

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro, Njurmedicin

Giltig från: 2025-01-09

Innehållsansvar: Margareta Rydström, (marry11), Överläkare

Giltig till: 2027-01-08

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Andreas Lestander Melin, (andle15), Verksamhetschef

Blodtrycksmätning i öppenvård - njursjukvård

Revideringar i denna version

Uppdaterat innehåll i ”*Bakgrund, syfte och mål*” och utökat innehåll avseende hemmonitorering och 24-timmars-blodtryck i ”*Normalrutin*”.

Bakgrund, syfte och mål

Den viktigaste faktorn för att bromsa njursviktsutveckling är behandling av högt blodtryck. Därför är det viktigt att mätningen utförs optimalt och på samma sätt som det gjorts i studier som ligger till grund för rekommendationer om behandlingsmål. Mätningen bör alltså göras under optimala, standardiserade förhållanden.

Vår policy att ha en hög ambitionsnivå ”MÅL-office-blodtryck” < 130/80 (120–129/70–79 mmHg) kvarstår. Vid inte minst makroalbuminuri (= U-albumin/krea-kvot > 30 eller tU-albumin > 0,3 g/d) kan lägre blodtryck enligt individuell bedömning och god tolerans vara mål.

Enligt europeiska riktlinjerna (ESC) från 2024 gäller för bland annat vuxna med (flera) andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom inklusive njurpatienter, behandlingsindikation redan vid ”office-blodtryck” > 130/80 mmHg (>140/90 för sköra patienter, ålder över 85 år, ortostatism eller förväntad överlevnad < 3 år respektive för vuxna utan andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom). Behandlingsmålen är för de flesta patienter blodtryck 120–129/(70–79) mmHg om väl tolererat, idealmål systoliskt blodtryck 120. Om systoliskt blodtryck når mål, men inte diastoliskt, kan behandlingen utökas ytterligare förutsatt god tolerans. Både lägre och högre blodtryck kan vara mål utifrån individuella faktorer

och tolerans. För diabetespatienter med diabeteskomplikationer finns en del data talande för en J-kurva och

ökad kardiovaskulär morbiditet och mortalitet om blodtrycket pressas under 120 mmHg systoliskt. I stort samma rekommendationer ses i RMR Hypertoni från 2024. ESH Guidelines 2023 anger delvis något mindre ambitiösa mål.

Arbetsbeskrivning

Ansvar

Alla patienter har en PAL (patientansvarig läkare) som har det medicinska ansvaret för patientens behandling.

Normalrutin

Blodtrycket mäts i sittande. Detta p g a att de flesta studier som ligger till grund för rekommendationer om blodtrycksmål grundar sig på denna mätmetod. Även internationellt är denna mätmetod dominerande.

Vid misstankar om till exempel ”vitrocksvärden”, svårinställt blodtryck eller att ”office-blodtryck” på annat sätt är in-optimalt, finns anledning att utöka användningen av självmonitorering i hemmet, utöver möjligheten att mäta 24-timmars-blodtryck.

Om patienten inköpt egen blodtrycksmanschett bör den kontrolleras mot kalibrerad/underhållen blodtrycksmanschett på Njurmedicinmottagningen.

Observera att motsvarande blodtryck vid hembloodtrycksmätning eller 24-timmars mätning skiljer sig. Ett ”office-blodtryck” motsvaras på 24-timmars-blodtryck (dygnsmedelvärde) av ett blodtryck cirka 10/10 mmHg lägre (medelblodtryck dag 5/5 mmHg lägre) och vid hembloodtrycksmätning cirka 5/5 mmHg lägre.

Om patienten har oregelbunden puls/förmaksflimmer måste maskinellt mätt blodtryck kompletteras med och vid skillnad ersättas av manuellt blodtryck.

Vid misstanke om hypotonisymtom (framförallt yrsel vid uppresning) bör blodtrycksmätningen kompletteras med stående blodtryck: Komplettera med puls och blodtryck omedelbart och efter 1 minut stående.

Första gången blodtryck tas på en patient på Njurmedicinmottagningen (eller vid första bästa tillfälle på övriga patienter som redan går här)

kontrolleras blodtrycket i båda armarna. Om blodtrycket skiljer med >5-10 mmHg, mät alltid i den arm som visat högst blodtryck. Dokumentera i vilken arm som mätningen skall ske i. Informera patienten!

Avseende korrekt teknik för blodtrycksmätning, se även;

www.sjukvardsradgivningen.se/handboken/blodtrycksmätning

För tillförlitligt och någorlunda standardiserad blodtrycksmätning ska följande iakttas:

- Ge patienten ett lugnt och avspänt bemötande.
- Inget kaffedrickande före mätningen (anslås vid kaffet i väntrummet).
- Ta eventuella urinprover först – patienten ska ha tömt blåsan.
- Ta på manschetten innan vilan påbörjas.
- Patienten ska ha vilat, suttit avslappnad, i minst 5 minuter.
- Varmt i rummet – patienten får inte frysa.
- Minimera störande omgivningsfaktorer, patienten behöver vila i enskilt rum där mätningen sker, ingen annan aktivitet får ske i rummet medan patienten vilar.
- Ej samtal under vilotiden.
- Sittande blodtryck: Rygg och arm ska ha ordentligt stöd så att patienten kan slappna av. Benen får inte vara i kors. Manschettens läge ska vara i hjärtnivå (höger förmak) → i sittande överarmen/mitten av manschetten i nivå med mitten av sternum. Armen ska ej häng rakt ner, ej heller lyftas över bröstnivå.
- Välj rätt manschettstorlek (eventuellt finns markeringar att gå efter eller så kallad trippelmanschett, annars gäller att gummiblåsans längd ska täcka 80–100 % av armomkretsen, respektive omkrets 27–34 cm → vanlig manschett, annars större eller mindre).
- Mät först ett riktvärde, där manschetten pumpas upp cirka 30 mmHg över nivå där radialispuls försvinner (palpera samtidigt). Mät sedan 2 gånger (vanligen blir andra värdet lite lägre). Ange lägsta värdet av dessa två.
- Se till att rutin för regelbunden kontroll av blodtrycksmätaren via MTA görs minst 1–2 gånger/år.
- Exempel på felkällor;
- Ej stöd för rygg – diastoliskt blodtryck upp 6mmHg.
- Liggande mätning – systoliskt blodtryck upp 8 mmHg och diastoliskt blodtryck ner 5 mmHg.
- Korsade ben – systoliskt blodtryck upp 2–8 mmHg.

- Hängande arm – högre blodtryck.
- Arm över hjärtnivå – lägre blodtryck.
- Spänd muskel – högre blodtryck.
- Smärta av för högt uppumpad manschett – högre blodtryck.
- ”Kissnödig” patient – höjer blodtrycket.
- Koffein – höjer blodtrycket.
- Rädd, stressad, frusen patient – högre blodtryck.
- För smal manschett – falskt högt blodtryck.
- För bred manschett - falskt lågt blodtryck.
- Stenos i kärl ut till arm – falskt lågt blodtryck.
- Förmaksflimmer – maskinen kan ha svårt att känna av korrekt.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Sandra Dahlberg, Enhetschef, Njurmedicinska kliniken, SkaS Skövde

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro, Njurmedicin

Innehållsansvar: Margareta Rydström, (marry11), Överläkare

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Andreas Lestander Melin, (andle15),
Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9715-1834850575-20

Version: 6.0

Giltig från: 2025-01-09

Giltig till: 2027-01-08