

Kardiyovasküler Hastalıklarında Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Kalp-damar hastalıkları ülkemizde sık görülmektedir. Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. Önümüzdeki 10 yıl sonunda, koroner kalp hastası sayısının günümüzdeki tahmini 2,8 milyondan 5,6 milyona yükselmesi beklenmektedir (1). Bu nedenle kalp-damar hastalıkları açısından koruyucu önlemlerin çok daha etkin biçime getirilmesi gerekmektedir. Tanı, tedavisi ve takibi birinci basamakta rahatlıkla yapılabilecek bu hastalık gurubunda ilaçla tedavinin yanı sıra mutlaka yaşam tarzı değişikliği ve tedavi uyumu gerekmektedir. Bu süreçte her kalp hastası ve/veya kalp hastalığı riski bulunan birey mutlaka kendi toplam kalp-damar hastalığı riskini hesaplatmalıdır. Hekimlere kolaylık sağlayabilmesi için toplam kardiyovasküler risk (10 yıl içerisinde bir kardiyovasküler olay meydana gelmesi mutlak olasılığı) hesaplaması için birkaç bilgisayar modeli geliştirilmiştir (2, 3). Bu modeller kullanılarak hastalığın ciddiyeti hasta ve yakınlarına daha iyi anlatılabilmektedir.

Kalp-damar hastalıklarında değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri vardır. İleri yaş, erkek cinsiyet, ailede erken yaşta kalp krizi geçiren bireylerin bulunması değiştirilemeyen risk faktörleridir. Değiştirilebilen önemli risk faktörleri ise hipertansiyon, sigara ve alkol kullanımı, psikososyal stres, şeker hastalığı, kan kolesterolü ve trigliseridlerin yüksekliğidir. Sigara/alkolün bırakılması, kan yağlarının düşürülmesi, şeker hastalığının ve hipertansiyonun erken yaşlarda tanınarak etkin biçimde tedavi edilmesi kalp hastalığını önler, oluşmuş olan koroner hastalığın ilerlemesini yavaşlatır. Kalp-damar hastalıkları için Joint National Committee'de (JNC VIII) tanımlanan major risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir (4);

- Hedef Organ Hasarı
- Hipertansiyon
- Tütün Kullanımı (Sigara)
- Obezite (Vücut Kitle İndeksi ≥ 30 kg/m²)
- Fiziksel İnaktivite

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN



- Lipid metabolizması bozuklukları (Dislipidemi)
- Diabetes Mellitus
- Mikroalbuminüri veya Glomerüler Filtrasyon Hızı <60 mL/min
- Yaş (Erkek ≥ 55, Kadın ≥ 65)
- Erken Kardiyovasküler Hastalık Öyküsü (Erkek ≥ 55, Kadın ≥ 65)

Kalp-damar hastalıkları açısından risk faktörleri her platformda vurgulanmasına rağmen konunun ciddiyeti ile ilgili yeterli uyum sağlanamamaktadır. Örneğin hipertansif kişilerin büyük bir bölümü durumlarının farkında değildir, farkında olanların da tedaviye uyumlarında ciddi sorunlar vardır. Bu hastalarda hedef kan basıncı değerlerine çoğunlukla ulaşılamamaktadır (2,5,6). Kalp-damar hastalığı tanısı olanlar ve/veya risk faktörlerini taşıyan kişilerde yaşam tarzı ile ilgili önlemler mutlaka alınmalıdır. Bu önlemler arasında; sigarayı bırakmak, alkol kullanımını kesmek ya da makul ölçülere indirmek, fiziksel aktivite sağlamak, tuz alımını azaltmak, kilo fazlalığı olan bireylerde ideal kiloya ulaşılmasını sağlamak, meyve ve sebze tüketimini dengelemek, mevcut rahatsızlıklarına yönelik diyetini düzenlemek sayılabilir (7). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; ideal kilonun devamı/10 kg kayıp ile 5-20 mmHg, diyet ile 8-14 mmHg, sodyum (tuz) kısıtlaması ile 2-8 mmHg, fiziksel aktivite (haftada en az 4 gün) ile 4-9 mmHg, alkoldeki kısıtlama ile 2-4 mmHg sistolik kan basıncında azalma saptanmıştır (8).

Kalp-damar hastalarını için aktif ve sağlıklı yaşam önerileri:

1. Sigaranın bırakılması: Sigara içmek önemli bir kalp-damar hastalığı risk faktörüdür. Kan basıncı ve kalp atım hızında yükselmeye neden olmaktadır. Sigara içiminin yanı sıra pasif sigara içiciliği de koroner kalp hastalığı ve sigarayla ilişkili diğer hastalıkların riskinde artışa neden olmaktadır (2,9). Sigara bırakma sonrası ilk 20 dakika içerisinde kalp atış hızı düşmekte, birinci yılda koroner kalp hastalığı riski sigara içen birinin yarısına düşmektedir (10).
2. Alkol alımının azaltılması veya tamamen kesilmesi: Alkol kullanımı arttıkça kan basıncı düzeyi ve hipertansiyon sıklığı da doğru orantılı olarak artmaktadır (2). Alkol tüketimi azaltıldığında kan basıncı değerlerinde anlamlı bir azalmanın olduğu gösterilmiştir (7). Ayrıca içilen alkol miktarının % 80 azaltılması durumunda, alkole bağlı azalmış olan antihipertansif ilaç etkisinin bir iki hafta içerisinde geri döndüğü gösterilmiştir (11).
3. Tuz ve sıvı alımının kısıtlanması: Ülkemizde tuz tüketimi oldukça yüksek miktarda olup, günlük tuz tüketimi SALTURK-2 çalışmasında 18 gr/gün olarak saptanmıştır (12). Günde 5 gramın altında (85 mmol/gün) tuz tüketimi ideal sınır olarak önerilmektedir (13). Kalp yetmezliği tanısı ya da risk grubunda olan bireylerde de sıvı yüklenmesini önlemek amacıyla tuz kısıtlamasına gidilmesi gerekmektedir. Kalp hastalarında rutin sıvı kısıtlaması ile ilgili net bilgi olmamakla beraber hastaların mevcut durumlarına göre sıvı dengesinin sağlanması önerilmektedir (14). Günlük hayatta sodyum çoğunlukla sofraya tuzu şeklinde alınmaktadır. Gıdaların hazırlanması sırasında

ya da gıda seçiminde tuzdan fakir olmasına, özelliklede sofrada tuz bulunmamasına özen gösterilmelidir (2).

4. Diyetin düzenlenmesi ve kilo verilmesi: Kalp-damar hastalığı olan bireylerde kan basıncını düşürücü etkisi gösterilmiş olan DASH diyeti (diyetle alınan kolesterol, doymuş yağ ve toplam yağ içeriği azaltılmış, meyve, sebze ve düşük yağ içeren süt ürünlerinden zengin diyet) önerilmektedir (15). Uskumru, ton, somon gibi yağlı balıklarda, keten tohumu ve yağında, kanola yağında, soya yağında, ceviz ve fındıkta bulunan çoklu doymamış yağ asidi olan Omega-3'ün hipertansif bireylerde kan basıncını düşürdüğü, LDL kolesterol yapımını azaltarak trigliserid düzeyini düşürdüğü gösterilmiştir. Bu nedenle özellikle hipertansif hastalar olmak üzere, kalp-damar hastalığı bulunan bireylerin daha fazla sebze ve meyve (günde 4-5 porsiyon meyve veya 300 mg sebze), daha fazla balık tüketmeleri (haftada en az iki kez/300 gram balık), doymuş yağ ve kolesterol alımını azaltmaları önerilmektedir (2,16). Kilo verme ve korumayla ilgili girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması, kişileri ideal kilo verdiren diyeti bulma arayışına itmektedir (17). İdeal kilo verme diyeti konusunda uzmanlar arasında görüş ayrılıkları ve farklılıklar bulunmaktadır. Dietary Reference Intake (DRI) Macronutrient önerisine göre karbonhidratlar %45-65 (minimum 100 g/gün), proteinler %10-35 (dengeli zayıflama diyeti; 0,8 g/kg/gün veya minimum 65-70 g), yağlar %20-35, linoleik asit 19-50 yaş arasında erkekte 17g/gün, kadında 12 g/gün oranında diyetle yer almalıdır. En az 1200 kalorilik diyet önerilmektedir (18,19).
5. Fiziksel aktivite: Kan basıncı ve diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak kalp-damar hastalıklarına bağlı ölüm ile ilişkili güçlü bir tahmin faktörü; fiziksel inaktivitedir. Yapılan çalışmalarda yürüyüş, yüzme, hafif koşular gibi orta düzeyde yapılan egzersizin kan basıncını düşürdüğü, vücut ağırlığını azalttığı ve bel çevresinde daralma sağladığı saptanmıştır (20,21). Kalp damar hastalığı olan veya risk gurubunda olan kişilere yürüme, yüzme gibi dayanıklılığı artırıcı egzersizler günde 30-45 dakika şeklinde önerilmekle birlikte, yoğun izometrik (halter v.b.) ve zorlayıcı aerobik egzersizlerden uzak durulmalıdır (2,22). Süreklilik sağlanabilen, ritmik ve büyük kas gruplarını içeren aerobik egzersizler, denge ve kuvvetlendirme egzersizleri, tercihan haftanın tüm günlerinde (en az 3 gün), 30-60 dakika süren, orta şiddetli egzersizler önerilmektedir (2).

Yukarıda sayılan öneriler gibi birçok konuda birinci basamakta çalışan aile hekimleri tarafından yapılan bilgilendirmeler, yaşam tarzı değişikliği önerileri, tedaviye uyum ile ilgili yaklaşımlar başlanan tedavinin hedef değerlere ulaşma ihtimalini arttırmakla birlikte, oluşabilecek komplikasyonların da önüne geçecektir. Biyo-psiko-sosyo-spiritüel yaklaşımı benimsemiş olan aile hekimi hasta ve ailesini çok yönlü irdeleyerek gerekli bilgilendirmeleri sağlamalı ve tedaviye uyumu artırıcı faaliyetler içerisinde yer almalıdır. Karar verme sürecinde hasta ve yakınlarını tedavi planına ve takip programına dahil ederek hasta merkezli bir klinik yöntem uygulamalıdır. Aile hekimi kalp-damar hastalığı tanısı olan bireyin hem hastalığını

hem de rahatsızlık deneyimini araştırmalıdır. Bireyi bir bütün olarak ele alarak, birey ile karşılıklı bir anlayış içerisinde ortak zemin oluşturmalıdır. Hasta-hekim ilişkisini çok yönlü irdeleyerek bu iletişimi arttırmannın yollarını aramalıdır.

Kaynaklar:

1. Ülkemizde kalp-damar hastalıklarının epidemiyolojisi ile ilgili gerçekler. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. Eriřim yeri: http://www.tkd-online.org/UKSP/UKSP_Bolum02. Eriřim tarihi: 23.11.2014.
2. Bıçak R, Mazıcıoğlu M, stnbař HB. Birinci basamakta kardiyovasküler hastalıklara nonfarmakolojik neriler. *Konuralp Tıp Dergisi* 2013;5(1):53-9.
3. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24(11):987-1003.
4. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for Management of High Blood Pressure in Adults. Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014;311(5):507-20.
5. Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is Hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *J Hypertens* 2003;21(6):1199-205.
6. Mancia G, Ambrosioni E, Agabiti-Rosei E, Leonetti G, Trimarco B, Volpe M. Blood pressure control and risk of stroke in untreated and treated hypertensive patients screened from clinical practice: results of the ForLife study. *J Hypertens* 2005;23(8):1575-81.
7. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24(2):215-33.
8. Arici M, Turgan C, Altun B, et al. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *J Hypertens* 2010;28(2):240-4.
9. Stranges S, Bonner MR, Fucci F, et al. Lifetime cumulative exposure to secondhand smoke and risk of myocardial infarction in never smokers: results from the Western New York health study, 1995-2001. *Arch Intern Med* 2006;166(18):1961-7.
10. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking. What it means to you. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, 2004. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/whatitmeanstoyou.pdf Eriřim tarihi: 23.11.2014.
11. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet* 1987;1(8534):647-51.
12. Erdem Y, Arici M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Pressure* 2010;19(5):313-8.
13. Quilez J, Salas-Salvado J. Salt in bread in Europe: potential benefits of reduction. *Nutr Rev.* 2012;70(11):666-78.
14. Travers B, O'Loughlin C, Murphy NF, et al. Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on time to clinical stability. *J Card Fail* 2007;13(2):128-132.
15. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001;344(1):3-10.
16. Bao DQ, Mori TA, Burke V, Puddey IB, Beilin LJ. Effects of dietary fish and weight reduction on ambulatory blood pressure in overweight hypertensives. *Hypertension* 1998;32(4):710-17.

17. Center for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Wkly Rep 2008;57:765-68.
18. DRI for Macronutrients, National Academy of Science, Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 2002. Certificate of Training in Adults Weight Management. Offered by ADA, 2005.
19. USDA, Dietary Guidelines for Americans, 2005
20. Fagard RH. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. Med Sci Sports Exerc 2001;33(6 Suppl):484-92.
21. Cornelissen VA, Fagard RH. Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Hypertens 2005;23(2):251-59.
22. Stringer WW, Wasserman K. Statement on exercise: American College of Chest Physicians/American Thoracic Society-exercise for fun or profit? Chest 2005;127(3):1072-3.