

24-godzinny ambulatoryjny pomiar ciśnienia

Data publikacji: 2007-05-16
Dziedzina: Kardiologia

Kiedy wskazany jest 24-godzinny ambulatoryjny pomiar ciśnienia tętniczego?

Na pytanie odpowiadają dr Katarzyna Kolasińska-Malkowska, prof. Andrzej Tykarski, Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

24-godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego, określane angielskim skrótem ABPM (ambulatory blood pressure monitoring) początkowo było metodą zarezerwowaną wyłącznie do badań naukowych. W ostatnich latach stało się jednak narzędziem szeroko wykorzystywanym w codziennej praktyce klinicznej na oddziałach hipertensjologicznych i kardiologicznych oraz w poradniach specjalistycznych. Co istotne, dostępność tej metody coraz bardziej wzrasta. ABPM służy zarówno diagnostyce nadciśnienia tętniczego, ocenie rokowania, jak również ocenie całodobowej skuteczności terapii hipotensyjnej.

Badania wykazały, że średnie wartości ciśnienia tętniczego uzyskane za pomocą ABPM w większym stopniu odpowiadają obecności uszkodzeń narządowych, np. przerostu lewej komory lub obecności mikroalbuminurii, niż tradycyjne, gabinetowe pomiary ciśnienia. Poprawa wartości ciśnienia pod wpływem leczenia zanotowana w ABPM również lepiej niż pomiary tradycyjne odzwierciedla redukcję tych uszkodzeń. ABPM pozwala na ocenę ciśnienia w tych okresach doby, w których pomiar tradycyjny jest ze względów logistycznych niemożliwy lub uciążliwy.

Należy pamiętać, iż ze względu na zmienność dobową ciśnienia oraz metodę pomiaru średnie wartości ciśnienia w ABPM w populacji ogólnej są niższe niż podczas pomiarów tradycyjnych. Dlatego też normy ciśnienia tętniczego opracowane dla całodobowego pomiaru ambulatoryjnego różnią się od ustalonych dla pomiaru w gabinecie lekarskim.

Są one następujące:

- średnia z całej doby: <130/80 mmHg, optymalne <125/75 mmHg
- średnia z okresu dnia: <135/85 mmHg, optymalne <130/80 mmHg
- średnia z okresu nocy: <120/70 mmHg, optymalne <115/65 mmHg.

Do wskazań do zastosowania 24-godzinnego ambulatoryjnego pomiaru ciśnienia tętniczego należą:

- podejrzenie nadciśnienia "białego fartucha",
- podejrzenie nadciśnienia ukrytego,
- podejrzenie nieprawidłowych wartości ciśnienia w nocy lub nad ranem,
- podejrzenie hipotonii, szczególnie podczas terapii hipotensyjnej,
- ustalenie wskazań do leczenia hipotensyjnego w nadciśnieniu granicznym,
- ustalenie skuteczności leczenia (nadciśnienie tętnicze odporne).

Nadciśnienie "białego fartucha" rozpoznaje się przy podwyższonych wartościach ciśnienia tętniczego podczas kilkakrotnych pomiarów w gabinecie (>140/90 mm Hg) oraz prawidłowych wartościach podczas kilkakrotnie przeprowadzonego ABPM. Związane jest ono z występującym u licznej grupy pacjentów (10-15 proc. populacji) zjawiskiem "białego fartucha", czyli wzrostem ciśnienia uwarunkowanym reakcją na pomiar ciśnienia podczas wizyty, szczególnie przez lekarza. Wykazano, że u osób z nadciśnieniem "białego fartucha" ryzyko uszkodzeń narządowych i powikłań sercowo-naczyniowych jest mniejsze niż u osób z prawdziwym nadciśnieniem. Decyzję o terapii hipotensyjnej należy uzależnić u tych osób od całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Rozpoznanie zjawiska "białego fartucha" u pacjenta z prawdziwym nadciśnieniem pozwala na zweryfikowanie terapii (mniejsze dawki leków) i wykluczenie nadciśnienia opornego.

Z sytuacją odwrotną mamy do czynienia u pacjentów z ukrytym nadciśnieniem tętniczym. Chorzy ci podczas tradycyjnych pomiarów ciśnienia w gabinecie lekarskim wykazują prawidłowe wartości, natomiast w ABPM ciśnienie jest podwyższone. Szacuje się, że dotyczy to około 10 proc. osób z prawidłowym ciśnieniem i obecnie zwraca się coraz większą uwagę na tę trudną do zidentyfikowania grupę chorych. U osób tych częściej i wcześniej dochodzi do rozwoju jawnego nadciśnienia tętniczego. Ukryte nadciśnienie należy podejrzewać, gdy występują powikłania narządowe typowe dla nadciśnienia przy prawidłowych wartościach ciśnienia w pomiarach gabinetowych.

ABPM pozwala także na ocenę dobowej zmienności ciśnienia. Charakterystyczny jest spadek ciśnienia podczas odpoczynku nocnego i poranny szybki wzrost wartości ciśnienia po przebudzeniu. Nocny spadek ciśnienia powinien wynieść 10-20 proc. Pacjenci, u których nie obserwuje się fizjologicznego spadku zaliczani są do grupy zwanej "non-dippers" i charakteryzują się wyższym ryzykiem wystąpienia powikłań narządowych oraz wyższym ryzykiem sercowo-naczyniowym. W tej grupie częściej znajdują się też chorzy z nadciśnieniem wtórnym, co skłania do pogłębionej diagnostyki wtórnych przyczyn nadciśnienia. Identyfikacja braku fizjologicznego nocnego spadku ciśnienia u chorego pozwala na odpowiednią modyfikację terapii hipotensyjnej, która może pomóc przywrócić prawidłowy rytm (np. wieczorne dawkowanie leku). Również stwierdzenie

nadmiernego rannego wzrostu ciśnienia nakazuje korektę leczenia.

Cennych informacji dostarcza zastosowanie ambulatoryjnego ciągłego pomiaru ciśnienia w przypadku podejrzenia epizodów hipotonii podczas terapii hipotensyjnej lub na skutek dysfunkcji układu autonomicznego u chorych z cukrzycą typu 1, hipotonią ortostatyczną, a także w podeszłym wieku. Pozwalają one na weryfikację rokowania lub modyfikację terapii (zmniejszenie dawek lub zmiana pory dawkowania).

Badanie ABPM ułatwia również decyzję o konieczności rozpoczęcia leczenia hipotensyjnego w wątpliwych przypadkach (np. nadciśnienie łagodne bez uszkodzeń narządowych) lub intensyfikacji terapii (np. nadciśnienie odporne).