

Behandling av förhöjt blodtryck hos typ 2-diabetiker behöver bli effektivare

Diabetespatienter uppnår målen för behandling av blodtrycket dåligt. Behandlingen utgår från behandling utan läkemedel. Den egentliga blodtrycksmedicineringen bör innehålla antingen en ACE-hämmare eller angiotensinreseptorblockerare och i de flesta fall är kombinationsbehandling nödvändig. Det är viktigt att behandla alla riskfaktorer hos en diabetiker.

Enligt uppskattning lider sammanlagt över 500 000 finländare av diabetes. Det har uppskattats att antalet insjuknade kan fördubblas under de följande 10–15 åren. Kostnaderna för behandling av diabetes uppgår till 15 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården i Finland (rekommendationen God medicinsk praxis 2013).

Hos cirka 20–60 % av alla diabetiker konstateras förhöjt blodtryck (Araus-Pacheco ym. 2002). Enligt undersökningen Hälsa 2000 var 83 % av de finländska diabetikerna hypertensiva (Ahola ym. 2009). Av dessa använde 69 % blodtrycksmediciner. Användningen av lipidsänkande läkemedel ökade med 111 % och användningen av kombinationsblodtrycksläkemedel med 31 % mellan åren 2000 och 2006. Av hypertensiva diabetiker som behandlades med läkemedel uppnådde 31 % en blodtrycksnivå under 140/90 mmHg och 14 % en nivå under 130/80 mmHg.

Utifrån en egen, på hälsocentralmaterial baserad undersökning uppnådde 21 % av patienterna en blodtrycksnivå som var under 140/80 mmHg och 12 % patienterna en nivå under 130/80 mmHg (Varis etc. 2008).

Är behandlingsmålet lägre än för övriga blodtryckspatienter?

Enligt Europeiska blodtrycksföreningens och Europeiska kardiologföreningens nya rekommendation bör blodtrycksmedicinering alltid påbörjas för diabetiker vars systoliska blodtryck är över 160 mmHg. Läkemedelsbehandling rekommenderas starkt också om det systoliska trycket är över 140 mmHg.

Behandlingen av blodtryck utgår från behandling utan läkemedel som rekommenderas för alla typ 2-diabetiker. De viktigaste behandlingsåtgärderna utan läkemedel är minskad användning av salt, alkohol och mättade fetter, bantning, motion och att sluta röka. Det är oklart om tröskeln för att inleda blodtrycksmedicinering borde vara lägre om patienten har en diabeteskomplikation.

I tidigare rekommendationer har det rekommenderade blodtrycksmålet för diabetiker varit under 130/80 mmHg, men i den nya rekommendationen konstateras att det saknas bevis på att det målsatta systoliska trycket behöver vara så här lågt. Den rekommenderade målnivån är nu under 140/80 mmHg. Man har inte kunnat påvisa att läkemedelsbehandling av blodtrycket har några positiva inverknings på retinopati och den verkar inte heller påverka diabetisk neuropati.

Vid diabetisk nefropati rekommenderas en systolisk trycknivå på under 140 mmHg. Om patienten konstateras ha tydlig proteinuri är målet under 130 mmHg. Om målet är lägre är det nödvändigt att följa upp medicineringens inverkan på njurfunktionen.

Vad består behandlingen av?

Såsom ovan konstaterades utgår behandlingen från behandling utan läkemedel och vid metabolt syndrom är utgångspunkten särskilt bantning.

Alla blodtrycksläkemedelsgrupper är effektiva. Valet ska basera sig på tolererbarhet, effekt och övriga samtidiga sjukdomar. Eftersom det för diabetiker är svårare att uppnå målet för behandling av blodtrycket (Varis etc. 2008), behöver de flesta diabetiker kombinationsbehandling.

Läkemedel som påverkar renin-angiotensinsystemet verkar ha den fördelaktigaste inverknings på proteinuri (Schmieder ym. 2007) och därför bör en ACE-hämmare eller angiotensinreseptorblockerare ingå i medicineringen. Enligt senaste forskningsresultat bör ACE-hämmare, angiotensinreseptorblockerare och reninhämmare inte kombineras i annat än undantagsfall (Parving etc. 2012).

Såväl kalciumhämmare som diuretika kan användas tillsammans med läkemedel som inverkar på renin-angiotensinsystemet. Tiaziddiuretika ska ersättas med furosemid, om den uppskattade glomerulusfiltrationen är under 30 ml/min/1,73 m². Trots att betablockerare eventuellt försvagar insulinkänsligheten kan de användas särskilt för patienter som har kranskärslssjukdom och hjärtinsufficiens. Om patienten har nedsatt njurfunktion lönar det sig inte att använda spironolakton särskilt tillsammans med läkemedel som påverkar renin-angiotensinsystemet på grund av hyperkalemisk och eventuell nedsättning av njurfunktionen.

Eftersom metabolt syndrom kan anses utgöra ett prediabetiskt tillstånd är läkemedel som påverkar renin-angiotensinsystemet och kalciumblockerare förstahandsval. De försvagar inte insulinkänslighet i motsats till betablockerare (med undantag av vasodilaterande betablockerare) och diuretika som kan användas vid kombinationsbehandling, företrädesvis i små doser. Hypokalemi ser ut att försvaga sockertoleransen och uppmärksamhet bör fästas vid att förhindra den.

Det är viktigt att behandla inte bara förhöjt blodtryck utan även diabetikers alla andra riskfaktorer omsorgsfullt. Undersökningen ASCOT har tydliga bevis särskilt om behandlingen av hyperkolesterolemi.

Ett av hindren för uppnående av behandlingsbalans kan vara att patienten använder antiinflammatoriska analgetika (smärtstillande medel). Antiinflammatoriska analgetika kan försvaga eller till och med helt och hållet förhindra blodtrycksmedicinernas effekt. Kalciumhämmare verkar behålla sin effekt bäst.

Slutsatser

Finländska blodtryckspatienter, speciellt diabetiker, uppnår behandlingsmålen dåligt. Det räcker alltså inte med läkemedelsbehandling av förhöjt blodtryck hos typ 2-diabetiker. Behandlingen utgår från behandling utan läkemedel. Om det systoliska trycket är över 140 mmHg är det dock skäl att inleda läkemedelsbehandling. Målet är en trycknivå under 140/80 mmHg.

Blodtrycksmedicineringen bör innehålla antingen en ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare. I de flesta fall krävs kombinationsbehandling av diabetiker. Det är lika viktigt att behandla diabetikers övriga riskfaktorer väl som att behandla förhöjt blodtryck.

Ilkka Kantola

Specialist i inre medicin, docent

Ledare för verksamhetsområdet, ÅUCS Medicinska verksamhetsområdet

Denna artikel har publicerats i Sic!-tidskriftens och -webbtidskriftens nummer 4/2013.

[Takaasin](#)

LITTERATUR

Ahola TL, etc. Positive change in the utilization of antihypertensive and lipid-lowering drugs among adult diabetics in Finland. Results from large national database between 2000 and 2006. *J Hypertens* 2009; 27: 2283–93.

Araus-Pacheco C, etc. The treatment of hypertension in adult patients with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 134–47.

Diabetes. Rekommendationen God medicinsk praxis (uppdaterad 12.9.2013). www.kaypahoito.fi.

Mancia G, etc. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2013; 31: 1281–1357.

Parving HH, etc. Cardiorenal endpoints in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. *New Engl J Med* 2012; 367: 2204–13.

Schmieder RE, etc. Renin-angiotensin system and cardiovascular risk. *Lancet* 2007; 369: 1208–19.

Varis J, etc. Verenpainetaudin hoitotasapaino ei ole Suomessa vieläkään hyvä. *Suom Lääkäril* 2008; 63: 3289–95.
