

Hipertansiyona Pratik Yaklaşım

A Practical Approach to Hypertension

Yusuf Üstü¹, Mehmet Uğurlu¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz

Hipertansiyon, önlenabilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Tedavi yetersizliğinde en önemli nokta, yaşam tarzı değişikliklerinin yeterince önemsenmemesi ve önerilmemesidir. Asemptomatik gidişatı nedeniyle tedaviye uyum zordur. Hipertansiyonun tanı, tedavi ve takibinde esas sorumluluk aile hekimlerindedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, pratik yaklaşım, yaşam tarzı değişikliği

Abstract

Hypertension is the leading cause of preventable deaths. The most important point in the treatment failure is that; the lifestyle changes are not taken into account and recommended sufficiently. Compliance with treatment is difficult due to its asymptomatic progress. The main responsibility in the diagnosis, treatment and follow-up of hypertension is on family physicians.

Key words: Hypertension, practical approach, lifestyle change

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Yusuf Üstü

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bilkent / Ankara

e-posta: dryustu@gmail.com

Geliş Tarihi: 16.07.2018

Kabul Tarihi: 05.09.2018

Hipertansiyon (HT), *önlenbilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan* (erişkinde her 3 kişiden birinde, ileri yaşlarda ise daha sık) ve zamanında müdahale edilmediğinde morbidite ve mortalitesi yüksek multifaktoriyel bir hastalıktır.¹⁻⁴ HT'nin tanı, tedavi ve takibinde esas sorumluluk aile hekimlerindedir.⁵

Neden tedavi ediyoruz?

HT, kalp-damar hastalıkları (miyokard infarktüsü (Mİ), serebrovasküler olay (CVO), kalp yetersizliği (KY), sistemik ateroskleroz) ve renal hastalıklar için bağımsız risk faktörüdür. HT iyi yönetildiği takdirde, bu hastalıkların insidansında %50'ye varan oranlarda düşüş sağlamak mümkündür.¹⁻⁴

Tanı

Erişkinlerde, kan basıncı (KB) ölçümü ile sistolik KB ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg olması (ev ölçümlerinde 5 mmHg daha düşük değerler " $\geq 135/85$ mmHg" dikkate alınmalı) HT olarak tanımlanmaktadır (Bazı kılavuzlarda tartışmalı farklı değerler verilebilmektedir: Esasen hangi kan basıncı düzeyinin HT olarak kabul edildiği, keyfiyete göre değişebilir ve HT'nin klinik yönetiminde önem arz etmez).^{4,6} Çocukluk döneminde ise kan basıncı sınırları cinsiyet, yaş, boy ve kiloya göre hazırlanmış cetvellere bakılarak (farklı zamanlarda yapılan 3 ölçümde, yüzde 95'lik oranları aşması halinde hipertansiyon olarak) değerlendirilir (https://www.tkd.org.tr/kilavuz/ko3/5_11453.htm?wbnum=1109).

Erişkinlerde, hipertansif hastaların %95'i "Primer Hipertansiyon (PHT)" dir. Yaklaşık %5'inde ise tanımlanabilir bir neden bulunabilir ve "Sekonder Hipertansiyon (SHT)" olarak adlandırılır.⁷

Kan basıncı dalgalanmalar gösterir. Bu nedenle hipertansiyon tanısının teyidi ($\geq 180/110$ mmHg şiddetli vakalar hariç), klinik dışı ortamda/kendi kendine ölçüm metodu ile, farklı gün ve saatlerde (örneğin 4-7 gün boyunca boyunca sabah ve akşam ölçüm) yapılan birden çok KB ölçümüne dayandırılmalıdır.^{1,5,6}

Yeni tanı HT' de ayrıntılı öykü alınmalı ve detaylı fizik muayene yapılmalıdır.

Öyküde;

- Daha önceki KB ölçümleri, süresi ve düzeyi
- Var ise hipertansiyon tedavisi için kullanılmış/kullanılmakta olan ilaçlar
- Ailede kalp/damar hastalığı öyküsü,
- Geçirilmiş ve/veya eşlik eden hastalıklar (Diyabetes Mellitus, Kronik Böbrek Yetmezliği, Koroner Arter Hastalığı vb),
- Yaşam tarzına yönelik (beslenme, egzersiz, stres durumu) ve sigara, alkol vb. alışkanlıklar,
- SHT belirtilerine ve organ hasarına yönelik semptomlar sorgulanmalıdır.^{1,7,8}

Fizik muayenede;

- Görünüşte sağlıklı olan gençlerde bile, her klinik muayenede mutlaka KB ölçülmeli, nabız sayılmalıdır (Asemptomatik seyri nedeniyle geç tanı almaktadır).
- Ölçüm öncesi hasta oturur durumda en az 5 dakika dinlendirilir. Uygun manşon ile, avuç açık, kol kalp seviyesinde ve bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az 2 dakika ara ile) ortalaması kaydedilir.
- İlk muayenede hastanın iki kolundan da ölçüm yapılmalıdır. İki koldan yapılan KB ölçümleri arasında fark olması durumunda, sonraki ölçümler *yüksek değer alınan koldan* yapılmalıdır.
- Boy ve kilo ölçülmelidir.
- Sistemik muayene yapılmalıdır.^{1,7,8}

Takiben gerekli laboratuvar incelemeleri (açlık kan şekeri, üre, kreatinin, ürik asit, sodyum, potasyum, lipid paneli, hemogram, tam idrar tahlili ve elektrokardiyogram) yapılmalıdır.⁶

Tanıdan emin olunamadığı durumlarda veya hipertansif/hipotansif atakları saptamak için 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümleri yapılabilir.⁶ Kardiyovasküler risk değerlendirmesi faydalı olabilir.

Tedavi

HT çoğunlukla asemptomatik bir seyir izlediği için tedaviye uyum zorlaşabilmektedir. Çalışmalar, HT farkındalığının düşük ve etkin tedavi alan hasta sayısının düşük olduğunu göstermektedir. Hipertansif hastaların %95 gibi büyük bir çoğunluğunun PHT olduğu ve SHT tanısının zaman alabileceği düşünülmesi ve tedavi derhal başlanmalıdır.⁶⁻⁹

Tedavi yetersizliğinde en önemli nokta, yaşam tarzı değişikliklerinin yeterince önerilmemesi dolayısı ile hastalar tarafından yeterince önemsenmemesidir. Halbuki HT tedavisinin en önemli parçası, sağlıklı bireylerde dahil tüm hasta gruplarında olduğu gibi “**yaşam tarzı değişiklikleri**”nin sağlanmasıdır.^{1,6,9} Asıl tedavisinin **yaşam tarzı değişiklikleri** ile olabileceği (yaklaşık 30 mmHg düşüş sağlanabilir) kişiye her muayenede hatırlatılmalı ve bu konuda motive edilmelidir. **Yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak verilen** ilacın ise, tedavi edici olmadığı, sadece tansiyonu düşürdüğü her vizitte tekrarlanmalıdır.

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Temel olarak her bireye önermemiz gereken davranış değişikliklerini kapsar:

- Fiziksel aktivitenin artırılması (mümkünse hergün en az 30 dakika orta tempoda yürüyüş veya benzer aktivite. “**En iyi öneri; kişinin her zaman düzenli olarak yapabileceği ve keyifle sürdürebileceği egzersizdir**”),
- Vücut kitle endeksi 25’in üzerinde ise kilo verdirmek için danışmanlık,
- Tuzun kısıtlanması (günlük 5 g’ın altına indirilmeli) (pratik olarak bir çay kaşığı önerilebilir),
- Sigaranın bırakılması,
- Alkol alımının kesilmesi/azaltılması,
- Meyve ve sebze ağırlıklı sağlıklı beslenme önerilmelidir.
- Ayrıca stres yönetimi (davranışların düzenlenmesi ve gevşeme tekniklerini kapsar) ile ilgili danışmanlık verilmelidir.^{1,4,6}

Ayrıca, hastaya *kendi kendine tansiyon ölçümü* danışmanlığı verilerek, yakın kan basıncı izlemi önerilmelidir.

Ölçümlerde KB ortalaması 180/110 mmHg ise, *yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak ilaç* başlanmalıdır. Aradaki değerlerde ise, *yaşam tarzı değişiklikleri* önerileri ile ilaç eklenmesi 1 ila 8 haftaya kadar ertelenebilir.^{10,11}

Antihipertansif İlaç Seçimi

Geniş çaplı araştırmalar, tüm ilaç gruplarının benzer etkinlikte olduğunu göstermektedir. Tedavinin yararı KB düşüşü ile ilgilidir, yani ilaçların çeşitliliğinden bağımsızdır. Bu nedenle ilaç seçiminde, ek hastalıklar göz önüne alınarak dual etkili ilaçlara öncelik verilmeli, yan etki profili dikkate alınmalı ve maliyet-etkin olanlar tercih edilmelidir.⁷⁻¹²

İlaç Grupları

- Anjiyotensin converting enzim inhibitörleri (ACE-İ),
- Anjiyotensin reseptör antagonistleri (ARB),
- Diüretikler,
- Kalsiyum antagonistleri,
- Beta blokerler,

- Diğer antihipertansifler (Alfa blokerler, alfa-beta blokerler, santral etkili ilaçlar, vazodilatatörler, aldosteron antagonistleri).

Dual etkili ilaçlar:

HT' ye ek olarak;

- Diyabet varsa ACE-İ veya ARB,
- Kronik böbrek hastalığı varsa ACE-İ veya ARB,
- Kalp yetersizliği varsa diüretik,
- Koroner arter hastalığı varsa, beta bloker/ kalsiyum antagonistleri,
- Benign prostat hipertrofisi varsa, alfa bloker tercih edilmelidir.

İzole sistolik HT'de diüretik tercih edilmelidir.⁶ Yaşlı hastalarda kalsiyum kanal blokeri veya diüretikler ön planda düşünülmelidir.^{6,11} Gebelerde labetalol, metildopa veya nifedipin kullanılabilir.¹³

Bulbus Allii Sativi'nin(sarımsak) hafif hipertansiyon tedavisinde etkili olabileceğini bildiren çalışmalar vardır.^{14,15}Günlük olarak taze ezilerek kullanım (2-5 g/gün) önerilebilir.^{14,15}

Akılda tutulması gereken kontrendike durumlar:

- Kalp iletim bloku varsa beta bloker, non dihidropin grubu kalsiyum kanal blokeri,
- Astım, periferik arter hastalığı varsa beta bloker,
- Gebelik, hiperkalemi ve bilateral renal arter stenozu varsa ACE-İ /ARB (*Doğurgan yaştaki kadınlarda dikkatli olunmalıdır*),
- Gut varsa, diüretik kontrendikasyon oluşturur.
- ARB ve ACE-İ birlikte kullanılmamalıdır.

Tedavi Hedefimiz Ne Olmalı?

Aslında kan basıncında bahsedilen değerler arasında kesin bir sınır yoktur; ancak, çalışmalar kan basıncı ne kadar yüksek ise, prognozun o kadar kötüleştiğini göstermektedir.

Hedefler bireyselleştirilmelidir. Hedef organ hasarı olmayan hastalarda, hedef değer 140/90 mmHg'nın altı iken, diğer grup hastalarda (Diyabetes Mellitus ve Kronik Böbrek Hastalığı), özellikle tolere edebilecek genç hastalarda 5-10 mmHg daha düşük hedefler seçilebilir.^{4,6} Yaşlı hastalarda ise hedef değer (≥ 80 yaşta 150/90 mmHg) daha yüksek olarak belirlenmelidir.¹⁰ Daha düşük hedeflerin sağlık açısından faydası bilinmemektedir. Koroner arter hastalığı olan kişilerde ve/veya yaşlılarda KB'nın 130/80 mmHg altına düşürülmemesi önerilmektedir.

- İlaç tedavisine düşük dozda tek ilaçla başlanabilir. Takiplerde kan basıncı halen yüksek seyrediyorsa, ilaç tam doza çıkarılır.⁴ Devam eden süreçte kan basıncı halen yüksek seyrediyorsa farklı bir sınıftan bir ilaç eklenebilir. Bu durumda kullanım kolaylığı nedeniyle ikili kombine ilaçlar tercih edilebilir.⁴ *Yaşlı*

hastalarda, mümkün olan en düşük dozla başlanması ve doz artırımının yavaş olmasına özen gösterilmelidir (start low, go slow..).¹⁶

- Yaşı ≥ 80 olan hastalarda tedavi başlama eşiği, SKB ≥ 160 mmHg olarak alınmalıdır.¹¹
- KB eşik değerlerin belirgin şekilde yüksek (KB $\geq 160/100$ mmHg ise) ve risk faktörü olanlarda kombine ilaçlar ilk seçenek olarak düşünülmelidir.⁸⁻²⁰
- Tam doz iki ilaç ile istenen kan basıncı sağlanamazsa, üçüncü ilaç eklenebilir. Bu durumda ilaçlardan biri diüretik olmalıdır.⁴
- İlaç titrasyonu için hastaların 2-4 haftada bir kontrole gelmesi istenir. Tedavi hedeflerine ulaşıldıktan ve kendi kendine ölçüm öğretildikten sonra 3-6 ayda bir kontrol yeterli olacaktır. ^{4,6}

Hastaların tedaviye uyumu (semptomsuz seyir, izlemi bırakma, önerilere uymama, ilacı bırakma vb. nedenlerle) zordur. Bu nedenle her vizitte hastanın tedaviye uyumunu arttırmak hedeflenmelidir:

- Hastalığa ilişkin bilgi (tedaviye uymaz ise gelişebilecek komplikasyonlar dahil) ve tedavi planları (süresi, takibi ve ne zaman kontrole geleceği vs.) konusunda danışmanlık veriniz. Basitçe yazılı olarak destekleyiniz. Hastanın yakını ile paylaşarak, desteklenmesini sağlayınız.
- Yaşam tarzı değişikliklerini, hastanın yaşam tarzına ve ihtiyaçlarına göre kişiselleştiriniz.
- Mümkünse, kombine ilaçlar ile ilaç sayısını azaltarak tedaviyi basitleştiriniz.
- Dijital ölçüm cihazları ile gerekli sıklıkta evde kendi kendine kan basıncı ölçümünü öneriniz. Bu sayede hastanın hastalığı ile ilgili inisiyatif alması sağlanarak tedavi uyumu artacaktır. Ayrıca hem hasta hem de hekim açısından takipler kolaylaşacaktır.⁵

İlgili linkler:

- <http://www.turkhipertansiyon.org/dogruKanBasinci.php>
- <http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/dogruKanBasinci/11.pdf>
- http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/OnayliAletler_052015.pdf
- <http://www.dableducational.org/>
- <https://bihsoc.org/>
- Tütün kullanan hastalarda bırakma önerisinde bulunulmalıdır. Sağlık sorunu ile bağlantı kurularak motive edilmelidir.^{10-13, 15-17}

Ne zaman sevk edelim?

- *Hipertansif acil durum* (sistolik KB >180 mmHg, diyastolik KB >120 mmHg), *acile* yönlendirilmelidir.
- *Sekonder Hipertansiyon* (30 yaş öncesi saptanan (özellikle çocuklarda ve adolosan dönemde) veya ilk defa 60 yaş sonrası saptanan ve/veya tedaviye dirençli kan basıncı yüksekliklerinde (üçlü ilaç kombinasyonuna rağmen kontrol edilemiyorsa) sevk için değerlendirme yapılmalıdır.

- Bu durumda, herhangi bir hastalığı düşündürecek durum yok ise öncelikle “Yaşam Tarzı Değişiklikleri” ne uyumu, ilaç uyumu, HT yapabilecek ilaç kullanımı (Oral kontraseptifler, NSAID gibi) ve alışkanlıkları sorgulanmalıdır.
- Klinik durum tekrar değerlendirilir, şüpheli durumlar için ilgili branşa sevk edilir.
- Yine de bulgu yok ise, en sık sekonder sebeplerden renovasküler (Renal arter stenozu, renal parankim hastalığı) durumu ekarte etmek için “Nefroloji” kliniğine sevk edilmelidir. Sonra sıra ile primer hiperaldosteronizm, obstrüktif uyku apnesi, feokromasitoma, hipertiroidi ve Cushing ekartasyonu için “Endokrinoloji” kliniğine; kardiyovasküler hastalık (Aort koarktasyonu) ekartasyonu için “Kardiyoloji” kliniğine sevk edilmesi düşünülmelidir.

Kılavuzlar

- http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/
- https://www.cochrane.org/CD010315/HTN_blood-pressure-targets-people-cardiovascular-disease
- <http://www.turkhipertansiyon.org/klavuzlar.php>
- http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/kanada_kilavuzu_2017
- [http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/JNC_8-2014_\(Birlesik_Komite_8._Raporu\).pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/JNC_8-2014_(Birlesik_Komite_8._Raporu).pdf)
- http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180518104908-2018-05-18tbl_kilavuz104905.pdf
- <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127>
- <https://www.nice.org.uk/guidance/CG107>
- <http://hyper.ahajournals.org/content/early/2017/11/10/HYP.000000000000065>

Kaynaklar

1. 2003 WHO/ISH statement on management of hypertension. Journal of Hypertension, 2003;21(11):1984-90.
2. Collins R, Peto R, MacMahon S et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990;335:827-38.
3. Psaty BM, Manolio TA, Smith NL et al. Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults. The Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med 2002;162:2325-32.
4. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, Kılavuz Özeti. <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/ko3/91f3c.htm?wbnum=1115>. Erişim tarihi: 2.5.2018.
5. Forrest BR, Viera AJ. Hipertansiyon. Aile Hekimliğinin Esasları, 6. Baskı, Sloane PD ve ark. (çev. Demir E. Çev. Ed. Palandüz A. ve ark.), İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2015:125-34.

6. Leung A. A, Daskalopoulou S.S, Dasgupta K et al. Hypertension Canada's 2017 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults. *Canadian Journal of Cardiology* 2017;33:557-76.
7. Ogedegbe G, Pickering TG. *Epidemiology of Hypertension*. 2011. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=40279800&bookid=376#782362> 9. Erişim tarihi: 3.5.2018.
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013;7;34(28):2159-219.
9. Piepoli FM, Hoes WA, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal* 2016;37(29):2315-81.
10. Ritchie LD, Murchie P. New NICE guidelines for hypertension. *BMJ* 2011; 343 (doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d5644>).
11. Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu. TKD, TİHUD, TEMD, TND, THBHD. Antalya,2015, http://www.turkhipertansiyon.org/THT_Uzlası_Raporu_Sunumu.pdf. Erişim tarihi: 3.5.2018.
12. Brown MJ. Hypertension and ethnic group. *BMJ* 2006;332(7545):833-6.
13. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (2010) NICE guideline. nice.org.uk/guidance/cg107, Erişim tarihi: 3.5.2018.
14. WHO monographs on selected medicinal plants, Volume 1, Geneva: World Health Organization Library Cataloguing in Publication Data; 1999:5-32.
15. Ried K, Frank OR, Stocks NP. Aged garlic extract reduces blood pressure in hypertensives: a dose-response trial. *Eur J Clin Nutr* 2013; 67(1):64-9.
16. Pretorius W, Gataric G, Swedlund K, Miller R. Reducing the reik of adverse drug events in older adults. *Am Fam Physician* 2013;87:332-3.
17. Hypertension in adults: diagnosis and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/chapter/1-Guidance#initiating-and-monitoring-antihypertensive-drug-treatment-including-blood-pressure-targets-2>, Erişim tarihi: 3.5.2018.