



Acil Serviste Hipertansif Hastaya Yaklaşım



Prof. Dr. Kamil DİLEK
U.Ü.T.F Nefroloji Bilim dalı

Sunum Planı

- Acil serviste hipertansiyon ve önemi
- Hipertansif hastanın triajı
- Hipertansif hastaya yaklaşım ve organ hasarının belirlenmesi
- Hipertansif hastanın tedavisi

Hipertansiyon Sıklığı

- Türkiye %31.8
- Avrupa %44
- Kuzey Amerika %28
- Kanada %27
- Dünyada >1 milyar üzeri hipertansif olgu (+)

Hipertansif olguların yaklaşık %1'i yaşamlarının herhangi bir döneminde hipertansif kriz tablosu ile acil servise başvurmakta

Kearney PM ve ark. Lancet 2005;365:217
Altun ve ark. J Hypertens 2005 Oct 23 (10):1817
Wolf Mueir K ve ark. JAMA 2003;194 (28):2363
National Heart, Lung and Blood Institute, JNC VII 2003

Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflaması

(Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 kılavuzu)

Kategori	Sistolik KB (mmHg)	Diastolik KB (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek-Normal	130-139	85-89
Hipertansiyon		
1. derece HT	140-159	90-99
2. derece HT	160-179	100-109
3. derece HT	≥ 180	≥ 110

Çalışma: ÜÜTF - Acil Servis

01/08/2003-31/10/2003 tarihleri arası

- 1192 hasta dosyası retrospektif incelendi
- 344 hastada (%28,8) KB ≥ 140/90 mmHg saptandı (E/K=182/162)
- Bu hastaların 266'sında (%76,7) HT öyküsü vardı
→ 182'si (%68,9) düzenli antihipertansif kullanıyordu
- 344 hastanın 253'ünde herhangi bir ilaç uygulanmadan ilk 10 dk içinde 2. kez yapılan KB ölçümünde 75'inde (% 29,6) KB normal ölçüldü
- 52 hastada (% 15,1) antihipertansif ilaç kullanıldı
→ 47 hastada Hipertansif "urgency", 5 hastada "emergency" durum vardı
 - ✓ 1 Hipertansif ensefalopati
 - ✓ 2 Akut aort diseksiyonu
 - ✓ 1 Akut koroner sendrom
 - ✓ 1 Akut pulmoner ödem

Demircan C. ve ark. Acil serviste hipertansiyon. I. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 22-25.10.2003 Konya

Acil Serviste Hipertansiyon

- ABD'de 250.000 hasta vizitinde %14 (2005)
- Brezilya'da
1012 hasta vizitinde %19.5
Gerçek hipertansif kriz % 16
Uygunsuz antihipertansif tedavi %52
- Brezilya'da bir başka çalışmada uygunsuz tedavi:
Özel hastanede %59
Devlet hastanelerinde %37
Kardiyolog veya diğer hekimlerde oran aynı

Arq Bras Cardio 2008, 90:247-251
Arq Bras Cardio 2007, 88:514-519

Kan Basıncı Yüksekliği ile Acil Servise Başvuran Hastada Acil Servis Hekiminin Görevleri

- Hipertansif hastanın triajını yapmak
- Hipertansif acil durumlarda hayatı tehdit eden organ hasarlarını belirlemek
- Gerçek hipertansif acillerde hızlı ve intravenöz tedavi planlamak
- Diğer hipertansif durumlarda oral tedavi düzenlemek
- Hastanın ilgili polikliniklerde düzenli takibini sağlamak

Anamnez

- Hipertansiyon süresi ve şiddeti
- Kullandığı ilaçlar:
 - ✓ Antihipertansif tedaviye uyum
 - ✓ Oral kontraseptif, MAO inhibitörleri, NSAİD
- SSS; baş ağrısı, çift görme, bulanık görme
- KVS; göğüs ağrısı, nefes darlığı, ödem, çarpıntı, tremor,
- Konvülsyon
- Burun kanaması
- Gebelik, kilo alımı, ciltte incelleme
- Comorbid durumlar:
 - ✓ Sol ventrikül hipertrofisi
 - ✓ Stroke
 - ✓ Myokard infarktüsü
 - ✓ Kronik böbrek hastalığı

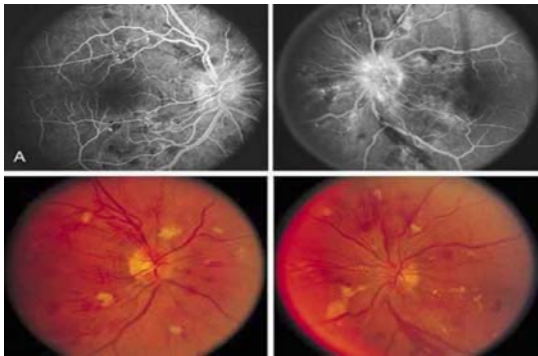
Fizik Muayene

- Kan basıncı ölçümü:
 - ✓ Doğru ölçüm, birkaç kez ölçüm
 - ✓ Her iki koldan ayrı ayrı ve alt ekstremitte ölçümü
- Kardiyovasküler muayene:
 - ✓ Juguler venöz dolgunluk, ödem, dehidratasyon
 - ✓ Abdomen oskültasyonu, S3 galo
 - ✓ Periferik nabızın muayenesi
- Solunum sistemi muayenesi:
 - ✓ Raller, volüm statüsünün belirlenmesi
- Nörolojik sistem muayenesi
 - ✓ Mental status
 - ✓ Taraf bulguları

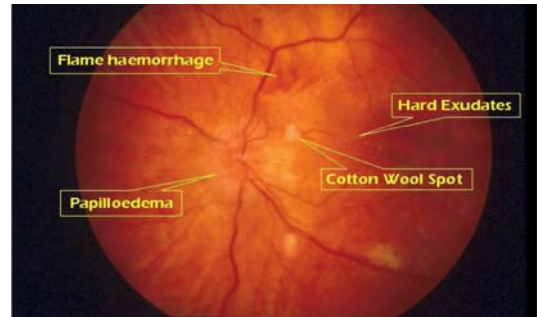
Fizik Muayene

- Göz dibi muayenesi:
 - ✓ Hemoraji, eksuda → grade 3 hipertansif retinopati
 - ✓ Hemoraji, eksuda, papil ödemi → grade 4 hipertansif retinopati

Evre 3 Hipertansif Retinopati



Evre 4 Hipertansif Retinopati



Laboratuvar İncelemeler

➤ Biyokimyasal panel

- ✓ Kan şekeri
- ✓ Üre-kreatinin
- ✓ Serum potasyum
- ✓ Serum sodyum
- ✓ Tam idrar analizi

➤ EKG

➤ Telegrafi

➤ Kranial CT

➤ Kranial MR

Nörolojik bulgular ışığında

ABD'de acil serviste tetkik isteme oranları:

- ✓ Biyokimyasal panel %73
- ✓ EKG %53
- ✓ İdrar analizi %43

Kan Basıncı Yüksekliği ile Acil Servise Başvuran Hastada Acil Servis Hekiminin Görevleri

➤ Hipertansif hastanın triajını yapmak

➤ Hipertansif acil durumlarda hayatı tehdit eden organ hasarlarını belirlemek

➤ Gerçek hipertansif acillerde hızlı ve intravenöz tedavi planlamak

➤ Diğer hipertansif durumlarda oral tedavi düzenlemek

➤ Hastanın ilgili polikliniklerde düzenli takibini sağlamak

Acil Serviste Hipertansif Hastanın Triajı

	Şiddetli hipertansiyon	İvedi Hipertansiyon	Acil Hipertansiyon
Kan basıncı	>180/110 mmHg	>180/110 mmHg	>220/140 mmHg
Semptomlar	Asemptomatik Başağrısı	Şiddetli başağrısı Dispne, ödem	Göğüs ağrısı, ağır dispne Fokal nörolojik defisit Mental durum değişikliği
Bulgular	Akut hedef organ hasarı yok	Hedef organ hasarı genellikle yoktur Kreatinin yükseldiği olabilir	Hayatı tehdit eden organ hasarı (AMI, İnme, ARY, Kalp yetmezliği)
Kan basıncı Hedefi	Günler içinde	24-72 saat	2 saat içinde %15-25
Tedavinin yeri	Ayaktan	Genellikle ayaktan	Hastanede Yoğun bakımda
Tedavi	Uzun etkili oral ajanlar	Hızlı etkili oral ajan Nadiren IV tedavi	IV tedavi
İzlem	3-7 gün	24-72 saat	Taburculuktan sonra düzenli takip

Acil Hipertansiyon

- Kronik hipertansif olgular SKB >200 mmHg, diyastolik KB >150 mmHg iken uç organ hasarının klinik semptom ve bulguları gelişmeksizin bu değerleri tolere edebilirler
- KB'nın ani yükselmesi ile seyreden bazı durumlarda ise; (Eklampsi, akut glomerulonefrit vb) bu değerlerden daha düşük KB varlığında bile (160/100 mmHg) hipertansif acil durum gelişebilir
- Acil hipertansiyon ve ivedi hipertansiyonu ayırt etmekte kan basıncı eşik değeri yoktur.

➤ Ayırıcı tanıyı belirleyen uç organ hasarıdır

Tanı rakamlarla değil, hastanın kliniği ile konur

Acil Hipertansiyon

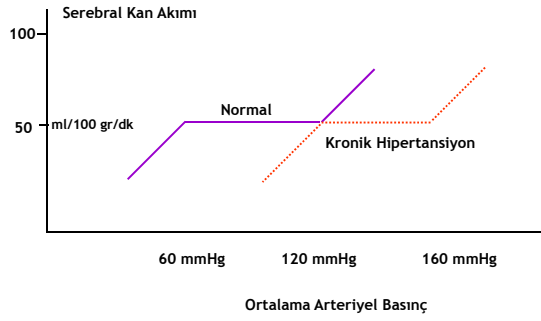
- Akut koroner sendrom (Akut MI, unsAP)
- Hipertansif sol ventrikül yetersizliği, Akut pulmoner ödem
- Akut aort diseksiyonu
- Hipertansif ensefalopati
- Serebral kanama, infarkt, SAK
- Şiddetli preeklampsi veya eklampsi, HELLP sendromu
- Feokromositoma
- Hızlı ilerleyen renal yetmezlik ile birlikte olan malign HT
- Postop sütür yerlerinden kanama
- Amfetaminler, LSD, kokain veya ekstazi kullanımı

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 kılavuzu

Acil Hipertansiyonda Semptom ve Bulgular

- Genel Semptomlar: Terleme, ateş basması, nefes darlığı, ölüm korkusu, kulak çınlaması, burun kanaması
- Serebrovasküler komplikasyonlar: Generalize başağrısı, baş dönmesi, bulantı, fokal nörolojik bulgular, konvülsiyon, koma
- Kardiyovasküler Komplikasyonlar: Çarpıntı, ritm bozuklukları, göğüs ağrısı, dispne
- Oküler Komplikasyonlar: Noktalı görme, görme defektleri, diplopi ve körlük
- Renal Komplikasyonlar: Proteinüri, oligüri ve/veya hematüri

Otoregülasyon



Normotansif ve kronik hipertansif hastalarda serebral otoregülasyon

Sistemik Vasküler Direnç Artışı

- Kan basıncındaki şiddetli yükselme hemen daima vasküler direnç artışı ya da şiddetli vasokonstriksiyon ile birlikte dir
- Damarlarda şiddetli vazokonstriksiyona bağlı mekanik stres;
 - ✓ Endotel hasarı, geçirgenliğin artması
 - ✓ Koagülasyon kaskadı ve trombositlerin aktivasyonu
 - ✓ Arteriyollerde fibrinoid nekroz gelişimine yol açar
- Bu süreç damarlarda yaygın hasarlanmayla birlikte uç organ perfüzyon bozukluğu, iskemi ve disfonksiyonuna yol açar

RAS aktivasyonu önemli role sahiptir

Geçici Hipertansiyon

Önemli KB artışı izlenen tıbbi ve cerrahi stresler
Antihipertansif tedavi önerilmez

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| ✓ Hipoglisemi | ✓ Hipoksi-Hiperkarbi |
| ✓ Şiddetli ağrı | ✓ Asidoz |
| ✓ Akut pankreatit | ✓ Anksiyete |
| ✓ Fazla sıvı yüklenmesi | ✓ Postop dönem |
| ✓ Soğukta kalmak | ✓ Yanık |
| ✓ Akut porfiri | |
| ✓ Beyaz gömlek hipertansiyonu | |
| ✓ Ekstremitelere turnike uygulanması | |

Kan Basıncı Yüksekliği ile Acil Servise Başvuran Hastada Acil Servis Hekiminin Görevleri

- Hipertansif hastanın triajını yapmak
- Hipertansif acil durumlarda hayatı tehdit eden organ hasarlarını belirlemek
- Gerçek hipertansif acillerde hızlı ve intravenöz tedavi planlamak
- Diğer hipertansif durumlarda oral tedavi düzenlemek
- Hastanın ilgili polikliniklerde düzenli takibini sağlamak

Acil Hipertansiyon

- Tedavi ilkeleri:
 - ✓ KB yüksekliğinin derecesi tedavinin rehberi değildir
 - ✓ Uç organ hasarının gelişimi önemlidir
 - ✓ KB değil hasta tedavi edilmelidir
- Tedavide temel ilke; KB kademeli olarak düşürülmelidir
- KB düşürmede hedef;
 - ✓ İlk etap: OAB → %15-25 düşürülmeli
 - ✓ HK.lerde; 30-60 dk içinde
- Yaşlı hastalar hızlı KB düşürülmesine daha duyarlıdır

Acil Hipertansiyon

- KB'nın hızla normal sınırlara getirilmesi;
 - ✓ Serebral
 - ✓ Renal
 - ✓ Kardiyak kan akımını bozar
- Bu organlarda iskemi ve infarktlar sonucunda morbidite ve mortalite artar

Hipertansif Kardiyak Aciller

- Akut pulmoner ödem ile birlikte HT →
NG, Furosemid, NP
- Akut koroner sendrom ile birlikte HT →
NG, β-bloker, Labetolol, NP
- Koroner bypass cerrahisi sonrası gelişen HT →
NG, β-bloker, Labetolol, NP

Akut Aort Diseksiyonu

- Klinik:
 - ✓ Ani, şiddetli ve devamlı göğüs ve sırt ağrısı
 - ✓ Nörolojik defisit
 - ✓ Ekstremiteler arasında KB ve nabız farklılıkları
- Laboratuvar:
 - ✓ Akciğer grafisi → Mediastende genişleme
 - ✓ Thoraks CT, Transözofagial Eko KG, Angiografi

Akut Aort Diseksiyonu

- Sistolik KB 20 dk'dan kısa sürede **120 mmHg** altına düşürülmeli, izleyen saatler içinde de normotansif düzeyler sağlanmalı
- Kalp hızının **60-80/dk** olması sağlanmalı
- Ventriküler kontraktilite gücü ve hızı azaltılmalı
- Tedavi:
 - ✓ NP + β-bloker
 - ✓ NG + β-bloker
 - ✓ Trimetafan + β-bloker (Esmolol)
 - ✓ Labetolol

Hipertansif Serebrovasküler Aciller

	Hipertansif ensefalopati	Serebral tromboz	İntraserebral kanama	Subaraknoid kanama	Geçici İskemi
Başlangıç	Subakut	Akut	Hızlı	Hızlı	Hızlı
Nörolojik Bulgular	24-48 saat ↑	Birkaç saat	Dk - Saat	Dk	Yok
Bilinç Bozukluğu	Geç	Bilateral veya beyin sapında olmadıkça yok	Olağan	Olağan	Yok
Diğer Semptomlar	Progresif Baş ağrısı Letarji	Öncesinde Muhtemel TIA	Ani baş ağrısı ve kusma		Yok
Fokal bulgular	Geçici	Sabit	Sabit	Sıklıkla	Mevcut Kısa süreli
BOS Bulguları	Basıncı ↑	Şiddetli ödem Olmadıkça N	Sıklıkla kanlı Basıncı ↑	Kanlı Basıncı ↑	Normal

Tedavi: NP, Labetolol, Nicardipin, Nimodipin

Hipertansif Ensefalopati

- Hızlı ve aşırı KB artışı → Serebral otoregülasyon bozulur → Diffüz serebral disfonksiyon
- Serebral ödem, peteşial kanama, iskemik mikroinfarktus
- Klinik:
 - ✓ Şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, bilinç değişiklikleri, fokal/generalize nörolojik bulgular, konvulsyonlar, görme bozuklukları, göz dibi değişiklikleri
 - ✓ Klinik tablo 24-72 saat içinde yavaş olarak gelişir
- Laboratuvar:
 - ✓ Kranyal CT → Serebral ödem
- Tedavi: NP, Labetolol, Nicardipin, Diazoksid

Kafa İçi Kanama

- Serebral kan akımını bozma dışında KB'nı düşürmek amaçlanmalı
- KB >230/140 mmHg ise IV Nitroprussid
- KB; 180-230/105-140 mmHg ise IV Labetolol, Nicardipine
- **KB <180/105 mmHg ise tedavisiz izlem**

İskemik İnme

- KB <220/120 mmHg iken başka bir uç organ hasarı yoksa tedavi verilmez
- Sistolik KB ≤220, DKB; 121-140 mmHg ise (Labetolol, Nicardipine)
- Diyastolik KB ≥140 mmHg ise Nitroprussid
- İlk 24 saatte KB %10-15 düşürülmeli
- KB ≥185/110 mmHg iken trombolitik tedavi planlanıyorsa parenteral tedavi ile
- KB ≤180/105 mmHg'ya düşürülmeli (Tercih IV Labetolol veya Nitroglicerine)

Hiperkatekolaminemi ile ilişkili Hipertansif Aciller

- MAOI ile ilaç ve gıda etkileşimi
Sempatomimetik, TAD, Tiramin içeren gıda
- Güçlü sempatomimetik etkili ilaç kullanımı
Kokain, Amfetamin, LSD
- Withdrawal sendromu (Rebound HT)
Klonidin, Guanabenz, **β-bloker**
- Tedavi: Fentolamin, NP + β-bloker, NG + β-bloker, α-bloker, Labetolol

Feokromositoma

- Adrenerjik sistem kromaffin hücre tümörüne bağlı gelişir
- Tm.lerin %90'ı adrenal bezlerde
- Klinik: Ataklar şeklinde HT, baş ağrısı, terleme, çarpıntı, bulantı, kusma, anksiyete, flushing, ishal, karın ağrısı
- Laboratuvar:
 - ✓ İdrarda metanefrin, VMA tayini, kanda KA tayini,
 - ✓ Abdominal CT
- Tedavi:
 - ✓ Cerrahi → Tm rezeksiyonu en kesin çözümdür
 - ✓ Atak tedavisi → Fentolamin, NP + β-bloker,
 - ✓ NG + β-bloker, α-bloker, Labetolol

Dikkat: β-bloker ilk ilaç olarak verilmemelidir

Ülkemizde Acil Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Parenteral İlaçlar

İlaç/Jenerik	Preparat Adı	Ticari Şekli
Nitroglycerin	Nitroglycerin Perlinganit	25 mg ampul 10 mg ampul
Nitroprusside	Nipruss	60 mg ampul
Esmolol	Brevibloc	10 ml flakon 250 ml hazır solüsyon (10 mg/ml)
Furosemide	Lasix Desal	20 mg/ml ampul 20 mg ampul
Metoprolol	Beloc Amp.	5 mg Amp.
Nimodipin	Nimetop Amp	10 mg. Amp.

Sodyum Nitroprussid

- Nitrat türevidir
- Arterioller ve venöz dilatasyon yapar
- Sempatik SS üzerine etkisi yoktur
- Tüm acil hipertansiyonlarda kullanılabilir
- AKS'da koroner çalma etkisi yapabilir
- 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

Nitroglicerine

- Nitrat preparatıdır
- Venöz ve daha az arterioller dilatasyon yapar
- Koroner vazodilatasyon yapar
- A. Koroner sendrom ve Akut pulmoner ödemde ilk seçenek
- Yan etkileri: Baş ağrısı, flushing, taşikardi, nitrat intoleransı
Yüksek doz kullanımda → Methemoglobinemi
- Etkisi: 2-4 dk da başlar, 2-4 dk sürer
- Doz: 10-100 µg/dk İV infüzyon
- Preparat: Perlinganit amp - 10 mg NG

Metoprolol

- Selektif β -1 reseptör blokeridir
- Parsiyel agonist etkisi (ISA) yoktur
- A. Koroner sendrom, Aort diseksiyonu veya sempatik hiperaktivite ile birlikte olan HA'lerde tercih edilir
- Etkisi: (IV amp) 5-10 dk da başlar, 2-4 saat sürer
- Doz: İV amp; 5 mg, 5-10 dk aralarla tekrarlanabilir
- Preparat: Beloc amp -5 mg

Esmolol

- Selektif β -1 reseptör blokeridir
- A. Koroner sendrom, Aort diseksiyonu veya sempatik hiperaktivite ile birlikte olan HA'lerde tercih edilir
- Etkisi: (IV amp) 1-5 dk.da başlar, 10-20 dk sürer
- Doz: İV bolus-0.5-1 mg/kg sonra 50-300 μ g/kg/dk İV infüzyon
- Preparat: Brevibloc flk -10 mg
Brevibloc premix -10 mg/ml-250 ml

Furosemid

- Potent loop diüretikidir, Henle kulpunun çıkan kalın kolunda sodyum ve su reabsorpsiyonunu azaltır
- Ayrıca renal PGE2 sentezini de artırır
 - ✓ İV kullanımda vazodilatasyon etkisi daha önce
 - ✓ Vazodilatasyon pulmoner sahada daha belirgin
- Akut pulmoner ödem ve hipervolemide tercih edilir
- Etkisi: (İV amp) 10-15 dk da başlar 30-60 dk.da maksimuma ulaşır, 2-3 saat sürer
- Doz: İV 40-120 mg
- Preparat: Lasix amp - 20 mg

Nimodipin

- Kalsiyum kanal blokeridir
- Arterioller vazodilatasyon yapar, serebral vazodilatasyon yapıcı etkisi belirgin
- Endikasyonu: SAK
- Doz: İV; 1-2 mg/saat infüzyon
- Yan etkileri: baş ağrısı, flushing
- Preparat: Nimotop inf solüsyonu - 10 mg

Hipertansif Acil Durumlarda İlaç Seçimi

Klinik durum	İlk seçenek	Alternatif ilaç
Hipertansif ensefalopati	NP	Nic, Lab, Dia
Serebrovasküler olay	NP, Nic, Nim,	Lab
Akut koroner sendrom	NG, β -bloker	Kaptopril, Lab, NP
Akut pulmoner ödem	NG, Furosemid	Kaptopril, NP
Akut aort diseksiyonu	NP+ β -bloker	Trim+ β -bloker, Lab, NG+ β -bloker

Hipertansif Acil Durumlarda İlaç Seçimi

Klinik durum	İlk seçenek	Alternatif ilaç
Feokromositoma ve diğer adrenerjik krizler	Fentolamin, NP+ β -bloker	NG+ β -bloker, Lab,
Eklampsi	Hid, Lab	NP, NG
Akselere-malign hipertansiyon	Fenoldopam, NP	Lab
Postoperatif hipertansiyon	NP, NG	Lab

Kan Basıncı Yüksekliği ile Acil Servise Başvuran Hastada Acil Servis Hekiminin Görevleri

- Hipertansif hastanın triajını yapmak
- Hipertansif acil durumlarda hayatı tehdit eden organ hasarlarını belirlemek
- Gerçek hipertansif acillerde hızlı ve intravenöz tedavi planlamak
- Diğer hipertansif durumlarda oral tedavi düzenlemek
- Hastanın ilgili polikliniklerde düzenli takibini sağlamak

İvedi Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Oral İlaçlar

İlaç	Doz	Pik Zamanı	Yarı Ömrü	Yan Etkiler
Kaptopril	12.5-25 mg po	15-60 dk	1.9 saat	RAS varlığında böbrek yetmezliği
Labetolol	200-400 mg po	20-120 dk	2.5-8 saat	Bulantı, kalp bloğu, bronkospazm, miyokard kontraktilesinde azalma
Furosemide	25-50 mg po	1-2 saat	0.5-1.1 saat	Hipovolemi
Amlodipine	5-10 mg po	1-6 saat	30-50 saat	Çarpıntı, baş ağrısı, flushing, periferik ödem
Felodipine	5-10 mg po	2-5 saat	11-16 saat	Çarpıntı, baş ağrısı, flushing, periferik ödem
İsradipine	5-10 mg po	1-1.5 saat	8-16 saat	Çarpıntı, baş ağrısı, flushing, periferik ödem
Pirazosin	1-2 mg po	1-2 saat	2-4 saat	Senkop, çarpıntı, ortostatik hipotansiyon

Roset EA ve ark. ESH 2006;7:28

Ülkemizde İvedi Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Oral İlaçlar

İlaç/Jenerik	Preparat adı	Ticari şekli
Captopril	Kapril, Kaptopril	25-50 mg tb
Felodipine	Plendil	2.5-5-10 mg film tb
İsradipine	DynaCirc-SRO	5 mg kapsül
Amlodipin	Norvasc-Amlodis	5-10 mg tb
Methyldopa	Alfamed	250 mg film tb
Prazosin	Minipress	1-2-5 mg tb

- En uygun yaklaşım hastanın kendi tedavisinin devamının önerilmesidir

Ann Emerg Med. 2003;41:530-531

- DKB 115-129 arasında olan end organ hasarı olmayan olgularda 6 aylık takiplerinde mortalite %0
Acil hipertansiyonda 6 aylık mortalite %21

JAMA. 1967;202:1028-1034

- İvedi hipertansiyonu hızlı düşürmek bazen felaketle sonuçlanabiliyor

Ann Intern Med. 1987; 107:185-186
JAMA 1996;276:1328-1331

Özet ve Vurgulamalar

- Acil servise müracaat eden hipertansif hastanın triajı dikkatli yapılmalı
- Organ hasarının varlığında acil hipertansiyon kabul edilerek intravenöz tedavi planlanmalı
- Mümkünse bu hasta yoğun bakım kliniğinde takip edilmeli
- Ani kan basıncı düşüşlerine müsaade edilmemeli
- İvedi hipertansiyon varlığında oral antihipertansif preparatlar kullanılmalı
- Sublingual Nifedipin acil ve ivedi hipertansiyon tedavisinde asla kullanılmamalı