

Arterielle Hypertonie Teil 1

Basisdiagnostik und ergänzende Abklärungen

Potenzial

Risikofaktor für Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Niereninsuffizienz, Hirnschlag, Aortenaneurysma und -dissektion sowie arterielle Verschlusskrankheiten. Prävalenz: 25 – 40 %. 95 % primäre (essentielle) Hypertonie, 5 % Folge einer anderen Grunderkrankung. Antihypertensive Therapie reduziert Gesamtmortalität sowie kardiovaskuläre Morbidität / Mortalität.

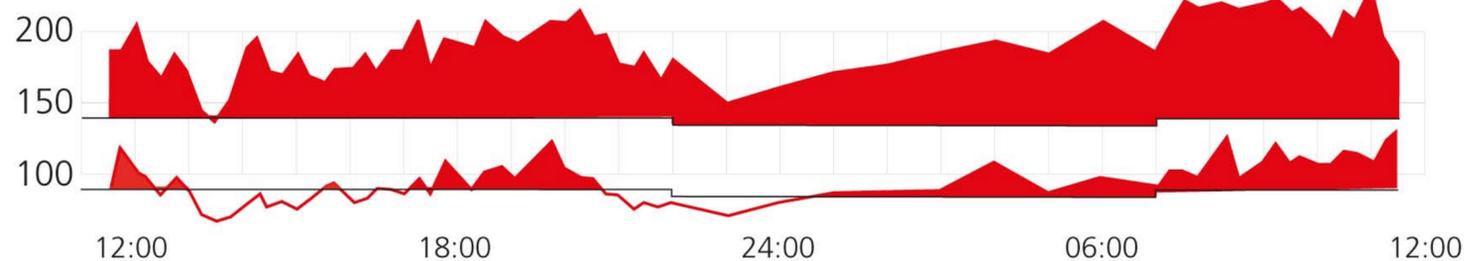
Anamnese

Familie: Hypertonie, Diabetes, Hirnschlag, Herz-Kreislaufkrankungen, Niereninsuffizienz
 Patient: Blutdruck, Gewichtsverlauf, Lebensstil (Nikotin, Alkohol, Sport, Ernährungsgewohnheiten), Nierenerkrankung, Kopfschmerz / Herzklopfen, Schnarchen, Polyurie / Hämaturie, Claudicatio, Diabetes, Medikamente (Steroide, Ciclosporin, Kontrazeptiva, Kokain, Erythropoetin)

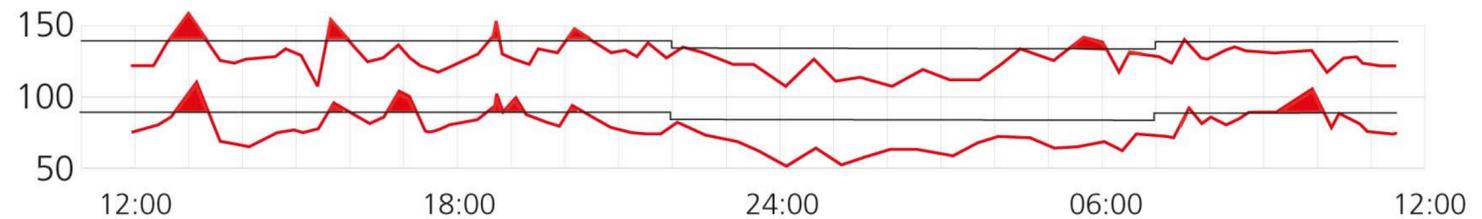
BD-Messung

24 h-Blutdruckmessung für Behandlungsbedürftigkeit und Therapieerfolg:
 Mehrere Messungen in unterschiedlichem Umfeld / Zeiten

24 h-Blutdruckprofil pathologisch



24 h-Blutdruckprofil normal



Grenzwerte 24 h-Blutdruckmessung: Mittelwert Tag / Nacht: < 125/80 mmHg
 Mittelwert Tag: < 135/85 mmHg
 Mittelwert Nacht: 10 % tiefer (nächtliches Blutdruckdipping)

Basisdiagnostik (nüchtern)

Untersuchung	Interpretation	
Natrium, Kalium	Na ↑, K ↓: Hinweis auf Hyperaldosteronismus	
Glukose	Diabetes mellitus	Ko-Risikofaktoren für kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse
Cholesterin gesamt, HDL, LDL, Triglyzeride	Hyperlipidämie	
TSH	Schilddrüsendysfunktion	
Cystatin C	Abschätzung GFR	Nierenfunktionsstörung: renal bedingte Hypertonie / hypertensive Nierenschädigung
Albumin im Urin (Mikroalbuminurie) und Sediment	Glomeruläre Schädigung	

Information

Dr. med. Petra Kohler, Fachärztin FMH Innere Medizin, Kardiologie, Leiterin Kardiologie
 PD Dr. med. Lukas Matter, FMH Innere Medizin, FAMH Labormedizin, Leiter Immunologie
 Dr. phil. Il Giovanni Togni, FAMH Labormedizin, Leiter Viollier Lugano SA

Literatur auf Anfrage