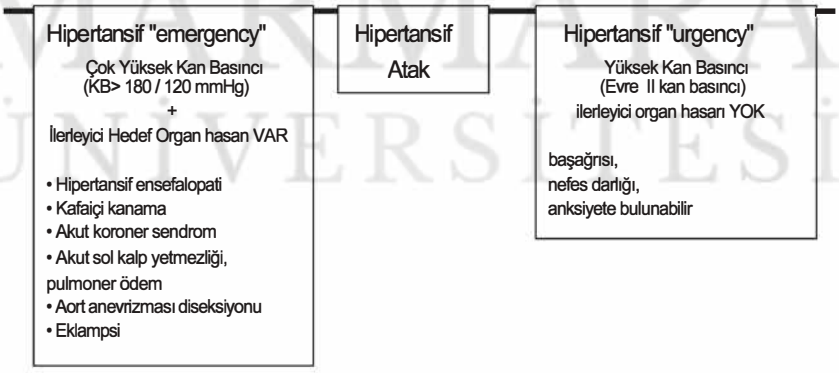
HİPERTANSİF ATAK

Doç. Dr. Ali Serdar Fak

Tanı Kriterleri

- **Hipertansif "emergency"**
  Çok Yüksek Kan Basıncı (KB>180 / 120 mmHg) + İlerleyici Hedef Organ hasarı **VAR**
- **Hipertansif "urgency"**
  Yüksek Kan Basıncı (Evre II kan basıncı) ilerleyici organ hasarı **YOK**

Bu hastalar çoğunlukla önceden hipertansiyon tanısı konmuş, ancak iyi tedavi edilmemiş veya tedaviye uyumu iyi olmayan hastalardır. Hipertansif atakla başvuran hastalarda hızlı bir değerlendirme ve risk belirlemesi yapılması gerekmektedir; uygun tedavi ve izlemin zamanında yapılmadığı hastalarda kısa ve orta dönem morbidite ve mortalite oranları oldukça yüksektir.
Hipertansif ataklar bugünkü yaklaşıma göre iki kategoride ele alınmaktadır. Bu kategorilere yaklaşım tedavi ve prognoz açısından farklılık göstermektedir.



Hipertansif "emergencies" yaklaşım

Hipertansif acil tablosunda başvuran hastaların yoğun bakım / gözlem odasına yatırılmaları gerekmektedir.

- Sürekli (İnvaziv) kan basıncı monitorizasyonu yapılmalı,
- Kan basıncı intravenöz ilaçlarla kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır.

Hipertansif atak sırasına kan basıncının hızlı ve güvenli bir şekilde düşürülmesi gerekmekle birlikte, ilk saatlerde "normal" düzeylere düşürülmesi hedeflenmez. Özellikle ilk saat içinde ortalama (mean) kan basıncını % 25 den daha fazla düşürülmemesi önerilir. Sonraki 2-6 saat içindeyse, hasta eğer stabil durumdaysa 160 / 110 - 100 mmHg civarına düşürülmesi uygundur. Bu hastalarda kan basıncının aşırı düşürülmesi, renal, serebral veya koroner iskemiye neden olabilir. Bu nedenle özellikle kısa etki süreli nifedipin bu tür acillerde kullanılmamalıdır. Hipertansif "emergencies" hastalarında eşlik eden organ hasarı tablosuna göre, nitrogliserin nitropurisid, nitrogliserin + beta bloker veya nimodipin kullanılması önerilmektedir.

Hastanın klinik durumuna göre normal kan basıncı düzeylerine 24-48 saat içinde ulaşılması hedeflenmelidir. Hastalar acil servisten ilerleyici organ hasarı kontrol altına alındıktan ve hemodinamik tablosu düzeltildikten sonra taburcu edilebilirler. Bu dönemde hastanın uzun dönem tedavi planının da yapılmış olması gereklidir.

DİKKAT:

- Hipertansif acil tablosunun akut iskemik inme tablosuna eşlik ettiği hastalar bu önerilere dahil değildir; çünkü bu hastalarda kan basıncının ani düşürülmesinin yararlı olduğunu gösteren herhangi bir kanıt bulunmamaktadır.
- Aort disseksiyonu bulunan hastalarda diseksiyonun ilerlememesi için kan basıncının daha hızlı ve agresif düşürülmesi (tolere edebilen hastalarda SKB < 100 mmHg) önerilir.

Hipertansif "urgencies" yaklaşım:

Hipertansif "urgency" tablosundaki hastaların intravenöz ilaçlarla tedavi edilmelerine gerek yoktur. Genellikle oral kısa etkili ilaçlar, kaptopril, labetolol, klonidin ile müdahale edilip birkaç saat gözlenmeleri yeterlidir. Bu hastalarda esas önemli olan, yetersiz antihipertansif tedavinin gözden geçirilmesi ve daha etkin hale getirilmesidir. Bu amaçla kombinasyon tedavisine yönelmekte yarar vardır.

Yüksek kan basıncının komplikasyonlarının bulunmadığı hastalarda intravenöz veya oral agresif tedavi kısa süre sonra hipotansif tablolara yol açabilir.

Bu hastalarda uzun dönem başarı için hastaların bilgilendirilmesi ve özellikle tedaviye uyumun sağlanması çok daha fazla önem taşımaktadır.

Takip:

Sonuç olarak, hipertansif acil durumlar özellikle ilerleyici hedef organ hasarıyla birlikteyse önemli morbidite ve mortalite riski taşımaktadır. Bu durumda amaç hastanın hastaneye yatırılarak tercihan intravenöz ajanlarla kan basıncının daha makul düzeylere indirilmesidir. Kan basıncının ilk 24-48 saat içerisinde normal değerlere indirilmesi uygun değildir. Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları stabilize edildikten sonra, 48-72 saat içerisinde hastaneden taburcu olması önerilebilir. Ancak hastanın uzun dönem tedavisi planlanmalıdır.

Kaynaklar:

1- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, NIH.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ