

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

PICHLER M

Gibt es nur einen Zielblutdruck?

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2002;
6 (Sonderheft 1), 10-11*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

GIBT ES NUR EINEN ZIELBLUTDRUCK?

Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen untermauern, daß mit steigendem Blutdruck das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen wie Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, aber auch Niereninsuffizienz zunimmt. Sehr lange hatte man dabei dem diastolischen Blutdruck eine höhere prognostische Gewichtung zuge-
traut als dem systolischen Druck. Eine Re-Analyse der Framingham-Studie konnte aber zeigen, daß der diastolische Druck vor allem beim jüngeren Hypertoniker (< 45 Jahren) eine führende prognostische Bedeutung hat, mit zunehmendem Alter in erster Linie die Höhe des systolischen Druckes und die Blutdruckamplitude (RR systolisch – RR diastolisch) eine besondere prognostische Bedeutung haben. Während der systolische Druck altersabhängig zunimmt, sinkt der diastolische Druck im höheren Alter als Ausdruck des Elastizitätsverlustes der Arterienwand.

Eine Reihe von großen, prospektiven, randomisierten Untersuchungen konnte zeigen, daß eine antihypertensive Behandlung mit einer Reduktion des Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos einhergeht. Bis vor wenigen Jahren galten Blutdruckwerte bis 160/90 mmHg bzw. beim systolischen Blutdruck sogar „100 + Alter“ als normoton.

So wurden in den neuen Richtlinien (JNC VI 1997 und WHO/ISH 1999) Werte < 140/90 mmHg als Normalblutdruckwerte für den Erwachsenen (beiderlei Geschlechts und für jedes Alter) eingeführt [1, 2]. Nichtsdestotrotz unterscheiden sich Vorschläge anderer Fachgesellschaften (z. B. Großbritannien, Neuseeland) von den WHO/ISH-Richtlinien hin-

sichtlich der interventionsbedürftigen Blutdruckhöhe und zeigen die nach wie vor bestehende Unsicherheit in bezug auf Nutzen, Kosten und Risiko einer Therapie, vor allem bei Blutdruckwerten von 140–160 systolisch und 90–100 mmHg diastolisch.

Frühere retrospektive Auswertungen von Studien hatten bei zu starker Senkung des diastolischen Blutdrucks eine Zunahme von kardiovaskulären Ereignissen vermutet und die J-Kurven-Hypothese geboren. Demnach nahm bei einer Senkung des Blutdrucks unter 90 mmHg die Häufigkeit ischämischer kardiovaskulärer Ereignisse ab, um bei weiterer Drucksenkung unter 85 mmHg wieder zuzunehmen. Ähnlich wurde auch immer postuliert, daß die Senkung des systolischen Blutdrucks beim Betagten oder besonders Alten (> 80 Jahre) ungünstig ist. Die J-Kurven-Hypothese wurde in der SHEP-Studie nicht bestätigt, in welcher eine medikamentöse Senkung des diastolischen Blutdrucks von initial 77 mmHg auf 67 mmHg eine Abnahme des kardiovaskulären Ereignisses um 25 % brachte [3–5].

Auch die HOT-Studie [6], in der unter anderem auch die Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse im Verhältnis zu dem erreichten Zielblutdruckwerten (diastolisch ≤ 90 mmHg, ≤ 85 mmHg, ≤ 80 mmHg) untersucht wurden, hat die J-Kurven-Hypothese nicht belegen können. Insbesondere beim Diabetes mellitus war die Reduktion des kardiovaskulären Risikos bei einer Senkung des Blutdruckes auf < 80 mmHg am stärksten ausgeprägt.

Studien bei Patienten über 65 Jahre (SYSTEUR, SHEP, STOP-Hyper-

tension, EWPHE-Studie) konnten eindrücklich belegen, daß auch beim älteren Hypertoniker die Blutdrucksenkung vor allem die Inzidenz apoplektischer Insulte und der Herzinsuffizienz reduziert. Bei Patienten über 80 Jahren fehlen bislang aber große prospektive Untersuchungen, hier ist das Ergebnis der bereits laufenden HYVET-Studie (Hypertension in the Very Old Trial) bei über 80-jährigen abzuwarten.

In der UKPDS-Studie zeigte sich bei der Hochrisikogruppe der Diabetiker sehr eindrücklich, daß die Anzahl an diabetesbedingten Erkrankungen und Todesfällen (Myokardinfarkt, plötzlicher Herztod, Schlaganfall und Nierenversagen) in den Behandlungsgruppen mit den tiefsten erzielten Blutdruckwerten am geringsten war.

Zwei neuere Untersuchungen (Heart Outcomes Prevention Evaluation Study = HOPE und Perindopril Protection against Recurrent Stroke Study = PROGRESS) lassen Zweifel an der Hypothese „daß nur die Blutdrucksenkung zählt“ – insbesondere bei Hochrisikopatienten – aufkommen. In der HOPE-Studie zeigte eine systolische Blutdrucksenkung von 3–4 mmHg eine erstaunlich große Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse.

Die Entscheidung über Einleitung oder Nicht-Einleitung einer antihypertensiven Therapie, der Dringlichkeit der therapeutischen Intervention und die Festlegung des Zielblutdruckes muß den individuellen Voraussetzungen des zu behandelnden Patienten angepaßt werden.

Grundlage ist nicht nur die Höhe des Blutdrucks allein, sondern das kardiovaskuläre Gesamtrisiko des Patienten, welches durch Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen und Endorganschädigungen (linksventrikuläre Hypertrophie, Nephropathie), Diabetes mellitus, Rauchen und Lipidstoffwechsel ermittelt wird.

Die gesicherte arterielle Hypertonie erfordert als Therapieziel einen dauerhaften Blutdruck von < 140/90 mmHg. Bei Vorliegen einer Hochrisikokonstellation wie Diabetes mellitus oder Nephropathie werden niedrigere Werte (systolisch 120–130 mmHg, diastolisch 70–80 mmHg) angestrebt.

Auch bei der systolischen Hypertonie des Älteren werden Werte < 140 mmHg angestrebt. Bei Personen mit niedrigem Gesamtrisiko (< 15 % in 10 Jahren) und Blutdruckwerten von 140–160 bzw. 90–99 mmHg ist eine medikamentöse Blutdrucksenkung individuell abzuwägen.

Zusammenfassend richtet sich die Festlegung des Zielblutdruckes und die Dringlichkeit von therapeutischen Maßnahmen nach der Schwere der Hypertonie und dem individuellen kardiovaskulären Gesamtrisiko. Während bei Hochrisikopatienten (Diabetiker, Nephropathie, nach Insult, nach Infarkt) möglichst niedrige Zielwerte von 120–130 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch angestrebt werden, können bei Personen mit mittlerem/niedrigem Gesamtrisiko die Zielwerte 140/90 vorgegeben werden.



Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Max Pichler

Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der I. Med. Universitätsklinik in Wien (Prof. Dr. med. Dr. h.c. E. Deutsch), 1976 Facharztanerkennung. 1977 bis 1979 Forschungsaufenthalt mit Schwerpunkt nichtinvasive kardiologische Diagnostik und akuter Herzinfarkt in Los Angeles, USA. Von 1979 bis 1980 Oberarzt der I. Med. Universitätsklinik in Wien, 1980 Leiter der Intensivstation. Von 1980 bis 1985 Leiter des Rehabzentrums Hochegg der PVAng in NÖ. Von 1985 bis 1998 Leiter des Rehabzentrums Großmain, Salzburg. Seit 1988 Vorstand der Landesklinik für Innere Medizin II (Kardiologie) in Salzburg.

1980 Habilitation für Innere Medizin (Universität Wien), 1985 tit.a.o. Professor. Zusatzfächer Kardiologie (1984) und Intensivmedizin (1992). 1983 FACC, 1993 FESC.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Max Pichler
Landesklinik für Innere Medizin II (Kardiologie)
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstr. 48
Email: m.pichler@lks.at*

Der tägliche Hochdruckalltag zeigt jedoch, daß auch diese Zielwerte bei einer großen Zahl von Patienten durch Bagatellisierung der Erkrankung und fehlende Compliance nicht erreicht werden.

Literatur:

1. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997; 157: 2413–46.
2. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertension 1999; 17: 151–83.
3. Port S, Demer L, Jennrich R, Walter D, Garfinkel A. Systolic blood pressure and mortality. Lancet 2000; 355: 175–80.
4. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: metaanalysis of outcome trials. Lancet 2000; 355: 865–73.
5. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by hypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA 1991; 265: 3255–64.
6. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet 1998; 351: 1755–62.
7. Cruickshank JM, Thorp JM, Zacharias FJ. Benefits and potential harm of lowering high blood pressure. Lancet 1987; i: 581–3.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung