

3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

27-30 EKİM 2011



HİPERTANSİYON

Doç.Dr.Tuncay Müge ALVUR

Kocaeli Üniversitesi

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Epidemiyoloji



- Dünyada 1 milyar hipertansif var
- Yılda 7,1 milyon ölüm hipertansiyon nedeniyle



Epidemiyoloji



• TEKHARF

• PATENT

• HinT (insidans)

• Prevalans %31.8 (Kadın 36.1; Erkek 27.5)

• 4 yıllık insidans hızı %21.6

TEKHARF



- 1990-2000 yılları arasında
 - Kan basıncı erkekde $+4.4 \pm 2.7$ mmHg, kadında $+6.4 \pm 4.2$ mmHg artış gösterdi



TEKHARF



- Kan basıncındaki bu artış
 - Erkekde 40 yaşından
 - Kadında 50 yaşından sonra belirginleşiyor
- Kan basıncındaki her 23 mmHg artış ile kardiyovasküler hastalık ve mortalite %50 artmakta

Risk faktörleri-Güçlü



- Obezite

- Nurses' Health Study: 18 yaş civarında 5 ya da daha fazla kilo alınması orta yaşta hipertansiyon gelişme riskini %60 arttırmaktadır. Her 4,5 kilo artış kan basıncında 4,5mmHg artış ile ilişkilidir
- Obezite ile HT arasındaki ilişki şu şekilde kurulmuştur:Dolaşımdaki hacmin artması kalpten çıkışı (output) ve periferik damar direncini arttırır
- Obezite metabolik sendrom, insülin direnci ve Tip 2 diyabet ile ilişkilidir

Risk faktörleri-Güçlü



- Haftada 3 defadan az egzersiz
 - 12 yıllık takip sonucunda bedensel aktiviteleri düşük olanlarda olmayanlara göre HT riski %52 daha yüksektir



Risk faktörleri-Güçlü



- Orta/yüksek alkol alımı

- 1 ölçü= 360 ml bira, 150 ml şarap, 45 ml %80-100 derece distile (rakı, votka, viski)
- Günlük alkol tüketimi erkekler için 2 kadınlar için 1 ölçü
- Kronik alkol tüketimi günlük 1,5 ölçü üzerinde olduğunda genç kadınlarda artmış HT riski ile ilişkilidir
- Risk kadınlarda 5 erkeklerde 7 içki üzerinde daha da yüksektir
- Akut alkol tüketimi vazomotor gevşeme ile ilişkilidir



Risk faktörleri-Güçlü



- **Metabolik sendrom**

- Tüm beden şişmanlığına kıyasla abdominal obezite HT riskini daha fazla yükseltir
- İnsülin direnci ve hiperinsülinemi bir dizi inflamatuvar mekanizma ile yüksek kan asıncına neden olur

Risk faktörleri-Güçlü



• **Diyabetes mellitus**

- Hiperglisemi, hiperinsülinemi ve insülin direnci endotel direnci ve oksidatif strese yol açar
- Bunlar HT ile doğrudan ilişkilidir

• **Hiperürisemi**

- Yükselmiş ürik asid düzeyleri ve HT arasındaki ilişkiye dair kanıtlar giderek artmaktadır
- Olası neden renal aferent kalınlaşması ve daralmasıdır

Risk faktörleri-Güçlü



- **Siyahi ata**

- Tüm yaş gruplarında yüksek risktir

- **65 üstü yaş**

- Tüm ırk ve her iki cinsiyette yaş ile sıklık artar

Risk faktörleri-Güçlü



- **Ailede HT ya da koroner arter hastalığı**
- **Uyku apnesi**
- **Uyku apnesi olanların %50'sinde esansiyel hipertansiyon olduğu gösterilmiştir**

Hasta merkezli bakım



- Tedavi ve bakım sürecinde bireyin ihtiyaçları ve tercihleri dikkate alınmalıdır
- Hipertansiyonu olanlara bakım ve tedavileri hakkında bilgilendirilmiş karar verme şansı verilmelidir
- Çalışanlar ile hastalar arasında iyi iletişim şarttır



Hasta merkezli bakım



- Kanıta dayalı bilgiler bireyin ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir
- Verilen tedavi, bakım ve bilgi kültürel olarak uygun olmalıdır
- Bakım verenler ve akrabalara ihtiyaçları olan bilgi sağlanmalıdır



Türkiye'de hipertansiyonlu hastalarda kardiyovasküler risk yönetimi uygulamalarını değerlendirmek için gözlemsel çalışma

Ömer Kozan, M.D., On behalf of the RiskMan Study Group#



- Bulgular:** Hipertansiyonun ortalama süresi 8.1 ± 7.1 yıl bulundu. Beden kütle indeksi ortalaması 30.3 ± 5.2 kg/m² idi. Sistolik ve diyastolik kan basınçları sırasıyla 147.8 ± 22.4 ve 88.9 ± 12.5 mmHg idi. On-yıllık koroner kalp hastalığı riski ve risk düzeyi erkeklerde ve eşlik eden diyabet, metabolik sendrom, renal hastalık ve/veya mikroalbuminüri varlığında belirgin olarak daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). Geçmiş yıla yönelik kardiyovasküler risk yönetimi değerlendirildiğinde, **hastaların %7.3'ünde kan basıncı ölçümü yapılmadığı, %15.6'sında diyet önerilmediği, %79.3'ünde kan basıncının yüksek düzeylerde olduğu, antihipertansif ilaç tedavisi ve diyet önerilerine yönelik hasta uyumunun ise sırasıyla %87.7% ve %62.5 olduğu görüldü.** Dislipidemi ve diabetes mellitus için de benzer bir profil vardı. Hekimlerin hastaları sigarayı bırakma, kilo verme ve fiziksel egzersiz yapmaya yöneltme çabaları tatmin edici düzeylerden çok düşük bulunurken, hastaların da bu önerilere uyumları daha da düşük düzeylerdeydi.

Düzey

3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ
EKON-2011 Kanıt



27-30 Haziran 2011

Ia

Randomize kontrollü çalışmaların meta analizi



Ib

En az bir randomize kontrollü çalışma kanıtı



IIa

En az bir randomizasyonsuz kontrollü çalışma kanıtı

IIb

En az bir başka deneysel çalışma tipinden elde edilen kanıt

III

Gözlemsel çalışmalardan kanıt

IV

Uzman kurulların ya da uzmanların görüşleri

KAHEKON-2011



Düzey	Kanıt
A	Kategori I kanıta dayalı
B	Kategori II kanıtına ya da kategori I çıkarımlarına dayalı
C	Kategori I kanıtına ya da kategori I veya II çıkarımlarına dayalı
D	Kategori IV kanıtına ya da kategori I veya II çıkarımlarına dayalı

3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

27-30 EKİM 2011



Kan Basıncı Ölçümü

Kanıt dayalı tıp



- Hipertansiyonu tanımlamak için hastanın en az iki kez klinikte görülüp mümkün olan en iyi şartlarda ikişer ölçüm yaptırması istenmelidir **D**
- Birinci basamakta otomatik kan basıncı ölçümü ya da evde takip yeterli çalışma ve kanıt olmadığından önerilmemektedir **C**



Kanıt dayalı tıp

- Kan basıncı ölçümü yapanların yeterli eğitim almaları ve düzenli olarak uygulamalarının gözden geçirilmesi gerekir **D**





Kanıt dayalı tıp

- Sağlık hizmeti sunuların kan basıncı ölçümünde kullanılan cihazları uygun şartlarda tutmaları, üreticinin önerilerine göre düzenli olarak kalibre etmeleri/ettirmeleri gerekir **D**



Kanıt dayalı tıp

- Uygun olduğu durumlarda ortamı kan basıncı ölçümü için standardize edin: rahat, ılık, sessiz ve oturur pozisyon **D**





Kanıt dayalı tıp

- Eğer ilk ölçüm 140/90 mmHg üzerinde ise muayenenin sonunda ikinci ölçüm yapılmalıdır **D**





Kanıt dayalı tıp

- Kan basıncı milimetre civa (mmHg) cinsinden sistolik/diyastolik olarak kaydedilir.
- Sistolik kan basıncı 140 mmHg ya da diyastolik kan basıncı 90 mmHg üzerinde olduğunda **YÜKSEK** notu koyulur





Kanıt dayalı tıp

- Kan basıncını her iki koldan ölçün ve takipler sırasında yüksek ölçümün yapıldığı koldan devam edin **D**





Kanıt dayalı tıp

- Postural hipertansiyon belirtileri olanlarda (düşme ya da postural baş dönmesi) hasta ayaktayken de ölçüm yapılmalıdır
- Postural hipertansiyon belirtileri ya da tanısı olanlarda (ayakta ölçümde sistolik kan basıncının 20 mmHg ya da daha fazla düşmesi) uzmana sevk etmeyi düşünün **D**

Kanıt dayalı tıp



- Sevk edin!!!

- Malign hipertansiyon

- KB 180/110 mmHg üzeri
- Papil ödemi ve/veya retina kanaması belirtileri

- Feokromositoma şüphesi

- Labil ya da postural hipotansiyon
- Baş ağrısı
- Palpitasyonlar
- Solukluk
- Aşırı terleme **D**

Kanıt dayalı tıp



- Ölçümler aylık aralar ile yapılmalı
- Ağır yüksek tansiyon vakaları en kısa zamanda tekrar değerlendirilmelidirler **D**





Kanıt dayalı tıp

- Sevk etmeyi düşünün!!
 - Sıra dışı bulgu ve belirtileri olanlar
 - Tedavi ve takipleri kesin kan basıncı ölçümüne bağlı olanlar **D**

3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

27-30 EKİM 2011



Nasıl ölçülmeli



1. Ortamı mümkün olduğu kadar standardize edin

- Sakin, ılık ortamda hasta oturur pozisyonda
- Kol açık uzatılmış, sternum ortası ile aynı hatta ve destekli

2. Uygun boyutlu manşonu (üzerinde ölçüleri olmalı) üst kola sarıp manometre ile bağlantısını yapın

3. Antekübital fossada brakial nabzı hissedin



4. Brakiyal nabzın kaybolduğu noktadan 20 mmHg yukarisına kadar hızla manşonu şişirin
5. Manşonun havasını boşaltırken nabzın tekrar başladığı basıncı not edin: yaklaşık sistolik kan basıncı
6. Manşonu tekrar brakiyal nabzın kaybolduğu noktanın 20 mmHg üzerine kadar şişirin
7. Tek elle steteskopu cilt ile tam temas edecek şekilde brakiyal arter üzerine yerleştirin





8. Korotkoff seslerini dinleyerek havayı saniyede 2–3 mmHg indirin

9. Sesler kaybolduğunda ölçüm tekrarlanacaksa manşonu hızla ve tam olarak indirin

10. Mümkün olduğunda muayenenin başında ve sonunda ölçüm yapın

Korotkoff sesleri



1. Faz I: Hafif, şiddeti giderek artan en az iki atım:
SİSTOLİK KAN BASINCI

2. Faz II: Seslerin yumuşadığı kısa süre

- İşitsel boşluk: Bazı hastalarda sesler tümünden kaybolabilir

3. Faz III: Kısa bir süre tizleşen daha keskin seslerin dönmesi

4. Faz IV: Seslerin ani yumuşaması ve üfleme niteliği alması

5. Faz V: Tüm seslerin kesildiği nokta: DİYASTOLİK KAN BASINCI

3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

27-30 EKİM 2011



Yaşam tarzı değişiklikleri



Hastaların beslenme ve egzersiz düzenlerini belirleyin çünkü sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz kan basıncını düşürebilir

B



- Yaşam tarzına dair eğitim tek başına etkin değildir
- Kan basıncı yüksek aşırı kilolu kişilerde sağlıklı, düşük kalorili beslenme sistolik ve diyastolik kan basıncını ortalama 5-6 mmHg düşürür.
- Ancak çalışmaların bulguları nedeni bilinmeyen farklılıklar vardır. Hastaların %40'ında kısa sürede sistolik kan basıncında 10 mmHg düşüş olmakta ve 1 yıla kadar sürmektedir



- Haftada 5 gün, 30-60 dakika aerobik egzersiz (hızlı yürüme, jogging ya da bisiklete binmek) sistolik ve diyastolik kan basıncında ortalama 2-3 mmHg azalma yapar
- Hastaların %30'unda kısa dönemde 10 mmHg düşüş olur ve 1 yıl kadar sürer



- Egzersiz ve beslenme sistolik ve diyastolik kan basıncında 4-5 mmHg düşüş yapar
- Çoklu yaşam tarzı değişikliği uygulayan hastaların %25'i sistolik kan basıncında 10 mmHg düşüş yakalar ve 1 yıl kadar sürdürür



- Sağlıklı yaşam tarzı bazı hastalarda kan basıncını ve kardiyovasküler riski düşürerek uzun dönem ilaç kullanımını azaltabilir, geciktirebilir ya da yok edebilir





Gevşeme tedavileri* kan basıncını düşürebilir ve bazı hastalar bunları tedavilerinin bir kısmı olarak devam ettirmek isteyebilir.

Ancak bu hizmetlerin birinci basamak sağlık ekibince düzenli olarak verilmesi önerilmemektedir **B**

*Stres ile başa çıkma, meditasyon, bilişsel tedaviler, kas gevşemesi ve biyofeedback



- Stresin azaltılıp gevşemenin sağlanmasına yönelik yapılandırılmış girişimler sistolik ve diyastolik kan basıncında ortalama 3-4 mmHg azalma yapar



- Hastaların üçte birinde sistolik kan basıncı kısa sürede 10 mmHg düşer ve bu 1 yıl sürer
- Birinci basamakta bu girişimleri sunmanın maliyeti ve uygulanabilirliği tespit edilememiştir





Hastaların alkol tüketimini
değerlendirin ve aşırı içiyorlarsa
azaltmalarını yönünde
cesaretlendirin

Kan basıncı düşeceği gibi sağlığın
diğer alanlarına da olumlu etkiler

B

- Aşırı alkol tüketimi yüksek kan basıncı ve kötü kardiyovasküler ve hepatik sağlık ile ilişkilidir





- Alkol tüketimi azaltmak için yapılandırılmış girişimler ya da düşük alkollü içeceklerin tüketilmesi sistolik ve diyastolik kan basıncında yaklaşık olarak 3-4 mmHg düşüş sağlar
- Hastaların %30'unda sistolik kan basıncında kısa sürede 10 mmHg azalma sağlanır ve bu 1 yıl sürer



- Klinisyenlerin 10-15 dakikalarını ayırarak alkol tüketimini sorgulayıp uygun bilgi ve önerileri vermeleri ile aşırı tüketenlerde içilen miktarın %25 azaldığı bildirilmiştir
- Bu girişim uzmanların yaptığı kadar etkindir



Kahve diğer kafein içeren
ürünlerin aşırı tüketimini
engelleysin

C





- Aşırı kahve tüketimi (günde 5 ya da daha fazla fincan) yüksek kan basıncı olan ve olmayanlarda çok az (2 mmHg) artışa neden olmuştur



Sodyum içeren tuzu azaltarak
ya da değiştirerek sodyum
alımını azaltmaları için
hastaları cesaretlendirin

B



- Yiyecekler ile alınan tuz miktarının 6gr/gün (2,4 g/gün sodyum) altına düşürülmesi sistolik ve diyastolik kan basıncında ortalama 2-3 mmHg azalma sağlar
- Hastaların %25'inde sistolik kan basıncında kısa sürede 10 mmHg azalma olur ve bu 1 yıl kadar sürer



- Normotansif hastalarda yapılan 2-3 yıl süren çalışmalardan elde edilen kanıtlar kan basıncındaki düşmenin zaman içinde kaybolduğunu göstermektedir



Kan basıncını düşürmek için
kalsiyum, magnezyum ve
potasyum destekleri
önermeyin

B



- Mevcut kanıtlar kalsiyum, magnezyum ve potasyum destekleri ile kan basıncındaki düşüşün sürekli olmadığını göstermektedir
- Eldeki kanıtlar bu üç elementin bileşimlerinin de kan basıncın düşürmediğini göstermektedir



Sigara içenlere sigarayı
bırakmalarını tavsiye edin ve
bırakmalarına yardımcı olun

A





- Sigara içme ve kan basıncı arasında güçlü bir ilişki gösterilmemiştir
- Sigara içme ile kalp damar hastalıkları ve akciğer hastalıkları arasında bol miktarda kanıt vardır.
- Sigara bırakma yöntemlerinin maliyet etkin olduğuna ilişkin kanıtlar vardır

3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

27-30 EKİM 2011



Kardiyovasküler risk hesaplaması



Yüksek kan basıncı devam ederse ve hastada kalp damar hastalığı gelişmemiş ise risk hesaplaması yapılması gerekliliği hakkında hastaya bilgi verin.

Testler diyabetin tanımlanması, kalp ve böbreklere hipertansiyonun zararı ile böbrek hastalığı gibi ikincil hipertansiyon nedenlerini açığa çıkarabilir.

D



İdrarda protein varlığı araştırın.

Plazma glukoz, elektrolitleri,
kreatinin, serum total kolesterol ve
HDL kolesterol tayini için kan alın.

12 derivasyonlu
elektrokardiyografi yapın.

D



İkincil hipertansiyon düşüdüren
belirti ve bulguları olan hastalar
için uzman konsültasyonu
düşünün.

Malign hipertansiyon ve
feokromositoma şüphesinde hızla
sevk edin.

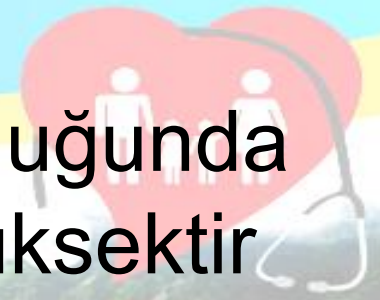
D

- 30 yaş altında yüksek tansiyon olduğunda neden tanımlama olasılığı daha yüksektir

– Hızla kötüye gider

– İlk başvuru malign hipertansiyon olur

- 180/110 mmHg üzerinde kan basıncı
- Papil ödemi ve/veya retina kanaması
- ya da tedaviye kötü yanıt



• Yükselmiş kreatinin seviyesi → Böbrek hastalığı



• Labil postural hipertansiyon

• Baş ağrısı

• Palpitasyonlar

• Solukluk

• Diyaforez

Feokromasitoma

• Hipokalemi

• Abdominal ya da bel bölgesinde üfürüm

• ACE inhibitörü başlayınca serum kreatinininde bariz yükselme

Renovasküler hastalık



• İzole hipokalemi



• Hiperaldosteronizm

- Osteoporoz
- Trunkal obezite
- Aydede yüzü
- Mor strialar
- Kas güçsüzlüğü
- Çabuk morarma
- Hirsütizm
- Hiperglisemi
- Hipokalemi
- Hiperlipidemi

• Cushing Sendromu



Hem yüksek kan basıncı hem de diğer değiştirilebilir risk faktörlerine ilişkin prognoz ve sağlık bakımı seçeneklerini tartışmak için kardiyovasküler risk tayinini kullanın.

D



- Risk modelleri klinisyenlere faydalı prognostik araçlardır

- Tek başına kan basıncına değil hastanın kardiyovasküler risk profiline de yönelik tedavi gerekliliğini desteklerler



• Risk modellemelerinin çoğu “Framingham Heart Study” kaynaklıdır:

- 5000 üzerinde 30–62 yaş arası erkek ve kadın kardiyovasküler hastalık tanımlayıcılarını belirlemek için 1971 yılından bu yana takip edilmekteler

Bu modellerin Türk halkında geçerlilik derecesi bilinmemektedir



- Hali hazırda Framingham risk hesaplanan bilgisayar programları 10 yıllık koroner kalp hastalığı ve inme riski için en iyi sonuçları vermektedir

- Joint British Societies tarafından hazırlanan son versiyon 10 yıllık kardiyovasküler risklerin tümünü (koroner kalp + inme)



- Sadece koroner kalp hastalığı risk skoru bilindiğinde değer 4/3 ile çarpılarak kardiyovasküler risk elde edilir
- Koroner kalp hastalığı ve inme riskleri bilindiğinde bu iki risk skoru toplanarak yaklaşık kardiyovasküler risk değeri elde edilebilir



3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

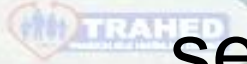
27-30 EKİM 2011



Farmakolojik Girişim



- İlaçlar etken madde ayrımı yapılmadan sınıf etkinlikleri eşit kabul edilerek tedavi seçenekleri sunulmaktadır
- ACE inhibitörleri ile AT-II reseptör antagonistleri etkinlik olarak eşit olmakla birlikte maliyet etkinlik gözetilerek ACE inhibitörleri öncelikli tercih edilmelidir





Üzerinde çeşitli tartışmalar yapılan antihipertansif sınıfı Beta blokerlerdir

Başa baş çalışmalarda beta blokerler kardiyovasküler olayları (özellikle inme) önleme açısından karşılaştırıldıkları her ilaçtan düşük etki göstermişlerdir



Çalışmaların çoğunda
ATENOLOL kullanıldığından
bunun diğer ajanlara dair bilgimiz
sınırlıdır

Bu etkinliği tüm Beta blokerlere
atfetmek uygun olmayabilir





Kanıtlar kalsiyum kanal blokerleri ile tiyazid grubu diüretiklerin benzer faydaları olduğunu göstermiştir

Sağlık ekonomisi modelleri küçük bir fark ile kalsiyum kanal blokerlerini öncelikle desteklemektedir





Tedaviye başlamada kalsiyum kanal blokerleri ve tiyazid grubu diüretiklerin klinisyen ve hastalar tarafından “eş” kabul edilmesi önerilmektedir

Değerlendirme ve son kararın hastanın riskleri ve yan etki riskleri değerlendirilerek verilmesi gerekmektedir





55 yaş altındakiler için çalışmalar Beta bloker ya da ACE inhibitörlerinin kalsiyum kanal blokerleri ya da tiyazid grubu diüretiklere göre kan basıncını düşürmede daha üstün olduklarını göstermektedir

Eldeki çalışmalar beta blokerlerin daha zayıf seçenek olduklarına işaret etmektedir





Sonuç olarak; 55 yaşın altındakiler için antihipertansiyon başlangıç tedavisi olarak ACE ihhibitörleri ya da tolere edilemiyor ie AT-II reseptör antagonistleri düşünölmelidir





Hastaların çoğunda uygun kan basıncına ulaşmak için birden fazla ilaç gerekmektedir

Patofizyolojik nedenler ile ACE inhibitörlerine Kalsiyum kanal blokeri ya da diüretik eklemek mantıklıdır

Bu noktanın ötesinde kanıtlar azdır ancak bir ve ikinci basamakta yer alan 3 ilacın kombinasyonları sıklıkla kullanılmaktadır





Beta bloker ve diüretik kombinasyonu ile diyabet gelişimi riski yükseldiğinden rutin tedavi algoritmasından beta blokerlerin çıkarılması uygun görülmektedir

Ancak belli endikasyonlarda Beta bloker kullanımı ŞARTTIR





Kan basıncının uygun dozlarda kullanılan 3 ilaç ile kontrol edilemediği durumlarda aile hekimleri uzman görüşüne başvurmalıdır





İlaç tedavisi kardiyovasküler hastalık ve ölüm riskini azaltır. Şu durumlarda ilaç tedavisi önerin: **A**

- 160/100 mmHg ya da daha yüksek kan basıncı olanlar
 - Kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde ve kardiyovasküler riski yüksek olanlar (10 yıllık kardiyovasküler hastalık riski %20 ya da daha yüksek, hedef organ hasarı var)



Plasebo kontrollü çalışmalarda

- Düşük doz tiyazid grubu diüretik ya da beta bloker ile başlanan kan basıncı kontrolü
 - Mortalite riskini %8
 - Myokard infarktüsü riskini %15
 - İnme riskini %25 azaltmaktadır



Bilgilendirilmiş seçim yapabilmeleri için hastalara ilaçların faydaları ve istenmeyen etkileri hakkında rehberlik yapın ve materyal verin

D





140/90 mmHg hedefine ulaşma için gerektiğinde farklı ilaçlar ekleyerek ilaç tedavisi önerin

Dikkatli bir şekilde kontrendikasyonları da gözetererek en uygun doz titrasyonunu yapın

A

Çalışmalarda ...



- Basamaklı ilaç kullanımı ile 140/90 mmHg altı hedeflendiğinde hastaların yarısı ile dörtte üçü arasında hedefe ulaşılabilmiştir
- Bu çalışmalarda hastaların yarısı birden fazla ilaca ihtiyaç duymuştur



55 yaş ya da üstündekilerde, ya da herhangi bir yaşta siyahilerde (Afrika ya da Karayip kökenli, karışık değil, Asyalı değil, Çinli değil) başlangıç ilacı ya kalsiyum kanal blokeri ya da tiyazid grubu diüretik olmalıdır **A***





**55 yaş altındaki
hastalarda ilk seçenek
ACE inhibitörleri ya da
tolere edilemediğinde
AT-II reseptör
antagonistleri olmalıdır**





Eğer başlangıç ilacı kalsiyum kanal blokeri ya da tiazid grubu diüretik iken ikinci ilaç gereksini duyulursa ACE inhibitörü (ya da AT-II reseptör antagonisti) ekleyin

Tedaviye ACE inhibitörü ile başlanmışsa tiazid grubu antidiüretik ekleyin

B





3 ilaç ile tedavi gerekli ise ACE
inhibitörü + kalsiyum kanal blokeri
+ tiazid grubu diüretik kullanın

B



Uygun dozlara rağmen kan basıncı kontrol edilemiyorsa 4. eklemeyi ya da uzman görüşü almayı düşünün

C





4. İlaç gerekli ise şunları düşünün:**C**

- tiyazid grubu diüretiklerin daha yüksek dozu ya da dikkatli izlem ile başka bir diüretik
 - beta blokerler
- selektif alfa blokerler





Uygun dozlara rağmen 4 ilaç ile hedefe ulaşılmadı ise ve hala uzman görüşü alınmadıysa mutlaka konsültasyon isteyin/sevk edin





Beta blokerler hipertansiyon tedavisine başlamada tercih edilmezler

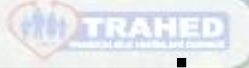
Ancak özellikle genç hasta ve aşağıdaki durumlar varsa düşünülebilirler: **B**

- ACE inhibitörleri ya da AT-II reseptör antagonistleri kontrendikasyonları olanlar ya da tolere edemeyenler
 - doğurganlık yaşındaki kadınlar
- sempatik aktivitelerinin yüksek olduğu kanıtlananlar

Bu durumlardan birinde



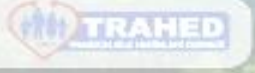
- İkinci ilacı eklemeniz gerekirse diyabet gelişimi riskini azaltmak için tiyazid grubu diüretik yerine kalsiyum kanal blokerlerini tercih edin **C**





Beta bloker içeren bir tedaviye rağmen kan basıncı kontrol altına alınamamışsa tedaviyi gözden geçirin

C





Beta bloker içeren bir tedavi ile kan basıncı kontrol altına alınanlarda rutin takipler yapılmalıdır

Bu hastalarda beta blokerin başka bir grup ile değiştirilmesi için mutlak bir gereklilik yoktur

C



Beta bloker tedavisinin
sonlandırılması gerekiyor ise doz
azaltılarak yapılmalıdır

Semptomatik anjinası ya da
geçirilmiş myokard enfarktüsü
olanlarda beta bloker
KESİLMEMELİDİR

C



İzole hipertansiyonu olanlara da
her iki kan basıncı yüksek olanlara
önerdiğiniz tedavileri başlayın

A



80 yaş üzerindeki hastalarınızı da
55 yaş üzerindeki hastalarınız gibi
tedavi edin

A





Mümkün olduğunda günde bir
defa kullanılan ilaçları tercih edin

A





Maliyeti düşürmek için patentli
olmayan ilaçları tercih edin

D



3. ULUSLARARASI KATILIMLI KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

KAHEKON-2011

ZORLU GRAND HOTEL - TRABZON

27-30 EKİM 2011



Tedavinin devamı



Tedavi amacı kan basıncını 140/90 mmHg ve altına düşürmektir

Ancak bu hedefe ulaşamayan hastalar, ileri tedavinin uygun olmadığı ya da mümkün olmadığı hastalar da eğer bu ilaçlar kan basıncını düşürüyorlarsa önemli faydalar elde ediyorlardır

C





Hastalar yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaç doz azaltması ya da kesilmesi için motive olabilirler

Kardiyovasküler risk düşük ise ve kan basıncı iyi kontrollü ise yakın takip şartı ile bu hastalara doz azaltma ya da tedavinin kesilmesi teklif edilebilir.

B



Antihipertansif ilaçların kesilmesi

- Normal kan basıncına ulaşıldığında ilaç tedavisinin kesilmesi durumunda
 - Daha genç
 - Tedaviye başlanan kan basıncı daha düşük
 - Tek ilaç kullanan
 - Yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösteren hastalar normotansif kalmaya daha yatkındırlar



Antihipertansif ilaçların kesilmesi

- Hastaların tuz alımını kısıtlamaları ve fazla kilolu iseler kilo vermeleri ile desteklendiği takdirde daha başarılı olabilir





Hastaların yüksek tansiyonlarına karşı tutumları ve deneyimleri farklıdır

Eğer varsa görüş ve bilgi paylaşımlarının yapıldığı hasta organizasyonları ile temasa geçebilmesi için yönlendirin

D



Kan basıncı takibi için hastaya
yıllık plan sunun, destekleyin,
yaşam tarzlarını,
semptomlarını ve ilaçlarını
tartışın

D



İyi hekimlik uygulaması



- Hastaların hipertansiyon tedavisi hakkındaki olumlu ve olumsuz görüşlerini dinlemek
- Durumlarının düzeltilmesindeki her aşamaya onları da katmak
- Açık ve anlaşılır destekleyici bilgiler vermek

