

輕症高血壓의 治療管理

최근의 연구들은 고혈압치료제로 치료를 받고있는 mid h/t 환자들이 아무런 약물치료도 받지 않았던 유사환자들보다 사망률이 뚜렷하게 낮았으며, cardiovascular complications (심혈관병증) 역시 현저하게 적었음을 보이고 있다.

◇輕症高血壓의 定義

성인에게 있어서의 mild h/t은 diastolic pressure (확장기혈압)가 90-105 mmHg로서 지속적인 경우로 정의된다. 사실 이러한 정의는 어떤 환자가 90mmHg 이상의 확장기 혈압을 갖는 것이 발견될 때 최소 2주에서 최고 4주까지 상의 측정을 반복하여 조정되어야 한다. 만일 관찰이 일정기간이상 반복되면 많은 환자의 경우에 수축기 및 확장기 혈압이 감소하기 때문에 반복된 측정환자의 상황을 보다 정확하게 평가하게 한다.

실제적인 지침으로서 확장기 혈압이 4주 이내에 100 mmHg 이하로 감소되는 것이 발견될 때, 그리고 반복된 방문동안에 동일 수준으로 유지할 때 더 세밀한 관찰이 다음 3개월이상 약물치료를 고려하지 않은 채 시행되어야 한다. 확장기 혈압이 상승하는 것으로 나타난 환자들에게서 또는 4주 이상의 여러차례 관찰 후 100 mmHg 이상 지속적으로 유지되는 환자들에게서는 고혈압 치료가 시작되어야 한다.

3개월간의 지속적인 관찰을 필요로 하는 사람들을 위하여 관찰기간의 말기에 확장기 혈압이 95 mmHg 이상으로 계속하면 치료를 시작해야 한다. 확장기 혈압

ne의 microscopical examination, ECG 소견, 혈청 potassium(K⁺), 혈청 creatinine 및 cholesterol 검사, Uric acid (노산) 검사, 흉부 X선 검사 등이 다.

◇치료법

목적은 확장기 혈압을 90mmHg 이하로 감소시키는 것이다.

비약물학적방법: 염분을 제한 등 고혈압 치료의 비약물요법은 B·P를 감소시키거나 또는 예후를 좋게 하는 것으로는 아직 확실하게 설명된 바 없다. 그럼에도 불구하고 염분섭취제한 비만의 조절, 금연 및 상승된 혈중 cholesterol치의 감하와 운동량의 증가등이 혈관계 질환의 위험을 감소시키는 가장 적당한 수단이다.

합고혈압약물-이뇨제 (Diuretics) : 경구용 이뇨제들은 오래전부터 초기단계의 치료제를 사용되고 있다. 그러나 생화학적으로 분명한 부작용들의 발생빈도가 치료효과의 증대와는 상관없이 용량의 증가에 따라 어김없이 증가하기 때문에 소량처방되어야 한다. 이뇨제의 용량 증가는 이뇨제만으로 조절될 수 있는 더 많은 mild h/t 환자들에게 적용될 수 있다. 그러나 이런 경우에는 대부분의 환자들에게 뚜렷한 저칼륨증 (hypokalaemia)이 있을 수 있다.

β 차단제 (β-adrenoceptor blocking drugs)-최초 치료제의 선택에 있어서 β-blocker의 사용이 필요하다. β-blockers의 1차 단독투여는 sulphamide 이뇨제들처럼 효과적이다. 그러나 sulphamide 이뇨제는 부작용을 유발하기 쉽다. 수많은 유용한 β-blocker 중에서는 사는 자신에게 가장 친숙한 한 가지 β-blocker를 선택하여야 한다. 용량은 치료를 위해 권장된 용량 이상으로 증량되어서는 안된다. 대신에 필요하다면 β-blocker와 이뇨제의 병용투여가 오히려 바람직하다. 병용치료효과는 75-80%로서 만족스러운 조절을 한다. 복용의 간편성, 가격 (치료비) 및 환자의 불만증가등의 이유때문에 1정 또는 1캡슐의 이뇨제와 β-blocker의 복합제는 많은 고혈압 환자들을 위해 선택적으로 사용될 수 있으며 이러한 병용치료는 일찌기 그 필요성이 확인되었다. 그러나 이러한 복합제제가 발매되고있지 않는 나라에서는 이뇨제와 β-blocker를 각각 소량동시 투여가 권장된다.

高血壓治療위해 利尿劑와 베타 遮斷劑 병용하면 우수한 調節效果, 副作用 위험성도 적어

이 90-94 mmHg에서 유지되는 환자들은 Vascular disease의 위험성이 상당히 높다. 만일 이들이 치료받지 않는다면 그들은 약 3개월의 간격에서 더 많은 평가가 필요하다. 만일 어떠한 일련의 검사에서 확장기혈압이 95 mmHg를 초과하고 반복된 검사에서 계속 이 수준을 넘는다면 그때는 약물치료가 개시되어야 한다.

◇輕症高血壓의 治療

정의: 확장기 혈압이 90~105 mmHg
치료목적: ○진단상 불필요한 치료없이 환자들을 안정한 상태로 하는 것.
○치료상 확장기 혈압을 90 mmHg 이하로 감소시킨 것.

◇調査·研究

고혈압의 우선적인 병리적요인을 확인하거나 신체기관의 질환파악을 위한 환자의 병력과 신체적관찰이 필수적이다. 또한 다음의 사항이 조사되어야 한다. 즉 urinary analysis (尿분석) 및 uri-

mia)이 있을 수 있다. β 차단제 (β-adrenoceptor blocking drugs)-최초 치료제의 선택에 있어서 β-blocker의 사용이 필요하다. β-blockers의 1차 단독투여는 sulphamide 이뇨제들처럼 효과적이다. 그러나 sulphamide 이뇨제는 부작용을 유발하기 쉽다. 수많은 유용한 β-blocker 중에서는 사는 자신에게 가장 친숙한 한 가지 β-blocker를 선택하여야 한다. 용량은 치료를 위해 권장된 용량 이상으로 증량되어서는 안된다. 대신에 필요하다면 β-blocker와 이뇨제의 병용투여가 오히려 바람직하다. 병용치료효과는 75-80%로서 만족스러운 조절을 한다. 복용의 간편성, 가격 (치료비) 및 환자의 불만증가등의 이유때문에 1정 또는 1캡슐의 이뇨제와 β-blocker의 복합제는 많은 고혈압 환자들을 위해 선택적으로 사용될 수 있으며 이러한 병용치료는 일찌기 그 필요성이 확인되었다. 그러나 이러한 복합제제가 발매되고있지 않는 나라에서는 이뇨제와 β-blocker를 각각 소량동시 투여가 권장된다.

기타치료제: 이뇨제들은 β-blocker 외에도 중추작용 α-blocker 및 angiotensin converting enzyme inhibitor (Angiotensin I이 II로 전환될 때 분비되는 enzyme 활성억제제)이나 작용발현이 늦은 Calcium channel blocker 등과 병용투여 될 수 있다.

β-차단제들은 또한 세동맥 확장제 또는 몇몇 작용발현이 늦은 Calcium channel blocker와 병용될 수 있다. 또한 이뇨제 β-blocker, 혈관확장제가 동시에 사용될 수 있다.

reserpine은 경제적인 이유 등으로 단독 또는 이뇨제와 함께 유용하게 사용될 수 있다.

고혈압의 약물치료를 있어서 중요한 점은 치료대상 환자마다 약물의 선택 및 용량이 고려되므로써 부작용을 피하거나

었다. Phase IV 및 V는 6주간 계속 되었으며 hydrochlorothiazide는 전반적으로 1일 50mg씩 투여되었다.

○Patient Assessments: B·T는 전체 기간중 2주마다 측정되었다.

○Results: 원래 23명이 참여하였다. Placebo 투여기간중 1명이 심근경색을 일으켰고 1명이 100 mmHg 이하로 B·P가 떨어져서 제외되었다.

3명중 2명은 phase II중 hydrochlorothiazide로 충분히 B·P가 조절되어서 연구를 중지했고 1명은 요통 (lumbar pain)이 일어나서 치료를 중단하였다.

Phase III (titration phase) 동안에 아세부톨의 적정용량은 10명의 경우 1일 400 mg, 2명은 600 mg, 6명이 800 mg이었다. 이들 용량은 훌륭한 tolera-

藥物治療 계속받으면 死亡率 크게 줄어

염분의 制限·肥滿 조절·禁煙· 運動 등도 血管系疾患 감소 효과

극소화 해야 하는 것이다.

○Methods: 18명 환자 (남 10, 여 8)가 시험을 마쳤다. 평균 연령은 44세 (28~58세)로서 체중은 79.3 kg (46.8~108.1 kg)이었다. 18명 모두가 mild 및 moderate h/t 환자였다.

○Study Design: Phase I-모든 치료제를 중단하고 4주동안 placebo 투여, 이 기간중 환자들은 매주 10 mmHg를 초과하지는 않으나 100~200 mmHg 사이의 확장기혈압의 지속적이고도 안정된 증가를 보였다.

Phase II-확장기혈압이 확인된 환자를로서 다음 4주동안 아침마다 일정량 (

nce를 보였으며 어떤 환자에서든 심한 서맥은 없었다.

Phase II에서는 hydrochlorothiazide의 감압효과는 다양하다. 즉 group 2는 placebo로부터 제한된 감압 (P<0.01)을 보였으나 group 1은 확장기 B·P가 상승하였다. 모든 18명 환자의 반응을 종합할 때, 평균 B·P는 약간만 내렸다. 이러한 감압효과는 임상적으로나 통계학적으로나 의미가 없다.

왜냐하면 확장기 혈압이 100 mmHg 이상으로 남아있기 때문이다.

아세부톨이 phase III에 투여되었을 때 B·P와 H·R이 양 그룹 1에서 현저하게 감소되었다. 그룹 1에서는 아세부톨이 투여된 phase III에서 관찰된 효과가 phase IV에서도 지속되었다.

그룹 2에서도 유사하게 B·P와 H·R의 갑작스런 증가가 acebutolol을 중단하면서 phase IV에서 관찰되었다. acebutolol phase V에서 재투여 되었을 때 B·P는 phase III와 같은 수준으로 되돌아왔다.

연구기간중 부작용은 드물었고 심하지 않았다. hydrochlorothiazide로 치료받은 2명은 두통을, 1명이 혼수 또는 무감각상태를 그리고 1명이 요통을 호소하였다. 요통환자는 연구에서 제외시켰다. hydrochlorothiazide와 acebutolol 병용투여환자들중 3명이 불면, 무감각 상태를 경험하였다.

수많은 체계적인 연구들은 thiazide 이뇨제와 β-차단제의 병용이 고혈압 치료에 효과적임을 입증하였다. 본 연구 역시 이점을 뒷받침하며 병용투여 효과는 이뇨제 단독보다 뚜렷하게 높은 혈압감하 효과를 보여준다. hydrochlorothiazide를 1일 50mg씩 단독투여로써의 B·P를 적정수준까지 일반적으로 낮출 수 없다.

본 연구에서도 단지 2명만이 만족스런 반응을 보였을 뿐이다.

임상적으로 본 연구는 acebutolol이 이뇨제에 추가될 때 이뇨제 단독보다도 mild 및 severe h/t의 조절에 현저히 우수한 조절효과를 갖고있음을 밝히고 있다. 이것은 또한 bradycardia나 다른 부작용의 발현위험성마저 감소시키고 있다.

50mg/day)의 hydrochlorothiazide를 투여받았다. 동시에 아세부톨을 placebo 정제가 Phase I과 같은 횡수로 투여되었다. 환자들의 확장기혈압은 4주동안 95 mmHg 이상 유지되는 환자들이 주의 깊게 관찰되었다.

Phase III-이단계는 활성적인 acebutolol의 투여를 위한 acebutolol titration period이다. hydrochlorothiazide가 1일 50mg으로 일정하게 투여되는 동안에 아세부톨이 bid로서 1일 400 mg씩 투여가 시작되었다. 일주마다 이용량은 확장기혈압이 90 mmHg 또는 그이하로 감소될 때까지 또는 더 이상의 부작용의 증가가 없을 때까지 1일 200 mg씩 증량 조정되었다. 최대 허용량은 1일 800 mg이었다. Phase III는 2주에서 6주까지 계속되었다. 연구완료시 이용량은 Phase IV 및 V에서 일정하게 유지되었다.

Phase IV-환자의 반수 (group 1)은 phase III 동안 결정된 적정용량에서 무작위로 acebutolol을 투여받았다. 다른 환자들 (group 2)은 acebutolol placebo를 복용했다.

Phase V-환자들은 양그룹이 교차되

腦卒中 환자 入院 안코도 治療 在家 관리, 心理的 安定 가져와

블리스틀의 神經內科醫 Wade 박사와 Hewer 박사에 의하면 더욱 많은 卒中患者들을 自宅에서 管理해야 된다고 했다. 卒中患者는 병원 운영비 면에서 본다면 전체의 6% 베드占有率에선 일반 內科入院의 13%, 老人科 入院에서 25%를 점하고 있다. 卒中患者의 약 8~11%는 卒中患者이다. N.H.S (국민보건의료)의 4.6%가 卒中患者를 위해 소비되고 있다. 入院의 주된 이유는 진단, 치료, 거기에 病因을

確證하고 再發을 예방한 다는 세가지이다. 그러나 검사에 의존하지 않고도 진단을 내릴 수 있으며 「診斷의 正確度가 요구되는 것은 결과에 따라서 管理方法이 변경될 때 뿐이다」고 암박사는 밝혔다. 치료에 관해서는 어떤 특정 치료법이 유효하다고 하는 증거는 적다. 대부분의 患者가 入院하는 이유는 지역사회에 충분한 케어를 시행하는 간호능력 없이 기때문인데 物理療法이나 자택에서 시행하는 것이 보다 효과적이고 용이하다고 했다.

또 (고혈압이나 心房細動이 既知의 원인일 때 별) 재발예방處置가 많은 환자에게 有用하다는 증거도 거의 없다고 했다. 따라서 卒中患者의 自宅에서의 케어와 리해빌리테이션을 더욱 重視해야 한다고, 兩박사는 주장하고 있다. 가족에게 간호법을 가르쳐주면 환자가 安住한가 精神環境속에서 심리적인 안정이 얻어지며 일반 開業醫도 리해빌리테이션을 감독케 됨으로써 收入이 얻어진다. 在家 케어와 병원에서의 케어간의 적절한 관계를 명백히 하기 위한 目的의 연구가 블리스틀에서 계속되고 있다. (Lancet i:807 1983)

■ Mild hypertension의 정의와 치료

