

Dünya Sağlık Örgütü ile Uluslararası



Hipertansiyon Derneği toplantısı sonuçları:

A

şağıdaki kılavuz,
İsviçre-Bürgenstock'ta 27-29 Eylül 1982'de
toplanan Üçüncü Hafif Hipertansiyon Konferansı'na
katılanlar tarafından onaylanmıştır.

Bu kılavuz, hafif hipertansiyonun tanımlanmasını,
kan basıncı ölçüm yöntemlerini, tedaviye başlama
kararını etkileyen faktörleri, tedavi ve izleme
yöntemlerini kapsar. Kılavuz en yeni bilimsel
bulgulara dayanmaktadır.

Hafif Hipertansiyon Tedavisi İçin Kılavuz

Çevirenler:

Dr. Esin SEYHAN, Dr. Caner FİDANER

Kan basıncının ciddi ya da orta derecede yükselmiş olduğu durumlarda ilaç tedavisinin gerekli olduğu konusunda bir kuşku yoktur. Ancak, hafif kan basıncı yükseklikleri, tek tek olgularda karar vermek gerektiğinde genellikle tedavi sorunları yaratmaktadır. Son çalışmalar, hafif hipertansiyonlu hastalardan tedavi edilen grupta ölüm hızlarının ve kardiyovasküler komplikasyonların, ilaç tedavisi almamış benzer hastalara göre daha düşük olduğunu göstermiştir. Erişkin nüfusun % 10-20 kadarında kan basıncı bazı durumlarda hafifçe yükselmiş olabilir. Ancak bunların hepsinin de kan basıncı yüksek olarak devam etmez, bu nedenle hepsinin de antihipertansif ilaçlarla tedavi edilmeleri gerekli değildir. Öte yandan kan basıncı hafif yükselmiş hastalarda kardiyovasküler hastalık bulguları gelişebilir. Bu durum bir kere ortaya çıktıktan sonra da etkin bir antihipertansif tedavi uygulanırsa bile hastalık ve ölüm hızları öncekinden daha yüksek olur. Bu yazının amacı, kan basıncı hafif derecede yüksek bulunmuş kişilerde antihipertansif ilaçların kullanılışındaki önerileri kapsayacak şekilde yol gösterici olmaktır.

Hafif hipertansiyonun tanımı

Kan basıncı ölçümü: Kan basıncı en iyi şekilde cıvalı bir sfigmomanometre ile, indirek yolla ölçülür. Hasta sessiz bir odada rahat bir şekilde oturmalıdır. Kol kasları gevşek olmalı ve ön-kol desteklenmelidir. Uygun boyda bir manşon sıkı ve düzgün bir biçimde, kolun dirsekten üst yanına uygulanmalıdır. Elbise kollarının çok sıkı olmamasına dikkat edilmelidir. Ortalama manşon genişliği yetişkinler için 13-15 cm. olmalıdır.

Kolları şişman olan hastalar için daha geniş, çocuklar için ise daha dar manşon gerekir. Radyal ya da brakial nabız hissedilirken, manşon nabız kayboluncaya kadar şişirilir. Bu nokta yaklaşık olarak sistolik basınctır.

Daha sonra manşon yeniden şişirilir ve brakial artere yerleştirilmiş bir stetoskoptan Korotkoff sesleri duyulana kadar yavaş yavaş havası boşaltılır. Seslerin ilk işitildiği nokta sistolik basıncı verir. Diastolik basınç (Faz IV), seslerin aniden hafiflemesi sırasındaki basınç olarak tarif edilir. Diastolik basınç (Faz V) ise seslerin kaybolduğu noktadır. Araştırmalarda genel olarak ikinci nokta diastolik basınç olarak kabul edilmektedir. Bu nokta Faz IV basıncından önemli derecede düşük olabilir. Tedaviye ilişkin birçok yayında Faz V diastolik basıncı kullanıldığından tedavi gereksinimine karar vermek için de bu basınç değerlendirilmelidir. Sistolik ve diastolik basınçlar, araları en az üçer dakika olmak üzere en az üç kez ölçülmeli ve en düşük ölçüm kaydedilmelidir.

Hafif hipertansiyon: Yetişkinlerde hafif hipertansiyon, diastolik basıncın (Faz V) sürekli olarak 90-105 mmHg (12-14 kPa) arasında bulunması şeklinde tanımlanır. Uygulamada bu tanımın anlamı şudur: Diastolik basıncı bir kerelik 90 mmHg'dan (12 kPa) yüksek bulunmuş kişide, sonraki 4 haftalık süre içinde en az iki kez daha ölçümlerin yinelenmesi gerekmektedir. Yinelenen ölçümler durumun daha iyi anlaşılmasını sağlar; çünkü hastaların önemli bir kısmında bir süre sonra ölçümler yinelenildiğinde hem sistolik, hem de diastolik basınçlarda düşme görülür. Pratik bir yol olarak şu önerilir: 4 hafta içinde diastolik basıncın 100 mmHg'nın (13.3 kPa) altına düştüğü ve tekrarlayan muayenelerde böyle kaldığı gözlenirse, sonraki üç ay süresince ilaç tedavisine başlamadan hasta izlenmelidir. Bu kişilerden diastolik basıncı yükselenler ile 4 hafta süresince yapılacak çeşitli gözlemlerde 100 mmHg'nın

(13.3 kPa) üstünde sabit seyredenlerde antihipertansif tedaviye başlanmalıdır.

Üç ay süresince sürekli gözlenmesi gerekenlerde bu dönemin sonunda diastolik basıncı 95 mmHg'nın (12.7 kPa) üstünde seyretmeye devam edenler için tedaviye başlama kararı verilmelidir. Diastolik basıncın 90-94 mmHg (12-12.5 kPa) aralığında kaldığı bazı hastalar için de tedaviye başlanmadığı takdirde vasküler hastalık riski daha yüksek olduğundan yaklaşık üçer aylık aralıklarla bu hastalar yeniden değerlendirilmelidir. Sonraki ölçümlerden birisinde diastolik basıncı 95 mmHg'yı (12.7 kPa) aşarsa ve tekrarlanan muayenelerde bu düzeyin üstünde kalırsa ilaç tedavisine başlanmalıdır.

İlaç tedavisini etkileyen öteki faktörler

Diastolik kan basıncı dışında ilaç tedavisine başlama kararını etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir:

(a) Herhangi bir diastolik basınçta yüksek **sistolik basınç** ek bir risktir.

(b) **Yaş**: Antihipertansif tedavinin yetmiş yaşın üzerindeki kişilerde yararlı olduğu hakkında henüz kanıt yoktur. Her ne kadar her yaşta hastalarda ilaç yararlı görülmeğe de, 70 ve daha ileri yaş grubundakiler tedavinin uzun süreli etkilerinden daha az yararlanırlar, bunun yerine antihipertansif ilaçların yan etkileri ile daha çok karşılaşılırlar.

70 yaşın üstündeki hastalardan genel sağlık durumu iyi olanların muhtemelen daha genç hastalar gibi tedavi edilmesi gerekir. Bu yaş grubu hastalardan, zayıf olanların ve kardiyovasküler hastalık, demans ya da başka mental yetersizlik hastalığı bulunanlarda, diastolik basınç sürekli 109 mmHg'ya (14.5 kPa) kadar yükselmedikçe antihipertansif ilaç verilmemelidir. Bununla beraber, kalp yetmezliği de bulunan yaşlı hipertansif hastalarda, eğer kısa süre ile verilseler bile antihipertansif ilaçlar önemli derecede yararlı olmaktadır.

(c) **Kardiyak bulgular**: Sol ventrikül hipertrofinin klinik, radyolojik, ekokardiyografik ya da elektrokardiyografik olarak gösterilmesi, hipertansiyon dışında bir nedenin bulunmadığı durumlarda, ilaç tedavisine başlamak için kesin bir endikasyon dur.

(d) **Retinal hemoraji ve eksudalara**, kan basıncı ölçümleri sırasında oldukça seyrek rastlanır. Fakat görüldüklerinde ilaç tedavisine başlanmalıdır.

(e) **Açıklanamayan proteinüri**, ilaç tedavisine başlamak için bir endikasyondur.

(f) **Ölüme yol açacak bir başka hastalığın varlığı**, da tedaviye başlayıp başlamama kararını etkileyebilir.

(g) Aile bireylerinde felç ya da **kalp hastalığına** sık raslanıyor olması, kararı erken ilaç tedavisine doğru kaydırabilir.

İNCELEMELER

Hipertansiyonun altında yatan patolojik nedenleri belirlemek ya da bir organ hastalığını aramak yönünden tam bir öykü alınması ve baştan sona bir fizik muayene yapılması zorunludur. Ek olarak, aşağıdakiler de gereklidir: Basit idrar tetkiki ve idrar mikroskopisi, elektrokardiyogram, serumda potasyum, kreatinin, gerekirse kolesterol ve ürik asit incelemeleri, akciğer grafisi.

TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Hedef, diastolik kan basıncını 90 mmHg'nın (12 kPa) altına düşürmektir.

İlaçsız yöntemler: Hipertansiyon tedavisinin ilaçsız yöntemlerinin kan basıncını düşürdüğü ya da prognozu iyileştirdiği henüz inandırıcı biçimde gösterilememiştir, ancak bunun tek muhtemel istisnası diyetdeki tuzun kısıtlanmasıdır. Bununla birlikte sodyum alımının azaltılması, şişmanlığın kontrolü, tütünün bırakılması, yüksek serum kolesterol düzeyinin düşürülmesi, ve fiziksel aktivitenin kısıtlanması gibi önlemlerin damar hastalığı riskini azalttığı, bu nedenle de hafif

hipertansiyonu olan kişiler için geçerli yöntemler oldukları söylenebilir.

Antihipertansif ilaçlar: Hafif hipertansiyonun tedavisi için özgül ilaçlar yoktur. Tedaviye aşağıdaki iki sınıf ilaçtan biriyle başlanabileceği önerilmektedir.

Diüretik ilaçlar: Oral diüretikler, geleneksel olarak tedavinin ilk basamağında kullanılmaktadır. Doz yükseldikçe, antihipertansif etkiden bağımsız olarak ortaya çıkan ve biyokimyasal olarak gösterilen yan etkiler hızla arttığı için, küçük dozlar verilmelidir. Diüretik dozunun yükseltilmesiyle hafif hipertansiyonluların daha büyük bir bölümü sadece diüretik kullanılarak kontrole alınabilir, fakat bu durumda hastalardan ciddi hipokalemi görülenlerin oranı kabul edilemeyecek kadar fazla olur.

Beta-adrenoseptör bloke edici ilaçlar: İlaç tedavisine başlarken bir başka seçenek, beta-adrenoseptör bloke edici ilaçları kullanma yöntemidir. Bu ilaçlar tek başlarına kullanıldıklarında, hastalardan yararlananların yüzdesi, hemen hemen sülfonamid diüretiklerden yararlananların yüzdesi kadardır. Ancak bu ilaçların istenmeyen etkileri arttırmaya eğilimi vardır. Varolan çeşitli beta blokerlerden, hekim en yakından tanıdığını seçmelidir. Doz, hipertansiyon tedavisi için önerilen miktarı aşmamalıdır. Bunun yerine, gerektiğinde bir beta-bloker ile bir diüretik birlikte kullanılabilir. Bu kombinasyon, hastaların % 75-80'inde kan basıncının yeterince kontrol edilebilmesini sağlar.

Hipertansif hastalarda iki ilacı aynı anda kullanmak gerektiğinde, kolaylık, ucuzluk ve hastalara uygunluk açısından iki ayrı preparat yerine diüretik ile beta-blokeri birarada, tek tablet ya da kapsülde sunan bir preparatı seçmek mümkündür. Bu tip tabletlerin bulunmadığı ülkelerde, günde tek tabletle küçük dozda bir diüretik ve günde tek tablet beta-bloker kullanılması önerilmektedir.

Öteki ilaçlar: Diüretikler, aynı zamanda merkezi etkili ilaçlarla, alfa-adrenoseptör bloke edici ilaçlarla, anjiyotensin konvertörü enzim inhibitörleri ya da yavaş kalsiyum-kanalı bloke edici ilaçlarla birlikte de kullanılabilirler.

Beta-blokerler, arteriolar vazodilatörlerle ya da yavaş kalsiyum-kanalı blokerleri ile birlikte kullanılmıştır. Bir diüretik, bir beta bloker ve bir vazodilatör üçlü kombinasyonu da önerilmiştir. Reserpin, bazı durumlarda, öncelikle bir diüretikle birlikte, özellikle de ekonomik nedenlerle yararlı şekilde kullanılabilir. Hipertansiyonun ilaç tedavisinde önemli bir nokta, tedaviyi kişiye göre düzenlemek ve böylelikle istenmeyen etkileri ortadan kaldırmak ya da en aza indirmektir. Bu durum tedaviden kişilerin beklentilerinin çok fazla olmadığı hafif hipertansiyonda özellikle önem taşır.

İZLEME

Tedavinin stabilizasyon periyodunda kan basıncı doyurucu ölçülerde kontrol altına alınmaya kadar hastaların iki haftalık aralarla görülmeleri gerekir. Daha sonra, 3-4 ayda bir izleme yeterlidir. Hastanın isteğinin taşıdığı önem ve hasta-hekim ilişkisinin oynadığı büyük rol özellikle vurgulanmalıdır. Birçok hastalarda tedavinin kesilmesiyle birlikte kan basıncı eski değerlerine döndüğü için hastaların büyük kısmında tedaviyi sürdürmenin gereği üzerinde durulmalıdır. Hasta, kan basıncı ölçümüne gelmediği zaman, ilgisini arttırmak için hatırlatıcı notlar gönderilmeli ya da yüzyüze görüşülmelidir.

Tedaviye başlandıktan üç ay sonra serum potasyum, ürik asit ve kreatinin değerleri yeniden ölçülmeli, daha sonra da bu ölçümler bir iki yılda bir tekrarlanmalıdır.

KAYNAKLAR:

Guidelines for the treatment of mild hypertension: Memorandum from a WHO/ISH meeting, Bulletin of the World Health Organisation, 61(1): 53-56(1983).