

Hypertoni och hjärtsjukdom

Vårdnivå

Hypertoni är kvantitativt sett den viktigaste riskfaktorn för kardiovaskulär sjukdom. Risken ökar med ökande blodtrycksnivåer.

Vänsterkammarhypertrofi, som är vanligt förekommande vid hypertoni, är associerad med ökad risk för hjärtsvikt, ventrikulära arytmier och död efter hjärtinfarkt samt plötslig hjärtdöd.

Diagnostik och utredning

I den kliniska bedömningen av en patient med högt blodtryck ska ingå värdering avseende symtom/tecken på hjärtsvikt och EKG ska tas för att värdera tecken till vänsterkammarhypertrofi. Vid utvalda fall kan UKG övervägas exempelvis vid skänkelblock på EKG.

Diagnostik vänsterkammarhypertrofi ex:

- Sokolow-Lyon's index (SV1+RV5-6 > 38 mm)
- Cornell Voltage SV3+RaVL, >28 mm för män, >20 mm för kvinnor
- Cornell product: Cornell voltage x QRS duration > 2400 mm x ms

Behandling

Regress av vänsterkammarhypertrofi är associerad med minskad kardiovaskulär risk och har påvisats vid behandling med ACE-hämmare, ARB, samt vissa kalciumblockerare (amlodipin, verapamil, diltiazem) men ej lika tydligt för tiazider eller betablockerare.

Vid ischemisk hjärtsjukdom och hypertoni är betablockerare förstahandsval med möjlighet att lägga till kalciumblockerare.

För personer med hjärtsvikt och för höga blodtrycksnivåer trots optimal hjärtsviktsbehandling med ACE-hämmare/ARB/ betablockerare/spironolakton kan man i första hand lägga till tiazid i lågdos. Om detta inte räcker till kan tillägg av amlodipin övervägas.

Patienter med etablerad kranskärslssjukdom hamnar i mycket-hög-risk-gruppen för ny hjärt- kärlhändelse. Blodtrycksbehandling kan övervägas redan vid 130-139/85-89 mmHg.

Behandlingsmål: <65 år systoliskt blodtryck 120-129 mmHg. ≥65 år systoliskt blodtryck 130-139 mm. Diastoliskt blodtryck <80 mmHg.