
Behandlingsmål for blodtrykk under press

REDAKSJONELT

GULBRANDSEN P

NYLENNAM

Høyt blodtrykk rammer en stor del av befolkningen, og blodtrykkssenkende legemidler kostet i 1997 folketrygden 925 millioner kroner (Lars Granum, Rikstrygdeverket, personlig meddelelse). Slik behandling er allment akseptert selv omdikasjonene for behandling ved mild hypertensjon er omdiskutert (1), noe som gir seg utslag i ulik praksis (2). Presisjonen ved blodtrykksmåling er fortsatt ikke optimal, og en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet minner oss om at standardmansjett på store overarmer kan gi feilaktig for høyt diastolisk blodtrykk med mer enn 10 mm Hg (3).

Den såkalte HOT-studien (Hypertension Optimal Treatment), som ble presentert i The Lancet 13. juni 1998, tok sikte på å beregne det optimale behandlingsmål ved høyt blodtrykk. Forfatterne kom til at den laveste incidens av større kardiovaskulære hendelser ble oppnådd ved et diastolisk blodtrykk på 82,6 mm Hg, mens den lavesterisiko for kardiovaskulær død ble funnet ved et diastolisk blodtrykk på 86,5 mm Hg (4). Tre dager før studien ble publisert ble resultatene omtalt i Aftenposten der det heter at "norske leger må behandle pasienter med høyt blodtrykk mer intensivt enn praksis er i dag" og at "høyt blodtrykk skal behandles ned til et undertrykk på rundt 80 for å få den beste effekten for pasientene" (5).

Lancet-artikkelen formidler egentlig, bevisst eller ubevisst, et dobbelt budskap. I diskusjonen skriver forfatterne at hovedgevinsten ved blodtrykksbehandling oppnås ved å senke det systoliske trykket til omkring 140 mm Hg og det diastoliske trykket til omkring 90 mm Hg. "Only a small further benefit is obtained by reducing blood pressure any further" heter det (4). I konklusjonen vektlegges derimot at det ikke er noen risiko forbundet med å senke blodtrykket videre til 120/70.

The Lancets egen lederkommentar kritiserer studien for denne holdningen, og understreker at studien ikke har motbevist J-kurvens eksistens (6). Flere leserbrev til The Lancet har imøtegått HOT-studiens forsøk på å

flyttebehandlingsmålet ved blodtrykksbehandling (7), og Aftenpostens fremstilling er også nylig blitt kritisert i Tidsskriftets korrespondansespalte (8).

Dersom alle personer mellom 50 og 80 år med et diastolisk blodtrykk på 90 mm Hg skal behandles ned til "rundt 80" ved hjelp av legemidler, vil de økonomiske konsekvenser være formidable, bivirkningene uoversiktlige og gevinsten tvilsom. Personer med et diastolisk blodtrykk på 85 mm Hg vil spørre seg om også de burde vært behandlet. Det er neppe folkehelsen som vil tjene mest på en slik behandlingsstrategi. Det er verken medisinsk eller helseøkonomisk forsvarlig å endre gjeldende behandlingsmål på bakgrunn av HOT-studien - tvetydige artikler og tvilsomme presseoppslag til tross. Langt viktigere enn å senke behandlingsmålet for høyt blodtrykk er det å sørge for at hypertensjonere gis tilstrekkelig behandling i henhold til gjeldende behandlingsmål - med basis i korrektmåleteknikk.

Pål Gulbrandsen

Magne Nylenna

LITTERATUR

1. Widerøe T-E, Dahl KJ. Mild hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2335-8.
2. Smiseth OA, Horgen E, Eskerud J, Melsom H. Legers mening om medikamentell blodtrykksbehandling - en spørreundersøkelse i Hordaland fylke. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1588-90.
3. Berntsen R, Rømo Ø, Nielsen EW. Blodtrykksmåling med tre forskjellige mansjettstørrelser. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3112-5.
4. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet 1998; 351: 1755-62.
5. Hafstad A. Lavere undertrykk viktig i behandling. Aftenposten (morgenutgave) 10.6.1998.
6. Kaplan N. J-curve not burned off by HOT study. Lancet 1998; 351: 1748-9.
7. Hypertension Optimal Treatment (HOT) trial. Korrespondanseinnlegg. Lancet 1998; 352: 571-5.
8. Klovning A, Sandvik H, Straand J. "Too HOT" blodtrykksbehandling? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3005.

Publisert: 30. august 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juni 2026.