

Acilde Hipertansiyon Yönetimi

Dr. Kubilay VURAL
Ordu Devlet Hastanesi
Acil Servis

Tanım

- JNC-7

Sınıf	Sistolik Kan Basıncı (SKB) (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (DKB)(mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1	140-159	veya	90-99
Evre 2	≥160	veya	≥ 100

Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42(6):1206-52.

Tanım

- ACC/AHA-2017

Sınıf	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Yükselmiş	120-129	ve	<80
Evre 1 HT	130-139	veya	80-89
Evre 2 HT	≥140	veya	≥ 90

≥2 ölçüm yapılır ve ortalamaları alınır

Whelton PK, et al.

2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline: Executive Summary

Önemi

Hipertansiyon (HT) dünyada 1 milyar insanı etkilemekte

Hastaların % 80'i durumunun farkında

Hastaların ~% 75'i antihipertansif (AHT) almakta

Hastaların % 50'si kontrolsüz kalmakta

Acil Servis başvurularının %20'sinde HT tanısı olarak yer almakta

Önemi

Kardiyovasküler (KV) ,Serebrovasküler (SV),
Renovasküler (RV) hastalıklar için major risk faktörü

115/75 mmHg üzeri her 20&10 mmHg SKB/DKB ↑
KV hastalık riski 2 kat ↑

Tedavi ile inmede % 40 Akut Myokard İnfaktüsünde
% 25, Kalp Yetmezliğinde % 50 risk ↓

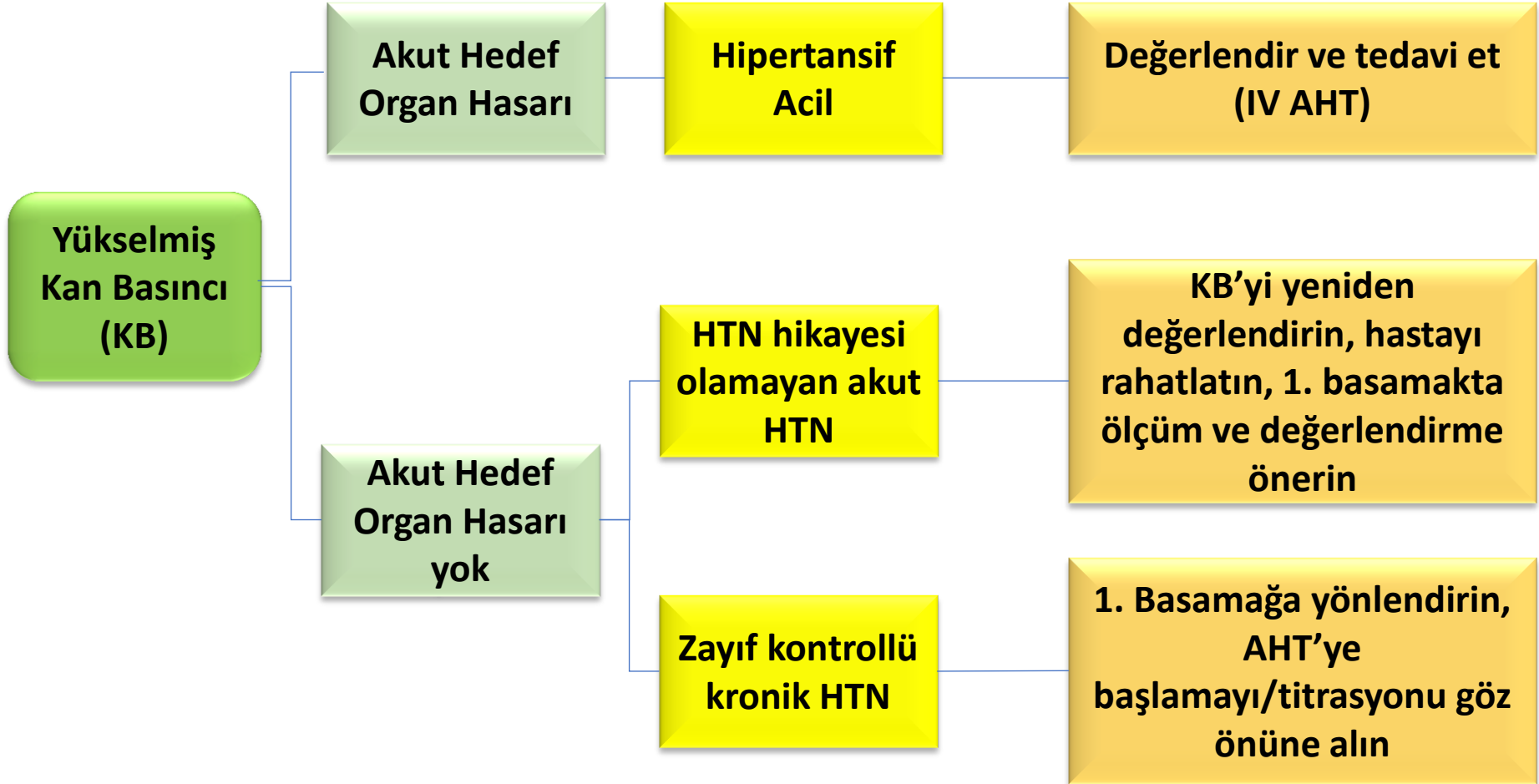
Acil Servis Yaklaşımı

Hipertansif Acil (Hedef Organ Hasarı(HOH)+>180/120 mmHg)

Kötü Kontrollü Kronik HT

HT Hikayesi olmayan yüksek kan basıncı

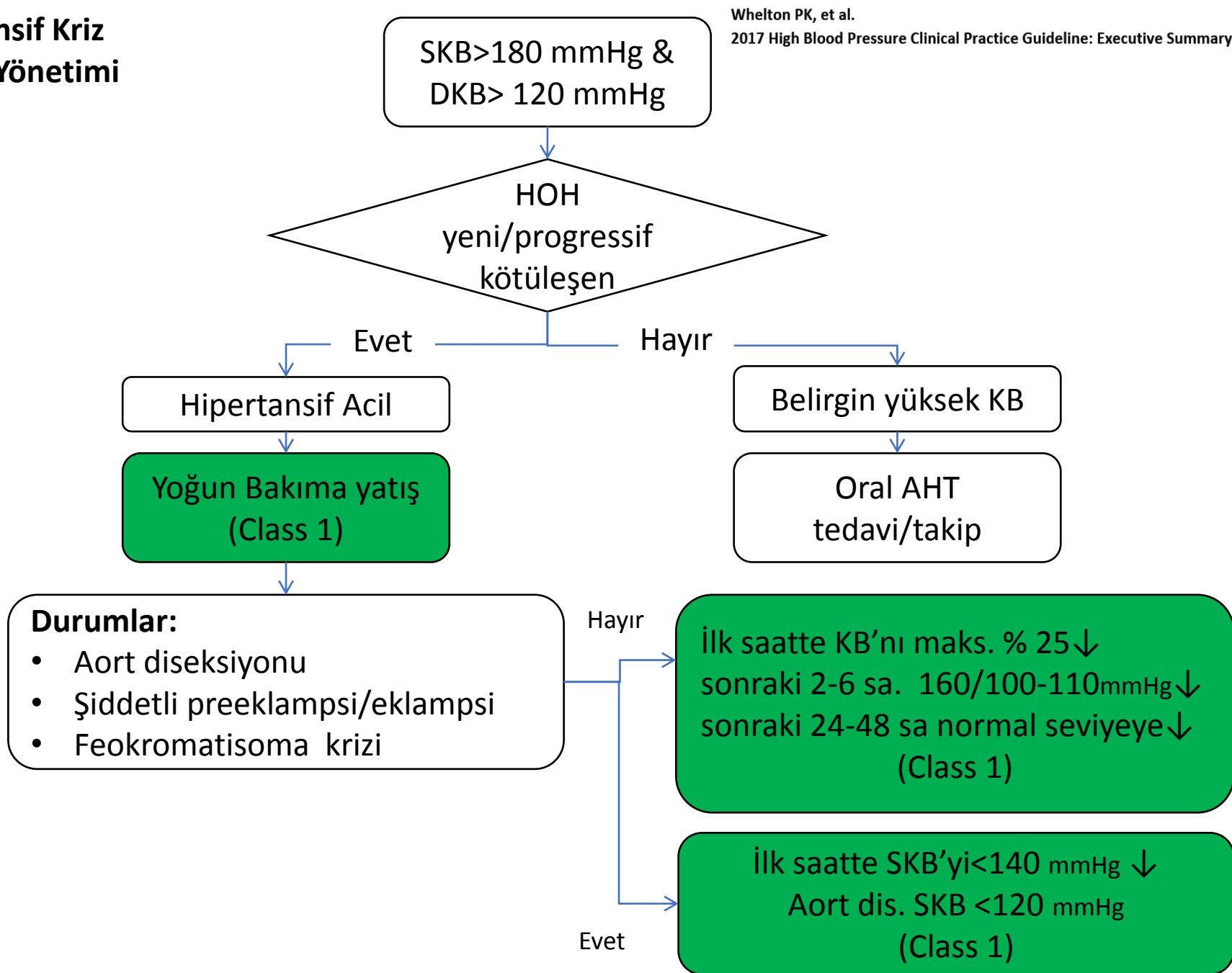
Acil Servis Yaklaşımı



Organ Sistemleri Hipertansif Aciller

Hedef organ	Yaklaşık insidans (%)
Kalp (Toplam) <ul style="list-style-type: none">Akut Kalp YetmezliğiAkut Koroner Sendrom	27-49 14-37 11-12
Beyin (Toplam) <ul style="list-style-type: none">Akut İskemik strokeSpontan İntrakraniyal HemorajiHipertansif Ensefalopati	<37-45 6-25 5-23 8-16
Böbrek <ul style="list-style-type: none">Akut Renal RiskAkut Renal İnfüri	15 8
Vasküler <ul style="list-style-type: none">Aort Diseksiyonu	1-2
Diğer <ul style="list-style-type: none">EklampsiAkut Hipertansif Retinopati	2 1

Hipertansif Kriz Tanı ve Yönetimi



Hipertansif Ensefalopati

Hızlı ve aşırı KB artışı sonucu Serebral otonöregülasyonda bozulma

Serebral ödem, peteşiyal kanama, iskemik mikroinfarktüs

Şiddetli baş ağrısı, bulantı-kusma ve görme bozukluğu

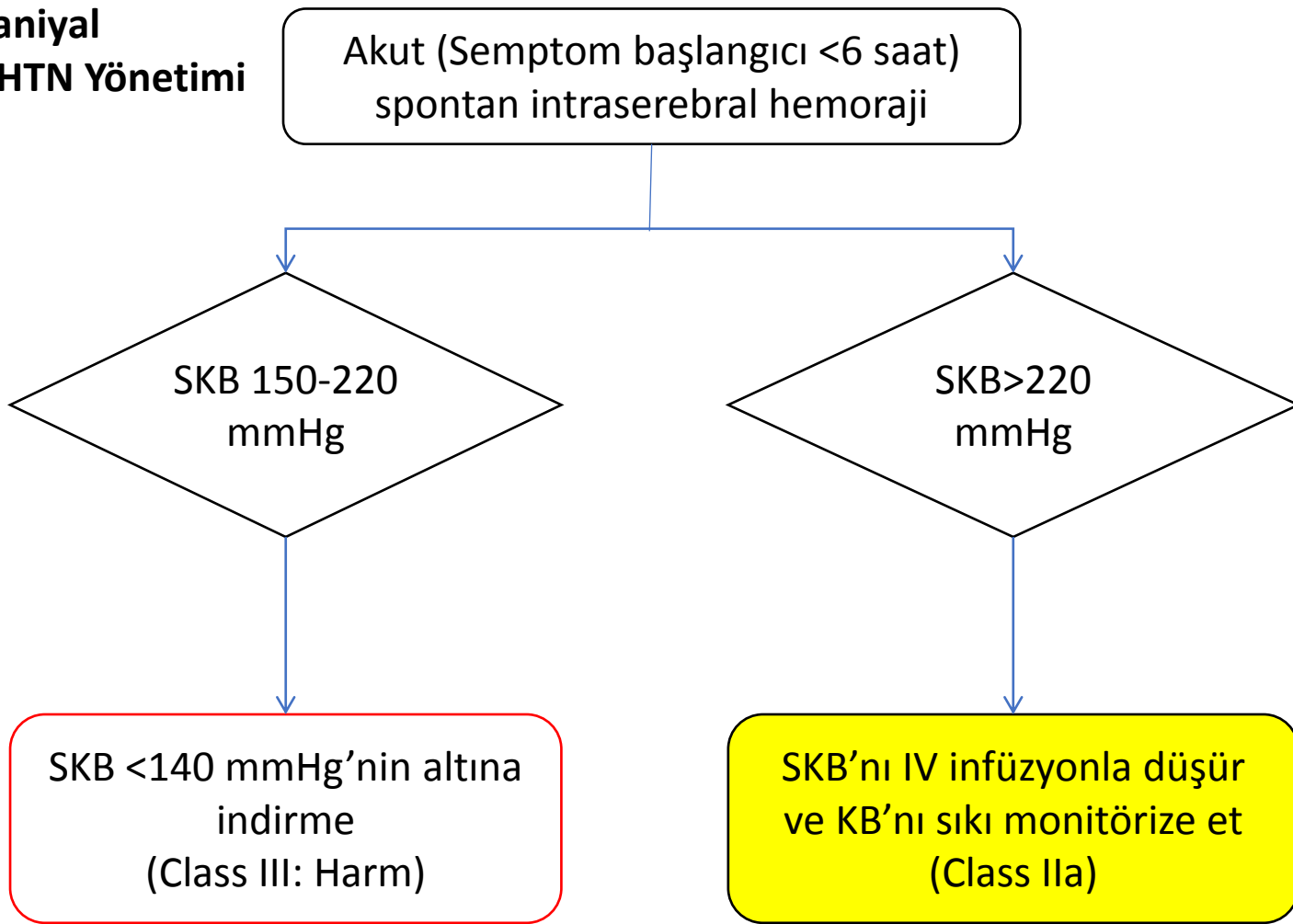
Fokal/jeneralize Nörolojik bulgular

Papilödem, retinal hemoraji

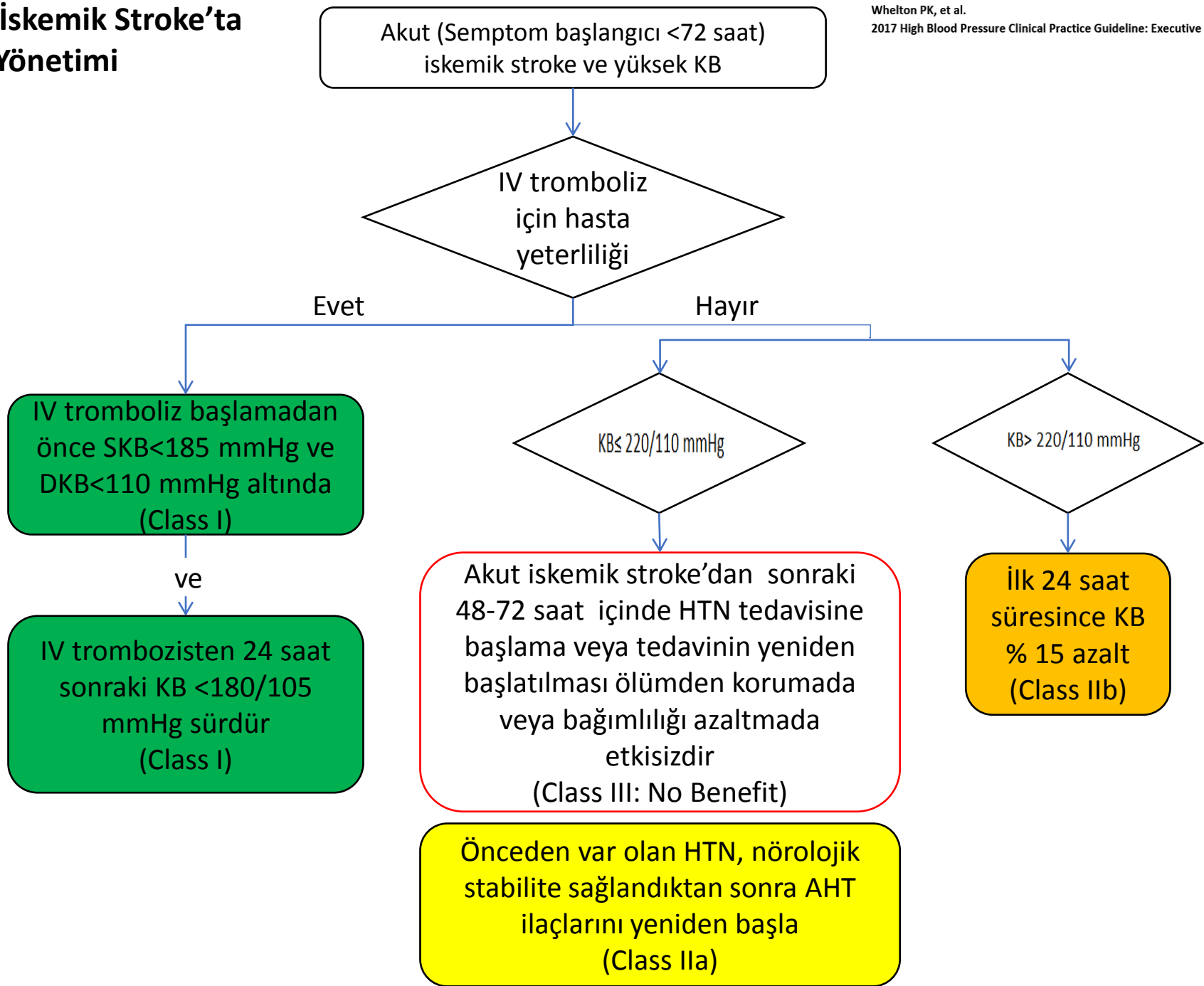
Konvülsiyon

Semptomlar 48-72 saat içinde geriler

Akut İtrakraniyal Hemorajide HTN Yönetimi

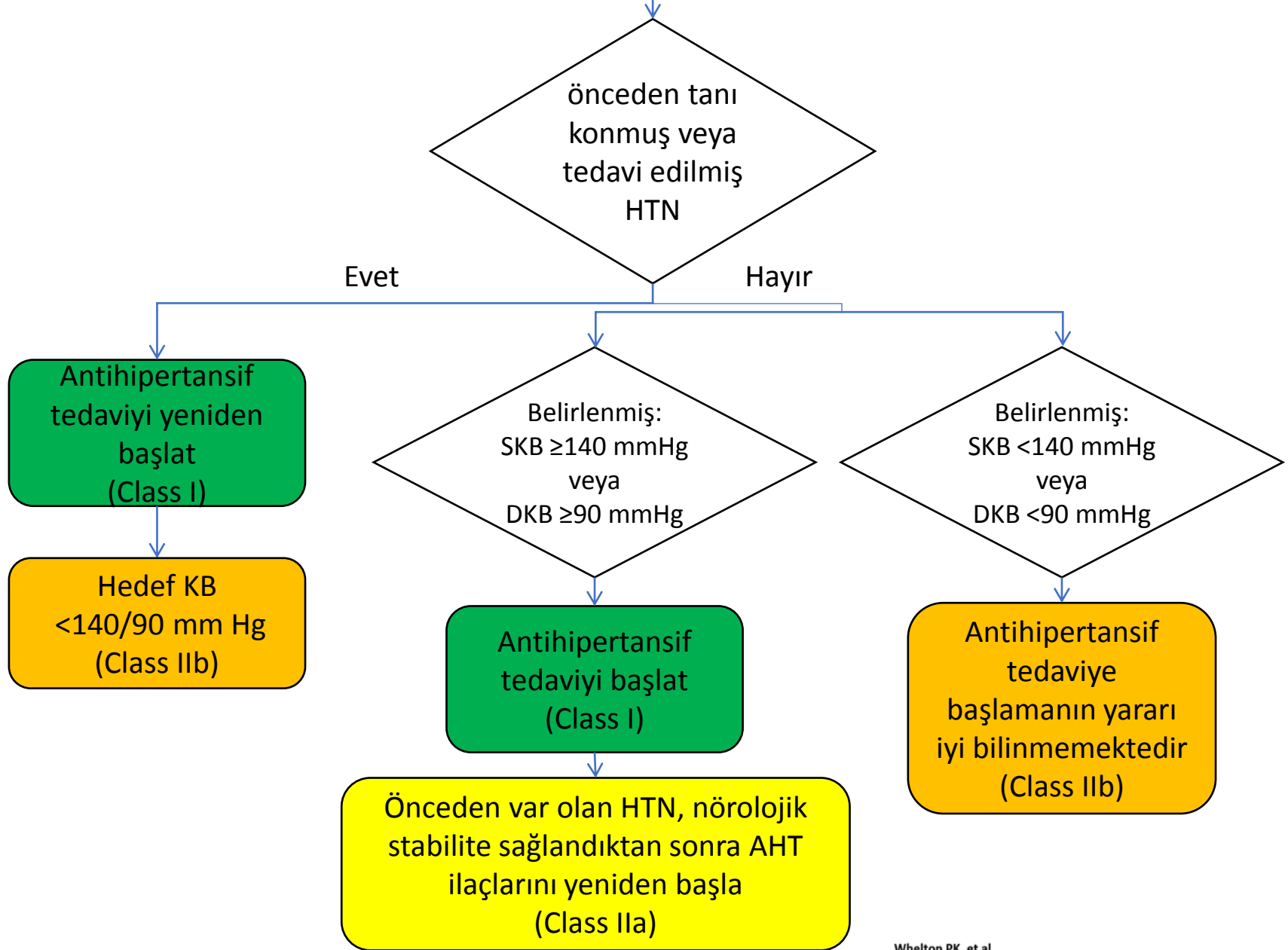


Akut İskemik Stroke'ta HTN Yönetimi



Önceden gelişmiş İskemik Stroke'ta HTN Yönetimi

Stroke semptomlarının başlangıcı >72 saat ve Nörolojik durum stabil veya TIA



Hipertansif Acillerin Yönetiminde Spesifik Endikasyonlar

Endikasyon	Tedavi Hedefi	Optimal ilaçlar	Alternatif tedavi	Uyarılar
Akut koroner Sendromlar	Kardiyak iş yükünü azaltmak ve koroner arter perfüzyonunu iyileştirmek	İlk tercih—nitroglycerin İkinci tercih—metoprolol, labetalol	Esmolol, nicardipine	İV beta bloker tedavisinin rutin kullanımı tartışmalıdır
Akut Kalp Yetmezliği Sendromları	Ön yük üzerindeki direnci ve kardiyak iş yükünü azaltın	İlk tercih—nitroglycerin, furosemide İkinci tercih—enalaprilat	Clevidipine, nicardipine, sodium nitroprusside	Entübasyon veya NIMV desteği ön yükü azaltır ve KB'nı düşürebilir. Enalaprilat, sürekli hipotansiyona neden olabilir. FDA onaylı olmasına rağmen nesiritid kullanımı tartışmalıdır.
Aort Diseksiyonu	Kesme kuvvetini ve basınç değişikliği/zaman değişikliği oranını azaltın	İlk tercih—esmolol + Na nitroprusside İkinci tercih—labetalol	Esmolol plus (clevidipine or nicardipine), diltiazem, verapamil	Eğer aortik regurjitasyon varsa beta blokerden kaçın

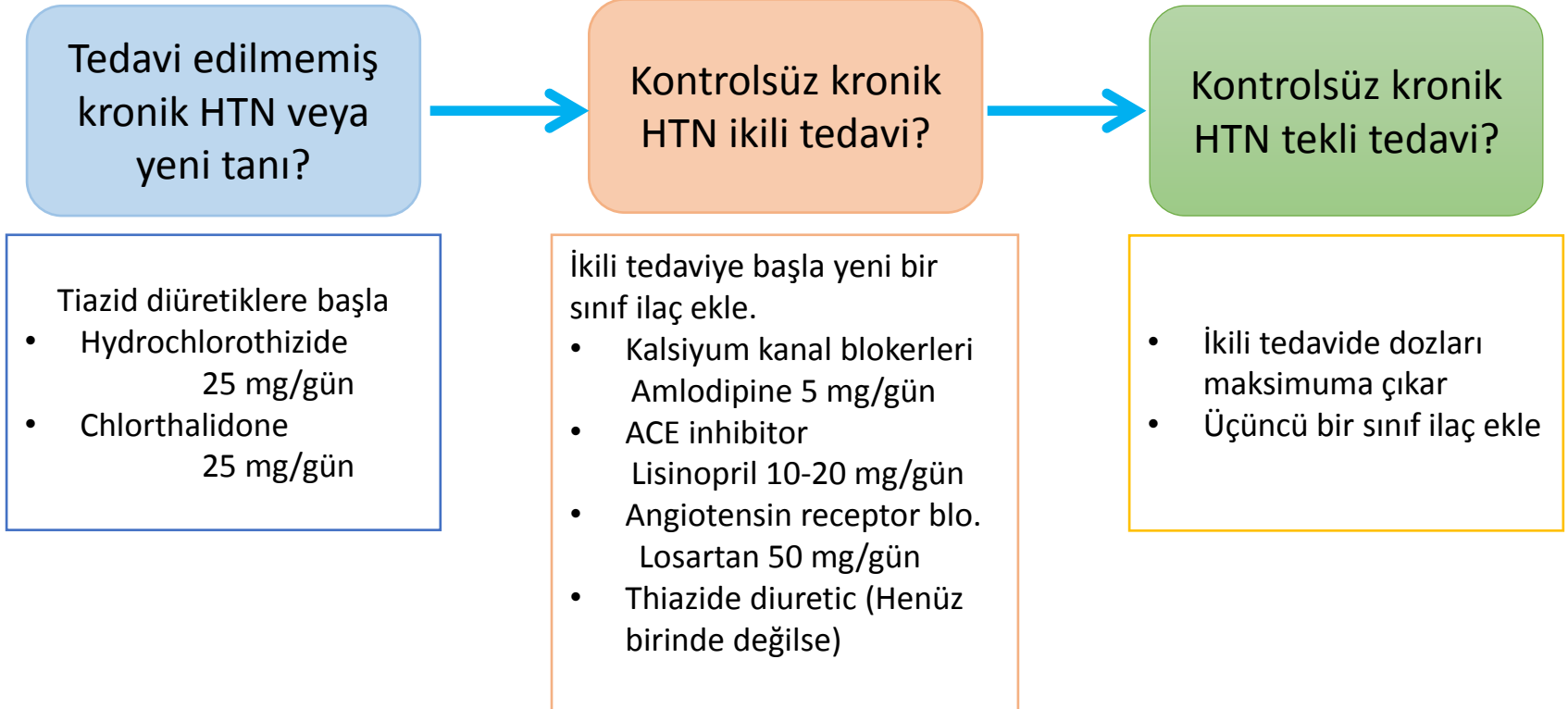
Hipertansif Acillerin Yönetiminde Spesifik Endikasyonlar

Endikasyon	Tedavi Hedefi	Optimal ilaçlar	Alternatif tedavi	Uyarılar
Akut iskemik stroke	bölgesel hipoperfüzyonu önlerken hemorajik dönüşümü ve ödemi azaltın	İlk tercih—nicardipine İkinci tercih—labetalol	Esmolol	Akut KB redüksiyonu, yalnızca planlanan fibrinolitik tedavi uygulanacaksa veya sekonder HOH olduğunda endikedir.
Akut intraserebral hemoraji	Hematomun genişlemesini ve perihematomal ödemi azaltın	İlk tercih—nicardipine İkinci tercih—labetalol	Esmolol	KB tek başına ağrı yönetimi ile azalabilir. Clevidipine ile ilgili çalışmalar devam etmekte
Hipertansif ensefalopati	Beyin ödemini azalt, İntrakraniyal basıncı düşür, Otoregülatuar kontrolü iyileştir	İlk tercih—nicardipine İkinci tercih—labetalol	Esmolol, enalaprilat	Değerlendirmede mental durumun değişikliği yapan diğer nedenleri göz önüne alınmalıdır.

Hipertansif Acillerin Yönetiminde Spesifik Endikasyonlar

Endikasyon	Tedavi Hedefi	Optimal ilaçlar	Alternatif tedavi	Uyarılar
Akut Renal İnjury	Renal parankim ve glomerüler apparatus üzerindeki basınç azaltılır	İlk ve ikinci tercih clevidipine, nicardipine	Labetalol, sodium nitroprusside	ACE inhibitörleri ve diüretiklerden kaçınılır
Preeklampsi/ eklampsi	Plasental perfüzyon devam ederken intrakranyal basıncı düşürür	İlk tercih—hydralazine İkinci tercih—labetalol	Nicardipine	IV Mg (başlangıç dozu 6 g) tüm hastalara verilir. Acil C/S definitif tedavidir.
Sempatetik kriz	alfa1-adrenergik Receptorör aracılı vazokonstrüksiyonu azalt	İlk tercih— phentolamine İkinci tercih— nitroglycerin	Fenoldopam, clevidipine, nicardipine, sodium nitroprusside	Sempatetik kriz kokain veya amfetamin nedeni ile oluşmuşsa benzodiazepinler ilk olarak verilir. Tek başına beta bloker tedavi (labetalol) kontrendikedir.

Kronik Hipertansiyonda Oral tedavi Yaklaşımı



Teşekürler...