WAHL DER SUBSTANZKLASSE

Sys BD 140–159 mmHg und/oder dia BD 90–99 mmHg	Sys BD ≥ 160 mmHg und/oder dia BD ≥ 100 mmHg
Monotherapie A* oder C oder D	Monotherapie A* oder C oder D oder Kombinationstherapie A*+C oder A*+D
Kombinationstherapie A*+C oder A*+D	Kombinationstherapie A*+C+D Konsultation bei einem Hypertoniespezialisten

Risikostratifikation (Anzahl Risikofaktoren): Tief – 0 – 1 – 2 – 3+ MACE oder EOS – Hoch

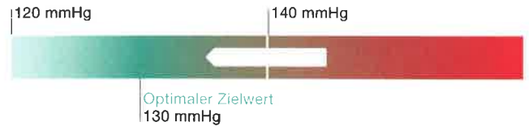
Bei BD > 140/90 mmHg unter A+C+D Spironolacton kombinieren. Wenn möglich soll eine Fixkombination (eine Pille mit mehreren Wirkstoffen) eingesetzt werden wegen besserer Therapieadhärenz.

Beta-Blocker-Indikation: Herzinsuffizienz, tachykarde Arrhythmien, Schwangerschaft (Labetalol)

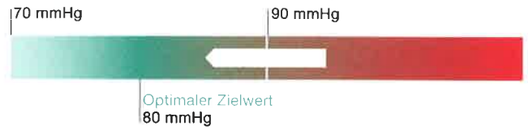
Abkürzungen
A: Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker, ***kontraindiziert in der Schwangerschaft**
C: Kalziumkanalblocker
D: Diuretikum
EOS: Endorganschaden
MACE: Major Adverse Cardiovascular Event

PRIMÄRES ZIEL: BD < 140/90 mmHg NACH 3 MONATEN

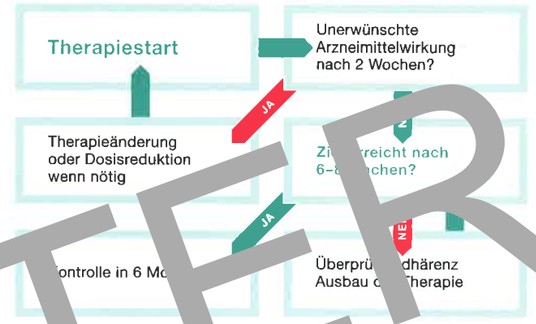
Zielbereich für den systolischen BD:



Zielbereich für den diastolischen BD:



FLUSSDIAGRAMM – THERAPIEVERLAUF



ARTERIELLE HYPERTONIE

Empfehlungen für Ärzte

Schweizerische Hypertonie Gesellschaft
www.swisshypertension.ch

MUSTER

NORMALER BLUTDRUCK (BD)

Praxis-BD:*	< 140/90 mmHg
Heim-BD:*	< 135/85 mmHg
24-Stunden-BD Mittelwert/Dipping:	< 130/80 mmHg Dipping > 10 %

*Die Diagnose einer arteriellen Hypertonie sollte basierend auf **wiederholten** Messungen in sitzender Position gestellt werden. Die erste BD Messung sollte an beiden Armen durchgeführt werden, die weiteren Messungen am Arm mit dem höheren BD.

SPEZIELLE FORMEN DER HYPERTONIE

Weisskittelhypertonie
BD-Erhöhung ausschliesslich in der Praxis

Maskierte Hypertonie
BD-Erhöhung ausschliesslich ausserhalb der Arztpraxis

Resistente Hypertonie
Praxis-BD > 140/90 mmHg und 24-Stunden-BD > 130/80 mmHg unter einer mindestens 3er Kombinationstherapie (ACE-H oder ARB + CCB + Diuretikum; Therapieadhärenz muss gewährleistet sein)

ABKLÄRUNGEN BEI NEU DIAGNOSTIZIERTER HYPERTONIE

Anamnese
- Persönliche und Familienanamnese bezüglich arterieller Hypertonie
- Symptome für eine sekundäre Hypertonieform?

Klinische Untersuchung (nicht verpassen)
- Klinische Zeichen für eine sekundäre Hypertonieform
- Klinische Befunde für einen Hypertonie-bedingten Endorganschaden

Routine-Labor/-Untersuchungen
- **Blut:** Nüchtern-Glucose und HbA1c; Lipide (total, LDL-, HDL-Cholesterin, Triglyzeride); Hämoglobin, Hämatokrit; Kreatinin und eGFR, Kalium, Natrium, Harnsäure; Leberfunktionstests
- **Urinanalyse:** Mikroskopische Urin-Untersuchung; Mikroalbuminurie (Albumin:Kreatinin-Ratio) und Proteinurie
- **12-Kanal-EKG**

Kardiovaskuläres Risiko und Endorganschädigung
Die Suche nach Hypertonie-bedingtem Endorganschaden und der Beurteilung des kardiovaskulären Risikos soll basierend auf der Anamnese, der klinischen Untersuchung und den technischen Routine-Untersuchungen durchgeführt werden.
- **10-Jahres kardiovaskuläres Risiko (AGLA oder ESC Score)**
- **Echokardiographie:** Empfohlen bei hypertensiven Patienten mit EKG-Auffälligkeiten oder Symptomen/Befunden einer Herzinsuffizienz. Kann erwogen werden, wenn eine linksventrikuläre Hypertrophie das weitere Management beeinflusst.
- **Nierensonografie und Nierenarterien-Doppler:** Sollte erwogen werden bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Albuminurie/Proteinurie oder bei Verdacht auf eine sekundäre Hypertonie.
- **Kognitive Funktionstests:** Sollten bei jedem hypertensiven Patienten über 75 Jahre erwogen werden.

Verdacht auf eine sekundäre Hypertonie
- Überweisung zu einem Hypertoniespezialisten

IHRE NOTIZEN

© Copyright 2019 – Urheberrechtshinweis
Alle Inhalte dieser Broschüre, insbesondere Texte und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich gekennzeichnet, bei der Schweizerischen Hypertonie Gesellschaft. Expertenmeinung ohne Haftung.

Schweizerische Hypertonie Gesellschaft
Dufourstrasse 30
CH - 3005 Bern
Schweiz

info@swisshypertension.ch
www.swisshypertension.ch