



Hypertonus - Bluthochdruck

Der Hypertonus (Bluthochdruck) betrifft ca. 15-20% aller Erwachsenen mit Häufung im höheren Lebensalter. Von einem normalen Blutdruck spricht man von Ruheblutdruckwerten bis 140/90 mmHg. Der normale Bereich wird zusätzlich noch in „optimal“ (unter 120/80 mmHg), „normal“ (120/80 bis 130/85 mmHg) und „hochnormal“ (130/85 bis 140/90 mmHg) unterteilt.

Der hypertone Bereich gliedert sich je nach Höhe der Werte in die Grade I (bis 159/99 mmHg), II (bis 179/109 mmHg) und III (> 180/110 mmHg).

Wichtig ist die korrekte **Blutdruckmessung**. Diese erfolgt im Sitzen nach etwa 5-10 Minuten Pause. Der Arm sollte entspannt sein und die Blutdruckmanschette sollte in etwa auf Herzhöhe sein. Für sehr dünne oder sehr kräftige Oberarme ist unter Umständen eine dünnere oder breitere Manschette erforderlich. Ist die Manschette zu schmal, so wird der Blutdruck falsch hoch gemessen, bei einer zu breiten Manschette zu niedrig.

Da der Blutdruck z.B. bei Engstellen in den Arterien (Schlagadern) rechts und links unterschiedlich sein kann, empfiehlt sich am Anfang die Messung auf beiden Seiten. Ein einzelner erhöhter Blutdruckwert erlaubt noch nicht die Diagnose Hypertonus. Hierfür sind immer mehrere Messungen an verschiedenen Tagen erforderlich.

Einen guten Überblick über mögliche Blutdruckschwankungen und unterschiedliche Blutdruckhöhen am Tag und in der Nacht kann eine **24-Stunden-Blutdruckmessung (ABDM)** liefern. Hierbei wird automatisch die Blutdruckmanschette im Abstand von 15-30 Minuten aufgepumpt und automatisch gemessen. Die Werte werden gespeichert und können über ein Computerprogramm ausgewertet werden.

Ein hoher Blutdruck kann verschiedene **Ursachen** haben, die bei entsprechendem Verdacht abgeklärt werden. Jedoch findet sich in ca. 90% der Fälle keine konkrete Ursache, so dass dann die Therapie (s.u.) im Vordergrund steht.

Als **Folgen** des andauernden Hypertonus treten Gefäßverengungen (Stenosen) in verschiedenen Organen auf. Es können z.B. Herz (Herzinfarkte), Gehirn (Schlaganfall), Beine (Durchblutungsstörungen = pAVK mit Schmerzen beim Laufen, der „Schaufensterkrankheit“ und im Endstadium absterbenden Zehen und Füßen) aber auch die Nieren (Niereninsuffizienz = Nierenfunktionsschwäche) betroffen sein.

Zur Niereninsuffizienz bei Hypertonus kann es durch Stenosen an den großen Nierenarterien kommen. Die Veränderungen durch den Hypertonus können aber auch kleine und kleinste Nierengefäße betreffen mit entsprechender Schädigung des Nierengewebes (Nephrosklerose). Hierdurch kommt es nicht selten zur Schrumpfnierenbildung.

Nierenarterienstenosen und/oder Nephrosklerose können aber auch ihrerseits durch verstärkte Hormonbildung der Nieren (Renin/Aldosteron) einen häufig schwer zu behandelnden Hypertonus auslösen. Es entsteht so ein Teufelskreis.

Für die **Therapie** des Hypertonus ist in vielen Fällen eine Gewichtsreduktion und eine kochsalzarme Ernährung (höchstens ca. 5g/Tag) sinnvoll. Ein Kilogramm Gewichtsabnahme kann z.B. den Blutdruck um durchschnittlich 2 mmHg senken. Stress sollte vermieden oder abgebaut werden (autogenes Training, Yoga etc.). Ausdauersportarten können sich sehr positiv auswirken.

Häufig ist jedoch auch eine medikamentöse Therapie erforderlich. In den meisten Fällen müssen verschiedene Wirkstoffe und damit verschiedene Tabletten miteinander kombiniert werden.



Es gibt inzwischen zahlreiche **Wirkstoffe**, die mit noch zahlreicheren Markennamen in der Apotheke erhältlich sind. Für den Laien ist es schwer, den Überblick zu behalten. Ihr Arzt wird mit Ihnen die beste Therapie besprechen.

Hier ein Überblick einiger wichtiger Substanzklassen mit typischen Vertretern (Inhaltsstoffe):

- ACE-Hemmer (z.B. Ramipril, Lisinopril, Enalapril etc.)
- Sartane oder AT-Blocker (z.B. Irbesartan, Candesartan, Losartan etc.)
- Beta-Blocker (z.B. Bisoprolol, Metoprolol etc.)
- Kalziumantagonisten (z.B. Amlodipin, Nitrendipin, Verapamil etc.)
- Diuretika (Furosemid, Torasemid, Hydrochlorothiazid, Spironolacton, Xipamid etc.)
- Etc.

Die Mitarbeit des Patienten und die gewissenhafte Einnahme der Tabletten durch den Patienten ist von entscheidender Bedeutung.

Hilfreich für den behandelnden Arzt sind die Eigenmessungen des Patienten, die in einem entsprechenden Blutdruckpass dokumentiert werden. Die häuslichen Messungen sind häufig aussagekräftiger als die Messung in der Praxis, da hier die Aufregung eine nicht unterschätzende Rolle spielt („Weißkitteleffekt“).

Wir hoffen, dieser Artikel hat Ihnen gefallen und Sie gut informiert.

[Dr. med. Dr. troph. J ö r g F e r b e r & Dr. med. J ü r g e n M ö l l e r](#)

Hinweis:

Dieser Artikel wurde mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Dennoch können wir für Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen und schließen eine Haftung für Schäden, die durch Informationen aus diesem Artikel stammen, grundsätzlich aus. Dieser Artikel kann eine ärztliche Untersuchung und Beratung nicht ersetzen.