Unerwartet stark erhöhter Blutdruck

Krise oder Notfall?

VON H. HOLZGREVE

Ein 44-jähriger Mann kommt alle zwei bis drei Jahre zur Vorsorgeuntersuchung. Spontan werden keine Beschwerden angegeben. Die körperliche Untersuchung ergibt keinen krankhaften Befund, nur der Blutdruck ist mit 218/127 mmHg (Mittelwert von fünf Messungen in 15 Minuten) deutlich erhöht. Fragen nach Symptomen, einschließlich Sehstörungen, werden verneint.

© H. Holzgreve

Hypertensiver Notfall: schwere Hypertonie mit Papillenödem und Blutungen am Augenhintergrund.

— Es muss zwischen hypertensiver Krise („hypertensive urgency“) und (seltenem) hypertensivem Notfall („hypertensive emergency“) unterschieden werden.

Hypertensiver Notfall

Der Notfallcharakter wird nicht durch die absolute Höhe des Blutdrucks, sondern durch das Vorhandensein bedrohlicher Symptome, Komplikationen oder Begleiterkrankungen bestimmt. Ein hypertensiver Notfall liegt vor bei

- Hinweisen auf Folgeerscheinungen wie Hochdruckenzephalopathie (klin. Symptome: Sehstörungen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen oder neurologische Defizite, teils differenzialdiagnostisch schwer abgrenzbar von apoplektischem Insult),
 - frischen Blutungen und/oder Papillenödem am Augenhintergrund (Fundus hypertonicus III und IV),
 - Lungenödem,
 - instabiler Angina pectoris,
 - Myokardinfarkt oder
 - dissezierendem Aortenaneurysma.
- Sofortige Klinikeinweisung!

Sofortdiagnostik

Sie muss Begleitsymptome und Komplikationen, die einen erhöhten Blutdruck zum Notfall machen (s. oben), rasch erfassen. Bei akuten Sehstörungen (z. B. Probleme beim Lesen) sollte von einer schweren hypertensiven Retinopathie ausgegangen werden. Eine schnelle ei-

gene oder fachärztliche Beurteilung des Augenhintergrundes kann dies klären.

Soforttherapie

Die antihypertensive Therapie sollte sofort beginnen, wenn der Notfallcharakter durch schwere Augenhintergrundveränderungen (Stadien III und IV) oder durch Hochdruckenzephalopathie (Cave apoplektischer Insult) definiert ist.

- Außerhalb der Klinik: 1,2 mg Nitroglycerin als Spray bzw. 5 mg unretardierte Nifedipin oder Nitrendipin oral. Bei den genannten kardialen Notfällen hat die Therapie mit Nitroglycerin in erster Linie eine antianginöse Zielrichtung.
- Weiterbehandlung in der Klinik: Hängt ab vom Ansprechen der Anfangstherapie, von den Folgeerscheinungen und Begleiterkrankungen des Patienten sowie den persönlichen Erfahrungen des behandelnden Arztes.
- Bei akutem apoplektischem Insult kommt es häufig zu einem reaktiven Blutdruckanstieg und spontaner Normalisierung innerhalb weniger Stunden. Bei frischem Schlaganfall sollte wegen der möglichen Vergrößerung des Ischämiebezirkes vor der Klinikeinweisung keine Blutdrucksenkung erfolgen.
- Bei Schwangeren sollte bei Blutdruckwerten über etwa 180/100 mmHg, die bei wiederholten Messungen über 20–30 Minuten stabil bleiben, eine stationäre Einweisung in eine ge-

burtshilfliche Klinik ohne ambulante antihypertensive Therapie erfolgen.

Hypertensive Krise

Bei hypertensiver Krise, also stark erhöhtem Blutdruck ohne Notfallcharakter, ist eine stationäre Einweisung nicht erforderlich. Hier sollte man sich Zeit nehmen, um den Patienten zu beruhigen und den Blutdruck über mindestens 15–30 Minuten zu kontrollieren. Häufig kommt es dann spontan zu einem erheblichen Rückgang der Werte.

Wenn sich der Blutdruck auf Werte über 210 mmHg systolisch bzw. 115 mmHg diastolisch einpendelt, kann man von einer stabilen schweren Hypertonie ausgehen und der sofortige Beginn einer medikamentösen Therapie ist indiziert (siehe Fallbeispiel). Geeignet ist die orale Gabe üblicher Antihypertensiva, am besten eine Zweierkombination.

Die erforderliche Hypertoniediagnostik (u. a. Labor, Nierendiagnostik, EKG, Echokardiografie) sollte sofort oder möglichst bald eingeleitet werden. Die Wirkung der Antihypertensiva muss innerhalb von drei Tagen überprüft werden.

Die leider oft geübte, nur ein bis zwei Stunden wirksame Therapie mit Nitroglycerin, Nifedipin oder Nitrendipin ist bei stabiler Hypertonie unangemessen.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Heinrich Holzgreve, Internist
– Kardiologische Praxis, Burgstr. 7, D-80331 München, E-Mail: h.holzgreve@t-online.de