HİPERTANSİYON

Tıp Fakültesi 3. Sınıf • 23 Ekim 2026

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Burak İşleyen
Kardiyoloji



Doğru ölç → doğrula → riski değerlendir → hedefe tedavi et

Kan basıncı bir sayıdan fazlasıdır

BÜYÜK RESİM

Kardiyovasküler risk, kan basıncı arttıkça sürekli yükselir.

Tanı sınırı klinik karar için gereklidir; biyolojik risk ise kesintisizdir.

2024 ESC sınıflaması

★ BİLMEK ZORUNDASIN

<120/70

Yüksek olmayan BP

<120/70 mmHg

120–139

Yükselmiş BP

120–139 ve/veya 70–89 mmHg

≥140/90

Hipertansiyon

Ofis BP ≥140/90 mmHg

Kaynak: 2024 ESC Hypertension Guideline

Tanıdan önce doğru ölç

ÖLÇÜM

5 dk dinlen

Sırt destekli, ayaklar yerde

Doğru manşet

Kol çevresine uygun

İlk vizitte iki kol

Yüksek olan kolu izle

Tek ölçüm yetmez

Tekrarlı ölçüm / ev / ABPM

Ofis dışı ölçüm neden önemli?

HBPM / ABPM

Beyaz önlük

Ofiste yüksek, ev/ABPM normal.

Maskeli hipertansiyon

Ofiste normal, ev/ABPM yüksek.

Hipertansiyon çoğu zaman sessizdir

KLİNİK

Baş ağrısı yok diye hipertansiyon yok diyemezsin.

Tanı çoğu kez semptomdan değil, doğru ölçümden konur.

Primer mi, sekonder mi?

ETİYOLOJİ

Primer hipertansiyon

Olguların büyük çoğunluğu; çok faktörlü.

Sekonder hipertansiyon

Belirlenebilir bir neden vardır; seçilmiş hastada araştırılır.

Sekonder neden için alarm

⚠ DİKKAT

Genç yaş / ani başlangıç

Renal, endokrin ve uyku apnesi nedenlerini düşün.

Dirençli hipertansiyon

Renal, endokrin ve uyku apnesi nedenlerini düşün.

Hipokalemi

Renal, endokrin ve uyku apnesi nedenlerini düşün.

Böbrek / endokrin ipucu

Renal, endokrin ve uyku apnesi nedenlerini düşün.

Hedef organ hasarı

RİSK

Kalp

LVH • HF • AF

Beyin

İnme • kognitif etkiler

Böbrek

Albüminüri • CKD

Göz / damar

Retinopati • PAD

Riski sadece BP belirlemez

TOPLAM RİSK

Yaş, sigara, lipitler, diyabet, CKD ve mevcut CVD kararı değiştirir.

Aynı BP değeri iki hastada aynı risk anlamına gelmez.

Yaşam tarzı tedavidir

TEDAVİ

Tuz azalt

Daha az işlenmiş gıda

Kilo yönet

Fazla kilo BP'yi yükseltir

Egzersiz

Düzenli aerobik aktivite

Alkol / sigara

Azalt / bırak

İlk basamak ilaç mantığı

FARMAKOLOJİ

1

RAAS blokajı

ACEi veya ARB

2

Kalsiyum kanal blokeri

DHP-CCB

3

Diüretik

Tiyazid / tiyazid-benzeri

Kaynak: 2024 ESC Hypertension Guideline

Çoğu hastada kombinasyon gerekir

FARMAKOLOJİ

Tek hap kombinasyonu uyumu kolaylaştırabilir.

ACEi + ARB birlikte kullanılmaz.

Kaynak: 2024 ESC Hypertension Guideline

Tedavi hedefi

★ BİLMEK ZORUNDASIN

120–129 / 70–79 mmHg

Çoğu erişkinde, iyi tolere edilirse hedef tedavi aralığı

Kırılganlık, semptomatik ortostaz ve ileri yaş gibi durumlarda hedef bireyselleştirilir.

Kaynak: 2024 ESC Hypertension Guideline

Dirençli hipertansiyon

ZOR OLGU

Önce gerçek direnç mi diye doğrula.

Uyum, ölçüm hatası, beyaz önlük, ilaçlar ve sekonder nedenler dışlanmadan “dirençli” deme.

Hipertansif acil durum

ACİL

Şiddetli BP + akut organ hasarı

Ensefalopati, aort diseksiyonu, akut pulmoner ödem vb.

Şiddetli BP ama akut hasar yok

Tek başına sayı, IV hızlı düşürme endikasyonu değildir.

Aort diseksiyonunda BP mantığı farklıdır

KLİNİK BAĞLANTI

Akut aortik sendromda hedef “anti-impulse” tedavidir.

Bu nedenle standart kronik hipertansiyon hedefleri akut diseksiyona uygulanmaz.

Klinik vaka

? SEN KARAR VER

52 yaş • rutin kontrol

Ofis BP 148/92 ve 146/90 mmHg. Ev ölçümleri 132–136/82–86 mmHg.

Tanıyı nasıl doğrularsın?

Beyaz önlük olabilir mi?

Risk faktörlerinde ne ararsın?

Hipertansiyonu 5 adımda yönet

SON 60 SANİYE

1	2	3	4	5
Doğru ölç	**Doğrula**	**Riski hesapla**	**Yaşam tarzı + ilaç**	**Hedefe ulaştır**

Takip ve tedavi uyumu, ilk reçete kadar önemlidir.

Olmazsa olmazlar

KAYNAK & ÖZET

- **Hipertansiyon: ofis BP ≥140/90 mmHg.**
- **Yükselmiş BP: 120–139 ve/veya 70–89 mmHg.**
- **Tanıyı doğru ve tercihen ofis dışı ölçümle doğrula.**
- **Çoğu erişkinde iyi tolere edilirse hedef 120–129/70–79 mmHg.**
- **Akut organ hasarı yoksa yüksek BP tek başına “acil” değildir.**

Temel kaynak: 2024 ESC Guidelines for the Management of Elevated Blood Pressure and Hypertension