weiteren Substanzen neben ASS (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor) und welche Patienten klinisch den größten Nutzen erzielen können. Zum momentanen Zeitpunkt sollte daher bei Patienten, die aufgrund des klinischen Kontexts ohnehin eine Indikation zur dualen antithrombozytären Therapie haben (z.B. nach akutem Koronarsyndrom), diese perioperativ ent-

sprechend den Leitlinien fortgeführt werden. Weiterhin werden Patienten, bei denen kein arterieller Graft (vor allem am Ramus interventricularis anterior) verwendet wurde, am ehesten von der dualen Plättchenhemmung profitieren.

Für weitergehende Schlussfolgerungen werden jedoch größere, multizentrische Studien notwendig sein.

Prof. Dr. med. Peter W. Radke,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck ■

■ Gao G et al. Aspirin Plus Clopidogrel Therapy Increases Early Venous Graft Patency After Coronary Artery Bypass Surgery. *J Amer Coll Cardiol* 2010;56:1639–1643

24-h-Blutdruck und Herzfrequenz

Lässt sich so die Salzsensitivität einfacher bestimmen?

Die Salzsensitivität von Hypertonikern ist seit Langem nicht nur theoretisch interessant, sondern auch praktisch wichtig, um den Patienten entsprechende Diättempfehlungen auf einer fundierten Basis geben zu können.

■ Die Salzsensitivität spielt in der praktischen Hypertoniebehandlung keine große Rolle. Ein Grund dafür ist sicher, dass die Salzsensitivität nur mit erheblichem Aufwand methodisch sauber zu bestimmen ist. Bekanntlich sind dafür zwei Wochen unter einer streng definierten Diät, zunächst salzreich, dann salzarm, erforderlich. Die Einhaltung dieser Diät muss durch 24-h-Urin- Na^+ -Bestimmungen überwacht werden, um valide Aussagen zu ermöglichen. Dieser Aufwand ist im Alltag der Hypertoniebehandlung meist nicht zu er-

bringen. Die vorliegende Studie stellt zwar keinen Ersatz für die Bestimmung der Salzsensitivität vor, zeigt aber einen interessanten Weg auf, wie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Aussagen über die Salzsensitivität gemacht werden können.

Bei 46 Patienten mit milder bis mittelgradiger Hypertonie wurde unter ihrer normalen Ernährung eine 24-h-Blutdruckmessung durchgeführt. Aufgrund dieser Daten wurden drei Risikoklassen hinsichtlich der Salzsensitivität gebildet:

- niedriges Risiko: Dipper und mittlere Herzfrequenz $\leq 70/\text{min}$,
- hohes Risiko: Nondipper und mittlere Herzfrequenz $> 70/\text{min}$,
- mittleres Risiko: übrige Kombinationen.

Die Salzsensitivität wurde nach jeweils einer Woche unter 200 und 30 mmol/Tag Kochsalz bestimmt. Eine Salzsensitivität

wurde angenommen, wenn der Unterschied des mittleren Blutdrucks zwischen beiden Perioden $> 8 \text{ mmHg}$ lag. 19 Patienten wurden als salzsensitiv eingestuft, 27 als salzresistent.

Abbildung 1 zeigt, dass die Tag-Nacht-Unterschiede des 24-h-Blutdrucks und die mittlere Herzfrequenz eine gewisse, wenn auch nicht genaue Voraussage der Salzsensitivität erlauben.

■ **Kommentar:** Die Untersuchung zeigt, dass es bei einem gewissen Teil der Hypertoniker möglich ist, aufgrund der 24-h-Blutdruckmessung eine Aussage zur Salzsensitivität zu machen, ohne die aufwändige Bestimmung der Salzsensitivität zu veranlassen. Nach Einschätzung der Autoren lassen sich so etwa die Hälfte der Patienten einschätzen.

Dies ist noch keine zufriedenstellende Methode, um die Salzsensitivität indirekt zu bestimmen. Es ist aber sicher möglich, die Vorhersage noch weiter zu verfeinern, indem weitere Parameter der 24-h-Blutdruckmessung oder andere klinische Parameter herangezogen werden. Die hier publizierten Daten könnten bereits Anhaltspunkte für die diätetische Beratung von Hypertoniepatienten geben.

Prof. Dr. med. Walter Zidek,
Medizinische Klinik IV, Charité Berlin ■

■ Castiglioni P et al. Detecting Sodium-Sensitivity in Hypertensive Patients. Information From 24-Hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Hypertension* 2011;57:180–185

Abb. 1 Salzsensitivitätsindex und Prävalenz der Salzsensitivität in den drei Risikoklassen. Der Salzsensitivitätsindex entspricht dem Unterschied des mittleren Blutdrucks zwischen der Hoch- und Niedrigsalzperiode dividiert durch den Unterschied in der 24-h- Na^+ -Ausscheidung $\times 1000$.