

Bölüm

26

Hipertansiyonda Tedavi

Filiz ÖZYİĞİTİ

GİRİŞ

Hipertansiyon hastalığı bireylerde yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz etkilemek suretiyle kan basıncının yüksek seyretmesiyle karakterize bir klinik durumdur. Hastalık olarak tanımlansa da aslında çoğunlukla sendrom olarak kabul edilmektedir. Günümüzde ülkemizde ve dünyada tedavi edilmemiş ya da kontrol altına alınmayan hipertansiyon, kronik hastalık sınıflaması içinde ciddi sağlık sorunu olarak pek çok hastayı etkilemektedir.

Hipertansiyon tanısı konulurken, öncelikle iyi bir anamnez alınmalı, yüksek kan basıncı değerlerinin belirlenen zaman dilimleri içinde takibi yapılmalı, hasta kontrole geldiğinde listede yer alan değerlerle düzeyi doğrulanarak uygun tedavi planlanmalıdır. Esansiyel hipertansiyon mu yoksa farklı nedenler bağlı sekonder bir tansiyon mu bu yönde etyolojik saptama yapılmalıdır. Hastalık çoğu zaman semptomsuz seyrettiği için hastalar uç organ hasarı geliştikten sonra hekime başvururlar. Bu yüzden gelişen uç organ hasarlarının titiz bir biçimde ele alınması önem taşımaktadır. Ek olarak hastaların hipertansiyon hastalığına başka eşlik eden başka hastalıklarda bulunabilmektedir. Bu durum hastalığın seyrine olumsuz yansıyabilmektedir.

Tedavi uyumu, hastanın yaşı, kullandığı diğer ilaçları, ilaçlara bağlı yan etkiler, hastanın kişilik özellikleri, sigara, alkol, madde kullanımı gibi alışkanlıkları, sağlık okuryazarlık durumu, eğitim durumu bir bütün olarak ele alınarak fizik muayane ve ileri düzey araştırmalar tamamlanmalıdır. Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra yaşam tarzı değişikliklerinin önemi son derece fazladır. Non farmakolojik tedaviler olarak bilinen bu tavsiyeler her yıl güncellenen Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hipertansiyon Derneği kılavuzlarında yer almaktadır.

¹ Doç Dr, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD, filiz.ozyigit@ksbu.edu.tr

SONUÇ

Antihipertansif tedavi alan hastalara uyarılar

HT ilaçları hastalar tarafından aniden bırakılmamalıdır. Doz değişikliği ve ya farklı bir ilaca geçiş hekim önerisiyle yapılmalıdır. Ortostatik hipotansiyon antihipertansif tedavi alan hastalarda sık rastlanan bir klinik durumdur. Hastaların aniden oturur veya yatar durumda iken aniden ayağa kalkmaması gerekir. Hastaların belirli zaman aralıklarında tansiyon ölçümü yaptırması gereklidir. Araç kullanımı, dikkat gerektiren işleri yapma gibi durumlar için hekiminin önerileri gereklidir. Önerilen diyet listesine ve yaşam tarzı tavsiyelerine uyulması hayati önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Basile JN, Ventura H. A historical look at hypertension: celebrating 100 years with the Southern Medical Association. *South Med J*. 2006; 99(12): 1412-1413.
2. Taşlıdere, B, Avşaroğulları, L. (2016). Acil Serviste Hipertansiyonlu Hastaya Yaklaşım. (s. 210-241). Derman Tıbbi Yayıncılık
3. Krakoff LR. (2009). *Hypertension: principles and practice*. (s. 3-14). (Kozan Ö, Çev. Ed.).İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd.Şti.
4. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, et al. Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*.2005; 23(10):1817-1823.
5. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu Kılavuz Özeti.
6. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Arch Turk Soc Cardiol*. 2011;39 Suppl 4:1-5.
7. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2019;47(6):535-546 doi: 10.5543/tkda.2019.62565
8. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Nairobi, 25-29 November 1985.
9. Sabate E, ed. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization: 2003.
10. Banning M. A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46: 1505-15.
11. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics* 2016; 7: 64-67.
12. Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. *Clin Exp Hypertens*. 1996; 18: 463-72.
13. Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, et al. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int J Clin Pract*. 2008; 62: 76-87.
14. Elliott WJ. What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure? *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10 (1 Suppl 1): 20-6
15. Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği (TEMED). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Türkiye, 2018.
16. 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). *J Hypertens*. 2014; 31(7):1281-1357.

17. Taddei S. Combination therapy in hypertension: what are the best options according to clinical pharmacology principles and controlled clinical trial evidence? *Am J Cardiovasc Drugs*. 2015 Jun;15(3):185-194.
18. Chalmers J, Arima H, Woodward M, et al. Effects of Combination of Perindopril, Indapamide, and Calcium Channel Blockers in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. (Clinical Trial: ADVANCE Trial). *Hypertension*. 2014;63:259-164.
19. Wald DS, Law M, Morris JK, et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med*. 2009;122(3):290-300.
20. Gradman AH, Parisé H, Lefebvre P, et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension*. 2013 Feb;61(2):309-18.
21. Kayaalp, O. (2005). Rasyonel tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. (11.baskı).Ankara: Hacettepe –Taş Yayınevi.
22. ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008 Apr 10;358:1547-59.
23. Gürel A, Çeliker H, Aygen B, Doğukan A. Pharmacological Treatment Strategies of Arterial Hypertension in the Light of 2013 ESH / ESC Guidelines. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*. 2013; 27 (3): 153 - 160 <http://www.fusabil.org>
24. Rosenfeld GC, Loose DS. (2017).Farmakoloji. (Hülagu BARIŞKANER, Çev. Ed.).İstanbul : İstanbul Tıp Kitapevleri.
25. Parving HH, Brenner BM, McMurray JJV, et al. Cardiorenal endpoints in a trial of aliskiren for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012; 367: 2204–2213.
26. Dökmeci İ. (2000).Farmakoloji. (1). İstanbul: Nobel tıp kitapevi
27. Olson J.(2018).Klinik Farmakoloji.(Oğuz MUTLU, Özlem ÖZKAN, Bekir Faruk ERDEN, Çev. Ed.). İstanbul: Marmara Nobel tıp kitapevleri.
28. Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB.(2010). Pharmacology.(9th Edition). United States:The Mc Graw-Hill Inc
29. Kampus P, Serg M, Kals J et al. Differential effects of nebivolol and metoprolol on central aortic pressure and left ventricular wall thickness. *Hypertension* 2011; 57: 1122–1128.
30. Dhakam Z, Yasmin, McEniery CM, Burton T, Brown MJ, Wilkinson IB. A comparison of atenolol and nebivolol in isolated systolic hypertension. *J Hypertens* 2008; 26: 351–356.
31. Joshi VD, Dahake AP, Suthar AP. Adverse Effects Associated with the Use of Antihypertensive Drugs: An Overview. *Int.J. PharmTech Res* 2010;2:10-3.
32. Viera AJ. Resistant hypertension. *J Am Board Fam Med*. 2012; 25(4): 48795
33. Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB.(2019). Pharmacology.(11 th Edition). United States:The Mc Graw-Hill Inc
34. Dökmeci İ. (2001).TOKSİKOLOJİ Zehirlenmelerde Tanı ve Tedavi. (Yeniden düzenlenmiş 3. Baskı).İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri