

HansHeinrich Jörgensen, Heilpraktiker

Blutdruck senken – um jeden Preis?

Über die Gefahren des hohen Blutdrucks wird viel berichtet: Herzschwäche, Hirnblutungen, Arteriosklerose und Nierenschäden zählen zu den schwerwiegendsten Folgeschäden. Doch Bluthochdruck ist mittlerweile vor allem bei älteren Patienten zur Modediagnose geworden, die als pauschale Begründung für den Einsatz blutdrucksenkender Medikamente dient. Mitunter werden Gesunde damit nicht nur zu Kranken „diagnostiziert“, sondern auch dem Risiko schwerer Durchblutungsstörungen ausgesetzt.

Die „Hochdruckliga“ (Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks) hat die Obergrenze für den oberen „systolischen“ Wert im vorigen Jahr auf 140 mm/Hg festgelegt und hält alles, was darüber liegt, für behandlungsbedürftig. Neuerdings werden sogar Werte, die nicht über „120 zu 80“ liegen, als erstrebenswert angesehen.

Inzwischen werden allerdings auch immer mehr kritische Stimmen laut, die auf die Risiken einer unkritischen Absenkung der Blutdruckwerte auf statistische Normwerte hinweisen. Daß allzu abruptes Blutdrucksenken schädliche und mitunter lebensgefährliche Auswirkungen haben kann, wissen auch Schulmediziner. Ein anderes, heikleres Thema ist aber, ob eine Senkung überhaupt Sinnvolles bewirkt. So wies Professor Bulpitt vom National Heart and Lung Institute in London darauf hin, daß bei 80jährigen mit hohem Blutdruck die Sterblichkeit geringer ist als bei jenen mit niedrigem Druck. Er hält in diesem Alter eine antihypertensive Therapie erst ab den allgemein für „astronomisch hoch“ gehaltenen Werten von 200/110 für geboten.

Auf dem Kongreß der American Society of Hypertension im vergangenen Jahr berichteten israelische Forscher, daß Tests auf Gedächtnis und Konzentration bei älteren Patienten mit Normwerten bis maximal 140/90 deutlich schlechter abschnitten als bei Hochdruckpatienten.

Wer kritisch in Studien hinein schaut, die den Nutzen einer Blutdrucksenkung beweisen wollen, wird feststellen: ältere Patienten sind in den geprüften Kollektiven kaum vertreten. Erst kürzlich wurde in der medizinischen Fachpresse eine große Auswertung von Studien aus den 90er Jahren breit diskutiert. Demnach sind erstens 55 Prozent der Deutschen Hypertoniker, worauf zweitens die im Vergleich zu anderen Ländern hohe Schlaganfallrate zurückzuführen sein soll. Allerdings ging es dabei um Patienten zwischen 35 und 64 Jahren! Die Mehrheit der Schlaganfälle jedoch findet im Alter statt – jeder dritte Deutsche ist betroffen –, und sie wird überwiegend (zu rund 80 Prozent) durch Mangel durchblutung ausgelöst.

Was für Jüngere gut ist, schadet vielleicht den Alten

Es bleibt daher die Frage, ob der für Jüngere belegte Nutzen einer Blutdrucksenkung einfach auf ältere Menschen übertragen werden kann. Denn die Hypertonie des jungen Menschen hat andere Ursachen als die des alten:

Ein bereits in jungen Jahren (vor dem 40. Lebensjahr) beginnender und jahrzehntelang andauernder Hochdruck schädigt die Gefäße und verlangt dem

Herzen erhebliche Mehrarbeit ab. Das steht außer Frage. Dadurch kann es zu vorzeitigem Herzversagen kommen. Leider lassen sich die Ursachen der Blutdruckerhöhung beim jungen Menschen nicht immer klären. Aber die Suche nach den Ursachen, die oft im seelischen Bereich liegen, ist mindestens so wichtig, wie die vorschnelle Verordnung eines Blutdrucksenkers.

Beim älteren Menschen besteht meist eine umgekehrte Situation: Geschädigte, sklerotisiertstarre Gefäße setzen dem fließenden Blut so viel Widerstand entgegen, daß das Herz mehr Druck aufwenden muß, um auch innere Organe und Extremitäten noch mit ausreichend Blut zu versorgen. Dadurch steigt der Druck. Typisch für verengte und verhärtete Gefäße ist die langsame Abflußgeschwindigkeit des Blutes, wodurch der gemessene diastolische Druck ansteigt. Im Gefolge davon kann dann auch der systolische Druck höher sein.

Senkt man hier einfach per Tablette den Druck ab, ohne an der Durchlässigkeit der Gefäße etwas zu ändern, verschlechtert sich die Durchblutung in den Beinen und im Kopf. Die eintretende Mangeldurchblutung im Gehirnbereich (Ischämie) ist typisch für den „weißen“ Schlaganfall. In der Tat häufen sich akute „weiße“ Schlaganfälle ausgerechnet in jenen ruhigen Zeiten, in denen der Blutdruck – vom Streß des Tages befreit – absinkt: nachts, am Wochenende und im Urlaub.

Herzentlastung ist das Ziel der Blutdrucksenkung

Therapeutisch stellt sich also die Frage, ob das Herz gebremst werden soll, damit vor allem der systolische Druck fällt, oder ob die Gefäße geweitet werden sollen, damit vor allem der diastolische Druck sinkt. Ersteres macht man vorzugsweise mit Betablockern, die am Herzen jene Nerven blockieren, welche – vom Gehirn angeregt – die Pumpleistung des Herzens erhöhen. Um hingegen den Gefäßdruck (dem der zweite, diastolische Wert entspricht) zu senken, werden Medikamente zur Hemmung von Angiotensin eingesetzt. Angiotensin ist ein in der Niere produziertes Hormon, das den Spannungszustand der Arterien steuert. In der Mitte zwischen den beiden Möglichkeiten stehen Wirkstoffe (bestimmte Calciumantagonisten), die sowohl das Herz bremsen als auch die Gefäße erweitern.

Und schließlich kann man den Druck auf die Gefäßwände vermindern, indem man das Flüssigkeitsvolumen durch Entwässerungsmittel (Diuretika) vermindert – und damit die Blutmenge, welche die Adern füllt. Allerdings verschlechtern entwässernde Medikamente die Fließeigenschaften des Blutes erheblich: Wenn aus sieben Litern Blut per Wasserentzug sechs gemacht werden, wird das Blut eingedickt wie beim Sirupkochen.

Bei allen therapeutischen Prinzipien steht die Entlastung des Herzens im Vordergrund. Daß für die Durchblutung des Gehirns ein gewisser Mindestdruck erforderlich ist, der um so höher liegt, je enger die Adern sind, vernachlässigen die Mediziner dabei häufig. Erst wenn es zur Katastrophe kommt, dem „weißen Apoplex“ – Schlaganfall durch Mangeldurchblutung –, wird plötzlich von einem „Erfordernishochdruck“ gesprochen, damit die Randzonen des nicht durchbluteten Bereichs wenigstens gerettet werden können! Wenn das nach dem Schlaganfall sinnvoll ist, warum nicht auch vorher, um die Katastrophe zu verhindern?

Die frühere Faustregel ist keineswegs „total überholt“

Erhöhter Blutdruck erschöpft zwar auch das ältere Herz, und es droht aus dem Takt zu geraten oder ganz zu versagen. Ob es aber sinnvoll ist, dem Achtzigjährigen seine 180/80 mmHg Blutdruck mit drei verschiedenen Medikamenten mit Gewalt in den Keller zu zwingen, darüber läßt sich trefflich streiten.

Die früher übliche Faustregel „Lebensalter plus 100“, die den noch akzeptablen systolischen Blutdruck umschrieb, wurde von jener Philosophie, die den Blutdruck so niedrig wie möglich sehen will, verdrängt. Man kann jedoch nicht umhin, der früheren Version eine beachtenswerte Logik zuzusprechen. Nicht zuletzt bestätigen die meisten Patienten, daß sie Bäume ausreißen könnten, wenn der Arzt wegen des Blutdrucks bedenklich mit dem Kopf schüttelt – dagegen hängen sie nur so in den Seilen, wenn er ihnen zufrieden ob der niedrigen Werte auf die Schulter klopft.

Antihypertensive Medikamente können Lebenskraft bremsen

Zu bedenken ist auch, daß der Blutdruck keine gleichbleibende Größe ist, sondern sich von Minute zu Minute der Notwendigkeit anpaßt. Körperliche Anstrengung treibt ihn hoch, um das Blutangebot in der arbeitenden Muskulatur zu erhöhen. Gefahr, Streß, psychische Belastung – auch der Besuch beim Arzt („Weißkittel-Effekt“) – treiben den Druck ebenfalls hoch. Wir sollten uns hüten, moderate tagesübliche Schwankungen des Blutdrucks schon als krankhaft anzusehen und vorschnell zur senkenden Tablette zu greifen. Jedes blutdrucksenkende Medikament kann auch die Aktivität und Lebenskraft bremsen. Blutdruckmessungen sowohl beim Arzt als auch zu Hause sind ziemlich fehleranfällig. Gute Aussagen liefert im Zweifelsfall die Langzeitblutdruckmessung über 24 Stunden.

Nun stehen Sie als Leser vor der Frage, ab wann Ihr Blutdruck denn behandlungs- und kontrollbedürftig ist: ab 140, 160 oder 180 oder diastolischen Werten von 90, 95 – und in welche Bereiche er gesenkt werden müßte? Die antihypertensive Therapie verringert bei vielen Hypertonikern das Risiko für einen Herzinfarkt, aber sie führt leider bei viel weniger Patienten zu einer Lebensverlängerung. Und sie geht eventuell auf Kosten der Lebensqualität. Ein guter Ratgeber für die richtige Therapieentscheidung ist das Befinden des Patienten: 170/80 bei einem 70jährigen mit guter Fitneß ist sicher sinnvoller, als unbedingt die neuen Normwerte von 120/80 durch Einsatz blutdrucksenkender Medikamente anzustreben, mit der Folge, daß der Betroffene sich vielleicht dramatisch schlechter fühlt.

Sollten Sie nach dem Lesen dieses Beitrags Zweifel an Ihrer Behandlung bekommen haben, schmeißen sie das Medikament nicht einfach in den Müllschlucker! Diskutieren Sie das Für und Wider mit Ihrem Hausarzt – auch wenn er dreimal schlucken muß. ?

„120 zu 80“ – was bedeuten die beiden Blutdruckwerte?

Was besagen eigentlich die beiden Werte „120 zu 80“ oder „160 zu 95“? Zunächst einmal handelt es sich dabei um Angaben der Millimeter, die eine Quecksilbersäule unter diesem Druck steigt (mmHg).

Der „systolische“ erste Wert beschreibt den höchsten Druck während der Pulswelle, also der Pumpphase des Herzens. Der niedrigere zweite „diastolische“ Wert

beschreibt die Druckverhältnisse in der Ruhephase zwischen den Pulswellen. Stellen Sie sich vor, wir würden einen Druckmesser direkt in der Hauptschlagader installieren und dort unmittelbar den im Gefäß herrschenden Druck messen. Mit jedem Herzschlag kommt eine kräftige Blutwelle und treibt den Druck nach oben: je kräftiger das Herz pumpt, desto höher.

Damit wird schon einmal deutlich, daß der obere Wert, der systolische Druck, vor allem Ausdruck der Herzkraft ist. Allerdings steigt der Wert auch durch eine vorübergehende Gefäßverengung als Reaktion auf Streß und bei „verkalkten“ starren Gefäßen.

In der Pause zwischen zwei Herzschlägen fließt dann das Blut in die Peripherie ab, und die Meßkurve sinkt. Je schneller das Blut abfließt, desto schneller und tiefer sinkt der Druck, ehe der nächste Herzschlag ihn wieder in die Höhe jagt. Fließt das Blut infolge geschädigter oder verengter Arterien oder einer zu großen Blutmenge nur langsam ab, liegt der untere Wert, der diastolische Druck, entsprechend höher.