

HİPERTANSİF ACİLLERE YAKLAŞIM

DR.ÖĞRT.ÜYESİ MEHMET EKİZ
GİRESUN EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACİL TIP A.D.

Yıllar boyunca hipertansiyon, 140/90 mm Hg veya daha yüksek bir kan basıncı (KB) okuması olarak sınıflandırıldı,

Ancak güncellenen kılavuz, hipertansiyonu 130/80 mm Hg veya daha yüksek bir KB değeri olarak sınıflandırıyor.

Güncellenen kılavuz, Tablo 1'de gösterildiği gibi, yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra kan basıncını düşüren ilaçları içeren yeni tedavi önerileri de sunmaktadır.

Tablo 1: Kan basıncının sınıflaması ve tedavisi

Kan basıncı sınıfı	Sistolik kan basıncı		Diastolik kan basıncı	Tedavi ve takip
Normal	<120 mmHg	Ve	<80 mmHg	Yıllık olarak değerlendirin; Normal kan basıncını korumak için sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini teşvik edin.
Yükselmiş	120-129 mmHg	Ve	<80 mmHg	Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri önerin ve 3-6 ay içinde yeniden değerlendirin
Evre 1 hipertansiyon	130-139 mmHg	Veya	<89 mmHg	Kalp hastalığı ve felç riskini değerlendirin
Evre 2 hipertansiyon	≥140-149 mmHg	Veya	≥90 mmHg	Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ve kan basıncını düşüren farklı sınıflardan 2 ilaç önerin

Hipertansif aciller için risk faktörleri

Europe PMC

About Tools Developers Help Europe PMC plus

Search worldwide, life-sciences literature

Search examples: "breast cancer" Smith |

Recent history Saved searches

Abstract

Full text

References

Citations & impact

Similar Articles

Effects of acute blood pressure elevation on biochemical-metabolic parameters in individuals with hypertensive crisis.

Annotations (52)

Get citation

Claim to ORCID

Andrade DO¹, Santos SPO¹, Pinhel MAS¹, Valente FM¹, Giannini MC¹, Gregório ML¹, De Godoy MF², Souza DRS³, Vilela-Martin JF¹

Author information

Clinical and Experimental Hypertension (New York, N.Y. : 1993). 01 Jun 2017, 39(6):553-561
DOI: 10.1080/10641963.2017.1291661 PMID: 28569557

Share this article

Abstract

Uzun süreli hipertansiyon

Preoperatif veya postoperatif hipertansiyon

Böbrek hastalığı

İnme

Kafa travması

Eklampsisi

Kokain veya benzeri ilaçlar

Beta blokerlerin veya klonidin gibi merkezi etkili ilaçların akut olarak geri çekilmesi

Vasküler endotel büyüme faktörü ile tedavi

Feokromositoma

Hipertansif kriz	Sistolik kan basıncı		Diastolik kan basıncı	Tedavi ve takip
Hipertansif acil durum	>180 mm Hg	Ve/veya	>120 mm Hg	Bu hastaların çoğu antihipertansif tedavi ile uyumlu değildir ve yeni veya kötüleşen hedef organ hasarına dair klinik veya laboratuvar kanıtları yoktur.
Hipertansif kriz	>180 mm Hg + uç organ hasarı	Ve/veya	>120 mm Hg + uç organ hasarı	Yeni / progresif veya kötüleşen hedef organ hasarı olanlarda kan basıncının sürekli izlenmesi ve uygun bir ajanın parenteral uygulaması için hastayı bir yoğun bakım ünitesine kabul edin.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines [published online ahead of print November 13, 2017]. Hypertension. doi: 10.1161/HYP.0000000000000065
© 2017 American Heart Association

SBP> 180 mm Hg ve / veya DBP> 120 mm Hg

Yeni hedef organ
hasarı / ilerleyen /
kötüleşen

Hipertansif
acil

Evet

Havır

Belirgin olarak
yükselmiş kan
basıncı

Yoğun
bakıma al

Oral antihipertansif ilaç
tedavisini yeniden başlatın /
yoğunlaştırın ve takibi
ayarlayın

Hastalık

-Aort diseksiyonu
-Şiddetli pre-eklemleri eklemisi
-Feokromasitoma krizi

1. Saatte SKB'nı <140 mmHg
seviyesine, aort diseksiyonu
ise <120 mmHg seviyesine
düşür

Evet

Havır

1. Saatte SKB'nı max %25 azaltın, daha
sonraki 2-6 saat boyunca 160/100-110
mmHg seviyesine, daha sonraki 24-48 saat
boyunca da normal seviyesine düşür

Hipertansif kriz

Hipertansif bir acil durum, önemli ölçüde yükselmiş kan basıncının akut hipertansiyon aracılı organ hasarı ile ilişkisidir.

Hedef organlar arasında retina, beyin, kalp, büyük arterler ve böbrekler yer alır.

Bu durum, ilerleyici organ yetmezliğini önlemek için hızlı tanısal çalışma ve kan basıncının derhal düşürülmesini gerektirir.

Genellikle intravenöz tedavi gereklidir.

Antihipertansif tedavinin seçimi, ağırlıklı olarak organ hasarının tipine göre belirlenir.

Hipertansif kriz

Hipertansif acil durumların spesifik klinik sunumları

- Malign hipertansiyon
- Hipertansif ensefalopati
- Hipertansif trombotik mikroangiopati

ORIGINAL ARTICLE

Trends in Hospitalization for Hypertensive Emergency, and Relationship of End-Organ Damage With In-Hospital Mortality

Mahek Shah,¹ Shantanu Patil,² Brijesh Patel,¹ Shilpkumar Arora,³ Nilay Patel,⁴ Lohit Garg,¹ Sahil Agrawal,⁵ Larry Jacobs,¹ Susan P. Steigerwalt,⁶ and Matthew W. Martinez¹

BACKGROUND

There are no comprehensive guidelines on management of hypertensive emergency (HTNE) and complications. Despite advances in antihypertensive medications HTNE is accompanied with significant morbidity and mortality.

METHODS

We queried the 2002–2012 nationwide inpatient sample database to identify patients with HTNE. Trends in incidence of HTNE and in-hospital mortality were analyzed. Logistic regression analysis was used to assess the relationship between end-organ complications and in-hospital mortality.

RESULTS

Between 2002 and 2012, 129,914 admissions were included. Six hundred and thirty (0.48%) patients died during their hospital stay. There was an increase in the number of HTNE admissions (9,511–15,479; $P_{\text{trend}} < 0.001$) with concurrent reduction of in-hospital mortality (0.8–0.3%; $P_{\text{trend}} < 0.001$) by the year 2012 compared to 2002. Patients who died during hospitalization were older, had longer length of stay

of acute cardiorespiratory failure [adjusted odds ratio (OR), 15.8; 95% confidence interval (CI), 13.2–18.9], stroke or transient ischemia attack (TIA) (adjusted OR, 7.9; 95% CI, 6.3–9.9), chest pain (adjusted OR, 5.9; 95% CI, 4.4–7.7), stroke/TIA (adjusted OR, 5.9; 95% CI, 4.5–7.7), and aortic dissection (adjusted OR, 5.9; 95% CI, 2.8–12.4) were most predictive of higher in-hospital mortality in addition to factors such as age, aortic dissection, acute myocardial infarction, acute renal failure, and presence of neurological symptoms.

CONCLUSION

A rising trend in hospitalization for HTNE, with an overall decrease in in-hospital mortality was observed from 2002 to 2012, possibly related to changes in coding practices and improved management. Presence of acute cardiorespiratory failure, stroke/TIA, chest pain, and aortic dissection were most predictive of higher hospital mortality.

Keywords: blood pressure; cardio respiratory failure; end-organ damage; hypertensive; hypertensive emergency; hypertension complications; malignant hypertension; mortality; NIS database.

Yapılan bir çalışmada, hipertansif acil insidansı ve hastane içi mortalite eğilimleri analiz edilmiş.

Akut kardiyorespiratuvar yetmezlik,

inme / GİA,

göğüs ağrısı ve aort diseksiyonu,

yüksek hastane mortalitesini en çok belirleyen unsurlardı.

Hipertansif kriz

Semptomlar arasında baş ağrısı, görme bozuklukları, göğüs ağrısı, nefes darlığı, nörolojik semptomlar, baş dönmesi ve daha spesifik olmayan yakınmalar bulunur.

Labetalol ve nikardipin genellikle tüm hipertansif acil durumlarda güvenlidir ve hipertansif acil durumların yönetildiği her yerde mevcut olmalıdır.

Nitrogliserin ve nitroprusid, kalp ve aort dahil hipertansif acil durumlarda özellikle faydalıdır

Akut End Organ Hasarı	Kan Basıncı Düşüş Hedefi ve Zamanı	Tercih Edilen IV ilaç
Diffüz mikrovasküler hasar (Malign hipertansiyon)	KB ilk 1 saat içinde % 20–25, 2-6 saat içinde 160/100 mmHg'ye düşürülür.	Labetalol, nikardipin, nitroprussid
Hipertansif ensefalopati	KB ilk 1 saat içinde % 20–25, 2-6 saat içinde 160/100 mmHg'ye düşürülür.	Labetalol, nikardipin, nitroprussid; hidralazinden kaçın
Akut intraserebral kanama	Sistolik KB 150-220 mmHg ise, özellikle bilinen hipertansiyonu olmayan hastalarda ve anevrizma veya AV malformasyon gibi altta yatan vasküler anormallikleri olanlarda 1 saat içinde sistolik KB'yi 140-150 mmHg'ye düşürün. Büyük hematoma hacmi ve artmış kafa içi basıncı bulgusu olan hastalarda, KB yönetimi daha liberal olmalıdır (sistolik BP <180 mmHg tutun). Sistolik KB'nin 140 mm Hg'nin altına düşürülmesi zararlı olabilir.	Labetalol, nikardipin, clevidipin, nitroprussid; hidralazinden kaçın
Akut iskemik inme	Trombolitik tedavi endike ise, trombolitik ajan vermeden önce KB < 185/110 mmHg'ye düşürün ve ilk 24 saat boyunca < 180/105 mmHg'yi koruyun. Trombolitik tedavi endike değilse ve inme dışında akut end organ hasarı yoksa, strateji KB'na bağlıdır. KB < 220/120 mmHg ise, ilk 48-72 saat müdahale etmeyin. KB ≥ 220/120 mmHg ise veya kalp yetmezliği ya da miyokard enfarktüsü gibi başka akut end organ hasarı varsa, KB'nı 1 saat içinde% 15 azaltın.	Labetalol, nikardipin, clevidipin, nitroprussid; hidralazinden kaçın
Akut koroner sendrom	Sistolik kan basıncını 1 saat içinde <140 mmHg'ye düşürün; diyastolik KB >60 mmHg tutun.	Nitrogliserin, labetalol, esmolol, metoprolol; hidralazinden kaçın
Akut kalp yetmezliği	Sistolik kan basıncını 1 saat içinde <140 mmHg'ye düşürün.	Nitrogliserin, nitroprussid, çoğu vakada loop diüretik gerekir, enalaprilat ya da hidralazin yararlı olabilir; beta blokerlerden kaçın
Aort diseksiyonu	20 dakika içinde hem sistolik KB'yi < 120 mmHg'ye, hem de kalp hızını < 60 atım/dk'ya düşürün.	Esmolol (veya labetalol) artı nikardipin, nitroprussid, nitrogliserin; hem beta-bloker (hasta bradikardik değilse) hem de vazodilatör kullanılmalıdır

Hipertansif acil durum

Hedef organ hasarı bulunmaksızın kan basıncının hedef organ hasarı yaratacak kadar yüksek olmasıdır.

Genelde; sistolik kan basıncı > 180 mmHg, diastolik kan basıncı > 110 mmHg düzeyindedir.

En sık neden düzensiz ilaç kullanımıdır.

Hastaya öncelikle yanında ise kendi ilacı verilir.

Sonrasında gerekli olması durumunda kaptopril, losartan, labetalol gibi oral antihipertansif ilaçlar ile tedavi edilir.

Hipertansif acil durum

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

Search PubMed

Advanced User Guide

Save Email Send to Display options

> Lancet. 2010 Mar 13;375(9718):895-905. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60308-X.

Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension

Peter M Rothwell¹, Sally C Howard, Eamon Dolan, Eoin O'Brien, Joanna E Dobson, Bjorn Dahlöf, Peter S Sever, Neil R Poulter

Affiliations + expand
PMID: 20226988 DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60308-X

Abstract

Background: The mechanisms by which hypertension causes vascular events are unclear. Guidelines

FULL TEXT LINKS
THE LANCET
Full Text Article

ACTIONS
Cite
Favorites

SHARE
Twitter Facebook LinkedIn

PAGE NAVIGATION

Akut hedef organ hasarının yokluğunda bile, şiddetli hipertansiyon epizotlarının uzun vadeli etkileri vardır.

Daha önce geçici iskemik atağı olan 2435 hastayı içeren bir çalışmada;

180 mm Hg'nin üzerinde (semptomsuz) izole bir sistolik kan basıncı, 3 yıllık takip süresince inme riskinde 5 kat artışla ilişkilendirilmiştir.

Table 12. Hypertensive Emergencies Requiring Immediate BP Lowering

Clinical Presentation	Timeline and Target BP	First Line Treatment	Alternative
Malignant hypertension with or without TMA or acute renal failure	Several hours, MAP –20% to –25%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside Urapidil
Hypertensive encephalopathy	Immediate, MAP –20% to –25%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute ischaemic stroke and SBP >220 mm Hg or DBP >120 mm Hg	1 h, MAP –15%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute ischaemic stroke with indication for thrombolytic therapy and SBP >185 mm Hg or DBP >110 mm Hg	1 h, MAP –15%	Labetalol Nicardipine	Nitroprusside
Acute hemorrhagic stroke and SBP >180 mm Hg	Immediate, 130<SBP<180 mm Hg	Labetalol Nicardipine	Urapidil
Acute coronary event	Immediate, SBP <140 mm Hg	Nitroglycerine Labetalol	Urapidil
Acute cardiogenic pulmonary edema	Immediate, SBP <140 mm Hg	Nitroprusside or nitroglycerine (with loop diuretic)	Urapidil (with loop diuretic)
Acute aortic disease	Immediate, SBP <120 mm Hg and heart rate <60 bpm	Esmolol and nitroprusside or nitroglycerine or nicardipine	Labetalol or metoprolol
Eclampsia and severe preeclampsia/HELLP	Immediate, SBP <160 mm Hg and DBP <105 mm Hg	Labetalol or nicardipine and magnesium sulphate	

Adapted from van den Born et al.¹²⁷



ATUDER
Acil Tıp Uzmanları Derneği



EPAT
Emergency Physicians
Association of Turkey

16. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

7TH INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

7TH INTERNATIONAL CRITICAL CARE AND EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

12-15 Kasım 2020 | E-Kongre: [acil2020.online](https://www.acil2020.online)

ATUDER İLE BERABER 47 DERNEK



47 ASSOCIATIONS WITH EPAT



BİLİMSEL SEKRETERYA
ATUDER
Acil Tıp Uzmanları Derneği

ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ
Yükarı Ayrancı - Gülenyüz Sk. No: 26/19 Çankaya / Ankara
T: +90 312 426 12 14 F: +90 312 426 12 44
www.atuder.org.tr / info@atuder.org.tr



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
ODET Kongre Organizasyon
Acıbadem Cad. Ulusluk Sok. 39/1 34718 Kadıköy - İstanbul
T: +90 216 326 95 23 F: +90 216 326 47 24
oded@oded.com.tr / www.oded.com.tr