

Protokoll zur Fortbildung „Arterielle Hypertonie – Behandlung“

Top2: Besprechung der Behandlung einer arteriellen Hypertonie

1. Definition von Arterieller Hypertonie: Ab wann wird behandelt?

Die Grenzen des Bluthochdrucks unterliegen ständigem Wechsel. Im Moment gilt ein Bluthochdruck ab 140/90 als behandlungsbedürftig.

Zur Diagnostik dient ein LangzeitEKG oder auch ein selbstständiges regelmäßiges Messen durch den Patienten selber, falls genügend Compliance gegeben ist.

Als Kriterien dienen hierbei eine fehlende Absenkung des Blutdrucks nachts und stetig erhöhtes Niveau des durchschnittlichen Bluthochdrucks.

2. Muss sofort mit Medikamenten begonnen werden oder gibt es Alternativen?

Ist der Blutdruck nicht zu hoch (>180 Systolisch und >120 Diastolisch) kann mit verhaltensmodifizierenden Maßnahmen wie Sport und Ernährungsumstellung begonnen werden. Ob eine Salzarme Ernährung bei Nierengesunden nützt ist sehr patientenabhängig. Bei manchen Patienten senkt sie den Blutdruck um bis zu 5 mmHg, bei anderen Patienten ist keine Änderung zu erkennen.

Dies muss jedoch zusammen mit dem Patienten erörtert und entschieden werden.

Bei fehlender Wirksamkeit dieser Maßnahmen, fehlender Compliance, Blutdruckwerten gegen 200 oder auf Wunsch des Patienten empfiehlt sich der Beginn einer medikamentösen Therapie.

3. Welche Medikamente stehen zur Verfügung?

Die zur Verfügung stehenden Gruppen bestehen aus Betablockern, ACE-Hemmern, Calciumantagonisten, Diuretika und AT1-Blockern.

4. Wann wird welches Medikament eingesetzt?

Als Wegweise zur Auswahl können Nebenwirkungen und Kontraindikationen der jeweiligen Medikamente dienen. Hat der Patient beispielsweise Ödeme, können bevorzugt Diuretika eingesetzt werden, bei Psoriasis und Diabetikern jedoch weniger Betablocker (Nebenwirkungen), sowie bei Niereninsuffizienz keine ACE-Hemmer.

Als Erstmedikation der Wahl dienen ein Kombipräparat bestehend aus einem Thiazid und ACE-Hemmer aufgrund guter Verträglichkeit und umfassender positiven Datenlage.

5. Wie sieht das weitere Vorgehen aus?

Um die Wirkung einschätzen zu können, sollten mindestens 4 Wochen abgewartet werden. In dieser Zeit sollten die ersten 2 Wochen vom Patienten nicht gemessen werden. Dies verhindert zum einen eine reflektorische Erhöhung des Blutdrucks aufgrund der Erwartung des Patienten, als auch ein eigenes Absetzen der Medikamente wegen fehlender Wirkung, obwohl diese frühestens nach 2 Wochen erkennbar ist. Ausnahmen sind Schwindel oder andere Beschwerden.

Sollte die Wirkung des Medikaments nach dieser Zeit ungenügend sein, können weitere Medikamente eingesetzt werden.

6. Betablocker oder Calciumantagonisten als zweite Wahl?

Im Moment werden bevorzugt Calciumantagonisten verschrieben, zuvor aber lieber Betablocker. Letztendlich liegt dazu keine eindeutige Empfehlung vor. Jedoch müssen immer die Nebenwirkungen und Kontraindikationen bedacht werden, bei Amlodipin vor allem Ödeme und keine Gabe bei Aortenstenose.

7. Wann ist ein Primärer Hypertonus auszuschließen?

Bei ungefähr 90% der Bluthochdruckpatienten ist der Hochdruck auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen. Die anderen 10% besteht eine nachweisbare Ursache, wobei an endokrine Störungen, Nierenerkrankungen, Gefäßerkrankungen oder auch verschiedene Tumore gedacht werden muss.

Vor allem bei jungen Patienten ist an eine solche Ursache zu denken, ebenso bei Patienten, die trotz einer Mehrfachkombination von Medikamenten nur sehr schlecht oder gar nicht einzustellen sind.

Um diese Ursachen auszuschließen bietet sich als Erstdiagnostik eine Nierenultraschalluntersuchung (Ausschluss Nierenarterienstenose) und ein Routinelabor (Ausschluss Hyperthyreose) an. Auch ein Langzeit-EKG kann aufschlussreich sein: Sinkt der Blutdruck nachts ist laut Dr. Blank eine Sekundäre Ursache unwahrscheinlich.

8. Nebenwirkungen ACE-Hemmern: Welche Häufigkeit?

Die häufigste Nebenwirkung ist der Reizhusten. Dieser kann auch noch 2-3 Jahre nach erstem Einnehmen der ACE-Hemmer auftreten. Beobachtbar ist auch eine Verlängerung von grippal bedingtem Hustens.

Sehr selten tritt auch ein sogenanntes Quincke-Ödem auf, eine ödematöse juckende Schwellung des Gesichts.

9. Welche Medikamente dienen zur Therapie einer Hypertensiven Krise?

Zur Verfügung stehen Bayotensin akut (Wirkstoff: Nitrendipin), Nitro sublingual oder als Spray oder auch Urapidil (Vorsicht: Hier ist eine Überwachung wegen der Möglichkeit zu starker und schneller Blutdruckabsenkung nötig!).

10. Soll die Medikamentendosis wieder verringert werden, wenn der Patient gut eingestellt ist?

Dies wird eher abgelehnt. Das Ziel ist ein dauerhaft gut eingestellter Bluthochdruck, wird die Dosis erniedrigt, besteht die Gefahr einer erneuten Erhöhung. Zur Kontrolle des Blutdrucks bietet sich aber ein erneutes Langzeit-EKG an.

11. Mattigkeit bei Erniedrigung des Hypertonus: Wie lange hält das an?

Lebt der Patient schon seit langem mit hohem Blutdruck, hat sich der Körper daran gewöhnt. Wird der Hochdruck nun behandelt fühlt sich der Patient reflektorisch oft matt und leistungsvermindert. Dieses Empfinden tritt jedoch nicht immer auf und ist auch sehr subjektiv. Eine festgelegte Dauer lässt sich aus diesem Grund schwer festlegen.

12. Weitere Anmerkungen:

- Bei Erster Feststellung einer Hypertonie sollten auch andere Risikofaktoren wie z.B. Rauchverhalten oder Stress abgefragt werden.
- Mikroalbumine zu bestimmen ist unnötig.
- Bei Schlechter Einstellbarkeit des Bluthochdrucks kann versuchsweise Spironolacton 25mg verabreicht werden. Dies führt manchmal zu einer besseren Einstellung.
- Bei einer Heimmessung der Blutdrucks des Patienten sollte das Gerät mit der Messung in der Praxis verglichen werden, um richtige Werte zu garantieren.
- Es sollte eine regelmäßige Kontrolle der Werte der Heimmessung und dabei auch eine Wertschätzung des Patienten erfolgen.