

## Bölüm 20

# ERİŞKİN YOĞUN BAKIMDA HİPERTANSİYONA YAKLAŞIM

Tuba KUVVET YOLDAŞ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Hipertansyon, en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. 2015 yılında küresel hipertansiyon prevalansı 1,13 milyar olarak tespit edilmiştir. Yetişkinlerde prevalansı %35-40 olarak belirtilmiştir.

### AKUT HİPERTANSİF KRİZ SINIFLAMASI VE TANIMI

'European Society of Cardiology/European Society of Hypertension' kılavuzuna göre sistolik kan basıncının(SAB)  $\geq 140$ mmHg ve /veya diastolik kan basıncının(-DAB)  $\geq 90$  olması hipertansiyon (HT) olarak tanımlanır (1). Kan basıncı sınıflaması **Tablo 1**'deki gibidir.

**Tablo 1: Kan basıncı sınıflandırması**

Sınıflama	Sistolik(mmHg)	Diastolik(mmHg)
Normal	120-129	80-84
Prehipertansiyon	130-139	85-89
Grade 1 hipertansiyon	140-159	90-99
Grade 2 hipertansiyon	160-179	100-109
Grade 3 hipertansiyon	$\geq 180$	$\geq 110$
İzole sistolik hipertansiyon	$\geq 140$	<90

Tedavi edilmeyen hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, inme, böbrek yetmezliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüme sebep olmaktadır. Tansiyonun yüksekliği ile ilişkili olarak komplikasyon ve ölüm oranı

<sup>1</sup> Uzman Dr. EÜTF Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, drtuba2004@hotmail.com

sıncı azaltır. Böbrek hasarı durumunda dikkatli kullanılmalıdır.

**Hidralazin:** Arteriollere direkt etkili vazodilatatördür. En sık gebeliğe bağlı hipertansiyonda kullanılır. Refleks taşikardiye neden olmaktadır. Koroner arter hastalığında kullanılması önerilmez. Kan basıncında ani düşüşler görülmesi nedeniyle hipertansif acillerde kullanılmamaktadır.

**Diüretikler:** Pulmoner ödem, kalp yetmezliği gibi volüm yükü fazla olduğu durumlarda kullanılması uygundur. Eğer volüm kaybı olan hastada kullanılırsa doku iskemi riskini artırır.

Hipertansif acil durumda fentolamin, klonidin ve dilaltı nifedipin gibi ajanlar ani ve kontrolsüz kan basıncı düşüklüğüne neden oldukları için tedavide tercih edilmemektedir.

Sonuç olarak; hipertansif acil olarak değerlendirilen hastanın takipleri yoğun bakım şartlarında yapılmalıdır. Bundan dolayı semptomsuz ciddi hipertansiyon ile hipertansif acil ayrımı dikkatli yapılmalıdır. Bu ayrım tedavi uygulama şeklinde, hedeflenen kan basıncı seviyesinde, mevcut hedef organ hasarına yönelik tedavide değişiklikler gösterir. Tedavideki amaç ilk 1-2 saat içinde kan basıncı değerini %20-25 civarında düşürmektir. Dozu kolay ayarlanabilen kısa etkili ajanlar ilk müdahalede tercih edilir. Tedavi sırasında kontrol edilemeyen hipotansiyon, kalp yetmezliğinin kötüleşmemesi, kalıcı vasküler hasar ve nörolojik hasar açısından dikkatli olunmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart J.* 2018;39:3021–104, doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
2. Kurultak İ, Calayoglu R. Hypertension in Intensive Care Unit Patients. *Journal Of Contemporary Medicine.* 2016;6(2): 126-136.
3. Slama M, Modeliar S.S. Hypertension in the intensive care unit. *Current Opinion in Cardiology.* 2006;21:279–87.
4. Smithburger PL, Kane-Gill SL, Nestor BL, et al. Recent Advances in the Treatment of Hypertensive Emergencies. *Crit Care Nurse.* 2010;30(5):24-30.
5. Frank M, Bobrie G, Azizi M. Clinical Profile of Patients Referred to A Tertiary Hypertension Unit in A City Area. *Journal of Hypertension.* 2010;28:264.
6. Toraman F, Karabulut H, Goksel O, et al. Comparison of antihypertensives after coronary artery surgery. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2005;13:302–306.
7. Fu ML, Herlitz H, Wallukat G, et al. Functional autoimmune epitope on alpha 1-adrenergic receptors in patients with malignant hypertension. *Lancet.* 1994;344:1660–1663.
8. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies Prevalence and clinical presentation. *Hypertension.* 1996;27:144–147.
9. Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. *Lancet.* 2000;356:411-7.
10. Yıldız H. Yoğun Bakımda Hipertansiyon. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2014;18(2).
11. Brokmann JC, Rossaint R, Müller M, et al. Blood pressure management and guideline adherence in hypertensive emergencies and urgencies: A comparison between telemedically supported and conventional out-of-hospital care. *J Clin Hypertens.* 2017;19(7):704-712.

12. Naranjo M, Paul M.. Malignant Hypertension. StatPearls Publishing LLC,2019,February16:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507701/>
13. Wijdicks EF, Sheth KN, Carter BS,et al. Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling:a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.Stroke. 2014;45(4):1222-38.
14. Pretre R, Von Segesser LK. Aortic dissection. Lancet. 1997;349:1461.
15. Memiş D.Yoğun bakım ünitesinde hipertansiyon. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2008;6(2):13-18.
16. Visintin C, Muggleston MA, Almerie MQ, et al. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. BMJ. 2010;341:2207.
17. Wallin JD, Fletcher E, Ram CV, et al. Intravenous nicardipine for the treatment of severe hypertension. A double-blind, placebo-controlled multicenter trial. Arch Intern Med. 1989;149:2662–2669