

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

SILBERBAUER K

Rationale Hochdruckdiagnostik

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2002;
6 (Sonderheft 3), 69-70*

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.

RATIONALE HOCHDRUCKDIAGNOSTIK

Nationale und internationale Gremien haben in der jüngsten Zeit ein geändertes Konzept der kardiovaskulären Risikostratifizierung, insbesondere bei Hypertonie, erstellt. Für die Evaluierung von Hypertoniepatienten in der Praxis ergeben sich somit drei wesentliche Gründe:

1. Zur Bestimmung der Art und Schwere der Hypertonie, bzw. zur Diagnosestelle einer sekundären Ursache
2. Erfassung von Organschäden
3. Festlegung des Gesamtrisikos, insbesondere für koronare Herzerkrankung und Schlaganfall

Somit stellt sich für jeden praktizierenden Arzt die Frage, welches Minimalprogramm zur weiteren Abklärung der Hypertonie durchzuführen ist, um zusätzlich Risikofaktoren, etwaige Primärursachen oder bereits eingetretene Schäden festzustellen.

Während nach Empfehlungen mehrerer internationaler Gesellschaften einige Gelegenheitsblutdruckmeßwerte zur Blutdruckbeurteilung herangezogen werden, empfiehlt die Österreichische Hochdruckliga in Folge der hochgradigen Variabilität des Blutdruckes wenigstens 30 Einzelmeßwerte. In jüngsten Konsensus-Richtlinien wurden Selbstmeßwerte $\geq 135/85$ mmHg als hyperten definiert. Die klinische und prognostische Bedeutung dieser Empfehlungen muß jedoch noch prospektiv untersucht werden. Blutdruckselbstmessungen sind auch insofern wertvoll, da sowohl das Krankheitsbewußtsein wie auch die Compliance des Patienten erhöht werden.

ANAMNESE

Fragen nach Dauer der Hypertonie, Vorbehandlung, Begleitmedikation, Potenzstörungen, Muskelschwäche, Palpitationen sowie Schwitzen sind

von Wichtigkeit, wie auch die Erhebung einer exakten Familienanamnese.

Hinweise für Endorganschäden ergeben sich als Symptome wie Angina pectoris, Dyspnoe oder Claudicatio intermittens. Da das Risiko für den individuellen Patienten nicht nur von der Höhe des Blutdruckes abhängt, sondern auch von anderen begleitenden kardiovaskulären Risikofaktoren, ist danach zu fahnden. Zu nennen sind: Nikotinabusus, hohes Cholesterin, Diabetes mellitus, Adipositas, Bewegungsmangel sowie Hinweise für Schlafapnoe.

STATUS

Neben der Blutdruckmessung sind wichtige Aspekte der physikalischen Untersuchung inkl. Beurteilung der Fettverteilung, der Palpation und Auskultation der Carotiden sowie Untersuchung der Schilddrüse, des Herzens und der Lunge von Wichtigkeit. Die Auskultation des Abdomen kann Hinweise für Nierenarterienstenosen erbringen. Ein Pulsstatus, insbesondere der unteren Extremitäten, eventuell ergänzt durch eine Dopplerdruckmessung, kann wertvolle Aspekte erbringen.

AUGENUNTERSUCHUNG

Veränderungen der Netzhautgefäße, respektive Verengungen, Kreuzungszeichen, Cottonherde sowie Blutungen sind von wesentlicher klinischer Relevanz.

MINIMALLABOR (EMPFEHLUNGEN DER ÖSTERREICHISCHEN HOCHDRUCKLIGA)

Blut: Kalium, Kalzium, Kreatinin, Glukose, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Harnsäure, Blutbild.
Kompletter Harnbefund.

SUCHE NACH LINKSHERZ-HYPERTROPHIE

EKG und Thorax-Röntgen haben geringe Sensitivität, das Echokardiogramm ist die aussagestärkste Untersuchung. In Folge der relativ hohen Kosten wird jedoch die Durchführung der Echokardiographie im Sinne der Basisuntersuchung kontroversiell beurteilt.

SUCHE NACH SEKUNDÄREN HYPERTONIEFORMEN (5 %)

Nur bei Verdacht aufgrund von Klinik oder der erhobenen Laborbefunde ergibt sich eine Indikation für die Abklärung einer sekundären Hypertonie. Generell ist zu sagen, je jünger der Patient und je höher der Blutdruck, umso intensiver muß nach einer sekundären Hypertonie gefahndet werden (renoparenchymatös: Serumkreatinin, Eiweiß im Harn, Sonographie; renovaskulär: Hypertonie schwer behandelbar, MR-Untersuchung; primärer Hyperaldosteronismus: Serumkalium $< 3,5$ mVal/l, 24-Stunden-Urin: Kalium > 30 mMol, Plasma-Renin und Aldosteron; Cushing: Phänotyp, freies Cortisol im Harn, Hyperthyreose: TSH, T4, Phäochromozytom: Kopfweg,

Tabelle 1: Risikostratifizierung (WHO/ISH-Richtlinien 1999)

Weitere Risikofaktoren und Anamnese	Grad 1 (milde Hypertonie) SBP = 140–159 mmHg od. DBP = 90–99 mmHg	Grad 2 (mäßige Hypertonie) SBP = 160–179 mmHg od. DBP = 100–109 mmHg	Grad 3 (schwere Hypertonie) SBP > 180 mmHg od. DBP > 110 mmHg
I. Keine weiteren Risikofaktoren	niedriges Risiko	mittleres Risiko	hohes Risiko
II. Ein oder zwei Risikofaktoren	mittleres Risiko	mittleres Risiko	extremes Risiko
III. Drei oder mehr Risikofaktoren oder TOD (target-organ damage) oder Diabetes	hohes Risiko	hohes Risiko	extremes Risiko
IV. ACC (associated clinical conditions)	extremes Risiko	extremes Risiko	extremes Risiko

Schwitzen, Palpitationen, Katecholamine im Harn). Für mittlere und höhere Altersgruppe sollte insbesondere das gesamt kardiovaskuläre Risiko festgestellt werden.

RISIKOSTRATIFIZIERUNG

Ein deutlich geändertes Konzept der kardiovaskulären Risikostratifizierung bei Hypertonikern ist in allen Richtlinien internationaler Gesellschaften wie des „Joint National Committee (JNC VI) und der „WHO und International Society of Hypertension“ zu erkennen.

Die entscheidende Frage nach der Einleitung oder Nichteinleitung einer antihypertensiven Therapie und der Festlegung eines Zielblutdruckes bei dieser Therapie kann und darf daher

nur unter Berücksichtigung des gesamt kardiovaskulären Risikos erfolgen. Dies bedeutet die Berücksichtigung von Alter und Geschlecht sowie von Co-Risikofaktoren wie Hyperlipidämie, Übergewicht, Nikotinkonsum, Diabetes, etc. und die Berücksichtigung bereits vorliegender Organschäden (Linksherzhypertrophie, Albuminurie etc.).

Das Ergebnis der WHO-ISH-Richtlinien ist z. B. ein vierstufiges Schema mit vier Risikogruppen (Tabelle 1). Die Niedrigrisikogruppe ist auf Blutdruckwerte von 140–159/90–99 mmHg beschränkt, ohne zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren. Hier läßt sich die Komplikationsrate auf unter 15 % über einen Zeitraum von 10 Jahren eingrenzen. Hoch- und Extremrisikopatienten haben einen Blutdruck von über 140/90 mmHg. Je nach Risikofaktor, Diabetes oder Zielorganerkrankung werden sie in eine Hoch- und Extremrisikogruppe

eingeteilt. Bei der Extremrisikogruppe ist eine Komplikationsrate von 30 % oder mehr über 10 Jahren prognostiziert. Es wird empfohlen, das Tempo der Therapieeinführung, ihre Intensität und Ziele der Risikolage des Patienten anzupassen. Die Empfehlungen des Joint National Committee (JNC VI) sowie der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft sind prinzipiell deckungsgleich und weisen in die selbe Richtung.

Literatur: beim Verfasser.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Karl Silberbauer
Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder, Interne Abteilung mit Herz-
und Dialysestation
A-7000 Eisenstadt,
Esterhazystraße 26
E-mail:
interne.sekretariat@bbeisen.at

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