

Asemptomatik Tansiyon Yüksekliğine Acil Tıp Asistanlarının Yaklaşımının Değerlendirilmesi

Erhan Arıkan^{1*}, Nurcan Arıkan¹, Ahmet Aktaş², İsa Ardahanlı³

¹Bilecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Başhekimlik, Pelitözü Mevkisi, 11040, Bilecik, Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları A.D., 58140, Sivas, Türkiye

³Bilecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Pelitözü Mevkisi, 11040, Bilecik, Türkiye

ÖZET:

Amaç: İstanbul ilindeki Acil Tıp asistanlarının, acil servise başvuran asemptomatik tansiyon yüksekliği olan hastalara yaklaşımlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: 15 Şubat-15 Temmuz 2015 tarihleri arasında İstanbul ilindeki eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerindeki Acil Tıp kliniklerinde, Acil Tıp asistanı olarak çalışan 211 hekime anket çalışması yapılmıştır.

Bulgular: Asistanların %31.3'ü (n=66) asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tedaviye başlayacağını ifade ederken, %68.7'si (n=145) herhangi bir tedavi uygulamadıklarını ifade etmiştir. Tedaviye başlayacağını ifade edenlerin; tedaviye başlama sınırları sistolik kan basıncı için 130 ile 200 mm-Hg arasında, diyastolik kan basıncı için 80 ile 120 mm-Hg arasında, ortalama arter basıncı için ise 70 ile 150 mm-Hg arasında değişmektedir. Asistanların %56.4'ü (n=119) asemptomatik tansiyon yüksekliği ile gelen hastalarda tetkik isteme eğilimindeyken, %43.6'sı (n=92) tetkik istemeyeceğini ifade etmişlerdir. Tetkik isteyeceğini ifade edenlerin %29.4'ü (n=35) Hemogram, %79.0'u (n=94) böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, %90.8'i (n=108) elektrokardiyografi, %31.1'i (n=37) kardiyak markörler, %2.6'sı (n=15) ise beyin BT isteyeceğini ifade etmiştir.

Sonuç: Asemptomatik tansiyon yüksekliği gibi tedavi ve takibi arada konuların standart ve doğru bir yaklaşım ile yönetilebilmesi için, bu konuyla ilgili eğitimlerin özellikle ilk yıllarda verilmesinin, asistanların yaklaşımlarını değiştirmekte önemli olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Asemptomatik hipertansiyon, Acil tıp asistanları

Evaluation of Emergency Medical Assistant's Approach to Asymptomatic High Blood Pressure

ABSTRACT:

Purpose: It is the evaluation of the approach of the Emergency Medicine assistants in the city of Istanbul to patients with asymptomatic hypertension admitted to the emergency department.

Material and Methods: A survey was conducted on 211 physicians working as emergency medicine assistants in training and research hospitals and emergency medicine clinics in university hospitals in Istanbul between February 15 and July 15, 2015.

Results: While 31.3% (n = 66) of the residents stated that they would start treatment in asymptomatic high blood pressure, 68.7% (n = 145) stated that they did not apply any treatment. Those who stated that they would start treatment; The limits of initiation of therapy ranged from 130 to 200 mm-Hg for systolic blood pressure, 80 to 120 mm-Hg for diastolic blood pressure, and 70 to 150 mm-Hg for mean arterial pressure. While 56.4% (n=119) of the residents tended to request examination in patients presenting with asymptomatic high blood pressure, 43.6% (n=92) stated that they would not want the test. 29.4% (n=35) of those who stated that they would want to have a test, hemogram, 79.0% (n=94) kidney function tests, liver function tests, 90.8% (n=108) electrocardiography, 31.1% (n=37) cardiac markers, 2.6% (n=15) stated that they would require brain CT.

Conclusion: We think that training on this subject, especially in the first years, will be important in changing the approaches of residents in order to manage issues such as asymptomatic high blood pressure with a standard and correct approach.

Keywords: Emergency clinic, Asymptomatic hypertension, Emergency medicine assistants

GİRİŞ

Hipertansiyon (HT) dünya genelinde yaygın görülen ve neden olduğu komplikasyonlar nedeniyle mortalitenin önemli bir sebebidir. Yaşlanan nüfus nedeniyle prevalansı giderek artmaktadır. Dünyada yaklaşık bir milyardan fazla insanı etkilediği düşünülmektedir (Mills vd., 2020). Ülkemizde hipertansif hastalarda kan basıncını (KB) kontrol altına alma oranı %28,7 iken, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde %29,6, kadınlarda %34, gelişmiş ülkelerde ise erkeklerde %33,2 ve kadınlarda %38,4'tür (Yürekli vd., 2019). HT teşhisinde en yaygın olarak muayenehanedeki KB ölçümleri kullanılır. Bununla birlikte, son kılavuzlar, hipertansiyon tanısı ve yönetimi için ofis dışı KB izleme (ambulator kan basıncı izleme) ve kendi kendine evde izleme tavsiye etmektedir (Whelton vd., 2018; Muntner vd., 2019). HT tanısı kolay konulabilen bir hastalık olmakla birlikte etkili ve uygun bir tedavi ile mortalite ve morbiditesi belirgin bir şekilde azaltılabilen bir hastalıktır (Ku vd., 2019; Wolf vd., 2013). Tanıda dikkat edilmesi gereken başka bir husus ise oldukça sık gözlenen beyaz önlük hipertansiyonudur. Ayaktan kan basıncı monitörizasyonu tekniklerinin gelişimi ile beyaz önlük etkisini daha iyi tanımlamak mümkün olmuştur. Yaygın kabul gören tanıma göre beyaz önlük etkisi; klinik ölçümlerde yüksek olarak saptanan kan basıncı değerinin ev koşullarında ölçümde ve AKBM' da normal olarak saptanmasıdır. Beyaz önlük etkisi hipertansiyon saptanan hastaların %21-35'inin ev ölçümleri normal sınırlardadır (Bobrie vd., 2004). Çalışmalarda hipertansif hastaların sağlık sorunları hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir (Esnah ve Al-Daken, 2016). Türk toplumunda, katılımcıların HT hakkında düşük bilgi düzeyine sahip oldukları da görülmüştür (Sengül vd., 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), HT ile mücadelede birinci basamak sağlık hizmetinin önemine dikkat çekmekte ve sağlık çalışanlarının, risk faktörleri ile ilgili eğitim toplantılarının düzenlenmesinde aktif rol almaları gerektiğine işaret etmiştir. Acil servislere hipertansiyonla başvuran ve şikayeti sadece rakamlar olan hastaların sayısı azımsanamayacak kadar çoktur (Pierin vd., 2019; Shao vd., 2018). Asemptomatik kan basıncı yüksekliği ile başvuran ve tahlil, tedavi ya da takip ihtiyacı olmayan hastalar ile acilde tedavi alması gereken hipertansiyon

hastalarının ayırımı önem arz etmektedir. Acil servislere uzun hasta takipleri ve gereksiz tahliller iş yükünü artırmaktadır. Bu çalışmada, asemptomatik tansiyon yüksekliğine acil servis asistanlarının yaklaşımını belirlemek amacıyla anket çalışması planlanmış ve katılımcıların anket sorularını yanıtlaması sağlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma acil servis asistan hekimlerinin asemptomatik hipertansiyonla başvuran hastalara tanı, takip ve tedavi amaçlı yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı (betimsel) tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışma 15 Şubat-15 Temmuz 2015 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp asistanı olarak çalışan hekimlere yapılması planlandı. Doktorların değerlendirmesi için 18 sorudan oluşan çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların olduğu anket hazırlandı ve katılımcıların anket sorularını yanıtlaması istendi. Anketi doldurmayı kabul etmeyen katılımcılar çalışmaya kabul edilmedi. Kabul eden 211 acil tıp asistanının anket cevapları çalışmaya kabul edildi. Çalışmaya katılan 211 katılımcının anket bilgileri taranarak veriler bilgisayar ortamında oluşturulan formlara kaydedildi. Katılımcıların yaş, cinsiyet, kaçınıcı yıl asistanı olduğu, hangi kurumda çalıştığı, hipertansiyon tedavisine yönelik önceden eğitim alıp almadıkları, asemptomatik hipertansiyon hastalarına istedikleri tahlil, uyguladıkları tedavi yöntemleri ve takip sürelerine yönelik sorular soruldu. Katılımcıların verdiği cevaplar, çalıştıkları kurumlara göre, kaçınıcı yıl asistanı olduklarına göre ve hipertansiyon tedavisine yönelik eğitim alıp almadıklarına göre karşılaştırıldı. Anket, denekler tarafından bağımsız olarak eğitilmiş bir görüşmeci gözetiminde gerçekleştirildi.

Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya dahil edilen hastaların kan basınçlarının ölçümü ESC 2018 Hipertansiyon klavuzundaki önerilere göre yapıldı. Kan basıncı (BP) seviyeleri,

görüşme yerinde çalışmaya kör bir eğitimli gözlemci tarafından oturma pozisyonundaki deneklerin sağ ve sol kollarından ölçüldü. Kan basıncı iki kez 10 dakika arayla ölçüldü. Sistolik KB (SBP) ve diyastolik KB (DBP), sırasıyla birinci ve beşinci Korotkoff fazlarında civa sfigmomanometre kullanılarak kaydedildi. Analiz için dört KB ölçümünün ortalaması kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Frekans, Oran) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Etik Uygunluk

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar No: 2015/11).

BULGULAR

Çalışmaya %55.5'i (n=117) erkek ve %44.5'i (n=94) kadın olmak üzere toplam 211 acil tıp asistanı dahil edildi. Çalışmaya katılan asistanların %54.5'i (n=115) 25-30 yaş aralığında, %40.8'i (n=86) 30-35 yaş aralığında, %4.7'si (n=10) ise 35 yaş ve üzerindedir. Asistanlık süreleri incelendiğinde; %25.6'sının (n=54) 1.yıl, %34.1'inin (n=72) 2.yıl, %24.2'sinin (n=51) 3.yıl, %16.1'inin (n=34) 4.yıl asistanı olduğu görülmektedir. Asistanların %83.4'ü (n=176) EAH (Eğitim ve Araştırma Hastanesi), %16.6'sı (n=35) ise üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Asistanların %40.8'i (n=86) acil tıp uzmanlık eğitiminde HT tedavisine yönelik eğitim, kurs, workshopa katılırken, %59.2'si (n=125) katılmamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Yaş (yıl)	25-30 yaş	115	54.5
	30-35 yaş	86	40.8
	≥ 35 yaş	10	4.7
Cinsiyet	Erkek	117	55.5
	Kadın	94	44.5
Asistanlık süresi (yıl)	1.yıl	54	25.6
	2.yıl	72	34.1
	3.yıl	51	24.2
	4.yıl	34	16.1
Çalıştığı kurum	EAH	176	83.4
	Üniversite hastanesi	35	16.6
HT eğitimi	Evet	86	40.8
	Hayır	125	59.2

EAH: Eğitim Araştırma Hastanesi; HT: Hipertansiyon

Tansiyon ölçümü yüksek çıkan hastaların acile en sık başvurma nedeni sorulduğunda; %63.0'ü (n=133) baş ağrısı, %19.5'i (n=41) bulantı, %1.9'u (n=4) göğüs ağrısı ve %15.6'sı (n=33) asemptomatik yanıtı verilmiştir. Asistanların %31.3'ü (n=66) asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tedaviye başlayacağını ifade ederken, %68.7'si (n=145) herhangi bir tedavi uygulamadıklarını ifade etmişlerdir. Tedaviye başladığını ifade edenlerin, tedaviye başlama sınırları sistolik kan basıncı için 130 ile 200 mmHg arasında değişmekte olup, ortalama 170.45 ± 13.18 mmHg'dir. Diastolik kan basıncı için 80

ile 120 mmHg arasında değişmekte olup, ortalama 109.39 ± 11.88 mmHg, ortalama arter basıncı için 70 ile 150 mmHg arasında değişmekte olup, ortalama 129.62 ± 15.94 mmHg'dir. Asistanlara tansiyon ölçümlerinde dikkat edilen durumlar sorulduğunda; %44.1'i (n=93) hasta pozisyonu, %79.1'i (n=167) hasta istirahat süresi, %31.3'ü (n=66) sigara, kahve, çay içiminden 30.dak. sonra, %31.8'i (n=67) varsa ağrısına yönelik tedavi sonrası ve %2.4'ü (n=5) diğer durumlara dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Asistanların %82.9'u (n=175) acile gelen yüksek tansiyonlu hastanın yaş faktörünün önemli olduğunu

belirtmiş, %17.1'i (n=36) ise yaşın önemli olmadığını ifade etmiştir. Asistanların %69.7'si (n=147) tedaviye başlarken hastanın önceki ortalama tansiyon

değerini göz önüne aldıklarını, %30.3'ü (n=64) önceki ortalama tansiyon değerini önemli bulmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Asistanların Tedavi Öncesindeki Gözlemlerine İlişkin Dağılımlar

		n	%
Tansiyonu yüksek hastaların acile en sık başvurma nedeni	Baş ağrısı	133	63
	Bulantı	41	19,5
	Aseptomatik	33	15,6
	Göğüs Ağrısı	4	1,9
Aseptomatik tansiyon yüksekliği için tedaviye başlama durumu	Evet	66	31,3
	Hayır	145	68,7
Tansiyon ölçümlerinde dikkat edilen durumlar*	Hasta istirahat süresi	167	79,1
	Hasta pozisyonu	93	44,1
	Varsa ağrısına yönelik tedavi sonrası	67	31,8
	Sigara, kahve, çay (30.dak. sonra)	66	31,3
	Diğer	5	2,4
Yaş faktörünün önemi	Var	175	82,9
	Yok	36	17,1
Tedaviye başlarken önceki ortalama tansiyon değerinin önemi	Var	147	69,7
	Yok	64	30,3
		<i>Min-Maks</i>	<i>Ort ± SD</i>
Aseptomatik tansiyon yüksekliği için tedaviye başlama sınırı	SKB (mmHG)	130-200	170,45±13,18
	DKB (mmHG)	80-120	109,39±11,88
	OKB (mmHG)	70-150	129,62±15,94

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir, SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diastolik kan basıncı, OKB: Ortalama kan basıncı

Asistanların %56.4'ü (n=119) asemptomatik tansiyon yüksekliği ile gelen hastalarda tetkik isteyeceğini, %43.6'sı (n=92) tetkik istemeyeceğini belirtmiştir. Tetkik isteyeceğini ifade edenlerin %29.4'ü (n=35) Hemogram, %79.0'u (n=94) BFT-KCFT, %90.8'i (n=108) EKG, %31.1'i (n=37) kardiyak markırlar, %2.6'sı (n=15) ise beyin BT isteyeceğini belirtmiştir. Tansiyon yüksekliği ile gelen hastalarda ilk tercih edilen tedavi yöntemleri sorulduğunda; %64.5'i (n=136) sublingual, %4.7'si (n=10) intramusküler, %28.4'ü (n=60) intravenöz ve %2.4'ü (n=5) diğer yöntemleri uyguladığını ifade etmiştir. Asistanların %73.0'ü (n=154) tansiyon yüksekliği için sublingual antihipertansif kullanacağını, %27.0'si (n=57) kullanmayacağını belirtmiştir. Asistanların asemptomatik tansiyon yüksekliğini takip etme süreleri sorulduğunda, %61.6'sının (n=130) 2 saat, %16.6'sının (n=35) 4 saat, %2.4'ünün (n=5) 8 saat, %19.4'ü (n=41) ise takip etmeyip taburcu ettiğini ifade etmiştir. Asistanların %38.9'u (n=82) asemptomatik tansiyon yüksekliği olanlarda tansiyon değerini düşürmeden taburcu edeceğini, %61.1'i (n=129) tansiyon değerini düşürmeden taburcu etmeyeceğini belirtmiştir. Asistanların %31.3'ü (n=66) acil serviste taburcu ederken antihipertansif

reçete yazacağını, %68.7'si (n=145) reçete yazmayacağını ifade etmiştir (Tablo 3).

Asistanlık sürelerine göre asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tetkik isteme eğilimleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Yine asistanlık sürelerine göre KB ölçümlerinde hastanın pozisyonuna, hastanın istirahat süresine, varsa ağrı tedavi sonrasında ölçülmesine ve diğer durumlara dikkat etme eğilimleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Asistanlık süresi 2.yıl, 3.yıl ve 4.yıl olanların sigara, kahve, çaydan 30.dak. sonra ölçülmesine dikkat etme eğilimi, 1.yıl asistanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($=0.001$; $p<0.01$). Asistanların asistanlık sürelerine göre asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tetkik isteme eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.014$; $p<0.05$). Asistanlık süresi 1.yıl ve 2.yıl olanların tetkik isteme eğilimi, 4.yıl asistanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Asistanların asistanlık sürelerine göre istedikleri tetkiklerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$), (Şekil 1).

Asistanların asistanlık sürelerine göre tansiyon yüksekliği için ilk tercih edilen tedavi yöntemleri

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.004$; $p<0.01$). 1.yıl ve 2.yıl asistanlarının sublingual tedavi yöntemini tercih etme eğilimi yüksekken, 3.yıl ve 4.yıl asistanlarının intravenöz ve sublingual tedavi yöntemini eşit oranda tercih edeceklerini belirttikleri saptanmıştır. 4.yıl asistanlarının intravenöz tedavi yöntemini tercih etme eğilimleri, 1. yıl asistanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir (Şekil 2).

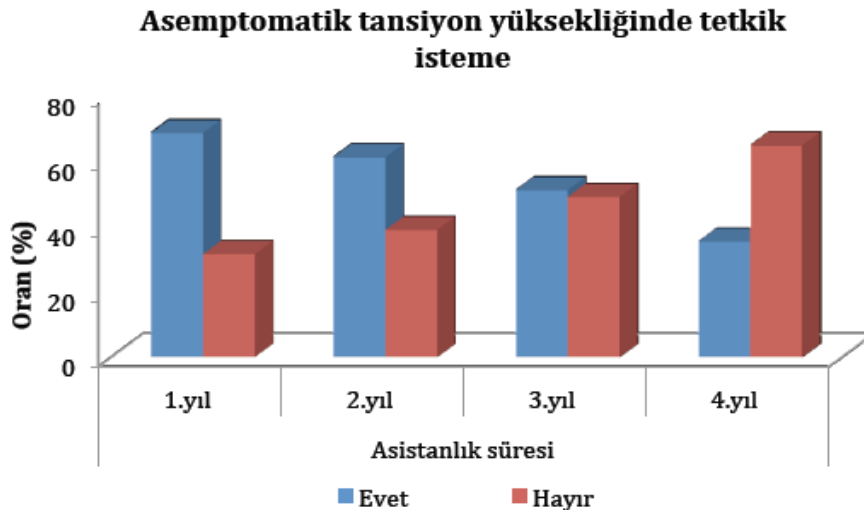
Asistanlık sürelerine göre asemptomatik tansiyon

yüksekliğini takip etme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.006$; $p<0.01$). Asistanlık süresi 1.yıl ve 2.yıl olanların 2 saat takip etme eğilimi, 3.yıl ve 4.yıl asistanlarından anlamlı düzeyde yüksektir; 4.yıl asistanlarının ise takip etmeden taburcu etme eğilimleri yüksektir (Şekil 3). Tablo'4 te çalışma grubundaki asistanların acil serviste hipertansiyona yaklaşım durumları gösterilmiştir.

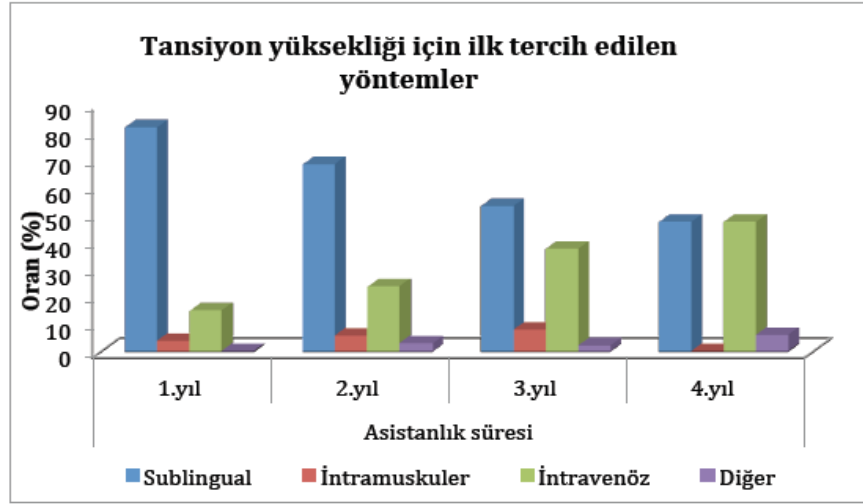
Tablo 3. Asistanların Tedavi Esnasındaki Uygulamalarına İlişkin Dağılımlar

		n	%
Asemptomatik tansiyon yüksekliği ile gelenlerde tetkik isteme durumu	Evet	119	56,4
	Hayır	92	43,6
İstenen tetkikler *	EKG	108	90,8
	BFT, KCFT	94	79
	Kardiyak markırlar	37	31,1
	Hemogram	35	29,4
	Beyin BT	15	12,6
TA yüksekliği için ilk tercih edilen yöntem*	Sublingual	136	64,5
	İntravenöz	60	28,4
	İntramuskuler	10	4,7
	Diğer	5	2,4
TA yüksekliği için sublingual antihipertansif kullanım durumu	Evet	154	73
	Hayır	57	27
Asemptomatik tansiyon yüksekliğini takip etme süresi	2 saat	130	61,6
	4 saat	35	16,6
	8 saat	5	2,4
	Takip yok taburcu	41	19,4
	Asemptomatik tansiyon yüksekliği olanlarda tansiyon değerini düşürmeden taburcu edilme durumu	Var	82
	Yok	129	61,1
Acil servisten taburcu ederken antihipertansif reçete durumu	Var	66	31,3
	Yok	145	68,7

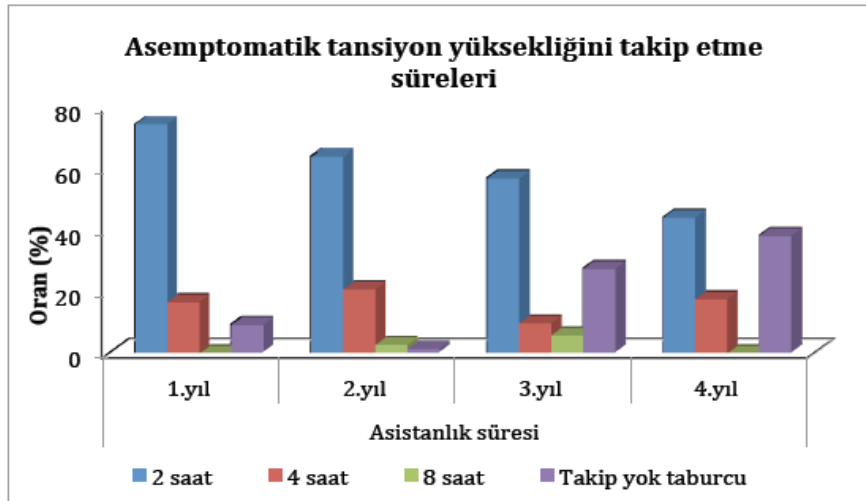
*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. BFT: Böbrek Fonksiyon Testleri, KCFT: Karaciğer Fonksiyon Testleri



Şekil 1. Asistanlık sürelerine göre asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tetkik isteme oranları dağılımı



Şekil 2. Asistanlık sürelerine göre tansiyon yüksekliği için ilk tercih edilen yöntem oranları dağılımı



Şekil 3. Asistanlık sürelerine göre asemptomatik tansiyon yüksekliğini takip etme süreleri dağılımı

Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tedaviye başlama eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.044$; $p<0.05$); hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların tedaviye başlama eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların tansiyon ölçerken hastanın pozisyonuna dikkat etme eğilimleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların tansiyon ölçerken hastanın istirahat süresine ($p=0.001$) ve sigara, kahve, çaydan 30 dak. sonra ($p=0.006$) ölçülmesine dikkat etme eğilimlerinin, hipertansiyon tedavisi eğitimi

almayanlardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların tansiyon ölçerken varsa ağrısına yönelik tedavi uygulandıktan sonra ölçülmesine dikkat etme eğilimleri, hipertansiyon tedavisi eğitimi almayanlardan yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.087$). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların tansiyon ölçerken diğer durumlara dikkat etme eğilimleri de istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların asemptomatik KB yüksekliğinde tetkik isteme eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır

($p=0.034$; $p<0.05$). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların tetkik isteme eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların tansiyon yüksekliği için ilk tercih edilen yöntemlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların sublingual ve intravenöz yöntem uygulama eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların tansiyon yüksekliğinde sublingual antihipertansif kullanma eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); hipertansiyon

tedavisi eğitimi alan asistanların sublingual antihipertansif kullanma eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. HT tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tansiyon değerini düşürmeden taburcu etme eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların taburcu etme eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Hipertansiyon tedavisi eğitimi alma durumlarına göre asistanların acil serviste taburcu ederken antihipertansif reçete yazma eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Asistanlık Sürelerine Göre Asemptomatik Kan Basıncı Yüksekliğine Yaklaşımların Karşılaştırılması

		1.yıl(n=54)	2.yıl(n=54)	3.yıl(n=54)	4.yıl(n=54)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Asemptomatik TA yüksekliğinde tedaviye başlama	Evet	21 (38,9)	25 (34,7)	14 (27,5)	8 (23,5)	$^{a}0,390$
	Hayır	33 (61,1)	47 (65,3)	37 (72,5)	26 (76,5)	
Tansiyon ölçümlerinde dikkat edilen durumlar	İstirahat Süresi	38 (70,4)	55 (76,4)	43 (84,3)	31 (91,2)	$^{a}0,084$
	Pozisyon	22 (40,7)	33 (45,8)	23 (45,1)	15 (44,1)	$^{a}0,949$
	Varsa ağrı	11 (20,4)	26 (36,1)	16 (31,4)	14 (41,2)	$^{a}0,154$
	Sigara, kahve, çay (30.dak. sonra)	7 (13,0)	24 (33,3)	16 (31,4)	19 (55,9)	$^{a}0,001$
	Diğer	2 (3,7)	0 (0)	2 (3,9)	1 (2,9)	$^{b}0,293$
Asemptomatik TA yüksekliğinde tetkik isteme	Evet	37 (68,5)	44 (61,1)	26 (51,0)	12 (35,3)	$^{a}0,014$
	Hayır	17 (31,5)	28 (38,9)	25 (49,0)	22 (64,7)	
İstenen tetkikler	EKG	35 (94,6)	41 (93,2)	23 (88,5)	9 (75,0)	$^{b}0,199$
	BFT, KCFT	27 (73,0)	37 (84,1)	20 (76,9)	10 (83,3)	$^{a}0,637$
	Hemogram	13 (35,1)	12 (27,3)	9 (34,6)	1 (8,3)	$^{a}0,310$
	Kardiyak markırlar	7 (18,9)	18 (40,9)	8 (30,8)	4 (33,3)	$^{a}0,206$
	Beyin BT	3 (8,1)	7 (15,9)	4 (15,4)	1 (8,3)	$^{b}0,698$
TA yüksekliğinde ilk tercih edilen yöntem	Sublingual	44 (81,5)	49 (68,1)	27 (52,9)	16 (47,1)	$^{b}0,004$
	İntravenöz	8 (14,8)	17 (23,6)	19 (37,3)	16 (47,1)	
	İntramuskuler	2 (3,7)	4 (5,6)	4 (7,8)	0 (0)	
	Diğer	0 (0)	2 (2,8)	1 (2,0)	2 (5,9)	
Takip etme süresi	2 saat	40 (74,1)	46 (63,9)	29 (56,9)	15 (44,1)	$^{b}0,006$
	4 saat	9(16,7)	15(20,8)	5 (9,8)	6 (17,6)	
	8 saat	0 (0)	2 (2,8)	3 (5,9)	0 (0)	
	Takip yok taburcu	5 (9,3)	9 (12,5)	14 (27,5)	13 (38,2)	
Tansiyon değerini düşürmeden taburcu	Var	17 (31,5)	22 (30,6)	21 (41,2)	22 (64,7)	$^{a}0,005$
	Yok	37 (68,5)	50 (69,4)	30 (58,8)	12 (35,3)	
Acil serviste taburcu ederken antiHT reçete	Var	5 (9,3)	28 (38,9)	16 (31,4)	17 (50,0)	$^{a}0,001$
	Yok	49 (90,7)	44 (61,1)	35 (68,6)	17 (50,0)	

^aPearson Ki-kare Test, ^bFisher-Freeman-Halton Test

TARTIŞMA

Hipertansiyon dünyada en sık görülen hastalıklardandır (Mills ve Bundy, 2016). Acil servislere hipertansiyon nedeniyle başvuran ve aktif şikayeti olmayan hastaların sayısı azımsanamayacak kadar çoktur (Chan vd., 2016). Asemptomatik

tansiyon yüksekliği ile başvuran ve tahlil, tedavi ya da takip ihtiyacı olmayan hastalar ile acil serviste tedavi alması gereken hipertansiyon hastalarının ayırımı acil servislere iş yükünü ve yoğunluğu azaltmakta önemlidir. Çalışmamızda; asemptomatik tansiyon yüksekliğine acil servis asistanlarının yaklaşımını

belirlemek amacıyla bir anket hazırlanarak katılımcıların anket sorularını yanıtlaması sağlanmıştır. Acil serviste asemptomatik tansiyon yüksekliği olan hastalarda kan basıncının hızla düşürülmesi gerekli değildir, hatta bazen zararlı olabilir (Kessler ve Joudeh, 2010; Vondracek vd., 2016). Asemptomatik kan basıncı yüksekliği ile acil servise başvuran hastalarda, eşlik eden komplike bir durum düşünülüyorsa acil tedavi gerekli olmayabilir. Bunun yerine hastalar; takip eden bir hafta ile bir ay içerisinde birinci basamak hekimlerine başvurmalarıdır. Eğer hastaların tansiyon değeri 180/110 mmHg'nin üzerinde ve antihipertansif tedavi öyküsü varsa; kendi ilaçlarını düzenli almıyorsa ilaçlarını düzenli alması, düzenli almasına rağmen tansiyon yüksekliği oluyorsa takipte olduğu doktoruna başvurması önerilmektedir. KB ölçümleri 180/110 mmHg'nin üzerinde olan ve hipertansiyon öyküsü olmayan asemptomatik hastalarda ertesi gün birinci basamak hekimine, başvuramayacaklarsa antihipertansif tedavinin acil serviste başlanması önerilmektedir. Ama bu uygulamanın acil servis koşullarında kabul edilebilirliği tartışmalıdır (Adebayo ve Rogers, 2015).

Asemptomatik kan basıncı yüksekliğine tedavi başlanması gerekli olmadığı halde, çalışmamızda 211 katılımcının 66'sı asemptomatik hipertansiyon hastalarına tedavi başlayacağını ifade etmişlerdir. Bunların büyük bir kısmını ilk iki yıl asistanları oluşturmaktadır. Asistanlık yılları ilerledikçe endike olmayan tedavi başlama oranları azalmaktadır. İlk yıl asistanlarının acil servis yönetiminde sıkıntı yaşamasının sebebi, hastalara doğru yaklaşımları net olarak bilmemelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. ESH/ESC'de belirtildiği gibi hipertansiyon tanısı koyabilmek için öncelikle tansiyon ölçümünün doğru yapılması gerekmektedir (Williams vd., 2018). Eğitim süresi 2.yıl, 3.yıl ve 4.yıl olanların KB ölçümünde sigara, kahve, çay içiminden 30.dak. sonra ölçülmesine dikkat etme eğilimi, 1.yıl asistanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. İlk yıl asistanlarının yanlış tansiyon ölçümleri ile yanlış ön tanıları oluşturabileceği düşünülmüştür. Tansiyon ölçümünün doğru yapılması yanlış ön tanıları engelleyerek doğru bir yol izlememizi sağlayabilir. Doğru tanıları gidebilmek için hastalar uygun ortamlarda yeterli sürede muayene edilmelidir.

Fakat günümüzde acil servislerdeki yoğunluk ve muayene ortamlarının yetersizliği nedeniyle, tansiyon ölçüm kurallarına uyulmak istense bile tüm kurallara uyulamamaktadır. Asistanlık süresi 1. yıl ve 2. yıl olanların tetkik isteme eğilimi, 4.yıl asistanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Karras ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli bir çalışmada 109 asemptomatik hipertansiyon hastasından sadece %6'sında beklenmedik test anormallikleri saptanmıştır (Karras vd., 2008). ACEP'te bahsedildiği gibi asemptomatik hipertansiyona acil serviste tetkik istemek gereksizdir (Wolf vd., 2013). Bizim çalışmamızda ise 119 (%56.4) katılımcı tetkik isteyeceğini ifade etmiştir. Bu da acillerde oluşan iş yükü yoğunluğuna, (istemeden de olsa) bizim de katkımızın olabileceğini göstermektedir. Acil servise, tansiyonu yüksek olan hastaların en sık baş ağrısı, en az ise göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdukları ifade edilmiştir. Buna rağmen istenen tetkiklerde en çok EKG, en az ise beyin BT yer almaktadır. Bu durum bize yapılan tetkiklerin hastaların şikayetlerine göre istenmediğini düşündürmektedir.

ACEP'te asemptomatik tansiyon yüksekliği olan hastaları, takip etmeden taburcu etmek önerilmektedir. Çalışmamızda 4.yıl asistanlarının klavuzlara uygun davranarak takip etmeden taburcu etme eğilimlerinin yüksek olduğu ancak ilk yıl asistanlarının, hastaları taburcu etmeden önce en az 2 saat takip etmeye eğilimli oldukları görülmüştür. İlk yıl asistanlarının gereksiz takiplerle kendi işlerini ve hasta yoğunluğunu artırdıkları düşünülmektedir. Asemptomatik hipertansiyon gibi arada kalmış konuların asistanlığın ilk yılında verilecek eğitimlerle; hastalara daha doğru ve standart bir yaklaşım getireceğini düşünmekteyiz. Asistanlık süresi 2-4.yıl olanların reçete yazma eğilimi, 1.yıl asistanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Bu hastalara antihipertansif tedavi başlanması tek bir tansiyon ölçümü ile uygun olmasa da; ülkemiz şartlarında hastaların poliklinik kontrolüne kısa sürede ulaşamayacakları düşünülerek tedaviye bir an önce başlanması amacıyla reçete yazılması mantıklı kabul edilebilir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde (EAH) çalışan asistanların asemptomatik tansiyon yüksekliğinde tetkik isteme eğilimleri, üniversite hastanesinde çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. ACEP'te asemptomatik hastalara tetkik

istenmesinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Wolf vd., 2013). EAH acil servislerine üniversite hastanesi acil servislerine göre çok fazla hasta başvurusu olmaktadır. Bu yoğunluk nedeniyle hastalara gereken muayene zamanı ayrılamamaktadır. EAH daha çok tetkik istenmesinin sebebi düşünüldüğünde; acil servislerin yoğunluğu nedeniyle hastaları detaylı muayene edememe ve yoğunluktan dolayı tanı atlama kaygısı olduğu düşünülmektedir.

Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların, tedaviye başlama ve tetkik isteme eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Asemptomatik hipertansiyon gibi arada kalmış konularla ilgili güncel bilgilerin eğitim programında daha sık vurgulanmasının ilk yıl asistanlarındaki tutumunun değişmesinde olumlu olacağını düşünmekteyiz. Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların kardiyak belirteç isteme eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. ACEP'te ve son rehberlerde asemptomatik hipertansiyon ile gelen hastalarda tetkik istenmesinin gereksiz olduğu belirtilmesine rağmen, eğitim alanların kardiyak belirteçleri daha çok isteyeceğini belirtmesi, sorunun yanlış anlaşılması olduğunu düşündürmektedir. Anketteki bu soru "hipertansif acillere yönelik tetkikler nelerdir" olarak algılanmış olabilir. Oral antihipertansifler, hipertansif ivedi durumun tedavisinde tercih edilebilirler. Fakat acil serviste asemptomatik hipertansiyon için tedaviye gerek yoktur. Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların sublingual antihipertansif kullanma eğilimleri, eğitim almayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Eğitim almayan katılımcıların asemptomatik hipertansiyona tedavi vermeleri ve bunun için sublingual yolu tercih etmeleri geleneksel hale gelmiş yanlışlardandır. Endikasyon olmadığı halde kullanılan antihipertansif ilaçların pek çok yan etkileri de karşımıza çıkabilmektedir. Örneğin kaptoprilin öksürük, anjiyoödem, hiperpotasemi, halsizlik, döküntü, baş dönmesi gibi istenmeyen yan etkileri vardır. Nifedipin ise refleks taşikardi ve serebral perfüzyon bozukluğuna yol açabilir (Laurent , 2017; Lee vd., 2013; Boal vd., 2016). Hipertansiyon tedavisi eğitimi alan asistanların, hastayı takip etmeden ve/veya tansiyon değerini düşürmeden taburcu etme eğilimleri, eğitim almayanlardan

anlamlı düzeyde yüksektir. Bu da eğitim almayan asistanların, taburcu edilebilecek hastalarla fazla zaman kaybettiklerini ve iş yüklerini artırdıklarını düşündürmektedir.

Kısıtlılıklar

Ankete katılımlar; ulaşılamayan ve katılmak istemeyen asistanlar nedeniyle; İstanbul ilindeki acil servis asistanlarının %70' ine yakın kısmını kapsamaktadır. Bu çalışma İstanbul ilindeki eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde yapılmış olup Türkiye genelini yansıtmamaktadır. Anketteki tüm sorular asemptomatik tansiyon yüksekliği ile ilgili olmasına rağmen bazı sorularda alınan cevaplar, soruların semptomatik hipertansiyon şeklinde algılandığını düşündürmüştür.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Acil servislerde asemptomatik hipertansiyona tahlil ve tedavi uygulanması gerekli değilken, tedavi başlayacağını ifade eden 66 (%31.3) ve tahlil isteyeceğini belirten 119 (%56.4) asistan mevcuttur. Asemptomatik tansiyon yüksekliği gibi tedavi ve takibi arada konuların standart ve doğru bir yaklaşım ile yönetilebilmesi için, bu konuyla ilgili eğitimlerin özellikle ilk yıllarda verilmesinin, asistanların yaklaşımlarını değiştirmekte önemli olacağını düşünmekteyiz. Asistanlık süresince alınan eğitimin ve geçen zamanla kazanılan deneyimin, asistanların asemptomatik hipertansiyona yaklaşımını doğru yönde değiştirdiğini görmekteyiz. Bunların sonucu olarak da acil servislerde gerekli olmayan tetkik ve uzayan takiplerin azaltılabileceğini düşünüyoruz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemektedir.

Finansal Destek

Hiçbir bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Adebayo, O., & Rogers, R. L. (2015). Hypertensive Emergencies in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America*, 33(3), 539-551.
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2015.04.005>
Boal, A. H., Smith, D. J., McCallum, L., et al. (2016).

- Monotherapy With Major Antihypertensive Drug Classes and Risk of Hospital Admissions for Mood Disorders. *Hypertension* (Dallas, Tex.: 1979), 68(5), 1132-1138.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08188>
- Bobrie, G., Chatellier, G., Genes, N., et al. (2004). Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA*, 291(11), 1342-1349.
<https://doi.org/10.1001/jama.291.11.1342>
- Chan, S. S., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2016). Hypertension in the Emergency Department. *Current hypertension reports*, 18(5), 37.
<https://doi.org/10.1007/s11906-016-0647-4>
- Eshah, N. F., & Al-Daken, L. I. (2016). Assessing Public's Knowledge About Hypertension in a Community-Dwelling Sample. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(2), 158-165.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000227>
- Karras, D. J., Kruus, L. K., Cienki, J. J., et al. (2008). Utility of routine testing for patients with asymptomatic severe blood pressure elevation in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 51(3), 231-239.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.03.032>
- Kessler, C. S., & Joudeh, Y. (2010). Evaluation and treatment of severe asymptomatic hypertension. *American family physician*, 81(4), 470-476.
- Ku, E., Lee, B. J., Wei, J., et al. (2019). Hypertension in CKD: Core Curriculum 2019. *American journal of kidney diseases :the official journal of the National Kidney Foundation*, 74(1), 120-131.
<https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.12.044>
- Laurent S. (2017). Antihypertensive drugs. *Pharmacological research*, 124, 116-125.
<https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.07.026>
- Lee, S., Hess, E. P., Nestler, D. M., et al. (2013). Antihypertensive medication use is associated with increased organ system involvement and hospitalization in emergency department patients with anaphylaxis. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 131(4), 1103-1108.
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2013.01.011>
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., et al. (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*, 134(6), 441-450.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature reviews. Nephrology*, 16(4), 223-237.
<https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Muntner, P., Shimbo, D., Carey, R. M., et al. (2019). Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 73(5), e35-e66.
<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000087>
- Pierin, A., Flórido, C. F., & Santos, J. D. (2019). Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. *Einstein* (Sao Paulo, Brazil), 17(4), eAO4685.
https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4685
- Shao, P. J., Sawe, H. R., Murray, B. L., et al. (2018). Profile of patients with hypertensive urgency and emergency presenting to an urban emergency department of a tertiary referral hospital in Tanzania. *BMC cardiovascular disorders*, 18(1), 158.
<https://doi.org/10.1186/s12872-018-0895-0>
- Şengül, S., Akpolat, T., Erdem, Y., et al. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of hypertension*, 34(6), 1208-1217.
<https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000901>
- Vondracek, S., Scoular, S., & Patel, T. (2016). Management of severe asymptomatic hypertension in the hospitalized patient. *Journal of the American Society of Hypertension: JASH*, 10(12), 974-984.
<https://doi.org/10.1016/j.jash.2016.10.008>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13-e115.
<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, 36(10), 1953-2041.
<https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940>
- Wolf, S. J., Lo, B., Shih, R., et al. (2013). Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients in the emergency department with asymptomatic elevated blood pressure. *Annals of emergency medicine*, 62(1), 59-68.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.012>
- Yurekli, A. A., Bilir, N., & Husain, M. J. (2019). Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015-2030. *PloS one*, 14(9), e0221556.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221556>