



## BÖLÜM 54

### Hipertansiyon Tedavisine Genel Yaklaşım

Emin DURMUŞ<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Hipertansiyon önlenebilir hastalıklar arasında en sık görülen ve tedavisi mümkün olan kronik hastalıktır. Hastane başvurusu olan erişkinlerin büyük çoğunluğunu hipertansiyon hastaları oluşturur. 10 milyon kadar insanın her yıl hipertansiyon nedeniyle hayatını kaybettiği düşünülmektedir. Bu ölümlerin sebebinin yaklaşık yarısı iskemik kalp hastalığı iken kalan kısmını da hemorajik ve iskemik stroke oluşturmaktadır. 2017 yılında yayınlanan Amerika Kardiyoloji Koleji ve Amerika Kalp Derneği (ACC/ AHA), 2018'de de Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun (ESC) güncel hipertansiyon kılavuzları yayınlamıştır. Tüm bu kılavuzların ortak görüşü kan basıncı kontrolünün tüm hipertansif hastalarda kardiyovasküler riskin azalmasındaki en önemli etken olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda bazı çalışmalarda agresif kan basıncı düşürmenin faydalı olduğunu gösteren oldukça fazla çalışma mevcuttur (1). Örneğin SPRINT çalışmasına bakıldığında sistolik kan basıncı <120 mmHg hedeflendiğinde tüm nedenlere bağlı mortalitenin azaldığı gözlenmiştir. ACCORD-BP çalışmasında da diyabetik hastalarda sıkı kan basıncı kontrolünün olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyonu tedavi

etmek her ne kadar bu kadar faydalı ise de güncel veriler ışığında hastaların büyük çoğunluğunun tansiyonlarının regüle olmadığı görülmüştür. Hastaların sahip olduğu risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar da hipertansiyon tedavisini planlarken göz önünde bulundurulmalıdır (2).

Genel olarak hipertansiyon tedavisi başlanması için kabul edilen sistolik kan basıncı değeri  $\geq 140$  mmHg veya diyastolik kan basıncı değeri  $\geq 90$  mmHg olmasıdır. Yüksek riskli hastalarda sistolik kan basıncı üst sınırı 130 mmHg kabul edilebilir (3). Yüksek riski değerlendirirken SCORE puanlaması kullanılabilir. 80 yaş üstü hastalarda tedavi için sistolik kan basıncı değeri 150 mmHg'dir. Hedef kan basıncı değeri 65 yaşın altındaki yüksek riskli hastalarda dahil olmak üzere 120–130/70–80 mmHg ve 65 yaşından büyük hastalarda ise 130–140/70–80 mmHg'dir (4). Hipertansif hastalarda yaşam tarzı değişikliklerini inceleyecek olursak;

- » Tuz alımı kısıtlanması (5-6 gr)
- » Alkol kullanımının kısıtlanması
- » Sebze ve meyve daha fazla tüketilmesi
- » BMI < 25 kg/m<sup>2</sup> olması
- » Bel çevresinin düşürülmesi
- » Düzenli egzersiz
- » Sigaranın bırakılması önerilmektedir (5).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Anamur Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, eminaryoloji@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-3890-0410

Başka bir deyişle antihipertansif tedavide iki ilacın beraber kullanımı, kan basıncını düşürmede  $1+1>2$ , yan etki açısından ise  $1+1 <2$  olmalıdır (18).

Antihipertansif tedavide yapılacak kombinasyonlar sabit dozlarda hazır preparatlar olduğu gibi, hekim kendi isteğine göre de kombinasyonlar yapabilir. Sabit kombinasyonların avantajları: basitçe yazılabilmeleri, tek bir ilaç gibi kullanılmaları, daha önce doğruluğu ve eminliği kanıtlanmış olmalarıdır. Bu preparatların yaklaşık %20 daha ucuz olabilecekleri saptanmıştır. Buna karşın hekim tarafından yapılabilecek kombinasyonlarda ilaçların dozları istenildiği gibi ayarlanabilirse de, her zaman için hekimin hata yapma olasılığı mevcuttur, ayrıca hastanın birden fazla ilaç alması gerekir (18).

## KAN BASINCI TAKİBİ

Hipertansiyon tedavisinde kan basıncı takibi çok önemlidir. Mortalite ve morbiditenin önlenmesi için iyi bir tansiyon regülasyonu olmazsa olmazdır. Hem tedavi ihtiyacının arttığının ve azaldığının saptanması hem de tedavi yanıtını değerlendirmede kan basıncı takibinden yararlanılır (19,20). Morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmak kan basıncını düşürürken en önemli amacımızdır. Tedavi ile kardiyovasküler riski yüksek olan grupta sağlanacak fayda düşük olana göre çok daha fazladır (20). Tedavide ve devamındaki kontrolde hastanın uyumunun da ilaçlar kadar önemli olduğu unutulmamalıdır.

## DİRENÇLİ HİPERTANSİYON

Biri diüretik olacak şekilde maksimum dozda üçlü ilaç tedavisine rağmen kan basıncı 140/90 mmHg'nın altına düşürülemezse dirençli hipertansiyondan bahsedilmektedir (19). Tedaviye uyumsuzluk nedeniyle hastaların yarısından fazlasında hipertansiyon kontrol altına alınamamaktadır. Bu problemleri aşmak için hastalar sıklıkla bilgilendirilmeli ve imkanlar dahilinde hipertansiyon eğitim personeli görevlendirilme-

lidir. Hedef kan basıncına ulaşmak ve sürdürmek için hayat şekli değişiklikleri ve medikal tedaviye sıklıkla devam etmek gerekir. Hastalar, hipertansiyon yeterince kontrol edilip edilmediğini saptamak, hasta uyumunun derecesini ve yan etkilerin varlığını tayin etmek için tedavinin başlangıcından 1-2 ay sonra tekrar görülmelidir. Hastanın kan basıncı kontrol altına alındığında 3-6 aylık aralıklarla takip genellikle yeterli olur.

Özetle hipertansiyon kronik hastalıklar arasında tanı konması oldukça kolay ve tedavi ile mortalite ve morbiditeye direkt etki eden en önemli hastalıklardan birisidir. Hastaların hastaneye başvurularında tansiyon kontrollerini yapmak şüpheli hastalarda ambulatuvar kan basıncı kontrolü bakmak ileri dönemdeki komplikasyonları önlemek açısından oldukça önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018; 71:e13.
2. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens* 2020;38(6):982-1004.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from panel members appointed to the Eight Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014;311:507-520.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-3104.
5. Saneei P, Salehi-Abargouei A, Esmaillzadeh A, Azadbakht L. Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure: a systematic review and metaanalysis on randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014; 24(12):1253-1261.
6. Oza P, Garcellano M. Nonpharmacologic management of hypertension: what works? *Am Fam Physician* 2015;1:91(11):772-776.
7. Fu J, Liu Y, Zhang L, Zhou L, Li D, Quan H et al. Nonpharmacologic Interventions for Reducing Blood Pressure in Adults With Prehypertension to Established Hypertension *J Am Heart Assoc.* 2020;20;9(19):e016804.

8. Khan MG: Hypertension in Heart Disease Diagnosis and Therapy. A Practical approach. Khan MG, Topol EJ, Saksena S, Goodwin JF. (eds.). Williams and Wilkins Comp. Baltimore, 1996 p. 323-78. VE 67. Nayler WG: The Pharmacology of the Calcium Antagonists in Hypertension the Next Decade. Fleckenstein A, Laragh JH. (eds). Churchill Livingstone, London, 1987, p. 53-66.
9. Schols H: Pharmacological aspects of calcium channel blockers. *Cardiovasc Drugs Ther* 1997; 10: 869-72.
10. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009;122:290-300.
11. Sica DA. Rationale for fixed-dose combinations in the treatment of hypertension: the cycle repeats. *Drugs* 2002;62:243-62. 3. Gradman AH, Acevedo C. Evolving strategies for the use of combination therapy in hypertension. *Curr Hypertens Rep* 2002;4:343-9
12. Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Velazquez E, Gupta J, Lefkowitz M, Hester A, Shi V, Weir M, Kjeldsen S, Massie B, Nesbitt S, Ofili E, Jamerson K. Baseline characteristics in the Avoiding Cardiovascular events through Combination therapy in Patients Living with Systolic Hypertension (ACCOMPLISH) trial: a hypertensive population at high cardiovascular risk. *Blood Press* 2007;16:13-9.
13. Pickering TG. The use of angiotensin converting enzyme inhibitors in combination with other antihypertensive agents. *Am J Hypertens* 1991; 4:73S.
14. ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, Schumacher H, Dagenais G, Sleight P, Anderson C. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008;358:1547- 59.
15. Kasiakogias A, Tsioufis C, Thomopoulos C, Andriou I, Aragiannis D, Dimitriadis K, Tsiachris D, Bilo G, Sideris S, Filis K, Parati G, Stefanadis C. Evening versus morning dosing of antihypertensive drugs in hypertensive patients with sleep apnoea: a cross-over study. *J Hypertens* 2015; 33:393.
16. Mancia G, Sega R, Milesi C, Cesana G, Zanchetti A: Blood pressure control in the hypertensive population. *Lancet* 1997: 349; 454-7.
17. WHO Expert Committee. Hypertension Control. WHO Technical Report Series 862, Geneva, 1996.
18. Nalbantgil İ, Nalbantgil S: Antihipertansif tedavide kombinasyon tedavisi. *Galenos* 1998; 2; 40-4
19. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46
20. Guidelines Subcommittee of the World Health Organization: World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17:151-83.