

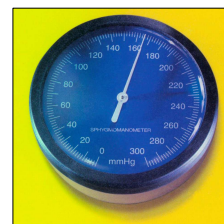
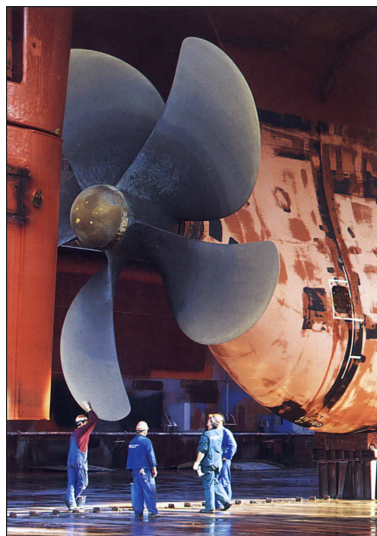


Hausärztliche Fortbildung Hamburg - HFH - Handout

Update Arterielle Hypertonie

12. Mai 2009

Claudia Mews



Ulrich Wenzel
Medizinische Klinik III
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



- Prävalenz 10-50%
- 20% der Europäer RR > 160 mmHg
- Häufigster Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Praxis (*Z. Allg. Med.* 83:102-108, 2000)



- mehrere Minuten Sitzen
- richtige Manschettengröße
- Manschette Herzhöhe

- 24 Stunden Blutdruck





< 140/90 mmHg = normal

> 140/90 mmHg = Hypertonie



Dr. med. Klaus Stelter
Arzt für Innere Medizin - Hausärztliche Versorgung
Groot Enn 1 - 3
21149 Hamburg

Fall 1

Notfall:

50-jährige Patientin
Kopfdruck, Herzklopfen.
Apotheke: 210/100

Fall 1

Befunde

RR 180/95 re, 185/90 li

Nervös, Gesichtsröte

EKG: SR 95, unauffällig.

Diagnose: Hypertonie

Beidseitiges Messen beim ersten Mal

Mehrere Messungen zu verschiedenen Tageszeiten in der Praxis (Helferin)

24h RR/ABDM
(Goldstandard, aber etwas belastend)

alternativ:

Blutdruckselbstmessung Patient

7 Tage lang
Morgens und abends je 2 Messungen
Nach 5 Minuten Ruhe,
vor evtl. Medikamenteneinnahme
Notieren der Werte (Vordruck)

Nachteil:
Ergebnisse beeinflussen Blutdruck!

Schulung/Kontrolle des Patienten

Blutdruckselbstmessung Patient

Gerät auf Kassenrezept?

„Wenn zur Behandlung unbedingt nötig“

Bedarfsmedikation je nach Messwert?

Basisdiagnostik

Anamnese, Familienanamnese
Körperlicher Status, BMI

BB

Krea, K⁺, Na⁺, Harnsäure

BZ

Chol, Trigl, HDL, LDL

Gamma GT

TSH

Urinstatus und Mikraltest

Basisdiagnostik

EKG

Abdominelle Sono

Augenarzt

Ergometrie?

Echo?

LZ-EKG?

Schlafapnoe Screening?

Conn Syndrom/primärer Hyperaldosteronismus?

Suchtest:

Aldosteron/Renin-Quotient 2 mal morgens

Absetzen: Spironolacton, Diuretika, ACE Hemmer, AT 1 Antagonisten.

Erlaubt: Calciumantagonisten, Alpha 1 Blocker

Falls positiv: Captopril-Test

Fall 2

Frau Brigitte K. 66 Jahre

04/1995	Gastritis	170/100
01/1996	Infekt	180/90 re, 175/90 li

Ab Jan 1996 „Beloc 50 1-0-0“

10/1996	Lumbago	195/80
03/1997	Bronchitis	185/100

Update Arterielle Hypertonie Nicht-medikamentöse Maßnahmen



Evelyn Drobinski

Diabetesberaterin DDG

Vorsitzende des VDBD (Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.)

**Diabetes-
Schwerpunktpraxis
Hamburg-Othmarschen**

Blutdrucksenkung

durch

- Gewichtsreduktion
- Kochsalzbeschränkung
- Bewegung

möglich?

Lebensqualität als oberstes Ziel

Ziel jeder Therapie sollte sein,
dass eine hohe Lebensqualität und
dadurch eine Akzeptanz der Behandlung
erreicht wird



Gewichtsreduktion- wirksamste nichtmedikamentöse Therapie

- **Trials of Hypertension Prevention (TOHP)**
- In der Prävention der Hypertonie ist Gewichtsreduktion effektiver als Salzreduktion
- Ohne Effekt waren Ca-, Mg-, KCl- und Fischöl-Gabe
- **Trial of Antihypertensive Intervention and Management (TAIM)**
- Gewichtsreduktion senkt RR um im Mittel 9 mm Hg
- Gewichtsreduktion steigert die Wirkung von Antihypertensiva
- **Treatment of Mild Hypertension Study (TOHMS)**
- Monotherapie mit fünf Antihypertensiva
- Gewichtsreduktion steigert die blutdrucksenkende Wirkung

Je mehr die Menschen wiegen, desto höher ist der Blutdruck

- Jeder zweite stark übergewichtige hat einen Bluthochdruck
- Bei der Hälfte dieser Menschen ist bereits das Herz wegen verminderter Leistungsfähigkeit vergrößert- was das Infarkttrisiko potenziert
- Besonderes Risiko viszerale Fettgewebe am Bauch

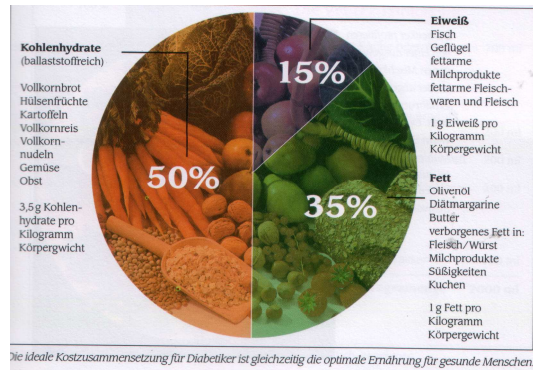
**Sechsfach erhöhtes Hypertonierisiko
bei einem Taillenumfang von 112 cm**

	Body	Mass	Index (BMI)
Taillenumfang	18,5-24,9	25-29,9	>30
< 102 cm Männer < 88 cm Frauen	Geringes Risiko	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko
>102 cm Männer > 88 cm Frauen	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

**Gewichtsreduktion aber
langsam**

Gewichtsreduktion	Blutdrucksenkung
um 5-10 kg	etwa 10 mmHG
um 10-15 kg	bis zu 20 mmHG

Die optimale Ernährung für alle: die ballaststoffreiche Mischkost



Körperliche Aktivität und Bluthochdruck

Positive Aspekte der Bewegung

Spaß und Freude

Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens. Erfahrung der eigenen Leistungsfähigkeit fördert das Selbstvertrauen und die Selbständigkeit im Alltag.

Positive Auswirkung auf die Senkung vieler Risikofaktoren für das Herz-Kreislaufsystem, wie Blutdruck und Blutfette.

Zigarettenrauchen macht keine Freude, es wird oft als Belastung empfunden.

Ausdauertraining senkt den RR um ca. 8mmHg

- Ideal vier-fünf Mal pro Woche für 30-45 Minuten
- Alternative mindestens zwei bis drei Einheiten pro Woche für 60-80 Minuten
- Intensität im aeroben Bereich bei etwas 60-75 Prozent der maximalen Belastung

Dynamische Bewegung bevorzugt

- Spazieren gehen (Wandern)
- Walken
- Joggen
- Schwimmen
- Radfahren
- Tanzen
- Golf
- Skilanglauf
- unter Anleitung- vorsichtig leichtes Krafttraining zum Muskelaufbau geeignet

Kochsalzbeschränkung bei Bluthochdruck ?

- Täglicher Kochsalzbedarf
2-3 g
- Tägliche Kochsalzzufuhr
ca 10g
- Empfohlene Kochsalzzufuhr
bis 6g

Blutdrucksenkung bei Kochsalzbeschränkung

- leichte RR-Erhöhung Verminderung der Kochsalzaufnahme um 3g pro Tag
Senkung des Blutdruckes von durchschnittlich 3-5 mmHG
- Bei RR Werte über 170 mmHg sogar bis 7 mmHg

Vorteile der Kochsalzeinschränkung

- Blutdrucksenkung bei „salzempfindlichen“ Hochdruckkranken deutlich.
- 50-60% sind salzempfindlich
- Anteil nimmt im Alter zu, die Abnahme der Nierenfunktion führt zu einer Verminderung der Kochsalzausscheidung
- Wirkung der meisten Blutdrucksenkenden Medikamente wird verstärkt

Mögliche Blutdrucksenkung durch nicht medikamentöse Maßnahmen

Gewichtsreduktion	5 - 10 Kilogramm	etwa 10 mmHg
Gewichtsreduktion	10- 15 Kilogramm	bis zu 20 mmHG
Bewegung (Ausdauer)	mind.150 Minuten/Woche	bis zu 8 mmHG
Kochsalzzufuhr	bis 6 g täglich	2- 8 mmHG
Alkoholeinschränkung	Männer bis 30g, Frauen bis 20 g	2-4 mmHG

Die Effekte addieren sich nicht

- Maximal ist durch eine nicht-medikamentöse Therapie

eine Senkung des systolischen
Blutdruckes

um 20 mmHG möglich

Praktische Tipps zur Durchführung einer Kochsalz reduzierten Kost

- Weglassen von Salzstreuern bei Tisch
- Gewürze und Kräuter statt Kochsalz zum Würzen verwenden
- Kochsalzreiche Nahrungsmittel ersetzen
z.B. Pellkartoffeln statt Salzkartoffeln
Kräuterquark statt Schnittkäse
gegrillter statt geräucherter Fisch
Tiefkühlgemüse (ohne Butterzusatz) statt
Konservengemüse

Empfehlenswerte Lebensmittel

- Frisches Obst, Gemüse, Kartoffeln in der Schale, Reis, Teigwaren
- Verwendung von frischen Fleischwaren in geringen Mengen (Fleisch nur 2 mal in der Woche)
- Käse und Wurst in kleinen Mengen
- Das Essen von Fertigprodukten, Fertigmischungen und Fast- Food einschränken

Anforderungen an die moderne Hypertonieschulung

Erste Schritte auf dem Weg zu einer Verhaltensänderung

- Akzeptanz meines Gegenübers
- Lebensgewohnheiten in die Therapie einbeziehen
- Informationen ohne Forderung nach Verhaltensänderung
- Interesse für die Sache hervorrufen
- Interesse an einer Änderung erfragen
- Verhandeln zu einer möglichen Änderung
- Erproben einer Änderung
- Aufrechterhaltung einer Änderung

Anforderungen an Schulende und Beratende

Schulungs- und Beratungsziel:

Empowerment > Stärkung der
Selbsthilfefähigkeit > langanhaltende
Verhaltensänderung im Alltag > dauerhafte
Lebensstiländerung



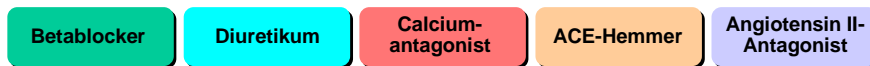
**45 jähriger Patient, schlank
verheiratet, RR 180/100 mmHg
Manager, viele Aufgaben, wirkt
getrieben, Schwindel, Herzklopfen**

Beta-Blocker

Betreibt aktiv Triathlon

ACE-Hemmer

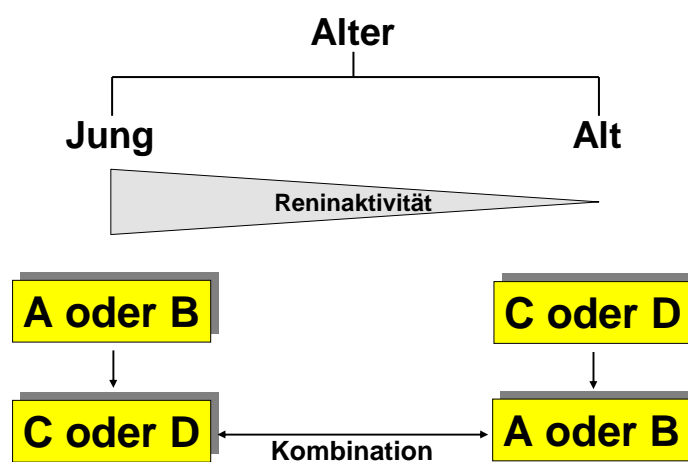
Ulrich Wenzel
Medizinische Klinik III
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Deutsche Hochdruckliga: Empfehlungen zur Hochdruckbehandlung

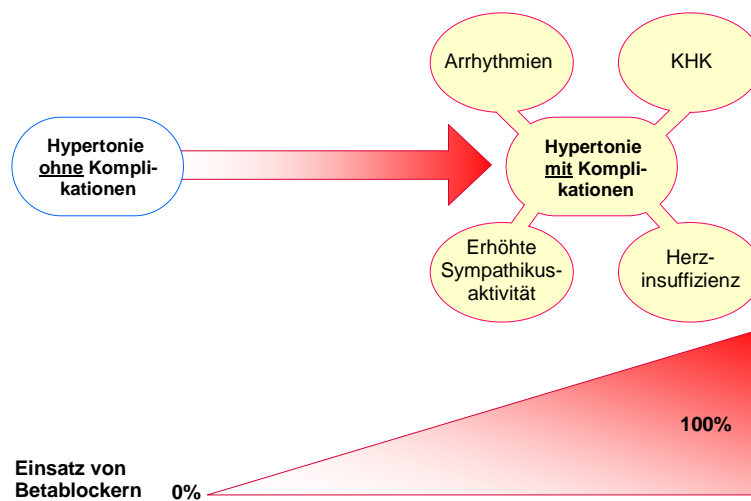
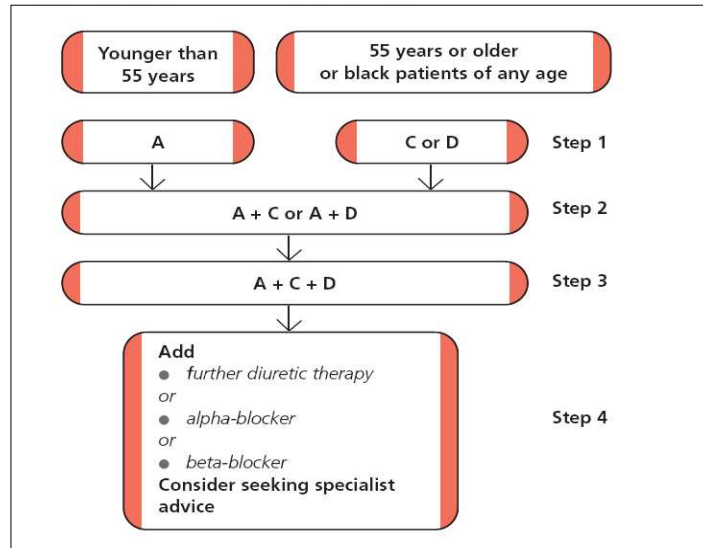


Lancet 352:2008, 1999



A=ACE-Hemmer/AT1-Blocker
B=Betablocker

C=Calciumantagonist
D=Diuretikum





**65 jährige Patientin, schlank
keine Begleiterkrankungen
außer Osteoporose
minimale Knöchelödeme
RR 170/90 mmHg**



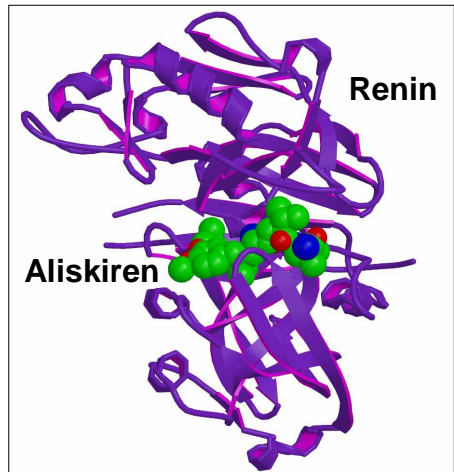
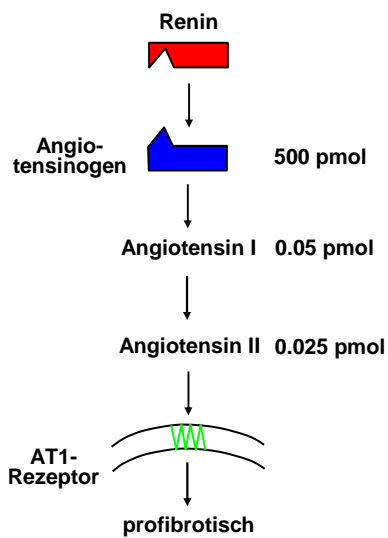
**65 jähriger Patient, BMI 29
Typ II Diabetes mellitus
Kreatinin 1.4 mg/dl
Unterschenkelödeme
RR 180/100 mmHg**



**65 jährige Patientin, schlank
Gichtanfall in der Anamnese
Puls 55 Schläge/min
RR 180/95 mmHg**



**70 jähriger Patient, RR 160/100
Benigne Prostatavergrößerung
Nykturie 3x**



Hyperaldosteronismus

- Renin, Aldosteron

Renovaskuläre Hypertonie

- CT mit KM
- Kernspin
- Ultraschall mit Doppler



Hypertensiver RR > **140/90** mmHg

Diuretikum
Beta-Blocker
Calciumantagonist
ACE-Hemmer
AT-1 Antagonist

Begleiterkrankungen und Therapietreue bedenken