

# Hipertansif olgularda non-farmakolojik yöntem ve antihipertansif ilaç kullanımının analizi

Nesrin TÜRK (\*), Ali SÜNER (\*\*)

## ÖZET

Hipertansiyon en önemli sağlık sorunlarından biridir. Tüm dünyada hipertansiyon tedavisi ve kan basıncının kontrol altına alınma oranları genel olarak düşük seyretmekle birlikte ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır.

Son yıllarda tüm dünyada, çok çeşitli bitkisel ilaç, beslenme desteği, vitamin ve mineraller bilinen tıbbi ilaçların yanında yoğun bir şekilde kullanıma girmiştir. İnsanlık tarihinden itibaren bir çok bitkisel ilaçtan tedavide faydalanılmış, son 40 yıldır Amerika'da 8-10 yıldır da Türkiye'de bitkisel ilaç pazarı büyüyerek bir sektör haline almıştır. 'Doğalsa mutlaka güvenilirdir' sloganıyla sunulan bu ilaçlar, hastalar tarafından çoğunlukla doktor bilgisi ve kontrolü dışında kullanılmakta, yan etki ve toksisitelerinin olmadığına inanılmaktadır.

Günümüzde; hipertansif hastalarımızın en sık kullandığı bitkisel preparatlar arasında sarımsak (*allium sativum*) ve limon suyunu görmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Hipertansiyon, bitkisel tedavi

## SURMARY

### Non-pharmacological method and the analysis of antihypertension medication

Hypertension is one of the most important health problems. Hypertension's cure and getting's rates under blood pressure are generally low also there are important differences among countries.

Recently, many kinds of herbal drugs, nutritional supports, vitamins and minerals are used besides medical drugs. Many herbal drugs are used for therapy since early human history. For the last 40 years in the USA and the last 8-10 years in Türkiye, herbal drug marketing has become a sector. These drugs are presented with the slogan "If it is natural, then it is absolutely reliable". They are usually used without doctor control since they are believed not to have any side effects and toxicity.

In the day; Hypertension patients frequently uses vegetable between factory-made pharmaceutical be seen garlic (*allium sativum*) and lemon juice.

**Key words:** Hypertension, herbal therapy

Hipertansiyon, yalnızca bir hastalık değil, birçok durumun bir arada olduğu sendromdur ve ülkemizde yaklaşık 12 milyon hipertansif kişinin bulunduğu tahmin edilmektedir (1-3).

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içinde bir numaralı risk faktörüdür (4). Gelişmiş ülkelerde ve pek çok gelişmekte olan ülkelerde hipertansiyon toplam hastalık yükü içerisinde % 4.5'lik bir paya sahiptir. ABD'de nüfusunun % 24'ü, Türkiye'nin ise % 37'si hipertansiyon hastasıdır. Hipertansiyon hastalarının yalnızca % 53'üne ilaç tedavisi başlanmakta ve tanı konan hipertansiyon hastalarının % 27'sinde yüksek tansiyon kontrol altında (140/90 mmHg altında) tutulabilmektedir. Hastaların % 69'u kan basıncını kontrol altında tutamamaktadır (2,4).

Türk toplumunda hipertansiyon prevalansını araştıran TEKHARF çalışması sonuçlarına göre, Türkiye'de hipertansiyon prevalansı % 33.7 bulunmuştur. Ülkemizde ilaç kullanım oranı giderek yükselmiş ve 1995 yılında % 33 iken, 2002 yılında % 48'e çıkmıştır (5). Birçok ülkede toplumun yaklaşık yarısı hipertansif olduğunu bilmezken, hipertansiyonu olduğunu bilen ve antihipertansif kullananlarda bile hipertansiyonun kontrol altına alınma oranı düşük seyretmektedir (4,6). Hipertansiyon te-

**Gönderilme tarihi:** 10.10.2008

**Kabul tarihi:** 27.11.2008

TAM-MED Özel Hastanesi, Yüksek Hemşire\*, İç Hastalıkları Uz. Dr.\*\*

davisi için birçok ulusal veya uluslararası kılavuz hazırlanmıştır. En son yayınlanan JNC 7 kılavuzunda birinci basamak tedavide diüretikler önerilmiştir (7). Avrupa kılavuzunda özel bir endikasyon olmadığı zaman beş antihipertansif grubundan herhangi birinin ilk tedavi olarak başlanabileceği önerilmektedir (8). Bu önerilere rağmen, diüretik ve beta bloker (BB) kullanımında artış, kalsiyum kanal blokeri (CCB) kullanımında azalma trendi olsa da, bir çok ülkede en sık kullanılan antihipertansif grubu angiotensin converting enzim inhibitörü (ACE) veya CCB'dir. Ancak ülkeler arasında, kullanılan antihipertansif ilaç grupları açısından belirgin farklar görülmektedir (4).

Son zamanlarda özellikle şiddetli hipertansiflerde başlangıç tedavi olarak kombinasyon tedavisi önerilmektedir (7,8).

Hipertansiyon vakalarının yaklaşık % 90-95'i, neden (etioloji) bilinmediğinden primer ya da daha doğru bir deyimle "esansiyel" hipertansiyon olarak adlandırılır. Hipertansiyon vakalarının geriye kalan bölümüne, yani yaklaşık % 10'una bu durumun nedeni bilindiğinden "sekonder" hipertansiyon denir. Böbrek (renal) kökenli olan hipertansiyon bunların en yaygın olanıdır.

Hipertansif bir kişide yapılacak klinik değerlendirme ve araştırmalarda dört amaç vardır (1,5):

1. Kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunun doğrulanması ve düzeyinin saptanması
2. İkincil hipertansif olup olmadığının ve nedeninin saptanması,
3. Hedef organ hasarının varlığı ve yaygınlığının değerlendirilmesi,
4. Prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek kardiyovasküler risk etmenlerinin ve klinik özelliklerin araştırılması.

Hipertansiyonlu bir hastanın klinik değerlendirilmesi öyküsünde başlar. Hipertansif bir kişide KB (kan basıncı) ölçümü dışında tam bir fizik inceleme yapılmalıdır (9).

DSÖ/ Uluslar arası Hipertansiyon Derneği Kılavuz Kurulu'nun ve Hipertansiyon Primer Korunması için ABD Çalışma Grubu'nun raporlarında, koruyucu öneriler belirlenmiştir (Tablo 1) (1).

**Tablo 1. Hipertansiyon korunmasında koruyucu öneriler.**

1. Vücut ağırlığının kontrol altında tutulması
2. Fiziksel aktiviteyi artırmak
3. Fazla alkol içilmemesi (26 g/gün etanol)
4. Günlük sodyum miktarının günde 6 gr tuz (< 2,4 gr Na) ile sınırlandırılması
5. Potasyum alımının artırılması
6. Psikososyal stresin azaltılması

Sekiz hafta süren ve belirli bir beslenmenin uygulandığı 'Hipertansiyonu Durdurmak Üzere Besinsel Yaklaşımlar' (DASH) çalışmasında, meyve ve sebzeden zengin, yağsız ve az yağlı süt ürünleri içeren yağdan ve kolesterolden yoksun, proteini hafif artırılmış bir diyetle, erişkinlerde kan basıncının 5,5/3,0 mmHg düştüğü görülmüştür. Tansiyonu yüksek olmayan bireylerde de bu diyetin kan basıncını 3,5/2,1 mmHg düşürdüğü saptanmıştır (10,11).

Bitkisel ilaçların Türkiye'deki durumuna gelince: 1996 verilerine göre; toplam ilaç pazarında % 7'lik bir paya sahip oldukları, doktor tarafından kabul gören preparatlardan 6-7 tanesinin bu payın % 30'unu oluşturduğu görülmektedir. Bitkisel ilaç kullanımının son yıllarda hızla artması nedeniyle, 1999'da Resmi Gazete'de "Tıbbi Farmasötik Ruhşatlandırma Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmış ve Gaibisso'nun raporu doğrultusunda koşullar uygulanması istenmiştir. Buna rağmen bizde bitkisel ilaçlarla tedavi çoğunlukla eczacı, doktor olmayan ama kendisini Herbalist, Bitki Özü Uzmanı, Lokman Hekim gibi isimlerle tanıtan kişilerce; yan etki, toksisite ve ilaç etkileşimi bilinmeden kontrolsüzce uygulanmaktadır. Son 8-10 yıldır yerli üretim yanında birçok yabancı firma, bitkisel ürünleri, beslenme destekleri ve vitaminleri ile Türkiye piyasasında yerini almıştır. Ancak bu ürünlerin de ilaç etkileşimleri ve toksisiteleri bilinmeden satışına ve kullanımına bir denetim getirilememiştir. Amerikan

halkı sıkça tekrarlanan ve atasözü haline gelen “Doğalsa mutlaka güvenilirdir” cümlesinin etkisi altındadır. Ancak bitkisel ürünlerin mutlaka güvenilir olduğuna dair inanç, tehlikeli ve doğru olmayan bir kabullenmedir (12).

Günümüzde tıbbi bitkiler geleneksel tedavi amacıyla çok yoğun bir şekilde kullanılmaktadırlar. Bu bitkilerden; Crataegus (Yemişen, Kuş yemişi, Kocakarı yemişi, Akdiken, Alıç, Geyikdiken, Kızlar yemişi) kalbi ve dolaşım sistemini güçlendirici toniklerdir. Bedenin gereksinimine göre, kalbi uyarıp atımları düzenleyerek yüksek tansiyonu düşürür. Yine; Melissa Çayı, armut, hünnap, kara hurma, karabaş otu, yeşil çay (hücre ölümlerine sebep olan ve kansere yol açan serbest radikallerin bedenden arındırılmasına yardımcı olur. Kolesterolün lenfatik emilimini önleyerek tansiyonu, kan şekeri ve damar sertliğini düzenler) gibi bitkilerde geleneksel tedavide karşımıza çıkmaktadır (11,13,14).

Ayrıca bu bitkilerin en önemlilerinden biri de sarımsaktır. Sarımsağın yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ve trigliserid seviyelerini düşürmek suretiyle kalp hastalıklarına karşı koruma sağladığı yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. Tavşanlarda yapılan çalışmalarda önceden oluşmuş arterosklerotik birikimlerin ve lezyonların bile düzenli sarımsak tüketimi ile geriye döndürülebileceği görülmüştür. Hindistan’da iki gruba bölünmüş 432 koroner hastası ile yapılan çalışmalarda, üç yıl sonra sarımsak verilmeyen grupta bulunan hastalardaki ölüm oranının, sarımsak verilenlerdekini yaklaşık iki katı olduğu, sarımsak verilenlerde kalp krizi geçirme oranının, tansiyon ve kandaki kolesterol seviyesinin daha düşük olduğu görülmüştür (15).

Köln Üniversitesi Hastanesinde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ise yüksek tansiyonu doğal yollardan düşüren gıdalardan birisinin de günde 30 kalori kadar siyah çikolata tüketimi olduğu belirlenmiştir.

## MATERYAL ve METOD

Şubat-Mayıs 2008 tarihleri arasında Gaziantep Özel TAM-MED Hastanesi Dahiliye polikliniğine başvuran hipertansif hastaların demografik özelliklerini, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi durumlarını inceleyen bir çalışmadır.

Dahiliye polikliniğinden faydalanan ve iletişim kurulabilen hipertansif 150 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, literatür bilgileri ışığında ve uzman görüşü alınarak anket formu kullanılmıştır.

Kan basıncı (KB) ölçümleri görüşmenin sonunda, arenoid manometre ile oturur durumda, kol kalp seviyesinde olacak şekilde, en az 10 dk. istirahati takiben, sağ koldan ölçüldü. Ayrıca hastaların boy ve kiloları ölçüldü.

Kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerinde olan veya KB normal bile olsa antihipertansif tedavi alan kişiler hipertansif olarak kabul edildi. Antihipertansif tedavi alanlarda kan basıncı 140/90 altında ise kan basıncı kontrol altında kabul edildi. Hastaların kullandığı tüm ilaçlar kaydedildi. Daha sonra tecrübeli bir İç Hastalıkları uzmanı tarafından ilaç isimlerinden antihipertansiflerin etken maddesi belirlendi. Etken maddeleri; Beta-bloker (BB), Kalsiyum kanal blokeri (CCB), Angiotensin reseptör blokeri (ARB), Angiotensin converting enzim inhibitörü (ACE), ARB+beta bloker, ARB+CCB, ACE+beta bloker, ACE+CCB, ARB+CCB+alfa bloker, ARB+diüretik ve CCB+alfa bloker olacak şekilde gruplandırıldı ve kullanılan non-farmakolojik tedavilerde belirtildi.

Veriler bilgisayarda SPSS 13.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, devamlı değişkenler ortalama±SD olarak, kategorik değişkenler yüzde olarak verilmiş ve ki-kare testi kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır. p<0.05 anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi ve benzer araştırmalarla tartışılarak tablolar halinde verilmiştir.

**Tablo 1. Çalışma kapsamına alınan hastaların demografik özellikleri.**

Özellikler	Sayı n=150	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	124	82.7
Erkek	26	17.3
<b>BKİ (Beden Kitle İndex)</b>	32.17±6.8	
<b>Yaş</b>	31.40±0.9	
<b>Yaş</b>		
30- 40	7	4.7
41- 50	27	18.0
51- 60	66	44.0
61- 70	38	25.3
71 yaş ve üzeri	12	8.0
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
İçmiyor	129	86.0
1- 10 tane içenler/ günde	10	6.7
11- 20 tane içenler/ günde	1	0.7
21 ve üzeri içenler/ günde	10	6.7
<b>Eşlik Eden Hastalıklar</b>		
Diyabet	64	42.7
KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	6	4.0
Hiperlipidemi	45	30.0
KAH (Koroner Arter Hastalığı)	15	10.0
ABY (Akut Böbrek Yetmezliği)	1	0.7
Gebelik- TA	1	0.7
KOAH+ KAH	2	1.3
KOAH+HbsAg(+)	1	0.7
KAH+HbsAg(+)	1	0.7
Obez-Morbit obez	96	64.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların demografik özellikleri incelendiğinde, hastaların % 82.7'sinin (124) kadın, % 44'ü (66) 51-60 yaş grubunda, % 8'i (12) 71 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiş olup, yaş ortalaması 31.40±0.9 olarak hesaplanmıştır. Hipertansiyon siyah ırkta ve kadınlarda daha çok görülmektedir (1,9). Hipertansiyon birçok ülkede yetişkin popülasyonun yaklaşık % 20'sini etkilemektedir (5).

Kişi yaşının hipertansiyona olan katkısı öncelikle damarlarda yaşlanmaya eşlik eden anormalliklerdir. Bu durum özellikle de kanı kalpten damarlara

taşıyan damarlardaki esneklik kaybı ile açıklanabilir. Ancak yaşla hipertansiyon arasındaki bu bağlantıya bazı ilkel toplumlarda hiç raslanmamaktadır. Bu durumda etkili faktörün "uygarlaşma" ve bununla bağlantılı yaşam biçimi olduğu söylenebilir: örn. tuz kullanımı, aşırı beslenme, sedanter yaşam (fazla hareket göstermeksizin devamlı oturuşa bağlı), stres, vs. (2,3).

Çalışma kapsamındaki hastaların % 42.7'si (64) DM, % 30.0'u (45) hiperlipidemi, % 10.0'u (15) KAH olarak saptanmış olup bu ek hastalıklar ve sigara kullanımı ise TA'nın kontrol altına alınmasında risk oluşturmaktadırlar.

Hastaların 80'i (% 53.3) obez, 16'sı (% 10.7) morbit obez, 40'ı (% 26.7) şişman, 14'ü (% 9.3) normal kiloda olduğu ve özellikle kadın hastaların 65'inin (% 52.4) obez olduğu saptanmıştır. Bu sonucu da özellikle çalışmanın yapıldığı bölgeye (Güney Doğu Anadolu Bölgesi) ve yaşam biçimine bağlayabiliriz.

Hipertansiyon kalp hastalıkları için ana bir risk faktörüdür. Eğer tedavi edilmezse beyin dolaşımı, kalp, damar ve böbrek hastalıkları için ciddi hastalık ve ölüm oranlarında artışa sebep olur. Bir kez teşhis edilip tedavi başlanırsa artan kan basıncı düşürülebilir, kalp ve kalp dolaşım sistemindeki hastalık riski azaltılabilir (1).

Diyabetik olmayanlarda kullanılan ilaç sayısı 86'ı (% 57.3), diyabetik olanlarda kullanılan ilaç sayısına 64 (% 42.7) (monoterapi; 49 (% 42.6), kombine terapi; 15 (42.9)) göre daha yüksek idi. (X<sup>2</sup>=0.001, p=0.979).

Türk toplumunda birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışma sonucunda ise diyabetik olanlarda kullanılan ilaç sayısı daha yüksek bulunmuştur (4).

Çalışma kapsamına alınan hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımlarına baktığımızda; hastalarımızın % 7.3'üne (11) yeni TA tanısı konulmuş

olup, % 49.3'ü (74) 1-5 yıl itibariyle TA hastası olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2. Çalışma kapsamına alınan hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı.**

Özellikler	Sayı n=150	%
<b>Tansiyon Hastalığı (TA); Yeni tanı</b>	11	7.3
1 yıldan daha az süre TA hastası	12	8.0
1- 5 yıldır TA hastası	74	49.3
6- 10 yıldır TA hastası	39	26.0
11- 20 yıldır TA hastası	14	9.3
<b>Ailede TA hastalığı Olanlar</b>	112	74.7
Olmayanlar	38	25.3
<b>Diyet Kısıtlaması Yapanlar</b>	92	61.3
Yapmayanlar	58	38.7
<b>TA İçin Düzenli Kontrole Gelenler</b>	50	33.3
Gelmeyenler	100	66.7

Hastaların % 74.7'si (112) soy geçmişinde TA hastası olduğunu belirtmiştir. TA hastalarımızın % 38.7'si (58) TA için diyet kısıtlaması yapmadığını belirtmiş olup bu hastalarımızdan özellikle diyetle tuz kısıtlaması yapıyor musunuz sorusuna ise %

37.3'ü tuz kısıtlamadığını belirtirken, % 62.7'si (94) tuzu kısıtladığını belirtmiştir.

Çalışma kapsamındaki hastalarımızın TA için % 33.3'ünün (50) düzenli kontrole geldiğini, hastaların TA kontrolü için düzenli kliniğe başvurmadığını, ancak reçete için kliniğe başvurduklarını belirtebiliriz.

Kuzey Amerika diyetlerinin içerdiği yaklaşık 8-10 gr/gün sodyum klorür miktarının 4-5 gr/gün şeklinde kısıtlanmasının kan basıncında 8 mmHg'a kadar düşürdüğü gösterilmiştir (16).

Arıcı ve ark. yaptığı çalışmada hastaların çoğu ilaçlarını düzenli kullanma (% 92.4) ve tuzu azaltma (% 91.4) önerilerini duyduklarını söylerken, bunlara uyduğunu söyleyen hasta yüzdesi ise % 74.2 ve % 66.3'tür.

Kan basıncı oranlarına göre hastaların ilaç kullanımlarına baktığımızda 43'ü (% 33.6) 140-159/90-99< hipertansif evre I, 34'ü (% 26.6) 160-179/

**Tablo 3. Kan basıncı oranlarının ilaç kullanımlarına göre dağılımı.**

Özellikler	İLAC				Total	%	
	Mono	%	Kombine	%			
Kan basıncı oranları	140-150/90-99< hipertansif evre I	34	34.7	9	30.0	43	33.6
	160-179/100-109< hipertansif evre II	23	23.5	11	36.7	34	26.6
	> 140/< 90 izole sistolik hipertansiyon	22	22.4	7	23.3	29	22.7
	140-149/< 90 alt grup sınıflarda hipertansiyon	19	19.4	3	10.0	22	17.2
Total	98	100.0	30	100.0	128	100.0	

$$\chi^2=2.842, p=0.417$$

**Tablo 4. Kan basıncı oranlarının ilaç kullanımlarına göre dağılımı.**

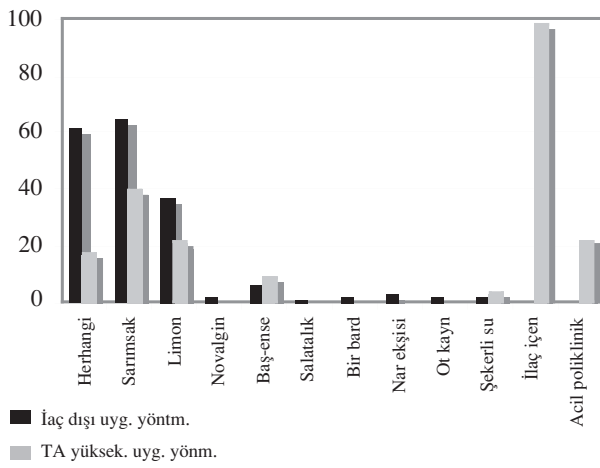
Özellikler	İLAC				Total	%	
	Düzenli	%	Düzensiz	%			
Kan basıncı oranları	140-150/90-99< hipertansif evre I	28	28.3	15	29.4	43	28.7
	160-179/100-109< hipertansif evre II	16	16.2	18	35.3	34	22.7
	> 140/< 90 izole sistolik hipertansiyon	19	19.2	10	19.6	29	19.3
	140-149/< 90 alt grup sınıflarda hipertansiyon	17	17.2	5	9.8	22	14.7
	130/85 < normal	14	14.1	3	5.9	17	11.3
	120/80 < optimal	5	5.1	-	-	5	3.3
Total	99	100.0	51	100.0	150	100.0	

$$\chi^2=11.301, p=0.046$$

100-109< hipertansif evre II, 29'u (% 22.7) >140/<90 izole sistolik hipertansiyon, 22'si (% 17.2) 140-149/<90 alt grup sınıflarda hipertansiyon olduğu görülmüş olup kan basıncı ölçümleri ile ilaç kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Çalışma kapsamına aldığımız hastalarımızın kan basıncı oranları ile düzenli ilaç kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 5. Çalışma kapsamına alınan hastaların non-farmakolojik yöntemler ile kan basıncı yükseldiği anda ilk uyguladıkları yöntemlere göre dağılımı.**

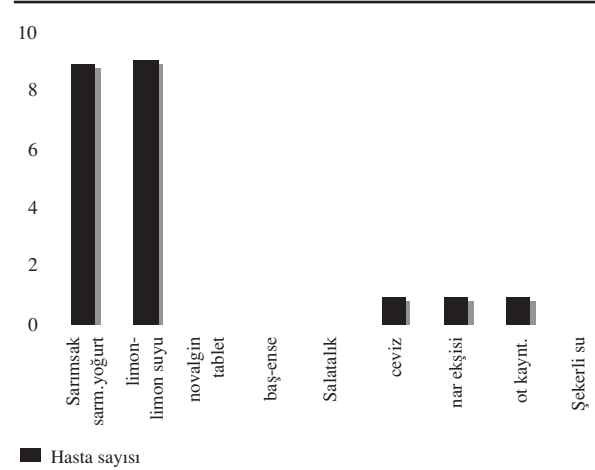


Çalışma kapsamındaki hastalarımızdan % 40.6'sı non-farmakolojik yöntemlerden faydalanmazken % 59,4'ü non-farmakolojiden yararlanmakta olup bunların da % 43,3'ü sarımsak-sarımsaklı yoğurt, % 24.6'sında limon-limon suyunu tansiyonu düşürmek için kullanmaktadırlar. Hastalarımızın 98'i (% 65.3) tansiyonları yükselince öncelikli olarak ilaç içtiklerini, 22'si (% 14.7) acil polikliniğine başvurduğunu belirtirken; hastalarımızın 5'i (% 3.7) tansiyonu yükselince ilaç sonrası tuzlu ayran içerken, 3'ü (% 2) ise şok pozisyonu uyguladığını belirtmiştir.

Bu sonuçlardan tansiyon hastalarının özellikle ilaç ihtiyacı duyduklarında antihipertansif ilaç kullandıklarını ve hastalıkları konusunda da yeterli bilgiye sahip olmadıklarını söyleyebiliriz.

Günümüzde WHO (Dünya Sağlık Örgütü) dünya nüfusunun dörtte üçünün kendi geleneksel kültürlerindeki bitkisel orjinli ilaçları kullandığını, Amerikan halkının ise % 80'inin bitkisel ilaç aldığını saptamıştır. Yine WHO araştırması sonuçlarına göre, dünyada bitkisel ilaçların sayısı 2 bin civarında iken, tedavi amacıyla kullanılan bitkilerin sayısı 20 bini bulmaktadır. Türkiye'de ise bu sayı 5 bin civarındadır. Eisenberg ve ark. Amerika'da reçeteli ilaç kullanan her 5 yetişkinden birinin ya bitkisel ilaç, ya megavitamin ya da her ikisini birada aldığını saptamışlardır. Bitkisel ilaçlara yönelişin sebepleri multifaktöriyeldir. Tıbbi tedavide hayal kırıklığı yaşamak, doktor-hasta ilişkisinde güven-sizlik, tıbbi tedavi ücretlerinin yüksek oluşu ve doğal, yan etkisiz ürünler adı altında kampanyalar yapan pazarlamacıların etkisinde kalmak en önemlileridir (12).

**Tablo 6. İlaç dışı uygulanan yöntemlere göre kan basıncı kontrol oranları.**



Çalışma kapsamına almış olduğumuz tansiyon hastalarımızda ilaç dışı uyguladıkları yöntemler arasında sarımsak-sarımsaklı yoğurt yiyen ve limon-limon suyu içen hastalarımızda kan basıncı kontrol oranlarının iki grupta da aynı olduğunu; novalgın tablet kullanmak, baş-enseye soğuk su uygulamak, salatalık yemek, şekerli su içmek gibi yöntemlerin ise hiçbir etkisi olmadığını gördük.

Sarımsak Çin ve Japonya'da geleneksel olarak hi-



pertansiyonun tedavisinde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda her gün sarımsak alımının hipertansiyondan muzdarip olan hastaların sistolik kan basıncında 12 ila 30 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 7 ila 20 mmHg azalma sağlayabileceği görülmüştür (17). Nagae ve ark. sarımsakta bulunan bir peptit olan gamma-glutamyl-S-allyl cysteine'in tansiyonu yükselten bazı hormonların üretiminde rol alan bir enzimi inhibe ettiği ileri sürmüşlerdir (18). Sarımsağın diğer bir çarpıcı özelliği de, hipertansiyonluların olduğu kadar hipotansif kimselerin de sarımsağın tedavi edici özelliğinden faydalanabilmesi, diğer bir deyişle sarımsağın, ilaçların tersine, kan basıncını ister yüksek ister düşük olsun regüle edebilmesidir (19,20).

Adibelli ve ark. Ondokuz Mayıs Üniv. Nefroloji bölümünde yaptığı çalışmada Ülkemizin kuzey bölgesinde hipertansif hastaların % 72.5'i alternatif tıptan faydalandığı ve bunlarında % 40'ı tansiyonu düşürmek için limon suyunu kullandığı saptanmıştır (21).

India'da yapılan bir çalışmada ise antioksidan ve bazı köklü bitkilerin hipertansiyon, diyabet, kanser ve kalp hastalıklarında etkili olduğunu belirtmiştir (22). Yine Pakistan'da yapılan bir çalışma sonucunda da antioksidanlardan (vitamin C-E)'nin koroner kalp hastalıklarında, diyabette ve hipertansiyonda etkili olduğu sonucuna varılmıştır (23).

**Tablo 7. Çalışma kapsamına alınan hastaların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı.**

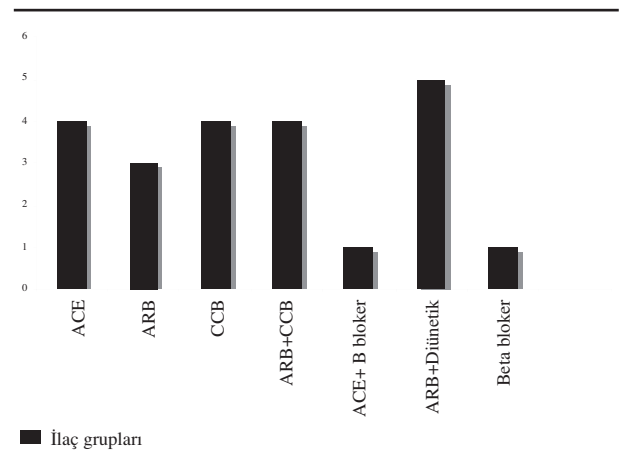
Özellikler	Sayı n=150	%
Monoterapi alanlar	115	76.7
Kombine terapi alanlar	35	23.3
<b>İlaç Grupları</b>		
ACE	36	24.0
ARB	15	10.0
CCB	24	16.0
ARB+ B Bloker	4	2.7
ARB+CCB	21	14.0
ACE+B Bloker	5	3.3
ACE+CCB	4	2.7
ARB+CCB+Alfa bloker	1	0.7
ARB+Diüretik	34	22.7
CCB+Alfa bloker	1	0.7
Beta bloker	5	3.3

Araştırma kapsamına aldığımız hastalarımız % 76.7'si (115) monoterapi kullanırken, % 23.3'ü (35) kombine ilaç tedavisi kullanmakta olup ilaç gruplarına göre dağılımına baktığımızda ise % 24.0 (36) ACE grubu ilaç kullanırken, % 22.7'si (34) ARB+DİÜRETİK grubu ilaç kullandığı saptanmıştır. Çalışma kapsamına aldığımız hastaların 99'u (% 66) düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir.

Arıcı ve ark. yaptığı çalışmada monoterapi kullanan hastaların % 15'i ilaçlarını düzenli almadıklarını, yalnız ihtiyaç hissediklerinde aldıklarını ifade etmişlerdir (5).

Abacı ve ark. yaptığı çalışmaya göre, monoterapi alanlarda en sık kullanılan ilaç grubu % 30.1 ile ACE idi ve hastaların yaklaşık yarısı ACE ve ARB kullanmaktaydı, en sık kullanılan kombinasyon ise ACE+diüretik kombinasyonu idi (4).

**Tablo 8. İlaç gruplarına göre kan basıncı kontrol oranları.**



Çalışmamızda monoterapi kullananlarda en sık kullanılan antihipertansif ilaç grubu ACE'dir. Çalışmamıza benzer şekilde, birçok ülkede en sık kullanılan ilaç grubu ACE'dir (4,27). Her ne kadar en sık kullanılan hipertansif grubu ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilse de ilaç gruplarının seçiminde uluslar arası bir trend olduğunu düşünebiliriz. Çünkü birçok ülkede en sık kullanılan ilaç grubu ACE'dir (4).

Çalışma kapsamına almış olduğumuz tansiyon hastalarımızda en fazla ACE grubu ilaçların kullanılmasına rağmen, ARB+DİURETİK grubu kombinasyon ilaçların TA'nın kontrol altında tutulmasında daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Kan basıncı kontrol oranlarına cinsiyetlere göre baktığımızda; kadın hastalarda 17'i (% 77.3) iken erkek hastalarda 5 (% 22.7) olduğunu gördük.

Kan basıncı kontrol oranı bazı demografik özelliklere ve eşlik eden durumlara göre farklılık gösterebilmektedir. Bizim bulgularımıza benzer şekilde ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında ilaç kullanım oranı kadınlarda erkeklerden daha yüksek iken, ilaç alanlarda kontrol altına alınma oranı erkeklerde kadınlara oranla (% 34.6'ya karşı % 24.2) daha yüksektir (6). Kadınlarda kan basıncı kontrol oranındaki düşüklük başka çalışmalarda da gösterilmiştir (9). Buna rağmen cinsiyet kan basıncı kontrolü için bağımsız bir prediktör değildir. Bu durumu kadın hastaların daha kilolu olmalarıyla açıklayabiliriz.

Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasının yıllar içinde yapılan takiplerinde, ilaç kullanan hipertansiflerde kan basıncının 140/90 sınırına göre kontrol altına alınma oranı yıllar içinde artarak % 28'lere yükselmiştir (24,6).

Abacı ve ark. yaptığı çalışmada ise 140/90 sınırına göre kan basıncı kontrol oranı TEKHARF çalışması ile benzerdir. Ülkemizdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki kontrol oranı Avrupa ülkelerindeki birinci basamak sağlık kuruluşundaki kontrol oranlarına genel olarak benzerdir (25,26). Örneğin, Fransa'da yapılan iki farklı çalışmada 140/90 sınırına göre tedavi almakta olan hipertansifler içinde kontrol oranı % 24 ve % 32,8 olarak bulunmuştur (27). Benzer şekilde Almanya'da primary care patients'te tedavi alan hipertansiflerde 140/90 sınırına göre kan basıncı kontrol oranı % 30'un altındadır (19). Buna karşı Polonya'da general practice'de tedavi almakta olan hipertansiflerde, 140/90 sınırına göre kan basıncı kontrol oranı % 10'un al-

tındadır (28). Maue ve ark. Amerika primary care'de KB kontrolü 140/90 sınırına göre % 41 (diyabetiklerde 130/85 sınırı alınır % 36) (29). Ornstein ve ark. ise yaklaşık % 50 kontrol oranı bildirmektedir (30).

Hipertansiflerde KB kontrol oranında ülkeler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. KB kontrol oranındaki farklılıklarda ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile mümkün olabilir. Ancak farklılıkları sadece gelişmişlik düzeyi ile açıklanamamaktadır. Beş Avrupa ülkesi (İngiltere, Almanya, İtalya, İspanya ve İsveç) Kanada ve ABD'deki kan basıncı kontrol oranlarını karşılaştıran yeni bir analizde, antihipertansif tedavi almakta olan hastalarda 140/90 sınırına göre KB kontrol oranı Avrupa Ülkelerinde % 18.7 ile % 40.3 arasında değişmekte iken Kanada'da % 47.3, Amerika'da % 54.5'tir (25). ABD'de antihipertansif kullanan hastalarda kan basıncı kontrol oranı sosyoekonomik durum, ırk ve etnik gruplara göre değişmektedir (31). Abacı ve ark. yaptığı tarama çalışmasında ise diğer bölgelere göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde KB kontrol oranı en düşük seyretmektedir (9).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın bir sorundur. Erişkin her 3 kişiden 1'inde hipertansiyon vardır. 2000 yılı nüfus verilerine göre ülkemizde yaklaşık 15 milyon hipertansif birey vardır. Kadınlarda hipertansiyon sıklığı erkeklerden daha yüksektir. Elli yaşından sonra hipertansiyon prevalansı yükselmektedir.

Kan basıncı için hastalarımızın % 33.3'ü düzenli kontrole geldiğini belirtirken, hastalarımıza tansiyonunuz için diyet kısıtlaması yapıyor musunuz? sorusuna % 61.3'ü evet, yapıyorum cevabını verirken, özellikle diyetle tuz kısıtlamasını ise % 62.7'si yaptığını gördük.

Hipertansiyon kontrol oranı % 14.6 olup bu oran kadın hastalarda % 11.2'dir. Bu oranın düşüklü-



ğünde, farkında olmanın az olması kadar, hastalara tedavi verilmemesi de rol oynamaktadır. Tedavi yetersizliğinde önemli noktalardan biri yaşam stili değişikliklerinin yeterince önerilmemesi ve bu nedenle de hastalar tarafından yeterince yapılmamasıdır.

Çalışma kapsamına aldığımız hastaların % 66'sı düzenli ilaç kullandığını belirtirken, % 65.3 tansiyonları yükselince öncelikli olarak ilaç içtiklerini ve % 3.7 tansiyonu yükselince ilaç sonrası tuzlu ayran içerken, % 2 ise şok pozisyonu uyguladığını belirtmiştir. Bu sonuçlardan tansiyon hastalarının özellikle ilaca ihtiyaç duyduklarında antihipertansif ilaç kullandıklarını ve hastalıkları konusunda da yeterli bilgiye sahip olmadıklarını söyleyebiliriz.

Medikal ilaçların yanı sıra, hastalarca masum kabul edilip söylenmeyen ya da akıla gelmediği için sorgulanmayan herbal ilaçlarında (fitoterapötik= bitkisel ilaç) tansiyon hastalarımızın sık kullandığını çalışmamızda gördük. Hastalarımızın % 59.4'ü non-farmakolojik tedaviden yararlanmakta olup, bu hastalardan % 43.3'ü sarımsak, % 24.6'sıda limon kullanmaktaydı. Çalışma kapsamına aldığımız hastaların özellikle kan basıncını düşürmek için sarımsak ve limon kullandığı belirlemiştir.

Sonuç olarak; Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bitkisel ürünler çok sık kullanılmaktadır. Ancak bu konuda yeterli bilimsel çalışma yoktur. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının da bu konuda bilgilenebilir. Bitkisel ilaçları kesinlikle kullanmamalı diyerek tamamen yasaklamak veya hiçbir zararı yoktur diyerek özgür bırakmak doğru bir yaklaşım değildir. Örneğin hipertansiyon hastalarına çalışmamızda da faydalı olduğu kanıtlanmış olan sarımsak kullanımını farmakolojik tedaviye ek olarak önerebiliriz.

## KAYNAKLAR

1. **Öksüz E:** Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sted* 2004;13(3):99-104.
2. **Onat A, Doğan Y, Uyarel H, ve ark:** Erişkinlerimizde kan basıncı ve kontrol altında tutulması yönünde gelişme. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2002;30:749-757.

3. **Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu,** 28, 2000.
4. **Abacı A, Kozan Ö, Oğuz A, ve ark:** Türkiye'deki sağlık ocaklarına başvuran hipertansiyonlu olgularda antihipertansif ilaç kullanımının analizi. *Türksaha Çalışması, Türkiye de Yapılan Kardiyovasküler Epidemiyolojik Çalışmalar,* 117-127, 2006.
5. **Arıcı M, Altun B, Erdem Y, ve ark:** Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması, *Türkiyede Yapılan Kardiyovasküler Epidemiyolojik Çalışmalar,* 67-85, 2006.
6. **Onat A, Doğan Y, Uyarel H, et al:** Blood pressure levels in Turkish adults: Initial trend to improved blood pressure control. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2002;30:749-757.
7. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al:** The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, *The JNC 7 report JAMA* 2003;289:2560-2572.
8. **Guidelines Committee:** 2003 European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension 2003;21:1011-1053.
9. **Abacı A, Oğuz A, Kozan Ü, ve ark:** Türkiye'deki Sağlık Ocaklarına Başvuran ve Hipertansiyonu Olduğu Bilinen Hastaların Demografik, Klinik ve Terapötik Araştırması, *Türkiye'de Yapılan Kardiyovasküler Epidemiyolojik Çalışmalar,* 105-116, 2006.
10. **Efe S:** İç hastalıkları tedavi yıllığı. 1992, 6. Baskı, İstanbul, 59-72.
11. **Demirhan Erdemir A:** Şifalı bitkiler. *Doğal İlaçlarla Geleneksel Tedaviler,* s.11.
12. **Kabalak (Ulukent) Ayla:** Bitkisel tedavi ve anestezi riskleri. *Anestezi Dergisi* 2002;1(2):75-82.
13. **Saraç ME:** Doğanın şifalı eli. *Doğan Kitap Yayınları,* 2005.
14. **Baytop T:** Türkiye'de bitkilerle tedavi. 423, 1984.
15. **Ayaz E, Alpsoy HC:** Sarımsak (*Allium sativum*) ve geleneksel tedavide kullanımı. *Türkiye Parazitoloji Dergisi* 2007;31(2):145-149.
16. **Kay JD, Sinaiko AR, Daniels SR:** Pediatric hypertension. *Am Heart J* 2001;142:422-32.
17. **Bordia AK, Josh HK, Sanadhya YK:** Effect of garlic oil on fibrinolytic activity in patient with CHD. *Atherosclerosis* 1977;28:155-159.
18. **Nagae SM, Ushijima M, Hatono S, et al:** Pharmacokinetics of the garlic compound S-allylcysteine. *Planta Med* 1994;60(3):214-217.
19. **Santos OS, Johns RA:** Effects of garlic powder and garlic oil preparations on blood lipids, blood pressure and well-being. *Br J Clin Res* 1995;6:91-100.
20. **www.nutraceutical.com/educate/pdf/garlic.pdf:** Nature's Amazing Nutritional Medicinal Wonder Food Woodland Publishing, Inc., P.O. Box 160, Pleasant Grove, UT 84062, 1995.
21. **Adibelli Z, Dilek M, Akpolat T:** Lemon juice as an alternative therapy in hypertension in Turkey. *Int J Cardiol* 2008, 30.
22. **Saxena R, Venkaiah K, Anitha P, Venu L, Raghunath M:** Antioxidant activity of commonly consumed plant foods of India: contribution of their phenolic content. *Int J Food Sci Nut* 2007;58(4):250-60.
23. **Bansilal AN, Afzal N, Khan TS, Shahjahan S:** Antioxidant status in coronary heart disease (CHD) patients with type 2 diabetes mellitus. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007;19(4):98-101.

- 24. Onat A, Sansoy V, Yıldırım B, et al:** Blood pressure levels in Turkish adults 8 year trends, rate of treatment, relationship to other risk factors and to coronary disease. *Türk Kardiyol Dern Arş* 1999;27:136-143.
- 25. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, et al:** Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and the United States. *Hypertension* 2004;43:10-17.
- 26. Steckelings UM, Stoppelhaar M, Sharma AM, et al:** HYDRA: possible determinants of unsatisfactory hypertension control in German primary care patients. *Blood Pres* 2004;13:80-88.
- 27. Chamontin B, Lang T, Vaisse B, et al:** Regional management of arterial hypertension in France. Report of a survey of general practitioners. *Arch Mal Coeuv Vaiss* 2001;94:823-827.

- 28. Grzybawski A, Bellwon J, Gruchale M, et al:** Effectiveness of hypertension treatment assessed by blood pressure level achieved in primary care setting in Poland. *Blood Pres* 2003;12:232-238.
- 29. Maue SK, Rivo ML, Weiss B, et al:** Effect of a primary care physician-focused, population-based approach to blood pressure control. *Fam Med* 2002;34:508-513.
- 30. Orstein SM, Neitert PJ, Dickerson LM:** Hypertension management and control in primary care: a study of 20 practices in 14 states. *Pharmacotherapy* 2004;24:500-507.
- 31. Meissner I, Whisnant JP, Sheps SG, et al:** Detection and control of high blood pressure in the community: Do we need a wake-up call? *Hypertension* 1999;34:466-471.