικός στόχος της αρτηριακής πίεσης μπορεί να είναι χαμηλότερος (130/80 mm Hg) εάν υπάρχει λευκωματουρία. Σημείωση: σε ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο, η χρήση ορισμένων φαρμάκων απαιτεί συχνά την εμπειρία ενός νεφρολόγου.

Περιφερειακή αρτηριακή νόσος. Γιατί είναι σημαντικό αυτό το στοιχείο; Αυτό το εύρημα υποδηλώνει προχωρημένη αρτηριακή νόσο που μπορεί να υπάρχει και στην στεφανιαία ή εγκεφαλική κυκλοφορία. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ζωτικής σημασίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, πρέπει να χρησιμοποιούνται αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα.

Σακχαρώδης διαβήτης. Γιατί είναι σημαντικό αυτό το στοιχείο; Η κατάσταση αυτή σχετίζεται συχνά με την υπέρταση και αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων. Ορισμένα φάρμακα όπως αναστολείς των υποδοχέων αγγειοτενσίνης και αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου

αγγειοτενσίνης πρέπει να χορηγούνται, ιδίως εάν υπάρχουν ενδείξεις λευκωματουρίας ή χρόνιας νεφροπάθειας.

Υπνική άπνοια. Γιατί είναι σημαντικό αυτό το στοιχείο; Συχνά απαιτείται ειδική θεραπεία για αυτούς τους ασθενείς.

Ενημερωθείτε για *άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου*. Γιατί είναι σημαντικό; Αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να επηρεάσουν τις τιμές της αρτηριακής πίεσης και την επιλογή θεραπείας για την υπέρταση. Έτσι, το να γνωρίζουμε για την ηλικία, την δυσολιπιδαιμία, την μικρολευκωματινουρία, την ουρική αρθρίτιδα ή το οικογενειακό ιστορικό για υπέρταση και διαβήτη είναι πολύτιμα. Τα κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου ο οποίος πρέπει να αναφέρεται, ώστε να δοθούν συμβουλές για την διακοπή αυτής της επικίνδυνης συνήθειας..

Ενημερωθείτε για *συγχορηγούμενα φάρμακα*. Φάρμακα που λαμβάνονται συχνά (για ενδείξεις που δεν σχετίζονται με την θεραπεία για την υπέρταση) είναι πιθανό να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση και επομένως πρέπει να διακοπούν εάν είναι εφικτό. Στα φάρμακα αυτά συμπεριλαμβάνονται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αντισυλληπτικά, γλυκόριζα, καρβενοξολόνη, αγγειοσυσταλτικές ρινικές σταγόνες, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες, η ερυθροποιητίνη, η κυκλοσπορίνη, γλυκο- και μεταλοκορτικοστεροειδή.

Αντικειμενική εξέταση

Στην πρώτη επίσκεψη, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί πλήρης αντικειμενική εξέταση.

- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης.
- Καταγραφή του βάρους και ύψους του ασθενούς και υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος. Γιατί είναι σημαντικό αυτό το στοιχείο; Αυτό το στοιχείο βοηθά στον ορισμό στόχων για απώλεια βάρους και το αν ο ασθενής είναι παχύσαρκος ή όχι θα επηρεάσει την επιλογή της θεραπείας για την υπέρταση. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος καρδιαγγειακών επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένου εγκεφαλικού επεισοδίου, μπορεί παραδόξως να είναι μεγαλύτερος σε αδύνατους υπερτασικούς ασθενείς παρά σε παχύσαρκους ασθενείς.
- Περιφέρεια μέσης. Γιατί είναι σημαντικό αυτό το στοιχείο; Ανεξάρτητα από το βάρος, το στοιχείο αυτό βοηθά να προσδιορίσουμε εάν ο ασθενής παρουσιάζει μεταβολικό σύνδρομο ή κινδυνεύει να εκδηλώσει διαβήτη τύπου 2. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος όταν η ένδειξη είναι μεγαλύτερη από 102 cm για τους άνδρες και μεγαλύτερη από 88 cm για τις γυναίκες.
- Ενδείξεις καρδιακής ανεπάρκειας. Γιατί είναι σημαντικά αυτά τα στοιχεία; Αυτή η διάγνωση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επιλογή θεραπείας για την υπέρταση.
- Νευρολογική εξέταση. Γιατί είναι σημαντική; Μπορεί να εντοπίσει ευρήματα προγενέστερου εγκεφαλικού επεισοδίου .και να επηρεάσει την επιλογή της θεραπείας για την υπέρταση.
- Οφθαλμοί: εάν είναι δυνατόν, πρέπει να ελεγχθεί ο βυθός για υπερτασικές ή διαβητικές διαταραχές, καθώς και η περιοχή γύρω από τα μάτια για ευρήματα όπως ξανθώματα.

- Σφύξεις: Είναι σημαντικό να ελεγχθούν οι περιφερικές σφύξεις. Εάν είναι χαμηλές ή δεν υπάρχουν, αυτό μπορεί να υποδεικνύει περιφερική αρτηριοπάθεια.

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

• Εξέταση αίματος

Το δείγμα θα πρέπει να ληφθεί κατά προτίμηση μετά από 12ωρη νηστεία.

Ηλεκτρολύτες (κάλιο / νάτριο). Γιατί είναι σημαντικοί; Εδώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο κάλιο: τα υψηλά επίπεδα μπορεί να υποδηλώνουν νεφροπάθεια, ιδίως εάν η κρεατινίνη είναι αυξημένη. Και τα χαμηλά επίπεδα μπορεί να υποδηλώνουν υπεραλδοστερονισμό

Γλυκόζη. Γιατί είναι σημαντική; Εάν είναι αυξημένη, μπορεί να είναι ενδεικτικό διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη ή, εάν είναι ιδιαίτερα αυξημένη, μπορεί να υποδηλώνει διαβήτη. Εάν είναι εφικτό, θα πρέπει να μετράται η αιμοσφαιρίνη A1C

Κρεατινίνη και ουρία αίματος (εκτίμηση GFR). Γιατί είναι σημαντικά; Τα αυξημένα επίπεδα κρεατινίνης υποδηλώνουν συνήθως νεφρική νόσο.

Λιπίδια. Γιατί είναι σημαντικά; Τα υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης ή οι χαμηλές τιμές HDL σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων. Τα υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης μπορούν να θεραπευτούν συνήθως με στατίνες.

Αιμοσφαιρίνη/αιματοκρίτης. Γιατί είναι σημαντικά; Οι μετρήσεις αυτές μπορούν να διαγνώσουν παθήσεις που σχετίζονται με την υπέρταση(αναιμία χρόνιας νεφρικής νόσου) .

Τρανσαμινάσες. Γιατί είναι σημαντικές; Ορισμένα αντιυπερτασικά φάρμακα επηρεάζουν την ηπατική λειτουργία. Επιπλέον, τα παχύσαρκα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάζουν ηπατικές διαταραχές που πρέπει να εντοπιστούν και να ληφθούν υπόψη στη συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς.

• Γενική ούρων.

Λευκωματουρία. Γιατί είναι σημαντική; Εάν υπάρχει, μπορεί να είναι ενδεικτική νεφροπάθειας και να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια. Γιατί είναι σημαντικά; Θετικές ενδείξεις μπορεί να υποδηλώνουν λοιμώξεις του ουροποιητικού, νεφροπάθειες (παρεγχυματική νεφρική νόσος λόγω κατάχρησης αναλγητικών) ή άλλες πιθανές σοβαρές παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (όγκοι).

• Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Γιατί είναι σημαντικό; Το ηλεκτροκαρδιογράφημα 12 απαγωγών μπορεί να συμβάλει στον εντοπισμό προγενέστερου εμφράγματος του μυοκαρδίου ή υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας (η οποία υποδηλώνει βλάβη οργάνου στόχου και καταδεικνύει την ανάγκη καλού ελέγχου της αρτηριακής πίεσης). Το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί ακόμη να εντοπίσει καρδιακές αρρυθμίες

όπως η κολπική μαρμαρυγή (η οποία υπαγορεύει τη λήψη ορισμένων φαρμάκων) ή παθήσεις όπως ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός (ο οποίος απαγορεύει τη λήψη ορισμένων φαρμάκων). Το υπερηχοκαρδιογράφημα, εάν διατίθεται, μπορεί να είναι εξίσου χρήσιμο στην αξιολόγηση της αναδιαμόρφωσης της αριστερής κοιλίας κι στην αξιολόγηση της διαστολικής λειτουργίας.

ΣΥΝΟΛΙΚΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Στόχος της θεραπείας είναι η αντιμετώπιση της υπέρτασης και η αντιμετώπιση όλων των αναγνωρισμένων παραγόντων κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένων λιπιδαιμικών διαταραχών, δυσανεξίας στη γλυκόζη ή διαβήτη, παχυσαρκίας και καπνίσματος.

Για την υπέρταση, ο θεραπευτικός στόχος για την Σ.Α.Π είναι <140 mm Hg και για την Δ.Α.Π <90 mm Hg. Στο παρελθόν, οι κατευθυντήριες οδηγίες πρότειναν τιμές <130/80 mm Hg για ασθενείς με διαβήτη, χρόνια νεφροπάθεια και στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτές τις χαμηλότερες τιμές, επομένως ο στόχος <140/ 90 mm Hg θα πρέπει να υιοθετείται σε γενικές γραμμές, παρότι αρκετοί ειδικοί προτείνουν πίεση στόχο <130/80 mm Hg εάν υπάρχει λευκωματουρία σε ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια.

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε ασθενείς 80 ετών και άνω, η επίτευξη Σ.Α.Π <150 mm Hg συνδέεται με σημαντική πρόληψη από καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια και επομένως τίθεται πλέον ο στόχος μίας τιμής <150/90 mm Hg για ασθενείς που ανήκουν σε αυτή την ομάδα.

Είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι ασθενείς ότι η αντιυπερτασική αγωγή απαιτείται δια βίου.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ορισμένες παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής έχουν δείξει ότι μειώνουν την αρτηριακή πίεση. Εκτός από την συνεισφορά τους στη θεραπεία της υπέρτασης, οι στρατηγικές αυτές είναι επωφελείς και για την αντιμετώπιση των περισσότερων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Προτείνεται απώλεια βάρους, μείωση της πρόσληψης αλατιού, άσκηση (αερόβια προπόνηση αντοχής), μείωση κατανάλωσης αλκοόλ και διακοπή καπνίσματος.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

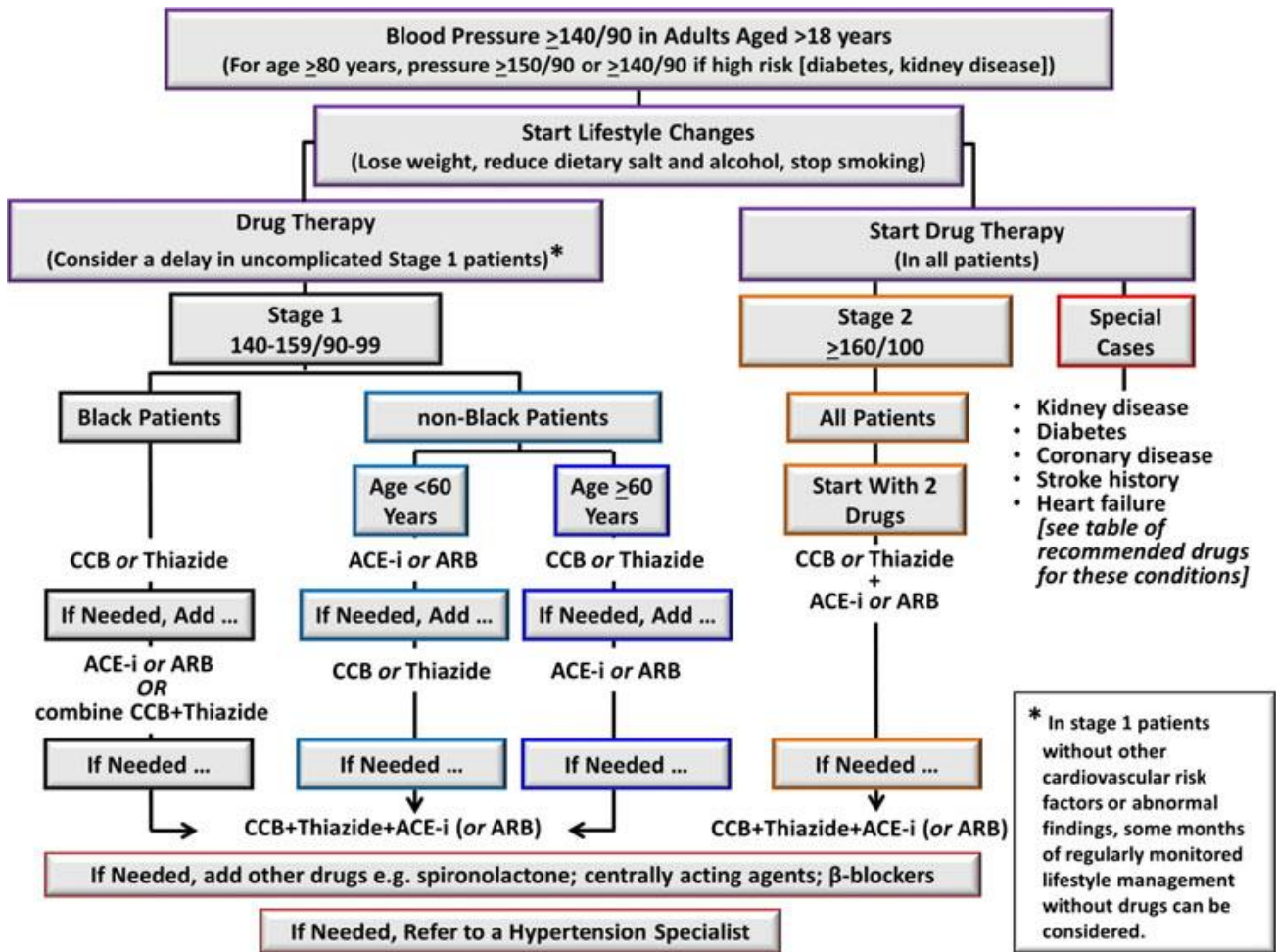
Έναρξη της θεραπείας: (βλ. αλγόριθμο στο σχήμα 1). Η θεραπεία με φάρμακα πρέπει να επιλέγεται για ασθενείς με αρτηριακή πίεση >140/90 mm Hg, στους οποίους οι αλλαγές στον τρόπο ζωής δεν υπήρξαν αποδοτικές.

Σε υπερτασικούς ασθενείς σταδίου II (αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη ή ίση με 160/100 mm Hg), η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά τη διάγνωση, συνήθως με συνδυασμό δύο φαρμάκων, χωρίς να περιμένουμε να δούμε τα αποτελέσματα των αλλαγών στον τρόπο ζωής του ασθενούς.

Για ασθενείς άνω των 80 ετών, το προτεινόμενο όριο για έναρξη της θεραπείας είναι μια τιμή μεγαλύτερη ή ίση από 150/ 90 mm Hg.

Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται περισσότερα από ένα φάρμακα για να επιτύχουν έλεγχο της αρτηριακής τους πίεσης.

Σε γενικές γραμμές, πραγματοποιείται αύξηση της δοσολογίας των φαρμάκων κάθε 2-3 εβδομάδες ανάλογα με την κρίση του γιατρού. Οι περισσότεροι ασθενείς αναμένεται να ρυθμίσουν την αρτηριακή πίεση σε 6-8 εβδομάδες.



Σχήμα 1. This algorithm summarizes the main recommendations of these guidelines. At any stage it is entirely appropriate to seek help from a hypertension expert if treatment is proving difficult. In patients with stage 1 hypertension in whom there is no history of cardiovascular, stroke, or renal events or evidence of abnormal findings and who do not have diabetes or other major risk factors, drug therapy can be delayed for some months. In all other patients (including those with stage 2 hypertension), it is recommended that drug therapy be started when the diagnosis of hypertension is made. CCB indicates calcium channel blocker; ACE-i, angiotensin-converting enzyme inhibitors; ARB, angiotensin receptor blocker; thiazide, thiazide or thiazide-like diuretics. Blood pressure values are in mm Hg.

Επιλογή φαρμάκων

Αυτό θα πρέπει να καθορίζεται από την ηλικία, την εθνικότητα/φυλή και άλλα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επιλογή φαρμάκων σε υπερτασικούς ασθενείς με ή χωρίς άλλες σοβαρές παθήσεις			
Τύπος ασθενή	Πρώτο φάρμακο	Προσθήκη δεύτερου φαρμάκου εάν χρειάζεται να επιτευχθεί BP <140/90 mm Hg	Προσθήκη τρίτου φαρμάκου εάν χρειάζεται να επιτευχθεί BP <140/90 mm Hg
A. Όταν η υπέρταση είναι η μοναδική ή η κύρια πάθηση Νέγροι ασθενείς (Αφρικανικής καταγωγής) Όλες οι ηλικίες Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά	Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέας του μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (εάν δεν διατίθεται, μπορεί να προστεθεί εναλλακτικό φάρμακο πρώτης επιλογής)	Συνδυασμός ανταγωνιστών διαύλων ασβεστίου + αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ή αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης + θειαζιδικά διουρητικά
Λευκοί και άλλοι μη νέγροι ασθενείς έως 60 ετών	Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά	Συνδυασμός ανταγωνιστών διαύλων ασβεστίου + αναστολέα μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ή αναστολέα υποδοχέων αγγειοτενσίνης + θειαζιδικά διουρητικά
Λευκοί και άλλοι μη νέγροι ασθενείς 60 ετών και άνω	Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά (παρότι οι αναστολείς μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ή οι αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης είναι συνήθως εξίσου αποτελεσματικοί)	Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολείς του μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ή ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά εάν ο αναστολέας του μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ή ο αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης έχει χρησιμοποιηθεί πρώτα)	Συνδυασμός ανταγωνιστών διαύλων ασβεστίου + αναστολέα μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης ή αναστολέα υποδοχέων αγγειοτενσίνης + θειαζιδικά διουρητικά
B. Όταν η υπέρταση σχετίζεται με άλλες παθήσεις Υπέρταση και διαβήτης ARB ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης Σημείωση: οι νέγροι ασθενείς μπορούν να ξεκινούν με Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά	Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά Σημείωση: σε νέγρους ασθενείς, ξεκινήστε με ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά, προσθέστε αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολείς μεταρρεπτικού ενζύμου	Το εναλλακτικό δεύτερο φάρμακο (θειαζιδικά ή Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου)
Υπέρταση και χρόνια νεφροπάθεια	ARB ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης Σημείωση: σε νέγρους ασθενείς, ένδειξη για προστατευτικές επιδράσεις στα νεφρά των αναστολέων μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά	Το εναλλακτικό δεύτερο φάρμακο (θειαζιδικά ή ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου)
Υπέρταση και κλινική στεφανιαία νόσος	Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολείς μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά	Το εναλλακτικό δεύτερο φάρμακο (θειαζιδικά ή ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου)
Υπέρταση και ιστορικό εγκεφαλικών	Αναστολείς υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολείς μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Θειαζιδικά διουρητικά ή ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου	Το εναλλακτικό δεύτερο φάρμακο (θειαζιδικά ή ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου)
Υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια	Οι ασθενείς με συμπτωματική καρδιακή ανεπάρκεια λαμβάνουν συνήθως αναστολέα υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέα μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης + β αποκλειστές + διουρητικά + σπινριλακτόνη ανεξάρτητα από την αρτηριακή πίεση. Ένας Ανταγωνιστής διαύλων ασβεστίου διδωροπυριδίνης μπορεί να προστεθεί εάν χρειάζεται για τον έλεγχο της πίεσης	Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης	Αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης ή αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης

Συντομογραφίες: ACE: αναστολέας μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης, ARB: αναστολέας υποδοχέων αγγειοτενσίνης, BP: αρτηριακή πίεση, CCB: ανταγωνιστής διαύλων ασβεστίου, eGFR: εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης. *Τα CCB είναι γενικά προτιμότερα, αλλά οι θειαζιδικές είναι πιο οικονομικές. **Τα ARB μπορούν να ληφθούν, διότι οι αναστολείς του μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης μπορεί να προκαλέσουν βήχα και αγγειοίδημα, παρά το γεγονός ότι οι αναστολείς του μεταρρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης μπορεί να είναι πιο οικονομικοί. *Εάν το eGFR είναι μικρότερο από 40 mL/min, τότε μπορεί να χρειαστεί διουρητικό αργάλης (π.χ. φουροσεμίδη ή τωρσεμίδη). **Σημείωση: Εάν υπάρχει ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, προτιμώνται ένας β αποκλειστής και ένα ARB ή αναστολέας ACE ανεξάρτητα από την αρτηριακή πίεση.
Σημείωση: Εάν χρησιμοποιείτε διουρητικά, υπάρχουν επαρκή στοιχεία για ινταμιμίδη (εάν διατίθεται)

Η επιλογή των φαρμάκων καθορίζεται επίσης από άλλες παθήσεις (π.χ. διαβήτη και στεφανιαία νόσος) που σχετίζονται με την υπέρταση. Η εγκυμοσύνη επηρεάζει εξίσου την επιλογή των φαρμάκων.

ΤΕΛΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ

Οι συγγραφείς των οδηγιών διατυπώνουν την άποψη ότι δεν είναι δυνατόν να δημιουργηθεί ένα ενιαίο σύνολο κατευθυντηρίων οδηγιών. Προσδοκούν από τους ειδικούς που είναι εξοικειωμένοι με τις συνθήκες του τόπου τους να τροποποιήσουν τις προτάσεις και να δημιουργήσουν πρακτικές οδηγίες που θα βοηθήσουν στην καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας να παράσχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

S. Antonopoulos, MD, PhD, EHS, Internist Physician Director of 2nd Department of Internal Medicine, Tzanio General Hospital.

P. Mistyilis, Trainee Internist Physician, Tzanio General Hospital

REFERENCES

1. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens* 2014; 32:3-15.
2. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21:1983-1992.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JI Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-1252.
4. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2013; 31:1281-1357.

Παραπομπή

Σ. Αντωνόπουλος, Π. Μιστολής. Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της Υπέρτασης της Διεθνούς Εταιρείας Υπέρτασης και της Αμερικανικής Εταιρείας Υπέρτασης ISH/ASH. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(2):196-206.

Συγγραφέας επικοινωνίας

Σταύρος Αντωνόπουλος, E-mail addresses: stavantono@yahoo.gr