



TÜRK
HİPERTANSİYON
UZLAŞI RAPORU 2025

AKADEMİK
GERİATRİ
DERNEĞİ

TÜRK
HİPERTANSİYON
UZLAŞI RAPORU

2025

Katılımcı Dernekler

 TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ (TKD)

 TÜRK İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEĞİ (TİHUD)

 TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA DERNEĞİ (TEMD)

 TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ (TND)

 TÜRK HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ (THBHD)

 TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLIK DERNEĞİ (TAHUD)

 AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ (AGD)

2025 Uzlaşı Raporu Kurulu



TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ (TKD)

Prof. Dr. Mehmet Akif Düzenli

Prof. Dr. Sinan Aydoğdu

Prof. Dr. Hülya Çiçekçioğlu



TÜRK İÇ HASTALIKLARI UZMANLIK DERNEĞİ (TİHUD)

Prof. Dr. Kerim Güler

Prof. Dr. Tufan Tükek

Prof. Dr. Bülent Özın



TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA DERNEĞİ (TEMĐ)

Prof. Dr. Mustafa Cesur

Prof. Dr. İbrahim Şahin

Prof. Dr. Alper Sönmez



TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ (TND)

Prof. Dr. Şükrü Ulusoy

Prof. Dr. Mustafa Arıcı

Prof. Dr. Gülsüm Özkan



TÜRK HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ (THBHD)

Prof. Dr. Bülent Altun

Prof. Dr. Ülver Derici

Prof. Dr. Serpil Müge Değer



TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLIK DERNEĞİ (TAHUD)

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

Prof. Dr. Cüneyt Ardiç



AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ (AGD)

Prof. Dr. Gülistan Bahat-Öztürk

Prof. Dr. Sevgi Aras

GİRİŞ

Tanım ve Sınıflandırma

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

TEDAVİ

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

İlaç Tedavisi

İlaç Seçimi ve Tedavi Algoritması

SPEŞİFİK TANILAR

Dirençli Hipertansiyon

İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole Diyastolik Hipertansiyon

Ortostatik Hipotansiyon

Hipertansif Acil Durumlar

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

EK KARDİYOYASKÜLER VE RENAL KORUMA TEDAVİLERİ

Genel Prensipler

Asetilsalisilik asit

Statin

SGLT2 inhibitörleri

GLP-1 RA ve ikili GIP/GLP-1 RA

TAKİP SÜRECİ

Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların Takibi

İlaç Uyumu ve Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi

GİRİŞ

Tanım ve Sınıflandırma

HİPERTANSİYON, hekim tarafından yapılan standardize poliklinik kan basıncı ölçümlerinde:

- Sistolik kan basıncının **≥ 140 mmHg**
ve/veya
- Diyastolik kan basıncının **≥ 90 mmHg** olmasıdır.

Hipertansiyon – Sınıflandırma

Kategori	Sistolik kan basıncı (mmHg)		Diyastolik kan basıncı (mmHg)
Normal kan basıncı	<120	ve	<80
Artmış kan basıncı	120–139	veya	80–89
Hipertansiyon	≥140	veya	≥90
Evre 1 Hipertansiyon	140–159	veya	90–99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	veya	≥100

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

Otomatik ve Manuel Ölçüm – Temel Prensipler



Otomatik osilometrik ölçüm

- Oturur pozisyonda, en az 5 dk dinlenme sonrası
- 15-30 dakika içinde sigara/kahve tüketimi veya egzersiz olmamalı
- Kişi mesanesini boşaltmış olmalı ve kolda giysi olmamalı
- Avuç açık, kol kalp seviyesinde destekli olmalı
- Kol çevresine uygun manşonlu cihaz kullanılmalı
- Bir seferde 1-2 dakika arayla, en az iki ölçüm yapılarak, iki ölçüm arasında >10 mmHg fark varsa, ardışık ölçümler sonrası son iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir.
- İki koldan da ölçüm yapılarak bu ölçümlerde SKB farkı >20 mmHg ise neden araştırılmalı
- Sonraki ölçümler kan basıncının yüksek olduğu koldan yapılmalı



Manuel aneroid ölçüm

Manuel Aneroid Ölçüm

B



Manuel aneroid ölçüm

- Özellikle **nabız düzensizliği** olan hastalarda önerilir.
- Steteskop ve aneroid KB ölçüm cihazı kullanılarak yapılır.
- Manşonun alt kısmı antekübital fossanın **2 cm üstünde olmalı**
- Antekübital bölgede **brakial arter** palpe edilmeli
- Steteskop brakial arter üzerine, **üstü açıkta kalacak şekilde** yerleştirilmeli
- Manşon brakial nabızın kaybolduğu noktanın **20 mmHg üstünde** olacak şekilde hızlıca şişirilmeli
- Manşonun havası saniyede **2-3 mmHg olacak şekilde** indirilirken **ilk nabızın hissedildiği nokta** (Korotkof I), **SKB** olarak kaydedilmeli
- **Seslerinin kaybolduğu nokta** (Korotkof V), **DKB** olarak kaydedilip manşon hızlıca indirilmeli



Ambulatuvar ölçüm

- Hasta üzerinde 24 saat taşınan özel bir cihaz
- Tanı ve takipte — **İdeal ölçüm yöntemi**

Ölçümler:

- Gündüz **15-30 dakikada bir**
- Gece **30-60 dakikada bir**
- Gece-gündüz ayarları hastanın **uyku-uyanıklık** dönemlerine göre ayarlanmalı
- Üst kola (aktif kullanılmayan kol) uygun manşon kullanılarak yapılmalı

Hastanın bilgilendirilmesi:

- Günlük **aktivitelerin devamı** önerilmelidir.
- Her **ölçümde** kol gevşekken **hareketsiz** kalınmalıdır.
- Cihaz **çıkarılmamalıdır.**
- Banyo **yapılmamalıdır.**
- **Günlük** tutulmalıdır.

EKBÖ ve AKBÖ: Karşılaştırma

	EKBÖ Onaylı cihaz, standart teknik	AKBÖ Onaylı cihaz, standart teknik
Klinik kullanım		
HT tanısını doğrulama	++	+++
Maskeli ve beyaz önlük HT tanısı	+++	+++
Nokturnal KB yüksekliği	-	+++
Sabah KB yüksekliği	++	+++
Gerçek dirençli HT tanısı	++	+++
Gebelikte HT	+	+++
Postural hipotansiyon	+	+++
24 saatlik KB kontrolü	+	+++
Kan basıncı değişkenliği	++	+++
Uzun dönem takip	+++	+
Ana endikasyon	Tedavi altındaki hastalarda uzun dönem takip	HT tanısı
HT tanısı için eşik değerler	• $\geq 135/85$ mmHg	• $\geq 135/85$ mmHg (gündüz) • $\geq 130/80$ mmHg (gün boyu) • $\geq 120/70$ mmHg (gece)
Ölçüm sıklığı	• 5 gün sabah akşam 1-2 dk ara ile en az 2'ser ölçüm • Uzun dönem takipte ayda 1 hafta	• Gündüz 15-30 dk'da bir, gece 30-60 dk da bir ölçüm • Gündüz 20, gece 7 geçerli ölçüm veya 24 saatte %70 geçerli ölçüm
AKBÖ: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü; EKBÖ: Ev Kan Basıncı Ölçümü; HT: Hipertansiyon; KB: Kan basıncı		

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

HİPERTANSİYON TANISI İÇİN EŞİK DEĞERLER			
Ölçüm yöntemi	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Poliklinik	≥140	ve/veya	≥90
Ev	≥135	ve/veya	≥85
Ambulatuar kan basıncı			
24 saatlik ortalama	≥130	ve/veya	≥80
gündüz ortalaması	≥135	ve/veya	≥85
gece ortalaması	≥120	ve/veya	≥70

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı

Poliklinik Kan Basıncı Ölçümü $\geq 140/90$ mmHg^{1,2}

SKB $\geq 140-159$ ve/veya
DKB $\geq 90-99$ mmHg

En geç 4 hafta
içinde

SKB $\geq 160-179$ ve/veya
DKB $\geq 100-109$ mmHg

En geç 2 hafta
içinde

SKB ≥ 180 ve/veya
DKB ≥ 110 mmHg³

Kan basıncı ölçümü

- **Ev:** SKB ≥ 135 veya DKB ≥ 85 mmHg
veya
- **Ambulatuvar:** SKB/DKB $\geq 135/85$ mmHg (gündüz)
 $\geq 130/80$ mmHg (gün boyu)
 $\geq 120/70$ mmHg (gece)
veya
- **Poliklinik:** SKB ≥ 140 veya DKB ≥ 90 mmHg

HİPERTANSİYON

DKB: Diyastolik kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı
¹Kan basıncı ölçümü ilk muayenede iki koldan ayrı ayrı yapılmalı ve takiplerde yüksek ölçülen kol kullanılmalıdır. En az iki ölçüm yaparak hastanın kan basıncı ortalamasına göre tanı akışı kullanılmalıdır. İki ölçüm arasında 10 mmHg dan daha fazla fark varsa üçüncü ölçüm de yapılmalıdır. Ortostatik hipotansiyon dışlanmalıdır

² Bu ölçümler sırasında öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar incelemelerinin yapılması önerilir. Ev kan basıncı veya ambulatuvar KB ölçümü imkanı olmayan hastalarda, laboratuvar sonuçlarını getirdikleri zaman yeniden ölçüm yapılarak tanı konulması önerilir.

³ Hastanın kan basıncı bu değerlerde ise bir iki kez daha ölçülmelidir. Bu değerler devam ediyorsa, hastaya hipertansiyon tanısı hemen konulmalıdır.

KB <140/90 mm Hg – İzlem

İlk Değerlendirmede Kan Basıncı <140/90 mmHg Olan Hastalarda Kan Basıncı Takibi Önerileri

Normal KB

SKB<120 mmHg
ve
DKB <80 mmHg



**Yılda bir
ev veya poliklinik ölçümü**

Artmış KB

SKB=120-139 mmHg
ve/veya
DKB=80-89 mmHg



**3-6 ayda bir
ev veya poliklinik ölçümü**

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

Hipertansiyon **tanı aşamasında** yapılması gereken tetkikler:

- Tam kan sayımı

- Açlık plazma glukozu ve/veya HbA1c
- Kreatinin ve eGFR
- Sodyum, potasyum ve ürik asit
- Kalsiyum
- AST/ALT
- Lipid profili
- TSH
- Aldosteron/Plazma Renin Aktivitesi*

- Tam idrar tetkiki
- Spot idrar albümin kreatinin oranı

- Elektrokardiyografi

*Evre 2 Hipertansiyonda (imkan varsa)

ALT: Alanin aminotransferaz; AST: Aspartat aminotransferaz; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı; TSH: Tiroid stimülan hormon

Hedef Organ Hasarı Tespiti İçin Ek Tetkikler

Hipertansif hastalarda **hedef organ hasarını** saptamak için istenilebilecek ek tetkikler:

- Ekokardiyografi
- Karotis Ultrasonografisi (USG)
- Fundoskopi
- Abdominal USG
- Ayak bileği kol indeksi

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

Hipertansiyon, **bilinen bir etiyolojik nedene bağlı** ise **SEKONDER HİPERTANSİYON** olarak kabul edilmektedir.

- Tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık **%10'unu** oluşturur.
- Zaman ve maliyet yükü açısından tüm hastalarda değil, sadece klinik ipuçları varlığında araştırılmalıdır.
- Primer hipertansiyonlu hastalarda primer hiperaldosteronizm prevalansı oldukça yüksek olduğundan evre 2 hipertansiyonu olan bireylerde, imkan varsa aldosteron ve plazma renin aktivitesi ölçümü ile primer hiperaldosteronizm için tarama yapılması uygundur.

Anamnezde sekonder hipertansiyonu düşündürecek durumlar:

- Ailede böbrek hastalığı öyküsü
- İlaç kullanımı: NSAİİ, dekonjestanlar, glukokortikoidler, oral kontraseptifler, SNRI grubu antidepresanlar (özellikle venlafaksin), meyan kökü şurubu, kokain, amfetamin, mirabegron, modafinil, eritropoetin, siklosporin, anti-kanser ilaçlar, alkol ve bitkisel ürünler (sarı kantaron, ginseng)
- Kas güçsüzlüğü
- Horlama, uyku apnesi
- Terleme atakları, baş ağrısı, anksiyete, çarpıntı

Sekonder HT Kimlerde Araştırılmalı?

Klinik ipuçları:

- Dirençli hipertansiyon varlığı
- Antihipertansif tedavi altındayken aniden bozulan KB kontrolü
- 30 yaşından önce başlayan veya 60 yaş üzerinde ani başlayan evre 2 HT
- KB düzeyine göre beklenenden daha ağır hedef organ hasarı

Klinik ipuçları:

- ACEİ veya ARB kullanımı sonrası kreatinin değerlerinde ciddi (>%30) yükselme
- Rutin laboratuvar incelemelerinde hipokalemi
- Endokrin hipertansiyon - klinik veya biyokimyasal bulgular
- Aterosklerotik renovasküler hastalık veya fibromusküler displazi lehine klinik bulgular

Sekonder HT- Etiyolojik Arařtırma

Klinik veya laboratuvar belirti/bulgular	Öncelikli tetkikler
Renovasküler Hastalık	
- RAAS blokeri başlandıktan sonra kreatinin düzeyinin akut olarak %30'dan fazla yükselmesi ve sebat etmesi - Diffüz aterosklerozu olan hastada hipertansiyon, tek taraflı küçük böbrek veya her iki böbrek boyutu arasında nedeni açıklanamayan 1.5 cm'den fazla fark - Tekrarlayan akut pulmoner ödem atakları - Renal arter trasesinde üfürüm	- Renal arter Doppler USG - BT/MR anjiyografi
Renal Parankim Hastalığı	
- Serum kreatinin yüksekliği - Anormal idrar sedimenti - Proteinüri	- Serum kreatinini, eGFR - Renal USG - Tam idrar tetkiki - Spot idrar albümin kreatin oranı

BT: Bilgisayarlı tomografi; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı; MR: Manyetik rezonans; RAAS: Renin anjiyotensin aldosteron sistemi; USG: Ultrasonografi

Sekonder HT- Etiyolojik Arařtırma

Klinik veya laboratuvar belirti/bulgular	Öncelikli tetkikler
Primer Aldosteronizm • Açıklanamayan hipokalemi (olguların yarısında görülmeyebilir) • Metabolik alkaloz • Adrenal insidentaloma • Evre 2 hipertansiyon	• Aldosteron /PRA oranı
Cushing Sendromu • Santral obezite, cushingoid yüz, proksimal kas güçsüzlüğü ve ekimozlar • Glukokortikoid kullanım öyküsü olabilir	• Düşük doz deksametazon süpresyon testi • 24 saatlik idrar kortizolü
Feokromasitoma • Kan basıncında paroksizmal yükselme • Zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, terleme • Al basması (flushing) ve ani solukluk	• Plazma veya 24 saatlik idrar metanefrin ve normetanefrin düzeyleri

PRA: Plazma renin aktivitesi

Sekonder HT- Etiyolojik Araştırılma

Klinik veya laboratuvar belirti/bulgular	Öncelikli tetkikler
Hipotiroidi/Hipertiroidi	
• Kilo alma/Kilo verme • Bradikardi/Taşikardi • Soğuk/sıcak intoleransı • Diyare/konstipasyon • Adet düzensizliği, menoraji, amenore	• TSH, Serbest T4
Primer Hiperparatiroidi	
• Taş öyküsü • Hiperkalsemi • Peptik ülser öyküsü	• PTH, Kalsiyum, Fosfor
Obstruktif Uyku Apne Sendromu	
• Dirençli hipertansiyonu olan, fazla kilolu veya obeziteli bireyler • Horlama ve apne epizodları • Gün içinde uykululuk, yorgunluk	• Polisomnografi
Aort Koarktasyonu	
• Kol ve bacak SKB farkı (>20 mmHg) • Femoral nabızların gecikmesi veya alınamaması	• Ekokardiyografi • MR/BT anjiyografi

TANI

KB Ölçüm Yöntemleri

Ölçüm Yöntemlerine Göre Eşik Değerler

Poliklinik KB Ölçümlerine Göre Tanı ve İzlem

Başlangıçta Yapılması Gereken İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon

Kırılganlık Değerlendirmesi

KIRILGANLIK

Stres faktörlerine **adaptasyon yeteneğinde azalma** sonrası, sağlıkla ilişkili olumsuz sonuçlara (yeti kaybı/dizabilite ve mortalite gibi) karşı **artmış duyarlılık halidir.**

- **Biyolojik yaşıllığı** ifade eder.
- Takvim yaşı (kronolojik yaş) biyolojik yaş için kaba bir öngörü sağlasa da tedavi planlamasında tek başına yeterli değildir.

Kırılgan bireyler:

- genellikle yavaş yürüyen
- fiziksel aktivite düzeyi azalmış
- son aylarda kilo kaybı ve/veya iştahsızlık yaşayan
- güçsüzlük, yorgunluk ve bitkinlik yakınmaları olan kişilerdir.

Klinik Kırılگانlık Skalası



1 Çok dinç

Dinç, aktif, enerji dolu, motive olan kişiler. Bu kişiler sıklıkla düzenli egzersiz yaparlar. Kendi yaşlıları arasında en dinç olan kişilerdir.



2 Dinç

Aktif hastalık semptomu olmayan fakat 1. kategorideki kişilerden daha az dinç; sıklıkla egzersiz yaparlar veya ara sıra çok aktiftirler.



3 İyi yönetilebilen

Medikal sorunları kontrol altında olan, düzenli yürüyüş dışında aktif olamayan kişilerdir.



4 Çok hafif kırılğan

Günlük işlerinde bağımsız ancak hastalık semptomlarından dolayı hareketleri kısıtlıdır. Genellikle yakınmaları 'yavaşlık' ve 'gün boyu yorgunluk hissi' dir.



5 Kırılğan

Hareketlerde daha belirgin olan yavaşlama, enstrümental günlük yaşam aktivitesinde (finansal konular, transfer, ağır ev işleri, ilaç kullanımı) yardıma ihtiyaç duyma.



6 Orta kırılğan

Ev dışı aktivitelerinin tamamında ve ev içi temizlik işlerinde tamamen bağımlı. Genellikle merdiven çıkması sorunlu, destekli banyo yapan ve giyinme konusunda minimal yardım ihtiyacı olabilecek kişilerdir.



7 İleri kırılğan

Herhangi bir sebepten dolayı (fiziksel veya kognitif) kişisel bakım için tamamen başkasına bağımlı. Bununla birlikte stabil görünümde veya ölüm riski yüksek olmayan kişiler (6 ay içinde).



8 Çok ileri kırılğan

Tamamen bağımlı, ömrünün sonuna yakın kişiler. Tipik olarak hafif bir hastalığı bile atlatamayacak kişilerdir.



9 Terminal dönem

Ömrünün sonuna yakın olan kişiler. Bu kategori kırılğanlık olmadan da 6 aydan daha kısa yaşam beklentisi olanlar içindir.

Kırılğanlık Değerlendirmesi:

- **5 ve üzeri: Kırılğan**
- Tedaviye başlarken tespiti önemli
- Yılda en az bir kez tekrarlanmalı
- Genel sağlık durumunda belirgin bir değişiklik olduğunda tekrarlanmalı

TEDAVİ

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

İlaç Tedavisi

İlaç Seçimi ve Tedavi Algoritması

Erişkin bireyin kan basıncı hangi düzeyde olursa olsun:

- Uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli ve
- Önerilere uyum durumu her vizitte sorgulanmalıdır.

- İdeal vücut ağırlığı
- Tuz kısıtlaması
- Sağlıklı beslenme
- Sigaranın bırakılması
- Alkolün bırakılması
- Fiziksel aktivite

+

- Stres yönetimi
- Uyku hijyeni
- Hava ve gürültü kirliliğinden kaçınılması

Erişkin bireyin kan basıncı hangi düzeyde olursa olsun:

- Uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli ve
- Önerilere uyum durumu her vizitte sorgulanmalıdır.

- Fazla kilolu yaşlılarda kilo kaybı genellikle önerilmez (ölüm riski - işlevsel bağımlılık, «fazla kilolu» yaşlılarda daha az)
- Obeziteli yaşlı bireylerde dikkatli ve yavaş bir kilo kaybı düşünülebilir (genel sağlığı iyi+ “dinç”lerse)

+

- Malnütrisyon riski yüksek olan ve/veya kırılğan hastalarda sıkı tuz kısıtlamasından kaçınılmalıdır!

TEDAVİ

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

İlaç Tedavisi

İlaç Seçimi ve Tedavi Algoritması

İlaç Tedavisi — Eşik ve Hedef KB Değerleri

Yaş Grubu/Kırılganlık	Eşik Kan Basıncı (mmHg)	Hedef Kan Basıncı (mmHg)
18–79 yaş ¹	≥140/90	120–130/70–80
≥80 yaş ²	≥140	130-140
Kırılgan hastalar ³	≥160	140-150
¹Komorbiditeden bağımsız (DM, KAH, KBH, KY varlığında da geçerli) ²80 yaş öncesi başlanmış tedaviyi tolere ediyorsa, sadece yaş nedeniyle antihipertansif tedavi azaltılmamalı; fakat yakın takip edilmelidir. ³Çoklu komorbiditesi, fonksiyonel kısıtlaması olan kırılgan bireylerde yaştan bağımsız bu hedefler geçerlidir. Organ hipoperfüzyonu açısından dikkatli takip gereklidir ve buna göre tedavi bireyselleştirilmelidir.		

Sınıflamaya Göre Tedavi Yaklaşımı

Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımı

Artmış KB alt grubu

SKB=130-139 mmHg
DKB=80-89 mmHg

Yaşam tarzı değişikliği

3 ay sonra KB halen 130-139/80-89 mmHg olan **yüksek riskli hastalarda**

• DM

>40 yaş, >10 yıldır diyabetli, komplikasyon ve risk faktörleri olan hastalarda

• KBH

Albüminüri >30 mg/gün veya spot idrarda albümin/kreatinin oranı >30 mg/g varlığında

• KVH

• İnme

• SCORE2 KV risk >%15

• SCORE2 OP KV risk >%20

İlaç tedavisi başlanması önerilir

Evre 1 - Evre 2 HT

SKB/DKB $\geq$ 140/90 mmHg

Hemen ilaç tedavisi başlanır

Evre 1-2 Hipertansiyon (SKB/DKB $\geq$ 140/90 mmHg)

- İlaç tedavisine **hemen ve kombinasyonla** başlanır.

Artmış Kan Basıncı alt grubu (SKB/DKB:130-139/80-89 mmHg)

3 ay yaşam tarzı değişikliğine rağmen artmış KB düzelmeyen:

- DM, KBH, KVH, inme tanılı veya
- KV riski yüksek hastalarda

tercihen monoterapi şeklinde tedavi başlanır.

DKB: Diyastolik kan basıncı; DM: Diyabetes mellitus; HT: Hipertansiyon; KB: Kan basıncı; KBH: Kronik böbrek hastalığı; KV: Kardiyovasküler; KVH: Kardiyovasküler hastalık (Koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, kalp yetersizliği); SKB: Sistolik kan basıncı

Komorbiditeye Göre Tedavi Yaklaşımı

Antihipertansif Tedavi Başlama Kriterleri – DM, KBH, KAH, KY

ARTMIŞ KB – Tedavi Alt Grubu

- SKB/DKB: **130-139/80-89 mmHg**

3 aylık yaşam tarzı değişikliğine rağmen KB düzelmeyen
(SKB/DKB: **130-139/80-89 mmHg**)

Tüm KAH ve KY hastaları

Kriterleri karşılayan DM hastaları

- **>40 yaş**
- **>10 yıl hastalık süresi**
- **Komplikasyonlar, diğer risk faktörleri**

Kriterleri karşılayan KBH hastaları

- **Albüminüri >30 mg/gün**
- **Spot idrarda albümin/ kreatinin oranı >30 mg/g**

MONOTERAPİ

EVRE 1-2 HİPERTANSİYON

- Eşik KB: **≥140/90 mmHg**
- Hedef KB: **120-130/70-80 mmHg**

Tüm DM, KBH, KAH ve KY hastaları

KOMBİNASYON TEDAVİSİ

DKB: Diyastolik kan basıncı; DM: Diyabetes mellitus; HT: Hipertansiyon; KAH: Koroner arter hastalığı; KB: Kan basıncı; KBH: Kronik böbrek hastalığı; KY: Kalp yetersizliği; SKB: Sistolik kan basıncı

TEDAVİ

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

İlaç Tedavisi

İlaç Seçimi ve Tedavi Algoritması

Ek bir hastalığı olmayan tüm hipertansif bireylerde
birinci basamak ilaç tedavisinde tercih edilecek ilaç grupları:

- Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ)
- Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)
- Tiyazid ve tiyazid-benzeri diüretikler
- Kalsiyum kanal blokerleri (KKB)

Bu dört ana grup ilacın, Evre 1-Evre 2 hipertansiyonda kombinasyon tedavisi şeklinde başlanması önerilir.

Ancak özel durumlarda (80 yaş üstü, kırılğan, artmış kan basıncı, ortostatik hipotansiyon) monoterapi tercih edilebilir

- Beta blokerler, özel endikasyon varlığında monoterapi veya kombinasyon tedavisinde kullanılabilir

Antihipertansif Tedavi

Antihipertansif tedavi

Monoterapi

- Artmış KB
SKB/DKB: 130-139/80-89 mmHg
- >80 yaş hasta
- Ortostatik hipotansiyon
- Kırılgan hasta

- ACEİ
- ARB
- KKB
- Diüretik

BB: Özel endikasyon varlığında monoterapi veya kombinasyon tedavisinde kullanılabilir

Kombinasyon tedavisi

Evre 1 HT

SKB: 140-159 mmHg
DKB: 90-99 mmHg

Evre 2 HT

SKB $\geq$ 160 mmHg
DKB $\geq$ 100 mmHg

ACEİ veya ARB + KKB (düşük veya tam doz)

veya

ACEİ veya ARB + diüretik (düşük veya tam doz)

SKB
 $\geq$ 180 mmHg

KB kontrolde değil

ACEİ veya ARB + KKB (tam doz)

veya

ACEİ veya ARB + diüretik (tam doz)

veya

ACEİ veya ARB + KKB + diüretik (düşük veya tam doz)

KB kontrolde değil

ACEİ veya ARB + KKB + diüretik (tam doz)

KB kontrolde değil

ACEİ veya ARB + KKB + diüretik + MRA

ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; BB: Beta blokerler; DKB: Diyastolik kan basıncı; HT: Hipertansiyon; KB: Kan basıncı; KKB: Kalsiyum kanal blokerleri; MRA: Mineralokortikoid reseptör antagonisti; SKB: Sistolik kan basıncı

Evre 1 hipertansiyon ve SKB'nin <180 mmHg olduğu evre 2 hipertansiyonda:

1. İlk basamakta “ACEİ veya ARB + KKB” veya “ACEİ veya ARB + diüretik” düşük veya tam doz ikili kombinasyonu ile başlanması tercih edilir.
2. İkili kombinasyon tedavisi başlandığı takdirde hedef kan basıncına ulaşamadığında, mevcut düşük doz kombinasyonun maksimum dozuna çıkılabileceği gibi düşük veya tam doz “ACEİ veya ARB + KKB + diüretik” üçlü kombinasyonuna da geçilebilir.
3. Maksimal tolere edilebilen dozda kullanılan üçlü kombinasyonla (biri diüretik olmak kaydıyla) kan basıncı kontrol altında değilse bu durum dirençli hipertansiyon olarak kabul edilip tedaviye MRA eklenmesi düşünülmelidir.

SKB'nin ≥ 180 mmHg olduğu evre 2 hipertansiyon olgularında ise:

Tedaviye doğrudan 2. basamaktan (tam doz ikili kombinasyon veya düşük veya tam doz üçlü kombinasyon) başlanabilir.

İlaç Kontrendikasyonları

İlaç	Mutlak kontrendikasyon	Göreceli kontrendikasyon
Diüretikler (tiyazid veya tiyazid benzerleri)	Tiyazide bağlı hiponatremi öyküsü	Glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalsemi, hipokalemi, gut
Kalsiyum kanal blokerleri (dihidropiridinler)	Yok	Kalp yetersizliği, ayak bileği ödemi öyküsü
Kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltiazem)	AV blok (2. veya 3. derece ile trifasiküler blok), ciddi sol ventrikül sistolik disfonksiyonu	Yok
ACEİ	Gebelik, gebelik planı olan kadınlar, anjionörotik ödem, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu	Yok
ARB	Gebelik, gebelik planı olan kadınlar, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu	Yok
Beta blokerler	Aktif astım, AV blok (2. veya 3. derece)	Glukoz intoleransı, sporcu veya aktif kişiler, astım öyküsü
ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; AV: Atriyoventriküler		

SPESİFİK TANILAR

Dirençli Hipertansiyon

İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole Diyastolik Hipertansiyon

Ortostatik Hipotansiyon

Hipertansif Acil Durumlar

- Uygun yaşam tarzı önlemleri ve
- Optimal veya maksimum dozlarda en az üç veya daha fazla ilaç (tiyazid/ tiyazid benzeri diüretik, RAAS blokeri ve KKB) kullanılmasına rağmen

Poliklinik KB değerinin $<140/90$ mmHg'ye düşürülememesi

DİRENÇLİ HİPERTANSİYON olarak tanımlanmaktadır

Dirençli Hipertansiyon – Tanı ve Tedavi

Dirençli Hipertansiyonda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

Biri diüretik olmak üzere 3 adet antihipertansif ilacın maksimal tolere edilebilen dozda alınmasına rağmen **poliklinik KB $\geq 140/90$ mmHg (%10-20)**

Gerçek dirençli hipertansiyonu doğrula:

- AKBÖ veya EKBÖ alınması
- Yaşam tarzı uyumunun araştırılması
- İlaç uyumunun araştırılması
- Sekonder ve yalancı dirençli hipertansiyon nedenlerinin dışlanması
- KB düşürücü tedavinin optimizasyonu (3'lü ilacın tek bir preparat halinde verilmesi)
- eGFR >30 ml/dk/1,73m² ise tiyazid diüretiklerin dozunun artırılması veya klortalidon ya da indapamidle değiştirilmesi
- eGFR <30 ml/dk/1,73m² ise T/TB diüretiklerin kıvrım (loop) diüretikleri (furosemid, bumetanid ve torsemid) ile değiştirilmesi

Gerçek dirençli hipertansiyon (%5)

Hastanın hipertansiyon merkezine refere edilmesi düşünülmelidir

• Spironolakton

- tolere edilemezse **Eplerenon**
- eGFR <30 ml/dk/1,73m² ise tercihen **Klortalidon¹** veya **Indapamid**

• Diğer ilaçlar

- **Beta blokerler**
- **Alfa blokerler**
- **Santral etkili ajanlar (Rilmenidin, Metildopa vb.)**
- **Vazodilatörler (Hidralizin)**
- **Hidroklortiyazid, İndapamid, Amilorid (diüretik değişimi)**
- Renal denervasyon

AKBÖ: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı; EKBÖ: Ev kan basıncı ölçümü; KB: Kan basıncı; T/TB: Tiyazid/Tiyazid benzeri. ¹Türkiye' de izole preparat olarak bulunmamaktadır.

SPESİFİK TANILAR

Dirençli Hipertansiyon

İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole Diyastolik Hipertansiyon

Ortostatik Hipotansiyon

Hipertansif Acil Durumlar

İZOLE SİSTOLİK HİPERTANSİYON

SKB ≥ 140 mmHg ve DKB < 90 mmHg olarak tanımlanır.

- Yaşlılarda en sık görülen hipertansiyon türüdür
- Yaşlılarda yönetimi, genç yetişkinlerde görülen kombine sistolik-diyastolik hipertansiyonla genel olarak benzerdir

- Antihipertansif tedavi hastanın kırılabilirlik düzeyine göre (kırılabilir-dinç) yönetilmelidir.
- DKB <70 mmHg olgularda tedavi verilir ancak dikkatli olunmalıdır.
- Antihipertansif tedavi altında DKB <60 mmHg olmasından kaçınılmalıdır.

Terapötik hedeflerde yaşlı bireyin **kırılganlık özelliklerine dikkat ederek** öncelikli tercih edilecek ilaç grupları:

- Dihidropiridin kalsiyum kanal blokörleri
- Tiyazid ve tiyazid benzeri diüretikler
- ACEİ/ARB

Beta bloker kullanımından diyastolik basınç ve strok volümü daha da azaltacağından **tercihen kaçınılmalıdır**.

SPESİFİK TANILAR

Dirençli Hipertansiyon

İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole Diyastolik Hipertansiyon

Ortostatik Hipotansiyon

Hipertansif Acil Durumlar

İZOLE DİYASTOLİK HİPERTANSİYON,

SKB <140 mmHg ve DKB >90 mmHg olarak tanımlanır.

- Gençlerde ve erkeklerde daha sık görülür.
- Yüksek VKİ, sigara/alkol kullanımı ve diyabet risk faktörleridir

- Yaşam tarzı değişiklikleri öncelenmelidir.
- 50 yaşın altındaki bireylerde KV risk değerlendirmesi yapılmaksızın ilaç tedavisi başlanmalıdır.
- 50 yaşın üzerinde ise yüksek KV riski olan hastalarda ilaç tedavisi başlanabilir.
- DKB eşik değeri >90 mmHg, tedavi hedefi ise 70-79 mmHg olmalıdır.
- İlaç tercihlerinde genel prensipler izlenir.

SPESİFİK TANILAR

Dirençli Hipertansiyon

İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole Diyastolik Hipertansiyon

Ortostatik Hipotansiyon

Hipertansif Acil Durumlar

ORTOSTATİK HİPOTANSİYON,
ayakta dururken veya dik bir duruş alındığında kan basıncında gözlenen önemli bir azalma ile tanımlanır.

Ayağa kalktıktan sonraki 3 dakika içinde:

- SKB'da **20 mmHg** ve/veya
- DKB'da **10 mmHg** düşüş olması ve/veya
- **serebral hipoperfüzyon semptomları** ile tanı konulur.

Ortostatik hipotansiyona **yatkınlığı artıran faktörler:**

- Böbrek ve kalp yetmezliği
- Diyabet
- Parkinson hastalığı
- Hipofiz ve adrenal hipofonksiyonu
- Dehidratasyon
- Uzun süreli uzanma
- Kondisyon kaybı
- Antihipertansif ve diüretik kullanımı

- Özellikle yüksek kırılganlık ve/veya fonksiyonel otonomik bozukluğu olan hastalarda **semptomlardan bağımsız** olarak **antihipertansif tedavi kademeli olarak azaltılmalıdır.**
- Hipotansiyon riskini artırabilen **diüretikler, alfa blokerler, doğrudan etkili vazodilatörler grubu** ilaçlardan kaçınılmalıdır.
- **Kısa etkili ve düşük doz antihipertansifler** tercih edilmelidir.

Uygulanması önerilen önlemler:

- Yavaşça ayağa kalkmak
- Alt ekstremitelerde direnç egzersizleri
- Varis çorabı kullanımı
- Yeterli sıvı ve tuz alımı
- Alkolden kaçınmak
- Daha az ve sık yemek
- Sıcak havalarda yoğun egzersizden kaçınmak
- Yatağın başını 30 ila 45 derece yükseltmek

SPESİFİK TANILAR

Dirençli Hipertansiyon

İzole Sistolik Hipertansiyon

İzole Diyastolik Hipertansiyon

Ortostatik Hipotansiyon

Hipertansif Acil Durumlar

HİPERTANSİF ACİL DURUMLAR,

kan basıncının $\geq 180/110$ mmHg ve

eşlik eden akut veya ilerleyici hedef organ hasarının olduğu durumlardır.

Etkilenen organa göre eşlik eden:

- Baş ağrısı
- Görme bozuklukları
- Göğüs ağrısı
- Nefes darlığı
- Sersemlik hissi veya bazı nörolojik bulgular vardır.

Hipertansif acil durumlara yol açan faktörler:

- Akut inme (iskemik ya da hemorajik)
- Aort anevrizması, aort disseksiyonu
- Akut dekompanse kalp yetersizliği
- Akut koroner sendrom
- Akut böbrek yetmezliği
- Feokromasitoma ve sempatomimetik ajanlar (kokain ya da metamfetamin)
- Preeklampsi ve eklampsi

Hipertansif Acil Durumlar – Tetkikler

Hipertansif Acil Durumlarda Yapılması Gereken Tetkikler

İlk basamakta

- EKG
- Tam kan sayımı, periferik yayma
- Kreatinin, sodyum, potasyum, eGFR, LDH
- İdrar tetkiki ve idrar mikroskopisi
- Gebelik testi
- Fundoskopi

Klinik duruma göre

- Troponin, NT-proBNP
- Akciğer grafisi
- Ekokardiyografi
- Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi
- Kranial BT ya da MR
- Üriner sistem ultrasonografisi
- Haptogloblin

BT: Bilgisayarlı tomografi; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı; LDH: Laktat dehidrogenaz; MR: Manyetik rezonans; NT-proBNP: N-terminal pro-B tipi natriüretik peptit

- Organ hasarının gelişim hızı göz önüne alınarak, **KB değeri dikkate alınmaksızın** tüm hipertansif hastalarda **tedavi** uygulanmalıdır.
- Bu hastalar mutlaka **hastaneye yatırılarak** izlenmelidir.
- **Gebelikte** kan basıncının **$\geq 160 / 110$ mm Hg** olduğu durumlarda hasta **yatırılarak** izlenmelidir.

- **Intravenöz tedavi** ile kan basıncının kontrollü düşürülmesi hedeflenmelidir.
- **Kan basıncının hızlı ve kontrolsüz düşürülmesinden kaçınılmalıdır**
- **Hedef organ tutulumuna göre** kan basıncı **hedefleri** ve bu hedefleri gerçekleştirmek için **öngörülen süre farklıdır.**

Hipertansif Acil Durumlar – Tedavi

İntravenöz ilaç tedavisi ile hemen kan basıncının düşürülmesi gereken hipertansif acil durumlarda tedavi			
Klinik Prezantasyon	Zamanlama ve KB hedefi	İlk sıra tedavi	Alternatif tedavi
Akut böbrek yetmezliğinin eşlik ettiği malign hipertansiyon	Birkaç saat OAB %20-25 düşürülür	Nikardipin Labetalol ¹	Nitroprussid Urapidil
Hipertansif ensefalopati	Hemen OAB %20-25 düşürülür	Labetalol ¹ Nikardipin	Nitroprussid
Eklampsi ve ağır preeklampsi (HELLP sendromu)	KB hemen SKB<160 mmHg ve DKB <105 mm Hg olacak şekilde düşürülür	Labetalol ¹ ya da nikardipin ve magnezyum sülfat	Doğumu değerlendir

DKB: Diyastolik kan basıncı KB: Kan basıncı; OAB: Ortalama arter basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı

¹ Ülkemizde bulunmamaktadır.

Hipertansif Acil Durumlar — Tedavi

Intravenöz ilaç tedavisi ile hemen kan basıncının düşürülmesi gereken hipertansif acil durumlarda tedavi

Klinik Prezantasyon	Zamanlama ve KB hedefi	İlk sıra tedavi	Alternatif tedavi
Akut koroner olay	KB hemen SKB<140 mmHg olacak şekilde düşürülür	Nitrogliserin Labetalol ¹	Urapidil
Akut kardiyojenik pulmoner ödem	KB hemen SKB<140 mmHg olacak şekilde düşürülür	Nitroprussid ya da nitrogliserin (Kıvrım diüretiği ile birlikte)	Urapidil (Kıvrım diüretiği ile birlikte)
Akut aort diseksiyonu	KB hemen SKB<120 mmHg ve nabız <60/dk olacak şekilde düşürülür	Esmolol ve nitroprussid ya da Nitrogliserin ve nikardipin	Labetalol ¹ ya da metoprolol

DKB: Diyastolik kan basıncı KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı

¹ Ülkemizde bulunmamaktadır

Hipertansif Acil Durumlar — Tedavi

İntravenöz ilaç tedavisi ile hemen kan basıncının düşürülmesi gereken hipertansif acil durumlarda tedavi			
Klinik Prezantasyon	Zamanlama ve KB hedefi	İlk sıra tedavi	Alternatif tedavi
Akut hemorajik inme	- İlk 6 saatte: KB <140/90 mmHg olacak şekilde düşürülür 6 saati geçmişse: SKB≥220mmHg ise SKB<180 mmHg, SKB<220mmHg ise SKB 140/90mmHg olacak şekilde düşürülür.²	Nikardipin ya da Labetolol ¹	Nitroprussid
Akut iskemik inme	- Reperfüzyon tedavisi uygulanacaksa (trombolitik veya endovasküler³) işlem esnasında ve sonrası 24 saat boyunca KB <180/105mmHg olacak şekilde düşürülür. - Reperfüzyon tedavisi uygulanamayan ve KB >220/120mmHg olan hastalarda ilk 24 saatte KB'yi %15 oranında düşürmek uygun olabilir.	Nikardipin ya da Labetolol ¹	Nitroprussid

KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı

¹Ülkemizde bulunmamaktadır.

²SKB 130mmHg altına düşürülmemelidir.

³Endovasküler girişimle büyük bir damar perfüze edilmişse ilk 24-72 saat boyunca SKB140 mmHg altına düşürülmemelidir

ŞİDDETLİ HİPERTANSİYON,

kan basıncının $\geq 180/110$ mm Hg olduğu ancak eşlik eden hedef organ hasarının olmadığı durumlardır.

- Bu hastaların hastaneye yatırılmalarına gerek yoktur.
- Genellikle kan basıncının oral tedavi (mevcut ilaçların yeniden düzenlenmesi ya da yeni bir ilacın eklenmesi) ile 24-48 saat içinde düşürülmesi hedeflenmelidir.

- Yeni ilaç eklenmesi gerektiğinde **dihidropiridin türevi kalsiyum kanal blokerleri** tercih edilir; çünkü bu ilaçların:
 - **yan etkileri azdır** ve
 - sekonder hipertansiyon **tanısal testlerinin** sonuçlarını **etkilemezler**.
- Dilatı kısa etkili nifedipin kullanımından **kaçınılmalıdır**.
- **Yaşam tarzı değişikliğinin** önemi vurgulanmalı ve hastalar ilgili branş doktorlarına yönlendirilmelidir.

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

Hipertansiyon tedavisi – YAŞLILAR ve KIRILGANLIK

≥80 Yaş (Kırılgan Yaşlılar)

- Eşik SKB: ≥160 mmHg
- Hedef SKB: 140-150 mmHg

İlk basamak tedavi tercihi:

- Dihidropridin grubu KKB
- ACEİ veya ARB
- Tiyazid ve tiyazid benzeri diüretikler

≥80 Yaş (Dinç Yaşlılar)

- Eşik SKB: >140 mmHg
- Hedef SKB: 130-140 mmHg

Zorunlu olmadıkça kullanılmaz:

- Beta-blokerler, alfa blokerler
- Santral etkili antihipertansifler

Genel ilkeler:

- Tedaviye düşük doz başlanır
Yavaş artırılır
- Semptom olmasa bile ortostatik hipotansiyon araştırılır
- Aşağıdaki durumlarda antihipertansif tedavi kademeli olarak azaltılır:
 - SKB <120 mmHg, DKB <60 mmHg
 - Ortostatik hipotansiyon
 - İleri kırılganlık

İleri kırılgan olgularda yakın takip:

- KB düşüren ilaçlar
- Anemi
- Dehidratasyon
- Hipotansiyon
- Düşmeler
- Fonksiyonellikte gerileme (yorgunluk, bitkinlik, uyuklama)
- İlaç yan etkileri
- İlaç doz azaltımı/kesilme ihtiyacı

ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; DKB: Diyastolik kan basıncı; KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

- KB $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç tedavisine hemen ve kombinasyon ile başlanmalıdır.
- 3 aylık non-farmakolojik tedaviye rağmen artmış KB (SKB 130-139 mmHg, DKB: 80-89 mmHg) düzelmeyen:
 - ▶ 40 yaş üzeri
 - ▶ 10 yıldan uzun süredir diyabetli
 - ▶ Komplikasyonu ve diğer risk faktörleri (sigara kullanımı, obezite) olan hastalarda, tercihen monoterapi (ACEi veya ARB) başlanabilir.

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

3 aylık non-farmakolojik tedaviye rağmen
artmış KB (SKB 130-139 mmHg, DKB: 80-89 mmHg) düzelmeyen
albüminürik hastalarda:

- ▶ Albüminüri >30 mg/gün veya
- ▶ Spot idrarda albümin/kreatinin oranı >30 mg/g

antihipertansif tedavi başlanmalıdır.

- KB $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç tedavisine hemen ve kombinasyon ile başlanmalıdır.
- Tedavi hedefi: SKB/DKB 120-130/70-80 mmHg
- Hastanın yaşı, eşlik eden diyabet ve/veya kardiyovasküler hastalık ve diyaliz durumu göz önünde bulundurularak tedavi bireyselleştirilmelidir.
- SGLT2i ve non-steroidal MRA KV koruyucu etkileri ve KB kontrolüne ek katkılarından faydalanılması adına herhangi bir basamakta tedaviye eklenebilir.

eGFR $\geq$ 30 mL/dk/1.73m² olan hastalarda kombinasyon tedavisi:

- (1) ACEİ veya ARB + KKB **veya** tiyazid/tiyazid benzeri diüretik,
- (2) ACEİ veya ARB + KKB + tiyazid/tiyazid benzeri diüretik,
- (3) ACEİ veya ARB + KKB + tiyazid/tiyazid benzeri diüretik + Spironolakton

algoritması ile uygulanır.

eGFR <30 mL/dk/1.73m² olan hastalarda kombinasyon tedavisi:

- (1) ACEİ veya ARB + KKB *veya* loop diüretik,
- (2) ACEİ veya ARB + KKB + loop diüretik,
- (3) ACEİ veya ARB + KKB + loop diüretik + klortalidon (veya indapamid)

algoritması ile uygulanır.

Kronik Böbrek Hastalığı

Hipertansiyon tedavisi – KBH

Artmış KB alt grubu

- SKB: 130-139 mmHg veya
- DKB: 80-89 mmHg ve
- Albüminüri >30 mg/g



Monoterapi

- ACEİ veya ARB

Herhangi bir basamakta endikasyon/kontrendikasyonları gözetilerek KV koruyucu etkileri için SGLT2i ve non-steroidal MRA eklenmesi düşünülmeli

TB diüretikler:
eGFR < 15mL/dk/1.73m²'ye dek kullanılabilir

Hipertansiyon

- Eşik KB: SKB ≥ 140 mmHg, DKB: ≥ 90 mmHg
- Hedef KB: SKB: 120-130 mmHg, DKB: 70-80 mmHg
- Özellikle KBH gruplarında ilgili kılavuz önerilerine göre hedef belirlenir (>1g proteinüri ve ODPKBH gibi)

eGFR ≥ 30mL/dk/1.73m²



- ACEİ veya ARB + KKB
veya T/TB diüretik



- ACEİ veya ARB + KKB
+ T/TB diüretik



- ACEİ veya ARB + KKB
+ T/TB diüretik
+ Spironolakton

Kontrendikasyonu olmayan diğer antihipertansifler sırayla eklenir

eGFR < 30mL/dk/1.73m²



- ACEİ veya ARB
+ KKB veya loop diüretik



- ACEİ veya ARB + KKB
+ loop diüretik



- ACEİ veya ARB + KKB
+ loop diüretik + klortalidon
(veya indapamid)

ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; DKB: Diyastolik kan basıncı; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı; KB: Kan basıncı; KKB: Kalsiyum kanal blokerleri; ODPKBH: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı; SGLT2i: Sodyum-glukoz kotransporter-2 inhibitörü; SKB: Sistolik kan basıncı; T/TB: Tiyazid/Tiyazid-benzeri.

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

- **KB $\geq$ 140/90 mmHg** ise ilaç tedavisine **hemen ve kombinasyon** ile başlanmalıdır.
- **3 aylık non-farmakolojik tedaviye rağmen artmış KB (SKB 130-139 mmHg, DKB: 80-89 mmHg) düzelmeyen** hastalarda antihipertansif tedavi başlanmalıdır.
- Tedavide tercih edilecek ilaç grupları beta bloker, ACE inhibitörü, ARB veya KKB'dir.

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

Kalp yetersizliğinde (DEF-KY veya KEF-KY):

- KB >140/90mmHg ise non-farmakolojik tedavi ve ilaç tedavisi beraber başlanır.
- Artmış KB (SKB 130-139 mmHg, DKB: 80-89 mmHg) olan ve 3 aylık non-farmakolojik tedaviye rağmen düzelmeyen hastalarda antihipertansif tedavi başlanmalıdır

Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde (DEF-KY):

- ACEi (eğer tolere edilemiyorsa ARB'ler), beta bloker, ARNi, MRA, SGLT2 inhibitörleri gibi ajanların mortalite ve morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir.
- Bu tedavilerin kullanmasına rağmen halen KB yüksekse sıvı dengesini yönetmek için ek diüretik tedavisi ve dihidropiridin grubu KKB kullanılabilir.

Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde (KEF-KY):

- Eşlik eden hastalıklara ve hasta özelliklerine göre antihipertansif tedavi verilir.
- Ayrıca bu hastalarda KV koruma için mutlak kullanılan SGLT2 inhibitörlerinin, KB düşüşüne de etkisi vardır.

ÖZEL HASTA GRUPLARI

Yaşlılar ve Kırılganlık

Diyabet

Kronik Böbrek Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı

Kalp Yetersizliği

Gebelik/Laktasyon

- Tanıda özellikle 24 saatlik ambulator KB ölçümü önerilmektedir.
- Gebeliğe özel bir eşik KB değeri olmadığı için normal popülasyon değerleri kullanılması tavsiye edilmektedir.
- 140/90 mmHg üstünde tedavi başlanabileceği ve hedefin ise <140/80-90 mmHg olabileceği düşünülmektedir.

Gebelik ve Laktasyonda Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon Tedavisi – Gebelik ve Laktasyon

GEBELİK

- Eşik değer: SKB/DKB >140/90 mmHg
- Hedef değer: SKB/DKB <140/80-90 mmHg

İlk tercih edilecek antihipertansifler:

- Alfa metil dopa
- Beta blokörler (labetolol ve metoprolol)
- Dihidropridin KKB (özellikle nifedipin)

Kullanılması sakıncalı:

- ACEi
- ARB
- Beta blokerlerden atenolol
- Renin inhibitörleri
- MRA
- Sodyum nitroprusit

LAKTASYON

Tercih edilen antihipertansifler:

- Beta blokörler (propranolol, metoprolol ve labetolol)
- KKB (verapamil, diltiazem, nifedipin ve nikardipin)
- ACEi (sadece enalapril)
- Diüretikler (sadece hidroklorotiazid- <50 mg/gün dozunda)
- Hidralazin

Kullanılması sakıncalı:

- Enalapril dışındaki ACEi
- Beta blokerlerden acebutolol ve atenolol
- Hidroklorotiazid dışındaki diüretikler
- Metil dopa

ACEi: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; DKB: Diyastolik kan basıncı; KKB: Kalsiyum kanal blokerleri; MRA: Mineralokortikoid reseptör antagonisti; SKB: Sistolik kan basıncı.

EK KARDİYOYASKÜLER VE RENAL KORUMA TEDAVİLERİ

Genel Prensipler

Asetilsalisilik asit

Statin

SGLT2 inhibitörleri

GLP-1 RA ve ikili GIP/GLP-1 RA

Antihipertansif ilaç tedavisi kullanan hastaların:

- ek kardiyovasküler ve renal koruma tedavilerine olan ihtiyacı mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve
- uygun hastalarda bu ilaçlar antihipertansif tedavi planı içinde yer almalıdır

EK KARDİYOVASKÜLER VE RENAL KORUMA TEDAVİLERİ

Genel Prensipler

Asetilsalisilik asit

Statin

SGLT2 inhibitörleri

GLP-1 RA ve ikili GIP/GLP-1 RA

- Asetilsalisilik asit (aspirin) tedavisi önerme kararı bireyin kardiyovasküler riskine ve kanama riskine göre verilmelidir.
- Kalp damar hastalığı yerleşik ve ikincil koruma ihtiyacı olan bütün hipertansif hastalara düşük doz asetilsalisilik asit kullanımı önerilmelidir.
- Birincil korumada asetil salisilik tedavisinin yerine ilişkin yeterli kanıt yoktur

EK KARDİYOVASKÜLER VE RENAL KORUMA TEDAVİLERİ

Genel Prensipler

Asetilsalisilik asit

Statin

SGLT2 inhibitörleri

GLP-1 RA ve ikili GIP/GLP-1 RA

Hipertansif hastalarda statin tedavi planı:

- Kardiyovasküler risk skoru ve
- Lipid kılavuzlarının önerileri dikkate alınarak yapılmalıdır.
- Hipertansif düşük kardiyovasküler riskli hastalarda yaşam tarzı önerilerine ek olarak statin tedavisine genellikle gereksinim yoktur.

LDL-kolesterol seviyesi için:

- Primer korumada: 100 mg/dL'nin altı
- Yüksek riskli hipertansif hastalarda: 70 mg/dL'nin altı
- Çok yüksek riskli hastalarda: 55 mg/dL'nin altı hedeflenmelidir.

EK KARDİYOVASKÜLER VE RENAL KORUMA TEDAVİLERİ

Genel Prensipler

Asetilsalisilik asit

Statin

SGLT2 inhibitörleri

GLP-1 RA ve ikili GIP/GLP-1 RA

SGLT2 inhibitörleri:

- Tip 2 diyabet hastalarında
- Diyabetli veya diyabetli olmayan kronik böbrek hastalarında ve
- Diyabetli veya diyabetli olmayan kalp yetersizliği hastalarında

kardiyovasküler ve renal olay riskini azaltmaktadır.

- SGLT2 inhibitörlerinin hafif düzeyde KB düşürücü etkileri de vardır.
- Bu nedenle hipertansiyonla birlikte tip 2 diyabet, kronik böbrek hastalığı ve kalp yetmezliği olan hastaların
- antihipertansif tedavilerine ek olarak SGLT2 inhibitörü kullanmaları, ilgili kılavuzlar eşliğinde planlanmalıdır.

EK KARDİYOYASKÜLER VE RENAL KORUMA TEDAVİLERİ

Genel Prensipler

Asetilsalisilik asit

Statin

SGLT2 inhibitörleri

GLP-1 RA ve ikili GIP/GLP-1 RA

Kullanılması önerilen hipertansif hastalar:

1) Tip 2 Diyabet

- Yüksek Aterosklerotik Kardiyovasküler hastalık (ASKVH) riski
 - Sigara içimi, Obezite, Dislipidemi,
- ASKVH
- Kronik Böbrek Hastalığı
- Kalp Yetersizliği

2) Obezite ($BKI > 30 \text{ kg/m}^2$)

3) Kilo fazlalığı ($BKI > 27 \text{ kg/m}^2$) ve beraberinde ilişkili en az bir komorbidite - dislipidemi, obstrüktif uyku apnesi, KV hastalık, prediyabet

TAKİP SÜRECİ

Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların Takibi

İlaç Uyumu ve Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi

- Antihipertansif ilaç tedavisi **başlanan** veya
- Tedavi rejiminde **değişiklik yapılan** hastalarda

KB kontrolünün sağlanıp sağlanmadığı **3–4 hafta sonraki kontrolde** değerlendirilmelidir.

Hastalar, imkan varsa **ev KB ölçümlerini yaptırarak** kontrole çağrılmalıdır.

Kontrollerde değerlendirilmesi gereken hususlar:

- Kan basıncının **yeterli kontrolü**
- Hedeflenenin **ötesinde KB düşüşü** (özellikle yaşlı ve/veya kırılğan olgularda)
- Hastanın kullandığı tüm ilaçlar için **yan etkiler, ilaç-ilaç etkileşimleri ve hipertansiyon yönetimine olası etkileri** (kan basıncında artış veya azalma)

TAKİP SÜRECİ

Antihipertansif İlaç Kullanan Hastaların Takibi

İlaç Uyumu ve Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi

- Kan basıncı kontrolü **en geç 3 ay içerisinde** sağlanmaya çalışılmalıdır.
- Kan basıncı kontrolünün **sürdürülmesi için hem hekim hem hasta çaba göstermelidir**. Bunun için:
- Hastayla **iyi bir iletişim** kurularak, hastalığını anlamasına yardımcı olunmalı
- Hastalığın **kronik olduğu**, ilaçların sürekli alınması ve düzenli kontrollere gelinmesi gerektiği ve
- **Yaşam tarzı önerilerinin ilaç tedavisi kadar önemli olduğu** anlatılmalıdır.

- Kan basıncı **kontrolde olan hastalarda** tıbbi başka bir gerekçe olmadıkça antihipertansif **ilaç değişikliği yapılmamalıdır.**
- Gereksiz ilaç değişiklikleri **tedavi uyumunu** bozmaktadır.
- Kan basıncı **kontrolde olmayan hastaların** tedavisine **gerektiğinde** **ilaç eklemekten kaçınılmamalıdır.**

Özellikle kırılğan bireylerde ilaç azaltımı gerekebilecek durumlar:

- düşmeler veya ortostatik hipotansiyon varlığı
- bilişsel ve fonksiyonel gerileme (gün içinde uyuklama, yorgunluk, bitkinlik)
- planlanan KB değerlerinin altına inilmesi

Hedeflenenin ötesinde KB düşüşü olan kırılğan olgularda:

- Kullanılan tüm ilaçlar
- Dehidratasyon ve anemi dahil hipotansiyona katkıda bulunabilecek tüm faktörler gözden geçirilmeli ve tedavi buna göre düzenlenmelidir.
- İlaç azaltımı planlanıyorsa ani değil, yakın takiple ve kademeli yapılmalıdır.

2025 Raporundaki Değişiklikler

TANI	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2019	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2025
İzlemde Hipertansiyon tanısı	İlk değerlendirmede tekrarlanan ölçümler sonucu SKB/DKB 140/90 mmHg ve 179/109 mmHg arasında olan hastalar hipertansiyon tanısının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır.	İlk değerlendirmede tekrarlanan ölçümler sonucu SKB/DKB 140/90 mmHg ve 180/110 mmHg arasında olan hastalar hipertansiyon tanısının doğrulanması için mümkünse ev KB ölçümleri (EKBÖ) veya ambulator KB ölçümü (AKBÖ) ile mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır.
Artmış KB takip önerileri	120-129/80-84 mmHg için 6 ayda bir KB ölçümü 130-139/85-89 mmHg için 3 ayda bir KB ölçümü	120-139/80-89 mmHg için 3-6 ayda bir KB ölçümü
Standart KB ölçümü	İki koldan yapılan KB ölçümleri arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalı Tekrarlanan ölçümlerde SKB farkı >15 mmHg ise neden araştırılmalı Bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az iki dakika ara ile) ortalaması kaydedilmelidir.	İki koldan yapılan KB ölçümleri arasında >10 mmHg fark varsa ölçümler tekrarlanmalı Tekrarlanan ölçümlerde SKB farkı >20 mmHg ise neden araştırılmalı Bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (1-2 dakika ara ile), iki ölçüm arasında >10 mmHg fark varsa ardışık ölçümler yapıp son iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir
Laboratuvar tetkikleri	Her hastada önerilenler: Tam kan sayımı, tam idrar incelemesi, açlık kan glukozu, kanda sodyum, potasyum ve ürik asit, lipid profili, kreatinin ve eGFR, elektrokardiyografi, diyabetli hastalarda idrar albümin atılım oranı Klinik duruma göre önerilenler: İdrar albümin atılım oranı, ALT/AST, Kalsiyum, TSH, oral glukoz tolerans testi, ekokardiyografi)	Başlangıçta istenecekler: Tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, açlık plazma glukozu ve/veya HbA1c, kreatinin ve eGFR, sodyum, potasyum ve ürik asit, lipid profili, Elektrokardiyografi, AST/ALT, kalsiyum, TSH, spot idrar albümin kreatinin oranı Hipertansif hastalarda hedef organ hasarını saptamak için istenilebilecek ek tetkikler: Ekokardiyografi, karotis USG, fundoskopi, abdominal USG, ayak bileği kol indeksi
Sekonder hipertansiyon kimlerde araştırılmalı?	Otuz yaşından önce hipertansiyon tanısı alan hastalar İlaçlar Diğer durumlar	30 yaşından önce başlayan veya 60 yaş üzerinde ani başlayan evre 2 hipertansiyon + SNRI grubu antidepresanlar (özellikle venlafaksin), mirabegron, modafinil, bazı anti-kanser ilaçlar, alkol ve bitkisel ürünler (san kantaron, ginseng vb.) + Endokrin hipertansiyonu düşündüren klinik veya biyokimyasal bulgular + Aterosklerotik renovasküler hastalık veya fibromusküler displazi lehine klinik bulgular
ALT: Alanin Aminotransferaz; AST: Aspartat Aminotransferaz; eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı; KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı; TSH: Tiroid stimulan hormon; USG: Ultrasonografi		

2025 Raporundaki Değişiklikler

EŞİK VE HEDEF KB

**İlaç tedavisi için eşik
ve hedef KB değerleri**

HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2019

Yaş grubu	Eşik KB	Hedef KB
18-64	≥140/90	120-130/70-80
65-79	≥140/90	130-140/70-80
≥ 80	>150	130-140/70-80

Eşik eden hastalık/yüksek risk durumuna ve yaşa göre ilaç tedavisi için eşik ve hedef KB düzeyleri ayrı ayrı belirlenmiştir

HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2025

Yaş grubu	Eşik KB	Hedef KB
18-79 yaş	≥140/90	120-130/70-80
≥ 80 yaş	≥140	130-140
Kırılgan hasta	≥160	140-150

Eşik ve hedef KB değerleri komorbiditelerden bağımsız olarak yaş ve kırılganlık durumuna göre verilmiştir.

KB: Kan basıncı

2025 Raporundaki Değişiklikler

TEDAVİ	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2019	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2025
Evre 1 ilaç tedavisi yaklaşımı	DM, KBH veya KAH varlığında hemen ilaç tedavisi başlanır Bunlar yoksa 3 ay sonra halen KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi başlanır	SKB/DKB $\geq$ 140/90 mmHg olan tüm hastalarda hemen ilaç tedavisi başlanır
Artmış KB ilaç tedavisi yaklaşımı	Yaşam tarzı değişikliğine rağmen 6 ay sonra KB halen 130–139/80–89 mmHg olan yüksek riskli hastalarda ilaç tedavisi başlanabilir	Yaşam tarzı değişikliğine rağmen 3 ay sonra KB halen artmış KB (130–139/80–89 mmHg) devam eden yüksek riskli aşağıdaki gruplarda ilaç tedavisi başlanabilir: * DM (40 yaş üzeri, 10 yıldan uzun süredir diyabetli, komplikasyonu ve obezite, sigara kullanımı gibi diğer risk faktörleri olan) * KBH (Albüminüri >30 mg/gün veya spot idrarda albümin/kreatinin oranı >30 mg/g varlığında) * Kardiyovasküler hastalık (Koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, kalp yetersizliği) * İnme * SCORE2 KV risk >15; SCORE2 OP KV risk >20
Özel hasta gruplarında tedavi	Yaşı ≥ 80 olan hipertansiyon hastalarında tedavi başlama eşiği SKB ≥ 150 mmHg, tedavi hedefi 130–140 mmHg'dir.	>80 yaş hastalar kırılgan ve dinç olarak sınıflanarak bunlara özel eşik ve tedavi hedefleri belirlenmiştir DM ve KBH hastaları için 3 aylık non-farmakolojik tedaviye rağmen sebat eden artmış KB varlığında özel antihipertansif tedavi başlama kriterleri eklenmiştir. KBH, KAH ve Kalp yetersizliği için tedaviye SGLT2 inhibitörlerinin eklenmesi önerilmiştir.
	Gebelerde eşik tedavi değeri $\geq 150/95$ mm Hg olarak alınmıştır	Gebelerde eşik tedavi değeri $\geq 140/90$ mmHg olarak alınmıştır. Tedavi hedefi $<140/80-90$ mmHg'dir

DM: Diabetes Mellitus; DKB: Diyastolik kan basıncı; HT: Hipertansiyon; KAH: Koroner arter hastalığı; KB: Kan basıncı; KBH: Kronik böbrek hastalığı; KV: Kardiyovasküler; SGLT2i: Sodyum-Glukoz Kotransporter-2 inhibitörü; SKB: Sistolik kan basıncı

2025 Raporundaki Değişiklikler

İLAÇ SEÇİMİ- Algoritma	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2019	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2025
İlaç Seçimi- Tedavi Algoritması	Ek bir hastalığı olmayan hipertansif bireylerde ilaç tedavisine dört grup ilaçtan (diüretikler, KKB, ACEI ve ARB) herhangi biri veya kombinasyonu (ACEI ve ARB kombinasyonu hariç) şeklinde başlanabilir. Antihipertansif tedaviye tek ilaçla veya kombinasyon ile başlanabilir. Evre 1 hipertansiyonda KB <150/90 için kombinasyon tedavisi ancak monoterapi ile kontrol sağlanamazsa önerilir. KB ≥150/90 mmHg olanlarda ilk basamakta tedaviye kombinasyon tedavisi ile başlanması önerilir. Evre 2 hipertansiyonda tedaviye kombinasyon ile başlanır.	Ek bir hastalığı olmayan tüm hipertansif bireylerde birinci basamak ilaç tedavisinde tercih edilecek ilaç grupları ACEI, ARB, tiazid veya tiazid-benzeri diüretikler ve KKB'leridir. Bu dört ana grup ilacın, Evre 1 ve Evre 2 hipertansiyonda kombinasyon tedavisi şeklinde başlanması önerilir. Ancak özel durumlarda (80 yaş üstü, kırılgan, artmış KB, ortostatik hipotansiyon) monoterapi tercih edilebilir
	Beta-blokerler; atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği veya KAH gibi hastalıklarda hipertansiyon tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir	Beta blokerler; atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği, KAH ve gebelikteki hipertansif durumlar gibi başlıca endikasyonları dışında özellikli endikasyonlarında da hipertansiyon tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir ya da tedavinin herhangi bir basamağına eklenebilir.
	Kombinasyon tedavisinde ilk basamakta ACEI/ARB+KKB veya ACEI/ARB+diüretik tercih edilmesi önerilir. Eğer bu kombinasyon ile KB kontrol altına alınamazsa ACEI/ARB+KKB+diüretik kombinasyonuna geçilir. Üçlü kombinasyonla da KB kontrol altında değilse tedaviye MRA eklenmesi düşünülmelidir	Evre 1 HT ve Evre 2 HT (SKB <180 mmHg) için: 1. İkili kombinasyon ile (düşük veya tam doz) tedaviye başlayın • ACEI veya ARB + KKB veya • ACEI veya ARB + diüretik 2. İkili kombinasyon tedavisi altında hedef KB'na ulaşamadığında • İkili kombinasyon düşük doz başlanmışsa: Mevcut kombinasyonun maksimum dozuna çıkın • İkili kombinasyon tam doz başlanmışsa: Düşük veya tam doz ACEI veya ARB + KKB + diüretik üçlü kombinasyonuna geçin 3. Maksimal tolere edilebilen dozda kullanılan üçlü kombinasyonla (biri diüretik olmak kaydıyla) KB kontrol altında değilse: • Dirençli hipertansiyon olarak kabul edip, tedaviye MRA ekleyin Not: Evre 2 HT (SKB ≥180 mmHg) varlığında tedaviye doğrudan 2. basamaktan başlanır.
ACEI: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; KAH: Koroner arter hastalığı; KB: Kan basıncı; KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri; KV: Kardiyovasküler; MRA: Mineralokortikoid reseptör antagonisti		

2025 Raporundaki Değişiklikler

YENİ BÖLÜMLER/EKLER	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2019	HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU-2025
Yeni Bölümler		• Hipertansiyonda kırılganlık değerlendirmesi (Tanım ve klinik kırılganlık skalasına göre sınıflama) • Dirençli hipertansiyonda tanı ve tedavi yaklaşımı • İzole sistolik hipertansiyon • İzole diyastolik hipertansiyon • Ortostatik hipotansiyon • Hipertansif acil durumlar • Antihipertansif ilaç kullanan hastalarda ek kardiyovasküler ve renal koruma tedavileri
Yeni Ekler		• Ek A. Ambulatuvar kan basıncı ölçüm cihazı takılması sırasında hasta ve hekimin dikkat etmesi gerekenler • Ek B. Kan basıncını artırabilecek ilaçlar ve diğer maddeler • Ek C. Kırılgan-dinç tanımı ve antihipertansif tedavi özelinde kırılganlık • Ek D. Antihipertansif tedavi altında kan basıncını ideal düzeylerin altına düşürebilen (hipotansiyon ve/veya ortostatik hipotansiyon) kardiyovasküler olmayan ilaçlar

Kısaltmalar

ACC: Amerikan Kardiyoloji Koleji	GHB: Gebeliğin Hipertansif Bozuklukları	OAB: Ortalama Arter Basıncı
ACEI: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri	GLP-1 RA: Glukagon Benzeri Peptid-1 Reseptör Agonisti	ODPKBH: Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı
AHA: Amerikan Kalp Derneği	GIP: Glikoz bağımlı insülinotropik polipeptit	PARP: Poli ADP Riboz Polimeraz
AKBM: Ambulatuvar Kan Basıncı Monitorizasyonu	HT: Hipertansiyon	PRA: Plazma Renin Aktivitesi
AKBÖ: Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü	IDH: İzole Diyastolik Hipertansiyon	PTH: Parathormon
ALT: Alanin Aminotransferaz	ISH: İzole Sistolik Hipertansiyon	RAAS: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
AST: Aspartat Aminotransferaz	KAH: Koroner Arter Hastalığı	RET: Transfeksiyon sırasında yeniden düzenlenen
ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri	KB: Kan Basıncı	SALTURK: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
ARNI: Anjiyotensin Reseptör Neprisin İnhibitörü	KBH: Kronik Böbrek Hastalığı	SCORE2: Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi (40-69 yaş grubu)
AST: Aspartat Aminotransferaz	KEF-KY: Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği	SCORE2-OP: Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi (ileri yaş grubu: 70-89 yaş)
BRAF: B-raf geni	KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri	SGLT2i: Sodyum-Glukoz Kotransporter-2 inhibitörü
BT: Bilgisayarlı Tomografi	KV: Kardiyovasküler	SKB: Sistolik Kan Basıncı
CFS: Klinik Kırılganlık Skalası	KVH: Kardiyovasküler hastalık	SNRI: Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
DEF-KY: Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu Kalp Yetersizliği	LDH: Laktat Dehidrogenaz	TSH: Tiroid Stimülan Hormon
DH: Dirençli Hipertansiyon	MEK: Mitojenle etkilenen hücre-dışı sinyal düzenlemeli kinaz	USG: Ultrasonografi
DKB: Diyastolik Kan Basıncı	MR: Manyetik Rezonans	VEGF: Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü
DM: Diabetes Mellitus	MRA: Mineralokortikoid Reseptör Antagonisti	VKI: Vücut Kitle İndeksi
eGFR: Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı	mTOR: Memeli Rapamisin Hedefi	
EKBÖ: Ev Kan Basıncı Ölçümleri	NT – proBNP: N-terminal pro-B tipi natriüretik peptit	
ESC: Avrupa Kalp Derneği		
ESH: Avrupa Hipertansiyon Derneği		
GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı		

TÜRK HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU 2025

TÜRK
HİPERTANSİYON
UZLAŞI RAPORU 2025



EKİM 2025
ANKARA