

آخرین تغییرات در توصیه‌ها و الگوریتم درمانی پرفشاری خون

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۵

سال پانزدهم شماره چهارم، مرداد - شهریور ۱۳۹۵ صص ۳۵۶-۳۵۲

نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۸ خرداد ۹۵]

سردبیر محترم

فشارخون بالا از شایعترین مشکلاتی است که در مراکز مراقبت‌های اولیه دیده می‌شود و چنانچه سریع تشخیص داده نشده و به‌طور مناسب درمان نشود ممکن است منجر به انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی، نارسایی کلیه و حتی مرگ شود. و استفاده از گایدلاین‌های بالینی در ارزیابی و کنترل بیماری‌ها از جمله پرفشاری خون، نقشی اساسی دارد [۱].

با توجه به تغییراتی که در گایدلاین جدید پرفشاری خون (Eighth Joint National Committee (JNC8) اتفاق افتاده است به عنوان مثال بتابلوکرها از داروهای کلاس اول درمان پرفشاری خون کنار گذاشته شده‌اند، و یا هدف درمانی پرفشاری خون در بیماری دیابت و بیماری مزمن کلیه از $130/80$ mmHg به $140/90$ mmHg تغییر کرده است و یا هدف درمانی پرفشاری خون در بزرگسالان ۶۰ ساله و بزرگتر به $150/90$ mmHg افزایش یافته است، این دست نوشته ضمن مقایسه گزارش هشتمین کمیته ملی (Eighth Joint National Committee (JNC8) با گزارش قبلی (JNC7)، آخرین توصیه‌ها و الگوریتم درمانی پرفشاری خون را در قالب نامه به سردبیر تبیین می‌کند.

گزارش هشتمین کمیته ملی (Eighth Joint National Committee (JNC8) مدارکی مستند در مورد آستانه فشارخون نیازمند شروع درمان، اهداف درمان و داروهای مناسب در بالغین با فشارخون بالا را شامل می شود. این شواهد از کارآزمایی های بالینی به دست آمده است و نشانگر حد استاندارد طلائی شروع درمان فشارخون بالا است. کیفیت شواهد و توصیه ها بر اساس تاثیر این درمان ها بر پیامدهای مهم بیماری فشارخون می باشد [۲].

بر خلاف گزارش هفتمین کمیته مشترک در گزارش هشتم تعریف هایپر تانسیون و پره هایپر تانسیون ذکر نشده و فقط آستانه فشارخون برای شروع درمان ذکر شده است [۳، ۲].

گزارش کمیته هفتم موضوعات متفاوتی را مورد خطاب قرار می داد: مثل روش های اندازه گیری فشارخون، روش های گوناگون ارزیابی بیمار، فشارخون ثانویه، وابستگی به رژیم دارویی خاص، فشارخون مقاوم به درمان و فشارخون در جمعیت های خاص، که نظرات را بر مبنای مرور مقالات و نظر افراد خبره ارائه داده بود [۳]. ولی در کمیته هشتم از نظر حیطه عناوین، بر اساس مرور مقالات کارآزمایی بالینی تعداد محدودی سؤال را در نظر گرفته است که توسط افراد خبره مورد قضاوت قرار گرفته است. از نظر اهداف درمان نیز در گزارش کمیته هشتم درمان مشابه برای همه جمعیت های مبتلا به فشارخون توصیه شده است مگر اینکه مرور شواهد برای گروهی خاص هدفی جهت درمان بگذارد. ولی در گزارش کمیته هفتم، جدا کردن اهداف درمان با مشخص کردن فشارخون بدون عارضه و شرایطی نظیر دیابت و بیماری مزمن کلیه صورت گرفته بود [۲].

راهنمای بالینی کمیته ملی هشتم بر سه سوال، که از تکنیک دلفی به دست آمده بود، تمرکز دارد. این سوالات آستانه فشارخونی که باید درمان شروع شود، داروی مطلوب و این که آیا دارو یا دسته دارویی خاص سبب ارتقای وضعیت بیمار می شود را تحت پوشش قرار می دهد. این سه سوال عبارتند از:

۱) آیا در بالغین دچار پرفشاری خون، شروع درمان دارویی در یک سطح آستانه ای از فشارخون سبب ارتقای وضعیت بیمار می شود؟

۲) آیا در بالغین با فشار خون بالا، درمان با داروهای ضد فشارخون برای رساندن به یک سطح مشخص از فشارخون لازم است؟

۳) آیا در بالغین با فشارخون بالا، داروهای متفاوت یا کلاس های دارویی گوناگون فواید و ضررهایی برای وضعیت فرد دارد؟

خلاصه توصیه های کمیته ملی مشترک هشتم در جدول شماره ۱ آمده است. توصیه اول تا پنجم در مورد سئوالات اول و دوم می باشد که آستانه شروع فشارخون و هدف درمان را مشخص کرده است. توصیه های ۶، ۷ و ۸ در مورد سؤال ۳ می باشد که داروی ضد فشارخون مناسب را مورد سؤال قرار می دهد. توصیه ۹ در واقع خلاصه ای است از نظرات افراد خبره در انتخاب داروی مناسب ضد فشارخون [۲].

الگوریتم درمان و مدیریت پرفشاری خون بر اساس JNC 8 در شکل شماره ۱ درج شده است. شواهدی قوی وجود دارد که حمایت می کند از اینکه بیماران با سن ۶۰ سال و بالاتر باید فشارخونشان به کمتر از ۱۵۰/۹۰ میلیمتر جیوه برسد و در افراد ۳۰ تا ۵۹ سال نیز فشارخون دیاستولیک زیر ۹۰ میلیمتر جیوه باشد ولی با این حال میزان مناسب فشار خون سیستولی در افراد کمتر از ۶۰ سال و یا فشار دیاستولی مناسب برای افراد زیر ۳۰ سال قطعی نیست و این میزان فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه به دست آمده از اجماع افراد صاحب نظر می باشد. همچنین آستانه شروع درمان و هدف درمان مشابهی نیز در بیماران کمتر از ۶۰ سال مبتلا به فشارخون و دیابت و نیز بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه غیردیابتی توصیه می شود. شواهد متوسطی از شروع درمان بیماران با داروهای مهارکننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین، مسدود کننده های گیرنده آنژیوتانسین، مسدودکننده های کانال کلسیم و دیورتیک های نوع تیازیدی در جمعیت غیرسیاه پوست مبتلا به فشارخون بالا وجود دارد که شامل افراد دیابتی نیز می شود. در جمعیت بیماران سیاه پوست مبتلا به فشارخون که دیابت هم دارند، مسدودکننده های کانال کلسیم و دیورتیک های تیازیدی به عنوان خط اول درمان توصیه می شود. شواهد متوسطی وجود دارد که از آغاز درمان و یا درمان کمکی با داروهای مهارکننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین و مسدود کننده های گیرنده آنژیوتانسین به منظور بهبود پیامدهای کلیوی حمایت می کند [۲].

جدول ۱: توصیه های هشتمین کمیته ملی کنترل فشارخون (JNC8)
<p>توصیه اول: در جمعیت عمومی ۶۰ ساله یا بزرگتر، درمان دارویی برای پایین آوردن فشارخون را در فشار سیستولیک ۱۵۰ میلی متر جیوه یا بیشتر یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر شروع کنید. هدف درمان رساندن فشار خون سیستولی به زیر ۱۵۰ میلیمتر جیوه و دیاستولی زیر ۹۰ میلیمتر جیوه است. (قویترین توصیه: گراید A)</p> <p>توصیه نتیجه گیری شده: در جمعیت عمومی ۶۰ ساله یا بزرگتر، اگر درمان دارویی منجر به رساندن فشارخون سیستولیک به زیر ۱۴۰ میلیمتر جیوه شود و این درمان تحمل شود (بدون هیچ عارضه جانبی بر روی سلامتی و یا کیفیت زندگی)، نیازی به تغییر دوز نیست. (نظر افراد خبره: گراید E)</p>
<p>توصیه دوم: شروع درمان دارویی برای کاهش فشارخون در جمعیت عمومی کمتر از ۶۰ سال، در فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر است و هدف درمان رساندن فشارخون دیاستولیک به زیر ۹۰ میلی متر جیوه است. (در گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال توصیه ای قوی یا گراید A و در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال نظر افراد خبره یا گراید E می باشد)</p>
<p>توصیه سوم: شروع درمان دارویی برای کاهش فشارخون در جمعیت عمومی کمتر از ۶۰ سال، در فشارخون سیستولیک ۱۴۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر است و هدف درمان رساندن فشارخون سیستولیک به زیر ۱۴۰ میلی متر جیوه است. (نظر افراد خبره: گراید E)</p>
<p>توصیه چهارم: در جمعیت ۱۸ سال یا بیشتر با بیماری مزمن کلیه (CKD) درمان دارویی برای پایین آوردن فشارخون را در فشار سیستولیک ۱۴۰ میلی متر جیوه یا بیشتر یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر شروع کنید. هدف درمان رساندن فشار خون سیستولی به زیر ۱۴۰ میلیمتر جیوه و دیاستولی زیر ۹۰ میلیمتر جیوه است. (نظر افراد خبره: گراید E)</p>
<p>توصیه پنجم: در جمعیت ۱۸ سال یا بزرگتر مبتلا به دیابت، درمان دارویی برای پایین آوردن فشارخون را در فشار سیستولیک ۱۴۰ میلی متر جیوه یا بیشتر یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر شروع کنید. هدف درمان رساندن فشار خون سیستولی به زیر ۱۴۰ میلیمتر جیوه و فشار خون دیاستولی به زیر ۹۰ میلیمتر جیوه است. (نظر افراد خبره: گراید E)</p>
<p>توصیه ششم: در جمعیت عمومی غیرسیاهپوست (که افرادی که دیابت دارند را نیز شامل می شود)، درمان دارویی ابتدایی باید شامل دیورتیک های شبه تیازیدی، مسدودکننده های کانال کلسیم (CCB)، مهارکننده آنزیم میدل آنژیوتانسین (ACEI) یا مسدود کننده گیرنده آنژیوتانسین (ARB) باشد. (توصیه متوسط: گراید B)</p>
<p>توصیه هفتم: در جمعیت عمومی سیاهپوست (که افرادی که دیابت دارند را نیز شامل می شود)، درمان دارویی ابتدایی باید شامل دیورتیک های شبه تیازیدی یا مسدودکننده های کانال کلسیم (CCB) باشد. (این توصیه در جمعیت عمومی سیاهپوست توصیه متوسط یا گراید B می باشد، ولی در سیاه پوستان مبتلا به دیابت، یک توصیه ضعیف یا گراید C محسوب می شود)</p>
<p>توصیه هشتم: در جمعیت ۱۸ سال یا بزرگتر مبتلا به بیماری مزمن کلیه (CKD)، داروی ابتدایی ضد فشارخون و یا داروی اضافه شده بر داروی ابتدایی، باید شامل مهارکننده آنزیم میدل آنژیوتانسین (ACEI) یا مسدود کننده گیرنده آنژیوتانسین (ARB) برای ارتقای عملکرد کلیه باشد. این توصیه به همه بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه CKD صرف نظر از نژاد یا دیابت است. (توصیه متوسط: گراید B)</p>
<p>توصیه نهم: هدف اصلی درمان پرفشاری خون، رساندن آن به سطح مطلوب فشارخون و نگهداشتن آن در این سطح مطلوب است. چنانچه با یک ماه درمان به این هدف نرسیده باشید، یا باید دوز همان داروی اول را افزایش داد یا داروی دیگری از دسته داروهای توصیه شماره ۶ را اضافه کرد. شامل دیورتیک های شبه تیازیدی، مسدودکننده های کانال کلسیم (CCB)، مهارکننده آنزیم میدل آنژیوتانسین (ACEI) یا مسدود کننده گیرنده آنژیوتانسین (ARB). پزشک باید به ارزیابی فشارخون و تطبیق رژیم دارویی تا رسیدن به فشارخون هدف ادامه دهد. اگر با استفاده از ۲ دارو به هدف درمانی فشارخون نرسیدید، داروی سوم را از فهرست توصیه شماره ۶ می توانید اضافه کرده و دوز آن را افزایش دهید. ولی باید دقت داشته باشید که مهارکننده آنزیم میدل آنژیوتانسین (ACEI) و مسدود کننده گیرنده آنژیوتانسین (ARB) را در یک بیمار، به صورت همزمان تجویز نکنید. اگر با استفاده از دسته های دارویی توصیه شماره ۶ به سطح مطلوب فشارخون دست نیافتید (به دلیل کنتراژیکاسیون مصرف و یا نیاز به استفاده از بیش از ۳ دارو برای رسیدن به هدف درمانی)، می توانید از سایر دسته های دارویی استفاده نمایید. بیمارانی را که با استراتژی های بالا به فشارخون هدف دست نیافتید و یا بیماران عارضه دار شده ای را که نیاز به مشاوره بالینی دارید، به یک متخصص فشارخون ارجاع دهید. (نظر افراد خبره: گراید E)</p>

با تقدیم احترام

دکتر اکبر نیک پژوه: عضو هیات علمی مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تلفن تماس: ۰۲۱-۲۳۹۲۱ Email: dr.nikpajouh@gmail.com
دکتر تهمینه قایمیان: متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

منابع

1. Wilbert S Aronow , Review Article Treatment of systemic hypertension , American Journal of Cardiovascular Disease 2012;2:160-170
2. Paul A, James, MD, Suzanne Oparil, MD; Barry L. Carter, Pharm D, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults, Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) , JAMA February 5, 2014; 311: 507-520
3. Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C. Cushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo. The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee: Seventh report of the joint national committee on prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of Hight Blood Pressure (JNC7). Hypertension 2003;42:1206-1252