


Vitrockshypertoni:

Höjt blodtryck på läkarmottagning, men normalt blodtryck i övrigt

 Den strikta definitionen på vitrockshypertoni är ständigt förhöjt blodtryck på läkarmottagningen men normalt blodtryck i övrigt. Hembloodtrycksmätning lämpar sig inte för diagnostik av hypertoni, men kan användas för att följa behandlingseffekt. Non-invasiv ambulatorisk blodtrycksregistrering under en ordinarie arbetsdag kan vara av värde för att utesluta eller bekräfta diagnosen vitrockshypertoni.

INGER ENSTRÖM
distriktsläkare, docent, vårdcentralen
Kävlinge
(Inger.Enstrom@smi.mas.lu.se)

■ När läkaren uppmäter ett förhöjt blodtryck skylls detta ofta av patienten, och många gånger också av läkaren, på så kallad vitrockshypertoni [1, 2]. Andra uttryck som också används är vitrockseffekt eller vitrockssvar [3-5]. Dessa båda benämningar är dock inte synonyma, vilket inte alltid framgår eftersom det i litteraturen förekommer olika alternativa definitioner på dessa båda begrepp [6].

Den strikta definitionen på vitrockshypertoni är emellertid ständigt förhöjt blodtryck på läkarmottagningen, men normalt blodtryck i övrigt [7].

Vitrockseffekt utgör trycksvaret, som uppkommer hos vissa individer, när läkaren mäter blodtrycket [4]. En individ som svarar med vitrockseffekt kan alltså ha förhöjt blodtryck även utanför mottagningen och således vara hypertoniker, vilket inte är fallet med en så kallad vitrockshypertoniker som således har isolerad mottagningshypertoni.

I olika studier uppgår prevalensen vitrockshypertoni till mellan 5 och 40 procent [8-10] och är lägre ju högre mottagningsblodtrycket är [9]. Det har ibland hävdats att vitrockshypertoni inte är ett ofarligt tillstånd [11, 12]. Orsaken till detta är dock sannolikt att det inte rör sig om strikt definierad vitrockshypertoni. Till exempel kan nämnas att en definition som används för vitrockshypertoni är att blodtrycket är lägre hos sjuksköterskan än hos läkaren [13]. Ytterligare ett sätt, som ibland tillämpas för att försöka utvärdera om det rör sig om vitrockshypertoni är att mäta hembloodtryck. Antingen kan patienten själv göra detta eller någon anhörig. Vad många dock inte är medvetna om är att ett hembloodtryck på 140/90 mm Hg inte säkert

innebär att individen är normoton i andra sammanhang och utesluter således inte hypertoni [14]. Ofta framgår det inte heller när och under vilka förutsättningar blodtrycket uppmätts, till exempel om det är under ledig dag eller arbetsdag [15]. Dessutom är det viktigt att mätningen sker med en testad tillförlitlig utrustning [16]. Hembloodtrycksmätning är således ingen bra metod för diagnostik av hypertoni, men kan hos intresserad patient vara av värde för att följa behandlingseffekt.

Hur fastställs vitrockshypertoni?

Hur skall man då säkrare kunna fastställa om det verkligen rör sig om vitrockshypertoni?

Kan non-invasiv ambulatorisk blodtrycksregistrering vara till någon nytta? Rätt utnyttjad anser jag att så kan vara fallet. Registreringen bör dock ske under en ordinarie arbetsdag [15] eftersom blodtrycket påverkas av aktivitet [15, 17, 18] och arbetsblodtrycket är det blodtryck som bäst predikerar vänsterkammarrhypertofi [19]. Det är således viktigt att se till att patienten inte väljer att bära mätutrustningen en särskilt anpassad dag, vilket inte är så ovanligt. Med få undantag (till exempel taxichaufförer och löpandebandarbetare) kan faktiskt registreringen i de flesta fall genomföras under en ordinarie arbetsdag. Patienten bör också under registreringsdygnet ha fyllt i uppgifter om när hon/han varit på arbetet, i stora drag typ av aktivitet samt ha angett tid för söngående och uppstigning. Hur sömnkvaliteten under registreringsdygnet varit samt om patienten varit uppe på natten bör också anges, eftersom det har betydelse för utvärderingen. Normalt sjunker blodtrycket cirka 20 procent under sömn och en utebliven sänkning kan tyda på sekundär hypertoni.

När det gäller analys av blodtryckskurvan är det också en absolut fördel om

II Fakta

Ambulatorisk registrering

Ambulatorisk blodtrycksregistrering kan vara av värde i följande sammanhang:

Stora skillnader mellan mottagnings- och hembloodtryck.

Stora skillnader mellan läkar- och sjuksköterskeuppmätt blodtryck.

Utvärdering av nydiagnostiserad hypertoniker utan påvisbar organskada.

Övertyga patienten att han/hon inte har vitrockshypertoni.

Diagnostik av sekundär hypertoni.

Terapieresistent hypertoni.

det görs av den behandlande läkaren, som känner patienten och som med hjälp av dagboken tillsammans med patienten kan gå igenom dygnskurvan. Dock krävs viss utbildning för att rätt kunna tolka resultatet [20]. Det är viktigt att läkaren är medveten om att ett genomsnittligt ambulatoriskt blodtryck oftast är lägre än mottagningsblodtryck [21]. Det är därför inte adekvat att generellt tolka det som vitrockshypertoni när det genomsnittliga ambulatoriska systoliska dagblodtrycket är ≥ 10 mm Hg lägre än mottagningsblodtrycket. Hos hypertoniker är dessutom skillnaden i absoluta tal större mellan mottagningsblodtryck och ambulatoriskt tryck än hos normotoniker. Som exempel kan nämnas att ett mottagningsblodtryck på 180/100 mm Hg motsvarar ett genomsnittligt ambulatoriskt dagblodtryck på 157/90 mm Hg, medan 140/90 mm Hg motsvaras av 135/84 mm Hg [21].

Det råder tämligen god enighet om att ett genomsnittligt ambulatoriskt dagblodtryck $< 135/85$ mm Hg kan betraktas som normalt [22], även om gränsen 130/80 mm Hg anses mer optimal [23].

Hypertoni diagnostiseras i primärvården

De flesta hypertoniker diagnostiseras i primärvården där det viktigaste idag tycks vara hög tillgänglighet och därför

snabb genomströmning. Trots detta anser jag att det borde vara mer kostnads-effektivt om man från början så långt som möjligt ställer rätt diagnos, även om den initiala kostnaden blir lite högre på grund av större tidsåtgång. Naturligtvis är inte blodtrycksnivån det enda som bör vägas in vid den kardio- och cerebrovas-kulära riskbedömningen. Andra faktorer har också betydelse. Uppgifter som behandlande läkare brukar ha bäst känne-dom om. En viss hjälp vid bedömningen av den sammantagna risken kan fås via upprättade tabeller (SCORE) där olika riskfaktorer vägs in [24].

*

Potentiella bindningar eller jävsförhål-landen: Inga uppgivna.

of office blood pressure? *Klin Wochenschrift* 1990; 68:723-7.

22. Pickering TG. What is the »normal« 24 h, and asleep blood pressure? *Blood Press Monit* 1999;4(Suppl 2):3-7.
24. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Bron-tons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003;24:1601-10.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://tarkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista



= artikeln är referentgranskad

Referenser

1. Pickering TG. White coat hypertension. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 1996;5:192-8.
3. Lerman CE, Brody DS, Hui T, Lazaro C, Smith DG, Blum MJ. The white-coat hypertension response. Prevalence and predictors. *J Gen Intern Med* 1989;4: 226-31.
4. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Pomi-dossi G, Ferrari A, et al. Effects of blood pressure measurement by the doctor on patients' blood pres-sure and heart rate. *Lancet* 1983;2:695-8.
5. Strandberg TE, Salomaa V. White coat effect, blood pressure and mortality in men: Prospective cohort study. *Eur Heart J* 2000;21:1714-8.
6. Tsai PS. White coat hypertension: understanding the concept and examining the significance [review]. *J Clin Nurs* 2002;11:715-22.
7. Pickering TG. Ambulatory blood pressure monitor-ing and blood pressure variability. London: Science Press; 1991.
8. Pickering TG, Coats A, Mallion JM, Mancia G, Ver-decchia P. Blood pressure monitoring. Task force V: White-coat hypertension. *Blood Press Monit* 1999; 6:333-41.
9. Pickering TG, James GD, Boddie C, Harshfield GA, Blank S, Laragh JH. How common is white coat hy-pertension? *JAMA* 1988;259:225-8.
11. Muscholl MW, Hense HW, Bröckel U, Döring A, Riegger GAJ, Schunkert H. Changes in left ventricu-lar structure and function in patients with white coat hypertension: cross sectional survey. *BMJ* 1998; 317:565-70.
12. Owens PE, Lyons SP, Rodriguez SA, O'Brien ET. Is elevation of clinic blood pressure in patients with white coat hypertension who have normal ambu-latory blood pressure associated with target organ changes? *J Hum Hypertens* 1998;12:743-8.
13. Gerc V, Favrat B, Brunner HR, Burnier M. Is nurse-measured blood pressure a valid substitute for ambu-latory blood pressure monitoring? *Blood Press Monit* 2000;5:203-9.
14. Imai Y, Nakatsuka H, Ikeda M, Nagai K, Abe K, Mi-nami N, et al. A cross-sectional survey of home blood pressure in a rural community in northern Japan. *Clin Exp Hypertens A* 1990;12:1095-106.
15. Enström I, Pennert K. Does it matter whether ambu-latory blood pressure is recorded during a work day or a non-work day? *J Hypertens* 1996;14:565-9.
16. O'Brien E, Waeber B, Parati G, Staessen J, Myers MG. Blood pressure measuring devices: recommen-dations of the European Society of Hypertension. *BMJ* 2001;322:531-6.
17. Hill L. On rest, sleep, and work and the concomitant changes in the circulation of the blood. *Lancet* 1898; 1:282-5.
19. White BW, Schulman P, McCabe EJ, Dey HM. Ave-rage daily blood pressure not office blood pressure, determines cardiac function in patients with hyper-tension. *JAMA* 1989;261:873-7.
20. O'Brien. Ambulatory blood pressure measurement is indispensable to good clinical practice. *J Hypertens* 2003;21(Suppl):1-8.
21. Baumgart P, Walger P, Jürgens U, Rahn KH. Refe-rence data for ambulatory blood pressure monitoring: What results are equivalent to the established limits