

Włodzimierz Januszewicz, Marek Sznajderman

Warszawa

## Niskie ciśnienie krwi — norma czy choroba?

**W** pracy zwięźle podsumowano obecną wiedzę dotyczącą częstości, symptomatologii i znaczenia klinicznego przewlekłego utrzymującego się niskiego ciśnienia krwi. Przytoczono wyniki ostatnich badań mających na celu wyjaśnienie patofizjologii tego stanu. Panuje opinia, że wiąże się on z małym ryzykiem sercowo-naczyniowym.

*słowa kluczowe: niskie ciśnienie krwi, hipotonia ortostatyczna*

W piśmiennictwie istnieją rozbieżne opinie na temat mechanizmów i znaczenia klinicznego przewlekłego niskiego ciśnienia tętniczego krwi. Stan ten, w przeciwieństwie do nadciśnienia tętniczego, jest stosunkowo mało zbadany i zajmuje niewiele miejsca w piśmiennictwie dotyczącym ciśnienia krwi, jego regulacji i związanych z nim zespołów chorobowych. Praktyka kliniczna uczy, że niskie ciśnienie krwi jest zjawiskiem często spotykanym, a wśród pacjentów budzi zwykle więcej niepokoju niż ciśnienie podwyższone. Wynika to z faktu, że, o ile podwyższone ciśnienie krwi, pomimo negatywnego wpływu na układ

sercowo-naczyniowy, może przebiegać przez długi czas bezobjawowo, o tyle osoby z niskim ciśnieniem zgłaszają wiele skarg, z którymi spotykają się lekarze w swojej codziennej praktyce.

Jak wiadomo, niskie ciśnienie krwi może towarzyszyć różnym stanom chorobowym. Może być objawem niewydolności kory nadnerczy lub przysadki mózgowej. Ostatnio podkreśla się także, że niskie ciśnienie może być jednym z objawów towarzyszących zespołowi Downa i chorobie Alzheimera, a także demencji i depresji [1–4]. Ponadto, opisano rzadkie przypadki, kiedy niskie ciśnienie krwi wiązało się z wytwarzaniem w ustroju substancji o właściwościach hipotensyjnych, jak bradykinina czy medullipina [5, 6]. Wiele uwagi poświęca się także mechanizmom hipotonii ortostatycznej, u podłoża której może leżeć wiele innych zespołów chorobowych, działanie niektórych leków hipotensyj-

Artykuł ukazał się w piśmie „Nadciśnienie Tętnicze” 2003, 7, 1: 59–61

**Adres do korespondencji:**

prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz  
ul. Prezydencka 3, 02-072 Warszawa  
tel.: (0 22) 825-56-87

nych oraz zaburzenia mechanizmów odpowiedzialnych za regulację ciśnienia tętniczego krwi [7–9].

Przedmiotem zainteresowania autorów niniejszego artykułu jest jednak przewlekła hipotonia niewywołana znanymi przyczynami, określana zwykle jako pierwotna bądź samoistna, przez niektórych autorów zwana także hipotonią konstytucjonalną. Od wielu lat w piśmiennictwie pojawia się pytanie, czy tego rodzaju hipotonia jest stanem chorobowym, czy objawy, na które uskarżają się pacjenci, niosą zagrożenie dla zdrowia, a co się z tym wiąże — czy wymagają one leczenia [10, 11].

Obecnie przeważa pogląd, że niskie ciśnienie krwi jest zjawiskiem korzystnym dla układu sercowo-naczyniowego i w odróżnieniu od nadciśnienia tętniczego wiąże się z lepszym rokowaniem dla zdrowia i życia. Przekonanie to znajduje potwierdzenie w badaniach epidemiologicznych oceniających wpływ ciśnienia tętniczego krwi na zmiany w układzie sercowo-naczyniowym na przestrzeni odpowiednio długiego czasu [12–14].

Definicja tak zwanej hipotonii samoistnej jest umowna. Już ponad 25 lat temu autorzy niemieccy zaproponowali rozpoznanie jej, gdy wartości ciśnienia skurczowego utrzymują się długotrwale poniżej 110 mm Hg w przypadku mężczyzn i 100 mm Hg w przypadku kobiet oraz ciśnienia rozkurczowego poniżej 60 mm Hg dla obu płci [15, 16]. Inni autorzy podawali wartości zbliżone lub nieznacznie się od nich różniące. Kilka lat temu ukazała się interesująca praca dotycząca częstości niskiego ciśnienia krwi w ogólnej populacji, ocenianego za pomocą 24-godzinnego automatycznego pomiaru ciśnienia krwi [17]. Praca ta ma szczególną wartość, zważywszy że zastosowana metoda pozwala ocenić zmiany ciśnienia krwi w warunkach normalnej aktywności życiowej, zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy. Jako znamionujące hipotonię autorzy przyjęli wartości ciśnienia tętniczego mieszczące się w obrębie 5-percentyla normalnej populacji, wynoszące dla mężczyzn 115/70 mm Hg w ciągu dnia i 97/56 mm Hg w nocy, a dla kobiet odpowiednio: 105/65 mm Hg i 92/52 mm Hg. W badanej przez autorów populacji kryteria te spełniało 14,3% kobiet i 16,3% mężczyzn. Osoby te różniły się od pozostałych starszym wiekiem (tylko mężczyźni) oraz mniejszą masą ciała (tylko kobiety). U mężczyzn z hipotonią rzadziej stwierdzano nadciśnienie tętnicze w wywiadzie rodzinnym niż w pozostałej części populacji, zależności takiej nie zaobserwowano u kobiet.

Już w klasycznych podręcznikach z lat 40. ubiegłego wieku można znaleźć szczegółowe opisy symptomatologii klinicznej przypisywanej niskiemu ciśnieniu tętniczemu krwi [18]. Szczególnie podkreśla się tam występowanie nadmiernej męczliwości, zawrotów głowy, trudności w koncentracji i uczucia ochłodzenia kończyn; stwierdzano też większą częstość tych objawów u kobiet. Podkreślano przy tym bardzo dobre rokowanie i brak potrzeby stosowania farmakoterapii, chociaż niektórzy autorzy zalecali różnego rodzaju leki doraźnie podnoszące ciśnienie krwi. Zwracano także uwagę na metody niefarmakologiczne wpływające korzystnie na sprawność fizyczną oraz na oddziaływanie psychoterapeutyczne. Wybitny badacz problematyki ciśnienia tętniczego krwi, George Pickering, w klasycznym podręczniku wydanym w 1955 roku podkreśla, że osoby z niskim ciśnieniem tętniczym odznaczają się mniejszą umieralnością, co znajduje wyraz w materiałach towarzystw ubezpieczeniowych z lat 40. [19]. Warto też przytoczyć słowa tego samego autora zawarte w drugim wydaniu monografii z 1968 roku, w którym pisze: „Wraz ze zmniejszeniem zapadalności na gruźlicę, niskie ciśnienie tętnicze — pomijając dobrze zdefiniowane stany, jak niewydolność kory nadnerczy i przysadki mózgowej — przestało być obciążone ujemnym rokowaniem i jako jednostka chorobowa popadło w niepamięć” [20].

Patrząc z perspektywy ostatnich kilkudziesięciu lat, można wyrazić opinię, że problem przewlekłe utrzymującego się niskiego ciśnienia tętniczego krwi — bez uchwytnej przyczyny — zajmuje niewiele miejsca bądź też jest pomijany w większości podręczników i opracowań monograficznych. Pojawiają się jednak na przestrzeni ostatniej dekady także prace poświęcone wybranym aspektom tego stanu. Godne odnotowania są pochodzące z 1990 roku wyniki badań, jakie przeprowadzono w Wielkiej Brytanii, obejmujących dużą populację; ich autorzy zwracają szczególną uwagę na towarzyszące przewlekłej hipotonii uczucie stałego zmęczenia. Potwierdzają oni jednak opinię, że stan ten nie wymaga specjalnego postępowania [21]. Zwraca się uwagę na zależność między niskim ciśnieniem krwi a stanami depresyjnymi, zwłaszcza w starszym wieku. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały zależność między niskim ciśnieniem rozkurczowym

(< 75 mm Hg) a objawami depresji ocenianej według skali Becka [22]. Warto w tym miejscu wspomnieć o badaniach autorów szwedzkich, którzy wykazali zależność między niskim ciśnieniem skurczowym a podawaną przez badanych niską jakością życia [23].

Na uwagę zasługują także inne badania autorów brytyjskich przeprowadzone w ponad 10-tysięcznej populacji mężczyzn i kobiet w wieku 35–55 lat [24]. Na podstawie szczegółowego kwestionariusza zawierającego 30 elementów oceny stanu psychicznego badanych wykazali oni silną zależność między niskim ciśnieniem skurczowym a subtelnymi zmianami psychologicznymi. Autorzy wyrażają pogląd, że często spotykane w stanach hipotonii objawy, takie jak łatwa męczliwość i zawroty głowy, są zjawiskiem wtórnym do zachwianego stanu psychicznego pacjenta. W artykule redakcyjnym do wspomnianej pracy znalazło się wiele pytań, które odzwierciedlają niedostatek wiedzy na temat mechanizmów patofizjologicznych leżących u podłoża omawianego zagadnienia

[25]. Jego autor podkreśla potencjalną możliwość hipoperfuzji ośrodkowego układu nerwowego, co mogłoby mieć wpływ na mechanizmy regulujące ciśnienie tętnicze krwi. Prawdopodobnie istnieje również zależność między hipoperfuzją mięśni szkieletowych a nadmierną męczliwością. Autor zadaje także pytanie, czy objawy depresji lub stany niepokoju mogą mieć związek ze zmienioną funkcją wazomotoryczną. W konkluzji podkreśla jednak, że nie ma dowodów przemawiających za jedną z tych hipotez.

Mimo iż przeważa pogląd, że długotrwale utrzymujące się niskie ciśnienie krwi nie jest obciążone złym rokowaniem, a nawet może wydłużać przewidywany okres życia, nie znaleziono, jak dotąd, pełnego wyjaśnienia klinicznych następstw tego stanu. Można oczekiwać, że prowadzone obecnie — także w Polsce — zakrojone na szeroką skalę badania epidemiologiczne mogą rzucić nowe światło na częstość i uwarunkowania przewlekłej hipotonii i jej znaczenie dla stanu zdrowia społeczeństwa.

## PIŚMIENNICTWO

- Morrison R.A., Mc Grath A., Davidson G. i wsp. Low blood pressure in Down's syndrome: a link with Alzheimer's disease? *Hypertension* 1996; 28: 569–575.
- Guo Z., Vitanen M., Fratiglioni L. i wsp. Low blood pressure and dementia in elderly people: the Kungsholmen project. *Br. Med. J.* 1996; 312: 805–808.
- Paterniti S., Verdier-Taillefer M.H., Geniste C. i wsp. Low blood pressure and risk of depression in the elderly. *Br. J. Psychiatry* 2000; 176: 464–467.
- Jorm A.F. Association of hypotension with positive and negative affect and depressive symptoms in the elderly. *Br. J. Psychiatry* 2001; 178: 553–555.
- Muirhead E.E., Streeten D.H.P., Brooks B. i wsp. Persistent hypotension associated with hypermedullipinemia: a new syndrome. *Blood Press. Adv. Hypertens. Res.* 1992; 1: 138–148.
- Muirhead E.E. Renomedullary vasodepressor lipid medullipin. W: Swales J.D. (red.). *Textbook of hypertension*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1994.
- Narkiewicz K., Somers V.K. Chronic orthostatic intolerance. Part of a spectrum of dysfunction in orthostatic cardiovascular homeostasis. *Circulation* 1998; 98: 2105–2107.
- Shannon J.R., Flatttem N.L., Jordan J. i wsp. Orthostatic intolerance and tachycardia associated with norepinephrine-transporter deficiency. *N. Engl. J. Med.* 2000; 342: 541–549.
- Calkins H., Zipes D.P. Hypotension and syncope. W: Braunwald E., Zipes D.P., Libby P. (red.). *Heart disease*. W.B. Saunders Company, Philadelphia 2001: 232.
- Pemberton J. Does constitutional hypotension exist? *Br. Med. J.* 1989; 298: 660–662.
- Owens P.E., O'Brien E.T. Hypotension — a forgotten illness? *Blood Press. Monitor.* 1996; 2: 3–14.
- Kannel W.B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. Prevention and treatment. *JAMA* 1996; 275: 1571–1576.
- Rywik S. Epidemiologia nadciśnienia tętniczego. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M. (red.). *Nadciśnienie tętnicze*. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2000: 301–309.
- Kannel W.B. Update on hypertension as a cardiovascular risk factor. W: Mancia G., Chalmers J., Julius S., Saruta T., Weber M., Ferrari A., Wilkonson I. (red.). *Manual of hypertension*. Churchill Livingstone, Londyn 2002, 3–19.
- Schettler G. (red.). *Innere Medizin*. Stuttgart, Thieme 1976 (wg 10).
- Vosschulte K., Lash H.G., Heinrich F. (red.). *Innere Medizin und Chirurgie*. Stuttgart, Thieme 1979 (wg 10).
- Owens P.E., Lyons S.P., O'Brien E.T. Arterial hypotension: prevalence of low blood pressure in the general population using ambulatory blood pressure monitoring. *J. Hum. Hypertens.* 2000; 14: 243–247.
- Scherf D., Boyd L.J. *Cardiovascular diseases. Their diagnosis and treatment*. W: Heine-mann Medical Books, Londyn 1948.
- Pickering G.W. *High blood pressure*. J.A. Churchill Ltd., Londyn 1955.
- Pickering G. *High blood pressure*. J.A. Churchill Ltd., Londyn 1968.
- Wessely S., Nickson J., Cox B. Symptoms of low blood pressure: a population study. *Br. Med. J.* 1990; 301: 18–25.
- Barrett-Connor E., Palinkas L.A. Low blood pressure and depression in older men: a population based study. *Br. Med. J.* 1994; 308: 446–448.
- Rosengren A., Tibblin G., Wilhelmsen L. Low blood pressure and self-perceived well-being in middle aged men. *Br. Med. J.* 1993; 306: 243–246.
- Pilgrim J.A., Stansfield S., Marmot M. Low blood pressure, low mood? *Br. Med. J.* 1992; 304: 75–78.
- Mann A. Psychiatric symptoms and low blood pressure. *Br. Med. J.* 1992; 304: 64–65.