

Arterielle Hypertonie

Autor:



heilpraktikerkurse.de
EIN ANGEBOT VON EXAMIO UND HAUG

Arterielle Hypertonie

Dargestellt sind die Pathophysiologie und Symptome sowie die Diagnostik, schulmedizinische und naturheilkundliche Therapie der arteriellen Hypertonie.



HINWEIS

Arterielle Hypertonie

Liegen die über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt gemessenen arteriellen Blutdruckwerte konstant über **140/90 mmHg**, spricht man von einer arteriellen Hypertonie (**Bluthochdruck**).



MERKE

Leitsymptome der arteriellen Hypertonie

- Kopfschmerzen beim Aufwachen, v.a. im Hinterkopfbereich, Druckgefühl im Kopf
- anfallsweise Herzschmerzen, Herzklopfen
- häufiges Nasenbluten
- Atemnot bei Belastung
- Schwindelanfälle, Ohrensausen, Sehstörungen bis hin zu kurzen Ohnmachtsanfällen, Verwirrtheit



MERKE

Wann zum Arzt?

Sofort zum Arzt oder ins Krankenhaus, wenn die Blutdruckwerte

- anhaltend über 200/130 mmHg liegen
- sich mit eigenen Blutdruckmedikamenten nicht absenken lassen
- mit Unwohlsein verbunden sind

Pathophysiologie

Formen

Man unterscheidet beim Bluthochdruck 2 Formen:

- **primär** (= idiopathisch bzw. essenziell), bei der keine konkrete Ursache auszumachen ist;
- **sekundär**, die sich auf einen konkreten Auslöser zurückführen lässt.

Primäre Hypertonie: Diese Form des Bluthochdrucks, bei der die Ursache unbekannt bleibt, liegt bei der überwiegenden Anzahl der Betroffenen vor (ca. 90 %). Vermutet wird eine **genetische Disposition**, die zusammen mit einigen anderen begünstigenden Faktoren im Laufe des Lebens zum Ausbruch der Erkrankung führt. Wesentlich sind hierbei v. a. die typischen kardiovaskulären Risikofaktoren – allen voran Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, stammbetontes Übergewicht und Rauchen



MERKE

Bei der essenziellen Hypertonie (primäre Hypertonie, idiopathische Hypertonie) ist die auslösende Ursache unbekannt. Sie betrifft über 90 % aller Bluthochdruckpatienten.

Sekundäre Hypertonie: Lediglich bei ca. 10 % der Hypertoniker kann eine eindeutige zugrundeliegende Störung identifiziert werden. Wesentliche Beispiele hierfür sind:

- **Nierenerkrankungen:** B. eine Verengung der zur Niere hinführenden Arterie (Nierenarterienstenose) oder Entzündungen des Nierengewebes (Glomerulonephritiden)
- **Störungen des Hormonhaushalts:** B. ein Tumor im Nebennierenmark (Phäochromozytom) oder eine Hyperthyreose; eine Erhöhung von Aldosteron beim Hyperaldosteronismus oder von Kortisol beim Cushing-Syndrom
- **neurogene Ursachen:** Bei einer Entzündung des Hirngewebes (Enzephalitis) werden Hirnregionen beeinträchtigt, die an der Blutdruckregulation beteiligt sind.

Um eine Sonderform handelt es sich bei der im Rahmen einer Schwangerschaft auftretenden schwangerschaftsinduzierten Hypertonie bzw. **Gestationshypertonie**. Im Extremfall kann diese zu lebensbedrohlichen Zuständen von Mutter und Kind führen.

Einteilung

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) teilt die Hypertonie in **3 Schweregrade** ein

Da der Blutdruck **situationsabhängig** stark **schwanken** kann, wird nicht sofort eine Hypertonie diagnostiziert, wenn einmal ein erhöhter Blutdruckwert gemessen wird. Beispielsweise handelt es sich während oder unmittelbar nach einer starken körperlichen Belastung um eine normale Anpassungsreaktion des Körpers.

Solange die Selbstmessungen mit einem geeigneten Gerät erfolgen und normale Blutdruckwerte dabei

die Regel sind, ist auch diese Form der Hypertonie als unbedenklich einzustufen. Die Betroffenen sollten das Messgerät allerdings mindestens einmal mit in die Praxis bringen, damit der Heilpraktiker es prüfen und den Ablauf der selbstständigen Messung des Patienten beobachten (und ggf. korrigieren) kann. Die Blutdruckwerte sollten regelmäßig in einem **Tagebuch** dokumentiert werden.

Klassifikation des Blutdrucks nach der WHO.

Bewertung	systolischer Wert (mmHg)	diastolischer Wert (mmHg)
optimaler Blutdruck	< 120	< 80
normaler Blutdruck	120 – 129	80 – 84
hochnormaler Blutdruck	130 – 139	85 – 89
milde Hypertonie (Stufe 1)	140 – 159	90 – 99
mittlere Hypertonie (Stufe 2)	160 – 179	100 – 109
schwere Hypertonie (Stufe 3)	> 180	> 110



VORSICHT

Als sehr kritisch gelten Blutdruckwerte **> 230/130 mmHg**. Hier kann es auch akut zu **lebensbedrohlichen** Komplikationen kommen.

In Abhängigkeit davon, ob es bereits Hinweise auf solche Organschäden (v. a. Blutungen!) gibt, wird die **hypertensive Krise** (noch keine Hinweise auf Organschäden) vom **hypertensiven Notfall** (mit Hinweisen auf Organschäden) unterschieden. Diese Differenzierung ist v. a. therapeutisch relevant.



MERKE

Blutdrucksenkung: Beim **hypertensiven Notfall** muss der Blutdruck unmittelbar relativ **rasch** und unter intensivmedizinischer Überwachung gesenkt werden; bei der hypertensiven Krise ist dafür etwas mehr Zeit.

Symptome

Das Tückische an der Hypertonie ist, dass sie bei ihrem Auftreten und z. T. auch nach jahrzehntelangem Verlauf häufig völlig **symptomlos** bleibt. Die Patienten fühlen sich i. d. R. subjektiv wohl. **Unspezifische Beschwerden** können z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Ohrensausen, Nasenbluten oder Luftnot bei Belastung sein.

Meist sind es erst die Symptome der **Folgeerkrankungen**, die die Patienten zum Arzt führen. Die wesentlichen Folgeerscheinungen der Hypertonie lassen sich unmittelbar auf die jahre- bzw. jahrzehntelange **Druckbelastung** zurückführen, die auf das Kreislaufsystem – und damit auf Herz und Gefäße – ausgeübt wird.

Das **Herz** versucht zunächst, durch eine Verdickung des Muskels gegen den erhöhten Druck anzuarbeiten (→ **Hypertrophie**). Die verdickte Muskulatur ist jedoch auch steifer und kann sich in der Diastole schlechter entspannen; die Füllung des Herzens wird erschwert. Außerdem kommt es ab einem gewissen kritischen Herzgewicht zu einer schlechteren Sauerstoffversorgung des Herzmuskels. Erschwerend kommt hinzu, dass auch die versorgenden Gefäße von der chronischen Druckbelastung betroffen sind. Es kommt zu atherosklerotischen Veränderungen (→ **KHK**, ggf. Herzinfarkt). Das Herz muss also die vermehrte Arbeit bei einer schlechteren Sauerstoffversorgung bewältigen. Unter der anhaltenden Belastung „leiert“ das Herz mit der Zeit förmlich aus (→ **Herzinsuffizienz**). Zusätzlich zu den typischen Insuffizienzerscheinungen (z. B. Leistungsminderung, Beinödeme, Luftnot) kann es zu Rhythmusstörungen (wie Vorhofflimmern) kommen. Zusammengefasst spricht man von einer „**hypertensiven Herzkrankheit**“.

Alle übrigen Folgeerkrankungen des Bluthochdrucks lassen sich auf eine Beeinträchtigung der die entsprechenden Organe versorgenden **Gefäße** zurückführen: Der erhöhte Blutdruck geht mit Mikrotraumen im Bereich der Gefäßwände einher, was u. a. zum Aufrauen der Wände führt. An den aufgerauten Stellen können sich leicht Ablagerungen festsetzen, die zur Entwicklung der Arteriosklerose beitragen. Durch zunehmende Verkalkung werden die Gefäße eng und starr. Die nachgeschalteten Organe werden mangelversorgt und mit der Zeit kommt es zu den jeweils spezifischen Funktionseinschränkungen bzw. Ausfallerscheinungen (Tab. 8.9).



VORSICHT

Hinweise auf einen **hypertensiven Notfall** sind Symptome im Rahmen der oben beschriebenen **Organschäden**, z. B.:

- **Bewusstseinsstörungen** oder Doppelbilder bei einer Hirnblutung
- **Brustschmerzen** und Atemnot bei einem Herzinfarkt; reißender Brustschmerz bei einer Aortendissektion
- **Sehstörungen** bei einer Netzhautblutung

Typische Folgeerkrankungen bei Hypertonie.

Organ	Schaden	mögliche Symptome (meist erst in fortgeschrittenen Stadien)
Herz	hypertensive Herzkrankheit mit Hypertrophie, KHK (ggf. Herzinfarkt)	Herzrhythmusstörungen und/oder Herzinsuffizienz mit den entsprechenden Symptomen (u. a. Palpitationen, Leistungsminderung, Ödeme, Atemnot)
Auge	fortschreitende Beeinträchtigung der Netzhaut (sog. Fundus hypertonicus) bis hin zur hypertensiven Retinopathie	Abnahme der Sehschärfe und Gesichtsfeldausfälle
Gehirn	sowohl ischämische Hirninfarkte (durch Arteriosklerose) als auch Blutungen (bei Hochdruckkrisen)	z. B. Sehstörungen, Lähmungen, Kopfschmerzen, Bewusstseinsstörungen, Übelkeit
Niere	hypertensive Nephropathie bis hin zur Niereninsuffizienz (→ harnpflichtige Substanzen im Blut erhöht, sog. Urämie)	Teilnahmslosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma
Extremitäten	periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	Schmerzen, ggf. Nekrosen und Ulzera in der betroffenen Extremität
Mesenterialarterien	arterielle Verschlusskrankheit (AVK) der Viszeralgefäße (ggf. Mesenterialinfarkt)	u. a. Bauchschmerzen
Netzhaut	hypertensive Retinopathie (Gefäßveränderungen der Netzhaut)	Gesichtsfeldausfälle, Abnahme der Sehschärfe

Diagnostik

Häufig fallen die erhöhten Blutdruckwerte als **Zufallsbefund** im Rahmen von Screeninguntersuchungen (z. B. hausärztliche Routineuntersuchungen oder Schwangerenvorsorge) oder z. B. während eines Krankenhausaufenthaltes auf.



VORSICHT

Etwa die Hälfte der Bluthochdruckpatienten wissen nichts von ihrer Erkrankung. Von den bekannten Hypertonikern werden wiederum über die Hälfte nicht oder nur unzureichend therapiert.

Die Diagnose Hypertonie wird i. d. R. gestellt, wenn über einen längeren Zeitraum wiederholt am Oberarm erhöhte Blutdruckwerte gemessen wurden. Neben einer gründlichen **Anamnese** (v. a. auch hinsichtlich möglicher kardiovaskulärer Risikofaktoren) werden im Sinne eines **Basisprogramms** folgende Untersuchungen empfohlen:

- Blutdruckmessung an beiden Armen im Seitenvergleich
- Auskultation des Herzens, der Gefäße (Pulsstatus) und des Bauches (Strömungsgeräusche bei Nierenarterienstenose)
- 24-h-Langzeit-Blutdruckmessung (Tagesverlauf? Blutdruckspitzen?)
- Patient dokumentiert seine Blutdruck-Selbstmessungen (Verlauf über mehrere Tage/Wochen)

- Laboruntersuchungen:
 - Screening auf kardiovaskuläre Risikofaktoren (Blutzucker, Blutfette)
 - Untersuchung der Nierenfunktion: Urinstatus, Kreatinin im Serum
 - Serumelektrolyte (v. a. Kalium) und Schilddrüsenwerte
- EKG und Echokardiografie: Rhythmusstörungen, Anzeichen für eine Ischämie oder Hypertrophie?
- Doppler-/Duplexsonografie der hirnversorgenden Gefäße
- Untersuchung des Augenhintergrundes (Ophthalmoskopie)



MERKE

Diagnostische Hinweiszeichen

- Am Augenhintergrund sind die Folgen der Hypertonie schon vergleichsweise früh durch Veränderungen an den kleinen Blutgefäßen erkennbar.
- Die Urindiagnostik gehört zur Basisdiagnostik: Bedenklich ist der Nachweis einer Proteinurie (Ausscheidung von Eiweiß im Urin), der auf eine beginnende Nierenschädigung hinweist.

Diese Untersuchungen sollten im Verlauf **regelmäßig wiederholt** werden, um entsprechende Folgeschäden frühzeitig erkennen und entsprechend behandeln zu können.

Eine **weiterführende Diagnostik** zur Abklärung der **sekundären Hypertonieformen** (z. B. Nierenerkrankungen, Störungen des Hormonhaushalts u. a.) wird empfohlen bei **jungen** Hypertonikern und bei schwerer **therapieresistenter** Hypertonie – wenn sich der Blutdruck mit den üblichen Allgemeinmaßnahmen und einem Ausreizen der medikamentösen Therapie nicht normalisieren lässt.

Allgemeinmaßnahmen

Vor dem Einsatz von Medikamenten werden zunächst allgemeine **Basismaßnahmen** zur Änderung der Lebensgewohnheiten durchgeführt:

- Gewichtsnormalisierung (BMI < 26)
- regelmäßige sportliche Aktivität (mind. 30 Minuten pro Woche, v. a. Ausdauersport)
- Alkohol- und Nikotinkarenz
- ausgewogene Ernährung (u. a. viel Obst und Gemüse, wenige gesättigte Fettsäuren)
- Salzreduktion in der Nahrung (< 6 g/Tag); Grund: Salz bindet und hält Wasser im Körper (erhöhtes Volumen im Körper durch Wasser → erhöhter Blutdruck).

Schulmedizinische Therapie

Die Europäische Gesellschaft für Hypertonie (ESH) empfiehlt als generellen Zielblutdruckwert < 140/90 mmHg.

Bei **Hochrisikopatienten** sind Werte zwischen 130/80 und 139/85 mmHg anzustreben – d. h. bei Patienten, die ohnehin schon ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko haben (z. B. bei bekannter KHK, Diabetes mellitus, chronischen Nierenerkrankungen oder bei bereits abgelaufenem Schlaganfall).

Bei etwa **25 %** aller diagnostizierten Hypertonien lässt sich der Blutdruck allein durch die

beschriebenen Änderungen der Lebensgewohnheiten normalisieren. Erst wenn durch diese Maßnahmen der Blutdruck nicht dauerhaft signifikant gesenkt werden kann, werden Medikamente verschiedener Wirkstoffgruppen eingesetzt, die unter der Bezeichnung „**Antihypertensiva**“ zusammengefasst werden. **Mittel der 1. Wahl** sind:

- Diuretika
- ACE-Hemmer
- AT₁-Rezeptor-Antagonisten
- Kalziumantagonisten
- Betablocker

Je nach Schweregrad der Hypertonie reicht entweder eine **Monotherapie** aus oder es ist eine **Kombinationstherapie** mit mehreren der o. g. Wirkstoffgruppen notwendig. Die Mehrheit der Bluthochdruckpatienten benötigt zum Erreichen der Zielblutdruckwerte die kombinierte Gabe von 2 oder mehr Antihypertensiva.

Für die antihypertensive Therapie bei älteren Patienten gilt der Grundsatz: „start low and go slow“. Man nimmt also zur Verhinderung von Medikamentennebenwirkungen eine vorsichtige Medikamenteneinstellung vor.



MERKE

Kontrollmessungen: *Therapiebegleitend muss der Blutdruck in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden, um die Therapie bei Bedarf entsprechend anpassen zu können.*

Bei einer **hypertensiven Krise** (keine Hinweise auf Organschäden) reicht es zunächst, den Blutdruck nach 30 min zu kontrollieren und innerhalb von 24 h durch orale Antihypertensiva zu senken. Bei zu rascher Senkung drohen Komplikationen – u. a. aufgrund einer Organminderdurchblutung. Zum Einsatz kommen z. B. **Nitroglyzerin** (als Spray oder Zerbeißkapsel), der Kalziumantagonist Nitrendipin oder der α_2 -Rezeptor-Agonist **Clonidin** i. v. Der Blutdruck darf jedoch auch hierbei zur Vermeidung von Komplikationen in der 1. Stunde nur um maximal 25 – 30 % gesenkt werden!



VORSICHT

*Bei einem **hypertensiven Notfall** (mit Hinweisen auf Organschäden) muss mit der Therapie **sofort** begonnen werden.*

Prognose

Die Prognose der Patienten hängt stark davon ab, auf welchem Niveau sich der Blutdruck unter Therapie einstellen lässt und wie lange er bereits erhöht war. Ausschlaggebend ist zudem, ob weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren vorliegen und ob bereits schwerwiegende Folgeschäden aufgetreten sind.

Naturheilkundliche Therapie

Das schulmedizinische Behandlungskonzept ist zunächst beizubehalten. Die naturheilkundliche Therapie wird in dieser Zeit nur komplementär durchgeführt. Bei Besserung der Beschwerden kann über eine langsame Reduzierung der schulmedizinischen Präparate nachgedacht werden. **Ab- und ausleitende Verfahren:** Durch Aderlass und blutiges Schröpfen können Sie den Kreislauf reflektorisch beeinflussen, die Fließeigenschaften des Blutes verbessern und Stauungen vermindern.

- Ein **Volumenaderlass** dient bei hypertonen Blutdruckkrisen der Entlastung, weshalb diese Art des Aderlasses auch rein symptomatisch wirkt. Ein mengenmäßig geringerer Blutentzug zur Umstimmung ist dagegen therapeutisch effektiv.
- Der **Hildegard-Aderlass** wird auch als sog. Stoffwechselladerlass bezeichnet und kann neben der Umstimmung zur Entgiftung und Diagnostik angewandt werden (durch Analyse des Blutes 24 Stunden nach Entnahme). Der Blutentzug erfolgt zwischen dem 1. und 6. Tag nach Vollmond. In diesem Zeitraum lösen sich Ablagerungen aus dem Bindegewebe und gehen in das Fließsystem Blut über. Es ist deshalb durch die darin gelösten Schlackenstoffe fast schwarz. Die entzogene Blutmenge beträgt ca. 150–180 ml.
- **Blutiges Schröpfen** der Nackenzone im Bereich C 3 und C 4 wirkt ebenfalls entlastend und ausleitend.

Akupunktur: Oft liegen der Hypertonie Disharmoniemuster des Leber- bzw. Milzfunktionskreises. Bei Störungen des Leberfunktionskreises bestehen zusätzlich Appetitstörungen mit weichen und voluminösen Stühlen, mit Feuchtigkeits- und Schleimeinlagerungen. Milzharmoniemuster verlangen zusätzliche diätetische Interventionen zur Regulierung der Mitte: Die Nahrung sollte neutral/warm, etwas scharf, etwas süß und leicht sauer sein, dadurch wird der Leber-Qi-Fluss harmonisiert und die Milzfunktion unterstützt. Gemieden werden sollten kalte oder fette Speisen. Auch exzessiver Genuss von süßen oder sauren Speisen führt zu weiteren Stagnationen des Qi-Flusses und zu Feuchtigkeitsbildungen.

Biochemie nach Dr. Schüßler: Die Arzneimittelwahl orientiert sich an der Ursache und dient der unterstützenden Behandlung. Infrage kommen das Schüßler-Salz Nr. 3 Ferrum phosphoricum, es wirkt dämpfend auf das Vasomotorensystem (Systole erhöht, Amplitude groß, Puls stark und oberflächlich klopfend), bei Neigung zu rotem Kopf und Kongestionen. Das Schüßler-Salz Nr. 2 Calcium phosphoricum wird bevorzugt eingesetzt, wenn konstitutionell bedingte Kalziumverwertungsstörungen vorliegen und die Re-Ionisation des Kalziums im Plasma begünstigt werden soll. Das Schüßler-Salz Nr. 1 Calcium fluoricum wird meist bei jungen Menschen eingesetzt, um die elastische Grundfunktion der Gewebe zu verbessern.

Homöopathie: Konstitutionelle Mittel mit Bezug zur Hypertonie sind: Arnica, Argentum nitricum, Aurum metallicum, Belladonna, Calcium carbonicum, Dulcamara, Lachesis, Lycopodium, Medorrhinum, Naja tripudians, Natrium muriaticum, Nux vomica, Phosphor, Plumbum, Sanguinaria, Sulfur. Charakteristische Allgemein- und Gemütssymptome können jedoch auch auf andere Konstitutionsmittel verweisen.

Phytotherapie: Fehlerhafte Gefäßregulation, psychische Einflüsse bei labilem Vegetativum und hormonelle Regulationsstörungen sind häufig Ursachen der instabilen Hypertonie. Es kommt nicht selten vor, dass mehrere von ihnen beteiligt sind an deren Entstehung. Ein breitbandiges Behandlungskonzept ist daher zu empfehlen. Zur Regulation der instabilen Hypertonie bieten sich Zubereitungen aus folgenden Heilpflanzen an: Weißdornblätter und -blüten, Herzgespannkraut, Gänsefingerkraut, Baldrianwurzel, Mistelkraut. Weißdorn verbessert die Durchblutung des Herzmuskels und der Koronarien, zudem stärkt es die Schlagkraft. Das Herzgespannkraut harmonisiert das Zusammenspiel von Schilddrüsenfunktion und Herzaktivität, das Gänsefingerkraut normalisiert den erhöhten Gefäßtonus, Baldrian besänftigt das Vegetativum und vermeidet Überreaktionen. Mistel hat blutdruckregulierende Eigenschaften, Steinklee verbessert die Fließeigenschaften des Blutes.

Physikalische Therapie: Auf Wasseranwendungen reagiert der Kreislauf mit einer Durchblutungserhöhung, der periphere Gefäßwiderstand verringert sich und die Herzbelastung nimmt ab. Wechselduschen, ansteigende Armbäder sowie abendliche warme Senffußbäder sind angezeigt, um kurzfristig den Blutdruck zu senken. Wer gerne badet und unter mäßig erhöhtem Bluthochdruck leidet, kann versuchen, seinen Blutdruck mit Kohlensäurebädern zu regulieren. Hierfür wird Kohlensäure als Badezusatz (in der Apotheke erhältlich) in warmes Wasser (etwa 30 °C) gegeben, das Bad sollte nicht länger als 20 Minuten dauern. Massagen wirken muskelentspannend und können durch den entspannenden Effekt blutdrucksenkend wirken.

<https://www.heilpraktikerkurse.de>

Stand: 20.09.2019