

siko. Professor Seipel führt dieselben Argumente für und gegen eine Antikoagulantientherapie an, hat sie jedoch etwas anders gewichtet, und dafür sind wir ihm dankbar. Es werden nochmals die Blutungskomplikationen einer Langzeit-Antikoagulantientherapie besonders herausgestellt, dies möchten wir unterstreichen: Die Indikation zu einer Antikoagulantientherapie bei Vorhofflimmern ist sehr streng zu stellen.

Andererseits sind wir doch der Meinung, daß die Empfehlung zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern bei strenger Indikation gegeben ist.

Privatdozent
Dr. med. Albrecht Heller
Chefarzt der
Inneren Abteilung
im Kreiskrankenhaus
Knopfweg 1
6950 Mosbach

Professor
Dr. med. Klaus-D. Grosser
Direktor der Med. Klinik I
Städt. Krankenanstalten
Lutherplatz 40
4150 Krefeld

Notiz

Klinisch-toxikologische Analytik

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft, schon immer bekannt für ihre solide, im In- und Ausland angesehene Dokumentation, hat unter Mitwirkung von 19 Autoren eine Denkschrift über klinisch-toxikologische Analytik verfaßt. Das 95 Seiten starke Buch enthält eine Fülle von Fakten im Text, in Tabellen und in graphischen Darstellungen zur Ätiologie und zum Nachweis der Giffaufnahme. Auch andere Länder sind berücksichtigt. Interessenten sollten diese wertvolle Denkschrift bei der DFG anfordern. (Prof. Gross)

Keine Interaktion zwischen Ranitidin und Lidocain

Für Cimetidin konnte eine Reduktion der hepatischen Clearance sowohl für Substanzen mit niedriger (Warfarin, Antipyrin) als auch mit hoher (Propranolol, Lidocain) Extraktionsrate gezeigt werden. Ursache ist die Hemmung des oxidativen Metabolismus in der Leber.

Der neue H₂-Blocker Ranitidin, der sich in seiner Struktur von Cimetidin unterscheidet, beeinflusst nicht den Abbau von Warfarin, Antipyrin, Propranolol etc. In der vorliegenden Studie wurde der Frage nachgegangen, ob der Hemmeffekt von Cimetidin auf die Pharmakokinetik von Lidocain auf einer H₂-Rezeptorblockade beruht. In randomisierter Anordnung erhielten 6 gesunde freiwillige Probanden (21–35 Jahre alt) entweder 2 × 1 Tbl. Ranitidin bzw. Placebo/die am Tag vor sowie 1 Tbl. 1 Stunde vor Applikation von Lidocain. Nach einer nächtlichen Fastenperiode wurde den Versuchspersonen Lidocain (1 mg/kg KG) intravenös über 10 Minuten infundiert. Ranitidin beeinträchtigte nicht das pharmakokinetische Verhalten von Lidocain. So war die systemische Clearance von Lidocain in den Kontrollen 838 ± 142 ml/Min., unter Ranitidin 832 ± 143 ml/Min. Die Eliminations-Halbwertszeit lag unter Placebo bei 1,2 ± 0,2 Std. und unter Ranitidin bei 1,3 ± 0,2 Std.

Bei gleichzeitiger Einnahme von Lidocain und Cimetidin steigen die Gipfelkonzentrationen des Antiarrhythmikums um etwa 50 Prozent an, was zu toxischen Reaktionen führen kann. Mit therapeutisch äquipotenten Dosen konnte für Ranitidin kein derartiger Effekt auf die Pharmakokinetik von Lidocain nachgewiesen werden. Dies bedeutet, daß der Cimetidin-Effekt auf die Lidocain-Verwertung nicht Folge einer H₂-Blockade sein kann. Daher sollten Patienten un-

ter Lidocain, die mit H₂-Blockern behandelt werden müssen, bevorzugt mit Ranitidin therapiert werden. Smn

Feely, J., Guy, E.: Lack of effect of ranitidine on the disposition of lignocaine. Br. J. clin. Pharmac. 15 (1983) 378–379

Hypertonie-Überwachung am Arbeitsplatz

Die meisten Hypertoniepatienten unterliegen keiner regelmäßigen ärztlichen Kontrolle.

Wie wichtig sie jedoch ist, zeigt eine Studie an 1500 hypertonen Arbeitern.

Die Autoren verglichen vier Modelle einer Überwachung am Arbeitsplatz.

Nach einer Screening-Untersuchung und nach Konsultation durch den Werkarzt wurden dabei die Patienten folgendermaßen weiter verfolgt:

- ▶ keine weitere Vereinbarung
- ▶ halbjährliche Kontrollen,
- ▶ noch häufigere Kontrollen,
- ▶ laufende Kontrollen, zum Teil durch den Hausarzt.

Nachuntersuchungen nach drei Jahren zeigten Blutdruckwerte unter 160/95 mmHg bei 86 bis 90 Prozent aller regelmäßig kontrollierten Patienten, unabhängig von der Häufigkeit der Konsultationen, dagegen nur bei 47 Prozent der Gruppe ohne weiteres Kontrollprogramm nach der Erstkonsultation.

Diese Ergebnisse bestätigen, wie notwendig engmaschige Blutdruckkontrollen, auch am Arbeitsplatz, für eine optimale Einstellung von Hypertoniepatienten sind. müb

Foot, A.; Erfurt, J. C.: Hypertension control at the work site. N. Engl. J. Med. 308 (1983) 809–813, Inst. of Labor and Industrial Relations, Univ. Michigan, 130 S. First St., Ann Arbor, MI 48 109, U.S.A.