

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

Ursachen:

- Meist vorbekannte arterielle Hypertonie *oder*
- Inadäquate Vormedikation *oder*
- Non-Compliance Rebound-Phänomen bei abruptem Absetzen der Therapie *oder*
- 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, Thoraxschmerz

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.), evtl. abdominelles Strömungsgeräusch bei Nierenarterienstenose

Ohne Endorganschaden:

- Möglichst ruhige Umgebung
- Häusl. Med. p.o. geben, ggf. intensivieren oder durch weiteres Antihypertensivum ergänzen
- Bei Angst-Benzodiazepin, z.B. Tavor 1 mg s.l.
- Bei Schmerz-Analgesie n. Stufenschema
- Bisher unbehandelte Pat. erhalten je nach Vorerkrankung 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

Ziel: Differenziere bzgl. Organschädigung(en) -Hypertensiver Notfall: sofort moderate RR-Senkung -dann ICU		
Organmanifestationen: - zerebral: hypertensive Encephalopathie Vigilanzminderung / Somnolenz / Pupillendifferenz?	Erweiterte Diagnostik CCT: Ödem/Insult (ischäm./hämorrh.)	i.v. Therapie: Urapidil/ Nitroprussid-Na CAVE: kein Clonidin
- kardial: Thoraxschmerz / Dyspnoe / Tachykardie?	EKG / Rö-Thorax / Herzenzyme / BNP / Echokardiographie	ACS: Beloc / Nitrat / ACE- Hemmer Akute Li.-Herzinsuff.: Nitrat / Na-Nitroprussid (ACE- Hemmer; Diur.)
- Gefäße: Aortendissektion? Stärkste typ. Schmerzen / Synkope / Dyspnoe / Pulsdifferenz	Angio CT-Thorax / Echo / TEE, invasives RR- Monitoring, ggf. operatives Procedere	Beloc / Nitroprussid-Na / Nitroglyz. Zusätzlich Analgesie z.B. Morphin
- (Prä-)Eklampsie: Vigilanzstörung / Krampfanfall / Ödeme / Proteinurie		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 _{sys.} 100 mmHg		
Dosierung der gebräuchlichsten i.v.- Antihypertensiva: Urapidil: Bolus 5 (-10) mg i.v., Perfusor: 5 - 40 mg/h – Nitroglycerin: Perfusor: 0,3 - 3 mg/h – Nitroprussid-Na: Perfusor: 1 -3 ag/kgKG/min, Beginn 1mg/h CAVE: möglichst niedrige Dosis, nicht länger als 24h, da Gefahr der Cyanidintoxikation. Schneller Wirkeintritt (0,5 - 1 min) – ggf. parallele Gabe von Natrium-Thiosulfat		