

V roce 2022 byla publikována retrospektivní analýza celkem 224 265 pacientů z nemocnic ve státě Connecticut (do studie nebyli zařazeni pacienti s hypertenzním emergentním stavem, dále přijatí na JIP). Celkem 10 % pacientů mělo TK > 180/110 mm Hg po přijetí na oddělení a který při opakovaném přeměření neklesl. 40 % pacientů dostalo antihypertenzní léčbu a zbývajících 60 % léčeno nebylo. Zajímavým zjištěním bylo to, že pacientům bez léčby klesl během následujících 6 hodin TK minimálně stejně rychle jako léčeným pacientům. Důležitým zjištěním bylo ale i to, že se u pacientů léčených intravenózním antihypertenzivem vyskytl častěji pokles středního arteriálního tlaku o více než 30 % než u pacientů léčených orálním antihypertenzivem nebo neléčených vůbec (16). To, že tyto rychlé poklesy hodnot TK nejsou výhodné pro koronární cirkulaci, potvrdila další analýza uvedeného souboru, která prokázala častější výskyt infarktu myokardu u pacientů léčených intravenózními antihypertenzivy (5,9 % vs. 3,6 % neléčených). Naopak neprokázala vyšší výskyt cévních mozkových příhod nebo akutního selhání ledvin (17).

Poslední studií podporující teorii o škodlivosti léčby asymptomatického zvýšení TK za hospitalizace je loni publikovaná americká studie na veteránech starších 65 let (průměrný věk 74,4 let, jen 2,6 % žen), kteří byli první 2 dny léčení antihypertenzivy (20 % pacientů) nebo nebyli (80 % pacientů) pro asymptomatické zvýšení hodnot TK. I v tomto případě se ukázalo, že intenzivní léčba je spojena s častějším výskytem nežádoucích příhod (8,7 % vs. 6,0 % pacientů) – sledován byl pobyt na JIP (2,9 % vs. 2,5%), akutní selhání ledvin 5,5 % vs. 3,9 %), cévní mozková příhoda (0,2 % vs. 0,1 %), zvýšení BNP (0,3 % vs. 0,2 %) nebo troponinu (1,6 % vs. 1,4 %), hypotenze (14,5 % vs. 14 %) a dokonce propuštění do následné lůžkové péče (12,2 % vs. 10,1 %). I v tomto případě se ukázala jako škodlivější léčba intravenózními antihypertenzivy – v této studii byl dokonce zvýšený výskyt úmrtí a překladů na JIP v případě intravenózní léčby. Zjištěné rozdíly nebyly vysvětlitelné věkem, křehkostí, hodnotami TK před přijetím nebo ischemickou chorobou srdeční. Akutní antihypertenzní léčba škodila více pacientům se systolickým TK < 180 mm Hg než pacientům s TK ≥ 180 mm Hg (poměr šancí 1,34 vs. 1,15 ve srovnání s neléčenými pacienty) (18).

Dá se tedy shrnout, že ad hoc podávání antihypertenzní medikace pacientům za hospitalizace je spojeno s větší pravděpodobností vzniku nežádoucích příhod souvisejících s náhlým poklesem TK.

Další problematikou, se kterou jsme běžně konfrontováni během hospitalizace, je případná úprava chronické antihypertenzní terapie na základě měřených hodnot TK. V roce 2018 byla publikována retrospektivní studie čerpající data z informačního systému péče o americké veterány. Celkem 14 % veteránů hospitalizovaných pro nekardiální příčiny bylo propuštěno buď se zahájenou, nebo posílenou antihypertenzní terapií. Více než polovina těchto pacientů (52 %) ale měla velmi dobře kontrolovanou arteriální hypertenzi před přijetím do nemocnice. Byť nejdůležitějším důvodem pro posílení terapie hypertenze byla vlastní hodnota TK za hospitalizace, přesto byla terapie posílena i u 8 % pacientů, u nichž nebyly zjištěny zvýšené hodnoty TK za hospitalizace. Četnost posílení antihypertenzní terapie se nelišila mezi pacienty s horší životní prognózou a pacienty, u nichž bylo možné očekávat výraznější profit z posílené terapie,

jako jsou kardiovaskulární nebo renální choroby (19). Stejní autoři pak publikovali v roce 2019 retrospektivní analýzu pacientů starších 65 let, kterým byla během hospitalizace z nekardiálních důvodů (pneumonie, močová infekce a žilní tromboembolismus) navýšena antihypertenzní medikace (= zvýšena dávka nebo počet antihypertenziv). Při analýze dat 30 dní od propuštění bylo zjištěno, že navýšení antihypertenzní medikace vedlo k častějšímu výskytu časně rehospitalizace (poměr rizik (HR) 1,23 při 95% intervalu spolehlivosti (CI) 16–76), k závažnému nežádoucímu účinku spojeného s antihypertenzní medikací (návštěva akutního příjmu, hospitalizace pro pády, synkopy, abnormality iontů a akutní selhání ledvin) (HR 1,41, CI 34–370) a kardiovaskulárních příhod (mezi něž byla kromě akutního koronárního syndromu, cévní mozkové příhody a srdečního selhání řazena i dekompenzace arteriální hypertenze) (HR 1,65, CI 1,13–2,4) ve srovnání s pacienty, u nichž nebyla antihypertenzní medikace měněna. Při analýze dat 1 rok od propuštění nebyl zjištěn zásadní rozdíl ve výskytu sledovaných příhod – mortalitě, rehospitalizacích nebo v závažných kardiovaskulárních příhodách mezi jednotlivými skupinami. Pokud byla analýza rozdělena na pacienty s dobře (TK < 140/90 mm Hg) a hůře (TK ≥ 140/90 mm Hg) kontrolovanou arteriální hypertenzí před hospitalizací, tak právě posílení antihypertenzní medikace u dříve dobře kontrolovaných hyperteniků vedlo k horším výsledkům než u pacientů s dříve hůře kontrolovanou hypertenzí ve srovnání s pacienty, jimž léčba nebyla navyšována (20). V roce 2021 pak stejná skupina autorů ukázala, že pacienti, kteří byli propuštěni se stejnou nebo sníženou antihypertenzní medikací, měli lepší perzistenci na medikaci než pacienti, u nichž byla medikace navýšena (P < 0,001) (21).

Shrnutí

To, že dlouhodobá léčba arteriální hypertenze je spojená s výrazným snížením kardiovaskulární morbidity a mortality, není nutné připomínat. Na druhé straně ale nevíme, jak přistupovat k pacientům s krátkodobě či jednorázově zvýšenými hodnotami TK, které bývají velmi často měřeny u hospitalizovaných, ale jinak zcela asymptomatických pacientů. Při jejich hodnocení bychom si měli nejdříve uvědomit, že tyto naměřené hodnoty TK vůbec neodpovídají požadavkům na standardní měření TK jako takového. Ale i pokud by se jednalo o správně naměřené hodnoty TK po technické stránce, i tak bychom měli mít vždy na paměti, že jsou nejspíše odrazem výraznějšího krát-

Tab. 5. Jak přistupovat ke zvýšeným hodnotám TK u jinak asymptomatických hyperteniků

Zopakovat měření TK s časovým odstupem
Zkusit zjistit příčinu vzestupu hodnot TK (bolest, rozrušení, močová retence) a zaléčit ji odpovídajícím způsobem
Nikdy neordinovat antihypertenziva způsobem „podat při TK > .. mm Hg“
Pokud se rozhodneme navyšovat antihypertenzní medikaci na základě opakovaně zvýšených hodnot TK, měli bychom tak činit velmi opatrně a neočekávat okamžitý pokles hodnot TK
Při propuštění brát v úvahu i možnost dalšího poklesu hodnot TK v domácím prostředí s doprovázejícími komplikacemi následkem navýšené antihypertenzní medikace a upozornit na jejich riziko pacienta/praktického lékaře
TK – krevní tlak