

Acil Serviste Hipertansif Hastaya Yaklaşım

Yrd. Doç. Dr. Metin ATEŞÇELİK
Fırat Üniv. Tıp Fakültesi Acil Tıp AD



Sunu Planı

- Tanım
- Hipertansiyonun Sınıflandırması
- Patofizyoloji
- Tanı
- Hipertansif Acilde Kullanılan İlaçlar
- Hipertansif Aciller
- Hipertansif İvedi Durumlar
- Anahtar Noktalar



Giriş

- Dünyada bir milyardan fazla kişiyi ilgilendirmekte
- ABD’de nüfusun % 25’inde KB yüksekliği saptanmış
- Hipertansiyonla ilişkili AS başvuruları, tüm tıbbi acil başvurularının $> \%25$
- KB’nın ideal değerlerinin üzerindeki her 20/10 mmHg yükselme, kardiyovasküler mortalite riskini 2 kat artırır



Tanım

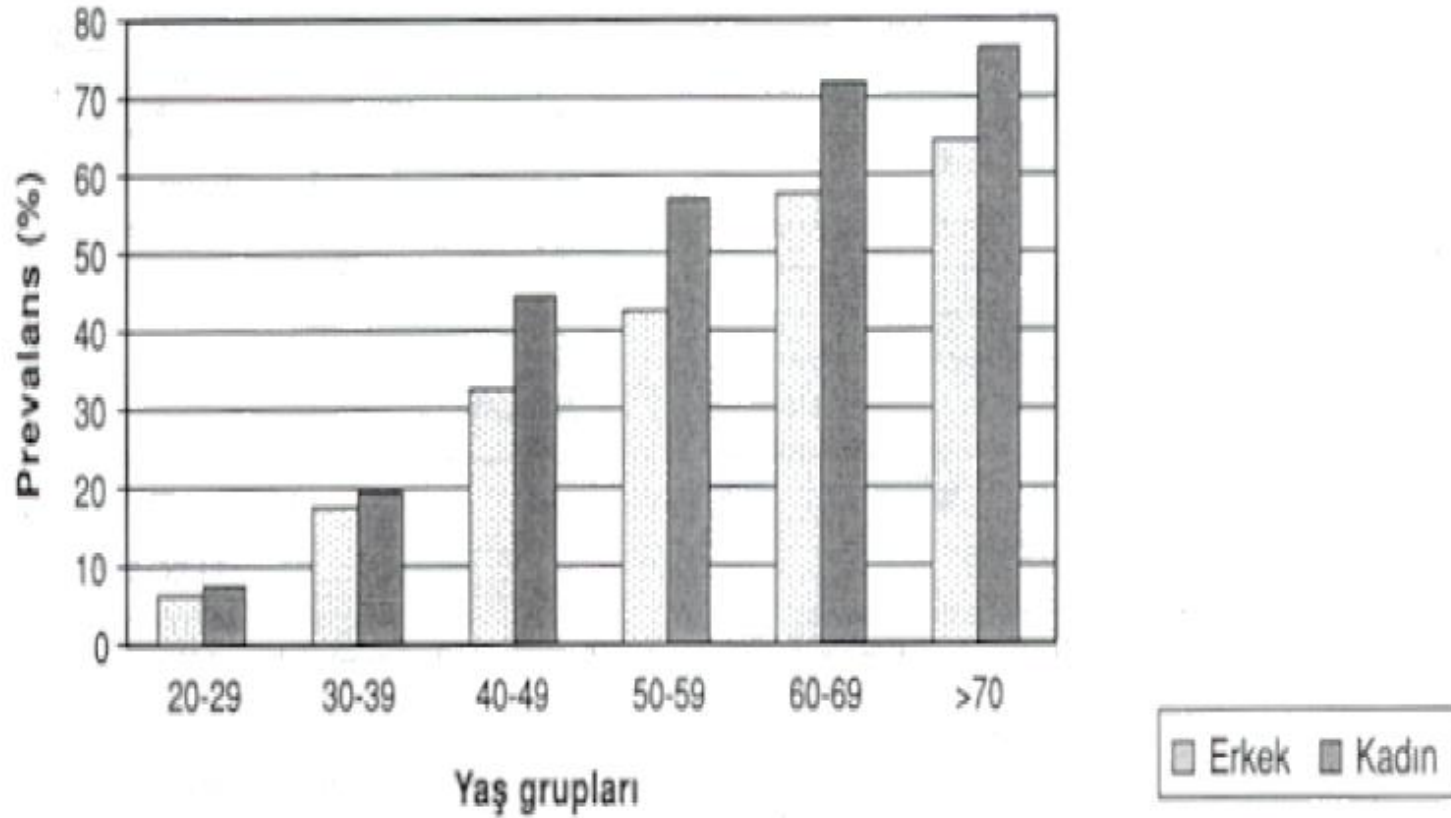
- Erişkinlerde, standart ölçüm ile
 - **sistolik KB ≥ 140 mmHg** ve/veya
 - **diyastolik KB ≥ 90 mmHg**

Hipertansiyonun Sıklığı*

- Türkiye % 37
- ABD zencileri – Finlandiya % 30-40
- Avrupa – Kuzey Amerika % 15-30
- Afrika – Hindistan – Çin % 7-15
- Amazon nehri havzasında % 0

*Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu

Türk Erkek ve Kadınında Yaş Guruplarına Göre Hipertansiyon Prevalansı



Patofizyoloji

- Nörohormonal düzensizlik

- Norepinefrin: vazokonstriktör
- Sempatik aktivasyon -> Renin -> Anjiotensin II -> vazokons.
- RAAS: Sodyum reabsorbsiyonu

- Vasküler düzenleme

- Aort veya karotis gibi büyük arterlerde intima-media kalınlığı (IMT) artışı > vazokons.

- Sodyum alımı

- Psikososyal stres

- Obezite

Hipertansiyonun Sınıflandırması

- Hastaların %90'da KB yüksekliği nedeni bilinmemekte (**Primer HT=İdiopatik HT**)
- %10 kadarında neden tespit edilmekte (**Sekonder HT**)

Sekonder Hipertansiyon nedenleri

- **Endokrin**

- ✓ Cushing Sendromu
- ✓ Hiperaldosteronizm
- ✓ Oral Kontraseptif Kullanımı
- ✓ Feokromositoma
- ✓ Tiroid Hastalığı
- ✓ Paratiroid Hastalığı

- **Pulmoner**

- ✓ Obstrüktif Sleep Apne Sendromu

- **Vazküler**

- ✓ Ateroskleroz
- ✓ Aort Koarktasyonu

- **Renal**

- ✓ Kronik Pyelonefrit
- ✓ Kronik böbrek hastalığı
- ✓ Nefritik ve nefrotik sendrom
- ✓ Polikistik böbrek hastalığı
- ✓ Renal arter stenozu

- **Toksik ve Metabolik**

- ✓ Kronik alkol alımı
- ✓ Sempatomimetik ilaç alımı
- ✓ Tiramin içeren yiyecekler

Hipertansiyonun Sınıflandırması

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya 80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	veya 90-99
Evre 2 Hipertansiyon	>160	>100

JNC-7: Yüksek kan basıncının önlenmesi, saptanması, değerlendirilmesi ve tedavisinde birleşik ulusal komitenin 7. raporu

Hipertansiyonun Sınıflandırması

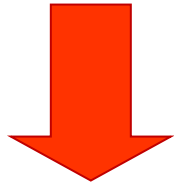
Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/veya	85-89
Grade 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Grade 2 Hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Grade 3 Hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90

2013 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve
Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC)

Hipertansiyonun Sınıflandırması

**Hipertansif Acil
(Emergency)**

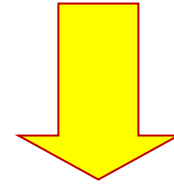
Hedef organ hasarıyla
ilişkili akut KB
yükselmesidir



İV ilaçlar

**İvedi Durum
(Urgency)**

Hedef organ hasarı olmadan
KB'nın ciddi yükselmesidir
> 180/120 mmHg



Oral ilaçlar

Hipertansif Acil (Emergency)

- Akut aort diseksiyonu
- Akut akciğer ödemi
- Akut miyokard enfarktüsü
- Akut böbrek yetmezliği
- Preeklampsi
- HELLP sendromu
- Akut iskemik inme
- İntrakraniyal kanama
- Subaraknoid kanama
- Sempatik kriz
- Akut postoperatif hipertansiyon
- Hipertansif retinopati

Öykü

- Süresi ve şiddeti
- Kullandığı ilaçlar
- SSS:
 - Baş ağrısı, baş dönmesi, çift görme, bulanık görme, konvülsiyon
- KVS:
 - Göğüs ağrısı, nefes darlığı, ödem, çarpıntı, tremor
- Gebelik
- Burun kanaması
- Komorbid durumlar:
 - Kalp Yetmezliği, Stroke, MI, KBY

Fizik Muayene

- Kan basıncı ölçümü
 - En az iki kez ölçüm
 - En az iki başvuru
 - Her iki koldan
- Kardiyovasküler
 - JVD, ödem, S3, S4
 - Periferik nabız muayenesi
- Solunum sistemi
 - Raller
- Nörolojik sistem
 - Mental durum
 - Fokal nörolojik defisit
- Göz
 - Hemoraji, eksuda

Tanı

- Hipertansif acil:
 - Temel testler ve hedef organ hasarına yönelik testler yapılmalı
- Hipertansif ivedi durum:
 - Ayaktan tedavi başlanacaksa
 - Tam kan sayımı
 - Elektrolitler
 - BFT
 - Glukoz
 - EKG

Antihipertansif ilaçlar

- **Adrenerjik Reseptör Blokörleri**

- Beta blokörler

- Alfa blokörler

- ✓ Prazosin, Doksazosin vb

- **Kalsiyum Kanal Blokörleri**

- **Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACEİ)**

- **Diüretikler**

- **Vazodiladatörler**

- Sodyum nitroprusiat

- Nitrogliserin

- Hidralazin

- **Anjiyotensin II Reseptör Blokörleri**

- Losartan, valsartan..

- **Diğerleri**

Beta blokerler

- Avantajlar
 - Koroner arter hastalığında iyi seçenek
- Miyokardın oksijen ihtiyacını azaltır
 - Anksiyete için iyi seçenek
 - Oral kullanım için uzun etkili preparatlar

Beta blokerler

- Acil tedavide en uygun ilaçlar
 - Metoprolol (Beloc™)
 - Esmolol (Brevibloc™)
- (intravenöz, kısa etkili, kardiyoselektif)

Beta blokerler

Metoprolol:

- Selektif β -1 reseptör blokeri
- AKS, Aort diseksiyonu veya sempatik hiperaktivite ile birlikte olan hipertansif acillerde tercih edilir
- Etkisi (IV) 5-10 dk da başlar, 2-4 saat sürer
- Doz: İV amp; 5 mg, 5-10 dk aralarla tekrarlanabilir
- Preparat: Beloc amp –5 mg

Beta blokerler

Esmolol:

- Selektif β -1 reseptör blokeri
- AKS, Aort diseksiyonu veya sempatik hiperaktivite ile birlikte olan hipertansif acillerde tercih edilir
- Etkisi: (IV) 1-5 dk.da başlar, 10-20 dk sürer
- Doz:
 - İV bolus: 250-500 μ g/kg
 - sonra: 50-300 μ g/kg/dk İV infüzyon
- Preparat:
 - Brevibloc flk –10 mg
 - Brevibloc premix –10 mg/ml-250 ml

Labetolol:

- Selektif alfa 1+ nonselektif β bloker
- Etkisi: (IV) 2-5 dk da başlar, 2-4 saat sürer
- Doz:
 - Bolus:** 10-20 mg iv 2 dk.'da, 15 dk aralarla 40-80 mg.
 - Sürekli infüzyon:** 2mg/dk. (300 mg'a kadar titre edilir)
- Kalp bloğu, ortostatik hipotansiyon, kalp yet. ve astımda kontrendike
- Preparat: Labetolol HCL 100 mg/20 ml
(iv formu Türkiye'de yok)

Kalsiyum kanal blokerleri

- Acil serviste (kan basıncı kontrolü için)
 - Türkiye’de Acil HT için IV preparat yok
 - Ayaktan tedavi (reçete)
 - Uzun etkili
- Amlodipin (Norvasc™)
- Nikardipin (Loxen™)
- Nifedipin (Adalat™)
 - Kısa etkili
- Verapamil (Isoptin amp™)
- Diltiazem (Diltizem amp™)

Kalsiyum kanal blokerleri

Klevidipin:

- 3. kuşak dihidropiridin kalsiyum kanal blokeridir.
- Arteriollerde selektif vazodilatasyon yapar.
- Etkisi çok hızlı başlar ve etki süresi çok kısadır (1 dk)
- Doz: iv 1-2 mg/h, kısa aralarla (90 sn) titre edilebilir.
- Yan etki: Hipotansiyon, taşikardi
- Preparat: Cleviprex 25mg-50 mg (Türkiyede yok)

Kalsiyum kanal blokerleri

Nikardipin:

- Serebral, koroner selektivitesi olan 2. kuşak dihidropridin grubundan
- Etkisi: (IV) 5-10 dk da başlar, 1-4 saat sürer
- Doz: 5 mg/h başlanır, maksimum 15 mg/h ulaşana kadar her 15 dk.'da 2.5 mg/h artırılır
- Yan etki: Baş ağrısı, hipotansiyon, kusma, taşikardi
- Preparat: **IV formu Türkiye'de yok**

Vazodilatatörler

Na Nitroprussid (Nipruss™)

- Nitrat türevi
- Arterioller ve venöz dilatasyon yapar
- Tüm acil hipertansiyonlarda kullanılabilir
- AKS'da koroner çalma etkisi yapabilir
- Işıktan korunmalı

Vazodilatatörler

Na Nitroprussid (Nipruss™):

- Metabolizması:

- Eritrositlerde sulfhidril grupları ile -> Siyanid -> KC'de tiyosiyanata dönüşür

- Yüksek doz kullanımda -> **Tiyosiyanat toksisitesi**

- Tedavisi: Sodyum nitrit, sodyum tiyosülfat

- Etkisi: Hemen başlar, 1-3 dk sürer
- Doz: 0.25-10 µg/kg/dk İV infüzyon
- Preparat: Nipruss flk – 60 mg NP. %5 Dekstroz ile

Vazodilatatörler

Nitrogliserin (Perlinganit™):

- Nitrat preparatıdır
- Venöz ve daha az arterioller dilatasyon yapar
- Koroner vazodilatasyon yapar
- A. Koroner sendrom ve A. pulmoner ödemde ilk seçenek

Vazodilatatörler

Nitrogliserin (Perlinganit™):

- Yan etkileri: Baş ağrısı, flushing, taşikardi, nitrat intoleransı
- Yüksek doz kullanımda -> Methemoglobinemi
- Etkisi: 2-4 dk da başlar, 5-10 dk sürer
- Doz: 10-100 µg/dk İV infüzyon
- Preparat: Perlinganit amp – 10 mg

Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEI)

- Acil tedavide çok kullanışlıdır
- Acil serviste
 - Kaptopril (Kaptoril™)
- Ayaktan (reçete) tedavi seçenekleri
 - Benazepril
 - Enalapril/enalaprilat (Enapril™)
 - Lizinopril (Rilace™, Zestril™)
 - Quinapril (Accupril™)

Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEI)

- Potansiyel yan etkileri- bradikinin aracılı
 - Öksürük
 - Anjioödem (1/2,000)

Anjiotensin II reseptör blokerleri (ARB)

- ACEI ile aynı tedavi etkisi
- ACEI göre daha az yan etki, bradikinin yıkımını engellemez
- Bu yüzden:
 - Bradikinin aracılı öksürük görülmez
 - Oldukça nadir anjiödem

Diüretikler

- Kan hacmini azaltır
- Damarlarda dilatasyon
- Üç tip
 - Loop (furosemide): diürez için en etkili
 - Tiazid (hidroklorotiazid): kan basıncını düşürmede en iyi
 - K⁺ tutucu (spironolakton)

Diüretikler

- Acil tıpta Yüksek KB tedavisinde değeri YOK
- Ayaktan tedavi (Reçete)
- ✓ Hidroklorotiazid
 - Hidroklorotiazid/ Valsartan (Co Diovan™)
 - Hidroklorotiazid/ Kinapril (Accuzide™)
 - Hidroklorotiazid/ Ramipril (İnhibace plus™)
 - Hidroklorotiazid/ Telmisartan (Micardis plus™)

Furosemid

- Henle kulpunun çıkan kalın kolunda sodyum ve su reabsorpsiyonunu azaltır
- Ak. pulmoner ödem ve hipervolemide tercih edilir
- Etkisi: (İV) 10-15 dk da başlar, 2-3 saat sürer
- Doz: İV 40-120 mg
- Preparat: Lasix amp – 20 mg

Hipertansif Acil Durumlar

Aort Diseksiyonu :

- Ani, şiddetli ve devamlı göğüs ve sırt ağrısı
- Nörolojik defisit
- Ekstremiteler arasında KB ve nabız farklılıkları
- Tanı:
 - Akciğer grafisi: Mediastende genişleme
 - Thoraks CT, EKO, Angiografi

Hipertansif Acil Durumlar

Aort Diseksiyonu :

- Amaç
 - Sistolik KB <110 mmHg
- KB ve nabız basıncı azaltılarak **kesme kuvveti** azaltılmalı



Aort Diseksiyonu

- KB Düşürme: Vazodilatör
 - Na Nitroprussid (en hızlı)
- Taşikardi önlenmesi: Beta bloker
 - Metoprolol veya esmolol
- Her zaman vazodilatatörden önce beta bloker kullanın; tek başına nitroprussid refleks taşikardi nedeniyle duvar stresini arttırır
- Tedavide risk: Hipotansiyon



Akut Akciğer Ödemi

- Amaç
 - Kan basıncının %20-30 azaltılması
 - Semptomatik rahatlama
 - Vazodilatasyon sonrası diürezin arttırılması
- KKY ile acile gelen hastaların yarısı HT a sahiptir.



Akut Akciğer Ödemi



IV Nitratlar

- Düşük dozda kapasitans damarlarını dilate eder, yüksek dozda arteriollerini dilate eder ve kan basıncını düşürür
- Tüm nitratlar 24 ila 48 saat içinde sildenafil (Viagra) gibi fosfodiesteraz-5 (PDE5) inhibitörü almış hastalarda inatçı hipotansif atağa yol açabilir

Akut Akciğer Ödemi

Sodyum nitroprussid

ACEI

- Hipertansif kalp yetmezliğinde semptomların hızlı düzelmesini sağlar.
- Enalaprilat İV bolus veya infüzyon ile uygulanabilir (0,625-1,25 mg maksimum doz 2.5 mg) uzun etkilidir,

Diüretik

- Böbrek yetersizliğinin arttırabilir
- Diüretik öncesi nitrat verilmeli

Akut Miyokard Enfarktüsü

- Amaç
 - İskemiği azaltma
 - SKB >160 ise, en fazla %20-30 düşürülmeli
- Nitrogliserin SL, topikal veya iv infüzyon
- Beta blokerler
 - mortaliteyi azaltır fakat hipotansiyona neden olabilir
- KB>185/100 mmHg ise trombolitik kontrendike



Akut Böbrek Yetmezliği

- Amaç

- Akut dönemde %20'den fazla olmaksızın kan basıncının azaltılması

- Na Nitroprussid geleneksel ilaç

- Böbreklerden yavaş metabolize edilir

- ABY'de siyanid toksisitesi riski

- Nitroprussid ve akut dönemde ACE inhibitörlerinden kaçının



Akut Böbrek Yetmezliği

- Fenoldopam (dopamin 1A reseptör agonisti)
 - Kortikomedüller perfüzyonu düzeltir
 - Diyaliz ihtiyacı ve hastanede ölüm oranını azaltır
 - Doz:0.1-0.30 $\mu\text{g/kg/dk}$ İV infüzyon
 - Etkisi: (IV amp) 5 dk.da başlar, 30 dk sürer
 - Preperat: Carlopam 10 ve 20 mg (Türkiyede yok)
- Klevidipin ve Nikardipin alternatif ilaçlar
- Diyaliz



Preeklampsi – Eklampsi

- Amaç:

- KB'nı $<160/100$ mmHg

- Doğum kesin tedavi



- Magnezyum Sülfat ilk basamak tedavi

- Dozu: 4 gr. İv bolus, sonra 1-2 gr/saat infüzyon

- Kalsiyum antagonizmasıyla düz kaslar gevşer-> serebral vasküler rezistansı düşürür.

- Antihipertansif etkisi orta derecedir (ek tedavi gerekir).

Preeklampsi – Eklampsi

- Hidralazin ve labetalol
- Nikardipin alternatif
- ACE inhibitörleri fetus üzerindeki etkilerinden dolayı kontrendike



Nörolojik Aciller

- Amaç
 - Tekrar kanamanın önlenmesi
 - Fibrinolitik tedavi için uygun kan basıncı düzeyinin sağlanması



Nörolojik Aciller

- Acil servise başvuruda akut kan basıncındaki yükselme
 - İnmede sık görülen yanıt
- KB'daki yükseklik genellikle geçici
- KB fazla düşme iskemi ve defisitte artmaya neden olur
- İlk 24 saatte KB'da %10-15'den fazla düşürülmemeli

Nörolojik Aciller

- Amerikan İnme Derneği - Amerikan Kalp Derneği (ASA /AHA) kuralları **Akut iskemik inme için;**
 - Tromboliz uygulanacaksa KB'nın $<185/110$ mmHg öneriyor
 - Tromboliz uygulanmayacaksa $KB>220/120$ mmHg'den daha yüksek değilse antihipertansif endike değildir.



Nörolojik Aciller

Tedavi

- Nikardipin ve Labetalol
- Nitrogliserin
- Na Nitroprussid
 - En iyi tercih olmayabilir
 - İntrakraniyal basıncı artırır

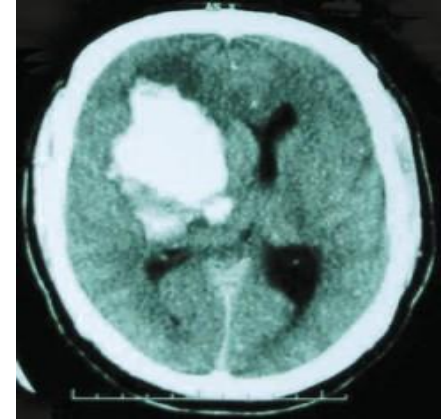


İntraserebral Kanama

- KB'nı düşürelim mi?
 - Tekrar kanamayı önleyebilir ve serebral ödemi azaltabilir (+)
 - Kanama çevresinde serebral kan akımını azaltarak iskemik hasara yol açabilir (-)

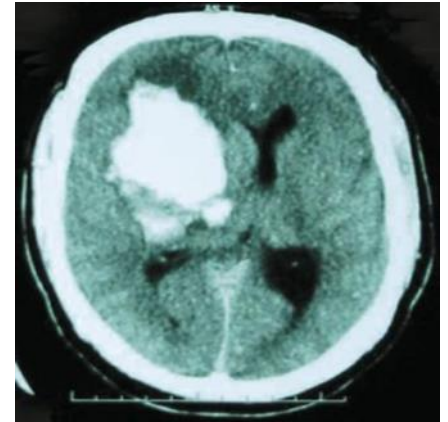
İntraserebral Kanama

- 2015 Amerikan Kalp Derneği / Amerikan İnme Derneği (AHA/ASA) tarafından yayınlanan Spontan İntraserebral Kanama Yönetimi kılavuzu:
 - SKB 150-220 mmHg ve kontraendikasyon yoksa SKB'yi 140 mmHg'a indirmek güvenlidir
 - SKB > 220 mmHg ise, sürekli intravenöz infüzyon ile agresif kontrollü kan basıncı düşüşü mantıklı olabilir



İntraserebral Kanama

- Labetalol ve Nikardipin ilk tercih
- B- bloker
- Nitratlar ve Nitroprussid KİBAS'ı arttırdığı için kullanma!!



Nörolojik Aciller

Hipertansif Ensefalopati

- Ani KB yüksekliği ile otoregulasyonun bozulması sonucu serebral ödem ile karakterizedir
- Şiddetli baş ağrısı, kusma, değişmiş bilinç durumu, koma ve ölüm ile sonuçlanabilir
- Ortalama KB'nın **%15-25** azaltılması gerekir
- Tedavi: **Nicardipine veya labetalol**
Na Nitroprussid; ikinci tercih



Akut Postoperatif Hipertansiyon

- Amaç
 - Operasyon öncesi tansiyona göre hafif yükselme kabul edilebilir,
 - <180/110 mmHg olmalı
- Öncelikle anksiyete, ağrı ve ateş tedavi edilmeli
- **Tedavi:** Nikardipin, Labetolol veya Esmolol
- **Tedavide risk:** Hipotansiyon

Sempatik kriz

- Katekolamin fazlalığı (feokromositoma) veya norepinefrinin eksojen artışı (kokain, amfetamin ve tyramine içeren gıdalar)
- Sonuç: taşikardi ve belirgin HT
- **Tedavi**
- **Fentolamin (Regitine, 2.5-5 mg, max.10 mg)**
 - reversible alfa-blokördür.
 - İlk basamak tedavide tercih edilir.
 - Periferik vazokonstriksiyonu azaltır.
- **Nitrogliserin** koroner arter vazospazmında endikedir.
- **Esmolol** kalp hızı kontrolü için idealdir.

Hipertansif Acilde İlaç seçimi

Klinik	İlk Seçenek	Alternatif ilaç
Akut Miyokard enfarktüsü	Nitrogliserin, β -bloker	Kaptopril, Nitroprussid
Akut Akciğer ödemi	Nitrogliserin, Furosemid	Kaptopril, Nitroprussid
Aort disseksiyonu	β -bloker ve Nitroprussid	Labetolol , β -bloker ve Nitrogliserin
Akut Böbrek Yetmezliği	Fenoldopam	Klevidipin , Nitroprussid
Sempatik Kriz	Fentolamin	Nitrogliserin, β -bloker



Hipertansif Acilde İlaç seçimi

Klinik	İlk Seçenek	Alternatif ilaç
İskemik İnme	Labetolol, Nikardipin	Nitrogliserin
İntraserbral Kanama	Labetolol, Nikardipin	β -bloker
Hipertansif Ensefalopati	Labetolol, Nikardipin	Nitroprussid
Eklempsi	Hidralazin, Labetolol,	Nitrogliserin
Akut Postoperatif HT	Labetolol, Nikardipin	β -bloker



Hipertansif İvedi Durumlar

- Hipertansif ivedi durumlarda ve asemptomatik ciddi hipertansiyonun akut tedavisi hastanın morbidite ve mortalitesini önleyip azaltmaz

İlaç Seçimi

İlaç	Veriliş/doz	Etkinin başlangıcı	Etki Süresi	Dikkat edilecek noktalar
Kaptopril (Kapril 25-50mg)	6,25-25 mg PO	15 dak	4-6 saat	Renal arter stenozunda kontrendike
Nifedipin (Nidilat 10mg)	10-20 mg PO/SL	5-15 dak	3-5 saat	Refleks taşikardi, ciddi hipotansiyon
Isradipin (DynaCiro-SRO 5mg)	1,25-5mg PO/SL	2 saat	30-40 dak	Hipotansiyon
Amlodipin (Norvasc 5-10 mg)	5-10 mg	1-6 saat	30-50 saat	Periferik ödem
Prazosin (Minipress 1-2-5 mg)	1-2 mg PO	1-2 saat	2-4 saat	Senkop, ortostatik hipotansiyon
Furosemid (Desal, Lasix 40 mg)	40-80 mg PO/İV	Hızlı	4-6 saat	hipovolemi

İlaç Seçimi

İlaç	Veriliş/doz	Etkinin başlangıcı	Etki Süresi	Dikkat edilecek noktalar
Methyldopa Alfamed 250 mg	250-500 mg PO 250 mg/5 ml İV	2-4 saat	12-14 saat	Sedasyon, lökopeni, trombositopeni, kemik iliği inh.
Klonidin (α_2 agonist santral etkili)	0.1-0.2 mg/ saat , maximum 0.8mg/gün	30-60 dk	6-12 saat	Sedasyon, bradikardi, ağız kuruluğu
Labetolo (Trandate100-200mg)	100-200 mg pPO	30-120 dk	8-12 saat	Bronkospazm, AV blok
Felodipin (Plendil 2.5-5-10mg)	5-10 mg PO	2-5 saat	11-16 saat	Periferik ödem

Sublingual Nifedipin; Ani ve kontrolsüz kan basıncı düşüşü, serebral ve koroner iskemi hatta ölüm yapabileceğinden kullanılmamalıdır.

Asemptomatik Hastalarda ACEP Klinik politikası

- Takip yapılabiliyorsa acilde tedavi başlamak gerekli değil
- Kan basıncının hızlı düşürülmesi gerekli değil ve zararlı olabilir
- Tedavi başlandığında kan basıncı yavaşça düşürülmeli
- Acil serviste kan basıncının normale dönmesi beklenmemeli

Ann Emerg Med. 2006;47:237-249

*ACEP:American College of Emergency Physicians

Kan Basıncı Hedefi*

- 60 yaş üstünde, diabeti ve kronik böbrek hastalığı olmayan kişilerde kan basıncı hedefi $<150/90$ mmHg'dır.
- Popülasyonun geri kalanında, altta yatan hastalık ve yaş gözetilmeksizin kan basıncı hedefi $<140/90$ mmHg'dır.

*JNC 8



Anahtar Noktalar

- Gerçek hipertansif acil, akut hedef organ disfonksiyonu varlığı ile tanımlanır
- Asemptomatik hipertansiyon acil serviste son derece yaygın. Bu hastalarda akut KB'ni düşürmek endike değildir
- Hedef organ hasarı olmadan, baş ağrısı ve göğüs ağrısı varsa aneljezik veya ansiyolitik tedavi; antihipertansif tedaviden daha çok faydalıdır.
- KB değeri değil, hasta tedavi edilmeli...