

Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu

Turkish hypertension consensus report

Dr. Mustafa Arıcı, Dr. Alparslan Birdane,[#] Dr. Kerim Güler,^{*} Dr. Bülent Okan Yıldız,[†] Dr. Bülent Altun, Dr. Şehsuvar Ertürk,[‡] Dr. Sinan Aydoğdu,[§] Dr. Mert Özbakkaloğlu,^{||} Dr. Halil Önder Ersöz,[¶] Dr. Gültekin Süleymanlar,^{} Dr. Tufan Tükek,^{*} Dr. Lale Tokgözoğlu,^{††} Dr. Yunus Erdem, Türk Kardiyoloji Derneği (TKD), Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği (TİHUD), Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD), Türk Nefroloji Derneği (TND), Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

[#]Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

^{*}İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

[†]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

[‡]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

[§]Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

^{||}Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Ankara

[¶]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Trabzon

^{**}Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Antalya

^{††}Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Özet- Hipertansiyon tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Avrupa ve Amerika kaynaklı ulusal ve uluslararası kabul gören birçok kılavuzda hipertansiyon tanısı ve tedavisi için öneriler sunulmaktadır. Ancak bu kılavuzlar arasında farklılıklar bulunmakta ve bazı öneriler de ülkemizdeki klinik pratikle uyumlu olmamaktadır. Hipertansiyon kılavuzlarını Türkiye açısından değerlendirilerek önerileri harmanlamak ve erişkinlerde hipertansiyon tanısı ve tedavisinde ortak bir yaklaşımda buluşmak amacıyla konu ile ilgili derneklerin katılımı ile bir uzlaşısı raporu hazırlanmasına gerek duyulmuştur. Bu amaçla ülkemizde 1. basamaktaki bir aile hekiminden 3. basamaktaki bir uzman kadar, hipertansiyon hastaları ile ilgilenen tüm hekimlerin ortak kavramlarda buluşabileceği ve temel başvuru kaynağı olarak kullanabileceği pratik bir metin hazırlamak hedeflenmiştir. Bu uzlaşısı raporu ülkemizdeki sağlık uygulamalarını ve sosyokültürel yapıyı da göz önünde bulundurarak hipertansiyon farkındalığını artırmak, değişik kılavuzlardaki farklı tanımlar ve değerler ile tedavi seçenekleri için ortak bir zemin sağlamak ve ülkemizdeki klinik uygulamaları iyileştirebilecek pratik bir başvuru metni oluşturmak amacıyla taşımaktadır. Bu rapor hipertansiyonu her yönü ile anlatan bir doküman olmayıp, ana hatlarıyla temel önerilerin yer aldığı bir kaynaktır. Bu metindeki önerilerin kanıta dayalı olmasına ve klinik pratikte görülen hastaların çoğu için geçerli olmasına özen gösterilmiştir. Ancak her hastada yaklaşımın bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiği hatırlanmalıdır.

Summary- Hypertension is a common and important public health problem in Turkey and worldwide. Recommendations on the diagnosis and treatment of hypertension have been presented in many nationally and internationally agreed European and American guidelines. However, there are differences among these guidelines, and some of the recommendations are not consistent with clinical practice in our country. Consensus report preparation, with the participation of relevant associations, was considered necessary to merge recommendations by evaluating hypertension guidelines from the perspective of Turkey and to create a joint approach in the diagnosis and treatment of hypertension in adults. For this purpose, it was aimed to prepare a practical text in Turkey in which all physicians dealing with hypertensive patients, from family practitioners in primary care to specialists in tertiary care, could come to agreement on common concepts, and which would be used as a basic reference guideline. Considering health care practices and sociocultural structure in Turkey, this report aimed to enhance awareness on hypertension, provide a common basis for different definitions and values as well as therapeutic options in various guidelines, and establish a practical reference guide to improve clinical practices in Turkey. This report is not a document describing hypertension in every aspect, but a reference, including basic recommendations with outlines. Care was taken to ensure that recommendations were evidence-based and valid for a majority of patients in clinical practice. However, it should be kept in mind that an approach assessment should be made on an individual basis for each patient.

Geliş tarihi: 06.05.2015 Kabul tarihi: 07.05.2015

Yazışma adresi: Dr. Mustafa Arıcı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Hacettepe Mh., 06230 Ankara.

Tel: +90 312 - 305 17 10 e-posta: marici@hacettepe.edu.tr

© 2015 Türk Kardiyoloji Derneği



Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yetiyitimi gibi durumlarla ilişkili olup sağlık ve ekonomi alanında önemli bir yük oluşturmaktadır. Bununla birlikte hipertansiyon önenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

Yüksek tansiyonu olanların %95'i primer (esansiyel) hipertansiyon olup %5'inde parankimal böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, feokromasitoma ve uyku apnesi gibi bir nedene bağlı sekonder hipertansiyon mevcuttur.^[1] Hipertansiyon komplikasyonları dünyada her yıl 9.4 milyon ölüme neden olmaktadır. Kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden, inmeye bağlı ölümlerin %51'inden hipertansiyon sorumludur. Erişkinde hipertansiyon prevalansı %35–46 arasında bildirilmektedir.^[2] Hipertansiyon prevalansının yüksekliğinin toplumlarda yaşlı nüfusun artışı, obezitenin artışı ve diyetle tuz alımının fazlalığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^[1]

Türkiye'de erişkinlerde popülasyon bazlı epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyon prevalansı %31.8 (kadınlarda %36.1, erkeklerde %27.5) olarak,^[3] 4 yıllık insidans hızı ise %21.4 (>65 yaşta %43.3) olarak^[4] belirlenmiştir. Bu çalışmalarda taranan kişilerin %32.2'sinin daha önce hiç kan basıncı (KB) ölçümü yaptırmadığı saptanmıştır. 2012 yılında yapılan çalışmada ise bu oran %21.9 olarak bulunmuştur.^[5] 2003 yılında hipertansiyonu olanların %40.7'si hastalığın farkında iken 2012 yılında bu oran %54.7 olarak saptanmıştır. İlaç tedavisi alanların oranı 2003'te %31.1 iken 2012'de %47.4'e ve KB kontrolü de %8.1'den %28.7'ye yükselmiştir.^[5] Bu veriler ülkemizde hipertansiyon preva-

lansının yüksek olduğunu, bununla birlikte tanı ve tedavi oranlarının yeterli olmadığını göstermektedir.

Kısaltmalar:

ACE	Anjiyotensin dönüştürücü enzim
ARB	Anjiyotensin reseptör blokerleri
EKG	Elektrokardiyografi
KB	Kan basıncı

Hipertansiyon prevalansını azaltma ve hipertansiyon kontrolünde etkili bir yaklaşım için standart pratik algoritmaların kullanılmasının yararı gösterilmiştir.^[6] Bu uzlaşma raporu, uluslararası kabul görmüş kılavuzların ışığında Türkiye'de erişkinlerde hipertansiyonun tanı ve tedavisinde klinik pratikte kullanılacak temel önerileri içermektedir.

Tanım ve sınıflandırma

Erişkinlerde (>18 yaş) hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik KB ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon

Kan Basıncı $\geq 140/90$ mmHg (Klinik ölçüm) = Hipertansiyon

(yüksek KB) olarak tanımlanmaktadır.^[7] Sistolik KB özellikle önemlidir ve çoğu hastada tanıda esastır. Yaşı ≥ 80 olanlarda sistolik KB'nin 150 mmHg'ye kadar kabul edilebilir olduğu bildirilmektedir.^[1]

Genel popülasyonda KB düzeyine göre sınıflandırma Tablo 1'de gösterilmiştir.^[7]

Tanı

Erişkinlerde her klinik muayenede KB mutlaka ölçülmeli ve 30 saniyeden daha kısa olmamak koşulu ile nabız sayılmalıdır. Bunun yanı sıra hastanın risk faktörlerini belirlemek ve sekonder hipertansiyon nedenlerini sorgulamak amacıyla mutlaka ayrıntılı tıbbi öyküsü alınmalı, sistemik fiziksel muayene ve gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır (Şekil 1).

Tablo 1. Kan basıncı düzeyine göre hipertansiyon sınıflandırması

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Yüksek normal	130–139	ve/veya	85–89
Evre 1 hipertansiyon	140–159	ve/veya	90–99
Evre 2 hipertansiyon	160–179	ve/veya	100–109
Evre 3 hipertansiyon	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole sistolik hipertansiyon	≥ 140	ve	<90

Kan basıncı, her klinik muayenede ölçülmelidir.

Tıbbi öykü

Hipertansiyonu olan hastalarda daha önceki KB ölçümleri, geçirilmiş ve/veya eşlik eden hastalıklar, ailede kalp-damar hastalığı öyküsü, hipertansiyon tedavisi için kullanılmış/kullanılmakta olan ilaçlar ile sekonder hipertansiyon nedenlerine ve organ hasarına yönelik belirtiler sorgulanmalıdır.

Standart kan basıncı ölçümü

Hekim tarafından, klasik oskültatuar yöntemle veya otomatik ya da elektronik (dijital göstergeli) uygun manşonlu tansiyon ölçüm aletleri kullanılarak koldan ölçüm yapılmalıdır. İlk muayenede hastanın iki kolundan da ölçüm yapılmalıdır. İki koldan yapılan KB ölçümleri arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalı, fark devam ediyorsa sonraki ölçümler yüksek değer alınan koldan yapılmalıdır. 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 aritmi varsa otomatik cihazlarla KB ölçümü hatalı sonuç verebilir. Bu nedenle mutlaka palpasyonla nabız değerlendirilmeli ve düzensizlik varsa stetoskop kullanılarak KB ölçümü yapılmalıdır.

İlk değerlendirmede KB 140/90 mmHg ve üzerinde saptanan hastalar tanının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır. Hastaya sözlü, hatta gerekirse yazılı bilgiler verilmelidir ve böylece hastalığın önemini fark etmesi sağlanmalıdır. İkinci muayeneye kadar geçen sürede, eğer imkan varsa hastaların ev veya ambulatuvar KB ölçümleri yaparak daha doğru bir tanıya ulaşmaya çalışılmalıdır. Ölçülen KB Evre 1 düzeyinde olan hastalar 2–4 hafta içerisinde, Evre 2 düzeyinde olan hastalar ise en geç 1–2 hafta sonra ikinci muayeneye çağrılmalıdır. Hastanın ev/ambulatuvar KB ölçümleri sonrası gelmesi mümkün görünmüyorsa (hasta uyum göstermiyor, evde ölçüm olanağı yok, ulaşım zorluğu var vb.) istenecek rutin laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarını göstermeye geldiğinde (genellikle 1–2 gün sonra olur) ikinci KB ölçümleri yapılabilir (Şekil 1).

Klinikte birkaç kez yapılan ölçümlerin ortalaması Evre 3 hipertansiyon düzeyinde olan hastalarda, ev veya ambulatuvar KB ölçümü önermeden, o klinik muayene sonrasında hemen antihipertansif ilaç tedavisine başlanmalıdır. Hastalarda hedef organ hasarı açısından klinik ipuçları mevcutsa yine vakit geçirmeden tedaviye başlanmalıdır.



Evde KB ölçümü

Evde KB ölçümünde kol için uygun manşonlu mekanik veya elektronik tansiyon ölçüm aleti kullanılabilir.^[8] Ev ölçümleri en az 5 gün, tercihen 7 gün yapılmalıdır. Ölçümler sabah ve akşam saatlerinde, en az 5 dakika oturur vaziyette istirahat sonrası ve ölçüm için önerilen standart önlemlere dikkat edilerek yapılmalıdır. Beyaz önlük etkisi veya maskeli hipertansiyon şüphesi varsa ev ölçümleri özellikle istenmelidir. Evde KB ölçüm değerleri ortalaması $\geq 135/85$ mmHg ise hipertansiyon tanısı düşünülmelidir.

Ambulatuvar KB ölçümü

Özel bir cihazın hasta üzerinde 24 saat süreyle taşınarak günlük aktivite ve uyku sırasında KB kayıtlarının alınması ile yapılan ambulatuvar KB ölçümü, hipertansiyonun tanısında ve takibinde ideal bir yöntemdir ve imkan olan her durumda kullanılmalıdır. Ancak imkanlar kısıtlı ise şu durumlar için ambulatuvar ölçüm endikedir: Muayene sırasında ve evde ölçülen KB arasında belirgin uyumsuzluk olması, dipping (normalde uykuda KB'nin düşmesi) varlığının araştırılması, nokturnal hipertansiyon şüphesi, KB değişkenliklerinin saptanması.^[7] Bireyin uyanık olduğu saatlerde yapılan ambulatuvar KB ölçüm değerleri ortalaması $\geq 135/85$ mmHg ise hipertansiyon tanısı düşünülmelidir.

Laboratuvar tetkikleri

Sekonder hipertansiyon ve hedef organ hasarını araştırmak ve kardiyovasküler riski değerlendirmek amacıyla her hastada temel bazı laboratuvar tetkiklerinin yapılması gereklidir. İstenecek tetkikler: Tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, açlık kan glukozu, kanda sodyum, potasyum, kreatinin ve ürik asit değerleri, lipit profili, tahmini glomerüler filtrasyon hızı (estimated GFR=eGFR), 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG). Diyabeti olan hipertansiflerde idrar albümin atılım oranı mutlaka istenmeli ve yıllık olarak takip edilmelidir. Hipertansif hastalarda klinik duruma göre idrar albümin atılım oranı, şeker yükleme testi ve ekokardiyografi istenmesi önerilir.

Tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri

Toplum sağlığı açısından erişkin bireyin KB hangi evrede olursa olsun uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Eğer bireyin KB yüksek normal dü-

zeyde ise (sistolik 130–139 mmHg, diyastolik 85–89 mmHg) bu öneriler ısrarla vurgulanmalı ve önerilerin uygulanması daha güçlü teşvik edilmelidir.

• **İdeal vücut ağırlığı:** Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde erişkin popülasyonun %64.9'unun normal vücut ağırlığının üzerinde olduğu (%34.6 fazla kilolu, %30.3 obez) bildirilmektedir.^[9] Hasta fazla kilolu ise uygun kiloya inmesi önerilmeli veya en azından kilo vermesi (ağırlığının en az %5–10'u kadar kilo kaybı) teşvik edilmelidir.

• **Tuz kısıtlaması:** Günlük sodyum alımı 2–2.4 g (5–6 g tuz) ile sınırlandırılmalıdır.^[7,10] Türkiye'de genel popülasyonda yapılan SALTURK çalışmaları günlük tuz tüketiminin oldukça yüksek olduğunu (15–16 g/gün) ve bunun hipertansiyon ile ilişkisini göstermiştir.^[11]

• **Sağlıklı beslenme:** Hipertansiyon hastalarının beslenmesinde ağırlıklı olarak sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıl, sebze kaynaklı protein ve haftada en az iki kez balık yer almalıdır. Çabuk tüketilen, işlenmiş ve aşırı yağ, rafine şeker ve tuz içeren yiyeceklerin tüketiminden kaçınılmalıdır.

• **Sigara bırakılması:** Hipertansif hastaların sigara kullanmaması, kullanıyor ise mutlaka bırakması tavsiye ve teşvik edilmelidir. Sigara bırakma kardiyovasküler riski azaltmada en etkili faktörlerden biridir. Ülkemizde 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile başlatılan sigara yasağı uygulamalarının tüketim üzerine azaltıcı etkisi olduğu, bununla birlikte sigara içme sıklığının hala yüksek olduğu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ≥ 15 yaş yetişkinlerin %31.2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir. Sigara içme sıklığı erkeklerde (%47.9) kadınlardan (%15.2) daha yüksektir.^[12]

• **Alkol kısıtlanması:** Hipertansif hastaların alkol kullanması önerilmez. Eğer kullanıyorlarsa günde erkekler için en fazla 20–30 g/gün etanol, kadınlar için en fazla 10–20 g/gün etanolden daha fazla miktar kullanmamaları tavsiye edilmelidir.

• **Hareketli yaşam:** Yaşına ve kapasitesine uygun şekilde düzenli aktivite veya spor yapması tavsiye edilmelidir. Genel olarak haftada en az 5 kez 30 dakikadan az olmayan aktivite önerilmektedir. Buna ek olarak gün boyunca da hareketli bir yaşam tavsiye edilmelidir.

• **Stres yönetimi** (davranışların düzenlenmesi ve gevşeme teknikleri) hakkında önerilerde bulunulmalıdır.

İlaç tedavisi

Antihipertansif ilaç tedavisine başlamak için KB değeri ile birlikte risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar dikkate alınmalıdır.

Antihipertansif ilaç seçerken kontrendikasyonları bilmek önemlidir.

Genel popülasyonda tedaviye başlama için eşik değeri sistolik KB ≥ 140 mmHg veya diyastolik KB ≥ 90 mmHg iken yaşı ≥ 80 olanlarda eşik sistolik KB ≥ 160 mmHg'dir. Hipertansiyon tanısı konulduğunda, Evre 3 ve Evre 2 hipertansiyonu olanlarda ilaç tedavisine hemen başlanmalıdır. Evre 1 hipertansiyonda ise ilaç tedavisine diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı ve koroner arter hastalığı varlığında hemen başlanır. Bu hastalıkların ve risklerin olmadığı durumda yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Bir-üç ay sonra KB hâlâ Evre 1'de ise ilaç tedavisine başlanır. Ancak hastanın günlük yaşam kalitesini etkileyen hipertansiyonla ilişkili semptomları varsa antihipertansif ilaç tedavisine daha erken başlanabilir.

Antihipertansif ilaç tedavisinde beş grup ilaçtan [tarihsel gelişim sırasıyla diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü

enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)] herhangi biri seçilebilir. Antihipertansif ilaç tedavisine bu 5 ilaç grubundan biri ya da bir kaçının kombinasyonu şeklinde başlanabilir. Beta-blokerler, ≥ 65 yaş veya diyabete yatkınlığı olanlarda başlangıç tedavisinde önerilmez.

Tedaviye tek ilaçla başlandığında, KB hedef düzeye gelmezse tedaviye ikinci bir ilaç eklenir (bkz. İlaç Kullanan Hastaların Takibi). Başlangıçta sistolik KB hedeften 20 mmHg ve diyastolik KB hedeften 10 mmHg yüksek ise (ör. Evre 2 ve üzeri hipertansiyon varlığı) doğrudan kombinasyon tedavisi başlanabilir. Birden fazla ilaç kullanılıyorsa, en az birinin akşam saatlerinden sonra verilmesi önerilir.

İlaç seçiminde ilaç kontrendikasyonları, hasta cevabı ve tolere edilebilirlik dikkate alınmalıdır. İlaçların zorunlu ve muhtemel kontrendikasyonları Tablo 2'de gösterilmiştir.^[7]

Eğer KB yeterli dozda verilen ve en az biri diüretik olan üç ilaçla kontrol edilemiyorsa, hastada dirençli hipertansiyon var olduğu düşünülmeli ve bu durumda uzmana sevk veya diğer tedaviler gündeme alınmalıdır (Şekil 2).

Özel hasta gruplarında hipertansiyon tedavisi

• **Yaşlılar:** Yaşlılarda (≥ 65 yaş) öncelikli olarak kalsiyum kanal blokerleri veya diüretikler, daha sonra ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlar önerilebilir.

Tablo 2. Antihipertansif ilaçların kontrendikasyonları

İlaç	Kesin kontrendikasyon	Göreceli kontrendikasyon
Diüretikler	Gut	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalsemi, hipokalemi
Beta blokerler	Astma, AV blok (2. veya 3. derece)	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, sporcu veya aktif kişiler, KOAH
Kalsiyum kanal blokerleri (dihidropiridinler)		Taşiaritmi, kalp yetmezliği
Kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltiazem)	AV blok (2. veya 3. derece, trifasiküler blok), ciddi sol ventrikül disfonksiyonu, kalp yetmezliği	
ACE inhibitörleri	Gebelik, anjiyotensin ödemi, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu	Gebelik planı olan kadınlar
Anjiyotensin reseptör blokerleri	Gebelik, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu	Gebelik planı olan kadınlar

ACE: Angiotensin-converting-enzyme; AV: Atriyoventriküler; KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı.



Hipertansiyonu olan ≥ 65 yaş bireylerde özel bir endikasyon olmadığı sürece beta-blokerlerin ilk seçenek kullanımından kaçınılmalıdır. Hipertansiyonu olan ve yaşı ≥ 80 olan hastalarda tedavi başlama eşiği sistolik KB ≥ 160 mmHg, tedavi hedefi 140-150 mmHg'dir.

• **Diyabetikler:** KB $>120/80$ mmHg olanlarda yaşam tarzı değişiklikleri kuvvetle önerilmelidir.^[13] KB $>140/90$ mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalı, tedavi hedefi sistolik KB 130–139 mmHg ve diyastolik KB 80-89 mmHg olmalıdır. Koroner arter hastalığı olan diyabetiklerde 130/80 mmHg altına inmek risklidir. Genç diyabetiklerde tedavi yükünü artırmaksızın KB'yi 130/80 mmHg'nin altına indirmek hedeflenebilir. Diyabetiklerde tedaviye ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlar ile başlanması önerilir.

• **Koroner arter hastaları:** Koroner arter hastalığı olan bireylerde 140/90 mmHg üstü tedavi edilmeli, 140/90 mmHg altına inilmeli, ancak 130/80 mmHg'den daha aşağı düşürülmemelidir. Miyokart iskemisi riski ortaya çıkabileceği için izole sistolik hipertansiyonu olan bireylerde diyastolik KB'nin 60 mmHg'nin altına indirilmemesi önerilir.^[10] Koroner arter hastalığı olan bireylerde tedavide tercih edilecek ilaç grupları beta bloker, ACE inhibitörü, ARB veya kalsiyum kanal blokerleridir.

• **Kronik böbrek hastaları:** Kronik böbrek hastalarında tedavi eşiği 140/90 mmHg'dir. Albuminüri (>30 mg/gün) olan hastalarda KB'nin 130/80 mmHg altına düşürülmesi hedeflenmelidir. Ancak koroner arter hastalığı olanlarda veya yaşlılarda KB'nin 130/80 mmHg altına düşürülmemesi önerilir. Hastanın yaşı, eşlik eden diyabet ve/veya kardiyovasküler hastalık varlığı, diyaliz durumu göz önünde bulundurularak tedavinin bireşleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.^[14] Kronik böbrek hastalarında tedaviye ACE inhibitörü veya ARB ile başlanması önerilir.

Hipertansif aciller, gebelik ve laktasyon dönemindeki kadınlarda hipertansiyon ve çocuklarda hipertansiyon bu raporun kapsamı dışındadır.

İlaç kullanan hastaların takibi

Bir antihipertansif ilaçtan beklenen etkinin önemli miktarı 3–4 hafta içinde çıkar. Bu nedenle antihipertansif ilaç tedavisi başlanan veya tedavi rejiminde değişiklik yapılan hastalarda KB 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 (Şekil 2). Hastalar, imkan-

ları varsa ev KB ölçümlerini yaptırarak kontrole çağrılmalıdır. Kontrolde ilaçların yan etkileri de mutlaka değerlendirilmelidir.

İlaç uyumu ve kontrol oranlarının iyileştirilmesi

Hipertansiyon tedavisinde başarılı olabilmenin temel şartları, hastaların zamanında ve doğru tanı alınmasını sağlamak, yaşam tarzı değişikliklerini etkin bir şekilde uygulamak, ilaç tedavisine zamanında başlamak ve mutlaka ilaç uyumunu sağlamaktır. Bunun için dikkat edilmesi gereken hususlar:

- Hastanın hastalığını anlamasına yardımcı olunmalı ve bilgilendirme için gerekirse yazılı kaynaklar temin edilmelidir.
- Yaşam tarzı önerilerinin ilaç tedavisi kadar önemli olduğu anlatılmalıdır.
- Hastalığın kronik olduğu, ilaçların sürekli alınması ve düzenli kontrollere gelinmesi gerektiği anlatılmalıdır.
- KB kontrolde olan hastalarda tıbbi başka bir gerekçe olmadıkça antihipertansif ilaç değişikliği yapılmamalıdır. Gereksiz ilaç değişiklikleri tedavi uyumunu bozmaktadır.
- KB kontrolde olmayan hastaların tedavisine gerektiğinde ilaç eklemekten kaçınılmamalıdır.
- Hastaya yeterince zaman ayrılmalı, hastanın kendini anlatmasına izin verilmeli ve hastayla iyi bir iletişim kurulmalıdır.

Teşekkür

Bu Uzlaş Raporunun hazırlık toplantı tutanaklarının tutulmasında ve alınan notların makaleye konulmasında Omega CRO'dan hizmet alınmıştır.

Çıkar Uyuşmazlığı

Mustafa Arıcı: Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Tic. A.Ş., Ali Raif İlaç San. A.Ş., Amgen İlaç Tic. Ltd. Şti., AstraZeneca İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti, Bilim İlaç, Boehringer Ingelheim İlaç Tic. A.Ş., Daiichi Sankyo İlaç Ticaret Ltd. Şti., Deva Holding A.Ş., Glaxosmithkline İlaçları San. ve Tic. A.Ş., İ.E. Ulagay İlaç Sanayii Türk A.Ş., Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd. Şti., Nobel İlaç San. ve Tic. A.Ş., Novartis Sağlık Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş., Pfizer İlaçları Ltd. Şti., Sandoz İlaç San. ve Tic. A.Ş., Sanofi-aventis İlaçları Ltd. Şti. ve Sanovel İlaç San. ve Tic. A.Ş.

Alparlan Birdane: Abbott Laboratuvarları İthalat İhracat Tic. Ltd. Şti., Ali Raif İlaç San. A.Ş., AstraZeneca İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti., Mustafa Nevzat İlaç Sanayii A.Ş. ve Novartis Sağlık Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş.

Kerim Güler: Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Tic. A.Ş., Ali Raif İlaç San. A.Ş., Boehringer Ingelheim İlaç Tic. A.Ş., Deva, Glaxosmithkline İlaçları San. ve Tic. A.Ş., İ.E. Ulagay İlaç Sanayii Türk A.Ş., Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd. Şti., Novartis Sağlık Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş., Pfizer İlaçları Ltd.Şti., Sandoz İlaç San. ve Tic. A.Ş., Sanovel İlaç San. ve Tic. A.Ş. ve Servier İlaç ve Araştırma A.Ş.

Bülent Okan Yıldız: Yok.

Bülent Altun: Abbott Laboratuvarları İthalat İhracat Tic. Ltd. Şti., AbbVie Tıbbi İlaçlar San. Tic. Ltd. Şti., Nobel İlaç San. Ve Tic. A.Ş., Novartis Sağlık Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş., Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş./Roche Diagnostics Turkey A.Ş., Santa Farma İlaç Sanayii A.Ş. ve Servier İlaç ve Araştırma A.Ş.

Şehsuvar Ertürk: Servier İlaç ve Araştırma A.Ş.

Sinan Aydoğdu: Yok.

Mert Özbakkaloğlu: Yok.

Halil Önder Ersöz: Abbott Laboratuvarları İthalat İhracat Tic. Ltd. Şti., Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd. Şti., Novo Nordisk Türkiye ve Sanofi-aventis İlaçları Ltd. Şti.

Gültekin Süleymanlar: Yok.

Tufan Tükek: Yok.

Lale Tokgözoğlu: Abbott Laboratuvarları İthalat İhracat Tic. Ltd. Şti., Actelion İlaç Tic. Ltd. Şti., Aegerion İlaç Ticaret Ltd. Şti., Amgen İlaç Tic. Ltd. Şti., AstraZeneca İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti, Bayer Türk Kimya San. Ltd. Şti., Boehringer Ingelheim İlaç Tic. A.Ş., Daiichi Sankyo İlaç Ticaret Ltd. Şti., Glaxosmithkline İlaçları San. ve Tic. A.Ş., Kowa Company Ltd., Lilly İlaç Ticaret Ltd. Şti., İ.E. Ulagay İlaç Sanayii Türk A.Ş., Merck İlaç Ecza ve Kimya Tic. A.Ş., Pfizer İlaçları Ltd. Şti., Sanofi-aventis İlaçları Ltd. Şti. ve Servier İlaç ve Araştırma A.Ş.

Yunus Erdem: Yok.

Fon/finans kaynakları

Uzlaş raporu hazırlık toplantıları derneklerin öz kaynakları ile yapılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2014;16:14–26. [CrossRef](#)
2. World Health Organization. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1. Accessed March 25, 2015.
3. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23:1817–23. [CrossRef](#)
4. Arici M, Turgan C, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici U, et al. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *J Hypertens* 2010;28:240–4. [CrossRef](#)
5. Sengul S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, et al. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney Int Suppl (2011)* 2013;3:326–31. [CrossRef](#)
6. Go AS, Bauman MA, Coleman King SM, Fonarow GC, Lawrence W, Williams KA, et al. An effective approach to high blood pressure control: a science advisory from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. *Hypertension* 2014;63:878–85. [CrossRef](#)
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, 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). *Eur Heart J* 2013;34:2159–219. [CrossRef](#)
8. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Kan Basıncı Ölçümü. Mevcut: <http://www.turkhipertansiyon.org/dogruKanBasinci.php>. Erişim 6 Mayıs 2015.
9. Sağlık Bakanlığı, SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara. 2014.
10. Dasgupta K, Quinn RR, Zarnke KB, Rabi DM, Ravani P, Daskalopoulou SS, et al. The 2014 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol* 2014;30:485–501.
11. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* 2010;19:313–8. [CrossRef](#)
12. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, Ankara, 2010.
13. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes–2014. *Diabetes Care* 2014;37 Suppl 1:14–80. [CrossRef](#)
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int, Suppl.* 2012;2:337–414.

Anahtar sözcükler: Hipertansiyon; kılavuz; tanı; tedavi.

Key words: Hypertension; guideline; diagnosis; treatment.