

Rokowanie pacjentów z ostrym udarem mózgu a ciśnienie tętnicze krwi i zmiana jego wartości



dr hab. med. Piotr Jankowski
I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego,
Instytut Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego
Collegium Medicum, Kraków

Opracowano na podstawie: Ntaios G, Lambrou D, Michel P. Blood pressure change and outcome in acute ischemic stroke: the impact of baseline values, previous hypertensive disease and previous antihypertensive treatment. *Journal of Hypertension* 2011;29:1583-9.

U osób hospitalizowanych z powodu niedokrwiennego udaru mózgu zarówno wyjściowe ciśnienie, jak i jego zmiany w czasie pierwszych 24-48 h hospitalizacji wiążą się z rokowaniem.

Streszczenie

Kontekst kliniczny. Nie ma pewności co do zasad postępowania hipotensyjnego u pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu.

Cel. Ocena związku między wyjściowym ciśnieniem tętniczym oraz zmianą jego wartości a rokowaniem w zależności od obecności nadciśnienia tętniczego oraz stosowanego wcześniej leczenia farmakologicznego u pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu.

Metody. W analizie uwzględniono wszystkich pacjentów hospitalizowanych (w ciągu 24 h od wystąpienia objawów) od 2003 r. do 2009 r. w Uniwersyteckim Szpitalu w kantonie Vaud (Szwajcaria) z powodu niedokrwiennego udaru mózgu. Niekorzystny wynik leczenia został zdefiniowany jako więcej niż 2 punkty w zmodyfikowanej skali Rankin. W analizie statystycznej zastosowano algorytm wielomianowych powierzchni.

Wyniki. W zakresie wyjściowego skurczowego ciśnienia tętniczego krwi (sCTK) od 110 mmHg do 180 mmHg rokowanie po-

prawiało się, jeśli ciśnienie zmniejszyło się w ciągu pierwszych 24-48 h hospitalizacji (największy efekt stwierdzono przy zmniejszeniu sCTK o 10-20% dla wyjściowego sCTK <140 mmHg oraz o >20% dla wyjściowego sCTK >140 mmHg). Osoby bez nadciśnienia tętniczego w wywiadzie i z niskim wyjściowym sCTK miały lepsze rokowanie, jeśli ich ciśnienie wzrosło w ciągu pierwszych 24-48 h hospitalizacji. U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie zarówno wyjściowe ciśnienie, jak i zmiany jego wartości miały mniejsze znaczenie prognostyczne niż u pacjentów bez nadciśnienia. Pacjenci leczeni farmakologicznie z powodu nadciśnienia tętniczego z niskim wyjściowym ciśnieniem (sCTK <110 mmHg) mieli gorsze rokowanie niezależnie od zmian wartości ciśnienia w ciągu pierwszych 24-48 h hospitalizacji.

Wnioski. Na rokowanie pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego udaru niedokrwiennego może wpływać nie tylko wyjściowe ciśnienie tętnicze, ale również kierunek i wielkość jego zmiany w ciągu pierwszych 24-48 h hospitalizacji.

Komentarz:

Komentowane doniesienie dotyczy niezmiernie ważnego problemu klinicznego, jakim jest ciśnienie tętnicze i jego zmiany w ostrym okresie niedokrwiennego udaru mózgu. Z jednej strony mamy dowody na niekorzystne rokowanie pacjentów z bardzo wysokimi wartościami ciśnienia (zostało to również potwierdzone w komentowanym badaniu), a z drugiej strony wiemy, że nadmierne jego obniżenie wiąże się z niekorzystnymi następstwami. Dodatkowo, należy pamiętać, iż początkowo wysokie ciśnienie tętnicze często samoistnie obniża się w ciągu pierwszych kilku czy kilkunastu godzin. Niskie wartości ciśnienia tętniczego są często związane z większym ryzykiem niepomyślnego rokowania – szczególnie (jak wynika z badania Ntaiosa i wsp.) u osób leczonych farmakologicznie z powodu nadciśnienia tętniczego. Być może farmakoterapia nadciśnienia tętniczego jest markerem jego ciężkości.

Niskie lub bliskie dolnej granicy normy ciśnienie tętnicze obserwuje się rzadko w chwili wystąpienia udaru; może być ono następstwem rozległego zawału mózgu, niewydolności serca lub jego niedokrwienia, hipowolemii bądź sepsy. Niskie ciśnienie tętnicze wtórne do hipowolemii lub związane z pogorszeniem się stanu neurologicznego w świeżym udarze mózgu należy leczyć roztworami zwiększającymi objętość wewnątrznaczyniową.¹ Chorzy z małym rzutem serca mogą niekiedy wymagać podawania leków inotropowych. Należy pamiętać, że wyniki badań klinicznych dotyczących aktywnego podwyższania niskiego ciśnienia tętniczego w ostrym okresie udaru nie dają podstaw do formułowania zdecydowanych zaleceń.

Uważa się, że w ostrej fazie udaru niedokrwiennego leki hipotensyjne należy stosować, jeśli ciśnienie skurczowe przekracza wartość 220 mmHg, a rozkurczowe 120 mmHg.² Ciśnienie powinno obniżyć się powoli do wartości nie niższych niż 180/110 mmHg. U chorych, którzy otrzymują leczenie trombo-

lityczne, powszechną praktyką jest unikanie wartości ciśnienia skurczowego powyżej 185 mmHg.¹ W drugie dobie po udarze można rozpocząć leczenie nadciśnienia, jeśli wartości przekraczają 180/120 mmHg.²

W odległym okresie po udarze należy dążyć do ciśnienia poniżej 140/90 mmHg. Zaleca się diuretyki tiazydopodobne, sartany oraz inhibitory ACE (*angiotensin converting enzyme*).² Aby osiągnąć ciśnienie docelowe, często musimy zastosować kilka leków hipotensyjnych. W takim przypadku jednym z nich powinien być diuretyk tiazydopodobny.

Piśmiennictwo:

1. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Diseases* 2008;25:457-507.
2. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok. *Nadciś Tętn* 2011;15:55-83.

Przedruk z „Nowości w medycynie – Nadciśnienie tętnicze”. 25.08.2011(52). Więcej nowości na stronie www.nowosciwmedycynie.pl