

Der hypertensive Notfall: RR > 180/120 mmHg

Unterscheide - die hypertensive Krise - ohne Endorganschäden (urgency)
- der hypertensive Notfall - mit Endorganschäden (emergency)

Ursachen: -Meist vorbekannte arterielle Hypertonie o Inadäquate Medikation o Non-Compliance o Rebound-Phänomen bei abruptem Absetzen der Therapie -Sekundäre / Endokrinologische Formen d. art. Hypertonie -Psychische Belastung / Schmerzzustände -Substanzen wie Kokain, LSD, Amphetamine, trizykl. Antidepressiva, etc. -(Prä-)Eklampsie	Häufig unspezif. Symptome: Cephalgien, Schwindel, Übelkeit, Palpitationen, Epistaxis, Sehstörungen, Kurzatmigkeit
--	---

Eigen-/Fremdanamnese, Medikamente, EKG, Labor (BB, Na, K, Hst., Crea, Trop.T, CK, NT-pro BNP, INR, aPTT), Körperl. Untersuchung (Neurostatus, Gefäßstatus, Zeichen der kard. Dekomp.)

Ziel: Differenziere bzgl. Organschädigung(en)
-Hypertensiver Notfall: sofort moderate RR-Senkung – dann ICU

Organmanifestationen:	Erweiterte Diagnostik	i.v. Therapie:
- zerebral : hypertensive Encephalopathie Vigilanzminderung/Somnolenz/ Pupillendifferenz?	CCT: Ödem/Insult (ischäm./hämorrh.)	Urapidil / Nitroprussid-Na CAVE: kein Clonidin
- kardial : Thoraxschmerz/Dyspnoe/Tachykardie?	EKG / Rö-Thorax	ACS : Beloc / Nitrat / ACE-Hemmer Akute Li.-Herzinsuff.: Nitrat / Na-Nitroprussid (ACE-Hemmer; Diur.)
- Gefäße : Aortendissektion? Stärkste typ. Schmerzen/Synkope/Dyspnoe/Pulsdifferenz	CT-Thorax / Echo / TEE	Beloc / Nitroprussid-Na / Nitroglyz. Zusätzlich Analgesie z.B. Morphin 2mg wiederholt
- (Prä-)Eklampsie : Vigilanzstörung/Krampfanfall/Ödeme/Proteinurie	Rö-Thorax	Urapidil / Dihydralazin / Magnesium
- Renal (Akute Niereninsuffizienz):Dyspnoe/Anurie	Rö-Thorax	Urapidil / Clonidin ggf. Hämodialyse

Ziel: RR 160/100 mmHg in 2-6h, initiale RR_{mean}-Senkung max. 25% des Ausgangswertes
Bei Aortendissektion Ziel-RR_{syst} 100 mmHg

Dosierung der gebräuchlichsten i.v.- Antihypertensiva

Urapidil: Bolus 5 (- 25) mg i.v., Perfusor: 5 - 40 mg/h
Nitroglycerin: Perfusor: 0,3 – 3 mg/h
Nitroprussid –Na: Perfusor: 1 – 3µg/kgKG/min, Beginn 1mg/h **CAVE**: möglichst niedrige Dosis, nicht länger als 24h, da Gefahr der Cyanidintoxikation. Schneller Wirkeintritt (0,5 – 1min)

Ohne Endorganschaden: • Möglichst ruhige Umgebung • Häusl. Med. p.o. geben, ggf. intensivieren oder durch weiteres Antihypertensivum ergänzen • Bei Angst-Benzodiazepin, z.B. Tavor 1mg s.l. • Bei Schmerz-Analgesie n. Stufenschema • Bisher unbehandelte Pat. erhalten je nach Vor-erkrankung Beta-Blocker, ACE-Hemmer oder Ca-Antagonist. Ggf. zusätzlich Thiaziddiuretikum.	Weiteres Vorgehen: -Ziel: RR langsam innerhalb 24 h senken -Kontrolle Therapieerfolg durch RR-Monitoring -Hausärztliche Anbindung gewährleistet, Pat. im Verlauf beschwerdefrei → Entlassung. -Risiko für Kardiovask. oder cerebrovask. Ereignisse → Aufnahme Fast Track -Ggf. Notfallmedikament mitgeben.
--	--