

BİRİNCİ BASAMAKTA HİPERTANSİYON

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Hazırlayan: Araş. Gör. Dr. İlknur GÜLTEKİN
Çamlıca Aile Sağlığı Merkezi
Moderatör: Uzm. Dr. Canan TUZ

SUNUM PLANI

- Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019
- Risk temelli yaklaşım
- American Association of Family Physicians (AAFP) Raporu 2022
- Vaka sunumu
- Vaka çözümü
- Özet



Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019

2019 Turkish Hypertension Consensus Report

Dr. Sinan Aydoğdu,¹ Dr. Kerim Güler,² Dr. Fahri Bayram,³ Dr. Bülent Altun,⁴ Dr. Ülver Derici,⁵
Dr. Adnan Abacı,⁶ Dr. Tufan Tükek,² Dr. Tefvik Sabuncu,⁷ Dr. Mustafa Arıcı,⁴ Dr. Yunus Erdem,⁴
Dr. Bülent Özın,⁸ Dr. İbrahim Şahin,⁹ Dr. Şehsuvar Ertürk,¹⁰ Dr. Atila Bitigen,¹¹ Dr. Lale Tokgözoğlu¹²

¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara; ²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; ³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Kayseri; ⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara; ⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara; ⁶Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara; ⁷Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Şanlıurfa; ⁸Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara; ⁹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Malatya; ¹⁰Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara; ¹¹Medical Park Fatih Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul;

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara



2019 UZLAŖI RAPORU KURULU



Türk Kardiyoloji Derneđi (TKD)

Prof. Dr. Sinan Aydoğdu

Prof. Dr. Adnan Abacı

Prof. Dr. Lale Tokgözođlu

Prof. Dr. Atilla Bitigen



Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneđi (TİHUD)

Prof. Dr. Kerim Güler

Prof. Dr. Tufan Tükek

Prof. Dr. Bülent Özın



Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneđi (TEMD)

Prof. Dr. Fahri Bayram

Prof. Dr. Tefik Sabuncu

Prof. Dr. İbrahim Ŗahin



Türk Nefroloji Derneđi (TND)

Prof. Dr. Bülent Altun

Prof. Dr. Mustafa Anacı



Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneđi

Prof. Dr. Yunus Erdem

Prof. Dr. Ŗehsuvar Ertürk

Prof. Dr. Ülver Derici

TÜRK HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU İÇERİĞİ

- Tanım ve Sınıflandırma
- Tanı
 - *Tıbbi Öykü
 - * Kan basıncı ölçümü, (standart, evde, ambulatuar)
 - *Laboratuvar Tetkikleri
 - *Sekonder Hipertansiyon
- Tedavi
 - *Yaşam tarzı değişiklikleri
 - *Risk temelli yaklaşım
 - *İlaç tedavisi
 - *İlaç Seçimi
 - *Özel hasta gruplarında hipertansiyon tedavisi
 - Yaşlılar
 - Diyabetikler
 - Koroner arter hastaları
 - Kronik böbrek hastaları
 - Gebelik ve laktasyon
- Antihipertansif ilaç kullanan hastaların takibi
- İlaç uyumu ve kan basıncı kontrolünün iyileştirilmesi



HİPERTANSİYON TANIMI

○ Hipertansiyon nedir?

- Erişkinlerde (**>18 yaş**) hekim tarafından yapılan tekrarlanan klinik ölçümler ile

- Sistolik KB **≥140** mmHg

ve/ veya

- Diyastolik KB **≥90** mmHg



HİPERTANSİYON SINIFLANDIRMASI

Tablo 1. Klinik kan basıncı düzeylerine göre kan basıncı sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120–139	ve/veya	80–89
Hipertansiyon	≥140	ve/veya	≥90
Evre 1	140–159	ve/veya	90–99
Evre 2	≥160	ve/veya	≥100

SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı.



TANI

- Erişkinlerde her klinik muayenede

kan basıncı mutlaka ölçülmeli ve 30 saniyeden daha kısa olmamak koşulu ile **nabız** sayılmalıdır.

- Hastanın **risk faktörlerini** belirlemek ve sekonder hipertansiyon nedenlerini sorgulamak amacıyla mutlaka:
 - ✓ ayrıntılı **tıbbi öykü** alınmalı,
 - ✓ **sistemik fiziksel muayene** yapılmalı,
 - ✓ gerekli **laboratuvar incelemeleri** yapılmalıdır.



TIBBİ ÖYKÜ

- Hipertansiyonu olan hastalarda;
 - * Önceki kan basıncı ölçümleri,
 - * Geçirilmiş ve/veya eşlik eden hastalıklar,
 - * Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri
 - * Ailede kalp ve damar hastalığı öyküsü,
 - * Hipertansiyon tedavisi için kullanılmış veya kullanılmakta olan ilaçlar,
 - * Sekonder hipertansiyon nedenlerine ve organ hasarına yönelik belirtiler

Sorgulanmalıdır.



STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- **Hekim** tarafından, uygun manşon ile **oskültatuvar** veya **otomatik (dijital göstergeli)** tansiyon ölçüm aletleri kullanılarak **her iki koldan** ölçüm yapılmalıdır.
- **İlk muayene**de hastanın **iki kolundan** da ölçüm yapılmalıdır, sonraki ölçümler **kan basıncının yüksek** olduğu koldan yapılmalıdır.
- Ölçümler arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalı ve tekrarlanan ölçümlerde **sistolik kan basıncı farkı >15 mmHg** ise nedeni araştırılmalıdır.



- Ölçüm öncesi hastanın **oturur** durumda **en az 5 dakika** dinlenmesine izin verilmeli, **avuç açık**, **kol kalp seviyesinde** ve bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (**en az 2 dakika ara ile**) ortalaması kaydedilmelidir



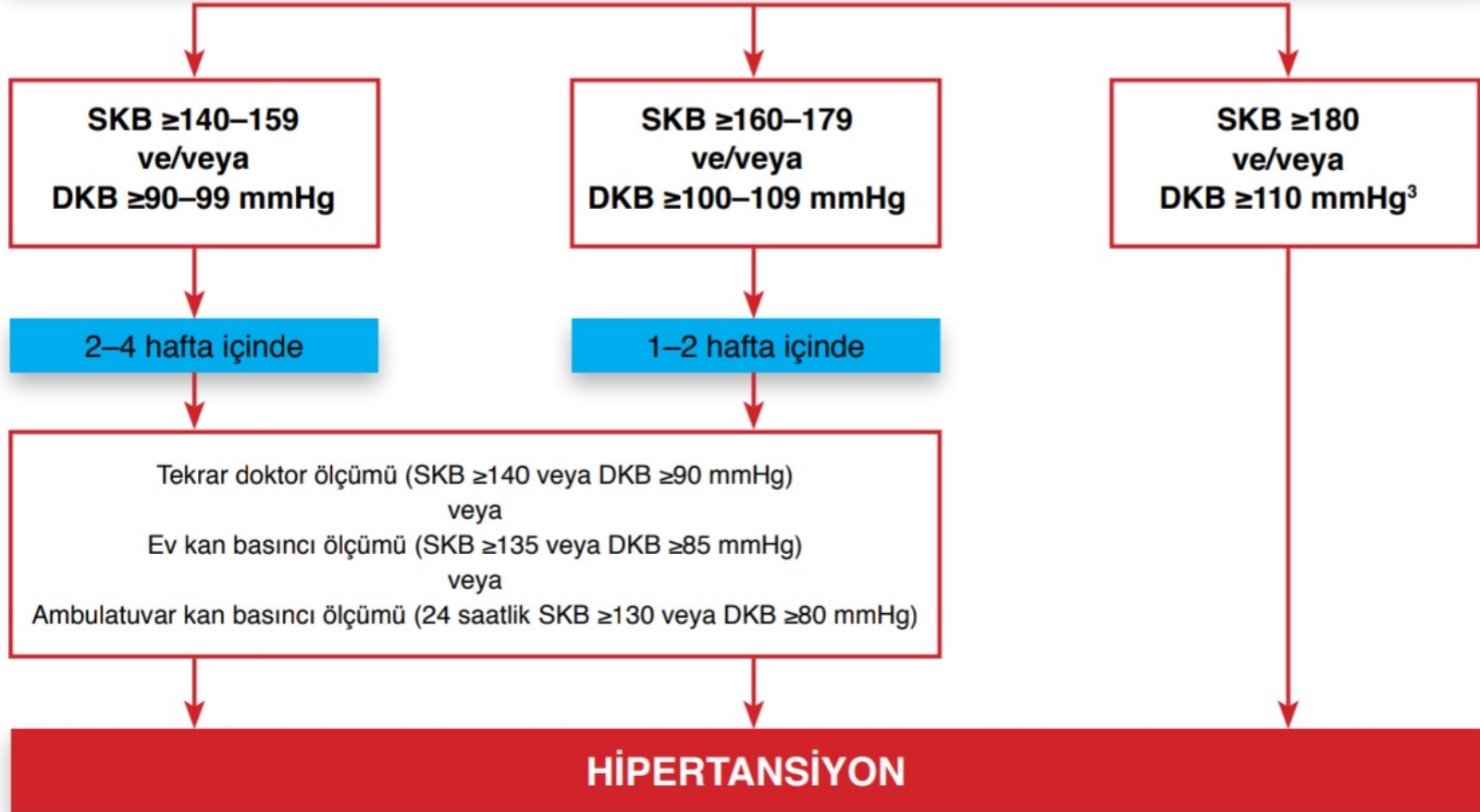
- Hastada **aritmî** varsa otomatik cihazlarla kan basıncı ölçümü hatalı sonuç verebilir. Bu nedenle mutlaka **palpasyonla nabız değerlendirilmeli** ve düzensizlik varsa **stetoskop** kullanılarak kan basıncı klasik yöntemle ölçülmelidir



- İlk değerlendirmede, tekrarlanan ölçümler sonucu **sistolik kan basıncı 180 mmHg** veya **diyastolik kan basıncı 110 mmHg** üzerinde olan hastalarda hipertansiyon tanısı hemen konulur.
- Kan basıncı **140/90 mmHg** ve **179/109 mmHg** arasında olan hastalar hipertansiyon tanısının doğrulanması için mutlaka **ikinci kez muayeneye** çağrılmalıdır.



Klinik Kan Basıncı Ölçümü $\geq 140/90$ mmHg^{1,2}



¹Kan basıncı ölçümü ilk muayenede iki koldan ayrı ayrı yapılmalı ve takiplerde yüksek ölçülen kol kullanılmalıdır. En az iki ölçüm yaparak hastanın kan basıncı ortalamasına göre tanı akışı kullanılmalıdır.

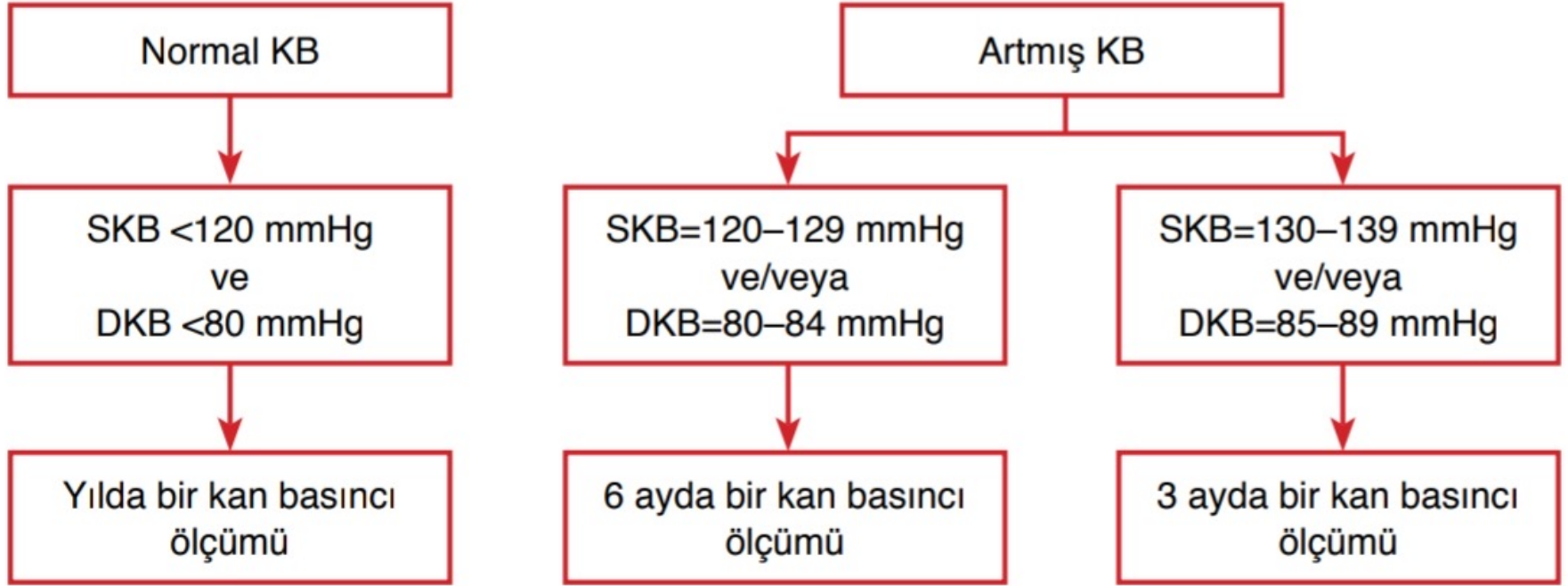
²Bu ölçümler sırasında öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar incelemelerinin yapılması önerilir. Ev kan basıncı veya ambulatuvar KB ölçümü imkanı olmayan hastalarda, laboratuvar sonuçlarını getirdikleri zaman yeniden ölçüm yapılarak tanı konulması önerilir.

³Hastanın kan basıncı bu değerlerde ise bir iki kez daha ölçülmelidir. Bu değerler devam ediyorsa, hastaya hipertansiyon tanısı hemen konulmalıdır.

SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı.

Şekil 1. Hipertansiyon tanısı için akış şeması.

Hipertansif Olmayan Hastalarda Takip Önerileri



KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı.

Şekil 2. İlk değerlendirmede kan basıncı <140/90 mmHg olan hastalarda takip önerileri.

EVDE KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ



http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Onayli_Aletler_2017.pdf



- * Evde kan basıncı ölçümünde kol için uygun manşonlu ve onaylı, otomatik tansiyon ölçüm aleti kullanılır.
- * Ev ölçümleri **en az 5 gün** yapılmalıdır.



Ölçüm yöntemi	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	ve/veya	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Klinik	≥140	ve/veya	≥90
Ev	≥135	ve/veya	≥85
Ambulatuvar kan basıncı			
24 saatlik ortalama	≥130	ve/veya	≥80
Gündüz ortalaması	≥135	ve/veya	≥85

LABORATUVAR

Her hastada önerilenler

- Tam kan sayımı
- Tam idrar incelemesi
- Açlık kan glukozu
- Kanda sodyum, potasyum ve ürik asit
- Lipit profili
- Kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı
- Elektrokardiyografi
- Diyabetli hastalarda idrar albumin atılım oranı(yıllık takip)

Klinik duruma göre

- İdrar albumin atılım oranı
- ALT/AST
- Kalsiyum
- Tiroid uyarıcı hormon(TSH)
- Oral glukoz tolerans testi (OGTT)
- Ekokardiyografi (EKO)

«SEKONDER HİPERTANSİYON»

DÜŞÜNDÜREN DURUMLAR

1. Anamnez:

- Ailede böbrek hastalığı öyküsü
- İlaç alımı: nonsteroid antiinflamatuvarlar, dekonjestanlar, oral kontraseptifler, meyan kökü şurubu, karbenoksolon, kokain, amfetamin, glukokortikoidler, eritropoetin, siklosporin vb.
- Kas güçsüzlüğü gibi hiperaldosteronizm belirtileri
- Horlama; uyku-apnesi (partnere danışılması)
- Feokromositoma belirtileri: Terleme epizodları, baş ağrısı, anksiyete, çarpıntı

2. Dirençli hipertansiyonu olan hastalar:

Farklı sınıf (biri diüretikler olmak üzere) üç adet, yeterli dozda antihipertansif kullanımına rağmen kan basıncı kontrol altına alınamayan hastalar



3. Antihipertansif tedavi altındayken **kan basıncı kontrolü aniden bozulan** hastalar
4. **Otuz yaşından önce** hipertansiyon tanısı alan hastalar
5. Kan basıncı düzeyine göre **beklenenden daha ağır hedef organ hasarı** gelişmiş hastalar
6. ACE inhibitörü veya ARB kullanımı sonrası **kreatinin düzeylerinde ciddi yükselme (%30 üzerinde)** olan hastalar
7. Rutin laboratuvar incelemelerinde **hipokalemi** tespit edilen hastalar



PRİMER HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

FARMAKOTERAPİ

High blood pressure:
you can prevent it.

 World Health Organization

-  Reduce salt to less than 5g daily
-  Eat fruits and vegetables regularly
-  Avoid saturated fats and trans fats
-  Avoid tobacco
-  Reduce alcohol
-  Be physically active every day



- Toplum sağlığı açısından erişkin bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun **uygun yaşam tarzı değişiklikleri** önerilmelidir.
- Eđer bireyin **kan basıncı artmış** ise (sistolik 120–139 mmHg, diyastolik 80–89 mmHg) bu öneriler **ısrarla vurgulanmalıdır.**
- Hasta **hipertansif** ise yaşam tarzı değişikliği önerileri **mutlaka uygulanmalıdır.**



YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

- **İdeal vücut ağırlığı:** BMİ 18.5-24.9
- **Tuz kısıtlaması:** <5 gr
- **Sağlıklı beslenme:** ağırlıklı olarak sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıl, sebze kaynaklı protein ve haftada en az iki kez balık yer almalıdır.
- **Sigaranın bırakılması:** Kardiyovasküler riski azaltmada en etkili önlemlerden biridir.
- **Alkol tüketiminin bırakılması/kısıtlanması**
- **Hareketli yaşam :** (30-60 dk, 5-7 gün)
- **Stres yönetimi**

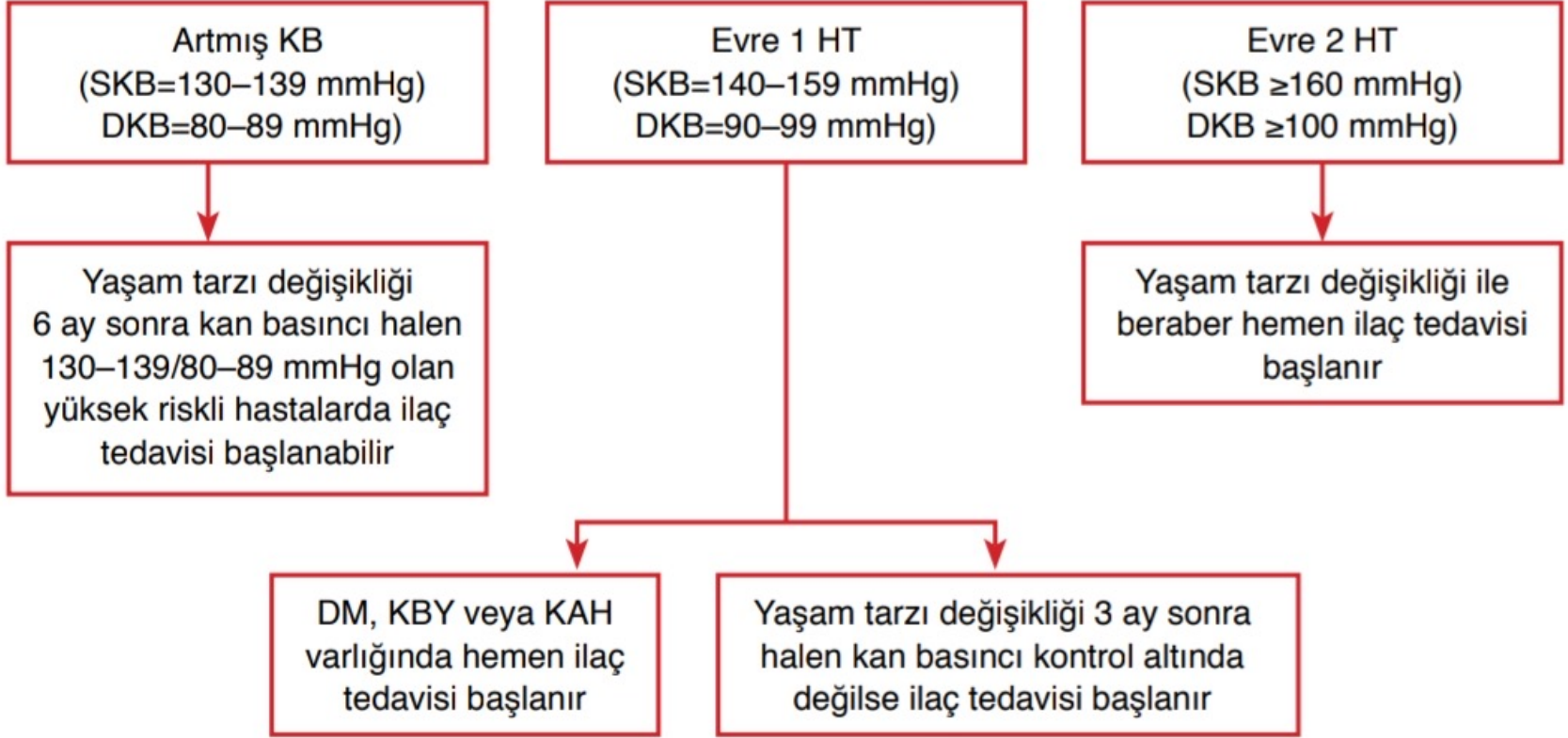


FARMAKOTERAPİ

- Antihipertansif ilaç tedavisinde beş grup ilaç [tarihsel gelişim sırasıyla]:
 - Diüretikler
 - Beta Blokerler
 - Kalsiyum Kanal Blokerleri
 - Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) İnhibitörleri
 - Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB)
 - Direk renin inh. , alfa blokörler , santral etkililer, vazodilatörler



Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımı



KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı; HT: Hipertansiyon; DM: Diyabetes mellitus; KBY: Kronik böbrek yetersizliği; KAH: Koroner arter hastalığı.

Şekil 3. Hipertansiyonda tedavi yaklaşımı.

RİSK TEMELLİ YAKLAŞIM

- Kan basıncı **130-139/80-89 mmHg** aralığında olan ve **yaşı <65** olan bireylerde **“risk temelli”** yaklaşım savunulmaktadır.
- Risk değerlendirmesine göre;
 - kan basıncı 130-139/80-89 mmHg olan olgularda **“yüksek riskli”** olarak tanımlananlarda, **6 aylık yaşam tarzı değişikliği** uygulamasını takiben ilaç tedavisi başlanması düşünülmelidir.
- Aşağıdakilerden **en az 2 majör** veya **en az 1 majör + 2 minör** kriter veya majör kriter olmaksızın **3 minör kriter** bulunması durumunda hipertansiyon hastası **“yüksek riskli”** kabul edilir.



«YÜKSEK RİSKLİ» HİPERTANSİF HASTA

Aşağıdakilerden **en az 2 majör** veya **en az 1 majör + 2 minör** kriter veya majör kriter olmaksızın **3 minör** kriter bulunması durumunda hipertansiyon hastası “**yüksek riskli**” kabul edilir.

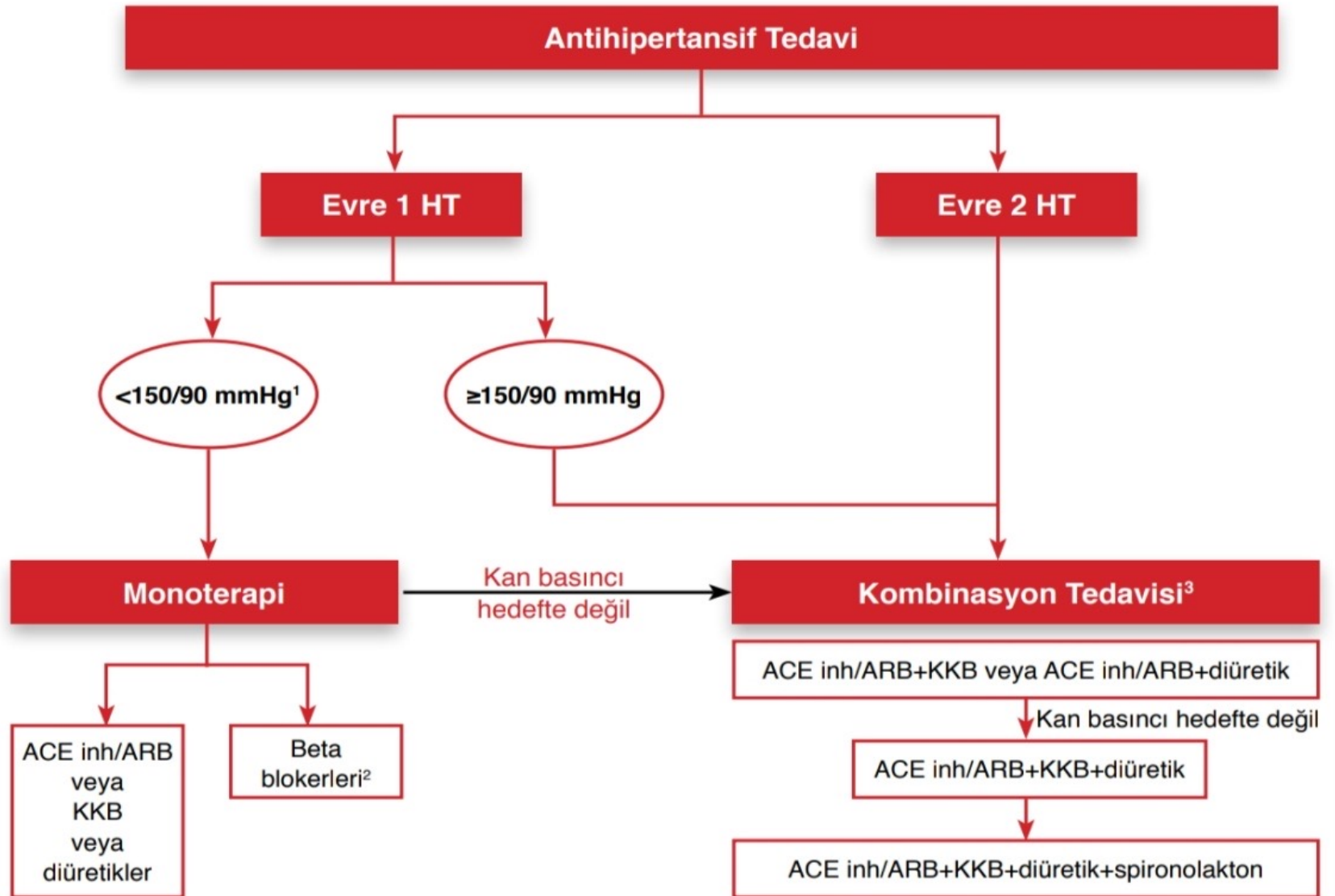
Major risk faktörleri

- KBH-tGFH<60 ml/dk
- DM
- KAH

Minör risk faktörleri

- Sigara kullanımı
- yaş=55-65
- LDL>130 mg/dl





¹Kan basıncı hedefinin ≤ 130 mmHg olduğu durumlarda doğrudan kombinasyon tedavisi başlanabilir.

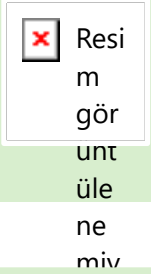
²Betablokerler spesifik bir neden olması durumunda (KKY, KAH, angina pectoris veya gebelik planlayan hasta) başlanabilir.

³Üç veya dört ilaç gerektiren durumlarda tedavi etkinlik ve uyumunu artırmak için ilaçlardan en az birinin serbest doz kombinasyonu şeklinde ve sabit doz kombinasyondan farklı zamanda uygulanması (biri sabah diğeri akşam) önerilir.

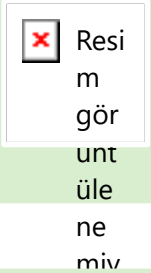
HT: Hipertansiyon; ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; KKB: Kalsiyum kanal blokerleri.

Şekil 4. Hipertansiyon tedavisinde ilaç seçimi akış şeması.

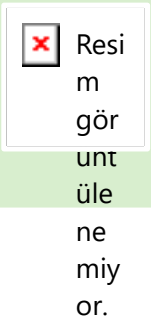
İLAÇ SEÇİMİ



Monoterapi ile kan basıncı hedef değerlerine ulaşma oranının düşük olması nedeniyle kan basıncı $>150/90$ mmHg olanlarda ilk basamakta tedaviye kombinasyon tedavisi ile başlanması önerilir



Hasta uyumu açısından tek tablette kombinasyon tedavisi tercih edilmelidir



Tedavide birden fazla tablet kullanılıyorsa, en az birinin akşam saatlerinden sonra verilmesi önerilir

TAKİP

- Antihipertansif ilaç tedavisi başlanan veya tedavi rejiminde değişiklik yapılan hastalarda kan basıncı kontrolünün sağlanıp sağlanmadığı **3–4 hafta sonraki kontrolde** değerlendirilmelidir
- İlaç bu süre içerisinde hiç etki göstermezse, **başka bir antihipertansif** gruba veya kombinasyon tedavisine geçilmesi önerilir
- Hastalar, imkanları varsa **ev kan basıncı ölçümlerini** yaptırarak kontrole çağrılmalıdır
- Kontrolde **ilaçların yan etkileri** de mutlaka değerlendirilmelidir



NE ZAMAN SEVK GEREKLİ?

- 6 ay içinde hedef kan basıncı sağlanamazsa
- Dirençli hipertansiyon
- Sekonder hipertansiyon
- Hipertansif öncelikli durum(End organ hasarı olmayan kan basıncının şiddetli yükselmesi)
- Hipertansif acil (İlerleyici end organ hasarını içeren hipertansif hastalar)



AAFP RAPORU – 2022

Blood Pressure Targets in Adults With Hypertension: A Clinical Practice Guideline From the AAFP

SARAH COLES, MD, FAAFP, Colorado Plateau Family and Community Medicine Residency Program, North County HealthCare, Flagstaff, Arizona; University of Arizona College of Medicine, Phoenix, Arizona


LYNN FISHER, MD, FAAFP, University of Kansas School of Medicine, Wichita, Kansas

KENNETH W. LIN, MD, MPH, Lancaster General Hospital Family Medicine Residency Program, Lancaster, Pennsylvania

COREY LYON, DO, FAAFP, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado

ALEXIS A. VOSOONEY, MD, Allina Health Group, West Saint Paul, Minnesota

MELANIE D. BIRD, PhD, MSAM, American Academy of Family Physicians, Leawood, Kansas

 *Am Fam Physician.* 2022;106(6):online

 This clinical content conforms to AAFP criteria for CME.

 **Author disclosure:** No relevant financial relationships.

Purpose: To review the evidence and provide clinical recommendations for appropriate blood pressure treatment targets for adults with hypertension.



Bu kılavuz, veritabanı başlangıcından **Mayıs 2019'a kadar randomize kontrollü çalışmaların** (RKÇ'ler) sistematik bir incelemesine dayanmaktadır. Kılavuzun hedef kitlesi, aile hekimleri dahil tüm birinci basamak klinisyenleri içerir.

Kılavuza göre kardiyovasküler hastalığı (CVD) olup olmadığına bakılmaksızın kan basınçları rutin olarak 140/90 mm Hg'den yüksek ölçüldüğünde hastaları hipertansif olarak tanımladı.

Bu kılavuz, kanıtların kesinliğini değerlendirmeye ve önerilerin gücünü belirlemeye yönelik şeffaf bir yaklaşım olan Öneri Değerlendirme, Geliştirme ve Değerlendirme Derecelendirmesi (**GRADE**) sisteminin değiştirilmiş bir sürümü kullanılarak geliştirilmiştir.



ÖNERİ 1:

- * (AAFP), klinisyenlerin **tüm nedenlere bağlı ölüm ve kardiyovasküler ölüm riskini** azaltmak için hipertansiyonu olan yetişkinleri standart bir kan basıncı hedefine (**140/90 mm Hg'den düşük**) göre tedavi etmelerini şiddetle tavsiye eder (**güçlü öneri**; yüksek -kaliteli kanıt).
- * Daha düşük bir kan basıncı hedefine (**135/85 mm Hg'den daha az**) yönelik tedavi, mortaliteyi önlemede **ek fayda sağlamadı**; ancak, klinik değerlendirme ve hasta tercihleri ve değerleri temelinde daha düşük bir kan basıncı hedefi düşünülebilir.

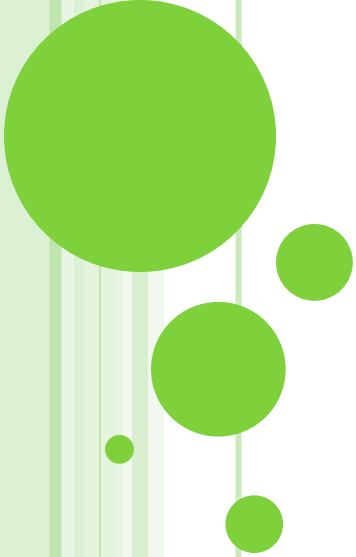


ÖNERİ 2 :

- * AAFP, **miyokard enfarktüsü riskini** azaltmak için hipertansiyonu olan yetişkinleri daha düşük bir kan basıncı hedefiyle (**135/85 mm Hg'den daha düşük**) tedavi etmeyi düşünmelerini önerir (zayıf öneri; orta kalitede kanıt).
- * Standart bir kan basıncı hedefine yönelik tedavi (140/90 mm Hg'den az) miyokard enfarktüsü riskini azaltsa da, daha düşük bir kan basıncı hedefi ile küçük bir ek fayda gözlemlendi.
- * Daha düşük kan basıncı hedefiyle **inmeyi önlemede ek bir fayda gözlemlenmedi.**



RİSK TEMELLİ YAKLAŞIM VAKA SUNUMU



- 58 Yaşında,Erkek Hasta
- **Check-up muayenesi** yaptırmak için tarafımıza başvuruyor.
- **Aktif bir şikayeti yok**



FİZİK MUAYENE

- Boy:170 cm Kilo:79kg
- Beden Kitle İndeksi(BMI):27,3 kg/m²
- Kan Basıncı:Sağ Kol:130/80 Sol Kol:135/89 olarak ölçüldü.
- Nabız:85/dk (ritmik)
- Kalp sesleri olağandı,ek ses ve üfürüm saptanmadı.
- Periferik Nabızlar Açık
- Solunum Sesleri Doğaldı.



- **EKG**'si çekildi. Ekg normal olarak değerlendirildi.
- Kan tetkikleri istendi:
 - **TSH, Serbest T4, Serbest T3,**
 - **Tam kan sayımı,**
 - **Lipid paneli,**
 - **Böbrek fonksiyon testleri (Bun, Kreatinin)**
 - **Açlık Glukozu ve HbA1c**
- Hastaya **idrar stribi tahlili** yapıldı. Herhangi bir bulgu saptanmadı.



ÖZGEÇMİŞ

- 4 Yıl önce Diabetes Mellitus (+)
- 2 yıl önce Hipotiroidizm(+)
- Kullandığı ilaçlar :Metformin 1000mg 2x1
Gliklazid 30mg 1x2
Levotiroksin 25mg 1x1
- Sigara:Hiç kullanmamış.
- Alkol:Hiç kullanmamış.



LABORATUVAR TETKİKLERİ

- Glukoz:140 mg/dl
- İnsülin Direnci:6,7
- HbA1C: 7,1
- Üre: 36
- Kreatinin: 0,92
- Tam kan sayımı: Normal
- Kolesterol:210 mg/dl
- VLDL Kolesterol:34 mg/dl
- LDL Kolesterol:138 mg/dl
- Trigliserit:169 mg/dl
- TSH:6,26
- Serbest T4:1,05
- Serbest T3:2,42



- Hasta 1 gün sonra sonuçlarını öğrenmek için geldiğinde **5 dk dinlendirilip** tekrar TA ölçümü yapılıyor. **TA:135/85mmHg** olarak ölçülüyor.
- TSH,glukoz,insülin direnci,HbA1c değerleri yüksek olan hasta sorgulandığında **ilaçlarını düzenli kullanmadığı** ve **perhizine dikkat etmediği** öğreniliyor.
- **Yüksek Riskli** olarak değerlendirilen hastaya **yaşam tarzı değişiklikleri** öneriliyor. Yaşam tarzı değişiklikleri ile **hedeflenen kan basıncı değerine** ulaşıp ulaşamadığını değerlendirmek için **6 ay sonra** kontrole çağırılıyor.



TEDAVİ

- Hastaya **İdeal vücut ağırlığı**nın üzerinde olduğu kilo vermesi gerektiği söyleniyor. Beslenme uzmanına yönlendiriliyor.
- **Tuz kısıtlaması** yapması gerektiği söyleniyor.
- **Sağlıklı beslenme**si, ağırlıklı olarak sebze yemekleri yemesi, az yağlı besinler, tam tahıl ve haftada en az iki kez balık yemesi öneriliyor.
- Haftada en az 5 gün (mümkünse hergün) 30-60 dk boyunca **yürüyüş** yapması öneriliyor.



- 6 ay sonra kontrole gelen hastanın Kan Basıncı: 125/80 mmHg olarak ölçülüyor.
- Yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya gayret gösterdiğini ancak kilosunda bir değişiklik olmadığını söylüyor.
- Yakın zamanda dış merkezde yaptırdığı kan tahlilinde TSH değerinin normal aralıkta olduğu, Kolesterol paneli değerlerinin düştüğü, Glukoz ve insülin direncinin düştüğü tespit ediliyor.
- Hastaya uyguladığı yaşam tarzı değişikliklerini kalıcı hale getirmesi, 6 ayda 1 düzenli kontrollere gelip, kan basıncı ölçümü yaptırması gerektiği anlatılıyor.



TARTIŞMA

- 18–64 yaş arasında Hedef kan basıncı 120–130/70–80 (mmHg) olmalıdır.
- Kan basıncı 130-139/80-89 mmHg aralığında olan ve yaşı <65 olan bireylerde “risk temelli yaklaşım “ savunulmaktadır.
- «Yüksek Riskli» olarak tanımlananları olgularda, 6 aylık yaşam tarzı değişikliği uygulamasını takiben ilaç tedavisi başlanması düşünülmelidir.



TARTIŞMA

Aşağıdakilerden **en az 2 majör** veya **en az 1 majör + 2 minör** kriter veya majör kriter olmaksızın **3 minör** kriter bulunması durumunda hipertansiyon hastası “**yüksek riskli**” kabul edilir.

Major risk faktörleri

- KBH-tGFH<60 ml/dk
- DM
- KAH

Minör risk faktörleri

- Sigara kullanımı
- yaş=55-65
- LDL>130 mg/dl



TARTIŞMA

- Toplum sağlığı açısından eriŐkin bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun **uygun yaşam tarzı değişiklikleri** önerilmelidir.
- Eęer bireyin kan basıncı artmış ise (sistolik 120–139 mmHg, diyastolik 80–89 mmHg) bu öneriler ısrarla vurgulanmalıdır.



SONUÇ

- Risk değerlendirmesine göre kan basıncı 130-139/80-89 mmHg olan. yaşı <65 olan olgularda "yüksek riskli" olarak tanımlananlarda, 6 aylık yaşam tarzı değişikliği uygulamasını takiben ilaç tedavisi başlanması düşünülmelidir.



ÖZET

HT Uzlaşı Raporu 2015	HT Uzlaşı Raporu 2019
Kan basıncı 130-139/85-89 mmHg ise "yüksek normal kan basıncı" olarak sınıflandırılır.	Kan basıncı 120-139/80-89 mmHg ise "artmış kan basıncı" olarak sınıflandırılır.
Antihipertansif ilaç tedavisinde monoterapide ilk basamakta 5 grup ilaçtan (ACE inhibitörü, ARB, KKB, diüretik, betabloker) biriyle başlanabilir.	Antihipertansif ilaç tedavisinde monoterapide ilk basamakta 4 grup ilaçtan (ACE inhibitörü, ARB, KKB, diüretik) biriyle başlanabilir. Betablokerleri spesifik durumlar (atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı gibi) dışında ilk basamakta tercih edilecek ilaç gruplarından biri değildir.
Kan basıncı $\geq 160/10$ mmHg ise tedaviye kombinasyon tedavisiyle başlanması önerilir.	Kan basıncı $\geq 150/90$ mmHg ise tedaviye kombinasyon tedavisiyle başlanması önerilir.
Yüksek normal kan basıncı grubunda yaşam tarzı değişikliği önerilir.	Artmış kan basıncı grubunda risk temelli yaklaşıma göre ilaç tedavisi düşünülebilir.
Sekonder hipertansiyon, gebelik ve laktasyon konularında bilgi yok.	Sekonder hipertansiyon, gebelik ve laktasyon konuları eklendi.
Yaşı ≥ 80 olanlarda ilaç tedavisi başlanması için eşik klinik sistolik kan basıncı düzeyi 160 mmHg'dir.	Yaşı ≥ 80 olanlarda ilaç tedavisi başlanması için eşik klinik sistolik kan basıncı düzeyi 150 mmHg'dir.
	Yaş ve komorbid durumlara göre kan basıncı hedef değerleri yeniden detaylı şekilde tarif edilmiştir.

