

Edirne Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sınıflandırılması ve Koroner Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi*

EVALUATION OF THE CLASSIFICATION OF HYPERTENSION AND CORONER RISK FACTORS OF THE PATIENTS ADMITTED TO EDİRNE FAMILY PRACTICE CENTER

B. Murat Yalçın¹, E. Melih Şahin², Cahit Özer³, Özlem Ö. Şahin⁴, Leyla Öner¹, H. Nezih Dağdeviren², Zekeriya Aktürk²

Özet

Amaç: 2000-2001 yıllarında polikliniğimizde görülmüş ya da takibe alınmış hipertansiyon vakalarını sınıflandırılmak ve gelecek 10 yıl içinde koroner kalp hastalığı gelişme riskini değerlendirmek.

Yöntem: Vakalar retrospektif gözlemlerle DSÖ 1999 önerilerine uygun olarak kan basıncı değerlerine göre sınıflandırıldı. Sürekli takip hastaları taşıdıkları koroner riske göre 5 gruba ayrıldı. Koroner risk faktörlerinin değerlendirilmesinde yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, kolesterol ve trigliserid seviyeleri, (varsa) tütün kullanımı ve kişinin diyabetli olup olmaması göz önüne alındı.

Bulgular: Hastaların 96'sı evre I, 88'i evre II ve 87'si evre III hipertansiyon olarak sınıflandı. Evre dağılımında cinsiyet farkı yoktu, ancak evre yükseldikçe ortalama yaş da artmaktaydı. Koroner risk açısından, sürekli takip hastalarımızın 7'si (%9.0), 1., 21'i (%26.9) 2., 36'sı (%46.2) 3., 13'ü (%16.7) 4., 1'i (%1.3) ise 5. risk grubunda yer alıyordu.

Sonuç: Hipertansiyon hastaları homojen bir grup olmayıp farklı özellikler göstermektedirler. Aile hekimi, hipertansiyon yönetiminde hastayı bulunduğu evre ve koroner riskleri ile bir bütün olarak ele almalıdır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, birinci basamak sağlık bakımı, hipertansiyon, koroner risk faktörleri

Summary

Objective: To evaluate the classification of hypertension and related coronary artery disease risk for the next 10 years in hypertensive patients attending our family practice center between 2000 and 2001.

Method: Patients were classified by retrospective observation, according to blood pressure measurements as suggested in the 1999 WHO recommendations. Their coronary risk factors were evaluated and classified into 5 groups. Age, sex, systolic blood pressure, cholesterol and triglyceride levels, smoking status and presence of diabetes mellitus were taken into consideration.

Results: 96 of our patients had stage I, 88 of them had stage II and 87 of them had stage III hypertension. Sex was not found to act as a determinant for the stage of hypertension but the stage of hypertension increased as the patients got older. 7 (%9.0) of the patients were in the first, 21 (%26.9) of them in the second, 36 (%46.2) of them in the third, 13 (%16.7) of them in the fourth and only one patient (%1.3) were in the fifth risk group according to their coronary risk factors.

Conclusion: Hypertensive patient population is not a homogeneous group; hence the classification of the hypertension and coronary risk factors should be considered as a whole in the management of hypertension in family practice.

Key words: Family medicine, primary health care, hypertension, and coronary risk factors

* Bu makalenin bazı bölümleri VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Dr.

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

³ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı.

⁴ Edirne Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı.

Hipertansiyon (HT) gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlardaki en önemli kronik hastalıktır. ABD’de aile hekimlerine yapılan başvuruların %6’sını HT oluşturur. Başvuru sıklığı açısından ancak akut üst solunum yolu enfeksiyonları %7 ile HT’u geçmektedir.¹

HT etiyojisi henüz açıklığa kavuşturulamamıştır. Son yüzyılda yaşam tarzında meydana gelen kökten değişimler ile HT giderek yaygınlaşmıştır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile daha fazla kişide HT’ya bağlı, belirlenebilir düzeyde hedef organ hasarları görülmektedir. Bireylerin önemli bir bölümü hayatlarının bir döneminde hipertansif süreçten geçeceklerdir. HT, organ hasarı yapmadığı sürece semptomsuz olduğundan hastalığın erken döneminde hastalar doktora başvurmamaktadır. Bireyler HT hastası olduklarını ancak hastalığın ileri evrelerinde öğrenmektedirler. HT, başta kalp, böbrek, beyin ve göz arteriollerinde olmak üzere ateroskleroza hızlandırmakta, iskemi; kronik hücre zedelenmesiyle organlarda tahribat yapmaktadır.

ABD’de 40 yaşın altındaki HT hastalarından sadece yarısı hastalığını bilmekte, tüm HT hastalarının ise ancak %20’si etkin tedavi alabilmektedir.² ABD ve Kanada’da son 20 yılda HT’un erken teşhisi ve tedavisi konusunda oldukça yol kaydedilmiştir. Bu mücadelede aile hekimi önemli bir rol üstlenmiştir. Bu rol, temelde bireyle kurulan uzun süreli ilişki, düzenli kontroller ve fırsatçı taramalarla HT’u erken tespit etmeye dayalıdır. Aile hekimi bunun yanı sıra hayat tarzı değişikliği, (gerekirse) ilaç tedavisi ve düzenli izleme ile sürekli ve bütünsel bakım sağlamaktadır.

Koroner kalp hastalığı ve HT aynı hasta grubunda, sıklıkla da birlikte görülür. HT, majör değiştirilebilir koroner risk faktörlerinden biridir. Sigara dışındaki koroner risk faktörleri HT hastalarının da risk faktörleridir. Hastanın beklenen yaşam süresini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bu iki durum birlikte değerlendirilmeli ve klinik karar sürecinde her ikisine ait faktörler göz önüne alınmalıdır.

Gereç ve Yöntem

Türkiye’nin 3’üncü aile hekimliği merkezi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde Edirne şehir merkezi Yeni İmaret semtinde hizmet vermektedir. 2000 Mayıs’ında hizmete açılan merkezde; 2000 yılı için 805, 2001 yılı için 1914 hasta görüşmesi yapılmış; 107 aile ve 852 birey dosyası açılmıştır. Bu çalışmada polikliniğimizde 2001 yılı sonuna kadar görülmüş ya da takibe alınmış hipertansiyon vaka-

ları sınıflandırıldı ve koroner risk faktörleri ile 10 yıl içinde mutlak multifaktöryel koroner kalp hastalığı geliştirme riskleri değerlendirildi.

Retrospektif gözleme dayanan çalışmamızda aile hekimliği merkezi kayıtları taranarak HT tanısı alan ya da takip edilen tüm vakalar çalışmaya dahil edildi. Merkezin çalışma esasları uyarınca ilk başvurularından sonra HT kabul edilen hastalarda hastalığın şiddeti belirlendi, komplikasyonlar açısından gerekli görülen vakalar tetkik ve tedavi için üniversite hastanesine yönlendirildi. Polikliniğimize başvuran tüm hastaların kan basınçları uygun teknikte ölçülerek kaydedildi.³ HT tanısı alanlar için ayrıntılı anamnez ve fizik muayene gerçekleştirildi.

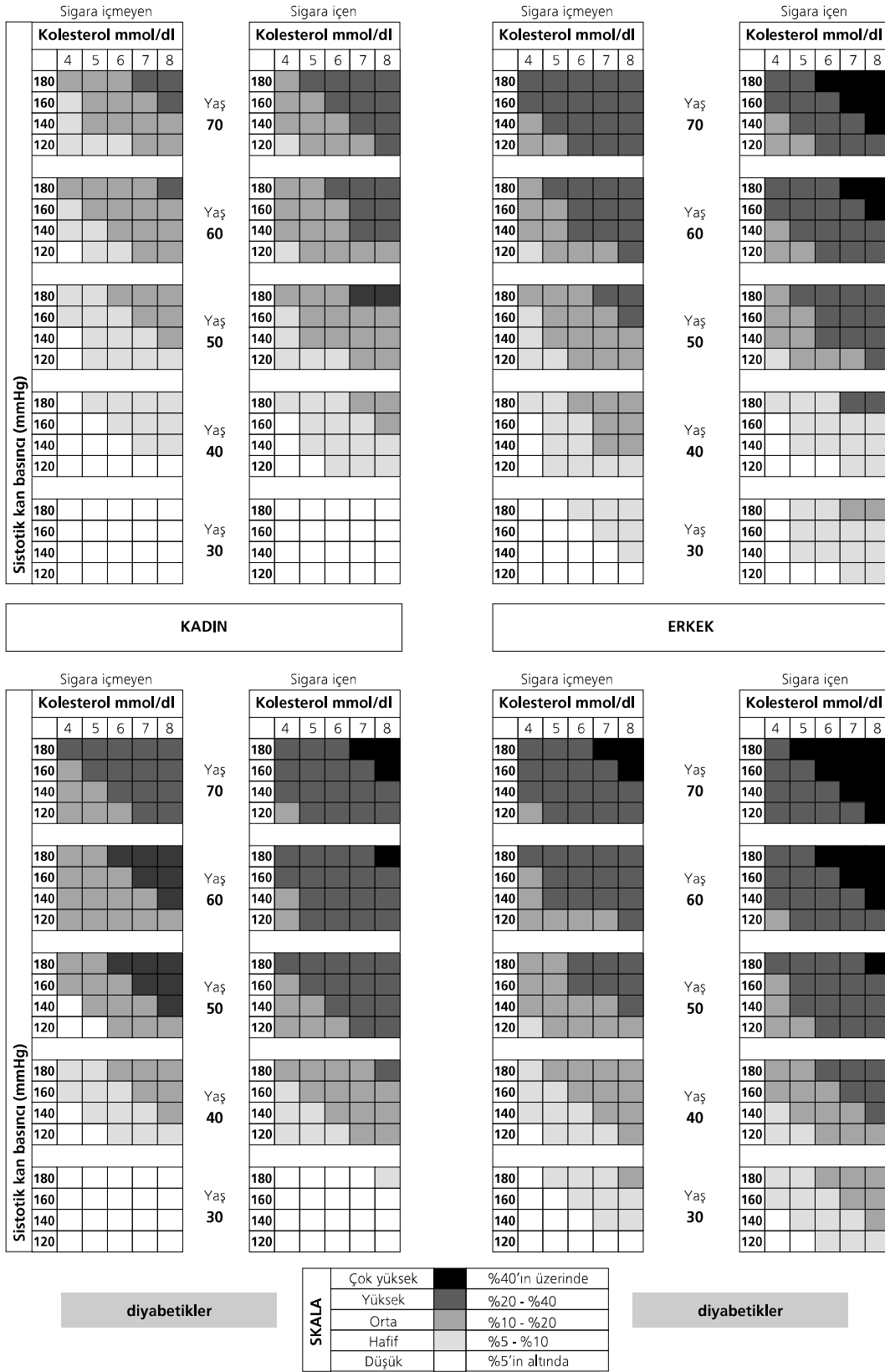
Kan basıncı standardize edilmiş Erka anaeroid sfigmomanometre ile ölçüldü ve kaydedildi. Yeni kaydedilmiş hastaların günlük kan basıncı bir hafta süre ile takip edildi. Kolesterol seviyesi 12 saat açlık sonrası Accutrend GCT (Roche Diagnostics) pratik dipstik cihazı ile ölçüldü.

Kan basıncı sistolik 140-159 veya diastolik 90-99 mm Hg olan hastalar evre I (hafif), sistolik 160-179 mmHg veya diastolik 100-109 mmHg arasındakiler evre II (orta), sistolik kan basıncı 180 veya diastolik 110 mmHg üzeri olan vakalar evre III (ağır) HT olarak kabul edildi.⁴ Hastalara kan basıncı değerlerine ve sahip oldukları organ komplikasyonlarına göre tedavi önerildi. Hastalara tedavileri sırasında kan basıncı kontrollerini düzenli aralıklarla merkezimizde yaptırılmaları önerildi. İki sene içerisinde bireysel dosyası olan 852 hastamızdan 271’ine (%31.8) HT tanısı kondu, bunlardan 81’i sürekli takip hastamız oldu.

Bu sürekli takip hastalarımız sahip oldukları mutlak multifaktöryel koroner risk açısından 5 grupta sınıflandı.⁵ Buna göre 10 sene içinde kardiyovasküler hastalık ortaya çıkma riski %5’in altında olanlar düşük, %5-10 arasındakiler hafif, %10-20 arasındakiler orta, %20-40 arasındakiler yüksek ve %40’tan fazla riske sahip olanlar ise çok yüksek risk grubu olarak sınıflandırıldı. Koroner risk faktörleri hesaplanırken yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, kolesterol veya trigliserid seviyeleri, kişinin sigara veya diğer tütün ürünleri kullanıp kullanmaması ve DM hastası olup olmadığı göz önüne alınmıştır. Risk hesaplamada kullanılan tablolar Şekil 1’de izlenebilir.

Bulgular

271 HT vakasının 89’u erkek (%32.8) ve 182’si kadındı (%67.2). Ortalama yaş 57.18±13.69 (en az 23 en çok 86) yıl idi. Kadın ve erkeklerin yaşları arasında anlamlı farklılık bulunamadı (t=0.199, p=0.842).



Şekil 1

10 yıl içinde mutlak multifaktöriyel koroner kalp hastalığı geliştirme risk tablosu^{5,12} (kolesterol için 4 mmol/dl yaklaşık 150 mg/dl ve 8 mmol/dl yaklaşık 300 mg/dl alınabilir) Avrupa Kardiyoloji Derneği, 1999.

Hastaların 96'sında (%35.4) evre I, 88'inde (%32.5) evre II ve 87'sinde (%32.1) evre III hipertansiyon mevcuttu. Farklı evrelerdeki hastalar arasında cinsiyet açısından ($X^2=1.605$, $p=0.448$) anlamlı farkı yoktu ancak evre yükseldikçe ortalama yaş da artmaktaydı (Şekil 2, $F=7.889$, $p<0.001$). Sistolik kan basıncı değerleri ile yaş arasında güçlü pozitif lineer ilişki mevcuttu (Şekil 3, $F=14.275$, $p<0.001$) ve bu ilişkiye göre hastaların sistolik kan basınçları yıl başına $0.41\pm 0,11$ mmHg artıyordu ($t=3.778$, $p<0.001$). Yaş ile diastolik kan basıncı arasında korelasyon yoktu (Pearson korelasyon= -0.092 , $p=0.133$).

Sigara içen 36 kişi (%13.3), DM tanısı olan 26 kişi (%9.6) mevcuttu. Erkeklerde sigara içiciliği (%21.3) kadınlardan (%9.3) anlamlı olarak daha yüksekti ($X^2=7.481$, $p=0.012$). Vücut kitle indeksine göre hastaların %13.6'sı normal kiloda veya zayıf, %12.3 fazla kilolu, %63.0'ü obez ve %11.1'i morbid obezdi (Şekil 4). Kolesterol değerleri 150 mg/dl'den düşük 2 kişi (%2.5), 150-199 mg/dl arası 35 kişi (%43.2), 200-249 mg/dl arası 30 kişi (%37.0), 250-299 mg/dl arası 14 kişi (%17.3) vardı. Ortalama kolesterol değerleri açısından erkek ve kadınlar arasında anlamlı fark bulunmadı ($t=1.046$, $p=0.299$).

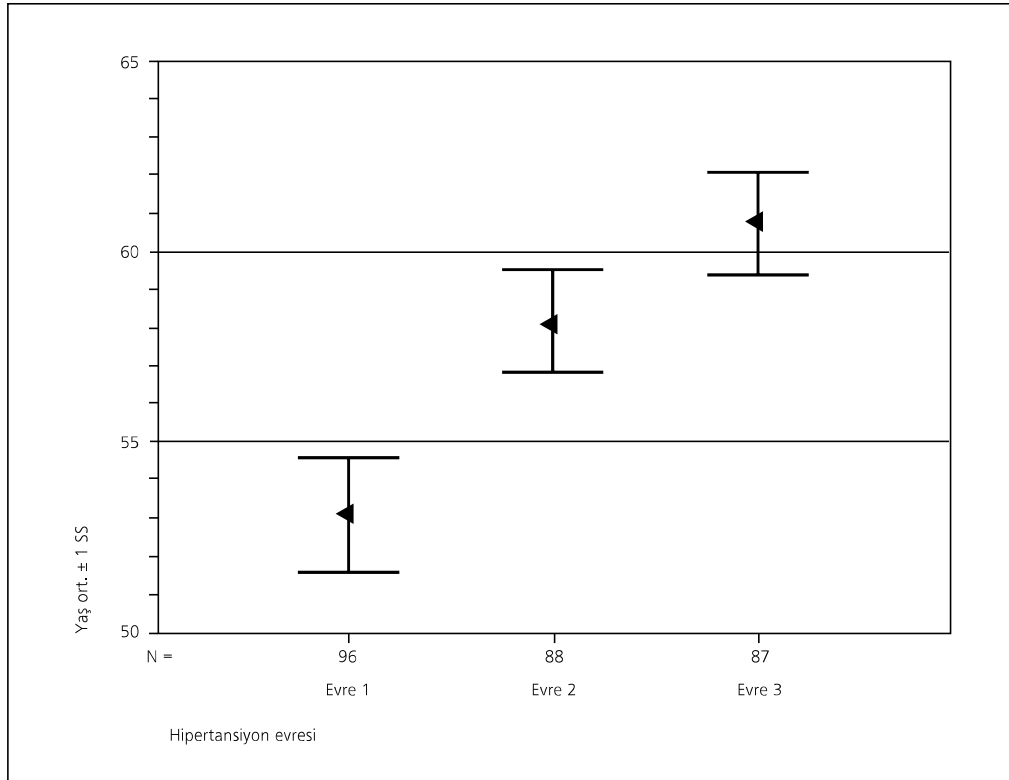
Mutlak koroner risk açısından düşük risk grubunda 7 (%9.0), hafif risk grubunda 21 (%26.9) orta risk grubunda 36 (%46.2) yüksek risk grubunda 13 (%16.7) ve çok yüksek risk grubunda 1 (%1.3) vardı. Risk değerlendirme için gereken verilere 81 düzenli hastadan 78'inde ulaşıldı. Hastaların hipertansiyon evreleri ve mutlak koroner risk grupları Tablo 1'de görülebilir.

Tablo 1
Hastalarımızın HT evreleri ve koroner risklerinin dağılımı

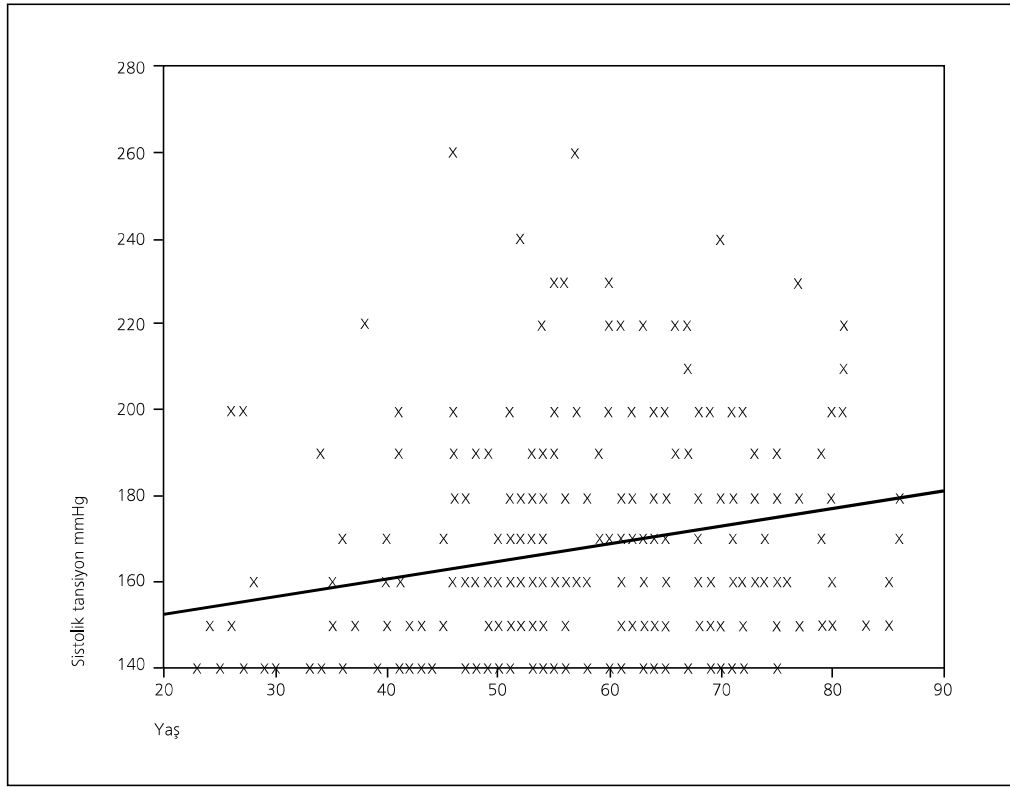
Koroner risk	Hipertansiyon evresi			Toplam
	Evre I	Evre II	Evre III	
Düşük	5	1	1	7
Hafif	9	9	3	21
Orta	9	13	14	36
Yüksek	1	6	6	13
Çok yüksek	-	1	-	1
Toplam	24	30	24	78

Tartışma

Bütün HT komplikasyonları içinde en fazla mortaliteye koroner hastalıklar ve intraserebral olaylar neden



Şekil 2
Farklı hipertansiyon evrelerindeki hastaların yaş özellikleri



Şekil 3

Yaş - sistolik kan basıncı değerlerinin ilişkisi

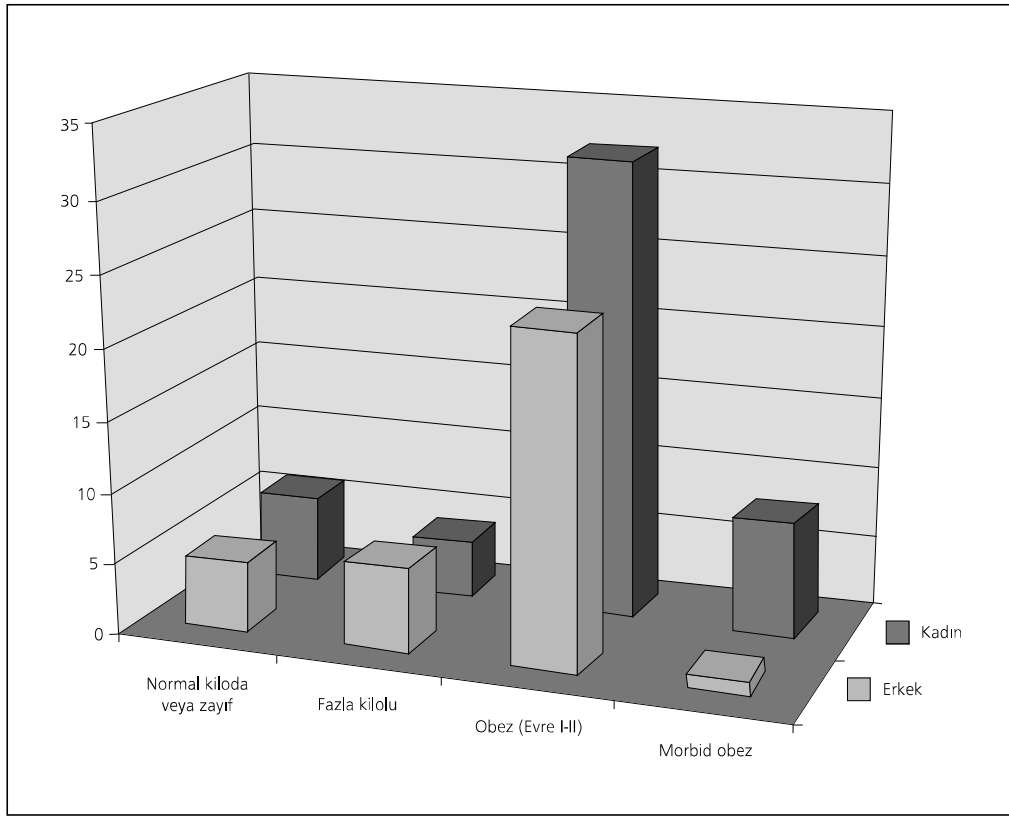
olmaktadır.⁶ Koroner kalp hastalığı Avrupa ülkelerinde 45 yaş üzerindeki erkeklerde ve 65 yaş üzeri kadınlarda bir numaralı ölüm sebebi olmaya devam etmektedir.⁷ TEKHARF çalışmasının on yıllık izlem verilerine göre ülkemizde 2 milyon koroner kalp hastası bulunmakta, 2010 yılında bu rakamın 3.4 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalığının yıllık mortalite hızı Türkiye’de diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha yüksek olup erkeklerde %5.1 kadınlarda %3.3’tür.⁸

HT hastaları kan basıncı yüksekliğine göre hafif, orta ve ağır olmak üzere üçe ayrılırlar. HT hastalarının çoğu sistolik 140-160 mmHg veya diyastolik 90-100 mmHg kan basıncına sahip hafif (evre I) hastalardan oluşmaktadır. Orta ve hafif HT’lu kişilerde yaşam tarzı değişikliği hastalığın kontrolünde etkili ve maliyet etkin bir tedavi yöntemidir.⁹

Çalışmamızda, beklenildiği gibi yaşla sistolik kan basıncının arttığı saptandı. Kendi başına bir risk faktörü olan yaş, diğer koroner risk faktörleri üzerinde de etkilidir.¹⁰ Bu nedenle HT’la mücadelede hastalığın erken yaş ve evrelerde saptanması önemli yer tutar. Kan basıncını 18 yaşından itibaren yılda en az bir kez ölçmek, HT’u

koroner hastalıklar meydana gelmeden saptamak ve yaşam tarzı değişikliğinden (sigara ve tütün mamullerinin kullanılmaması, sağlıklı beslenme, alkol kullanımının kısıtlanması, düzenli egzersiz, vb) başlayan uygun çözümler getirerek hastalık seyrini kontrol altına almak aile hekiminin yaklaşımının bir parçası olmalıdır. Bu mücadele, bireylerle ilişkisinin yoğun ve sürekli olduğu, hayat şartlarının doğrudan izlenebildiği ve hastaya en kolay ulaşılabilecek birinci basamakta sürdürülmelidir. Düzenli aralıklarla kan basıncı ölçümünün yararı bütün periyodik muayene önerilerinde yer almakta ve aile hekimleri için güçlü bir derleme sunan AAFP’nin periyodik sağlık muayeneleri önerilerinde de her görüşmede tansiyon ölçülmesi yer almaktadır.¹¹

Koroner risk faktörleri uzun yıllardır bilinen ve klinik uygulamada yer alan bir konudur. Ancak 10 yıllık koroner kalp hastalığı riski hesabı henüz yenidir. Bu hesabın doktor ve hasta için mevcut riski somutlaştırması büyük avantajdır. Basit tablolarla hesaplanabilen bu bilgi kişinin hayat tarzı ve tedavi düzenlemelerine rehberlik yapabilir ve kişinin sağlıkla ilgili riskleri daha iyi anlamasını sağlayabilir.



Şekil 4

Erkek ve kadın hastaların vücut kitle indeksine göre dağılımı

Tüm HT hastalarında mevcut koroner risk saptanmalı ve buna göre bir tedavi planlaması yapılmalıdır. Erken yaşta hastalarda gelecekte 60 yaşında benzer risk faktörlerinin devam etmesi halinde oluşacak mutlak riskin belirlenmesi, kaçınılabilecek riski ortaya koyma açısından değerli bir yöntemdir.¹² Hastaların içinde buldukları hastalık evresi ve koroner risklerinin belirlenmesinden sonra kişisel bakımı yönlendirmekte ulusal ve uluslararası kabul görmüş tedavi algoritmalarından yararlanılmalıdır.¹³⁻¹⁴

HT hastalarının evrelendirilmesi ve koroner riskin belirlenmesi aile hekimliği pratiğinde yer almalıdır. Bu, hastalara daha nitelikli sağlık hizmeti ulaştırılmasına katkıda bulunacak ve aile hekiminin hizmet standartının oluşumuna katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Dosh AS. The diagnosis of essential and secondary hypertension in adults. *The Journal of Family Practice* 2001; 50(8): 707-17.
2. Burt VL, Whelton P, Rocelle EJ. Prevalence of hypertension in US adult's population. Results from the Third National Health and Nutrition Survey, 1988-91. *Hypertension* 1995; 25: 305-13.
3. O'Brien E, Beevers G, Lip GYH. Kan basıncı ölçümü. Bölüm 3. *BMJ Türkiye* 2001; 6(7): 41-4.
4. The Sixth Report of Joint National Committee on the Prevention, Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *NIH People Science* 1998; 11-9.
5. Wood D, Debaker G, Faergeman O, Graham I, Mancía G, Neil A, Orth-Gomer K, Pyörälä K. Clinician's Manual on Total Risk Management. London, Science Press LTD, 2000.
6. Center for Disease Control; National Centers for Health Statistics. Results for the Third National Examination Survey 1988-1991.
7. Boersma H, Doornbos G, Bloemberg BPM. Cardiovascular diseases in Europe. France, European Registries of Cardiovascular Disease and Patient Management. *European Society of Cardiology* 1999; 15-22.
8. Onat A, Sansoy V, Yıldırım B ve ark. Erişkinlerimizde kan basıncı 8 yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile ve bazı etkenlerle ilişkileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 1999; 27: 136-46.
9. Mc Whinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2. baskı. New York. *Oxford University Press* 1997: 319-42.
10. Smith SC, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Cerqueira MD, Dracup RN. AHA/ACC guidelines for preventing hearth attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update. *Circulation* 2001; 104: 1577-9.
11. AAFP American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi). Periyodik sağlık muayeneleri önerileri. <http://www.aafp.org/exam/> adresinden erişilmiştir.
12. Kültürsay H. Giriş ve Epidemiyoloji. In: Kültürsay H (Ed). Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma'da. Ed. Kültürsay H. İstanbul, Argos İletişim Hizmetleri, 2001; 1-30.

13. **Subcommittee G.** 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *Journal of Hypertension* 1999; 17: 151-83.

14. **Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu.** Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2000; 28(6): 335-97.

Geliş tarihi: 03.05.2003

Kabul tarihi: 31.07.2003

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Erkan Melih Şahin
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı EDİRNE
Tel: (0284) 234 76 40 / 1463
Faks: (0284) 235 76 52
e-posta: emsahin@yahoo.com
emsahin@trakya.edu.tr