

Hipertansiyonun İlaçsız Tedavisi

*Prof.Dr.Nurettin ÖZCAN**

*Dr.Fatih BULUCU**

*Yrd.Doç.Dr.M.Tahir ÜNAL**

Hipertansiyon teşhisi tek bir günde tespit edilen yüksek değerlere dayanılarak konulmamalıdır. Kan basıncının geçici yükselişleri yerleşmiş hipertansiyondan ayırılmamalıdır. Hipertansiyon tedavisi uygulamadan önce hipertansiyonun derecesi ve etyolojisi saptanmaya çalışılmalıdır. Genellikle, yerleşmiş hipertansiyon devamlı bir hastalık olduğu için tedavisi de ömür boyu sürecek bir süreçtir (1).

Ağır ve komplikasyonlu hipertansiyon olguları hariç, hipertansiyonun tedavisi genellikle aciliyet arz etmez. Hafif hipertansiyonlu hastalarda ise ne zaman ilaç tedavisine başlanacağı konusunda fikir birliği oluşmamıştır. Ayrıca hipertansif hastalardan hangilerinin ne şekilde tedavi olacağı sorusuna cevap vermek de kolay değildir. Çeşitli faktörleri göz önüne alarak her hastayı ayrı ayrı değerlendirmek gerekir (1,2,3).

Son zamanlarda hafif hipertansiyonun ilaç kullanılmadan tedavisine ilgi giderek artmaktadır. Bu tedavi şeklinin özellikle faydalanacak olanlar, 50 yaş altında, diyastolik basıncı 90-94 mmHg arasında olan, başka kardiyovasküler risk faktörü taşımayan ve hedef organ hasarı bulunmayan "hafif hipertansiflerdir (4,5,6). Hafif hipertansif oldukları tespit edilen hastalara ilk 3-6 aylık dönemde ilaç dışı tedavi uygulanabilir. Bu ilaç dışı tedaviye rağmen arteriyel kan basıncı kontrol altına alınamazsa tedaviye uygun ilaç eklenir. Ancak bu yöntemin kullanımını kısıtlayan iki sebep vardır. Birincisi, çoğu hekimin bu tedavi şeklini bilmesine rağmen, reçete yazmak yerine daha fazla çaba sarfederek bazı tedbirleri hastaya uygulamaya çalışmaktan kaçınması, riske girmemesidir. İkincisi hastanın bu tedavi yönteminde alınacak tedbirlere uyumunun olmamasıdır (7).

İlaç tedavinden farklı olarak, ilaç dışı tedavi prensibi çerçevesinde alınacak tedbirlerin şayet abartılmazlarsa hastaya zararlı bir etkisi yoktur. Ayrıca ilaç dışı tedavi yöntemleri mutlaka ilaç alması gereken hastalara (orta ve daha ileri derecedeki hipertansifler) ilaç tedavisi ile beraber destekleyici olarak kullanılabilirler (8). Hipertansiyonun tedavisinde uygulanması önerilen ilaç dışı tedavi yöntemleri aşağıda özetlenecektir.

Kilo Verdirtme

Kilo vermenin hipertansiyon üzerine olan etkilerini araştıran çalışmaların sonuçlarına göre; kilo verme kan basıncını düşürmede etkili bir yöntemdir (2). Hipertansif hastalarda kilo azaltmanın arteriyel kan basıncını düşürmesinin muhtemel mekanizması kilo kaybı ile kardiyak debi, kan volümü ve plazma norepinefrin seviyesinde düşüşler olamasıdır (7). Ayrıca besin alımında azalma sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalmaya, dolayısıyla aldosteron ve renin seviyelerinde düşüşe yol açar (9). Bu mekanizmalarla preload, afterload ve arteriyel kan basıncı düşer.

Hipertansif hasta eğer şişmansa, tedaviye yönelik ilk tedbir kilo verdirtmek olmalıdır. Kilo verdirtme tek başına olarak hafif hipertansiyonu düzeltebilir. Ayrıca orta ve ağır hipertansif şişmanlarda ilaç tedavisi ile beraber mutlaka kilo da verdirilmelidir (80).

Hipertansiflerde kilo kaybı, enerji alımını azaltmak ve fiziki faaliyeti artırmak suretiyle sağlanabilir (80). Hastanın uyum sağlayabileceği bir kalorik kısıtlama düzeyi kullanılarak tüm şişman hipertansiflerde kilo verdirtme çabası gösterilmelidir. Kilo azaltma şişmanlarda hızlı değil yavaş yavaş yapılmalıdır (2).

* GATA İç Hastalıkları BD Öğretim Üyesi, ANKARA

Sodyum Kısıtlaması

Sodyum alımının artışı ile kan başmandaki artış arasındaki ilişki açık şekilde bilinmektedir. Sodyum alımında günde 100 mmol'lük bir artış, sistolik basınçta 12 mmHg, diyastolik basınçta 7 mmHg artışa neden olmaktadır. Bu artışın temel nedeni sodyumun su tutarak kan volümünü artırmasıdır. Kırsal kesimde yaşayan bir Afrika kabilesinde yapılan çalışma, bu kabileden şehre göçenlerde, sodyum içeriği yüksek diyet tüketmeye başlamakla birlikte kan basınçlarında artış olduğunu göstermektedir (2,10).

Eldeki veriler, böbreğin yüksek tansiyondan sorumlu olduğunu göstermektedir. Sodyum itrah kabiliyeti daha düşük böbreği olanlarda hipertansiyon geliştiğine dair görüş mevcuttur. Böyle bir durumda, sodyum itrahını artıracak mekanizmalar devreye girmektedir. Bunun neticesi olarak, sodyum pompası inhibe olmakta, damar düz kası hücre içi sodyum seviyesi artmaktadır. Sodyum ve kalsiyumun hücre dışına çıkması beraber inhibe olduğu için hücre içi kalsiyum seviyesi de artıp, arteriyoler düz kasın reaktivitesi fazlalaşmaktadır. Esansiyel hipertansiyonlu kişilerin plazmalarında sodyum geçişimini engelleyen bir maddenin artmış olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Sodyum geçişiminin inhibisyonu ne kadar fazla olursa kan basıncı o denli yüksek olmaktadır. Ayrıca tuz alımı ne kadar artarsa plazmanın Na^+-K^+ ATPaz inhibe etme kabiliyetinin o kadar büyük olduğu gösterilmiştir (2,10).

Sodyum itrahının kontrolünde etkin atriyal peptidler izole edilmiştir. Bu peptidler sodyum atılımında furosemidden daha güçlüdürler. Atriyal peptidler etkilerini gösterirken sodyum pompasını inhibe etmezler. Atriyal peptidler sodyum pompasını inhibe eden faktörden farklıdır. Her ikisi de sodyum atılımını sağlar ancak, inhibitor faktörün vasküler tonüs üzerine etkileri atriyal peptidlere göre zıt yöndedir (2,10).

Çalışmalar sodyum alımında orta derecedeki kısıtlamanın kan basıncını düşürdüğünü göstermektedir. Sodyum kısıtlamasının bu etkisi kan basıncının ciddiyeti ile ilgilidir. Kan basıncı ne kadar yüksek olursa tuz kısıtlaması o kadar etkin olmaktadır. Kan basıncı yükseldikçe renin sisteminin reaktivitesi azalmaktadır. Sodyum kısıtlamasına gittiğimizde kan volümünü azalacak ancak yüksek tansiyon nedeniyle renin-anjiyotensin sisteminde cevap düşük olacaktır, böylelikle kan basıncında düşüş sağlanacaktır. Sodyum kısıtlaması tek başına yeterli olabileceği gibi orta ve daha ileri derecedeki hipertansiflerde diğer ilaçsız

tedavi yöntemleri ve ilaç tedavisi ile beraber kullanılmalıdır (10,11).

Aldığımız sodyumun sadece %5-10 kadarı tabii olarak besinlerde bulunur. Alınan sodyumun geri kalanı besinlerin işlenmesi sırasında, pişirmede veya sofrada tuzluk kullanma suretiyle ilave olunur. Besinlere tuz ilave etmeyerek, pişirme esnasında tuzdan kaçınarak ve yüksek miktarda sodyum içerdiği bilinen besinlerden uzak durarak günlük sodyum alımını yarıya indirmek mümkündür. Deneyimler, çoğu kişinin bu seviyede sodyum alımına uyabildiğini göstermektedir. Hastalar zamanla bu tür beslenmedeki tada alışabilmektedirler. Sorun yemeklerini evde yemeyen dolayısıyla besinindeki sodyum içeriğini yeterli kadar kontrol edemeyen kişilerde ortaya çıkmaktadır (2,10).

Potasyum Desteği

Hipertansiflerde plazma ve total vücut potasyumunun düşük olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, normokalemik hipertansiflere potasyum vermenin anlamlı antihipertansif etki oluşturduğu gösterilmiştir. Kısa süreli potasyum ilavesinin başlıca etkisi natriürezistir. Na^+-K^+ ATPaz pompası inhibitörlerince yada norepinefrin tarafından indüklenen vazokonstriktör etkiyi zayıflatması diğer bir etki şeklidir (7,12).

Hipertansif hastalarda serum potasyum düzeyi mutalaka kontrol edilmelidir. Hipopotasemi saptanırsa bu hastaların ihtiyaca göre potasyum açığı oral veya IV yolla tamamlandığında kan basıncının düşmesinde belirli oranda faydalı olur. Ayrıca hipertansif hastalarda devamlı potasyum kaybına neden olan bir hastalık varsa, mümkün olduğu takdirde bu hastalık tedavi edilmelidir, değilse potasyum açığı sürekli tamamlanmalıdır.

Kalsiyum Desteği

damar düz kas hücresinin tonik kasılmasını hücre içi kalsiyum sağlar. Parathormonun çok değişik hücrelerde, hücre içi kalsiyumun arttırıcı özelliği bilinmektedir. Hipertansif kişilerde parathormon seviyelerinin yüksek olduğunu gösteren araştırma çalışmaları mevcuttur. Hipertansif hastalarda paratiroid glandı aktivitesindeki artış relatif bir kalsiyum ihtiyacından kaynaklanıyor olabilir. Parathormonun akut infüzyonları damar yataklarında vazodilatasyon yaparken, uzun süreli kullanımı insanlarda ve farelerde periferik direnci ve kan basıncını arttırmaktadır (12,13).

Hiperparatiroidizmli hastalarda, plazma renin aktivitesinin yüksek olduğu bilinmektedir. Kalsiyum düzenleyen hormonlar ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi günlük mineral alınımını birlikte düzenlerler. Hipertansiyonda $Na^+_K^+_{ATPaz}$ pompasının inhibe olmasıyla hücre içinde miktarı artan Ca^{++} , damar tonüsünde artışa neden olurken öte yandan hücre dışı sıvılarda nisbi Ca^{++} düşüklüğü olmakta, parathormon salınımı artmakta, bu da bir yandan gücre içine Ca^{++} girişini artırarak, bir yandan da renin aktivitesini artırarak hipertansiyona yol açmaktadır. Bu sebeple, bazı hipertansiflerde, özellikle nispi kalsiyum eksikliği olanlarda kalsiyum desteği faydalı olabilir (12,13).

Magnezyum Desteği

Magnezyum doğanın fizyolojik kalsiyum blokercidir. Yapılan çalışmalarda, uzun sürede magnezyum desteğinin kan basıncında düşme temin edebileceği, ancak kısa süreli uygulamalarda böyle bir sonuç alınmayacağı belirtilmektedir. Bu alanda başka çalışmalara gerek vardır (7,14).

Diyet içeriği

Vejeteryanlarda kan basıncının düşük olduğu bilinmektedir. Vejeteryan diyet verilen hastalarda sistolik basınçta 5 mmHg düşük olduğu bildirilmiştir. Vejeteryan diyetde lifli besin oranı yüksektir. Bitkisel lifli besinlerin tek başına verildiği hastalarda kan basıncında 5-10 mmHg düşüş kaydedilmiştir (7).

İlaçsız hipertansiyon tedavisinde üzerinde durulması gereken diğer faktör de alınan besinlerin yağ içeriğidir. Günlük alınan toplam yağ miktarında azaltma yapmadan sadece satüre yağları azaltmanın (poliansatüre/satüre oranını artırmanın) arteriyel kan basıncı üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir. Ancak çoğunlukla satüre yağları azaltarak alınan toplam yağ miktarı yarı yarıya duyurulduğu takdirde hem normal tansiyonlularda hem de hipertansiyonlularda arteriyel kan basıncının düştüğü saptanmıştır (7).

Kahve İçimi

Bir defada iki fincandan fazla kahve içiminin kahve tiryakisi olanlarda dahi bir yada iki saatlik süre için muhtemelen sempatik sinir sistemini aktive ederek arteriyel kan basıncını 5-15 mmHg artırdığı saptanmıştır. Bazı araştırma çalışmalarına göre ise kahve içme alışkanlığı olanlarda kahve içmek kan basıncını anlamlı derecede artırmamaktadır. Bu bil-

gilere göre hipertansif hastalarda kahve içimi mümkün olduğu kadar az olmalıdır (2,7).

Sigara İçimi

Sigara yüksek kan basıncı ile ilgisi olmamasına rağmen, ateroskleroz oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. Sigara içen hipertansiflerde, koroner arter hastalığı riski, sigara içmeyen hipertansiflere göre %50-60 oranında daha yüksek olduğundan, bu tip hastalara sigarayı bırakmaları önerilmelidir. Aslında sigara içenlerde, bu alışkanlıklarını terkettikten sonra, kan basıncında hafif yükselmeler olmaktadır, bu da muhtemelen kilo almaları ile ilgilidir (7,8).

Alkol Kısıtlanması

Aşırı derecede olmayan alkol alımının yasaklanmasına gerek yoktur. Günde 50-80 ml den fazla etanol alanlarda ise hipertansiyon görülme sıklığının arttığı ve bu miktardaki tüketimin akut pressör etki yaptığı bilinmektedir (7,15). Az miktarlarda alkol alımının bazı yararlarının olabileceğine dair kanıtlar vardır. Bu şekilde tüketildiğinde HDL seviyesinde artışa yol açarak ateroskleroz oluşumunu azalttığı düşünülmektedir (8). Alkolün ekstra kalori kaynağı olduğu da unutulmamalıdır. Bu bilgiler ışığında hipertansiflerde alkol alımı sınırlı ve seyrek olmalıdır.

Egzersiz

Egzersiz sırasında, kardiyak debinin ve kalp atım hızının artmasıyla sistolik basınçta artış olur. Hipertansiflerde yapılan pek çok çalışmada, fizik egzersizden sonra, istirahatte kan basıncında düşme olduğu görülmüştür (2,7).

Hipertansiflere itme, çekme, ağırlık kaldırma gibi izometrik egzersizler önerilmemektedir. Düzenli olarak izotonik egzersiz yapanlarda, vazodilatör prostaglandinlerin arttığı, plazma renin aktivitesinde ve plazma viskozitesinde azalma olduğu gösterilmiştir (2,7).

Psikoterapi

Esansiyel hipertansiyonun kaynağının psiko"matik olması ihtimali, çeşitli gevşeme tekniklerinin kan basıncı üzerine olan etkilerinin araştırılmasına yol açmıştır. Gevşeme teknikleri arasında transan dantal meditasyon, yoga, müzikoterapi, biofeedback sayılabilir. Bu tekniklerin uygulanması ile kan basıncında en azından geçici düşüşler olduğu gösterilmiştir. Gevşeme tedavisi gibi psikolojik yöntemler yardımcı tedavi olarak düşünülebilirler. (1,7,8).

KAYNAKLAR

1. Sokolow M, Mc Ilroy MB, Chaitlin MD. Systemic hypertension. In: Clinical Cardiology, San Francisco. Appleton & Lange 1990: 25-95.
2. Kaplan NM. Systemic hypertension. Therapy. In: Braunwald E, ed. Heart Disease. Philadelphia. WB Saunders Company, 1988: 62-84.
3. Kaplan NM. The potential benefits of nonpharmacological therapy. Am J Hipertensión 1990; (5p+1), 425-7.
4. Wollam GL, Hall DW. Treatment of systemic hypertension. In: Hurst JW, Schlant RC, Rackley CE, Sonnenblick EH, Wenger NK, eds. The Heart Arteries and Veins. New York: Mc Graw Hill Company 1990: 1171-85.
5. Silverberg DS. Nonpharmacological treatment of hypertension. J Hypertens Supp 1990 Sep; 8(4):821-26.
6. Arakawa K. Nonpharmacological measures for lowering blood pressure. Cardiovasc Drug Ther. 1989 Dec; 3(6):847-52.
7. Kaplan NM. Clinical Hypertension. Baltimore. Williams & Wilkins 1986: 147-76.
8. Gross F, Bisa Z, Strasser T, Zanchetti A. General therapeutic measures. In: Management of Arterial Hypertension. WHO 1984: 36-9.
9. Bray GA. Nutrient balance and obesity. In: Bray GA, ed. Medical Clinics of North America, Philadelphia: WB Saunders Company, 1989; 73:38-9.
10. MacGregor GA. Salt and blood pressure. In: Mac Gregor GA ed. Progress In Cardiology, 1986;73-104.
11. Weinberger MIL. Is salt restriction relevant and feasible as adjunctive treatment of hypertension? Drugs 1990 Jun;39(6):809-13.
12. Langford HG, Watson RL. Potassium and calcium intake. Excretion and homeostasis in blacks and their relation to blood pressure. Cardiovasc Drug Ther 1990 Mar; 4 Supp 2:403-6.
13. Grobbee DE, Wall-Manning HL. The role of calcium supplementation in the treatment of hypertension. Drugs 1990;39(1):7-18.
14. Zemel PC, Zemel MB, Urberg M, Douglas FL, Geiser R, Sowers JR. Metabolic and hemodynamic effects of magnesium supplementation in patients with essential hypertension. Am J Clin Nutr, 1990 Apr;51(4):665-9.
15. Black HR. Nonpharmacologic therapy for hypertension in the elderly. Geriatrics, 1990 Oct;44 Suff BP 20-9.