

# HYPERTENSIVER NOTFALL

**Definition: RR > 180/110mmHg + Red Flags**

= Endorganschaden



## KILLER

- Akutes Aortensyndrom
- Akutes Koronarsyndrom
- Hypertensives Lungenödem
- Hypertensive Enzephalopathie / PRES
- Intrazerebrale Blutung
- (Prä-)Eklampsie



## RED FLAGS

- Thoraxschmerz, insb. bei „+1“ (zusätzliche Symptomatik)
- Dyspnoe, Tachypnoe, Hypoxie
- ischämietyp. EKG-Veränderungen
- Vigilanzminderung
- Stärkste Kopfschmerzen
- Schwangerschaft (ab 160/110mmHg)



## ERSTE SCHRITTE

- Unterscheidung „hypertensiver Notfall“ vs. „asymptomatische Hypertonie“
- **Hypertensiver Notfall:** Zeichen der Endorganschädigung mit schweren Symptomen. Häufig kein isoliertes "Blutdruckproblem", sondern Ausdruck einer anderen Pathologie (z.B. ACS)
  - **Diagnostik:**
    - 12-Kanal-EKG (auch prähospital!)
    - Labor (z.B. Elektrolyte, GFR/Kreatinin, Troponin bei AP-Symptomatik)
  - **Therapie:** Urapidil 10mg iv. alle 5-10 min.
  - Weitere Diagnostik abhängig von Endorganschaden / Symptomatik (z.B. CCT bei Vigilanzminderung, Echokardiografie bei kardialen Beschwerden, etc.)
- **Schwangere ab RR 160/110mmHg:** In der Regel stationäre Abklärung, DD **Präeklampsie**
- Bei asymptomatischer Hypertonie ist in der Regel keine Akuttherapie notwendig.



## TIPPS

- **Asymptomatische Hypertonie:** Akute Blutdrucksenkung meist **nicht** sinnvoll
  - CAVE: Somatisierung („immer wenn Blutdruck 180mmHg, muss ich in die Notaufnahme“)
- Erhöhter Blutdruck ist auch häufig Folge von **Schmerzen** / Angst - oft Normalisierung des Blutdrucks nach Therapie des „Grundproblems“.
- Insb. bei Patient:innen <30 J. oder *plötzlichem* Auftreten ohne bekannte Hypertonie: Sekundäre Hypertonieursachen erwägen und ambulante Diagnostik empfehlen; weitere DD erwägen, u.a.: **Intoxikation** z.B. mit Amphetaminen, Kokain; Schmerz / Angst
- Generell: **Individuelle klinische Einschätzung** der Symptomatik und Risikofaktoren
  - nicht stur an „Grenzwerten“ festhalten.

